



การพัฒนารูปแบบการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของ
คณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด: การประยุกต์ใช้กรอบยุทธศาสตร์

MPOWER



วิทยานิพนธ์เสนอบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนครสวรรค์
เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต

ปีการศึกษา 2566

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยนครสวรรค์

การพัฒนารูปแบบการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของ
คณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด: การประยุกต์ใช้กรอบยุทธศาสตร์

MPOWER



วิทยานิพนธ์เสนอบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร
เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต
ปีการศึกษา 2566
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยนเรศวร

วิทยานิพนธ์ เรื่อง "การพัฒนารูปแบบการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทย
ของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด: การประยุกต์ใช้กรอบยุทธศาสตร์ MPOWER "

ของ รัฐติภัทร จันเกษม

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์
(รองศาสตราจารย์ ดร.สุธรรม นันทมงคลชัย)

..... ประธานที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธนิช กนกเทศ)

..... กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายใน
(รองศาสตราจารย์ ดร.ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน)

..... กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายใน
(รองศาสตราจารย์ ดร.จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ)

..... กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายใน
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วุฒิชัย จรียา)

อนุมัติ

.....
(รองศาสตราจารย์ ดร.กรองกาญจน์ ชูทิพย์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ชื่อเรื่อง	การพัฒนารูปแบบการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบใน เยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด: การ ประยุกต์ใช้กรอบยุทธศาสตร์ MPOWER
ผู้วิจัย	ฐิติภัทร จันเกษม
ประธานที่ปรึกษา	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธนัช กนกเทศ
ประเภทสารนิพนธ์	วิทยานิพนธ์ ส.ด., มหาวิทยาลัยนเรศวร, 2566
คำสำคัญ	การประเมินมาตรการควบคุมยาสูบ, คณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ ยาสูบจังหวัด, เอ็มเพาเวอร์

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาแบบการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด โดยการประยุกต์ใช้กรอบยุทธศาสตร์ MPOWER ซึ่งใช้รูปแบบการวิจัยแบบผสมผสาน แบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ 1) ศึกษาบริบทของการประเมิน และปัจจัยที่ส่งผลต่อคะแนนการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทย ผู้ให้ข้อมูล คือ คณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด จากการสัมภาษณ์เชิงลึกจำนวน 10 คน ใช้การวิเคราะห์เชิงประเด็น และตอบแบบสอบถาม จำนวน 162 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุคูณแบบขั้นบันได 2) พัฒนารูปแบบการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทย โดยการประยุกต์ใช้กรอบยุทธศาสตร์ MPOWER จากการสนทนากลุ่มคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด จำนวน 9 คน ผู้บริหาร และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องจากกองคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ จำนวน 9 คน และ 3) ประเมินรูปแบบการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยที่พัฒนาขึ้น จากการทำเทคนิคเดลฟาย โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 17 คน

ผลการวิจัยพบว่า บริบทของการประเมินในปัจจุบันยังไม่มีรูปแบบหรือเครื่องมือในการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยและการดำเนินมาตรการของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัดอย่างเป็นรูปธรรม โดยปัจจัยที่ส่งผลทางบวกต่อคะแนนการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ ระดับความสำคัญของการดำเนินงานควบคุมการบริโภคยาสูบ ความเพียงพอของทรัพยากร ทักษะการปฏิบัติงานด้านการสื่อสาร การบูรณาการมาตรการเข้าสู่ระบบงานตามปกติด้านการติดตามแบบสะท้อนกลับ และความรู้ด้านการควบคุมการบริโภคยาสูบ ส่วนทัศนคติในการทำงานด้านยาสูบ จะส่งผลทางลบ ซึ่งรูปแบบการประเมินมาตรการควบคุมการ

บริโภคนิยามในเยาวชนไทยที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 7 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 เป้าหมายของการประเมิน ส่วนที่ 2 องค์ประกอบของการประเมินและตัวบ่งชี้ มี 7 องค์ประกอบ 47 ตัวบ่งชี้ ส่วนที่ 3 เกณฑ์ในการประเมิน ส่วนที่ 4 วิธีการประเมิน ส่วนที่ 5 ผู้ทำการประเมิน ส่วนที่ 6 ระยะเวลาในการประเมิน และส่วนที่ 7 การให้ข้อมูลป้อนกลับ จากผลการทำเทคนิคเดลฟาย องค์ประกอบของรูปแบบทั้ง 7 ส่วน 55 ข้อคำถาม พบว่า ทุกข้อมีความเหมาะสมอยู่ในระดับมากและมากที่สุด ($Mdn = 3.50-5.00$) มีความสอดคล้องกันทุกข้อ ($IQR = 0-1.00$) และทุกข้อมีความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติในระดับมากและมากที่สุด ($\bar{x} = 3.50-5.00$)



Title	DEVELOPMENT OF AN EVALUATION MODEL FOR MEASURES OF TOBACCO CONSUMPTION CONTROL IN THAI ADOLESCENCE OF THE PROVINCIAL TOBACCO PRODUCTS CONTROL BOARD: AN APPLICATION OF THE MPOWER STRATEGIC FRAMEWORK
Author	Thitipat Jankasem
Advisor	Assistant Professor Thanach Kanokthet, Ph.D.
Academic Paper	Dr.P.H. Dissertation in Public Health Program - (Type 2.1), Naresuan University, 2023
Keywords	evaluation of tobacco control measures, the Provincial Tobacco Products Control Board, MPOWER

ABSTRACT

The objective of this research was to development of an evaluation model for measures of tobacco consumption control in Thai adolescence of the Provincial Tobacco Products Control Board: an application of the MPOWER strategic framework. The research design was a mixed method research with three phases. The first phase was the context of evaluation and factors affecting to score of evaluation for measures of tobacco consumption control in Thai adolescence. The convergent parallel data were collected from 10 the Provincial Tobacco Products Control Board' in-depth interviews by using thematic analysis and 162 the provincial tobacco products board by the questionnaires. Data were analyzed by using descriptive statistics and stepwise multiple regression analysis. The second phase was to development of an evaluation model for measures of tobacco consumption control in Thai adolescence by an application of the MPOWER strategic framework. A focus group 9 the Provincial Tobacco Products Control Board, 9 executives and relevant officials from the Division of the Tobacco Products Control Board. The third phase was an evaluation of a model developed by 17 experts from the Delphi technique.

The results revealed that the context of evaluation at present, there is no model or tool to evaluation for measures of tobacco consumption control in Thai adolescence and the Provincial Tobacco Products Control Board concretely. Moreover, Priority of tobacco consumption control, resource sufficiency, communication skills, reflexive monitoring in normalization process theory, and knowledge of tobacco consumption control were statistically significant positive factors affecting to score of evaluation for measures of tobacco consumption control in Thai adolescence while the attitude of tobacco consumption control was a negative factor ($p < 0.05$). The developed evaluation model consisted of 7 parts including: 1) the goal of the evaluation 2) components of evaluation and indicators, there are 7 components, 47 indicators 3) criteria 4) methods 5) evaluator 6) time and 7) feedback. The results of the Delphi technique were 7 parts with 55 questions showed that the appropriateness of model was at high and highest level for all items ($Mdn = 3.50-5.00$), there were the consistent for all items ($IQR = 0-1.00$), and the feasibility of the implementation was at high and highest level for all items ($\bar{x} = 3.50-5.00$).

ประกาศคุณูปการ

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงในความกรุณาของสำนักงานการวิจัยแห่งชาติ (วช.) และกรมควบคุมโรค เนื่องจากการวิจัยนี้ ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยและนวัตกรรมจากสำนักงานการวิจัยแห่งชาติ (วช.) ร่วมกับกรมควบคุมโรค: NRCT5-RGJ63009-105 ในโครงการปริญญาเอกกาญจนาภิเษก (คปก.) และขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธนัช กนกเทศ ประธานที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ได้ให้ความกรุณาเสียสละเวลาอันมีค่ามาเป็นทีปรึษา โดยให้คำแนะนำ แก้ไขข้อบกพร่องของวิทยานิพนธ์ พร้อมทั้งให้การช่วยเหลือ สนับสนุน และให้กำลังใจที่ดีแก่ผู้วิจัยด้วยความเอาใจใส่ตลอดจนทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้อย่างสมบูรณ์และทรงคุณค่า

กราบขอบพระคุณ นายแพทย์ดิเรก ขำแป้น ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์ ที่ให้การสนับสนุนการศึกษาต่อในหลักสูตรนี้ กราบขอบพระคุณ ผู้บริหารและเจ้าหน้าที่กองงานคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ กรมควบคุมโรค ที่ให้ความร่วมมือและอำนวยความสะดวกผู้วิจัยในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นอย่างดี กราบขอบพระคุณ ผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เชี่ยวชาญทุกท่าน ที่ได้กรุณาให้ความอนุเคราะห์ตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยทุกขั้นตอน และร่วมให้ข้อคิดเห็น คำแนะนำในการทำเทคนิคเดลฟาย และขอขอบพระคุณ กลุ่มตัวอย่าง ผู้ให้ข้อมูล และผู้ร่วมพัฒนารูปแบบในการวิจัยครั้งนี้ทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูลการวิจัยนี้เป็นอย่างดี

เหนือสิ่งอื่นใดขอกราบขอบพระคุณ บิดา มารดา และทุกคนในครอบครัวของผู้วิจัย ที่ให้การสนับสนุนในทุกๆ ด้าน และกำลังใจเป็นอย่างดีที่สุดเสมอมา

ฐิติภัทร จันเกษม

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย.....	ค
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
ประกาศคุณูปการ.....	ช
สารบัญ.....	ซ
สารบัญตาราง.....	ญ
สารบัญภาพ.....	ฉ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาของปัญหา.....	1
คำถามการวิจัย.....	9
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	10
ขอบเขตการวิจัย.....	10
ข้อตกลงเบื้องต้น.....	12
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	13
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	17
ความรู้เกี่ยวกับเยาวชน.....	17
ความรู้เกี่ยวกับยาสูบ.....	19
แนวคิดเกี่ยวกับการควบคุมการบริโภคยาสูบ.....	34
แนวคิด ทฤษฎีเกี่ยวกับการประเมินผล.....	56
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	82
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	102
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	105
กระบวนการทัศน์และขั้นตอนการดำเนินการวิจัย.....	105

ระยะที่ 1 ศึกษาบริบทการประเมิน และปัจจัยที่ส่งผลต่อคะแนนการประเมินมาตรการควบคุมการ บริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด	108
ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของ คณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด โดยการประยุกต์ใช้กรอบยุทธศาสตร์ MPOWER	123
ระยะที่ 3 ประเมินรูปแบบการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของ คณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด โดยการประยุกต์ใช้กรอบยุทธศาสตร์ MPOWER	128
การพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัย	133
บทที่ 4 ผลการวิจัย	135
ระยะที่ 1 ผลการศึกษาบริบทการประเมิน และปัจจัยที่ส่งผลต่อการประเมินมาตรการควบคุมการ บริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด	136
ระยะที่ 2 ผลการพัฒนารูปแบบการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของ คณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด โดยการประยุกต์ใช้กรอบยุทธศาสตร์ MPOWER	173
ระยะที่ 3 ผลการประเมินรูปแบบการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทย ของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด โดยการประยุกต์ใช้กรอบยุทธศาสตร์ MPOWER	200
บทที่ 5 บทสรุป	229
สรุปผลการวิจัย	230
อภิปรายผลการวิจัย	235
ข้อเสนอแนะ	265
บรรณานุกรม	268
ภาคผนวก	282
ประวัติผู้วิจัย	335

สารบัญตาราง

หน้า

ตาราง 1	แสดงการสรุปการทบทวนวรรณกรรมงานวิจัยที่เกี่ยวข้องที่นำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้..	94
ตาราง 2	แสดงจำนวน ร้อยละ ของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัดจำแนกตามตำแหน่ง อายุ ระดับการศึกษา และประสบการณ์ทำงานด้านการควบคุมยาสูบ	136
ตาราง 3	แสดงจำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล.....	155
ตาราง 4	แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับทัศนคติในการทำงานด้านยาสูบของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด จำแนกเป็นรายชื่อ	156
ตาราง 5	แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับแรงจูงใจในการทำงานด้านยาสูบของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด จำแนกเป็นรายชื่อ	158
ตาราง 6	แสดงจำนวน และร้อยละ จำแนกตามการบริหารองค์กรด้านการควบคุมการบริโภคยาสูบของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด	160
ตาราง 7	แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของทักษะการปฏิบัติงานของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด จำแนกเป็นรายด้าน	161
ตาราง 8	แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของการบูรณาการมาตรการเข้าสู่ระบบงานตามปกติ (<i>Normalization process theory</i>) ของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด จำแนกเป็นรายด้าน	161
ตาราง 9	แสดงจำนวน และร้อยละ ของคะแนนการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด จำแนกเป็นรายชื่อ ...	162
ตาราง 10	แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของคะแนนการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด	164
ตาราง 11	แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การบริหารองค์กรด้านการควบคุมการบริโภคยาสูบ ทักษะการปฏิบัติงาน การบูรณาการมาตรการเข้าสู่ระบบงานตามปกติ กับคะแนนการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด	167
ตาราง 12	แสดงการแทนค่าปัจจัยส่วนบุคคล การบริหารองค์กรด้านการควบคุมการบริโภคยาสูบ ทักษะการปฏิบัติงาน และการบูรณาการมาตรการเข้าสู่ระบบงานตามปกติ	168

ตาราง 13 แสดงผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อคะแนนการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด..... 170

ตาราง 14 แสดงจำนวน ร้อยละ ของผู้ทรงคุณวุฒิหรือผู้เชี่ยวชาญจำแนกตามอายุ ระดับการศึกษา และประสบการณ์ในการทำงานที่เกี่ยวกับการติดตาม ประเมินผล และการดำเนินงานควบคุมการบริโภคยาสูบ 201

ตาราง 15 แสดงค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอเตอร์ ความเหมาะสม และความสอดคล้องของรูปแบบการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด โดยการประยุกต์ใช้กรอบยุทธศาสตร์ MPOWER..... 203

ตาราง 16 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความเป็นไปได้ของรูปแบบการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด โดยการประยุกต์ใช้กรอบยุทธศาสตร์ MPOWER 217



สารบัญภาพ

หน้า

ภาพ 1	แสดงโครงสร้างของทฤษฎีการบูรณาการมาตรการเข้าสู่ระบบงานตามปกติ (Normalization process theory)	74
ภาพ 2	แสดงกรอบการวิจัยภาพรวม	102
ภาพ 3	แสดงกรอบแนวคิดในการวิจัยเชิงปริมาณ	104
ภาพ 4	แสดงขั้นตอนการดำเนินการวิจัย	107
ภาพ 5	แสดงบริบทของการประเมิน และปัจจัยที่ส่งผลต่อคะแนนการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด... 154	
ภาพ 6	แสดงองค์ประกอบของรูปแบบการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด โดยการประยุกต์ใช้กรอบยุทธศาสตร์ MPOWER	195
ภาพ 7	แสดงร่างรูปแบบการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด โดยการประยุกต์ใช้กรอบยุทธศาสตร์ MPOWER.....	199
ภาพ 8	แสดงรูปแบบการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด โดยการประยุกต์ใช้กรอบยุทธศาสตร์ MPOWER.....	228

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาของปัญหา

สถานการณ์การบริโภคยาสูบของประชากรทั่วโลก ในปี พ.ศ. 2563 พบว่า มีผู้บริโภคยาสูบทั่วโลก 1.3 พันล้าน คิดเป็นร้อยละ 22.3 จำแนกเป็นเพศชาย ร้อยละ 36.7 และเพศหญิง ร้อยละ 7.8 โดยผู้บริโภคน้อยกว่าครึ่งอยู่ในประเทศที่มีรายได้น้อยและปานกลาง มากกว่าร้อยละ 80 ซึ่งในแต่ละปีพบผู้เสียชีวิตจากการบริโภคยาสูบโดยตรงมากกว่า 7 ล้านคน และเสียชีวิตจากการได้รับควันบุหรี่มือสองประมาณ 1.2 ล้านคน ดัชนีการอนามัยโลกได้คาดการณ์ว่า ภายในปี พ.ศ. 2573 ประชากรโลกจะเสียชีวิตด้วยโรคที่เกิดจากการบริโภคยาสูบเพิ่มขึ้นมากกว่า 8 ล้านคนต่อปีหากประเทศต่างๆ ไม่ร่วมมือกันในการป้องกันและควบคุมการบริโภคยาสูบอย่างจริงจัง ถึงแม้ว่าการคาดการณ์ความชุกของการบริโภคยาสูบทั่วโลกจะมีแนวโน้มลดลงเล็กน้อย ในปี พ.ศ. 2558, 2563 และ 2568 เท่ากับร้อยละ 24.9, 22.8 และ 20.9 ตามลำดับ แต่อัตราการสูบบุหรี่ในเยาวชนยังคงอยู่ในระดับสูง ดังข้อมูลในปี พ.ศ. 2562 พบความชุกของการสูบบุหรี่ในเยาวชนทั่วโลก (อายุ 15-24 ปี) ร้อยละ 20.1 พบนักสูบหน้าใหม่มากถึงร้อยละ 89 และพบมีการเสพติดบุหรี่อายุน้อยกว่า 25 ปี ทั้งนี้พบมากกว่าครึ่งหนึ่งของประเทศทั่วโลก ยังไม่มีความก้าวหน้าในการลดการสูบบุหรี่ของผู้บริโภคกลุ่มเยาวชน (Reitsma et al., 2021; World Health Organization, 2019b, 2022)

สำหรับประเทศไทย พบคนไทยใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบชนิดบุหรี่มากถึงร้อยละ 99 โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติดำเนินการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของประชากรทุก 3 ปี เมื่อพิจารณาแนวโน้มอัตราการสูบบุหรี่ของผู้ที่อายุ 15 ปีขึ้นไป ในภาพรวมตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547-2564 พบว่ามีแนวโน้มลดลง จากร้อยละ 23.0 เหลือร้อยละ 17.4 สำหรับอัตราการสูบบุหรี่ในกลุ่มเยาวชนอายุ 15-24 ปี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547-2564 มีแนวโน้มลดลงเล็กน้อย จากร้อยละ 15.1 เหลือร้อยละ 12.7 ในขณะที่อัตราการสูบบุหรี่ในเยาวชนอายุ 15-19 ปี มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเฉลี่ยร้อยละ 5 ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547-2557 จากร้อยละ 6.6 เป็นร้อยละ 8.3 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 9.7 ในปี พ.ศ. 2560 ซึ่งยังไม่บรรลุเป้าหมายความชุกการสูบบุหรี่ของเยาวชนไม่เกินร้อยละ 8 อีกทั้งอายุเฉลี่ยที่เริ่มสูบกกลับมีแนวโน้มลดลงจากอายุ 18.5 ปี เป็นอายุ 18 ปี โดยเริ่มสูบครั้งแรกเมื่ออายุ 16-20 ปี ร้อยละ 60 และเริ่มสูบครั้งแรกเมื่ออายุ 7-15 ปี ร้อยละ 26.4 ซึ่งส่งผลต่อการเข้าถึงการมีสุขภาพที่ดีและจำนวนปีการสูญเสียสุขภาพของประชากรไทย ทำให้ประเทศไทยยังคงเผชิญกับความท้าทายของนักสูบหน้าใหม่

และผลิตภัณฑ์ยาสูบรูปแบบใหม่ที่เข้าถึงเยาวชน โดยเน้นกลยุทธ์สื่อออนไลน์ที่ผิดกฎหมาย (กองงานคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ, 2565; สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2561, 2564)

การบริโภคยาสูบ เป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิดกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable diseases: NCDs) สถาบันมะเร็งแห่งชาติของสหรัฐอเมริกาได้วิจัยผลกระทบจากการสูบบุหรี่ พบว่า คนที่สูบบุหรี่เฉลี่ยวันละ 1-10 มวน มีโอกาสเสียชีวิตมากกว่าคนที่ไม่สูบบุหรี่ 1.9 เท่า จากมะเร็งปอด 12 เท่า จากโรคทางเดินหายใจ 6 เท่า เสี่ยงเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มขึ้น 1.5 เท่า และพบการบาดเจ็บที่ปอดเกิดจากการใช้บุหรี่หรือเล็ททอนิกส์ ร้อยละ 15 ของผู้ป่วยอายุต่ำกว่า 18 ปี ซึ่งการได้รับสารนิโคตินในบุหรี่อาจเป็นอันตรายต่อสมองที่กำลังพัฒนา ส่งผลให้เยาวชนมากถึง 5.6 ล้านคนหรือ 1 ใน 13 คน จะเสียชีวิตก่อนวัยอันควรจากการเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ (Centers for Disease Control and Prevention, 2020) สำหรับคนไทยเสียชีวิตจากบุหรี่ ในปี พ.ศ. 2560 จำนวน 72,656 คน โดยมีสาเหตุมาจากมะเร็งปอด 13,727 คน ฤกษ์มโป่งพอง 10,852 คน โรคปอดอักเสบและวัณโรคปอด 10,833 คน และเสียชีวิตจากควันบุหรี่มือสอง 8,278 คน (เริงฤติ ปธานวนิช, 2561) นอกจากสารพิษในควันบุหรี่จะทำลายสุขภาพของผู้สูบแล้ว ยังส่งผลเสียต่อคนรอบข้างที่ได้รับควันบุหรี่มือสอง และควันบุหรี่มือสาม ทำให้มีโอกาสเกิดโรคได้เช่นเดียวกับผู้สูบ นอกจากนี้ยังนำไปสู่ปัญหาการติ่มแอลกอฮอล์ และการใช้สารเสพติดอื่นๆ ในเยาวชน ส่งผลให้เกิดปัญหาด้านพฤติกรรม และการสูญเสียอนาคตที่ดี อีกทั้งทำให้สิ้นเปลืองเงินโดยใช้เหตุจากค่ายาสูบ (นำ กรุยรุ่งโรจน์ และชรินทร์ เจริญหล่อ, 2561)

จากการทบทวนวรรณกรรมปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภคยาสูบของเยาวชน ได้แก่ ปัจจัยด้านสังคมศาสตร์ ภาษีบุหรี่ และการโฆษณาสูบ โดยพบว่าความอ่อนไหวต่อการโฆษณามีความสัมพันธ์กับการบริโภคยาสูบของเยาวชนในอนาคต และปัจจัยกำหนดการเริ่มใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบของเยาวชน ได้แก่ รสชาติ การเปิดรับการตลาด ความอยากรู้ และการส่งเสริมการใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบของเยาวชน (Pesko & Roberts, 2017; Pierce et al., 2018; Wang et al., 2019) ในขณะที่สาเหตุของเยาวชนไทยเริ่มสูบบุหรี่ คือ เพื่อเข้ากลุ่มเพื่อน ร้อยละ 58.2 ทดลองสูบ ร้อยละ 49.5 เพื่อแสดงถึงความเป็นผู้ใหญ่ ร้อยละ 36.3 และตามเพื่อน ร้อยละ 31.9 นอกจากนี้ความสัมพันธ์ในครอบครัว การรับรู้ข้อมูลการสูบบุหรี่ผ่านสื่อโฆษณา และบรรทัดฐานของสังคมยอมรับการสูบบุหรี่ มีความสัมพันธ์เชิงบวกต่อการสูบบุหรี่ของเยาวชนด้วย อีกทั้งยังพบผู้ประกอบการร้านค้าปลีกขายบุหรี่ให้เยาวชนมากถึงร้อยละ 58.7 (จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ, ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน, อาทิตยา วัจนสินธุ์, และบุญชนัญญา พงษ์ปรีชา, 2561; พรรณปพร ลีวีโรจน์, อรวรรณ คุณสนอง, และเกสร ศรีอุทิศ, 2559) ดังนั้นการเฝ้าระวัง ติดตามการบริโภคยาสูบทุกรูปแบบในกลุ่มเยาวชน และปัจจัยที่เกี่ยวข้องอย่างต่อเนื่อง ซึ่งมีความสำคัญต่อการพัฒนามาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนทั้งใน

ระดับชาติและชุมชน ทั้งนี้ผู้กำหนดนโยบาย สถานศึกษา ผู้ปกครอง และบุคคลที่มีอิทธิพลต่อเยาวชนสามารถช่วยกันปกป้องเยาวชนจากอันตรายของยาสูบทั้งหมดได้

ผลกระทบจากการบริโภคยาสูบที่ทวีความรุนแรงขึ้นอย่างต่อเนื่อง องค์การอนามัยโลกจึงให้ความสำคัญกับการควบคุมยาสูบเป็นลำดับต้นๆ โดยจัดทำสนธิสัญญาความร่วมมือระหว่างประเทศฉบับแรก เรียกว่า “กรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบ” (Framework Convention on Tobacco Control: FCTC) ซึ่งเป็นกลไกทางกฎหมายที่กำหนดให้ประเทศสมาชิกได้ยึดถือเป็นแนวทางปฏิบัติ เพื่อหยุดยั้งโรคไม่ติดต่อและการเสียชีวิตจากการบริโภคยาสูบ โดยเฉพาะประเทศกำลังพัฒนา ด้วยยุทธศาสตร์หลัก MPOWER ซึ่งเป็นเครื่องมือสำคัญในการลดปริมาณการบริโภคยาสูบอย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องตามกรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบ โดยทั้ง 6 มาตรการจะช่วยให้ประเทศสมาชิกดำเนินการเพื่อบรรลุเป้าหมายโรคไม่ติดต่อระดับโลก โดยความชุกของการใช้ยาสูบลดลงร้อยละ 30 ภายในปี พ.ศ. 2568 จากปี พ.ศ. 2556 และบรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals: SDGs) โดยลดอัตราการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร 1 ใน 3 จากกลุ่มโรคไม่ติดต่อภายในปี พ.ศ. 2573 (NCD Alliance, 2017; United Nations, 2021; World Health Organization, 2008, 2019a)

ประเทศไทย เป็นหนึ่งในสมาชิกที่ร่วมให้สัตยาบันตามกรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลก โดยกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานรับผิดชอบหลัก จึงพัฒนาแผนปฏิบัติการด้านการควบคุมยาสูบแห่งชาติ ฉบับที่สาม พ.ศ. 2565-2570 โดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน สอดคล้องตามแนวทางในอนุสัญญาและยุทธศาสตร์ MPOWER ประกอบด้วย 6 ยุทธศาสตร์ ได้แก่ 1) สร้างเสริมความเข้มแข็งและยกระดับขีดความสามารถการควบคุมยาสูบของประเทศ 2) ป้องกันไม่ให้เกิดผู้เสพยาสูบรายใหม่และเฝ้าระวังธุรกิจยาสูบ 3) บำบัดรักษาผู้เสพให้เลิกใช้ยาสูบ 4) การควบคุม ตรวจสอบ เฝ้าระวัง และเปิดเผยรายการส่วนประกอบผลิตภัณฑ์ยาสูบ 5) ทำสิ่งแวดลอมให้ปลอดควันบุหรี่ และ 6) มาตรการภาษี เพื่อลดความชุกการบริโภคยาสูบของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ไม่เกินร้อยละ 14 ความชุกการได้รับควันบุหรี่ในที่ปกอาศัยลดลงร้อยละ 30 และประชาชนพบเห็นการสูบบุหรี่ในสถานที่ห้ามสูบลดลงร้อยละ 50 เมื่อเทียบกับปี พ.ศ. 2560 โดยเฉพาะตัวชี้วัดในยุทธศาสตร์ที่ 2 เพื่อป้องกันนักสูบหน้าใหม่ โดยการให้ความรู้ ความตระหนักถึงภาวะเสพติดและพิษภัยร้ายแรงของผลิตภัณฑ์ยาสูบ จำกัดการเข้าถึงผลิตภัณฑ์ยาสูบ เฝ้าระวังธุรกิจยาสูบและผู้เกี่ยวข้อง รวมถึงการบังคับใช้กฎหมายตามพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2560 ที่มุ่งเน้นการป้องกันการเข้าถึงผลิตภัณฑ์ยาสูบของเยาวชน โดยใช้กลไกการขับเคลื่อนงานควบคุมยาสูบในระดับประเทศสู่ระดับเขตและระดับจังหวัด ในระดับปฏิบัติการโดยคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด ซึ่งเป็นภารกิจท้าทายในการเรียกร้อง

พลังจากสถาบันสังคมทั้งหน่วยงานภาครัฐ องค์กรเอกชน และผู้ที่เกี่ยวข้อง ที่จะต้องร่วมมือกันในการสร้างบทบาทของทุกภาคส่วน (กองงานคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ, 2565)

คณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด ถูกแต่งตั้งขึ้นในพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2560 ประกอบด้วย ผู้ว่าราชการจังหวัด เป็นประธาน รองผู้ว่าราชการจังหวัด เป็นรองประธาน กรรมการโดยตำแหน่ง และกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ แต่งตั้งจากผู้มีความรู้ ความเชี่ยวชาญ และประสบการณ์ในด้านที่เกี่ยวข้อง โดยนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด เป็นกรรมการและเลขานุการ และข้าราชการในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเป็นผู้ช่วยเลขานุการ ซึ่งมีอำนาจหน้าที่ในการขับเคลื่อนการดำเนินงานตามนโยบายและแผนยุทธศาสตร์การควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบแห่งชาติ ให้มีการบังคับใช้กฎหมาย กำหนดแนวทางปฏิบัติ ติดตาม ประเมินผล และตรวจสอบการดำเนินงานเกี่ยวกับการเฝ้าระวังและป้องกันไม่ให้เด็กและเยาวชนเข้าถึงผลิตภัณฑ์ยาสูบ การลดและเลิกการบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบ ให้คำแนะนำ ให้คำปรึกษา และประสานงานส่วนราชการ หน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจ และองค์กรเอกชนที่เกี่ยวข้อง รวมถึงเสนอความเห็นเกี่ยวกับการบังคับใช้กฎหมายและมาตรการต่างๆ และปฏิบัติการอื่นๆ ตามที่รัฐมนตรี คณะกรรมการ หรือผู้ว่าราชการจังหวัดมอบหมายในการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ การคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ และการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสุขภาพของผู้เสพติดผลิตภัณฑ์ยาสูบ ซึ่งจะต้องจัดประชุมอย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง แล้วรายงานผลต่อคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบแห่งชาติ (พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ, 2560)

นโยบายและกฎหมายการควบคุมยาสูบของประเทศไทยจึงมีความชัดเจน โดยการขับเคลื่อนการดำเนินงานของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด สอดคล้องตามยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลก ที่ให้มีการจัดตั้งคณะกรรมการควบคุมการบริโภคยาสูบแห่งชาติ จัดทำนโยบายและแผนงานควบคุมยาสูบระดับชาติ และดำเนินการบังคับใช้กฎหมาย แต่ยังคงพบการสูบบุหรี่ในเยาวชนที่เพิ่มขึ้น ซึ่งเป็นนักสูบหน้าใหม่และเป็นเป้าหมายหลักของธุรกิจยาสูบที่ทดแทนผู้ที่เลิกสูบหรือเสียชีวิตแล้ว รวมถึงการเจ็บป่วยและเสียชีวิตจากโรคที่เกิดจากยาสูบยังอยู่ในอัตราสูง (กองงานคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ, 2565) เนื่องจากยังมีข้อจำกัดอีกหลายประการทำให้ยังไม่สามารถดำเนินการตามมาตรการต่างๆ ได้มีประสิทธิภาพเต็มที่ ดังผลการประเมินการปฏิบัติตามกรอบอนุสัญญา ในภาพรวมอยู่ในระดับที่มีการปฏิบัติตามบ้าง แต่เกือบทุกมาตรายังไม่เพียงพอต่อการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพ (ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์ และดวงกมล สิตบุตร, 2559) และจากการวิเคราะห์ผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ฉบับขยาย พ.ศ. 2563-2564 พบว่างบประมาณในการดำเนินงานไม่ต่อเนื่อง ร้อยละ 46 เจ้าหน้าที่รับผิดชอบงานไม่ต่อเนื่องและเปลี่ยนแปลง ร้อยละ 50 บุคลากรไม่เพียงพอ ร้อยละ 40 ยังไม่มีแผน แนวทาง นโยบายในการขับเคลื่อนการดำเนินงานในระดับพื้นที่ที่ชัดเจน ร้อยละ 38.1 และสถานศึกษายังให้ความสำคัญดูแล สอดส่องนักเรียน นักศึกษาในด้านการเฝ้าระวังควบคุมยาสูบไม่เพียงพอ ร้อยละ 37.5 (อภิญา เอี่ยมสุวรรณ,

กุลภัสสรณ์ ศิริมนัสสกุล, พงศ์ธร มีสรรพวงศ์, และภคกุล กุลสุวรรณ, 2565) เมื่อวิเคราะห์สถานภาพการดำเนินงานควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยและการขับเคลื่อนของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด เทียบกับแนวทางการดำเนินงานในแต่ละมาตรการ MPOWER จึงพบช่องว่างของปัญหา ดังนี้

1. การติดตามการใช้ยาสูบและนโยบายการป้องกัน (M) โดยมีข้อมูลการติดตามแนวโน้มการใช้ยาสูบที่เชื่อถือได้และทันเวลา มีมาตรการและผลกระทบจากการควบคุมยาสูบ มีข้อมูลให้ผู้กำหนดนโยบายเพื่อให้มีการควบคุมยาสูบและทรัพยากรมากขึ้น รวมถึงการเฝ้าระวังยาสูบและสุขภาพเพื่อให้ข้อมูลสามารถเปรียบเทียบและวิเคราะห์ในระดับนานาชาติได้ (World Health Organization, 2021) ในขณะที่ประเทศไทยขับเคลื่อนแผนปฏิบัติการด้านการควบคุมยาสูบแห่งชาติ โดยคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด แต่บางจังหวัดยังไม่สามารถสรรหาคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัดและจัดประชุมได้ตามที่กำหนด (กองงานคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ, 2565) ซึ่งใช้ข้อมูลจากการสำรวจพฤติกรรมการบริโภคยาสูบในเยาวชน (Global Youth Tobacco Survey) ของสำนักงานสถิติแห่งชาติทุก 3 ปี ซึ่งเป็นข้อมูลเชิงผลลัพธ์และไม่ต่อเนื่องทุกปี จึงไม่เพียงพอต่อการประเมินมาตรการที่นำไปสู่การปฏิบัติในการควบคุมการบริโภคยาสูบ และยังไม่พบข้อมูลการประเมินการดำเนินงานของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด การติดตามการบังคับใช้กฎหมาย และการเฝ้าระวังผลกระทบต่อสุขภาพ (ฐิติพร กันวิหค, วิไลลักษณ์ หฤหรรษพงศ์, และจุฑาทิพย์ ปรีการ, 2561)

2. การปกป้องประชาชนจากควันบุหรี่ (P) โดยสภาพแวดล้อมที่ปราศจากควันบุหรี่ร้อยละ 100 เป็นวิธีเดียวที่สามารถปกป้องสุขภาพของประชาชนได้อย่างเพียงพอ (World Health Organization, 2022) ในขณะที่ประเทศไทยได้กำหนดกฎหมายเพื่อคุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่อย่างชัดเจน แต่ยังพบเห็นผู้สูบบุหรี่ในสถานที่สาธารณะสูงถึงร้อยละ 80.60 ในโรงเรียนหรือสถานศึกษา ร้อยละ 10.89 และพบเห็นการสูบบุหรี่ในตัวบ้านทุกวันสูงถึงร้อยละ 73.8 จากผลการบังคับใช้กฎหมายยังพบผู้ฝ่าฝืนสูบบุหรี่บริเวณเขตปลอดบุหรี่ แสดงให้เห็นถึงการบังคับใช้กฎหมายคุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่ยังดำเนินการไม่ทั่วถึง (กรมควบคุมโรค, 2563; กองงานคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ, 2563)

3. การให้ความช่วยเหลือการเลิกใช้ยาสูบ (O) ส่วนใหญ่ผู้ที่ใช้ยาสูบต้องการเลิกเมื่อตระหนักถึงอันตราย ประกอบกับการสนับสนุนจากหน่วยงานและยาเลิกบุหรี่จะสามารถเพิ่มโอกาสให้ผู้ที่ใช้ยาสูบเลิกได้สำเร็จมากกว่าสองเท่า (World Health Organization, 2022) ในขณะที่ประเทศไทยมีระบบบำบัดโรคเสพติดยาสูบในสถานบริการสาธารณสุข ร้อยละ 98.8 แต่การพัฒนาศักยภาพการให้คำปรึกษาเลิกบุหรี่และส่งต่อสถานบริการสุขภาพของบุคลากรทางการศึกษามีเพียง ร้อยละ 10.8 และการพัฒนาศักยภาพนักเรียนแกนนำในหลักสูตรเพื่อนช่วยเพื่อนที่ให้เลิกสูบบุหรี่ค่อนข้างน้อย

ซึ่งกลุ่มอายุ 15-44 ปี เลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จเพียงร้อยละ 15.8 โดยการเลิกสูบบุหรี่ด้วยตนเอง มีร้อยละความสำเร็จสูงกว่าวิธีอื่นๆ แสดงถึงระบบบำบัดยังมีประสิทธิภาพไม่เพียงพอ โดยเฉพาะด้านการคัดกรอง วินิจฉัยโรค แผนการรักษาผู้ป่วยติดยาสูบในระบบข้อมูลช่วยเลิกบุหรี่ หลักสูตรช่วยเลิกบุหรี่ และการบูรณาการส่งเสริมการเลิกยาสูบของภาครัฐและชุมชนแบบต่อเนื่อง รวมถึงยารักษาโรคเสพติดบุหรี่หลายชนิดยังไม่ได้รับการบรรจุในบัญชียาหลักแห่งชาติ (ภูเบศ วนิชชานนท์, เฉลิมพล แจ่มจันทร์, และอารี จำปากลาย, 2561; ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์ และดวงกมล สีตบุตร, 2559; สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ, 2560; อภิญา เอี่ยมสุวรรณ และคณะ, 2565)

4. การเตือนให้ตระหนักถึงพิษภัยของยาสูบ (W) โดยคำเตือนสุขภาพที่มีรูปภาพและข้อความบนบรรจุภัณฑ์ยาสูบ จะช่วยเพิ่มความตระหนักเกี่ยวกับอันตรายจากการใช้ยาสูบ รวมถึงการรณรงค์ทางสื่อมวลชนสามารถโน้มน้าวใจให้ผู้เสพเลิกใช้ยาสูบได้ (World Health Organization, 2022) ในขณะที่ประเทศไทยยังไม่พบการประเมินผลการใช้ข้อความและภาพคำเตือนบนซองบุหรี่เพื่อสนับสนุนการสื่อสารด้านสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ สำหรับมาตรการการศึกษา การสื่อสาร การฝึกอบรม และการสร้างจิตสำนึกของสาธารณชน พบว่า คู่มือหรือสื่อประชาสัมพันธ์ในการใช้ทำกิจกรรมการทำงานด้านการควบคุมยาสูบไม่เพียงพอ ร้อยละ 53.9 (ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์ และดวงกมล สีตบุตร, 2559; อภิญา เอี่ยมสุวรรณ และคณะ, 2565)

5. การบังคับใช้กฎหมายห้ามโฆษณา การส่งเสริมการขายและสนับสนุนยาสูบ (E) โดยการห้ามส่งเสริมการขายทั้งทางตรงและทางอ้อมอย่างครอบคลุม จะสามารถลดการบริโภคยาสูบได้ (World Health Organization, 2022) ในขณะที่จังหวัดยังมีข้อจำกัดในการสร้างเครือข่ายในด้านการเฝ้าระวัง และบังคับใช้กฎหมายที่เกี่ยวข้อง การตอบโต้การโฆษณา สื่อสารในด้านการตลาดของอุตสาหกรรมยาสูบ รวมถึงการจัดทำและพัฒนาข้อมูลเหล่านี้ยังดำเนินงานค่อนข้างน้อย พบการวางขายสิ่งของที่มีตราบุหรี่ตามร้านขายของชำและตลาดนัดหน้าโรงเรียน ซึ่งผู้ประกอบการและประชาชนยังไม่เข้าใจในการปฏิบัติตามกฎหมาย โดยมีปัจจัยด้านความรู้และทัศนคติที่มีผลต่อการปฏิบัติตามพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ.2560 ของผู้ประกอบการร้านค้าปลีก (ทิพวัลย์ พรหมมร, สมโภช รติโอฬาร และธีระวุธ ธรรมกุล, 2563; มลินี สมภพเจริญ และวันเพ็ญ แก้วปาน, 2563; อภิญา เอี่ยมสุวรรณ และคณะ, 2565) ทั้งนี้คะแนนการประเมินผลการปฏิบัติตามกรอบอนุสัญญาของมาตรการนี้ค่อนข้างน้อยมาก โดยเฉพาะในด้านการเฝ้าระวังการโฆษณาและการขายผ่านสื่อสังคมออนไลน์และอินเทอร์เน็ต มาตรการห้ามสนับสนุนกิจกรรมจากธุรกิจยาสูบอย่างเด็ดขาด และมาตรการจับกุมผู้เร่ขายหรือวางขายริมถนนเพื่อลดการเข้าถึงของเยาวชน (ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์ และดวงกมล สีตบุตร, 2559) และ

6. การขึ้นภาษีผลิตภัณฑ์ยาสูบ (R) ซึ่งเป็นวิธีการที่คุ้มค่าที่สุดในการลดการใช้จ่ายยาสูบและค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพ โดยเฉพาะในเยาวชนและผู้มีรายได้น้อย โดยราคายาสูบที่เพิ่มขึ้นร้อยละ 10 จะลดการบริโภคยาสูบลงประมาณร้อยละ 5 ในประเทศที่มีรายได้น้อยและปานกลาง (World Health Organization, 2022) ในขณะที่ประเทศไทยมีข้อกำหนดในการนำยาสูบเข้าประเทศยังไม่ชัดเจนทำให้ยากต่อการนำไปบังคับใช้ ยังพบการนำเข้าบุหรี่ผิดกฎหมาย การลักลอบตามแนวพรมแดน รวมถึงการชะลอการขึ้นภาษียาสูบ ซึ่งการเพิ่มราคาบุหรี่จะช่วยลดการเข้าถึงยาสูบในเยาวชนและป้องกันการใช้จ่ายเงินของตนเองทดแทนบุหรี่ซิการ์เรต และปรับปรุงกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการจำกัดการนำเข้ายาสูบเพื่อลดจำนวนการถือข้ามพรมแดน ทั้งนี้เป็นอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบแห่งชาติ ซึ่งนอกเหนือจากบทบาทของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด (กองงานคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ, 2565; ศิริวรรณพิทยรังสฤษฏ์ และดวงกมล สิตบุตร, 2559)

จากสถานภาพการดำเนินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทย ทั้ง 6 มาตรการพบว่า ยังมีข้อมูลบางส่วนไม่เพียงพอและยังเป็นการท้าทายต่อการพัฒนามาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยที่มีประสิทธิภาพเพื่อลดการบริโภคยาสูบในระดับประเทศ ในการพัฒนามาตรการอย่างต่อเนื่อง จำเป็นต้องทบทวน ติดตาม และประเมินกระบวนการดำเนินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบของเยาวชนทั้งในภาพรวมและประเด็นย่อย เพื่อให้ทราบถึงสิ่งที่เกิดขึ้นจากการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ (Implementation) สะท้อนความสำเร็จหรือความล้มเหลวของมาตรการและผลกระทบต่อผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในมิติต่างๆ อย่างเป็นรูปธรรม (ชยภรณ์ บุญเรืองศักดิ์, 2561; วัฒนวิวัฒน์ โอภาสวัฒนา, ม.ป.ป.) โดยประเมินสิ่งที่กำลังดำเนินการอยู่หรือระหว่างการพัฒนา (Formative evaluation) พิจารณาปัจจัยนำเข้า (Input factors) และปัจจัยภายนอก (External factors) จะช่วยตั้งวัตถุประสงค์ของแผนการดำเนินงานให้เป็นไปตามเป้าหมายที่แท้จริง และตรวจสอบคุณภาพของการปฏิบัติงาน แล้วนำผลที่ได้มาพัฒนาและปรับปรุงการดำเนินงานเพื่อให้เกิดผลตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ (Scriven, 1967) สำหรับการประเมินเกี่ยวกับการควบคุมการบริโภคยาสูบลักษณะหลายรูปแบบ โดยจूरีย์ อุสาหะ, ดวงกมล สิมจันทร์, และฐิติพร กันวิหค (2559) ได้ประเมินผลหลังเสร็จสิ้นแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ. 2555-2557 (Summative evaluation) ซึ่งพบข้อจำกัดในการประเมินกระบวนการดำเนินงานที่เป็นระบบ เพื่อนำเสนอผลความก้าวหน้าให้ภาคีเครือข่ายและสาธารณชนเป็นระยะ และสมจิตร์ เดชาเสถียร, เจษฎา สุรารธรรม, พชรพร ครองยุทธ, และปัทมา ล้อพงศ์พานิชย์ (2562) ได้ประเมินแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โดยใช้รูปแบบ CIPPIEST เพื่อประเมินความสำเร็จตามตัวชี้วัดที่เน้นการตัดสินใจมากกว่าการตัดสินใจคุณค่า การประเมินที่ผ่านมาส่วนใหญ่เป็นการประเมินเชิงผลลัพธ์โดยเทียบกับเป้าหมาย ทำให้ได้ข้อมูลยังไม่ครอบคลุมและเพียงพอต่อ

การประเมินกระบวนการดำเนินงานควบคุมยาสูบเพื่อการพัฒนามาตรการให้บรรลุสู่เป้าหมาย ในขณะที่นักวิจัยหลายท่านเลือกใช้ทฤษฎีการบูรณาการมาตรการเข้าสู่ระบบงานตามปกติ (Normalization process theory) ในการประเมินกระบวนการ ที่เสนอโดย May & Finch (2009) ประกอบด้วย การเชื่อมโยงกัน การมีส่วนร่วม การดำเนินงานร่วมกัน และการติดตามแบบสะท้อนกลับ ซึ่งเกี่ยวข้องกับสังคมวิทยาของการทำงาน และการนำไปสู่การปฏิบัติ มุ่งเน้นการสร้างความรู้สึกของบุคคลที่จำเป็นต่อการมีส่วนร่วมว่ามีความสำคัญต่อกระบวนการดำเนินการและเครื่องมือต่างๆ ที่พัฒนาขึ้น เพื่ออธิบายกระบวนการนำไปสู่การปฏิบัติที่เป็นผลมาจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ปฏิบัติงานและบริบทขององค์กร รวมถึงการค้นหาอุปสรรค (Barriers) และสิ่งสนับสนุน (Facilitators) ในการนำไปสู่การปฏิบัติ ช่วยอธิบายความสำเร็จหรือความล้มเหลวของดำเนินการที่เฉพาะอย่างมีประสิทธิภาพ (May et al., 2018; Trietsch et al., 2014)

ประกอบกับองค์รอนามัยโลกได้กำหนดมาตรการ MPOWER เพื่อให้ประเทศสมาชิกนำไปเป็นแนวทางปฏิบัติ และได้รับการพิสูจน์แล้วว่าทั้ง 6 มาตรการ สามารถแก้ไขปัญหาการระบาดของยาสูบทั่วโลกได้มีประสิทธิภาพที่สุด โดยพบร้อยละ 75 ของประเทศและประชากร 5.3 พันล้านคน ได้รับการคุ้มครองจากมาตรการควบคุมยาสูบ MPOWER อย่างน้อยหนึ่งมาตรการในระดับการปฏิบัติที่สูงที่สุด ส่งผลให้การเสียชีวิตจากการสูบบุหรี่ลดลงเกือบ 22 ล้านคน (World Health Organization, 2021) หลายประเทศได้นำมาตรการ MPOWER ไปประยุกต์ใช้เป็นกรอบในการประเมินการควบคุมยาสูบเพื่อมุ่งสู่เป้าหมายระดับชาติ เช่น การประเมินนโยบายการควบคุมยาสูบในอินเดีย พบว่าในปี พ.ศ. 2556-2562 มีคะแนน MPOWER ในแต่ละปีเพิ่มขึ้น บ่งบอกถึงการปรับปรุงนโยบายโดยรวมมีผลลัพธ์เชิงบวก ดังนั้น MPOWER จึงมีความสำคัญต่อการประเมินและติดตามนโยบายการควบคุมยาสูบเป็นระยะ (Saxena, Sharma, & Avashia, 2020) และการประเมินผลของนโยบายการควบคุมยาสูบในเกาหลีใต้ ด้วยกรอบ MPOWER ทำให้ได้ข้อค้นพบจากความเข้มแข็งของนโยบายที่สำคัญและข้อจำกัดต่างๆ ที่สามารถให้ข้อเสนอแนะเพื่อเพิ่มศักยภาพและเสริมสร้างนโยบายการควบคุมยาสูบอย่างครอบคลุม (Cho, 2019) ดังนั้นการประยุกต์ใช้กรอบยุทธศาสตร์ MPOWER ซึ่งถือเป็นเครื่องมือการประเมินความสำเร็จในการดำเนินงานควบคุมยาสูบในประเทศต่างๆ และเหมาะสมกับบริบทการดำเนินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในประเทศไทย ภายใต้แผนปฏิบัติการด้านการควบคุมยาสูบแห่งชาติฉบับที่สาม จึงมีความสำคัญต่อการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยให้มีประสิทธิภาพและเป็นระบบมากขึ้น เพื่อให้ข้อมูลสารสนเทศที่เพียงพอต่อการปรับปรุง พัฒนามาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ทั้งนี้สามารถรายงานข้อมูลและผลการดำเนินงานตามมาตรการ MPOWER ที่มีประโยชน์ต่อการแลกเปลี่ยนข้อมูลในระดับนานาชาติ และสนับสนุนให้มีการติดตามสถานะการดำเนินมาตรการควบคุมยาสูบได้ในแบบแผนเดียวกัน

จากความสำคัญของปัญหาดังกล่าว จึงยังต้องการองค์ความรู้ในการประเมินมาตรการการนำไปสู่การปฏิบัติในการควบคุมยาสูบในเยาวชนไทยอย่างมีประสิทธิภาพ และยังไม่พบข้อมูลผลการประเมินการปฏิบัติงานของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด ซึ่งเป็นผู้กำหนดนโยบายและขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ ตามพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2560 รวมถึงไม่พบรูปแบบการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในกลุ่มเยาวชนไทยอย่างเฉพาะเจาะจง ในขณะที่เยาวชนเป็นนักสูบหน้าใหม่และเป็นกลุ่มเป้าหมายหลักของการตลาดยาสูบ ประกอบกับมีปัจจัยหรือพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ ส่งผลให้อัตราการบริโภคยาสูบของเยาวชนไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี รวมถึงการดำเนินมาตรการต่างๆ ยังไม่บรรลุสู่เป้าหมายของประเทศ (ฐิติพร กัญวิหค และคณะ, 2561) ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาถึงรูปแบบการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด โดยการประยุกต์ใช้กรอบยุทธศาสตร์ MPOWER ว่าเป็นอย่างไรมาก่อน โดยมุ่งเน้นการศึกษาบริบท และปัจจัยที่ส่งผลต่อการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด ร่วมกับการประยุกต์ใช้การประเมินตามกรอบยุทธศาสตร์ MPOWER เพื่อนำมาใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนารูปแบบการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัดที่เหมาะสมกับบริบทของประเทศไทย อีกทั้งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถนำรูปแบบการประเมินนี้ไปใช้เป็นมาตรฐานเดียวกัน โดยจะส่งเสริมให้เกิดการปรับปรุงพัฒนามาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบ เพื่อป้องกันนักสูบหน้าใหม่และลดอัตราการบริโภคยาสูบของเยาวชนไทยให้บรรลุสู่เป้าหมายของประเทศต่อไป

คำถามการวิจัย

1. บริบทของการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัดเป็นอย่างไรมาก่อน และปัจจัยใดที่ส่งผลต่อคะแนนการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด
2. รูปแบบการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด โดยการประยุกต์ใช้กรอบยุทธศาสตร์ MPOWER ควรเป็นอย่างไรมาก่อน
3. การประเมินรูปแบบการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด โดยการประยุกต์ใช้กรอบยุทธศาสตร์ MPOWER เป็นอย่างไร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาบริบทของการประเมิน และปัจจัยที่ส่งผลต่อคะแนนการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด โดยการประยุกต์ใช้กรอบยุทธศาสตร์ MPOWER
3. เพื่อประเมินรูปแบบการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด โดยการประยุกต์ใช้กรอบยุทธศาสตร์ MPOWER

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ มุ่งพัฒนารูปแบบการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด โดยการประยุกต์ใช้กรอบยุทธศาสตร์ MPOWER ภายใต้บริบทของประเทศไทย โดยกองงานคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข เป็นผู้รับผิดชอบหลัก ได้กำหนดขอบเขตการศึกษา ไว้ดังนี้

1. ขอบเขตเชิงพื้นที่

เขตพื้นที่ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ดำเนินการวิจัยในพื้นที่จังหวัดของประเทศไทย ซึ่งแบ่งออกเป็น 4 ภูมิภาคของประเทศไทย ภูมิภาคละ 2 จังหวัด โดยคัดเลือกจากจังหวัดที่มีอัตราการบริโภคยาสูบสูงที่สุด และจังหวัดที่มีอัตราการบริโภคยาสูบต่ำที่สุดของแต่ละภาคในประเทศไทย รวมถึงความพร้อมและการตอบรับของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัดในการให้ข้อมูลการวิจัยในครั้งนี้ รวมทั้งสิ้นจำนวน 8 จังหวัด (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2564) ประกอบด้วย

ภาคเหนือ	ได้แก่	จังหวัดกำแพงเพชร และจังหวัดเชียงใหม่
ภาคกลาง	ได้แก่	จังหวัดนครนายก และจังหวัดสมุทรสงคราม
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	ได้แก่	จังหวัดมุกดาหาร และจังหวัดศรีสะเกษ
ภาคใต้	ได้แก่	จังหวัดกระบี่ และจังหวัดยะลา

2. ขอบเขตด้านกลุ่มเป้าหมาย

การวิจัยครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ซึ่งประชากรที่ใช้ในการวิจัยในแต่ละระยะ มีดังนี้

ระยะที่ 1 คือ คณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด

ระยะที่ 2 แบ่งออกเป็น 2 กลุ่มหลัก คือ

กลุ่มที่ 1 คณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด

กลุ่มที่ 2 ผู้บริหารและเจ้าหน้าที่ด้านการประเมิน ด้านขับเคลื่อนการควบคุมยาสูบ และด้านการบังคับใช้กฎหมาย ในสังกัดกองงานคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

ระยะที่ 3 คือ ผู้ทรงคุณวุฒิหรือผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับด้านการประเมินและการดำเนินงานควบคุมการบริโภคยาสูบ

3. ขอบเขตด้านเนื้อหา

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยที่มุ่งเน้นการพัฒนารูปแบบการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด โดยการประยุกต์ใช้กรอบยุทธศาสตร์ MPOWER ซึ่งแบ่งขั้นตอนกระบวนการวิจัยออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาบริบทของการประเมิน และปัจจัยที่ส่งผลต่อคะแนนการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด ใช้รูปแบบการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed method research) ชนิด Convergent design ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลแบบคู่ขนาน ทั้งระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) ชนิดการศึกษาแบบพหุกรณี (Multiple case study) และระเบียบวิธีวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative research) ด้วยการสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) โดยนำทฤษฎีการบูรณาการมาตรการเข้าสู่ระบบงานตามปกติ (Normalization process theory) มาประยุกต์ใช้ในการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อคะแนนการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด โดยการประยุกต์ใช้กรอบยุทธศาสตร์ MPOWER และนำไปสู่การวิจัยในระยะที่ 2

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด โดยการประยุกต์ใช้กรอบยุทธศาสตร์ MPOWER ขององค์การอนามัยโลก ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) ชนิดการศึกษาแบบสนทนากลุ่ม (Focus group) และนำไปสู่การวิจัยในระยะที่ 3

ระยะที่ 3 ประเมินรูปแบบการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด โดยการประยุกต์ใช้กรอบยุทธศาสตร์ MPOWER ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) ด้วยเทคนิคเดลฟาย (Delphi technique) โดยความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิหรือผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้อง

3. ขอบเขตด้านระยะเวลา

ระยะเวลาในการศึกษาวิจัย รวมถึงการเก็บรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ผล ตลอดจนเขียนเล่มวิทยานิพนธ์ ใช้ระยะเวลาทั้งหมด 3 ปี 6 เดือน ตั้งแต่เดือนมกราคม พ.ศ. 2563 ถึง เดือนพฤษภาคมพ.ศ. 2566

ข้อตกลงเบื้องต้น

เนื่องจากการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้กำหนดกรอบการวิจัยในการพัฒนารูปแบบการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด โดยการประยุกต์ใช้กรอบยุทธศาสตร์ MPOWER ซึ่งในกระบวนการดำเนินการวิจัยในบางขั้นตอนไม่สามารถเก็บข้อมูลจากคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัดได้ครอบคลุมยุทธศาสตร์ MPOWER ทั้ง 6 ยุทธศาสตร์ จึงมีเงื่อนไขเป็นข้อตกลงเบื้องต้น ดังนี้

1. การกำหนดกรอบแนวคิดในการวิจัย ระยะที่ 1.2 ในการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อแผนการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด ที่ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative research) และมีตัวแปรตาม คือ แผนการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด โดยการประยุกต์ใช้กรอบยุทธศาสตร์ MPOWER ซึ่งสามารถเก็บข้อมูลจากคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัดได้ 5 ยุทธศาสตร์ คือ 1) การติดตามการใช้จ่ายและนโยบายการป้องกัน (Monitor) 2) การปกป้องประชาชนจากควันบุหรี่ (Protect) 3) การให้ความช่วยเหลือในการเลิกใช้ยาสูบ (Offer) 4) การเตือนให้ตระหนักถึงพิษภัยของยาสูบ (Warn) และ 5) การบังคับใช้กฎหมายห้ามโฆษณา และส่งเสริมการขายผลิตภัณฑ์ยาสูบ (Enforce) ในส่วนของยุทธศาสตร์ที่ 6 การขึ้นภาษีผลิตภัณฑ์ยาสูบ (Raise) โดยเป็นอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบแห่งชาติ จึงไม่ใช่อำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัดที่จะสามารถดำเนินการขึ้นภาษีผลิตภัณฑ์ยาสูบเองได้ (พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ, 2560) จึงไม่สามารถนำยุทธศาสตร์การขึ้นภาษีผลิตภัณฑ์ยาสูบ (Raise) หรือ R มาใช้ในกรอบแนวคิดในการวิจัยในระยะนี้ได้

2. ในการวิจัยระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด โดยการประยุกต์ใช้กรอบยุทธศาสตร์ MPOWER เพื่อให้องค์ประกอบของการประเมินครอบคลุมตามยุทธศาสตร์ MPOWER ขององค์การอนามัยโลก ผู้วิจัยจึงกำหนดให้ (Raise หรือ R) ในการวิจัยครั้งนี้ หมายถึง การยกระดับมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทย (Raise of measure) ของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด

นิยามศัพท์เฉพาะ

รูปแบบการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทย หมายถึง กรอบหรือแนวทางในการประเมินกระบวนการดำเนินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด โดยการประยุกต์ใช้กรอบยุทธศาสตร์ MPOWER ขององค์การอนามัยโลก กรอบของการประเมินนี้ ประกอบด้วย เป้าหมายของการประเมิน องค์ประกอบของการประเมินและตัวบ่งชี้ เกณฑ์การประเมิน วิธีการประเมิน ผู้ทำการประเมิน ระยะเวลาในการประเมิน และการให้ข้อมูลป้อนกลับ ซึ่งพัฒนาขึ้นจากการระดมความคิดของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัดและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย โดยกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขสามารถนำไปใช้ในการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัดได้อย่างเป็นรูปธรรม

ยาสูบ หมายถึง ผลิตภัณฑ์ที่มีส่วนประกอบของใบยาสูบ หรือพืชนิโคทีเยนา ทาแบกกุ่มหรือผลิตภัณฑ์อื่นใดที่มีสารนิโคตินเป็นส่วนประกอบ รวมถึงผลิตภัณฑ์ยาสูบบรูปแบบใหม่ๆ ทั้งชนิดมีควันและชนิดไม่มีควัน ที่เยาวชนไทยบริโภคโดยวิธีสูบ ดูด ตม อม เคี้ยว กิน เป่า หรือพ่นเข้าไปในปากหรือจมูก ทา หรือโดยวิธีอื่นใดเพื่อให้ได้ผลเป็นเช่นเดียวกัน เช่น บุหรี่ บุหรี่มวนเอง บุหรี่อิเล็กทรอนิกส์หรือบุหรี่ไฟฟ้า ยาเส้น บาราเก้ เป็นต้น

เยาวชนไทย หมายถึง ประชาชนในประเทศไทย ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่มีอายุระหว่าง 15-19 ปี (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2561) ทั้งที่ไม่ได้อยู่ในระหว่างการศึกษาและที่กำลังศึกษาอยู่ในสถานการศึกษาต่างๆ

คณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด หมายถึง คณะทำงานด้านการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบของแต่ละจังหวัดในประเทศไทย ที่ถูกแต่งตั้งขึ้นตามกฎหมายพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2560 จำนวน 24 คน โดยมีผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นประธาน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเป็นเลขานุการ และคณะกรรมการจากหัวหน้าส่วนราชการต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีบทบาทหน้าที่ในการขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ และให้มีการบังคับใช้กฎหมาย รวมถึงกำหนดแนวทางปฏิบัติ ติดตาม ประเมินผล และตรวจสอบการดำเนินการเฝ้าระวัง ป้องกันไม่ให้เยาวชนเข้าถึงผลิตภัณฑ์ยาสูบ การลดและเลิกการบริโภคยาสูบ และการคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่

คะแนนการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด หมายถึง การรับรู้ผลการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด โดยการประยุกต์ใช้กรอบยุทธศาสตร์ MPOWER ในการควบคุมการบริโภคยาสูบขององค์การอนามัยโลก ซึ่งมีข้อคำถามประกอบด้วย มาตรการ 5 ข้อ ได้แก่ การติดตามการใช้ยาสูบและนโยบายการป้องกัน การปกป้องประชาชนจาก

คว้นบุหรี การให้ความช่วยเหลือในการเลิกใช้ยาสูบ การเตือนให้ตระหนักถึงพิษภัยของยาสูบ และการบังคับใช้กฎหมายห้ามโฆษณา และส่งเสริมการขายผลิตภัณฑ์ยาสูบ โดยในแต่ละข้อจะมีเกณฑ์การให้คะแนนตามระดับการปฏิบัติมาตรการ ตั้งแต่ 0-3 คะแนน

ประสบการณ์ทำงานด้านยาสูบ หมายถึง ระยะเวลาในการปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมยาสูบของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด โดยนับเฉพาะช่วงเวลาที่ได้รับผิดชอบงานหรือปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมยาสูบเท่านั้น

ระดับความสำคัญของการดำเนินงานควบคุมการบริโภคยาสูบ หมายถึง ระดับการรับรู้ว่าการดำเนินงานควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทย ตามบทบาทหน้าที่ภายใต้พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2560 มีความสำคัญ มีคุณค่า มีความภาคภูมิใจ และมีผลกระทบต่อการทำงานของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด โดยการให้คะแนนระดับความสำคัญ ตั้งแต่ต่ำสุดไปถึงมากที่สุด เท่ากับ 0-10 คะแนน

ความรู้ด้านการควบคุมการบริโภคยาสูบ หมายถึง ความสามารถในการจดจำ หรือความเข้าใจในสารสนเทศที่ได้รับมาจากประสบการณ์ทั้งจากการได้ยิน ได้ฟัง การคิด หรือการปฏิบัติของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด เกี่ยวกับผลิตภัณฑ์ยาสูบและการดำเนินงานควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทย โดยมีข้อคำถามเป็นลักษณะเลือกตอบ 2 ตัวเลือก ได้แก่ ใช่ และไม่ใช่ ซึ่งมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ ถูก เท่ากับ 1 คะแนน หรือผิด เท่ากับ 0 คะแนน

ทัศนคติในการทำงานด้านยาสูบ หมายถึง ความคิด มุมมอง หรือความรู้สึกนึกคิดของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด ที่มีต่อการดำเนินงานควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทย โดยข้อคำถามมีมาตรวัดระดับความคิดเห็นแบ่งออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยมากที่สุด เห็นด้วยมาก เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยน้อย และเห็นด้วยน้อยที่สุด

แรงจูงใจในการทำงานด้านยาสูบ หมายถึง แรงผลักดันจากภายในที่ทำให้คณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด เกิดพฤติกรรมตอบสนองต่อการดำเนินงานควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทย ซึ่งเกี่ยวข้องกับความต้องการทางสังคม เช่น คำชม การยอมรับของสังคม การได้รับความช่วยเหลือ และการสนับสนุน เป็นต้น โดยข้อคำถามมีมาตรวัดระดับความคิดเห็นแบ่งออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยมากที่สุด เห็นด้วยมาก เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยน้อย และเห็นด้วยน้อยที่สุด

การบริหารองค์กรด้านการควบคุมการบริโภคยาสูบ หมายถึง หัวหน้าส่วนราชการต่างๆ ที่เกี่ยวข้องที่เป็นสมาชิกคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด มีกระบวนการการบริหารกลุ่มบุคคลในองค์กรของตนเองให้สามารถปฏิบัติงานร่วมกันในการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทย ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมีทรัพยากรที่เพียงพอ โดยมีองค์ประกอบที่สำคัญ ดังนี้

เป้าหมายขององค์กร หมายถึง คณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด มี หรือไม่มี การกำหนดเป้าหมายขององค์กรตนเอง เกี่ยวกับการดำเนินงานควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชน ไทยไว้อย่างชัดเจน

แผนปฏิบัติการ หมายถึง คณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด มี หรือไม่มี การกำหนดแผนปฏิบัติการขององค์กรตนเอง เกี่ยวกับการดำเนินงานควบคุมการบริโภคยาสูบใน เยาวชนไทยไว้อย่างชัดเจน

กำหนดบทบาทผู้รับผิดชอบงาน หมายถึง คณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด มี หรือไม่มีกำหนดบทบาทผู้รับผิดชอบงานในองค์กรตนเอง เกี่ยวกับการดำเนินงานควบคุม การบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยไว้อย่างชัดเจน

ความเพียงพอของทรัพยากร หมายถึง คณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด มีการสนับสนุนทรัพยากรขององค์กรตนเองพอใช้ หรือไม่พอใช้ต่อการดำเนินงานควบคุมการบริโภค ยาสูบในเยาวชนไทย เพื่อให้เป็นไปตามแผนปฏิบัติการและนำไปสู่การบรรลุเป้าหมาย

ทักษะการปฏิบัติงาน หมายถึง ความสามารถ ความชำนาญ หรือความเชี่ยวชาญของ คณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด ที่ต้องอาศัยทั้งประสบการณ์ การฝึกปฏิบัติ อย่างเหมาะสม รวมถึงเทคนิคหรือวิธีการต่างๆ ที่นำมาใช้ในการปฏิบัติงานการควบคุมการบริโภค ยาสูบในเยาวชนไทยให้ประสบความสำเร็จบรรลุตามเป้าหมายได้อย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด โดย ข้อคำถามมีมาตรฐานระดับการปฏิบัติแบ่งออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่ มาก ปานกลาง น้อย และไม่เคย ซึ่งทักษะการปฏิบัติงาน ประกอบด้วย 4 ด้าน ดังนี้

ด้านการสื่อสาร หมายถึง ความสามารถในการใช้คำพูด ภาษา และท่าทางของ คณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด เพื่อแสดงออกถึงความรู้สึกรู้สึกนึกคิดของตนเองใน การดำเนินงานควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยตามสถานการณ์ต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม และ บุคคลอื่นสามารถเข้าใจ ปฏิบัติตาม หรือตอบสนองได้ตามความต้องการ

ด้านการวิเคราะห์ หมายถึง ความสามารถในการคิด จำแนก แยกแยะข้อมูล รวมถึง การประเมินปัญหาและปัจจัยต่างๆ ที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินงานควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชน ไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด

ด้านการแก้ไขปัญหา หมายถึง ความสามารถในการใช้เหตุผลและการตัดสินใจของ คณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัดในการแก้ไขปัญหาการดำเนินงานควบคุมการบริโภค ยาสูบในเยาวชนไทยอย่างรอบคอบ เพื่อให้ปัญหานั้นคลี่คลายไปในทางที่ถูกต้อง

ด้านการมีภาวะผู้นำ หมายถึง ความสามารถในการนำผู้ร่วมงานหรือผู้ใต้บังคับบัญชาของ คณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด ในการสั่งการ ชี้แนะแนวทาง และแสดงบทบาทใน

การควบคุม กำกับ ติดตามการดำเนินงานควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยให้เป็นไปตามแผนปฏิบัติการ และบรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้

ทฤษฎีการบูรณาการมาตรการเข้าสู่ระบบงานตามปกติ (Normalization process theory) หมายถึง ความรู้สึกในการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัดที่มีต่อกระบวนการดำเนินงานมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทย โดยข้อคำถามมีมาตรวัดระดับความคิดเห็นแบ่งออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยมากที่สุด เห็นด้วยมาก เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยน้อย และเห็นด้วยน้อยที่สุด ซึ่งมี 4 องค์ประกอบ คือ

1. การเชื่อมโยงกัน (Coherence) หมายถึง ความรู้สึก และความเข้าใจของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด ในการเชื่อมโยงระหว่างการดำเนินงานมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยกับงานประจำที่ทำปกติ เพื่อนำมาตรการไปสู่การปฏิบัติ

2. การมีส่วนร่วม (Cognitive participation) หมายถึง ความรู้สึก ความเชื่อ คณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด เกี่ยวกับการมีส่วนร่วมการดำเนินงานมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทย เพื่อสร้างความสัมพันธ์ รักษาความสัมพันธ์ และสนับสนุนการดำเนินงานมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทย

3. การทำงานร่วมกัน (Collective action) หมายถึง ความรู้สึก ความเชื่อของ คณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด เกี่ยวกับการบูรณาการการดำเนินงานมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยกับงานประจำที่ทำปกติ เพื่อกำหนดแนวทางปฏิบัติตามมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทย โดยมีความมั่นใจในความสามารถของผู้อื่น และมอบหมายงานให้กับผู้อื่นได้อย่างเหมาะสมกับทักษะ รวมถึงสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพผู้ปฏิบัติงาน สนับสนุนทรัพยากร และสนับสนุนการดำเนินงานมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยที่เพียงพอ

4. การติดตามแบบสะท้อนกลับ (Reflexive monitoring) หมายถึง การประเมินผลในการปฏิบัติงานของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด เพื่อทำความเข้าใจแนวทางปฏิบัติ มาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยที่ส่งผลต่อองค์กรหรือหน่วยงานของตนเอง จากการรายงานผลกระทบและความคุ้มค่า เพื่อสามารถนำมาใช้ในการปรับปรุงวิธีการดำเนินงานควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยได้ในอนาคต

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด โดยประยุกต์ใช้กรอบยุทธศาสตร์ MPOWER ซึ่งผู้วิจัยได้ทบทวนเอกสาร และศึกษารายละเอียดของแนวคิด ทฤษฎี รวมทั้งงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อนำมาเป็นแนวคิดในการออกแบบการดำเนินการวิจัยที่ครอบคลุมในประเด็นๆ ดังต่อไปนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับเยาวชน
2. ความรู้เกี่ยวกับยาสูบ
3. แนวคิดเกี่ยวกับการควบคุมการบริโภคยาสูบ
4. แนวคิด ทฤษฎีเกี่ยวกับการประเมินผล
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
6. กรอบแนวคิดในการวิจัย

ความรู้เกี่ยวกับเยาวชน

เยาวชน หรือวัยรุ่นหนุ่มสาว เป็นช่วงอายุระหว่างวัยเด็กกับวัยผู้ใหญ่ ซึ่งเป็นวัยหัวเลี้ยวหัวต่อระหว่างการเป็นเด็กและผู้ใหญ่ จะมีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมอย่างชัดเจน และมีความกังวลเกี่ยวกับบุรุษลักษณะและสิ่งรอบตัวมากเป็นพิเศษ เพื่อให้ทราบและเข้าใจถึงลักษณะของเยาวชนมากขึ้น ผู้วิจัยจึงทบทวนเอกสาร แนวคิด ทฤษฎีเกี่ยวกับเยาวชน ดังนี้

1. ความหมายของเยาวชน

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2006) ได้อธิบายไว้ว่า "เยาวชน" หมายถึง วัยที่มีอายุระหว่าง 15-24 ปี สำหรับ "วัยรุ่น" หมายถึง วัยที่มีอายุระหว่าง 10-19 ปี ทำให้ทั้งสองกลุ่มอายุมีช่วงอายุคาบเกี่ยวกัน จึงเรียกรวมกันว่า "วัยรุ่นหนุ่มสาว" คือ ช่วงอายุระหว่าง 10-24 ปี ซึ่งเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งสภาพร่างกายและจิตใจอย่างชัดเจน นอกจากนี้ยังมีการเปลี่ยนแปลงประสบการณ์ด้านการรับรู้ การเจริญเติบโต พัฒนาการทางร่างกาย รวมถึงความสามารถทางความคิดที่พัฒนาขึ้นเช่นกัน เกิดความตระหนักในตนเองเมื่อมีความคาดหวังทางสังคม ต้องการวุฒิภาวะทางอารมณ์ โดยแต่ละคนจะมีความต้องการที่แตกต่างกันไปตามลักษณะของเพศ สถานการณ์ชีวิต สภาพ

เศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม จึงเป็นสิ่งสำคัญที่ต้องมีความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมของเยาวชน
ยิ่งขึ้น

กระทรวงสาธารณสุข (2559, น. 9) ให้ความหมายของ “เยาวชนหรือวัยรุ่น” หมายถึง
ช่วงวัยที่มีการเจริญเติบโตและพัฒนาการอย่างรวดเร็วมาก เป็นระยะที่มีขนาดร่างกายขยายขึ้น
มีพลังกำลังและความสามารถด้านการเจริญพันธุ์ มีความคิดอ่านที่เป็นนามธรรมมากขึ้น สังคมขยาย
จากการมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางกลายเป็นกลุ่มเพื่อนและผู้ใหญ่อื่นๆ ที่เข้ามามีบทบาทอย่าง
กว้างขวาง นอกจากนี้ยังมีความรู้ ทักษะ และเจตคติใหม่ๆ เกิดขึ้นด้วย

พระราชบัญญัติศาลเยาวชนและครอบครัวและวิธีพิจารณาคดีเยาวชนและครอบครัว
(2553) ให้ความหมายของ "เยาวชน" หมายถึง บุคคลอายุเกิน 15 ปีบริบูรณ์ แต่ยังไม่ถึง 18 ปีบริบูรณ์

การกำหนดกลุ่มอายุของเยาวชนขององค์การกองทุนสเคราะห์เด็กแห่งสหประชาชาติ
(UNICEF) หมายถึง ผู้ที่มีอายุระหว่าง 15-24 ปี (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2535) ในขณะที่ความหมาย
ของเยาวชนไทยที่ใช้ในการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ
หมายถึง กลุ่มอายุ 15-19 ปี (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2561, น. 20) และกรมควบคุมโรค กระทรวง
สาธารณสุข ได้กำหนดแผนการดำเนินงานและเป้าหมายในการควบคุมการบริโภคยาสูบของเยาวชน
ไทย อยู่ในช่วงอายุ 15-18 ปี (สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ, 2560)

สรุปความหมายของเยาวชน หมายถึง วัยที่มีช่วงอายุระหว่าง 15-24 ปี ซึ่งเป็นวัยที่มี
การเจริญเติบโตและพัฒนาการอย่างรวดเร็วทั้งด้านร่างกายและจิตใจ รวมถึงประสบการณ์ด้าน
การรับรู้ มีความรู้ ทักษะ และเจตคติใหม่ๆ อย่างชัดเจน มีสังคมกลุ่มเพื่อนและผู้ใหญ่อื่นๆ เข้ามา
มีบทบาทมากขึ้น โดยแต่ละคนจะมีความต้องการที่แตกต่างกันไปตามลักษณะของเพศ สถานการณ์ชีวิต
สภาพเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมของเยาวชน

2. สถานการณ์ปัญหาของเยาวชน

เยาวชน เป็นวัยที่ย่างเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ จึงเป็นกำลังสำคัญในการขับเคลื่อนและพัฒนา
ประเทศในอนาคต แต่ด้วยธรรมชาติของช่วงวัยประกอบกับการเจริญเติบโตของร่างกายและฮอร์โมน
จึงทำให้วัยรุ่นต้องเผชิญกับการปรับตัวและปัญหาต่างๆ มากมาย ซึ่งแต่ละปัญหามีความรุนแรงสูง
ดังสถานการณ์เยาวชนในประเทศไทยที่กำลังเผชิญปัญหาในทุกด้าน เช่น ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้าน
จิตวิญญาณ การยอมรับ และวัฒนธรรม ด้านสังคม อารมณ์ การใช้ความรุนแรง และด้านการศึกษา
เป็นต้น ปัจจุบันประเทศไทยมีเยาวชน (อายุ 15-19 ปี) ประมาณ 3.2 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ
4.79 ของประชากรทั้งหมด (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2562) พบเยาวชนจำนวนมากกำลังเผชิญกับ
ความเสี่ยงเรื่องสุขภาพที่เพิ่มมากขึ้น ปัญหาด้านสุขภาพของเยาวชน ได้แก่ การติดเชื้อเอชไอวีและ
โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การตั้งครภ์ในวัยรุ่น การขาดสารอาหาร ภาวะอ้วน เหล้า บุหรี่ และ
สารเสพติด ตลอดจนปัญหาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิต นอกจากนี้วัยรุ่นยังพบปัญหาไม่ได้รับโอกาสที่จะ

แสดงความคิดเห็นและมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในเรื่องที่ส่งผลกระทบต่อชีวิตของตนเอง จึงส่งผลกระทบต่อเป็นวงกว้างทั้งต่อตัวเยาวชน ครอบครัว และสังคม ทำให้เป็นปัญหาที่ต้องได้รับการดูแลแก้ไขจากหลายภาคส่วน ในการพัฒนาเยาวชนให้เป็นผู้ในการเปลี่ยนแปลงมาสู่ครอบครัว ชุมชน และประเทศชาติ จึงเป็นเรื่องที่สำคัญอย่างมาก (UNICEF Thailand, 2016)

ดังนั้น สถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับเยาวชนที่ต้องการการคุ้มครองเป็นพิเศษ ได้แก่ เยาวชนที่ติดยาเสพติด รวมถึงการใช้ยาสูบ เนื่องจากกลุ่มเยาวชนเป็นกลุ่มที่เริ่มต้นของการใช้ยาสูบมากที่สุด จะมีเพียงไม่กี่คนที่เริ่มสูบบุหรี่เป็นประจำหลังอายุ 18 ปี นำไปสู่ปัญหาการเสพยาสูบในวัยผู้ใหญ่ โดยการกระจายของการใช้ยาสูบทั้งในเขตกรุงเทพมหานคร และเมืองใหญ่ๆ รวมถึงพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ อีกทั้งเยาวชนมีสิ่งสำคัญที่เกิดขึ้นในวิถีชีวิตมากขึ้น เริ่มมีอิทธิพลทางสังคมเข้ามาเกี่ยวข้อง รวมถึงการตลาด และสื่อทางเทคโนโลยี ที่กำลังส่งผลกระทบต่อสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีในช่วงหลายปีที่ผ่านมา ทำให้เยาวชนที่มีปัญหากลุ่มนี้ จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสภาพทางร่างกาย สมอ การเยียวยาจิตใจ และคืนความมั่นใจในการกลับสู่สังคม และชุมชน (World Health Organization, 2006; คณะกรรมการส่งเสริมการพัฒนาเด็กและเยาวชนแห่งชาติ, 2561)

ความรู้เกี่ยวกับยาสูบ

1. ความหมายของยาสูบ

พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ (2560) ให้ความหมายของ “ผลิตภัณฑ์ยาสูบ” หมายถึง ผลิตภัณฑ์ที่มีส่วนประกอบของใบยาสูบหรือพืชนิโคทีเยนา ทาแบกกุ่ม (Nicotiana tabacum) และให้หมายความรวมถึงผลิตภัณฑ์อื่นใดที่มีสารนิโคตินเป็นส่วนประกอบ ซึ่งบริโภคโดยวิธีสูบ ดูด ตม อม เคี้ยว กิน เป่า หรือพ่นเข้าไปในปากหรือจมูก ทา หรือโดยวิธีอื่นใด เพื่อให้ได้ผลเป็นเช่นเดียวกัน ทั้งนี้ ไม่รวมถึงยาตามกฎหมายว่าด้วยยา และให้ความหมายของการสูบบุหรี่ที่หมายความรวมถึง การกระทำใดๆ ซึ่งมีผลทำให้เกิดควันหรือไอระเหยจากผลิตภัณฑ์ยาสูบ หรือการครอบครองผลิตภัณฑ์ยาสูบขณะเกิดควันหรือไอระเหย

พจนานุกรมราชบัณฑิตยสถาน (กรมสรรพสามิต, 2560) ให้นิยามความหมายของ “ยาสูบ” หมายถึง ยาสำหรับสูบมีทั้งที่เป็นมวนและที่เป็นเส้นสำหรับสูบล้าง ได้แก่ บุหรี่ซิการ์ บุหรี่ซิการ์ บุหรี่อื่น และยาเส้นปรุง รวมถึงยาเคี้ยวด้วย อีกความหมายของยาสูบ คือ ใบของต้นยาสูบที่หั่นเป็นเส้นโดยใช้ใบตองหรือใบจากเพื่อมวนสูบ นอกจากนี้ยังหมายถึงชื่อไม้ล้มลุกชนิด Nicotiana tabacum L. ในวงศ์ Solanaceae หั่นใบเป็นเส้นเพื่อใช้กินกับหมากหรือมวนสูบ หรือทำเป็นผงเพื่อในการใช้เป่าหรือสูดดม

สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ (2558, น. 6) ให้ความหมายของ “ยาสูบ” (Tobacco) หมายถึง ผลิตภัณฑ์ที่มีส่วนผสมของ “ใบยาสูบ” ที่ใช้ในการสูด ดม อม และเคี้ยวหรือโดยวิธีอื่นใด เพื่อให้ได้ผลเป็นเช่นเดียวกัน รวมถึง บุหรี่ซิการ์ แรต ซิการ์ ยาเส้น ยาเส้นปรุง และผลิตภัณฑ์ยาสูบใหม่ๆ ด้วย อาทิ บุหรี่ไฟฟ้า บารากูไฟฟ้า ซึ่งหมายรวมถึงผลิตภัณฑ์ยาสูบ (Tobacco products) ทุกชนิด ที่มีทั้งชนิดมีควันและชนิดไม่มีควัน

สรุปความหมายของยาสูบ หมายถึง ผลิตภัณฑ์ที่มีส่วนผสมประกอบของใบยาสูบ หรือพีชนิโคทีน ทาแบกกุ่ม หรือผลิตภัณฑ์ที่มีสารนิโคตินเป็นส่วนประกอบ รวมถึงผลิตภัณฑ์ยาสูบรูปแบบใหม่ๆ ทั้งชนิดมีควันและชนิดไม่มีควัน ที่ชาวคนไทยใช้บริโภคโดยวิธีสูบ ดูด ดม อม เคี้ยว กิน เป่า หรือพ่นเข้าไปในปากหรือจมูก ทา หรือโดยวิธีอื่นใดเพื่อให้ได้ผลเป็นเช่นเดียวกัน

2. ความเป็นมาของผลิตภัณฑ์ยาสูบ

ยาสูบ มีแหล่งกำเนิดมาจากตอนกลางของทวีปอเมริกา แม้จะรู้จักใบยาสูบมาประมาณสองพันปีแล้ว แต่ยังไม่มีการสูบกันเป็นนิสัย จนกระทั่งพวกอินเดียนแดงซึ่งเป็นชาวพื้นเมืองของอเมริกา รู้จักใช้ยาสูบจากการมวนด้วยใบข้าวโพด จึงได้มีการทำไร่ยาสูบกันทั่วไปอย่างแพร่หลาย ซึ่งเรียกว่า ซิการ์ (Cigar) จากหลักฐานและการขุดพบกล่องยาสูบสมัยโบราณ บนคาบสมุทรคาร์เทน ประเทศเม็กซิโก มีลักษณะตรงโคนสำหรับดูดยา แยกออกเป็นสองง่ามสำหรับอัดเข้าไปในจมูก ชาวอเมริกันโบราณจึงนำมาใช้สูบยากันทางจมูก และกล่องชนิดนี้ เรียกว่า ทาบาคโค (Tabaco) ซึ่งเป็นต้นกำเนิดของคำว่า โทแบคโค (Tobacco) ในสมัยโบราณรู้จักการปลุกยาสูบเพื่อนำไปชอยและมวนสูบ และนำมาทำเป็นผลิตภัณฑ์ยาสูบ ในสมัยประวัติศาสตร์จะมี 3 ลักษณะ คือ การเอายาเส้นมวนด้วยกระดาษ จะเรียกว่า “บุหรี่” (Cigarette) แต่ถ้าเอายาเส้นมาใส่ลงไปปลายก้านยา แล้วสูบผ่านก้านจะเรียกว่า “ไปป์” (Pipe) และถ้าเอายาสูบมาพันกันไปมาจนเป็นมวนโตแล้วสูบเรียกว่า “ซิการ์” (Cigar) นอกจากนี้ ยังมีคุณสมบัติเป็นยาฆ่าเชื้อโรคที่ได้อย่างหนึ่งด้วย จนกระทั่งปลายพุทธศตวรรษที่ 22 การปลุกยาสูบจึงแพร่หลายไปยังทวีปยุโรป เอเชีย และแอฟริกา โดยประเทศแรกที่เริ่มปลุกยาสูบในเอเชีย คือ ประเทศฟิลิปปินส์ จากนั้นจึงแพร่หลายไปยังประเทศอินเดีย ประเทศจีน และประเทศอินโดนีเซีย ตามลำดับ จนกระทั่งนำยาสูบมาใช้กันแพร่หลายในประเทศไทย (การยาสูบแห่งประเทศไทย, 2558)

สำหรับในประเทศไทย แม้จะไม่มีหลักฐานแน่ชัดว่าคนไทยเริ่มการสูบยาเมื่อใด แต่จากหลักฐานที่พบและรวบรวมได้ เช่น กล่องยาสูบในสมัยสุโขทัย ทำให้คนไทยมีวัฒนธรรมที่เกี่ยวข้องกับยาสูบมาประมาณ 700 ปี ในสมัยสมเด็จพระนารายณ์มหาราชนั้น พบว่า คนไทยสูบยากันทั่วไป โดยชาวเปอร์เซียเป็นผู้นำเข้ามา เป็นการสูบยาในลักษณะหันใบยาแล้วมวนด้วยใบตองหรือใบบัว และมีการสูบจากกล่องหรือเคี้ยวเส้นยาสูบ หรือการทำเป็นผงเพื่อสูดเข้าจมูกแบบยานัตถ์ นอกจากนี้สมเด็จพระยาตำราจนาภาพันท์ที่กว่า มงซิเออร์ เดอ ลาลูแบร์ เอกอัครราชทูต ชาวฝรั่งเศสได้เขียนเล่า

เรื่องว่า คนไทยชอบใช้ยาสูบแบบฉุนทั้งผู้ชายและผู้หญิง ใบยาที่ใช้ใช้นั้นได้มาจากเกาะมะนิลาบ้าง เมืองจีนบ้าง และปลูกในพื้นที่เมืองบ้าง ลักษณะของยาสูบหรือมวนบุหรี่ยุคโบราณนั้นจะมีกลิ่นแหลม มวนด้วยใบตองหรือใบจากตากแห้ง ต่อมาในสมัยของพระบาทสมเด็จพระจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว รัชกาลที่ 4 แห่งกรุงรัตนโกสินทร์ พระองค์เจ้าสิงหนาทราชดุรงค์ฤทธิ์ ได้ทรงประดิษฐ์กันปานขึ้นมาเพื่อสูบควันและอมยากับหมากพร้อมกัน ครั้นถึงสมัยพระบรมสมเด็จเจ้าพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว (รัชกาลที่ 5) มีผู้ดัดแปลงบุหรี่ยุคกันปาน โดยตัดยาเส้นให้พอดีกับวัสดุที่ใช้มวน ได้แก่ ใบตองแห้ง ใบตองอ่อน และใบบัว จนได้รับความนิยมอย่างมาก (นิทัศน์ ศิริโชติรัตน์ และฉัตรสุมน พฤตมิถุนิโย, 2560, น. 1) ซึ่งใบยาสูบแต่ละประเภทจะมีปริมาณสารประกอบทางเคมีที่ทำให้มีลักษณะเด่นแตกต่างกัน เช่น ใบยาเวอร์จิเนีย เป็นใบยาบ่มไอร้อนที่มีนิโคตินปานกลาง ใบยาเบอร์เลย์จะมีนิโคตินสูง และใบยาเตอร์กิชที่มีปริมาณสารหอมระเหยสูง ด้วยความแตกต่างของปริมาณสารประกอบเหล่านี้ เป็นเหตุผลหนึ่งที่อยู่เบื้องหลังการผลิตบุหรี่ยุคใหม่ จำเป็นต้องผสมใบยาประเภทต่างๆ เข้าด้วยกันตามสัดส่วน เพื่อให้ได้ทั้งกลิ่นและรสเป็นที่พอใจของผู้สูบ อย่างไรก็ตาม ใบยาสูบทุกประเภทที่นำมาสังเคราะห์จะต้องประกอบด้วยเคมีต่างๆ เหมือนกันหมด เพียงแต่มีปริมาณแตกต่างกัน นอกจากนี้ระดับความแก่สุกของใบยาและตำแหน่งของใบบนลำต้น ก็มีผลประกอบทางเคมีและคุณสมบัติอื่นๆ ที่ทำให้กลิ่นและรสแตกต่างกันด้วย (การยาสูบแห่งประเทศไทย, 2558)

3. ลักษณะของผลิตภัณฑ์ยาสูบ

ปัจจุบันอุตสาหกรรมยาสูบทั่วโลก ได้พัฒนาผลิตภัณฑ์ยาสูบและสร้างกลไกทางการตลาดขึ้นอย่างหลากหลายรูปแบบ เพื่อสร้างความประทับใจและตอบสนองความต้องการของผู้บริโภคทุกกลุ่มเป้าหมาย ประกอบกับวิวัฒนาการทางเทคโนโลยีที่ก้าวไกล ทั้งสื่อโฆษณา การสั่งซื้อสินค้าผ่านระบบอินเทอร์เน็ต และระบบการขนส่งที่เป็นไปอย่างรวดเร็ว ทำให้ผลิตภัณฑ์ยาสูบแพร่กระจายไปทั่วโลก สามารถเข้าถึงผลิตภัณฑ์ยาสูบรูปแบบใหม่ๆ ได้ง่ายมากขึ้น โดยเฉพาะกลุ่มเยาวชน ที่เป็นเป้าหมายหลักของธุรกิจยาสูบ เพื่อเพิ่มจำนวนผู้สูบบุหรี่มากขึ้นและเพิ่มปริมาณผู้เสพติดยาสูบในระยะยาว ซึ่งผลิตภัณฑ์ยาสูบนี้ สามารถแบ่งประเภทตามลักษณะการใช้งาน ออกเป็น 3 รูปแบบ (สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ, 2558, น. 6-9) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ผลิตภัณฑ์ยาสูบชนิดมีควัน เป็นผลิตภัณฑ์ที่บริโภคโดยวิธีการสูบ สามารถจำแนกได้เป็น 3 กลุ่ม ได้แก่

1.1 บุหรี่โรงงาน หรือเรียกกันว่า บุหรี่ซอง บุหรี่ซิการ์เรต รวมถึงบุหรี่ที่มีและไม่มีกันกรองด้วย โดยบุหรี่ที่ผลิตและขายในประเทศไทยมีมากถึง 18 ยี่ห้อ ที่รู้จักกันโดยทั่วไป เช่น กรองทิพย์ กรุงทอง สายฝน wonder SMS เป็นต้น ทั้งนี้ยังไม่รวมบุหรี่ที่นำเข้ามาจากต่างประเทศอีกถึง 38 ยี่ห้อ ที่สามารถพบเห็นได้ในท้องตลาด เช่น มาร์ลโบโล LM เป็นต้น

1.2 บุหรี่มวนเอง เป็นบุหรี่ที่ผู้สูบนำเอายาเส้นหรือยาเส้นปรุง มวนกับกระดาษใบตอง ใบจาก หรือใบบัว แล้วนำมาสูบ ในอดีตจะพบเห็นการสูบบุหรี่ประเภทนี้อยู่มาก ส่วนใหญ่ผู้ที่สูบบุหรี่ประเภทนี้จะเป็นผู้สูงอายุเป็นส่วนใหญ่ และในปัจจุบันผู้ที่สูบบุหรี่จะหันมาสูบบุหรี่ประเภทนี้มากขึ้น เนื่องจากราคาถูกกว่าบุหรี่โรงงาน

1.3 ผลิตภัณฑ์ยาสูรมีควันชนิดอื่นๆ

1.3.1 บุหรี่ซิการ์เป็นบุหรี่ที่นำเอาใบยาแห้ง หรือยาอัด มามวนกับใบยาสูบบุหรี่ซิการ์ที่มีในประเทศไทยส่วนใหญ่นำเข้ามาจากประเทศอเมริกา หรือประเทศในแถบยุโรป

1.3.2 ไปป์ ส่วนใหญ่จะพบเห็นการสูบบิ๊ปปี้ในภาพยนตร์หรือละคร เนื่องจากตัวไปป์ ส่วนใหญ่จะทำมาจากเหง้าของต้นไม้ที่มีความแข็งและทนความร้อนได้ดี ทำให้มีราคาแพง คนจึงไม่นิยมสูบ

1.3.3 ยาสูรมีควันที่สูบผ่านน้ำ มักพบเห็นกันอย่างแพร่หลายในปัจจุบัน คือ บารากู๋ หรือซิชา โดยเฉพาะวัยรุ่น มักจะนิยมสูบบารากู๋กันมาก เพราะมีกากน้ำตาลเป็นส่วนประกอบ ทำให้มีรสหวาน และมีการปรุงแต่งกลิ่นให้มีกลิ่นหอม คุณสมบัติพิเศษอีกประการหนึ่งของการสูบบารากู๋ คือ สามารถสูบได้พร้อมกันหลายคน

1.3.4 ซิโย เป็นบุหรี่พื้นเมืองพบมากทางภาคเหนือของประเทศไทย และชายแดนพม่า

2. ผลิตภัณฑ์ยาสูรมีควันไม่มีควัน เป็นการนำยาเส้น หรือยาเส้นปรุงมาใช้ในรูปแบบต่างๆ เช่น การจุกปาก การสูดทางจมูก หรือการเคี้ยว ได้แก่ 1) ยาสูรมีควันไม่มีควันแบบดั้งเดิม เช่น ยานัตถุ์ใช้สูดทางจมูก เป็นต้น 2) ยาสูบ ใช้สำหรับเคี้ยว อม หรือจุกทางปาก เช่น Snus เป็นต้น และ 3) หมากหรือพลู ที่มีส่วนประกอบของยาเส้น ซึ่งส่วนใหญ่ผู้สูงอายุจะนิยมใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูรมีควันแบบดังกล่าวนี้

3. ผลิตภัณฑ์ยาสูรมีควันรูปแบบใหม่และรูปแบบอื่นๆ เนื่องจากการแข่งขันทางการตลาดและความต้องการที่เพิ่มขึ้นของผู้บริโภค ผู้ผลิตผลิตภัณฑ์ยาสูบจึงคิดค้นผลิตภัณฑ์รูปแบบใหม่เพื่อตอบสนองความต้องการและเพื่อสร้างความสามารถในการแข่งขันด้านการตลาดกับบริษัทคู่แข่ง จึงเป็นที่มาของผลิตภัณฑ์ยาสูรมีควันรูปแบบใหม่ๆ ออกมาเรื่อยๆ โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อให้สตรี และเด็กๆ หรือเยาวชนที่อยากลองสูบบุหรี่ได้ลิ้มลองบุหรี่ โดยมีรูปแบบต่างๆ ดังนี้

3.1 บุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ หรือบุหรี่ไฟฟ้า มีขนาดและรูปร่างที่หลากหลาย มีทั้งลักษณะใกล้เคียงกับบุหรี่มวน บางลักษณะคล้ายซิการ์ หรือคล้ายปากกา โดยใช้พลังงานแบตเตอรี่ให้ความร้อน ทำให้นิโคตินเหลว ซึ่งถูกสกัดมาจากใบยาสูบที่อยู่ในรูปแบบของน้ำยาบุหรี่ไฟฟ้าเกิดการระเหย และผู้ใช้ก็สูบไอระเหยนั้นเข้าไปในร่างกาย ทำให้ผู้สูบบ่อยครั้งได้รับสารนิโคตินเกือบจะทันที (Food & Drug Administration, 2020)

3.2 ยาเส้นเคี้ยว หรือ Snus ซึ่งเป็นยาสูบชนิดอมแล้วคายทิ้งเมื่อรสจืด บรรจุในถุงมีทั้งชนิดแผ่น เม็ด และแท่ง

3.3 บาราเกวไฟฟ้า มีลักษณะเป็นแท่งยาว ปลอกแท่งเป็นโลหะบาง ภายในมีสายพลาสติกขนาดเล็กที่ต่อกับแบตเตอรี่ เพื่อทำให้เกิดละอองฝอย จากแผ่นใยสังเคราะห์ที่ชุบน้ำยาที่มีลักษณะเป็นน้ำมันและสารเคมีที่สังเคราะห์ให้เกิดกลิ่นผลไม้ชนิดต่าง ๆ มีกลิ่นฉุน จนติดนิ้วมือที่สัมผัส น้ำยาและล้างออกยาก จะไม่มีนิโคติน ไม่มีทาร์ ไม่มีคาร์บอนมอนนอกไซด์ ในแต่ละแท่งสูบได้ถึง 400 ครั้ง เมื่อน้ำยาและแบตเตอรี่หมดแล้วทิ้ง ไม่ต้องมีการเติมน้ำยาหรือชาร์ตแบตเตอรี่ใหม่ (ประกิต วาทีสารกกิจ, 2556)

3.4 บุหรี่ชูรส ส่วนใหญ่จะปรุงขึ้น โดยแต่งกลิ่นให้มีรสของผลไม้ และรสต่างๆ เช่น กลิ่นวนิลา ช็อคโกแลต สตรอเบอร์รี่ กานพลู เป็นต้น

ผลิตภัณฑ์ยาสูบรูปแบบใหม่ และรูปแบบอื่นๆ เหล่านี้ ตามกฎหมายของประเทศไทย กำหนดห้ามจำหน่ายและนำเข้าในประเทศไทย นอกจากนี้ ยังมีผลิตภัณฑ์เลียนแบบยาสูบที่ถือเป็นสิ่งผิดกฎหมายตามพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2560 ด้วยเช่นกัน ซึ่งเป็นสิ่งของเลียนแบบผลิตภัณฑ์ หรือสินค้าที่มีโลโก้ยี่ห้อบุหรี่ เช่น กล่องใส่บุหรี่ ที่เขียนบุหรี่ เป็นต้น เนื่องจาก "บุหรี่เลียนแบบ" เหล่านี้ อาจจะเป็นสิ่งที่สร้างแรงจูงใจ ที่ทำให้เด็กและเยาวชนเกิดการสูบบุหรี่ได้

4. สถานการณ์การบริโภคยาสูบ

สถานการณ์การบริโภคยาสูบของประชากรทั่วโลก พบว่า ปัจจุบันมีผู้บริโภคยาสูบมากกว่า 1.3 พันล้านคน คิดเป็นร้อยละ 22.3 ส่งผลให้มีผู้เสียชีวิตจากการใช้ยาสูบถึงร้อยละ 11.5 หรือ 6 ล้านคนต่อปี (World Health Organization, 2020) ดังรายงานขององค์การอนามัยโลก พบว่า มีผู้เสียชีวิตเนื่องจากการบริโภคยาสูบหรือการได้รับควันบุหรี่สูงถึง 6 ล้านคนต่อปี โดยคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2573 หากประเทศต่างๆ ไม่ได้ร่วมมือกันอย่างจริงจังในการป้องกันและควบคุมการบริโภคยาสูบ จะทำให้มีผู้เสียชีวิตเพิ่มขึ้นเป็น 8 ล้านคนต่อปี และมีผู้เสียชีวิตมากกว่า 600,000 คน เนื่องจากการสัมผัสควันบุหรี่มือสอง (World Health Organization, 2017) จากข้อมูลการคาดการณ์ความชุกของการใช้ยาสูบทั่วโลกในภาพรวมทั้งเพศชายและเพศหญิง ในปี พ.ศ. 2558, 2563 และ 2568 พบร้อยละ 24.9, 22.8 และ 20.9 ตามลำดับ แสดงให้เห็นว่าความชุกของการใช้ยาสูบระดับโลกมีแนวโน้มลดลงเพียงเล็กน้อย (World Health Organization, 2019b) เมื่อจำแนกตามกลุ่มรายได้ของประเทศ ในปี พ.ศ. 2533-2559 พบว่า กลุ่มประเทศที่มีรายได้ปานกลางระดับสูงรวมทั้งประเทศไทย มีจำนวนผู้สูบบุหรี่มากที่สุดเมื่อเทียบกับกลุ่มรายได้ของประเทศอื่นๆ ซึ่งในแต่ละปีพบผู้สูบบุหรี่มากกว่า 400 ล้านคน (Bloom, 1956, p. 6) หากจำแนกตามภูมิภาคของโลก จะพบความชุกการใช้ยาสูบของวัยรุ่น อายุระหว่าง 13-15 ปี ในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้สูงที่สุด จำแนกเป็นเพศชาย ร้อยละ 9.4 และเพศหญิง ร้อยละ 4.8 (World Health Organization, 2019b)

ดังสถิติเกี่ยวกับการใช้บุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ของเยาวชนในสหรัฐ ปี พ.ศ. 2563 พบว่า กลุ่มนักเรียนมีผู้ใช้บุหรี่อิเล็กทรอนิกส์สูงถึง 3.6 ล้าน และร้อยละ 81 ของเยาวชนที่ใช้บุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ เพราะว่ามีรสชาติที่น่าดึงดูดเป็นเหตุผลหลัก (Food & Drug Administration, 2020) อีกทั้งยังคาดการณ์ว่า ในปี พ.ศ. 2643 กลุ่มประเทศในเอเชียจะมีผู้สูบบุหรี่อายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป สูบบุหรี่ จำนวน 2,000-3,500 มวนต่อคน ต่อปี ในขณะที่ประเทศไทย มีผู้สูบบุหรี่ที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป สูบบุหรี่ จำนวน 500-999 มวนต่อคนต่อปี (Eriksen, Mackay, & Schluger, 2015)

สำหรับประเทศไทย จากผลการสำรวจประเภทยุหรี่ที่นิยมสูบเป็นประจำของผู้บริโภค ยาสูบอายุ 15 ปีขึ้นไปสูบบุหรี่เป็นประจำ นิยมสูบยุนิหรี่ที่ผลิตจากโรงงานสูงถึงร้อยละ 56 รองลงมา คือบุหรี่ปริมาณเองร้อยละ 49.3 ส่วนซิการ์ ไปป์ หรือบุหรี่ปริมาณอื่นนิยมสูบเพียงเล็กน้อย คือ ร้อยละ 0.1 (ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์ และปวีณา ปันกระจำง, 2561, น. 8) อีกทั้งการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของประชากรล่าสุด ปี พ.ศ. 2560 โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากครัวเรือนตัวอย่างทั้งสิ้น 46,300 ครัวเรือนทั่วประเทศ พบว่า จำนวนประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ทั้งสิ้น 55.9 ล้านคน เป็นผู้สูบบุหรี่ 10.7 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 19.1 มีจำนวนเกือบครึ่งเลือกสูบบุหรี่ยี่ห้อของตนเอง เพราะมีราคาถูก แยกเป็นผู้ที่สูบเป็นประจำ ร้อยละ 16.8 และเป็นผู้ที่สูบนานๆ ครั้ง ร้อยละ 2.2 ในส่วนของผู้สูบบุหรี่เป็นประจำ อายุ 15 ปีขึ้นไป พบว่า มีจำนวนบุหรี่ปริมาณที่สูบเฉลี่ยต่อวัน เท่ากับ 10 มวนต่อวัน ในขณะที่กลุ่มเยาวชนมีการสูบบุหรี่เฉลี่ย 8.1 มวนต่อวัน โดยประชากรที่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาลมีอัตราการสูบบุหรี่สูงกว่าในเขตเทศบาล ร้อยละ 20.9 และ 17.0 ตามลำดับ เมื่อจำแนกตามภูมิภาค พบอัตราการสูบบุหรี่สูงที่สุดในภาคใต้ ร้อยละ 24.5 รองลงมา ได้แก่ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 21.1 ภาคกลางและภาคเหนือมีอัตราการสูบบุหรี่ใกล้เคียงกัน ร้อยละ 17.6 และ 17.1 ตามลำดับ และกรุงเทพมหานคร ร้อยละ 15.4 โดยผู้ชายสูบบุหรี่มากกว่าผู้หญิง 22 เท่า ร้อยละ 37.7 และ 1.7 ตามลำดับ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2561, หน้า 20-23) เมื่อจำแนกตามกลุ่มอายุโดยเปรียบเทียบระหว่างปี พ.ศ. 2557 และ 2560 พบว่า กลุ่มอายุ 25-40 ปี มีอัตราการสูบบุหรี่สูงที่สุด ร้อยละ 24.3 และ 21.8 ตามลำดับ รองลงมาคือ กลุ่มอายุ 41-59 ปี ร้อยละ 22.9 และ 21.4 ตามลำดับ กลุ่มอายุ 20-24 ปี ร้อยละ 19.8 และ 20.4 ตามลำดับ กลุ่มผู้สูงอายุ 60 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 16.6 และ 14.3 ตามลำดับ และกลุ่มเยาวชน ร้อยละ 8.3 และ 9.7 ตามลำดับ จะเห็นได้ว่าอัตราการสูบบุหรี่ของทุกกลุ่มอายุมีแนวโน้มลดลงเล็กน้อย ยกเว้นในกลุ่มอายุ 20-24 ปี และกลุ่มเยาวชนที่มีแนวโน้มการสูบบุหรี่เพิ่มขึ้น (ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์ และปวีณา ปันกระจำง, 2561, น. 4; สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2561)

เยาวชนไทยเสพติดบุหรี่ปริมาณใหม่และกลายเป็นผู้สูบบุหรี่เป็นประจำเพิ่มขึ้น ดังสถานการณ์การสูบบุหรี่ในเยาวชนอายุ 15-18 ปี มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเฉลี่ยร้อยละ 5 ในช่วง 10 ปี โดยพบร้อยละ 6.6 ในปี พ.ศ. 2547 เป็นร้อยละ 8.3 ในปี พ.ศ. 2557 (สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ

, 2560) และในปี พ.ศ. 2560 อัตราการสูบบุหรี่ในเยาวชนยังคงเพิ่มขึ้น โดยพบร้อยละ 9.7 เป็นสูบบุหรี่เป็นประจำ ร้อยละ 7.2 และสูบนานๆ ครั้ง ร้อยละ 2.6 โดยจำนวนบุหรี่ทุกประเภทที่เยาวชนสูบเป็นประจำ พบว่า สูบจำนวน 1-10 มวนต่อวัน ร้อยละ 85.0 สูบจำนวน 11-20 มวนต่อวัน ร้อยละ 13.8 และสูบวันละไม่ต่ำกว่า 20 มวนหรือหนึ่งซอง ร้อยละ 1.2 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2561, น. 20, 25) ประเภทของบุหรี่ที่เยาวชนนิยมสูบในระดับประเทศ คือ บุหรี่ ร้อยละ 55.1 บุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ ร้อยละ 18.1 ยาเส้น ร้อยละ 18.1 และบาราเก้ ร้อยละ 8.7 ในขณะที่นักเรียนมัธยมปลายในสหรัฐอเมริกานิยมใช้บุหรี่อิเล็กทรอนิกส์กันมากที่สุดถึง ร้อยละ 31.2 (Wang et al., 2019) บุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ที่เยาวชนไทยนิยมสูบในระดับภูมิภาค ได้แก่ ภาคกลาง ร้อยละ 27.3 ภาคใต้ ร้อยละ 19.2 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 9.3 และภาคเหนือ ร้อยละ 8.0 (ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2563, น. 11) เยาวชนไทยที่สูบบุหรี่โรงงานส่วนใหญ่ซื้อบุหรี่มาสูบจากร้านขายของชำ ร้อยละ 83.2 รองลงมา คือ ร้านสะดวกซื้อ ร้อยละ 12.3 ซื้อจากต่างประเทศ ร้อยละ 0.1 และซื้อต่อจากคนอื่น ร้อยละ 0.1 สำหรับแนวโน้มของอายุเฉลี่ยที่เริ่มสูบบุหรี่ครั้งแรก พบว่า ผู้สูบบุหรี่เริ่มสูบบุหรี่ครั้งแรกเมื่ออายุ 16-20 ปี ร้อยละ 60 และเริ่มสูบครั้งแรกเมื่ออายุ 7-15 ปี ร้อยละ 26.4 โดยในภาพรวมทั้งประเทศคือ 18 ปี (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2561, หน้า 23) เมื่อเปรียบเทียบกับแต่ละกลุ่มวัยในปี พ.ศ. 2560 พบว่า เยาวชนมีอายุเฉลี่ยที่เริ่มสูบบุหรี่เพิ่มขึ้นเล็กน้อยจากปี พ.ศ. 2557 คือ 15.6 ปี ซึ่งมีผลต่อการเข้าถึงการมีสุขภาวะที่ดีและจำนวนปีการสูญเสียสุขภาวะของประชากรไทย (ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์ และปวีณา บัณเฑาะ้ว, 2561)

จากสถานการณ์การสูบบุหรี่ของประเทศไทยที่ยังคงสูงเกือบ 11 ล้านคน โดยเฉพาะในกลุ่มเยาวชน และเพศหญิงที่มีแนวโน้มการสูบบุหรี่โรงงานเพิ่มขึ้น ประกอบกับอายุเฉลี่ยของเยาวชนที่เริ่มสูบบุหรี่มีแนวโน้มลดลง เนื่องจากเยาวชนเป็นวัยที่เริ่มต้นของการสูบบุหรี่ ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อเสพติดบุหรี่ในวัยผู้ใหญ่ ทำให้เยาวชนสูบบุหรี่เป็นประจำจากการเสพติดสารนิโคติน และเกิดอาการเสียนยาเมื่อไม่ได้สูบเช่นเดียวกับผู้ใหญ่ นอกจากนี้การสูบบุหรี่ยังเป็นสัญญาณสำคัญที่บ่งบอกถึงโอกาสในการใช้ยาเสพติดอื่นๆ และการมีพฤติกรรมเสี่ยงอื่นๆ ตามมา เช่น การบริโภคแอลกอฮอล์ กัญชา เฮโรอีน การเที่ยวกลางคืน การมีเพศสัมพันธ์ การทะเลาะวิวาท และการเล่นการพนัน เป็นต้น ซึ่งในแต่ละปีมีเยาวชนไทยเสพติดบุหรี่รายใหม่ และกลายเป็นผู้ที่ต้องสูบบุหรี่เป็นประจำประมาณ 100,000 คน โดยทดแทนผู้ใหญ่ที่สูบบุหรี่ที่เสียชีวิตหรือเลิกสูบ จึงทำให้จำนวนผู้สูบบุหรี่ของประเทศไทยคงที่อยู่ที่ 10 กว่าล้านคน ในช่วง 20 ปีที่ผ่านมา

5. ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสูบบุหรี่ของเยาวชนไทย

ปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาสูบของเยาวชน ได้แก่ ปัจจัยด้านสังคมศาสตร์ ภาชีบุหรี่ยุคใหม่ และการโฆษณาสูบ (Pesko & Roberts, 2017) โดยพบว่าความอ่อนไหวต่อการโฆษณาผลิตภัณฑ์ยาสูบมีความสัมพันธ์กับความก้าวหน้าไปสู่การใช้ยาสูบของ

เยาวชนในอนาคต และการโฆษณาบุหรี่ยิเล็กทรอนิกส์มีความสัมพันธ์กับการทดลองสูบของเยาวชน (Pierce et al., 2018) เนื่องจากบุหรี่ยิเล็กทรอนิกส์มีความน่าดึงดูดใจมากกว่าบุหรี่ยื่นๆ ทั้งด้านราคา ทางเลือกของรสชาติ ความสะดวกในการเข้าถึง การใช้งาน รวมถึงผลกระทบต่อสื่อสังคม ซึ่งผู้ใช้บุหรี่ยิเล็กทรอนิกส์ทั้งเยาวชนและผู้ใหญ่มิมองว่าเป็นสิ่งใหม่ที่ทันสมัย และตั้งใจเลิกบุหรี่โดยเปลี่ยนไปใช้บุหรี่ยิเล็กทรอนิกส์แทน (Sapru et al., 2020) ดังผลการวิจัยในสหรัฐอเมริกา พบว่า เหตุผลที่นักเรียนเลิกใช้บุหรี่ไฟฟ้าบ่อยที่สุด คือ อยากรู้เกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า ร้อยละ 55.3 เพื่อนหรือสมาชิกในครอบครัวใช้บุหรี่ไฟฟ้า ร้อยละ 30.8 และรสชาติ ร้อยละ 22.4 โดยร้อยละ 86.3 ซึ่งมีแหล่งที่มาจากการโฆษณาหรือการส่งเสริมการขายผลิตภัณฑ์ยาสูบ เช่น ร้านสะดวกซื้อ ซูเปอร์มาร์เก็ต ปิมน้ำมัน อินเทอร์เน็ต โทรทัศน์ ภาพยนต์ หนังสือ หนังสือพิมพ์ หรือนิตยสาร และปัจจัยที่กำหนดการเริ่มใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบของเยาวชน ได้แก่ รสชาติ การเปิดรับการตลาดผลิตภัณฑ์ยาสูบ ความอยากรู้และความอ่อนไหว ความเข้าใจผิดเกี่ยวกับอันตรายจากการใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบ และการส่งเสริมการใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบของเยาวชน (Wang et al., 2019)

ในขณะที่สาเหตุของเยาวชนไทยเริ่มสูบบุหรี่ คือ เพื่อเข้ากลุ่มเพื่อน ร้อยละ 58.2 ทดลองสูบ ร้อยละ 49.5 เพื่อแสดงถึงความเป็นผู้ใหญ่ ร้อยละ 36.3 และตามเพื่อน ร้อยละ 31.9 สำหรับปัจจัยสำคัญที่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ของเยาวชนไทย ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา การใช้สารเสพติดอื่น การรับรู้ความสามารถของตนเองในการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ การสูบบุหรี่ของเพื่อน การถูกเพื่อนชักชวน การสูบบุหรี่ของคนในครอบครัว และมีคนสูบบุหรี่มาอยู่ใกล้ (ภัควรินทร์ ภัทรศิริสมบูรณ์ และพรนภา หอมสินธุ์, 2563; ลักษณ์ ลักษณ์วิมล, เรวดี เพชรศิริสัมพันธ์, สายฝน เอกวารงกูร, และนัยนา หนูนิล, 2563; ศศิธร ชิตนായി และวราภรณ์ ยศทวี, 2561); นอกจากนี้ ความสัมพันธ์ในครอบครัว การรับรู้ข้อมูลการสูบบุหรี่ผ่านสื่อโฆษณา และบรรทัดฐานของสังคมยอมรับการสูบบุหรี่ มีความสัมพันธ์เชิงบวกต่อการสูบบุหรี่ของเยาวชนด้วย (พรรณปพร ลีวิโรจน์, อรวรรณ คุณสนอง, และเกสร ศรีอุทิศ, 2559) ทั้งนี้ผู้ประกอบการร้านค้าปลีกยังขายบุหรี่ให้เยาวชนถึง ร้อยละ 58.7 โดยมีแรงจูงใจจากรายได้การขายบุหรี่ นิยามคำว่าเยาวชนผิดไปจากกฎหมาย คล้อยตามบรรทัดฐานทางสังคมในการขายบุหรี่ให้เยาวชน แบ่งขายบุหรี่แบบแยกมวน และไม่สอบถามอายุของผู้ซื้อบุหรี่ก่อนขาย ซึ่งปัจจัยเหล่านี้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการขายบุหรี่ให้เยาวชน (จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ และคณะ, 2561) นักเรียนที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปี จึงยังสามารถเข้าถึงบุหรี่ได้โดยง่าย แหล่งเข้าถึงบุหรี่ที่สำคัญที่สุด คือ ร้านค้าปลีกในชุมชนใกล้บ้านและใกล้โรงเรียนที่ยังพบร้านค้าขายบุหรี่และแบ่งขายแบบมวนให้แก่เยาวชน โดยเฉพาะเพศชายที่กำลังศึกษาในสถาบันการศึกษาระดับมัธยมศึกษาและอาชีวศึกษา และมีทัศนคติที่ต่อการสูบบุหรี่ ทำให้มีโอกาสสูบบุหรี่มากกว่ากลุ่มอื่นๆ (จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ, บุญชนัญญา พงษ์ปรีชา, กัญยรัตน์ ธวัชชัยเจริญยิ่ง, และนฤญา ยางธิสาร, 2562)

สำหรับสถานที่สูบบุหรี่ของเยาวชนส่วนใหญ่ร้อยละ 52.8 สูบที่บ้านเพื่อน(ลักษณะล ลักษณะวิมล และคณะ, 2563)รองลงมาคือ บ้าน โรงเรียน และสถานที่สาธารณะ พบร้อยละ 39.49, 10.83 และ 6.37 ตามลำดับ (จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ และคณะ, 2562) และเหตุผลที่เยาวชนเริ่มสูบบุหรี่ ส่วนใหญ่เพราะอยากร้ออยากลอง (ศศิธร ชิตนาคี, และวารสารณ ยศทวี, 2561) ซึ่งเป็นธรรมชาติของวัย ที่ถือเป็นเรื่องท้าทาย น่าตื่นเต้น และสนุกสนาน ประกอบกับทำตามแบบอย่างเพื่อน ต้องการให้เป็นที่ ยอมรับของเพื่อน เลียนแบบคนในครอบครัว หรือคนมีชื่อเสียง รวมถึงเชื่อกระแสสื่อโฆษณาทั้ง ทางตรงและทางอ้อมของอุตสาหกรรมยาสูบ ที่เน้นการใช้กลยุทธ์ทางการตลาดด้วยสื่อสังคมออนไลน์ (Social Marketing) เข้ามาเป็นส่วนสำคัญ ถึงแม้ว่าประเทศไทยจะมีกฎหมายห้ามการโฆษณาบุหรี่ แต่บางประเทศไม่มี จึงทำให้มีการโฆษณาทุกรูปแบบที่เผยแพร่ไปทั่วโลก ก่อให้เกิดแรงจูงใจที่ทำให้ เชื่อและนิยมในผลิตภัณฑ์นั้น ส่งเสริมให้เยาวชนมีแนวโน้มสูบบุหรี่ยี่ห้อที่มีการโฆษณาบ่อยๆ สามารถ เข้าถึงผลิตภัณฑ์ยาสูบรูปแบบใหม่ๆ เพิ่มขึ้น เพิ่มโอกาสในการเริ่มต้นสูบบุหรี่ในกลุ่มเยาวชนหน้าใหม่ และเพิ่มปริมาณการบริโภคในกลุ่มเยาวชนที่สูบอยู่แล้ว เยาวชนจึงเป็นกลุ่มเป้าหมายหลักของธุรกิจ ยาสูบ โดยเฉพาะกลุ่มนักเรียนระดับมัธยมปลาย ซึ่งเป็นฐานการทำธุรกิจของบริษัทบุหรี่ เพื่อเป็น การชดเชยลูกค้าเก่าที่ทยอยเสียไป เนื่องจากเสียชีวิตด้วยโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่และการเลิกบุหรี่ อีกทั้งเยาวชนยังขาดความเข้าใจและตระหนักถึงพิษภัยยาสูบอย่างถูกต้อง ล้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้ หลงผิดและเสพติดบุหรี่ในที่สุด การเสพติดบุหรี่ของเยาวชนเหล่านี้ จึงเป็นพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพที่ สำคัญที่สุด เนื่องจากการเลิกสูบบุหรี่เป็นเรื่องยาก และนำมาสู่ปัญหาสุขภาพเมื่อเป็นผู้ใหญ่ (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2561)

ตั้งการศึกษาของจूरีย์ อูสาหะ, ฐิติพร กันวิหค, เศรษฐี จุฬาสรีกุล, และวิไลลักษณ์ หลุทธรรษพงค์ (2558) ในการสังเคราะห์ห่อภิมานงานวิจัย ปัจจัยป้องกันพฤติกรรมกาสูบบุหรืใน เยาวชนไทย พบว่า ปัจจัยในระดับสังคมหรือนโยบายสาธารณะ โดยเฉพาะการออกกฎหมายและ การขึ้นภาษีบุหรื มีผลต่อการป้องกันการสูบบุหรืในเยาวชนไทย และปัจจัยระหว่างบุคคล ได้แก่ การมี ตัวแบบที่ดีจากพ่อแม่ บุคคลในครอบครัว ครู และบุคคลที่มีชื่อเสียง ซึ่งประเทศไทยมีการดำเนินการ เพื่อป้องกันการสูบบุหรืในเยาวชนในระดับต่างๆ แต่ยังขาดความเชื่อมโยงที่ชัดเจนในแต่ละระดับ และ ยังมีการดำเนินงานไม่ตรงกับปัจจัยป้องกันระดับชุมชนในปัจจุบัน ดังนั้น การป้องกันการใช้ยาสูบใน เยาวชนจะสำเร็จได้ต้องดำเนินการให้ครอบคลุมทุกระดับ เพื่อให้เกิดความเชื่อมโยงระหว่างระดับใน ทุกมิติ ควรมีการประเมินโครงการ โปรแกรม และมาตรการที่เกิดจากการพัฒนาด้วยหน่วยงานที่ เกี่ยวข้อง เช่น การฝึกอบรมทักษะชีวิต เป็นต้น ว่าโครงการ โปรแกรม หรือมาตรการต่างๆ เหล่านี้ มีการนำไปใช้หรือไม่ และผลการนำไปใช้เป็นอย่างไร อีกทั้งควรมีการพัฒนาโปรแกรมป้องกันการสูบ บุหรืที่เหมาะสมกับเยาวชน โดยมุ่งเน้นที่กลุ่มเพื่อน กิจกรรมกลุ่มช่วยเหลือกันเอง (Self-help group)

การเสริมพลังอำนาจ (Empowerment) และการสร้างแรงจูงใจไม่สูบบุหรี่ โดยทุกกิจกรรมต้องมีพ่อแม่ ผู้ปกครอง และครูหรืออาจารย์ เข้าร่วมกิจกรรมอย่างมีส่วนร่วมด้วย

ศรีศิริ ศิริวนารังสรรค์ และพรเทพ ศิริวนารังสรรค์ (2561) ศึกษาแนวทางในการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ และคุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่ กรณีศึกษาพื้นที่กรุงเทพมหานคร พบว่า ปัญหาที่สำคัญ คือ กลุ่มเยาวชนอายุต่ำกว่า 20 ปี มีอัตราส่วนการใช้จ่ายยาสูบเพิ่มขึ้นมาโดยตลอด ยังมีการฝ่าฝืนสูบบุหรี่ในที่ห้ามสูบ การบังคับใช้กฎหมายยังทำไม่ได้ไม่ทั่วถึงและจริงจัง ได้เสนอแนวทางแก้ไข 4 ด้าน คือ 1) แนวทางการสร้างเสริมความเข้มแข็งและพัฒนาขีดความสามารถในการควบคุมยาสูบ 2) ด้านการป้องกันไม่ให้เกิดนักสูบหน้าใหม่ 3) ด้านการช่วยให้ผู้เสพติดเลิกใช้ยาสูบ 4) ด้านการทำให้สิ่งแวดล้อมปลอดควันบุหรี่และการดำเนินมาตรการด้านภาษีและราคา โดยเสนอให้มีการจัดตั้งสำนักงานควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ เพื่อทำหน้าที่ทั้งด้านแผนยุทธศาสตร์ แผนงาน และติดตามการดำเนินงาน เน้นมาตรการโรงเรียนปลอดบุหรี่อย่างครอบคลุมโรงเรียนในทุกสังกัด เชื่อมโยงกิจกรรมและมาตรการระหว่างบ้านกับโรงเรียน เพื่อให้ครอบครัวมีส่วนร่วม พัฒนาทักษะและองค์ความรู้ให้กับบุคลากร อาสาสมัครและเครือข่ายอย่างต่อเนื่อง พัฒนาสถานพยาบาลให้พร้อมและเพียงพอในการบำบัด จัดให้สถานี่ราชการเป็นเขตปลอดบุหรี่ พัฒนาและบูรณาการการบังคับใช้กฎหมายอื่นๆ ดำเนินการป้องกันและตรวจจับการแบ่งขาย และปัญหาบุหรี่เถื่อนร่วมกับหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง

และการศึกษาของนำ กรุยรุ่งโรจน์ และวัชรินทร์ เจริญหล่อ (2561) ศึกษามาตรการทางกฎหมายในการป้องกันเด็กและเยาวชนสูบบุหรี่ พบว่า กฎหมายที่ใช้เป็นมาตรการในการกำกับควบคุมเด็กและเยาวชนที่สูบบุหรี่ในปัจจุบันแต่ละฉบับยังไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอ สังเกตได้จากจำนวนเด็กและเยาวชนที่อยู่ในวัยศึกษาเล่าเรียนมีการสูบบุหรี่กันมากขึ้น ทำให้เกิดความเสียหายทางเศรษฐกิจแก่ครอบครัวและประเทศชาติในอนาคต จึงจำเป็นต้องสร้างมาตรการทางกฎหมายขึ้นมากำกับควบคุมไม่ให้เด็กและเยาวชนสูบบุหรี่

ดังนั้น สถาบันการศึกษาจึงควรเร่งพัฒนาแนวทางการป้องกันการสูบบุหรี่โดยเน้นการเสริมสร้างทัศนคติที่ถูกต้องของเยาวชน การรับรู้ความสามารถของตนเองในการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ และความสามารถในการปฏิเสธเพื่อหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ (วรัญญา เทวรินทร์ และสมบัติ ชำรงสินถาวร, 2563) และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจึงควรเร่งรัดมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนและบังคับใช้กฎหมายอย่างเคร่งครัดและต่อเนื่อง เพื่อลดจำนวนนักสูบหน้าใหม่ และลดอัตราการบริโภคยาสูบของประชาชน รวมถึงจะช่วยลดผลกระทบต่างๆ ที่มีสาเหตุจากการบริโภคยาสูบของประชาชน (Pesko & Robarts, 2017; จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ และคณะ, 2562; วิเชียร ปิงชัย, เสกสรรค์ ยะอนันต์, และณรงค์ สมทราย, 2562)

6. ผลกระทบของการบริโภคยาสูบ

การบริโภคยาสูบ เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของการเกิดกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable diseases: NCDs) เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคถุงลมโป่งพอง โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคมะเร็งปอด รวมถึงระบบทางเดินหายใจ ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร โดยพบครึ่งหนึ่งของผู้สูบบุหรี่ระยะยาวจะเสียชีวิตก่อนอายุ 70 ปี (World Health Organization, 2020) เนื่องจากผลิตภัณฑ์ยาสูบเกือบทุกชนิด มีส่วนประกอบของพิษที่มีสารนิโคตินเป็นหลัก ซึ่งเป็นสารเสพติด ทำให้ผู้สูบบุหรี่อยู่ในสภาพที่จำเป็นต้องพึ่งยาสูบตลอดเวลา อีกทั้งมีโทษพิษภัยอย่างมหาศาล สามารถสร้างปัญหาให้กับทุกประเทศได้อย่างร้ายแรง โดยเฉพาะการสูบบุหรี่ที่คนส่วนใหญ่ให้ความนิยมมากที่สุด เนื่องจากสารเคมีอันตรายที่เป็นส่วนประกอบของบุหรี่ที่ใช้ในการปรุงแต่งกลิ่นและรส เพื่อลดการระคายเคืองและทำให้น่าสูบ รวมถึงนิโคตินที่อยู่ในยาสูบตามธรรมชาติทำให้เกิดการเสพติดเหมือนกับเฮโรอีนและโคเคน เมื่อเกิดการเผาไหม้จะเกิดสารเคมีที่เป็นอันตรายเกือบทุกอวัยวะของร่างกาย ก่อให้เกิดโรคหรือความเสี่ยงต่างๆ ตามมา (ประกิต วาทีสาธกกิจ, 2563) โดยสารพิษสำคัญที่พบในควันบุหรี่และส่งผลกระทบต่อสุขภาพ (อาร์มภพร เอี่ยมวุฒิ, พรรชาน้อยสกุล, รัชฎาพร จันเจริญ, และโสภิตา สุวฒโท, 2559, น. 5) ดังนี้

1. คาร์บอนมอนอกไซด์ (Carbon monoxide) เป็นก๊าซที่เกิดจากกระบวนการเผาไหม้ที่ไม่สมบูรณ์ของเชื้อเพลิงต่างๆ และจากการสูบบุหรี่ เป็นก๊าซที่ทำลายคุณสมบัติในการเป็นพาหะนำออกซิเจนของเม็ดเลือดแดง ทำให้เม็ดเลือดแดงไม่สามารถจับออกซิเจนได้เท่าเวลาปกติ จึงเกิดการขาดออกซิเจน ทำให้มีนงง ตัดสินใจช้า เหนื่อยง่าย ซึ่งเป็นสาเหตุของโรคหัวใจ
2. แอมโมเนีย (Ammonia) เป็นสารในการทำปุ๋ย วัตถุระเบิด และสารซักฟอก มีฤทธิ์ระคายเคืองเนื้อเยื่อ ทำให้แสบตา แสบจมูก หลอดลมอักเสบ ไอ และมีเสมหะมาก
3. อะซิโตน (Acetone) สารประกอบในน้ำยาล้างเล็บ ก่อให้เกิดการระคายเคืองจากการสูดดม และมีผลต่อเซลล์ตับ ทำให้เซลล์ตับตายได้
4. ไฮโดรเจนไซยาไนด์ (Hydrogen cyanide) ก๊าซพิษใช้ในสงคราม สามารถทำลายเยื่อหุ้มเซลล์หลอดลมส่วนต้น ทำให้มีอาการไอเรื้อรัง มีเสมหะเป็นประจำ โดยเฉพาะในตอนเช้าจะมีมากขึ้น
5. แคดเมียม (Cadmium) พบในแบตเตอรี่ มีผลกระทบต่อตับ ไต และสมอง ทำให้เกิดโรคมะเร็งปอดและต่อมลูกหมาก
6. ฟอรัมาลดีไฮด์ (Formaldehyde) สารที่ใช้ดองศพ (ฟอรัมาลีน) เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคมะเร็งหลังโพรงจมูก ทำให้เกิดการระคายเคืองเยื่อบุทางเดินหายใจ เยื่อบุตา และอาจก่อให้เกิดอาการภูมิแพ้รุนแรง

7. สารกัมมันตรังสี (Radioactive agents) คิวบิวหรือมีสารโพลีเนียม 210 ที่มีรังสีอัลฟา เป็นสาเหตุของการเกิดโรคมะเร็งปอด

