



รายงานการวิจัย เรื่อง

การเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน ภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาด ของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

Program of Enhancing Community Mental Health Vaccine
During the COVID-19 Outbreak

หัวหน้าโครงการวิจัย

นันทาวดี วรสวัสดิ์ และคณะ

กองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต

ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยจากสำนักงานการวิจัยแห่งชาติ ประจำปีงบประมาณ 2564

จัดพิมพ์ปี พ.ศ.2566

รายงานการวิจัย เรื่อง การเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน ภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของ
ของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ผู้วิจัย นันทาวดี วรสุวัส และคณะ

จัดทำโดย สำนักวิชาการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

พิมพ์ครั้งที่ 1 พฤษภาคม 2566

สนับสนุนโดย สำนักงานการวิจัยแห่งชาติ (วช.)

ISBN (e-book) 978-974-296-984-4

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgement)

การศึกษาเรื่องการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ฉบับนี้ ดำเนินการด้วยความราบรื่นจนเสร็จสมบูรณ์ด้วยความร่วมมือจากหลากหลายภาคส่วน โดยได้รับการสนับสนุนจากสำนักงานคณะกรรมการการวิจัยแห่งชาติ (วช.) ในการมอบทุนอุดหนุนการวิจัย ในการนี้ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ฐาศุภกร จันประเสริฐ เป็นอย่างสูงที่ทุ่มเทกำลังความคิด กำลังกาย และสละเวลาอันมีค่าในการให้คำปรึกษาแนะนำตลอดระยะเวลาในการทำการวิจัยเรื่องนี้

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณกรมสุขภาพจิต ศูนย์สุขภาพจิต สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น เครือข่ายอื่นๆ ในพื้นที่ 25 จังหวัด รวมถึงอสม. และประชาชนที่ให้ความร่วมมือและอำนวยความสะดวกแก่การทำงานวิจัยครั้งนี้ คณะผู้วิจัยขอขอบคุณทุกท่านที่มีส่วนให้งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงตามวัตถุประสงค์ทุกประการ

คณะผู้วิจัย

บทสรุปผู้บริหาร

การส่งเสริมสุขภาพจิตและการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตตามหลักการของการดูแลสุขภาพจิตและการสนับสนุนจิตสังคม (Mental health and psychosocial supports: MHPSS) เป็นสิ่งจำเป็นภายใต้สถานการณ์วิกฤตโควิด-19 ซึ่งประชาชนได้รับผลกระทบด้านสุขภาพจิตเป็นวงกว้าง และกระตุ้นปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดปัญหาการฆ่าตัวตาย กรมสุขภาพจิตจึงได้มีการพัฒนาหลักการการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนซึ่งใช้แนวคิดของดูแลสุขภาพจิตและการสนับสนุนจิตสังคมขึ้น เพื่อตอบสนองต่อการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 โดยการยกระดับการดำเนินงานจากระดับบุคคลไปสู่ชุมชน

การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตและจิตสังคมในชุมชนภายใต้สถานการณ์วิกฤตโควิด-19 หรือ โปรแกรมการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนให้สมบูรณ์ และประเมินผลโปรแกรมนี้นี้ในพื้นที่จริง จากนั้นจึงพัฒนาแนวทางสนับสนุนการขยายผลโปรแกรมให้ครอบคลุมพื้นที่ 25 จังหวัดเป้าหมายที่ถูกเลือกมาเพื่อเป็นพื้นที่เฝ้าระวังปัญหาการฆ่าตัวตายใน ปี พ.ศ. 2564 ให้ลดลงต่ำกว่าร้อยละ 8 ต่อแสนประชากร รวมถึงเพื่อประเมินผลโปรแกรมนี้นี้เมื่อถูกขยายผลไปใน 25 จังหวัด ซึ่งการวิจัยนี้เน้นการศึกษาผลที่เกิดขึ้นจริงจากการนำโปรแกรมไปใช้ในพื้นที่จริง บริบทจริง โดยผู้วิจัยออกแบบการวิจัยเป็นการวิจัยเพื่อนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ ใช้เทคนิคการวิจัยเชิงผสมผสาน (Mixed Methods Research) แบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน ระยะที่ 2 การนำไปปฏิบัติและการขยายผล และระยะที่ 3 การประเมินผล โดยอาศัยข้อมูลทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณในการประเมินผลตามกรอบแนวคิด RE-AIM ของ King DK และ Glasgow RE (2010)

ผลการศึกษาในระยะที่ 1 สรุปได้ว่าผลกรอบแนวคิดโปรแกรมการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนมีหลักการสำคัญ (Core principles) 4 ประการ คือ 1) ส่งเสริมความต้องการทางจิตใจ 5 ประการ (5 Psychological needs) คือ ส่งเสริมความรู้สึกปลอดภัย (Promote sense of safety) ส่งเสริมความสงบ (Promote calming) ส่งเสริมการรับรู้ศักยภาพของตนเองและชุมชนในการจัดการปัญหาร่วมกัน (Promote sense of self- and community efficacy) ส่งเสริมความรู้สึกผูกพันกันในชุมชน (Promote connectedness) และส่งเสริมการมีความหวัง (Promote hope) 2) ยกระดับการดำเนินงานจากระดับบุคคลไปสู่ชุมชน (Public intervention) 3) ใช้กระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมในชุมชน (Participation) เพื่อส่งเสริมความสำเร็จและความยั่งยืนของโปรแกรม 4) การส่งเสริมให้ผู้นำชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการเป็นผู้นำกระบวนการเพื่อช่วยแบ่งเบาภาระงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในชุมชน (Task-sharing)

ผลการทดลองใช้โปรแกรมในพื้นที่นำร่อง 4 จังหวัดสะท้อนให้เห็นการยอมรับในตัวโปรแกรมและความสามารถในการนำไปใช้ในบริบทที่ต่างกัน รวมถึงการถูกนำไปใช้โดยผู้ใช้ที่ไม่ใช่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขอย่างผู้นำชุมชน ด้วยกระบวนการออกแบบโดยผู้ใช้งานเป็นศูนย์กลาง (Human-Centric Design) มุ่งเน้นที่จะเข้าใจธรรมชาติและความต้องการของกลุ่มเป้าหมายอย่างแท้จริง ทำให้โปรแกรมการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนเป็นโปรแกรมที่ตอบสนองต่อความต้องการของชุมชนในขณะที่กำลังเผชิญภาวะวิกฤต และเมื่อทดสอบประสิทธิภาพของโปรแกรมในพื้นที่นำร่อง พบว่า โปรแกรมสามารถเพิ่มความเข้มแข็งทางใจทั้งในระดับบุคคลและชุมชน ลดความเครียดของประชาชนจากผลกระทบของการระบาดโควิด-19 และเมื่อติดตามข้อมูลการพยายามฆ่าตัวตายและการฆ่าตัวตายสำเร็จหลังการดำเนินงาน 6 เดือน ไม่พบทั้งการพยายามฆ่าตัวตายและการฆ่าตัวตายในชุมชน โปรแกรมการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนเป็นเครื่องมือที่ใช้ดูแลช่วยเหลือประชาชนในภาวะวิกฤตที่สามารถตอบสนองต่อความต้องการที่ครอบคลุมทุกมิติทั้งกาย จิต และสังคมของประชาชน ตลอดจนเป็นโปรแกรมฯ

ที่สร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายทุกภาคเข้ามามีส่วนร่วมดูแลซึ่งกันและกันอย่างแท้จริง ขณะที่ภายในโปรแกรมมีหลักสูตรการฝึกอบรมและคู่มือประกอบการอบรมรองรับให้ทุกภาคส่วนสามารถนำไปใช้ได้ในทุกๆ ชุมชนได้ต่อไป

การศึกษาในระยะที่ 2 เป็นรูปแบบวิจัยการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ (Implementation research: IR) เพื่อพัฒนาวิธีการหรือกลยุทธ์ในการนำโปรแกรมไปปฏิบัติให้เกิดผลสำเร็จตามความมุ่งหมายของการพัฒนาโปรแกรม โดยผลลัพธ์จากการศึกษาทำให้สามารถระบุปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการนำโปรแกรมการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนไปปฏิบัติ (Implementation determinants) และกลยุทธ์การนำไปปฏิบัติ (Implementation strategies) ที่น่าเชื่อถือเทียบเคียงกับผลการศึกษาจากเอกสารและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง มีความเหมาะสมกับโปรแกรมการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนและบริบทการดำเนินงานในประเทศไทย นอกจากนี้ยังสามารถระบุกลยุทธ์สำคัญสำหรับการขยายผล (Scaling up strategies) ไปสู่พื้นที่อื่นๆ ในระดับประเทศซึ่งมุ่งหวังผลการดำเนินงานในภาพใหญ่ใน 25 จังหวัดเป้าหมายและการก้าวข้ามความท้าทายของการดำเนินงานในภาวะวิกฤตโควิด-19 รวมถึงกระบวนการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาพิมพ์เขียวการดำเนินงานการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน โดยคาดหวังว่าผู้ปฏิบัติในพื้นที่ โดยเฉพาะในระดับจังหวัดจะสามารถนำกระบวนการนี้ไปใช้ในการออกแบบวางแผนและพัฒนากลยุทธ์ที่เหมาะสมกับปัญหาและบริบทของแต่ละจังหวัดในการดำเนินงานการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน ซึ่งปัญหาอุปสรรคที่เกี่ยวข้องกับการนำโปรแกรมวัคซีนใจในชุมชนไปปฏิบัติที่ค้นพบ ทั้ง 9 ด้าน ประกอบด้วย 1) ผู้บริหารในทุกระดับ 2) ผู้ปฏิบัติ 3) เครือข่ายการดำเนินงาน 4) งบประมาณ 5) ระยะเวลาการดำเนินงาน 6) แนวทางการดำเนินงานในชุมชน 7) สถานการณ์โควิด-19 8) บริบทของพื้นที่ และ 9) ความพร้อมและศักยภาพของชุมชน

ผลจากการศึกษาผู้วิจัยสังเคราะห์และสรุปกลยุทธ์ที่จะถูกนำมาใช้ในการขยายผลออกเป็น 5 กลยุทธ์สำคัญ คือ 1) การเผยแพร่นโยบายและการสร้างความร่วมมือระหว่างกระทรวง (Policy advocacy and collaboration) 2) การสร้างผู้นำ (Leadership) 3) การฝึกอบรมและให้คำปรึกษา (Training and supervision) 4) การกำกับติดตามและการประเมินผล (Monitoring and evaluation) และ 5) การประยุกต์และปรับให้เข้ากับบริบท (Adapting and tailoring) โดยมุ่งหวังให้ทั้ง 5 กลยุทธ์นี้บรรลุเป้าหมายตามกรอบ RE-AIM ที่ตั้งไว้ด้วยลักษณะของโปรแกรม ผลประสิทธิภาพของโปรแกรมในพื้นที่นำร่อง และกลยุทธ์ที่เกิดขึ้นทำให้คาดหวังได้ว่าการขยายผลนี้ทำให้ประชาชนได้รับการช่วยเหลือมากขึ้นในสถานการณ์วิกฤตนี้ ด้วยเป็นโปรแกรมที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์รองรับ และประชาชนมีความต้องการในการดูแลช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตและสังคม

ในการศึกษาระยะที่ 3 ผลการประเมินการเข้าถึงโปรแกรมการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนในพื้นที่ 25 จังหวัดเป้าหมายที่มีการขยายผลตั้งแต่เดือนสิงหาคม 2564 - กันยายน 2565 นั้นแบ่งการประเมินออกเป็น 2 ระดับ คือการเข้าถึงของกลุ่มเป้าหมายต่อผู้ใช้โปรแกรมและการเข้าถึงของกลุ่มเป้าหมายต่อประชาชนในชุมชนที่ใช้โปรแกรม โดยการเข้าถึงของกลุ่มเป้าหมายต่อผู้ใช้โปรแกรมในระดับจังหวัดนั้นมีการประเมินการเข้าถึงจากกิจกรรมสำคัญภายใต้กลไกการขยายผล คือ การเข้าร่วมโครงการถอดรหัสนวัตกรรมวัคซีนใจในชุมชน ปี พ.ศ. 2564 โดยโครงการนี้มีผู้เข้าร่วมออนไลน์กว่า 900 คนมาจากทั่วประเทศไทย และมีจังหวัดเป้าหมายที่ร่วมลงนามบันทึกข้อตกลงการขับเคลื่อนการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน ทั้งสิ้น 24 จังหวัด คิดเป็นร้อยละ 96 นอกจากนั้นยังประเมินจากการพัฒนาพิมพ์เขียวการดำเนินงานระดับจังหวัดและการนำพิมพ์เขียวนี้ไปใช้ ผลการประเมินพบว่า ทั้ง 25 จังหวัดมีการเข้าร่วมกระบวนการพัฒนาพิมพ์เขียวของตนเองและมีผู้เข้าร่วมซึ่งเป็นตัวแทนจากหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน อาทิ สสจ. สสอ. รพ.สต. อปท. กศน. พระ เป็นต้น การประเมินการเข้าถึงของโปรแกรมการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนในระดับผู้ปฏิบัติ ซึ่งประเมินจากผู้ที่ผ่านการฝึกอบรมทั้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและผู้นำชุมชน พบว่า ทีมดำเนินการระดับเขตสุขภาพสามารถขยายผลไปได้อย่างครอบคลุมคือ มีผู้ที่ผ่านการฝึกอบรมทั้งสิ้น 3,905 คน ทั้งในรูปแบบของ Online และ Onsite

training คิดเป็นร้อยละ 95.27 ในระดับอำเภอ และพบว่าร้อยละ 100 ของอำเภอที่ผ่านการฝึกอบรมมีการนำไปใช้ อย่างไรก็ตามเมื่อทำการสำรวจการนำไปใช้ในระดับตำบลโดยการใช้ Google form ซึ่งมีผู้ตอบรับกลับมา 553 ตำบล พบว่า ร้อยละ 54.5 ของตำบลที่ตอบแบบสอบถามระบุว่าไม่เคยผ่านการฝึกอบรมหลักสูตร การเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน แสดงถึงความไม่ครอบคลุมของการขยายผลในระดับตำบล ซึ่งการขยายผลให้ครอบคลุมในระดับตำบลนั้นอาจต้องใช้กลยุทธ์อื่นเข้ามาร่วม อาทิ การเพิ่มงบประมาณ การสร้างความต่อเนื่องในการดำเนินงาน การสื่อสารที่ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย เป็นต้น

สำหรับการประเมินการเข้าถึงของกลุ่มเป้าหมายต่อประชาชนในชุมชนที่นำโปรแกรมการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนไปใช้ พบว่า ในปี 2564 ประชาชนใน 25 จังหวัดเป้าหมาย 706,136 คนได้รับการคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตผ่านโปรแกรม Mental Health Check-in และในปี 2565 ประชาชนจำนวน 330,566 คน ได้รับการคัดกรองปัญหาสุขภาพจิต นอกจากนี้ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลจากรายงานผลการดำเนินงานการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนจาก 19 ชุมชนตัวอย่าง 14 จังหวัดเป้าหมาย พบว่าประชาชนจำนวน 40,565 ได้รับการคัดกรองปัญหาสุขภาพจิต และประชาชนกลุ่มเปราะบาง อาทิ กลุ่มตกงาน กลุ่มรายได้น้อย กลุ่มผู้สูงอายุติดเตียง กลุ่มผู้มีปัญหาสุขภาพจิต เป็นต้น จำนวน 7,355 คนได้รับการดูแลทางสังคมจิตใจ และการศึกษาเชิงคุณภาพในการสนทนากลุ่มเพื่อค้นหาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายในชุมชน พบว่า ปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นในชุมชนส่วนใหญ่มาจาก 6 สาเหตุสำคัญคือ 1) ค่านิยมของกลุ่มเป้าหมายที่ไม่ชัดเจนทำให้เข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้ไม่ครอบคลุม 2) แกนนำชุมชนขาดความรู้และทักษะในการติดตามดูแลช่วยเหลือกลุ่มเปราะบาง 3) ภาระงานของเจ้าหน้าที่ 4) กลุ่มเปราะบางไม่ให้ความสำคัญในการดูแลสุขภาพจิต 5) กลุ่มเปราะบางไม่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพจิตได้ 6) กลุ่มเปราะบางและครอบครัวไม่ให้ความร่วมมือในการคัดกรองและกิจกรรมการดูแลสุขภาพจิต

การประเมินผลที่เกิดขึ้น (Effectiveness) พบว่า มีการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญของปัญหาสุขภาพจิตอย่างความเครียดและภาวะซึมเศร้าของประชาชนในชุมชนที่มีการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน รวมถึงพบการเปลี่ยนแปลงของความยืดหยุ่นของชุมชน และคุณภาพชีวิตของประชาชน แต่ไม่พบการเปลี่ยนแปลงอย่างนัยสำคัญทางสถิติของความเข้มแข็งทางใจในระดับบุคคลเปรียบเทียบกับชุมชนควบคุมของแต่ละจังหวัด โดยผลที่เกิดขึ้นใน 15 จังหวัดตัวอย่างนี้มีความแตกต่างจากผลประสิทธิผลของโปรแกรมที่ถูกประเมินในพื้นที่นำร่องของจังหวัดนครราชสีมา คือ ในพื้นที่นำร่องไม่พบการเปลี่ยนแปลงของปัญหาสุขภาพจิต และพบการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของความเข้มแข็งทางใจในระดับบุคคล และแม้ว่าความเข้มแข็งทางใจจะไม่พบการเปลี่ยนแปลงของความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ผลก็เห็นการเปลี่ยนแปลงได้อย่างชัดเจนในการประเมินก่อนและหลังการดำเนินงาน ซึ่งความเข้มแข็งทางใจนั้นเกี่ยวข้องกับปัจจัยในหลากหลายด้าน ทั้งปัจจัยภายในและภายนอกของบุคคล ควรได้รับการศึกษาเชิงลึกเพื่อค้นหาปัจจัยที่ทำให้เกิดความแตกต่างนี้ ต่อไปโดยเฉพาะในระดับจังหวัด

สำหรับการประเมินการนำไปใช้ (Adoption) ในระดับชุมชนซึ่ง พบว่า ร้อยละ 64.7 ของผู้ที่ผ่านการฝึกอบรมมีความตั้งใจจะนำไปใช้ในชุมชนของตนเอง โดยจากการศึกษาทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพทำให้สามารถสรุปได้ว่า ปัจจัยที่ทำให้เกิดการนำโปรแกรมไปใช้ แบ่งออกเป็น 4 ประเด็นสำคัญ ดังนี้ 1) การกำหนดเป็นตัวชี้วัด 2) ผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Leader for change) 3) ความพร้อมของชุมชน ทรัพยากรและศักยภาพของชุมชน 4) ผลลัพธ์ที่ชัดเจน

จากการเก็บข้อมูลแบบสอบถามและการสนทนากลุ่มผู้ใช้โปรแกรมเพื่อศึกษามิติที่ 4 การนำไปปฏิบัติ (Implementation) ใน 25 จังหวัด (n = 567) พบว่า ผู้ใช้ร้อยละ 83.07 ให้การยอมรับในโปรแกรมการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน (471 คน) โดยมีคะแนนเฉลี่ยของการยอมรับเท่ากับ 8.44 เมื่อประเมินในเรื่องของความเหมาะสมของโปรแกรมกับสถานการณ์ปัญหาและการแก้ไขปัญหาในชุมชน พบว่า ร้อยละ 99.29 ของผู้ให้

ข้อมูลคิดว่าโปรแกรมมีความเหมาะสม (563 คน) ซึ่งการยอมรับในระดับสูงนี้เป็นเพราะโปรแกรมนี้ถูกพัฒนา มาโดยกลุ่มผู้ใช้งานจริง โดยวิธีการออกแบบโดยมีผู้ใช้เป็นศูนย์กลาง (Human-Centric Design Approach) ซึ่งช่วยส่งเสริมให้เกิดการยอมรับในตัวโปรแกรม

จากข้อมูลการสำรวจในระดับตำบล พบว่า ชุมชนที่มีการดำเนินงานมีลักษณะการนำไปใช้ ดังนี้ ร้อยละ 55.9 ระบุว่ายังไม่มี การดำเนินงานในปีนี้อยู่ ร้อยละ 33.9 สร้างชุมชนต้นแบบ 1 ชุมชนใน 1 ตำบล และร้อยละ 10.2 ระบุว่ามีการขยายผลการดำเนินงานในทุกหมู่บ้านของตำบล เมื่อสอบถามถึงลักษณะการนำไป ใช้แบบเต็มรูปแบบหรือการประยุกต์ใช้พบว่า ร้อยละ 52.5 ระบุว่าจะมีการนำไปประยุกต์ใช้ และร้อยละ 47.5 ระบุว่าจะมีการนำไปใช้แบบเต็มรูปแบบ โดยสาเหตุของการนำไปใช้แบบไม่เต็มรูปแบบหรือการประยุกต์ใช้ พบว่า ร้อยละ 64.2 ยังขาดความรู้ความเข้าใจในตัวโปรแกรม ร้อยละ 53.2 ไม่มีงบประมาณในการดำเนินงาน ร้อยละ 39.8 ยังขาดความมั่นใจในการนำกระบวนการไปใช้ และร้อยละ 25.4 ไม่มีเครือข่ายช่วยในการดำเนินงาน

เมื่อสอบถามถึงปัจจัยสนับสนุนของการดำเนินงานแบบเต็มรูปแบบ พบว่า ร้อยละ 83.9 ระบุถึง งบประมาณสนับสนุน ร้อยละ 86.9 ต้องการสื่อคู่มือ และร้อยละ 75.1 ต้องการวิทยากรสำหรับนำกระบวนการ ในชุมชน โดยค่าเฉลี่ยงบประมาณในการดำเนินงานวัดขึ้นใจในชุมชนในระดับตำบล พบว่า ใช้งบประมาณเฉลี่ยอยู่ ที่ 9017.69 บาทต่อ 1 ตำบล (min = 0 บาท, max = 100,000 บาท) โดยงบประมาณส่วนใหญ่ที่ชุมชนใช้ในการ ดำเนินงานมาจาก อบต. สคสช. กรมสุขภาพจิต รพ.สต รพ. หรือการบูรณาการกับงานอื่นๆ

จากการสอบถามผู้ใช้โปรแกรมการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนเกี่ยวกับการนำองค์ความรู้ เครื่องมือ หรือกระบวนการไปในอนาคต หรือมิติที่ 5 ความต่อเนื่องและความยั่งยืนในอนาคต (Maintenance) พบว่า ร้อยละ 100 ระบุว่าจะมีการนำไปใช้อีกครั้งเมื่อเกิดวิกฤตขึ้นในอนาคต และเมื่อสอบถามถึงความยั่งยืนของ การขยายผล พบว่า ร้อยละ 99.82 ของผู้ใช้เห็นว่าชุมชนอื่น ๆ จะสามารถนำโปรแกรมนี้ไปใช้ได้

โดยการวิจัยนี้ถือเป็นครั้งแรกของการประเมินผลโครงการส่งเสริมสุขภาพจิตที่นำเอาหลักการ RE-AIM เข้ามาใช้และประเมินผลโดยเก็บข้อมูลที่ครอบคลุมในทุกกลุ่มของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ถือเป็น การประเมินที่ครอบคลุมทั้งการประเมินกระบวนการ (Implementation evaluation) และการประเมินผลกระทบ (Impact evaluation) แต่ยังมีข้อมูลบางส่วนที่การศึกษานี้ยังเก็บไม่ครบ อาทิ การเข้าถึงการดูแลสุขภาพจิตและจิตสังคมใน ระดับบุคคลในชุมชน ควรมีการนำไปปรับปรุงวางแผน ในการศึกษาในอนาคต

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

ด้านผลการวิจัย ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพในประเด็นปัจจัยสนับสนุนที่มีผลต่อความสำเร็จใน การนำโปรแกรมการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนไปใช้ในครั้งนี้ต่อไป และติดตามผลอย่างต่อเนื่องเพื่อให้ทราบถึง ผลลัพธ์ในระยะยาว นอกจากนี้ผลการประเมินผลโครงการ นโยบาย หรือโปรแกรมด้านสุขภาพจิตในระดับประเทศ ในอนาคตควรมีการนำกรอบแนวคิดของ RE-AIM ไปใช้ เพราะเป็นแบบจำลองที่สามารถประเมินผลลัพธ์ระดับ บุคคลและองค์กรอย่างต่อเนื่อง เชื่อมโยง สอดคล้องกับการส่งเสริมสุขภาพจิตในระบบสุขภาพปฐมภูมิและในระดับ ชุมชนซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือของหน่วยงานเครือข่ายที่เกี่ยวข้องอย่างต่อเนื่อง

ด้านนโยบาย หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพหรือความเป็นอยู่ที่ดีของประชาชน เช่น กระทรวงมหาดไทย กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และเครือข่ายองค์กรภาคเอกชนอื่น ๆ ควรได้มีโอกาสได้เข้ามาเรียนรู้และร่วมมือกันในการดำเนินงานการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนในอนาคตหากเกิด วิกฤตขึ้นอีกครั้งในประเทศไทย และควรกำหนดให้โปรแกรมการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนเป็นโปรแกรมพื้นฐาน ที่ทุก ๆ ชุมชนควรมีการดำเนินงานเมื่อเกิดเหตุการณ์วิกฤตที่ส่งผลกระทบต่อประชาชนทั้งทางด้านร่างกาย สังคม และจิตใจ

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาประสิทธิภาพของการนำหลักการของโปรแกรมการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนไปประยุกต์ใช้กับปัญหาอื่น ๆ ของชุมชน
2. ควรมีการศึกษาการทดสอบประสิทธิภาพของกลยุทธ์การขยายผลที่ใช้กับโปรแกรมหรือนโยบายอื่นๆ เพื่อสร้างเป็นกลยุทธ์ที่มีประสิทธิภาพ (Active strategies) หรือเป็นรูปแบบการขยายผลของนโยบายอื่น ๆ ในอนาคต

ประโยชน์ในทางประยุกต์ของผลงานวิจัยที่ได้

1. กรมสุขภาพจิตสามารถนำข้อมูลองค์ประกอบสำคัญของพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตในชุมชนอย่างมีส่วนร่วมภายใต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขไปใช้ในการกำหนดนโยบายหรือมาตรการสำหรับการดูแลประชาชนเมื่อเกิดวิกฤตขึ้นอีกครั้งในอนาคต
2. ชุมชนสามารถนำโปรแกรมการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนที่ได้จากการศึกษาไปเป็นเครื่องมือในการรับมือกับวิกฤตที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต
3. กระบวนการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาพิมพ์เขียวการนำนโยบายหรือโปรแกรมด้านสุขภาพจิตไปปฏิบัติที่ได้จะเป็นเครื่องมือให้กับเจ้าหน้าที่ศูนย์สุขภาพจิต เจ้าหน้าที่ของสาธารณสุขจังหวัดและสาธารณสุขอำเภอได้ใช้ในการวางแผนงานเพื่อขับเคลื่อนนโยบายสาธารณสุขต่าง ๆ ในอนาคต

บทคัดย่อ

ปัญหา: ความต้องการการดูแลสุขภาพจิตเพิ่มสูงขึ้นภายใต้สถานการณ์วิกฤตโควิด-19 ในขณะที่การดำเนินงานที่เน้นการดูแลรักษารายบุคคลและการดำเนินงานแบบ Top down ไม่สามารถตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนได้อย่างทั่วถึง จึงมีการนำแนวคิดของการดูแลสุขภาพจิตและการสนับสนุนทางจิตสังคมในระดับชุมชนเข้ามาใช้

วัตถุประสงค์: การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเพื่อพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตและจิตสังคมในชุมชนภายใต้สถานการณ์วิกฤตโควิด-19 (โปรแกรมการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน) ประเมินผล และพัฒนาแนวทางสนับสนุนการขยายผลโปรแกรมให้ครอบคลุมพื้นที่ 25 จังหวัดเป้าหมายที่ถูกเลือกมาเพื่อเป็นพื้นที่เฝ้าระวังปัญหาการฆ่าตัวตายใน ปี พ.ศ. 2564-2565 ให้ลดลงต่ำกว่าร้อยละ 8 ต่อแสนประชากร รวมถึงเพื่อประเมินผลโปรแกรมนี้นี้เมื่อถูกขยายผลไปใน 25 จังหวัด

วิธีดำเนินการโดยสังเขป: การศึกษาครั้งนี้เป็นรูปแบบการวิจัยการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติโดยเทคนิคการวิจัยเชิงผสมผสาน (Mixed Methods) มีกระบวนการวิจัยแบบปฏิบัตินิยม (Pragmatism) ซึ่งมุ่งแก้ปัญหาเน้นผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติจริง โดยผู้วิจัยใช้การออกแบบลักษณะของการวิจัยหลายระยะ (Multiphase Research Design) แบ่งขั้นตอนของการวิจัยเป็น 3 ระยะ ดังนี้ ระยะที่ 1 เพื่อพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตและจิตสังคมในชุมชนภายใต้สถานการณ์วิกฤตโควิด-19 (โปรแกรมการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน) ให้สมบูรณ์และประเมินผลโปรแกรมนี้นี้ในพื้นที่จริง ระยะที่ 2 เพื่อพัฒนาแนวทางการดำเนินงานและการสนับสนุนการขยายผลโปรแกรมให้ครอบคลุมพื้นที่ 25 จังหวัดเป้าหมาย และระยะที่ 3 เพื่อประเมินผลโปรแกรมนี้นี้เมื่อถูกขยายผลไปใน 25 จังหวัด โดยกรอบแนวคิด RE-AIM

สรุปผลและข้อเสนอแนะ: ผลการศึกษาสะท้อนให้เห็นการดำเนินการที่ประสบความสำเร็จในการส่งเสริมความความยืดหยุ่นของชุมชน การลดปัญหาสุขภาพจิต และการเพิ่มคุณภาพชีวิต หากแต่พื้นที่ในการศึกษามีขอบเขตกว้างเกินไปทำให้ไม่สามารถศึกษาถึงปัจจัยที่ก่อให้เกิดความแตกต่างในแต่ละบริบทได้ ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพในประเด็นปัจจัยสนับสนุนที่มีผลต่อความสำเร็จในการนำโปรแกรมการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนไปใช้ในครั้งนี้ต่อไป และติดตามผลอย่างต่อเนื่องเพื่อให้ทราบถึงผลลัพธ์ในระยะยาว ตลอดจนหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพหรือความเป็นอยู่ที่ดีของประชาชน ควรได้มีโอกาสได้เข้ามาเรียนรู้และร่วมมือกันในการดำเนินการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนในอนาคตหากเกิดวิกฤตขึ้นอีกครั้งในประเทศไทย

Abstract

Background: The COVID-19 outbreak increase the need of mental health and psychological support while individual support and top-down mental health policy cannot meet these needs. It is important to develop a community-based mental health and psychological support program (the Community Mental Health Vaccine Program) and disseminate it in this crisis.

Objectives: This study aims to develop a community-based mental health and psychological support program and to evaluate the program before planning for scaling up. Moreover, this study examines the implementation and scaling up at the national level during the crisis. Lastly, this study evaluates the program at scale by using RE-AIM framework.

Methods: This study use the Implementation Research by technique Mixed Methods which emphasize the pragmatism perspective. It aims to overcome the implementation challenges in real world setting. To achieve the objectives of the study, we use the multiphase research design containing 3 phases including; phase 1 development of the community mental health vaccine program; phase 2: Implementation and scaling up; Evaluation by using RE-AIM framework.

Conclusion and recommendations: The results suggest that the program effectively improve community resilience, mental health, and well-being among people. Therefore, the research should conduct qualitative research to explore the supportive factors of the successful implementation and follow up the long-term outcomes. Moreover, the related organizations that are responsible for improving well-being of people should collaborate in this program for the further crisis.

Key words: Mental health and psychosocial supports, Community participation, Community Resilience, Resilience, COVID-19, Community Mental Health Immunity

สารบัญเรื่อง

เนื้อหา

กิตติกรรมประกาศ	ก
บทสรุปผู้บริหาร	ข
บทคัดย่อภาษาไทย	ช
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ซ
สารบัญ	ฅ
สารบัญตาราง	ญ
สารบัญภาพ	ฎ
สารบัญกราฟ	ฐ
บทที่ 1 บทนำ	1
ที่มาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์	6
ขอบเขตงานวิจัย	7
ตัวชี้วัดความสำเร็จของโครงการวิจัย	8
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	9
บทที่ 2 การทบทวนวรรณที่เกี่ยวข้อง	11
ระยะที่ 1 การพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน (Research and Development)	12
ระยะที่ 2 การนำไปปฏิบัติและการขยายผล (Implementation and scaling up)	30
ระยะที่ 3 การประเมินผล (Evaluation)	36
กรอบแนวคิดการวิจัย	38
บทที่ 3 ระเบียบวิธีดำเนินการวิจัย	39
บทที่ 4 ผลการศึกษา	63
ผลการศึกษาระยะที่ 1	64
ผลการศึกษาระยะที่ 2	94
ผลการศึกษาระยะที่ 3	127
บทที่ 5 อภิปรายและวิจารณ์ผล	167
บทที่ 6 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ	181
บรรณานุกรม	185
ภาคผนวก	191
รายชื่อนักวิจัย	212
แบบฟอร์มประเมินผลการวิจัยในการนำไปใช้ประโยชน์อย่างเป็นรูปธรรม	213

สารบัญตาราง

ตาราง	หน้า
ตารางที่ 1	กรอบขั้นตอนการวิจัย
ตารางที่ 2	แสดงเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างขั้นตอนที่ 3 การทดสอบ
ตารางที่ 3	มิติของการประเมิน
ตารางที่ 4	แสดงเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างขั้นตอนที่ 4 การศึกษาในพื้นที่นำร่อง
ตารางที่ 5	แสดงขั้นตอนการวิจัยในระยะที่ 3 การประเมินผล
ตารางที่ 6	แสดงเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างของการศึกษา Impact study
ตารางที่ 7	สรุปแนวความคิดการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน
ตารางที่ 8	ผลการตรวจสอบค่า IOC ร่างแบบสำรวจวัคซีนใจในชุมชน
ตารางที่ 9	ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน
ตารางที่ 10	แสดงรายละเอียดของการคัดเลือกกลยุทธ์เพื่อออกแบบและพัฒนาโปรแกรม
ตารางที่ 11	เส้นทางการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน
ตารางที่ 12	หลักสูตรการฝึกอบรมโปรแกรมการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน
ตารางที่ 13	ข้อมูลทั่วไปผู้เข้าร่วมการวิจัยระยะที่ 1
ตารางที่ 14	แสดงตัวอย่างการสกัดข้อมูลและการสร้างรหัสข้อมูลประโยชน์ของหลักสูตร
ตารางที่ 15	แสดงรหัสข้อมูลและการจัดกลุ่มค่าประโยชน์ของหลักสูตร
ตารางที่ 16	ร่างประเด็นและประเด็นประโยชน์ของหลักสูตร
ตารางที่ 17	แสดงข้อมูลสรุปการปรับปรุงพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน
ตารางที่ 18	ข้อมูลทั่วไปผู้ผ่านการฝึกอบรม 4 จังหวัดนำร่อง
ตารางที่ 19	เปรียบเทียบคะแนนความเชื่อมั่นในการเป็นผู้นำกระบวนการและคะแนนความรู้
ตารางที่ 20	การเข้าถึงการฝึกอบรม
ตารางที่ 21	Baseline, after intervention scores and primary outcome change in the intervention and control group
ตารางที่ 22	สรุปปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ
ตารางที่ 23	ปัจจัยที่ส่งผลต่อการนำโปรแกรมการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนไปปฏิบัติ
ตารางที่ 24	กลยุทธ์การขยายผลและกลไกการดำเนินงาน
ตารางที่ 25	ขั้นตอนการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาพิมพ์เขียวการดำเนินงาน
ตารางที่ 26	กลยุทธ์การนำไปปฏิบัติ
ตารางที่ 27	ข้อมูลทั่วไปผู้เข้าร่วมการวิจัย 4 จังหวัดนำร่อง
ตารางที่ 28	ผลการระบุปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนจังหวัดกาฬสินธุ์
ตารางที่ 29	ผลการระบุปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนจังหวัดนครสวรรค์

สารบัญตาราง

ตาราง	หน้า
ตารางที่ 30 ผลการระบุปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนจังหวัดนครศรีธรรมราช	112
ตารางที่ 31 ผลการระบุปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนจังหวัดลำพูน	114
ตารางที่ 32 ผลการประเมินกลยุทธ์ของจังหวัดกาฬสินธุ์	115
ตารางที่ 33 ผลการประเมินกลยุทธ์ของจังหวัดนครสวรรค์	118
ตารางที่ 34 ผลการประเมินกลยุทธ์ของจังหวัดนครศรีธรรมราช	120
ตารางที่ 35 ผลการประเมินกลยุทธ์ของจังหวัดลำพูน	122
ตารางที่ 36 จำนวนอำเภอที่มีการเข้าร่วมกิจกรรมการขยายผลโปรแกรมการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน	129
ตารางที่ 37 จำนวนผู้ที่ได้รับการคัดกรองปัญหาสุขภาพจิต	130
ตารางที่ 38 ผลการดำเนินงานในชุมชน 19 ชุมชนตัวอย่างจาก 14 จังหวัดเป้าหมาย	132
ตารางที่ 39 ข้อมูลทั่วไปผู้เข้าร่วมการวิจัย	157
ตารางที่ 40 การเปรียบเทียบผลการศึกษาก่อน-หลังดำเนินการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	161
ตารางที่ 41 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับขยายผลการดำเนินงานเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน ตามกรอบแนวคิด RE-AIM Framework	164

สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1	ปิรามิดมาตรการดูแลช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตและจิตสังคม
ภาพที่ 2	มิติของนโยบายที่ส่งผลต่อการนำไปปฏิบัติ
ภาพที่ 3	ตัวแปรทฤษฎีการนำไปปฏิบัติ
ภาพที่ 4	กรอบแนวคิดการขยายผลของ The ExpandNet/WHO
ภาพที่ 5	กรอบแนวคิด RE-AIM
ภาพที่ 6	รูปแบบการวิจัยแบบหลายระยะ (Multiphase Research Design)
ภาพที่ 7	กระบวนการสำคัญของการพัฒนาการแทรกแซงที่ซับซ้อน
ภาพที่ 8	แสดงกรอบแนวคิดโปรแกรมการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน
ภาพที่ 9	แผนภาพสรุปแนวคิดการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน สรุปหลักการ “4 สร้าง 2 ใช้”
ภาพที่ 10	แบบจำลองการดำเนินการของโปรแกรมจนถึงการเกิดผลลัพธ์ที่คาดหวัง
ภาพที่ 11	แสดงตัวอย่างคู่มือการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน สำหรับผู้นำกระบวนการ
ภาพที่ 12	กลยุทธ์การขยายผลการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนไปสู่ 21 จังหวัดเป้าหมาย
ภาพที่ 13	พิมพ์เขียวการดำเนินงานการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนจังหวัดกาฬสินธุ์
ภาพที่ 14	พิมพ์เขียวการดำเนินงานการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนจังหวัดนครศรีธรรมราช
ภาพที่ 15	พิมพ์เขียวการดำเนินงานการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนจังหวัดลำพูน
ภาพที่ 16	พิมพ์เขียวการดำเนินงานการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนจังหวัดนครสวรรค์
ภาพที่ 17	ระบบสนับสนุนการขยายผลการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนไปสู่ 21 จังหวัดเป้าหมาย

สารบัญกราฟ

	หน้า
กราฟที่ 1 แสดงการเปรียบเทียบการนำโปรแกรมไปใช้รายจังหวัด	92
กราฟที่ 2 แสดงผลการคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตด้วยแอปพลิเคชัน Mental Health Check-In ระหว่างปีพ.ศ. 2563 – 2565	94

บทที่
1

บทนำ

1. ที่มาและความสำคัญของปัญหา

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เริ่มระบาดที่เมืองเมืองอู่ฮั่น มณฑลหูเป่ย์ ประเทศจีน เป็นที่แรกในช่วงปลายปีพ.ศ. 2562 จนถึงต้นปีพ.ศ. 2563 และมีการแพร่กระจายอย่างรวดเร็วไปทั่วโลก องค์การอนามัยโลก (World Health Organization) ได้มีการประกาศยกระดับให้การระบาดนี้เป็นการระบาดใหญ่ทั่วโลก (Pandemic) ปัจจุบันมีผู้ติดเชื้อไวรัสชนิดนี้ไปแล้วทั่วโลกกว่า 621 ล้านคนและมีผู้เสียชีวิตไปแล้วจำนวนมากถึง 6.56 ล้านคน (ข้อมูล ณ วันที่ 10 ตุลาคม 2565) ในขณะที่ในประเทศไทยโดยการประกาศของศูนย์บริหารสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (ศบค.) ในวันที่ 10 ตุลาคม 2565 พบผู้ติดเชื้อไวรัสสะสมในประเทศจำนวน 4.68 ล้านคน เสียชีวิตจำนวน 32,771 คน (กรมควบคุมโรค, 2565) การแพร่ระบาดส่งผลกระทบต่อประชาชนในทุกมิติ ทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม และสุขภาพ โดยเฉพาะด้านสุขภาพจิตที่สร้างผลกระทบเป็นวงกว้างยิ่งกว่าการแพร่ระบาดของโรค ทั้งต่อบุคคล ครอบครัวและชุมชน

การศึกษาเกี่ยวกับผลกระทบจากการแพร่ระบาดโควิด-19 ต่อสุขภาพจิตในประชากรกลุ่มต่าง ๆ พบว่า ร้อยละ 96.2 ของผู้ป่วยโควิด-19 ที่รักษาตัวในโรงพยาบาลมีภาวะเครียดหลังเกิดเหตุการณ์ร้ายแรง (Post-traumatic stress symptoms: PTSS) ในระดับสูง (Bo et al., 2020) ซึ่ง PTSS พบได้บ่อยในกลุ่มผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยเฉียบพลัน (Critical illness) และพบ PTSS ในผู้ป่วยโควิด-19 สูงกว่าประชาชนทั่วไป (7%) (Liu et al., 2020) นอกจากนั้นยังพบความเสี่ยงของภาวะซึมเศร้าที่สูงขึ้นในผู้ป่วย COVID-19 (Zhang et al., 2020a) เป็นที่ยอมรับกันโดยทั่วไปว่าการติดเชื้อเกี่ยวข้องกับความเสี่ยงที่สูงขึ้นของความผิดปกติทางอารมณ์ (Benros et al., 2013) และจะมีความเสี่ยงสูงขึ้นหลังจากการติดเชื้อรุนแรง (Kohler et al., 2017a) ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยจากการระบาดของโรคซาร์ส-CoV-1 ที่แสดงอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยระหว่างการติดเชื้อ (Cheng et al., 2004a; Chua et al., 2004) ความเสี่ยงที่สูงขึ้นนี้อาจเกิดจากไวรัสโคโรนาที่ส่งผลต่อสมองโดยตรงหรือโดยอ้อม โดยการกระตุ้นการตอบสนองของไฮโดรคอร์ติซอลจำนวนมากที่ส่งผลต่อสมอง (Troyer et al., 2020) ประเด็นที่ควรสังเกตคือ ในผู้ป่วยที่ติดเชื้อ SARS-CoV-1 มีอัตราของภาวะซึมเศร้าและอาการซึมเศร้าจะสูงขึ้นหลังจากผ่านไป 1 เดือน (Cheng et al., 2004b; Wu et al., 2005) และ 1 ปี (Lee et al., 2020) ในขณะที่ SARS-CoV-1 แพร่กระจายไปยัง 26 ประเทศ ส่งผลกระทบต่อผู้คนมากกว่า 8,000 คน (WHO, 2020) และมีผู้เสียชีวิต 774 คนจากการติดเชื้อ (Mak et al., 2009) แต่ COVID-19 นั้นได้แพร่กระจายไปถึง 185 ประเทศและมีผู้คนที่ได้รับผลกระทบมากกว่า 6.56 ล้านคน (COVID-19, 2020) นั้นหมายถึงอาจจะมีผู้ป่วยที่รอดชีวิตจาก COVID-19 ที่ทุกข์ทรมานจากภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวล

เมื่อทำการศึกษาผลกระทบสุขภาพจิตในผู้ป่วยจิตเวช พบว่า มีผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตเวชที่แย่งในบางรายที่มีความผิดปกติทางจิตเวชที่มีอยู่ก่อนแล้ว (Fernandez-Aranda et al., 2020; Zhou et al., 2020) อย่างไรก็ตาม ความรู้เกี่ยวกับผลกระทบของ COVID-19 ต่อผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตเวชที่นั้นยังมีน้อยมากในกลุ่มบุคลากรสาธารณสุข พบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีความเสี่ยงต่อความวิตกกังวลและอาการซึมเศร้า ซึ่งตรงกับผลการเฝ้าระวังของกรมสุขภาพจิต (กรมสุขภาพจิต, 2565) ที่พบความเครียด ความเสี่ยงซึมเศร้า

ในระดับสูงในกลุ่มบุคลากรสาธารณสุข นอกจากนี้ยังมีการเผื่อระวังถึงภาวะหมดไฟจากการทำงานเนื่องจากภาระงานทั้งงานด้านหน้าในโรงพยาบาล การสอบสวนโรคในชุมชน จนไปถึงการเผื่อระวังปัญญาและการรายงานผลการดำเนินงานตามมาตรการของกระทรวงสาธารณสุข ทำให้ภาวะหมดไฟในกลุ่มนี้มีสูงขึ้นมาก

ในกลุ่มประชาชนทั่วไปพบว่า แม้ข้อมูลในปัจจุบันจะมีย่อย แต่สามารถบ่งชี้ได้ว่าประชาชนทั่วไปก็ได้รับผลกระทบทางสุขภาพจิตเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนเกิดการระบาด (Sonderskov et al., 2020) อย่างไรก็ตามมีการศึกษาที่มีการติดตามผู้เข้าร่วม 333 คน พบว่าไม่มีความแตกต่างในภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล และความเครียดในช่วงเวลาที่มีผู้ป่วยรายใหม่จำนวนมาก เมื่อเทียบกับช่วงที่มีการฟื้นตัวหลายครั้ง (Wang et al., 2020a) ทั้งนี้การสำรวจระดับชาติในปี พ.ศ.2563 เผยให้เห็นความชุกของปัญหาสุขภาพจิตของประชากรภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของ COVID-19 ใน 3 ประเทศ ได้แก่ จีน อิหร่านและสหรัฐอเมริกา (35%, 60%, 45% ของผู้มีความเครียด ตามลำดับ) (WHO, 2020) โดย 4 สาเหตุสำคัญที่โควิด-19 ส่งผลกระทบรุนแรงจนก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตมีดังนี้ 1. การแพร่ระบาดของโรคที่เกิดขึ้นอย่างฉับพลันและรวดเร็ว 2. คนทุกกลุ่มทั่วโลกจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตใหม่ทั้งหมด 3. ขาดการทำกิจกรรมพบปะสังสรรค์กันเหมือนเคย และ 4. เกิดความสูญเสียทั้งทางเศรษฐกิจก่อปัญหาทางการเงินในระดับครอบครัวและระดับประเทศ (DOMH, 2022) นอกจากนี้ข้อมูลจากการเผื่อระวังปัญหาสุขภาพจิตในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดตั้งแต่ปี 2563 - มกราคม 2565 จากฐานข้อมูล Mental Health Check-in ของกรมสุขภาพจิต (กรมสุขภาพจิต, 2565) พบว่า ประชาชนมีความเครียดสูงร้อยละ 8.52 มีความเสี่ยงซึมเศร้าร้อยละ 10.02 มีความเสี่ยงฆ่าตัวตายร้อยละ 5.56 และมีภาวะหมดไฟร้อยละ 4.17

ก่อนการแพร่ระบาดโควิด-19การฆ่าตัวตายเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญที่ทั่วโลกให้การเผื่อระวังติดตาม เพราะเป็นสาเหตุของการสูญเสียชีวิตของประชาชนก่อนวัยอันควร หลักฐานทางสถิติแสดงว่าการฆ่าตัวตายเป็นสาเหตุอันดับที่ 2 ของประชากรโลกในช่วงอายุ 25-34 ปี แต่ละปีมีผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายกว่า 804,000 คนทั่วโลก หรือคิดเป็นอัตรา 11.40 ต่อประชากรแสนคน การฆ่าตัวตายประมาณร้อยละ 78.00 พบได้ในแถบประเทศรายได้ต่ำถึงปานกลาง ในปี พ.ศ. 2564 ทวีปเอเชียตะวันออกเฉียงใต้มีอัตราการฆ่าตัวตาย 12.90 ต่อประชากรแสนคน ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยทั่วโลกที่มีอัตราการฆ่าตัวตาย 10.70 ต่อแสนประชากรแสนคน ในส่วนของประเทศไทยเป็นประเทศที่มีรายได้ปานกลางระดับสูง (Upper middle-income) พบอัตราการฆ่าตัวตาย 13.4 ต่อแสนประชากร (WHO, 2018) ในประเทศไทยกรมสุขภาพจิตมีการรายงานอัตราฆ่าตัวตายจากรายงานการเผื่อระวังปัญหาปีพ.ศ. 2549 ซึ่งเป็นปีที่อัตราฆ่าตัวตายของประเทศลดต่ำสุดคือ 5.77 ต่อประชากรแสนคน หลังจากนั้นอัตราฆ่าตัวตายอยู่ระดับ 5.97-6.2 มาต่อเนื่อง อัตราขึ้นไปสูงสุดในปี พ.ศ. 2558 อัตราอยู่ที่ 6.47 และข้อมูลล่าสุดคือ 2564 อัตราฆ่าตัวตายอยู่ที่ 7.38 ต่อประชากรแสนคน อัตราฆ่าตัวตายของประเทศไทยเปรียบเทียบกับค่าเฉลี่ยในระดับโลก ณ ช่วงเวลาเดียวกันถือว่าประเทศไทยอยู่กลุ่มประเทศที่ต่ำกว่าค่าเฉลี่ยโลก ทั้งนี้พบว่าช่วงอายุที่พบว่ามีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงสุด คือ วัยรุ่น/นักศึกษา รองลงมา คือ กลุ่มวัยทำงาน อายุ 20-59 ปี ตามลำดับ ภาคที่พบอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงสุดที่สุดคือ ภาคเหนือ และจังหวัดที่พบอัตราการฆ่าตัวตายสูงสุด 5 อันดับแรกของประเทศ คือ จังหวัดเชียงใหม่ (13.51) จังหวัดแม่ฮ่องสอน (13.27) จังหวัดพะเยา (13.16) จังหวัดตาก (12.49) และจังหวัดเชียงราย (12.41) (กรมสุขภาพจิต, 2564) สถานการณ์โควิด-19 ส่งผลกระทบต่อชีวิตของประชาชนในทุกมิติและส่งเสริมปัจจัยเสี่ยงการฆ่าตัวตายให้รุนแรงมากยิ่งขึ้น อาทิ ปัญหาเศรษฐกิจและสังคมจากข้อมูลประมาณการณ์ทางเศรษฐกิจของประเทศไทยพบว่าจะมีคนตกงาน 8 ล้านคน (ข่าวจากข้อมูลผู้จัดการธนาคารโลก พ.ศ. 2563) และหากไม่มีการดำเนินการใดใด คาดว่าจะมีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จมากกว่า 8 คนต่อแสนประชากร

ในภาวะวิกฤติต่างๆ รวมถึงวิกฤติโควิด-19 เกิดการบาดเจ็บ สูญเสียทั้งชีวิตและผลกระทบทางเศรษฐกิจในวงกว้าง นำไปสู่ความตึงเครียดที่กระทบกระเทือนจิตใจของบุคคลและชุมชน ทำให้เกิดความต้องการการช่วยเหลือเยียวยาทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมเพื่อให้บุคคลและชุมชนสามารถผ่านพ้นจากเหตุการณ์ที่กระทบกระเทือนจิตใจและฟื้นตัวจากผลกระทบดังกล่าวได้ และจำเป็นที่จะต้องอาศัยโปรแกรมที่ได้มาตรฐาน มีหลักฐานเชิงประจักษ์เข้ามาช่วยเหลือ (Reissman et al., 2004; Hobfoll, 1998) โดยมีหลักการสำคัญในการดำเนินงานตอบสนองต่อสถานการณ์วิกฤติคือประชาชนจะมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อเหตุวิกฤติที่หลากหลาย ไม่จำเป็นต้องตอบสนองทางพยาธิวิทยา (Pathology) ที่นำไปสู่การเกิดโรคเท่านั้น บางคนอาจมีประสบการณ์กับความทุกข์ยากทางสังคมหรือเศรษฐกิจและต้องการการช่วยเหลือจากชุมชนร่วมกับการรักษาทางคลินิก (Galea et al., 2003) นอกจากนี้ผู้คนจำนวนมากจะมีความเครียดและอาจเกิดขึ้นอีกในบางครั้ง แม้เหตุการณ์วิกฤติจะผ่านพ้นไปแล้วหลายปี ด้วยเหตุนี้คนส่วนใหญ่จึงต้องการการสนับสนุนและการจัดสรรทรัพยากรเพื่อบรรเทาการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจนกว่าจะกลับเข้าสู่สภาวะปกติ มากกว่าแค่การวินิจฉัยโรคและการรักษาแบบเดิม ๆ ในการศึกษาของ Hobfoll และคณะ (2007) ได้กล่าวถึงการแทรกแซง (Intervention) ด้านสุขภาพจิตในความหมายกว้าง ๆ ตั้งแต่การจัดการสนับสนุนจากชุมชน การสื่อสารด้านสาธารณสุขไปจนถึงการประเมินอาการทางคลินิกและการแทรกแซง (Intervention) อย่างเข้มข้นโดยผู้เชี่ยวชาญ จากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ผ่านการทบทวนโดยทีมวิจัยนี้ได้รวบรวมข้อคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญทั่วโลกที่มีประสบการณ์ในการศึกษาและบำบัดรักษาประชาชนที่ได้รับผลกระทบจากเหตุภัยพิบัติและความรุนแรง พบ 5 องค์ประกอบสำคัญที่สามารถนำมาประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการออกแบบนโยบายและจัดการกับปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชภายหลังเกิดเหตุดังกล่าวทั้งในระยะสั้นและระยะกลาง (Immediate and Mid-Term Mass Trauma Intervention) ประกอบไปด้วย

- 1) ส่งเสริมความรู้สึกปลอดภัย (Promote sense of safety)
- 2) ส่งเสริมความสงบ (Promote calming)
- 3) ส่งเสริมการรับรู้ศักยภาพของตนเองและชุมชน (Promote sense of self- and community efficacy)
- 4) ส่งเสริมความรู้สึกผูกพันกันในชุมชน (Promote connectedness)
- 5) ส่งเสริมการมีความหวัง (Promote hope) (ดูรายละเอียดเพิ่มเติมในบทที่ 2)

นอกจากนี้ในปี 2563 Missouri Department of Health and Senior Services ได้มีการออกแนวทางในการเตรียมความพร้อมและการดูแลจิตใจในภาวะวิกฤติ โดยได้มีการนำ Influenza มาเป็นตัวอย่างในการวางแผนเพื่อดูแลจิตใจประชาชน ซึ่งได้มีการนำหลักการที่ถูกรวบรวมไว้โดย Hobfoll และคณะ (2007) ดังที่กล่าวมาแล้วข้างต้นมาออกแบบเป็น Intervention strategies เพื่อตอบสนองต่อสถานการณ์ระบาดของ Influenza (Missouri Department of Health and Senior Services, 2020) นั้นทำให้เห็นความเป็นไปได้ของการใช้หลักการนี้ในการตอบสนองต่อสภาวะวิกฤติในสถานการณ์ระบาดของโรคติดเชื้อ

นอกจากนี้คณะกรรมการระหว่างองค์กร (Inter-agency Standing Committee; IASC) ได้มีการจัดทำแนวทาง “การดูแลช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตและจิตสังคม” หรือ “Mental health and psychological supports: MHPSS” และเผยแพร่ให้ประเทศต่าง ๆ ได้นำไปปรับใช้ทั่วโลกและใช้หลักการเดียวกันกับการดูแลจิตใจในภาวะวิกฤติอื่น ๆ ซึ่งคำนี้เป็นคำที่คณะกรรมการระหว่างองค์กร (Inter-agency Standing Committee; IASC) ใช้ในการอธิบายความหมายของ “การช่วยเหลือใดๆ จากท้องถิ่นหรือจากภายนอกที่มีวัตถุประสงค์เพื่อปกป้องหรือส่งเสริมสุขภาวะทางใจ (psychological well-being) และ/หรือ ป้องกันหรือรักษาปัญหาสุขภาพจิต” สำหรับการนำหลักการของ MHPSS มาใช้ในสถานการณ์วิกฤติหรือสถานการณ์ฉุกเฉิน เช่น การแพร่ระบาดของโควิด-19 ต้องมีการบูรณาการมาตรการหลากหลายระดับเพื่อรับมือกับสถานการณ์ระบาด ระดับของมาตรการนี้สอดคล้องกับความต้องการด้านสุขภาพจิตและจิตสังคม ตั้งแต่บริการขั้นพื้นฐานที่คำนึงถึงวัฒนธรรม จนถึงการใช้

จัดบริการเฉพาะสำหรับผู้ที่มีปัญหารุนแรงมาก หลักสำคัญคือ ต้องเป็นก่อกำเนิดอันตราย (Do no harm) ส่งเสริมสิทธิมนุษยธรรมและความเท่าเทียมกัน (Human right and equity) ใช้แนวทางการมีส่วนร่วม (Participation) พัฒนาภายใต้ทรัพยากรและศักยภาพที่มีอยู่ (Building on available resources and capacity) ใช้มาตรการหลายระดับ (Multi-layered supports) และทำงานด้วยระบบช่วยเหลือกันแบบบูรณาการ (Integrated support systems) (Pan American Health Organization, 2020)

เมื่อทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานสุขภาพจิต พบว่า ก่อนภาวะวิกฤติระบบสุขภาพจิตกำลังเผชิญกับความท้าทายในการดำเนินงาน 3 อย่าง คือ การขาดเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพจิตในชุมชน การขาดงบประมาณการดำเนินงานที่เพียงพอ และการตีตราปัญหาสุขภาพจิตในสังคม (Eaton et al., 2011; Keynejad et al., 2021) นอกจากนี้ยังขาดนโยบายและกฎหมายด้านสุขภาพจิตเพื่อสนับสนุนการพัฒนาระบบสุขภาพจิต และการบูรณาการบริการสุขภาพจิตเข้ากับบริการด้านสุขภาพที่จำเป็น เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงได้อย่างเพียงพอ และปกป้องสิทธิของผู้พิการทางสมอง สาเหตุที่อาจทำให้เกิดปัญหาเหล่านี้ อาทิ การขาดความเป็นผู้นำ ความพร้อมของข้อมูลและคุณภาพของข้อมูล ความจำกัดในการสร้างหลักฐานเพื่อพัฒนานโยบายตามบริบทระดับชาติหรือระดับย่อย (Rathod et al., 2017) โดยกลยุทธ์ที่จะสามารถก้าวข้ามความท้าทายเหล่านี้ไปได้ในการดำเนินงานด้านส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต คือ การแบ่งงานให้แกนนำหรือประชาชนในชุมชน (Task-sharing) การแทรกแซงในระดับประชากร (Public intervention) และการแทรกแซงที่ใช้ชุมชนเป็นฐาน (Community-based intervention) โดยหลักฐานเชิงประจักษ์ระบุว่า การดูแลสุขภาพจิตในชุมชนสามารถทำได้โดยการฝึกอบรมบุคลากรที่ไม่ได้มาจากสาขาวิชาชีพสาธารณสุขและการแพทย์ การแทรกแซงในระดับประชากรสามารถทำได้ด้วยการใช้ทรัพยากรคนและงบประมาณน้อยกว่า และการใช้ การแทรกแซงที่ใช้ชุมชนเป็นฐาน ทำให้เกิดการแบ่งงานให้แกนนำหรือประชาชนในชุมชน (Task-sharing) ลดภาระงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีการแบ่งปันทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชน และสามารถลดการตีตราปัญหาสุขภาพจิตในชุมชนจากการมีส่วนร่วมของคนในชุมชนได้

จากการทบทวนวรรณกรรมของการนำแนวทาง MHPSS ไปใช้ทั่วโลกพบว่า ปัจจัยสำคัญที่ก่อให้เกิดความสำเร็จของการนำไปใช้คือสายสัมพันธ์อันดีของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและชุมชน รวมถึงการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดำเนินงาน MHPSS ด้วย (Dickson & Bangpan, 2018) และจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการนำ MHPSS ไปปฏิบัติจริงในพื้นที่ พบว่า มีหลักฐานทางวิชาการน้อยมากที่พูดถึงการนำเอาไปปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพหรือแนวปฏิบัติ (Practices) ที่เกี่ยวข้องกับการประยุกต์ในบริบทวัฒนธรรมที่ต่างกัน และยังไม่พบกระบวนการที่ชัดเจนของการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในการนำหลักการนี้ไปปฏิบัติในสถานการณ์วิกฤติโดยเฉพาะในสถานการณ์วิกฤติโควิด-19 นี้ นอกจากนี้ยังพบว่า กลยุทธ์ของการแทรกแซง (Intervention strategies) ที่กล่าวถึงในแต่ละองค์ประกอบ Immediate and Mid-Term Mass Trauma Intervention ครอบคลุมหลัก การดูแลสุขภาพจิตและจิตสังคมตามหลักของ MHPSS ที่กล่าวเอาไว้ และมีความชัดเจนเป็นหมวดหมู่

กรมสุขภาพจิตใช้คำว่า “วัคซีนใจ” ในการสื่อสารกับประชาชนเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตในแนวทางที่พัฒนาขึ้นมาจากทฤษฎี “ความยืดหยุ่น” หรือ “ความเข้มแข็งทางใจ” หรือบางครั้งเราใช้คำว่า “พลังใจ” แต่ทุกคำล้วนมีรากฐานเดียวกันกับคำว่า “Resilience” การใช้คำว่าวัคซีนเพื่อให้ประชาชนเข้าใจความหมายหรือจุดมุ่งหมายของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตได้ง่ายขึ้น นั่นก็คือโปรแกรมที่สร้างเกราะป้องกันทางจิตใจเมื่อต้องเผชิญกับปัญหา วิกฤติ หรือความเครียดในชีวิต ซึ่งการส่งเสริมวัคซีนใจมี 3 ระดับด้วยกันคือ ระดับบุคคล ระดับครอบครัว และระดับชุมชน โดยในแต่ละระดับมีจุดเน้นในการเสริมสร้าง Resilience ที่ต่างกัน (กรมสุขภาพจิต, 2563) จากสถานการณ์โควิด-19 แผนงานการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนในลักษณะของที่เป็น

Guideline เพื่อดำเนินงานส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในระดับชุมชนจึงถูกพัฒนาขึ้นโดยกรมสุขภาพจิตเพื่อตอบสนองต่อการแพร่ระบาดของ COVID-19 เพื่อป้องกันและลดผลกระทบต่อสุขภาพจิตในระยะยาว โดยมีการประกาศใช้และดำเนินการในระดับชุมชนโดยศูนย์สุขภาพจิตร่วมกับภาคีเครือข่ายตั้งแต่เดือนเมษายน พ.ศ. 2563 ที่ผ่านมา ต่อเนื่องเป็นหนึ่งในตัวชี้วัดของกลยุทธ์ การบูรณาการส่งเสริม ป้องกันสุขภาพจิตเชิงรุกและควบคุมปัจจัยที่ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตในสถานการณ์ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ภายใต้แผนการฟื้นฟูจิตใจในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) (Combat 4th Wave of COVID-19 Plan : C4) ในปีงบประมาณ 2564 ด้วย (กรมสุขภาพจิต, 2563) กรมสุขภาพจิตใช้คำเปรียบเทียบกับให้ง่ายต่อการอธิบายคนในชุมชน โดยคำว่าภูมิคุ้มกันทางใจ หมายถึง 4 ความรู้สึกที่มนุษย์ทุกคนต้องการในยามวิกฤติ นั่นคือ ความรู้สึกปลอดภัย ความสงบ ความหวัง และความเข้าใจ ให้โอกาส ซึ่งจะช่วยให้ป้องกันผลกระทบทางสุขภาพจิตในระยะยาวและส่งเสริมสุขภาพของคนที่สถานการณ์วิกฤติ และคำว่า วัคซีนใจในชุมชน หมายถึง มาตรการหรือกิจกรรมใดใดในชุมชนที่ทำร่วมกันเพื่อเสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางใจ

เป้าหมายสำคัญของแนวทางนี้คือการมุ่งส่งเสริมให้ประชาชนในชุมชนมีภูมิคุ้มกันทางใจที่สามารถเผชิญกับสถานการณ์การแพร่ระบาดและร่วมกันฝ่าฟันวิกฤติในครั้งนี้ไปได้ โดยการดึงศักยภาพของชุมชนมาร่วมดำเนินการดูแลซึ่งกันและกัน องค์ประกอบของแนวทางการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนประยุกต์ใช้องค์ประกอบตามการทบทวนวรรณกรรมของ Hobfoll และคณะ (2007) และนำมาปรับให้เข้ากับบริบทและสถานการณ์ปัญหาโควิด-19 โดยผู้เชี่ยวชาญของกรมสุขภาพจิต เปลี่ยนภาษาจากการแปลโดยตรงในคำภาษาอังกฤษให้เป็นคำที่เข้าใจง่ายและสื่อสารได้ง่ายในกลุ่มประชาชนทั่วไป ประกอบด้วย “4 สร้าง” คือ การเสริมสร้างความรู้สึกลดภัย (Safety) การเสริมสร้างความรู้สึกลดสงบ (Calm) การเสริมสร้าง的希望 (Hope) และการเสริมสร้างความเข้าใจให้โอกาส (Connectedness) ร่วมกับการใช้ 2 กลไกสำคัญในชุมชน “2 ใช้” คือ การใช้ศักยภาพและสายสัมพันธ์ในชุมชน เพื่อสร้าง 4 สร้างดังกล่าวข้างต้น เป็นหลักการโดยสรุปของแนวทางการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน คือ 4 สร้าง 2 ใช้

ในต้นปี 2563 ก่อนจะมีการพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนฉบับสมบูรณ์ในงานวิจัยนี้ กรมสุขภาพจิตได้ประกาศใช้แนวทางการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนที่ผ่านขั้นตอนการปรึกษาหารือผู้เชี่ยวชาญเพื่อยืนยันความถูกต้องของแนวทางและมีการนำไปทดลองใช้ทั่วประเทศในทุกจังหวัดเกิดเป็นชุมชนต้นแบบในทุกเขตสุขภาพของประเทศไทย แต่ยังไม่มียุทธศาสตร์นำไปปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรมในชุมชน ดังนั้นในการศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อนำหลักการการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนมาพัฒนาเป็นโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตและจิตสังคมในชุมชนภายใต้สถานการณ์วิกฤติโควิด-19 (โปรแกรมการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน) ให้สมบูรณ์ และประเมินผลโปรแกรมนี้นในพื้นที่จริง จากนั้นจึงพัฒนาแนวทางสนับสนุนการขยายผลโปรแกรมให้ครอบคลุมพื้นที่ 25 จังหวัดเป้าหมาย

ผลลัพธ์ของโปรแกรมวัคซีนใจในชุมชนในการป้องกันการฆ่าตัวตายเป็นเรื่องที่ยังคงถกเถียงกันในทางวิชาการ ด้วยยังไม่มีหลักฐานวิชาการหรืองานวิจัยเชิงทดลองที่แสดงถึงผลลัพธ์ของโปรแกรมกับการป้องกันการฆ่าตัวตายที่ชัดเจน แต่เมื่อวิเคราะห์ถึงหลักทฤษฎีสำคัญก็เห็นความเป็นไปได้สูงที่จะสามารถหวังผลลัพธ์ในเชิงของการป้องกันการฆ่าตัวตายได้ จากกรณีศึกษาชุมชนต้นแบบที่มีการนำหลักการไปใช้ในปี 2563 ก่อนจะมีการพัฒนาและประเมินผลให้เป็นโปรแกรมที่สมบูรณ์ จะพบถึงรูปแบบการดำเนินกิจกรรมในชุมชนที่ช่วยส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจทั้งในระดับบุคคลและชุมชน และผลลัพธ์ในด้านอื่น ๆ อาทิ การสร้างความหวังและกำลังใจด้วยหลักการทางศาสนา การสร้างระบบสวัสดิการให้การช่วยเหลือด้านสังคมและเศรษฐกิจสำหรับ

กลุ่มเปราะบางทางสังคมและเศรษฐกิจ การจ้างงานสร้างอาชีพ การส่งเสริมความรู้ด้านความเข้มแข็งทางใจ การส่งเสริมศักยภาพชุมชนในการสร้างระบบการดูแลซึ่งกันและกันในชุมชน การเข้าถึงการคัดกรองปัญหาสุขภาพจิต การส่งเสริมความรู้ในการดูแลสุขภาพจิตของตนเอง เป็นต้น โดยผลลัพธ์ของแนวทางการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนที่กล่าวมาข้างต้นล้วนเกี่ยวข้องกับปกป้อง (Protective factor) ทั้งในระดับบุคคลและชุมชนของการฆ่าตัวตาย (Meadows et al, 2005; Malone et al., 2000; Hirsch et al., 2006; Oquendo et al., 2005; Chesley and Loring-McNulty, 2003; Kidd et al., 2006; Svetaz, Ireland and Blum, 2000; Chandy, Blum and Resnick, 1996; Eisenberg and Resnick, 2006; Fenaughty and Harre, 2003; Altrows and Paulson, 2006; aslow et al., 2005; Coker et al., 2002; Donald et al., 2006; Meadows et al., 2005; Van Ness and Larson, 2002; Tubergen, Grotenhuis and Ultee, 2005; Kraut and Walld, 2003; Benda, 2003; Cooperman and Simoni, 2005 อ้างอิงใน McLean et al., 2008)

นโยบายนี้ถูกประกาศใช้และถูกนำไปปฏิบัติภายใต้กลยุทธ์ 1 ชุมชน 1 องค์การต้นแบบในทุกจังหวัด ตั้งแต่เดือนเมษายน 2563 แต่ยังไม่มีการศึกษาการขยายผลนโยบายนี้ให้ครอบคลุมในระดับตำบล อำเภอและ จังหวัด และยังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิภาพประสิทธิผลอย่างเป็นรูปธรรม โดยเฉพาะในเชิงปริมาณ ดังนั้น โครงการวิจัยนี้ จึงเป็นการศึกษาต่อยอดองค์ความรู้ที่ได้จากการดำเนินงานในปี 2563 ที่ผ่านมา โดยใช้พื้นที่ 4 จังหวัด ได้แก่ ลำพูน กาฬสินธุ์ นครศรีธรรมราช นครสวรรค์ ซึ่งเป็นตัวแทน 4 ภาคเพื่อประเมินประสิทธิภาพ และศึกษาหารูปแบบการดำเนินงานและการขยายผลในระดับจังหวัดและขยายผลอีก 21 จังหวัดเป้าหมายที่มี อัตราการฆ่าตัวตายสูงอย่างต่อเนื่องในช่วง 3 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ.2560-2562) และได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ การแพร่ระบาดโควิด-19 ได้แก่ จังหวัดเชียงราย เชียงใหม่ พะเยา สุโขทัย ตาก สระบุรี กาญจนบุรี จันทบุรี ตราด สระแก้ว ขอนแก่น บึงกาฬ หนองบัวลำภู อุดรธานี สกลนคร ชัยภูมิ บุรีรัมย์ ศรีสะเกษ ชุมพร พัทลุง สงขลา โดยมีมุ่งหวังให้ประชาชนในระดับหมู่บ้านของ 25 จังหวัดนี้ เกิดความสามารถในการดูแลกันเองได้ในสภาวะวิกฤตนี้ เพื่อลดผลกระทบทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิต และลดอัตราการฆ่าตัวตายให้น้อยกว่า 8 ต่อแสนประชากร รวมถึงมุ่งหวังประโยชน์ในทางวิชาการโดยการวิจัย ปรับปรุงการวางแผน ประสิทธิภาพ และประสิทธิภาพ ของนโยบาย เพื่อเป็นประโยชน์ต่อการตอบสนองต่อเหตุวิกฤตอื่น ๆ ในอนาคต ซึ่งการศึกษาวิจัยเพื่อนำนโยบาย ไปสู่การปฏิบัติ (Implementation Research) จะทำให้เราทราบว่ากลยุทธ์การนำไปปฏิบัติและการขยายผล (implementation and scaling up strategies) อะไรที่ทำให้การนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติมีประสิทธิภาพ สามารถตอบสนองต่อความต้องการของสังคม คุณค่าของสังคม และแก้ไขปัญหาที่เป็นเป้าหมายของนโยบาย และมีสร้างความยั่งยืนได้หรือไม่อย่างไร

1.2 วัตถุประสงค์

1.2.1 วัตถุประสงค์หลัก

เพื่อขยายผลการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนให้ครอบคลุมพื้นที่ 25 จังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูง

1.2.2 วัตถุประสงค์ย่อย

ระยะที่ 1

1. เพื่อพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตและจิตสังคมในชุมชนภายใต้สถานการณ์วิกฤตโควิด-19 (โปรแกรมการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน) ให้สมบูรณ์และประเมินผลโปรแกรมนี้นในพื้นที่จริง

ระยะที่ 2

1. เพื่อพัฒนาพิมพ์เขียวการดำเนินงานวัคซีนใจในชุมชน (Implementation Blueprint) ตามองค์ประกอบของกรอบแนวคิด Implementation science คือ Pre-implementation Implementation และ Sustainment และการสนับสนุนการขยายผลโปรแกรมให้ครอบคลุมพื้นที่ 25 จังหวัดเป้าหมาย

2. เพื่อพัฒนากลยุทธ์การขยายผลการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน (Scaling up strategies) ในระดับประเทศ ตามองค์ประกอบ ดังนี้ Advocacy Leadership Training and Supervision Collaborations และ Monitoring and Evaluation

ระยะที่ 3

1. เพื่อประเมินผลโปรแกรมนี้นี้เมื่อถูกขยายผลไปใน 25 จังหวัด โดยกรอบแนวคิด RE-AIM (Reach, Effectiveness, Adoption, Implementation, Maintenance)

1.3 ขอบเขตงานวิจัย

1.3.1 ขอบเขตด้านเนื้อหา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเพื่อพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตและจิตสังคมในชุมชนภายใต้สถานการณ์วิกฤติโควิด-19 (โปรแกรมการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน) ประเมินผล และพัฒนาแนวทางสนับสนุนการขยายผลโปรแกรมให้ครอบคลุมพื้นที่ 25 จังหวัดเป้าหมายที่ถูกเลือกมาเพื่อเป็นพื้นที่เฝ้าระวังปัญหาการฆ่าตัวตายใน ปี พ.ศ. 2564 ให้ลดลงต่ำกว่าร้อยละ 8 ต่อแสนประชากร โดยนำแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการดูแลช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตและจิตสังคม, การนํานโยบายไปปฏิบัติ, การขยายผลนโยบายสุขภาพมาใช้

1.3.2 ขอบเขตด้านพื้นที่

การวิจัยครั้งนี้ครอบคลุมพื้นที่ 25 จังหวัดเป้าหมาย ประกอบด้วย เชียงราย เชียงใหม่ พะเยา ลำพูน สุโขทัย ตาก สระบุรี นครสวรรค์ กาฬสินธุ์ กาญจนบุรี จันทบุรี ตราด สระแก้ว ขอนแก่น บึงกาฬ หนองบัวลำภู อุตรธานี สกลนคร ชัยภูมิ บุรีรัมย์ ศรีสะเกษ ชุมพร นครศรีธรรมราช สงขลา การวิจัยนี้เน้นการศึกษาผลที่เกิดขึ้นจริงจากการนำโปรแกรมไปใช้ในพื้นที่จริง

1.3.3 ขอบเขตด้านวิธีวิจัย

ผู้วิจัยออกแบบการวิจัยเป็นการวิจัยเชิงผสมผสาน (Mixed Methods) รูปแบบ Convergent Parallel Mixed Methods มีกระบวนการวิจัยแบบปฏิบัตินิยม (Pragmatism) ซึ่งมุ่งแก้ปัญหา เน้นผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติจริง โดยผู้วิจัยใช้การออกแบบลักษณะของ Multiphase Research Design แบ่งขั้นตอนของการวิจัยเป็น 3 ระยะ โดยแต่ละระยะมีรายละเอียด ดังนี้

ระยะที่ 1 การพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน (Research and Development) ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้รูปแบบการศึกษา ตามกรอบแนวคิดของ The Medical Research Council (MRC) (MRC framework for complex interventions) (2008) (Craig et al, 2008) โดยมีขั้นตอนย่อย 5 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง (Identify the evidence base and theory basis) และศึกษารูปแบบจากพื้นที่ที่เคยดำเนินการโดยใช้การศึกษาแบบพหุกรณีศึกษา (Multiple Case study) เพื่อพัฒนาร่างโปรแกรมการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน

ขั้นตอนที่ 2 การปรึกษาหารือกับผู้เชี่ยวชาญ เพื่อทดสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา (Content validity) และระบุกิจกรรมสำคัญที่ใช้ในการสร้างเครื่องมือเพื่อนำการดำเนินงานในชุมชนตามโครงสร้างขององค์ประกอบสำคัญของโปรแกรม (แบบสำรวจวัคซีนใจในชุมชน: Community mental health vaccine checklist for COVID-19)

ขั้นตอนที่ 3 การพัฒนาโปรแกรมและคู่มือการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนด้วยกระบวนการ Human-centric-design approach (Modelling process and outcomes)

ขั้นตอนที่ 4 การศึกษาในพื้นที่นำร่อง (Pilot study)

ระยะที่ 2 การนำไปปฏิบัติและการขยายผล (Implementation and scaling up) ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง (Evidence Review) เพื่อระบุปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการนำโปรแกรมหรือนโยบายไปปฏิบัติและเพื่อหากลยุทธ์ที่เหมาะสมในการนำมาแก้ปัญหา การปฏิบัติคู่ขนานกับขั้นตอนที่ 2 คือ

ขั้นตอนที่ 2 การศึกษาปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อการนำโปรแกรมการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน (รูปแบบเก่า) ไปใช้

ขั้นตอนที่ 3 การพัฒนากลยุทธ์การขยายผลการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนในระดับประเทศ (Development of scaling up strategies) โดยผู้วิจัยใช้ข้อมูลจากการทบทวนวรรณกรรม

ขั้นตอนที่ 4 การพัฒนาขั้นตอนการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาแผนการขับเคลื่อนการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนในระดับจังหวัด (Tailored Implementation Blueprint) และการทดสอบ โดยผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้กระบวนการที่สมบูรณ์ของ Lexis และคณะ (2018) โดยมุ่งหวังให้เกิด Implementation Blueprint ในเฉพาะบริบทของแต่ละภาคของประเทศไทย โดยใช้ 4 จังหวัดเป็นพื้นที่ต้นแบบในการพัฒนา คือ กาฬสินธุ์ ลำพูน นครสวรรค์ และนครศรีธรรมราช

ขั้นตอนที่ 5 การออกแบบและพัฒนาเครื่องมือการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนเพื่อสนับสนุนการขยายผล (Development of intervention package)

ระยะที่ 3 การประเมินผล (Evaluation) โดยอาศัยข้อมูลทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณในการประมาณผลตามกรอบแนวคิด RE-AIM ของ King DK และ Glasgow RE (2010) โดยการประเมิน 5 องค์ประกอบสำคัญของการนำโปรแกรมหรือนโยบายไปปฏิบัติซึ่งเรียงตามลำดับเหตุการณ์ ได้แก่ 1) การเข้าถึง (reach) คือ ตัวเลข/สัดส่วน/จำนวนของบุคคลที่มีความประสงค์เข้าร่วมโครงการ 2) ประสิทธิภาพ (effectiveness) คือ ผลของมาตรการที่เกิดขึ้น ซึ่งรวมทั้งผลกระทบทางด้านลบ คุณภาพชีวิต และผลลัพธ์ทางเศรษฐศาสตร์ (economic outcomes) 3) การยอมรับมาตรการ (adoption) คือ ตัวเลข/สัดส่วน/จำนวนของสถานที่ (settings) และบุคคลหรือกลุ่มบุคคลที่ได้รับมอบหมายให้ดำเนินมาตรการ (intervention agent) และมีความประสงค์ดำเนินโครงการ/มาตรการ 4) การดำเนินโครงการ/มาตรการ (implementation) คือ ความสามารถในการดำเนินมาตรการตามแผนที่วางไว้ ทั้งด้านเวลาและงบประมาณ และ 5) การรักษา (maintenance) คือ ผลกระทบระยะยาวของโครงการหรือมาตรการต่อผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับตัวบุคคลที่เข้าร่วมโครงการตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไปหลังจากครั้งสุดท้ายของการมีส่วนร่วมในโครงการ/มาตรการ

1.4 ตัวชี้วัดความสำเร็จของโครงการวิจัย

1. จำนวนจังหวัดที่มีแผนการขับเคลื่อนการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน
2. มีระบบการสนับสนุนการขยายผลการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนให้ครอบคลุมพื้นที่ 25 จังหวัด
3. ร้อยละของเจ้าหน้าที่และแกนนำในชุมชนที่เข้าร่วมการอบรมให้มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน

1.5 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. กรมสุขภาพจิตสามารถนำข้อมูลองค์ประกอบสำคัญของพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตในชุมชนอย่างมีส่วนร่วมภายใต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขไปใช้ในการกำหนดนโยบายหรือมาตรการสำหรับการดูแลประชาชนเมื่อเกิดวิกฤตขึ้นอีกครั้งในอนาคต
2. ชุมชนสามารถนำโปรแกรมการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนที่ได้จากการศึกษาไปเป็นเครื่องมือในการรับมือกับวิกฤตที่อาจจะเกิดขึ้นในอนาคต
3. กระบวนการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาพิมพ์เขียวการนำนโยบายหรือโปรแกรมด้านสุขภาพจิตไปปฏิบัติที่ได้จะเป็นเครื่องมือให้กับเจ้าหน้าที่ศูนย์สุขภาพจิต เจ้าหน้าที่ของสาธารณสุขจังหวัดและสาธารณสุขอำเภอได้ใช้ในการวางแผนงานเพื่อขับเคลื่อนนโยบายสาธารณสุขต่าง ๆ ในอนาคต
4. กลยุทธ์การนำนโยบายสุขภาพ/โปรแกรมสุขภาพไปปฏิบัติที่ได้จากการศึกษาจะนำไปเป็นกลยุทธ์เบื้องต้นให้กับผู้ปฏิบัติในทุกระดับเลือกใช้ในการนำนโยบายสาธารณสุขต่าง ๆ ไปปฏิบัติในอนาคต
5. ผลการศึกษาเกี่ยวกับกลยุทธ์การขยายผลและระบบสนับสนุนการขยายผลจะนำไปเป็นข้อมูลเบื้องต้นให้กับเจ้าหน้าที่ของกรมสุขภาพจิตและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องได้ใช้เป็นแนวทางในการปรับปรุงการขยายผลโปรแกรมหรือนโยบายสุขภาพจิตในอนาคต
6. ผลการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยสำคัญที่ส่งต่อการขยายผลและการนำโปรแกรมการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนไปปฏิบัติตามกรอบแนวคิด RE-AIM จะนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายและเชิงปฏิบัติที่ใช้ในการปรับปรุงและพัฒนาการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติที่ดีขึ้นในอนาคตต่อไป
7. นักวิชาการ นักวิจัยหรือผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องสามารถนำองค์ความรู้เกี่ยวกับการศึกษาวิจัยการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ (Implementation science) ไปใช้ในการจัดการความรู้และศึกษาต่อยอดต่อไปในอนาคต



บทที่ 2

การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเพื่อพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตและจิตสังคมในชุมชนภายใต้สถานการณ์วิกฤติโควิด-19 (โปรแกรมการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน) ประเมินผล และพัฒนาแนวทางสนับสนุนการขยายผลโปรแกรมให้ครอบคลุมพื้นที่ 25 จังหวัดเป้าหมายที่ถูกเลือกมาเพื่อเป็นพื้นที่เฝ้าระวังปัญหาการฆ่าตัวตายใน ปี พ.ศ. 2564 ให้ลดลงต่ำกว่าร้อยละ 8 ต่อแสนประชากร รวมถึงเพื่อประเมินผลโปรแกรมนี้นี้เมื่อถูกขยายผลไปใน 25 จังหวัด ซึ่งการวิจัยนี้เน้นการศึกษาผลที่เกิดขึ้นจริงจากการนำโปรแกรมไปใช้ในพื้นที่จริงบริบทจริง โดยผู้วิจัยออกแบบการวิจัยเป็นการวิจัยเชิงผสมผสาน (Mixed Method Research) แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ผู้วิจัยได้ทำการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในแต่ละระยะ เพื่อเป็นแนวทาง ในการศึกษา ดังนี้

ระยะการวิจัย	แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง
ระยะที่ 1 การพัฒนาโปรแกรม (Research and Development)	1.1 การสนับสนุนด้านสุขภาพจิตและจิตสังคม (Mental Health and Psychosocial Support: MHPSS) 1.2 องค์ประกอบสำคัญของการแทรกแซงสุขภาพจิตในภาวะวิกฤต (Mental health interventions in crisis) 1.3 การสร้างการมีส่วนร่วมในชุมชน (Community participation) 1.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
ระยะที่ 2 การนำไปปฏิบัติและการขยายผล (Implementation and scaling up)	2.1 การวิจัยเพื่อการนำนโยบายสู่การปฏิบัติ (Implementation Research) 2.2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการนำนโยบายสุขภาพไปสู่การปฏิบัติ (Implementation factors) 2.3 การขยายผลนโยบายสุขภาพ (Scaling up health interventions) 2.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
ระยะที่ 3 การประเมินผล (Evaluation)	3.1 แนวคิดการประเมินผล 3.2 กรอบแนวคิด RE-AIM 3.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
กรอบแนวคิดการวิจัย	4.1 กรอบแนวคิดการวิจัย

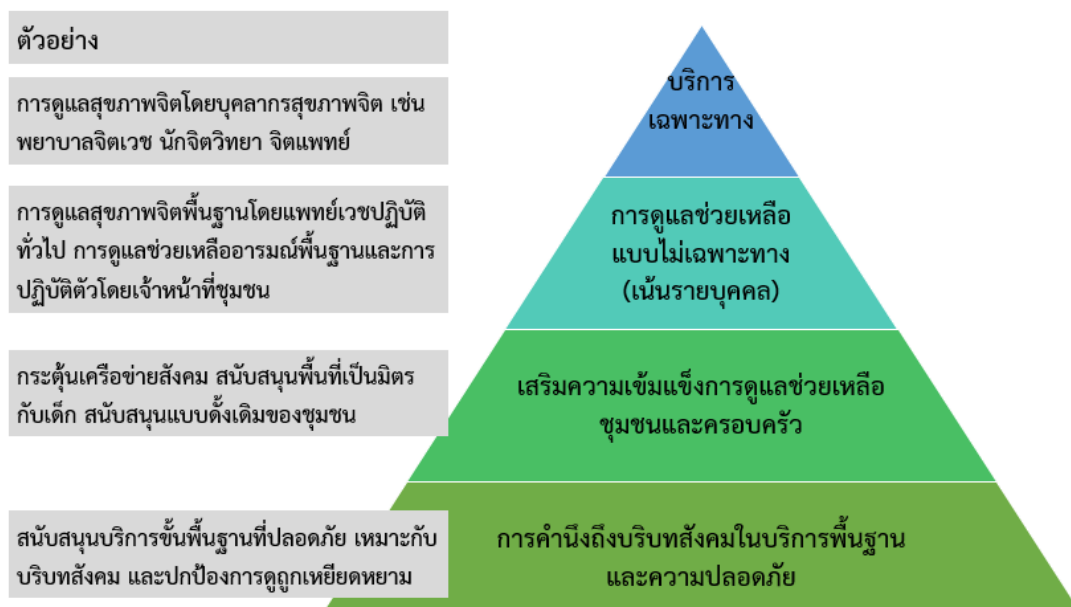
การทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ระยะที่ 1 การพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน (Research and Development)

1.1 การสนับสนุนด้านสุขภาพจิตและจิตสังคม (Mental Health and Psychosocial Support)

แนวทางการสนับสนุนด้านสุขภาพจิตและสังคมโดยคณะกรรมการระหว่างองค์กร (Inter Agency Standing Committee; IASC) ให้ความหมายคำว่า “การดูแลช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตและจิตสังคม (MHPSS)” ไว้ดังนี้ “การดูแลช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตและจิตสังคม หมายถึง การช่วยเหลือใด ๆ จากท้องถิ่นหรือจากภายนอก ที่มีวัตถุประสงค์เพื่อปกป้องหรือส่งเสริม สุขภาวะทางใจ (psychological well-being) และ/หรือ ป้องกันหรือรักษาปัญหาสุขภาพจิต” ระบบการช่วยเหลือด้านมนุษยธรรมทั่วโลกใช้คำว่า MHPSS เพื่อรวบรวมผู้ทำงานหลากหลายที่เกี่ยวข้องกับเหตุฉุกเฉิน (อย่างเช่นในเหตุการณ์ระบาด COVID-19) ประกอบด้วย ผู้ทำงานด้านชีววิทยาหรือด้านสังคมวัฒนธรรม ในหน่วยงานสุขภาพ สังคม การศึกษา และชุมชน รวมทั้ง “เน้นย้ำความจำเป็นของวิธีการหลากหลายที่เสริมซึ่งกันและกัน เพื่อให้การช่วยเหลือสนับสนุนที่เหมาะสม”

แนวทาง MHPSS ในสถานการณ์ฉุกเฉินแนะนำให้มาตรการหลากหลายระดับบูรณาการอยู่ในกิจกรรมต่าง ๆ ที่ทำงานเพื่อรับมือกับการระบาดนี้ ระดับของมาตรการเหล่านี้สอดคล้องกับกรอบความต้องการด้านสุขภาพจิตและจิตสังคม และแสดงในพีระมิดมาตรการ (ภาพที่ 1) ตั้งแต่บริการขั้นพื้นฐานที่คำนึงถึงสังคมวัฒนธรรม จนถึงการจัดบริการเฉพาะสำหรับผู้ที่มีปัญหารุนแรงมาก หลักสำคัญคือ: ไม่เป็นอันตราย ส่งเสริมสิทธิมนุษยชนและความเท่าเทียม ใช้แนวทางการมีส่วนร่วม พัฒนาภายใต้ทรัพยากรและศักยภาพที่มีอยู่ ใช้มาตรการหลายระดับ และทำงานด้วยระบบช่วยเหลือกันแบบบูรณาการ การประเมินการดำเนินการตามแนวทางฯ จัดทำโดย IASC Reference Group



ภาพที่ 1 พีระมิดมาตรการดูแลช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตและจิตสังคม

ในแนวทางนี้ได้อธิบายถึงปฏิกิริยาของประชาชนที่จะพบอุปสรรคในการแพร่ระบาดของโรคใด ๆ (ทั้งทางตรงและทางอ้อม) อาทิ กลัวการล้มป่วยและเสียชีวิต หลีกเลี่ยงการเข้าสถานพยาบาลเพราะกลัวติดเชื้อ ขณะรับบริการ กลัวการเปลี่ยนวิธีการใช้ชีวิต ไม่สามารถทำงานได้ระหว่างถูกแยกกันโรค ถูกให้ออกจากงาน กลัวการแบ่งแยกออกจากสังคม หรือถูกกักกันโรค (Quarantine) เพราะมีความเสี่ยงสัมผัสโรค (เช่น การเหยียดเชื้อชาติผู้ที่มาจาก หรือคิดว่ามาจากพื้นที่การระบาด) รู้สึกหมดหนทางในการปกป้องคนที่รัก และกลัวการสูญเสียคนที่รักจากการติดเชื้อไวรัส กลัวว่าจะถูกแยกออกจากคนที่รักและผู้ดูแลเนื่องจากมาตรการกักกันโรค ปฏิเสธไม่รับดูแลเด็กที่ไม่มีผู้ปกครองหรือเด็กที่ถูกแยกออกจากครอบครัว ผู้พิการ หรือผู้สูงอายุ เนื่องจากกลัวติดเชื้อ เพราะผู้ปกครองหรือผู้ดูแลถูกนำตัวไปกักกันโรค รู้สึกหมดหนทาง เบื่อหน่าย โดดเดี่ยว และซึมเศร้าจากการถูกแยกกักโรค กลัวเกิดเหตุการณ์ย้อนกลับเหมือนการแพร่ระบาดครั้งก่อน

นอกจากนี้ยังอธิบายถึงตัวกระตุ้นความเครียดเฉพาะของการระบาด COVID-19 ที่มีผลกระทบต่อประชากร นอกเหนือจากความเครียดที่เกิดขึ้นเป็นปกติในภาวะฉุกเฉิน อาทิ ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อและทำให้คนอื่นติดเชื้อ โดยเฉพาะเมื่อวิธีการแพร่ระบาดของ COVID-19 ยังไม่ชัดเจน 100% อาการที่พบอุปสรรคจากปัญหาสุขภาพอื่น ๆ (เช่น ไข้) อาจทำให้เข้าใจผิดว่าเป็น COVID-19 และกลัวว่าจะติดเชื้อ ผู้ดูแลเด็กอาจรู้สึกกังวลมากขึ้น เมื่อเด็กต้องอยู่บ้านคนเดียว (เนื่องจากโรงเรียนปิด) โดยไม่มีการดูแลและช่วยเหลือที่เหมาะสม การปิดโรงเรียนอาจส่งผลกระทบได้หลากหลายต่อผู้หญิงที่ต้องดูแลเกือบทุกอย่างในครอบครัว ทำให้เกิดข้อจำกัดการทำงานและโอกาสในการหารายได้ตามมา ความเสี่ยงที่สุขภาพกายและสุขภาพจิตจะแย่ลงในคนที่เสี่ยงอยู่แล้ว เช่น ผู้สูงอายุและผู้พิการ หากผู้ดูแลถูกกักกันโรคและการดูแลช่วยเหลืออื่น ๆ ยังมีไม่พร้อม เจ้าหน้าที่ด้านหน้า (เช่น พยาบาล แพทย์ พนักงานรถพยาบาลฉุกเฉิน เจ้าหน้าที่คัดกรองผู้ติดเชื้อ และอื่น ๆ) อาจมีความเครียดเพิ่มมากขึ้นในระหว่างการระบาดของ COVID-19 เนื่องจากการถูกตีตราผู้ที่ทำงานกับผู้ป่วย COVID-19 หรือจัดการศพผู้เสียชีวิต มาตรการความปลอดภัยทางชีวภาพที่เข้มงวด อุปกรณ์ป้องกันทางกายภาพที่อึดอัด การแยกห่างทางกายภาพ ทำให้การดูแลลอบโยนคนที่ป่วยหรือทุกข์ใจทำได้ไม่สะดวก การต้องตระหนักและระแวดระวังอย่างต่อเนื่อง กระบวนการปฏิบัติที่เข้มงวด ทำให้ไม่สามารถทำตามธรรมชาติหรือเป็นอิสระได้ ความต้องการในสถานที่ทำงานสูงขึ้น เช่น ชั่วโมงการทำงานนานขึ้น จำนวนผู้ป่วยมากขึ้น และต้องคอยติดตามแนวปฏิบัติ COVID-19 ทันสมัยที่พัฒนาใหม่เรื่อย ๆ ลดการใช้สิ่งสนับสนุนทางสังคม จากตารางงานที่แน่นและการถูกตีตราเจ้าหน้าที่ด้านหน้าในชุมชน บุคลากรและศักยภาพยังเพียงพอในการดูแลตัวเองพื้นฐานได้ โดยเฉพาะในผู้พิการ ยังไม่มีข้อมูลเพียงพอเกี่ยวกับผลกระทบระยะยาวของผู้ที่ติดเชื้อ COVID-19 ความกลัวว่าเจ้าหน้าที่ด้านหน้าจะแพร่เชื้อ COVID-19 ไปสู่เพื่อนและครอบครัวได้จากการทำงาน

ความกลัว ความกังวล ความไม่แน่นอน และความเครียดอย่างต่อเนื่องของประชาชนในช่วงการระบาด COVID-19 นำไปสู่ผลกระทบระยะยาวในชุมชน ครอบครัว และบุคคลเสี่ยง เช่น เครือข่ายสังคม กลไกในพื้นที่ และเศรษฐกิจเสื่อมถอยลง การตีตราผู้ป่วยที่รักษาหาย โดยชุมชนปฏิเสธ ฉุนเฉียว โกรธ และก้าวร้าวต่อรัฐบาล และต่อเจ้าหน้าที่ด่านหน้า โกรธ ก้าวร้าว กับลูก สามเณรยา และสมาชิกครอบครัว (เพิ่มความรุนแรงในครอบครัว และคู่รัก) ไม่เชื่อถือข้อมูลที่รัฐบาลและหน่วยงานที่รับผิดชอบรายงาน คนที่เริ่มป่วยหรือป่วยด้วยโรคจิตเวชหรือติดสารเสพติดอยู่แล้วมีอาการกำเริบหรือเกิดผลเสียอื่น ๆ เพราะเลี่ยงการเข้ารับบริการหรือไม่สามารถเข้าถึงผู้ให้การรักษาได้ ความกลัวและปฏิกิริยาบางอย่างเกิดจากสิ่งที่เป็อันตรายจริง แต่ปฏิกิริยาและพฤติกรรมหลายอย่างเกิดจากการขาดความรู้ ขวาลือ และข้อมูลที่ไม่ถูกต้อง การตีตราทางสังคมและการแบ่งแยกกีดกันพบใน COVID-19 ได้ เช่น ผู้ที่เคยติดเชื้อ สมาชิกครอบครัวของผู้ติดเชื้อ และบุคลากรสุขภาพ และเจ้าหน้าที่ด่านหน้าอื่น ๆ ขึ้นตอนเพื่อแก้การตีตราและแบ่งแยกกีดกันต้องทำในทุกระยะของการจัดการ COVID-19 ในภาวะฉุกเฉินควรให้การดูแลเพื่อส่งเสริมการบูรณาการของประชาชนที่ได้รับผลกระทบจาก COVID-19 โดยไม่ตั้งเป้าหมายสูงเกินไป

ในด้านบวก บางคนอาจได้รับประสบการณ์ที่ดี เช่น เกิดความภาคภูมิใจที่ได้พบวิธีรับมือกับปัญหาและความเข้มแข็งทางใจ (resilience) เมื่อต้องเผชิญสถานการณ์วิกฤติ สมาชิกชุมชนมักแสดงความเอื้อเฟื้อและร่วมมือร่วมใจกัน และรู้สึกดีที่ได้ช่วยเหลือผู้อื่น ตัวอย่างของกิจกรรมช่วยเหลือทางสุขภาพจิตและจิตสังคม (MHPSS) ในชุมชนระหว่างการระบาดของ COVID-19 ตัวอย่างเช่น การติดต่อสื่อสารทางสังคมอย่างต่อเนื่องกับผู้ที่อยู่คนเดียวด้วยโทรศัพท์ ส่งข้อความ และวิหุ การแลกเปลี่ยนข้อความสำคัญที่ถูกต้องภายในชุมชน โดยเฉพาะกับผู้ที่ไม่ได้ใช้โซเชียลมีเดีย ให้การดูแลและช่วยเหลือผู้ที่ถูกแยกออกจากครอบครัวและผู้ดูแล (IASC, 2019)

ในแนวทางเล่มนี้ยังรายการกิจกรรมหลัก 14 กิจกรรมที่มีการแนะนำให้นำมาปรับใช้เป็นส่วนหนึ่งของการจัดการ COVID-19 ดังนี้

