

การประเมินผลลัพธ์และผลตอบแทนทางสังคมจากการลงทุนโครงการเครือข่ายเข้มแข็ง
ชุมชนปลอดบุหรี่ พื้นที่พหุวัฒนธรรมปลอดปัจจัยเสี่ยงภาคใต้*

EVALUATION OF SOCIAL OUTCOMES AND RETURNS FROM INVESTMENT IN
THE STRONG NETWORK PROJECT, SMOKE-FREE COMMUNITIES,
RISK-FREE MULTICULTURAL AREAS IN THE SOUTH

สุปรียา ชำนาญพุฒิพร^{1*}, เลิศสุรัชย์ หนูสวัสดิ์¹, ณกัญญา วัฒนกุล²

Supreecha Chamnanphuttiphon^{1*}, Lertsurachai Noosawat¹, Nakanya Wattanakul²

¹คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหามกุฏราชวิทยาลัย วิทยาเขตศรีธรรมราช นครศรีธรรมราช ประเทศไทย

¹Faculty of Social Sciences, Mahamakut Buddhist University, Srithammasokkaraj Campus, Nakhon Si Thammarat, Thailand

²มูลนิธิคนเห็นคน กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย

²People See People Foundation, Bangkok, Thailand

*Corresponding author E-mail: Supreecha.cha@mbu.ac.th

*Tel: 081-989-9690

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ 1) ศึกษาบริบท ปัจจัยเอื้อ และกลไกความร่วมมือ 2) ประเมินผลลัพธ์ทางสังคมและคำนวณผลตอบแทนทางสังคม และ 3) ข้อเสนอเชิงนโยบายและแนวทางพัฒนาโครงการเพื่อความยั่งยืน ใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบผสมวิธี เชิงปริมาณ กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง 334 คน ตามสูตร Taro Yamane โดยสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิตามสัดส่วนอย่างเป็นระบบ เครื่องมือ คือ แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) การวิจัยเชิงคุณภาพ คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลสำคัญแบบเจาะจง 50 คน เก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก วิเคราะห์เนื้อหาเชิงประเด็น ผลการวิจัยพบว่า 1) บริบทและกลไกเครือข่ายใช้ทุนทางสังคมเป็นฐานรากสำคัญในการขับเคลื่อนสุขภาวะชุมชน และ 2) ผลการประเมินผลตอบแทนทางสังคมจากการลงทุน (SROI) พบว่า โครงการมีความคุ้มค่าทางสังคม โดยมีอัตราส่วนผลตอบแทนทางสังคมเท่ากับ 1 : 1.5 เมื่อพิจารณาผลลัพธ์ทางสังคม 3 ด้านพบว่า ด้านสิ่งแวดล้อมสร้างมูลค่าทางสังคมสูงสุด จากพื้นที่สุขภาวะลดปัจจัยเสี่ยง รองลงมา คือ ด้านสังคมเด่นชัดเรื่องการมีส่วนร่วมและถักทอเครือข่ายอย่างแน่นแฟ้น ด้านเศรษฐกิจสร้างมูลค่าทางสังคมได้ต่ำที่สุดสะท้อนถึงข้อจำกัดในการแปรเปลี่ยนพฤติกรรมลดละเลิกบุหรี่ให้เป็นมูลค่าตัวเงินหรือรายได้เสริม ข้อวิจารณ์ความสำเร็จด้านสิ่งแวดล้อมและสังคมเกิดจากความเข้าใจบริบทพหุวัฒนธรรมที่สร้างความร่วมมืออย่างแน่นแฟ้นภาครัฐ ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องจึงควรนำผลการประเมินมูลค่าทางสังคมนี้ไปใช้เป็นกรอบในการปรับปรุงกิจกรรมในอนาคต

เพิ่มมาตรการเชิงรุกเน้นการแปลงการลดค่าใช้จ่ายยาสูบให้เป็นระบบการออมของครัวเรือน คู่กับการสนับสนุนระบบเศรษฐกิจสร้างสรรค์ในชุมชน เพื่อยกระดับความคุ้มค่า (SROI) และต้นแบบชุมชนสู่พื้นที่อื่น ๆ ต่อไป

คำสำคัญ: การประเมินผลตอบแทนทางสังคมจากการลงทุน (SROI), ชุมชนปลอดบุหรี่, เครือข่ายเข้มแข็ง, ปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ, พื้นที่พัฒนาธรรมภาคใต้

Abstract

This research aims to 1) Study the context, enabling factors, and cooperation mechanisms; 2) Evaluate social outcomes and calculate social returns; and 3) Provide policy recommendations and guidelines for sustainable project development. A mixed-methods research approach was used. Quantitatively, a sample size of 334 people was determined using Taro Yamane's formula, stratified random sampling, and systematic proportional sampling. The instrument was a questionnaire, and data was analyzed using the mean (X) and standard deviation (S.D.). Qualitatively, 50 key informants were selected using purposive sampling, and data was collected through in-depth interviews, analyzed using thematic content analysis. The research findings revealed that 1) the context and network mechanisms utilize social capital as a crucial foundation for driving community well-being; and 2) the evaluation of social return on investment (SROI) showed that the project was socially worthwhile, with a SROI ratio of 1:1.5. Considering the three social outcomes, the environment generated the highest social value, stemming from the reduction of risk factors in well-being areas. This was followed by the social aspect, highlighting participation and strong network building. The economic aspect generated the lowest social value, reflecting limitations in transformation. The conversion of smoking cessation into monetary value or supplementary income is a key consideration. Criticisms highlight that environmental and social success stems from an understanding of the multicultural context that fosters strong collaboration. Government and stakeholders should therefore utilize this social valuation assessment as a framework for improving future activities, implementing proactive measures, and focusing on transforming tobacco expenditure reduction into household savings systems. This should be coupled with support for creative economy systems within communities to enhance Social Responsibility and create model communities for other areas.

Keywords: Social Return on Investment (SROI), Smoke-Free Communities, Strong Networks, Health Risk Factors, Multicultural Southern Region

บทนำ

แม้ว่าประเทศไทยจะมีมาตรการเชิงนโยบายควบคุมการบริโภคยาสูบอย่างต่อเนื่อง ทว่าข้อมูลสถานการณ์ล่าสุดของ สำนักงานสถิติแห่งชาติและรายงานระดับพื้นที่ในปี พ.ศ. 2568 - 2569 ยังคงชี้ชัดว่า ภูมิภาคภาคใต้มีอัตราการสูบบุหรี่เฉลี่ยสูงที่สุดในประเทศ (ร้อยละ 19.8) ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยรวมของทั้งประเทศ (ร้อยละ 16.5) อย่างมีนัยสำคัญ ปัญหาดังกล่าวส่งผลกระทบต่อโครงสร้างต้นทุนทางสุขภาวะ เศรษฐกิจครัวเรือน และความเสี่ยงในมิติสิ่งแวดล้อมชุมชนอย่างรุนแรง (ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ, 2568) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้และชุมชนท้องถิ่นที่มีบริบท

ในการขับเคลื่อนนโยบายควบคุมยาสูบระดับท้องถิ่นที่ผ่านมา งานวิจัยส่วนใหญ่มุ่งเน้นการประเมินในเชิงคลินิกหรือผลลัพธ์เชิงปริมาณในระยะสั้น (World Health Organization, 2019) อย่างไรก็ตาม ในบริบทพื้นที่พหุวัฒนธรรมภาคใต้ มีการนำทุนทางวัฒนธรรมและมิติศาสนามาบูรณาการผ่านนวัตกรรมทางสังคม อาทิ แนวคิด “ละหมาดสร้างปัญญา” บทบาทของผู้นำศาสนา (โต๊ะอิหม่าม) และปราชญ์ชุมชนในการขับเคลื่อน “มัสยิดปลอดบุหรี่ต้นแบบ” (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2567)

อย่างไรก็ตาม ช่องว่างขององค์ความรู้ (Research Gap) ในปัจจุบัน คือ งานวิจัยส่วนใหญ่ยังขาดการประเมินผลสัมฤทธิ์อย่างเป็นระบบในรูปแบบ “ผลลัพธ์ทางสังคมสามมิติ” (Three-Dimensional Social Impact) ที่ครอบคลุม มิติเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อมพร้อมกัน การประเมินโครงการส่วนใหญ่ในอดีตมักเผชิญข้อจำกัดเรื่อง การประยุกต์ใช้เครื่องมือการเงินที่คลาดเคลื่อนจากความเป็นจริง หรือไม่ได้สะท้อนความคุ้มค่าผ่านฐานคิดของ รัฐประศาสนศาสตร์ที่ให้คุณค่ากับทุนทางสังคม (Social Capital) และความหลากหลายทางชาติพันธุ์อย่างแท้จริง การวิจัยครั้งนี้จึงมุ่งเข้ามาเติมเต็มช่องว่างทางวิชาการดังกล่าว