8. สารหนู (Arsenic) หรือยาเบื่อหนู มีผลต่อระบบทางเดินอาหาร และเชื่อมโยงกับการเกิดภาวะหัวใจขาดเลือด

9. นิโคติน (Nicotine) สารที่ใช้ทำยาฆ่าแมลง และเป็นสารที่ทำให้คนติดบุหรี่ ออกฤทธิ์โดยตรงต่อสมอง ทั้งยังเป็นตัวกระตุ้นและกดประสาทส่วนกลาง ร้อยละ 95 ของนิโคตินจะไปจับอยู่ที่ปอด และบางส่วนถูกดูดซึมเข้ากระแสเลือด มีผลให้ความดันโลหิตสูงขึ้น หัวใจเต้นเร็วกว่าปกติ หลอดเลือดที่แขนและขาหดตัว เพิ่มไขมันในเส้นเลือด

10. ทาร์หรือน้ำมันดิน (Tar) เป็นสารที่ก่อให้เกิดมะเร็งในหลายส่วนของร่างกาย เช่น มะเร็งปอด กล้องเสียง หลอดลม หลอดอาหาร ไต กระเพาะปัสสาวะ และอื่นๆ

11. ไนโตรเจนไดออกไซด์ (Nitrogen dioxide) เป็นก๊าซพิษที่ทำลายเยื่อหุ้มหลอดลมส่วนปลาย และถุงลม ทำให้เกิดโรคถุงลมโป่งพอง

12. ตะกั่ว (Lead) พบตามโรงงานอุตสาหกรรมแบตเตอรี่ โรงงานถลุงโลหะ เป็นสารก่อมะเร็ง มีผลต่อหลายระบบในร่างกาย เช่น ระบบประสาท ทำให้การได้ยินผิดปกติ ระดับไอคิวต่ำ มีผลต่อระบบเลือด ให้ความดันเลือดสูง ผลต่อระบบไต และระบบสืบพันธุ์ในผู้ใหญ่ ทำให้สมรรถภาพทางเพศเสื่อมได้

การบริโภคยาสูบของคนไทย ถือเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ทำให้เกิดการสูญเสียสุขภาพเป็นอันดับสอง รองจากการดื่มแอลกอฮอล์ ในแต่ละปีจะมีคนไทยเสียชีวิตจากโรคเรื้อรังที่มีต้นเหตุมาจากการสูบบุหรี่และยาเส้นประมาณ 50,000 คน และยังคงส่งผลกระทบต่อคนไทยที่มีอัตราป่วยและเสียชีวิตจากการสูบบุหรี่ยังคงเพิ่มขึ้นในทุกๆ ปี แม้จำนวนผู้สูบลดลงอย่างช้าๆ เนื่องจากคนที่สูบบุหรี่มีอายุเพิ่มขึ้น และส่วนใหญ่ไม่เลิกสูบ (ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์, ปานทิพย์ โชติเบญจมาภรณ์, และเทียนทิพย์ เศียรเมฆัน, 2558, น. 2-3) สถาบันมะเร็งแห่งชาติของสหรัฐอเมริกาได้วิจัยผลกระทบจากการสูบบุหรี่ พบว่า คนที่สูบบุหรี่เฉลี่ยไม่ถึง 1 มวนต่อวัน มีความเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปอดเพิ่มขึ้นร้อยละ 9 และเสี่ยงที่จะเสียชีวิตเร็วกว่าคนที่ไม่เคยสูบบุหรี่ 1.6 เท่า ส่วนคนที่สูบบุหรี่เฉลี่ยวันละ 1-10 มวน มีโอกาสเสียชีวิตมากกว่าคนที่ไม่สูบบุหรี่ 1.9 เท่า จากมะเร็งปอด 12 เท่า จากโรคทางเดินหายใจ 6 เท่า และเสี่ยงเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มขึ้น 1.5 เท่า อีกทั้งรายงานในสหรัฐอเมริกายืนยันว่าการบาดเจ็บที่ปอดเกิดจากการใช้บุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ ร้อยละ 15 ของผู้ป่วยอายุต่ำกว่า 18 ปี (Centers for Disease Control and Prevention, 2020) ดังข้อมูลคนไทยเสียชีวิตจากบุหรี่ในปี พ.ศ. 2560 รวม 72,656 คน พบว่า ร้อยละ 49 ของผู้เสียชีวิตจากการสูบบุหรี่ที่มีสาเหตุมาจากระบบปอด หรือมากกว่า 40,000 คน แยกเป็นมะเร็งปอด 13,727 คน ถุงลมโป่งพอง 10,852 คน โรคปอดอักเสบและวัณโรคปอด 10,833 คน และเสียชีวิตจากควันบุหรี่มือสองอีกปีละ 8,278 คน ซึ่ง

คนที่สูบบุหรี่โดยเฉลี่ยจะเสียชีวิตก่อนวัย คนละ 17.8 ปี ก่อนเสียชีวิตของแต่ละคนจะประสบปัญหาการเจ็บป่วย และความทุกข์ทรมานจากการป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จนสูญเสียคุณภาพชีวิตที่ดี (เริงฤดี ปธานวนิช, 2561)

โดยอัตราการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและการเสียชีวิตที่เกิดจากการสูบบุหรี่จะเพิ่มขึ้นขึ้นอยู่กับปริมาณการสูบบุหรี่ที่มากขึ้น จากจำนวนมวนที่สูบต่อวัน, อายุที่เริ่มสูบบุหรี่, จำนวนปีที่สูบบุหรี่ และการได้รับควันบุหรี่จากสิ่งแวดล้อม (Secondhand smoke) นอกจากสารพิษในควันบุหรี่จะทำลายสุขภาพของผู้สูบแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อคนรอบข้างที่ได้รับควันบุหรี่มือสองทำให้มีโอกาสเกิดโรคต่างๆ ได้เช่นเดียวกับผู้สูบ อีกทั้งยังส่งผลกระทบต่อสุขภาพจากการได้รับควันบุหรี่มือสาม โดยเฉพาะเด็กเล็ก ที่เกิดจากสิ่งตกค้างจากควันที่ติดอยู่กับเสื้อผ้าและเครื่องใช้ต่างๆ ทำให้ผลกระทบของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่และได้รับควัน มักจะเป็นสาเหตุอันดับต้นๆ ของการเสียชีวิตที่ยังคงทวีความรุนแรงและเพิ่มอุบัติการณ์มากขึ้นทุกวัน (รังสิรักษาและมะเร็งวิทยา โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์, 2559) โดยสามารถสรุปผลกระทบของการบริโภคยาสูบในด้านต่างๆ ได้ดังต่อไปนี้

1. ผลกระทบต่อสุขภาพ

การสูบบุหรี่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพร่างกายของผู้สูบโดยตรง เนื่องจากสารเคมีต่างๆ ที่มีอยู่ในบุหรี่และควันดังกล่าวมาข้างต้น เมื่อผู้สูบบุหรี่สูดเข้าสู่ร่างกายพร้อมๆ กัน จะก่อให้เกิดพิษที่เป็นอันตรายต่อร่างกาย ซึ่งผลกระทบต่อสุขภาพร่างกายทำให้เกิดอาการต่างๆ โดยจำแนกออกเป็นผลกระทบระยะสั้น และผลกระทบระยะยาว (ประภิต วาทีสาธกกิจ, 2553, น. 5-7) ดังนี้

ผลกระทบระยะสั้น

1. ประสาทสัมผัสของการรับรู้กลิ่นและรส จะทำหน้าที่ได้ลดลง
2. แสบตา น้ำตาไหล
3. ขนอ่อนที่ทำหน้าที่ปิดโปก เพื่อกำจัดสิ่งแปลกปลอมภายในหลอดลมเป็นอัมพาตหรือทำงานได้ช้าลง

4. ระดับคาร์บอนมอนอกไซด์ในปอด และในกระแสเลือดเพิ่มสูงขึ้น
5. หัวใจเต้นเร็วขึ้น และความดันโลหิตสูงขึ้น
6. มีกรดในกระเพาะอาหารมากขึ้น
7. เกิดกลิ่นที่น้ำรั้งเกียดตามร่างกาย และเสื้อผ้า
8. ลมหายใจมีกลิ่นเหม็น และมีกลิ่นปาก

ผลกระทบระยะยาว

1. โรคเมะเร็งปอด และเมะเร็งในส่วนต่างๆ ของร่างกาย เช่น กล่องเสียง ลำคอ หลอดอาหาร และกระเพาะปัสสาวะ
2. โรคเส้นเลือดหัวใจตีบ และโรคหัวใจขาดเลือด มีความเสี่ยงต่อการเกิดอาการหัวใจวาย
3. โรคหลอดเลือดสมอง หลอดเลือดส่วนอื่นๆ ตีบตัน และหลอดเลือดใหญ่ทรวงอก และช่องท้องโป่งพอง
4. โรคถุงลมโป่งพอง โรคหลอดลม อักเสบเรื้อรัง
5. ทำให้สมรรถภาพทางเพศเสื่อม จากการอุดตันของเส้นเลือดขนาดเล็กที่ไปเลี้ยงประสาท ที่เกี่ยวกับการควบคุมการแข็งตัวของอวัยวะเพศ
6. เกิดอาการเส้นเลือดที่ไปเลี้ยงแขนและขาตีบตัน อาจต้องตัดแขนหรือขาที่ การสูบบุหรี่เกือบทุกชนิดอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานานๆ จึงเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดโรคหรือปัญหาสุขภาพต่างๆ หลายชนิดดังที่กล่าวมานั้น โดยทำให้อัตราเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจสูงขึ้นเป็น 2 เท่า อัตราเสี่ยงของการเกิดโรคถุงลมโป่งพองสูงขึ้นเป็น 6 เท่า และอัตราเสี่ยงของการเกิดโรคเมะเร็งปอดสูงขึ้นเป็น 10 เท่า อีกทั้งการสูบบุหรี่ยังทำให้ผู้สูบบุหรี่สั้นลง โดยเฉลี่ย 5-8 ปี หากผู้สูบบุหรี่ที่เริ่มสูบตั้งแต่เป็นเยาวชน และสู้อย่างต่อเนื่อง จะส่งผลให้เสียชีวิตด้วยโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ได้ถึงร้อยละ 50 (World Health Organization, 2017)

นอกจากการสูบบุหรี่จะมีผลต่อสุขภาพของผู้สูบโดยตรงแล้ว ควันของบุหรี่ยี่มือสองยังส่งผลต่อบุคคลข้างเคียงที่อยู่ในระยะของควันสูดเอาพิษจากควันบุหรี่ยี่เข้าไปด้วย ทำให้เกิดอันตรายได้ เช่นเดียวกับผู้สูบบุหรี่ หรือเกิดจากการได้รับควันบุหรี่ยี่มือสามจากอนุภาคโลหะหนัก สารก่อเมะเร็ง และสารกัมมันตรังสีที่ตกค้างติดอยู่ตามเสื้อผ้า และสิ่งของเครื่องใช้ต่างๆ ทำให้เป็นอันตรายอย่างยิ่งสำหรับเด็กเล็ก ซึ่งผลกระทบของควันบุหรี่ยี่ที่มีผลต่อคนข้างเคียง (อาร์มัวร์ เอี่ยมวุฒิ และคณะ, 2559, น. 18-19) สามารถสรุปได้ดังนี้

1. เด็ก การสูบบุหรี่ของคนในครอบครัว ทำให้เด็กป่วยด้วยโรคหลอดลมอักเสบ ปอด บวม หอบหืด หูอักเสบเพิ่มมากขึ้น
2. หญิงมีครรภ์ ที่สูบบุหรี่จะทำให้หน้าหนักตัวในขณะตั้งครรภ์เพิ่มน้อยกว่าปกติมี โอกาสแท้ง คลอดก่อนกำหนด ตกเลือดในระหว่างคลอด และหลังคลอด มากเป็น 2 เท่าของหญิง ตั้งครรภ์ที่ไม่ได้สูบบุหรี่ นอกจากนั้นยังทำให้เกิดภาวะรกเกาะต่ำและรกลอกตัวก่อนกำหนดมากขึ้น ลูกที่คลอดจากแม่ที่สูบบุหรี่ อาจมีน้ำหนักและความยาวตัวน้อยกว่าปกติ พัฒนาการทางด้านสมองช้า กว่าเด็กปกติ อาจมีความผิดปกติทางด้านระบบประสาท และระบบความจำ

3. คู่สมรสของผู้สูบบุหรี่ มีโอกาสเป็นมะเร็งปอดมากกว่าคู่สมรสที่ไม่สูบบุหรี่เป็น 2 เท่า มีความเสี่ยงที่จะเป็นโรคหัวใจ 3 เท่า และเสียชีวิตเร็วกว่าปกติถึง 4 ปี

4. คนทั่วไปที่อยู่ในบรรยากาศที่ผู้อื่นสูบบุหรี่อยู่ คิวินบุหรี่ยังจะทำให้เกิดอาการเคืองตา ปวดศีรษะ คัดจมูก น้ำมูกไหล โดยเฉพาะผู้ที่เป็นโรคหอบหืดอยู่แล้ว โรคหัวใจ โรค หลอดลมอักเสบ มีอาการกำเริบเพิ่มมากขึ้น (สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ, 2560)

2. ผลกระทบต่อเศรษฐกิจในระดับครอบครัวและประเทศ

ผู้ที่เสพติดบุหรี่และต้องสูบบุหรี่เป็นประจำ ทำให้ส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจในระดับครอบครัว ซึ่งจะสิ้นเปลืองเงินโดยใช้เหตุจากค่าบุหรี่ ดังข้อมูลปี พ.ศ. 2560 ผู้สูบบุหรี่มีค่าใช้จ่ายในการซื้อผลิตภัณฑ์ยาสูบเฉลี่ยต่อเดือนเท่ากับ 546 บาท (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2561) และจ่ายค่ารักษาพยาบาลจากการเจ็บป่วยที่บ่อยขึ้น ทำให้ขาดงาน และเสียเวลาการทำงานจากการสูบบุหรี่หรือการเจ็บป่วย ส่งผลเสียต่อเศรษฐกิจชาติ ขาดกำลังแรงงานบุคลากร โดยรัฐบาลต้องเสียงบประมาณในการดูแลรักษาสุขภาพของผู้สูบบุหรี่กว่าปีละ 46,000 ล้านบาท (อาร์มภพร เอี่ยมวุฒิ และคณะ, 2559, น. 19) ซึ่งจากการประเมินผลกระทบทางเศรษฐกิจที่เกิดจากการสูบบุหรี่ของประเทศไทย ปี พ.ศ. 2560 พบว่า การสูบบุหรี่ส่งผลให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจปีละ 87,250 ล้านบาท (คำนวณเป็นความสูญเสีย 42 บาทต่อบุหรี่ยี่ 1 ซอง) โดยรวมแล้วความสูญเสียทางเศรษฐกิจจากการสูบบุหรี่ คิดเป็นร้อยละ 0.56 ของ GDP และคิดเป็นร้อยละ 15 ของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศทั้งหมด และส่งผลกระทบต่อสังคมและประเทศชาติเป็นอย่างมาก ที่ประเทศจำเป็นต้องให้ความสำคัญในการดำเนินการควบคุมการบริโภคยาสูบ เพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าวอย่างมีประสิทธิภาพ (มูลนิธิวิจัยพัฒนาสาธารณสุขไทย, 2562)

3. ผลกระทบต่อสังคม

ผู้ที่สูบบุหรี่ทำให้เป็นตัวอย่างที่ไม่ดีต่อสังคม ซึ่งเป็นสาเหตุหลักทำให้เยาวชนเริ่มสูบบุหรี่จากการเลียนแบบพฤติกรรมของผู้ใหญ่ โดยเฉพาะบุคคลในครอบครัว บุคคลใกล้ชิด ผู้มีชื่อเสียงหรือบุคคลอื่นที่พบเห็น เมื่อเยาวชนที่เริ่มมีการสูบบุหรี่แล้ว ซึ่งจะมีอิทธิพลต่อเพื่อนเริ่มสูบบุหรี่ตามมา อีกทั้งการสูบบุหรี่ยังเป็นที่ยังเกียจของสังคม สร้างความรำคาญ และความทุกข์ของผู้ที่ต้องรับควันจากผู้สูบบุหรี่ อาจทำให้เกิดเหตุเพลิงไหม้จากกันบุหรี่ ทั้งนี้ผู้สูบบุหรี่ต้องได้รับโทษตามกฎหมายหากสูบบุหรี่ในสถานที่ห้ามสูบ สำหรับความสูญเสียที่ยากจะคำนวณได้ ได้แก่ เวลาและแรงงานที่ญาติหรือครอบครัวต้องเสียไปในการดูแลผู้ป่วยจากการสูบบุหรี่ ความสูญเสียที่เกิดขึ้นกับครอบครัวจากการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรจากการสูบบุหรี่ ซึ่งอาจจะเป็นผู้นำหรือเสาหลักของครอบครัวเองหรือสมาชิกในครอบครัวก็ตาม สำหรับครอบครัวที่ยากจนอยู่แล้ว การซื้อบุหรี่ยี่สูบเป็นการเบียดบังเงินที่จะนำไปใช้ในสิ่งที่เป็นประโยชน์กว่า เช่น การซื้ออาหาร และการใช้จ่ายในด้านการศึกษาของบุตร รวมถึง

ความทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วย และสูญเสียคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ที่ป่วยและครอบครัว (อาร์มัวร์ เอี่ยมวุฒิ และคณะ, 2559, น. 19)

สรุปได้ว่า ยาสูบมีมาแต่ช้านานตั้งแต่ในสมัยประวัติศาสตร์ เดิมใช้เป็นยาเพื่อบำบัดรักษาโรค และถูกนำมาใช้ต่อๆ กัน ปัจจุบันนำมาทำเป็นผลิตภัณฑ์ที่มีรูปแบบหลากหลาย และพัฒนาขึ้นเรื่อยๆ เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้บริโภค จนเกิดผลิตภัณฑ์ยาสูบบรูปแบบใหม่ๆ ทำให้ปัญหาการบริโภคยาสูบกำลังแพร่ระบาดและขยายไปทุกประเทศเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะเยาวชน ซึ่งเป็นเป้าหมายหลักของธุรกิจยาสูบในการเพิ่มจำนวนผู้สูบบุหรี่รายใหม่ และทำให้เสพติดบุหรี่ในระยะยาว แม้จะมีมาตรการทางกฎหมาย แต่ด้วยปัจจัยต่างๆ ทำให้เยาวชนมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่เพิ่มขึ้น อีกทั้งผู้ที่เสพติดบุหรี่แล้วเลิกยาก เนื่องจากในบุหรี่ประกอบด้วยนิโคตินที่ทำให้เสพติดและสารเคมีที่เป็นอันตราย โดยบุหรี่เป็นสาเหตุสำคัญของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อันเป็นต้นเหตุสำคัญของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร ที่สามารถป้องกันได้ อีกทั้งยังส่งผลกระทบต่อสุขภาพและด้านอื่นๆ ตามมา ประเทศต่างๆ ทั่วโลกล้วนให้ความสำคัญเพิ่มขึ้นอย่างมากในการควบคุมการบริโภคยาสูบของประชาชน

แนวคิดเกี่ยวกับการควบคุมการบริโภคยาสูบ

การบริโภคยาสูบของประชาชน ถือเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญระดับประเทศและระดับสากล เนื่องจากความสูญเสียจากการสูบบุหรี่เป็นเรื่องที่สามารถป้องกันได้ ผู้กำหนดนโยบาย องค์กรด้านสาธารณสุขประเทศต่างๆ และองค์การอนามัยโลก จึงให้ความสำคัญในการควบคุมการบริโภคยาสูบเป็นอันดับต้นๆ ที่ทุกประเทศต้องร่วมมือกันแก้ไขอย่างเร่งด่วน ประเทศต่างๆ ทั่วโลก จึงได้ร่วมแสดงเจตนารมณ์ด้วยการตั้งเป้าหมายลดการบริโภคยาสูบร่วมกัน เพื่อบรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable development goals: SDGs) คือ ลดอัตราการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร 1 ใน 3 จากกลุ่มโรคไม่ติดต่อภายในปี พ.ศ. 2573 และสมัชชาองค์การอนามัยโลก กำหนดให้ทุกประเทศต้องลดความชุกการบริโภคยาสูบในประชากรที่อายุมากกว่า 15 ปี ร้อยละ 30 ภายในปี พ.ศ. 2568 จากปี พ.ศ. 2556 ซึ่งเป็นเป้าหมายหนึ่งใน 9 เป้าหมายระดับโลก เพื่อลดการเจ็บป่วยจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (World Health Organization, 2013) โดยประเทศไทยต้องลดจำนวนผู้สูบบุหรี่ให้คงเหลือ 9 ล้านคน หรือลดลงคงเหลือร้อยละ 15 ภายในปี พ.ศ. 2568 จากฐานข้อมูลปี พ.ศ. 2553 ร้อยละ 21.4 หรือลดผู้สูบบุหรี่ลงให้ได้โดยเฉลี่ย 1.3 แสนคนต่อปี (สำนักโรคไม่ติดต่อ, 2560) และอัตราการสูบบุหรี่ในเยาวชน อายุ 15-19 ปี ไม่เกินร้อยละ 8 ในปี พ.ศ. 2568 (กองงานคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ, 2565) ซึ่งเครื่องมือที่เป็นแนวทางในการควบคุมและป้องกันการบริโภคยาสูบเพื่อลดจำนวนคนสูบบุหรี่ทั่วโลกที่สำคัญ โดยแบ่งออกเป็นเครื่องมือการควบคุมการบริโภคยาสูบระดับโลกและการควบคุมการบริโภคยาสูบของประเทศไทย ดังนี้

การควบคุมการบริโภคยาสูบระดับโลก องค์การอนามัยโลก ได้กำหนดให้ประเทศต่างๆ นำไปเป็นแนวทางการดำเนินการควบคุมการบริโภคยาสูบในแต่ละประเทศ เพื่อลดจำนวนผู้บริโภคนยาสูบทั่วโลก ประกอบด้วยเครื่องมือที่สำคัญ ดังนี้

1. กรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลก

กรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization framework convention on tobacco control: WHO FCTC) ซึ่งเป็นข้อตกลงทางกฎหมายระดับนานาชาติที่ลงนามร่วมกันระหว่างประเทศที่เกี่ยวข้องเป็นลายลักษณ์อักษรเพื่อควบคุมยาสูบอย่างเป็นระบบ โดยกำหนดหน้าที่รับผิดชอบโดยทั่วไป ได้แก่ จัดให้มีมาตรการระดับชาติเพื่อแก้ไขปัญหา รวมทั้งการจัดการศึกษา ฝึกอบรม สร้างการรับรู้ของสาธารณชน ความร่วมมือในงานวิจัย การรายงาน และการช่วยเหลือทางการเงิน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อคุ้มครองประชากรโลกให้ปลอดภัยจากผลร้ายของการบริโภคยาสูบและการสูดดมควันยาสูบ เป็นกลไกทางกฎหมายระหว่างประเทศต่างๆ ในการสกัดกั้นไม่ให้ผลิตภัณฑ์ยาสูบแพร่กระจายไปทั่วโลก โดยเฉพาะอย่างยิ่งสูงประเทศกำลังพัฒนา และหยุดยั้งการเสียชีวิตจากการสูบบุหรี่

กรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลก จัดเป็นสนธิสัญญาระหว่างประเทศด้านสุขภาพฉบับแรกขององค์การอนามัยโลก ซึ่งได้รับการรับรองโดยที่ประชุมสมัชชาองค์การอนามัยโลก ครั้งที่ 56 นครเจนีวา เมื่อวันที่ 21 พฤษภาคม พ.ศ. 2546 นับว่าเป็นวันประวัติศาสตร์ของวงการสาธารณสุขที่ประเทศสมาชิกขององค์การอนามัยโลก ทั้งหมด 192 ประเทศ รวมทั้งประเทศไทยได้มีมติเป็นเอกฉันท์รับรองกรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบดังกล่าว ซึ่งมีผลบังคับใช้ใน 90 วัน ภายหลังจากประเทศต่างๆ ได้ยื่นสัตยาบันสาร อย่างเป็นทางการครบ 40 ประเทศ เมื่อวันที่ 1 ธันวาคม 2547 ได้มีการลงนามยื่นสัตยาบันสารครบ 40 ประเทศ จึงทำให้กรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบ มีผลบังคับใช้ ตั้งแต่ วันที่ 27 กุมภาพันธ์ 2548 นับจนถึงเดือนมิถุนายน 2553 ได้มีภาคีทั้งหมด 168 ประเทศ (World Health Organization, 2005)

สำหรับประเทศไทย ได้ร่วมลงนามในกรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบ เมื่อวันที่ 20 มิถุนายน 2546 เป็นลำดับที่ 36 และเมื่อวันที่ 8 พฤศจิกายน 2547 เอกอัครราชทูตผู้แทนถาวรแห่งประเทศไทยประจำสหประชาชาติ ณ นครนิวยอร์ก (คุณหญิงลักษณาจันทร์ เลหาพันธุ์) ได้มอบสัตยาบันสารดังกล่าวแก่นาย Palitha Kohona หัวหน้าแผนกสนธิสัญญา สำนักงานสนธิสัญญาแห่งสหประชาชาติ ผู้ซึ่งรับมอบสัตยาบันสารของ ไทยในนามของเลขาธิการสหประชาชาติ ประเทศไทย จึงเป็นหนึ่งใน 40 ประเทศแรกได้ร่วมลงนามในกรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบ และเป็นประเทศแรกในภูมิภาคเอเชียและแปซิฟิกที่ให้สัตยาบันเข้าร่วมเป็นสมาชิกภายใต้กรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบ ซึ่งกรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลกนี้ มีทั้งหมด

11 หมวด 38 มาตรา (World Health Organization, 2005; ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์ และคณะ, 2553) โดยมีสาระสำคัญที่เกี่ยวข้อง จำนวน 2 หมวด ดังนี้

หมวด 3 มาตรการเกี่ยวกับการลดอุปสงค์ของยาสูบ (Measures relating to the reduction of demand for tobacco) กำหนดให้ประเทศสมาชิกได้พิจารณาและกำหนดมาตรการต่างๆ เพื่อลดความต้องการบริโภคยาสูบของประชากร ดังมาตราต่อไปนี้

มาตรา 6 มาตรการด้านราคาและภาษี

มาตรา 7 มาตรการอื่น เช่น มาตรการทางบริหาร มาตรการทางนิติบัญญัติ มาตรการทางการปกครองและมาตรการอื่นๆ ที่มีประสิทธิภาพ

มาตรา 8 การปกป้องบุคคลจากการสูดดมควันยาสูบในสถานที่ทำงาน สถานที่สาธารณะซึ่งอยู่ในบริเวณตัวอาคาร ในระบบขนส่งมวลชน และในสถานที่สาธารณะอื่นๆ

มาตรา 9 การควบคุมสารต่างๆ ที่อยู่ในผลิตภัณฑ์ยาสูบ โดยเสนอแนวทางในการทดสอบและวัดปริมาณสารต่างๆ ที่อยู่ในผลิตภัณฑ์ยาสูบและสารต่างๆ ที่ปล่อยออกมาจากผลิตภัณฑ์ยาสูบ

มาตรา 10 การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์ยาสูบ

มาตรา 11 การบรรจุหีบห่อและติดป้ายผลิตภัณฑ์ยาสูบ โดยห้ามใช้ข้อความ รูปภาพ สัญลักษณ์ ซึ่งชวนให้เข้าใจผิด บริษัทบุหรี่ต้องแสดงคำเตือนถึงอันตรายของการใช้ยาสูบต่อสุขภาพอย่างชัดเจนบนซองบุหรี่ รวมทั้งกล่อง และหีบห่อหรือบรรจุภัณฑ์ โดยคำเตือนต้องเห็นชัดเจน อ่านเข้าใจง่าย และมีขนาดไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 ของพื้นที่หลักบนหีบห่อ คำเตือนอาจจะอยู่ในรูปแบบภาพ หรือภาพสัญลักษณ์

มาตรา 12 การให้การศึกษา การสื่อสาร การฝึกอบรม และการสร้างจิตสำนึกของสาธารณชน โดยใช้เครื่องมือสื่อสารทุกชนิดที่มีความเหมาะสม ประเทศสมาชิกสามารถใช้มาตรการต่างๆ ดำเนินการเพื่อส่งเสริมจิตสำนึกของประชาชนและให้ประชาชนได้เข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับความเสี่ยงต่อสุขภาพจากการบริโภคยาสูบและการสูดดมควันยาสูบ รวมทั้งประโยชน์ที่จะได้รับจากการเลิกใช้ยาสูบ

มาตรา 13 การห้ามอย่างเต็มรูปแบบ (Comprehensive ban) เพื่อไม่ให้มีการ โฆษณาผลิตภัณฑ์ยาสูบ การส่งเสริมการขายและการให้การสนับสนุนโดยธุรกิจยาสูบ ทั้งนี้รวมถึงการห้ามโฆษณายาสูบข้ามพรมแดน

มาตรา 14 มาตรการการเลิกใช้ยาสูบและการรักษาผู้ติดยาสูบ โดยดำเนินการส่งเสริมการเลิกใช้ยาสูบในสถานที่ต่างๆ เช่น สถานศึกษา สถานบริการสาธารณสุข สถานที่ทำงาน เป็นต้น และควรกำหนดเรื่องการวินิจฉัยและการรักษาผู้ติดยาสูบ ตลอดจนการให้คำปรึกษาเพื่อการเลิกใช้

ยาสูบในแผนงานระดับชาติ รวมทั้งให้ความร่วมมือกับหน่วยงานอื่นเพื่อให้ประชาชนมีโอกาสเข้าถึงการรักษาการติดยาสูบ

ทั้งหมดนี้เป็นสาระสำคัญในการลดอุปสงค์ของยาสูบที่ทุกประเทศสมาชิกได้นำไปปรับใช้สำหรับประเทศไทยได้กำหนดแผนยุทธศาสตร์และกฎหมายที่สอดคล้องกับกรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลก คือ แผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ ได้แก่ มาตรการช่วยผู้เสพให้เลิกใช้ยาสูบ มาตรการควบคุมและเปิดเผยส่วนประกอบผลิตภัณฑ์ยาสูบ มาตรการทำสิ่งแวดลอมให้ปลอดควันบุหรี่ มาตรการภาษีและปราบปรามเพื่อควบคุมยาสูบ (สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ, 2560) สำหรับกฎหมายการควบคุมยาสูบที่นำมาประยุกต์ใช้ในประเทศไทย คือ พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2560 โดยแบ่งเป็นมาตรการต่างๆ ดังนี้

มาตรการป้องกันการเข้าถึงผลิตภัณฑ์ยาสูบของเยาวชน ได้แก่ มาตรา 27 โดยห้ามผู้ขายปลีกขายยาสูบโดยใช้เครื่องขายยาสูบผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์หรือเครือข่ายคอมพิวเตอร์ ห้ามขายยาสูบนอกสถานที่ที่ระบุไว้ในใบอนุญาตขายยาสูบ ห้ามขายยาสูบโดยแจกแถมให้หรือแลกเปลี่ยนยาสูบกับสินค้าอื่น ห้ามขายยาสูบโดยลดราคาขายยาสูบ ห้ามขายสินค้าหรือให้บริการโดยมีการแจก แถม หรือให้ยาสูบ หรือแลกเปลี่ยนกับยาสูบ ห้ามเร่ขายยาสูบ ให้ยาสูบ หรือเสนอให้สิทธิในการเข้าชม การแข่งอันการแสดง ให้บริการการชิงโชค การชิงรางวัล หรือสิทธิประโยชน์อื่นใดเป็นการตอบแทนแก่ผู้ซื้อยาสูบ หรือแก่ผู้นำหีบห่อ หรือสลาก หรือสิ่งอื่นใดเกี่ยวกับยาสูบมาแลกเปลี่ยน หรือแลกซื้อ ต้องแสดงราคาขายยาสูบ ณ จุดขาย และมาตรา 36 ห้ามขายปลีกยาสูบแสดงผลิตภัณฑ์ยาสูบ ณ สถานที่ขายปลีก การแสดงชื่อและราคาของยาสูบต้องเป็นไปตามหลักเกณฑ์วิธีการและเงื่อนไขที่รัฐมนตรีประกาศ โดยผู้ขายปลีกยาสูบต้องแสดงสื่อรณรงค์เพื่อการลดละเลิกการบริโภคยาสูบตามที่กระทรวงสาธารณสุขจัดทำขึ้น

มาตรการห้ามการโฆษณาทางอ้อม ได้แก่ มาตรา 30 ห้ามโฆษณาหรือทำการสื่อสารการตลาดยาสูบ มาตรา 31 ห้ามแสดงชื่อหรือเครื่องหมายของยาสูบ ชื่อหรือเครื่องหมายของผู้ผลิต หรือผู้นำเข้ายาสูบหรือแสดงสัญลักษณ์หรือสิ่งอื่นใด โดยทำให้สาธารณชนเข้าใจว่าเป็นชื่อหรือเครื่องหมายของยาสูบเพื่อการโฆษณาผลิตภัณฑ์ยาสูบ มาตรา 32 ห้ามนำชื่อหรือเครื่องหมายของยาสูบ ชื่อหรือเครื่องหมายของผู้ผลิตหรือผู้นำเข้ายาสูบ ไปแสดงบนผลิตภัณฑ์อื่นใดที่ไม่ใช่ยาสูบหรือนำชื่อหรือเครื่องหมายของยาสูบมาตัดต่อเติมหรือดัดแปลงข้อความให้เป็นส่วนหนึ่งของผลิตภัณฑ์นั้น เพื่อการโฆษณาชื่อหรือเครื่องหมายของยาสูบ หรือชื่อหรือเครื่องหมายของผู้ผลิตหรือผู้นำเข้ายาสูบ มาตรา 33 ห้ามโฆษณาผลิตภัณฑ์ที่ใช้ชื่อหรือเครื่องหมายของยาสูบเป็นชื่อหรือเครื่องหมายของผลิตภัณฑ์นั้นหรือโฆษณาโดยการนำชื่อหรือเครื่องหมายของยาสูบมาตัดต่อเติมหรือดัดแปลงข้อความให้เป็นส่วนหนึ่งของชื่อหรือเครื่องหมายของผลิตภัณฑ์นั้นเพื่อที่อาจทำให้เข้าใจได้ว่า หมายความว่าถึง

การโฆษณายาสูบ และมาตรา 34 ห้ามผลิตขายนำเข้าเพื่อขายหรือเพื่อแจกจ่ายเป็นการทั่วไป ห้ามโฆษณาหรือทำการสื่อสารการตลาดผลิตภัณฑ์ ซึ่งเป็นผลิตภัณฑ์ที่มีรูปลักษณะทำให้เข้าใจได้ว่าเป็นสิ่งเลียนแบบยาสูบ ผลิตภัณฑ์ที่บริโภคโดยวิธีสูบบุหรี่และมีสารที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ

มาตรการการป้องกันการแทรกแซงนโยบายจากอุตสาหกรรมยาสูบ ได้แก่ มาตรา 35 ห้ามให้การอุปถัมภ์หรือให้การสนับสนุนการสร้างภาพลักษณ์ต่อยาสูบ ผู้ผลิตหรือผู้นำเข้ายาสูบ ส่งเสริมการบริโภคยาสูบ การผลิต และค้ายาสูบ หรือการบริจจาค ห้ามเผยแพร่กิจกรรมหรือข่าวสารเพื่อประชาสัมพันธ์กิจกรรม

มาตรการการคุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่ ได้แก่ มาตรา 41 ให้รัฐมนตรีโดยคำแนะนำของคณะกรรมการ มีอำนาจประกาศประเภทหรือชื่อของสถานที่สาธารณะ สถานที่ทำงาน และยานพาหนะ ให้ส่วนหนึ่งส่วนใดหรือทั้งหมดของสถานที่และยานพาหนะดังกล่าว เป็นเขตปลอดบุหรี่ แต่อาจกำหนดให้มีเขตสูบบุหรี่ในเขตปลอดบุหรี่ มาตรา 42 ห้ามผู้ใดสูบบุหรี่ในเขตปลอดบุหรี่ เว้นแต่ที่นั่นเป็นที่สูบบุหรี่ และมาตรา 43 เขตปลอดบุหรี่ ต้องมีเครื่องหมายแสดงไว้ให้เห็นได้โดยชัดเจนว่าเป็นเขตปลอดบุหรี่ ปราศจากอุปกรณ์หรือสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับการสูบบุหรี่ (พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ, 2560)

หมวด 4 มาตรการเกี่ยวกับการลดอุปทานของยาสูบ (Measures relating to the reduction of the supply of tobacco) ให้ประเทศสมาชิกกำหนดและบังคับใช้มาตรการทางนิติบัญญัติ มาตรการทางการปกครอง มาตรการทางบริหาร หรือมาตรการอื่นๆ ที่มีประสิทธิภาพ (World Health Organization, 2005) ในประเด็นต่อไปนี้

มาตรา 15 การค้าผลิตภัณฑ์ยาสูบที่ผิดกฎหมายในทุกรูปแบบ รวมทั้งการ ลักลอบขนส่งผลิตภัณฑ์ยาสูบอื่น ผลิตภัณฑ์ยาสูบที่ผิดกฎหมาย และผลิตภัณฑ์ยาสูบปลอม

มาตรา 16 การขายผลิตภัณฑ์ยาสูบให้แก่ผู้เยาว์หรือบุคคลที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปี และการขายโดยผู้เยาว์ ซึ่งประเทศสมาชิกควรพยายามห้ามขายบุหรี่เป็นมวนๆ หรือขายเป็นซองเล็กๆ

มาตรา 17 การสนับสนุนกิจกรรมทางเลือกอื่นที่เป็นไปได้ทางด้านเศรษฐกิจ

สำหรับประเทศไทยได้นำมาประยุกต์ไว้ในกฎหมายที่สอดคล้องกับกรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลก คือ พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2560 ที่มุ่งเน้นการป้องกันการเข้าถึงผลิตภัณฑ์ยาสูบของเยาวชน มาตรา 26 ห้ามขายหรือให้ยาสูบแก่เยาวชนที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปี และห้ามใช้ จ้าง หรือวานให้เยาวชนอายุต่ำกว่า 18 ปี ขายหรือให้ยาสูบ มาตรา 28 ห้ามแจกจ่ายยาสูบในลักษณะเป็นตัวอย่างของผลิตภัณฑ์ยาสูบหรือเพื่อเป็นการจูงใจสาธารณชนให้บริโภคยาสูบ และมาตรา 39 ห้ามแบ่งขายผลิตภัณฑ์ยาสูบ (พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ, 2560)

สรุปได้ว่า กรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลก ซึ่งเป็นกฎหมายระหว่างประเทศทางสุขภาพ ที่ได้รับการรับรองจากที่ประชุมสมัชชาขององค์การอนามัยโลก โดยกำหนดให้ประเทศสมาชิก รวมถึงประเทศไทยได้นำไปดำเนินการตามมาตรการต่างๆ ที่สำคัญ ได้แก่ มาตรการเกี่ยวกับการลดอุปสงค์ของยาสูบและการลดอุปทานของยาสูบ ซึ่งมาตรการที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มเยาวชนโดยตรง ได้แก่ มาตรการป้องกันการเข้าถึงผลิตภัณฑ์ยาสูบของเยาวชน โดยห้ามขายผลิตภัณฑ์ยาสูบให้แก่บุคคลที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปีหรือต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนดไว้ในกฎหมาย รวมถึงห้ามการส่งเสริมให้มีการแจกจ่าย และห้ามแบ่งขายบุหรี่ให้แก่สาธารณชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้เยาว์หรือเพื่อเพิ่มความสามารถในการซื้อผลิตภัณฑ์ยาสูบของผู้เยาว์ รวมทั้งกำหนดบทลงโทษแก่ผู้ขายหรือผู้จัดจำหน่ายเพื่อให้ปฏิบัติตามกรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบ เพื่อสกัดกั้นมิให้ผลิตภัณฑ์ยาสูบแพร่กระจายไปทั่วโลก โดยเฉพาะอย่างยิ่งสู่ประเทศกำลังพัฒนา และหยุดยั้งการเสียชีวิตจากการสูบบุหรี่

2. ยุทธศาสตร์ MPOWER

ประเทศสมาชิกที่เข้าร่วมตามกรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลก ในการควบคุมการแพร่ระบาดของยาสูบ และปกป้องสุขภาพของประชากร เพื่อช่วยให้ประเทศต่างๆ ปฏิบัติตามสัญญาของกรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลก และเปลี่ยนฉันทามติระดับโลกนี้ให้เกิดขึ้นจริง จึงได้พัฒนาชุดนโยบาย MPOWER ขึ้นในปี พ.ศ. 2551 เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานเพื่อลดการใช้ยาสูบทั่วโลก ประกอบด้วย 6 มาตรการ ได้แก่ การติดตามการใช้ยาสูบและนโยบายการป้องกัน (Monitoring tobacco use and prevention policies: M) การปกป้องประชาชนจากควันบุหรี่ (Protecting people from tobacco smoke: P) การให้ความช่วยเหลือการเลิกใช้ยาสูบ (Offering help to quit tobacco use: O) การเตือนให้ตระหนักถึงพิษภัยของยาสูบ (Warning about the dangers of tobacco: W) การบังคับใช้กฎหมายห้ามโฆษณาการส่งเสริมการขาย และสนับสนุนยาสูบ (Enforcing bans on tobacco advertising promotion and sponsorship: E) และการขึ้นภาษีผลิตภัณฑ์ยาสูบ (Raising taxes on tobacco: R) ซึ่งเป็นยุทธศาสตร์หลักที่เกี่ยวข้องกับมาตรการของกรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลก เพื่อให้ประเทศสมาชิกลำดับนโยบายการควบคุมยาสูบนี้ไปแปลงสู่การปฏิบัติในแต่ละประเทศของตนเอง สำหรับการวางแผนและการประเมินความร่วมมือในระดับชาติและระดับนานาชาติ โดยได้รับการพิสูจน์แล้วว่าสามารถลดความชุกของการสูบบุหรี่ได้ และยังเป็นส่วนหนึ่งของแผนปฏิบัติการขององค์การอนามัยโลก ที่ให้ความสำคัญกับการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ ดังนั้น ยุทธศาสตร์ MPOWER จึงเป็นเครื่องมือสำคัญในการทำให้การใช้ยาสูบทั่วโลกลดลง ด้วยการส่งเสริมกฎหมายและบริบทที่เอื้อต่อการใช้ชีวิตที่ปลอดบุหรี่ โดยมีเป้าหมายระดับโลก คือ ไม่มีเด็กหรือผู้ใหญ่สัมผัสกับควัน

บุหรี (World Health Organization, 2008) ซึ่งรายละเอียดของยุทธศาสตร์ MPOWER ทั้ง 6 มาตรการ มีดังนี้

การติดตามการใช้อยาสูบและนโยบายการป้องกัน (Monitoring tobacco use and prevention policies: M) มีวัตถุประสงค์เพื่อเฝ้าระวัง ติดตาม และมีระบบการประเมินเพื่อติดตามการใช้อยาสูบที่มีประสิทธิภาพ โดยกำหนดให้ประเทศภาคีรวบรวมและแบ่งปันข้อมูลเกี่ยวกับขนาดของปัจจัยกำหนดและผลกระทบจากการใช้อยาสูบและการสัมผัสควันบุหรีในระดับชาติอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งข้อมูลจากการติดตามการแพร่ระบาดของยาสูบอย่างต่อเนื่อง จำเป็นต่อการนำไปใช้ในการประเมินนโยบายการควบคุมยาสูบที่มีประสิทธิผล และเพื่อควบคุมการแทรกแซงที่สามารถจัดการและปรับปรุงได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยพยายามปรับปรุงความพร้อมของข้อมูลในระดับประเทศและระดับโลกที่เกี่ยวกับการใช้อยาสูบและการสัมผัสควันบุหรี รวมถึงผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งองค์การอนามัยโลกทำงานร่วมกับประเทศต่างๆ ในการสนับสนุนให้ใช้หลักฐานในการติดตามการใช้อยาสูบทั้งในผู้ใหญ่และวัยรุ่นที่มีมาตรฐาน รวบรวมข้อมูลการติดตามแนวโน้มการใช้อยาสูบในระดับประเทศและระดับโลก และการใช้ประโยชน์จากข้อมูลเพื่อสนับสนุนการเสริมสร้างนโยบายลดการใช้อยาสูบอย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด อีกทั้งแนะนำให้รัฐบาลใช้ระบบการเฝ้าระวังยาสูบที่มีอยู่และระบบการติดตาม ตรวจสอบ เพื่อประเมินการพัฒนาของการใช้อยาสูบ โดยแยกตามความสำคัญปัจจัยต่างๆ เช่น เพศ และอายุ

การปกป้องประชาชนจากควันบุหรี (Protecting people from tobacco smoke: P) มีวัตถุประสงค์เพื่อให้สภาพแวดล้อมปลอดควันบุหรีทั้งในพื้นที่สาธารณะและสถานที่ทำงานทั้งหมด รวมถึงร้านอาหาร และบาร์ เนื่องจากควันบุหรีมือสองทำให้เกิดโรคต่างๆ มากมาย รวมถึงโรคหัวใจ มะเร็งปอด และโรคทางเดินหายใจอื่นๆ ดังนั้นการทำให้สภาพแวดล้อมปลอดบุหรีจึงเป็นเพียงวิธีการเดียวที่ได้รับการพิสูจน์แล้วว่าสามารถปกป้องผู้คนจากผลกระทบที่เป็นอันตรายของควันบุหรีมือสองได้อย่างเพียงพอ โดยออกกฎหมายและบังคับใช้กฎหมายเพื่อให้มีสภาพแวดล้อมปลอดบุหรีทั้งในสถานที่ให้บริการสุขภาพ สถานศึกษา สถานที่สาธารณะทั้งหมด สถานที่ทำงาน รวมถึงร้านอาหาร และบาร์ ความรับผิดชอบในการบังคับใช้กฎหมายสถานที่ปลอดบุหรีระหว่างผู้ประกอบการและการจัดการทางกฎหมายของรัฐบาล ถือเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพสูงสุด จึงให้มีการปฏิบัติตามกฎหมายในหลายประเทศ เช่น เจ้าของธุรกิจมีหน้าที่ปฏิบัติตามกฎหมายในการจัดหาสถานที่ทำงานที่ปลอดภัยสำหรับพนักงาน การจัดเก็บค่าปรับ และมาตรการลงโทษอื่นๆ การสร้างสถานที่สาธารณะให้ปลอดบุหรีโดยผ่านกฎหมายปลอดบุหรีจึงเป็นที่นิยม โดยกฎหมายเหล่านี้ไม่เป็นอันตรายต่อธุรกิจในประเทศใดๆ และไม่คำนึงถึงระดับรายได้ จึงสามารถใช้กฎหมายปลอดบุหรีได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะการห้ามสูบบุหรีในสถานที่สาธารณะ สถานที่ทำงาน บาร์ ร้านอาหาร และขนส่งสาธารณะทั้งหมด

ซึ่งจะช่วยปกป้องผู้คนจากอันตรายของควันบุหรี่มือสอง ช่วยให้ผู้สูบบุหรี่เลิก และลดการสูบบุหรี่ของเยาวชนได้

การให้ความช่วยเหลือการเลิกใช้ยาสูบ (Offering help to quit tobacco use: O) มีวัตถุประสงค์เพื่อให้การบริการเลิกใช้ยาสูบและการดูแลสุขภาพเบื้องต้นสามารถเข้าถึงได้ง่าย สนับสนุนสิ่งอำนวยความสะดวก และการใช้ทรัพยากรของชุมชน เนื่องจากผู้สูบบุหรี่ส่วนใหญ่เสพติดนิโคตินในยาสูบ จึงเป็นเรื่องยากสำหรับการเลิกใช้ยาสูบ คนที่มีแนวโน้มพยายามจะเลิกยาสูบ เมื่อตัดสินใจแล้วบางคนสามารถเลิกได้เอง แต่หากได้รับความช่วยเหลือจะช่วยให้เลิกได้มากขึ้น สำหรับผู้สูบบุหรี่ทุกวันที่ยกเลิกโดยไม่ได้รับความช่วยเหลือร้อยละ 90-95 จะกลับมาใช้ยาสูบซ้ำ จึงมี 2 มาตรการหลักเพื่ออำนวยความสะดวกในการเลิกบุหรี่ของผู้สูบบุหรี่ คือ การให้คำปรึกษาหรือคำแนะนำจากแพทย์แบบตัวต่อตัว รวมถึงการดูแลสุขภาพอื่นๆ จากคำแนะนำสั้นๆ จากผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพสามารถเพิ่มอัตราความสำเร็จในการเลิกบุหรี่ได้ถึงร้อยละ 30 ในขณะที่คำแนะนำแบบเข้มข้นจะเพิ่มโอกาสในการเลิกสูบบุหรี่ถึงร้อยละ 84 อีกมาตรการหนึ่ง คือ การรักษาทางเภสัชวิทยาที่ต้นทุนต่ำ ทุกคนสามารถเข้าถึงได้ตามความเหมาะสม ทั้งการให้คำปรึกษา และการใช้ยาทำให้ผู้ใช้ยาสูบมีโอกาสเลิกบุหรี่ได้สำเร็จมากกว่าสองเท่า อย่างไรก็ตามในปัจจุบันมีเพียง 23 ประเทศเท่านั้นที่ให้บริการเลิกบุหรี่แบบครบวงจร โดยครอบคลุมค่าใช้จ่ายทั้งหมดหรือบางส่วน เพื่อช่วยเหลือผู้สูบบุหรี่เลิกบุหรี่ โดยคิดเป็นเพียงร้อยละ 32 ของประชากรโลก ซึ่งประเทศต่างๆ ได้รับคำสั่งให้นำไปปฏิบัติ โดยเสริมสร้างขีดความสามารถและการฝึกอบรมเพื่อช่วยให้รัฐบาลจัดตั้งระบบการเลิกยาสูบแห่งชาติ รวมถึงการ บูรณาการการแทรกแซงยาสูบเข้ากับระบบบริการปฐมภูมิ และการพัฒนาการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย

การเตือนให้ตระหนักถึงพิษภัยของยาสูบ (Warning about the dangers of tobacco: W) มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างความตระหนักถึงความเสี่ยงต่อสุขภาพอย่างรุนแรง โดยเฉพาะการใช้ยาสูบในกลุ่มอายุ เพศ ที่อยู่อาศัย และสถานที่ต่างๆ เพื่อให้ทุกคนเข้าใจผลจากการใช้ยาสูบทำให้เกิดปัญหาสุขภาพ สร้างความทุกข์ และการสูญเสียจากการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร แม้จะมีหลักฐานเกี่ยวกับอันตรายของยาสูบมากมาย แต่ก็มีผู้สูบบุหรี่ทั่วโลกเข้าใจถึงความเสี่ยงต่อสุขภาพอย่างถ่องแท้ค่อนข้างน้อย คนส่วนใหญ่รู้ว่าการใช้ยาสูบเป็นอันตราย แต่ไม่ทราบถึงขนาดความรุนแรงของความเจ็บป่วยที่เกิดจากยาสูบ และโอกาสที่จะทุพพลภาพและเสียชีวิต คนมักเริ่มใช้ยาสูบตั้งแต่วัยรุ่น เนื่องจากวัยนี้มักจะไม่กังวลเกี่ยวกับความเสี่ยงต่อสุขภาพ แต่ยังมีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมเสี่ยงสูงจากการได้รับแรงกระตุ้นจากครอบครัวและการโฆษณา ดังนั้น จึงต้องมีฉลากคำเตือนบนซองยาสูบที่มีประสิทธิภาพ ดำเนินการต่อต้านการโฆษณา และประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อช่องทางต่างๆ มีการพัฒนาวิธีการใหม่ๆ ในการดึงดูดความสนใจของสื่อ โดยคำเตือนควรปรากฏทั้งด้านหน้าและด้านหลังของบรรจุภัณฑ์และมีขนาดใหญ่ชัดเจน สามารถอธิบายถึงความเจ็บป่วยที่เกิดจากยาสูบ การใช้

ภาพกราฟิกที่แสดงให้เห็นถึงอันตรายของการใช้ยาสูบจะมีประสิทธิผลอย่างมากในการโน้มน้าวให้ผู้บริโภคใช้ยาสูบ นอกจากการโฆษณา การเข้าถึงสื่อข่าวที่สามารถเผยแพร่ข้อความต่อต้านยาสูบได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การบังคับใช้กฎหมายห้ามโฆษณา การส่งเสริมการขาย และสนับสนุนยาสูบ (Enforcing bans on tobacco advertising promotion and sponsorship: E) มีวัตถุประสงค์เพื่อห้ามไม่ให้มีการโฆษณายาสูบ การส่งเสริม และสนับสนุนอุตสาหกรรมยาสูบสำหรับการตลาดของผลิตภัณฑ์ยาสูบทุกรูปแบบเพื่อลดการสูบบุหรี่ของคนทุกระดับรายได้และการศึกษา โดยครอบคลุมสื่อทั้งหมด รวมถึงการใช้ชื่อแบรนด์ หรือโลโก้ สามารถลดการบริโภคยาสูบได้ประมาณร้อยละ 7 แต่การห้ามโฆษณาจะไม่มีผลหรือมีผลเพียงเล็กน้อยต่อความชุกของการสูบบุหรี่ในประเทศที่รายได้สูง ซึ่งในแต่ละปี อุตสาหกรรมยาสูบใช้จ่ายเงินหลายหมื่นล้านดอลลาร์เพื่อทำการตลาดผลิตภัณฑ์ยาสูบ การใช้รูปแบบการโฆษณา การส่งเสริม และการสนับสนุนยาสูบที่ซับซ้อนและแอบแฝงเพิ่มขึ้น ทำให้สร้างความสนุกสนานและความเย้ายวนใจกับผู้สูบบุหรี่ สร้างความเสียหายต่อสุขภาพของประชาชน โดยในที่สุดผู้ใช้รายใหม่จะถูกกล่อลวงให้ติดยาเสพติดไปตลอดชีวิต สำหรับกลุ่มเป้าหมายหลักในการโฆษณายาสูบ ได้แก่ เยาวชน เนื่องจากมีความเสี่ยงที่จะกลายเป็นผู้สูบบุหรี่มากขึ้นและมีแนวโน้มที่จะใช้ยาสูบคงที่เมื่อติดยาเสพติด ดังนั้นจึงควรออกกฎหมายและบังคับใช้กฎหมายอย่างมีประสิทธิภาพ โดยห้ามการตลาดยาสูบทุกรูปแบบทางตรงและห้ามการโฆษณา การส่งเสริม และการสนับสนุนยาสูบทางอ้อมอย่างครอบคลุม เพื่อสามารถลดการบริโภคยาสูบได้อย่างมากและปกป้องผู้คนจากกลวิธีทางการตลาดในอุตสาหกรรม

การขึ้นภาษีผลิตภัณฑ์ยาสูบ (Raising taxes on tobacco: R) มีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มราคายาสูบและผลิตภัณฑ์ยาสูบที่ผ่านการขึ้นภาษี ซึ่งเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพที่สุดในการลดการสูบบุหรี่ของประชาชน เนื่องจากราคาบุหรี่ที่สูงขึ้นจะลดจำนวนผู้สูบบุหรี่ลงและกระตุ้นให้ผู้ที่ยังสูบบุหรี่อยู่มีการบริโภคบุหรี่ต่อวันน้อยลง โดยการเพิ่มภาษียาสูบจะเพิ่มรายได้จากภาษีของประเทศทั้งในระยะสั้นและระยะกลาง แม้ว่าการบริโภคที่ลดลงก็ตาม บางประเทศได้กำหนดอัตราภาษียาสูบเกินกว่าร้อยละ 75 ของราคาขายปลีก คาดว่าราคาขายปลีกจะเพิ่มขึ้นในแต่ละครั้ง ร้อยละ 10 การบริโภคจะลดลงโดยประมาณร้อยละ 4 ในประเทศที่มีรายได้สูง และประมาณร้อยละ 8 ในประเทศที่มีรายได้น้อยและปานกลาง ความชุกของการสูบบุหรี่จึงลดลงประมาณครึ่งหนึ่งของอัตราดังกล่าว ซึ่งจะเกี่ยวข้องกับรายได้ อายุ และปัจจัยทางประชากรอื่นๆ โดยภาษียาสูบที่สูงขึ้นจะมีประสิทธิผลอย่างยิ่งในการป้องกันหรือลดการใช้ยาสูบในกลุ่มวัยรุ่น คนยากจน และผู้มีรายได้น้อย ซึ่งมีแนวโน้มที่จะเลิกหรือสูบบุหรี่น้อยกว่าผู้สูบบุหรี่รายอื่น 2-3 เท่า เนื่องจากกลุ่มคนเหล่านี้มีความอ่อนไหวทางเศรษฐกิจมากที่สุด ในการจัดเก็บภาษีและกำหนดราคาผลิตภัณฑ์ยาสูบ จึงเป็นมาตรการที่คุ้มค่าที่สุดในการลดการใช้ยาสูบ องค์การอนามัยโลกจึงสนับสนุนรัฐบาลให้ปฏิบัติตาม

พันธกรณีเหล่านี้โดยให้คำแนะนำทางเทคนิคเกี่ยวกับวิธีการเพิ่มภาษีผลิตภัณฑ์ยาสูบที่ตรงเป้าหมาย และมีประสิทธิผล แนวทางปฏิบัตินี้ยังช่วยให้รัฐบาลกำหนดนโยบายเศรษฐกิจที่มีประสิทธิผลสูงสุด นอกจากนี้ควรเพิ่มภาษีเป็นประจำเพื่อคำนวณอัตราเงินเพื่อและผลกระทบต่อรายได้ ซึ่งจะช่วยลดความสามารถในการซื้อยาสูบ ควรใช้ภาษีเทียบเท่ากับผลิตภัณฑ์ยาสูบทั้งหมดเพื่อลดแรงจูงใจให้ผู้ซื้อยาสูบเปลี่ยนไป และควรมีความเข้มแข็งในการบริหารภาษียาสูบเพื่อลดโอกาสในการหลีกเลี่ยงภาษี

สรุปได้ว่า ยุทธศาสตร์ MPOWER ที่ถูกพัฒนาขึ้นสอดคล้องตามกรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลก ซึ่งเป็นยุทธศาสตร์หลักที่สำคัญและมีประสิทธิภาพมากที่สุด เพื่อให้ประเทศสมาชิกได้นำไปเป็นแนวปฏิบัติ เพื่อให้เกิดความสำเร็จของการดำเนินงานควบคุมยาสูบอย่างเป็นรูปธรรมและสอดคล้องกับกรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลก และยังเป็นเครื่องมือชี้วัดความสำเร็จในการดำเนินงานควบคุมยาสูบสำหรับประเทศสมาชิก

การควบคุมการบริโภคยาสูบของประเทศไทย

สำหรับเครื่องมือในการดำเนินงานการควบคุมการบริโภคยาสูบของประเทศไทย ที่มีการดำเนินงานภายใต้กรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ และยุทธศาสตร์หลัก MPOWER ขององค์การอนามัยโลก คือ แผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติฉบับที่สาม พ.ศ. 2565-2570 และพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2560 โดยมีรายละเอียดที่สำคัญดังนี้

3. แผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติฉบับที่สาม พ.ศ. 2565-2570

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ในฐานะหน่วยงานรับผิดชอบหลักได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ ฉบับที่สาม พ.ศ. 2565-2570 ที่ได้พัฒนาขึ้นจากฉบับแรก พ.ศ. 2555-2557 และฉบับที่สอง พ.ศ. 2559-2562 เพื่อให้การดำเนินงานควบคุมยาสูบครอบคลุมมากขึ้น และทุกภาคส่วนได้ใช้เป็นกรอบในการขับเคลื่อนการดำเนินงานควบคุมยาสูบของประเทศไทย ให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อลดความชุกการบริโภคยาสูบของประชากร และคุ้มครองสุขภาพของประชาชนจากอันตรายจากควันบุหรี่ โดยมีกลไกการขับเคลื่อนการดำเนินงานด้านการควบคุมยาสูบระดับประเทศสู่ระดับจังหวัด (กองงานคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ, 2565, น. 18-19) โดยมีบทบาทหน้าที่ดังต่อไปนี้

ระดับประเทศหรือส่วนกลาง โดยกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข มีบทบาทหน้าที่ในการพัฒนานโยบาย มาตรการ แนวทางการควบคุมยาสูบในระดับประเทศ เขต และจังหวัด ในการกำหนดยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบ กำหนดกรอบแนวทางหรือการขับเคลื่อนการดำเนินงานให้เขตและจังหวัด โดยการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน รวมถึงสนับสนุนด้านวิชาการ ข้อมูล สื่อประชาสัมพันธ์ และติดตาม ประเมินผลการดำเนินงานในระดับประเทศและเขต

ระดับเขตสุขภาพ โดยสำนักงานป้องกันควบคุมโรค และสำนักงานเขตสุขภาพ มีบทบาทหน้าที่ในการศึกษาวิเคราะห์วิจัย ประสานส่งต่อนโยบาย มาตรการ แผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบ

ร่วมดำเนินการกับพื้นและเป็นพี่เลี้ยงในการดำเนินงานให้กับจังหวัด รวมถึงติดตามการดำเนินงาน กำกับ ติดตามการดำเนินงานให้เป็นไปตามที่กำหนด และสนับสนุนด้านวิชาการ และสื่อ

ระดับจังหวัด โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด มีบทบาทหน้าที่ในการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ สนับสนุนการบังคับใช้กฎหมายในพื้นที่ คุ่มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่ สนับสนุนการเลิกบุหรี่ สนับสนุนการประสานงานกับภาคส่วนต่างๆ และการบูรณาการสนับสนุนให้ความช่วยเหลือทางเทคนิคให้แก่ภาคีเครือข่าย และชุมชนท้องถิ่น รวมถึงติดตามประเมินผลพื้นที่ควบคุม กำกับด้านวิชาการ

โดยสาระสำคัญของแผนปฏิบัติการด้านการควบคุมยาสูบแห่งชาติฉบับที่สาม พ.ศ. 2565-2570 ทั้ง 6 ยุทธศาสตร์ (กองงานคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ, 2565, น. 22-35) มีรายละเอียดดังนี้

ยุทธศาสตร์ที่ 1 สร้างเสริมความเข้มแข็งและยกระดับขีดความสามารถการควบคุมยาสูบของประเทศ ตัวชี้วัดและค่าเป้าหมาย ดังนี้

1. เกิดความเข้มแข็งของกลไกการควบคุมยาสูบระดับประเทศ จังหวัด ท้องถิ่น
2. มีนโยบายที่สอดคล้อง ชัดเจนและมีการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องเพื่อควบคุมยาสูบในทุกระดับ
3. มีการพัฒนา ปรับปรุงกฎหมาย และแนวปฏิบัติที่เอื้อต่อการควบคุมยาสูบของประเทศ
4. ทุกจังหวัด มีจุดจัดการและรับผิดชอบการควบคุมยาสูบระดับจังหวัดที่ชัดเจน
5. บุคลากรและภาคีเครือข่ายได้รับการพัฒนาศักยภาพด้านการควบคุมยาสูบ ได้ร้อยละ 80

6. มีฐานข้อมูลด้านการควบคุมยาสูบที่เชื่อมโยงทั้งระดับส่วนกลางและระดับพื้นที่
ยุทธศาสตร์ที่ 1 นี้ ประกอบด้วยยุทธวิธีสำคัญ 4 ยุทธวิธี ได้แก่

ยุทธวิธีที่ 1 การผลักดันนโยบาย ปรับปรุงกฎหมาย ระบบการบังคับใช้กฎหมาย และการดำเนินงานของทุกภาคส่วนให้เป็นไปตามพันธกรณีภายใต้กรอบอนุสัญญาขององค์การอนามัยโลก รวมทั้งความตกลงระหว่างประเทศอื่นที่เกี่ยวข้อง

ยุทธวิธีที่ 2 พัฒนาโครงสร้าง ระบบการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพเพื่อสร้างความร่วมมือของภาครัฐและภาคประชาสังคมด้านการควบคุมยาสูบแบบบูรณาการในทุกระดับ

ยุทธวิธีที่ 3 พัฒนาศักยภาพด้านการควบคุมยาสูบของบุคลากรและภาคีเครือข่ายทุกระดับ

ยุทธวิธีที่ 4 พัฒนาระบบเฝ้าระวัง วิจัย การจัดการความรู้ การควบคุมกำกับ และติดตามประเมินผลการควบคุมยาสูบทุกระดับ

ยุทธศาสตร์ที่ 2 ป้องกันมิให้เกิดผู้เสพยาสูบรายใหม่ และเฝ้าระวังธุรกิจยาสูบ มีตัวชี้วัดและค่าเป้าหมาย ดังนี้

1. ความชุกของการสูบบุหรี่ในเยาวชน (15-19 ปี) ไม่เกินร้อยละ 8
 2. เด็ก เยาวชนและประชาชนมีความรู้ความตระหนักในโทษและพิษภัยยาสูบ ได้ร้อยละ 95
 3. เด็กและเยาวชนเข้าถึงบุหรี่จากร้านค้าปลีกลดลง
 4. มีการลงพื้นที่เพื่อติดตามและประเมินผลการบังคับใช้กฎหมายทุก 3 เดือน ทั้งในระดับส่วนกลางและพื้นที่
 5. เด็ก เยาวชน และประชาชน รู้เท่าทันกลยุทธ์ของธุรกิจยาสูบและสื่อต่างๆ ได้ร้อยละ 75
 6. มีระบบการเฝ้าระวังกลยุทธ์ของธุรกิจยาสูบทั้งในสถานศึกษา ชุมชน และกลุ่มเยาวชน และมีการดำเนินการตามกฎหมาย
 7. ภาควิชาการมีความเข้มแข็งในการดำเนินงานป้องกันนักสูบหน้าใหม่ ได้ร้อยละ 70
- ยุทธศาสตร์ที่ 2 นี้ ประกอบด้วยยุทธวิธีสำคัญ 4 ยุทธวิธี ได้แก่
- ยุทธวิธีที่ 1 การให้ความรู้เรื่องโทษ พิษภัย และผลกระทบจากผลิตภัณฑ์ยาสูบ
- ยุทธวิธีที่ 2 พัฒนาศักยภาพ สร้างเครือข่ายในการควบคุมยาสูบในสถานศึกษา บ้าน และชุมชน
- ยุทธวิธีที่ 3 การสร้างสิ่งแวดล้อมปลอดควันบุหรี่ที่เอื้อต่อการไม่สูบบุหรี่ของเยาวชนทั้งในสถานศึกษาและชุมชน
- ยุทธวิธีที่ 4 การเฝ้าระวัง และบังคับใช้กฎหมาย การเข้าถึงผลิตภัณฑ์ยาสูบรูปแบบต่างๆ การตอบโต้ การโฆษณา การสื่อสาร การตลาดกลยุทธ์อุตสาหกรรมยาสูบ และรู้เท่าทันกลยุทธ์ของอุตสาหกรรมยาสูบ

ยุทธศาสตร์ที่ 3 บำบัดรักษาผู้เสพให้เลิกใช้ยาสูบ มีตัวชี้วัดและค่าเป้าหมาย ดังนี้

1. ผู้เสพยาสูบต้องการเลิกเสพ ร้อยละ 70
2. ผู้เสพยาสูบที่ต้องการเลิกเสพ สามารถเข้าสู่ระบบบำบัดเลิกยาสูบ ได้ร้อยละ 50
3. ผู้เสพยาสูบที่เข้าสู่ระบบบำบัดเลิกยาสูบได้สำเร็จอย่างต่อเนื่องใน 6 เดือน ร้อยละ 30
4. มีระบบการให้บริการเลิกยาสูบที่มีคุณภาพ (คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ร้อยละ 100 หรือคลินิกโรคเรื้อรังอื่น ร้อยละ 80)

ยุทธศาสตร์ที่ 3 นี้ ประกอบด้วยยุทธวิธีสำคัญ 4 ยุทธวิธี ได้แก่

ยุทธวิธีที่ 1 การผลักดันนโยบายและการจัดการเลิกผลิตภัณฑ์ยาสูบ

ยุทธวิธีที่ 2 การสร้างเสริมพลังชุมชนและเครือข่ายที่เข้มแข็งเพื่อการบำบัดผู้เสพยาสูบ

ยุทธวิธีที่ 3 พัฒนาศักยภาพบุคลากรและภาคีต่างๆ ที่เกี่ยวข้องที่เป็นผู้ให้บริการเลิก

ยาสูบ

ยุทธวิธีที่ 4 พัฒนาคุณภาพระบบบริการเลิกยาสูบและสายด่วนบุหรี่

ยุทธศาสตร์ที่ 4 การควบคุม ตรวจสอบ เฝ้าระวัง และเปิดเผยรายการส่วนประกอบของผลิตภัณฑ์ยาสูบ มีตัวชี้วัดและค่าเป้าหมาย ดังนี้

1. ผลิตภัณฑ์ยาสูบที่จำหน่ายในประเทศไทย ไม่มีสารต้องห้ามตามที่หน่วยงานของรัฐกำหนด

2. มีกระบวนการตรวจสอบส่วนประกอบผลิตภัณฑ์ยาสูบ และเปิดเผยสารอันตรายในผลิตภัณฑ์ยาสูบ

3. มีการเผยแพร่ข้อมูลเกี่ยวกับสารอันตรายในผลิตภัณฑ์ยาสูบ โดยหน่วยงานของรัฐ และประชาชนสามารถเข้าถึงและเข้าใจเกี่ยวกับข้อมูลสารอันตรายในผลิตภัณฑ์ยาสูบ

ยุทธศาสตร์ที่ 4 นี้ ประกอบด้วยยุทธวิธี สำคัญ 4 ยุทธวิธี ได้แก่

ยุทธวิธีที่ 1 ปรับปรุงกฎหมาย แนวทางการดำเนินการให้สอดคล้องตามกรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบองค์การอนามัยโลก

ยุทธวิธีที่ 2 สร้างกระบวนการบริหารจัดการข้อมูลส่วนประกอบผลิตภัณฑ์ยาสูบ

ยุทธวิธีที่ 3 สร้างกลไกให้ธุรกิจยาสูบปฏิบัติตามกฎหมาย

ยุทธวิธีที่ 4 เฝ้าระวังและเผยแพร่ข้อมูลสารอันตรายของผลิตภัณฑ์ยาสูบ

ยุทธศาสตร์ที่ 5 ทำสิ่งแวดล้อมให้ปลอดควันบุหรี่ มีตัวชี้วัดและค่าเป้าหมาย ดังนี้

1. มีสถานที่ตามกฎหมายกำหนด ให้มีความคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่เพิ่มขึ้น

2. ประชาชนพบเห็นการสูบบุหรี่ในสถานที่ห้ามสูบ (ตลาด ร้านอาหาร สถานีขนส่ง ศาสนสถาน สถานที่ราชการ) เมื่อเทียบกับปี พ.ศ. 2560 ลดลงร้อยละ 50

3. ความชุกการได้รับควันบุหรี่ในที่ปกอาศัย เมื่อเทียบกับปี พ.ศ. 2560 ลดลงร้อยละ

30

4. ประชาชนรับรู้ สถานที่สาธารณะเป็นเขตปลอดบุหรี่ตามกฎหมาย ร้อยละ 80

ยุทธศาสตร์ที่ 5 นี้ ประกอบด้วยยุทธวิธีสำคัญ 5 ยุทธวิธี ได้แก่

ยุทธวิธีที่ 1 ออกประกาศกระทรวง กฎระเบียบและอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ให้สถานที่สาธารณะและสถานที่ทำงานทุกแห่งปลอดควันบุหรี่

ยุทธวิธีที่ 2 ส่งเสริมสนับสนุนให้มีการปฏิบัติตามกฎหมายในทุกที่ที่กำหนดให้ปลอดควัน

บุหรี่

ยุทธวิธีที่ 3 ปรับเปลี่ยนทัศนคติ พฤติกรรม และค่านิยมของการเสพยาสูบเพื่อให้การไม่สูบบุหรี่ในบ้าน สถานที่ทำงาน และสถานที่สาธารณะเป็นบรรทัดฐานของสังคมไทย

ยุทธวิธีที่ 4 ดำเนินการบังคับใช้กฎหมายอย่างจริงจัง และมีประสิทธิภาพ

ยุทธวิธีที่ 5 เผื่อระวังและควบคุมกำกับและประเมินผลการทำสิ่งแวดลอมปลอดควันบุหรี่

ยุทธศาสตร์ที่ 6 มาตรการภาษี การป้องกันและปราบปรามเพื่อควบคุมยาสูบ มีตัวชี้วัดและค่าเป้าหมาย ดังนี้

1. มีการปรับปรุงกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับภาษียาสูบและระบบบริหารการจัดเก็บภาษีที่สามารถควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. มีการดำเนินการป้องกันและปราบปรามการกระทำผิดกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับผลิตภัณฑ์ยาสูบทุกประเภทให้มีประสิทธิภาพตามแนวทางที่กำหนดภายใต้กรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบและพิธีสารว่าด้วยการจัดการค้าผลิตภัณฑ์ยาสูบที่ผิดกฎหมาย

ยุทธศาสตร์ที่ 6 นี้ ประกอบด้วยยุทธวิธี สำคัญ 4 ยุทธวิธี ได้แก่

ยุทธวิธีที่ 1 ปรับปรุงโครงสร้างภาษียาสูบและระบบการบริหารการจัดเก็บภาษียาสูบ

ยุทธวิธีที่ 2 ป้องกัน ปราบปรามยาสูบที่ผิดกฎหมาย และการดำเนินการสำหรับผู้กระทำ

ความผิด

ยุทธวิธีที่ 3 ควบคุมแหล่งจัดหา (Supply chain control)

ยุทธวิธีที่ 4 มาตรการลดผลกระทบต่อชาวไร่ยาสูบอันเนื่องมาจากมาตรการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ

สรุปได้ว่า การดำเนินงานควบคุมการบริโภคยาสูบของประเทศไทย โดยกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนทั้งหน่วยงานภาครัฐและภาคเอกชน ในการร่วมมือกันขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติเป็นหลัก เพื่อลดจำนวนผู้บริโภคยาสูบ อีกทั้งเป็นส่วนหนึ่งในการลดปัญหาการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในระดับประเทศและทั่วโลก โดยองค์การอนามัยโลก รวมถึงประเทศไทย จึงมุ่งเน้นในกลุ่มเยาวชนเพื่อป้องกันนักสูบบุหรี่หน้าใหม่ ซึ่งบรรจุอยู่ในยุทธศาสตร์ที่ 2 ในการป้องกันไม่ให้เกิดผู้เสพยาสูบรายใหม่และเผื่อระวังธุรกิจยาสูบอันเนื่องมาจากเยาวชน เป็นเป้าหมายสำคัญของธุรกิจยาสูบ ประกอบกับปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของเยาวชนเพิ่มสูงขึ้น และทำให้เสพติดบุหรี่ในระยะยาวที่สุด ประกอบกับการดำเนินงานร่วมกับยุทธศาสตร์อื่นๆ เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานควบคุมการบริโภคยาสูบให้บรรลุสู่เป้าหมายของประเทศ

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำตัวชี้วัดของยุทธศาสตร์ที่ 2 ในการป้องกันไม่ให้เกิดผู้เสพยาสูบรายใหม่และเผื่อระวังธุรกิจยาสูบ และตัวชี้วัดในยุทธศาสตร์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนิน

มาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบของเยาวชนไทย โดยการขับเคลื่อนของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด มาปรับปรุงเป็นข้อคำถามและตัวบ่งชี้ในการประเมิน ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของรูปแบบการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด เพื่อให้ได้องค์ประกอบของการประเมินและตัวบ่งชี้ที่ครอบคลุมกระบวนการดำเนินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทย ซึ่งจะได้ข้อมูลจากผลการประเมินที่เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาการดำเนินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยต่อไป

4. พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2560

พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2560 ที่พัฒนามาจากพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2535 และพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 ทั้ง 2 ฉบับรวมกันเป็นกฎหมายฉบับเดี่ยวนี้นี้ ซึ่งมีเนื้อหาประกอบด้วย การให้ความหมายของผลิตภัณฑ์ยาสูบและคำที่เกี่ยวข้อง กำหนดให้มีการแต่งตั้งและกำหนดอำนาจหน้าที่ในการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบแห่งชาติ คณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบกรุงเทพมหานคร และคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ และการคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ รวมถึงอำนาจหน้าที่ของพนักงานเจ้าหน้าที่ และบทกำหนดโทษ ซึ่งมีรายละเอียดที่สำคัญดังนี้

คณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบแห่งชาติ ประกอบด้วย

รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข เป็นประธานกรรมการ

ปลัดกระทรวงสาธารณสุข เป็นรองประธานกรรมการ

กรรมการโดยตำแหน่ง จำนวน 12 คน ได้แก่ ปลัดกระทรวงการคลัง ปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ปลัดกระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา ปลัดกระทรวงเกษตรและสหกรณ์ ปลัดกระทรวงพาณิชย์ ปลัดกระทรวงมหาดไทย ปลัดกระทรวงยุติธรรม ปลัดกระทรวงแรงงาน ปลัดกระทรวงศึกษาธิการ ผู้บัญชาการตำรวจแห่งชาติ เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และผู้จัดการกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 9 คน ซึ่งคณะรัฐมนตรีแต่งตั้งจากผู้มีความรู้ความเชี่ยวชาญ และมีประสบการณ์เป็นที่ประจักษ์ในด้านการแพทย์ การสาธารณสุข กฎหมาย การคุ้มครองสิทธิสตรีหรือสิทธิเด็ก และด้านอื่นที่เป็นประโยชน์ในการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ ด้านละ 1 คน ผู้ได้รับการเสนอชื่อโดยองค์กรเอกชนที่มีวัตถุประสงค์ไม่ใช่เป็นการแสวงหากำไร และดำเนินกิจกรรมเกี่ยวกับด้านการคุ้มครองสุขภาพอนามัยของประชาชน จำนวน 3 คน และด้านการคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพของประชาชน จำนวน 1 คน

อธิบดีกรมควบคุมโรค เป็นกรรมการและเลขานุการ และแต่งตั้งข้าราชการกรมควบคุมโรคซึ่งรับผิดชอบงานด้านการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ จำนวน 2 คน เป็นผู้ช่วยเลขานุการ โดยให้

กรมควบคุมโรค มีอำนาจหน้าที่ในการจัดทำนโยบายและแผนยุทธศาสตร์เสนอต่อคณะกรรมการ โดยต้องคำนึงถึงพันธกรณีระหว่างประเทศ ดำเนินการหรือสนับสนุนให้มีการศึกษา วิเคราะห์ การวิจัย และเป็นศูนย์กลางข้อมูลเกี่ยวกับการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ การคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ และการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสุขภาพของผู้เสพติดผลิตภัณฑ์ยาสูบ ประสานงาน สนับสนุน และร่วมมือกับคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบกรุงเทพมหานคร คณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด ส่วนราชการ หน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจ สถาบันการศึกษา องค์กรระหว่างประเทศ และองค์กรเอกชนที่เกี่ยวข้องในการดำเนินการให้เป็นไปตามพระราชบัญญัตินี้ รวมทั้งนโยบาย แผนยุทธศาสตร์ มาตรการ และปฏิบัติการอื่นๆ ตามที่รัฐมนตรี คณะกรรมการ หรือคณะอนุกรรมการ มอบหมาย หรือตามที่กฎหมายกำหนดให้เป็นอำนาจหน้าที่ของกรมควบคุมโรค

คณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบแห่งชาติ มีอำนาจหน้าที่ในการเสนอนโยบายและแผนยุทธศาสตร์ต่อคณะรัฐมนตรี เพื่อพิจารณาให้ความเห็นชอบ กำหนดมาตรการเกี่ยวกับการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ การคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ และการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสุขภาพของผู้เสพติดผลิตภัณฑ์ยาสูบ ให้คำแนะนำ ให้คำปรึกษาแก่รัฐมนตรี คณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบกรุงเทพมหานคร คณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด ส่วนราชการ หน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจ องค์กรเอกชน และพนักงานเจ้าหน้าที่ในการปฏิบัติการตามพระราชบัญญัตินี้ ประสานงานส่วนราชการเพื่อดำเนินการตามมาตรการดังกล่าว ดำเนินการติดตาม ประเมินผล และตรวจสอบการดำเนินการของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบกรุงเทพมหานคร และคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด เพื่อให้ปฏิบัติตามนโยบาย แผนยุทธศาสตร์ และมาตรการ รวมทั้งกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการรายงานผลการดำเนินการ

ซึ่งคณะกรรมการจะแต่งตั้งคณะอนุกรรมการเพื่อพิจารณาหรือปฏิบัติการอย่างหนึ่งอย่างใดตามที่คณะกรรมการมอบหมายก็ได้ โดยกำหนดให้มีการประชุมคณะกรรมการอย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง และต้องมีกรรมการมาประชุมไม่น้อยกว่ากึ่งหนึ่งของจำนวนกรรมการทั้งหมด จึงจะเป็นองค์ประชุมในการประชุมคณะกรรมการ ถ้าประธานกรรมการไม่มาประชุมหรือไม่อาจปฏิบัติหน้าที่ได้ ให้รองประธานกรรมการเป็นประธานในที่ประชุม ถ้ารองประธานกรรมการไม่มาประชุมหรือไม่อาจปฏิบัติหน้าที่ได้ ให้ที่ประชุมเลือกกรรมการคนหนึ่งเป็นประธานในที่ประชุม การวินิจฉัยชี้ขาดของที่ประชุมให้ถือเสียงข้างมาก

คณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบกรุงเทพมหานคร ประกอบด้วย

ผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานคร เป็นประธานกรรมการ

ปลัดกรุงเทพมหานคร เป็นรองประธานกรรมการ

กรรมการโดยตำแหน่ง จำนวน 16 คน ได้แก่ ผู้บัญชาการตำรวจนครบาล ผู้อำนวยการสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาและมัธยมศึกษาในเขตกรุงเทพมหานคร สรรพสามิตพื้นที่กรุงเทพมหานคร ผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ผู้อำนวยการสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร ผู้อำนวยการสำนักการศึกษากรุงเทพมหานคร ผู้อำนวยการสำนักพัฒนาสังคม กรุงเทพมหานคร ผู้อำนวยการสำนักวัฒนธรรม กีฬา และการท่องเที่ยวกรุงเทพมหานคร ผู้อำนวยการสำนักเทศกิจกรุงเทพมหานคร ผู้อำนวยการสำนักอนามัยกรุงเทพมหานคร ผู้อำนวยการกองประชาสัมพันธ์กรุงเทพมหานคร ผู้แทนกรมควบคุมโรค ผู้แทนสำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา ผู้แทนสำนักงานคณะกรรมการการอาชีวศึกษา และผู้แทนสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการศึกษาเอกชน

กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 6 คน ซึ่งแต่งตั้งจากผู้มีความรู้ ความเชี่ยวชาญ และมีประสบการณ์เป็นที่ประจักษ์ในด้านการแพทย์หรือการสาธารณสุข กฎหมาย นิเทศศาสตร์ หรือสื่อสารมวลชน การคุ้มครองสิทธิสตรีหรือสิทธิเด็ก การคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพของประชาชน และด้านอื่นที่เป็นประโยชน์ในการคุ้มครองสุขภาพอนามัยของประชาชน ด้านละ 1 คน

รองผู้อำนวยการสำนักอนามัย จำนวน 1 คน เป็นกรรมการและเลขานุการ และข้าราชการในสังกัดสำนักอนามัยกรุงเทพมหานคร จำนวน 2 คน เป็นผู้ช่วยเลขานุการ

คณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด ประกอบด้วย

ผู้ว่าราชการจังหวัด เป็นประธานกรรมการ

รองผู้ว่าราชการจังหวัด เป็นรองประธานกรรมการ

กรรมการโดยตำแหน่ง จำนวน 13 คน ได้แก่ อัยการจังหวัด ปลัดจังหวัด ผู้บังคับการตำรวจภูธรจังหวัด ผู้อำนวยการสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาและมัธยมศึกษา ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรค พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด ประชาสัมพันธ์จังหวัด สรรพสามิตพื้นที่ ผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นภายในเขตจังหวัด จำนวน 3 คน

กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 6 คน ซึ่งแต่งตั้งจากผู้มีความรู้ ความเชี่ยวชาญ และมีประสบการณ์เป็นที่ประจักษ์ในด้านการแพทย์หรือการสาธารณสุข กฎหมาย นิเทศศาสตร์หรือสื่อสารมวลชน การคุ้มครองสิทธิสตรีหรือสิทธิเด็ก การคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพของประชาชน และด้านอื่นที่เป็นประโยชน์ในการคุ้มครองสุขภาพอนามัยของประชาชน ด้านละ 1 คน

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด เป็นกรรมการและเลขานุการ และข้าราชการในสังกัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จำนวน 2 คน เป็นผู้ช่วยเลขานุการ

คณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบกรุงเทพมหานคร มีอำนาจหน้าที่ในเขต กรุงเทพมหานคร และคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด มีอำนาจหน้าที่ในเขตจังหวัด โดยให้มีการบังคับใช้กฎหมาย ดำเนินการตามนโยบาย แผนยุทธศาสตร์ และมาตรการ กำหนดแนวทางปฏิบัติ ติดตาม ประเมินผล และตรวจสอบการดำเนินการเกี่ยวกับการเฝ้าระวังและป้องกันไม่ให้เด็กและเยาวชนเข้าถึงผลิตภัณฑ์ยาสูบ การลดและเลิกการบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบ และการคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ แล้วรายงานผลต่อคณะกรรมการ ให้คำแนะนำ ให้คำปรึกษา และประสานงานส่วนราชการ หน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจ และองค์กรเอกชนที่เกี่ยวข้อง เสนอความเห็นเกี่ยวกับการบังคับใช้กฎหมายและมาตรการต่างๆ ต่อคณะกรรมการ และปฏิบัติการอื่นๆ ที่เกี่ยวกับการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ การคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ และการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสุขภาพของผู้เสพติดผลิตภัณฑ์ยาสูบ ตามที่รัฐมนตรี คณะกรรมการ ผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานคร หรือผู้ว่าราชการจังหวัดมอบหมาย

ซึ่งคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบกรุงเทพมหานคร และคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด จะแต่งตั้งคณะอนุกรรมการเพื่อพิจารณาหรือปฏิบัติการอย่างหนึ่งอย่างใด ตามที่คณะกรรมการมอบหมายก็ได้ สำหรับการประชุมคณะกรรมการให้เป็นไปตามเช่นเดียวกับ คณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบแห่งชาติ

สรุปได้ว่า คณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบแห่งชาติกระจายอำนาจสู่ระดับปฏิบัติการ ในการขับเคลื่อนการดำเนินงานควบคุมยาสูบโดยคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด และคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบกรุงเทพมหานคร โดยมีอำนาจหน้าที่ดำเนินการให้มีการบังคับใช้กฎหมาย กำหนดแนวทางปฏิบัติ ติดตาม ประเมินผล และตรวจสอบการดำเนินการเกี่ยวกับการเฝ้าระวังและป้องกันไม่ให้เด็กและเยาวชนเข้าถึงผลิตภัณฑ์ยาสูบ การลดและเลิกการบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบ และการคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ สำหรับในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้กำหนดให้คณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัดเป็นผู้ให้ข้อมูลหลัก ในการพัฒนารูปแบบการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด โดยครอบคลุมถึงคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบกรุงเทพมหานคร ซึ่งมีอำนาจหน้าที่ในการขับเคลื่อนการดำเนินงานควบคุมยาสูบในระดับจังหวัดในลักษณะเดียวกัน

พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2560 นี้ มีสาระสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมการบริโภคยาสูบของเยาวชนไทย แบ่งออกเป็นหมวด ดังต่อไปนี้

1. การควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1.1 ห้ามขายหรือให้ผลิตภัณฑ์ยาสูบแก่บุคคลที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปีบริบูรณ์ ในกรณีที่มีข้อสงสัยเกี่ยวกับอายุของผู้ซื้อหรือผู้รับผลิตภัณฑ์ยาสูบ ให้ผู้ขายหรือผู้ให้ผลิตภัณฑ์ยาสูบขอตรวจสอบหลักฐานต่างๆ ที่แสดงอายุของบุคคล

1.2 ห้ามใช้ จ้าง วาน หรือยินยอมให้บุคคลอายุต่ำกว่า 18 ปีบริบูรณ์ขายหรือให้ผลิตภัณฑ์ยาสูบ

1.3 ในการขายผลิตภัณฑ์ยาสูบโดยผู้ขายปลีก ห้ามผู้ขายปลีกกระทำ ดังต่อไปนี้

1.3.1 ห้ามขายผลิตภัณฑ์ยาสูบโดยใช้เครื่องขาย

1.3.2 ห้ามขายผลิตภัณฑ์ยาสูบโดยผ่านทางสื่ออิเล็กทรอนิกส์หรือเครือข่าย

คอมพิวเตอร์

1.3.3 ห้ามขายผลิตภัณฑ์ยาสูบนอกสถานที่ที่ระบุไว้ในใบอนุญาตขายยาสูบ

1.3.4 ห้ามขายผลิตภัณฑ์ยาสูบโดยแจก แถม ให้ หรือแลกเปลี่ยนผลิตภัณฑ์ยาสูบกับสินค้าอื่น การให้บริการ หรือสิทธิประโยชน์อื่น

1.3.5 ห้ามขายผลิตภัณฑ์ยาสูบ ในลักษณะที่แสดงถึงการลดราคาผลิตภัณฑ์ยาสูบ ณ จุดขาย

1.3.6 ห้ามขายสินค้าหรือให้บริการโดยมีการแจก แถม ให้ผลิตภัณฑ์ยาสูบ หรือแลกเปลี่ยนกับผลิตภัณฑ์ยาสูบ แล้วแต่กรณี

1.3.7 ห้ามเร่ขายผลิตภัณฑ์ยาสูบ

1.3.8 ห้ามให้หรือเสนอให้สิทธิในการเข้าชมการแข่งขัน การแสดง การให้บริการ การชิงโชค การชิงรางวัล หรือสิทธิประโยชน์อื่นๆ เป็นการตอบแทนแก่ผู้ซื้อผลิตภัณฑ์ยาสูบ หรือแก่ผู้นำหีบห่อหรือสลากหรือสิ่งอื่นที่เกี่ยวกับผลิตภัณฑ์ยาสูบมาแลกเปลี่ยนหรือแลกซื้อ

1.3.9 ห้ามแสดงราคาผลิตภัณฑ์ยาสูบ ณ จุดขาย ในลักษณะจูงใจให้บริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบ

1.4 ห้ามแจกจ่ายผลิตภัณฑ์ยาสูบ ในลักษณะเป็นตัวอย่างของผลิตภัณฑ์ยาสูบ หรือเพื่อให้ผลิตภัณฑ์ยาสูบแพร่หลาย หรือเพื่อเป็นการจูงใจสาธารณชนให้บริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบ

1.5 ห้ามขายผลิตภัณฑ์ยาสูบในสถานที่ ดังต่อไปนี้

1.5.1 วัดหรือสถานที่สำหรับปฏิบัติพิธีกรรมทางศาสนา

1.5.2 สถานบริการสาธารณสุข สถานพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล และร้านขายยา ตามกฎหมายว่าด้วยยา

1.5.3 สถานศึกษาตามกฎหมายว่าด้วยการศึกษาแห่งชาติ

1.5.4 สวนสาธารณะ สวนสัตว์ และสวนสนุก

1.5.5 สถานที่อื่นตามที่รัฐมนตรีประกาศกำหนดโดยคำแนะนำของคณะกรรมการ

1.6 ห้ามโฆษณาหรือทำการสื่อสารการตลาดผลิตภัณฑ์ยาสูบ

1.7 ห้ามแสดงชื่อหรือเครื่องหมายของผลิตภัณฑ์ยาสูบ หรือเครื่องหมายของผู้ผลิต หรือผู้นำเข้าผลิตภัณฑ์ยาสูบ หรือแสดงสัญลักษณ์ โดยทำให้สาธารณชนเข้าใจว่าเป็นชื่อหรือเครื่องหมายของผลิตภัณฑ์ยาสูบ หรือเพื่อการโฆษณาผลิตภัณฑ์ยาสูบ ในกรณีดังต่อไปนี้

1.7.1 ในสิ่งพิมพ์ เทปหรือวัสดุโทรทัศน์ ภาพยนตร์ วิทยุกระจายเสียง วิทยุโทรทัศน์ สื่ออิเล็กทรอนิกส์ ระบบเครือข่ายคอมพิวเตอร์ หรือป้ายโฆษณา

1.7.2 ในโรงแรม หอพัก โรงภาพยนตร์ หรือในการแสดง การละเล่น การประกวด การแข่งขัน การให้บริการ หรือการประกอบกิจกรรมในลักษณะเดียวกัน

1.7.3 ในสิ่งสิ่งอื่น หรือสถานที่ที่ใช้เพื่อโฆษณา หรือทำการสื่อสารการตลาดได้ ตามที่รัฐมนตรีประกาศกำหนดโดยคำแนะนำของคณะกรรมการ

1.8 ห้ามนำชื่อหรือเครื่องหมายของผลิตภัณฑ์ยาสูบ ผู้ผลิต หรือผู้นำเข้าผลิตภัณฑ์ยาสูบ ไปแสดงบนผลิตภัณฑ์อื่นที่ไม่ใช่ผลิตภัณฑ์ยาสูบ หรือนำมาตัด ต่อเติม หรือดัดแปลงข้อความให้ เป็นส่วนหนึ่งของผลิตภัณฑ์เพื่อการโฆษณา

1.9 ห้ามโฆษณาผลิตภัณฑ์ที่ใช้ชื่อหรือเครื่องหมายของผลิตภัณฑ์ยาสูบ หรือโฆษณา โดยการนำชื่อหรือเครื่องหมายของผลิตภัณฑ์ยาสูบมาตัด ต่อเติม ในลักษณะที่อาจทำให้เข้าใจได้ว่าเป็นการโฆษณาผลิตภัณฑ์ยาสูบ

1.10 ห้ามผลิต ขาย หรือนำเข้าเพื่อขาย หรือเพื่อแจกจ่าย และห้ามการโฆษณา หรือการสื่อสารการตลาดผลิตภัณฑ์ ในราชอาณาจักร ดังต่อไปนี้

1.10.1 ผลิตภัณฑ์ที่มีรูปลักษณ์ทำให้เข้าใจได้ว่าเป็นสิ่งเลียนแบบผลิตภัณฑ์ยาสูบ

1.10.2 ผลิตภัณฑ์ที่บริโภคโดยวิธีสูบและมีสารที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ ตามที่รัฐมนตรีประกาศกำหนด โดยคำแนะนำของคณะกรรมการ

1.10.3 หีบห่อของผลิตภัณฑ์

1.11 ห้ามผู้ประกอบการและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องให้การอุปถัมภ์ หรือให้การสนับสนุน บุคคล กลุ่มบุคคล หน่วยงานของรัฐ หรือองค์กรเอกชน ในลักษณะดังต่อไปนี้

1.11.1 เป็นการสร้างภาพลักษณ์ต่อผลิตภัณฑ์ยาสูบ ผู้ผลิต หรือผู้นำเข้าผลิตภัณฑ์ยาสูบ

1.11.2 ที่ส่งผลหรือที่อาจส่งผลต่อการแทรกแซงนโยบายการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ

1.11.3 โฆษณาผลิตภัณฑ์ยาสูบ ผู้ผลิต หรือผู้นำเข้าผลิตภัณฑ์ยาสูบ

1.11.4 ส่งเสริมการบริโภคยาสูบ

1.12 ห้ามผู้ขายปลีกผลิตภัณฑ์ยาสูบ หรือยินยอมให้แสดงผลิตภัณฑ์ยาสูบ ณ สถานที่ขายปลีก โดยให้ผู้ขายปลีกผลิตภัณฑ์ยาสูบ แสดงสื่อรณรงค์เพื่อการลด ละ เลิกการบริโภค ผลิตภัณฑ์ยาสูบที่กระทรวงสาธารณสุขจัดทำขึ้น

1.13 ผลิตภัณฑ์ยาสูบที่จะขายในราชอาณาจักรต้องมีส่วนประกอบและสารที่เกิดจากการเผาไหม้ของส่วนประกอบตามที่กำหนดในกฎกระทรวง ผู้ผลิตหรือผู้นำเข้าผลิตภัณฑ์ยาสูบมีหน้าที่ต้องแจ้งรายการส่วนประกอบของผลิตภัณฑ์ยาสูบ สารที่เกิดจากการเผาไหม้ของส่วนประกอบนั้น และส่งตัวอย่างผลิตภัณฑ์ยาสูบให้กระทรวงสาธารณสุขดำเนินการตรวจสอบและเปิดเผยต่อสาธารณชน เพื่อคุ้มครองสุขภาพอนามัยและความปลอดภัยของประชาชน

1.14 ผู้ผลิตหรือผู้นำเข้าผลิตภัณฑ์ยาสูบ เพื่อขายในราชอาณาจักรต้องดำเนินการให้หีบห่อผลิตภัณฑ์ยาสูบ หรือขนาด สี สัญลักษณ์ ฉลาก รวมทั้งลักษณะการแสดงเครื่องหมายการค้า สัญลักษณ์ รูปภาพ และข้อความเป็นไปตามหลักเกณฑ์ ที่รัฐมนตรีประกาศกำหนด

1.15 ห้ามขายผลิตภัณฑ์ยาสูบที่ไม่ได้จัดให้มีหีบห่อผลิตภัณฑ์ยาสูบ หรือแสดงเครื่องหมายการค้า สัญลักษณ์ รูปภาพ และข้อความตามที่กำหนด

1.16 ห้ามผลิตหรือนำเข้าผลิตภัณฑ์ยาสูบ เพื่อขายในราชอาณาจักร ประเภทบุหรี่ซิการ์เรตที่มีขนาดบรรจุต่ำกว่า 20 มวนต่อซอง หรือต่อภาชนะบรรจุบุหรี่ซิการ์เรต

1.17 ห้ามแบ่งขายผลิตภัณฑ์ยาสูบประเภทบุหรี่ซิการ์เรต

1.18 ให้ผู้ผลิตหรือผู้นำเข้าผลิตภัณฑ์ยาสูบ เพื่อขายในราชอาณาจักร มีหน้าที่ส่งข้อมูลเกี่ยวกับปริมาณการผลิตหรือการนำเข้าในราชอาณาจักร ค่าใช้จ่ายด้านการตลาด รายได้ ค่าใช้จ่าย งบดุลที่ผู้สอบบัญชีรับอนุญาตได้รับรองแล้ว และข้อมูลอื่นที่เป็นประโยชน์ ในการควบคุม ผลิตภัณฑ์ยาสูบให้แก่คณะกรรมการ

2. การคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

2.1 ห้ามสูบบุหรี่ในเขตปลอดบุหรี่ เว้นแต่เป็นเขตสูบบุหรี่ที่กำหนดไว้

2.2 รัฐมนตรีประกาศประเภทหรือชื่อของสถานที่สาธารณะ สถานที่ทำงาน และยานพาหนะ ให้ส่วนหนึ่งส่วนใดหรือทั้งหมดของสถานที่ และยานพาหนะดังกล่าว เป็นเขตปลอดบุหรี่ ให้ผู้ดำเนินการจัดให้สถานที่หรือยานพาหนะดังกล่าวมีสภาพและลักษณะ ดังต่อไปนี้

2.2.1 มีเครื่องหมายแสดงไว้ให้เห็นได้โดยชัดเจนว่าเป็นเขตปลอดบุหรี่

2.2.2 ปราศจากอุปกรณ์หรือสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับการสูบบุหรี่

2.2.3 มีสภาพและลักษณะอื่นใดตามที่รัฐมนตรีประกาศกำหนด

2.3 ในกรณีที่เขตปลอดบุหรี่ ที่มีประกาศกำหนดเขตสูบบุหรี่ ผู้ดำเนินการอาจจัดให้มีเขตสูบบุหรี่ได้ โดยต้องมีสภาพและลักษณะ ดังต่อไปนี้

2.3.1 มีเครื่องหมายติดแสดงไว้ให้เห็นได้โดยชัดเจนว่าเป็นเขตสูบบุหรี่

2.3.2 ไม่อยู่ในบริเวณทางเข้าออกของสถานที่หรือยานพาหนะนั้นั้น หรือในบริเวณที่เปิดเผยเห็นได้ชัด

2.3.3 มีพื้นที่เป็นสัดส่วนชัดเจน โดยคำนึงถึงการระบายอากาศที่เหมาะสม และไม่มีลักษณะที่อาจก่อให้เกิดความเดือดร้อนรำคาญแก่ผู้อื่น

2.3.4 แสดงสื่อรณรงค์เพื่อการลด ละ เลิกการบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบ

2.4 เครื่องหมายเขตปลอดบุหรี่ หรือเขตสูบบุหรี่ ผู้ดำเนินการต้องจัดให้เป็นไปตามลักษณะและวิธีการที่รัฐมนตรีประกาศกำหนด

2.5 ให้ผู้ดำเนินการมีหน้าที่ประชาสัมพันธ์หรือแจ้งเตือนว่าสถานที่นั้นเป็นเขตปลอดบุหรี่ และควบคุมดูแล ห้ามปราม เพื่อไม่ให้มีการสูบบุหรี่ในเขตปลอดบุหรี่

3. พนักงานเจ้าหน้าที่ เพื่อปฏิบัติการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบและคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ โดยมีอำนาจหน้าที่ ดังต่อไปนี้

3.1 เข้าไปในสถานที่ใดๆ ในระหว่างเวลาพระอาทิตย์ขึ้นถึงพระอาทิตย์ตกหรือในระหว่างเวลาทำการของสถานที่นั้น หรือเข้าไปในยานพาหนะใดๆ เพื่อตรวจค้นในกรณีที่มีเหตุสงสัยว่ามีการกระทำความผิด

3.2 นำผลิตภัณฑ์ยาสูบในปริมาณเท่าที่จำเป็นไปเพื่อตรวจสอบ

3.3 ยึดหรืออายัดผลิตภัณฑ์ยาสูบหรือสิ่งอื่นใดทั้งหมดหรือบางส่วนที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับการผลิต การนำเข้า การขาย หรือการดำเนินการที่เป็นการกระทำความผิด เพื่อเป็นหลักฐานในการดำเนินคดี

3.4 มีหนังสือสอบถามหรือมีหนังสือเรียกบุคคลใดมาให้ถ้อยคำหรือให้ส่งคำชี้แจงเอกสารข้อมูล หรือวัตถุใดที่จำเป็นเพื่อประกอบการพิจารณาของพนักงานเจ้าหน้าที่หรือเพื่อการดำเนินคดี

3.5 ถ่ายภาพนิ่ง ภาพเคลื่อนไหว บันทึกเสียง หรือเก็บรวบรวมวัตถุอื่นใด เพื่อเป็นพยานหลักฐาน

แม้ว่าประเทศไทย จะมีการบังคับใช้กฎหมายการควบคุมยาสูบที่เกี่ยวข้อง เดิมมี 2 ฉบับ ได้แก่ พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2535 และพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 ที่มีการบังคับใช้มาเป็นเวลานาน ทำให้เนื้อหาและสาระสำคัญของตัวบทกฎหมายค่อนข้างล้าสมัย และตามวิวัฒนาการด้านการตลาดใหม่ๆ ของบริษัทบุหรี่ไม่ทัน จึงพัฒนารวมเป็นพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2560 เพื่อแก้ไขจุดอ่อนต่างๆ

ให้สอดคล้องกับสถานการณ์ในปัจจุบัน ทั้งนี้กฎหมายที่ใช้เป็นมาตรการในการกำกับควบคุมเด็กและเยาวชนที่สูบบุหรี่ในปัจจุบันยังมีประสิทธิภาพไม่เพียงพอ ทำให้เด็กและเยาวชนที่อยู่ในวัยกำลังศึกษามีการสูบบุหรี่มากขึ้น มีการฝ่าฝืนกฎหมายสูบบุหรี่ในที่ห้ามสูบ และผู้ประกอบการขายบุหรี่ให้กับเยาวชน ทำให้เกิดความเสียหายทางเศรษฐกิจแก่ครอบครัวและประเทศชาติในอนาคต จึงจำเป็นต้องสร้างความเข้มแข็งของมาตรการทางกฎหมายเพื่อกำกับควบคุมไม่ให้เด็กและเยาวชนสูบบุหรี่ (นำ กรุ่ยรุ่งโรจน์ และวัชรินทร์ เจริญหล่อ, 2561; ศรีศิริ ศิริวนารังสรรค์ และพรเทพ ศิริวนารังสรรค์, 2561)

สรุปได้ว่า ประเทศไทยมีนโยบายการควบคุมการบริโภคยาสูบที่ชัดเจน โดยมีแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติที่มีการพัฒนาทุกๆ 5 ปี และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2560 ซึ่งในระดับปฏิบัติการโดยการขับเคลื่อนการดำเนินงานควบคุมการบริโภคยาสูบของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด ที่มุ่งเน้นการป้องกันการเข้าถึงผลิตภัณฑ์ยาสูบของเด็กและเยาวชน เพื่อป้องกันการเกิดนักสูบหน้าใหม่ในกลุ่มเยาวชน โดยควบคุมปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง แต่ยังคงพบว่าเยาวชนยังมีอัตราการสูบบุหรี่ที่เพิ่มสูงขึ้น ทำให้ยังไม่สามารถบรรลุตามเป้าหมายของประเทศ สำหรับในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงมุ่งที่จะพัฒนารูปแบบการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด เพื่อนำไปใช้เป็นแนวทางในการประเมินการดำเนินงานและค้นหาสาเหตุของปัญหาดังกล่าว อันจะนำไปสู่การพัฒนาการดำเนินงานควบคุมการบริโภคยาสูบที่มีประสิทธิภาพต่อไป

แนวคิด ทฤษฎีเกี่ยวกับการประเมินผล

แนวคิดและรูปแบบการประเมินที่ผู้ประเมินนำมาใช้เป็นแนวทางในการประเมินสำหรับสถานการณ์การประเมินหนึ่งๆ ต่างถูกพัฒนาขึ้นบนหลักการและเหตุผลที่นักประเมินเชื่อว่าเป็นรูปแบบที่ดีที่สุด ณ ห้วงเวลาที่ทำการประเมิน บางครั้งนักประเมินเลือกที่จะใช้รูปแบบการประเมินที่ได้ผ่านการทดลองมาหลายช่วงเวลา เช่น รูปแบบการประเมินด้วย CIPP ซึ่งการใช้รูปแบบการประเมินสำเร็จรูปมีข้อดีที่ง่ายต่อการนำไปกำหนดเป็นแนวทางในการประเมิน แต่อย่างไรก็ตามรูปแบบการประเมินแต่ละรูปแบบอาจมีข้อจำกัดหรือมีข้อตกลงเบื้องต้นภายใต้เงื่อนไขต่างๆ การนำมาใช้จึงเป็นหน้าที่ของผู้ประเมินที่ต้องศึกษาวิเคราะห์ถึงความสอดคล้องระหว่างสถานการณ์ของการประเมินกับเงื่อนไขของรูปแบบการประเมินต่างๆ เหล่านั้น เพื่อลดความคลาดเคลื่อนในหลักการของการประเมิน ทั้งนี้เป็นเพราะในสถานการณ์การประเมินแต่ละสถานการณ์อาจมีบริบทข้อจำกัด หรือความซับซ้อนที่แตกต่างกัน การเลือกใช้รูปแบบการประเมินจึงให้ความสำคัญในการได้มาซึ่งคำตอบตรงตามความต้องการของผู้เกี่ยวข้อง หรือสะท้อนลักษณะภาพรวมของสิ่งที่มุ่ง

ประเมินอย่างเพียงพอ ด้วยเหตุนี้ จึงเป็นเหตุผลหนึ่งที่ทำให้นักประเมินต้องพยายามค้นหารูปแบบ การประเมินที่เหมาะสมกับบริบทของการประเมินแต่ละครั้ง เพื่อให้ได้รูปแบบการประเมินที่ เฉพาะเจาะจงกับสถานการณ์การประเมิน กลายเป็นรูปแบบการประเมินประยุกต์ภายใต้รากฐาน แนวคิดหรือรูปแบบการประเมินที่มุ่งหวังว่าจะได้กรอบแนวทางในการประเมินที่สอดคล้อง เหมาะสม กับเป้าหมายหรือสิ่งที่มุ่งประเมิน โดยมีแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการประเมินผล ดังนี้

1. ความหมายของการประเมินผล

ความหมายของการประเมินผล ได้มีนักวิชาการต่างๆ หลายท่านได้ให้ความหมายของ การประเมินผลที่หลากหลาย ซึ่งรวบรวมได้ดังนี้

Tyler (1950) กล่าวว่า การประเมินเป็นการเปรียบเทียบระหว่าง “สิ่งที่เป็นอย่างจริง” (What is) กับ “สิ่งที่ควรจะเป็น” (What should be)

Stufflebeam (1971) กล่าวว่า การประเมินเป็นการกำหนดปัญหาการเก็บรวบรวม ข้อมูล และเสนอสารสนเทศที่เป็นประโยชน์ต่อการตัดสินใจเพื่อให้การตัดสินใจนั้นเป็นทางเลือกที่ดีที่สุด

Scriven (1967) ให้นิยามของการประเมิน คือ การตัดสินคุณค่า (Determining of worth or value) นิยามดังกล่าวถือเป็นนิยามกระแสหลัก (Mainstream) ของการประเมิน โดยผู้ ประเมินจะต้องมีความเชี่ยวชาญในการสังเกตและอาศัยหลักเหตุผล กล่าวอีกอย่างก็คือแนวคิด ดังกล่าว ถือว่าถ้าผู้ประเมินไม่ได้ตัดสินคุณค่าของสิ่งที่ประเมินถือว่าผู้ประเมินยังทำหน้าที่ไม่สมบูรณ์

Cronbach (1963) นิยามว่า การประเมินเป็นกระบวนการที่เป็นระบบในการเก็บ รวบรวมและใช้สารสนเทศสำหรับการตัดสินใจ จุดมุ่งหมายหลักของการประเมินโครงการอยู่ที่ ความต้องการทราบผลของโครงการ และการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงาน รวมทั้งส่วนใด ของโครงการที่ควรปรับปรุงแก้ไข

Alkin (1969, pp. 2-9) นิยามว่า การประเมินเป็นกระบวนการของการทำให้เกิด ความมั่นใจในการตัดสินใจ ด้วยการคัดเลือกข้อมูลที่เหมาะสม รวบรวมและวิเคราะห์เพื่อจัดทำ รายงานสรุปสารสนเทศที่เป็นประโยชน์ต่อผู้บริหารในการตัดสินใจเลือกทางเลือกที่เหมาะสม

Fitzpatrick, Sanders, & Worthen (2004) นิยามว่า การประเมินผลเป็นการบ่งชี้ สร้างความกระจ่าง และประยุกต์ใช้ในเกณฑ์ที่สามารถอธิบายได้ เพื่อกำหนดคุณค่าของสิ่งที่ประเมิน

จากที่กล่าวมา สรุปได้ว่า การประเมินผล เป็นกระบวนการรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ ข้อมูล และสรุปข้อมูลของสิ่งใด สิ่งหนึ่ง เพื่อใช้ในการพิจารณาคูณค่าโดยวิธีดำเนินการต้องมี หลักเกณฑ์ที่น่าเชื่อถือ จากการศึกษาหาข้อมูลหรือผลลัพธ์ของสิ่งที่ได้กระทำไปว่ามีผลดีหรือผลเสีย อย่างไรบ้าง แล้วนำมาปรับปรุง พัฒนา แก้ไขต่อไป ถ้าเกิดผลดีควรกระทำต่อ และถ้าเกิดผลเสียมากกว่า

ผลดี จึงควรจะยุติการดำเนินงานนั้นหรือไม่ โดยกรอบในการประเมินจะต้องมีความสอดคล้องและเหมาะสมกับสิ่งที่มุ่งประเมินและบริบทพื้นที่

การประเมินผล จึงเป็นบทบาทหนึ่งที่มีความสำคัญอย่างมากต่อการดำเนินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทย เพื่อให้ทราบถึงสิ่งที่เกิดจากการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ (Implementation) เนื่องจากผลสัมฤทธิ์ที่ได้จากกระบวนการประเมินผลนั้นจะสามารถสะท้อนภาพให้ผู้กำหนดนโยบายและผู้ดำเนินงานได้เห็นอย่างเป็นรูปธรรม นอกจากการประเมินผลจะเป็นส่วนหนึ่งของขั้นตอนในกระบวนการดำเนินมาตรการยังเปรียบเสมือนกระจกสะท้อนภาพความสำเร็จหรือความล้มเหลวของการดำเนินมาตรการตามนโยบายในระดับต่างๆ ทั้งในเชิงประสิทธิภาพ ประสิทธิผล ผลสัมฤทธิ์ ความคุ้มค่า และผลกระทบต่อผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในมิติต่างๆ เพื่อนำจุดบกพร่องที่พบจากการประเมินผลกลับมาปรับปรุง แก้ไข และพัฒนาการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ทั้งยังสามารถนำมาใช้เป็นข้อมูลสนับสนุนการตัดสินใจ (Decision making) ของผู้กำหนดนโยบายในกรณีที่ต้องการดำเนินนโยบายที่เกี่ยวข้องในอนาคต (ชยภรณ์ บุญเรืองศักดิ์, 2561; สมจิตร เดชาเสถียร และคณะ, 2562)

2. ประเภทของการประเมิน

การแบ่งประเภทการประเมินไม่ได้มีการกำหนดเกณฑ์อย่างชัดเจน แต่อาจจะต้องอาศัยเกณฑ์หลายชนิดมาจำแนกประเภท เช่น เวลา วัตถุประสงค์ วิธีการ หรือรูปแบบการประเมินที่สามารถบ่งบอกถึงประเภทของการประเมินได้ ซึ่งในการนำเสนอครั้งนี้ สามารถแบ่งได้เป็น 2 กลุ่มใหญ่ ดังนี้

1. แบ่งตามวัตถุประสงค์การประเมิน แบ่งได้เป็น 4 ประเภท ดังนี้

1.1 การประเมินก่อนดำเนินการ (Preliminary evaluation) เป็นการศึกษาประเมินความเป็นไปได้ (Feasibility study) ก่อนที่เริ่มดำเนินการใดๆ โดยอาจทำการศึกษาถึงประสิทธิภาพของปัจจัยนำเข้า ความเหมาะสมของกระบวนการที่คาดว่าจะนำมาใช้ในการบริหารจัดการ ปัญหา อุปสรรค ความเสี่ยง ตลอดจนผลลัพธ์ หรือประสิทธิผลที่คาดว่าจะได้รับในขณะเดียวกันก็อาจจะศึกษาผลกระทบที่คาดว่าจะเกิดขึ้นในด้านต่างๆ (อนุรักษ์ ปัญญาวัฒน์, ม.ป.ป.)

1.1.1 การประเมินผลกระทบด้านสังคม (Social impact assessment)

1.1.2 การประเมินผลกระทบด้านนิเวศ (Ecological impact assessment)

1.1.3 การประเมินผลกระทบด้านการเมือง (Political impact assessment)

1.1.4 การประเมินผลกระทบด้านเทคโนโลยี (Technological impact assessment)

1.1.5 การประเมินผลกระทบด้านประชากร (Population impact assessment)

1.1.6 การประเมินผลกระทบด้านนโยบาย (Policy impact assessment)

1.1.7 การประเมินผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจ (Economic impact assessment)

การประเมินก่อนการดำเนินการนี้มีประโยชน์สำหรับนักลงทุน เพื่อศึกษาก่อนดำเนินการใดๆว่าจะเกิดความคุ้มค่าแก่การลงทุน (Cost effectiveness) หรือจะเกิดผลกระทบต่อระบบสิ่งแวดล้อมทั้งด้านสังคม เศรษฐกิจ การเมือง ประชากร เทคโนโลยี และระดับนโยบายหรือไม่ หากได้ทำการศึกษาอย่างรอบคอบแล้ว จะได้ผลการคาดการณ์ล่วงหน้าว่าจะเกิดประโยชน์หรือโทษอย่างไร หรือปัญหา อุปสรรคเป็นอย่างไร เพื่อผู้ดำเนินการจะได้ตัดสินใจล่วงหน้าว่าจะเลิกล้มหรือปรับปรุงองค์ประกอบและกระบวนการบริหารจัดการเพียงใด เพื่อให้เกิดผลที่ดีขึ้น

1.2 การประเมินความก้าวหน้า (Formative evaluation) เป็นการประเมินระหว่างการดำเนินการ เพื่อการปรับปรุงเป็นสำคัญในการพิจารณาความก้าวหน้าของการดำเนินงานว่าจำเป็นต้องมีการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงส่วนใด เพื่อให้เกิดความเหมาะสมและมีประสิทธิภาพของการดำเนินงานมากขึ้น ซึ่งมักจะใช้ประเมินผลระหว่างแผนหรือระหว่างพัฒนาการดำเนินงาน โดยผลที่ได้จากการประเมินระหว่างดำเนินการ (Formative evaluation) นั้น จะช่วยตั้งวัตถุประสงค์ของการดำเนินงานให้เป็นไปตามเป้าหมายที่แท้จริง นอกจากนั้น การประเมินระหว่างดำเนินการ อาจจะใช้ช่วยในการตรวจสอบว่า การดำเนินงานนั้นได้ดำเนินเป็นไปตามแผนงานหรือไม่ อย่างไร หรือเรียกว่า Implementation evaluation หรืออาจตรวจสอบความก้าวหน้าของการดำเนินงานว่าดำเนินได้ผลเพียงไร หรือเรียกว่า Progress evaluation (Scriven, 1967) ซึ่งโดยทั่วไปแล้วการประเมินความก้าวหน้า อาจใช้ประเมินสิ่งต่อไปนี้

1.2.1 ทบทวนแผนงาน

1.2.2 การสร้างแผนงาน

1.2.3 การพัฒนาแบบสอบถาม (Questionnaire) หรือรายการ (Check list) สำหรับรวบรวมข้อมูลตามเรื่องที่ต้องการ

1.2.4 การคัดเลือกวิธีการวัดผลที่เหมาะสม

1.2.5 การกำหนดตารางเวลาการประเมินผลให้สอดคล้องกับการดำเนินการ

1.2.6 การเตรียมข้อมูลที่จะเป็นข่าวสาร สำหรับการรายงานและเสนอแนะในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดำเนินงานนั้น

1.2.7 การแนะนำแนวทางปรับปรุง การแก้ปัญหา และการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติงาน

1.3 การประเมินผลสรุป (Summative evaluation) เป็นการประเมินเมื่อสิ้นสุดการดำเนินงาน เพื่อตัดสินความสำเร็จของการดำเนินงานว่าบรรลุวัตถุประสงค์มากน้อยเพียงใดหรือบรรลุเป้าหมายที่ควรจะเป็นเพียงใด มักจะใช้ประเมินหลังสิ้นสุดการดำเนินการและหลังการประเมินความก้าวหน้า (Formative evaluation) สำหรับการดำเนินงานที่มีระยะยาวก็อาจใช้การประเมินผลผลิต (Summative evaluation) ในการสรุปย่อความของระยะต่างๆ ข้อมูลที่ได้จากแต่ละระยะ จะช่วยให้มีการประเมินสรุปรวม ส่วนใหญ่จะรวบรวมจากผลของการประเมินระหว่างดำเนินการ (Formative evaluation) มาเป็นการประเมินผลผลิต (Summative evaluation) ซึ่งผลสรุปที่ได้จะนำสู่การรายงานว่าการดำเนินงานนั้นได้บรรลุเป้าหมาย (Goals) หรือไม่ อย่างไร ตลอดจนการรายงานถึงสถานภาพของการดำเนินงานว่าประสบความสำเร็จหรือล้มเหลวเพียงใด มีปัญหาหรืออุปสรรคใดที่ต้องแก้ไข หรือปรับปรุง ข้อมูลเหล่านี้จะช่วยให้ผู้บริหารสามารถนำไปสู่การตัดสินใจว่าควรดำเนินการต่อหรือยกเลิก (Scriven, 1967)

1.4 การประเมินประสิทธิภาพ (Efficiency evaluation) เป็นการประเมินโครงการโดยทั่วไป โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเทศไทยที่ผ่านมา ยังจำกัดอยู่เพียงการประเมินผลผลิต โดยมุ่งที่จะทราบความสำเร็จหรือความล้มเหลวของโครงการเท่านั้น ทั้งนี้เพื่อประกอบการตัดสินใจของผู้ให้บริการหรือผู้ให้ทุนในการยุติหรือขยายโครงการ แต่ในปัจจุบันนักประเมินและผู้บริหารโครงการ ได้ตระหนักถึงความสำคัญของการประเมินประสิทธิภาพของโครงการด้วย โดยถือว่าเป็นประเภทของการประเมินที่จำเป็นสำหรับโครงการบริการทั่วไป เพราะจะช่วยเสริมให้โครงการเหล่านั้น สามารถดำเนินการอย่างสอดคล้องกับสถานการณ์ของสังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่งโครงการที่เื้ออำนวยการพัฒนาท้องถิ่น หรือโครงการที่เป็นตัวกำหนดเกณฑ์สำคัญสำหรับประกันโครงการขนาดใหญ่ระดับชาติ ที่จะไม่ต้องสูญเสียทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดโดยไม่จำเป็น การดำเนินโครงการบริการสังคมนั้นจะไม่มุ่งแต่เพียงความสำเร็จของโครงการเท่านั้น แต่จะต้องให้คุ้มค่าในเชิงของประสิทธิภาพด้วย โดยการประเมินประสิทธิภาพของโครงการ มักจะเริ่มจากคำถามต่างๆ กัน (เยาวดี ราชชัยกุล วิบูลย์ศรี, 2546) เช่น

1.4.1 ความสำเร็จของโครงการนั้นๆ เมื่อเทียบกับค่าใช้จ่ายแล้วมีความเหมาะสมหรือไม่

1.4.2 ผลผลิตของโครงการเกิดจากปัจจัยที่ลงทุนไปใช้หรือไม่

1.4.3 โครงการนี้มีผลผลิตสูงกว่าโครงการอื่นๆ เมื่อลงทุนเท่ากันหรือไม่ และเพราะเหตุใด

2. แบ่งตามช่วงเวลาของการประเมิน แบ่งได้เป็น 7 ประเภท (ศูนย์ทดสอบและประเมินเพื่อพัฒนาการศึกษาและวิชาชีพ, ม.ป.ป.) ดังนี้

2.1 การประเมินความต้องการจำเป็น (Needs assessment) เป็นการประเมินความต้องการจำเป็นของโครงการในเบื้องต้น ก่อนที่จะจัดทำโครงการใดๆ เป็นการประเมินที่มีประโยชน์ต่อการวางนโยบายและการวางแผน เพื่อให้ได้แนวคิดของการจัดโครงการที่สามารถสนองความต้องการของกลุ่มเป้าหมายได้

2.2 การประเมินความเป็นไปได้ (Feasibility study) เป็นการประเมินเพื่อพิจารณาความเป็นไปได้ของโครงการที่จะดำเนินการศึกษาวิเคราะห์ถึงปัจจัยหรือเงื่อนไขที่จำเป็นต่อความสำเร็จของโครงการ มักจะประเมินในด้านเศรษฐกิจ สังคม การเมือง และการบริหาร

2.3 การประเมินปัจจัยนำเข้า (Input evaluation) เป็นการประเมินสิ่งที่ป้อนเข้าสู่โครงการว่ามีความเหมาะสมเพียงใดก่อนที่จะเริ่มโครงการ สิ่งที่ป้อนเข้า เช่น คน วัสดุ อุปกรณ์ เครื่องมือ งบประมาณ เป็นต้น

2.4 การประเมินกระบวนการ (Process evaluation) เป็นการประเมินกระบวนการดำเนินการตามที่กำหนด ทำการประเมินในขณะที่โครงการกำลังดำเนินการอยู่ เพื่อใช้ผลในการปรับปรุง หรือเพิ่มประสิทธิภาพในการดำเนินงาน ซึ่งมีลักษณะครอบคลุมการประเมินความก้าวหน้า (Formative Evaluation) ของโครงการ

2.5 การประเมินผลผลิต (Output/Product evaluation) เป็นการประเมินผลที่ได้จากโครงการโดยตรง และเป็นผลที่คาดหวังจากโครงการ ว่าผลที่ได้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ หรือเป้าหมายของโครงการมากน้อยเพียงใด

2.6 การประเมินผลกระทบ (Outcome/Impact evaluation) เป็นการประเมินผลที่ได้จากผลของโครงการทั้งที่คาดหวังและไม่ได้คาดหวัง ซึ่งเป็นผลทางบวกและทางลบ เพื่อนำผลไปประกอบการตัดสินใจเกี่ยวกับโครงการ เช่น การยกเลิก หรือดำเนินโครงการดังกล่าวต่อไป

2.7 การประเมินงานประเมิน (Meta evaluation) เป็นการประเมินผลของการประเมินอีกครั้งหนึ่ง เพื่อศึกษาความถูกต้องและความเหมาะสมของการประเมิน และผลการประเมินวิธีการนี้ยังไม่แพร่หลายมากนัก

ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นการพัฒนารูปแบบการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด ผู้วิจัยจึงมุ่งเน้นศึกษาการประเมินกระบวนการ (Process evaluation) ซึ่งเป็นการประเมินกระบวนการดำเนินการตามที่กำหนด ดำเนินการประเมินในขณะที่กำลังดำเนินการมาตรการอยู่ เพื่อนำผลการประเมินนั้นมาปรับปรุง พัฒนา หรือเพิ่มประสิทธิภาพในการดำเนินงาน ซึ่งมีลักษณะครอบคลุมการประเมินความก้าวหน้า (Formative evaluation) ของการดำเนินการ ซึ่งเป็นการประเมินระหว่างการดำเนินการ เพื่อพิจารณาความก้าวหน้าของการดำเนินงานว่าต้องมีการปรับปรุง หรือพัฒนาการ

ดำเนินมาตรการต่อไปในส่วนใด เพื่อให้เกิดความเหมาะสมและมีประสิทธิภาพของการดำเนินงานมากขึ้น

3. รูปแบบของการประเมิน

รูปแบบการประเมิน (Evaluation model) หมายถึง กรอบความคิดหรือแบบแผนในการประเมินที่แสดงให้เห็นถึงรายการที่ควรประเมินหรือกระบวนการของการประเมิน ซึ่งแต่ละรูปแบบจะบอกให้ทราบว่าในการประเมินโครงการใดโครงการหนึ่งนั้น เราควรพิจารณาในเรื่องอะไรบ้าง (What) ในขณะเดียวกันบางรูปแบบอาจมีการเสนอแนะด้วยว่าในการประเมินแต่ละเรื่องควรพิจารณาหรือตรวจสอบอย่างไร ซึ่งเป็นลักษณะของการเสนอแนะวิธีการ (How) (ศูนย์ทดสอบและประเมินเพื่อพัฒนาการศึกษาและวิชาชีพ, ม.ป.ป.)