1. ทำการประเมิน MHPSS อย่างรวดเร็วในเชิงบริบทและประเด็นเฉพาะทางวัฒนธรรม ความต้องการ และทรัพยากรที่มีอยู่ รวมถึงความต้องการฝึกอบรมและช่องว่างศักยภาพที่ยังไม่พร้อมตามกรอบการดูแล (อ้างอิงจาก IASC MHPSS แนวทางปฏิบัติที่ 2.1)
2. เสริมความเข้มแข็งการประสานงาน MHPSS โดยกระตุ้นความร่วมมือระหว่างองค์กร MHPSS เครือข่ายภาครัฐ และเครือข่ายอื่น ๆ โดยการประสานงาน MHPSS ควรเป็นการริเริ่มข้ามหน่วยงานกัน เช่น ด้านสุขภาพ ด้านการป้องกัน หรือด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง หากจัดประชุมร่วมภาคส่วน ควรมีคณะทำงานด้านเทคนิค MHPSS ให้การช่วยเหลือตัวแทนจากทุกภาคส่วน
3. ใช้ข้อมูลจากการประเมินความไวต่อเพศภาวะ รวมทั้งค้นหาความต้องการ ช่องว่าง และทรัพยากรที่มีอยู่ เพื่อตั้งหรือสร้างระบบการคัดกรองและให้การดูแลช่วยเหลือผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตที่พบบ่อยและที่รุนแรง และผู้มีปัญหาสารเสพติด ในฐานะที่เป็นส่วนหนึ่งของการเสริมความเข้มแข็งของระบบสุขภาพอย่างต่อเนื่อง สถานพยาบาลทุกแห่งควรมีบุคคลที่ผ่านการฝึกอบรมอย่างน้อยหนึ่งคน และมีระบบพร้อมใช้เพื่อค้นหาและให้การดูแลที่มีปัญหาสุขภาพจิตที่พบบ่อยและที่รุนแรง (ใช้คู่มือ mhGAP Humanitarian Intervention Guide and other tools)¹⁸ ซึ่งต้องการการจัดสรรทรัพยากรในระยะยาว และพัฒนา กลยุทธ์การสนับสนุน MHPSS เพื่อให้มีอิทธิพลต่อการระดมทุนการประสานงานที่มีคุณภาพ และความคิดริเริ่มที่ยั่งยืนในระยะยาว

4. กำหนดวิธีการสำหรับ MHPSS ในผู้ป่วย COVID-19 ผู้หายป่วย ผู้สัมผัสผู้ป่วย (โดยเฉพาะผู้ที่ถูกกักแยกโรค) สมาชิกครอบครัว เจ้าหน้าที่ด่านหน้า และชุมชนทั้งหมด โดยให้ความใส่ใจเป็นพิเศษกับความต้องการของกลุ่มพิเศษกลุ่มเสี่ยง (เช่น เด็ก ผู้สูงอายุ หญิงตั้งครรภ์และให้นมบุตร ผู้ที่ถูกทำร้ายจากความไม่เท่าเทียมทางเพศ ผู้พิการ) ตรวจสอบให้มั่นใจว่าวิธีการที่จัดการครอบคลุมประเด็นต่อไปนี้: ความกลัว トラาบการจัดการปัญหาด้วยวิธีที่ไม่เหมาะสม (เช่น ใช้สารเสพติด) และความต้องการอื่น ๆ ที่พบจากการประเมิน และได้สร้างวิธีการจัดการกับปัญหาในทางบวกที่ดำเนินการร่วมในชุมชน และส่งเสริมความร่วมมืออย่างใกล้ชิดระหว่างชุมชนกับบริการสุขภาพ การศึกษา และสวัสดิการสังคม

5. บูรณาการงานสุขภาพจิตและจิตสังคมเข้าไปในทุกกิจกรรมดำเนินการให้คำปรึกษาและแก้ไขข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการดูแลช่วยเหลือด้านจิตสังคมของผู้หญิงและเด็กผู้หญิง โดยเฉพาะในผู้ที่เคยถูกระทำ ความรุนแรงหรือผู้ที่มีความเสี่ยง

6. ตรวจสอบให้แน่ใจว่ามีข้อมูลเกี่ยวกับ COVID-19 ถูกต้องที่พร้อมใช้และเจ้าหน้าที่ด่านหน้า ผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-19 และสมาชิกในชุมชนสามารถเข้าถึงได้ ข้อมูลควรเป็นแนวปฏิบัติที่มีหลักฐานวิชาการในเรื่องการป้องกันการแพร่กระจาย วิธีการได้รับความช่วยเหลือทางการแพทย์ และข้อความเพื่อการส่งเสริมสุขภาพทางกายจิตสังคม

7. เจ้าหน้าที่ด่านหน้าทั้งหมด (ได้แก่ พยาบาล พนักงานขับรถฉุกเฉิน อาสาสมัคร เจ้าหน้าที่คัดกรองผู้ติดเชื้อ ครู และผู้นำชุมชนอื่น ๆ) และเจ้าหน้าที่ที่ไม่ใช่บุคลากรสุขภาพที่อยู่ในสถานที่กักกันโรคจะต้องได้รับการฝึกอบรมหลักการดูแลด้านจิตสังคมที่จำเป็น (essential psychosocial care) การปฐมพยาบาลทางใจ (psychological first aids) และวิธีการส่งต่อหากจำเป็น สถานที่รักษาและแยกกัก (isolation)/กักกัน (quarantine) COVID-19 ควรจำมีบุคลากร MHPSS ที่ผ่านการอบรมประจำอยู่ด้วย หากไม่สามารถนำเจ้าหน้าที่มาอยู่ร่วมกันเนื่องจากเสี่ยงต่อการติดเชื้อ อาจใช้วิธีการฝึกอบรมออนไลน์ได้

8. ตรวจสอบให้แน่ใจว่าช่องทางการส่งต่อผู้ที่เกิดปัญหาสุขภาพจิตขึ้นในทางปฏิบัติจริงได้ฝึกเตรียมพร้อมใช้แล้วในทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง (ทั้งในด้านสุขภาพ การป้องกัน และผู้ความรุนแรงจากความไม่เท่าเทียมทางเพศ) และผู้ปฏิบัติงานทุกคนที่ดำเนินการร่วมกันทราบและใช้ระบบดังกล่าว

9. เจ้าหน้าที่ทุกคนที่ทำงานในการระบาดของ COVID-19 จะต้องสามารถเข้าถึงการดูแลช่วยเหลือด้าน จิตสังคมได้ (มาตรการที่ 5) เรื่องนี้ถือเป็นความสำคัญลำดับต้นๆ กับการเชื่อมั่นในความปลอดภัยทางกายภาพด้วยความรู้และอุปกรณ์ที่เพียงพอ หากเป็นไปได้ ควรตรวจประเมินสภาพจิตสังคมของเจ้าหน้าที่ด่านหน้าเป็นประจำ เพื่อค้นหาความเสี่ยง ประเด็นปัญหาใหม่ที่เพิ่งเกิดขึ้น และสิ่งที่เจ้าหน้าที่ต้องการ

10. พัฒนาชุดเครื่องมือกิจกรรม ที่ผู้ปกครอง ครู และครอบครัวสามารถใช้กับลูกในช่วงแยกกักโรคได้ รวมทั้งข้อความป้องกันการแพร่กระจายของโรค เช่น เกมล้างมือและทำนองเพลง ไม่ควรแยกเด็กออกจากครอบครัว เว้นเพื่อการรักษาหรือเพื่อป้องกันการติดเชื้อ หากจำเป็นต้องแยก ควรหาทางเลือกที่ปลอดภัยและเชื่อถือได้ และมีการติดต่อสื่อสารกับครอบครัวอย่างสม่ำเสมอในช่วงที่อยู่ในมาตรการป้องกันเด็ก (ศึกษาเพิ่มเติม: มาตรฐานขั้นต่ำสำหรับการดำเนินงานคุ้มครองเด็กด้านมนุษยธรรม)

11. เปิดโอกาสให้ญาติได้แสดงความเสียใจต่อผู้เสียชีวิต ในวิธีที่ไม่ขัดกับมาตรการทางสาธารณสุขเพื่อลด การแพร่กระจายของ COVID-19 แต่แสดงถึงประเพณีและพิธีกรรมของชุมชน

12. สร้างมาตรการเพื่อลดผลกระทบเชิงลบของการแยกห่างทางสังคม (social isolation) ในสถานที่กักกันโรค ควรสนับสนุนและส่งเสริมการสื่อสารกับครอบครัวและเพื่อนข้างนอก ตลอดจนมาตรการที่สนับสนุนอิสระในตัวเอง (เช่น ทางเลือกในกิจกรรมประจำวัน)

13. ในช่วงพักพิงระยะแรก ผู้รับผิดชอบหลักด้านสุขภาพควรได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนให้สร้างบริการสุขภาพจิตและการดูแลจิตสังคมโดยมีชุมชนเป็นพื้นฐานและมีความยั่งยืน
14. สร้างกลไกติดตาม ประเมินผล รับผิดชอบ และเรียนรู้ เพื่อวัดประสิทธิผลของกิจกรรม MHPSS

ดังนั้น การสนับสนุนด้านสุขภาพจิตและสังคมจึงเป็นสิ่งจำเป็นที่จะต้องมีการดำเนินงานภายใต้สถานการณ์วิกฤตเพื่อตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนที่ได้รับผลกระทบ โดยเน้นรูปแบบการช่วยเหลือจากท้องถิ่นหรือจากภายนอกไม่ว่าจะเป็นรูปแบบใดก็ตามที่มีวัตถุประสงค์เพื่อปกป้องหรือส่งเสริม สุขภาวะทางใจ (psychological well-being) และ/หรือ ป้องกันหรือรักษาปัญหาสุขภาพจิต และต้องเน้น หลักสำคัญคือ: ไม่เป็นอันตราย ส่งเสริมสิทธิมนุษยชนและความเท่าเทียม ใช้แนวทางการมีส่วนร่วม พัฒนาภายใต้ทรัพยากรและศักยภาพที่มีอยู่ ใช้มาตรการหลายระดับ และทำงานด้วยระบบช่วยเหลือกันแบบบูรณาการ

1.2 องค์ประกอบสำคัญของการแทรกแซงด้านสุขภาพจิตในภาวะวิกฤต

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพจิตในภาวะวิกฤต พบว่า ภัยพิบัติและการก่อความรุนแรงทำให้เกิดการบาดเจ็บและสูญเสียทั้งชีวิตและทรัพย์สินในวงกว้าง นำไปสู่ความตึงเครียดที่กระทบกระเทือนจิตใจของบุคคลและชุมชน ทำให้เกิดความต้องการการช่วยเหลือเยียวยาทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมเพื่อให้บุคคลและชุมชนสามารถผ่านพ้นจากเหตุการณ์ที่กระทบกระเทือนจิตใจและฟื้นตัวจากผลกระทบดังกล่าวได้ จำเป็นที่จะต้องอาศัยการแทรกแซงที่ได้มาตรฐานและมีหลักฐานเชิงประจักษ์ (Reissman et al., 2004; Hobfoll, 1998)

ประชาชนที่เผชิญกับสถานการณ์วิกฤตมักจะมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อเหตุวิกฤตที่หลากหลายไม่ใช่แค่การตอบสนองทางพยาธิวิทยาที่นำไปสู่การเกิดโรคเพียงเท่านั้น บางคนอาจได้รับผลกระทบทางสังคมหรือเศรษฐกิจ และต้องการการช่วยเหลือจากชุมชนในด้านอื่น ๆ ร่วมกับการรักษาทางคลินิก (Galea et al., 2003) นอกจากนี้ ประชาชนจำนวนมากมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อสถานการณ์โดยมีความเครียดสูงหลังเหตุการณ์ความรุนแรง และปฏิกิริยาดังกล่าวอาจเกิดขึ้นอีกแม้เหตุการณ์วิกฤตจะผ่านพ้นไปแล้วหลายปี ด้วยเหตุนี้ประชาชนส่วนใหญ่จึงต้องการการสนับสนุนและการจัดสรรทรัพยากรเพื่อบรรเทาการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจนกว่าจะกลับเข้าสู่สภาวะปกติ มากกว่าแค่การวินิจฉัยโรคและการรักษาแบบเดิม ๆ Hobfoll และคณะ (2007) ได้เสนอแนวคิดของการแทรกแซง (intervention) ในความหมายกว้างๆ คือ หมายรวมถึงตั้งแต่การจัดการสนับสนุนจากชุมชน การสื่อสารด้านสาธารณสุขไปจนถึงการประเมินอาการทางคลินิกและการแทรกแซงอย่างเข้มข้นโดยผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต

Hobfoll และคณะ (2007) ได้รวบรวมข้อคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญทั่วโลกที่มีประสบการณ์ในการศึกษาและบำบัดรักษาประชาชนที่ได้รับผลกระทบจากเหตุภัยพิบัติและความรุนแรง พบ 5 องค์ประกอบสำคัญที่สามารถนำมาประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการออกแบบนโยบายและจัดการกับปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชภายหลังเกิดเหตุดังกล่าวทั้งในระยะสั้นและระยะกลาง (Immediate and Mid-Term Mass Trauma Intervention) ประกอบไปด้วย 1) ส่งเสริมความรู้สึกปลอดภัย (Promote sense of safety) 2) ส่งเสริมความสงบ (Promote calming) 3) ส่งเสริมการรับรู้ศักยภาพของตนเองและชุมชน (Promote sense of self- and community efficacy) ในการจัดการปัญหาาร่วมกัน 4) ส่งเสริมความรู้สึกผูกพันกันในชุมชน (Promote connectedness) 5) ส่งเสริมการมีความหวัง (Promote hope) โดยมีแนวคิดทฤษฎีในแต่ละองค์ประกอบ ดังนี้

1) การส่งเสริมความรู้สึกปลอดภัย (Sense of safety)

หลักการส่งเสริมความรู้สึกปลอดภัยมาจากหลายช่องทางซึ่งได้จากทบทวนที่เกี่ยวข้องกับความเป็นจริงตามวัตถุประสงค์และความเป็นจริงที่รับรู้ เป็นธรรมชาติที่ผู้ประสบภัยพิบัติหรือเหตุรุนแรงมักมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อเหตุการณ์ที่คุกคามชีวิตของพวกเขา (Basoglu et al., 2005) เด็กเล็ก พ่อแม่ และผู้ดูแลมักถูกทำร้ายโดยเฉพาะอย่างยิ่งความรู้สึกร่วมกันจากการหยุดชะงักของ “เกราะป้องกัน” ที่มีผลต่อการพัฒนาการของเด็กปฐมวัยและชีวิตครอบครัว (Pynoos, Steinberg & Wraith, 1995) ส่งผลให้อัตราความชุกของปัญหาสุขภาพจิตสูง โดยเฉพาะโรคเครียดเฉียบพลัน (Acute stress disorder) โรคเครียดหลังผ่านเหตุการณ์รุนแรง (PTSD) ซึมเศร้า วิตกกังวล รวมไปถึงความวิตกกังวลจากการแยกจากกัน และความผิดปกติของการนอนหลับ (Balaban et al., 2005) ปฏิกิริยาเชิงลบเหล่านี้มักจะยังคงอยู่ภายใต้เงื่อนไขจากการคุกคามหรืออันตรายที่เกิดขึ้นต่อเนื่อง (de Jong et al., 2001) อย่างไรก็ตาม การส่งเสริมความปลอดภัยจะช่วยให้ปฏิกิริยาเชิงลบเหล่านี้ลดลงทีละน้อยเมื่อเวลาผ่านไป (Ozer, Best, Lipsey, & Weiss, 2003; Silver, Holman, McIntosh, Poulin, & Gil-Rivas, 2002) ยิ่งไปกว่านั้น แม้ว่าภัยคุกคามจะยังคงดำเนินต่อไปแต่ความเสี่ยงในการเกิดโรค PTSD จะลดต่ำลงในผู้ที่มีความรู้สึกปลอดภัยเมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่ได้รับความรู้สึกดังกล่าว (Bleich, Gelkopf, & Solomon, 2003; Grieger, Fullerton, & Ursano, 2003)

ทั้งนี้เป็นผลมาจากความเครียดต่อภัยคุกคามส่งผลต่อการตอบสนองของระบบประสาทชีววิทยา (Neurobiological) และจิตสรีรวิทยา (Psychophysiological) ซึ่งมีผลให้เกิดปฏิกิริยาต่อสู้ หนี หรือ หยุดนิ่ง (fight, flight, or freeze reactions) (Ursano et al., 1994; van der Kolk & McFarlane, 1996) การปรับตัวให้เข้ากับความเสี่ยงที่รุนแรงจึงเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการเอาชีวิตรอด (Hobfoll, 1998; van der Kolk & McFarlane, 1996) งานวิจัยเน้นย้ำว่าการส่งเสริมความรู้สึกปลอดภัยเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับทั้งมนุษย์และสัตว์ เพื่อลดการตอบสนองทางชีวภาพเหล่านี้ที่มาพร้อมกับความกลัวและความวิตกกังวลอย่างต่อเนื่อง (Bryant, 2006) หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งก็คือ การส่งเสริมความปลอดภัยสามารถลดผลกระทบทางชีวภาพจากการตอบสนองต่อความเครียดหลังผ่านเหตุการณ์รุนแรงได้ (Bryant, 2006)

การส่งเสริมความรู้สึกปลอดภัยสามารถทำได้ตั้งแต่ระดับบุคคล กลุ่ม องค์กร และชุมชน ยกตัวอย่างเช่น การจัดการความรู้สึกปลอดภัยในระดับบุคคลนั้น พบว่าการบำบัดเป็นกุญแจสำคัญในการรักษาและยับยั้งไม่ให้เกิดความรู้สึกเชื่อมโยงกับภาพเหตุการณ์ ผู้คนหรือสิ่งที่เป็นภัยคุกคามที่กระทบกระเทือนจิตใจ (Bryant et al., 1998) หากเป็นในระดับสังคมวิธีการจัดหาที่ปลอดภัยสำหรับผู้คนได้พักอาศัยและทำให้เกิดเป็นความรู้สึกปลอดภัยจริงๆ ก็จะช่วยได้ทางหนึ่ง ที่สำคัญคือการออกแบบการแทรกแซงเพื่อเพิ่มความปลอดภัยต้องตระหนักถึงมุมมองของระบบสังคม เพราะการสนับสนุนทางสังคมจะมีผลกระทบเชิงบวกอย่างมาก

2) การส่งเสริมความสงบ (Calming)

การเผชิญกับบาดแผลทางใจที่เกิดขึ้นกับคนหนุ่มมักส่งผลให้เกิดอารมณ์ที่เพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัดในระยะเริ่มแรก ความวิตกกังวลบางอย่างเป็นการตอบสนองตามปกติและดีต่อสุขภาพที่จำเป็นต่อการเฝ้าระวังหรือการรับรู้ความเสี่ยง (Breznitz, 1983;) อย่างไรก็ตามความรู้สึกวิตกกังวลหรือความตื่นตัวที่เพิ่มสูงขึ้นและอยู่ในระดับที่รบกวนต่อการนอนหลับ การทานอาหาร การดื่มน้ำ การตัดสินใจ และการทำงานในชีวิตประจำวัน อาจนำไปสู่โรควิตกกังวล โรคซึมเศร้าหรือ บ่งบอกถึงโรค PTSD ในภายหลังได้ (Bryant et al., 2003; Shalev et al., 1998) จากปัญหาดังกล่าว จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการแทรกแซงที่ส่งผลโดยตรงต่อการสงบสติอารมณ์และฟื้นฟูสมดุลหลังจากผ่านเหตุการณ์ที่กระทบกระเทือนจิตใจให้กลับมาอยู่ในระดับปกติ โดยธรรมชาติ ความ

สามารถในการตอบสนองต่อเหตุวิกฤตของแต่ละบุคคลหรือแต่ละครอบครัวไม่เท่ากัน แต่ประสิทธิภาพของปฏิสัมพันธ์ทางสังคมจะช่วยลดผลกระทบทางจิตใจต่อเหตุวิกฤตได้ จากฉันทามติของผู้เชี่ยวชาญระบุถึงการรักษาโรค PTSD ว่า การจัดการกับความวิตกกังวลสำหรับผู้ป่วยอาจต้องใช้การรักษาทางจิตบำบัด (Foa et al., 1999; National Institute for Clinical Excellence, 2005) การรักษาทางจิตสังคมและจิตเวชศาสตร์ที่สัมพันธ์กับบาดแผลทางใจที่ประสบความสำเร็จมากที่สุดมุ่งเป้าไปที่การสงบอารมณ์สุดขีดที่สัมพันธ์กับบาดแผลทางใจ (Davidson et al., 2002; Foa et al., 2000) การศึกษาล่าสุดหลายชิ้นได้ตรวจสอบบทบาทของอารมณ์เชิงบวก เช่น ความสุข อารมณ์ขัน ความพึงพอใจ และความรัก ต่อการรับมือกับความเครียด พบว่าอารมณ์เชิงบวกนั้นมีผลต่อความคิดและการกระทำ และนำไปสู่ประสิทธิผลของการเผชิญหน้ากับปัญหา ด้วยเหตุนี้จึงอาจสนับสนุนกิจกรรมที่ส่งเสริมอารมณ์เชิงบวก (Biglan & Craker, 1982; Zeiss, Lewinsohn, & Munoz, 1979) รวมทั้งการสื่อสารให้ประชาชนลดหรือเลิก ดู ฟัง และอ่านข้อมูลหรือข่าวที่ก่อให้เกิดสภาวะทางอารมณ์ในแง่ลบ

อีกหนึ่งการแทรกแซงที่สำคัญสำหรับการส่งเสริมให้เกิดความสงบที่สามารถนำไปใช้ในวงกว้างได้คือการจัดให้มีการฝึกอบรมที่มุ่งเน้นการฝึกคิดเชิงบวก การให้สุขภาพจิตศึกษา (Psychoeducation) และทักษะการแก้ปัญหา (Problem-solving skill) ด้วยการรับรู้ การใช้ประโยชน์ และความพึงพอใจด้วยทรัพยากรที่ช่วยเหลือจากภายในชุมชน จะช่วยให้เกิดการปรับตัว ลดความวิตกกังวลและซึมเศร้าลดลง

3) การส่งเสริมการรับรู้ศักยภาพของตนเองและชุมชน (Sense of community efficacy)

การรับรู้ความสามารถของตนเองคือความรู้สึกที่ว่าคุณเชื่อว่าการกระทำของพวกเรามีแนวโน้มที่จะนำไปสู่ผลลัพธ์ในเชิงบวก (Bandura, 1997) ส่วนใหญ่ผ่านการควบคุมความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมของตนเอง (Carver & Scheier, 1998) ซึ่งสามารถขยายไปสู่ประสิทธิภาพโดยรวมของกลุ่มหรือชุมชนที่มีแนวโน้มจะก่อให้เกิดผลลัพธ์ในเชิงบวก (Antonovsky, 1979; Benight, 2004) จากการใช้พลังความร่วมมือของชุมชนเพื่อรับมือกับเหตุวิกฤตที่สร้างบาดแผลทางใจ

4) การส่งเสริมความรู้สึกผูกพันกันในชุมชน (Connectedness)

มีงานวิจัยมากมายที่พูดถึงความสำคัญของการสนับสนุนทางสังคมและความผูกพันกับคนที่รักและกลุ่มทางสังคมในการต่อสู้กับความเครียดและบาดแผลทางใจ (Norris, Friedman, & Watson, 2002; Vaux, 1988) ความเชื่อมโยงทางสังคมเพิ่มโอกาสที่จำเป็นต่อการรับรู้การรับมือกับภัยพิบัติ (เช่น “ร้านขายของชำที่ใกล้ที่สุดอยู่ที่ไหน” “มีน้ำที่ปลอดภัยหรือไม่?”) อีกทั้งยังมีโอกาสในการได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่หลากหลาย การสนับสนุนกิจกรรมที่ก่อให้เกิดการแบ่งปันหรือแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่ทำให้เกิดการรับรู้ เข้าใจ และเห็นกันและกัน และกันจะช่วยลดผลกระทบกระเทือนทางจิตใจได้ อย่างไรก็ตาม แม้ว่าการส่งเสริมความผูกพันกันในชุมชนจะได้รับการตรวจสอบจากหลักฐานเชิงประจักษ์มากที่สุดจากทั้งห้าองค์ประกอบหลัก ผู้ออกแบบกิจกรรมและผู้กำหนดนโยบายจะต้องมีความคิดสร้างสรรค์ในการแปลงหลักฐานเชิงประจักษ์นี้ไปสู่กิจกรรมที่ปฏิบัติได้จริงในชุมชน

5) การส่งเสริมความหวัง (Hope)

มีหลักฐานที่ชัดเจนสำหรับความสำคัญต่อการพยายามรักษาความหวังให้คงอยู่ในหมู่ประชาชนที่ต้องเผชิญกับเหตุวิกฤต เพราะจะทำให้ผู้คนรู้สึกมีความหวังต่อการใช้ชีวิตในอนาคตและมีผลต่อการมองโลกในแง่ดี (Carver & Scheier, 1998) การปลูกฝังให้มีความหวังเป็นสิ่งสำคัญเพราะเหตุวิกฤตมักมาพร้อมกับ “โลกทัศน์ที่แตกสลาย” (Janoff-Bulman, 1992) ที่บ่อนทำลายความหวังและนำไปสู่ปฏิกิริยาต่อความสิ้นหวัง ความไร้ประโยชน์และความรู้สึกถึงแต่ความสูญเสีย โดยมากผู้คนไม่ได้รับการฝึกฝนหรือมีประสบการณ์มาก่อน ไม่มีความรู้ว่าจะรับมืออย่างไร ความหวังในทางจิตวิทยา หมายถึง “ความคาดหวังในเชิงบวกต่อการกระทำที่คาดหวังว่าเป้าหมายหรือผลลัพธ์ในอนาคตที่เป็นบวกเป็นไปได้” (Haase, Britt, Coward, & Leidy, 1992) ความหวังสามารถ

ทำให้เกิดขึ้นได้จากการแทรกแซงที่หลากหลายตั้งแต่ระดับบุคคล กลุ่ม หรือการสื่อสารผ่านสื่อมีเดีย เช่น ในระดับบุคคล งานวิจัยหลายชิ้นแสดงให้เห็นว่าผู้ที่มีการเริ่มแรกจากการทนทุกข์ต่อเหตุวิกฤตจะได้รับประโยชน์หากบำบัดด้วย CBT ที่จะช่วยปรับเปลี่ยนความคิดเชิงลบต่อความสิ้นหวังให้กลับมามีเป้าหมายและมีความหวังต่อการใช้ชีวิตได้ เป็นต้น

สำหรับการศึกษานี้ ผู้วิจัยได้นำองค์ประกอบสำคัญของการแทรกแซงสุขภาพจิตในภาวะวิกฤตจากผลการศึกษาของ Hobfoll และคณะ (2007) มาใช้เป็นหลักการสำคัญในการพัฒนาโปรแกรมเพื่อสนับสนุนด้านสุขภาพจิตและจิตสังคมภายใต้สถานการณ์วิกฤตโควิด-19 เพื่อให้โปรแกรมสามารถตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนได้อย่างแท้จริง และมีรากฐานสำคัญของหลักฐานทางวิชาการที่น่าเชื่อถือ

1.3 การสร้างการมีส่วนร่วมในชุมชน (Community participation)

การมีส่วนร่วม หมายถึง การที่ประชาชนหรือชุมชนพัฒนาขีดความสามารถที่อยู่ในสังคม ตามความจำเป็นอย่างสมศักดิ์ศรี โดยการแสดงออกมาในรูปของการตัดสินใจอย่างเป็นตัวของตัวเอง (สมลักษณ์ไชยเสรีรัฐ, 2549)

สมลักษณ์ไชยเสรีรัฐ (2549) ได้แบ่งแนวทางการจัดการการมีส่วนร่วมของประชาชนเป็น 3 ด้านหลัก คือ ด้านประชาชน (Public) ด้านการมีส่วนร่วม (Participation) และด้านภาครัฐ โดยการมีส่วนร่วม มีวัตถุประสงค์หลักเพื่อให้ประชาชนที่เป็นบุคคลหรือคณะบุคคลเข้ามามีส่วนร่วมในขั้นตอนต่างๆ ในการดำเนินการพัฒนาช่วยเหลือ สนับสนุนทำประโยชน์ในเรื่องต่างๆ หรือ กิจกรรมต่างๆ ตั้งแต่ร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ ร่วมดำเนินการร่วมรับผลประโยชน์และร่วมประเมินผล เพื่อให้เกิดการยอมรับและก่อให้เกิดผลประโยชน์สูงสุดกันทุกฝ่าย ดังนี้

1. การรับรู้ (Perception)

ต้องสร้างสำนึกให้ทั้งภาครัฐและประชาชน มีความตระหนัก การรับรู้ การยอมรับในสิทธิหน้าที่และส่วนร่วมของทุกกลุ่มทุกฝ่าย โดยภาครัฐนั้น เจ้าหน้าที่ของรัฐจะต้องสร้างสำนึกใหม่ว่า กิจกรรมที่ตนรับผิดชอบไม่ใช่ “รัฐกิจ” หรือ “กิจการของรัฐ” ที่ตนเท่านั้น มีสิทธิตัดสินใจ แต่เป็นสาธารณกิจที่สาธารณชนชอบที่จะมีส่วนร่วมในการคิด ร่วมกระทำหรือตรวจสอบ หากเจ้าหน้าที่ของรัฐไม่ปรับทัศนคติให้ได้เช่นนี้ ก็จะต้องเผชิญกับสถานะที่อาจเกิดข้อขัดแย้งกับประชาชนกลุ่มที่ต้องการมีส่วนร่วมได้ ส่วนภาคประชาชน การตระหนัก การรับรู้และยอมรับในสิทธิและหน้าที่ตลอดจนการมีส่วนร่วมนั้น ต้องเข้าใจว่าตนและผู้อื่น ต่างก็มีสิทธิหน้าที่และส่วนร่วมเสมอกันตามหลักการเท่าเทียมกัน ดังนั้นผู้ที่เกี่ยวข้องทุกฝ่ายต้องยอมรับการ “รวมขอม” และ “ประสานประโยชน์” มิฉะนั้นความ แตกต่างในผลประโยชน์และจุดยืนจะนำไปสู่ความขัดแย้งและความรุนแรงในที่สุด

2. เจตคติ (Attitude)

ต้องสร้างความเข้าใจและปรับทัศนคติของบุคลากรภาครัฐและภาคประชาชนทั้งสองฝ่ายให้มีเจตคติที่ดีต่อการมีส่วนร่วมของประชาชน กล่าวคือ ภาครัฐจะต้องเห็นการมีส่วนร่วมของประชาชนเป็นสิ่งที่ต้องส่งเสริมเพื่อประโยชน์หลายประการ อาทิ เพื่อการได้ข้อมูล ข้อเท็จจริงและความคิดที่หลากหลาย รวมทั้งบุคลากรภาครัฐผู้รับผิดชอบด้านการมีส่วนร่วม จะต้องมีความเจตคติที่ดีต่อประชาชนและต่อกระบวนการมีส่วนร่วม มีการปรับปรุงบทบาทและค่านิยมตลอดจนต้องมีความอดทนในการทำงานกับประชาชน เพราะการมีส่วนร่วมต้องใช้ระยะเวลายาวนาน ต้องทำอย่างต่อเนื่องและมีความจริงใจต่อประชาชน ในขณะเดียวกันภาคประชาชนเองก็ควรมีท่าทีที่เข้าใจความสำคัญของการมีส่วนร่วมของประชาชน และจะต้องมีความเจตคติที่ดีต่อกระบวนการมีส่วนร่วมและต่อเจ้าหน้าที่เช่นเดียวกันก่อให้เกิดความสัมพันธ์อันดีระหว่างประชาชนและเจ้าหน้าที่ทำให้เกิดความไว้วางใจซึ่งกันและกันมากขึ้น ส่งผลให้กิจกรรมการมีส่วนร่วมบรรลุเป้าหมายได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้น หากทั้งสองฝ่ายต่างมีเจตคติที่ดีต่อการมีส่วนร่วมและต่อกันแล้ว ความร่วมมือ “ประชารัฐ” ก็จะพัฒนาได้ดียิ่งขึ้น

3. การเป็นตัวแทน (Representation)

การสรรหาและคัดเลือกตัวแทน จะต้องคำนึงถึงประชาชนทุกกลุ่ม ทุกฝ่าย เพื่อให้ประชาชนกลุ่มต่าง ๆ ที่หลากหลายทุกกลุ่มนั้นมีตัวแทนเข้าไปร่วมด้วยจะได้ประสานผลประโยชน์ กันจนลงตัวและเกิดความ เป็นธรรมขึ้น รวมทั้งควรคำนึงถึงคุณสมบัติของตัวแทนที่ต้องการด้วยโดย พิจารณาจากคุณสมบัติในด้านต่าง ๆ เช่น ทักษะและความสามารถที่เกื้อหนุนกัน ความสอดคล้องของ เทคโนโลยี วัตถุประสงค์ ค่านิยม และวัฒนธรรม องค์กร การตอบสนองซึ่งกันและกัน ความรับผิดชอบ ความมั่นคงด้านการเงิน ความสามารถในการสร้างความเชื่อ มั่น เป็นต้น นอกจากนี้ กลุ่มที่เป็น ตัวแทนจะต้องมีความน่าเชื่อถือจากกลุ่มทั้งหลายหรือผู้มีส่วนได้เสีย และมีปัจจัย ที่สำคัญอีกประการ หนึ่งที่ต้องตระหนักถึง คือสมาชิกที่เป็นตัวแทนต้องมีความรู้สึกที่จะต้องอาศัยซึ่งกันและกัน

4. ความเชื่อมั่นและไว้วางใจ (Trust)

การมีส่วนร่วมนั้นต้องสร้างให้สมาชิกมีความเข้าใจและมีความจริงใจในการเข้าร่วม สิ่งที่จะได้ตามมา คือความเชื่อมั่นและไว้วางใจ (Trust) ในองค์กร โดยการสร้างความเชื่อมั่นและไว้วางใจกันนั้น ต้องแสดงให้เห็น อย่างชัดเจน กำหนดให้เป็นรูปธรรมและเป็นวัฒนธรรมขององค์กร ซึ่งการสร้างการเชื่อถือ ศรัทธา ความไว้วางใจ กันและกัน เป็นเงื่อนไขสำคัญที่จะทำให้กระบวนการมีส่วนร่วมประสบความสำเร็จหรือล้มเหลว การสร้างความ เชื่อถือไว้วางใจอาจทำได้คือการแลกเปลี่ยน ข้อมูลข่าวสาร การดำเนินกิจกรรมการมีส่วนร่วมอย่างต่อเนื่อง และ นำเสนอข้อมูลข้อเท็จจริงอย่าง ตรงไปตรงมาครบถ้วน รวมทั้งต้องมีการติดต่อระหว่างสมาชิกอย่างสม่ำเสมอ บ่อย ครั้ง และทำอย่าง ตั้งใจทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการภายในองค์กร ซึ่งเป็นสิ่งที่จะทำให้เกิดความสำเร็จใน การสร้าง และดำรงไว้ซึ่งความเชื่อมั่นและความไว้วางใจการร่วมมือซึ่งกันและกัน

5. การแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร (Information-sharing)

สร้างกลไกเพื่อการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร เนื่องจากการมีส่วนร่วมเป็นกระบวนการที่ทำให้ข้อมูล ข่าวสาร ทั้งด้านที่เป็นข้อเท็จจริงและด้านที่เป็นความคิด ความรู้สึก ความคาดหวัง ได้ถูกแสดงออกมาอย่างหลากหลายกลุ่มเล็กและสมบูรณ์ครบถ้วนมากขึ้น ซึ่งจะทำให้การวินิจฉัยปัญหาและการเสนอทางเลือกในการแก้ไขปัญหา มีหลากหลาย และตรงกับความต้องการมากขึ้น ผลที่ตามมาคือทำให้การตัดสินใจในการกำหนดนโยบายและ การวางแผนดำเนินไปได้อย่างรอบรู้ รอบคอบและรอบด้านยิ่งขึ้น โดยการที่ประชาชนจะมีส่วนร่วมได้อย่างมี ประสิทธิภาพนั้น จำเป็นที่จะต้องมีความรู้และมีข้อมูลข่าวสารเพียงพอ ในนโยบายที่ตนต้องการมีส่วนร่วม ข้อมูล ข่าวสารเหล่านี้ ส่วนใหญ่แล้วมักจะเป็นของหน่วยงานที่เป็นผู้ริเริ่มนโยบาย บางส่วนเกิดจากการศึกษาของ นักวิชาการ และองค์กรพัฒนาเอกชน ดังนั้นประชาชนที่สนใจการมีส่วนร่วมกับนโยบายใดอาจไปขอความร่วมมือ และข้อมูลจากบุคคลและองค์กรเหล่านั้น

6. ฉันทามติ (Consensus)

การมีส่วนร่วมเป็นการสร้างฉันทามติ โดยการให้ประชาชนและผู้ที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วนเข้าร่วมใน การหาวิธีแก้ไขปัญหาย่อยๆ ร่วมกัน หาทางออกสำหรับการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ในทางสันติเป็นที่ยอมรับ หรือเป็นฉันทามติของประชาสังคม ซึ่งทุกคนยินยอมเห็นพ้องต้องกัน ใน ทุกๆ ขั้นตอนของกระบวนการมีส่วนร่วม โดยเสาหลักของการมีส่วนร่วมที่ดีก็คือการที่ประชาชน สามารถที่จะร่วมมือกัน ลดความขัดแย้ง สร้างข้อตกลงที่ มั่นคงยืนยาว การยอมรับระหว่างกลุ่มและหาข้อสรุปร่วมกันได้ทุกฝ่าย แม้ว่าอาจจะมีความเห็นที่แตกต่างกันก็ตาม ก็ต้องสามารถที่จะปรับ ความเห็นที่ต่างกัน โดยการเจรจาหาข้อยุติที่ทุกฝ่ายยอมรับกันได้โดยสันติวิธี เพื่อนำไป สู่ข้อสรุปที่เห็นพ้องหรือฉันทามติร่วมกันได้ทุกฝ่าย

7. การมีปฏิสัมพันธ์ (Interaction)

องค์กรการมีส่วนร่วมต้องสร้างให้เกิดการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันในองค์กรคือจะต้องจัด กิจกรรมที่ทำให้มีการพบปะ พูดคุย แลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร ความคิดเห็นของกันและกัน เป็นการสื่อสารแบบ 2 ทาง (Two-Way Communication) ก่อให้เกิดความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างกัน ซึ่งจะนำไปสู่การลดอคติที่มีต่อกันและเกิดความเข้าใจที่ดีขึ้นระหว่างผู้ที่เข้าร่วม สิ่งเหล่านี้นับว่าเป็นกลไกที่จะช่วยป้องกันความขัดแย้ง ที่อาจจะเกิดขึ้น หรือกรณีที่มีความขัดแย้งเกิดขึ้นแล้วก็เป็นกลไกที่จะช่วยบรรเทาความขัดแย้ง ให้ลดระดับความรุนแรงลงได้ ซึ่งการมีปฏิสัมพันธ์ในกระบวนการการมีส่วนร่วม ร่วมของประชาชนก็ เพื่อที่จะให้เกิดการตัดสินใจที่ดีขึ้นและรับการสนับสนุนจากสาธารณชน ซึ่งเป้าหมายของกระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชนก็คือ การให้ข้อมูลต่อสาธารณชนและให้ สาธารณชนแสดงความคิดเห็นต่อโครงการที่นำเสนอหรือนโยบายรัฐ รวมทั้งมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาเพื่อหาทางออกที่ดีที่สุด ตลอดจนสร้างความสัมพันธ์ที่ดีสำหรับทุก ๆ คน

8. ความประสงค์หรือความมุ่งหมาย (Purpose)

ต้องกำหนดความประสงค์หรือความมุ่งหมายในการมีส่วนร่วมไว้อย่างชัดเจนว่าเป็นไปเพื่ออะไร ผู้เข้าร่วมจะได้ตัดสินใจถูกว่า ควรเข้าร่วมหรือไม่การมีความมุ่งหมายที่ต้องการบรรลุ ชัดเจน จะนำทางให้สมาชิกผู้เข้าร่วมได้เข้าใจตรงกันและเดินไปในทิศทางเดียวกัน ซึ่งจะสะท้อนให้เห็นความเป็นเอกภาพทางความคิดเห็น เอกภาพในการดำเนินกิจกรรมและความเข้มแข็งขององค์กร นอกจากนี้ การมีส่วนร่วมต้องมีกิจกรรมเป้าหมายในการให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมต้องระบุลักษณะ ของกิจกรรมว่า มีรูปแบบและลักษณะอย่างไร เพื่อที่ประชาชนจะได้ตัดสินใจว่า ควรเข้าร่วมหรือไม่ รวมทั้งขั้นตอนของกิจกรรมจะต้องระบุว่าในกิจกรรมแต่ละอย่างมีกี่ขั้นตอน และประชาชนสามารถเข้าร่วมในขั้นตอนใดบ้าง

9. การประเมินผล (Appraisal)

ต้องมีระบบการประเมินผล เนื่องจากการประเมินผลเป็นขั้นตอนหนึ่งในกระบวนการมีส่วนร่วม และถือเป็นเครื่องมือสำคัญอย่างหนึ่งของผู้บริหารในการบริหารทรัพยากรบุคคลให้เกิด ประโยชน์สูงสุด องค์กรใดที่มีการประเมินผลการปฏิบัติงานที่เป็นธรรม โปร่งใส และซื่อสัตย์ศรัทธา ส่วนตัวออกได้มากที่สุด ถือว่าองค์กรนั้นใช้เครื่องมือนี้ได้อย่างได้ผลและเกิดประโยชน์ในทำนองเดียวกัน การประเมินผลการปฏิบัติงานของบุคลากรในองค์กรย่อมส่งผลถึงประสิทธิภาพและประสิทธิผลขององค์กรได้เช่นเดียวกัน ซึ่งผลของกระบวนการประเมินผลก็จะกลายเป็นปัจจัยนำเข้าในกระบวนการมีส่วนร่วมในขั้นตอนการวางแผน เพื่อนำปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นในทางปฏิบัติมาปรับปรุงแก้ไขและพัฒนาผลการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ดังนั้นการมีส่วนร่วมของประชาชนในการประเมินผล งาน (Performance Appraisal) จึงต้องเริ่มตั้งแต่การเข้าร่วมควบคุม ร่วมติดตาม ร่วมประเมินผล ร่วมบำรุงรักษาโครงการและกิจกรรมที่จัดทำไว้ทั้งโดยเอกชนและรัฐบาลให้ใช้ประโยชน์ได้ตลอดไป

10. ความโปร่งใส (Transparency)

ปรับปรุงกลไกการทำงานขององค์กรการมีส่วนร่วมให้มีความโปร่งใส เนื่องจากการมีส่วนร่วมนั้นเป็นกระบวนการที่ทำให้ประชาชนมีโอกาสตรวจสอบการใช้ดุลยพินิจ สำหรับการตัดสินใจของรัฐบาลและหน่วยงานของรัฐ ซึ่งจะก่อให้เกิดความโปร่งใสในการดำเนินการลดการทุจริตและข้อผิดพลาดของนโยบายแผน โครงการลงได้ โดยการสร้างความไว้วางใจซึ่งกันและกันของคนในองค์กรซึ่งความโปร่งใสเป็นองค์ประกอบหนึ่งของการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี ประกอบด้วย ความไว้วางใจ การเปิดเผยข้อมูล การเข้าถึงข้อมูล และกระบวนการตรวจสอบ

11. ความเป็นอิสระ (Independence)

องค์กรการมีส่วนร่วมจะต้องมีความเป็นประชาธิปไตย โดยการให้เกียรติ ยอมรับความคิดเห็นของกันและกัน สมาชิกทุกคนในองค์กรมีอิสระทางความคิด การที่สมาชิกมีส่วนร่วมในการเสนอความคิดเห็นและตัดสินใจจะเป็นปัจจัยให้เกิดความรู้สึกรับผิดชอบร่วมกัน ซึ่งหลักการและเงื่อนไขสำคัญของการมีส่วนร่วมประการหนึ่งคือ ความเป็นอิสระ หรือความสมัครใจที่จะเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วม การบังคับไม่ว่าจะอยู่ในรูปแบบของการคุกคาม การระดม และการว่าจ้าง ไม่ถือว่าเป็นการมีส่วนร่วม

12. ก้าวไปข้างหน้าอย่างต่อเนื่อง (Onward-doing)

องค์กรการมีส่วนร่วม ต้องเปิดโอกาสประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ เนื่องจากการมีส่วนร่วมของประชาชน ทำให้เกิดประสบการณ์ การเรียนรู้ใหม่ ความคิดใหม่ ที่ท้าทายอย่างต่อเนื่อง ดังนั้น เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนที่ก้าวไปข้างหน้าอย่างต่อเนื่อง ภาครัฐจะต้องเตรียมประชาชนให้มีความพร้อมและเห็นประโยชน์ของการมีส่วนร่วมด้วยการ ให้ความรู้ และการสร้างความเข้าใจในบทบาทของการมีส่วนร่วมภาคประชาชน รวมทั้งมีการพูดคุย แลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกันอย่างต่อเนื่อง โดยความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกจะเป็นตัวกำหนดที่สำคัญที่จะทำให้การมีส่วนร่วมของประชาชนเป็นไปอย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอ และการมีส่วนร่วมของประชาชนอย่างต่อเนื่อง จะเป็นปัจจัยสำคัญที่จะบ่งบอกถึงความเข้มแข็งของการมีส่วนร่วม รวมทั้งจะทำให้เกิดความมั่นใจได้ว่า การเปลี่ยนแปลงจะเป็นไปในทิศทางที่พึงปรารถนา ก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อชุมชนและสังคม

13. เครือข่าย (Network)

ส่งเสริมให้มีการผนึกกำลังร่วมกันของทั้งภาครัฐ และภาคประชาชนในลักษณะเครือข่ายคือการที่จะต้องมาทำความเข้าใจกัน มาผนึกกำลังกันเป็นหนึ่งเดียวที่สำคัญต้องเป็นไป เพื่อสร้างผลประโยชน์ในเชิงการทำงานร่วมกันในรูปกิจกรรม โครงการแผนงานที่จะต้องอาศัยความร่วมมือกัน ต้องผนึกกำลังขอความร่วมมือ หรืออาศัยการทำกิจกรรมร่วมมือกันหลายองค์กร ซึ่งเครือข่ายความร่วมมือจะต้องเกิดขึ้นจากวิถีคิดของสมาชิก ผู้บริหาร และบุคคลในชุมชนเป็นหลัก โดยเครือข่ายความร่วมมือนั้น จำเป็นต้องให้มีตัวแทนของประชาชนมาพบปะพูดคุย เพื่อก่อตัวและกล่าวถึงวัตถุประสงค์ร่วมกัน ดังนั้น เครือข่ายการมีส่วนร่วมจึงเป็นกระบวนการเชื่อมโยงสมาชิกในกลุ่มหรือเชื่อมโยงองค์กรการมีส่วนร่วมกับสมาชิก ประชาชน และกลุ่ม/องค์กรต่าง ๆ ในชุมชนเข้าด้วยกัน โดยมีรูปแบบความสัมพันธ์การมีส่วนร่วมในแนวราบขององค์กรการมีส่วนร่วมและชุมชน รวมทั้งเป็นกระบวนการส่งเสริมสนับสนุนประชาชนให้สามารถพัฒนาชุมชนของตนเอง โดยอาศัยเครือข่ายการมีส่วนร่วมในการทำงานของคนในชุมชน เพื่อร่วมกันแก้ไขปัญหาของคนและปัญหา ส่วนรวมในชุมชน ซึ่งการดำเนินงานของเครือข่ายจะนำไปสู่การพัฒนาการมีส่วนร่วมที่ยั่งยืนได้ในที่สุด

วีระกิตติ์ หาญปริพรรณ์ และคณะ (2551) ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนในงาน ยุติธรรมชุมชน: กรณีศึกษา ชุมชนคลองจระเข้ น้อย ตำบลเกาะไร่ อำเภอบ้านโพธิ์ จังหวัดฉะเชิงเทรา ได้ให้แนวคิดเกี่ยวกับกระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชน กล่าวคือ กระบวนการที่ให้ประชาชนผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ได้ตระหนักรู้ รับรู้ มีโอกาสเข้ามาแสดงบทบาท ทศนคติ และความคิดเห็นที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินการพัฒนาร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ ในการแก้ปัญหาชุมชนของตนเองเป็นการเน้นการมีส่วนร่วมอย่างสร้างสรรค์และความชำนาญและมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารและมีทักษะของประชาชนในการแก้ไขปัญหา ร่วมกับการใช้วิทยาการภูมิปัญญาที่เหมาะสมชัดเจน โปร่งใส ต่อเนื่อง และเป็นระบบ ซึ่งในที่นี้ คณะผู้วิจัยใช้แนวทาง 3 Ps (Factors of Public Participation on Metropolitan Police Station Administration) ด้านการมีส่วนร่วม ดังนี้

- 1) ภาครัฐและประชาชน มีการตระหนัก และรับรู้ตรงกันถึงสิทธิและหน้าที่ของการมีส่วนร่วม
- 2) ภาครัฐและประชาชนต้องมีทัศนคติที่ดีต่อการมีส่วนร่วม
- 3) สมาชิกต้องตระหนักถึงบทบาทของการเป็นตัวแทน จากทั้งภาครัฐและประชาชน
- 4) การสร้างความเชื่อมั่นและไว้วางใจระหว่างสมาชิกผู้เข้าร่วมทุกฝ่าย
- 5) การแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร ระหว่างสมาชิกผู้เข้าร่วมอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง
- 6) ข้อเสนอของงานยุทธธรรมชุมชนต้องเป็นฉันทามติ
- 7) การมีสัมพันธ์ที่ดีระหว่างสมาชิกช่วยป้องกันและลดปัญหาความขัดแย้ง
- 8) วัตถุประสงค์ของการมีส่วนร่วมในงานยุทธธรรมชุมชนชัดเจนและเป็นที่ยอมรับของสมาชิกในชุมชน
- 9) การประเมินผลมีความชัดเจนและใช้วิธีการที่เหมาะสม
- 10) การมีส่วนร่วมในงานยุทธธรรมชุมชนต้องมีความโปร่งใส และตรวจสอบได้
- 11) ความอิสระทางความคิดและสมัครใจเข้าร่วมในงานยุทธธรรมชุมชนของสมาชิกทุกคน
- 12) สมาชิกต้องมีส่วนร่วมในงานยุทธธรรมชุมชนอย่างต่อเนื่อง เพื่อสร้างความเข้มแข็งของการมีส่วนร่วมในงานยุทธธรรมชุมชน

- 13) การอาศัยเครือข่ายการทำงาน ของสมาชิกทั้งภาครัฐและเอกชน

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการสร้างการมีส่วนร่วม พบว่า มีหลากหลายวิธีที่ถูกนำมาใช้ในหลากหลายสาขาวิชาทั้งทางด้านสังคมและสุขภาพ โดยวีระกิตติ์ หาญปริพรรณ์ และคณะ (2551) ได้อธิบายขั้นตอนของวิธีการสนทนาแบบมีส่วนร่วมไว้ ดังนี้

1. นิยามวัตถุประสงค์ ก่อนอื่นใดทั้งหมดจะต้องกำหนดก่อนว่าการสนทนามีจุดหมายที่จะทำอะไรให้สำเร็จ ซึ่งจะต้องระบุออกมาเป็นวัตถุประสงค์เชิงเหตุผลและประสบการณ์ วัตถุประสงค์เชิงเหตุผลจะครอบคลุมถึงสิ่งที่กลุ่มจะต้องรู้ เข้าใจหรือตัดสินใจประสบการณ์หรือประเด็นร่วมกันที่ทางกลุ่มจะต้องพิจารณาในทางลึก

2. วัตถุประสงค์เชิงประสบการณ์จะครอบคลุมถึงสิ่งที่กลุ่มจะต้องประสบร่วมกัน อาจเป็นความตื่นตัว การรับทราบทัศนคติที่หลากหลายความเห็นที่แตกต่างกัน ปฏิบัติการร่วมกันที่ทุกคนยอมรับแม้จะมีความหลากหลายเป็นต้น พึงจำไว้ว่าการมีวัตถุประสงค์ที่แจ่มชัดจะช่วยให้ท่านเตรียมคำถามนำและช่วยเอื้ออำนวยการสนทนาให้ดำเนินไปได้ด้วยดี

3. บริบท/ เปิดเวที ต้องสร้างบรรยากาศที่เปิดเผยให้เกิดขึ้นในกลุ่มโดยที่ ผู้เข้าร่วมสามารถมองเห็นหน้าผู้อื่นทุกคน ทำให้แน่ใจว่าจะต้องไม่มีการขัดจังหวะแม้แต่ก่อนช่วงกระบวนการกลุ่มจะเริ่มขึ้น

4. ระดับวัตถุประสงค์ ตั้งคำถามระดับวัตถุประสงค์วิสัยแรกให้แม่นยำและเฉพาะเจาะจงให้มากที่สุด เพื่อความกระชับรวดเร็ว และการมีส่วนร่วมมีวงกว้างมากที่สุดเท่าที่ทำได้และควรถามทุกคนให้ตอบในระดับวัตถุประสงค์ โดยอาจจะแจ้งให้กลุ่มทราบว่าเข้าหาทุกคนตั้งแต่ ก่อนที่จะเริ่มทายนั่นอย่างนั้นจริง ๆ เพื่อป้องกันความจำเจ อาจจะเตรียมคำถามระดับวัตถุประสงค์ไว้ หลาย ๆ คำถามล่วงหน้า

5. ระดับไตร่ตรอง คำถามระดับไตร่ตรองควรจัดลำดับเพื่อให้เกิดความสมดุล ของปฏิกิริยาทางอารมณ์ของผู้เข้าร่วมสนทนา เริ่มจากเรื่องง่ายแล้วค่อยยากมากขึ้น ใช้คำถามหลาย คำถามโดยเริ่มจากคำถามที่ตอบด้วยอารมณ์และปฏิกิริยาเชิงบวกแล้วจึงตามด้วยคำถามที่ต้องตอบไป ในทางลบ ดังนั้น “สิ่งที่กลุ่มชอบมากที่สุด” ควรจะถูกถามก่อนถึง “สิ่งที่พวกเขาเห็นว่าน่าเบื่อและไม่ น่าตื่นเต้น” คำถามพวกนี้จะถามตอบได้ง่ายกว่าคำถามที่สำรวจความเกี่ยวโยงในอดีตที่สมาชิกกลุ่มอาจมีต่อสถานการณ์หรือประเด็นที่กำลังพิจารณาอยู่

6. **ระดับการตีความเมื่อกลุ่มรู้สึกว่าได้จัดการอย่างมีประสิทธิภาพกับ “ประเด็น น่าสนใจ”** ว่าด้วยหัวข้อที่พิจารณากันอยู่ผ่านพ้นไปแล้ว ตอนนี้กลุ่มก็พร้อมที่จะก้าวสู่ระดับต่อไปของการสนทนาและก็เช่นเดียวกันคำถามระดับตีความควรจะจัดเรียงลำดับจากที่ตอบง่ายที่สุดไปสู่ที่ยากขึ้นเรื่อย ๆ สำหรับในเรื่องนี้ สิ่งสำคัญที่ต้องตระหนักเช่นเดียวกันคือ ความเห็นไม่ตรงกันในหมู่สมาชิก ที่มักจะเกิดขึ้นเองเสมอ ความไม่ลงรอยบางอย่างก็ไม่จำเป็นต้องไกลเกลี่ยจนลงตัวไม่จำเป็นต้องหาทางชำระสะสางความเห็นที่แตกต่างกันเหล่านั้น ในฐานะผู้อำนวยทานมีหน้าที่ในการชี้ให้เห็น ความสำคัญของการมีความคิดเห็นและทัศนคติที่หลากหลายมากมายทางให้กลุ่มยอมปล่อยวาง ความไม่ลงรอยกันไว้ชั่วคราว โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าความเห็นไม่ลงรอยกันนั้นไม่มีผลกระทบต่อวัตถุประสงค์ที่ท่านต้องการบรรลุในระดับตีความนี้ สิ่งสำคัญอยู่ที่ท่านจะต้องทำให้กลุ่มทุ่มเทความสนใจไปที่หัวข้อหรือประเด็นที่ตั้งไว้อย่างหวังผลทางปฏิบัติให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้โดยไม่หลงประเด็น

7. **ระดับตัดสินใจ ทบทวนประเด็นสำคัญของการสนทนาจนถึงขณะนี้** เดือนกลุ่มให้ตระหนักถึงสิ่งที่พวกเขาต้องการทำให้สำเร็จตั้งแต่แรก นี่ก็เท่ากับเป็นการขมวดปมการสนทนาไปสู่จุดสิ้นสุดและท้าทายกลุ่มให้ทำการตัดสินใจออกมาเป็นมติให้ได้ คำถามของท่านในระดับนี้ ควรช่วยให้กลุ่มระบุเจาะจงปฏิบัติการหรือคำวินิจฉัยใด ๆ ที่จำเป็นต้องมีอันเป็นผลมาจากการพิจารณาประเด็นต่าง ๆ ของการสนทนากัน

8. **ไตร่ตรอง/เปิดเวที ทบทวนประเด็นสำคัญกับกลุ่ม** เริ่มจากสิ่งที่พวกเขาตั้งใจที่จะทำให้สำเร็จตั้งแต่แรก พูดถึงหัวข้อเด่น ๆ ของการสนทนาที่กลุ่มใช้เป็นหลักในการตัดสินใจ กระทำอะไรบางอย่าง ท่านอาจเคลื่อนไปรอบ ๆ กลุ่มอย่างรวดเร็วเพื่อสอบถามความเห็นว่าเขา เห็นว่าการสนทนาครั้งนี้คุ้มค่าน่าพอใจหรือไม่ และจะเตือนพวกเขายังมีขั้นตอนต่อไปที่กลุ่มอาจต้องตัดสินใจกระทำหรือกิจกรรมต่อเนื่องอื่น ๆ ที่จะตามมาความเหมาะสมในท้ายที่สุด กล่าวขอบคุณกลุ่มที่ได้มีส่วนร่วมอย่างแข็งขันในการสนทนาจนเกิดประโยชน์แก่ทุกคน

คำแนะนำบางประการในการใช้วิธีการสนทนาแบบมีส่วนร่วมในขณะที่มีการสนทนา เป็นวิธีการที่เรียนรู้ได้ง่าย แต่ก็ เป็นวิธีการที่จะทำจนชำนาญได้ยากที่สุดวิธีหนึ่ง ข้อดีส่วนหนึ่งของวิธีการนี้อยู่ที่สามารถเอาไปประยุกต์ใช้กับสถานการณ์การสนทนาส่วนใหญ่ได้เป็นอย่างดี

วิริติ ปานศิลา (2554) กล่าวถึง วิธีการประชุมเชิงปฏิบัติการ คือ วิธีการอันเหมาะสมที่ช่วยให้สมาชิกกลุ่มทุกคนได้ร่วมกันสรรค์สร้างเพื่อการบรรลุวัตถุประสงค์ของกระบวนการที่ชัดเจนจนกลุ่มสามารถถกเถียงความคิดที่มีอยู่ทั้งหมดออกมาเป็นประเด็นความเห็นพ้องร่วมกันที่นำไปปฏิบัติได้ เป็นกระบวนการที่ช่วยให้สมาชิกกลุ่มทั้งหมดได้เสนอแนะและมีส่วนร่วม ปลดปล่อยความคิด สรรค์สร้างและความกระตือรือร้นในเวลาอันสั้น กระตุ้นความคิดเชิงบูรณาการที่เป็นองค์รวมของกลุ่ม สร้างความเห็นพ้องร่วมกันของกลุ่มที่นำไปปฏิบัติได้ อำนวยทานในการสร้างคำตอบที่แปลกใหม่และ สร้างสรรค์เพื่อการแก้ปัญหาและคลี่คลายประเด็นและสร้างจิตสำนึกที่เข้มแข็งในการเป็นหุ้นส่วน ร่วมกันและความรู้สึกรับผิดชอบให้เกิดขึ้นในกลุ่ม

วิธีการประชุมเชิงปฏิบัติการเป็นกระบวนการที่มีอยู่ 5 ขั้นตอน เพื่อการบริหารกลุ่มในการเดินทางไปสู่การแลกเปลี่ยนและการสร้างความเข้าใจของกลุ่มที่ลึกซึ้ง จนสามารถตัดสินใจเป็น ความเห็นพ้องร่วมกันสำหรับปฏิบัติการกลุ่มที่เหมาะสม ขั้นตอนแรกได้แก่ บริบท (Context) ที่กำหนดขอบเขตการถกเถียงของกลุ่ม โดยปกติจะอยู่ในรูปคำถามรวมศูนย์ (Focus question) ที่ทางกลุ่มต้องการคำตอบ จากนั้นก็ติดตามด้วยการระดมสมอง (Brainstorm) ซึ่งเป็นการระดมข้อมูล และความคิดจาก 3 ระดับ คือ ระดับตัวบุคคล กลุ่มขนาดเล็ก และที่ประชุมเต็มคณะ เมื่อได้ความคิด จากการระดมสมองแล้วขั้นตอนต่อไปจะขอให้กลุ่มจัดหมวดหมู่ (Cluster) ความคิดเหล่านี้ เมื่อความคิดถูกจัดเป็นหมวดหมู่ตามความคล้ายคลึงกันแล้ว กลุ่มก็จะตั้งชื่อ (Title) กลุ่มความคิด แต่ละ หมวด

หมู่ที่ตอบสนองหรือยอมรับโดยตรงต่อคำถามรวมศูนย์ที่พวกเขาต้องการหาคำตอบในท้ายที่สุดแล้วเมื่อความเห็นพ้องร่วมกันของกลุ่มได้ถูกประกาศให้ทราบ ก็จะทำการปิดการประชุมเชิงปฏิบัติการด้วยการจัดช่วงไตร่ตรอง (Reflect) ร่วมกันสั้น ๆ เพื่อทำการทบทวนและยืนยันผลพวงที่จะตามมาของหัวข้อที่เห็นพ้องร่วมกัน

วิธีการวางแผนปฏิบัติ (Action Planning Method)

การประชุมวางแผนซึ่งเมื่อการประชุมสิ้นสุดลง วิธีการที่เหมาะสมที่จะส่งเสริมการมีส่วนร่วมและการเป็นเจ้าของร่วมกันของทุกคนในการสร้างแผนปฏิบัติการที่สมจริงและนำไปปฏิบัติได้ อันจะนำไปสู่การบรรลุวัตถุประสงค์ที่เป็นไปได้ วิธีการวางแผนปฏิบัติการเป็นกระบวนการเจ็ดขั้นตอนที่จัดเตรียมกลุ่มให้สามารถเดินไปตามเส้นทางสู่การพัฒนาแผนที่สุดคล้องกับความเป็นจริงและทำได้แน่นอนไม่ว่าจะเป็นการทำกิจกรรมเฉพาะเรื่องในเหตุการณ์ใดก็ตาม ขั้นตอนแรกได้แก่ บริบท (Context) โดยในขั้นนี้กลุ่มจะทำการพิจารณาขอบเขตบริบทพื้นฐานของกิจกรรมที่กำลังวางแผนเพื่อนำไปทำ ได้แก่ อะไร? เมื่อไหร่? ที่ไหน? ทำไม? อย่างไร? และโดยใคร? จากการสร้างความเป็นเอกภาพให้เกิดขึ้นในขั้นแรกนี้เอง ที่กลุ่มเริ่มสร้างแผนปฏิบัติการขั้นตอนต่อไปในการกระบวนการได้แก่ วงกลมแห่งชัยชนะ (Victory Circle) ในขั้นนี้กลุ่มสามารถที่จะร่วมกันนิยาม “ความสำเร็จ” ว่าเป็นอะไรกันแน่ใน ความหมายของพวกเขาสำหรับกิจกรรมที่พวกเขากำลังจะวางแผนที่จะทำในพื้นที่ที่ทำขั้นตอนนี้เสร็จ กลุ่มก็จะก้าวต่อไปสู่การประเมินสภาพความเป็นจริงปัจจุบัน (Current Reality) ในแง่ของทั้งจุดแข็ง และจุดอ่อนภายในกลุ่ม และผลประโยชน์และอันตรายภายนอก หลังจากนั้น กลุ่มก็จะก้าวต่อไปสู่การสื่อสารออกมาเป็นข้อผูกมัดหรือสัญญาใจ (Commitment) ต่อกิจกรรมที่กำลังวางแผนจะทำเมื่อได้ทำการสื่อสารออกมาแล้วก็ทำการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อกำหนดปฏิบัติการที่เป็นกุญแจสำคัญ (Key Actions Workshop) ในกลุ่มเพื่อที่จะกำหนดหมวดปฏิบัติการหรือการกระทำที่จำเป็นและ สรรหาสมาชิกเพื่อตั้งเป็นคณะทำงานที่มีหน้าที่นำหมวดปฏิบัติการที่จำเป็นเหล่านั้นไปปฏิบัติ หลังจากนั้น กลุ่มก็จะแตกตัวเป็นคณะทำงานต่างๆ เพื่อที่จะเขียนปฏิทินกิจกรรมและงานที่มอบหมาย (Calendar of Activities and Assignments) เมื่อถึงจุดนี้ของกระบวนการ การทำแผนปฏิบัติ การก็เกือบจะเสร็จสิ้นโดยที่กิจกรรมต่างๆ ได้จัดทำไว้เป็นตารางกำหนดการ กลไกการประสานงานได้ ถกจนเข้าใจกันดี และการจัดสรรทรัพยากรได้ร่วมกันตัดสินใจเรียบร้อยในท้ายสุด ก็ทำขั้นตอนการ ไตร่ตรอง (Reflect) เพื่อที่จะยืนยันความมุ่งมั่นของกลุ่มต่อผลที่ตามมาและนำไปปฏิบัติในที่สุด

ขั้นตอนวิธีการวางแผนปฏิบัติการ

1. นิยามวัตถุประสงค์ จะต้องกำหนดก่อนว่าการประชุมมีจุดหมายที่จะทำอะไรให้สำเร็จซึ่งจะต้องระบุออกมาเป็นวัตถุประสงค์เชิงเหตุผลและประสบการณ์ วัตถุประสงค์เชิงเหตุผลจะครอบคลุมถึง 1) สิ่งที่กลุ่มจะต้องรู้ เข้าใจหรือตัดสินใจ 2) ประสบการณ์หรือประเด็นร่วมกันที่ทางกลุ่มจะต้องพิจารณาในทางลึก
2. วัตถุประสงค์เชิงประสบการณ์จะครอบคลุมถึงสิ่งที่กลุ่มจะต้องประสบร่วมกัน อาจ เป็นความตื่นเต้น การรับทราบเข้าใจที่ชนะที่หลากหลาย ความเห็นที่แตกต่างกัน การกระทำร่วมกันที่ ทุกคนต้องยอมรับ แม้จะมีความเห็นหลากหลายเป็นต้น
3. บริบท ต้องสร้างบรรยากาศที่เปิดเผยให้เกิดขึ้นในกลุ่มโดยที่ผู้เข้าร่วมสามารถ มองเห็นหน้าผู้อื่นทุกคน จะต้องไม่มีการขัดจังหวะแม้แต่ก่อนช่วงกระบวนการกลุ่มจะเริ่มขึ้น กล่าว ตอนรับผู้เข้าร่วมและเชื้อเชิญให้ร่วมเสนอความเห็น ทำบริบทให้ปรากฏว่าสิ่งที่เรากำลังทำอยู่มีความสำคัญ อธิบายให้รับทราบทั่วกันว่าการประชุม น่าจะให้อะไร ที่สำคัญยิ่งกว่านั้นคือ ให้พูดถึง กระบวนการทำการประชุมว่าพวกเขาจะต้องมีส่วนร่วมอย่างไรและพูดถึงบทบาทของตัวเอง

4. หัวใจแห่งชัยชนะ ช่วยกลุ่มอธิบายความหมายของ “ชัยชนะ/ ความสำเร็จ” ของกิจกรรมที่กำลังวางแผนกระทำคืออะไร เริ่มต้นด้วยการพากลุ่มทบทวนข้อตกลงพื้นฐานเกี่ยวกับ กิจกรรมนั้น แล้วขอให้สมาชิกจินตนาการถึงวันหลังที่ทำการกิจกรรมผ่านไป แล้วถามกลุ่มว่าพวกเขา มองเห็นอะไร รู้สึกอะไร ได้ยินอะไร คิดถึงอะไร ขอให้กลุ่มจินตนาการดูว่าผู้คนที่จะต้องได้ประโยชน์ จากกิจกรรมนั้นจะมองเห็นอะไร รู้สึกอะไร ได้ยินอะไร และคิดถึงอะไร เมื่อกลุ่มตอบคำถามเหล่านั้น จดคำตอบทั้งหมดลงบนกระดาษจดคำตอบทั้งหมดของกลุ่มโดยเร็ว ในการจดคำตอบ รักษาถ้อยคำ ให้ใกล้เคียงกับคำตอบจริงให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ การถอดความควรทำให้น้อยที่สุด ทั้งนี้ เนื่องจากว่าหัวใจแห่งชัยชนะเป็นโอกาสที่กลุ่มจะทำความเข้าใจนิยามความสำเร็จของกิจกรรมให้กระจ่างชัดขึ้น

5. สภาพความเป็นจริงในปัจจุบัน ขอให้กลุ่มใช้เวลาสักหนึ่งนาที่เพื่อทำรายชื่อสองสาม สิ่งที่พวกเขาเห็นว่าเป็นจุดแข็งและจุดอ่อนที่สำคัญที่สุดของกลุ่มที่วางแผน ซึ่งจะต้องนำมาพิจารณาในกิจกรรมที่กำลังทำแผนรองรับอยู่นั้น จากนั้นขอให้พวกเขาทำรายชื่อที่คล้ายคลึงกันของผลดีที่จะได้รับ ที่สำคัญที่สุดสามสิ่งและอันตรายที่จะต้องขจัดปัดเป่าในส่วนที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมที่น่าเสนอ

6. สัญญาใจ ทบทวนหัวข้อหลักของรายชื่อสภาพความเป็นจริงปัจจุบันของกลุ่ม จากนั้นท้าทายกลุ่มให้เริ่มกล่าวแสดงความผูกมัดหมู่เทที่กลุ่มพร้อมจะมอบให้เพื่อการนำมาซึ่ง ความสำเร็จของกิจกรรมที่วางแผนเอาไว้ จะเป็นประโยชน์หากมีการนำกลุ่มย้อนกลับไปดูผลลัพธ์ของวงจรแห่งชัยชนะและถามพวกเขาในเมื่อชัยชนะที่พวกเขาได้วาดหวังเอาไว้ มีความสำคัญอย่างมาก แก่กลุ่มถึงเพียงนั้นแล้วละก็ทางกลุ่มเต็มใจที่จะมอบความผูกมัดหมู่เทให้แก่การดำเนินกิจกรรมขนาดไหนจึงจะสามารถสนองตอบต่อความท้าทายต่างๆ เหล่านั้น ในขณะที่ขอให้กลุ่มช่วยร้อยประสานคำตอบทั้งหลายให้เกิดเป็น “คำประกาศข้อผูกมัด” ที่เป็นหนึ่งเดียวที่จะผูกมัดกลุ่มเข้าด้วยกันและ ให้ยึดติดกับการแสวงหาความสำเร็จของกิจกรรมที่ตั้งไว้

7. การประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อกำหนดปฏิบัติการที่เป็นกุญแจสำคัญ ทำการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อตอบคำถามรวมศูนย์ต่อไปนี้ อะไรคือปฏิบัติการที่เป็นกุญแจสำคัญที่จะต้องทำให้เสร็จ เพื่อที่จะทำให้การพัฒนาเป็นจริงขึ้นมาภายในเวลาที่กำหนด

สำหรับขั้นตอนการระดมสมองของการประชุมเชิงปฏิบัติการ ขอให้กลุ่มใช้วลีที่ขึ้นต้นด้วยคำกริยาสำหรับความคิดที่ได้จากการระดมสมองทั้งหมด เพราะจะช่วยให้สามารถจัดเป็นหมวดได้ง่ายขึ้นสะดวกแก่การทำปฏิทินกิจกรรมและงานที่ได้รับมอบหมาย

8. ปฏิทินและงานที่ได้รับมอบหมาย จัดทำปฏิทินมอบหมายงานตามลำดับเวลาของกิจกรรมที่จะทำ นับจากการทำแผนปฏิบัติการเสร็จไปจนถึงวันที่กำหนดเริ่มทำการกิจกรรมแจ้งให้คณะทำงานทราบว่า พวกเขาสามารถรวบรวมความคิดที่คล้ายคลึงได้อย่างเสรีและจะเสนอภารกิจใหม่ที่พวกเขารู้สึกว่าจำเป็นต่อแผนปฏิบัติการก็ได้ การทำกิจกรรมขอให้ตัวแทนจากแต่ละกลุ่มออกมาข้างหน้าเพื่อติดกิจกรรมที่เป็น “การเริ่มต้น” “กำลังดำเนินการอยู่” และ “ได้รับชัยชนะ” ของพวกเขาในแถวสำหรับคณะทำงานของเขาเมื่อคณะทำงานทุกคนได้ติดปฏิทินกิจกรรมของพวกเขาเสร็จแล้วให้ตัวแทนจากคณะทำงานแต่ละคนกล่าวรายงาน

จากนั้นขอให้คนอื่นที่เหลือในกลุ่มพิจารณาปฏิทินกิจกรรมที่ได้รายงาน โดยให้เปรียบเทียบกับปฏิทินกิจกรรมที่คณะทำงานของพวกเขาเองได้ทำขึ้น วิธีการเช่นนี้จะทำให้การถกเถียงน่าสนใจขึ้นอีกอย่างมาก เพราะว่าสิ่งที่ท่านกำลังช่วยกลุ่มให้ทำก็คือ จัดการให้มีการปรับ ประสานกิจกรรมระหว่างคณะทำงาน

9. การไตร่ตรอง หลังจากที่ได้ปฏิทินได้ทำเสร็จเรียบร้อยแล้ว ปลอ่ยให้กลุ่มพิจารณาปฏิทินอีกครั้งหนึ่ง และถามความรู้สึกพวกเขาว่าจากการที่แผนได้ทำเสร็จแล้ว กิจกรรมที่ได้ตั้งใจไว้มีทางที่จะเป็นจริงได้หรือไม่ ถึงตอนนี้ อาจเป็นประโยชน์ที่จะทบทวนผลผลิตของวงจรแห่งชัยชนะ และประเด็นท้าทายหลัก ๆ จากการสนทนา ในช่วงสภาพความเป็นจริงปัจจุบัน จัดแบ่งเวลาตามความจำเป็นให้แก่กลุ่มในการถกกันขั้นตอนต่อไป

10. บทบาทของผู้เอื้ออำนวย ผู้เอื้ออำนวยเป็นนักเทศก์ไม่ใช่ผู้เข้าร่วมประชุมเขา ถามคำถาม ปลายเปิดที่มีเจตนาในการดึงเอาส่วนที่ได้ออกมา และข้อเสนอแนะทุกข้อที่มีประโยชน์ เขาไม่มีหน้าที่ให้คำตอบ แต่จะถามคำถามแล้วคำถามเล่าเพื่อที่จะดึงเอาข้อมูลออกมา ทำให้มันกระจ่างชัดและช่วยให้กลุ่มประสานความคิดเป็นฉันทานุมัติที่เป็นรูปธรรมที่โดยการทำให้ผู้เข้าร่วมประชุม แสดงภูมิปัญญาด้วยถ้อยคำที่สั้น กระชับ เพื่อสื่อจินตภาพที่คมชัด

11. การบริหารพื้นที่และสิ่งของเครื่องใช้

11.1 การจัดห้องโดยรวม

- 1) ทางเลือกสำหรับการจัดโต๊ะในพื้นที่ทำงานใหญ่
- 2) โต๊ะหนึ่งตัวที่ด้านหลังหรือด้านข้างของห้องสำหรับอาหารว่าง กาแฟ เครื่องดื่ม อื่นๆ
- 3) โต๊ะหนึ่งตัวสำหรับวัสดุต่าง ๆ และการจัดแสดง ที่ด้านหลังหรือด้านข้าง
- 4) โต๊ะเล็กหนึ่งตัวตั้งอยู่ตรงกลางหรือมุมพื้นที่สี่เหลี่ยม สำหรับการประดับ
- 5) โต๊ะหนึ่งตัวใกล้ทางออกสำหรับการลงทะเบียนเข้าประชุม ป้ายชื่อ กำหนดการ การชำระเงิน
- 6) ขาตั้งกระดานแผนภูมิที่พาดกลับหลังได้ มีแผ่นกระดานแข็ง หนึ่งชุดต่อหนึ่งคณะ กำแพงว่างเปล่าสำหรับแขวนแผนภูมิ พื้นที่กำแพงขนาดใหญ่ไม่มีหน้าต่าง ชั้นวางของ ฯลฯ ขนาดประมาณ 9 – 12 ฟุต
- 7) แสงสว่างที่เพียงพอ แสงธรรมชาติจากหน้าต่าง แสงไฟจากด้านบนที่เพียงพอ พื้นที่จัดกลุ่มแตกตัว ต้องใช้โต๊ะหนึ่งตัวและเก้าอี้สำหรับครึ่งหนึ่งของกลุ่ม ถ้าห้องใหญ่มีขนาดใหญ่พอ และระบบเสียงดี พื้นที่เหล่านี้สามารถอยู่รวมกันในห้องเดียว

12. การประดับตกแต่งให้มีอุปกรณ์พร้อมจัดวางเรียบร้อยเพื่อความสะดวกในการใช้ในกิจกรรม ทำให้ผู้เข้าร่วมรู้สึกถึงความพร้อมที่จะเข้าร่วมในกระบวนการพัฒนา

13. โต๊ะฝ่ายเลขานุการการประชุมหรือลงทะเบียน ควรจะมีผู้ช่วยในการจัดกิจกรรม เพื่ออำนวยความสะดวกผู้เข้าร่วมกิจกรรมในการหาอุปกรณ์ดูแลกิจกรรมที่จัดขึ้น

14. เครื่องดื่ม เตรียมพร้อมสำหรับผู้เข้าร่วมเพื่ออำนวยความสะดวกในการร่วมกิจกรรมเพื่อบรรลุวัตถุประสงค์

วิริติ ปานศิลา (2554) ได้กล่าวถึงเทคโนโลยีเพื่อการมีส่วนร่วม (Technology of Participation: TOP) การมีส่วนร่วมของประชาชนจะได้ผลดีก็ต้องอาศัยวิธีการที่มีประสิทธิภาพ วิธีการที่มีประสิทธิภาพจะช่วยให้การเข้ามามีส่วนร่วมเกิดเป็นประสบการณ์ที่สร้างสรรค์ให้ผลดีและเพิ่มขวัญและกำลังใจ เมื่อหน่วยงานยอมรับให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมมากขึ้นในการดำเนินกิจกรรม และการงานต่าง การดึงชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมอย่างกว้างขวางในกระบวนการทางงาน ตลอดจนการ ระดมและขึ้นกลุ่มต่าง ๆ ให้ได้เข้ามาแก้ปัญหาสถานการณ์และประเด็นต่าง ๆ ร่วมกัน ก็เท่ากับว่า หน่วยงานหรือองค์กรได้ช่วยให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมแก้ไขปัญหาสถานการณ์ที่พวกเขาประสบอยู่ การเอื้ออำนวย ให้เกิดการทำการกิจกรรมกลุ่มร่วมกันจึงเป็นการปฏิบัติหน้าที่เป็นผู้นำที่มีประสิทธิภาพ โดยมีวิธีการพื้นฐาน 3 วิธีสำหรับการเอื้ออำนวยการใช้กระบวนการกลุ่ม เพื่อบรรลุวัตถุประสงค์ที่แตกต่างกัน ดังนี้

1. วิธีการสนทนาแบบมีส่วนร่วม เป็นการเอื้ออำนวยให้กลุ่มได้พบปะสนทนาและสนทนาที่จะช่วยให้กลุ่มเกิดปัญญาและเกิดความคิดสร้างสรรค์อย่างลึกซึ้งในหัวข้อหรือประสบการณ์ร่วมกัน สมาชิกจะได้แลกเปลี่ยนมุมมองที่หลากหลายมากมายโดยปราศจากการเผชิญหน้า วิธีการนี้ ยังช่วยให้กลุ่มมองเห็นว่าจะยินยอมให้ความเห็นพร้อมกันว่าจะมีขอบเขตอยู่ที่ตรงไหน

2. วิธีการประชุมเชิงปฏิบัติการเป็นการเอื้ออำนวยให้กลุ่มได้ใช้กำลังความคิดโดยคำนึงถึงหัวข้อเฉพาะหัวข้อใดหัวข้อหนึ่งจนสามารถพัฒนาไปเป็นมติและปฏิบัติการวิธีการนี้ เหมาะมากสำหรับการสร้างความเห็นพร้อมกันของกลุ่มจนนำไปสู่ความมุ่งมั่นและปฏิบัติการร่วมกัน

3. วิธีการวางแผนปฏิบัติการ เป็นวิธีการที่รวมเอาวิธีการสนทนาและวิธีการประชุมเชิงปฏิบัติการเข้าด้วยกันจนเกิดเป็นโครงสร้างที่ช่วยผลักดันกลุ่มให้เคลื่อนจากการมีความคิดที่ดีไปสู่แผนปฏิบัติการที่เป็นรูปธรรมภายในกรอบเวลาที่แน่นอนพร้อมกับการกำหนดภารกิจและความรับผิดชอบที่วางโครงร่างไว้อย่างชัดเจนวิธีการเหล่านี้สามารถนำไปประยุกต์ใช้กับสถานการณ์และเป้าหมายอย่างไม่จำกัดจำนวน หากนำไปผสมผสานและปรับใช้อย่างสร้างสรรค์ วิธีการเหล่านี้จะเป็นเครื่องมือที่ทรงพลังในการเพิ่มพูนประสบการณ์กลุ่มที่น่าพึงพอใจและสร้างขวัญและกำลังใจได้เป็นอย่างดี

วิธีการสนทนาแบบมีส่วนร่วม (Discussion – Orid -Method) จะช่วยให้เรามีโครงสร้างสำหรับการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพภายในกลุ่มซึ่งจะทำให้สมาชิกกลุ่มได้มีส่วนร่วมและเสนอความคิดเห็นเป็นเวทีสำหรับการสนทนาที่รวมศูนย์และคุ่มค่าเปิดให้แสดงมุมมองที่หลากหลายในหัวข้อที่กำหนดอย่างไม่เผชิญหน้ากันทำให้ปัญหารู้แจ้งโดยองค์รวมของกลุ่มลึกซึ้งมากขึ้น มีผลให้เกิดเป็นความคิดและข้อสรุปที่ชัดเจน นำกลุ่มให้สามารถลงมติเกี่ยวกับแนวทางการกระทำและความมุ่งมั่นที่ ชัดเจน วิธีการสนทนาเริ่มจากการตระหนักอย่างจริงจังใจทำงานได้อย่างไร กระบวนการคิดตาม ธรรมชาติจะเริ่มจากการกระตุ้นโดยสิ่งเร้าทางประสาทสัมผัสก่อนเสมอ กระทำเรื่อยไปจนถึงการออกแรงกระทำกระบวนการคิดตามธรรมชาติที่เริ่มจากสิ่งเร้าทางประสาทสัมผัสไปจนถึงการกระทำ อาจนำไปประยุกต์กับกระบวนการกลุ่ม สิ่งเร้าทางประสาทสัมผัสที่เราคุ้นเคยอาจเป็นหัวข้อ ประเด็น หรือเหตุการณ์ที่กลุ่มได้ประสบร่วมกันหรือที่จะต้องแก้ไข เพื่อเป็นการเอื้ออำนวยให้เกิดปฏิบัติการกลุ่มที่เป็นหนึ่งเดียวและความมุ่งมั่นที่แน่วแน่ เราน่าจะต้องจัดโครงสร้างการสนทนาตามแนวทางที่เราเรียนรู้จากกระบวนการคิดตามธรรมชาติ นี่คือนี่ที่วิธีการสนทนาแบบมีส่วนร่วมจะช่วยให้เราทำได้

วิธีการสนทนาแบบมีส่วนร่วมประกอบด้วยชุดคำถามที่นำกลุ่มเดินไปตามเส้นทางของการ สนทนา คำถามเหล่านี้พากลุ่มผ่านระดับความสำนึกสี่ระดับ ได้แก่ วัตถุประสงค์ (Objective) ไตร่ตรอง (Reflective) ตีความ (Interpretative) และตัดสินใจ (Decisional) รวมเรียกสั้นๆ ว่า ORID โครงสร้างนี้ ช่วยให้กลุ่มเคลื่อนผ่านจากการสนทนาระดับพื้นผิวไปสู่การเข้าถึงความหมายและปัญญารู้แจ้งอย่างลึกลับ วิธีการสนทนาจะ

- 1) กำกับความคิดของกลุ่ม
- 2) ใช้คำถามที่เรียงลำดับโดยเฉพาะ
- 3) เริ่มจากคำถามที่ง่ายที่สุด (วัตถุประสงค์) จนถึงยากที่สุด (ตัดสินใจ)
- 4) ปลอ่ยให้จิตสำนึกโดยองค์รวมก้าวเดินไปข้างหน้าอย่างระมัดระวัง
- 5) ปรับตัวได้กับทุกสถานการณ์และกลุ่ม

การจัดโครงสร้างการสนทนาแบบมีส่วนร่วมกลุ่มจะทำให้กลุ่มมีโอกาสสำรวจความสำคัญ ของหัวข้อ ประเด็นหรือประสบการณ์ร่วมกันแม้ว่าจะมีเวลาอยู่อย่างจำกัด วิธีการสนทนาแบบมีส่วนร่วมช่วยให้กลุ่มเข้าใจ หัวข้อที่สนทนาในมุมมองที่ถูกต้องจนสามารถตอบสนองได้อย่างสร้างสรรค์ ที่เป็นเช่นนี้ก็เนื่องจากว่ากลุ่มได้แลกเปลี่ยนและทำให้ข้อมูลและความคิดกระจ่างชัดในระดับความลึกที่ไม่เพียงแต่น่าพึงพอใจ แต่ยังช่วยให้เกิดความ กลมเกลียวเป็นหนึ่งเดียวที่แนบแน่นภายในกลุ่มที่ดีที่สุดก็คือ วิธีการสนทนาแบบมีส่วนร่วมจะช่วยให้สมาชิกทั้งหมด ของกลุ่มได้ริเริ่มและเข้าร่วมในกระบวนการสนทนาแลกเปลี่ยนกันอย่างแท้จริง

จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกระบวนการมีส่วนร่วมเป็นกระบวนการที่ทำให้ผู้ที่ เกี่ยวข้องได้ร่วมกันทราบถึงปัญหาและช่วยกันหาแนวทางแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้นร่วมกัน ผู้วิจัยจึงเห็นควรที่จะนำ กระบวนการเทคโนโลยีเพื่อการมีส่วนร่วม (Technology of Participation: TOP) เข้ามาเป็นส่วนหนึ่งในการจัด กิจกรรมเพื่อสร้างความร่วมมือระหว่างเครือข่ายในชุมชน เพื่อนำไปสู่การวิเคราะห์ปัญหา ที่เกิดขึ้นอย่างแท้จริง

1.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

Bangpan และคณะ (2019) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิภาพของโปรแกรมการสนับสนุนด้าน สุขภาพจิตและจิตสังคม (MHPSS) ซึ่งใช้การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic reviews) จาก 12 ฐานข้อมูล โดยมี 35 การศึกษาที่ถูกรวมเข้ามาวิเคราะห์ในการศึกษานี้ และพบว่าโปรแกรมการสนับสนุนด้าน สุขภาพจิตและจิตสังคมช่วยลดความเครียดหลังการเผชิญเหตุการณ์วิกฤต (Post-traumatic stress disorder) นอกจากนี้ยังพบว่าการทำจิตบำบัด (Psychotherapy) แสดงแนวโน้มของผลลัพธ์เชิงบวกในการส่งเสริมสุขภาพ จิตในหลากหลายด้าน

เช่นเดียวกับ Nemiro และคณะ (2022) ซึ่งได้มีการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ด้วยวิธีการผสมผสาน (Mixed-method) เพื่อประเมินโปรแกรมการสนับสนุนด้านสุขภาพจิตและจิตสังคม (MHPSS) ในหลายรูปแบบ พบว่า มีการศึกษาเพียงไม่กี่ชิ้นที่มีการประเมินผลกระทบระยะยาวของโปรแกรม มีการระบุการเปลี่ยนแปลงทั่วไป ในกระบวนการปรึกษาหารือจากการมุ่งเน้นไปที่ความผิดปกติไปสู่ด้านบวกของความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น อย่างไรก็ตาม การศึกษาหลายชิ้นที่รวมอยู่ในการทบทวนวรรณกรรมยังคงมีความไม่ตรงกัน โดยวิธีการแทรกแซง (Intervention) เป็นวงกว้าง อิงตามชุมชน แต่มาตรการผลลัพธ์ที่ใช้ยังคงมุ่งเน้นไปที่การเปลี่ยนแปลงของอาการของโรคทางจิต

เมื่อทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับงานวิจัยหรือการปฏิบัติ (Practices) ที่เกี่ยวข้อง พบว่า ในปี 2563 Missouri Department of Health and Senior Services ได้มีการออกแนวทางในการเตรียมความพร้อมและ การดูแลจิตในภาวะวิกฤติ โดยได้มีการนำโรคไข้หวัดใหญ่ (Influenza) มาเป็นตัวอย่างในการวางแผน เพื่อดูแล จิตใจประชาชน (Missouri Department of Health and Senior Services, 2020) ซึ่งได้มีการนำหลักการที่ ถูกรวบรวมไว้โดย Hobfoll และคณะ (2007) ดังที่กล่าวมาแล้วข้างต้นมาออกแบบเป็นกลยุทธ์การแทรกแซง (Intervention strategies) เพื่อตอบสนองต่อสถานการณ์ระบาดของไข้หวัดใหญ่ (Missouri Department of Health and Senior Services, 2020) ทำให้เห็นถึงความเป็นไปได้ (Feasibility) ของการใช้ 5 องค์ประกอบดัง กล่าวข้างต้น เป็นองค์ประกอบสำคัญในการตอบสนองต่อสภาวะวิกฤติในสถานการณ์ระบาดของโรคติดเชื้อ

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการนำแนวทาง MHPSS ไปปฏิบัติทั่วโลกพบว่า ปัจจัยสำคัญที่ก่อให้เกิดความสำเร็จคือสายสัมพันธ์อันดีของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและชุมชน รวมถึงการมีส่วนร่วมของชุมชน (Dickson & Bangpan, 2018) และจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการนำ MHPSS ไปปฏิบัติจริงในพื้นที่ พบว่า มีหลักฐานทางวิชาการน้อยมากที่พูดถึงการนำเอาไปปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพหรือแนวปฏิบัติ (Practices) ที่เกี่ยวข้องกับการประยุกต์ในบริบทวัฒนธรรมที่ต่างกัน และยังไม่พบกระบวนการที่ชัดเจนของการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อส่งเสริมการนำหลักการนี้ไปปฏิบัติในสถานการณ์วิกฤติโดยเฉพาะในสถานการณ์วิกฤติโควิด-19 นี้

ดังนั้นในระยะที่ 1 ของการศึกษาผู้วิจัยจึงมุ่งพัฒนาโปรแกรมสนับสนุนสุขภาพจิตและจิตสังคมโดยมีชุมชนเป็นฐาน (โปรแกรมการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน) ที่มีแนวทางและกระบวนการที่ชัดเจนในการนำไปใช้

ระยะที่ 2 การนำไปปฏิบัติและการขยายผล (Implementation and scaling up)

2.1 การวิจัยเพื่อนำนโยบายสู่การปฏิบัติ (Implementation Research)

การวิจัยเพื่อนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ หรือ Implementation research: IR เป็นหนึ่งในกระบวนการที่สำคัญของกระบวนการนโยบาย (policy process) โดยมีเป้าประสงค์เพื่อพัฒนากลยุทธ์ (implementation strategies) ในการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ เกิดผลลัพธ์ที่เป็นไปตามจุดมุ่งหมายของนโยบาย และมีความยั่งยืน ทั้งนี้การวิจัยเพื่อนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติเหมาะกับการวิจัยเกือบทุกนโยบาย แต่น่าเสียดายที่ประเทศรายได้ต่ำและปานกลางให้ความสำคัญกับเรื่องนี้น้อย โดยเฉพาะการมีทรัพยากรที่จำกัด ซึ่งไม่ควรสิ้นเปลืองทรัพยากรไปกับการปฏิบัติตามนโยบายแล้วไม่ได้ผลลัพธ์ตามที่ต้องการ

Nilsen และคณะ (2013) ได้ศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างการวิจัยการนำนโยบายไปปฏิบัติ (Policy implementation research) กับวิทยาศาสตร์การนำไปปฏิบัติ (Implementation science) สรุปได้ว่าการวิจัยการนำนโยบายไปปฏิบัติให้ความสำคัญกับการค้นหาคำตอบว่าทำไมจึงไม่สามารถนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ การวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ แต่วิทยาศาสตร์การนำไปปฏิบัติเน้นเกิดขึ้นมากจากหลักฐานเชิงประจักษ์ทางการแพทย์และการปฏิบัติ

นอกจากนี้ Nilsen และคณะ (2013) ได้กล่าวถึงความสำคัญของการเลือกใช้ทฤษฎี รูปแบบหรือแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยรูปแบบนี้ ว่าขึ้นอยู่กับความเชื่อพื้นฐาน จุดมุ่งหมายของการใช้ และลักษณะเฉพาะของนโยบาย เพราะไม่มีทฤษฎีใดที่เป็นทฤษฎีพื้นฐาน (One grand theory) จะสามารถอธิบายการวิจัยการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติได้ทั้งหมด

ศิรินาถ ตงศิริ และคณะ (2561) ได้มีการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับทฤษฎีและแนวคิดการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ พบทฤษฎีและแนวคิดที่ใช้ในการวิจัยและมีการเผยแพร่ในวารสารวิชาการต่าง ๆ ดังนี้

The promoting action of research implementation in health services (PARIHS) ซึ่งให้ความสำคัญกับปฏิสัมพันธ์ระหว่าง 3 ปัจจัยหลัก ได้แก่ หลักฐาน (Evidence) บริบท (Context) และการเอื้ออำนวยให้เกิดการปฏิบัติตามแผน The normalization process theory (NPT) ซึ่งอธิบายหลักการโดยใช้ 4 องค์ประกอบสำคัญ คือ ความสอดคล้อง (Coherence) การมีส่วนร่วมทางปัญญา (Cognitive participation) การดำเนินงานร่วมกัน (Collective action) และ การสะท้อนสิ่งที่ได้ (Reflexive)

แนวคิดของ Proctor และคณะ ซึ่งได้เสนอแนวคิดในการประเมินผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นหลังการปฏิบัติตามนโยบาย โดยประเมินคุณลักษณะของผลลัพธ์ 7 อย่าง ได้แก่ การยอมรับ (acceptability) การนำไปปฏิบัติ (adoption) ความเหมาะสม (appropriateness) ต้นทุน (cost) ความเป็นไปได้ (feasibility) ความเชื่อถือต่อนโยบาย (fidelity) การแทรกซึม (Penetration) และ ความยั่งยืน (sustainability)

The Consolidated Framework of Implementation Research (CFIR) ซึ่งได้รับการพัฒนามาจาก Damschroder และคณะ (2009) โดยการรวบรวมทฤษฎีและแนวคิดต่างๆ มาเป็นแนวคิดเดียว และได้รับการตีพิมพ์ในปี ค.ศ. 2009 แนวคิด CFIR มี 5 ส่วนประกอบหลัก ได้แก่ คุณลักษณะของนโยบาย (intervention characteristics) สิ่งแวดล้อมภายนอก (outer settings) สิ่งแวดล้อมภายใน (inner settings) คุณลักษณะของบุคลากรที่มีส่วนเกี่ยวข้อง (characteristics of the individuals involved) และกระบวนการนำนโยบายไปปฏิบัติ (the process of implementation) โดยแต่ละส่วนประกอบหลัก จะมีส่วนประกอบย่อยลงไปอีก เช่น ในกระบวนการนำนโยบายไปปฏิบัติ มีส่วนประกอบย่อย ได้แก่ การวางแผน (planning) การเข้ามามีส่วนร่วม (engaging) การปฏิบัติตามแผน (executing) และการประเมินผล (reflecting and evaluating)

อีกหนึ่งกรอบแนวคิดที่ถูกนำมาใช้ในการวิจัยการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติและได้รับการอ้างอิงถึงจากรายงานการวิจัยมากกว่า 2,800 ฉบับ (Glasgow, 2019) ในช่วง 20 ปีที่ผ่านมาคือกรอบแนวคิด RE-AIM Framework (King and Glasgow, 2010) ซึ่งเป็นกรอบแนวคิดที่อธิบายการประเมินการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติด้วยมาตร 5 ขั้นตอนซึ่งเรียงตามลำดับเหตุการณ์ ได้แก่ 1) การเข้าถึง (reach) คือ ตัวเลข/สัดส่วน/จำนวนของบุคคลที่มีความประสงค์เข้าร่วมโครงการ 2) ประสิทธิภาพ (effectiveness) คือ ผลของมาตรการที่เกิดขึ้น ซึ่งรวมทั้งผลกระทบทางด้านลบ คุณภาพชีวิต และผลลัพธ์ทางเศรษฐศาสตร์ (economic outcomes) 3) การยอมรับมาตรการ (adoption) คือ ตัวเลข/สัดส่วน/จำนวนของสถานที่ (settings) และบุคคลหรือกลุ่ม บุคคลที่ได้รับมอบหมายให้ดำเนินมาตรการ (intervention agent) และมีความประสงค์ดำเนินโครงการ/มาตรการ 4) การดำเนินโครงการ/มาตรการ (implementation) คือความสามารถในการดำเนินมาตรการตามแผนที่วางไว้ ทั้งด้านเวลาและงบประมาณ และ 5) การรักษา (maintenance) คือผลกระทบระยะยาวของโครงการหรือมาตรการต่อผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับตัวบุคคลที่เข้าร่วมโครงการตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไปหลังจากครั้งสุดท้ายของการมีส่วนร่วมในโครงการ/มาตรการ โดยกรอบแนวคิดนี้มีการนำมาใช้ในทุกช่วงของการปฏิบัติตั้งแต่การวางแผน การค้นหากลยุทธ์เพื่อการปฏิบัติจนไปถึงการประเมินผล โดยในช่วงระยะในงานวิจัยของ Gold และคณะ (2017) ที่ศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิภาพของกลยุทธ์ในการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติในทางคลินิก ได้ใช้ RE-AIM ในการออกแบบการควบคุมและป้องกันโรคติดต่อในชุมชน

การวิจัยการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติสามารถทำได้ตั้งแต่ ก่อน (pre-implementation) ระหว่าง (during-implementation) และหลังการนำนโยบายไปปฏิบัติ (post-implementation) และใช้ทั้งการวิจัยเชิงปริมาณ (quantitative study) เชิงคุณภาพ (qualitative study) หรือใช้ทั้งสองแบบ (mixed method) ควบคู่กันไป เพื่อทำความเข้าใจความเห็น ทศนคติความรู้สึของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง เข้าใจกระบวนการดำเนินการ และมีหลักฐานแสดงผลสำเร็จ (หรือไม่สำเร็จ) รูปแบบการดำเนินงานวิจัยอาจ เป็น Retrospective study, Cross-sectional study, Comparison between two groups, Randomized controlled trial, Economic evaluation หรือ Longitudinal study อย่างไรก็ตาม ผลของการวิจัยที่ประสบความสำเร็จในพื้นที่หนึ่ง ไม่ได้รับประกันความสำเร็จในพื้นที่อื่น เพราะบริบท (context) เป็นปัจจัยสำคัญหนึ่งในการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ ผลการวิจัยในรูปแบบนี้จึงมีข้อจำกัดในการนำผลการวิจัยไปใช้ในบริบทอื่นๆ วิธีการนำนโยบายลงสู่การปฏิบัติต้องมีหลากหลาย รูปแบบ (multi-faceted strategies) มีการวางแผนอย่างเป็นระบบ ดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง

เก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบ และ นำข้อมูลมาสะท้อนระดับความสำเร็จของการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติด้วย (ศิรินาถ ตงศิริ และคณะ, 2561)