ด้วยเหตุผลข้างต้น ผู้วิจัยจึงเล็งเห็นความจำเป็นในการศึกษากรณีนี้ โดยเรียงลำดับการวิจัยอย่างเป็นระบบ เริ่มต้นจากการศึกษาบริบทและกลไกความร่วมมือของภาคีเครือข่ายบนฐานพหุวัฒนธรรม เพื่อให้เข้าใจต้นทุนและทุนทางสังคมที่แท้จริง จากนั้นจึงทำการประเมินผลลัพธ์ทางสังคมและคำนวณผลตอบแทนทางสังคมจากการลงทุน (Social Return on Investment: SROI) ของโครงการเครือข่ายเข้มแข็ง ชุมชนปลอดบุหรี่ในพื้นที่พหุวัฒนธรรมภาคใต้ ด้วยระเบียบวิธีวิจัยแบบผสมวิธี (Mixed Methods) ที่สอดคล้องกับมาตรฐานวัดเชิงประจักษ์ เพื่อนำไปสู่การสังเคราะห์ เป็นข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย (Policy Recommendations) ในการพัฒนาโครงการเครือข่ายชุมชนปลอดบุหรี่และ ปัจจัยเสี่ยงให้เกิดความยั่งยืน และสามารถขยายผลการดำเนินงานสู่พื้นที่สาธารณะอื่นได้อย่างเป็นรูปธรรมต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาบริบท ปัจจัยเอื้อ และกลไกความร่วมมือของภาคีเครือข่าย รวมทั้งสะท้อนเสียงและมุมมองของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชนต่อผลกระทบและคุณค่าที่ได้รับจากโครงการ
2. เพื่อประเมินผลลัพธ์ทางสังคมและคำนวณผลตอบแทนทางสังคมจากการลงทุน (Social Return on Investment: SROI) ของโครงการเครือข่ายเข้มแข็ง ชุมชนปลอดบุหรี่ในพื้นที่พหุวัฒนธรรมภาคใต้ โดยอาศัยข้อมูลเชิงปริมาณประกอบการวิเคราะห์
3. เพื่อจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและแนวทางพัฒนาโครงการชุมชนปลอดบุหรี่ให้เกิดความยั่งยืนในพื้นที่พหุวัฒนธรรมภาคใต้

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสมวิธี (Mixed Methods Research) โดยบูรณาการการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพเพื่อความครอบคลุมทั้งในเชิงกว้างและเชิงลึก ผู้วิจัยทำการศึกษาประเด็น “ผลลัพธ์และผลตอบแทนทางสังคมจากการลงทุนในโครงการเครือข่ายชุมชนปลอดบุหรี่” โดยออกแบบการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณด้วยแบบสอบถามจากกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่ และเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพผ่านการสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกระดับ ครอบคลุมขอบเขตเนื้อหา 5 ประเด็น ได้แก่

1. ผลลัพธ์ของโครงการ ในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน
2. ผลตอบแทนทางสังคม ทั้งในเชิงมูลค่าทางเศรษฐกิจและคุณค่าทางสังคมที่ไม่สามารถวัดเป็นตัวเงินได้
3. กระบวนการมีส่วนร่วม ของชุมชนและภาคีเครือข่ายในการดำเนินงาน
4. ผลกระทบต่อพฤติกรรมสุขภาพและสิ่งแวดล้อมทางสังคม ในพื้นที่พหุวัฒนธรรม
5. ปัจจัยความสำเร็จและอุปสรรค ของโครงการ

นอกจากนี้ ในส่วนการวิเคราะห์ผลตอบแทนทางสังคมจากการลงทุน ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดการประเมิน SROI ตามมาตรฐานสากล 6 ขั้นตอน โดยมีกระบวนการคำนวณและแปลงมูลค่า ดังนี้

1. การวิเคราะห์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและการจัดทำแผนภาพการเปลี่ยนแปลง (Theory of Change): ระบุปัจจัยนำเข้า (Inputs) กิจกรรม (Outputs) และผลลัพธ์ (Outcomes) ของโครงการ
2. การกำหนดตัวแทนทางการเงิน (Financial Proxies): นำข้อมูลผลลัพธ์เชิงคุณภาพและปริมาณที่ได้จากการสัมภาษณ์และแบบสอบถาม มาเทียบเคียงมูลค่าทางเศรษฐกิจ โดยใช้ราคาตลาด (Market Price) ค่าใช้จ่ายที่ประหยัดได้ (Cost Avoided) หรือความเต็มใจที่จะจ่าย (Willingness to Pay) เพื่อแปลงผลลัพธ์ที่ไม่ใช่ตัวเงินให้เป็นมูลค่าทางการเงิน
3. การคำนวณผลกระทบสุทธิ (Net Impact Adjustment): กำหนดเกณฑ์หักลดหย่อนผลตอบแทนเกินจริงตามหลักการ SROI ได้แก่

Deadweight: ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นอยู่แล้วแม้ไม่มีโครงการ

Displacement: ผลลัพธ์ที่ไปทดแทนหรือย้ายปัญหาไปจุดอื่น

Attribution: สัดส่วนผลลัพธ์ที่เกิดจากปัจจัย/หน่วยงานอื่น

Drop-off: อัตราการลดลงของผลกระทบตามระยะเวลา

4. การคำนวณอัตราส่วนผลตอบแทนทางสังคม (SROI Ratio): คำนวณมูลค่าปัจจุบันสุทธิ (NPV) ของผลกระทบสังคม เปรียบเทียบกับต้นทุนเงินลงทุนทั้งหมดของโครงการ

5. การกำหนดขอบเขตเนื้อหาและระเบียบวิธีประเมิน SROI ดังกล่าว มีเป้าหมายเพื่อให้การศึกษานี้วิเคราะห์ข้อมูลได้อย่างรอบด้าน สะท้อนมูลค่าความคุ้มค่าเชิงสังคมที่แท้จริงในบริบทพื้นที่พหุวัฒนธรรม และสามารถนำผลการวิจัยไปใช้เป็นแนวทางเชิงนโยบายต่อไป

ประชากร กลุ่มตัวอย่าง และผู้ให้ข้อมูลสำคัญ

เพื่อให้วิธีการได้มาซึ่งกลุ่มเป้าหมายสอดคล้องตามหลักสถิติและวิธีวิทยาการวิจัย ผู้วิจัยจึงจำแนกกระบวนการและเกณฑ์การคัดเลือกออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

1. ผู้ให้ข้อมูลในมิติการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Sample)

ประชากร คือ ประชาชนและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องโดยตรงในพื้นที่ดำเนินงานของโครงการเครือข่ายชุมชนปลอดภัยและปัจจัยเสี่ยงภาคใต้ รวมทั้งสิ้น 127 โครงการย่อย มีประชากรเป้าหมายรวม 2,000 คน

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างขึ้นต่ำจากประชากร 2,000 คน โดยใช้สูตรคำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่างของ Yamane, T. ที่ระดับความคลาดเคลื่อน .05 (ระดับความเชื่อมั่น 95%) ดังนี้

$$n = \frac{N}{1+N(e)^2}$$

$$n = \frac{2,000}{1+2,000(0.05)^2} = \frac{2,000}{1+5} = 333.33$$

ผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำไว้ที่ 334 คน เพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนในการเก็บข้อมูล (Yamane, T., 1973)

วิธีการได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง เพื่อให้ได้ตัวแทนที่กระจายตัวครอบคลุมทุกมิติ ผู้วิจัยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) โดยใช้สัดส่วนของแต่ละกลุ่มประชากรใน 127 โครงการ จากนั้นทำการสุ่มอย่างเป็นระบบ (Systematic Random Sampling) จากรายชื่อผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง เพื่อเข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย 4 กลุ่มหลัก ได้แก่ 1) ประชาชนในชุมชนเป้าหมายที่เข้าร่วมกิจกรรมของโครงการหรืออาศัยอยู่ในพื้นที่ (ทั้งผู้สูบบุหรี่และไม่สูบบุหรี่) 2) สมาชิกครัวเรือนของผู้เข้าร่วมโครงการ เพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลงในระดับครอบครัว 3) เยาวชนและนักเรียนในพื้นที่โครงการ เพื่อประเมินผลด้านการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงในกลุ่มวัยเรียน และ 4) ผู้นำชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ที่มีบทบาทในการขับเคลื่อนกิจกรรมปลอดภัย

2. ผู้ให้ข้อมูลในมิติการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Key Informants) วิธีการเลือกผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 50 คน เหตุผลที่เลือกใช้วิธีนี้เนื่องจากต้องการคัดเลือกผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียหลัก (Key Stakeholders) ที่มีบทบาท หน้าที่ มีประสบการณ์ตรง และสามารถให้ข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับบริบท ปัจจัยเอื้อ กลไกความร่วมมือ และประเมินผลลัพธ์ทางสังคมและคำนวณผลตอบแทนทางสังคมจากการลงทุน (Social Return on Investment: SROI) ได้อย่างรอบด้าน โดยจำแนกออกเป็น 6 กลุ่ม ได้แก่ 1) ผู้นำศาสนา (อิหม่าม พระภิกษุสงฆ์ ผู้นำทางจิตวิญญาณ) ในพื้นที่พหุวัฒนธรรม ซึ่งมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมและค่านิยมของคนในชุมชน 2) แกนนำเครือข่ายชุมชน หรือผู้ประสานงานหลักของโครงการในพื้นที่ 3) ผู้แทนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) หรือหน่วยงานราชการในพื้นที่ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและสังคม 4) เจ้าหน้าที่จากหน่วยงานสนับสนุนโครงการ เช่น สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ, ศูนย์สุขภาพจิต หรือภาคีเครือข่ายที่มีบทบาทด้านนโยบาย 5) ตัวแทนกลุ่มเป้าหมายที่มีประสบการณ์ตรงจากการเข้าร่วมกิจกรรม เช่น ผู้ที่เลิกบุหรี่ได้สำเร็จ หรือผู้ที่กลายเป็นอาสาสมัครต่อยอดกิจกรรมในชุมชน และ 6) ผู้ทรงคุณวุฒิในการพัฒนาเครือข่ายหรือการสร้างชุมชนสุขภาวะ ที่สามารถสะท้อนมุมมองเชิงนโยบายและการขยายผล

กระบวนการคัดกรองผู้เข้าร่วมวิจัย (Participant Screening)

เพื่อควบคุมคุณภาพข้อมูลและปกป้องสิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยได้กำหนดเกณฑ์ในการคัดกรอง (Eligibility Criteria) ดังนี้

1. เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria) 1) เป็นประชาชนหรือผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่มีรายชื่อในกลุ่มเป้าหมายของโครงการ 2) มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป (สำหรับกลุ่มเยาวชน/นักเรียน) หรือ 18 ปีขึ้นไป (สำหรับกลุ่มประชาชนทั่วไป)



และผู้ให้ข้อมูลสำคัญ) 3) อาศัยหรือทำงานในพื้นที่โครงการไม่น้อยกว่า 1 ปี และ 4) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย โดยการลงนามในใบยินยอม (Informed Consent)

2. เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) 1) ผู้ที่มีภาวะจำกัดด้านการรับรู้ การสื่อสาร หรือสุขภาพจิตที่ไม่สามารถให้ข้อมูลที่ถูกต้องตรงกับความเป็นจริงได้ 2) ผู้ที่ไม่สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยหรือภาษาท้องถิ่นได้ และไม่มีผู้ช่วยแปลภาษาในขณะเก็บข้อมูล และ 3) ผู้ที่ขอถอนตัวหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยในขั้นตอนการแจกแบบสอบถามหรือระหว่างนัดหมายสัมภาษณ์

กระบวนการและจำนวนที่คัดออก ในขั้นตอนการจัดทำฐานข้อมูล ผู้วิจัยทำการตรวจสอบคุณสมบัติเบื้องต้น หากพบผู้ไม่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือก จะทำการบันทึกจำนวนและเหตุผล (เช่น อายุไม่ถึงเกณฑ์ หรือปฏิเสธการลงนาม) และตัดออกจากกระบวนการทันที โดยจะสรุปจำนวนผู้เข้าร่วมวิจัยที่ผ่านและไม่ผ่านเกณฑ์ในแต่ละขั้นตอนเป็นแผนภาพขั้นตอนการคัดกรอง (Flow Chart) แสดงไว้ในบทที่ 4

การจัดการข้อมูลหลังการเก็บรวบรวม (Data Management)

หลังสิ้นสุดการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการจัดการข้อมูลอย่างเป็นระบบก่อนนำไปวิเคราะห์ทางสถิติและวิเคราะห์เนื้อหา ดังนี้

1. การตรวจสอบความครบถ้วนและการจัดการข้อมูลสูญหาย (Data Cleaning & Missing Data) สำหรับข้อมูลเชิงปริมาณ ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามทุกฉบับ (Data Editing) หากพบแบบสอบถามที่มีข้อมูลสูญหาย (Missing Data) ในส่วนที่เป็นตัวแปรหลัก หรือตอบไม่ครบถ้วนเกินกว่าร้อยละ 10 ของแบบสอบถามฉบับนั้น ผู้วิจัยจะทำการตัดแบบสอบถามฉบับนั้นออกจากการวิเคราะห์ทันที (Listwise Deletion) แต่หากมีข้อมูลสูญหายเพียงเล็กน้อยในส่วนที่ไม่ใช่ตัวแปรสำคัญ จะใช้การแทนที่ค่าด้วยค่าเฉลี่ย (Mean Imputation) ตามหลักสถิติ

2. การเข้ารหัสข้อมูล (Data Coding)

2.1 ข้อมูลเชิงปริมาณจากแบบสอบถามที่ผ่านการคัดกรองแล้ว จะนำมาลงรหัสตัวเลข (Coding Coding) ตามคู่มือการลงรหัสที่ผู้วิจัยกำหนดไว้ จากนั้นบันทึกเข้าสู่โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติเพื่อตรวจสอบความถูกต้องของช่วงข้อมูล (Data Entry Verification) อีกครั้ง

2.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์เชิงลึก จะนำไฟล์บันทึกเสียงมาถอดเทปแบบคำต่อคำ (Verbatim Transcription) จากนั้นทำความสะอาดข้อมูลโดยตัดคำซ้ำซ้อนที่ไม่เกี่ยวข้องออก และจัดกลุ่มคำรหัส (Open Coding) ตามประเด็นโครงสร้างแนวคำถามเพื่อเตรียมวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

3. การรักษาความลับของผู้ให้ข้อมูล (Confidentiality & Anonymization) เพื่อปฏิบัติตามหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ข้อมูลระบุตัวตนทั้งหมดของผู้เข้าร่วมวิจัยจะถูกปกปิดเป็นความลับ โดยผู้วิจัยจะแปลงข้อมูลให้เป็นนามแฝง (Anonymization) เช่น ใช้รหัส ST001 - ST334 แทนชื่อผู้ตอบแบบสอบถาม และใช้รหัส KI01 - KI50 แทนชื่อผู้ให้ข้อมูลสำคัญในการสัมภาษณ์เชิงลึก ไฟล์ข้อมูลดิจิทัลทั้งหมดจะถูกจัดเก็บไว้ในคอมพิวเตอร์ที่เข้ารหัสผ่าน (Password-protected) ซึ่งมีเพียงผู้วิจัยหลักเท่านั้นที่เข้าถึงได้ ส่วนแบบสอบถามที่เป็นเอกสาร (Hard Copy) จะถูกทำลายด้วยเครื่องย่อยทำลายเอกสาร และไฟล์ดิจิทัลจะถูกลบอย่างถาวรหลังจากการเผยแพร่รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์เสร็จสิ้นแล้วเป็นเวลา 3 ปี



การสร้างเครื่องมือและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยดำเนินการสร้างและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้ดำเนินการตามลำดับขั้นตอน ดังนี้

1. ศึกษาและรวบรวมข้อมูลจากเอกสาร ตำรา และงานวิจัย แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับ “การประเมินผลลัพธ์ทางสังคมและคำนวณผลตอบแทนทางสังคมจากการลงทุน (Social Return on Investment: SROI) ของโครงการเครือข่ายชุมชนปลอดภัยและปัจจัยเสี่ยงในพื้นที่พหุวัฒนธรรม” เพื่อนำมาสร้างกรอบของแบบสัมภาษณ์และแบบสอบถาม
2. สร้างแบบสัมภาษณ์และแบบสอบถาม (มาตรวัด 5 ระดับของ Likert Scale) ให้ครอบคลุมหัวข้อการวิจัยและวัตถุประสงค์
3. นำแบบสัมภาษณ์และแบบสอบถามเสนอผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) หาค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) โดยคัดเลือกข้อคำถามที่มีค่า IOC ตั้งแต่ 0.50 ขึ้นไป แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ
4. นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแล้วไปทำการทดสอบใช้ (Try-out) กับกลุ่มประชากรที่มีลักษณะใกล้เคียงกันที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจริง จำนวน 30 คน เพื่อหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ซึ่งเครื่องมือที่นำไปใช้จริงต้องมีค่าความเชื่อมั่นในภาพรวมและรายด้านไม่น้อยกว่า 0.70

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองทั้งหมดตามขั้นตอน ดังนี้

1. การอนุมัติทางจริยธรรมและการเข้าถึงพื้นที่: เนื่องจากงานวิจัยนี้ดำเนินงานในบริบทพื้นที่พหุวัฒนธรรมที่มีความอ่อนไหว ผู้วิจัยจึงได้ผ่านกระบวนการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ (Ethics Approval) จากมหาวิทยาลัยมหาจุฬาราชวิทยาลัย เรียบร้อยแล้ว (เลขที่ขออนุมัติ 0053/2568 และทำหนังสือขอความอนุเคราะห์จากวิทยาเขตศรีธรรมมาโคกราช ถึงผู้นำชุมชนและผู้ให้ข้อมูลสำคัญ เพื่อขอความร่วมมืออย่างเป็นทางการ
2. ทำการนัดหมายวัน เวลา และสถานที่กับกลุ่มตัวอย่างและผู้ให้ข้อมูลสำคัญ โดยคำนึงถึงวิถีชีวิตและวัฒนธรรมของท้องถิ่นเป็นสำคัญ (เช่น หลีกเลี่ยงวันประกอบพิธีกรรมทางศาสนา)
3. ดำเนินการสัมภาษณ์ แจกแบบสอบถาม และจัดสนทนากลุ่ม ตามประเด็นที่กำหนดไว้ โดยผู้วิจัยชี้แจงสิทธิและการปกปิดข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมวิจัยอย่างชัดเจน และขออนุญาตจดบันทึก บันทึกเสียง และบันทึกภาพถ่ายประกอบการวิจัยเป็นรายบุคคล
4. นำข้อมูลที่ไดมารวบรวมและเข้าสู่กระบวนการทำความสะอาดข้อมูลเพื่อเตรียมวิเคราะห์ต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยแบ่งการวิเคราะห์ข้อมูลออกตามระเบียบวิธีวิจัย 2 ส่วนหลัก ดังนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ (Quantitative Data Analysis) ข้อมูลจากแบบสอบถาม (มาตรวัด Likert Scale 5 ระดับ) ถูกจัดเก็บและประมวลผลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ โดยใช้ การวิเคราะห์สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ประกอบด้วย การแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage)



ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) เพื่อประเมินระดับผลลัพธ์ทางสังคมในแต่ละมิติ (เศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม) และแปรผลความพึงพอใจและคุณค่าที่เกิดขึ้นตามเกณฑ์มาตรฐาน

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative Data Analysis) ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่มที่ถอดเทปคำต่อคำ (Verbatim Transcription) จะนำมาวิเคราะห์ด้วยวิธีการ วิเคราะห์เนื้อหาเชิงประเด็น (Thematic Content Analysis) ตามขั้นตอน ดังนี้

2.1 การอ่านทบทวนข้อมูลหลายรอบ (Data Familiarization) ผู้วิจัยอ่านข้อมูลซ้ำหลายครั้ง เพื่อทำความเข้าใจประเด็นหลักและบริบทของคำตอบในพื้นที่พหุวัฒนธรรม

2.2 การจัดกลุ่มประเด็นและการลงรหัส (Open Coding) ทำการระบุข้อความ รหัส หรือหัวข้อหลักที่สะท้อนสาระสำคัญของปัจจัยเอื้อ กลไกความร่วมมือ และบริบทสุขภาวะ

2.3 การสังเคราะห์ธีมหลัก (Thematic Synthesis) วิเคราะห์และจัดกลุ่มรหัสที่มีเนื้อหาคล้ายคลึงกันออกมาเป็นธีมหลัก (Themes) และธีมย่อย (Sub-themes) เพื่อตอบวัตถุประสงค์การวิจัยข้อที่ 1 และ 3