รูปแบบการประเมิน เป็นแนวทางการประเมินตามสภาพจริงที่เชื่อมโยงความสัมพันธ์มาจากแนวคิดเชิงทฤษฎีการประเมินสู่แผนการปฏิบัติการทางการประเมิน รูปแบบการประเมินแต่ละรูปแบบจึงมีที่มาจากพื้นฐานปรัชญาและแนวคิดเชิงทฤษฎีที่แตกต่างกัน นักประเมินจำเป็นต้องทำความเข้าใจถึงรากฐานของแต่ละรูปแบบ เพื่อจะได้เลือกใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล หรือทำการพัฒนารูปแบบใหม่ขึ้นมาใช้ได้อย่างเหมาะสม (ศิริชัย กาญจนวาสี, 2550, น. 103-104)

เกณฑ์การตัดสินความเหมาะสมของรูปแบบที่เลือกใช้ อาจพิจารณาได้จากการวิเคราะห์ความสอดคล้องระหว่างแนวคิดของรูปแบบการประเมินกับประเด็นปัญหาของสิ่งที่ต้องการประเมิน ซึ่งผู้ประเมินจะต้องทำความเข้าใจกับประเด็นปัญหาของการประเมิน ว่าเป้าหมายของการประเมินคืออะไร ประเมินเพื่อให้ได้สารสนเทศที่เป็นประโยชน์ในการตัดสินใจของผู้ที่เกี่ยวข้อง หรือประเมินเพื่อตัดสินคุณค่าของสิ่งนั้น ซึ่งผู้ต้องการใช้สารสนเทศจะต้องทำความเข้าใจร่วมกันเพื่อหาวิธีการที่คิดว่าน่าจะดีที่สุด ภายใต้สถานการณ์ของการประเมินนั้นๆ เมื่อมีความชัดเจนเกี่ยวกับเป้าหมายและวิธีการเกี่ยวกับประเด็นที่ต้องประเมินแล้ว พิจารณาประเภทของการประเมิน และรูปแบบของการประเมินที่สอดคล้องกับเป้าหมายและวิธีการประเมิน รวมทั้งเลือกรูปแบบที่นักประเมินมีความถนัดหรือคุ้นเคย รูปแบบนี้จึงจะเป็นรูปแบบที่เหมาะสมที่สุดสำหรับการประเมินในครั้งนั้น (ศิริชัย กาญจนวาสี, 2550, น. 128) ซึ่งรูปแบบการประเมินนั้นมีหลากหลาย โดยมีรูปแบบการประเมินที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. รูปแบบการประเมินแบบตอบสนอง (Responsive evaluation approach)

วิธีการประเมินแบบตอบสนอง เป็นรูปแบบการประเมินที่สนองความต้องการสารสนเทศของผู้ที่ต้องใช้ผลการประเมิน โดยจะพยายามสะท้อนคุณค่าของการดำเนินการตามความเห็นหรือทัศนคติของผู้เกี่ยวข้องหลายๆ กลุ่ม โดยการรวบรวมข้อมูลส่วนใหญ่ใช้การสังเกตและการสัมภาษณ์ เมื่อพิจารณาแนวคิดพื้นฐานของวิธีการประเมินแบบตอบสนอง มีลักษณะเด่นๆ ดังนี้ (รัตนะ บัวสนธ์, 2550, น. 104-109)

1.1 วิธีการประเมินแบบตอบสนอง มีแนวคิดพื้นฐานการตัดสินคุณค่าของการดำเนินการด้วยวิธีการแบบเดิมๆ ที่มีลักษณะมุ่งเน้นมาตรฐานภายนอกที่เด่นชัด (Explicit Standards) ซึ่งได้มาโดยอาศัยแบบสอบถามหรือวิธีการที่เป็นทางการ เป็นระบบ (Formal) อันเป็นมาตรฐานที่บุคคลสามารถรับรู้ได้ตรงกัน ตลอดจนการตัดสินคุณค่าของการดำเนินการโดยยึดมาตรฐานดังกล่าวนี้เพียงประการเดียวเป็นเกณฑ์การตัดสิน ทำให้มีเพียงคำตอบเดียว ซึ่งเป็นสิ่งที่ง่ายเกินไปและไม่เหมาะสมสำหรับนำมาใช้ตัดสินคุณค่าของการดำเนินการใดๆ นั่นคือ วิธีการประเมินแบบตอบสนองนี้จะให้ความสำคัญกับการใช้มาตรฐานภายในและคุณค่าพหุในการตัดสินคุณค่าของการดำเนินการ ซึ่งคำว่ามาตรฐานภายใน (Implicit Standards) หมายถึง การตัดสินคุณค่าของการดำเนินการที่ขึ้นอยู่กับความรู้ ทัศนะของบุคคลแต่ละคนเกี่ยวกับคุณค่าของการดำเนินการ ดังนั้นมาตรฐานภายในจึงไม่ใช่สิ่งที่ได้มาจากเครื่องมือหรือวิธีการง่ายๆ ที่เป็นระบบหรือเป็นทางการ แต่จะมีความซับซ้อน แปรเปลี่ยนไปตามบริบทด้วย การตัดสินคุณค่าของการดำเนินการที่มีคุณค่าที่ถูกต้องเพียงคำตอบเดียวจึงไม่เหมาะสม เพราะว่าคุณค่าของการดำเนินการมีหลากหลายขึ้นอยู่กับมาตรฐานภายในของบุคคลหรือการดำเนินการนั้นๆ เป็นสำคัญ

1.2 มุมมองการประเมินเชิงธรรมชาติ เนื่องจากวิธีการประเมินแบบตอบสนองให้ความสำคัญกับบริบทที่ส่งผลต่อมาตรฐานภายในและคุณค่าเชิงพหุของบุคคลและการดำเนินการที่ใช้สำหรับตัดสินคุณค่าของการดำเนินการ ดังนั้นวิธีการที่ใช้เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลหรือการศึกษาเกี่ยวกับการดำเนินการในแง่มุมมองประเด็นต่างๆ จึงมีลักษณะเป็นการใช้มุมมองของทางมานุษยวิทยาในการดำเนินงาน ได้แก่ การสังเกต การสัมภาษณ์ระดับลึก (In-dept interview) และการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) ตลอดจนการตรวจเยี่ยมสถานที่ (Site visiting) ของการดำเนินการ ซึ่งจะเห็นว่าเทคนิควิธีการเก็บข้อมูลเหล่านี้ เป็นวิธีการที่ไม่เข้าไปกิจกรรม หากแต่เป็นวิธีการที่เข้าไปศึกษาตามสภาพความเป็นจริงตามปกติที่เกิดขึ้น ดังนั้นบางครั้งจึงเรียกว่าเป็นการประเมินเชิงธรรมชาติ หรือเป็นวิธีการเชิงคุณภาพ (Qualitative method)

1.3 การประเมินโดยใช้วิธีการประเมินแบบตอบสนอง จะมองว่าการศึกษาทำความเข้าใจการดำเนินการจะต้องศึกษาภายใต้บริบท โดยมีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายการดำเนินการจากมุมมองของกลุ่มผู้มีส่วนได้เสียต่างๆ อย่างรอบด้าน โดยตั้งมุมมองความคิดเห็นเกี่ยวกับการตัดสินคุณค่าของการดำเนินการจากกลุ่มบุคคลเหล่านี้ออกมาตีแผ่ (Narrative portrayals) เพื่อจะก่อให้เกิดความเข้าใจและการรับรู้ถึงการตัดสินคุณค่าของการดำเนินการจากกลุ่มบุคคลต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง นักประเมินจะใช้ประเด็นหรือกรอบคำถาม (Issues) เป็นแนวทางในการศึกษา (Advanced organizer) ซึ่งได้จากการให้กลุ่มบุคคลดังกล่าวสะท้อนออกมา โดยนักประเมินจะเป็นผู้ซักถาม กระตุ้นความต้องการรู้ผลเกี่ยวกับการดำเนินการในแง่มุมมองต่างๆ จากกลุ่มบุคคลที่เกี่ยวข้องแต่ละกลุ่ม หลังจากนั้นนักประเมินนำประเด็นความต้องการเหล่านี้มาวิเคราะห์และสังเคราะห์ จัดหมวดหมู่เข้า

ด้วยกัน ที่ต้องอาศัยทักษะการเจรจาต่อรอง (Negotiation) กับกลุ่มบุคคลแต่ละกลุ่ม เพื่อให้มีการยอมรับประเด็นความต้องการรู้ผลเกี่ยวกับการดำเนินการร่วมกัน ประเด็นเหล่านี้มีความสำคัญต่อการนำไปใช้เป็นแนวทางเพื่อศึกษาการดำเนินการต่อไป

1.4 บทบาทนักประเมิน (Evaluator's role) นักประเมินที่ใช้วิธีการประเมินแบบตอบสนองจะแสดงบทบาทในฐานะผู้ทำการกระตุ้น ผู้อำนวยการความสะดวกให้ความสนับสนุน และผู้สร้างความร่วมมือกับกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้งหลายที่เกี่ยวข้อง ได้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการดำเนินการในแง่มุมมองต่างๆ ตามประเด็นที่ใช้ทำการศึกษาและเมื่อได้ข้อมูลอย่างไร นักประเมินก็จะทำการเล่าเรื่องตามข้อมูลที่ค้นพบ และตัดสินคุณค่าของการดำเนินการ โดยอาศัยข้อมูลดังกล่าวนี้ ร่วมกับการพิจารณาอย่างรอบคอบ และความเชี่ยวชาญทางวิชาชีพของนักประเมินประกอบกัน ซึ่งการสรุปตัดสินใจดีค่าการดำเนินการในแต่ละประเด็นที่ทำการศึกษา อาจจะสอดคล้องหรือไม่สอดคล้องกับ กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งก็ได้ แต่จำเป็นต้องทำการตัดสินใจในคุณค่าของการดำเนินการ

ขั้นตอนการประเมินด้วยวิธีการประเมินแบบตอบสนอง มีดังนี้

ขั้นที่ 1 ผู้ประเมินทำการพูดคุย ซักถามกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเกี่ยวกับการดำเนินการแต่ละกลุ่ม ไม่ว่าจะเป็นเจ้าของการดำเนินการหรือผู้ให้ทุน กลุ่มเป้าหมาย ผู้รับบริการ โดยตรง และประชาชนทั่วไป เพื่อศึกษาความต้องการและปัญหาของกลุ่มบุคคลต่างๆ ที่มีต่อการดำเนินการว่าเหมือนกันหรือแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร

ขั้นที่ 2 กำหนดขอบเขตและขนาดของการดำเนินการที่จะทำการศึกษา โดยอาศัยข้อมูลที่ได้จากขั้นที่ 1 พร้อมกับข้อมูลจากการศึกษาเอกสาร

ขั้นที่ 3 ผู้ประเมินศึกษาภาพรวมกิจกรรมต่างๆ ในการดำเนินการ โดยการเข้าไปศึกษา สังเกตการณ์จากสภาพจริง เพื่อก่อให้เกิดความเข้าใจในบริบทของการดำเนินการ โดยเฉพาะส่วนที่เป็นกระบวนการดำเนินงานจริง ซึ่งอาจจะสอดคล้องหรือไม่สอดคล้องกับเอกสารที่กำหนดไว้ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะข้อจำกัดที่มีอยู่ของหน่วยงาน ตลอดจนถึงพื้นที่ที่ดำเนินการ

ขั้นที่ 4 กำหนดวัตถุประสงค์การประเมิน ผู้ประเมินจะทำการสรุปสิ่งที่ได้จากขั้นที่ 1-3 เป็นวัตถุประสงค์ ปัญหา และความต้องการต่างๆ ในการประเมิน โดยคำนึงถึงความคิดเห็นข้อห่วงใยของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเป็นสำคัญ

ขั้นที่ 5 สร้างกรอบความคิด ครอบคลุมประเด็นปัญหาหรือคำถามต่างๆ ในการประเมิน ตลอดจนตั้งคำถามการประเมินเพิ่มเติม เพื่อให้ตอบสนองความต้องการรู้คำตอบของกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียให้มากที่สุด

ขั้นที่ 6 กำหนดความต้องการข้อมูลและแหล่งข้อมูลที่จะเก็บรวบรวม เมื่อผู้ประเมินได้ตั้งคำถามการประเมินภายหลังจากกำหนดกรอบความคิดการประเมินและวิเคราะห์ประเด็นคำถาม

อย่างรอบคอบแล้ว ก็จะต้องพิจารณาว่าในแต่ละประเด็นคำถามการประเมินนั้นจะต้องใช้ข้อมูลอะไรบ้างเพื่อตอบคำถามนั้นๆ และข้อมูลดังกล่าวสามารถเก็บรวบรวมได้จากที่ใด

ขั้นที่ 7 เลือกรวิธีการและเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลที่เหมาะสมสำหรับใช้เก็บรวบรวมข้อมูลจากแหล่งข้อมูลแต่ละแหล่ง ทั้งนี้วิธีการและเครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลสามารถมีได้อย่างหลากหลาย ทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ

ขั้นที่ 8 สังเกตการณ์และรวบรวมข้อมูล ภายใต้บริบทที่เกี่ยวข้อง และเก็บรวบรวมข้อมูลตามกรอบประเด็นที่กำหนดไว้ แต่อย่างไรก็ตาม เมื่อเก็บข้อมูลตามกรอบประเด็นที่กำหนดแล้วยังมีแง่มุมหรือประเด็นใหม่ๆ ที่อาจพบในขณะเก็บรวบรวมข้อมูล การเก็บรวบรวมข้อมูลนี้ควรพิจารณาให้ครอบคลุมทั้งสิ่งที่มาก่อน (Antecedents) การปฏิบัติ (Transactions) และผลลัพธ์ (Outcomes) ของการดำเนินการ

ขั้นที่ 9 วางแผนการรายงานผลการประเมิน เป็นการจัดเตรียมการรายงานผลการประเมินตามหัวข้อหรือประเด็นต่างๆ การเลือกเทคนิควิธีการวิเคราะห์ข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล และการเขียนรายงานนำเสนอผลการประเมิน

ขั้นที่ 10 ตรวจสอบผลการประเมิน ควรจะทำการตรวจสอบผลดังกล่าวว่าข้อมูลที่ได้มีความสอดคล้องกันหรือไม่ หรือยังมีส่วนใดส่วนหนึ่งที่ขาดหายไปยังไม่เพียงพอต่อการสรุปผล หากเป็นเช่นนี้แล้วนักประเมินก็อาจจำเป็นต้องเก็บข้อมูลเพิ่มเติม

ขั้นที่ 11 จัดทำรายงานตอบสนองของกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เนื่องจากกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมีหลายกลุ่ม แต่ละกลุ่มก็มีความต้องการใช้หรือรับรู้ผลการประเมินแตกต่างกัน ดังนั้นในการจัดทำรายงานผลการประเมินก็ควรจะทำให้มีความสอดคล้อง ตอบสนองกับกลุ่มนั้นๆ

ขั้นที่ 12 จัดทำรายงานเป็นทางการ ซึ่งมีการกำหนดรูปแบบของรายงานการประเมินอย่างเป็นทางการ หรือกำหนดขอบข่ายของรายงานไว้

2. รูปแบบการประเมินแบบผสมผสาน

วิธีการประเมินแบบผสมผสาน คือ การนำแนวคิดของวิธีการเชิงคุณภาพ (Qualitative method) และวิธีการเชิงปริมาณ (Quantitative method) ที่ใช้ศึกษาปรากฏการณ์ต่างๆ มาใช้ในการดำเนินงานประเมินการดำเนินการ (รัตนะ บัวสนธ์, 2550, น. 111-118) ทั้งนี้โดยนำเอาจุดเด่นของวิธีการทั้งสองมาใช้ร่วมกันเพื่ออุดช่องโหว่ที่เป็นจุดอ่อนซึ่งกันและกัน อันจะทำให้ผลที่ได้รับจากการประเมินมีความสมบูรณ์ และน่าเชื่อถือมากขึ้น กล่าวคือ ในขณะที่วิธีการเชิงคุณภาพซึ่งมีความเชื่อหรือปรัชญาปรากฏการณ์ (Phenomenalism) เป็นพื้นฐานการศึกษาปรากฏการณ์ มุ่งเน้นการทำความเข้าใจ ตีความปรากฏการณ์อย่างลุ่มลึก รอบด้าน (Wholistic) โดยคำนึงถึงบริบทและความเป็นพลวัต (Contextualization) ของปรากฏการณ์ดังกล่าวนั้น วิธีการเชิงปริมาณก็มีลักษณะตรงกันข้าม โดยสิ้นเชิง คือ วิธีการเชิงปริมาณมีความเชื่อหรือปรัชญาปฏิฐานนิยม

(Positivism) เป็นพื้นฐานในการศึกษาปรากฏการณ์ มุ่งเน้นการใช้วิธีการเชิงประจักษ์ (Empirical) เพื่อให้ได้ข้อมูลเกี่ยวกับปรากฏการณ์อย่างมีความเป็นปรนัย (Objectivism) เพื่อจะนำไปสู่การค้นพบกฎความสัมพันธ์ระหว่างปรากฏการณ์ ซึ่งมีลักษณะสม่ำเสมอคงที่ (Static)

สรุปได้ว่า แบบแผนการประเมินแบบผสมผสาน ในการผสมผสานระเบียบวิธีที่ใช้ทำการศึกษารูปแบบหรือประเมินการดำเนินการนั้น อาจจะมี 1) มีการผสมผสานเป็นบางส่วน ในลักษณะที่ใช้ระเบียบวิธีหนึ่งเป็นหลักแล้วใช้อีกระเบียบวิธีหนึ่งเป็นตัวเสริม 2) ผสมผสานในลักษณะกระทำควบคู่กันไปในแต่ละขั้นตอนของการศึกษา แล้วใช้ผลการศึกษาจากระเบียบวิธีที่ต่างกันมาตรวจสอบเสริมซึ่งกันและกัน 3) ผสมผสานในลักษณะใช้ระเบียบวิธีหนึ่งเป็นตัวเริ่มต้นทำการศึกษา หลังจากนั้นนำผลที่ได้จากการศึกษามาพัฒนาเป็นกรอบความคิดการศึกษาหรือประเมินแล้วใช้อีกระเบียบวิธีหนึ่งทำการศึกษาประเมินสลับกันไปมาจนสิ้นสุดการดำเนินงาน 4) ผสมผสานตั้งแต่ขั้นการสร้างกรอบความคิดการศึกษาประเมินการออกแบบหรือกำหนดแบบแผนการศึกษาประเมินและการดำเนินงานตามแผนที่กำหนด และ 5) การผสมผสานจะขึ้นอยู่กับทำให้คุณค่าหรือให้ความสนใจในประเด็นต่างๆ ที่กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต้องการรู้คำตอบในการดำเนินการนั้นๆ

3. รูปแบบการประเมินแบบอิงผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

การประเมินอิงผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholder-based approach) เป็นการประเมินที่ The National Institute of Education ของสหรัฐอเมริกา เป็นผู้เสนอรูปแบบ ซึ่งให้ความสำคัญและเน้นการตอบสนองความต้องการทราบผลการประเมินของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกลุ่มผู้เกี่ยวข้องกับการประเมิน (ศิริชัย กาญจนวาสี, 2550, น. 117) นอกจากนั้นยังเปิดโอกาสให้กลุ่มคนที่สนใจ โดยเฉพาะกลุ่มที่มีมุมมองทางการเมือง สังคมที่แตกต่างหลากหลายเกี่ยวกับสิ่งที่จะทำการประเมินได้ เข้ามาร่วมให้ข้อเสนอแนะประเด็นความต้องการคำตอบในสิ่งที่จะประเมินและข้อมูลที่ต้องการจากการประเมิน ข้อเสนอแนะที่ได้จากกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียถูกนำไปใช้เพื่อการวางแผนดำเนินการประเมินและการจัดทำรายงานการประเมิน (รัตนะ บัวสนธ์, 2550, น. 119-121)

วิธีการและขั้นตอนการประเมินแบบอิงผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย มี 5 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นที่ 1 กำหนดและคัดเลือกกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเกี่ยวกับสิ่งที่จะประเมิน ซึ่งกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholders) ประกอบด้วย 1) ผู้บริหารหน่วยงาน องค์กร และสถาบันที่เป็นผู้กำหนดนโยบาย ตัดสินใจเกี่ยวกับสิ่งที่ถูกประเมิน 2) ผู้ปฏิบัติงานของหน่วยงาน องค์กร และสถาบันนั้นที่รับผิดชอบการปฏิบัติงานในสิ่งที่ถูกประเมิน 3) คณะกรรมการของหน่วยงาน องค์กร และสถาบันที่เป็นเจ้าของสิ่งที่ถูกประเมิน 4) กลุ่มเป้าหมายที่ได้รับบริการจากสิ่งที่ถูกประเมิน และ 5) กลุ่มบุคคลข้างเคียงที่ได้รับผลโดยอ้อมจากสิ่งที่ถูกประเมินกลุ่มบุคคลเหล่านี้ จะต้องได้รับการพิจารณาคัดเลือกให้มีความครอบคลุมให้ได้มากที่สุด

ขั้นที่ 2 ติดต่อกับ พุทธศุข กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่คัดเลือกแล้วให้ช่วยเสนอแนะเกี่ยวกับเกณฑ์และตัวบ่งชี้ในการประเมิน และวิธีการ เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อประเมิน

ขั้นที่ 3 นำข้อเสนอแนะที่ได้จากกลุ่มบุคคลเหล่านี้ มาวางแผนและดำเนินการ เก็บรวบรวมข้อมูล และทำการประเมิน

ขั้นที่ 4 ให้กลุ่มบุคคลดังกล่าวให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการจัดทำรายงานการประเมิน และการใช้ประโยชน์จากผลการประเมิน เพื่อการปรับปรุงการดำเนินงานในโครงการของหน่วยงานองค์กร และสถาบันอื่นๆ

ขั้นที่ 5 จัดทำรายงานเผยแพร่ต่อกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

วิธีการประเมินแบบอิงผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจะอาศัยกลุ่มบุคคลที่มีส่วนได้ส่วนเสียให้ข้อเสนอแนะเพื่อนำไปสู่การออกแบบการประเมิน การดำเนินงานประเมินและการจัดทำรายงานประเมิน โดยที่ผู้ประเมินยังคงมีความสำคัญค่อนข้างมาก ในฐานะของผู้เชี่ยวชาญการประเมินและเป็นผู้กำกับดำเนินการประเมินด้วยตนเอง

จากวิธีการประเมินทั้งหมดที่ได้กล่าวมาแล้วในข้างต้นนั้น เป็นแนวทางการประเมินที่ดีและมีความเหมาะสมไปตามบริบทและความต้องการในการประเมินของผู้ประเมิน ซึ่งผู้วิจัยได้นำแนวทางการประเมินต่างๆ มาประยุกต์ใช้ในการดำเนินการพัฒนารูปแบบการประเมินมาตรฐานควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนในครั้งนี้

ตัวบ่งชี้ และเกณฑ์การประเมิน

ตัวบ่งชี้ (Indicator) หมายถึง องค์กรประกอบที่มีค่า แสดงถึงลักษณะหรือปริมาณของสิ่งที่ต้องการศึกษาเฉพาะจุดหรือช่วงเวลาหนึ่งของตัวบ่งชี้ ระบุหรือบ่งบอกสิ่งที่ต้องการศึกษาเป็นองค์รวมอย่างกว้าง แต่มีความชัดเจนเพียงพอที่จะใช้ในการเปรียบเทียบกับเกณฑ์ที่กำหนดไว้เพื่อประเมินสิ่งที่ต้องการศึกษาได้ และใช้ในการเปรียบเทียบระหว่างจุดหรือช่วงเวลาที่แตกต่างกัน เพื่อให้ทราบถึงความเปลี่ยนแปลงของสิ่งที่ต้องการศึกษา เป็นการให้สารสนเทศเกี่ยวกับสถานภาพ (Status) คุณภาพ (Quality) และผลการปฏิบัติหรือดำเนินงาน (Performance) ค่าสถิติที่เป็นตัวบ่งชี้จะต้องมีมาตรฐานสามารถให้สารสนเทศตรงตามที่ต้องการและมีเกณฑ์สำหรับการแปลความหมาย ซึ่งประโยชน์จากตัวบ่งชี้จะนำมาเพื่อกำหนดนโยบายและวัตถุประสงค์การดำเนินงานด้านการกำกับและการประเมินผลการดำเนินงาน ด้านการจัดลำดับ หรือระดับ และด้านการวิจัยเพื่อพัฒนาระบบ ทำให้องค์กรมีคุณภาพเป็นที่ยอมรับของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทำให้ได้รับความร่วมมือมากขึ้น (Johnstone, 1981)

ตัวบ่งชี้หรือตัวชี้วัด หมายถึง การสะท้อนถึงคุณภาพของสิ่งที่ทำการประเมิน และสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การประเมินที่กำหนดไว้ โดยแต่ละวัตถุประสงค์ผู้ประเมินจะต้องกำหนดเองหรือมีกระบวนการกำหนด ว่ามีตัวบ่งชี้ใดบ้างที่จะสะท้อนถึงประสิทธิผลและ ประสิทธิภาพของการ

ดำเนินงาน ซึ่งแต่ละวัตถุประสงค์การประเมินอาจประกอบด้วย ตัวบ่งชี้เดียว หรือมากกว่าหนึ่งตัวบ่งชี้ก็ได้ ตัวบ่งชี้ที่มีความชัดเจนเป็นตัวบ่งชี้ที่สามารถวัด (Measure) ได้ชัดเจน โดยทั่วไปตัวบ่งชี้แต่ละตัวจะมีระดับการวัดไต่ระดับการวัดหนึ่ง (Scale of Measurement) ได้แก่ นามบัญญัติ (Nominal scale) เรียงอันดับ (Ordinal scale) อันตรภาค (Interval scale) หรือ อัตราส่วน (Ratio scale) หรืออาจแบ่งออกเพียง 2 กลุ่ม เป็นตัวบ่งชี้เชิงปริมาณ (Quantitative Indicator) และตัวบ่งชี้เชิงคุณลักษณะ (Qualitative Indicator) ก็ได้ อย่างไรก็ตาม ตัวบ่งชี้ที่กำหนดขึ้น ควรเป็นตัวบ่งชี้ที่มีความสำคัญต่อการประเมินเท่านั้น ที่เรียกว่า KPI (Key Performance Indicator) ในการดำเนินงานที่มีการกำหนดวัตถุประสงค์ชัดเจน มีการกำหนดเป้าหมายชัดเจน การกำหนดตัวบ่งชี้ ทำได้จากการวิเคราะห์สิ่งที่จะประเมินจะทำให้ทราบว่าในวัตถุประสงค์หรือในเป้าหมาย ประกอบด้วยตัวบ่งชี้ใดบ้าง ทั้งนี้เนื่องจากโดยทั่วไปการเขียนเป้าหมายที่มีความชัดเจนจะประกอบด้วยตัวบ่งชี้และเกณฑ์

ตัวบ่งชี้ที่ดีเป็นตัวบ่งชี้ที่มีความชัดเจน สามารถวัดได้ชัดเจนจะทำให้ผลการประเมินมีความตรง (Validity) มีความถูกต้อง ครบคลุม และสามารถสะท้อนคุณภาพได้ดี ทำให้ผลการประเมินมีประสิทธิภาพ ผู้ใช้ผลประเมินมีสารสนเทศที่จะก่อประโยชน์สูงสุดต่อสิ่งที่มุ่งประเมิน นำไปสู่การปรับปรุง พัฒนาได้ตรงประเด็นทันเวลา หรือนำไปสู่การตัดสินใจที่ถูกต้อง มีประสิทธิภาพ สำหรับตัวบ่งชี้ที่ไม่ชัดเจน ไม่ครอบคลุม ทำให้การวัดขาดความตรง (Validity) ขาดความเที่ยง (Reliability) ทำให้ผลการประเมินผิดพลาด ไม่ครอบคลุม ไม่สามารถสะท้อนคุณภาพได้ นำไปสู่การพัฒนาที่ผิดจุดที่ควรได้รับการพัฒนา หรือนำไปสู่การตัดสินใจที่ผิดพลาด ทำให้เกิดความสูญเสียหรือทำให้เกิดความสูญเสียเปล่าและไม่คุ้มค่า (พงศเทพ จิระโร, 2556)

ตัวชี้วัดที่ดี ควรมีลักษณะที่เอื้อต่อการวัดและการประเมิน (ศิริชัย กาญจนวาสี, 2554, น. 84-86) สรุปไว้ 5 ประการ ดังนี้

1. มีความตรง (Validity) ความตรงเป็นคุณสมบัติของตัวชี้วัด คือ วัดได้ในสิ่งที่จะวัดอย่างถูกต้องแม่นยำ ตรงประเด็น (Relevant) และมีความเป็นตัวแทน (Representative) ตรงตามคุณลักษณะที่มุ่งวัดนั้น
2. มีความเที่ยง (Reliability) ตัวชี้วัดที่ดีจะต้องบ่งชี้คุณลักษณะที่มุ่งวัดได้อย่างน่าเชื่อถือ คงเส้นคงวา เหมือนเดิม เป็นปรนัย (Objectivity) วัดได้ตรงกันหรือใกล้เคียงกันทุกครั้ง ซึ่งจะไม่มีปัญหาถ้าเป็นการวัดข้อเท็จจริง หรือการวัดทางวิทยาศาสตร์ แต่ถ้าวัดทางสังคมศาสตร์อาจมีความคลาดเคลื่อนสูง ซึ่งตัวชี้วัดจะมีความเที่ยงได้ต้องมีความคลาดเคลื่อนต่ำ (Minimum error)
3. ความเป็นกลาง (Neutrality) หมายถึง ตัวชี้วัดที่ดีต้องเป็นกลางไม่ลำเอียงหรือชี้นำไปในทิศทางใดทิศทางหนึ่ง ซึ่งโอกาสจะเกิดความลำเอียงในการประเมินมีได้ง่าย เพราะเก็บข้อมูลจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

4. มีความไว (Sensitivity) หมายถึง ในการวัดสิ่งใดถ้าตัวชี้วัดมีความไว แสดงให้เห็นถึงความแตกต่างได้อย่างละเอียด

5. ตัวบ่งชี้จะต้องเก็บข้อมูลได้ง่าย (Availability) และแปลความหมายได้ง่าย (Interpretability) สามารถให้ค่าการวัดที่มีจุดสูงสุดและต่ำสุด ซึ่งจะทำให้เข้าใจง่ายและสามารถสร้างเกณฑ์ตัดสินคุณภาพได้ง่าย

สำหรับเกณฑ์ในการประเมิน (Criteria) เป็นการตัดสินคุณค่าของสิ่งที่มุ่งประเมินที่เกี่ยวกับเป้าหมายของการประเมิน โดยผู้ประเมินจะต้องมีความเชี่ยวชาญในหลักการและเหตุผล และมีเกณฑ์ที่กำหนดขึ้นเป็นมาตรฐานเพื่อประเมินค่าต่างๆ ว่ามีคุณสมบัติตามที่ควรหรือไม่ มาตรฐานที่ใช้ในการตัดสินใจเกี่ยวกับสิ่งใดสิ่งหนึ่ง แสดงออกมาในรูปแบบของระดับพฤติกรรมที่ยอมรับได้ ซึ่งเป็นเครื่องมือในการประเมินความคาดหวังคุณลักษณะเฉพาะที่สอดคล้องกันในแต่ละเกณฑ์ และสามารถบรรยายคุณภาพในแต่ละระดับได้ โดยพิจารณาจากตัวบ่งชี้ (Indicator) ซึ่งเป็นตัวประกอบตัวแปรหรือค่าที่สังเกตได้ ใช้บ่งบอกสถานภาพหรือสะท้อนลักษณะของทรัพยากรการดำเนินงานหรือผลการดำเนินงาน แสดงถึงความถูกต้องแม่นยำของสิ่งใดสิ่งหนึ่งว่ามีมากน้อยเพียงใด (Panadero & Romero, 2014; Webster's Online Dictionary, 2010; ศิริชัย กาญจนวาสี, 2554)

เกณฑ์มีบทบาทในการสร้างความสามารถในการแข่งขันขององค์กร เช่น ช่วยปรับปรุงวิธีดำเนินการ เพิ่มขีดความสามารถ และผลลัพธ์ขององค์กร กระตุ้นการสื่อสารและการแลกเปลี่ยนเรียนรู้วิธีการปฏิบัติที่เป็นเลิศระหว่างองค์กรต่างๆ และเป็นเครื่องมือในการทำงานเพื่อให้เข้าใจและบริหารจัดการผลการดำเนินการขององค์กร เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนเชิงกลยุทธ์ และเพื่อการสร้างโอกาสในการเรียนรู้ (สถาบันเพิ่มผลผลิตแห่งชาติ, 2556)

คุณลักษณะของเกณฑ์ที่ดี มีดังนี้ (U.S. Office of Personel Management, 2011)

1. สามารถวัดได้ (Measurable)
2. สามารถบรรลุผลได้ (Achievable)
3. สามารถเข้าใจได้ (Understandable)
4. สามารถตรวจสอบได้ (Verifiable)
5. ยุติธรรม (Equitable)

ในการวิจัยครั้งนี้ ในการพัฒนารูปแบบการประเมินมาตรฐานการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด ผู้วิจัยได้กำหนดองค์ประกอบของการประเมินมาตรฐาน โดยประยุกต์ใช้กรอบยุทธศาสตร์ MPOWER ซึ่งเป็นมาตรฐานในการควบคุมยาสูบที่มีประสิทธิภาพสูงสุดขององค์การอนามัยโลก ในการลดความชุกของการบริโภคยาสูบทั่วโลก ซึ่งจะมีการกำหนดตัวบ่งชี้ที่ครอบคลุมในแต่ละมาตรฐาน และเกณฑ์ในการประเมินที่ชัดเจน โดยมีคุณลักษณะของตัวบ่งชี้และเกณฑ์การประเมินที่ดีต่อการประเมินมาตรฐานนี้ เพื่อให้ได้สารสนเทศที่

เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนามาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัดให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

4. การประเมินมาตรการ

Spiegelman (2016) เสนอว่า การประเมินมาตรการ มีวัตถุประสงค์ในการศึกษากระบวนการและหรือผลลัพธ์อย่างเป็นระบบ เพื่อนำไปใช้ในการพัฒนาหรือปรับปรุงมาตรการนั้นๆ ระหว่างการดำเนินมาตรการ ผู้ประเมินอาจรายงานข้อค้นพบ และข้อมูลเพื่อประกอบการตัดสินใจอย่างทันทั่วทั้งที่ เมื่อมาตรการสิ้นสุดลง ผู้ประเมินรายงานข้อค้นพบมักเป็นไปตามข้อกำหนดของผู้ให้ทุน ซึ่งสามารถนำไปใช้ในการตัดสินใจว่าจะดำเนินมาตรการต่อไปหรือจะขยายความครอบคลุมของมาตรการหรือไม่

Peters, Tran, & Adam (2013) เสนอว่า การประเมินมาตรการเกี่ยวข้องกับ การจัดการกลยุทธ์ในการดำเนินมาตรการเหล่านั้น ผลการประเมินอาจถูกนำไปใช้ออกแบบกลยุทธ์ เพื่อปรับปรุงแง่มุมด้านสังคมและวัฒนธรรม (Sociocultural aspects) เช่น การเพิ่มการยอมรับ มาตรการ รวมทั้งการปรับปรุงคุณภาพ และลดต้นทุนของบริการ ที่ให้การพัฒนากรอบสำหรับการประเมินมาตรการจึงควรพิจารณาทั้งกลยุทธ์ในการดำเนินมาตรการและผลที่เกิดขึ้น แล้วนำมา กำหนดตัวแปร (Variables) ที่จะทำหน้าที่เป็นตัวชี้วัดว่าการดำเนินมาตรการหนึ่งๆ เป็นไปด้วยดี เพียงใด ตัวแปรต่างๆ เช่น การยอมรับ การปฏิบัติตาม ความเหมาะสม ความเป็นไปได้ ผลสัมฤทธิ์เมื่อเปรียบเทียบกับแผนงาน (Fidelity) ต้นทุน ความครอบคลุม และความยั่งยืน เป็นต้น ซึ่งตัวแปร บางตัวอาจถูกมองว่าเป็น Intermediate factors ที่จะทำให้เกิดผลอื่นๆ ตามมา เช่น ความพึงพอใจ ต่อบริการ หรือสถานะทางสุขภาพ ผลลัพธ์ดังกล่าวมีความสำคัญไม่เท่ากันทั้งในด้านการดำเนิน มาตรการและการประเมิน สำหรับมาตรการใหม่มักเน้นที่การประเมิน การยอมรับ ความเหมาะสม และความเป็นไปได้ ในขณะที่มาตรการที่ดำเนินการอยู่แล้ว อาจเน้นที่ระดับของการปฏิบัติเมื่อเปรียบเทียบกับแผน ต้นทุน และความครอบคลุม แม้ว่าหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรให้ความสำคัญต่อ ประเด็น “ความเป็นไปได้” ตั้งแต่ระยะแรกของการพัฒนามาตรการ แต่ก็พบว่าเรื่องนี้มักไม่ถูกนำมา พิจารณาในการประเมินมาตรการด้านสุขภาพ

Pinnock, Epiphaniou, & Taylor (2014) กล่าวว่า บทความและรายงานการประเมิน มาตรการสุขภาพที่ซับซ้อนในปัจจุบัน ส่วนใหญ่มีข้อจำกัดอยู่ที่ความไม่ชัดเจนของการนำเสนอ ระเบียบวิธีวิจัยและกรอบแนวคิดที่ใช้ ซึ่งรวมการประเมินในขั้นตอนการพัฒนาและทดสอบมาตรการ (โครงการนำร่อง) ที่น่าจะให้ข้อมูลที่จำเป็นต่อการตัดสินใจเชิงนโยบายในขั้นตอนต่อไป เช่น ข้อมูล เกี่ยวกับกระบวนการให้บริการ หรือทำกิจกรรมในโครงการ เวลาที่ใช้ในการให้บริการ ความต้องการ ทรัพยากร ผลต่อบุคลากรเมื่อนำมาตรการมาปฏิบัติ ปัญหาอุปสรรค และปัจจัยสนับสนุนมาตรการ

Thirsk & Clark (2017) พบว่า ลักษณะเฉพาะของมาตรการสุขภาพที่ซับซ้อนมักจะ ไม่ได้รับความสนใจ ไม่มีคำอธิบายที่ชัดเจน หรือไม่ถูกนำไปพิจารณาในการออกแบบมาตรการ และการประเมินมาตรการเหล่านั้น (Pinnock et al., 2014) นอกจากนี้ยังมี ความยุ่งยากในการประเมิน การรายงานผล และการแปลงงานวิจัยไปสู่นโยบายและการปฏิบัติ การประเมินส่วนใหญ่ศึกษาเพียง บางส่วนของมาตรการ โดยมักเลือกส่วนที่สามารถสังเกตและหรือวัดค่าได้ง่าย แต่ส่วนที่ถูกประเมิน เหล่านี้อาจจะไม่ใช่ส่วนที่ทำให้เกิดผลลัพธ์ของมาตรการที่แท้จริง การขาดความเข้าใจต่อผลลัพธ์ของ มาตรการว่าเกิดขึ้นจากสาเหตุใด และไม่มี ความชัดเจนว่าส่วนประกอบใดของมาตรการสำคัญที่สุดในการ ทำให้เกิดผลลัพธ์ ทำให้การนำมาตรการไปดำเนินการซ้ำในสถานที่ และเวลาอื่นๆ มีข้อจำกัด

พัทธรา ลีพหรวงศ์, วิไลลักษณ์ แสงศรี, พรธิดา หัตโนนตุน, และศรีเพ็ญ ดันติเวสส (2561) ได้นำเสนอผลการทบทวนวรรณกรรมของการประเมินมาตรการสุขภาพที่ซับซ้อน ซึ่งแบ่ง ออกเป็น 3 กลุ่ม คือ การประเมินกระบวนการ (Process evaluation) การประเมินประสิทธิผลของ มาตรการ และการประเมินความคุ้มค่าทางสาธารณสุขของมาตรการ พบว่า การศึกษาส่วนใหญ่ ประเมินประสิทธิผลของมาตรการ ซึ่งขาดรายละเอียดของกรอบแนวคิดและทฤษฎีที่ใช้ประเมิน การประเมินกระบวนการยังมีสัดส่วนที่น้อยกว่าแม้ว่าจะเป็นประเด็นที่สำคัญต่อประสิทธิผลของ มาตรการเช่นเดียวกัน สำหรับการประเมินความคุ้มค่าทางสาธารณสุขของมาตรการสุขภาพที่ซับซ้อน มีจำนวนจำกัด และแนวทางการประเมินที่มีในปัจจุบันยังมีข้อจำกัดในการนำมาใช้ประเมินมาตรการ สุขภาพที่ซับซ้อน นอกจากนี้มีบทความที่ใช้กรอบแนวคิดหรืออ้างอิงทฤษฎีต่างๆ จากหลายสาขาวิชา ในการประเมินมาตรการ ซึ่งพบมากที่สุดในการประเมินกระบวนการ เนื่องจากกรอบแนวคิดและ ทฤษฎีสามารถช่วยระบุตัวแปรที่ต้องศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรเหล่านั้น ผลลัพธ์ และ เป้าประสงค์ของมาตรการ ทั้งนี้ พบว่ากรอบแนวคิดส่วนใหญ่ถูกพัฒนามาจาก Normalization process theory (NPT) ซึ่งเน้นที่การบูรณาการมาตรการเข้าสู่ระบบงานตามปกติ

สรุปได้ว่า หลักของการประเมินมาตรการ คือ การประเมินกระบวนการของมาตรการ มีวัตถุประสงค์ในการศึกษากระบวนการดำเนินงานอย่างเป็นระบบ ซึ่งผู้ประเมินจะได้ข้อค้นพบ และ ข้อมูลที่จำเป็นต่อการตัดสินใจเชิงนโยบายเพื่อนำไปใช้ในการพัฒนาหรือปรับปรุงมาตรการนั้นๆ ระหว่างการดำเนินมาตรการ ว่าผลในการปฏิบัติงานตามปกติหรือไม่ กรณีใดที่จำเป็นต้องทำความเข้าใจกับมาตรการในทุกแง่มุมที่มีความแตกต่างกันอย่างไร เมื่อมาตรการมีประสิทธิผลอย่างแน่นอน การประเมินจะเปลี่ยนไปเป็นการปรับปรุงมาตรการ หรือทำให้การดำเนินมาตรการมีประสิทธิภาพ มากขึ้น โดยการเปลี่ยนแปลงองค์ประกอบบางอย่างของมาตรการ ในการพัฒนารอบสำหรับการ ประเมินมาตรการ จึงควรพิจารณาทั้งกลยุทธ์ในการดำเนินมาตรการและผลที่เกิดขึ้น เพื่อกำหนด ตัวแปร (Variables) ที่จะทำหน้าที่เป็นตัวชี้วัดว่าการดำเนินมาตรการหนึ่งๆ เป็นไปด้วยดีเพียงใด เช่น

การยอมรับ การปฏิบัติตาม ความเหมาะสม ความเป็นไปได้ ผลสัมฤทธิ์เมื่อเปรียบเทียบกับแผนงาน (Fidelity) ต้นทุน ความครอบคลุม และความยั่งยืน เป็นต้น

การทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการประเมินผลการควบคุมการบริโภคยาสูบสำหรับในประเทศไทยที่ผ่านมา (จूरีย์ อูสาหะ และคณะ, 2559; ฐิติพร กันวิหค และคณะ, 2561; ปานทิพย์ โชติเบญจมาภรณ์ และณัฐอนงค์ อนันตวงศ์, 2555; วศิน พิพัฒน์ฉัตร, 2561; ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์ และคณะ, 2553) ปัญหาที่พบ มีดังนี้

1. ไม่มีการติดตาม และการประเมินผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ที่เป็นระบบ เพื่อนำเสนอผลความก้าวหน้าให้ภาคีเครือข่ายและสาธารณสุขรับทราบเป็นระยะ
2. ต้องการองค์ความรู้ในการประเมินผลประสิทธิภาพด้านมาตรการและนโยบาย การควบคุมการบริโภคยาสูบ เพื่อนำมาใช้ในการควบคุมยาสูบ
3. ไม่มีการประเมินผลการทำงานของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบตามพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2560 การติดตามการบังคับใช้กฎหมาย และการเฝ้าระวังศึกษาผลกระทบต่อสุขภาพที่เพียงพอ
4. ไม่มีการประเมินผลของมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในกลุ่มเยาวชน อย่างเฉพาะเจาะจงในกลุ่มเยาวชน มีเพียงการประเมินผลการดำเนินงานภาพรวมทุกกลุ่มอายุ
5. มีการทบทวน ปรับปรุงกฎหมายล่าสุดเมื่อปี พ.ศ. 2560 สำหรับความเข้มงวดในการปฏิบัติของพนักงานเจ้าหน้าที่ การสร้างกลไกในการบูรณาการระหว่างหน่วยงาน รวมทั้งการมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังของภาคีเครือข่ายยังไม่เพียงพอต่อการดำเนินงานตามมาตรการต่างๆ ในการควบคุมยาสูบ

สรุปได้ว่า การประเมินมาตรการ เป็นกระบวนการเก็บรวมข้อมูลอย่างเป็นระบบ นำมาสู่การวิเคราะห์ และเสนอสารสนเทศด้านผลลัพธ์ของการดำเนินงาน เพื่อสนับสนุนการตัดสินใจทั้งในเชิงนโยบาย การบริหารงาน และปฏิบัติการ ดังปัญหาที่พบจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการประเมินผลการควบคุมการบริโภคยาสูบของประเทศไทยที่ผ่านมา ทำให้เห็นถึงความสำคัญของการประเมินผลที่ยังไม่เพียงพอต่อการประเมินผลในด้านต่างๆ เพื่อการควบคุมการบริโภคยาสูบที่มีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะในเยาวชนไทยที่ยังไม่มีรูปแบบการประเมินผลที่เป็นระบบและเฉพาะเจาะจงขององค์การอนามัยโลก การพัฒนารูปแบบการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด จึงเป็นแหล่งที่มาของการประยุกต์ใช้กรอบการประเมินด้วยกรอบยุทธศาสตร์ MPOWER ซึ่งเป็นยุทธศาสตร์หลักขององค์การอนามัยโลก ภายใต้กรอบอนุสัญญาควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลก ร่วมกับการเลือกประยุกต์ใช้จากทฤษฎีการบูรณาการมาตรการเข้าสู่ระบบงานตามปกติ (Normalization process theory) ที่มุ่งเน้นการประเมินกระบวนการของมาตรการ เพื่อให้ได้รูปแบบการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภค

ยาสูบในเยาวชนไทยที่ครอบคลุม นำไปสู่การปรับปรุง และพัฒนาการดำเนินงานควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยที่มีประสิทธิภาพ จนบรรลุสู่เป้าหมายของประเทศต่อไป

5. ทฤษฎีการบูรณาการมาตรการเข้าสู่ระบบงานตามปกติ (Normalization process theory)

May & Finch (2009) ได้เสนอว่า ทฤษฎีการบูรณาการมาตรการเข้าสู่ระบบงานตามปกติ (Normalization process theory) เป็นทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับสังคมวิทยาของการทำงาน การนำไปสู่การปฏิบัติ องค์ประกอบของการปฏิบัติงานในแบบปกติ หรือการฝังตัว และความยั่งยืนแบบบูรณาการ โดยการปฏิบัติที่ฝังตัวอยู่ในบริบททางสังคม และการแทรกแซงที่ถูกฝังตัวในการปฏิบัติมีแนวโน้มที่จะช่วยให้บรรลุผลสำเร็จที่มีความยืดหยุ่นทั้งความสอดคล้องและข้อจำกัด ซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นในการเชื่อมโยงความคิดและความเชื่อของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้งหมด และดำเนินการไปสู่ผลลัพธ์ อีกกระบวนการหนึ่งของทฤษฎีการบูรณาการมาตรการเข้าสู่ระบบงานตามปกติ คือ การบูรณาการเชิงสัมพันธ์

ดังนั้น ความสัมพันธ์ของภาคีเครือข่าย จึงเป็นวิธีการกำหนดความรู้และการปฏิบัติของการดำเนินการ รวมถึงมิติด้านความรับผิดชอบและความมั่นใจ ซึ่ง “ความรับผิดชอบ” นั้นหมายถึง เครือข่ายภายใน ประกอบด้วย 1) ความถูกต้องของความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินการ ครอบคลุมถึงวิธีการกระจายความรู้ในลำดับขั้นของเครือข่าย 2) ความเชื่อเกี่ยวกับความเชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินการ และ 3) การกระจายความรู้และการปฏิบัติภายในเครือข่าย ส่วน “ความมั่นใจ” หมายถึง เครือข่ายภายนอก ประกอบด้วย 1) ความน่าเชื่อถือ เป็นความเข้าใจร่วมกันเกี่ยวกับความน่าเชื่อถือของการดำเนินการ และวิธีการจัดการความขัดแย้งเกี่ยวกับการดำเนินการ 2) ข้อตกลงเกี่ยวกับวิธีการวัดความน่าเชื่อถือของการดำเนินการ และ 3) อรรถประโยชน์ ความเชื่อเกี่ยวกับแหล่งที่มาของความรู้และความคาดหวังเกี่ยวกับอำนาจในการกระจายความรู้ไปยังเครือข่ายภายนอก ซึ่งตามโครงสร้างของทฤษฎีการบูรณาการมาตรการเข้าสู่ระบบงานตามปกติ (Normalization process theory) มี 4 องค์ประกอบ ได้แก่ การเชื่อมโยงกัน การมีส่วนร่วม การดำเนินงานร่วมกัน และการติดตามแบบสะท้อนกลับ (May et al., 2018) โดยมีรายละเอียดดังนี้

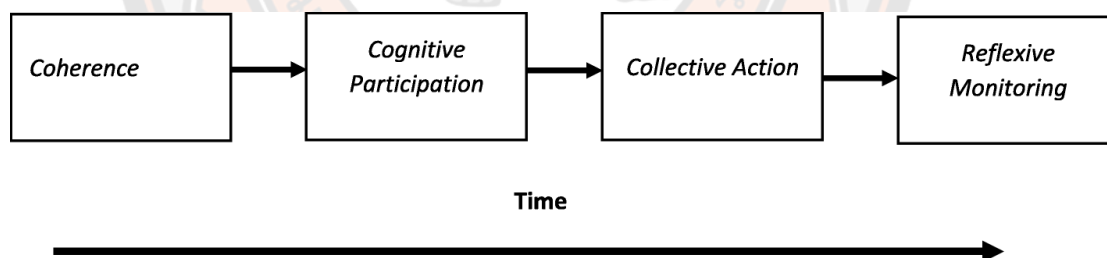
1. การเชื่อมโยงกันหรือการสร้างความรู้สึกร่วม (Coherence) หมายถึง การสร้างความรู้สึกร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานนั้นเป็นรายบุคคล และสร้างความร่วมมือ เมื่อต้องเผชิญกับการนำไปสู่การปฏิบัติ

2. การมีส่วนร่วม (Cognitive participation) หมายถึง ความสัมพันธ์ของผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงาน เพื่อสร้างและรักษาความสัมพันธ์ในการปฏิบัติงานเกี่ยวกับการดำเนินการที่ซับซ้อนหรือเทคโนโลยีใหม่

3. การดำเนินการร่วมกัน (Collective action) หมายถึง การปฏิบัติงานของผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินการ เพื่อกำหนดแนวทางปฏิบัติ ไม่ว่าจะสิ่งเหล่านี้จะเป็นตัวแทนของการดำเนินการที่ซับซ้อนหรือเทคโนโลยีใหม่

4. การติดตามแบบสะท้อนกลับ (Reflexive monitoring) หมายถึง การประเมินของผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินการ เพื่อประเมินและทำความเข้าใจว่าแนวทางการปฏิบัติชุดใหม่ ส่งผลต่อองค์กรหรือหน่วยงานของตนเองและผู้อื่นอย่างไร

ดังนั้น ทฤษฎีการบูรณาการมาตรฐานการเข้าสู่ระบบงานตามปกติ (Normalization process theory) จึงมีประโยชน์ต่อการนำไปใช้เกี่ยวกับการดำเนินการที่หลากหลายอย่างมีประสิทธิภาพ ช่วยพัฒนาการดำเนินการและการวางแผนการดำเนินการ ตลอดจนการประเมินและทำความเข้าใจกระบวนการดำเนินการด้วยตนเอง โดยเฉพาะอย่างยิ่งได้เสนอชุดเครื่องมือเชิงแนวคิดที่มีคุณค่าเพื่อช่วยให้เข้าใจการนำไปใช้เป็นกระบวนการแบบพลวัต จากการสร้างความรู้สึกร่วมกันที่จำเป็นต่อการมีส่วนร่วม และจำเป็นต้องมีระดับของการมีส่วนร่วมทางความคิดก่อนที่จะมีการดำเนินการร่วมกัน สุดท้ายมีการตรวจสอบแบบสะท้อนกลับ ในรูปแบบของกระบวนการนำไปปฏิบัติจริง มักเน้นที่การศึกษาความเป็นไปได้หรือในระยะเริ่มต้นของวงจรการนำไปใช้ในการประเมินกระบวนการ การวิเคราะห์ไปสู่ขั้นตอนการดำเนินการจึงถูกศึกษามากกว่าการฝังตัวและการบูรณาการการปฏิบัติในชีวิตประจำวัน โดยมีโครงสร้างดังภาพ 1



ภาพ 1 แสดงโครงสร้างของทฤษฎีการบูรณาการมาตรฐานการเข้าสู่ระบบงานตามปกติ (Normalization process theory)

ที่มา: May et al., 2018

Trietsch et al. (2014) ได้ใช้ทฤษฎีการบูรณาการมาตรฐานการเข้าสู่ระบบงานตามปกติ (Normalization process theory) ในการประเมินการพัฒนาคุณภาพของหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของประเทศเนเธอร์แลนด์ โดยใช้ทั้ง 4 องค์ประกอบของทฤษฎีการบูรณาการมาตรฐานการเข้าสู่ระบบงานตามปกติ ออกแบบกระบวนการปฏิบัติการนำนโยบายไปปฏิบัติ เช่น ในหัวข้อการเชื่อมโยง (Coherence) ได้ออกแบบกระบวนการให้แพทย์ รับรู้บทบาทที่ถูกต้องของเภสัชกรและเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ เมื่อออกแบบกระบวนการเรียบร้อยแล้ว ทำการสัมภาษณ์เพื่อเก็บข้อมูลผลลัพธ์ของกระบวนการโดยดูที่แต่ละปัจจัยของทฤษฎีการบูรณาการมาตรฐานการเข้าสู่ระบบงานตามปกติ ซึ่งสาเหตุที่นักวิจัยเลือกทฤษฎีการบูรณาการมาตรฐานการเข้าสู่ระบบงานตามปกติ เพราะทฤษฎีนี้ใช้อธิบายกระบวนการนำนโยบายไปปฏิบัติ เป็นผลมาจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ปฏิบัติงานและบริบทขององค์กร และใช้ในการค้นหาอุปสรรค (Barriers) และสิ่งสนับสนุน (Facilitators) ในการนำนโยบายไปปฏิบัติ หลังจากทำการศึกษาแล้วพบว่า บทบาทและความคาดหวังของแต่ละวิชาชีพในการพัฒนาคุณภาพงานบริการมีไม่เท่ากัน การนำนโยบายไปปฏิบัติจึงควรคำนึงถึงปัจจัยเหล่านี้ด้วย

Gillespie et al. (2018) เสนอว่าทฤษฎีการบูรณาการมาตรฐานการเข้าสู่ระบบงานตามปกติ (Normalization process theory) ได้ถูกนำไปใช้กับความเชี่ยวชาญและบริบทของการดูแลสุขภาพที่แตกต่างกันมากขึ้น รวมถึงสุขภาพจิต การดูแลสุขภาพ กำหนดการดูแลสุขภาพเบื้องต้น และการประเมินทางการแพทย์ ซึ่งเป็นแบบจำลองเพื่ออธิบายเป็นแนวทางในการพัฒนาและดำเนินการแทรกแซงที่ซับซ้อน ในการเลือกทฤษฎีการบูรณาการมาตรฐานการเข้าสู่ระบบงานตามปกติ จึงเป็นแบบจำลอง เพื่ออธิบายการสำรวจและการประเมินเกี่ยวกับการดำเนินการที่ซับซ้อนในบริบททางด้านสุขภาพ จุดมุ่งหมายเพื่ออธิบายมุมมองของผู้เกี่ยวข้องเกี่ยวกับการดำเนินการที่ซับซ้อนที่มีอิทธิพลต่อการประเมินการดำเนินงาน และความคาดหวังจะกลายเป็นกิจกรรมในการทำงานปกติ

พัทธรา สีพหรวงศ์ และคณะ (2561, น. 26-32) ได้เสนอว่าทฤษฎีการบูรณาการมาตรฐานการเข้าสู่ระบบงานตามปกติ (Normalization process theory) เป็นทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการบูรณาการ (Integration) ซึ่งหมายถึง ขนาด รูปแบบ และอัตราของการยอมรับและผสมผสานมาตรฐาน สุขภาพเข้าไปทำหน้าที่ที่สำคัญของระบบสุขภาพ โดยศึกษา 5 ประเด็นหลัก ได้แก่ ประเภทของปัญหาที่ต้องการแก้ไข มาตรการที่ใช้แก้ปัญหา นั้น การตัดสินใจยอมรับมาตรการ ประกอบด้วย ตัวแสดงและบริบทที่หลากหลายและมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน ลักษณะของระบบสุขภาพ และบริบทแวดล้อมภายนอก ในการนำไปใช้ของทฤษฎีการบูรณาการมาตรฐานการเข้าสู่ระบบงานตามปกติ โดยมีประโยชน์และข้อจำกัดดังนี้

ประโยชน์ของทฤษฎีการบูรณาการมาตรฐานการเข้าสู่ระบบงานตามปกติ (Normalization process theory) คือ เป็นกรอบทั่วไปสำหรับการวิเคราะห์ ซึ่งสามารถใช้อธิบายทำความเข้าใจ และชี้แนะกระบวนการปฏิบัติงานแบบเก่า ก่อนการพัฒนาให้เกิดการยอมรับมาตรการและการปฏิบัติงาน

(Practice) รูปแบบใหม่ รวมทั้งการพัฒนาเครื่องมือสนับสนุนวิธีการปฏิบัติงานรูปแบบใหม่นั้น ทั้งนี้ องค์ประกอบของทฤษฎีการบูรณาการมาตรการเข้าสู่ระบบงานตามปกติ มีประโยชน์ในการระบุ ลักษณะที่เป็นปัญหาหรือเปราะบางของกระบวนการดำเนินงาน โดยเฉพาะในส่วนที่เกี่ยวกับการฝังตัว (Embedding) หรือบูรณาการของมาตรการที่ซับซ้อนเข้าสู่ระบบบริการตามปกติ (Nordmark, Zingmark, & Lindberg, 2016)

ข้อจำกัดของทฤษฎีการบูรณาการมาตรการเข้าสู่ระบบงานตามปกติ (Normalization process theory) คือ มีลักษณะอื่นๆ ของกระบวนการดำเนินงาน (Implementation process) ที่การใช้ทฤษฎีการบูรณาการมาตรการเข้าสู่ระบบงานตามปกติ ในการศึกษาอาจมีประโยชน์ไม่มาก ในขณะที่ May et al. (2011) ยอมรับว่ากลไกทฤษฎีการบูรณาการมาตรการเข้าสู่ระบบงานตามปกติ มีปฏิสัมพันธ์ที่เป็นพลวัตกับบริบทในพื้นที่และปัจจัยภายนอก เป็นเพียงกรอบที่ใช้ในการศึกษากลไก เหล่านี้เท่านั้น เน้นที่ตัวบุคคลและองค์กรที่ทำงานร่วมกัน แต่ไม่ได้ให้ความสำคัญต่อบริบทของ กระบวนการดำเนินงานทั้งที่เป็นบริบทขององค์กรและบริบทอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง (Creswell & Plano Clark, 2007)

ในการวิจัยครั้งนี้ มุ่งเน้นการพัฒนาแบบการประเมินมาตรฐานควบคุมการบริโภคยาสูบใน เยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด ซึ่งส่วนหนึ่งของขั้นตอนในการพัฒนา รูปแบบประเมิน ผู้วิจัยได้การศึกษาปัจจัยที่ผลต่อคะแนนการประเมินมาตรฐานควบคุมการบริโภคยาสูบ ในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด โดยกรอบแนวคิดในการวิจัยที่ ประยุกต์ใช้จากทฤษฎีการบูรณาการมาตรการเข้าสู่ระบบงานตามปกติ (Normalization process theory) ทั้ง 4 องค์ประกอบนำมาเป็นตัวแปรอิสระ คือ การเชื่อมโยงกัน (Coherence) การมีส่วนร่วม (Cognitive participation) การดำเนินงานร่วมกัน (Collective action) และการติดตามแบบ สะท้อนกลับ (Reflexive monitoring) เพื่อนำไปสู่องค์ประกอบของการประเมินจากกระบวนการ ระหว่างดำเนินการมาตรการอย่างเป็นระบบและมีความครอบคลุม ซึ่งผู้ประเมินจะได้ข้อค้นพบเสนอ เป็นข้อมูลเพื่อกำหนดนโยบาย และนำไปใช้ในการพัฒนาหรือปรับปรุงมาตรการนั้นๆ ให้การ ดำเนินงานมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยมีประสิทธิภาพมากขึ้น

6. การประยุกต์ใช้การประเมินด้วยกรอบยุทธศาสตร์ MPOWER

ยุทธศาสตร์ MPOWER เป็นยุทธศาสตร์หลัก ภายใต้กรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุม ยาสูบ ซึ่งเป็นนโยบายที่สำคัญที่สุดและมีประสิทธิภาพมากที่สุดในการควบคุมยาสูบขององค์การ อนามัยโลก เพื่อให้เกิดความสำเร็จของการดำเนินงานควบคุมยาสูบอย่างเป็นรูปธรรมและสอดคล้อง กับกรอบอนุสัญญาฯ องค์การอนามัยโลก ในการควบคุมยาสูบจำเป็นต้องมีความมุ่งมั่นทางการเมืองที่ แข็งแกร่งและการมีส่วนร่วมของภาคประชาสังคม ยุทธศาสตร์ MPOWER จึงใช้เป็นข้อมูลอ้างอิง สำหรับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในระดับประเทศเพื่อช่วยในการแปลงนโยบายไปสู่การปฏิบัติในประเทศ

สมาชิก เพื่อช่วยในการวางแผนและการประเมินความร่วมมือในระดับชาติและระดับนานาชาติ ในขณะที่อำนวยความสะดวกการเข้าถึงทรัพยากรทางการเงิน โดยเฉพาะการเฝ้าระวังติดตามและประเมินผลกิจกรรมการควบคุมยาสูบ (World Health Organization, 2008) จึงได้พัฒนา ยุทธศาสตร์ MPOWER ขึ้น สำหรับเป็นเครื่องมือชี้วัดความสำเร็จในการดำเนินงานควบคุมยาสูบ สำหรับประเทศต่างๆ (สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ, 2554)

จากการศึกษาผลของ MPOWER ต่อความชุกของการสูบบุหรี่ในระหว่างปี พ.ศ. 2549-2552 (Dubray, Schwartz, Chaiton, Connor, & Cohen, 2015) พบว่า ประเทศที่มีคะแนน MPOWER โดยรวมสูงกว่าทำให้การสูบบุหรี่ในปัจจุบันลดลงมากขึ้น จากการวิเคราะห์มาตรการ M และ R มีความสัมพันธ์เชิงลบกับการสูบบุหรี่ ทำให้การสูบบุหรี่ในปัจจุบันลดลง (คะแนนร้อยละ 1.07 สำหรับผู้ชาย และร้อยละ 1.04 สำหรับผู้หญิง) โดยค่าคะแนนของการติดตามการใช้ยาสูบ (M) และค่าคะแนนของการขึ้นภาษียาสูบ (R) แต่แต่ละครั้งเพิ่มขึ้นจะทำให้การสูบบุหรี่ในปัจจุบันลดลง สำหรับการวิเคราะห์มาตรการ P มีผลต่อความชุกของการสูบบุหรี่ในเพศหญิง และการวิเคราะห์มาตรการ M, P และ O มีผลต่อความชุกของการสูบบุหรี่ในเพศชาย นอกจากนี้ผลของมาตรการ MPOWER ต่อการสูบบุหรี่ในปัจจุบันแตกต่างกันไปตามสถานะรายได้ของประเทศ ดังนั้นระดับคะแนนรวมของ MPOWER ที่สูงขึ้น ตลอดจนการติดตามตรวจสอบยาสูบ (M) อย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ และการเพิ่มภาษี (R) จะทำให้ความชุกของการสูบบุหรี่ลดลง

ยุทธศาสตร์ MPOWER ถือเป็นเครื่องมือการประเมินความสำเร็จในการดำเนินงานควบคุมยาสูบสำหรับประเทศต่างๆ ดังผลการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ MPOWER โดยเฉพาะอัตราภาษีที่เพิ่มขึ้นทั่วโลก สามารถลดความชุกของการสูบบุหรี่ได้ จากการทบทวนความก้าวหน้าการดำเนินงานควบคุมยาสูบตามนโยบาย MPOWER ในเวียดนาม พบว่า การติดตามและเฝ้าระวังยาสูบ การปกป้องประชาชนจากควันบุหรี่ การบังคับใช้กฎหมาย โดยห้ามสูบบุหรี่ในที่ทำงานและสถานที่สาธารณะ ห้ามไม่ให้มีการโฆษณาและส่งเสริมการขายยาสูบ รวมทั้งมีภาพคำเตือนเกี่ยวกับอันตรายของยาสูบบนหีบห่อ และการขึ้นภาษีบุหรี่ สามารถนำไปใช้ได้ อย่างมีประสิทธิภาพจนประสบความสำเร็จ รวมทั้งการประเมินประสิทธิภาพของนโยบายการควบคุมยาสูบในอินเดีย โดยใช้กรอบ MPOWER ทำให้การปรับปรุงนโยบายการควบคุมยาสูบในอินเดีย โดยรวมประสบความสำเร็จเช่นกัน ทั้งนี้ยังต้องมีการประเมินและติดตามผลของนโยบายเป็นระยะ สำหรับการประเมินผลการควบคุมการบริโภคยาสูบในประเทศไทย พบว่า การประเมินสมรรถนะด้านประสิทธิผลของการดำเนินนโยบายตามกรอบยุทธศาสตร์ MPOWER ที่ได้ผลสัมฤทธิ์อยู่ในระดับดี บ่งชี้ได้ว่ามีความเหมาะสมและสอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงในปัจจุบัน จากอุปสรรค ปัญหาที่พบ สามารถจัดการแก้ไขได้ และช่วยส่งเสริมการดำเนินงานตามนโยบายควบคุมการบริโภคยาสูบให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น (Minh et al., 2016; Saxena et al., 2020; จุริย์ อุสาหะ และคณะ, 2558;

มัลลิกา มาตระกุล, อرنลีน สิงขรณ์, และนาตญา พแดนนอก, 2561; ลักขณา เต็มศิริกุลชัย, 2553; ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์ และดวงกมล สีตบุตร, 2559)

สำหรับประเทศไทยได้นำยุทธศาสตร์ MPOWER ขององค์การอนามัยโลก มาแปลงสู่การปฏิบัติในบริบทของประเทศไทย โดยพัฒนาแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ และการบังคับใช้กฎหมายตามพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2560 ขึ้นที่ครอบคลุมทั้ง 6 ยุทธศาสตร์หลัก MPOWER โดยใช้กลไกการขับเคลื่อนของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบแห่งชาติ และในระดับปฏิบัติการโดยคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด รวมถึงคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบกรุงเทพมหานคร ซึ่งสถานภาพของการดำเนินมาตรการ MPOWER ของเยาวชนไทยในปัจจุบัน จากการทบทวนวรรณกรรมทั้ง 6 มาตรการ ดังนี้

การควบคุม กำกับการบริโภคยาสูบและการมีนโยบายป้องกันการบริโภคยาสูบ (Monitoring tobacco use and prevention policies: M) พบว่า ครึ่งหนึ่งของประเทศต่างๆ ทั่วโลก และ 2 ใน 3 ของประเทศกำลังพัฒนาไม่มีข้อมูลพื้นฐานว่า มีจำนวนหรืออัตราการใช้ยาสูบของประชากรในประเทศเป็นจำนวนเท่าไร และยาสูบได้สร้างผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนอย่างไร ดังนั้น การมีระบบการเฝ้าระวังกำกับการบริโภคยาสูบทั้งในระดับประเทศและระดับโลก จะช่วยในการวางแผนการป้องกันการระบาดของยาสูบได้ (กองงานคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ, 2565, น. 9) ซึ่งในระดับปฏิบัติการ ประเทศไทยขับเคลื่อนโดยคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด มีหน้าที่ดำเนินการตามแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ และให้มีการบังคับใช้กฎหมาย รวมถึงกำหนดแนวทางปฏิบัติ ติดตาม ประเมินผล และตรวจสอบการดำเนินการเฝ้าระวังป้องกันไม่ให้เยาวชนเข้าถึงผลิตภัณฑ์ยาสูบ การลดและเลิกการบริโภคยาสูบ และการคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ (พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ, 2560) โดยใช้ข้อมูลจากการสำรวจการบริโภคยาสูบในเยาวชน (Global youth tobacco survey: GYTS) (กระทรวงสาธารณสุข, 2559) และการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของประชาชนทุก 3 ปี (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2561) ซึ่งเป็นข้อมูลเชิงผลลัพธ์แสดงความชุกการใช้ยาสูบเมื่อเปรียบเทียบกับเป้าหมาย จึงยังไม่เพียงพอต่อการประเมินมาตรการที่นำไปสู่การปฏิบัติในการควบคุมการบริโภคยาสูบ อีกทั้งไม่พบข้อมูลการประเมินเกี่ยวกับการดำเนินงานของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ การติดตามการบังคับใช้กฎหมาย และการเฝ้าระวังหรือศึกษาผลกระทบต่อสุขภาพ (ฐิติพร กันวิหค และคณะ, 2561; ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์ และคณะ, 2553)

การปกป้องประชาชนจากควันบุหรี่ (Protecting people from tobacco smoke: P) เพราะนี่คือสิทธิขั้นพื้นฐานของประชาชนในการได้รับอากาศที่บริสุทธิ์ นโยบายสถานที่ปลอดบุหรี่ นอกจากจะช่วยปกป้องสิทธิของผู้ไม่สูบบุหรี่แล้ว ยังทำให้ผู้สูบบุหรี่คิดที่จะเลิกบุหรี่มากขึ้นอีกด้วย ทั่วโลกพบว่า มีประชากรโลกเพียงร้อยละ 5 ที่ได้รับการปกป้องจากนโยบายสถานที่ต่างๆ ปลอดบุหรี่

(กองงานคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ, 2565, น. 9) ซึ่งประเทศไทยยังพบเห็นผู้สูบบุหรี่ในสถานที่สาธารณะโดยรวมสูงถึง ร้อยละ 80.60 ในโรงเรียนหรือสถานศึกษา ร้อยละ 10.89 (สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ, 2560) และยังมีการสูบบุหรี่ในครัวเรือนสูงถึง ร้อยละ 73.8 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2561) ดังรายงานผลการบังคับใช้กฎหมายที่ยังพบผู้ฝ่าฝืนสูบบุหรี่บริเวณเขตปลอดบุหรี่ (กองงานคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ, 2563) รวมถึงการลงพื้นที่เฝ้าระวังการบังคับใช้กฎหมายในเมืองพัทยาของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดชลบุรี พบสถานบันเทิงที่ไม่จัดเขตปลอดบุหรี่ตามกฎหมาย และพบนักท่องเที่ยวสูบบุหรี่และบุหรี่ไฟฟ้าภายในผับ บาร์ (กรมควบคุมโรค, 2563) แสดงให้เห็นถึงการบังคับใช้กฎหมายคุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่ที่ยังดำเนินการไม่ทั่วถึง และข้อมูลยังไม่เพียงพอต่อการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบ

การให้ความช่วยเหลือคนที่บริโภคยาสูบให้เลิก (Offering help to quit tobacco use: O) พบว่า ผู้บริโภคยาสูบทั่วโลก จำนวนกว่าหนึ่งพันล้านคนประมาณ 1 ใน 4 คือผู้ที่อายุมากกว่า 15 ปี และเสพติดยาสูบผู้บริโภคนั้นจำนวนมากต้องการเลิก แต่มีเพียงคนส่วนน้อยเท่านั้นที่ได้รับการช่วยเหลือให้เลิกมีเพียงร้อยละ 5 ของผู้สูบบุหรี่ที่เข้าถึงบริการเลิกยาสูบ ดังนั้น การจัดให้มีบริการช่วยเหลือให้เลิกบริโภคยาสูบจึงเป็นสิ่งจำเป็น (กองงานคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ, 2565, น. 9) โดยประเทศไทยพัฒนาและผลักดันให้สถานบริการสาธารณสุข มีระบบบำบัดโรคเสพติดยาสูบ ร้อยละ 98.8 ซึ่งยังไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด คือ ร้อยละ 100 ในขณะที่การพัฒนาศักยภาพการให้คำปรึกษาเลิกบุหรี่และส่งต่อสถานบริการสุขภาพของบุคลากรทางการศึกษาพบเพียง ร้อยละ 10.8 (สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ, 2560) ดังการวิจัยของภูเบศ วณิชชานนท์, เฉลิมพล แจ่มจันทร์, และอารี จำปาภักย์ (2561) พบว่า กลุ่มอายุ 15-44 ปี มีผู้เลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จเพียงร้อยละ 15.8 โดยวิธีการเลิกสูบบุหรี่ด้วยตนเองมีร้อยละความสำเร็จสูงกว่าวิธีอื่นๆ เช่น คลินิกเลิกบุหรี่ สายด่วนเลิกบุหรี่ ฯลฯ ความสำเร็จของการเลิกสูบบุหรี่เกิดจากการตระหนักถึงอันตรายจากภาพคำเตือนบนซองบุหรี่ ครอบครัวช่วยให้ออกจากการสูบบุหรี่ ปัจจัยด้านราคา การได้รับความรู้ การเลิกสูบบุหรี่ และการมีกฎหมายห้ามสูบในที่สาธารณะ คิดเป็นร้อยละ 16.6 15.6 15.8 17.0 และ 16.2 ตามลำดับ ซึ่งยังไม่เพียงพอต่อประสิทธิภาพของการดำเนินงานในด้านการคัดกรอง วินิจฉัยโรค และแผนการรักษาผู้ป่วยติดยาสูบในระบบข้อมูลช่วยเลิกบุหรี่ หลักสูตรช่วยเลิกบุหรี่ ตัวชี้วัดความสำเร็จในการเลิกสูบบุหรี่ ความชัดเจนในการจัดสรรงบประมาณของการบริการช่วยเลิกบุหรี่ การบูรณาการส่งเสริมการเลิกยาสูบของภาครัฐและชุมชนแบบต่อเนื่อง และยารักษาโรคเสพติดบุหรี่หลายชนิดยังไม่ได้มีการบรรจุในบัญชียาหลักแห่งชาติ (ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์ และดวงกมล สัตบุตร์, 2559)

การสร้างความตระหนักให้ประชาชนทราบถึงพิษภัยของยาสูบ (Warning about the dangers of tobacco: W) การสร้างความตระหนักเรื่องพิษภัยของยาสูบให้แก่ประชาชนสามารถเปลี่ยนภาพลักษณ์ของยาสูบในสายตาของเยาวชนและคนหนุ่มสาวได้ โดยเฉพาะภาพคำเตือนบนผลิตภัณฑ์ยาสูบ ในขณะนี้มีเพียง 15 ประเทศหรือร้อยละ 6 ของประชากรทั่วโลกที่ได้รับรู้ถึงอันตรายของยาสูบผ่านภาพคำเตือนบนผลิตภัณฑ์ยาสูบ (กองงานคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ, 2565, น. 9) โดยประเทศไทยมีผู้ที่เคยเห็นและตระหนักถึงอันตรายจากภาพคำเตือนบนซองบุหรี่สูงกว่าร้อยละ 70 สะท้อนถึงความสำเร็จเชิงนโยบาย “การแสดงผลภาพและข้อความในฉลากของบุหรี่ซิกาแรต” (ภูเบศ วณิชชานนท์ และคณะ, 2561) แต่ยังไม่เพียงพอต่อประสิทธิภาพของการดำเนินงานในด้านระเบียบการใช้ของมาตรฐานสำหรับยาสูบทุกชนิด การทบทวนข้อมูลส่วนประกอบของสารเคมีต่างๆ บนบรรจุภัณฑ์ให้มีประสิทธิภาพ และการประเมินผลการใช้ข้อความและภาพคำเตือนบนซองบุหรี่เพื่อสนับสนุนการสื่อสารด้านสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ ในขณะที่มาตรการการศึกษา การสื่อสาร การฝึกอบรม และการสร้างจิตสำนึกของสาธารณชน ยังไม่เพียงพอในด้านการประเมินการปฏิบัติตามกรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบแบบมีส่วนร่วมกับส่วนภูมิภาค ความชัดเจนของแผนปฏิบัติงานในแต่ละหน่วยงาน รวมทั้งหลักสูตรด้านการควบคุมยาสูบและการประเมินกระบวนการทั้งหมด ซึ่งควรมีระบบการขึ้นทะเบียนผ่านการอบรม (ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์ และดวงกมล สีตบุตร, 2559)

การบังคับใช้กฎหมายเพื่อห้ามโฆษณา การส่งเสริมการขาย และการให้การอุปถัมภ์ โดยอุตสาหกรรมยาสูบ (Enforcing bans on tobacco advertising promotion and sponsorship: E) อุตสาหกรรมยาสูบลงทุนถึงกว่าหมื่นล้านบาทต่อปีเพื่อการโฆษณา การส่งเสริมการขายและการให้การอุปถัมภ์ในประเทศต่างๆ ทั่วโลก การออกกฎหมายจะต้องเน้นการห้ามโฆษณา การส่งเสริมการขายและการให้การอุปถัมภ์โดยสิ้นเชิง จึงจะได้ผลในการลดการบริโภคยาสูบ ขณะนี้มีประเทศเพียงร้อยละ 5 ทั่วโลกที่มีการห้ามโฆษณา การส่งเสริมการขายและการให้การอุปถัมภ์โดยสิ้นเชิงในทุกรูปแบบ (กองงานคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ, 2565, น. 9) จากการวิจัยของมลินี สมภพเจริญ และวันเพ็ญ แก้วปาน (2563) พบว่า แหล่งซื้อสิ่งของที่มีตราบุหรี่ในจังหวัดเชียงราย มีการวางขายตามร้านขายของชำทั้งขนาดเล็กและขนาดใหญ่ที่มีคนซื้อของจำนวนมากเป็นประจำ และตลาดนัดหน้าโรงเรียน จึงควรเผื่อระวังการลักลอบเข้ามาจากฝั่งเมียนมาเพื่อมาวางจำหน่ายในฝั่งไทย และเผื่อระวังการซื้อขายสิ่งของที่มีตราบุหรี่ปนตลาดออนไลน์ที่สามารถซื้อขายได้ตลอดเวลา ซึ่งกฎหมายยังบังคับใช้ไม่ถึง โดยปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติตามพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ.2560 ของผู้ประกอบการร้านค้าปลีก ได้แก่ ความรู้ด้านเนื้อหาและทัศนคติเกี่ยวกับพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ (ทิพวัลย์ พรหมมร, สมโภช รติโอฬาร, และธีระวุธ ธรรมกุล, 2563) นอกจากนี้ คณะกรรมการประเมินผลการปฏิบัติตามกรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบของ

มาตรการนี้ค่อนข้างน้อยมาก ซึ่งยังไม่เพียงพอต่อประสิทธิภาพของการดำเนินงานในด้านการปรับปรุง ข้อกฎหมายให้มีมาตรการห้ามขายผ่านสื่อสังคมออนไลน์และอินเทอร์เน็ต ระวังการโฆษณาออนไลน์ที่เกี่ยวกับยาสูบทุกประเภท มาตรการห้ามสนับสนุนกิจกรรมจากรัฐกิจยาสูบทุกประเภทอย่างเด็ดขาด และให้มีมาตรการจับกุมผู้เร่ขายหรือวางขายริมถนนอย่างมีประสิทธิภาพเพื่อลดการเข้าถึงของเยาวชน (ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฎ์ และดวงกมล สิตบุตร, 2559)

การขึ้นภาษีผลิตภัณฑ์ยาสูบ (Raising taxes on tobacco: R) พบว่า มาตรการภาษีเป็นมาตรการที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดในการลดการบริโภคยาสูบ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มเยาวชน อันเป็นเป้าหมายหลักของอุตสาหกรรมยาสูบ นอกจากนี้มาตรการภาษียังช่วยให้ผู้สูบบุหรี่มีความตั้งใจจะเลิกบุหรี่เพิ่มขึ้นอีกด้วย แต่เมื่อพิจารณาสถานการณ์ของการเก็บภาษียาสูบ พบทั่วโลกมีเพียง 2 ประเทศเท่านั้นที่เก็บภาษียาสูบมากกว่าร้อยละ 75 ของราคาขายปลีก อีก 4 ใน 5 ของประเทศที่ร่ำรวย และ 1 ใน 4 ของประเทศที่มีรายได้น้อยและปานกลางเก็บภาษียาสูบระหว่างร้อยละ 51-75 ของราคาขายปลีก องค์การอนามัยโลกยืนยันว่า การขึ้นราคาขายสูบบรร้อยละ 70 สามารถป้องกันการตายจากโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ของประชากรทั่วโลกได้ถึง 1 ใน 4 การเพิ่มราคาขายสูบบรร้อยละ 10 สามารถลดการบริโภคยาสูบในประเทศที่มีรายได้สูงได้ถึงร้อยละ 4 และร้อยละ 8 ในประเทศที่มีรายได้น้อยและปานกลาง การเก็บภาษียาสูบที่สูง หมายถึง การที่รัฐจะมีรายได้มากขึ้น เพื่อการทำงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ รวมทั้งการควบคุมยาสูบ นอกจากนี้ การเก็บภาษียาสูบโดยตรงเพื่อจัดตั้งเป็นกองทุนสร้างเสริมสุขภาพและการควบคุมยาสูบ ก็เป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพที่มีการดำเนินการในหลายประเทศ เช่น ออสเตรเลีย และไทย เป็นต้น (กองงานคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ, 2565, น. 10) แต่ประเทศไทยยังมีประสิทธิภาพไม่เพียงพอต่อการดำเนินงาน เนื่องจากข้อกำหนดในการนำยาสูบเข้าประเทศไม่ชัดเจนทำให้นำไปบังคับใช้ค่อนข้างลำบาก ยังพบการลักลอบตามแนวพรมแดน จึงควรเพิ่มราคาขั้นต่ำของบุหรี่เพื่อลดการเข้าถึงยาสูบในเยาวชนและป้องกันการใช้จ่ายเงินตนเองทดแทนบุหรี่ซิการ์เรต และปรับปรุงกฎหมายที่เกี่ยวกับการจำกัดการนำเข้าผลิตภัณฑ์ยาสูบเพื่อลดจำนวนการถือข้ามพรมแดน (ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฎ์ และดวงกมล สิตบุตร, 2559)

สรุปได้ว่า ยุทธศาสตร์ MPOWER ที่ถูกพัฒนาขึ้นตามกรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลก ซึ่งเป็น 6 ยุทธศาสตร์หลักที่สำคัญและมีประสิทธิภาพมากที่สุด เพื่อให้ทุกประเทศนำไปสู่แนวปฏิบัติ เพื่อให้เกิดความสำเร็จของการดำเนินงานควบคุมยาสูบอย่างเป็นรูปธรรม และเป็นเครื่องมือชี้วัดความสำเร็จในการประเมินผลดำเนินงานควบคุมยาสูบสำหรับประเทศต่างๆ ซึ่งในการประเมินที่มีระดับคะแนนรวมของ MPOWER ที่สูงขึ้น จะทำให้ความชุกของการสูบบุหรี่ลดลง

การวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงนำกรอบยุทธศาสตร์ MPOWER มาประยุกต์ใช้ในการพัฒนา รูปแบบการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด ในการประเมินและติดตามกระบวนการดำเนินการเป็นระยะ ซึ่งจะช่วยให้ ได้ข้อค้นพบจากการประเมินในแต่ละมาตรการ เพื่อนำไปสู่การปรับปรุง พัฒนามาตรการควบคุม การบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยโดยรวมให้ประสบความสำเร็จ และช่วยส่งเสริมการดำเนินงานตาม นโยบายควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลกให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น แต่เนื่องจากยุทธศาสตร์การขึ้น ภาษี (R) เป็นอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบแห่งชาติ ซึ่งอยู่นอกเหนืออำนาจ หน้าที่ของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด ที่จะสามารถดำเนินการได้ ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงไม่ได้นำยุทธศาสตร์การขึ้นภาษี (R) มาเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย อย่างไรก็ตาม ยุทธศาสตร์ MPOWER มีความสอดคล้องและเหมาะสมที่สามารถนำมาประยุกต์เป็นกรอบใน การประเมินกระบวนการดำเนินการมาตรการในการควบคุมการบริโภคยาสูบของเยาวชนไทยของ คณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด เพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลสำคัญและเป็นประโยชน์ต่อ การพัฒนามาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น เพื่อลดความชุก ของการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทย

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ผู้วิจัยได้ทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องโดยแยกออกเป็น 4 ประเด็น คือ 1) งานวิจัยที่ใกล้เคียง กับปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อคะแนนการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของ คณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด 2) งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการประเมินการควบคุม การบริโภคยาสูบ และรูปแบบการประเมินต่างๆ 3) งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับทฤษฎีการบูรณาการ มาตรการเข้าสู่ระบบงานตามปกติ (Normalization process theory) และ 4) งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง กับ การประเมินด้วยกรอบยุทธศาสตร์ MPOWER ซึ่งการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องทั้ง 4 ประเด็น นี้ จะถูกนำไปพัฒนาและสร้างกรอบแนวคิดในการวิจัยต่อไป โดยมีรายละเอียดการทบทวน วรรณกรรม ดังนี้

1. งานวิจัยที่ใกล้เคียงกับปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อคะแนนการประเมินมาตรการควบคุม การบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด

ฐิติพร กันวิหค และคณะ (2561) ศึกษาแบบการดำเนินงานควบคุมยาสูบที่มี ประสิทธิภาพและคุณลักษณะ/ทักษะที่สำคัญของบุคลากรในการควบคุมการบริโภคยาสูบระดับจังหวัด พบว่า ปัจจุบันการดำเนินงานควบคุมการบริโภคยาสูบในระดับจังหวัด ยังขาดการกำหนดรูปแบบและ โครงสร้างการดำเนินงานที่ชัดเจน แล้วแต่บริบทพื้นที่ จากการศึกษาในจังหวัดที่มีอัตราการบริโภค ยาสูบลดลงและเพิ่มขึ้นแตกต่างกัน ร้อยละ 10 - 20 สุ่มเลือกตามเขตของสำนักงานป้องกันควบคุม

โรค อย่างละ 2 จังหวัด ที่มีอัตราเพิ่มและลดสูงสุด มีรูปแบบการดำเนินงานแตกต่างกันและมีการใช้มาตรการที่หลากหลาย องค์ประกอบสำคัญของรูปแบบการดำเนินงานควบคุมยาสูบที่มีประสิทธิผล คือ ต้องมีการกำหนดนโยบาย จัดทำแผนงาน มีผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน อีกทั้งผู้บริหารต้องให้ความสำคัญกำหนดเป็นยุทธศาสตร์ของจังหวัด การทำงานร่วมกันระหว่างภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐ เอกชน และภาคประชาสังคมเป็นแกนหลักในการดำเนินงาน โดยมีคณะกรรมการควบคุมยาสูบหรือบูรณาการคณะทำงานระดับอำเภอ กำหนดบทบาทหน้าที่อย่างชัดเจน โดยมีการติดตามและการประเมินผลเป็นระบบ รูปแบบการดำเนินงานภายใต้คณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงหรือเป็นผู้นำชี้แนะ แล้วผลักดันให้เครือข่ายคิด และดำเนินการร่วมกัน เน้นการสร้างความตระหนักด้านโทษพิษภัย การทำให้สถานที่สาธารณะปลอด บุหรี่ รองลงมาคือ ระบบเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมการบริโภคยาสูบ สำหรับคุณลักษณะ/ทักษะที่จำเป็นในการดำเนินงานควบคุมยาสูบ ต้องกำหนดคุณสมบัติบุคลากรให้ชัดเจน โดยจำเป็นจะต้องมีความรู้ ประสบการณ์ในการดำเนินงาน คุณลักษณะของบุคลากรที่ต้องมีคือ การสร้างความตระหนักด้านโทษพิษภัย การเฝ้าระวังป้องกัน แนะนำให้บริการเลิกบุหรี่ การวางแผนงานและแผนปฏิบัติการ และการตรวจ เตือน บังคับใช้กฎหมาย และทักษะที่จำเป็นในการดำเนินงาน ได้แก่ ทักษะการใช้ การสื่อสาร การแก้ไขปัญหา การส่งเสริมการมีส่วนร่วม การคิด วิเคราะห์ ความคิดเชิงบวก การประสานงาน การทำงานกับเครือข่าย การเอื้ออำนวยกระบวนการเรียนรู้ และทักษะการเป็นผู้นำ

นางเยาว์ ขิลวรรณ (2563) ศึกษา รูปแบบการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และสารเสพติด ภายใต้กลไกความร่วมมือของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในเขตสุขภาพที่ 11 พบว่า 1) ทฤษฎีเชิงระบบ ประกอบด้วย ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลลัพธ์ และ 2) การจัดการกลยุทธ์ คือ การวิเคราะห์กลยุทธ์ การวางแผนเชิงกลยุทธ์ การปฏิบัติตามกลยุทธ์ และการประเมินตามกลยุทธ์ โดยมีรายละเอียด ดังนี้ 1) มิติด้านปัจจัยนำเข้า ประกอบด้วย การบูรณาการร่วมกันระหว่างทรัพยากรบุคคล แหล่งของงบประมาณ รูปแบบการสื่อสาร ช่องทางการสื่อสาร และทุนทางสังคมของพื้นที่ 2) มิติด้านกระบวนการ มีการดำเนินงานร่วมกันทั้งในระดับตำบลและระดับอำเภอตามแนวทางการจัดการกลยุทธ์ ใน 4 ขั้นตอน คือ 2.1) การวิเคราะห์กลยุทธ์ เพื่อค้นหาปัญหาในพื้นที่ จัดลำดับความสำคัญ และเสนอแนวทางแก้ไขร่วมกัน 2.2) วางแผนเชิงกลยุทธ์ ด้วยวิธีชี้แจงบทบาทหน้าที่ และสนับสนุนการใช้ทรัพยากรร่วมกันในด้านกำหนดเป้าหมาย แผนการดำเนินงาน รายละเอียดของงบประมาณ และผู้รับผิดชอบ 2.3) การปฏิบัติตามกลยุทธ์ การประสานความร่วมมือ ด้วยการสร้างแรงจูงใจ และส่งต่อข้อมูลเพื่อให้เกิดการสนับสนุนและดำเนินงานร่วมกัน 2.4) การประเมินตามกลยุทธ์ เพื่อติดตาม ประเมินผล และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ไตรมาสละครั้งผ่านการสะท้อนผลการปฏิบัติงานและถอดบทเรียนร่วมกัน และ 3) มิติด้านผลลัพธ์ เกิดบุคคลต้นแบบ

พื้นที่ต้นแบบด้านสุขภาพ มีภาคีเครือข่าย มีอาสาสมัครและกลุ่มจิตอาสาร่วมดำเนินงาน รวมทั้งมีการพัฒนาแผนและโครงการที่ได้รับการจัดสรรงบประมาณทั้งหมดทุกกองทุน

ภุฉินันท์ โชติวรรณ, สุรศักดิ์ บุญเทียน, และวิชุดา ทิพย์วิเศษ (2565) ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมการบริโภคยาสูบและการแก้ไขปัญหายาเสพติด พบว่า ในการควบคุมการบริโภคยาสูบและการแก้ไขปัญหายาเสพติดนั้น 1) หน่วยงานภาครัฐและชุมชนมีบทบาทสำคัญโดยอาศัยทั้งมาตรการทางกฎหมายและมาตรการทางสังคมด้วยรูปแบบการป้องกัน ปรามปราม และบำบัดรักษา 2) ปัญหาที่พบ ได้แก่ ปัญหาด้านงบประมาณ กฎหมาย การให้ความร่วมมือ กระบวนการป้องกัน ปรามปรามและการแก้ไขปัญหายาเสพติด รวมถึงนโยบายจากส่วนกลาง 3) ความต้องการของชุมชน ได้แก่ ชุมชนต้องการให้มีการแก้ไขข้อกฎหมายและการบังคับใช้กฎหมายอย่างเข้มงวด การจัดการอบรมให้ความรู้ การสร้างพื้นที่สำหรับการทำกิจกรรมที่สร้างสรรค์ในชุมชน ต้องการให้หน่วยงานกลางทำหน้าที่เป็นผู้สานความร่วมมือและสร้างความเข้าใจ และความต้องการในด้านงบประมาณ และ 4) ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมทางสังคม สุขภาพของผู้สูบบุหรี่และผู้เสพ การให้ความสำคัญและจริงจังกับการแก้ไขปัญหายาของทุกภาคส่วน และการเข้าถึงยาสูบและยาเสพติดได้ง่ายขึ้นในปัจจุบัน

นันทพัทธ์ ธีระวัฒนานนท์ (2563) ศึกษาการประเมินผลการดำเนินงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา พบว่า ผู้บริหารให้ความสำคัญกับการติดตามประเมินผลการดำเนินงานสาธารณสุขอยู่ระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.91$, S.D. = 0.29) แสดงให้เห็นว่าผู้บริหารระดับอำเภอ (ผู้อำนวยการโรงพยาบาล สาธารณสุขอำเภอ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล) ได้ให้ความสำคัญกับการดำเนินการติดตามประเมินผลการดำเนินงานสาธารณสุขในเขตความรับผิดชอบของตนเอง

ศิริลักษณ์ คัมภีรานนท์, สุปรียา นุ่นเกลี้ยง, อีสัยส มะแก้ง, นูรริยะ ลำเตชะ, และธณาน สุวรรณรักษา (2563) ศึกษาการรับรู้และการตอบสนองบทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัดชายแดนใต้ต่อการควบคุมยาสูบแบบบูรณาการมติกฎหมายและมติสังคมในระดับพื้นที่ พบว่า ตัวแทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีทัศนคติเกี่ยวกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต่อการขับเคลื่อนมาตรการควบคุมยาสูบไปปฏิบัติ ภาพรวมอยู่ระดับปานกลาง ส่วนการพัฒนากระบวนการสร้างเครือข่ายความร่วมมือแตกต่างกันตามสภาพการณ์ มีลักษณะดำเนินการหลายระดับ มีกิจกรรมการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ สร้างสรรค์สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ เสริมสร้างการดำเนินการในชุมชนที่เข้มแข็งและปรับเปลี่ยนระบบบริการสุขภาพ ทั้งนี้ แนวทางการสร้างความร่วมมือ พบว่า มีปัจจัยเฉพาะตามกระบวนการของห่วงโซ่อุปทาน สถานการณ์ปัญหา ยาสูบพบในแหล่งที่คนมาพบปะวาระต่างๆ รูปแบบกิจกรรมการควบคุมยาสูบมีหลากหลาย การวางแผนกิจกรรมนำร่องเน้นชุมชนและสร้างสรรค์สิ่งแวดล้อม

อธิการ แสนสุวรรณศรี (2563) ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อผลสัมฤทธิ์การปฏิบัติราชการของโครงการชลประทานสกลนคร พบว่า ปัจจัยด้านแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของบุคลากร โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.50$) และปัจจัยด้านสมรรถนะการปฏิบัติงานของบุคลากร โดยภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.61$) ปัจจัยด้านแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน 3 ด้าน สามารถร่วมกันทำนายผลสัมฤทธิ์การปฏิบัติราชการของโครงการชลประทานสกลนคร ได้ร้อยละ 51.20 ($R^{2Ad} = 0.512$) โดยด้านการเจริญเติบโต ส่งผลต่อผลสัมฤทธิ์การปฏิบัติราชการของโครงการชลประทานสกลนคร มากที่สุด ($\beta = 0.400$) รองลงมาคือ ด้านการยอมรับนับถือ ($\beta = 0.384$) และด้านความสำเร็จในงาน ($\beta = 0.134$) ส่วนด้านลักษณะของงาน ด้านความก้าวหน้าในการทำงาน และด้านความรับผิดชอบ ไม่มีอิทธิพลต่อผลสัมฤทธิ์การปฏิบัติราชการของโครงการชลประทานสกลนคร สำหรับปัจจัยด้านสมรรถนะการปฏิบัติงานของบุคลากร ทั้ง 3 ปัจจัย สามารถร่วมกันทำนายผลสัมฤทธิ์การปฏิบัติราชการของโครงการชลประทานสกลนคร ได้ร้อยละ 14.10 ($R^{2Ad} = 0.141$) โดยด้านสมรรถนะหลัก ส่งผลต่อผลสัมฤทธิ์การปฏิบัติราชการของโครงการชลประทานสกลนคร มากที่สุด ($\beta = 0.224$) รองลงมาคือ ด้านสมรรถนะตามตำแหน่งงาน ($\beta = 0.151$) และสมรรถนะในด้านการจัดการ ($\beta = 0.158$)

ธีรวิทย์ แพบัว (2564) ศึกษาทักษะการสื่อสารของผู้บริหารสถานศึกษาที่ส่งผลต่อแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของครู โรงเรียนมาตรฐานสากล สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา เขต 3 จังหวัดพระนครศรีอยุธยา พบว่า 1) ทักษะการสื่อสารของผู้บริหารสถานศึกษาอยู่ในระดับมาก 2) แรงจูงใจในการปฏิบัติงานของครูในภาพรวมอยู่ในระดับมาก และ 3) ทักษะการสื่อสารของผู้บริหารสถานศึกษา 4 ด้าน ได้แก่ การพูด การเขียน ท่าทาง และสื่อ/เทคโนโลยี มีอิทธิพลต่อแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของครูอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ศุภญา วงศ์วรสันต์ (2563) ศึกษาแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของบุคลากรส่วนกลางกรมการท่องเที่ยว พบว่า บุคลากรส่วนกลางกรมการท่องเที่ยว มีแรงจูงใจในการปฏิบัติงานโดยรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า มีความคิดเห็นอยู่ในระดับมาก จำนวน 8 ด้าน คือ ด้านลักษณะงาน ด้านการยอมรับนับถือ ด้านความก้าวหน้า ด้านนโยบายและการบริหาร ด้านความสัมพันธ์กับผู้บังคับบัญชา ด้านความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงาน ด้านสภาพการทำงานและความมั่นคง และด้านเงินเดือน/ค่าตอบแทน และมีความคิดเห็นอยู่ในระดับมากที่สุด 2 ด้าน คือ ด้านความสำเร็จในหน้าที่ และด้านความรับผิดชอบ จากการทดสอบสมมติฐาน พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ และระยะเวลาในการปฏิบัติงาน ไม่ส่งผลต่อแรงจูงใจในการปฏิบัติงานไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

นิตี จิตวัฒนาธรรม และสมชาย เล็กเจริญ (2560) ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อคะแนนการประเมินคุณภาพในระดับหน่วยงานสนับสนุนการศึกษา มหาวิทยาลัยรังสิต โดยการนำการพยากรณ์แบบการถดถอยพหุคูณมาใช้ในการทดลองผล พบว่า มีปัจจัย 5 องค์ประกอบเป็นตัวบ่งชี้ และเกณฑ์การประเมิน ปรากฏว่า องค์ประกอบที่ 3 การบริหารและการจัดการ มีความสำคัญที่สุด ตามด้วยองค์ประกอบที่ 2 ภาระงานหลัก องค์ประกอบที่ 4 การเงินและงบประมาณ และองค์ประกอบที่ 5 ระบบกลไกการประกันคุณภาพ ตามลำดับ ในส่วนขององค์ประกอบที่ 1 เกี่ยวกับปรัชญา วัฒนธรรม วัตถุประสงค์และแผนการดำเนินงาน

นุภาพร ศรีฤทธิ์ (2565) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินงานประกันคุณภาพภายในโรงเรียนเอกชนในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า 1) สภาพการดำเนินการประกันคุณภาพภายในโรงเรียนเอกชนในเขตกรุงเทพมหานคร โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด 2) ระดับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินงานประกันคุณภาพภายใน โดยรวมอยู่ในระดับมาก 3) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินการประกันคุณภาพภายในโรงเรียนเอกชนในเขตกรุงเทพมหานคร ด้านการกำหนดเป้าหมาย และด้านทรัพยากรทางการศึกษา สามารถพยากรณ์การดำเนินการประกันคุณภาพภายในโรงเรียนเอกชนในเขตกรุงเทพมหานครได้ โดยมีอำนาจพยากรณ์ร้อยละ 66.00 ซึ่งการกำหนดเป้าหมายเป็นแนวทางในการเขียนแผนพัฒนาคุณภาพและแผนปฏิบัติการ

ณัชชา พัฒนะนุกิจ, ภัสวดี นิตเกษตรสุนทร, และวิทยาธร ท่อแก้ว (2561) ศึกษาการดำเนินงานรณรงค์ไม่สูบบุหรี่ในกลุ่มเยาวชนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พบว่า 1) ผู้บริหารของท้องถิ่นมีบทบาทสำคัญต่อการกำหนดนโยบาย มาตรการที่สอดคล้องกับพ.ร.บ.เกี่ยวกับการควบคุมยาสูบของท้องถิ่น การจัดการด้านบุคลากร เพื่อดำเนินงานรณรงค์ไม่สูบบุหรี่ของกลุ่มเยาวชนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยมีจำนวนเจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบล/เทศบาล ในท้องถิ่นที่ดูแลเรื่องการรณรงค์ไม่สูบบุหรี่ของกลุ่มเยาวชน เพียงพอต่อการดำเนินงาน แต่พบปัญหาด้านงบประมาณในการดำเนินงานไม่เพียงพอ และขาดการสนับสนุนด้านสื่อประชาสัมพันธ์จากหน่วยงานเครือข่ายในท้องถิ่น 2) การบริหารจัดการที่เกิดผลสัมฤทธิ์ คือ การทำงานร่วมกับเครือข่ายชุมชน กำหนดหน้าที่ไม่ให้ซ้ำซ้อน ใช้ทรัพยากรสื่อประชาสัมพันธ์ร่วมกันเพื่อการลดต้นทุนการผลิตสื่อในท้องถิ่น 3) การสื่อสารชุมชน เครือข่ายชุมชนเป็นกำลังสำคัญในการทำงานร่วมกัน โดยใช้ภาพและเนื้อหาสื่อสารในเชิงบวกด้วยข้อมูลที่น่าเชื่อถือและเชิงลบเพื่อให้เห็นความน่ากลัวของบุหรี่ โดยใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์สื่อสารกับคนกลุ่มใหญ่ ใช้สื่อสิ่งพิมพ์สื่อสารด้านข้อมูลที่มีรายละเอียดมาก ใช้สื่อบุคคลเพื่อเล่าประสบการณ์จริง ใช้สื่อกิจกรรมเพื่อสร้างกระแสความร่วมมือกับประชาชนในท้องถิ่น 4) ปัญหาการดำเนินงานการรณรงค์ คือไม่สามารถสื่อสารนโยบายและมาตรการให้เข้าถึงเยาวชนในท้องถิ่นได้ ทิศทางการบริหารจัดการงานรณรงค์ ไม่ชัดเจน เจ้าหน้าที่ของรัฐขาดประสบการณ์ด้านการรณรงค์ปัญหาทางสังคม 5) แนวทางการดำเนินงานรณรงค์ไม่สูบบุหรี่ใน

กลุ่มเยาวชน คือ นโยบาย มาตรการ การสื่อสารชุมชนควรสอดคล้องกับกฎหมายการควบคุมยาสูบ เพื่อเป็นทิศทางเดียวทั้งประเทศ ภาครัฐควรเข้มงวดติดตามการบังคับใช้กฎหมาย ควรให้ความสำคัญในการเก็บข้อมูล

ภัทรรัช เทศถนอม (2563) ศึกษาวิเคราะห์การละเมิดกฎหมายด้านการโฆษณาและการส่งเสริมการขาย ตามกฎหมายควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ ผ่านสื่อออนไลน์ พบว่า เพจหรือร้านค้าออนไลน์ส่วนใหญ่จำหน่ายผลิตภัณฑ์ยาสูบประเภทบุหรี่หรืออิเล็กทรอนิกส์และบาราเก้อิเล็กทรอนิกส์มากที่สุด 91 ร้านค้า และมีการใช้กลยุทธ์ด้านของผลิตภัณฑ์ (Product) มากที่สุด ร้อยละ 100 ซึ่งพบการกระทำผิดที่เป็นการละเมิดกฎหมายด้านการโฆษณาและการส่งเสริมการขาย ตามกฎหมายควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ โดยพบการโฆษณาและส่งเสริมการขายที่ขัดต่อพระราชบัญญัติฯ ทุกร้านค้า มีการใช้กลยุทธ์ด้านราคา (Price) ดึงดูดความสนใจของผู้บริโภคด้วยการลดราคาสินค้า มีการจำหน่ายผลิตภัณฑ์ยาสูบที่ไม่มีภาพคำเตือนเกี่ยวกับพิษภัยบนหีบห่อ และยังพบว่าผลิตภัณฑ์ยาสูบที่นำเข้ามาจำหน่ายมีการแสดงคำหรือข้อความ ที่อาจก่อให้เกิดความเข้าใจผิดหรือจงใจให้เกิดการบริโภค และมีการจำหน่ายบุหรี่ยี่ห้อที่มีจำนวนไม่ถึง 20 มวนต่อซอง อีกทั้งยังมีการจำหน่ายผลิตภัณฑ์ยาสูบประเภทบุหรี่อิเล็กทรอนิกส์และบาราเก้อิเล็กทรอนิกส์ รวมไปถึงอุปกรณ์ และน้ำยาซึ่งเป็นสินค้าต้องห้ามนำเข้ามาในราชอาณาจักรอีกด้วย

2. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการประเมินการควบคุมการบริโภคยาสูบ และรูปแบบการประเมินต่างๆ

จุริย์ อูสาหะ และคณะ (2559) ศึกษาการประเมินผลแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ. 2555-2557 เป็นการประเมินผลสรุปรวม (Summative evaluation) หลังเสร็จสิ้นแผนยุทธศาสตร์ พบว่า ในการแก้ปัญหาการสูบบุหรี่ของเยาวชนให้มีประสิทธิภาพและยั่งยืนนั้น ต้องมีการดำเนินการในหลายระดับ ตั้งแต่ระดับนโยบาย องค์กร ชุมชน ครอบครัว และบุคคล เนื่องจาก การสูบบุหรี่เป็นพฤติกรรมที่มีความซับซ้อน อีกทั้งบุหรี่เป็นสารเสพติดที่ยากต่อการเลิก จึงควรมุ่งเน้นช่วยให้ผู้สูบบุหรี่เข้าถึงบริการช่วยเหลือบุหรี่ โดยให้อยู่ในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าในสถานพยาบาลทุกระดับ สนับสนุนผลักดันยาช่วยเลิกบุหรี่ให้อยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติ รวมถึงความเชื่อมโยงของปัจจัยต่างๆ ที่เป็นตัวกำหนดพฤติกรรมไม่สามารถใช้วิธีการเพียงวิธีการเดียวในการแก้ปัญหาได้ จึงควรผลักดันให้นโยบายการควบคุมยาสูบเป็นวาระของจังหวัดและท้องถิ่น สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ ควรสื่อสารถ่ายทอดขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์ไปสู่การปฏิบัติครอบคลุมทุกพื้นที่ให้ชัดเจน มีการติดตามประเมินผลอย่างเป็นระบบ และนำเสนอผลความคืบหน้าในการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ของภาคีเครือข่ายให้สาธารณชนรับทราบเป็นระยะๆ

กชรดา ศิริผล และกรรณิกา สุวรรณ (2563) ศึกษาการประเมินมาตรฐานการศึกษา ปลดบุดรึในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 11 ปี พ.ศ. 2561 โดยใช้แบบประเมินมาตรฐานการศึกษา ปลดบุดรึทั้ง 7 มาตรการ พบว่า มาตรฐานศึกษาผ่านเกณฑ์มาตรการที่ 1-4 ทั้ง 7 แห่ง แต่ในมาตรการที่ 5 ผ่านเกณฑ์ 4 แห่ง มาตรการที่ 6 ผ่านเกณฑ์ 3 แห่ง มาตรการที่ 7 ผ่านเกณฑ์ 4 แห่ง สรุปได้ว่า มาตรฐานศึกษาไม่สามารถดำเนินการได้สำเร็จในมาตรการที่ 5, 6 และ 7 ซึ่งเป็นมาตรการที่ต้องอาศัยความร่วมมือจากภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องของนอกสถานศึกษา ดังนั้นเพื่อให้การดำเนินงานเกิดความความสำเร็จมาตรการที่ 5 ต้องให้เด็กนักเรียนมีส่วนร่วมในกิจกรรมการต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกั บสถานศึกษาปลดบุดรึ มาตรการที่ 6 และมาตรการที่ 7 ทุกภาคส่วนจะต้องให้ความร่วมมือใน การดำเนินกิจกรรมกั บสถานศึกษา โดยกระบวนการทำงานแบบทีมเครือข่าย สร้างความร่วมมือทั้ง ภาครัฐและภาคเอกชน ตลอดจนชุมชน

ชวนนท์ จันทร์สุข, สมคิด พรหมจัญ, สุพัคตร์ พิบูลย์, และเยาวดี สุวรรณาคะ (2560) ศึกษาการพัฒนาารูปแบบประเมินสมรรถนะด้านการดูแลอย่างเอื้ออาทรของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาล สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก ดำเนินการวิจัยแบ่งเป็น 3 ระยะ พบว่า รูปแบบ ประเมินสมรรถนะด้านการดูแลอย่างเอื้ออาทรสำหรับนักศึกษาพยาบาล ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) เป้าหมายของการประเมิน 2) สิ่งที่มีประเมินและเกณฑ์การประเมิน 3) วิธีการประเมิน 4) การให้ข้อมูลย้อนกลับ และระยะ 3 ผลการประเมินคุณภาพรูปแบบประเมิน สมรรถนะด้านการดูแลอย่างเอื้ออาทรของนักศึกษาพยาบาล โดยภาพรวมมีความเหมาะสมระดับ มากที่สุด

มารุต พัฒนาผล (2561) ศึกษาการพัฒนาารูปแบบการประเมินเพื่อพัฒนาการเรียนรู้ของ ผู้เรียนระดับบัณฑิตศึกษา พบว่า รูปแบบการประเมินเพื่อพัฒนาการเรียนรู้ของผู้เรียนระดับ บัณฑิตศึกษาที่พัฒนาขึ้น มุ่งเน้นการพัฒนาคุณภาพของผู้เรียนระดับบัณฑิตศึกษาตามมาตรฐานผล การเรียนรู้ระดับคุณวุฒิปริญญาโทและปริญญาเอก ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) กำหนดผลลัพธ์ การเรียนรู้ 2) วิเคราะห์ระดับความสามารถผู้เรียน 3) กำหนดวิธีการประเมิน ผู้ประเมิน และ แหล่งข้อมูล 4) สร้างเครื่องมือและเกณฑ์การประเมิน 5) ประเมินและให้ข้อมูลย้อนกลับ และรูปแบบ การประเมินเพื่อพัฒนาการเรียนรู้ของผู้เรียนระดับบัณฑิตศึกษาความถูกต้อง (Accuracy) และด้าน ความเป็นประโยชน์ (Utility) อยู่ในระดับมากที่สุด โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.68 จากคะแนนเต็ม 5 คะแนน

ธีรภัทร กุโลภาส และอุษณิ ลลิตพสาน (2563) ศึกษาผลของวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลที่มี ต่อความคิดเห็นเกี่ยวกับผู้บริหารสถานศึกษา ครู และโรงเรียนตามการรับรู้ของครู: การเปรียบเทียบ วิธีระหว่างแบบสอบถามกระดาษและแบบสอบถามออนไลน์ พบว่า การเก็บรวบรวมข้อมูลความ คิดเห็นเกี่ยวกับผู้บริหารสถานศึกษา ตามการรับรู้ของครูด้วยแบบสอบถามกระดาษ จะให้ค่าเฉลี่ยของ

ภาวะผู้นำของผู้บริหารสถานศึกษา สูงกว่าการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามออนไลน์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 มีขนาดอิทธิพลอยู่ในระดับน้อย ในขณะที่การเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการมองโลกเชิงบวกทางวิชาการ และโครงสร้างโรงเรียนแบบเสริมอำนาจของโรงเรียนไม่มีความแตกต่างกัน

Michibayashi, Omote, Nakamura, Okamoto, & Nakada (2020) ศึกษา รูปแบบ สมรรถนะสำหรับพยาบาลสาธารณสุขที่ทำงานด้านการควบคุมยาสูบในหน่วยงานปกครองส่วนท้องถิ่นในญี่ปุ่น พบว่า ความสามารถของพยาบาลสาธารณสุขขับเคลื่อนด้วย “แรงจูงใจ” 3 ประการ ได้แก่ ริเริ่มที่จะเปลี่ยนแปลงการควบคุมยาสูบอย่างเข้มแข็ง มุ่งมั่นจะจัดอุปสรรคในการควบคุมยาสูบ และขับเคลื่อนเพื่อบรรลุการควบคุมยาสูบอย่างเข้มแข็ง ยังแสดงถึง “ทัศนคติ” 3 ประการ ได้แก่ มุ่งเน้นความร่วมมือ กระตือรือร้นในการกำหนดเป้าหมาย และมุ่งมั่นพัฒนาความเชี่ยวชาญและบทบาท ซึ่งเป็นรากฐานของ “ทักษะ” 8 ประการ คือ สนับสนุนเพื่อสร้างความตระหนักถึงความจำเป็นในการควบคุมยาสูบ ให้การควบคุมยาสูบเป็นปัญหาด้านนโยบายตามสถานการณ์ระดับภูมิภาค และสังคม การสร้างระบบองค์กรเพื่อควบคุมยาสูบ ดำเนินกิจกรรมที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับท้องถิ่น การประเมินและปรับปรุงคุณภาพของมาตรการควบคุมยาสูบ พัฒนาและกำหนดมาตรการชุมชนเพื่อชุมชนปลอดยาสูบ ขยายกิจกรรมโดยร่วมมือกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอย่างมีกลยุทธ์ และการประสานงานและการเจรจาเพื่อหลีกเลี่ยงความขัดแย้ง ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะสามารถใช้เป็นตัวชี้วัดความสามารถของพยาบาลสาธารณสุขที่ทำงานด้านการควบคุมยาสูบในท้องถิ่นได้

3. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับทฤษฎีการบูรณาการมาตรการเข้าสู่ระบบงานตามปกติ (Normalization process theory)

May et al. (2018) ศึกษาการใช้ทฤษฎีการบูรณาการมาตรการเข้าสู่ระบบงานตามปกติ (Normalization process theory) ในการศึกษาความเป็นไปได้และการประเมินกระบวนการของกิจกรรมด้านสุขภาพที่ซับซ้อน เป็นการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ พบว่า ทฤษฎีการบูรณาการมาตรการเข้าสู่ระบบงานตามปกติ (Normalization process theory) จะให้แนวคิดแก่นักวิจัยและผู้ปฏิบัติงาน ในการศึกษากระบวนการนำไปใช้ โดยระบุลักษณะและอธิบายกลไกที่สามารถระบุได้เชิงประจักษ์ กำหนดรูปแบบกระบวนการนำไปใช้ ช่วยในการอธิบายความสำเร็จหรือความล้มเหลวของโครงการดำเนินการเฉพาะอย่างมีประสิทธิภาพ และพบประโยชน์การนำไปใช้ในกิจกรรมที่หลากหลายอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อช่วยในการพัฒนากิจกรรมและการวางแผนการดำเนินการตลอดจนการประเมินและทำความเข้าใจกระบวนการดำเนินการด้วยตนเอง โดยเฉพาะอย่างยิ่งชุดเครื่องมือเชิงแนวคิดที่มีคุณค่าเพื่อช่วยให้เข้าใจการนำไปใช้เป็นกระบวนการแบบพลวัต

Gillespie et al. (2018) ศึกษาการใช้ทฤษฎีการบูรณาการมาตรการเข้าสู่ระบบงานตามปกติ (Normalization process theory) ในการประเมินการดำเนินกิจกรรมที่ซับซ้อนเพื่อตรวจสอบ

ความปลอดภัยในการผ่าตัด ทีมศัลยแพทย์ดำเนินการสำรวจผลกระทบการดำเนินการของ Pass The Baton โดยใช้ Normalization Measure Development (NoMAD) โดยใช้กรอบโครงสร้างของทฤษฎีการบูรณาการมาตรฐานการเข้าสู่ระบบงานตามปกติ ทั้ง 4 รูปแบบ ได้แก่ การเชื่อมโยงกัน การมีส่วนร่วม การกระทำร่วมกัน และการติดตามแบบสะท้อนกลับ พบว่า อัตราการตอบแบบสำรวจของ NoMAD คือ 59/150 (ร้อยละ 39.3) ผู้ตอบแบบสำรวจเห็นคุณค่าของ Pass The Baton 45/59 (ร้อยละ 77.6) ในขณะที่จะยังคงใช้งานต่อไป 50/59 (ร้อยละ 86.2) เชื่อว่า Pass The Baton สามารถรวมเข้ากับการดำเนินงานที่มีอยู่ได้ง่าย 45/59 (ร้อยละ 77.6) และคิดว่าคำติชมสามารถปรับปรุง Pass The Baton ได้ในอนาคต 48/59 (ร้อยละ 82.8) ในการสัมภาษณ์ทีมแพทย์ศัลยกรรมและพยาบาลทำให้เกิดมุมมองหลากหลายที่มีการเชื่อมโยงกัน ดังนั้น ทำให้รับรู้ถึงประโยชน์และคุณค่าของการใช้ Pass The Baton จากการตรวจสอบการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง การแก้ปัญหา และการสร้างความร่วมมือที่ปรับปรุงการสื่อสารของทีมผ่าตัดอาจช่วยให้ประชาชนกลับมาปกติหลังจากการผ่าตัดได้

Jones et al. (2019) ศึกษาสิ่งสนับสนุนและอุปสรรคต่อการดำเนินการตามชุดกิจกรรมเพื่อลดการสูญบู่หรือในการตั้งครุฑ เป็นการประเมินกระบวนการเพื่อเสริมการศึกษาประสิทธิผล โดยนำทฤษฎีการบูรณาการมาตรฐานการเข้าสู่ระบบงานตามปกติ (Normalization process theory) มากำหนดกรอบการวิเคราะห์ทั้ง 4 แนวคิด ในการทำความเข้าใจกระบวนการสร้างแนวทางปฏิบัติใหม่ๆ พบว่า ชุดกิจกรรมนี้ เป็นที่ยอมรับของเจ้าหน้าที่ในองค์กรต่างๆ พอใจกับวิธีการติดต่อสตรีมีครรภ์ที่สูญบู่ โดยไม่ทำลายความสัมพันธ์ มีการคาดการณ์การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของสตรีแต่ละคน ซึ่งส่วนใหญ่จะได้รับการปรับปรุงและสร้างมาตรฐานระบบการดูแลสุขภาพที่จำเป็นตามแนวทางปฏิบัติที่ดีที่สุด

Gask, Coupe, & Green (2019) ศึกษาการประเมินการดำเนินการฝึกอบรม Cascade เพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายในสกอตแลนด์ เพื่ออธิบายลักษณะงานตามแนวคิดของทฤษฎีการบูรณาการมาตรฐานการเข้าสู่ระบบงานตามปกติ (Normalization process theory) ใช้กิจกรรม “Train-the trainers” แล้วนำไปปฏิบัติภายในองค์กร พบว่า สิ่งสำคัญในกระบวนการฝึกอบรมเพื่อดำเนินการป้องกันการฆ่าตัวตายภายในองค์กร คือ การสร้างความเชื่อมโยงกันของกิจกรรมในทุกระดับ เพื่อป้องกันการห่างเหินของการฝึกอบรม การทำงานร่วมกันทั้งภายในกลุ่มและระหว่างกลุ่ม ผู้นำ ผู้สนับสนุน และผู้เข้าร่วมอบรม มีส่วนร่วมในบทบาทของตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ มีความมั่นใจในการฝึกอบรม ได้รับการสนับสนุน การกำกับดูแล และมีทักษะการเป็นผู้นำ พบว่า การดำเนินการที่ประสบความสำเร็จจำเป็นต้องมีการทำงานร่วมกันระหว่างและภายในกลุ่มในทุกระดับขององค์กร ตั้งแต่ผู้ปฏิบัติไปจนถึงระดับนโยบาย และการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการบูรณาการมาตรฐานการเข้าสู่

ระบบงานตามปกติ เพื่อระบุดูจุดมุ่งหมายและเป้าหมายของงานจำเป็นที่จะดำเนินการระหว่างกลุ่มผู้ดำเนินการต่างๆ จะช่วยเป็นแนวการปฏิบัติงานแบบใหม่ในทุกระดับ

4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการประเมินด้วยกรอบยุทธศาสตร์ MPOWER

มัลลิกา มาตระกุล และคณะ (2561) ศึกษาการดำเนินงานตามนโยบายมหาวิทยาลัยปลอดภัย ในมหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง โดยบูรณาการ 6 ยุทธศาสตร์หลัก “MPOWER” ขององค์การอนามัยโลก ได้แก่ การติดตามการดำเนินงานตามนโยบายมหาวิทยาลัยปลอดภัย (Monitor) การปกป้องประชาชนจากควันบุหรี่ (Protect) การให้ความช่วยเหลือในการเลิกยาสูบ (Offer) การเตือนให้ตระหนักถึงพิษภัยของยาสูบ (Warn) การบังคับใช้แนวปฏิบัติมหาวิทยาลัยปลอดภัย (Enforce) และการเพิ่มบทลงโทษแก่ผู้ที่สูบบุหรี่ (Raise) ผลการศึกษา พบว่า การดำเนินงานตามนโยบายมหาวิทยาลัยปลอดภัย ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2552 ถึงปัจจุบัน ผลลัพธ์อยู่ในระดับดี ดังนี้ 1) ด้านโครงสร้าง มีประกาศมหาวิทยาลัยเป็นเขตปลอดบุหรี่ร้อยละ 100 มีการแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานที่ชัดเจน 2) ด้านกระบวนการ มีจุดเด่นในการช่วยเลิกบุหรี่โดยใช้วิธีการสร้างแรงจูงใจ และ 3) ด้านผลสัมฤทธิ์ ผู้ที่มีพฤติกรรมสูบบุหรี่มีความพึงพอใจในการช่วยเลิกบุหรี่ของกลุ่มแกนนำนักศึกษา

Minh et al. (2016) ศึกษา นโยบายควบคุมยาสูบในเวียดนาม: ทบทวนความก้าวหน้าและความท้าทายในการดำเนินการของ MPOWER โดยทำการสำรวจการใช้ยาสูบสำหรับผู้ใหญ่ทั่วโลก 2 รอบ และการสำรวจการใช้ยาสูบในเยาวชนทั่วโลก 3 รอบ พบว่า เวียดนามได้บังคับใช้กฎหมายเพื่อปกป้องผู้คนจากควันบุหรี่ โดยห้ามสูบบุหรี่ในสถานที่ทำงานและสถานที่สาธารณะตั้งแต่ปี พ.ศ. 2556 ห้ามการโฆษณา ยาสูบ การส่งเสริมการขาย และการรับอุปถัมภ์จากองค์กรผู้ผลิตยาสูบ มีภาพคำเตือนด้านสุขภาพบนบรรจุภัณฑ์บุหรี่ เพื่อเตือนเกี่ยวกับอันตรายของยาสูบ ซึ่งได้นำมาใช้อย่างมีประสิทธิภาพ สำหรับภาชนะบุหรี่ คิดเป็นร้อยละ 70 ของราคาโรงงาน ซึ่งน้อยกว่าร้อยละ 45 ของราคาขายปลีก และต่ำกว่าคำแนะนำขององค์การอนามัยโลกมาก และเวียดนามเป็นหนึ่งในไม่กี่ประเทศที่กำหนดให้ผู้ผลิตและผู้นำเข้าต้อง "สนับสนุนภาคบังคับ" ในอัตราร้อยละ 1-2 ของราคาบุหรี่โรงงานที่ขายในเวียดนามเพื่อจัดตั้งกองทุนควบคุมยาสูบ ที่กำลังดำเนินการได้ดีในปี พ.ศ. 2558 รัฐบาลเวียดนามได้พยายามในการควบคุมยาสูบอย่างต่อเนื่อง แม้ว่าจะได้รับความสำเร็จที่โดดเด่นหลายอย่าง แต่ความท้าทายยังคงมีอยู่มากมาย จึงจำเป็นต้องมีกลยุทธ์การดำเนินการที่คำนึงถึงปัจจัยด้านบริบทและปัจจัยทางสังคมของการใช้ยาสูบในเวียดนาม

Levy, Yuan, Luo, & Mays (2018) ศึกษาเจ็ดปีของความก้าวหน้าในการควบคุมยาสูบ: การประเมินผลกระทบของประเทศต่างๆ ที่เป็นไปตามมาตรการ MPOWER ระดับสูงสุดระหว่างปี พ.ศ. 2550-2557 พบว่า 88 ประเทศที่ใช้นโยบาย MPOWER โดยรวมระดับสูงสุดอย่างน้อยหนึ่งนโยบาย ส่งผลให้การเสียชีวิตจากการสูบบุหรี่ที่คาดการณ์ลดลงเกือบ 22 ล้านคน ซึ่งเกิดจาก

ภาชีบุหรีที่เพิ่มขึ้น (7.0 ล้านคน) ตามด้วยกฎหมายว่าด้วยการห้ามสูบบุหรี่อย่างครอบคลุม (5.4 ล้านคน) คำเตือนด้านสุขภาพเชิงกราฟิกขนาดใหญ่ (4.1 ล้านคน) การห้ามทางการตลาดอย่างครอบคลุม (3.8 ล้านคน) และการยุติการแทรกแซงอย่างครอบคลุม (1.5 ล้านคน) แสดงให้เห็นถึงผลกระทบอย่างมหาศาลต่อนโยบายการควบคุมยาสูบทั่วโลก จึงเน้นย้ำถึงความสำคัญของมาตรการ MPOWER ระดับสูงสุดในประเทศต่างๆ ที่นำมาใช้เพื่อลดภาระการใช้จ่ายยาสูบทั่วโลก โดยเฉพาะอย่างยิ่งประเทศที่มีประชากรหนาแน่นและมีความชุกของการสูบบุหรี่สูง

Abdrakhmanova & Keruyenova (2019) ศึกษาสถานะปัจจุบันของนโยบาย MPOWER ในสาธารณรัฐคาซัคสถาน: ข้อมูลจากการสำรวจการใช้จ่ายยาสูบในผู้ใหญ่ทั่วโลก ปี 2014 ซึ่งมีตัวชี้วัดที่สอดคล้องกับการดำเนินการตามมาตรการควบคุมยาสูบ 6 กลุ่ม คือ 1) การใช้จ่ายยาสูบในปัจจุบันโดยรวมและจำแนกเพศ การสูบบุหรี่ในปัจจุบัน การใช้จ่ายยาสูบไร่ควันในปัจจุบัน 2) การสัมผัสกับควันบุหรีในสถานที่ทำงาน และที่สาธารณะ ในช่วง 30 วันที่ผ่านมา 3) ความพยายามที่จะเลิกสูบบุหรี ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลสุขภาพแนะนำให้เลิกสูบบุหรีในระหว่างการปรึกษาทางการแพทย์ ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ความสนใจในการเลิกบุหรี 4) ความตระหนักเกี่ยวกับอันตรายของยาสูบที่สังเกตเห็นข้อมูลการสูบบุหรี สังเกตเห็นฉลากคำเตือนด้านสุขภาพบนบรรจุภัณฑ์บุหรี ความคิดที่จะเลิกบุหรีเนื่องจากฉลากคำเตือนบนบรรจุภัณฑ์บุหรี ความเชื่อเกี่ยวกับอันตรายจากการสูบบุหรีและการสัมผัสกับควันบุหรีมือสอง 5) สังเกตเห็นการตลาดบุหรีในช่วง 30 วันที่ผ่านมาในสถานที่ต่างๆ และ 6) ตัวชี้วัดทางเศรษฐกิจที่แสดงความสามารถในการจ่ายบุหรี จำนวนเงินเฉลี่ยที่ใช้กับบุหรีที่ผลิตขึ้น 20 มวน ค่าบุหรีเฉลี่ยต่อเดือน ต้นทุนบุหรีที่ผลิตได้ 2,000 มวน คิดเป็นร้อยละของผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศต่อหัว ผลการวิจัยพบว่า มีผู้สูบบุหรีร้อยละ 22.2 ได้รับความับุหรีมือสองขณะทำงาน ร้อยละ 19.0 1 ใน 3 ของผู้สูบบุหรีพยายามเลิกบุหรีในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ผู้ที่ไม่สูบบุหรีเชื่อว่าการหายใจรับควันบุหรีจากคนอื่นทำให้เกิดการเจ็บป่วยร้ายแรง มีเพียงร้อยละ 74.0 ผู้สูบบุหรีสังเกตเห็นภาพคำเตือนเกี่ยวกับสุขภาพบนบรรจุภัณฑ์ ร้อยละ 97.6 ผู้สูบบุหรีมีความคิดที่จะเลิกสูบบุหรี จากการเห็นภาพคำเตือน ร้อยละ 58.0 สังเกตเห็นโฆษณาบุหรี การสนับสนุนหรือส่งเสริมการขาย ร้อยละ 25.7 และสังเกตเห็นการตลาดบุหรีในร้านค้าที่ขายบุหรี ร้อยละ 14.0 รวมทั้งบุหรีมีราคาไม่แพงมากสำหรับประชาชน

Saxena et al. (2020) ศึกษาการประเมินนโยบายการควบคุมยาสูบในอินเดีย: การประเมินโดยใช้กรอบ MPOWER ขององค์การอนามัยโลก เพื่อทำความเข้าใจประสิทธิภาพของนโยบายควบคุมยาสูบในอินเดีย ระหว่างปี พ.ศ. 2556-2562 ตามมาตรการของ MPOWER โดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิจากองค์การอนามัยโลกเกี่ยวกับการระบาดของยาสูบทั่วโลกประจำปี พ.ศ. 2556, 2558, 2560 และ 2562 และการตรวจสอบตัวชี้วัดและระบบการให้คะแนนที่ใช้กันอย่างแพร่หลายในการประเมินนโยบายการควบคุมยาสูบดำเนินการโดยใช้มาตรการ MPOWER พบว่า จากคะแนน

รวม 37 คะแนน โดยจำแนกคะแนนในปี พ.ศ. 2556, 2558, 2560 และ 2562 คือ 24, 27, 28 และ 29 ตามลำดับ และคะแนนเฉลี่ยสำหรับเจ็ดปี คือ 27 สรุปได้ว่านโยบายการควบคุมยาสูบในอินเดียมีการพัฒนาโดยรวมประสบความสำเร็จ จึงจำเป็นต้องให้ความสนใจในการบังคับใช้นโยบาย การประเมิน และติดตามนโยบายเป็นระยะ โดยทำควบคู่ไปกับการจัดหาทรัพยากรทางการเงินและทรัพยากรบุคคลอย่างเพียงพอ และนำมาตรการ MPOWER นี้ให้เป็นส่วนหนึ่งของแผนระดับชาติในอินเดียอย่างครอบคลุม

Heydari (2020) ศึกษาการวิเคราะห์แนวโน้มการดำเนินการของกรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลกในภูมิภาคเมดิเตอร์เรเนียนตะวันออก ทั้ง 22 ประเทศสมาชิก โดยทำการประเมินความชุกของการสูบบุหรี่ และองค์ประกอบของ MPOWER พบว่า คะแนนรวมสำหรับภูมิภาคนี้เพิ่มขึ้นจาก 416 ในปี พ.ศ. 2554 เป็น 509 ในปี พ.ศ. 2562 โดยพบ 6 ประเทศมีคะแนนรวมมากกว่าร้อยละ 75 ในขณะที่ 11 ประเทศอยู่ระหว่างร้อยละ 50 ถึงร้อยละ 75 และ 5 ประเทศมีน้อยกว่าร้อยละ 50 ของคะแนนรวม ในปี พ.ศ. 2562 โดยประเทศอิหร่าน ประเทศปากีสถาน และประเทศซาอุดีอาระเบีย เป็นอันดับหนึ่งในภูมิภาค คือ 32 คะแนน จากคะแนนสูงสุด 37 คะแนน คะแนนที่เพิ่มขึ้นมากที่สุดคือ การติดตามความชุกของการบริโภค (Monitor) และคะแนนที่เพิ่มขึ้นต่ำที่สุดคือ การปฏิบัติตามนโยบายปลอดบุหรี่ (Protect)

สามารถสรุปการทบทวนวรรณกรรมงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้ง 4 ประเด็น ได้แก่

- 1) งานวิจัยที่ใกล้เคียงกับปัจจัยที่ส่งผลต่อคะแนนการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด
- 2) งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการประเมินการควบคุมการบริโภคยาสูบ และรูปแบบการประเมินต่างๆ
- 3) งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับทฤษฎีการบูรณาการมาตรการเข้าสู่ระบบงานตามปกติ (Normalization process theory) และ
- 4) งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการประเมินด้วยกรอบยุทธศาสตร์ MPOWER ที่นำมาใช้ในการพัฒนาและสร้างกรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้ ดังตาราง 1

ตาราง 1 แสดงการสรุปการทบทวนวรรณกรรมงานวิจัยที่เกี่ยวข้องที่นำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้

ชื่อผู้วิจัย/ปีที่พิมพ์	เรื่อง	ผลการวิจัยที่นำมาใช้
1. ประเด็นงานวิจัยที่ใกล้เคียงกับปัจจัยที่ส่งผลต่อคะแนนการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด		
1.1 จูติพร ก้นวิหค, วิไลลักษณ์ หฤหรรษ์พงศ์, และ จุฑาทิพย์ ปรีการ (2561)	ศึกษารูปแบบการดำเนินงาน ควบคุมยาสูบที่มีประสิทธิผลและ คุณลักษณะ/ทักษะที่สำคัญของ บุคลากรในการควบคุมการ บริโภคยาสูบระดับจังหวัด	- ผู้บริหารให้ความสำคัญ - ความรู้ - ประสบการณ์ - กำหนดบทบาทหน้าที่ผู้รับผิดชอบ ชัดเจน - แผนปฏิบัติการ - ทักษะการสื่อสาร - ทักษะการแก้ไขปัญหา - ทักษะการวิเคราะห์ - ทักษะการเป็นผู้นำ
1.2 นงเยาว์ ชิลวรรณ (2563)	ศึกษารูปแบบการจัดการปัจจัย เสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และสารเสพติด ภายใต้กลไก ความร่วมมือของคณะกรรมการ พัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในเขตสุขภาพที่ 11	- การวิเคราะห์ - การสื่อสาร - การแก้ไขปัญหา - กำหนดเป้าหมาย - แผนการดำเนินงาน - ทรัพยากรบุคคล งบประมาณ สื่อ - บทบาทหน้าที่ผู้รับผิดชอบ - จัดลำดับความสำคัญ
1.3 ภูริณัฐร์ โชติวรรณ, สุรศักดิ์ บุญเทียน, และ วิชุดา ทิพย์วิเศษ (2565)	ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการ ควบคุมการบริโภคยาสูบและการ แก้ไขปัญหา ยาเสพติด	- การให้ความสำคัญกับการแก้ไขปัญหา ของทุกภาคส่วน - การแก้ไขปัญหา

ตาราง 1 (ต่อ)