ในการศึกษาในระยะที่ 2 ผู้วิจัยเลือกใช้กรอบแนวคิด RE-AIM เป็นกรอบแนวคิดหลักในการวางแผนการนำโปรแกรมการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนไปสู่การปฏิบัติและการขยายผล รวมถึงนำกรอบนี้มาใช้ในการประเมินผลความสำเร็จในการขยายผลโปรแกรมนี้ไปสู่ 25 จังหวัดเป้าหมายของแผนงานโครงการพัฒนานวัตกรรมเพื่อป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายในระยะที่ 3 ของการวิจัย

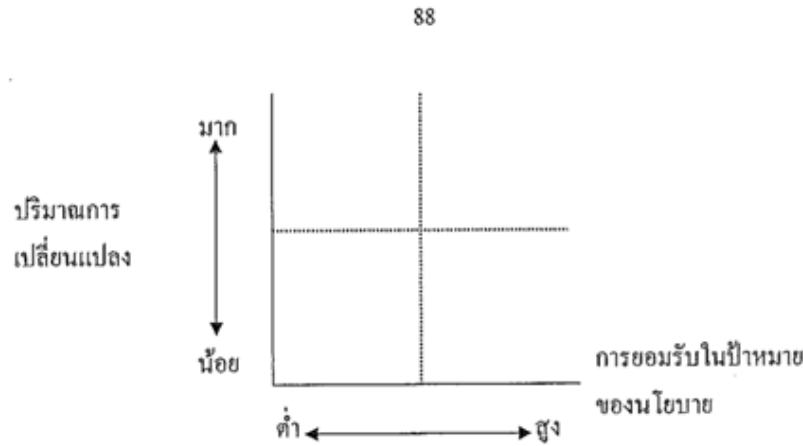
2.2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ (Implementation factors)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบการกล่าวถึงปัจจัยสำคัญที่มีผลกระทบต่อการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติให้ประสบความสำเร็จ ดังนี้

Edwards and Sharkansky (1978) กล่าวว่า มี 5 ปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการการปฏิบัติ คือ 1) ระบบสื่อสาร ซึ่งหมายถึงผู้ที่ทำหน้าที่ในการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติจะต้องมีความรู้ความเข้าใจว่าต้องทำอะไรบ้าง และการส่งงานตลอดจนคำสั่งต่าง ๆ ต้องคงเส้นคงวา ไม่ขัดแย้งกับคำสั่งอื่น 2) ทรัพยากรและอำนาจในการจัดสรรหรือแบ่งปัน หมายถึง อัตรากำลังและความรู้ความสามารถของบุคลากร รวมทั้งข่าวสารข้อมูลตลอดจนอำนาจในการสั่งการที่จะต้องมอบให้กับผู้ที่นำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ 3) ลักษณะหน่วยงานที่นำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ มีลักษณะของการเมืองภายในระบบราชการหรือไม่ การแข่งขัน และผลประโยชน์ของหน่วยงาน 4) มาตรฐานของระเบียบวิธีการที่ใช้ในการปฏิบัติงาน มาตรฐานของระเบียบเหล่านี้บางครั้งอาจเป็นประโยชน์ในการทำงานที่มีลักษณะเป็นงานประจำแต่ไม่เอื้ออำนวยต่อการทำงานลักษณะใหม่ 5) การติดตามผล ถือเป็นปัจจัยสำคัญอย่างยิ่ง ทั้งนี้เพื่อให้ทราบว่าได้มีการปฏิบัติงานตามแผนจริงหรือไม่ มีปัญหาอุปสรรคอย่างไร ละควรหามาตรการในการแก้ไข และปรับปรุงวิธีการนำไปสู่การปฏิบัติให้ได้ผลดียิ่งขึ้น

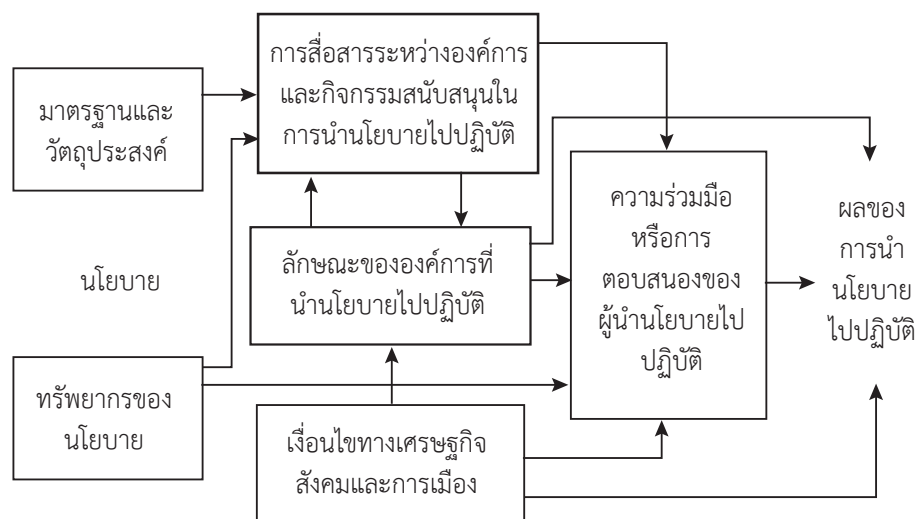
Breuer and de Leon. (1983) กล่าวว่า การนำนโยบายไปปฏิบัติให้ประสบความสำเร็จขึ้นอยู่กับปัจจัยต่าง ๆ ดังนี้ 1) แหล่งที่มาของนโยบาย (Sources of policy) ซึ่งอาจมาจากการแถลงการณ์หรือคำสั่งของฝ่ายบริหาร ซึ่งจะต้องได้ถูกต้องสอดคล้องกับความต้องการของประชาชนด้วยจึงจะประสบความสำเร็จ อาจมาจากเนื้อหาหรือรายละเอียดในกฎหมาย ซึ่งจะต้องครอบคลุมวัตถุประสงค์ของกลุ่มที่เกี่ยวข้อง มาจากความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน ซึ่งจะต้องเกี่ยวข้องกับการประสานเจรจาต่อรอง การประนีประนอม มาจากข้าราชการระดับสูง โดยคำนึงส่วนตัวของผู้นำนโยบายหรือผลประโยชน์อย่างมากในการพิจารณาปัญหา นโยบาย และสุดท้ายอาจมาจากการพิจารณาและการวินิจฉัยของศาล ซึ่งอาจมีการพิจารณาโนบายสาธารณะที่สำคัญออกมา ซึ่งนโยบายที่ออกมาในลักษณะนี้จะมีการนำไปใช้อย่างเคร่งครัด 2) ความชัดเจนของนโยบาย (Clarity of policy) ที่เป็นรากฐานสำคัญของความมุ่งหมายของนโยบายทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ หากวัตถุประสงค์ไม่ชัดเจนก็จะเป็นปัจจัยแรกของความล้มเหลวในการนำไปปฏิบัติ 3) การสนับสนุนนโยบาย (Support of policy) ซึ่งความสำเร็จของการนำไปปฏิบัติจะเกิดขึ้นได้ขึ้นอยู่กับ การสนับสนุนจากผู้ปฏิบัติและผู้ที่ได้รับผลจากนโยบาย รวมถึงการสนับสนุนจากฝ่ายการเมืองหรือกลุ่มรัฐบาลที่เกี่ยวข้องกับการจัดสรรงบประมาณและทรัพยากรอื่น ๆ แต่การสนับสนุนทางการเมืองที่มากพอก็ไม่ได้เป็นเงื่อนไขที่เพียงพอสำหรับการนำนโยบายไปปฏิบัติให้ประสบความสำเร็จ 4) ความซับซ้อนในการบริหาร (Complexity of Administration) โครงสร้างการบริหารองค์กรที่ยุงยากซับซ้อนจะทำให้แนวทางในการนำไปปฏิบัติมีความยุ่งยากซับซ้อนไปด้วย 5) สิ่งจูงใจสำหรับผู้ปฏิบัติ (Incentives for implementors) ปัจจัยนี้เกี่ยวข้องโดยตรงกับเรื่องของการทำงานและเป็นปัจจัยกระตุ้นที่จะทำให้ผู้ปฏิบัติมีความมุ่งมั่นที่จะทำงานให้ประสบความสำเร็จ

นอกจากนี้ยังมีการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับปริมาณการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นและระดับการยอมรับในเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ของนโยบายที่ผู้เกี่ยวข้องในกระบวนการนำนโยบายไปปฏิบัติให้การยอมรับ แสดงได้ดังภาพที่ 2 ซึ่งจากภาพจะพบว่า นโยบายที่มีการเปลี่ยนแปลงมากจะได้รับการยอมรับน้อย แต่การยอมรับมากแม้จะมีการเปลี่ยนแปลงมากก็มีโอกาสที่จะประสบความสำเร็จได้สูงเช่นเดียวกัน (Meter and Horn, 1976)



ภาพที่ 2 มิติของนโยบายที่ส่งผลต่อการนำไปปฏิบัติ (Meter and Horn, 1976)

ต่อมา Meter และ Horn (1976) ได้มีการนำแนวคิดนี้ไปศึกษาทดสอบปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการกระบวนการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ โดยตัวแปรทั้งสิ้น 6 ตัวแปร ดังนี้ มาตรฐานและวัตถุประสงค์ของนโยบาย ทรัพยากร การสื่อสารระหว่างองค์กรและกิจกรรมการนำไปปฏิบัติ ลักษณะขององค์กร เงื่อนไขทางเศรษฐกิจ สังคม การเมือง และความร่วมมือของผู้ปฏิบัติ ซึ่งสามารถอธิบายความเชื่อมโยงของทั้ง 6 ตัวแปรได้ ดังภาพที่ 3 ต่อไปนี้



ภาพที่ 3 ตัวแปรทฤษฎีการนำไปปฏิบัติ

ดังนั้นในการศึกษาระยะที่ 2 นี้ นอกจากจะมุ่งเน้นการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการนำโปรแกรมการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนไปปฏิบัติแล้ว ยังพยายามที่จะหาข้อเสนอแนะในการปรับปรุงโปรแกรมหรือนโยบายส่งเสริมสุขภาพจิตให้ประสบความสำเร็จในการนำไปปฏิบัติ โดยผู้วิจัยจะเลือกใช้ทฤษฎีในหลากหลายทฤษฎีที่กล่าวมาแล้วข้างต้นในการอธิบาย เปรียบเทียบและหาข้อสรุปจากการวิจัย

2.3 การขยายผลนโยบายสุขภาพจิต (Scaling up Mental Health Interventions)

Eaton และคณะ (2011) กล่าวว่า การขยายผล (Scaling up) โดยทั่วไปหมายถึงวัตถุประสงค์ที่ประกอบด้วยองค์ประกอบร่วมกันหลายส่วน ได้แก่ การเพิ่มจำนวนผู้รับบริการ (ความครอบคลุม) การเพิ่มของบริการบริการสุขภาพที่สร้างขึ้นบนฐานหลักฐานทางวิทยาศาสตร์และมักจะมีรูปแบบบริการที่แสดงให้เห็นว่ามีประสิทธิภาพในบริบทที่คล้ายคลึงกัน บริการสุขภาพที่ยั่งยืนผ่านการกำหนดนโยบาย การนำไปปฏิบัติ และการจัดหาเงินทุน (การเสริมสร้างระบบสุขภาพ)

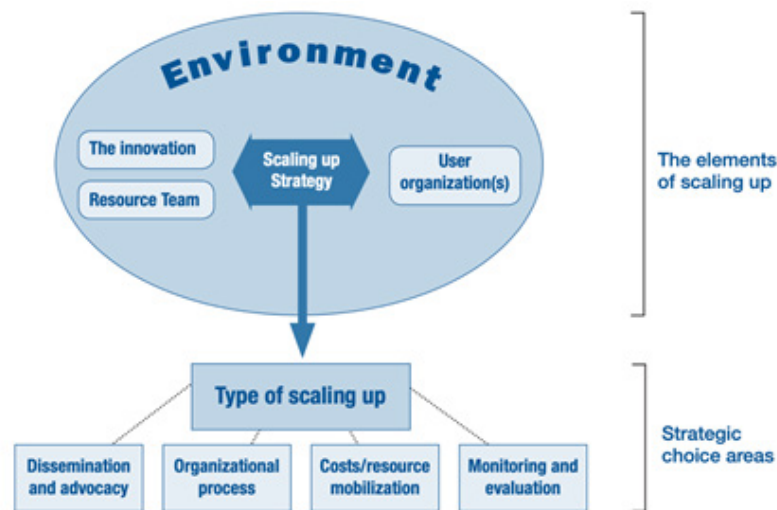
Simmons และคณะ (11, 2007) กล่าวว่า การขยายผล หมายถึงกระบวนการที่ประกอบด้วย การขับเคลื่อนความต้องการเชิงนโยบาย (Political will) การพัฒนากำลังคน การเพิ่มการเข้าถึงของบริการทางการแพทย์ที่จำเป็น และการติดตามประเมินผล

WHO (12) ได้อธิบายความหมายของการขยายผลไว้ว่า การขยายผลหมายถึงความพยายามที่จะขยายผลกระทบ (Impact) ของนวัตกรรมบริการสุขภาพที่ประสบความสำเร็จจากการทดสอบในพื้นที่นำร่องหรือผ่านการทดลองมาแล้ว เพื่อให้ประชาชนมากขึ้นที่ได้รับประโยชน์จากนวัตกรรมนั้น

WHO และองค์กร EXPANDNET (2009) ได้รวบรวมหลักฐานทางวิชาการและสรุปออกมาเป็นแนวทางเพื่อแนะนำวิธีการขยายผลนวัตกรรมบริการสุขภาพ โดยในข้อค้นพบจากการดำเนินงานของหลายประเทศรวมไปถึงจากการศึกษาทบทวนวรรณกรรม พบว่าองค์ประกอบสำคัญของการพัฒนากลยุทธ์เพื่อการขยายผลประกอบด้วย 5 องค์ประกอบสำคัญคือ 1) Advocacy 2) Leadership 3) Training and Supervision 4) Collaborations และ 5) Monitoring and Evaluation

นอกจากนี้ WHO และองค์กร EXPANDNET (2009) ได้ออกแนวทางการพัฒนากลยุทธ์เพื่อการขยายผลนวัตกรรมบริการสุขภาพ ซึ่งประกอบไปด้วย 9 ขั้นตอนสำคัญ คือ 1) Planning actions to increase the scalability of the innovation 2) Increasing the capacity of the user organization to implement scaling up 3) Assessing the environment and planning actions to increase the potential for scaling-up success 4) Increasing the capacity of the resource team to support scaling up 5) Making strategic choices to support vertical scaling up 6) Making strategic choices to support horizontal scaling up 7) Determining the role of diversification 8) Planning actions to address spontaneous scaling up 9) Finalizing the scaling-up strategy and identifying next steps

กรอบที่แสดงในภาพที่ 4 เป็นวิธีการคิดอย่างเป็นระบบที่เกี่ยวกับการขยายผลนวัตกรรมบริการสุขภาพ ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบภายในวงรีซึ่งมีกลยุทธ์การขยายผลเป็นจุดศูนย์กลางและ 5 ตัวเลือกเชิงกลยุทธ์ (กล่องที่อยู่นอกวงรี) กรอบการทำงานนี้ได้รับการชี้แจงจากหลักการสำคัญ 4 ประการ ได้แก่ การคิดเชิงระบบ มุ่งเน้นที่ความยั่งยืน ความจำเป็นในการกำหนดความสามารถในการขยายผล และการเคารพต่อหลักเพศ ความเสมอภาค และสิทธิมนุษยชน



ภาพที่ 4 กรอบแนวคิดการขยายผลของ The ExpandNet/WHO

2.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการนำไปปฏิบัติและการขยายผลของนโยบายสุขภาพจิต

Eaton และคณะ (2011) ได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและศึกษาเกี่ยวกับการขยายผลนโยบายสุขภาพจิตในประเทศที่มีรายได้น้อยและรายได้ปานกลาง โดยจากความต้องการของการขยายบริการด้านสุขภาพจิต หลากหลายโปรแกรมที่บ่งชี้ว่าสามารถนำกลยุทธ์ที่ประสบความสำเร็จมาใช้เพื่อเอาชนะอุปสรรคในการขยายผลได้ เช่น การลดลำดับความสำคัญของงานสุขภาพจิต การขาดแคลนทรัพยากรมนุษย์และการเงิน และความยากลำบากในการเปลี่ยนแปลงบริการที่ไม่มีคุณภาพ อย่างไรก็ตาม ยังขาดการเผยแพร่และการตีพิมพ์อย่างเป็นรูปธรรมในลักษณะของเอกสารที่ชัดเจน ซึ่งนำไปสู่การให้ข้อเสนอแนะและการเป็นตัวอย่งการขยายผลที่ประสบความสำเร็จ

Jordan Troup และคณะ (2021) ได้ศึกษาเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรคและปัจจัยสนับสนุนการขยายผลโปรแกรมการสนับสนุนด้านสุขภาพจิตและจิตสังคม (Mental health and psychosocial support interventions) ในประเทศรายได้น้อยและรายได้ปานกลางโดยการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic Review) โดยมีการศึกษารายงานการวิจัยที่เข้าเกณฑ์ 14 เรื่อง โดยพบว่า การศึกษาส่วนใหญ่เป็นการขยายผลแบบแนวตั้ง โดยการบูรณาการเข้ากับระบบสุขภาพปฐมภูมิและระบบสุขภาพชุมชน โดยกิจกรรม การฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ การแบ่งปันหน้าที่ การส่งต่อและใช้กลไกการเป็นพี่เลี้ยง โดยพบอุปสรรคที่ได้รับการรายงานในองค์ประกอบรอบต่างๆ แต่ส่วนใหญ่เกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพและคุณภาพของการศึกษาโดยรวมถูกจำกัด

Amy Rush และคณะ (2021) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการนำโปรแกรม Evidence-based Collaborative Care Interventions ไปใช้ในชุมชน ซึ่งได้มีการสัมภาษณ์ถึงโครงสร้างกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ซึ่งพบว่าการระบุอุปสรรคหลายประการ รวมถึงกลยุทธ์สู่ความสำเร็จด้วย อาทิ ความจำเป็นในการปรับใช้โปรแกรมและการใช้งานให้ตรงตามความต้องการเฉพาะของบริบทพื้นที่ การพัฒนาเครื่องมือบนเว็บเพื่ออำนวยความสะดวกในการนำโปรแกรมไปปฏิบัติ และความสำคัญของการยอมรับในโปรแกรมจากฝั่งบริหาร

Saher Siddiqui และคณะ (2022) ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเพื่อศึกษาเกี่ยวกับการขยายผล การสนับสนุนด้านสุขภาพจิตโดยมีชุมชนเป็นฐาน โดยพบปัจจัยสนับสนุนหลักในการขยายผล ได้แก่ ความสำคัญของการจัดหาเงินทุนที่ยั่งยืนและทรัพยากรมนุษย์ การจัดการกับปัจจัยกำหนดทางสังคมและการตีตรา การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่หลากหลาย การใช้ประโยชน์จากโครงสร้างพื้นฐานด้านสุขภาพที่มีอยู่ การใช้รูปแบบการฝึกอบรมที่ยั่งยืน การรับรองความเกี่ยวข้องทางวัฒนธรรมและความเหมาะสม และใช้ประโยชน์จากเทคโนโลยีดิจิทัล

ระยะที่ 3 การประเมินผล (Evaluation)

3.1 แนวคิดการประเมินผล

เมื่อมีการกำหนดนโยบายที่ดีแล้ว จนไปถึงมีการนำไปปฏิบัติเพื่อให้เกิดผลตามที่ต้องการ ลำดับถัดไปคือการประเมินผลกระบวนการ (Implementation evaluation) และการประเมินผลกระทบ (Impact evaluation) โดยมีนักวิชาการที่กล่าวถึงเรื่องนี้ไว้ ดังนี้

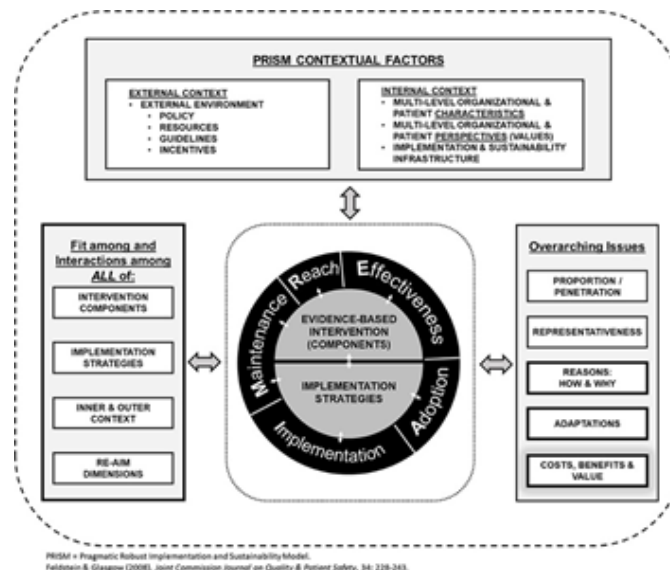
จุมพล นิธิพานิช (2549) กล่าวถึงการประเมินผลกระบวนการและการประเมินผลกระทบ ไว้ดังนี้ การประเมินผลกระบวนการ (Implementation evaluation) โดยทั่วไปเป็นการประเมินผลที่ไม่ได้มุ่งศึกษาประโยชน์หรือผลของกิจกรรมตามแผนงาน หากแต่มุ่งให้ความสนใจไปที่ส่วนนำหรือปัจจัยนำเข้าของกิจกรรม ว่าได้จัดไว้อย่างเหมาะสมหรือไม่ และเป็นไปตามแผนงานเพียงใด

การประเมินผลกระทบ (Impact evaluation) คือการประเมินผลที่เกิดขึ้นเนื่องมาจากกิจกรรมการปฏิบัติงานหรือมาจากการดำเนินงาน หรือผลผลิต และ การประเมินผลจุดหมายปลายทาง หรือ ผลลัพธ์

ตามทฤษฎีของ Dunn (1981) เชื่อว่าการประเมินนโยบาย มี 3 แนวทาง คือ 1) แนวทางการประเมินแบบเทียบ หมายถึง การใช้วิธีการที่มีเกณฑ์เพื่อให้ทราบถึงผลของนโยบายอย่างเที่ยงตรงและเชื่อถือได้ แต่ไม่เน้นการพิจารณาเรื่องคุณค่าของนโยบายที่มีต่อบุคคลและสังคมส่วนร่วม 2) แนวทางการประเมินแบบเท่า หมายถึง เป็นการประเมินที่ใช้เกณฑ์ในการประเมินประสิทธิภาพและประสิทธิผล โดยดูจากเป้าหมายและวัตถุประสงค์ที่วางไว้ 3) แนวทางการประเมินเชิงตัดสินใจ เป็นการประเมินที่พยายามปิดช่องว่างของสองแบบแรก

3.2 กรอบแนวคิด RE-AIM

อีกหนึ่งกรอบแนวคิดที่ถูกนำมาใช้ในการวิจัยการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติและได้รับการอ้างอิงถึงจากรายงานการวิจัยมากกว่า 2,800 ฉบับ (Glasgow, 2019) ในช่วง 20 ปีที่ผ่านมาคือกรอบแนวคิด RE-AIM Framework (King and Glasgow, 2010) ซึ่งเป็นกรอบแนวคิดที่อธิบายการประเมินการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติด้วยมาตร 5 ขั้นตอนซึ่งเรียงตามลำดับเหตุการณ์ ได้แก่ 1) การเข้าถึง (reach) คือ ตัวเลข/สัดส่วน/จำนวนของบุคคลที่มีความประสงค์เข้าร่วมโครงการ 2) ประสิทธิภาพ (effectiveness) คือ ผลของมาตรการที่เกิดขึ้น ซึ่งรวมทั้งผลกระทบทางด้านลบ คุณภาพชีวิต และผลลัพธ์ทางเศรษฐศาสตร์ (economic outcomes) 3) การยอมรับมาตรการ (adoption) คือ ตัวเลข/สัดส่วน/จำนวนของสถานที่ (settings) และบุคคลหรือกลุ่ม บุคคลที่ได้รับมอบหมายให้ดำเนินมาตรการ (intervention agent) และมีความประสงค์ดำเนินโครงการ/มาตรการ 4) การดำเนินโครงการ/มาตรการ (implementation) คือความสามารถในการดำเนินมาตรการตามแผนที่วางไว้ ทั้งด้านเวลาและงบประมาณ และ 5) การรักษา (maintenance) คือผลกระทบระยะยาวของโครงการหรือมาตรการต่อผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับตัวบุคคลที่เข้าร่วมโครงการตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไปหลังจากครั้งสุดท้ายของการมีส่วนร่วมในโครงการ/มาตรการ โดยกรอบแนวคิดนี้มีการนำมาใช้ในทุกช่วงของการปฏิบัติตั้งแต่การวางแผน การค้นหากลยุทธ์เพื่อการปฏิบัติจนไปถึงการประเมินผล โดยในช่วงระยะในงานวิจัยของ Gold และคณะ (2017) ที่ศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิภาพของกลยุทธ์ในการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติในทางคลินิก ได้ใช้ RE-AIM ในการออกแบบการควบคุม และป้องกันโรคติดต่อในชุมชน



ภาพที่ 5 กรอบแนวคิด RE-AIM (King and Glasgow, 2010)

3.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

R.E. Glasgow (1999) ได้เสนอเกี่ยวกับการประเมินผลกระทบของโปรแกรมทางด้านสาธารณสุขโดยใช้กรอบแนวคิด RE-AIM โดยอธิบายไว้ว่า ความก้าวหน้าด้านสาธารณสุขและการแทรกแซงในชุมชนถูกขัดขวางเนื่องจากขาดกรอบการประเมินที่ครอบคลุมซึ่งเหมาะสมกับโครงการดังกล่าว การแทรกแซงหลายระดับที่รวมนโยบาย สิ่งแวดล้อม และองค์ประกอบแต่ละส่วนควรได้รับการประเมินด้วยมาตรการที่เหมาะสมกับการตั้งเป้าหมาย และวัตถุประสงค์ ผู้วิจัยได้เสนอแบบจำลองเรียกว่าแบบจำลอง RE-AIM สำหรับการประเมินการแทรกแซงด้านสาธารณสุขที่ประเมินใน 5 มิติ ได้แก่ การเข้าถึง ประสิทธิภาพ การนำไปใช้ การนำไปปฏิบัติ และการบำรุงรักษา มิติเหล่านี้เกิดขึ้นในหลายระดับ (เช่น บุคคล คลินิกหรือองค์กร ชุมชน) และตอบสนองเพื่อกำหนดผลกระทบด้านสาธารณสุขหรือตามประชากรของโครงการหรือนโยบาย

ในปี 2020 Andrew Walker และคณะ ได้ใช้กรอบแนวคิด RE-AIM เข้ามาใช้ในการประเมินการขยายผล evidence-based intervention for osteoarthritis ซึ่งเป็นการประเมินผลในพื้นที่การดำเนินงานจริงโดยใช้ข้อมูลการดำเนินงานประจำในการประเมินผลครบทั้ง 5 มิติของ RE-AIM

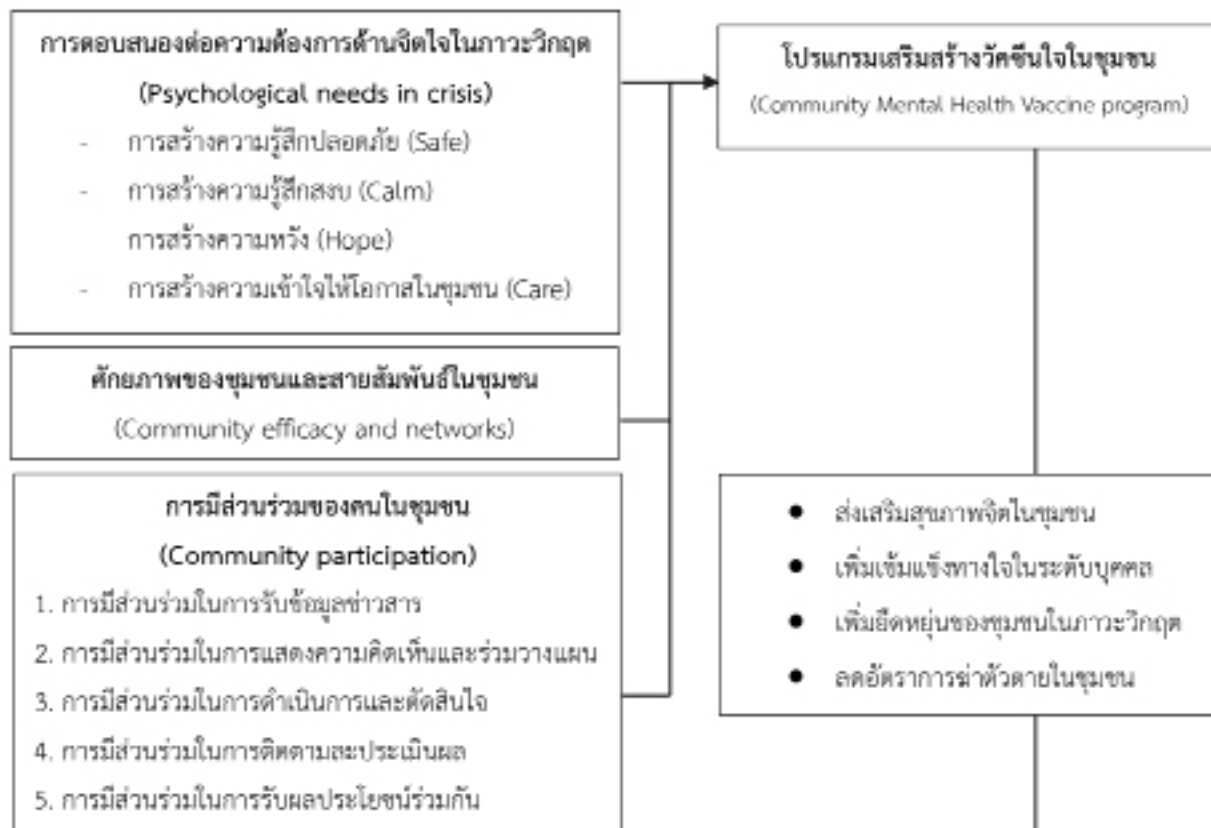
สำหรับการศึกษาในประเทศไทย สุวภัทร นักรู้กำพลพัฒน์ (2562) ใช้กรอบแนวคิด RE-AIM ในการประเมินผลโครงการ 3 ล้าน 3 ปี เลิกบุหรี่ทั่วไทย ซึ่งเป็นการวิจัยเชิงผสมผสานนำมาประยุกต์ใช้ โดยผู้วิจัยได้อธิบายการนำมาประยุกต์ใช้ให้เข้ากับบริบทของโครงการเลิกสูบบุหรี่ คือ หากกลุ่มเป้าหมายได้รับความรู้ คำแนะนำ วิธีปฏิบัติในการเลิกยาสูบ จากผู้ให้บริการ ผ่านช่องทางการเข้าถึงบริการที่เข้าถึงง่าย ผู้ให้บริการมีความมุ่งมั่นตั้งใจ ดำเนินงานเป็นระบบ ติดตามให้คำแนะนำ บำบัด และประเมินผลอย่างต่อเนื่องจะทำให้กลุ่มเป้าหมายลดการบริโภคยาสูบ หรือตัดสินใจเข้าร่วมโครงการฯ เพื่อเลิกบริโภคยาสูบ ทั้งนี้การดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพจำเป็นต้องมีนโยบายแนวทางปฏิบัติที่ ชัดเจน และได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้รับบริการ

โดยการวิจัยนี้ผู้วิจัยเลือกใช้กรอบแนวคิด RE-AIM เข้ามาเป็นกรอบในการประเมินผลการขยายผลโปรแกรมการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนในระยะที่ 3 โดยมุ่งหวังให้เกิดความครอบคลุมในการประเมินผลทั้งการประเมินกระบวนการและการประเมินผลลัพธ์ รวมถึงการนำผลที่ได้ไปออกเป็นข้อเสนอเชิงนโยบายที่มีความชัดเจนในการปรับปรุงแก้ไขโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตในอนาคต

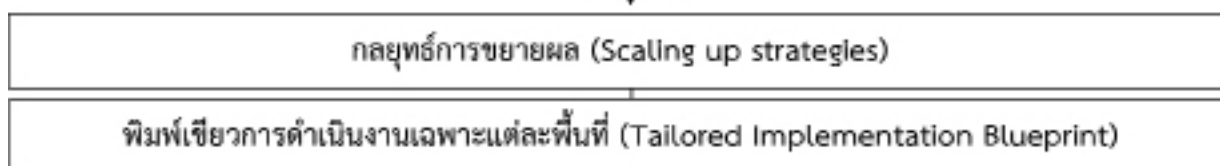
4. กรอบแนวคิดในการวิจัย

คณะผู้วิจัยได้มีกรอบแนวคิดของการวิจัยเพื่อเป็นแนวทางในแต่ละระยะ ดังต่อไปนี้

ระยะที่ 1 การพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน



ระยะที่ 2 การนำไปปฏิบัติและการขยายผล



ระยะที่ 3 การประเมินผล



บทที่ 3

ระเบียบวิธีดำเนินการวิจัย

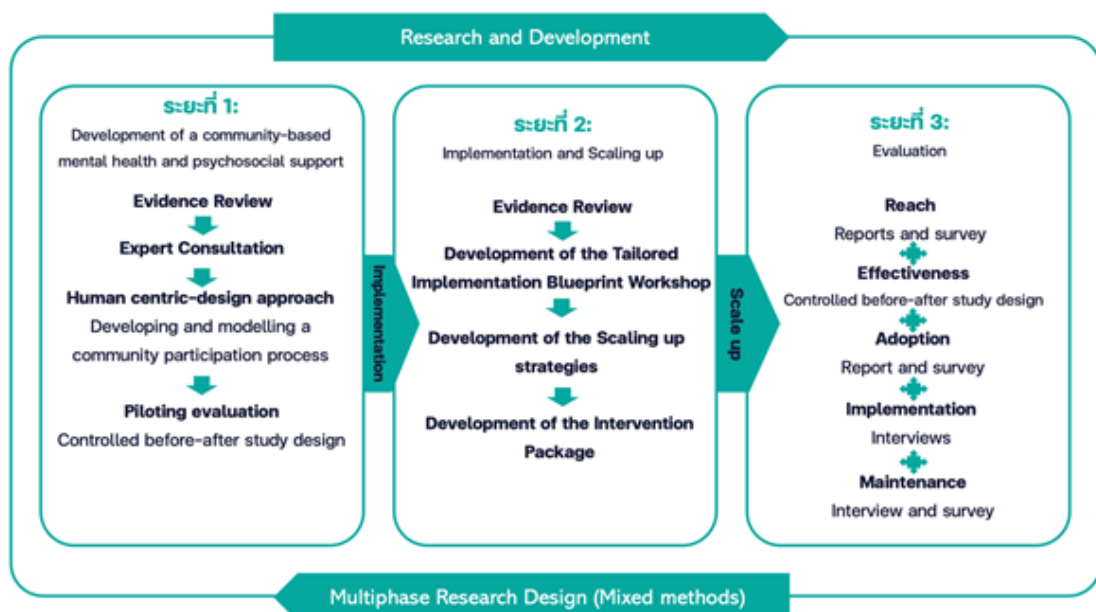
การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงผสมผสาน (Mixed-Methods Research) มีกระบวนการทัศน์การวิจัยแบบปฏิบัตินิยม (Pragmatism) ซึ่งมุ่งแก้ปัญหา เน้นผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติจริง โดยผู้วิจัยใช้การออกแบบลักษณะของการวิจัยหลายระยะ (Multiphase Research Design) แบ่งขั้นตอนของการวิจัยเป็น 3 ระยะ คือ

1. การพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน (Research and Development) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1) การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง (Evidence Review) 2) การปรึกษาหารือกับผู้เชี่ยวชาญ 3) การพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนด้วยกระบวนการผู้ใช้เป็นศูนย์กลาง (Human-centric-design approach) 4) การศึกษาในพื้นที่นำร่อง (Pilot study)

2. การนำไปปฏิบัติและการขยายผล (Implementation and scaling up) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1) การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง (Evidence Review) 2) การพัฒนาขั้นตอนการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาพิมพ์เขียวการดำเนินงานการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนในระดับจังหวัด (Development of Tailored Implementation Blueprint Workshop) 3) การพัฒนากลยุทธ์การขยายผลการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนในระดับประเทศ (Development of scaling up strategies) 4) การพัฒนาเครื่องมือการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนเพื่อสนับสนุนการขยายผล (Development of intervention package)

3. การประเมินผล (Evaluation) โดยอาศัยข้อมูลทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณในการประเมินผลตามกรอบแนวคิด RE-AIM (King and Glasgow, 2010)

รายละเอียดทั้ง 3 ระยะแสดงดังภาพที่ 6 และตารางที่ 1



ภาพที่ 6 รูปแบบการวิจัยแบบหลายระยะ (Multiphase Research Design)

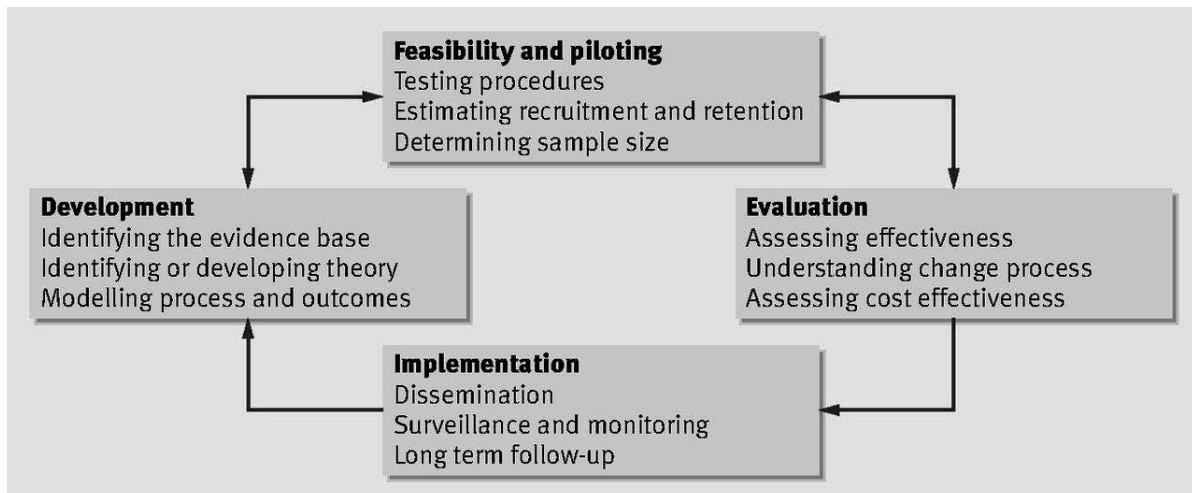
ตารางที่ 1 กรอบขั้นตอนการวิจัย

ระยะการศึกษา	วัตถุประสงค์:	กิจกรรม/ขั้นตอนการศึกษา	ผลลัพธ์
ระยะที่ 1 การพัฒนาโปรแกรมการสร้างวัคซีนจิตใจในชุมชน (Research and Development)	วัตถุประสงค์: 1. เพื่อพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตและการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในชุมชนภายใต้สถานการณ์โควิด-19 2. เพื่อประเมินประสิทธิภาพของโปรแกรม ต่อการสร้างความเข้มแข็งทางใจทั้งในระดับบุคคลและชุมชน ปัญหาสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตของประชาชนในสถานการณ์โควิด-19	กิจกรรม/ขั้นตอนการศึกษา 1) ทบทวนวรรณกรรม (Evidence Review) 2) การปรึกษารื้อกับผู้เชี่ยวชาญ (Expert consultation) 3) การพัฒนาโปรแกรมการสร้างวัคซีนจิตใจในชุมชนด้วยกระบวนการผู้ใช้เป็นศูนย์กลาง (Human-centric-design approach) 4) การศึกษาในพื้นที่นำร่อง (Pilot study)	ผลลัพธ์ โปรแกรมการสร้างวัคซีนจิตใจในชุมชนพร้อมคู่มือสำหรับผู้ให้บริการในชุมชนที่ผ่านการทดสอบประสิทธิภาพ (Effectiveness) ความสามารถในการนำไปใช้ (Feasibility) และการยอมรับจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Acceptability)
ระยะที่ 2 การนำไปปฏิบัติและการขยายผล (Implementation and scaling up)	วัตถุประสงค์: 1. เพื่อพัฒนากลยุทธ์การนำโปรแกรมไปปฏิบัติ 2. เพื่อพัฒนากลยุทธ์การขยายผลในระดับประเทศ	1) การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง (Evidence Review) 2) การพัฒนาขั้นตอนการประเมินเชิงปฏิบัติ การเพื่อพัฒนาพิชิตการดำเนินการสร้างวัคซีนจิตใจในชุมชนในระดับจังหวัด (Development of Tailored Implementation Blueprint Workshop) 3) การพัฒนากลยุทธ์การขยายผลการสร้างวัคซีนจิตใจในชุมชนในระดับประเทศ (Development of scaling up strategies) 4) การพัฒนาเครื่องมือการสร้างวัคซีนจิตใจในชุมชนเพื่อสนับสนุนการขยายผล (Development of intervention package)	1. ปัจจัยที่ส่งผลต่อการนำไปใช้ในพื้นที่ 2. คู่มือกระบวนการประเมินเชิงปฏิบัติเพื่อการพัฒนาพิชิตการดำเนินการสร้างวัคซีนจิตใจในชุมชนในระดับจังหวัด (Tailored Implementation Blueprint Workshop Guideline) 3. พิมพ์เอกสารดำเนินการสร้างวัคซีนจิตใจในชุมชน 25 จังหวัด 3. กลยุทธ์การขยายผลในระดับประเทศ (Scaling up strategies) 4. สื่อและระบบสนับสนุนการดำเนินงานขยายผลการสร้างวัคซีนจิตใจในชุมชน (Intervention Package) 5. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและผู้นำชุมชนใน 25 จังหวัด มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการสร้างวัคซีนจิตใจในชุมชน
ระยะที่ 3 การประเมินผล (Evaluation)	วัตถุประสงค์: เพื่อประเมินผลการขยายผลโปรแกรมการสร้างวัคซีนจิตใจในชุมชนใน 25 จังหวัดตามกรอบแนวคิด RE-AIM	การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ (Implementation study) - Focus groups การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ (Impact study) - Controlled before-after study two groups	ผลการประเมินการขยายผลโปรแกรมการสร้างวัคซีนจิตใจในชุมชนใน 25 จังหวัดตามกรอบแนวคิด RE-AIM

ขั้นตอนการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้ใช้กระบวนการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed-method research) เพื่อให้ครอบคลุมทุกมิติของการพัฒนาและการประเมินผลโปรแกรม รวมถึงการดำเนินงานตามหลักการของการวิจัยเพื่อการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ (Implementation Research) ซึ่งผู้วิจัยได้ขยายความให้เห็นรายละเอียดแต่ละระยะของการวิจัยอย่างชัดเจน ดังนี้

ระยะที่ 1 การพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน (Research and Development) ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้รูปแบบการศึกษา ตามกรอบแนวคิดของ The Medical Research Council (MRC) (Craig et al., 2008) (ดูภาพที่ 4)



ภาพที่ 7 กระบวนการสำคัญของการพัฒนาการแทรกแซงที่ซับซ้อน

(Key elements of the development and evaluation process of complex interventions)

โดยผู้วิจัยแตกย่อยขั้นตอน ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง (Identify the evidence base and theory basis) และศึกษารูปแบบจากพื้นที่ที่เคยดำเนินการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนในปีพ.ศ. 2563 เพื่อพัฒนาร่างโปรแกรมการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน

ในการทบทวนวรรณกรรมผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้ขั้นตอนการทบทวนอย่างเป็นระบบ 5 ขั้นตอน คือ 1) การกำหนดปัญหา 2) การรวบรวมข้อมูล 3) การประเมินคุณภาพ 4) การสังเคราะห์ผล 5) การแปลผล โดยมีรายละเอียดในแต่ละขั้นตอน ดังนี้

1. กำหนดปัญหาในการสืบค้น ผู้วิจัยกำหนดปัญหา 2 ประเด็นในการสืบค้น คือ Mental health and psychological supports และ Community resilience ในการสืบค้นผู้วิจัยใช้ฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์จาก Google scholar และใช้ Function advance search ในการค้นหาเอกสารการวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2. การรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยรวบรวมเอกสารที่เกี่ยวข้องจากการคัดกรองจากชื่อเรื่องและบทคัดย่อ จากนั้นจึงเข้าไปอ่านรายงานฉบับเต็มอย่างละเอียด เมื่อพบเอกสารที่เกี่ยวข้องก็จะเก็บไว้ในรูปแบบของไฟล์อิเล็กทรอนิกส์

3. การประเมินคุณภาพของเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยใช้ Oxford criteria จาก the Oxford Centre for Evidence-based Medicine (2009) ในการประเมินคุณภาพของงานวิจัยที่รวบรวมได้มา

4. การสังเคราะห์ผล (Data synthesis) ขั้นตอนนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำข้อมูลหลักฐานจากที่ได้ผ่านการคัดกรองและการประเมินคุณภาพมาดีแล้ว สังเคราะห์ร่วมกันเป็นข้อสรุปให้เป็นผลลัพธ์ใหม่ ซึ่งประกอบด้วย 2 ขั้นตอน คือ 1) การสกัดข้อมูล (Data extraction) โดยผู้วิจัยใช้นักวิจัย 2 คนในการสกัดข้อมูลออกมาจากงานวิจัยเพื่อเป็นการทวนสอบการสกัดข้อมูล และ 2) การสังเคราะห์ข้อมูล (Data synthesis) ผู้วิจัยใช้การสังเคราะห์ข้อมูลแบบพรรณนา (Narrative synthesis) ซึ่งเป็นการบรรยายลักษณะและผลลัพธ์โดยสรุปที่สามารถเข้าใจและมีความหมาย

5. การแปลผล (Interpretation of results) นักวิจัยพิจารณาและอภิปรายผลที่สังเคราะห์เป็นการพิจารณาที่ย้อนกลับไปถึงข้อปัญหา 2 ประเด็นในการสืบค้นที่ตั้งไว้ตั้งแต่ต้น

ซึ่งวัตถุประสงค์ที่ 2 ในขั้นตอนนี้ คือ การศึกษารูปแบบจากพื้นที่ที่เคยดำเนินการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนปี พ.ศ. 2565 เพื่อพัฒนาร่างโปรแกรมการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน โดยใช้ขั้นตอนเดียวกันกับการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวข้างต้น แต่ใช้ข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary data) คือ ผลการดำเนินงานวัคซีนใจในชุมชนปี 2563 มาทำการวิเคราะห์และสังเคราะห์ออกมาเป็นร่างโครงสร้างโปรแกรมการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน

ขั้นตอนที่ 2 การปรึกษาหารือกับผู้เชี่ยวชาญเพื่อทดสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา (Content validity) และระบุกิจกรรมสำคัญที่ใช้ในการสร้างเครื่องมือคือแบบสำรวจวัคซีนใจในชุมชน (Community mental health vaccine checklist for COVID-19) เพื่อแนะนำการดำเนินงานในชุมชนตามโครงสร้างขององค์ประกอบสำคัญของโปรแกรม ในขั้นตอนนี้แบ่งออกเป็นขั้นตอนย่อย 4 ข้อ รายละเอียด ดังนี้

1. พัฒนาร่างโปรแกรมและร่างแบบสำรวจวัคซีนใจในชุมชน ร่วมทีมนักวิจัยใช้ผลสรุปที่ได้จากกิจกรรมในขั้นตอนที่ 1 ทั้งผลสรุปจากการทบทวนวรรณกรรมและการสังเคราะห์รูปแบบการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนมาจัดทำเป็นร่างองค์ประกอบของโปรแกรมการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน ซึ่งประกอบด้วย “4 สร้าง” คือ การเสริมสร้างความรู้สึกลดตก (Safety) การเสริมสร้างความรู้สึกลดสงบ (Calm) การเสริมสร้างความหวัง (Hope) และการเสริมสร้างการเชื่อมโยง ให้โอกาส (Connectedness) ร่วมกับการใช้ 2 กลไกสำคัญในชุมชน “2 ใช้” คือ การใช้ศักยภาพและสายสัมพันธ์ในชุมชน เพื่อสร้าง 4 สร้างดังกล่าวข้างต้น เป็นหลักการโดยสรุปของโปรแกรม คือ 4 สร้าง 2 ใช้

จากนั้นทีมนักวิจัยใช้อ้างอิงประกอบดังกล่าว พร้อมทั้งหลักการและทฤษฎีที่รองรับในแต่ละองค์ประกอบ แยกย่อยออกมาเป็นกิจกรรมที่ทำได้จริงในชุมชน โดยใช้ข้อมูลจากการศึกษารูปแบบจากพื้นที่ที่เคยดำเนินงาน พัฒนาร่างแบบสำรวจวัคซีนใจในชุมชน (Community mental health vaccine checklist for COVID-19)

2. การตรวจสอบร่างโปรแกรมด้วยการจัดการประชุมอิงกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ (Connoisseurship) จัดประชุมอิงกลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่มีหลากหลายวิชาชีพของกรมสุขภาพจิต ทั้ง จิตแพทย์ นักจิตวิทยาคลินิก นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตชุมชน นักสังคมสงเคราะห์ เพื่อประเมินและร่วมกันพิจารณาตรวจสอบยืนยันความถูกต้องตามทฤษฎี เหมาะสม ความเป็นประโยชน์ และพิจารณาตรวจสอบยืนยันด้านเนื้อหาสาระ ด้านภาษา ซึ่งเน้นการพรรณนา การตีความ การประเมินค่า และการสรุปสาระสำคัญตามความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่หลากหลาย (องอาจ นัยพัฒน์, 2562) ใช้เวลาประมาณ 90 นาที เมื่อผู้วิจัยได้สรุปความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญแต่ละท่านในการประชุมนักวิจัยจึงได้นำมาวิเคราะห์และจัดทำข้อสรุปผลการยืนยันร่างโปรแกรมและร่างแบบสำรวจวัคซีนใจในชุมชน (Community mental health vaccine checklist for COVID-19)

3. การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity)

ใช้วิธีตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาด้วยดัชนีความสอดคล้อง (Index of item-Objective Congruence: IOC) เพื่อตรวจสอบความสอดคล้องกันระหว่างกิจกรรมในแบบสำรวจวัคซีนใจในชุมชนแต่ละข้อ กับจุดมุ่งหมายในแต่ละโครงสร้าง (Construct) ของโปรแกรมโดยผู้เชี่ยวชาญในสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง 3 ท่าน คือ นักวิจัยเชิงสังคมและพฤติกรรมศาสตร์ นักจิตวิทยาคลินิก และนักวิชาการสาธารณสุขผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตชุมชน นำผลการประเมินความตรงเชิงเนื้อหาของแบบสำรวจวัคซีนใจในชุมชนไปคำนวณหาค่า IOC ซึ่งมีเกณฑ์ในการแปลความหมาย คือ หากข้อใดมีค่ามากกว่า 0.50 ถือว่าในข้อนั้นผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกันในระดับที่ยอมรับได้ แสดงว่าข้อนั้นมีความตรงเชิงเนื้อหา จากการคำนวณค่า IOC พบว่า แบบสำรวจวัคซีนใจในชุมชนมีค่าอยู่ในช่วง 0.6-1.00 แสดงว่าแบบสำรวจนี้มีความเหมาะสม (ภาคผนวก ก.) ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้ปรับปรุงข้อคำถามตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญก่อนนำไปใช้จริง

4. ตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) หรือการตรวจสอบความเที่ยงของ Checklist

ตรวจสอบความเชื่อมั่นด้วยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เพื่อทดสอบว่ากิจกรรมในแต่ละข้อของแบบสำรวจวัคซีนใจในชุมชนมีความสัมพันธ์กับข้ออื่นๆ ในฉบับเดียวกันหรือไม่ โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านที่เป็นชุดเดียวกันกับผู้เชี่ยวชาญกับข้อย่อยที่ 3 ปรับปรุงข้อคำถามตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ และนำแบบสำรวจวัคซีนใจในชุมชนไปทดลองใช้กับประชาชนในพื้นที่ตำบลหนองหัวลิงในอำเภอบางพลี จังหวัดนครนายก ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 คน จากนั้นคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ พบว่าแบบสำรวจวัคซีนใจในชุมชนมีค่าเท่ากับ 0.87 สุดท้ายจัดทำเป็นแบบสำรวจฉบับสมบูรณ์สำหรับการใช้ในการวิจัยต่อไป

ขั้นตอนที่ 3 การพัฒนาโปรแกรมและคู่มือการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนด้วยกระบวนการผู้ใช้เป็นศูนย์กลาง (Human-centric-design approach: HCD)

รูปแบบการศึกษา: ขั้นตอนนี้ผู้วิจัยเลือกใช้ HCD ในการพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนและคู่มือการดำเนินงาน ซึ่ง HCD เป็นแนวทางแบบมีปฏิสัมพันธ์ (Interactive process) สำหรับแก้ปัญหาปัญหาที่ซับซ้อน แม้จะมีความคล้ายกับกรอบการวิจัยแบบมีส่วนร่วมอื่น ๆ ในการรวมข้อเสนอแนะของผู้ใช้งาน (End-users) แต่กระบวนการนี้ต่างกันตรงที่ความพยายามที่จะทำความเข้าใจในเชิงลึกถึงแรงจูงใจของพฤติกรรมของมนุษย์ และนำมาเป็นหลักในการออกแบบการแทรกแซงพฤติกรรมมนุษย์ กระบวนการ HCD จะต้องมีการเชิญ ผู้ใช้งานจริงหรือกลุ่มเป้าหมายให้เป็นส่วนหนึ่งในกระบวนการออกแบบและประเมินผล เพื่อให้เข้าใจ ตอบสนอง และเปรียบเทียบกับความต้องการของผู้ใช้งานในสภาพแวดล้อมที่มีทรัพยากรน้อยและมีความซับซ้อนของบริบทชุมชน โดยหลักการสำคัญเหล่านี้ของ HCD สามารถนำมาใช้เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการพัฒนา การแทรกแซง (Intervention) และการนำไปปฏิบัติได้ (Implementation) โดยกระบวนการ HCD ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนสำคัญ รายละเอียด ดังนี้

1. การค้นหาเพื่อสร้างความเข้าใจชุมชน (Discover: understanding the community)

ในขั้นตอนเริ่มต้นก่อนการลงไปเก็บข้อมูลในพื้นที่ที่ทีมผู้วิจัย ใช้ข้อมูลจากการศึกษารูปแบบจากพื้นที่ที่เคยดำเนินงานเพื่อระบุรูปแบบการดำเนินงานการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน ซึ่งจากการศึกษา พบว่า การดำเนินงานที่ประสบความสำเร็จจำเป็นจะต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชน นอกจากนี้ยังมีข้อมูลที่ระบุอย่างชัดเจนว่า การมีส่วนร่วมของผู้นำในชุมชนทำให้การดำเนินงานประสบความสำเร็จมากขึ้น รวมถึงข้อมูลลักษณะการดำเนินกิจกรรมในชุมชน ทีมผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลที่ได้จากขั้นตอนที่ 1 นี้มาใช้ในการออกแบบโปรแกรมในขั้นตอนถัดไป

2. การออกแบบ (Design: designing the intervention) ในขั้นตอนนี้ทีมผู้วิจัยใช้การจัดประชุมในการทบทวนและสรุปผลข้อมูลที่ได้จากขั้นตอนที่ 1 เพื่อร่างหลักการสำคัญของโปรแกรม (Core principles) โดยสรุปได้ 4 หลักการสำคัญคือ 1) โปรแกรมจะใช้หลักการของการสนับสนุนด้านสุขภาพจิตและจิตสังคม (Mental Health and Psychosocial supports) เพื่อส่งเสริม 4 ภูมิคุ้มกันทางใจ (Psychological needs) ที่มีความสำคัญในช่วงวิกฤตคือ ความรู้สึกปลอดภัย ความสงบ ความหวังและความเข้าใจให้โอกาส 2) ใช้กระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมในชุมชน (Participation) เพื่อส่งเสริมความสำเร็จและความยั่งยืนของโปรแกรม 3) ยกระดับการดำเนินงานจากระดับบุคคลไปสู่ชุมชน (Public intervention) 4) การส่งเสริมให้ผู้นำชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการเป็นผู้นำกระบวนการเพื่อช่วยแบ่งเบาภาระงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในชุมชน (Task-sharing) จากนั้นร่างโครงสร้างของโปรแกรม ขั้นตอนการดำเนินงานและคู่มือการใช้

3. การทดสอบโปรแกรม (Test: assess community acceptance and pilot study) ในขั้นตอนนี้จะเป็นการทดสอบในพื้นที่นำร่องเพื่อทดสอบความเป็นไปได้ในการนำไปใช้และการยอมรับจากผู้ใช้งานตัวจริงนั่นคือเจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพและผู้นำชุมชน รวมถึงทดสอบประสิทธิภาพของโปรแกรมในพื้นที่นำร่อง

4. การปรับปรุงโปรแกรม (Refine: intervention refinement) ในขั้นตอนนี้ทีมผู้วิจัยมีการจัดประชุมเพื่อสรุปผลการศึกษา โดยเน้นที่ผลการปรับตัวโปรแกรมและตัวคู่มือตามความคิดเห็นของผู้ใช้จากนั้นส่งให้ผู้เชี่ยวชาญยืนยันสรุปโปรแกรมและคู่มือที่สมบูรณ์เพื่อนำไปใช้ต่อไป

โดยในขั้นตอนที่ 3 การทดสอบโปรแกรม (Test: assess community acceptance and pilot study) มีข้อมูลรายละเอียด ดังนี้

พื้นที่ศึกษา: ตำบลหนองหัวลิงใน อำเภอบางพลี จังหวัดนครนายก

ตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา: เจ้าหน้าที่จากรพ.สต. 6 คน และผู้นำชุมชน 5 คน

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง: ใช้การเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling)

การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูล: ผู้วิจัยใช้เกณฑ์การคัดเลือก (Criteria sampling) กรณีผู้นำกระบวนการที่จะมาช่วยออกแบบและทดสอบโปรแกรม โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก ดังตารางที่ 2 ต่อไปนี้

ตารางที่ 2 แสดงเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างขั้นตอนที่ 3

กลุ่มตัวอย่าง	เกณฑ์คัดเข้า	เกณฑ์คัดออก
1. ผู้นำชุมชน	1. เป็นกำนัน ผู้ใหญ่บ้าน หรือผู้นำองค์การบริหารส่วนตำบลในพื้นที่ศึกษา 2. อายุ 20-59 ปี 3. ยินดีเข้าร่วมการวิจัย	1. ไม่สามารถอยู่ได้ตลอด 2 วันของการดำเนินการวิจัย 2. ไม่สามารถให้ข้อมูลได้เนื่องจากอาการของโรคประจำตัวหรือการเจ็บป่วย
2. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	1. เป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 2. อายุ 20-59 ปี 3. ยินดีเข้าร่วมการวิจัย	1. ที่กระทบต่อการสื่อสาร

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย: เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาระยะนี้ ได้แก่ ตัวผู้วิจัย และ เครื่องบันทึกเสียง รวมถึงเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น รายละเอียด ดังนี้

1. แบบสอบถามความคิดเห็น ซึ่งประกอบไปด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับความคิดเห็นเกี่ยวกับโปรแกรมการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน เพื่อตรวจสอบยืนยันความเป็นไปได้ ความเป็นประโยชน์ ความเหมาะสมและความถูกต้องครอบคลุมของโปรแกรมและข้อคำถามเกี่ยวกับคู่มือโปรแกรมการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน เพื่อตรวจสอบยืนยันด้านเนื้อหาสาระ ด้านภาษา ด้านรูปแบบและประโยชน์ในการนำไปใช้

แบบสอบถามความคิดเห็นนี้มีลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating Scale) โดยมีข้อคำถามเกี่ยวกับความคิดเห็นเกี่ยวกับโปรแกรมการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน 11 ข้อและข้อคำถามเกี่ยวกับคู่มือโปรแกรมการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน 4 ข้อ มีเกณฑ์พิจารณาระดับความคิดเห็นด้านต่าง ๆ 5 ระดับ คือ

- 5 หมายถึง มีความคิดเห็นระดับมากที่สุด
- 4 หมายถึง มีความคิดเห็นระดับมาก
- 3 หมายถึง มีความคิดเห็นระดับปานกลาง
- 2 หมายถึง มีความคิดเห็นระดับน้อย
- 1 หมายถึง มีความคิดเห็นระดับน้อยที่สุด

มีเกณฑ์การแปลความหมายค่าเฉลี่ยโดยใช้เกณฑ์จุดกึ่งกลาง (บุญชม ศรีสะอาด, 2553) ดังนี้

- ค่าเฉลี่ย 4.51 – 5.00 หมายถึง มีความคิดเห็นระดับมากที่สุด
- ค่าเฉลี่ย 3.51 – 4.50 หมายถึง มีความคิดเห็นระดับมาก
- ค่าเฉลี่ย 2.51 – 3.50 หมายถึง มีความคิดเห็นระดับปานกลาง
- ค่าเฉลี่ย 1.51 – 2.50 หมายถึง มีความคิดเห็นระดับน้อย
- ค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.50 หมายถึง มีความคิดเห็นระดับน้อยที่สุด

2. แบบสังเกตพฤติกรรม ของผู้นำกระบวนการในระหว่างการจัดกิจกรรมการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน โดยแบบสังเกตนี้ใช้เป็นเครื่องมือและเป็นเกณฑ์ในการประเมินการเป็นผู้นำกระบวนการของผู้เข้าร่วมการวิจัยในกิจกรรมที่ 2 ฝึกปฏิบัติ (Practice) (ดูรายละเอียดในวิธีการเก็บข้อมูล)

แบบสังเกตนี้มีลักษณะคำถามผู้สังเกตแบบมาตราประมาณค่า 3 ระดับ แบ่งการสังเกตตามโครงสร้างโปรแกรมการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน 7 ประเด็นหลัก คือ 1) การเตรียมตัวก่อนการจัดกิจกรรม 2) การจัดกิจกรรมละลายพฤติกรรม 3) ความสามารถในการจัดกิจกรรมและถ่ายทอดความรู้ เรื่องหลักสำคัญของวัคซีนใจในชุมชน ได้แก่ ความหมาย กรอบแนวคิด และตัวอย่างกิจกรรม 4) การทบทวนชุมชน :สามารถจัดกิจกรรมเพื่อให้ชุมชนมีการทบทวนชุมชนของตนเองได้ 5) การสร้างแผนชุมชน :สามารถจัดกิจกรรมเพื่อให้ชุมชนสร้างแผนของชุมชนได้ 6) การติดตามและประเมินผล และ 7) การสรุปบทเรียนจากแผนการสร้างวัคซีนใจในชุมชน โดยในแต่ละข้อจะมีข้อประเมินย่อยรวมทั้งสิ้น 11 ข้อ มีเกณฑ์การพิจารณารวมถึงมิติของการประเมินดังนี้

เกณฑ์การให้คะแนน

ดี	ให้	3	คะแนน
พอใช้	ให้	2	คะแนน
ปรับปรุง	ให้	1	คะแนน

ตารางที่ 3 มิติของการประเมิน

Dimensions	3 คะแนน	2 คะแนน	1 คะแนน
1. การบริหารเวลา	ตรงตามเวลาที่กำหนด	ไม่ตรงตามเวลาที่กำหนด แต่ไม่กระทบต่อกิจกรรมอื่นๆ มากเกินไป	ไม่ตรงเวลาจนกระทบต่อการจัดกิจกรรมอื่นๆ
2. วัตถุประสงค์ของการจัดกิจกรรม	บรรลุวัตถุประสงค์ของการจัดกิจกรรมอย่างครบถ้วนสมบูรณ์	บรรลุวัตถุประสงค์เป็นส่วนใหญ่	วัตถุประสงค์หลักของการจัดกิจกรรมยังไม่บรรลุผล
3. ความมั่นใจในการจัดกิจกรรม	กล้าพูด บรรยายหรืออธิบายได้อย่าง กระฉับกระเฉง ว่องไว และคล่องตัว ในระดับดี โดย ไม่มีท่าทีประหม่า รีร่า หรือเขินอาย	มีการติดขัดตอนบรรยาย หรืออธิบายบ้าง และยัง สังเกตเห็นถึงความเขินอาย หรือความไม่มั่นใจบ้างใน บางช่วง โดยภาพรวมถือว่า มีความกระฉับกระเฉง ว่องไว และคล่องตัว ในระดับปานกลาง	มีการพูดติดขัดตอน บรรยายหรืออธิบาย รวมถึงแสดงให้เห็นว่า มีความไม่มั่นใจ และ ไม่คล่องตัวตลอด การจัดกิจกรรม

3. แนวคำถามการสนทนากลุ่ม แนวคำถามการสนทนากลุ่มแบบมีโครงสร้างเป็นเครื่องมือหลักของการศึกษาในขั้นตอนนี้ ผู้วิจัยสร้างขึ้นให้มีลักษณะเป็นประเด็นข้อคำถามปลายเปิดแบบกึ่งโครงสร้าง ที่ให้โอกาสผู้ให้ข้อมูลสามารถให้ข้อมูลและอธิบายเหตุผลได้อย่างอิสระตามความเป็นจริง จากนั้นนำไปตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือด้านความสะท้อนคำถามวิจัย จากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ทำการปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญก่อนจัดทำเป็นแนวคำถามการสนทนากลุ่มต่อไป

ข้อคำถามสนทนากลุ่มแบ่งออกเป็น 3 ประเด็น ดังนี้

1. ประโยชน์ที่ได้รับจากโปรแกรมการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนทั้งด้าน การพัฒนาศักยภาพตนเอง และการพัฒนาชุมชน
2. สิ่งที่ต้องพัฒนาหรือปรับปรุงให้ดีขึ้นในแต่ละกิจกรรมของโปรแกรม
3. ปัญหาอุปสรรคของการใช้คู่มือ/สิ่งที่ควรพัฒนาหรือปรับปรุงให้ดีขึ้น

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยในขั้นตอนนี้มีการจัดกิจกรรมทั้งสิ้น 2 วัน โดยแบ่งกิจกรรมออกเป็น 3 กิจกรรมหลัก ๆ ตาม ทฤษฎีการสร้างการมีส่วนร่วมและการเรียนรู้ คือ กิจกรรมที่ 1: สังเกต (Observe) ผู้วิจัยจะฝึกรอบมโปรแกรม การเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนแก่ผู้เข้าร่วมวิจัย โดยมีวัตถุประสงค์ให้ผู้เข้าร่วมวิจัยมีความรู้ ความเข้าใจในตัว โปรแกรมและร่วมสังเกตทักษะการเป็นผู้นำกระบวนการของผู้วิจัย ใช้เวลา 6 ชั่วโมงในการเรียนรู้และอีก 1 ชั่วโมงในการวางแผนกิจกรรมที่ 2 ในส่วนของกิจกรรมที่ 2: ฝึกปฏิบัติ (Practice) ในกิจกรรมนี้ผู้เข้าร่วมวิจัยจะต้องฝึกการ เป็นผู้นำกระบวนการตามที่ได้เรียนรู้ไปในกิจกรรมที่ 1 โดยจะมีนักวิจัย 3 คนสังเกตและประเมินผลการเป็นผู้นำ กระบวนการของผู้เข้าร่วมวิจัย โดยจะใช้เวลา 6 ชั่วโมงเช่นเดียวกันในการดำเนินกิจกรรมนี้ ภายหลังการดำเนิน กิจกรรมในวันที่ 2 จึงเริ่มกิจกรรมในขั้นตอนที่ 3 คือ สะท้อน (Reflect) ซึ่งใช้ 2 รูปแบบในการสะท้อนผลการเรียนรู้

และความคิดเห็นของผู้เข้าร่วมการวิจัย คือการใช้แบบสอบถามและการสนทนากลุ่ม โดยผู้วิจัยแจกแบบสอบถาม และให้ผู้เข้าร่วมวิจัยตอบแบบสอบถามในระยะเวลา 30 นาที จากนั้นจะเป็นการเริ่มกระบวนการสนทนากลุ่ม 3 ขั้นตอน ดังนี้

1. ก่อนเริ่มต้นการสนทนากลุ่ม

ก่อนเริ่มต้นการสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยฝึกอบรมผู้ช่วยเก็บข้อมูลให้เข้าใจถึงขอบเขตขั้นตอน รวมถึงประเด็นของการสนทนากลุ่ม การกำหนดรหัสผู้ให้ข้อมูล การจดบันทึก และการสังเกตการสนทนากลุ่ม พร้อมฝึกทักษะดังกล่าวแก่ผู้ช่วยรวบรวมข้อมูลก่อนการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม

2. การเริ่มต้นสนทนากลุ่ม

2.1 ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพ เป็นการสร้างความสัมพันธ์ในแนวราบบนพื้นฐานการเท่าเทียมกันของทุกคนในกลุ่ม โดยเริ่มตั้งแต่สมาชิกทยอยเข้ามาในห้อง ผู้วิจัยให้การต้อนรับอย่างเป็นกันเอง ก่อนการเริ่มการสนทนาอาจมีกิจกรรมละลายพฤติกรรมตามความเหมาะสมของวัฒนธรรมของกลุ่มเพื่อให้เกิดความคุ้นเคยกัน

2.2 เขียนรหัสประจำตัวลงป้ายชื่อของแต่ละคนเพื่อเรียกกันในกลุ่มสนทนา

2.3 อธิบายวัตถุประสงค์ กระบวนการและเวลาที่จะใช้ประมาณ 90 นาที การรักษาความลับของข้อมูล สิทธิของผู้ร่วมสนทนา

2.4 ตั้งกติากลุ่มร่วมกัน เช่น พูดทีละคน ไม่ขัดจังหวะ ทุกคนมีสิทธิแสดงความคิดเห็นแม้จะแตกต่างจากคนอื่น ไม่มีการตัดสินว่าใครผิด ใครถูก

2.5 ขออนุญาตใช้เครื่องบันทึกเสียง

3. การดำเนินการสนทนากลุ่ม

ผู้วิจัยดำเนินการสนทนาโดยใช้คำถามที่ละคำถามและภาษากาย แสดงความไม่รู้และกระตุ้นให้สมาชิกสนทนากันเอง สร้างบรรยากาศเร้าให้อยากแสดงความคิดเห็น

4. การยุติการสนทนา

ขอให้สมาชิกแต่ละคนสรุปสิ่งที่ตนเองแสดงความคิดเห็นและเพิ่มเติมข้อมูล ปิดเครื่องบันทึกการสนทนาและกล่าวขอบคุณสมาชิกทุกคน

การวิเคราะห์ผลและการตรวจสอบคุณภาพของข้อมูล

ข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามใช้สถิติเชิงพรรณนา เช่น จำนวน ร้อยละ ในการสรุปผลการศึกษา ส่วนข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยใช้วิธีการวิเคราะห์เชิงประเด็น (Thematic Analysis) ซึ่งมีขั้นตอน ดังนี้

1. การสร้างความคุ้นเคยกับข้อมูล (Becoming familiar with data) ดำเนินการถอดเทปบันทึกเสียง การสัมภาษณ์แบบคำต่อคำ (Verbatim) คงคำพูดทุกอย่างจากการสัมภาษณ์ แม้แต่คำพูดที่มาจากความรู้สึก และตรวจสอบการสะกดคำของข้อความที่ได้มาจากการถอดเทป

2. การสร้างรหัสข้อมูล (Generating Initial Code) สร้างรหัสข้อมูลเพื่อแสดงลักษณะของข้อมูลและมีการจัดกลุ่มคำของข้อมูลให้เป็นหมวดหมู่

3. สร้างประเด็น (Search for Theme) เป็นขั้นตอนของการเริ่มวิเคราะห์รหัสข้อมูลและพิจารณารหัสที่เหมือนกันไว้ด้วยกัน โดยจัดเป็นหมวดหมู่ เชื่อมโยงหมวดหมู่หรือรหัสด้วยลูกศรหมวดหมู่ที่ได้จัดไว้เป็นกลุ่ม คือประเด็นซึ่งขั้นตอนนี้อาจเป็นการแสดงความสอดคล้องกันของแต่ละประเด็นด้วยการทำแผนภูมิภาพ (Mind-maps)

4. ทบทวนประเด็น (Reviewing Themes) เป็นขั้นตอนของการกลั่นกรองประเด็น เป็นการตรวจสอบว่ามีประเด็นใดบ้างที่ซ้ำซ้อนกัน สามารถรวมประเด็นเข้าเป็นประเด็นเดียวกันได้หรือไม่ หรือควรแตกเป็นประเด็นใหม่ ทั้งนี้ประเด็นที่ได้ต้องอยู่ภายใต้ข้อมูลที่รวบรวมมาได้เท่านั้น

5. กำหนดประเด็นที่ชัดเจนและตั้งชื่อประเด็น (Defining and Naming Themes) เป็นขั้นตอนที่ประเด็นต่างๆ ถูกกลั่นกรอง ตรวจสอบและจัดหมวดหมู่ มีการเชื่อมโยงความสัมพันธ์ของประเด็นหลักและประเด็นย่อย (Sub-Themes) ไว้อย่างชัดเจน เพื่อแสดงให้เห็นถึงความสอดคล้องกันของเรื่องราวทั้งหมด

6. จัดทำรายงาน (Producing report) เป็นการเขียนรายงานการวิเคราะห์เชิงประเด็น สร้างข้อสรุปทั้งหมดทำให้เข้าใจภาพรวมของเรื่องราวอย่างครอบคลุม (สุภาภรณ์ สุตหนองบัว, 2560)

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลที่ใช้วิธีวิจัยเชิงคุณภาพ

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้เกณฑ์การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของงานวิจัยคุณภาพของ Guba&Lincon (1988) และสุภาภรณ์ จันทรวาณิช (2555) มาใช้ในการตรวจสอบในประเด็นต่อไปนี้

1. ความน่าเชื่อถือ (Credibility) หมายถึง ความสอดคล้องของข้อมูลและการตีความของผู้วิจัยกับความเป็นจริงของผู้ให้ข้อมูลและนักวิจัย ซึ่งนักวิจัยดำเนินการตรวจสอบแบบสามเส้า (Triangulation) ใช้แนวทางการตรวจสอบสามเส้าด้านข้อมูล (Data Triangulation) เน้นการตรวจสอบข้อมูลที่ได้มาจากแหล่งต่าง ๆ ว่ามีความเหมือนกันหรือไม่ ทั้งในส่วนของ การตรวจสอบโดยการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ การเก็บรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์ การเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม การเก็บข้อมูลโดยใช้การสนทนากลุ่ม ซึ่งหากทุกแหล่งข้อมูลพบว่าได้ข้อค้นพบตรงกัน แสดงว่าข้อมูลนั้นมีความถูกต้อง หรืออีกวิธีหนึ่งคือ การตรวจสอบแหล่งเวลา แหล่งสถานที่ และแหล่งบุคคล โดยถ้าแหล่งต่างกันจะทำให้ได้ข้อมูลต่างกันหรือไม่

2. การยืนยันผล (Confirmability) หมายถึง ความสามารถในการยืนยันผลอันเกิดจากข้อมูล ซึ่งผู้วิจัยใช้วิธีการสะท้อนความคิด (Reflection) ในทุกขั้นตอนของการวิจัยโดยอาจสะท้อนคิดร่วมกับทีมวิจัย เพื่อให้การมองปัญหาของผู้วิจัยมีความชัดเจน และกรณีที่เป็น การสนทนากลุ่มใช้วิธีการสะท้อนคิดการตีความข้อมูลด้วยการให้ผู้ให้ข้อมูลยืนยันและตรวจสอบ ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยมีการบันทึกเสียงตลอดระยะเวลาในการสัมภาษณ์ และการสนทนากลุ่ม และในขั้นตอนของการสรุปข้อมูลผู้วิจัยเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้เพิ่มเติมปรับแก้ไขบางประเด็นที่ผู้วิจัยอาจเข้าใจคลาดเคลื่อนเพื่อเป็นการยืนยันความถูกต้องของข้อมูล นำมาถอดเทปแบบคำต่อคำ โดยใช้คำพูดของผู้ให้ข้อมูล ระบุรหัสของผู้ให้ข้อมูลประกอบในผลการศึกษา

ขั้นตอนที่ 4 การศึกษาในพื้นที่นำร่อง (Pilot study)

การศึกษาในระยะนี้ใช้รูปแบบการศึกษา Controlled-before-after study design 2 กลุ่มเพื่อทดสอบประสิทธิภาพของโปรแกรมในพื้นที่บริบทจริง โดยดูทั้งผลใช้เชิงของผลลัพธ์ต่อความเข้มแข็งทางใจในชุมชน ความยืดหยุ่นของชุมชน ปัญหาสุขภาพจิต และปัญหาการฆ่าตัวตาย (Impact study) ผลลัพธ์ในเชิงของรวมไปถึงผลลัพธ์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องที่อาจเกิดทั้งทางบวกและทางลบ นอกจากนี้ยังใช้พื้นที่ 4 จังหวัดนี้ในการทดสอบกระบวนการวิจัยที่จะใช้ในการขยายผลต่อไปในอนาคต หากผลการศึกษาในพื้นที่นำร่องแสดงถึงประสิทธิภาพของโปรแกรม

พื้นที่ศึกษา

ผู้วิจัยใช้วิธีการคัดเลือกจังหวัดอย่างเจาะจงนั้นคือ จังหวัดลำพูน จังหวัดนครสวรรค์ จังหวัดกาฬสินธุ์ และจังหวัดนครศรีธรรมราช เนื่องจากเป็นจังหวัดที่ได้รับคัดเลือกจากแผนงานโครงการใหญ่ของการดำเนินงานวิจัยป้องกันปัญหาฆ่าตัวตายของกรมสุขภาพจิต โดยทั้ง 4 จังหวัดมีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงของประเทศไทย โดยในปี.ศ. 2563 จังหวัดลำพูนมีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จในภาพรวมของจังหวัด 9.23 ต่อแสนประชากร จังหวัดกาฬสินธุ์มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จในภาพรวมของจังหวัด 7.15 ต่อแสนประชากร จังหวัดนครสวรรค์มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จในภาพรวมของจังหวัด 7.82 ต่อแสนประชากร และจังหวัดนครศรีธรรมราชมีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จในภาพรวมของจังหวัด 9.08 ต่อแสนประชากร (ฐานข้อมูล รง 506 กรมสุขภาพจิต)

พื้นที่ตัวอย่าง

Impact study: ในการคัดเลือกพื้นที่ตัวอย่างที่มีผู้วิจัยใช้การสุ่มตัวอย่างแบบกลุ่ม (Cluster sampling) ในชุมชนที่มีการดำเนินงานวัคซีนใจในชุมชน (ระดับตำบล) แต่ละจังหวัด โดยสุ่มจังหวัดละ 1 ชุมชนเป็นชุมชน Intervention group และเลือกเก็บชุมชนที่มีความใกล้เคียงกันทั้งขนาดประชากรและบริบทปัญหาแต่ไม่ได้มีการดำเนินงานวัคซีนใจในชุมชนเป็นกลุ่ม Control group

ตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา

Impact study: ประชาชนทั่วไปในชุมชนที่ทำการสุ่ม จำนวนทั้งสิ้น 240 คน รายละเอียดดังนี้

Intervention group: ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบกลุ่ม (Cluster sampling) โดยสุ่มตำบลในแต่ละจังหวัด มา 1 ตำบล เก็บข้อมูลประชาชนในชุมชนที่เข้าร่วมโครงการแบบเจาะจง (Purposive sampling) จำนวนจังหวัดละ 30 คน ก่อนและหลังโครงการห่างกัน 3 เดือน

Control group: ชุมชนที่มีความใกล้เคียงกันทั้งขนาดประชากรและบริบทปัญหาแต่ไม่ได้มีการดำเนินงานวัคซีนใจในชุมชนเป็นกลุ่ม Control group เลือกเก็บข้อมูลแบบเจาะจง (Purposive sampling) ในชุมชนที่ไม่ได้มีการดำเนินงานเสริมสร้างวัคซีนใจ จำนวนจังหวัดละ 30 คน ก่อนและหลังโครงการ ทั้ง 2 กลุ่มใช้เกณฑ์ดังนี้

ตารางที่ 4 แสดงเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างขั้นตอนที่ 4 การศึกษาในพื้นที่นำร่อง (Pilot study)

เกณฑ์คัดเข้า	เกณฑ์คัดออก
Intervention group 1. มีที่พักและอาศัยอยู่ในชุมชนที่เข้าร่วมโครงการ 2. เป็นผู้ที่ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์โควิด -19 โดยตรง เช่น เคยติดเชื้อ เคยถูกกักตัว (ทั้ง SQ HQ และ LQ) ครอบครัวหรือคนใกล้ชิดติดเชื้อ หรือเป็นผู้ที่ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์โควิด -19 โดยอ้อม เช่น ธุรกิจประสบปัญหา ตกงาน รายได้ลดลง เป็นต้น 3. ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช 4. สามารถอ่านและสื่อสารภาษาไทยได้ดี 5. ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย	1. ไม่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย 2. มีการย้ายถิ่นฐานระหว่างการดำเนินการวิจัย 3. ไม่สามารถให้ข้อมูลได้เนื่องจากอาการของโรคประจำตัวหรือการเจ็บป่วยที่กระทบต่อการสื่อสาร
Control group 1. มีที่พักและอาศัยอยู่ในชุมชนที่ไม่มีการดำเนินงานเสริมสร้างวัคซีนใจ 2. เป็นผู้ที่ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์โควิด -19 โดยตรง เช่น เคยติดเชื้อ เคยถูกกักตัว (ทั้ง SQ HQ และ LQ) ครอบครัวหรือคนใกล้ชิดติดเชื้อ หรือเป็นผู้ที่ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์โควิด -19 โดยอ้อม เช่น ธุรกิจประสบปัญหา ตกงาน รายได้ลดลง เป็นต้น 3. ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช 4. สามารถอ่านและสื่อสารภาษาไทยได้ดี 5. ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย	

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

Impact study: เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาระยะนี้ ได้แก่ ตัวผู้วิจัย แบบสำรวจวัดชื่นใจในชุมชน แบบสอบถามพลังสุขภาพจิต (RQ) แบบประเมินสุขภาพจิตของกรมสุขภาพจิต แบบประเมินคุณภาพชีวิต (WHOQOL - BREF - THAI) และแบบประเมินความยืดหยุ่นของชุมชนซึ่งเป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยแปลและนำมาหาคุณภาพของเครื่องมือก่อนนำมาใช้ รายละเอียด ดังนี้

1. แบบสำรวจวัดชื่นใจในระดับชุมชน สำหรับผู้นำชุมชน อสม. และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยผู้นำชุมชนในที่นี้ หมายถึง กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน หรือ อบต.แบบสำรวจนี้ถูกออกแบบมาเพื่อให้ผู้นำชุมชน (กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน อบต.) อสม. หรือเจ้าหน้าที่ รพ.สต.ใช้ในการสำรวจตนเอง เพื่อจัดกิจกรรมเสริมสร้างวัดชื่นใจให้ครบทั้ง 4 ด้าน จากการวิเคราะห์ผลการดำเนินงานที่ผ่านมาและความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่ของศูนย์สุขภาพจิตที่นำวัดชื่นใจไปดำเนินงานในพื้นที่จริง พบว่าผู้นำชุมชน นั่นก็คือ ผู้ใหญ่บ้าน กำนัน อบต. จะมีบทบาทสำคัญในการเสริมสร้างวัดชื่นใจในชุมชน และเป็นผู้ที่มีส่วนร่วมรู้เห็นการจัดกิจกรรมและการประเมินผลในชุมชน จึงเป็นบุคคลที่ผู้วิจัยเลือกให้เป็นผู้ตอบแบบสอบถามนี้ร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และอสม. เพื่อเป็นการตรวจสอบสามเส้าด้านข้อมูล (Data Triangulation) คือ การพิสูจน์ว่าข้อมูลผู้ศึกษาที่วิจัยได้มานั้น ถูกต้องหรือไม่ นอกจากนี้ยังมีการเก็บข้อมูลโดยการลงชุมชนเพื่อสังเกตชุมชนโดยทีมนักวิจัยอีกด้วย โดยการตัดสินระดับของวัดชื่นใจในชุมชน 3 ระดับเป็นการออกแบบเพื่อให้คนในชุมชนสามารถเข้าใจสถานะของชุมชนได้ง่ายขึ้น แต่การแปลผลข้อมูลในการวิจัยนี้จะใช้คะแนนจริงมาวิเคราะห์

แบบสอบถามวัดชื่นใจในชุมชนมีลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating Scale) โดยมีข้อคำถามเกี่ยวกับความคิดเห็นเกี่ยวกับกิจกรรมการเสริมสร้างวัดชื่นใจในชุมชน 29 ข้อ มีเกณฑ์พิจารณาระดับความคิดเห็นด้านต่าง ๆ 3 ระดับคือ

2 หมายถึง ดำเนินงานสมบูรณ์แล้ว

1 หมายถึง ดำเนินงานแล้วแต่ยังมีบางส่วนต้องพัฒนา

0 หมายถึง ยังไม่มีการดำเนินงาน

มีเกณฑ์การแปลความหมายโดยใช้เกณฑ์คะแนนคิดจากร้อยละสูงเพื่อกระตุ้นให้เกิดการดำเนินงานมากขึ้นในชุมชน รายละเอียด ดังนี้

คะแนนเต็ม 58 คะแนน

52-58 คะแนน ชุมชนมีวัดชื่นใจในระดับสูง (A)

51-46 คะแนน ชุมชนมีวัดชื่นใจในระดับปานกลาง (B)

0-45 คะแนน ชุมชนของคุณไม่มีวัดชื่นใจในระดับต่ำ (C)

2. แบบประเมินสุขภาพจิต โดยผู้วิจัยจะใช้แบบประเมินของกรมสุขภาพจิตในการประเมินภาวะสุขภาพจิตของประชาชนใน 3 ด้านด้วยกันคือ ความเครียด ความเสี่ยงซึมเศร้า และความเสี่ยงฆ่าตัวตาย โดยมีรายละเอียดของแต่ละแบบประเมิน ดังนี้

2.1 แบบประเมินความเครียด (ST-5) ใช้แบบประเมินความเครียด (ST-5) ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 5 ข้อ เป็นแบบประเมินตนเองด้านความเครียด

แบบสอบถามประเมินความเครียดนี้มีลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating Scale) โดยมีข้อคำถามเกี่ยวกับความคิดเห็นเกี่ยวกับอาการหรือความรู้สึกที่เกิดในระยะ 2-4 สัปดาห์ มีเกณฑ์พิจารณาระดับความคิดเห็นด้านต่าง ๆ 4 ระดับคือ

คะแนน 0	หมายถึง แทบไม่มี
คะแนน 1	หมายถึง เป็นบางครั้ง
คะแนน 2	หมายถึง บ่อยครั้ง
คะแนน 3	หมายถึง เป็นประจำ

มีเกณฑ์การแปลความหมาย ดังนี้

คะแนน 0-4	หมายถึง เครียดน้อย
คะแนน 5-7	หมายถึง เครียดปานกลาง
คะแนน 8-9	หมายถึง เครียดมาก
คะแนน 10-15	หมายถึง เครียดมากที่สุด

2.2 แบบประเมินความเสี่ยงซึมเศร้า (2Q) แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) พัฒนาโดย สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล และคณะ เป็นแบบคัดกรองค้นหา ผู้ที่มีแนวโน้มหรือเสี่ยงต่อการป่วยด้วยโรคซึมเศร้า ใช้สัมภาษณ์เพื่อประเมินภาวะซึมเศร้าใน 2 สัปดาห์โดยคำตอบมี 2 แบบคือ มีและไม่มีถ้าคำตอบมีในข้อใดข้อหนึ่งหรือทั้ง 2 ข้อ หมายถึง เป็นผู้มีความเสี่ยงหรือมีแนวโน้มที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าจึงจำเป็นต้องประเมินอีกครั้งด้วยแบบประเมินที่มีความจำเพาะสูงแบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) ถ้าตอบคำถามข้อใดข้อหนึ่งว่า “ใช่” จะมีค่าความไว (Sensitivity) 96.5% และมีค่าความจำเพาะ (Specificity) 44.6% ความน่าจะเป็นโรคซึมเศร้า (Positive Likelihood Ratio) เท่ากับ 1.74 เท่า แต่ถ้าใช้ทั้งสองข้อ จะเพิ่มความจำเพาะสูงถึง 85.1% ความน่าจะเป็นโรคซึมเศร้า (Positive Likelihood Ratio) เท่ากับ 4.82 เท่า

การแปลผล

- ✓ ถ้าตอบ ไม่มี ทั้ง 2 คำถาม ถือว่า ปกติ ไม่เป็นโรคซึมเศร้า
- ✓ ถ้าตอบ มี ข้อใดข้อหนึ่งหรือทั้ง 2 ข้อ (มีอาการใดๆ ในคำถามที่ 1 และ 2) หมายถึง “เป็นผู้มีความเสี่ยง” หรือ “มีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้า” ให้ประเมินต่อด้วยแบบประเมินโรคซึมเศร้า 9Q

2.3 แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า (9Q) แบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) พัฒนาโดย ธรณินทร์ กองสุขและคณะ เป็นเครื่องมือประเมินและจำแนกความรุนแรงของโรคซึมเศร้า 9 ข้อแบ่งการประเมินเป็น 4 ระดับ คือไม่มีเลย (0 คะแนน) เป็นบางวัน 1 - 7 วัน (1 คะแนน) เป็นบ่อย > 7 วัน (2 คะแนน) และเป็นทุกวัน (3 คะแนน) มีคะแนนรวมระหว่าง 0 - 27 คะแนน แบ่งระดับความรุนแรงเป็น 4 ระดับ คือ ระดับปกติหรือมีอาการน้อยมาก (< 7 คะแนน) ระดับน้อย (7-12 คะแนน) ระดับปานกลาง (13-18 คะแนน) และระดับรุนแรง (≥ 19 คะแนน) มีค่าความไว (Sensitivity) 75.68% และความจำเพาะ (Specificity) 93.37% เมื่อเทียบกับการวินิจฉัย โรค MDD (Major Depressive Disorder) ค่าความน่าจะเป็นโรคซึมเศร้าเท่ากับ 11.41 เท่า มีความแม่นยำตรงในการวัดการเปลี่ยนแปลงของโรคซึมเศร้าอยู่ในเกณฑ์ค่อนข้างสูง ใช้เวลาน้อยเหมาะสำหรับประเมินอาการของโรคซึมเศร้าแบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) เมื่อเทียบกับแบบประเมิน Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD-17) มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ 0.719 ($P\text{-value} < 0.001$) มีค่าความไว 85% ความจำเพาะ 72% และค่า Likelihood Ratio 3.0410

คะแนนรวม	การแปลผล
<7	ไม่มีอาการของโรคซึมเศร้าหรือมีอาการของโรคซึมเศร้าระดับน้อยมาก
7-12	มีอาการของโรคซึมเศร้า ระดับน้อย
13-18	มีอาการของโรคซึมเศร้า ระดับปานกลาง
≥ 19	มีอาการของโรคซึมเศร้า ระดับรุนแรง

2.4 แบบประเมินความเสี่ยงฆ่าตัวตาย (8Q) ในปัจจุบันแบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q) โดยประเมินเฉพาะผู้ที่ผ่านการประเมินโรคซึมเศร้า 9Q แล้วได้ค่าคะแนนตั้งแต่ 7 คะแนนขึ้นไปโดยแบบประเมินทั้งหมดเป็นแบบประเมินมาตรฐานการดูแลและเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าระดับจังหวัดของกรมสุขภาพจิตกระทรวงสาธารณสุข

คะแนนรวม	การแปลผล
0	ไม่มีแนวโน้มฆ่าตัวตายในปัจจุบัน
1-8	มีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายในปัจจุบัน ระดับน้อย
9-16	มีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายในปัจจุบัน ระดับปานกลาง
≥ 17	มีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายในปัจจุบัน ระดับรุนแรง

3. แบบสอบถามพลังสุขภาพจิต (RQ) แบบสอบถามพลังสุขภาพจิตที่ใช้ในการศึกษานี้ คือ แบบวัดพลังสุขภาพจิตของกรมสุขภาพจิต โดยผ่านการตรวจสอบคุณภาพด้านความตรงตามเนื้อหา (Content validity) และมีค่าความเชื่อมั่นครอนบาค (Cronbach's alpha reliability coefficient) 0.749 ใช้ประเมินความสามารถของบุคคล 3 ด้าน คือ ด้านความมั่นคงทางอารมณ์ ด้านกำลังใจ และด้านการจัดการกับปัญหา ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ

การให้คะแนนมีรายละเอียด ดังนี้

ข้อคำถามกลุ่มที่ 1 ได้แก่ข้อที่ 2, 3, 4, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 17, 18, 19, 20

แต่ละข้อให้คะแนน ดังนี้

ไม่จริง	1 คะแนน
จริงบางครั้ง	2 คะแนน
ค่อนข้างจริง	3 คะแนน
จริงมาก	4 คะแนน

ข้อคำถามกลุ่มที่ 2 ได้แก่ 1, 5, 14, 15, 16 แต่ละข้อให้คะแนน ดังนี้

ไม่จริง	4 คะแนน
จริงบางครั้ง	3 คะแนน
ค่อนข้างจริง	2 คะแนน
จริงมาก	1 คะแนน

การแปลผล

องค์ประกอบของพลังสุขภาพจิต	ค่าคะแนน		
	ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ	เกณฑ์ปกติ	สูงกว่าเกณฑ์ปกติ
1. ด้านความมั่นคงทางอารมณ์ (ข้อ 1-10)	น้อยกว่า 27	27-34	มากกว่า 34
2. ด้านกำลังใจ (ข้อ 11-15)	น้อยกว่า 14	14-19	มากกว่า 19
3. ด้านการจัดการกับปัญหา (ข้อ 16-20)	น้อยกว่า 13	13-18	มากกว่า 18
รวมทุกด้าน (80 คะแนน)	น้อยกว่า 55	55-69	มากกว่า 69

4. แบบวัดความยืดหยุ่นของชุมชน (Transcultural-Community Resilience Scale: T-CRS)

แบบประเมินนี้มาตราส่วนความยืดหยุ่นของชุมชนแบบข้ามวัฒนธรรม (T-CRS) ประกอบด้วย 28 ข้อ มีองค์ประกอบความยืดหยุ่น 6 ด้าน ได้แก่ 1. Community support 2. Community competence 3. Community coping strategies 4. Community trust and faith 5. Community strengths 6. Community bonds, roots, and commitments) ใช้มาตราส่วน Likert ตั้งแต่ 1 (ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง) ถึง 5 (เห็นด้วยอย่างยิ่ง) ค่าความเชื่อมั่น Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.96 ค่าความเที่ยงตรง เท่ากับ 0.96

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์

1. **ข้อมูลเชิงคุณภาพ** ประกอบด้วย ข้อมูลที่ได้จากการสังเกต สัมภาษณ์และการสนทนากลุ่ม (Focus group) ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) โดยการจำแนกจัดหมวดหมู่และหาความสัมพันธ์ของข้อมูล

2. **ข้อมูลเชิงปริมาณ** จากแบบประเมินสุขภาพจิต แบบสำรวจทัศนคติในชุมชน แบบสอบถามพลังสุขภาพจิต (RQ) แบบวัดความยืดหยุ่นของชุมชน (T-CRS) วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ด้วยการหาจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การจัดลำดับ และทดสอบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลโดยใช้สถิติ Chi-Square จากนั้นวิเคราะห์ผลระหว่าง Intervention และ Control groups ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าร้อยละ เปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยการทดสอบไคสแควร์ (Chi-square test) และการทดสอบฟิชเชอร์ (Fisher's exact probability test)

2. เปรียบเทียบตัวแปรภายในกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนและหลังการทดลอง โดยการทดสอบทีคู่ (Paired t-test) และการทดสอบวิลคอกซัน (Wilcoxon Signed-rank test)

3. เปรียบเทียบตัวแปรภายในกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนและหลังการทดลอง โดยการทดสอบทีคู่ (Paired t-test)

4. เปรียบเทียบตัวแปรระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ภายหลังการทดลอง โดยการทดสอบทีอิสระ (Independent t-test) และการทดสอบแมนวิทนี (Mann Whitney U test)

5. เปรียบเทียบเปรียบเทียบตัวแปรระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ภายหลังการทดลอง โดยการทดสอบทีอิสระ (Independent t-test)

ระยะที่ 2 การนำไปปฏิบัติและการขยายผล (Implementation and scaling up)

ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง (Evidence Review) เพื่อระบุปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการนำโปรแกรมหรือนโยบายไปปฏิบัติและเพื่อหากลยุทธ์ที่เหมาะสมในการนำมาแก้ปัญหาการปฏิบัติและขั้นตอนที่ 2 การศึกษาปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อการนำโปรแกรมการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน (รูปแบบเก่า) ไปใช้ มีรายละเอียดการดำเนินงาน ดังนี้

ในการทบทวนวรรณกรรมผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้ขั้นตอนการทบทวนอย่างเป็นระบบ 5 ขั้นตอนเช่นเดียวกับระยะที่ 1 คือ 1) การกำหนดปัญหา 2) การรวบรวมข้อมูล 3) การประเมินคุณภาพ 4) การสังเคราะห์ผล 5) การแปลผล โดยมีรายละเอียดในแต่ละขั้นตอน ดังนี้

1. กำหนดปัญหาในการสืบค้น ผู้วิจัยกำหนดปัญหา 2 ประเด็นในการสืบค้น คือ ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อกระบวนการนำนโยบายหรือโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตและการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตไปปฏิบัติ และกลยุทธ์การนำไปปฏิบัติ (Implementation strategies)

ในการสืบค้นผู้วิจัยใช้ฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์จาก Google scholar และใช้ Function advance search ในการค้นหาเอกสารการวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2. การรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยรวบรวมเอกสารที่เกี่ยวข้องจากการคัดกรองจากชื่อเรื่องและบทคัดย่อ จากนั้นจึงเข้าไปอ่านรายงานวิจัยฉบับเต็มอย่างละเอียด เมื่อพบเอกสารที่เกี่ยวข้องก็จะเก็บไว้ในรูปแบบของไฟล์อิเล็กทรอนิกส์

3. การประเมินคุณภาพของเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยใช้ Oxford criteria from the Oxford Centre for Evidence-based Medicine (March 2009) ในการประเมินคุณภาพของงานวิจัยที่รวบรวมได้มา

4. การสังเคราะห์ผล (Data synthesis) นั้นขั้นตอนนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำข้อมูลหลักฐานจากที่ได้ผ่านการคัดกรองและการประเมินคุณภาพมาดีแล้ว สังเคราะห์ร่วมกันเป็นข้อสรุปให้เป็นผลลัพธ์ใหม่ ซึ่งประกอบด้วย 2 ขั้นตอน คือ 1) การสกัดข้อมูล (Data extraction) โดยผู้วิจัยใช้นักวิจัย 2 คนในการสกัดข้อมูลออกมาจากงานวิจัยเพื่อเป็นการทวนสอบการสกัดข้อมูล และ 2) การสังเคราะห์ข้อมูล (Data synthesis) ผู้วิจัยใช้การสังเคราะห์ข้อมูลแบบพรรณนา Narrative synthesis ซึ่งเป็นการบรรยายลักษณะและผลลัพธ์โดยสรุปที่สามารถเข้าใจและมีความหมาย

5. การแปลผล (Interpretation of results) นักวิจัยพิจารณาและอภิปรายผลที่สังเคราะห์เป็นการพิจารณาที่ย้อนกลับไปถึงข้อปัญหาในการสืบค้นที่กำหนดไว้ตั้งแต่ต้น