2.4 การอ้างอิงข้อมูลโดยตรง (Verbatim Quotes) คัดสรรข้อความหรือคำพูดของผู้ให้สัมภาษณ์โดยตรงบางส่วนมาประกอบการเขียนรายงานผลการวิจัย เพื่อสนับสนุนข้อค้นพบเชิงประจักษ์และเพิ่มความตรงและความน่าเชื่อถือให้กับผลการวิจัยเชิงคุณภาพ

ผลการวิจัย

1. ผลการวิเคราะห์ระดับการรับรู้คุณค่าและผลลัพธ์ทางสังคม (เชิงปริมาณ)

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณที่รวบรวมจากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 334 คน เพื่อประเมินระดับการรับรู้คุณค่าและผลลัพธ์ทางสังคม (Perceived Social Outcomes) ใน 3 มิติหลัก โดยใช้วิธีการวิเคราะห์สถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ซึ่งสรุป ได้ดังนี้

1.1 มิติด้านบริบทและกลไกเครือข่าย: บริบทและกลไกเครือข่ายเป็นฐานรากสำคัญในการนำทุนทางสังคมมาใช้ขับเคลื่อนสุขภาวะของชุมชนอย่างเป็นรูปธรรม

1.2 มิติด้านผลตอบแทนทางสังคมจากการลงทุน (SROI): ผลการประเมินพบว่า โครงการมีความคุ้มค่าทางสังคมอย่างมีนัยสำคัญ โดยมีอัตราส่วนผลตอบแทนทางสังคมจากการลงทุนเท่ากับ 1 : 1.5 (การลงทุน 1 บาท ก่อให้เกิดคุณค่าทางสังคมกลับคืนมา 1.5 บาท) รายละเอียดผลการวิเคราะห์ระดับการรับรู้คุณค่าและผลลัพธ์ทางสังคมในแต่ละมิติ ปรากฏดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความคิดเห็นต่อการรับรู้คุณค่าผลลัพธ์ทางสังคมในภาพรวมและรายด้าน (n = 334)

มิติผลลัพธ์ทางสังคม	ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$)	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)	ระดับคุณค่าผลลัพธ์	อันดับ
1. มิติสิ่งแวดล้อมทางสุขภาวะ	3.156	1.036	สูง	1
2. มิติต่อสังคมและการมีส่วนร่วม	2.990	1.095	ปานกลาง	2
3. มิติเศรษฐกิจและปากท้องครัวเรือน	2.570	1.217	ปานกลางค่อนข้างต่ำ	3
ภาพรวมโครงการ	2.905	1.116	ปานกลาง	



จากตารางที่ 1 ผลการประเมินการรับรู้คุณค่าผลลัพธ์ทางสังคม (Perceived Social Outcomes) ของโครงการฯ ในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.905$, S.D. = 1.116) สะท้อนว่าโครงการสามารถสร้างการเปลี่ยนแปลงได้ดีในระยะเริ่มต้น โดยเฉพาะด้านสุขภาพทางกายภาพ แต่ยังพบช่องว่างสำคัญในมิติเศรษฐกิจที่ต้องได้รับการพัฒนาอย่างเป็นระบบ เมื่อจำแนกรายด้านพบประเด็นสำคัญ ดังนี้

- มิติสิ่งแวดล้อมทางสุขภาพะ (อันดับ 1/ระดับสูง) ($\bar{X} = 3.156$, S.D. = 1.036) เป็นมิติที่ประสบความสำเร็จเป็นรูปธรรมที่สุด โครงการสามารถขับเคลื่อนการปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมทางกายภาพในชุมชนลดควันบุหรี่มือสอง และจัดการพื้นที่สาธารณะในสถาบันศาสนาและชุมชนพหุวัฒนธรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพ

- มิติต่อสังคมและการมีส่วนร่วม (อันดับ 2/ระดับปานกลาง) ($\bar{X} = 2.990$, S.D. = 1.095) แสดงให้เห็นถึงการขับเคลื่อนเครือข่ายพหุภาคีและการมีส่วนร่วมของคนสองวิถีวัฒนธรรมได้ดีในระดับหนึ่ง อย่างไรก็ตาม ยังคงเผชิญสิ่งท้าทายจากปัจจัยภายนอก โดยเฉพาะความเสี่ยงในการเข้าถึงบุหรี่และบุหรี่ไฟฟ้าของเด็กและเยาวชนในพื้นที่

- มิติเศรษฐกิจและปากท้องครัวเรือน (อันดับ 3/ระดับปานกลางค่อนข้างต่ำ) ($\bar{X} = 2.570$, S.D. = 1.217) ผลการประเมินที่ ร้อยอันดับสุดท้ายและมีคะแนนต่ำที่สุด ชี้ให้เห็นถึง ข้อจำกัดเชิงโครงสร้างที่สำคัญของโครงการ เนื่องจากกิจกรรมหลักยังคงกระจุกตัวอยู่เพียงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและการประหยัดค่าใช้จ่ายจากการลด/เลิกบุหรี่ในระดับบุคคลเท่านั้น แต่ยังไม่สามารถยกระดับไปสู่การสร้างโอกาสทางเศรษฐกิจที่จับต้องได้ เช่น การพัฒนาทักษะอาชีพ การเพิ่มรายได้ หรือการสร้างทุนหมุนเวียนในชุมชนอย่างยั่งยืน

2. ผลการวิเคราะห์ประเมินผลลัพธ์ทางสังคมและคำนวณผลตอบแทนทางสังคมจากการลงทุน (Social Return on Investment: SROI) (เชิงคุณภาพ)

จากการศึกษาเชิงคุณภาพผ่านการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่มกับผู้ให้ข้อมูลสำคัญ จำนวน 50 คน สามารถจำแนกเนื้อหาและนำเสนอเสียงสะท้อนจริง (Verbatim Quotes) เพื่อถ่วงน้ำหนักข้อมูลให้เป็นรูปธรรมตามมิติสำคัญได้ ดังนี้

2.1 มิติสิ่งแวดล้อมทางสุขภาพะ สอดคล้องกับผลสถิติอันดับ 1: ($\bar{X} = 3.156$)

เป็นมิติที่โครงการประสบความสำเร็จสูงสุดอย่างเป็นรูปธรรม ผ่านกลไกการสร้าง “พื้นที่ปลอดภัย/สถาบันศาสนาปลอดบุหรี่” โดยมีเสียงสะท้อนสำคัญจากผู้นำศาสนาทั้งสองวิถีวัฒนธรรมที่เป็นหัวใจหลักในการขับเคลื่อนโครงการ

“ในมุมมองของศาสนาอิสลาม เรานำแนวคิด “ละหมาดสร้างปัญญา” มาจับ คนที่จะเข้าเฝ้าอัลลอฮ์ ร่างกายและลมหายใจต้องสะอาดบริสุทธิ์ การสูบบุหรี่ คือ การทำลายฮารอม (สิ่งต้องห้าม) ต่อร่างกายตนเองและเบียดเบียนผู้อื่น เราจึงประกาศให้มัสยิดและคุตบะห์วันศุกร์เป็นเขตปลอดบุหรี่เด็ดขาด ตอนนี้สภาพแวดล้อมในมัสยิดสะอาดขึ้นมาก ไม่มีควันมือสองมารบกวนสมาธิคนทำความดี” (ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ 1, 2568)

“ฝ่ายพุทธเราก็ขับเคลื่อน “ธรรมะสลัดนิโคติน” ใช้ศีล 5 และ สัปปริสธรรม 7 มาเตือนสติว่าการติดสิ่งเสพติดทำให้ขาดสติและความรอบรู้ ตอนนี้ในวัดไม่มีพระเมรสุบ และโยมที่ทำงานศพหรืองานบุญก็เกรงใจ ป้ายเขตปลอดบุหรี่ที่ติดรอบวัดมันศักดิ์สิทธิ์ขึ้นเพราะคนในชุมชนร่วมใจกันดูแล” (ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ 2, 2568)



2.2 มิติต่อสังคมและการมีส่วนร่วม สอดคล้องกับผลสถิติอันดับ 2: ($\bar{X}$ = 2.990)

ผลลัพธ์อยู่ในระดับปานกลาง สะท้อนว่าโครงการสามารถสร้างความร่วมมืออันดีและลดความขัดแย้งในครัวเรือนได้ ทว่ายังมีตัวจุดรั้ง (Pain Point) สำคัญ คือ ความกังวลต่อกลุ่มเยาวชนและร้านค้าที่ยังขาดจิตสำนึกสาธารณะ ดังนี้

“พอสามีเข้าร่วมโครงการแล้วเลิกสูบบุหรี่ได้ บรรยากาศในบ้านดีขึ้นมาก ลูกไม่ต้องดมควัน ไม่ต้องทะเลาะกัน เรื่องกลิ่นบุหรี่เหมือนเมื่อก่อน แต่ในใจคนเป็นแม่ก็ยังห่วงลูกชายคนโตนะ เพราะเห็นเพื่อน ๆ ในโรงเรียนเขายังแอบพกบุหรี่ไฟฟ้ากันอยู่ กลไกสังคมในชุมชนยังต้องเข้มแข็งกว่านี้เพื่อปกป้องเด็ก ๆ” (ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ 1, 2568)

“เราพยายามตั้งแนวร่วม อสม. พหุวัฒนธรรม เติบโตตรวจตราและรณรงค์ตามร้านค้าในหมู่บ้าน แต่ก็มีข้อจำกัด เพราะร้านค้าบางร้านเขายังแอบขายบุหรี่แยกมวนให้ได้ก๊วยร่นอยู่ มันเป็นเรื่องของผลประโยชน์ส่วนตัวที่ยังชนะจิตสำนึกส่วนรวม สถิติด้านสังคมเราเลยยังได้แค่ระดับปานกลาง” (ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ 2, 2568)

2.3 มิติเศรษฐกิจและปากท้องครัวเรือน สอดคล้องกับผลสถิติอันดับ 3: ($\bar{X}$ = 2.570)

