

รายงานผลการประเมินภายใน (Developmental Evaluation Report)

**โครงการพัฒนาเครือข่ายสร้างเสริมสุขภาพทางจิต
สำหรับประชาชนโดยกลไกชุมชน
(สุขเป็น) ระยะที่ 2**

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ญ.นำพร อินสิน และคณะ

**ภายใต้โครงการของมูลนิธิแพथทูเฮลท์ path2health (P2H)
สนับสนุนโดย สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)
สิงหาคม พ.ศ. 2569**

คำนำ

รายงานการประเมินผลภายในฉบับนี้ จัดทำขึ้นเพื่อประเมินและสังเคราะห์ผลการดำเนินงานของโครงการพัฒนาเครือข่ายสร้างเสริมสุขภาวะทางจิตสำหรับประชาชน โดยกลไกชุมชน หรือ “สุขเป็น” ระยะ ที่ 2 โดยใช้แนวคิดการประเมินเชิงพัฒนา (Developmental Evaluation: DE) ซึ่งมุ่งเน้นการใช้ข้อมูลเพื่อการเรียนรู้ การปรับตัว และการพัฒนาโครงการไปพร้อมกับการดำเนินงาน ภายใต้บริบทของการขับเคลื่อนงานส่งเสริมสุขภาพจิตเชิงบวกที่มีความซับซ้อน มีความหลากหลายของพื้นที่และภาคีเครือข่าย และต้องอาศัยการเรียนรู้ร่วมกันอย่างต่อเนื่อง

การประเมินครั้งนี้ไม่ได้มุ่งเพียงแต่ความสำเร็จของโครงการตามเป้าหมายที่โครงการระบุไว้ หากแต่ให้ความสำคัญกับการทำความเข้าใจ “กระบวนการเปลี่ยนแปลง” ที่เกิดขึ้น ทั้งในระดับบุคคล ชุมชน และระบบ ผ่านการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ การสะท้อนบทเรียนของทีมโครงการ ภาคีเครือข่าย และ Change Agents (CAs) ตลอดจนการติดตามผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นในพื้นที่ดำเนินงาน เพื่อค้นหาปัจจัยความสำเร็จ กลไกการขับเคลื่อน ข้อจำกัด และโอกาสในการพัฒนาต่อยอด ตลอดจนผลลัพธ์อื่น ๆ ที่เกิดขึ้นจากการดำเนินโครงการนี้โดยไม่ได้ระบุไว้

ข้อค้นพบจากการประเมินสะท้อนให้เห็นว่า “สุขเป็น” ไม่ได้เป็นเพียงชุดกิจกรรมหรือเครื่องมือส่งเสริมสุขภาพจิต แต่เป็นกระบวนการพัฒนาคนที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงจากภายใน (Internalized Change) นำไปสู่การสร้างแกนนำการเปลี่ยนแปลง การพัฒนากลไกการขับเคลื่อนในพื้นที่ และการเชื่อมโยงกับระบบการทำงานของหน่วยงานต่าง ๆ จนเกิดการบูรณาการงานส่งเสริมสุขภาพจิตเชิงบวกเข้ากับการกิจประจำ และสร้างผลลัพธ์ที่เป็นรูปธรรมทั้งในระดับบุคคล ชุมชน และระบบบริการ และเป็นโครงการที่สร้างโอกาสความเป็นไปได้ในการเชื่อมโยงสุขภาวะทางใจไปสู่สุขภาวะในมิติอื่น ๆ

คณะผู้ประเมินผลภายในหวังเป็นอย่างยิ่งว่า รายงานฉบับนี้จะเป็นทั้งหลักฐานเชิงประจักษ์ของผลการดำเนินงาน และเป็นเครื่องมือในการเรียนรู้ร่วมกันของผู้บริหาร ทีมโครงการ ภาคีเครือข่าย และผู้เกี่ยวข้องทุกภาคส่วน เพื่อใช้ประกอบการตัดสินใจเชิงนโยบาย การพัฒนารูปแบบการดำเนินงาน และการขยายผล “สุขเป็น” สู่การสร้างระบบและชุมชนที่มีหัวใจ อันจะนำไปสู่การยกระดับคุณภาพชีวิตและสุขภาวะทางจิตของประชาชนอย่างยั่งยืนต่อไป

ทีมประเมินผลภายใน

สิงหาคม 2569

สารบัญ

คำนำ.....	i
สารบัญ.....	ii
บทสรุปสำหรับผู้บริหาร.....	iii
บทที่ 1 บริบทของโครงการ.....	1
บทที่ 2 ผลการประเมินภายใน.....	6
1. ปัจจัยนำเข้า (Inputs).....	7
2. กระบวนการ (Process).....	11
3. ผลผลิต (Outputs).....	24
4. ผลลัพธ์ (Outcomes).....	40
บทที่ 3 บทวิเคราะห์กระบวนการทำงานของโครงการ.....	70
จุดเด่นของโครงการ.....	70
ประเด็นท้าทายในอนาคต.....	71
บทที่ 4 ความสำเร็จและปัจจัยหนุนเสริมความสำเร็จของโครงการ.....	73
1. ผลลัพธ์เชิงระบบ: ความสำเร็จของการฝังตัวสุขเป็นในระบบ.....	73
2. ผลลัพธ์ระดับชุมชน: พลังแห่งการขับเคลื่อนสุขภาพจิตโดยชุมชน.....	76
3. โอกาสใหม่ของการดูแลสุขภาพจิตผ่านระบบนิเวศชุมชน.....	78
รายชื่อทีมประเมินผลภายใน.....	80
ภาคผนวก.....	81
1. การสื่อสาร “สุขเป็น” ในสื่อสังคมออนไลน์ (เฟซบุ๊ก).....	81
2. ผลลัพธ์เชิงระบบในงานบริการปฐมภูมิ.....	86
3. ผลลัพธ์เชิงระบบในงานจิตเวชชุมชน.....	89
4. นิยามศัพท์สำคัญของการประเมินผลภายใน.....	90
5. แบบประเมินความสุข (THI-15).....	91
6. แบบประเมินทักษะสร้างสุขและสุขภาพจิตเชิงบวก (PERMA) ของ CAs.....	92
7. ข้อคำถามดัชนีสุขภาพจิตชุมชนท้องถิ่น (CMHI).....	94
8. แบบรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์.....	98

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

รายงานการประเมินผลภายในของโครงการพัฒนาเครือข่ายสร้างเสริมสุขภาพทางจิตสำหรับประชาชน โดยกลไกชุมชน (สุขเป็น) ระยะที่ 2 หรือโครงการ “สุขเป็น” นับเป็นโครงการส่งเสริมสุขภาพจิตที่มุ่งเน้นงานต้นน้ำคือ การส่งเสริมป้องกันสุขภาพจิตของประชาชนทั่วไปที่ยังไม่เจ็บป่วย “สุขเป็น 2” มีกระบวนการดำเนินงานหลักคือ **“สร้างคนในชุมชนที่เป็นแกนนำส่งเสริมสุขภาพจิต”** โดยใช้สุขภาพจิตเชิงบวก PERMA และการออกแบบการเรียนรู้ผ่านกระบวนการที่เข้าใจง่ายและสอดคล้องกับบริบทชีวิตจริง เรียกว่า **“หัวใจกระบวนการสุขเป็น”** คือ **“การสร้างบรรยากาศ ใช้ศาสตร์บ้าน ๆ คนทำงานต้องเปลี่ยนแปลง (Internalized change)”** แกนนำส่งเสริมสุขภาพจิตภายใต้โครงการสุขเป็น (Change agents; CAs) นี้ จะได้รับซึ่งหนุนเสริมพัฒนาให้เป็น Cas ที่มีศักยภาพเป็นกลไกการขับเคลื่อนสุขภาพจิตเชิงบวกในชุมชน ทั้งนี้ เป้าหมายที่สำคัญของโครงการคือ **“สุขเป็น” ไปเชื่อมต่อหรือฝังตัว (Plug-in) กับระบบการทำงานปกติ** เกิดนโยบาย โครงสร้างงาน คนและงบประมาณ ที่นำแนวคิด “สุขเป็น” ไปบูรณาการร่วมกันกับภารกิจของหน่วยงานได้ ทั้งนี้ผลลัพธ์ที่คาดหวัง คือ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์สุขภาพจิตที่ดีขึ้น เกิดการขับเคลื่อนสุขเป็นด้วยกลไกชุมชนผ่าน CAs ที่มีศักยภาพ และเพื่อให้แนวคิดสุขเป็นเชื่อมต่อฝังตัวเข้ากับระบบได้จริงอย่างเป็นรูปธรรม ซึ่งจะส่งผลให้แนวคิดสุขเป็นได้ขยายผลไปยังผู้รับประโยชน์ครอบคลุมประชาชนจำนวนมากได้นั่นเอง

การประเมินผลภายในมีวัตถุประสงค์ 3 ข้อ ดังนี้

- 1) รวบรวมข้อมูลและประเมินผลการดำเนินงานของโครงการตามวัตถุประสงค์และตัวชี้วัด
- 2) สังเคราะห์รูปแบบการพัฒนาศักยภาพบุคลากรและการดำเนินงานโดยใช้กลไกชุมชนในแต่ละพื้นที่
- 3) ประเมินศักยภาพของเครือข่ายการดำเนินงานเพื่อความยั่งยืนผล การประเมินภายในโดยสรุปตามโมเดลเชิงตรรกะ (Logic model) มีดังนี้

1. ปัจจัยนำเข้า (Inputs)

เมื่อสังเคราะห์ข้อมูล พบว่า โครงการมีต้นทุนด้านคน องค์กร เครือข่าย ความรู้ และเครื่องมือ ที่เอื้อต่อการบรรลุเป้าหมายของโครงการ ระบบสิ่งสำคัญ 6 ประเด็น ได้แก่

1.1 การคัดเลือกพื้นที่และ “คนที่ใช่” ความสำเร็จของการขยายผลไม่ได้ขึ้นอยู่กับพื้นที่ แต่ขึ้นอยู่กับ Core team และ Change Agents (CAs) ที่เข้าใจคุณค่าของสุขภาพจิตเชิงบวก มีพลังในการขับเคลื่อน และสามารถเชื่อมโยงงานกับบริบทของพื้นที่ได้

1.2 ทีมโครงการที่มีศักยภาพ ทีมโครงการมีความเชี่ยวชาญด้านการจัดการกระบวนการเรียนรู้ การเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ (Experiential Learning) และทักษะในการสร้างความสัมพันธ์ รวมถึงมีผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตเชิงบวกและการคิดเชิงระบบร่วมสนับสนุน ทำให้โครงการมีความน่าเชื่อถือและสามารถพัฒนางานได้อย่างต่อเนื่อง

1.3 วัฒนธรรมการเรียนรู้ของทีมโครงการ มีรูปแบบการทำงานตามแนวคิด Developmental Evaluation (DE) ในการติดตาม ถอดบทเรียน และปรับปรุงการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง ทำให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกันและพัฒนากระบวนการไปสู่ผลลัพธ์ที่ต้องการ

1.4 Core Team เป็นกลไกหลักของการขยายผล พื้นที่ที่ประสบความสำเร็จล้วนมี Core Team ที่มีความเชื่อมั่นต่อการส่งเสริมสุขภาพจิต มองการทำงานเชิงระบบ และสามารถบูรณาการ “สุขเป็น” เข้ากับภารกิจประจำได้ อย่างเข้าใจเป้าหมายชัดเจนและมองเห็นโอกาส

1.5 ชุดกิจกรรม “สุขเป็น” ที่ยืดหยุ่นและใช้ได้จริง คู่มือและเครื่องมือที่ผ่านการพัฒนาและปรับปรุงจากการใช้งานจริง สามารถประยุกต์ใช้ได้กับกลุ่มเป้าหมายที่หลากหลาย และต่อยอดเป็นนวัตกรรมในพื้นที่ได้

1.6 แนวคิดที่ตอบโจทย์ปัญหาของพื้นที่ (Pain Point) เนื้อหาและกระบวนการของ “สุขเป็น” สามารถเชื่อมโยงกับปัญหาและภารกิจของพื้นที่ ทำให้หน่วยงานและชุมชนยอมรับและนำไปบูรณาการกับงานประจำได้ง่าย

โดยสรุป ความสำเร็จของโครงการเกิดจากการผสมผสาน ทุณคน ทุณองค์กร ทุณเครือข่าย และทุนความรู้เข้ากับกระบวนการทำงานที่ยืดหยุ่นและสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่

2. กระบวนการ (Process)

กระบวนการเป็นวิธีการและกลไกที่โครงการใช้ในการพัฒนาศักยภาพบุคลากร การสร้างการเรียนรู้ การหนุนเสริมพื้นที่ และการเชื่อมโยงการทำงานกับระบบ เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนสุขภาพจิตเชิงบวกในชุมชนอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน โครงการมีกระบวนการสำคัญ ได้แก่

2.1 กระบวนการพัฒนาคอน เป็นกระบวนการสร้าง Change Agents (CAs) ให้เกิดการเปลี่ยนแปลงจากภายใน (Internalized Change) ผ่าน "หัวใจของกระบวนการสุขเป็น" คือชุดกิจกรรม 7+3+3+3 ที่ใช้แนวคิดสุขภาพจิตเชิงบวก (PERMA) ร่วมกับการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ (Experiential Learning) การสะท้อนคิด (Reflection) และการรอบความรอบรู้ด้านสุขภาพแบบ V-shape การพัฒนา CAs ไม่ได้มุ่งให้จดจำความรู้ แต่ให้เกิดการตระหนักรู้ ทดลองใช้ในชีวิตจริง แลกเปลี่ยนประสบการณ์ และสามารถถ่ายทอดต่อผู้อื่นได้ จนพัฒนาเป็นผู้นำการเรียนรู้ในชุมชน ภายหลังการสร้าง CAs โครงการยังสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพอย่างต่อเนื่องผ่านการอบรมเชิงปฏิบัติการ การ Coaching และ Mentoring การเชื่อมโยงกับระบบงาน และเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระดับภูมิภาค ทำให้ CAs เติบโตจาก “ผู้เรียนรู้” ไปสู่ “ผู้ขับเคลื่อน” หรืออาจเป็น “ผู้สร้าง CAs รุ่นใหม่” ได้ เรียกว่าเป็น “CAs ที่ระเบิดพลังจากภายใน” พร้อมขับเคลื่อนกลไกชุมชนต่อไป

2.2 กระบวนการพัฒนากลไกการขับเคลื่อนในพื้นที่ โครงการมุ่งพัฒนา Core Team และกลไกการทำงานของแต่ละพื้นที่ให้สามารถบูรณาการ “สุขเป็น” เข้ากับระบบงานเดิมขององค์กรและชุมชน ผ่านการประชุม แลกเปลี่ยนเรียนรู้ Coaching และการตั้งวงสนทนา เพื่อร่วมวิเคราะห์บริบท ปัญหา โอกาส และออกแบบแนวทางการขับเคลื่อนที่เหมาะสมกับแต่ละพื้นที่ ส่งผลให้แต่ละจังหวัดสามารถพัฒนารูปแบบการดำเนินงานที่แตกต่างกันตามบริบท นอกจากนี้ยังมีการเสริมศักยภาพ Core Team ด้วยการเติมองค์ความรู้เชิงลึกด้าน PERMA การเชื่อมโยงกับระบบบริการ และการพัฒนาเครือข่ายระหว่างพื้นที่ ทำให้เกิดต้นแบบการขับเคลื่อนที่หลากหลายและสามารถแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันได้ การขับเคลื่อนจึงต้องอาศัย Core Team ที่เข้มแข็ง CAs ที่มีพลัง และออกแบบกลไกให้เหมาะสมกับบริบทของตนเอง

2.3 กระบวนการเรียนรู้เพื่อเชื่อมต่อและฝังตัวในระบบ (Plug-in) โครงการใช้การเรียนรู้ร่วมกันเป็นกลไกสำคัญในการขยายผล ผ่านการถอดบทเรียน เวทีวิชาการ และการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างพื้นที่อย่างต่อเนื่อง เวทีวิชาการไม่ได้เป็นเพียงการถ่ายทอดองค์ความรู้ แต่ทำหน้าที่สร้างเครือข่ายเสริมพลัง แลกเปลี่ยนต้นแบบ และเชื่อมโยงทรัพยากรระหว่างพื้นที่ ทำให้ CAs และ Core Team มองเห็นแนวทางใหม่ในการขยายผล และเกิดความเชื่อมั่นในการดำเนินงานต่อแม้สิ้นสุดโครงการ จะเห็นได้ว่า โครงการมีทั้งกระบวนการพัฒนา “คน” และ “กลไก” เพื่อไปยึดโยงกับ “ระบบ” ในที่สุด

3. ผลผลิต ผลผลิตของโครงการสุขเป็นสะท้อนให้เห็นการพัฒนาที่สำคัญ 3 ด้าน ได้แก่

3.1 กำลังคน โครงการสามารถพัฒนา Change Agents (CAs) ให้มีศักยภาพในการส่งเสริมสุขภาพจิตเชิงบวก ทั้งในบทบาทเพื่อนคู่คิด กระบวนการ และผู้นำการขับเคลื่อน รวมถึงเกิด "ทีมทำงานสุขเป็น" ในหลายพื้นที่ที่สามารถขยายผลได้ด้วยตนเอง และเกิด CAs ที่มีสมรรถนะหลายระดับ ตั้งแต่ CAs ระดับที่เปลี่ยนแปลงภายในและจัดการอารมณ์ตนเอง ไปจนถึง CAs ระดับที่สามารถออกแบบการเรียนรู้ได้อย่างเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย เป็นการสร้าง “กระบวนการสุขเป็น” ในพื้นที่เอง

3.2 กลไกการขับเคลื่อน เกิดกลไกการขับเคลื่อนงานสุขเป็นในหลายภาคส่วน ทั้งระบบสาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น การศึกษา และภาคประชาชน โดยแต่ละพื้นที่สามารถประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของตนเอง โดยโครงการไม่ได้กำหนดว่า กลไกการขับเคลื่อนต้องเป็นในรูปแบบใด จึงทำให้เกิดความยืดหยุ่นและปรับเข้ากับบริบทในพื้นที่ได้จริง

3.3 การเชื่อมต่อกับระบบ แนวคิดและเครื่องมือสุขเป็นสามารถเชื่อมโยง (Plug-in) เข้ากับงานประจำของหน่วยงานต่าง ๆ ได้อย่างเป็นรูปธรรม ช่วยเสริมการทำงานเดิมโดยไม่เป็นการเพิ่มภาระให้กับคนทำงาน แต่ช่วยหนุนเสริมการทำงานเดิมให้ได้ผลดีขึ้น ซึ่งนับเป็นรากฐานของการขยายผลอย่างยั่งยืน โดยเฉพาะระบบสาธารณสุข ระบบการศึกษา และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

4. ผลลัพธ์ (Outcomes)

ผลการดำเนินโครงการสะท้อนให้เห็นว่า "สุขเป็น" สามารถสร้างการเปลี่ยนแปลงได้ทั้งในระดับบุคคล ชุมชน และระบบ โดยมีผลลัพธ์สำคัญแบ่งตามระดับ ดังนี้

4.1 ผลลัพธ์ระดับบุคคล

ผลการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการสัมภาษณ์รายบุคคล สะท้อนว่า กระบวนการพัฒนา Change Agents (CAs) ส่งผลให้ผู้เข้าร่วมเกิดการเปลี่ยนแปลงด้านทัศนคติ การจัดการอารมณ์ การมองโลกเชิงบวก และการรับมือกับปัญหาในชีวิตประจำวัน สามารถนำทักษะสร้างสุขไปประยุกต์ใช้ในการดำเนินชีวิตได้จริง

ผลการประเมินเชิงปริมาณในระยะท้ายโครงการ พบว่า กลุ่ม CAs มีคะแนนทักษะสร้างสุขเฉลี่ย 2.35 คะแนน สูงกว่ากลุ่มประชาชนทั่วไป (2.15 คะแนน) และมีคะแนนสุขภาพจิตเชิงบวกตามแนวคิด PERMA เฉลี่ย 2.47

คะแนน สูงกว่ากลุ่มประชาชนทั่วไป (2.18 คะแนน) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) นอกจากนี้ กลุ่ม CAs มีสุขภาพจิตเชิงบวกในระดับสูง และระดับความสุขสูงกว่าคนทั่วไป ร้อยละ 73.8 และ ร้อยละ 53.3 ตามลำดับ ซึ่งเป็นสัดส่วนที่สูงกว่าในกลุ่มประชาชนทั่วไปที่มีสุขภาพจิตเชิงบวกในระดับสูง และระดับความสุขสูงกว่าคนทั่วไป ร้อยละ 54.2 และ 40.0 อย่างไรก็ตาม ประเด็นทักษะการรับมือและการเผชิญสถานการณ์ยังมีคะแนนเฉลี่ยยังต่ำกว่าข้ออื่น ๆ ในคนทั้งสองกลุ่ม

4.2 ผลลัพธ์ระดับชุมชน

การพัฒนา CAs และ Core Team ส่งผลให้หลายพื้นที่เกิดกลไกการดูแลสุขภาพจิตที่เข้มแข็งมากขึ้น มีการเฝ้าระวังความเสี่ยง การรับฟัง การช่วยเหลือ และการเชื่อมโยงการส่งต่อระหว่างชุมชนกับหน่วยบริการสุขภาพ ส่งผลให้ทุนทางสังคมเกี่ยวกับสุขภาพจิต และการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตของประชาชนในชุมชนดีขึ้น เมื่อประเมินผลในภาพรวมของชุมชนด้วย “ดัชนีสุขภาพจิตชุมชนท้องถิ่น” (Community Mental Health Index: CMHI) พบว่า พื้นที่โครงการมีคะแนนดัชนีสุขภาพจิตชุมชนท้องถิ่นภาพรวมอยู่ในระดับ “ค่อนข้างสูง” ได้แก่ ตำบลป่าตัน จังหวัดลำปาง 103.81 คะแนน และตำบลโป่งทุ่ง จังหวัดเชียงใหม่ 100.80 คะแนน สูงกว่าพื้นที่เปรียบเทียบที่มีคะแนนระดับ “ค่อนข้างต่ำ” 84.49 คะแนน โดยเฉพาะด้านทุนทางสังคมและการดูแลสุขภาพจิตในชุมชน ซึ่งมีคะแนนสูงกว่าในชุมชนที่เป็นพื้นที่โครงการอย่างชัดเจน โดยเฉพาะประเด็นด้าน “การดูแลสุขภาพจิตในชุมชน” ที่พื้นที่โครงการมีคะแนนสูงกว่าพื้นที่เปรียบเทียบแทบทุกข้อ อย่างไรก็ตาม ประเด็นด้าน “ลักษณะทางสังคมประชากรของชุมชน” ที่เกี่ยวข้องกับการได้เลี้ยงชีพและการติดตามผู้ป่วยสุขภาพจิตยังพบคะแนนค่อนข้างต่ำทั้งในพื้นที่โครงการและพื้นที่เปรียบเทียบ

4.3 ผลลัพธ์ระดับระบบ

แนวคิดและเครื่องมือ “สุขเป็น” ได้รับการบูรณาการเข้ากับระบบงานของหลายหน่วยงาน ทั้งงานสุขภาพจิต งานปฐมภูมิ งานดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง งานพัฒนาคุณภาพชีวิต และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ส่งผลให้เกิดการทำงานร่วมกันระหว่างภาคส่วน และช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของระบบบริการในการส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต

นอกจากนี้ ยังพบผลลัพธ์เชิงประจักษ์ในหลายพื้นที่จนเห็นผลลัพธ์เกินกว่าที่โครงการคาดหวังในระบบบริการสุขภาพในหลายพื้นที่ ทั้งงานสุขภาพจิต งานปฐมภูมิ และการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์เชิงประจักษ์ต่อการดูแลประชาชนในหลายมิติที่สำคัญคือ

- **การป้องกันการฆ่าตัวตาย** พื้นที่ตำบลโป่งทุ่ง จังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งเคยเป็นพื้นที่ที่มีปัญหาการฆ่าตัวตายสูง สามารถลดจำนวนผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายลงอย่างต่อเนื่อง จนไม่พบผู้เสียชีวิตติดต่อกันเป็นปีที่สาม ภายใต้กลไกการเฝ้าระวังและดูแลกันในชุมชน เชื่อมโยงระบบส่งต่อดูแลในระดับโรงพยาบาลชุมชน
- **การดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน** พื้นที่อำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง นำแนวคิดสุขเป็นมา

ประยุกต์ใช้ร่วมกับระบบบริการ ทำให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษา และรับประทานยาต่อเนื่องมากขึ้น ส่งผลให้จำนวนผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการกำเริบ จำต้องใช้เจ้าหน้าที่ฝ่ายปกครองหรือตำรวจช่วยเหลือลดลงอย่างชัดเจน เหลือเพียงเดือนละ 0-3 ราย จากเดือนละ 15-17 ราย

- **การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (NCDs)** หลายพื้นที่บูรณาการกิจกรรมสุขเป็นเข้า กับคลินิกโรคเรื้อรังและระบบปฐมภูมิ ช่วยเพิ่มแรงจูงใจในการดูแลตนเอง ส่งผลให้ผู้ป่วยบางส่วนสามารถควบคุมโรคได้ดีขึ้น ลดการขาดยา ปรับลดขนาดยา และบางรายสามารถหยุดยาได้ภายใต้การดูแลของบุคลากรสาธารณสุข

2 ปัจจัยความสำเร็จ

2.1 กระบวนการสร้าง CAs ให้เป็น “คนที่ใช่” เกิดการเปลี่ยนแปลงจากภายใน (Internalized Change) ด้วย “หัวใจกระบวนการสุขเป็น” ที่ช่วยให้ CAs ไม่ใช่แค่ได้รับความรู้แล้วจดจำข้อมูลไปถ่ายทอด แต่ CAs ที่เปลี่ยนจริงกลายเป็นพลังขับเคลื่อนกลไกขับเคลื่อนในชุมชน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง CAs ที่มีบทบาทเป็นผู้นำในระบบงานตามโครงสร้างจะยังมีพลังผลักดันได้เป็นรูปธรรม

2.2 การผสานพลังหนุนเสริมไม่เพิ่มภาระงานเชิงระบบ เกิดจากการที่ “สุขเป็น” สามารถบูรณาการเข้ากับงานประจำและสร้างการผสานพลัง (Synergy) ระหว่างสุขภาพกาย สุขภาพจิต และการทำงานของหน่วยงาน กลายเป็น “ระบบที่มีหัวใจ” ทำงานกับผู้คนด้วยจิตเมตตา มีความเข้าใจ และเห็นคุณค่าของความสัมพันธ์ คนทำงานมีความสุขมากขึ้น ส่งผลต่อการทำงานได้ผลลัพธ์ที่ดีกว่าเดิม

2.3 “สุขเป็น” คือสะพานเชื่อม ระหว่างองค์ความรู้ทางวิชาการไปสู่วิธีเรียนรู้และการปฏิบัติได้จริงของประชาชน ทำให้เรื่องการส่งเสริมสุขภาพจิต ไม่ต้องอาศัยเพียงแค่บุคลากรสาธารณสุข แต่ทำได้เองในชุมชน ด้วยคนและทรัพยากรในชุมชน

2.4 โครงการ “สุขเป็น” เชื่อมร้อยแต่ละกลไกในชุมชน ให้เกิด Ecosystem ไม่ได้ทำแค่กิจกรรมหรือกระบวนการ แต่พยายามหนุนเสริมองค์ประกอบการดูแลสุขภาพจิตในชุมชน ทั้งด้านกำลังคน (CAs) เกิดทีมงาน (Core Team) เกิดพื้นที่เรียนรู้ เกิดนวัตกรรมที่เหมาะสมกับชุมชน เกิดเครือข่าย เกิดการเชื่อมต่อกับระบบ พื้นที่ที่โครงการหนุนเสริมจนองค์ประกอบเหล่านี้เชื่อมร้อยกัน จึงเห็นผลลัพธ์ต่อสุขภาพจิตอย่างชัดเจน สะท้อนว่า “สุขเป็น” ก่อร่าง “ระบบนิเวศ (Ecosystem)” ของการส่งเสริมสุขภาพจิตเชิงบวกที่สามารถขยายผลได้ในอนาคต

บทที่ 1 บริบทของโครงการ

โครงการพัฒนาเครือข่ายสร้างเสริมสุขภาวะทางจิตสำหรับประชาชนโดยกลไกชุมชน (สุขเป็น) ระยะที่ 2 เป็นโครงการที่มุ่งเน้นการป้องกันและส่งเสริมสุขภาวะทางจิตด้วยแนวคิดสุขภาพจิตเชิงบวกตาม PERMA Model ด้วยกระบวนการเรียนรู้ที่พัฒนาทักษะด้านสุขภาพจิต 7 ประการ ได้แก่