ซึ่งวัตถุประสงค์ในขั้นตอนที่ 2 คือ การศึกษาปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อการนำโปรแกรมการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน (รูปแบบเก่า) ไปใช้ จะใช้ขั้นตอนเดียวกันกับการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวข้างต้น แต่ใช้ข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary data) คือ ผลการดำเนินงานวัคซีนใจในชุมชนปี 2563 มาทำการวิเคราะห์และสังเคราะห์ออกมา

ขั้นตอนที่ 3 การพัฒนาขั้นตอนการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาพิมพ์เขียวการดำเนินงาน การเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนในระดับจังหวัด (Tailored Implementation Blueprint Work)

โดยผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้กระบวนการที่สมบูรณ์ของ Lexis และคณะ (2018) โดยมุ่งหวังให้เกิดพิมพ์เขียว การดำเนินงานในเฉพาะบริบทของแต่ละภาคของประเทศไทย โดยใช้ 4 จังหวัดเป็นพื้นที่ต้นแบบในการพัฒนา คือ กาฬสินธุ์ ลำพูน นครสวรรค์ และนครศรีธรรมราช โดยในการประชุมเชิงปฏิบัติการนี้ประชุมร่วมกับผู้มีส่วนได้ ส่วนเสียที่สำคัญของ 4 จังหวัด ได้แก่ สสจ. สสอ. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในรพ.สต. เจ้าหน้าที่ของศูนย์สุขภาพจิต ผู้นำองค์กรบริหารระดับตำบล อสม. ผู้นำ/แกนนำหมู่บ้าน

ลักษณะตัวอย่างหรือประชากรที่ทำการศึกษา

พื้นที่ศึกษา: 4 จังหวัด ด้วยเกณฑ์การคัดเลือก คือเป็นพื้นที่จังหวัดที่มีข้อมูลบ่งชี้ถึงการดำเนินงานด้าน การป้องกันและแก้ไขปัญหาฆ่าตัวตายที่ชัดเจน โดยยังคงมีอัตราการฆ่าตัวตายสูงอย่างต่อเนื่องในช่วง 3 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2560-2562) และหรือ ปี พ.ศ. 2562 มีอัตราการฆ่าตัวตายมากกว่า 8 ต่อแสนประชากร ได้แก่ จังหวัดลำพูน นครสวรรค์ กาฬสินธุ์ และนครศรีธรรมราช

ประชากร ได้แก่ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนใน 4 จังหวัด

กลุ่มตัวอย่าง จำนวนทั้งสิ้น 216 คน รายละเอียดดังนี้

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง: ใช้การสุ่มแบบเจาะจง (Purposive sampling) จาก 4 จังหวัด โดยประกอบ ไปด้วยกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย 7 กลุ่มสำคัญคือ ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) เจ้าหน้าที่จากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) เจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัคร สาธารณสุข (อสม.) ผู้นำองค์กรบริหารระดับตำบล ผู้นำ/แกนนำหมู่บ้าน และเจ้าหน้าที่ของศูนย์สุขภาพจิต

ขั้นตอนที่ 4 การพัฒนากลยุทธ์การขยายผลการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนในระดับประเทศ (Development of scaling up strategies) โดยผู้วิจัยใช้ข้อมูลจากการทบทวนวรรณกรรมซึ่งใช้ขั้นตอน เดียวกันกับการทบทวนวรรณกรรมที่กล่าวมาแล้ว และเมื่อได้ร่างกลยุทธ์ที่จะใช้ในการขยายผลแล้วได้มีการยืนยัน ความถูกต้องโดยการส่งให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านในการพิจารณากลยุทธ์ดังกล่าว

ขั้นตอนที่ 5 การออกแบบและพัฒนาเครื่องมือการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนเพื่อสนับสนุน การขยายผล (Development of intervention package)

การพัฒนาเครื่องมือและระบบสนับสนุนการขยายผลการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนให้ครอบคลุม พื้นที่ในระดับจังหวัด โดยมีขั้นตอนของการวิจัย 5 ขั้นตอนหลัก ดังนี้ 1) ศึกษาสภาพปัจจุบัน ปัญหาและยุทธศาสตร์ หรือแนวทางสู่ความสำเร็จในการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติในชุมชน 2) ศึกษาแนวทางการพัฒนาและพัฒนา เครื่องมือสนับสนุนการขยายผล 3) ประเมินความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของเครื่องมือในระดับปฏิบัติ โดย เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในรพ.สต. เจ้าหน้าที่ของศูนย์สุขภาพจิต ผู้นำองค์กรบริหารระดับตำบล ผู้นำ/แกนนำ หมู่บ้าน 4) ตรวจสอบรูปแบบขั้นสุดท้ายโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้ทรงคุณวุฒิ และ 5) ปรับปรุงและ นำเสนอรูปแบบโดยการประมวลผลข้อมูลในขั้นตอนที่ผ่านมา

ระยะที่ 3 การประเมินผล (Evaluation)

โดยอาศัยข้อมูลทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณในการประมาณผลตามกรอบแนวคิด RE-AIM ของ King DK และ Glasgow RE (2010) รายละเอียดดังตารางที่ 11 ดังนี้

ตารางที่ 5 แสดงขั้นตอนการวิจัยในระบะที่ 3 การประเมินผล (Evaluation)

RE-AIM elements	Study outcomes	เครื่องมือ	เทคนิควิธี	ผลที่คาดว่าจะได้รับ
R-Reach: การเข้าถึงของกลุ่มเป้าหมาย หมายถึง การเข้าถึงของกลุ่มเป้าหมาย ที่ได้รับผลกระทบจากโครงการโปรแกรม ได้แก่ 1. การเข้าถึงของกลุ่มเป้าหมายต่อผู้ใช้ โปรแกรม หมายถึง การเข้าถึงช่องทางการ การสนับสนุนและถ่ายทอดองค์ความรู้ให้ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือผู้นำชุมชน (ผู้ใช้) เพื่อนำไปสู่การนำไปปฏิบัติในชุมชน ผ่านโครงการประชุมชี้แจง งานสัมมนาการ ประชาสัมพันธ์โปรแกรมฝึกอบรมทั้งใน รูปแบบ Online และ Onsite ระบบ สนับสนุนในการดำเนินงาน 2. การเข้าถึงของกลุ่มเป้าหมายต่อประชาชน ในชุมชนที่ใช้โปรแกรม หมายถึง การจัดกิจกรรมเสริมสร้างทัศน ใจในชุมชน (นับเป็นหมู่บ้าน หรือตำบล)	การเข้าถึงของกลุ่มเป้าหมายต่อผู้ใช้ โปรแกรม จำนวนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและผู้นำ ชุมชนที่เข้าร่วมการฝึกอบรมและเข้าร่วม ในกิจกรรมการขับเคลื่อนการดำเนิน งานการเสริมสร้างทัศนคติในชุมชน โดยแบ่งการเข้าถึงออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ ระดับจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ระดับอำเภอ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ระดับตำบล รพ.สต./องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น การเข้าถึงของกลุ่มเป้าหมายต่อ ประชาชนในชุมชนที่ใช้โปรแกรม จำนวนประชาชนที่ได้รับการดูแล สุขภาพจิตสังคมในชุมชน	ลักษณะข้อมูล 1. ข้อมูลเชิงปริมาณ 2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ การเก็บข้อมูล 1. ทะเบียนผู้ผ่านการฝึกอบรมและ รายงานการดำเนินงานของทีมนำ ระดับเขตสุขภาพ (ศูนย์สุขภาพจิต) 2. การสนทนากลุ่ม	ระยะเวลาการเก็บข้อมูล Post-intervention วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล จำนวน ร้อยละ และ Content analysis	ข้อมูลพื้นที่ที่เกี่ยวข้องถึงโปรแกรม การเสริมสร้างทัศนคติ ในชุมชน 3 ระดับ จำนวนประชาชนที่ได้รับการดูแล สุขภาพจิตสังคมในชุมชน ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเข้าถึง โปรแกรมในพื้นที่
E-Effectiveness: ผลที่เกิดขึ้น หมายถึง ผลที่เกิดขึ้นทั้งทางบวกและ ทางลบ เน้นการประเมินผลลัพธ์ต่อประชาชน ทั้งทางจิตสังคม ได้แก่	ผลที่เกิดขึ้นต่อผู้ใช้โปรแกรม ผลการประเมินความรู้และความมั่นใจใน การนำโปรแกรมไปใช้	ลักษณะข้อมูล 1. ข้อมูลเชิงปริมาณ 2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ	Quasi-experimental design with the intervention and control group	ข้อมูลประสิทธิภาพของโปรแกรมทั้งต่อ ผู้ใช้โปรแกรมและต่อประชาชนในชุมชน ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับประสิทธิภาพของ โปรแกรมเมื่อถูกนำไปใช้ในบริบทต่างๆ

ตารางที่ 5 แสดงขั้นตอนการวิจัยในระบอบที่ 3 การประเมินผล (Evaluation)

RE-AIM elements	Study outcomes	เครื่องมือ	เทคนิควิธี	ผลที่คาดว่าจะได้รับ
1. ผลที่เกิดขึ้นต่อผู้ที่ใช้โปรแกรม หมายถึง ความรู้และความมั่นใจในการนำโปรแกรมไปใช้ การได้รับการสนับสนุนในการดำเนินงาน 2. ผลที่เกิดขึ้นต่อประชาชนในชุมชนที่ใช้โปรแกรม หมายถึง ผลลัพธ์ของโปรแกรมต่อความเข้มแข็งทางใจ ความยืดหยุ่นของชุมชน ปัญหาสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตของประชาชน ต่อความเข้มแข็งทางใจ ความยืดหยุ่นของชุมชน ปัญหาสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตของประชาชน	ผลที่เกิดขึ้นต่อประชาชนในชุมชนที่ใช้โปรแกรม ผลลัพธ์ของโปรแกรมต่อความเข้มแข็งทางใจ ความยืดหยุ่นของชุมชน ปัญหาสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตของประชาชน	การเก็บข้อมูลปริมาณ แบบประเมินความรู้และความมั่นใจในการนำโปรแกรมไปใช้ แบบประเมินความเข้มแข็งทางใจ (RQ) แบบประเมินความยืดหยุ่นของชุมชน แบบประเมินความเครียด (ST5) แบบประเมินความเสี่ยงซึ่งเพศ (9Q) แบบประเมินความเสี่ยงฆ่าตัวตาย (8Q) แบบประเมินคุณภาพชีวิต WHO (25 ข้อ)	วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Chi-square test Fisher's exact probability test Paired t-test Independent t-test Mann Whitney U test Content analysis	ผลที่คาดว่าจะได้รับ
A-Adoption: การนำไปสู่การปฏิบัติหมายถึง การประเมินระดับพื้นที่ในการดำเนินการ การมีส่วนร่วมของหน่วยงานในระดับต่าง ๆ ได้แก่ การนำไปสู่การปฏิบัติของผู้ใช้โปรแกรม หมายถึง การถ่ายทอดโปรแกรมไปสู่หน่วยงานในพื้นที่ (ระดับจังหวัด) การมีแผนปฏิบัติการขับเคลื่อนการดำเนินงาน (ระดับจังหวัด) และการนำไปปฏิบัติในพื้นที่จริง (ระดับอำเภอและตำบล) หมายเหตุ: เนื่องจากเป็นโปรแกรมที่มีการนำดำเนินงานในระดับชุมชนทำให้ไม่มีการวัดผล การนำไปปฏิบัติในระดับประชาชนในชุมชน	จังหวัดที่มีแผนการดำเนินงาน การเสริมสร้างทัศนคติเชิงบวกในชุมชนและพื้นที่ที่มีการนำโปรแกรมไปใช้จริง หลังผ่านการฝึกอบรม โดยแบ่งการนำไปใช้เป็น 3 ระดับ ดังนี้ ระดับจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ระดับอำเภอ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ระดับตำบล รพ.สต./องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	ลักษณะข้อมูล 1. ข้อมูลเชิงปริมาณ 2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ การเก็บข้อมูล 1. ทะเป็นผู้ผ่านการฝึกอบรมและรายงานการดำเนินงานของทีมงานระดับเขตสุขภาพ (ศูนย์สุขภาพจิต) 2. การสนทนากลุ่ม	ระยะเวลาการเก็บข้อมูล Post-intervention วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล จำนวน ร้อยละ และ Content analysis	1. ร้อยละของจังหวัดที่มีแผนการดำเนินงานการเสริมสร้างทัศนคติเชิงบวกในชุมชน 2. ร้อยละของพื้นที่ที่มีการนำโปรแกรมไปใช้จริงหลังผ่านการฝึกอบรม 3. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการนำโปรแกรมไปใช้ในพื้นที่

ตารางที่ 5 แสดงขั้นตอนการวิจัยในระบะที่ 3 การประเมินผล (Evaluation)

RE-AIM elements	Study outcomes	เครื่องมือ	เทคนิควิธี	ผลที่คาดว่าจะได้รับ
I-Implementation: การดำเนินงาน/การปฏิบัติ หมายถึง ขอบเขตการดำเนินงาน/การปฏิบัติของโครงการ/โปรแกรม การสนับสนุนระหว่างการทำงาน และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงาน	การยอมรับในโปรแกรม (Acceptability) ความเหมาะสมในโปรแกรม (Appropriateness) ความเป็นไปได้ (Feasibility) งบประมาณในการนำไปใช้ (Implementation cost) ความเที่ยงตรงในการปฏิบัติ (Fidelity of delivery) ความเที่ยงตรงของการได้รับ (Fidelity of receipt) ปัจจัยเชิงบริบท (Contextual factors) ปัจจัยสนับสนุนและอุปสรรค (Facilitators and barriers to the implementation)	ลักษณะข้อมูล 1. ข้อมูลเชิงปริมาณ 2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ การเก็บข้อมูล 1. แบบสอบถาม 2. การสนทนากลุ่ม	ระยะเวลาการเก็บข้อมูล Post-intervention วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล จำนวน ร้อยละ และ Content analysis	ผลการประเมินการดำเนินงาน/การปฏิบัติโปรแกรมเสริมสร้างทัศนคติในชุมชน ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการนำไปโปรแกรมคู่มือ เทคนิคการสร้างการมีส่วนร่วมไปปฏิบัติในชุมชน
M-Maintenance: ความต่อเนื่องของโครงการ/โปรแกรม หมายถึง การคงไว้ซึ่งความต่อเนื่องของการดำเนินงานโครงการ/โปรแกรม	ความตั้งใจของชุมชนที่จะนำโปรแกรมไปใช้ในอนาคต ปัจจัยสนับสนุนและอุปสรรค (Facilitators and barriers to sustained use of the program)	ลักษณะข้อมูล ข้อมูลเชิงคุณภาพ การเก็บข้อมูล การสนทนากลุ่ม	ระยะเวลาการเก็บข้อมูล Post-intervention วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล Content analysis	ผลการประเมินความยั่งยืน ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการสร้างความยั่งยืน

โดยในขั้นตอนกระบวนการศึกษาจะใช้กระบวนการเดียวกับการศึกษาในระยะที่ 1 ขั้นตอนที่ 4 การศึกษาในพื้นที่นำร่อง แต่ศึกษาในระดับการขยายผล เพื่อประเมินผลใน 25 จังหวัด ดังนี้

พื้นที่ศึกษา: 25 จังหวัด ด้วยเกณฑ์การคัดเลือกคือเป็นพื้นที่จังหวัดที่มีข้อมูลบ่งชี้ถึงการดำเนินงานด้านการป้องกันและแก้ไขปัญหาฆ่าตัวตายที่ชัดเจน โดยยังคงมีอัตราการฆ่าตัวตายสูงอย่างต่อเนื่องในช่วง 3 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2560-2562) และหรือ ปี พ.ศ. 2562 มีอัตราการฆ่าตัวตายมากกว่า 8 ต่อแสนประชากร ได้แก่ จังหวัดเชียงราย เชียงใหม่ ลำพูน พะเยา สุโขทัย ตาก นครสวรรค์ สระบุรี ลพบุรี กาญจนบุรี จันทบุรี ตราสระแก้ว ขอนแก่น กาฬสินธุ์ บึงกาฬ หนองบัวลำภู อุตรธานี สกลนคร ชัยภูมิ บุรีรัมย์ ศรีสะเกษ ชุมพร นครศรีธรรมราช สงขลา

ประชากร: ได้แก่ ประชาชนทั่วไปที่อาศัยอยู่ใน 25 จังหวัด และ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและผู้ดำเนินการหลักในการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน impact study: ประเมินผลการขยายผลวัคซีนใจในชุมชน ใน 25 จังหวัด โดยใช้ Controlled before-and-after study

กลุ่มตัวอย่าง: ประชาชนทั่วไป

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง จำนวนทั้งสิ้น 1,500 คน รายละเอียด ดังนี้

ตารางที่ 6 แสดงเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างของการศึกษา Impact study

เกณฑ์คัดเข้า	เกณฑ์คัดออก
Intervention group - มีที่พักและอาศัยอยู่ในชุมชนที่เข้าร่วมโครงการ - เป็นผู้ที่ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์โควิด -19 โดยตรง เช่น เคยติดเชื้อ เคยถูกกักตัว (ทั้ง SQ HQ และ LQ) ครอบครัวหรือคนใกล้ชิดติดเชื้อ หรือ เป็นผู้ที่ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์โควิด -19 โดยอ้อม เช่น ธุรกิจประสบปัญหา ตกงาน รายได้ลดลง เป็นต้น - ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช - สามารถอ่านและสื่อสารภาษาไทยได้ดี - ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย	- ไม่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย - มีการย้ายถิ่นฐานระหว่างการดำเนินการวิจัย - ไม่สามารถให้ข้อมูลได้เนื่องจากอาการของโรคประจำตัวหรือการเจ็บป่วยที่กระทบต่อการสื่อสาร
Control group - มีที่พักและอาศัยอยู่ในชุมชนที่ไม่มีการดำเนินงานเสริมสร้างวัคซีนใจ - เป็นผู้ที่ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์โควิด -19 โดยตรง เช่น เคยติดเชื้อ เคยถูกกักตัว (ทั้ง SQ HQ และ LQ) ครอบครัวหรือคนใกล้ชิดติดเชื้อ หรือ เป็นผู้ที่ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์โควิด -19 โดยอ้อม เช่น ธุรกิจประสบปัญหา ตกงาน รายได้ลดลง เป็นต้น - ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช - สามารถอ่านและสื่อสารภาษาไทยได้ดี - ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย	

Implementation study: ใช้การสัมภาษณ์และกระบวนการสนทนากลุ่ม (Focus group) รายละเอียดดังนี้

พื้นที่ศึกษา: 25 จังหวัด ด้วยเกณฑ์การคัดเลือกคือเป็นพื้นที่จังหวัดที่มีข้อมูลบ่งชี้ถึงการดำเนินงานด้านการป้องกันและแก้ไขปัญหาฆ่าตัวตายที่ชัดเจน โดยยังคงมีอัตราการฆ่าตัวตายสูงอย่างต่อเนื่องในช่วง 3 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2560-2562) และหรือ ปี พ.ศ. 2562 มีอัตราการฆ่าตัวตายมากกว่า 8 ต่อแสนประชากร ได้แก่ จังหวัด เชียงราย เชียงใหม่ ลำพูน พะเยา สุโขทัย ตาก นครสวรรค์ สระบุรี ลพบุรี กาญจนบุรี จันทบุรี ตรวดี สระแก้ว ขอนแก่น กาฬสินธุ์ บึงกาฬ หนองบัวลำภู อุตรดิตถ์ สกลนคร ชัยภูมิ บุรีรัมย์ ศรีสะเกษ ชุมพร นครศรีธรรมราช สงขลา

กลุ่มตัวอย่าง จำนวนทั้งสิ้น 725 คน รายละเอียดดังนี้

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง: ใช้การสุ่มแบบเจาะจง (Purposive sampling) จาก 4 จังหวัด โดยประกอบไปด้วยกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย 7 กลุ่มสำคัญคือ ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) เจ้าหน้าที่จากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) เจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ผู้นำองค์กรบริหารระดับตำบล ผู้นำ/แกนนำหมู่บ้าน และเจ้าหน้าที่ของศูนย์สุขภาพจิต

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์

1. **ข้อมูลเชิงคุณภาพ** ประกอบด้วย ข้อมูลที่ได้จากการสังเกต สัมภาษณ์และการสนทนากลุ่ม (Focus group) ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) จำแนกจัดหมวดหมู่และหาความสัมพันธ์ของข้อมูล

2. **ข้อมูลเชิงปริมาณ** จากแบบประเมินสุขภาพจิต แบบสำรวจทัศนคติในชุมชน แบบสอบถามพลังสุขภาพจิต (RQ) แบบวัดความยั่งยืนของชุมชน (T-CRS) วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ด้วยการหาจำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การจัดลำดับ และทดสอบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลโดยใช้สถิติ Chi-Square จากนั้นวิเคราะห์ผลระหว่าง Intervention group และ Control groups ดังนี้

2.1 ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าร้อยละ เปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยการทดสอบไคสแควร์ (Chi-square test) และการทดสอบฟิชเชอร์ (Fisher's exact probability test)

2.2 เปรียบเทียบตัวแปรภายในกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนและหลังการทดลอง โดยการทดสอบทีคู่ (Paired t-test) และการทดสอบวิลคอกซัน (Wilcoxon Signed-rank test)

2.3 เปรียบเทียบตัวแปรภายในกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนและหลังการทดลอง โดยการทดสอบทีคู่ (Paired t-test)

2.4 เปรียบเทียบตัวแปรระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ภายหลังการทดลอง โดยการทดสอบทีอิสระ (Independent t-test) และการทดสอบแมนวิทนี (Mann Whitney U test)

2.5 เปรียบเทียบเปรียบเทียบตัวแปรระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ภายหลังการทดลอง โดยการทดสอบทีอิสระ (Independent t-test)

ปัญหาด้านจริยธรรม

หลักการเคารพในส่วนบุคคล

เพื่อเป็นการเคารพในส่วนบุคคล การวิจัยในครั้งนี้ผู้เข้าร่วมการวิจัยสามารถเข้าร่วมการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ โดย ผู้วิจัยได้ขอความยินยอม อธิบายเกี่ยวกับวัตถุประสงค์การวิจัย กระบวนการดำเนินการวิจัย และการเก็บข้อมูลทุกครั้ง ให้เวลาในการตัดสินใจ และให้สิทธิในการถอนตัวออกจากการวิจัยได้ทุกเมื่อตามความต้องการของผู้เข้าร่วมการวิจัย

1. ผลกระทบที่อาจเกิดแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัยหรือชุมชนที่เข้าร่วมการวิจัย (Risk)

การวิจัยในครั้งนี้ไม่มีความเสี่ยงอันตรายต่อร่างกายแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย เพราะไม่มีการทดลองหรือกระทำใดๆ ที่มีต่อร่างกาย แต่อาจมีความเสี่ยงเล็กน้อยด้านจิตใจ เนื่องจากการถามคำถามที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตของผู้เข้าร่วมการวิจัย ผู้เข้าร่วมการวิจัยอาจไม่สะดวกที่จะตอบคำถาม ดังนั้นผู้วิจัยจึงเตรียมการป้องกันไว้ โดยอธิบายแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัยให้ทราบก่อนว่า การเข้าร่วมการวิจัยนี้เป็นความสมัครใจ หากไม่สะดวกใจที่จะตอบคำถามใดสามารถข้ามหรือหยุดการตอบคำถามได้ทันที

2. การรักษาความเป็นส่วนตัว

เพื่อเป็นการปกป้องข้อมูลส่วนตัวของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ข้อมูลแบบสอบถามทั้งหมด จะถูกเก็บรักษาไว้เป็นความลับตามมาตรฐานสากล แบบสอบถามไม่มีข้อมูลที่เป็นการระบุตัวตน ให้เป็นแค่รหัส ผู้ช่วยนักวิจัยได้รับการฝึกอบรมถึงความจำเป็นของการรักษาความลับของอาสาสมัคร เข้าถึงข้อมูลได้เฉพาะนักวิจัยผู้ตรวจสอบ และคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ เมื่อวิจัยเสร็จสิ้น ข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลาย การรายงานผลวิจัยจะไม่ระบุหรือสรุปผลที่ระบุตัวบุคคลได้

ข้อพิจารณาในเรื่องชุมชน (ในกรณีที่ทำการวิจัยในชุมชน)

- เนื่องจากการวิจัยนี้เป็น Implementation Research ดังนั้นจึงไม่มีการคัดเลือกเจาะจงประชาชนในชุมชนที่เข้าร่วมวิจัย เป็นการดำเนินงานที่เป็นไปตามวิถีชุมชน
- ก่อนจะมีการเข้าไปทำวิจัยในแต่ละจังหวัดจะมีการชี้แจงและหารือกับตัวแทนและเจ้าหน้าที่ในแต่ละชุมชนเพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูล แต่การดำเนินงานสร้างเสริมวัคซีนใจในชุมชนนั้นเป็นสิทธิของชุมชนเองที่จะเลือกทำหรือไม่ทำ ภายหลังการชี้แจงและสื่อสารโปรแกรมในพื้นที่
- สิ่ง que การศึกษาวิจัยจะช่วยในการสร้างศักยภาพ คือ ชุมชนสามารถดูแลซึ่งกันและกันในการป้องกันฟื้นฟู ผลกระทบด้านสุขภาพจิตจากสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อโควิด 19 อย่างมีประสิทธิภาพ
- เมื่อเกิดชุมชนต้นแบบการสร้างเสริมวัคซีนใจในแต่ละตำบล จะมีการขยายผลโดยการจัดเวทีเชิดชูผลงาน ทำให้ชุมชนอื่นๆ สามารถนำความรู้และมีต้นแบบให้ดำเนินงานเป็นตัวอย่างได้



บทที่ 4

ผลการศึกษา

การวิจัยเรื่อง การเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีจุดมุ่งหมายของการศึกษา 3 ประการคือ 1) พัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน 2) เพื่อขยายผลโปรแกรมการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนให้ครอบคลุม 25 จังหวัดเป้าหมาย และ 3) เพื่อประเมินผลการขยายผลโปรแกรมการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน สามารถนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล ออกเป็น 3 ส่วนตามระยะการวิจัยและวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

ผลการศึกษาในระยะที่ 1 การพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน

- 1.1 ผลการพัฒนารอบแนวคิดโปรแกรมการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน
- 1.2 ผลการพัฒนาแบบสำรวจวัคซีนใจในชุมชน
- 1.3 ผลการพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน
โดยกระบวนการผู้ใช้งานเป็นศูนย์กลาง
- 1.4 ผลการศึกษาในพื้นที่นำร่อง 4 จังหวัด

ผลการศึกษาในระยะที่ 2 การนำไปปฏิบัติและการขยายผล

- 2.1 ผลการพัฒนาระการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาพิมพ์เขียว การดำเนินงานการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน
- 2.2 ผลการพัฒนากลยุทธ์การขยายผลในระดับประเทศ
- 2.3 ผลการพัฒนาสื่อและระบบการสนับสนุนการดำเนินงานการขยายผลการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน

ผลการศึกษาในระยะที่ 3 ประเมินผล

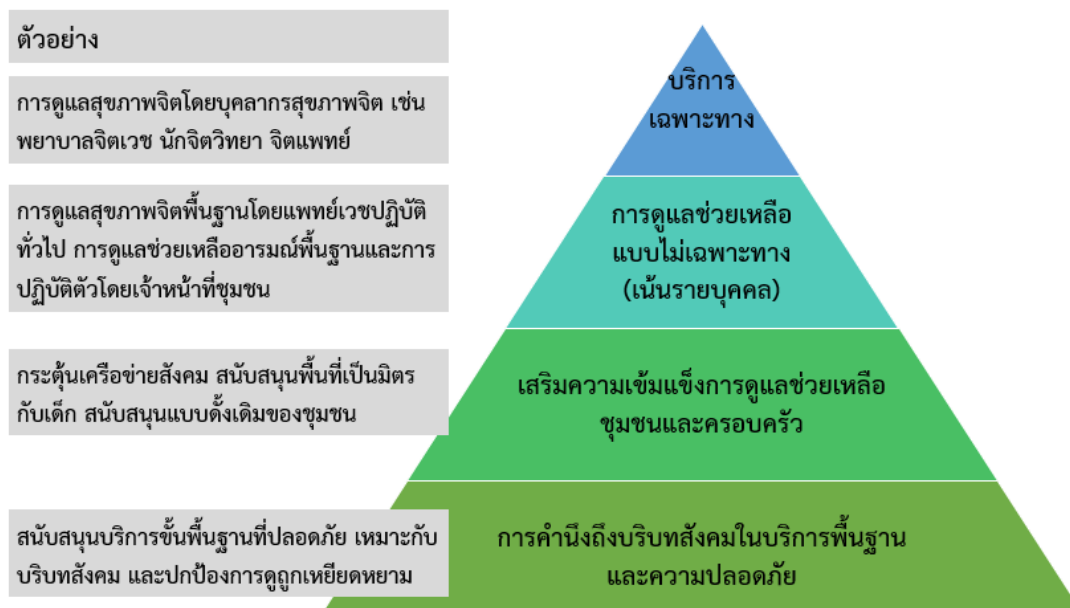
- 3.1 ผลการประเมินการขยายผลตามกรอบแนวคิด RE-AIM
โดยนำเสนอรายละเอียดตามลำดับ ดังนี้

ผลการศึกษาในระยะที่ 1

การพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน

ในส่วนนี้ ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการศึกษาจำแนกออกเป็น 4 ส่วนหลัก ได้แก่ 1) ผลการพัฒนารอบแนวคิดโปรแกรมการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน 2) ผลการพัฒนาแบบสำรวจวัคซีนใจในชุมชน 3) ผลการพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนโดยกระบวนการผู้ใช้งานเป็นศูนย์กลาง (Human-centric design approach) 4) ผลการศึกษาในพื้นที่นำร่อง 4 จังหวัด ตามรายละเอียด ดังต่อไปนี้

1.1 ผลการพัฒนารอบแนวคิดโปรแกรมการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน



ปิรามิดมาตรการดูแลช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตและจิตสังคม

การพัฒนารอบแนวคิดโปรแกรมการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน ผู้วิจัยใช้กระบวนการทบทวนวรรณกรรมโดยกำหนดประเด็นปัญหาหลัก คือ การดูแลช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตและจิตสังคม (Mental health and psychological supports: MHPSS) โดยผลการทบทวนวรรณกรรม พบว่า “การดูแลช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตและจิตสังคม” หรือ “Mental health and psychological supports: MHPSS” เป็นคำที่คณะกรรมการระหว่างองค์กร (Inter-agency Standing Committee; IASC) ใช้ในการอธิบายความหมายของ “การช่วยเหลือใดๆ จากท้องถิ่นหรือจากภายนอกที่มีวัตถุประสงค์เพื่อปกป้องหรือส่งเสริมสุขภาวะทางใจ (psychological well-being) และ/หรือ ป้องกันหรือรักษาปัญหาสุขภาพจิต” สำหรับการนำหลักการของ MHPSS มาใช้ในสถานการณ์วิกฤติหรือสถานการณ์ฉุกเฉิน อย่างเช่น การแพร่ระบาดของโควิด-19 ต้องมีการบูรณาการมาตรการหลากหลายระดับเพื่อรับมือกับสถานการณ์ระบาด ระดับของมาตรการนี้สอดคล้องกับความต้องการด้านสุขภาพจิตและจิตสังคม และแสดงในปิรามิดมาตรการ (ภาพที่ 3) ตั้งแต่บริการขั้นพื้นฐานที่คำนึงถึงวัฒนธรรม จนถึงการจัดบริการเฉพาะสำหรับผู้ที่มีปัญหารุนแรงมาก หลักสำคัญคือ ต้องเป็นก่อกำเนิดอันตราย (Do no harm) ส่งเสริมสิทธิมนุษยชนและความเท่าเทียมกัน (Human right and equity) ใช้แนวทางการมีส่วนร่วม (Participation) พัฒนาภายใต้ทรัพยากรและศักยภาพที่มีอยู่ (Building on available resources and capacity) ใช้มาตรการหลายระดับ (Multi-layered supports) และทำงานด้วยระบบช่วยเหลือกันแบบบูรณาการ

(Integrated support systems) (Pan American Health Organization, 2020) ซึ่งหลักการดังกล่าวข้างต้น ทำให้เห็นถึงความสำคัญของการดำเนินงานดูแลสุขภาพจิตในระดับชุมชนที่คนในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตในภาวะวิกฤต

อีกหนึ่งประเด็นสำคัญที่ผู้วิจัยค้นพบ คือ ผลการศึกษาของ Hobfoll และคณะ (2007) สรุปได้ว่า ประชาชนจะมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อเหตุวิกฤตที่หลากหลาย ไม่จำเป็นต้องตอบสนองทางพยาธิวิทยา (Pathology) ที่นำไปสู่การเกิดโรคเท่านั้น บางคนอาจเจอกับผลกระทบความทุกข์ยากทางสังคมหรือเศรษฐกิจและต้องการความช่วยเหลือจากชุมชนร่วมกับการรักษาทางคลินิก (Galea et al., 2003) นอกจากนี้ประชาชนจำนวนมากจะมีความเครียดสูงเป็นปฏิกิริยาตอบสนองต่อสถานการณ์วิกฤตและปฏิกิริยาดังกล่าวอาจเกิดขึ้นอีกแม้เหตุการณ์วิกฤตจะผ่านพ้นไปแล้วหลายปี ด้วยเหตุนี้คนส่วนใหญ่จึงต้องการการสนับสนุนและการจัดสรรทรัพยากรเพื่อบรรเทาการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจนกว่าจะกลับเข้าสู่สภาวะปกติ มากกว่าแค่การวินิจฉัยโรคและการรักษาแบบเดิม ๆ ดังนั้นข้อเสนอของ Hobfoll และคณะ (2007) จึงได้เสนอการแทรกแซงในความหมายกว้าง ๆ ตั้งแต่การจัดหาการสนับสนุนจากชุมชน การสื่อสารด้านสาธารณสุขไปจนถึงการประเมินอาการทางคลินิกและการแทรกแซงอย่างเข้มข้น

โดยหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ผ่านการทบทวนโดย Hobfoll และคณะ (2007) ที่ได้รวบรวมข้อคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญทั่วโลกที่มีประสบการณ์ในการศึกษาและบำบัดรักษาประชาชนที่ได้รับผลกระทบจากเหตุภัยพิบัติและความรุนแรง พบ 5 องค์ประกอบสำคัญที่สามารถนำมาประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการออกแบบนโยบายและจัดการกับปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชภายหลังเกิดเหตุดังกล่าวทั้งในระยะสั้นและระยะกลาง (Immediate and Mid-Term Mass Trauma Intervention) ประกอบไปด้วย 1) ส่งเสริมความรู้สึกปลอดภัย (Promote sense of safety) 2) ส่งเสริมความสงบ (Promote calming) 3) ส่งเสริมการรับรู้ศักยภาพของตนเองและชุมชน (Promote sense of self- and community efficacy) ในการจัดการปัญหาร่วมกัน 4) ส่งเสริมความรู้สึกผูกพันกันในชุมชน (Promote connectedness) และ 5) ส่งเสริมการมีความหวัง (Promote hope) (ดูรายละเอียดเพิ่มเติมในบทที่ 2)

เมื่อทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับงานวิจัยหรือการปฏิบัติ (Practices) ที่เกี่ยวข้อง พบว่า ในปี 2563 Missouri Department of Health and Senior Services ได้มีการออกแนวทางในการเตรียมความพร้อมและการดูแลจิตในภาวะวิกฤต โดยได้มีการนำโรคไข้หวัดใหญ่ (Influenza) มาเป็นตัวอย่างในการวางแผน เพื่อดูแลจิตใจประชาชน ซึ่งได้มีการนำหลักการที่ถูกรวบรวมไว้โดย Hobfoll และคณะ (2007) ดังที่กล่าวมาแล้วข้างต้น มาออกแบบเป็นกลยุทธ์การแทรกแซง (Intervention strategies) เพื่อตอบสนองต่อสถานการณ์ระบาดของไข้หวัดใหญ่ (Missouri Department of Health and Senior Services, 2020) ทำให้เห็นถึง ความเป็นไปได้ (Feasibility) ของการใช้ 5 องค์ประกอบดังกล่าวข้างต้น เป็นองค์ประกอบสำคัญในการตอบสนองต่อสภาวะวิกฤตในสถานการณ์ระบาดของโรคติดเชื้อ

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการนำแนวทาง MHPSS ไปปฏิบัติทั่วโลกพบว่า ปัจจัยสำคัญที่ก่อให้เกิดความสำเร็จคือสายสัมพันธ์อันดีของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและชุมชน รวมถึงการมีส่วนร่วมของชุมชน (Dickson & Bangpan, 2018) และจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการนำ MHPSS ไปปฏิบัติจริงในพื้นที่ พบว่า มีหลักฐานทางวิชาการน้อยมากที่พูดถึงการนำเอาไปปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพหรือแนวปฏิบัติ (Practices) ที่เกี่ยวข้องกับการประยุกต์ในบริบทวัฒนธรรมที่ต่างกัน และยังไม่พบกระบวนการที่ชัดเจนของการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อส่งเสริมการนำหลักการนี้ไปปฏิบัติในสถานการณ์วิกฤตโดยเฉพาะในสถานการณ์วิกฤตโควิด-19 นี้

เมื่อทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานสุขภาพจิต พบว่า ก่อนภาวะวิกฤติระบบสุขภาพจิต กำลังเผชิญกับความท้าทายในการดำเนินงาน 3 อย่าง คือ การขาดเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพจิตในชุมชน การขาดงบประมาณการดำเนินงานที่เพียงพอ และการตีตราปัญหาสุขภาพจิตในสังคม (Eaton et al., 2011; Keynejad et al., 2021) นอกจากนี้ยังขาดนโยบายและกฎหมายด้านสุขภาพจิตเพื่อสนับสนุนการพัฒนากระบวนการสุขภาพจิต และการบูรณาการบริการสุขภาพจิตเข้ากับบริการด้านสุขภาพที่จำเป็น เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงได้อย่างเพียงพอ และปกป้องสิทธิของผู้พิการทางสมอง สาเหตุที่อาจทำให้เกิดปัญหาเหล่านี้ อาทิ การขาดความเป็นผู้นำ ความพร้อมของข้อมูลและคุณภาพของข้อมูล ความจำกัดในการสร้างหลักฐานเพื่อพัฒนานโยบายตามบริบทระดับชาติหรือระดับย่อย (Rathod et al., 2017) โดยกลยุทธ์ที่จะสามารถก้าวข้ามความท้าทายเหล่านี้ไปได้ในการดำเนินงานด้านส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต คือ การแบ่งงานให้แก่นำหรือประชาชนในชุมชน (Task-sharing) การแทรกแซงในระดับประชากร (Public intervention) และการแทรกแซงที่ใช้ชุมชนเป็นฐาน (Community-based intervention) โดยหลักฐานเชิงประจักษ์ระบุว่า การดูแลสุขภาพจิตในชุมชนสามารถทำได้โดยการฝึกอบรมบุคลากรที่ไม่ได้มาจากสาขาวิชาชีพสาธารณสุขและการแพทย์ การแทรกแซงในระดับประชากรสามารถทำได้ด้วยการใช้ทรัพยากรคนและงบประมาณน้อยกว่า และการใช้ การแทรกแซงที่ใช้ชุมชนเป็นฐาน ทำให้เกิดการแบ่งงานให้แก่นำหรือประชาชนในชุมชน (Task-sharing) ลดภาระงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีการแบ่งปันทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชน และสามารถลดการตีตราปัญหาสุขภาพจิตในชุมชนจากการมีส่วนร่วมของคนในชุมชนได้

กรมสุขภาพจิตใช้คำว่า “**วัคซีนใจ**” ในการสื่อสารกับประชาชนเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตในแนวทางที่พัฒนาขึ้นมาจากทฤษฎี “**ความยืดหยุ่น**” หรือ “**ความเข้มแข็งทางใจ**” หรือบางครั้งเราใช้คำว่า “**พลังใจ**” แต่ทุกคำล้วนมีรากฐานเดียวกันกับคำว่า “**Resilience**” การใช้คำว่าวัคซีนเพื่อให้ประชาชนเข้าใจความหมายหรือจุดมุ่งหมายของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตได้ง่ายขึ้น นั่นคือโปรแกรมที่สร้างเกราะป้องกันทางจิตใจเมื่อต้องเผชิญกับปัญหา วิกฤติ หรือความเครียดในชีวิต ซึ่งการส่งเสริมวัคซีนใจมี 3 ระดับด้วยกันคือ ระดับบุคคล ระดับครอบครัว และระดับชุมชน โดยในแต่ละระดับมีจุดเน้นในการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจที่ต่างกัน (กรมสุขภาพจิต, 2563)

จากสถานการณ์โควิด-19 แนวทางการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนเพื่อการดำเนินงานส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในระดับชุมชนจึงถูกพัฒนาขึ้นเพื่อตอบสนองต่อการแพร่ระบาดของ COVID-19 เพื่อป้องกันและลดผลกระทบต่อสุขภาพจิตในระยะยาว โดยองค์ประกอบของแนวทางการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนประยุกต์ใช้องค์ประกอบตามการทบทวนวรรณกรรมของ Hobfoll และคณะ (2007) และนำมาปรับให้เข้ากับบริบทและสถานการณ์ปัญหาโควิด-19 โดยผู้เชี่ยวชาญของกรมสุขภาพจิต (ตารางที่ 14) เปลี่ยนภาษาจากการแปลโดยตรงในคำภาษาอังกฤษให้เป็นคำที่เข้าใจง่ายและสื่อสารได้ง่ายในกลุ่มประชาชนทั่วไป ใช้คำเปรียบเทียบกับให้ง่ายต่อการอธิบายคนในชุมชน โดยคำว่าภูมิคุ้มกันทางใจ หมายถึง 4 ความรู้สึกที่มนุษย์ทุกคนต้องการในยามวิกฤติ นั่นคือ ความรู้สึกปลอดภัย ความสงบ ความหวัง และความเข้าใจ ให้โอกาส ซึ่งจะช่วยให้ป้องกันผลกระทบทางสุขภาพจิตในระยะยาวและส่งเสริมสุขภาวะของคนในสถานการณ์วิกฤติ และคำว่า วัคซีนใจในชุมชน หมายถึง มาตรการหรือกิจกรรมใดใดในชุมชนที่ทำงานร่วมกันเพื่อเสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางใจเป้าหมายสำคัญของแนวทางนี้คือการมุ่งส่งเสริมให้ประชาชนในชุมชนมีภูมิคุ้มกันทางใจที่สามารถเผชิญกับสถานการณ์การแพร่ระบาดและร่วมกันฝ่าฟันวิกฤติในครั้งนี้ไปได้ โดยการตั้งศักยภาพของชุมชนมาร่วมดำเนินการดูแลซึ่งกันและกัน และสร้างตัวอ่อนเพื่ออธิบายแนวทางขึ้น โดยใช้ “**4 สร้าง**” คือ การเสริมสร้างความรู้สึกปลอดภัย (Safety) การเสริมสร้างความรู้สึกสงบ (Calm) การเสริมสร้างความหวัง (Hope) และการเสริมสร้างความเข้าใจ ให้โอกาส (Connectedness) ร่วมกับการใช้ 2 กลไกสำคัญในชุมชน “**2 ใช้**” คือ การใช้ศักยภาพและสายสัมพันธ์ในชุมชน

เพื่อสร้าง 4 สร้างดังกล่าวข้างต้น เป็นหลักการโดยสรุปของแนวทางการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน คือ 4 สร้าง 2 ใช้

แนวทางนี้มีการประกาศใช้และดำเนินการในระดับชุมชนโดยศูนย์สุขภาพจิตร่วมกับภาคีเครือข่ายตั้งแต่เดือนเมษายน พ.ศ. 2563 ที่ผ่านมา ต่อเนื่องเป็นหนึ่งในตัวชี้วัดของกลยุทธ์ การบูรณาการส่งเสริม ป้องกันสุขภาพจิตเชิงรุกและควบคุมปัจจัยที่ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตในสถานการณ์ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ภายใต้แผนการฟื้นฟูจิตใจในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) (Combat 4th Wave of COVID-19 Plan : C4) ในปีงบประมาณ 2564 ด้วย (กรมสุขภาพจิต, 2563)

จากการศึกษารูปแบบจากพื้นที่ที่เคยดำเนินการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนปี 2563 พบว่า ชุมชนที่ประสบความสำเร็จในการดำเนินงานจะมีการนำกระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมเข้าไปใช้ในชุมชนทำให้ชุมชนมีรูปแบบการดำเนินที่ชัดเจน และประชาชนรวมถึงเครือข่ายทั้งภายในและภายนอกชุมชนได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงาน ส่งผลให้ประชาชนได้รับการดูแลทั้งทาง ใจ และสังคมในช่วงสถานการณ์วิกฤตโควิด-19 สอดคล้องกับหลักการความยืดหยุ่นของชุมชน (Community resilience) ที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดการกับปัญหาหรือวิกฤตของชุมชน โดยในปี 2014 International Federation of Red Cross and Crescent Societies (IFRC) ได้มีการเสนอความหมายของชุมชนที่มีความยืดหยุ่นในภาวะวิกฤต ซึ่งประกอบไปด้วย The community that 1)...is knowledgeable, healthy and can meet its basic needs 2) ...is social cohesive 3) ...has economic opportunities 4) ...has well-maintained and accessible infrastructures and services 5) ...can manage its natural assets นอกจากนี้ยังอธิบายขั้นตอนการสร้างการมีส่วนร่วมเพื่อสร้างชุมชนยืดหยุ่นในสถานการณ์วิกฤต ดังนี้ 1) Engage and Connect 2) Understand risk and resilience 3) Take action for resilience 4) Learn for resilience โดยใน 4 ขั้นตอนนี้มีหลักการพื้นฐาน 3 ขั้นตอน คือ Accompany Enable and Connect

เมื่อทบทวนการดำเนินงานในปี 2563 พบว่า ผู้นำกระบวนการในชุมชนส่วนใหญ่เลือกใช้เทคโนโลยีการมีส่วนร่วมแบบ พหุภาคี (Technology of participation: TOP) (ดูรายละเอียดเพิ่มเติมในบทที่ 2) เข้ามาใช้ในการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน ด้วยกระบวนการนี้ใช้การเขียนแสดงความคิดเห็นแทนการพูด และสามารถออกแบบกิจกรรมที่สร้างบรรยากาศของการแสดงความคิดเห็นได้ดีในบริบทชุมชนไทย รวมถึงกระบวนการมีการเคลื่อนไหว สามารถดึงดูดความสนใจของผู้ที่เข้าร่วมประชุมได้ แม้ว่าในปีพ.ศ. 2563 กรมสุขภาพจิตได้ประกาศใช้แนวทางการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนที่ผ่านขั้นตอนการปรึกษาหารือผู้เชี่ยวชาญเพื่อยืนยันความถูกต้องของแนวทางและมีการนำไปทดลองใช้ทั่วประเทศในทุกจังหวัดเกิดเป็นชุมชนต้นแบบในทุกเขตสุขภาพของประเทศไทยแล้ว แต่ยังไม่มีการวัดผลและการนำไปปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรมในชุมชน ดังนั้นในการศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อนำหลักการการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนมาพัฒนาเป็นโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตและจิตสังคมในชุมชน ภายใต้สถานการณ์วิกฤตโควิด-19 (โปรแกรมการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน) ให้สมบูรณ์

เมื่อได้ข้อมูลที่เพียงพอจากการทบทวนวรรณกรรม ทีมผู้วิจัยได้มีการประชุมเพื่อพัฒนารอบแนวคิดโปรแกรมการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน สรุปได้ว่า หลักการสำคัญ (Core principles) มี 4 ประการ คือ 1) ส่งเสริมความต้องการทางจิตใจ 5 ประการ (5 Psychological needs) คือ ส่งเสริมความรู้สึกปลอดภัย (Promote sense of safety) ส่งเสริมความสงบ (Promote calming) ส่งเสริมการรับรู้ศักยภาพของตนเองและชุมชน (Promote sense of self- and community efficacy) ในการจัดการปัญหาร่วมกันส่งเสริมความรู้สึกผูกพันกันในชุมชน (Promote connectedness) และส่งเสริมการมีความหวัง (Promote hope) 2) ยกระดับการดำเนินงานจากระดับบุคคลไปสู่ชุมชน (Public intervention) 3) ใช้กระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมในชุมชน

(Participation) เพื่อส่งเสริมความสำเร็จและความยั่งยืนของโปรแกรม 4) การส่งเสริมให้ผู้นำชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการเป็นผู้นำกระบวนการเพื่อช่วยแบ่งเบาภาระงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในชุมชน (Task-sharing) รายละเอียดดังภาพที่ 4 ต่อไปนี้



ภาพที่ 8 แสดงกรอบแนวคิดโปรแกรมการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน
(4 Core principles of the community mental health vaccine program)

ตารางที่ 7 สรุปแนวความคิดการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน

องค์ประกอบตาม Hobfoll et al., 2007	หลักการ/ทฤษฎี	Public Interventions/ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ ต่อการนำมาใช้ในสถานการณ์โควิด-19
ส่งเสริมความรู้สึกลดภัย (Promote sense of safety)	- ปฏิบัติการตอบสนองต่อเหตุการณ์ฉุกเฉินชีวิต - ความเครียดต่อยับยั้งการตอบสนองของระบบ Neurobiological และ Psychophysiological - เมื่อเจอเหตุการณ์วิกฤตร่างกายจะมีปฏิกิริยาต่อสู้หนีหรือหยุดนิ่ง - การส่งเสริมความปลอดภัยสามารถลดผลกระทบทางชีวภาพจากการตอบสนองต่อความเครียดทั้งผ่านเหตุการณ์วิกฤตได้	Recommended Public Interventions - การสร้างสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัยที่สุด - สอนให้ประชาชนทราบถึงวิธีการสร้างความปลอดภัยให้กับตัวเอง - ให้สื่อสารภาระที่ถูกต้องเพื่อช่วยยับยั้งการระบาด - เน้นการสื่อสารให้ประชาชนทราบเกี่ยวกับความปลอดภัยและการฟื้นคืนสู่ภาวะปกติมากกว่าการสื่อสารเกี่ยวกับภัยจากการแพร่เชื้อ - ไม่ติดตามข่าวสารมากเกินไป - แนะนำให้จำกัดเวลาการพูดคุยเกี่ยวกับเหตุการณ์นำไปสู่ความเครียดหรือวิตกกังวล - ให้ความรู้ผู้ปกครองให้จำกัดเวลาการติดตามข่าวสารและประเมินความเสี่ยงของเด็ก
ส่งเสริมความสงบ (Promote calming)	- การเผชิญกับบาดแผลทางใจที่เกิดขึ้นกับคนหมู่มาก - มักส่งผลให้เกิดอารมณ์ที่เพิ่มขึ้น	Public Interventions for COVID-19 1.1 มีมาตรการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรค 1.2 มีการให้ความรู้คนในชุมชน เกี่ยวกับการดูแลและป้องกัน ตนเองหรือผู้อื่น
	Recommended Public Interventions - ช่วยเหลือโดยตรงกับประชาชนที่กังวลกับเหตุการณ์ - ให้ข้อมูลเกี่ยวกับความปลอดภัยและระดับความเสี่ยงการติดเชื้อของคนในชุมชน - เพื่อการรับรู้แก่ประชาชนในชุมชน ตามหัวข้อดังกล่าวต่อไป	

ตารางที่ 7 สรุปแนวทางการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน

องค์ประกอบตาม Hobfoll et al., 2007	หลักการ/ทฤษฎี	Public Interventions/ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ ต่อการนำมาใช้ในสถานการณ์โควิด-19
	- ความวิตกกังวลบางอย่างเป็นการตอบสนองตามปกติ และดีต่อสุขภาพที่จำเป็นต่อการเฝ้าระวังหรือการรับรู้ความเสี่ยง - ความเสี่ยง - ความรู้เกี่ยวกับความกังวลหรือความตื่นตัวที่เพิ่มสูงขึ้นและอยู่ในระดับที่รบกวนต่อการนอนหลับ การทานอาหาร การดื่ม น้ำ การตัดสินใจ และการทำงานในชีวิตประจำวัน อาจนำไปสู่โรคแทรกซ้อน โรคซึมเศร้าหรือ บังคับถึงโรค PTSD ในภายหลังได้ - ปฏิสัมพันธ์ทางสังคมช่วยลดผลกระทบทางจิตใจต่อเหตุการณ์ได้ - บทบาทของอารมณ์เชิงบวก เช่น ความสุข อารมณ์ขัน ความพึงพอใจ และความหวัง - ข้อโมโนเรอของการเผชิญหน้ากับปัญหา	• ปฏิบัติทางจิตใจที่อาจเกิดขึ้นได้หลังเกิดเหตุการณ์วิกฤต • เทคนิคการจัดการความวิตกกังวลที่เป็นปฏิริยาทางใจ • สัญญาณของความผิดปกติอย่างรุนแรงจนกีดขวางชีวิตประจำวัน • จำกัดการรับรู้ข้อมูลข่าวสารในกลุ่มผู้มีความเครียดระดับปานกลางขึ้นไป • ให้ข่าวสารที่สั้น กระชับแก่สมาชิกครอบครัวที่มีปฏิริยาทางใจที่รุนแรง •ฝึกทักษะการแก้ปัญหา (Problem-solving skill) ด้วยการใช้ประโยชน์ และความพึงพอใจด้วยทรัพยากรที่ช่วยเหลือจากภายในชุมชน จะช่วยให้เกิดการปรับตัว ลดความวิตกกังวลและซึมเศร้าลดลง Public Interventions for COVID-19 2.1 มีการให้ข้อมูลการแพร่ระบาดของโรคอย่างถูกต้อง ชัดเจน และสม่ำเสมอ 2.2 มีการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเองแก่คนในชุมชน
ส่งเสริมการมีความหวัง (Promote hope)	- ต้องรักษาความหวังให้คงอยู่ในหมู่ประชาชนที่ต้องเผชิญกับเหตุการณ์ เพราะจะทำให้ผู้คนรู้สึกมีความหวังต่อการใช้ชีวิตในอนาคตและมีผลต่อการมองโลกในแง่ดี	Recommended Public Interventions - จัดบริการแก่ประชาชนเพื่อช่วยให้พวกเขากลับมาใช้ชีวิตได้ตามปกติ - พัฒนาระบบเป็นปากเป็นเสียงเพื่อช่วยเหลือผู้ประสบภัย - สนับสนุนการสร้างเศรษฐกิจท้องถิ่น

ตารางที่ 7 สรุปแนวความคิดการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน

องค์ประกอบตาม Hobfoll et al., 2007	หลักการ/ทฤษฎี	Public Interventions/ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ ต่อการนำมาใช้ในสถานการณ์โควิด-19
	- การส่งเสริมให้มีความหวังเป็นสิ่งที่สำคัญเพราะเหตุวิกฤตมักมาพร้อมกับ "โลกทัศน์ที่แตกสลาย" ที่บ่อนทำลายความหวังและนำไปสู่ปฏิกิริยาต่อความสิ้นหวัง ความไร้ประโยชน์และความรู้สึกถึงความสูญเสีย - แนวคิดเกี่ยวกับความเข้มแข็งทางใจ (Resilience) มีความหวังเป็นหนึ่งในองค์ประกอบสำคัญ	- สื่อ โรงเรียน มหาวิทยาลัยและผู้เฒ่าผู้แก่ (เช่น โบสถ์ ศูนย์กลางชุมชน วัด) ควรช่วยเหลือผู้คนที่เรื่องต่าง ๆ ดังนี้ การเชื่อมโยงไปยังแหล่งทรัพยากรการแบ่งปันประสบการณ์และความหวัง การสร้างอนุสรณ์และการเห็นความสำคัญ การยอมรับว่าชีวิตและทุกสิ่งรอบตัวอาจเปลี่ยนไป Public Interventions for COVID-19 3.1 สนับสนุน ช่วยเหลือ ให้สถานที่ให้บริการสำหรับประชาชน กลับมาเปิดให้บริการได้ภายใต้มาตรการความปลอดภัย 3.2 จัดสวัสดิการ/ออกมาตรการเยียวยาผู้ที่ได้รับผลกระทบ 3.3 สนับสนุนให้มีกิจกรรมสร้างขวัญและกำลังใจให้กับคนในชุมชน
ส่งเสริมความรู้สึกร่วมกัน ในชุมชน (Promote connectedness)	- การสนับสนุนทางสังคมและความผูกพันกับคนที่รักและกลุ่มทางสังคมช่วยในการต่อสู้กับความเครียดและบาดแผลทางใจ - ความเชื่อมโยงทางสังคมเพิ่มโอกาสที่จำเป็นต่อการรับรู้การรับมือกับภัยพิบัติ - โอกาสในการได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่หลากหลาย - การสนับสนุนกิจกรรมที่ก่อให้เกิดการแบ่งปันหรือแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่ทำให้เกิดการรับรู้ เข้าใจ	Recommended Public Interventions - ระบุนโยบายที่สนับสนุนที่ดี มีแนวโน้มที่จะได้ผลดีเฉพาะทางสังคม ผู้ที่ได้รับข่าวสารในลักษณะบ่อนทำลาย - ช่วยเหลือผู้คนที่ประสบกับปัญหาและติดต่อกับคนในครอบครัว - เพิ่มปริมาณคุณภาพและความถี่ของการให้ความช่วยเหลือ - จัดการปัญหาสุขภาพทางสังคมเชิงลบที่อาจเกิดขึ้น (เช่น ความหวาดระแวง การเปลี่ยนแปลงภายในชุมชน/นอกชุมชน ความกระวนกระวายและความเหนื่อยล้า)

ตารางที่ 7 สรุปแนวทางการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน

องค์ประกอบตาม Hobfoll et al., 2007	หลักการ/ทฤษฎี	Public Interventions/ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ ต่อการนำมาใช้ในสถานการณ์โควิด-19
	และเห็นร่วมกันและกันจะช่วยเหลือผลกระทบกระเทือนทางจิตใจได้	Public interventions for COVID-19 4.1 จัดทีมสื่อสาร สร้างความเข้าใจ และความเชื่อมั่นแก่คนในชุมชน 4.2 มีการให้ออกาสผู้ที่หายป่วยกลับมาดำเนินชีวิตได้ตามปกติและร่วมกิจกรรมทางสังคม 4.3 สร้างความเข้าใจ ให้ออกาสกลุ่มเปราะบาง เช่น กลุ่มคนงานขายรายได้กลุ่มสูงอายุติดบ้านติดเตียง
ส่งเสริมการรับรู้ศักยภาพของ ตนเองและชุมชนในการจัดการ ปัญหาร่วมกัน (Promote sense of self- and community efficacy)	- การรับรู้ความสามารถของตนเองคือความรู้สึกที่ว่าบุคคลเชื่อว่าภาระกระทำของพวกเขาในแนวโน้มที่จะนำไปสู่ผลลัพธ์ในเชิงบวก (Bandura, 1997) - ส่วนใหญ่ผ่านการควบคุมความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมของตนเอง (Carver & Scheier, 1998) ซึ่งสามารถขยายไปสู่ประสิทธิภาพโดยรวมของกลุ่มหรือชุมชนที่มีแนวโน้มจะก่อให้เกิดผลลัพธ์ในเชิงบวก (Antonovsky, 1979; Benight, 2004) จากการใช้พลังความร่วมมือของชุมชนเพื่อรับมือกับเหตุการณ์ที่สร้างความเครียด	Public interventions for COVID-19 - จัดหาบุคลากรแหล่งแหล่งทรัพยากรภายนอกมาช่วยเหลือ - สร้างวิธีเพื่อการจัดการและวางแผนเตรียมการทรัพยากรบุคคล - ช่วยเหลือผู้ที่ได้รับผลกระทบต่อการตัดสินใจเกี่ยวกับภาวะวิกฤต - ส่งเสริมกิจกรรมที่ดำเนินการโดยชุมชน เช่น กิจกรรมทางศาสนา การประชุม การระดมพล การร่วมมือกับหมอพื้นบ้าน การใช้องค์กรและพิธีวิฤกษ์ ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ ผู้เชี่ยวชาญเห็นอย่างเป็นเอกฉันท์ในที่ประชุมว่าองค์ประกอบด้านนี้ ควรเป็นองค์ประกอบสำคัญที่ใช้เป็นรากฐานในการส่งเสริมให้เกิดกิจกรรมอื่น ๆ ร่วมกับสายสัมพันธ์ในชุมชนที่เป็นจุดแข็งและเป็นปัจจัยปกป้องไม่หลาย ๆ ปัญหา รวมถึงปัญหาสุขภาพจิตและปัญหาการฆ่าตัวตายในชุมชน

มีมาตรการอะไรบ้าง?

สร้างความรู้สึกลดภัยในชุมชน (Safety)

- 1) มีนตรากรบขึ้นกับและควบคุมการแพร่ระบาดของโรค เช่น การคัดกรอง กลุ่มเสี่ยงบนเรือสำราญ, บังคับตรวจวัดไข้และถามประวัติ, ผู้ป่วยมากกว่าห้าร้อย และควบคุมร่วมร่วมไว้ก่อนที่ชุมชนหรือบริเวณสาธารณะต่างๆ อย่างเคร่งครัด
- 2) มีการให้ความรู้แก่ภาคีที่เกี่ยวข้องกับมาตรการและข้อปฏิบัติ เช่น การประเมินนักท่องเที่ยว, หลักการสวมหน้ากากอนามัยในในที่สาธารณะ, สวมหน้ากากและหมั่นใช้แอลกอฮอล์ล้างมือ
- ส่วนความตระหนักเรื่องความรับผิดชอบต่อสังคม, องค์กรธุรกิจที่เกี่ยวข้อง, สถาบันผู้ให้บริการทางเรือ

สร้างความรู้สึกร่วม (Calm)

- ๑) มีการให้บริการประเมินภาวะโรคอย่างใกล้ชิดจากทางเภสัชกรให้คำปรึกษา เพื่อให้บริการในชุมชนที่ตระหนักว่าข้อดีต่าง ๆ และประโยชน์ที่ได้รับในชุมชนบริการทางเภสัชกร หรือร้านชุมชน
- ๒) มีการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคทางจิตเวชแก่ภาคประชาสังคม เช่น
- เพลิดเพลิน Mental Health Check-in, การประเมินสุขภาพจิตตามแบบวิธีแบบหลายความเครียด, การประเมินสุขภาพจิตตามแบบตาม
- เวทีเสวนา 3 ข้อ, ขบวนการเรียนรู้การบริการด้านสุขภาพจิต

วัคซีนไข้หัดหมู (Community Vaccines) เป็นมาตรการหรือกิจกรรมที่ส่งเสริมให้หมูในชุมชนรอบบ่อร่วมใจกันทำปฎิบัติหรือรักษาตัวต่าง ๆ ที่ลดไข้ในชุมชน จนสามารถกักตัวสัตว์กักกันไว้ได้ และแยกจากให้ชุมชน พื้นนิเวศสัมผัสภาวะปกติได้ในเวลาอันรวดเร็ว

ผู้นำชุมชน เช่น กำปับ ผู้ใหญ่บ้าน คณะกรรมการหมู่บ้าน
เจ้าพนักงานสาธารณสุข อสม. จัดอาสาสมัครชุมชน ช่วยงานท้องถิ่น ฯลฯ

[illegible]

ใช้ศักยภาพที่มีอยู่ในชุมชน
(Community Efficacy)

เป็นการจัดการแยกกันอยู่ให้ชุมชนบริหารจัดการให้เกิดประโยชน์ เช่น จัดระบบจิตอาสาสมัครหรือช่วยกันกายภาพและกายอดชุมชนในการแบ่งปันทรัพยากรร่วมกัน ฯลฯ

2

ใช้สายสัมพันธ์ที่แน่นแฟ้นในชุมชน
(Community networks and relationships)

เป็นการดึงเอาจุดเด่นเรื่องความรัก ความสามัคคีและความผูกพันของคนในชุมชน มาใช้ในการขับเคลื่อนให้กิจกรรมบรรลุผลช่วยเหมือนกัน

สร้างความหวังในชุมชน (Hope)

- 1) นิยามเป็นไฟฟ้าหรือจุดอุปทานบริการ สามารถกริดและระบบจัดการระบบ New Normal
- 2) จุดจัดซื้อ/จัดขายบริการของไฟฟ้าใช้เฉพาะกริด เช่น จุดจำหน่ายไฟฟ้าของเขื่อน
- 3) สมมติเป็นไฟฟ้ากริดระบบแรงดันต่ำใช้กับครัวเรือน เช่น ไฟฟ้าจากแผงโซลาร์เซลล์บนหลังคาบ้าน

สร้างควมเข้าใจและให้โอกาสคนในชุมชน
(Destigmatization)

- 1) จัดตั้งสื่อสาร สรรพมาชนเพื่อใช้ และงานอื่นที่มีบทบาทในชุมชน เช่น การรณรงค์หาบ่าว (การดูแลคนท้อง) การอยู่ร่วมกับสุนัขที่หายป่วย เพื่อไม่ให้ป่วยและไปบอกรับเงินค่าสุนัขตามสถานี
- 2) ฝึกอบรมผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้านให้มีความรู้ชีวิตตามบ้านและงานกิจกรรมตามบ้าน
- 3) ฝึกอบรมผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้านให้โอกาสกลุ่มประชาชน โดยเฉพาะกลุ่มคนพิการ/คนป่วยไปบ่น เช่น ให้โอกาสในการทำงาน, แบ่งปันสิ่งของที่ทำไว้

1.2 ผลการพัฒนาแบบสำรวจวัคซีนใจในชุมชน

หนึ่งในเครื่องมือสำคัญในโปรแกรมการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน สำหรับผู้นำกระบวนการ คือ แบบสำรวจวัคซีนใจในชุมชน (Community mental health vaccine checklist for COVID-19) ซึ่งใช้ในขั้นตอนของการทบทวนชุมชน (จะกล่าวถึงในลำดับถัดไป) ทีมนักวิจัยจึงใช้ข้อสรุปประกอบในตารางที่ 7 พร้อมทั้งข้อมูลจากการศึกษารูปแบบจากพื้นที่ที่เคยดำเนินงานการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนในการระบุกิจกรรมที่ชุมชนสามารถทำได้จริง นำมาพัฒนาแบบสำรวจวัคซีนใจในชุมชน (Community mental health vaccine checklist for COVID-19) รายละเอียดและผลการตรวจสอบค่าความเที่ยงตรงของแบบสำรวจ (IOC) ดังแสดงในตารางต่อไปนี้

ตารางที่ 8 ผลการตรวจสอบค่า IOC แบบสำรวจวัคซีนใจในชุมชน

รายการ	ผู้ทรงคุณวุฒิ			ค่า IOC	แปลผล
	1	2	3		
สร้างความรู้สึกลดภัยในชุมชน					
1. มีมาตรการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรค					
1.1 ทั้งผู้นำชุมชน อาสาสมัครในพื้นที่ และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง ได้รับการทบทวน ความรู้ความเข้าใจเรื่องการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19	1	1	1	1.0	เหมาะสม
1.2 ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ดำเนินการตามแนวทางปฏิบัติด้านสาธารณสุข เพื่อจัดการภาวะระบาดของโรคโควิด-19 อย่างเคร่งครัด - การคัดกรองกลุ่มเสี่ยง - การตั้งจุดตรวจวัดไข้และจุดล้างมือ/เจลแอลกอฮอล์ ในพื้นที่ สาธารณะหรือพื้นที่ให้บริการของรัฐ/เอกชน - การจัดระยะห่างระหว่างบุคคลตามสถานที่ต่าง ๆ - การงดกิจกรรมที่มีการรวมกลุ่ม/สังสรรค์ - การฉีดวัคซีน	1	1	1	1.0	เหมาะสม
1.3 ผู้นำชุมชน ทำความเข้าใจและขอความร่วมมือคนในชุมชนและเครือข่ายต่างๆ ปฏิบัติตามมาตรการสาธารณสุขอย่างเคร่งครัด - สวมหน้ากากผ้าหรือหน้ากากอนามัย - ทำความสะอาดพื้นผิวและอุปกรณ์ที่มีการสัมผัสบ่อย - เว้นระยะห่าง/หลีกเลี่ยงการสัมผัสกับบุคคลอื่น - การใช้แอปพลิเคชัน “ไทยชนะ/หมอชนะ” ในการเข้าออกสถานที่สาธารณะ	1	1	1	1.0	เหมาะสม
1.4 มีวิธีการรายงานข้อมูลกรณีที่สงสัยมีผู้ติดเชื้อโควิด-19 และที่ได้รับการยืนยัน แล้ว	1	1	1	1.0	เหมาะสม
2. มีการให้ความรู้คนในชุมชน เกี่ยวกับการดูแลและป้องกัน ตนเองหรือผู้อื่น ในเรื่องดังต่อไปนี้					
2.1 ให้ความรู้เรื่องความปลอดภัยและความรับผิดชอบต่อสังคม เช่น สื่อสารหรือ เผยแพร่สื่อผลกระทบต่อสังคมหากประชาชนไม่ดูแลตัวเอง จนอาจมีความเสี่ยง ต่อการติดเชื้อ	1	1	1	1.0	เหมาะสม
2.2 ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับโรคโควิด-19 เช่น อาการและลักษณะของการแพร่เชื้อวัคซีน	1	1	1	1.0	เหมาะสม
2.3 วิธีป้องกันตนเองและผู้อื่น เช่น การป้องกันการไอ/จาม การสวมหน้ากากอนามัย/ หน้ากากผ้า การหมั่นล้างมือ การหลีกเลี่ยงเดินทางไปยังพื้นที่เสี่ยง	1	1	1	1.0	เหมาะสม

ตารางที่ 8 ผลการตรวจสอบค่า IOC ร่างแบบสำรวจวัคซีนใจในชุมชน

รายการ	ผู้ทรงคุณวุฒิ			ค่า IOC	แปลผล
	1	2	3		
2.4 ความสำคัญของการแจ้งข้อมูลให้แก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุข/เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง ทันทีที่รู้สึกมีไข้/เข้าข่ายอยู่ในกลุ่มเสี่ยงติดเชื้อ	1	1	1	1.0	เหมาะสม
2.5 สถานที่ขอรับบริการตรวจหาเชื้อโควิด-19/สถานที่ฉีดวัคซีน	1	1	1	1.0	เหมาะสม
2.6 การให้ความรู้การปฏิบัติตัวของกลุ่มเสี่ยงขณะกักตัว 14 วัน	1	1	1	1.0	เหมาะสม
สร้างความรู้สึกลงในชุมชน					
1. มีการให้ข้อมูลการแพร่ระบาดของโรคอย่างถูกต้อง ชัดเจน และสม่ำเสมอ					
1.1 สื่อสารข้อมูลการระบาดที่ถูกต้องและตรงกันกับข้อมูลของศบค./กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข/แหล่งข้อมูลที่เชื่อถือได้	1	1	1	1.0	เหมาะสม
1.2 มีการให้ข้อมูลแก่คนในชุมชน ผ่านช่องทางที่เหมาะสม เช่น การสื่อสารผ่าน หอกระจายข่าว วิทยุชุมชน เอกสาร/แผ่นพับอย่างสม่ำเสมอ	1	1	1	1.0	เหมาะสม
2. มีการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลจิตใจตนเองแก่คนในชุมชน ในเรื่องต่อไปนี้					
2.1 สื่อสารวิธีการผ่อนคลายความเครียด ลดความกังวลจากสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ผ่านช่องทางการสื่อสารของชุมชน เช่น หอกระจายข่าว, วิทยุชุมชน, ไลน์ (Line)	1	1	1	1.0	เหมาะสม
2.2 แนะนำช่องทางการขอรับบริการด้านสุขภาพจิต หรือช่องทางการประเมิน สุขภาพจิตตนเอง เช่น การประเมินความเครียดผ่านแอปพลิเคชัน : Mental Health Check-In ของกรมสุขภาพจิต	1	1	1	1.0	เหมาะสม
2.3 จัดทีมอาสาสมัคร/เจ้าหน้าที่สาธารณสุข คัดกรองสุขภาพจิตคนในชุมชนให้ครอบคลุม	1	1	1	1.0	เหมาะสม
2.4 อสม.ลงติดตามเยี่ยมบ้าน คัดกรองสุขภาพจิตประชาชนในชุมชนและให้การ ดูแลจิตใจผู้ที่มีความเสี่ยงที่จะมีปัญหาสุขภาพจิต	1	1	1	1.0	เหมาะสม
2.5 เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม. และผู้นำชุมชน ได้รับการอบรมการปฐมพยาบาล ทางใจเบื้องต้น (PFA) เพื่อให้การดูแลจิตใจแก่คนในชุมชน	1	1	1	1.0	เหมาะสม
2.6 เจ้าหน้าที่สาธารณสุข จัดกิจกรรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ (RQ) แก่ กลุ่มเปราะบาง เช่น กลุ่มตกงาน กลุ่มรายได้น้อย	1	1	1	1.0	เหมาะสม
สร้างความหวังในชุมชน	1	1	1	1.0	เหมาะสม
1. สนับสนุน ช่วยเหลือ ให้สถานที่บริการสำหรับประชาชน กลับมาเปิดให้บริการได้ภายใต้มาตรการความปลอดภัย					
1.1 ผู้นำชุมชนมีแผนการฟื้นฟูหรือจัดรูปแบบการให้บริการแบบ New Normal ในสถานบริการชุมชน เช่น ใน รพ.สต. รพช. คลินิก ตลาดสด ร้านค้า ห้าง สรรพสินค้า ฯลฯ หรือขนส่งสาธารณะ เช่น รถโดยสารสาธารณะ เรือโดยสาร สาธารณะ ให้เปิดบริการได้ตามปกติ ภายใต้มาตรการความปลอดภัยที่กำหนด	1	1	1	1.0	เหมาะสม
2. จัดสวัสดิการ/ออกมาตรการเยียวยาผู้ที่ได้รับผลกระทบ					
2.1 จัดทำทะเบียนในการช่วยเหลือผู้ที่ได้รับผลกระทบจากโควิด-19 โดยให้รวมถึง กลุ่มพึ่งพิงและกลุ่มเปราะบาง	1	1	1	1.0	เหมาะสม

ตารางที่ 8 ผลการตรวจสอบค่า IOC แบบสำรวจวัคซีนใจในชุมชน

รายการ	ผู้ทรงคุณวุฒิ			ค่า IOC	แปลผล
	1	2	3		
2.2 ผู้นำชุมชนร่วมกับคนในชุมชนออกแบบการจัดสวัสดิการให้กับคนในชุมชนที่ได้รับผลกระทบ เช่น - มาตรการลดดอกเบี้ยเงินกู้หรือพักชำระหนี้แก่สมาชิกกองทุนหมู่บ้าน - สนับสนุนการหารายได้เสริมจากการขายสินค้าชุมชน - การรวมกลุ่มสร้างอาชีพในชุมชน - การลดค่าเช่าพื้นที่ขายของในตลาดของหน่วยงานรัฐ	1	1	1	1.0	เหมาะสม
3. สนับสนุนให้มีกิจกรรมสร้างขวัญและกำลังใจให้กับคนในชุมชน	1	1	1	1.0	เหมาะสม
3.1 ผู้นำชุมชนออกเยี่ยมบ้านหรือจัดทีมเยี่ยมบ้านให้กำลังใจคนในชุมชน	1	1	1	1.0	เหมาะสม
3.2 เจ้าหน้าที่สาธารณสุข จัดอบรมพัฒนาศักยภาพประชาชนในเรื่องความเข้มแข็งทางใจ (RQ) ในระดับบุคคล ครอบครัว	1	1	1	1.0	เหมาะสม
สร้างความเข้าใจและให้โอกาสคนในชุมชน					
1. มีการสร้างความเข้าใจแก่คนในชุมชน ให้รู้สึกเห็นอกเห็นใจ ไม่รังเกียจผู้ป่วยหรือกลุ่มเสี่ยง					
1.1 ผู้นำชุมชนสื่อสารผ่านช่องทางต่าง ๆ ให้คนในชุมชนรับทราบและเข้าใจผู้ที่หายป่วย/ ผู้ที่ผ่านการกักตัวมาแล้ว	1	1	1	1.0	เหมาะสม
1.2 จัดทีมอาสาสมัครเยี่ยมบ้าน สร้างความเชื่อมั่นและความเข้าใจในเรื่องการรักษากลุ่มป่วย/การดูแลกลุ่มเสี่ยง/การอยู่ร่วมกับผู้ที่หายป่วยแล้ว	1	1	1	1.0	เหมาะสม
2. มีการให้โอกาสผู้ที่หายป่วยกลับมาดำเนินชีวิตได้ตามปกติและร่วมกิจกรรมทางสังคม					
2.1 ผู้นำชุมชนจัดทีมเยี่ยมบ้านให้กำลังใจผู้ที่หายป่วย/กลุ่มเสี่ยง/กลุ่มกักตัวครบ 14 วัน	1	1	1	1.0	เหมาะสม
2.2 กรณีที่มีผู้ป่วยในชุมชน ผู้นำชุมชนรวมถึงคนในชุมชน ให้โอกาสผู้ที่หายป่วยมาร่วมบอกเล่าประสบการณ์ หรือบอกต่อความรู้แก่คนในชุมชน หรือทำกิจกรรมร่วมกับผู้อื่นในชุมชน ฯลฯ	1	1	1	1.0	เหมาะสม
3. สร้างความเข้าใจ ให้โอกาสกลุ่มเปราะบาง เช่น กลุ่มตกงานขายรายได้ กลุ่มสูงอายุติดบ้านติดเตียง					
3.1 ผู้นำชุมชน สื่อสาร ทำความเข้าใจกับคนในชุมชน ให้เห็นใจ ให้โอกาสและช่วยเหลือกลุ่มเปราะบางที่ได้รับผลกระทบทางเศรษฐกิจ (กลุ่มตกงาน รายได้น้อย) เช่น โอกาสในการทำงาน แบ่งปันปัจจัยพื้นฐานในการดำรงชีวิต	1	1	1	1.0	เหมาะสม
3.2 ให้การดูแลผู้สูงอายุที่ติดบ้าน/ติดเตียงเตี้ย โดยการจัดทีมเยี่ยมบ้านให้กำลังใจและดูแลทางสังคมจิตใจ	1	1	1	1.0	เหมาะสม

จากตารางที่ 8 ผลการตรวจสอบค่า IOC แบบสำรวจวัคซีนใจในชุมชนจะพบว่าข้อสำรวจทั้ง 29 ข้อ ที่ผ่านการปรับปรุงรอบแรกจากคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญทั้ง 3 ท่าน มีความเหมาะสมในการนำไปใช้ต่อและเมื่อนำไปทดลองใช้กับประชาชนในพื้นที่ตำบลหนองหัวลิงใน อำเภอเมืองปากพลี จังหวัดนครนายก ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 60 คน เพื่อหาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient)

ทั้งฉบับ พบว่าแบบสำรวจฉบับนี้มีค่าเท่ากับ 0.87 สุดท้ายทีมวิจัยจึงนำมาจัดทำเป็นแบบสำรวจวัคซีนใจในชุมชนฉบับสมบูรณ์สำหรับการใช้ในการวิจัย และประกอบเป็นหนึ่งเครื่องมือของโปรแกรมการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนในขั้นตอนการทบทวนชุมชน ซึ่งจะอธิบายรายละเอียดในลำดับต่อไป

1.3 ผลการพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนด้วยกระบวนการผู้ใช้งานเป็นศูนย์กลาง (Human-centric design approach)

ในขั้นตอนของการพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน ผู้วิจัยเลือกใช้กระบวนการออกแบบโดยผู้ใช้งานเป็นศูนย์กลาง (Human-centric design) เพื่อให้โปรแกรมเป็นที่ยอมรับของผู้ใช้งาน ซึ่งมีเป้าหมายเป็นเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและผู้นำชุมชน ในกระบวนการนี้มี 4 ขั้นตอนสำคัญ รายละเอียดในแต่ละขั้นตอน ดังนี้

1.3.1 สร้างความเข้าใจชุมชน (Discover: Understanding the community)

ขั้นตอนแรกของกระบวนการออกแบบโดยกระบวนการผู้ใช้งานเป็นศูนย์กลาง (Human-centric design) คือการพยายามทำความเข้าใจจุดแข็งและความต้องการของชุมชน แต่เนื่องจากในการศึกษาครั้งนี้เป็นการพัฒนาโปรแกรมที่ต้องสามารถนำไปใช้ได้จริงในบริบทที่หลากหลายของประเทศไทยการทำความเข้าใจชุมชนจึงเปลี่ยนจากวิธีการลงสำรวจชุมชนหรือการทำประชาชนในชุมชนใดชุมชนหนึ่งเป็นการศึกษาผลการดำเนินงานการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนจากชุมชนต้นแบบปีพ.ศ. 2563 จากทั่วประเทศ โดยวิธีการที่เลือกใช้เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ในกระบวนการนี้คือการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) เพื่อค้นหาคำตอบและเพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับแนวคิดของบุคคลและชุมชน และในปีพ.ศ. 2563 มีหลายชุมชนทั่วประเทศที่เคยทดลองนำหลักการของการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนไปใช้ ซึ่งเป็นกรณีตัวอย่างได้ดีในการทำความเข้าใจการดำเนินงานในระดับชุมชนในพื้นที่และบริบทต่าง ๆ โดยมีการถอดบทเรียนและการสรุปโครงการไว้เพื่อศึกษารูปแบบการดำเนินงานในชุมชนปัจจัยสำเร็จ รวมถึงปัญหาอุปสรรคต่าง ๆ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการนำหลักการการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนไปใช้ รวมถึงปัจจัยเชิงบริบทอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องได้สรุปไว้ รายละเอียดดังตารางที่ 9 ต่อไปนี้

ตารางที่ 9 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน

ประเด็น	ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง
ปัจจัยสนับสนุนความสำเร็จ (Key success factors)	- การสร้างการมีส่วนร่วม - เครือข่ายที่เข้มแข็งและหลากหลายในชุมชน - ผู้นำชุมชนมีศักยภาพในการนำชุมชนและการสื่อสาร - ความสัมพันธ์ระหว่างผู้นำและคนในชุมชน - ความสัมพันธ์ระหว่างเจ้าหน้าที่และชุมชน - ความพร้อมและศักยภาพของชุมชน - บริบทวัฒนธรรมของชุมชน
ปัจจัยปัญหา/อุปสรรค (Barriers)	- เจ้าหน้าที่ขาดความรู้ความเข้าใจในแนวทางการเสริมสร้างวัคซีนใจ - เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีภาระงานมากในช่วงสถานการณ์โควิด-19 - คนในชุมชนไม่ให้ความร่วมมือ - งบประมาณไม่เพียงพอ - ขาดบุคลากรในการทำงาน

ตารางที่ 9 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน

ประเด็น	ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง
	- แนวทางการดำเนินงานไม่ชัดเจน/ไม่เป็นรูปธรรม - ยังไม่มีแนวทางการทำงานในความแตกต่างของวัฒนธรรม - ประชาชนและเจ้าหน้าที่ไม่เห็นความสำคัญของงานสุขภาพจิต - การตีตราทางสังคมต่อปัญหาสุขภาพจิต - การทำงานแยกส่วนกาย ใจ สังคม - สถานการณ์โควิดทำให้ไม่สามารถลงพื้นที่ได้ - ประชาชนสนใจแค่การป้องกันโรคระบาด
ปัจจัยเกี่ยวกับการดำเนินงาน (Implementation factors)	- ผู้บริหารในระดับพื้นที่ยังไม่เห็นความสำคัญ - กระบวนการทำงานไม่สอดคล้องกับผลลัพธ์ที่ต้องการและการวัด - เป้าหมาย/ผลลัพธ์การทำงานไม่ชัดเจน - ปรับเปลี่ยนนโยบายและแผนการดำเนินงานบ่อย - การสื่อสารระหว่างหน่วยงานส่วนกลางกับศูนย์สุขภาพจิต/สสจ. - การชี้แจงการดำเนินงานล่าช้า - การเก็บข้อมูลเยอะ/เข้าใจยาก - ความยืดหยุ่นของรูปแบบการทำงาน-ควรกำหนดเป้าหมายตามบริบทของชุมชน - การ MOU ไม่ถ่ายทอดไปยังผู้ปฏิบัติ - ระยะเวลาในการทำงานจำกัด - ขาดการพัฒนาศักยภาพให้แก่เครือข่ายการดำเนินงานในพื้นที่ - สื่อไม่เพียงพอ-ต้องการการสนับสนุนสื่อในรูปแบบออนไลน์ - ขาดพัฒนาระบบเฝ้าระวัง/ติดตามข้อมูลในพื้นที่ - ยังไม่มีเวทีแลกเปลี่ยนการดำเนินงานสำหรับศูนย์สุขภาพจิต - ยังไม่มีแนวทางการดำเนินงานของภาคส่วนมหาดไทย

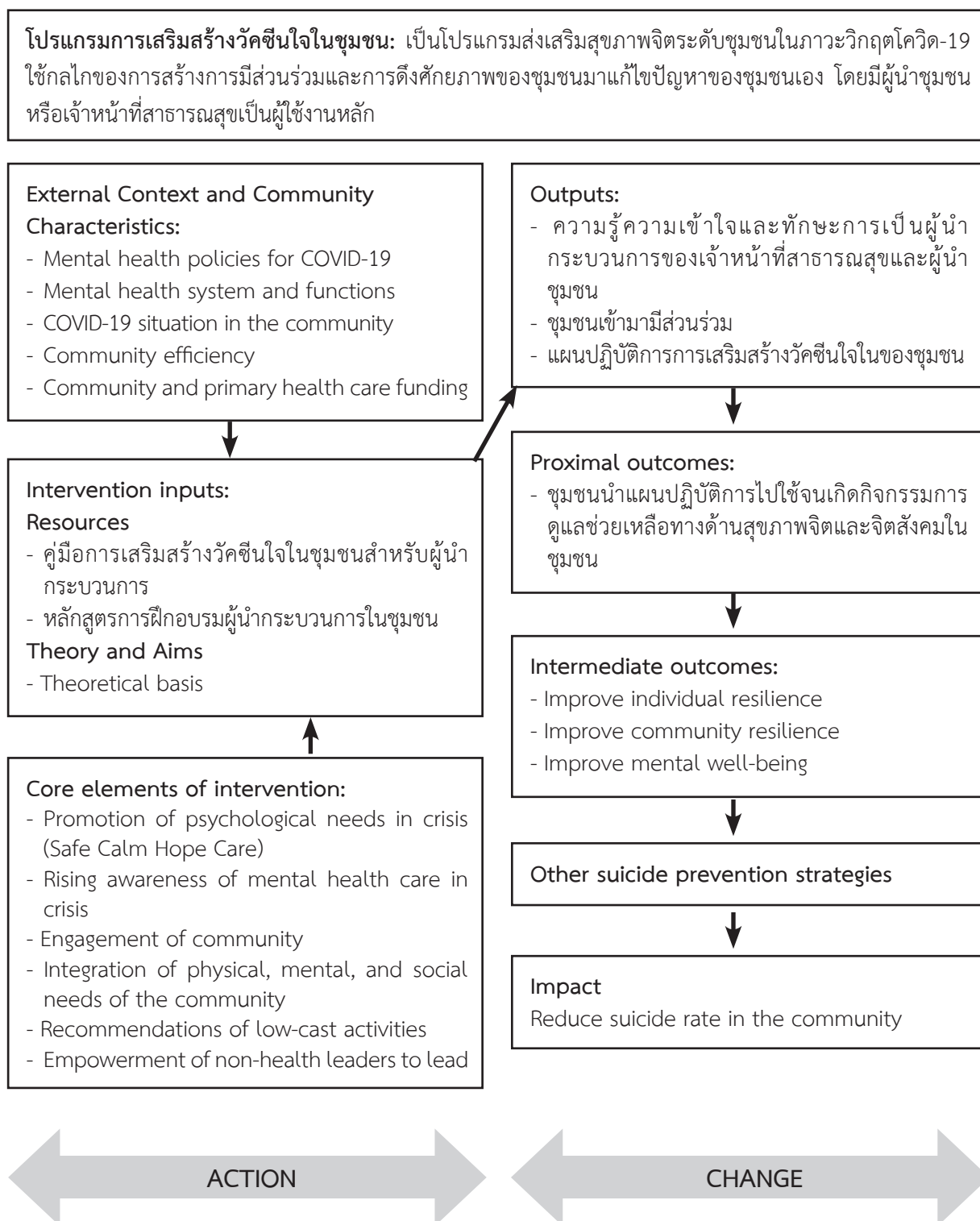
1.3.2 ออกแบบโปรแกรม (Design: Designing the intervention)

ในขั้นตอนของการออกแบบโปรแกรมการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนนี้เราใช้การประชุมของทีมวิจัยรวมกับการปรึกษาผู้เชี่ยวชาญของกรมสุขภาพจิต เพื่อคิดกลยุทธ์ของโปรแกรมให้สามารถแก้ปัญหาอุปสรรคที่ถูกระบุในขั้นตอนแรกด้วยการส่งเสริมจุดแข็ง กระตุ้นการใช้ปัจจัยที่ทำให้เกิดความสำเร็จและคำนึงถึงบริบทที่กำลังเผชิญอยู่ ดังนั้นทีมวิจัยจึงนำข้อมูลที่ได้จากการดำเนินงานในขั้นตอนที่ 1 เพื่อนำมาออกแบบกลยุทธ์ของโปรแกรม รายละเอียดดังตารางที่ 10 ต่อไปนี้

ตารางที่ 10 แสดงรายละเอียดของการคัดเลือกกลยุทธ์เพื่อออกแบบและพัฒนาโปรแกรม

กลยุทธ์/ปัจจัยสนับสนุนที่เลือก	ประโยชน์ของกลยุทธ์
1. การสร้างการมีส่วนร่วม (Participation)	- การจัดการกระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมในชุมชนเอื้อให้เครือข่ายที่หลากหลายในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงาน - สร้างความร่วมมือของคนในชุมชน - ลดการตีตราทางสังคมต่อปัญหาสุขภาพจิต - ส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างผู้นำและคนในชุมชน - ส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างเจ้าหน้าที่และชุมชน - ให้ชุมชนตระหนักถึงความพร้อมและศักยภาพของชุมชน - รับฟังความคิดเห็นของชุมชนเพื่อประยุกต์ให้เข้ากับบริบทวัฒนธรรมของชุมชน
2. การแบ่งปันหน้าที่ (Task-sharing)	- ผู้นำชุมชนมีศักยภาพในการนำชุมชนและการสื่อสารซึ่งสามารถเป็นผู้นำกระบวนการร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขซึ่งมีภาระงานมากในช่วงสถานการณ์ระบาด
3. การฝึกอบรม (Training)	- หลักสูตรการฝึกอบรมที่ดีจะช่วยสร้างความรู้ความเข้าใจของเจ้าหน้าที่และผู้นำชุมชน ทำให้มีความมั่นใจและนำไปปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ
4. การแทรกแซงที่ใช้งบประมาณน้อย (Low-cost intervention)	- ช่วยแก้ปัญหาทางไม่เพียงพอในการดำเนินงานสุขภาพจิต
5. การส่งเสริมความตระหนัก (Promoting awareness)	- ส่งเสริมประชาชนและเจ้าหน้าที่ให้เห็นความสำคัญของงานสุขภาพจิตและลดการตีตราทางสังคมต่อปัญหาสุขภาพจิต
6. การบูรณาการ (Integration)	- บูรณาการร่วมกับการทำงานในทุกมิติทั้งกาย ใจ สังคม - เน้นการจัดกิจกรรมที่เหมาะสมกับสถานการณ์โควิด - บูรณาการกับประเด็นที่ประชาชนสนใจ (การระบาด)

ทีมผู้วิจัยได้นำทั้ง 6 กลยุทธ์มาเป็นหลักสำคัญในการออกแบบและพัฒนาโปรแกรม รวมถึงจากตารางที่ 17 จะเห็นได้ว่าหลักสูตรการฝึกอบรมและการสร้างผู้นำกระบวนการในชุมชนที่ไม่ใช่แค่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีความสำคัญ ดังนั้นทางทีมวิจัยจึงมีการพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนที่เน้นการพัฒนาผู้นำกระบวนการในชุมชน ด้วยหลักสูตรการฝึกอบรมที่มีประสิทธิภาพและคู่มือที่พร้อมสำหรับการนำไปใช้รายละเอียด ดังภาพที่ 9, 10 และตารางที่ 11 และ 12 ต่อไปนี้



ภาพที่ 10 แบบจำลองการดำเนินการของโปรแกรมจนถึงการเกิดผลลัพธ์ที่คาดหวัง
(Modeling Process and outcomes)

Modelling a complex intervention prior to a full scale evaluation can provide important information about the design of both the intervention and the evaluation.