ผลลัพธ์ในมิตินี้รั้งท้ายและอยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างต่ำ ซึ่ง ตอบคำถามวิจัยเชิงลึกตรง ๆ ว่าโครงการมีข้อจำกัดในการยกระดับรายได้หรือสร้างเงินหมุนเวียนในระดับมหภาค แม้จะเกิดผลดีในการลดรายจ่ายในกระเป๋าของผู้คนบางกลุ่ม แต่ไม่สามารถเอาชนะวิกฤตเศรษฐกิจปากท้องในระดับชุมชนที่เป็นเงื่อนไขเชิงโครงสร้างภายนอกได้ สะท้อนผ่านคำให้สัมภาษณ์ที่ขัดแย้งแต่สมเหตุสมผลคู่กัน ดังนี้

2.3.1 มุมสะท้อนเชิงบวก (ระดับจุลภาคในครัวเรือน): “เมื่อก่อนซื้อบุหรี่วันละซอง ตกเดือนละเกือบสามพันบาท พอเข้าโครงการแล้วเลิกได้ เงินส่วนนี้กลายเป็นค่าขนมลูกกับค่ากับข้าวในบ้านทันที มันช่วยอุดรอยรั่วทางการเงินในบ้านได้จริงในยุคที่ของแพงแบบนี้” (ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ 1, 2568)

2.3.2 มุมสะท้อนที่เป็นข้อจำกัดแท้จริง (ระดับโครงสร้างชุมชน): “เราจะไปเคลมว่าโครงการนี้ทำให้เศรษฐกิจชุมชนดีขึ้นไม่ได้หรอก รายได้หลักของชาวบ้านภาคใต้อยู่ที่ราคายางพารา กับราคาปาล์มน้ำมัน พอราคามันตกต่ำ ปากท้องเขาก็แย่ โครงการสุขภาพจะช่วยให้เขาประหยัดเงินค่าบุหรี่ได้ก็จริง แต่ไม่ได้ช่วยเพิ่มรายได้หรือสร้างอาชีพใหม่ให้เขาเลย คะแนวนด้านเศรษฐกิจในแบบสอบถามมันถึงต่ำสุด เพราะมันยังไม่ได้เปลี่ยนสถานะความยากจนของชุมชน” (ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ 2, 2568)

3. ผลการสังเคราะห์องค์ความรู้ใหม่จากโครงการ (Revised)

จากการประมวลผลการวิจัย ผู้วิจัยได้ปรับปรุงตารางชุดความรู้ใหม่ โดยทำการ ตัดมาตรการปรับราคาบุหรี่ (ซึ่งเป็นนโยบายภาษีของรัฐ) ออกไป แล้วแทนที่ด้วยกลไกเชิงนโยบายระดับพื้นที่ที่ค้นพบจริงจากการวิจัยครั้งนี้



ตารางที่ 2 การสังเคราะห์องค์ความรู้ใหม่ (New Knowledge Body) จากการดำเนินโครงการในพื้นที่พัฒนาวัฒนธรรม

มิติดผลลัพธ์	รูปแบบ/มาตรการเดิม	องค์ความรู้ใหม่ที่ค้นพบจากโครงการ (นวัตกรรมชุมชน)
1. สิ่งแวดล้อม	ติดป้ายเตือนตามกฎหมายทั่วไป	นวัตกรรมสถาบันศาสนาสะอาด: การผสมผสานข้อบัญญัติทางศาสนาเข้ากับพื้นที่สาธารณะ (แนวคิด “ละหมาดสร้างปัญญา” และ “ธรรมะสลัดนิโคติน”) สร้างความศักดิ์สิทธิ์เชิงพื้นที่
2. สังคม	ต่างคนต่างรับผิดชอบ แยกส่วน	กลไก อสม. พหุวัฒนธรรมจับคู่: การใช้แกนนำพุทธและมุสลิมปฏิบัติงานร่วมกัน เข้าทลายกำแพงความแตกต่างทางวัฒนธรรมและสร้างการยอมรับระดับครัวเรือน
3. เศรษฐกิจ	การรณรงค์ให้เลิกโดยไม่มีสิ่งรองรับ	มาตรการสัญญาติกาชุมชนพหุวัฒนธรรม: การควบคุมการขายแยกมวนในร้านค้าชุมชน และข้อตกลงการนำเงินที่ประหยัดได้จากค่าบุหรี่มาสร้างสวัสดิการครอบครัว

4. ข้อเสนอเชิงนโยบายและแนวทางพัฒนาโครงการให้เกิดความยั่งยืน

จึงยังไม่สามารถสรุปได้ว่าโครงการนี้ประสบความสำเร็จในการสร้างผลลัพธ์เชิงบวกได้อย่างสมบูรณ์แบบในทุกมิติ เนื่องจากตัวเลขในมิติเศรษฐกิจยังคงส่งสัญญาณเตือนที่ระดับ 2.570 เพื่อปิดช่องว่างเชิงโครงสร้างและแก้ไขข้อจำกัดดังกล่าว ผู้วิจัยจึงขอเสนอแนะเชิงนโยบายใน 3 ประเด็นสำคัญ โดยบูรณาการความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกับเสียงสะท้อนจากประชาชนในพื้นที่ ดังนี้

4.1 นโยบายบูรณาการมิติเศรษฐกิจเข้ากับงานสุขภาพ

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและ สสส. ต้องปรับเปลี่ยนกลยุทธ์จากการรณรงค์ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพแบบลอย ๆ ไปสู่การหนุนเสริมอาชีพและกองทุน โดยความร่วมมือให้มีการต่อยอดกลุ่มผู้เลิกบุหรี่สำเร็จสู่การจัดตั้ง “กลุ่มสัจจะออมทรัพย์สุขภาพ” เพื่อนำเงินที่ประหยัดได้จากการซื้อบุหรี่ (เฉลี่ยครัวเรือนละ 1,000 - 3,000 บาท/เดือน) มาแปลงเป็นทุนหมุนเวียนในการประกอบอาชีพเสริม สอดรับกับคำกล่าวของผู้ทรงคุณวุฒิในพื้นที่

“ถ้าอยากให้โครงการอยู่ยาวโดยไม่ต้องรอเงินทุนสนับสนุนจากภายนอกตลอดเวลา ท้องถิ่นต้องทำให้ชาวบ้านเห็นตัวเงินและผลตอบแทนเชิงเศรษฐกิจที่ผูกโยงกับการดูแลสุขภาพอย่างชัดเจน เลิกบุหรี่แล้วต้องมีอาชีพรองรับปากท้องอิม สุขภาพถึงจะดีตาม” (ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ 3, 2568)

4.2 นโยบายควบคุมการเข้าถึงปัจจัยเสี่ยงในระดับพื้นที่

ฝ่ายปกครองและเครือข่ายชุมชนต้องเพิ่มความเข้มงวดของกลไกกติกาชุมชนพหุวัฒนธรรมโดยการประกาศธรรมนูญหมู่บ้านหรือมาตรการทางสังคมเพื่อสกัดกั้นไม่ให้เยาวชนเข้าถึงบุหรี่และบุหรี่ไฟฟ้าได้ง่าย ควบคู่กับการกดดันทางสังคม (Social Sanction) ต่อร้านค้าชุมชนที่ยังฝ่าฝืนขายบุหรี่แยกมวนให้แก่เด็กและเยาวชน

4.3 การปรับปรุงและประเมินผลลัพธ์ทางสังคม (SROI) เชิงระบบอย่างต่อเนื่องในระยะยาว

ในการดำเนินงานระยะต่อไป ควรจัดอบรมพัฒนาศักยภาพผู้ประสานงานโครงการในระดับพื้นที่ให้มีความรู้ความเข้าใจในวิธีการคำนวณผลตอบแทนทางสังคมจากการลงทุน (SROI) ที่ถูกต้องตามหลักการเงิน (เช่น การหาค่า Financial Proxies, Deadweight และ Attribution) เพื่อให้สามารถแปลงคุณค่าเชิงการรับรู้ในมิติเศรษฐกิจและสังคม ออกมาเป็นมูลค่าตัวเงิน (SROI Ratio) ที่แม่นยำและน่าเชื่อถือในระยะยาวต่อไป

อภิปรายผล

การดำเนินโครงการขับเคลื่อนชุมชนปลอดภัยในระยะแรก แสดงให้เห็นถึงพลวัตการเปลี่ยนแปลงและการยกระดับฐานคิดของชุมชนในมิติต่าง ๆ อย่างมีระบบ แม้ว่าระดับการรับรู้และการตอบสนองต่อโครงการในแต่ละมิติจะมีความแตกต่างกันตามกรอบระยะเวลาและบริบทเชิงพื้นที่ แต่เมื่อนำข้อค้นพบมาวิเคราะห์เชิงตีความร่วมกับสภาพแวดล้อมทางสังคมและทฤษฎีทุนเสริม สามารถอภิปรายผลเชิงลึก ได้ดังนี้

1. มิติด้านสังคม: พลวัตการเปลี่ยนผ่านและการถักทอทุนทางสังคม

ผลการศึกษาในมิติด้านสังคมสะท้อนให้เห็นถึงสถานะ “ช่วงเปลี่ยนผ่าน” ของความตระหนักรู้และการสร้างเครือข่ายความร่วมมือในระยะเริ่มต้น แม้คนในชุมชนจะเริ่มเกิดกระแสความตื่นตัว แต่การเข้ามีส่วนร่วมและระดับการรับรู้ข้อมูลข่าวสารยังคงมีลักษณะกระจุกตัวอยู่เฉพาะกลุ่มแกนนำหลัก ปรากฏการณ์นี้แสดงให้เห็นว่า โครงการประสบความสำเร็จในการสะสม “ทุนทางสังคมในลักษณะของการสร้างสะพานเชื่อมโยงความร่วมมือ” (Bridging Social Capital) ระหว่างกลุ่มภาคีภายนอกและแกนนำในพื้นที่ ซึ่งตามกรอบแนวคิดทุนทางสังคมของ Putnam, R. D. ถือเป็นรากฐานสำคัญอันดับแรกในการสร้างบรรทัดฐานและความไว้วางใจเพื่อขับเคลื่อนประเด็นสาธารณะร่วมกัน ความร่วมมือที่เกิดขึ้นนี้สะท้อนให้เห็นว่า โครงสร้างเครือข่ายเชิงบูรณาการที่เกิดจากความร่วมมือของแกนนำชุมชนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และภาคประชาสังคม เป็นกลไกหลักสำคัญในการหนุนเสริมให้ชุมชนเกิดความตระหนักรู้และตื่นตัวต่อมาตรการควบคุมยาสูบในระดับพื้นที่อย่างมีทิศทาง (Putnam, R. D., 2000) สอดคล้องกับการศึกษาของ ศุภวิทย์ สนสุผล และคณะ ที่ชี้ว่าความเข้มแข็งของเครือข่ายภาคประชาชนเป็นตัวแปรสำคัญในการจัดการปัญหาการสูบบุหรี่ในระดับฐานราก (ศุภวิทย์ สนสุผล และคณะ, 2560)