- การมองโลกในแง่ดี
- ความรู้สึกซาบซึ้งขอบคุณ
- การอยู่กับปัจจุบัน/สติ
- การคิดแบบเติบโต (Growth Mindset)
- การล้มแล้วลุกไว (Resilience)
- การคิดเรื่องจุดแข็งของคน
- การสร้างความสัมพันธ์อย่างรับผิดชอบ
- การเอาใจเขามาใส่ใจเรา (Empathy)*
- การดูแลสุขภาพกายให้แข็งแรง*

**หมายเหตุ ในระยะกลางของการดำเนินโครงการ ข้อมูลสะท้อนของทีมทำงานชี้ชัดว่าทักษะที่จำเป็นสำหรับการส่งเสริมสุขภาพจิตเชิงบวกตามแนวทางสุขเป็นควรเพิ่มเติมเรื่อง การเอาใจเขามาใส่ใจเรา(Empathy)* เป็นทักษะที่ช่วยหนุนเสริมให้มีสุขภาพจิตดีได้และสำคัญกับชุมชน และการดูแลสุขภาพกายให้แข็งแรง ที่แม้ว่าจะไม่ใช่ทักษะส่งเสริมสุขภาพจิตโดยตรง แต่สุขภาพกายที่แข็งแรงเป็นสิ่งจำเป็นที่ช่วยหนุนเสริมสุขภาพจิตได้อย่างดี และสุขภาพกายและสุขภาพจิตต่างหนุนเสริมซึ่งกันและกัน ไม่สามารถแยกกันได้*

กระบวนการขับเคลื่อนโครงการ “สุขเป็น” เน้นการสร้าง **แกนนำส่งเสริมสุขภาพจิต หรือ Change Agents (CAs)** ที่เกิดการเปลี่ยนแปลงภายใน (Internalized) เกิดทักษะการส่งเสริมสุขภาพจิตของตนเอง และสามารถบอกต่อแก่ผู้อื่นได้ โครงการส่งเสริมให้ CAs บูรณาการงานส่งเสริมสุขภาพจิตเชิงบวกเข้าไปในภารกิจปกติของตน นำไปสู่การให้บริการแก่ประชาชนกลุ่มเป้าหมายอย่างต่อเนื่อง กระบวนการพัฒนา CAs ของโครงการมีความลักษณะโดดเด่น คือ การสร้างบรรยากาศที่เป็นกันเองเป็นพื้นที่ปลอดภัยและผ่อนคลาย การเชื่อมโยงแนวคิด PERMA Model ไปสู่วิธีการถ่ายทอดที่เรียบง่ายให้เกิดการ

เรียนรู้ตามวิถีชีวิต เพื่อให้ CAS เกิดการเปลี่ยนแปลงภายในตัวเอง กล่าวได้ว่า กระบวนการพัฒนา CAS ของสุขเป็นเน้น **“สร้างบรรยากาศ ใช้ศาสตร์บ้าน ๆ คนทำงานต้องเปลี่ยนแปลง”** หรืออาจเรียกได้ว่า **“หัวใจกระบวนการสุขเป็น”** เข้าใจ-เปลี่ยนสภาวะภายใน (Internalized) บรรยากาศผ่อนคลาย (สนุก มีส่วนร่วม เท่าเทียม ปลอดภัย) และศาสตร์สร้างสุขแบบบ้าน ๆ (แปลงภาษาวิชาการให้เข้าใจง่าย)

จากนั้นการ CAS ที่พัฒนาขึ้น เป็นผู้ขับเคลื่อนกลไกชุมชน สามารถจำแนกเป็น 3 กลุ่มตามศักยภาพและความสนใจเพื่อขับเคลื่อนงานในพื้นที่ต่อไป ได้แก่ กลุ่ม CAS ที่เป็นผู้นำ จะออกแบบวางแผน บูรณาการทรัพยากรเพื่อขับเคลื่อนงานในพื้นที่ กลุ่ม CAS ที่เป็นกระบวนการ สามารถจัดกระบวนการเรียนรู้สุขเป็นโดยบูรณาการไปกับการทำงานต่าง ๆ ตามกลไกของพื้นที่ และ กลุ่ม CAS ที่เป็นเพื่อนคู่คิด จะเป็นผู้สื่อสารกับคนในชุมชนที่สามารถนำสุขเป็นไปใช้ในชีวิตประจำวันและบอกต่อไปยังคนอื่น ๆ ในชุมชนได้

การดำเนินงานโครงการสุขเป็นระยะที่ 1 เห็นถึงประโยชน์และความเป็นไปได้ในการสร้างเสริมสุขภาพจิตเชิงบวกด้วยกลไกชุมชน และเห็นผลลัพธ์ที่ดีต่อการส่งเสริมสุขภาพใจที่แข็งแรง ดังนั้น โครงการสุขเป็นระยะที่ 2 เป็นระยะขยายผล มีวัตถุประสงค์หลักของโครงการ 4 ข้อ ดังนี้

1. พัฒนาและขยายจำนวนแกนนำสร้างเสริมสุขภาพจิต (CAS) ในระดับชุมชน ตำบล อำเภอ จังหวัด และบางพื้นที่ระดับภาค เพื่อส่งต่อความรู้และสร้างสุขภาพจิตที่ดีในประชาชน
2. ถอดบทเรียนเนื้อหา กระบวนการ และผลลัพธ์ของการพัฒนาศักยภาพแกนนำ (CAS) ใน 8 พื้นที่เดิมจากระยะที่ 1 และประเมินผลการส่งเสริมสุขภาพจิตในกลุ่มผู้รับบริการและชุมชน
3. พัฒนาคู่มือ สื่อ และแนวปฏิบัติ “สร้างเสริมสุขภาพจิตแบบสุขเป็น” โดยสังเคราะห์จากข้อมูลวิจัยและประเมินผล เพื่อเป็นแนวทางสำหรับพื้นที่อื่นนำไปขยายผล
4. พัฒนาเครือข่ายสุขเป็นให้เป็นชุมชนการเรียนรู้สร้างสุขภาวะทางจิต (Learning Community) และสร้างแบรนด์สุขเป็นให้แพร่หลายทั้งในพื้นที่และออนไลน์

เป้าหมายสำคัญของโครงการสุขเป็นระยะที่ 2 นี้ จะเป็นการเชื่อมต่อ (Plug-in) กับระบบการทำงานของหน่วยงานหรือกลไกการทำงานด้านคุณภาพ

ชีวิตประชากรที่มีอยู่ในพื้นที่ บนฐานคิดที่ว่า “การจะขยายแนวคิดสุขเป็นในครอบคลุมประชากรได้มาก งานสุขเป็นจะต้องไปเชื่อมต่อกับระบบการทำงานเดิมที่ดูแลประชากรอยู่แล้ว บูรณาการงานเป็นเนื้อเดียวกัน ไม่เพิ่มภาระให้คนทำงานแต่ไปหนุนเสริมพัฒนางานให้ดีกว่าเดิม” ดังนั้น งานมุ่งเน้นที่ “ระบบ” ส่งต่อผลลัพธ์ไปที่ตัวบุคคล “ผู้รับประโยชน์” ต่อไป

วัตถุประสงค์ของการประเมินผลภายในกำหนดไว้ 3 ข้อ ดังนี้

- 1) รวบรวมข้อมูลและประเมินผลการดำเนินงานของโครงการตามวัตถุประสงค์และตัวชี้วัด
- 2) สังเคราะห์รูปแบบการพัฒนาศักยภาพบุคลากรและการดำเนินงานโดยใช้กลไกชุมชนในแต่ละพื้นที่
- 3) ประเมินศักยภาพของเครือข่ายการดำเนินงานเพื่อความยั่งยืน

นิยามศัพท์สำคัญ ของการประเมินผลภายในโครงการไว้ดังนี้

1. สุขภาพจิตเชิงบวก คือ แนวคิดของงานสุขภาพจิตต้นน้ำ ที่เน้นส่งเสริมสุขภาพใจหรือ “ออกกำลังใจ”
ให้แข็งแรง ตามแนวคิดของ PERMA model
2. Change Agents (CAs, ซีเอ) หรือ แกนนำส่งเสริมสุขภาพจิต เป็นแกนนำที่โครงการพัฒนาขึ้นเพื่อให้เกิดแกนนำส่งเสริมขับเคลื่อนกลไกในชุมชนเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจิตเชิงบวกตามแนวคิดของสุขเป็น
3. กระบวนการพัฒนาศักยภาพ หมายถึง กระบวนการเสริมสร้างให้บุคคลหรือภาคีเครือข่าย มีความรู้ ความเข้าใจ และเกิดทักษะในการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพ เช่น กิจกรรม การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การสะท้อนคิด การ coaching การศึกษาดูงาน การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เวทีวิชาการ เป็นต้น โดยสามารถนำความรู้ ความเข้าใจ และทักษะที่ได้รับไปใช้ในการขับเคลื่อนการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ
4. ชุดกิจกรรม 7-3-3-3 คือ กระบวนการพัฒนาศักยภาพ CAs เป็นชุดกิจกรรมที่โครงการจัดขึ้นเพื่อพัฒนาทักษะที่เกี่ยวข้องกับ PERMA ให้กับ CAs เป็นชุดกิจกรรม 4 ครั้ง ครั้งที่ 1 ใช้เวลา 7 ชั่วโมง ตามด้วยครั้งที่ 2 - 4 ใช้เวลา 3 ชั่วโมง และครั้งละห่างกันประมาณ 1 เดือน ซึ่งเป็น

ชุดกิจกรรมที่พัฒนาต่อเนื่องเป็นระยะเพื่อให้คนได้ทดลองทำและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกัน

5. หัวใจกระบวนการสุขเป็น คือ แนวคิดสำคัญของการพัฒนา CAs ในโครงการสุขเป็นด้วยชุดกิจกรรม 7-3-3-3 เพื่อให้ CAs เกิดการเปลี่ยนแปลงภายในหรือ Internalized ด้วยการเน้น “สร้างบรรยากาศ ใช้ศาสตร์แบบบ้าน ๆ คนทำงานต้องเปลี่ยนแปลงภายใน”

6. Core team คือ ทีมแกนหลักที่เป็นผู้ประสานงานกับเครือข่าย CAs ในพื้นที่และร่วมวางแผนดำเนินงานกับทีมงานโครงการ โดย Core team จะเป็นคนในพื้นที่ดำเนินโครงการ

7. เครื่องมือสุขเป็น คือ กิจกรรมพร้อมสื่อต่าง ๆ ที่โครงการจัดทำไว้เพื่อเผยแพร่ให้กับคนที่สนใจได้นำไปใช้ในการจัดกิจกรรมกับกลุ่มเป้าหมาย แยกเป็นกิจกรรมตามทักษะต่าง ๆ ในการสร้างสุข

8. พื้นที่ คือ จังหวัดที่เข้าร่วมเป็นเครือข่ายการทำงานสุขเป็น มีทีมงานโครงการสุขเป็นเข้าไปร่วมพัฒนา CAs ในพื้นที่ และมี Core team ของพื้นที่นั้น มีพื้นที่จังหวัดเดิมจำนวน 5 จังหวัดและมีพื้นที่จังหวัดใหม่จำนวน 10 จังหวัด

9. กลไก คือ หมายถึง ระบบการทำงานที่มีการเชื่อมโยงแนวคิดและกระบวนการส่งเสริมสุขภาพจิตเชิงบวกแบบสุขเป็น เข้ากับงานประจำและภารกิจหลักของหน่วยงานหรือของภาคีที่เกี่ยวข้อง โดยกลไกนี้จะขับเคลื่อนผ่าน CAs ด้วยการจัดสรรงบประมาณทำงานตามบริบทของแต่ละพื้นที่

10. ระบบ คือ โครงสร้างของหน่วยงานฟังก์ชันในพื้นที่ ที่สามารถเชื่อมต่อแนวคิดสุขเป็นเข้าไปสู่ระบบการทำงานปกติได้ โดยมีโครงสร้างคนทำงาน บทบาทหน้าที่ งบประมาณ และเกิดโครงการที่เป็นไปตามโครงการปกติของหน่วยงานนั้น

11. ผู้รับประโยชน์ คือ ผู้ที่ CAs นำเอาแนวคิดและกิจกรรมสุขเป็นไปขยายผลต่อในพื้นที่ตามกลไกที่ CAs

เลือกสรร และปรับเข้ากับบริบทการทำงานของตนเอง

12. ผลลัพธ์การเปลี่ยนแปลงทางสุขภาพจิต หมายถึง ผลการเปลี่ยนแปลงคะแนนของบุคคลที่แสดงระดับสุขภาพจิตในทิศทางเป็นบวกเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญในกลุ่มเป้าหมายที่เป็นผลจากการดำเนินงานจากกระบวนการพัฒนาศักยภาพตามแนวทางสุขเป็น ประเมินด้วย แบบประเมินความสุข 15 ข้อ ตลอดจนผลลัพธ์อื่น ๆ ที่ส่งผลต่อการดูแลสุขภาพอันเนื่องมาจากการเปลี่ยนสุขภาพจิตของบุคคล

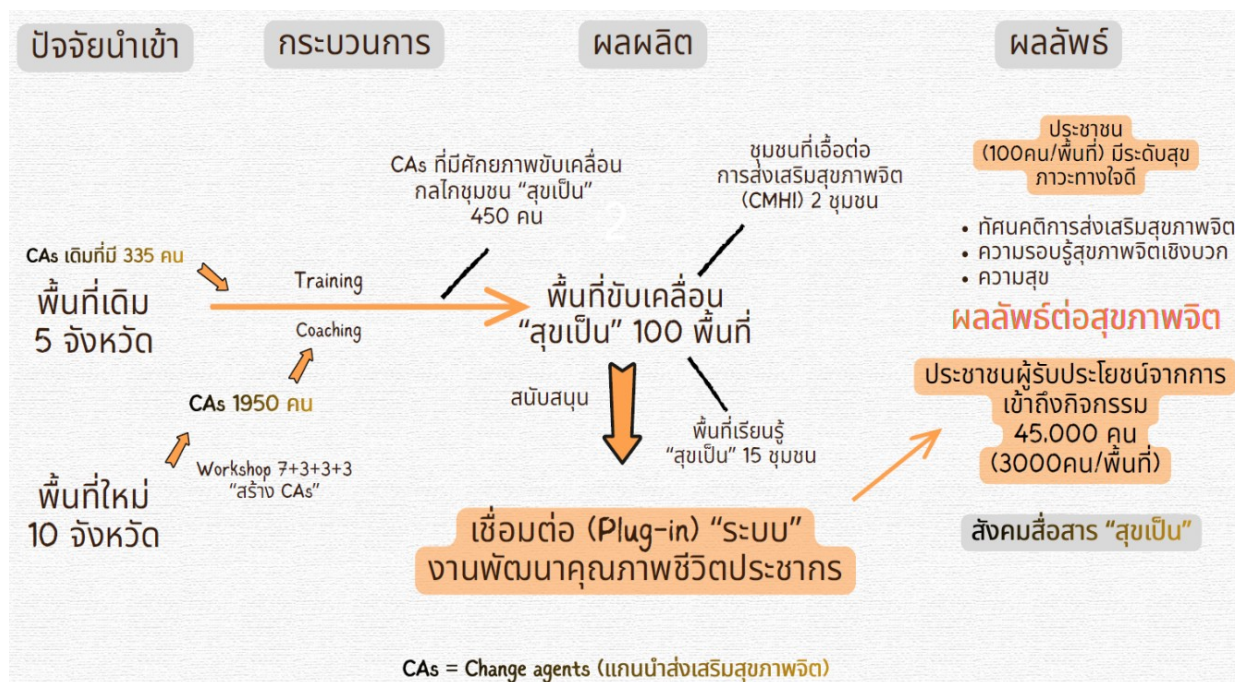
13. ผลลัพธ์ระดับชุมชน หมายถึง ผลการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ต่อสภาพแวดล้อมในชุมชนที่เอื้อต่อการดูแลสุขภาพจิตของคนในชุมชนที่อาศัยอยู่ ประเมินด้วย ดัชนีสุขภาพจิตชุมชนท้องถิ่น หรือ Community Mental Health Index (CMHI) หรือการเปลี่ยนแปลงด้านสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพจิตของชุมชนในมิติอื่น ๆ

14. ผลลัพธ์ระดับระบบ หมายถึง ผลการเปลี่ยนแปลงที่สามารถเชื่อมต่อสุขเป็นเข้ากับระบบงานตามภารกิจที่มีอยู่เดิมได้ ผ่านระบบงานต่าง ๆ ที่มีการกิจปกติเกี่ยวข้องกับการดูแลส่งเสริมคุณภาพชีวิตประชากรทุกกลุ่มทุกช่วงวัยในชุมชน

บทที่ 2

ผลการประเมินภายใน

ทีมประเมินผลภายในได้กำหนดกรอบการประเมินผลภายในตามโมเดลเชิงระบบ (Logic model) แบ่งเป็นปัจจัยนำเข้า กระบวนการ ผลผลิต และ



ผลลัพธ์ ดังรูปที่ 1

รูปที่ 1 กรอบการประเมินตามโมเดลเชิงระบบของโครงการ “สุขเป็น2”

ทีมประเมินภายในใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลการประเมินผลภายในดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

ของโครงการจากเอกสารรายงานประจำเดือน การบันทึกกิจกรรม การสัมภาษณ์ผู้ที่เกี่ยวข้อง ข้อมูลจากสื่อสังคมออนไลน์ และแบบสอบถาม ข้อมูลได้จากผู้จัดโครงการ ผู้ประสานงานพื้นที่ หน่วยงานภาคีขับเคลื่อน CA's และประชาชนผู้รับประโยชน์ และสรุปประเด็นข้อค้นพบทั้งในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เพื่อสะท้อนการดำเนินงานของโครงการนี้

1. ปัจจัยนำเข้า (Inputs)

โครงการมีปัจจัยนำเข้าที่เอื้อต่อการดำเนินโครงการหลายมิติทั้งด้านบุคลากร เครื่องมือวิธีการ และพื้นที่ดำเนินการ ดังนี้

1.1 พื้นที่ทำงาน พื้นที่เดิม (5 จังหวัด) และพื้นที่ใหม่ (10 จังหวัด) การดำเนินโครงการสุขเป็นในระยะขยายผลมีการกำหนดพื้นที่ขยายผลอย่างเป็นระบบ โดยในพื้นที่เดิม 5 จังหวัด มีการหารือร่วมกับทีมแกนหลัก (core team) เพื่อกำหนดทิศทางการขยายผลทั้งในเชิงพื้นที่ (จากหมู่บ้านสู่ตำบล หรือ จากตำบลสู่อำเภอ หรือจังหวัด หรือ ระหว่าง หมู่บ้าน / ตำบลใกล้เคียง) และในเชิงประเด็นเฉพาะที่ตอบสนองต่อบริบทและความต้องการของพื้นที่ เช่น ประเด็นความสัมพันธ์หรือการสื่อสารเชิงบวกในครอบครัว เช่น ในพื้นที่ ตำบลโป่งทุ่ง จ.เชียงใหม่ หรือการเชื่อมโยงงานกับงานเด็กและเยาวชน เช่น ต.ละหาร จ.นนทบุรี ต.หัวไทร จ.นครศรีธรรมราช ซึ่งสะท้อนถึงความเข้าใจของ Core team และ CAs ที่จะประยุกต์ใช้แนวคิดสุขภาวะจิตเชิงบวกในบริบทจริงที่หลากหลาย และโครงการมีความยืดหยุ่นที่ขยายผลได้ตามความต้องการของพื้นที่

การค้นหาและกำหนดพื้นที่ใหม่สำหรับขยายผลโครงการมีการค้นหาอย่างรอบคอบเพื่อมุ่งหวังให้ได้ “คนที่ใช่” มาเป็น Core team และหา CAs ที่จะขับเคลื่อนงานผ่านกลไกการทำงานในระดับพื้นที่ได้ โดยเน้นการมีส่วนร่วมของภาคีและการค้นหา Core team ที่ “เห็นคุณค่า เข้าใจ และมีพลังในการขับเคลื่อน” ทำให้เกิดความก้าวหน้าในบางพื้นที่อย่างรวดเร็ว เช่น พื้นที่ อ.แม่ทะ จ.ลำปาง ที่เป็นพื้นที่มีพื้นฐานการทำงานปฐมภูมิด้วยกลไก 3 หมอ เชื่อมโยงชุมชนและระบบบริการและงานสุขภาพจิตเชิงบวก พื้นที่ จ.สกลนคร ที่มี เครือข่ายเดิมของ P2H จากหน่วยงานด้านพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ระดับจังหวัดและระดับตำบล

อย่างไรก็ตาม บางพื้นที่ที่กำหนดเป็นพื้นที่ดำเนินงานโครงการก็พบอุปสรรคที่ควบคุมได้ยาก เช่น ภารกิจหลักของ core team และ CAs ที่มาก ทำให้ท้ายที่สุดบางพื้นที่ไม่สามารถบูรณาการงานปกติเข้ากับโครงการสุขเป็นได้อย่างราบรื่น บางพื้นที่พบว่าหัวหน้าหน่วยงานเห็นพ้องในการนำสุขเป็นมาใช้ในเชิงนโยบาย แต่ผู้ปฏิบัติงานมีงานล้นมือจนไม่สามารถบูรณาการได้เป็นเนื้อเดียวกัน ขาดความเชื่อมโยงการทำงานที่มีผู้นำขบวนแท้จริง บางพื้นที่เปลี่ยน core team เช่น แกนนำคนเดิมเกษียณอายุราชการ ทำให้การทำงานขาดความต่อเนื่องไปในที่สุด

บางพื้นที่กลายเป็นโอกาส พื้นที่ที่เล็งไว้เดิมไม่ได้ตามผล แต่พื้นที่ข้างเคียงที่ได้รับข้อมูลข่าวสารมากกลับสนใจอย่างจริงจัง เช่น สุขเป็นที่เบญจลักษณ์ หรือ สสจ.อุบลราชธานี ซึ่งไม่ได้ถูกกำหนดเป็นจุดหมายในช่วงต้น แต่ช่วงหลังค้น

พบ “คนที่ใช่” ทำให้ที่ อำเภอบางบาลฯ อาสขเป็นไปใช้ขยายผลอย่างรวดเร็วในโรงพยาบาลทั้งในส่วนงานสุขภาพจิตโดยตรงและงานอื่น ๆ ของหน่วยบริการ ส่วน สสจ.อุบลราชธานีเริ่มสนใจขยายผลมีการนำกิจกรรมสุขเป็นไปสอดแทรกในกิจกรรมต่าง ๆ ที่จัด โดย สสจ. เช่นการประชุมวิชาการ นับว่าเป็น “คนที่ใช่” ที่ค้นหาเจอในภายหลังและไม่ใช่เป้าหมายที่ทีมโครงการมุ่งเน้นในช่วงแรก

ข้อค้นพบประเด็นพื้นที่ทำงานนี้ สะท้อนว่า โครงการมีกระบวนการกำหนดพื้นที่ทำงานที่จะขยายผลของโครงการในทั้งสองกลุ่มพื้นที่สะท้อนให้เห็นถึงแนวทางการทำงานที่ **“เปิดกว้าง ยืดหยุ่น และค้นหาศักยภาพของพื้นที่เน้นงานเชิงคุณภาพ”** ทำให้โครงการขยายผลสำเร็จได้ตามเป้าหมายที่กำหนดไว้กระจายทุกพื้นที่ที่เกิดกลไกชุมชนทั้ง 15 จังหวัด แม้ว่าบางจังหวัดจะไม่เกิดการเชื่อมต่อกับระบบที่ชัดเจนก็ตาม ระหว่างการดำเนินการมีการเปลี่ยนแปลงพื้นที่จังหวัดตามเงื่อนไขของคนทำงานและนโยบายในพื้นที่ ในท้ายที่สุด โครงการสามารถที่จะขยายผล และเชื่อมโยงเครือข่ายไปยังจังหวัดอื่น ๆ นอกเหนือจากพื้นที่เป้าหมายที่มีความสนใจ คือ จังหวัดปัตตานี และสุราษฎร์ธานี ขยายไปยังพื้นที่ศรีสะเกษและอำนาจเจริญในเขตอีสานใต้ อย่างไรก็ตาม แนวทางการทำงานการขับเคลื่อนผลักดันงานสุขเป็น ระบบและกลไกที่ขับเคลื่อนงานในแต่ละพื้นที่มีความแตกต่างกัน ตลอดจนระดับผลลัพธ์ของแต่ละพื้นที่ก็มีความแตกต่างกันตามบริบทเงื่อนไขของแต่ละพื้นที่

1.2 ทีมทำงานโครงการที่มีศักยภาพและความพร้อม โครงการมีผู้จัดการโครงการ และทีมทำงานที่มีความเข้าใจพื้นฐานเรื่องสุขภาพจิตเชิงบวกตามแนวคิด PERMA มีความเชี่ยวชาญการทำงานจัดการเรียนรู้ที่ใช้แนวทาง Experiential learning และ Activity-based learning ทำให้การออกแบบกิจกรรมมีความน่าสนใจและถอดเนื้อหาวิชาการของสุขภาพจิตเชิงบวกให้มาเป็นสิ่งที่เรียนรู้เข้าถึงได้ง่าย นอกจากนี้ โครงการยังมีที่ปรึกษาเชิงวิชาการของโครงการภาควิชาการด้านสุขภาพจิต ด้านสุขภาพจิตเชิงบวก และด้านการประยุกต์ใช้ในระบบสุขภาพ ทำให้การทำงานของโครงการมีหลักวิชาการ และมีกรอบการทำงานที่ชัดเจน ทีมทำงานแบ่งเป็น 4 ทีมหลัก กระจายตามพื้นที่ภูมิภาคต่าง ๆ ที่ยึดโยงหลักการทำงานแบบเดียวกัน ทั้งนี้ ทีมทำงานแต่ละภูมิภาคจะมีการประชุมติดตามและถอดบทเรียนการทำงานกันทุก ๆ 3 เดือน แม้วิธีการที่แต่ละทีมของโครงการจะนำไปใช้แตกต่างกัน ก็พบว่ายังยึดโยงหลักการสำคัญคือ “หัวใจกระบวนการสุขเป็น” อย่างไรก็ตาม ในระยะกลางและท้ายของโครงการ ที่ต้องมุ่งเน้นการเชื่อมต่อกับระบบ พบว่า ทีมทำงานโครงการแต่ละทีม มีความเข้าใจระบบไม่เท่ากัน จึงเป็นข้อสังเกตว่า การทำงานกับระบบอาจมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องให้มีผู้เชี่ยวชาญและเข้าใจระบบ

หรือเป็นคนในระบบมาเป็นทีปรีกษาหรือแนะนำให้กับทีมโครงการด้วย น่าจะทำให้การผลักดันระบบทำได้ดียิ่งขึ้น

1.3 วัฒนธรรมของทีมทำงานโครงการ ทีมทำงานโครงการมีวัฒนธรรม เป็นการประเมินเพื่อพัฒนาภายในองค์กร มีการเชื่อมโยงการทำงานแต่ละ ทีมจึงต้องอาศัยการประเมินเชิงพัฒนามาช่วย ประกอบกับทีมงานนำ บทเรียนที่ได้เรียนรู้ต่าง ๆ มาปรับปรุงและพัฒนาตั้งโจทย์ท้าทายต่อไป เช่น บางพื้นที่ที่ไม่ประสบความสำเร็จในการสร้างกลไกการทำงานของ CAs เกิดจากอะไร ได้บทเรียนอย่างไร นอกจากนี้ ทีมงานที่จะเติมเต็ม ความเข้าใจในเนื้อหา PERMA ให้คนทำงานมีความเข้าใจลุ่มลึกมากขึ้น เกี่ยวกับ positive psychology เป็นการพัฒนาทีมที่ทำให้เกิดการเรียนรู้ กันระหว่างทีมและส่งเสริมศักยภาพการทำงานของคนในทีมมากขึ้น และสามารถขยายผลผลักดันกลไกและระบบการทำงานด้านสุขภาพจิตเชิง บวกให้มีความชัดเจนมากขึ้นด้วย ทีมประเมินภายในตั้งข้อสังเกตในจุดนี้ มา เมื่อเริ่มต้นการทำงานทุกทีมไม่ได้มีความเข้าใจ PERMA ที่สอดคล้อง กัน ซึ่งช่วงหลังเมื่อมีการประชุมทีม มีการเชิญนักวิชาการที่เข้าใจ PERMA มาพัฒนาศักยภาพในทีมโครงการอย่างต่อเนื่อง ทำให้เห็นการ พัฒนาของทีมอย่างชัดเจน สะท้อนให้เห็นว่าทีมทำงานมีวัฒนธรรมการ ทำงานที่เติบโต

1.4 Core team ในพื้นที่จังหวัดต่าง ๆ

- พื้นที่เดิม (5 จังหวัด) มีต้นทุนของ CAs เดิมที่เคยพัฒนาไว้แล้วใน โครงการระยะแรก กลุ่ม core team จะเป็นผู้ที่เห็นคุณค่าของ “สุขเป็น” เป็น Core team เป็นกลุ่มที่สนใจอยากขับเคลื่อนงานสุขเป็นต่อไป และ อยากขยายต่อยอด เช่น ต.ไชยราช และ ต.เขาล้าน จ.ประจวบคีรีขันธ์ ต.ชะอวด อ.จุฬาภรณ์ จ.นครศรีธรรมราช ต.ละหาร จ.นนทบุรี ต.หลักห้า จ.สมุทรสาคร ต.โป่งทุ่ง จ.เชียงใหม่ กลุ่ม core team ในพื้นที่นี้ค่อนข้าง ชัดเจนว่ามีใครบ้าง เกาะกลุ่มทำงานร่วมกันมีคนขับเคลื่อนงานสุขเป็น ตามกลไกในพื้นที่ที่ชัดเจน