ตารางที่ 11 เส้นทางการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน
กำหนดการการจัดกิจกรรม 5 ชม. 20 นาที
(สามารถปรับเวลาและกิจกรรมให้เหมาะสมกับบริบทชุมชนได้)

กำหนดการ	ระยะเวลา	เนื้อหา/กิจกรรม
บทนำ (30 นาที)	10 นาที	1. ต้อนรับและแนะนำตัว ▪ แนะนำตัวและความคาดหวัง ▪ วัตถุประสงค์และกำหนดการ ▪ กฎการทำกิจกรรมอย่างมีส่วนร่วม
	20 นาที	2. กิจกรรมละลายพฤติกรรม ▪ เขียนป้ายชื่อ ▪ กิจกรรมนับเลข ▪ กิจกรรมแบ่งกลุ่ม : หาฉันให้เจอ
ส่วนที่ 1 วัคซีนใจในชุมชน (30 นาที) ความหมาย กรอบแนวคิด และตัวอย่างกิจกรรม	10 นาที	1. ความสำคัญของการส่งเสริมสุขภาพจิตในภาวะวิกฤต
	20 นาที	2. ทำความรู้จักกับการสร้างวัคซีนใจในชุมชน ▪ เมื่อพูดถึงวัคซีนใจ คุณคิดถึงอะไร? ▪ ความหมาย ▪ กรอบแนวคิด ▪ ตัวอย่างกิจกรรม
ส่วนที่ 2 ทบทวนชุมชน (50 นาที) ทบทวนจุดแข็ง จุดอ่อนของชุมชน และการกำหนดเป้าหมายร่วมกัน	50 นาที	1. ชุมชนของคุณมีวัคซีนใจแล้วหรือยัง? 2. ทบทวนจุดแข็ง/จุดอ่อนในชุมชน (โดยเฉพาะศักยภาพและสายสัมพันธ์ในชุมชน)
ส่วนที่ 3 สร้างแผนชุมชน (3 ชม.) ร่วมกันสร้างแผนปฏิบัติการในชุมชน	1 ชม. 30 นาที	1. จัดทำแผนการสร้างวัคซีนใจในชุมชน
	1 ชม. 30 นาที	2. ทบทวนแผนการสร้างวัคซีนใจในชุมชน
ส่วนที่ 4 การติดตามประเมินผล (10 นาที)	10 นาที	ขั้นตอนการติดตามประเมินผล
สรุปบทเรียนจากแผนการสร้างวัคซีนใจในชุมชน (20 นาที)	20 นาที	สรุปบทเรียนจากแผนการสร้างวัคซีนใจในชุมชน

ตารางที่ 12 หลักสูตรการฝึกอบรมโปรแกรมการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน
ระยะเวลา 6 ชั่วโมง

เนื้อหา	รายละเอียด
บทนำหลักสูตร Pre-test	- ที่มาและความสำคัญ - วัตถุประสงค์หลักสูตร - กำหนดการ/ระยะเวลา - แบบทดสอบความรู้ความเข้าใจ - แบบประเมินความมั่นใจในการเป็นผู้นำกระบวนการ
บทที่ 1 วัคซีนใจในชุมชน	วัตถุประสงค์: - เพื่อให้ผู้เรียนมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความสำคัญของการส่งเสริมสุขภาพจิตและการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในภาวะวิกฤต - เพื่อให้ผู้เรียนมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับวัคซีนใจในชุมชน บทย่อย 1.1 ปัญหาสุขภาพจิตในภาวะวิกฤต 1.2 การส่งเสริมสุขภาพจิตและการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในภาวะวิกฤต 1.3 ความหมายและกรอบแนวคิดของวัคซีนใจในชุมชน
บทที่ 2 เส้นทางเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน	วัตถุประสงค์: - เพื่อให้ผู้เรียนมีความรู้ความเข้าใจและเกิดทักษะการสร้างการมีส่วนร่วมเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน - เพื่อให้ผู้เรียนมีความรู้ความเข้าใจในการจัดประชุมเพื่อสร้างการมีส่วนร่วมภายใต้สถานการณ์โควิด 19 - เพื่อให้ผู้เรียนมีความรู้ความเข้าใจกิจกรรมเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน บทย่อย 2.1 ความสำคัญของการสร้างการมีส่วนร่วม 2.2 การจัดประชุมแบบ New normal 2.3 เส้นทางเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน 2.3.1 บทนำ 2.3.2 เทคนิคการสื่อสารวัคซีนใจในชุมชน 2.3.2.1 การทบทวนชุมชน 2.3.2.1.1 ทบทวนจุดแข็ง/จุดอ่อนในชุมชน (โดยเฉพาะศักยภาพและสายสัมพันธ์ในชุมชน)

ตารางที่ 12 หลักสูตรการฝึกอบรมโปรแกรมการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน
ระยะเวลา 6 ชั่วโมง

เนื้อหา	รายละเอียด
	2.3.2.2 การใช้แบบสำรวจวัคซีนใจในชุมชนในการ ทบทวน 4 สร้าง 2.3.3 การสร้างแผนปฏิบัติการในชุมชน 2.3.4 การประเมิน/ติดตามผล 2.3.5 สรุปบทเรียนจากแผนการสร้างวัคซีนใจในชุมชน
บทที่ 3 ตัวอย่างนวัตกรรมการ เสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน	วัตถุประสงค์: - เพื่อให้ผู้เรียนมีความเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินงานเริ่มสร้าง วัคซีนใจในชุมชนภายใต้สถานการณ์จริงในพื้นที่ - เพื่อให้ผู้เรียนมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเครื่องมือที่ช่วย เสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนและเลือกใช้ได้ถูกต้องเหมาะสม บทย่อย 3.1 ความหมายของนวัตกรรม 3.2 นวัตกรรมเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน 3.2.1. การสร้างความรู้สึกปลอดภัยในชุมชน 3.2.2 การสร้างความรู้สึกสงบในชุมชน 3.2.3 การสร้างความหวังในชุมชน 3.2.4 การสร้างความเข้าใจ ให้โอกาสในชุมชน
บทที่ 4 ตัวอย่างนวัตกรรมการ เสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน	วัตถุประสงค์: เพื่อให้ผู้เรียนมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเครื่องมือที่ช่วยเสริม สร้างวัคซีนใจในชุมชนและเลือกใช้ได้ถูกต้องเหมาะสม บทย่อย 3.1 ระบบการให้คำปรึกษาเชิงเทคนิค 3.2 การเผยแพร่ผลงานการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน 3.3 สื่อ/องค์ความรู้สุขภาพจิต
Post-test	- แบบทดสอบความรู้ความเข้าใจ - แบบประเมินความมั่นใจในการเป็นผู้นำกระบวนการ - แบบประเมินความพึงพอใจ

สารบัญ		คำอธิบายการใช้คู่มือ	
คำนำ	2	1. วิธีการใช้คู่มือ	เมื่อคู่มือเล่มนี้ใช้สำหรับการจัดกิจกรรมหนึ่งวันรวมเวลาพัก โดยผู้นำกระบวนการสามารถประยุกต์ใช้เนื้อหาในเล่มให้เหมาะสมกับการจัดกิจกรรมใน บริบทวัฒนธรรมและภาษาของตนเอง ที่มีเป้าหมาย ดังนี้...
คำอธิบายการใช้คู่มือ	5	1) สร้างการมีส่วนร่วมในการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนภายใต้สถานการณ์วิกฤต เช่น การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือวิกฤตจากภัยธรรมชาติ เป็นต้น	
แผนทางการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน	9	2) ปัญหาที่สวนแย้งอยู่ในทุกภาคส่วนในชุมชน เช่น ผู้นำชุมชนที่ไม่ระดับตำบล ระดับหมู่บ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม. พยาบาลอาสา กลุ่มชมรมต่าง ๆ ในชุมชน NGOs รวมถึงประชาชนได้เข้ามามีส่วนร่วมในการออกแบบกิจกรรมและวางแผนปฏิบัติการในชุมชนเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตและลดผลกระทบทางสุขภาพจิตจากการระบาดวิกฤต	
บทนำ	11 - 16	2. กลุ่มเป้าหมายในการใช้คู่มือฯ	เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลหรือผู้นำชุมชนที่ผ่านการอบรมการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนแล้ว และสามารถเป็นผู้นำกระบวนการในการจัดกิจกรรมได้
1. คัดสรรและบทบาท	12	3. ทัศนคติของผู้นำกระบวนการ	ผู้นำกระบวนการจะต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเสริมสร้างสุขภาพจิตในชุมชน ทั้งในสถานการณ์ปกติและในสถานการณ์วิกฤต โดยเฉพาะอย่างยิ่งหลักการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน (4 สร้าง 2 รัก) และจะมีประโยชน์อย่างมาก หากผู้นำกระบวนการมีทักษะในการจัดกิจกรรมกลุ่ม หรือการจัดเวทีประชุมในชุมชน นอกจากนี้ยังมีทักษะอื่นๆ ที่สำคัญ เช่น
2. กิจกรรมและสาระการเรียนรู้	15		- ทักษะการสื่อสารกับคนในชุมชนหรือการพูดคุยกับกลุ่มเป้าหมายและขอพ้องใจร่วมลงมือ - ทักษะการสังเกต การศึกษาชุมชน และกลุ่มเป้าหมายเข้ามาเข้าร่วม - ทักษะการบันทึกการเป็นผู้นำกระบวนการและการทำงาน
ส่วนที่ 1 วัคซีนใจในชุมชน	17 - 29		
1. ความสำคัญของการเสริมสร้างสุขภาพจิตในการวิกฤต	18		
2. ค่าความรู้จักในการสร้างวัคซีนใจในชุมชน	20		
ส่วนที่ 2 ทบทวนชุมชน	30 - 36		
1. ชุมชนของชุมชนวัคซีนใจคืออะไร?	31		
2. ทบทวนชุมชน จุดแข็งของชุมชน	35		
ส่วนที่ 3 สร้างแผนชุมชน	37 - 40		
1. จัดทำแผนการสร้างวัคซีนใจในชุมชน	38		
2. ทบทวนแผนการสร้างวัคซีนใจในชุมชน	40		
ส่วนที่ 4 การติดตามประเมินผล	41 - 44		
ขั้นตอนการติดตามประเมินผล			
สรุปผลรายงานผลการสร้างวัคซีนใจในชุมชน	45		
ภาคผนวก	47		
สื่อ/เอกสารสนับสนุนการสร้างวัคซีนใจในชุมชน	48-49		
ตัวอย่างแบบฟอร์มใบกิจกรรมและสาระการเรียนรู้	50		
แบบสำรวจคู่มือที่ทางใช้ในชุมชน	51		
รายชื่อคณะกรรมการ	45		

ภาพที่ 11 แสดงตัวอย่างคู่มือการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน สำหรับผู้นำกระบวนการ (สามารถดาวน์โหลดคู่มือได้ในภาคผนวก)

1.3.3 การทดสอบโปรแกรม (Test: assess community acceptance and pilot study)

1.3.3.1 การทดสอบด้านการยอมรับ (Assess community acceptance)

การวิจัยในขั้นตอนนี้ใช้การจัดกิจกรรมประชุมเชิงปฏิบัติการทั้งสิ้น 3 วัน โดยมีผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งสิ้น 11 คน (รายละเอียดในตารางที่ 19) เป็นผู้นำชุมชน 5 คน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 6 คน โดยทั้งสิ้นมาจากอำเภอเมืองปากพลิ จังหวัดนครศรีธรรมราช แบ่งกิจกรรมออกเป็น 3 กิจกรรมหลัก ๆ ตามทฤษฎีการสร้างการมีส่วนร่วมและการเรียนรู้ คือ กิจกรรมที่ 1: การสังเกต (Observe) ผู้วิจัยจะฝึกอบรมโปรแกรมการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนแก่ผู้เข้าร่วมวิจัย โดยมีวัตถุประสงค์ให้ผู้เข้าร่วมวิจัยมีความรู้ ความเข้าใจในตัวโปรแกรมและร่วมสังเกตทักษะการเป็นผู้นำกระบวนการของผู้วิจัย ใช้เวลา 6 ชั่วโมงในการเรียนรู้และอีก 1 ชั่วโมงในการวางแผนกิจกรรมที่ 2 คือ ฝึกปฏิบัติ (Practice) ในกิจกรรมนี้ผู้เข้าร่วมวิจัยจะต้องฝึกการเป็นผู้นำกระบวนการตามที่ได้เรียนรู้ไปในกิจกรรมที่ 1 โดยจะมีนักวิจัย 3 คนสังเกตและประเมินผลการเป็นผู้นำกระบวนการของผู้เข้าร่วมวิจัย โดยจะใช้เวลา 6 ชั่วโมงเช่นเดียวกันในการดำเนินกิจกรรมนี้ ขั้นตอนที่ 3 คือ สะท้อนบทเรียน (Reflect) ซึ่งใช้ 2 รูปแบบในการสะท้อนผลการเรียนรู้และความคิดเห็นของผู้เข้าร่วมการวิจัย คือการใช้แบบสอบถามและการสนทนากลุ่ม โดยผู้วิจัยแจกแบบสอบถามและให้ผู้เข้าร่วมวิจัยตอบแบบสอบถามในระยะเวลา 30 นาที จากนั้นจะเป็นการเริ่มกระบวนการสนทนากลุ่มใช้เวลาประมาณ 90 นาที แบ่งเป็น 2 กลุ่มผลการศึกษาในขั้นตอนนี้ รายละเอียดดังต่อไปนี้

ตารางที่ 13 ข้อมูลทั่วไปผู้เข้าร่วมการวิจัย (N=11)

ตัวแปร	รายละเอียด	จำนวน(ร้อยละ)
เพศ	ชาย	4 (36.36)
	หญิง	7 (63.63)
อายุ	41 – 50 ปี	3 (27.27)
	51 – 60 ปี	8 (72.72)
การศึกษา	ประถมหรือต่ำกว่า	1 (9.09)
	มัธยมศึกษา	2 (18.18)
	อนุปริญญาหรือเทียบเท่า	2 (18.18)
	ปริญญาตรี	6 (54.55)
อาชีพ	ผู้ใหญ่/กำนัน	5 (45.45)
	เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	6 (54.55)
ประสบการณ์การเป็นผู้นำ	มี	7 (63.63)
กระบวนการในชุมชน	ไม่มี	4 (36.36)

1.3.3.2 ประสิทธิภาพด้านความรู้ ความมั่นใจในการเป็นผู้นำกระบวนการ และความพึงพอใจของหลักสูตรการฝึกอบรมโปรแกรมการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน

จากผลการศึกษา พบว่า หลังการฝึกอบรมนี้ผู้เข้าร่วมอบรมมีความรู้เพิ่มขึ้นและมีความเชื่อมั่นในการเป็นผู้นำกระบวนการในชุมชน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้เข้าร่วมอบรมมีความพึงพอใจในภาพรวมในระดับมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 98.00 โดยร้อยละ 100 ของผู้เข้าร่วมคิดว่าโปรแกรมนี้สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้และคิดว่าหลักสูตรนี้สอดคล้องกับปัญหาของชุมชน

นอกจากนี้จากผลการสังเกตโดยนักวิจัย 3 คนในช่วงกิจกรรมที่ 2 คือ ฝึกปฏิบัติ (Practice) พบว่าผู้นำชุมชนที่ไม่เคยมีประสบการณ์การเป็นผู้นำกระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมมาก่อนสามารถนำกระบวนการได้อย่างมั่นใจ และบริหารจัดการกิจกรรมได้ในระดับดีมาก

1.3.3.3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ เปรียบเทียบและโยงความสัมพันธ์เพื่อแปลผลการยอมรับในโปรแกรมการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน หลักสูตรสำหรับผู้นำกระบวนการในชุมชน

ผลการรวบรวมข้อมูลใน 2 กลุ่มคือ กลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุข รหัส 01-05 และกลุ่มผู้นำชุมชน รหัส 06-011 จำนวน 11 คน นำมาวิเคราะห์และสามารถสร้างรหัสข้อมูล (Generating Initial Code) ของประโยชน์ของหลักสูตรและการพัฒนาปรับปรุงหลักสูตรและคู่มือได้รายละเอียดดังตารางที่ 20 นี้

ตารางที่ 14 แสดงตัวอย่างการสกัดข้อมูลและการสร้างรหัสข้อมูลประโยชน์ของหลักสูตร

การสกัดข้อมูล (Data Extract)	รหัสข้อมูล (Initial Codes)
“...แล้วในบทบาทของพวกพี่จะต้องไปทำงานชุมชนอยู่แล้ว ต้องไปอย่างนี้ ไปสื่อสาร มาอบรมตรงนี้เราก็เลยได้ทักษะที่จะทำในชุมชนได้ง่ายขึ้น” (01, ผู้ให้สัมภาษณ์, 27 มีนาคม 2564)	- เพิ่มทักษะการดำเนินงานในชุมชน - เพิ่มศักยภาพด้านการสื่อสารกับคนในชุมชน
“...ได้แนวคิดในเรื่องของการทำแผนที่เกิดจากการมีส่วนร่วม ร่วมคิด ร่วมทำ” (01, ผู้ให้สัมภาษณ์, 27 มีนาคม 2564)	- เรียนรู้การสร้างแผนปฏิบัติการของชุมชนอย่างมีส่วนร่วม
“...กระบวนการนั้นมันไม่ได้ใช้แค่ชักชวนใจอย่างเดียวสามารถเอาไปปรับใช้ในการทำแผนเรื่องอื่นๆ หรือว่ารองรับแผนวิฤตอื่นๆได้ด้วยนะคะ...” (01, ผู้ให้สัมภาษณ์, 27 มีนาคม 2564)	- สามารถประยุกต์ใช้กับงานอื่น ๆ ได้
“...มันก็เป็นอีกรูปแบบหนึ่งที่จะเอาความคิดของชาวบ้านหรือการมีส่วนร่วมอีกรูปแบบหนึ่ง ในรูปของการใช้บัตรคำ เรื่องของทุกคนมีการแสดงออกร่วมกันนะครับ ซึ่งก็เป็นอีกรูปแบบหนึ่งที่ดี ซึ่งตนเองก็มองหลายๆ อย่างเป็นประโยชน์ในการเพิ่มทักษะ ไปประชุมหรือไปปฏิบัติงาน มันเป็นทักษะที่รูปแบบใหม่ๆ อะครับก็มาเอาไปใช้ได้สำหรับชุมชนก็เกิดการตื่นตัว ที่จะอยากจะดูแลแล้วเค้าให้ความร่วมมือดี เป็นความคิดของเค้าเองอะครับ” (02, ผู้ให้สัมภาษณ์, 27 มีนาคม 2564)	- เรียนรู้การประชมรูปแบบใหม่ที่กระตุ้นให้ชาวบ้านเกิดการตื่นตัว - เพิ่มทักษะการดำเนินงานในชุมชน
“...เป็นเรื่องของการพัฒนาศักยภาพของตนเองในเรื่องของการเป็นวิทยากร เพราะว่าการเป็นวิทยากรในรูปแบบนี้นั้นเป็นการแบบเราต้องทำแบบทำยังไงก็ได้ให้ดึงความคิดของผู้เข้ารับการอบรม ให้มีความคิดเนาะ ซึ่งมันเป็นการยากเนาะที่จะให้คนเนี่ยมาร่วมคิดร่วมอะไรกับเราเนาะ ปกติแล้วนะ การเป็นวิทยากรเนี่ยบางทีเราก็แบบว่าพูดๆ ไป เข้าใจ ไม่เข้าใจอะไรประมาณนี้ แต่นี่คือ ทำยังไงล่ะให้แบบดึงการมีส่วนร่วมของประชาชนนะคะ...” (03, ผู้ให้สัมภาษณ์, 27 มีนาคม 2564)	- เพิ่มทักษะการเป็นวิทยากรกระบวนการสร้างการมีส่วนร่วม

ตารางที่ 14 แสดงตัวอย่างการสกัดข้อมูลและการสร้างรหัสข้อมูลประโยชน์ของหลักสูตร

การสกัดข้อมูล (Data Extract)	รหัสข้อมูล (Initial Codes)
“...เป็นทักษะในการพัฒนาตัวเอง กล้าพูด กล้าเสนอความคิดเห็น หรือว่าอธิบายรายละเอียดอะไรพวกเนี่ย ก็คิดว่าเอาไปปรับปรุงตัวเองได้ฝึกตัวเองด้วยฝึกความเชื่อมั่นตัวเองให้มากขึ้น...” (05, ผู้ให้สัมภาษณ์, 27 มีนาคม 2564)	- เพิ่มทักษะการเป็นวิทยากรกระบวนการสร้างการมีส่วนร่วม
“...ถ้าเราอธิบายชัดเจนแล้วสามารถเอาไปปฏิบัติได้จริง มันก็จะเป็นผลประโยชน์ในชุมชนเรา ชุมชนก็ให้ความสำคัญแล้วก็นั่นก็เป็นศักยภาพของเค้า นั่นแหละ เอามามีส่วนร่วมมากขึ้น ความคิดเห็นที่ตรงนั้นก็เป็นประโยชน์กับในการทำแผนต่อไปค่ะ...” (05, ผู้ให้สัมภาษณ์, 27 มีนาคม 2564)	- เพิ่มทักษะการเป็นวิทยากรกระบวนการสร้างการมีส่วนร่วม
“...ทำให้เรามีพลังเพิ่มขึ้นที่เราจะไปพัฒนาชุมชนมากขึ้น อีกอันหนึ่งก็คือทำให้เรามั่นใจว่าเราจะไปขยายในชุมชนมากขึ้น” (06, ผู้ให้สัมภาษณ์, 27 มีนาคม 2564)	- เพิ่มความมั่นใจในการทำงานในชุมชน
“...เอาไปปรับใช้กับการพูดคุยกับผู้สูงอายุกับวัยที่แตกต่างกัน” (07, ผู้ให้สัมภาษณ์, 27 มีนาคม 2564)	- เพิ่มศักยภาพด้านการสื่อสารกับคนในชุมชน
“... คือเหมือนกับว่ามาเพิ่มทักษะ เพิ่มความมั่นใจทำให้เราเข้าใจกิจกรรมมากขึ้น การทำงานแบบมีส่วนร่วม การมีแบบว่าความคิดเห็นที่ตรงกัน มันจะสื่อความหมายได้ง่ายขึ้น การยอมรับและฟังเหตุผลของกลุ่มเหมือนเป็นการให้เกียรติกันและกัน” (08, ผู้ให้สัมภาษณ์, 27 มีนาคม 2564)	- เพิ่มความมั่นใจในการทำงานในชุมชน - เพิ่มทักษะการดำเนินงานในชุมชน - เพิ่มทักษะการทำงานแบบมีส่วนร่วม
“...มีความเชื่อมั่นในตนเอง สามารถพาเราเดินไปถูกทาง บางครั้งในการที่เราจะพบปะพูดคุยกับชาวบ้าน เราไม่มีความรู้ตรงนี้ (โควิด) เราไม่รู้จะไปสื่อสารกับประชาชนยังไง จากที่เราได้มาอบรมหลักสูตรนี้ทำให้เราได้รู้ว่าเราจะเดินทางไปในทิศทางไหน” (09, ผู้ให้สัมภาษณ์, 27 มีนาคม 2564)	- เพิ่มความมั่นใจในการทำงานในชุมชน - เพิ่มศักยภาพด้านการสื่อสารกับคนในชุมชน

จากรหัสข้อมูล (Initial Codes) ผู้วิจัยได้สร้างประเด็น ด้วยการวิเคราะห์และพิจารณาจัดรหัสข้อมูลที่เหมือนกันไว้เป็นหมวดหมู่กลุ่มคำเดียวกัน (Categories) เชื่อมโยงหมวดหมู่เพื่อแสดงความสอดคล้องกันของแต่ละประเด็น รายละเอียดดังตารางที่ 21 ต่อไปนี้

ตารางที่ 15 แสดงรหัสข้อมูลและการจัดกลุ่มคำประโยชน์ของหลักสูตร

รหัสข้อมูล (Initial Code)	กลุ่มคำ (Categories)
- เพิ่มทักษะการดำเนินงานในชุมชน - เพิ่มความมั่นใจในการทำงานในชุมชน - เพิ่มศักยภาพด้านการสื่อสารกับคนในชุมชน - เรียนรู้การสร้างแผนปฏิบัติการของชุมชนอย่างมีส่วนร่วม - เพิ่มทักษะการเป็นวิทยากรกระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมเป็น - เรียนรู้การประชุมรูปแบบใหม่ที่กระตุ้นให้ชาวบ้านเกิดการตื่นตัว - สามารถประยุกต์ใช้กับงานอื่น ๆ ได้	- การเพิ่มทักษะการดำเนินงานในชุมชน - การประยุกต์ใช้กับงานอื่นๆ เช่น วิกฤติอื่น

ผู้วิจัยได้พิจารณากลุ่มคำเพื่อกำหนดร่างประเด็นและทบทวนประเด็นอีกครั้ง โดยรวบรวมประเด็นซ้ำกันเป็นประเด็นเดียวกัน และ/หรือพิจารณาแตกเป็นประเด็นใหม่ หลังจากที่ได้กำหนดประเด็นที่ชัดเจนแล้ว จึงได้ตั้งชื่อประเด็น (Defining and Naming Themes) รายละเอียด ดังตารางที่ 22 ต่อไปนี้

ตารางที่ 16 ร่างประเด็นและประเด็นสุดท้ายข้อมูลประโยชน์ของหลักสูตร

ร่างประเด็น (Themes)	ประเด็นหลักสูตรท้าย (Final Themes)
• การเพิ่มทักษะการดำเนินงานในชุมชน • การประยุกต์ใช้กับงานอื่นๆ เช่น วิกฤติอื่น	ทักษะการดำเนินงานทั้งการดำเนินงานชุมชนและงานอื่นๆ

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ เปรียบเทียบและโยงความสัมพันธ์เพื่อแปลผลการยอมรับโปรแกรมการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนและหลักสูตรสำหรับผู้นำกระบวนการในชุมชน พบว่า ผู้ให้ข้อมูลคิดว่าหลักสูตรนี้มีประโยชน์เพราะทำให้พวกเขาได้พัฒนาทักษะการดำเนินงานในชุมชนและงานอื่น ๆ อาทิ ทักษะการเป็นวิทยากรการจัดประชุมในชุมชน ทักษะการสื่อสารกับคนในชุมชน ซึ่งก่อให้เกิดความมั่นใจในการดำเนินงานในชุมชนมากขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่า กระบวนการที่ได้เรียนรู้ในหลักสูตรนี้สามารถนำไปประยุกต์ใช้กับงานหรือเหตุการณ์วิกฤต อื่น ๆ ได้อีกด้วย

เมื่อใช้กระบวนการเดิมในการวิเคราะห์ข้อมูลในประเด็นคำถามของการปรับปรุงพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนและหลักสูตรฝึกอบรมสำหรับผู้นำกระบวนการได้ข้อค้นพบ รายละเอียดดังนี้

ตารางที่ 17 แสดงข้อสรุปการปรับปรุงพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน

สรุปข้อเสนอแนะ	แนวทางการพัฒนาต่อ
1. เนื้อหา - คำอธิบายในเล่มคู่มือเป็นภาษาวิชาการทำให้ประชาชนเข้าใจยาก - บางกิจกรรมใช้เวลามากเกินไป - กระบวนการการทบทวนชุมชน มองไม่ชัด ยังไม่มีการสรุปว่ากิจกรรมที่ทำอยู่มีอะไรบ้าง มีกิจกรรมอะไรบ้างที่ยังไม่ได้ทำ หรือควรเอามาวางเป้าหมายอย่างไร - ควรเน้นวัตถุประสงค์ของการมาและประโยชน์ที่จะได้รับ	- ปรับให้เป็นภาษากลางที่เข้าใจง่ายขึ้นและข้อเสนอแนะในการใช้ภาษาถิ่น - ลดระยะเวลาการละลายพฤติกรรม - ลดข้อคำถามคำถามในกิจกรรม - ใช้การวาดรูปกราฟิแยมงมเข้ามาช่วยในขั้นตอนการทบทวนชุมชนเพื่อเห็นชัดเจนมากขึ้นว่ามีกิจกรรมอะไรบ้างในชุมชนและควรพัฒนากิจกรรมใดเพิ่มเติม - เน้นย้ำในการฝึกอบรมผู้นำกระบวนการถึงขั้นตอนการชี้แจงวัตถุประสงค์และประโยชน์ที่จะได้รับกับชุมชน
2. สื่อ/เอกสาร - วิดีโอยังไม่ดึงดูดความสนใจ - ตัวอักษรในคู่มือตัวเล็ก/อ่านไม่ออก/ไม่ชัดเจน	- เพิ่มวิดีโอตัวอย่างการดำเนินงานจริงในพื้นที่ - เปลี่ยนเสียงประกอบวิดีโอ 1. เพิ่มขนาดและความคมชัดของตัวอักษร 2. ใส่เครื่องหมายตรงเนื้อหาที่มีความสำคัญ

จากการสนทนากลุ่มในประเด็นการปรับปรุงพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน พบว่าผู้เข้าร่วมวิจัยมีความเห็นว่าหลักสูตรและคู่มือต้องมีการปรับปรุงใน 2 ประเด็นคือ เนื้อหาของหลักสูตรและสื่อ/เอกสารประกอบหลักสูตร (รายละเอียดดังตารางที่ 18) ทีมผู้วิจัยได้นำข้อเสนอแนะการปรับปรุงมาร่วมประชุมหาทางแก้ไข เมื่อทำการแก้ไขเสร็จแล้วจึงได้ส่งให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านและผู้เข้าร่วมวิจัยทั้ง 11 คนพิจารณาอีกครั้งก่อนสรุปเป็นโปรแกรมฉบับสมบูรณ์ที่จะใช้ในการทดสอบประสิทธิภาพในขั้นตอนต่อไป

1.3.3.4 ผลการศึกษาในพื้นที่นำร่อง (Pilot study)

ในขั้นตอนสุดท้ายของการพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน ผู้วิจัยได้ออกแบบการศึกษาในพื้นที่นำร่องที่เป็นตัวแทนบริบทที่เด่นชัดของประเทศไทย 4 ภาค โดยการคัดเลือกอย่างเจาะจง (Purposive sampling) 4 จังหวัด คือ ลำพูน นครสวรรค์ กาฬสินธุ์ และนครศรีธรรมราช โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อทดสอบประสิทธิภาพของโปรแกรมและการใช้งานหลักสูตร รวมถึงคู่มือการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนในพื้นที่จริง

ข้อมูลพื้นฐาน 4 จังหวัดนำร่อง

จังหวัดนครสวรรค์ มีรายงานผู้ติดเชื้อโควิด 19 เมื่อวันที่ 15 กรกฎาคม 2564 มียอดผู้ป่วยสะสมทั้งสิ้น 1,472 ราย เป็นผู้ป่วยจากการแพร่ระบาดในระลอกเมษายน 2564 รวมทั้งสิ้น 1,457 ราย โดยมีอำเภอเมืองนครสวรรค์ที่มียอดผู้ป่วยสะสมสูงสุดของจังหวัดคือ 611 ราย ภายใต้สถานการณ์วิกฤตินี้ไม่ได้ส่งผลกระทบต่อสุขภาพกายของประชาชนเพียงอย่างเดียว แต่ยังส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจ สังคม และที่สำคัญ

คือส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตของประชาชนเป็นอย่างมาก ในด้านเศรษฐกิจและสังคมจากการรายงานสถานการณ์แรงงานและความต้องการแรงงานในจังหวัด เดือนมิถุนายน 2564 โดยกรมการแรงงานระบุสถิติผู้ว่างงานของจังหวัด นครสวรรค์ ประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ไตรมาสที่ 1 (มกราคม - มีนาคม) 2564 พบว่า มีผู้ว่างงานทั้งสิ้น 12,518 คน ซึ่งเพิ่มขึ้นจากปี 2563 ในไตรมาสที่ 4 (ตุลาคม-ธันวาคม) ถึง 5,202 ราย

จังหวัดกาฬสินธุ์ มีรายงานผู้ติดเชื้อโควิด 19 เมื่อวันที่ 15 กรกฎาคม 2564 มียอดผู้ป่วยสะสมทั้งสิ้น 372 ราย โดยมีอำเภอยางตลาดที่มียอดผู้ป่วยสะสมสูงสุดของจังหวัดคือ 69 ราย และจากการรายงานสถานการณ์แรงงานและความต้องการแรงงานในจังหวัด เดือนมิถุนายน 2564 โดยกรมการแรงงานระบุสถิติผู้ว่างงานของจังหวัดกาฬสินธุ์ ประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ไตรมาสที่ 1 (มกราคม - มีนาคม) 2564 พบว่า มีผู้ว่างงานทั้งสิ้น 2,053 คน ซึ่งลดลงจากปี 2563 ในไตรมาสที่ 4 (ตุลาคม-ธันวาคม) ถึง 1,600 ราย

จังหวัดลำพูน มีรายงานผู้ติดเชื้อโควิด 19 เมื่อวันที่ 15 กรกฎาคม 2564 มียอดผู้ป่วยสะสมทั้งสิ้น 361 ราย โดยมีอำเภอเมืองลำพูนที่มียอดผู้ป่วยสะสมสูงสุดของจังหวัดคือ 209 ราย และจากการรายงานสถานการณ์แรงงานและความต้องการแรงงานในจังหวัด เดือนมิถุนายน 2564 โดยกรมการแรงงานระบุสถิติผู้ว่างงานของจังหวัดลำพูน ประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ไตรมาสที่ 1 (มกราคม - มีนาคม) 2564 พบว่า มีผู้ว่างงานทั้งสิ้น 3,280 คน ซึ่งเพิ่มขึ้นจากปี 2563 ในไตรมาสที่ 4 (ตุลาคม-ธันวาคม) ถึง 1,441 ราย

จังหวัดนครศรีธรรมราช มีรายงานผู้ติดเชื้อโควิด 19 เมื่อวันที่ 17 กรกฎาคม 2564 มียอดผู้ป่วยสะสมทั้งสิ้น 1,988 ราย และจากการรายงานสถานการณ์แรงงานและความต้องการแรงงานในจังหวัด เดือนมิถุนายน 2564 โดยกรมการแรงงานระบุสถิติผู้ว่างงานของจังหวัดนครศรีธรรมราช ประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ไตรมาสที่ 1 (มกราคม - มีนาคม) 2564 พบว่า มีผู้ว่างงานทั้งสิ้น 13,810 คน ซึ่งเพิ่มขึ้นจากปี 2563 ในไตรมาสที่ 4 (ตุลาคม-ธันวาคม) ถึง 3,728 ราย

ขั้นตอนการดำเนินงาน

โครงการอบรมหลักสูตรการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนใน 4 จังหวัดพื้นที่นำร่อง จัดฝึกอบรม 6 รุ่น ในระยะเวลา 2 เดือน คือรอบเดือนสิงหาคม 2564 รุ่นที่ 1-3 และรอบเดือนกันยายน 2564 รุ่นที่ 4-6 ณ ห้องประชุม กองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต และการประชุมทางไกลผ่านโปรแกรม Zoom meeting โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและผู้นำชุมชนมีความรู้ความเข้าใจในหลักการการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน รวมถึงฝึกทักษะเกิดการขับเคลื่อนงานการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ตารางที่ 18 ข้อมูลทั่วไปผู้ผ่านการฝึกอบรม 4 จังหวัดนำร่อง (N= 352)

ตัวแปร	กาฬสินธุ์	นครสวรรค์	ลำพูน	นครศรีธรรมราช
จำนวนผู้เข้าร่วมทั้งหมด (คน)	156	60	9	127
กลุ่มเป้าหมาย				
- ผู้นำชุมชน	126	7	2	24
- เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	30	53	7	103

ผลการศึกษาประสิทธิภาพของการฝึกอบรม

จากผลการศึกษาในตารางพบว่าหลักสูตรการฝึกอบรมนี้ช่วยพัฒนาผู้เข้าร่วมอบรมให้มีความรู้เพิ่มขึ้น และมีความเชื่อมั่นในการเป็นผู้นำกระบวนการในชุมชน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 25) นอกจากนี้ ยังพบว่าผู้เข้าร่วมอบรมมีความพึงพอใจในภาพรวมในระดับมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 97.20 โดยร้อยละ 91.22 ของผู้เข้าร่วมคิดว่าหลักสูตรนี้สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้และร้อยละ 92.40 คิดว่าหลักสูตรนี้สอดคล้องกับ ปัญหาของชุมชน

ตารางที่ 19 เปรียบเทียบคะแนนเชื่อมั่นในการเป็นผู้นำกระบวนการและคะแนนความรู้ ก่อนและหลังฝึกอบรม

N=50	ก่อนการฝึกอบรม Mean (SD)	หลังการฝึกอบรม Mean (SD)	Z value	P value	Cohen's d (CI)
Self-efficacy scores	32.48(8.49)	46.96(5.15)	5.988	p<0.001*	2.06 (1.57-2.54)
Knowledge scores	21.34(2.29)	22.98(2.08)	5.001	p<0.001*	0.74 (0.33-1.14)

*Wilcoxon signed-rank test

ผลการศึกษาการเข้าถึงโปรแกรมการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนด้วยกลยุทธ์การฝึกอบรมออนไลน์

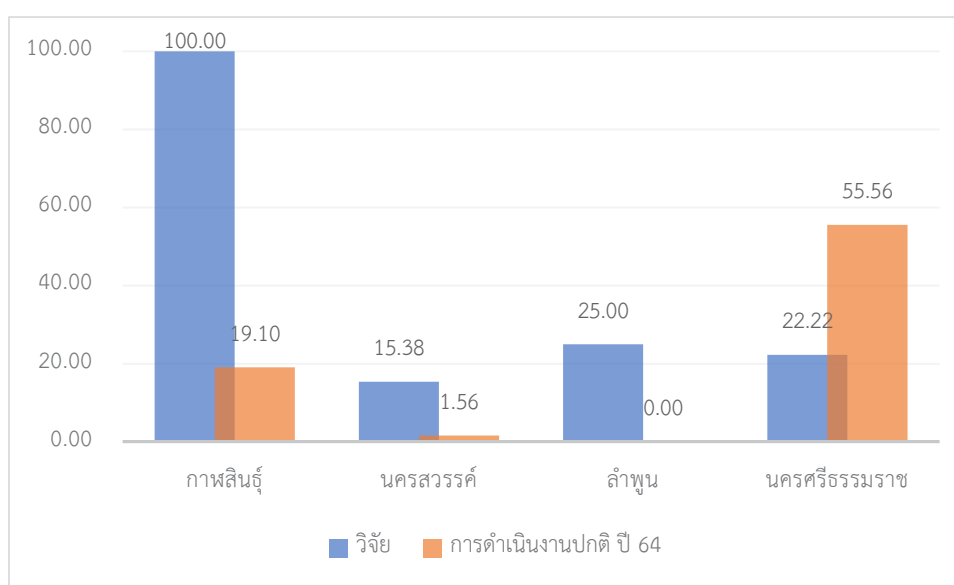
ผู้วิจัยมีการเก็บข้อมูลจำนวนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและผู้นำชุมชนที่ผ่านการฝึกอบรม โดยวิเคราะห์ ความครอบคลุมของพื้นที่ทั้งในระดับตำบลและในระดับอำเภอ พบว่า การฝึกอบรมยังเข้าถึงไม่ครอบคลุมทุกตำบล อย่างที่ตั้งเป้าหมายไว้ (ตารางที่ 26) สาเหตุจากระยะเวลาการดำเนินงาน รวมถึงสถานการณ์ระบาดที่รุนแรงที่สุดในรอบปี แต่เมื่อเทียบกับงบประมาณที่ใช้ ก็พบว่า การฝึกอบรมด้วยวิธีการออนไลน์สามารถเข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย ได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยใช้งบประมาณเพียงเล็กน้อย นอกจากนี้จังหวัดลำพูนเป็นจังหวัดที่มีผู้เข้าฝึกอบรมน้อย ที่สุด ด้วยแผนงานสุขภาพจิตของจังหวัดในช่วงที่มีการฝึกอบรมนั้นมีมาก ผู้รับผิดชอบงานและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในพื้นที่จึงไม่สามารถมาเข้าร่วมได้

ตารางที่ 20 การเข้าถึง (Reach: Setting) การฝึกอบรม

จังหวัด	จำนวนผู้ผ่าน การฝึกอบรม	จำนวน ตำบล	ตำบลที่มีผู้ผ่าน การฝึกอบรม	ร้อยละ	จำนวน อำเภอ	อำเภอที่มีผู้ผ่าน การฝึกอบรม	ร้อยละ
กาฬสินธุ์	156	135	28	20.74	18	13	72.22
นครสวรรค์	60	130	26	20.00	15	11	73.33
ลำพูน	9	51	5	9.80	8	4	50.00
นครศรีธรรมราช	127	170	55	32.35	23	22	95.65
รวม	352	486	114	23.45	64	50	78.13

ผลการศึกษาการนำโปรแกรมไปใช้ (Adoption rate: ร้อยละ)

เพื่อให้เห็นภาพการนำไปใช้ที่ชัดเจนขึ้นผู้วิจัยได้เก็บข้อมูลการดำเนินงานการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนด้วยกระบวนการปกติของกรมสุขภาพจิต ในปีงบประมาณ 2564 ที่ผ่าน เปรียบเทียบผลการนำโปรแกรมไปใช้กับพื้นที่วิจัย โดยการดำเนินงานปกติของกรมสุขภาพจิตนั้น จะมีการดำเนินงานกำหนดผ่านตัวชี้วัดและมีงบประมาณสนับสนุนพื้นที่ รวมถึงมีการดำเนินงานมาตั้งแต่ต้นปี 2564 จะเห็นว่ามีแค่จังหวัดเดียวเท่านั้นที่มีสัดส่วนตำบลที่นำโปรแกรมไปใช้สูงกว่าการดำเนินงานขับเคลื่อนด้วยกระบวนการในโครงการวิจัยนี้ และจะเห็นได้ว่าทุกตำบลที่เข้าร่วมการฝึกอบรมของจังหวัดกาฬสินธุ์มีการนำไปใช้ร้อยละ 100 ซึ่งอาจจะกล่าวได้ว่าการดำเนินงานผ่านกระบวนการวิจัยที่ใช้หลักสูตรที่ออกแบบมาเพื่อให้ผู้เข้าร่วมเข้าใจและเห็นความสำคัญของปัญหาสุขภาพจิตในภาวะวิกฤตินี้ รวมถึงการสร้างแรงบันดาลใจโดยการเผยแพร่ต้นแบบการดำเนินงาน กระบวนการดำเนินงานในชุมชนที่ง่ายและชัดเจน รวมถึงการประกวดผลงาน ทำให้ชุมชนที่มีความพร้อมมีความตั้งใจที่จะนำโปรแกรมไปใช้เพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพจิต ปัญหาการฆ่าตัวตายในชุมชนของตนเอง



กราฟที่ 1 แสดงการเปรียบเทียบการนำโปรแกรมไปใช้รายจังหวัด

อย่างไรก็ตาม มีหลายชุมชนเช่นเดียวกันที่ปฏิเสธการนำโปรแกรมไปใช้ในช่วงที่ผ่านมา ซึ่งสาเหตุมาจากหลายปัจจัยด้วยกัน อาทิ ช่วงการดำเนินงานเป็นช่วงปลายปีงบประมาณ ภาระงานทั้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและผู้นำชุมชนที่เกี่ยวข้องกับโควิด-19 มาก เช่น การเฝ้าระวังคัดกรอง การสืบสวนโรค การฉีดวัคซีน การอยู่เฝ้าโรงพยาบาลสนาม และภาระงานประจำอื่นๆ ปัญหาหน้าท่วมในบางพื้นที่ ไม่มีทีม ไม่มีความพร้อม หรือบางพื้นที่เตรียมไปใช้ในการดำเนินงานในปีงบประมาณหน้า

ผลการศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมต่อสุขภาพจิตและความยืดหยุ่นของชุมชน

ในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยใช้รูปแบบการวิจัย A quasi-experimental design with the intervention and control group เพื่อประเมินประสิทธิภาพของโปรแกรมต่อความเข้มแข็งทางใจทั้งในระดับบุคคลและชุมชน รวมถึงผลลัพธ์ต่อปัญหาสุขภาพจิตและการฆ่าตัวตาย โดยที่ชุมชนที่ได้รับโปรแกรม (Intervention group) (ระดับตำบล) จะมีการดำเนินงานเต็มรูปแบบของการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน ในขณะที่ชุมชนควบคุม (Control group) จะได้รับการดูแลสุขภาพจิตในรูปแบบปกติ โดยมีการเก็บข้อมูลทั้งสองชุมชนทั้ง Baseline และ After intervention ในระยะเวลา 3 เดือน รวมถึงการติดตามข้อมูลการฆ่าตัวตายในชุมชนในระยะเวลา 6 เดือน

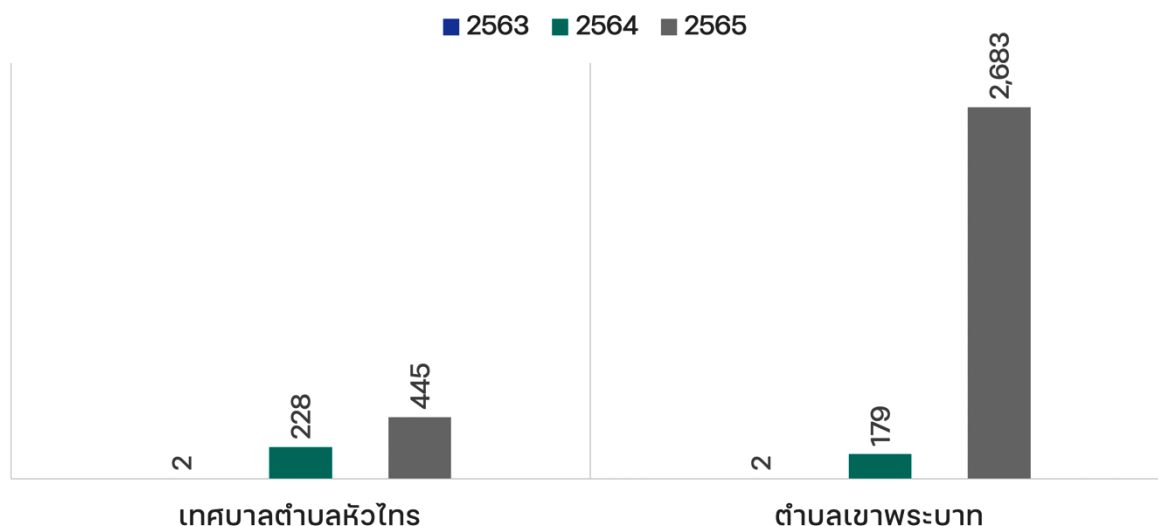
การศึกษานี้เกิดขึ้นใน 2 ตำบลของจังหวัดนครศรีธรรมราช คือ ตำบลเขาพระบาท (Intervention) และตำบลเชียรเขา (Control) โดยที่ชุมชนทั้งสองนี้ได้รับการคัดเลือกแบบเจาะจงจากความยินยอมและความพร้อมในการเข้าร่วมวิจัย รวมถึงความเหมาะสมของบริบทชุมชน การเก็บข้อมูลใน 2 ชุมชน จะเก็บข้อมูลในประชาชนทั่วไปที่ได้รับผลกระทบทางตรงและทางอ้อมจากโควิด-19 หลังการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการของชุมชน ในระยะเวลา 3 เดือน พบว่า ประชาชนมีความเครียดลดลง มีความเข้มแข็งทางใจเพิ่มขึ้น รวมถึงความยืดหยุ่นในชุมชนภายใต้สถานการณ์วิกฤตโควิดเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 27) แต่ไม่พบความเปลี่ยนแปลงของความเสี่ยงซึมเศร้า ความเสี่ยงฆ่าตัวตายระหว่างก่อนและหลังการดำเนินงาน เมื่อติดตามชุมชนทั้งสองไป 6 เดือน ไม่พบการพยายามฆ่าตัวตายและการฆ่าตัวตายสำเร็จในชุมชน

ตารางที่ 21 Baseline, after intervention scores and primary outcome change in the intervention and control group (Intervention group n=30 and Control group n= 30)

	Baseline			After intervention			Primary outcome change in the intervention and control groups						
	Mean	SD	95%CI	Mean	SD	95%CI	Mean change	SD	95%CI	Difference in change	SE	95%CI	P-value
Stress													
Intervention	4.70	0.65	4.46-4.93	3.00	2.05	2.05-3.73	-1.70	2.07	-2.44(-0.95)	2.16	0.49	1.18-3.15	0.000**
Control	0.93	1.72	0.31-1.54	0.46	0.81	0.17-0.74	-0.46	1.71	-1.08-0.14				
Depression													
Intervention	3.33	2.59	2.40-4.26	4.23	0.97	3.88-4.58	0.90	2.89	-0.13-1.93	0.00	0.62	-1.25-1.25	1.000
Control	0.43	1.25	-0.01-0.87	1.33	1.26	0.87-1.78	0.90	1.84	0.23-1.56				
Resilience													
Intervention	53.66	4.24	52.14-55.18	67.63	6.05	65.46-69.79	13.96	8.47	10.93-16.99	17.33	2.32	12.69-21.97	0.000**
Control	59.43	9.10	56.17-62.29	56.06	3.75	54.72-57.41	-3.36	9.47	-6.75-0.02				
Community Resilience													
Intervention	25.90	3.43	24.67-27.12	29.26	1.70	28.65-29.86	3.36	4.08	1.90-4.82	4.63	1.16	2.29-6.97	0.000**
Control	25.03	4.00	59.00-26.46	23.76	3.33	22.57-24.96	-1.26	4.92	-3.02-0.49				
**p<0.001 in model of t-test													

**p<0.001 in model of t-test

จังหวัดนครศรีธรรมราชมี 2 ชุมชนตัวอย่างที่มีการดำเนินการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนอย่างเข้มข้น (High fidelity) คือ เทศบาลตำบลหัวไทร อำเภอหัวไทร และ ตำบลเขาพระบาท อำเภเชียรใหญ่ จังหวัดนครศรีธรรมราช โดยประเมินความเที่ยงตรงต่อโปรแกรม (Fidelity) จากการใช้เครื่องมือการสำรวจวัคซีนใจในชุมชนและการร่วมสังเกตของผู้วิจัย ทั้งสองชุมชนมีความแตกต่างกันของบริบทพื้นที่ด้วยชุมชนเทศบาลตำบลหัวไทร เป็นชุมชนเมืองขนาดเล็ก ที่มีประชาชนอาศัยอยู่ร่วมกันแออัดและประชาชนมีอาชีพหลักคือการค้าขาย ส่วนตำบลเขาพระบาทเป็นชุมชนที่มีประชาชนกระจายอยู่ห่างไกลกันและมีอาชีพเกษตรกรรมเป็นส่วนใหญ่ เทศบาลตำบลหัวไทรมีท่านปลัดอบต.เป็นผู้นำโปรแกรมไปใช้ และเป็นผู้นำกระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมด้วยตนเอง ในขณะที่ตำบลเขาพระบาทมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นผู้นำการพัฒนาในชุมชน จากการทบทวนชุมชนทั้งสองชุมชนมีความเหมือนกันคือ ในชุมชนยังขาดกิจกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพจิต (ตามเกณฑ์การประเมินของการสร้างความสงบ) โดยเฉพาะในเรื่องของการคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน และยังไม่รู้จักแอปพลิเคชัน Mental Health Check-In เมื่อเริ่มมีการดำเนินการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนในปี 2564 ก็พบว่ามีการใช้แอปพลิเคชันตัวนี้ในการคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตมากขึ้น โดยในปีแรกนั้นมีรายงานถึงการใช้การคัดกรองในรูปแบบกระดาษผสมบ้าง และเมื่อติดตามการดำเนินงานมาในปี 2565 ก็พบถึงการดำเนินการสุขภาพจิตอย่างต่อเนื่อง แสดงถึงความยั่งยืนในการดำเนินงาน (กราฟที่ 2)



กราฟที่ 2 แสดงผลการคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตด้วยแอปพลิเคชัน Mental Health Check-In ระหว่างปีพ.ศ. 2563 – 2565

ส่วนที่ 2 ผลการศึกษาในระยะที่ 2

การนำไปปฏิบัติและการขยายผล (Implementation and Scaling up)

การศึกษาในระยะที่ 2 เป็นรูปแบบวิจัยการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ (implementation research: IR) เพื่อพัฒนาวิธีการหรือกลยุทธ์ในการนำโปรแกรมไปปฏิบัติให้เกิดผลสำเร็จตามความมุ่งหมายของการพัฒนาโปรแกรม โดยใช้วิธีการ 5 ขั้นตอนเพื่อให้ได้มาซึ่งปัจจัยที่เกี่ยวข้อง กลยุทธ์การนำไปปฏิบัติในพื้นที่และการขยายผลใน 25 จังหวัดเป้าหมาย รวมถึงกระบวนการประชุมเชิงปฏิบัติการที่จะช่วยให้ผู้ปฏิบัติสามารถวางแผนและวางกลยุทธ์ที่เหมาะสมกับพื้นที่ของตนเอง โดย 5 ขั้นตอนดังกล่าว ประกอบด้วย 1) การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง (Evidence Review) 2) การศึกษาปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อ การนำโปรแกรมการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน (รูปแบบเก่า) ไปปฏิบัติ 3) การพัฒนากลยุทธ์การขยายผลในระดับประเทศ 4) การพัฒนาขั้นตอนการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาพิมพ์เขียวการดำเนินงานการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนในระดับจังหวัด 5) การออกแบบและพัฒนาเครื่องมือการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนเพื่อสนับสนุนการขยายผล

2.1 ผลการทบทวนวรรณกรรม (Evidence review)

ในขั้นตอนที่ 1 การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง (Evidence Review) เพื่อระบุปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการนำโปรแกรมหรือนโยบายไปสู่การปฏิบัติจากเอกสารการวิจัยและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยจากกระบวนการทบทวนวรรณกรรมสามารถสรุปปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องได้ ดังรายละเอียดในตารางที่ 28 ดังนี้

ตารางที่ 22 สรุปปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ

ผู้วิจัย/ปีที่ตีพิมพ์	ปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ
Bardach (1977)	1. เป้าหมาย 2. จำนวนหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง 3. การจัดสรรทรัพยากร การปฏิบัติตามข้อกำหนดของผู้ปฏิบัติ 4. การเมือง-การบริหาร
Berman (1978)	บริบทท้องถิ่นมีผลกระทบสำคัญ โดยเฉพาะ 1. บรรยากาศองค์กร และแรงจูงใจ 2. ผู้เข้าร่วม (การพัฒนาสื่อการสอน การฝึกอบรม พนักงาน การวางแผน การประชุมบ่อยครั้ง) 3. นโยบายและเทคโนโลยี 4. ทรัพยากร (อิทธิพลเพียงเล็กน้อย)
Berman (1980)	1. บริบทขององค์กร การเมือง สังคม และกฎหมาย 2. ความชัดเจนของเป้าหมายนโยบาย 3. จำนวนผู้เข้าร่วมที่เข้าร่วม 4. ระดับความต้านทานของผู้ปฏิบัติ 5. ความไร้ประสิทธิภาพหรือไร้ประสิทธิผล 6. ระดับการควบคุมจากส่วนกลาง
Breuer and de Leon (1983)	1. แหล่งที่มาของนโยบาย 2. ความชัดเจนของนโยบาย 3. การสนับสนุนนโยบาย 4. ความซับซ้อนในการบริหารงาน 5. สิ่งจูงใจสำหรับผู้ปฏิบัติ
Chandarasorn's Bureaucratic Process Model of Implementation (2005)	ความสามารถในการเข้าใจพฤติกรรมของข้าราชการระดับปฏิบัติการ (จากลำดับขั้นสูงสุด) พฤติกรรมกรรมการปฏิบัติตามของข้าราชการระดับปฏิบัติการ ดังนี้ 1. การปฏิบัติตามโดยเจตนา 2. การไม่ปฏิบัติตามโดยไม่ได้ตั้งใจ 3. การไม่ปฏิบัติตามโดยเจตนา 4. การปฏิบัติตามโดยไม่ได้ตั้งใจ
Chandarasorn's Integrated Model of Implementation Model (2005)	1. วัตถุประสงค์และเป้าหมายที่ชัดเจน 2. การติดตามและประเมินผล 3. การใช้ทรัพยากรมนุษย์ (พลเมืองเป็นผู้ร่วมผลิต) 4. งบประมาณที่มีประสิทธิภาพ 5. การมีส่วนร่วมของประชาชน 6. ความเป็นผู้นำ 7. การจัดการระบบราชการ-การเมือง 8. ระดับการสนับสนุน
Chandarasorn's Management Model of Implementation Model (2005)	1. การกระจายอำนาจขององค์กร 2. การใช้ทรัพยากรมนุษย์ (พลเมืองเป็นผู้ร่วมดำเนินการ) 3. การจัดการงบประมาณและการเงินอย่างมีประสิทธิภาพ 4. นวัตกรรมและการนำเทคโนโลยีมาใช้ 5. การจัดการดิจิทัล (การจัดการสถานที่และสิ่งอำนวยความสะดวกไม่จำกัด)
Chandarasorn's Organizational Development Model of Implementation (2005)	1. ความเป็นผู้นำที่มีประสิทธิภาพ 2. การมีส่วนร่วมของประชาชน 3. แรงจูงใจและสิ่งจูงใจที่เหมาะสม 4. ความภาคภูมิใจและการปฏิบัติตามนโยบาย 5. การพัฒนาทีมและการพัฒนาวัฒนธรรมองค์กร 6. การประสานงาน

ตารางที่ 22 สรุปปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ

ผู้วิจัย/ปีที่ตีพิมพ์	ปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ
Chandarasorn's Political Model of Implementation (2005)	1. ความซับซ้อนของการดำเนินการร่วมกัน 2. การจัดการการเจรจาต่อรอง 3. ระดับการสนับสนุน 4. การจัดการทางการเมืองแบบราชการ
Chandarasorn's Rational Model of Implementation (2005)	1. ความชัดเจนของเป้าหมายนโยบายและวัตถุประสงค์ 2. ความชัดเจนของภารกิจและงานที่ได้รับมอบหมาย 3. การติดตามและประเมินผล 4. การกำหนดมาตรฐานในกระบวนการทำงานและพฤติกรรม 5. การให้รางวัลและการลงโทษ
Edwards (1980)	1. การสื่อสาร (การถ่ายทอด ความชัดเจน ความสม่ำเสมอ) 2. ทรัพยากร (เจ้าหน้าที่ ข้อมูล อำนาจหน้าที่ สิ่งอำนวยความสะดวก) 3. นิสัยหรือทัศนคติของผู้ปฏิบัติ 4. โครงสร้างระบบราชการ (ขั้นตอนมาตรฐาน, การแยกส่วน) 5. ความซับซ้อน
Elmore (1993)	1. โครงสร้างความสัมพันธ์เชิงอำนาจและแรงจูงใจ 2. ดุลยพินิจ 3. ทรัพยากร
Goggin et al. (1987)	1. สิ่งจูงใจและข้อจำกัดในระดับรัฐบาลกลาง 2. การชักจูงและข้อจำกัดในระดับรัฐและระดับท้องถิ่น 3. ผลการตัดสินใจ 4. คำติชม 5. การออกแบบนโยบาย
Lipsky (1980)	1. ปัญหาทรัพยากรจำกัด 2. การเจรจาต่อรอง 3. ความสัมพันธ์กับลูกค้า
Mazmanian and Sabatier (1980)	1. ความน่าติดตามของปัญหา 2. ความหลากหลายของพฤติกรรมกลุ่มเป้าหมาย 3. กลุ่มเป้าหมายเป็นร้อยละของประชากร 4. ขอบเขตของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ต้องการ ความสามารถของธรรมาภิบาลในการดำเนินการตามโครงสร้างเป้าหมายที่ชัดเจนและสอดคล้องกัน 5. ทฤษฎีสาเหตุที่เพียงพอ 6. การจัดสรรทรัพยากรทางการเงินเบื้องต้น 7. การวางแผนการบูรณาการภายในและระหว่างหน่วยงานดำเนินการ 8. กฎการตัดสินใจของหน่วยงานดำเนินการ 9. ความพร้อมในการสรรหาเจ้าหน้าที่ดำเนินการ 10. การเข้าถึงอย่างเป็นทางการโดยบุคคลภายนอก ตัวแปรที่ไม่ใช่กฎหมายที่มีผลต่อการนำไปใช้ สภาวะเศรษฐกิจ สังคม และเทคโนโลยี 11. การสนับสนุนจากประชาชน 12. ทัศนคติหรือการจัดการและทรัพยากรของกลุ่มผู้มีสิทธิเลือกตั้ง 13. การสนับสนุนจากอภิปไตย 14. ความมุ่งมั่นและทักษะความเป็นผู้นำของเจ้าหน้าที่ดำเนินการ

ตารางที่ 22 สรุปปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ

ผู้วิจัย/ปีที่ตีพิมพ์	ปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ
Nakamura and Smallwood (1980)	1. ความเฉพาะเจาะจงของนโยบาย 2. ข้อจำกัดทางเทคนิค 3. ผู้ปฏิบัติ 4. บทบาท 5. โครงสร้างองค์กร 6. บรรทัดฐานของระบบราชการ 7. ทรัพยากร 8. แรงจูงใจ 9. เครือข่ายการสื่อสาร 10. กลไกการปฏิบัติตาม
Van Meter and Van Horn (1975)	1. มาตรฐานและวัตถุประสงค์ของนโยบาย 2. ทรัพยากรนโยบาย 3. การสื่อสารระหว่างองค์กร 4. กิจกรรมการบังคับใช้ 5. ลักษณะของหน่วยงานดำเนินการ 6. สภาพเศรษฐกิจและสังคมและการเมือง 7. การจัดการของผู้ดำเนินการ
Pressman and Wildavsky (1973)	1. ความเหมาะสมของกลุ่มเป้าหมาย 2. สังคมเป้าหมายและความร่วมมือจากหน่วยงานในพื้นที่ 3. การประสานงานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง 4. การดำรงอยู่ของผู้มีบทบาทหลักความซับซ้อนของการดำเนินการร่วมกัน ความสามารถในการประสานงานระหว่างหน่วยงาน 5. ความซับซ้อนของกระบวนการตัดสินใจจากจำนวนผู้ร่วมดำเนินการหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง 6. ความสามารถในการแก้ไขความล่าช้าของโครงการ 7. ระดับเป้าหมายที่ชัดเจนและเป็นไปได้ของโครงการปัจจัยที่เชื่อมโยงนโยบายและการดำเนินการความสามารถในการเรียนรู้ขององค์กรจากการดำรงอยู่ 8. เข้าใจและยอมรับความสัมพันธ์ระหว่างเป้าหมายและวิธีการและความต่อเนื่องของวงจรชีวิตของนโยบาย
Pressman and Wildavsky (1984)	1. ความหลากหลายของผู้เข้าร่วม 2. มุมมอง 3. จุดตัดสินใจ 4. ความเข้มของการตั้งค่า และ 5. ทรัพยากร
Weimer (1983)	1. เวลา 2. ระบบราชการ และ 3. สภาพแวดล้อมราชการ

2.2 ผลการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อการนำโปรแกรมการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน (รูปแบบเก่า) ไปใช้

ผู้วิจัยได้ทำการสัมภาษณ์กลุ่มเจ้าหน้าที่ของศูนย์สุขภาพจิตทั้ง 13 เขตสุขภาพที่เคยนำการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนไปใช้ในปี 2563 จำนวน 21 คนเพื่อศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนที่ผ่านมา และเมื่อผู้วิจัยสังเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์ พบว่าสามารถสังเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อการนำโปรแกรม (รูปแบบเก่า) ไปใช้ มีทั้งสิ้น 9 ปัจจัย ดังตารางที่ 29 ต่อไปนี้

ตารางที่ 23 ปัจจัยที่ส่งผลต่อการนำโปรแกรมการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนไปปฏิบัติ

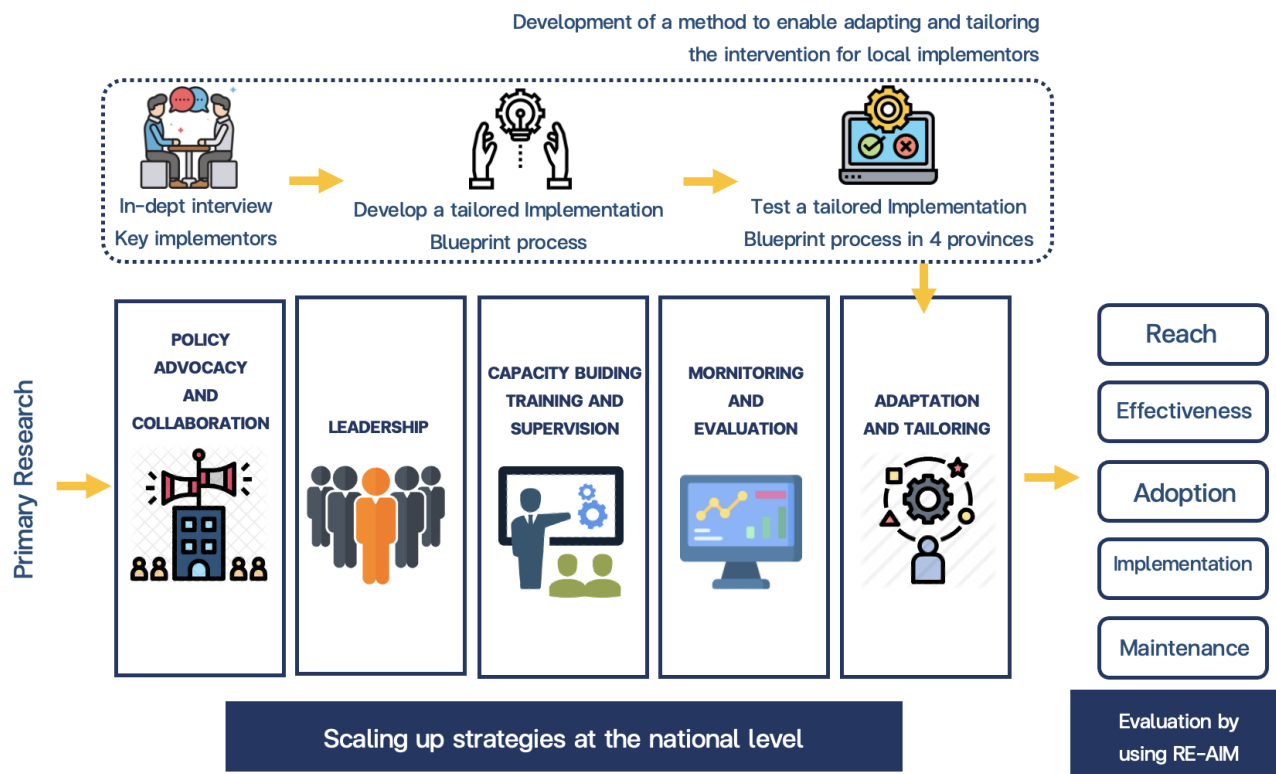
ด้าน	ปัจจัยเกี่ยวข้องกับการดำเนินงาน
1. ผู้บริหาร	1.1 ความเข้าใจในโปรแกรมการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน 1.2 การกำกับติดตามและการผลักดันการดำเนินงานในพื้นที่
2. ผู้ปฏิบัติ	2.1 ความรู้เข้าใจในโปรแกรมการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน 2.2 ความตระหนักถึงความสำคัญของการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน 2.3 ภาระงานในพื้นที่ 2.4 จำนวนผู้ปฏิบัติงานในชุมชน
3. เครือข่ายการดำเนินงาน	3.1 การมีส่วนร่วมของภาคส่วนอื่น ๆ 3.2 ทักษะการประสานงานกับภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง
4. งบประมาณ	4.1 การจัดสรรงบประมาณในการจัดกิจกรรม
5. ระยะเวลาการดำเนินงาน	5.1 ระยะเวลาการดำเนินงานที่เหมาะสม
6. โปรแกรมการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน	6.1 ความชัดเจนของแนวทางการดำเนินงานในชุมชนที่เป็นรูปธรรม
7. สถานการณ์โควิด-19	7.1 มาตรการความปลอดภัยในพื้นที่ /ข้อจำกัดในการลงพื้นที่
8. บริบทปัญหาของพื้นที่	8.1 ความเหมาะสมกับบริบทปัญหาของพื้นที่
9. ชุมชน	9.1 ความพร้อม/ศักยภาพของชุมชน 9.2 การให้ความสำคัญกับปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน 9.3 การให้ความสำคัญของการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน 9.4 ทักษะการดำเนินงานการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนของผู้นำชุมชน/เจ้าหน้าที่สาธารณสุข 9.5 การติดตามประเมินผลหลังการดำเนินการในชุมชน 9.6 ข้อมูลพื้นฐานของชุมชนก่อนการลงดำเนินงาน

2.3 ผลการพัฒนากลยุทธ์การขยายผลการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนในระดับประเทศ

จากการทบทวนวรรณกรรมร่วมกับการทบทวนข้อมูลปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนในปีที่ผ่านมาทำให้สามารถสรุปประเด็นกลยุทธ์ที่จะถูกนำมาใช้ในการขยายผลการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนไปสู่ 21 จังหวัดเป้าหมาย ได้เป็น 5 ประเด็นสำคัญ รายละเอียดดังตารางต่อไปนี้

ตารางที่ 24 กลยุทธ์การขยายผลและกลไกการดำเนินงาน

กลยุทธ์การขยายผล (Scaling up strategy)	กลไกการดำเนินงาน (Operational mechanism)
1. การเผยแพร่นโยบายและการสร้างความร่วมมือในระดับกระทรวง (Policy advocacy and collaboration)	- KPI: กรมสุขภาพจิตกำหนดให้โครงการการเสริมเสริมวัคซีนใจในชุมชนเป็นหนึ่งในตัวชี้วัด/กิจกรรมสำคัญที่ตอบสนองในช่วงสถานการณ์วิกฤตโควิด-19 - MOU ร่วมกับกระทรวงมหาดไทย: กระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงมหาดไทย MOU ร่วมกันเพื่อขับเคลื่อนการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน - MOU ร่วมกับพื้นที่: เสริมสร้างความร่วมมือกับหน่วยงานในพื้นที่ด้วยการจัด MOU กับหน่วยงานอาทิ สสจ. สสอ. รพ.สต. อบต. เพื่อสร้างการรับรู้นโยบายอย่างทั่วถึง - Kick off event: จัดกิจกรรมชี้แจงโปรแกรมและการขับเคลื่อนอย่างเป็นทางการ เพื่อให้ผู้ที่เกี่ยวข้องได้รับทราบโดยพร้อมเพียง
2. สร้างผู้นำในทุกระดับ (Leadership)	- การเชิดชูบุคคลต้นแบบ: จัดประกวดและให้รางวัลบุคคลและชุมชนต้นแบบการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน - การพัฒนาศักยภาพทีมในระดับเขตสุขภาพ: จัดฝึกอบรมทีมศูนย์สุขภาพจิตเพื่อให้มีความเข้าใจและทักษะในขับเคลื่อนวัคซีนใจในชุมชนเฉพาะของแต่ละจังหวัด - การพัฒนาศักยภาพทีมในระดับจังหวัด: พัฒนาทีมของแต่ละจังหวัดเพื่อให้มีความเข้าใจในโปรแกรมอย่างถ่องแท้ รวมถึงการใช้ระบบการสนับสนุนการดำเนินงานต่าง ๆ
3. การฝึกอบรมและให้คำปรึกษา (Capacity building and supervision)	- การฝึกอบรมในรูปแบบ Onsite และ Online - Self-learning platform - Facebook Fan Page - Line ที่ปรึกษาเชิงเทคนิค
4. การกำกับติดตามและการประเมินผล (Monitoring and evaluation)	- การติดตามประจำเดือนอย่างเป็นทางการ - การติดตามผ่านเวทีผู้ตรวจราชการ - การกำกับติดตามแบบไม่เป็นทางการ - การประเมินผลและการคืนข้อมูลสู่พื้นที่
5. การปรับและประยุกต์ให้เข้ากับบริบท (Adaptation and tailoring)	- การพัฒนาแนวทางการขับเคลื่อนเฉพาะของแต่ละจังหวัด (โดยการใช้การประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาพิมพ์เขียวการดำเนินงานเฉพาะของแต่ละจังหวัด) - การพัฒนากิจกรรมในชุมชนด้วยการยึดชุมชนเป็นฐานการพัฒนา (โดยใช้กระบวนการพัฒนาแผนปฏิบัติการในชุมชนตามเส้นทางการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน)



ภาพที่ 12 กลยุทธ์การขยายผลการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนไปสู่ 21 จังหวัดเป้าหมาย

2.4 ผลการพัฒนาระบบการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาพิมพ์เขียวการดำเนินงานการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน (Tailored Implementation Blueprint Workshop)

ในส่วนนี้ ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการศึกษาจำแนกออกเป็น 3 ส่วนหลัก ได้แก่ 1) ผลการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาพิมพ์เขียวการดำเนินงาน 2) ผลการพัฒนาระบบการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาพิมพ์เขียวการดำเนินงานการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน 3) ผลการนำกระบวนการประชุมเชิงปฏิบัติการไปใช้ในพื้นที่นาร่อง 4 จังหวัด ตามรายละเอียด ดังต่อไปนี้

2.4.1 การทบทวนวรรณกรรม

Powell et al.(2018) ได้ให้ความหมายของ “Implementation Blueprint” ไว้ คือ แผนการที่รวบรวมกลยุทธ์และเป้าหมายเอาไว้ โดยมีกลไกการเปลี่ยนแปลง เวลาการดำเนินงาน Milestones และการประเมินผลระบุเอาไว้ในแผนการอย่างชัดเจน เป้าหมายของกระบวนการในการพัฒนากลยุทธ์เฉพาะ มี 2 ข้อ คือ 1. การระบุปัจจัยของการดำเนินงาน หรือ ปัญหาอุปสรรคและปัจจัยสนับสนุน โดยมี 2 วิธีหลักๆ ในการระบุปัจจัยของการ Implementation คือ การ Brainstorming และการสัมภาษณ์ แต่การทำแค่อ่างใดอย่างหนึ่งอาจให้ข้อมูลไม่ครบถ้วน Krause et al. (2015) จึงแนะนำให้มีการใช้ทั้ง 2 วิธี 2. การเลือกและจับคู่กลยุทธ์กับปัญหาอุปสรรคที่ต้องการแก้ไข ในระยะต่าง ๆ ของการ Implementation คือ ก่อนการนำไปปฏิบัติ (Pre-implementation) ขณะนำไปปฏิบัติ (Implementation) และการสร้างความยั่งยืน (Sustainment) โดยมีกระบวนการสำคัญคือการสร้างการมีส่วนร่วมในกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่ครอบคลุมในทุกระดับ (นักวิจัย เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอื่นๆ ในระดับผู้ปฏิบัติ)

Lexis และคณะ (2018) ได้มีการพัฒนากระบวนการการสร้าง Tailored implementation blueprint ขึ้น โดยนำกระบวนการต่างๆ ที่กล่าวมาแล้วข้างต้นพัฒนาเป็นกระบวนการในการสร้าง Blueprint ของ CBT implementation ใน Youth residential สหรัฐอเมริกาประกอบด้วย 5 ขั้นตอน คือ

1. การหา Needs assessment โดยการใช้การสำรวจ (N = 75 คน) และการทำ Focus group (N = 53 คน)
2. ผู้วิจัยใช้กระบวนการ Mixed methods analysis สรุปออกมาเป็น 76 ประเด็นที่เป็นปัญหาอุปสรรคที่เกี่ยวข้องกับ Feasibility and importance
3. เลือกและให้คะแนนกลยุทธ์ที่จะใช้ในการแก้ปัญหา โดยให้คะแนนถึง Feasibility Likelihood และ ผลกระทบต่อ Fidelity ของ CBT
4. ตั้ง Implementation team ระบุเป้าหมายและความรับผิดชอบที่ชัดเจน และสุดท้าย
5. การพัฒนา Blueprint สำหรับ Pre-implementation implementation และ Sustainment phases ซึ่งทำให้ได้ Blueprint ที่รวบรวม 45 กลยุทธ์ที่ได้รับการจัดลำดับความสำคัญไว้สำหรับ CBT Implementation ในระยะเวลา 5 ปี

ดังนั้นในการทำวิจัยระยะที่ 2 ภายใต้โครงการวิจัยการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จึงได้ประยุกต์ใช้กระบวนการที่สมบูรณ์ของ Lexis และคณะ (2018) คือ ยึด 2 เป้าหมายสำคัญ ได้แก่ 1. Identify the determinants of practice และ 2. Select and match implementation strategies to address the identified determinants (Focusing on barriers) โดยมุ่งหวังให้เกิดพิมพ์เขียวการดำเนินงานในเฉพาะบริบทของแต่ละภาคของประเทศไทย โดยใช้ 4 จังหวัดเป็นพื้นที่ต้นแบบในการพัฒนากระบวนการและทดสอบผลการใช้งานของกระบวนการนี้กับโปรแกรมการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน คือ กาฬสินธุ์ ลำพูน นครสวรรค์ และนครศรีธรรมราช โดยมีการปรับกระบวนการในขั้นตอนที่ 1 เป็นการใช้อัตราการตอบทเรียนการดำเนินงานของศูนย์สุขภาพจิต ทั้ง 13 ศูนย์ทั่วประเทศในปี 2563 เพื่อเป็น Input สำคัญ จากนั้นใช้กระบวนการ Brainstorming ในกลุ่มผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสีย จำนวนทั้งสิ้น 158 คน ประกอบด้วย สสจ. เจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำองค์กรบริหารระดับตำบล (อบต.) ผู้นำ เช่น ผู้ใหญ่บ้าน กำนัน หรือ แกนนำหมู่บ้าน เพื่อหาปัญหาอุปสรรคในพื้นที่แต่ละจังหวัด จากนั้นจะดำเนินการตามขั้นตอนของ Lexis และคณะ (2018)

2.4.2 ขั้นตอนการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาแนวทางการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน (Tailored implementation blueprint workshop)

ประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาพิมพ์เขียวการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน (Tailored Implementation Blueprint) โดยประยุกต์ใช้แนวทางการสร้าง a tailored implementation blueprint ของ Cara C. Lewis และคณะ (2018) มีขั้นตอนและรายละเอียด ดังตารางต่อไปนี้

ตารางที่ 25 ขั้นตอนการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาแนวทางการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน

ขั้นตอน	วัตถุประสงค์/ขั้นตอนการดำเนินการ
1. ระบุปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน (Identify the determinants of practice)	โดยการทบทวนวรรณกรรม เอกสารการถอดบทเรียนของการดำเนินงานเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนของศูนย์สุขภาพจิตทั้ง 13 ศูนย์ โดยเน้นที่ปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้น (Barriers) สร้างเป็นแบบสอบถามเพื่อใช้ในการสำรวจ 4 จังหวัด (ตารางที่ 29)
2. จัดลำดับความสำคัญของปัญหา	ผู้วิจัยใช้กระบวนการ Mixed methods analysis สรุปผลที่เป็นปัญหาอุปสรรคในแต่ละจังหวัดออกมาจากการตอบแบบสอบถามของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย จากนั้นใช้วิธี Conjoint analysis โดยให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียประเมินปัญหาอุปสรรคโดยใช้เกณฑ์ 2 มิติ คือ ความเป็นไปได้ในการแก้ไขปัญหาและความสำคัญ
3. เลือกและให้คะแนนกลยุทธ์ที่จะใช้ในการแก้ปัญหา	1. ความเป็นผู้นำที่มีประสิทธิภาพ 2. การมีส่วนร่วมของประชาชน 3. แรงจูงใจและสิ่งจูงใจที่เหมาะสม 4. ความภักดีและการปฏิบัติตามนโยบาย 5. การพัฒนาทีมและการพัฒนาวัฒนธรรมองค์กร 6. การประสานงาน โดยผู้วิจัยได้รวบรวมกลยุทธ์การดำเนินงานโปรแกรมสุขภาพจิตและสังคมจากการทบทวนวรรณกรรมต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง (ตารางที่ 30) เพื่อสร้างเป็นชุดเครื่องมือให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียได้คัดเลือกกลยุทธ์ที่เหมาะสมกับปัญหาในพื้นที่ของตนเอง จากนั้นใช้วิธี Conjoint analysis โดยให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียประเมินคะแนนในด้านของ Feasibility Likelihood และ ผลกระทบต่อ Fidelity ของโปรแกรม
4. ตั้ง Implementation team ระบุเป้าหมายและความรับผิดชอบที่ชัดเจนและสุดท้าย	ให้ระบุทีมผู้รับผิดชอบการดำเนินงานในแต่ละกลยุทธ์
5. พัฒนา Blueprint สำหรับ Pre-implementation, implementation และ Sustainment phases	ซึ่งทำให้ได้ Blueprint ที่รวบรวมกลยุทธ์ที่ได้รับการจัดลำดับความสำคัญไว้สำหรับ Implementation โปรแกรมวัคซีนใจในชุมชนของแต่ละจังหวัด ในระยะเวลา 3-6 เดือน

ผู้วิจัยได้ทำการสัมภาษณ์กลุ่มศูนย์สุขภาพจิตเพื่อศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนที่ผ่านมา พบว่า มีปัจจัย 9 ด้านที่ปรากฏเป็นในการสัมภาษณ์ ได้แก่ 1.ด้านที่เกี่ยวข้องกับผู้บริหาร 2.ผู้ปฏิบัติ 3.เครือข่ายการดำเนินงาน 4.งบประมาณ 5.ระยะเวลาการดำเนินงาน 6.ความชัดเจนของแนวทางการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน 7.สถานการณ์โควิด -19 8.บริบทปัญหาของพื้นที่ และ 9.ศักยภาพของชุมชน (ตารางที่ 23)

ผลการทบทวนวรรณกรรมเพื่อพัฒนากลยุทธ์การนำโปรแกรมการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนไปปฏิบัติ รายละเอียดดังตารางที่ 26

ตารางที่ 26 กลยุทธ์การนำไปปฏิบัติ (Implementation Strategy Selection)

ERIC Discrete Implementation Strategy Compilation (n = 73)

Powell et al (2015) Implementation Science <https://doi.org/10.1186/s13012-015-0209-1>Waltz et al (2015) Implementation Science <https://doi.org/10.1186/s13012-015-0295-0>

Implementation Strategy	การคัดเลือก		หมายเหตุ
	เลือก	ไม่เลือก	
1. Use Evaluative and Iterative Strategies (10)			
1.1 Assess for readiness and identify barriers and facilitators		✓	อยู่ในแผนวิจัยแล้ว ระยะที่ 1
1.2 Audit and provide feedback	✓		
1.3 Conduct cyclical small tests of change		✓	เหมาะกับระยะกาพัฒนา
1.4 Conduct local needs assessment	✓		
1.5 Develop a formal implementation blueprint		✓	อยู่ในแผนวิจัยแล้ว
1.6 Develop and implement tools for quality monitoring		✓	อยู่ในแผนวิจัยแล้ว
1.7 Develop and organize quality monitoring systems		✓	อยู่ในแผนวิจัยแล้ว
1.8 Purposely re-examine the implementation		✓	อยู่ในแผนวิจัยแล้ว
1.9 Stage implementation scale up		✓	อยู่ในแผนวิจัยแล้ว
1.10 Obtain and use patients/consumers and family feedback	✓		
2. Provide Interactive Assistance (4)			
2.1 Provide local technical assistance	✓		
2.2 Facilitation	✓		
2.3 Provide clinical supervision	✓		
2.4 Centralize technical assistance		✓	ไม่เหมาะสมกับโปรแกรม
3. Develop Stakeholder Interrelationships (17)			
4.1 Develop an implementation glossary		✓	ไม่เหมาะสมกับโปรแกรม
4.2 Model and simulate change	✓		
4.3 Capture and share local knowledge	✓		
4.4 Conduct local consensus discussions	✓		
4.5 Build a coalition		✓	เป็นกิจกรรมในโปรแกรม
4.6 Develop academic partnerships	✓		
4.7 Identify early adopters	✓		
4.8 Inform local opinion leaders	✓		

ตารางที่ 26 กลยุทธ์การนำไปปฏิบัติ (Implementation Strategy Selection)

Implementation Strategy	การคัดเลือก		หมายเหตุ
	เลือก	ไม่เลือก	
4.9 Involve executive boards	✓		
4.10 Obtain formal commitments	✓		
4.11 Promote network weaving	✓		
4.12 Use advisory boards and workgroups	✓		
4.13 Use an implementation advisor		✓	ความหมายซ้ำกับ advisor ข้ออื่นสำหรับโปรแกรมนี้
4.14 Visit other sites	✓		
4.15 Identify and prepare champions	✓		
4.16 Recruit, designate, and train for leadership	✓		
4.17 Organize clinician implementation team meetings	✓		
5. Train and Educate Stakeholders (11)			
5.1 Provide ongoing consultation	✓		
5.2 Make training dynamic		✓	อยู่ในแผนวิจัยแล้ว
5.3 Conduct educational meetings		✓	ไม่เหมาะสมกับโปรแกรม
5.4 Conduct educational outreach visits	✓		
5.5 Conduct ongoing training	✓		
5.6 Create a learning collaborative		✓	ไม่เหมาะสมกับโปรแกรม
5.7 Develop educational materials	✓		
5.8 Distribute educational materials	✓		
5.9 Shadow other experts	✓		
5.10 Work with educational institutions		✓	ไม่เหมาะสมกับโปรแกรม
5.11 Use train-the-trainer strategies	✓		
6. Support Clinicians (5)			
6.1 Develop resource sharing agreements		✓	ไม่เหมาะสมกับโปรแกรม
6.2 Remind clinicians		✓	ไม่เหมาะสมกับโปรแกรม
6.3 Revise professional roles		✓	ไม่เหมาะสมกับโปรแกรม
6.4 Facilitate relay of clinical data to providers		✓	ไม่เหมาะสมกับโปรแกรม
6.5 Create new clinical teams		✓	ไม่เหมาะสมกับโปรแกรม

ตารางที่ 26 กลยุทธ์การนำไปปฏิบัติ (Implementation Strategy Selection)

Implementation Strategy	การคัดเลือก		หมายเหตุ
	เลือก	ไม่เลือก	
7. Engage Patients and Service Users (5)			
7.1 Increase demand	✓		
7.2 Intervene with patients/consumers to enhance up-take and adherence		✓	ไม่เหมาะสมกับโปรแกรม
7.3 Involve patients/consumers and family members		✓	ไม่เหมาะสมกับโปรแกรม
7.4 Prepare patients/consumers to be active participants		✓	
7.5 Use mass media	✓		
8. Utilize Financial Strategies (9)			
8.1 Access new funding	✓		
8.2 Alter incentive/allowance structures		✓	ไม่เหมาะสมกับโปรแกรม
8.3 Alter patient/consumer fees		✓	ไม่เหมาะสมกับโปรแกรม
8.4 Develop disincentives		✓	ไม่เหมาะสมกับโปรแกรม
8.5 Fund and contract for the clinical innovation		✓	ไม่เหมาะสมกับโปรแกรม
8.6 Make billing easier		✓	ไม่เหมาะสมกับโปรแกรม
8.7 Place innovation on fee for service lists/formularies		✓	ไม่เหมาะสมกับโปรแกรม
8.8 Use capitated payments		✓	ไม่เหมาะสมกับโปรแกรม
8.9 Use other payment schemes		✓	ไม่เหมาะสมกับโปรแกรม
9. Change Infrastructure (8)			
9.1 Change accreditation or membership requirements		✓	ไม่เหมาะสมกับโปรแกรม
9.2 Mandate change		✓	ไม่เหมาะสมกับโปรแกรม
9.3 Start a dissemination organization		✓	ไม่เหมาะสมกับโปรแกรม
9.4 Change service sites		✓	ไม่เหมาะสมกับโปรแกรม
9.5 Change liability laws		✓	ไม่เหมาะสมกับโปรแกรม
9.6 Change physical structure and equipment		✓	ไม่เหมาะสมกับโปรแกรม
9.7 Change record systems		✓	ไม่เหมาะสมกับโปรแกรม
9.8 Create or change credentialing and/or licensure standards		✓	ไม่เหมาะสมกับโปรแกรม
*** ปรับเปลี่ยนนโยบายให้สนับสนุนการดำเนินงานวัคซีนใจในชุมชน (เพิ่ม)			

2.4.3 ผลการนำกระบวนการประชุมเชิงปฏิบัติการไปใช้ในพื้นที้นำร่อง 4 จังหวัด

การประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาพิมพ์เขียวการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน (Tailored implementation blueprint) ใน 4 จังหวัดจัดขึ้นทั้งในรูปแบบ Online และ Onsite ในช่วงเดือนพฤษภาคม - มิถุนายน 2564 โดยจังหวัดที่มีการจัดแบบ Online มีจังหวัดเดียวคือ จังหวัดนครสวรรค์ เนื่องด้วยสถานการณ์การแพร่ระบาดโควิด-19 โดยในจังหวัดกาฬสินธุ์มีผู้เข้าร่วมสูงสุดคือ 59 คน รองลงมาคือจังหวัดลำพูน 42 คน จังหวัดนครศรีธรรมราช 29 คนและจังหวัดนครสวรรค์ 28 คน โดยผู้เข้าร่วมตามกลุ่มเป้าหมายมีการกระจายตัวตามที่กำหนด ยกเว้นจังหวัดนครศรีธรรมราชที่ไม่มีตัวแทนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้าร่วม รายละเอียดข้อมูลของผู้เข้าร่วมการประชุมเชิงปฏิบัติการฯ ดังรายละเอียดในตารางที่ 27 ต่อไปนี้

ตารางที่ 27 ข้อมูลทั่วไปของผู้เข้าร่วมการวิจัย 4 จังหวัดนำร่อง

ตัวแปร	กาฬสินธุ์	นครสวรรค์	นครศรีธรรมราช	ลำพูน
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
จำนวนผู้เข้าร่วม	59 (100.00)	28(100.00)	29 (100.00)	42(100.00)
เพศ				
• ชาย	17(30.36)	4(14.29)	1(3.44)	11(26.83)
• หญิง	39(69.64)	24(85.71)	28(96.55)	30(73.17)
อายุ				
• 21-30 ปี	6(10.34)	7(25.00)	2(6.90)	3(7.32)
• 31-40 ปี	9(15.52)	4(14.29)	6(20.70)	7(17.07)
• 41-50 ปี	24(41.38)	11(39.28)	11(37.93)	7(17.07)
• 51-60 ปี	18(31.03)	6(21.43)	10(34.48)	22(53.66)
• มากกว่า 60 ปี	1(1.72)	-	-	2(4.88)
การศึกษา				
• ประถมหรือต่ำกว่า	2(3.57)	1(3.57)	-	2(2.44)
• มัธยมศึกษา	18(32.14)	1(3.57)	5(17.24)	15(36.59)
• อนุปริญญาหรือเทียบเท่า	2(3.57)	1(3.57)	2(6.90)	0(0.00)
• ปริญญาตรี	26(46.43)	20(71.43)	19(65.52)	19(46.34)
• สูงกว่าปริญญาตรี	8(14.29)	5(17.86)	3(10.34)	4(9.76)
สถานที่ทำงาน				
• สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด	2(3.57)	2(7.14)	3(10.34)	3(7.32)
• สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ	6(10.71)	5(17.85)	9(31.03)	4(9.76)
• โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล	18(32.14)	8(28.57)	8(27.59)	13(31.71)
• ในชุมชน	24(42.86)	5(17.86)	7(24.14)	10(24.39)

ตารางที่ 27 ข้อมูลทั่วไปของผู้เข้าร่วมการวิจัย 4 จังหวัดนำร่อง

ตัวแปร	ภาพสิทธิ์	นครสวรรค์	นครศรีธรรมราช	ลำพูน
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
• องค์การบริหารส่วนตำบล	3(5.36)	2(7.14)	0(0.00)	9(21.95)
• ศูนย์สุขภาพจิต	2(3.57)	4(14.29)	2(6.90)	2(4.88)
• อื่นๆ เช่น โรงพยาบาลทั่วไป	1(1.79)	2(7.14)	-	0(0.00)
ตำแหน่ง				
• พยาบาลวิชาชีพ	15(26.79)	6(21.43)	9(31.03)	7(17.07)
• นักวิชาการสาธารณสุข	14(25.00)	12(42.85)	10(34.48)	11(26.83)
• อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน	13(23.21)	4(14.29)	8(27.59)	15(36.59)
• ผู้นำชุมชน/ผู้ใหญ่บ้าน/กำนัน	11(19.64)	1(3.57)	-	4(9.76)
• อบต.	2(3.57)	2(7.14)	-	2(4.88)
• อื่นๆ	1(1.79)	3(10.71)	-	2(4.88)

2.4.3.1 การระบุปัญหาและอุปสรรค (Barriers of implementation)

ในขั้นตอนที่ 1 ของการระบุปัญหาอุปสรรคการดำเนินงานการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน พบว่า ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียของจังหวัดกาฬสินธุ์ระบุปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน (มากกว่าร้อยละ 50 ของผู้เข้าร่วม) ใน 4 ด้านรวม 8 ปัจจัย ดังนี้ 1) ผู้ปฏิบัติขาดความรู้เข้าใจในแนวทางการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน 2) ผู้ปฏิบัติขาดความตระหนักถึงความสำคัญของการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน 3) ผู้ปฏิบัติในชุมชนทั้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและผู้นำชุมชนภาระงานมาก 4) ขาดผู้ปฏิบัติงานในชุมชน 5) ขาดการมีส่วนร่วมจากหลายภาคส่วน 6) ไม่มีงบประมาณเพียงพอในการจัดกิจกรรม 7) ขาดความชัดเจนของแนวทางการดำเนินงานในชุมชนที่เป็นรูปธรรม 8) มาตรการความปลอดภัยในพื้นที่ /ข้อจำกัดในการลงพื้นที่ และไม่พบข้อคิดเห็นเพิ่มเติมจากการระดมสมองรายละเอียดดังตารางที่ 28 ต่อไปนี้

ตารางที่ 28 ผลการระบุปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน
จังหวัดกาฬสินธุ์ (n=44)

ปัจจัยเกี่ยวข้องกับการดำเนินงานเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน	ความคิดเห็น		
	เห็นด้วย	ไม่มี ความเห็น	ไม่เห็นด้วย
ด้านที่ 1 ผู้บริหาร			
1.1 ไม่ให้ความสำคัญของการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน	9(20.45)	9(20.45)	26(59.09)
1.2 ขาดความเข้าใจในแนวทางการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน	20(45.45)	9(20.45)	15(34.09)
1.3 ขาดการกำกับติดตามและการผลักดันการดำเนินงานในพื้นที่	15(34.09)	9(20.45)	20(45.45)
ด้านที่ 2 ผู้ปฏิบัติ			
2.1 ขาดความรู้เข้าใจในแนวทางการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน	25(56.82)*	1(2.27)	18(40.91)
2.2 ขาดความตระหนักถึงสำคัญของการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน	23(53.49)*	5(11.63)	15(34.88)
2.3 ภาระงานมากขึ้นในพื้นที่	33(75.00)*	5(11.36)	6(13.64)
2.4 ขาดผู้ปฏิบัติงานในชุมชน	17(38.64)*	9(20.45)	18(40.91)
ด้านที่ 3 เครือข่ายการดำเนินงาน			
3.1 ขาดการมีส่วนร่วมจากหลายภาคส่วน	22(50.00)*	7(15.91)	15(34.09)
3.2 ขาดทักษะการประสานงานกับภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง	17(38.64)	7(15.91)	20(45.45)
ด้านที่ 4 งบประมาณ			
4.1 ไม่มีงบประมาณเพียงพอในการจัดกิจกรรม	29(65.91)*	9(20.45)	6(13.64)
ด้านที่ 5 ระยะเวลาการดำเนินงาน			
5.1 ระยะเวลาการดำเนินงานสั้นเกินไป	17(38.64)	17(38.64)	10(22.73)
ด้านที่ 6 แนวทางการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน			
6.1 ขาดความชัดเจนของแนวทางการดำเนินงานในชุมชนที่เป็นรูปธรรม	24(54.55)*	11(25.00)	9(20.45)
ด้านที่ 7 สถานการณ์การแพร่ระบาดโควิด-19			
7.1 มาตรการความปลอดภัยในพื้นที่ /ข้อจำกัดในการลงพื้นที่	29(65.91)*	5(11.36)	10(22.73)
ด้านที่ 8 บริบทปัญหาของพื้นที่			
8.1 แนวทางไม่เหมาะสมกับบริบทปัญหาของพื้นที่	16(36.36)	10(22.73)	18(40.91)
ด้านที่ 9 ชุมชน			
9.1 ชุมชนขาดความพร้อม/ขาดศักยภาพของชุมชน	15(34.09)	9(20.45)	20(45.45)
9.2 ชุมชนไม่ให้ความสำคัญกับปัญหาสุขภาพจิต	10(22.73)	10(22.73)	24(54.55)

ตารางที่ 28 ผลการระบุปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน
จังหวัดกาฬสินธุ์ (n=44)

ปัจจัยเกี่ยวข้องกับการดำเนินงานเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน	ความคิดเห็น		
	เห็นด้วย	ไม่มี ความเห็น	ไม่เห็นด้วย
9.3 คนในชุมชนไม่เห็นความสำคัญของการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน	11(25.00)	13(29.55)	20(45.45)
9.4 ผู้นำชุมชน/เจ้าหน้าที่สาธารณสุขขาดทักษะการดำเนินการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน	12(27.27)	11(25.00)	21(47.73)
9.5 ขาดการติดตามประเมินผลหลังการดำเนินการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน	20(45.45)	9(20.45)	15(34.09)
9.6 ขาดข้อมูลพื้นฐานของชุมชนก่อนการลงดำเนินงาน	14(31.82)	10(22.73)	20(45.45)

การระบุปัญหาอุปสรรคการดำเนินงานการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนนครสวรรค์ พบว่า ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียของจังหวัดระบุปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน ใน 7 ด้านรวม 9 ปัจจัย ดังนี้ 1) ผู้ปฏิบัติขาดความรู้เข้าใจในแนวทางการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน 2) ผู้ปฏิบัติในชุมชนทั้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและผู้นำชุมชนภาระงานมาก 3) ขาดผู้ปฏิบัติงานในชุมชน 4) ขาดการมีส่วนร่วมจากหลายภาคส่วน 5) ไม่มีงบประมาณเพียงพอในการจัดกิจกรรมในชุมชน 6) ระยะเวลาการดำเนินงานสั้นเกินไป 7) ขาดความชัดเจนของแนวทางการดำเนินงานในชุมชนที่เป็นรูปธรรม 8) มาตรการความปลอดภัยในพื้นที่ / ข้อจำกัดในการลงพื้นที่ 9) ผู้นำชุมชน/เจ้าหน้าที่สาธารณสุขขาดทักษะการดำเนินการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน และไม่พบข้อคิดเห็นเพิ่มเติมจากการระดมสมองรายละเอียดดังตารางที่ 29 ต่อไปนี้

ตารางที่ 29 ผลการระบุปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน
จังหวัดนครสวรรค์ (n=28)

ปัจจัยเกี่ยวข้องกับการดำเนินงานเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน	ความคิดเห็น		
	เห็นด้วย	ไม่มี ความเห็น	ไม่เห็นด้วย
ด้านที่ 1 ผู้บริหาร			
1.1 ไม่ให้ความสำคัญของการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน	(23.00)	(27.00)	(50.00)
1.2 ขาดความเข้าใจในแนวทางการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน	(19.00)	(31.00)	(50.00)
1.3 ขาดการกำกับติดตามและการผลักดันการดำเนินงานในพื้นที่	(35.00)	(35.00)	(31.00)
ด้านที่ 2 ผู้ปฏิบัติ			
2.1 ขาดความรู้เข้าใจในแนวทางการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน	(63.00)*	(4.00)	(33.00)
2.2 ขาดความตระหนักถึงความสำคัญของการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน	(46.00)	(14.00)	(39.00)
2.3 ภาระงานมากขึ้นในพื้นที่	(96.00)*	(0.00)	(4.00)
2.4 ขาดผู้ปฏิบัติงานในชุมชน	(67.00)*	(0.00)	(33.33)
ด้านที่ 3 เครือข่ายการดำเนินงาน			
3.1 ขาดการมีส่วนร่วมจากหลายภาคส่วน	(67.00)*	(7.00)	(26.00)
3.2 ขาดทักษะการประสานงานกับภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง	(33.33)	(7.00)	(59.00)
ด้านที่ 4 งบประมาณ			
4.1 ไม่มีงบประมาณเพียงพอในการจัดกิจกรรม	(93.00)*	(7.00)	(0.00)
ด้านที่ 5 ระยะเวลาการดำเนินงาน			
5.1 ระยะเวลาการดำเนินงานสั้นเกินไป	(96.00)*	(0.00)	(4.00)
ด้านที่ 6 แนวทางการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน			
6.1 ขาดความชัดเจนของแนวทางการดำเนินงานในชุมชนที่เป็นรูปธรรม	(89.00)*	(4.00)	(7.00)
ด้านที่ 7 สถานการณ์การแพร่ระบาดโควิด-19			
7.1 มาตรการความปลอดภัยในพื้นที่ /ข้อจำกัดในการลงพื้นที่	(86.00)*	(4.00)	(11.00)
ด้านที่ 8 บริบทปัญหาของพื้นที่			
8.1 แนวทางไม่เหมาะสมกับบริบทปัญหาของพื้นที่	(18.00)	(32.00)	(50.00)
ด้านที่ 9 ชุมชน			
9.1 ชุมชนขาดความพร้อม/ขาดศักยภาพของชุมชน	(26.00)	(41.00)	(33.00)
9.2 ชุมชนไม่ให้ความสำคัญกับปัญหาสุขภาพจิต	(33.00)	(7.00)	(59.00)

ตารางที่ 29 ผลการระบุปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน
จังหวัดนครสวรรค์ (n=28)

ปัจจัยเกี่ยวข้องกับการดำเนินงานเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน	ความคิดเห็น		
	เห็นด้วย	ไม่มี ความเห็น	ไม่เห็นด้วย
9.3 คนในชุมชนไม่เห็นความสำคัญของการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน	(25.00)	(43.00)	(32.00)
9.4 ผู้นำชุมชน/เจ้าหน้าที่สาธารณสุขขาดทักษะการดำเนินงานเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน	(70.00)*	(11.00)	(19.00)
9.5 ขาดการติดตามประเมินผลหลังการดำเนินงานการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน	(48.00)	(30.00)	(22.00)
9.6 ขาดข้อมูลพื้นฐานของชุมชนก่อนการลงดำเนินงาน	(36.00)	(4.00)	(61.00)

การระบุปัญหาอุปสรรคการดำเนินงานการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนนครศรีธรรมราช พบว่า ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียของจังหวัดระบุปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน ใน 7 ด้านรวม 16 ปัจจัย ดังนี้ 1) ผู้บริหารขาดเข้าใจในแนวทางการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน 2) ขาดการกำกับติดตามและการผลักดันการดำเนินงานในพื้นที่ 3) ผู้ปฏิบัติขาดความรู้เข้าใจในแนวทางการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน 4) ผู้ปฏิบัติขาดความตระหนักถึงความสำคัญของการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน 5) ผู้ปฏิบัติภาระงานมากขึ้นในพื้นที่ 6) ขาดผู้ปฏิบัติงานในชุมชน 7) ขาดการมีส่วนร่วมจากหลายภาคส่วน 8) ขาดหน่วยงานและทักษะการประสานงานกับภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง 9) ไม่มีงบประมาณเพียงพอในการจัดกิจกรรม 10) ขาดความชัดเจนของแนวทางการดำเนินงานในชุมชนที่เป็นรูปธรรม 11) มาตรการความปลอดภัยในพื้นที่ /ข้อจำกัดในการลงพื้นที่ 12) ชุมชนขาดความพร้อม/ขาดศักยภาพของชุมชน 13) ชุมชนไม่ให้ความสำคัญกับปัญหาสุขภาพจิต 14) คนในชุมชนไม่เห็นความสำคัญของการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน 15) ผู้นำชุมชน/เจ้าหน้าที่สาธารณสุขขาดทักษะการดำเนินงานการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน 16) ขาดการติดตามประเมินผลหลังการดำเนินงานการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน และไม่พบข้อคิดเห็นเพิ่มเติมจากการระดมสมอง รายละเอียดดังตารางที่ 30 ต่อไปนี้

ตารางที่ 30 ผลการระบุปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน
จังหวัดนครศรีธรรมราช (n=27)

ปัจจัยเกี่ยวข้องกับการดำเนินงานเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน	ความคิดเห็น		
	เห็นด้วย	ไม่มี ความเห็น	ไม่เห็นด้วย
ด้านที่ 1 ผู้บริหาร			
1.1 ไม่ให้ความสำคัญของการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน	8(29.63)	4(14.81)	15(55.56)
1.2 ขาดความเข้าใจในแนวทางการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน	18(66.67)*	1(3.70)	8(29.63)
1.3 ขาดการกำกับติดตามและการผลักดันการดำเนินงานในพื้นที่	17(62.96)*	1(3.70)	9(33.33)
ด้านที่ 2 ผู้ปฏิบัติ			
2.1 ขาดความรู้เข้าใจในแนวทางการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน	22(81.48)*	0(00.00)	5(18.52)
2.2 ขาดความตระหนักถึงความสำคัญของการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน	17(62.96)*	0(00.00)	10(37.04)
2.3 ภาระงานมากขึ้นในพื้นที่	22(81.48)*	2(7.41)	3(11.11)
2.4 ขาดผู้ปฏิบัติงานในชุมชน	15(55.56)*	2(7.41)	10(37.04)
ด้านที่ 3 เครือข่ายการดำเนินงาน			
3.1 ขาดการมีส่วนร่วมจากหลายภาคส่วน	18(66.67)*	2(7.41)	7(25.93)
3.2 ขาดทักษะการประสานงานกับภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง	16(59.26)*	2(7.41)	9(33.33)
ด้านที่ 4 งบประมาณ			
4.1 ไม่มีงบประมาณเพียงพอในการจัดกิจกรรม	24(88.89)*	2(7.41)	1(3.70)
ด้านที่ 5 ระยะเวลาการดำเนินงาน			
5.1 ระยะเวลาการดำเนินงานสั้นเกินไป	12(44.44)	9(33.33)	6(22.22)
ด้านที่ 6 แนวทางการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน			
6.1 ขาดความชัดเจนของแนวทางการดำเนินงานในชุมชนที่เป็นรูปธรรม	18(66.67)*	1(3.70)	8(29.63)
ด้านที่ 7 สถานการณ์การแพร่ระบาดโควิด-19			
7.1 มาตรการความปลอดภัยในพื้นที่ /ข้อจำกัดในการลงพื้นที่	20(74.07)*	2(7.41)	5(18.52)
ด้านที่ 8 บริบทปัญหาของพื้นที่			
8.1 แนวทางไม่เหมาะสมกับบริบทปัญหาของพื้นที่	10(37.04)	7(25.93)	10(37.04)
ด้านที่ 9 ชุมชน			
9.1 ชุมชนขาดความพร้อม/ขาดศักยภาพของชุมชน	17(62.96)*	2(7.41)	8(29.63)
9.2 ชุมชนไม่ให้ความสำคัญกับปัญหาสุขภาพจิต	14(51.85)*	4(14.81)	9(33.33)

ตารางที่ 30 ผลการระบุปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน
จังหวัดนครศรีธรรมราช (n=27)