ชื่อผู้วิจัย/ปีที่พิมพ์	เรื่อง	ผลการวิจัยที่นำมาใช้
1.4 นันทพัทธ์ ธีระวัฒนานนท์ (2563)	ศึกษาการประเมินผลการ ดำเนินงานสาธารณสุขจังหวัด นครราชสีมา	- การให้ความสำคัญกับการติดตาม ประเมินผล
1.5 ศิริลักษณ์ คัมภีรานนท์ และ คณะ (2563)	ศึกษาการรับรู้และการตอบสนอง บทบาทขององค์กรปกครองส่วน ท้องถิ่นในจังหวัดชายแดนใต้ต่อ การควบคุมยาสูบแบบบูรณาการ มติกฎหมายและมติสังคมใน ระดับพื้นที่	- ทักษะการขับเคลื่อนมาตรการ ควบคุมยาสูบไปปฏิบัติ
1.6 อธิการ แสนสุวรรณศรี (2563)	ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อผลสัมฤทธิ์ การปฏิบัติราชการของโครงการ ชลประทานสกลนคร	- ด้านแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน (ด้านการเจริญเติบโต ด้านการยอมรับ นับถือ และด้านความสำเร็จในงาน)
1.7 ธีรวิทย์ แพบัว (2564)	ศึกษาทักษะการสื่อสารของ ผู้บริหารสถานศึกษาที่ส่งผลต่อ แรงจูงใจในการปฏิบัติงานของครู โรงเรียนมาตรฐานสากล สังกัด สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา มัธยมศึกษา เขต 3 จังหวัด พระนครศรีอยุธยา	- ทักษะการสื่อสาร - แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน
1.8 ศุภญา วงศ์วรสันต์ (2563)	ศึกษาแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ของบุคลากรส่วนกลาง กรมการ ท่องเที่ยว	แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน - ด้านความสำเร็จในหน้าที่ และด้าน ความรับผิดชอบ อยู่ในระดับมากที่สุด - ด้านลักษณะงาน ด้านการยอมรับนับ ถือ ด้านความก้าวหน้า ด้านนโยบาย และการบริหาร ด้านความสัมพันธ์กับ ผู้บังคับบัญชา ด้านความสัมพันธ์กับ เพื่อนร่วมงาน ด้านสภาพการทำงาน

ตาราง 1 (ต่อ)

ชื่อผู้วิจัย/ปีที่พิมพ์	เรื่อง	ผลการวิจัยที่นำมาใช้
		และความมั่นคง และด้านเงินเดือน/ ค่าตอบแทน อยู่ในระดับมาก
1.9 นิติ จิตวัฒนา ธรรม และสมชาย เล็กเจริญ (2560)	ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อคะแนน การประเมินคุณภาพในระดับ หน่วยงานสนับสนุนการศึกษา มหาวิทยาลัยรังสิต	- การบริหารและการจัดการ - ทรัพยากร ด้านการเงินและ งบประมาณ
1.10 นุภาพร ศรฤทธิ์ (2565)	ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการ ดำเนินงานประกันคุณภาพภายใน โรงเรียนเอกชนในเขต กรุงเทพมหานคร	- ด้านการกำหนดเป้าหมาย - ด้านทรัพยากรทางการศึกษา - แผนปฏิบัติการ
1.11 ณัชชา พัฒนานุกิจ, ภัสวลี นิติเกษตรสุนทร, และวิทยาธร ท้อแก้ว (2561)	ศึกษาการดำเนินงานรณรงค์ไม่ สูบบุหรี่ในกลุ่มเยาวชนของ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	- การบริหารจัดการด้านบุคลากร (กำหนดบทบาทหน้าที่) ด้านงบประมาณ ด้านสื่อประชาสัมพันธ์ - ความเพียงพอของทรัพยากร
2. ประเด็นงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการประเมินการควบคุมการบริโภคยาสูบ และรูปแบบการประเมินต่างๆ		
2.1 จุรีย์ อุสาหะ, ดวงกมล ลีมีจันทร์, และฐิติพร กันวิหค (2559)	ศึกษาการประเมินผลแผน ยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบ แห่งชาติ พ.ศ. 2555-2557	- มีการดำเนินการในหลายระดับ - มุ่งเน้นการเข้าถึงบริการช่วยเหลือกลุ่มที่ - ผลักดันนโยบายการควบคุมยาสูบเป็น วาระของจังหวัดและท้องถิ่น - มีการติดตามประเมินผลอย่างเป็น ระบบ - นำเสนอผลความคืบหน้าในการ ดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์

ตาราง 1 (ต่อ)

ชื่อผู้วิจัย/ปีที่พิมพ์	เรื่อง	ผลการวิจัยที่นำมาใช้
2.2 กชรรดา ศิริผล, และกรรณิกา สุวรรณ (2563)	ศึกษาการประเมินมาตรการ สถานศึกษาปลอดบุหรี่ในพื้นที่ เขตสุขภาพที่ 11 ปี พ.ศ. 2561	- ความร่วมมือจากภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ของนอกสถานศึกษา - สร้างความร่วมมือทั้งภาครัฐและ ภาคเอกชน ตลอดจนชุมชน
2.3 ชนวนนท์ จันทร์สุข และคณะ (2560)	ศึกษาการพัฒนารูปแบบประเมิน สมรรถนะด้านการดูแลอย่างเอื้อ อาทรของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาล สังกัดสถาบัน พระบรมราชชนก	- เป้าหมายของการประเมิน - สิ่งที่มีประเมินและเกณฑ์การประเมิน - วิธีการประเมิน - การให้ข้อมูลย้อนกลับ
2.4 มารุต พัฒนาผล (2561)	ศึกษาการพัฒนารูปแบบการ ประเมินเพื่อพัฒนาการเรียนรู้ของ ผู้เรียนระดับบัณฑิตศึกษา	- กำหนดวิธีการประเมิน ผู้ประเมิน และแหล่งข้อมูล - สร้างเครื่องมือและเกณฑ์การประเมิน - ให้ข้อมูลย้อนกลับ
2.5 ชีรภัทร กุลโกลาส, และอุษณี ลลิตผสาน (2563)	ศึกษาผลของวิธีการเก็บรวบรวม ข้อมูลที่มีต่อความคิดเห็นเกี่ยวกับ ผู้บริหารสถานศึกษา ครู และ โรงเรียนตามการรับรู้ของครู: การ เปรียบเทียบวิธีระหว่าง แบบสอบถามกระดาษและ แบบสอบถามออนไลน์	- การเก็บรวบรวมข้อมูลด้วย แบบสอบถามกระดาษ หรือ แบบสอบถามออนไลน์ ไม่แตกต่างกัน
2.6 Michibayashi, Omote, Nakamura, Okamoto, & Nakada (2020)	ศึกษารูปแบบสมรรถนะสำหรับ พยาบาลสาธารณสุขที่ทำงานด้าน การควบคุมยาสูบในหน่วยงาน ปกครองส่วนท้องถิ่นในญี่ปุ่น	สร้างตัวชี้วัดจาก - แรงจูงใจ ได้แก่ ริเริ่มที่จะ เปลี่ยนแปลง มุ่งมั่นจะจัดอุปสรรค และขับเคลื่อนเพื่อบรรลุการควบคุม ยาสูบอย่างเข้มแข็ง

ตาราง 1 (ต่อ)

ชื่อผู้วิจัย/ปีที่พิมพ์	เรื่อง	ผลการวิจัยที่นำมาใช้
		<ul style="list-style-type: none"> - ทักษะ ได้แก่ มุ่งเน้นความร่วมมือ กระตือรือร้นในการกำหนดเป้าหมาย และมุ่งมั่นพัฒนาความเชี่ยวชาญ - ทักษะ ได้แก่ สร้างความตระหนักรู้ ควบคุมยาสูบ ให้เป็นปัญหาด้าน นโยบาย การสร้างระบบองค์กร ดำเนิน กิจกรรมที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสม กับท้องถิ่น การประเมินและปรับปรุง คุณภาพของมาตรการควบคุมยาสูบ พัฒนาและกำหนดมาตรการชุมชน ปลอดภัย ขยายกิจกรรมโดยร่วมมือ กับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และการ ประสานงานและการเจรจาเพื่อ หลีกเลี่ยงความขัดแย้ง
3. ประเด็นงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับทฤษฎีการบูรณาการมาตรการเข้าสู่ระบบงานตามปกติ (Normalization process theory)		
3.1 May et al. (2018)	ศึกษาการใช้ทฤษฎีการบูรณาการ มาตรการเข้าสู่ระบบงานตามปกติ (Normalization process theory) ในการศึกษาความ เป็นไปได้และการประเมิน กระบวนการของกิจกรรมด้าน สุขภาพที่ซับซ้อน	<ul style="list-style-type: none"> - ชุดเครื่องมือเพื่อช่วยให้เข้าใจการ นำไปใช้เป็นกระบวนการแบบพลวัต - ช่วยอธิบายความสำเร็จหรือความ ล้มเหลวของการดำเนินการ - ช่วยพัฒนากิจกรรมและการวาง แผนการดำเนินการ - การประเมินและทำความเข้าใจ กระบวนการดำเนินการด้วยตนเอง

ตาราง 1 (ต่อ)

ชื่อผู้วิจัย/ปีที่พิมพ์	เรื่อง	ผลการวิจัยที่นำมาใช้
3.2 Gillespie, et al. (2018)	ศึกษาการใช้ทฤษฎีการบูรณาการ มาตรฐานเข้าสู่ระบบงานตามปกติ (Normalization process theory) ในการประเมินการ ดำเนินกิจกรรมที่ซับซ้อนเพื่อ ตรวจสอบความปลอดภัยในการ ผ่าตัด	- ทำให้เกิดมุมมองหลากหลายที่มีการ เชื่อมโยงกัน - ทำให้รับรู้ถึงประโยชน์และคุณค่าของ การนำไปใช้ - นำมาสู่การแก้ปัญหา และการสร้าง ความร่วมมือ
3.3 Jones et al. (2019)	ศึกษาสิ่งสนับสนุนและอุปสรรค ต่อการดำเนินการตามชุด กิจกรรมเพื่อลดการสูญบหรี่ใน การตั้งครุฑ	- ชุดกิจกรรมนี้ เป็นที่ยอมรับของ เจ้าหน้าที่ในองค์กรต่างๆ - นำไปสู่การปรับปรุงและสร้าง มาตรฐานระบบการดูแลสุขภาพที่ จำเป็นตามแนวทางปฏิบัติที่ดีที่สุด
3.4 Gask, Coupe, & Green (2019)	ศึกษาการประเมินการดำเนินการ ฝึกอบรม Cascade เพื่อป้องกัน การฆ่าตัวตายในสกอตแลนด์	- การสร้างความเชื่อมโยงกันของ กิจกรรมในทุกกระดับ - การทำงานร่วมกันในทุกกระดับของ องค์กร - มีส่วนร่วมในบทบาทของตนเองอย่าง มีประสิทธิภาพ
4. ประเด็นงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการประเมินด้วยกรอบยุทธศาสตร์ MPOWER		
4.1 มัลลิกา มา ตระกูล, อรณลิน สิงขรณ์, และ นาตญา พแดนนอก (2561)	ศึกษาการดำเนินงานตามนโยบาย มหาวิทยาลัยปลอดภัยใน มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง	- การติดตามการดำเนินงานตาม นโยบายมหาวิทยาลัยปลอดภัย (Monitor) - การปกป้องประชาชนจากควันบุหรี่ (Protect) - การให้ความช่วยเหลือในการเลิกยาสูบ (Offer)

ตาราง 1 (ต่อ)

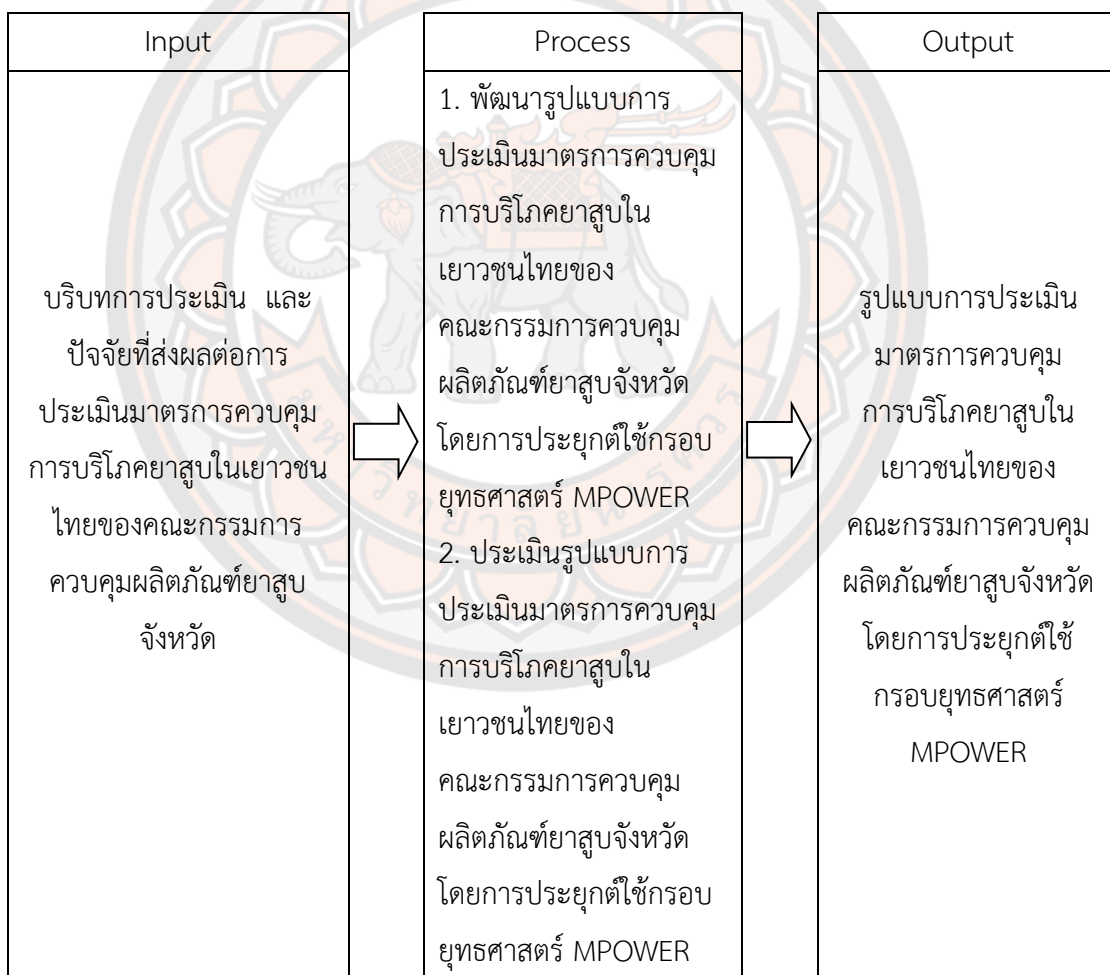
ชื่อผู้วิจัย/ปีที่พิมพ์	เรื่อง	ผลการวิจัยที่นำมาใช้
		<ul style="list-style-type: none"> - การเตือนให้ตระหนักถึงพิษภัยของยาสูบ (Warn) - การบังคับใช้แนวปฏิบัติมหาวิทยาลัยปลอดบุหรี่ (Enforce) - การเพิ่มบทลงโทษแก่ผู้ที่สูบบุหรี่ (Raise) - ผลลัพธ์อยู่ในระดับดี
4.2 Minh et al. (2016)	ศึกษานโยบายควบคุมยาสูบในเวียดนาม: ทบทวนความก้าวหน้าและความท้าทายในการดำเนินการของ MPOWER	<ul style="list-style-type: none"> - บังคับใช้กฎหมายเพื่อปกป้องผู้คนจากควันบุหรี่ โดยห้ามสูบบุหรี่ในสถานที่ทำงานและสถานที่สาธารณะ - ห้ามการโฆษณา ยาสูบ การส่งเสริมการขาย และการรับอุปถัมภ์จากองค์กรผู้ผลิตยาสูบ - มีภาพคำเตือนด้านสุขภาพบนบรรจุภัณฑ์บุหรี่ - ภาษีบุหรี่ ต่ำกว่าคำแนะนำของ WHO
4.3 Levy, Yuan, Luo, & Mays (2018)	ศึกษาเจ็ดปีของความก้าวหน้าในการควบคุมยาสูบ: การประเมินผลกระทบของประเทศต่างๆ ที่เป็นไปตามมาตรการ MPOWER ระดับสูงสุดระหว่างปี พ.ศ. 2550-2557	<ul style="list-style-type: none"> 88 ประเทศที่ใช้นโยบาย MPOWER โดยรวมระดับสูงสุดอย่างน้อย 1 นโยบาย ส่งผลให้เสียชีวิตจากการสูบบุหรี่ลดลงเกือบ 22 ล้านคน ซึ่งเกิดจาก - ภาษีบุหรี่ที่เพิ่มขึ้น - กฎหมายห้ามสูบบุหรี่อย่างครอบคลุม - คำเตือนด้านสุขภาพ - การห้ามทางการตลาดอย่างครอบคลุม - การยุติการแทรกแซงอย่างครอบคลุม

ตาราง 1 (ต่อ)

ชื่อผู้วิจัย/ปีที่พิมพ์	เรื่อง	ผลการวิจัยที่นำมาใช้
4.4 Abdrakhma nova & Keruyenova (2019)	ศึกษาสถานะปัจจุบันของนโยบาย MPOWER ในสาธารณรัฐคาซัคสถาน: ข้อมูลจากการสำรวจการใช้ยาสูบในผู้ใหญ่ทั่วโลก ปี 2014	มีตัวบ่งชี้ 6 กลุ่ม คือ 1) การใช้ยาสูบในปัจจุบันโดยรวมและจำแนกเพศ 2) การสัมผัสกับควันบุหรี่ในสถานที่ทำงาน และที่สาธารณะ 3) ความพยายามที่จะเลิกสูบบุหรี่ 4) ความตระหนักเกี่ยวกับอันตรายของยาสูบ จากฉลากคำเตือนสุขบนบรรจุภัณฑ์บุหรี่ 5) สังเกตเห็นการตลาดบุหรี่ในสถานที่ต่างๆ 6) ตัวชี้วัดทางเศรษฐกิจที่แสดงความสามารถในการจ่ายบุหรี่
4.5 Saxena, Sharma, & Avashia (2020)	ศึกษาการประเมินนโยบายการควบคุมยาสูบในอินเดีย: การประเมินโดยใช้กรอบ MPOWER ขององค์การอนามัยโลก	- นโยบายการควบคุมยาสูบมีการพัฒนาโดยรวมประสบความสำเร็จ - การบังคับใช้นโยบาย การประเมินและติดตามนโยบายเป็นระยะ - การจัดหาทรัพยากรทางการเงินและทรัพยากรบุคคลอย่างเพียงพอ - นำมาตรการ MPOWER เป็นส่วนหนึ่งของแผนระดับชาติอย่างครอบคลุม
4.6 Heydari (2020)	ศึกษาการวิเคราะห์แนวโน้มการดำเนินการของกรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลกในภูมิภาคเมดิเตอร์เรเนียนตะวันออก	- คะแนนที่เพิ่มขึ้นมากที่สุดคือ การติดตามความชุกของการบริโภค (Monitor) - คะแนนที่เพิ่มขึ้นต่ำที่สุดคือ การปฏิบัติตามนโยบายลดบุหรี่ (Protect)

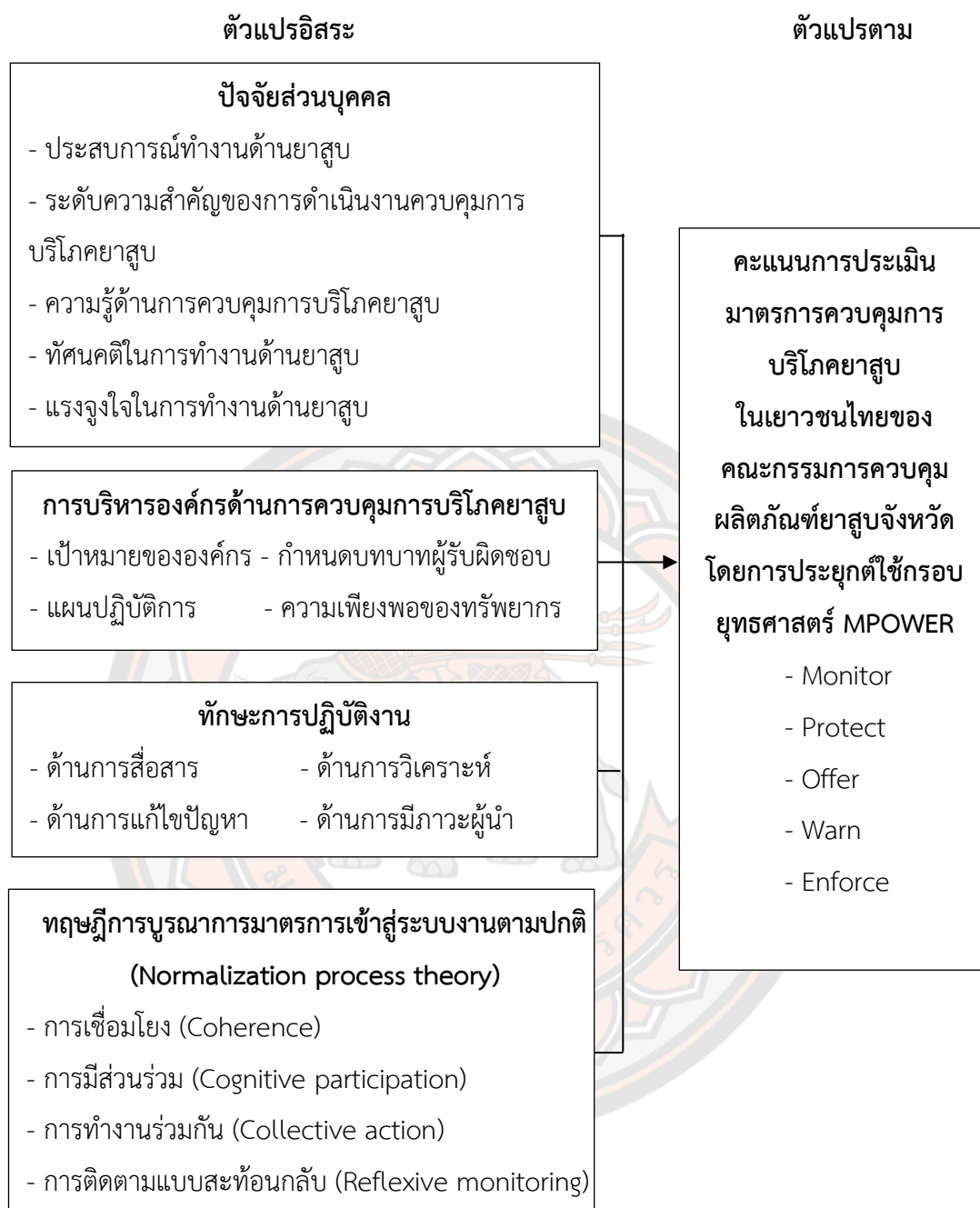
กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยตามกระบวนทัศน์วิจัยแบบปฏิบัตินิยม (Pragmatism) ซึ่งเป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed methods research) มุ่งเน้นผลลัพธ์การวิจัยที่สามารถนำไปใช้ในการแก้ไขปัญหาได้ในสถานการณ์จริง จากกระบวนการเก็บข้อมูลที่หลากหลายวิธี โดยการศึกษาบริบทการประเมิน และวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อคะแนนการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด แล้วนำผลที่ได้มาพัฒนาเป็นรูปแบบการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด โดยการประยุกต์ใช้กรอบยุทธศาสตร์ MPOWER ที่สอดคล้องและเหมาะสมกับบริบทประเทศไทย ซึ่งมีรายละเอียดตามกรอบการวิจัย ดังภาพ 2



ภาพ 2 แสดงกรอบการวิจัยภาพรวม

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ในขั้นตอนการศึกษาวิจัยเชิงปริมาณ เพื่อหาปัจจัยที่ส่งผลต่อคะแนนการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทย ของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด โดยประยุกต์ใช้กรอบยุทธศาสตร์ MPOWER ขององค์การอนามัยโลก ประกอบด้วย การติดตามการใช้จ่ายยาสูบและนโยบายการป้องกัน (Monitor) การปกป้องประชาชนจากควันบุหรี่ (Protect) การให้ความช่วยเหลือการเลิกใช้ยาสูบ (Offer) การเตือนให้ตระหนักถึงพิษภัยของยาสูบ (Warn) และการบังคับใช้กฎหมายห้ามโฆษณา การส่งเสริมการขาย และสนับสนุนยาสูบ (Enforce) โดยมีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคล (ประสบการณ์ทำงานด้านยาสูบ ระดับความสำคัญของการดำเนินงานควบคุมการบริโภคยาสูบ ความรู้ด้านการควบคุมการบริโภคยาสูบ ทักษะคติในการทำงานด้านยาสูบ และแรงจูงใจในการทำงานด้านยาสูบ) การบริหารองค์กรด้านการควบคุมการบริโภคยาสูบ (เป้าหมายขององค์กร แผนปฏิบัติการ กำหนดบทบาทผู้รับผิดชอบงาน และความเพียงพอของทรัพยากร) ทักษะการปฏิบัติงาน (ด้านการสื่อสาร ด้านการวิเคราะห์ ด้านการแก้ไขปัญหา และด้านการมีภาวะผู้นำ) และทฤษฎีการบูรณาการ มาตรการเข้าสู่ระบบงานตามปกติ (Normalization process theory) ของ May et al. (2018) (การเชื่อมโยง การมีส่วนร่วม การทำงานร่วมกัน และการติดตามแบบสะท้อนกลับ) จึงนำมาสรุปเป็น ตัวแปรที่จะศึกษาและกำหนดเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยตามวัตถุประสงค์ ดังภาพ 3



ภาพ 3 แสดงกรอบแนวคิดในการวิจัยเชิงปริมาณ

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

กระบวนการทัศน์และขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด โดยการประยุกต์ใช้กรอบยุทธศาสตร์ MPOWER ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยตามกระบวนการทัศน์วิจัยแบบปฏิบัตินิยม (Pragmatism) ที่มีแนวความคิด ความเชื่อในการค้นหาความจริง โดยใช้วิธีการเก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลแบบผสมผสานมากกว่าหนึ่งวิธีการร่วมกันเพื่อตอบวัตถุประสงค์การวิจัย มุ่งเน้นผลลัพธ์จากการปฏิบัติ การแก้ปัญหา การนำไปใช้ประโยชน์ และมุ่งให้เกิดผลนำไปสู่การปฏิบัติได้จริง บนพื้นฐานการแก้ปัญหาการวิจัยที่ซับซ้อน ผู้วิจัยจึงใช้ระเบียบวิธีการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed method research) แบบแผนแบบคู่ขนาน (Convergent design) ซึ่งเป็นแบบแผนการวิจัยที่มีวิธีการรวบรวมข้อมูลทั้งระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) และระเบียบวิธีวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative research) โดยการวิเคราะห์ข้อมูลทั้ง 2 ชุดพร้อมกันหรือเป็นการเก็บข้อมูลที่ไม่ได้มีการลำดับว่าวิธีการใดเก็บก่อนเก็บหลัง ซึ่งเป็นการบูรณาการข้อมูลเข้าด้วยกัน (Integration of data) และผสานผลการวิเคราะห์ที่ได้จากข้อมูลทั้ง 2 ชุด (Merging data) เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ (สุภาภรณ์ สุตหนองบัว, 2563a) ผู้วิจัยจึงได้ออกแบบการวิจัยการพัฒนารูปแบบการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด โดยการประยุกต์ใช้กรอบยุทธศาสตร์ MPOWER ซึ่งได้แบ่งขั้นตอนกระบวนการวิจัยออกเป็น 3 ระยะ มีรายละเอียดของรูปแบบการวิจัยในแต่ละระยะ ดังต่อไปนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาบริบทการประเมิน และปัจจัยที่ส่งผลต่อคะแนนการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด ดำเนินการวิจัยโดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed method research) แบบแผนแบบคู่ขนาน (Convergent design) ซึ่งมีลักษณะการเก็บรวบรวมข้อมูลแบบคู่ขนาน ดำเนินการตามระเบียบวิธีวิจัยทั้ง 2 วิธีการพร้อมๆ กัน ในกลุ่มเป้าหมายเดียวกัน และช่วงเวลาเดียวกัน ดังนี้

วิธีการที่ 1.1 ดำเนินการวิจัยด้วยระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) ชนิดการศึกษาแบบพหุกรณี (Multiple case study) โดยใช้แบบสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) จากผู้ให้ข้อมูลที่มีความหลากหลายทางบทบาท เพื่อทำให้เกิดมุมมองที่หลากหลาย และข้อมูลที่ได้มีความหลากหลาย (Diversity) ครอบคลุม และสมบูรณ์มากกว่าการวิจัยแบบรายการ

ข้อมูลที่ได้จะนำมาทำการศึกษามุ่งหาความสัมพันธ์ การเปรียบเทียบ และนำไปสู่ข้อสรุป ซึ่งทำให้สามารถเข้าใจในประเด็นที่ศึกษามากขึ้น

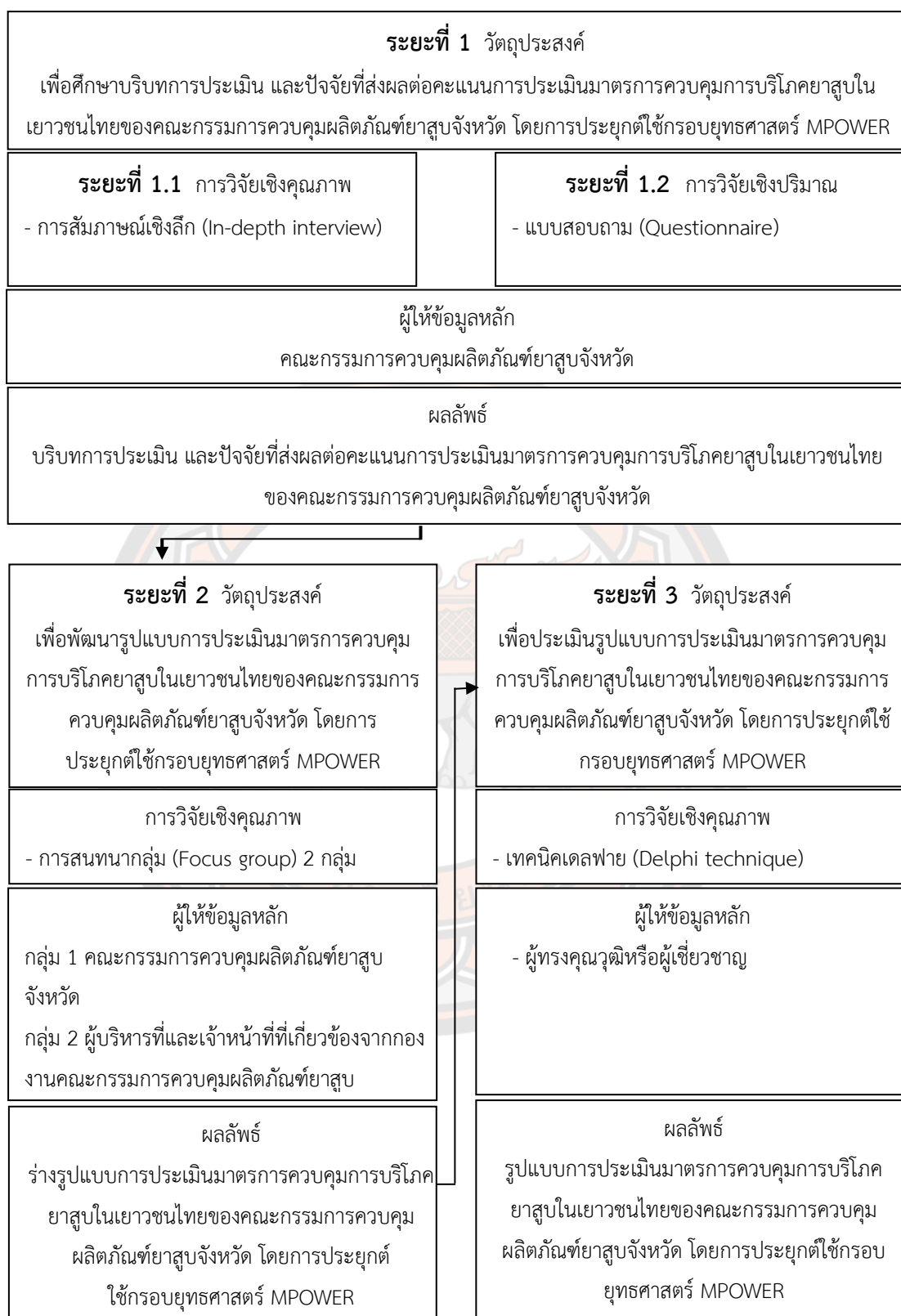
วิธีการที่ 1.2 ดำเนินการวิจัยด้วยระเบียบวิธีวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative research) โดยดำเนินการสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) ซึ่งเป็นเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างในขณะช่วงเวลาหนึ่ง ด้วยแบบสอบถาม (Questionnaire)

จากนั้นบูรณาการข้อมูล (Integration of data) จากทั้ง 2 วิธีการ โดยการนำผลลัพธ์สุดท้ายจากการวิเคราะห์ข้อมูลในแต่ละวิธีการมาวิเคราะห์ แผลผล และสรุปผลรวมเข้าด้วยกัน (Merging data) เพื่อเป็นข้อมูลจากผลการวิจัยในระยะที่ 1 นำไปสู่การพัฒนาในรูปแบบในระยะที่ 2 ต่อไป

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทย ของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด โดยการประยุกต์ใช้กรอบยุทธศาสตร์ MPOWER ดำเนินการวิจัยโดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) ชนิดการศึกษาแบบสนทนากลุ่ม (Focus group) จากผลการวิจัยในระยะที่ 1 นำมาเป็นข้อมูลเสนอต่อผู้เข้าร่วมการวิจัยที่มีส่วนเกี่ยวข้องในแต่ละระดับ ได้ร่วมกันแสดงความคิดเห็น และหาข้อสรุปเพื่อยกร่างรูปแบบการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด โดยการประยุกต์ใช้กรอบยุทธศาสตร์ MPOWER ขึ้น เพื่อนำสู่การประเมินรูปแบบในระยะที่ 3 ต่อไป

ระยะที่ 3 ประเมินรูปแบบการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทย ของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด โดยการประยุกต์ใช้กรอบยุทธศาสตร์ MPOWER โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) ด้วยเทคนิคเดลฟาย (Delphi technique) เพื่อรวบรวมข้อคิดเห็นหรือการตัดสินใจของผู้ทรงคุณวุฒิหรือผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้องจากการตรวจสอบความเป็นไปได้ของร่างรูปแบบฯ หลังจากนั้นนำมาสรุปมติจากข้อค้นพบเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน และปรับปรุงพัฒนารูปแบบตามข้อเสนอแนะ เพื่อให้ได้เป็นรูปแบบการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด โดยการประยุกต์ใช้กรอบยุทธศาสตร์ MPOWER ที่สามารถนำไปปฏิบัติได้จริงและเหมาะสมกับบริบทของประเทศไทย

จากขั้นตอนกระบวนการวิจัย โดยแบ่งออกเป็น 3 ระยะ สามารถนำมาเขียนเป็นแผนภาพแสดงขั้นตอนการดำเนินการวิจัยในแต่ละระยะ ดังภาพ 4



ภาพ 4 แสดงขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ระยะที่ 1 ศึกษาบริบทการประเมิน และปัจจัยที่ส่งผลต่อคะแนนการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด

ดำเนินการวิจัยโดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed method research) แบบแผนแบบคู่ขนาน (Convergent design) ซึ่งมีลักษณะการเก็บรวบรวมข้อมูลแบบคู่ขนาน โดยดำเนินการตามระเบียบวิธีวิจัยทั้งการวิจัยเชิงคุณภาพ และการวิจัยเชิงปริมาณ ทั้ง 2 วิธีการพร้อมๆ กัน ในกลุ่มเป้าหมายเดียวกัน และช่วงเวลาเดียวกัน จากนั้นนำผลลัพธ์สุดท้ายที่ได้จากการวิจัยทั้ง 2 วิธีนี้ มาบูรณาการข้อมูลโดยการสรุปผลรวมเข้าด้วยกัน เพื่อให้ได้ชุดข้อมูลอย่างครอบคลุม นำไปสู่การพัฒนาารูปแบบในระยะที่ 2 ต่อไป โดยมีรายละเอียดการดำเนินการวิจัยของแต่ละวิธีการ ดังนี้

ระยะที่ 1.1 การวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) ซึ่งมีกระบวนการที่ค้นแบบปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenology) ชนิดการศึกษาแบบพหุกรณี (Multiple case study) เพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีความหลากหลาย (Diversity) อย่างครอบคลุม และสมบูรณ์มากกว่าการวิจัยแบบรายกรณี (สุภาภรณ์ สุตหนองบัว, 2563a) ข้อมูลที่ได้จะนำมาทำการศึกษามุ่งหาความสัมพันธ์ ทำการเปรียบเทียบ และนำไปสู่ข้อสรุปเพื่อให้เข้าใจในบริบทของการประเมิน รวมถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อคะแนนการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัดที่เกิดขึ้นในมุมมองที่หลากหลายอย่างลึกซึ้ง โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) จากผู้ให้ข้อมูลหลักที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ได้ทราบถึงบริบท ปัจจัย และตัวแปรที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมมีความครบถ้วนและถูกต้องมากที่สุด โดยมีรายละเอียดเกี่ยวกับการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด ในการสร้างแนวทางการสัมภาษณ์ เกิดจากการทบทวนวรรณกรรมตามกรอบแนวคิดทฤษฎีที่กำหนดขึ้น โดยใช้แบบสัมภาษณ์ชนิดกึ่งโครงสร้าง (Semi-structural interview) ซึ่งมีลักษณะการใช้คำถามแบบปลายเปิดที่มีการวางแผนกรอบประเด็นคำถามกว้างๆ ไว้ล่วงหน้าเป็นแนวทางในการสัมภาษณ์ ประกอบการสนทนาซักถามอย่างมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ต้องการ ด้วยการกระตุ้นให้แสดงความคิดเห็นและทัศนะของผู้ให้ข้อมูลหลักออกมาอย่างเปิดเผย ครอบคลุมความคิดเห็นเกี่ยวกับข้อดีและข้อที่ควรปรับปรุงของการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด และมีความยืดหยุ่น โดยผู้วิจัยสามารถอธิบายขยายความได้เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกัน และสามารถปรับเปลี่ยนแนวคำถามได้ หากคำตอบที่ได้ไม่ตรงตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย แนวคำถามจึงเป็นข้อคำถามแบบปลายเปิด เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลได้แสดงความคิดเห็นอย่างอิสระ (นฤมล จิตรเอื้อ และประสพชัย พสุนนท์, 2561)

ผู้ให้ข้อมูลหลัก (Participants)

ผู้ให้ข้อมูลหลักในการวิจัยนี้ คือ คณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด จำนวน 10 คนหรือจนกว่าข้อมูลจะอิ่มตัว โดยคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ชนิดแบบมีเกณฑ์ (Criterion sampling) ซึ่งมีเกณฑ์การคัดเลือกเข้าและเกณฑ์การคัดออก ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกเข้า (Inclusion criteria)

1. เป็นคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด ไม่น้อยกว่า 2 ปี
2. เป็นคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัดที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการควบคุมยาสูบโดยตรง ประกอบด้วย นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ข้าราชการในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดที่รับตำแหน่งผู้ช่วยเลขานุการ ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรค ผู้อำนวยการสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา สรรพสามิต และผู้ทรงคุณวุฒิ

3. มีสติสัมปชัญญะดี สามารถสื่อสารภาษาไทยเข้าใจ

4. มีความยินดีเข้าร่วมในการศึกษาวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. เสียชีวิต

2. เจ็บป่วยกะทันหัน

3. ขอดถอนตัวออกจากกรเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มีรายละเอียด ดังนี้

1. แบบสัมภาษณ์ชนิดกึ่งโครงสร้าง (Semi-structural interview) ผู้วิจัยดำเนินการพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยเชิงคุณภาพร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา โดยใช้แบบสัมภาษณ์ชนิดกึ่งโครงสร้าง ซึ่งมีลักษณะของคำถามแบบปลายเปิด ที่มีการวางแผนกรอบประเด็นคำถามกว้างๆ ไว้ล่วงหน้าเป็นแนวทางในการสัมภาษณ์ ประกอบการสนทนาซักถามอย่างมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ต้องการ (นฤมล จิตรเอื้อ และประสพชัย พสุนนท์, 2561) ซึ่งแนวคำถามการวิจัยนี้ จะมีรายละเอียดเกี่ยวกับการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด และการประยุกต์ใช้กรอบยุทธศาสตร์ MPOWER จากนั้นนำแบบสัมภาษณ์ที่พัฒนาขึ้นมาดำเนินการตรวจสอบคุณภาพด้วยความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา ซึ่งเป็นความสอดคล้องของประเด็นที่สัมภาษณ์กับจุดประสงค์ของการวิจัย โดยให้ผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้องกับเนื้อหาการวิจัย จำนวน 5 คน ดำเนินการตรวจสอบและให้ข้อเสนอแนะ จากนั้นนำผลที่ได้จากการพิจารณาของผู้เชี่ยวชาญไปวิเคราะห์หาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item – Objective Congruence: IOC) ซึ่งกำหนดระดับความคิดเห็นรายข้อของแบบสัมภาษณ์ไว้ 3 ระดับ (จิตติรัตน์ แสงเลิศอุทัย, 2560) ดังนี้

- +1 หมายถึง แน่ใจว่าข้อความนั้นสอดคล้องกับวัตถุประสงค์
 0 หมายถึง ไม่แน่ใจข้อความนั้นสอดคล้องกับวัตถุประสงค์
 -1 หมายถึง แน่ใจว่าข้อความนั้นไม่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์

ผลการพิจารณาการตรวจสอบคุณภาพของแบบสัมภาษณ์ที่มีความถูกต้อง และความครอบคลุมของเนื้อหา โดยนำผลที่ได้จากระดับความคิดเห็นรายข้อของผู้เชี่ยวชาญทั้ง 5 คน มาคำนวณค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of item-objective congruence: IOC) ตามสูตรและพิจารณาตามเกณฑ์ (Hambleton, 1980, pp. 80-123) ดังนี้

$$IOC = \sum \frac{R}{n}$$

R คือ ผลการประเมินของผู้เชี่ยวชาญ
 n คือ จำนวนผู้เชี่ยวชาญ

โดยมีเกณฑ์การพิจารณา ดังนี้

1. ข้อคำถามที่มีค่า IOC ตั้งแต่ 0.5-1.0 คือ มีค่าความเที่ยงตรงที่นำไปใช้ได้เหมาะสม
2. ข้อคำถามที่มีค่า IOC ต่ำกว่า 0.5 คือ ต้องปรับปรุง และยังไม่สามารถนำไปใช้ได้

จากนั้นนำผลที่ได้จากการประเมินค่าดัชนีความสอดคล้องของแบบสัมภาษณ์มา ดำเนินการปรับปรุงให้มีความสมบูรณ์ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งในงานวิจัยครั้งนี้ มีค่า IOC เท่ากับ 0.5-1.0 คือ มีค่าความเที่ยงตรงที่นำไปใช้ได้เหมาะสม

ผู้วิจัยเป็นผู้สัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูล ในลักษณะการเปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็นหรือข้อเสนอแนะได้อย่างอิสระ ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์จะช่วยอธิบายสิ่งที่พบเห็นหรือสังเกตได้ โดยเฉพาะมีความยืดหยุ่นของคำถามที่กำหนดแบบไม่ตายตัว ทั้งนี้ผู้วิจัยสามารถปรับเปลี่ยนข้อคำถามเพิ่มเติมในระหว่างการสัมภาษณ์ เพื่อให้เกิดความชัดเจนในคำตอบที่ได้จากผู้ให้ข้อมูล และสามารถควบคุมทิศทางโครงสร้างของเนื้อหาให้เกี่ยวกับปัญหาการวิจัยที่ต้องการทราบ เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกและครอบคลุมทุกประเด็น ซึ่งเป็นวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ได้รายละเอียดมากที่สุด ครอบคลุม และมีคุณภาพตรงกับวัตถุประสงค์ในการวิจัยมากที่สุด เพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการประเมินมาตรฐานการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด และการประยุกต์ใช้กรอบยุทธศาสตร์ MPOWER อย่างครบถ้วน

2. ผู้วิจัย (Researcher) ในกระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยด้วยการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูล กำหนดผู้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยนี้ จำนวน 3 คน คือ ผู้วิจัยหลัก และผู้ช่วยผู้วิจัยจำนวน 2 คน ได้แก่ นางสาววรรณ วิเชียรสรรค์ และนางสาวสุชาดา ธงชาย ซึ่งผู้ช่วยวิจัยทั้ง 2 คน มี

คุณสมบัติที่เหมาะสมในการวิจัยครั้งนี้ โดยมีความรู้และประสบการณ์ในด้านการควบคุมยาสูบและด้านวิจัย มีวุฒิการศึกษาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต จากมหาวิทยาลัยนเรศวร และผ่านการอบรมหลักสูตรจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยผู้วิจัยหลักจะเตรียมการวางแผนในการสัมภาษณ์ รวมถึงชี้แจงเพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับรายละเอียดในการสัมภาษณ์ให้กับผู้ช่วยวิจัย ในการอธิบายเนื้อหาขั้นตอน วิธีการสัมภาษณ์ และกำหนดบทบาทหน้าที่อย่างชัดเจน ผู้วิจัยหลักจะเป็นผู้สัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลด้วยตนเอง ซึ่งเป็นหนึ่งในเครื่องมือของการรวบรวมข้อมูลการวิจัยที่มีความสำคัญอย่างยิ่ง ต้องมีความสามารถในการเก็บข้อมูล มีมุมมองที่ปราศจากอคติ มีความละเอียดในการวิเคราะห์ข้อมูล สามารถบูรณาการแนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทย และการประยุกต์ใช้กรอบยุทธศาสตร์ MPOWER เป็นอย่างดี ซึ่งจะเป็ประโยชน์ในการกำหนดข้อคำถามเพื่อให้ได้มาซึ่งคำตอบที่ครอบคลุมประเด็นตรงตามวัตถุประสงค์หรือปัญหาการวิจัย สำหรับผู้ช่วยผู้วิจัยจะแบ่งหน้าที่กันในการจดบันทึกการสัมภาษณ์ (Note taker) พร้อมกับสังเกตลักษณะสีหน้า แววตา และท่าทางของผู้ให้ข้อมูลขณะกำลังทำการสัมภาษณ์ และจดบันทึกสิ่งที่สังเกตได้ทั้งหมด โดยแยกเป็นรายบุคคล จากการกำหนดแต่ละบุคคลที่ให้ข้อมูลด้วยรหัส P1, P2, P3,...,Pn

3. แบบสมุดจดบันทึก (Filed note)

4. เครื่องบันทึกเสียง (Recorder)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ภายหลังจากได้รับการอนุมัติขอจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากมหาวิทยาลัยนเรศวรแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการขอหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร ในการประสานขอความร่วมมือไปยังหน่วยงานของผู้ให้ข้อมูล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ และขออนุญาตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยในกลุ่มผู้ให้ข้อมูล

2. ผู้วิจัยดำเนินการนัดหมายวัน เวลา และสถานที่ในการดำเนินการสัมภาษณ์ตามที่กลุ่มผู้ให้ข้อมูลสะดวก

3. ผู้วิจัยดำเนินการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูล โดยเริ่มต้นจากการแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการสัมภาษณ์ในครั้งนี้ และการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัย พร้อมทั้งให้ผู้ให้ข้อมูลหลักลงชื่อในเอกสารยินยอมในการให้ข้อมูลด้วยความสมัครใจ ไม่ได้มีการบังคับใดๆ อีกทั้งไม่ส่งผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิตของผู้ให้ข้อมูล และผู้ให้ข้อมูลสามารถยกเลิกการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดการวิจัย ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ให้ข้อมูล มีวิธีการดังขั้นตอนต่อไปนี้

3.1 สร้างสัมพันธภาพและความไว้วางใจระหว่างผู้วิจัยกับผู้ให้ข้อมูล

3.2 สร้างบรรยากาศการสนทนาให้มีความเป็นกันเอง

3.3 ดำเนินการสัมภาษณ์เชิงลึก โดยการกระตุ้นให้ผู้ให้ข้อมูลแสดงความคิดเห็นและทัศนคติของตนเองออกมาอย่างเปิดเผยและจริงใจ ประเมินความพร้อมของผู้ให้ข้อมูล และขออนุญาตบันทึกเสียงการสัมภาษณ์ ในระหว่างการสัมภาษณ์นั้นผู้ช่วยผู้วิจัยดำเนินการจดบันทึกรายละเอียดการสัมภาษณ์พร้อมกับสังเกตลักษณะสีหน้า แววตา และท่าทางของผู้ให้ข้อมูลอย่างเหมาะสม

3.4 ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลและสอบถามเพิ่มเติมในประเด็นที่ยังไม่ได้รับคำตอบที่ชัดเจนจากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูล และสามารถปรับปรุง เพิ่มเติมประเด็นคำถามในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อให้ครบถ้วนจากผู้ให้ข้อมูลรายต่อไป

3.5 ดำเนินการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ให้ข้อมูลหลัก จนครบตามจำนวนกลุ่มเป้าหมายที่กำหนดไว้ 10 คน หรือจนกว่าข้อมูลจะอิ่มตัว จากการได้รับข้อมูลในการสัมภาษณ์ซ้ำๆ กัน

4. ผู้วิจัยดำเนินการตรวจสอบความสอดคล้องของข้อมูลที่ได้มาจากการรวบรวมข้อมูลการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อให้ข้อมูลมีความแม่นยำ น่าเชื่อถือ และป้องกันความผิดพลาด ด้วยวิธีการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (Triangulation) ทั้งหมด 2 วิธีการ (บุษกร เขียวจินดา กานต์, 2561) ดังนี้

4.1 การตรวจสอบสามเส้าด้านข้อมูล (Data triangulate) โดยตรวจสอบว่า ข้อมูลที่ผู้วิจัยได้มานั้นมีความถูกต้องหรือไม่ จากการตรวจสอบข้อมูลที่ได้มาจากแหล่งต่างๆ โกล้เคียงกัน ทุกแหล่งข้อมูลได้ข้อค้นพบที่เหมือนกัน แสดงให้เห็นว่าข้อมูลที่ผู้วิจัยได้มามีความถูกต้อง ซึ่งผู้วิจัยทำการเปรียบเทียบคำตอบจากการสัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลที่ได้มาจากผู้ให้ข้อมูลหลายๆ คน พบว่า ข้อมูลมีความเหมือนกัน แสดงให้เห็นว่าข้อมูลที่ผู้วิจัยได้มามีความถูกต้อง

4.2 การตรวจสอบสามเส้าด้านผู้วิจัย (Investigation triangulate) โดยตรวจสอบจากผู้วิจัยหรือผู้เก็บข้อมูลต่างกันว่าได้ค้นพบที่เหมือนกันหรือแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร ซึ่งข้อค้นพบที่ได้มาจากผู้วิจัยทุกคนมีความเหมือนกัน แสดงให้เห็นว่าข้อมูลที่ผู้วิจัยได้มามีความถูกต้อง โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้เก็บข้อมูล จำนวน 3 คน ในการรวบรวมข้อมูลทั้งการสัมภาษณ์และการสังเกต แล้วนำข้อมูลที่ได้มาเปรียบเทียบกัน พบว่า ข้อมูลมีความเหมือนกัน แสดงให้เห็นว่าข้อมูลที่ผู้วิจัยได้มามีความถูกต้อง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลดิบที่ได้จากการบันทึกขณะการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลมาจำแนก และจัดระบบข้อมูลเป็นหมวดหมู่อย่างเป็นระบบ และทำการวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยเชิงคุณภาพร่วมกับผู้ช่วยวิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษา โดยการวิเคราะห์เชิงประเด็น (Thematic analysis) เนื่องจากช่วยให้ผู้วิจัยสามารถวิเคราะห์ข้อมูลที่มีความหลากหลายมุมมองของผู้ให้ข้อมูล และสร้างความเข้าใจที่ถูกต้อง โดยการแปลผลด้วยการสร้างประเด็น ทำให้มองเห็นประเด็นได้ชัดเจนและประเด็นที่ได้อยู่ภายใต้พื้นฐาน

ของข้อมูลที่เกี่ยวข้องทั้งหมด ซึ่งการวิเคราะห์เชิงประเด็น ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน (สุภาภรณ์ สุตหนองบัว, 2563b) มีรายละเอียดดังนี้

ขั้นที่ 1 Becoming familiar with data (สร้างความคุ้นเคยกับข้อมูล) โดยการถอดเทปหรือการฟังเทปให้เกิดความเข้าใจในน้ำเสียงของผู้ให้ข้อมูล ไม่ว่าจะเสียงต่ำ เสียงสูง และการเปล่งเสียงออกมา รวมถึงทำความเข้าใจในภาษาที่ใช้ในการให้ข้อมูล

ขั้นที่ 2 Generating initial codes (สร้างรหัสข้อมูล) เพื่อให้เกิด กลุ่มคำเป็นหมวดหมู่ง่ายต่อความเข้าใจ โดยพยายามสกัดคำพูดของผู้ให้ข้อมูลออกมาเป็น Code ซึ่งแต่ละ Code ก็จะมีเนื้อหาที่แตกต่างกันไปแต่ถ้าเนื้อหาคำพูดอันไหนที่มีความหมายเดียวกันหรือเป็นประเภทเดียวกันก็จะให้ Code ข้อมูลเดียวกันไว้

ขั้นที่ 3 Searching for themes (สร้างประเด็น) เป็นขั้นตอนของการเริ่มวิเคราะห์รหัสข้อมูลและพิจารณารหัสที่เหมือนไว้ด้วยกัน โดยมีการจัดเป็นหมวดหมู่และมีการเชื่อมโยงหมวดหมู่หรือรหัสด้วยลูกศร หมวดหมู่ที่จัดไว้เป็นกลุ่มคือ ประเด็น ขั้นตอนนี้เป็นการแสดงความสอดคล้องของแต่ละประเด็น

ขั้นที่ 4 Reviewing themes (ทบทวนประเด็น) เป็นขั้นตอนกลั่นกรองประเด็นประเด็นต่างๆ ที่อยู่ในขั้นตอนนี้ อาจไม่ใช่ประเด็นแท้เพราะมีบางประเด็นซ้อนกันและบางประเด็นก็สามารถแตกออกไปเป็นประเด็นใหม่ได้ โดยการรวมประเด็นเดียวกันไว้ด้วยกัน ประเด็นที่ต่างกันจะถูกแยกไปรวมกลุ่มกัน

ขั้นที่ 5 Defining and naming themes (กำหนดและตั้งชื่อประเด็น) ขั้นตอนนี้ประเด็นที่ได้จะเป็นประเด็นที่ผู้วิจัยรู้สึกพอใจแล้ว เพราะประเด็นได้ถูกกลั่นกรองและจัดหมวดหมู่ รวมถึงมีความเชื่อมโยงของประเด็นอย่างชัดเจน และทำการตั้งชื่อประเด็นให้สอดคล้องกับเนื้อหา

ขั้นที่ 6 Producing the report (การรายงาน) เขียนรายงานโดยการยกตัวอย่างประเด็นผู้ให้ข้อมูล และอธิบายประเด็นพร้อมหาแนวคิดทฤษฎีหรืองานวิจัยมาสนับสนุนข้อมูล

ระยะที่ 1.2 การวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative research) ในการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อคะแนนการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด ด้วยวิธีการสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลตัวแปรอิสระ (Independent variables) และตัวแปรตาม (Dependent variables) ในช่วงเวลาเดียวกัน ซึ่งได้มาจากการทบทวนวรรณกรรม เพื่อนำค่าตัวแปรที่ได้นำไปใช้ในการทดสอบปัจจัยที่ส่งผลต่อคะแนนการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด โดยการประยุกต์ใช้กรอบยุทธศาสตร์ MPOWER โดยมีรายละเอียดดังนี้

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ คณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด ในประเทศไทย จังหวัดละ 24 คน ตามพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2560 ประกอบด้วย

- | | |
|---|------------------|
| 1. ผู้ว่าราชการจังหวัด | ประธานกรรมการ |
| 2. รองผู้ว่าราชการจังหวัด | รองประธานกรรมการ |
| 3. อัยการจังหวัด | กรรมการ |
| 4. ปลัดจังหวัด | กรรมการ |
| 5. ผู้บังคับการตำรวจภูธรจังหวัด | กรรมการ |
| 6. ผู้อำนวยการสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษา | กรรมการ |
| 7. ผู้อำนวยการสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา | กรรมการ |
| 8. ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรค | กรรมการ |
| 9. พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด | กรรมการ |
| 10. ประชาสัมพันธ์จังหวัด | กรรมการ |
| 11. สรรพสามิตพื้นที่ | กรรมการ |
| 12. ผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ | กรรมการ |
| 13. ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น | กรรมการ |
| 14. ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น | กรรมการ |
| 15. ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น | กรรมการ |
| 16. กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิด้านการแพทย์หรือการสาธารณสุข | กรรมการ |
| 17. กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิด้านกฎหมาย | กรรมการ |
| 18. กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิด้านนิเทศศาสตร์หรือสื่อสารมวลชน | กรรมการ |
| 19. กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิด้านการคุ้มครองสิทธิสตรีหรือสิทธิเด็ก | กรรมการ |
| 20. กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิด้านการคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพ | กรรมการ |
| ของประชาชน | กรรมการ |
| 21. กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิด้านอื่นที่เป็นประโยชน์ใน | |
| การคุ้มครองสุขภาพอนามัยของประชาชน | กรรมการ |
| 22. นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด | กรรมการและ |
| เลขานุการ | |
| 23. ข้าราชการในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด | ผู้ช่วยเลขานุการ |
| 24. ข้าราชการในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด | ผู้ช่วยเลขานุการ |

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ คณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด ในประเทศไทย ตามพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2560 จำนวน 192 คน

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง ในกรณีวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อคะแนนการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด โดยการประยุกต์ใช้กรอบยุทธศาสตร์ MPOWER ในการวิจัยครั้งนี้ ใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple regression analysis) สามารถกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง 10 หน่วย ต่อ 1 ตัวแปร โดยมีขนาดกลุ่มตัวอย่างรวมอย่างน้อย 100 คน (สุภาภรณ์ ศรีดี, 2563) ผู้วิจัยได้กำหนดพื้นที่ดำเนินการวิจัยแบ่งออกเป็น 4 ภาคของประเทศไทย โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ในเขตพื้นที่ของจังหวัดในแต่ละภาค ภาคละ 2 จังหวัด โดยคัดเลือกจังหวัดที่มีอัตราการบริโภคยาสูบสูงที่สุดของแต่ละภาคในประเทศไทย และจังหวัดที่มีอัตราการบริโภคยาสูบต่ำที่สุดของแต่ละภาคในประเทศไทย รวมถึงความพร้อมและการตอบรับของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัดในการให้ข้อมูลการวิจัยในครั้งนี้ รวมทั้งสิ้นจำนวน 8 จังหวัด (สุภาภรณ์ ศรีดี, 2563) ประกอบด้วย

ภาคเหนือ ได้แก่ จังหวัดกำแพงเพชร และจังหวัดเชียงใหม่

ภาคกลาง ได้แก่ จังหวัดนครนายก และจังหวัดสมุทรสงคราม

ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ได้แก่ จังหวัดมุกดาหาร และจังหวัดศรีสะเกษ

ภาคใต้ ได้แก่ จังหวัดกระบี่ และจังหวัดยะลา

ดังนั้น ขนาดกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลในคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัดทุกคน จังหวัดละ 24 คน ทั้งหมด 8 จังหวัด รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 192 คน ซึ่งในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ได้รับแบบสอบถามตอบกลับคืนมา จำนวน 162 ฉบับ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ในการวิจัยระยะนี้ เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม (Survey questionnaires) ซึ่งมีขั้นตอนการสร้างแบบสอบถามและตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ดังนี้

1. ออกแบบและพัฒนาแบบสอบถาม ภายใต้กรอบแนวคิดการวิจัยในระยะที่ 1.2 การวิจัยเชิงปริมาณ ประกอบด้วยข้อคำถามปลายปิดและปลายเปิด แบ่งออกเป็น 5 ส่วน โดยมีรายละเอียดของแบบสอบถาม ดังนี้

ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย ตำแหน่ง หน่วยงาน ประสบการณ์ทำงาน ด้านยาสูบ ระดับความสำคัญของการดำเนินงานควบคุมการบริโภคยาสูบ ความรู้ด้านการควบคุม

การบริโภคยาสูบ ทักษะคติในการทำงานด้านยาสูบ และแรงจูงใจในการทำงานด้านยาสูบ โดยแบ่งลักษณะของข้อคำถามในแบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคล ดังนี้

ข้อคำถามที่มีลักษณะแบบให้เติมคำในช่องว่าง จำนวน 3 ข้อ ได้แก่ ตำแหน่ง หน่วยงาน และประสบการณ์ทำงานด้านยาสูบ

ข้อคำถามที่มีลักษณะแบบประมาณค่า แบ่งออกเป็น 10 ระดับ ได้แก่ ระดับความสำคัญของการดำเนินงานควบคุมการบริโภคยาสูบ จำนวน 1 ข้อ ซึ่งผู้ตอบแบบสอบถามเป็นผู้ให้คะแนนตามระดับความรู้สึกในการให้ความสำคัญของการดำเนินงานควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทย โดยการให้คะแนนระดับความสำคัญตั้งแต่ต่ำสุดไปถึงมากที่สุด เท่ากับ 0-10 คะแนน โดยการประยุกต์เกณฑ์การประเมินแบบอิงเกณฑ์ของ (Bloom, 1975) ซึ่งจะแบ่งเกณฑ์คะแนนเฉลี่ยที่ได้ออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

คะแนนมากกว่า ร้อยละ 80 (9-10 คะแนน) หมายถึง มีความรู้สึกในการให้ความสำคัญของการดำเนินงานควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทย ในระดับสูง

คะแนนระหว่าง ร้อยละ 60-80 (6-8 คะแนน) หมายถึง มีความรู้สึกในการให้ความสำคัญของการดำเนินงานควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทย ในระดับปานกลาง

คะแนนน้อยกว่า ร้อยละ 60 (0-5 คะแนน) หมายถึง มีความรู้สึกในการให้ความสำคัญของการดำเนินงานควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทย ในระดับน้อย

ข้อคำถามที่มีลักษณะแบบเลือกคำตอบ ได้แก่ ความรู้ด้านการควบคุมการบริโภคยาสูบ จำนวน 10 ข้อ โดยการเลือกคำตอบถูกหรือผิด ซึ่งผู้วิจัยได้กำหนดการให้คะแนน ถ้าตอบถูกได้ 1 คะแนน และถ้าตอบผิดได้ 0 คะแนน โดยการประยุกต์เกณฑ์การประเมินแบบอิงเกณฑ์ของ Bloom (1975) ซึ่งจะแบ่งเกณฑ์คะแนนเฉลี่ยที่ได้ออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

คะแนนมากกว่า ร้อยละ 80 (9-10 คะแนน) หมายถึง มีความรู้ในระดับสูง

คะแนนระหว่าง ร้อยละ 60-80 (6-8 คะแนน) หมายถึง มีความรู้ในระดับปานกลาง

คะแนนน้อยกว่า ร้อยละ 60 (0-5 คะแนน) หมายถึง มีความรู้ในระดับน้อย

ข้อคำถามที่มีลักษณะเป็นแบบประมาณค่า แบ่งออกเป็น 5 ระดับ คือ เห็นด้วยมากที่สุด เห็นด้วยมาก เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยน้อย และเห็นด้วยน้อยที่สุด ได้แก่ ทักษะคติในการทำงานด้านยาสูบ จำนวน 10 ข้อ และแรงจูงใจในการทำงานด้านยาสูบ จำนวน 10 ข้อ โดยผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน และแบ่งออกเป็นข้อคำถามเชิงบวกและเชิงลบ ดังนี้

เห็นด้วยมากที่สุด หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นตรงกับข้อความนี้มากที่สุด

เห็นด้วยมาก หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นตรงกับข้อความนี้มาก

เห็นด้วยปานกลาง หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นตรงกับข้อความนี้ปานกลาง

เห็นด้วยน้อย หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นตรงกับข้อความนี้น้อย

เห็นด้วยน้อยที่สุด	หมายถึง	ท่านมีความคิดเห็นตรงกับข้อความนี้	น้อยที่สุด
เกณฑ์การให้คะแนน		คำถามเชิงบวก	คำถามเชิงลบ
เห็นด้วยมากที่สุด	มีค่าคะแนนเท่ากับ	5	1
เห็นด้วยมาก	มีค่าคะแนนเท่ากับ	4	2
เห็นด้วยปานกลาง	มีค่าคะแนนเท่ากับ	3	3
เห็นด้วยน้อย	มีค่าคะแนนเท่ากับ	2	4
เห็นด้วยน้อยที่สุด	มีค่าคะแนนเท่ากับ	1	5

การแปลผลคะแนน

โดยผู้วิจัยใช้เกณฑ์ของ Best (1977, p. 4) ในการแบ่งระดับคะแนนเฉลี่ยของความคิดเห็นต่อทัศนคติในการทำงานด้านยาสูบ และแรงจูงใจในการทำงานด้านยาสูบ ตามคะแนนเฉลี่ยที่ได้ ดังนี้

1.00 - 2.33 ระดับความคิดเห็นต่อทัศนคติในการทำงานด้านยาสูบ หรือแรงจูงใจในการทำงานด้านยาสูบ น้อย

2.34 - 3.67 ระดับความคิดเห็นต่อทัศนคติในการทำงานด้านยาสูบ หรือแรงจูงใจในการทำงานด้านยาสูบ ปานกลาง

3.68 - 5.00 ระดับความคิดเห็นต่อทัศนคติในการทำงานด้านยาสูบ หรือแรงจูงใจในการทำงานด้านยาสูบ มาก

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการบริหารองค์กรด้านการควบคุมการบริโภคยาสูบ ซึ่งเป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบ จำนวน 4 ข้อ ประกอบด้วย การมีเป้าหมายขององค์กร การมีแผนปฏิบัติการ การกำหนดบทบาทผู้รับผิดชอบ โดยมีให้เลือกคำตอบ 2 ตัวเลือก คือ มี หรือ ไม่มี และความเพียงพอของทรัพยากร โดยมีให้เลือกคำตอบ 2 ตัวเลือก คือ เพียงพอ หรือ ไม่เพียงพอ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามทักษะการปฏิบัติงาน เป็นเนื้อหาเกี่ยวกับการวัดทักษะของการปฏิบัติงาน ทั้งหมด 4 ด้าน ประกอบด้วย ด้านการสื่อสาร ด้านการวิเคราะห์ ด้านการแก้ไขปัญหา และด้านการมีภาวะผู้นำ จำนวน 20 ข้อ ที่มีลักษณะข้อคำถามเป็นแบบประมาณค่า (Rating scale) แบ่งออกเป็น 4 ระดับ คือ มาก ปานกลาง น้อย และไม่เคย โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ซึ่งแบ่งออกเป็นข้อคำถามเชิงบวกและเชิงลบ ดังนี้

		คำถามเชิงบวก	คำถามเชิงลบ
มาก	มีค่าคะแนนเท่ากับ	4	1
ปานกลาง	มีค่าคะแนนเท่ากับ	3	2
น้อย	มีค่าคะแนนเท่ากับ	2	3
ไม่เคย	มีค่าคะแนนเท่ากับ	1	4

การแปลผลคะแนน

โดยผู้วิจัยใช้เกณฑ์ของ Best (1977, p. 4) ในการแบ่งคะแนนเฉลี่ยของการวัดระดับทักษะการปฏิบัติงานของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด ตามคะแนนเฉลี่ยที่ได้ ดังนี้

1.00 - 2.00 มีระดับทักษะการปฏิบัติงานน้อย

2.01 - 3.00 มีระดับทักษะการปฏิบัติงานปานกลาง

3.01 - 4.00 มีระดับทักษะการปฏิบัติงานมาก

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามทฤษฎีการบูรณาการมาตรการเข้าสู่ระบบงานตามปกติ (Normalization process theory) เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเกี่ยวกับกระบวนการดำเนินการมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการบูรณาการมาตรการเข้าสู่ระบบงานตามปกติ (Normalization process theory) ของ May et al. (2018) ซึ่งมีทั้งหมด 4 ด้าน ได้แก่ การเชื่อมโยง (Coherence) การมีส่วนร่วม (Cognitive participation) การทำงานร่วมกัน (Collective action) และการติดตามแบบสะท้อนกลับ (Reflexive monitoring) จำนวน 20 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบประมาณค่า (Rating scale) แบ่งออกเป็น 5 ระดับ ดังนี้

เห็นด้วยมากที่สุด	หมายถึง	ท่านมีความคิดเห็นตรงกับข้อความนี้มากที่สุด
เห็นด้วยมาก	หมายถึง	ท่านมีความคิดเห็นตรงกับข้อความนี้มาก
เห็นด้วยปานกลาง	หมายถึง	ท่านมีความคิดเห็นตรงกับข้อความนี้ปานกลาง
เห็นด้วยน้อย	หมายถึง	ท่านมีความคิดเห็นตรงกับข้อความนี้น้อย
เห็นด้วยน้อยที่สุด	หมายถึง	ท่านมีความคิดเห็นตรงกับข้อความนี้น้อยที่สุด

เกณฑ์การให้คะแนน

เห็นด้วยมากที่สุด	มีค่าคะแนนเท่ากับ	5
เห็นด้วยมาก	มีค่าคะแนนเท่ากับ	4
เห็นด้วยปานกลาง	มีค่าคะแนนเท่ากับ	3
เห็นด้วยน้อย	มีค่าคะแนนเท่ากับ	2
เห็นด้วยน้อยที่สุด	มีค่าคะแนนเท่ากับ	1

การแปลผลคะแนน

โดยผู้วิจัยใช้เกณฑ์ของ Best (1977, p. 4) ในการแบ่งระดับคะแนนเฉลี่ยของความคิดเห็นต่อกระบวนการดำเนินการมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการบูรณาการมาตรการเข้าสู่ระบบงานตามปกติ (Normalization process theory) ตามคะแนนเฉลี่ยที่ได้ ดังนี้

1.00 - 2.33 ระดับความคิดเห็นต่อกระบวนการดำเนินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทย ด้วยทฤษฎีการบูรณาการมาตรการเข้าสู่ระบบงานตามปกติ (Normalization process theory) น้อย

2.34 - 3.67 ระดับความคิดเห็นต่อกระบวนการดำเนินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทย ด้วยทฤษฎีการบูรณาการมาตรการเข้าสู่ระบบงานตามปกติ (Normalization process theory) ปานกลาง

3.68 - 5.00 ระดับความคิดเห็นต่อกระบวนการดำเนินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทย ด้วยทฤษฎีการบูรณาการมาตรการเข้าสู่ระบบงานตามปกติ (Normalization process theory) มาก

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามคะแนนการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเกี่ยวกับการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทย โดยประยุกต์ใช้กรอบยุทธศาสตร์ MPOWER องค์การอนามัยโลกของ Heydari (2020) ซึ่งมีทั้งหมด 5 ด้าน ได้แก่ การควบคุมกำกับการบริโภคยาสูบ และการมีนโยบายป้องกันการบริโภคยาสูบ (Monitor) การปกป้องประชาชนจากควันบุหรี่ (Protect) การให้ความช่วยเหลือคนที่บริโภคยาสูบให้เลิก (Offer) การสร้างความตระหนักให้ประชาชน (Warn) และการบังคับใช้กฎหมายเพื่อห้ามโฆษณา การส่งเสริมการขาย และการให้การอุปถัมภ์โดยอุตสาหกรรมยาสูบ (Enforce) จำนวน 5 ข้อ ซึ่งมีลักษณะของข้อคำถามเป็นการให้คะแนน แบ่งออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่ 0, 1, 2 และ 3 คะแนน โดยเรียงลำดับของการดำเนินงานตามมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยจากน้อยไปมาก ผู้วิจัยใช้เกณฑ์ในการแบ่งระดับคะแนนเฉลี่ยของ Best (1977, p. 4) ดังนี้

0.00 – 1.66 มีคะแนนการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด ในระดับน้อย

1.67 – 2.33 มีคะแนนการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด ในระดับปานกลาง

2.34 – 3.00 มีคะแนนการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด ในระดับมาก

2. ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ โดยดำเนินการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของแบบสอบถาม (Content validity) และตรวจสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (Reliability) โดยดำเนินการดังมีรายละเอียด ต่อไปนี้

2.1 การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของแบบสอบถาม (Content validity) โดยผู้วิจัยนำแบบสอบถามให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 คน ตรวจสอบความสอดคล้อง ระหว่างเนื้อหาสาระ

ของแบบสอบถามที่สร้างขึ้นกับเนื้อหาสาระของสิ่งที่ต้องการศึกษาและความครอบคลุม ซึ่งกำหนดระดับความคิดเห็นรายชื่อของแบบสอบถามไว้ 3 ระดับ ดังนี้

+1	หมายถึง	แน่ใจว่าข้อคำถามนั้นสอดคล้องกับวัตถุประสงค์
0	หมายถึง	ไม่แน่ใจข้อคำถามนั้นสอดคล้องกับวัตถุประสงค์
-1	หมายถึง	แน่ใจว่าข้อคำถามนั้นไม่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์

ผลการพิจารณาการตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถามที่มีความถูกต้อง และความครอบคลุมของเนื้อหา โดยนำผลที่ได้จากระดับความคิดเห็นรายชื่อของผู้เชี่ยวชาญทั้ง 5 คน มาคำนวณค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of item-objective congruence: IOC) ตามสูตรและพิจารณาตามเกณฑ์ (Hambleton, 1980, pp. 80-123) ดังนี้

$$IOC = \sum \frac{R}{n}$$

R คือ ผลการประเมินของผู้เชี่ยวชาญ

n คือ จำนวนผู้เชี่ยวชาญ

โดยมีเกณฑ์การพิจารณา ดังนี้

1. ข้อคำถามที่มีค่า IOC ตั้งแต่ 0.5-1.0 คือ มีค่าความเที่ยงตรงที่นำไปใช้ได้เหมาะสม

2. ข้อคำถามที่มีค่า IOC ต่ำกว่า 0.5 คือ ต้องปรับปรุง และยังไม่นำไปใช้ได้

จากนั้นนำผลที่ได้จากการประเมินค่าดัชนีความสอดคล้องของแบบสอบถามมาคัดเลือกข้อคำถามนั้น ดำเนินการปรับปรุงให้มีความสมบูรณ์ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งในงานวิจัยนี้ มีค่า IOC เท่ากับ 0.5-1.0 คือ มีค่าความเที่ยงตรงที่นำไปใช้ได้เหมาะสม

2.2 การตรวจสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (Reliability) จากการหาค่าความตรงของเนื้อหาและปรับปรุงแก้ไขคำถามแล้ว ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปทดสอบใช้ (Try out) กับคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัดนครสวรรค์ และคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัดพิษณุโลก จำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามด้วยการใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ SPSS เพื่อหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbrach's alpha coefficient) โดยผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์ในการพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคที่เหมาะสมของแบบสอบถามในแต่ละด้าน คือ มากกว่า 0.80 ขึ้นไป (มาตี กาญจนกิจสกุล, 2549, น. 137) ซึ่งในงานวิจัยนี้ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของแบบสอบถามทั้งหมดเท่ากับ 0.94 และได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามในแต่ละส่วน ดังนี้

ความรู้ด้านควบคุมการบริโภคยาสูบ	เท่ากับ 0.82
ทัศนคติในการทำงานด้านควบคุมการบริโภคยาสูบ	เท่ากับ 0.83
แรงจูงใจในการทำงานด้านควบคุมการบริโภคยาสูบ	เท่ากับ 0.86
การบริหารองค์กรด้านควบคุมการบริโภคยาสูบ	เท่ากับ 0.81
ทักษะการปฏิบัติงาน	เท่ากับ 0.95
ทฤษฎีการบูรณาการมาตรการเข้าสู่ระบบ งานตามปกติ	เท่ากับ 0.93
คะแนนการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภค ยาสูบในเยาวชนไทย	เท่ากับ 0.83
การเก็บรวบรวมข้อมูล	

1. ผู้วิจัยดำเนินการขอหนังสืออนุญาตศึกษาวิจัยและทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร ไปยังหน่วยงานราชการของกลุ่มเป้าหมายที่กำหนด ได้แก่ คณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด ในพื้นที่เป้าหมายที่กำหนด ซึ่งได้แบ่งออกเป็น 4 ภาค ภาคละ 2 จังหวัด รวม 8 จังหวัด ประกอบด้วย ภาคเหนือ (จังหวัดกำแพงเพชร และจังหวัดเชียงใหม่) ภาคกลาง (จังหวัดนครนายก และจังหวัดสมุทรสงคราม) ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (จังหวัดมุกดาหาร และจังหวัดศรีสะเกษ) และภาคใต้ (จังหวัดกระบี่ และจังหวัดยะลา)

2. ประสานขอความร่วมมือ และชี้แจงรายละเอียดการเก็บข้อมูลกับเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานด้านยาสูบจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเป้าหมายที่กำหนด ซึ่งเป็นผู้ดำเนินการเก็บข้อมูลโดยแบบสอบถาม ให้มีความเข้าใจในวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลและข้อคำถามที่ถูกต้องตรงกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย

3. ดำเนินการเก็บข้อมูล โดยวิธีการแจกแบบสอบถามไปยังหน่วยงานของกลุ่มตัวอย่าง เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ในกรณีกลุ่มตัวอย่างไม่เข้าใจหรือสงสัยในข้อคำถามสามารถติดต่อสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมกับผู้ดำเนินการเก็บข้อมูลได้ทันที พร้อมทั้งนัดวัน เวลาในการเก็บแบบสอบถามคืนให้กับผู้วิจัย โดยจะใช้ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลประมาณ 3 เดือน เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างปฏิบัติงานอยู่หลากหลายหน่วยงาน ประกอบกับมีบทบาทหน้าที่เป็นผู้บริหารที่ต้องรับผิดชอบงานจำนวนมาก จึงอาจจะต้องใช้เวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

หลังจากเก็บรวบรวมข้อมูลจนครบแล้ว ผู้วิจัยนำแบบสอบถามมาตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล ตรวจสอบให้คะแนนและลงรหัสเตรียมข้อมูลเพื่อนำไปคำนวณ โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS ในการวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัยในครั้งนี้ ซึ่งมีรายละเอียดการวิเคราะห์ข้อมูลและวิธีการทางสถิติ ดังนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้น โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ ค่าความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) ค่าสูงสุด (Maximum) และค่าต่ำสุด (Minimum) เพื่อใช้ในการอธิบายข้อมูลในกรณีเป็นตัวแปรต่อเนื่อง ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล (ประสบการณ์ทำงานด้านยาสูบ ระดับความสำคัญของการดำเนินงานควบคุมการบริโภคยาสูบ ความรู้ด้านการควบคุมการบริโภคยาสูบทัศนคติในการทำงานด้านยาสูบ แรงจูงใจในการทำงานด้านยาสูบ) ทักษะการปฏิบัติงาน (ด้านการสื่อสาร ด้านการวิเคราะห์ ด้านการแก้ไขปัญหา ด้านการมีภาวะผู้นำ) และทฤษฎีการบูรณาการมาตรการเข้าสู่ระบบงานตามปกติ (การเชื่อมโยง การมีส่วนร่วม การทำงานร่วมกัน การติดตามแบบสะท้อนกลับ) สำหรับตัวแปรไม่ต่อเนื่อง ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล (ตำแหน่ง หน่วยงาน) และการบริหารองค์การด้านการควบคุมการบริโภคยาสูบ (เป้าหมายขององค์กร แผนปฏิบัติการ กำหนดบทบาทผู้รับผิดชอบ ความเพียงพอของทรัพยากร) ผู้วิจัยวิเคราะห์ด้วยการคำนวณค่าความถี่ (Frequency) และค่าร้อยละ (Percentage)

2. การวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อคะแนนการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด โดยการประยุกต์ใช้กรอบยุทธศาสตร์ MPOWER โดยใช้สถิติเชิงอ้างอิง (Inferential Statistics) ได้แก่ สถิติวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุคูณแบบขั้นบันได (Stepwise multiple regression analysis) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ เท่ากับ 0.05

ผลที่ได้จากการวิจัยในระยะที่ 1

ผลที่ได้จากการวิจัยในระยะที่ 1 นี้ คือ บริบทการประเมิน และปัจจัยที่ส่งผลต่อคะแนนการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด โดยการประยุกต์ใช้กรอบยุทธศาสตร์ MPOWER โดยนำผลลัพธ์สุดท้ายจากการวิเคราะห์ข้อมูลของการดำเนินวิจัยในระยะที่ 1.1 การวิจัยเชิงคุณภาพ และระยะที่ 1.2 การวิจัยเชิงปริมาณ มาแปลผลหรือการสรุปผลการวิจัย โดยเป็นการรวมผล (Merge) การวิจัยทั้งสองวิธีวิจัยเข้าด้วยกัน สรุปผลการวิจัยเชิงพหุคูณด้วยวิธีการคัดเลือกเอาผลการวิจัยที่เหมือนกันมาวิเคราะห์ เพื่อแสดงถึงความสอดคล้องกันของผลการวิจัยและนำข้อมูลที่ต่างกันมาเปรียบเทียบเพื่อสังเคราะห์เป็นผลการวิจัยและอภิปรายผล (Creswell & Plano Clark, 2007) และนำข้อมูลดังกล่าว เข้าสู่กระบวนการพัฒนารูปแบบในระยะที่ 2 เพื่อร่างรูปแบบการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด ที่สอดคล้องและเหมาะสมกับบริบทของเยาวชนในประเทศไทย โดยการประยุกต์ใช้กรอบยุทธศาสตร์ MPOWER ต่อไป

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด โดยการประยุกต์ใช้กรอบยุทธศาสตร์ MPOWER

ดำเนินการวิจัยโดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) ชนิดการศึกษาแบบสนทนากลุ่ม (Focus group) จากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้อง (Stakeholders) ซึ่งเป็นวิธีการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพกับกลุ่มบุคคลที่อยู่ในสถานการณ์เดียวกันหรือใกล้เคียงกัน เหมาะสำหรับการศึกษาที่มีความมุ่งหมายให้เกิดความรู้ความเข้าใจ กลุ่มของผู้เข้าร่วมสนทนาจะถูกเลือกมาจากการศึกษาที่มีความมุ่งหมายให้เกิดความรู้ความเข้าใจ กลุ่มของผู้เข้าร่วมสนทนาจะถูกเลือกมาจากการประชากรเป้าหมายที่กำหนดไว้ ควรมีประมาณ 6-10 คน และตัวผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการสนทนา (Moderator) ทำหน้าที่จุดประเด็นการสนทนาเพื่อชักจูงให้กลุ่มเกิดแนวคิดและแสดงความคิดเห็นออกมา (บุษกร เขียวจินตกานต์, 2561)

ผู้วิจัยนำผลการวิจัยที่ได้จากระยะที่ 1 คือ บริบทการประเมิน ปัจจัยที่ส่งต่อคะแนนการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด และการประยุกต์ใช้กรอบยุทธศาสตร์ MPOWER มากำหนดเป็นกรอบการสัมภาษณ์เชิงวิพากษ์ ด้วยวิธีการสนทนากลุ่ม (Focus group) และนำมาเป็นข้อมูลเสนอต่อผู้เข้าร่วมการวิจัยที่มีส่วนเกี่ยวข้องในแต่ละระดับได้ร่วมกันเสนอความคิดเห็น และหาข้อสรุปเพื่อยกร่างรูปแบบการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด โดยการประยุกต์ใช้กรอบยุทธศาสตร์ MPOWER

ผู้ให้ข้อมูลหลัก (Participants) เป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้องกับการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด โดยคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลหลักแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ชนิดแบบมีเกณฑ์ (Criterion sampling) ซึ่งเป็นการเลือกตัวอย่างการวิจัยตามเกณฑ์ที่ถูกกำหนดขึ้นมาแล้วล่วงหน้าเป็นการประกันระดับหนึ่งถึงคุณภาพข้อมูลที่ตรงตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย (ประไพพิมพ์ สุธีวินนท และประสพชัย พสุนนท์, 2559) นอกจากนี้ผู้ให้ข้อมูลที่เป็นคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัดแล้ว ยังประกอบด้วยผู้มีประสบการณ์โดยตรงทั้งผู้บริหารและเจ้าหน้าที่เกี่ยวกับด้านการประเมิน ด้านการขับเคลื่อนการควบคุมยาสูบ และด้านการบังคับใช้กฎหมายจากกองคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ ของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข มาร่วมแสดงความคิดเห็น เพื่อให้ได้ข้อมูลในมุมมองที่ครอบคลุมประเด็นเชิงลึก ข้อมูลมีความถูกต้อง และเชื่อถือได้ สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย โดยแบ่งการสนทนากลุ่มของผู้ให้ข้อมูลหลักออกเป็น 2 กลุ่มย่อย มีรายละเอียดดังนี้

กลุ่มที่ 1 คณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด จำนวน 9 คน

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria)

1. เป็นคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด ไม่น้อยกว่า 2 ปี
2. เป็นคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัดที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการควบคุมยาสูบ

โดยตรง ประกอบด้วย นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ข้าราชการในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ที่รับตำแหน่งผู้ช่วยเลขานุการ ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรค ผู้อำนวยการสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา สรรพสามิต และผู้ทรงคุณวุฒิ

3. มีสติสัมปชัญญะดี สามารถสื่อสารภาษาไทยเข้าใจ

4. มีความยินดีเข้าร่วมในการศึกษาวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. เสียชีวิต

2. เจ็บป่วยกะทันหัน

3. ขอดอนตัวออกจากการเข้าร่วมการวิจัย

กลุ่มที่ 2 ผู้บริหารและเจ้าหน้าที่ด้านการประเมิน ด้านการขับเคลื่อนการควบคุมยาสูบ และด้านการบังคับใช้กฎหมายจากกองคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข รวมทั้งสิ้น 9 คน

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria)

1. เป็นผู้บริหารด้านการประเมิน จากกองคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 1 คน

2. เป็นผู้บริหารด้านการขับเคลื่อนการควบคุมยาสูบ จากกองคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 1 คน

3. เป็นผู้บริหารด้านการบังคับใช้กฎหมาย จากกองคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 1 คน

4. เป็นเจ้าหน้าที่ด้านการประเมิน จากกองคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ไม่น้อยกว่า 3 ปี จำนวน 2 คน

5. เป็นเจ้าหน้าที่ด้านการขับเคลื่อนการควบคุมยาสูบ จากกองคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ไม่น้อยกว่า 3 ปี จำนวน 2 คน

6. เป็นเจ้าหน้าที่ด้านการบังคับใช้กฎหมาย จากกองคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ไม่น้อยกว่า 3 ปี จำนวน 2 คน

7. มีสติสัมปชัญญะดี สามารถสื่อสารภาษาไทยเข้าใจ

8. มีความยินดีเข้าร่วมในการศึกษาวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. เสียชีวิต
2. เจ็บป่วยกะทันหัน
3. ขอดอนตัวออกจากการเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย ดังนี้

1. แนวคำถามในการสนทนากลุ่ม (Focus group) ซึ่งเป็นแนวคำถามสำหรับเป็นกรอบในการสนทนากลุ่มของผู้เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ โดยแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มย่อย ได้แก่ 1) กลุ่มคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด และ 2) ผู้บริหารและเจ้าหน้าที่ด้านการประเมินด้านการขับเคลื่อนการควบคุมยาสูบ และด้านการบังคับใช้กฎหมายจากคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งจะใช้นำคำถามเดียวกันทั้งสองกลุ่มเกี่ยวกับแนวทางการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด และการประยุกต์ใช้กรอบยุทธศาสตร์ MPOWER เพื่อนำไปใช้ในการยกร่างรูปแบบการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด โดยการประยุกต์ใช้กรอบยุทธศาสตร์ MPOWER ที่เหมาะสมกับบริบทของเยาวชน ในประเทศไทย

2. ผู้วิจัยหลัก และผู้ช่วยผู้วิจัย จำนวน 2 คน ได้แก่ นางสาววรรณ วิเชียรสรรค์ และ นางสาวสุชาติา ธงชาย ซึ่งผู้ช่วยวิจัยทั้ง 2 คน มีคุณสมบัติที่เหมาะสมในการวิจัยครั้งนี้ โดยมีความรู้และประสบการณ์ในด้านการควบคุมยาสูบและด้านวิจัย มีวุฒิการศึกษาระดับปริญญาตรี สาขาบัณฑิต จากมหาวิทยาลัยนเรศวร และผ่านการอบรมหลักสูตรจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยผู้วิจัยหลักจะเตรียมการวางแผนในการสนทนากลุ่ม รวมถึงชี้แจงเพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับรายละเอียดในการสนทนากลุ่มให้กับผู้ช่วยวิจัย ในการอธิบายเนื้อหา ขั้นตอน วิธีการ และกำหนดบทบาทหน้าที่อย่างชัดเจน โดยผู้วิจัยหลักทำหน้าที่เป็นผู้ดำเนินการสนทนา (Moderator) ซึ่งต้องมีลักษณะเป็นกลาง สามารถกระตุ้นให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยทุกคนได้ร่วมเสนอแนวคิดมากที่สุด และได้ข้อมูลที่ตรงประเด็นกับวัตถุประสงค์การวิจัยมากที่สุด สำหรับผู้ช่วยผู้วิจัยทั้ง 2 ท่าน แบ่งหน้าที่กันในการจัดบันทึกการสนทนากลุ่ม รวมถึงการสังเกตสีหน้า แววตา ท่าทางของผู้เข้าร่วมการวิจัยขณะพูดหรือแสดงความคิดเห็นและสังเกตบรรยากาศในการสนทนากลุ่ม

3. โปรแกรม Zoom สำหรับการจัดสนทนากลุ่มออนไลน์ และบันทึกวิดีโอการสนทนากลุ่มเฉพาะในกลุ่มที่ 1 เนื่องจากผู้ให้ข้อมูลปฏิบัติงานและอาศัยอยู่ในจังหวัดที่แตกต่างกัน จึงไม่สะดวกในการเดินทางไกล

4. แบบสมุดจดบันทึก (Filed note)
5. เครื่องบันทึกเสียง (Recorder)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยดำเนินการขอหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร ในการประสานขอความร่วมมือไปยังหน่วยงานของกลุ่มเป้าหมาย เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ และขออนุญาตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยในกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก

2. ผู้วิจัยนัดหมายวัน และเวลา กับกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักทั้ง 2 กลุ่ม โดยแยกกลุ่มละ 1 วัน ซึ่งกลุ่มคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด ดำเนินการสนทนากลุ่มทางออนไลน์ผ่านโปรแกรม Zoom เพื่อความสะดวกในการสนทนากลุ่ม เนื่องจากผู้ให้ข้อมูลอาศัยอยู่ในจังหวัดที่ห่างไกลกัน จึงไม่สะดวกในการเดินทาง สำหรับกลุ่มผู้บริหารและเจ้าหน้าที่ด้านการประเมิน ด้านการขับเคลื่อนการควบคุมยาสูบ และด้านการบังคับใช้กฎหมายจากคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ ดำเนินการสนทนากลุ่มแบบเจอหน้ากัน ณ ห้องประชุมของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ เนื่องจากผู้ให้ข้อมูลทุกคนปฏิบัติงานที่เดียวกัน ซึ่งจะใช้เวลาในการสนทนากลุ่ม กลุ่มละประมาณ 1 ชั่วโมง 30 นาที

3. ผู้วิจัยดำเนินการสนทนากลุ่ม โดยเริ่มจากแนะนำตัวผู้วิจัย และผู้ช่วยวิจัย หลังจากนั้นชี้แจงวัตถุประสงค์ของการสนทนากลุ่มในครั้งนี้ และการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัย พร้อมทั้งแจ้งสิทธิผู้เข้าร่วมการวิจัยในการออกจากโครงการวิจัยได้ตลอดเวลาที่ต้องการ

4. ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิจัยในระยะที่ 1 ให้กับผู้เข้าร่วมการวิจัยได้รับทราบข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับบริบทการประเมิน ปัจจัยที่ส่งผลต่อคะแนนการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด และการประยุกต์ใช้กรอบยุทธศาสตร์ MPOWER เพื่อนำมาเป็นข้อมูลประกอบการร่างรูปแบบการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด โดยการประยุกต์ใช้กรอบยุทธศาสตร์ MPOWER ที่เหมาะสม

5. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยการสนทนากลุ่มของผู้ให้ข้อมูล โดยมีวิธีการดังขั้นตอนต่อไปนี้

5.1 สร้างสัมพันธภาพและความไว้วางใจระหว่างผู้วิจัยกับผู้ให้ข้อมูล

5.2 สร้างบรรยากาศการสนทนาให้มีความเป็นกันเอง

5.3 ผู้วิจัยหลักดำเนินการสนทนากลุ่ม (Focus group) ในระหว่างการสนทนาผู้วิจัยขออนุญาตบันทึกเสียง ในขณะที่ผู้ช่วยผู้วิจัยจดบันทึกการสนทนากลุ่มพร้อมทั้งสังเกตอาการกิริยาของผู้ให้ข้อมูลอย่างเหมาะสม และสังเกตบรรยากาศของการสนทนากลุ่ม

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อสรุปที่ได้จากการสนทนากลุ่มของผู้ให้ข้อมูลทั้ง 2 กลุ่ม มาจำแนกและจัดระบบข้อมูลเป็นหมวดหมู่อย่างเป็นระบบ และทำการวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยเชิงคุณภาพร่วมกับผู้ช่วยวิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษา โดยการวิเคราะห์เชิงประเด็น (Thematic analysis) เนื่องจากช่วยให้ผู้วิจัยสามารถวิเคราะห์ข้อมูลที่มีความหลากหลายมุมมองของผู้ให้ข้อมูล และสร้างความเข้าใจที่ถูกต้อง โดยการแปลผลด้วยการสร้างประเด็น ทำให้มองเห็นประเด็นได้ชัดเจนและประเด็นที่ได้อยู่ภายใต้พื้นฐานของข้อมูลที่เกี่ยวข้องมาทั้งหมด ซึ่งการวิเคราะห์เชิงประเด็น ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน (สุภาภรณ์ สุตหนองบัว, 2563b) มีรายละเอียดดังนี้

ขั้นที่ 1 Becoming familiar with data (สร้างความคุ้นเคยกับข้อมูล) โดยการถอดเทปหรือการฟังเทปให้เกิดความเข้าใจในน้ำเสียงของผู้ให้ข้อมูล ไม่ว่าจะเป็นเสียงต่ำ เสียงสูง และการเปล่งเสียงออกมา รวมถึงทำความเข้าใจในภาษาที่ใช้ในการให้ข้อมูล

ขั้นที่ 2 Generating initial codes (สร้างรหัสข้อมูล) เพื่อให้เกิด กลุ่มคำเป็นหมวดหมู่ย่อยต่อความเข้าใจ โดยพยายามสกัดคำพูดของผู้ให้ข้อมูลออกมาเป็น Code ซึ่งแต่ละ Code ก็จะมีเนื้อหาที่แตกต่างกันไป แต่ถ้าเนื้อหาคำพูดอันไหนที่มีความหมายเดียวกันหรือเป็นประเภทเดียวกันก็จะให้ Code ข้อมูลเดียวกันไว้

ขั้นที่ 3 Searching for themes (สร้างประเด็น) เป็นขั้นตอนของการเริ่มวิเคราะห์รหัสข้อมูลและพิจารณารหัสที่เหมือนไว้ด้วยกัน โดยมีการจัดเป็นหมวดหมู่และมีการเชื่อมโยงหมวดหมู่หรือรหัสด้วยลูกศร หมวดหมู่ที่จัดไว้เป็นกลุ่มคือ ประเด็น ขั้นตอนนี้เป็นการแสดงความสอดคล้องของแต่ละประเด็น

ขั้นที่ 4 Reviewing themes (ทบทวนประเด็น) เป็นขั้นตอนกลั่นกรองประเด็นประเด็นต่างๆ ที่อยู่ในขั้นตอนนี้ อาจไม่ใช่ประเด็นแท้เพราะมีบางประเด็นซ้อนกันและบางประเด็นก็สามารถแตกออกไปเป็นประเด็นใหม่ได้ โดยการรวมประเด็นเดียวกันไว้ด้วยกัน ประเด็นที่ต่างกันจะถูกแยกไปรวมกลุ่มกัน

ขั้นที่ 5 Defining and naming themes (กำหนดและตั้งชื่อประเด็น) ขั้นตอนนี้ประเด็นที่ได้จะเป็นประเด็นที่ผู้วิจัยรู้สึกพอใจแล้ว เพราะประเด็นได้ถูกกลั่นกรองและจัดหมวดหมู่ รวมถึงมีความเชื่อมโยงของประเด็นอย่างชัดเจน และทำการตั้งชื่อประเด็นให้สอดคล้องกับเนื้อหา

ขั้นที่ 6 Producing the report (การรายงาน) เขียนรายงานโดยการยกตัวอย่างประเด็นผู้ให้ข้อมูล และอธิบายประเด็นพร้อมหาแนวคิดทฤษฎีหรืองานวิจัยมาสนับสนุนข้อมูล

ผลที่ได้จากการวิจัยในระยะที่ 2

ผลที่ได้จากการวิจัยในระยะที่ 2 นี้ คือ ร่างรูปแบบการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด โดยการประยุกต์ใช้กรอบยุทธศาสตร์ MPOWER ที่มีความสอดคล้องและเหมาะสมกับบริบทของเยาวชนไทย ซึ่งได้มาจากข้อสรุปของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้อง แล้วนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิเกี่ยวกับการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทย เพื่อดำเนินการประเมินรูปแบบการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทย โดยการประยุกต์ใช้กรอบยุทธศาสตร์ MPOWER ต่อไป

ระยะที่ 3 ประเมินรูปแบบการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด โดยการประยุกต์ใช้กรอบยุทธศาสตร์ MPOWER

ดำเนินการวิจัยโดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) ด้วยเทคนิคเดลฟาย (Delphi technique) ซึ่งเป็นกระบวนการตัดสินใจหรือลงข้อสรุปในเรื่องใดเรื่องหนึ่งอย่างเป็นระบบ ปรากฏจากการเผชิญหน้าโดยตรงของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ เหมาะสมสำหรับการวิจัยที่มีการคาดการณ์แนวโน้ม และการวิเคราะห์โอกาสความเป็นไปได้ จากการรวบรวมความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญอย่างเป็นระบบเพื่อให้ได้ข้อสรุปเป็นฉันทมติที่สอดคล้องกัน โดยอาศัยเวลาในการรวบรวมความคิดเห็นและกระทำซ้ำๆ จนกว่าจะได้ฉันทมติ ในการเลือกผู้เชี่ยวชาญและจำนวนรอบจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่ผู้วิจัยต้องวางแผนและบริหารจัดการให้เหมาะสม ทั้งนี้ผู้วิจัยจึงพิจารณาคุณสมบัติของผู้เชี่ยวชาญให้เหมาะสมและตรงกับสาขาที่ศึกษาเพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนางานวิจัย (นิภาพรรณ เจนสันติกุล, 2560) โดยรวบรวมข้อคิดเห็นและข้อสรุปจากผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้อง พร้อมทั้งตรวจสอบความเป็นไปได้ของร่างรูปแบบการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด โดยการประยุกต์ใช้กรอบยุทธศาสตร์ MPOWER ที่สามารถนำไปปฏิบัติได้จริง โดยขั้นตอนการวิจัยมีรายละเอียด ดังนี้

ผู้ให้ข้อมูลหลัก

ผู้ให้ข้อมูลหลักในการวิจัยระยะนี้ ซึ่งเป็นผู้ทรงคุณวุฒิหรือผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้องดำเนินการให้ความคิดเห็นและประเมินความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด โดยการประยุกต์ใช้กรอบยุทธศาสตร์ MPOWER เพื่อนำไปใช้ในการปฏิบัติงาน ประกอบด้วย ผู้ทรงคุณวุฒิหรือผู้เชี่ยวชาญด้านการประเมินและมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบ อาจารย์ประจำสถาบันการศึกษาที่มีประสบการณ์การวิจัยเกี่ยวกับด้านการประเมินและมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบ และผู้ปฏิบัติงานที่มีประสบการณ์ด้านการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จำนวน

ทั้งสิ้น 17 คน สอดคล้องกับ Macmillan (1971) ที่ได้เสนอว่าจำนวนผู้เชี่ยวชาญที่จะใช้ในการตอบแบบสอบถามการวิจัยด้วยเทคนิคเดลฟาย ตั้งแต่ 17 คนขึ้นไป ทำให้อัตราการลดลงของความคลาดเคลื่อนจะมีน้อยมาก ผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญในการให้ข้อมูล จำนวน 17 คน โดยใช้แบบสอบถาม จำนวน 3 ชุด และสถิติที่ใช้ คือ มัธยฐาน และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria)

ผู้วิจัยได้กำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ทรงคุณวุฒิหรือผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้อง ซึ่งจะเป็นผู้มีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์หรืออย่างใดอย่างหนึ่งก็ได้ ดังนี้

1. ผู้ทรงคุณวุฒิหรือผู้เชี่ยวชาญด้านการประเมินหรือมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบ จำนวน 3 คน
2. อาจารย์ประจำสถาบันการศึกษาที่มีประสบการณ์การวิจัยเกี่ยวกับด้านการประเมินหรือมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบ จำนวน 5 คน
3. ผู้บริหารกองคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 3 คน
4. ผู้ปฏิบัติงานที่มีประสบการณ์ด้านการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบ จำนวน 6 คน
5. มีความยินดีเข้าร่วมในการศึกษาวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. เสียชีวิต
 2. เจ็บป่วยกะทันหัน
 3. ขอลอนตัวออกจากการเข้าร่วมการวิจัย
- เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ตลอดขั้นตอนของการวิจัยในระยนี้ คือ แบบสอบถาม โดยผู้วิจัยจะดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ทั้งหมด 3 ครั้ง ในแต่ละครั้งจะประกอบด้วยแบบสอบถาม จำนวน 1 ชุด รวมทั้งหมด 3 ชุด ดังนี้

ครั้งที่ 1 เป็นแบบสอบถามระดับความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิหรือผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งพัฒนามาจากที่ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์และสรุปประเด็นสำคัญจากผลการวิจัยระยะที่ 1 และระยะที่ 2 อย่งครอบคลุมในประเด็นเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อคะแนนมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด และร่างรูปแบบการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทย โดยการประยุกต์ใช้กรอบยุทธศาสตร์ MPOWER ผู้วิจัยนำมาสร้างเป็นข้อคำถามที่มีมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) โดยแบ่งระดับความคิดเห็นออกเป็น 5 ระดับ พร้อมทั้งให้ผู้ทรงคุณวุฒิหรือผู้เชี่ยวชาญสามารถแสดงความคิดเห็นอย่างอิสระ โดยระบุ

เหตุผลว่าเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วยอย่างไร หรือระบุคำแนะนำเพิ่มเติมลงในช่องว่างท้ายข้อความ ระดับคะแนนในการตอบแบบสอบถามในชุดที่ 1 มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ระดับคะแนน ความหมาย

5 ท่านเห็นว่า รูปแบบการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด มีความเหมาะสม มากที่สุด

4 ท่านเห็นว่า รูปแบบการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด มีความเหมาะสม มาก

3 ท่านเห็นว่า รูปแบบการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด มีความเหมาะสม ปานกลาง

2 ท่านเห็นว่า รูปแบบการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด มีความเหมาะสม น้อย

1 ท่านเห็นว่า รูปแบบการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบ ในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด มีความเหมาะสม น้อยที่สุด

ครั้งที่ 2 ซึ่งเป็นแบบสอบถามที่มีลักษณะเช่นเดียวกับแบบสอบถามชุดที่ 1 โดยผู้วิจัยพัฒนามาจากคำตอบจากแบบสอบถามชุดที่ 1 ที่มีการปรับปรุงข้อความตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิหรือผู้เชี่ยวชาญ และเพิ่มตำแหน่งของค่ามัธยฐาน (Median) ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquartile range) และระบุเครื่องหมายแสดงตำแหน่งที่ผู้ทรงคุณวุฒิหรือผู้เชี่ยวชาญได้ตอบไว้ในแบบสอบถามชุดที่ 1 แล้วดำเนินการส่งกลับไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิหรือผู้เชี่ยวชาญกลุ่มเดิมอีกครั้ง เพื่อให้ยืนยันคำตอบเดิมหรือเปลี่ยนแปลงคำตอบใหม่

ครั้งที่ 3 เป็นแบบประเมินความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติของรูปแบบการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด โดยการประยุกต์ใช้กรอบยุทธศาสตร์ MPOWER โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิหรือผู้เชี่ยวชาญกลุ่มเดิมประเมินความเป็นไปได้ในการนำไปใช้เพื่อการปฏิบัติงานจริงที่เหมาะสมกับบริบทของประเทศไทย โดยแบบสอบถามมีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ กำหนดเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ระดับคะแนน	ความหมาย
5	มีความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติมากที่สุด
4	มีความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติมาก
3	มีความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติปานกลาง
2	มีความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติน้อย
1	มีความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติน้อยที่สุด

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยดำเนินการขอหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการตอบแบบสอบถามของผู้ทรงคุณวุฒิหรือผู้เชี่ยวชาญ พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดของการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยในครั้งนี้

2. ผู้วิจัยประสานผู้ทรงคุณวุฒิหรือผู้เชี่ยวชาญ เพื่อวางแผนและกำหนดนัดหมายการจัดส่งแบบสอบถามและส่งกลับทางไปรษณีย์ จำนวน 3 ครั้งๆ ละ 1 ชุด โดยกำหนดระยะเวลาในการส่งแบบสอบถามกลับคืนผู้วิจัยในแต่ละครั้งประมาณ 2 สัปดาห์

3. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ทรงคุณวุฒิหรือผู้เชี่ยวชาญ พร้อมทั้งวิเคราะห์ข้อมูลในแต่ละชุด เพื่อพัฒนาเป็นแบบสอบถามชุดต่อไป โดยดำเนินการทั้งหมด 3 ครั้ง และใช้แบบสอบถามทั้งหมด 3 ชุด ซึ่งมีวิธีการในการรวบรวมข้อมูล ดังนี้

ครั้งที่ 1 ผู้วิจัยดำเนินการจัดส่งแบบสอบถามชุดที่ 1 เป็นแบบสอบถามเพื่อให้ผู้ทรงคุณวุฒิหรือผู้เชี่ยวชาญแสดงความคิดเห็นร่างรูปแบบการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทย โดยการประยุกต์ใช้กรอบยุทธศาสตร์ MPOWER ที่พัฒนาขึ้นจากผลการวิจัยในระยะที่ 1 และระยะที่ 2 จากนั้นส่งไปยังผู้ทรงคุณวุฒิหรือผู้เชี่ยวชาญ โดยมีลักษณะเป็นข้อคำถามในแต่ละข้อเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ พร้อมทั้งให้ระบุเหตุผลว่าเห็นด้วยหรือไม่อย่างไร หรือระบุคำแนะนำเพิ่มเติม

ครั้งที่ 2 ผู้วิจัยดำเนินการจัดส่งแบบสอบถามชุดที่ 2 เป็นแบบสอบถามที่มีลักษณะเช่นเดียวกับแบบสอบถามชุดที่ 1 ซึ่งมีข้อคำถามที่มีการปรับปรุงข้อคำถามตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิหรือผู้เชี่ยวชาญ แต่เพิ่มตำแหน่งของค่ามัธยฐาน (Median) ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquartile range) และระบุเครื่องหมายแสดงตำแหน่งที่ผู้ทรงคุณวุฒิหรือผู้เชี่ยวชาญได้ตอบไว้ในแบบสอบถามชุดที่ 1 แล้วดำเนินการส่งกลับให้ผู้ทรงคุณวุฒิหรือผู้เชี่ยวชาญกลุ่มเดิมอีกครั้ง เพื่อให้ยืนยันคำตอบเดิมหรือเปลี่ยนแปลงคำตอบใหม่

ครั้งที่ 3 ผู้วิจัยดำเนินการจัดส่งแบบสอบถามชุดที่ 3 โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิหรือผู้เชี่ยวชาญกลุ่มเดิม เพื่อประเมินความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ปฏิบัติงานของรูปแบบการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด โดยการประยุกต์ใช้กรอบยุทธศาสตร์ MPOWER

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ในการวิเคราะห์ข้อมูลชุดที่ 1 และชุดที่ 2 จากแบบสอบถามความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิหรือผู้เชี่ยวชาญที่มีมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ โดยนำมาคำนวณหาค่ามัธยฐาน (Median) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquartile range) หรือค่า IQR ซึ่งผู้วิจัยได้กำหนดเกณฑ์การแปลผล ดังนี้

1.1 ค่ามัธยฐาน (Median)

ค่ามัธยฐาน	ความหมาย
4.50 – 5.00	ข้อความนั้นเหมาะสมต่อรูปแบบการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทย มากที่สุด
3.50 – 4.49	ข้อความนั้นเหมาะสมต่อรูปแบบการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทย มาก
2.50 – 3.49	ข้อความนั้นเหมาะสมต่อรูปแบบการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทย ปานกลาง
1.50 – 2.49	ข้อความนั้นเหมาะสมต่อรูปแบบการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทย น้อย
ต่ำกว่า 1.50	ข้อความนั้นเหมาะสมต่อรูปแบบการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทย น้อยที่สุด

โดยค่ามัธยฐานควรจะมีค่ามากกว่า 3.50 ขึ้นไป แสดงให้เห็นว่าความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิหรือผู้เชี่ยวชาญมีความสอดคล้องกัน (Consensus) สามารถนำไปสรุปผลการวิจัยได้ (บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร, 2553)

1.2 ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquartile range) หรือค่า IQR โดยคำนวณหาค่าความแตกต่างกันระหว่างค่าควอไทล์ที่ 3 และค่าควอไทล์ที่ 1 ซึ่งผลของค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ควรจะมีค่าไม่เกิน 1.50 แสดงให้เห็นว่าความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิหรือผู้เชี่ยวชาญมีความสอดคล้องกัน (Consensus) สามารถนำไปสรุปผลการวิจัยได้ (บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร, 2553)

2. ในการวิเคราะห์ข้อมูลชุดที่ 3 จากแบบประเมินความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์

ยาสูบจังหวัด โดยการประยุกต์ใช้กรอบยุทธศาสตร์ MPOWER จากผู้ทรงคุณวุฒิหรือผู้เชี่ยวชาญ โดยผู้วิจัยนำมาวิเคราะห์หาค่าเฉลี่ย (Mean) และให้ความหมายตามเกณฑ์ ดังนี้

ค่าเฉลี่ย	ความหมาย
4.50 – 5.00	มีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้มากที่สุด
3.50 – 4.49	มีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้มาก
2.50 – 3.49	มีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ปานกลาง
1.50 – 2.49	มีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้น้อย
ต่ำกว่า 1.50	มีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้น้อยที่สุด

โดยค่ามัธยฐานควรมีค่ามากกว่า 3.50 ขึ้นไป แสดงให้เห็นว่าความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิหรือผู้เชี่ยวชาญมีความสอดคล้องกัน (Consensus) สามารถนำไปสรุปผลการวิจัยได้ (บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร, 2553)

การพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยมีความเคารพและตระหนักในสิทธิมนุษยชนของผู้ให้ข้อมูล ภายใต้การอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ที่เป็นมาตรฐานสากล ด้วยหมายเลขรับรองโครงการวิจัยที่ IRB No. P2-0021/2565, COA No. 077/2022 ผู้วิจัยจึงดำเนินการวิจัย โดยยึดหลักการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มอาสาสมัครที่เข้าร่วมในการวิจัย ดังนี้

1. ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูลและโครงร่างการวิจัยเสนอคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร เพื่อขอความเห็นชอบในการทำวิจัยครั้งนี้ เมื่อผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์แล้ว จึงเริ่มดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มอาสาสมัครในการวิจัย

2. ผู้วิจัยเคารพและไม่ล่วงละเมิดสิทธิมนุษยชนของอาสาสมัคร ตั้งแต่เริ่มกระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูล จนกระทั่งนำเสนอผลงานดังกล่าว คือ ในการขอความร่วมมืออาสาสมัคร ผู้วิจัยจะชี้แจงรายละเอียดต่อกลุ่มอาสาสมัครเพื่อให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย คุณค่าของข้อมูลที่ได้รับจากอาสาสมัคร ชี้แจงขั้นตอนการรวบรวมข้อมูลอย่างละเอียด และสิทธิของอาสาสมัครที่สามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกขณะ โดยเปิดโอกาสให้อาสาสมัครสามารถซักถามและมีอิสระในการยินยอมหรือปฏิเสธการให้ข้อมูล

3. อาสาสมัครที่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัยทุกราย จะมีการลงลายมือชื่อยินยอมการให้ข้อมูลเป็นลายลักษณ์อักษรในเอกสารการยินยอมให้ทำการศึกษาวิจัย

4. ผู้วิจัยคำนึงถึงการป้องกันสิทธิของอาสาสมัครที่เข้าร่วมการวิจัยตลอดระยะเวลาดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยไม่เปิดเผย ชื่อ – สกุล ของอาสาสมัครเป็นรายบุคคล และข้อมูลที่ได้จากการให้ข้อมูลของอาสาสมัครจะถูกจัดเก็บเป็นความลับ ไม่มีการเปิดเผยข้อมูลการตอบคำถามให้กับบุคคลอื่นทั้งสิ้นไม่ว่ากรณีใดๆ หลังจบการวิจัยครั้งนี้ ซึ่งจะนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลในภาพรวมเท่านั้น

5. เมื่ออาสาสมัครมีความลังเลสงสัยในการวิจัย สามารถติดต่อสอบถามผู้วิจัยได้ที่



บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยเรื่องการพัฒนาารูปแบบการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด โดยการใช้กรอบยุทธศาสตร์ MPOWER มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) เพื่อศึกษาบริบทของการประเมินและปัจจัยที่ส่งผลต่อคะแนนการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด 2) เพื่อพัฒนารูปแบบการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด โดยการใช้กรอบยุทธศาสตร์ MPOWER 3) เพื่อประเมินรูปแบบการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด โดยการใช้กรอบยุทธศาสตร์ MPOWER โดยกำหนดขั้นตอนการดำเนินการเก็บข้อมูลวิจัยออกเป็น 3 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 ศึกษาบริบทการประเมิน และปัจจัยที่ส่งผลต่อการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด ดำเนินการวิจัยโดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed method research) แบบแผนแบบคู่ขนาน (Convergent design) ทั้งการวิจัยเชิงคุณภาพและการวิจัยเชิงปริมาณ โดยศึกษาในกลุ่มคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด ในประเทศไทย

ระยะที่ 1.1 การวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) เก็บข้อมูลจากคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด ในประเทศไทย จำนวน 10 คน ระหว่างเดือนเมษายน ถึง พฤษภาคม 2565

ระยะที่ 1.2 การวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative research) เก็บข้อมูลจากคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด ในประเทศไทย จำนวน 162 คน ระหว่างเดือนมีนาคม ถึง กรกฎาคม 2565

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด โดยการใช้กรอบยุทธศาสตร์ MPOWER ดำเนินการวิจัยโดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) ชนิดการศึกษาแบบสนทนากลุ่ม (Focus group) จากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้อง (Stakeholders) แบ่งออกเป็น 2 กลุ่มย่อย ได้แก่ คณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด จำนวน 9 คน และผู้บริหารและ

เจ้าหน้าที่ด้านการประเมิน ด้านการขับเคลื่อนการควบคุมยาสูบ และด้านการบังคับใช้กฎหมาย จำนวน 9 คน ดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างเดือนสิงหาคม ถึง ตุลาคม 2565

ระยะที่ 3 การประเมินรูปแบบการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด โดยการประยุกต์ใช้กรอบยุทธศาสตร์ MPOWER ดำเนินการวิจัยโดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) ด้วยเทคนิคเดลฟาย (Delphi technique) เก็บข้อมูลจากผู้ทรงคุณวุฒิหรือผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้องในด้านการประเมินและด้านการดำเนินงานควบคุมการบริโภคยาสูบ จำนวน 17 คน เก็บข้อมูลระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2565 ถึง มกราคม 2566

ซึ่งสามารถจำแนกผลการวิจัยออกเป็น 3 ระยะได้ ดังนี้

ระยะที่ 1 ผลการศึกษาบริบทการประเมิน และปัจจัยที่ส่งผลต่อการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด

ระยะที่ 1.1 การวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research)

มีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษาบริบทการประเมิน และปัจจัยที่ส่งผลต่อคะแนนการประเมิน มาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด ตามมุมมองของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด ในประเทศไทย จำนวน 10 คน โดยคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ชนิดแบบมีเกณฑ์ (Criterion sampling) โดยมีข้อมูลพื้นฐานของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัดที่ให้ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก ดังตาราง 2

ตาราง 2 แสดงจำนวน ร้อยละ ของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัดจำแนกตาม ตำแหน่ง อายุ ระดับการศึกษา และประสบการณ์ทำงานด้านการควบคุมยาสูบ

รายการ	จำนวน (n=10)	ร้อยละ
ตำแหน่ง		
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด	1	10.00
ข้าราชการในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด	3	30.00
ที่รับตำแหน่งผู้ช่วยเลขานุการ		
ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรค	2	20.00
ผู้อำนวยการสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา	1	10.00

ตาราง 2 (ต่อ)

	จำนวน (n=10)	ร้อยละ
สรรพสามิต	1	10.00
ผู้ทรงคุณวุฒิ	2	20.00
อายุ (ปี)		
อายุ 41-50 ปี	2	20.00
อายุ 51-60 ปี	7	70.00
อายุ 61-70 ปี	1	10.00
$\bar{X} = 53.70$ S.D. = 7.39 Min = 42 Max = 69		
ระดับการศึกษา		
ปริญญาตรี	3	30.00
ปริญญาโท	5	50.00
ปริญญาเอก	2	20.00
ประสบการณ์ทำงานด้านการควบคุมยาสูบ		
0-10 ปี	4	40.00
11-20 ปี	4	40.00
มากกว่า 20 ปี	2	20.00
$\bar{X} = 13.10$ S.D. = 8.54 Min = 3 Max = 28		

จากตาราง 2 พบว่า ส่วนใหญ่ผู้ให้ข้อมูลเป็นข้าราชการในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดที่รับตำแหน่งผู้ช่วยเลขานุการ ร้อยละ 30.00 รองลงมาคือ ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรค ผู้ทรงคุณวุฒิ ร้อยละ 20.00 และนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ผู้อำนวยการสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา สรรพสามิต ร้อยละ 10.00 ตามลำดับ มีอายุระหว่าง 51-60 ปี ร้อยละ 70.00 รองลงมาคือ อายุ 41-50 ปี ร้อยละ 20.00 และอายุ 61-70 ปี ร้อยละ 10.00 ตามลำดับ ซึ่งส่วนใหญ่ผู้ให้ข้อมูลจบการศึกษาระดับปริญญาโท ร้อยละ 50.00 รองลงมาคือ ระดับปริญญาตรี ร้อยละ 30.00 และระดับปริญญาเอก ร้อยละ 20.00 ตามลำดับ สำหรับประสบการณ์ในการทำงานด้านการควบคุมยาสูบของผู้ให้ข้อมูล ส่วนใหญ่มีประสบการณ์ 0-10 ปี และ 11-20 ปี ร้อยละ 40.00 รองลงมาคือ มีประสบการณ์มากกว่า 20 ปี ร้อยละ 20.00

สำหรับผลการศึกษารับทราบการประเมิน และปัจจัยที่ส่งผลต่อการประเมินมาตรการควบคุม การบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด จำแนกออกเป็น 6 ประเด็นหลัก (Theme) ประกอบด้วย 1) บริบทการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบใน เยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด 2) เป้าหมายการดำเนินมาตรการ ควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทย 3) แผนการดำเนินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบใน เยาวชนไทย 4) ปัญหาอุปสรรคในการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของ คณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด 5) ปัจจัยที่ส่งผลต่อคะแนนการประเมินมาตรการ ควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด และ 6) แนวทางการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการ ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด ซึ่งผลการวิจัยโดยละเอียด มีดังต่อไปนี้

1. บริบทการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของ คณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด

จากการศึกษาสามารถแบ่งข้อค้นพบที่เป็นบริบทของการประเมินมาตรการควบคุม การบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด ออกเป็น 2 ประเด็น ซึ่งมีรายละเอียดของแต่ละประเด็น ดังนี้

1.1 บริบทของการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทย

คณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด มีการติดตามและประเมินผล เกี่ยวกับผลการดำเนินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทย จากการประชุมตรวจราชการ ประจำปี การนิเทศงานเพื่อติดตามปัญหาในพื้นที่ รวมถึงติดตามผลการดำเนินงานตามแผนงานของ กรมควบคุมโรค การคัดกรอง การบำบัด และการประเมินโครงการสถานศึกษาปลอดบุหรี่ โดยใช้ ฐานข้อมูลในการติดตามผลการดำเนินงานจากระบบคลังข้อมูลสุขภาพ (Health data center: HDC) และข้อมูลพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่จากสำนักงานสถิติแห่งชาติ ซึ่งทำการสำรวจทุก 3 ปี ทำให้ข้อมูลที่ได้ ไม่เป็นปัจจุบัน ดังคำให้สัมภาษณ์ต่อไปนี้

...จะติดตามผลจากการประชุมตรวจราชการ และการประชุมผลการดำเนินงาน ประจำงวดเงิน ใน 18 เดือน แบ่งเป็น 3 งวดอะคะ จะเป็นการติดตามเพื่อดูปัญหาในพื้นที่ เพราะเรา เห็นแต่ในฐานข้อมูลจาก HDC และของสำนักงานสถิติ แล้วติดตามตามแผนงานของกรมด้วยคะ ติดตามการคัดกรอง และการบำบัดด้วยคะ

(คณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด 9, ผู้ให้สัมภาษณ์, 22 พฤษภาคม 2565)

...พี่ก็จะคอยติดตามข้อมูลผ่านระบบ HDC แล้วก็การกำกับติดตามผ่านการนิเทศด้วย แต่บางทีมันก็ไม่ได้เป็นตามเป้าหรอก (หัวเราะ) แต่เราก็พยายามให้เห็นตัวเลขชัดเจนว่าต้องลดคนสูบบุหรี่เท่าไร ในปี 68 คุณถึงจะไปบรรลุเป้าหมายที่ประเทศหรือโลกกำหนดไว้

(คณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด 10, ผู้ให้สัมภาษณ์, 24 พฤษภาคม 2565)

...ที่ผ่านมาจะมีการติดตามในพื้นที่อะคะ พื้นที่ที่ดูแลอย่างรพ.สต. (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล) อย่างสสจ. (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ) ติดตามในโรงเรียนผ่านตรงนี้อะคะที่เขาอยู่ในพื้นที่ใกล้เคียงที่เขาจะต้องดูแลโรงเรียน คือทำคู่กับหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวกับสถานศึกษา เหมือนกับการบูรณาการกัน

(คณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด 5, ผู้ให้สัมภาษณ์, 10 พฤษภาคม 2565)

...ถ้าประเมินในกลุ่มเยาวชนโดยตรงเลย ยังไม่มีคะ มีแต่ประเมินโรงเรียนปลอดบุหรี่ 7 องค์ประกอบ จะเป็นสสจ. (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด) ประเมินร่วมกับสพม. (สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา) โดยตั้งคณะกรรมการเข้าร่วมประเมินด้วยคะ

(คณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด 7, ผู้ให้สัมภาษณ์, 17 พฤษภาคม 2565)

...มีติดตามการสู่มประเมินในโรงเรียน ดูความชุก ดูการรับรู้ ดูทัศนคติ อันนี้คือเรื่องการสูบนะ ทำบ่อยอยู่ ทำอย่างน้อยโครงการละ 1 รอบอะ 18-24 เดือน มีการติดตามในโรงเรียน ดูความเป็นจริงเด็กเป็นอย่างไร ประเมินเด็ก ของเขาจะมีเกณฑ์นะไม่เหมือนที่อื่นไง จะผ่านโรงเรียนปลอดบุหรี่ได้ต้องสมัครมากับเขา สมัครแล้ว ประเมินตนเองแล้ว ต้องมาเข้าหลักสูตรอบรมกับเขา อบรมแล้วเขาจะไปเสริมพลังอย่างน้อย 1 ครั้ง พอเสริมเมื่อไหร่แล้วค่อยไปประเมิน ประเมินผ่านหรือไม่ผ่านก็ตามทั้ง 7 มาตรการนั้นแหละ

(คณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด 1, ผู้ให้สัมภาษณ์, 25 เมษายน 2565)

...พี่จะใช้วิธีการ Survey ข้อมูลเยาวชนของตัวเอง แต่ว่าเป็น Base on school เป็นแบบเก็บของสถานศึกษา เพื่อที่จะดูแนวโน้มของเยาวชนอะไร ยังไง อัตราการสูบบุหรี่เพิ่มขึ้นหรือลดลง โดยเก็บแบบออนไลน์ คือใช้เครื่องมือนี้แหละ ส่งให้ทางสพป. (สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษา) สพม. กระจายโรงเรียนตอบเอง ใช้วิธีการติดตามแบบประมาณนี้แหละ แล้วก็ดูข้อมูลอื่นๆ อาจจะไม่เป็นทางการอะ แต่ถ้าเป็นการติดตามที่เป็นเครื่องมือไปสอบถามอะไรอย่างเงี้ย พี่ไม่มี มีแค่การเก็บข้อมูลแบบนี้ แต่ก็ไม่มีข้อมูลที่ชัดเจน บางทีเรารู้สึกว่า เฮ้ย ลองเก็บดูสิ เราอยากรู้ว่าตอนนี้สถานการณ์เราอยู่ตรงไหน อะไรอย่างเงี้ย ก็จะมีบ้าง ความถี่ไม่ได้สม่ำเสมอ

(คณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด 6, ผู้ให้สัมภาษณ์, 22 พฤษภาคม 2565)

...เราก็ตีตตามนะ แต่มันเจอช่วงจังหวัดที่โควิด เราก็ตีตตามอะไรไม่ได้ นอกจากตามสื่อที่มันออกมา แต่มันก็ไม่ได้ถึง 50% หรือก นอกจากว่าเราออกไปสังเกตการณ์เองว่า บุหรี่เนี่ยะ ตอนนี้น้ำมันเบาลงหรือหนักขึ้นยังงัย ถ้าไม่ใช่ช่วงโควิด เราก็ตีออกไปตามชุมชน ตามอำเภอ ตามหมู่บ้าน มันเป็นเรื่องที่เราจะต้องไปทำกับน้องที่ควบคุมบุหรี่ เขาจะเชิญผู้ทรงคุณวุฒิหรือผู้ต้นแบบไปร่วมงานด้วย ถ้าว่างอะนะ

(คณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด 4, ผู้ให้สัมภาษณ์, 9 พฤษภาคม 2565)

จากข้อมูลจะเห็นได้ว่า บริบทการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยที่ผ่านมายังไม่มีรูปแบบหรือเครื่องมือการประเมินผลการดำเนินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยที่เป็นรูปธรรมอย่างชัดเจน อีกทั้งการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยในระดับประเทศยังไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน โดยส่วนใหญ่จะเป็นการประเมินผ่านโครงการสถานศึกษาปลอดบุหรี่ ซึ่งขึ้นอยู่กับความสมัครใจของสถานศึกษา ทั้งนี้ทำให้ได้รับข้อมูลเพียงกลุ่มเยาวชนที่ได้รับการศึกษาอยู่ในโรงเรียนเท่านั้น จึงยังไม่พบข้อมูลของกลุ่มเยาวชนที่อยู่ในชุมชนหรือกลุ่มที่ไม่ได้เรียน

1.2 บริบทของการประเมินคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด

คณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด ได้ตอบเป็นไปในทิศทางเดียวกันว่า ที่ผ่านมายังไม่เคยมีรูปแบบหรือการประเมินการดำเนินงานของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด และมีความจำเป็นอย่างมากที่ควรจะมีการประเมินผลการดำเนินงานของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพของการขับเคลื่อนการดำเนินงานของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ ดังคำให้สัมภาษณ์ต่อไปนี้

...รูปแบบการประเมินคณะกรรมการไม่มีนะ มีแต่กองยาสูบเคยประเมินครั้งนึงตอนโน้น นานมาแล้ว ตอนที่ไปอบรมคณะกรรมการยาสูบที่จังหวัดเชียงใหม่

(คณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด 1, ผู้ให้สัมภาษณ์, 25 เมษายน 2565)

...รูปแบบการประเมินคณะกรรมการ ตอนนี้อย่างไม่มี แม้แต่การติดตามผลการดำเนินงานของคณะกรรมการที่ผ่านมาก็ยังไม่มี ในระดับส่วนกลางเขายังไม่มีการพูดถึงเรื่องนี้ มีแต่การติดตามการทำงานในพื้นที่ที่ผ่านสสจ. แบบบางๆ

(คณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด 2, ผู้ให้สัมภาษณ์, 27 เมษายน 2565)

...การติดตามผลการดำเนินงาน ถ้าเป็นในลักษณะรูปธรรมแบบนี้เลยน่าจะยังไม่มี ส่วนใหญ่จะเป็นการประชุม ว่าคณะกรรมการได้ดำเนินการอะไรบ้าง เวลาประชุมให้แต่ละหน่วยงานที่เกี่ยวข้องโดยตรงว่าการดำเนินงานเป็นอย่างไรบ้าง เราก็จะมาคุยกันในที่ประชุม

(คณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด 3, ผู้ให้สัมภาษณ์, 3 พฤษภาคม 2565)

...รูปแบบการประเมินของงานยาสูบตอนนี้ของพี่ยังไม่มีนะคะ คือพี่ยังไม่ได้จัดประชุม ยังไม่ได้หารือเลยนะว่าของเรานี้จะมีประเมินอะไรบ้าง เพราะช่วงที่ผ่านมา คือมันติดโควิดอะเนาะ ก็ยังไม่ได้จัดประชุมเลย ที่ผ่านมาก็ไม่ได้มีการประเมินคณะกรรมการยาสูบจังหวัด แล้วทางกรมเองก็ยังไม่สนับสนุนมาให้

(คณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด 5, ผู้ให้สัมภาษณ์, 10 พฤษภาคม 2565)

...ประเมินคณะกรรมการยาสูบหรือ ตอนนี้อย่างไม่มี ยังไม่มีการประเมินอะไรเกี่ยวกับการทำงานของคณะกรรมการชุดนี้เลย แต่ถ้าถามว่าจำเป็นมั้ย พี่ว่าจำเป็นมาก เพราะว่าตอนนี้ จริงๆ แล้วคณะกรรมการเราตั้งขึ้นมา มีการจัดประชุม แต่เราไม่รู้สักถึงประสิทธิภาพผลของการขับเคลื่อนได้จริงๆ แต่บางจังหวัดเขาก็โอเคเนะ มันอาจจะขึ้นอยู่กับปัจจัยอะไรหลายๆ อย่างด้วย แต่ถ้ามันมีได้คือจะดีมาก อาจจะช่วย Support ให้งานมันดีขึ้นได้ ...ในเขตที่มันไม่มีการไปตามดู เอาจริงๆ ก็คือเวลาที่เรามาประชุมคณะกรรมการยาสูบจังหวัดเราประชุมได้แค่ปีละ 2 ครั้ง ดีไม่ดีไม่ถึงด้วยซ้ำ 1 ครั้งก็หนักหนาแล้ว มันไม่ได้มีการไปตามดูหรือกว่า โอเค หลังจากประชุมกันแล้ว มีมติอะไรยังไงลงไป แล้วได้ไปตามดูมั้ย อย่างที่พี่บอกอะ พอมาประชุมครั้งที่ 2 อ้าว อันนี้ประชุมไปครั้งที่แล้วบางทีก็ไม่ได้เอากลับมาติดตาม

(คณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด 6, ผู้ให้สัมภาษณ์, 15 พฤษภาคม 2565)

...ที่ผ่านมาเราไม่ได้ประเมินนะ โดยคณะกรรมการยาสูบจังหวัดยังไม่ได้ดำเนินการอย่างจริงจัง เป็นรูปธรรม

(คณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด 8, ผู้ให้สัมภาษณ์, 18 พฤษภาคม 2565)

จากข้อมูลจะพบว่า ส่วนใหญ่ยังไม่มีรูปแบบหรือเครื่องมือในการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทย และผลการดำเนินงานของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด รวมถึงยังไม่ได้รับการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยและการดำเนินงานของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัดจากส่วนกลางหรือกองงานคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ กรมควบคุมโรค ด้วยเช่นกัน

2. เป้าหมายการดำเนินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทย

จากการศึกษาสามารถแบ่งประเด็นข้อค้นพบได้เป็น 2 ประเด็น คือ เป้าหมายของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัดของหน่วยงานสาธารณสุข และเป้าหมายของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัดที่ไม่ใช่หน่วยงานสาธารณสุข ซึ่งเป็นคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัดตามพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2560

2.1 เป้าหมายของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัดของหน่วยงานสาธารณสุข

คณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัดที่เป็นหน่วยงานสาธารณสุข จะมีเป้าหมายในการดำเนินงานควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนเช่นเดียวกับเป้าหมายของประเทศหรือจากส่วนกลางกำหนด โดยกองงานคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ดังคำให้สัมภาษณ์ต่อไปนี้

... เป้าหมายก็ใช้ตัวเดียวกับของประเทศนั้นแหละ จากส่วนกลางนั้นแหละ

(คณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด 2, ผู้ให้สัมภาษณ์, 27 เมษายน 2565)

...เป้าหมายในการควบคุมยาสูบในเยาวชนจะมีประกาศในแต่ละปี แต่ปีนี้ยังไม่ได้ประกาศเลย เนื่องจากยังไม่ได้ประชุมงบประมาณเลย เจอโควิดชะงักก่อน แต่มีเป้าหมายหลักของปีที่แล้วอยู่ ก็คือ เด็กอายุ 15-19 ปี สูบบุหรี่ไม่เกินร้อยละ 7 แต่มันก็เกินอะนะ ก็ใช้เป้าของประเทศที่เขาบังคับในเชิงยุทธศาสตร์ เวลาประเมินก็ใช้จาก Survey ของประเทศ คือ สำนักงานสถิติแห่งชาติ ทั้งประเทศใช้เหมือนกันหมด

(คณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด 1, ผู้ให้สัมภาษณ์, 25 เมษายน 2565)

...ปกติที่ถ่ายทอดนโยบายให้กับเครือข่ายในพื้นที่ ที่จะใช้เป้าหมายใหญ่ของประเทศอยู่แล้วที่ได้รับการถ่ายทอดมาจากทางกรม ก็คือ ลดการสูบบุหรี่อายุ 15 ปีขึ้นไป ถ้าเรื่องของเยาวชนเจ็ยะอะ คือที่จะไม่ได้แยกออกมาเป็นเป้าเยาวชนอะ

(คณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด 6, ผู้ให้สัมภาษณ์, 15 พฤษภาคม 2565)

...มีเป้าหมายของสถานศึกษาปลอดบุหรี่ให้ผ่านเกณฑ์ ประถม 20% มัธยม 10% อาชีววะ 50% ส่วนอัตราการสูบบุหรี่เป้าหมายประเทศ คือ ต้องพบเยาวชนไทยสูบบุหรี่น้อยกว่าร้อยละ 8 ในปี 70 ล้อตามของยุทธกรมควบคุมโรคนั้นแหละ

(คณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด 10, ผู้ให้สัมภาษณ์, 24 พฤษภาคม 2565)

จากข้อมูลจะเห็นว่า คณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด ที่เป็นหน่วยงานสาธารณสุข จะมีเป้าหมายการดำเนินงานควบคุมยาสูบที่ส่งต่อมาจากส่วนกลางในระดับประเทศ โดยมีหน่วยงานที่รับผิดชอบงานจากส่วนกลาง คือ กองงานคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข เป็นผู้กำหนดเป้าหมายและกำหนดแผนปฏิบัติการ ในการดำเนินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบ

2.2 เป้าหมายของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัดที่ไม่ใช่หน่วยงานสาธารณสุข

คณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัดที่ไม่ใช่หน่วยงานสาธารณสุข ไม่มีเป้าหมายในการดำเนินงานมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทย แต่มีภาระกิจงานที่สนับสนุนการดำเนินงานด้านควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทย ดังคำให้สัมภาษณ์ต่อไปนี้

...ของเราไม่มีเป้าหมายหรือแผนการดำเนินงานควบคุมยาสูบในเยาวชนโดยเฉพาะของเรามีแค่อกใบอนุญาต แต่เงื่อนไขของการออกใบอนุญาตเราก็ดูกฎหมายอื่นประกอบด้วย ถ้าสมมติว่ามีการกระทำผิดขึ้นมา ถ้าขายให้กับบุคคลที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปี และถูกดำเนินคดี มันก็อาจจะไปสู่เงื่อนไขของการพักใช้หรือเพิกถอนใบอนุญาตได้ ก็เป็นวิธีการดำเนินงานของเรา

(คณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด 3, ผู้ให้สัมภาษณ์, 3 พฤษภาคม 2565)

...การกำหนดเป้าหมายนี้ละ จะมีเจ้าหน้าที่ของสาสุข (สาธารณสุข) เป็นหัวใหญ่ เวลาเมื่อไรเขาก็เชิญไปเข้าร่วมกิจกรรมด้วย บทบาทของพี่นะ เวลาเมื่อไรเราก็เข้าประชุม แล้วเราก็สามารถเอามาเผยแพร่ได้ เวลาฝ่ายยาสูบเขาลงพื้นที่จัดกิจกรรม เขาก็จะเชิญพี่ไปเป็นวิทยากรเกี่ยวกับคนมีประสบการณ์ที่ว่าพี่เลิกบุหรี่มาเกือบ 30 ปีเนี่ยะ ให้กับเยาวชนรับรู้

(คณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด 4, ผู้ให้สัมภาษณ์, 9 พฤษภาคม 2565)

จากข้อมูลจะเห็นว่า คณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัดที่ไม่ใช่หน่วยงานสาธารณสุข ซึ่งเป็นคณะกรรมการตามกฎหมาย พบว่า ไม่มีเป้าหมายในการดำเนินงานมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยอย่างชัดเจน แต่เป็นส่วนสนับสนุนการดำเนินงานต่างๆ โดยมีฝ่ายเลขานุการจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เป็นผู้ดำเนินการหลักในการจัดกิจกรรม และหน่วยงานอื่นมาเข้าร่วม

3. แผนการดำเนินงานมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทย

แผนการดำเนินงานมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทย พบว่า คณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด เน้นเรื่องการป้องกันนักสูบหน้าใหม่เป็นหลัก โดยการขับเคลื่อนนโยบายสถานศึกษาปลอดบุหรี่ ประกอบด้วย 7 มาตรการ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและป้องกันนักสูบในเด็กที่อยู่ในชุมชน รวมถึงการเฝ้าระวังการขายบุหรี่ให้กับเด็กต่ำกว่าอายุ 20 ปี และการผิตกฎหมายอื่นๆ ของร้านค้าบริเวณรอบสถานศึกษาและชุมชน สำหรับเยาวชนที่เสพติดบุหรี่แล้ว นำเข้าสู่คลินิกบำบัด ดังคำให้สัมภาษณ์ต่อไปนี้

...แผนดำเนินงานในกลุ่มเยาวชน มีแผนหลักๆ คือ ป้องกันนักสูบหน้าใหม่ โดยการขับเคลื่อนโรงเรียนปลอดบุหรี่ ส่วนในชุมชนก็จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและป้องกันนักสูบในเด็กแว่นที่อยู่ในชุมชน

(คณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด 1, ผู้ให้สัมภาษณ์, 25 เมษายน 2565)

...แผนก็ดำเนินงานตาม 7 มาตรการ แล้วของที่จะเพิ่มเติมในส่วนที่ว่า Zoning ด้วยอะคะ คือ ร้านค้าปลอดบุหรี่ปลอดแอลกอฮอล์รอบสถานศึกษา เราทำร่วมกับสรรพสามิต ทำร่วมกับตำรวจ มีคณะทำงานของจังหวัดอยู่คะ สาสุข ศึกษา ทั้งสำนักงานเขตพื้นที่ ประถม มัธยม และก็อาชีวศึกษาคะ

(คณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด 5, ผู้ให้สัมภาษณ์, 10 พฤษภาคม 2565)

...แผนการดำเนินงานควบคุมยาสูบในเยาวชน แบ่งออกเป็น 2 ส่วนด้วยกัน เป็นส่วนที่ผู้สูบบุหรี่ไปแล้วที่อยู่ในสถานบริการสาธารณสุขอยู่แล้ว ก็ให้เป็นหน้าที่ของสถานบริการสาธารณสุข เข้าสู่คลินิกบำบัด มีแผนในการดูแลก็คือว่า จะใช้เพื่อนบำบัด ใช้ครูบำบัดในโรงเรียน ใช้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ส่วนหนึ่งทางโรงพยาบาลเองก็จะมีออกมาให้บริการพูดคุย Counselling ส่วนที่นักเรียนที่สูบบุหรี่ทางคณะกรรมการเองได้มองเห็นแล้วละว่าจำเป็นต้องดูแลในเยาวชนว่าจะสามารถป้องกันการสูบบุหรี่หน้าใหม่ได้อย่างไรบ้าง ส่วนนักเรียนที่ไม่สูบกั้รณรงค์ ป้องกัน เพื่อนดูแลเพื่อนเงี้ยะ รวมทั้งการเฝ้าระวังของเพื่อนและก็ของครูที่อยู่ในโรงเรียน โดยแยกออกมาว่ากลุ่มไหนที่เป็นกลุ่มเสี่ยง กลุ่มไหนที่ไม่เสี่ยง รวมทั้งการเฝ้าระวังเรื่องของการขายในชุมชนด้วย เพื่อไม่ให้ร้านค้าขายให้กับเยาวชน

(คณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด 2, ผู้ให้สัมภาษณ์, 27 เมษายน 2565)

4. ปัญหาอุปสรรคในการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของ คณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด

ปัญหาอุปสรรคในการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของ คณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด พบว่า ยังไม่เคยมีการประเมินมาตรการควบคุมการ บริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด สำหรับปัญหาอุปสรรค ในการดำเนินงานที่ผ่านมา พบว่า การจัดประชุมและการนัดประชุมให้ครอบครัวประชุมของ คณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัดเป็นเรื่องยาก เนื่องจากคณะกรรมการประกอบด้วย หน่วยงานที่หลากหลาย ซึ่งแต่ละหน่วยงานมีภารกิจหน้าที่ที่แตกต่างกัน และการให้ความร่วมมือของ คณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัดจากหลายภาคส่วน รวมถึงยังไม่ได้ได้รับความร่วมมือจาก ผู้ประกอบการร้านค้า โดยยังพบมีการขายบุหรี่ให้กับเยาวชน และแบ่งมวนขาย ดังคำให้สัมภาษณ์ ต่อไปนี้

...ปัญหาเรื่องของคณะกรรมการ ก็คือ การจัดประชุมยากมาก (ลากเสียงยาว) การที่จะ นัดให้ครอบครัวประชุมนี้ยิ่งยากมาก มันยากตรงประธาน กว่าจะนัดประธานได้ยากมาก การที่มานั่ง แต่ละที่ นั่งได้เต็มที่ 1-2 ชั่วโมง ก็เต็มที่ละ ประธานไม่ว่างก็คนอื่นใครไม่ได้เลย

(คณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด 6, ผู้ให้สัมภาษณ์, 15 พฤษภาคม 2565)

...ที่ผ่านมาเราจะไม่ได้ได้รับความร่วมมือ เช่น ร้านค้าเขาก็อยากมีรายได้ สมมติว่าเขา อยากรจะขายยาสูบ ถ้าเขาขายได้กับทุกคนรายได้เขาก็จะเยอะ แต่ถ้าเราจำกัดห้ามขายให้เด็กต่ำกว่า อายุ 20 ปี เขาก็ไม่สามารถขายให้กับกลุ่มนี้ได้ รายได้เขาก็ลด ถ้าเขาอยากจะมีรายได้เพิ่ม เขาก็สู่ม เสี่ยงที่จะทำผิดกฎหมายตรงนี้ไง

(คณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด 3, ผู้ให้สัมภาษณ์, 3 พฤษภาคม 2565)

...ปัญหาอุปสรรคมันก็มี แต่ว่ามันก็ไม่มาก เราทำความเข้าใจกับร้านค้าว่าห้ามแกะ บุหรี่แบ่งขายนะ ขายบุหรี่ย่าไปขายกับเด็กนักเรียนนะ เด็กต่ำกว่าอายุเท่านี้ๆ นะ บางร้านก็ทำตาม บางร้านก็แอบขายก็ 50 50 บางร้านเขาก็เคร่งครัด แต่บางร้านก็จะขาย คือ บางครั้งพี่ก็บอกว่า “มัน ต้องมีการล่อซื้อ หรือแอบจับ แล้วก็ปรับให้จริงจัง”

(คณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด 4, ผู้ให้สัมภาษณ์, 9 พฤษภาคม 2565)

...คือการทำงานส่วนมากเขาจะทำในส่วนของเขามากกว่า เอ้อ คือเขาก็จะ ดำเนินการงานหลักของเขามากกว่า อันนี้คืองานเราขอความร่วมมือ ส่วนเขาจะทำ ไม่ทำ แล้วก็ อาจจะได้เหนื่อยอะไรอย่างนี้ เราจะเชิงขอความร่วมมือมากกว่า

(คณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด 5, ผู้ให้สัมภาษณ์, 10 พฤษภาคม 2565)

5. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคะแนนการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบใน เยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด

จากการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคะแนนการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด พบว่า การมีเป้าหมาย การดำเนินงานที่ชัดเจน การรับรู้ถึงบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด การรับรู้คุณค่าของตนเอง การรับรู้ประโยชน์ของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด มีผู้รับผิดชอบงานหลักและได้รับการพัฒนาความรู้เกี่ยวกับการควบคุมการบริโภคยาสูบ มีทรัพยากรในการดำเนินงานที่เพียงพอ โดยเฉพาะทรัพยากรด้านผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ รวมถึงการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน แรงจูงใจในการดำเนินงาน ความรู้และทักษะการดำเนินงานควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด จะส่งผลต่อคะแนนการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด ดังคำให้สัมภาษณ์ต่อไปนี้

...ปัจจัยที่ทำให้คะแนนการประเมินเพิ่มขึ้น เขาต้องมีเป้าหมายที่ชัดเจน และเขารู้ว่ามันมีความสำคัญอย่างไร ความสำคัญของตัวเขาเอง ทำแล้วมีผลต่อประเทศชาติและสังคมยังไง

(คณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด 9, ผู้ให้สัมภาษณ์, 22 พฤษภาคม 2565)

...อันดับแรก เขารู้หน้าที่ตรงนั้นมั้ย หน้าที่ตรงนั้นเขาต้องเรียนรู้อะไรบ้าง ประโยชน์ต่อชาติต่อองค์กรมีอะไรบ้าง ทำไมเขาต้องมาเป็นตำแหน่งนี้ หรือได้รับการคัดเลือกมา คนที่จะเห็นคุณค่าของกรรมการ ถึงจะ Working ได้ กรรมการที่มาต้องรู้หน้าที่ อันที่สอง คุณค่าที่เขามาเป็นกรรมการมันดียังไง ไม่ใช่แค่ว่ามีตามกฎหมายเฉยๆ ให้เสร็จๆ ไป มาประชุมเซ็นให้ครบ อยากให้เขารู้คุณค่าอะไร จะขับเคลื่อนยังไง ทิศทางยังไง ผลประโยชน์ เขารู้หน้าที่และทำด้วยความภาคภูมิใจของเขา พอได้ทำแล้วทำต่อไป ต้องมีทิศทางในการทำงาน มีเป้าหมาย 1 ปี 2 ปี 3 ปี ไง

(คณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด 1, ผู้ให้สัมภาษณ์, 25 เมษายน 2565)

ผู้รับผิดชอบงานด้านการควบคุมการบริโภคยาสูบในระดับหน่วยงานของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด พบว่า ในแต่ละหน่วยงานมีการมอบหมายงานผู้รับผิดชอบงานด้านควบคุมการบริโภคยาสูบอย่างชัดเจน ส่วนใหญ่จะมีผู้รับผิดชอบหน่วยงานละ 1 คน ในขณะที่รับผิดชอบหลายงาน ซึ่งไม่ได้มีการกำหนดคุณสมบัติของผู้รับผิดชอบงานอย่างชัดเจน แต่ได้รับการพัฒนาความรู้จากการอบรมในหลักสูตรที่เกี่ยวข้อง ดังคำให้สัมภาษณ์ต่อไปนี้

...ตัวสรรพสามิตเองจะเป็นคณะกรรมการตามกฎหมายอยู่แล้ว ถ้าทางจังหวัดเขามีนโยบายอะไรยังไง ก็พร้อมที่จะนำมาดำเนินการให้สอดคล้องนะครับ แต่ของสรรพสามิตซึ่งเป็นหน่วยงานค่อนข้างจะโดยตรงอยู่ในการควบคุมยาสูบเนี่ยะ การมอบหมายงานก็จะเป็นส่วนของฝ่ายปราบปรามอยู่แล้วที่จะต้องดูแลในส่วนนี้นะครับ

(คณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด 3, ผู้ให้สัมภาษณ์, 3 พฤษภาคม 2565)

...มีการมอบหมายผู้รับผิดชอบงานชัดเจน เลือกลงมาแล้วก็ต้องให้ไปอบรมหลักสูตรธรรมดาเนี่ยแหละ ที่เขาส่งมาก็ให้ไปอบรมในส่วนที่เกี่ยวข้อง คุณสมบัติในการเลือก อันดับแรกต้องจบ ป.ตรี (ปริญญาตรี) ที่สามารถเป็นเจ้าพนักงานโดยตำแหน่งได้ตาม พ.ร.บ. (พระราชบัญญัติ) มันจะไม่ยุ่งยาก 2. ถ้าเป็นที่เลือก จะเลือกคนที่ทุ่มเททำงาน มีจิตอาสาจริงใจ ไม่เอาแบบว่าทำพอแล้วๆ มีข้อพิเศชต้องใช้เวลาเยอะ ต้องอาศัยหลายอย่าง ...คือ ผู้รับผิดชอบงานต้องมีความตั้งใจ แล้วก็ไม่ใช่ทำงานพอเสร็จๆ ใจ ไม่ได้ทำงานแค่เสร็จไปตาม KPI (Key performance indicator)

(คณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด 1, ผู้ให้สัมภาษณ์, 25 เมษายน 2565)

...มีที่รับงานคนเดียว เป็นคณะกรรมการยาสูบจังหวัดด้วย มีประสบการณ์ทำงานยาสูบมา 10 กว่าปีค่ะ ทำตั้งแต่ปี 52 ค่ะ รับทั้งงานยาสูบ ทำสิ่งแวดล้อม ทำจมน้ำ ทำเยอะเยอะไปหมด (หัวเราะ) ทำระบาคติวิทยาด้วย ...ไม่ได้มีการกำหนดเกณฑ์คุณสมบัติ เขาไม่มีคนทำ

(คณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด 5, ผู้ให้สัมภาษณ์, 10 พฤษภาคม 2565)

...งานยาสูบจะมอบผู้รับผิดชอบคนเดียว ไม่ได้กำหนดคุณสมบัติตั้งแต่แรก แต่รับโอนมาแทนตำแหน่งคนที่ทำงานนี้เดิมอยู่แล้ว แล้วมีประสบการณ์เรื่องนี้มา เขาเคยทำงานที่กรม ที่กองยาสูบมา 6 ปี แล้วก็เพิ่งมาอยู่ที่นี้ได้ประมาณ 3 ปีแล้วมั้ง

(คณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด 6, ผู้ให้สัมภาษณ์, 15 พฤษภาคม 2565)

ความเพียงพอของทรัพยากรในการดำเนินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทย ในด้านงบประมาณมีความเพียงพอ เนื่องจากได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.) โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดได้เขียนโครงการขอสนับสนุนผ่านกรมควบคุมโรค ซึ่งหน่วยงานสาธารณสุขเป็นหน่วยงานหลักในการขอใช้งบประมาณ ในขณะที่ทรัพยากรด้านบุคคลยังไม่เพียงพอต่อการดำเนินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในระดับพื้นที่ ซึ่งในแต่ละหน่วยงานมีผู้รับผิดชอบการดำเนินงานควบคุมการบริโภคยาสูบเพียง 1 คน และรับผิดชอบหลายงาน ทั้งนี้ควรเพิ่มสัดส่วนของสถานศึกษาในโครงสร้างของผู้ขับเคลื่อนมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยให้มากขึ้น สำหรับสิ่งของสนับสนุนด้านอื่นๆ ที่ใช้ใน

การดำเนินงานมีความเพียงพอ เช่น สื่อสิ่งพิมพ์ ป้ายปลอดบุหรี่ หรือสื่อการเรียนการสอน เนื่องจากสามารถขอรับสนับสนุนได้จากหลายๆ หน่วยงาน เช่น มูลนิธิเพื่อการไม่สูบบุหรี่ และกองงานคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข เป็นต้น ดังคำให้สัมภาษณ์ต่อไปนี้

...ทรัพยากร โดยโครงสร้างที่มีอยู่มันเพียงพอ แต่ถ้ามุ่งเน้นให้กับเยาวชนเนี่ยะ ควรเพิ่มสัดส่วนของสถานศึกษาให้มากขึ้น โครงสร้างนี้ไม่แน่ใจว่าจะแต่งตั้งหรือยืดหยุ่นได้มั๊ย สมมติว่านโยบายของจังหวัดมีปัญหาเรื่องเยาวชน ฉะนั้นเลขาคณะกรรมการชุดนี้ จะต้องหาทางเพิ่มสัดส่วนของผู้ที่ทางด้านการศึกษาหรือผู้ที่เกี่ยวข้องกับเยาวชนให้มากกว่าจำนวนที่ส่วนกลางกำหนดมา ถ้ามว่า 1 คนที่จะเอาเรื่องพวกนี้น่ากลับไปขยายต่อในโรงเรียนมันไม่พอ

(คณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด 2, ผู้ให้สัมภาษณ์, 27 เมษายน 2565)

...เราก็ใช้งบประมาณปกติในงานและหน้าที่ของเราอยู่แล้ว ไม่ได้เบิกงบจากที่อื่น ก็เป็นงบของสรรพสามิตโดยตรงอะครับ เอ้อ เข้าใจว่าภาระหน้าที่ของเรามันเป็นการควบคุมตรงนี้โดยตรงอยู่แล้ว แต่เท่าที่สัมผัสรู้สึกว่าทางสาสุขก็จะมีโครงการร่วมกับทาง สสส. อยู่เป็นปกติ บางทีเราก็ได้รับความอนุเคราะห์จากทางสาสุขในเรื่องของนำผู้ประกอบการของเราซึ่งเป็นผู้ได้รับใบอนุญาตขายยาสูบนี้เนอะครับ ให้เข้าไปร่วมในการอบรม ส่วนใหญ่เข้าไปเรื่องของการขาย การบริโภคยาสูบ ขายยังงี้ให้ถูกต้อง ห้ามขายให้เด็ก ห้ามขายให้บุคคลที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปี อะไรประมาณนี้อะครับ

(คณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด 3, ผู้ให้สัมภาษณ์, 3 พฤษภาคม 2565)

...ทรัพยากรในเขต พี่ว่าไม่พอ เอาคนก่อนนะ คนไม่พอ เมื่อก่อนจ้างลูกจ้างช่วยงานในจังหวัดได้ 1 คน แต่ตอนนี้จ้างไม่ได้แล้ว พอจ้างไม่ได้ปุ๊บ ที่นี้งานทุกอย่างมันเฉื่อยช้าลงไปหมดเลย ...ถ้าเรื่องเงินพี่มองว่า ในระดับจังหวัดพี่ว่าพอ ซึ่งบางจังหวัดในเขตมันก็เป็นจังหวัดใหญ่ แต่ปีนี้โอเคแหละ ที่เขาปันส่วนให้กับอำเภอในจังหวัดเยอะหน่อยก็ได้เงินเยอะหน่อย ถ้าในระดับจังหวัดพี่ว่าน่าจะพอ ...สิ่งของสนับสนุนอะไรต่างๆ พี่มองว่ามันน่าจะพอนะ เท่าที่ดูก็ไม่ค่อยได้เรียกร้อง อุปกรณ์ของอะไรสักเท่าไรห่วยๆ บางส่วนอย่างมีมูลนิธิ เขาก็สนับสนุนได้อยู่แล้ว แต่ถ้าพวกสื่อ ส่วนใหญ่พื้นที่ที่ต้องการเยอะๆ คือคนทำงานจริงๆ ในพื้นที่อย่างโรงพยาบาล โรงเรียน ที่เขาต้องการเยอะๆ อะ อันนี้เขาก็สามารถขอตรงได้ไง

(คณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด 6, ผู้ให้สัมภาษณ์, 15 พฤษภาคม 2565)

ปัจจัยในการดำเนินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของ คณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัดที่สำคัญอันดับต้นๆ คือ การได้รับความร่วมมือและการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย การให้ความสำคัญในการดำเนิน มาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชน จนเกิดเป็นนโยบายสู่การปฏิบัติของแต่ละหน่วยงาน และดำเนินการร่วมกันแบบบูรณาการ รวมถึงความตั้งใจของผู้ปฏิบัติงานก็เป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้เกิด ความสำเร็จ ดังคำให้สัมภาษณ์ต่อไปนี้

...ผมว่ามันต้องทั้งจากทางส่วนของเราด้วย ทั้งคนที่มีส่วนได้เสียด้วย ทางของเราก็คือ มีการบังคับใช้กฎหมายโดยเคร่งครัดหรือป่าว ไม่ใช่ปล่อยให้ลอยปะละเลย หรือถ้าทางร้านค้าจะขายอยาก ได้กำไรเยอะ รายได้เยอะก็แอบขาย แต่ถ้าทางราชการทุกส่วนช่วยกันมีความเคร่งครัดในการ ดำเนินการตรงนี้ ผมก็ว่ามันก็จะช่วยในส่วนตรงนี้ แล้วมันก็จะส่งผลไปถึงร้านค้าด้วย ถ้าเขาเห็นว่าเรา บังคับใช้กฎหมายที่จริงจัง เขาก็จะไม่กล้า ปัญหามันก็จะน้อยลง

(คณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด 3, ผู้ให้สัมภาษณ์, 3 พฤษภาคม 2565)

...เวลาทำงานอะไรควรเชิญคณะกรรมการไปร่วมด้วย ที่ผ่านมากomiteeกรรมการมี หน้าที่ประชุมอย่างเดียว เขาไม่รู้หรอก เขาไม่เคยเห็นหรือว่าไปทำอะไรกันมา เป็นยังไง วิธีหนึ่งต้อง ให้จังหวัดจัดกิจกรรม การประชุมสัมมนา ถอดบทเรียน อะไรก็ช่าง ควรเชิญผู้แทนของคณะกรรมการ ยาสูบเข้าร่วมด้วย ซึ่งที่ผ่านมาไม่เห็น

(คณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด 9, ผู้ให้สัมภาษณ์, 22 พฤษภาคม 2565)

...ควรจะมีคณะกรรมการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนนโยบาย ตั้งแต่ต้นน้ำ กลางน้ำ ปลายน้ำเลย ไม่ใช่คุณแค่นั่งฟังข้อมูล แล้วก็กำหนดนโยบาย แล้วก็จบ แต่ว่าเขาจะต้องมามีส่วนร่วม ตั้งแต่ 1. เรื่องของการวางแผนการทำงานเป็นรายปี เรื่องของการปฏิบัติงาน และเรื่องของการประชุม ยังไงก็ต้องหมุนที่คณะกรรมการยาสูบจังหวัด โดยมีสัดส่วนของสถานศึกษาเข้ามามากกว่านี้

(คณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด 2, ผู้ให้สัมภาษณ์, 27 เมษายน 2565)

...เขาเรียกว่าอะไรอะ การมีส่วนร่วมทางความคิดอะ คือ เขาก็จะมองแต่ภารกิจงาน ตัวเอง มองแต่มุมมองตัวเอง มันควรจะมีการแชร์ความคิดกัน อย่างที่บอกอะ ไม่งั้นสาซุขก็ทำคนเดียวอยู่ดี ...มันต้องเป็นเรื่องของผู้บริหารเนาะ นโยบาย อะไรอย่างเนี้ยอะอะ พี่มองตั้งแต่ข้างบนเลยนะ การ บริหารนโยบายของส่วนกลางอะโอเค มันมีการบูรณาการการทำงานร่วมกัน การทำ MOU นโยบาย กระทรวงศึกษา กระทรวงสาธารณสุข เครือข่ายทั้งในและนอกสาธารณสุข ที่มีงบประมาณสนับสนุน แต่ขึ้นอยู่ ที่ว่าเขาจะให้ความสำคัญกับงานเรามั้ย แล้วให้ขนาดไหน

(คณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด 6, ผู้ให้สัมภาษณ์, 15 พฤษภาคม 2565)

แรงจูงใจมีความสำคัญต่อการดำเนินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยให้ประสบความสำเร็จ คือ การสร้างความภาคภูมิใจในตนเอง ให้เห็นคุณค่าในตนเอง จากการประกวด มอบรางวัล มอบโล่ประกาศเกียรติคุณ และการเลื่อนตำแหน่ง นอกจากนี้ยังคำนึงความปลอดภัยของเยาวชน และผลกระทบจากการสูบบุหรี่ ดังคำให้สัมภาษณ์ต่อไปนี้

...ถ้าเป็นหน่วยงานนอกจะพยายามประกาศเชิดชูเกียรติให้เขา เพื่อให้เขาภาคภูมิใจในตนเองกับหน่วยงานนอกของเขาไม่ว่าผู้บริหารเขาเห็นด้วย มีการให้รางวัล เช่น มีการประกวดมอบโล่ แล้วประกาศให้เห็นว่า อ่าเกอณี ทำงั้นะ โรงเรียนนี้ ทำงั้นะ มันก็ทำให้มันประสบความสำเร็จได้สุดท้ายเขาก็เห็นคุณค่าในตนเอง เห็นผลเชิงประจักษ์

(คณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด 1, ผู้ให้สัมภาษณ์, 25 เมษายน 2565)

...ผู้นำองค์กรต้องให้การสนับสนุนด้วย เสริมแรงให้เขาได้รู้สึกภาคภูมิใจ มีแรงขับเคลื่อนกระตุ้นจากส่วนกลาง จัดให้มีเวทีประกวด มีรางวัล จะเป็นแรงหนุนให้คนทำงานยาสูบแบบที่ไม่อยากย้ายงานเลย บางทีคนเรามันเบื่อไม่อยากทำนะ

(คณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด 9, ผู้ให้สัมภาษณ์, 22 พฤษภาคม 2565)

...แรงจูงใจก็เป็นเรื่องของเยาวชนนั่นแหละ จริงๆ แล้ว คนที่ทำงานก็มีลูกมีหลานของตนเอง ถ้าสมมติว่าการบังคับกฎหมาย มันเป็นไปตามเคร่งครัด ปัญหาทางสังคมก็จะน้อยลง ลูกหลานของเราก็จะปลอดภัยไปด้วย

(คณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด 3, ผู้ให้สัมภาษณ์, 3 พฤษภาคม 2565)

...ต้องมีแรงจูงใจในการทำงานนะ เมื่อเราเห็นคนที่ป่วย งบประมาณสำหรับคนที่ป่วยโรคถุงลมโป่งพองเกี่ยวกับสูบบุหรี่ต่อหัวต่อคนที่รักษาเงินมันไม่ใช่ร้อยสองร้อย พันหมื่น มันเป็นแสนเฉียดจะเป็นล้านก็มี งบประมาณใช้เยอะ คือถึงรณรงค์ห้ามสูบบุหรี่ กฎหมายต้องจริงจัง แล้วบุหรี่ก็ต้องควบคุมได้

(คณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด 4, ผู้ให้สัมภาษณ์, 9 พฤษภาคม 2565)

...แล้วปัจจัยเรื่องของเงินรางวัล การเลื่อนขั้น เลื่อนตำแหน่ง นับเป็นผลงาน พี่ว่ามันสำคัญมากกับการขับเคลื่อนเรื่องเยาวชน เพราะว่าทางด้านกระทรวงศึกษาเขาให้ความสำคัญกับสิ่งนี้มาก แต่ไม่ใช่ว่าเขาทำเพื่อให้ได้รางวัลนะ แต่มันเป็นสิ่งตอบแทน เป็นแรงจูงใจให้เขาทำ แล้วเขาก็ทำเอาเป็นเอาตายจริงๆ นะ

(คณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด 6, ผู้ให้สัมภาษณ์, 15 พฤษภาคม 2565)

ในการดำเนินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด จำเป็นจะต้องมีความรู้ด้านการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชน และทักษะในการดำเนินงานที่เกิดจากการเรียนรู้และการปฏิบัติงาน เช่น ทักษะการวิเคราะห์ สังเคราะห์ และคืนข้อมูล ทักษะในการบูรณาการงานของตนเอง ทักษะในการติดตาม ประเมินผล ทักษะการสื่อสาร ทักษะการประสานงาน สามารถทำงานร่วมกับผู้อื่นได้ดี มีความน่าเชื่อถือ และการเจรจาต่อรอง จนสามารถนำไปสู่การแก้ไขปัญหาได้ ดังคำให้สัมภาษณ์ต่อไปนี้

...พี่ว่าเขาควรมีความรู้ก่อน (หัวเราะ) แล้วเขาควรมีทักษะการวิเคราะห์ สังเคราะห์ อะ เพราะว่าสิ่งที่เลขาฯเข้ามา อ้อ มันเป็นอย่างนี้ แล้วมีทักษะในการบูรณาการงานตัวเอง สิ่งของตัวเอง ถืออยู่ในมือ ภารกิจตัวเองกับสิ่งที่ซิงเข้าไป แล้วเขาจะไปทำงานในบทบาท ภารกิจในหน่วยงานของเขาต่อได้อย่างไร ...แล้วทักษะในการติดตาม ประเมินผล หลังจากเอาข้อมูลที่ได้รับจากคณะกรรมการชุดนี้ไปแล้ว เอากลับไปขับเคลื่อนในหน่วยงานตัวเองเสร็จปุ๊บ ตามภารกิจตนเอง แล้วมันได้ผลมัยอะ ...แล้วทักษะการสื่อสารพี่ก็ว่าสำคัญนะ กลับไปสื่อสารให้ผู้ปฏิบัติงานของตัวเองเข้าใจได้หรือป่าว เพื่อให้งานมันเคลื่อนต่อ อันนี้ก็สำคัญ แล้วการสื่อสารในเวทีการประชุม ควรจะมีเยอะๆ มากเลยอะ

(คณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด 6, ผู้ให้สัมภาษณ์, 15 พฤษภาคม 2565)

...จะต้องมีความยืดหยุ่นนะ สามารถทำงานร่วมกับผู้อื่นได้ดี ด้านการเจรจาต่อรอง การสร้างเครือข่าย อีกส่วนหนึ่งผู้รับผิดชอบงานยาสูบระดับเขต จะต้องสังเคราะห์ วิเคราะห์ข้อมูล ชี้ประเด็น และคืนข้อมูลให้กับคณะกรรมการยาสูบจังหวัดเป็นระยะๆ

(คณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด 2, ผู้ให้สัมภาษณ์, 27 เมษายน 2565)

...การทำงานยาสูบต้องอาศัยทักษะการประสานงาน เพราะต้องอาศัยภาคีนอก จำเป็นต้องประสานงานกับเขา ความรู้ต้องชัด มีความน่าเชื่อถือ มีอายุสัก 35 ปีขึ้นไป คือ ต้องมีประสบการณ์ ความอาวุโสก็จำเป็นกับการประสานงานนะ

(คณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด 10, ผู้ให้สัมภาษณ์, 24 พฤษภาคม 2565)

...ทักษะ เกิดมาจากการเรียนรู้จากที่เราศึกษาจากกฎหมาย ที่เราทำกันอยู่บ่อยๆ ก็จะทำให้เรารู้ว่าตรงโน้นตรงนี้ว่ามันมีปัญหาอะไร เราก็จะแก้ปัญหาก็ได้ถูกจุด

(คณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด 3, ผู้ให้สัมภาษณ์, 3 พฤษภาคม 2565)

...ได้คนมาแล้ว สามารถฝึกฝนได้ เตรียมความพร้อมของคน ก็คือ พัฒนาคนได้ไง สามารถทำ Develop ได้ พัฒนาทักษะ 1. ต้องเรียนรู้เรื่องนี้ๆ เรียนรู้ก็หมายถึงว่า Paper work คือ อ่านเอา ถ้าตามปกติ Learn by doing ถ้าของพี่ท่านะ 2. ถ้ามีงานนี้ต้องส่งไปให้เขาอบรม เพื่อเพิ่มความมั่นใจ

(คณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด 1, ผู้ให้สัมภาษณ์, 25 เมษายน 2565)

6. แนวทางการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด

จากการศึกษา พบว่า แนวทางในการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด ควรประเมินจากบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด และประเมินจากแผนงานและกิจกรรมที่ดำเนินการ ซึ่งอาจจะเป็นการประเมินตนเองก่อน หรือส่วนกลางเป็นผู้ประเมิน โดยทำการประเมินปีละ 1 ครั้ง ดังคำให้สัมภาษณ์ต่อไปนี้

...ควรประเมินจากกิจกรรมที่เขาทำ ดำเนินการอะไร ต้องการอะไร เห็นค่าอย่างไร บทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการทำอะไร

(คณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด 10, ผู้ให้สัมภาษณ์, 24 พฤษภาคม 2565)

...ก็ดูว่าเดือนนึงจัดกิจกรรมรณรงค์บูหรืเนี่ยะให้กับเยาวชนตามโรงเรียน สถานศึกษา อะไรก็แล้วแต่เนี่ยะ เดือนนึงทำก็โรงเรียน ก็ครั้ง 2.การประชุม ปีนึงคุณประชุมครบ 2 ครั้ง คือมันจะได้อะไร เออ มันขับเคลื่อนไปถึงไหนแล้ว

(คณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด 4, ผู้ให้สัมภาษณ์, 9 พฤษภาคม 2565)

...ผมว่าน่าจะเป็นหน่วยงานกลางที่จะเข้ามาประเมิน ส่วนใหญ่จะเป็นหัวหน้าส่วนราชการทั้งนั้นเลย แล้วทีนี้ถามว่าแล้วใครจะมาประเมินอะ ก็ต้องเป็นระดับของส่วนกลางลงมาประเมิน คณะกรรมการชุดนี้ จะให้สาสุขประเมินเองหรือ ถ้าเป็นเขตก็ยังไม่เค ไม่ใช่ว่าให้จังหวัดประเมินเองครับ น่าจะเป็นทางเขตขึ้นไป

(คณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด 3, ผู้ให้สัมภาษณ์, 3 พฤษภาคม 2565)

...หลักๆ ก็น่าจะมี 3 องค์ประกอบเนี่ยะ มีโครงสร้าง การบริหารจัดการ แล้วก็เลขา แล้วก็เนื้อหาของการประชุม ว่าเขามีศักยภาพ ทักษะในการที่จะชง ในการที่จะวิเคราะห์อะไร ชงเข้าไปในชุดนี้ได้มากน้อยแค่ไหน คณะกรรมการชุดนี้มีอำนาจหน้าที่อะไร แล้วสิ่งที่เขาต้องทำคืออะไร ...พี่

ว่าควรจะมีปีละครั้งก็พอแล้ว เพราะว่าการประชุมปีหนึ่ง มัน 2 ครั้งยังแทบไม่ได้เลย อาจจะดูแค่การประชุมเฉยๆ เนาะ อาจจะดูเรื่องการขับเคลื่อนที่ไม่ใช่รูปแบบการประชุมด้วย เวลาประเมินอะ

(คณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด 6, ผู้ให้สัมภาษณ์, 15 พฤษภาคม 2565)

...คณะกรรมการยาสูบจังหวัดจะต้องประเมินตนเองก่อน แล้วค่อยให้ส่วนกลางวิเคราะห์ผลอีกที ถ้าให้ส่วนกลางประเมินให้ทุกจังหวัดเขาน่าจะทำไมไหวหรอก ...ก็ประเมินทั้งผลการดำเนินงาน ทั้งกระบวนการ ดูชุดกิจกรรม และความร่วมมือของคณะกรรมการ ควรจะต้องมีตัวชี้วัดและผลลัพธ์ที่คาดว่าจะได้

(คณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด 9, ผู้ให้สัมภาษณ์, 22 พฤษภาคม 2565)

สรุปได้ว่า บริบทการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด ยังไม่มีรูปแบบหรือเครื่องมือการประเมินผลการดำเนินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัดที่เป็นรูปธรรม ชัดเจน ทั้งนี้คณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัดที่เป็นหน่วยงานสาธารณสุขจะมีเป้าหมายการดำเนินงานควบคุมยาสูบที่ส่งต่อมาจากส่วนกลางในระดับประเทศ ในขณะที่คณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัดที่ไม่ใช่หน่วยงานสาธารณสุข มีเป้าหมายการดำเนินงานยังไม่ชัดเจน แต่สนับสนุนการดำเนินงานต่างๆ โดยมีฝ่ายเลขานุการจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเป็นผู้ดำเนินการหลัก สำหรับแผนการดำเนินงานมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยเน้นเรื่องการป้องกันนักสูบหน้าใหม่เป็นหลัก โดยการขับเคลื่อนนโยบายสถานศึกษาปลอดบุหรี่ และการเฝ้าระวังการขายบุหรี่ให้กับเด็กต่ำกว่าอายุ 20 ปี และการผิดกฎหมายอื่นๆ ของร้านค้าบริเวณรอบสถานศึกษาและชุมชน ในส่วนของปัญหาอุปสรรคในการประเมิน พบว่า การจัดประชุมและการนัดประชุมให้ครบองค์ประชุมของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัดเป็นไปได้ยาก

สำหรับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคะแนนการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด พบว่า การมีเป้าหมายการดำเนินงานที่ชัดเจน การรับรู้ถึงบทบาทหน้าที่ การรับรู้คุณค่าของตนเอง การรับรู้ประโยชน์ของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด มีผู้รับผิดชอบงานหลักและได้รับการพัฒนาความรู้ มีทรัพยากรที่เพียงพอ โดยเฉพาะทรัพยากรด้านผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ รวมถึงการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน แรงจูงใจในการดำเนินงาน ความรู้และทักษะการดำเนินงาน ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ส่งผลต่อคะแนนการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด ในส่วนของแนวทางในการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทย ควรประเมินจากบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด

ประเมินจากแผนงานและกิจกรรมที่ดำเนินการ ซึ่งคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด อาจจะมีการประเมินตนเองก่อน และระดับเขตร่วมกับระดับส่วนกลางติดตามผลและทำการประเมินซ้ำ โดยประเมินปีละ 1 ครั้ง สรุปได้ดังภาพ 5



ภาพ 5 แสดงบริบทของการประเมิน และปัจจัยที่ส่งผลต่อคะแนนการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด

ระยะที่ 1.2 การวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative research) แบ่งผลการวิจัยออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 วิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 วิเคราะห์ผลคะแนนการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด โดยการประยุกต์ใช้กรอบยุทธศาสตร์ MPOWER

ส่วนที่ 3 วิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อคะแนนการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด

ส่วนที่ 1 วิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคล

ตาราง 3 แสดงจำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (n=162)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	88	54.30
หญิง	74	45.70
อายุ		
37 - 48 ปี	49	30.25
49 - 60 ปี	113	69.75
$\bar{X} = 51.44$ S.D. = 9.40 Min = 37 Max = 60		
การศึกษาสูงสุด		
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	72	44.40
ปริญญาโท	72	44.40
สูงกว่าปริญญาโท	18	11.20
ประสบการณ์ทำงานด้านยาสูบ		
น้อยกว่า 5 ปี	88	54.00
ระหว่าง 5 – 10 ปี	50	31.00
มากกว่า 10 ปี ขึ้นไป	24	15.00
$\bar{X} = 5.53$ S.D. = 6.94 Min = 0 Max = 34		

ตาราง 3 (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (n=162)	ร้อยละ
ระดับความสำคัญในการดำเนินงานควบคุมการบริโภคนยาสูบในหน่วยงาน		
น้อย (0-5 คะแนน)	28	17.30
ปานกลาง (6-8 คะแนน)	30	18.50
มาก (9-10 คะแนน)	104	64.20
$\bar{X} = 7.63$ S.D. = 2.30 Min = 1 Max = 10		
ความรู้ด้านควบคุมการบริโภคนยาสูบ		
น้อย (0-5 คะแนน)	4	2.47
ปานกลาง (6-8 คะแนน)	132	81.48
มาก (9-10 คะแนน)	26	16.05
$\bar{X} = 7.52$ S.D. = 1.13 Min = 4 Max = 10		

จากตาราง 3 ปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 54.30 มีอายุระหว่าง 49-60 ปี ร้อยละ 69.75 ($\bar{X} = 51.44$) จบการศึกษาระดับปริญญาโท ร้อยละ 44.40 มีประสบการณ์ทำงานด้านยาสูบน้อยกว่า 5 ปี ร้อยละ 54.60 ให้ความสำคัญในการดำเนินงานควบคุมการบริโภคนยาสูบในหน่วยงานอยู่ระดับมาก (8-10 คะแนน) ร้อยละ 64.20 ($\bar{X} = 7.63$) และมีความรู้ด้านการควบคุมการบริโภคนยาสูบอยู่ในระดับปานกลาง (6-8 คะแนน) ร้อยละ 81.48 ($\bar{X} = 7.52$)

ตาราง 4 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับทัศนคติในการทำงานด้านยาสูบของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด จำแนกเป็นรายชื่อ

ทัศนคติในการทำงานด้านยาสูบ	\bar{X}	S.D.	ระดับ
1. ท่านรู้สึกที่มีความถนัดในการปฏิบัติงานด้านควบคุมการบริโภคนยาสูบ	3.36	0.80	ปานกลาง
2. ท่านรู้สึกภูมิใจที่ได้ปฏิบัติงานด้านควบคุมการบริโภคนยาสูบ	3.86	0.89	มาก

ตาราง 4 (ต่อ)

ทัศนคติในการทำงานด้านยาสูบ	\bar{x}	S.D.	ระดับ
3. ท่านรู้สึกว่ามีปริมาณงานด้านควบคุมการบริโภคยาสูบที่ท่านได้รับผิดชอบมีมากเกินไป	3.06	0.97	ปานกลาง
4. ท่านคิดว่าการอบรมพัฒนาศักยภาพด้านควบคุมการบริโภคยาสูบอยู่เสมอ จะทำให้ท่านมีความรู้ ความสามารถในการปฏิบัติงานเพิ่มขึ้น	3.94	0.90	มาก
5. ท่านรู้สึกมีความเครียดอยู่บ่อยๆ เกี่ยวกับการปฏิบัติงานด้านควบคุมการบริโภคยาสูบ	3.28	0.95	ปานกลาง
6. ท่านคิดว่าการปฏิบัติงานด้านควบคุมการบริโภคยาสูบ ควรมีการวางแผน กำกับ ติดตาม และประเมินผลอย่างชัดเจน	4.06	0.89	มาก
7. ท่านรู้สึกว่าการกฎหมายในการควบคุมการบริโภคยาสูบมีความยุ่งยาก ไม่สามารถบังคับใช้ได้จริง	2.77	1.02	ปานกลาง
8. วัสดุ อุปกรณ์ และสิ่งอำนวยความสะดวกที่ใช้ในการปฏิบัติงานด้านควบคุมการบริโภคยาสูบ มีความเพียงพอ	3.05	0.74	ปานกลาง
9. ท่านสามารถขอความช่วยเหลือในการปฏิบัติงานด้านควบคุมการบริโภคยาสูบจากผู้ใต้บังคับบัญชาได้เสมอ	3.75	0.92	มาก
10. ท่านรู้สึกว่าภาคีเครือข่ายมักจะไม่ให้ความร่วมมือในการปฏิบัติงานด้านควบคุมการบริโภคยาสูบ	3.22	1.04	ปานกลาง
ภาพรวม	3.44	0.45	ปานกลาง

จากตาราง 4 ทศนคติในการทำงานด้านยาสูบของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด พบว่า ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมากและมีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ ข้อ 6 ท่านคิดว่าการปฏิบัติงานด้านควบคุมการบริโภคยาสูบ ควรมีการวางแผน กำกับ ติดตาม และประเมินผลอย่างชัดเจน (\bar{X} = 4.06, S.D. = 0.89) รองลงมา คือ ข้อ 4 ท่านคิดว่าการอบรมพัฒนาศักยภาพด้านควบคุมการบริโภคยาสูบอยู่เสมอ จะทำให้ท่านมีความรู้ความสามารถในการปฏิบัติงานเพิ่มขึ้น (\bar{X} = 3.94, S.D. = 0.90) โดยข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุดซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ ข้อ 7 ท่านรู้สึกว่าการกฎหมายในการควบคุมการบริโภคยาสูบมีความยุ่งยาก ไม่สามารถบังคับใช้ได้จริง (\bar{X} = 2.77, S.D. = 1.02)

ตาราง 5 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับแรงจูงใจในการทำงานด้านยาสูบของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด จำแนกเป็นรายข้อ

แรงจูงใจในการทำงานด้านยาสูบ	\bar{X}	S.D.	ระดับ
1. ท่านรู้สึกว่าการสำเร็จของงานด้านควบคุมการบริโภคยาสูบ ก่อให้เกิดกำลังใจในการปฏิบัติงาน	3.95	0.72	มาก
2. ท่านรู้สึกเบื่อหน่าย ไม่สบายใจ หรือไม่อยากปฏิบัติงานด้านควบคุมการบริโภคยาสูบ	3.47	0.94	ปานกลาง
3. ท่านรู้สึกว่าการปฏิบัติงานด้านควบคุมการบริโภคยาสูบ ช่วยสร้างภาพลักษณ์ที่ดีให้กับหน่วยงาน	3.99	0.83	มาก
4. ท่านมักจะได้รับการยกย่องชมเชย จากภาคีเครือข่ายหรือผู้ได้บังคับบัญชาอยู่เสมอ	3.47	0.87	ปานกลาง
5. ผู้ได้บังคับบัญชา หรือภาคีเครือข่ายมักจะไม่ยอมรับความคิดเห็นต่างๆ ของท่าน	3.62	1.06	ปานกลาง
6. การวางแผนปฏิบัติงานด้านควบคุมการบริโภคยาสูบที่ชัดเจน ส่งผลให้ท่านปฏิบัติงานเป็นไปตามกรอบเวลาที่กำหนด	3.90	0.80	มาก
7. การกำหนดหน้าที่ และแบ่งความรับผิดชอบที่ชัดเจน ส่งผลให้การดำเนินงานด้านควบคุมการบริโภคยาสูบของท่านมีประสิทธิภาพ	3.99	0.79	มาก

ตาราง 5 (ต่อ)

แรงจูงใจในการทำงานด้านยาสูบ	\bar{X}	S.D.	ระดับ
8. การได้รับการฝึกอบรม สัมมนา หรือศึกษาดูงาน ส่งผลให้ท่านมีความรู้ และทักษะในการปฏิบัติงาน เพิ่มขึ้น	4.09	0.73	มาก
9. อุปสรรคในการดำเนินงานด้านควบคุมการบริโภค ยาสูบ ส่งผลให้ท่านมีความตั้งใจในการปฏิบัติงานลดลง	3.25	0.90	ปานกลาง
10. บรรยากาศ และความสัมพันธ์ของ ผู้ใต้บังคับบัญชาหรือภาคีเครือข่ายที่ดี ส่งผลให้ท่านมี ความสุขในการปฏิบัติงานมากยิ่งขึ้น	4.02	0.84	มาก
ภาพรวม	3.77	0.51	มาก

จากตาราง 5 แรงจูงใจในการทำงานด้านยาสูบของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ
จังหวัด พบว่า ภาพรวมอยู่ในระดับมาก โดยข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมากและมีค่าคะแนน
เฉลี่ยสูงที่สุด ได้แก่ ข้อ 8 การได้รับการฝึกอบรม สัมมนา หรือศึกษาดูงาน ส่งผลให้ท่านมีความรู้ และ
ทักษะในการปฏิบัติงานเพิ่มขึ้น ($\bar{X} = 4.09$, S.D. = 0.73) รองลงมา คือ ข้อ 10 บรรยากาศ และ
ความสัมพันธ์ของผู้ใต้บังคับบัญชาหรือภาคีเครือข่ายที่ดี ส่งผลให้ท่านมีความสุขในการปฏิบัติงาน
มากยิ่งขึ้น ($\bar{X} = 4.02$, S.D. = 0.84) โดยข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่
ข้อ 9 อุปสรรคในการดำเนินงานด้านควบคุมการบริโภคยาสูบ ส่งผลให้ท่านมีความตั้งใจใน
การปฏิบัติงานลดลง ($\bar{X} = 3.25$, S.D. = 0.90)

ตาราง 6 แสดงจำนวน และร้อยละ จำแนกตามการบริหารองค์กรด้านการควบคุมการบริโภคยาสูบของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด

การบริหารองค์กรด้านการควบคุม การบริโภคยาสูบ	มี/เพียงพอ		ไม่มี/ไม่เพียงพอ	
	จำนวน (n=162)	ร้อยละ	จำนวน (n=162)	ร้อยละ
1. หน่วยงานของท่านมีเป้าหมายในการดำเนินงาน ด้านควบคุมยาสูบในเยาวชนอย่างชัดเจน	138	85.20	24	14.80
2. หน่วยงานของท่านมีแผนปฏิบัติการด้านควบคุม ยาสูบในเยาวชน	124	76.50	38	23.50
3. หน่วยงานของท่านมีการกำหนดบทบาท ผู้รับผิดชอบงานด้านควบคุมยาสูบในเยาวชนอย่าง ชัดเจน	110	67.90	52	32.10
4. หน่วยงานของท่านมีการสนับสนุนทรัพยากรใน การดำเนินงานด้านควบคุมยาสูบในเยาวชน เพียงพอหรือไม่	100	61.70	62	38.30

จากตาราง 6 การบริหารองค์กรด้านการควบคุมการบริโภคยาสูบของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด พบว่า ส่วนใหญ่มีเป้าหมายในการดำเนินงานด้านควบคุมยาสูบในเยาวชนอย่างชัดเจน ร้อยละ 85.20 มีแผนปฏิบัติการด้านควบคุมยาสูบในเยาวชน ร้อยละ 76.50 มีการกำหนดบทบาทผู้รับผิดชอบงานด้านควบคุมยาสูบในเยาวชนอย่างชัดเจน ร้อยละ 67.90 และมีการสนับสนุนทรัพยากรในการดำเนินงานด้านควบคุมยาสูบในเยาวชนเพียงพอ ร้อยละ 61.70

ตาราง 7 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของทักษะการปฏิบัติงานของ คณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด จำแนกเป็นรายด้าน

ทักษะการปฏิบัติงาน	\bar{X}	S.D.	ระดับ
ทักษะด้านการสื่อสาร	3.41	0.53	มาก
ทักษะด้านการวิเคราะห์	3.46	0.46	มาก
ทักษะด้านการแก้ไขปัญหา	3.49	0.45	มาก
ทักษะด้านการมีภาวะผู้นำ	3.27	0.36	มาก
ภาพรวม	3.40	0.38	มาก

จากตาราง 7 ทักษะการปฏิบัติงานของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด พบว่า ภาพรวมอยู่ในระดับมาก โดยทักษะด้านที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุดและอยู่ในระดับมาก คือ ทักษะด้านการแก้ไขปัญหา ($\bar{X} = 3.49$, S.D. = 0.45) รองลงมา คือ ทักษะด้านการวิเคราะห์ ($\bar{X} = 3.46$, S.D. = 0.46) และทักษะด้านการสื่อสาร ($\bar{X} = 3.41$, S.D. = 0.53) ตามลำดับ โดยทักษะด้านที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด ซึ่งอยู่ในระดับมาก ได้แก่ ทักษะด้านการมีภาวะผู้นำ ($\bar{X} = 3.27$, S.D. = 0.36)

ตาราง 8 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของการบูรณาการมาตรการเข้าสู่ระบบงานตามปกติ (Normalization process theory) ของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด จำแนกเป็นรายด้าน

การบูรณาการมาตรการเข้าสู่ระบบงานตามปกติ (Normalization process theory)	\bar{X}	S.D.	ระดับ
ด้านการเชื่อมโยง (Coherence)	3.71	0.54	มาก
ด้านกรมีส่วนร่วม (Cognitive participation)	4.10	0.55	มาก
ด้านการทำงานร่วมกัน (Collective action)	3.71	0.53	มาก
ด้านการติดตามแบบสะท้อนกลับ (Reflexive monitoring)	3.81	0.67	มาก
ภาพรวม	3.81	0.50	มาก

จากตาราง 8 การบูรณาการมาตรการเข้าสู่ระบบงานตามปกติ (Normalization process theory) ของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด พบว่า ภาพรวมอยู่ในระดับมาก โดยด้านที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุดและอยู่ในระดับมาก คือ ด้านการมีส่วนร่วม (Cognitive participation) ($\bar{X} = 4.10$, S.D. = 0.55) รองลงมา คือ ด้านการติดตามแบบสะท้อนกลับ (Reflexive monitoring) ($\bar{X} = 3.81$, S.D. = 0.67) โดยด้านที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด ซึ่งอยู่ในระดับมาก ได้แก่ ด้านการเชื่อมโยง (Coherence) ($\bar{X} = 3.71$, S.D. = 0.54) และด้านการทำงานร่วมกัน (Collective action) ($\bar{X} = 3.71$, S.D. = 0.53)

ส่วนที่ 2 วิเคราะห์ผลการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด โดยการประยุกต์ใช้กรอบยุทธศาสตร์ MPOWER

ตาราง 9 แสดงจำนวน และร้อยละ ของคะแนนการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด จำแนกเป็นรายชื่อ

คะแนนการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบ ในเยาวชนไทย	จำนวน (n=162)	ร้อยละ
1. การเฝ้าระวัง ติดตาม และการประเมินผลการใช้ยาสูบของเยาวชนในจังหวัดของท่าน (Monitor)		
ไม่มีข้อมูลแสดงการใช้ยาสูบของเยาวชน	58	35.80
มีข้อมูลแสดงการใช้ยาสูบของเยาวชน แต่ไม่เป็นปัจจุบัน	48	29.60
มีข้อมูลแสดงการใช้ยาสูบของเยาวชนในปัจจุบัน แต่ไม่แสดงแนวโน้ม	20	12.30
มีข้อมูลปัจจุบันและเปรียบเทียบแนวโน้มแสดงการใช้ยาสูบของ เยาวชน	36	22.20
2. การปกป้องผู้คนจากควันบุหรี่ โดยทำให้โรงเรียนมัธยมศึกษาในจังหวัดของท่านปลอดควันบุหรี่ (Protect)		
ไม่มีการรายงานข้อมูล	68	42.00
โรงเรียนมัธยมศึกษาในจังหวัดปลอดควันบุหรี่ น้อยกว่าร้อยละ 80	16	9.90
โรงเรียนมัธยมศึกษาในจังหวัดปลอดควันบุหรี่ อย่างน้อยร้อยละ 80	30	18.50
โรงเรียนมัธยมศึกษาทุกแห่งในจังหวัดปลอดควันบุหรี่	48	29.60

ตาราง 9 (ต่อ)

คะแนนการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบ ในเยาวชนไทย	จำนวน (n=162)	ร้อยละ
3. การให้ความช่วยเหลือในการเลิกยาสูบของเยาวชนในจังหวัดของท่าน (Offer)		
ไม่มีการรายงานข้อมูล	114	70.40
เยาวชนที่เสพติดยาสูบต้องการเลิกยาสูบ อย่างน้อยร้อยละ 50	22	13.60
เยาวชนที่เสพติดยาสูบเข้าสู่ระบบบำบัดเลิกยาสูบ อย่างน้อยร้อยละ 30	10	6.20
เยาวชนที่เสพยาสูบที่เข้าสู่ระบบบำบัดสามารถเลิกยาสูบได้สำเร็จ อย่างต่อเนื่องใน 1 ปี อย่างน้อยร้อยละ 20	16	9.90
4. การเตือนเยาวชนในจังหวัดของท่านให้ตระหนักถึงพิษภัยของผลิตภัณฑ์ยาสูบ (Warn)		
ไม่มีการรายงานข้อมูล	48	29.60
ไม่มีกิจกรรมให้ความรู้ หรือสร้างความตระหนักถึงพิษภัยของ ผลิตภัณฑ์ยาสูบให้กับเยาวชน	20	12.30
มีกิจกรรมให้ความรู้ หรือสร้างความตระหนักถึงพิษภัยของ ผลิตภัณฑ์ยาสูบให้กับเยาวชน น้อยกว่าร้อยละ 90	38	23.50
มีกิจกรรมให้ความรู้ หรือสร้างความตระหนักถึงพิษภัยของ ผลิตภัณฑ์ยาสูบให้กับเยาวชน อย่างน้อยร้อยละ 90	56	34.60
5. การบังคับใช้กฎหมายห้ามการโฆษณา การส่งเสริมการขาย และการให้การสนับสนุน อุตสาหกรรมยาสูบของร้านค้าในจังหวัดของท่าน (Enforce)		
ไม่มีการรายงานข้อมูล	36	22.20
มีการตรวจการโฆษณา การส่งเสริมการขาย และการให้การ สนับสนุนอุตสาหกรรมยาสูบของร้านค้า	18	11.10
มีการตรวจ และเตือนร้านค้าเมื่อพบการโฆษณา การส่งเสริมการ ขาย และการให้การสนับสนุนอุตสาหกรรมยาสูบ	34	21.00
มีการตรวจ เตือน และปรับหรือดำเนินคดีเมื่อพบการโฆษณา การ ส่งเสริมการขาย และการให้การสนับสนุนอุตสาหกรรมยาสูบของ ร้านค้า	74	45.70

จากตาราง 9 คะแนนการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด จำแนกเป็นรายด้าน พบว่า

ด้านการเฝ้าระวัง ติดตาม และการประเมินผลการใช้ยาสูบของเยาวชน (Monitor) พบว่า ส่วนใหญ่ไม่มีข้อมูลแสดงการใช้ยาสูบของเยาวชน ร้อยละ 35.8 มีข้อมูลแสดงการใช้ยาสูบของเยาวชน แต่ไม่เป็นปัจจุบัน ร้อยละ 29.6 และมีข้อมูลปัจจุบันและเปรียบเทียบแนวโน้มแสดงการใช้ยาสูบของเยาวชน ร้อยละ 22.2

ด้านการปกป้องผู้คนจากควันบุหรี่ โดยทำให้โรงเรียนมัธยมศึกษาปลอดควันบุหรี่ (Protect) พบว่า ส่วนใหญ่ไม่มีการรายงานข้อมูล ร้อยละ 42.0 โรงเรียนมัธยมศึกษาทุกแห่งในจังหวัดปลอดควันบุหรี่ ร้อยละ 29.6

ด้านการให้ความช่วยเหลือในการเลิกยาสูบของเยาวชน (Offer) พบว่า ไม่มีการรายงานข้อมูล ร้อยละ 70.4 เยาวชนที่เสพติดยาสูบต้องการเลิกยาสูบ อย่างน้อยร้อยละ 50 ร้อยละ 13.6

ด้านการเตือนเยาวชนให้ตระหนักถึงพิษภัยของผลิตภัณฑ์ยาสูบ (Warn) พบว่า กิจกรรมให้ความรู้ หรือสร้างความตระหนักถึงพิษภัยของผลิตภัณฑ์ยาสูบให้กับเยาวชน อย่างน้อยร้อยละ 90 ร้อยละ 34.6 ไม่มีการรายงานข้อมูล ร้อยละ 29.6

และด้านการบังคับใช้กฎหมายห้ามการโฆษณา การส่งเสริมการขาย และการให้การสนับสนุนอุตสาหกรรมยาสูบของร้านค้า (Enforce) พบว่า มีการตรวจ เตือน และปรับหรือดำเนินคดีเมื่อพบการโฆษณา การส่งเสริมการขาย และการให้การสนับสนุนอุตสาหกรรมยาสูบของร้านค้า ร้อยละ 45.7 ไม่มีการรายงานข้อมูล ร้อยละ 22.2

ตาราง 10 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของคะแนนการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด

คะแนนการประเมินมาตรการควบคุม	\bar{x}	S.D.	ระดับ
การบริโภคยาสูบในเยาวชนไทย			
1. การเฝ้าระวัง ติดตาม และการประเมินผลการใช้ยาสูบของเยาวชน (Monitor)	2.21	1.16	ปานกลาง

ตาราง 10 (ต่อ)

คะแนนการประเมินมาตรการควบคุม	\bar{X}	S.D.	ระดับ
การบริโภคยาสูบในเยาวชนไทย			
2. การปกป้องผู้คนจากควันบุหรี่ โดยทำให้โรงเรียนมัธยมศึกษาปลอดควันบุหรี่ (Protect)	2.36	1.29	มาก
3. การให้ความช่วยเหลือในการเลิกยาสูบของเยาวชนในจังหวัด (Offer)	1.56	0.98	น้อย
4. การเตือนเยาวชนให้ตระหนักถึงพิษภัยของผลิตภัณฑ์ยาสูบ (Warn)	2.63	1.24	มาก
5. การบังคับใช้กฎหมายห้ามการโฆษณา การส่งเสริมการขาย และการให้การสนับสนุนอุตสาหกรรมยาสูบของร้านค้า (Enforce)	2.90	1.21	มาก
ภาพรวม	2.33	0.86	ปานกลาง

จากตาราง 10 คะแนนการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด พบว่า ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยด้านที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุดและอยู่ในระดับมาก คือ การบังคับใช้กฎหมายห้ามการโฆษณา การส่งเสริมการขาย และการให้การสนับสนุนอุตสาหกรรมยาสูบของร้านค้า (Enforce) ($\bar{X} = 2.90$, S.D. = 1.21) รองลงมา คือ การเตือนเยาวชนให้ตระหนักถึงพิษภัยของผลิตภัณฑ์ยาสูบ (Warn) ($\bar{X} = 2.63$, S.D. = 1.24) การปกป้องผู้คนจากควันบุหรี่ โดยทำให้โรงเรียนมัธยมศึกษาปลอดควันบุหรี่ (Protect) ($\bar{X} = 2.36$, S.D. = 1.29) และการเฝ้าระวัง ติดตาม และการประเมินผลการใช้ยาสูบของเยาวชน (Monitor) ($\bar{X} = 2.21$, S.D. = 1.16) ตามลำดับ โดยด้านที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด ซึ่งอยู่ในระดับน้อย ได้แก่ การให้ความช่วยเหลือในการเลิกยาสูบของเยาวชนในจังหวัด (Offer) ($\bar{X} = 1.56$, S.D. = 0.98)

ส่วนที่ 3 วิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อคะแนนการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด

การวิจัยนี้ ในการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis) ได้ดำเนินการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้น จำนวน 5 ข้อ (กัลยา วานิชย์บัญชา และฐิตา วานิชย์บัญชา, 2557) ดังนี้

1. ตัวแปรอิสระและตัวแปรตามมีความสัมพันธ์เชิงเส้น ดังตาราง 10
2. ค่าความคลาดเคลื่อนมีความเป็นอิสระจากกัน โดยมีค่า Durbin-Watson เท่ากับ 1.795 ซึ่งอยู่ระหว่าง 1.5-2.5
3. ความแปรปรวนของค่าคลาดเคลื่อนมีค่าคงที่ จากภาพ Scatterplot แสดงการพุ่งกระจายดี ไม่เป็นรูปลักษณะหรือมีลักษณะปากแตร
4. ค่าความคลาดเคลื่อนมีการแจกแจงปกติ โดย Std. Residual มีค่า Mean เข้าใกล้ 0 และค่า Std. Deviation เข้าใกล้ 1
5. ตัวแปรอิสระไม่มีความสัมพันธ์กันเอง (Multicollinearity) โดยมีค่า VIF ไม่เกิน 10 และค่า Tolerance ค่าสูงสุดไม่เกิน 1

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคล การบริหารองค์การด้านการควบคุมการบริโภคยาสูบ ทักษะการปฏิบัติงาน และการบูรณาการมาตรการเข้าสู่ระบบงานตามปกติ (Normalization process theory) โดยใช้สถิติค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's product Moment correlation coefficient) โดยผลการวิเคราะห์ข้อมูล แสดงในตาราง 11

ตาราง 11 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การบริหารองค์การด้านการควบคุมการบริโภคนยาสูบ ทักษะการปฏิบัติงาน การบูรณาการมาตรการเข้าสู่ระบบงานตามปกติ กับคะแนนการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคนยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด

ตัวแปร	คะแนนการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคนยาสูบ ในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุม ผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด	
	r	p
ปัจจัยส่วนบุคคล		
ประสบการณ์ทำงานด้านยาสูบ	-0.042	0.297
ระดับความสำคัญของการดำเนินงานควบคุมการ บริโภคนยาสูบ	0.344	< 0.001**
ความรู้ด้านการควบคุมการบริโภคนยาสูบ	0.269	< 0.001**
ทัศนคติในการทำงานด้านยาสูบ	0.085	0.141
แรงจูงใจในการทำงานด้านยาสูบ	0.116	0.071
การบริหารองค์การด้านการควบคุมการบริโภคนยาสูบ		
เป้าหมายขององค์กร	0.129	0.051
แผนปฏิบัติการ	0.201	0.005*
กำหนดบทบาทที่ผู้รับผิดชอบ	0.210	0.004*
ความเพียงพอของทรัพยากร	0.317	< 0.001**
ทักษะการปฏิบัติงาน		
ด้านการสื่อสาร	0.330	< 0.001**
ด้านการวิเคราะห์	0.198	< 0.001**
ด้านการแก้ไขปัญหา	0.195	0.006*
ด้านการมีภาวะผู้นำ	0.229	0.006*
การบูรณาการมาตรการเข้าสู่ระบบงานตามปกติ		
การเชื่อมโยง (Coherence)	0.096	0.112
การมีส่วนร่วม (Cognitive participation)	0.141	0.037*
การทำงานร่วมกัน (Collective action)	0.264	< 0.001**
การติดตามแบบสะท้อนกลับ (Reflexive monitoring)	0.296	< 0.001**

* p-value < 0.05, ** p-value < 0.001

จากตาราง 11 สามารถแบ่งการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคล การบริหารองค์การด้านการควบคุมการบริโภคนยาสูบ ทักษะการปฏิบัติงาน และการบูรณาการมาตรการเข้าสู่ระบบงานตามปกติ กับคะแนนการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคนยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด ได้ดังนี้

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคะแนนการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคนยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด ได้แก่ ระดับความสำคัญของการดำเนินงานควบคุมการบริโภคนยาสูบ มีความสัมพันธ์ทางบวก ($r = 0.344, p < 0.001$) ความรู้ด้านการควบคุมการบริโภคนยาสูบ มีความสัมพันธ์ทางบวก ($r = 0.269, p < 0.001$) แผนปฏิบัติการมีความสัมพันธ์ทางบวก ($r = 0.201, p = 0.005$) กำหนดบทบาทผู้รับผิดชอบ มีความสัมพันธ์ทางบวก ($r = 0.210, p = 0.004$) ความเพียงพอของทรัพยากร มีความสัมพันธ์ทางบวก ($r = 0.317, p < 0.001$) ทักษะการปฏิบัติงานด้านการสื่อสาร มีความสัมพันธ์ทางบวก ($r = 0.330, p < 0.001$) ทักษะการปฏิบัติงานด้านการวิเคราะห์ ด้านการแก้ไขปัญหา ด้านการมีภาวะผู้นำ มีความสัมพันธ์ทางบวก ($r = 0.198, 0.195, 0.229, p < 0.001, 0.006, 0.006$) การบูรณาการมาตรการเข้าสู่ระบบงานตามปกติด้านการมีส่วนร่วม ด้านการทำงานร่วมกัน ด้านการติดตามแบบสะท้อนกลับ มีความสัมพันธ์ทางบวก ($r = 0.141, 0.264, 0.296, p = 0.037, < 0.001, < 0.001$)

ส่วนปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับคะแนนการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคนยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด ได้แก่ ประสิทธิภาพการทำงานด้านยาสูบ ($r = -0.042, p = 0.297$) ทศนคติในการทำงานด้านยาสูบ ($r = 0.085, p = 0.141$) แรงจูงใจในการทำงานด้านยาสูบ ($r = 0.116, p = 0.071$) เป้าหมายขององค์กร ($r = 0.129, p = 0.051$) การบูรณาการมาตรการเข้าสู่ระบบงานตามปกติด้านการเชื่อมโยง ($r = 0.096, p = 0.112$)

ตาราง 12 แสดงการแทนค่าปัจจัยส่วนบุคคล การบริหารองค์การด้านการควบคุมการบริโภคนยาสูบ ทักษะการปฏิบัติงาน และการบูรณาการมาตรการเข้าสู่ระบบงานตามปกติ

ปัจจัย	แทนค่า
ปัจจัยส่วนบุคคล	
ประสิทธิภาพการทำงานด้านยาสูบ	X1
ระดับความสำคัญของการดำเนินงานควบคุมการบริโภคนยาสูบ	X2
ความรู้ด้านการควบคุมการบริโภคนยาสูบ	X3
ทศนคติในการทำงานด้านยาสูบ	X4

ตาราง 12 (ต่อ)

ปัจจัย	แทนค่า
แรงจูงใจในการทำงานด้านยาสูบ	X5
การบริหารองค์กรด้านการควบคุมการบริโภคยาสูบ	
เป้าหมายขององค์กร	X6
แผนปฏิบัติการ	X7
กำหนดบทบาทผู้รับผิดชอบ	X8
ความเพียงพอของทรัพยากร	X9
ทักษะการปฏิบัติงาน	
ด้านการสื่อสาร	X10
ด้านการวิเคราะห์	X11
ด้านการแก้ไขปัญหา	X12
ด้านการมีภาวะผู้นำ	X13
การบูรณาการมาตรการเข้าสู่ระบบงานตามปกติ	
การเชื่อมโยง (Coherence)	X14
การมีส่วนร่วม (Cognitive participation)	X15
การทำงานร่วมกัน (Collective action)	X16
การติดตามแบบสะท้อนกลับ (Reflexive monitoring)	X17

ตาราง 13 แสดงผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อคะแนนการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด

ตัวแปร	b	Beta (β)	t	p-value	Collinearity Statistics	
					Tolerance	VIF
ปัจจัยส่วนบุคคล						
ระดับความสำคัญของการดำเนินงานควบคุมการบริโภคยาสูบ						
บริโภคยาสูบ	0.320	0.172	2.234	0.027*	0.744	1.345
ทัศนคติในการทำงานด้านยาสูบ						
ยาสูบ	-0.276	-0.287	-3.414	0.001*	0.625	1.600
ความรู้ด้านการควบคุมการบริโภคยาสูบ						
บริโภคยาสูบ	0.681	0.181	2.499	0.013*	0.843	1.186
การบริหารองค์กรด้านการควบคุมการบริโภคยาสูบ						
ความเพียงพอของทรัพยากร						
ทรัพยากร	1.838	0.209	3.053	0.003*	0.941	1.063
ทักษะการปฏิบัติงาน						
ด้านการสื่อสาร						
ด้านการสื่อสาร	0.444	0.276	3.536	0.001*	0.724	1.380
การบูรณาการมาตรการเข้าสู่ระบบงานตามปกติ						
ด้านการติดตามแบบสะท้อนกลับ						
กลับ	0.333	0.259	3.393	0.001*	0.759	1.318

* p-value < 0.05, Constant = -1.477, R square = 0.563, Adjusted R² = 0.317, F = 6.247

จากตาราง 13 การวิเคราะห์ถดถอยแบบพหุคูณแบบขั้นตอน พบว่า มีปัจจัยที่ส่งผลต่อคะแนนการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด ได้ทั้งหมด 6 ปัจจัย โดยเรียงตามลำดับตามอำนาจการทำนายจากมากไปหาน้อย ได้แก่ ระดับความสำคัญของการดำเนินงานควบคุมการบริโภคยาสูบ ($p = 0.027$, $\beta = 0.172$) ความเพียงพอของทรัพยากร ($p = 0.003$, $\beta = 0.209$) ทักษะการปฏิบัติงานด้านการสื่อสาร ($p = 0.001$, $\beta = 0.276$) การบูรณาการมาตรการเข้าสู่ระบบงานตามปกติ ด้านการติดตามแบบสะท้อน

กลับ ($p = 0.001$, $\beta = 0.259$) ทักษะคติในการทำงานด้านยาสูบ ($p = 0.001$, $\beta = -0.287$) ความรู้ด้านการควบคุมการบริโภคยาสูบ ($p = 0.013$, $\beta = 0.181$) โดยสามารถร่วมกันทำนายคะแนนการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด โดยการประยุกต์ใช้กรอบยุทธศาสตร์ MPOWER ได้ร้อยละ 31.7 (Adjusted $R^2 = 0.317$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สามารถเขียนสมการทำนายได้ ดังนี้

$$Y = -1.477 + 0.172(X2) + 0.209(X9) + 0.276(X10) + 0.259(X17) - 0.287(X4) + 0.181(X3)$$

เมื่อ

Y หมายถึง คะแนนการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด

X2 หมายถึง ระดับความสำคัญของการดำเนินงานควบคุมการบริโภคยาสูบ

X9 หมายถึง ความเพียงพอของทรัพยากร

X10 หมายถึง ทักษะการปฏิบัติงานด้านการสื่อสาร

X17 หมายถึง การบูรณาการมาตรการเข้าสู่ระบบงานตามปกติ ด้านการติดตามแบบสะท้อนกลับ

X4 หมายถึง ทักษะคติในการทำงานด้านยาสูบ

X3 หมายถึง ความรู้ด้านการควบคุมการบริโภคยาสูบ

สามารถนำมาแทนค่าสมการทำนายได้ ดังนี้

คะแนนการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด = $-1.477 + 0.172$ (ระดับความสำคัญของการดำเนินงานควบคุมการบริโภคยาสูบ) + 0.209 (ความเพียงพอของทรัพยากร) + 0.276 (ทักษะการปฏิบัติงานด้านการสื่อสาร) + 0.259 (การบูรณาการมาตรการเข้าสู่ระบบงานตามปกติ ด้านการติดตามแบบสะท้อนกลับ) - 0.287 (ทักษะคติในการทำงานด้านยาสูบ) + 0.181 (ความรู้ด้านการควบคุมการบริโภคยาสูบ)

สรุปได้ว่า คณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด ที่มีทักษะการปฏิบัติงานด้านการสื่อสาร มีทักษะคติในการทำงานด้านยาสูบ และมีความรู้ด้านการควบคุมการบริโภคยาสูบ ร่วมกับการให้ความสำคัญของการดำเนินงานควบคุมการบริโภคยาสูบ มีทรัพยากรที่เพียงพอ และมีการบูรณา

การมาตรการเข้าสู่ระบบงานตามปกติด้านการติดตามแบบสะท้อนกลับ จะส่งผลต่อคะแนนการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทย

สรุปผลการศึกษา ระยะที่ 1

บริบทการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด พบว่า ยังไม่มีรูปแบบหรือเครื่องมือการประเมินผลการดำเนินการมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยและการดำเนินงานของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัดที่เป็นรูปธรรมอย่างชัดเจน และยังไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน

เมื่อนำผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์เชิงลึก และข้อมูลเชิงปริมาณจากการตอบแบบสอบถามของกลุ่มตัวอย่าง มาสรุปข้อมูลทั้ง 2 ส่วน พบว่า มีความสอดคล้องตรงกันว่า คณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัดให้ความสำคัญในการดำเนินงานควบคุมการบริโภคยาสูบในหน่วยงานอยู่ระดับมาก ร้อยละ 64.20 จนเกิดเป็นนโยบายสู่การปฏิบัติของแต่ละหน่วยงาน และดำเนินการร่วมกันแบบบูรณาการ รวมถึงการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้เกิดความสำเร็จ ดังผลการวิเคราะห์การบูรณาการมาตรการเข้าสู่ระบบงานตามปกติของกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในระดับมาก โดยพบด้านการมีส่วนร่วมและด้านการติดตามแบบสะท้อนกลับมีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด ส่วนใหญ่จะมีเป้าหมายในการดำเนินงานด้านควบคุมยาสูบในเยาวชนอย่างชัดเจน คิดเป็นร้อยละ 85.20 ที่ถูกส่งต่อมาจากส่วนกลาง ประกอบกับมีแผนปฏิบัติการด้านควบคุมยาสูบในเยาวชน คิดเป็นร้อยละ 76.50 เน้นเรื่องการป้องกันนักสูบหน้าใหม่เป็นหลัก โดยการขับเคลื่อนนโยบายสถานศึกษาปลอดบุหรี่ มีการกำหนดบทบาทผู้รับผิดชอบงานอย่างชัดเจน คิดเป็นร้อยละ 67.90 และได้รับการพัฒนาความรู้ที่เกี่ยวข้อง แต่ไม่ได้มีการกำหนดคุณสมบัติของผู้รับผิดชอบงานอย่างชัดเจน และมีการสนับสนุนทรัพยากรเพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 61.70 โดยด้านงบประมาณและสิ่งของสนับสนุนด้านอื่นๆ มีความเพียงพอ เนื่องจากสามารถขอรับสนับสนุนได้จากหลายหน่วยงาน เช่น งบประมาณจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ในขณะที่ทรัพยากรด้านบุคคลในระดับพื้นที่ยังไม่เพียงพอ ส่วนใหญ่มีผู้รับผิดชอบ 1 คน แต่รับผิดชอบหลายงาน ในส่วนทัศนคติในการทำงานด้านยาสูบอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งคิดว่าควรมีการวางแผนกำกับ ติดตาม และประเมินผลอย่างชัดเจน และการอบรมพัฒนาศักยภาพด้านควบคุมการบริโภคยาสูบอยู่เสมอ จะทำให้มีความรู้ ความสามารถในการปฏิบัติงานเพิ่มขึ้น ทั้งนี้ความรู้ด้านการควบคุมการบริโภคยาสูบอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 81.00 และมีทักษะการปฏิบัติงานอยู่ในระดับมาก ซึ่งคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัดจำเป็นต้องมีความรู้และทักษะในการดำเนินการควบคุมการบริโภคยาสูบ เช่น ทักษะการวิเคราะห์ สังเคราะห์ และคืนข้อมูล ทักษะในการบูรณาการงานของตนเอง ทักษะในการติดตาม ประเมินผล ทักษะการสื่อสาร ทักษะการประสานงาน สามารถทำงานร่วมกับผู้อื่นได้ดี มีความน่าเชื่อถือ และการเจรจาต่อรอง จนสามารถนำไปสู่การแก้ไขปัญหาได้

ทั้งนี้คะแนนการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัดอยู่ในระดับปานกลาง

โดยผลการวิเคราะห์ทั้ง 2 วิธีการ พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อคะแนนการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัดที่เหมือนกัน ได้แก่ ความเพียงพอของทรัพยากร ความรู้ด้านการควบคุมการบริโภคยาสูบ ทักษะการปฏิบัติงาน ในขณะที่ปัจจัยที่ได้จากการวิเคราะห์เชิงปริมาณ คือ ระดับความสำคัญของการดำเนินงานควบคุมการบริโภคยาสูบ การบูรณาการมาตรการเข้าสู่ระบบงานตามปกติ (Normalization process theory) ด้านการติดตามแบบสะท้อนกลับ และทัศนคติในการทำงานด้านยาสูบ อย่างไรก็ตามข้อมูลเชิงคุณภาพ พบว่า การมีเป้าหมายการดำเนินงานที่ชัดเจน การรับรู้ถึงบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด มีผู้รับผิดชอบงานหลัก การมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน มีแรงจูงใจในการดำเนินงาน ซึ่งอาจส่งผลต่อคะแนนการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด

ระยะที่ 2 ผลการพัฒนารูปแบบการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด โดยการประยุกต์ใช้กรอบยุทธศาสตร์ MPOWER

ผลการศึกษาในระยะที่ 2 เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) โดยใช้วิธีการสนทนากลุ่ม (Focus group) มีจุดมุ่งหมายเพื่อพัฒนารูปแบบการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด โดยการประยุกต์ใช้กรอบยุทธศาสตร์ MPOWER ที่สอดคล้องและเหมาะสมกับบริบท ตามมุมมองและประสบการณ์ของผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้อง (Stakeholders) ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

1. กลุ่มคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด จำนวน 9 คน ประกอบด้วย สำนักงานป้องกันควบคุมโรค 2 คน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 2 คน กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ 2 คน สถานศึกษา 2 คน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 1 คน ดำเนินการสนทนากลุ่มในวันที่ 30 สิงหาคม พ.ศ. 2565

2. ผู้บริหารและเจ้าหน้าที่จากกองคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 9 คน ประกอบด้วย ผู้บริหารด้านการประเมิน 1 คน ผู้บริหารด้านการขับเคลื่อนการควบคุมยาสูบ 1 คน ผู้บริหารด้านการบังคับใช้กฎหมาย 1 คน เจ้าหน้าที่ด้านการประเมิน 2 คน เจ้าหน้าที่ด้านการขับเคลื่อนการควบคุมยาสูบ 2 คน และเจ้าหน้าที่ด้านการบังคับใช้กฎหมาย 2 คน ดำเนินการสนทนากลุ่มในวันที่ 17 ตุลาคม พ.ศ. 2565

ซึ่งจากผลการวิเคราะห์ข้อมูลบริบทของการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด พบว่า รูปแบบหรือแนวทางการ

ประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ จังหวัดยังไม่เป็นรูปธรรมชัดเจน และปัจจัยที่ส่งผลต่อคะแนนการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด พบว่า การมีเป้าหมายการดำเนินงานที่ชัดเจน การรับรู้ถึงบทบาทหน้าที่ การรับรู้คุณค่าของตนเอง มีผู้รับผิดชอบงานหลักและได้รับการพัฒนาความรู้เกี่ยวกับการควบคุมการบริโภคยาสูบ การมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน แรงจูงใจในการดำเนินงาน ระดับความสำคัญของการดำเนินงานควบคุมการบริโภคยาสูบ ความเพียงพอของทรัพยากร ทักษะการปฏิบัติงานด้านการสื่อสาร การบูรณาการมาตรการเข้าสู่ระบบงานตามปกติด้านการติดตามแบบสะท้อนกลับ (Reflexive monitoring) ทักษะคิดในการทำงานด้านยาสูบ และความรู้ด้านการควบคุมการบริโภคยาสูบ ส่งผลต่อคะแนนการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัดนั้น ผู้วิจัยจึงได้นำข้อมูลผลการวิจัยในระยที่ 1 ดังกล่าว มากำหนดประเด็นในการสนทนากลุ่ม เพื่อพัฒนารูปแบบการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด โดยการประยุกต์ใช้กรอบยุทธศาสตร์ MPOWER จำแนกออกเป็น 3 ประเด็นหลัก (Theme) ประกอบด้วย

1. บริบทการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด ในบริบทของส่วนกลางในระดับประเทศ
2. ข้อคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อคะแนนการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด
3. รูปแบบในการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด โดยการประยุกต์ใช้กรอบยุทธศาสตร์ MPOWER โดยรายละเอียดสามารถแยกสรุปได้เป็นรายประเด็น ดังต่อไปนี้

1. บริบทการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด ในบริบทของส่วนกลางในระดับประเทศ

จากการสนทนากลุ่มของผู้บริหารและเจ้าหน้าที่จากกองคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ได้ให้ข้อคิดเห็นเกี่ยวกับบริบทการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด ในบริบทของส่วนกลางในระดับประเทศ โดยพบว่า ที่ผ่านมากองคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ ในฐานะเป็นส่วนกลางในการดำเนินงานควบคุมยาสูบของประเทศไทย กรอบการประเมินผลการดำเนินงานควบคุมการบริโภคยาสูบในประเทศไทยยังไม่สมบูรณ์ ถึงแม้ว่าจะมีแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ ซึ่งมีตัวชี้วัด (Indicator) ในแต่ละยุทธศาสตร์ แต่แนวทางในการวิเคราะห์ผลการดำเนินงานยังไม่เป็นรูปธรรมชัดเจน รวมถึงมีกิจกรรมการขับเคลื่อนการดำเนินงานควบคุมยาสูบของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัดในโครงการระดับเขตและจังหวัด ทำให้ข้อมูลเชิง

ผลลัพธ์หรือผลกระทบจากการดำเนินงานในพื้นที่ยังไม่เพียงพอ มีเพียงข้อมูลความชุกการบริโภค ยาสูบซึ่งทำการสำรวจทุก 3 ปี จากสำนักงานสถิติแห่งชาติ คุณภาพของข้อมูลจึงยังไม่เพียงพอ อีกทั้ง การนำข้อมูลคืนย้อนกลับไปให้แต่ละจังหวัดเพื่อพัฒนาการดำเนินงานต่อไปยังไม่ทั่วถึง ซึ่งเป็นช่องว่าง ของการดำเนินงานควบคุมยาสูบในประเทศไทย ดังข้อคิดเห็นต่อไปนี้

...คือต้องยอมรับว่ามันเป็น Gap ของเราอย่างมากเลยที่มันไม่มีผลการดำเนินงาน คือที่ผ่านมาเหมือนกับว่าเราทำไปตามมาตรการ ทำไปตามกิจกรรมที่วางไว้ แต่ว่ามันยังไม่มีการ ประเมินผล มันจะเกิดขึ้นเมื่อสิ้นสุดแผนชาติ แล้วก็จะมีการเก็บข้อมูลที่เดียวจากการสำรวจหรือว่าให้ เขาศึกษาข้อมูลเข้ามาอะไรจะอะคะ หรือแม้แต่โครงการเขต จังหวัด เออ มีทุกปีๆ แต่ว่าด้วยความที่บริบท ของโครงการมันทำทั้งยาสูบและแอลกอฮอล์ แล้วก็กิจกรรมของการขับเคลื่อน คผยจ. (คณะกรรมการ ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด) มันก็ add อยู่ในกิจกรรมในตัวโครงการเขต จังหวัดเหมือนกัน แต่ ข้อมูลที่เข้ามามันก็ Vary มาก ยังไม่มีคุณภาพสักเท่าไร บางที่รายงานเข้ามาเยอะ บางที่รายงานเข้า มาน้อย ส่วนใหญ่จะบอกแค่ว่ามีการประชุมอยู่ แต่ไม่ได้รายงานในการประชุมแต่ละครั้งมันได้ผลลัพธ์ อะไร หรือว่าได้ Outcome Impact อะไรที่ไปดำเนินการในพื้นที่อะ

(ผู้บริหารด้านการประเมิน กองคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ, สนทนากลุ่ม, 17 ตุลาคม 2565)

...ช่วงแผนขยาย จะมีการประเมินแผน 2 แต่ที่นี้ตรงข้อมูลแผน 2 มันไม่มีกรอบการ ประเมินด้วยซ้ำว่าในแต่ละ Indicator ในแต่ละยุทธศาสตร์มันจะวิเคราะห์ผลอย่างไร มันก็เลยน่าจะ เป็น Gap มาตั้งแต่ตัวแผนชาติฉบับ 2 แล้วแหละ คือหมายถึงว่า Implement ตัวแผนชาติไปแล้วก็ จบแค่นั้น ไม่ได้มีการประเมินต่อ

(เจ้าหน้าที่ด้านการประเมิน กองคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ 1, สนทนากลุ่ม, 17 ตุลาคม 2565)

...ในส่วนของส่วนกลางนะครับ เราก็มีแต่การเก็บข้อมูล เนื่องจากเป็นปีแรก ก็เลยอยู่ ระหว่างการเก็บข้อมูลรวม ยังไม่ได้มีการเอากลับไป Feedback ให้กับจังหวัดเลยครับ

(ผู้บริหารด้านการบังคับใช้กฎหมาย กองคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ, สนทนากลุ่ม, 17 ตุลาคม 2565)

...ในเรื่องของรูปแบบการประเมินมาตรการของจังหวัดอัครับ คือมันไม่ได้มีรูปแบบที่พร้อม แต่ว่ามันเป็นการประเมินเพียงผลลัพธ์ว่า ความสุขมันลดลงมั้ยอะ อัตราการสูบบุหรี่ของเยาวชนมันลดลงมั้ย โดยใช้ข้อมูลจากสถิติแห่งชาติ 3 ปีมีครั้งนึง แต่ว่ากระบวนการอะไม่ได้ประเมินไปประเมิน Outcome ที่เดียว

(ผู้บริหารด้านการขับเคลื่อนการควบคุมยาสูบ กองคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ, สนทนา
กลุ่ม, 17 ตุลาคม 2565)

...ที่เห็นด้วยว่ามันควรจะต้องเก็บข้อมูลเป็นระยะๆ คือตอนนี้ทางกองงานฯ เองก็พยายามจะทำการรอบการประเมิน เพื่อปิด Gap ของรอบที่ผ่านมา มา ว่าเรื่องของผลลัพธ์จากการดำเนินงานมันคงไม่ใช่ไปเก็บแค่ปีสุดท้าย เราเองก็พยายามจะตั้งต้นจากตัวแผนชาตินั้นแหละ หรือ Indicator ต่างๆ จากตัวแผนชาติ

(เจ้าหน้าที่ด้านการประเมิน กองคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ 2, สนทนากลุ่ม, 17 ตุลาคม 2565)

2. ข้อคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อคะแนนการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด

จากการศึกษาข้อคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อคะแนนการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด ของการสนทนา
กลุ่มทั้ง 2 กลุ่ม โดยแบ่งออกเป็น 4 ประเด็นย่อย ได้แก่ 1) คุณลักษณะของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด 2) คณะทำงานที่เกี่ยวข้องกับเยาวชนในโครงสร้างของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด และประเมินการปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด 3) การมีส่วนร่วมของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด และ 4) การสร้างการรับรู้ของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัดและเยาวชน และการใช้เทคโนโลยีเป็นเครื่องมือในการสื่อสาร โดยมีรายละเอียดของแต่ละประเด็นย่อย ดังนี้

1. คุณลักษณะด้านความรู้ ด้านทักษะ และด้านการประสานงาน ซึ่งเป็นคุณลักษณะจำเป็นของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัดในการดำเนินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยให้ผลสำเร็จ ดังข้อคิดเห็นต่อไปนี้

...องค์ประกอบด้านความรู้ ด้านทักษะ ด้านการประสานงาน ก็จะเป็นคุณลักษณะของคณะกรรมการไข่ม้อย มันจะมีเยอะ เอ้อ คุณลักษณะเหล่านี้ก็เป็นคุณลักษณะจำเป็นในการที่จะเข้ามาเป็นกรรมการ ในการที่จะเข้ามาทำหน้าที่ทั้งควบคุมและการคุ้มครอง คณะกรรมการเขามีหน้าที่ตามกฎหมาย มันก็ระบุ แล้วเขาก็ทำตามนั้นมัย

(กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ 1, สนทนากลุ่ม, 30 สิงหาคม 2565)

2. เนื่องจากโครงสร้างของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัดเป็นไปกฎหมายกำหนด ในการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด จึงควรที่จะเพิ่มสัดส่วนหรือคณะทำงานย่อยในด้านที่เกี่ยวข้องกับเยาวชนในโครงสร้างของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด เช่น ผู้แทนจากศึกษาธิการจังหวัด โรงเรียน สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน (สพฐ.) สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา (สพม.) สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษา (สพป.) เป็นต้น ซึ่งจะสะท้อนถึงกลไกการขับเคลื่อนมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัดนั้น ดังข้อคิดเห็นต่อไปนี้

...ซึ่งสถานการณ์ปัจจุบันจะเห็นว่าเรามีปัญหาในเรื่องเยาวชน แต่ที่นี้องค์ประกอบของโครงสร้างคณะกรรมการยาสูบจังหวัดอะ ในส่วนของผู้แทนจากศึกษาธิการจังหวัดหรือโรงเรียน ควรจะเข้ามาในสัดส่วนที่ควรจะมีมากกว่าคนอื่น โครงสร้างควรจะเอื้อทั้ง สพฐ. ทั้งส่วนของพื้นที่การศึกษาเข้ามามีส่วนร่วมให้มากกว่านี้ บางทีเข้ามาแค่คนเดียว แล้วเวลากลับไปขับเคลื่อนมันไม่ค่อยเกิดผลสักเท่าไร แต่ถ้าเกิดว่าเขาเข้ามาเยอะขึ้น องค์ประกอบตรงนี้นั้นจะทำให้เกิดกิจกรรมในสถานศึกษาได้มากกว่า

(สำนักงานป้องกันควบคุมโรค 1, สนทนากลุ่ม, 30 สิงหาคม 2565)

...ควรเอาคนที่ทำงานที่มีส่วนได้เสียในเด็กและเยาวชน เช่น สพม. สพป. ศึกษา เข้ามาทั้ง 3 เลย คุณทำอะไร มีหน้าที่อะไรมารายงานในที่ประชุมเลย ลองไปย่อนดูแต่ละจังหวัดว่าบทบาทของกรรมการได้ทำจริงมัยในห้องประชุม ผมว่าเป็นจุดแตกหักมากกว่า สุดท้ายก็คือผู้ช่วยเลขาจัดโครงสร้างเอง ทำเองหมด กรรมการมีหน้าที่มานั่งประชุมให้ครบ 2 ครั้งต่อปี มานั่งฟังรับทราบไป อันนี้คือข้อเท็จจริงที่อยากเสนอครับ

(สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 1, สนทนากลุ่ม, 30 สิงหาคม 2565)

...ถ้ามองในภาพของการประเมิน อาจจะไม่ใช้การประเมินแค่ชุดองค์ประกอบของจังหวัดอย่างเดียว อาจจะมีมองครอบคลุมในส่วนของการนำลงไปปฏิบัติด้วย อย่างเช่น มันไม่สามารถที่จะเพิ่มบุคคลเกี่ยวกับด้านของการศึกษาเข้ามาเป็นก้อนๆ เยอะได้อะ เพราะฉะนั้นอะ เรื่องของโครงสร้าง ถัดจากคณะกรรมการจังหวัด ที่มันจะต้องเป็นชุดอนุกรรมการ คณะกรรมการย่อยอะไรที่ลงไปในการทำงานจริงๆ อันนั้นมันอาจจะครอบคลุมในส่วนของการขับเคลื่อนของเยาวชนจริงๆ อาจจะเป็นโครงสร้างย่อย

(สำนักงานป้องกันควบคุมโรค 2, สนทนากลุ่ม, 30 สิงหาคม 2565)

3. การมีส่วนร่วมของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัดทุกภาคส่วน เป็นปัจจัยสำคัญของการดำเนินประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยให้สำเร็จ โดยคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด ควรมีส่วนร่วมในการเข้าร่วมประชุมทุกครั้ง และมีส่วนร่วมในการนำเสนอข้อมูลการดำเนินประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบ รวมถึงมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นต่างๆ ในเวทีการประชุม ดังข้อคิดเห็นต่อไปนี้

...โครงสร้างคือกฎหมายกำหนดอยู่แล้วครับ แต่ว่าการเข้าร่วมประชุมอะ ขึ้นอยู่กับว่าภาคส่วนไหนจะมาหรือไม่มาอะ

(เจ้าหน้าที่ด้านการขับเคลื่อนการควบคุมยาสูบ กองคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ 1, สนทนากลุ่ม, 17 ตุลาคม 2565)

...เท่าที่ผมสัมผัสนะ คนที่เข้ามาประชุมเนี่ยะ โดยเฉพาะกรรมการโดยตำแหน่งจะเวียนกันมา ศึกษาธิการจังหวัดก็ไม่เคยมา อย่างนี้เรียกว่า องค์ประกอบมันมี (หัวเราะ) แต่ปฏิบัติไม่ได้ตามนั้น เออ ก็ถ้าหัวหน้าส่วนเขารับทราบ แล้วเขาก็เอาไปทำมันก็คือสิ่งเหล่านี้มันก็จะไปถึง ...ที่มันมีอีกส่วนหนึ่งที่สำคัญในยุคปัจจุบัน ก็คือ เรื่องการมีส่วนร่วม เอ้อ งานจะสำเร็จหรือไม่สำเร็จมันอยู่ที่การมีส่วนร่วม

(กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ 1, สนทนากลุ่ม, 30 สิงหาคม 2565)

...ถ้าจะให้กรรมการตัวจริงเข้าประชุมครบอันนี้น่าจะยาก เพราะมันเป็นไปโดยตำแหน่งตามกฎหมาย แต่ถ้าเข้าครบก็คือครบแล้ว ไม่จำเป็นต้องตัวเขาก็ได้ ไม่จำเป็นต้องโดยตำแหน่ง แคร์วิชาการเข้าแทนก็ถือว่าครบแล้ว แต่เรื่องการ Action ผู้ทรงฯ ควร Action มากกว่านี้ เพราะผู้ทรงฯ มีความถนัดเฉพาะด้าน เขาก็ต้อง Action ในที่ประชุม ที่ประชุมก็ต้องว่าตามแบบนั้น ปัจจุบันเขาก็แย่งกันนั่งด้วยสิ (หัวเราะด้วยน้ำเสียงว่าเป็นตรงข้ามกับสิ่งที่พูด)

(เจ้าหน้าที่ด้านการบังคับใช้กฎหมาย กองคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ 1, สนทนากลุ่ม, 17 ตุลาคม 2565)

...การมีส่วนร่วมนี้แหละค่ะ โดยส่วนตัวคิดว่ามันเป็นเรื่องที่สำคัญมาก ถ้าข้อมูลถูกนำเข้าไปแล้วมีการเสนอทุกครั้ง มีการให้ข้อคิดเห็นทุกครั้ง อันนี้แหละมันไม่ได้เป็นทุกจังหวัด (หัวเราะ) ถ้าเป็นอย่างนี้ได้ แล้วกรรมการทุกคนมี Action แบบนี้ได้เนี่ยะ การขับเคลื่อนงานเรื่องเยาวชนหรือการประเมินคณะกรรมการชุดนี้ มันต้องเพิ่มขึ้นได้แน่ๆ ถ้าสมมติว่าเขามีส่วนร่วมแล้วเขามี Action ในการอยู่ในวงของคณะกรรมการยาสูบจังหวัด

(สำนักงานป้องกันควบคุมโรค 2, สนทนากลุ่ม, 30 สิงหาคม 2565)

4. นอกจากนี้ ปัจจัยด้านการสร้างการรับรู้ของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัดและเยาวชน และการใช้เทคโนโลยีเป็นเครื่องมือในการสื่อสาร จะช่วยให้การดำเนินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด มีผลสัมฤทธิ์ที่ดี ดังข้อคิดเห็นต่อไปนี้

...น่าจะเพิ่มปัจจัยการสร้างการรับรู้ ก็จะช่วยให้มาตรการและการคุ้มครองไปถึงผู้ที่ จะปฏิบัติ ซึ่งมันก็จะทำให้ได้ผลสัมฤทธิ์ ใ้มาตรการที่ว่าปี 68 จะได้นี้ แต่ถ้ายังไม่สร้างการรับรู้ มันก็จะได้ช้า ได้น้อย เพราะว่าการรับรู้มันจะหมายถึงบริบทใหม่ สภาพแวดล้อมในการที่จะทำให้เด็กเข้าถึงยาก เด็กไม่มีโอกาสหรือได้แต่สิ่งดีๆ ไม่ใช่ให้ลองๆ อย่างงี้มันก็ได้สิ่งไม่ดี เพราะฉะนั้นองค์ประกอบหรือว่ากระบวนการอะไร ลองพิจารณาดู คือจะต้องสร้างการรับรู้ทุกคนเลยทั้งเยาวชนและกรรมการเองก็ต้องรู้ว่าบุหรี่ไฟฟ้ามันเป็นอย่างไร กรรมการก็ต้องรู้ด้วยเพื่อที่จะไปช่วยกันทำอย่างจ้ะ

(กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ 1, สนทนากลุ่ม, 30 สิงหาคม 2565)

...มาตรการเรื่องการใช้เทคโนโลยี แล้วก็เครื่องมือสื่อสารอะค่ะ ในการเข้ามาเป็นกระบวนการทำงานอะค่ะ ตอนที่ไปประชุมคณะกรรมการใหญ่ในระดับประเทศ เหมือนคุยกันเรื่องนี้ค่อนข้างเยอะอยู่นะคะ เรื่องการใช้เทคโนโลยี แล้วก็การใช้สื่ออะค่ะ น่าจะใช้เป็นกรอบในเรื่องของการประเมินนี้ด้วยนะ

(กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ 2, สนทนากลุ่ม, 30 สิงหาคม 2565)

...แล้วก็เห็นด้วยว่า ทุกวันนี้ถ้าเราใช้ผู้มีส่วนร่วมอะเนาะ ทั้งผู้ปกครอง ทั้งอสม. (อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน) ทั้งอะไรนี่อะละ เห็นว่าตรงไหนมันไม่เป็นไปตามกฎหมายไม่ติดป้าย ติดป้ายไม่ถูกที่ ถ้าเราใช้เทคโนโลยีช่วยทำคัลิป ถ่ายมาเลย แจ้งมาที่กลุ่มงานควบคุมอย่างจ้ะ มันก็จะช่วยให้สภาพแวดล้อม บรรยากาศของการทำเรื่องนี้ได้ผลดี

(กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ 1, สนทนากลุ่ม, 30 สิงหาคม 2565)

3. รูปแบบในการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด โดยการประยุกต์ใช้กรอบยุทธศาสตร์ MPOWER

ผลการสนทนากลุ่มทั้ง 2 กลุ่ม ในประเด็นรูปแบบในการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด โดยการประยุกต์ใช้กรอบยุทธศาสตร์ MPOWER พบว่า ทั้ง 2 กลุ่มให้ความเห็นที่สอดคล้องและเป็นไปในทิศทางเดียวกัน โดยกำหนดองค์ประกอบของรูปแบบ ประกอบด้วย 1) องค์ประกอบของการประเมิน 2) กำหนดเกณฑ์ในการประเมิน 3) กำหนดวิธีการประเมิน โดยเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินเป็นแบบสอบถามและรายงานการประชุม และ 4) กำหนดผู้ทำการประเมินและระยะเวลาในการประเมิน โดยมีรายละเอียดของแต่ละองค์ประกอบ ดังนี้

1. องค์ประกอบของการประเมิน โดยนำปัจจัยที่ได้จากผลการวิจัยในระยะที่ 1 และจากการสนทนากลุ่มที่เป็นข้อเสนอแนะเพิ่มเติม มาจัดแบ่งกลุ่มเข้าในแต่ละองค์ประกอบ ซึ่งมีองค์ประกอบของการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด คือ 1) ประเมินคุณลักษณะของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด 2) ประเมินการปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด ตามพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2560 และ 3) ประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด โดยการประยุกต์ใช้กรอบยุทธศาสตร์ MPOWER ดังข้อคิดเห็นต่อไปนี้

...รูปแบบการประเมินมันก็มีหลายรูปแบบนะ เราก็ต้องกำหนดองค์ประกอบของรูปแบบก่อน เมื่อได้ปัจจัยก็มา Group Group กลายเป็นองค์ประกอบของการประเมินในแต่ละด้านเนาะ เอาตัวที่สำคัญ ที่เราอยากรู้อยากเห็นภาพรวมๆ ขององค์ประกอบด้านนั้น เมื่อมี 2 สิ่งนี้แล้วก็ต้องมีเกณฑ์ ผ่านขนาดไหน ไม่ผ่านขนาดไหน ขนาดไหนดี ขนาดไหนไม่ดี อันที่ 3 ผู้ที่จะประเมินหรือผู้ที่จะใช้เครื่องมือ มันน่าจะมีองค์ประกอบเหล่านี้ด้วย ...แต่ที่นี้ในระดับชาติ มาตรา 10 อำนาจหน้าที่ของเขา ก็จะบอกว่าติดตาม แล้วก็ประเมินผล และตรวจสอบการดำเนินการของคณะกรรมการ โดยเขาจะดู 1) คู่มือการนั้นแหละ 2) กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการรายงาน ที่นี้ฝ่ายเลขาชาติเขาจะต้องดูว่าในแต่ละจังหวัดรายงานการประชุมไปเนี่ยะ เขาได้ทำตามนี้มั้ย ประเด็นใดที่ขึ้นถี่ ประเด็นใดที่ขึ้นห่าง อย่าง MPOWER นี้ มันก็มี 6 ด้านไข่ม้อยละ อาจจะใส่ด้านนี้ประกอบด้วยปัจจัยย่อยๆ เพื่อให้ผู้ประเมินเลือกทำว่าคุณทำได้หลายกิจกรรมนะในด้านนี้ แต่กิจกรรมมันจะสอดคล้องกับบริบทของจังหวัดคุณนี่อะแหละ แล้วมันจะส่งผลให้คุณประสบความสำเร็จ มันก็น่าจะพอเป็นรูปแบบที่จะใช้ร่วมกันได้ ผู้เป็นหน่วยงานกลาง หน่วยเขต หน่วยจังหวัดนี้ ก็พอจะมองเห็นภาพว่ามันได้ผลมากน้อยขนาดไหน ว่าคณะกรรมการเขาได้ทำตามมาตรการนี้แหละ อันนี้คือการประเมินคณะกรรมการ แล้ว

เราก็จะมองเห็นว่า เราควรจะทำอะไรไปใช้ในทำยุทธศาสตร์ที่ 4 ปี 71 ไปจนถึงปี 75 ยังไง ก็ตอบได้ ทำการยกระดับไปเรื่อยๆ ครับ

(กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ 1, สนทนากลุ่ม, 30 สิงหาคม 2565)

...ต้องประเมินก่อนล่ะว่าคณะกรรมการนี้ได้ทำจริงมั๊ย มีประเด็นอะไร วิธีการประเมิน เราต้องมีเกณฑ์มาตรฐานก่อนว่าควรจะทำ 1 2 3 แบบนี้ เช่น โรงเรียนปลอดบุหรี่ได้ทำมั๊ย มีกี่โรงเรียน ได้ติดตามมั๊ย ก็ครั้ง โรงเรียนปลอดบุหรี่เป็นอย่างไรบ้าง นี่คือ Function ของคณะกรรมการยาสูบ คือจะต้องเอาไปเขียน Detail ว่าเขามี มีมั๊ย มีรายงานการตามมั๊ย ตามจากรายงานการประชุมของแต่ละจังหวัด เพื่อไม่ให้เกิดการ Make โดยใช้แบบสอบถามขึ้นมา ก็จะทำให้รู้ว่าข้อเท็จจริงเป็นยังไง แล้วก็เทียบกับ MPOWER มันตรงกันมั๊ย

(สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 1, สนทนากลุ่ม, 30 สิงหาคม 2565)

1.1 การประเมินคุณลักษณะของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด ซึ่งการมีคณะทำงานด้านที่เกี่ยวข้องกับเยาวชนในจังหวัดเพิ่มขึ้น จะสามารถสะท้อนกลไกการดำเนินการมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัดได้ สำหรับคุณลักษณะด้านทักษะสามารถแบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ 1) ส่วนของเลขานุการ ประเมินเรื่องการวิเคราะห์ข้อมูล และการนำเสนอประเด็น และ 2) ส่วนของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด ประเมินเรื่องการสื่อสาร และการให้ข้อเสนอแนะเพื่อการแก้ปัญหา โดยให้เลขานุการทำการประเมินตนเองและเป็นผู้ประเมินบทบาทของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด ในขณะที่คุณลักษณะด้านความรู้ ด้านทัศนคติ และการรับรู้คุณค่าของตนเอง ไม่เหมาะสมในการประเมินคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด ซึ่งจะต้องทำการประเมินเป็นรายบุคคล จึงยากต่อการประเมินและไม่เป็นภาพรวมของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด ดังข้อคิดเห็นต่อไปนี้

...พินิจว่าคณะอนุกรรมการเกี่ยวกับด้านสถานศึกษาเหมือนเป็นข้อหนึ่งที่เป็น Function เพิ่มให้กับในพื้นที่ที่เขา Active แล้วมีการตั้งคณะทำงานกับเรื่องที่เกี่ยวข้อง อันนี้ก็อาจจะสะท้อนกลไกการดำเนินงานได้ว่า เออ จังหวัดนี้ Active จังหวัดนี้มีคณะทำงานเพิ่มเติมเพื่อขับเคลื่อนในเชิง Function นี้จริงๆ ที่ไม่ใช่มีแค่เฉพาะ คผยจ. เพื่อมอบนโยบาย คยุเชิงนโยบายแค่นั้น ก็ไม่อยากจะ Fix เฉพาะด้านสถานศึกษาอะเนาะ อาจจะเป็นคณะทำงานด้านที่เกี่ยวข้องกับเยาวชนมั๊ย เช่น สถานศึกษา อะไรก็ว่าไป บางทีเขาอาจจะไม่เป็นกรรมการด้านสถานศึกษา แต่เขาอาจจะไปใช้ตัว Body ของ To be No.1 อย่างนี้ในการขับเคลื่อน

(ผู้บริหารด้านการประเมิน กองคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ, สนทนากลุ่ม, 17 ตุลาคม 2565)

...น่าจะแบ่งการประเมินทักษะออกเป็น 2 ส่วนหรือเปล่า ส่วนของเลขาฯ ประเมินเฉพาะ เรื่องการวิเคราะห์ หรือการเสนอประเด็น หรืออะไรแบบนี้หรือเปล่า กับส่วนของคผยจ. (คณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด) คณะกรรมการอื่นๆ ซึ่งจะต้องเป็นเรื่องการสื่อสารต่อ เรื่องข้อเสนอแนะเพื่อการแก้ปัญหาหรือเปล่า ถ้าเลขาฯ เป็นคนประเมินคณะกรรมการในด้านการ สื่อสาร ด้านการแก้ไขปัญหาในมุมมองของเลขาฯ ต่อคณะกรรมการ แล้วเลขาฯ ก็มาประเมินตนเองที่ ตนเองวิเคราะห์และการนำเสนอปัญหา เพราะถ้าต้องตามเก็บคณะกรรมการทุกคนเป็นเรื่องยาก ให้ เลขาฯ นั้นแหละเป็นผู้ประเมินบทบาทของคณะกรรมการ และประเมินตนเอง

(ผู้บริหารด้านการประเมิน กองคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ, สนทนากลุ่ม, 17 ตุลาคม 2565)

...พอดีปัจจัยที่เราได้มาส่วนหนึ่งเป็นคุณลักษณะของคณะกรรมการ เราก็ต้องไปคิดว่า การมีส่วนร่วม การเสนอแนะ การอะไรทั้งหลายนี้ มันไม่ใช่คนใดคนหนึ่งนะ แต่เป็นนามของ คณะกรรมการ ว่าเขาได้ทำสิ่งเหล่านี้มัยั้ ผมว่าบางปัจจัยมันก็ประเมินยากนะ เราอาจจะต้องเลือกๆ มา

(กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ 1, สนทนากลุ่ม, 30 สิงหาคม 2565)

...ถ้าจะวัดความรู้ของคณะกรรมการฯ จะเหมือนข้อสอบไปอะ และทัศนคติด้วย ถ้า จะให้เลขาฯ เป็นผู้ประเมิน จะต้อง Bias แน่นอน และดูไม่เหมาะสมที่จะไปประเมินเขา

(เจ้าหน้าที่ด้านการขับเคลื่อนการควบคุมยาสูบ กองคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ 1, สนทนา กลุ่ม, 17 ตุลาคม 2565)

1.2 ประเมินการปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ ยาสูบจังหวัดตามพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ 2560 โดยประเมินเป็นภาพรวมของ จังหวัด ซึ่งกฎหมายไม่ได้บังคับให้คณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัดจะต้องดำเนินการตาม บทบาทหน้าที่นั้นทั้งหมด และสามารถเลือกทำข้อใดข้อหนึ่งก็ได้ ดังข้อคิดเห็นต่อไปนี้

...แต่ถ้าถ้าประเมินคณะกรรมการต้องประเมินว่า 1. ตั้งคณะกรรมการครบตาม องค์ประกอบของกฎหมายมัยั้ 2. เข้าประชุมตามบทบาทหน้าที่มัยั้ 3. เขาได้ปฏิบัติตามมาตรา 23 มากน้อยขนาดไหน เวลาประเมินคณะกรรมการมันต้องออกมาในรูปของคณะกรรมการภาพรวมทั้ง 20 กว่าคนนะ เขาทำหน้าที่ได้ตาม 6 ยุทธศาสตร์ได้มากน้อยขนาดไหน อย่างนี้อะคะ

(กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ 2, สนทนากลุ่ม, 30 สิงหาคม 2565)

...คือกรรมการมีบทบาทหน้าที่อยู่เพียง 5 ข้อ ตามมาตรา 26 นะ 1.กำหนดนโยบาย 2.ให้แนวทาง ให้คำปรึกษา 3.กำหนดมาตรการ 4.ตรวจสอบ อะไรยังงี้ละ นี่คือน้ำที่ของ คณะกรรมการ ส่วนข้อมูลทางฝ่ายเลขาหรือทางผู้ปฏิบัติ ฝ่ายปฏิบัติก็ไม่ได้แปลว่าสาธารณสุขอย่าง เดียวนะ ไปปฏิบัติแล้วมีปัญหาหรือมีความคิดเห็น ว่าจะมีเพิ่มมาตรการอะไรในจังหวัดตนเองก็ให้ เสนอ เพราะเขาต้องการให้ผู้ว่าฯ เป็น CEO สั่งทุกส่วนไปปฏิบัติตามมติของท่าน ซึ่งเกิดจากมติในที่ ประชุมนั้น ถ้าท่านเห็นด้วย ก็มอบให้ฝ่ายเลขาออกไปติดตาม แล้วก็มารายงาน คราวนั้นเขาทำได้ 2 คราวนี้เขาทำได้เพิ่มหรือยัง มันก็จะเป็นตัวกระตุ้น ...ถ้าประเมินคณะกรรมการก็ดูว่าเขาได้ทำตามใน 5 บทบาทตามกฎหมายนั้นมั๊ย ถ้าประเมินการกระทำตามกระบวนการก็ต้องเอากระบวนการที่เรา กำหนดไว้เนาะมา ว่าเขาทำตามนั้นได้มากน้อยแค่ไหน

(กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ 1, สทนากลุ่ม, 30 สิงหาคม 2565)

...อาจจะใช้คำจาก คผยช. (คณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบแห่งชาติ) สั่ง มาแล้วเขาก็ทำตามเลย คือเราจะมองแค่ว่าได้มีการปฏิบัติตามหน้าที่บ้างใน 6 ข้อนั้นก็เพียงพอแล้ว ครับ แต่ว่ากฎหมายไม่ได้บังคับว่าต้องทำ 1-6 ข้อ ถ้าทำอย่างใดอย่างหนึ่งก็ถือว่าทำตามหน้าที่แล้วอะ ครับ ถ้าเขาทำบ้างแล้วก็ถือว่าผ่านแล้วอะครับ แต่ถ้าคุณไม่ทำอะไรเลยสิ อันนี้น่าจะไม่ผ่าน จังหวัดก็ จะถามว่าก็กฎหมายไม่ได้บังคับว่าต้องทำให้ครบ

(ผู้บริหารด้านการบังคับใช้กฎหมาย กองคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ, สทนากลุ่ม, 17 ตุลาคม 2565)

...หรือไม่เราก็อาจจะเอาทั้ง 5 6 ข้อนั้นมาเรียงรายข้อ แล้วก็ถามเขาว่าเขาทำ อะไรบ้างแล้วก็ให้เด็กตอบแต่ละช่อง ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ ก็ถามแค่จังหวัดได้ปฏิบัติหน้าที่ อะไรบ้างที่ผ่านมา แล้วก็ตีไป ถ้ามีอย่างน้อย 1 ข้อ ก็ 1 คะแนน แต่ถ้าไม่มีเลยก็ 0

(ผู้บริหารด้านการขับเคลื่อนการควบคุมยาสูบ กองคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ, สทนากลุ่ม, 17 ตุลาคม 2565)

1.3 ประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการ ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด โดยการประยุกต์ใช้กรอบยุทธศาสตร์ MPOWER ประกอบด้วย การ กำกับ ติดตามมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชน และมีนโยบายการป้องกันการบริโภค ยาสูบในเยาวชน (Monitor) การปกป้องเยาวชนจากควันบุหรี่ และการปกป้องเพื่อลดการเข้าถึง ผลิตภัณฑ์ยาสูบในเด็กเยาวชน (Protect) การให้ความช่วยเหลือเยาวชนในการเลิกยาสูบ (Offer) การ เตือนให้เยาวชนตระหนักถึงพิษภัยของยาสูบ (Warn) มาตรการบังคับใช้กฎหมายควบคุมผลิตภัณฑ์

ยาสูบ (Enforce) และการยกระดับ (Raise) โดยการกำหนดนโยบาย แนวทาง ข้อเสนอ หรือแนวทางปฏิบัติเพิ่มขึ้นเพื่อใช้ในการขับเคลื่อนมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยในจังหวัด เพื่อสามารถเก็บรวบรวมข้อมูลในภาพรวมของประเทศได้ง่าย และรวดเร็ว และสามารถนำข้อมูลนั้นมาเปรียบเทียบในภาพรวมของประเทศได้ ซึ่งกำหนดวิธีการและเนื้อหาการประเมิน โดยกำหนดเป็นกระบวนการ กิจกรรมที่สำคัญ และเกณฑ์การประเมินของแต่ละยุทธศาสตร์ของ MPOWER ดังข้อคิดเห็นต่อไปนี้

...ตัวกระบวนการที่เราใช้เป็นกรอบประเด็นสำคัญในแต่ละตัวของ MPOWER เอาอันนั้นแหละ มาตั้งต้น แล้วก็ระบุไปในของตัวเกณฑ์การประเมินของแต่ละ Parts เพราะว่าแต่ละ Parts อาจจะมีเกณฑ์การประเมินไม่เหมือนกัน เช่น ตัว M เกณฑ์การประเมินคืออะไร แล้วรูปแบบของการเก็บข้อมูลเหล่านั้นอะ มีประเด็นอะไรบ้างที่จะให้ทางสสจ. เป็นคนประเมิน เราก็ List ออกมาตามนี้อะ เพราะว่าก่อนนี้ทั้งก่อนเราจะทำปีละครั้ง ผ่านชุดเครื่องมืออะไร จะเก็บไปที่กลุ่มไหนบ้าง ผลที่เราจะเอามาแปลผลเป็นอย่างไร

(ผู้บริหารด้านการประเมิน กองคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ, สนทนากลุ่ม, 17 ตุลาคม 2565)

...เราก็ดูตามองค์ประกอบ MPOWER 6 ตัวนั้นแหละ คือเอา MPOWER นี้ละ มาเขียนเป็นรูปแบบตั้งแต่ต้นจนจบ ว่ามันเริ่มยังไง มันเป็นกระบวนการยังไงในการประเมินเนี่ยะ ถ้ารูปแบบดีเอาไปปฏิบัติทั่วประเทศมันก็จะมาเทียบกันได้ เออ จังหวัดไหนจะได้มากได้น้อย ขนาดไหนที่สำคัญก็คือ เวลาเราเก็บภาพรวมประเทศมันเก็บง่าย สามารถประมวลผลได้เร็ว ได้ทัน เราจะเห็นว่าศักยภาพของแต่ละจังหวัดมันต่างกัน ความสำเร็จมันก็ต่างกัน

(กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ 1, สนทนากลุ่ม, 30 สิงหาคม 2565)

เมื่อพิจารณาเนื้อหาในการประเมินรายด้านของ MPOWER โดย Monitor คือ การกำกับ ติดตามมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชน และมีนโยบายการป้องกันการบริโภคยาสูบในเยาวชน ข้อคำถามควรประกอบด้วย คณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัดมีแผนการป้องกันนักสูบหน้าใหม่ มีเป้าหมายการดำเนินงานที่ชัดเจน มีการนำข้อมูลเกี่ยวกับเยาวชนเข้าสู่วาระการประชุม มีกระบวนการหรือกลไกการกำกับ ติดตามมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชน มีนโยบายการป้องกันการบริโภคยาสูบในเยาวชน และเครื่องมือที่ใช้ในการติดตาม ดังข้อคิดเห็นต่อไปนี้

...ผมว่าจ้ะ อันดับแรกก็คือ เรื่องของแผน คณะกรรมการยาสูบเอาเข้าสู่วาระนะ มีเรื่องของเยาวชนมัย ประเด็นที่ 2 มีกี่ครั้ง ก็คือเรื่องของการป้องกันนักสูบหน้าใหม่ เช่น การ Monitor คือ เอาข้อมูลเข้าไปมัย เอาเข้าไปแล้ว ได้มีการจัดทำแผนภายใต้เรื่องของ Protect มัย

(สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 1, สนทนากลุ่ม, 30 สิงหาคม 2565)

...อย่างข้อมูลนำเข้าให้ชุดกรรมการเนี่ยะ เลขาก็ต้องเป็นคนขง ถ้าข้อมูลไม่ถูกนำเข้า ไป เขาก็ไม่สามารถที่จะปฏิบัติหน้าที่เขาในการที่เป็นคณะกรรมการได้ แล้วพอนำข้อมูลเข้าไปแล้วเนี่ยะ ได้ขับเคลื่อนอะไรต่อในพื้นที่มัย ก็ต้องเข้าใจว่าคณะกรรมการจังหวัดคือขับเคลื่อนเชิงนโยบาย ถ้าถูก Input แล้วได้ไปทำต่ออันคือประสบความสำเร็จแล้ว ซึ่งถ้าเปรียบเทียบกับ MPOWER ก็คือตรง Monitor อย่างนี้ละคะ

(สำนักงานป้องกันควบคุมโรค 2, สนทนากลุ่ม, 30 สิงหาคม 2565)

...แผนยุทธศาสตร์ชาติ ปี 65-70 ก็อยู่ใน MPOWER 6 ตัวนี้แหละ คณะกรรมการ Monitor ก็ดูว่าอำเภอไหนมันเป็นอย่างไง มันขึ้นมันลงเป็นอย่างไง หรือแม้แต่โรงเรียนจุดไหน ยังไง แต่กรรมการก็จะได้ข้อมูลจากเลขาฯ นั้นแหละ

(กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ 1, สนทนากลุ่ม, 30 สิงหาคม 2565)

...จังหวัดอาจจะมีกิจกรรมเรื่องการลงไปในพื้นที่ไปนิเทศ เขาติดตามผ่านกลไกอะไร ว่าเขามีหรือไม่มีตัวกระบวนการกำกับ ติดตามหรือเปล่า ถ้าเขามี สิ่งที่จะเกิดขึ้นตามมาคือ ชุดข้อมูลจากการติดตาม ไม่ว่าจะเป็นเรื่องของตัวสถานการณ์ ตัวของผลการดำเนินงานต่างๆ เมื่อมีชุดข้อมูล ก็ต้องมีการรายงานที่ระบุปัญหา อุปสรรค เพราะว่ามีตัวการรายงานการประชุม แต่ถ้าไม่ได้มีการวิเคราะห์ปัญหา อุปสรรคออกมา มันก็ไม่ได้สะท้อนอะไร เหมือนแค่เป็นรายงานให้ทราบเฉยๆ

(ผู้บริหารด้านการขับเคลื่อนการควบคุมยาสูบ กองคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ, สนทนากลุ่ม, 17 ตุลาคม 2565)

...หัวข้อนี้เป็นเรื่องของการกำกับ ติดตาม เพราะฉะนั้นข้อคำถามก็ต้องมีเครื่องมือติดตามด้วยเครื่องมืออะไร อันที่ 2 ตามด้วยกลไกอะไร อันที่ 3 ความถี่ เขาติดตามถี่สักประมาณแค่ไหน อะไรจ้ะ

(เจ้าหน้าที่ด้านการประเมิน กองคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ 2, สนทนากลุ่ม, 17 ตุลาคม 2565)

...การกำหนดเป้าหมายและแผนการดำเนินงาน จะแปลผลว่า เป้าหมายของเขาชัดเจนหรือเปล่า มีแผนรองรับหรือเปล่า เกี่ยวกับเยาวชนหรือไม่ ซึ่งเป็นตัวชี้วัดของกรมควบคุมโรค ด้วยนะ ในเยาวชน 15-19 ปี อะ

(เจ้าหน้าที่ด้านการประเมิน กองคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ 1, สนทนากลุ่ม, 17 ตุลาคม 2565)

...ธรรมดาเวลาทำแผนจะต้องมีตัวชี้วัดย่อยอยู่แล้ว ตัวชี้วัดนั้นก็อาจจะหมายถึงเป้าหมายก็ได้ ก็ให้ระบุด้วยว่าถ้ามีแผน แผนอะไร แผนจากไหน มีเป้าหมายอะไร

(เจ้าหน้าที่ด้านการประเมิน กองคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ 2, สนทนากลุ่ม, 17 ตุลาคม 2565)

Protect ซึ่งสามารถแบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ การปกป้องเยาวชนจากควันบุหรี่ และการปกป้องเพื่อลดการเข้าถึงผลิตภัณฑ์ยาสูบในเด็กเยาวชน ข้อคำถามควรประกอบด้วย มีการดำเนินการสร้างสิ่งแวดล้อมปลอดบุหรี่ในสถานที่ มีการป้องกันนักสูบหน้าใหม่ มีกลไกการขับเคลื่อนมาตรการโรงเรียนปลอดบุหรี่ ที่พักอาศัยปลอดบุหรี่ การเฝ้าระวังร้านค้ารอบสถานศึกษาที่มีการจำหน่ายบุหรี่ให้กับเยาวชน และมีข้อมูลของหมู่บ้าน ชุมชน โรงเรียน ดังข้อคิดเห็นต่อไปนี้

...อาจจะต้องแบ่งเป็น 2 ส่วน อันแรกจะเป็นเรื่องของการปกป้องจากควันบุหรี่ เพราะควันบุหรี่เองก็เป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้เด็กสูบกัน กับอีกอันหนึ่งก็คือการปกป้องเพื่อลดการเข้าถึงผลิตภัณฑ์ยาสูบในเด็กเยาวชน

(ผู้บริหารด้านการขับเคลื่อนการควบคุมยาสูบ กองคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ, สนทนากลุ่ม, 17 ตุลาคม 2565)