- พื้นที่ใหม่ (10 จังหวัด) เป็นความท้าทายที่โครงการในการกำหนด พื้นที่ใหม่ และค้นหา “คนที่ใช่” ที่มีมุมมองต่อการส่งเสริมสุขภาพจิตเชิง บวก การทำงานที่ต้นน้ำ และมองเห็นทิศทางการทำงานเชิงระบบ ประเด็นสำคัญที่ได้จากตรงนี้ คือ การมุ่งค้นหา “คนที่ใช่” ว่าคนที่มี คุณลักษณะสำคัญคือมองเห็นเป้าหมายและความสำคัญของการทำงานแก้ ปัญหาด้านสุขภาพที่ต้นน้ำ ไม่ใช่แค่ปลายน้ำและตั้งรับ มีความคิดแบบ

เติบโต และพร้อมเปิดใจเรียนรู้ โดยไม่ยึดติดเพียงแค่งาน ตัวชี้วัด หรือข้อจำกัดของงบประมาณ ซึ่งกลุ่มนี้ค่อนข้างหายาก จำเป็นต้องมีการถอดบทเรียนในการเลือกหา “คนที่ใช่” และประเมิน “คนที่ไม่ใช่” ว่าเป็นอย่างไร

1.5 ชุดกิจกรรม/เครื่องมือสุขเป็น เป็นคู่มือจัดกิจกรรม “สุขเป็น” ที่รวบรวมกิจกรรมต่าง ๆ เกี่ยวกับทักษะ 7 ด้านที่ส่งเสริมสุขภาพจิตเชิงบวกตามที่โครงการมุ่งเน้น เป็นคู่มือที่ได้มาจากการทำโครงการในระยะที่ 1 ที่ผ่านทดลองใช้ในกลุ่มเป้าหมายมาระยะหนึ่งแล้ว และพบว่าหลาย ๆ กิจกรรมเป็นสิ่งที่ประชาชนเข้าถึงได้ง่าย เช่น ระบายใจ เกมเศรษฐีสุขเป็น บันไดสุขเป็น 12Tips

ในระยะแรก โครงการได้พัฒนาชุดคู่มือและสื่อประกอบการจัดกิจกรรมสุขเป็น เพื่อสนับสนุนการสร้าง

เสริมสุขภาพจิตอย่างเป็นระบบในพื้นที่เป้าหมาย ได้แก่

- คู่มือจัดกิจกรรมสุขเป็น ที่มีชุดกิจกรรมที่ครอบคลุมการพัฒนาทักษะ 7 ประการ และกิจกรรมเสริมการเรียนรู้ เช่น เกมต่าง ๆ ที่ออกแบบมาเพื่อเสริมสร้างความเข้าใจและประสบการณ์ เช่น เกมเศรษฐีสุขเป็น บันไดสุขเป็น เชื่อมชีมีสุข (ตัวอย่างสื่อดูได้ที่)

File	File size	Downloads
คู่มือจัดกิจกรรมสุขเป็น P2H 670624	23 MB	1121
กิจกรรมที่ 1 ดูนกความสุข	211 KB	68
กิจกรรมที่ 2 มองโลกในแง่ดี	1 MB	50
กิจกรรมที่ 3 พลังยิ้ม	304 KB	43
กิจกรรมที่ 4 คุยทุกข คุยขี้ขลาด คุยสุข สุขกว่าเดิม	114 KB	29
กิจกรรมที่ 5 สุขเล็กๆ	2 MB	36
กิจกรรมที่ 6 โชคดีจังเลยนะที่เรา	153 KB	34
กิจกรรมที่ 7 ใจคิด	173 KB	32
กิจกรรมที่ 8 ขอบคุณตัวเอง	476 KB	33
กิจกรรมที่ 9 พลังขอบคุณ	165 KB	26
กิจกรรมที่ 10 คนสติของจีน	208 KB	27

ข้อค้นพบของโครงการในช่วงแรก พบว่า CAs มีความต้องการให้โครงการเพิ่มเติมการสนับสนุนในเรื่องของคู่มือ สื่อ และแนวทางการจัดกิจกรรมหรือเครื่องมือสุขเป็น ที่เหมาะสมและสอดคล้องกับกลุ่มเป้าหมายที่มีความหลากหลายมากขึ้น เพื่อให้สามารถนำไปใช้งานและขยายผลได้อย่างมีประสิทธิภาพในแต่ละพื้นที่ ภายหลังโครงการมีการรวบรวมและสังเคราะห์เนื้อหาที่เกิดจากการ

สะท้อนการนำเครื่องมือสุขเป็นไปใช้โดย CAs แต่ละพื้นที่ มาปรับให้เหมาะสม สอดคล้องกับบริบทมากขึ้น บางอย่างเกิดนวัตกรรมสร้างสุขใหม่ เช่น เป้ายิงจบ สุขเป็น สื่อโปสเตอร์สำหรับทำป้ายไว้นิล เช่น “ไปต่อหรือติดกับ” “เรามองโลก แบบไหน” ทำให้มีสื่อทางเลือกให้นำไปใช้ได้ง่ายและครอบคลุมประโยชน์มากขึ้น ในช่วงการรวบรวมและสังเคราะห์นี้เองที่ทำให้โครงการพบว่า กิจกรรม “สุขเป็น” แบ่งเป็น 8 หมวด ได้แก่ 1) มองโลกในแง่ดี 2) การคิดแบบเติบโต 3) ล้มแล้วลุกไว 4) การอยู่กับปัจจุบันขณะ 5) ซาบซึ้ง-ขอบคุณ 6) ของดีในตัวเรา 7) ความเข้าอกเข้าใจผู้อื่น 8) ความสัมพันธ์ที่เป็นสุขและรับผิดชอบ

1.6 เนื้อหาและวิธีการของโครงการที่สอดคล้องกับ Pain point ของหน่วยงานหรือองค์กรในพื้นที่

เกิดการสนับสนุนบูรณาการกันกับภารกิจเดิมที่ทำอยู่ ทำให้เกิดการเชื่อมโยงงาน คน และงบประมาณ เรียกว่ามี Pain point บางอย่างที่โครงการสุขเป็นเข้าไปช่วยเติมเต็มได้ พบว่า มักจะมีปัญหาบางอย่างอยู่ แต่ยังไม่ได้คำตอบว่าจะแก้ไขปัญหาหรือพัฒนาอย่างไร เช่น งานปฐมนิเทศแม่ทะ จ.ลำปาง ขาดพลังของคนทำงานในการเชื่อมโยง อสม. และประชาชนในพื้นที่ เกิดช่องว่างของคนในทีม 3 หมอ พื้นที่ ต.ม่วงคำ จ.เชียงราย ที่พบว่า มีปัญหาสุขภาพจิตเยอะในพื้นที่ พื้นที่ รพสต.บ้านชะอวด จ.นครศรีธรรมราช ที่พบปัญหาเรื่อง NCDs และการดูแลสุขภาพทั้งกายและใจ พื้นที่ ศพด.ท่าทราย จ. นนทบุรี เข้าไปช่วยให้คนทำงานมองเห็นปัญหาหรือช่องว่างของการพัฒนางานโดยใช้แนวคิดสุขภาพจิตเชิงบวกเข้าไปช่วยหนุนเสริมได้ ทำให้เห็นมุมมองการเชื่อมโยงสุขเป็นเข้ากับการส่งเสริมความเข้มแข็งของครอบครัว

จากปัจจัยนำเข้าเหล่านี้ จะเห็นว่าโครงการมีปัจจัยนำเข้าที่หลากหลายมิติ ภายใต้เงื่อนไขความท้าทายสำคัญ คือ “คนที่ใช่” “ความใหม่ของแนวคิดสุขเป็น” “หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง” และ “การทำความเข้าใจกับแกนนำในพื้นที่เกี่ยวกับแนวทางสุขเป็นที่ไม่ใช่แนวทางแบบเส้นตรงกำหนดไว้เป็นขั้นตอน”

2. กระบวนการ (Process)

2.1 กระบวนการพัฒนาคน

2.1.1 กระบวนการพัฒนา CAs วิธีการ “หัวใจของกระบวนการสุขเป็น”

1) ชุดกิจกรรม 7+3+3+3 หรือ ทีมโครงการเรียกว่า “หลักสูตร 7-3-3-3” เป็นหัวใจสำคัญของกระบวนการสุขเป็น เนื่องจากเป็นจุดเริ่มต้นของการสร้างแกนนำสุขเป็น (CAs) ในทุกพื้นที่ โดยมุ่งหวังใน CAs เหล่านี้เป็นผู้ที่

เคลื่อนไหวงานสุขเป็นตามกลไกชุมชนต่อไป แนวคิดของชุดกิจกรรมเป็นการกำหนดเนื้อหาสุขภาพจิตเชิงบวกตาม PERMA model ของ Martin Seligman และใช้กระบวนการพัฒนาบ่มเพาะ CAs ให้เกิดการเปลี่ยนแปลงภายใน (Internalized) ที่สอดคล้องกับกรอบความรู้ด้านสุขภาพแบบ V-shape ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขรวมถึงแนวคิดการทำงานที่ต่อเนื่อง โดยการพบกัน 4 ครั้ง เพื่อติดตามความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นของ CAs จากการทดลองใช้แนวคิดและกิจกรรมกับตัวเอง

รูปแบบกิจกรรมออกแบบให้ส่งผ่านข้อมูลเชิงวิชาการไปสู่กลุ่มเป้าหมาย คนในชุมชนด้วยกิจกรรมที่เข้าใจง่าย หรือเรียกว่า“ศาสตร์แบบบ้าน ๆ” ด้วยแนวคิดการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ (Experiential learning) ผ่านกิจกรรมหลักต่าง ๆ เช่น การเล่นเกม การทบทวนประสบการณ์ การทดลองทำ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การตั้งคำถามขบคิดใคร่ครวญ และการสะท้อนคิด ซึ่งโครงการคิดเครื่องมือสุขเป็น เป็นกิจกรรมต่าง ๆ ตามทักษะสร้างสุข 7 ทักษะ ชุดกิจกรรม 7+3+3+3 มีลักษณะและองค์ประกอบในตารางที่ 1

วัตถุประสงค์ของชุดกิจกรรม 7+3+3+3 มุ่งเน้นให้ CAs เกิดการ Internalized ที่มีทักษะสร้างสุขเป็นเครื่องมือส่งเสริมให้เกิดความสุขในมิติต่าง ๆ ทั้งด้านความรื่นรมย์ ด้านคุณค่าความหมายของชีวิต และด้านความพึงพอใจ เมื่อ CAs นำทักษะที่เรียนรู้ไปปรับใช้ในชีวิตของตนเอง จะเกิดความเข้าใจความหมายและเห็นคุณค่าของสุขภาพจิตเชิงบวก เปลี่ยนแปลงทัศนคติและมีทักษะในการปรับเปลี่ยนมุมมองและจัดการอารมณ์ความรู้สึกของตนเองได้

ตารางที่ 1 ลักษณะและองค์ประกอบของชุดกิจกรรม 7+3+3+3

ครั้งที่ / ระยะเวลา	เป้าหมาย	กิจกรรม	ตัวอย่างเครื่องมือสุขเป็นที่นำมาใช้
ครั้งที่ 1 / 6 ชั่วโมง	- สร้างความเข้าใจเรื่องความสุข และจิตวิทยาเชิงบวก - เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับการทำงานต้นน้ำของสุขภาพจิต - ทบทวนวิธีการสร้างสุขของตนเองและแลกเปลี่ยนแนวทางใหม่ในการสร้างสุข	- ตั้งคำถามชวนคิด - แลกเปลี่ยนประสบการณ์ - Activity-based learning - การสะท้อนคิดรายบุคคลและรายกลุ่ม - การเขียน Journal	- เช็ควินความรู้สึกรู้สึก - ต้นทุนความสุข - 12 Tips สุขเป็น - ออกกำลังกาย

ครั้งที่ / ระยะเวลา	เป้าหมาย	กิจกรรม	ตัวอย่างเครื่องมือ สุขเป็นที่นำมาใช้
	- เกิดทัศนคติที่ดีกับการเข้าใจสภาวะอารมณ์ของตนเอง - เชื่อมโยงความสัมพันธ์ของกายและใจ และความสุขความทุกข์เป็นเรื่องเดียวกัน - กำหนดเป้าหมายเล็กๆ กับตนเองในการสร้างสุข		
ครั้งที่ 2 / 3 ชั่วโมง	- แลกเปลี่ยนเรียนรู้ บอกเล่าประสบการณ์ที่ได้นำทักษะการสร้างสุขไปใช้ - เกิดวิธีการใหม่ๆ ให้ไปทดลอง เห็นมุมมองชีวิตของคนอื่น ได้เห็นว่าเราไม่ได้มีความทุกข์อยู่คนเดียว	- แลกเปลี่ยนเรียนรู้ บอกเล่า ประสบการณ์ที่ได้นำทักษะการสร้างสุขไปใช้ - ตั้งคำถามชวนคิด (Questioning) - Think - pair -share	“คุยทุกข์ ทุกข์ คลาย คอยสุข สุข กว่าเดิม”, - การมองโลกในแง่ดี “โชคดียังเลยนะที่เรา”, และ “ขอบคุณตัวเอง” - self-care
ครั้งที่ 3 / 3 ชั่วโมง	- เห็นว่าความสุขเราสร้างได้ เริ่มเห็นการเปลี่ยนแปลงของตัวเองที่อยู่ภายใน และสิ่งที่ตนเองเกิดกับคนรอบข้าง - ได้มุมมองและแนวทางใหม่ จากเพื่อนไปปรับใช้กับตนเอง	- แลกเปลี่ยนเรียนรู้ บอกเล่า ประสบการณ์ที่ได้นำทักษะการสร้างสุขไปใช้ - ตั้งคำถามชวนคิด (Questioning) - Think - pair -share	- การอยู่กับปัจจุบัน - การหายใจสี่เหลี่ยม
ครั้งที่ 4 / 3 ชั่วโมง	- คิดแนวทางขยายผลไปสู่คนอื่น ๆ หรือการทำงานของตนเอง - ตักยภาพ CAs ของตนเอง เป็น CAs กลุ่มไหน	- แลกเปลี่ยนเรียนรู้ บอกเล่า ประสบการณ์ที่ได้นำทักษะการสร้างสุขไปใช้ - ระดมสมองวิธีการ ช่องทาง ทรัพยากรและนำเสนอ	- เครื่องมืออื่น ๆ ตามความสนใจ หรือความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย

หมายเหตุ: ชุดกิจกรรม 7+3+3+3 หมายถึง การอบรมเชิงปฏิบัติการและแลกเปลี่ยนเรียนรู้จำนวน 4 ครั้ง ครั้งแรกใช้เวลา 7 ชั่วโมง ครั้งที่ 2-4 ใช้เวลาครั้งละ 3 ชั่วโมง แต่ละครั้งห่างกันประมาณ 3-4 สัปดาห์ รวมระยะเวลาในการพัฒนา CAS ประมาณ 3-4 เดือน แล้วแต่พื้นที่ และรายละเอียดกิจกรรมย่อยอาจแตกต่างกันไปตามกลุ่มเป้าหมายและทีมโครงการ

ชุดกิจกรรม 7+3+3+3 นี้ ทีมทำงานทุกทีมจะดำเนินการในทุกพื้นที่ทุกจังหวัด โดยมีจำนวนกลุ่มเป้าหมายเข้าร่วมประมาณรุ่นละ 30-35 คน ชุดกิจกรรมมีจุดเด่นคือ บรรยากาศที่สนุกสนานมีเสียงหัวเราะอยู่ตลอด ทำให้กลุ่มเป้าหมายชอบใจและรู้สึกว่ามี “ความสุข” ในขณะที่เครื่องมือสุขเป็นส่วนมากใช้กิจกรรมและสอดแทรกการตั้งประเด็นคำถามที่ให้คนได้ทบทวนความรู้สึกภายในของตนเอง หรือทบทวนผ่านประสบการณ์ตนเองจนเกิดการเรียนรู้ โดยจำแนกกลุ่มกิจกรรมหลักในการสร้างการเรียนรู้คือ 1) การชวนขบคิดใคร่ครวญผ่านคำถาม เช่น “ความสุขกับความทุกข์คือเรื่องเดียวกันหรือไม่?” “จะจัดสมดุลชีวิตสามส่วนได้อย่างไร?” พร้อมใช้เครื่องมือ “12 Tips สุขเป็น” เพื่อการตั้งเป้าหมายส่วนบุคคล และทบทวนประสบการณ์เพื่อเกิดการเรียนรู้ร่วมกัน และ 2) การสร้างประสบการณ์ตรงผ่านกิจกรรม เช่น “คุยทุกข์ ทุกข์คลาย คุยสุข สุขกว่าเดิม” “โชคดียังเลนนะที่เรา” และ “ขอบคุณตัวเอง”

อย่างไรก็ตาม ชุดกิจกรรม 7+3+3+3 นี้ ไม่ได้มีโครงสร้างของกิจกรรมที่ตายตัว แนวทางการประยุกต์ใช้จะขึ้นอยู่กับแต่ละทีมแต่ละพื้นที่และกลุ่มเป้าหมาย ซึ่งปรับเปลี่ยนตามบริบทของงาน ข้อสังเกตของทีมประเมินผล พบว่า ทีมทำงานแต่ละทีมจะเลือกออกแบบชุดกิจกรรมแตกต่างกัน โดยไม่จำเป็นต้องใช้กิจกรรมที่ครอบคลุมทุกทักษะหรือทุกเครื่องมือสุขเป็น ทักษะสร้างสุขที่สำคัญที่จำเป็นในกระบวนการสร้าง CAS มี 5 ทักษะ (จาก 8 ทักษะที่โครงการระบุไว้) คือ การอยู่กับปัจจุบัน การมองโลกในแง่ดี การซาบซึ้งขอบคุณ การมีความคิดแบบเติบโต และความเข้าอกเข้าใจผู้อื่น

2) รูปแบบการพัฒนา CAS แยกได้ 2 กลุ่ม คือ

รูปแบบที่ 1: การพัฒนา CAS โดยตรงจากทีมโครงการ ใช้ชุดกิจกรรม 7+3+3+3 ดำเนินการในแต่ละพื้นที่ แต่ละพื้นที่จังหวัดอาจมีกลุ่มพัฒนา CAS หลายรุ่น ตามกลุ่มกลไกการทำงานของกลุ่มเป้าหมาย เช่น จ. นนทบุรี จ.อ่างทอง จ.เชียงราย (มีกลุ่ม พชอ.เวียงชัย กลุ่มวิทยาลัยเชียงราย กลุ่ม อบต.ม่วงคำ และกลุ่มเทศบาลนครเชียงราย) การพัฒนา CAS นี้ ทีมโครงการจะมีการแบ่งหน้าที่รับผิดชอบกันเป็นทีมภาคกลาง ทีมตะวันออก (ชลบุรี) ทีมภาคเหนือและภาคอีสาน และทีมภาคใต้ แต่ละพื้นที่/แต่ละรุ่น จะจัดในช่วงระยะเวลาที่ไม่ตรงกัน

แล้วแต่ความพร้อมของพื้นที่นั้น ๆ รูปแบบนี้จะเป็นกระบวนการหลักในการพัฒนา CAS ของโครงการ

รูปแบบที่ 2: การพัฒนา CAS โดย CAS ในพื้นที่ไปขยายผล เป็นกระบวนการขยายจำนวน CAS ต่อเนื่องจากรูปแบบที่ 1 โดยให้ CAS ที่พัฒนาแล้วเป็นผู้จัดกระบวนการพัฒนา CAS ใหม่ในพื้นที่ของตนเองให้เพิ่มจำนวนต่อไป หรือขยายผลไปยังพื้นที่ใกล้เคียงที่เป็นเครือข่ายการทำงานกันเอง รูปแบบนี้ใช้ชุดกิจกรรม 7+3+3+3 ทีมโครงการจะให้การสนับสนุนด้านการวางแผน การโค้ช ซึ่ง การทดลองปฏิบัติ และการสะท้อนบทเรียน (AAR) แนวทางนี้ส่งเสริมการใช้ทรัพยากรในพื้นที่อย่างมีประสิทธิภาพ และมีแนวโน้มเกิดความยั่งยืนสูง เพราะเป็นการเพิ่มศักยภาพให้พื้นที่สร้าง CAS ของตนเองได้ ตัวอย่างพื้นที่ที่ดำเนินงานในรูปแบบนี้ เช่น

- 1) กลุ่ม CAS “ป่าต้นสุขเป็น” อ.แม่ทะ จ.ลำปาง พัฒนา CAS ให้สามารถขยายผลสู่หมู่บ้านอื่นในตำบลเดียวกันทุกหมู่บ้าน
- 2) กลุ่ม อบจ.สงขลา นำโดยทีม CAS รพสต.เกาะแต้ว ขยายผลไปยัง รพสต.ป่าขาด และโรงเรียนในสังกัด อบจ.สงขลา
- 3) ว.เชียงราย เริ่มจากอาจารย์ที่สนใจงานสุขภาพจิต และสามารถขยายต่อยอดไปยังคนอื่น ในวิทยาลัย และคณะต่าง ๆ ได้ โดยเฉพาะกลุ่มอาจารย์ที่ปรึกษา
- 4) กลุ่มการเรียนรู้บางพลาย จ.ชลบุรี พัฒนาแกนนำนักศึกษาในมหาวิทยาลัยให้เป็น CAS สำหรับเยาวชน โดยปรับกระบวนการให้กระชับ และเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย

ข้อค้นพบจากทีมประเมินผล พบว่า การพัฒนา CAS ทั้งสองรูปแบบสามารถพัฒนา CAS ได้ สร้าง CAS ได้ ซึ่งจะเป็นต้นทุนสำคัญของโครงการในการสนับสนุนให้เกิดการขับเคลื่อนงานสุขเป็นต่อไปในชุมชน สะท้อนถึง **ความยืดหยุ่นของโครงการในการออกแบบกระบวนการพัฒนา CAS** ภายใต้หลักการร่วม คือ **“สร้างบรรยากาศ ใช้ศาสตร์แบบบ้าน ๆ และคนทำงานต้องเปลี่ยนแปลงภายใน”**ที่เป็นหัวใจของกระบวนการสุขเป็น นับเป็นจุดแข็งที่ทำให้สามารถปรับรูปแบบให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายหรือความถนัดของกระบวนการที่อยู่ในทีมโครงการนั่นเอง

Note: ข้อสังเกตของทีมประเมินผลภายในต่อกระบวนการพัฒนา CAS มีดังนี้

- จุดเด่นของกระบวนการสร้าง CAS คือ การเปลี่ยนแปลงภายใน (internalized change) ไม่ตั้งต้นสร้างแกนนำจากภารกิจหรืองานที่จะมอบหมายว่าแกนนำต้องทำอะไร เป็นการชักชวนให้แกนนำ “ลองเปลี่ยน

ตนเองก่อน” เมื่อเกิดการตระหนักรู้จากภายใน CAS จะสามารถนำแนวคิดไปปรับใช้ได้อย่างเป็นธรรมชาติและยั่งยืน การชวนขบคิด ไคร่ครวญ การใช้ Experiential learning การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และการเชื่อมโยงเรื่องราวที่เสริมพลังให้คนมองเป็นสิ่งที่คนอื่น ๆ ต้องเผชิญเช่นเดียวกัน สะท้อนเป็นบทเรียนให้คนอื่นได้เรียนรู้ ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ CAS จะพบว่า กระบวนการนี้ได้ช่วยให้เกิดคำถามกับตนเอง (CAS หลายคนใช้คำว่า “กระตุกต่อมเอ๊ะ!”) จากการตั้งคำถามหรือการฟัง เรื่องเล่าของคนอื่น การบอกเล่าแลกเปลี่ยน การฟังและการขบคิด ไคร่ครวญจึงเป็นวิธีการสำคัญนอกเหนือจากกิจกรรมเครื่องมือสุขเป็น

- ชุดกิจกรรม 7+3+3+3 ที่ออกแบบมาให้มีระยะเวลาห่างกันค่อยเป็นค่อยไป นับว่าเป็นกระบวนการการบ่มเพาะให้กลุ่มเป้าหมายมีเวลา “ย่อย” สิ่งที่ได้เรียนรู้สู่การนำไป “ทดลองใช้” และสัมผัสประสบการณ์ตรง เมื่อถึงเวลานัดหมายครั้งต่อไปของชุดกิจกรรมมี “วงสนทนาแลกเปลี่ยน เรื่องราว” ช่วยก่อให้เกิด Mental Health literacy อย่างแท้จริง เป็นตัวอย่างที่สะท้อนแนวคิด V-shape ได้ดีมาก คือ การที่ CAS ได้มาแชร์ เรื่องราวบอกเล่ากัน เป็นการต่อเติมทักษะบอกต่อให้กับ CAS ไปด้วย (ทักษะสุดท้ายของ V-shape) ทุกคนจะคุ้นเคยกับการบอกต่อเรื่องราว ของตนเอง ที่ไม่ใช่การพูดเก่ง แต่เป็นการบอกเล่าเรื่องราวของตนเองที่ได้ ปรับใช้ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจัดการอารมณ์สภาวะภายในที่เป็น ประสบการณ์จริง ๆ มาบอกต่อแก่คนอื่น ๆ นับเป็นกระบวนการที่ให้ CAS ได้ใช้เวลาคิดไคร่ครวญ บอกเล่า พร้อมฟังเรื่องราวของผู้อื่น เป็นการสร้าง ทักษะที่สำคัญของ CAS ที่จะนำไปใช้ในอนาคต คือ **“ทักษะบอกต่อ” และ “ทักษะการฟัง”** เมื่อติดตามสัมภาษณ์ CAS ที่เข้าร่วมชุดกิจกรรม 7+3+3+3 เปรียบเทียบกับ CAS ที่เข้าร่วมกิจกรรมแบบปรับลดระยะเวลา เช่น อบรม 2 วัน หรือ 1 วัน เพียงครั้งเดียว หรือสองครั้ง จะเห็นได้ ชัดว่า การเปลี่ยนแปลงภายใน (internalized change) และทักษะของ CAS ในกลุ่มเข้าร่วมชุดกิจกรรม 7+3+3+3 จะสะท้อนความเปลี่ยนแปลง ภายในของตนเองได้อย่างชัดเจนมากกว่า มี CAS ให้ข้อมูลว่า *“พอคนได้ ลองทำ ได้ลองใช้ ชวนทบทวนผลที่เกิดขึ้น แลกเปลี่ยนกัน เกิดการ ตกลงนำไปใช้ต่อ ได้ผล แล้วเอาไปบอกเล่าต่อไป มันบ่มให้คนไม่ใช่แค่ เปลี่ยน แต่รู้จักทบทวนผลลัพธ์แล้วเล่าเรื่องราวได้ ซึ่งสอดคล้องกับความ รอบรู้และดีมาก ๆ เลย (CA, หญิง, ลำปาง, บุคลากรสาธารณสุข)”* และทั้ง สองทักษะนี้ คือ **“ทักษะบอกต่อ” และ “ทักษะการฟัง”** จะเป็นทักษะสำคัญที่ ค้นพบในภายหลังว่า CAS ได้ใช้ประโยชน์อย่างมากต่อการขับเคลื่อน กลไกส่งเสริมสุขภาพจิตในชุมชน



รูปที่ 2 กรอบแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพแบบ V-shape ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

- ในช่วงระยะท้ายโครงการ มีข้อค้นพบว่า กระบวนการสร้าง CAs อาจจะไม่จำเป็นต้องผ่านชุดกิจกรรม 7+3+3+3 การสัมภาษณ์พบว่า หมอปฐมภูมิที่มีเป็น CAs จาก จ.ลำปาง สามารถเป็นต้นแบบในการเป็น แก่นนำสุขภาพจิตได้ผ่านการสังเกต และการสะท้อนคิด เมื่อลงพื้นที่เยี่ยม บ้านผู้ป่วยจิตเวชกับกลุ่มเป้าหมายใน พื้นที่ ต.บ้านบอม จ.ลำปาง เกิด CAs ใน พื้นที่ บ้าน บอม ขึ้น ที่ เป็น ผู้นำ ชุมชน และ อสม. ในพื้นที่ ที่ “เปลี่ยนแปลงภายใน” แม้จะยังไม่เคยเข้าร่วมกิจกรรมสุขเป็น เลยก็ตาม กลายเป็นความเป็นไปได้ในการขยายผล CAs ที่พบใหม่อีก กระบวนการหนึ่งที่ใช้การเป็นสังเกตจากต้นแบบ เรียนรู้ และสะท้อนคิด