ปัจจัยเกี่ยวข้องกับการดำเนินงานเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน	ความคิดเห็น		
	เห็นด้วย	ไม่มี ความเห็น	ไม่เห็นด้วย
9.3 คนในชุมชนไม่เห็นความสำคัญของการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน	19(70.37)*	4(14.81)	4(14.81)
9.4 ผู้นำชุมชน/เจ้าหน้าที่สาธารณสุขขาดทักษะการดำเนินการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน	18(66.67)*	0(00.00)	9(33.33)
9.5 ขาดการติดตามประเมินผลหลังการดำเนินการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน	17(62.96)*	3(11.11)	7(25.93)
9.6 ขาดข้อมูลพื้นฐานของชุมชนก่อนการลงดำเนินงาน	12(44.44)	2(7.41)	13(48.15)

การระบุปัญหาอุปสรรคการดำเนินการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนลำพูน พบว่า ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียของจังหวัดระบุปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน ใน 6 ด้านรวม 10 ปัจจัย ดังนี้ 1) ขาดความเข้าใจในแนวทางการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน 2) ขาดความรู้เข้าใจในแนวทางการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน 3) ขาดความตระหนักถึงความสำคัญของการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน 4) ภาระงานมากขึ้นในพื้นที่ 5) ขาดผู้ปฏิบัติงานในชุมชน 6) ขาดการมีส่วนร่วมจากหลายภาคส่วน 7) ขาดทักษะการประสานงานกับภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง 8) ไม่มีงบประมาณเพียงพอในการจัดกิจกรรม 9) ขาดความชัดเจนของแนวทางการดำเนินงานในชุมชนที่เป็นรูปธรรม 10) ชุมชนขาดความพร้อม/ขาดศักยภาพของชุมชน และไม่พบข้อคิดเห็นเพิ่มเติมจากการระดมสมองรายละเอียดดังตารางที่ 31 ต่อไปนี้

ตารางที่ 31 ผลการระบุปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน
จังหวัดลำพูน (n=42)

ปัจจัยเกี่ยวข้องกับการดำเนินงานเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน	ความคิดเห็น		
	เห็นด้วย	ไม่มี ความเห็น	ไม่เห็นด้วย
ด้านที่ 1 ผู้บริหาร			
1.1 ไม่ให้ความสำคัญของการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน	12(28.57)	5(11.90)	25(59.52)
1.2 ขาดความเข้าใจในแนวทางการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน	21(50.00)*	6(14.29)	14(33.33)
1.3 ขาดการกำกับติดตามและการผลักดันการดำเนินงานในพื้นที่	16(38.10)	13(30.95)	12(28.57)
ด้านที่ 2 ผู้ปฏิบัติ			
2.1 ขาดความรู้เข้าใจในแนวทางการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน	30(71.43)*	3(7.14)	9(21.43)
2.2 ขาดความตระหนักถึงความสำคัญของการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน	21(50.00)*	8(19.05)	12(28.57)
2.3 ภาระงานมากขึ้นในพื้นที่	26(61.90)*	6(14.29)	9(21.43)
2.4 ขาดผู้ปฏิบัติงานในชุมชน	32(76.19)*	3(7.14)	6(14.29)
ด้านที่ 3 เครือข่ายการดำเนินงาน			
3.1 ขาดการมีส่วนร่วมจากหลายภาคส่วน	21(50.00)*	5(11.90)	15(35.71)
3.2 ขาดทักษะการประสานงานกับภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง	21(50.00)*	9(21.43)	12(28.57)
ด้านที่ 4 งบประมาณ			
4.1 ไม่มีงบประมาณเพียงพอในการจัดกิจกรรม	36(85.71)*	5(11.90)	1(2.38)
ด้านที่ 5 ระยะเวลาการดำเนินงาน			
5.1 ระยะเวลาการดำเนินงานสั้นเกินไป	19(45.24)	17(40.48)	6(14.29)
ด้านที่ 6 แนวทางการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน			
6.1 ขาดความชัดเจนของแนวทางการดำเนินงานในชุมชนที่เป็นรูปธรรม	30(71.43)*	7(16.67)	5(11.90)
ด้านที่ 7 สถานการณ์การแพร่ระบาดโควิด-19			
7.1 มาตรการความปลอดภัยในพื้นที่ /ข้อจำกัดในการลงพื้นที่	19(45.24)	11(26.19)	12(28.57)
ด้านที่ 8 บริบทปัญหาของพื้นที่			
8.1 แนวทางไม่เหมาะสมกับบริบทปัญหาของพื้นที่	14(33.33)	14(33.33)	13(30.95)
ด้านที่ 9 ชุมชน			
9.1 ชุมชนขาดความพร้อม/ขาดศักยภาพของชุมชน	22(52.38)*	5(11.90)	15(35.71)
9.2 ชุมชนไม่ให้ความสำคัญกับปัญหาสุขภาพจิต	20(47.62)	6(14.29)	16(38.10)
9.3 คนในชุมชนไม่เห็นความสำคัญของการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน	17(40.48)	10(23.81)	15(35.71)

ตารางที่ 31 ผลการระบุปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน
จังหวัดลำพูน (n=42)

ปัจจัยเกี่ยวข้องกับการดำเนินงานเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน	ความคิดเห็น		
	เห็นด้วย	ไม่มี ความเห็น	ไม่เห็นด้วย
9.4 ผู้นำชุมชน/เจ้าหน้าที่สาธารณสุขขาดทักษะการดำเนินการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน	18(42.86)	10(23.81)	14(33.33)
9.5 ขาดการติดตามประเมินผลหลังการดำเนินการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน	17(40.48)	14(33.33)	11(26.19)
9.6 ขาดข้อมูลพื้นฐานของชุมชนก่อนการลงดำเนินงาน	18(42.86)	6(14.29)	17(40.48)

2.2.3.2 การประเมินกลยุทธ์

ในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยใช้วิธี Conjoint analysis โดยให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียประเมินคะแนนของกลยุทธ์ที่จะใช้ในการแก้ไขปัญหาที่ร่วมกันระบุไว้ในขั้นตอนที่ 1 ในด้านของ Importance Feasibility และผลกระทบต่อ Fidelity ของโปรแกรม รายละเอียดของแต่ละจังหวัด ดังตารางที่ 32 ต่อไปนี้

ตารางที่ 32 ผลการประเมินกลยุทธ์ของจังหวัดกาฬสินธุ์ (n=59)

H = High, M=Medium, L=Low

Phase 1= Pre-implementation, Phase 2= Implementation, Phase 3=Sustainment

กลยุทธ์	Importance	Feasibility	Impact	Phase
1. นิเทศติดตามและให้ข้อเสนอแนะ	H (59.32)	M (61.02)	2	1,2,3
2. พัฒนาชุมชนต้นแบบก่อนการขยายผลให้ครอบคลุมพื้นที่	H (64.41)	M (47.46)	2	1
3. ประเมินความต้องการของพื้นที่ (ในการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน)	H (74.14)	M (51.72)	2	1
4. พัฒนาและจัดระบบตรวจสอบคุณภาพ การดำเนินงานเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน	H (56.90)	M (69.49)	2	2
5. ประเมินผลขณะดำเนินการเพื่อปรับกลยุทธ์ ให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น	H (53.45)	M (60.34)	2	2
6. จัดให้มีระบบให้ข้อเสนอแนะจากประชาชน	H (76.27)	M (55.17)	2.5	2
7. จัดให้มีระบบสนับสนุนการดำเนินงานในชุมชน ในเชิงเทคนิคเมื่อเกิดปัญหาอุปสรรค	H (50.00)	M (63.79)	2	2
8. จัดกระบวนการที่เอื้ออำนวยต่อการพัฒนา ความสัมพันธ์ของเครือข่ายในชุมชน	H (62.71)	M (54.24)	2	1

ตารางที่ 32 ผลการประเมินกลยุทธ์ของจังหวัดกาฬสินธุ์ (n=59)

H = High, M=Medium, L=Low

Phase 1= Pre-implementation, Phase 2= Implementation, Phase 3=Sustainment

กลยุทธ์	Importance	Feasibility	Impact	Phase
9. สนับสนุนวิทยากรและที่ปรึกษาที่มีความเชี่ยวชาญ การดำเนินงานการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน	H (72.41)	H (59.32)	3	1
10. ส่งเสริมให้มีการปรับโปรแกรมไปใช้ตามบริบท ของพื้นที่	H (54.24)	M (61.02)	2	2
11. พัฒนาเครือข่ายการดำเนินงานร่วมกับสถาบัน หรือมหาวิทยาลัยทางการศึกษา	M (54.24)	M (68.97)	2	1
12. เรียนรู้การดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพจากชุมชน ใกล้เคียงที่มีการดำเนินการ ไปก่อนแล้ว	H (58.93)	M (50.85)	2	1
13. เผยแพร่รายชื่อพื้นที่หรือผู้นำที่จะมีการนำโปรแกรม ไปใช้จริงในพื้นที่	H (53.45)	H (46.55)	2	1
14. ประชุมผลการดำเนินงานหรือติดตามการขับเคลื่อน การเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนร่วมกับผู้บริหาร ในทุกระดับ	H (62.07)	M (54.24)	2	1,3
15. ออกเอกสารข้อตกลง/สัญญาการนำโปรแกรม ไปใช้	H/M (44.07)	M (59.32)	2	1
16. พัฒนาและส่งเสริมระบบการแชร์ข้อมูลและ ประสบการณ์การทำงาน	H (49.15)	M (55.93)	2	2
17. จัดทีมการดำเนินงานโดยมีผู้ที่เกี่ยวข้องในทุก ภาคส่วนในชุมชนเพื่อให้ข้อมูลและข้อเสนอแนะ ในการดำเนินงานการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน	H (70.18)	M (52.54)	2	1,2
18. ศึกษาดูงานในชุมชนที่มีการดำเนินงานประสบ ความสำเร็จ	H/M (44.07)	M (55.93)	2	1
19. เชิดชูบุคคลต้นแบบที่ร่วมขับเคลื่อนการดำเนินงาน ให้ประสบความสำเร็จ	H (68.97)	H (50.00)	3	3
20. จัดการฝึกอบรมผู้นำการเสริมสร้างวัคซีนใจใน ชุมชน	H (75.86)	H (52.54)	2.5	1
21. จัดประชุมทีมดำเนินงานการเสริมสร้างวัคซีนใจ ในชุมชนอย่างสม่ำเสมอ	H (71.19)	M (45.76)	2	1,2
22. ให้คำปรึกษาขณะดำเนินงาน	H (71.19)	M (50.85)	2.5	2
23. สื่อสารและอบรมการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนแก่ เจ้าหน้าที่และผู้นำในชุมชนในรูปแบบที่หลากหลาย	H (81.36)	H (59.32)	3	1

ตารางที่ 32 ผลการประเมินกลยุทธ์ของจังหวัดกาฬสินธุ์ (n=59)

H = High, M=Medium, L=Low

Phase 1= Pre-implementation, Phase 2= Implementation, Phase 3=Sustainment

กลยุทธ์	Importance	Feasibility	Impact	Phase
24. จัดประชุมเพื่อชี้แจงโปรแกรมวัคซีนใจในชุมชน แก่ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในทุกกระดับ	H (68.97)	H (50.88)	2.5	1
25. วิทยากรผู้เชี่ยวชาญลงพื้นที่เพื่อฝึกการเสริมสร้าง วัคซีนใจในชุมชนแก่เจ้าหน้าที่หรือผู้นำในชุมชน	H (75.44)	H (53.45)	3	1,2
26. พัฒนาสื่อหรือเครื่องมือเพื่อการสื่อสารและอบรม การเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนแก่ เจ้าหน้าที่และ ผู้นำในชุมชนในรูปแบบที่หลากหลาย	H (67.80)	M (49.15)	3	1,2
27. ตัวแทนชุมชนเข้าร่วมกระบวนการเสริมสร้างวัคซีนใจ ในชุมชนที่ดำเนินการโดยวิทยากรผู้เชี่ยวชาญ เพื่อศึกษาดูงานและสังเกตกระบวนการอย่างใกล้ชิด	H (67.24)	M (47.46)	2	1,2
28. ใช้กระบวนการฝึกอบรมครูก. (Training of trainers)	H (69.49)	M (50.85)	2	1
29. สร้างความตระหนักเรื่องความสำคัญของการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน	H (76.27)	M (49.15)	2.5	1,2
30. ใช้การสื่อสารเพื่อเผยแพร่การดำเนินงานวัคซีนใจ ในชุมชนโดยช่องทางสื่อสังคมที่หลากหลาย เช่น สื่อสังคมออนไลน์ Line เป็นต้น	H (71.93)	H (55.17)	3	1,2
31. หางบประมาณจากแหล่งอื่นๆ ในชุมชน	H (67.24)	M (36.21)	3	1
32. ปรับเปลี่ยนนโยบายในให้สนับสนุนการดำเนินงาน วัคซีนใจในชุมชน	H (55.17)	M (50.00)	2	1

ตารางที่ 33 ผลการประเมินกลยุทธ์ของจังหวัดนครสวรรค์ (n=29)

กลยุทธ์	Importance	Feasibility	Impact	Phase
1. นิเทศติดตามและให้ข้อเสนอแนะ	H (75)	M (29)	2	2,3
2. พัฒนาชุมชนต้นแบบก่อนการขยายผลให้ครอบคลุมพื้นที่	H (50)	M (63)	2	
3. ประเมินความต้องการของพื้นที่ (ในการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน)	H (83)	M (50)	2	
4. พัฒนาและจัดระบบตรวจสอบคุณภาพการดำเนินงานเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน	H (58)	M (50)	2	
5. ประเมินผลขณะดำเนินการเพื่อปรับกลยุทธ์ให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น	H (64)	M (64)	2	
6. จัดให้มีระบบให้ข้อเสนอแนะจากประชาชน	H (85)	M (50)	2	
7. จัดให้มีระบบสนับสนุนการดำเนินงานในชุมชนในเชิงเทคนิคเมื่อเกิดปัญหาอุปสรรค	H (84)	M (60)	2	
8. จัดกระบวนการที่เอื้ออำนวยต่อการพัฒนาความสัมพันธ์ของเครือข่ายในชุมชน	H (85)	M (63)	2	
9. สนับสนุนวิทยากรและที่ปรึกษาที่มีความเชี่ยวชาญการดำเนินงานเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน	H (96)	H (36)	3	1,2
10. ส่งเสริมให้มีการปรับโปรแกรมไปใช้ตามบริบทของพื้นที่	H (78)	M (57)	2	
11. พัฒนาเครือข่ายการดำเนินงานร่วมกับสถาบันหรือมหาวิทยาลัยทางการศึกษา	H (48)	M (48)	2	
12. เรียนรู้การดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพจากชุมชนใกล้เคียงที่มีการดำเนินการ ไปก่อนแล้ว	H (48)	M (44)	2	
13. เผยแพร่รายชื่อพื้นที่หรือผู้นำที่จะมีการนำโปรแกรมไปใช้จริงในพื้นที่	H (50)	H (50)	2	
14. ประชุมผลการดำเนินงานหรือติดตามการขับเคลื่อนการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนร่วมกับผู้บริหารในทุกระดับ	H (68)	M (44)	2	
15. ออกเอกสารข้อตกลง/สัญญาการนำโปรแกรมไปใช้	H (57)	M (39)	2	
16. พัฒนาและส่งเสริมระบบการแชร์ข้อมูลและประสบการณ์การทำงาน	H (88)	M (44)	2	
17. จัดทีมการดำเนินงานโดยมีผู้ที่เกี่ยวข้องในทุกภาคส่วนในชุมชนเพื่อให้ข้อมูลและข้อเสนอแนะในการดำเนินงานเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน	H (92)	M (56)	2	

ตารางที่ 33 ผลการประเมินกลยุทธ์ของจังหวัดนครสวรรค์ (n=29)

กลยุทธ์	Importance	Feasibility	Impact	Phase
18. ศึกษาดูงานในชุมชนที่มีการดำเนินงานประสบความสำเร็จ	M (52)	M (44)	2	
19. เชิดชูบุคคลต้นแบบที่ร่วมขับเคลื่อนการดำเนินงานให้ประสบความสำเร็จ	H (68)	M (44)	2	
20. จัดการฝึกอบรมผู้นำการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน	H (92)	H (33)	2.5	1,2,3
21. จัดประชุมทีมดำเนินงานการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนอย่างสม่ำเสมอ	H (67)	M (46)	2	
22. ให้คำปรึกษาขณะดำเนินงาน	H (91)	M (39)	2.5	
23. สื่อสารและอบรมการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนแก่เจ้าหน้าที่และผู้นำในชุมชนในรูปแบบที่หลากหลาย	H (92)	M (63)	2	
24. จัดประชุมเพื่อชี้แจงโปรแกรมวัคซีนใจในชุมชนแก่ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในทุกระดับ	H (86)	M (50)	2.5	1,
25. วิทยากรผู้เชี่ยวชาญลงพื้นที่เพื่อฝึกการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนแก่เจ้าหน้าที่หรือผู้นำในชุมชน	H (96)	M (39)	3	1,2
26. พัฒนาสื่อหรือเครื่องมือเพื่อการสื่อสารและอบรมการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนแก่เจ้าหน้าที่และผู้นำในชุมชนในรูปแบบที่หลากหลาย	H (83)	H (42)	3	3
27. ตัวแทนชุมชนเข้าร่วมกระบวนการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนที่ดำเนินการโดยวิทยากรผู้เชี่ยวชาญ เพื่อศึกษาดูงานและสังเกตกระบวนการอย่างใกล้ชิด	H (83)	M (65)	2	
28. ใช้กระบวนการฝึกอบรมครู ก. (Training of trainers)	H (78)	H (43)	2	
29. สร้างความตระหนักเรื่องความสำคัญของการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน	H (83)	M (50)	3	1,3
30. ใช้การสื่อสารเพื่อเผยแพร่การดำเนินงานวัคซีนใจในชุมชนโดยช่องทางสื่อสังคมที่หลากหลาย เช่น สื่อสังคมออนไลน์ Line เป็นต้น	H (92)	H (50)	2	2,3
31. หางบประมาณจากแหล่งอื่นๆ ในชุมชน	H (54)	L (71)	3	
32. ปรับเปลี่ยนนโยบายในให้สนับสนุนการดำเนินงานวัคซีนใจในชุมชน	H (71)	M (54)	2	3

ตารางที่ 34 ผลการประเมินกลยุทธ์ของจังหวัดนครศรีธรรมราช (n=27)

กลยุทธ์	Importance	Feasibility	Impact	Phase
1. นิเทศติดตามและให้ข้อเสนอแนะ	H (62.96)	M (62.96)	2	1,2,3
2. พัฒนาชุมชนต้นแบบก่อนการขยายผลให้ครอบคลุมพื้นที่	H (66.67)	M (48.15)	2	1
3. ประเมินความต้องการของพื้นที่ (ในการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน)	H (44.44)	M (51.85)	2	1
4. พัฒนาและจัดระบบตรวจสอบคุณภาพการดำเนินงานเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน	H (70.37)	M (59.26)	2	1,2,3
5. ประเมินผลขณะดำเนินการเพื่อปรับกลยุทธ์ ให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น	H (62.96)	M (59.26)	2	2,3
6. จัดให้มีระบบให้ข้อเสนอแนะจากประชาชน	H (62.96)	M (59.26)	2	1,2,3
7. จัดให้มีระบบสนับสนุนการดำเนินงานในชุมชน ในเชิงเทคนิคเมื่อเกิดปัญหาอุปสรรค	H (59.26)	M (77.78)	2	1,2,3
8. จัดกระบวนการที่เอื้ออำนวยต่อการพัฒนา ความสัมพันธ์ของเครือข่ายในชุมชน	H (55.56)	M (66.67)	2	1,2,3
9. สนับสนุนวิทยากรและที่ปรึกษาที่มี ความเชี่ยวชาญการดำเนินงานการเสริมสร้าง วัคซีนใจในชุมชน	H (77.78)	M (51.85)	1	1,2,3
10. ส่งเสริมให้มีการปรับโปรแกรมไปใช้ตามบริบท ของพื้นที่	H (66.67)	M (55.56)	2	1,2,3
11. พัฒนาเครือข่ายการดำเนินงานร่วมกับสถาบัน หรือมหาวิทยาลัยทางการศึกษา	M (48.15)	M (55.56)	2	1,2,3
12. เรียนรู้การดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพจาก ชุมชนใกล้เคียงที่มีการดำเนินการ ไปก่อนแล้ว	H/M (48.15)	M (55.56)	2	1
13. เผยแพร่รายชื่อพื้นที่หรือผู้นำที่จะมีการนำ โปรแกรมไปใช้จริงในพื้นที่	M (51.85)	M (62.96)	2	1,2
14. ประชุมผลการดำเนินงานหรือติดตาม การขับเคลื่อนการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน ร่วมกับผู้บริหารในทุกระดับ	H (55.56)	M (55.56)	2	1,2,3
15. ออกเอกสารข้อตกลง/สัญญาการนำโปรแกรม ไปใช้	M (48.15)	M (74.07)	2	1
16. พัฒนาและส่งเสริมระบบการแชร์ข้อมูลและ ประสบการณ์การทำงาน	H/M (48.15)	M (62.96)	2	3

ตารางที่ 34 ผลการประเมินกลยุทธ์ของจังหวัดนครศรีธรรมราช (n=27)

กลยุทธ์	Importance	Feasibility	Impact	Phase
17. จัดทีมการดำเนินงานโดยมีผู้ที่เกี่ยวข้องในทุกภาคส่วนในชุมชนเพื่อให้ข้อมูลและข้อเสนอแนะในการดำเนินการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน	H (66.67)	M (59.26)	2	1,2,3
18. ศึกษาดูงานในชุมชนที่มีการดำเนินงานประสบความสำเร็จ	H (66.67)	M (62.96)	2	1
19. เชิดชูบุคคลต้นแบบที่ร่วมขับเคลื่อนการดำเนินงานให้ประสบความสำเร็จ	H (62.96)	H (62.96)	2	3
20. จัดการฝึกอบรมผู้นำการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน	H (74.07)	H (59.26)	1	1
21. จัดประชุมทีมดำเนินการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนอย่างสม่ำเสมอ	H (66.67)	M (48.15)	2	1,2,3
22. ให้คำปรึกษาขณะดำเนินงาน	H (77.78)	H (59.26)	2	2
23. สื่อสารและอบรมการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนแก่เจ้าหน้าที่และผู้นำในชุมชนในรูปแบบที่หลากหลาย	H (77.78)	H (51.85)	1.5	1
24. จัดประชุมเพื่อชี้แจงโปรแกรมวัคซีนใจในชุมชนแก่ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในทุกระดับ	H (62.96)	M (59.26)	2	1
25. วิทยากรผู้เชี่ยวชาญลงพื้นที่เพื่อฝึกการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนแก่เจ้าหน้าที่หรือผู้นำในชุมชน	H (55.56)	M (62.96)	2	1
26. พัฒนาสื่อหรือเครื่องมือเพื่อการสื่อสารและอบรมการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนแก่เจ้าหน้าที่และผู้นำในชุมชนในรูปแบบที่หลากหลาย	H (70.37)	H (62.96)	2	1
27. ตัวแทนชุมชนเข้าร่วมกระบวนการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนที่ดำเนินการโดยวิทยากรผู้เชี่ยวชาญ เพื่อศึกษาดูงานและสังเกตกระบวนการอย่างใกล้ชิด	H/M (48.15)	M (62.96)	2	1,2
28. ใช้กระบวนการฝึกอบรมครูก.(Training of trainers)	H (66.67)	M (48.15)	2	1
29. สร้างความตระหนักเรื่องความสำคัญของการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน	H (74.07)	M (59.26)	2	1,2,3
30. ใช้การสื่อสารเพื่อเผยแพร่การดำเนินงานวัคซีนใจในชุมชนโดยช่องทางสื่อสังคมที่หลากหลาย เช่น สื่อสังคมออนไลน์ Line เป็นต้น	H (62.96)	M (51.85)	2	1,2,3

ตารางที่ 34 ผลการประเมินกลยุทธ์ของจังหวัดนครศรีธรรมราช (n=27)

กลยุทธ์	Importance	Feasibility	Impact	Phase
31. ทางงบประมาณจากแหล่งอื่นๆ ในชุมชน	H (62.96)	L/M (37.04)	2	1
32. ปรับเปลี่ยนนโยบายในให้สนับสนุนการดำเนินงานวัคซีนใจในชุมชน	M (55.56)	M (74.07)	2	1

ตารางที่ 35 ผลการประเมินกลยุทธ์ของจังหวัดลำพูน (n=41)

กลยุทธ์	Importance	Feasibility	Impact	Phase
1. นิเทศติดตามและให้ข้อเสนอแนะ	H (63.41)	M (60.98)	2	1,2,3
2. พัฒนาชุมชนต้นแบบก่อนการขยายผลให้ครอบคลุมพื้นที่	H (80.49)	H (53.66)	2	1
3. ประเมินความต้องการของพื้นที่ (ในการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน)	H (78.05)	M (46.34)	2	1
4. พัฒนาและจัดระบบตรวจสอบคุณภาพการดำเนินงานเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน	H (68.29)	M (56.10)	2	2
5. ประเมินผลขณะดำเนินการเพื่อปรับกลยุทธ์ให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น	H (63.41)	M (53.66)	2	2
6. จัดให้มีระบบให้ข้อเสนอแนะจากประชาชน	H (60.98)	M (51.22)	2	1
7. จัดให้มีระบบสนับสนุนการดำเนินงานในชุมชนในเชิงเทคนิคเมื่อเกิดปัญหาอุปสรรค	H (60.98)	M (65.85)	2	2
8. จัดกระบวนการที่เอื้ออำนวยต่อการพัฒนาความสัมพันธ์ของเครือข่ายในชุมชน	H (58.54)	M (60.98)	2	1,2
9. สนับสนุนวิทยากรและที่ปรึกษาที่มีความเชี่ยวชาญการดำเนินงานเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน	H (80.49)	H (73.17)	2.5	1,2
10. ส่งเสริมให้มีการปรับโปรแกรมไปใช้ตามบริบทของพื้นที่	H (58.54)	M (53.66)	2	1,2
11. พัฒนาเครือข่ายการดำเนินงานร่วมกับสถาบันหรือมหาวิทยาลัยทางการศึกษา	M (68.29)	M (68.29)	2	1,2
12. เรียนรู้การดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพจากชุมชนใกล้เคียงที่มีการดำเนินการไปก่อนแล้ว	H (51.22)	M (46.34)	2	1
13. เผยแพร่รายชื่อพื้นที่หรือผู้นำที่จะมีการนำโปรแกรมไปใช้จริงในพื้นที่	M (56.10)	M (68.29)	2	1,3

ตารางที่ 35 ผลการประเมินกลยุทธ์ของจังหวัดลำพูน (n=41)

กลยุทธ์	Importance	Feasibility	Impact	Phase
14. ประชุมผลการดำเนินงานหรือติดตามการขับเคลื่อนการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนร่วมกับผู้บริหารในทุกระดับ	H (60.00)	M (51.22)	2	1,2,3
15. ออกเอกสารข้อตกลง/สัญญาการนำโปรแกรมไปใช้	M (43.90)	M (56.10)	2	1
16. พัฒนาและส่งเสริมระบบการแชร์ข้อมูลและประสบการณ์การทำงาน	M (41.46)	M (58.54)	2	1,2,3
17. จัดทีมการดำเนินงานโดยมีผู้ที่เกี่ยวข้องในทุกภาคส่วนในชุมชนเพื่อให้ข้อมูลและข้อเสนอแนะในการดำเนินการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน	H (60.98)	M (58.54)	2	1,2,3
18. ศึกษาดูงานในชุมชนที่มีการดำเนินงานประสบความสำเร็จ	H (56.10)	M (51.22)	2	1
19. เชิดชูบุคคลต้นแบบที่ร่วมขับเคลื่อนการดำเนินงานให้ประสบความสำเร็จ	H (51.22)	H (60.98)	2	3
20. จัดการฝึกอบรมผู้นำการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน	H (78.05)	H (58.54)	2	1
21. จัดประชุมทีมดำเนินการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนอย่างสม่ำเสมอ	H (65.85)	H (47.50)	2	1,2,3
22. ให้คำปรึกษาขณะดำเนินงาน	H (65.85)	H (51.22)	2	2
23. สื่อสารและอบอรมการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนแก่เจ้าหน้าที่และผู้นำในชุมชนในรูปแบบที่หลากหลาย	H (65.85)	H (51.22)	2	1
24. จัดประชุมเพื่อชี้แจงโปรแกรมวัคซีนใจในชุมชนแก่ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในทุกระดับ	H (51.22)	M (60.98)	2	1,2,3
25. วิทยากรผู้เชี่ยวชาญลงพื้นที่เพื่อฝึกการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนแก่เจ้าหน้าที่หรือผู้นำในชุมชน	H (60.98)	M (46.34)	2	1,2,3
26. พัฒนาสื่อหรือเครื่องมือเพื่อการสื่อสารและอบอรมการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนแก่เจ้าหน้าที่และผู้นำในชุมชนในรูปแบบที่หลากหลาย	H (60.98)	H (48.78)	2	1,2,3

ตารางที่ 35 ผลการประเมินกลยุทธ์ของจังหวัดลำพูน (n=41)

กลยุทธ์	Importance	Feasibility	Impact	Phase
27. ตัวแทนชุมชนเข้าร่วมกระบวนการเสริมสร้าง วัคซีนใจในชุมชนที่ดำเนินการโดยวิทยากร ผู้เชี่ยวชาญ เพื่อศึกษาดูงานและสังเกต กระบวนการอย่างใกล้ชิด	H (58.54)	M (53.66)	2	1,2
28. ใช้กระบวนการฝึกอบรมครู ก. (Training of trainers)	M (51.22)	M (60.98)	2	1
29. สร้างความตระหนักเรื่องความสำคัญของการ เสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน	H (73.17)	M (53.66)	2	1,2,3
30. ใช้การสื่อสารเพื่อเผยแพร่การดำเนินงานวัคซีนใจ ในชุมชนโดยช่องทางสื่อสังคมที่หลากหลาย เช่น สื่อสังคมออนไลน์ Line เป็นต้น	H (63.41)	H (51.22)	2	1,2,3
31. หางบประมาณจากแหล่งอื่นๆ ในชุมชน	H (63.41)	M (51.22)	2	1
32. ปรับเปลี่ยนนโยบายในให้สนับสนุนการดำเนินงาน วัคซีนใจในชุมชน	M (48.78)	M (51.22)	2	1,2,3

พิมพ์เขียวการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนใน 4 จังหวัดนำร่อง (Implementation blueprint)

เมื่อได้กลยุทธ์ในการแก้ไขปัญหาในขั้นตอนที่ 2 แล้วลำดับต่อไปคือการจัดตั้งทีมดำเนินงานและระบุทีมผู้รับผิดชอบในแต่ละจังหวัด สรุปเป็นแผนหรือแนวทางของแต่ละจังหวัดที่สมบูรณ์ โดยเมื่อมีการคืนข้อมูลให้กับทุกฝ่ายเพื่อดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้อง ศูนย์สุขภาพจิตจะใช้แผนนี้ในการกำกับติดตามการดำเนินงาน รวมถึงทีมผู้วิจัยด้วย โดยรายละเอียดของแนวทางแต่ละจังหวัด มีดังนี้

Pre-Implementation สิงหาคม 64	Implementation กันยายน 64	Sustainment ตุลาคม 64
จัดทบทวนแผนจากแหล่งอื่นๆ (สสจ/สสอ/กต./อปท.)	ศึกษาฐานชุมชนต้นแบบ	เชิดชูบุคคลต้นแบบ
ประเมินความต้องการขอพื้นที่	ประเมินผลขณะดำเนินงาน	จัดประชุมผลการดำเนินงานติดตามการขับเคลื่อนงาน
ออกเอกสารข้อตกลง/สัญญาการนำไปใช้	จัดให้ระบบการสนับสนุนการดำเนินงานเชิงเทคนิค	ส่งเสริมการปรับโปรแกรมให้เหมาะสมกับบริบท
จัดประชุมชี้แจงโปรแกรมวัคซีนใจในชุมชน	สร้างความตระหนัก	
จัดการฝึกอบรมผู้นำการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน		
ส่งเสริมการปรับโปรแกรมให้เหมาะสมกับบริบท	นิเทศติดตาม/ให้ข้อเสนอแนะ	
	อบรมครู ก.	
จัดกระบวนการที่เอื้อต่อการพัฒนาความสัมพันธ์ของชุมชน		
	พัฒนาชุมชนต้นแบบ	
เรียนรู้การดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพจากชุมชนใกล้เคียง	ใช้การสื่อสารเพื่อเผยแพร่การดำเนินงานวัคซีนใจในชุมชนที่หลากหลาย	
	จัดกิจกรรมดำเนินงานโดยผู้ที่เกี่ยวข้องในทุกภาคส่วน	
	สนับสนุนวิทยากรและที่ปรึกษาที่มีความเชี่ยวชาญการดำเนินงานการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน	
	จัดให้มีระบบให้ข้อเสนอแนะจากประชาชน : Facebook วัคซีนใจในชุมชน/Line วัคซีนใจในชุมชน	

ภาพที่ 13 พิมพ์เขียวการดำเนินงานการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนจังหวัดกาฬสินธุ์

Pre-Implementation สิงหาคม 64	Implementation กันยายน 64	Sustainment ตุลาคม 64
ประเมินความต้องการขอพื้นที่	ออกเอกสารข้อตกลง/สัญญาการนำไปใช้	เชิดชูบุคคลต้นแบบ
จัดประชุมชี้แจงโปรแกรมวัคซีนใจในชุมชน	ประเมินผลขณะดำเนินงานเพื่อปรับกลยุทธ์	จัดประชุมผลการดำเนินงานติดตามการขับเคลื่อนงาน
เรียนรู้จากชุมชนใกล้เคียงที่ดำเนินการไปก่อนแล้ว	ให้คำปรึกษาขณะดำเนินงาน	ศึกษาฐานชุมชนที่ประสบความสำเร็จ
วิทยากรผู้เชี่ยวชาญพื้นที่เพื่อฝึกการเสริมสร้าง	จัดประชุมกับอย่างสม่ำเสมอ	สร้างความตระหนักเรื่องวัคซีนใจในชุมชน
อบรมครู ก.	ใช้การสื่อสารในรูปแบบที่หลากหลายเผยแพร่การดำเนินงาน	พัฒนาและจัดระบบตรวจสอบคุณภาพ
พัฒนาชุมชนต้นแบบ	จัดการฝึกอบรมผู้นำการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน	ปรับรูปแบบให้มีประสิทธิภาพในการต่อยอดต่อ
เรียนรู้การดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพจากชุมชนใกล้เคียง	พัฒนาสื่อหรือเครื่องมือเพื่อการสื่อสารและอบรมการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนในรูปแบบที่หลากหลาย	
	จัดกิจกรรมดำเนินงานโดยผู้ที่เกี่ยวข้องในทุกภาคส่วน	
	สนับสนุนวิทยากรและที่ปรึกษาที่มีความเชี่ยวชาญการดำเนินงานการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน	พัฒนาและส่งเสริมระบบการเชิดชูผลการดำเนินงาน
	จัดให้มีระบบให้ข้อเสนอแนะจากประชาชน : Facebook วัคซีนใจในชุมชน/Line วัคซีนใจในชุมชน	

ภาพที่ 14 พิมพ์เขียวการดำเนินงานการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนจังหวัดนครราชสีมา

Pre-Implementation สิงหาคม 64	Implementation กันยายน 64	Sustainment ตุลาคม 64
ประเมินความต้องการของพื้นที่ ออกเอกสารข้อตกลง/สัญญาการนำไปใช้ จัดประชุมชี้แจงโปรแกรมวัคซีนใจในชุมชน พัฒนาสื่อ/เครื่องมือที่หลากหลาย พัฒนาชุมชนต้นแบบ สื่อสารและฝึกอบรมในรูปแบบที่หลากหลาย	จัดประชุมกับการเสริมสร้างวัคซีนใจสำเนา จัดการฝึกอบรมผู้นำการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน ให้คำปรึกษาขณะดำเนินงาน ประเมินผลขณะดำเนินงาน	เชิดชูบุคคลต้นแบบ นิเทศติดตาม/ให้ข้อเสนอแนะ
ใช้การสื่อสารเพื่อเผยแพร่การดำเนินงานวัคซีนใจในชุมชนที่หลากหลาย		
สนับสนุนวิทยากรและที่ปรึกษาที่มีความเชี่ยวชาญด้านการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน		
จัดให้มีระบบให้ข้อเสนอแนะจากประชาชน : Facebook วัคซีนใจในชุมชน/Line วัคซีนใจในชุมชน		

ภาพที่ 15 พิมพ์เขียวการดำเนินงานการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนจังหวัดลำพูน

Pre-Implementation สิงหาคม 64	Implementation กันยายน 64	Sustainment ตุลาคม 64
สร้างความตระหนักวัคซีนใจในชุมชน จัดประชุมชี้แจงโปรแกรมวัคซีนใจในชุมชน วิทยากรผู้เชี่ยวชาญพื้นที่เพื่อฝึกการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนแก่ผู้นำ/เจ้าหน้าที่ สนับสนุนวิทยากรและที่ปรึกษาที่มีความเชี่ยวชาญด้านการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน	เผยแพร่รายชื่อพื้นที่ที่จะนำไปใช้จริง ประเมินผลขณะดำเนินงาน ใช้การสื่อสารเพื่อเผยแพร่การดำเนินงานวัคซีนใจในชุมชนที่หลากหลาย ให้คำปรึกษาขณะดำเนินงาน อบรมครู ก. จัดการฝึกอบรมผู้นำการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน	พัฒนาสื่อหรือเครื่องมือเพื่อการสื่อสารและฝึกอบรมแก่เจ้าหน้าที่และผู้นำชุมชนในรูปแบบที่หลากหลาย สร้างความตระหนักวัคซีนใจในชุมชน

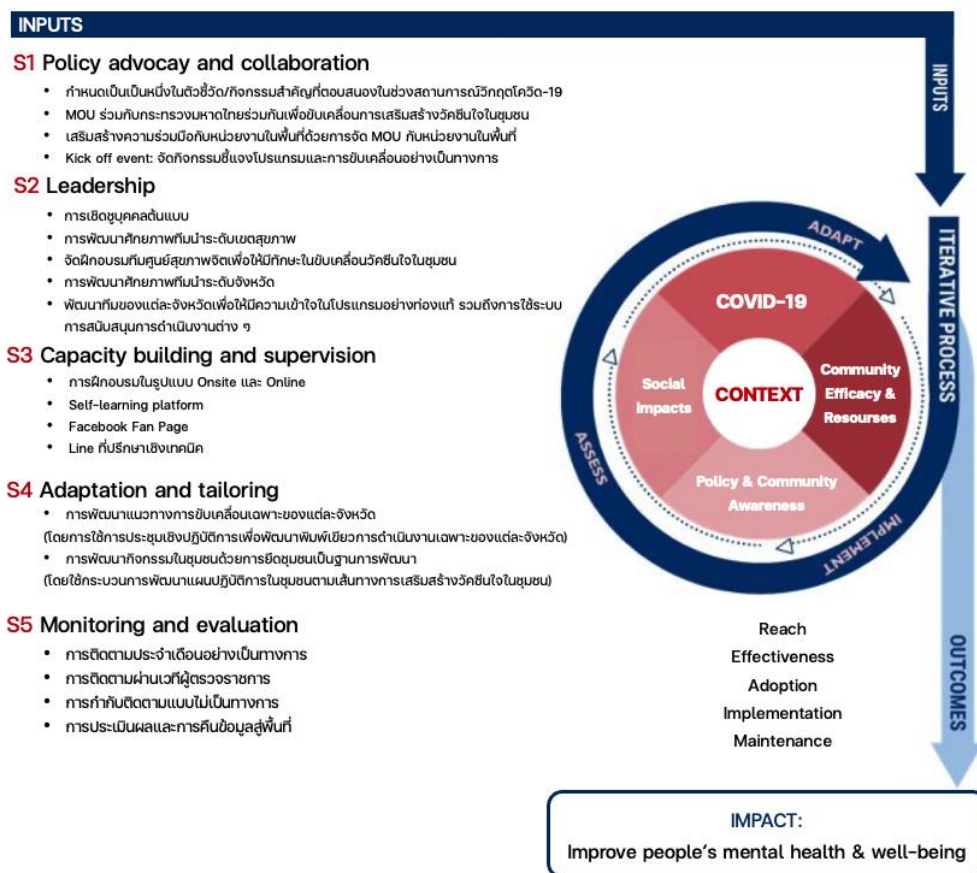
ภาพที่ 16 พิมพ์เขียวการดำเนินงานการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนจังหวัดนครสวรรค์

ผลการประเมินการเข้าร่วมการประชุมเชิงปฏิบัติการ

การวิจัยในขั้นตอนนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาแนวทางการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนในระดับจังหวัด และเพื่อประเมินความพึงพอใจของผู้ร่วมวิจัย โดยกลุ่มตัวอย่างมาจาก 4 จังหวัดดังที่กล่าวมาแล้วในตารางที่ 30 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในขั้นตอนนี้ คือ แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้เข้าร่วมกระบวนการ ภาพรวมผลประเมิน พบว่า ค่าเฉลี่ยรวม (x) เท่ากับ 4.62 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) เท่ากับ 0.82 ผู้เข้าร่วมกระบวนการมีความพึงพอใจต่อกระบวนการนี้อยู่ในระดับมาก หัวข้อการประเมินเรียงลำดับจากมากไปน้อยได้แก่ 1) ความเหมาะสมต่อสถานการณ์ปัญหา 2) การนำไปใช้ประโยชน์ได้ 3) ความเข้าใจง่ายของกระบวนการ โดยมีข้อเสนอแนะจากผู้เข้าร่วมกระบวนการสรุปเป็นประเด็นหลัก ๆ ได้แก่ 1) ระยะเวลาดำเนินกิจกรรมสั้นเกินไป 2) ควรเพิ่มสื่อและการอธิบายกลยุทธ์

2.5 ผลการพัฒนาสื่อและระบบการสนับสนุนการขยายผลการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน

ในขั้นตอนของการพัฒนาสื่อและระบบการสนับสนุนการดำเนินงานการขยายผลการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนมีข้อมูลนำเข้ามาจากการศึกษาการพัฒนาพิมพ์เขียวใน 4 จังหวัด พิจารณาจากกลยุทธ์ว่าจะต้องดำเนินการอะไรบ้าง และการพัฒนากลยุทธ์การขยายผล โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาสื่อและเครื่องมือสนับสนุนที่เหมาะสมกับกลยุทธ์การขยายผล 5 กลยุทธ์ คือ 1.การเผยแพร่นโยบายและการสร้างความร่วมมือในระดับกระทรวง (Policy advocacy and collaboration) 2. สร้างผู้นำในทุกระดับ (Leadership) 3. การฝึกอบรมและให้คำปรึกษา (Capacity building and supervision) 4. การกำกับติดตามและการประเมินผล (Monitoring and evaluation) 5. การปรับและประยุกต์ให้เข้ากับบริบท (Adaptation and tailoring) โดยสามารถสรุประบบสนับสนุนการขยายผลการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนใน 21 จังหวัดเป้าหมาย ได้ดังภาพที่ 17



ภาพที่ 17 ระบบสนับสนุนการขยายผลการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนไปสู่ 21 จังหวัดเป้าหมาย

ระยะที่ 3 ประเมินผล (Evaluation)

3.1 ผลการประเมินการขยายผลตามกรอบแนวคิด RE-AIM Framework

ผลลัพธ์การศึกษาในระยะที่ 1 และ 2 อาทิ หลักสูตรการฝึกอบรมการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน คู่มือการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน คู่มือการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาพิมพ์เขียวการดำเนินงานวัคซีนใจในชุมชน ระบบการสนับสนุนการขยายผล มีการนำไปขยายผลต่อใน 21 จังหวัด ผ่านขั้นตอนตามกลยุทธ์ที่ถูกพัฒนาในระยะที่ 2 โดยสามารถสรุปกิจกรรมการขยายผลได้ ดังนี้ 1. การจัดเวทีเผยแพร่ผลการดำเนินงานใน 4 จังหวัด 2. การสร้างความร่วมมือกับหน่วยงานในพื้นที่ด้วยกิจกรรม MOU และการจัดงาน Kick off

การขยายผลโปรแกรมอย่างเป็นทางการ 3. การพัฒนาแผนการขยายผลสำหรับทีมนำในระดับเขตสุขภาพ 4. การพัฒนาศักยภาพทีมนำในระดับเขตสุขภาพ 5. การกำกับนิเทศติดตาม โดยเครื่องมือและระบบสนับสนุน การขยายผลถูกนำไปบรรจุในแผนการขยายผลสำหรับทีมนำในระดับเขตสุขภาพ และมีการฝึกอบรมการใช้ อย่างครอบคลุม ในที่นี้เครื่องมือต่าง ๆ สามารถนำไปประยุกต์ใช้ตามบริบทของพื้นที่ได้ หากแต่การดำเนินงาน ควรมีความครอบคลุมกลยุทธ์ทั้ง 5 ที่ประกาศใช้ในการขยายผล

เมื่อทุกเขตสุขภาพโดยมีศูนย์สุขภาพจิตเป็นแกนนำในการขยายผลร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ซึ่งกิจกรรมที่ทีมนำระดับเขตสุขภาพต้องนำไปขับเคลื่อนให้เกิดขึ้นในจังหวัดเป้าหมาย ได้แก่ 1. การจัดประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาพิมพ์เขียวการดำเนินงานของแต่ละจังหวัด การฝึกอบรมและเผยแพร่โปรแกรมให้ครอบคลุม ทุกตำบล การนิเทศกำกับติดตาม โดยการขยายผลนี้เกิดขึ้นตั้งแต่เดือนสิงหาคม 2564 จนถึง กันยายน 2565 ผู้วิจัยได้มีการเก็บข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพตามกรอบแนวคิด RE-AIM ตามแผนงานโครงร่างวิจัย ที่วางไว้ ซึ่งผลการประเมินทั้ง 5 มิติของ RE-AIM มีรายละเอียด ดังนี้

3.1.1 การเข้าถึง (Reach)

ในการประเมินการเข้าถึงผู้วิจัยเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ โดยเก็บใน 2 มิติคือ การเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายต่อ ผู้ใช้โปรแกรม และการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายต่อประชาชนในชุมชนที่มีการนำโปรแกรมไปใช้ สำหรับผู้ใช้โปรแกรม จะมีการแบ่งการเข้าถึงออกเป็น 3 ระดับคือ ระดับจังหวัด ระดับอำเภอ และระดับตำบล โดยมีการเก็บข้อมูลใน แต่ละระดับที่แตกต่างกันตามบทบาทหน้าที่ของการนำโปรแกรมการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนไปใช้ คือ ในระดับ จังหวัด ซึ่งมีกลุ่มเป้าหมายเป็นสาธารณสุขจังหวัดและเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิต มีการประเมินการเข้าถึงจาก 2 กิจกรรมสำคัญภายใต้กลไกการขยายผล คือ 1) การเข้าร่วมโครงการถอดรหัสนวัตกรรมวัคซีนใจในชุมชน ปีพ.ศ. 2564 ซึ่งจัดขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์สำคัญ 2 ประการ คือ 1) การสร้างการรับรู้นโยบายและสร้างความเข้าใจ ในโปรแกรมการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน และ 2) ลงนามบันทึกข้อตกลงการขับเคลื่อนการเสริมสร้างวัคซีนใจ ในชุมชนระหว่างกรมสุขภาพจิตกับหน่วยงานสาธารณสุขและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และ 2.การจัดประชุม เชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาพิมพ์เขียวการดำเนินงานของแต่ละจังหวัด

ในระดับอำเภอและในระดับตำบล จะประเมินการเข้าถึงโดยใช้ข้อมูลจำนวนเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และผู้นำชุมชนที่เข้าร่วมการฝึกอบรมโปรแกรมโดยทีมผู้วิจัยและทีมนำในเขตสุขภาพโดยศูนย์สุขภาพจิตเพื่อ ดูความครอบคลุมทั้งในระดับอำเภอและในระดับตำบล นอกจากนี้หลังจากการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ผู้วิจัยได้จัด การสนทนากลุ่มขึ้นใน 25 จังหวัดเพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเข้าถึง รวมถึงปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นจาก การดำเนินงานจริงในมิตินี้ โดยผลการศึกษาทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพได้ผล ดังนี้

ผลการการประเมินการเข้าถึง (Reach) โปรแกรมการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนในพื้นที่ 25 จังหวัด เป้าหมายที่ โดยในระดับจังหวัด พบว่า ในโครงการถอดรหัสนวัตกรรมวัคซีนใจในชุมชน ปีพ.ศ. 2564 และ การลงนามบันทึกข้อตกลงการขับเคลื่อนการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนระหว่างกรมสุขภาพจิตกับหน่วยงาน สาธารณสุขและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีผู้เข้าร่วมออนไลน์กว่า 900 คนมาจากทั่วประเทศไทย และมีจังหวัด เป้าหมายที่ร่วมลงนามบันทึกข้อตกลงการขับเคลื่อนการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน ทั้งสิ้น 24 จังหวัด ซึ่งไม่ครบ ร้อยละ 100 สำหรับการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาพิมพ์เขียวการดำเนินงานระดับจังหวัดและการนำ พิมพ์เขียวนี้ไปใช้ ผลการประเมินพบว่า ทั้ง 25 จังหวัดมีการเข้าร่วมกระบวนการพัฒนาพิมพ์เขียวของตนเอง และมีผู้เข้าร่วมซึ่งเป็นตัวแทนจากหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน อาทิ สสจ. สสอ. รพ.สต. อบต. กศน. พระ เป็นต้น มี 3 จังหวัดที่ดำเนินการในขั้นตอนนี้ล่าช้าทำให้แผนไม่สามารถนำไป บูรณาการเข้ากับแผนการขับเคลื่อนงานสุขภาพและสุขภาพจิตของจังหวัด ส่งผลต่อการจัดสรรงบประมาณ และการดำเนินการประเมิน รายละเอียดดังตารางที่ 36

ตารางที่ 36 จำนวนอำเภอในแต่ละจังหวัดที่มีการเข้าร่วมกิจกรรมในโครงการการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน

จังหวัด	จำนวนอำเภอทั้งหมด	จำนวนอำเภอที่ผ่านการฝึกอบรมจำนวน (ร้อยละ)	จำนวนจังหวัดที่เข้าร่วมกิจกรรมสำคัญของโครงการ	
			Blueprint	MOU
1. ลำพูน	8	8(100.00)	✓	✓
2. เชียงราย	18	18(100.00)	✓	✓
3. เชียงใหม่	25	25(100.00)	✓	✓
4. พะเยา	9	9(100.00)	✓	✓
5. สุโขทัย	9	9(100.00)	✓	✓
6. ตาก	9	9(100.00)	✓	✓
7. นครสวรรค์	15	15(100.00)	✓	✓
8. ลพบุรี	11	11(100.00)	✓	✓
9. สระบุรี	13	13(100.00)	✓	✓
10. กาญจนบุรี	13	13(100.00)	✓	✓
11. จันทบุรี	10	10(100.00)	✓	✓
12. ตราด	7	7(100.00)	✓	✓
13. สระแก้ว	9	9(100.00)	✓	✓
14. กาฬสินธุ์	18	18(100.00)	✓	✓
15. ขอนแก่น	26	26(100.00)	✓	✓
16. บึงกาฬ	8	8(100.00)	✓	✓
17.หนองบัวลำภู	6	6(100.00)	✓	✓
18. อุตรธานี	20	20(100.00)	✓	✓
19. สกลนคร	18	18(100.00)	✓	✓
20. ชัยภูมิ	16	16(100.00)	✓	✓
21. บุรีรัมย์	23	23(100.00)	✓	✓
22. ศรีสะเกษ	22	22(100.00)	✓	✓
23. นครศรีธรรมราช	23	11(47.82)	✓	✓
24. ชุมพร	8	8(100.00)	✓	✓
25. สงขลา	16	11(68.75)	✓	✓
รวม	360	343(95.27)	25	24

หมายเหตุ: Blueprint หมายถึง การเข้าร่วมการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาแผนการขับเคลื่อนการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนระดับจังหวัด, MOU หมายถึง การเข้าร่วมเซ็นต์ข้อตกลงเพื่อการปฏิบัติระหว่างกรมสุขภาพจิตและหน่วยงานในพื้นที่ในการขยายผลการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน

การเข้าถึงของโปรแกรมการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนของผู้ปฏิบัติ ทั้งในระดับอำเภอและระดับตำบล ซึ่งประเมินจากผู้ผ่านการฝึกอบรมทั้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและผู้นำชุมชน พบว่า ทีมดำเนินการระดับเขตสุขภาพ สามารถขยายผลไปได้อย่างครอบคลุมคือ มีผู้ผ่านการฝึกอบรมทั้งสิ้น 3,905 คน ทั้งในรูปแบบของ Online และ Onsite training คิดเป็นร้อยละ 95.27 ของอำเภอที่มีการเข้าถึงโปรแกรมการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน และพบว่าร้อยละ 100 ของอำเภอที่ผ่านการฝึกอบรมมีการนำไปใช้

เมื่อผู้วิจัยทำการสำรวจการนำไปใช้ในระดับตำบลโดยการใช้ Google form ซึ่งมีผู้ตอบรับกลับมา 553 ตำบล พบว่าร้อยละ 54.5 ของตำบลที่ตอบแบบสอบถามระบุว่าไม่เคยผ่านการฝึกอบรมหลักสูตรการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน แสดงถึงความไม่ครอบคลุมของการขยายผลในระดับตำบล

สำหรับการประเมินการเข้าถึงของกลุ่มเป้าหมายต่อประชาชนในชุมชนที่นำโปรแกรมการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนไปใช้ ซึ่งมุ่งเน้นการเก็บข้อมูลที่ใช้วัดถึงการได้รับการดูแลทางสุขภาพจิตและสังคม โดยการเก็บข้อมูล 2 ส่วนคือ ผลการประเมินสุขภาพจิตโดยใช้โปรแกรม Mental Health Check-in และการรายงานผลการดำเนินงานในชุมชนที่เข้าร่วมประกวดชุมชนต้นแบบการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน พบว่า ในปี 2564 ประชาชนใน 25 จังหวัดเป้าหมาย 706,136 คนได้รับการคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตผ่านโปรแกรม Mental Health Check-in ซึ่งเป็นหนึ่งในเครื่องมือในโปรแกรมการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน และในปี 2565 ประชาชนจำนวน 330,566 คน ได้รับการคัดกรองปัญหาสุขภาพจิต (รายละเอียดในตารางที่ 37)

ตารางที่ 37 จำนวนผู้ที่ได้รับการคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตในแต่ละจังหวัดตั้งแต่ปี 2563-2565

ข้อมูลจากฐานข้อมูล Mental health check-in กรมสุขภาพจิต

จังหวัด	2563 (1 ม.ค.-31 ธ.ค. 63)	2564 (1 ม.ค.-31 ธ.ค. 64)	2565 (1 ม.ค.-26 ต.ค. 65)
1. ลำพูน	5,203	3,794	863
2. เชียงราย	720	4,595	974
3. เชียงใหม่	13,925	32,986	6,302
4. พะเยา	5,911	3,258	1,695
5. สุโขทัย	3,670	39,101	46,369
6. ตาก	4,896	11,449	6,091
7. นครสวรรค์	17,074	158,823	110,834
8. ลพบุรี	140	8,646	2,188
9. สระบุรี	126	3,825	1,108
10. กาญจนบุรี	1,481	9,004	3,221
11. จันทบุรี	445	12,639	1,594
12. ตรารด	508	4,771	1,872
13. สระแก้ว	2,221	13,163	9,919
14. กาฬสินธุ์	2,129	59,313	11,949

จังหวัด	2563 (1 ม.ค.-31 ธ.ค. 63)	2564 (1 ม.ค.-31 ธ.ค. 64)	2565 (1 ม.ค.-26 ต.ค. 65)
15. ขอนแก่น	1,242	60,919	21,101
16. บึงกาฬ	987	8,303	498
17. หนองบัวลำภู	153	1,686	1,947
18. อุตรธานี	45,415	27,169	11,526
19. สกลนคร	538	20,374	1,690
20. ชัยภูมิ	5,148	10,708	7,170
21. บุรีรัมย์	7,206	8,315	44,705
22. ศรีสะเกษ	1,293	139,240	18,782
23. นครศรีธรรมราช	301	35,076	10,934
24. ชุมพร	5,166	7,758	1,969
25. สงขลา	18,720	21,221	5,265
รวม	144,618	706,136	330,566

นอกจากนี้ผู้วิจัยเคราะห์ข้อมูลจากรายงานผลการดำเนินงานการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนจาก 19 ชุมชนตัวอย่าง 14 จังหวัดเป้าหมาย พบว่าประชาชนจำนวน 40,565 ได้รับการคัดกรองปัญหาสุขภาพจิต และประชาชนกลุ่มเปราะบาง อาทิ กลุ่มตกงาน กลุ่มรายได้น้อย กลุ่มผู้สูงอายุติดเตียง กลุ่มผู้มีปัญหาสุขภาพจิต เป็นต้น จำนวน 7,355 คน ได้รับการดูแลทางสังคมจิตใจ รายละเอียดดังตารางที่ 38

ตารางที่ 38 ผลการดำเนินงานในชุมชน 19 ชุมชนตัวอย่างจาก 14 จังหวัดเป้าหมาย
ระดับ หมายถึง ขอบเขตการดำเนินงาน
ทีม แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ ระดับ 1 หมายถึง สส.เป็นผู้ดำเนินการในชุมชน ระดับ 2 หมายถึง สส.ร่วมกับ อบต.
ระดับ 3 หมายถึง สส. อบต. และเครือข่ายอื่นๆ ในชุมชนเข้ามาร่วมดำเนินการ

จังหวัด	ระดับ	ทีม	กิจกรรมที่ขาด	จำนวน ประชาชน ที่ได้รับการ คัดกรองปัญหา สุขภาพจิต	จำนวน กลุ่มเป้าหมาย ทางสังคมที่ได้รับ การดูแลทาง สังคมจิตใจ	ตัวอย่างกิจกรรมทางสังคมจิตใจ
1. บ้านร่องกอกตำบลไผ่ยา อำเภอพญามะรังราย จังหวัดเชียงใหม่						
เชียงใหม่	หมู่บ้าน	ระดับ 3	ด้านที่ 1 ความรู้สึกลดภายในชุมชน - แก่นนำชุมชน จัดอาสา ครอบครัวยุคใหม่เสี่ยงฆ่าตัวตาย ต้องมีความรู้ด้านสุขภาพจิต - เจ้าหน้าที่สาธารณสุขสาธารณสุขในพื้นที่มีการถวายความรู้ด้านสุขภาพจิตแก่พระสงฆ์ ผู้นำศาสนาเรื่องสัญญาณเตือนเสี่ยงฆ่าตัวตาย - หน่วยราชการที่เกี่ยวข้อง มีความรู้ด้านสุขภาพจิตเบื้องต้น มีความรู้เรื่องสัญญาณเตือนฆ่าตัวตาย - โรงเรียน สถานศึกษา มีการคัดกรอง ประเมินสุขภาพจิตนักเรียน และส่งต่อนักเรียนกลุ่มเสี่ยงมีปัญหาเข้าสู่บริการ - อบรมที่มนำชุมชน อบต. เจ้าหน้าที่ที่กู้ภัย ตำรวจ และผู้ที่เกี่ยวข้องในการช่วยเหลือฉุกเฉิน	147	NA	- มีกิจกรรม “เข้าวัด ฟังธรรม นำใจให้สงบ” คือ เข้าวัดทุกวันพระเริ่มจากวันเข้าพรรษา โดยมีกิจกรรมตักบาตร ฟังธรรมการเทศนา บำเพ็ญการสมาธิ - รกส. สาขามะรังราย มาให้ความรู้ประชาชนเรื่องจัดการปัญหาหนี้สิน และการปรับโครงสร้างหนี้แก่ประชาชน - อบรมครูให้มีความรู้ ทักษะการคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตเด็กนักเรียนและให้คำปรึกษา - ประชาชนชาวบ้าน เช่น หมอสู่วัย หมอเป่าได้ ประเมินคัดกรองความเครียดและให้กำลังใจกับผู้ป่วยและผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต

ตารางที่ 38 ผลการดำเนินงานในชุมชน 19 ชุมชนตัวอย่างจาก 14 จังหวัดเป้าหมาย

จังหวัด	ระดับ	ทีม	กิจกรรมที่ขาด	จำนวน ประชาชน ที่ได้รับ การ คัดกรอง ปัญหา สุขภาพจิต	จำนวน กลุ่มเป้าหมาย ทางสังคมที่ ได้รับการ ดูแลทาง สังคมจิต	ตัวอย่างกิจกรรมทางสังคมจิต
			ด้านที่ 2 สร้างความรู้ถึงกลุ่มในชุมชน - ส่งเสริมให้มีการรวมกลุ่มของคนในชุมชนเพื่อมีกิจกรรมร่วมกัน เช่น การจัดมหกรรมสุขภาพ เช่น การแข่งกีฬา หรือกิจกรรม การละเล่นตามบริบทพื้นที่ - ส่งเสริมให้เกิดเครือข่าย เข้ามาช่วยเหลือผู้ประสบวิกฤตชีวิต คิดฆ่าตัวตาย - มีการสร้างมาตรการชุมชนในการลดสุรา สารเสพติด การพนันในงานต่างๆ ด้านที่ 3 สร้างความหวังในชุมชน - โรงเรียน สถานศึกษา มีการขับเคลื่อนการดำเนินงาน ศูนย์เพื่อนใจวัยรุ่น เพื่อนช่วยเพื่อนในโครงการ TO BE NUMBER ONE - ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ติดบ้าน ติดเตียงได้รับการส่งเสริมสุขภาพจิตและดูแลช่วยเหลือ ด้านที่ 4 สร้างความเข้าใจให้โอกาสคนในชุมชน - กรณีผู้ป่วยในชุมชน ผู้นำชุมชนรวมถึงคนในชุมชนให้โอกาสผู้ที่หายป่วยมารวมบอกเล่าประสบการณ์			

ตารางที่ 38 ผลการดำเนินงานในชุมชน 19 ชุมชนตัวอย่างจาก 14 จังหวัดเป้าหมาย

จังหวัด	ระดับ	ทีม	กิจกรรมที่ขาด	จำนวน ประชาชน ที่ได้รับการ คัดกรองปัญหา สุขภาพจิต	จำนวน กลุ่มเป้าหมาย ทางสังคมที่ ได้รับการดูแล ทางสังคมจิต	ตัวอย่างกิจกรรมทางสังคมจิต
2. บ้านสันตะอาดตำบลไม้ยา อำเภอพญามังราย จังหวัดเชียงใหม่						
เชียงใหม่	หมู่บ้าน	ระดับ 3	ด้านที่ 1 สร้างความปลอดภัยในชุมชน - ผู้นำชุมชนทำความเข้าใจ และขอความร่วมมือคนในชุมชนปฏิบัติตามมาตรการสาธารณสุขอย่างเคร่งครัด ด้านที่ 2 สร้างความรู้สึกละวางในชุมชน - เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจัดอบรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจเบื้องต้น (PFA) เพื่อในการดูแลจิตใจแก่คนในชุมชน ด้านที่ 3 สร้างความหวังในชุมชน - ผู้นำชุมชนออกเยี่ยมบ้านหรือจัดทีมเยี่ยมบ้านให้กำลังใจคนในชุมชน ด้านที่ 4 สร้างความเข้าใจให้โอกาสคนในชุมชน - ผู้นำชุมชน สื่อสารทำความเข้าใจกับคนในชุมชนให้เห็นใจ ให้โอกาสและช่วยเหลือกลุ่มเปราะบางที่ได้รับผลกระทบทางเศรษฐกิจ	107	NA	- “กระเป๋าดังคัมปัญหา ให้ปรึกษา จกส.” จกส. สาขาศาสนาเมืงราย มาให้ความรู้เรื่องการจัดการณ์สิน การวางแผนการเงิน - กลุ่มผู้สูงอายุเข้มแข็ง มีการรวมกลุ่มเรียนหนังสือร่วมกับ กศน. ทุกวันพุธ มีพระมหาสุริยโรจน์ ปัญญาพิพัฑฒ เจ้าอาวาสวัดมาสนทนาธรรม เรื่องการปรับความคิด ปรับพฤติกรรมเพื่อให้ไม่เป็นทุกข์ โดยใช้หลักคำสอนของพระพุทธเจ้า การรักษาศีล ข้อกัิจกรรมว่า * ...หลักธรรมนำใจให้สงบ ... กิจกรรมสร้างสรสรค้อย่างอื่น เช่น การจักสาน การทำดอกไม้ การทำขนม และตอนเย็นของทุกวันก็มีกิจกรรมการออกกำลังกาย รำวงย้อนยุค นอกจากจะทำให้อจิตใจสงบ แล้วยังทำให้ร่างกายแข็งแรงไปพร้อมกัน กิจกรรมนี้ชื่อว่า *ใจพร้อม กายพร้อม เราจะสู้ไปด้วยกัน*

ตารางที่ 38 ผลการดำเนินงานในชุมชน 19 ชุมชนตัวอย่างจาก 14 จังหวัดเป้าหมาย

จังหวัด	ระดับ	ทีม	กิจกรรมที่ขาด	จำนวนประชาชนที่ได้รับบริการคัดกรองปัญหาสุขภาพจิต	จำนวนกลุ่มเป้าหมายทางสังคมที่ได้รับการดูแลทางสังคมจิตใจ	ตัวอย่างกิจกรรมทางสังคมจิตใจ
3. ตำบลอ อำเภอจุน จังหวัดพะเยา						
พะเยา	หมู่บ้าน	ระดับ 3	ด้านที่ 1 สร้างความปลอดภัยในชุมชน - วิธีป้องกันตนเองและผู้อื่น เช่น การป้องกันการไถ/จาม การสวมหน้ากากอนามัย/หน้ากากผ้า การหมั่นล้างมือ การหลีกเลี่ยงเดินทางไปยังพื้นที่เสี่ยง ด้านที่ 2 สร้างความรู้สึกละطمในชุมชน - ติดตามเยี่ยมบ้าน คัดกรองสุขภาพจิตประชาชนในชุมชนและให้การดูแลจิตใจผู้ที่มีความเสี่ยงที่จะมีปัญหาสุขภาพจิต	776	311	- อสม.เคาะประตูบ้านด้านโควิด ให้ความรู้ในการปฏิบัติตัว - อสม.รับยาของผู้ป่วยโรคเรื้อรังแล้วนำไปส่งถึงบ้านเพื่อสะดวกสลายและป้องกันติดเชื้อของโควิด 19 - การสร้างรายได้ในชุมชน เช่น การส่งเสริมอาชีพในชุมชน การปลูกผักสวนครัวสร้างรายได้ การรวมกลุ่มเย็บหน้ากากอนามัย การปักหมุดกองทุนหมู่บ้าน
4. ตำบลบ้านเหล่า อำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา						
พะเยา	หมู่บ้าน	ระดับ 2	ด้านที่ 2 สร้างความรู้สึกละطمในชุมชน - มีการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลจิตใจตนเองแก่คนในชุมชน - สื่อสารวิธีการผ่อนคลายความเครียด ลดความกังวลจากสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ผ่านช่องทางสื่อสารของชุมชน เช่น หอกระจายข่าว, วิทยุชุมชน, ไลน์ (Line) ฯลฯ	NA	NA	- แกนนำเคาะประตูบ้าน คัดกรอง ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัว - เยี่ยมให้กำลังใจ พร้อมมอบถุงยังชีพให้ผู้ป่วยและผู้สัมผัสเสี่ยงสูง อาหาร, ของใช้ - จัดทีมให้ความรู้ สร้างความเข้าใจให้คนในชุมชน พร้อมเสริมพลังใจ

ตารางที่ 38 ผลการดำเนินงานในชุมชน 19 ชุมชนตัวอย่างจาก 14 จังหวัดเป้าหมาย

จังหวัด	ระดับ	ทีม	กิจกรรมที่ขาด	จำนวน ประชาชน ที่ได้รับบริการ คัดกรองปัญหา สุขภาพจิต	จำนวน กลุ่มเป้าหมาย ทางสังคมที่ได้รับ การดูแลทาง สังคมจิตใจ	ตัวอย่างกิจกรรมทางสังคมจิตใจ
			- แนะนำช่องทางบริการขอรับบริการด้านสุขภาพจิต หรือช่องทางบริการประเมินสุขภาพจิตตนเอง เช่น การประเมินความเครียดผ่านแอปพลิเคชัน : Mental Health Check-In ของกรมสุขภาพจิต - จัดทีมอาสาสมัคร/เจ้าหน้าที่สาธารณสุข คัดกรองสุขภาพจิต คนในชุมชนให้ครอบคลุม - อาสาสมัครติดตามเยี่ยมบ้าน คัดกรองสุขภาพจิตประชาชน ในชุมชนและให้การดูแลจิตใจผู้ที่มีความเสี่ยงที่จะมี ปัญหาสุขภาพจิต - เจ้าหน้าที่รพสต./อสม. ได้รับการอบรมการปฐมพยาบาลทางใจเบื้องต้น (PFA) เพื่อให้การดูแลจิตใจแก่คนในชุมชน - เจ้าหน้าที่สาธารณสุข จัดอบรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ (RQ) แก่กลุ่มเป้าหมาย เช่น กลุ่มตกงาน กลุ่มรายได้น้อย ฯลฯ			
			ด้านที่ 4 สร้างความเข้าใจให้เอกอภคณในชุมชน - จัดทีมอาสาสมัครเยี่ยมบ้าน สร้างความเชื่อมั่นและความเข้าใจในเรื่องการรื้อกลุ่มป่วย/การดูแลกลุ่มเสี่ยง/การอยู่ร่วมกับผู้ที่มีปัญหาแล้ว			

ตารางที่ 38 ผลการดำเนินงานในชุมชน 19 ชุมชนตัวอย่างจาก 14 จังหวัดเป้าหมาย

จังหวัด	ระดับ	ทีม	กิจกรรมที่ขาด	จำนวน ประชาชน ที่ได้รับ คัดกรองปัญหา สุขภาพจิต	จำนวน กลุ่มเป้าหมาย ทางสังคมที่ได้รับ การดูแลทาง สังคมจิต	ตัวอย่างกิจกรรมทางสังคมจิต
			- ผู้นำชุมชนจัดทีมเยี่ยมบ้านให้กำลังใจผู้ที่ย้ายป่วย/กลุ่มเสี่ยง/กลุ่มกักตัวครบ 14 วัน - ผู้นำชุมชนรวมถึงคนในชุมชนให้โอกาสผู้ที่หายป่วยมาร่วมบอกเล่าประสบการณ์ หรือบอกต่อความรู้แก่คนในชุมชน หรือทำกิจกรรมร่วมกับผู้อื่นในชุมชน ฯลฯ			
5. คำปลักรอก อำเภอคลองไทร จ.สุราษฎร์ธานี						
สุโขทัย	หมู่บ้าน	ระดับ 3	ด้านที่ 1 สร้างความปลอดภัยในชุมชน - มีการให้ความรู้คนในชุมชน เกี่ยวกับการดูแลและป้องกัน ตนเองหรือผู้อื่น ด้านที่ 2 สร้างความรู้สึกร่วมในชุมชน - จัดทีมอาสาสมัคร/เจ้าหน้าที่สาธารณสุข คัดกรองสุขภาพจิตคนในชุมชนให้ครอบคลุม - เจ้าหน้าที่รพ.สต./อสม. ได้รับการอบรมการปฐมพยาบาลทางใจเบื้องต้น (PFA) เพื่อให้การดูแลจิตใจแก่คนในชุมชน - เจ้าหน้าที่สาธารณสุข จัดอบรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ (RO) แก่กลุ่มเป้าหมาย เช่น กลุ่มตกงาน กลุ่มรายได้น้อย ฯลฯ	1,276	14	- มีจุดคัดกรอง และทีมออกไปให้บริการที่ทำงานเชิงรุก และเชิงรับ และทำงานร่วมกันของทีมสุขภาพตำบลไทรทอง จึงได้มีการจัดกำหนดสถานที่ตรวจคัดกรองหาเชื้อโควิด-19 และสื่อสารกับประชาชน ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงเรียน และศาลาประจักษ์บ้าน

ตารางที่ 38 ผลการดำเนินงานในชุมชน 19 ชุมชนตัวอย่างจาก 14 จังหวัดเป้าหมาย

จังหวัด	ระดับ	ทีม	กิจกรรมที่ขาด	จำนวน ประชาชน ที่ได้รับบริการ คัดกรองปัญหา สุขภาพจิต	จำนวน กลุ่มเป้าหมาย ทางสังคมที่ได้รับ การดูแลทาง สังคมจิตใจ	ตัวอย่างกิจกรรมทางสังคมจิตใจ
			ด้านที่ 3 สร้างความหวังในชุมชน - ผู้นำชุมชนร่วมกับคนในชุมชนออกแบบการจัดสวัสดิการให้กับคนในชุมชนที่ได้รับผลกระทบ - เจ้าหน้าที่สาธารณสุข จัดอบรมพัฒนาศักยภาพประชาชนในเรื่องความเข้มแข็งทางใจ (RQ) ในระดับบุคคล ครอบครัว ด้านที่ 4 สร้างความเข้าใจให้โอกาสคนในชุมชน - ผู้นำชุมชน สื่อสาร ทำความเข้าใจกับคนในชุมชนให้เต็มที่ ให้โอกาสช่วยเหลือกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับผลกระทบทางเศรษฐกิจ (กลุ่มตกงาน รายได้น้อย) เช่น โอกาสในการทำงาน แบ่งปันปัจจัยพื้นฐานในการดำรงชีวิต			- จัดสวัสดิการการสนับสนุนให้กิจกรรมสร้างขวัญ และกำลังใจให้กับคนในชุมชนผ่านกลุ่มไลน์ และกองทุน “คนไกรนอกไม่ทิ้งกัน” โดยมีก้านตำบลไกรนอกเป็นประธานกองทุน ประชาชนในตำบลไกรนอกร่วมกับบริจาคสำหรับการดูแลเรื่องอาหารและของใช้ที่จำเป็นในศูนย์พักคอย
6. อำเภอศรีสัชนาลัย จังหวัดสุโขทัย						
สุโขทัย	อำเภอ	ระดับ 3	ด้านที่ 1 สร้างความปลอดภัยในชุมชน - ทบทวนความรู้ความเข้าใจเรื่องการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 - ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ดำเนินการตามแนวทางปฏิบัติด้านสาธารณสุขเพื่อจัดการภาวะระบาดของโรคโควิดอย่างเคร่งครัด	14,169	5,567	- เกิดชมรมสร้างสุขในพื้นที่ของเขตเทศบาลเมืองศรีสัชนาลัย (ตำบลท่าชัย และตำบลศรีสัชนาลัย มีการติดตามเยี่ยมมอบสิ่งชีพให้กับกลุ่มเสี่ยง กลุ่มเปราะบางในพื้นที่

ตารางที่ 38 ผลการดำเนินงานในชุมชน 19 ชุมชนตัวอย่างจาก 14 จังหวัดเป้าหมาย

จังหวัด	ระดับ	ทีม	กิจกรรมที่ขาด	จำนวนประชาชนที่ได้รับบริการคัดกรองปัญหาสุขภาพจิต	จำนวนกลุ่มประชากรทางสังคมที่ได้รับการดูแลทางสังคมจิตใจ	ตัวอย่างกิจกรรมทางสังคมจิตใจ
			- ผู้นำชุมชน ทำความเข้าใจและขอความร่วมมือภาคประชาชนและภาคประชาสังคม ปฏิบัติตามมาตรการสาธารณสุขอย่างเคร่งครัด - มีการรายงานข้อมูลกรณีที่มีผู้ติดเชื้อโควิด-19 และที่ได้รับการยืนยันแล้ว - สร้างความตระหนักเรื่องความปลอดภัยและความรับผิดชอบต่อสังคม - มีการให้ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับโรคโควิด-19 เช่น อาการและลักษณะของการแพร่เชื้อ - มีการให้ความรู้วิธีป้องกันตนเองและผู้อื่น เช่น การป้องกันการใช้/จาม การสวมหน้ากากอนามัย/หน้ากากผ้า - การให้ความรู้คนในชุมชนเกี่ยวกับความสำคัญของ การแจ้งข้อมูลให้แก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุข/เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง ทันทีที่รู้สึกมีไข้/เข้าข่ายอยู่ในกลุ่มเสี่ยงติดเชื้อ - มีการให้ความรู้เกี่ยวกับสถานที่ขอรับบริการตรวจหาเชื้อโควิด-19 - มีการให้ความรู้กลุ่มเสี่ยงในการปฏิบัติตัวขณะกักตัว 14 วัน			- กลุ่มผู้สัมผัสเสี่ยงสูง ทุกรายที่กักตัวเข้าใจ และปฏิบัติตามกติกาของหมู่บ้าน ได้รับ การเยี่ยมบ้าน และมอบถุงยังชีพทุกราย ภายใต้การนำของทีม พชต. และจิตอาสา ในแต่ละชุมชน

ตารางที่ 38 ผลการดำเนินงานในชุมชน 19 ชุมชนตัวอย่างจาก 14 จังหวัดเป้าหมาย

จังหวัด	ระดับ	ทีม	กิจกรรมที่ขาด	จำนวนประชาชนที่ได้รับบริการคัดกรองปัญหาสุขภาพจิต	จำนวนกลุ่มเป้าหมายทางสังคมที่ได้รับการดูแลทางสังคมจิตใจ	ตัวอย่างกิจกรรมทางสังคมจิตใจ
			ด้านที่ 2 สร้างความรู้สึกลบในชุมชน - มีการให้ข้อมูลการแพร่ระบาดของโรคอย่างถูกต้อง ชัดเจน และสม่ำเสมอ เพื่อให้คนในชุมชน ตื่นตระหนกจากข่าวลือต่าง ๆ - มีการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลจิตใจตนเองแก่คนในชุมชน ด้านที่ 3 สร้างความหวังในชุมชน - สนับสนุน ช่วยเหลือ ให้สถานที่ให้บริการสำหรับประชาชน กลับมาเปิดให้บริการได้ภายใต้มาตรการความปลอดภัย - สนับสนุนให้มีกิจกรรมสร้างขวัญและกำลังใจให้กับคนในชุมชน ด้านที่ 4 สร้างความเข้าใจให้โอกาสคนในชุมชน - มีการสร้างความเข้าใจแก่คนในชุมชน ให้รู้สึกเห็นอกเห็นใจ ไม่รังเกียจผู้ป่วยหรือกลุ่มเสี่ยง - มีการให้โอกาสผู้ที่หายป่วยกลับมาดำเนินชีวิตได้ตามปกติและร่วมกิจกรรมทางสังคม - สร้างความเข้าใจ ให้โอกาสกลุ่มเปราะบาง เช่น กลุ่มตกงานขายรายได้ และกลุ่มสูงอายุติดบ้านติดเตียง			

ตารางที่ 38 ผลการดำเนินงานในชุมชน 19 ชุมชนตัวอย่างจาก 14 จังหวัดเป้าหมาย

จังหวัด	ระดับ	ทีม	กิจกรรมที่ขาด	จำนวน ประชาชน ที่ได้รับ คัดกรองปัญหา สุขภาพจิต	จำนวน กลุ่มเป้าหมาย ทางสังคมที่ได้รับ การดูแลทาง สังคมจิตใจ	ตัวอย่างกิจกรรมทางสังคมจิตใจ
7. ตำบลบ้านแก่ง อำเภอศรีสัชนาลัย จังหวัดสุโขทัย						
สุโขทัย	ตำบล	ระดับ 2	ด้านที่ 1 สร้างความรู้สึกลดภัย - ผู้นำชุมชน อาสาสมัครในพื้นที่ รวมถึงเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง ได้รับการทบทวนความรู้ความเข้าใจเรื่องการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 - ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ดำเนินการตามแนวทางปฏิบัติด้านสาธารณสุขเพื่อจัดการภาวะระบาดของโรคโควิด 19 อย่างเคร่งครัด - มีการรายงานข้อมูลกรณีที่มีผู้ติดเชื้อโควิด-19 และได้รับการยืนยันแล้ว ด้านที่ 2 สร้างความรู้สึกลบในชุมชน - มีการให้ข้อมูลการแพร่ระบาดของโรคอย่างถูกต้อง ชัดเจน และสม่ำเสมอ เพื่อให้คนในชุมชนตื่นตระหนกจากข่าวลือต่าง ๆ - มีการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลจิตใจตนเองแก่คนในชุมชน	2,188	NA	- “นวัตกรรมสตีกเกอร์หัวใจคู่ไปกับ 3 หมอ” เป็นการทำสตีกเกอร์ที่มีตัวอักษร Mental health chick in ให้ประชาชนแนสแกนเพื่อคัดกรองสุขภาพใจ คู่ไปกับข้อมูลสามหมอ และมีชื่อเบอร์โทรศัพท์ เมื่อพบปัญหาประชาชนสามารถโทรขอรับคำปรึกษาได้ที่ทันที

ตารางที่ 38 ผลการดำเนินงานในชุมชน 19 ชุมชนตัวอย่างจาก 14 จังหวัดเป้าหมาย

จังหวัด	ระดับ	ทีม	กิจกรรมที่ขาด	จำนวน ประชาชน ที่ได้รับ คัดกรองปัญหา สุขภาพจิต	จำนวน กลุ่มเป้าหมาย ทางสังคมที่ได้รับ การดูแลทาง สังคมจิตใจ	ตัวอย่างกิจกรรมทางสังคมจิตใจ
			ด้านที่ 3 สร้างความรู้สึกลงบในชุมชน - สนับสนุนช่วยเหลือ ให้สถานที่บริการสำหรับประชาชน กลับมาเปิดให้บริการได้ภายใต้มาตรการความปลอดภัย - จัดสวัสดิการ/ออกมาตรการเยียวยาผู้ที่ได้รับผลกระทบ - สนับสนุนให้มีกิจกรรมสร้างขวัญและกำลังใจให้กับคนในชุมชน ด้านที่ 4 สร้างความเข้าใจ ให้โอกาส - ให้การดูแลผู้สูงอายุที่ติดบ้าน/ติดเตียงเพียง โดยการจัดทีมเยี่ยมบ้าน ให้กำลังใจ และดูแลทางสังคมจิตใจ			
8. ตำบลเขาพระงาม อำเภอเมืองลพบุรี จังหวัดลพบุรี						
ลพบุรี	ตำบล	ระดับ 2	ด้านที่ 1 สร้างความรู้สึกลดภัย - ทบทวนความรู้ความเข้าใจเรื่องการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 - ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ดำเนินการตามแนวทางปฏิบัติด้านสาธารณสุขเพื่อจัดการภาวะระบาดของโรคโควิดอย่างเคร่งครัด	455	NA	- เทศบาลตำบลเขาพระงามร่วมกับผู้นำชุมชนและอส. ลงเยี่ยมบ้านให้กำลังใจกลุ่มเสี่ยงสูงที่ถูกกักตัวที่บ้าน พร้อมทั้งมอบถุงยังชีพเพื่อใช้ในการดำรงชีพ - จัดอบรมวิชาชีพเสริมรายได้ สอนอาชีพให้แก่คนในชุมชนและนำผลิตภัณฑ์ไปวางจำหน่ายที่ศูนย์แสดงสินค้าของเทศบาล

ตารางที่ 38 ผลการดำเนินงานในชุมชน 19 ชุมชนตัวอย่างจาก 14 จังหวัดเป้าหมาย

จังหวัด	ระดับ	ทีม	กิจกรรมที่ขาด	จำนวน ประชาชน ที่ได้รับการ คัดกรองปัญหา สุขภาพจิต	จำนวน กลุ่มเป้าหมาย ทางสังคมที่ได้รับ การดูแลทาง สังคมจิตใจ	ตัวอย่างกิจกรรมทางสังคมจิตใจ
			ด้านที่ 2 สร้างความรู้ถึงสงบในชุมชน - สื่อสารข้อมูลการระบาดที่ถูกต้องและตรงกันกับข้อมูลของ ศบค./กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข/แหล่งข้อมูลที่เชื่อถือได้ - แนะนำช่องทางการขอรับบริการด้านสุขภาพจิตหรือช่องทางการประเมินสุขภาพจิตตนเอง เช่น การประเมินความเครียดผ่านแอปพลิเคชัน: Mental Health Check-In ของกรมสุขภาพจิต - เจ้าหน้าที่รพ.สต./อสม. ได้รับการอบรมการปฐมพยาบาลทางใจเบื้องต้น (PFA) เพื่อให้การดูแลจิตใจแก่คนในชุมชน - เจ้าหน้าที่สาธารณสุข จัดอบรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ (RQ) แก่กลุ่มเป้าหมาย เช่น กลุ่มตกงาน กลุ่มรายได้น้อย ฯลฯ ด้านที่ 3 สร้างความรู้ถึงสงบในชุมชน - สนับสนุน ช่วยเหลือ ให้สถานที่บริการสำหรับประชาชน กลับมาเปิดให้บริการได้ภายใต้มาตรการความปลอดภัย			

ตารางที่ 38 ผลการดำเนินงานในชุมชน 19 ชุมชนตัวอย่างจาก 14 จังหวัดเป้าหมาย

จังหวัด	ระดับ	ทีม	กิจกรรมที่ขาด	จำนวน ประชาชน ที่ได้รับ คัดกรองปัญหา สุขภาพจิต	จำนวน กลุ่มเป้าหมาย ทางสังคมที่ ได้รับการ ส่งเสริม	ตัวอย่างกิจกรรมทางสังคมจิตใจ
			- จัดสวัสดิการ/ออกมาตรการเยียวยาผู้ที่ได้รับผลกระทบ - สนับสนุนให้ทำกิจกรรมสร้างขวัญและกำลังใจให้กับคนในชุมชน ด้านที่ 4 สร้างความเข้าใจ ให้โอกาส - มีการสร้างความเข้าใจแก่คนในชุมชน ให้รู้สึกเห็นอกเห็นใจ ไม่รังเกียจผู้ป่วยหรือกลุ่มเสี่ยง - มีการให้โอกาสผู้ที่หายป่วยกลับมาดำเนินชีวิตได้ตามปกติและร่วมกิจกรรมทางสังคม - สร้างความเข้าใจ ให้โอกาสกลุ่มเปราะบาง เช่น กลุ่มตกงานขายรายได้ และกลุ่มสูงอายุติดบ้านติดเตียง			
9. ตำบลม่วงงาม อำเภอเสนาห์ จังหวัดสระบุรี						
สระบุรี	ตำบล	ระดับ 3	ด้านที่ 2 สร้างความรู้สึกลงบในชุมชน - มีความสม่ำเสมอในการให้ข้อมูลแก่คนในชุมชน ผ่านช่องทางที่เหมาะสม - สื่อสารวิธีการผ่อนคลายความเครียด ลดความกังวลจากสถานการณ์ที่เกิดขึ้น	NA	129	- ผู้นำชุมชนทำความเข้าใจและขอความร่วมมือคนในชุมชนและเครือข่ายต่างๆ ปฏิบัติตามมาตรการสาธารณสุขอย่างเคร่งครัด ภายใต้ได้โครงการ “มุ่งงามปลอดภัย 100%”

ตารางที่ 38 ผลการดำเนินงานในชุมชน 19 ชุมชนตัวอย่างจาก 14 จังหวัดเป้าหมาย

จังหวัด	ระดับ	ทีม	กิจกรรมที่ขาด	จำนวน ประชาชน ที่ได้รับ คัดกรองปัญหา สุขภาพจิต	จำนวน กลุ่มประสา ทางสังคมที่รับ การดูแลทาง สังคมจิตใจ	ตัวอย่างกิจกรรมทางสังคมจิตใจ
			- แนะนำช่องทางทางการขอรับบริการด้านสุขภาพจิต หรือช่องทางทางการแพทย์ในสุขภาพจิตตนเอง เช่น การประเมินความเครียดผ่านแอปพลิเคชัน : Mental Health Check-In ของกรมสุขภาพจิต ด้านที่ 3 สร้างความรู้สึกลึกสงบในชุมชน - ผู้นำชุมชนร่วมกับคนในชุมชนออกแบบการจัดสวัสดิการให้กับคนในชุมชนที่ได้รับผลกระทบ - เจ้าหน้าที่สาธารณสุข จัดอบรมพัฒนาศักยภาพประชาชนในเรื่องความเข้มแข็งทางใจ (RQ) ในระดับบุคคล ครอบครัว			- อสม.ลงพื้นที่เคาะประตูบ้านเพื่อประชาสัมพันธ์ ข้อมูลให้แก่คนในชุมชน โดยแจกแผ่นพับ ใบปลิว ป้ายไวนิล - โครงการปันน้ำใจสู่ชุมชนโดยให้โอกาสในการทำงานและแบ่งปันปัจจัยพื้นฐานในการดำรงชีวิต
10. ตำบลเขาฉกรรจ์ อำเภอเขาฉกรรจ์ จังหวัดสระแก้ว						
สระแก้ว	อำเภอ	ระดับ 3	ด้านที่ 1 สร้างความรู้สึกลดภัย ทบทวนความรู้ความเข้าใจเรื่องการป้องกันและควบคุม การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ด้านที่ 2 สร้างความรู้สึกลึกสงบในชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข จัดอบรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ (RQ) แก่กลุ่มประสา	NA	NA	- ประชาสัมพันธ์ คัดกรองสุขภาพจิต และ ลงพื้นที่สร้างขวัญกำลังใจ - ทำเรื่องการจัดตั้งชุมชนและการสนับสนุน สิ่งของที่จำเป็น - พัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชนให้สามารถดูแล สุขภาพแบบองค์รวม โดยใช้แนวคิดการเสริม สร้างวัคซีนใจในชุมชน ด้วยหลัก 4 สร้าง 2 ใช้



ตารางที่ 38 ผลการดำเนินงานในชุมชน 19 ชุมชนตัวอย่างจาก 14 จังหวัดเป้าหมาย

จังหวัด	ระดับ	ทีม	กิจกรรมที่ขาด	จำนวน ประชาชน ที่ได้รับการ คัดกรองปัญหา สุขภาพจิต	จำนวน กลุ่มเป้าหมายที่ ทางสังคมที่ การดูแลทาง สังคมจิตใจ	ตัวอย่างกิจกรรมทางสังคมจิตใจ
			ด้านที่ 3 สร้างความรู้สึกลงในชุมชน - ผู้นำชุมชนออกเยี่ยมบ้านหรือจัดทีมเยี่ยมบ้านให้กำลังใจคนในชุมชน - เจ้าหน้าที่สาธารณสุข จัดอบรมพัฒนาศักยภาพประชาชนในเรื่องความเข้มแข็งทางใจ (RQ) ในระดับบุคคล ครอบครัว			
11. ตำบลทุ่งคลอง อำเภอดำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์						
กาฬสินธุ์	อำเภอ	ระดับ 2	ด้านที่ 1 สร้างความรู้สึกลดภัย - มีมาตรการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรค - มีการให้ความรู้คนในชุมชน เกี่ยวกับการดูแลและป้องกันตนเองหรือผู้อื่น ด้านที่ 2 สร้างความรู้สึกลงในชุมชน - มีการให้ข้อมูลการแพร่ระบาดของโรคอย่างถูกต้องชัดเจน และสม่ำเสมอ เพื่อให้คนในชุมชนตื่นตระหนกจากข่าวลือต่าง ๆ - มีการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลจิตใจตนเองแก่คนในชุมชน	NA	277	- จัดกิจกรรมส่งเสริมอาชีพ เช่น อาชีพรับจ้าง ทำสวนมันสำปะหลังที่บ้านได้โดยการชักชวนจากคนในชุมชนเพื่อไม่ให้ว่างงาน เกิดชุมชนเข้มแข็งเป็นคำพิมูลไม่ทอดทิ้งกัน

ตารางที่ 38 ผลการดำเนินงานในชุมชน 19 ชุมชนตัวอย่างจาก 14 จังหวัดเป้าหมาย

จังหวัด	ระดับ	ทีม	กิจกรรมที่ขาด	จำนวน ประชาชน ที่ได้รับ คัดกรองปัญหา สุขภาพจิต	จำนวน กลุ่มเป้าหมาย ทางสังคมที่ ได้รับการ ดูแลทาง สังคมจิตใจ	ตัวอย่างกิจกรรมทางสังคมจิตใจ
			ด้านที่ 3 สร้างความรู้สึกร่วมในชุมชน - สนับสนุน ช่วยเหลือ ให้สถานที่บริการสำหรับประชาชน กลับมาเปิดให้บริการได้ภายใต้มาตรการความปลอดภัย - จัดสวัสดิการ/ออกมาตรการเยียวยาผู้ที่ได้รับผลกระทบ - สนับสนุนให้มีกิจกรรมสร้างขวัญและกำลังใจให้กับคนในชุมชน ด้านที่ 4 สร้างความเข้าใจ ให้โอกาส - มีการสร้างความเข้าใจแก่คนในชุมชน ให้รู้สึกเห็นอกเห็นใจ ไม่รังเกียจผู้ป่วยหรือกลุ่มเสี่ยง - สร้างความเข้าใจ ให้โอกาสกลุ่มเปราะบาง เช่น กลุ่มตกงานขาดรายได้ และกลุ่มสูงอายุติดบ้านติดเตียง			

ตารางที่ 38 ผลการดำเนินงานในชุมชน 19 ชุมชนตัวอย่างจาก 14 จังหวัดเป้าหมาย

จังหวัด	ระดับ	ทีม	กิจกรรมที่ขาด	จำนวนประชาชนที่ได้รับบริการคัดกรองปัญหาสุขภาพจิต	จำนวนกลุ่มเป้าหมายทางสังคมที่ได้รับความช่วยเหลือทางสังคมจิตใจ	ตัวอย่างกิจกรรมทางสังคมจิตใจ
12. ตำบลวังแสง อำเภอชนบท จังหวัดขอนแก่น						
ขอนแก่น	ตำบล	ระดับ 2	ด้านที่ 1 สร้างความรู้สึกลดภัย - มีมาตรการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรค - มีการให้ความรู้คนในชุมชน เกี่ยวกับการดูแลและป้องกันตนเองหรือผู้อื่น ด้านที่ 2 สร้างความรู้สึกลบในชุมชน - มีการให้ข้อมูลการแพร่ระบาดของโรคอย่างถูกต้องชัดเจน และสม่ำเสมอ เพื่อให้คนในชุมชนตระหนักจากข่าวลือต่าง ๆ - มีการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลจิตใจตนเองแก่คนในชุมชน ด้านที่ 3 สร้างความรู้สึกลบในชุมชน - สนับสนุน ช่วยเหลือ ให้สถานที่บริการสำหรับประชาชน กลับมาเปิดให้บริการได้ภายใต้มาตรการความปลอดภัย - จัดสวัสดิการ/ออกมาตรการเยียวยาผู้ที่ได้รับผลกระทบ - สนับสนุนให้มีกิจกรรมสร้างขวัญและกำลังใจให้กับคนในชุมชน	1,931	440	“สามล้อพ่วงหวาย วัดชื่นใจในชุมชน” เป็นการประยุกต์ใช้รถมอเตอร์ไซด์พ่วงข้างมีหลังคาโครงเหล็กกันแดดกันฝนได้ บรรทุกคนได้ 3-5 คน มีความปลอดภัยในการใช้งาน รับส่งผู้ป่วย ไปรับบริการใกล้บ้าน รับบริการวัดชื่นใจภายในชุมชน

ตารางที่ 38 ผลการดำเนินงานในชุมชน 19 ชุมชนตัวอย่างจาก 14 จังหวัดเป้าหมาย

จังหวัด	ระดับ	ทีม	กิจกรรมที่ขาด	จำนวนประชาชนที่ได้รับบริการคัดกรองปัญหาสุขภาพจิต	จำนวนกลุ่มประชากรทางสังคมที่ได้รับการดูแลทางสังคมจิตใจ	ตัวอย่างกิจกรรมทางสังคมจิตใจ
			ด้านที่ 4 สร้างความเข้าใจ ให้โอกาส - มีการสร้างความเข้าใจแก่คนในชุมชน ให้รู้สึกเห็นอกเห็นใจ ไม่รังเกียจผู้ป่วยหรือกลุ่มเสี่ยง - สร้างความเข้าใจ ให้โอกาสกลุ่มเปราะบาง เช่น กลุ่มตกงานขาดรายได้ และกลุ่มสูงอายุติดบ้านติดเตียง			
13. ตำบลสงสารศรี อำเภอนากลาง จังหวัดหนองบัวลำภู						
หนองบัวลำภู	ตำบล	ระดับ 2	ด้านที่ 2 สร้างความรู้สึกละทิ้งในชุมชน - แนะนำช่องทางการขอรับบริการด้านสุขภาพจิต หรือช่องทางการประเมินสุขภาพจิตตนเอง เช่น การประเมินความเครียดผ่านแอปพลิเคชัน : Mental Health Check-In ของกรมสุขภาพจิต - เจ้าหน้าที่สาธารณสุข จัดอบรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ (RO) แก่กลุ่มเปราะบาง เช่น กลุ่มตกงาน กลุ่มรายได้น้อย ด้านที่ 3 สร้างความรู้สึกละทิ้งในชุมชน - สนับสนุน ช่วยเหลือ ให้สถานที่บริการสำหรับประชาชน กลับมาเปิดให้บริการได้ภายใต้มาตรการความปลอดภัย	7,990	NA	- เยี่ยมบ้านเสริมพลังใจ โดยมีผู้ใช้และชาวสารอาหารแห่งไปมอบแก่ครอบครัวที่มีประสบปัญหาความเสี่ยง ผู้ที่ถูกกักตัว และผู้ติดเชื้อ - จัดช่องทางรับฟังปัญหาและช่วยเหลือคนในชุมชน โดยมีกล่องแสดงความคิดเห็นไปติดตามชุมชน ร้านค้าสวัสดิการ และผ่านการแสดงความคิดเห็นช่องทางไลน์ (Line)

ตารางที่ 38 ผลการดำเนินงานในชุมชน 19 ชุมชนตัวอย่างจาก 14 จังหวัดเป้าหมาย

จังหวัด	ระดับ	ทีม	กิจกรรมที่ขาด	จำนวน ประชาชน ที่ได้รับการ คัดกรองปัญหา สุขภาพจิต	จำนวน กลุ่มเป้าหมาย ทางสังคมที่ ได้รับการดูแล ทางสังคมจิตใจ	ตัวอย่างกิจกรรมทางสังคมจิตใจ
			- จัดสวัสดิการ/ออกมาตรการเยียวยาผู้ที่ได้รับผลกระทบ - สนับสนุนให้มีกิจกรรมสร้างขวัญและกำลังใจให้กับคนในชุมชน ด้านที่ 4 สร้างความเข้าใจโอกาส - ผู้นำชุมชนจัดทีมเยี่ยมบ้านให้กำลังใจผู้ที่ย้ายป่วย/กลุ่มเสี่ยง/กลุ่มกักตัวครบ 14 วัน - ผู้นำชุมชนรวมถึงคนในชุมชนให้โอกาสผู้ที่หายป่วยมาร่วมบอกเล่าประสบการณ์ หรือบอกต่อความรู้แก่คนในชุมชน หรือทำกิจกรรมร่วมกับผู้อื่นในชุมชน			
14. ตำบลพินนา อำเภอสว่างแดนดิน จังหวัดสกลนคร						
สกลนคร	ตำบล	ระดับ 3	ด้านที่ 1 สร้างความรู้สึกลดภัย - มีมาตรการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรค - มีการให้ความรู้คนในชุมชน เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพและป้องกันตนเองหรือผู้อื่น ด้านที่ 2 สร้างความรู้สึกลบในชุมชน - มีการให้ข้อมูลการแพร่ระบาดของโรคอย่างถูกต้องชัดเจน และสม่ำเสมอ เพื่อให้คนในชุมชนตื่นตระหนกจากข่าวลือต่าง ๆ	NA	NA	กลุ่มจิตอาสา ซึ่งประกอบด้วย อสม. แกนนำสตรีในหมู่บ้าน กลุ่มผู้สูงอายุ รวมถึงประชาชนทุกคนในชุมชน ช่วยกันสอดส่องดูแลกันและกัน มีการระดมทรัพยากรและการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ที่เกี่ยวข้องมาร่วมกันดูแลให้กำลังใจกันและกัน