การวิเคราะห์เชิงเชื่อมโยงข้อเสนอแนะเพื่อพัฒนาโครงการ: เพื่อเปลี่ยนผ่าน “ทุนทางสังคมระยะตั้งไข่” นี้ให้กลายเป็นพลังที่ยั่งยืนและกระจายตัวอย่างทั่วถึง โครงการไม่ควรมุ่งเน้นเฉพาะการกระจายข่าวสารจากบนลงล่าง แต่ควรจัดกิจกรรมถอดบทเรียนร่วมกันระหว่างกลุ่มแกนนำที่ตื่นตัวกับกลุ่มชาวบ้านทั่วไปที่ยังอยู่ชายขอบของโครงการเพื่อลดช่องว่างการรับรู้ และยกระดับมาตรการชุมชนไปสู่การจัดทำ “ธรรมนูญชุมชนหรือข้อตกลงร่วมกันของหมู่บ้าน” (Community Charter) ที่สมาชิกทุกคนร่วมกันกำหนดขึ้น ซึ่งจะเป็เครื่องมือเชิงสังคมที่ช่วยควบคุมและกำกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในระยะยาวด้วยความยอมรับจากภายในชุมชนเอง

2. มิติด้านสิ่งแวดล้อม: การสร้างบรรทัดฐานใหม่ภายใต้บริบทข้ามวัฒนธรรมของผู้นำศาสนา

ผลการวิจัยที่มีมิติด้านสิ่งแวดล้อมได้รับการตอบสนองและเห็นผลสัมฤทธิ์เชิงบวกชัดเจนที่สุด อธิบายได้ว่าเกิดจากกลไกการปรับแต่งสภาพแวดล้อมทางกายภาพที่เอื้อต่อการงดสูบบุหรี่ ทว่าเมื่อวิเคราะห์เจาะลึกผ่าน บริบทพื้นที่พหุวัฒนธรรม จะพบว่า ความสำเร็จนี้ไม่ได้เกิดขึ้นจากแรงบังคับทางกฎหมายหรือตัวป้ายสัญลักษณ์เตือนภัยเพียงอย่างเดียว แต่เกิดจากการที่โครงการสามารถดึงพลังจาก “บทบาทของผู้นำศาสนาต่างศาสนา” ทั้งพระภิกษุและโต๊ะอิหม่าม เข้ามาเป็นผู้ขับเคลื่อนเชิงคุณค่าร่วมกัน

ในพื้นที่ศึกษา ผู้นำศาสนาทั้งสองระบบได้ก้าวข้ามกำแพงความแตกต่างทางวัฒนธรรม โดยหันมาใช้กลไกเชิงศรัทธาและหลักธรรมคำสอนเป็นเครื่องมือสร้างพื้นที่กลาง และแปรสภาพศาสนสถาน (วัดและมัสยิด) ให้กลายเป็น “เขตปลอดบุหรี่ต้นแบบ” อย่างเป็นรูปธรรม พลังแห่งความเคารพศรัทธาต่อผู้นำศาสนานี้ได้แปรเปลี่ยนเป็นแรงกดดันทางสังคมเชิงบวก (Positive Social Pressure) ที่ส่งผลกระทบต่อจิตสำนึกของผู้สูบบุหรี่อย่างมีประสิทธิภาพมากกว่า

มาตรการปรับทางกฎหมายทั่วไป จนสามารถหล่อหลอมให้เกิด “บรรทัดฐานใหม่ทางสังคม” (Social Norm) ที่กำกับว่า การสูบบุหรี่ในพื้นที่ส่วนกลางเป็นพฤติกรรมที่ไม่ได้รับการยอมรับทางวัฒนธรรม สอดรับกับแนวคิดของ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ และศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ ที่เน้นย้ำว่า การปรับปรุงสิ่งแวดล้อมทางกายภาพควบคู่กับมาตรการทางสังคมและกลไกเชิงระบบในการปกป้องผู้ไม่สูบบุหรี่ จะช่วยหนุนเสริมความศักดิ์สิทธิ์และสร้างความยั่งยืนให้กับมาตรการควบคุมยาสูบในระดับพื้นที่ (ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ, 2564); (ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ, 2565) อีกทั้งยังสอดคล้องกับแนวทางขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization) ที่ให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในระดับพื้นที่และผู้นำตามธรรมชาติในการสร้างสรรค์สภาพแวดล้อมเพื่อปกป้องสุขภาวะของประชาชน สำหรับความผันแปรของความคิดเห็นในประเด็นนี้ สามารถตีความได้ว่าเกิดจากระยะห่างทางกายภาพของที่พักอาศัยและสถานที่ในการเข้าใช้ประโยชน์ในพื้นที่ส่วนกลางของชาวบ้านแต่ละกลุ่มที่ยังไม่เท่ากัน (World Health Organization, 2021)

การวิเคราะห์เชิงเชื่อมโยงข้อเสนอแนะเพื่อพัฒนาโครงการ: เพื่อรักษาความศักดิ์สิทธิ์ของบรรทัดฐานใหม่นี้ และขยายผลให้ครอบคลุม โครงการควรกระจายอำนาจการดูแลสิ่งแวดล้อมจากศูนย์กลางศาสนสถานไปสู่ระบบคุ้มบ้านหรือห้อมบ้านย่อย โดยประสานงานร่วมกับผู้นำศาสนาและแกนนำกลุ่มย่อยในแต่ละจุด เพื่อร่วมกันขยายผลการจัดระเบียบพื้นที่ปลอดบุหรี่ให้ครอบคลุมไปถึงร้านค้าโชห่วยในชุมชน ตลาดนัด และพื้นที่กิจกรรมย่อย เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดพื้นที่อับสายตาหรือจุดผ่อนปรนที่ไม่ได้ควบคุม

3. มิติด้านเศรษฐกิจ: ข้อจำกัดระยะสั้นและพลวัตการสะสม “เงินปันผลทางสุขภาพ”

ในทางตรงกันข้าม มิติด้านเศรษฐกิจได้รับการประเมินในระดับที่ค่อนข้างต่ำและมีความเห็นที่แตกแยกกัน อย่างชัดเจน ปรากฏการณ์นี้สะท้อนเชิงตีความได้ว่า ในระยะแรกเริ่มของโครงการ ประชาชนส่วนใหญ่ยังไม่สามารถมองเห็นผลตอบแทนเชิงเศรษฐกิจที่เป็นตัวเงินหมุนเวียนในครัวเรือนได้อย่างเป็นรูปธรรม มีเพียงกลุ่มผู้ที่สามารถหักดิบเลิกบุหรี่ได้สำเร็จเด็ดขาดแล้วเท่านั้นที่เริ่มรับรู้ถึงเม็ดเงินที่ประหยัดได้ในชีวิตประจำวัน ขณะที่สมาชิกส่วนใหญ่ยังไม่รู้สึกถึงความคุ้มค่าหรือผลประโยชน์ร่วมในเชิงเศรษฐกิจ