2.1.2 กระบวนการพัฒนาศักยภาพ CAs

เมื่อโครงการพัฒนา CAs ในแต่ละพื้นที่แล้ว จะมีการระดมสมอง และชวนคิดต่อว่าหาก “สุขเป็น” มีประโยชน์และมีคุณค่า เราจะไปขยายผลต่อใน ชุมชนดีใหม่ และทำอะไร พร้อมกันสนับสนุนชักชวนให้ CAs ลองเอาแนวคิด และเครื่องมือสุขเป็นไปใช้ในงานตามบทบาทหน้าที่ของตนเอง กระบวนการ พัฒนา CAs ในภาพรวมจะเกิดขึ้นเป็นรูปธรรมเมื่อ CAs ได้นำไปลองใช้ขยาย ผลแล้วระยะเวลาหนึ่ง จนเกิดความต้องการเองว่า “ต้องการให้โครงการเสริม ทักษะ หรือศักยภาพเรื่องอะไร เพื่อที่จะช่วยให้การขยายผลทำได้ดีมี ประสิทธิภาพมากขึ้น” กระบวนการพัฒนาศักยภาพ CAs มีดังนี้

- 1) การอบรมเชิงปฏิบัติการ เป็นกิจกรรมหลักในการพัฒนาศักยภาพของ CAs ให้สามารถขับเคลื่อนงานสุขเป็นในงานปกติได้ดีขึ้น Workshop ที่สำคัญ ได้แก่

- การใช้ “เครื่องมือสุขเป็น” ในเล่มคู่มือและ website ของโครงการจะมีกิจกรรมต่าง ๆ

เผยแพร่ workshop นี้จึงเป็นเหมือนการสาธิตและทดลองใช้เครื่องมือต่าง ๆ ผ่านการทดลองปฏิบัติและสะท้อนคิด workshop นี้ มีการดำเนินการแทบในทุกพื้นที่ที่มีการขับเคลื่อนงานสุขเป็น และมี workshop บางส่วนที่สอดแทรกในเวทีวิชาการต่าง ๆ เมื่อสัมภาษณ์ CAs พบว่า workshop การใช้เครื่องมือสุขเป็นมีประโยชน์ โดยเฉพาะสำหรับพื้นที่ที่เริ่มมีการขับเคลื่อนงานสุขเป็นไปแล้ว จะเริ่มต้องการทำความเข้าใจเครื่องมือและเนื้อหาที่ลุ่มลึกขึ้น

- การฟังด้วยหัวใจ เป็น workshop ที่จัดโดยทีมวิทยากรจากสมาคมสมาพันธ์ต้นกล้า

ประเทศไทย ที่ได้รับการกล่าวถึงมากที่สุดจากข้อมูลการสัมภาษณ์ CAs ในพื้นที่ต่าง ๆ และเสียงสะท้อนเป็นทำนองเดียวกันว่า *“มีประโยชน์และได้นำไปใช้จริงเยอะมาก” “ใช้ได้ทั้งกับการทำงานและในครอบครัว”* มี CAs หลายคนที่ยกมาประเด็นเรื่องการฟังด้วยหัวใจไปขยายผลต่อให้กับคนในชุมชน โดยเฉพาะประเด็นเกี่ยวกับการสื่อสารในครอบครัว หรือการนำไปใช้ในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยในชุมชน ตลอดจนการเป็นผู้รับฟังคนอื่น ๆ ของ อสม. และผู้นำชุมชน CAs ที่เข้าร่วมยังสะท้อนถึงการพัฒนาต่อยอดเกิดประโยชน์ชัดเจน เช่น บ้านชะวอด มี CAs ที่เป็น Active citizen ไปทำงานเรื่องการสื่อสารในครอบครัว โดยเรื่องการฟังด้วยหัวใจให้ครอบครัวได้แสดงความรักต่อกัน พมจ.สกลนคร จัดอบรมเสริมสร้างและพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (อพม.) รุ่นที่ 1 หลักสูตร สุขเป็นการฟังด้วยหัวใจ ซึ่งเป็นภารกิจของหน่วยงานโดยตรง และยังขยายผลเรื่องนี้ไปยังเครือข่ายที่ดูแลคนเปราะบางในชุมชนอีกด้วย

- การออกแบบการเรียนรู้ เป็น workshop ที่มีแค่ CAs จำนวน 2 คนที่เข้าได้ร่วมเรียนรู้

กับทีมโครงการ ความตั้งใจเดิมของ workshop นี้ คือพัฒนาศักยภาพของทีมโครงการเอง แต่ CAs ใน ศพค.ท่าทราย 2 คน จากพื้นที่เดิมได้รับการชักชวนและเข้าร่วมเรียนรู้ด้วย เพื่อนำไปต่อยอดใช้ออกแบบกิจกรรมในงานของศพค. ข้อมูลสะท้อนประโยชน์ของ Workshop นี้ มี CAs 1 คน ที่บอกว่า *“เป็นสิ่งที่ยากและไม่เคยเรียนรู้อะไรแบบนี้มาก่อนเลย ไม่รู้เลยว่าเค้าต้องออกแบบกิจกรรมการเรียนรู้กันยังไง ต้องวิเคราะห์คิดกันขนาดนี้เลยหรอ มันยากมากสำหรับเรา แต่มีพี่ใน P2H ที่คอยช่วยเป็นบัดดี้ให้ เลยทำให้ได้ลองดูและเริ่ม*

เข้าใจมากขึ้น จนรู้สึกว่าการไปจัดกิจกรรมในชุมชนเราก็เริ่มออกแบบตามสิ่งที่เราเรียนรู้มาเหมือนกัน (CA, หญิง, นนทบุรี)”

2) การลงพื้นที่ coaching และ mentoring เป็นกิจกรรมที่ทีมโครงการลงไปสังเกตการณ์ในพื้นที่เมื่อมีการนำกิจกรรมสุขเป็นไปใช้กับกลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ ในชุมชน โดย CAs ในพื้นที่เป็นกระบวนการเอง และออกแบบกิจกรรมเอง หลังจากนั้นมารวบรวมสะท้อนคิดหลังกิจกรรม ทีมโครงการจะช่วยสะท้อนเพื่อการพัฒนาทักษะกระบวนการสุขเป็นในครั้งถัดไป

3) การสนับสนุนผลักดันให้เกิดการเชื่อมต่อกับระบบการทำงาน ผ่านกิจกรรมการตั้งวงคุย ชวนคิดทบทวน เพื่อหาช่องทางและแนวทางที่เป็นไปได้ในการเชื่อมต่องานเข้ากับระบบการทำงานต่าง ๆ หรือการขยายผลการดำเนินงานที่ล้มลุกขึ้น เช่น ศูนย์สุขภาพจิตที่ 10 อปบลราชธานี ทีมทำงานชวนคุยเพื่อมองหาช่องทางในการนำสุขเป็นไปใช้ในพื้นที่ชุมชนและเชื่อมต่อกับงานภารกิจโครงการนำร่องเรื่องสุขภาพจิตชุมชนท้องถิ่นตามนโยบายของหน่วยงาน พื้นที่โป่งทุ่ง จ.เชียงใหม่ ที่ทีมโครงการชวนคุยกับ CAs ที่เป็น อสม. ในชุมชน และ รพสต. เพื่อวิเคราะห์ปัญหาความสัมพันธ์ในครอบครัวที่ก่อให้เกิดความเครียด ออกแบบกิจกรรมเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในบ้าน และส่งเสริมสุขภาวะครอบครัว ได้เป็นกระบวนการดูแลสุขภาพจิตในชุมชนในรูปแบบ อสม. คอยดูแลใจ 10 ครอบครัว ซึ่งวิธีการนี้ มีผลอย่างมากในการทำให้เห็นช่องทางและโอกาสในการทำงานที่สอดคล้องกับพื้นที่ ในขณะเดียวกัน ทีมโครงการก็มีความเข้าใจบริบทของพื้นที่และทงหาช่องทางสนับสนุนได้สอดคล้องกับความต้องการจริงมากขึ้น

4) การจัดเวทีวิชาการ เป็นกิจกรรมที่จัดให้เกิดการรวมตัวทีมสุขเป็นในแต่ละพื้นที่ทั้งสุขเป็นภาคอีสาน สุขเป็นภาคใต้ (ร่วมกับเวทีคนใต้หยัดใต้) สุขเป็นภาคกลาง และสุขเป็นภาคเหนือ หรือการรวมตัวของ CAs ที่เป็น core team ของแต่ละพื้นที่ทุกจังหวัด การรวมตัวจะมีทั้งกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เติมความรู้แนวคิดทฤษฎีสำคัญของ PERMA เครื่องมือสุขเป็น เชื่อมเครือข่ายให้เกิดการเติมพลังระหว่างกัน และวงเสวนาที่ช่วยขยายมุมมองการทำงานในมิติที่กว้างขึ้น กิจกรรมเหล่านี้ช่วยสนับสนุนให้ CAs มีศักยภาพเชื่อมต่อกับระบบหรือเห็นมุมมองในการขยายต่อยอดไปได้ เมื่อโครงการเข้าสู่ระยะกลางและระยะท้ายที่หลายพื้นที่เริ่มขับเคลื่อนจนเห็นผลลัพธ์ที่เป็นรูปธรรมก็จัดเวทีให้เครือข่ายได้เรียนรู้จาก

ต้นแบบโมเดลการทำงานที่หลากหลาย เช่น สุขเป็นในงานปฐมภูมิของแม่ทะ จ.ลำปาง สุขเป็นกับสุขภาพจิตชุมชนของตำบลโป่งทุ่ง จ.เชียงใหม่ สุขเป็นในงานท้องถิ่นของตำบลหลักห้า อ.บ้านแพ้ว จ.สมุทรสาคร เป็นต้น เวทีวิชาการที่จัดขึ้นนี้จัดเป็นการยกระดับศักยภาพของ CAS และยกระดับการทำงานอย่างก้าวกระโดด เมื่อสัมภาษณ์ผู้ที่เข้าร่วมเวทีเหล่านี้จะพบว่า CAS ต่างได้แนวคิดวิธีการใหม่ ๆ ที่จะไปลองทำในพื้นที่ของตนเอง มองเห็นทรัพยากรที่ตนเองจะเข้าถึงได้มากขึ้น เช่น งบประมาณ หรือคนที่ เป็นเครือข่ายในพื้นที่ใกล้เคียง และยังเป็นการเสริมพลังเครือข่ายให้เห็นว่า ในการขับเคลื่อนสุขภาพจิตนี้ยังมี “คนที่ใจเดียวกัน” การทำงานที่ยากลำบากนั้น เราไม่ได้เผชิญอยู่คนเดียว และเห็นว่าสิ่งที่เรากำลังทำเรามีเพื่อนร่วมทางมากมาย เห็นภาพการทำงานที่ร้อยเรียงเชื่อมโยงกับสิ่งที่ตนเองทำอยู่ ได้จริงจากโมเดลต้นแบบในที่อื่นๆ

2.2 กระบวนการพัฒนากลไกการขับเคลื่อนสุขเป็น

กระบวนการพัฒนาศักยภาพ Core team เป็นกระบวนการที่ทีมโครงการประชุมหรือตั้งวงสนทนาอย่างเป็นทางการหรือไม่เป็นทางการกับ core team ในแต่ละพื้นที่ เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และหาช่องทางใหม่ ๆ ในการดำเนินงานหรือหาแนวทางเชื่อมต่อผลักดันกลไกในการทำงานสุขเป็นให้เชื่อมต่อกับระบบได้ กระบวนการนี้จะเป็นกิจกรรมทบทวนสิ่งที่ core team ได้ทำมาแล้วคืออะไรบ้าง มีความสำเร็จและอุปสรรคอย่างไร ความท้าทายใหม่ ๆ คืออะไร ตลอดจนสิ่งที่อยากให้โครงการสนับสนุนพื้นที่ต่อไปคืออะไร ผลลัพธ์คือ core team เกิดความเชื่อมโยงนำสุขเป็นเข้ากับระบบการทำงานมากขึ้น ทีมโครงการก็เห็นความต้องการและโอกาสที่แตกต่างหลากหลาย และเห็นมุมมองว่าจะเติมเต็มอะไรให้กับ CAS ในพื้นที่ต่อไป

นอกจากนี้ Core team บางกลุ่มที่มีศักยภาพสูงและอยู่ในกลุ่มวิชาการที่ทำงานสุขเป็นต่อเนื่อง เช่น CAS จาก อ.โป่งทุ่ง จ.เชียงใหม่ อ.แม่ทะ จ.ลำปาง รพสต.เกาะแต้ว จ.สงขลา ได้เข้าร่วม workshop ทบทวนและพัฒนาเครื่องมือสุขเป็นจึงได้เติมเต็มความเข้าใจแนวคิด PERMA ที่ลึกซึ้งขึ้น พบว่า core team เห็นว่าการที่เข้าใจ PERMA ลึกซึ้งขึ้นนี้นับว่ามีประโยชน์มาก เช่น ทำให้สัมภาษณ์ว่า “บางอย่างไม่เคยรู้ว่า PERMA คืออะไร มันมีความสุขหลายมิติ พอเข้าใจมากขึ้นสามารถชวนคนในทีมทำได้ต่อไปอีก เมื่อก่อนเราไม่รู้ลึกขนาดนี้เราก็ใช้เท่าที่เรารู้ (CA, หญิง, เชียงใหม่, บุคลากรสาธารณสุข)”

ช่วงท้ายของโครงการ มีการจัดเวทีวิชาการรวม core team จากทุกพื้นที่ เพื่อเติมเต็มความรู้ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ และเน้นการสร้างเครือข่ายให้เกิดขึ้น เพื่อให้เกิดพลัง การรู้จักตนเองให้ลึกขึ้น เพื่อที่จะเข้าใจคนอื่น งานเวทีวิชาการนี้คาดหวังถึงความยั่งยืนเมื่อโครงการจบไปแล้ว ทุกพื้นที่จะยังมีเครือข่ายแลกเปลี่ยนเสริมพลังการทำงานสุขเป็นกันต่อไป นับว่าเป็นเวทีที่ core team ให้ความสำคัญมาก และสะท้อนว่าการจัดเวทีนี้ช่วยให้ต่อยอดขยายงานต่อไปได้จริง และ CAs ยังสะท้อนด้วยว่า การจัดเวทีวิชาการที่เข้มข้นในช่วงท้ายนี้มีข้อดี คือ ทุกคนทำงานผ่านการลงมือมาแล้ว เห็นโอกาสและอุปสรรคต่าง ๆ มากมาย การได้มาเติมพลังกับเพื่อนที่มีใจเดียวกันยิ่งส่งผลให้อยากกลับไปทำต่อในพื้นที่ของตนเองต่อไปอีก จากคำให้สัมภาษณ์ว่า “วันนี้ได้มาฟังเรื่องของหมอแนน (CA จาก รพ.แม่ทะ จ.ลำปาง) ของเพื่อนพื้นที่อื่น ของ พมจ. เราก็เพิ่งรู้เลยว่า สุขเป็นมัน ไปทำได้แบบนี้หรอ เราก็เกิดแรงบันดาลใจไปทำแบบเดียวกันบ้างในพื้นที่ของเรา (CA, ชาย, เชียงราย, Active citizen)”

Note: ข้อสังเกตของทีมประเมินผลภายในต่อกระบวนการ (process)

- หลักสูตร 7+3+3+3 ของโครงการที่ไม่ใช่หลักสูตรการเรียนรู้แบบมีโครงสร้างตายตัวแน่นอน แต่เป็น “กรอบกระบวนการเรียนรู้” แม้จะเรียกว่า “หลักสูตร 7+3+3+3” แต่สาระสำคัญไม่ได้อยู่ที่จำนวนชั่วโมงหรือกิจกรรมที่ตายตัว แต่เน้นการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์และความต่อเนื่อง จึงเป็นกระบวนการเรียนรู้ที่เปิดโอกาสให้แต่ละพื้นที่สามารถปรับรูปแบบให้เหมาะสมกับบริบทของตนเอง โดยยังคงยึดหลักการสำคัญร่วมกัน คือ การสร้างบรรยากาศที่ปลอดภัย สนุก และเปิดใจให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกัน และเน้นที่ทักษะหลักที่จำเป็นสำหรับการพัฒนา CAs
- การเปลี่ยนแปลงภายใน (Internalized Change) คือหัวใจของการพัฒนา CAs ไม่มุ่งเน้นให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรม “ได้รับและจดจำความรู้” แต่เน้นให้เกิดการตระหนักรู้จากประสบการณ์ของตนเอง ผ่านการใคร่ครวญ (Reflection) การตั้งคำถาม และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ จนเกิดการเปลี่ยนแปลงจากภายใน ซึ่งนำไปสู่การปรับใช้ในชีวิตจริงอย่างเป็นธรรมชาติและยั่งยืน สามารถสังเกต การเรียนรู้จากกระบวนการเรียนรู้ประกอบด้วย 2 ส่วนสำคัญ ได้แก่ Reflection-based learning ผ่านการตั้งคำถามชวนคิด เช่น ความสุขคืออะไร จะสร้างสมดุลชีวิตอย่างไร และ Experiential Learning ผ่านกิจกรรมสุขเป็น ที่เปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมได้ทดลอง ลงมือทำ สังเกตผล และสะท้อนบทเรียนร่วมกัน

- กระบวนการพัฒนา CAs สอดคล้องกับแนวคิด Health Literacy เมื่อพิจารณาตามกรอบ V-shape Health Literacy พบว่ากระบวนการทั้งหมดช่วยพัฒนาทักษะอย่างเป็นลำดับ ได้แก่

1. เข้าถึง
2. เข้าใจ
3. โต้ตอบ ชักถาม แลกเปลี่ยน
4. ใคร่ครวญและตัดสินใจ
5. ทดลองนำไปใช้ เปลี่ยนพฤติกรรม
6. บอกต่อ

โดยเฉพาะ “การบอกเล่าเรื่องราวจากประสบการณ์จริง” กลายเป็นกลไกสำคัญที่ทำให้ผู้เข้าร่วมพัฒนาทักษะการสื่อสารและสามารถถ่ายทอดแนวคิดไปยังผู้อื่นได้อย่างเป็นธรรมชาติ เป็นการ “บอกต่ออย่างมีพลัง”

- การพัฒนา CAs ไม่ได้สร้างแกนนำสุขภาพจิตชุมชนที่เป็นผลลัพธ์ของการพัฒนาเกิดขึ้นในหลายระดับ ได้แก่ เปลี่ยนแปลงตนเอง ถ่ายทอดแนวคิดให้ครอบครัวและคนใกล้ชิด ขยายผลสู่ชุมชน

พัฒนาเป็นผู้นำกระบวนการเรียนรู้หรือกระบวนการสุขเป็น (Facilitator) จึงเป็นกระบวนการที่สร้าง “คนทำงาน” ให้เกิดในชุมชนจริง

- ทักษะกระบวนการ สำคัญกว่าเครื่องมือหรือกิจกรรม ความสามารถตั้งคำถามเพื่อชวนขบคิดใคร่ครวญความรู้สึภายในผ่านประสบการณ์ของตนเองหรือของคนอื่นที่มีความหลากหลาย ภายใต้อารมณ์ที่ไว้วางใจของคนในกลุ่ม เป็นปัจจัยสำคัญของกระบวนการเรียนรู้ที่ทำให้การพัฒนา CAs ได้ผลลัพธ์เกิดการเปลี่ยนแปลงภายใน (Internalized)
- การขยายผลสุขเป็นเข้าไปในชุมชนแบบก้าวกระโดดด้วยแนวคิด “Train the Trainer”

จากรูปแบบการพัฒนา CAs ที่มี 2 แนวทาง คือ ทีมโครงการเป็นผู้พัฒนา CAs โดยตรง ซึ่งทำได้จำกัด และ CAs ที่ผ่านการพัฒนาแล้ว กลับไปสร้าง CAs รุ่นใหม่ในพื้นที่ของตนเองหรือขยายไปพื้นที่ข้างเคียง รวมถึง แนวทางการขยายผลที่พบในช่วยหลังที่พื้นที่ จ.ลำปาง ผ่านการสังเกต ชวนทำ สะท้อนคิด การขยาย

ผลรูปแบบนี้ช่วยให้เกิดการพึ่งพาตนเองของพื้นที่ ใช้ทรัพยากรในชุมชน ช่วยเพิ่มความยั่งยืนของการดำเนินงาน ในขณะเดียวกัน การหนุนเสริมศักยภาพ CAS ให้สร้าง CAS ต่อไปได้ ยังเป็นช่วยทำให้แนวคิดสุขเป็นกระจายไปสู่ชุมชน สังคมเป็นวงกว้างมากยิ่งขึ้น

- จุดเด่นของกระบวนการเสริมพลัง CAS ผ่านเวทีวิชาการ พบว่า ทีมโครงการมีการออกแบบกิจกรรมการเรียนรู้ในเวทีวิชาการที่น่าสนใจ และแต่ละเวทีที่จัดขึ้นในแต่ละภาคจะมีประเด็นการเรียนรู้ที่แตกต่างกัน ที่ตอบสนองความสนใจของผู้เข้าร่วม เช่น เวทีภาคอีสาน เป็นเวทีเชื่อมระหว่าง CAS อีสานตอนบนและอีสานตอนล่าง ทีมโครงการจะเน้นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ว่าแต่ละพื้นที่ได้ดำเนินการขับเคลื่อนอะไรไปบ้าง เพื่อให้เห็นแนวทางใหม่ ๆ ไปขับเคลื่อนในพื้นที่ตนเองต่อไป งานนี้จัดขึ้นระยะครึ่งทางของโครงการ ส่วนเวทีภาคใต้ จัดในช่วงกลางปีที่สองของโครงการ จะเน้นให้เห็นกลไก ระบบ และผลลัพธ์ที่เริ่มชัดเจน เป็นการกระตุ้นเสริมพลังให้ผู้เข้าร่วมได้เห็นผลลัพธ์เชิงประจักษ์มากขึ้น ตลอดจนเห็นแนวทางเชื่อมร้อยกลไกในชุมชนอย่างเป็นระบบ ส่วนเวทีภาคเหนือ ซึ่งเป็นเวทีสุดท้ายของโครงการ จัดเป็นเวทีที่เสริมพลังสะท้อนผลลัพธ์อย่างชัดเจนที่สุด และเห็นความเป็นรูปธรรม ทั้งในแง่ผลลัพธ์เชิงระบบ และผลลัพธ์ด้านสุขภาพจิต ตลอดจนออกแบบกระบวนการเรียนรู้ให้ CAS ตระหนักและมีใจอยากขับเคลื่อนต่อไปในพื้นที่แม้โครงการจะสิ้นสุดลง นับเป็นการออกแบบกระบวนการพัฒนา CAS ให้มีศักยภาพเพิ่มขึ้นได้หลากหลายและไม่หยุดนิ่งอยู่กับที่
- “ทักษะการรับฟังด้วยใจ” เป็นทักษะที่สำคัญมากต่อการดูแลสุขภาพจิตด้วยชุมชนเอง เป็นทักษะที่ CAS จำนวนมากที่ได้เข้าร่วมมีการนำไปใช้ประโยชน์อย่างเป็นรูปธรรมทั้งในมิติครอบครัว เพื่อนบ้าน คนที่แวดล้อมในการทำงาน เมื่อมีการฟังมากขึ้นส่งผลต่อความสัมพันธ์ที่ดีขึ้น ในขณะที่ มี CAS บางกลุ่มสามารถยกระดับตนเองให้จัดกระบวนการอบรม “การรับฟังด้วยใจ” ได้ในพื้นที่เป็นการขยายเพิ่มจำนวนคนที่มีทักษะการฟัง ซึ่งเป็นเรื่องสำคัญของการทำงานในชุมชนที่ต้องโอบอ้อมดูแลกันเรื่องสุขภาพจิต น่าสนใจในการพัฒนากระบวนการแบบนี้ให้มีมากขึ้นและครอบคลุมพื้นที่มากขึ้น

ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

1) การที่ทีมโครงการ, CAS และ core team มีความเข้าใจ PERMA อย่างลึกซึ้งมากกว่าในชุดกิจกรรม 7+3+3+3 ที่ได้รับใน CAS พื้นฐานทั่วไป น่าจะช่วยส่งผลต่อการขับเคลื่อนและการทำงานเชิงระบบ เพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น จึงควรมีกิจกรรมพัฒนาทีมและกำลังคนในพื้นที่เรื่องนี้ที่เข้มข้นขึ้นในอนาคต

2) การพัฒนาทักษะกระบวนการสุขเป็นที่มีทักษะในการนำกระบวนการเรียนรู้ที่สร้างการเปลี่ยนแปลงภายในได้ชัดเจน จำเป็นต้องมีทักษะมากกว่าการรู้จักและเลือกใช้เครื่องมือสุขเป็นได้ ควรมีกระบวนการพัฒนาทักษะกระบวนการสุขเป็นที่เป็นรูปแบบที่ชัดเจนมากขึ้น เพื่อยกระดับ CAS สุขเป็นที่ทำงานขับเคลื่อนในพื้นที่

3) การพัฒนาทักษะของ CAS ตามความสนใจและสอดคล้องกับบทบาท เช่น CAS กลุ่มผู้นำชุมชนที่ควรได้รับการพัฒนาเรื่องการออกแบบนโยบาย และการคิดวิเคราะห์ CAS กลุ่มกระบวนการ ควรได้รับการพัฒนาเรื่องทักษะการเป็นกระบวนการ การ Coaching และ After Action Review (AAR) และ CAS กลุ่มเพื่อนคู่คิด ควรได้รับการพัฒนาเรื่องทักษะการให้คำปรึกษาเบื้องต้น เป็นต้น

3. ผลผลิต (Outputs)

3.1 กำลังคน

1) CAS ที่มีศักยภาพขับเคลื่อนงานต่อในชุมชน

จากกระบวนการพัฒนา CAS ด้วย “ชุดกิจกรรม 7+3+3+3” จนเกิด CAS หลากหลายรุ่น หลากหลายพื้นที่ ที่มีบทบาทและบริบทแตกต่างกัน ทั้ง 15 จังหวัด เมื่อ CAS ทำหน้าที่เป็นแกนนำส่งเสริมสุขภาพจิตในชุมชนตามวัตถุประสงค์ที่โครงการตั้งเป้าหมายไว้ โครงการจำแนกกลุ่มบทบาทของ CAS ที่ไปทำหน้าที่ตามกลไกชุมชนต่าง ๆ ไว้เบื้องต้น 3 บทบาท คือ กลุ่มเพื่อนคู่คิด (เป็นผู้รับฟัง คอยสอดส่องดูแลอารมณ์จิตใจของคนในชุมชนและพร้อมเป็นผู้รับฟังอย่างมีทักษะ มีความเข้าใจอกเข้าใจเมื่อมีคนในชุมชนมีความทุกข์) กลุ่มกระบวนการ (เป็นกระบวนการจัดการเรียนรู้ จัดกิจกรรมสุขเป็นผ่านเครื่องมือสุขเป็นได้) และกลุ่มผู้นำชุมชน (ทำหน้าที่จัดหา แสวงหาทรัพยากรต่าง ๆ ในเกิดการขับเคลื่อนกิจกรรมสุขเป็นในพื้นที่) ซึ่งจากการติดตามประเมินผลภายใน พบว่า CAS มีบทบาทการทำงานใน 3 กลุ่มนี้ได้จริง เช่น

CAs กลุ่มเพื่อนคู่คิด พบว่า แทบทุกคนที่เป็น CAs จะสามารถทำบทบาทนี้ได้เอง ไม่จำเป็นต้องมีหน้าที่หรือตำแหน่งงานใดๆ เลย ก็สามารถทำได้ และเกิดได้ทั้งกับครอบครัว เพื่อนร่วมงาน เพื่อนบ้าน โดยเฉพาะ CAs ที่เป็น อสม. จะทำบทบาทนี้ได้ดี เพราะเป็นกลุ่มที่ใกล้ชิดและรับรู้เรื่องราวสารทุกข์สุขดิบของชาวบ้านในชุมชนตนเองอยู่แล้ว เช่น “เมื่อก่อนป้าก็รู้จักคนเยอะ มีคนมาคุยด้วยเยอะ แต่เราไม่ค่อยได้ฟังอะไรเค้านะ แต่พอเรามาเข้าสุขเป็น เหมือนเค้าก็รู้ว่าเราใจดีกับเค้า เค้าก็จะมาหาเรามาก มาเล่าความทุกข์ มาระบายให้เราฟัง เราก็ฟังไป รับฟังเค้า แต่ไม่ไปคอยบอกแล้วนะ ว่าอย่าคิดมาก เพราะมันเล็ก คิดไม่ได้หรอก (CA, หญิง, อสม., อำนาจเจริญ)” และ “เมื่อก่อนเราไปเยี่ยมบ้านเราก็ไปๆ ตามหน้าที่เค้าให้เก็บข้อมูลอะไรเราก็ทำตามนั้น แต่พอเราได้รู้ว่าคนที่เราไปเยี่ยมบ้านเค้าก็ทุกข์นะ เรารับฟังเค้าได้ แม้จะช่วยอะไรไม่ได้ เราก็ฟัง บางทีเค้าก็ตีใจมากเลยที่มีคนฟังเค้า แม้เราจะเป็น อสม. มาใหม่นะ แต่เราก็ภูมิใจที่เราได้ดูแล เราไปหาทุกบ้านเลย แล้วมีคนบอกว่าแต่ละบ้านจะไม่อยากต้อนรับนะ แต่เราไม่เจอเลย ทุกคนเค้าต้อนรับเรา เราก็ดีใจ (CA, หญิง, อสม., ประจวบคีรีขันธ์)”