ตารางที่ 38 ผลการดำเนินงานในชุมชน 19 ชุมชนตัวอย่างจาก 14 จังหวัดเป้าหมาย

จังหวัด	ระดับ	ทีม	กิจกรรมที่ขาด	จำนวน ประชาชน ที่ได้รับ คัดกรองปัญหา สุขภาพจิต	จำนวน กลุ่มเปราะบาง ทางสังคมที่ได้รับ การดูแลทาง สังคมจิตใจ	ตัวอย่างกิจกรรมทางสังคมจิตใจ
			- มีการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลจิตใจตนเองแก่คนในชุมชน ด้านที่ 3 สร้างความรู้สึกละแวกในชุมชน - สนับสนุนช่วยเหลือ ให้สถานที่บริการสำหรับประชาชน กลับมาเปิดให้บริการได้ภายใต้มาตรการความปลอดภัย - จัดสวัสดิการ/ออกมาตรการเยียวยาผู้ที่ได้รับผลกระทบ - สนับสนุนให้มีกิจกรรมสร้างขวัญและกำลังใจให้กับคนในชุมชน ด้านที่ 4 สร้างความเข้าใจ ให้โอกาส - มีการสร้างความเข้าใจแก่คนในชุมชน ให้รู้สึกเห็นอกเห็นใจ ไม่รังเกียจผู้ป่วยหรือกลุ่มเสี่ยง - สร้างความเข้าใจ ให้โอกาสกลุ่มเปราะบาง เช่น กลุ่มตกงานขาดรายได้ และกลุ่มสูงอายุติดบ้านติดเตียง			
15. ตำบลกวางใจ อำเภอภูเขียว จังหวัดชัยภูมิ						
ชัยภูมิ	ตำบล	ระดับ 3	ด้านที่ 1 สร้างความรู้สึกละแวก - มีมาตรการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรค - มีการให้ความรู้คนในชุมชน เกี่ยวกับการดูแลและป้องกันตนเองหรือผู้อื่น	6,594	67	- มีการอบรมอาชีพจากพัฒนาชุมชนการจัด - สนับสนุนการจ้างงานให้กับชุมชนและสอน - ช่องทางทางการตลาด

ตารางที่ 38 ผลการดำเนินงานในชุมชน 19 ชุมชนตัวอย่างจาก 14 จังหวัดเป้าหมาย

จังหวัด	ระดับ	ทีม	กิจกรรมที่ขาด	จำนวนประชาชนที่ได้รับบริการคัดกรองปัญหาสุขภาพจิต	จำนวนกลุ่มเปราะบางทางสังคมที่ได้รับการดูแลทางสังคมจิตใจ	ตัวอย่างกิจกรรมทางสังคมจิตใจ
			ด้านที่ 2 สร้างความรู้สึกลงบในชุมชน - มีการให้ข้อมูลการแพร่ระบาดของโรคอย่างถูกต้อง ชัดเจน และสม่ำเสมอ เพื่อให้คนในชุมชน ตื่นตระหนกจากข่าวลือต่าง ๆ - มีการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพจิตของตนเองแก่คนในชุมชน ด้านที่ 3 สร้างความรู้สึกลงบในชุมชน - สนับสนุนช่วยเหลือ ให้สถานที่บริการสำหรับประชาชน กลับมาเปิดให้บริการได้ภายใต้มาตรการความปลอดภัย - จัดสวัสดิการ/ออกมาตรการเยียวยาผู้ที่ได้รับผลกระทบ - สนับสนุนให้มีกิจกรรมสร้างขวัญและกำลังใจให้กับคนในชุมชน ด้านที่ 4 สร้างความเข้าใจ ให้โอกาส - มีการสร้างความเข้าใจแก่คนในชุมชน ให้รู้สึกเห็นอกเห็นใจ ไม่รังเกียจผู้ป่วยหรือกลุ่มเสี่ยง - สร้างความเข้าใจ ให้โอกาสกลุ่มเปราะบาง เช่น กลุ่มตกงานขาดรายได้ และกลุ่มสูงอายุติดบ้านติดเตียง			- จะมีการสื่อสารข้อมูลข่าวสารทางไลน์หมู่บ้าน และกลุ่มระดับตำบลจะมี 4 กลุ่มคือ (1) ทีมสุขภาพตำบลท่าวาสุกรี (2) กลุ่มเฝ้าระวังโควิด-19 (3) ทีมเครือข่ายตำบลท่าวาสุกรี (4) ภัยพิบัติตำบลท่าวาสุกรี ซึ่งช่องทางจะสื่อสารไปในทิศทางเดียวกันและเน้นการเข้าถึงข้อมูล รวมทั้งการได้รับข้อมูลผ่านหอกระจายข่าวหมู่บ้าน และวิทยุชุมชนสม่ำเสมอ

ตารางที่ 38 ผลการดำเนินงานในชุมชน 19 ชุมชนตัวอย่างจาก 14 จังหวัดเป้าหมาย

จังหวัด	ระดับ	ทีม	กิจกรรมที่ขาด	จำนวน ประชาชน ที่ได้รับบริการ คัดกรองปัญหา สุขภาพจิต	จำนวน กลุ่มเป้าหมาย ทางสังคมที่ได้รับ การดูแลสุขภาพ สังคมจิตใจ	ตัวอย่างกิจกรรมทางสังคมจิตใจ
16. ตำบลจันทุม อำเภอพลชัย จังหวัดบุรีรัมย์						
บุรีรัมย์	ตำบล	ระดับ 2	ด้านที่ 1 สร้างความรู้สึกลดอดภัย - มีมาตรการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรค - มีการให้ความรู้คนในชุมชน เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพและป้องกันตนเองหรือผู้อื่น ด้านที่ 2 สร้างความรู้สึกลบในชุมชน - มีการให้ข้อมูลการแพร่ระบาดของโรคอย่างถูกต้อง ชัดเจน และสม่ำเสมอ เพื่อให้คนในชุมชน ตื่นตระหนกจากข่าวลือต่าง ๆ - มีการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพจิตตนเองแก่คนในชุมชน ด้านที่ 3 สร้างความรู้สึกลบในชุมชน - สนับสนุน ช่วยเหลือ ให้สถานที่บริการสำหรับประชาชน กลับมาเปิดให้บริการได้ภายใต้มาตรการความปลอดภัย - จัดสวัสดิการ/ออกมาตรการเยียวยาผู้ที่ได้รับผลกระทบ - สนับสนุนให้มีกิจกรรมสร้างขวัญและกำลังใจให้กับคนในชุมชน	2,865	NA	- รพ.สต.ได้มีโครงการจัดส่งยา NCD ให้แก่ผู้ป่วยถึงที่บ้านเพื่อป้องกันการแพร่กระจายของโรคและผู้ป่วยไม่ขาดยา - จัดทีม อสม.เคาะประตูบ้าน รับฟังทุกข์ สุขของคนในชุมชน เพื่อประเมินสุขภาพจิต ถ้าพบว่ามีปัญหาสุขภาพจิตจะแจ้งเจ้าหน้าที่เพื่อให้เจ้าหน้าที่ให้ความช่วยเหลือ

ตารางที่ 38 ผลการดำเนินงานในชุมชน 19 ชุมชนตัวอย่างจาก 14 จังหวัดเป้าหมาย

จังหวัด	ระดับ	ทีม	กิจกรรมที่ขาด	จำนวน ประชาชน ที่ได้รับการ คัดกรองปัญหา สุขภาพจิต	จำนวน กลุ่มเป้าหมาย ทางสังคมที่ได้รับ การดูแลทาง สังคมจิตใจ	ตัวอย่างกิจกรรมทางสังคมจิตใจ
			ด้านที่ 4 สร้างความเข้าใจ ให้โอกาส - มีการสร้างความเข้าใจแก่คนในชุมชน ให้รู้สึกเห็นอกเห็นใจ ไม่รังเกียจผู้ป่วยหรือกลุ่มเสี่ยง - สร้างความเข้าใจ ให้โอกาสกลุ่มเปราะบาง เช่น กลุ่มตกงานขาดรายได้ และกลุ่มสูงอายุติดบ้านติดเตียง			
17. ตำบลเมืองแฝง อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์						
บุรีรัมย์	ตำบล	ระดับ 2	มีการให้ความรู้คนในชุมชน เกี่ยวกับการดูแลและป้องกันตนเองหรือผู้อื่น	NA	NA	แกนนำชุมชน เดินเคาะประตูบ้าน เพื่อคัดกรองโควิด-19 และให้ความรู้ และทักษะในการป้องกันตนเอง ให้ปลอดภัยจากโควิด 19 รวมถึงเยี่ยมบ้าน
18. อำเภอภูสิงห์ จังหวัดศรีสะเกษ						
ศรีสะเกษ	อำเภอ	ระดับ 2	ด้านที่ 1 สร้างความรู้สึกลดภัย - มีมาตรการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรค - มีการให้ความรู้คนในชุมชน เกี่ยวกับการดูแลและป้องกันตนเองหรือผู้อื่น ด้านที่ 2 สร้างความรู้สึกลบในชุมชน - มีการให้ข้อมูลการแพร่ระบาดของโรคอย่างถูกต้อง ชัดเจน และสม่ำเสมอ เพื่อให้คนในชุมชน ตื่นตระหนกจากข่าวลือต่าง ๆ	1,665	64	- ผู้นำชุมชนจัดตั้งกลุ่มไลน์ เพจตำบล เป็นช่องทางในการสื่อสารช่วยเหลือกันในชุมชน - ให้ข้อมูลและจัดสวัสดิการของชุมชนให้กับคนในชุมชนผ่านหอกระจายข่าวชุมชน

ตารางที่ 38 ผลการดำเนินงานในชุมชน 19 ชุมชนตัวอย่างจาก 14 จังหวัดเป้าหมาย

จังหวัด	ระดับ	ทีม	กิจกรรมที่ขาด	จำนวน ประชาชน ที่ได้รับ คัดกรองปัญหา สุขภาพจิต	จำนวน กลุ่มเป้าหมาย ทางสังคมที่ได้รับ การดูแลทาง สังคมจิตใจ	ตัวอย่างกิจกรรมทางสังคมจิตใจ
			- มีการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลจิตใจตนเองแก่คนในชุมชน ด้านที่ 3 สร้างความรู้สึกละแ่นในชุมชน - สนับสนุนช่วยเหลือ ให้สถานที่บริการสำหรับประชาชน กลับมาเปิดให้บริการได้ภายใต้มาตรการความปลอดภัย - จัดสวัสดิการ/ออกมาตรการเยียวยาผู้ที่ได้รับผลกระทบ - สนับสนุนให้มีกิจกรรมสร้างขวัญและกำลังใจให้กับคนในชุมชน ด้านที่ 4 สร้างความเข้าใจ ให้โอกาส - มีการสร้างความเข้าใจแก่คนในชุมชน ให้รู้สึกเห็นอกเห็นใจ ไม่รังเกียจผู้ป่วยหรือกลุ่มเสี่ยง - สร้างความเข้าใจ ให้โอกาสกลุ่มเปราะบาง เช่น กลุ่มตกงานขาดรายได้ และกลุ่มสูงอายุติดบ้านติดเตียง			
19. ตำบลกะหรอ อำเภอหนองบัวลำภู จังหวัดนครราชสีมา						
นครราชสีมา	หมู่บ้าน	ระดับ 3	ด้านที่ 1 สร้างความรู้สึกละแ่น - มีมาตรการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรค - มีการให้ความรู้คนในชุมชน เกี่ยวกับการดูแลและป้องกันตนเองหรือผู้อื่น	402	486	จัดตั้งกลุ่ม/ชมรม 1 ชม คือ ชมรมวัดชื่นใจ ในชุมชนบ้านคลองตุล และอบรม เรื่องการเสริมสร้างพลังใจในกลุ่มเปราะบาง/พึ่งพิง ให้แก่คณะกรรมการชมรมฯ เพื่อดูแลจิตใจ และเสริมพลังใจให้แก่ประชาชนในหมู่บ้าน

ตารางที่ 38 ผลการดำเนินงานในชุมชน 19 ชุมชนตัวอย่างจาก 14 จังหวัดเป้าหมาย

จังหวัด	ระดับ	ทีม	กิจกรรมที่ขาด	จำนวน ประชาชน ที่ได้รับ คัดกรองปัญหา สุขภาพจิต	จำนวน กลุ่มเป้าหมาย ทางสังคมที่ได้รับ การดูแลทาง สังคมจิตใจ	ตัวอย่างกิจกรรมทางสังคมจิตใจ
			ด้านที่ 2 สร้างความรู้สึกลงไปในชุมชน - มีการให้ข้อมูลการแพร่ระบาดของโรคอย่างถูกต้อง ชัดเจน และสม่ำเสมอ เพื่อให้คนในชุมชน ตื่นตระหนกจากข่าวลือต่าง ๆ - มีการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลจิตใจตนเองแก่คนในชุมชน ด้านที่ 3 สร้างความรู้สึกลงไปในชุมชน - สนับสนุน ช่วยเหลือ ให้สถานที่บริการสำหรับประชาชน กลับมาเปิดให้บริการได้ภายใต้มาตรการความปลอดภัย - จัดสวัสดิการ/ออกมาตรการเยียวยาผู้ที่ได้รับผลกระทบ - สนับสนุนให้มีกิจกรรมสร้างขวัญและกำลังใจให้กับคนในชุมชน ด้านที่ 4 สร้างความเข้าใจ ให้โอกาส - มีการสร้างความเข้าใจแก่คนในชุมชน ให้รู้สึกเห็นอกเห็นใจ ไม่รังเกียจผู้ป่วยหรือกลุ่มเสี่ยง - สร้างความเข้าใจ ให้โอกาสกลุ่มเปราะบาง เช่น กลุ่มตกงานขาดรายได้ และกลุ่มสูงอายุติดบ้านติดเตียง			
รวม				40,565	7,355	

3.2 ประสิทธิภาพของโปรแกรม (Effectiveness)

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มควบคุม (Control group) จำนวน 447 คนจาก 15 จังหวัดเป้าหมาย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 61.07) มีอายุส่วนใหญ่มากกว่า 51 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 69.84) สถานภาพสมรสและอยู่ด้วยกัน (ร้อยละ 72.48) การศึกษาในระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า (ร้อยละ 42.28) มีอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 53.02) และรับจ้างทั่วไป (ร้อยละ 16.77) กว่าร้อยละ 57.04 มีรายได้เฉลี่ยต่ำกว่า 6,000 บาทต่อเดือน ในชุมชนกลุ่มควบคุมเคยติดเชื้อโควิด-19 ร้อยละ 31.09 ดยร้อยละ 36.24 มีครอบครัว/คนรัก/ญาติ ติดเชื้อโควิด-19 หรือถูกกักตัว นอกจากนี้ยังพบว่าร้อยละ 33.55 พบเจอกับธุรกิจประสบปัญหาในช่วงสถานการณ์โควิด-19 และมีรายได้ลดลงในช่วงสถานการณ์โควิด-19 ที่ผ่านมา ร้อยละ 59.73

ในกลุ่มทดลอง (Intervention group) มีลักษณะของกลุ่มตัวอย่างใกล้เคียงกับกับกลุ่มควบคุม (446 คน) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 64.80) มีอายุส่วนใหญ่มากกว่า 40 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 68.83) สถานภาพสมรสและอยู่ด้วยกัน (ร้อยละ 71.08) การศึกษาในระดับมัธยมศึกษาหรือต่ำกว่า (ร้อยละ 82.96) มีอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 49.10) และรับจ้างทั่วไป (ร้อยละ 21.52) กว่าร้อยละ 50.00 มีรายได้เฉลี่ยต่ำกว่า 6,000 บาทต่อเดือน เคยติดเชื้อร้อยละ 34.50 ร้อยละ 42.60 มีครอบครัว/คนรัก/ญาติ ติดเชื้อโควิด-19 หรือถูกกักตัว และมีรายได้ลดลงในช่วงสถานการณ์โควิด-19 ที่ผ่านมา (ร้อยละ 54.48) ดังแสดงในตารางที่ 39

เมื่อทดสอบความแตกต่างของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตามตัวแปรที่กล่าวมาแล้วข้างต้น ด้วยสถิติที (Independent t-test) และไคสแควร์ (Chi-square test) ในเรื่องของเพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ผลกระทบจากโควิด-19 พบว่า ไม่แตกต่าง

ตารางที่ 39 ข้อมูลทั่วไปผู้เข้าร่วมการวิจัย (N = 893, 15 จังหวัด)

ตัวแปร	รายละเอียด	กลุ่มควบคุม (n=447) จำนวน(ร้อยละ)	กลุ่มทดลอง (n=446) จำนวน(ร้อยละ)
เพศ	ชาย	174(38.92)	157(35.20)
	หญิง	273(61.07)	289(64.80)
อายุ	1.ต่ำกว่า 18 ปี	9(2.01)	3(0.67)
	2.18-30 ปี	54(12.08)	70(15.70)
	3.31-40 ปีการศึกษา	62(13.87)	66(14.80)
	4.41-50 ปี	85(19.01)	109(24.44)
	5.51-60 ปี	120(26.84)	102(22.87)
	6.มากกว่า 60 ปี	117(26.17)	96(21.52)
สถานภาพสมรส	1.โสด	94(21.02)	105(23.54)
	2.หย่าร้าง	29(6.48)	24(5.38)
	3.สมรส	324(72.48)	317(71.08)
ระดับการศึกษา	1.ประถมหรือต่ำกว่า	189(42.28)	183(41.03)
	2.มัธยมศึกษา	159(35.57)	187(41.93)
	3.อนุปริญญาหรือเทียบเท่า	58(12.98)	25(5.61)
	4.ปริญญาตรี	41(9.17)	46(10.31)
	5.สูงกว่าปริญญาตรี	0(0.00)	5(1.12)

ตัวแปร	รายละเอียด	กลุ่มควบคุม (n=447) จำนวน(ร้อยละ)	กลุ่มทดลอง (n=446) จำนวน(ร้อยละ)
อาชีพหลัก	1.เกษตรกร	237(53.02)	219(49.10)
	2.พนักงานรัฐวิสาหกิจ	3(0.67)	10(2.24)
	3.พนักงานบริษัท	12(2.68)	26(5.83)
	4.รับราชการ	5(1.11)	8(1.79)
	5.ค้าขาย	48(10.73)	31(6.95)
	6.รับจ้างทั่วไป	75(16.77)	96(21.52)
	7.อื่น ๆ	67(14.98)	56(12.56)
รายได้เฉลี่ย	1.ต่ำกว่า 3,000 บาท	136(30.42)	113(25.34)
	2.3,001-6,000 บาท	119(26.62)	110(24.66)
	3.6,001-8,000 บาท	57(12.75)	69(15.47)
	4.8,001-10,000 บาท	53(11.85)	45(10.09)
	5.10,001-15,000 บาท	42(9.39)	42(9.42)
	6.มากกว่า 15,000 บาท	40(8.95)	67(15.02)
ผลกระทบจาก โควิด-19	1.เคยติดเชื้อ	139(31.09)	154(34.53)
	2.เคยถูกกักตัว	142(31.76)	153(34.30)
	3.ครอบครัว/ญาติผิคนรักเคย ติดเชื้อหรือถูกกักตัว	165(36.24)	190(42.60)
	4.ธุรกิจประสบปัญหา	150(33.55)	88(19.73)
	5.ตกงาน	27(6.04)	34(7.62)
	6.รายได้ลดลง	267(59.73)	243(54.48)

การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเครียด ความเสี่ยงซึมเศร้า ความเข้มแข็งทางใจระดับบุคคล ความยืดหยุ่นของชุมชน และคุณภาพชีวิต ในระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลองในระยะเวลา 3 เดือน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

คะแนนความเครียด (Stress)

ประชาชนกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความเครียดก่อนการนำโปรแกรมไปใช้ เท่ากับ 2.54 (S.D. = 2.62) และหลังการใช้โปรแกรมในระยะเวลา 3 เดือน คะแนนเฉลี่ยความเครียดลดลงเท่ากับ 1.77 (S.D. = 2.62) ซึ่งมีค่าเฉลี่ยผลต่างก่อนการใช้โปรแกรมและหลังการใช้โปรแกรม เท่ากับ -0.771 (S.D. = 0.274)

ประชาชนกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความเครียดก่อนการนำโปรแกรมไปใช้ เท่ากับ 2.42 (S.D. = 2.49) ในระยะเวลา 3 เดือนเพิ่มขึ้น เท่ากับ 3.39 (S.D. = 2.68) ซึ่งมีค่าเฉลี่ยผลต่างก่อนการใช้โปรแกรมและหลังการใช้โปรแกรม เท่ากับ 0.965 (S.D. = 3.385)

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยผลต่างของคะแนนความเครียดของประชาชนก่อนการนำโปรแกรมไปใช้ และหลังการนำโปรแกรมไปใช้ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยการทดสอบค่าที่ พบว่า พบหลักฐานทางสถิติในระดับสูงที่ระบุว่าประชาชนกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยผลต่างของคะแนนความเครียดต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ที่ระดับ $p\text{-value} < 0.001$ ดังแสดงในตารางที่ 40

คะแนนความเครียดซึมเศร้า (Depression)

ประชาชนกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความเครียดซึมเศร้าก่อนการนำโปรแกรมไปใช้ เท่ากับ 1.99 (S.D. = 2.59) และหลังการใช้โปรแกรมในระยะเวลา 3 เดือน เท่ากับ 1.87 (S.D. = 3.22) ซึ่งมีค่าเฉลี่ยผลต่างก่อนการใช้โปรแกรมและหลังการใช้โปรแกรม เท่ากับ -0.112 (S.D. = 3.179)

ประชาชนกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความเครียดซึมเศร้าก่อนการนำโปรแกรมไปใช้ เท่ากับ 1.67 (S.D. = 2.43) และในระยะเวลา 3 เดือน เท่ากับ 2.27 (S.D. = 3.11) ซึ่งมีค่าเฉลี่ยผลต่างก่อนการใช้โปรแกรมและหลังการใช้โปรแกรม เท่ากับ 0.606 (S.D. = 3.388)

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยผลต่างของคะแนนความเครียดซึมเศร้าของประชาชนก่อนการนำโปรแกรมไปใช้ และหลังการนำโปรแกรมไปใช้ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยการทดสอบค่าที่ พบว่า มีหลักฐานทางสถิติที่บอกว่าประชาชนกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยผลต่างของคะแนนความเครียดซึมเศร้าต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ที่ระดับ $p\text{-value} = 0.001$ ดังแสดงในตารางที่ 40

คะแนนความเข้มแข็งทางใจ (Resilience)

ประชาชนกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความเข้มแข็งทางใจก่อนการนำโปรแกรมไปใช้ เท่ากับ 64.10 (S.D. = 9.38) และหลังการใช้โปรแกรมในระยะเวลา 3 เดือน เท่ากับ 67.10 (S.D. = 10.47) ซึ่งมีค่าเฉลี่ยผลต่างก่อนการใช้โปรแกรมและหลังการใช้โปรแกรม เท่ากับ 2.215 (S.D. = 10.072)

ประชาชนกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความเข้มแข็งทางใจก่อนการนำโปรแกรมไปใช้ เท่ากับ 65.72 (S.D. = 9.51) และในระยะเวลา 3 เดือน เท่ากับ 67.51 (S.D. = 9.17) ซึ่งมีค่าเฉลี่ยผลต่างก่อนการใช้โปรแกรมและหลังการใช้โปรแกรม เท่ากับ 1.783 (S.D. = 10.506)

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยผลต่างของคะแนนความเข้มแข็งทางใจของประชาชนก่อนการนำโปรแกรมไปใช้ และหลังการนำโปรแกรมไปใช้ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยการทดสอบค่าที่ ไม่พบหลักฐานทางสถิติที่ระบุว่าประชาชนกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยผลต่างของคะแนนความเข้มแข็งทางใจสูงกว่ากลุ่มควบคุม ดังแสดงในตารางที่ 40

คะแนนความยืดหยุ่นของชุมชน (Community Resilience)

ชุมชนกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความยืดหยุ่นของชุมชนก่อนการนำโปรแกรมไปใช้ เท่ากับ 109.28 (S.D. = 18.68) และหลังการใช้โปรแกรมในระยะเวลา 3 เดือน เท่ากับ 119.38 (S.D. = 15.01) ซึ่งมีค่าเฉลี่ยผลต่างก่อนการใช้โปรแกรมและหลังการใช้โปรแกรม เท่ากับ 10.099 (S.D. = 17.961)

ชุมชนกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความยืดหยุ่นของชุมชนก่อนการนำโปรแกรมไปใช้ เท่ากับ 101.35 (S.D. = 15.53) และในระยะเวลา 3 เดือน เท่ากับ 109.18 (S.D. = 19.82) ซึ่งมีค่าเฉลี่ยผลต่างก่อนการใช้โปรแกรมและหลังการใช้โปรแกรม เท่ากับ 7.667 (S.D. = 18.089)

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยผลต่างของคะแนนความยืดหยุ่นของชุมชนก่อนการนำโปรแกรมไปใช้ และหลังการนำโปรแกรมไปใช้ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยการทดสอบค่าที พบว่า มีหลักฐานทางสถิติที่บอกว่าชุมชนกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยผลต่างของคะแนนความยืดหยุ่นของชุมชนสูงกว่ากลุ่มควบคุม ที่ระดับ $p\text{-value} < 0.05$ ดังแสดงในตารางที่ 40

คะแนนคุณภาพชีวิต (Quality of life)

ประชาชนกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตก่อนการนำโปรแกรมไปใช้ เท่ากับ 101.57 (S.D. = 14.77) และหลังการใช้โปรแกรมในระยะเวลา 3 เดือน เท่ากับ 100.17 (S.D. = 12.60) ซึ่งมีค่าเฉลี่ยผลต่างก่อนการใช้โปรแกรมและหลังการใช้โปรแกรม เท่ากับ 5.493 (S.D. = 14.162)

ประชาชนกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตก่อนการนำโปรแกรมไปใช้ เท่ากับ 100.17 (S.D. = 12.60) และในระยะเวลา 3 เดือน เท่ากับ 100.71 (S.D. = 15.20) ซึ่งมีค่าเฉลี่ยผลต่างก่อนการใช้โปรแกรมและหลังการใช้โปรแกรม เท่ากับ 0.535 (S.D. = 14.)

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยผลต่างของคะแนนคุณภาพชีวิตของประชาชนก่อนการนำโปรแกรมไปใช้ และหลังการนำโปรแกรมไปใช้ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยการทดสอบค่าที พบว่า มีหลักฐานทางสถิติในระดับสูงที่บอกว่าประชาชนกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยผลต่างของคะแนนคุณภาพชีวิตสูงกว่ากลุ่มทดลอง ที่ระดับ $p\text{-value} < 0.001$ ดังแสดงในตารางที่ 40

ตารางที่ 40 การเปรียบเทียบผลการศึกษาก่อน-หลังดำเนินการเสริมสร้างทัศนคติในชุมชนในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (Baseline, after intervention scores and primary outcome change in the intervention and control groups) (กลุ่มควบคุม = 447 คน, กลุ่มทดลอง = 446 คน)

	Baseline			After intervention			Primary outcomes change in the intervention and control group				
	Mean	SD	95%CI	Mean	SD	95%CI	Meanchange	SD	Difference in change	SE	p-value
Stress											
Intervention	2.54	2.62	2.28-2.79	1.77	2.62	1.55-1.99	-0.771	0.274	1.740	0.207	1.334-2.146 0.000***
Control	2.42	2.49	2.19-2.65	3.39	2.68	3.14-3.64	0.965	3.385			
Depression											
Intervention	1.99	2.59	1.75-2.23	1.87	3.22	1.57-2.17	-0.112	3.179	0.718	0.220	0.287-1.150 0.001***
Control	1.67	2.43	1.44-1.89	2.27	3.11	1.99-2.56	0.606	3.388			
Resilience											
Intervention	64.10	9.38	64.02-65.76	67.10	10.47	66.13-68.08	2.215	10.072	0.432	0.689	-0.920-1.784 0.530
Control	65.72	9.51	64.84-66.60	67.51	9.17	66.66-68.36	1.783	10.506			
Community Resilience											
Intervention	109.28	18.68	107.55-111.02	119.38	15.01	117.99-120.77	10.099	17.961	2.432	1.206	0.064-4.800 0.044***
Control	101.35	15.53	99.91-102.79	109.02	19.82	107.43-110.60	7.667	18.089			
Quality of Life											
Intervention	101.57	14.77	100.20-102.94	107.07	13.21	105.84-108.29	5.493	17.961	4.959	1.111	2.779-7.139 0.000***
Control	100.17	12.60	99.00-101.34	100.71	15.20	99.30-102.12	0.535	18.089			
***p-value<0.05 in model of t-test											

3.3 การนำไปใช้ (Adoption)

ในช่วงของระยะเวลาของการขยายผลไปแถมการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนตั้งแต่ สิงหาคม 2564 - กันยายน 2565 โดย 25 จังหวัดเป้าหมายของการขยายผลได้เข้าร่วมกิจกรรมตามกลยุทธ์การขยายผล โดยกิจกรรมสำคัญของการขยายผล คือ การฝึกอบรมเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและผู้นำชุมชนให้มีความรู้ความเข้าใจในโปรแกรมการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน และมีทักษะการเป็นผู้นำกระบวนการในชุมชน โดยจากข้อมูลทะเบียนรายชื่อผู้ผ่านการฝึกอบรมใน 25 จังหวัด พบว่า มีผู้ผ่านการฝึกอบรมทั้งสิ้น 3,905 คน ทั้งในรูปแบบ Online และ Onsite ซึ่งครอบคลุม 343 อำเภอ ใน 25 จังหวัดจากทั้งหมด 360 อำเภอคิดเป็นร้อยละ 95.27 และจากรายงานการดำเนินงานของศูนย์สุขภาพจิต พบว่า ร้อยละ 100 ของอำเภอที่ผ่านการฝึกอบรมมีการนำไปใช้ ผู้วิจัยทำการสำรวจการนำไปใช้ในระดับตำบลโดยใช้ Google form ซึ่งมีผู้ตอบรับกลับมา 553 ตำบล พบว่า กว่าร้อยละ 54.5 ของตำบลระบุว่าไม่เคยผ่านการฝึกอบรมหลักสูตรการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน และร้อยละ 64.7 ของผู้ที่ผ่านการฝึกอบรมมีความตั้งใจจะนำไปใช้ในชุมชนของตน

3.4 การนำไปปฏิบัติ (Implementation)

จากการเก็บข้อมูลแบบสอบถามและการสนทนากลุ่มผู้ใช้โปรแกรมใน 25 จังหวัด ($n = 567$) พบว่า ผู้ใช้ร้อยละ 83.07 ให้การยอมรับในโปรแกรมการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน (471 คน) โดยมีคะแนนเฉลี่ยของการยอมรับเท่ากับ 8.44 เมื่อประเมินในเรื่องของความเหมาะสมของโปรแกรมกับสถานการณ์ปัญหาและการแก้ไขปัญหาในชุมชน พบว่า ร้อยละ 99.29 ของผู้ให้ข้อมูลคิดว่าโปรแกรมมีความเหมาะสม (563 คน)

จากข้อมูลการสำรวจในระดับตำบล พบว่า ชุมชนที่มีการดำเนินงานมีลักษณะการนำไปใช้ ดังนี้ ร้อยละ 55.9 ระบุว่ายังไม่มีดำเนินงานในปีนี้ ร้อยละ 33.9 สร้างชุมชนต้นแบบ 1 ชุมชนใน 1 ตำบล และร้อยละ 10.2 ระบุว่ามีการขยายผลการดำเนินงานในทุกหมู่บ้านของตำบล เมื่อสอบถามถึงลักษณะการนำไปใช้แบบเต็มรูปแบบหรือการประยุกต์ใช้พบว่า ร้อยละ 52.5 ระบุว่าจะมีการนำไปประยุกต์ใช้ และร้อยละ 47.5 ระบุว่าจะมีการนำไปใช้แบบเต็มรูปแบบ โดยสาเหตุของการนำไปใช้แบบไม่เต็มรูปแบบหรือการประยุกต์ใช้พบว่า ร้อยละ 64.2 ยังขาดความรู้ความเข้าใจในตัวโปรแกรม ร้อยละ 53.2 ไม่มีงบประมาณในการดำเนินงาน ร้อยละ 39.8 ยังขาดความมั่นใจในการนำกระบวนการไปใช้ และ ร้อยละ 25.4 ไม่มีเครือข่ายช่วยในการดำเนินงาน

เมื่อสอบถามถึงปัจจัยสนับสนุนของการดำเนินงานแบบเต็มรูปแบบ พบว่า ร้อยละ 83.9 ระบุถึงงบประมาณสนับสนุน ร้อยละ 86.9 ต้องการสื่อคู่มือ และร้อยละ 75.1 ต้องการวิทยากรสำหรับนำกระบวนการในชุมชน โดยค่าเฉลี่ยงบประมาณในการดำเนินงานวัคซีนใจในชุมชนในระดับตำบล พบว่า ใช้งบประมาณเฉลี่ยอยู่ที่ 9017.69 บาทต่อ 1 ตำบล ($\text{min} = 0$ บาท, $\text{max} = 100,000$ บาท) โดยงบประมาณส่วนใหญ่ที่ชุมชนใช้ในการดำเนินงานมาจาก อบต. สดสข. กรมสุขภาพจิต รพ.สต. รพ. หรือการบูรณาการกับงานอื่นๆ

3.5 การสร้างความยั่งยืน (Maintenance)

จากการสอบถามผู้ใช้โปรแกรมการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนเกี่ยวกับการนำองค์ความรู้ เครื่องมือ หรือกระบวนการไปใช้ในอนาคต พบว่า ร้อยละ 100 ระบุว่าจะมีการนำไปใช้อีกครั้งเมื่อเกิดวิกฤติขึ้นในอนาคต และเมื่อสอบถามถึงความยั่งยืนของการขยายผล พบว่า ร้อยละ 99.82 ของผู้ใช้เห็นว่าชุมชนอื่น ๆ จะสามารถนำโปรแกรมนี้นำไปใช้ได้

นอกจากนี้ผู้วิจัยมีการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการทำการสนทนากลุ่มในกลุ่มผู้ใช้งานโปรแกรมการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนใน 25 จังหวัด ($n = 567$) โดยหัวข้อการสนทนาจะแบ่งตามมิติของกรอบแนวคิด RE-AIM เพื่อให้เข้าใจภาพบริบทของการนำไปใช้มากยิ่งขึ้น โดยประเด็นสำคัญที่สามารถสรุปออกมาจากการสนทนา มี 2 ประเด็นสำคัญ คือ ปัญหาอุปสรรคที่พบ และข้อเสนอแนะในการแก้ไขปัญหา รายละเอียดสามารถสรุปได้ดังตารางที่ 41 ต่อไปนี้

ตารางที่ 41 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับขยายผลการดำเนินงานเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนตามกรอบแนวคิด RE-AIM Framework

RE-AIM	ปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้น	ข้อเสนอแนะในการแก้ไข
R-Reach ทำอย่างไรจึงจะเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายในชุมชนได้? การเข้าถึงของกลุ่มเป้าหมาย หมายถึง การเข้าถึงของกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับผลกระทบจากโครงการ/โปรแกรมประกอบด้วย	- คำนึงความของกลุ่มเป้าหมายไม่ชัดเจนทำให้ไม่สามารถเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้ครอบคลุม - แก่นนำชุมชนขาดความรู้และทักษะในการติดตามดูแลช่วยเหลือกลุ่มเป้าหมาย - กลุ่มเป้าหมายบางเข้าไม่ถึงบริการ ไม่สามารถแก้ปัญหาตามความต้องการของผู้ป่วยได้ - ภาระงานของเจ้าหน้าที่ - กลุ่มเป้าหมายบาง ญาติและครอบครัวของกลุ่มเป้าหมายบางส่วนไม่ให้ความสำคัญในการดูแลสุขภาพจิต - กลุ่มเป้าหมายบาง ญาติและครอบครัวของกลุ่มเป้าหมายไม่ให้ความร่วมมือในคัดกรองและดูแลสุขภาพจิต	ข้อเสนอเชิงนโยบาย - สร้างความตระหนักถึงผลกระทบต่อสุขภาพจิตในชุมชนให้ประชาชนยอมรับและเข้าใจมากขึ้น - เผยแพร่ความรู้สุขภาพจิตให้เข้าถึงง่ายและครอบคลุม - สร้างความร่วมมือของภาคีเครือข่าย เช่น ทำประชาคมหมู่บ้าน หรือสร้างข้อกำหนดร่วมกันในระดับอำเภอ - เน้นการสร้างสัมพันธ์ภาพกับประชาชนมากขึ้น เพื่อสร้างความไว้วางใจและสร้างความร่วมมือในการดูแลสุขภาพจิตในชุมชน - ฝึกอบรมเพื่อพัฒนาศักยภาพของแกนนำชุมชนในการคัดกรองปัญหาสุขภาพจิต - จัดทีมลงเยี่ยมบ้าน - พัฒนาระบบติดตาม ประสานงานเพื่อเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายมากขึ้น
Effectiveness ทำอย่างไรจึงจะนำวัคซีนใจไปใช้อย่างมีประสิทธิภาพ?	- ชุมชนไม่ให้ความร่วมมือในการดำเนินงาน - แก่นนำชุมชนขาดความรู้และทักษะในการคัดกรองและเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิต - รูปแบบการดำเนินงานไม่ชัดเจน - บทบาทของผู้ดำเนินงานหลักและภาคีเครือข่ายยังไม่ชัดเจน - กลุ่มผู้สูงอายุและผู้ด้อยโอกาสไม่สามารถเข้าถึงเทคโนโลยีหรือสื่อออนไลน์ได้ครอบคลุม - กระบวนการส่งต่อผู้ป่วยมีความซับซ้อน - ภาระงานของเจ้าหน้าที่ - ประชาชนเข้าถึงแหล่งช่วยเหลือได้น้อย - ประชาชนปกปิดข้อมูล	- สร้างความรอบรู้ความเข้าใจและตระหนักถึงปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน - จัดตั้งคณะกรรมการดำเนินงานและมอบหมายหน้าที่ใหม่ชัดเจน - เพิ่มช่องทางการประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนเข้าถึงได้ครอบคลุมมากขึ้น - อบรมพัฒนาศักยภาพให้แก่บุคลากร แก่นนำและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงาน - จัดตั้งคู่มือในการส่งต่อข้อมูลแก่เจ้าหน้าที่เพื่อ - จัดทีมบุคลากรมาทดแทนเพื่อให้บรรลุเป้าหมายตามแผน - กระตุ้นให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการรับรู้ปัญหาและร่วมแสดงความคิดเห็น

ตารางที่ 41 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับขยายผลการดำเนินงานการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนตามกรอบแนวคิด RE-AIM Framework

RE-AIM	ปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้น	ข้อเสนอแนะในการแก้ไข
Adoption ทำอย่างไรจึงจะทำให้เกิดการนำไปใช้?	- งบประมาณไม่เพียงพอต่อการดำเนินงาน - ขาดความร่วมมือของภาคีเครือข่าย - แผนการดำเนินงานไม่ชัดเจน - ผู้สูงอายุไม่สามารถเข้าถึงการคัดกรองและการประเมินในรูปแบบออนไลน์ได้ - ภาระงานของผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่	- หาแหล่งสนับสนุนงบประมาณจากหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง - สร้างความเข้าใจและตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลสุขภาพจิตในชุมชน เพื่อสร้างความร่วมมือในการดำเนินงาน - จัดทำแผนการนำไปใช้ให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ - ปรับช่องทางการสื่อสารประชาสัมพันธ์ความรู้ให้ผู้สูงอายุที่เข้าถึงข้อมูลข่าวสารได้ง่าย - เสริมสร้างกำลังใจให้แก่ผู้ปฏิบัติงานอยู่เสมอ
Implementation ทำอย่างไรจึงจะทำให้นำไปใช้ได้ อย่างถูกต้อง?	- ผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ขาดความรู้ ความเข้าใจในกระบวนการดำเนินงาน - บริบทของชุมชนแตกต่างกัน - ระยะเวลาในการดำเนินงานไม่สอดคล้องกับบริบทของชุมชน - ภาระงานของผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ - การคืนข้อมูลการดำเนินงานให้แก่ชุมชนไม่ต่อเนื่อง - แผนการดำเนินงานไม่ได้มาจากการมีส่วนร่วมของ	- พัฒนาศักยภาพเครือข่ายการดำเนินงานให้มีทักษะและความรู้ในการคัดกรองและเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิตเบื้องต้น - ประชาสัมพันธ์เรื่องการเสริมสร้างวัคซีนใจผ่านเวทีการประชุมคณะกรรมการ พช. - ประยุต์และปรับเปลี่ยนแผนการดำเนินงานให้ทันต่อเหตุการณ์ และสอดคล้องกับหลักการเสริมสร้างวัคซีนใจ - จัดประชุมภาคีเครือข่ายการดำเนินงานทุกเดือนเพื่อให้เกิดความต่อเนื่อง
Maintenance ทำอย่างไรเพื่อให้เกิดความยั่งยืน?	- ประชาชนยังไม่ให้ความสำคัญและตระหนักถึงปัญหาสุขภาพจิตในพื้นที่ - งบประมาณไม่เพียงพอ - แผนการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนยังไม่ชัดเจน	- จัดตั้งชมรมสุขภาพจิตภาคประชาชนโดยมีผู้นำชุมชน อสม. และตัวแทนจากภาคประชาชน เพื่อสร้างความตระหนักในการดูแลสุขภาพจิตในชุมชน - จัดสรรงบประมาณให้เพียงพอต่อการดำเนินงาน - จัดทำแผนการดำเนินงานให้ทันต่อเหตุการณ์อยู่เสมอ - การจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล และติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง - มีการถอดบทเรียนการดำเนินงานโดยมียึดหลัก บวร. บ้าน วัด โรงเรียน สถาบันต่างๆ ร่วมกันแก้ไขปัญหาอย่างต่อเนื่อง



บทที่
5

อภิปรายและวิจารณ์ผล

ในการวิจัยครั้งนี้ได้กำหนดวัตถุประสงค์ของการวิจัยตามระยะของการวิจัยดังนี้ระยะที่ 1 เพื่อพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนและประเมินผลโปรแกรม ระยะที่ 2 การนำไปปฏิบัติและขยายผล มีวัตถุประสงค์ย่อย 2 ข้อ คือ 1) เพื่อพัฒนาพิมพ์เขียวการดำเนินงานการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน และ 2) เพื่อพัฒนากลยุทธ์การขยายผลโปรแกรมและการสนับสนุนการขยายผลโปรแกรมให้ครอบคลุมพื้นที่ 25 จังหวัดเป้าหมายที่ถูกเลือกมาเพื่อเป็นพื้นที่เฝ้าระวังปัญหาการฆ่าตัวตายใน ปี พ.ศ. 2564-2565 ให้ลดลงต่ำกว่าร้อยละ 8 ต่อแสนประชากร รวมถึง ระยะที่ 3 เพื่อประเมินผลโปรแกรมเมื่อถูกขยายผลไปใน 25 จังหวัด โดยใช้กรอบแนวคิด RE-AIM

ระยะที่ 1 การพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนและประเมินผลในพื้นที่นำร่อง

การศึกษาในระยะที่ 1 เป็นการศึกษาเพื่อพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน โดยผู้วิจัยแบ่งขั้นตอนการวิจัยในระยะที่ 1 ออกเป็น 4 ขั้นตอนสำคัญ คือ 1) การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและการศึกษารูปแบบการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนจากพื้นที่ที่เคยดำเนินการมาก่อนเมื่อปี พ.ศ. 2563 2) การปรึกษาหารือผู้เชี่ยวชาญเพื่อตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหาและระบุกิจกรรมสำคัญที่ใช้ในการสร้างแบบสำรวจวัคซีนใจในชุมชน 3) การพัฒนาโปรแกรมและคู่มือการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนด้วยกระบวนการออกแบบโดยผู้ใช้งานเป็นศูนย์กลาง (Human-centric design) และ 4) การศึกษาในพื้นที่นำร่อง 4 จังหวัด โดยผลลัพธ์สำคัญของการศึกษาในระยะนี้คือกรอบแนวคิดการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนภายใต้สถานการณ์วิกฤตโควิด-19 โปรแกรมการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน พร้อมคู่มือการดำเนินงานที่เกิดจากการพัฒนาตามกระบวนการผู้ใช้งานเป็นศูนย์กลาง และผลการประเมินประสิทธิภาพของโปรแกรมในพื้นที่นำร่อง 4 จังหวัด

ผู้วิจัยมุ่งหวังในการพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน ซึ่งเป็นโปรแกรมที่อิงตามหลักการของการสนับสนุนด้านสุขภาพจิตและจิตสังคม (MHPSS) เพื่อช่วยเหลือประชาชนในสถานการณ์โควิด-19 แต่ด้วยสถานการณ์วิกฤตนี้ ตลอดจนความท้าทายของการดำเนินงานสุขภาพจิต อาทิ การขาดแคลนเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพจิตในชุมชน ขาดงบประมาณในการดำเนินงาน เป็นต้น ทำให้ต้องมีการพัฒนากรอบแนวคิดใหม่ที่ผสมวิธีแก้ไขปัญหและความท้าทายของการดำเนินงานดังกล่าวไปกับแนวทางของ MHPSS ผลการพัฒนากรอบแนวคิดโปรแกรมการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน สรุปได้ว่า หลักการสำคัญ (Core principles) มี 4 ประการ คือ 1) ส่งเสริมความต้องการทางจิตใจ 5 ประการ (5 Psychological needs) คือ ส่งเสริมความรู้สึกปลอดภัย (Promote sense of safety) ส่งเสริมความสงบ (Promote calming) ส่งเสริมการรับรู้ศักยภาพของตนเองและชุมชน (Promote sense of self- and community efficacy) ในการจัดการปัญหาร่วมกันส่งเสริมความรู้สึกผูกพันกันในชุมชน (Promote connectedness) และส่งเสริมการมีความหวัง (Promote hope) 2) ยกระดับการดำเนินงานจากระดับบุคคลไปสู่ชุมชน (Public intervention) 3) ใช้กระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมในชุมชน (Participation) เพื่อส่งเสริมความสำเร็จและความยั่งยืนของโปรแกรม 4) การส่งเสริมให้ผู้นำชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการเป็นผู้นำกระบวนการเพื่อช่วยแบ่งเบาภาระงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในชุมชน (Task-sharing)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนด้านสุขภาพจิตและจิตสังคม (MHPSS) ทำให้เห็นถึงผลลัพธ์ในการช่วยลดปัญหาสุขภาพจิตโดยเฉพาะความเครียดหลังการเผชิญเหตุการณ์วิกฤต และ แนวปฏิบัติส่วนใหญ่ที่เกิดขึ้นล้วนเน้นการดำเนินงานในระดับบุคคลหรือกลุ่มคนที่ได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์ วิกฤต (Bangpan, 2020) โดยในหลาย ๆ กิจกรรม อาทิ กิจกรรมจิตบำบัด จำเป็นต้องอาศัยผู้เชี่ยวชาญหรือ ผู้ที่ผ่านการฝึกอบรมมาอย่างดีเป็นผู้ให้บริการ ซึ่งผลกระทบจากเหตุการณ์วิกฤตโควิด-19 นั้นเกิดขึ้นในวงกว้าง ทั้งต่อในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน (IASC, 2019) นั้นหมายถึงการช่วยเหลือที่มีอยู่จากเจ้าหน้าที่ ด้านสุขภาพจิตในพื้นที่อาจไม่เพียงพอต่อความต้องการของประชาชน ในขณะที่การช่วยเหลือประชาชนด้วย การสนับสนุนด้านสุขภาพจิตและจิตสังคมในสถานการณ์วิกฤตโควิด-19 ไม่จำเป็นต้องอาศัยความช่วยเหลือ ของผู้เชี่ยวชาญเท่านั้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Hobfoll และคณะ (2007) ที่ระบุว่าประชาชนที่เผชิญกับ สถานการณ์วิกฤตมักจะมีปฏิกิริยาตอบสนองที่หลากหลาย ไม่ใช่แค่การตอบสนองต่อพยาธิวิทยาที่นำไปสู่การเกิด โรคเท่านั้น บางคนอาจได้รับผลกระทบทางสังคมหรือเศรษฐกิจและต้องการการช่วยเหลือทางด้านอื่น ๆ ดังนั้น กรอบแนวคิดการพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน ดังกล่าวจึงเป็นกรอบแนวคิดที่จะสามารถ ช่วยให้การพัฒนาโปรแกรมตามหลักการการสนับสนุนด้านสุขภาพจิตและจิตสังคมเพื่อตอบสนองต่อสถานการณ์ โควิด-19 สามารถก้าวข้ามข้อจำกัดในการดำเนินงานและช่วยเหลือประชาชนได้ตามความคาดหวัง

ภายหลังจากการปรึกษาหารือกับผู้เชี่ยวชาญเพื่อตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหาและระบุ กิจกรรมสำคัญที่ใช้ในการสร้างแบบสำรวจวัคซีนใจในชุมชน ลำดับถัดไปคือการพัฒนาโปรแกรมด้วยกระบวนการ ออกแบบโดยผู้ใช้งานเป็นศูนย์กลาง (Human-Centric Design) ซึ่งผลการทดลองใช้โปรแกรมนี้ในพื้นที่ร่อง 4 จังหวัดสะท้อนให้เห็นการยอมรับในตัวโปรแกรมและความสามารถในการนำไปใช้ในบริบทที่ต่างกัน รวมถึง การถูกนำไปใช้โดยผู้ใช้ที่ไม่ใช่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขอย่างผู้นำชุมชน ด้วยกระบวนการออกแบบโดยผู้ใช้งานเป็น ศูนย์กลาง (Human-Centric Design) มุ่งเน้นที่จะเข้าใจธรรมชาติและความต้องการของกลุ่มเป้าหมายอย่างแท้จริง ทำให้โปรแกรมการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนเป็นโปรแกรมที่ตอบสนองต่อความต้องการของชุมชนในขณะที่ กำลังเผชิญภาวะวิกฤต โดยไม่ได้มุ่งเน้นไปเฉพาะการลดพยาธิสภาพทางจิตเท่านั้น แต่เป็นโปรแกรมจะช่วยให้ บุคคลได้รับการดูแลช่วยเหลือทั้งในมิติของร่างกาย จิตใจ สังคม สิ่งแวดล้อม ผ่านหลักการ “4 สร้าง 2 ใช้” ที่ส่งเสริมให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลเพื่อให้บุคคลในชุมชนมีความรู้สึกปลอดภัย รู้สึกสงบ มีความหวัง และสร้าง ความเข้าใจและให้ออกาสผู้อื่นในสังคม ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Reissman และคณะ (2004) ที่ได้อธิบายไว้ ว่าเมื่อมีวิกฤตเกิดขึ้น คนส่วนใหญ่จะได้รับผลกระทบที่เกิดขึ้นทั้งการบาดเจ็บ สูญเสีย ผลกระทบทางสังคม เศรษฐกิจ ความเป็นอยู่ในวงกว้าง ซึ่งผลกระทบเหล่านี้จะนำไปสู่ความตึงเครียดและกระทบต่อปัญหาสุขภาพจิต ของบุคคลต่อไป ทำให้การจะช่วยเหลือเยียวยาบุคคลที่ต้องเผชิญกับเหตุการณ์วิกฤต จึงต้องดำเนินการตั้งแต่ การจัดหาการสนับสนุนจากชุมชน การสื่อสารด้านสาธารณสุขไปจนถึงการประเมินอาการทางคลินิกและ การแทรกแซงอย่างเข้มข้น เพื่อดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม เพื่อให้บุคคลนั้นสามารถผ่านพ้นวิกฤตไป

โปรแกรมการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนเป็นเครื่องมือที่ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ซึ่งภายใต้กระบวนการที่ใช้ในโปรแกรมฯ ถูกออกแบบและพัฒนาขึ้นโดยการมุ่งเน้นการเข้ามามีส่วนร่วมของเครือข่ายหลายภาคส่วนในชุมชน อาทิเช่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุข แกนนำชุมชน ผู้ใหญ่บ้าน กำนัน ท้องถิ่น อสม. และเครือข่ายอื่น ๆ ในชุมชน ในการร่วมกันประเมินสถานการณ์ปัญหาในชุมชน ขณะที่เกิดวิกฤต พร้อมทั้งมีส่วนร่วมในการออกแบบวางแผนการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนร่วมกัน สำหรับนำไปใช้ดูแลประชาชนในชุมชน รวมไปถึงร่วมรับผลประโยชน์ที่เกิดจากการดำเนินกิจกรรมการช่วยเหลือไปด้วยกัน ซึ่งการมีส่วนร่วมเครือข่ายทุกภาคส่วนอย่างแท้จริงเช่นนี้ ทำให้เกิดกิจกรรมการแก้ปัญหา การดูแลช่วยเหลือประชาชนที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของประชาชนที่แตกต่างกันในแต่ละชุมชน เนื่องจากในแต่ละชุมชนมีบริบท วัฒนธรรม วิถีชีวิตความเป็นอยู่ รวมถึงสภาพปัญหาที่แตกต่างกัน ด้วยเหตุนี้โปรแกรมการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนจึงมีความยืดหยุ่นระดับสูงที่เครือข่ายในแต่ละชุมชนจะสามารถนำไปปรับใช้ให้สอดคล้องกับชุมชนของตนเอง ภายใต้กรอบแนวคิดเดียวกันคือ “4 สร้าง 2 ใช้” นอกจากนี้ด้วยกลไกของการมุ่งเน้นให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของชุมชนนั้นของโปรแกรม จะเป็นการส่งเสริมให้ประชาชนในชุมชนมีความรู้สึกเป็นเจ้าของชุมชนร่วมกัน รู้สึกเป็นเจ้าของกิจกรรมที่เกิดขึ้นจากโปรแกรมฯ ความรู้สึกเป็นเจ้าของร่วมกันเหล่านี้จะช่วยให้กิจกรรมการดูแลประชาชนมีความต่อเนื่อง ยั่งยืน ตั้งแต่การมีส่วนร่วมในการร่วมรับรู้ข้อมูลข่าวสาร มีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น มีส่วนร่วมในการจัดทำแผนหรือกำหนดกิจกรรม มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ มีส่วนร่วมในการติดตามประเมินผลและร่วมกันรับผลประโยชน์ สอดคล้องกับแนวคิดเรื่องการมีส่วนร่วมที่ สมลักษณ์ ไชยเสรี (2549) ได้อธิบายว่า การมีส่วนร่วมของประชาชนสามารถแบ่งได้เป็น 3 ด้านหลัก คือ ด้านประชาชน (Public) ด้านการมีส่วนร่วม (Participation) และด้านภาครัฐ โดยการมีส่วนร่วม มีวัตถุประสงค์หลักเพื่อให้ประชาชนที่เป็นบุคคลหรือคณะบุคคลเข้ามามีส่วนร่วมในขั้นตอนต่างๆ ในการดำเนินการพัฒนาช่วยเหลือ สนับสนุนทำประโยชน์ในเรื่องต่างๆ หรือ กิจกรรมต่างๆ ตั้งแต่ร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ ร่วมดำเนินการร่วมรับผลประโยชน์และร่วมประเมินผล เพื่อให้เกิดการยอมรับและก่อให้เกิดผลประโยชน์สูงสุดกันทุกฝ่าย ซึ่งการมีส่วนร่วมกันของเครือข่ายเช่นนี้จะนำไปสู่การพัฒนาการมีส่วนร่วมที่ยั่งยืนได้ในที่สุด ซึ่งด้วยแนวคิดดังกล่าวจึงเป็นการตอกย้ำให้ชัดเจนยิ่งขึ้นว่า โปรแกรมการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนนั้น เป็นเครื่องมือหนึ่งที่ถูกพัฒนาขึ้นเพื่อการดูแลช่วยเหลือประชาชนในสถานการณ์ภาวะวิกฤต ที่มุ่งให้เกิดการมีส่วนร่วมของชุมชนอย่างแท้จริง และให้โปรแกรมนี้นี้ไม่ใช่แค่เครื่องมือที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นเจ้าของ แต่เป็นคนทุกคนในชุมชนร่วมกันเป็นเจ้าของโปรแกรมฯ ร่วมกัน

ในขณะที่การพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมเพื่อสร้างผู้นำกระบวนการในชุมชน พร้อมทั้งคู่มือประกอบการอบรมถือเป็นหนึ่งในกลยุทธ์สำคัญภายใต้การพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน โดยจากการที่การดูแลช่วยเหลือประชาชนในช่วงภาวะวิกฤต จะไม่ได้ยึดติดอยู่กับการดูแลทางสุขภาพ โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเท่านั้น หน่วยงาน ตลอดจนเครือข่ายหลายภาคส่วนจึงมีบทบาทสำคัญในการร่วมกันดูแลช่วยเหลือประชาชนในชุมชนให้ครอบคลุมทุกมิติที่ส่งผลกระทบต่อประชาชน สอดคล้องไปกับข้อเสนอของ Pan American Health Organization (2020) ที่อธิบายเกี่ยวกับแนวทางการดูแลทางจิตสังคมในช่วงสถานการณ์โควิด-19 ไว้ว่าแนวทางหนึ่งที่สำคัญคือการเน้นที่การประสานการทำงานร่วมกับเครือข่าย โดยพิจารณาว่ามีภาคีเครือข่ายภาคส่วนใดบ้างที่เกี่ยวข้อง เช่น หน่วยสุขภาพ หน่วยสวัสดิการสังคม หน่วยคุ้มครอง และหน่วยการศึกษา จะมาร่วมส่งเสริมให้ประชาชนมีสุขภาวะที่ดี ดังนั้นด้วยกระบวนการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนจึงเป็นโปรแกรมที่ออกแบบมาเพื่อดึงหน่วยงาน เครือข่ายหลายภาคส่วนเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินการ ไม่ว่าจะเป็นการที่หน่วยงานท้องถิ่น

และปกครอง ตลอดจนกำนัน ผู้ใหญ่บ้านต้องเข้ามามีส่วนร่วมในการกำหนดมาตรการการดูแลในชุมชน เพื่อให้ชุมชนรู้สึกปลอดภัยจากเหตุการณ์วิกฤต เครือข่ายแกนนำในชุมชน อสม.เข้ามามีส่วนร่วมในการติดตามเยี่ยมบ้าน ให้กำลังใจประชาชนในชุมชน รวมไปถึงการช่วยเหลือด้านสวัสดิการต่างๆ ของท้องถิ่น เป็นต้น

เมื่อนำโปรแกรมการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนที่ได้รับการพัฒนาอย่างสมบูรณ์ไปทดลองใช้ในพื้นที่ นำร่อง พบว่า โปรแกรมนี้สามารถเพิ่มความเข้มแข็งทางใจทั้งในระดับบุคคลและชุมชน ลดความเครียดของประชาชนจากผลกระทบของการระบาดโควิด-19 และเมื่อติดตามข้อมูลการพยายามฆ่าตัวตายและการฆ่าตัวตายสำเร็จหลังการดำเนินงาน 6 เดือน ไม่พบทั้งการพยายามฆ่าตัวตายและการฆ่าตัวตายในชุมชน โดยโปรแกรมการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนนั้นช่วยส่งเสริมชุมชนมีกิจกรรมที่ช่วยส่งเสริมให้คนในชุมชนเกิดความเข้มแข็งทางใจ (Resilience) ทั้งในระดับบุคคลและชุมชน อาทิ การส่งเสริมความสามารถของคนในชุมชนในการดูแลตนเองในภาวะวิกฤต (Safe) การส่งเสริมความรู้ด้านความเข้มแข็งทางใจและการดูแลสุขภาพจิต การเข้าถึงการคัดกรองปัญหาสุขภาพจิต (Calm) การสร้างความหวังและกำลังใจด้วยกิจกรรมและหลักการทางศาสนา การสร้างระบบสวัสดิการให้การช่วยเหลือด้านสังคมและเศรษฐกิจสำหรับกลุ่มเปราะบางทางสังคมและเศรษฐกิจ การจ้างงานสร้างอาชีพ การแบ่งปันสิ่งของ การแบ่งปันอาหาร (Hope) การส่งเสริมศักยภาพชุมชนในการสร้างระบบการดูแลซึ่งกันและกันในชุมชน รวมถึงการส่งเสริมความเข้าใจและให้โอกาสกันในชุมชน (Connectedness) สอดคล้องกับการศึกษาของ Meredith และคณะ (2011) ที่กล่าวถึงกลไกของการสร้างความเข้มแข็งทางใจให้เกิดขึ้นในระดับบุคคลนั้นสามารถทำได้โดยการส่งเสริม Positive coping, Positive affect, Positive thinking, Realism, Behavioral control, Physical fitness, และ Altruism ในขณะที่ระดับชุมชนสามารถทำได้โดยการส่งเสริม Belongingness, Cohesion, Connectedness และ Collective efficacy (Meredith et al., 2011)

โปรแกรมการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนช่วยให้ชุมชนเกิดสิ่งแวดล้อมและกิจกรรมที่ช่วยส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจภายใต้กิจกรรมการดำเนินงานของชุมชนในด้านการเสริมสร้างความสงบ (Calm) และด้านการเสริมสร้างความหวัง (Hope) ซึ่งมีการส่งเสริมความความรู้ด้านความเข้มแข็งทางใจที่ใช้หลักการการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจของกรมสุขภาพจิต ประกอบด้วย 4 กิจกรรม ย่อย ได้แก่ 1) กิจกรรม I am : พลังยึด 2) กิจกรรมการสร้างพลัง 3) กิจกรรม I have : พลังยึด และ 4) กิจกรรม I can : พลังสู้ ซึ่งสอดคล้องกับที่เรวิช และแชทท์ (Reivich & Shatt, 2002 อ้างถึงใน เพ็ญนภา กุลนภาดล และจุฑามาศ แพนจอน, 2558) ว่าบุคคลจะมีความเข้มแข็งทางใจ ต้องมีความสามารถในการมองโลกในแง่ดี หมายถึงการมีมุมมองชีวิตในทางบวก ซึ่งได้แก่ การมีความเชื่อว่าสิ่งต่าง ๆ สามารถเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น มีความเชื่อว่าตนสามารถควบคุมปัญหาต่าง ๆ ได้ การมองโลกในแง่ดีจะทำให้บุคคลมีความอดทนที่จะทำให้สถานการณ์ดีขึ้น สอดคล้องกับแนวคิดของกรอทเบอร์ก (Grotberg, H. E., 1995) โปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยมีองค์ประกอบการสร้าง ความเข้มแข็งทางใจ คือ I am ประกอบด้วยกิจกรรมเกี่ยวกับการพัฒนาความคิดด้านบวก การมองเห็น คุณค่าของตนเอง ค้นหาความงดงามในตนเอง I have ประกอบด้วยกิจกรรมเกี่ยวกับการสื่อสารเพื่อสร้างสัมพันธภาพ การรับรู้ความสามารถในการแก้ปัญหาด้วยตนเอง และ I can ประกอบด้วย กิจกรรมเกี่ยวกับการฝึกกายและใจให้สงบ การฝึกการผ่อนคลาย และการแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้นโดยใช้ ทางเลือกในการแก้ปัญหาอย่างเหมาะสม

นอกจากนี้การศึกษาของ Sher L (2019) ที่กล่าวว่าการศึกษาในช่วง 10-15 ปีที่ผ่านมาชี้ให้เห็นว่าความเข้มแข็งทางใจ (Resilience) เป็นปัจจัยป้องกันความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย (Protective factors) และความเข้มแข็งทางใจกลายเป็นจุดสนใจของการวิจัยและป้องกันการฆ่าตัวตาย การสร้างความเข้มแข็งทางใจควรเป็นส่วนหนึ่งของการแทรกแซงการป้องกันการฆ่าตัวตายทั้งในระดับ Universal, Selective, and Indicated

suicide prevention interventions การส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจอาจลดความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายในประชาชนทั่วไปและในกลุ่มที่มีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายสูง การสร้างความเข้มแข็งทางใจในประชาชนทั่วไปอาจลดอุบัติการณ์ของความผิดปกติที่เกี่ยวข้องกับความเครียดและเป็นผลให้เกิดพฤติกรรมฆ่าตัวตาย แม้ว่าไม่สามารถสรุปผลได้โดยตรงว่าโปรแกรมนี้สามารถป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายได้ เพราะเมื่อติดตามในกลุ่มควบคุมก็พบว่ากลุ่มควบคุมก็ไม่พบการพยายามฆ่าตัวตายและการฆ่าตัวตายในชุมชนเช่นเดียวกัน ด้วยการใช้วิธีแบบ Quasi-experimental study ทำให้เราไม่สามารถควบคุมปัจจัยเชิงบริบทอื่นที่อาจมีผลกระทบต่อผลการวิจัย อาทิ การเคลื่อนย้ายประชากรในช่วงเวลาวิจัย สถานการณ์โควิด-19 ในชุมชน การเลิกจ้างงาน ปัญหา ยาเสพติด หรือโครงการการพัฒนาชุมชนจากหน่วยงานต่าง ๆ และเนื่องจากปัญหาการฆ่าตัวตายเป็นปัญหาที่ซับซ้อนและเกี่ยวข้องกับปัจจัยหลากหลายปัจจัย อาทิ ปัจจัยทางชีวภาพ ปัจจัยทางจิตวิทยา และปัจจัยทางสังคม แต่การวิจัยนี้สามารถแสดงถึงความสัมพันธ์เชิงเหตุผล (Causal relationship) ของโปรแกรมกับการเปลี่ยนแปลงของความเข้มแข็งทางใจ ทั้งในระดับบุคคลและชุมชน ซึ่งเป็นปัจจัยปกป้อง (Protective factors) ของการฆ่าตัวตาย นอกจากนี้การส่งเสริมความหวัง การจ้างงาน การช่วยเหลือทางสังคม การเข้าถึงบริการสุขภาพจิต การยึดหลักการทางศาสนา ความสัมพันธ์ในสังคมที่เกิดขึ้นจากโปรแกรมล้วนเป็นปัจจัยที่ช่วยป้องกันการฆ่าตัวตายทั้งสิ้น (Meadows et al, 2005; Malone et al., 2000; Hirsch et al., 2006; Oquendo et al., 2005; Chesley and Loring-McNulty, 2003; Kidd et al., 2006; Svetaz, Ireland and Blum, 2000; Chandy, Blum and Resnick, 1996; Eisenberg and Resnick, 2006; Fenaughty and Harre, 2003; Altrows and Paulson, 2006; aslow et al., 2005; Coker et al., 2002; Donald et al., 2006; Meadows et al., 2005; Van Ness and Larson, 2002; Tubergen, Grotenhuis and Ultee, 2005; Kraut and Walld, 2003; Benda, 2003; Cooperman and Simoni, 2005: อ้างอิง ใน McLean et al., 2008)

ดังนั้นจากการอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัยในระยะที่ 1 เพื่อพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนและประเมินผลโปรแกรม สามารถสรุปได้ว่า โปรแกรมการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนเป็นเครื่องมือที่ใช้ดูแลช่วยเหลือประชาชนในภาวะวิกฤตที่สามารถตอบสนองต่อความต้องการที่ครอบคลุมทุกมิติ ทั้งกาย จิต และสังคมของประชาชน ตลอดจนเป็นโปรแกรมฯ ที่สร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายทุกภาคเข้ามามีส่วนร่วมดูแลซึ่งกันและกันอย่างแท้จริง ขณะที่ภายในโปรแกรมมีหลักสูตรการฝึกอบรมและคู่มือประกอบการอบรมรองรับให้ทุกภาคส่วนสามารถนำไปใช้ได้ในทุกๆ ชุมชนได้ต่อไป

ระยะที่ 2 การนำไปปฏิบัติและขยายผล (Implementation and scaling up)

การศึกษาในระยะที่ 2 เป็นรูปแบบวิจัยการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ (Implementation research: IR) เพื่อพัฒนาวิธีการหรือกลยุทธ์ในการนำโปรแกรมไปปฏิบัติให้เกิดผลสำเร็จตามความมุ่งหมายของการพัฒนาโปรแกรม โดยใช้วิธีการ 5 ขั้นตอนเพื่อให้ได้มาซึ่งปัจจัยที่เกี่ยวข้อง กลยุทธ์การนำไปปฏิบัติในพื้นที่ และการขยายผลใน 25 จังหวัดเป้าหมาย รวมถึงกระบวนการประชุมเชิงปฏิบัติการที่จะช่วยให้ผู้ปฏิบัติสามารถวางแผนและวางกลยุทธ์ที่เหมาะสมกับพื้นที่ของตนเอง โดย 5 ขั้นตอนดังกล่าว ประกอบด้วย 1) การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง (Evidence Review) 2) การศึกษาปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อ การนำโปรแกรมการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน (รูปแบบเก่า) ไปปฏิบัติ (Implementation determinants) 3) การพัฒนาขั้นตอนการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาพิมพ์เขียวการดำเนินงานการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนในระดับจังหวัด (Tailored implementation blueprint) 4) การพัฒนากลยุทธ์การขยายผลในระดับประเทศ (Scaling up strategies) 5) การออกแบบและพัฒนาเครื่องมือการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนเพื่อสนับสนุนการขยายผล (Supporting system)

โดยผลลัพธ์จากการศึกษาจากทั้ง 5 ขั้นทำให้สามารถระบุปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการนำโปรแกรมการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนไปปฏิบัติ (Implementation determinants) และกลยุทธ์การนำไปปฏิบัติ (Implementation strategies) ที่น่าเชื่อถือเทียบเคียงกับผลการศึกษาจากเอกสารและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง มีความเหมาะสมกับโปรแกรมการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนและบริบทการดำเนินงานในประเทศไทย นอกจากนี้ยังสามารถระบุกลยุทธ์สำคัญสำหรับการขยายผล (Scaling up strategies) ไปสู่พื้นที่อื่นๆ ในระดับประเทศซึ่งมุ่งหวังผลการดำเนินงานในภาพใหญ่ใน 25 จังหวัดเป้าหมายและการก้าวข้ามความท้าทายของการดำเนินงานในภาวะวิกฤตโควิด-19 รวมถึงกระบวนการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาพิมพ์เขียวการดำเนินงานการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน โดยคาดหวังว่าผู้ปฏิบัติในพื้นที่ โดยเฉพาะในระดับจังหวัด จะสามารถนำกระบวนการนี้ไปใช้ในการออกแบบวางแผนและพัฒนากลยุทธ์ที่เหมาะสมกับปัญหาและบริบทของแต่ละจังหวัดในการดำเนินงานการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องและกลยุทธ์การนำโปรแกรมการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนไปปฏิบัติ

ขั้นตอนสำคัญของการวิจัยหรือการศึกษาเพื่อนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ (Implementation research: IR) คือการใช้กระบวนการทางวิทยาศาสตร์เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ อย่างมีประสิทธิภาพ (Kirk, 2016) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาวิธีการหรือกลยุทธ์ (Implementation strategies) ที่เป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติให้เกิดผลสำเร็จตามความมุ่งหมายของโปรแกรม ซึ่งจากการศึกษาเชิงคุณภาพจากประสบการณ์ของผู้ปฏิบัติที่เคยนำโปรแกรมการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน (รูปแบบเก่า) ไปใช้ในปี พ.ศ. 2563 ซึ่งมีการดำเนินงานในทุกจังหวัดของประเทศไทย ชี้ให้เห็นทั้งปัจจัยสนับสนุนความสำเร็จและปัญหาอุปสรรค โดยสิ่งที่ค้นพบจากข้อมูลปฐมภูมิล้วนเป็นปัจจัยที่ปรากฏในการทบทวนวรรณที่เกี่ยวข้องซึ่งศึกษามาจากหลากหลายบริบท ทำให้สามารถเชื่อได้ว่าปัจจัยที่ค้นพบนั้นมีความสำคัญกับการดำเนินงานอย่างแท้จริง

ในลำดับถัดไปของการศึกษาคือการพัฒนากลยุทธ์การนำไปปฏิบัติ (Implementation strategies) จากปัญหาอุปสรรคที่ค้นพบ ทั้ง 9 ด้าน ซึ่งประกอบด้วย ด้านที่ 1. ผู้บริหารในทุกระดับ ด้านที่ 2. ผู้ปฏิบัติ ด้านที่ 3. เครือข่ายการดำเนินงาน ด้านที่ 4. งบประมาณ ด้านที่ 5. ระยะเวลาการดำเนินงาน ด้านที่ 6. แนวทางการดำเนินงานในชุมชน ด้านที่ 7.สถานการณ์โควิด-19 ด้านที่ 8. บริบทของพื้นที่ และ ด้านที่ 9. ความพร้อมและ

ศักยภาพของชุมชน เพื่อให้ได้กลยุทธ์ที่มีความครอบคลุมจึงต้องมีการทบทวนวรรณกรรมเพื่อรวบรวมวิธีการหรือกลยุทธ์ที่สามารถเป็นไปได้ในการนำมาใช้กับโปรแกรมและบริบทไทย โดยในผลการศึกษาศึกษาของ Powell และคณะ (2015) และ Thomas J Waltz และคณะ (2015) ซึ่งได้รวบรวมความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญที่มีต่อวิธีการนโยบายนโยบายทางสุขภาพและสังคมไปปฏิบัติ โดยมั้งสิ้น 73 วิธี (ดังตารางที่ 30) แบ่งออกเป็น 9 ลักษณะวิธีการ ผู้วิจัยเลือกการค้นพบนี้เพื่อนำมาค้นหากลยุทธ์ที่เหมาะสมกับโปรแกรมการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน โดยคัดเลือกของผู้วิจัยใช้การพิจารณาจากความเหมาะสมกับโปรแกรมการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนและการจัดแยกกลุ่มอื่น ๆ อาทิ กลยุทธ์ที่ควรเป็นมาตรฐานในการดำเนินงานกลยุทธ์ที่ควรดำเนินการในระยะเวลาวิจัยและพัฒนา กลยุทธ์ที่เป็นจุดแข็งของโปรแกรมอยู่แล้ว กลยุทธ์ที่มีความหมายซ้ำกันสำหรับโปรแกรมนี้ โดยจะพบว่า กลยุทธ์ที่ถูกคัดเลือกมามากที่สุดคือ กลยุทธ์ในกลุ่มที่ 3 การพัฒนาความสัมพันธ์กับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย รองลงมาคือ กลยุทธ์ในกลุ่มที่ 4 การฝึกอบรมและให้ความรู้แก่ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ส่วนกลยุทธ์ที่ถูกคัดออกมากที่สุด คือ กลยุทธ์ในกลุ่มที่ 9 การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างใหญ่ กลยุทธ์ที่ 8 การใช้กลยุทธ์ทางด้านงบประมาณ และกลยุทธ์ที่ 5 การสนับสนุนช่างเทคนิค ซึ่งสอดคล้องกับลักษณะของโปรแกรมการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนที่เน้นการสร้างการมีส่วนร่วม และการเสริมสร้างความสามารถในการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชนมาใช้ในการดูแลกันและกันในภาวะวิกฤต รวมถึงการสร้างทีมใหม่และแบ่งปันหน้าที่ผู้นำกระบวนการและผู้ปฏิบัติในชุมชนไปสู่กลุ่มที่อยู่นอกระบบสาธารณสุขอย่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทำให้กลยุทธ์ในกลุ่มที่ 3 และกลยุทธ์ในกลุ่มที่ 4 มีบทบาทสำคัญในการช่วยขับเคลื่อนให้การนำโปรแกรมการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนไปปฏิบัติให้ประสบความสำเร็จ ประกอบกับ 34 กลยุทธ์ที่ได้รับคัดเลือก (Selected strategies) มีความครอบคลุมกับปัญหาอุปสรรคที่ถูกค้นพบจากขั้นตอนก่อนหน้า ทำให้สามารถนำ 34 กลยุทธ์ไปใช้ในอนาคตได้ต่อไป โดยทั้งปัญหาอุปสรรคและ 34 กลยุทธ์จะถูกนำไปเป็นข้อมูลนำเข้าสำคัญของกระบวนการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาพิมพ์เขียวการดำเนินการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนในลำดับต่อไป

การประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาพิมพ์เขียวการดำเนินการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน

การฝึกอบรมและการให้คำปรึกษาเป็นหนึ่งในกลยุทธ์ที่สำคัญในนำโปรแกรมการแทรกแซงทางจิตวิทยา (Psychological interventions) ไปปฏิบัติ เช่น โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (CBT) อย่างไรก็ตามหลักฐานเชิงประจักษ์ชี้ให้เห็นว่าการฝึกอบรมและการให้คำปรึกษาอย่างเดียวไม่สามารถทำให้การนำปฏิบัติประสบผลสำเร็จได้ เนื่องจากบริบทที่ต่างกันทำให้ความต้องการกลยุทธ์ที่ใช้ในการนโยบายนโยบายไปปฏิบัติให้มีประสิทธิภาพมีความแตกต่างกันไปด้วย (Beidas, 2012) โปรแกรมการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนถือเป็นหนึ่งในการแทรกแซงทางจิตวิทยาที่สำคัญของกรมสุขภาพจิตในการตอบสนองต่อสถานการณ์วิกฤติโควิด 19 เพื่อส่งเสริมให้ชุมชนมีความยืดหยุ่นในภาวะวิกฤต รู้จักจุดแข็งของตนเองและใช้ประโยชน์จากทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชนในการช่วยเหลือตนเองและเพื่อนบ้าน ส่งเสริมให้คนในชุมชนมีจิตใจที่เข้มแข็งสามารถเผชิญกับวิกฤติและช่วยเหลือกลุ่มตกงานที่กลับมาอยู่ในชุมชนเนื่องจากได้รับผลกระทบจากโควิด 19 ในชุมชน ซึ่งการดำเนินงานที่ครอบคลุมในระดับจังหวัด 25 จังหวัดเป้าหมายนั้นจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้ปฏิบัติจะต้องสามารถวิเคราะห์บริบทปัญหาความท้าทาย และคัดเลือกวิธีการหรือกลยุทธ์ที่เหมาะสมในการนำโปรแกรมการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนไปใช้ตามบริบทของตนเอง

การศึกษาในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยใช้วิธีการศึกษาแบบผสมผสานทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ เพื่อมุ่งพัฒนากระบวนการที่จะช่วยส่งเสริมให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนในแต่ละจังหวัดมีความสามารถในการคิดวิธีการหรือกลยุทธ์และวางแผนการดำเนินงานร่วมกันหรือที่เรียกว่าพัฒนาพิมพ์เขียวการดำเนินงาน (Implementation blueprint) เพื่อเป็นแนวทางในการทำงานของทีมดำเนินการตั้งแต่ในระยของ Pre-implementation Implementation และ Sustainment โดยประยุกต์ใช้วิธีการของ Lewis และคณะ (2018) ผู้วิจัยใช้วิธีการนี้ร่วมกับข้อมูลนำเข้าจากขั้นตอนที่ 1 และ ขั้นตอนที่ 2 ซึ่งทำให้ได้ปัจจัยและปัญหาอุปสรรคที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงาน รวมถึงกลยุทธ์การนำไปปฏิบัติที่รวบรวมไว้ทั้ง 34 กลยุทธ์ โดยมีการพัฒนากระบวนการที่เข้ากับบริบทโปรแกรมการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนและทดสอบการใช้งานในพื้นที่ 4 จังหวัดนำร่อง คือ ลำพูน กาฬสินธุ์ นครสวรรค์และนครศรีธรรมราช การพัฒนากลยุทธ์เฉพาะ (Tailoring strategies) สำหรับพื้นที่ที่มีปัจจัยทางบริบท (Contextual factors) ที่แตกต่างกันและส่งผลกระทบต่อการบวนการนำไปปฏิบัติ (Implementation process) ถือเป็นหัวใจสำคัญของการดำเนินงานที่จะประสบความสำเร็จ แต่ปัจจุบันองค์ความรู้และกระบวนการพัฒนากลยุทธ์เฉพาะ (Tailoring strategies) มีอยู่ไม่มากนัก โดยกลยุทธ์เฉพาะ (Tailoring strategies) มักจะถูกเรียกอีกอย่างหนึ่งว่า “Black box” ของการนำไปปฏิบัติ (Implementation) การศึกษานี้ทำให้ทราบถึงสิ่งที่อยู่ข้างใน Black box จึงเป็นสิ่งสำคัญทั้งในเชิงของวิชาการและการดำเนินงานในพื้นที่เพื่อให้การนำนโยบายหรือโปรแกรมไปปฏิบัติประสบความสำเร็จ และมีแบบแผน (Blueprint) ที่สามารถนำไปขยายผลต่อไปในพื้นที่อื่นๆ ต่อไป

ในขั้นตอนที่ 1 ของกระบวนการพัฒนาพิมพ์เขียว (Implementation blueprint) คือการระบุปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน (Identify the determinants of practice) โดยเน้นที่ปัญหาอุปสรรคและในขั้นตอนที่ 2 คือการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา โดยปัญหาอุปสรรคทั้ง 9 ด้าน คือ 1) ผู้บริหาร 2) ผู้ปฏิบัติ 3) เครือข่ายการดำเนินงาน 4) งบประมาณ 5) ระยะเวลาการดำเนินงาน 6) โปรแกรมการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน 7) สถานการณ์โควิด-19 8) บริบทปัญหาของพื้นที่ และ 9) ศักยภาพของชุมชน ซึ่งได้จากการถอดบทเรียนการดำเนินงานในปี พ.ศ. 2563 ถูกนำมาพัฒนาเป็นแบบสอบถามความคิดเห็นและเครื่องมือในการวิเคราะห์ปัญหาของแต่ละจังหวัด ซึ่งจะแตกต่างจากกระบวนการเดิมที่ใช้วิธีการสนทนากลุ่มและการระดมสมอง (Lewis et al., 2018) แต่กระบวนการใหม่ที่มีการพัฒนาทำให้ผู้ร่วมกระบวนการมีวิธีการคิดแบบเป็นระบบและครอบคลุมมากขึ้น รวมถึงเป็นการลดขั้นตอนความยาก ช่วยลดระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมให้สามารถพัฒนาพิมพ์เขียว (Implementation blueprint) เสร็จได้ภายใน 1 วัน ในขั้นตอนที่ 3 การเลือกและให้คะแนนกลยุทธ์ในการแก้ไขปัญหา ในขั้นตอนนี้ทางทีมวิจัยมีการคัดเลือกและปรับกลยุทธ์ให้เหมาะสมกับโปรแกรมการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน โดยพิจารณาจากลักษณะโปรแกรม องค์ประกอบของโปรแกรม หน่วยการนำไปใช้ ผู้ปฏิบัติ ระบบสุขภาพและสุขภาพจิต โดยคัดเลือกและเพิ่มเติมจาก 73 กลยุทธ์ที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม เหลือ 34 กลยุทธ์ที่ใช้เป็นข้อเสนอแนะในการแก้ปัญหการนำไปปฏิบัติในจังหวัดต่าง ๆ ขั้นตอนที่ 4 คือการตั้ง Implementation team และขั้นตอนที่ 5 การพัฒนาพิมพ์เขียว (Implementation blueprint) เพื่อเป็นแนวทางในการทำงานของทีมดำเนินการตั้งแต่ในระยของ Pre-implementation Implementation และ Sustainment โดยทั้งสองขั้นตอนนี้ยึดกระบวนการเดิมของ Lewis และคณะ (2018) แม้ว่าทีมผู้วิจัยจะมีการปรับเปลี่ยนกระบวนการที่สำคัญในกระบวนการวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อลดต้นทุนและเพิ่มความสามารถในการนำไปใช้ (ลดระยะเวลาและความยาก) อาจเป็นการลดประสิทธิภาพที่จะได้จากกระบวนการนี้ แต่อย่างไรก็ตามความสามารถในการนำไปใช้ได้จริงในพื้นที่จริง (Feasibility) นั้นมีความสำคัญกว่าการยึดกระบวนการที่ยากจนไม่สามารถขยายผลต่อไปได้

จากผลการดำเนินงานใน 4 จังหวัดพื้นที่นำร่อง พบว่า พิมพ์เขียว (Implementation blueprint) ของแต่ละจังหวัดจะมีความแตกต่างกัน ตามปัญหาอุปสรรคที่ได้รับการระบุและจัดลำดับความสำคัญในขั้นตอนที่ 1 และ 2 และรายละเอียดในการดำเนินการก็แตกต่างกันด้วย นั้นเน้นย้ำถึงความสำคัญของการใช้กระบวนการนี้ในการพัฒนาพิมพ์เขียว (Implementation blueprint) ของแต่ละจังหวัดเพื่อให้ทีมดำเนินการของแต่ละจังหวัดมีแผนการดำเนินงานที่เหมาะสมกับบริบทปัญหาของตนเอง นอกจากนี้เมื่อประเมินความพึงพอใจของผู้เข้าร่วมกระบวนการใน 4 จังหวัด พบว่า ผู้เข้าร่วมมีความพึงพอใจในกิจกรรมในระดับสูงและจะมีการนำไปประยุกต์ใช้กับการวางแผนงานอื่น ๆ ในอนาคต แสดงถึงความสามารถในการนำไปใช้ (Feasibility) และความยั่งยืน (Sustainability) ของกระบวนการนี้

กลยุทธ์การขยายผลในระดับประเทศ (Scaling up strategies)

ในกระบวนการพัฒนากลยุทธ์เพื่อการขยายผลผู้วิจัยใช้การวิเคราะห์ข้อมูลจากพิมพ์เขียว (Blueprint) ของพื้นที่นำร่อง 4 จังหวัด เพื่อเป็นข้อมูลนำเข้าและการวางตัวอย่างการดำเนินงานเพื่อออกแบบระบบสนับสนุนที่เหมาะสมกับทุกจังหวัด ประกอบกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเพื่อให้ได้มาซึ่งกลยุทธ์ที่ครอบคลุมและมีประสิทธิภาพต่อเป้าหมายของการขยายผล โดยเป้าหมายของการขยายผลนั้น ทางทีมผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิด RE-AIM (King and Glasgow, 2010) เข้ามาตั้งเป้าหมายและออกแบบการประเมินผลที่จะเกิดขึ้นในระยะที่ 3 โดยสรุปเป้าหมายตามกรอบแนวคิด RE-AIM คือ 1) R-Reach: ผู้ใช้และประชาชนเข้าถึงโปรแกรมครอบคลุมพื้นที่ 25 จังหวัด 2) E-Effectiveness: โปรแกรมมีประสิทธิภาพ สามารถเพื่อความเข้มแข็งทางใจทั้งในระดับบุคคลและชุมชน รวมถึงสามารถลดปัญหาสุขภาพจิต ส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นในวิกฤตโควิด-19 3) A-Adoption: พื้นที่นำโปรแกรมไปใช้จริง 4) I-Implementation: ผู้ใช้สามารถปฏิบัติตามแนวทางของโปรแกรมได้อย่างถูกต้อง และ 5) M-Maintenance: ชุมชนคงไว้ซึ่งความต่อเนื่องของการดำเนินงานตามโปรแกรม

ผลจากการศึกษาผู้วิจัยสังเคราะห์และสรุปกลยุทธ์ที่จะถูกนำมาใช้ในการขยายผลออกเป็น 5 กลยุทธ์สำคัญ คือ 1) การเผยแพร่นโยบายและการสร้างความร่วมมือระหว่างกระทรวง (Policy advocacy and collaboration) 2) การสร้างผู้นำ (Leadership) 3) การฝึกอบรมและให้คำปรึกษา (Training and supervision) 4) การกำกับติดตามและการประเมินผล (Monitoring and evaluation) และ 5) การประยุกต์และปรับให้เข้ากับบริบท (Adapting and tailoring) โดยมุ่งหวังให้ทั้ง 5 กลยุทธ์นี้บรรลุเป้าหมายตามกรอบ RE-AIM ที่ตั้งไว้

Eaton และคณะ (2011) ได้เสนอ 4 ขั้นตอนของการพัฒนากลยุทธ์สำหรับการขยายผลบริการสุขภาพจิตในประเทศที่มีรายได้ต่ำถึงปานกลาง ประกอบด้วย 1) การวิเคราะห์สถานการณ์ (Situational analysis) ซึ่งเป็นขั้นตอนที่ต้องรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลที่เกี่ยวข้องจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย อาทิ กลุ่มประชากรเป้าหมาย จำนวนทรัพยากรมนุษย์หรือผู้ปฏิบัติในพื้นที่ จุดแข็งของระบบที่จะขยายผล งบประมาณ และกลุ่มเครือข่ายอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง 2) การวางแผน (Planning) การลำดับความสำคัญของบริการ การทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับบริการสุขภาพจิตในบริบทพื้นที่จริง ทั้งในด้านการยอมรับ (Acceptability) การซื้อหรือมีงบประมาณในการทำงาน (Affordable) และการนำไปใช้ได้ (Feasibility) การออกแบบวิธีการ/กลยุทธ์ที่เหมาะสมในการนำบริการสุขภาพจิตไปใช้ในระบบสุขภาพที่มีอยู่ รวมถึงการระบุปัญหาอุปสรรคเพื่อพัฒนาแผนบริหารความเสี่ยง 3) การนำไปปฏิบัติ (Implementation) สร้างการมีส่วนร่วมกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและนำแผนกลยุทธ์การขยายผลไปปฏิบัติ และขั้นตอนสุดท้าย 4) การประเมินผล (Evaluation) โปรแกรมหรือบริการที่ดำเนินการร่วมกับกลยุทธ์ที่ได้รับการพัฒนา ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับกระบวนการนี้ร่วมกับกระบวนการและข้อมูลนำเข้าของ

การพัฒนา 5 กลยุทธ์เพื่อขยายผลโปรแกรมการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน พบว่า มีความเหมือนกันในแต่ละขั้นตอน เพียงแต่วิธีการได้มาซึ่งข้อมูลในขั้นตอนการวิเคราะห์สถานการณ์ในแตกต่างกัน คือ ผู้วิจัยใช้การเก็บข้อมูลปัญหาอุปสรรคจากการศึกษาเชิงคุณภาพในกลุ่มผู้ปฏิบัติ ข้อมูลจากพิมพ์เขียวการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนของ 4 ที่เป็นตัวแทนแต่ละภาคประเทศไทย ซึ่งถือเป็นข้อมูลที่มีความครอบคลุมและได้มาจากระบวนการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอย่างแท้จริง

ด้วยลักษณะของโปรแกรม ผลประสิทธิภาพในพื้นที่นำร่อง และกลยุทธ์ที่เกิดขึ้นทำให้คาดหวังได้ว่าการขยายผลนี้ทำให้ประชาชนได้รับการช่วยเหลือมากขึ้นในสถานการณ์วิกฤตนี้ ด้วยเป็นโปรแกรมที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์รองรับ ประชาชนมีความต้องการในการดูแลช่วยสุขภาพจิตและสังคม สอดคล้องกับบริบทชุมชน และใช้งบประมาณในการดำเนินงานต่ำ สอดคล้องกับการศึกษาของ Eaton และคณะ (2011) ที่กล่าวว่าการสร้างความสำเร็จในการขยายผล จะต้องประกอบด้วย 1) การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence) 2) การเพิ่มความต้องการของโปรแกรม (Demand) 3) การเปรียบเทียบกับค่าเฉลี่ยของสังคมหรือความเชื่อของสังคม (Compatibility with norms/values) 4) การสร้างผลลัพธ์ที่รวดเร็ว (Quick results) 5) การลดความซับซ้อน (Less complexity) และ 6) การลดค่าใช้จ่าย (Low cost – easier to get and distribute money)

ความสำคัญของการวิจัยในระยะที่ 2 (Implications)

การวิจัยการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ (Implementation Research: IR) มีความสำคัญมาก เพราะการนำนโยบายไปปฏิบัติอย่างไม่มีประสิทธิภาพทำให้สิ้นเปลืองงบประมาณและทรัพยากรอื่นๆ โดยไม่จำเป็น (Garner, 1998) โดยเฉพาะทางด้านสุขภาพจิตที่มักจะมียงบประมาณในการดำเนินงานที่ไม่เพียงพอกับความต้องการของประชาชน และจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ยังไม่มีการใช้ทฤษฎีต่าง ๆ ของวิทยาศาสตร์การนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติมาออกแบบแนวทางในการดำเนินงานและการวิจัยอย่างเป็นระบบทำให้ขาดองค์ความรู้ที่จำเป็นต่อการนำนโยบายไปปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ

Valentijn และคณะ (2016) มีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการนำนโยบายการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังไปปฏิบัติ โดยมีการเสนอแนะว่า ก่อนที่จะมีการปฏิบัติตามนโยบายใดๆ ควรมีการทบทวนวรรณกรรมว่ากลยุทธ์ใดมีแนวโน้มว่าจะประสบความสำเร็จ Erasmus และคณะ (2014) ได้ทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับกับการวิจัยเพื่อค้นหาวิธีการนำนโยบายสาธารณสุขสู่การปฏิบัติ และพบว่าในประเทศที่มีรายได้ต่ำและรายได้ปานกลาง ยังไม่มีการทำการวิจัยด้านนี้มากนัก จึงเสนอแนะว่าควรรวบรวมและสังเคราะห์องค์ความรู้ที่มีอยู่ทั้งด้านแนวคิดและทฤษฎีที่จะใช้เพื่อให้เกิดการทำงานในเรื่องนี้อย่างเป็นระบบ ซึ่งสอดคล้องกับข้อเสนอของ Angela Evans และคณะ (2013) ที่ระบุว่า ไม่เพียงแต่ระดับนโยบายที่ต้องมีการทบทวนวรรณกรรมด้านนี้เท่านั้น แต่ในระดับผู้ปฏิบัติก็ต้องมีการทบทวนฯ ด้วย เพื่อให้การปฏิบัติตามนโยบายมีประสิทธิภาพสูงสุด ผลที่ได้จากการวิจัยการนำนโยบายไปปฏิบัติยังจะเป็นข้อมูลย้อนกลับเข้าสู่กระบวนการพัฒนานโยบายต่อไปอีกด้วย (Wolin และคณะ, 2011)

การศึกษานี้ถือเป็นครั้งแรกของการวิจัยการนำโปรแกรมสุขภาพจิตไปปฏิบัติอย่างเป็นระบบ และการวิจัยกลยุทธ์การขยายผลของโปรแกรมสุขภาพจิตในระดับประเทศที่เกี่ยวข้องกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในทุกระดับตั้งแต่ระดับกระทรวง กรม เขตสุขภาพ จังหวัด อำเภอ จนถึงประชาชนในระดับพื้นที่ ซึ่งการขยายผลนี้ครอบคลุมการดูแลประชาชนในชุมชนใน 25 จังหวัดเป้าหมายครอบคลุม 360 อำเภอ 2,400 ตำบล และขยายผลไปยังระบบอื่นๆ ที่ไม่ใช่แค่ในระบบสาธารณสุขเพียงอย่างเดียว แต่ขยายไปสู่เครือข่ายภายนอกอย่างองค์กรปกครอง

ส่วนท้องถิ่น เครือข่ายประชาชน และองค์กรอิสระอื่น ๆ องค์ความรู้ที่ได้จากกระบวนการนี้ถือว่ามีความสำคัญมาก ด้วยการศึกษที่ใช้ทั้งข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ (Mixed methods) ควบคู่กันไปทำให้เกิดความเข้าใจในกระบวนการและมีหลักฐานแสดงผลสำเร็จ (หรือไม่สำเร็จ) ในการดำเนินงาน กลยุทธ์ที่เกิดขึ้นทั้งกลยุทธ์การนำไปปฏิบัติและกลยุทธ์การขยายผลสามารถนำไปสู่การปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ มีทฤษฎีหรือแนวคิดมารองรับ (Theoretical background) มีหลักฐานยืนยัน (Evidence-based) และประกอบด้วยหลากหลายรูปแบบ (Multifaceted strategies) นอกจากนี้การมีกระบวนการที่ช่วยให้พื้นที่ที่แตกต่างกันสามารถปรับเปลี่ยนกลยุทธ์ได้ตามความเหมาะสม (Tailor-made multifaceted implementation strategies) ถือเป็นจุดเปลี่ยนสำคัญของการดำเนินงานสุขภาพจิตในระบบสุขภาพของไทยที่ให้อำนาจผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในทุกระดับได้มาเข้าร่วมออกแบบแผนการดำเนินงานในพื้นที่ของตนเอง ด้วยจุดแข็งเหล่านี้จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการนำโปรแกรมนี้ไปสู่การปฏิบัติ และองค์ความรู้ต่างๆ รวมถึงกระบวนการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาพิมพ์เขียวการดำเนินงานก็สามารถนำไปใช้ในการนำโปรแกรมหรือนโยบายอื่นๆ ไปสู่การปฏิบัติและการขยายผลได้ในอนาคต

ระยะที่ 3 การประเมินผล

การประเมินผลโปรแกรมการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนในพื้นที่ขยายผลไม่ได้มุ่งเน้นเพียงแต่การประเมินประสิทธิภาพ (Effectiveness) เพียงอย่างเดียวแต่เป็นการประเมินที่ใช้ทั้งข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพในการประเมินกระบวนการ (Implementation evaluation) และการประเมินผลกระทบ (Impact evaluation) โดยผู้วิจัยมีการนำกรอบแนวคิด RE-AIM มาใช้ในการประเมินผลเพื่อให้การประเมินผลมีความครอบคลุมในทุกมิติ โดยจากแผนการประเมินผลจะมุ่งการเก็บข้อมูลให้ครอบคลุม 25 จังหวัด แต่เนื่องจากเกิดข้อผิดพลาดในการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณและการดำเนินงานที่ไม่เป็นไปตามแผนในบางจังหวัดทำให้ไม่สามารถเก็บข้อมูลเชิงปริมาณได้ครบทั้ง 25 จังหวัด อย่างไรก็ตามก็สามารถเก็บข้อมูลเชิงปริมาณมาได้เกินครึ่งของจังหวัดเป้าหมาย คือ 15 จังหวัดที่ครบถ้วนตามเกณฑ์ของรูปแบบ Controlled-before after study design และมีกลุ่มเป้าหมายทั้งในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองที่มากเพียงพอต่อการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงสถิติที่มีความน่าเชื่อถือ นอกจากนี้ยังมีข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการถอดบทเรียนและการสนทนากลุ่มจากทุกจังหวัดเป้าหมายทำให้ผลการประเมินมีความครบถ้วนตามมิติ RE-AIM และแบบแผนการประเมินที่วางไว้

ผลการการประเมินการเข้าถึง (Reach) โปรแกรมการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนในพื้นที่ 25 จังหวัดเป้าหมายที่มีการขยายผลตั้งแต่เดือนสิงหาคม 2564 - กันยายน 2565 นั้นแบ่งการประเมินออกเป็น 2 ระดับ คือ การเข้าถึงของกลุ่มเป้าหมายต่อผู้ใช้โปรแกรมและการเข้าถึงของกลุ่มเป้าหมายต่อประชาชนในชุมชนที่ใช้โปรแกรม โดยการเข้าถึงของกลุ่มเป้าหมายต่อผู้ใช้โปรแกรมในระดับจังหวัดนั้นมีการประเมินการเข้าถึงจากกิจกรรมสำคัญภายใต้กลไกการขยายผล คือ การเข้าร่วมโครงการถอดรหัสนวัตกรรมวัคซีนใจในชุมชน ปีพ.ศ. 2564 ซึ่งจัดขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์สำคัญ 2 ประการ คือ 1) การสร้างการรับรู้นโยบายและสร้างความเข้าใจในโปรแกรมการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน และ 2) ลงนามบันทึกข้อตกลงการขับเคลื่อนการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนระหว่างกรมสุขภาพจิตกับหน่วยงานสาธารณสุขและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยโครงการนี้มีผู้เข้าร่วมออนไลน์กว่า 900 คนมาจากทั่วประเทศไทย และมีจังหวัดเป้าหมายที่ร่วมลงนามบันทึกข้อตกลงการขับเคลื่อนการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน ทั้งสิ้น 24 จังหวัด ซึ่งไม่ครบร้อยละ 100 เพราะการสื่อสารที่กระชั้นชิดและปัญหาอุปสรรคของการจัดเตรียมงาน นอกจากนี้ยังประเมินจากการพัฒนาพิมพ์เขียวการดำเนินงานระดับจังหวัด