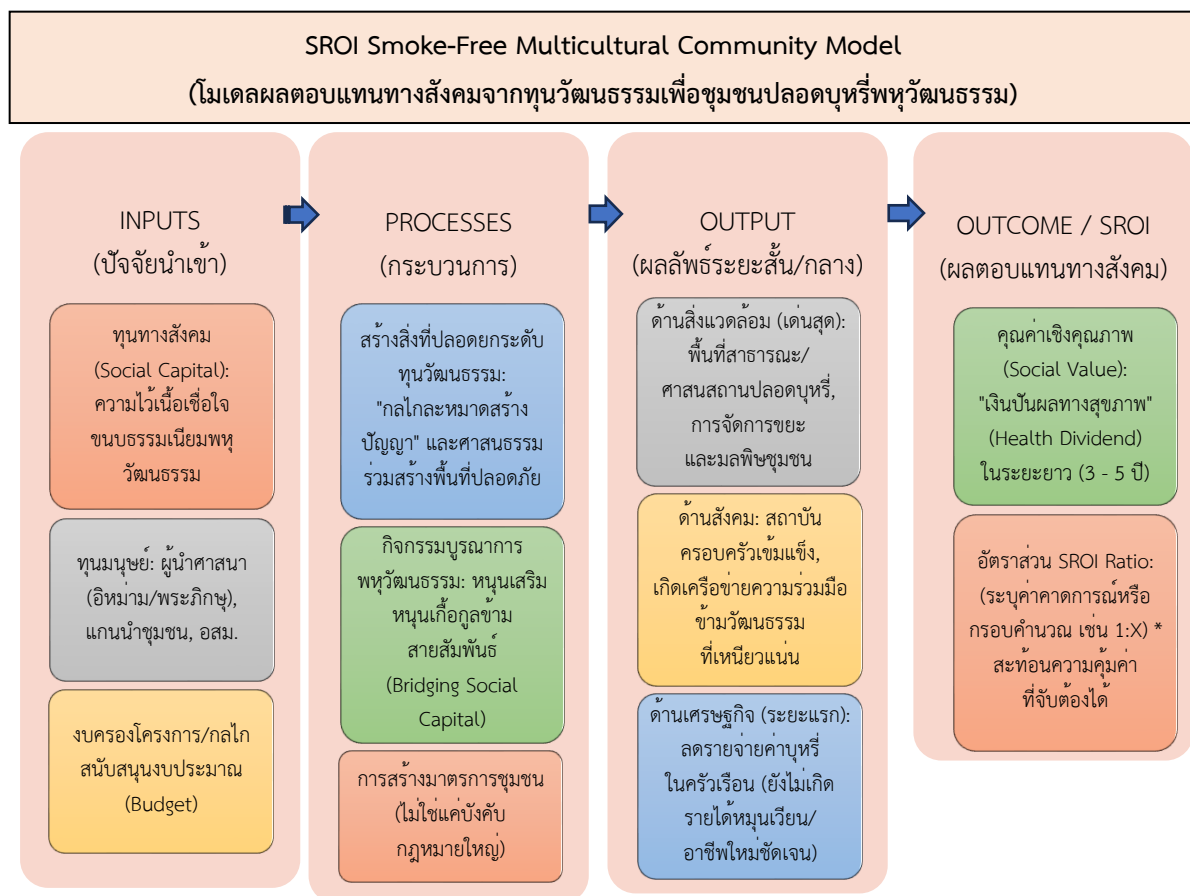
อย่างไรก็ตาม การที่มิติด้านเศรษฐกิจจูงใจได้หมายความว่าโครงการนี้ไร้ประสิทธิภาพ แต่ถือเป็นธรรมชาติตามตรรกะของโครงการด้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เนื่องจากผลประโยชน์ในลักษณะ “เงินปันผลทางสุขภาพ” (Health Dividend) เช่น การลดภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลจากโรคเรื้อรัง และการเพิ่มผลิตภาพ (Productivity) ของแรงงานในชุมชน เป็นผลตอบแทนเชิงอนุรักษที่ไม่ปรากฏให้เห็นในระยะสั้น แต่ต้องอาศัยกลไกการสะสมตัวอย่างค่อยเป็นค่อยไป สอดคล้องกับข้อค้นพบเชิงเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขของ Johns, B. et al. ที่ระบุว่า ผลกระทบเชิงบวกทางเศรษฐกิจจากมาตรการควบคุมยาสูบจะมีลักษณะสะสมตัว (Cumulative Approach) และต้องใช้ช่วงรอบเวลาในการลดอัตราความชุกของโรคปอดภูมิคุ้มกันที่ความคุ้มค่าทางตัวเลขจะแจ่มชัด (Johns, B. et al., 2003) สอดรับกับการศึกษาของ วิทยา กุลสมบูรณ์ และคณะ ที่ตอกย้ำว่า เสถียรภาพทางการเงินของครัวเรือนและการลดภาระค่าใช้จ่ายสาธารณสุขอย่างมีนัยสำคัญจะเริ่มแสดงผลสัมฤทธิ์เชิงประจักษ์เมื่อโครงการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องและผู้เสพสามารถคงสภาพการเลิกบุหรี่ได้ตั้งแต่ 3 ถึง 5 ปีขึ้นไป ซึ่งเป็นเงื่อนไขที่ยาวนานกว่ากรอบเวลาในระยะเริ่มแรกของโครงการนี้ (วิทยา กุลสมบูรณ์ และคณะ, 2562)



การวิเคราะห์เชิงเชื่อมโยงข้อเสนอแนะเพื่อพัฒนาโครงการ: เมื่อวิเคราะห์ได้ว่าข้อจำกัดด้านเศรษฐกิจเป็นจุดเปราะบางที่อาจส่งผลให้ชาวบ้านขาดความกระตือรือร้นในการร่วมโครงการระยะยาว ผู้บริหารโครงการจึงไม่ควรรอคอยให้เกิดผลสัมฤทธิ์ทางสุขภาพในระยะยาวเพียงอย่างเดียว แต่จำเป็นต้องคิดค้น “กิจกรรมเชิงรุกเพื่อสร้างแรงจูงใจทางเศรษฐกิจในระยะสั้น” เข้ามาหนุนเสริมทันที ตัวอย่างเช่น การจัดตั้ง “กองทุนสัจจะออมทรัพย์พหุวัฒนธรรมเพื่อการเลิกบุหรี่” โดยให้สมาชิกนำเม็ดเงินที่ประหยัดได้จากการลด/เลิกซื้อบุหรี่มารวบรวมเป็นทุนออมทรัพย์ประจำเดือน และมีระบบเงินสมทบทุนเสริมจากกองทุนสวัสดิการชุมชน หรือการเชื่อมโยงผู้ที่เลิกบุหรี่เข้ากับกลุ่มวิสาหกิจชุมชนและการพัฒนาอาชีพเสริมสร้างรายได้ เพื่อให้ชาวบ้านมองเห็นตัวเลขเงินออมและรายได้ที่อกเงยขึ้นมาทดแทนอย่างเป็นรูปธรรมในทันที ซึ่งกลไกเศรษฐกิจระยะสั้นนี้จะทำหน้าที่เป็นแรงขับเคลื่อนเชิงจิตวิทยาช่วยเหลือเลี้ยงและตรึงพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของชาวบ้านให้ยั่งยืนจนบรรลุผลตอบแทนทางสุขภาพในระยะยาวต่อไป

องค์ความรู้ใหม่

ชื่อโมเดล SROI Smoke-Free Multicultural Community Model (โมเดลชุมชนพหุวัฒนธรรมปลอดบุหรี่เพื่อผลตอบแทนทางสังคมเชิงประจักษ์)



ภาพที่ 1 โมเดลผลตอบแทนทางสังคมจากทุนวัฒนธรรมเพื่อชุมชนปลอดบุหรี่พหุวัฒนธรรม



โมเดลนี้ไม่ได้เกิดขึ้นลอย ๆ แต่เกิดจากการสังเคราะห์ข้อมูลดิบและข้อค้นพบในพื้นที่ภาคใต้ ผสมกับแนวคิดทุนทางสังคม (Social Capital) ของ Putnam เพื่ออธิบายปรากฏการณ์เชิงลึก

1. ปัจจัยนำเข้า (Input) และกระบวนการ (Process) ที่มีอัตลักษณ์พหุวัฒนธรรม

1.1 Bonding Social Capital (ทุนภายในกลุ่มวัฒนธรรม) การใช้กลไกทางศาสนาที่เข้มแข็ง เช่น “กลไกละหมาดสร้างปัญญา” ของชุมชนมุสลิม และการเทศนาธรรมของพระภิกษุ เพื่อสร้างความตระหนักรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในระดับจิตวิญญาณ

1.2 Bridging Social Capital (ทุนเชื่อมโยงข้ามวัฒนธรรม) บทบาทร่วมกันของผู้นำสองศาสนา (อิหม่ามและพระภิกษุ) ที่ก้าวข้ามความแตกต่างทางวัฒนธรรม โดยใช้ “สุขภาวะของชุมชน” เป็นเป้าหมายร่วม เกิดการสร้างกติกาชุมชนพหุวัฒนธรรมปลอดภัย

2. การเชื่อมโยงผลลัพธ์ (Output/Outcome) กับข้อค้นพบจริง และความสมเหตุสมผลเชิงตรรกะ

จากการประเมินผลพบว่า ผลตอบแทนในแต่ละมิติมีความเหลื่อมล้ำกัน ซึ่งถูกนำมาจัดลำดับความสำคัญในโมเดลเพื่อการขยายผล ดังนี้

2.1 มิติสิ่งแวดล้อม: เกิดพื้นที่สีเขียวและศาสนสถานปลอดภัยร้อยละ 100 เนื่องจากกลไกทางศาสนาสามารถควบคุมพฤติกรรมเชิงพื้นที่ได้ทันที รวมถึงการจัดการขยะที่เชื่อมโยงกับหลักความสะอาดในศาสนา

2.2 มิติสังคม: ความสัมพันธ์ในครอบครัวดีขึ้นจากการลดความขัดแย้งเรื่องคว้นบุหรื และเกิดความสามัคคีข้ามวัฒนธรรม

2.3 มิติเศรษฐกิจ: โครงการนี้ในระยะแรก ไม่สามารถสร้างอาชีพหรือรายได้เสริมใหม่ที่เป็นเม็ดเงินหมุนเวียนได้อย่างเป็นรูปธรรม แต่ความคุ้มค่าเชิงเศรษฐกิจที่แท้จริงเกิดจากการ “ลดรายจ่าย” จากการซื้อบุหรืของหัวหน้าครอบครัว ซึ่งทำให้มีเงินเหลือหมุนเวียนไปใช้ในสิ่งจำเป็นอื่น ๆ ในครัวเรือนแทน

3. มิติผลตอบแทนทางสังคม (SROI) และการยกระดับสู่ทฤษฎี

เมื่อนำผลลัพธ์ข้างต้นมาคำนวณผ่านเครื่องมือ SROI แม้ว่าตัวเลขตัวคูณเม็ดเงิน (Financial Proxy) ในปีแรกอาจจะยังไม่สูงมากเนื่องจากข้อจำกัดมิติเศรษฐกิจข้างต้น แต่เมื่ออภิปรายผ่านแนวคิด “เงินปันผลทางสุขภาพ” (Health Dividend) จะอธิบายได้ว่า ผลตอบแทนที่แท้จริงของการลงทุนในชุมชนพหุวัฒนธรรมจะงอกเงยอย่างก้าวกระโดดในระยะ 3 - 5 ปีข้างหน้า จากการลดหย่อนค่ารักษาพยาบาลของรัฐ และการเพิ่มผลิตภาพ (Productivity) ของประชากรวัยแรงงานในชุมชน