CAs กลุ่มกระบวนการ จะเป็นกลุ่มที่มักจะมียุทธศาสตร์เป็นผู้จัดกิจกรรมต่าง ๆ เกี่ยวกับสุขภาพจิต หรือการดูแลคุณภาพชีวิตเกี่ยวข้องกับชีวิตความเป็นอยู่ของคนในชุมชน มีหลายตำแหน่งหน้าที่ เช่น บุคลากรสาธารณสุข ใน รพ. หรือ รพสต. จะต้องจัดกิจกรรมต่าง ๆ ด้านสุขภาพให้คนในชุมชนเป็นภารกิจหลัก ก็จะนำกระบวนการและเครื่องมือสุขเป็นเข้าไปสอดแทรกในงานกลุ่มเจ้าหน้าที่เทศบาลตำบล มีบทบาทดูแลคนในชุมชนตั้งแต่เกิดจนตาย ก็นำเครื่องมือสุขเป็นไปใช้ในทุกช่วงวัย โดยเฉพาะกลุ่มชมรมผู้สูงอายุ และเยี่ยมบ้านผู้ป่วยและผู้เปราะบางในชุมชน กลุ่ม ศพค. ต่าง ๆ ที่มีภารกิจเกี่ยวข้องกับการดูแลครอบครัว โดยเฉพาะเด็กและเยาวชน และกลุ่ม Active citizen ก็เป็นอีกกลุ่มที่นำไปใช้ เน้นประเด็นด้านการสื่อสารเชิงบวกในครอบครัว กลุ่มนี้ เป็นกลุ่มที่โครงการจะพัฒนาศักยภาพในเรื่องของการใช้เครื่องมือสุขเป็น การจัดกิจกรรมต่าง ๆ ให้มีความเข้าใจ สามารถเลือกใช้เครื่องมือต่าง ๆ ได้เหมาะสมมากขึ้น

CAs กลุ่มกระบวนการนี้ จะพบว่า ทีมโครงการมีส่วนผลักดันสนับสนุนอย่างมาก ทั้งการจัด Workshop ซึ่งเหมาะกับคนที่มีประสบการณ์การเป็นกระบวนการแล้ว แต่บางพื้นที่ CAs จะไม่มีประสบการณ์การเป็นกระบวนการมาก่อนเลย โครงการจะเปิดโอกาสให้ค่อย ๆ มีทักษะได้ลองทำ และมีกระบวนการ AAR ทำให้ CAs ถูกยกระดับและมีความมั่นใจมากขึ้น เช่น ใน ศพค.ท่าทราย กลุ่ม CAs คือกลุ่มที่ไม่เคยจัดกิจกรรมเป็นกระบวนการมาก่อนเลย แต่ผ่านการฝึกการทดลองทำ และมีทีม Coaching ทำให้สมาชิกกลุ่ม CAs ศพค.ท่าทราย แทบทุก

คนสามารถเป็นกระบวนการสุขเป็นได้ แต่ยังมีข้อจำกัดในเครื่องมือหรือกิจกรรมที่ตนเองถนัด แต่ละคนอาจจะถนัดแค่บางกิจกรรม หรือ พื้นที่ตำบลป่าตัน อ.แม่ทะ จ.ลำปาง มี อสม. ได้รับการ coaching จนสามารถเป็นกระบวนการสุขเป็นได้เช่นกัน อย่างไรก็ตาม ความลุ่มลึกของการจัดกิจกรรมยังมีความแตกต่างกันไปใน CAs แต่ละคน แต่ละกลุ่มที่เห็นได้ชัดคือ อสม. และ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ ต.ป่าตัน จะมีการพัฒนาการคิดแบบเติบโตที่ชัดเจน มีผู้นำขบวนที่ชวน AAR หลังการทำกิจกรรมและชวนออกแบบท้าทายให้พัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง

กลุ่ม CAs ผู้นำขบวน พบว่าการเกิดกลไกขับเคลื่อนที่ชัดเจนเป็นรูปธรรมโดย CAs ที่มีบทบาทเป็นผู้นำ มีตำแหน่งหรือบทบาทในจุดที่สำคัญต่อการตัดสินใจผลักดันงานต่าง ๆ ในภารกิจหน่วยงานหรือชุมชนนั้น หากคนนี้มาเป็นผู้นำขบวนเอง จะเห็นผลชัดเจนเป็นรูปธรรมมากกว่าในเชิงระบบที่ plug-in สุขเป็นเข้าไปในระบบการทำงาน เช่น เทศบาลตำบลหลักห้าที่ผู้นำขบวนอยู่ในตำแหน่งผู้อำนวยการกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม เทศบาลตำบลละหารที่ผู้นำขบวนอยู่ในตำแหน่ง หรือ ผอ.รพสต. ในพื้นที่ เช่น รพสต. เกาะแก้ว รพสต.บ้านชะอวด รพสต.บ้านโป่งทุ่ง มากกว่าในพื้นที่ที่ CAs เป็นระดับปฏิบัติการ การขับเคลื่อนจนเชื่อมต่อกับระบบทำได้ยากกว่า (แต่ระดับปฏิบัติก็พบว่าสามารถขับเคลื่อนงานสุขเป็น จน Plug-inกับระบบได้เช่นกัน เช่น วิทยาลัยเชียงราย) CAs กลุ่มนี้ มักจะเป็นกลุ่มที่ประสานงานใกล้ชิดกับทีมโครงการจน CAs บางคนสามารถเป็น “เพื่อนคู่คิดให้กับโครงการ” ได้อีกด้วย คือ เป็นผู้ที่สามารถสะท้อนการดำเนินงาน แนะนำ หรือ เสนอแนวทางการทำงานเพื่อปรับให้สอดคล้องกับบริบทจริงในชุมชน

การจำแนกกลุ่ม CAs เป็น 3 กลุ่มนี้ ทีมโครงการที่ลงพื้นที่แต่ละจังหวัดจะมีกระบวนการจำแนกที่แตกต่างกัน บางทีมจะมีการอธิบายและแนะนำให้ CAs ได้สำรวจตนเองว่าตนเองเหมาะกับการทำบทบาทอย่างไร เหมาะกับการเป็น CAs กลุ่มไหน แต่ทีมงานบางทีมจะไม่มีการสำรวจอย่างชัดเจน แต่ใช้วิธีปล่อยให้ CAs ได้ทดลองทำหน้าที่บทบาท CAs ไปตามธรรมชาติ และส่วนมาก CAs มักจะสะท้อนตนเองในภายหลังว่าตนเองสามารถมีบทบาทเป็นเพื่อนคู่คิดได้ แม้จะสามารถเป็นกระบวนการ และผู้นำขบวนได้ด้วย

Note: ข้อสังเกตจากทีมประเมินผลภายใน

- บทบาทของ CAs แต่ละกลุ่ม มีความต้องการการพัฒนาศักยภาพในประเด็นและรูปแบบที่แตกต่างกัน พบว่า กลุ่มผู้นำขบวนบางคน ทำได้เองโดยไม่จำเป็นต้อง Coaching และบางพื้นที่ก็ต้องการ coaching หรือ

มีเวทีวิชาการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับพื้นที่อื่น ๆ เพื่อให้เห็นช่องทางขยายผล นำกิจกรรมไปใช้ในพื้นที่รับผิดชอบของตนเองได้ดีขึ้น

- CAs 1 คน อาจจะได้หลายบทบาท และแทบทุกคนสามารถเป็นเพื่อน คู่คิดได้ โดยธรรมชาติของโครงการที่ทำให้คนเกิดความเข้าใจ และ กระบวนการบ่มเพาะทักษะการฟัง จึงทำให้ทักษะนี้ค่อนข้างจะอยู่ในเนื้อ ในตัวของ CAs ยิ่งเป็น CAs ที่ได้เข้าร่วมกิจกรรมพัฒนา “ทักษะการฟัง ด้วยหัวใจ” ยิ่งสะท้อนว่าได้ประโยชน์มากในการนำไปใช้จริง
- เมื่อทำงานในพื้นที่จริงจะเห็นกลุ่มคนที่ร่วมขับเคลื่อนกลไกการทำงานสุข เป็นในพื้นที่

ที่ช่วยกันได้ดี สร้างทีมงานของตนเอง เป็น “ทีมทำงานสุขเป็น” ที่คนในพื้นที่จังหวัดนั้น เริ่มมองเห็นการขับเคลื่อนประเด็นสุขภาพจิตที่แปลกใหม่และ น่าสนใจ กลายเป็นคำพูดบอกต่อ (มักเกิดจากการทำงานกับเครือข่ายของ CAs ที่มีอยู่เดิม และการเผยแพร่กิจกรรมผ่าน Social media ของ CAs) และ ชักชวนไปขยายผลต่อ

- ระดับสมรรถนะของ CAs (CAs competency) สามารถแบ่งตามระดับ “การขับเคลื่อนสุขเป็นในชุมชน” ได้ 5 ระดับ

CAs competency 5 ระดับ ได้แก่

Level 1 - เป็น CAs ที่เปลี่ยนแปลงภายใน (Internalized) มีความรอบรู้ สุขภาพจิต มี

พฤติกรรมดูแลจัดการอารมณ์ของตนเองที่เปลี่ยนแปลงไปในเชิงบวก

Level 2 - มีสมรรถนะตาม Level 1 และสามารถบอกต่อแนะนำเรื่องการจัดการดูแล

อารมณ์จิตใจคนรอบ ๆ ตัวได้ มีทักษะการรับฟังผู้อื่น

Level 3 - มีสมรรถนะตาม Level 1-2 และสามารถนำสุขเป็นไปขยายผล ผ่านกลไกชุมชนได้

Level 4 - มีสมรรถนะตาม Level 1-3 และชักชวนแนะนำขยายผลสุข เป็นไปสู่ชุมชนอื่น ๆ

หรือ กลไกอื่น

Level 5 - มีสมรรถนะตาม Level 1-4 และออกแบบการเรียนรู้ผ่าน เครื่องมือสุขเป็นได้อย่างภายใต้ความเข้าใจแนวคิด PERMA และเลือกใช้เครื่องมือสุขเป็นตามทักษะที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย

- ผลผลิตที่ได้สำคัญ คือ **“CAS ที่มีศักยภาพ”** ของโครงการ ซึ่งกลายเป็น **“กำลังคน”** ที่

สำคัญ สำหรับระยะขยายผลแบบก้าวกระโดดนี้ นับว่า กระบวนการพัฒนา CAS สร้าง CAS ที่ไปขับเคลื่อนงานตามกลไกชุมชนได้จริง เป็น Active CAS ที่ทำงานขับเคลื่อนกลไกได้จริง

2) “ทีมทำงานสุขเป็น”

CAS ในหลายพื้นที่สามารถรวมกลุ่มกันเพื่อเป็น “ทีมทำงานสุขเป็น” เป็นกลุ่มที่มีทักษะเป็นกระบวนการและออกแบบกิจกรรมโดยนำแนวคิดสุขเป็นไปทำงานขยายผลกับกลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ และยังสามารถดัดแปลงหรือสร้างสื่อหรือคิดกิจกรรมใหม่ ๆ เพื่อให้สอดคล้องกับการทำงานในกลุ่มเป้าหมายแต่ละกลุ่มได้ด้วย ซึ่งการดำเนินการเหล่านี้ ไม่ได้เกิดจากการสนับสนุนงบประมาณหรือเป็นข้อกำหนดจากโครงการให้ CAS ต้องทำ แต่ CAS ตระหนักและเห็นประโยชน์ของสุขเป็น จึงนำไปใช้อย่างต่อเนื่องจนเกิดเป็นทีมทำงานขึ้น เป็นการรวมตัวกระบวนการที่หลากหลายภารกิจ เช่น กลุ่มคนสร้างยิ้ม จ.สกลนคร ที่เกิดจากการรวมตัวอิสระของ CAS ที่อยู่ในระบบการทำงานหน่วยงานต่าง ๆ และมีใจที่จะรวมตัวกันเพื่อสร้างสรรค์กิจกรรมเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจิตให้กับคนในพื้นที่เป็นทีมทำงานสุขเป็นที่ออกแบบกระบวนการเรียนรู้ได้ดีและมีใจที่อยากทำจริง, กลุ่มทีมทำงานของ ศพค.ท่าทราย จ.นนทบุรี เป็นกลุ่มที่พัฒนาตนเองจากที่ไม่มีความสามารถเรื่องการจัดกิจกรรมเลย จนสามารถแบ่งหน้าที่กันรับผิดชอบนำกิจกรรมสุขเป็นได้อย่างหลากหลาย และเริ่มเรียนรู้เรื่องของการออกแบบกระบวนการเรียนรู้, กลุ่มอาจารย์จอยใจ มรภ.สกลนคร ที่รวมตัวอาจารย์หลายคณะที่เป็น CAS สร้างกลุ่มกิจกรรมแบ่งปันแก่นักศึกษาและเพื่อนอาจารย์ที่สนใจ, กลุ่ม Young สุขเป็น ม.บูรพา ที่พัฒนาจากแกนนำนักศึกษาให้สามารถนำกิจกรรมสุขเป็นไปถ่ายทอดสู่เพื่อนนักศึกษาได้หลายคณะ, กลุ่มใจยิ้ม จ.ประจวบคีรีขันธ์ เป็นทีมทำงานสุขเป็นที่อิสระไม่ขึ้นกับหน่วยงาน แต่สามารถนำกิจกรรมสุขเป็นไปเผยแพร่แก่คนในชุมชนได้หลากหลายและพยายามที่จะสอดแทรกเรื่องสุขเป็นเข้าไปผ่านกิจกรรมปกติในชุมชน, กลุ่ม อสม.ป่าต้นสุขเป็น จ.ลำปาง ที่รวมตัวกันของ อสม. และสามารถจัดกระบวนการเรียนรู้สุขเป็นร่วมกับการออกหน่วยของทีมสาธารณสุขในหมู่บ้าน แล้วพัฒนาศักยภาพของกลุ่มเรื่อยมาจนกลายเป็นทีมที่ช่วยขยายผล สร้าง CAS ให้กับเพื่อน อสม. ในหมู่บ้านชุมชนใกล้เคียงได้ด้วย, กลุ่มเครือข่ายเพื่อนเด็กและเยาวชน จ.ลำปาง ที่มีทีมงานที่สนใจประเด็นสุขภาวะของเด็กและเยาวชนอยู่เดิม และสามารถนำสุขเป็นไปต่อยอดขยายผลในงานที่กลุ่มทำอยู่แล้ว เป็นต้น สิ่งนี้สะท้อนความ

ยั่งยืนของโครงการที่หากโครงการสิ้นสุดแล้ว แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพจิตเชิงบวกจะยังคงมีความยั่งยืนในพื้นที่ต่อไป

อย่างไรก็ตาม ข้อสังเกตของทีมประเมินผลภายใน พบว่า หากมีทีมทำงานสุขเป็นนี้ได้รับการพัฒนาศักยภาพต่อเนื่อง แม้โครงการจะสิ้นสุดไปแล้ว แต่ยังมีกระบวนการเสริมพลังให้กับทีมงานร่วมกับเครือข่ายอื่น ๆ ก็จะสามารถขยายผลได้มากขึ้น และทีมงานส่วนมากจะเน้นการจัดกระบวนการเรียนรู้ แต่ยังขาดทีมวิชาการ ทีมบันทึกและการถอดบทเรียน รวมถึงการติดตามประเมินผลลัพธ์ได้ด้วยตนเอง มักจะเป็นทีมงานที่เน้นการจัดกิจกรรมมากกว่า

3.2 กลไกชุมชนขับเคลื่อนงานสุขเป็น

การเกิดกลไกชุมชนขับเคลื่อนสุขเป็นนี้ เริ่มเกิดขึ้นเมื่อแต่ละพื้นที่ผ่านระยะช่วงต้นโครงการคือ ช่วงที่มุ่งเน้นกระบวนการพัฒนา CAS แล้ว จะพบว่า กลไกชุมชนขับเคลื่อนงานสุขเป็นก็เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง และค่อยเป็นค่อยไป การผลักดันสนับสนุนให้เกิดกลไกทีมโครงการใช้แนวทางการประชุม การพูดคุย ตลอดจนการโค้ชซึ่ง โดยโครงการไม่ระบุหรือกำหนดชัดเจนตายตัวว่า “กลไก” นี้ จะมีรูปแบบและวิธีการอย่างไร แต่เมื่อ CAS ได้ทดลองปรับใช้กับงานในภารกิจปกติของตนเอง รูปแบบของกลไกชุมชนขับเคลื่อนสุขเป็นก็ปรับเปลี่ยนและชัดเจนขึ้นตามลำดับ นับเป็นจุดเด่นของโครงการที่ไม่กำหนดกลไกการขับเคลื่อนที่ตายตัว นั้นส่งผลให้กลไกที่เกิดขึ้นมีความหลากหลายและครอบคลุมประชากรกลุ่มเป้าหมายหลายกลุ่มหลายประเด็น และครอบคลุมทุกพื้นที่ 15 จังหวัดที่ดำเนินโครงการ มีกลไกขับเคลื่อนงานสุขเป็นไปกับการกิจปกติได้ สรุปกลไกหลักแบ่งเป็นกลุ่มตามภารกิจได้ ดังนี้

กลไกงานสาธารณสุข

- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ผ่านงานสุขภาพจิต งานโรคเรื้อรัง และสุขภาพทางเพศ เช่น รพ.สต.บ้านชะอวด จังหวัดนครศรีธรรมราช รพ.สต.เกาะแก้ว จังหวัดสงขลา
- โรงพยาบาลชุมชน/โรงพยาบาลทั่วไป โดยเฉพาะในงานปฐมภูมิ เช่น รพ.แม่ทะ จังหวัดลำปาง งานยาเสพติด เช่น รพ.บ้านแพ้วสาขาหลักห้า จังหวัดสมุทรสาคร
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ในกลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ เช่น สสจ.ลำพูน
- หน่วยงานระดับนโยบายกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ ศูนย์สุขภาพจิตที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี

กลไกท้องถิ่น-การเมืองการปกครอง

- องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นระดับตำบล เช่น ทต.ท่าแร่ ทต.นาแก้ว ทต.ละหาร ทต.หลักห้า ทต. อบต.ด่านม่วงคำ จ.เชียงราย
- องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นระดับเทศบาลนคร ผ่านกองการแพทย์ เช่น เทศบาลนครนนทบุรี เทศบาลนครเชียงราย
- องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นระดับจังหวัด เช่น อบจ.ปัตตานี อบจ.สงขลา
- สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด (พมจ.) ได้แก่ พมจ.สกลนคร ผ่านงานศูนย์พัฒนาครอบครัว (ศพค.) งานอาสาสมัครพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (อพม.) งาน ศพค. เช่น ศพค.ท่าทราย จ.นนทบุรี และสามารถเชื่อมโยงกับพื้นที่ทำงานโครงการอื่นของ p2H ได้อีกด้วยคือ ศพค.หัวไทร จ.นครศรีธรรมราช
- กลไกระดับอำเภอ ได้แก่ พชอ.เวียงชัย จ.เชียงราย มีการผลักดันโครงการกิจกรรมส่งเสริมคุณภาพชีวิตต่าง ๆ ในรูปแบบ พชอ. ที่นำสุขเป็นไปสอดแทรกเชื่อมโยงหลากหลายมิติ

กลไกการศึกษา

- สถาบันอุดมศึกษา เช่น งานกองกิจการนักศึกษา ม.บูรพา จ.ชลบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย จ.เชียงราย หลักสูตรสาธารณสุขศาสตร์ มรภ.สกลนคร
- โรงเรียน เช่น โรงเรียนในสังกัด อบจ.สงขลา
- โรงเรียนนอกระบบ เช่น สกร.อ่างทอง

กลไกชุมชนอื่น ๆ

- หน่วยงานทางศาสนา เช่น วัด หรือกลุ่มจิตอาสาธรรมะ ตำบลหลักห้า จังหวัดสมุทรสาคร
- ภาคประชาสังคม ใจยิ้ม อบต.เขาล้าน จ.ประจวบคีรีขันธ์ (กลุ่ม Active citizen)
- กลุ่มเพื่อนเด็กและเยาวชนลำปาง
- กลุ่มผู้สูงอายุ / ชมรมผู้สูงอายุ / แกนนำออกกำลังกายในชุมชน
- อสม. ตำบลโป่งทุ่ง อ.ดอยเต่า จังหวัดเชียงใหม่
- กลุ่มตะลุ่มตุมโป๊ะ จ.สงขลา

กลไกเกิดขึ้นในการกิจที่หลากหลาย ในขณะเดียวกันก็เกิดขึ้นหลายระดับการทำงานทั้งระดับภาค ระดับนโยบาย ระดับจังหวัด ระดับตำบล ระดับชุมชน

หรือหน่วยงาน การที่ภาคส่วนต่าง ๆ นำแนวคิด “สุขเป็น” ไปปรับใช้ในบริบทของตนเอง แสดงให้เห็นว่า แนวคิดสุขภาพจิตเชิงบวกแบบแก้ปัญหาที่ต้นน้ำมีศักยภาพในการ “เสริมพลัง” และ “เติมเต็ม” การกิจที่ดำเนินอยู่เดิมของแต่ละหน่วยงาน ไม่ว่าจะเป็นงานป้องกัน รักษา หรือฟื้นฟู จะเห็นได้ว่า หน่วยงานที่รับสุขเป็นไปขับเคลื่อนต่อมีหลากหลายบริบทและเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายผู้รับบริการจำนวนมาก และสะท้อนความจำเป็นของการทำงานสุขภาพจิตที่ “ต้นน้ำ” น่าจะเป็นส่วนสำคัญที่ภาคส่วนต่าง ๆ เล็งเห็นโอกาสความเป็นไปได้ว่าสามารถช่วยเติมเต็มและสนับสนุนการทำงานของตนเองให้ดีขึ้นได้

ข้อสังเกตของทีมประเมินผลภายใน พบว่า จุดสำคัญที่ทำให้งานสุขเป็นขับเคลื่อนไปได้ผ่านกลไกชุมชนเป็นไปตามแนวคิดหลักของโครงการ ภายใต้การผลักดันกลไกนี้ โครงการสร้างจุดแข็งไว้คือ CAS ที่เป็นกำลังคนในพื้นที่ เป็นแกนนำที่เกิดการเปลี่ยนแปลงภายใน ภายใต้กรอบแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของ V-shape ที่เสริมสร้างให้แกนนำเปลี่ยนแปลงภายในและมีทักษะ “บอกต่ออย่างมีพลัง” บอกเล่าเรื่องราวสะท้อนผ่านประสบการณ์ตรงของตนเอง ไปปรับใช้ในชีวิตจริงจนเห็นผลดี และเสริมพลังให้ CAS เหล่านี้ เกิดการจุดประกายว่า “สุขเป็น” สามารถขยายต่อไปยังคนอื่น ๆ รอบตัวเราได้อย่างไร การตั้งประเด็นชวนคิดต่อนี้ นับว่า “ทรงพลัง” เพราะทำให้ CAS เริ่มมองหาช่องทางต่างๆ ที่จะขยายผลภายใต้เงื่อนไขการทำงานของตนเอง นอกจากนี้ โครงการยังสนับสนุนกลไกการดำเนินงานบางส่วนผ่านการชวนคิดช่วยคุย แลกเปลี่ยนระหว่างพื้นที่เพื่อให้เห็นช่องทางโอกาสใหม่ ๆ ในการทำงานมากยิ่งขึ้น รวมถึงโครงการเน้นกระบวนการทำงานแบบ “มีส่วนร่วม” มีเจ้าภาพหลักเป็นคนในพื้นที่เอง โดยโครงการไม่ได้กำหนดแนวทางที่ตายตัว แต่ให้อิสระต่อ CAS ในการมองเห็นช่องทางขับเคลื่อนกลไกของตนเองผ่านการประชุม พูดคุย ชวนคิด ทำให้แนวคิด “สุขเป็น” ขยายผลผ่านกลไกชุมชนที่มีอยู่แล้วได้อย่างเป็นธรรมชาติ และคนทำงานต่างเห็นพ้องไปในทางเดียวกันว่า “สุขเป็น” ไม่ได้มาเพิ่มภาระงานให้มากขึ้น แต่เป็นสิ่งที่มาช่วยให้งานอื่น ๆ ที่ทำอยู่ทำได้ดีขึ้น เพราะสามารถไปสอดแทรกอยู่ในงานต่าง ๆ ได้อย่างดี

อย่างไรก็ตาม การขับเคลื่อนกลไกบางพื้นที่ ก็ไม่สามารถขยายผลได้ตามที่คาดหวัง ซึ่งอาจเป็นเพราะเหตุผลหลายประการ เช่น กำลังคนที่ไม่พร้อม ข้อจำกัดเรื่องนโยบาย หรือขาดทีมทำงานที่เข้าใจตรงกัน ตลอดจนการยังมองไม่เห็นโอกาสหรือช่องทางในการขยายผลที่สอดคล้องกับภารกิจของตนเอง นอกจากนี้ แต่ละพื้นที่แต่ละกลไก ก็มีความก้าวหน้าในการขับเคลื่อนงานสุขเป็นที่แตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับระยะเวลาที่เข้าร่วมโครงการสุขเป็น และต้นทุนเดิมของพื้นที่ด้วย เช่น หากพื้นที่นั้นมีความต้องการและเห็นความสำคัญเรื่องสุขภาพจิตเป็น Pain point ที่สำคัญอยู่แล้ว และเห็นว่าสุขเป็นจะช่วยหนุนเสริมการทำงาน

ได้ จะทำให้มีความก้าวหน้าของกลไกได้ชัดเจนกว่า ตลอดจนการที่ทีมโครงการเข้าไปคลุกคลีเพื่อเห็นโอกาสช่องทางการ coaching ทีมพื้นที่อย่างใกล้ชิดก็จะยิ่งยกระดับการขับเคลื่อนได้อย่างเป็นรูปธรรมและมีความต่อเนื่องมากยิ่งขึ้น

3.3 การเชื่อมต่อ (Plug-in) สุขเป็นกับระบบการทำงาน

จากข้อมูลการสัมภาษณ์ ร่วมกับเอกสารรายงานประจำเดือน และข้อมูลในสื่อสังคมออนไลน์ต่าง ๆ พบว่า “สุขเป็น” สามารถเชื่อมต่องานเข้ากับระบบการทำงานปกติได้อย่างเป็นรูปธรรม และมีหลายระบบที่มองว่า “สุขเป็น” ไม่ใช่การเพิ่มภาระงานให้มากยิ่งขึ้น แต่เป็นการเชื่อมประสานให้งานเดิมที่มีอยู่สามารถทำได้ง่ายขึ้นและเห็นผลสำเร็จได้ดีขึ้น CAs สะท้อนว่า “สุขเป็น” ช่วยตอบสนองต่อ Pain point ของระบบทำงานเดิมที่ทำได้ยาก หรือทำแล้วอาจไม่เห็นผล คนทำงานขาดไฟในการทำงาน เมื่อระบบเห็นความสำคัญว่า “สุขเป็น” ช่วยเสริมการทำงานได้จริง หลายหน่วยงานมีนโยบาย จัดสรรงบประมาณ จัดบทบาทตามโครงสร้างบุคลากร เพื่อมาหนุนเสริมให้นำแนวคิดสุขเป็นมาบูรณาการกับภารกิจปกติได้อย่างกลมกลืน ดังนี้

1) สุขเป็นกับระบบงานสาธารณสุข

1.1) สุขเป็นโรงพยาบาลชุมชน

งานปฐมภูมิ เป็นการทำงานป้องกันส่งเสริมสุขภาพคนในพื้นที่ นับเป็นงานที่สอดคล้องกับแนวคิดการทำงานของโครงการอย่างยิ่ง งานปฐมภูมิที่ อ.แม่ทะ จังหวัดลำปาง เน้นที่การสร้างทีม 3 หมอที่เห็นคุณค่าของความสัมพันธ์ของกันและกัน มีความเห็นอกเห็นใจกัน หมอ 1 ได้รับความสำคัญ ถูกมองเห็นคุณค่าของคนและงาน เมื่อความสัมพันธ์ 3 หมอเปลี่ยนแปลง ก็ทำให้การทำงานเชื่อมโยงกันอย่างเห็นคุณค่าซึ่งกันและกัน เมื่อ “ทีม 3 หมอ” ที่นับเป็นหัวใจของระบบปฐมภูมิ มีเข้าอกเข้าใจกันก็ส่งผลต่อผู้ป่วยในชุมชน เกิด Growth mindset ทำให้เกิดนวัตกรรมหลายอย่างที่ดูเลคนในชุมชน เช่น การ “ออกหน่วยรักษา” ที่ใช้กิจกรรมสุขเป็นร่วมกับการออกหน่วยที่สอดแทรกการส่งเสริมสุขภาพจิตเชิงบวกเข้าไปทุกครั้ง และตอนนี้กำลังขยายผลไปยังพื้นที่อื่น ๆ ใกล้เคียงที่ร่วมเรียนรู้ต่อไป