และการนำพิมพ์เขียวนี้ไปใช้ ผลการประเมินพบว่า ทั้ง 25 จังหวัดมีการเข้าร่วมกระบวนการพัฒนาพิมพ์เขียวของตนเองและมีผู้เข้าร่วมซึ่งเป็นตัวแทนจากหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน อาทิ สสจ. สสอ. รพ.สต. อปท. กศน. พระ เป็นต้น โดยกระบวนการนี้นอกจากจะเป็นการพัฒนาพิมพ์เขียวแล้ว แต่ยังเป็นอีกหนึ่งเวทีที่ทางจังหวัดสามารถใช้ในการชี้แจงนโยบายและทำความเข้าใจเกี่ยวกับโปรแกรมการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน ในขั้นตอนนี้พบปัญหาอุปสรรคเนื่องจากบางจังหวัดไม่สามารถจัดกิจกรรมนี้ในช่วงปลายปี 2564 และต้นปี 2565 ซึ่งเป็นช่วงที่มีความเหมาะสมในการพัฒนาแผนเพื่อขับเคลื่อนต่อไป มี 3 จังหวัดที่ดำเนินการในขั้นตอนนี้ล่าช้าทำให้แผนไม่สามารถนำไปบูรณาการเข้ากับแผนการขับเคลื่อนงานสุขภาพและสุขภาพจิตของจังหวัด ส่งผลต่อการจัดสรรงบประมาณและการดำเนินงาน

การประเมินการเข้าถึงของโปรแกรมการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนในระดับผู้ปฏิบัติ ซึ่งประเมินจากผู้ผ่านการฝึกอบรมทั้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและผู้นำชุมชน พบว่า ทีมดำเนินการระดับเขตสุขภาพสามารถขยายผลไปได้อย่างครอบคลุมคือ มีผู้ผ่านการฝึกอบรมทั้งสิ้น 3,905 คน ทั้งในรูปแบบของ Online และ Onsite training คิดเป็นร้อยละ 95.27 ในระดับอำเภอ และพบว่าร้อยละ 100 ของอำเภอที่ผ่านการฝึกอบรมมีการนำไปใช้นั้นแสดงถึงประสิทธิภาพของการใช้รูปแบบการฝึกอบรมแบบ Online ร่วม Onsite training ซึ่งทำให้เกิดการเข้าถึงผู้ปฏิบัติได้อย่างครอบคลุมโดยงบประมาณและระยะเวลาที่จำกัด อย่างไรก็ตามเมื่อทำการสำรวจการนำไปใช้ในระดับตำบลโดยใช้ Google form ซึ่งมีผู้ตอบรับกลับมา 553 ตำบล พบว่า ร้อยละ 54.5 ของตำบลที่ตอบแบบสอบถามระบุว่าไม่เคยผ่านการฝึกอบรมหลักสูตรการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน แสดงถึงความไม่ครอบคลุมของการขยายผลในระดับตำบล ซึ่งการขยายผลให้ครอบคลุมในระดับตำบลนั้นอาจต้องใช้กลยุทธ์อื่นเข้ามาช่วย อาทิ การเพิ่มงบประมาณ การสร้างความต่อเนื่องในการดำเนินงาน การสื่อสารที่ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย เป็นต้น

สำหรับการเข้าถึงสำหรับการประเมินการเข้าถึงของกลุ่มเป้าหมายต่อประชาชนในชุมชนที่นำโปรแกรมการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนไปใช้ ซึ่งมุ่งเน้นการเก็บข้อมูลชี้วัดถึงการได้รับการดูแลทางสุขภาพจิตและสังคม โดยการเก็บข้อมูล 2 ส่วนคือ ผลการประเมินสุขภาพจิตโดยใช้โปรแกรม Mental Health Check-in และการรายงานผลการดำเนินงานในชุมชนที่เข้าร่วมประกวดชุมชนต้นแบบการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน พบว่า ในปี 2564 ประชาชนใน 25 จังหวัดเป้าหมาย 706,136 คนได้รับการคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตผ่านโปรแกรม Mental Health Check-in ซึ่งเป็นหนึ่งในเครื่องมือในโปรแกรมการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน และในปี 2565 ประชาชนจำนวน 330,566 คน ได้รับการคัดกรองปัญหาสุขภาพจิต นอกจากนี้ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลจากรายงานผลการดำเนินงานการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนจาก 19 ชุมชนตัวอย่าง 14 จังหวัดเป้าหมาย พบว่าประชาชนจำนวน 40,565 ได้รับการคัดกรองปัญหาสุขภาพจิต และประชาชนกลุ่มเปราะบาง อาทิ กลุ่มตกงาน กลุ่มรายได้น้อย กลุ่มผู้สูงอายุติดเตียง กลุ่มผู้มีปัญหาสุขภาพจิต เป็นต้น จำนวน 7,355 คนได้รับการดูแลทางสังคมจิตใจ จะเห็นได้ว่าผลการใช้โปรแกรม Mental Health Check-in มีการลดลงในปีหลัง ในขณะที่ข้อสันนิษฐานของการศึกษาคือ โปรแกรมการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนจะสามารถเพิ่มการคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตและการใช้งานโปรแกรม Mental Health Check-in มากขึ้น เหตุที่เป็นเช่นนี้อาจมาจาก 2 สาเหตุสำคัญคือ 1) ลักษณะการใช้งานโปรแกรม Mental Health Check-in จะมีการใช้มากในกลุ่มที่สามารถเข้าถึงเทคโนโลยีได้ และ 2) ชุมชนไม่ได้ให้ความสำคัญต่อการคัดกรองปัญหาสุขภาพจิต 3) อาจมีการคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตในรูปแบบกระดาษ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเชิงคุณภาพในการสนทนากลุ่มเพื่อค้นหาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายในชุมชน พบว่า ปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นในชุมชนส่วนใหญ่มาจาก 6 สาเหตุสำคัญคือ 1) ค่านิยมของกลุ่มเป้าหมายที่ไม่ชัดเจนทำให้เข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้ไม่ครอบคลุม 2) แกนนำชุมชนขาดความรู้และทักษะ

ในการติดตามดูแลช่วยเหลือกลุ่มเปราะบาง 3) ภาระงานของเจ้าหน้าที่ 4) กลุ่มเปราะบางไม่ให้ความสำคัญในการดูแลสุขภาพจิต 5) กลุ่มเปราะบางไม่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพจิตได้ 6) กลุ่มเปราะบางและครอบครัวไม่ให้ความร่วมมือในการคัดกรองและกิจกรรมการดูแลสุขภาพจิต

ปัญหาดังกล่าวที่ค้นพบจากการศึกษา ถือเป็นการสะท้อนปัญหาที่ไม่ได้เกิดขึ้นในช่วงสถานการณ์วิกฤตโควิด-19 เท่านั้น แต่เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นมาอย่างยาวนานและเป็นอุปสรรคที่ทำให้กลุ่มเป้าหมายไม่ได้รับการช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตและจิตสังคมที่ควรจะได้รับ สาเหตุหนึ่งที่สำคัญและต้องเร่งแก้ไขคือปัญหาการตีตราทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิต (Eaton, 2011) ที่ส่งผลให้ขาดความร่วมมือและความตระหนักในการดูแลสุขภาพจิตในชุมชน

การประเมินผลที่เกิดขึ้น (Effectiveness) เน้นการประเมินผลที่เกิดขึ้นทั้งทางบวกและทางลบ โดยเฉพาะผลลัพธ์ต่อประชาชนทั้งทางด้านจิตใจและสังคม โดยแบ่งการประเมินมีได้ออกเป็น 2 รูปแบบคือ ผลที่เกิดขึ้นต่อผู้ใช้โปรแกรมนั่นคือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและผู้นำชุมชน และผลที่เกิดขึ้นต่อประชาชนในชุมชนที่ใช้โปรแกรม ซึ่งมีการศึกษาทั้งผลลัพธ์ของโปรแกรมต่อความเข้มแข็งทางใจ ความยืดหยุ่นของชุมชน ปัญหาสุขภาพจิต รวมถึงคุณภาพชีวิตของประชาชนในชุมชน โดยการศึกษาพบว่าผู้ใช้โปรแกรมที่ผ่านการฝึกอบรมทั้งออนไลน์และออนไลน์มีความรู้ความเข้าใจในโปรแกรมการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน รวมถึงมีความมั่นใจในการนำไปใช้ในชุมชนเพิ่มมากขึ้น และผลการวิเคราะห์ในภาพรวม พบว่า มีการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญของปัญหาสุขภาพจิตอย่างความเครียดและภาวะซึมเศร้าของประชาชนในชุมชนที่มีการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน รวมถึงพบการเปลี่ยนแปลงของความยืดหยุ่นของชุมชน และคุณภาพชีวิตของประชาชน แต่ไม่พบการเปลี่ยนแปลงอย่างนัยสำคัญทางสถิติของความเข้มแข็งทางใจในระดับบุคคลเปรียบเทียบกับชุมชนควบคุมของแต่ละจังหวัด โดยผลที่เกิดขึ้นใน 15 จังหวัดตัวอย่างนี้มีความแตกต่างจากผลประสิทธิภาพของโปรแกรมที่ถูกประเมินในพื้นที่นำร่องของจังหวัดนครศรีธรรมราช คือ ในพื้นที่นำร่องไม่พบการเปลี่ยนแปลงของปัญหาสุขภาพจิต และพบการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของความเข้มแข็งทางใจในระดับบุคคล อาจเป็นเพราะกลุ่มเป้าหมายที่ใช้ในการประเมินทำให้เกิดโอกาสของการจัดการเปลี่ยนแปลงในชุมชนได้ดีขึ้น และแม้ว่าความเข้มแข็งทางใจจะไม่พบการเปลี่ยนแปลงของความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ผลก็เห็นการเปลี่ยนแปลงได้อย่างชัดเจนในการประเมินก่อนและหลังการดำเนินงาน ซึ่งความเข้มแข็งทางใจนั้นเกี่ยวข้องกับปัจจัยในหลากหลายด้าน ทั้งปัจจัยภายในและภายนอกของบุคคล ควรได้รับการศึกษาเชิงลึกเพื่อค้นหาปัจจัยที่ทำให้เกิดความแตกต่างนี้ ต่อไปโดยเฉพาะในระดับจังหวัด

สำหรับการประเมินการนำไปใช้ (Adoption) ในระดับชุมชนซึ่ง พบว่า ร้อยละ 64.7 ของผู้ที่ผ่านการฝึกอบรมมีความตั้งใจจะนำไปใช้ในชุมชนของตนเอง คำถามสำคัญที่น่าสนใจจากผลการศึกษาครั้งนี้ คือ อะไรเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดการนำไปใช้ (What indicate Successful Adoption?) โดยจากการศึกษาทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพทำให้สามารถสรุปได้ว่า ปัจจัยที่ทำให้เกิดการนำโปรแกรมไปใช้ แบ่งออกเป็น 4 ประเด็นสำคัญ ดังนี้ 1) การกำหนดเป็นตัวชี้วัด ซึ่งการกำหนดเป็นตัวชี้วัดจะช่วยส่งเสริมให้ผู้ปฏิบัติเห็นความสำคัญของการดำเนินงาน มีการวางแผนงาน และจัดสรรงบประมาณอย่างมีประสิทธิภาพ 2) ผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Leader for change) บางชุมชนต้องมียุทธศาสตร์ในการดำเนินงานจึงจะมีการนำโปรแกรมไปใช้ ในขณะที่บางชุมชนไม่มีงบประมาณแต่มีการนำโปรแกรมไปใช้ด้วยมีผู้นำที่เห็นความสำคัญ และมองข้ามอุปสรรคด้านงบประมาณ โดยนอกจากการมีผู้นำที่เป็นนักพัฒนาแล้ว การมีผู้นำที่มีความรู้ความเข้าใจและมีความมั่นใจในการนำโปรแกรมไปใช้ก็จะทำให้เกิดความสำเร็จในการดำเนินงาน 3) ความพร้อมของชุมชน ทรัพยากรและศักยภาพของชุมชน ช่วยให้เกิดการนำไปใช้ที่ง่ายขึ้น 4) ผลลัพธ์ที่ชัดเจน วิธีการวัดที่มีคุณภาพ เรียกความมั่นใจและส่งเสริมการนำไปใช้

จากการเก็บข้อมูลแบบสอบถามและการสนทนากลุ่มผู้ใช้โปรแกรมเพื่อศึกษามิติที่ 4 การนำไปปฏิบัติ (Implementation) ใน 25 จังหวัด ($n = 567$) พบว่า ผู้ใช้ร้อยละ 83.07 ให้การยอมรับในโปรแกรมการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน (471 คน) โดยมีคะแนนเฉลี่ยของการยอมรับเท่ากับ 8.44 เมื่อประเมินในเรื่องของความเหมาะสมของโปรแกรมกับสถานการณ์ปัญหาและการแก้ไขปัญหาในชุมชน พบว่า ร้อยละ 99.29 ของผู้ให้ข้อมูลคิดว่าโปรแกรมมีความเหมาะสม (563 คน) ซึ่งการยอมรับในระดับสูงนี้เป็นเพราะโปรแกรมนี้นักพัฒนามาโดยกลุ่มผู้ใช้งานจริง โดยวิธีการ HCD ซึ่งช่วยส่งเสริมให้เกิดการยอมรับในตัวโปรแกรม

จากข้อมูลการสำรวจในระดับตำบล พบว่า ชุมชนที่มีการดำเนินงานมีลักษณะการนำไปใช้ ดังนี้ ร้อยละ 55.9 ระบุว่ายังไม่มี การดำเนินงานในปี นี้ ร้อยละ 33.9 สร้างชุมชนต้นแบบ 1 ชุมชนใน 1 ตำบล และร้อยละ 10.2 ระบุว่ามีการขยายผลการดำเนินงานในทุกหมู่บ้านของตำบล เมื่อสอบถามถึงลักษณะการนำไปใช้แบบเต็มรูปแบบหรือการประยุกต์ใช้พบว่า ร้อยละ 52.5 ระบุว่าจะมีการนำไปประยุกต์ใช้ และร้อยละ 47.5 ระบุว่าจะมีการนำไปใช้แบบเต็มรูปแบบ โดยสาเหตุของการนำไปใช้แบบไม่เต็มรูปแบบหรือการประยุกต์ใช้ พบว่า ร้อยละ 64.2 ยังขาดความรู้ความเข้าใจในตัวโปรแกรม ร้อยละ 53.2 ไม่มีงบประมาณในการดำเนินงาน ร้อยละ 39.8 ยังขาดความมั่นใจในการนำกระบวนการไปใช้ และร้อยละ 25.4 ไม่มีเครือข่ายช่วยในการดำเนินงาน

เมื่อสอบถามถึงปัจจัยสนับสนุนของการดำเนินงานแบบเต็มรูปแบบ พบว่า ร้อยละ 83.9 ระบุถึงงบประมาณสนับสนุน ร้อยละ 86.9 ต้องการสื่อคู่มือ และร้อยละ 75.1 ต้องการวิทยากรสำหรับนำกระบวนการในชุมชน โดยค่าเฉลี่ยงบประมาณในการดำเนินงานวัคซีนใจในชุมชนในระดับตำบล พบว่า ใช้งบประมาณเฉลี่ยอยู่ที่ 9017.69 บาทต่อ 1 ตำบล ($\text{min} = 0$ บาท, $\text{max} = 100,000$ บาท) โดยงบประมาณส่วนใหญ่ที่ชุมชนใช้ในการดำเนินงานมาจาก อบต. สดสช. กรมสุขภาพจิต รพ.สต. รพ. หรือการบูรณาการกับงานอื่นๆ

จากการสอบถามผู้ใช้โปรแกรมการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนเกี่ยวกับการนำองค์ความรู้ เครื่องมือ หรือกระบวนการไปใช้ในอนาคต หรือมิติที่ 5 ความต่อเนื่องและความยั่งยืนในอนาคต (Maintenance) พบว่า ร้อยละ 100 ระบุว่าจะมีการนำไปใช้อีกครั้งเมื่อเกิดวิกฤตขึ้นในอนาคต และเมื่อสอบถามถึงความยั่งยืนของการขยายผล พบว่า ร้อยละ 99.82 ของผู้ใช้เห็นว่าชุมชนอื่น ๆ จะสามารถนำโปรแกรมนี้นี้ไปใช้ได้

โดยผลการศึกษาดังกล่าวข้างต้นทั้งในมิติของการนำไปปฏิบัติ (Implementation) และความต่อเนื่องและความยั่งยืนในอนาคต (Maintenance) สอดคล้องกับการศึกษาของ Brever and de Leon. (1983) ที่กล่าวว่าการนำนโยบายไปปฏิบัติให้ประสบความสำเร็จขึ้นอยู่กับปัจจัยการสนับสนุนนโยบาย (Support of policy) ซึ่งความสำเร็จของการนำไปปฏิบัติจะเกิดขึ้นได้ขึ้นอยู่กับ การสนับสนุนจากผู้ปฏิบัติและผู้ที่ได้รับผลจากนโยบาย รวมถึงการสนับสนุนจากฝ่ายการเมืองหรือกลุ่มรัฐบาลที่เกี่ยวข้องกับการจัดสรรงบประมาณและทรัพยากรอื่น ๆ

โดยการวิจัยนี้ถือเป็นครั้งแรกของการประเมินผลโครงการส่งเสริมสุขภาพจิตที่นำเอาหลักการ RE-AIM เข้ามาใช้และประเมินผลโดยเก็บข้อมูลที่ครอบคลุมในทุกกลุ่มของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ถือเป็นการประเมินที่ครอบคลุมทั้งการประเมินกระบวนการ (Implementation evaluation) และการประเมินผลกระทบ (Impact evaluation) แต่ยังมีข้อมูลบางส่วนที่การศึกษานี้ยังเก็บไม่ครบ อาทิ การเข้าถึงการดูแลสุขภาพจิตและจิตสังคมในระดับบุคคลในชุมชน ควรมีการนำไปปรับปรุงวางแผน ในการศึกษาในอนาคต

บทที่
6

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษาทำให้เห็นว่านโยบายการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนนี้เป็นที่ยอมรับในการดำเนินงานในพื้นที่และช่วยส่งเสริมปัจจัยปกป้องปัญหาสุขภาพจิตในระดับของชุมชนได้ภายใต้สถานการณ์โควิด-19 เพื่อให้การขยายผลครอบคลุมและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ควรส่งเสริมให้มีการกำกับติดตามโดยผู้บริหารในพื้นที่ และการสนับสนุนงบประมาณให้ชุมชนจากเครือข่ายทั้งภาครัฐและภาคเอกชนในพื้นที่ให้มากขึ้น

ปัจจัยความสำเร็จในการดำเนินการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน

คำว่า **ปัจจัยความสำเร็จ** หรือ *Success Factor* นั้น หมายถึง สิ่งที่มีหรือควรมี เพื่อให้การขยายผลที่ความสำเร็จ ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จนั้นมีมากมายหลายปัจจัยแต่หากให้ความสนใจกับปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จอย่างมีนัยสำคัญ จะเรียกปัจจัยเหล่านั้นว่า Critical Success Factor ซึ่งเป็นสิ่งที่เราต้องตระหนักอย่างมากถึงวิธีการที่จะได้มาซึ่งปัจจัยเหล่านี้ เพราะนั่นหมายถึงโอกาสที่มากขึ้นที่จะสำเร็จตามเป้าหมาย ผลการวิจัยนี้แสดงให้เห็นถึง Critical Success Factors ที่สำคัญ 3 ข้อ (3 Rs) ซึ่งมีความคล้ายคลึงกันในพื้นที่ที่มีการดำเนินงานอย่างประสบความสำเร็จ ดังนี้

ข้อที่ 1 Results – ผลลัพธ์: ผลลัพธ์ปลายทางของการดำเนินงานที่ชัดเจน มีความหมายกับชุมชนและวัดได้เป็นอย่างดีเป็นรูปธรรมสำคัญมากในการวางแผนการดำเนินงาน และการสร้างความร่วมมือกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหรือเครือข่ายในชุมชนที่ต้องการให้เกิดผลลัพธ์เดียวกัน นอกจากนี้ยังเป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่ทำให้เกิดการขยายผลรูปแบบการดำเนินงานจากชุมชนหนึ่งไปสู่ชุมชนหนึ่งด้วยการแสดงผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นเพื่อสร้างแรงจูงใจในการดำเนินงาน

ข้อที่ 2 Resources – ทรัพยากร: ทรัพยากรสำคัญที่ใช้ในการดำเนินงานสุขภาพจิต ไม่ว่าจะเป็นเจ้าหน้าที่ ความเชี่ยวชาญ งบประมาณ การให้การสนับสนุนทางนโยบาย ล้วนแต่ส่งเสริมให้เกิดความสำเร็จ แต่หากพูดถึงการดำเนินงานในระดับปฐมภูมิและในระดับชุมชนคงจะสำเร็จไม่ได้หากขาด ทรัพยากรสำคัญอย่างเครือข่ายภาคประชาชน ผู้นำชุมชน หรือแกนนำที่เป็นตัวตั้งตัวตีในการดำเนินงานสร้างสรรค์งานสุขภาพจิตให้เกิดขึ้น นอกจากนี้ทรัพยากรสำคัญอย่างภูมิปัญญาชาวบ้าน วัฒนธรรมประเพณี ล้วนแต่ช่วยส่งเสริมให้เกิดนวัตกรรมการดูแลสุขภาพจิตที่เหมาะสมกับบริบทชุมชน ทำให้ประชาชนเข้าถึงการดูแลสุขภาพจิตได้มากขึ้น

ข้อที่ 3 Relationships – ความสัมพันธ์: เป็นที่ยอมรับกันว่าความสำเร็จของการดำเนินงานสุขภาพจิตในระบบสุขภาพปฐมภูมิขึ้นอยู่กับ การสร้างการมีส่วนร่วมในชุมชนและเครือข่ายอื่น ๆ กระบวนการที่ทำให้ชุมชนเกิดความตระหนักถึงความสำคัญในการดำเนินงาน เข้ามามีส่วนร่วมในการออกความคิดเห็นอย่างเท่าเทียมภายใต้บรรยากาศของการสร้างความสัมพันธ์อันดีในชุมชน จนกระทั่งร่วมกันดำเนินการแก้ไขปัญหาของชุมชนนั้น เป็นหนึ่งในขั้นตอนสำคัญที่ช่วยส่งเสริมให้เกิดความสำเร็จ ด้วยความสัมพันธ์ที่เข้มแข็งทั้งระหว่างชุมชน ความสัมพันธ์ที่เข้มแข็งของชุมชนกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ความสัมพันธ์ที่เข้มแข็งของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขกับผู้นำชุมชน รวมถึงความสัมพันธ์ที่เข้มแข็งระหว่างเครือข่ายต่าง ๆ ในชุมชนช่วยสร้างสรรค์ให้เกิดการร่วมกันคิด ร่วมกันสร้าง และร่วมกันใช้อย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

ด้านผลการวิจัย ผลการศึกษาสะท้อนให้เห็นการดำเนินการที่ประสบความสำเร็จในการส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจทั้งในระดับบุคคลและชุมชนซึ่งเป็นปัจจัยปกป้องของปัญหาสุขภาพจิตและการฆ่าตัวตายในพื้นที่นาร่อง และในบางพื้นที่ที่มีการขยายผลไปใน 25 จังหวัด จึงควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพในประเด็นปัจจัยสนับสนุนที่มีผลต่อความสำเร็จในการนำโปรแกรมการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนไปใช้ในครั้งต่อไป และติดตามผลอย่างต่อเนื่องเพื่อให้ทราบถึงผลลัพธ์ในระยะยาว

นอกจากนี้ผลการประเมินผลโครงการ นโยบาย หรือโปรแกรมด้านสุขภาพจิตในระดับประเทศในอนาคต ควรมีการนำกรอบแนวคิดของ Reach, Effectiveness, Adoption, Implementation, และ Maintenance (RE-AIM) ไปใช้ เพราะเป็นแบบจำลองที่สามารถประเมินผลลัพธ์ระดับบุคคลและองค์กรอย่างต่อเนื่อง เชื่อมโยงสอดคล้องกับการส่งเสริมสุขภาพจิตในระบบสุขภาพปฐมภูมิและในระดับชุมชนซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือของหน่วยงานเครือข่ายที่เกี่ยวข้องอย่างต่อเนื่อง

ผลการวิจัยในระดับชุมชนที่ชุมชนร่วมดำเนินการตั้งแต่การระบุปัญหา การวางแผนแก้ไข ไปจนถึงการร่วมดำเนินการ และร่วมใช้ประโยชน์จากสิ่งที่ทำสะท้อนให้เห็นความหมายใหม่ของคำว่า “นวัตกรรมสุขภาพจิตชุมชนเพื่อชุมชน” ซึ่งชุมชนที่มีการดำเนินงานวัคซีนใจในชุมชนนำเอาศักยภาพ ประเพณี และวัฒนธรรมของตนเองเข้ามาสร้างสรรค์กิจกรรมเพื่อดูแลคนในชุมชน ทำให้เกิดนวัตกรรมสุขภาพจิตของแต่ละชุม รวมถึงเพิ่มการยอมรับในงานสุขภาพจิตและมีการดูแลสุขภาพจิตคนในชุมชนได้ครอบคลุมมากขึ้น ในปัจจุบันด้วยหลักการต่าง ๆ ของนวัตกรรมสุขภาพ โดยเฉพาะด้านสุขภาพจิตทำให้เกิดการวิจัยพัฒนานวัตกรรมสุขภาพจิตขึ้นมาอย่างมากมาย แต่น่าเสียดายที่นวัตกรรมมากมายที่ถูกผลิตขึ้นไม่ได้ถูกนำมาใช้ในชุมชนจนเกิดผลลัพธ์ตามที่ต้องการ หนึ่งในสาเหตุสำคัญของถูกปฏิเสธการนำไปใช้นี้มาจากบริบทวัฒนธรรมที่หลากหลายของชุมชน ทำให้หนึ่งนวัตกรรมไม่สามารถใช้ได้ในทุกบริบทชุมชน นอกจากนี้ในแต่ละชุมชนยังมีความแตกต่างกันอย่างมากในเรื่องของศักยภาพของชุมชน ทำให้การดำเนินงานสุขภาพจิตที่นำด้วยนวัตกรรมไม่สามารถดำเนินงานอย่างสำเร็จได้ โปรแกรมการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนซึ่งเน้นการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพจิตในระดับชุมชนทำให้เราเห็นถึงปรากฏการณ์การเกิดนวัตกรรมสุขภาพจิตในชุมชนขึ้น ที่คนในชุมชนร่วมกันคิด ร่วมกันสร้าง และร่วมกันใช้เพื่อดูแลสุขภาพจิตของกันและกันและกันชุมชน และถึงแม้ว่านวัตกรรมในชุมชนจะไม่ครอบคลุมนิยามของนวัตกรรมสุขภาพที่ใช้กันในปัจจุบัน แต่ก่อเกิดผลลัพธ์ที่ดีและถูกนำไปใช้อย่างแพร่หลายมากกว่าในชุมชน ทำให้เราสรุปได้ว่า การแนวคิด วิธีการ หรือเครื่องมือใหม่ ที่ถูกพัฒนาขึ้นจากคนในชุมชนสามารถนับเป็นนวัตกรรมสุขภาพจิตได้ โดยมีเกณฑ์ใหม่ง่าย ๆ 2 ข้อคือ เป็นสิ่งที่คนในชุมชนร่วมกันคิด ร่วมกันสร้างด้วยศักยภาพของตนเองในชุมชน และเป็นสิ่งที่คนในชุมชนร่วมกันใช้งานเพื่อดูแลสุขภาพจิตในชุมชน

ด้านนโยบาย หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพหรือความเป็นอยู่ที่ดีของประชาชนอย่างกระทรวงมหาดไทย กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และเครือข่ายองค์กรภาคเอกชนอื่น ๆ ควรได้มีโอกาสได้เข้ามาเรียนรู้และร่วมมือกันในการดำเนินงานการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนในอนาคตหากเกิดวิกฤตขึ้นอีกครั้งในประเทศไทย และควรกำหนดให้โปรแกรมการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนเป็นโปรแกรมพื้นฐานที่ทุก ๆ ชุมชนควรมีการดำเนินงานเมื่อเกิดเหตุการณ์วิกฤตที่ส่งผลกระทบต่อประชาชนทั้งทางด้านร่างกาย สังคม และจิตใจ

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการติดตามผลในระยะยาว ซึ่งจะช่วยให้เห็นความเข้มแข็งทางใจที่คงทนตั้งแต่ระยะก่อนดำเนินการ ระยะหลังดำเนินการ และในระยะติดตามผล
2. ควรมีการศึกษาประสิทธิภาพของการนำหลักการของโปรแกรมการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนไปประยุกต์ใช้กับปัญหาอื่น ๆ ของชุมชน
3. ควรมีการศึกษากการทดสอบประสิทธิภาพของกลยุทธ์การขยายผลที่ใช้กับโปรแกรมหรือนโยบายอื่นๆ เพื่อสร้างเป็น Active strategies หรือ Ingredient ในการขยายผลนโยบายอื่น ๆ ในอนาคต หาดองค์ประกอบหรือความแตกต่างขององค์ประกอบในวิถีลักษณะอื่นๆ เพื่อการประยุกต์ใช้ในอนาคต

ประโยชน์ในทางประยุกต์ของผลงานวิจัยที่ได้

1. กรมสุขภาพจิตสามารถนำข้อมูลองค์ประกอบสำคัญของพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตในชุมชนอย่างมีส่วนร่วมภายใต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขไปใช้ในการกำหนดนโยบายหรือมาตรการสำหรับการดูแลประชาชนเมื่อเกิดวิกฤตขึ้นอีกครั้งในอนาคต
2. ชุมชนสามารถนำโปรแกรมการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนที่ได้จากการศึกษาไปเป็นเครื่องมือในการรับมือกับวิกฤตที่อาจจะเกิดขึ้นในอนาคต
3. กระบวนการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาพิมพ์เขียวการนำนโยบายหรือโปรแกรมด้านสุขภาพจิตไปปฏิบัติที่ได้จะเป็นเครื่องมือให้กับเจ้าหน้าที่ศูนย์สุขภาพจิต เจ้าหน้าที่ของสาธารณสุขจังหวัดและสาธารณสุขอำเภอได้ใช้ในการวางแผนงานเพื่อขับเคลื่อนนโยบายสาธารณสุขต่าง ๆ ในอนาคต
4. กลยุทธ์การนำนโยบายสุขภาพ/โปรแกรมสุขภาพไปปฏิบัติที่ได้จากการศึกษาจะนำไปเป็นกลยุทธ์เบื้องต้นให้กับผู้ปฏิบัติในทุกระดับเลือกใช้ในการนำนโยบายสาธารณสุขต่าง ๆ ไปปฏิบัติในอนาคต
5. ผลการศึกษาเกี่ยวกับกลยุทธ์การขยายผลและระบบสนับสนุนการขยายผลจะนำไปเป็นข้อมูลเบื้องต้นให้กับเจ้าหน้าที่ของกรมสุขภาพจิตและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องได้ใช้เป็นแนวทางในการปรับปรุงการขยายผลโปรแกรมหรือนโยบายสุขภาพจิตในอนาคต
6. ผลการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการขยายผลและการนำโปรแกรมการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนไปปฏิบัติตามกรอบแนวคิด RE-AIM จะนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายและเชิงปฏิบัติที่ใช้ในการปรับปรุงและพัฒนาการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติที่ดีขึ้นในอนาคตต่อไป
7. นักวิชาการ นักวิจัยหรือผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องสามารถนำองค์ความรู้เกี่ยวกับการศึกษาวิจัยการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ (Implementation science) ไปใช้ในการจัดการความรู้และศึกษาต่อยอดต่อไปในอนาคต



บรรณานุกรม

- กรมควบคุมโรค, 2022 รายงานสถานการณ์ โควิด-19. <https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/index.php>
- กรมสุขภาพจิต, (2563). *นวัตกรรมวัดชี้ใจในชุมชน*.
- จุมพล หนีพานิข, (2552). การประเมินผลนโยบาย:หลักการแนวคิดและการประยุกต์ใช้. นนทบุรี : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- เพ็ญนภา กุลนาคดล และ จุฑามาศ แหนจอน. (2558). รายงานการวิจัย ศึกษาและพัฒนา ภูมิคุ้มกันทางใจวัยสูงอายุ โดยการบูรณาการกระบวนการมีส่วนร่วมของครอบครัวและเครือข่ายประชาสังคม. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา.
- วิรัตน์ ปานศิลา, (2554). เทคโนโลยีเพื่อการมีส่วนร่วม. มหาสารคาม: คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- วีระกิตติ์ หาญปริพรรณ์ และคณะ, (2551). การมีส่วนร่วมของชุมชนในงานยุติธรรมชุมชน กรณีศึกษา ชุมชนคลองจรเข้ร้อย ตาบลเกาะไร่ อำเภอบ้านโพธิ์ จังหวัดฉะเชิงเทรา. กรุงเทพฯ: กระทรวงยุติธรรม.
- ศิรินาถ ตงศิริ และคณะ, (2561) ทฤษฎีและกรอบแนวคิดของการวิจัยเพื่อนำนโยบายสาธารณสุขไปสู่การปฏิบัติ: การวิจัยอย่างเป็นระบบเพื่อค้นหากลยุทธ์การปฏิบัติตามนโยบายที่มีประสิทธิภาพ. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข.
- สมลักษณ์ ไชยเสรีฐ, (2549). การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของประชาชนในคณะกรรมการตรวจสอบติดตามการบริหารงานตำรวจนครบาล. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนดุสิต.
- สุพัตรา สุขาวท, (2560). ปัจจัยเสี่ยงและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายในวัยรุ่น: การทบทวนวรรณกรรมเชิงลึก. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 62(4), 359-378.
- สุวัชร นักรู้กำพลพัฒน์, (2562). ประเมินผลโครงการ 3 ล้าน 3 ปี เลิกบุหรี่ทั่วไทย เทิดไท้องค์ราชัน ในเขตพื้นที่สุขภาพที่ 10. *Rama Nurs J.* 25(1), 102-118.
- Antonovsky, A. (1979). *Health, stress, and coping*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Bangpan M, Felix L, Dickson K. (2019). Mental health and psychosocial support programmes for adults in humanitarian emergencies: a systematic review and meta-analysis in low and middle-income countries. *BMJ Global Health*. 4:e001484. doi:10.1136/bmjgh-2019-001484.
- Basoglu, M., Salcioglu, E., Livanou, M., Kalender, D., & Acar, G. (2005). Single-session behavioral treatment of earthquake-related Posttraumatic Stress Disorder: A randomized waitlist controlled trial. *Journal of Traumatic Stress*, 18(1), 1–11.
- Benros, M.E., et al., 2013. Autoimmune diseases and severe infections as risk factors for mood disorders: a nationwide study. *JAMA Psychiatry* 70, 812–820.

- Bangpan M, Felix L, Dickson K. Mental health and psychosocial support programmes for adults in humanitarian emergencies: a systematic review and meta-analysis in low and middle-income countries. *BMJ Global Health* 2019;4:e001484. doi:10.1136/bmjgh-2019-001484
- Biglan, A., & Craker, D. (1982). Effects of pleasant-activities manipulation on depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50, 436–438.
- Bleich, A., Gelkopf, M., & Solomon, Z. (2003). Exposure to terrorism, stress-related mental health symptoms, and coping behaviors among a nationally representative sample in Israel. *Journal of the American Medical Association*, 290(5), 612–620.
- Bo, H.-X., et al., 2020. Posttraumatic stress symptoms and attitude toward crisis mental health services among clinically stable patients with COVID-19 in China. *Psychol. Med.* 1–7. <https://doi.org/10.1017/S0033291720000999>.
- Brest P, Roumani N, Bade J. Problem solving, human-centered design, and strategic processes. Stanford: Stanford PACS; 2015. P. 1–32.
- Breznitz, S. (1983). Anticipatory stress reactions. In S. Breznitz (Ed.), *The denial of stress* (pp. 225–255). New York: International Universities Press.
- Bryant, R. A. (2006). Cognitive behavior therapy: Implications from advances in neuroscience. In N. Kato, M. Kawata, & Pitman, R. K. (Eds.), *PTSD: Brain mechanisms and clinical implications* (pp. 255–270). Tokyo: Springer-Verlag.
- Carver, C. S., & Scheier, M. R. (1998). *On the self-regulation of behavior*. New York: Cambridge University Press.
- Cheng, S.K.-W., Tsang, J.S.-K., Ku, K.-H., Wong, C.-W., Ng, Y.-K., 2004a. Psychiatric Cheng, S.K.W., Wong, C.W., Tsang, J., Wong, K.C., 2004b. Psychological distress and negative appraisals in survivors of severe acute respiratory syndrome (SARS). complications in patients with severe acute respiratory syndrome (SARS) during the
- Craig P, Dieppe P, Macintyre S, Michie S, Nazareth I, Petticrew M, Medical Research Council Guidance. Developing and evaluating complex interventions: the new Medical Research Council guidance. *BMJ* 2008;337:a1655. doi:10.1136/bmj.a1655
- Davidson, J. R. T., Landerman, L. R., Farfel, G. M., & Clary, C. M. (2002). Characterizing the De Jong, J. T. V. M., Komproe, I. H., van Ommeren, M., El Masri, M., Mesfin, A., Khaled, N., et al. (2001). Lifetime events and Post Traumatic Stress Disorder in four post conflict settings. *Journal of the American Medical Association*, 286(5), 555–562.
- Department of Mental Health. Combat 4th Wave of COVID-19: C4. 2020. <https://www.dmh.go.th/covid191327> acute treatment phase: a series of 10 cases. *Br. J. Psychiatry* 184, 359–360. among medical staff involved in the 2019 novel Coronavirus Disease Outbreak. *Front.*
- Department of Mental Health. Mental Health Impact During COVID-19: Suicide Report. <https://www.dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=30430>

- Dickson, K., & Bangpan, M. (2018). What are the barriers to, and facilitators of, implementing and receiving MHPSS programmes delivered to populations affected by humanitarian emergencies? A qualitative evidence synthesis. *Global Mental Health*, 5. <https://doi.org/10.1017/gmh.2018.12>
- Eaton, J, McCay, L, Semrau, M, Chatterjee, S, Baingana, F, Araya, R, Ntulo, C, Thornicroft, G and Saxena, S (2011) Scale up of services for mental health in low-income and middle-income countries. *Lancet* (London, England); 378, 1592–1603. CrossRef Google ScholarPubMed effects of Sertraline in post-traumatic stress disorder. *Psychological Medicine* 32(4), 661–670.
- Fernandez-Aranda, F., et al., 2020. COVID-19 and implications for eating disorders. *Eur. Eating Disorders Rev.* 28, 239–245.
- Foa, E. B., Dancu, C. V., Hembree, E. A., Jaycox, L. H., Meadows, E. A., & Street, G. P. (1999). A comparison of exposure therapy, stress inoculation training, and their combination for reducing posttraumatic stress disorder in female assault victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(2), 194–200.
- Galea, S., Vlahov, D., Resnick, H., Ahern, J., Susser, E., Gold, J., et al. (2003). Trends of probable post-traumatic stress disorder in New York City after the September 11 terrorist attacks. *American Journal of Epidemiology*, 158(6), 514–524.
- Galea, S., Vlahov, D., Resnick, H., Ahern, J., Susser, E., Gold, J., et al. (2003). Trends of probable post-traumatic stress disorder in New York City after the September 11 terrorist attacks. *American Journal of Epidemiology*, 158(6), 514–524.
- Glasgow RE, Vogt TM, Boles SM. 1999. Evaluating the public health impact of health promotion interventions: the RE-AIM framework. *Am J Public Health*. 89(9):1322-1327.
- Grotberg, H. E. (1995). A guide to promoting resilience in children: Strengthening the human spirit. Netherlands: Bernard van Leer Foundation.
- Haase, J., Britt, T., Coward, D., & Leidy, N. (1992). Simultaneous concept analysis of spiritual perspective, hope, acceptance, and self transcendence. *IMAGE: Journal of Nursing Scholarship*, 24, 141–147.
- Hobfoll, S. E. (1998). *Stress, culture, and community: The psychology and philosophy of stress*. New York: Plenum.
- Hobfoll, S. E., Canetti-Nisim, D., & Johnson, R. J. (2006). Exposure to terrorism, stress related mental health symptoms, and defensive coping among Jews and Arabs in Israel. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(2), 207–218.
- Hoover C. Human-Centered Design vs. Design-Thinking: How They're Different and How to Use Them Together to Create Lasting Change [Internet]; 2018. p. 1–7. [cited 2019 Nov 24]. Movingworlds.org. Available from: <https://blog.movingworlds.org/human-centered-design-vs-design-thinking-how-theyre-different-and-how-to-use-them-together-to-create-lasting-change/>.

- IDEO.org. The Field Guide to Human-Centered Design. 2015. 192 p.
- IASC, (2020) *Interim briefing note addressing mental health and psychosocial aspects of covid-19 outbreak*. Interim Briefing Note Addressing Mental Health and Psychosocial Aspects of COVID-19 Outbreak | IASC. (n.d.). Retrieved October 30, 2022, from <https://interagencystandingcommittee.org/iasc-reference-group-mental-health-and-psychosocial-support-emergency-settings/interim-briefing-note-addressing-mental-health-and-psychosocial-aspects-covid-19-outbreak>
- Keynejad, R, Spagnolo, J and Thornicroft, G (2021) WHO mental health gap action programme (mhGAP) intervention guide: updated systematic review on evidence and impact. *Evidence Based Mental Health* 24, 124–130. doi: 10.1136/ebmental-2021-300254 [Cross Ref Google Scholar](#)
- Kohler, O., et al., 2017a. Infections and exposure to anti-infective agents and the risk of severe mental disorders: a nationwide study. *Acta Psychiatr. Scand.* 135, 97–105.
- Lewis C. C, et al. 2018. A methodology for generating a tailored implementation blueprint: an exemplar from a youth residential setting. *Implementation Science. BMC*; 13:68.
- Liu, N., et al., 2020. Prevalence and predictors of PTSS during COVID-19 outbreak in China hardest-hit areas: gender differences matter. *Psychiatry Res.* 287, 112921.
- Mak, I.W.C., Chu, C.M., Pan, P.C., Yiu, M.G.C., Chan, V.L., 2009. Long-term psychiatric March, P., & Schiebel, D. A. (2017). Substance abuse and suicide. *CINAHL Nursing Guide*, 6. morbidities among SARS survivors. *Gen. Hosp. Psychiatry* 31, 318–326.
- McLean, J.; Maxwell, M.; Platt, S.; Harris, F.; Jepson, R. (2008) Risk and Protective Factors for Suicide and Suicide Behaviour: A Literature Review; Scottish Government Social Research; Scottish Government: Edinburgh, UK.
- Meredith et al., 2011. Promoting Psychological resilience in the U.S. Military. *Rand Health Q.* 1(2):2.
- Nemiro A, Jones T, Tulloch O, Snider L (2022). Advancing and translating knowledge: a systematic inquiry into the 2010–2020 mental health and psychosocial support intervention research evidence base. *Global Mental Health* 1–13. <https://doi.org/10.1017/gmh.2022.6>
- Norris, F. H., Friedman, M. J., & Watson, P. J. (2002). 60,000 disaster victims speak. Part II: Summary and implications of the disaster mental health research. *Psychiatry-Interpersonal and Biological Processes*, 65(3), 240–260. of Denmark during the COVID-19 pandemic. *Acta Neuropsychiatr.* 1–3. <https://doi.org/10.1017/neu.2020.15>.
- Ozer, E. J., Best, S. R., Lipsey, T. L., & Weiss, D. S. (2003). Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 129(1), 52–73.

- Pan American Health Organization. 2020. Covid-19 recommended interventions in mental health and psychosocial support (MHPSS) during the pandemic, June 2020. PAHO/WHO | Pan American Health Organization. Retrieved October 24, 2022, from <https://www.paho.org/en/documents/covid-19-recommended-interventions-mental-health-and-psychosocial-support-mhpss-during>
- Pandemic influenza plan psychosocial services preparedness – missouri.* (n.d.). Retrieved October 30, 2022, from <https://health.mo.gov/emergencies/panflu/pdf/panfluplanpsychosocial.pdf> promotion interventions: the RE-AIM framework. *Am J Public Health.* 89(9):1322-Psychiatry 11, 306.Psychol. Med. 34, 1187–1195.
- Pynoos, R. S., Steinberg, A. M., & Wraith, R. (1995). A developmental model of childhood traumatic stress. In *developmental psychopathology: Vol. 2. Risk, disorder, and adaptation* (pp. 72–95). Oxford, UK: Wiley.
- Rathod, S, Pinninti, N, Irfan, M, Gorczynski, P, Rathod, P, Gega, L and Naeem, F(2017) Mental health service provision in low- and middle-income countries. *Health Services Insights* 10, 1178632917694350.
- Reissman, D. B., Klomp, R. K., Kent, A. T., & Pfefferbaum, B. (2004). Exploring psychological resilience in the face of terrorism. *Psychiatric Annals*, 34(8), 626–632.
- Sher L. (2019) Resilience as a focus of suicide research and prevention. *Acta Psychiatr Scand.* Aug;140(2):169-180. doi: 10.1111/acps.13059. Epub. Jun 20. PMID: 31150102.
- Sonderskov, K.M., Dinesen, P.T., Santini, Z.I., Ostergaard, S.D., 2020. The depressive state Stevan E. Hobfoll, Patricia Watson, Carl C. Bell, Richard A. Bryant, Melissa J. Brymer, Matthew J. Friedman, Merle Friedman, Berthold P.R. Gersons, Joop T.V.M de Jong, Christopher M. Layne, Shira Maguen, Yuval Neria, Ann E. Norwood, Robert S. Pynoos, Dori Reissman, Josef I. Ruzek, Arie Y. Shalev, Zahava Solomon, Alan M. Steinberg & Robert J. Ursano (2007) Five Essential Elements of Immediate and Mid-Term Mass Trauma Intervention: Empirical Evidence, *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, 70:4, 283-315 Troyer, E.A., Kohn, J.N., Hong, S., 2020. Are we facing a crashing wave of neuropsychiatric sequelae of COVID-19? Neuropsychiatric symptoms and potential immunologic mechanisms. *Brain Behav. Immun.* <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.04.027>.
- Ursano, R. J., McCaughey, B. G., & Fullerton, C. S. (1994). Trauma and disaster. In R. J. Ursano, B. G. McCaughey, & C. S. Fullerton (Eds.). *Individual and community responses to trauma and disaster* (pp. 3–28). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- World Health Organization. Policy Brief: COVID-19 and the Need for Action on Mental Health. 2020. <https://unsdg.un.org/sites/default/files/2020-05/UN-Policy-Brief-COVID-19-and-mental-health.pdf>
- Zhang, C., et al., 2020d. Survey of insomnia and related social psychological factors



ภาคผนวก



เครื่องมือวิจัย

แบบสอบถามการวิจัยเรื่อง

การเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

เอกสารชุดนี้เป็นแบบสอบถามเพื่อศึกษาผลกระทบของนโยบายการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

จึงใคร่ขอความร่วมมือจากท่านให้ข้อมูลและความคิดเห็นตามแบบสอบถามนี้ การตอบคำถามในแบบสำรวจครั้งนี้จะถูกนำมาใช้ในการศึกษาวิจัย ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในเชิงวิชาการเท่านั้น จึงขอความอนุเคราะห์จากท่านได้ให้ข้อมูลในการตอบแบบสอบถามนี้โดยตรงตามข้อเท็จจริงและตามความรู้สึกนึกคิดของตัวเอง หวังว่าคงจะได้รับความกรุณาจากท่านเป็นอย่างดีและขอขอบพระคุณ ณ โอกาสนี้

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้แบ่งออกเป็น 6 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

ตอนที่ 2 แบบประเมินสุขภาพจิต

ตอนที่ 3 แบบสอบถามพลังสุขภาพจิต (RQ)

ตอนที่ 4 แบบสำรวจศักยภาพและความสัมพันธ์ของคนในชุมชน

ตอนที่ 5 แบบประเมินความยืดหยุ่นของชุมชน (Community Resilience)

ตอนที่ 6 แบบประเมินคุณภาพชีวิต (WHOQOL - BREF - THAI)

ขอบคุณในความร่วมมือของท่าน

นางสาวนันท์ ทาวดี วรสุวัธ

ผู้อำนวยการกองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

คำชี้แจง ให้ทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องว่างที่ตรงกับตัวท่าน หรือตอบคำถามในช่องว่างตามความเป็นจริง

1. เพศ ☐ 1. ชาย ☐ 2. หญิง
2. สัญชาติ.....
3. ปัจจุบันท่านอายุเท่าใด
☐ 1. ต่ำกว่า 18 ปี ☐ 4. 41-50 ปี
☐ 2. 18-30 ปี ☐ 5. 51-60 ปี
☐ 3. 31-40 ปี ☐ 6. มากกว่า 60 ปี
4. สถานภาพสมรส
☐ 1. โสด ☐ 3. สมรส
☐ 2. หย่าร้าง
5. ระดับการศึกษา
☐ 1. ประถมหรือต่ำกว่า ☐ 4. ปริญญาตรี
☐ 2. มัธยมศึกษา ☐ 5. สูงกว่าปริญญาตรี
☐ 3. อนุปริญญาหรือเทียบเท่า
6. อาชีพหลัก
☐ 1. ทำนา ☐ 5. ทำไร่
☐ 2. ทำสวน ☐ 6. รับราชการ
☐ 3. พนักงานรัฐวิสาหกิจ ☐ 7. ค้าขาย
☐ 4. พนักงานบริษัท ☐ 8. รับจ้างทั่วไป
☐ 9. อื่นๆ
7. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน
☐ 1. ต่ำกว่า 3,000 บาท ☐ 4. 8,001-10,000
☐ 2. 3,001 – 6,000 บาท ☐ 5. 10,001 – 15,000 บาท
☐ 3. 6,001 – 8,000 บาท ☐ 6. มากกว่า 15,000 บาท
8. ผลกระทบจากการแพร่ระบาดโควิด-19 ที่ท่านได้รับ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
☐ 1. เคยติดเชื้อ
☐ 2. เคยถูกกักตัว (รวมทั้งการถูกกักตัวที่รัฐจัดหาให้และการกักตัวที่บ้าน)
☐ 3. ครอบครัว/ญาติ/คนรัก เคยติดเชื้อหรือถูกกักตัว
☐ 4. ธุรกิจ/อาชีพ ประสบปัญหาในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาด
☐ 5. ตกงาน
☐ 6. รายได้ลดลง
9. ที่อยู่ปัจจุบัน
หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

10. เคยได้รับการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช

☐ 1.เคย☐ 2.ไม่เคย

11. เป็นผู้พิการทางกาย

☐ 1.ใช่☐ 2.ไม่ใช่

12. ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

☐ 1.ใช่☐ 2.ไม่ใช่

ตอนที่ 2 แบบประเมินสุขภาพจิต

แบบประเมินความเครียด (ST-5)

ความเครียดเกิดขึ้นได้กับทุกคน สาเหตุที่ทำให้เกิดความเครียดมีหลายอย่าง เช่น รายได้ที่ไม่เพียงพอ หนี้สิน ภัยพิบัติต่างๆ ที่ทำให้เกิดความสูญเสีย ความเจ็บป่วย เป็นต้น ความเครียดมีทั้งประโยชน์และโทษ หากมากเกินไปจะเกิดผลเสียต่อร่างกายและจิตใจของท่านได้ ขอให้ท่านลองประเมินตนเองโดยให้คะแนน 0-3 ที่ตรงกับความรู้สึกของท่าน

คะแนน 0 หมายถึง แทบไม่มี

คะแนน 1 หมายถึง เป็นบางครั้ง

คะแนน 2 หมายถึง บ่อยครั้ง

คะแนน 3 หมายถึง เป็นประจำ

ข้อที่	อาการหรือความรู้สึกที่เกิดในระยะ 2-4 สัปดาห์	คะแนน			
		0	1	2	3
1	มีปัญหาการนอน นอนไม่หลับหรือนอนมาก				
2	มีสมาธิน้อยลง				
3	หงุดหงิด/กระวนกระวาย/ว้าวุ่นใจ				
4	รู้สึกเบื่อ เซ็ง				
5	ไม่อยากพบปะผู้คน				

แบบประเมินความเสี่ยงซึมเศร้า (2Q)

คำถาม	มี	ไม่มี
1. ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา รวมวันนี้ ท่านรู้สึกหดหู่ เศร้า หรือท้อแท้สิ้นหวัง หรือไม่		
2. ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา รวมวันนี้ท่านรู้สึก เบื่อ ทำอะไรก็ไม่เพลิดเพลิน หรือไม่		

แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า (9Q)

ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมารวมทั้งวันนี้ ท่านมีอาการเหล่านี้ บ่อยแค่ไหน	ไม่มี เลย	เป็น บางวัน 1-7 วัน	เป็น บ่อย > 7 วัน	เป็น ทุกวัน
	0	1	2	3
1. เบื่อ ไม่สนใจอยากทำอะไร				
2. ไม่สบายใจ ซึมเศร้า ท้อแท้				
3. หลับยากหรือหลับๆ ตื่นๆ หรือหลับมากไป				
4. เหนื่อยง่ายหรือไม่ค่อยมีแรง				
5. เบื่ออาหารหรือกินมากเกินไป				
6. รู้สึกไม่ดีกับตัวเอง คิดว่าตัวเองล้มเหลวหรือครอบครัวยึดหวัง				
7. สมาธิไม่ดี เวลาทำอะไร เช่น ดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุ หรือทำงานที่ต้องใช้ความตั้งใจ				
8. พุดซ้ำ ทำอะไรซ้ำลงจนคนอื่นสังเกตเห็นได้ หรือกระสับกระส่ายไม่สามารถอยู่นิ่งได้เหมือนที่เคยเป็น				
9. คิดทำร้ายตนเอง หรือคิดว่าถ้าตายไปคงจะดี				

แบบประเมินความเสี่ยงฆ่าตัวตาย (8Q)

ลำดับ คำถาม	ระยะเวลา	คำถาม	ไม่มี	มี
1.		คิดอยากตาย หรือ คิดว่าตายไปจะดีกว่า	0	1
2.		อยากทำร้ายตัวเอง หรือทำให้ตัวเองบาดเจ็บ	0	2
3.	ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านสามารถ จำได้	คิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย		
		(ถ้าตอบว่าคิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายให้ถามต่อ)...ท่านสามารถควบคุมความอยากฆ่าตัวตายที่ท่านคิดอยู่นั้นได้หรือไม่ หรือบอกได้ไหมว่า คงจะไม่ทำตามความคิดนั้นในขณะนี้	ได้ 0	ไม่ได้ 8
4.		มีแผนการที่จะฆ่าตัวตาย	0	8
5.		ได้เตรียมการที่จะทำร้ายตนเองหรือเตรียมการจะฆ่าตัวตายโดยตั้งใจว่าจะให้ตายจริงๆ	0	9
6.		ได้ทำให้ตนเองบาดเจ็บแต่ไม่ตั้งใจที่จะทำให้เสียชีวิต	0	4
7.		ได้พยายามฆ่าตัวตายโดยคาดหวัง/ตั้งใจที่จะให้ตาย	0	10
8.	ตลอดชีวิต ที่ผ่านมา	ท่านเคยพยายามฆ่าตัวตาย	0	4

ตอนที่ 3 แบบสอบถามพลังสุขภาพจิต (RQ)

แบบประเมินพลังสุขภาพจิตเป็นเครื่องมือเพื่อใช้ประเมินความสามารถของบุคคล 3 ด้าน คือ ด้านความทนทานทางอารมณ์ (อึด) ด้านกำลังใจ (ฮึด) และด้านการจัดการกับปัญหา (ต่อสู้เอาชนะอุปสรรค) เป็นแบบประเมินสำหรับผู้ใหญ่อายุ 25-60 ปี หากประเมินแล้วพบว่ามียังมีองค์ประกอบด้านใดด้านหนึ่งต่ำกว่าเกณฑ์ ท่านสามารถพัฒนาตนในด้านนั้นๆ ให้เพิ่มขึ้นได้

ข้อคำถามในแบบประเมินมีจำนวน 20 ข้อ เป็นการสอบถามถึงความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรม ของท่านเองในรอบ 1 เดือน ที่ผ่านมา ข้อให้ท่านทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง ที่ตรงกับความเป็นจริงที่มากที่สุด ทั้งนี้เพื่อประโยชน์ในการพัฒนาศักยภาพของตัวท่านเอง

ข้อคำถาม	ไม่จริง	จริงบางครั้ง	ค่อนข้างจริง	จริงมาก
ด้านความทนทานทางอารมณ์				
1. เรื่องไม่สบายใจเล็กน้อย ทำให้ฉันว้าวุ่นใจนั่งไม่ติด				
2. ฉันไม่ใส่ใจคนที่หัวเราะเยาะฉัน				
3. เมื่อฉันทำพลาดหรือเสียหาย ฉันยอมรับผิดหรือผลที่ตามมา				
4. ฉันเคยยอมทนลำบากเพื่ออนาคตที่ดีขึ้น				
5. เวลาทุกข์ใจมากๆ ฉันเจ็บป่วยไม่สบาย				
6. ฉันสอนและเตือนตัวเอง				
7. ความยากลำบากทำให้ฉันแกร่งขึ้น				
8. ฉันไม่จดจำเรื่องเลวร้ายในอดีต				
9. ถึงแม้ปัญหาจะหนักหนาเพียงใดชีวิตฉันก็ไม่เลวร้ายไปหมด				
10. เมื่อมีเรื่องหนักใจ ฉันมีคนปรับทุกข์ด้วย				
ด้านกำลังใจ				
11. จากประสบการณ์ที่ผ่านมาทำให้ฉันมั่นใจว่าจะแก้ปัญหาต่างๆ ที่ผ่านเข้ามาในชีวิตได้				
12. ฉันมีครอบครัวและคนใกล้ชิดเป็นกำลังใจ				
13. ฉันมีแผนการที่จะทำให้ชีวิตก้าวไปข้างหน้า				
14. เมื่อมีปัญหาวิกฤตเกิดขึ้น ฉันรู้สึกที่ตัวเองไร้ความสามารถ				
15. เป็นเรื่องยากสำหรับฉันที่จะทำให้ชีวิตดีขึ้น				
ด้านการจัดการกับปัญหา				
16. ฉันอยากหนีไปให้พ้น หากมีปัญหาหนักหนาต้องรับผิดชอบ				
17. การแก้ไขปัญหาทำให้ฉันมีประสบการณ์มากขึ้น				
18. ในการพูดคุย ฉันหาเหตุผลที่ทุกคนยอมรับหรือเห็นด้วยกับฉันได้				
19. ฉันเตรียมหาทางออกไว้ หากปัญหาร้ายแรงกว่าที่คิด				
20. ฉันชอบฟังความคิดเห็นที่แตกต่างจากฉัน				

ตอนที่ 4 แบบสำรวจศักยภาพและความสัมพันธ์ของคนในชุมชน

คำชี้แจง กรุณาเลือกคำตอบในช่องที่ตรงกับตัวท่านมากที่สุด โดยมี 5 ตัวเลือกดังนี้

- ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ท่านไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ในประโยคนั้น
- ไม่เห็นด้วย หมายถึง ท่านไม่เห็นด้วย ในประโยคนั้น
- เห็นด้วยปานกลาง หมายถึง ท่านเห็นด้วยปานกลาง ในประโยคนั้น
- เห็นด้วย หมายถึง ท่านเห็นด้วย ในประโยคนั้น
- เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ท่านเห็นด้วยอย่างยิ่ง ในประโยคนั้น

ในช่วง 1-2 เดือนที่ผ่านมาท่านมีความรู้สึกว่...

ข้อ	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย	เห็นด้วยปานกลาง	เห็นด้วย	เห็นด้วยอย่างยิ่ง
1. ชุมชนของเราสามารถรับมือกับปัญหาหรือวิกฤตต่าง ๆ ได้					
2. ชุมชนของเรามีทรัพยากร เช่น น้ำ อาหาร ยารักษาโรค บริการสุขภาพ เพียงพอต่อความช่วยเหลือผู้ได้รับผลกระทบเมื่อเกิดวิกฤต					
3. ชุมชนของเรามีผู้นำชุมชนที่เข้มแข็ง					
4. ชุมชนของเราสามารถใช้ความรู้พื้นบ้านหรือประสบการณ์ของชุมชนในอดีตเพื่อรับมือกับวิกฤต					
5. ชุมชนของเรามีเครือข่ายทั้งของภาครัฐและเอกชนให้ความช่วยเหลือเมื่อเกิดวิกฤต					
6. คนในชุมชนเต็มใจช่วยเหลือซึ่งกันและกันเมื่อเกิดวิกฤต					
7. คนในชุมชนมีการติดต่อสื่อสาร แจ้งข่าวกันอย่างทั่วถึงเมื่อเกิดวิกฤต					

ตอนที่ 5 แบบประเมินความยืดหยุ่นของชุมชน (Community Resilience)

คำชี้แจง กรุณาเลือกคำตอบในช่องที่ตรงกับตัวท่านมากที่สุด โดยมี 5 ตัวเลือกดังนี้

- ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ท่านไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งในประโยคนั้น
- ไม่เห็นด้วย หมายถึง ท่านไม่เห็นด้วยในประโยคนั้น
- เห็นด้วยปานกลาง หมายถึง ท่านเห็นด้วยปานกลางในประโยคนั้น
- เห็นด้วย หมายถึง ท่านเห็นด้วยในประโยคนั้น
- เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ท่านเห็นด้วยอย่างยิ่งในประโยคนั้น

ในช่วง 1-2 เดือนที่ผ่านมาท่านมีความรู้สึกว่...

ข้อ	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย	เห็นด้วยปานกลาง	เห็นด้วย	เห็นด้วยอย่างยิ่ง
1. หากฉันต้องเจอกับช่วงเวลาที่ยากลำบาก ฉันรู้ว่าฉันสามารถที่จะพึ่งพาชุมชนของฉันได้					
2. เมื่อเกิดสถานการณ์วิกฤติในชุมชน (เช่น โควิด-19 ภัยธรรมชาติ สงคราม ฯลฯ) ฉันรู้ว่าฉันสามารถพึ่งพาชุมชนของฉัน ทำให้ฉันสามารถเผชิญหน้ากับสถานการณ์ต่าง ๆ และก้าวไปข้างหน้าได้					
3. เมื่อฉันต้องเจอกับช่วงเวลาที่ยากลำบากฉันมีคนในชุมชนที่ฉันพูดคุยด้วยได้					
4. ความสัมพันธ์ของฉันกับคนในชุมชนช่วยให้ฉันรับมือกับปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้นหรือเกิดขึ้นกับฉันได้					
5. จุดแข็งอย่างหนึ่งของฉันคือการรู้ว่าฉันสามารถพึ่งพาคนในชุมชนของฉันได้มากกว่าหนึ่งคนเมื่อเผชิญกับความทุกข์ยาก					
6. คนในชุมชนของฉันรู้ว่าพวกเขาสามารถพึ่งพาฉันได้เมื่อเกิดปัญหา					
7. ฉันยินดีที่จะช่วยเหลือคนในชุมชนของฉันเมื่อเขามีปัญหา					
8. ฉันมีส่วนร่วมในกิจกรรมชุมชนของฉัน					
9. วัฒนธรรม ประเพณี จิตวิญญาณ ศาสนาหรือค่านิยมของชุมชน ช่วยให้ฉันรับมือกับความยากลำบากได้ดี					
10. กิจกรรมในชุมชนช่วยให้ฉันสร้างความผูกพันกับผู้คนในชุมชน					
11. ชุมชนของฉันช่วยให้ฉันสามารถปรับตัวได้เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงหรือเกิดความยากลำบาก					
12. การที่ฉันสามารถพึ่งพาชุมชนของฉันได้เมื่อมีปัญหาทำให้ฉันมีความมั่นใจมากขึ้น					
13. ในชุมชนของฉันมักจะหาวิธีที่จะผ่อนคลาย และเบี่ยงเบนความสนใจจากปัญหาในช่วงเวลาที่ยากลำบาก					
14. ในชุมชนของฉันอย่างน้อยหนึ่งคนที่สามารถช่วยฉันหาวิธีแก้ปัญหาที่เป็นรูปธรรมเมื่อฉันประสบปัญหา					

ข้อ	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย	เห็นด้วยปานกลาง	เห็นด้วย	เห็นด้วยอย่างยิ่ง
15. เมื่อฉันผ่านหรือมีช่วงเวลาที่ยากลำบาก ฉันมีหน่วยงานในชุมชนหรือในพื้นที่ของฉันที่สามารถช่วยเหลือฉันได้					
16. ถ้าฉันป่วยฉันรู้ว่าฉันสามารถไปหาหน่วยบริการสุขภาพในพื้นที่ของฉันเพื่อรับการดูแลที่จำเป็นได้					
17. ฉันไว้วางใจให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ดูแลฉัน					
18. ฉันเชื่อมั่นในบริการและสวัสดิการทางสังคมในชุมชนของฉัน					
19. ฉันมีข้อมูลเพียงพอที่จะรู้ว่าจะติดต่อหน่วยงานใดในกรณีที่มีปัญหา					
20. ในชุมชนของฉันมีประเพณี วัฒนธรรมหรือกิจกรรมที่สำคัญในการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน					
21. คนในชุมชนของฉันมีความพยายามที่จะรวมกลุ่มกันเพื่อให้พวกเราเข้มแข็งขึ้น					
22. ชุมชนของฉันช่วยให้คนในชุมชนสามารถสร้างสายสัมพันธ์ที่แน่นแฟ้น					
23. การสนับสนุนซึ่งกันและกันเป็นหนึ่งในค่านิยมภายในชุมชนของฉัน					
24. การแบ่งปันคือค่านิยมที่สำคัญมากในชุมชนของฉัน					
25. ฉันรู้สึกภูมิใจที่ได้เป็นส่วนหนึ่งของชุมชนของฉัน					
26. ฉันยึดถือค่านิยมของชุมชนของฉัน					
27. การเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนมีความสำคัญต่อฉัน					
28. ฉันผูกพันกับชุมชนและค่านิยมของชุมชนของฉัน					

ตอนที่ 6 แบบประเมินคุณภาพชีวิต (WHOQOL - BREF - THAI)

คำชี้แจง ข้อคำถามต่อไปนี้จะถามถึงประสบการณ์อย่างใดอย่างหนึ่งของท่าน ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาให้ท่านสำรวจตัวท่านเอง และประเมินเหตุการณ์หรือความรู้สึกของท่าน แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องคำตอบที่เหมาะสมและเป็นจริงกับตัวท่านมากที่สุด โดยคำตอบมี 5 ตัวเลือก คือ

ไม่เลย หมายถึง ท่านไม่มีความรู้สึกเช่นนั้นเลย รู้สึกไม่พอใจมาก หรือรู้สึกแย่มาก

เล็กน้อย หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นนาน ๆ ครั้งรู้สึกเช่นนั้นเล็กน้อยรู้สึกไม่พอใจ หรือรู้สึกแย่

ปานกลาง หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นปานกลาง รู้สึกพอใจระดับกลาง ๆ หรือรู้สึกแยระดับกลางๆ

มาก หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นบ่อย ๆ รู้สึกพอใจหรือรู้สึกดี

มากที่สุด หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นเสมอ รู้สึกเช่นนั้นมากที่สุด หรือรู้สึกว่าสมบูรณ์ รู้สึกพอใจมาก รู้สึกดีมาก

ข้อที่	ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา	ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
1	ท่านพอใจกับสุขภาพของท่านในตอนนี้เพียงใด					
2	การเจ็บปวดตามร่างกาย เช่น ปวดหัว ปวดท้อง ปวดตามตัว ทำให้ท่านไม่สามารถทำในสิ่งที่ต้องการมากนักเพียงใด					
3	ท่านมีกำลังเพียงพอที่จะทำสิ่งต่าง ๆ ในแต่ละวันไหม (ทั้งเรื่องงาน หรือการดำเนินชีวิตประจำวัน)					
4	ท่านพอใจกับการนอนหลับของท่านมากนักเพียงใด					
5	ท่านรู้สึกพึงพอใจในชีวิต (เช่น มีความสุข ความสงบ มีความหวัง) มากน้อยเพียงใด					
6	ท่านมีสมาธิในการทำงานต่าง ๆ ดีเพียงใด					
7	ท่านรู้สึกพอใจในตนเองมากนักแค่ไหน					
8	ท่านยอมรับรูปร่างหน้าตาของตัวเองได้ไหม					
9	ท่านมีความรู้สึกไม่ดี เช่น รู้สึกเหงา เศร้า หดหู่ ลึ้นหวัง วิตกกังวล บ่อยแค่ไหน					
10	ท่านรู้สึกพอใจมากน้อยแค่ไหนที่สามารถทำอะไร ๆ ผ่านไปได้ในแต่ละวัน					

ข้อที่	ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา	ไม่เคย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
11	ท่านจำเป็นต้องไปรับการรักษาพยาบาลมากน้อยเพียงใด เพื่อที่จะทำงานหรือมีชีวิตอยู่ไปได้ในแต่ละวัน					
12	ท่านพอใจกับความสามารถในการทำงานได้อย่างที่เคยทำมากน้อยเพียงใด					
13	ท่านพอใจต่อการผูกมิตรหรือเข้ากับคนอื่นอย่างที่ผ่านมาแค่ไหน					
14	ท่านพอใจกับการช่วยเหลือที่เคยได้จากเพื่อน ๆ แค่นั้น					
15	ท่านรู้สึกว่าการใช้ชีวิตมีความมั่นคงปลอดภัยดีไหมในแต่ละวัน					
16	ท่านพอใจกับสภาพบ้านเรือนที่อยู่ตอนนี้มากน้อยเพียงใด					
17	ท่านมีเงินพอใช้จ่ายตามความจำเป็นมากน้อยเพียงใด					
18	ท่านพอใจที่จะสามารถไปใช้บริการสาธารณสุขได้ตามความจำเป็นเพียงใด					
19	ท่านได้รู้เรื่องราวข่าวสารที่จำเป็นในชีวิตแต่ละวันมากน้อยเพียงใด					
20	ท่านมีโอกาสได้พักผ่อนคลายเครียดมากน้อยเพียงใด					
21	สภาพแวดล้อมดีต่อสุขภาพของท่านมากน้อยเพียงใด					
22	ท่านพอใจกับการเดินทางไปไหนมาไหนของท่าน (หมายถึงการคมนาคม) มากน้อยเพียงใด					
23	ท่านรู้สึกว่าการใช้ชีวิตท่านมีความหมายมากน้อยแค่ไหน					
24	ท่านสามารถไปไหนมาไหนด้วยตนเองได้ดีเพียงใด					
25	ท่านพอใจในชีวิตทางเพศของท่านแค่ไหน? (ชีวิตทางเพศ หมายถึง เมื่อเกิดความรู้สึกทางเพศขึ้นแล้วท่านมีวิธีการทำให้ผ่อนคลายลงได้ รวมถึงการช่วยตัวเองหรือการมีเพศสัมพันธ์)					
26	ท่านคิดว่าท่านมีคุณภาพชีวิต (ชีวิตความเป็นอยู่) อยู่ในระดับใด					

โครงการวิจัย 1 หน้ากระดาษ A4 (สำหรับประชาสัมพันธ์)

1. โครงการวิจัย

การเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

Program of Enhancing Community Mental Health Vaccine During the COVID-19 Outbreak

2. ชื่อ-นามสกุลนักวิจัย นางสาวนันทาวดี วรวัสส์

Nuntawadee Worawasuwat

3. ที่อยู่ติดต่อได้ 88/20 หมู่ 4 ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000

โทรศัพท์มือถือ 083 360 6565 E-mail nantawadee06@gmail.com

4. ชื่อหน่วยงาน กองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต

5. ปี พ.ศ.ที่ดำเนินการเสร็จ 2565

6. คำค้น keyword วัคซีนใจในชุมชน การส่งเสริมสุขภาพจิตในภาวะวิกฤต การสร้างการมีส่วนร่วม

7. อ้างอิง -

8. รูปภาพหรือภาพเคลื่อนไหว แยกไฟล์ในภาคผนวก

9. คำอธิบาย 1 หน้ากระดาษ A4

การส่งเสริมสุขภาพจิตและการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตตามหลักการของการดูแลสุขภาพจิตและการสนับสนุนจิตสังคม (Mental health and psychosocial supports: MHPSS) เป็นสิ่งจำเป็นภายใต้สถานการณ์โรคโควิด-19 ซึ่งประชาชนได้รับผลกระทบด้านสุขภาพจิตเป็นวงกว้าง และกระตุ้นปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดปัญหาการฆ่าตัวตาย กรมสุขภาพจิตจึงได้มีการพัฒนาหลักการการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน ซึ่งใช้แนวคิดของดูแลสุขภาพจิตและการสนับสนุนจิตสังคมขึ้น เพื่อตอบสนองต่อการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 โดยการยกระดับการดำเนินงานจากระดับบุคคลไปสู่ชุมชน แต่การดำเนินงานในปี 2563 ทำให้เห็นช่องว่างของการดำเนินงานทั้งความชัดเจนของตัวแนวทางการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนและวิธีการนำไปปฏิบัติในชุมชนให้มีประสิทธิภาพจนได้ผลลัพธ์ที่ต้องการ

การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อนำหลักการการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนมาพัฒนาเป็นโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตและจิตสังคมในชุมชนภายใต้สถานการณ์โรคโควิด-19 (โปรแกรมการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน) ให้สมบูรณ์ และประเมินผลโปรแกรมนี้นี้ในพื้นที่จริง จากนั้นจึงพัฒนาแนวทางสนับสนุนการขยายผลโปรแกรมให้ครอบคลุมพื้นที่ 25 จังหวัดเป้าหมายที่ถูกเลือกมาเพื่อเป็นพื้นที่เฝ้าระวังปัญหาการฆ่าตัวตายใน ปี พ.ศ. 2564 ให้ลดลงต่ำกว่าร้อยละ 8 ต่อแสนประชากร รวมถึงเพื่อประเมินผลโปรแกรมนี้นี้เมื่อถูกขยายผลไปใน 25 จังหวัด ซึ่งการวิจัยนี้เน้นการศึกษาผลที่เกิดขึ้นจริงจากการนำโปรแกรมไปใช้ในพื้นที่จริง บริบทจริง โดยผู้วิจัยออกแบบการวิจัยเป็นการวิจัยเชิงผสมผสาน (Mixed Method Research) แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

1) การพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน (Research and Development) ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน คือ 1) การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง (Evidence Review) 2) การปรึกษาหารือกับผู้เชี่ยวชาญ 3) การพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนด้วยกระบวนการ Human-centric-design approach 4) การศึกษาในพื้นที่นำร่อง 4 จังหวัด (Pilot study)

2) การนำไปปฏิบัติและการขยายผล (Implementation and scaling up) ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน คือ 1) การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง (Evidence Review) 2) การพัฒนาขั้นตอนการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาพิมพ์เขียวการขับเคลื่อนการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนในระดับจังหวัด (Development of Tailored Implementation Blueprint Workshop) 3) การพัฒนากลยุทธ์การขยายผลการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนในระดับประเทศ (Development of scaling up strategies) 4) การพัฒนาเครื่องมือการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนเพื่อสนับสนุนการขยายผล (Development of intervention package)

3) การประเมินผล (Evaluation) โดยอาศัยข้อมูลทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณในการประมาณผลตามกรอบแนวคิด RE-AIM ของ King DK และ Glasgow RE (2010)

ผลการศึกษาสะท้อนให้เห็นการดำเนินการที่ประสบความสำเร็จในการส่งเสริมความยืดหยุ่นของชุมชน การส่งเสริมสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตของประชาชนที่ได้รับผลกระทบจากโควิด-19 หากแต่พื้นที่ในการศึกษามีขอบเขตกว้างเกินไปทำให้ไม่สามารถศึกษาถึงปัจจัยที่ก่อให้เกิดความแตกต่างในแต่ละบริบทได้ ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพในประเด็นปัจจัยสนับสนุนที่มีผลต่อความสำเร็จในการนำโปรแกรมการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนไปใช้ในครั้งต่อไป และติดตามผลอย่างต่อเนื่องเพื่อให้ทราบถึงผลลัพธ์ในระยะยาว ตลอดจนหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพหรือความเป็นอยู่ที่ดีของประชาชน ควรได้มีโอกาสได้เข้ามาเรียนรู้และร่วมมือกันในการดำเนินการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนในอนาคตหากเกิดวิกฤตขึ้นอีกครั้งในประเทศไทย

สรุปผลงานวิจัย/โครงการวิจัย 5 บรรทัด

1. โครงการวิจัย

การเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

Program of Enhancing Community Mental Health Vaccine During the COVID-19 Outbreak

2. ชื่อ-นามสกุลนักวิจัย นางสาวนันทาวดี วรวัสส์

Nuntawadee Worawasuwat

3. ที่อยู่ติดต่อได้ 88/20 หมู่ 4 ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000

โทรศัพท์มือถือ 083 360 6565 E-mail nantawadee06@gmail.com

4. ชื่อหน่วยงาน กองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต

5. ปี พ.ศ.ที่ดำเนินการเสร็จ 2565

6. คำค้น keyword วัคซีนใจในชุมชน การส่งเสริมสุขภาพจิตในภาวะวิกฤต การสร้างการมีส่วนร่วม

7. อ้างอิง -

8. รูปภาพหรือภาพเคลื่อนไหว แยกไฟล์ในภาคผนวก

9. คำอธิบาย 1 หน้ากระดาษ A4

ภายใต้สถานการณ์วิกฤตโควิด-19 ซึ่งประชาชนได้รับผลกระทบด้านสุขภาพจิตเป็นวงกว้าง และกระตุ้นปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดปัญหาการฆ่าตัวตาย ผลการศึกษาการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนสะท้อนให้เห็นการดำเนินการที่ประสบความสำเร็จในการความยืดหยุ่นของชุมชน การส่งเสริมสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตของประชาชนที่ได้รับผลกระทบจากโควิด-19 หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพหรือความเป็นอยู่ที่ดีของประชาชน ควรได้มีโอกาสได้เข้ามาเรียนรู้และร่วมมือกันในการดำเนินงานการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนในอนาคตหากเกิดวิกฤตขึ้นอีกครั้งในประเทศไทย

แบบฟอร์มสรุปงานวิจัยในรูปแบบ infographic

1. โครงการวิจัย

การเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

Program of Enhancing Community Mental Health Vaccine During the COVID-19 Outbreak

2. ชื่อ-นามสกุลนักวิจัย นางสาวนันทาวดี วรวัสส์

Nuntawadee Worawasuwat

3. ที่อยู่ติดต่อได้ 88/20 หมู่ 4 ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000

โทรศัพท์มือถือ 083 360 6565 E-mail nantawadee06@gmail.com

4. ชื่อหน่วยงาน กองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต

5. ปี พ.ศ.ที่ดำเนินการเสร็จ 2565

6. คำค้น keyword วัคซีนใจในชุมชน การส่งเสริมสุขภาพจิตในภาวะวิกฤต การสร้างการมีส่วนร่วม

7. อ้างอิง -

การเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน

ภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019



การเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนด้วยหลักการ 4 สร้าง 2 ใช้

1. สร้างความรู้สึกปลอดภัย

- สร้างความมั่นใจในการป้องกันและควบคุมโรค
- ส่งเสริมให้คนในชุมชนดูแลตนเองและผู้อื่น

2. สร้างความรู้สึกสงบ

- ให้ข้อมูลการแพร่ระบาดของโรคอย่างถูกต้องชัดเจน
- เสริมสร้างความรอบรู้ในการดูแลจิตใจตนเองและผู้อื่น

2 ใช้ คือ การใช้ศักยภาพของชุมชนและสายสัมพันธ์ในชุมชน

สร้างสรรค์กิจกรรมที่ช่วยเสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางใจทั้ง 4 ด้านในชุมชน

3. สร้างความหวัง

- สร้างแผนฟื้นฟูหรือจัดรูปแบบบริการในชุมชนให้กลับเป็นปกติ
- สนับสนุนให้มีกิจกรรมสร้างขวัญกำลังใจแก่กันในชุมชน
- จัดสวัสดิการ/ออกมาตรการช่วยเหลือผู้ได้รับผลกระทบ

4. สร้างความเข้าใจ ให้โอกาส

- จัดทีมสื่อสารสร้างความเข้าใจ ในชุมชน
- ให้โอกาสผู้ห่วยป่วยร่วมกิจกรรมในชุมชน
- ร่วมกันดูแลและให้โอกาสกลุ่มเปราะบางทางสังคม

เส้นทางกาเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน

โปรแกรมการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนเป็นเครื่องมือที่ใช้ดูแลช่วยเหลือประชาชนในภาวะวิกฤตที่สามารถตอบสนองต่อความต้องการที่ครอบคลุมทุกมิติทั้งกาย จิต และสังคมของประชาชน โดยใช้กระบวนการสร้างการมีส่วนร่วม 5 ขั้นตอนต่อไปนี้ เป็นกลไกสำคัญเพื่อขับเคลื่อนให้เครือข่ายทุกภาคส่วนในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมดูแลซึ่งกันและกันภายใต้สถานการณ์วิกฤต

5.



สรุปบทเรียนจากแผนร่วมกัน

ติดตามและประเมินผล

2.



สร้างแผนชุมชน

3.



4.



1.



สร้างความเข้าใจเกี่ยวกับวัคซีนใจ

ทบทวนชุมชน

รูปที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัยในระยะต่าง ๆ



สร้างความเข้าใจเรื่องวัคซีนใจในชุมชน

โดยจัดประชุมชี้แจงให้แก่คนในชุมชน เพื่อให้เข้าใจ และตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาสุขภาพจิต รวมทั้งเข้าใจเส้นทางการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน



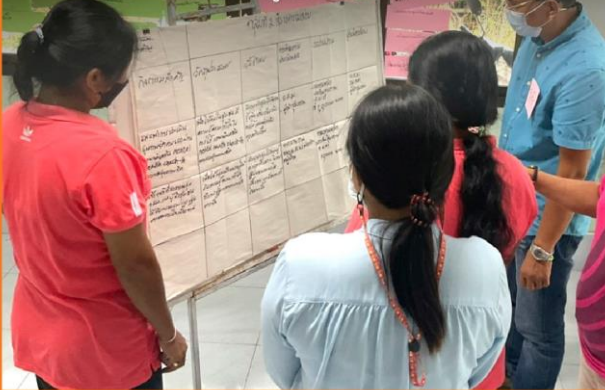
ร่วมกันทบทวนชุมชน

โดยใช้กราฟใยแมงมุมวิเคราะห์ชุมชนว่ามีกิจกรรมที่ช่วย สร้างความรู้สึกปลอดภัย ความสงบ ความหวัง ความเข้าใจ และให้โอกาสมากน้อยอย่างไร รวมทั้งมีอะไรบ้างที่เป็น จุดแข็งและจุดอ่อนของชุมชน



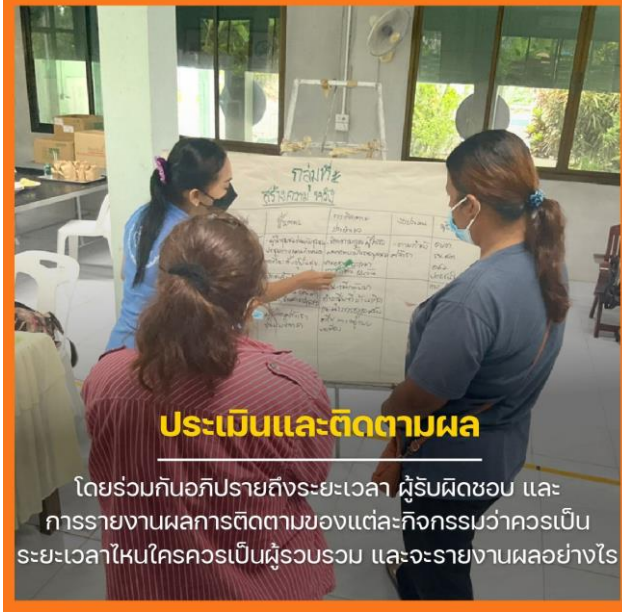
สร้างแผนปฏิบัติการของชุมชน

ทั้งแผนสร้างความรู้สึกปลอดภัย ความสงบ ความหวัง ความเข้าใจให้โอกาส แต่ละแผนประกอบด้วยกิจกรรมสำคัญ วัตถุประสงค์ ขั้นตอน การติดตามประเมินผล งบประมาณ และผู้รับผิดชอบ



ประเมินและติดตามผล

โดยร่วมกันอภิปรายถึงระยะเวลา ผู้รับผิดชอบ และการรายงานผลการติดตามของแต่ละกิจกรรมว่าควรเป็น ระยะเวลาไหนใครควรเป็นผู้รวบรวม และจะรายงานผลอย่างไร



สรุปบทเรียนร่วมกัน

โดยเปิดโอกาสให้คนในชุมชนที่เข้าร่วมกิจกรรม ได้เขียนข้อความลงในบัตรคำ เพื่อสร้างกำลังใจ ในการนำแผนการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน ไปดำเนินงานให้สำเร็จ



แสดงรายละเอียดเส้นทางการเสริมสร้างวัคซีนใจ ในชุมชนและวัตถุประสงค์ในแต่ละขั้นตอน

คู่มือการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน สำหรับผู้นำกระบวนการในชุมชน

คู่มือการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน

สำหรับ

ผู้นำกระบวนการในชุมชน



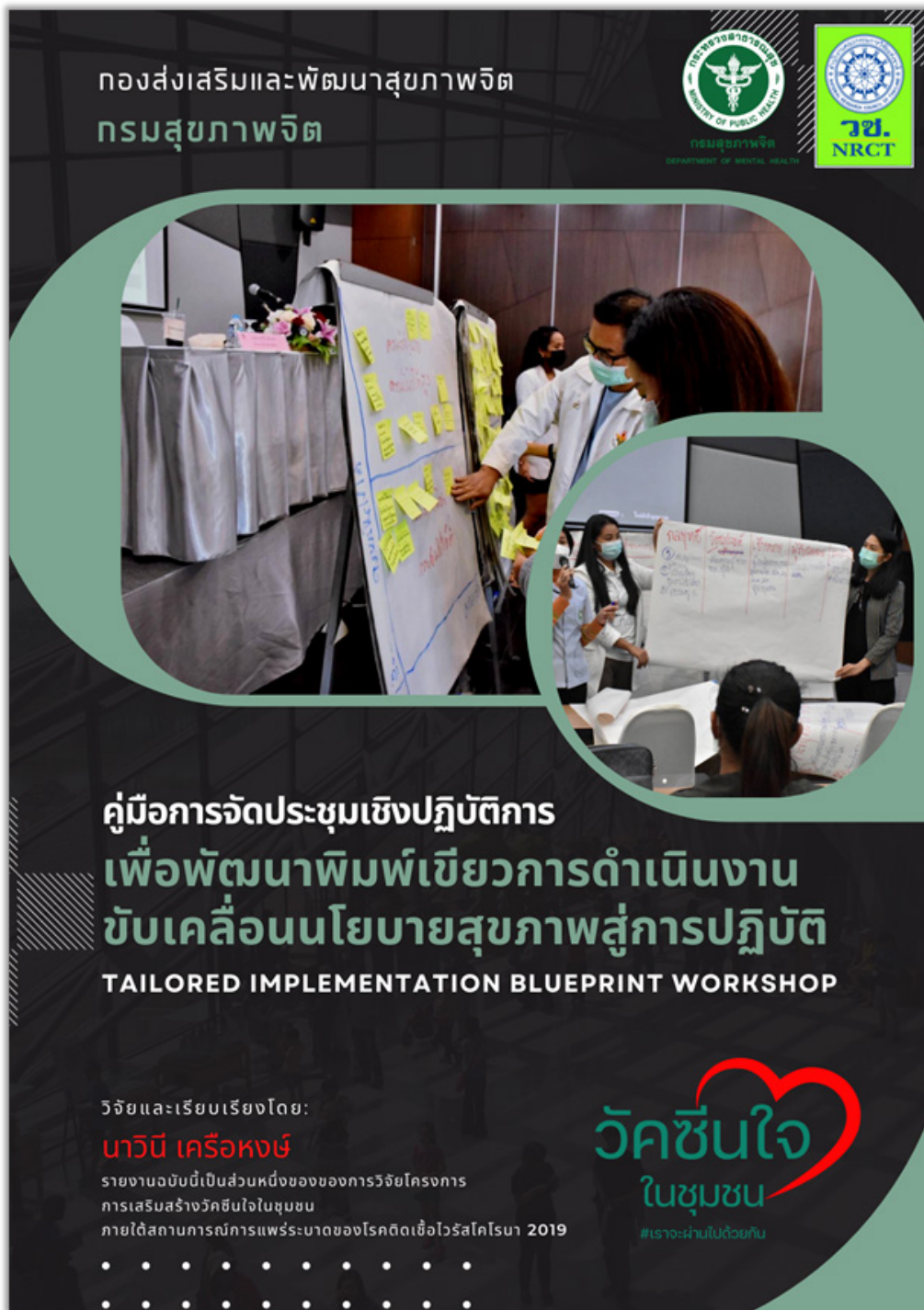
กองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต



สแกนที่นี่เพื่อดูดาวน์โหลด



คู่มือการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาพิมพ์เขียวการขับเคลื่อนนโยบายสุขภาพสู่การปฏิบัติ
(Tailored Implementation Blueprint Workshop)
กรณีศึกษาการพัฒนาแนวพิมพ์เขียวการดำเนินงานการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนระดับจังหวัด



กองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต
กรมสุขภาพจิต

คู่มือการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ
เพื่อพัฒนาพิมพ์เขียวการดำเนินงาน
ขับเคลื่อนนโยบายสุขภาพสู่การปฏิบัติ
TAILORED IMPLEMENTATION BLUEPRINT WORKSHOP

วิจัยและเรียบเรียงโดย:
นาวินี เครือหงษ์
รายงานฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการวิจัยโครงการ
การเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน
ภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

วัคซีนใจ
ในชุมชน
#เราจะผ่านไปด้วยกัน



สแกนที่นี่เพื่อดูดาวน์โหลดเล่ม

เอกสารรวบรวมผลการดำเนินงานการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน
ภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

กองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต
กรมสุขภาพจิต



ถอดรหัสนวัตกรรม วัคซีนใจในชุมชน

รวบรวมผลงานชุมชนต้นแบบการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน
จากทั่วประเทศภายใต้สถานการณ์โควิด-19



วัคซีนใจ
ในชุมชน
#เราจะผ่านไปด้วยกัน



รายงานฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการวิจัยโครงการการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน
ภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019



สแกนที่นี่เพื่อดูดาวน์โหลดเล่ม



รายชื่อนักวิจัย

หัวหน้าโครงการ

ชื่อ-นามสกุล นางสาวนันทาวดี วรสวัสดิ์
ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ
ผู้อำนวยการกองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต
โทรศัพท์มือถือ 083 360 6565 E-mail nantawadee06@gmail.com

ผู้วิจัยหลักและผู้บริหารจัดการโครงการวิจัย

ชื่อ-นามสกุล นางสาวนาวิณี เครือหงษ์
ตำแหน่งปัจจุบัน นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ กองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต
โทรศัพท์มือถือ 086 966 2566 E-mail Navinee.kruahong@gmail.com

ผู้วิจัยร่วม

1. ชื่อ-นามสกุล นพ.เทอดศักดิ์ เดชคง
ตำแหน่งปัจจุบัน นายแพทย์เชี่ยวชาญ ผู้อำนวยการสำนักวิชาการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต
โทรศัพท์มือถือ 081-9181208 โทรสาร 02-1495539 E-mail drterd@yahoo.com
2. ชื่อ-นามสกุล นายปองพล ชุมนะโชติ
ตำแหน่งปัจจุบัน นักจิตวิทยาคลินิกชำนาญการ กองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต
โทรศัพท์มือถือ 089 635 4828 E-mail palmpsy419@hotmail.com
3. ชื่อ-นามสกุล นางสาวชีวานันท์ เกาทันท์
ตำแหน่งปัจจุบัน นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ สำนักความรอบรู้สุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต
โทรศัพท์มือถือ 098 825 9002 E-mail cheewanan.kao@gmail.com
4. ชื่อ-นามสกุล นางสาวศรีไพร ผึ้งฉิมพลี
ตำแหน่งปัจจุบัน นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ กองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต
โทรศัพท์มือถือ 082 696 1514 E-mail planoi_2536@hotmail.com
5. ชื่อ-นามสกุล นางสาวกรกนก นาคประเสริฐ
ตำแหน่งปัจจุบัน นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ สำนักความรอบรู้สุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต
โทรศัพท์มือถือ 083-550-4081 E-mail Kornkanoknakprasert@gmail.com

แบบฟอร์มประเมินผลการวิจัยในการนำไปใช้ประโยชน์อย่างเป็นรูปธรรม ที่ได้รับการจัดสรรงบประมาณ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ชื่อโครงการวิจัย การเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ชื่อนักวิจัย นางสาวนันทาดี วรสุวิธ หน่วยงาน กรมสุขภาพจิต

งบประมาณที่ได้รับการสนับสนุน 2,800,000 บาท **ปีงบประมาณที่ได้รับการสนับสนุน** 2564

วัน/เดือน/ปี ที่ดำเนินการวิจัยแล้วเสร็จ 9 มกราคม 2566

เป้าหมายการดำเนินการ ลดอัตราการฆ่าตัวตายให้น้อยกว่า 8 ต่อแสนประชากร

ส่วนที่ 2 ผลการวิจัยและการนำไปใช้ประโยชน์อย่างเป็นรูปธรรม

2.1 การนำไปใช้ประโยชน์อย่างเป็นรูปธรรม (สามารถตอบได้มากกว่า 1 มิติ)

• **มตินโยบาย** หมายถึง การมีเอกสารแสดงความสนใจ ความต้องการ หรือการนำข้อมูลและแนวทางแก้ไข ซึ่งได้จากผลงานวิจัย สิ่งประดิษฐ์และนวัตกรรมมาใช้ประกอบการแก้ไขปัญหาสำคัญและปัญหาเร่งด่วนของประเทศในองค์กร หรือหน่วยงานภาครัฐและภาคเอกชน

ปัญหาสำคัญ/ปัญหาเร่งด่วนของประเทศ คือ

ปัญหาสุขภาพจิตและปัญหาการฆ่าตัวตายภายใต้สถานการณ์วิกฤตโควิด-19

ชื่อองค์กร หรือหน่วยงานภาครัฐและภาคเอกชน ที่นำงานวิจัยไปใช้ประโยชน์

กรมสุขภาพจิต หน่วยงานสาธารณสุขทั้ง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และชุมชน

ลักษณะการนำงานวิจัยไปใช้ประโยชน์ (โปรดให้คำอธิบาย พร้อมแนบเอกสาร/ภาพประกอบ)

1. การกำหนดนโยบายหรือมาตรการสำหรับการดูแลประชาชนเมื่อเกิดวิกฤต
2. การนำโปรแกรมการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนที่ได้จากการศึกษาไปเป็นเครื่องมือในการรับมือกับวิกฤตที่อาจจะเกิดขึ้นในอนาคต
3. การวางแผนงานเพื่อขับเคลื่อนนโยบายสาธารณสุขต่าง ๆ ในอนาคต
4. การพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายและเชิงปฏิบัติที่ใช้ในการปรับปรุงและพัฒนาการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติที่ดีขึ้นในอนาคตต่อไป

การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นต่อองค์กรหรือหน่วยงานภาครัฐและภาคเอกชน (โปรดให้คำอธิบาย พร้อมแนบเอกสาร/ภาพประกอบ)

1. กรมสุขภาพจิตสามารถนำข้อมูลองค์ประกอบสำคัญของพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตในชุมชนอย่างมีส่วนร่วมภายใต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขไปใช้ในการกำหนดนโยบายหรือมาตรการสำหรับการดูแลประชาชนเมื่อเกิดวิกฤตขึ้นอีกครั้งในอนาคต
2. ชุมชนสามารถนำโปรแกรมการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนที่ได้จากการศึกษาไปเป็นเครื่องมือในการรับมือกับวิกฤตที่อาจจะเกิดขึ้นในอนาคต

3. กระบวนการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาพิมพ์เขียวการนำนโยบายหรือโปรแกรมด้านสุขภาพจิตไปปฏิบัติที่ได้จะเป็นเครื่องมือให้กับเจ้าหน้าที่ศูนย์สุขภาพจิต เจ้าหน้าที่ของสาธารณสุขจังหวัดและสาธารณสุขอำเภอได้ใช้ในการวางแผนงานเพื่อขับเคลื่อนนโยบายสาธารณสุขต่าง ๆ ในอนาคต

4. กลยุทธ์การนำนโยบายสุขภาพ/โปรแกรมสุขภาพไปปฏิบัติที่ได้จากการศึกษาจะนำไปเป็นกลยุทธ์เบื้องต้นให้กับผู้ปฏิบัติในทุกระดับเลือกใช้ในการนำนโยบายสาธารณสุขต่าง ๆ ไปปฏิบัติในอนาคต

5. ผลการศึกษาเกี่ยวกับกลยุทธ์การขยายผลและระบบสนับสนุนการขยายผลจะนำไปเป็นข้อมูลเบื้องต้นให้กับเจ้าหน้าที่ของกรมสุขภาพจิตและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องได้ใช้เป็นแนวทางในการปรับปรุงการขยายผลโปรแกรมหรือนโยบายสุขภาพจิตในอนาคต

• **มิติวิชาการ** หมายถึง การมีเอกสารแสดงถึงการอ้างอิง (Citations) บทความวิจัย ที่ได้รับการตีพิมพ์ในวารสารวิชาการระดับนานาชาติ ซึ่งมี Peer-review (โปรดแนบเอกสาร/หลักฐานอ้างอิง)

ไม่มี

• **มิติเชิงสังคม/ชุมชน** หมายถึง การมีเอกสารแสดงความสนใจ หรือความต้องการในการถ่ายทอดความรู้ของชุมชน ท้องถิ่น หรือองค์กร (ไม่ใช่หน่วยงานต้นสังกัดของนักวิจัย/หน่วยงานให้ทุน) ที่แสดงให้เห็นถึงการนำงานวิจัยไปใช้ประโยชน์ และรูปแบบการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นต่อชุมชน ท้องถิ่น องค์กร

ดูรายละเอียดในเอกสารแนบภาคผนวก : ถอดรหัสนวัตกรรมวัคซีนใจในชุมชน

• **มิติพาณิชย์** หมายถึง การมีเอกสารแสดงความสนใจ หรือความต้องการในการนำผลงานวิจัย สิ่งประดิษฐ์ และนวัตกรรมไปพัฒนา/ปรับปรุง กระบวนการผลิตและจำหน่ายในภาคการผลิตและภาคอุตสาหกรรม

ไม่มี

2.2 ทรรศนะทางปัญญาที่เกิดจากงานวิจัย (โปรดระบุเดือน/ปี ที่ยื่นขอและได้รับ) -

2.3 ผู้ได้รับผลประโยชน์อย่างเป็นรูปธรรม (โปรดระบุหน่วยงาน บุคคล หรือพื้นที่ที่นำงานวิจัย ไปใช้ประโยชน์)

ประชาชนในชุมชนที่มีการนำโปรแกรมการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนไปใช้ ดูรายละเอียดในเอกสารแนบภาคผนวก : ถอดรหัสนวัตกรรมวัคซีนใจในชุมชน

2.4 ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานวิจัย (งานวิจัยที่แล้วเสร็จ)

☐ ไม่มีปัญหาและอุปสรรค

☒ มีปัญหาและอุปสรรค (โปรดระบุสาเหตุ) งบประมาณและระยะเวลา

2.5 ผลกระทบจากการนำผลงานวิจัยไปใช้ประโยชน์ (งานวิจัยที่แล้วเสร็จ)

☒ ไม่มีผลกระทบ

☐ มีผลกระทบ (โปรดระบุสาเหตุ)

ลงชื่อ.....

(นางสาวนันทาวดี วรสุวิธ)

ตำแหน่ง หัวหน้าโครงการวิจัย