สรุปและข้อเสนอแนะ

การวิจัยเชิงขับเคลื่อนโครงการเครือข่ายเข้มแข็งชุมชนปลอดภัยในพื้นที่พหุวัฒนธรรมภาคใต้ สามารถสรุปผลการดำเนินงานให้สอดคล้องและตอบวัตถุประสงค์การวิจัยทั้ง 3 ข้อ โดยสะท้อนภาพรวมคุณค่าที่โครงการสร้างขึ้นในทุกมิติ ดังนี้ มิติผลลัพธ์เชิงบูรณาการและมุมมองของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย: จากการศึกษาบริบท ปัจจัยเอื้อและกลไกความร่วมมือของภาคีเครือข่าย พร้อมทั้งสะท้อนเสียงและมุมมองของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชน พบว่าคุณค่าที่โครงการสร้างขึ้นในภาพรวม มีผลสัมฤทธิ์เด่นชัดที่สุดในมิติด้านสิ่งแวดล้อม ($\bar{X} = 3.156$, S.D. = 1.036) เนื่องจากการเกิดกลไกความร่วมมือที่เกื้อหนุนให้เกิดพื้นที่สาธารณะปลอดภัยในชุมชน รองลงมา คือ มิติด้านสังคม

ซึ่งมีผลสัมฤทธิ์ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.99$, S.D. = 1.095) โดยบรรลุผลลัพธ์หลักในการสร้างเครือข่ายและกระตุ้นการมีส่วนร่วมบนฐานทุนทางสังคมและความไว้วางใจได้ดี ทว่าความเข้มแข็งยังกระจายไม่ทั่วถึง ขณะที่ มิติด้านเศรษฐกิจได้ค่าคะแนนต่ำที่สุด ($\bar{X} = 2.57$, S.D. = 1.217) เนื่องจากข้อจำกัดในการเห็นผลตอบแทนที่เป็นตัวเงินในระยะสั้น ผลการประเมินผลตอบแทนทางสังคมจากการลงทุน: การประเมินผลลัพธ์ทางสังคมด้วยการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณเพื่อคำนวณผลตอบแทนทางสังคมจากการลงทุน (Social Return on Investment: SROI) สะท้อนให้เห็นมูลค่าและความคุ้มค่าทางสังคมที่เป็นรูปธรรม โดยโครงการมีอัตราส่วนผลตอบแทนความคุ้มค่าเท่ากับ ระบุอัตราส่วน SROI 1 : 1.5 บาท ซึ่งเป็นการยืนยันประสิทธิภาพของคุณค่าที่เกิดขึ้นจริงเมื่อเทียบกับงบประมาณที่ลงทุนไป การจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายและแนวทางพัฒนาสู่ความยั่งยืน: ข้อค้นพบข้างต้นนำไปสู่การสังเคราะห์กลไกการทำงานร่วมกันในพื้นที่พหุวัฒนธรรม ซึ่งช่วยลดช่องว่างความตระหนักรู้ผ่านทุนทางวัฒนธรรมและบทบาทของผู้นำศาสนา อันเป็นรากฐานสำคัญในการขับเคลื่อนนโยบายเพื่อแก้ปัญหาในภาคใต้ ซึ่งเป็นภูมิภาคที่มีอัตราการสูญบ่หรือสูงที่สุดในประเทศอย่างยั่งยืน ข้อเสนอแนะเพื่อการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์: เพื่อให้เกิดแนวทาง การพัฒนาโครงการชุมชนปลอดภัยให้เกิดความยั่งยืนในพื้นที่พหุวัฒนธรรมภาคใต้ จึงมีข้อเสนอแนะ 3 ด้านหลัก ดังนี้ ด้านนโยบายและการสนับสนุน: ควรบรรจุโครงการเข้าเป็นแผนยุทธศาสตร์สุขภาพถาวรขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อบต./อบจ.) เพื่อจัดสรรงบประมาณและกองทุนหมุนเวียนอย่างต่อเนื่อง อันจะช่วยหนุนเสริมให้เกิดอานิสงส์จากการประหยัดค่าใช้จ่ายสุขภาพและเพิ่มโอกาสการออมในระยะยาว ซึ่งจะช่วยยกระดับมิติด้านเศรษฐกิจที่ยังคงเป็นจุดประาะบางด้านกลไกขับเคลื่อนทางสังคม: ควรยกระดับศักยภาพแกนนำ อสม. และผู้นำศาสนา ผ่านนวัตกรรมการสื่อสารและสื่อรณรงค์ที่อิงคติธรรม วัฒนธรรม และภาษาท้องถิ่น เพื่อลดช่องว่างความตระหนักรู้ และขยายผลความเข้มแข็งในมิติด้านสังคมให้กระจายทั่วถึงทุกพื้นที่ ด้านการประเมินผลและการขยายผล: พัฒนาระบบติดตามระยะยาวด้วยเครื่องมือประเมินผลตอบแทนทางสังคมจากการลงทุน (SROI) เพื่อถอดบทเรียนและใช้มูลค่าความคุ้มค่าที่ค้นพบจากพื้นที่นำร่องนี้ ไปพัฒนาเป็นต้นแบบเพื่อขยายผลสู่พื้นที่พหุวัฒนธรรมอื่น ๆ ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป 1) การวิจัยเชิงประเมินผลระยะยาว (Longitudinal Study) ในกรอบเวลา 3 - 5 ปี เพื่อติดตามและพิสูจน์ผลกระทบทางเศรษฐกิจครัวเรือนรวมถึงแนวโน้มการลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่ชัดเจน 2) การวิจัยเชิงลึกด้านกลไกทางวัฒนธรรม เพื่อวิเคราะห์อิทธิพลเชิงลึกของผู้นำศาสนาและสถาบันสังคมที่มีต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการลดละ เลิกยาสูบในพื้นที่เฉพาะ และ 3) การวิจัยเชิงเปรียบเทียบต้นทุนทางสังคม เพื่อวิเคราะห์และเปรียบเทียบค่า SROI ระหว่างชุมชนปลอดภัยในพื้นที่พหุวัฒนธรรมกับพื้นที่บริบททั่วไป เพื่อชี้ให้เห็นมูลค่าที่เกิดขึ้นในบริบทที่แตกต่างกัน

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยเรื่อง “การประเมินผลลัพธ์และผลตอบแทนทางสังคม (SROI) จากการลงทุนของแต่ละโครงการที่เกี่ยวข้องกับเครือข่ายเข้มแข็ง ชุมชนปลอดภัย พื้นที่พหุวัฒนธรรมปลอดภัยเสี่ยงภาคใต้” สำเร็จลุล่วงลงได้ด้วยดีเนื่องด้วยได้รับความอนุเคราะห์ทุนอุดหนุนการวิจัย ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 จากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ซึ่งเป็นทุนวิจัยสำหรับอาจารย์ประจำในมหาวิทยาลัย เพื่อสนับสนุนการสร้างสรรคองค์ความรู้ที่สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติและตอบสนองต่อความจำเป็นของท้องถิ่น ผู้วิจัยขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง มา ณ โอกาสนี้

เอกสารอ้างอิง

- ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ 1. (10 พ.ย. 2568). การวิเคราะห์ประเมินผลลัพธ์ทางสังคมและคำนวณผลตอบแทนทางสังคมจากการลงทุน. (ผู้นำศาสนา (อิหม่าม), ผู้สัมภาษณ์)
- ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ 2. (20 พ.ย. 2568). การวิเคราะห์ประเมินผลลัพธ์ทางสังคมและคำนวณผลตอบแทนทางสังคมจากการลงทุน. (ผู้นำศาสนา (พระ), ผู้สัมภาษณ์)
- ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ 3. (2 ธ.ค. 2568). การวิเคราะห์ประเมินผลลัพธ์ทางสังคมและคำนวณผลตอบแทนทางสังคมจากการลงทุน. (ผู้เข้าร่วมโครงการ), ผู้สัมภาษณ์)
- วิทยา กุลสมบูรณ์ และคณะ. (2562). การประเมินผลตอบแทนทางสังคมและเงินปันผลทางสุขภาพจากการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ. ใน รายงานการวิจัย. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- ศุวิวงศ์ สนสุผล และคณะ. (2560). การพัฒนารูปแบบการเลิกบุหรี่โดยใช้ชุมชนเป็นฐานตำบลปะคำ อำเภอปะคำ จังหวัดบุรีรัมย์. เรียกใช้เมื่อ 29 กรกฎาคม 2569 จาก http://www.sangkhahospital.com/sangkha/administrator/modules/mod_download/img/9_261_11_08_2017_16_17_13_Suliwong Sonsupol.pdf
- ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ. (2564). แนวทางการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพและกลไกการขับเคลื่อนชุมชนท้องถิ่นปลอดบุหรี่. กรุงเทพมหานคร: แผนงานบริหารจัดการสร้างเสริมสุขภาพเชิงพื้นที่.
- _____. (2565). แนวทางการขับเคลื่อนมาตรการควบคุมยาสูบโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ.
- _____. (2568). รายงานสถานการณ์การควบคุมยาสูบในระดับภูมิภาคของประเทศไทย พ.ศ. 2567-2568. กรุงเทพมหานคร: ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ.
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2567). ถอดรหัสโมเดลสุขภาวะพหุวัฒนธรรม: กรณีศึกษาโครงการละหมาดสร้างปัญญาและมีสัปปิยัตนแบบภาคใต้. กรุงเทพมหานคร: เอส.พี.เอ็ม. พรินติ้ง.
- Johns, B. et al. (2003). Programme costs in the economic evaluation of health interventions. *Cost Effectiveness and Resource Allocation*, 1(2003), 1-10.
- Putnam, R. D. (2000). *Bowling alone: The collapse and revival of American community*. New York: Simon & Schuster.
- World Health Organization. (2019). *WHO report on the global tobacco epidemic 2019: Offer help to quit tobacco use*. Geneva: World Health Organization.
- _____. (2021). *WHO report on the global tobacco epidemic 2021: Addressing new and emerging products*. Geneva: World Health Organization.
- Yamane, T. (1973). *Statistics: An introductory analysis*. (3rd ed.). New York: Harper & Row.