งานจิตเวชโรงพยาบาล เป็นการเชื่อมต่อเข้ากับระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของ รพ.เบญจลักษณ์ จ.ศรีสะเกษ ผ่าน CAs ที่เป็นพยาบาลสุขภาพจิต เริ่มจากการที่ CAs ปรับเปลี่ยนทัศนคติตนเอง (เช่น ลดความเข้มงวด กดดันตนเอง ให้โอกาสตัวเองได้ผ่อนคลาย และมีความสุข แบ่งเวลามาดูแลตนเองให้เวลาตนเอง

มากขึ้น) บอกต่อและแลกเปลี่ยนประโยชน์ของสุขเป็นกับหัวหน้างาน แล้วลองปฏิบัติกับผู้ป่วยในโรงพยาบาล (หลายแผนก) เชื่อมต่อกับงานชุมชน เมื่อ CAS รับผิดชอบงานหลักนี้เปลี่ยนแปลงและนำแนวคิดสุขเป็นเข้าไปใช้ในงานต่าง ๆ พบว่า ทำให้ “คนจะอยากเข้าหาเรา เวลาว่างอยากมาคุยด้วย” และที่ รพ.เบญญลักษ นี้ เมื่อได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้กับ งานปฐมภูมิแม่ทะ ก็เริ่มขยับงานสุขเป็นที่บูรณาการไปทำงานสุขภาพจิตต้นน้ำด้วย “เราลงชุมชนจะช่วยต้นน้ำ เลือก 1 ตำบลก่อนว่าสิ่งที่เราลงทำจะสำเร็จไหม ชวนทำประชาคมผ่านแนวทางจิตวิทยาเชิงบวก ให้ชุมชนให้โอกาสคนไข้จิตเวช จนเกิดการยอมรับ สร้างกติการ่วมกัน ขอความร่วมมือจากร้านค้า เจ้าหน้าที่ อส. ชรบ. ให้ความร่วมมือช่วยกันดูแลผู้ป่วยจิตเวช

การเชื่อมต่องานส่งเสริม ป้องกัน และดูแลสุขภาพจิต ที่ อ.ดอยเต่า จ.เชียงใหม่ พบว่าเป็นอีกหนึ่งพื้นที่ ที่ CAS มี CAS ทุกระดับ คือ มีพยาบาลจิตเวชในโรงพยาบาล บุคลากรใน รพสต.ไปทุ่ง อสม. อีก 13 คน ที่เป็น CAS ในชุมชน ซึ่งเป็นชุมชนกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยง เป็นพื้นที่เดิมของโครงการตั้งแต่ระยะแรก เมื่อปี 2565 การเชื่อมต่องานระบบการทำงานนี้ เกิดจากการที่คนในชุมชนและบุคลากรสาธารณสุขเปลี่ยนมุมมองทัศนคติไปพร้อมกัน ทำให้ อสม. ใส่ใจดูแลคนมากขึ้น ผู้คนในชุมชนต่างไว้วางใจระบายทุกข์ให้ฟัง เมื่อเจอคนที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย อสม. จะปรึกษาไปยัง รพสต. ได้อย่างไว้วางใจ และเชื่อมต่อกับพยาบาลจิตเวช ใน รพ.ดอยเต่า ส่งผลให้พบว่า เหตุการณ์ฆ่าตัวตายสำเร็จ 18 ราย จากปี 2565 ลดน้อยลงอย่างต่อเนื่อง เป็น 13 รายเป็น 8 ราย จนกระทั่งปี 2568 เหลือเพียงแค่ 1 รายเท่านั้น

รพ. ลืออำนาจ จ.อำนาจเจริญ เป็นอีกหนึ่งหน่วยงานที่สะท้อนความเป็นไปได้ของการนำ “สุขเป็น” ไปช่วยขับเคลื่อนการทำงานในระบบ ข้อมูลจาก CAS ซึ่งเป็นพยาบาลจิตเวช มีภาระงานหนักที่ต้องดูแลผู้ป่วยจำนวนมากทั้งอำเภอ แม้จะเคยรู้จัก “จิตวิทยาเชิงบวก” แต่ไม่เคยรู้ว่าเราจะเอามาใช้กับตนเองอย่างไร จนกระทั่งการเรียนรู้ “สุขเป็น” จึงเกิดการเปลี่ยนแปลงตัวเองให้ “ไม่คิดมาก ไม่เครียด พอเครียดน้อยลง ก็ใช้อารมณ์น้อยลง เปิดใจรับเมตตาผู้ป่วยมากขึ้น ผู้ป่วยก็อยากมารับบริการ อยากมาปรึกษา แม้แต่ผู้ป่วยในพื้นที่ก็ติดต่อขอเข้ามาบริการ” ทีม CAS ของที่นี่เริ่มสนใจขยายผลไปลงชุมชนเพื่อดูแลสุขภาพจิตต้นน้ำ แต่เกิดอุปสรรคในระดับนโยบายของโรงพยาบาลที่เน้นการทำงานเชิงรับเพื่อรอรับผู้ป่วยจิตเวชที่มีจำนวนมาก จึงนับเป็นข้อสังเกตสำคัญว่า “สุขเป็น” มีประโยชน์ต่อการทำงานระบบ ช่วยให้คนทำงานด้านสุขภาพจิตเชิงรับเห็นประโยชน์ที่เกิดกับตนเองและผู้ป่วย และเห็นความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ในงานเชิงรุก แต่การนำเข้าสู่ระบบในระดับนโยบายที่ขับเคลื่อนได้อย่างเป็นรูปธรรมยังนับเป็นความท้าทายของทีมโครงการ

1.2) สุขเป็นใน รพสต. นับเป็นระบบสาธารณสุขที่สุขเป็นเข้าไป เชื่อมต่อกับงานปกติได้อย่างชัดเจนเช่นกัน และที่พบมีหลากหลายพื้นที่ เช่น ที่ รพสต.บ้านชะอวด รพ.สต.เกาะเต่า รพสต. บ้านป่าขาด หมอไก่อ่ รับผิดชอบใช้ มี ห้องรับฟังเพื่อคุยก่อน ปรับใจ

ตัวอย่างที่เด่นชัดในระบบ รพสต. ได้แก่ รพสต. เกาะเต่า จ.สงขลา เป็น หน่วยงานที่มีการนำสุขเป็นไปใช้ในแทบทุกภารกิจของ รพสต. ทั้งงานสุขภาพ จิตโดยตรง หรืองานอื่น ๆ เช่น งาน NCDs งานเด็กและเยาวชน งานเยี่ยมบ้าน ผ่านความเชื่อที่ว่า “ใจ” เป็นพื้นฐานของทุกเรื่อง จุดเด่นของ รพสต. เกาะเต่าคือ ผู้นำขบวนลงมือเป็นผู้ขับเคลื่อนเอง เป็นกระบวนกรได้เอง และมีต้นทุนการทำงานในเครือข่ายพื้นที่อยู่เดิมอย่างหลากหลาย เช่น โรงเรียน รพสต.เครือข่าย ชมรมผู้สูงอายุ โรงเรียน อสม. ทำให้การขยายผล “แนวคิดสุขเป็น” ไปยังหน่วยงานอื่น ๆ ได้มาก ผ่านกิจกรรมหรือโครงการที่มีเครือข่ายทำร่วมกันอยู่แล้ว และมี รพสต.หลายพื้นที่ที่นำเอาไปใช้ในภารกิจเช่นกัน เช่น รพสต.ป่าขาด แม้คนใน รพสต. จะไม่เคยเข้าร่วมชุดกิจกรรม 7+3+3+3 เลยก็ตาม นับเป็นข้อมูลเชิง ประจักษ์ที่ยืนยันว่าการพัฒนา CAS ด้วยกระบวนการสังเกตต้นแบบ เรียนรู้ ลงมือทำ และสะท้อนคิด สามารถสร้าง CAS ที่มีศักยภาพในการขับเคลื่อนกลไก เช่นกัน

นอกจากนี้ ยังมี รพสต. บ้านชะอวด จ.นครศรีธรรมราช รพ.สต.ศรีโค จ.อุบลราชธานี ที่นำสุขเป็นไปใช้งานภารกิจและโครงการต่าง ๆ ใน รพสต. อย่าง ต่อเนื่อง ในขณะที่ ศูนย์บริการสาธารณสุข (เทศบาลนครนนทบุรี) ผ่านศูนย์ บริการสาธารณสุขหลายแห่งในสังกัดกองการแพทย์ ก็สะท้อนว่า “สุขเป็น” สอดคล้องกับนโยบาย “เวชศาสตร์วิถีชีวิต” ของกองการแพทย์ ที่ต้องการลด ปัญหา NCDs ในพื้นที่ และเครื่องมือสุขเป็นช่วยสนับสนุนการนำ “เวชศาสตร์วิถี ชีวิต” มาใช้อย่างเป็นรูปธรรม โดยเฉพาะในเรื่องการนอนหลับ และการจัดการ อารมณ์ผ่อนคลายจิตใจ ซึ่งการดำเนินงานยังขาดเครื่องมือที่ใช้ถ่ายทอดให้กับ กลุ่มเป้าหมายอย่างเป็นรูปธรรม อย่างไรก็ตาม การเชื่อมต่อกับระบบอาจจะยัง ไม่ชัดเจนมากนักในเชิงการนำไปใช้อย่างต่อเนื่องจนเห็นผลลัพธ์อย่างมีนัย สำคัญ

1.3) สุขเป็นในหน่วยงานนโยบายสุขภาพจิต ได้แก่ ศูนย์สุขภาพจิต ที่ 10 (ศจ.10) จ.อุบลราชธานีนับเป็นหน่วยงานระดับภูมิภาคที่รับนโยบายด้าน

สุขภาพจิตต่าง ๆ มาจากกรมสุขภาพจิต เพื่อดำเนินการผลักดันนโยบายต่อในระดับภูมิภาค เสี่ยงสะท้อนจาก CAS ในหน่วยงาน พบว่า “สุขเป็น” ช่วยให้การถ่ายทอดเรื่องสุขภาพจิตทำได้ง่ายขึ้น (“ไม่แข็งทื่อ”) เพราะสามารถเชื่อมโยงแนวคิดเชิงวิชาการให้กลายเป็นสิ่งที่เข้าใจง่ายสำหรับคนในชุมชน ซึ่งเป็นสิ่งที่นักวิชาการในกรมสุขภาพจิตทำได้ยาก สุขเป็นไปช่วยเสริมในกระบวนการทำชุมชนส่งเสริมสุขภาพจิต ซึ่งเป็นนโยบายของกรมสุขภาพจิต และยังได้นำไปใช้ต่อในเรื่องการสื่อสารสร้างสุขด้วย มีการดำเนินงานของศูนย์ที่ใช้เครื่องมือสุขเป็นในการขับเคลื่อนเพื่อตอบตัวชี้วัดเรื่อง “ต้นแบบชุมชนสุขภาพจิต” ผ่านเครื่องมือวัด “ดัชนีสุขภาพจิตชุมชนท้องถิ่น” จากรายงานโครงการของ ศจ.10 พบว่า มีการนำเครื่องมือสุขเป็นไปใช้ในบางประเด็น เช่น “เช็ควินิจฉัย” และนำแนวคิดบางอย่างเช่น “การสร้างบรรยากาศที่ดีในการเรียนรู้” อย่างไรก็ตาม ผลลัพธ์การเปลี่ยนแปลงยังไม่ชัดเจน ซึ่งอาจเป็นเพราะ ศจ.10 ไม่ใช่หน่วยงานที่เกาะเกี่ยวกับกลไกชุมชนและฝังตัวในชุมชนโดยตรงทำให้ขับเคลื่อนงานต่อเนื่องได้ยาก

1.4) สุขเป็นในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) นับเป็นหน่วยงานด้านวิชาการที่หนุนเสริมด้านวิชาการต่อหน่วยงานสาธารณสุขในจังหวัด ตัวอย่างการเชื่อมต่อสุขเป็นในงาน สสจ. ที่ชัดเจน คือ สสจ.ลำพูน เนื่องจากมีนโยบายเรื่องงานสุขภาพจิตแบบสี่เสาหลัก (ลำพูนโมเดล) “ต่อชีวิต สร้างสุขคน ลำพูน ป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตาย” สุขเป็นจึงช่วยให้การขับเคลื่อนนโยบายนี้ทำได้อย่างเป็นรูปธรรมมากขึ้น และสามารถผลักดันได้ทั้งจังหวัดพร้อมกัน

อย่างไรก็ตาม การทำงานของโครงการก็พบตัวอย่างที่มีความเป็นไปได้ในการเชื่อมต่อระบบ แต่ไม่สำเร็จ เช่น สสจ. พังงา เป็นพื้นที่ที่ไม่ดำเนินการต่อ (ขาด core team จากการเปลี่ยนคนทำงานเพราะเกษียณอายุ) ทำให้ทีมทำงานไม่สามารถขับเคลื่อนงานนี้ต่อไป นอกจากนี้ ความท้าทายของงานใน สสจ. คือแต่ละคนแต่ละฝ่ายมีงานที่รับผิดชอบกันชัดเจน และมักจะยุ่งเกี่ยวทำงานผานกัน เมื่อผลักดันงานสุขเป็น จึงถูกมองว่าเป็นงานสุขภาพจิตมากกว่ากลุ่มงานส่งเสริมป้องกัน ทำให้การขับเคลื่อนในระบบทำได้ยากในมิตินี้

2) สุขเป็นในระบบการศึกษา

- วิทยาลัยเชียงราย ภายใต้คณะพยาบาลศาสตร์ เล็งเห็นถึงความสำคัญของการขับเคลื่อนงานด้านสุขภาพจิตในนักศึกษาพยาบาล จนกระทั่งผู้บริหารเห็นผลดี จึงขับเคลื่อนเป็นนโยบายเรื่องพัฒนาศักยภาพของอาจารย์ที่ปรึกษา

- มหาวิทยาลัยบูรพา เกิดการพัฒนารายวิชาเป็น วิชา Life Plus ในหมวดวิชาศึกษาทั่วไป ให้นักศึกษาทุกคนได้เลือกเรียนตามความสนใจ และผนวกเอาสุขเป็นเข้าไปไว้ในรายวิชาด้วย
- มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร เป็นการเชื่อมต่อในระดับหลักสูตร สารานุกรมสุขศาสตร์ ที่ใช้ในงานกิจการนักศึกษาต่าง ๆ สอดแทรกเรื่องสุขเป็นเข้าไปในกิจกรรมที่ทำกับนักศึกษา และพัฒนารายวิชา “การปรับตัวและฟื้นคืนสุขภาพ” สำหรับนักศึกษาชั้นปีที่ 1 ทุกคนได้เรียน เน้นการทำทันและจัดการอารมณ์ การปรับตัวเมื่อเผชิญปัญหาต่าง ๆ ซึ่งนำกิจกรรมสุขเป็นและแนวคิดสุขภาพจิตเชิงบวกไปใช้อย่างต่อเนื่อง
- โรงเรียนในสังกัด อบจ. สงขลา เนื่องจาก อบจ.สงขลาเริ่มเห็นประโยชน์ของ “สุขเป็น” ผ่านการแนะนำจากเครือข่าย CAs รพสต.เกาะแก้ว ได้ลองนำเอาสุขเป็นเข้ามากิจกรรมกับนักเรียนและครู เมื่อผู้บริหารเล็งเห็นประโยชน์จึงเริ่มพัฒนาครูให้เป็น CAs โดยใช้งบประมาณของ อบจ. เอง

นอกจากนี้ ระหว่างดำเนินการ กรมส่งเสริมการเรียนรู้ (สกร.) ในพื้นที่จังหวัดอ่างทอง ที่ทีมงานเล็งเห็นโอกาสในการเชื่อมต่อกับระบบการศึกษา นอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย CAs ก็เห็นว่าสามารถพัฒนาเป็นหลักสูตรเกี่ยวกับสุขเป็นได้ แต่เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงนโยบายจากผู้บริหารในขณะนั้น ทำให้ไม่สามารถพัฒนาต่อได้ อย่างไรก็ตาม โอกาสที่สามารถพัฒนาต่อได้ในอนาคต คือ สกร. มีบทบาทในเรื่องจำทั้งการสอนหนังสือและสอนทักษะอาชีพให้กับผู้ต้องขัง กรณีศึกษาของเรือนจำอ่างทองที่ สกร.เมืองอ่างทองได้เข้าไปมีบทบาทในการประสานให้เกิดการพัฒนา อสจร. ให้สามารถเป็นผู้ดูแลสุขภาพจิตของเพื่อนผู้ต้องขังได้ สะท้อนว่า หากทำงานสุขเป็นอย่างต่อเนื่องกับ สกร. ก็จะเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายที่มีความเฉพาะ เข้าถึงยาก และกลุ่มเปราะบางเช่นผู้ต้องขังได้

ข้อสังเกต คือ การเชื่อมต่อกับระบบการศึกษา มีความเป็นไปได้สูงมากเพราะสถาบันการศึกษามันจะมีความตระหนักรู้ต่อปัญหาและเห็นประโยชน์ของสุขเป็นชัดเจน เนื่องจาก ครูอาจารย์ ตลอดจนคนทำงานในระบบการศึกษา มักจะเห็นปัญหาสุขภาพจิตในนักเรียน นักศึกษาที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น มีความรุนแรงมากขึ้น สุขเป็นจึงตอบสนองต่อ Pain point นี้ แต่ความท้าทายในการเชื่อมต่อกับระบบการศึกษาคือการขับเคลื่อนที่ต้องทำอย่างจริงจัง และต่อเนื่องทั้งในระดับนโยบายของผู้บริหาร และต้องค้น CAs ที่มี “ใจเดียวกัน” ในการผลักดันในระบบ ทั้งนี้เพราะการส่งเสริมสุขภาพจิตจะไม่ใช่ภาระงานหลักของครู อาจารย์นั่นเอง

3) สุขเป็นในงานสังกัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (พม.)

- พัฒนาศักยภาพและความมั่นคงของมนุษย์สากลนคร (พมจ. สกลนคร) นับเป็นกรณีศึกษาที่สะท้อนให้เห็นชัดเจนว่า “สุขเป็น” สามารถไปฝังตัวในระบบการทำงานได้นอกเหนือจากระบบสาธารณสุข แม้ว่าภารกิจของ พมจ. จะไม่ได้เกี่ยวข้องโดยตรงกับงานสุขภาพจิตโดยตรง แต่คำบอกเล่าของ CAS ในหน่วยงาน พมจ. สะท้อนสองประเด็นหลักที่สุขเป็นเข้าไปเกี่ยวข้องและหนุนเสริมการทำงานได้จริง ประเด็นแรก คือ “คนทำงานเครียด ภาระงานเยอะ เป็นงานที่กดดัน และได้รับความเครียดรับปัญหาจากคนอื่นมาทับถมที่ตัวเรา ทำให้เจ้าหน้าที่ใน พมจ.เอง มีอาการของโรคซึมเศร้าจำนวนมาก” ประเด็นที่สอง “งานของ พมจ. ทำงานกับคนทุกช่วงวัย และมักจะเป็นกลุ่มเปราะบาง หากเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานไม่มีใจเมตตาเพียงพอ ไม่มีอารมณ์ที่มั่นคงจัดการได้ ก็จะเป็นการซ้ำเติมกลุ่มเปราะบาง หรือทำให้ผู้คนเหล่านั้นขาดโอกาสในการเข้าถึงปัญหาต่าง ๆ ได้” ทำให้ CAS จาก พมจ. เห็นความสำคัญของ “สุขเป็น” อย่างมาก อีกทั้งผู้บริหารของ พมจ.สกลนคร เห็นด้วยและสนับสนุนเป็นนโยบายให้ CAS ได้ใช้ “สุขเป็น” ในการทำงานภารกิจต่าง ๆ เช่น บ้านพักเด็ก หรือ อพม. ที่มีข้อมูลการนำไปใช้เป็นรูปธรรม คือ การพัฒนาศักยภาพอาสาพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (อพม.) ประจำตำบล ที่จะเป็นผู้ค้นหา กลุ่มเปราะบางในชุมชนที่ต้องการเข้าถึงสิทธิต่าง ๆ เช่น ผู้พิการ คนยากจน คนไร้บ้าน พมจ.สกลนคร จัดโครงการพัฒนา อพม.ที่มีจิตเมตตาผ่านเครื่องมือสุขเป็น และทักษะการรับฟังด้วยหัวใจ ทำให้เข้าอกเข้าใจผู้ตกทุกข์ได้ยากในชุมชนและลดอคติเพื่อช่วยเหลือผู้คนเหล่านั้นตามบทบาทของ อพม. อย่างแท้จริง อย่างไรก็ตาม ข้อจำกัดของ พมจ. คือ 1) การพัฒนาศักยภาพทำเพียงรุ่นละ 1 ครั้ง และไม่มียุทธศาสตร์โครงการในการพัฒนา อพม. อย่างต่อเนื่อง และ 2) ยังไม่มีการประเมินติดตามผลลัพธ์อย่างเป็นรูปธรรม หากมีการติดตามระยะยาวว่า “การเข้าถึงสิทธิต่าง ๆ ของกลุ่มเปราะบาง” ได้เท่าเทียม ทัวถึงเพิ่มขึ้นหรือไม่ มากน้อยเพียงใด ตลอดจนติดตามสุขภาพจิตของผู้ปฏิบัติงานใน พมจ. ยิ่งน่าจะสะท้อนผลลัพธ์ได้เป็นต้นแบบให้ พมจ. จังหวัดอื่น ๆ นำไปปฏิบัติได้ต่อไป

- ศพค. สุขเป็นในระบบศูนย์พัฒนาครอบครัวในชุมชน หรือ ศพค. เป็นโครงสร้างของชุมชนที่ดูแลคุณภาพชีวิตของคนทุกวัยรวมถึงกลุ่มเปราะบาง ตัวอย่างที่ชัดเจนคือ ศพค. ท่าทราย จ.นนทบุรี เป็นองค์กรที่มีโครงสร้างและกลไกการขับเคลื่อนจากนโยบายรัฐผ่านพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ หรือ พม.ที่ต้องการให้ทุกตำบลมีหน่วยดูแล

ครอบครัวที่ขับเคลื่อนโดยเครือข่ายชุมชนในตำบลท่าทรายมี**เครือข่ายผู้นำชุมชน 26 ชุมชน** รวมตัวกันอย่าง กึ่งอิสระ คือ ภายใต้การดูแลของเทศบาลตำบลท่าทราย แต่ก็มีการบริหารจัดการภายในสมาชิกกันเอง มีการบริหารแบบมีส่วนร่วม และระดมทรัพยากรเอง (เช่น งบประมาณจาก สปสช.) จุดเด่นของ ศพค.ท่าทราย คือผู้นำที่มีความ “ประนีประนอม เปิดโอกาส รับฟังสมาชิก” ซึ่งเป็นฐานของสุขภาวะทางจิตในองค์กรเป็นทุนเดิม เมื่อโครงการสุขเป็นเฟ้นหากลไกชุมชนที่สนใจ ศพค.ท่าทรายจึงเปิดรับเอาแนวทางสุขเป็นและร่วมเรียนรู้กับทีมงานของโครงการอย่างต่อเนื่อง แม้ว่า ศพค.จะได้มีการกิจเกี่ยวข้องการสุขภาพจิตโดยตรง แต่เมื่อยอมรับแนวคิดสุขเป็นไปใช้แล้ว พบว่า สอดคล้องกับภารกิจของ ศพค.อย่างยิ่ง นอกจากโครงการจะได้สร้าง CAS ขึ้นจากสมาชิกที่เป็นแกนนำแล้ว ต่อมา CAS พัฒนาดตนเองจนเกิดกลุ่ม “วิทยากรชุมชน” ในปัจจุบันมีกระบวนการสุขเป็น 22 คน ที่จะแบ่งหน้าที่กันตามความถนัดการใช้เครื่องมือของแต่ละคน และกระจายกิจกรรมสุขเป็นสอดแทรกในภารกิจต่าง ๆ ได้ครอบคลุมทั้ง 26 ชุมชน โดยเฉพาะการบูรณาการเข้ากับกิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุที่จัดกิจกรรมให้ทั้ง 14 ชุมรมในพื้นที่ และการช่วยเหลือครอบครัวที่ขาดแคลน นับได้ว่า “สุขเป็น” เข้าไปช่วยร้อยเรียงงานภารกิจ ศพค. ให้เห็นชัดเจนว่า ศพค.มีบทบาทเพื่อคนในชุมชนได้มากกว่าที่คิด ดังนั้น สุขเป็นในระบบ ศพค.ท่าทราย สะท้อนว่า “การพัฒนา CAS ต่อยอดเป็นกระบวนการ เพื่อ ขยายผลในชุมชน” ทำได้จริง และเป็นเรื่องที่เรียนรู้ได้ทุกคน ชุมชนใกล้เคียงได้เรียนรู้จาก ศพค.ท่าทรายและใช้เป็นโมเดลตัวอย่างในการดูแลสุขภาพจิตต่อไป เช่น ชุมชนตลาดขวัญ จ.นนทบุรี ศพค.ท่าทราย จึงเป็นพื้นที่เรียนรู้สำคัญในการบูรณาการงานสุขเป็นเข้ากับภารกิจของตนเอง

ศพค.หัวไทร จ.นครศรีธรรมราช เป็น ศพค. ในพื้นที่ที่ขับเคลื่อนงานเดิมของทีมโครงการ p2H แม้ไม่ใช่พื้นที่เป้าหมายโครงการสุขเป็นระยะที่ 2 โดยตรง แต่เมื่อได้เรียนรู้สุขเป็นก็นำไปขยายผลจนเกิดนวัตกรรมชุมชน เป็น “รถชาเล้งสุขเป็น” ให้บริการเคลื่อนที่ไปทำกิจกรรมสุขเป็นแบบเชิงรุกตามสถานที่ชุมชน เช่น ตลาดนัด ทำให้คนเข้าถึงได้ง่าย และขยายผลสุขเป็นไปสู่ผู้รับประโยชน์ได้มาก

อย่างไรก็ตาม ทีมประเมินผลภายในยังมองว่า การต่อยอดสุขเป็นใน ศพค.อื่น ๆ อาจเป็นไปได้ยาก เนื่องจาก ศพค. จำนวนมากยังไม่มียกงบประมาณดูแล ต้องจัดหางบประมาณด้วยตนเอง แม้ ศพค.จะถูกกำหนดเรื่องโครงสร้างกลไก บทบาท หน้าที่ชัด แต่ขาดการสนับสนุนงบประมาณจากภาครัฐ ดังนั้น ศพค.ส่วนใหญ่ในประเทศไทยจึงไม่ค่อยมีบทบาทมากนัก ยกเว้นของ

ศพค.ทำทราายที่ประธาน ศพค. ก่อนข้างเข้มแข็ง เป็นที่ยอมรับ และสามารถหาบประมาณมาสนับสนุนการทำงานของ ศพค.ได้

4) สุขเป็นในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

งานสุขเป็นสามารถไปเชื่อมต่อการระบบงานในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้หลากหลาย

- เทศบาลตำบลหลักห้า ตำบลบ้านแพ้ว จังหวัดสมุทรสาคร ผ่านกองสาธารณสุข เทศบัญญัติ “สร้างสุขใจ ให้สุขเป็น” ถ้าโครงการหายไปแล้ว ก็ยังคงอยู่ในชุมชน ใช้ I message อย่างมากในการพูดคุยกับลูกน้อง เพราะอยู่ในบทบาทหัวหน้า
- เทศบาลตำบลละหาร อ.บางบัวทอง จ.นนทบุรี ผ่านกองสวัสดิการสังคม ส่งผ่านไปถึงงานผู้สูงอายุ งานโรงเรียน งานผู้สูงอายุ และกำลังขยายไป ศพค.
- เทศบาลตำบลเขาล้าน จ.ประจวบคีรีขันธ์
- เทศบาลตำบลบางนายสี ตะกั่วป่า จ.พังงา
- เทศบาลนครเชียงราย (ผ่านกลไกครูโรงเรียนสังกัดเทศบาลนครเชียงราย)
- อบต.ม่วงคำ จ.เชียงราย
- อบจ.สงขลา มาร่วมขับเคลื่อนเป็นภาคีหลักในการจัดงานเวทีวิชาการ ผ่าน รพสต.เกาะแต้วที่อยู่ภายใต้สังกัด อบจ.