...อาจจะถามว่าเรามีแผนดำเนินการสร้างสิ่งแวดล้อมปลอดบุหรี่ในสถานที่เหล่านี้มั้ย สถานศึกษา มีหรือไม่มี ประมาณว่ามีมาตรการควบคุมการเข้าถึงของเด็กและเยาวชนในร้านค้ารอบสถานศึกษาที่จะไม่ให้เขาขายให้เด็ก ไม่แบ่งมวน ไม่ใช่เด็กในการขายบุหรี่ ถ้ามถึงแผนการควบคุมลดการเข้าถึงยาสูบของเยาวชน

(ผู้บริหารด้านการขับเคลื่อนการควบคุมยาสูบ กองคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ, สนทนากลุ่ม, 17 ตุลาคม 2565)

...คือจะประเมินคณะกรรมการโดยใช้ MPOWER ถ้ามาดูแลแต่ละตัว อย่างเช่น Protect เนี่ยะ อาจจะเป็นการป้องกันนักสูบหน้าใหม่ มีประเด็นนี้ขึ้นมาด้วย อาจจะมีเพิ่มขึ้นมาก็กะ (สำนักงานป้องกันควบคุมโรค 1, สนทนากลุ่ม, 30 สิงหาคม 2565)

...ถ้าจะประเมินกระบวนการ ก็ต้องไปดูกลไกว่าเขาขับเคลื่อนในส่วนเนี่ยะยังไง ต้องไปดูมาตรการโรงเรียนปลอดบุหรี่ที่ พักอาศัยปลอดบุหรี่ เหมือนตอนนี้แผนต่างๆ ที่เราออกแบบก็จะไปเน้นแค่ตัวสถานศึกษาปลอดบุหรี่ที่เป็นเกณฑ์การประเมิน แต่ว่าอย่างอื่นไม่ค่อยมี

(ผู้บริหารด้านการประเมิน กองคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ, สนทนากลุ่ม, 17 ตุลาคม 2565)

...ส่วนการเข้าถึงยาสูบ ดูเรื่องของร้านค้ารอบสถานศึกษามีการจำหน่ายบุหรี่ให้กับเด็กหรือเปล่า (เจ้าหน้าที่ด้านการขับเคลื่อนการควบคุมยาสูบ กองคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ 1, สนทนากลุ่ม, 17 ตุลาคม 2565)

...Protect มันจะเกี่ยวกับหมู่บ้าน ชุมชน โรงเรียน ซึ่งอาจจะไม่ได้เก็บข้อมูล หรือข้อมูลไม่เป็นปัจจุบันที่จะมาตัดสินใจ ถ้าใช้ข้อมูลสำนักงานสถิติแห่งชาติ มันก็ 3 ปีไปแล้วกว่าจะไปแก้กว่าถ้าจะสุงาก็ใหม่อะ มันไม่ทันการณ์ ถ้าข้อมูลเหล่านี้มาถึงกรรมการ ผมเชื่อว่ากรรมการจะต้องมีทางออกให้ ต้องเสนอแนะให้ ผู้ว่าก็จะชี้เป้าให้นายอำเภอทำได้ ชี้เป้าให้ศึกษาธิการ ชี้เป้าให้สาธารณสุขลงไปดูสิ มันเป็นอย่างงี้มัย แล้วจะช่วยกันยังไง จะแก้กันยังไง

(กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ 1, สนทนากลุ่ม, 30 สิงหาคม 2565)

Offer คือ การให้ความช่วยเหลือเยาวชนในการเลิกยาสูบ ข้อคำถามควรประกอบด้วย การมีนโยบายเกี่ยวกับการให้ความช่วยเหลือเยาวชนในการเลิกยาสูบที่ถ่ายทอดลงไปสู่ในระดับพื้นที่ มีกระบวนการให้คำปรึกษา และการส่งต่อเพื่อไปบำบัดรักษา ดังข้อคิดเห็นต่อไปนี้

...การ Offer เนี่ยะ คณะกรรมการได้ Offer เรื่องของนโยบายที่ถ่ายทอดลงไปสู่ในระดับพื้นที่หรือไม่ อะไรประมาณนี้ แล้วก็ประเด็นอื่นๆ อีก ผมว่ามันน่าจะมีประเด็นที่น่าสนใจที่จะวัดคณะกรรมการได้อีก โดยใช้ตัว MPOWER เนี่ยะ ผมมองอย่างนี้นะ

(สำนักงานป้องกันควบคุมโรค 1, สนทนากลุ่ม, 30 สิงหาคม 2565)

..ส่วนการช่วยเลิกบุหรี่ อาจจะเป็น Node ให้คำปรึกษาผ่านทางครูแนะแนวหรือครู
ห้องพยาบาล หรือเขามีระบบการส่งต่อเพื่อการบำบัดรักษาหรือเปล่า เพราะในสถานศึกษาเองไม่มี
สถานพยาบาลเรื่องของการเลิกบุหรี่ แต่สถานศึกษาเขาก็จะ Co กับสถานพยาบาลที่ใกล้เคียงกับ
โรงเรียนเขา จริงๆ ส่วนที่สำคัญที่สุดของสถานพยาบาล คือเราต้องการให้เขามีกระบวนการให้
คำปรึกษา กับการส่งต่อเพื่อไปบำบัดรักษา

(เจ้าหน้าที่ด้านการประเมิน กองคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ 2, สนทนากลุ่ม, 17 ตุลาคม
2565)

Warn คือ การเตือนให้เยาวชนตระหนักถึงพิษภัยของยาสูบ ข้อคำถามควร
ประกอบด้วย การมีแผนหรือกิจกรรมการสร้างความรู้ความตระหนักถึงพิษภัยของยาสูบในกลุ่มเยาวชน เพื่อ
สร้างให้เยาวชนเกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) จำนวนของสถานศึกษาที่ดำเนิน
กิจกรรมเหล่านี้ รวมถึงช่องทางการกระจายสื่อความรู้โทษพิษภัยและผลิตภัณฑ์ยาสูบรูปแบบใหม่ โดย
ระบุวิธีการและช่องทางการใช้สื่อ ดังข้อคิดเห็นต่อไปนี้

...มันก็จะโยงมาเรื่องของการสร้างความรู้ความตระหนักในกลุ่มเยาวชน เพื่อสร้างให้เยาวชน
เกิด Health literacy เราก็จะมีแผนหรือกิจกรรมให้เขาประเมินไข่ม้อย ว่าเขามีกิจกรรมสร้างการรับรู้
เหล่านี้หรือเปล่าในสถานศึกษา และดูความมากน้อยของสถานศึกษา ก็ระบุกิจกรรมว่าเค้ามีหรือไม่มี

(เจ้าหน้าที่ด้านการประเมิน กองคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ 1, สนทนากลุ่ม, 17 ตุลาคม
2565)

...อาจจะดูช่องทางในการกระจายสื่อของเขา เพราะถ้าเขาใช้ช่องทางที่มันไปได้
หลายๆ ทางอะ โอกาสที่สื่อมันจะกระจายไปได้มากกว่า ให้เขาระบุวิธีการหรือช่องทางการใช้สื่อ
อะไรบ้าง ให้เขาระบุรูปแบบสื่อที่ใช้ และช่องทางในการสื่อสารอย่างจ้ะ ถ้าเขาระบุมาแสดงว่ามี เพื่อ
ประกอบเป็นข้อมูลเชิงคุณภาพ และเพิ่มโทษพิษภัยและผลิตภัณฑ์ยาสูบรูปแบบใหม่ด้วยคะ

(เจ้าหน้าที่ด้านการประเมิน กองคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ 2, สนทนากลุ่ม, 17 ตุลาคม
2565)

Enforce คือ มาตรการบังคับใช้กฎหมายควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ ข้อคำถามควร
ประกอบด้วย มีการดำเนินการตรวจ เตือน หรือบังคับใช้กฎหมายที่เกี่ยวกับการควบคุมยาสูบใน
เยาวชน การมีนโยบายเกี่ยวกับการบังคับใช้กฎหมาย และผลการดำเนินการนโยบายเกี่ยวกับการ
บังคับใช้กฎหมาย ดังข้อคิดเห็นต่อไปนี้

...เราจะต้องถามว่าเขามีการดำเนินการมาตรงนี้หรือไม่ ในการตรวจ เตือน บังคับ ใช้กฎหมาย ผมว่าทำอย่างไรอย่างหนึ่งก็พอครับ ทำอย่างน้อย 1 ข้อก็พอครับ เพราะบางพื้นที่อาจจะไม่มีการกระทำผิดกฎหมายเลยก็ได้ มันก็ขึ้นอยู่กับข้อเท็จจริงในพื้นที่ด้วย บางมาตราบางจังหวัดเขาก็ไม่มีในพื้นที่

(ผู้บริหารด้านการบังคับใช้กฎหมาย กองคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ, สนทนากลุ่ม, 17 ตุลาคม 2565)

...อาจจะแบ่งเป็น 2 หัวข้อ หัวข้อแรกเกี่ยวกับนโยบายก่อน ว่าคณะกรรมการมีนโยบายเกี่ยวกับการบังคับใช้กฎหมายนี้หรือเปล่า อันที่ 2 ดูเรื่องของผลการดำเนินการนั้นเป็นอย่างไร จากนโยบายอะไรครับ

(เจ้าหน้าที่ด้านการบังคับใช้กฎหมาย กองคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ 2, สนทนากลุ่ม, 17 ตุลาคม 2565)

ในส่วนของ Raise จะหมายถึง การขึ้นภาษีผลิตภัณฑ์ยาสูบ ในขณะที่ตามบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัดไม่สามารถดำเนินการได้ จากข้อคิดเห็นเสนอแนะให้ปรับเปลี่ยนเป็นการยกระดับในระดับจังหวัด โดยการกำหนดนโยบาย แนวทาง ข้อเสนอ หรือแนวทางปฏิบัติเพิ่มขึ้นเพื่อใช้ในการขับเคลื่อนมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยในจังหวัดนั้น ดังข้อคิดเห็นต่อไปนี้

...อันสุดท้าย Raise แปลว่า ยกขึ้นนะ มันเป็นระดับประเทศนะ เขาก็ออกระเบียบ ออกกฎหมายได้ เราในระดับจังหวัด อย่างมากก็ออกแนวทาง ออกข้อเสนอ ออกแนวปฏิบัติ ออกกฎหมายยังไม่ได้ ก็ออกวาระของจังหวัดไป อาจจะยกระดับการปฏิบัติขึ้น ยกกระดับคนเป็น Best Practice ขึ้น มันก็ขึ้นอยู่กับว่าเราก็ต้องทำให้มันเป็นแนวปฏิบัติให้จังหวัดเรา

(กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ 1, สนทนากลุ่ม, 30 สิงหาคม 2565)

...ไอ้ตัว Raise ตัวนี้ ตัว R เนี่ยะ คือ การขึ้นภาษี อาจจะไม่ใช่ नियาม ไม่ใช่ความหมาย มีแค่ตัวนี้เนาะ อาจจะแปลงไปถึงการยกระดับความเข้มข้นของนโยบายอะไรเงี้ยะ ประเมิน คณะกรรมการเป็นการกำหนดกลวิธีและการขับเคลื่อนนโยบาย แต่ว่าคณะกรรมการจะยกระดับตัวนี้ ยกกระดับนโยบาย แต่ว่าไม่ใช่การขึ้นภาษีเนาะ เพราะว่ามันไม่ใช่บทบาท

(สำนักงานป้องกันควบคุมโรค 1, สนทนากลุ่ม, 30 สิงหาคม 2565)

...น่าจะออกนโยบายใหม่ที่ไม่เคยเกิดขึ้นในพื้นที่ อาจจะใช้คำว่า “มีการกำหนดนโยบาย เรื่องการควบคุมยาสูบอื่นๆ ในพื้นที่” ที่แตกต่างจากส่วนกลาง เหมือนเป็นส่วนที่จังหวัดเขาเป็นคน Generate ขึ้นมาเองทำในพื้นที่ อาจจะเป็นนวัตกรรม หรือนโยบายที่ทำเพิ่มเติมขึ้นมาต่อยอดจากการดำเนินงาน อันนี้ก็แค่ว่ามีหรือไม่มี แค่นั้นแหละ ระบุเพิ่มเติมด้วยว่าถ้ามีเป็นอะไร

(ผู้บริหารด้านการประเมิน กองคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ, สนนากลุ่ม, 17 ตุลาคม 2565)

2. กำหนดเกณฑ์ในการประเมิน ซึ่งในแต่ละองค์ประกอบควรมีตัวชี้วัดและเกณฑ์ในการประเมินที่เหมาะสมในแต่ละองค์ประกอบ โดยแบ่งคะแนนในแต่ละข้อคำถามออกเป็น 0 กับ 1 คือ ถ้ามีคุณลักษณะดังข้อคำถามนั้นหรือถ้ามีผลการดำเนินงานตามมาตรการนั้น ให้คะแนนเท่ากับ 1 หรือถ้าไม่มีคุณลักษณะดังข้อคำถามนั้นหรือถ้าไม่มีผลการดำเนินงานตามมาตรการนั้น ให้คะแนนเท่ากับ 0 เพื่อนำมาจัดกลุ่มคะแนนในการแบ่งระดับผลการดำเนินงานของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด จำนวน 3 กลุ่ม ได้แก่ ระดับพื้นฐาน (Basic) ระดับก้าวหน้า (Advance) และระดับพัฒนาจนเกิดผล (Significance) ดังข้อคิดเห็นต่อไปนี้

...ถ้าเรามองภาพรวมมันควรจะมีตัวชี้วัดในการประเมินนะ การตั้งเป้าหมายในเรื่องของการที่จะลดการสูบบุหรี่ในเยาวชน ก็ต้องมองเป้าว่าจะดำเนินการอย่างไรเพื่อให้บรรลุผล มีกระบวนการอย่างไรบ้าง แล้วก็สร้างตัวชี้วัดในแต่ละองค์ประกอบนั้นๆ หรือว่ากิจกรรมนั้นๆ ที่ทำเจี่ยะอะคะ

(สถานศึกษา 1, สนนากลุ่ม, 30 สิงหาคม 2565)

...แล้วข้อคำถามจะออกมาเป็นลักษณะก็คือว่า ถามว่าข้อ 1 ท่านได้ทำตามนี้หรือไม่ แล้วเขาจะตอบว่า ทำหรือไม่ทำ ทำก็ 1 ไม่ทำก็ 0 หรือ มี ก็ 1 คะแนน ไม่มี ก็ 0 คะแนน อะไรประมาณนี้ แต่ละข้อคำถามอาจจะมีเกณฑ์ไม่เหมือนกัน

(เจ้าหน้าที่ด้านการขับเคลื่อนการควบคุมยาสูบ กองคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ 1, สนนากลุ่ม, 17 ตุลาคม 2565)

...พีเห็นด้วยว่าเป็น 0 1 คือ มี หรือไม่มี (เห็นด้วยหลายคน) อย่างตัวที่เป็นคุณลักษณะ พีเห็นด้วยว่าอาจจะให้คะแนนเป็น 0 1 แต่ถ้าผลการดำเนินงานไต่ตัวมาตรการอาจจะแบ่งเป็นระดับ เพื่อจะได้จัดกลุ่มได้ว่า มีมากน้อยขนาดไหน ที่ดำเนินการได้ถึง Level ไหนอะไรจ๊ะจะได้แบ่งได้

(เจ้าหน้าที่ด้านการประเมิน กองคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ 2, สนนากลุ่ม, 17 ตุลาคม 2565)

...เพราะฉะนั้น ก็จะเป็น 0 กับ 1 ก็จะวัดว่า ถ้ามาแค่สาสุขก็เหมือนกับว่าไม่มีส่วนร่วม เป็น 0 แต่ถ้ามีหน่วยงานอื่นร่วมดำเนินการ เช่น อปท. (องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น) เนี่ย ก็เป็น 1

(เจ้าหน้าที่ด้านการขับเคลื่อนการควบคุมยาสูบ กองคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ 2, สนทนากลุ่ม, 17 ตุลาคม 2565)

...รายละเอียดการให้คะแนน เพราะว่ามันจะปิดความต่างของจังหวัด เพื่อเราจะไปจัดกลุ่มจังหวัด ว่ากลุ่มไหนที่มัน Success อย่างการเข้าร่วมประชุมครบทั้ง 2 ครั้งต่อปีเลย ก็ควรจะ ได้คะแนนเต็ม แต่กลุ่มที่จัดได้แค่ครั้งเดียว เนื่องจากภาระงานเยอะมาก อาจจะด้วยโน่น นี่ นั่น เขาก็อาจจะได้ 1 คะแนน แล้วก็กลุ่มที่ไม่ได้จัดประชุมเลย ไม่ได้ Activate อะไรเลยก็คือ 0 ไปอะไรยิ่งจะสุดท้ายมันจะไปรวมตรงคะแนนรายนั้นแหละ

(เจ้าหน้าที่ด้านการประเมิน กองคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ 1, สนทนากลุ่ม, 17 ตุลาคม 2565)

...ที่ว่าควรมีผลรวมคะแนน แล้วในแต่ละส่วนจะใช้เกณฑ์การประเมินยังไง ที่แบ่งเป็นระดับคะแนน หลังจากนั้นเอาคะแนนรวมจากตรงนี้ ค่อยเอาแบ่งมาเป็นกลุ่ม ระดับ A คือระดับที่ดีเลย B C กลุ่มของจังหวัด เอาคะแนนเต็มมาคิดว่ามันเท่าไร อาจจะ 80% ขึ้นไป ในปีนั้นคือการแบ่ง Level แบบนี้ มันอาจจะจะมี Impact ต่อไปกับการที่ในภาพรวมจากการประเมินแล้วอาจจะมีการให้รางวัล หรืออะไรอย่างนี้ อันนี้มันก็ขึ้นต่อไป

(เจ้าหน้าที่ด้านการประเมิน กองคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ 2, สนทนากลุ่ม, 17 ตุลาคม 2565)

...อาจจะแบ่งเป็น Basic Advance Significance ก็จะเหมือนกับระดับผลการดำเนินงานที่กรมเรากำหนด

(ผู้บริหารด้านการประเมิน กองคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ, สนทนากลุ่ม, 17 ตุลาคม 2565)

3. กำหนดวิธีการประเมิน โดยเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินเป็นแบบสอบถาม เป็นภาพรวมของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด จังหวัดละ 1 ชุด ซึ่งใช้ข้อมูลประกอบการประเมินจากรายงานการประชุมและแผนปฏิบัติงาน (Action plan) ในการพิจารณาประเด็นการมีส่วนร่วมและการเข้าร่วมประชุมของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด รวมถึงการ

ขับเคลื่อนมาตรการ MPOWER และการมอบหมายผู้รับผิดชอบหรือเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในการดำเนินการ ดังข้อคิดเห็นต่อไปนี้

...เราจะใช้เครื่องมือเป็นแบบสอบถามไป ให้กับเลขาฯ เป็นคนตอบแบบประเมิน คือจะใช้หลักฐานตรงการมีส่วนร่วมที่จะใช้เป็นรายงานการประชุม ระบุ Part ไป อะไรที่จะไปอยู่ส่วนไหนบ้าง และขอ Action plan ของพื้นที่ด้วย

(ผู้บริหารด้านการประเมิน กองคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ, สนทนากลุ่ม, 17 ตุลาคม 2565)

...อาจจะประเมินโดยใช้แบบสอบถามก็ได้เพื่อให้มันง่ายและสะดวก

(กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ 2, สนทนากลุ่ม, 30 สิงหาคม 2565)

...ควรจะเป็นภาพรวมของจังหวัดคือ 1 จังหวัด ต่อ 1 ข้อมูล มันน่าจะเป็นจังหวัดละ 1 ชุดดีกว่า มันเป็นภาพรวมของจังหวัด

(เจ้าหน้าที่ด้านการขับเคลื่อนการควบคุมยาสูบ กองคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ 2, สนทนากลุ่ม, 17 ตุลาคม 2565)

...เวลาเราจะเอาข้อมูลมาตอบอะ เราจะต้องดูไปถึงตัวรายงานการประชุมของเขา ว่ามีการมีส่วนร่วมขนาดไหน การที่เขาจะเอาไปส่งต่อข้อมูลบริบทการทำงานของเขา อยากดูการมีส่วนร่วมกับการขับเคลื่อนงานว่าเขาจะเอาไปใช้ยังไง ไปดูผลจาก MPOWER การมีส่วนร่วมอาจจะต้องไปจับจากรายงานประชุม เราถึงจะรู้ว่ามีส่วนร่วมยังไง ที่ผ่านมายังไม่เคยขอรายงานการประชุมเลยจริงๆ เขาจะต้องส่งจริงๆ เราควรจะทำเรื่องไป ขอให้เขาส่งรายงานการประชุมมาเพื่อเสนอ คผยช.

(เจ้าหน้าที่ด้านการประเมิน กองคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ 1, สนทนากลุ่ม, 17 ตุลาคม 2565)

...การเข้าร่วมประชุมหรือครับ มันก็ต้องอยู่ในรายงานการประชุม ว่าเขาเสนออะไรบ้างจริงๆ เราขอได้

(เจ้าหน้าที่ด้านการบังคับใช้กฎหมาย กองคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ 1, สนทนากลุ่ม, 17 ตุลาคม 2565)

...การมีส่วนร่วมตัวการขับเคลื่อนในพื้นที่จริงๆ โอเค ถ้ามีออกมาเป็น Action plan ของพื้นที่เขา และมีการมอบหมายผู้รับผิดชอบหรือเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในการดำเนินการ มีการแบ่งเจ้าภาพกันนะเรื่องนั้น เรื่องนี้ คือดูจาก Action plan ที่มีการระบุผู้เกี่ยวข้องหรือผู้รับผิดชอบงานก็คือ มีกับไม่มี

(เจ้าหน้าที่ด้านการประเมิน กองคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ 2, สนทนากลุ่ม, 17 ตุลาคม 2565)

4. กำหนดผู้ทำการประเมินและระยะเวลาในการประเมิน โดยกำหนดให้คณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัดทุกจังหวัดประเมินตนเองก่อน และให้สำนักงานป้องกันควบคุมโรคเป็นพี่เลี้ยงให้กับจังหวัดเพื่อติดตาม ตรวจสอบข้อมูลการประเมินของจังหวัดในเขตที่รับผิดชอบ และรวบรวมข้อมูลส่งต่อไปยังส่วนกลาง เพื่อนำมาวิเคราะห์ข้อมูล และคืนข้อมูลย้อนกลับสู่ระดับเขตและระดับจังหวัด ทั้งนี้ส่วนกลางจะทำการสุ่มลงพื้นที่ตรวจสอบและเยี่ยมเสริมพลังจังหวัดที่ผ่านและไม่ผ่านเกณฑ์การประเมิน เพื่อหาแนวทางการพัฒนาการดำเนินการมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบต่อไป สำหรับระยะเวลาในการประเมินที่เหมาะสมควรทำการประเมิน 1 ครั้ง/ปี ในช่วงไตรมาสที่ 4 ของปีงบประมาณ ดังข้อคิดเห็นต่อไปนี้

...น่าจะคล้ายๆ กับที่เราทำสถานศึกษาปลอดบุหรี่ พอดีโรงเรียนเขาก็จะประเมินตนเองมาก่อน แล้วจะมีเขตกับจังหวัดไปประเมินรีเชคอีกครึ่งนึง แล้วสุดท้ายจะเป็นกองๆ ที่ไปประเมินรับรอง เราอาจจะให้ทุกจังหวัดประเมินตนเองมาก่อน เขาจะได้รู้ข้อมูลของตนเอง และให้สคร. (สำนักงานป้องกันควบคุมโรค) ลงสุ่มประเมินในเขตเขาอีกครึ่งนึง แล้วส่วนกลางค่อยไปสุ่ม Recheck และเยี่ยมเสริมพลัง เพื่อหาแนวทางแก้ไขปัญหาและพัฒนาางานด้วย

(ผู้บริหารด้านการขับเคลื่อนการควบคุมยาสูบ กองคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ, สนทนากลุ่ม, 17 ตุลาคม 2565)

...ให้เขาประเมินตนเองมาก่อน ส่วนกลางก็ค่อยสุ่มลงไป อาจจะมีผ่านกับไม่ผ่าน เพื่อจะได้คัดกรองก่อนส่วนนี้ แล้วเราก็ค่อยลงไปดูที่ไม่ผ่าน เพื่อเยี่ยมเสริมพลัง

(ผู้บริหารด้านการบังคับใช้กฎหมาย กองคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ, สนทนากลุ่ม, 17 ตุลาคม 2565)

...เราให้เขตช่วยตรวจสอบข้อมูลของจังหวัดตัวเองก่อนว่าเป็นไปตามที่ส่งมามั้ย เพราะว่ามันสอดคล้องกับบริบทที่เรากำลังขับเคลื่อนให้เขตเหมือนเป็นพี่เลี้ยงให้กับจังหวัด เราจะใช้ Function ที่จังหวัดดำเนินการ แล้วสคร.หรือเขตเนี่ยจะเป็นพี่เลี้ยงแล้วก็คอยดู Monitor ผลให้เราด้วย ก็คือผ่านเขา เขตเขาก็ต้องรู้ภาพในแต่ละจังหวัดในเขตก่อน อย่างนี้ละ

(ผู้บริหารด้านการประเมิน กองคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ, สนทนากลุ่ม, 17 ตุลาคม 2565)

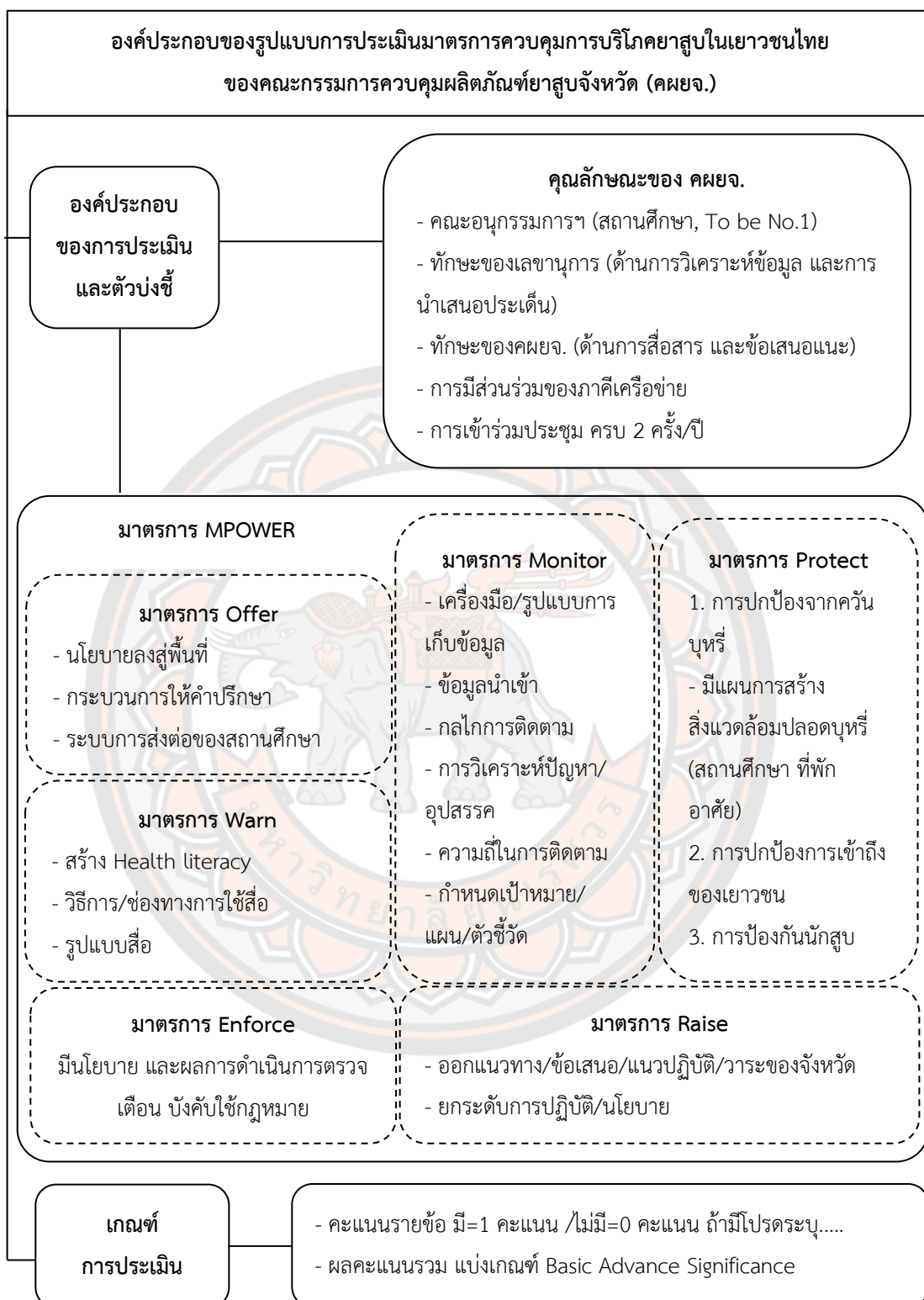
...คนที่จะเป็นผู้ประเมินก็น่าจะเป็น สสจ. แล้วสสจ.ส่งให้เขต แล้วเขตตามกลับไปดู อาจจะมีนิเทศงานรอบนึ่ง แล้วเขตรวบรวมให้กับส่วนกลาง เพื่อให้เราวิเคราะห์ข้อมูล สรุปผลเป็น รายงานคืนข้อมูลให้กับเขตและจังหวัดเพื่อนำไปพัฒนาต่อ น่าจะเป็นแนวทางในการประเมินที่ชัดเจน ขึ้น ส่วนระยะเวลาอาจจะปีละครั้ง สิ้นสุดไตรมาส 4 ปลายๆ แขน ปลายๆ ปิง

(ผู้บริหารด้านการประเมิน กองคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ, สนทนากลุ่ม, 17 ตุลาคม 2565)

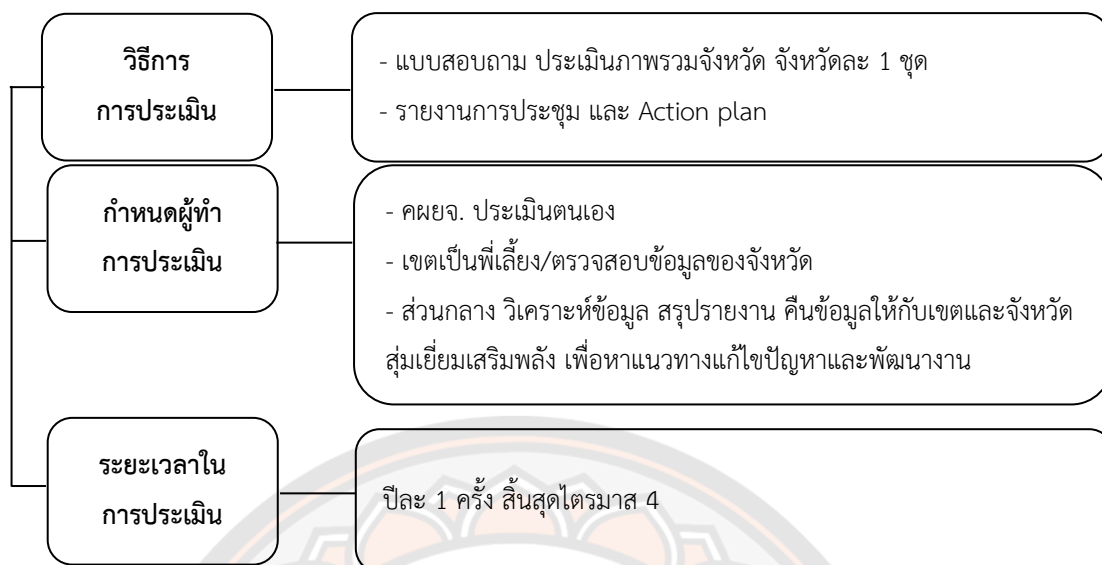
...ระยะเวลาในการประเมิน ก็ว่าปีละหนึ่งครั้งก็น่าจะเพียงพอแล้วแหละ ส่วนตัวก็ยังไม่มองว่า ควรจะใช้รูปแบบที่มันง่าย ๆ ก็ค่อยไปเอาแต่ละองค์ประกอบที่เราพูดคุยกันหรือมีการ Review มาอย่างนี้ละละละ ก็เอามาใส่ในกล่องพวกนี้ เพื่อให้รู้ว่าสิ่งที่จะต้องประเมินตามบทบาทของ คณะกรรมการจังหวัดมันมีอะไรบ้าง อะไรเจ็ยะอะละละ

(สำนักงานป้องกันควบคุมโรค 2, สนทนากลุ่ม, 30 สิงหาคม 2565)

จากข้อคิดเห็นในการสนทนากลุ่มทั้ง 2 กลุ่ม ในการกำหนดรูปแบบการประเมิน มาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด โดยการประยุกต์ใช้กรอบยุทธศาสตร์ MPOWER สามารถสรุปได้ดังนี้



ภาพ 6 แสดงองค์ประกอบของรูปแบบการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด โดยการประยุกต์ใช้กรอบยุทธศาสตร์ MPOWER



ภาพ 6 แสดงองค์ประกอบของรูปแบบการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด โดยการประยุกต์ใช้กรอบยุทธศาสตร์ MPOWER (ต่อ)

สรุปผลการวิจัย ระยะที่ 2

จากการสนทนากลุ่ม (Focus group) ตามมุมมองและประสบการณ์ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้อง (Stakeholder) สรุปได้ว่า ปัจจุบันกรอบการประเมินผลการดำเนินงานควบคุมการบริโภคยาสูบในประเทศไทยยังไม่เป็นรูปธรรมชัดเจน ถึงแม้จะมีแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ และมีตัวชี้วัดในแต่ละยุทธศาสตร์ ซึ่งยังต้องการแนวทางการวิเคราะห์ผลการดำเนินงาน อีกทั้งการนำข้อมูลย้อนกลับไปคืนให้กับจังหวัดเพื่อพัฒนาการดำเนินงานยังไม่ครอบคลุม ซึ่งยังเป็นช่องว่างของการดำเนินงานควบคุมยาสูบในประเทศไทย สำหรับข้อคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อคะแนนการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด สามารถแบ่งออกเป็น 4 ประเด็นย่อย ได้แก่ 1) คุณลักษณะของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด 2) คณะทำงานที่เกี่ยวข้องกับเยาวชนในโครงสร้างของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด และประเมินการปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ 3) การมีส่วนร่วม และ 4) การสร้างการรับรู้ และการใช้เทคโนโลยีเป็นเครื่องมือในการสื่อสาร เป็นต้น

จากการสนทนากลุ่มในประเด็นรูปแบบในการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด โดยการประยุกต์ใช้กรอบยุทธศาสตร์ MPOWER พบว่า ทั้ง 2 กลุ่มให้ความเห็นที่สอดคล้องและเป็นไปในทิศทางเดียวกัน และสามารถร่างรูปแบบการประเมินขึ้น ประกอบด้วย 6 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 องค์ประกอบของการประเมินและตัวบ่งชี้ ประกอบด้วย การประเมินคุณลักษณะของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด และการประเมินการดำเนินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด โดยการประยุกต์ใช้กรอบยุทธศาสตร์ MPOWER ภายใต้อำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด ตามพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ 2560 มีทั้งหมด 7 องค์ประกอบ 47 ตัวบ่งชี้

ส่วนที่ 2 กำหนดเกณฑ์ในการประเมิน ซึ่งในแต่ละองค์ประกอบจะมีตัวบ่งชี้และเกณฑ์ในการประเมินที่เหมาะสม โดยเป็นข้อคำถามเกี่ยวกับคุณลักษณะของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด และการดำเนินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด โดยการประยุกต์ใช้กรอบยุทธศาสตร์ MPOWER ในการกำหนดคะแนนในแต่ละข้อคำถามแบ่งออกเป็น ไม่มีการดำเนินการ ให้คะแนน เท่ากับ 0 และมีการดำเนินการ ให้คะแนน เท่ากับ 1 แล้วนำผลคะแนนรวมมาจัดกลุ่มและแบ่งระดับผลการดำเนินงานของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด ออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับพื้นฐาน (Basic) ระดับก้าวหน้า (Advance) และระดับพัฒนาจนเกิดผล (Significance)

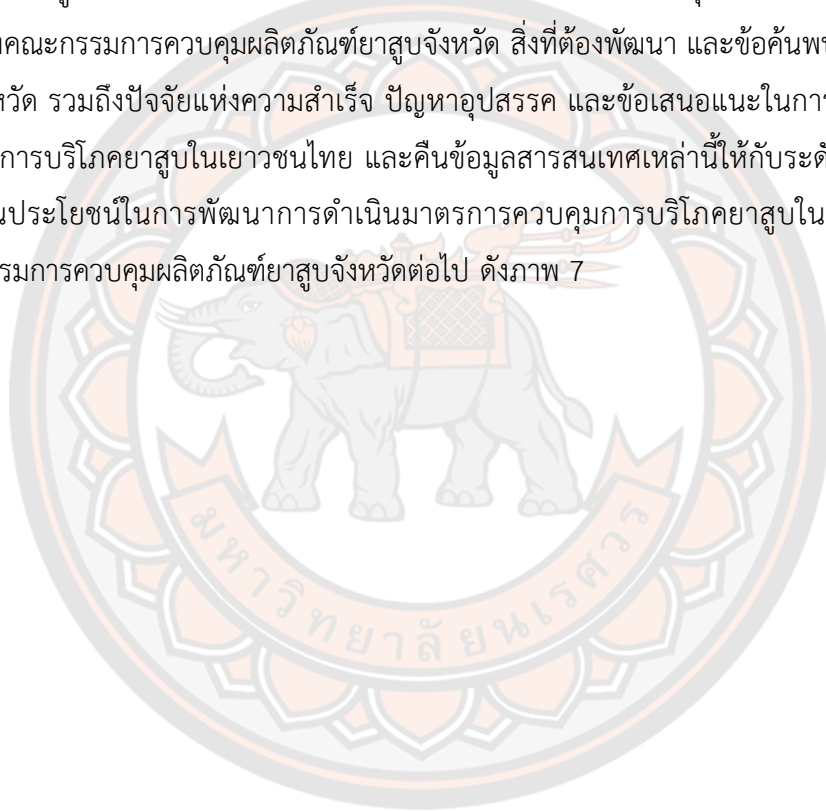
ส่วนที่ 3 กำหนดวิธีการประเมิน โดยใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการประเมิน ภาพรวมจังหวัดละ 1 ชุด โดยใช้ข้อมูลจากรายงานการประชุมของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัดและแผนปฏิบัติงาน (Action plan) เพื่อนำมาประกอบการประเมิน ในการพิจารณาประเด็นการมีส่วนร่วมและการเข้าร่วมประชุมของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด รวมถึงการขับเคลื่อนมาตรการ MPOWER และการมอบหมายผู้รับผิดชอบหรือเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง

ส่วนที่ 4 กำหนดผู้ทำการประเมิน โดยกำหนดให้ขั้นตอนแรกคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัดประเมินตนเอง จากข้อคำถามในองค์ประกอบของการประเมินและตัวบ่งชี้ทั้งหมด 7 องค์ประกอบ 47 ตัวบ่งชี้ ซึ่งรวบรวมข้อมูลโดยเลขานุการหรือสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ขั้นตอนต่อไปในระดับเขตโดยสำนักงานป้องกันควบคุมโรคดำเนินการกำกับ ติดตาม ตรวจสอบข้อมูลของการประเมิน และเป็นพี่เลี้ยงให้กับจังหวัดในเขตรับผิดชอบ และขั้นตอนสุดท้ายส่วนกลางหรือกองงานคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ ดำเนินการรวบรวมข้อมูลผลการประเมินและเอกสารประกอบการประเมิน เพื่อทำการวิเคราะห์ข้อมูล จัดแบ่งกลุ่มคะแนนตามเกณฑ์การประเมิน รวมทั้งจัดทำรายงานคืนข้อมูลย้อนกลับสู่ระดับเขตและระดับจังหวัดอีกครั้ง ทั้งนี้ในระดับส่วนกลางร่วมกับเขตดำเนินการลงพื้นที่ตรวจสอบข้อเท็จจริงและเยี่ยมเสริมพลังจังหวัดที่ผ่านและไม่ผ่านเกณฑ์การ

ประเมิน เพื่อหาแนวทางร่วมกันในการปรับปรุง พัฒนาการดำเนินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบ ในเยาวชนของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัดต่อไป

ส่วนที่ 5 กำหนดระยะเวลาในการประเมิน สำหรับระยะเวลาในการประเมินที่เหมาะสม ดำเนินทุกขั้นตอนในการประเมินตั้งแต่ระดับจังหวัดจนถึงส่วนกลาง ควรทำการประเมิน 1 ครั้ง/ปี ในช่วงไตรมาสที่ 4 ของปีงบประมาณ

ส่วนที่ 6 การให้ข้อมูลป้อนกลับ โดยกองงานคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ จัดทำ รายงานผลการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุม ผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด ประกอบด้วย สถานะการดำเนินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชน ไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด สิ่งที่ต้องพัฒนา และข้อค้นพบที่ได้จากประเมิน รายจังหวัด รวมถึงปัจจัยแห่งความสำเร็จ ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะในการดำเนินมาตรการ ควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทย และคืนข้อมูลสารสนเทศเหล่านี้ให้กับระดับเขตและจังหวัด เพื่อเป็นประโยชน์ในการพัฒนาการดำเนินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทย โดย คณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัดต่อไป ดังภาพ 7





ภาพ 7 แสดงร่างรูปแบบการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด โดยการประยุกต์ใช้กรอบยุทธศาสตร์ MPOWER

ระยะที่ 3 ผลการประเมินรูปแบบการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทย ของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด โดยการประยุกต์ใช้กรอบยุทธศาสตร์ MPOWER

การวิจัยระยะที่ 3 นี้ เป็นการศึกษาที่ใช้ระเบียบวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) โดยเทคนิคเดลฟาย (Delphi technique) โดยสอบถามความคิดเห็นจากผู้ทรงคุณวุฒิหรือผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 17 คน ดำเนินการทั้งหมด 3 รอบ โดยใช้ผลการวิจัยในระยะที่ 2 มาเป็นกรอบแนวทางในการสร้างแบบสอบถาม ซึ่งมีรายละเอียดผลการศึกษา ดังนี้

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัยที่ได้จากการเก็บรวบรวมความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิหรือผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 รอบ และนำผลสรุปข้อมูลไปสอบถามความเป็นไปได้สำหรับการนำไปปฏิบัติใช้จริงในการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัดในประเทศไทย ซึ่งสามารถจำแนกออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้ทรงคุณวุฒิหรือผู้เชี่ยวชาญที่ให้ความคิดเห็น

ส่วนที่ 2 ผลการศึกษารูปแบบการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด โดยการประยุกต์ใช้กรอบยุทธศาสตร์ MPOWER ตามความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิหรือผู้เชี่ยวชาญ

ส่วนที่ 3 ผลการศึกษาความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติของรูปแบบการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด โดยการประยุกต์ใช้กรอบยุทธศาสตร์ MPOWER ตามผลสรุปความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิหรือผู้เชี่ยวชาญ โดยมีรายละเอียดผลการศึกษาจากการวิเคราะห์ข้อมูลในแต่ละส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้ทรงคุณวุฒิหรือผู้เชี่ยวชาญที่ให้ความคิดเห็น

เนื่องจากการศึกษาในระยะที่ 3 นี้ เป็นการศึกษาด้วยวิธีการเทคนิคเดลฟาย (Delphi technique) ที่ต้องอาศัยความคิดเห็นของกลุ่มผู้ทรงคุณวุฒิหรือผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งถือว่าเป็นผู้มีความรู้ความสามารถ อีกทั้งมีประสบการณ์และความชำนาญในเรื่องการประเมินและการดำเนินงานควบคุมการบริโภคยาสูบ เป็นผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 17 คน ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้แบ่งผู้ทรงคุณวุฒิหรือผู้เชี่ยวชาญออกเป็น 4 กลุ่มย่อย เพื่อให้เห็นถึงแนวคิดและประสบการณ์ที่แตกต่างกันได้อย่างครอบคลุม ดังนี้

1. อาจารย์ประจำสถาบันการศึกษาที่มีประสบการณ์การวิจัยเกี่ยวกับด้านการประเมินและการดำเนินงานควบคุมการบริโภคยาสูบ จำนวน 5 คน
2. ผู้ทรงคุณวุฒิหรือผู้เชี่ยวชาญด้านการประเมินและการดำเนินงานควบคุมการบริโภคยาสูบ จำนวน 3 คน

3. ผู้บริหารกองคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 3 คน

4. ผู้ปฏิบัติงานที่มีประสบการณ์ด้านการประเมินการดำเนินงานควบคุมการบริโภคยาสูบ จำนวน 6 คน

ตาราง 14 แสดงจำนวน ร้อยละ ของผู้ทรงคุณวุฒิหรือผู้เชี่ยวชาญจำแนกตามอายุ ระดับการศึกษาและประสบการณ์ในการทำงานที่เกี่ยวข้องกับการติดตาม ประเมินผล และการดำเนินงานควบคุมการบริโภคยาสูบ

	จำนวน (n=17)	ร้อยละ
อายุ (ปี)		
อายุ 31-40 ปี	4	23.53
อายุ 41-50 ปี	8	47.06
อายุ 51-60 ปี	4	23.53
อายุ 61-70 ปี	1	5.88
\bar{X} = 46.00 S.D. = 9.06 Min = 33 Max = 69		
ระดับการศึกษา		
ปริญญาตรี	3	17.65
ปริญญาโท	9	52.94
ปริญญาเอก	5	29.41
ประสบการณ์ในการทำงาน (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
ด้านการติดตาม ประเมินผล		
0-10 ปี	5	62.50
11-20 ปี	3	37.50
\bar{X} = 10.50 S.D. = 3.89 Min = 5 Max = 15		
ด้านการดำเนินงานควบคุมการบริโภคยาสูบ		
0-10 ปี	12	80.00
11-20 ปี	3	20.00
\bar{X} = 5.53 S.D. = 3.07 Min = 2 Max = 10		

จากตาราง 14 พบว่า ส่วนใหญ่ผู้ทรงคุณวุฒิหรือผู้เชี่ยวชาญมีอายุระหว่าง 41-50 ปี ร้อยละ 47.06 รองลงมาคือ อายุ 31-40 ปี และอายุ 51-60 ปี ร้อยละ 23.53 และอายุ 61-70 ปี ร้อยละ 5.88 ตามลำดับ ซึ่งส่วนใหญ่ผู้ทรงคุณวุฒิหรือผู้เชี่ยวชาญจบการศึกษาระดับปริญญาโท ร้อยละ 52.94 รองลงมาคือ ระดับปริญญาเอก ร้อยละ 29.41 และระดับปริญญาตรี ร้อยละ 17.65 ตามลำดับ สำหรับประสบการณ์ในการทำงานที่เกี่ยวข้องกับการติดตาม ประเมินผล ส่วนใหญ่ผู้ทรงคุณวุฒิหรือผู้เชี่ยวชาญมีประสบการณ์ 0-10 ปี ร้อยละ 62.50 รองลงมาคือ มีประสบการณ์ 11-20 ปี ร้อยละ 37.50 ส่วนประสบการณ์ในการทำงานที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานควบคุมการบริโภคยาสูบ ส่วนใหญ่ผู้ทรงคุณวุฒิหรือผู้เชี่ยวชาญมีประสบการณ์ 0-10 ปี ร้อยละ 80.00 รองลงมาคือ มีประสบการณ์ 11-20 ปี ร้อยละ 20.00

ส่วนที่ 2 ผลการศึกษารูปแบบการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด โดยการประยุกต์ใช้กรอบยุทธศาสตร์ MPOWER ตามความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิหรือผู้เชี่ยวชาญ

ผลการศึกษารูปแบบการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด โดยการประยุกต์ใช้กรอบยุทธศาสตร์ MPOWER ตามความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิหรือผู้เชี่ยวชาญ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

ในรอบที่ 1 เป็นแบบสอบถามมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) ที่แสดงถึงความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิหรือผู้เชี่ยวชาญต่อรูปแบบการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด โดยการประยุกต์ใช้กรอบยุทธศาสตร์ MPOWER ที่สอดคล้องและเหมาะสมกับบริบทของประเทศไทย ทั้งหมด 6 ส่วน ประกอบด้วย 54 ข้อคำถาม และนำมาคำนวณหาค่ามัธยฐาน (Median) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquartile range) ของคำถามแต่ละข้อ รวมถึงการปรับปรุงแก้ไขข้อคำถามตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิหรือผู้เชี่ยวชาญ แล้วจึงสร้างเป็นแบบสอบถามรอบที่ 2 ส่งให้กับผู้ทรงคุณวุฒิหรือผู้เชี่ยวชาญกลุ่มเดิมอีกครั้ง

ในรอบที่ 2 เป็นแบบสอบถามมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) ที่แสดงถึงความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิหรือผู้เชี่ยวชาญกลุ่มเดิม ซึ่งมีลักษณะเช่นเดียวกับแบบสอบถามในรอบที่ 1 แต่มีการปรับปรุงแก้ไขข้อคำถามตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิหรือผู้เชี่ยวชาญแล้ว โดยเพิ่มส่วนที่ 1 เป้าหมายของการประเมิน 1 ข้อคำถาม และนำมาคำนวณหาค่ามัธยฐาน (Median) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquartile range) ในการนำเสนอผลการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยจะนำเสนอโดยแบ่งเป็นส่วนตามหัวข้อ ทั้งหมด 7 ส่วน ประกอบด้วย 55 ข้อคำถาม ดังตาราง 15

ตาราง 15 แสดงค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ ความเหมาะสม และความสอดคล้องของรูปแบบการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด โดยการประยุกต์ใช้กรอบยุทธศาสตร์ MPOWER

รูปแบบการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด โดยการประยุกต์ใช้กรอบยุทธศาสตร์ MPOWER	ค่ามัธยฐานและค่าพิสัยระหว่างควอไทล์				ความเหมาะสม	ความสอดคล้อง
	Q1	Mdn	Q3	IQR		
ส่วนที่ 1 เป้าหมายของการประเมิน						
เพื่อให้ได้ข้อมูลป้อนกลับไปพัฒนา มาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบใน เยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุม ผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด	4.00	5.00	5.00	1.00*	มากที่สุด	สอดคล้อง
ส่วนที่ 2 องค์ประกอบของการประเมินและตัวบ่งชี้						
องค์ประกอบที่ 1 คุณลักษณะของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด (Characteristics) จำนวน 7 ตัวบ่งชี้						
1.1 เลขานุการมีความสามารถในการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินงานควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนที่มีความสัมพันธ์กัน เพื่อมาสนับสนุนการพิจารณาของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด	4.00	4.00	5.00	1.00*	มาก	สอดคล้อง
1.2 เลขานุการมีความสามารถในการนำเสนอประเด็นเพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนการดำเนินงานควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนต่อคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด	4.00	4.00	5.00	1.00*	มาก	สอดคล้อง

ตาราง 15 (ต่อ)

รูปแบบการประเมินมาตรการควบคุม การบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของ คณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ ยาสูบจังหวัด โดยการประยุกต์ใช้ กรอบยุทธศาสตร์ MPOWER	ค่ามัธยฐานและค่าพิสัย ระหว่างควอไทล์				ความ เหมาะสม	ความ สอดคล้อง
	Q1	Mdn	Q3	IQR		
1.3 เลขานุการมีความสามารถในการ ประสานงานหรืออำนวยความสะดวก คณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ จังหวัด	4.00	4.00	5.00	1.00*	มาก	สอดคล้อง
1.4 มีวาระการประชุมเกี่ยวกับการ ดำเนินงานควบคุมการบริโภคยาสูบใน เยาวชน อย่างน้อย 2 ครั้ง/ปี	4.00	5.00	5.00	1.00*	มากที่สุด	สอดคล้อง
1.5 คณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ ยาสูบจังหวัดเข้าร่วมประชุมเกี่ยวกับ การดำเนินงานควบคุมการบริโภค ยาสูบในเยาวชน ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70 อย่างน้อย 2 ครั้ง/ปี	4.00	5.00	5.00	1.00*	มากที่สุด	สอดคล้อง
1.6 มีการมอบหมายหน่วยงานด้าน สาธารณสุขรับผิดชอบในการ ขับเคลื่อนงานควบคุมการบริโภคยาสูบ ในเยาวชน	4.00	5.00	5.00	1.00*	มากที่สุด	สอดคล้อง
1.7 มีการมอบหมายหน่วยงานที่ เกี่ยวข้อง นอกเหนือจากด้าน สาธารณสุขรับผิดชอบในการ ขับเคลื่อนงานควบคุมการบริโภคยาสูบ ในเยาวชน	4.00	5.00	5.00	1.00*	มากที่สุด	สอดคล้อง

**องค์ประกอบที่ 2 การควบคุม กำกับมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชน และมี
นโยบายการป้องกันการบริโภคยาสูบในเยาวชน (Monitor) จำนวน 10 ตัวบ่งชี้**

ตาราง 15 (ต่อ)

รูปแบบการประเมินมาตรการควบคุม การบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของ คณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ ยาสูบจังหวัด โดยการประยุกต์ใช้ กรอบยุทธศาสตร์ MPOWER	ค่ามัธยฐานและค่าพิสัย ระหว่างควอไทล์				ความ เหมาะสม	ความ สอดคล้อง
	Q1	Mdn	Q3	IQR		
2.1 มีการกำหนดเป้าหมายการดำเนิน มาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบใน เยาวชน	4.00	5.00	5.00	1.00*	มากที่สุด	สอดคล้อง
2.2 มีนโยบายการป้องกันการบริโภค ยาสูบในเยาวชน	4.00	5.00	5.00	1.00*	มากที่สุด	สอดคล้อง
2.3 มีแผนการดำเนินมาตรการควบคุม การบริโภคยาสูบในเยาวชน	4.00	5.00	5.00	1.00*	มากที่สุด	สอดคล้อง
2.4 มีผู้รับผิดชอบงานควบคุมยาสูบใน ระดับจังหวัดที่ชัดเจน	4.00	5.00	5.00	1.00*	มากที่สุด	สอดคล้อง
2.5 ในระดับพื้นที่มีทรัพยากรมนุษย์ เพียงพอต่อการดำเนินมาตรการ ควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชน	4.00	4.00	5.00	1.00*	มาก	สอดคล้อง
2.6 ในระดับพื้นที่มีงบประมาณ เพียงพอต่อการดำเนินมาตรการ ควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชน	4.00	4.00	5.00	1.00*	มาก	สอดคล้อง
2.7 ในระดับพื้นที่มีสิ่งสนับสนุนอื่นๆ เช่น สื่อความรู้ เป็นต้น เพียงพอต่อ การดำเนินมาตรการควบคุมการ บริโภคยาสูบในเยาวชน	4.0	4.00	5.00	1.00*	มาก	สอดคล้อง
2.8 มีระบบการติดตามการดำเนิน มาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบใน เยาวชนในพื้นที่ เช่น การนิเทศงาน เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้	4.00	5.00	5.00	1.00*	มากที่สุด	สอดคล้อง

ตาราง 15 (ต่อ)

รูปแบบการประเมินมาตรการควบคุม การบริโภคน้ำดื่มในเยาวชนไทยของ คณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ ยาสูบจังหวัด โดยการประยุกต์ใช้ กรอบยุทธศาสตร์ MPOWER	ค่ามัธยฐานและค่าพิสัย ระหว่างควอไทล์				ความ เหมาะสม	ความ สอดคล้อง
	Q1	Mdn	Q3	IQR		
2.9 มีการประเมินผลการขับเคลื่อน มาตรการควบคุมการบริโภคน้ำดื่มใน เยาวชนในพื้นที่	4.00	5.00	5.00	1.00*	มากที่สุด	สอดคล้อง
2.10 มีการรายงานผลการดำเนิน มาตรการควบคุมการบริโภคน้ำดื่มใน เยาวชนในพื้นที่	4.00	5.00	5.00	1.00*	มากที่สุด	สอดคล้อง
องค์ประกอบที่ 3 การดำเนินงานสำคัญของมาตรการปกป้องเยาวชนจากควันบุหรี่และปกป้อง การเข้าถึงยาสูบของเยาวชน (Protect) จำนวน 8 ตัวบ่งชี้						
3.1 มีการบังคับใช้กฎหมายในการ คุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่	4.00	5.00	5.00	1.00*	มากที่สุด	สอดคล้อง
3.2 ดำเนินการสถานศึกษาปลอดบุหรี่ อย่างน้อยร้อยละ 80	4.00	5.00	5.00	1.00*	มากที่สุด	สอดคล้อง
3.3 ดำเนินการชุมชนปลอดบุหรี่ อย่าง น้อยร้อยละ 80	4.00	5.00	5.00	1.00*	มากที่สุด	สอดคล้อง
3.4 ดำเนินการสถานที่สาธารณะ ปลอดบุหรี่ อย่างน้อยร้อยละ 80	4.00	5.00	5.00	1.00*	มากที่สุด	สอดคล้อง
3.5 ดำเนินการอื่นๆ เพื่อการสร้าง สิ่งแวดล้อมทางกายภาพและสังคมเพื่อ เอื้อต่อการไม่สูบบุหรี่ของเยาวชน เช่น รถรับส่งนักเรียนปลอดบุหรี่ ที่พัก อาศัยปลอดบุหรี่ เป็นต้น						
โปรดระบุ.....	4.00	5.00	5.00	1.00*	มากที่สุด	สอดคล้อง

ตาราง 15 (ต่อ)

รูปแบบการประเมินมาตรการควบคุม การบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของ คณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ ยาสูบจังหวัด โดยการประยุกต์ใช้ กรอบยุทธศาสตร์ MPOWER	ค่ามัธยฐานและค่าพิสัย ระหว่างควอไทล์				ความ เหมาะสม	ความ สอดคล้อง
	Q1	Mdn	Q3	IQR		
3.6 ดำเนินการเฝ้าระวังร้านค้าที่ จำหน่ายยาสูบรอบสถานศึกษา	4.00	5.00	5.00	1.00*	มากที่สุด	สอดคล้อง
3.7 มีกิจกรรมสร้างการรับรู้เกี่ยวกับ กฎหมายด้านการควบคุมยาสูบและ กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับยาสูบให้กับ เยาวชน	4.00	5.00	5.00	1.00*	มากที่สุด	สอดคล้อง
3.8 ดำเนินงานอื่นๆ เพื่อปกป้อง เยาวชนไม่ให้เข้าถึงผลิตภัณฑ์ยาสูบ โปรดระบุ.....	4.00	5.00	5.00	1.00*	มากที่สุด	สอดคล้อง
องค์ประกอบที่ 4 การดำเนินงานสำคัญของมาตรการให้ความช่วยเหลือเยาวชนในการเลิก ยาสูบ (Offer) จำนวน 7 ตัวบ่งชี้						
4.1 มีการกำหนดนโยบายการเข้าถึง บริการเลิกยาสูบของเยาวชนในหน่วย รักษาฟื้นฟูต่างๆ	4.00	5.00	5.00	1.00*	มากที่สุด	สอดคล้อง
4.2 มีระบบการคัดกรองเยาวชนใน สถานศึกษาเข้าสู่กระบวนการเลิก ยาสูบ	4.00	5.00	5.00	1.00*	มากที่สุด	สอดคล้อง
4.3 มีระบบการคัดกรองเยาวชนใน ชุมชนเข้าสู่กระบวนการเลิกยาสูบ	4.00	5.00	5.00	1.00*	มากที่สุด	สอดคล้อง
4.4 มีการให้คำปรึกษาเพื่อการบำบัด เลิกยาสูบให้กับเยาวชนในสถานศึกษา	4.00	5.00	5.00	1.00*	มากที่สุด	สอดคล้อง
4.5 มีระบบการส่งต่อเพื่อการบำบัด เลิกยาสูบให้กับเยาวชนในสถานศึกษา	4.00	5.00	5.00	1.00*	มากที่สุด	สอดคล้อง

ตาราง 15 (ต่อ)

รูปแบบการประเมินมาตรการควบคุม การบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของ คณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ ยาสูบจังหวัด โดยการประยุกต์ใช้ กรอบยุทธศาสตร์ MPOWER	ค่ามัธยฐานและค่าพิสัย ระหว่างควอไทล์				ความ เหมาะสม	ความ สอดคล้อง
	Q1	Mdn	Q3	IQR		
4.6 มีการให้คำปรึกษาเพื่อการบำบัด เลิกยาสูบให้กับเยาวชนในชุมชน	4.00	5.00	5.00	1.00*	มากที่สุด	สอดคล้อง
4.7 มีระบบการส่งต่อเพื่อการบำบัด เลิกยาสูบให้กับเยาวชนในชุมชน	4.00	5.00	5.00	1.00*	มากที่สุด	สอดคล้อง
องค์ประกอบที่ 5 การดำเนินงานสำคัญของมาตรการเตือนให้เยาวชนตระหนักถึงพิษภัยของ ยาสูบ (Warn) จำนวน 6 ตัวบ่งชี้						
5.1 มีกิจกรรมสร้างการรับรู้เรื่องโทษ พิษภัยยาสูบให้กับเยาวชนใน สถานศึกษา	5.00	5.00	5.00	0.00*	มากที่สุด	สอดคล้อง
5.2 มีกิจกรรมสร้างการรับรู้เรื่อง ผลิตภัณฑ์ยาสูบรูปแบบใหม่ให้กับ เยาวชนในสถานศึกษา	5.00	5.00	5.00	0.00*	มากที่สุด	สอดคล้อง
5.3 มีกิจกรรมสร้างการรับรู้เรื่องโทษ พิษภัยยาสูบให้กับเยาวชนในหน่วยงาน ที่เกี่ยวข้องกับเยาวชน หรือในชุมชน	5.00	5.00	5.00	0.00*	มากที่สุด	สอดคล้อง
5.4 มีกิจกรรมสร้างการรับรู้เรื่อง ผลิตภัณฑ์ยาสูบรูปแบบใหม่ให้กับ เยาวชนในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับ เยาวชน หรือในชุมชน	5.00	5.00	5.00	0.00*	มากที่สุด	สอดคล้อง
5.5 มีการใช้สื่อรณรงค์ หรือ ประชาสัมพันธ์ ในการต่อต้าน ผลิตภัณฑ์ยาสูบในสถานศึกษา	5.00	5.00	5.00	0.00*	มากที่สุด	สอดคล้อง

ตาราง 15 (ต่อ)

รูปแบบการประเมินมาตรการควบคุม การบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของ คณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ ยาสูบจังหวัด โดยการประยุกต์ใช้ กรอบยุทธศาสตร์ MPOWER	ค่ามัธยฐานและค่าพิสัย ระหว่างควอไทล์				ความ เหมาะสม	ความ สอดคล้อง
	Q1	Mdn	Q3	IQR		
5.6 มีการใช้สื่อรณรงค์ หรือ ประชาสัมพันธ์ ในการต่อต้าน ผลิตภัณฑ์ยาสูบในหน่วยงานที่ เกี่ยวข้องกับเยาวชน หรือในชุมชน	5.00	5.00	5.00	0.00*	มากที่สุด	สอดคล้อง
องค์ประกอบที่ 6 การดำเนินงานสำคัญของมาตรการบังคับใช้กฎหมายควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ (Enforce) จำนวน 8 ตัวบ่งชี้						
6.1 มีการกำหนดนโยบายในการ ดำเนินการตรวจเตือน หรือบังคับใช้ กฎหมายควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ	4.00	5.00	5.00	1.00*	มากที่สุด	สอดคล้อง
6.2 ดำเนินการตรวจเตือน หรือบังคับ ใช้กฎหมาย ห้ามมีการค้าผลิตภัณฑ์ ยาสูบที่ผิดกฎหมาย เช่น บุหรี่หนีภาษี บุหรี่ปาไฟฟ้า เป็นต้น	4.00	5.00	5.00	1.00*	มากที่สุด	สอดคล้อง
6.3 ดำเนินการตรวจเตือน หรือบังคับ ใช้กฎหมาย ห้ามขายหรือให้ผลิตภัณฑ์ ยาสูบแก่บุคคลอายุต่ำกว่า 20 ปี บริบูรณ์	4.00	5.00	5.00	1.00*	มากที่สุด	สอดคล้อง
6.4 ดำเนินการตรวจเตือน หรือบังคับ ใช้กฎหมาย ห้ามใช้ จ้าง หรือวานให้ บุคคลอายุต่ำกว่า 18 ปีบริบูรณ์ขาย หรือให้ผลิตภัณฑ์ยาสูบ	4.00	5.00	5.00	1.00*	มากที่สุด	สอดคล้อง

ตาราง 15 (ต่อ)

รูปแบบการประเมินมาตรการควบคุม การบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของ คณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ ยาสูบจังหวัด โดยการประยุกต์ใช้ กรอบยุทธศาสตร์ MPOWER	ค่ามัธยฐานและค่าพิสัย ระหว่างควอไทล์				ความ เหมาะสม	ความ สอดคล้อง
	Q1	Mdn	Q3	IQR		
6.5 ดำเนินการตรวจเตือน หรือบังคับ ใช้กฎหมาย ห้ามขายผลิตภัณฑ์ยาสูบ โดยผ่านทางสื่ออิเล็กทรอนิกส์ หรือ เครือข่ายคอมพิวเตอร์	4.00	5.00	5.00	1.00*	มากที่สุด	สอดคล้อง
6.6 ดำเนินการตรวจเตือน หรือบังคับ ใช้กฎหมาย ห้ามผู้ใดขายผลิตภัณฑ์ ยาสูบในสถานศึกษา	4.00	5.00	5.00	1.00*	มากที่สุด	สอดคล้อง
6.7 ดำเนินการตรวจเตือน หรือบังคับ ใช้กฎหมาย ห้ามโฆษณาหรือสื่อสาร การตลาดผลิตภัณฑ์ยาสูบ	4.00	5.00	5.00	1.00*	มากที่สุด	สอดคล้อง
6.8 ดำเนินการตรวจเตือน หรือบังคับ ใช้กฎหมาย ห้ามแบ่งขายผลิตภัณฑ์ ยาสูบประเภทบุหรี่ซิการ์เรต	4.00	5.00	5.00	1.00*	มากที่สุด	สอดคล้อง
องค์ประกอบที่ 7 การดำเนินงานสำคัญของการยกระดับมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบใน เยาวชน (Raise) จำนวน 1 ตัวบ่งชี้						
7.1 มีการยกระดับมาตรการควบคุม การบริโภคยาสูบในเยาวชนที่มีความ เชื่อมโยงกับการแก้ไขปัญหาในพื้นที่ เพิ่มขึ้น นอกเหนือจากนโยบายหรือ แผนงานของส่วนกลาง เช่น การ กำหนดนโยบาย มีนวัตกรรม พขอ. พชต. เป็นต้น	4.00	5.00	5.00	1.00*	มากที่สุด	สอดคล้อง

ตาราง 15 (ต่อ)

รูปแบบการประเมินมาตรการควบคุม การบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของ คณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ ยาสูบจังหวัด โดยการประยุกต์ใช้ กรอบยุทธศาสตร์ MPOWER	ค่ามัธยฐานและค่าพิสัย ระหว่างควอไทล์				ความ เหมาะสม	ความ สอดคล้อง
	Q1	Mdn	Q3	IQR		
ส่วนที่ 3 เกณฑ์การประเมิน						
1. เกณฑ์ในการประเมินมาตรการ ควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชน ไทยของคณะกรรมการควบคุม ผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัดตามตัวบ่งชี้ราย ข้อ แบ่งออกเป็น						
มี = 1 คะแนน และ ไม่มี = 0 คะแนน	4.00	5.00	5.00	1.00*	มากที่สุด	สอดคล้อง
2. เกณฑ์ในการแบ่งระดับผลการ ประเมินในภาพรวม โดยอิงเกณฑ์ของ Bloom (1975) คะแนนเต็ม 47 คะแนน และแบ่งออกเป็น 3 ระดับ						
ระดับพื้นฐาน (Basic) คือ มี คะแนนรวมน้อยกว่า ร้อยละ 60 (0-28 คะแนน)						
ระดับก้าวหน้า (Advance) คือ มี คะแนนรวมระหว่าง ร้อยละ 60-80 (29-38 คะแนน)						
ระดับพัฒนาจนเกิดผล (Significance) คือ มีคะแนนรวม มากกว่า ร้อยละ 80 (39-47 คะแนน)						
	4.00	5.00	5.00	1.00*	มากที่สุด	สอดคล้อง

ตาราง 15 (ต่อ)

รูปแบบการประเมินมาตรการควบคุม การบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของ คณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ ยาสูบจังหวัด โดยการประยุกต์ใช้ กรอบยุทธศาสตร์ MPOWER	ค่ามัธยฐานและค่าพิสัย ระหว่างควอไทล์				ความ เหมาะสม	ความ สอดคล้อง
	Q1	Mdn	Q3	IQR	สม	คล้อย
ส่วนที่ 4 วิธีการประเมิน						
1. เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินโดยใช้ แบบสอบถามรูปแบบออนไลน์ จังหวัด ละ 1 ชุด	4.00	5.00	5.00	1.00*	มากที่สุด	สอดคล้อง
2. เอกสารประกอบการประเมิน ได้แก่ รายงานการประชุม นโยบาย และ แผนปฏิบัติการดำเนินงาน (Action plan)	4.00	5.00	5.00	1.00*	มากที่สุด	สอดคล้อง
ส่วนที่ 5 ผู้ทำการประเมิน						
ขั้นที่ 1 คณะกรรมการควบคุม ผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัดประเมินตนเอง โดยเลขานุการเป็นผู้รวบรวม ขั้นที่ 2 สำนักงานป้องกันควบคุมโรค เป็นพี่เลี้ยง และกำกับ ติดตาม ขั้นที่ 3 กองงานคณะกรรมการควบคุม ผลิตภัณฑ์ยาสูบ ดำเนินการรวบรวม ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล จัดแบ่งระดับ และการคืนข้อมูลให้กับสำนักงาน ป้องกันควบคุมโรคและสำนักงาน สาธารณสุขจังหวัด	4.00	5.00	5.00	1.00*	มากที่สุด	สอดคล้อง
ส่วนที่ 6 ระยะเวลาในการประเมิน						
ปีละ 1 ครั้ง ในช่วงไตรมาสที่ 4 ของ ปีงบประมาณ	5.00	5.00	5.00	0.00*	มากที่สุด	สอดคล้อง

ตาราง 15 (ต่อ)

รูปแบบการประเมินมาตรการควบคุม การบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของ คณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ ยาสูบจังหวัด โดยการประยุกต์ใช้ กรอบยุทธศาสตร์ MPOWER	คำมัธยฐานและค่าพิสัย ระหว่างควอไทล์				ความ เหมาะสม	ความ สอดคล้อง
	Q1	Mdn	Q3	IQR		
รายงานผลการประเมินมาตรการ ควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชน ไทยของคณะกรรมการควบคุม ผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด	5.00	5.00	5.00	0.00*	มากที่สุด	สอดคล้อง

* ความคิดเห็นมีความสอดคล้องกัน

จากตาราง 15 พบว่า ความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิหรือผู้เชี่ยวชาญที่มีต่อรูปแบบการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด โดยการประยุกต์ใช้กรอบยุทธศาสตร์ MPOWER มีความคิดเห็นที่สอดคล้องกันทั้งหมด 7 ส่วน จำนวน 55 ข้อ โดยข้อความที่มีความคิดเห็นสอดคล้องกันถึงระดับความเหมาะสมของรูปแบบการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด โดยการประยุกต์ใช้กรอบยุทธศาสตร์ MPOWER ในระดับมากที่สุด มีจำนวน 49 ข้อ แบ่งเป็นองค์ประกอบในแต่ละส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เป้าหมายการประเมิน มี 1 ข้อ ได้แก่ เพื่อให้ได้ข้อมูลป้อนกลับไปพัฒนามาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด

ส่วนที่ 2 องค์ประกอบของการประเมิน ในองค์ประกอบที่ 1 คุณลักษณะของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด (Characteristics) มี 4 ข้อ ได้แก่ มีวาระการประชุมเกี่ยวกับการดำเนินงานควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชน อย่างน้อย 2 ครั้ง/ปี คณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัดเข้าร่วมประชุมเกี่ยวกับการดำเนินงานควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชน ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70 อย่างน้อย 2 ครั้ง/ปี มีการมอบหมายหน่วยงานด้านสาธารณสุขรับผิดชอบในการขับเคลื่อนงานควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชน และมีการมอบหมายหน่วยงานที่เกี่ยวข้องนอกเหนือจากด้านสาธารณสุขรับผิดชอบในการขับเคลื่อนงานควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชน

องค์ประกอบที่ 2 การควบคุม กำกับมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชน และมีนโยบายการป้องกันการบริโภคยาสูบในเยาวชน (Monitor) มี 7 ข้อ ได้แก่ มีการกำหนดเป้าหมายการดำเนินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชน มีนโยบายการป้องกันการบริโภคยาสูบในเยาวชน มีแผนการดำเนินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชน มีผู้รับผิดชอบงานควบคุมยาสูบในระดับจังหวัดที่ชัดเจน มีระบบการติดตามการดำเนินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนในพื้นที่ มีการประเมินผลการขับเคลื่อนมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนในพื้นที่ และมีการรายงานผลการดำเนินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนในพื้นที่

องค์ประกอบที่ 3 การดำเนินงานสำคัญของมาตรการปกป้องเยาวชนจากควันบุหรี่และปกป้องการเข้าถึงยาสูบของเยาวชน (Protect) มี 8 ข้อ ได้แก่ มีการบังคับใช้กฎหมายในการคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ ดำเนินการสถานศึกษาปลอดบุหรี่ อย่างน้อยร้อยละ 80 ดำเนินการชุมชนปลอดบุหรี่ อย่างน้อย ร้อยละ 80 ดำเนินการสถานที่สาธารณะปลอดบุหรี่ อย่างน้อยร้อยละ 80 ดำเนินการอื่นๆ เพื่อการสร้างสิ่งแวดล้อมทางกายภาพและสังคมเพื่อเอื้อต่อการไม่สูบบุหรี่ของเยาวชน ดำเนินการเฝ้าระวังร้านค้าที่จำหน่ายยาสูบรอบสถานศึกษา มีกิจกรรมสร้างการรับรู้เกี่ยวกับกฎหมายด้านการควบคุมยาสูบและกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับยาสูบให้กับเยาวชน และดำเนินงานอื่นๆ เพื่อปกป้องเยาวชนไม่ให้เข้าถึงผลิตภัณฑ์ยาสูบ

องค์ประกอบที่ 4 การดำเนินงานสำคัญของมาตรการให้ความช่วยเหลือเยาวชนในการเลิกยาสูบ (Offer) มี 7 ข้อ ได้แก่ มีการกำหนดนโยบายการเข้าถึงบริการเลิกยาสูบของเยาวชนในหน่วยรักษาฟื้นฟูต่างๆ มีระบบการคัดกรองเยาวชนในสถานศึกษาเข้าสู่กระบวนการเลิกยาสูบ มีระบบการคัดกรองเยาวชนในชุมชนเข้าสู่กระบวนการเลิกยาสูบ มีการให้คำปรึกษาเพื่อการบำบัดเลิกยาสูบให้กับเยาวชนในสถานศึกษา มีระบบการส่งต่อเพื่อการบำบัดเลิกยาสูบให้กับเยาวชนในสถานศึกษา มีการให้คำปรึกษาเพื่อการบำบัดเลิกยาสูบให้กับเยาวชนในชุมชน และมีระบบการส่งต่อเพื่อการบำบัดเลิกยาสูบให้กับเยาวชนในชุมชน

องค์ประกอบที่ 5 การดำเนินงานสำคัญของมาตรการเตือนให้เยาวชนตระหนักถึงพิษภัยของยาสูบ (Warn) มี 6 ข้อ ได้แก่ มีกิจกรรมสร้างการรับรู้เรื่องโทษ พิษภัยยาสูบให้กับเยาวชนในสถานศึกษา มีกิจกรรมสร้างการรับรู้เรื่องผลิตภัณฑ์ยาสูบรูปแบบใหม่ให้กับเยาวชนในสถานศึกษา มีกิจกรรมสร้างการรับรู้เรื่องโทษ พิษภัยยาสูบให้กับเยาวชนในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับเยาวชน หรือในชุมชน มีกิจกรรมสร้างการรับรู้เรื่องผลิตภัณฑ์ยาสูบรูปแบบใหม่ให้กับเยาวชนในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับเยาวชน หรือในชุมชน มีการใช้สื่อรณรงค์ หรือประชาสัมพันธ์ ในการต่อต้านผลิตภัณฑ์ยาสูบในสถานศึกษา และมีการใช้สื่อรณรงค์ หรือประชาสัมพันธ์ ในการต่อต้านผลิตภัณฑ์ยาสูบในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับเยาวชน หรือในชุมชน

องค์ประกอบที่ 6 การดำเนินงานสำคัญของมาตรการบังคับใช้กฎหมายควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ (Enforce) มี 8 ข้อ ได้แก่ มีการกำหนดนโยบายในการดำเนินการตรวจเตือน หรือบังคับใช้กฎหมายควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ ดำเนินการตรวจเตือน หรือบังคับใช้กฎหมาย ห้ามมีการค้าผลิตภัณฑ์ยาสูบที่ผิดกฎหมาย เช่น บุหรี่หนีภาษี บุหรี่ไฟฟ้า เป็นต้น ดำเนินการตรวจเตือน หรือบังคับใช้กฎหมาย ห้ามขายหรือให้ผลิตภัณฑ์ยาสูบแก่บุคคลอายุต่ำกว่า 20 ปีบริบูรณ์ ดำเนินการตรวจเตือน หรือบังคับใช้กฎหมาย ห้ามใช้ จ้าง หรือวานให้บุคคลอายุต่ำกว่า 18 ปีบริบูรณ์ขายหรือให้ผลิตภัณฑ์ยาสูบ ดำเนินการตรวจเตือน หรือบังคับใช้กฎหมาย ห้ามขายผลิตภัณฑ์ยาสูบโดยผ่านทางสื่ออิเล็กทรอนิกส์ หรือเครือข่ายคอมพิวเตอร์ ดำเนินการตรวจเตือน หรือบังคับใช้กฎหมาย ห้ามผู้ใดขายผลิตภัณฑ์ยาสูบในสถานศึกษา ดำเนินการตรวจเตือน หรือบังคับใช้กฎหมาย ห้ามโฆษณาหรือสื่อสารการตลาดผลิตภัณฑ์ยาสูบ และดำเนินการตรวจเตือน หรือบังคับใช้กฎหมาย ห้ามแบ่งขายผลิตภัณฑ์ยาสูบประเภทบุหรี่ยีการ์เรต

องค์ประกอบที่ 7 การดำเนินงานสำคัญของการยกระดับมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชน (Raise) มี 1 ข้อ ได้แก่ มีการยกระดับมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนที่มีความเชื่อมโยงกับการแก้ไขปัญหาในพื้นที่เพิ่มขึ้น นอกเหนือจากนโยบายหรือแผนงานของส่วนกลาง เช่น การกำหนดนโยบาย มีนวัตกรรม พชอ. พชต. เป็นต้น

ส่วนที่ 3 เกณฑ์การประเมิน มี 2 ข้อ ได้แก่ เกณฑ์ในการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัดตามตัวบ่งชี้รายชื่อ แบ่งออกเป็น มี เท่ากับ 1 คะแนน และ ไม่มี เท่ากับ 0 คะแนน และเกณฑ์ในการแบ่งระดับผลการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัดในภาพรวม โดยการประยุกต์ใช้เกณฑ์การประเมินแบบอิงเกณฑ์ของ Bloom (1975) ซึ่งมีคะแนนเต็ม 47 คะแนน และแบ่งคะแนนออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับพัฒนาจนเกิดผล ระดับก้าวหน้า และระดับพื้นฐาน

ส่วนที่ 4 วิธีการประเมิน มี 2 ข้อ ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินโดยใช้แบบสอบถามรูปแบบออนไลน์ จังหวัดละ 1 ชุด และเอกสารประกอบการประเมิน ได้แก่ รายงานการประชุม นโยบาย และแผนปฏิบัติการดำเนินงาน (Action plan) เป็นต้น

ส่วนที่ 5 ผู้ทำการประเมิน มี 1 ข้อ ได้แก่ ขั้นที่ 1 คณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัดเป็นผู้ทำการประเมินตนเอง โดยเลขานุการเป็นผู้รวบรวม ขั้นที่ 2 สำนักงานป้องกันควบคุมโรคเป็นพี่เลี้ยง และการกำกับ ติดตามผลการประเมินทุกจังหวัดในเขตรับผิดชอบ ขั้นที่ 3 กองงานคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ ดำเนินการรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล และจัดแบ่งระดับตามเกณฑ์ที่กำหนด รวมถึงการคืนข้อมูลให้กับสำนักงานป้องกันควบคุมโรคและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

ส่วนที่ 6 ระยะเวลาในการประเมิน มี 1 ข้อ ได้แก่ ระยะเวลาในการประเมิน ปีละ 1 ครั้ง ในช่วงไตรมาสที่ 4 ของปีงบประมาณ หรือช่วงเดือนกรกฎาคม ถึง เดือนกันยายน

และส่วนที่ 7 การให้ข้อมูลป้อนกลับ มี 1 ข้อ ได้แก่ ส่วนกลางจัดทำรายงานผลการประเมิน มาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด คืนข้อมูลให้กับระดับเขตและจังหวัด

ส่วนข้อคำถามที่มีความคิดเห็นสอดคล้องกันถึงระดับความเหมาะสมของรูปแบบการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด โดยการประยุกต์ใช้กรอบยุทธศาสตร์ MPOWER ในระดับมาก มีจำนวน 6 ข้อ แบ่งเป็น องค์ประกอบในแต่ละส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 2 องค์ประกอบของการประเมิน ในองค์ประกอบที่ 1 คุณลักษณะของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด (Characteristics) มี 3 ข้อ ได้แก่ เลขานุการมีความสามารถในการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินงานควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนที่มีความสัมพันธ์กัน เพื่อมาสนับสนุนการพิจารณาของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด เลขานุการมีความสามารถในการนำเสนอประเด็นเพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนการดำเนินงานควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนต่อคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด และเลขานุการมีความสามารถในการประสานงานหรืออำนวยความสะดวกต่อคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด

และองค์ประกอบที่ 2 การควบคุม กำกับมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชน และมีนโยบายการป้องกันการบริโภคยาสูบในเยาวชน (Monitor) มี 3 ข้อ ได้แก่ ในระดับพื้นที่มีทรัพยากรมนุษย์เพียงพอต่อการดำเนินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชน ในระดับพื้นที่มีงบประมาณเพียงพอต่อการดำเนินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชน และในระดับพื้นที่มีสิ่งสนับสนุนอื่นๆ เช่น สื่อความรู้ เป็นต้น เพียงพอต่อการดำเนินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชน

ส่วนที่ 3 ผลการประเมินความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติของรูปแบบการประเมิน มาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด โดยการประยุกต์ใช้กรอบยุทธศาสตร์ MPOWER

การประเมินความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด โดยการประยุกต์ใช้กรอบยุทธศาสตร์ MPOWER มาใช้ในการปฏิบัติจริง โดยผู้วิจัยได้นำผลการศึกษาความเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ หรือผู้เชี่ยวชาญในระยะที่ผ่านมา มาสร้างเป็นแบบสอบถาม ซึ่งมีข้อคำถามทั้งหมด 7 ส่วน 55 ข้อ คำถาม ในลักษณะเป็นแบบมาตรวัด 5 ระดับ (Rating scale) โดยให้ผู้เชี่ยวชาญกลุ่มเดิม เป็นผู้ตอบแบบสอบถามถึงความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติของรูปแบบการประเมินมาตรการควบคุมการ

บริโภคนยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด โดยการประยุกต์ใช้กรอบยุทธศาสตร์ MPOWER โดยมีผลการวิเคราะห์ ดังนี้

ตาราง 16 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความเป็นไปได้ของรูปแบบการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด โดยการประยุกต์ใช้กรอบยุทธศาสตร์ MPOWER

รูปแบบการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด โดยการประยุกต์ใช้กรอบยุทธศาสตร์ MPOWER	\bar{X}	S.D.	ระดับความเป็นไปได้
ส่วนที่ 1 เป้าหมายของการประเมิน			
เพื่อให้ได้ข้อมูลป้อนกลับไปพัฒนามาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด	4.68	0.48	มากที่สุด
ส่วนที่ 2 องค์ประกอบของการประเมินและตัวบ่งชี้			
องค์ประกอบที่ 1 คุณลักษณะของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด (Characteristics) จำนวน 7 ตัวบ่งชี้			
1.1 เลขานุการมีความสามารถในการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินงานควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนที่มีความสัมพันธ์กัน เพื่อมาสนับสนุนการพิจารณาของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด	4.16	0.96	มาก
1.2 เลขานุการมีความสามารถในการนำเสนอประเด็นเพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนการดำเนินงานควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนต่อคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด	4.16	1.02	มาก
1.3 เลขานุการมีความสามารถในการประสานงานหรืออำนวยความสะดวกต่อคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด	4.11	0.99	มาก
1.4 มีวาระการประชุมเกี่ยวกับการดำเนินงานควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชน อย่างน้อย 2 ครั้ง/ปี	4.32	1.00	มาก

ตาราง 16 (ต่อ)

รูปแบบการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบใน เยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ จังหวัด โดยการประยุกต์ใช้กรอบยุทธศาสตร์ MPOWER	\bar{x}	S.D.	ระดับ ความเป็นไปได้
1.5 คณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด เข้าร่วมประชุมการดำเนินงานควบคุมการบริโภคยาสูบใน เยาวชน ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70 อย่างน้อย 2 ครั้ง/ปี	4.42	0.69	มาก
1.6 มีการมอบหมายหน่วยงานด้านสาธารณสุข รับผิดชอบในการขับเคลื่อนงานควบคุมการบริโภคยาสูบใน เยาวชน	4.32	0.82	มาก
1.7 มีการมอบหมายหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง นอกเหนือจาก ด้านสาธารณสุขรับผิดชอบในการขับเคลื่อนงานควบคุมการ บริโภคยาสูบในเยาวชน	4.53	0.70	มากที่สุด
องค์ประกอบที่ 2 การควบคุม กำกับมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชน และมี นโยบายการป้องกันการบริโภคยาสูบในเยาวชน (Monitor) จำนวน 10 ตัวบ่งชี้			
2.1 มีการกำหนดเป้าหมายการดำเนินมาตรการควบคุมการ บริโภคยาสูบในเยาวชน	4.68	0.48	มากที่สุด
2.2 มีนโยบายการป้องกันการบริโภคยาสูบในเยาวชน	4.47	0.70	มาก
2.3 มีแผนการดำเนินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบใน เยาวชน	4.63	0.60	มากที่สุด
2.4 มีผู้รับผิดชอบงานควบคุมยาสูบในระดับจังหวัดที่ชัดเจน	4.37	0.90	มาก
2.5 ในระดับพื้นที่มีทรัพยากรมนุษย์เพียงพอต่อการดำเนิน มาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชน	4.21	0.86	มาก
2.6 ในระดับพื้นที่มีงบประมาณเพียงพอต่อการดำเนิน มาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชน	4.37	0.76	มาก
2.7 ในระดับพื้นที่มีสิ่งสนับสนุนอื่นๆ เช่น สื่อความรู้ เป็น ต้น เพียงพอต่อการดำเนินมาตรการควบคุมการบริโภค ยาสูบในเยาวชน	4.11	0.81	มาก

ตาราง 16 (ต่อ)

รูปแบบการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบใน เยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ จังหวัด โดยการประยุกต์ใช้กรอบยุทธศาสตร์ MPOWER	\bar{X}	S.D.	ระดับ ความเป็นไปได้
2.8 มีระบบการติดตามการดำเนินมาตรการควบคุมการ บริโภคยาสูบในเยาวชนในพื้นที่ เช่น การนิเทศงาน เวที แลกเปลี่ยนเรียนรู้ รายงานผ่านช่องทางต่างๆ เป็นต้น	4.63	0.50	มากที่สุด
2.9 มีการประเมินผลการขับเคลื่อนมาตรการควบคุมการ บริโภคยาสูบในเยาวชนในพื้นที่	4.53	0.61	มากที่สุด
2.10 มีการรายงานผลการดำเนินมาตรการควบคุมการ บริโภคยาสูบในเยาวชนในพื้นที่	4.53	0.51	มากที่สุด
องค์ประกอบที่ 3 การดำเนินงานสำคัญของมาตรการปกป้องเยาวชนจากควันบุหรี่และปกป้อง การเข้าถึงยาสูบของเยาวชน (Protect) จำนวน 8 ตัวบ่งชี้			
3.1 มีการบังคับใช้กฎหมายในการคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่ สูบบุหรี่	4.68	0.48	มากที่สุด
3.2 ดำเนินการสถานศึกษาปลอดบุหรี่ อย่างน้อยร้อยละ 80	4.63	0.60	มากที่สุด
3.3 ดำเนินการชุมชนปลอดบุหรี่ อย่างน้อยร้อยละ 80	4.68	0.58	มากที่สุด
3.4 ดำเนินการสถานที่สาธารณะปลอดบุหรี่ อย่างน้อยร้อย ละ 80	4.63	0.60	มากที่สุด
3.5 ดำเนินการอื่นๆ เพื่อการสร้างสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ และสังคมเพื่อเอื้อต่อการไม่สูบบุหรี่ของเยาวชน เช่น รถ รับส่งนักเรียนปลอดบุหรี่ ที่พักอาศัยปลอดบุหรี่ เป็นต้น โปรดระบุ.....	4.42	0.69	มาก
3.6 ดำเนินการเฝ้าระวังร้านค้าที่จำหน่ายยาสูบรอบ สถานศึกษา	4.58	0.61	มากที่สุด
3.7 มีกิจกรรมสร้างการรับรู้เกี่ยวกับกฎหมายด้านการ ควบคุมยาสูบและกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับยาสูบให้กับ เยาวชน	4.58	0.61	มากที่สุด

ตาราง 16 (ต่อ)

รูปแบบการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบใน เยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ จังหวัด โดยการประยุกต์ใช้กรอบยุทธศาสตร์ MPOWER	\bar{x}	S.D.	ระดับ ความเป็นไปได้
3.8 ดำเนินงานอื่นๆ เพื่อปกป้องเยาวชนไม่ให้เข้าถึง ผลิตภัณฑ์ยาสูบ โปรดระบุ.....	4.42	0.69	มาก
องค์ประกอบที่ 4 การดำเนินงานสำคัญของมาตรการให้ความช่วยเหลือเยาวชนในการเลิก ยาสูบ (Offer) จำนวน 7 ตัวบ่งชี้			
4.1 มีการกำหนดนโยบายการเข้าถึงบริการเลิกยาสูบของ เยาวชนในหน่วยรักษาฟื้นฟูต่างๆ	4.68	0.48	มากที่สุด
4.2 มีระบบการคัดกรองเยาวชนในสถานศึกษาเข้าสู่ กระบวนการเลิกยาสูบ	4.58	0.61	มากที่สุด
4.3 มีระบบการคัดกรองเยาวชนในชุมชนเข้าสู่กระบวนการ เลิกยาสูบ	4.58	0.61	มากที่สุด
4.4 มีการให้คำปรึกษาเพื่อการบำบัดเลิกยาสูบให้กับ เยาวชนในสถานศึกษา	4.63	0.60	มากที่สุด
4.5 มีระบบการส่งต่อเพื่อการบำบัดเลิกยาสูบให้กับเยาวชน ในสถานศึกษา	4.63	0.60	มากที่สุด
4.6 มีการให้คำปรึกษาเพื่อการบำบัดเลิกยาสูบให้กับ เยาวชนในชุมชน	4.63	0.60	มากที่สุด
4.7 มีระบบการส่งต่อเพื่อการบำบัดเลิกยาสูบให้กับเยาวชน ในชุมชน	4.63	0.60	มากที่สุด
องค์ประกอบที่ 5 การดำเนินงานสำคัญของมาตรการเตือนให้เยาวชนตระหนักถึงพิษภัยของ ยาสูบ (Warn) จำนวน 6 ตัวบ่งชี้			
5.1 มีกิจกรรมสร้างการรับรู้เรื่องโทษ พิษภัยยาสูบให้กับ เยาวชนในสถานศึกษา	4.79	0.42	มากที่สุด
5.2 มีกิจกรรมสร้างการรับรู้เรื่องผลิตภัณฑ์ยาสูบรูปแบบ ใหม่ให้กับเยาวชนในสถานศึกษา	4.79	0.42	มากที่สุด

ตาราง 16 (ต่อ)

รูปแบบการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบใน เยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ จังหวัด โดยการประยุกต์ใช้กรอบยุทธศาสตร์ MPOWER	\bar{x}	S.D.	ระดับ ความเป็นไปได้
5.3 มีกิจกรรมสร้างการรับรู้เรื่องโทษ พิษภัยยาสูบให้กับ เยาวชนในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับเยาวชน หรือในชุมชน	4.58	0.61	มากที่สุด
5.4 มีกิจกรรมสร้างการรับรู้เรื่องผลิตภัณฑ์ยาสูบรูปแบบ ใหม่ให้กับเยาวชนในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับเยาวชน หรือ ในชุมชน	4.68	0.48	มากที่สุด
5.5 มีการใช้สื่อรณรงค์ หรือประชาสัมพันธ์ ในการต่อต้าน ผลิตภัณฑ์ยาสูบในสถานศึกษา	4.74	0.56	มากที่สุด
5.6 มีการใช้สื่อรณรงค์ หรือประชาสัมพันธ์ ในการต่อต้าน ผลิตภัณฑ์ยาสูบในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับเยาวชน หรือใน ชุมชน	4.63	0.60	มากที่สุด
องค์ประกอบที่ 6 การดำเนินงานสำคัญของมาตรการบังคับใช้กฎหมายควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ (Enforce) จำนวน 8 ตัวบ่งชี้			
6.1 มีการกำหนดนโยบายในการดำเนินการตรวจเตือน หรือ บังคับใช้กฎหมายควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ	4.68	0.48	มากที่สุด
6.2 ดำเนินการตรวจเตือน หรือบังคับใช้กฎหมาย ห้ามมี การค้าผลิตภัณฑ์ยาสูบที่ผิดกฎหมาย เช่น บุหรี่หนีภาษี บุหรี่ไฟฟ้า เป็นต้น	4.68	0.48	มากที่สุด
6.3 ดำเนินการตรวจเตือน หรือบังคับใช้กฎหมาย ห้ามขาย หรือให้ผลิตภัณฑ์ยาสูบแก่บุคคลอายุต่ำกว่า 20 ปีบริบูรณ์	4.74	0.45	มากที่สุด
6.4 ดำเนินการตรวจเตือน หรือบังคับใช้กฎหมาย ห้ามใช้ จ้าง หรือวานให้บุคคลอายุต่ำกว่า 18 ปีบริบูรณ์ขายหรือให้ ผลิตภัณฑ์ยาสูบ	4.74	0.45	มากที่สุด
6.5 ดำเนินการตรวจเตือน หรือบังคับใช้กฎหมาย ห้ามขาย ผลิตภัณฑ์ยาสูบโดยผ่านทางสื่ออิเล็กทรอนิกส์ หรือ เครือข่ายคอมพิวเตอร์	4.74	0.45	มากที่สุด

ตาราง 16 (ต่อ)

รูปแบบการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบใน เยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ จังหวัด โดยการประยุกต์ใช้กรอบยุทธศาสตร์ MPOWER	\bar{x}	S.D.	ระดับ ความเป็นไปได้
6.6 ดำเนินการตรวจเตือน หรือบังคับใช้กฎหมาย ห้าม ผู้โตขายผลิตภัณฑ์ยาสูบในสถานศึกษา	4.74	0.45	มากที่สุด
6.7 ดำเนินการตรวจเตือน หรือบังคับใช้กฎหมาย ห้าม โฆษณาหรือสื่อสารการตลาดผลิตภัณฑ์ยาสูบ	4.74	0.45	มากที่สุด
6.8 ดำเนินการตรวจเตือน หรือบังคับใช้กฎหมาย ห้าม แบ่งขายผลิตภัณฑ์ยาสูบประเภทบุหรี่ซิการ์เรต	4.74	0.45	มากที่สุด
องค์ประกอบที่ 7 การดำเนินงานสำคัญของการยกระดับมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบใน เยาวชน (Raise) จำนวน 1 ตัวบ่งชี้			
7.1 มีการยกระดับมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบใน เยาวชนที่มีความเชื่อมโยงกับการแก้ไขปัญหาในพื้นที่ เพิ่มขึ้น นอกเหนือจากนโยบายหรือแผนงานของส่วนกลาง เช่น การกำหนดนโยบาย มีนวัตกรรม พขอ. พชต. เป็นต้น	4.68	0.48	มากที่สุด
ส่วนที่ 3 เกณฑ์การประเมิน			
1. เกณฑ์ในการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบ ในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ จังหวัดตามตัวบ่งชี้รายชื่อ แบ่งออกเป็น มี = 1 คะแนน และ ไม่มี = 0 คะแนน	4.53	0.77	มากที่สุด
2. เกณฑ์ในการแบ่งระดับผลการประเมินในภาพรวม โดย อิงเกณฑ์ของ Bloom (1975) คะแนนเต็ม 47 คะแนน และ แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ระดับพื้นฐาน (Basic) คือ มีคะแนนรวมน้อยกว่า ร้อย ละ 60 (0-28 คะแนน) ระดับก้าวหน้า (Advance) คือ มีคะแนนรวมระหว่าง ร้อยละ 60-80 (29-38 คะแนน)	4.53	0.77	มากที่สุด

ตาราง 16 (ต่อ)

รูปแบบการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบใน เยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ จังหวัด โดยการประยุกต์ใช้กรอบยุทธศาสตร์ MPOWER	\bar{x}	S.D.	ระดับ ความเป็นไปได้
ระดับพัฒนาจนเกิดผล (Significance) คือ มีคะแนน รวมมากกว่า ร้อยละ 80 (39-47 คะแนน)			
ส่วนที่ 4 วิธีการประเมิน			
1. เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินโดยใช้แบบสอบถามรูปแบบ ออนไลน์ จังหวัดละ 1 ชุด	4.53	0.77	มากที่สุด
2. เอกสารประกอบการประเมิน ได้แก่ รายงานการประชุม นโยบาย และแผนปฏิบัติการดำเนินงาน (Action plan)	4.47	0.84	มาก
ส่วนที่ 5 ผู้ทำการประเมิน			
ขั้นที่ 1 คณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด ประเมินตนเอง โดยเลขานุการเป็นผู้รวบรวม			
ขั้นที่ 2 สำนักงานป้องกันควบคุมโรคเป็นพี่เลี้ยง และกำกับ ติดตามผลการประเมินทุกจังหวัดในเขตรับผิดชอบ			
ขั้นที่ 3 กองงานคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ ดำเนินการรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล จัดแบ่งระดับ และการคืนข้อมูลให้กับสำนักงานป้องกันควบคุมโรคและ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด			
	4.42	0.90	มาก
ส่วนที่ 6 ระยะเวลาในการประเมิน			
ปีละ 1 ครั้ง ในช่วงไตรมาสที่ 4 ของปีงบประมาณ	4.79	0.42	มากที่สุด
ส่วนที่ 7 การให้ข้อมูลป้อนกลับ			
ส่วนกลางจัดทำรายงานผลการประเมินมาตรการควบคุม การบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุม ผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัดคืนข้อมูลให้กับระดับเขตและจังหวัด			
	4.63	0.60	มากที่สุด

จากตาราง 16 พบว่า ผู้ทรงคุณวุฒิหรือผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นว่า ความเป็นไปได้ของรูปแบบการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด โดยการประยุกต์ใช้กรอบยุทธศาสตร์ MPOWER ในส่วนที่ 1 เป้าหมายของการประเมินเพื่อให้ได้ข้อมูลป้อนกลับไปพัฒนามาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด อยู่ในระดับมากที่สุด

ส่วนที่ 2 องค์ประกอบของการประเมินและตัวบ่งชี้ ในองค์ประกอบที่ 1 คุณลักษณะของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด (Characteristics) ที่ผู้ทรงคุณวุฒิหรือผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นว่า มีความเป็นไปได้ในระดับมากที่สุด คือ มีการมอบหมายหน่วยงานที่เกี่ยวข้องนอกเหนือจากด้านสาธารณสุขรับผิดชอบในการขับเคลื่อนงานควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชน ส่วนความเป็นไปได้ในระดับมาก คือ เลขานุการมีความสามารถในการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินงานควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนที่มีความสัมพันธ์กัน เพื่อมาสนับสนุนการพิจารณาของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด เลขานุการมีความสามารถในการนำเสนอประเด็นเพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนการดำเนินงานควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนต่อคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด เลขานุการมีความสามารถในการประสานงานหรืออำนวยความสะดวกต่อคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด มีวาระการประชุมเกี่ยวกับการดำเนินงานควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชน อย่างน้อย 2 ครั้ง/ปี คณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด เข้าร่วมประชุมเกี่ยวกับการดำเนินงานควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชน ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70 อย่างน้อย 2 ครั้ง/ปี และมีการมอบหมายหน่วยงานด้านสาธารณสุขรับผิดชอบในการขับเคลื่อนงานควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชน

องค์ประกอบที่ 2 การควบคุม กำกับมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชน และมีนโยบายการป้องกันการบริโภคยาสูบในเยาวชน (Monitor) ที่ผู้ทรงคุณวุฒิหรือผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นว่า มีความเป็นไปได้ในระดับมากที่สุด คือ มีการกำหนดเป้าหมายการดำเนินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชน มีแผนการดำเนินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชน มีระบบการติดตามการดำเนินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนในพื้นที่ เช่น การนิเทศงานเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ รายงานผ่านช่องทางต่างๆ เป็นต้น มีการประเมินผลการขับเคลื่อนมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนในพื้นที่ และมีการรายงานผลการดำเนินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนในพื้นที่ ส่วนความเป็นไปได้ในระดับมาก คือ มีนโยบายการป้องกันการบริโภคยาสูบในเยาวชน มีผู้รับผิดชอบงานควบคุมยาสูบในระดับจังหวัดที่ชัดเจน ในระดับพื้นที่มีทรัพยากรมนุษย์เพียงพอต่อการดำเนินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชน ในระดับพื้นที่มีงบประมาณเพียงพอต่อการดำเนินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชน และในระดับพื้นที่มี

สิ่งสนับสนุนอื่นๆ เช่น สื่อความรู้ เป็นต้น เพียงพอต่อการดำเนินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชน

องค์ประกอบที่ 3 การดำเนินงานสำคัญของมาตรการปกป้องเยาวชนจากควันบุหรี่และปกป้องการเข้าถึงยาสูบของเยาวชน (Protect) ที่ผู้ทรงคุณวุฒิหรือผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นว่าเป็นไปได้อยู่ในระดับมากที่สุด คือ มีการบังคับใช้กฎหมายในการคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ ดำเนินการสถานศึกษาปลอดบุหรี่ อย่างน้อยร้อยละ 80 ดำเนินการชุมชนปลอดบุหรี่ อย่างน้อยร้อยละ 80 ดำเนินการสถานที่สาธารณะปลอดบุหรี่ อย่างน้อยร้อยละ 80 ดำเนินการเฝ้าระวังร้านค้าที่จำหน่ายยาสูบรอบสถานศึกษา และมีกิจกรรมสร้างการรับรู้เกี่ยวกับกฎหมายด้านการควบคุมยาสูบและกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับยาสูบให้กับเยาวชน ส่วนความเป็นไปได้อยู่ในระดับมาก คือ ดำเนินการอื่นๆ เพื่อการสร้างสิ่งแวดล้อมทางกายภาพและสังคมเพื่อเอื้อต่อการไม่สูบบุหรี่ของเยาวชน เช่น จัดส่งนักเรียนปลอดบุหรี่ ที่พักอาศัยปลอดบุหรี่ เป็นต้น โปรตรระบุ และดำเนินงานอื่นๆ เพื่อปกป้องเยาวชนไม่ให้เข้าถึงผลิตภัณฑ์ยาสูบ โปรตรระบุ

องค์ประกอบที่ 4 การดำเนินงานสำคัญของมาตรการให้ความช่วยเหลือเยาวชนในการเลิกยาสูบ (Offer) คือ มีการกำหนดนโยบายการเข้าถึงบริการเลิกยาสูบของเยาวชนในหน่วยรักษาฟื้นฟูต่างๆ มีระบบการคัดกรองเยาวชนในสถานศึกษาเข้าสู่กระบวนการเลิกยาสูบ มีระบบการคัดกรองเยาวชนในชุมชนเข้าสู่กระบวนการเลิกยาสูบ มีการให้คำปรึกษาเพื่อการบำบัดเลิกยาสูบให้กับเยาวชนในสถานศึกษา 5 มีระบบการส่งต่อเพื่อการบำบัดเลิกยาสูบให้กับเยาวชนในสถานศึกษา มีการให้คำปรึกษาเพื่อการบำบัดเลิกยาสูบให้กับเยาวชนในชุมชน และมีระบบการส่งต่อเพื่อการบำบัดเลิกยาสูบให้กับเยาวชนในชุมชน ผู้ทรงคุณวุฒิหรือผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นว่าเป็นไปได้อยู่ในระดับมากที่สุด

องค์ประกอบที่ 5 การดำเนินงานสำคัญของมาตรการเตือนให้เยาวชนตระหนักถึงพิษภัยของยาสูบ (Warn) คือ มีกิจกรรมสร้างการรับรู้เรื่องโทษ พิษภัยยาสูบให้กับเยาวชนในสถานศึกษา มีกิจกรรมสร้างการรับรู้เรื่องผลิตภัณฑ์ยาสูบรูปแบบใหม่ให้กับเยาวชนในสถานศึกษา มีกิจกรรมสร้างการรับรู้เรื่องโทษ พิษภัยยาสูบให้กับเยาวชนในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับเยาวชน หรือในชุมชน มีกิจกรรมสร้างการรับรู้เรื่องผลิตภัณฑ์ยาสูบรูปแบบใหม่ให้กับเยาวชนในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับเยาวชน หรือในชุมชน มีการใช้สื่อรณรงค์ หรือประชาสัมพันธ์ ในการต่อต้านผลิตภัณฑ์ยาสูบในสถานศึกษา และมีการใช้สื่อรณรงค์ หรือประชาสัมพันธ์ ในการต่อต้านผลิตภัณฑ์ยาสูบในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับเยาวชน หรือในชุมชน ผู้ทรงคุณวุฒิหรือผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นว่าเป็นไปได้อยู่ในระดับมากที่สุด

องค์ประกอบที่ 6 การดำเนินงานสำคัญของมาตรการบังคับใช้กฎหมายควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ (Enforce) คือ มีการกำหนดนโยบายในการดำเนินการตรวจเตือน หรือบังคับใช้กฎหมายควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ ดำเนินการตรวจเตือน หรือบังคับใช้กฎหมาย ห้ามมีการค้าผลิตภัณฑ์ยาสูบที่ผิดกฎหมาย เช่น บุหรี่หนีภาษี บุหรี่ไฟฟ้า เป็นต้น ดำเนินการตรวจเตือน หรือบังคับใช้กฎหมาย ห้ามขายหรือให้ผลิตภัณฑ์ยาสูบแก่บุคคลอายุต่ำกว่า 20 ปีบริบูรณ์ ดำเนินการตรวจเตือน หรือบังคับใช้กฎหมาย ห้ามใช้ จ้าง หรือวานให้บุคคลอายุต่ำกว่า 18 ปีบริบูรณ์ขายหรือให้ผลิตภัณฑ์ยาสูบ ดำเนินการตรวจเตือน หรือบังคับใช้กฎหมาย ห้ามขายผลิตภัณฑ์ยาสูบโดยผ่านทางสื่ออิเล็กทรอนิกส์หรือเครือข่ายคอมพิวเตอร์ ดำเนินการตรวจเตือน หรือบังคับใช้กฎหมาย ห้ามผู้ใดขายผลิตภัณฑ์ยาสูบในสถานศึกษา ดำเนินการตรวจเตือน หรือบังคับใช้กฎหมาย ห้ามโฆษณาหรือสื่อสารการตลาดผลิตภัณฑ์ยาสูบ และดำเนินการตรวจเตือน หรือบังคับใช้กฎหมาย ห้ามแบ่งขายผลิตภัณฑ์ยาสูบประเภทบุหรี่ยีคาแรต ผู้ทรงคุณวุฒิหรือผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นว่ามีความเป็นไปได้อยู่ในระดับมากที่สุด

องค์ประกอบที่ 7 การดำเนินงานสำคัญของการยกระดับมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชน (Raise) คือ มีการยกระดับมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนที่มีความเชื่อมโยงกับการแก้ไขปัญหาในพื้นที่เพิ่มขึ้น นอกเหนือจากนโยบายหรือแผนงานของส่วนกลาง เช่น การกำหนดนโยบาย มีนวัตกรรม พขอ. พชต. เป็นต้น ผู้ทรงคุณวุฒิหรือผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นว่ามีความเป็นไปได้อยู่ในระดับมากที่สุด

ส่วนที่ 3 เกณฑ์การประเมิน คือ เกณฑ์ในการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัดตามตัวบ่งชี้รายชื่อ แบ่งออกเป็น มีเท่ากับ 1 คะแนน และไม่มี เท่ากับ 0 คะแนน และเกณฑ์ในการแบ่งระดับผลการประเมินแบบอิงเกณฑ์ของ Bloom (1975) ซึ่งมีคะแนนเต็ม 47 คะแนน และแบ่งคะแนน ออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับพื้นฐาน ระดับก้าวหน้า และระดับพัฒนาจนเกิดผล ผู้ทรงคุณวุฒิหรือผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นว่ามีความเป็นไปได้อยู่ในระดับมากที่สุด

ส่วนที่ 4 วิธีการประเมิน ที่ผู้ทรงคุณวุฒิหรือผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นว่ามีความเป็นไปได้ อยู่ในระดับมากที่สุด คือ เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินโดยใช้แบบสอบถามรูปแบบออนไลน์ จังหวัดละ 1 ชุด ส่วนมีความเป็นไปได้อยู่ในระดับมาก คือ เอกสารประกอบการประเมิน ได้แก่ รายงานการประชุม นโยบาย และแผนปฏิบัติการดำเนินงาน (Action plan)

ส่วนที่ 5 ผู้ทำการประเมิน ที่แบ่งออกเป็น 3 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นที่ 1 คณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัดเป็นผู้ทำการประเมินตนเอง โดยเลขานุการเป็นผู้รวบรวม ในการตอบแบบสอบถามรูปแบบออนไลน์ และแนบหลักฐาน จังหวัดละ 1 ชุด ขั้นที่ 2 สำนักงานป้องกันควบคุมโรค ดำเนินการกำกับ ติดตามผลการประเมินทุกจังหวัดในเขตรับผิดชอบ เพื่อให้เป็นไปตามเวลาที่

กำหนด และขั้นที่ 3 กองงานคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ ดำเนินการรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล จัดแบ่งระดับตามเกณฑ์ที่กำหนด รวมถึงการคืนข้อมูลป้อนกลับให้กับสำนักงานป้องกันควบคุมโรคและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ผู้ทรงคุณวุฒิหรือผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นว่าเป็นไปได้อยู่ในระดับมาก

ส่วนที่ 6 ระยะเวลาในการประเมิน ปีละ 1 ครั้ง ในช่วงไตรมาสที่ 4 ของปีงบประมาณ หรือ ช่วงเดือนกรกฎาคม ถึง เดือนกันยายน ผู้ทรงคุณวุฒิหรือผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นว่าเป็นไปได้อยู่ในระดับมากที่สุด

และส่วนที่ 7 การให้ข้อมูลป้อนกลับ โดยส่วนกลางจัดทำรายงานผลการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด คืนข้อมูลให้กับระดับเขตและจังหวัด ผู้ทรงคุณวุฒิหรือผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นว่าเป็นไปได้อยู่ในระดับมากที่สุด

สรุปได้ว่า ผลจากกระบวนการเทคนิคเดลฟาย (Delphi technique) โดยผู้ทรงคุณวุฒิหรือผู้เชี่ยวชาญทั้ง 17 ท่าน ในการประเมินด้านความเหมาะสม และความสอดคล้องของรูปแบบการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด โดยการประยุกต์ใช้กรอบยุทธศาสตร์ MPOWER ผู้วิจัยได้เพิ่มเติมองค์ประกอบและรายละเอียดตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิหรือผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งแตกต่างจากรูปแบบการประเมิน ได้แก่ ส่วนที่ 1 เป้าหมายของการประเมิน เพื่อให้ได้ข้อมูลป้อนกลับไปพัฒนามาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด รวมถึงเพิ่มเนื้อหาในส่วนที่ 4 วิธีการประเมิน โดยใช้แบบสอบถามออนไลน์ และเพิ่มเอกสารประกอบการประเมิน คือ นโยบาย ซึ่งรูปแบบการประเมินที่พัฒนาขึ้นนี้มีทั้งหมด 7 ส่วน 55 ข้อคำถาม พบว่า มีความเหมาะสมอยู่ในระดับมาก ($Mdn = 3.50-4.49$) จำนวน 6 ข้อ และมีความเหมาะสมอยู่ในระดับมากที่สุด ($Mdn = 4.50-5.00$) จำนวน 49 ข้อ โดยมีความสอดคล้องกันทั้งหมด 55 ข้อ (IQR = 0-1.00) สำหรับการประเมินความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบการประเมินไปใช้ปฏิบัติจริง พบว่า มีความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติในระดับมาก ($\bar{X} = 3.50-4.49$) จำนวน 15 ข้อ และมีความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.50-5.00$) จำนวน 40 ข้อ ซึ่งสามารถสรุปเป็นรูปแบบการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด โดยการประยุกต์ใช้กรอบยุทธศาสตร์ MPOWER ได้ดังนี้



ภาพ 8 แสดงรูปแบบการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด โดยการประยุกต์ใช้กรอบยุทธศาสตร์ MPOWER

บทที่ 5

บทสรุป

การศึกษาวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด โดยการประยุกต์ใช้กรอบยุทธศาสตร์ MPOWER มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) เพื่อศึกษาบริบทของการประเมินและปัจจัยที่ส่งผลต่อคะแนนการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด 2) เพื่อพัฒนารูปแบบการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด โดยการประยุกต์ใช้กรอบยุทธศาสตร์ MPOWER 3) เพื่อประเมินรูปแบบการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด โดยการประยุกต์ใช้กรอบยุทธศาสตร์ MPOWER ดำเนินการวิจัยตามกระบวนการค้นคว้าวิจัยแบบปฏิบัตินิยม (Pragmatism) ซึ่งเป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed method research) ที่เน้นผลลัพธ์จากการปฏิบัติ มุ่งการแก้ปัญหาที่มีความหลากหลายและมีลักษณะเคลื่อนไหวเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา โดยแบ่งวิธีการดำเนินการวิจัยออกเป็น 3 ระยะ เพื่อให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประกอบด้วย

การศึกษาวิจัยระยะที่ 1 ศึกษาบริบทของการประเมินและปัจจัยที่ส่งผลต่อคะแนนการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด ดำเนินการศึกษาแบบแผนแบบคู่ขนาน (Convergent design) ซึ่งมีลักษณะการเก็บรวบรวมข้อมูลแบบคู่ขนาน ด้วยวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด จำนวน 10 คน ร่วมกับวิธีการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative research) โดยการตอบแบบสอบถามของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด จำนวน 162 คน

การศึกษาวิจัยระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด โดยการประยุกต์ใช้กรอบยุทธศาสตร์ MPOWER ดำเนินการศึกษาด้วยวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) โดยการสนทนากลุ่ม (Focus group) ของผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholders) จำนวน 18 คน แบ่งออกเป็น 2 กลุ่มย่อย กลุ่มละ 9 คน

และการศึกษาวิจัยระยะที่ 3 ประเมินรูปแบบการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด โดยการประยุกต์ใช้กรอบยุทธศาสตร์ MPOWER ดำเนินการศึกษาด้วยวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) ด้วยเทคนิคเดลฟาย (Delphi technique) โดยผู้ทรงคุณวุฒิหรือผู้เชี่ยวชาญในการประเมินและกำเนินงานควบคุมการบริโภคยาสูบ จำนวน 17 คน

สรุปผลการวิจัย

1. ผลการศึกษาบริบทของการประเมิน และปัจจัยที่ส่งผลต่อคะแนนการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด

1.1 บริบทของการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด พบว่า ที่ผ่านมารูปแบบหรือเครื่องมือในการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด ยังไม่ป็นรูปธรรม ชัดเจน การประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยในระดับประเทศยังไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน ส่วนใหญ่จะเป็นการประเมินโครงการสถานศึกษาปลอดบุหรี่ ซึ่งขึ้นอยู่กับความสมัครใจของสถานศึกษา ประกอบกับกรอบการประเมินผลการดำเนินงานควบคุมการบริโภคยาสูบในประเทศไทยยังไม่ชัดเจน ถึงแม้ว่าจะมีแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ มีตัวชี้วัด (Indicator) ในแต่ละยุทธศาสตร์ ซึ่งยังต้องการแนวทางในการวิเคราะห์ผลการดำเนินงาน รวมถึงกิจกรรมการขับเคลื่อนการดำเนินงานควบคุมยาสูบของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด ยังต้องการข้อมูลเชิงผลลัพธ์หรือผลกระทบจากการดำเนินงานในพื้นที่ ที่มีเพียงข้อมูลความชุกการบริโภคยาสูบซึ่งทำการสำรวจทุก 3 ปี จากสำนักงานสถิติแห่งชาติ และใช้ฐานข้อมูลในการติดตามผลการดำเนินงานจากระบบคลังข้อมูลสุขภาพ (Health data center) ข้อมูลผลการดำเนินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนจึงยังไม่ครอบคลุมและยังไม่แสดงถึงผลการดำเนินงานในปัจจุบัน อีกทั้งการนำข้อมูลย้อนกลับไปให้แต่ละจังหวัดเพื่อพัฒนาการดำเนินงานต่อไปยังไม่ครอบคลุม ซึ่งยังเป็นช่องว่างของการดำเนินงานควบคุมยาสูบในประเทศไทย ทั้งนี้ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่มีความเห็นว่าควรจะมีการประเมินผลการดำเนินงานของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด ที่มีความจำเป็นอย่างมากเพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนการดำเนินงานควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

1.2 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อคะแนนการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด สรุปได้ดังนี้

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคะแนนการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด ที่เป็นข้อมูลเชิงคุณภาพ จากการสัมภาษณ์เชิงลึกคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด จำนวน 10 คน พบว่าการมีเป้าหมายการดำเนินงานที่ชัดเจน การรับรู้ถึงบทบาทหน้าที่ การรับรู้คุณค่าของตนเอง การรับรู้ประโยชน์ของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด มีผู้รับผิดชอบงานหลัก มีทรัพยากรในการดำเนินงานที่เพียงพอ โดยเฉพาะด้านผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ รวมถึงการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน แรงจูงใจในการดำเนินงาน ความรู้และทักษะการดำเนินงานควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด อาจส่งผลต่อคะแนนการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด

ส่วนผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อคะแนนการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด ที่เป็นข้อมูลเชิงปริมาณ จากการตอบแบบสอบถามของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด จำนวน 162 คน สรุปได้ดังนี้

1. ปัจจัยส่วนบุคคล ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 54.30 มีอายุระหว่าง 49-60 ปี ร้อยละ 69.75 จบการศึกษาระดับปริญญาโท ร้อยละ 44.40 มีประสบการณ์ทำงานด้านยาสูบน้อยกว่า 5 ปี ร้อยละ 54.60 ให้ความสำคัญในการดำเนินงานควบคุมการบริโภคยาสูบอยู่ระดับมาก ร้อยละ 64.20 มีความรู้ด้านการควบคุมการบริโภคยาสูบอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 81.48 มีทัศนคติในการทำงานด้านยาสูบอยู่ในระดับปานกลาง และมีแรงจูงใจในการทำงานด้านยาสูบอยู่ในระดับมาก

2. ปัจจัยด้านการบริหารองค์กรในการควบคุมการบริโภคยาสูบ ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีเป้าหมายขององค์กร ร้อยละ 85.20 มีแผนปฏิบัติการ ร้อยละ 76.50 มีการกำหนดบทบาทผู้รับผิดชอบ ร้อยละ 67.90 และมีทรัพยากรเพียงพอ ร้อยละ 61.70

3. ปัจจัยด้านทักษะการปฏิบัติงาน ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีทักษะการปฏิบัติงานอยู่ในระดับมาก โดยมีทักษะด้านการแก้ไขปัญหามากที่สุด รองลงมา คือ ทักษะด้านการวิเคราะห์ ทักษะด้านการสื่อสาร และทักษะด้านการมีภาวะผู้นำ ตามลำดับ

4. ปัจจัยด้านการบูรณาการมาตรการเข้าสู่ระบบงานตามปกติ (Normalization process theory) ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการบูรณาการมาตรการเข้าสู่ระบบงานตามปกติอยู่ในระดับมาก โดยมีการบูรณาการมาตรการเข้าสู่ระบบงานตามปกติด้านการมีส่วนร่วม (Cognitive

participation) มากที่สุด รองลงมา คือ ด้านการติดตามแบบสะท้อนกลับ (Reflexive monitoring) ด้านการเชื่อมโยง (Coherence) และด้านการทำงานร่วมกัน (Collective action) ตามลำดับ

5. คะแนนการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทย ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทย อยู่ในระดับปานกลาง โดยมีการบังคับใช้กฎหมายห้ามการโฆษณา การส่งเสริมการขาย และการให้การสนับสนุนอุตสาหกรรมยาสูบของร้านค้า (Enforce) มากที่สุด รองลงมา คือ การเตือนเยาวชนให้ตระหนักถึงพิษภัยของผลิตภัณฑ์ยาสูบ (Warn) และการปกป้องผู้คนจากควันบุหรี่ โดยทำให้โรงเรียนมัธยมศึกษาปลอดควันบุหรี่ (Protect) ซึ่งอยู่ในระดับมาก ตามลำดับ และพบว่า การเฝ้าระวัง ติดตาม และการประเมินผลการใช้ยาสูบของเยาวชน (Monitor) อยู่ในระดับปานกลาง และการให้ความช่วยเหลือในการเลิกยาสูบของเยาวชนในจังหวัด (Offer) อยู่ในระดับน้อย

6. ปัจจัยที่ส่งผลต่อคะแนนการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด ผลการวิจัยพบว่า ระดับความสำคัญของการดำเนินงานควบคุมการบริโภคยาสูบ (X2) ความเพียงพอของทรัพยากร (X9) ทักษะการปฏิบัติงานด้านการสื่อสาร (X10) การบูรณาการมาตรการเข้าสู่ระบบงานตามปกติ ด้านการติดตามแบบสะท้อน (X17) และความรู้ด้านการควบคุมการบริโภคยาสูบ (X3) ซึ่งส่งผลทางบวกต่อคะแนนการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และทัศนคติในการทำงานด้านยาสูบ (X4) ซึ่งส่งผลทางลบ โดยตัวแปรทั้ง 6 ปัจจัยได้ร่วมกันทำนายคะแนนการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด ได้ร้อยละ 31.7 โดยสามารถสร้างเป็นสมการทำนาย ดังนี้

$$Y = -1.477 + 0.172(X2) + 0.209(X9) + 0.276(X10) + 0.259(X17) - 0.287(X4) + 0.181(X3)$$

2. ผลการพัฒนารูปแบบการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด โดยการประยุกต์ใช้กรอบยุทธศาสตร์ MPOWER

ผู้วิจัยได้กำหนดประเด็นในการสนทนากลุ่ม เพื่อได้ให้ร่างรูปแบบการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด โดยการประยุกต์ใช้กรอบยุทธศาสตร์ MPOWER ซึ่งมีผู้เข้าร่วม จำนวน 18 คน โดยผลของการสนทนากลุ่ม สรุปได้ว่า ประเด็นเพิ่มเติมปัจจัยที่ส่งผลต่อคะแนนการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภค

ยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด จากผลการวิจัยในระยะที่ 1 โดยแบ่งออกเป็น 4 ประเด็นย่อย คือ 1) คุณลักษณะของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด 2) คณะทำงานที่เกี่ยวข้องกับเยาวชนในโครงสร้างของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด และประเมินการปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ 3) การมีส่วนร่วมของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด และ 4) การสร้างการรับรู้ และการใช้เทคโนโลยีเป็นเครื่องมือในการสื่อสาร

ในส่วนประเด็นร่างรูปแบบในการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด โดยการประยุกต์ใช้กรอบยุทธศาสตร์ MPOWER โดยกำหนดองค์ประกอบของรูปแบบ แบ่งออกเป็น 6 ส่วน ประกอบด้วย 1) องค์ประกอบของการประเมินและตัวบ่งชี้ 2) กำหนดเกณฑ์ในการประเมิน 3) กำหนดวิธีการประเมิน 4) กำหนดผู้ทำการประเมิน 5) ระยะเวลาในการประเมิน และ 6) การให้ข้อมูลป้อนกลับ ซึ่งสรุปได้ดังนี้

ส่วนที่ 1 องค์ประกอบของการประเมินและตัวบ่งชี้ ประกอบด้วย 1) ประเมินคุณลักษณะของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด ที่สามารถสะท้อนกลไกการดำเนินงานมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยได้ และ 2) ประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทย โดยการประยุกต์ใช้กรอบยุทธศาสตร์ MPOWER ภายใต้อำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัดตามพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ 2560 ได้แก่ การกำกับ ติดตามมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชน และมีนโยบายการป้องกันการบริโภคยาสูบในเยาวชน (Monitor) การปกป้องเยาวชนจากควันบุหรี่ และการปกป้องเพื่อลดการเข้าถึงผลิตภัณฑ์ยาสูบในเด็กเยาวชน (Protect) การให้ความช่วยเหลือเยาวชนในการเลิกยาสูบ (Offer) การเตือนให้เยาวชนตระหนักถึงพิษภัยของยาสูบ (Warn) มาตรการบังคับใช้กฎหมายควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ (Enforce) และการยกระดับ (Raise) โดยการกำหนดนโยบาย แนวทาง ข้อเสนอหรือแนวทางปฏิบัติเพิ่มขึ้นเพื่อใช้ในการขับเคลื่อนมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยในจังหวัด

ส่วนที่ 2 กำหนดเกณฑ์ในการประเมิน ซึ่งจะมีตัวบ่งชี้และเกณฑ์ในการประเมินที่เหมาะสมในแต่ละองค์ประกอบ โดยแบ่งคะแนนแต่ละข้อคำถามออกเป็น 0 คะแนน คือ ไม่มีการดำเนินการ และ 1 คะแนน คือ มีการดำเนินการ และนำผลคะแนนรวมมาจัดกลุ่มในการแบ่งระดับผลการดำเนินงานของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด จำนวน 3 กลุ่ม ได้แก่ ระดับพื้นฐาน (Basic) ระดับก้าวหน้า (Advance) และระดับพัฒนาจนเกิดผล (Significance)

ส่วนที่ 3 กำหนดวิธีการประเมิน โดยเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินเป็นแบบสอบถามเป็นภาพรวมของจังหวัด จังหวัดละ 1 ชุด ซึ่งใช้ข้อมูลประกอบการประเมินจากรายงานการประชุมและแผนปฏิบัติงาน (Action plan) ในการพิจารณาประเด็นการมีส่วนร่วมและการเข้าร่วมประชุม

ของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด รวมถึงการขับเคลื่อนมาตรการ MPOWER และการมอบหมายผู้รับผิดชอบหรือเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในการดำเนินการ

ส่วนที่ 4 กำหนดผู้ทำการประเมิน โดยกำหนดให้คณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัดทุกจังหวัดประเมินตนเอง สำนักงานป้องกันควบคุมโรคเป็นพี่เลี้ยง รวมถึงกำกับ ติดตาม ตรวจสอบข้อมูลการประเมินของจังหวัดในเขตที่รับผิดชอบ และกองงานคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ ดำเนินการรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล และคืนข้อมูลย้อนกลับสู่ระดับเขตและระดับจังหวัด ทั้งนี้ส่วนกลางจะทำการส่งลงพื้นที่เยี่ยมเสริมพลังจังหวัดที่ผ่านและไม่ผ่านเกณฑ์การประเมิน เพื่อหาแนวทางร่วมกันในการพัฒนาการดำเนินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบต่อไป

ส่วนที่ 5 ระยะเวลาในการประเมิน ควรทำการประเมิน 1 ครั้ง/ปี ในช่วงไตรมาสที่ 4 ของปีงบประมาณ

ส่วนที่ 6 การให้ข้อมูลป้อนกลับ โดยส่วนกลางจัดทำรายงานผลการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด คืนข้อมูลให้กับระดับเขตและจังหวัด

3. ผลการประเมินรูปแบบการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด โดยการประยุกต์ใช้กรอบยุทธศาสตร์ MPOWER

การประเมินรูปแบบการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด โดยการประยุกต์ใช้กรอบยุทธศาสตร์ MPOWER ผู้วิจัยใช้เทคนิคเดลฟาย (Delphi technique) ดำเนินการทั้งหมด 3 รอบ ในการสอบถามความคิดเห็นจากผู้ทรงคุณวุฒิหรือผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 17 คน ประกอบด้วย กลุ่มอาจารย์ประจำสถาบันการศึกษาที่มีประสบการณ์การวิจัยเกี่ยวกับด้านการประเมินและการดำเนินงานควบคุมการบริโภคยาสูบ กลุ่มผู้ทรงคุณวุฒิหรือผู้เชี่ยวชาญด้านการประเมินและการดำเนินงานควบคุมการบริโภคยาสูบ กลุ่มผู้บริหารกองคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ และกลุ่มผู้ปฏิบัติงานที่มีประสบการณ์ด้านการประเมินการดำเนินงานควบคุมการบริโภคยาสูบ ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิหรือผู้เชี่ยวชาญส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 41-50 ปี ร้อยละ 47.06 จบการศึกษาระดับปริญญาโท ร้อยละ 52.94 มีประสบการณ์ในการทำงานที่เกี่ยวข้องกับการติดตาม ประเมินผล 0-10 ปี ร้อยละ 62.50 และมีประสบการณ์ในการทำงานที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานควบคุมการบริโภคยาสูบ 0-10 ปี ร้อยละ 80.00

3.1 ผลการประเมินรูปแบบการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด โดยการประยุกต์ใช้กรอบยุทธศาสตร์ MPOWER โดยความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิหรือผู้เชี่ยวชาญทั้ง 17 คน จากข้อคำถามทั้งหมด 7 ส่วน

ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 เป้าหมายของการประเมิน จำนวน 1 ข้อ ส่วนที่ 2 องค์ประกอบของการประเมินและตัวบ่งชี้ จำนวน 47 ข้อ ส่วนที่ 3 เกณฑ์ในการประเมิน จำนวน 2 ข้อ ส่วนที่ 4 วิธีการประเมิน จำนวน 2 ข้อ ส่วนที่ 5 ผู้ทำการประเมิน จำนวน 1 ข้อ ส่วนที่ 6 ระยะเวลาในการประเมิน จำนวน 1 ข้อ และส่วนที่ 7 การให้ข้อมูลป้อนกลับ จำนวน 1 ข้อ รวมเป็น 55 ข้อ พบว่ารูปแบบการประเมินที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสมในระดับมากที่สุด ($Mdn = 4.50-5.00$) จำนวน 49 ข้อ และมีความเหมาะสมในระดับมาก ($Mdn = 3.50-4.49$) จำนวน 6 ข้อ ซึ่งมีความสอดคล้องกันทุกข้อ ($IQR = 0-1.00$)

3.2 ผลการประเมินความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติของรูปแบบการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด โดยการประยุกต์ใช้กรอบยุทธศาสตร์ MPOWER โดยความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิหรือผู้เชี่ยวชาญในการตอบแบบสอบถามทั้ง 17 คน จากข้อคำถามทั้งหมด 7 ส่วน จำนวน 55 ข้อ พบว่า ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.50-5.00$) จำนวน 40 ข้อ และมีความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติในระดับมาก ($\bar{X} = 3.50-4.49$) จำนวน 15 ข้อ

อภิปรายผลการวิจัย

จากระเบียบวิธีการวิจัยแบบผสมผสานและผลการวิจัยที่ค้นพบนั้น มีประเด็นที่น่าสนใจและนำมาอภิปรายผลได้ใน 3 ประเด็น ดังนี้

1. บริบทการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด
2. ปัจจัยที่ส่งผลต่อคะแนนการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด
3. รูปแบบการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด โดยการประยุกต์ใช้กรอบยุทธศาสตร์ MPOWER ซึ่งมีรายละเอียดในการอภิปรายผล ดังนี้

1. บริบทการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด

จากผลการศึกษาบริบทการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด ที่พบว่า คณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด มีการติดตามข้อมูลผลการดำเนินงานควบคุมการบริโภคยาสูบ จากการประชุมตรวจราชการประจำปี การนิเทศงาน และการประเมินโครงการสถานศึกษาปลอดบุหรี่ โดยใช้ฐานข้อมูลจากระบบคลังข้อมูลสุขภาพ (Health data center) และสำนักงานสถิติแห่งชาติจากการสำรวจทุก 3 ปี ทำให้

ข้อมูลไม่เป็นปัจจุบันทุกปี ซึ่งรูปแบบหรือเครื่องมือในการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบของเยาวชนไทย และผลการดำเนินงานของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัดยังไม่เป็นรูปธรรม ชัดเจน รวมถึงการประเมินทั้งมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยและผลการดำเนินงานของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัดจากส่วนกลางยังไม่ครอบคลุม อธิบายได้ว่า คณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด เริ่มมีการแต่งตั้งขึ้นครั้งแรกตามพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2560 อาจจะมีแนวทางการประเมินผลการดำเนินงานที่ไม่ชัดเจน สอดคล้องกับข้อมูลของกองคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ ในฐานะเป็นส่วนกลางในการดำเนินงานควบคุมยาสูบของประเทศไทย พบว่า กรอบในการประเมินผลการดำเนินงานควบคุมการบริโภคยาสูบในประเทศไทยยังไม่เป็นรูปธรรมชัดเจน ถึงแม้ว่าจะมีแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ มีตัวชี้วัด (Indicator) ในแต่ละยุทธศาสตร์ แต่ยังต้องการแนวทางในการวิเคราะห์ผล รวมถึงกิจกรรมการขับเคลื่อนการดำเนินงานควบคุมยาสูบของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด ในโครงการระดับเขตและจังหวัด ยังต้องการข้อมูลเชิงผลลัพธ์หรือผลกระทบจากการดำเนินงานในพื้นที่ ซึ่งปัจจุบันมีเพียงข้อมูลความชุกการบริโภคยาสูบจากสำนักงานสถิติแห่งชาติ ซึ่งทำการสำรวจทุก 3 ปี ข้อมูลจึงยังไม่เพียงพอและไม่เป็นปัจจุบัน อีกทั้งการนำข้อมูลย้อนกลับไปให้แต่ละจังหวัดเพื่อพัฒนาการดำเนินงานต่อยังไม่ครอบคลุม ซึ่งยังเป็นช่องว่างของการดำเนินงานควบคุมยาสูบในประเทศไทย และมีความจำเป็นที่ควรจะมีการประเมินผลการดำเนินงานของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด เพื่อให้การขับเคลื่อนมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบเกิดประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของฐิติพร กันวิหค และคณะ (2561) ที่พบว่าจังหวัดที่มีแนวโน้มอัตราการบริโภคยาสูบเพิ่มขึ้น ไม่มีการติดตามประเมินผลการดำเนินงาน ซึ่งองค์ประกอบที่สำคัญในการดำเนินงานควบคุมยาสูบ จะต้องมีการติดตามและการประเมินผลการดำเนินงานอย่างเป็นระบบ ทั้งนี้ส่วนกลางควรมีการติดตามประเมินผลการดำเนินงานเป็นระยะ และผลการศึกษาของอภิญา เอี่ยมสุวรรณ และคณะ (2565) ได้เสนอว่าควรมีการประเมินผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติทั้งในระดับส่วนกลาง และภาพรวมทั้งประเทศ ประกอบกับผลการวิจัยของจุรีย์ อุสาหะ และคณะ (2559) ศึกษาการประเมินผลแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ. 2555-2557 เป็นการประเมินผลสรุปรวม (summative evaluation) หลังเสร็จสิ้นแผนยุทธศาสตร์ พบว่า ในการแก้ปัญหาการสูบบุหรี่ของเยาวชนให้มีประสิทธิภาพและยั่งยืนนั้น ควรมีการติดตามประเมินผลอย่างเป็นระบบ และนำเสนอผลความคืบหน้าในการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ของภาคีเครือข่ายให้สาธารณชนรับทราบเป็นระยะๆ

2. ปัจจัยที่ส่งผลต่อคะแนนการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด

ปัจจัยที่อาจส่งผลต่อคะแนนการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด อภิปรายได้ดังนี้

ประสบการณ์ทำงานด้านยาสูบ ผลการวิจัยพบว่า คณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด ส่วนใหญ่มีประสบการณ์ทำงานด้านยาสูบน้อยกว่า 5 ปี ร้อยละ 54.60 ($\bar{X} = 5.53$) ระยะเวลาต่ำสุดน้อยกว่า 1 ปี และสูงสุด 34 ปี ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด กำหนดให้มีการแต่งตั้งขึ้นครั้งแรกในปี พ.ศ. 2560 ตามกฎหมายพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2560 ส่วนใหญ่ดำรงตำแหน่งหัวหน้าส่วนราชการในจังหวัด ซึ่งถูกแต่งตั้งให้เป็นคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัดโดยตำแหน่ง ประกอบด้วย อัยการจังหวัด ปลัดจังหวัด ผู้บังคับการตำรวจภูธรจังหวัด ผู้อำนวยการสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด ประชาสัมพันธ์จังหวัด เป็นต้น ทำให้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อาจจะไม่เคยปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับการควบคุมยาสูบโดยตรง และคณะกรรมการบางท่านอาจจะเพิ่งได้รับตำแหน่งหรือดำรงตำแหน่งในระยะเวลาสั้นกว่า 5 ปี จึงทำให้มีประสบการณ์ในการทำงานด้านยาสูบน้อยกว่า 5 ปี สอดคล้องกับผลการวิจัยของกองงานคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ กรมควบคุมโรค ในการสำรวจความคิดเห็นเพื่อจัดทำแนวทางการพัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่ายเพื่อเพิ่มขีดความสามารถในการควบคุมยาสูบและสนับสนุนการขับเคลื่อนกลไกคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด รวบรวมข้อมูลระหว่างเดือน มกราคม ถึง กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2563 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์ในการทำงานควบคุมยาสูบเฉลี่ย 6.50 ปี มีระยะเวลาดำรงตำแหน่ง 2 เดือน และสูงสุด 33 ปี (อภิญา เอี่ยมสุวรรณ และคณะ, 2565) ในขณะที่ผลการวิจัยของฐิติพร กันวิหค และคณะ (2561) ที่พบว่า คุณลักษณะ/ทักษะที่จำเป็นในการดำเนินงานควบคุมยาสูบ ต้องกำหนดคุณสมบัติให้ชัดเจน โดยจำเป็นจะต้องมีความรู้ และประสบการณ์ในการดำเนินงานควบคุมยาสูบ ดังนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องจึงควรมีการพัฒนาศักยภาพให้กับคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด เพื่อเพิ่มพูนความรู้ และทักษะที่จำเป็น รวมถึงสร้างประสบการณ์ในการปฏิบัติงานด้านการควบคุมยาสูบ เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการขับเคลื่อนการดำเนินงานควบคุมยาสูบในระดับพื้นที่

แรงจูงใจในการทำงานด้านยาสูบ ผลการวิจัยพบว่า แรงจูงใจในการทำงานด้านยาสูบของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด ภาพรวมอยู่ในระดับมาก ทั้งการได้รับการฝึกอบรม สัมมนา หรือศึกษาดูงาน ส่งผลให้มีความรู้และทักษะในการปฏิบัติงานเพิ่มขึ้น ($\bar{X} = 4.09$, S.D. = 0.73) และบรรยากาศและความสัมพันธ์ของผู้ใต้บังคับบัญชาหรือภาคีเครือข่ายที่ดี ส่งผลให้มีความสุขในการปฏิบัติงานมากยิ่งขึ้น ($\bar{X} = 4.02$, S.D. = 0.84) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างมีความพึง

พอใจในการทำงานด้านยาสูบ และมีความภาคภูมิใจที่ได้เป็นส่วนหนึ่งของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด อีกทั้งยังเห็นถึงความสำคัญของการฝึกอบรม สัมมนา หรือศึกษาดูงาน เพื่อให้เกิดการพัฒนาตนเองด้านความรู้และทักษะในการปฏิบัติด้านการควบคุมยาสูบเพิ่มขึ้น และให้ความสำคัญกับการสร้างบรรยากาศในการทำงาน ซึ่งส่วนใหญ่คณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด ประกอบด้วย ผู้บริหารส่วนราชการต่างๆ ของจังหวัด จึงให้ความสำคัญต่อการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ได้บังคับบัญชาและภาคีเครือข่าย อันจะส่งผลให้มีความสุขในการปฏิบัติงานมากยิ่งขึ้น สอดคล้องกับผลการวิจัยของศุภญา วงศ์วรสันต์ (2563) พบว่า แรงจูงใจในการปฏิบัติงานของบุคลากรส่วนกลาง กรมการท่องเที่ยว ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก ซึ่งพอใจในความสำเร็จของงานที่ปฏิบัติ พร้อมทั้งได้รับการสนับสนุนให้มีการพัฒนาความรู้ ความสามารถอย่างเท่าเทียม และอธิการแสนสุวรรณศรี (2563) พบว่า ปัจจัยด้านแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของบุคลากร โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก โดยด้านการเจริญเติบโต ส่งผลต่อผลสัมฤทธิ์การปฏิบัติราชการของโครงการชลประทาน สกลนคร มากที่สุด รองลงมาคือ ด้านการยอมรับนับถือ และด้านความสำเร็จในงาน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Herzberg, Mausner, & Snyderman (2017) ที่กล่าวว่า ปัจจัยจูงใจ (Motivational factors) เป็นปัจจัยกระตุ้นให้เกิดแรงจูงใจภายในที่เกี่ยวข้องกับงานโดยตรงหรือความพึงพอใจในการทำงาน ซึ่งสามารถสร้างทัศนคติเชิงบวกต่อบุคคลในองค์กรได้ คือ ด้านความก้าวหน้า ซึ่งทุกคนมีความปรารถนาที่จะเจริญเติบโต มีจุดมุ่งหมาย และมีเป้าหมายองค์กรต่างๆ ที่มาจากการฝึกอบรม มีโครงการศึกษา ดูงานนอกสถานที่ การหมุนเวียนงาน และการสร้างประสบการณ์จากการทำงาน ประกอบกับปัจจัยค้ำจุน (Hygiene factors) เป็นแรงจูงใจภายนอก ซึ่งบุคคลต้องการได้รับการตอบสนองที่เหมาะสม จะทำให้ไม่เกิดความไม่พอใจในการทำงานขึ้น คือ ด้านความสัมพันธ์ระหว่างผู้ร่วมงาน หัวหน้างาน โดยมีการติดต่อที่มีความสัมพันธ์อันดีต่อกัน ทำให้มีความสุขในการทำงาน จึงเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติงานได้ อย่างไรก็ตามผลการวิจัยในครั้งนี้พบว่า อุปสรรคในการดำเนินงานด้านควบคุมการบริโภคยาสูบ ส่งผลให้มีความตั้งใจในการปฏิบัติงานลดลง ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.25$, S.D. = 0.90) อาจอธิบายได้ว่า ส่วนใหญ่คณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัดเป็นผู้บริหารของส่วนราชการต่างๆ ในจังหวัด ซึ่งจะมีภาวะผู้นำและความสามารถในการบริหารจัดการกับปัญหาอุปสรรคต่างๆ ได้ดี เมื่อเจออุปสรรคในการดำเนินงานด้านควบคุมการบริโภคยาสูบ ด้วยประสบการณ์และวุฒิภาวะทางอารมณ์ของผู้บริหารจะสามารถจัดการกับอุปสรรคนั้นได้ จึงทำให้ไม่สามารถลดทอนความตั้งใจในการปฏิบัติงานได้ สอดคล้องกับผลการวิจัยของเพ็ญศรี ชิตสกุล (2561) พบว่า วุฒิภาวะทางอารมณ์ของผู้บริหารสถานศึกษา ด้านความสามารถในการควบคุมจิตใจตนเอง ภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด โดยผู้บริหารมองโลกในแง่ดีเผชิญกับปัญหาและอุปสรรคได้อย่างไม่ย่อท้อ มีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง แม้ว่าจะงาน

ยากแค่ไหนก็มั่นใจว่าสามารถทำได้ มีความอดทน ความพยายามในการปฏิบัติงาน และไม่รู้สึกรำคาญกำลังใจในการทำงาน

การบริหารองค์การด้านการควบคุมการบริโภคยาสูบ ด้านเป้าหมายขององค์กร ผลการวิจัยพบว่า ส่วนใหญ่คณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัดมีเป้าหมายในการดำเนินงานด้านควบคุมยาสูบในเยาวชนอย่างชัดเจน ร้อยละ 85.20 อาจเนื่องมาจากคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด เห็นว่าการกำหนดเป้าหมาย มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องดำเนินการให้ชัดเจนมากที่สุด และเป็นสิ่งที่สำคัญอย่างมากในการกำหนดทิศทางของการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยให้มีประสิทธิภาพและประสบความสำเร็จ ประกอบกับส่วนกลางของกรมควบคุมโรคได้กำหนดเป้าหมายในการดำเนินงานควบคุมการบริโภคยาสูบไว้ในแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติอย่างชัดเจน ซึ่งมีการถ่ายทอดนโยบายและแผนปฏิบัติการลงสู่ระดับจังหวัดเพื่อให้คณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัดได้ใช้เป็นแนวทางในการขับเคลื่อนการดำเนินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบ จึงทำให้คณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัดส่วนใหญ่มีเป้าหมายในการดำเนินงานด้านควบคุมยาสูบในเยาวชนอย่างชัดเจน สอดคล้องกับผลการวิจัยของนางเยาว์ ชิลวรรณ (2563) ศึกษา รูปแบบการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และสารเสพติด ภายใต้กลไกความร่วมมือของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในเขตสุขภาพที่ 11 พบว่า ได้มีการกำหนดเป้าหมายการดำเนินงานร่วมกัน เพื่อแก้ปัญหาปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบและสารเสพติด โดยผู้รับผิดชอบทั้งในหน่วยงานของภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาชน ซึ่งผลที่เกิดขึ้น คือนักเรียนที่เป็นผู้สูบบุหรี่ใหม่ลดลง และชุมชนมีความเข้มแข็งในการแก้ปัญหาได้ด้วยตนเองในด้านกิจกรรมการบำบัด ลด ละเลิก และผลการวิจัยของนุภาพร ศรีฤทธิ์ (2565) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินงานประกันคุณภาพภายในโรงเรียนเอกชนในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า ปัจจัยด้านการกำหนดเป้าหมาย มีค่าน้ำหนักความสำคัญของการพยากรณ์ทำให้เกิดความเปลี่ยนแปลงในตัวแปรตาม ส่งผลให้มีอิทธิพลต่อการดำเนินการประกันคุณภาพภายในโรงเรียนเอกชนในเขตกรุงเทพมหานคร อยู่ในระดับมาก ซึ่งการกำหนดเป้าหมายเป็นแนวทางในการเขียนแผนพัฒนาคุณภาพและแผนปฏิบัติการ และสอดคล้องกับแนวคิดของ Mullins (1985) ที่กล่าวว่า เป้าหมายช่วยกำหนดมาตรฐานการปฏิบัติงาน ที่เน้นความมุ่งมั่นในกิจกรรมขององค์กรและทิศทางความพยายามของสมาชิก ซึ่งเป็นพื้นฐานการวางแผนและควบคุมการจัดการที่สัมพันธ์กับกิจกรรมต่างๆ ขององค์กร

การบริหารองค์การด้านการควบคุมการบริโภคยาสูบ ด้านแผนปฏิบัติการและด้านกำหนดบทบาทผู้รับผิดชอบ ผลการวิจัยพบว่า คณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด ส่วนใหญ่มีแผนปฏิบัติการด้านควบคุมยาสูบในเยาวชน ร้อยละ 76.50 และมีการกำหนดบทบาทผู้รับผิดชอบงานด้านควบคุมยาสูบในเยาวชนอย่างชัดเจน ร้อยละ 67.90 อาจเนื่องจากคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด เห็นว่าการมีแผนปฏิบัติการและการกำหนดบทบาทผู้รับผิดชอบงานด้าน

ควบคุมยาสูบในเยาวชนอย่างชัดเจนนั้น มีความสำคัญต่อการดำเนินงานควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนในการเพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการดำเนินงานให้ดีขึ้น ซึ่งแผนปฏิบัติการเป็นหัวใจสำคัญของการบริหารงานและเป็นกรอบในการบริหารจัดการในทุกๆ ด้านของการดำเนินงาน รวมถึงใช้เป็นแนวทางในการสร้างความสำเร็จให้กับเป้าหมายที่กำหนดไว้ และใช้ในการมอบหมายงานให้กับหน่วยงานหรือผู้ปฏิบัติที่เกี่ยวข้องได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น เพราะทุกคนจะทราบว่าใครจะต้องทำอะไร เมื่อไหร่ อย่างไร ประกอบกับส่วนกลางของกรมควบคุมโรคได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ ซึ่งมีการถ่ายทอดนโยบายและแผนปฏิบัติการลงสู่ระดับจังหวัดเพื่อให้คณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัดได้ใช้เป็นแนวทางในการขับเคลื่อนการดำเนินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบอย่างชัดเจน จึงทำให้คณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด ส่วนใหญ่มีแผนปฏิบัติการและมีการกำหนดบทบาทผู้รับผิดชอบงานด้านควบคุมยาสูบในเยาวชนอย่างชัดเจน สอดคล้องกับผลการวิจัยของฐิติพร ก้นวิหค และคณะ (2561) ศึกษารูปแบบการดำเนินงานควบคุมยาสูบที่มีประสิทธิผลและคุณลักษณะ/ทักษะที่สำคัญของบุคลากรในการควบคุมการบริโภคยาสูบระดับจังหวัด พบว่า องค์ประกอบสำคัญของรูปแบบการดำเนินงานควบคุมยาสูบที่มีประสิทธิผล คือ ต้องมีการจัดทำแผนงาน ในรูปแบบการดำเนินงานภายใต้คณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทำหน้าที่เป็นที่เลี้ยงหรือเป็นผู้นำชี้แนะ แล้วผลักดันให้เครือข่ายคิดและดำเนินการร่วมกัน และมีผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน มีการทำงานร่วมกันระหว่างภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐ เอกชน และภาคประชาสังคมเป็นแกนหลัก โดยมีคณะกรรมการควบคุมยาสูบหรือบูรณาการคณะทำงานระดับอำเภอ และกำหนดบทบาทหน้าที่อย่างชัดเจน และผลการวิจัยของนงเยาว์ ชิลวรรณ (2563) ศึกษาการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และสารเสพติด ภายใต้กลไกความร่วมมือของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในเขตสุขภาพที่ 11 พบว่า มีการกำหนดแผนงานและโครงการเพื่อแก้ปัญหาในแต่ละพื้นที่โดยคณะกรรมการที่มาจากรหลายภาคส่วน ร่วมจัดทำแผนงาน โครงการและนำเสนอของบประมาณสนับสนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น และในการวางแผนการดำเนินงาน จะมีการกำหนดผู้รับผิดชอบงานและมอบหมายหน้าที่ตามบทบาทในการดำเนินงานภายในเครือข่ายทุกภาคส่วนอย่างชัดเจน แล้วนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาสถานการณ์ปัญหา จากแหล่งข้อมูลต่างๆ ในพื้นที่ มาทำการจัดทำเวทีประชาคมหรือจัดประชุมคณะกรรมการ เพื่อร่วมกันกำหนดเป้าหมาย

ทักษะการปฏิบัติงาน ผลการวิจัยพบว่า ทักษะการปฏิบัติงานของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด ภาพรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดได้แก่ ทักษะด้านการแก้ไขปัญหา ($\bar{X} = 3.49$, S.D. = 0.45) ทั้งนี้อาจเนื่องจากคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด เห็นถึงความสำคัญของการระบุสถานการณ์ปัญหาให้ตรงประเด็น ถูกต้อง และชัดเจน และสามารถเลือกแนวทางการแก้ปัญหาต่างๆ ในการดำเนินงานได้อย่างเหมาะสมและ

สัมพันธ์กับสถานการณ์ของปัญหานั้น รวมถึงความสามารถในการตัดสินใจแก้ไขปัญหาแบบระยะสั้น ได้ทันที และการวางแผนดำเนินการแก้ไขปัญหาอย่างเป็นระบบในแก้ไขปัญหาแบบระยะยาว สอดคล้องกับผลการวิจัยของนงเยาว์ ชีวรรณ (2563) ศึกษารูปแบบการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ จากสุรา ยาสูบ และสารเสพติด ภายใต้กลไกความร่วมมือของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในเขตสุขภาพที่ 11 จากการวิเคราะห์แผนงานและโครงการ พบว่า คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ มีทักษะการแก้ปัญหาสำหรับนำมาใช้ปรับปรุงและพัฒนาให้การดำเนินงาน มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น และผลการวิจัยของฐิติพร กันวิหค และคณะ (2561) ศึกษารูปแบบการดำเนินงานควบคุมยาสูบที่มีประสิทธิผลและคุณลักษณะ/ทักษะที่สำคัญของบุคลากรในการควบคุม การบริโภคยาสูบระดับจังหวัด พบว่า ทักษะที่จำเป็นในการดำเนินงานควบคุมยาสูบ ได้แก่ ทักษะการ ใช้การสื่อสาร การแก้ไขปัญหา การส่งเสริมการมีส่วนร่วม การคิดวิเคราะห์ ความคิดเชิงบวก การ ประสานงาน การทำงานกับเครือข่าย การเฝ้าระวังกระบวนการเรียนรู้ และทักษะการเป็นผู้นำ

การบูรณาการมาตรการเข้าสู่ระบบงานตามปกติ (Normalization process theory) ผลการวิจัยพบว่า การบูรณาการมาตรการเข้าสู่ระบบงานตามปกติของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด ภาพรวมอยู่ในระดับมาก สอดคล้องกับผลการวิจัยของ Gillespie et al. (2018) ในการตรวจสอบความปลอดภัยในการผ่าตัด จากการสำรวจผลกระทบของ Pass The Baton โดยใช้ Normalization Measure Development (NoMAD) ทั้ง 4 รูปแบบ ได้แก่ การเชื่อมโยงกัน การมีส่วนร่วม การกระทำร่วมกัน และการติดตามแบบสะท้อนกลับ พบว่า ผู้ตอบแบบสำรวจเห็นคุณค่าของ Pass The Baton ร้อยละ 77.6 ทำให้เกิดมุมมองหลากหลายที่เชื่อมโยงกัน รับรู้ถึง ประโยชน์และคุณค่าของการนำไปใช้ นำมาสู่การแก้ปัญหา และ Jones et al. (2019) ศึกษาสิ่ง สนับสนุนและอุปสรรคต่อการดำเนินการตามชุดกิจกรรมเพื่อลดการสูบบุหรี่ในการตั้งครรภ์ โดยนำ ทฤษฎีการบูรณาการมาตรการเข้าสู่ระบบงานตามปกติ ทั้ง 4 แนวคิด มากำหนดกรอบการวิเคราะห์ ในการสร้างแนวทางปฏิบัติใหม่ๆ พบว่า ชุดกิจกรรมนี้ เป็นที่ยอมรับของเจ้าหน้าที่ในองค์กรต่างๆ นำไปสู่การปรับปรุงและสร้างมาตรฐานระบบการดูแลสุขภาพที่จำเป็นตามแนวทางปฏิบัติที่ดีที่สุด จึง พบประโยชน์การนำไปใช้ในกิจกรรมที่หลากหลายอย่างมีประสิทธิภาพ จะช่วยอธิบายความสำเร็จ หรือความล้มเหลวของการดำเนินการเฉพาะ เพื่อช่วยพัฒนากิจกรรมและการวางแผนการดำเนินการ ตลอดจนการประเมินและทำความเข้าใจกระบวนการดำเนินการด้วยตนเอง โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ชุด เครื่องมือช่วยให้เข้าใจการนำไปใช้เป็นกระบวนการแบบพลวัต (May et al., 2018) ดังผลการวิจัย ของ Gask et al. (2019) พบว่า สิ่งสำคัญในกระบวนการฝึกอบรมเพื่อดำเนินการป้องกันการฆ่าตัว ตายภายในองค์กรให้ประสบผลสำเร็จ คือ การสร้างความเชื่อมโยงกันของกิจกรรมในทุกๆระดับ การ ทำงานร่วมกันในทุกๆระดับขององค์กร และมีส่วนร่วมในบทบาทของตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่ง ผลการวิจัยในการวิจัยครั้งนี้ พบว่า ด้านการมีส่วนร่วม (Cognitive participation) มีค่าเฉลี่ยสูงสุด

อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.10$, S.D. = 0.55) ทั้งนี้อาจเนื่องจากคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด เห็นถึงความสำคัญของการเข้ามามีส่วนร่วมในการเป็นคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัดเพื่อเป็นส่วนหนึ่งในการขับเคลื่อนการดำเนินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทย โดยมีความเห็นว่าเป็นบุคคลสำคัญที่ขับเคลื่อนการดำเนินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยไปข้างหน้าและทำให้ผู้อื่นมีส่วนร่วม อีกทั้งเชื่อว่าการมีส่วนร่วมในการดำเนินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยเป็นบทบาทที่ถูกต้องตามกฎหมาย สามารถที่จะเปิดใจรับการทำงานร่วมกับเพื่อนร่วมงานในรูปแบบใหม่ และยังคงสนับสนุนการดำเนินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยต่อไป สอดคล้องกับผลการวิจัยของฐิติพร กันวิหค และคณะ (2561) พบว่า องค์ประกอบสำคัญของรูปแบบการดำเนินงานควบคุมยาสูบที่มีประสิทธิผล คือ มีการทำงานร่วมกันระหว่างภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐ เอกชน และภาคประชาสังคมเป็นแกนหลัก รูปแบบการดำเนินงานภายใต้คณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด หรือบูรณาการคณะทำงานระดับอำเภอ และกำหนดบทบาทหน้าที่อย่างชัดเจน โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทำหน้าที่เป็นที่เลี้ยงหรือเป็นผู้นำชี้แนะ พร้อมทั้งผลักดันให้เครือข่ายร่วมกันคิดและร่วมกันดำเนินการ ในขณะที่ผลการวิจัยของกชรดา ศิริผล และภรณีภา สุวรรณ (2563) ศึกษาการประเมินมาตรการสถานศึกษาปลอดบุหรี่ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 11 โดยใช้แบบประเมินมาตรการสถานศึกษาปลอดบุหรี่ทั้ง 7 มาตรการ พบว่า สถานศึกษาไม่สามารถดำเนินการได้สำเร็จในมาตรการที่ 5, 6 และ 7 ซึ่งเป็นมาตรการที่ต้องอาศัยความร่วมมือจากภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องนอกสถานศึกษา อธิบายได้ว่ากลไกการขับเคลื่อนการดำเนินงานในรูปแบบของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด ถูกแต่งตั้งขึ้นโดยตำแหน่งตามกฎหมายอย่างเป็นทางการ ซึ่งประกอบด้วยตำแหน่งผู้นำของส่วนราชการต่างๆ ในจังหวัดที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมยาสูบ อาจทำให้เกิดการมีส่วนร่วมได้ดีกว่าภาคีเครือข่ายของสถานศึกษา สอดคล้องกับผลการวิจัยของนงเยาว์ ชิลวรรณ (2563) ศึกษารูปแบบการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และสารเสพติด ภายใต้กลไกความร่วมมือของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในเขตสุขภาพที่ 11 พบว่า การมีตำแหน่งเป็นผู้นำ จะเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งเสริมและเป็นช่องทางให้บุคคลเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมการพัฒนาสังคมได้มากกว่าบุคคลทั่วไปที่ไม่มีตำแหน่ง เพราะต้องเป็นแบบอย่างที่ดีในสังคม อีกทั้งหน่วยงานหลักที่แก้ปัญหาในพื้นที่ก็ยังคงเป็นกระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงมหาดไทย

คะแนนการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง แตกต่างกับผลการวิจัยของมัลลิกา มาตระกุล และคณะ (2561) พบว่า การดำเนินงานตามนโยบายมหาวิทยาลัยปลอดบุหรี่ ในมหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง โดยบูรณาการ 6 ยุทธศาสตร์หลัก “MPOWER” ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2552 ถึงปัจจุบัน ผลลัพธ์อยู่ในระดับดี คือ มีจุดเด่นในการช่วยเลิกบุหรี่โดยใช้วิธีการสร้างแรงจูงใจ และมีความ

พึงพอใจในการช่วยเหลือหรือของกลุ่มแกนนำนักศึกษา และ Saxena et al. (2020) ศึกษาประสิทธิภาพของนโยบายควบคุมยาสูบในอินเดีย ระหว่างปี พ.ศ. 2556-2562 โดยใช้มาตรการ MPOWER พบว่า มีคะแนนเฉลี่ย 7 ปี เท่ากับ 27 คะแนน จากทั้งหมด 37 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 72.97 ซึ่งนโยบายการควบคุมยาสูบในอินเดียมีการพัฒนาโดยรวมประสบความสำเร็จ อีกทั้ง Heydari (2020) ได้วิเคราะห์แนวโน้มการดำเนินการของกรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลกในภูมิภาคเมดิเตอร์เรเนียนตะวันออก ทั้ง 22 ประเทศสมาชิก โดยประเมินองค์ประกอบของ MPOWER พบว่า คะแนนรวมของภูมิภาคนี้เพิ่มขึ้นจาก 416 เป็น 509 ระหว่างปี พ.ศ. 2554-2562 ซึ่งคะแนนที่เพิ่มขึ้นมากที่สุดคือ การติดตามความชุกของการบริโภค (Monitor) และคะแนนที่เพิ่มขึ้นต่ำที่สุดคือ การปฏิบัติตามนโยบายปลอดบุหรี่ (Protect) ทั้งนี้อาจเนื่องจากคะแนนการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทย เป็นการประเมินการรับรู้ผลการดำเนินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัดของแต่ละบุคคล ทำให้คะแนนการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยจึงมีความหลากหลาย ผลการวิจัยที่ได้จึงไม่เป็นภาพรวมของจังหวัด ทั้งนี้บริบทและคุณลักษณะของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัดแต่ละบุคคลแตกต่างกัน จึงรับรู้การขับเคลื่อนมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบที่แตกต่างกัน ในการวิจัยครั้งนี้ คณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัดเป็นผู้ขับเคลื่อนมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในระดับจังหวัด ส่วนใหญ่เป็นหัวหน้าส่วนราชการต่างๆ ในจังหวัด ที่มีคุณลักษณะและบทบาทหน้าที่ในการบริหารงานหลักแตกต่างกัน ประกอบกับมีประสบการณ์ทำงานด้านควบคุมการบริโภคยาสูบน้อย จึงอาจทำให้คะแนนการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัดให้ความสำคัญกับการดำเนินมาตรการบังคับใช้กฎหมายห้ามการโฆษณา การส่งเสริมการขาย และการให้การสนับสนุนอุตสาหกรรมยาสูบของร้านค้า (Enforce) มากที่สุด ($\bar{X} = 2.90$, S.D. = 1.21) สอดคล้องกับ Minh et al. (2016) โดยทบทวนความก้าวหน้าของนโยบายควบคุมยาสูบในเวียดนาม พบว่า มีการบังคับใช้กฎหมายห้ามการโฆษณายาสูบ การส่งเสริมการขาย และการรับอุปถัมภ์จากองค์กรผู้ผลิตยาสูบ ในขณะที่ ภัทรรัช เทศลอนอม (2563) ศึกษาวิเคราะห์การละเมิดกฎหมายด้านการโฆษณาและการส่งเสริมการขาย ตามกฎหมายควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ ผ่านสื่อออนไลน์ พบว่า มีการกระทำผิดกฎหมาย โดยพบการโฆษณาและส่งเสริมการขายที่ขัดต่อพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2560 ทุกร้านค้า ซึ่งมีการใช้กลยุทธ์ดึงดูดความสนใจของผู้บริโภคด้วยการลดราคาสินค้า และผลิตภัณฑ์ยาสูบที่นำเข้ามาจำหน่ายมีการแสดงคำหรือข้อความที่จูงใจให้เกิดการบริโภค อธิบายได้ว่า คณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด มีนโยบายดำเนินมาตรการบังคับใช้กฎหมายห้ามการโฆษณา การส่งเสริมการขาย และการให้การสนับสนุนอุตสาหกรรมยาสูบของร้านค้าในจังหวัด แต่อำนาจหน้าที่ตาม

พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2560 ไม่สามารถดำเนินการครอบคลุมไปถึงในส่วนของสื่อออนไลน์ได้ อย่างไรก็ตามผลการวิจัยในครั้งนี้ พบว่า การดำเนินมาตรการให้ความช่วยเหลือในการเลิกยาสูบของเยาวชนในจังหวัด (Offer) อยู่ในระดับน้อย ($\bar{X} = 1.56$, S.D = 0.98) สอดคล้องผลการวิจัยของอภิญา เอี่ยมสุวรรณ และคณะ (2565) จากการวิเคราะห์ผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ ฉบับขยาย พ.ศ. 2563-2564 ในด้านช่วยผู้เสพให้เลิกใช้ยาสูบ ที่เกี่ยวข้องกับหน่วยงานในระดับพื้นที่ พบว่า มีการพัฒนาศักยภาพนักเรียนแกนนำในหลักสูตรเพื่อนช่วยเพื่อนที่ให้เลิกสูบบุหรี่ค่อนข้างน้อย ทั้งนี้อาจเนื่องจากโครงสร้างการให้บริการช่วยเลิกบุหรี่ยังไม่ชัดเจน ระบบบริการช่วยเลิกบุหรี่ยังไม่ครอบคลุมในกลุ่มเยาวชน อาจเกิดจากเยาวชนที่เสพติดบุหรี่ไม่เปิดเผยตัวตนเยาวชนที่เสพติดบุหรี่ไม่เข้าถึงระบบบริการ ซึ่งส่วนใหญ่มีลักษณะเป็นคลินิกช่วยเลิกบุหรี่ที่ให้บริการในวันและเวลาราชการเท่านั้น รวมถึงการให้คำปรึกษา การติดตาม และการส่งต่ออย่างไม่เป็นระบบ ทั้งนี้ยารักษาหลายชนิดยังไม่ถูกบรรจุในบัญชียาหลักแห่งชาติ จึงทำให้การรักษาด้วยยามีราคาแพงและเบิกไม่ได้ ประกอบกับบุคลากรผู้ให้บริการมีภาระงานมาก และบุคลากรจึงไม่เพียงพอ ซึ่งการเลิกบุหรือนั้นเป็นเรื่องยาก ทำให้ผู้สูบบุหรี่ไม่สามารถเลิกบุหรี่ได้สำเร็จและต้องกลับมาสูบบุหรี่ใหม่ แต่แตกต่างกันด้านการเฝ้าระวัง ควบคุม และบังคับใช้กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับจังหวัด พบว่า การสร้างเครือข่าย และการพัฒนาข้อมูลในการเฝ้าระวังและตอบโต้ การโฆษณา สื่อสารในด้านการตลาดของอุตสาหกรรมยาสูบ ยังมีการดำเนินงานค่อนข้างน้อย ทั้งนี้อาจเนื่องจากผู้บังคับการตำรวจภูธรจังหวัดเป็นส่วนหนึ่งในคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด จึงเกิดความร่วมมือกันในด้านกฎหมาย ทำให้มีการบังคับใช้กฎหมายการควบคุมยาสูบอย่างจริงจัง สอดคล้องกับผลการวิจัยของนางเยาว์ ชีวรรณ (2563) ศึกษารูปแบบการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และสารเสพติดภายใต้กลไกความร่วมมือของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในเขตสุขภาพที่ 11 พบว่า ด้านกฎหมาย จะมีผู้กำกับของสถานีตำรวจในพื้นที่ร่วมเป็นกรรมการของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) โดยจะเข้ามามีบทบาทต่อร้านค้า ด้วยวิธีการบังคับใช้กฎหมายให้ผู้ประกอบการร้านค้าในหมู่บ้านปฏิบัติตามกฎหมายว่าด้วยเรื่องการจัดจำหน่ายบุหรี่ รวมทั้งมีการบังคับใช้กฎหมายอย่างจริงจัง ในช่วงเทศกาลวันหยุด

ผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อคะแนนการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด ได้แก่

ระดับความสำคัญของการดำเนินงานควบคุมการบริโภคยาสูบ ผลการวิจัยพบว่า คณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัดให้ความสำคัญในการดำเนินงานควบคุมการบริโภคยาสูบในหน่วยงานอยู่ระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 64.20 สอดคล้องกับผลการวิจัยของนันทพัทธ์ ชีระวัฒน์นันท์ (2563) ศึกษาการประเมินผลการดำเนินงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา พบว่า

ผู้บริหารให้ความสำคัญกับการติดตามประเมินผลการดำเนินงานสาธารณสุขอยู่ระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.91$, S.D. = 0.29) แสดงให้เห็นว่าผู้บริหารระดับอำเภอ (ผู้อำนวยการโรงพยาบาล สาธารณสุขอำเภอ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล) ได้ให้ความสำคัญกับการดำเนินการติดตามประเมินผลการดำเนินงานสาธารณสุขในเขตความรับผิดชอบของตนเอง สอดคล้องกับผลการวิจัยของ จิตติพร กัณวิหค และคณะ (2561) ศึกษารูปแบบการดำเนินงานควบคุมยาสูบที่มีประสิทธิผลและคุณลักษณะ/ทักษะที่สำคัญของบุคลากรในการควบคุมการบริโภคยาสูบระดับจังหวัด พบว่าองค์ประกอบสำคัญของรูปแบบการดำเนินงานควบคุมยาสูบที่มีประสิทธิผล คือ ผู้บริหารต้องให้ความสำคัญกำหนดเป็นยุทธศาสตร์ของจังหวัด และภุริณัฐร์ โชติวรรณ และคณะ (2565) ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมการบริโภคยาสูบและการแก้ไขปัญหาเสพยาเสพติด พบว่า การให้ความสำคัญและจริงจังกับการแก้ไขปัญหาของทุกภาคส่วน ไม่ว่าจะเป็นภาครัฐ ผู้นำชุมชน และสถาบันครอบครัว ที่ต้องให้ความร่วมมือกัน ทั้งนี้อาจเนื่องจากคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด ถูกแต่งตั้งขึ้นตามกฎหมายเพื่อสร้างความร่วมมือจากหน่วยงานทุกภาคส่วนในการขับเคลื่อนการดำเนินการควบคุมยาสูบโดยตรง โดยมีแผนการดำเนินงานควบคุมยาสูบผ่านกลไกคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด และถ่ายทอดแผนการดำเนินงานควบคุมยาสูบที่มีประสิทธิภาพไปยังระดับอำเภอ จึงเกิดการดำเนินงานร่วมกันแบบบูรณาการของหัวหน้าส่วนราชการหลายๆ ส่วนในจังหวัด ทำให้การดำเนินงานควบคุมการบริโภคยาสูบในจังหวัดเกิดการดำเนินงานที่ง่ายขึ้นและมีประสิทธิภาพมากขึ้น อาจทำให้ผู้เป็นคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัดให้ความสำคัญในการดำเนินงานควบคุมการบริโภคยาสูบในระดับมาก ดังนั้น คณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัดที่ให้ความสำคัญของการดำเนินงานควบคุมการบริโภคยาสูบในหน่วยงานของตนเองที่สูงจึงมีแนวโน้มที่จะมีคะแนนการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยสูงตามไปด้วยเช่นกัน

การบริหารองค์การในการควบคุมการบริโภคยาสูบ ด้านความเพียงพอของทรัพยากร ผลการวิจัยพบว่า ความเพียงพอของทรัพยากร ส่งผลทางบวกต่อคะแนนการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด สอดคล้องกับผลการวิจัยของนิติ จิตวัฒนาธรรม และสมชาย เล็กเจริญ (2560) ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อคะแนนการประเมินคุณภาพในระดับหน่วยงานสนับสนุนการศึกษา มหาวิทยาลัยรังสิต คือ องค์ประกอบที่ 3 การบริหารและการจัดการ เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญที่สุด และองค์ประกอบที่ 4 การเงินและงบประมาณ ซึ่งเป็นตัวบ่งชี้ และเกณฑ์การประเมิน โดยผลการวิจัยครั้งนี้ คณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัดมีการสนับสนุนทรัพยากรในการดำเนินงานด้านควบคุมยาสูบในเยาวชนเพียงพอ ร้อยละ 61.70 สอดคล้องกับผลการวิจัยของณัชชา พัฒนะนุกิจ และคณะ (2561) พบว่าการจัดการด้านบุคลากร เพื่อดำเนินงานรณรงค์ไม่สูบบุหรี่ของกลุ่มเยาวชนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยมีจำนวนเจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบล/เทศบาล ในท้องถิ่นที่ดูแลเรื่องรณรงค์

ไม่สูบบุหรี่ของกลุ่มเยาวชน เพียงพอต่อการดำเนินงาน แต่พบปัญหาด้านงบประมาณในการดำเนินงานไม่เพียงพอ และขาดการสนับสนุนด้านสื่อประชาสัมพันธ์ จากหน่วยงานเครือข่ายในท้องถิ่น ทั้งนี้อาจเนื่องจากคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัดมีการบริหารองค์กรทรัพยากรในการดำเนินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบที่เพียงพอ เป็นส่วนช่วยให้การขับเคลื่อนมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด สามารถดำเนินการเป็นไปตามแผนที่วางไว้และบรรลุได้ตามเป้าหมายที่กำหนด เช่น การบริหารทรัพยากรด้านบุคคลที่เพียงพอ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการขับเคลื่อนกิจกรรมต่างๆ ให้เป็นไปตามแผนและเป้าหมายที่กำหนด โดยมีทรัพยากรด้านการเงิน และสิ่งสนับสนุนด้านอื่นๆ ที่จะเป็นส่วนช่วยอำนวยความสะดวกให้กับการขับเคลื่อนมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัดดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้น คณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัดที่มีการบริหารองค์กรด้านทรัพยากรในการควบคุมการบริโภคยาสูบที่เพียงพอ จึงมีคะแนนการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยที่สูงกว่าการบริหารองค์กรด้านทรัพยากรในการควบคุมการบริโภคยาสูบที่ไม่เพียงพอ

ทักษะการปฏิบัติงานด้านการสื่อสาร ผลการวิจัยในครั้งนี้พบว่า ทักษะการปฏิบัติงานด้านการสื่อสารของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.41$, S.D = 0.53) ทั้งนี้อาจเนื่องจากทักษะการสื่อสารของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัดมีความชัดเจน ถูกต้อง เหมาะสม และมีคุณภาพ สามารถเลือกใช้การพูดได้เหมาะสมตามสถานการณ์และเลือกใช้ระดับภาษาได้เหมาะสมกับกลุ่มผู้ฟัง สามารถแสดงออกทางใบหน้าประกอบการสื่อสารได้เหมาะสม และเลือกใช้สื่อและเทคโนโลยีได้เหมาะสมกับเนื้อหาที่ต้องการสื่อสาร ซึ่งทักษะการสื่อสารมีส่วนสำคัญและจำเป็นต่อการปฏิบัติงานที่สร้างความเข้าใจตรงกันให้กับบุคคลทั้งในองค์กรและภาคีเครือข่าย ให้สามารถดำเนินการต่างๆ ได้ถูกต้อง เหมาะสม และมีประสิทธิภาพ ยังมีทักษะการสื่อสารดีและมีคุณภาพสูงเพียงใด ก็ย่อมจะส่งผลต่อการดำเนินงานเช่นนั้น จึงส่งผลทางบวกต่อการดำเนินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยให้มีคะแนนการประเมินเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับผลการวิจัยของธีรวีร์ แพบัว (2564) พบว่า ทักษะการสื่อสารของผู้บริหารสถานศึกษา โรงเรียนมาตรฐานสากล สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา เขต 3 จังหวัดพระนครศรีอยุธยาอยู่ในระดับมาก และฐิติพร กันวิหค และคณะ (2561) พบว่า ทักษะที่จำเป็นในการดำเนินงาน ได้แก่ ทักษะการใช้การสื่อสาร การแก้ไขปัญหา การส่งเสริมการมีส่วนร่วม การคิดวิเคราะห์ ความคิดเชิงบวก การประสานงาน การทำงานกับเครือข่าย การเอื้ออำนวยกระบวนการเรียนรู้ และทักษะการเป็นผู้นำ ในขณะที่ Michibayashi et al. (2020) ศึกษาารูปแบบสมรรถนะสำหรับพยาบาลสาธารณสุขที่ทำงานด้านการควบคุมยาสูบในหน่วยงานปกครองส่วนท้องถิ่นในญี่ปุ่น พบว่า ความสามารถของพยาบาลสาธารณสุขที่ทำงานด้านการควบคุมยาสูบ ควรมีทักษะ 8 ประการ ได้แก่ สนับสนุนเพื่อสร้างความ

ตระหนักถึงความจำเป็นในการควบคุมยาสูบ ให้การควบคุมยาสูบเป็นปัญหาด้านนโยบายตามสถานการณ์ระดับภูมิภาคและสังคม การสร้างระบบองค์กรเพื่อควบคุมยาสูบ ดำเนินกิจกรรมที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับท้องถิ่น การประเมินและปรับปรุงคุณภาพของมาตรการควบคุมยาสูบพัฒนาและกำหนดมาตรการชุมชนเพื่อชุมชนปลอดยาสูบ ขยายกิจกรรมโดยร่วมมือกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอย่างมีกลยุทธ์ และการประสานงานและการเจรจาเพื่อหลีกเลี่ยงความขัดแย้ง ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะสามารถใช้เป็นตัวชี้วัดความสามารถของพยาบาลสาธารณสุขที่ทำงานด้านการควบคุมยาสูบในท้องถิ่นได้

การบูรณาการมาตรการเข้าสู่ระบบงานตามปกติ ด้านการติดตามแบบสะท้อนกลับ สอดคล้องกับผลการวิจัยของนงเยาว์ ชิลวรรณ (2563) ศึกษารูปแบบการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และสารเสพติด ภายใต้กลไกความร่วมมือของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในเขตสุขภาพที่ 11 พบว่า คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) มีการติดตามประเมินผลเป็นระยะๆ เพื่อนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนาเชิงนโยบายต่อไป และมีการติดตาม ประเมินผล และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ไตรมาสละ 1 ครั้ง ผ่านการสะท้อนผลการปฏิบัติงานและถอดบทเรียนร่วมกัน ซึ่งผลการดำเนินงานที่เกิดขึ้นค่อนข้างจะชัดเจน เกิดเป็นตัวชี้วัดด้านการสร้างสิ่งแวดล้อมที่ดี และได้มีการจัดประชุมสรุปผลการดำเนินงานของคณะกรรมการ เพื่อร่วมพัฒนาผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง อาจอธิบายโดยใช้ทฤษฎีการบูรณาการมาตรการเข้าสู่ระบบงานตามปกติ (Normalization process theory) ของ May et al. (2009) ที่กล่าวว่า การติดตามแบบสะท้อนกลับเป็นการประเมินของผู้ที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงาน เพื่อทำความเข้าใจว่าแนวทางการปฏิบัติในชุดนั้น ซึ่งส่งผลกระทบต่อตนเองและองค์กร ในการวิจัยครั้งนี้ คณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัดให้ความสำคัญกับรายงานเกี่ยวกับผลกระทบของการดำเนินงานควบคุมยาสูบ และให้คุณค่ากับผลกระทบของการดำเนินงานควบคุมยาสูบที่มีต่อหน่วยงานตนเอง ซึ่งเห็นด้วยว่าการดำเนินงานควบคุมยาสูบนั้นมีความคุ้มค่า โดยการประเมินผลเกี่ยวกับการดำเนินงานควบคุมยาสูบสามารถนำมาใช้เพื่อปรับปรุงการดำเนินงานควบคุมยาสูบในอนาคตได้ และสามารถปรับเปลี่ยนวิธีการดำเนินงานตามผลการประเมินได้ ดังนั้น คณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัดที่การติดตามแบบสะท้อนกลับที่สูง จึงมีแนวโน้มที่จะมีคะแนนการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยสูงตามไปด้วยเช่นกัน

ความรู้ด้านการควบคุมการบริโภคยาสูบ ผลการวิจัยพบว่า ความรู้ด้านการควบคุมการบริโภคยาสูบของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 81.00 ซึ่งส่งผลกระทบต่อคะแนนการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทย สอดคล้องกับผลการวิจัยของฐิติพร กันวิหค และคณะ (2561) ศึกษาแบบการดำเนินงานควบคุมยาสูบที่มีประสิทธิผลและคุณลักษณะ/ทักษะที่สำคัญของบุคลากรในการควบคุมการบริโภคยาสูบระดับจังหวัด

พบว่า คุณลักษณะ/ทักษะที่จำเป็นในการดำเนินงานควบคุมยาสูบ โดยจำเป็นจะต้องมีความรู้ และ ประสบการณ์ในการดำเนินงาน ทั้งนี้อาจอธิบายโดยใช้แนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ของ Bloom (1975) ว่า ความรู้ด้านการควบคุมการบริโภคยาสูบของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด ซึ่งเป็น พฤติกรรมเกี่ยวกับสติปัญญา (Cognitive) ความคิด และความสามารถในการคิดอย่างมีประสิทธิภาพ เกิดการยกระดับความรู้ จากการจดจำไปสู่ความเข้าใจ สามารถนำไปปรับใช้ การวิเคราะห์ และ สังเคราะห์ข้อมูลหรือสถานการณ์ต่างๆ ได้ จึงทำให้คณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัดที่มีความรู้ด้านการควบคุมการบริโภคยาสูบในระดับที่เพิ่มขึ้น ส่งผลให้คะแนนการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยเพิ่มขึ้นตามความรู้

สำหรับปัจจัยที่ส่งผลทางลบต่อคะแนนการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบใน เยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด ได้แก่ ทักษะคติในการทำงานด้านยาสูบ ผลการวิจัยพบว่า ทักษะคติในการทำงานด้านยาสูบของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับผลการวิจัยของศิริลักษณ์ คัมภีรานนท์ และคณะ (2563) ศึกษาการรับรู้และการตอบสนองบทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัดชายแดนใต้ต่อการ ควบคุมยาสูบแบบบูรณาการมิติกฎหมายและมิติสังคมในระดับพื้นที่ พบว่า ตัวแทนองค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่นมีทัศนคติเกี่ยวกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต่อการขับเคลื่อนมาตรการควบคุมยาสูบไป ปฏิบัติ ภาพรวมอยู่ระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.17$, S.D. = 1.05) ในการวิจัยครั้งนี้ คณะกรรมการ ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัดให้ความสำคัญกับการปฏิบัติงานด้านควบคุมการบริโภคยาสูบ ควรมี การวางแผน กำกับ ติดตาม และประเมินผลอย่างชัดเจน ($\bar{x} = 4.06$, S.D. = 0.89) และการอบรม พัฒนาศักยภาพด้านควบคุมการบริโภคยาสูบอยู่เสมอ จะทำให้มีความรู้ ความสามารถในการ ปฏิบัติงานเพิ่มขึ้น ($\bar{x} = 3.94$, S.D. = 0.90) สอดคล้องกับ Michibayashi et al. (2020) ศึกษารูปแบบ สมรรถนะสำหรับพยาบาลสาธารณสุขที่ทำงานด้านการควบคุมยาสูบในหน่วยงานปกครองส่วน ท้องถิ่นในญี่ปุ่น พบว่า ความสามารถของพยาบาลสาธารณสุขขับเคลื่อนด้วยทัศนคติ 3 ประการ ได้แก่ มุ่งเน้นความร่วมมือ กระตือรือร้นในการกำหนดเป้าหมาย และมุ่งมั่นพัฒนาความเชี่ยวชาญ ซึ่ง เป็นรากฐานในการสนับสนุนการดำเนินงานควบคุมยาสูบ และสามารถใช้เป็นตัวชี้วัดความสามารถ ของพยาบาลสาธารณสุขที่ทำงานด้านการควบคุมยาสูบในท้องถิ่นได้ ในขณะที่นางเยาว์ ชิลวรรณ (2563) พบว่า คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ในพื้นที่มีทัศนคติร่วมกัน สำหรับการดำเนินงาน คือ การให้โอกาสและทำให้เขารู้คุณค่าของโอกาส โดยเน้นการไว้วางใจในการ ทำงานร่วมกันกับผู้อื่นเป็นสำคัญเพื่อให้เกิดความร่วมมือที่ดีในการทำงาน ทั้งนี้อาจเนื่องจาก คณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด ยังไม่มีข้อมูลการติดตาม ประเมินผลการดำเนิน มาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบที่เป็นรูปธรรมชัดเจน ประกอบกับยังพบปัญหา อุปสรรคในการ

ดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ ฉบับขยาย พ.ศ. 2563-2564 ในระดับพื้นที่ ด้านกระบวนการ พบว่า กระบวนการดำเนินงานขาดความต่อเนื่องและยังไม่มีแผน แนวทาง นโยบาย ในการขับเคลื่อนในการดำเนินงานในระดับพื้นที่ที่ชัดเจน และสถานศึกษายังขาดการให้ความสำคัญ ดูแล สอดส่อง นักเรียน นักศึกษาในด้านการเฝ้าระวังควบคุมยาสูบไม่เพียงพอ (อภิญญา เอี่ยมสุวรรณ และคณะ, 2565) ซึ่งปัญหาเหล่านี้มีส่วนทำให้การดำเนินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยไม่เต็มที่ ด้วยเหตุผลนี้จึงอธิบายได้ว่า แม้ว่าคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัดกลุ่มตัวอย่าง จะมีทัศนคติในการทำงานด้านยาสูบอยู่ในระดับที่เพิ่มขึ้น แต่คะแนนการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยกลับอยู่ในระดับลดลง

3. รูปแบบการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของ คณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด โดยการประยุกต์ใช้กรอบยุทธศาสตร์ MPOWER

จากการพัฒนารูปแบบการประเมินตามขั้นตอนของการวิจัย ทำให้ได้รูปแบบที่มีลักษณะเป็นแผนภูมิที่แสดงถึงความสัมพันธ์ระหว่างส่วนต่างๆ ของการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด โดยการประยุกต์ใช้กรอบยุทธศาสตร์ MPOWER ซึ่งรูปแบบการประเมินที่พัฒนาขึ้นในการวิจัยครั้งนี้ มุ่งเน้นการประเมิน กระบวนการดำเนินงาน ในลักษณะการประเมินความก้าวหน้า (Formative evaluation) โดยมี องค์ประกอบที่สำคัญ 7 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 เป้าหมายของการประเมิน ส่วนที่ 2 องค์ประกอบของการ ประเมินและตัวบ่งชี้ ส่วนที่ 3 เกณฑ์ในการประเมิน ส่วนที่ 4 วิธีการประเมิน ส่วนที่ 5 ผู้ทำการ ประเมิน ส่วนที่ 6 ระยะเวลาในการประเมิน และส่วนที่ 7 การให้ข้อมูลป้อนกลับ อธิบายได้ว่า จาก กระบวนการพัฒนารูปแบบการประเมินที่มีความถูกต้องเป็นเหตุเป็นผล ตั้งแต่การนำแนวคิดทฤษฎีมา กำหนดกรอบแนวคิดในการวิจัย จากการศึกษาบริบทและปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อคะแนนการประเมิน มาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด โดยนำแนวคิดทฤษฎีไปศึกษากับสภาพการณ์จริงของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด ตลอดจนการพัฒนารูปแบบที่เกิดจากการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่สำคัญ (Stakeholders) ส่งผลให้รูปแบบมีองค์ประกอบดังกล่าว เมื่อนำรูปแบบไปตรวจสอบคุณภาพ โดยผู้ทรงคุณวุฒิหรือ ผู้เชี่ยวชาญทั้ง 17 คน ในด้านความเหมาะสมและความเป็นไปได้ พบว่า รูปแบบการประเมินที่ พัฒนาขึ้น มีคุณภาพด้านความเหมาะสมและความเป็นไปได้ในระดับมากและมากที่สุด และความ คิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิหรือผู้เชี่ยวชาญมีความสอดคล้องกันทุกข้อ แสดงให้เห็นว่ารูปแบบมีความ เหมาะสมและความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ในการประเมินที่มีความคุ้มค่า เป็นที่ยอมรับ และสามารถ นำไปปฏิบัติได้จริง บ่งบอกถึงการพัฒนารูปแบบการประเมินในครั้งนี้ มีแนวทางการประเมินอย่าง ชัดเจน และเนื้อหาของการประเมินมีความครอบคลุมและเป็นระบบ สอดคล้องกับผลการวิจัยของ ชวนนท์ จันทร์สุข และคณะ (2560) พบว่า รูปแบบประเมินสมรรถนะด้านการดูแลอย่างเอื้ออาทร

สำหรับนักศึกษาพยาบาล ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) เป้าหมายของการประเมิน 2) สิ่งที่มีประเมิณและเกณฑ์การประเมิน 3) วิธีการประเมิน ประกอบด้วย ผู้ประเมิน กิจกรรมการประเมิน ระยะเวลาการประเมิน และเครื่องมือประเมิน และ 4) การให้ข้อมูลย้อนกลับ สำหรับผลการประเมิน คุณภาพรูปแบบประเมินสมรรถนะด้านการดูแลอย่างเอื้ออาทรของนักศึกษาพยาบาล โดยภาพรวมมีความเหมาะสมระดับมากที่สุด โดยสอดคล้องในองค์ประกอบของเป้าหมายของการประเมิน เกณฑ์การประเมิน วิธีการประเมิน ผู้ประเมิน ระยะเวลาการประเมิน และการให้ข้อมูลย้อนกลับ และผลการวิจัยของมารุต พัฒนา (2561) พบว่า รูปแบบการประเมินเพื่อพัฒนาการเรียนรู้ของผู้เรียนระดับบัณฑิตศึกษาที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) กำหนดผลลัพธ์การเรียนรู้ 2) วิเคราะห์ระดับความสามารถผู้เรียน 3) กำหนดวิธีการประเมิน ผู้ประเมิน และแหล่งข้อมูล 4) สร้างเครื่องมือและเกณฑ์การประเมิน 5) ประเมินและให้ข้อมูลย้อนกลับ โดยสอดคล้องในองค์ประกอบของวิธีการประเมิน ผู้ประเมิน แหล่งข้อมูล เกณฑ์การประเมิน และให้ข้อมูลย้อนกลับ ในขณะที่แนวคิดการพัฒนารูปแบบการประเมินของ Nevo (1983) ประกอบด้วย วัตถุประสงค์ของการประเมิน องค์ประกอบในการประเมิน กระบวนการประเมิน และเกณฑ์การตัดสินผลการประเมิน โดยสามารถนำผลการประเมินไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนา ปรับปรุงการดำเนินการบริหารทรัพยากรบุคคล ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น โดยสอดคล้องกันในองค์ประกอบขององค์ประกอบในการประเมิน กระบวนการประเมิน และเกณฑ์การตัดสินผลการประเมิน ดังนั้น องค์ประกอบของรูปแบบการประเมินที่พัฒนาขึ้นในการวิจัยครั้งนี้ มีความสำคัญ เหมาะสม และสอดคล้องกับการดำเนินมาตรการควบคุมการบริโภคนยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด โดยมีแนวทางการประเมินกระบวนการดำเนินงาน และสามารถนำผลการประเมินไปใช้ในการปรับปรุง พัฒนาระบบการดำเนินมาตรการควบคุมการบริโภคนยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าในการพัฒนารูปแบบการประเมินนี้ ดำเนินการไปตามขั้นตอนและผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิหรือผู้เชี่ยวชาญมาเป็นอย่างดี ซึ่งสามารถอภิปรายในแต่ละองค์ประกอบ ได้ดังนี้

ส่วนที่ 1 เป้าหมายของการประเมิน ในการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคนยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด ได้ระบุเป้าหมายของการประเมินไว้อย่างชัดเจน เพื่อให้ได้ข้อมูลป้อนกลับไปพัฒนามาตรการควบคุมการบริโภคนยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัดให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ทำให้สามารถกำหนดองค์ประกอบและตัวบ่งชี้ในการประเมิน และวิธีการประเมินได้ตรงตามสิ่งที่ประเมินเพื่อให้ได้สารสนเทศที่เพียงพอในการตัดสินผลการประเมินได้อย่างถูกต้องและเป็นประโยชน์ เพื่อนำผลที่ได้สะท้อนกลับไปยังคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัดได้ใช้ประโยชน์ในการปรับปรุง พัฒนามาตรการควบคุมการบริโภคนยาสูบในเยาวชนไทยให้มีประสิทธิภาพต่อไป สอดคล้องกับผลการวิจัย

ของชวนนท์ จันทร์สุข และคณะ (2560) พบว่า เป้าหมายของการประเมิน เพื่อจัดทำสารสนเทศผล การประเมินพฤติกรรมกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรของนักศึกษาพยาบาล และใช้ผลการประเมินไป พัฒนาการประเมินพฤติกรรมกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรของนักศึกษาพยาบาล และสอดคล้องกับแนวคิด ของ Patton (2010) กล่าวถึง การประเมินเชิงพัฒนา เป็นกระบวนการรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล วางกรอบปัญหา เน้นการใช้ประโยชน์จากผลการประเมิน โดยการนำผลลัพธ์ไปใช้ประโยชน์ในทันที หรือกลุ่มเป้าหมายจะต้องได้ใช้ประโยชน์ในทันที เพื่อเป็นสิ่งอำนวยความสะดวกในการพัฒนางาน พัฒนามาตรการ และกลไกการติดตามอย่างรวดเร็ว

ส่วนที่ 2 องค์ประกอบของการประเมินและตัวบ่งชี้ ซึ่งเป็นข้อความที่ใช้ในการ ประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ จังหวัด โดยประยุกต์ใช้กรอบยุทธศาสตร์ MPOWER ขององค์การอนามัยโลก ซึ่งเป็นยุทธศาสตร์หลัก ที่สำคัญเพื่อให้ประเทศสมาชิกนำไปเป็นแนวปฏิบัติในการควบคุมยาสูบระดับโลกที่มีประสิทธิภาพ สูงสุด ประกอบด้วย การติดตามการใช้อย่างสูบบุหรี่และนโยบายการป้องกัน (Monitor) การปกป้อง ประชาชนจากควันบุหรี่ (Protect) การให้ความช่วยเหลือการเลิกสูบบุหรี่ (Offer) การเตือนให้ ตระหนักถึงพิษภัยของยาสูบ (Warn) การบังคับใช้กฎหมายห้ามโฆษณา การส่งเสริมการขาย และ สนับสนุนยาสูบ (Enforce) และการขึ้นภาษีผลิตภัณฑ์ยาสูบ (Raise) (World Health Organization, 2008) แตกต่างกับองค์ประกอบของการประเมินในการวิจัยครั้งนี้ 2 องค์ประกอบ จาก กระบวนการวิจัยและข้อคิดเห็นของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย คือ เพิ่มเติมองค์ประกอบที่ 1 คุณลักษณะของ คณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด (Characteristics) เพื่อให้ได้ข้อค้นพบเกี่ยวกับทักษะ ของเลขานุการและการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด และองค์ประกอบที่ 7 การยกระดับมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชน (Raise) เนื่องจากอำนาจหน้าที่ของ คณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัดไม่สามารถขึ้นภาษีผลิตภัณฑ์ยาสูบได้ สอดคล้องกับ Abdrakhmanova & Keruyenova (2019) ศึกษาสถานะปัจจุบันของมาตรการ MPOWER ใน สาธารณรัฐคาซัคสถาน ซึ่งมีองค์ประกอบดำเนินการตามมาตรการควบคุมยาสูบที่สอดคล้องกัน คือ 1) การสัมผัสกับควันบุหรี่ 2) ความพยายามที่จะเลิกสูบบุหรี่ 3) ความตระหนักเกี่ยวกับอันตราย ของยาสูบ และ 4) สังเกตเห็นการตลาดบุหรี่ในสถานที่ต่างๆ สำหรับองค์ประกอบที่แตกต่างกัน คือ 1) การสูบบุหรี่ในปัจจุบัน และ 2) ตัวชี้วัดทางเศรษฐกิจที่แสดงความสามารถในการจ่ายบุหรี่ ในการนำ ยุทธศาสตร์ MPOWER มาพิจารณาเป็นองค์ประกอบในการประเมิน นับว่าเหมาะสมกับบริบทของ การประเมินการดำเนินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทย เพื่อให้คณะกรรมการ ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัดได้ข้อค้นพบที่เป็นประโยชน์ต่อการปรับปรุงพัฒนามาตรการควบคุม การบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ส่งผลให้อัตราการบริโภคยาสูบของเยาวชน ไทยลดลง ตลอดจนทำให้อัตราการเสียชีวิตจากการบริโภคยาสูบลดลง ดังที่ Levy et al. (2018)

ศึกษาความก้าวหน้าในการควบคุมยาสูบ โดยประเมินผลกระทบของประเทศต่างๆ ตามมาตรการ MPOWER ระหว่างปี พ.ศ. 2550-2557 ที่พบว่า 88 ประเทศที่ใช้มาตรการ MPOWER อย่างน้อยหนึ่ง มาตรการ ส่งผลให้การเสียชีวิตจากการสูบบุหรี่ที่คาดการณ์ลดลงเกือบ 22 ล้านคน แสดงให้เห็นถึงผลกระทบต่อนโยบายการควบคุมยาสูบทั่วโลก

ในประเด็นของตัวบ่งชี้ จำนวน 47 ตัวบ่งชี้ หรือ 47 ข้อคำถาม ที่ใช้ในการประเมิน การดำเนินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ ยาสูบจังหวัด ซึ่งส่วนใหญ่สอดคล้องกับตัวชี้วัดและยุทธวิธีของแผนปฏิบัติการด้านการควบคุมยาสูบ แห่งชาติ ฉบับที่สาม พ.ศ. 2565-2570 ที่ถูกแปลงมาจากยุทธศาสตร์ MPOWER ขององค์การอนามัย โลกมาสู่แผนปฏิบัติในบริบทของประเทศไทย โดยเป็นอำนาจหน้าที่หลักของคณะกรรมการควบคุม ผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัดในระดับปฏิบัติการ และเป็นกลไกในการขับเคลื่อนแผนปฏิบัติการด้านการ ควบคุมยาสูบแห่งชาติ ให้มีการดำเนินการเพื่อบรรลุสู่เป้าหมาย โดยให้มีการบังคับใช้กฎหมายการ ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ กำหนดแนวทางปฏิบัติ ติดตาม ประเมินผล และตรวจสอบการดำเนินการ เกี่ยวกับการเฝ้าระวังและป้องกันไม่ให้เด็กและเยาวชนเข้าถึงผลิตภัณฑ์ยาสูบ การลด และเลิกการ บริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบ การคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ และการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสุขภาพ ของผู้เสพติดผลิตภัณฑ์ยาสูบ รวมถึงให้คำแนะนำ ให้คำปรึกษา และประสานงานส่วนราชการ หน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจ และองค์กรเอกชนเกี่ยวกับการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ (กองงาน คณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ, 2565; พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ, 2560) สามารถอภิปรายรายตัวบ่งชี้ ได้ดังนี้

องค์ประกอบที่ 1 คุณลักษณะของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด (Characteristics) จำนวน 7 ตัวบ่งชี้ ได้แก่ เลขานุการมีความสามารถในการวิเคราะห์ข้อมูล นำเสนอ ประเด็น และประสานงานหรืออำนวยความสะดวกต่อคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัดเพื่อให้เกิด การขับเคลื่อนการดำเนินงานควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชน มีวาระการประชุมเกี่ยวกับการ ดำเนินงานควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชน อย่างน้อย 2 ครั้ง/ปี คณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ ยาสูบจังหวัดเข้าร่วมประชุม ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70 อย่างน้อย 2 ครั้ง/ปี มีการมอบหมายหน่วยงาน ด้านสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ในการขับเคลื่อนงานควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชน สอดคล้องกับแผนปฏิบัติการด้านการควบคุมยาสูบแห่งชาติ ฉบับที่สาม ตัวชี้วัดในยุทธศาสตร์ที่ 1 สร้างเสริมความเข้มแข็งและยกระดับขีดความสามารถการควบคุมยาสูบของประเทศ คือ เกิดความ เข้มแข็งของกลไกการควบคุมยาสูบระดับประเทศ จังหวัด ท้องถิ่น และการดำเนินงานของทุกภาค ส่วนเป็นไปตามพันธกรณีภายใต้กรอบอนุสัญญาขององค์การอนามัยโลก รวมถึงยุทธวิธีการพัฒนา โครงสร้าง ระบบการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพเพื่อสร้างความร่วมมือของภาครัฐและภาคประชา สังคมด้านการควบคุมยาสูบแบบบูรณาการในทุกระดับ และสอดคล้องกับพระราชบัญญัติควบคุม

ผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2560 ที่กำหนดให้คณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด จัดประชุมอย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง

องค์ประกอบที่ 2 การควบคุม กำกับมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชน และ มีนโยบายการป้องกันการบริโภคยาสูบในเยาวชน (Monitor) จำนวน 10 ตัวบ่งชี้ ได้แก่ มีการกำหนดเป้าหมาย มีนโยบายการป้องกัน มีแผนการดำเนินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชน มีผู้รับผิดชอบงานชัดเจน ในระดับพื้นที่มีทรัพยากรมนุษย์ งบประมาณ สิ่งสนับสนุนอื่นๆ เพียงพอ รวมถึงมีระบบการติดตาม มีการประเมินผล และมีการรายงานผลการดำเนินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนในพื้นที่ สอดคล้องกับแผนปฏิบัติการด้านการควบคุมยาสูบแห่งชาติ ฉบับที่สาม ตัวชี้วัดในยุทธศาสตร์ที่ 1 สร้างเสริมความเข้มแข็งและยกระดับขีดความสามารถการควบคุมยาสูบของประเทศ คือ เกิดความเข้มแข็งของกลไกการควบคุมยาสูบระดับประเทศ จังหวัด ท้องถิ่น มีนโยบายที่สอดคล้อง ชัดเจน มีการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องเพื่อควบคุมยาสูบในทุกระดับ ทุกจังหวัดมีจุดจัดการและรับผิดชอบต่อควบคุมยาสูบระดับจังหวัดที่ชัดเจน และมีฐานข้อมูลด้านการควบคุมยาสูบที่เชื่อมโยงทั้งระดับส่วนกลางและระดับพื้นที่ ในยุทธศาสตร์การพัฒนาาระบบเฝ้าระวัง วิจัย การจัดการความรู้ การควบคุมกำกับ และติดตามประเมินผลการควบคุมยาสูบทุกระดับ และตัวชี้วัดในยุทธศาสตร์ที่ 2 ป้องกันมิให้เกิดผู้เสพยาสูบรายใหม่ และเฝ้าระวังธุรกิจยาสูบ คือ ภาศิเครือข่ายมีความเข้มแข็งในการดำเนินงานป้องกันนักสูบหน้าใหม่ ได้ร้อยละ 70 และมีการลงพื้นที่เพื่อติดตามและประเมินผลการบังคับใช้กฎหมายทุก 3 เดือน ทั้งในระดับส่วนกลางและพื้นที่

องค์ประกอบที่ 3 การดำเนินงานสำคัญของมาตรการปกป้องเยาวชนจากควันบุหรี่และ ปกป้องการเข้าถึงยาสูบของเยาวชน (Protect) จำนวน 8 ตัวบ่งชี้ ได้แก่ มีการบังคับใช้กฎหมายในการคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ สถานศึกษาปลอดบุหรี่ อย่างน้อยร้อยละ 80 ชุมชนปลอดบุหรี่ อย่างน้อยร้อยละ 80 สถานที่สาธารณะปลอดบุหรี่ อย่างน้อยร้อยละ 80 ดำเนินการอื่นๆ เพื่อการสร้างสิ่งแวดล้อมทางกายภาพและสังคมเพื่อเอื้อต่อการไม่สูบบุหรี่ของเยาวชน การเฝ้าระวังร้านค้าที่จำหน่ายยาสูบรอบสถานศึกษา มีกิจกรรมสร้างการรับรู้เกี่ยวกับกฎหมายด้านการควบคุมยาสูบและกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับยาสูบให้กับเยาวชน และดำเนินงานอื่นๆ เพื่อปกป้องเยาวชนไม่ให้เข้าถึงผลิตภัณฑ์ยาสูบ สอดคล้องกับแผนปฏิบัติการด้านการควบคุมยาสูบแห่งชาติ ฉบับที่สาม ตัวชี้วัดในยุทธศาสตร์ที่ 2 ป้องกันมิให้เกิดผู้เสพยาสูบรายใหม่ และเฝ้าระวังธุรกิจยาสูบ คือ ภาศิเครือข่ายมีความเข้มแข็งในการดำเนินงานป้องกันนักสูบหน้าใหม่ ได้ร้อยละ 70 และเด็กและเยาวชนเข้าถึงบุหรี่จากร้านค้าปลีกลดลง ในยุทธศาสตร์การสร้างสิ่งแวดล้อมปลอดควันบุหรี่ที่เอื้อต่อการไม่สูบบุหรี่ของเยาวชนทั้งในสถานศึกษาและชุมชน และตัวชี้วัดในยุทธศาสตร์ที่ 5 ทำสิ่งแวดล้อมให้ปลอดควันบุหรี่ คือ มีสถานที่ตามกฎหมายกำหนด ให้มีความคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่เพิ่มขึ้น ประชาชนพบเห็นการสูบบุหรี่ในสถานที่ห้ามสูบ ลดลงร้อยละ 50 เมื่อเทียบกับปี พ.ศ. 2560 ความชุกการได้รับควัน

บุหรี่ปนที่พักอาศัย เมื่อเทียบกับปี พ.ศ. 2560 ลดลงร้อยละ 30 และประชาชนรับรู้สถานที่สาธารณะเป็นเขตปลอดบุหรี่ปนตามกฎหมาย ร้อยละ 80 ในยุทธวิธีการส่งเสริมสนับสนุนให้มีการปฏิบัติตามกฎหมายในทุกที่ที่กำหนดให้ปลอดคว้นบุหรี่ปน

องค์ประกอบที่ 4 การดำเนินงานสำคัญของมาตรการให้ความช่วยเหลือเยาวชนในการเลิกยาสูบ (Offer) จำนวน 7 ตัวบ่งชี้ ได้แก่ มีการกำหนดนโยบายการเข้าถึงบริการเลิกยาสูบของเยาวชนในหน่วยรักษาฟื้นฟูต่างๆ มีระบบการคัดกรองเยาวชนทั้งในสถานศึกษาและในชุมชนเข้าสู่กระบวนการเลิกยาสูบ มีการให้คำปรึกษา และมีระบบการส่งต่อเพื่อการบำบัดเลิกยาสูบให้กับเยาวชนในสถานศึกษาและในชุมชน สอดคล้องกับแผนปฏิบัติการด้านการควบคุมยาสูบแห่งชาติ ฉบับที่สาม ตัวชี้วัดในยุทธศาสตร์ที่ 3 บำบัดรักษาผู้เสพให้เลิกใช้ยาสูบ คือ ผู้เสพยาสูบต้องการเลิกเสพร้อยละ 70 ผู้เสพยาสูบที่ต้องการเลิกเสพ สามารถเข้าสู่ระบบบำบัดเลิกยาสูบ ได้ร้อยละ 50 ผู้เสพยาสูบที่เข้าสู่ระบบบำบัดเลิกเสพได้สำเร็จอย่างต่อเนื่องใน 6 เดือน ร้อยละ 30 และมีระบบการให้บริการเลิกยาสูบที่มีคุณภาพ ในยุทธวิธีการผลักดันนโยบายและการจัดการเลิกผลิตภัณฑ์ยาสูบ รวมถึงการสร้างเสริมพลังชุมชนและเครือข่ายที่เข้มแข็งเพื่อการบำบัดผู้เสพยาสูบ

องค์ประกอบที่ 5 การดำเนินงานสำคัญของมาตรการเตือนให้เยาวชนตระหนักถึงพิษภัยของยาสูบ (Warn) จำนวน 6 ตัวบ่งชี้ ได้แก่ มีกิจกรรมสร้างการรับรู้เรื่องโทษ พิษภัยยาสูบ และการรับรู้เกี่ยวกับผลิตภัณฑ์ยาสูบรูปแบบใหม่ให้กับเยาวชน และมีการใช้สื่อณรงค์ หรือประชาสัมพันธ์ ในการต่อต้านผลิตภัณฑ์ยาสูบในสถานศึกษา ในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับเยาวชน และในชุมชน สอดคล้องกับแผนปฏิบัติการด้านการควบคุมยาสูบแห่งชาติ ฉบับที่สาม ตัวชี้วัดในยุทธศาสตร์ที่ 2 ป้องกันมิให้เกิดผู้เสพยาสูบรายใหม่ และเฝ้าระวังธุรกิจยาสูบ คือ เด็ก เยาวชนและประชาชน มีความรู้ความตระหนักในโทษและพิษภัยยาสูบ ได้ร้อยละ 95 ในยุทธวิธีการให้ความรู้เรื่องโทษ พิษภัย และผลกระทบจากผลิตภัณฑ์ยาสูบและรู้เท่าทันกลยุทธ์ของธุรกิจยาสูบและสื่อต่างๆ ได้ร้อยละ 75 ในยุทธวิธีการเฝ้าระวัง และบังคับใช้กฎหมาย การเข้าถึงผลิตภัณฑ์ยาสูบรูปแบบต่างๆ การตอบโต้ การโฆษณา การสื่อสาร การตลาดกลยุทธ์อุตสาหกรรมยาสูบ และรู้เท่าทันกลยุทธ์ของอุตสาหกรรมยาสูบ

องค์ประกอบที่ 6 การดำเนินงานสำคัญของมาตรการบังคับใช้กฎหมายควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ (Enforce) จำนวน 8 ตัวบ่งชี้ ได้แก่ มีการกำหนดนโยบาย และดำเนินการตรวจเตือนหรือบังคับใช้กฎหมาย ห้ามมีการค้าผลิตภัณฑ์ยาสูบที่ผิดกฎหมาย ห้ามขายหรือให้ผลิตภัณฑ์ยาสูบแก่บุคคลอายุต่ำกว่า 20 ปีบริบูรณ์ ห้ามใช้ จ้าง หรือวานให้บุคคลอายุต่ำกว่า 18 ปีบริบูรณ์ขายหรือให้ผลิตภัณฑ์ยาสูบ ห้ามขายผลิตภัณฑ์ยาสูบโดยผ่านทางสื่ออิเล็กทรอนิกส์ หรือเครือข่ายคอมพิวเตอร์ ห้ามขายผลิตภัณฑ์ยาสูบในสถานศึกษา ห้ามโฆษณาหรือสื่อสารการตลาดผลิตภัณฑ์ยาสูบ และห้ามแบ่งขายผลิตภัณฑ์ยาสูบประเภทบุหรี่ปนซีกาเรต สอดคล้องกับพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2560 ในการป้องกันการเข้าถึงผลิตภัณฑ์ยาสูบของเยาวชน และแผนปฏิบัติการด้านการควบคุม

ยาสูบแห่งชาติ ฉบับที่สาม ตัวชี้วัดในยุทธศาสตร์ที่ 2 ป้องกันมิให้เกิดผู้เสพยาสูบรายใหม่ และเฝ้าระวังธุรกิจยาสูบ คือ มีระบบการเฝ้าระวังกลยุทธ์ของธุรกิจยาสูบทั้งในสถานศึกษา ชุมชน และกลุ่มเยาวชน มีการดำเนินการตามกฎหมาย รวมถึงเด็กและเยาวชนเข้าถึงบุหรี่จากร้านค้าปลีกลดลง ในยุทธวิธีเฝ้าระวัง และบังคับใช้กฎหมาย การเข้าถึงผลิตภัณฑ์ยาสูบรูปแบบต่างๆ การตอบโต้ การโฆษณา การสื่อสาร การรตลาตกลยุทธ์อุตสาหกรรมยาสูบ และรู้เท่าทันกลยุทธ์ของอุตสาหกรรมยาสูบ และตัวชี้วัดในยุทธศาสตร์ที่ 6 มาตรการภาษี การป้องกันและปราบปรามเพื่อควบคุมยาสูบ คือ มีการดำเนินการป้องกันและปราบปรามการกระทำผิดกฎหมายที่เกี่ยวกับผลิตภัณฑ์ยาสูบทุกประเภท ให้มีประสิทธิภาพตามแนวทางที่กำหนดภายใต้กรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบและพิธีสารว่าด้วยการขจัดการค้าผลิตภัณฑ์ยาสูบที่ผิดกฎหมาย

องค์ประกอบที่ 7 การยกระดับมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชน (Raise) จำนวน 1 ตัวบ่งชี้ ได้แก่ มีการยกระดับมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนที่มีความเชื่อมโยงกับการแก้ไขปัญหาในพื้นที่เพิ่มขึ้น นอกเหนือจากนโยบายหรือแผนงานของส่วนกลาง เช่น การกำหนดนโยบาย มีนวัตกรรม พขอ. พชต. เป็นต้น เพื่อแสดงถึงความเข้มแข็งของกลไกการควบคุมยาสูบของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด และนำไปสู่การบรรลุเป้าหมายของแผนปฏิบัติการด้านการควบคุมยาสูบแห่งชาติ ฉบับที่สาม พ.ศ. 2565-2570 ในการป้องกันนักสูบหน้าใหม่ และความชุกการสูบบุหรี่ของเยาวชน (อายุ 15 - 19 ปี) ไม่เกินร้อยละ 8

ดังนั้น จะเห็นได้ว่าตัวบ่งชี้ส่วนใหญ่สอดคล้องกับแผนปฏิบัติการด้านการควบคุมยาสูบแห่งชาติ ฉบับที่สาม พ.ศ. 2565-2570 ซึ่งเป็นไปตามบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด อย่างไรก็ตามแผนปฏิบัติการนี้เป็นตัวชี้วัดรวมสำหรับเป็นแนวทางในการดำเนินการควบคุมการบริโภคยาสูบทั้งในกลุ่มประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป และกลุ่มเยาวชน ของหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ทั้งในระดับประเทศ ระดับจังหวัด และระดับพื้นที่ ตัวบ่งชี้ขององค์ประกอบของการประเมินนี้ จึงเป็นเพียงส่วนหนึ่งของแผนปฏิบัติการที่เกี่ยวข้องเฉพาะการดำเนินการควบคุมการบริโภคยาสูบในกลุ่มเยาวชนไทย และการขับเคลื่อนของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด จึงไม่ได้ครอบคลุมถึงตัวชี้วัดของแผนปฏิบัติการทั้งหมด ซึ่งตัวชี้วัดที่ไม่ครอบคลุมตามแผนปฏิบัติการ ได้แก่ 1) มีการพัฒนา ปรับปรุงกฎหมาย และแนวปฏิบัติที่เอื้อต่อการควบคุมยาสูบของประเทศ 2) ผลิตภัณฑ์ยาสูบที่จำหน่ายในประเทศไทย ไม่มีสารต้องห้ามตามที่หน่วยงานของรัฐกำหนด 3) มีกระบวนการตรวจสอบส่วนประกอบผลิตภัณฑ์ยาสูบ และเปิดเผยสารอันตรายในผลิตภัณฑ์ยาสูบ 4) มีการเผยแพร่ข้อมูลเกี่ยวกับสารอันตรายในผลิตภัณฑ์ยาสูบ โดยหน่วยงานของรัฐและประชาชนสามารถเข้าถึงและเข้าใจเกี่ยวกับข้อมูลสารอันตรายในผลิตภัณฑ์ยาสูบ และ 5) มีการปรับปรุงกฎหมายที่เกี่ยวกับภาษียาสูบและระบบบริหารจัดการเก็บภาษีที่สามารถควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบได้อย่างมีประสิทธิภาพ อธิบายได้ว่า ตัวชี้วัดทั้ง 5 ข้อนี้ เป็นตัวชี้วัดใน

ระดับประเทศ โดยอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบแห่งชาติ ซึ่งคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัดไม่สามารถดำเนินการได้ จึงไม่นำมาเป็นตัวบ่งชี้ของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด สำหรับตัวชี้วัดความชุกของการสูบบุหรี่ในเยาวชน (15-19 ปี) ไม่เกินร้อยละ 8 ซึ่งเป็นค่าเป้าหมายของประเทศ และเป็นการประเมินในเชิงผลลัพธ์ ซึ่งขอบเขตในการวิจัยครั้งนี้ มุ่งเน้นการประเมินในเชิงกระบวนการเท่านั้น โดยกำหนดเป้าหมายของการประเมินเพื่อให้ได้ข้อมูลในการปรับปรุงพัฒนาการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น อันจะส่งผลให้การบริโภคยาสูบในเยาวชนลดลง จึงยังไม่ครอบคลุมถึงการประเมินในเชิงผลลัพธ์สุดท้าย อย่างไรก็ตามสามารถใช้ข้อมูลจากการสำรวจพฤติกรรมกรรมการบริโภคยาสูบของประชากรไทยในภาพรวมประเทศและรายจังหวัดทุก 3 ปี จากสำนักงานสถิติแห่งชาติ และตัวชี้วัดบุคลากรและภาคีเครือข่ายได้รับการพัฒนาศักยภาพด้านการควบคุมยาสูบได้ร้อยละ 80 อธิบายได้ว่า โดยส่วนใหญ่จะเป็นบทบาทหน้าที่หลักของส่วนกลางหรือกรมควบคุมโรค ซึ่งเป็นหน่วยงานในการดำเนินการพัฒนาบุคลากรและภาคีเครือข่ายในระดับเขตและจังหวัดได้รับการพัฒนาศักยภาพด้านการควบคุมยาสูบ จึงไม่ได้นำมากำหนดเป็นตัวบ่งชี้ในองค์ประกอบของการประเมินครั้งนี้ อย่างไรก็ตามคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัดสามารถดำเนินการพัฒนาบุคลากรและภาคีเครือข่ายในระดับพื้นที่ที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพด้านการควบคุมยาสูบได้เช่นกัน แต่อาจจะมีข้อจำกัดในเรื่องของงบประมาณหรือสิ่งสนับสนุนอื่นๆ ในการดำเนินการไม่เพียงพอต่อการดำเนินการพัฒนาบุคลากรและภาคีเครือข่ายในระดับพื้นที่ อาจขึ้นอยู่กับบริบทของทรัพยากรที่มีอยู่ในแต่ละจังหวัดที่แตกต่างกัน

ซึ่งในการพิจารณาองค์ประกอบของการประเมินและตัวบ่งชี้ เป็นสิ่งสำคัญในกระบวนการประเมิน ส่งผลต่อผลที่ได้จากการประเมิน การเลือกองค์ประกอบในการประเมินที่เหมาะสมจะช่วยให้การประเมินถูกต้องและเที่ยงตรงมากขึ้น โดยใช้วิธีการที่มีความน่าเชื่อถือ และดำเนินการอย่างรอบคอบ ดังนั้นผู้วิจัยจึงดำเนินการพิจารณาองค์ประกอบของการประเมินและตัวบ่งชี้ให้มีประสิทธิภาพ โดยใช้วิธีการหลากหลายประกอบกัน ได้แก่ การศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง รวมถึงการทำเทคนิคเดลฟาย โดยผ่านความคิดเห็นจากผู้ทรงคุณวุฒิหรือผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับการประเมินผลและมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบ และการสอบถามความเหมาะสมและความเป็นไปได้ ซึ่งเป็นการรวบรวมความคิดเห็นจากการตอบแบบสอบถามของกลุ่มผู้ทรงคุณวุฒิหรือผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้องอย่างเป็นระบบ เพื่อให้ได้ข้อสรุปเป็นฉันทมติมีความสอดคล้องกัน (นิภาพรรณ เจนสันติกุล, 2560) ในการตัดสินใจของกลุ่มบุคคลจะมีความตรงมากกว่าการตัดสินใจโดยคนเดียว และการตัดสินใจจะมีความตรงมากขึ้นถ้าผู้เชี่ยวชาญในกลุ่มประกอบด้วยผู้ที่มีความรู้ความชำนาญในประเด็นนั้น (Murry & Hammons, 1995)

ส่วนที่ 3 เกณฑ์ในการประเมิน เกณฑ์ในการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่เป็นรายตัวบ่งชี้ แบ่งออกเป็น ถ้ามีตรงตามในแต่ละตัวบ่งชี้ เท่ากับ 1 คะแนน และ ถ้าไม่มีตรงตามในแต่ละตัวบ่งชี้ เท่ากับ 0 คะแนน ซึ่งในการแบ่งเกณฑ์รายตัวบ่งชี้ในการวิจัยนี้ มาจากกระบวนการสนทนากลุ่มที่ได้จากการสรุปข้อคิดเห็นของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ซึ่งพิจารณาความสอดคล้องตามลักษณะของสิ่งที่จะประเมิน และตรวจสอบคุณภาพของเกณฑ์การประเมินตามข้อคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิหรือผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้องอย่างเป็นระบบจากการทำเทคนิคเดลฟาย ดังที่ Nitko (2007, p. 269) ให้แนวคิดว่า เกณฑ์การให้คะแนนสามารถจำแนกได้หลายประเภทขึ้นอยู่กับลักษณะงานที่ต้องการประเมิน ระดับของมาตรวัด ว่ามีกี่ระดับ ขึ้นอยู่กับการอธิบายคุณภาพของผลการปฏิบัติงาน ซึ่งเป็นสิ่งที่ต้องการวัดประเมิน และส่วนที่เป็นเกณฑ์ในการแบ่งระดับผลการประเมินภาพรวม จากตัวบ่งชี้ 47 ตัวบ่งชี้ๆ ละ 1 คะแนน จึงมีคะแนนรวมทั้งหมด 47 คะแนน ผู้วิจัยประยุกต์ใช้เกณฑ์การแบ่งคะแนนการประเมินแบบอิงเกณฑ์ของ Bloom (1975) ซึ่งแบ่งเกณฑ์ในการประเมินออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับพื้นฐาน (Basic) มีผลการประเมินเทียบเท่า 0-28 คะแนน ระดับก้าวหน้า (Advance) มีผลการประเมินเทียบเท่า 29-38 คะแนน และระดับพัฒนาจนเกิดผล (Significance) มีผลการประเมินเทียบเท่า 39-47 คะแนน สอดคล้องกับสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ (2565) ในการจัดทำเครื่องมือการประเมินสถานะองค์การในการเป็นระบบราชการ 4.0 ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ใช้ประเมินเพื่อพัฒนาระบบราชการ ในการตอบสนองพันธกิจตามหน้าที่ส่วนราชการ และการเชื่อมโยงสู่ยุทธศาสตร์และผลลัพธ์ด้านการพัฒนาของประเทศ โดยมีระดับการพัฒนา 3 ระดับ ได้แก่ ระดับพื้นฐาน เป็นการดำเนินงานในเชิงตั้งรับ (Reactive) คือ ปฏิบัติงานตามหน้าที่ และระเบียบปฏิบัติ ระดับก้าวหน้า เป็นการดำเนินงานในเชิงรุก (Proactive) คือ คิดและวิเคราะห์ก่อนที่จะปฏิบัติงาน และมีการคาดการณ์ที่อาจเกิดขึ้นล่วงหน้า ระดับเกิดผล จนมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เป็นการดำเนินการที่มีประสิทธิผลและมีนวัตกรรม (Effective & Innovative) ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ มีการแบ่งเกณฑ์การประเมินเช่นนี้ เพื่อให้ทราบถึงสถานะของระดับการดำเนินการมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด ซึ่งเป็นการเปรียบเทียบระหว่างข้อมูลที่แสดงคุณลักษณะของสิ่งที่มุ่งประเมิน เกณฑ์การตัดสินที่เป็นเกณฑ์ และผ่านวิธีการกำหนดมาตรฐานที่มีความเชื่อถือได้มาแล้ว เมื่อทำการประเมินแล้ว จึงสรุปผลการประเมินเพื่อกำหนดคุณค่าของสิ่งที่มุ่งประเมินว่าเป็นอย่างไร เพื่อนำไปสู่การพัฒนาการดำเนินการมาตรการในระดับต่อไปให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

ส่วนที่ 4 วิธีการประเมิน เป็นกระบวนการเพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลเพื่อการตัดสินคุณค่าของสิ่งที่ประเมิน ในการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินโดย

ใช้แบบสอบถามรูปแบบออนไลน์ จังหวัดละ 1 ชุด เนื่องจากในการวิจัยครั้งนี้เป็นการประเมินในระดับประเทศ โดยการตอบแบบสอบถามของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด ทั้งหมด 76 จังหวัด จากข้อคิดเห็นของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจึงพิจารณาเลือกใช้แบบสอบถามรูปแบบออนไลน์ทั้งคำถามปลายปิดและคำถามปลายเปิดเป็นเครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน เพื่อให้ได้ข้อมูลจากผลการประเมินที่ครบถ้วน ตรวจสอบได้ ทั้งนี้สามารถเก็บรวบรวมข้อมูล และการวิเคราะห์ผลได้ง่าย สะดวก และรวดเร็ว รวมถึงลดความผิดพลาดในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังผลการวิจัยของธีรภัทร กุโลภาส และอุษณี ลลิตพสาน (2563) พบว่า ผลการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้ระหว่างการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามกระดาษและแบบสอบถามออนไลน์ไม่แตกต่างกัน ในขณะที่ Van Gelder, Bretveld, & Roeleveld (2010) ได้อธิบายข้อดีของการใช้แบบสอบถามออนไลน์ว่าข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามออนไลน์จะมีความสมบูรณ์กว่าข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามกระดาษ เนื่องจากระบบสามารถกำหนดให้ผู้ตอบแบบสอบถามจำเป็นต้องตอบทุกข้อและเตือนกรณีที่ตอบข้อคำถามไม่ครบถ้วน นอกจากนี้ ความถูกต้องของข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามออนไลน์จะสูงกว่าข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามกระดาษ เพราะสามารถนำเข้าสู่ข้อมูลจากระบบ เพื่อทำการวิเคราะห์ได้ทันที จึงลดความคลาดเคลื่อนได้ และส่วนที่เป็นเอกสารประกอบการประเมิน ได้แก่ รายงานการประชุม นโยบาย และแผนปฏิบัติการดำเนินงาน (Action plan) ซึ่งเป็นเอกสารสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัดโดยตรง และเหมาะสมในการนำมาอธิบายรายละเอียดเพิ่มเติมจากแบบสอบถาม บ่งบอกถึงความสัมพันธ์ของข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามกับเอกสารประกอบการประเมิน เพื่อการพิจารณาความสอดคล้องของข้อมูล และตรวจสอบความถูกต้อง อีกทั้งเป็นข้อมูลสำคัญในการวิเคราะห์ผลการประเมินในเชิงคุณภาพ ซึ่งวิธีการประเมินทั้ง 2 ส่วน ในการวิจัยครั้งนี้ ได้ทำการตรวจสอบคุณภาพด้วยการทำเทคนิคเดลฟาย โดยผู้ทรงคุณวุฒิหรือผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นว่ามีความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติ อยู่ในระดับมากที่สุด

ส่วนที่ 5 ผู้ทำการประเมิน ในการวิจัยครั้งนี้ได้กำหนดผู้ทำการประเมินเป็นองค์ประกอบหนึ่งของรูปแบบการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด โดยผู้ทำการประเมิน ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นที่ 1 คณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัดเป็นผู้ทำการประเมินตนเอง โดยมีเลขานุการเป็นผู้รวบรวมและสรุปความคิดเห็นในการตอบแบบประเมิน ขั้นที่ 2 สำนักงานป้องกันควบคุมโรค ดำเนินการติดตามผลการประเมินทุกจังหวัดในเขตรับผิดชอบ เพื่อให้เป็นไปตามเวลาที่กำหนด และขั้นที่ 3 กองงานคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ กรมควบคุมโรค ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลรวบรวมคะแนน และจัดแบ่งระดับตามเกณฑ์ที่กำหนด รวมถึงการให้ข้อมูลป้อนกลับให้กับสำนักงานป้องกันควบคุมโรคและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ในการประเมินตนเองของคณะกรรมการควบคุม

ผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด มาจากการสรุปความคิดเห็นของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ จังหวัดทั้ง 24 คน โดยมีผู้ร่วมทำการประเมินจากทั้ง 3 แหล่ง ซึ่งเป็นลักษณะของวิธีการประเมินโดย ผู้ประเมินหลายคน เพื่อให้ผลการประเมินการปฏิบัติงานเกิดความน่าเชื่อถือ มีความเหมาะสม ครอบคลุม และมีความแม่นยำมากยิ่งขึ้น รวมถึงมีข้อมูลสะท้อนกลับทั้ง 3 แหล่ง เพื่อให้ได้ข้อมูล สารสนเทศในการปรับปรุง พัฒนาการมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยให้มี ประสิทธิภาพยิ่งขึ้น โดยผู้ทำการประเมินในการวิจัยครั้งนี้ ผ่านการตรวจสอบคุณภาพด้วยการทำ เทคนิคเดลฟาย พบว่า ผู้ทรงคุณวุฒิหรือผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นว่ามีความเป็นไปได้อยู่ในระดับมาก สอดคล้องกับแนวคิดของ Barrett, 1966 อ้างอิงใน นิสิตารักษ์ เวชยานนท์ (ม.ป.ป., น. 189) กล่าวว่า ผู้ประเมินในแต่ละคนมีมุมมองคุณลักษณะที่แตกต่างกันจึงควรใช้ผู้ประเมินหลายคนเพื่อลดความ คลาดเคลื่อน ซึ่งส่งผลให้ผลการประเมินมีความถูกต้องมากยิ่งขึ้น ในขณะที่ Eva & Regehr (2005) ได้ กล่าวว่า หากผู้ถูกประเมินทำการประเมินตนเองได้สอดคล้องกับสิ่งที่ตนเองมี กล่าวคือไม่มีความ ลำเอียงในการประเมิน จะทำให้ผู้ประเมินทราบจุดแข็งและจุดอ่อนของตนเอง อันจะส่งผลให้ประสบ ความสำเร็จในการเรียนรู้ด้วยตนเอง และ McMillan & Hearn (2008) ได้กล่าวว่ากระบวนการ สะท้อนตนเอง (reflection) เป็นส่วนสำคัญส่วนหนึ่งของกระบวนการประเมินตนเอง ซึ่งผู้ประเมินจะ ได้รับประโยชน์จากการอธิบายงานของตนเองและการประเมินคุณภาพของงานผ่านกิจกรรม การสะท้อน เช่น การประชุม การเขียนสะท้อนตนเอง หรือการใช้แบบตรวจสอบรายการ

ส่วนที่ 6 ระยะเวลาในการประเมิน ในการวิจัยครั้งนี้ได้กำหนดระยะเวลาใน การประเมิน เป็นองค์ประกอบหนึ่งของรูปแบบการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบใน เยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด จากข้อคิดเห็นของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียได้ กำหนดระยะเวลาในการประเมิน โดยควรทำการประเมินปีละ 1 ครั้ง และทำการประเมินในช่วงไตร มาสที่ 4 ของปีงบประมาณ หรือช่วงเดือนกรกฎาคม ถึง เดือนกันยายนของทุกปี ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่ เหมาะสมในการทำการประเมินในช่วงไตรมาสสุดท้ายของปีงบประมาณและเป็นช่วงของการสรุปผล การดำเนินต่างๆ ในระบบราชการที่ดำเนินการมาแล้วในช่วงไตรมาสที่ 1-3 ของปีงบประมาณ เพื่อที่จะได้ใช้ข้อมูลในการวางแผนการดำเนินงานในปีงบประมาณต่อไป สอดคล้องกับแนวปฏิบัติทาง บัญชีสิ้นปีงบประมาณของกรมบัญชีกลาง (2555) ที่กำหนดรายงานการประเมินผลการปฏิบัติงานด้าน บัญชีของส่วนราชการระดับหน่วยเบิกจ่ายประจำไตรมาสที่ 4 ของปีงบประมาณ ส่งให้ส่วนราชการต้น สังกัดระดับกรมและสำนักงานคลังจังหวัดที่หน่วยเบิกจ่ายตั้งอยู่ และสอดคล้องกับนันทพัทธ์ ธีระวัฒนานนท์ (2563) พบว่า รูปแบบการประเมินผลการดำเนินงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ปรับจากการออกประเมินปีละ 2 ครั้ง มาเป็นเพียง 1 รอบเท่านั้น ส่งผลให้มีการประหยัดงบประมาณ ในการดำเนินงาน เนื่องจากสามารถลดการใช้จ่ายงบประมาณของรัฐได้ประมาณร้อยละ 10 โดย ระยะเวลาในการประเมินในการวิจัยครั้งนี้ ได้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพด้วยการทำเทคนิคเดลฟาย

แล้ว พบว่า ผู้ทรงคุณวุฒิหรือผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นว่า มีความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติ อยู่ในระดับมากที่สุด ซึ่งถือว่าเป็นวิธีการที่น่าเชื่อถือและยอมรับได้

และส่วนที่ 7 การให้ข้อมูลป้อนกลับ ในการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบ ในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด กำหนดให้มีการให้ข้อมูลป้อนกลับ โดยส่วนกลางจัดทำรายงานผลการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด ประกอบด้วย สถานะการดำเนินมาตรการในภาพรวมของแต่ละจังหวัด จัดแบ่งระดับตามเกณฑ์ที่กำหนด ผลคะแนนการประเมินมาตรการในแต่ละตัวชี้วัด และองค์ประกอบในภาพรวมของประเทศ ข้อค้นพบ สิ่งที่ต้องพัฒนาในแต่ละตัวชี้วัดและองค์ประกอบ รวมถึงปัจจัยแห่งความสำเร็จ ปัญหา/อุปสรรค และข้อเสนอแนะในภาพรวมของแต่ละจังหวัดและภาพรวมของประเทศ เพื่อคืนข้อมูลสารสนเทศให้กับระดับเขตและจังหวัด ซึ่งเป็นองค์ประกอบหนึ่งที่สำคัญของกระบวนการประเมิน เพื่อสะท้อนข้อมูลจากผลการประเมินนำไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนาการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพ โดยผู้ถูกประเมินและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจะได้รับทราบข้อมูลว่าควรจะมีการปรับปรุง แก้ไข หรือพัฒนาการดำเนินการในส่วนใด ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Mondy, Noe, & Rober (1990) ที่ได้กล่าวว่า ควรมีการแจ้งผลการประเมินให้ผู้รับการประเมินได้ทราบ และควรมีการชี้แจงผลการประเมินให้ผู้รับประเมินได้ทราบถึงข้อที่ควรพัฒนาและปรับปรุงแก้ไขต่อไป ซึ่งเป็นกระบวนการที่ผู้ประเมินนำเสนอรายงานผลการประเมินที่มีศักยภาพในการสะท้อนสารสนเทศแก่ผู้ใช้ประโยชน์หลัก เพื่อเผยแพร่ให้แก่ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง และนำสารสนเทศดังกล่าวไปใช้ประโยชน์ต่อไป สอดคล้องกับ Patton (2010) ที่กล่าวว่า การประเมินที่เน้นการใช้ประโยชน์ มีองค์ประกอบสำคัญ 2 ประการ คือ 1) การใช้ประโยชน์จากผลประเมิน (Actively involve users in interpreting findings) เป็นการนำเสนอผลการประเมินที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูล เสนอต่อผู้ใช้ประโยชน์หลักโดยพิจารณาความเหมาะสม ความครอบคลุมต่อการนำไปใช้ประโยชน์ และตรงตามความประสงค์ของผู้ใช้ประโยชน์หลักหรือไม่ และนำผลการประเมินไปใช้เป็นสารสนเทศที่เป็นประโยชน์ต่อไป และ 2) การอำนวยความสะดวกในการนำผลการประเมินไปใช้ประโยชน์ (Facilitate intended use by intended users) เป็นการที่ผู้ประเมินทำหน้าที่เป็นผู้ให้ความร่วมมือ ช่วยเหลือรวมทั้งการประสานงานกับผู้ใช้ประโยชน์หลักและทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องที่ผู้ใช้ประโยชน์หลักมีความประสงค์ให้นำผลการประเมินไปใช้ อย่างไรก็ตาม ในการวิจัยครั้งนี้ ยังให้ข้อมูลย้อนกลับในด้านที่ดีหรือในแง่บวกของผู้รับการประเมิน โดยไม่ใช้การมองเพียงจุดอ่อนหรือข้อบกพร่อง แต่มองในด้านดีที่ผู้รับการประเมินได้ปฏิบัติ เพื่อก่อให้เกิดกำลังใจในการดำเนินงานต่อไป และเกิดการพัฒนามุ่งสู่ความยั่งยืน

ความโดดเด่นของรูปแบบการประเมินนี้

รูปแบบการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด โดยการประยุกต์ใช้กรอบยุทธศาสตร์ MPOWER ที่พัฒนาขึ้น มีความโดดเด่น คือ สร้างจากความคิดเห็นของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้ง 3 ระดับ ได้แก่ คณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด สำนักงานป้องกันควบคุมโรคในระดับเขต และกองงานคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ กรมควบคุมในระดับส่วนกลาง ซึ่งเป็นหน่วยงานที่จะใช้รูปแบบการประเมินนี้โดยตรง จากกระบวนการวิจัยแบบผสมผสานที่มีหลากหลายขั้นตอนถูกต้องตามหลักวิชาการ โดยเริ่มศึกษาบริบทเพื่อทราบสถานะและปัญหาของการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทย และการปฏิบัติงานของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัดในปัจจุบัน พบว่า ยังไม่มีรูปแบบการประเมินที่เป็นรูปธรรม ชัดเจน รวมถึงศึกษาปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับคะแนนการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัดด้วยวิธีการวิจัยทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณประกอบกัน โดยนำผลที่ได้จากการวิจัยทั้ง 2 ประเด็นนี้ มาร่างรูปแบบการประเมินขึ้นที่มีพื้นฐานแนวคิดมาจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้ง 3 ระดับ และผ่านการตรวจสอบคุณภาพด้านความเหมาะสม ความสอดคล้อง และความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติของรูปแบบตามหลักวิชาการจากผู้เชี่ยวชาญด้านการประเมินผลและการควบคุมยาสูบ

องค์ประกอบของรูปแบบการประเมินที่พัฒนาขึ้น มีทั้งหมด 7 ส่วน ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 กำหนดเป้าหมายของการประเมิน เพื่อให้ได้ข้อมูลป้อนกลับไปพัฒนามาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด และส่วนที่ 2 กำหนดองค์ประกอบของการประเมินและตัวบ่งชี้ โดยคัดเลือกปัจจัยสำคัญที่ได้จากผลการศึกษา ได้แก่ ความเพียงพอของทรัพยากร ทักษะการปฏิบัติงาน การให้ความสำคัญของการควบคุมการบริโภคยาสูบ การมีเป้าหมายการดำเนินงาน การมีผู้รับผิดชอบงานหลัก และการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน นำมาสร้างเป็นตัวบ่งชี้ในองค์ประกอบด้านคุณลักษณะของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด รวมถึงกำหนดตัวบ่งชี้และองค์ประกอบของการดำเนินมาตรการสำคัญในการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยที่สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ MPOWER ขององค์การอนามัยโลก ซึ่งมีจุดเด่นในการลดความชุกของการบริโภคยาสูบทั่วโลกได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเป็นประโยชน์ต่อการแลกเปลี่ยนข้อมูลในระดับนานาชาติ ประกอบด้วย การควบคุม กำกับ และมีนโยบายป้องกันการบริโภคยาสูบ (M) มาตรการปกป้องเยาวชนจากควันบุหรี่ (P) มาตรการช่วยเหลือผู้เสพให้เลิกยาสูบ (O) มาตรการเตือนถึงอันตรายจากยาสูบ (W) และมาตรการบังคับใช้กฎหมาย (E) แต่แตกต่างกับมาตรการการขึ้นภาษี (R) (World Health Organization, 2008) โดยเปลี่ยนเป็นการยกระดับมาตรการเพื่อให้สอดคล้องกับบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด องค์ประกอบและ

ตัวบ่งชี้ที่กำหนดขึ้นนี้ จึงเป็นส่วนสำคัญในการนำมาสร้างแบบสอบถามที่ใช้เป็นเครื่องมือในการประเมินตนเองของคณะกรรมการผลิตภัณธ์ยาสูบจังหวัด

ยุทธศาสตร์หลัก MPOWER ขององค์การอนามัยโลก ได้นำมาแปลงสู่แผนปฏิบัติการในบริบทของประเทศไทย จึงทำให้องค์ประกอบของการประเมินและตัวบ่งชี้ที่พัฒนาขึ้นทั้ง 7 องค์ประกอบ 47 ตัวบ่งชี้ สอดคล้องกับแผนปฏิบัติการด้านการควบคุมยาสูบแห่งชาติ ฉบับที่สาม พ.ศ. 2565-2570 โดยเฉพาะอย่างยิ่งตัวชี้วัดในยุทธศาสตร์ที่ 2 ป้องกันมิให้เกิดผู้เสพยาสูบรายใหม่ และเฝ้าระวังธุรกิจยาสูบ คือ เยาวชนมีความรู้ความตระหนักในโทษและพิษภัยยาสูบ เยาวชนเข้าถึง บุหรี่จากร้านค้าปลีกลดลง มีการติดตามและประเมินผลการบังคับใช้กฎหมายทั้งในระดับส่วนกลาง และพื้นที่ เยาวชนรู้เท่าทันกลยุทธ์ของธุรกิจยาสูบและสื่อต่างๆ มีระบบการเฝ้าระวังกลยุทธ์ของธุรกิจยาสูบทั้งในสถานศึกษา ชุมชน และกลุ่มเยาวชน มีการดำเนินการตามกฎหมาย รวมถึงเครือข่ายมีความเข้มแข็งในการดำเนินงานป้องกันนักสูบหน้าใหม่ และสอดคล้องกับยุทธศาสตร์การสร้างสิ่งแวดล้อมปลอดควันบุหรี่ที่เอื้อต่อการไม่สูบบุหรี่ของเยาวชนทั้งในสถานศึกษาและชุมชน นอกจากนี้ยัง สอดคล้องกับตัวชี้วัดในยุทธศาสตร์ที่ 1 โดยเกิดความเข้มแข็งของกลไกการควบคุมยาสูบ ระดับประเทศ จังหวัด ท้องถิ่น การดำเนินงานของทุกภาคส่วนเป็นไปตามพันธกรณีภายใต้กรอบอนุสัญญาขององค์การอนามัยโลก มีนโยบายที่สอดคล้อง ชัดเจน มีการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องเพื่อควบคุมยาสูบในทุกกระดับ มีผู้รับผิดชอบการควบคุมยาสูบระดับจังหวัดที่ชัดเจน และมีฐานข้อมูลด้านการควบคุมยาสูบที่เชื่อมโยงทั้งระดับส่วนกลางและระดับพื้นที่ ยุทธศาสตร์ที่ 3 ผู้เสพยาสูบต้องการเลิกเสพ และสามารถเข้าสู่ระบบบำบัดเลิกยาสูบ ยุทธศาสตร์ที่ 5 พบเห็นการสูบบุหรี่ในสถานที่ห้ามสูบลดลง และความชุกการได้รับควันบุหรี่ในที่ปกอาศัยลดลง และยุทธศาสตร์ที่ 6 มีการดำเนินการป้องกันและปราบปรามการกระทำผิดกฎหมายที่เกี่ยวกับผลิตภัณธ์ยาสูบทุกประเภทให้มีประสิทธิภาพ แต่แตกต่างกับตัวชี้วัดในยุทธศาสตร์ที่ 4 การควบคุม ตรวจสอบ เฝ้าระวัง และเปิดเผยรายการส่วนประกอบของผลิตภัณธ์ยาสูบ และยุทธศาสตร์ที่ 6 การขึ้นภาษีผลิตภัณธ์ยาสูบ เนื่องจากไม่ใช่อำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณธ์ยาสูบจังหวัด (กองงานคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณธ์ยาสูบ, 2565) ทั้งนี้ตัวบ่งชี้ที่พัฒนาขึ้น ยังสอดคล้องกับพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณธ์ยาสูบ พ.ศ 2560 ในประเด็นการป้องกันการเข้าถึงผลิตภัณธ์ยาสูบของเยาวชน (พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณธ์ยาสูบ, 2560)

ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้ง 3 ระดับ ได้ร่วมกันกำหนดองค์ประกอบของรูปแบบในส่วนที่ 3 เกณฑ์การประเมินทั้งเกณฑ์รายตัวบ่งชี้และภาพรวม เพื่อจัดกลุ่มในการแบ่งระดับการดำเนินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนของคณะกรรมการผลิตภัณธ์ยาสูบจังหวัด แสดงถึงความก้าวหน้าของการดำเนินมาตรการในการประเมินครั้งต่อไป ส่วนที่ 4 วิธีการประเมิน โดยใช้แบบสอบถามออนไลน์ประเมินภาพรวมจังหวัดละ 1 ชุด และใช้เอกสารประกอบการประเมิน ได้แก่ รายงานการ

ประชุม นโยบาย และแผนปฏิบัติการดำเนินงาน (Action plan) เพื่อแสดงความสัมพันธ์ของข้อมูลที่ตอบแบบสอบถามกับเอกสารประกอบและนำมาวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ส่วนที่ 5 ผู้ทำการประเมิน โดยแบ่งออกเป็น 3 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นที่ 1 คณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัดประเมินตนเอง เพื่อให้สอดคล้องกับสิ่งที่ตนเองมี ทำให้ทราบจุดแข็งและจุดอ่อนของตนเอง ขั้นที่ 2 สำนักงานป้องกันควบคุมโรคเป็นพี่เลี้ยง และกำกับ ติดตามการประเมิน และขั้นที่ 3 กองงานคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ ดำเนินการรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล และคืนข้อมูลให้กับระดับเขตและจังหวัด ทำให้เกิดการมีส่วนร่วมและได้มุมมองจากการประเมินในหลายระดับอย่างเป็นระบบ และส่วนที่ 6 ระยะเวลาในการประเมิน กำหนดปีละ 1 ครั้ง ในไตรมาสที่ 4 ของปีงบประมาณ ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่เหมาะสมในการสรุปผลการดำเนินงานต่างๆ เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนการดำเนินงานในปีงบประมาณถัดไป ทั้งนี้ได้นำปัจจัยด้านการติดตามแบบสะท้อนกลับ กำหนดเป็นส่วนที่ 7 การให้ข้อมูลป้อนกลับ โดยส่วนกลางจัดทำรายงานผลการประเมินมาตรการ ประกอบด้วย ข้อมูลสถานะการดำเนินมาตรการ ข้อค้นพบ และสิ่งที่ต้องพัฒนาในแต่ละตัวชี้วัดและองค์ประกอบ รวมถึงปัจจัยแห่งความสำเร็จ ปัญหา/อุปสรรค และข้อเสนอแนะภาพรวมของแต่ละจังหวัดและภาพรวมของประเทศ เพื่อคืนข้อมูลให้กับระดับเขตและจังหวัด นำไปใช้ในการปรับปรุง แก้ไข และพัฒนามาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น เพื่อบรรลุเป้าหมายของการประเมินซึ่งย้อนกลับไปส่วนที่ 1 จึงนำมาสู่องค์ประกอบของรูปแบบการประเมินทั้ง 7 ส่วน

ประเทศไทยจึงมีรูปแบบการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบที่เฉพาะเจาะจงในกลุ่มเยาวชนไทย ภายใต้การขับเคลื่อนของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัดอย่างเป็นรูปธรรม โดยภาพรวมของรูปแบบการประเมินที่พัฒนาขึ้นทั้ง 7 ส่วนนี้ เป็นองค์ความรู้ใหม่ที่สามารถนำไปปฏิบัติได้จริง เพื่อให้กองงานคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ ซึ่งเป็นหน่วยงานหลักในการควบคุมการบริโภคยาสูบในระดับส่วนกลาง ได้นำไปใช้ในการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด ในระดับประเทศได้อย่างเป็นระบบที่เหมาะสมกับบริบทการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทย ในด้านการประเมินกระบวนการดำเนินมาตรการทั้งในภาพรวมและประเด็นย่อย เพื่อให้ทราบถึงสิ่งที่เกิดขึ้นจากการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ (Implementation) สะท้อนปัจจัยแห่งความสำเร็จ สิ่งที่ต้องพัฒนา ปัญหา/อุปสรรคจากการดำเนินมาตรการ รวมถึงข้อค้นพบที่ได้จากการประเมิน เพื่อให้คณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัดนำไปปรับปรุง แก้ไข และพัฒนาการดำเนินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น โดยเฉพาะมาตรการช่วยเหลือยาสูบ ซึ่งประเทศไทยยังดำเนินการได้น้อย และสอดคล้องกับอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด ในพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2560 ซึ่งเป็นผู้กำหนดนโยบายและเป็นกลไกในการขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติในระดับปฏิบัติการให้บรรลุเป้าหมายของประเทศ ทั้งนี้ตัวบ่งชี้

ทั้งหมดที่พัฒนาขึ้นมีความสอดคล้องและครอบคลุมแผนปฏิบัติการควบคุมยาสูบแห่งชาติ จึงไม่เป็นการเพิ่มภาระงานให้กับคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด แต่จะช่วยให้ทราบถึงบทบาทหน้าที่ และขอบเขตในการดำเนินมาตรการ ซึ่งจุดเด่นของตัวบ่งชี้การยกระดับมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนที่มีความเชื่อมโยงกับการแก้ไขปัญหาในพื้นที่ที่เพิ่มขึ้น นอกเหนือจากนโยบายหรือแผนงานของส่วนกลาง จะช่วยให้กลไกการควบคุมยาสูบของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัดมีความเข้มแข็งขึ้น ทั้งนี้ข้อมูลสารสนเทศที่ได้จากการประเมิน ส่วนกลางจะใช้ในการติดตามความก้าวหน้าการดำเนินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัดในแต่ละปี รวมถึงนำไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนาแผนปฏิบัติการด้านการควบคุมยาสูบแห่งชาติในฉบับต่อไป อีกทั้งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถนำไปใช้ในการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยได้อย่างชัดเจน และเป็นมาตรฐานเดียวกัน เพื่อส่งเสริมให้เกิดการปรับปรุง แก้ไข และพัฒนามาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชน เพื่อป้องกันนักสูบหน้าใหม่และลดความชุกการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญของประเทศไทย จนสามารถบรรลุสู่เป้าหมายของประเทศ

ข้อจำกัดของรูปแบบการประเมินนี้

1. การเก็บข้อมูลแบบสอบถามในส่วนของคะแนนการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด ซึ่งเป็นการประเมินการรับรู้ผลการดำเนินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัดของแต่ละบุคคล ทำให้คะแนนการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัดจึงมีความหลากหลาย ผลการวิจัยที่ได้จึงไม่ได้เป็นภาพรวมของจังหวัด

2. รูปแบบการประเมินนี้ สร้างจากแนวคิดความต้องการและการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้ง 3 ระดับ ได้แก่ คณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด สำนักงานป้องกันควบคุมโรคในระดับเขต และกองงานคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบในระดับส่วนกลาง ซึ่งส่วนใหญ่เป็นหน่วยงานภาครัฐ จึงยังขาดแนวคิดที่มาจากหน่วยงานภาควิชาการเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการประเมินในครั้งนี้ เช่น ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.) จึงทำให้มุมมองในการประเมินมาตรการยังไม่ครอบคลุม

3. องค์ประกอบของการประเมินและตัวบ่งชี้ของรูปแบบการประเมินนี้ ยังไม่ครอบคลุมแผนปฏิบัติการด้านการควบคุมยาสูบแห่งชาติ ฉบับที่สาม พ.ศ. 2565-2570 โดยขาดตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องในยุทธศาสตร์ที่ 2 ป้องกันมิให้เกิดผู้เสพยาสูบรายใหม่ และเฝ้าระวังธุรกิจยาสูบ คือ ความชุกของการสูบบุหรี่ในเยาวชน (15-19 ปี) ไม่เกินร้อยละ 8 ซึ่งเป็นค่าเป้าหมายของประเทศ เนื่องจากการวิจัยในครั้งนี้ มุ่งพัฒนาการประเมินกระบวนการเท่านั้น จึงทำให้องค์ประกอบของการประเมิน

และตัวบ่งชี้ของรูปแบบการประเมินนี้ ยังขาดข้อมูลในการประเมินเชิงผลลัพธ์จากการดำเนินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด

4. รูปแบบการประเมินนี้ ผ่านการประเมินคุณภาพด้านความเหมาะสม ความสอดคล้อง และความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติจากความคิดเห็นของผู้ทรงวุฒิหรือผู้เชี่ยวชาญเท่านั้น เนื่องจากมีระยะเวลาที่จำกัด จึงยังไม่ผ่านการประเมินโดยการนำไปทดลองใช้ในการปฏิบัติจริง เพื่อปรับปรุง และพัฒนารูปแบบให้มีความเหมาะสมกับบริบทของการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัดมากยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. กรมควบคุมโรค ในฐานะเลขานุการคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบแห่งชาติ ควรกำหนดให้มีการติดตาม ประเมินผลการดำเนินงานควบคุมยาสูบของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัดอย่างต่อเนื่อง ที่สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติของกรมควบคุมโรค และครอบคลุมตามยุทธศาสตร์หลัก MPOWER ขององค์การอนามัยโลก เพื่อให้เกิดการปรับปรุง และพัฒนาการดำเนินงานควบคุมยาสูบของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัดให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

2. กองงานคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ กรมควบคุมโรค ในฐานะเป็นส่วนกลางในการดำเนินงานควบคุมยาสูบของประเทศไทย ควรนำรูปแบบการประเมินที่พัฒนาขึ้นในครั้งนี้ ไปใช้ในประเมินคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัดในการขับเคลื่อนมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในกลุ่มเยาวชน และดำเนินการติดตาม ประเมินผลที่ชัดเจน โดยสอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติของกรมควบคุมโรค และครอบคลุมตามยุทธศาสตร์หลัก MPOWER ขององค์การอนามัยโลก รวมถึงให้ความสำคัญในการคืนข้อมูลให้กับคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด อันปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อคะแนนการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชน เพื่อพัฒนาการดำเนินงานต่อไป

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ

1. สำนักงานป้องกันควบคุมโรค ควรสนับสนุนทั้งด้านข้อมูล ทั้งด้านการพัฒนาความรู้และทักษะในการดำเนินงานควบคุมยาสูบให้กับคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด ซึ่งเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อคะแนนการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชน และควรเป็นพี่เลี้ยงในการดำเนินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในกลุ่มเยาวชนให้กับคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด รวมถึงการติดตาม ประเมินผลการดำเนินงานของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ

จังหวัด อีกทั้งเป็นผู้ประสานงานที่ดีระหว่างส่วนกลางและคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด

2. คณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด ควรเพิ่มโครงสร้างในการดำเนินงาน โดยแต่งตั้งคณะอนุกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัดหรือคณะทำงานเกี่ยวกับมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในกลุ่มเยาวชนโดยเฉพาะ และเพิ่มสัดส่วนของสถานศึกษาหรือผู้ที่เกี่ยวข้องกับเยาวชนเข้ามามีบทบาทในการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยมากยิ่งขึ้น เพื่อการกระจายอำนาจในการขับเคลื่อนมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในกลุ่มเยาวชนให้เป็นรูปธรรมชัดเจน

3. คณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด ควรให้ความสำคัญในการขับเคลื่อนมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยและการประเมินผลการดำเนินงานอย่างจริงจัง โดยสอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติของกรมควบคุมโรค และครอบคลุมตามยุทธศาสตร์หลัก MPOWER ขององค์การอนามัยโลก ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญอันดับ 1 ที่ส่งผลต่อคะแนนการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชน อาจจะทำให้มาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยเป็นวาระหนึ่งในการประชุมทุกครั้งของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด เพื่อติดตามการดำเนินงาน และมอบหมาย สั่งการหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่อไป

4. คณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด ควรบริหารจัดการด้านทรัพยากรในการดำเนินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนในองค์กรของตนเองอย่างเพียงพอ มีการพัฒนาทักษะด้านการสื่อสารของตนเองอยู่เสมอ เพื่อให้ผู้ใต้บังคับบัญชาในองค์กรหรือภาคีเครือข่ายเกิดความเข้าใจในดำเนินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนได้อย่างถูกต้องและตรงกัน รวมถึงมีการบูรณาการมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนด้านการติดตามแบบสะท้อนกลับเข้าสู่ระบบงานปกติในองค์กรของตนเอง ซึ่งเหล่านี้เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อคะแนนการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชน

5. เลขานุการคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด ควรมีทักษะหรือความสามารถในด้านการวิเคราะห์ข้อมูล และการนำเสนอข้อมูลต่อคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด เพื่อเป็นประโยชน์ในการวางแผนการดำเนินงาน และการมอบหมายตามบทบาทของหน่วยงานหรือบุคคลที่เกี่ยวข้องในการดำเนินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. การนำรูปแบบการประเมินที่พัฒนาขึ้นนี้ไปใช้ในการปฏิบัติจริง ควรศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด โดยการประยุกต์ใช้กรอบยุทธศาสตร์ MPOWER เพื่อปรับปรุง พัฒนารูปแบบประเมินให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น และเหมาะสมกับบริบทของการควบคุมการบริโภคยาสูบในประเทศไทยในสถานการณ์ที่มีการเปลี่ยนแปลง

2. ควรศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรการรับรู้บทบาทหน้าที่ การรับรู้คุณค่าของตนเอง การรับรู้ประโยชน์ และการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด กับคะแนนการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด

3. ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นการพัฒนารูปแบบการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด โดยการประยุกต์ใช้กรอบยุทธศาสตร์ MPOWER ซึ่งมุ่งเน้นการประเมินเชิงกระบวนการ ดังนั้นจึงควรศึกษาการพัฒนารูปแบบการประเมินทั้งเชิงกระบวนการและเชิงผลลัพธ์ของการดำเนินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด เพื่อให้ได้ข้อมูลสารสนเทศจากผลการประเมินการดำเนินงานที่ครอบคลุม

4. ควรศึกษาการพัฒนารูปแบบการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในกลุ่มอื่นๆ นอกเหนือจากกลุ่มเยาวชนไทย เช่น กลุ่มประชาชนอายุต่ำกว่า 15 ปี กลุ่มประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป กลุ่มวัยแรงงาน กลุ่มผู้สูงอายุ เป็นต้น ของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด โดยการประยุกต์ใช้กรอบยุทธศาสตร์ MPOWER เพื่อบูรณาการรูปแบบการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบทุกกลุ่มในชุดเดียวกัน เพื่อลดความซ้ำซ้อนและลดระยะเวลาในการประเมิน

5. ควรศึกษาการพัฒนารูปแบบการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด ตามแผนปฏิบัติการด้านการควบคุมยาสูบแห่งชาติในแต่ละยุทธศาสตร์ เพื่อให้ได้ข้อมูลสารสนเทศที่สอดคล้องกับบริบทการดำเนินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบของประเทศไทย

บรรณานุกรม

- กชรดา ศิริผล, และกรรณิกา สุวรรณนา. (2563). การประเมินมาตรการสถานศึกษาปลอดบุหรี่ในพื้นที่เขต
สุขภาพที่ 11 ปี 2561. *มหาราชนครศรีธรรมราชเวชสาร*, 3(2), 8-18.
- กรมควบคุมโรค. (2563). *กรมควบคุมโรค ลงพื้นที่ตรวจเข้มสถานบันเทิงปฏิบัติตามกฎหมายห้ามสูบบุหรี่ในผับ บาร์ การห้ามโฆษณา ส่งเสริมการขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และปฏิบัติ ตาม
มาตรการป้องกันโรคภายหลังมีมาตรการผ่อนปรนสถานการณ์โรคโควิด 19 ระยะที่ 5*. สืบค้น
16 พฤศจิกายน 2564, จาก
[https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=13712&deptcode=brc&
news_views=711](https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=13712&deptcode=brc&news_views=711)
- กรมบัญชีกลาง. (2555). *หนังสือราชการ เรื่องแนวปฏิบัติทางบัญชีสิ้นปีงบประมาณ*. สืบค้น 17 มีนาคม
2566, จาก
[https://www.dla.go.th/upload/document/type2/2012/9/11078_1.pdf?
time=1690011319503](https://www.dla.go.th/upload/document/type2/2012/9/11078_1.pdf?time=1690011319503)
- กรมสรรพสามิต. (2560). *ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับสินค้ายาสูบ*. สืบค้น 14 มีนาคม 2564, จาก [https://e-
book.excise.go.th/th/%E0%B8%A2%E0%B8%B2%E0%B8%AA%E0%B8%B9%E0
%B8%9A?mobileaction=toggle_view_desktop](https://e-book.excise.go.th/th/%E0%B8%A2%E0%B8%B2%E0%B8%AA%E0%B8%B9%E0%B8%9A?mobileaction=toggle_view_desktop)
- กระทรวงสาธารณสุข. (2559). *องค์ความรู้การดำเนินงานดูแลสุขภาพวัยรุ่นแบบบูรณาการ สำหรับ ทีม
นักจัดการสุขภาพวัยรุ่น (teen manager)*. นนทบุรี: ปิยอนด์พับลิชชิง.
- กองงานคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ. (2563). *รายงานผลการดำเนินงานตามมาตรการ บังคับ
ใช้กฎหมายตามพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2560 ภายหลังการผ่อนปรน
มาตรการควบคุมการแพร่ระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (covid-19)*. สืบค้น 4
พฤศจิกายน 2564, จาก [http://www.ppb.moi.go.th/midev05/upload/0211.3-
v385.pdf](http://www.ppb.moi.go.th/midev05/upload/0211.3-v385.pdf)
- กองงานคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ. (2565). *แผนปฏิบัติการด้านการควบคุมยาสูบแห่งชาติ
ฉบับที่สาม พ.ศ. 2565-2570*. กรุงเทพฯ: อักษรกราฟฟิกแอนดดีไซน์.
- กัลยา วานิชย์บัญชา, และฐิตา วานิชย์บัญชา. (2557). *การใช้ spss for windows ในการวิเคราะห์
ข้อมูล (พิมพ์ครั้งที่ 14)*. กรุงเทพฯ: สามลดา.
- การยาสูบแห่งประเทศไทย. (2558). *ยาสูบกับการค้นพบ*. สืบค้น 14 มีนาคม 2564, จาก
<https://www.thaitobacco.or.th/th/2015/01/006812.html>

- คณะกรรมการส่งเสริมการพัฒนาเด็กและเยาวชนแห่งชาติ. (2561). *แผนพัฒนาเด็กและเยาวชนแห่งชาติ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2560-2564* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: เจ เอส การพิมพ์.
- จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ, ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน, อาทิตยา วัจนสินธุ์, และบุญชนัญญา พงษ์ปรีชา. (2561). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการขายหัตถ์ของชาวชนของผู้ประกอบการร้านค้า ปลีกในเขตสุขภาพที่ 2. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข, 12*(1), 57-70.
- จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ, บุญชนัญญา พงษ์ปรีชา, กันยารัตน์ ธวัชชัยเจริญยิ่ง, และนฤญา ยางธิสาร. (2562). การเข้าถึงบุหรี่ยาสูบและปัจจัยที่มีผลต่อการสูบบุหรี่ของเยาวชนในสถาบันการศึกษา ในเขตเทศบาลเมือง จังหวัดอุดรธานี. *วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา, 49*(3), 363-376.
- จิตติรัตน์ แสงเลิศอุทัย. (2560). คุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย. *วารสารวิจัยและพัฒนาหลักสูตร, 7*(1), 1-15.
- จूरีย์ อุดาหะ, จิตติพร กันวิหค, เศรษฐี จุฬาสีกุล, และวิไลลักษณ์ ฤทธิราชพงศ์. (2558). การสังเคราะห์ห่อภิมานงานวิจัย ปัจจัยป้องกันพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในเยาวชนไทย. *วารสารควบคุมโรค, 41*(4), 271-284.
- จूरีย์ อุดาหะ, ดวงกมล สิมจันทร์, และจิตติพร กันวิหค. (2559). การประเมินผลแผนยุทธศาสตร์ การควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ. 2555-2557. *วารสารควบคุมโรค, 42*(2), 151-161.
- ชยภรณ์ บุญเรืองศักดิ์. (2561). *การติดตาม และประเมินผลโครงการ. การประชุมพัฒนาสาธารณสุขบุคลากรด้านการติดตามและประเมินผล และการมุ่งผลสัมฤทธิ์ 24-25 ธ.ค. 2561.*
นครสวรรค์: โรงแรมพาราไดส์โฮ เจ เค ดีไซน์.
- ชวนนท์ จันทร์สุข, สมคิด พรหมจ้อย, สุพัตร์ พิบูลย์, และเยาวดี สุวรรณาคะ. (2560). การพัฒนารูปแบบประเมินสมรรถนะด้านการดูแลอย่างเอื้ออาทรของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาล สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา, 10*(2), 71-88.
- จิตติพร กันวิหค, วิไลลักษณ์ ฤทธิราชพงศ์, และจุฑาทิพย์ ปรีการ. (2561). รูปแบบการดำเนินงานควบคุมยาสูบที่มีประสิทธิผลและคุณลักษณะ/ทักษะที่สำคัญของบุคลากรในการควบคุม การบริโภคยาสูบระดับจังหวัด. *วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10, 16*(2), 93-111.
- ณัชชา พัฒนะนุกิจ, ภัสวดี นิตเกษตรสุนทร, และวิยาธร ท่อแก้ว. (2561). การดำเนินงานรณรงค์ไม่สูบบุหรี่ในกลุ่มเยาวชนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น. *ศรีปทุมปริทัศน์ ฉบับมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์, 18*(2), 27-41.
- ทิพวัลย์ พรหมมร, สมโภช รติโอฬาร, และธีระวุธ ธรรมกุล. (2563). ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติตามพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ.2560 ของผู้ประกอบการร้านค้าปลีก อำเภอเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม. *วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน, 6*(1), 100-109.
- ธีรภัทร กุโลภาส, และอุษณี ลลิตพसान. (2563). ผลของวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลที่มีต่อความคิดเห็น

- เกี่ยวกับผู้บริหารสถานศึกษาครู และโรงเรียนตามการรับรู้ของครู: การเปรียบเทียบวิธีระหว่างแบบสอบถามกระดาษ และแบบสอบถามออนไลน์. *วารสารวิธีวิทยาการวิจัย*, 33(3), 295-311.
- ธีรวิทย์ แพ้ว. (2564). ทักษะการสื่อสารของผู้บริหารสถานศึกษาที่ส่งผลต่อแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของครูโรงเรียนมาตรฐานสากล สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา เขต 3 จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. *วารสารครุศาสตร์ปริทรรศน์*, 8(1), 55-68.
- นงเยาว์ ชิลวรรณ. (2563). รูปแบบการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และสารเสพติด ภายใต้กลไกความร่วมมือของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในเขตสุขภาพ ที่ 11 (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- นฤมล จิตรเอื้อ, และประสพชัย พสุนนท์. (2561). การใช้เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลงานวิจัยเพื่อการศึกษาการดำเนินการที่เป็นเลิศของสถานศึกษา. *Veridian E-Journal มหาวิทยาลัยศิลปากร ฉบับภาษาไทย สาขามนุษยศาสตร์ สังคมศาสตร์ และศิลปะ*, 11(2), 2118-2135.
- นันทพัทธ์ ธีระวัฒน์นนท์. (2563). การประเมินผลการดำเนินงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา. *วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ*, 6(1), 90-107.
- นำ กรุ่ยรุ่งโรจน์, และวัชรินทร์ เจริญหล่อ. (2561). มาตรการทางกฎหมายในการป้องกันเด็กและเยาวชนสูบบุหรี่. *วารสารบัณฑิตศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาจุฬาราชวิทยาลัย*, 16(1), 248-254.
- นิติ จิตวัฒนาธรรม, และสมชาย เล็กเจริญ. (2560). ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อคะแนนการประเมินคุณภาพในระดับหน่วยงานสนับสนุนการศึกษา มหาวิทยาลัยรังสิต โดยใช้เทคนิคการทำเหมืองข้อมูล. ใน *การประชุมวิชาการระดับชาติ มหาวิทยาลัยรังสิต ประจำปี 2560* (น. 88-97). ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยรังสิต.
- นิทัศน์ ศิริโชติรัตน์, และฉัตรสุมน พฤตมิถิญา. (2560). *ผลิตภัณฑ์ยาสูบ: นโยบายและมาตรการ การควบคุมเพื่อสุขภาพ*. กรุงเทพฯ: เจริญดีมีมั่นคงการพิมพ์.
- นิภาพรรณ เจนสันติกุล. (2560). การนำเทคนิคเดลฟายไปใช้สำหรับการวิจัย. *วารสารรัฐศาสตร์ปริทรรศน์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์*, 4(2), 47-64.
- นิสตาร์ก เวชยานนท์. (ม.ป.ป.). *การประเมินบุคคล*. กรุงเทพฯ: สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
- นุภาพร ทรฤทธิ์. (2565). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินงานประกันคุณภาพภายในโรงเรียนเอกชนในเขตกรุงเทพมหานคร. *Journal of Modern Learning Development*, 7(4), 249-264.
- บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร. (2553). *ระเบียบวิธีการวิจัย: แนวทางปฏิบัติสู่ความสำเร็จ* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: ยูแอนด์ไอ อินเตอร์มีเดีย.
- บุษกร เชี่ยวจินดาگانต์. (2561). เทคนิคการวิจัยเชิงคุณภาพแบบกรณีศึกษา. *วารสารศิลปะศาสตร์ปริทัศน์*, 13(25), 103-118.