จุดสำคัญของการฝังตัวในระบบองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นคือ เป็นกลไกที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของคนในชุมชนจริงๆ เกี่ยวข้องกับทุกกลุ่มทุกวัย ระบบที่สำคัญที่สุขเป็นเข้าไป plug-in ได้คือ “กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม” และ “กองสวัสดิการสังคม” ส่วน “กองการแพทย์” ซึ่งมีในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นบางแห่งที่มีขนาดใหญ่มาก มีความเป็นไปได้ในเชิงหลักการที่สุขเป็นจะฝังตัวในการทำงานได้ เพราะภารกิจเทียบเคียงกับงานใน รพสต. หรือ งานปฐมภูมิ อย่างไรก็ตาม ในโครงการนี้ยังไม่พบการฝังตัวใน “กองการแพทย์” ที่เด่นชัด

ข้อค้นพบสำคัญคือ การเชื่อมต่อหรือฝังตัวกับระบบจะไม่ได้มีแนวทางชัดเจนแน่นอนว่าต้องเริ่มจากไหน ทำอย่างไร การเชื่อมต่อจะเป็นรูปแบบใด เนื่องจาก ทีมโครงการต้องลองผิดลองถูกเพื่อให้งานสุขเป็นถูกตัดต่อเข้ากับระบบงานอย่างพอดีกับบริบทของงานนั้น ๆ ด้วยตัว CAs เอง การเชื่อมต่อกับระบบการทำงานได้หลากหลายนี้ สะท้อนให้เห็นว่า “สุขเป็น” ตอบสนองระบบ

การทำงานยังขาดวิธีการที่จับต้องได้เป็นรูปธรรมและเข้าถึงประชาชนในการส่งเสริมสุขภาพจิตเชิงบวก เครื่องมือสุขเป็นจึงช่วยให้เปลี่ยนทั้ง “**คนทำงาน ความสัมพันธ์ของคน และวิธีการทำงาน**” เกิดเป็นระบบที่มีหัวใจ ช่วยเสริมงานเดิมให้ได้แนวทางใหม่ จึงพิสูจน์ได้ว่า “สุขเป็นเชื่อมต่อกับระบบได้จริง” แม้เมื่อสิ้นสุดโครงการระยะที่ 2 นี้ ผลลัพธ์ที่เกิดจากการเชื่อมต่อกับระบบอาจจะยังไม่เห็นชัดเจนทุกระบบในแง่ผลต่อสุขภาพจิต แต่ประโยชน์ที่สำคัญ คือ ทำให้มีคนเข้าถึงได้รับประโยชน์ หรือเคยเข้าร่วมกิจกรรมสุขเป็นจำนวนมาก (และบางระบบผู้รับประโยชน์อย่างต่อเนื่องด้วย) นับเป็นประโยชน์ที่สำคัญของการเชื่อมต่อกับระบบนี้ ซึ่งในระยะยาวน่าจะเห็นผลลัพธ์จากระบบที่ชัดเจนขึ้น อย่างไรก็ตาม กระบวนการที่ทีมโครงการผลักดันให้เกิดการเชื่อมต่อกับระบบนี้ค่อนข้างมีข้อจำกัดและอุปสรรค ตั้งแต่การประเมินพื้นที่และ core team ที่ดูเหมือนจะขับเคลื่อนได้ดี ทำให้ทีมลงทุนลงแรง และใช้ระยะเวลาในการทำงานไปมาก แต่เมื่อระยะเวลาผ่านไปแล้วกลับว่าไม่เกิดผลลัพธ์ตามที่คาดไว้ บางครั้ง หน่วยงานมีนโยบายที่สอดคล้องชัดเจนกับแนวคิดของสุขเป็น แต่คนทำงานไม่สามารถขับเคลื่อนต่อไปได้ตามนโยบายที่ผู้บริหารกำหนดไว้ หรืออาจขับเคลื่อนได้ไม่เต็มที่ด้วยข้อจำกัดของหน่วยงาน หรือบางกรณีก็เกิดจากการเปลี่ยนแปลงผู้บริหาร เปลี่ยนแปลงนโยบาย หรือโยกย้ายคนทำงาน ทำให้การขับเคลื่อนเชื่อมต่อกับระบบไม่สามารถทำได้ตามที่คาดหวังไว้

4. ผลลัพธ์ (Outcomes)

4.1 ผลลัพธ์ระดับบุคคล

4.1.1 การเปลี่ยนแปลงทักษะด้านสุขภาพจิต หรือ ทักษะสร้างสุขของ CAs

การติดตามผลลัพธ์การเปลี่ยนแปลงทักษะของ CAs หลังเข้าร่วมกระบวนการพัฒนา CAs อย่างต่อเนื่อง พบว่า กระบวนการต่าง ๆ ทำให้ CAs เกิด self-awareness ในเรื่องของความสุขความทุกข์ของคนที่เป็นเรื่องปกติทั่วไปในชีวิตจากมุมมองคนละด้าน (เช่น กิจกรรมเส้นสุข-เส้นทุกข์) เน้นทักษะเรื่องการคิดบวกปรับเปลี่ยน mindset ในการมองชีวิตผ่านแง่มุมที่ดี (เช่น กิจกรรมการมองโลกในแง่ดี) เพิ่มทักษะการอยู่กับปัจจุบัน ในรู้เนื้อรู้ตัวว่ากำลังรู้สึกและมีอารมณ์แบบใด หรือการสร้างความสุขง่าย ๆ ด้วยการยิ้ม (เช่น กิจกรรมพลังยิ้ม) เมื่อกิจกรรมสร้างประสบการณ์แล้วมีการใคร่ครวญกับตนเอง สิ่งเหล่านี้นำไปสู่ผลลัพธ์สำคัญในเชิงคุณภาพด้านการจัดการอารมณ์ตนเองที่ CAs สะท้อน เมื่อถามว่า “การเปลี่ยนแปลงหลังเข้าร่วมโครงการสุขเป็นคือ

อะไร” CAS ให้ข้อมูลที่สอดคล้องตรงกันว่า “ใจเย็นลง อารมณ์ดีขึ้น ให้ภัยง่าย ไม่เก็บความเครียด เห็นความสุขใกล้ตัวได้ง่ายขึ้น มีสติ จุกคิด และเข้าใจอารมณ์ตนเองมากขึ้น”

ข้อมูลจากทีมโครงการร่วมกับข้อมูลจากการสัมภาษณ์ CAS พบว่า กระบวนการพัฒนา CAS ไปมุ่งพัฒนา “ทักษะสร้างสุข” ให้เกิดขึ้น จึงส่งผลต่อการรับมือสถานการณ์ทั่วไปในชีวิตได้ดีขึ้น เช่น “เจอคนที่บ้านเมาเหล้าก็ไม่บ่น” “เปลี่ยนคำด่าด่าลูกเป็นความใส่ใจถามไถ่” “ปล่อยวางเรื่องไม่สบายใจได้ง่ายขึ้น” “รับฟังคนอื่นมากขึ้น ไม่มัวแต่ไปตอกย้ำความทุกข์หรือไม่สบายใจของคนอื่น” จนถึงระดับที่สามารถเผชิญปัญหาสถานการณ์วิกฤตของชีวิตได้ เช่น “รับมือกับปัญหาครอบครัวเมื่อสามีมีภาวะเครียดหนักจนไม่เป็นอันทำอะไร ก็ลุกขึ้นมาเข้มแข็งเป็นหลักให้ลูกและสามี แทนที่จะด่าและบ่นสามีแบบที่เคยทำมา จนพาครอบครัวผ่านพ้นปัญหาไปได้ในที่สุด” (CA, หญิง, อสม., เชียงใหม่) หรือในฐานะผู้นำชุมชน “รับมือกับคนในชุมชนที่ถูกสังคมตีตราหรือไม่เห็นคุณค่า ให้หันกลับมามองแง่มุมใหม่ มองถึงคุณค่าของเขา และให้โอกาสในการมีตัวตนและคุณค่ากับคนอื่นจนสามารถ (CA, ชาย, ผู้นำชุมชน, เชียงราย) ” ดังนั้น กระบวนการพัฒนา CAS ของสุขเป็น ช่วยยกระดับ “ทักษะสร้างสุข” ให้พร้อมรับมือกับสถานการณ์สอดคล้องกับฐานคิดของโครงการที่ต้องการสนับสนุนให้คน “ออกกำลังใจให้มีทักษะทางใจที่แข็งแรง เมื่อเจอเชื้อโรคก็สามารถจัดการเชื้อโรคให้หมดไปได้ ไม่ต้องเจ็บป่วย พักการหรือตายไปกับโรคนั้น”

นอกจากการติดตามผลเชิงคุณภาพแล้ว ทีมประเมินผลใช้แบบประเมิน “ทักษะสร้างสุข” สอดคล้องกับทักษะที่โครงการมุ่งเน้นทั้ง 8 ทักษะ และแบบประเมิน “สุขภาพจิตเชิงบวกตามแนวคิด PERMA” ในช่วงระยะท้ายของโครงการ (เดือน เมษายน 2569) ทีมประเมินผลเก็บข้อมูลจาก CAS ในพื้นที่ทุกจังหวัดที่เข้าร่วมโครงการและเป็น CAS ที่ขยายผลสุขเป็นตามกลไกชุมชน (n=503) เปรียบเทียบกับ ผู้ตอบแบบประเมินที่เป็นประชาชนทั่วไปที่ไม่เคยเข้าร่วมโครงการสุขเป็นที่อาศัยอยู่ในพื้นที่เดียวกัน (n=90) ผลการประเมิน “ทักษะสร้างสุข” และ “สุขภาพจิตเชิงบวกตามแนวคิด PERMA” ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 “ทักษะสร้างสุข” และ “สุขภาพจิตเชิงบวกตามแนวคิด PERMA” ของกลุ่ม CAs (n=503) และ กลุ่มคนทั่วไป (n=90)

ประเด็น	กลุ่ม CAs (n=503)		กลุ่มคนทั่วไป (n=90)		p-value
	ค่าเฉลี่ย	SD	ค่าเฉลี่ย	SD	
ข้อ 1-10 ทักษะสร้างสุข (ช่วงคะแนน 0-3)					
1. การมองโลกในแง่ดีได้ แม้จะเผชิญกับสถานการณ์ที่ไม่พอใจ (ทักษะการมองโลกในแง่ดี)	2.16	0.655	2.00	0.750	*0.038 _a
2. การนึกขอบคุณตัวเองและสิ่งรอบตัว แม้จะเป็นเรื่องเล็ก ๆ น้อย ๆ (ทักษะการขอบคุณตัวเอง)	2.36	0.631	2.11	0.710	*<0.00 ₁ ^a
3. การตั้งเป้าหมายเล็กๆ น้อย ๆ ให้กับตัวเองอยู่เสมอและพยายามทำให้สำเร็จ (ทักษะการคิดแบบเติบโต)	2.37	0.657	2.27	0.731	0.196 ^a
4. การค้นพบข้อดีหรือความถนัดของตนเอง (ทักษะการคิดเรื่องจุดแข็งของคน)	2.40	0.617	2.11	0.800	<0.00 ₁ ^a
5. การมีความทุกข์หรือไม่สบายใจแล้วทบทวนอารมณ์ความรู้สึกของตนเองก่อนเสมอ (ทักษะการอยู่กับปัจจุบัน/ลืมาแล้วลูกไว)	2.27	0.611	2.09	0.681	0.011 ^a
6. เมื่อคนอื่นทำให้ไม่พอใจ จะจัดการความรู้สึกตนเองก่อนที่จะแก้ปัญหา (ทักษะการสร้างความสัมพันธ์อย่างรับผิดชอบ)	2.30	0.565	2.06	0.709	<0.00 ₁ ^a
7. การใช้เวลาตัวเองเพื่อที่จะดูแลร่างกายและจิตใจมากขึ้น (ทักษะการดูแลสุขภาพตนเอง)	2.50	0.557	2.30	0.608	0.002 ^a
8. การพูดคุยกับคนอื่นอย่างใส่ใจและรับฟังด้วยความเข้าใจ (ทักษะการเอาใจเขามาใส่ใจเรา)	2.48	0.527	2.26	0.572	<0.00 ₁ ^a
คะแนนเฉลี่ย	2.35	0.41	2.15	0.48	<0.00

ประเด็น	กลุ่ม CAs (n=503)		กลุ่มคนทั่วไป (n=90)		p-value
	ค่าเฉลี่ย	SD	ค่าเฉลี่ย	SD	
					1 ^b
ข้อ 9-15 “สุขภาพจิตเชิงบวกตามแนวคิด PERMA” (ช่วงคะแนน 0-3)					
9. การมีกิจกรรมที่ทำแล้วมีความสุข เพลิดเพลินจนลืมเวลา (ทักษะการจดจ่อเพลิดเพลิน)	2.42	0.606	2.13	0.737	<0.001 ^a
10. การรู้สึกว่าคุณมีประโยชน์ ต่อคนในครอบครัวและคนรอบข้าง (ความสุข: Meaning)	2.58	0.526	2.42	0.636	0.013 ^a
11. การมีอารมณ์เชิงบวกมากขึ้น เช่น สดชื่น แจ่มใส เบิกบาน เมื่อ เทียบกับปีที่ผ่านมา (ความสุข: Positive Emotion)	2.43	0.694	2.12	0.776	<0.001 ^a
12. การสามารถจดจ่อกับสิ่งที่กำลัง ทำได้มากขึ้น เมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา (ความสุข: Engagement)	2.39	0.618	2.08	0.753	<0.001 ^a
13. การรู้สึกว่าคุณมีความสัมพันธ์ที่ดี กับคนอื่น ๆ มากขึ้น เมื่อเทียบกับปี ที่ผ่านมา (ความสุข: Relationship)	2.44	0.588	2.13	0.706	<0.001 ^a
14. การรู้สึกว่าคุณมีคุณค่า มากกว่าเดิม เมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา (ความสุข: Meaning)	2.59	0.560	2.26	0.829	<0.001 ^a
15. การรู้สึกว่าคุณมีเป้าหมายในการ ทำสิ่งต่างๆ ในแต่ละวันมากขึ้นเมื่อ เทียบกับปีที่ผ่านมา (ความสุข: Accomplishment)	2.45	0.622	2.19	0.708	<0.001 ^a
คะแนนเฉลี่ย	2.47	0.45	2.18	0.58	<0.001^b

^aสถิติทดสอบ Independent t-test

^bสถิติทดสอบ Mann Whitney U-test

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

จากตารางที่ 2 ข้อมูลรายข้อเปรียบเทียบคะแนนระหว่างกลุ่ม CAS และกลุ่มคนทั่วไป พบว่า “ทักษะสร้างสุข” และ “สุขภาพจิตเชิงบวกตามแนวคิด PERMA” ในกลุ่ม CAS มีคะแนนเฉลี่ยมากกว่ากลุ่มคนทั่วไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทุกข้อ ยกเว้น ข้อที่ 4 “การตั้งเป้าหมายเล็กๆ น้อย ๆ ให้กับตัวเองอยู่เสมอ และพยายามทำให้สำเร็จ (ทักษะการคิดแบบเติบโต)” ซึ่งเมื่อพิจารณากระบวนการพัฒนา CAS และชุดกิจกรรมที่ใช้ใน 7-3-3-3 จะหยิบยกเอา กิจกรรมในหมวดทักษะนี้มาใช้ค่อนข้างน้อย อย่างไรก็ตาม ในภาพรวม “ทักษะสร้างสุข” และ “สุขภาพจิตเชิงบวกตามแนวคิด PERMA” กลุ่ม CAS มีค่าเฉลี่ยที่มากกว่ากลุ่มคนทั่วไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบสัดส่วนระดับทักษะสร้างสุขและระดับสุขภาพจิตเชิงบวกตามแนวคิด PERMA ระหว่างกลุ่ม CAS (n=503) และกลุ่มคนทั่วไป (n=90) ช่วงระยะท้ายของโครงการ

ผลลัพธ์ต่อสุขภาพจิต	ระดับ	กลุ่ม CAS n% (n=503)	กลุ่มคนทั่วไป n% (n=90)	P-value
ระดับ ทักษะสร้าง สุข	ต่ำ (คะแนน 0 - 1.00)	0 (0.0%)	1 (1.1%)	0.009 ^c
	ปานกลาง (คะแนน 1.01 - 2.00)	161 (32.0%)	39 (43.3%)	
	สูง (คะแนน 2.01 - 3.00)	342 (68.0%)	50 (55.6%)	
ระดับ สุขภาพจิต เชิงบวกตาม แนวคิด PERMA	ต่ำ (คะแนน 0 - 1.00)	4 (0.8%)	3 (3.3%)	<0.001 ^d
	ปานกลาง (คะแนน 1.01 - 2.00)	128 (25.4%)	38 (42.2%)	
	สูง (คะแนน 2.01 - 3.00)	371 (73.8%)	49 (54.2%)	

^cสถิติทดสอบ Fisher's Exact test ^dสถิติทดสอบ Pearson Chi square

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

ตารางที่ 3 จากระดับทักษะสร้างสุขและระดับสุขภาพจิตเชิงบวกตามแนวคิด PERMA สามารถเป็นกลุ่มคนเป็น 3 ระดับ ได้แก่ระดับต่ำ ระดับปานกลาง และระดับสูง พบว่า กลุ่ม CAs มีระดับทักษะสร้างสุขและระดับสุขภาพจิตเชิงบวกตามแนวคิด PERMA แตกต่างจากกลุ่มคนทั่วไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีแนวโน้มสัดส่วนของคนที่มีระดับทักษะสร้างสุขและระดับสุขภาพจิตเชิงบวกตามแนวคิด PERMA ระดับสูงมากถึง 68.0% และ 73.8% ในขณะที่กลุ่มคนทั่วไป มีสัดส่วนคนที่มีคะแนนระดับสูง 55.6% และ 54.2% ตามลำดับ

ข้อมูลจากตารางที่ 2 และ 3 เป็นหลักฐานสนับสนุนว่ากระบวนการพัฒนา CAs ของโครงการสุขเป็น ช่วยส่งเสริมให้กลุ่มเป้าหมายเกิดผลลัพธ์ระดับบุคคลต่อการมี “ทักษะสร้างสุข” และ “สุขภาพจิตเชิงบวกตามแนวคิด PERMA” ได้เป็นตามเป้าหมายและแนวคิดของโครงการ

4.1.2 ผลลัพธ์ต่อสุขภาวะทางจิต

โครงการกำหนดตัวชี้วัดของสุขภาวะทางจิตด้วยการประเมินความสุข นับเป็นตัวชี้วัดหนึ่งที่สำคัญในการสะท้อนปัญหาสุขภาพจิตในประชากรไทย ดังนั้นในระยะต้นของโครงการ จึงดำเนินการประเมินระดับความสุขด้วยแบบประเมินความสุข 15 ข้อของกรมสุขภาพจิต (THI-15) (ช่วงเดือนมกราคม - มิถุนายน 2568) ในประชาชนทั่วไปในพื้นที่ 15 จังหวัดที่เป็นพื้นที่ดำเนินโครงการ เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐาน (Baseline) สำหรับติดตามแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพจิตของกลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วมโครงการ ผลประเมินดังตารางที่ 4 และตารางที่ 5

ตารางที่ 4 ผลสำรวจคะแนนความสุขและระดับความสุขของประชาชน 15 จังหวัด ระยะช่วงต้นโครงการ (n=58,524)

จังหวัด	จำนวน (คน)	คะแนนความสุข โดยรวมเฉลี่ย (ช่วงคะแนน 0-45)	ระดับความสุข
นนทบุรี ¹	2292	34.17	มีความสุขเท่ากับคนทั่วไป
สมุทรสาคร ¹	4190	32.93	มีความสุขเท่ากับคนทั่วไป
ประจวบคีรีขันธ์	3072	32.33	มีความสุขเท่ากับคนทั่วไป

จังหวัด	จำนวน (คน)	คะแนนความสุข โดยรวมเฉลี่ย (ช่วงคะแนน 0-45)	ระดับความสุข
1			
นครศรีธรรมราช ¹	704	32.00	มีความสุขเท่ากับคนทั่วไป
เชียงใหม่ ¹	2179	32.22	มีความสุขเท่ากับคนทั่วไป
อ่างทอง ²	1314	34.50	มีความสุขเท่ากับคนทั่วไป
ชลบุรี ²	1161	29.45	มีความสุขเท่ากับคนทั่วไป
สงขลา ²	4439	33.02	มีความสุขเท่ากับคนทั่วไป
พังงา ²	1807	32.04	มีความสุขเท่ากับคนทั่วไป
ลำพูน ²	35	31.20	มีความสุขเท่ากับคนทั่วไป
ลำปาง ²	4646	32.42	มีความสุขเท่ากับคนทั่วไป
เชียงราย ²	2853	34.11	มีความสุขเท่ากับคนทั่วไป
อุบลราชธานี ²	26514	34.58	มีความสุขเท่ากับคนทั่วไป
อำนาจเจริญ ²	24	34.92	มีความสุขเท่ากับคนทั่วไป
สกลนคร ²	3294	33.80	มีความสุขเท่ากับคนทั่วไป

¹ พื้นที่จังหวัดเดิมที่เข้าร่วมโครงการต่อเนื่องจากสุขเป็นระยะที่ 1

² พื้นที่จังหวัดใหม่ที่เข้าร่วมในโครงการสุขเป็นระยะที่ 2

ตารางที่ 5 ระดับความสุขของประชาชน (ระยะช่วงต้นโครงการ) ใน 15 จังหวัด (n=58,524)

ระดับความสุข	ช่วงคะแนน	ร้อยละ
คนที่มีความสุขสูงกว่าคนทั่วไป	27 คะแนน	43.3
คนที่มีความสุขเท่ากับคนทั่วไป	28-34 คะแนน	42.7
คนที่มีความสุขต่ำกว่าคนทั่วไป	35-45 คะแนน	14.0

ข้อมูลจากตารางที่ 4 และ 5 สะท้อนสถานการณ์สุขภาพจิตในประชากรไทย 15 จังหวัด ในระยะช่วงต้นโครงการ ข้อคำถามครอบคลุมมิติทัศนคติ ทักษะ และวิถีชีวิต และสะท้อนสุขภาวะทางจิตและความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต ทุกจังหวัด

มีเฉลี่ยที่สามารถจัดกลุ่มในระดับความสุขระดับคนทั่วไป แต่ค่าคะแนนแตกต่างกันไป เช่น จังหวัดชลบุรี มีค่าคะแนนเฉลี่ย 29.45 จังหวัดอำนาจเจริญมีคะแนนเฉลี่ย 34.92 เมื่อแบ่งระดับความสุขเป็น 3 ระดับ จะพบว่า ภาพรวมประชาชนทั้ง 15 จังหวัดส่วนใหญ่มีระดับความสุขเท่ากับคนทั่วไป ร้อยละ 42.7 ระดับสูงกว่าคนทั่วไปร้อยละ 43.3 อย่างไรก็ตาม ยังมีกลุ่มคนร้อยละ 14 ที่มีระดับความสุขต่ำกว่าคนทั่วไป

เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยรายข้อ (ช่วงคะแนน 0.00 - 3.00) พบว่า ในช่วงระยะต้นโครงการ ทุกข้อมีคะแนนเฉลี่ยมากกว่า 2.00 แต่มีประเด็นข้อคำถาม 3 ข้อ ที่คะแนนเฉลี่ยต่ำกว่า 2.00 ได้แก่

- ความสามารถในการยอมรับปัญหาที่ยากจะแก้ไข (คะแนนเฉลี่ย 1.74)
- ความมั่นใจในการควบคุมอารมณ์ในสถานการณ์คับขัน (คะแนนเฉลี่ย 1.85)
- ความมั่นใจในการเผชิญเหตุการณ์ร้ายแรงในชีวิต (คะแนนเฉลี่ย 1.85)

จะเห็นได้ว่า ประเด็นสามข้อที่ค่าเฉลี่ยน้อยมีความจำเป็นเร่งด่วนที่ต้องส่งเสริมให้ประชาชนมีทักษะในการจัดการอารมณ์จิตใจ เมื่อเจอปัญหาหรือสถานการณ์ที่มีภาวะกดดัน หากขาดทักษะในการรับมือและจัดการสภาพจิตใจ เมื่อเผชิญปัญหาเหล่านั้น ก็จะมีความเสี่ยงที่ทำให้คนมีปัญหาสภาพจิตใจ โครงการจึงมีการดำเนินการส่งเสริมทักษะดังกล่าวอย่างเข้มข้นในช่วงระยะกลางและระยะท้ายของโครงการ

ต่อมาในช่วงระยะท้ายโครงการ ทีมประเมินผลติดตาม (เดือนพฤษภาคม 2569) ทีมประเมินผลติดตามระดับความสุขในกลุ่ม CAs ที่เข้าร่วมโครงการอย่างต่อเนื่อง และเปรียบเทียบรายละเอียดในรายข้อ ในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 การเปรียบเทียบคะแนนความสุขรายข้อระยะช่วงต้นโครงการ (Baseline) (n=58,524) และระยะท้ายโครงการ (Endline) แบ่งเป็นกลุ่ม CAs (n=503) และกลุ่มคนทั่วไป (n=90)

	ข้อคำถาม	คะแนนเฉลี่ย (0.00 - 3.00)			
		ระยะต้น โครงการ	ระยะท้ายโครงการ		
		ประชาชน ทั่วไป n=58,5 24	กลุ่ม CAs n=50 3	กลุ่ม คน ทั่วไป n=90	p- value
	ความรู้สึกที่ดี				
At t	1. ท่านรู้สึกพึงพอใจในชีวิต	2.27	2.39	2.16	<0.00 1 ^{a*}
At t	2. ท่านรู้สึกสบายใจ	2.17	2.27	1.87	<0.00 1 ^{a*}
At t	3. ท่านรู้สึกภูมิใจในตนเอง	2.34	2.48	2.16	<0.00 1 ^{a*}
	ความรู้สึกที่ไม่ดี				
At t	*4. ท่านรู้สึกเบื่อหน่ายต่อเหตุการณ์ ดำเนินชีวิตประจำวัน	2.35	2.30	2.24	0.514
At t	*5. ท่านรู้สึกผิดหวังในตนเอง	2.55	2.49	2.46	0.792
At t	*6. ท่านรู้สึกว่าชีวิตมีแต่ความทุกข์	2.44	2.42	2.26	0.046 _{a*}
	สมรรถภาพจิตใจ				
S E	7. ท่านสามารถทำใจยอมรับได้ สำหรับ ปัญหาที่ยากจะแก้ไข (เมื่อมีปัญหา)**	1.74	1.83	1.76	0.555
S E	8. ท่านมั่นใจว่าจะสามารถควบคุม อารมณ์ได้ เมื่อมีเหตุการณ์คับขันหรือ ร้ายแรงที่เกิดขึ้น**	1.85	1.92	1.80	0.095
S E	9. ท่านมั่นใจที่จะเผชิญกับเหตุการณ์ร้าย แรงที่เกิดขึ้นในชีวิต**	1.85	2.00	1.84	0.004 _{a*}
	คุณภาพจิตใจ				
E M P	10. ท่านรู้สึกเห็นอกเห็นใจเมื่อผู้อื่นมี ความทุกข์	2.12	2.29	2.20	0.033 _{a*}
E M P	11. ท่านรู้สึกเป็นสุขในการช่วยเหลือผู้ อื่นที่มีปัญหา	2.25	2.44	2.39	0.332

	ข้อคำถาม	คะแนนเฉลี่ย (0.00 - 3.00)			
		ระยะต้น โครงการ	ระยะท้ายโครงการ		
		ประชาชน ทั่วไป n=58,5 24	กลุ่ม CAs n=50 3	กลุ่ม คน ทั่วไป n=90	p- value
	ความรู้สึกที่ดี				
S S	12. ท่านให้ความช่วยเหลือแก่ผู้อื่นเมื่อมี โอกาส	2.22	2.39	2.39	0.146
	ปัจจัยสนับสนุนของครอบครัว				
S S	13. ท่านรู้สึกมั่นคงปลอดภัยเมื่ออยู่ใน ครอบครัว	2.50	2.58	2.37	0.014 _{a*}
S S	14. หากท่านป่วยหนัก ท่านเชื่อว่าคนใน ครอบครัว จะดูแลท่านเป็นอย่างดี	2.46	2.52	2.23	0.011 _{a*}
S S	15. สมาชิกในครอบครัวมีความรักและ ผูกพันต่อกัน	2.52	2.56	2.40	0.069

* ข้อคำถามเชิงลบ (กลับค่าคะแนนแล้ว) ** ข้อคำถามที่ได้คะแนนเฉลี่ยน้อยกว่า 2.00
Att - Attitude การมีทัศนคติที่ดี SE - การรับรู้ความสามารถของตนเองในการเผชิญปัญหา

EMP - Empathy การมีความเข้าใจ เข้าใจ SS - Social support การรับรู้แรงสนับสนุนจากครอบครัว^a มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ด้วยสถิติทดสอบ Independent t-test เพื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม CAs และกลุ่มคนทั่วไป

จะเห็นได้ว่า ในระยะท้ายโครงการกลุ่ม CAs มีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้สึกที่ดี (ข้อ1-3) ด้านสมรรถภาพจิตใจ (ข้อ 7-9) และด้านคุณภาพจิตใจ (ข้อ 10-12) มากกว่าประชาชนทั่วไประยะต้นโครงการ และมากกว่ากลุ่มคนทั่วไปในระยะท้ายโครงการ โดยเฉพาะด้านความรู้สึกที่ดีที่มีคะแนนระหว่างกลุ่ม CAs และกลุ่มคนทั่วไปที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทุกข้อ สะท้อนถึงการเปลี่ยนแปลงทัศนคติต่อความสุข มองชีวิตเชิงบวกมากขึ้น ข้อมูลนี้สอดคล้องกับความเปลี่ยนแปลงภายในที่ CAs ให้สัมภาษณ์ไว้อย่างมาก และยังสอดคล้องกับแนวคิดทักษะที่สำคัญของโครงการที่เน้นการมองโลกในแง่ดี มองสุขและทุกข์