- ประภิต วาทีสาธกกิจ. (2553). *ข้อมูลบุหรีและสุขภาพ สำหรับสถานศึกษา* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: รักรัษพิมพ์.
- ประภิต วาทีสาธกกิจ. (2556). *รู้จักบารากูไฟฟ้า*. สืบค้น 16 มีนาคม 2564, จาก http://www.ashthailand.or.th/th/strategic_page.php?id=454
- ประภิต วาทีสาธกกิจ. (2563). *บุหรีที่งเสพติด มีสารก่อมะเร็งและสารเคมีอันตรายมากมาย ทำไม จึงไม ห้ามขาย*. สืบค้น 17 กันยายน 2563, จาก http://www.ashthailand.or.th/th/article_page.php?id=1487
- ประไพพิมพ์ สุธีวสินนนท์, และประสพชัย พสุนนท์. (2559). กลยุทธ์การเลือกตัวอย่างสำหรับการ วิจัย เชิงคุณภาพ. *วารสารปาริชาติ มหาวิทยาลัยทักษิณ*, 29(2), 31-48.
- ปานทิพย์ โชติเบญจมาภรณ์, และณัฐอนงค์ อนันตวงศ์. (2555). การบังคับใช้กฎหมายควบคุม การ บริโภคยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในเขตปริมณฑลกรุงเทพมหานคร ปี 2553- 2554. *วารสารควบคุมโรค*, 38(3), 167-176.
- พงศ์เทพ จิระโร. (2556). *การวิจัยทางการศึกษา* (พิมพ์ครั้งที่ 4). ชลบุรี: บัณฑิตเอกสาร.
- พรรณปพร ลีวีโรจน์, อรวรรณ คุณสนอง, และเกสร ศรีอุทิศ. (2559). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อ พฤติกรรมการสูบบุหรี และผลการพัฒนาโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมเพื่อลดการ สูบบุหรีในวัยรุ่นนอกระบบการศึกษา*. กรุงเทพฯ: ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อควบคุมการ บริโภคยาสูบ และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ.
- พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ. (2560). *ราชกิจจานุเบกษา*. เล่มที่ 134(ตอนที่ 39 ก), 27-47.
- พระราชบัญญัติศาลเยาวชนและครอบครัวและวิธีพิจารณาคดีเยาวชนและครอบครัว. (2553). *ราชกิจจานุเบกษา ฉบับกฤษฎีกา*. เล่มที่ 127(ตอนที่ 72 ก), 1-58.
- พัทธรา ลีพหรวงศ์, วิไลลักษณ์ แสงศรี, พรธิดา หัดโนนตุ่น, และศรีเพ็ญ ตันติเวสส. (2561). *รายงานการ ทบทวนวรรณกรรมของการประเมินมาตรการสุขภาพที่ซับซ้อน*. สืบค้น 11 กรกฎาคม 2564, จาก https://www.hitap.net/wp-content/uploads/2018/08/Full-report_CCS-2.pdf
- เพ็ญศรี ชิตสกุล. (2561). รูปแบบภาวะผู้นำกับวุฒิภาวะทางอารมณ์ของผู้บริหารสถานศึกษา. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยปทุมธานี*, 10(2), 207-215.
- ภัควรินทร์ ภัทรศิริสมบุญ, และพรนภา หอมสินธุ์, รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์. (2563). ปัจจัยที่มี ความสัมพันธ์กับการสูบบุหรีของนักศึกษาสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยในกำกับ ของรัฐ ภาคตะวันออก. *วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา*, 15(2), 25-38.
- ภัทรรัช เทตถนอม. (2563). การละเมิดกฎหมายด้านการโฆษณาและการส่งเสริมการขาย ตามกฎหมาย ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ. *วารสารกฎหมายและนโยบายสาธารณสุข*, 6(เพิ่มเติม), 15-32.
- ภูเบศ วณิชชานนท์, เฉลิมพล แจ่มจันทร์, และอารี จำปาปลาย. (2561). ความสัมพันธ์ของปัจจัย

- สภาพแวดล้อมและนโยบายกับความสำเร็จของการเลิกสูบบุหรี่ของนักสูบบุหรี่ไทย. *วารสาร มจร สังคมศาสตร์ปริทรรศน์* 7(1), 223-235.
- ภูริณัฐร์ โชติวรรณ, สุรศักดิ์ บุญเทียน, และวิยุตา ทิพย์วิเศษ. (2565). การศึกษาสภาพปัญหา ความต้องการและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมการบริโภคยาสูบและการแก้ไขปัญหาเสพติดของชุมชนในพื้นที่บริการวิชาการของมหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร. *วารสารพิกุล*, 20(2), 225-241.
- มลินี สมภพเจริญ, และวันเพ็ญ แก้วปาน. (2563). การสำรวจสิ่งของที่มีตราบุหรี่แนวชายแดนไทย-เมียนมาอำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย และอิทธิพลของสิ่งของที่มีตราบุหรี่ต่อการสูบบุหรี่ของเยาวชนในจังหวัดเชียงราย. *วารสารการประชาสัมพันธ์และการโฆษณา*, 12(2), 17-32.
- มัลลิกา มาตระกุล, อรณลิน สิงขรณ์, และนาตญา พแดนนอก. (2561). การดำเนินงานตามนโยบายมหาวิทยาลัยปลอดบุหรี่ ในมหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง. *วารสารพยาบาล*, 67(1), 11-18.
- มาตี กาญจนกิจสกุล. (2549). *เอกสารประกอบการสอนระเบียบวิธีวิจัยทางสังคมศาสตร์*. พิษณุโลก: คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- มารุต พัฒนาผล. (2561). การพัฒนารูปแบบการประเมินเพื่อพัฒนาการเรียนรู้ของผู้เรียนระดับบัณฑิตศึกษา. *วารสารวิชาการ Veridian E-Journal บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย ศิลปากร ฉบับภาษาไทย สาขามนุษยศาสตร์ สังคมศาสตร์ และศิลปะ*, 11(3), 3413- 3432.
- มูลนิธิวิจัยพัฒนาสาธารณสุขไทย. (2562). *หลงสูบบุหรี่ 100 มวน เสพติดทั้งชีวิต*. สืบค้น 30 กันยายน 2563, จาก <https://www.hffocus.org/content/2020/07/19714>
- เยาวดี ราชชัยกุล วิบูลย์ศรี. (2546). *การประเมินโครงการแนวคิดและแนวปฏิบัติ* (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- รังสิรักษาและมะเร็งวิทยา โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. (2559). *การสูบบุหรี่กับโรคมะเร็ง*. สืบค้น 17 กันยายน 2563, จาก <https://www.chulacancer.net/faq-list-page.php?id=317>
- รัตนะ บัวสนธ์. (2550). *ทิศทางและอาณาบริเวณการประเมิน* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เริงฤดี ปธานวนิช. (2561). *เราสูญเสียไปเท่าไร? จากการสูบบุหรี่*. สืบค้น 22 กันยายน 2563, จาก <https://www.thaihealth.or.th/Content/48992.html>
- ลักขณา เต็มศิริกุลชัย. (2553). *รายงานการประเมินสมรรถนะด้านประสิทธิผลของการดำเนินนโยบายควบคุมยาสูบของประเทศไทย*. กรุงเทพฯ: เจริญดีมั่นคงการพิมพ์.
- ลักขมล ลักขณะวิมล, เรวดี เพชรศิริสาส์น, สายฝน เอกวางกูร, และนัยนา หนูนิล. (2563). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของเยาวชน อำเภอท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช. *วารสารพยาบาล*, 69(1), 1-9.

- วรัญญา เทวรินทร์, และสมบัติ อ่างสินถาวร. (2563). อิทธิพลของกลยุทธ์การตลาดเพื่อสังคม ปัจจัยด้านตนเอง ครอบครัว และสังคมที่ส่งผลต่อทัศนคติหลักเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ของกลุ่มวัยรุ่นที่ไม่เคยสูบบุหรี่. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยการจัดการและเทคโนโลยีอีสเทิร์น*, 17(2), 194-207.
- วศิน พิพัฒน์ฉัตร. (2561). การพัฒนากฎหมายควบคุมยาสูบในประเทศไทยตามกรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบ. *วารสารกฎหมายสุขภาพและสาธารณสุข*, 4(3), 359-374.
- วัฒน์วัฒน์ โอภาสวัฒนา. (ม.ป.ป.). *ความสำคัญของการประเมินผลกับการดำเนินนโยบาย*. สืบค้น 1 กุมภาพันธ์ 2564, จาก <https://sme.go.th>
- วิเชียร ปิงชัย, เสกสรรค์ ยะอนันต์, และณรงค์ สมทราย. (2562). การศึกษาประสิทธิผลของการพัฒนามาตรการการป้องกันการจำหน่ายบุหรี่ให้เยาวชนของผู้ประกอบการร้านค้าปลีกในชุมชน พื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดลำพูน. *วารสารวิจัยพัฒนาระบบงานสาธารณสุขแพร่*, 9(8), 74-89.
- ศรีศิริ ศิริวนารังสรรค์, และพรเทพ ศิริวนารังสรรค์. (2561). แนวทางในการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบและคุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่ กรณีศึกษา: พื้นที่กรุงเทพมหานคร 25602. *วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย* 2, 8(2), 173-181.
- ศศิธร ชิดนาลัย, และวารภรณ์ ยศทวิ. (2561). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นจังหวัดอุดรดิตถ์. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรดิตถ์*, 10(4), 83-93.
- ศิริชัย กาญจนวาสี. (2550). *ทฤษฎีการประเมิน* (พิมพ์ครั้งที่ 6). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศิริชัย กาญจนวาสี. (2554). *ทฤษฎีการประเมิน* (พิมพ์ครั้งที่ 8). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศิริลักษณ์ คัมภีรานนท์, สุปรียา นุ่นเกลี้ยง, อีสัยส มะแก้ง, นูรีย๊ะ ลำเตะเกะ, และธงฉาน สุวรรณรักษา. (2563). ศึกษาการรับรู้และการตอบสนองบทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัดชายแดนใต้ต่อการควบคุมยาสูบแบบบูรณาการมติดกฎหมายและมติดังคมในระดับพื้นที่. *วารสารวิชาการคณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์*, 11(2), 93-110.
- ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์, สุวัฒนา ไพรแก่น, ประภาพรรณ เอี่ยมอนันต์, สริญญา เลหาพันธ์พงศ์, หริสร ทวีวัฒนา, และศิริเพ็ญ อรุณประพันธ์. (2553). คำถามการวิจัยเพื่อการควบคุม ยาสูบ: การวิเคราะห์เอกสารและทัศนะจากผู้เชี่ยวชาญ. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*, 4(2), 296-306.
- ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์, และดวงกมล สีตบุตร. (2559). *รายงานผลการประเมินการปฏิบัติตามกรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบของประเทศไทย พ.ศ. 2559*. กรุงเทพฯ: เจริญดี มั่นคงการพิมพ์.
- ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์, และปวีณา บัณฑิตประจำ. (2561). *รายงานสถิติการบริโภคยาสูบของประเทศไทย พ.ศ. 2561*. กรุงเทพฯ: เจริญดีมั่นคงการพิมพ์.
- ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์, ปานทิพย์ โชติเบญจมาภรณ์, และเทียนทิพย์ เคียรเมฆัน. (2558). *รายงานสรุป*

- สถานการณ์เฝ้าระวังเพื่อควบคุมการบริโภคยาสูบ 5 มิติ. กรุงเทพฯ: เจริญดีมั่นคงการพิมพ์. ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์, สุนิดา ปรีชาวงษ์, และเนาวรัตน์ เจริญค้า. (2553). *รู้จักกรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบ องค์การอนามัยโลก*. กรุงเทพฯ: ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อ การควบคุมยาสูบ.
- ศุภญา วงศ์วรสันต์. (2563). *แรงจูงใจในการปฏิบัติงานของบุคลากรส่วนกลาง กรมการท่องเที่ยว* (สารนิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีปทุม.
- ศูนย์ทดสอบและประเมินเพื่อพัฒนาการศึกษาและวิชาชีพ. (ม.ป.ป.). *รูปแบบการประเมินโครงการ*. กรุงเทพฯ: คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ มหาวิทยาลัยมหิดล. (2563). *รายงาน สถานการณ์การบริโภคยาสูบของประเทศไทย พ.ศ. 2562*. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วน จำกัด สันทวิกิจ พรินต์ติ้ง. สถาบันเพิ่มผลผลิตแห่งชาติ. (2556). *เกณฑ์รางวัลคุณภาพแห่งชาติ ปี 2557-2558*. กรุงเทพฯ: แกรนด์อาร์ต ครีเอทีฟ.
- สมจิตร เดชาเสถียร, เจษฎา สุรารรรณ, พชรพร ครองยุทธ, และปัทมา ล้อพงศ์พานิชย์. (2562). การประเมินแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดขอนแก่น ปีงบประมาณ 2562. *วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น*, 1(2), 159-169.
- สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ. (2554). *คู่มือข้อมูลยาสูบและตัวชี้วัดมาตรฐาน สำหรับการควบคุมยาสูบตามยุทธศาสตร์ mpower*. นนทบุรี: ไนซ์เอิร์ธ ดีไซน์.
- สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ. (2558). *หลักสูตร นักสืบ ยาสูบ (สำหรับเยาวชน)*. นนทบุรี: ซีนิธ กรู๊ป.
- สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ. (2560). *แผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ. 2559-2562*. นนทบุรี: ไนซ์เอิร์ธ ดีไซน์.
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2561). *ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้ติดบุหรี่*. จาก <https://www.thaihealth.or.th/Content/4106320.html>
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ. (2565). *คู่มือการประเมินสถานะของหน่วยงานภาครัฐในการเป็นระบบราชการ 4.0 ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2566*. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2535). *โครงการ: สำรวจข้อมูลเกี่ยวกับเด็กและเยาวชน ปี 2535*. สืบค้น 13 มีนาคม 2564, จาก <http://statstd.nso.go.th/definition/projectdetail.aspx?periodId=45&defprodefId=531>
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2561). *การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2560*. กรุงเทพฯ: พิมพ์ดีการพิมพ์.

- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2562). *สถิติประชากรศาสตร์ ประชากรและเคหะ*. สืบค้น 15 มีนาคม 2564, จาก <http://statbbi.nso.go.th/staticreport/page/sector/th/01.aspx>
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2564). *การสำรวจพฤติกรรมด้านสุขภาพของประชากร พ.ศ. 2564*. กรุงเทพฯ: กองสถิติพยากรณ์และสำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- สำนักโรคไม่ติดต่อ. (2560). *โครงการการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ ภายใต้ยุทธศาสตร์ความร่วมมือของประเทศ ระหว่างรัฐบาลไทยกับองค์การอนามัยโลก มกราคม 2560 – ธันวาคม 2564*. สืบค้น 17 มีนาคม 2564, จาก <https://www.who.int/docs/default-source/thailand/ncds/ccs-ncd-proposal-thai.pdf>
- สุภาภรณ์ ศรีดี. (2563). *การออกแบบการวิจัยและการเลือกใช้สถิติเพื่อการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณทางนิเทศศาสตร์*. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.
- สุภาภรณ์ สุตหนองบัว. (2563a). *เอกสารประกอบการสอน เรื่อง foundation of research: Paradigms*. พิษณุโลก: คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- สุภาภรณ์ สุตหนองบัว. (2563b). *เอกสารประกอบการสอน เรื่อง thematic analysis (การวิเคราะห์เชิงประเด็น)*. พิษณุโลก: คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- อธิการ แส่นสุวรรณศรี. (2563). *ปัจจัยที่ส่งผลต่อผลสัมฤทธิ์การปฏิบัติราชการของโครงการ ชลประทาน สกลนคร* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). สกลนคร: มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร.
- อนุรักษ์ ปัญญาวัฒน์. (ม.ป.ป.). *เอกสารประกอบการสอนระดับบัณฑิตศึกษา เรื่องแนวคิดการ ประเมินโครงการ*. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อภิญา เอี่ยมสุวรรณ, กุลภัสสรณ์ ศิริมนัสสกุล, พงศ์ธร มีสรรพวงศ์, และภาคกุล กุลสุวรรณ. (2565). *การวิเคราะห์ผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ ฉบับขยาย พ.ศ. 2563-2564 ในระดับพื้นที่*. นนทบุรี: กองงานคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ กรมควบคุมโรค.
- อาร์มภัพร เอี่ยมวุฒิ, พรรษา น้อยสกุล, รัชฎาพร จันเจริญ, และโสภิตา สุวุฒโท. (2559). *บุหรี ภัยร้ายทำลายคุณ* (พิมพ์ครั้งที่ 5). นครปฐม: สนิทวิกิจ พรินต์ติ้ง.
- Abdrakhmanova, S., & Keruyenova, Z. (2019). The current state of mpower policies in the republic of Kazakhstan: Data from the global adult tobacco survey 2014. *Iranian Journal of Public Health*, 48(5), 834.
- Alkin, M. (1969). *Evaluation theory development*. Los Angeles: U.S.A.
- Best, J. W. (1977). *Research in education 3*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Bloom, B. (1975). *Taxonomy of education objective hand book 1: Conative domain*.

New York: David Mckey.

Bloom, B. S. (1956). *Taxonomy of educational objectives*. New York: David Mckay Company.

Centers for Disease Control and Prevention. (2020). *Outbreak of Lung Injury Associated with the Use of E-Cigarette, or Vaping, Products*. Retrieved October 26, 2021, from https://www.cdc.gov/tobacco/basic_information/e-cigarettes/severe-lung-disease.html

Cho, H. J. (2019). Evaluation of the tobacco control policies of the Moon Jae-in government. *J Korean Medical Association*, 62(11), 552-556.

Creswell, J. W., & Plano Clark, V. L. (2007). *Designing and conducting mixed methods research*. Thousand Oaks, CA: Sage.

Cronbach, L. (1963). *Educational psychology* (2nd ed.). New York: Harcourt.

Dubray, J., Schwartz, R., Chaiton, M., Connor, S. O., & Cohen, J. E. (2015). The effect of empower on smoking prevalence. *Tobacco Control*, 24(6), 1-3.

Eriksen, M. P., Mackay, J., & Schluger, N. (2015). *The tobacco atlas* (5th ed.). Georgia: The American Cancer Society.

Eva, K. W., & Regehr, G. (2005). Self-assessment in the health professions: A reformulation and research agenda. *Academic Medicine*, 80(10), 46-54.

Fitzpatrick, J. L., Sanders, J. R., & Worthen, B. R. (2004). *Program evaluation: Alternative approaches and practical guidelines* (3th ed.). New York: Longman.

Food & Drug Administration. (2020). *Vaporizers, e-cigarettes, and other electronic nicotine delivery systems (ends)*. Retrieved March 16, 2021, from <https://www.fda.gov/tobacco-products/products-ingredients-components/=vaporizers-e-cigarettes-and-other-electronic-nicotine-delivery-systems-ends>

Gask, L., Coupe, N., & Green, G. (2019). An evaluation of the implementation of cascade training for suicide prevention during the 'choose life' initiative in scotland- utilizing normalization process theory. *BMC health services research*, 19(1), 1-11.

Gillespie, B. M., Harbeck, E., Lavin, J., Gardiner, T., Withers, T. K., & Marshall, A. P. (2018). Using normalisation process theory to evaluate the implementation of a complex intervention to embed the surgical safety checklist. *BMC health*

- services research*, 18(170), 1-11.
- Hambleton, R. K. (1980). Test score validity and standard-setting methods. In R. A. Berk (Ed.), in *Criterion-referenced measurement: The state of the art* (pp. 80-123). Baltimore: The John Hopkins University.
- Herzberg, F., Mausner, B., & Snyderman, B. B. (2017). *Motivation to work* New York: Routledge.
- Heydari, G. (2020). A decade after introducing mpower, trend analysis of implementation of the who fctc in the eastern mediterranean region. *Lung India: Official Organ of Indian Chest Society*, 37(2), 120-125.
- Johnstone, J. N. (1981). *Indicators of education system*. London: UNESCO.
- Jones, S., Hamilton, S., Bell, R., Araújo-Soares, V., Glinianaia, S. V., Milne, E. M., . . . Shucksmith, J. (2019). What helped and hindered implementation of an intervention package to reduce smoking in pregnancy: Process evaluation guided by normalization process theory. *BMC health services research*, 19(297), 1-13. doi:10.1186/1748-5908-4-29
- Levy, D. T., Yuan, Z., Luo, Y., & Mays, D. (2018). Seven years of progress in tobacco control: An evaluation of the effect of nations meeting the highest level mpower measures between 2007 and 2014. *Tobacco control*, 27(1), 50-57.
- Macmillan, T. T. (1971). *The delphi technique*. Retrieved July 25, 2021, from <https://eric.ed.gov/?id=ED064302>
- May, C. R., Cummings, A., Girling, M., Bracher, M., Mair, F. S., May, C. M., . . . Finch, T. (2018). Using normalization process theory in feasibility studies and process evaluations of complex healthcare interventions: A systematic review. *Implementation science*, 13(1), 1-27.
- May, C. R., & Finch, T. (2009). Implementing, embedding, and integrating practices: An outline of normalization process theory. *Sociology*, 43(3), 535-553. doi:10.1177/0038038509103208
- May, C. R., Finch, T., Ballini, L., MacFarlane, A., Mair, F., Murray, E., . . . Rapley, T. (2011). Evaluating complex interventions and health technologies using normalization process theory: Development of a simplified approach and web-enabled toolkit. *BMC health services research*, 11(245), 1-11.

- May, C. R., Mair, F., Finch, T., MacFarlane, A., Dowrick, C., Treweek, S., . . . Rogers, A. (2009). An interdisciplinary theory of implementation, embedding and integration: The development of normalization process theory. *Implementation Science*, 4(29), 1-9. doi:10.1186/1748-5908-4-29
- McMillan, J. H., & Hearn, J. (2008). Student self-assessment: The key to stronger student motivation and higher achievement. *Educational horizons*, 87(1), 40-49.
- Michibayashi, C., Omote, S., Nakamura, M., Okamoto, R., & Nakada, A. I. (2020). Competency model for public health nurses working on tobacco control in local governments in japan: A qualitative study. *Japan Journal of Nursing Science*, 17(1), e12288.
- Minh, H. V., Ngan, T. T., Mai, V. Q., My, N. T. T., Chung, L. H., Kien, V. D., . . . Giang, K. B. (2016). Tobacco control policies in vietnam: Review on mpower implementation progress and challenges. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 17(1), 1-9.
- Mondy, W., Noe, R., & Rober, M. (1990). *Personnel: The management of human resources*. Massachusetts: Aliyn and bacon.
- Mullins, L. T. (1985). *Management and organisational behaviour*. London: Pitman.
- Murry, J. W., & Hammons, J. O. (1995). Delphi: A versatile methodology for conducting qualitative research. *The Review of Higher Education*, 18(4), 423-436.
- NCD Alliance. (2017). *Global ncd targets*. Retrieved October 30, 2021, from <https://ncdalliance.org/global-ncd-targets>
- Nevo, D. (1983). The conceptualization of educational evaluation: An analytical review of the literature. *Review of educational research*, 53(1), 117-128.
- Nitko, A. J. (2007). *Educational assessment of students (upper)* (5th ed.). Saddle River: Pearson/MerrillPrentice Hall.
- Nordmark, S., Zingmark, K., & Lindberg, I. (2016). Process evaluation of discharge planning implementation in healthcare using normalization process theory. *BMC medical informatics and decision making*, 16(1), 1-10.
- Panadero, E., & Romero, M. (2014). To rubric or not to rubric? The effects of self-assessment on self-regulation, performance and self-efficacy. *Assessment in Education: Principles, Policy & Practice*, 21(2), 133-148.

- Patton, M. Q. (2010). *Developmental evaluation applying complexity concepts to enhance innovation and use*. New York: The Guilford Press.
- Pesko, M. F., & Roberts, A. M. (2017). Adolescent tobacco use in urban versus rural areas of the United States: The influence of tobacco control policy environments. *Journal of Adolescent Health, 61*(1), 70-76.
- Peters, D., Tran, N., & Adam, T. (2013). *Implementation research: A practical guide*. Geneva: World Health Organization.
- Pierce, J. P., Sargent, J. D., Portnoy, D. B., White, M., Noble, M., Kealey, S., . . . Green, V. R. (2018). Association between receptivity to tobacco advertising and progression to tobacco use in youth and young adults in the PATH study. *JAMA Pediatrics, 172*(5), 444-451.
- Pinnock, H., Epiphaniou, E., & Taylor, S. J. (2014). Phase IV implementation studies: The forgotten finale to the complex intervention methodology framework. *Annals of the American Thoracic Society, 11*(Supplement 2), S118-S122.
- Reitsma, M. B., Flor, L. S., Mullany, E. C., Gupta, V., Hay, S. I., & Gakidou, E. (2021). Spatial, temporal, and demographic patterns in prevalence of smoking tobacco use and initiation among young people in 204 countries and territories, 1990–2019. *The Lancet Public Health, 6*(7), e472-e481.
- Sapru, S., Vardhan, M., Li, Q., Guo, Y., Li, X., & Saxena, D. (2020). E-cigarettes use in the United States: Reasons for use, perceptions, and effects on health. *BMC Public Health, 20*(1), 1-10.
- Saxena, A., Sharma, K., & Avashia, V. (2020). Assessment of tobacco control policy in India: An evaluation using the World Health Organization mPOWER framework. *Indian Journal of Community Medicine: Official Publication of Indian Association of Preventive & Social Medicine, 45*(4), 543.
- Scriven, M. (1967). The methodology of evaluation. In R. W. Tyler, R. M. Gagné, & M. Scriven (Eds.), in *Perspectives of curriculum evaluation*, (pp 39-83). Chicago, IL: Rand McNally.
- Spiegelman, D. (2016). Evaluating public health interventions: 1. Examples, definitions, and a personal note. *American Journal of Public Health, 106*(1), 70-73.
- Stufflebeam, D. L. (1971). *A national study education evaluation and decision making*.

Bloomington: S.N.

Thirsk, L. M., & Clark, A. M. (2017). Using qualitative research for complex interventions: The contributions of hermeneutics. *International Journal of Qualitative Methods*, 16(1), 1-10.

Trietsch, J., van Steenkiste, B., Hobma, S., Frericks, A., Grol, R., Metsemakers, J., & van der Weijden, T. (2014). The challenge of transferring an implementation strategy from academia to the field: A process evaluation of local quality improvement collaboratives in dutch primary care using the normalization process theory. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 20(6), 1162-1171.

Tyler, R. W. (1950). *Basic principles of curriculum and instruction*. Chicago: The University of Chicago Press.

U.S. Office of Personnel Management. (2011). *Performance management*. Retrieved August 26, 2023, from <http://206.16.224.206/perform/overview.asp>

UNICEF Thailand. (2016). *Adolescent development and adolescent participation*. Retrieved March 15, 2021, from <https://www.unicef.org/thailand/what-we-do/adolescent-development-and-adolescent-participation>

United Nations. (2021). *Sustainable development goals*. Retrieved October 30, 2021, from <https://unstats.un.org/sdgs/metadata?Text=&Goal=3&Target=3.a>

Van Gelder, M. M., Bretveld, R. W., & Roeleveld, N. (2010). Web-based questionnaires: The future in epidemiology? *American journal of epidemiology*, 172(11), 1292-1298.

Wang, T. W., Gentzke, A. S., Creamer, M. R., Cullen, K. A., Holder-Hayes, E., Sawdey, M. D., . . . Homa, D. M. (2019). Tobacco product use and associated factors among middle and high school students—united states, 2019. *MMWR Surveillance Summaries*, 68(12), 1.

Webster's Online Dictionary. (2010). *Indicator*. Retrieved August 26, 2023, from <http://www.websters-online-dictionary.org/>

World Health Organization. (2005). *Who framework convention on tobacco control*. Geneva: The WHO Document Production Services.

World Health Organization. (2006). *Orientation programme on adolescent health for health-care providers*. Geneva: World Health Organization.

- World Health Organization. (2008). *Mpower: A policy package to reverse the tobacco epidemic*. Switzerland: World Health Organization.
- World Health Organization. (2013). *Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020*. Retrieved March 17, 2021, from <http://www.who.int/nmh/publications/ncd-status-report-2014/en/>
- World Health Organization. (2017). *Who report on the global tobacco epidemic 2017: Monitoring tobacco use and prevention policies*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2019a). *Regional strategy and action plan for tobacco control 2019–2023*. N.p.: Regional Office for the Eastern Mediterranean.
- World Health Organization. (2019b). *Who global report on trends in prevalence of tobacco smoking 2000–2025* (2nd ed.). Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2020). *Who tobacco knowledge summaries: Tobacco and postsurgical outcomes*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2021). *Who report on the global tobacco epidemic 2021*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2022). *Tobacco*. Retrieved January 26, 2023, from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>



ภาคผนวก

มหาวิทยาลัยนเรศวร

ภาคผนวก ก เอกสารรับรองโครงการวิจัยในมนุษย์

COA No. 077/2022
IRB No. P2-0021/2565



AF 14/6.0

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

มหาวิทยาลัยนเรศวร

99 หมู่ 9 ตำบลท่าโพธิ์ อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก 65000 เบอร์โทรศัพท์ 05596 8642

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากล ได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP

ชื่อโครงการ : การพัฒนารูปแบบการประเมินมาตรฐานการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด: การประยุกต์ใช้กรอบยุทธศาสตร์ MPOWER

ผู้วิจัยหลัก : นางสาวจิตภัทร จันเกษม

สังกัดหน่วยงาน : คณะสาธารณสุขศาสตร์

วิธีทบทวน : การพิจารณาแบบเร่งรัด (Expedited Review)

รายงานความก้าวหน้า : ส่งรายงานความก้าวหน้าอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี หรือส่งรายงานฉบับสมบูรณ์หากดำเนินโครงการเสร็จสิ้นก่อน 1 ปี

เอกสารรับรอง

1. PF 01 Submission for Post Approval Report เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 22 กุมภาพันธ์ 2566

ลงนาม

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วนาวลัย ดาดี)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

วันที่รับรอง : 28 กุมภาพันธ์ 2565

วันหมดอายุ : 28 กุมภาพันธ์ 2566

วันที่รับรองต่อเนื่องครั้งที่ 1 : 28 กุมภาพันธ์ 2566

วันที่หมดอายุการรับรองครั้งที่ 1 : 28 กุมภาพันธ์ 2567

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)

ภาคผนวก ข เอกสารอนุมัติให้ดำเนินการทำวิจัย



ประกาศบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนครสวรรค์
เรื่อง อนุมัติให้บัณฑิตระดับปริญญาเอกดำเนินการทำวิจัย
ครั้งที่ ๐๑๗/๒๕๖๕

บัณฑิตวิทยาลัยอนุมัติให้ นางสาวจิตทิพร จันเกษม รหัสประจำตัว ๖๒๐๓๑๕๗๖ บัณฑิตระดับปริญญาเอก
หลักสูตรปริญญาสาขารัฐศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุข ดำเนินการทำวิจัยตามโครงร่างวิทยานิพนธ์
ที่เสนอ

เรื่อง ภาษาไทย	“การพัฒนาแบบการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทย ของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด: การประยุกต์ใช้กรอบยุทธศาสตร์ MPOWER”
ภาษาอังกฤษ	“DEVELOPMENT OF AN EVALUATION MODEL FOR MEASURES OF TOBACCO CONSUMPTION CONTROL IN THAI ADOLESCENCE OF THE PROVINCIAL TOBACCO PRODUCTS CONTROL BOARD: AN APPLICATION OF THE MPOWER STRATEGIC FRAMEWORK”
โดยมี	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธนัช กนกเทศ เป็นประธานที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

จึงประกาศมาให้ทราบโดยทั่วกัน

ประกาศ ณ วันที่ ๙ มีนาคม พ.ศ.๒๕๖๕

(รองศาสตราจารย์ ดร.กรองกาญจน์ ชูทิพย์)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนครสวรรค์

ภาคผนวก ค เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประเด็นการสัมภาษณ์เชิงลึก การวิจัยระยะที่ 1.1 (สำหรับคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด)

เรื่อง การพัฒนารูปแบบการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของ
คณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด: การประยุกต์ใช้กรอบยุทธศาสตร์ MPOWER

คำชี้แจง

ประเด็นคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์เชิงลึกในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องนำมาประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการสร้างข้อคำถามการวิจัย โดยมีลักษณะเป็นการสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง เพื่อใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลสอดคล้องตามวัตถุประสงค์ คือ เพื่อศึกษาบริบทของการประเมิน และปัจจัยที่ส่งผลต่อคะแนนการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด กรณีที่ผู้วิจัยยังไม่ได้ข้อมูลที่ชัดเจนผู้วิจัยสามารถตั้งคำถามเพิ่มเติมที่เกี่ยวข้องเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ชัดเจนและครบถ้วน ซึ่งจะประโยชน์ต่อการวิจัยอันเป็นส่วนหนึ่งของการนำไปใช้ในการพัฒนารูปแบบการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด โดยการประยุกต์ใช้กรอบยุทธศาสตร์ MPOWER ต่อไป โดยการตอบแบบสัมภาษณ์ในครั้งนี้ จะไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อสถานภาพของผู้ให้ข้อมูลและคำตอบที่ได้จะเป็นความลับ รวมถึงนำเสนอข้อมูลในภาพรวมเท่านั้น ซึ่งลักษณะแนวคำถามกึ่งโครงสร้างที่ใช้ในการสัมภาษณ์เชิงลึก มีดังนี้

1. ปัจจุบันมีการติดตาม ประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัดหรือไม่ ถ้ามี มีลักษณะเป็นอย่างไร ใครเป็นผู้ประเมิน และมีระยะเวลาในการประเมินอย่างไร เช่น ประเมินกี่ครั้งต่อปี หรือกี่ปีประเมินครั้ง
2. ท่านมีเป้าหมายในการดำเนินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยหรือไม่ เป้าหมายคืออะไร
3. ท่านมีแผนการดำเนินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยหรือไม่ แผนเป็นอย่างไร
4. ในหน่วยงานของท่าน มีการมอบหมายผู้รับผิดชอบหลักในการดำเนินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยหรือไม่ และกำหนดคุณสมบัติของผู้รับผิดชอบงานอย่างไร
5. ท่านคิดว่าทรัพยากรในการดำเนินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยในหน่วยงานของท่านมีความเพียงพอหรือไม่ อะไรที่เพียงพอ อะไรที่ไม่เพียงพอ อย่างไร

7. ท่านคิดว่าแรงจูงใจสำคัญต่อการดำเนินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยอย่างไร และอะไรบ้างที่เป็นแรงจูงใจในการดำเนินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยให้ประสบความสำเร็จ

8. ท่านคิดว่าการดำเนินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยจำเป็นต้องใช้ทักษะด้านใดบ้างเพื่อให้ประสบความสำเร็จ

9. ท่านคิดว่าปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยมีอะไรบ้าง

10. ปัญหาอุปสรรคในการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัดที่ผ่านมามีอะไรบ้าง

11. ท่านคิดว่ามีปัจจัยใดบ้างที่จะส่งผลให้คะแนนการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัดเพิ่มขึ้น

12. ท่านคิดว่าการดำเนินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด ควรประเมินจากสิ่งใดเป็นสำคัญ

13. ท่านคิดว่ารูปแบบในการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด ควรมีแนวทางหรือมีลักษณะเป็นอย่างไร

แบบสอบถามคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด การวิจัยระยะที่ 1.2

เรื่อง การพัฒนารูปแบบการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของ
คณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด: การประยุกต์ใช้กรอบยุทธศาสตร์ MPOWER

คำชี้แจง

แบบสอบถามนี้ ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อ
คะแนนการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุม
ผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด ผู้วิจัยจึงขอความร่วมมือท่านกรุณาตอบคำถามทุกข้อตามความเป็นจริง
ซึ่งข้อมูลที่ได้จะเป็นประโยชน์ต่อการวิจัย อันเป็นส่วนหนึ่งของการนำไปใช้ในการพัฒนารูปแบบการ
ประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ
จังหวัด โดยการประยุกต์ใช้กรอบยุทธศาสตร์ MPOWER ต่อไป โดยท่านสามารถตอบแบบสอบถามใน
เอกสารฉบับนี้หรือผ่านช่องทาง QR Code ที่แนบมาพร้อมนี้ ซึ่งแบบสอบถาม ประกอบด้วย 5 ส่วน
ดังนี้

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน 10 ข้อ
ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการบริหารองค์การด้านการควบคุมการบริโภคยาสูบ	จำนวน 4 ข้อ
ส่วนที่ 3 แบบสอบถามทักษะการปฏิบัติงาน	จำนวน 20 ข้อ
ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการบูรณาการมาตรการเข้าสู่ระบบงานตามปกติ	จำนวน 20 ข้อ
ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทย	จำนวน 5 ข้อ

ผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความร่วมมือจากทุกท่าน และขอขอบพระคุณผู้ตอบ
แบบสอบถามทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามครั้งนี้ จนสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

ฐิติภัทร จันเกษม

ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

8. ความรู้ด้านควบคุมการบริโภคยาสูบ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

ใช่ หมายถึง ข้อความดังกล่าวนี้ถูกต้อง

ไม่ใช่ หมายถึง ข้อความดังกล่าวนี้ไม่ถูกต้อง

ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่
1. เป้าหมายสำคัญของการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทย คือ เพื่อลดนักสูบบุหรี่ใหม่		
2. ในการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทย สามารถดำเนินการโดยใช้มาตรการการป้องกันไม่ให้เยาวชนไทยเข้าถึงผลิตภัณฑ์ยาสูบ		
3. มาตรการช่วยเหลือยาสูบให้กับผู้เสพติดยาสูบในเยาวชนไทย ถือเป็นวิธีการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยได้สำเร็จมากที่สุด		
4. เยาวชนไทยเข้าถึงผลิตภัณฑ์ยาสูบได้ เกิดจากร้านค้ายังฝ่าฝืนกฎหมาย โดยจำหน่ายผลิตภัณฑ์ยาสูบให้กับเด็กอายุต่ำกว่า 20 ปี		
5. การโฆษณาผลิตภัณฑ์ยาสูบทุกรูปแบบ ก่อให้เกิดแรงจูงใจและส่งเสริมให้เยาวชนไทยมีแนวโน้มบริโภคยาสูบยี่ห้อที่มีการโฆษณาเพิ่มขึ้น		
6. การโฆษณาผลิตภัณฑ์ยาสูบทุกรูปแบบ ทำให้เยาวชนไทยสามารถเข้าถึงผลิตภัณฑ์ยาสูบรูปแบบใหม่ๆ เพิ่มขึ้น		
7. สถานการณ์การบริโภคยาสูบของเยาวชนไทยในปัจจุบันมีแนวโน้มลดลง		
8. ปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการบริโภคยาสูบของเยาวชนไทย คือ อายุก่อน และตามเพื่อน		
9. การบังคับใช้กฎหมายในการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยในปัจจุบันใช้พ.ร.บ.ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2535 และพ.ร.บ.คุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535		
10. ประเทศไทยไม่มีกฎหมายกำหนดในการห้ามนำบุหรี่ปิ่ไฟฟ้าเข้ามาภายในประเทศ		

9. ทักษะคติในการทำงานด้านควบคุมการบริโภคยาสูบ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

เห็นด้วยมากที่สุด หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นตรงกับข้อความนี้มากที่สุด

เห็นด้วยมาก หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นตรงกับข้อความนี้มาก

เห็นด้วยปานกลาง หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นตรงกับข้อความนี้ปานกลาง

เห็นด้วยน้อย หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นตรงกับข้อความนี้น้อย

เห็นด้วยน้อยที่สุด หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นตรงกับข้อความนี้น้อยที่สุด

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น				
	เห็นด้วยมากที่สุด	เห็นด้วยมาก	เห็นด้วยปานกลาง	เห็นด้วยน้อย	เห็นด้วยน้อยที่สุด
1. ท่านรู้สึกว่ามีความกดดันในการปฏิบัติงานด้านควบคุมการบริโภคยาสูบ					
2. ท่านรู้สึกภูมิใจที่ได้ปฏิบัติงานด้านควบคุมการบริโภคยาสูบ					
3. ท่านรู้สึกว่าปริมาณงานด้านควบคุมการบริโภคยาสูบที่ท่านได้รับผิดชอบมีมากเกินไป					
4. ท่านคิดว่า การอบรมพัฒนาศักยภาพด้านควบคุมการบริโภคยาสูบอยู่เสมอ จะทำให้ท่านมีความรู้ความสามารถในการปฏิบัติงานเพิ่มขึ้น					
5. ท่านรู้สึกมีความเครียดอยู่บ่อยๆ เกี่ยวกับการปฏิบัติงานด้านควบคุมการบริโภคยาสูบ					

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น				
	เห็นด้วยมากที่สุด	เห็นด้วยมาก	เห็นด้วยปานกลาง	เห็นด้วยน้อย	เห็นด้วยน้อยที่สุด
6. ท่านคิดว่าการปฏิบัติงานด้านควบคุมการบริโภคยาสูบ ควรมีการวางแผน กำกับ ติดตาม และประเมินผลอย่างชัดเจน					
7. ท่านรู้สึกว่าคุณหมยในการควบคุมการบริโภคยาสูบมีความยุ่งยาก ไม่สามารถบังคับใช้ได้จริง					
8. วัสดุ อุปกรณ์ และสิ่งอำนวยความสะดวกที่ใช้ในการปฏิบัติงานด้านควบคุมการบริโภคยาสูบ มีความเพียงพอ					
9. ท่านสามารถขอความช่วยเหลือในการปฏิบัติงานด้านควบคุมการบริโภคยาสูบจากผู้ได้บังคับบัญชาได้เสมอ					
10. ท่านรู้สึกว่าภาคีเครือข่ายมักจะไม่ให้ความร่วมมือในการปฏิบัติงานด้านควบคุมการบริโภคยาสูบ					

10. แรงจูงใจในการทำงานด้านควบคุมการบริโภคยาสูบ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

เห็นด้วยมากที่สุด หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นตรงกับข้อความนี้มากที่สุด

เห็นด้วยมาก หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นตรงกับข้อความนี้มาก

เห็นด้วยปานกลาง หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นตรงกับข้อความนี้ปานกลาง

เห็นด้วยน้อย หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นตรงกับข้อความนี้น้อย

เห็นด้วยน้อยที่สุด หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นตรงกับข้อความนี้น้อยที่สุด

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น				
	เห็นด้วยมากที่สุด	เห็นด้วยมาก	เห็นด้วยปานกลาง	เห็นด้วยน้อย	เห็นด้วยน้อยที่สุด
1. ท่านรู้สึกว่าการปฏิบัติงานด้านควบคุมการบริโภคยาสูบ ก่อให้เกิดกำลังใจในการปฏิบัติงาน					
2. ท่านรู้สึกเบื่อหน่าย ไม่สบายใจ หรือไม่อยากปฏิบัติงานด้านควบคุมการบริโภคยาสูบ					
3. ท่านรู้สึกว่าการปฏิบัติงานด้านควบคุมการบริโภคยาสูบ ช่วยสร้างภาพลักษณ์ที่ดีให้กับหน่วยงาน					
4. ท่านมักจะได้รับการยกย่องชมเชยจากภาคีเครือข่ายหรือผู้ใต้บังคับบัญชาอยู่เสมอ					
5. ผู้ใต้บังคับบัญชา หรือภาคีเครือข่ายมักจะไม่นิยมรับความคิดเห็นต่างๆของท่าน					

ข้อความถาม	ระดับความคิดเห็น				
	เห็นด้วยมากที่สุด	เห็นด้วยมาก	เห็นด้วยปานกลาง	เห็นด้วยน้อย	เห็นด้วยน้อยที่สุด
6. การวางแผนปฏิบัติงานด้านควบคุมการบริโภคยาสูบที่ชัดเจน ส่งผลให้ท่านปฏิบัติงานเป็นไปตามกรอบเวลาที่กำหนด					
7. การกำหนดหน้าที่ และแบ่งความรับผิดชอบที่ชัดเจน ส่งผลให้การดำเนินงานด้านควบคุมการบริโภคยาสูบของท่านมีประสิทธิภาพ					
8. การได้รับการฝึกอบรม สัมมนา หรือศึกษาดูงาน ส่งผลให้ท่านมีความรู้ และทักษะในการปฏิบัติงานเพิ่มขึ้น					
9. อุปสรรคในการดำเนินงานด้านควบคุมการบริโภคยาสูบ ส่งผลให้ท่านมีความตั้งใจในการปฏิบัติงานลดลง					
10. บรรยากาศ และความสัมพันธ์ของผู้ใต้บังคับบัญชาหรือภาคีเครือข่ายที่ดี ส่งผลให้ท่านมีความสุขในการปฏิบัติงานมากยิ่งขึ้น					

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการบริหารองค์กรด้านควบคุมการบริโภคยาสูบ

คำชี้แจง โปรดเขียนเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่าง หน้าข้อความที่ท่านเลือกที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด

1. หน่วยงานของท่านมีเป้าหมายในการดำเนินงานด้านควบคุมยาสูบในเยาวชนอย่างชัดเจนหรือไม่
 1. มี
 2. ไม่มี
2. หน่วยงานของท่านมีแผนปฏิบัติการด้านควบคุมยาสูบในเยาวชนหรือไม่
 1. มี
 2. ไม่มี
3. หน่วยงานของท่านมีการกำหนดบทบาทผู้รับผิดชอบงานด้านควบคุมยาสูบในเยาวชนอย่างชัดเจนหรือไม่
 1. มี
 2. ไม่มี
4. หน่วยงานของท่านมีการสนับสนุนทรัพยากรในการดำเนินงานด้านควบคุมยาสูบในเยาวชนเพียงพอหรือไม่
 1. เพียงพอ
 2. ไม่เพียงพอ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามทักษะการปฏิบัติงาน

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับการปฏิบัติของท่านมากที่สุด

มาก	หมายถึง	ท่านปฏิบัติตรงกับข้อความนี้มาก
ปานกลาง	หมายถึง	ท่านปฏิบัติตรงกับข้อความนี้ปานกลาง
น้อย	หมายถึง	ท่านปฏิบัติตรงกับข้อความนี้น้อย
ไม่เคย	หมายถึง	ท่านไม่เคยปฏิบัติตรงกับข้อความนี้

ข้อคำถาม	ระดับการปฏิบัติ			
	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่เคย
ทักษะด้านการสื่อสาร				
1. ท่านเสนอข้อมูลข่าวสารระหว่างหน่วยงาน โดยมีลักษณะเป็นระเบียบแบบแผนที่ชัดเจน				
2. ท่านเลือกใช้ช่องทางการติดต่อสื่อสารในการปฏิบัติงานกับบุคคลอื่นได้อย่างเหมาะสม เช่น การจัดประชุม หนังสือราชการ E-mail Line Facebook เป็นต้น				
3. ท่านให้ข้อมูลข่าวสาร โดยอยู่บนพื้นฐานของความจริงและมีแหล่งข้อมูลเชื่อถือได้				
4. ภาษา คำพูด และท่าทางของท่านที่ใช้ในการติดต่อสื่อสารมีความถูกต้องและเหมาะสมกับผู้ฟัง				
5. บุคคลอื่นสามารถเข้าใจในสิ่งที่ท่านสื่อสารได้อย่างรวดเร็ว				
ทักษะด้านการวิเคราะห์				
6. ท่านสามารถจำแนกแยกแยะข้อมูลได้อย่างถูกต้อง และครบถ้วน				
7. ท่านสามารถระบุความสัมพันธ์ของข้อมูลได้ชัดเจน และถูกต้อง				

ข้อคำถาม	ระดับการปฏิบัติ			
	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่เคย
8. ท่านสามารถจัดกระทำข้อมูล และนำเสนอข้อมูลได้อย่างชัดเจน เข้าใจง่าย				
9. ท่านสามารถแยกข้อเท็จจริงและข้อคิดเห็นได้ชัดเจน และถูกต้อง				
10. ท่านมีความชำนาญในการแปลผลและการวิเคราะห์ผลต่างๆ				
ทักษะด้านการแก้ไขปัญหา				
11. ท่านสามารถระบุสถานการณ์ปัญหาได้ตรงประเด็น ถูกต้อง ชัดเจน				
12. ท่านสามารถเสนอวิธีการแก้ปัญหาได้ถูกต้องและเหมาะสม				
13. ท่านสามารถเลือกแนวทางแก้ปัญหาที่เหมาะสมที่สุด และสัมพันธ์กับสถานการณ์ของปัญหา				
14. ในกรณีแก้ไขปัญหาแบบระยะสั้น ท่านสามารถตัดสินใจแก้ไขปัญหาได้ทันที				
15. ในกรณีแก้ไขปัญหาแบบระยะยาว ท่านจะมีการวางแผนล่วงหน้าก่อนดำเนินการแก้ไขปัญหา นั้นเสมอ				
ทักษะด้านการมีภาวะผู้นำ				
16. ท่านนำเสนอรูปแบบวิธีการใหม่ๆ ในการแก้ไขปัญหาเพื่อกระตุ้นให้ผู้ใต้บังคับบัญชาเกิดผลงานที่สร้างสรรค์				
17. ท่านใช้อำนาจ กฎระเบียบ สั่งการ หรือวิธีการทำงานอย่างเคร่งครัด				
18. ท่านเป็นที่ปรึกษาและให้คำแนะนำกับผู้ใต้บังคับบัญชาอย่างเป็นธรรมชาติ				

ข้อคำถาม	ระดับการปฏิบัติ			
	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่เคย
19. ท่านตัดสินใจแก้ปัญหาเอง โดยไม่สนใจความต้องการของผู้อื่น				
20. ท่านเปิดโอกาสให้ผู้อื่นได้บังคับบัญชา แสดงความเห็นได้ แม้เป็นความคิดเห็นที่แตกต่าง				

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการบูรณาการมาตรการเข้าสู่ระบบงานตามปกติ (Normalization Process Theory)

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

เห็นด้วยมากที่สุด	หมายถึง	ท่านมีความคิดเห็นตรงกับข้อความนี้มากที่สุด
เห็นด้วยมาก	หมายถึง	ท่านมีความคิดเห็นตรงกับข้อความนี้มาก
เห็นด้วยปานกลาง	หมายถึง	ท่านมีความคิดเห็นตรงกับข้อความนี้ปานกลาง
เห็นด้วยน้อย	หมายถึง	ท่านมีความคิดเห็นตรงกับข้อความนี้น้อย
เห็นด้วยน้อยที่สุด	หมายถึง	ท่านมีความคิดเห็นตรงกับข้อความนี้น้อยที่สุด

ข้อคำถาม	ระดับความคิดเห็น				
	เห็นด้วยมากที่สุด	เห็นด้วยมาก	เห็นด้วยปานกลาง	เห็นด้วยน้อย	เห็นด้วยน้อยที่สุด
การเชื่อมโยง (Coherence)					
1. ท่านคิดว่าการทำงานควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบแตกต่างจากลักษณะงานประจำของท่าน					
2. คนในหน่วยงานของท่านมีความเข้าใจร่วมกันเกี่ยวกับจุดประสงค์ของการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ					
3. ท่านคิดว่านโยบายการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบระดับประเทศกำหนด					

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น				
	เห็นด้วยมากที่สุด	เห็นด้วยมาก	เห็นด้วยปานกลาง	เห็นด้วยน้อย	เห็นด้วยน้อยที่สุด
ลักษณะการทำงานของท่าน					
4. ท่านมองเห็นคุณค่าการดำเนินงานควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบในงานของท่าน					
การมีส่วนร่วม (Cognitive Participation)					
5. ท่านเป็นบุคคลสำคัญที่ขับเคลื่อนการดำเนินงานควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบไปข้างหน้าและทำให้ผู้อื่นมีส่วนร่วม					
6. ท่านเชื่อว่าการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบเป็นส่วนที่ถูกต้องตามกฎหมายในบทบาทของท่าน					
7. ท่านเปิดใจรับที่จะทำงานร่วมกับเพื่อนร่วมงานในรูปแบบใหม่ในการดำเนินงานควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ					
8. ท่านจะยังคงสนับสนุนการดำเนินงานควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ					
การทำงานร่วมกัน (Collective Action)					
9. ท่านสามารถบูรณาการการดำเนินงานควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบเข้ากับงานประจำที่มีอยู่ของท่านได้อย่างง่ายดาย					

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น				
	เห็นด้วยมากที่สุด	เห็นด้วยมาก	เห็นด้วยปานกลาง	เห็นด้วยน้อย	เห็นด้วยน้อยที่สุด
10. การดำเนินงานควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบเป็นอุปสรรคหรือขัดขวางการทำงานประจำที่มีอยู่ของท่าน					
11. ท่านมั่นใจในความสามารถของผู้อื่นในการดำเนินงานควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ					
12. ท่านมอบหมายการดำเนินงานควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบให้กับผู้มีทักษะที่เหมาะสม					
13. ท่านให้ผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงานของท่านได้รับการฝึกอบรมที่เพียงพอเพื่อสามารถดำเนินงานควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบได้					
14. หน่วยงานของท่านมีทรัพยากรที่เพียงพอเพื่อรองรับการดำเนินงานควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ					
15. หน่วยงานของท่านสนับสนุนการดำเนินงานควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบอย่างเพียงพอ					
การติดตามแบบสะท้อนกลับ (Reflexive Monitoring)					
16. ท่านรับทราบรายงานเกี่ยวกับผลกระทบของการดำเนินงานควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ					
17. คนในหน่วยงานของท่านเห็นด้วยว่าการดำเนินงานควบคุม					

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น				
	เห็นด้วยมากที่สุด	เห็นด้วยมาก	เห็นด้วยปานกลาง	เห็นด้วยน้อย	เห็นด้วยน้อยที่สุด
ผลิตภัณฑ์ยาสูบนั้นคุ้มค่า					
18. ท่านให้คุณค่ากับผลกระทบของการดำเนินงานควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบที่มีต่อหน่วยงานของท่าน					
19. การประเมินผลเกี่ยวกับการดำเนินงานควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบสามารถนำมาใช้เพื่อปรับปรุงในอนาคต					
20. ท่านสามารถปรับเปลี่ยนวิธีการดำเนินงานควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบตามผลการประเมิน					

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามคะแนนการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของ
คณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด

คำชี้แจง โปรดเขียนเครื่องหมาย ลงในช่องว่าง หน้าข้อความที่ท่านเลือกที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด

1. การเฝ้าระวัง ติดตาม และการประเมินผลการใช้ยาสูบของเยาวชนในจังหวัดของท่าน (Monitor)
 - 1. ไม่มีข้อมูลแสดงการใช้ยาสูบของเยาวชน
 - 2. มีข้อมูลแสดงการใช้ยาสูบของเยาวชน แต่ไม่เป็นปัจจุบัน
 - 3. มีข้อมูลแสดงการใช้ยาสูบของเยาวชนในปัจจุบัน แต่ไม่แสดงแนวโน้ม
 - 4. มีข้อมูลปัจจุบันและเปรียบเทียบแนวโน้มแสดงการใช้ยาสูบของเยาวชน

2. การปกป้องผู้คนจากควันบุหรี่ (Protect) โดยทำให้โรงเรียนมัธยมศึกษาในจังหวัดของท่านปลอดควันบุหรี่
 - 1. ไม่มีการรายงานข้อมูล
 - 2. โรงเรียนมัธยมศึกษาในจังหวัดปลอดควันบุหรี่ น้อยกว่าร้อยละ 80
 - 3. โรงเรียนมัธยมศึกษาในจังหวัดปลอดควันบุหรี่ อย่างน้อยร้อยละ 80
 - 4. โรงเรียนมัธยมศึกษาทุกแห่งในจังหวัดปลอดควันบุหรี่

3. การให้ความช่วยเหลือในการเลิกยาสูบของเยาวชนในจังหวัดของท่าน (Offer)
 - 1. ไม่มีการรายงานข้อมูล
 - 2. เยาวชนที่เสพติดยาสูบต้องการเลิกยาสูบ อย่างน้อยร้อยละ 50
 - 3. เยาวชนที่เสพติดยาสูบเข้าสู่ระบบบำบัดเลิกยาสูบ อย่างน้อยร้อยละ 30
 - 4. เยาวชนที่เสพยาสูบที่เข้าสู่ระบบบำบัดสามารถเลิกยาสูบได้สำเร็จอย่างต่อเนื่องใน 1 ปี อย่างน้อยร้อยละ 20

4. การเตือนเยาวชนในจังหวัดของท่านให้ตระหนักถึงพิษภัยของผลิตภัณฑ์ยาสูบ (Warn)
- 1. ไม่มีการรายงานข้อมูล
 - 2. ไม่มีกิจกรรมให้ความรู้ หรือสร้างความตระหนักถึงพิษภัยของผลิตภัณฑ์ยาสูบให้กับเยาวชน
 - 3. มีกิจกรรมให้ความรู้ หรือสร้างความตระหนักถึงพิษภัยของผลิตภัณฑ์ยาสูบให้กับเยาวชน น้อยกว่าร้อยละ 90
 - 4. มีกิจกรรมให้ความรู้ หรือสร้างความตระหนักถึงพิษภัยของผลิตภัณฑ์ยาสูบให้กับเยาวชน อย่างน้อยร้อยละ 90
5. การบังคับใช้กฎหมายห้ามการโฆษณา การส่งเสริมการขาย และการให้การสนับสนุนอุตสาหกรรมยาสูบของร้านค้าในจังหวัดของท่าน (Enforce)
- 1. ไม่มีการรายงานข้อมูล
 - 2. มีการตรวจการโฆษณา การส่งเสริมการขาย และการให้การสนับสนุนอุตสาหกรรมยาสูบของร้านค้า
 - 3. มีการตรวจ และเตือนร้านค้าเมื่อพบการโฆษณา การส่งเสริมการขาย และการให้การสนับสนุนอุตสาหกรรมยาสูบ
 - 4. มีการตรวจ เตือน และปรับหรือดำเนินคดีเมื่อพบการโฆษณา การส่งเสริมการขาย และการให้การสนับสนุนอุตสาหกรรมยาสูบของร้านค้า

ประเด็นการสนทนากลุ่ม การวิจัยระยะที่ 2

เรื่อง การพัฒนารูปแบบการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด: การประยุกต์ใช้กรอบยุทธศาสตร์ MPOWER

คำชี้แจง

ประเด็นคำถามที่ใช้ในการสนทนากลุ่มในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำผลการวิจัยในระยะที่ 1 บริบทของการประเมิน และปัจจัยที่ส่งผลต่อคะแนนการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด มาเป็นประเด็นคำถามในการสนทนากลุ่ม โดยสรุปมาจากการวิเคราะห์ผลการวิจัยทั้งในระยะที่ 1.1 การวิจัยเชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก และในระยะที่ 1.2 การวิจัยเชิงปริมาณโดยใช้แบบสอบถามในกลุ่มคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด เพื่อเป็นข้อมูลในการสนทนากลุ่มของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้องกับการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อร่างรูปแบบการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด โดยการประยุกต์ใช้กรอบยุทธศาสตร์ MPOWER ซึ่งการสนทนากลุ่มในครั้งนี้ จะไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อสถานภาพของผู้ให้ข้อมูลและคำตอบที่ได้จะเป็นความลับ รวมถึงนำเสนอข้อมูลในภาพรวมเท่านั้น ซึ่งลักษณะแนวคำถามการสนทนากลุ่มมีดังนี้

1. ท่านคิดว่าบริบทของการประเมิน และปัจจัยที่ส่งผลต่อคะแนนการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัดจากผลการวิจัยในระยะที่ 1 ที่ผู้วิจัยได้นำเสนอไปข้างต้นนั้น ครอบคลุมแล้วหรือไม่ เพราะเหตุใด
2. ท่านคิดว่ายังมีปัจจัยใดบ้างที่นอกเหนือจากผลการวิจัยในระยะที่ 1 ที่ผู้วิจัยได้นำเสนอไปข้างต้นนั้น ที่ส่งผลให้คะแนนการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัดเพิ่มขึ้น
3. ท่านคิดว่าการบริหารองค์กรด้านการควบคุมการบริโภคยาสูบของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด ได้แก่ การมีเป้าหมาย มีแผนปฏิบัติการ กำหนดบทบาทผู้รับผิดชอบ และมีทรัพยากรที่เพียงพอ มีส่วนช่วยให้คะแนนการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัดเพิ่มขึ้นหรือไม่ เพราะเหตุใด
4. ท่านคิดว่าทักษะการปฏิบัติงานของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด ได้แก่ ด้านการสื่อสาร ด้านการวิเคราะห์ ด้านการแก้ไขปัญหา และด้านการมีภาวะผู้นำ มีส่วนช่วยให้

คะแนนการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัดเพิ่มขึ้นหรือไม่ เพราะเหตุใด

5. ท่านคิดว่าการเชื่อมโยง การมีส่วนร่วม การทำงานร่วมกัน และการติดตามแบบสะท้อนกลับของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด มีส่วนช่วยให้คะแนนการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัดเพิ่มขึ้นหรือไม่ เพราะเหตุใด

6. ท่านคิดว่าการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด ตามยุทธศาสตร์ MPOWER ควรมีองค์ประกอบใดบ้างเป็นสิ่งสำคัญ

7. ท่านคิดว่ารูปแบบในการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัดที่เหมาะสม ควรมีลักษณะ แนวทาง และวิธีการประเมินเป็นอย่างไร



ภาคผนวก ง รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิที่ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย จำนวน 5 ท่าน ดังนี้

1. นายแพทย์ดิเรก ขำแป้น
ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์
2. นายเกรียงกมล เหมือนกรุด
ผู้เชี่ยวชาญด้านการควบคุมยาสูบ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์
3. รศ.ดร. จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ
ผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
4. ผศ.ดร.รุ่ง วงศ์วัฒน์
อาจารย์คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
5. ผศ.ดร.วุฒิชัย จรียา
อาจารย์คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

ภาคผนวก จ รายนามผู้ทรงคุณวุฒิหรือผู้เชี่ยวชาญที่เข้าร่วมการทำเทคนิคเดลฟาย

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิหรือผู้เชี่ยวชาญที่เข้าร่วมการทำเทคนิคเดลฟาย (Delphi technique)

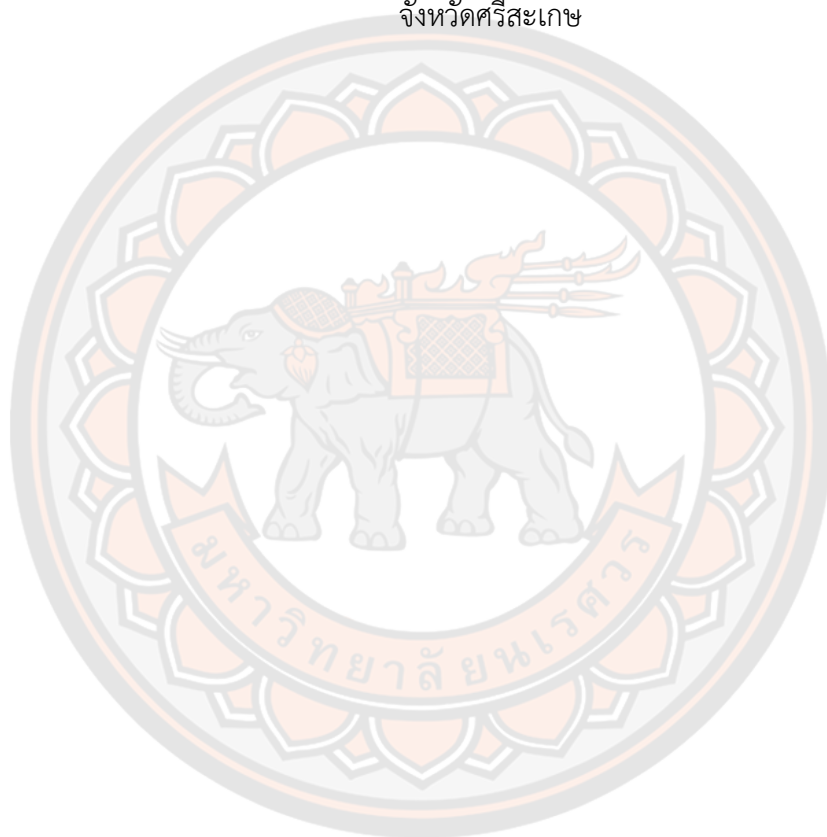
ในการให้ความเห็นเกี่ยวกับรูปแบบการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบ

ในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด:

การประยุกต์ใช้กรอบยุทธศาสตร์ MPOWER

1. นายแพทย์จรศักดิ์ แก้วจรัส รองอธิบดีกรมควบคุมโรค
2. นายแพทย์ชยพันธ์ สิทธิบุศย์ ผู้อำนวยการกองงานคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ กรมควบคุมโรค
3. นางสาวกุลภัสสรณ์ ศิริมนัสสกุล หัวหน้ากลุ่มยุทธศาสตร์ กองงานคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ กรมควบคุมโรค
4. นายนรา เทียมคลี หัวหน้ากลุ่มพัฒนาและขับเคลื่อนการควบคุมยาสูบ กองงานคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ กรมควบคุมโรค
5. ว่าที่ร้อยตรีพรเทพ เกตุษา หัวหน้ากลุ่มบังคับใช้กฎหมาย กองงานคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ กรมควบคุมโรค
6. นายสนธยา บุญเลื่อน นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ กองงานคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ กรมควบคุมโรค
7. นางสาวอภิญญา เอี่ยมสุวรรณ นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ กองงานคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ กรมควบคุมโรค
8. รศ.ดร.นิทรา กิจธีระวุฒิวงษ์ คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
9. รศ.ดร.จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ ผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
10. ผศ.ดร.ศิริไลซ์ วนรัตน์วิจิตร อาจารย์คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
11. ผศ.ดร.วุฒิชัย จริยา อาจารย์คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
12. ผศ.ดร.ศันสนีย์ เมฆรุ่งเรืองวงศ์ อาจารย์คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
13. นายเกรียงกมล เหมือนกรุด รองผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์

14. นางสาวศิริพัทธ์ มัชวาล หัวหน้างานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์
15. นางสาวภัทรินทร์ ศิริทรากุล ผู้รับผิดชอบงานควบคุมยาสูบ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดพิษณุโลก
16. นายธีระยุทธ์ มุจรินทร์ หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ
17. นายประดิษฐ์ พรหมเสนา ผู้ทรงคุณวุฒิ คณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ จังหวัดศรีสะเกษ



ภาคผนวก ฉ ผลการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น ในการใช้สถิติวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุคูณ
(Multiple regression analysis)

1. ตัวแปรอิสระและตัวแปรตามมีความสัมพันธ์เชิงเส้น (ตาราง 10)
2. ค่าความคลาดเคลื่อนมีความเป็นอิสระจากกัน โดยมีค่า Durbin-Watson เท่ากับ 1.795

ซึ่งอยู่ระหว่าง 1.5-2.5

Model Summary^a

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics					Durbin-Watson
					R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change	
1	.344 ^a	.118	.113	4.03876	.118	21.505	1	160	.000	
2	.436 ^b	.190	.180	3.88273	.072	14.118	1	159	.000	
3	.475 ^c	.225	.211	3.81024	.035	7.108	1	158	.008	
4	.498 ^d	.248	.229	3.76554	.023	4.774	1	157	.030	
5	.538 ^e	.289	.267	3.67229	.041	9.074	1	156	.003	
6	.563 ^f	.317	.291	3.61206	.028	6.247	1	155	.013	

a. Predictors: (Constant), Priority

b. Predictors: (Constant), Priority, Resource

c. Predictors: (Constant), Priority, Resource, SUM_SC

d. Predictors: (Constant), Priority, Resource, SUM_SC, SUM_NPT_RM

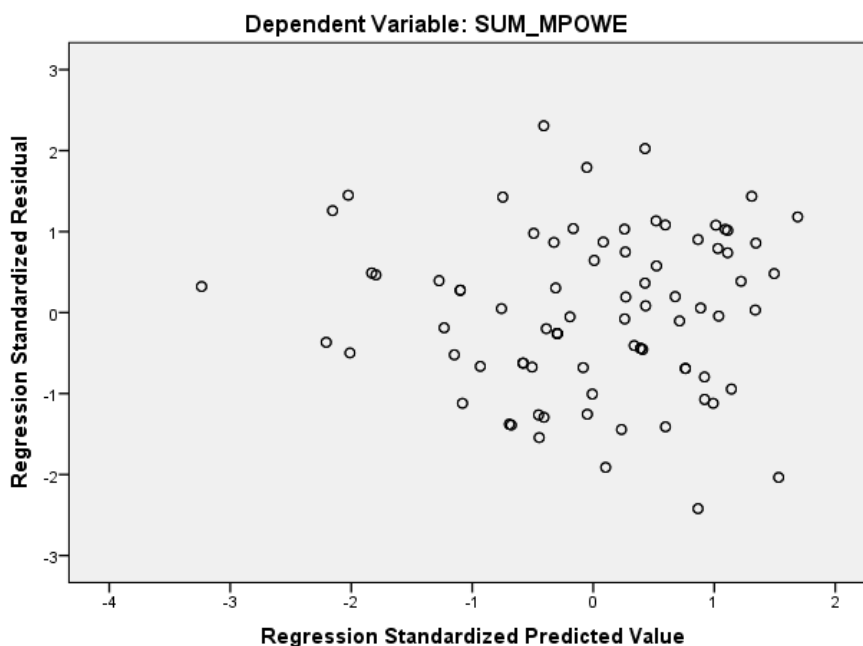
e. Predictors: (Constant), Priority, Resource, SUM_SC, SUM_NPT_RM, SUM_A

f. Predictors: (Constant), Priority, Resource, SUM_SC, SUM_NPT_RM, SUM_A, SUM_K

g. Dependent Variable: SUM_MPOWE

3. ความแปรปรวนของค่าคลาดเคลื่อนมีค่าคงที่ จากภาพ Scatterplot แสดงการพุ่งกระจายดี ไม่เป็นรูปลักษณะหรือมีลักษณะปากแตร

Scatterplot



4. ค่าความคาดเคลื่อนมีการแจกแจงปกติ โดย Std. Residual มีค่า Mean เข้าใกล้ 0 และค่า Std. Deviation เข้าใกล้ 1

Residuals Statistics^a

	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation	N
Predicted Value	3.8397	15.7318	11.6543	2.41420	162
Residual	-8.74456	8.33369	.00000	3.54411	162
Std. Predicted Value	-3.237	1.689	.000	1.000	162
Std. Residual	-2.421	2.307	.000	.981	162

a. Dependent Variable: SUM_MPOWE

5. ตัวแปรอิสระไม่มีความสัมพันธ์กันเอง (Multicollinearity) โดยมีค่า VIF ไม่เกิน 10 และค่า Tolerance ค่าสูงสุดไม่เกิน 1

Coefficients^a

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Collinearity Statistics	
	B	Std. Error	Beta			Tolerance	VIF
6							
	(Constant)	-1.477	2.857		-.517	.606	
	Priority	.320	.143	.172	2.234	.027	.744 1.345
	Resource	1.838	.602	.209	3.053	.003	.941 1.063
	SUM_SC	.444	.126	.276	3.536	.001	.724 1.380
	SUM_NPT_RM	.333	.098	.259	3.393	.001	.759 1.318
	SUM_A	-.276	.081	-.287	-3.414	.001	.625 1.600
	SUM_K	.681	.272	.181	2.499	.013	.843 1.186

a. Dependent Variable: SUM_MPOWER

ภาคผนวก ข คู่มือการใช้รูปแบบการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทย
ของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด: การประยุกต์ใช้กรอบยุทธศาสตร์ MPOWER

คู่มือการใช้รูปแบบการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทย
ของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด: การประยุกต์ใช้กรอบยุทธศาสตร์ MPOWER

เอกสารฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์ระดับปริญญาเอก
สาขาสาธารณสุขศาสตร์

เรื่อง การพัฒนารูปแบบการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทย
ของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด: การประยุกต์ใช้กรอบยุทธศาสตร์ MPOWER

โดย

นางสาวฐิติภัทร จันเกษม ผู้วิจัย

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธนัช กนกเทศ อาจารย์ที่ปรึกษา

คำนำ

คู่มือการใช้รูปแบบการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด: การประยุกต์ใช้กรอบยุทธศาสตร์ MPOWER จัดทำขึ้นเพื่อให้กองงานคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ กรมควบคุมโรค และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด ได้นำไปใช้ในการติดตามและประเมินความก้าวหน้าของกระบวนการดำเนินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัดของแต่ละจังหวัด และภาพรวมของประเทศ ซึ่งข้อมูลสารสนเทศ รวมถึงปัญหาและอุปสรรคของการดำเนินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยที่ได้จากการประเมิน นำไปใช้ในการปรับปรุง แก้ไข และพัฒนาการดำเนินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น เพื่อให้ความชุกการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยและนักสูบหน้าใหม่ลดลงอย่างต่อเนื่อง

ผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่า คู่มือการใช้รูปแบบการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด: การประยุกต์ใช้กรอบยุทธศาสตร์ MPOWER ฉบับนี้ จะทำให้ผู้ทำหน้าที่ประเมินและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้เกิดความเข้าใจในกระบวนการประเมิน และสามารถดำเนินการประเมินได้อย่างมีมาตรฐานและเกิดประโยชน์อย่างยิ่งต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่อไป

ฐิติภัทร จันเกษม

9 กันยายน 2566

ผู้วิจัย

-ข-

สารบัญ

หน้า

ตอนที่ 1 หลักการและเหตุผล	1
ตอนที่ 2 รูปแบบการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด: การประยุกต์ใช้กรอบยุทธศาสตร์ MPOWER	5
ส่วนที่ 1 เป้าหมายของการประเมิน	6
ส่วนที่ 2 องค์ประกอบและตัวบ่งชี้	6
ส่วนที่ 3 เกณฑ์การประเมิน	11
ส่วนที่ 4 วิธีการประเมิน	12
ส่วนที่ 5 ผู้ทำการประเมิน	12
ส่วนที่ 6 ระยะเวลาในการประเมิน	13
ส่วนที่ 7 การให้ข้อมูลป้อนกลับ	13
เอกสารอ้างอิง	14
ภาคผนวก	16

ตอนที่ 1

หลักการและเหตุผล

การแพร่ระบาดของยาสูบเป็นหนึ่งในภัยคุกคามที่สำคัญทางด้านสาธารณสุขทั่วโลก โดยมากกว่าร้อยละ 80 ของผู้บริโภคยาสูบทั่วโลก อาศัยอยู่ในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง ซึ่งในแต่ละปีทั่วโลกมีผู้เสียชีวิตจากการบริโภคยาสูบโดยตรงมากกว่า 7 ล้านคน และจากการได้รับควันบุหรี่มือสองประมาณ 1.2 ล้านคน (World Health Organization, 2022) ดังคาดการณ์ประชากรโลกจะเสียชีวิตด้วยโรคที่เกิดจากการบริโภคยาสูบเพิ่มขึ้นมากกว่า 8 ล้านคนต่อปี ภายในปี พ.ศ. 2573 หากประเทศต่างๆ ไม่รวมมือกันป้องกันและควบคุมการบริโภคยาสูบอย่างจริงจัง (World Health Organization, 2017) แม้ในปี พ.ศ. 2558-2563 จะมีแนวโน้มประชากรทั่วโลกบริโภคยาสูบลดลงเล็กน้อย จากร้อยละ 24.9 เป็นร้อยละ 22.8 (World Health Organization, 2019) แต่อัตราการสูบบุหรี่ในเยาวชนยังคงสูง จากข้อมูลปี พ.ศ. 2562 พบความชุกของผู้สูบบุหรี่อายุ 15-24 ปี ทั่วโลก ร้อยละ 20.1 นักสูบบุหรี่ใหม่มีมากถึงร้อยละ 89 และติดบุหรี่เมื่ออายุไม่ถึง 25 ปี ทั้งนี้ภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้มีความชุกของการบริโภคยาสูบในเยาวชนมากที่สุด จำแนกเป็นเพศชายร้อยละ 9.4 และหญิงร้อยละ 4.8 (World Health Organization, 2019) โดยประเทศต่างๆ กว่าครึ่งหนึ่งทั่วโลกยังไม่มีควมคืบหน้าในการลดการสูบบุหรี่ในคนกลุ่มนี้ (Reitsma et al., 2021)

ประเทศไทย เป็นหนึ่งในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้และมีรายได้ระดับปานกลาง ที่พบเยาวชนไทยเสพติดบุหรี่รายใหม่และกลายเป็นผู้สูบบุหรี่เป็นประจำเพิ่มขึ้น โดยเริ่มสูบบุหรี่ครั้งแรกเมื่ออายุ 16-20 ปี ร้อยละ 60 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2561) จากสถานการณ์การสูบบุหรี่ของเยาวชนในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2547-2557) พบว่า มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเฉลี่ยร้อยละ 5 จากร้อยละ 6.6 เป็นร้อยละ 8.3 (สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ, 2560) และเพิ่มขึ้นอีกในปี พ.ศ. 2560 เป็นร้อยละ 9.7 จำแนกสูบบุหรี่เป็นประจำ ร้อยละ 7.2 และสูบบุหรี่ครั้ง ร้อยละ 2.6 จำนวนบุหรี่ที่เยาวชนสูบบุหรี่เป็นประจำ 1-10 มวนต่อวัน ร้อยละ 85.0 สูบบุหรี่ 11-20 มวนต่อวัน ร้อยละ 13.8 และสูบบุหรี่ไม่ต่ำกว่า 20 มวนหรือหนึ่งซอง ร้อยละ 1.2 สำหรับประเภทของบุหรี่ที่เยาวชนนิยม คือ บุหรี่ ร้อยละ 55.1 บุหรี่ไฟฟ้า ร้อยละ 18.1 ยาเส้น ร้อยละ 18.1 และบารากู่ ร้อยละ 8.7 ทั้งนี้พบเยาวชนไทยส่วนใหญ่ซื้อบุหรี่มาสูบบุหรี่จากร้านขายของชำ ร้อยละ 83.2 ร้านสะดวกซื้อ ร้อยละ 12.3 ซื้อจากต่างประเทศ ร้อยละ 0.1 และซื้อต่อจากคนอื่น ร้อยละ 0.1 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2561)

การบริโภคยาสูบส่งผลกระทบต่อสุขภาพและการเสียชีวิต เนื่องจากนิโคตินในบุหรี่เป็นสารเสพติด และเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของการเกิดกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable diseases: NCDs) เป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้เกิดความยากจนจากการซื้อยาสูบและจ่ายค่ารักษาพยาบาล รวมถึงสูญเสียทุนมนุษย์ซึ่งเป็นผลมาจากการเจ็บป่วยและการเสียชีวิตที่เกิดจากการใช้ยาสูบ ซึ่งบุหรี่เป็นรูปแบบที่นิยมบริโภคกันมากที่สุดทั่วโลก โดยเฉพาะบุหรี่ไฟฟ้าที่มุ่งเป้าหมายไปยังกลุ่มเยาวชน โดยการใช้รสชาติเพื่อดึงดูดความสนใจ มีการโฆษณาและการส่งเสริมการขายผ่านช่องทางอินเทอร์เน็ตและสื่อสังคมจำนวนมาก รวมถึงการตลาดส่วนใหญ่กล่าวอ้างถึงด้านสุขภาพและประสิทธิภาพในการเลิกบุหรี่ (World Health Organization, 2022) การเสพติดบุหรี่ของเยาวชนจึงเป็นพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพที่สำคัญ โดยมีระยะเวลาการสูบยาวนานกว่ากลุ่มอื่น และการได้รับสารนิโคตินในเยาวชนอาจเป็นอันตรายต่อสมองที่กำลังพัฒนา ส่งผลให้เยาวชน 1 ใน 13 คน เสียชีวิตก่อนวัยอันควรจากความเจ็บป่วยที่เกี่ยวกับการสูบบุหรี่ (CDC, 2020)

การควบคุมและป้องกันไม่ให้เยาวชนเริ่มสูบบุหรี่ จึงจำเป็นอย่างยิ่งต่อการจัดการการแพร่ระบาดของยาสูบ ประเทศสมาชิกองค์การอนามัยโลกได้ให้สัตยาบันในสนธิสัญญาความร่วมมือระหว่างประเทศฉบับแรก ปี พ.ศ. 2546 คือ “กรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบ” (Framework Convention on Tobacco Control: FCTC) และปี พ.ศ. 2550 องค์การอนามัยโลกได้แนะนำวิธีปฏิบัติในการขยายการดำเนินการตามข้อกำหนดหลักเพื่อลดอุปสงค์ โดยยุทธศาสตร์ MPOWER ประกอบด้วย 1) การติดตามการใช้ยาสูบและนโยบายการป้องกัน (Monitoring tobacco use and prevention policies) 2) การปกป้องประชาชนจากควันบุหรี่ (Protecting people from tobacco smoke) 3) การให้ความช่วยเหลือการเลิกใช้ยาสูบ (Offering help to quit tobacco use) 4) การเตือนให้ตระหนักถึงพิษภัยของยาสูบ (Warning about the dangers of tobacco) 5) การบังคับใช้กฎหมายห้ามโฆษณา การส่งเสริมการขาย และสนับสนุนยาสูบ (Enforcing bans on tobacco advertising promotion and sponsorship) และ 6) การขึ้นภาษีผลิตภัณฑ์ยาสูบ (Raising taxes on tobacco) ซึ่งทั้ง 6 มาตรการนี้ ได้รับการพิสูจน์แล้วว่าสามารถลดการเสียชีวิตและลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลจากการเจ็บป่วยจากการบริโภคยาสูบ เพื่อที่จะบรรลุเป้าหมายระดับโลก (World Health Organization, 2005, 2008, 2022)

ประเทศไทย เป็นหนึ่งในสมาชิกที่ร่วมให้สัตยาบันตามกรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลก โดยกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข เป็นหน่วยงานรับผิดชอบหลัก ได้พัฒนาแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565-2570 ประกอบด้วย 6 ยุทธศาสตร์ สอดคล้องตามมาตรการ MPOWER คือ 1) สร้างเสริมความเข้มแข็งและยกระดับขีดความสามารถการควบคุมยาสูบของประเทศ 2) ป้องกันมิให้เกิดผู้เสพยาสูบรายใหม่ และเฝ้าระวังธุรกิจยาสูบ 3) บำบัดรักษาผู้เสพให้เลิกใช้ยาสูบ 4) การควบคุม ตรวจสอบ เฝ้าระวัง และเปิดเผยรายการส่วนประกอบของผลิตภัณฑ์ยาสูบ 5) ทำสิ่งแวดลอมให้ปลอดควันบุหรี่ และ 6) มาตรการภาษี การป้องกันและปราบปรามเพื่อควบคุมยาสูบ โดยใช้กลไกการขับเคลื่อนผ่านคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด และการบังคับใช้กฎหมายตามพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2560 ที่มุ่งเน้นการป้องกันการเข้าถึงผลิตภัณฑ์ยาสูบในเยาวชน (World Health Organization, 2008; นิทัศน์ ศิริโชติรัตน์, และฉัตรสมน พงศ์ภิญโญ, 2560; สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ, 2559) เพื่อลดอัตราการสูบบุหรี่ในเยาวชน ซึ่งเป็นภารกิจที่ท้าทายทั้งหน่วยงานภาครัฐ องค์กรเอกชน และผู้ที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วน (กองงานคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ, 2565)

นโยบายและกฎหมายการควบคุมยาสูบของประเทศไทยจึงมีความชัดเจน สอดคล้องกับยุทธศาสตร์หลัก MPOWER และกรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลก แต่ยังมีพบอัตราการบริโภคยาสูบในเยาวชนมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ยังไม่บรรลุเป้าหมายที่กำหนด รวมถึงการเจ็บป่วยและการเสียชีวิตจากการบริโภคยาสูบยังคงสูง และการบังคับใช้กฎหมายในกลุ่มเยาวชนยังไม่เต็มที่ เนื่องจากยังมีข้อจำกัดอีกหลายประการทำให้ยังไม่สามารถดำเนินการตามมาตรการต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ (จรรยาพร ศรีศัลลักษณ์, 2558; สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ, 2558) จึงจำเป็นต้องประเมินกระบวนการดำเนินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทย ในกลไกการขับเคลื่อนของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด โดยประเมินสิ่งที่กำลังดำเนินการอยู่หรือระหว่างการพัฒนา (Formative evaluation) ด้วยการเก็บรวมข้อมูลอย่างเป็นระบบ เพื่อให้ทราบถึงสิ่งที่เกิดขึ้นจากการนำมาตรการไปสู่การปฏิบัติ (Implementation) สะท้อนความสำเร็จหรือความล้มเหลวของมาตรการและผลกระทบต่อผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในมิติต่างๆ อย่างเป็นรูปธรรม (ชยภรณ์ บุญเรืองศักดิ์, 2561; วัณณะวัฒน์ โอภาสวัฒนา, ม.ป.ป.) ซึ่งนำมาพัฒนาและปรับปรุงการดำเนินงาน เพื่อให้เกิดผลตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ (Scriven, 1967) ในขณะที่การติดตาม การประเมินเกี่ยวกับการควบคุมการบริโภคยาสูบของประเทศไทย มีเพียงข้อมูลจากการสำรวจพฤติกรรมกรรมการบริโภคยาสูบของประชากรทุก 3 ปี ส่วนใหญ่เป็นการประเมินเชิงผลลัพธ์ อีกทั้งยังไม่พบการประเมินการปฏิบัติงานของ

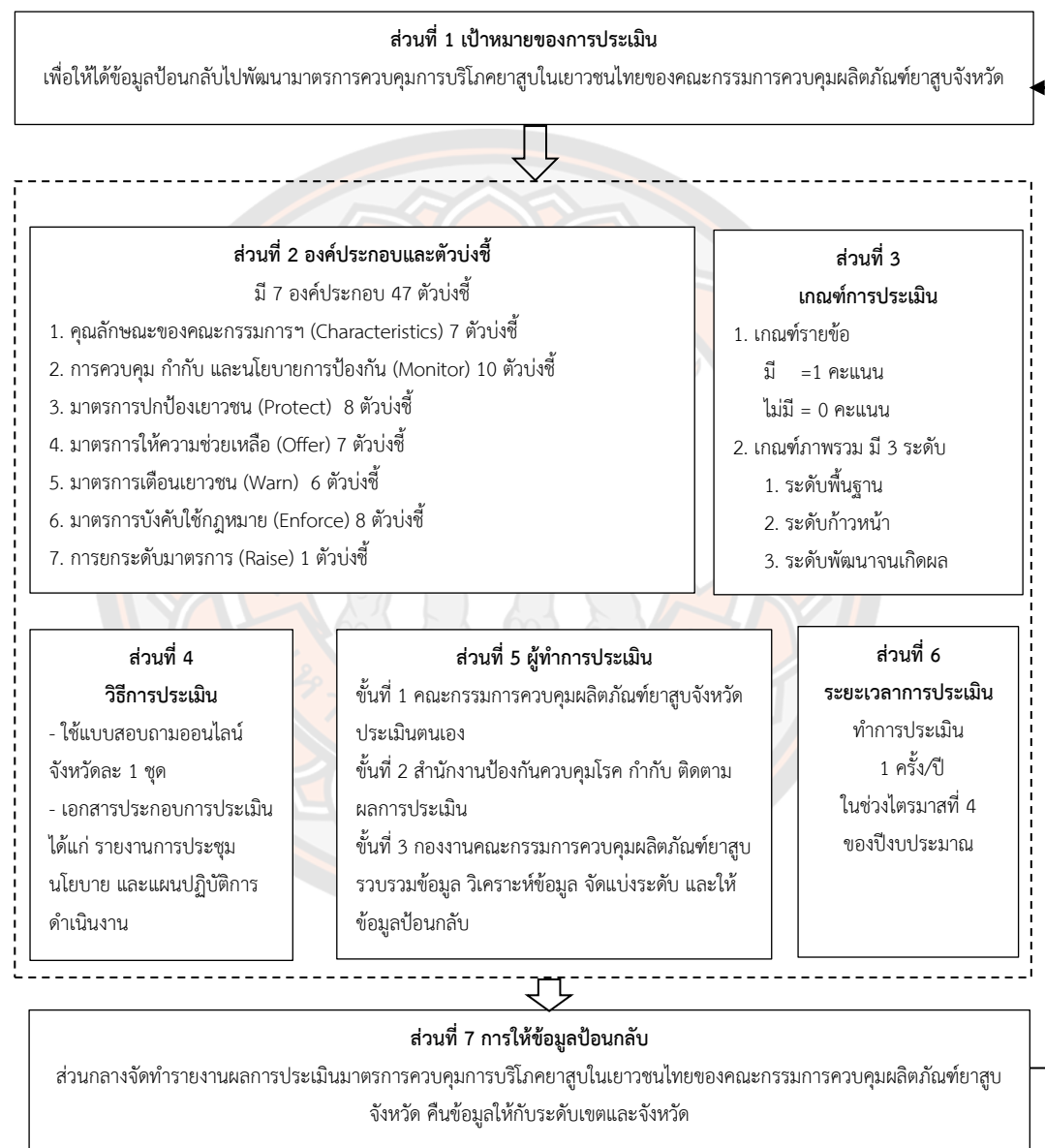
คณะกรรมการตามพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2560 ข้อมูลจึงยังไม่เพียงพอและยังต้องการองค์ความรู้ด้านการประเมินมาตรการควบคุมยาสูบที่มีประสิทธิภาพ (ฐิติพร กันวิหค และคณะ, 2561; ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์, สุนิดา ปรีชาวงษ์, และเนาวรัตน์ เจริญค้า, 2553)

จากสถานการณ์ปัญหาและข้อค้นพบที่กล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยจึงพัฒนารูปแบบการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด โดยการประยุกต์ใช้กรอบยุทธศาสตร์ MPOWER ที่เหมาะสมกับบริบทของประเทศไทย ในการประเมินกระบวนการจากสิ่งที่กำลังดำเนินการอยู่ เพื่อให้ทราบถึงสิ่งที่เกิดขึ้นจากการนำมาตรการไปสู่การปฏิบัติ สะท้อนความสำเร็จหรือความล้มเหลว และผลกระทบต่อผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง โดยนำข้อมูลสารสนเทศที่ได้จากการประเมินมาใช้ในการปรับปรุง แก้ไข และพัฒนามาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น เพื่อลดการบริโภคยาสูบของเยาวชนให้บรรลุสู่เป้าหมายของประเทศต่อไป



ตอนที่ 2

รูปแบบการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของ คณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด: การประยุกต์ใช้กรอบยุทธศาสตร์ MPOWER



ภาพ 1 รูปแบบการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของ
คณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด: การประยุกต์ใช้กรอบยุทธศาสตร์
MPOWER

รูปแบบการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด โดยการประยุกต์ใช้กรอบยุทธศาสตร์ MPOWER ที่พัฒนาขึ้นจากความคิดเห็นของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้ง 3 ระดับ ได้แก่ คณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด สำนักป้องกันควบคุมโรคในระดับเขต และกองงานคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบกรมควบคุมโรคในระดับส่วนกลาง โดยผ่านการตรวจสอบคุณภาพด้านความเหมาะสม ความสอดคล้อง และความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติของรูปแบบจากผู้ทรงคุณวุฒิหรือผู้เชี่ยวชาญในด้านการเกี่ยวข้องทั้ง 17 ท่าน ซึ่งรูปแบบการประเมินที่พัฒนาขึ้นนี้ ประกอบด้วย 7 ส่วน โดยมีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 เป้าหมายของการประเมิน

เป้าหมายของการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด โดยการประยุกต์ใช้กรอบยุทธศาสตร์ MPOWER คือ เพื่อให้ได้ข้อมูลย้อนกลับไปปรับปรุง แก้ไข และพัฒนามาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัดให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

ส่วนที่ 2 องค์ประกอบและตัวบ่งชี้

องค์ประกอบและตัวบ่งชี้ที่ใช้ในการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด โดยการประยุกต์ใช้กรอบยุทธศาสตร์ MPOWER มีทั้งสิ้น 7 องค์ประกอบ 47 ตัวบ่งชี้ โดยมีรายละเอียดดังนี้

องค์ประกอบ	ตัวบ่งชี้
1. คุณลักษณะของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด (Characteristics) จำนวน 7 ตัวบ่งชี้	1.1 เลขานุการมีความสามารถในการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินงานควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนที่มีความสัมพันธ์กัน เพื่อมาสนับสนุนการพิจารณาของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด 1.2 เลขานุการมีความสามารถในการนำเสนอประเด็นเพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนการดำเนินงานควบคุมการ

องค์ประกอบ	ตัวบ่งชี้
	<p>บริโภคนยาสูบในเยาวชนต่อคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด</p> <p>1.3 เลขานุการมีความสามารถในการประสานงานหรืออำนวยการต่อคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด</p> <p>1.4 มีวาระการประชุมเกี่ยวกับการดำเนินงานควบคุมการบริโภคนยาสูบในเยาวชน อย่างน้อย 2 ครั้ง/ปี</p> <p>1.5 คณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัดเข้าร่วมประชุมเกี่ยวกับการดำเนินงานควบคุมการบริโภคนยาสูบในเยาวชน ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70 อย่างน้อย 2 ครั้ง/ปี</p> <p>1.6 มีการมอบหมายหน่วยงานด้านสาธารณสุขรับผิดชอบในการขับเคลื่อนงานควบคุมการบริโภคนยาสูบในเยาวชน</p> <p>1.7 มีการมอบหมายหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง นอกเหนือจากด้านสาธารณสุขรับผิดชอบในการขับเคลื่อนงานควบคุมการบริโภคนยาสูบในเยาวชน</p>
<p>2. การควบคุม กำกับมาตรการควบคุมการบริโภคนยาสูบในเยาวชน และมีนโยบายการป้องกันการบริโภคนยาสูบในเยาวชน (Monitor) จำนวน 10 ตัวบ่งชี้</p>	<p>2.1 มีการกำหนดเป้าหมายการดำเนินมาตรการควบคุมการบริโภคนยาสูบในเยาวชน</p> <p>2.2 มีนโยบายการป้องกันการบริโภคนยาสูบในเยาวชน</p> <p>2.3 มีแผนการดำเนินมาตรการควบคุมการบริโภคนยาสูบในเยาวชน</p> <p>2.4 มีผู้รับผิดชอบงานควบคุมยาสูบในระดับจังหวัดที่ชัดเจน</p> <p>2.5 ในระดับพื้นที่มีทรัพยากรมนุษย์เพียงพอต่อการดำเนินมาตรการควบคุมการบริโภคนยาสูบในเยาวชน</p> <p>2.6 ในระดับพื้นที่มีงบประมาณเพียงพอต่อการดำเนิน</p>

องค์ประกอบ	ตัวบ่งชี้
	<p>มาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชน</p> <p>2.7 ในระดับพื้นที่มีสิ่งสนับสนุนอื่นๆ เช่น สื่อความรู้ เป็นต้น เพียงพอต่อการดำเนินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชน</p> <p>2.8 มีระบบการติดตามการดำเนินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนในพื้นที่ เช่น การนิเทศงาน เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ รายงานผ่านช่องทางต่างๆ เป็นต้น</p> <p>2.9 มีการประเมินผลการขับเคลื่อนมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนในพื้นที่</p> <p>2.10 มีการรายงานผลการดำเนินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนในพื้นที่</p>
<p>3. การดำเนินงานสำคัญ ของ มาตรการปกป้องเยาวชนจากควัน บุหรี่และปกป้องการเข้าถึงยาสูบ ของเยาวชน (Protect) จำนวน 8 ตัวบ่งชี้</p>	<p>3.1 มีการบังคับใช้กฎหมายในการคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่</p> <p>3.2 ดำเนินการสถานศึกษาปลอดบุหรี่ อย่างน้อยร้อยละ 80</p> <p>3.3 ดำเนินการชุมชนปลอดบุหรี่ อย่างน้อยร้อยละ 80</p> <p>3.4 ดำเนินการสถานที่สาธารณะปลอดบุหรี่ อย่างน้อยร้อยละ 80</p> <p>3.5 ดำเนินการอื่นๆ เพื่อการสร้างสิ่งแวดล้อมทางกายภาพและสังคมเพื่อเอื้อต่อการไม่สูบบุหรี่ของเยาวชน เช่น ธรรับส่งนักเรียนปลอดบุหรี่ ที่พักอาศัยปลอดบุหรี่ เป็นต้น โปรตรระบุ.....</p> <p>3.6 ดำเนินการเฝ้าระวังร้านค้าที่จำหน่ายยาสูบรอบสถานศึกษา</p> <p>3.7 มีกิจกรรมสร้างการรับรู้เกี่ยวกับกฎหมายด้านการควบคุมยาสูบและกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับยาสูบให้กับ</p>

องค์ประกอบ	ตัวบ่งชี้
	<p>เยาวชน</p> <p>3.8 ดำเนินงานอื่นๆ เพื่อปกป้องเยาวชนไม่ให้เข้าถึงผลิตภัณฑ์ยาสูบ โปรรตระบุ.....</p>
<p>4. การดำเนินงานสำคัญ ของ มาตรการให้ความช่วยเหลือเยาวชน ในการเลิกยาสูบ (Offer) จำนวน 7 ตัวบ่งชี้</p>	<p>4.1 มีการกำหนดนโยบายการเข้าถึงบริการเลิกยาสูบของ เยาวชนในหน่วยรักษาฟื้นฟูต่างๆ</p> <p>4.2 มีระบบการคัดกรองเยาวชนในสถานศึกษาเข้าสู่ กระบวนการเลิกยาสูบ</p>
	<p>4.3 มีระบบการคัดกรองเยาวชนในชุมชนเข้าสู่ กระบวนการเลิกยาสูบ</p> <p>4.4 มีการให้คำปรึกษาเพื่อการบำบัดเลิกยาสูบให้กับ เยาวชนในสถานศึกษา</p> <p>4.5 มีระบบการส่งต่อเพื่อการบำบัดเลิกยาสูบให้กับ เยาวชนในสถานศึกษา</p> <p>4.6 มีการให้คำปรึกษาเพื่อการบำบัดเลิกยาสูบให้กับ เยาวชนในชุมชน</p> <p>4.7 มีระบบการส่งต่อเพื่อการบำบัดเลิกยาสูบให้กับ เยาวชนในชุมชน</p>
<p>5. การดำเนินงานสำคัญ ของ มาตรการเตือนให้เยาวชนตระหนัก ถึงพิษภัยของยาสูบ (Warn) จำนวน 6 ตัวบ่งชี้</p>	<p>5.1 มีกิจกรรมสร้างการรับรู้เรื่องโทษ พิษภัยยาสูบให้กับ เยาวชนในสถานศึกษา</p> <p>5.2 มีกิจกรรมสร้างการรับรู้เรื่องผลิตภัณฑ์ยาสูบรูปแบบ ใหม่ให้กับเยาวชนในสถานศึกษา</p> <p>5.3 มีกิจกรรมสร้างการรับรู้เรื่องโทษ พิษภัยยาสูบให้กับ เยาวชนในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับเยาวชน หรือในชุมชน</p> <p>5.4 มีกิจกรรมสร้างการรับรู้เรื่องผลิตภัณฑ์ยาสูบรูปแบบ ใหม่ให้กับเยาวชนในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับเยาวชน หรือในชุมชน</p>

องค์ประกอบ	ตัวบ่งชี้
6. การดำเนินงานสำคัญ ของ มาตรการบังคับใช้กฎหมายควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ (Enforce) จำนวน 8 ตัวบ่งชี้	<p>5.5 มีการใช้สื่อรณรงค์ หรือประชาสัมพันธ์ ในการต่อต้านผลิตภัณฑ์ยาสูบในสถานศึกษา</p> <p>5.6 มีการใช้สื่อรณรงค์ หรือประชาสัมพันธ์ ในการต่อต้านผลิตภัณฑ์ยาสูบในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับเยาวชน หรือในชุมชน</p> <p>6.1 มีการกำหนดนโยบายในการดำเนินการตรวจเตือน หรือบังคับใช้กฎหมายควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ</p> <p>6.2 ดำเนินการตรวจเตือน หรือบังคับใช้กฎหมาย ห้ามมีการค้าผลิตภัณฑ์ยาสูบที่ผิดกฎหมาย เช่น บุหรี่หนีภาษี บุหรี่ไฟฟ้า เป็นต้น</p> <p>6.3 ดำเนินการตรวจเตือน หรือบังคับใช้กฎหมาย ห้ามขาย หรือให้ผลิตภัณฑ์ยาสูบแก่บุคคลอายุต่ำกว่า 20 ปีบริบูรณ์</p> <p>6.4 ดำเนินการตรวจเตือน หรือบังคับใช้กฎหมาย ห้ามใช้จ้ำง หรือวานให้บุคคลอายุต่ำกว่า 18 ปีบริบูรณ์ขายหรือให้ผลิตภัณฑ์ยาสูบ</p> <p>6.5 ดำเนินการตรวจเตือน หรือบังคับใช้กฎหมาย ห้ามขายผลิตภัณฑ์ยาสูบโดยผ่านทางสื่ออิเล็กทรอนิกส์ หรือเครือข่ายคอมพิวเตอร์</p> <p>6.6 ดำเนินการตรวจเตือน หรือบังคับใช้กฎหมาย ห้ามผู้ใดขายผลิตภัณฑ์ยาสูบในสถานศึกษา</p> <p>6.7 ดำเนินการตรวจเตือน หรือบังคับใช้กฎหมาย ห้ามโฆษณาหรือสื่อสารการตลาดผลิตภัณฑ์ยาสูบ</p> <p>6.8 ดำเนินการตรวจเตือน หรือบังคับใช้กฎหมาย ห้ามแบ่งขายผลิตภัณฑ์ยาสูบประเภทบุหรี่ยีคาเรต</p>
7. การดำเนินงานสำคัญของการยกระดับมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชน (Raise) จำนวน 1 ตัวบ่งชี้	7.1 มีการยกระดับมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนที่มีความเชื่อมโยงกับการแก้ไขปัญหาในพื้นที่เพิ่มขึ้น นอกเหนือจากนโยบายหรือแผนงานของส่วนกลาง เช่น การกำหนดนโยบาย มีนวัตกรรม พขอ. พชต. เป็นต้น

ส่วนที่ 3 เกณฑ์การประเมิน

เกณฑ์ในการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด โดยการประยุกต์ใช้กรอบยุทธศาสตร์ MPOWER แบ่งออกเป็น 2 เกณฑ์ ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. เกณฑ์รายชื่อของตัวชี้วัด ในการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด ประกอบด้วย 2 ตัวเลือก มี และไม่มี โดยมีความหมายและให้คะแนน ดังนี้

มี หมายถึง คณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัดมีการดำเนินการเป็นไปตามตัวชี้วัดข้อนี้ การให้คะแนน เท่ากับ 1 คะแนน

ไม่มี หมายถึง คณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัดยังดำเนินการไม่เป็นไปตามตัวชี้วัดข้อนี้ การให้คะแนน เท่ากับ 0 คะแนน

2. เกณฑ์ภาพรวมของตัวชี้วัด ในการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด โดยการประยุกต์ใช้เกณฑ์การประเมินแบบอิงเกณฑ์ของ Bloom (1975) ซึ่งมีคะแนนของตัวชี้วัดรวมทั้งหมด 47 คะแนน สามารถแบ่งคะแนนออกเป็นระดับผลการประเมินได้ 3 ระดับ ดังนี้

1. ระดับพื้นฐาน (Basic) หมายถึง การดำเนินการมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด อยู่ในระดับพื้นฐาน โดยมีคะแนนของตัวชี้วัดรวม น้อยกว่าร้อยละ 60 หรือมีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-28 คะแนน

2. ระดับก้าวหน้า (Advance) หมายถึง การดำเนินการมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด อยู่ในระดับก้าวหน้า โดยมีคะแนนของตัวชี้วัดรวม ร้อยละ 60-80 หรือมีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 29-38 คะแนน

3. ระดับพัฒนาจนเกิดผล (Significance) หมายถึง การดำเนินการมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด อยู่ในระดับพัฒนาจนเกิดผล โดยมีคะแนนของตัวชี้วัดรวม มากกว่าร้อยละ 80 หรือมีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 39-47 คะแนน

ส่วนที่ 4 วิธีการประเมิน

วิธีการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด โดยการประยุกต์ใช้กรอบยุทธศาสตร์ MPOWER โดยมีเครื่องมือเก็บข้อมูลที่ใช้ในการประเมิน คือ แบบสอบถามการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด ที่พัฒนาขึ้นในรูปแบบออนไลน์ เพื่อให้คณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัดดำเนินการประเมินตนเอง โดยกำหนดให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ซึ่งเป็นเลขานุการคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด รับผิดชอบดำเนินการรวบรวมข้อมูลในการประเมินภาพรวมของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด และตอบแบบสอบถามการประเมินในระบบออนไลน์ จังหวัดละ 1 ชุด พร้อมทั้งแนบเอกสารที่ใช้ประกอบการประเมิน ได้แก่ รายงานการประชุม นโยบาย และแผนปฏิบัติการดำเนินงาน (Action plan) เพื่อเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ ประกอบการวิเคราะห์ข้อมูลผลการประเมินเชิงคุณภาพ

ส่วนที่ 5 ผู้ทำการประเมิน

ผู้ทำการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด โดยการประยุกต์ใช้กรอบยุทธศาสตร์ MPOWER จากการมีส่วนร่วมในการประเมินทั้ง 3 ระดับ ได้แก่ ระดับจังหวัด ระดับเขต และระดับส่วนกลาง โดยสามารถแบ่งผู้ทำการประเมินออกเป็น 3 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นที่ 1 ระดับจังหวัด โดยคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัดดำเนินการประเมินตนเอง (Self- assessment) และกำหนดให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ซึ่งเป็นเลขานุการคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด รับผิดชอบดำเนินการรวบรวมข้อมูลในการประเมินภาพรวมของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด และตอบแบบสอบถามการประเมินในระบบออนไลน์ จังหวัดละ 1 ชุด พร้อมทั้งแนบเอกสารที่ใช้ประกอบการประเมิน

ขั้นที่ 2 ระดับเขต โดยสำนักงานป้องกันควบคุมโรค เป็นพี่เลี้ยงในการประเมินตนเองให้กับคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด และดำเนินการกำกับ ติดตามผลการประเมินทุกจังหวัดในเขตรับผิดชอบ

ขั้นที่ 3 ระดับส่วนกลาง โดยกองงานคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ กรมควบคุมโรคดำเนินการรวบรวมข้อมูลจากการตอบแบบสอบถามในการประเมินตนเองของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลผลการประเมินทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพในรายจังหวัดและภาพรวมของประเทศ และจัดแบ่งระดับผลการประเมินในแต่ละจังหวัดตาม

เกณฑ์การประเมินที่กำหนด รวมถึงจัดทำรายงานผลการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบใน
เยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด เพื่อคืนข้อมูลให้กับระดับเขตและ
จังหวัดต่อไป

ส่วนที่ 6 ระยะเวลาการประเมิน

ระยะเวลาที่เหมาะสมในการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของ
คณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด โดยการประยุกต์ใช้กรอบยุทธศาสตร์ MPOWER โดย
ดำเนินการประเมินทั้ง 3 ขั้นตอน 1 ครั้ง/ปี และให้เสร็จสิ้นภายในช่วงไตรมาสที่ 4 ของปีงบประมาณ
หรือช่วงเดือนกรกฎาคม - กันยายนของทุกปี เพื่อใช้ข้อมูลสารสนเทศในการวางแผนปรับปรุง แก้ไข
และพัฒนามาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์
ยาสูบจังหวัด ในปีงบประมาณถัดไป ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

ส่วนที่ 7 การให้ข้อมูลป้อนกลับ

การให้ข้อมูลป้อนกลับของผลการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทย
ของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด โดยการประยุกต์ใช้กรอบยุทธศาสตร์ MPOWER
โดยส่วนกลางจัดทำรายงานผลการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของ
คณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด ประกอบด้วย ระดับการดำเนินมาตรการควบคุมการ
บริโภคยาสูบในเยาวชนไทยในภาพรวมของแต่ละจังหวัด โดยจัดแบ่งตามเกณฑ์ที่กำหนด ผลคะแนน
การประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทย ในแต่ละตัวชี้วัดและองค์ประกอบ ใน
ภาพรวมของประเทศ และผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ ข้อค้นพบ และสิ่งที่ต้องพัฒนาใน
แต่ละตัวชี้วัดและองค์ประกอบ รวมถึงปัจจัยแห่งความสำเร็จ ปัญหา/อุปสรรค และข้อเสนอแนะใน
ภาพรวมของแต่ละจังหวัดและภาพรวมของประเทศ โดยวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพอาจจะ
ขึ้นอยู่กับความเหมาะสมของข้อมูลและการออกแบบวิธีการวิเคราะห์ของส่วนกลาง ทั้งนี้เพื่อคืนข้อมูล
สารสนเทศที่ได้จากการประเมินให้กับระดับเขตและจังหวัด นำไปใช้ในการปรับปรุง แก้ไข และพัฒนา
มาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด
ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น โดยส่วนกลางจะใช้ข้อมูลสารสนเทศที่ได้จากการประเมินนี้ ในการติดตาม
ความก้าวหน้าการดำเนินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยของคณะกรรมการควบคุม
ผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัดในแต่ละปี รวมถึงนำไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนาแผนปฏิบัติการด้านการ
ควบคุมยาสูบแห่งชาติในฉบับต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- กองงานคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ. (2565). *แผนปฏิบัติการด้านการควบคุมยาสูบแห่งชาติ ฉบับที่สาม พ.ศ. 2565-2570*. กรุงเทพฯ: อักษรกราฟฟิกแอนด์ดีไซน์.
- จรรยาพร ศรีศศลักษณ์. (2558). *สถานการณ์ แนวทางดำเนินงาน ปัญหา กฎหมาย กฎระเบียบ ในการควบคุมเครื่องตีมีแอลกอฮอล์และบุหรี*. เอกสารเสนอคณะกรรมการสาธารณสุข สภานิติบัญญัติแห่งชาติ. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- ชยภรณ์ บุญเรืองศักดิ์. (2561). *การติดตาม และประเมินผลโครงการ*. การประชุมพัฒนาสรณะ บุคลากรด้านการติดตามและประเมินผล และการมุ่งผลสัมฤทธิ์; 24-25 ธ.ค. 2561; โรงแรมพาราไดส์โฮ เจ เค ดีไซน์, นครสวรรค์.
- ฐิติพร กันวิหค, วิไลลักษณ์ หฤหรรษพงศ์, และจุฑาทิพย์ ปรีการ. (2561). รูปแบบการดำเนินงาน ควบคุมยาสูบที่มีประสิทธิผลและคุณลักษณะ/ทักษะที่สำคัญของบุคลากรในการควบคุม การบริโภคยาสูบระดับจังหวัด. *วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10, 16(2)*, 93-111.
- วันฉัตรวัฒน์ โอภาสวัฒนา. (ม.ป.ป.). *ความสำคัญของการประเมินผลกับการดำเนินนโยบาย*. สืบค้น 1 กุมภาพันธ์ 2564, จาก <https://sme.go.th>
- ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์, สุนิดา ปรีชาวงษ์, และเนาวรัตน์ เจริญค้า. (2553). *รู้จักกรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบ องค์การอนามัยโลก*. กรุงเทพฯ: ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการ ควบคุมยาสูบ.
- สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ. (2558). *หลักสูตร นักสืบ ยาสูบ (สำหรับเยาวชน)*. นนทบุรี: ซีนิธ กรุป.
- สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ. (2560). *แผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ. 2559-2562*. นนทบุรี: ไนซ์เอิร์ธ ดีไซน์.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2561). *การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2560*. กรุงเทพฯ: พิมพ์ดีการพิมพ์.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2020). *Outbreak of Lung Injury Associated with the Use of E-Cigarette, or Vaping, Products*. Retrieved October 26, 2021, from https://www.cdc.gov/tobacco/basic_information/e-cigarettes/severe-lung-disease.html

- Reitsma, M. B., Flor, L. S., Mullany, E. C., Gupta, V., Hay, S. I., & Gakidou, E. (2021). Spatial, temporal, and demographic patterns in prevalence of smoking tobacco use and initiation among young people in 204 countries and territories, 1990-2019. *The Lancet Public Health*, 6(7), e472-e481.
- Scriven, M. (1967). *The methodology of evaluation*. In R. W. Tyler, R. M. Gagné & M. Scriven (Eds.), *Perspectives of curriculum evaluation*, 39-83. Chicago, IL: Rand McNally.
- World Health Organization. (2005). *WHO Framework Convention on Tobacco Control*. Geneva: the WHO Document Production Services.
- World Health Organization. (2008). *MPOWER: A Policy Package to Reverse the Tobacco Epidemic*. Switzerland: World Health Organization.
- World Health Organization. (2017). *WHO report on the global tobacco epidemic 2017: monitoring tobacco use and prevention policies*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2019). *WHO global report on trends in prevalence of tobacco smoking 2000–2025* (2nd ed.). Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2022). *Tobacco*. Retrieved January 26, 2023, from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>



**แบบสอบถามการประเมินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทย
ของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด: การประยุกต์ใช้กรอบยุทธศาสตร์ MPOWER**

คณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด

.....

ผู้ให้ข้อมูล.....ตำแหน่ง

.....หน่วยงาน.....เบอร์

โทรศัพท์.....

วันที่ประเมิน.....

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องท้ายข้อความที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด พร้อมทั้ง
ระบุสิ่งที่ต้องพัฒนา โดยเฉพาะข้อที่ตอบไม่มี

มี หมายถึง คณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัดมีการดำเนินการเป็นไปตาม
ตัวชี้วัดข้อนี้

ไม่มี หมายถึง คณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัดยังดำเนินการไม่เป็นไปตาม
ตัวชี้วัดข้อนี้

องค์ประกอบของการประเมินและตัวบ่งชี้	มี	ไม่มี	สิ่งที่ต้องพัฒนา
องค์ประกอบที่ 1 คุณลักษณะของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด (Characteristics) จำนวน 7 ตัวบ่งชี้			
1.1 เลขานุการมีความสามารถในการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินงานควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนที่มีความสัมพันธ์กัน เพื่อมาสนับสนุนการพิจารณาของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด			
1.2 เลขานุการมีความสามารถในการนำเสนอประเด็นเพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนการดำเนินงานควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนต่อคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด			

องค์ประกอบของการประเมินและตัวบ่งชี้	มี	ไม่มี	สิ่งที่ต้องพัฒนา
1.3 เลขานุการมีความสามารถในการประสานงานหรือ อำนาจการต่อคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด			
1.4 มีวาระการประชุมเกี่ยวกับการดำเนินงานควบคุมการ บริโภคยาสูบในเยาวชน อย่างน้อย 2 ครั้ง/ปี			
1.5 คณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด เข้าร่วมประชุมเกี่ยวกับการดำเนินงานควบคุมการบริโภค ยาสูบในเยาวชน ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70 อย่างน้อย 2 ครั้ง/ปี			
1.6 มีการมอบหมายหน่วยงานด้านสาธารณสุข รับผิดชอบในการขับเคลื่อนงานควบคุมการบริโภคยาสูบใน เยาวชน			
1.7 มีการมอบหมายหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง นอกเหนือจากด้าน สาธารณสุขรับผิดชอบในการขับเคลื่อนงานควบคุมการบริโภค ยาสูบในเยาวชน			
องค์ประกอบที่ 2 การควบคุม กำกับมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชน และมี นโยบายการป้องกันการบริโภคยาสูบในเยาวชน (Monitor) จำนวน 10 ตัวบ่งชี้			
2.1 มีการกำหนดเป้าหมายการดำเนินมาตรการควบคุมการ บริโภคยาสูบในเยาวชน			
2.2 มีนโยบายการป้องกันการบริโภคยาสูบในเยาวชน			
2.3 มีแผนการดำเนินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบใน เยาวชน			
2.4 มีผู้รับผิดชอบงานควบคุมยาสูบในระดับจังหวัดที่ชัดเจน			
2.5 ในระดับพื้นที่มีทรัพยากรมนุษย์เพียงพอต่อการดำเนิน มาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชน			
2.6 ในระดับพื้นที่มีงบประมาณเพียงพอต่อการดำเนิน มาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชน			

องค์ประกอบของการประเมินและตัวบ่งชี้	มี	ไม่มี	สิ่งที่ต้องพัฒนา
2.7 ในระดับพื้นที่มีสิ่งสนับสนุนอื่นๆ เช่น สื่อความรู้ เป็นต้น เพียงพอต่อการดำเนินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชน			
2.8 มีระบบการติดตามการดำเนินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนในพื้นที่ เช่น การนิเทศงาน เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ รายงานผ่านช่องทางต่างๆ เป็นต้น			
2.9 มีการประเมินผลการขับเคลื่อนมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนในพื้นที่			
2.10 มีการรายงานผลการดำเนินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนในพื้นที่			
องค์ประกอบที่ 3 การดำเนินงานสำคัญของมาตรการปกป้องเยาวชนจากควันบุหรี่และปกป้องการเข้าถึงยาสูบของเยาวชน (Protect) จำนวน 8 ตัวบ่งชี้			
3.1 มีการบังคับใช้กฎหมายในการคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่			
3.2 ดำเนินการสถานศึกษาปลอดบุหรี่ อย่างน้อยร้อยละ 80			
3.3 ดำเนินการชุมชนปลอดบุหรี่ อย่างน้อยร้อยละ 80			
3.4 ดำเนินการสถานที่สาธารณะปลอดบุหรี่ อย่างน้อย ร้อยละ 80			
3.5 ดำเนินการอื่นๆ เพื่อการสร้างสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ และสังคมเพื่อเอื้อต่อการไม่สูบบุหรี่ของเยาวชน เช่น รถรับส่งนักเรียนปลอดบุหรี่ ที่พักอาศัยปลอดบุหรี่ เป็นต้น โปรดระบุ.....			
3.6 ดำเนินการเฝ้าระวังร้านค้าที่จำหน่ายยาสูบรอบสถานศึกษา			

องค์ประกอบของการประเมินและตัวบ่งชี้	มี	ไม่มี	สิ่งที่ต้องพัฒนา
3.7 มีกิจกรรมสร้างการรับรู้เกี่ยวกับกฎหมายด้านการควบคุมยาสูบและกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับยาสูบให้กับเยาวชน			
3.8 ดำเนินงานอื่นๆ เพื่อปกป้องเยาวชนไม่ให้เข้าถึงผลิตภัณฑ์ยาสูบ โปรดระบุ.....			
องค์ประกอบที่ 4 การดำเนินงานสำคัญของมาตรการให้ความช่วยเหลือเยาวชนในการเลิกยาสูบ (Offer) จำนวน 7 ตัวบ่งชี้			
4.1 มีการกำหนดนโยบายการเข้าถึงบริการเลิกยาสูบของเยาวชนในหน่วยรักษาฟื้นฟูต่างๆ			
4.2 มีระบบการคัดกรองเยาวชนในสถานศึกษาเข้าสู่กระบวนการเลิกยาสูบ			
4.3 มีระบบการคัดกรองเยาวชนในชุมชนเข้าสู่กระบวนการเลิกยาสูบ			
4.4 มีการให้คำปรึกษาเพื่อการบำบัดเลิกยาสูบให้กับเยาวชนในสถานศึกษา			
4.5 มีระบบการส่งต่อเพื่อการบำบัดเลิกยาสูบให้กับเยาวชนในสถานศึกษา			
4.6 มีการให้คำปรึกษาเพื่อการบำบัดเลิกยาสูบให้กับเยาวชนในชุมชน			
4.7 มีระบบการส่งต่อเพื่อการบำบัดเลิกยาสูบให้กับเยาวชนในชุมชน			
องค์ประกอบที่ 5 การดำเนินงานสำคัญของมาตรการเตือนให้เยาวชนตระหนักถึงพิษภัยของยาสูบ (Warn) จำนวน 6 ตัวบ่งชี้			
5.1 มีกิจกรรมสร้างการรับรู้เรื่องโทษ พิษภัยยาสูบให้กับเยาวชนในสถานศึกษา			
5.2 มีกิจกรรมสร้างการรับรู้เรื่องผลิตภัณฑ์ยาสูบรูปแบบใหม่ให้กับเยาวชนในสถานศึกษา			

องค์ประกอบของการประเมินและตัวบ่งชี้	มี	ไม่มี	สิ่งที่ต้องพัฒนา
5.3 มีกิจกรรมสร้างการรับรู้เรื่องโทษ พิษภัยยาสูบให้กับเยาวชนในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับเยาวชน หรือในชุมชน			
5.4 มีกิจกรรมสร้างการรับรู้เรื่องผลิตภัณฑ์ยาสูบรูปแบบใหม่ให้กับเยาวชนในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับเยาวชน หรือในชุมชน			
5.5 มีการใช้สื่อรณรงค์ หรือประชาสัมพันธ์ ในการต่อต้านผลิตภัณฑ์ยาสูบในสถานศึกษา			
5.6 มีการใช้สื่อรณรงค์ หรือประชาสัมพันธ์ ในการต่อต้านผลิตภัณฑ์ยาสูบในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับเยาวชน หรือในชุมชน			
องค์ประกอบที่ 6 การดำเนินงานสำคัญของมาตรการบังคับใช้กฎหมายควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ (Enforce) จำนวน 8 ตัวบ่งชี้			
6.1 มีการกำหนดนโยบายในการดำเนินการตรวจเตือน หรือบังคับใช้กฎหมายควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ			
6.2 ดำเนินการตรวจเตือน หรือบังคับใช้กฎหมาย ห้ามมีการค้าผลิตภัณฑ์ยาสูบที่ผิดกฎหมาย เช่น บุหรี่หนีภาษี บุหรี่ไฟฟ้า เป็นต้น			
6.3 ดำเนินการตรวจเตือน หรือบังคับใช้กฎหมาย ห้ามขายหรือให้ผลิตภัณฑ์ยาสูบแก่บุคคลอายุต่ำกว่า 20 ปีบริบูรณ์			
6.4 ดำเนินการตรวจเตือน หรือบังคับใช้กฎหมาย ห้ามใช้ จ้างหรือวานให้บุคคลอายุต่ำกว่า 18 ปีบริบูรณ์ขายหรือให้ผลิตภัณฑ์ยาสูบ			
6.5 ดำเนินการตรวจเตือน หรือบังคับใช้กฎหมาย ห้ามขายผลิตภัณฑ์ยาสูบโดยผ่านทางสื่ออิเล็กทรอนิกส์ หรือเครือข่ายคอมพิวเตอร์			

องค์ประกอบของการประเมินและตัวบ่งชี้	มี	ไม่มี	สิ่งที่ต้องพัฒนา
6.6 ดำเนินการตรวจเตือน หรือบังคับใช้กฎหมาย ห้ามผู้ใดขายผลิตภัณฑ์ยาสูบในสถานศึกษา			
6.7 ดำเนินการตรวจเตือน หรือบังคับใช้กฎหมาย ห้ามโฆษณาหรือสื่อสารการตลาดผลิตภัณฑ์ยาสูบ			
6.8 ดำเนินการตรวจเตือน หรือบังคับใช้กฎหมาย ห้ามแบ่งขายผลิตภัณฑ์ยาสูบประเภทบุหรี่ยีกาแรต			
องค์ประกอบที่ 7 การดำเนินงานสำคัญของการยกระดับมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชน (Raise) จำนวน 1 ตัวบ่งชี้			
7.1 มีการยกระดับมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนที่มีความเชื่อมโยงกับการแก้ไขปัญหาในพื้นที่เพิ่มขึ้น นอกเหนือจากนโยบายหรือแผนงานของส่วนกลาง เช่น การกำหนดนโยบาย มีนวัตกรรม พขอ. พชต. เป็นต้น			

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

.....

.....

.....

ปัญหา/อุปสรรค

.....

.....

.....

ข้อเสนอแนะ

.....

.....

.....