เป็นเรื่องเดียวกันขึ้นอยู่กับมุมมอง ดังนั้น “ทักษะการมองโลกในแง่ดี” น่าจะเป็นทักษะที่สำคัญในการออกกำลังใจตามความหมายของโครงการ

สำหรับด้านสมรรถภาพจิตใจ (ข้อ 7-9) มีความสามารถในการรับมือและเผชิญกับความยากลำบากสถานการณ์ที่เข้ามาในชีวิตมากขึ้น และยังมีความรู้สึกเห็นอกเห็นใจอยากช่วยเหลือผู้อื่น มีแนวโน้มคะแนนที่มากขึ้นเช่นกัน โดยเฉพาะด้านสมรรถภาพจิตใจ ที่บ่งบอกถึงการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเผชิญปัญหา นับว่าเป็นทักษะสำคัญที่จะเกิดความมั่นใจ (Self-efficacy) นี้ได้ ต้องเกิดจากการสั่งสมประสบการณ์และข้ามผ่านการเผชิญปัญหาต่าง ๆ และไม่สามารถสร้างให้เกิดขึ้นได้จากการให้ความรู้หรือจดจำข้อมูลเพียงอย่างเดียว ซึ่งสอดคล้องกับกระบวนการพัฒนา CAs ในโครงการนี้

ข้อสังเกตสำคัญจากข้อมูลนี้ คือ กลุ่ม CAs และกลุ่มคนทั่วไปในระยะท้ายโครงการมีคะแนนต่ำลง เมื่อเทียบกับระยะต้นโครงการ คือประเด็นด้านความรู้สึกที่ไม่ดี (ข้อ 4-6) เป็นไปได้ว่าช่วงระยะเวลาที่เก็บข้อมูลนี้ ชีวิตความเป็นอยู่ของคนทั่วโลกรวมถึงคนในพื้นที่เป้าหมายกำลังได้รับผลกระทบอย่างมากจากสถานการณ์ภาวะสงครามระหว่างสหรัฐอเมริกาและอิหร่าน ส่งผลต่อเศรษฐกิจและค่าครองชีพที่สูงขึ้นอย่างชัดเจน ทำให้คะแนนในข้อนี้ต่ำลงกว่าช่วงระยะต้นโครงการ ข้อมูลนี้สะท้อนกับแนวคิดเรื่องความสุขและสภาพจิตใจอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปตามสถานการณ์รอบตัว ซึ่งกลายเป็นจุดเน้นย้ำของโครงการที่ต้องการให้กลุ่มเป้าหมายรับมือและเผชิญหน้าอารมณ์สุขและทุกข์ได้ พร้อมจัดการสภาวะภายในจิตใจของตนเอง แม้สถานการณ์ที่เผชิญอยู่จะยากลำบากก็ตาม

สำหรับปัจจัยสนับสนุนของครอบครัว (ข้อ 13-15) คะแนนในกลุ่ม CAs ช่วงระยะท้ายโครงการก็สูงกว่ากลุ่มคนทั่วไปเช่นกัน เป็นที่น่าสังเกตว่าโครงการไม่ได้มุ่งเน้นส่งเสริมปัจจัยสนับสนุนครอบครัว แต่เมื่อให้ความสำคัญต่อ “การมองเห็นคุณค่าของความสัมพันธ์” น่าจะส่งผลให้คะแนนในด้านนี้ของกลุ่ม CAs สูงขึ้น ข้อมูลนี้สอดคล้องกับคำบอกเล่าของ CAs หลายคน ในทำนองเดียวกันว่า “สุขเป็น” สามารถที่จะประยุกต์ใช้ในครอบครัวได้อย่างดี เช่น “ผมอยากเอาเรื่องนี้แหละ ไปใช้ไปจัดกิจกรรมให้ครอบครัวแคร์รักกัน แคร์ไม่ว่ากัน ให้เค้าบอกรักกันบ้าง ไม่ใช่ให้แต่เงินลูกอย่างเดียว แต่ต้องให้ความรัก ให้เวลา พุดดี ๆ กับลูกบ้าง ผมจะเอาเรื่องรับฟังและใจเย็นกับลูกนี้แหละ ไปใช้ ไม่ใช่เหนียวมาจากทำงานก็ไม่สนใจลูกเลย (CA, ชาย, active citizen, นครศรีธรรมราช)” หรือ “พิกี้เปลี่ยนไปนะ เมื่อก่อนกลับบ้านไป สามก๊กก็กินเหล้า เราก็หงุดหงิด ทะเลาะกันด่ากันอย่างเดียว ลูกก็ไม่มีความสุขเลย เห็นแต่แม่ด่าพ่อ พ่อกินเหล้า แต่พอเราเปลี่ยน คราวนี้เราไม่ด่าแล้ว อยากกินก็ปล่อยให้กิน ไป กลับบ้านมาเราก็เลิกด่า อยู่

กับลูกให้มีความสุข กลายเป็นว่าพวกเราเลิกกินเหล้าไปเอง มันบอกว่าเราแปลก ๆ ไป มันไม่กินเหล้าก็ได้ มันก็กลับบ้านเร็วขึ้น แต่ที่สำคัญลูกเรอบอกเลยว่าแม่แบบนี้น่ารัก ชอบที่แม่เป็นแบบนี้ (CA, หญิง, อสม., เชียงใหม่)”

ในภาพรวมเมื่อเปรียบเทียบระดับความสุขในกลุ่ม CAS และกลุ่มคนทั่วไปในระยะท้ายโครงการ พบว่าสัดส่วนของคนที่มีความสุขในระดับต่าง ๆ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่ม CAS มีสัดส่วนของคนที่มีความสุขระดับสูงกว่าคนทั่วไป (ร้อยละ 53.3) มากกว่าสัดส่วนในกลุ่มคนทั่วไป (ร้อยละ 40.0) นั้นเอง ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 การเปรียบเทียบสัดส่วนระดับความสุข (THI-15) ระหว่างกลุ่ม CAS (n=503) และ กลุ่มคนทั่วไป (n=90)

ผลลัพธ์ต่อ สุขภาพจิต	ระดับ	กลุ่ม CAS n% (n=503)	กลุ่มคนทั่วไป n% (n=90)	Chi-square ^c P-value
ระดับ ความสุข	ต่ำกว่าคนทั่วไป	47 (9.3%)	18 (20.0%)	10.674 ^c 0.005*
	เท่ากับคนทั่วไป	188 (37.4%)	36 (40.0%)	
	สูงกว่าคนทั่วไป	268 (53.3%)	36 (40.0%)	

^cสถิติทดสอบ Pearson Chi square

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

นอกจากนี้ ทีมประเมินยังพบว่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร 3 ตัวแปร ได้แก่ ทักษะสร้างสุข สุขภาพจิตเชิงบวกตามแนวคิด PERMA และความสุข ผลการวิเคราะห์ทางสถิติคะแนนจากคนทั้ง 593 คน พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทั้งสามตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เป็นความสัมพันธ์เชิงบวกที่ระดับความสัมพันธ์ปานกลางค่อนข้างสูง ($r=0.594-0.695$) สะท้อนให้เห็นว่า การที่โครงการสุขเป็นพัฒนา CAS ให้มีทักษะสร้างสุข และสุขภาพจิตเชิงบวกตามแนวคิด PERMA มีความสัมพันธ์ต่อการเพิ่มระดับความสุขได้ ดังตารางที่ 8

ตารางที่ 8 การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างทักษะสร้างสุข สุขภาพจิตเชิงบวกตามแนวคิด PERMA และคะแนนความสุข *มีนัยสำคัญทางสถิติ ด้วยสถิติทดสอบ Pearson's correlation ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

ตัวแปร	คะแนนความสุข	คะแนนสุขภาพจิตเชิงบวก ตามแนวคิด PERMA
--------	--------------	--

	r	p-value	r	p-value
คะแนนรวม ทักษะ	0.604	<0.001	0.695	<0.001
คะแนน สุขภาพจิตเชิง บวกตาม แนวคิด PERMA	0.596	<0.001	-	-

ผลลัพธ์ต่อสุขภาพจิตของกลุ่มเป้าหมายในโครงการสุขเป็น ยังสะท้อนออกมาในมิติของการป้องกันการฆ่าตัวตายที่ได้ผลอย่างชัดเจน ในพื้นที่ ต.โป่งทุ่ง อ.ดอยเต่า จ.เชียงใหม่ ซึ่งเป็นพื้นที่เดิมจากโครงการสุขเป็นระยะที่ 1 สถิติ “อัตราการฆ่าตัวตาย” ที่ลดลงอย่างชัดเจน จากคำบอกเล่าของ CAs ว่า “ก่อนปี 2566 นั้น หมู่บ้านของเราเป็นอันดับต้น ๆ ของประเทศของเชียงใหม่ พอพูดถึงการฆ่าตัวตายต้องคิดถึงเรา อสม. ต้องคอยรับโทรศัพท์จากโรงพยาบาลที่จะมาถามย้อนหลังถึงคนที่ฆ่าตัวตายจากหมู่บ้านของเรา มีทั้งที่สำเร็จและไม่สำเร็จ มีทุกปี มีเป็นประจำ พอนึกถึงการฆ่าตัวตายเรานึกออกเลยว่ามันมีในหมู่บ้านเรา ตลอด แต่ตั้งแต่เรารู้จักสุขเป็น เราไม่มีอีกเลย เรามีการฆ่าตัวตายเป็นศูนย์มา 3 ปีแล้ว จนตอนนี้ก็ยังไม่มีเลย เราทำได้ เราทำให้เห็นว่าพวกเราดูแลกันได้ เพราะเราสอดส่อง เราช่วยกันคอยสังเกตว่าคนในหมู่บ้านเรามีใครน่าห่วง เราจะช่วยกัน และคนในหมู่บ้านเค้าก็บอกเรา เค้าไว้ใจ อสม. ว่าจะรับฟังเค้าได้ถ้าเค้ามีเรื่องไม่สบายใจอะไร มาบอกเราได้เลย เราไม่ยากให้คนเมืองมาว่าเราอีกแล้วว่ากลุ่มคนที่ฆ่าตัวตายเป็นกลุ่มพวกเรา (หมายถึงกลุ่มชาติพันธุ์) (CA, หญิง, อสม., เชียงใหม่)” คำบอกเล่านี้ สะท้อนให้เห็นว่าแนวทางการส่งเสริมสุขภาพจิตเชิงบวกผ่านกลไกชุมชนตามแนวทางโครงการสุขเป็น สามารถขับเคลื่อนในชุมชนด้านคนในชุมชนเอง จนเกิดผลลัพธ์ที่ลดปัญหาสุขภาพจิตได้อย่างยั่งยืน โครงการสุขเป็นระยะที่ 2 นี้ ต.โป่งทุ่ง กลายเป็นพลังใจและต้นแบบให้กับอีกหลายพื้นที่ในแง่มุมของการดูแลใจกันในชุมชนเอง โดยมี รพสต. (โดยผอ.รพสต.) และ รพ. (โดยพยาบาลจิตเวช) เป็นพี่เลี้ยงและเป็นทีมคอยช่วยเหลือ ส่งต่อและให้คำแนะนำในการดูแลเมื่อเจอคนในชุมชนที่เสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า และการฆ่าตัวตาย มี Cas เชื่อมประสานส่งต่อเมื่อสังเกตเห็นสัญญาณภาวะเครียดหรือซึมเศร้าที่ควรส่งต่อไปที่โรงพยาบาลได้ นับเป็นเครือข่ายการทำงานสุขภาพจิตในระดับชุมชนได้ดี ช่วงระยะท้ายโครงการมีการนำเสนอในเวทีวิชาการของ CAs สุขเป็นที่มาจากหลากหลายพื้นที่ CAs จาก ต. โป่งทุ่ง เล่าว่า “พื้นที่เราทำได้ จากที่เราเคยสถิติสูงสุดของจังหวัด เรามีอัตราฆ่าตัวตายมากที่สุด จาก 18 คน เหลือ 13 เหลือ 8 แล้วมาปีนี้เราเหลือ 3 เคส เท่านั้น (CA, หญิง,

พยาบาลจิตเวช, เชียงใหม่)” คำบอกเล่านี้ในเวทีวิชาการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของโครงการเวทีภาคเหนือ ได้รับเสียงปรบมือดังและมีพลังส่งต่อให้ CAS จากพื้นที่อื่น ๆ เห็นความเป็นไปได้และจุดประกายความหวังให้หลายพื้นที่เห็นว่าปัญหาสุขภาพจิตสามารถแก้ไขให้ดีขึ้นได้จริงอย่างเป็นรูปธรรม

4.1.3 ผลลัพธ์ต่อสุขภาพในมิติทางกาย

1) ผลลัพธ์ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (NCDs)

ข้อมูลการสัมภาษณ์ CAS หลายพื้นที่ พบว่า CAS ที่มีบทบาทเป็นบุคลากรสาธารณสุขโดยเฉพาะใน รพสต. และงานบริการปฐมภูมิ มักจะบูรณาการงานสุขเป็น เข้าไปกับงาน NCDs เช่น การให้ความรู้กับผู้ป่วย NCDs ที่ให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จากคำบอกเล่าของ CAS เช่น “ผมคิดว่างานสุขเป็นมันเข้าไปทุกงานเลยนะ อย่าง 3๐2ส นี่ไง เรามีแต่บอกเค้าให้ไม่เครียดให้จัดการความเครียดด้วยวิธีนั้นวิธีนี้ แต่มันจัดการไม่ได้ไง ได้แต่บอก ได้แต่แนะนำ แต่พอมีสุขเป็นมาเออ...มันใช้ได้ มันจัดการความเครียดได้จริง ๆ แบบไม่ยาก ผมไปที่ไหน ผมก็แนะนำให้คนรู้จักสุขเป็น ทุกโครงการเกี่ยวกับผู้ป่วยเบาหวานความดัน เราจะใส่สุขเป็นเข้าไป อย่าง 12Tips สุขเป็น แบบนี้ คือใช้ได้หมดเลย ตรงหมดเลยกับการดูแลผู้ป่วยเบาหวานความดัน มันง่าย ๆ (CA, ประจวบคีรีขันธ์, บุคลากรสาธารณสุข)” “เราคิดว่าเราเห็นช่องทางเลยนะว่าจะเอาไปใช้ยังไร งานใน รพสต.คือแทรกสุขเป็นเข้าไปได้หมดเลย ตอนคนไข้มารอรับยาคลินิกเบาหวานความดัน เราสามารถสอดแทรกให้คนไข้มีความสุข ผ่อนคลายได้ ได้คลายความเครียดจากการนั่งรอ และได้วิธีการดูแลตัวเองง่าย ๆ ไป ไม่ต้องยุ่งยากอะไร (CA, หนองบัวลำภู, สงขลา, บุคลากรสาธารณสุข)”

แม้ว่าตัวชี้วัดโครงการจะไม่ได้ระบุผลลัพธ์ด้านสุขภาพในมิติทางกายโดยตรง แต่ข้อมูลการดำเนินงานแสดงให้เห็นผลลัพธ์ที่เป็นรูปธรรมในมิติทางกาย ที่เห็นได้ชัดเจนคือในพื้นที่ อ.แม่ทะ จ.ลำปาง ที่สุขเป็นสามารถเชื่อมต่อกับระบบปฐมภูมิ พบว่า สุขเป็นส่งผลให้ “3 หมอ” (อสม.-หมอ 1, เจ้าหน้าที่สาธารณสุขใน รพสต. - หมอ 2 และแพทย์-พยาบาลในโรงพยาบาล - หมอ 3) ทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้นผ่านความสัมพันธ์ที่ดีระหว่าง 3 หมอ ที่เห็นคุณค่าซึ่งกันและกัน รับฟังและเข้าอกเข้าใจ เมื่อ หมอ 1 มีสุขภาพจิตที่ดี ส่งผลให้เกิดพลังและจิตเมตตาในการดูแลผู้ป่วย สามารถติดตามเยี่ยมบ้านและประสานงานอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยในชุมชนเกิดความไว้วางใจที่จะบอกเล่าเรื่องราวในชีวิตตลอดจนปัญหาต่าง ๆ ที่ส่งผลต่อการดูแลตัวเองในยามเจ็บป่วยด้วยโรค NCDs เมื่อ หมอ 1 เรื่องราวปัญหาที่เป็นจริงจากผู้ป่วย ส่งต่อข้อมูลที่เป็นความจริงให้ หมอ 2 และ หมอ 3 ส่วนหมอ 2 และ หมอ 3 ต่างก็เป็นระบบเชื่อม

ต่อที่ไว้วางใจและตระหนักในคุณค่าของหมอ 1 จึงนำข้อมูลจากผู้ป่วยมาใช้ปรับวิธีการแนะนำให้ผู้ป่วยดูแลตนเองได้ดีขึ้น เมื่อมีการออกหน่วยเพื่อตรวจรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรังในพื้นที่ชุมชน จะมีลักษณะเป็นการ “การออกหน่วยหรรษา” ที่ทำให้บรรยากาศในการรับบริการมีความสุข ก่อนที่จะรับความรู้จาก หมอ 2 เพื่อไปดูแลตนเอง การบูรณาการงานสุขเป็นในงานปฐมภูมิสำหรับผู้ป่วย NCDs นี้ พบว่า ผู้ป่วยขาดยาน้อยลง ควบคุมโรคได้ดีขึ้น บางรายสามารถลดยาได้ และมีพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองได้ดีขึ้น นับว่าสุขเป็นช่วยปรับเปลี่ยนมุมมองความคิดของทีมนักสาธารณสุข (หมอ2 และ หมอ3) ตลอดจน อสม. (หมอ1) ให้มองผู้ป่วยด้วย “จิตเมตตา” และ “รับฟังอย่างเข้าใจ” ทำให้ได้ข้อมูลแท้จริงถึงสภาพความเป็นอยู่ของผู้ป่วยมากกว่าตัวโรคและผลการรักษา แล้วจึงชวนคิดใคร่ครวญถึง “คุณค่า” ของการมีสุขภาพดี สิ่งเหล่านี้ช่วยให้ผู้ป่วยมีทัศนคติที่ดีต่อการมาพบแพทย์ตามนัด การทำตามคำแนะนำของบุคลากรสาธารณสุข และยังเกิดความไว้วางใจเชื่อใจ อสม. ในชุมชนของตนเองอีกด้วย นอกจากนี้ กระบวนการของสุขเป็นยังเชื่อมโยงมิติของความสัมพันธ์ระหว่าง หมอ1 หมอ2 และ หมอ3 ให้ทำงานร่วมกันด้วยความสัมพันธ์ที่ดี มองเห็นคุณค่าของกันและกัน การส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยในชุมชนจึงจริงแท้และมีเมตตา จึงทำให้ผลลัพธ์เกิดต่อผู้ป่วยโรคเรื้อรังอย่างชัดเจนนั่นเอง ปัจจุบันมีผู้ป่วย NCDs ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ ลดยา และหยุดยาได้อย่างต่อเนื่อง นับเป็นผลลัพธ์ที่ดีและสะท้อนอย่างชัดเจนว่า สุขภาพร่างกายและจิตใจต่างเชื่อมโยงกัน หากส่งเสริมสุขภาพด้วยแนวคิด PERMA น่าจะเป็นจุดคานงัดที่สำคัญอีกจุดหนึ่งในการดูแลผู้ป่วย NCDs ให้ควบคุมโรคของตนเองได้

2) ผลลัพธ์ในกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรัง

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ CAs ในหลายพื้นที่ สะท้อนถึงผลหลังจากเข้าร่วมโครงการสุขเป็นที่ทำให้อยากกลับมาดูแลตนเองมากขึ้น กิจกรรมสุขเป็นช่วยให้เกิดการใคร่ครวญย้อนกลับมาองตนเองว่า “ทุกคนรักตัวเอง แต่ได้ดูแลตัวเองดีพอหรือยัง จะดีไหมถ้าใช้เวลาเล็กน้อยในแต่ละวันให้กลับมาดูแลตนเองบ้าง” โดยเฉพาะเครื่องมือ “12Tips สุขเป็น” จะถูกกล่าวถึงค่อนข้างมาก เช่น “ใน 12 Tips นะ มันใช้หมดเลยนะ สิ่งที่เราต้องดูแลตัวเอง เราไม่เคยตั้งใจทำเลยด้วยซ้ำไป จะเริ่มตั้งใจตั้งแต่วันนี้แหละ จะลองไปทำให้ได้ วันนี้เอาแค่ลองนอนพักก่อนให้เพียงพอ (CA หญิง, สกลนคร, อบท.)” หรือ “คนนี่แหละ....(ชี้ที่เพื่อนข้างๆ)...คนนี่แหละเค้าเข้าร่วมสุขเป็นแล้วเค้าลดน้ำหนักได้เยอะมากเลย เค้าตั้งใจมากเลยนะ จากที่เค้าเคยอ้วน ๆ ตอนนี่เค้าลดมาได้ 7-8 โลแล้ว...” (CA หญิง, ลำปาง, อสม.)”

ในพื้นที่อาจารย์มหาวิทยาลัยที่มีภารกิจในการบริการวิชาการเพื่อเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals; SDGs) ที่มุ่งเน้นเป้าหมาย SDG3: Good health and well-being ได้นำเครื่องมือสุขเป็นไปออกแบบกิจกรรมในโครงการส่งเสริมกลุ่มเป้าหมายในชุมชนที่มีความเสี่ยงโรคเรื้อรัง เช่น การลดน้ำหนัก การลดความดันโลหิต หรือการลดระดับน้ำตาลในเลือด เช่น “เส้นสุข-เส้นทุกข์” “12 Tips” “Self-care” “การหายใจแบบสี่เหลี่ยม” และพบว่าการนำกิจกรรมเหล่านี้ไปร่วมกับเนื้อหาการดูแลสุขภาพทางกาย ช่วยเพิ่มแรงจูงใจให้กลุ่มเสี่ยงในพื้นที่ชุมชนอยากดูแลตนเองมากขึ้น ไม่อยากป่วยในอนาคตเพื่อที่จะได้ดูแลและอยู่กับคนที่รักในครอบครัวไปนาน ๆ เช่น “เวลาเราคุยกับคนในชุมชน เราก็พยายามให้ความสำคัญกับเรื่องใจมาก ๆ เพราะปกติเวลากลุ่มเสี่ยงในชุมชนเค้าได้รับความรู้ไป เค้าไม่สามารถที่จะเอาความรู้ไปใช้ได้จริง เค้าตอบได้หมดนะ ว่า3อ2ส คืออะไร แต่เค้าไม่ได้อยากจะทำมันจริง ๆ แต่พอเราเอากิจกรรมสุขเป็นไปช่วย ให้เค้าเห็นเป้าหมายมากขึ้นว่าเค้าจะดูแลตัวเองไปทำไม เค้าจะดูแลคนที่เค้ารักไม่ได้ ถ้าเค้าป่วย คนที่รักเค้าก็ต้องลำบาก แล้วใช้กิจกรรมหันกลับมาดูแลตัวเองง่าย ๆ เช่น การหายใจแบบสี่เหลี่ยม เค้าก็รู้สึกว่ามันง่าย หายใจเสร็จวัดความดัน มันลดลงจริง ๆ เลย เค้าก็ดีใจและอยากทำต่อไปอีกเรื่อย ๆ การลดความดันโลหิตในกลุ่มเสี่ยงได้ประมาณ 8 คน จาก 14 คน ส่วนกลุ่มลดน้ำหนักหรือน้ำตาลในเลือด ก็สามารถลดได้จริงในช่วง 3 เดือนนี้ประมาณ 18 คน จาก 38 คน ก็คือถือว่าเป็นจุดเริ่มต้นที่ดีเลย ดีกว่าที่ผ่านมาที่เค้าไม่สามารถดูแลตัวเองได้เลย ถือว่าเราได้ช่วยให้เค้าทำได้และเค้าจะได้เป็นต้นแบบให้คนอื่น ๆ ในชุมชนต่อไป (CA หญิง, สกสนคร, อาจารย์)”

ข้อมูลเหล่านี้สะท้อนความเป็นไปได้ว่า การออกกำลังใจตามแนวคิด PERMA ผ่านโครงการสุขเป็นนี้ ช่วยสนับสนุนให้คนเกิดพลังใจในการดูแลสุขภาพกายของตนเอง ซึ่งเป็นจุดคานงัดที่สำคัญในการลดกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรัง เช่นเดียวกัน และควรติดตามเก็บข้อมูลสถิติในเชิงปริมาณให้ชัดเจนเพื่อประโยชน์ในการขยายผลต่อไป

3) ผลลัพธ์ในผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด

การขับเคลื่อนงานของ พชอ. ด้านสุขภาพจิต ใน อ.แม่ทะ จ.ลำปาง เชื่อมกับสุขเป็น กำลังเริ่มดำเนินการขับเคลื่อนการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชที่กลับมาดูแลต่อในชุมชน จากแนวทางเดิมที่เคยปฏิบัติสะท้อนผลว่า ผู้ป่วยยังคงกลับไปมีปัญหาคุมอาการทางจิตเวชไม่ได้ เนื่องจากปัญหาหลักคือ “การขาดยา” ทำให้ ทีมพชอ. เล็งเห็นโอกาสว่าการเปลี่ยนมุมมองของผู้ป่วยและครอบครัวที่เคยมองว่า

“ผู้ป่วยจิตเวชคือคนที่ไม่สามารถทำอะไรได้แล้ว และไม่มีคุณค่า มีแต่ภาระ และไม่มีทางหาย เดียวก็กลับไปเป็นอีก” ให้มองเป็น “ผู้ป่วยจิตเวชคือคนที่ยังกลับมา มีคุณค่าและใช้ชีวิตปกติได้ ถ้าเขาได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง” ดังนั้น แนวคิดของสุขเป็น จึงถูกนำมาเป็นเครื่องมือหนึ่งประกอบกับระบบและกลไกเดิม โดยเพิ่มเติมการที่ผู้เยียวยาผู้ป่วย “รับฟังอย่างเข้าใจผู้ป่วย” และ “การชวนคิดใคร่ครวญให้ผู้ป่วยคิดถึงคุณค่าของตนเอง” เมื่อผู้ป่วยเกิดความสุขจากการมีคนรับฟังโดยไม่ตัดสิน และมีพลังจากการได้ย้อนคิดถึงคุณค่าภายในของตน จึงเริ่มเปลี่ยนมุมมองและพฤติกรรมการกินยา ณ ปัจจุบัน มีผู้ป่วยกลุ่มขาดยาและมีอาการกำเริบยอมเข้ารับระบบติดตามดูแลและกินยาต่อเนื่องมากขึ้น และทีมพหุ. ข้อมูลในช่วงระยะท้ายโครงการสถิติบ่งชี้ว่า ตั้งแต่เริ่มดำเนินการจนถึงเดือน พฤษภาคม 2569 รวมระยะเวลาประมาณ 8 เดือน สถิติผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนที่อาการกำเริบอาละวาดจนต้องแจ้งฝ่ายปกครองหรือตำรวจช่วยไปที่โรงพยาบาลจากเดือนละประมาณ 20 ราย ลดลงจนในระยะสามเดือนล่าสุดไม่มีกรณีผู้ป่วยอาละวาดที่ต้องส่งโรงพยาบาลเลย ประเด็นนี้ นับเป็นข้อค้นพบสำคัญมากที่สุขเป็นช่วยสนับสนุนการทำงานสุขภาพจิตที่ปลายน้ำด้วย ไม่ได้จำกัดอยู่เพียงแค่งานสุขภาพจิตต้นน้ำเท่านั้น แต่ยังเชื่อมโยงไปถึงระบบส่งต่อฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเวชที่กลับมาในชุมชน คำบอกเล่าของ CAs คือ “เมื่อก่อนผมเป็นฝ่ายปกครองเป็นผู้นำชุมชน เวลาผู้ป่วยอาละวาดมา เริ่มถือมีดขู่คนในครอบครัวคนในบ้าน ตีกันไป ตีกันมา มีเด็กเล็กด้วย คนก็กลัว ก็ให้พวกผมไปคุยกับครอบครัวเค้า เค้าก็บอกว่าเค้าขอจัดการในครอบครัวได้ไหม อย่าแจ้งตำรวจ เราก็ช่วย ๆ ไป แต่ผมก็โดนชาวบ้านร้องว่า คนบ้าอาละวาดทำไมไม่ดูแลเลย ไม่จับไปเลย เค้ากลัวกันสุดท้าย พวกผมก็ต้องไปเอาตำรวจมาจับ ไปส่ง รพ. เสร็จแป๊บหนึ่ง หาย กลับมาส่งบ้าน อีกเดี๋ยวก็กลับไปใหม่ เป็นใหม่ วันไปแบบนี้ ..พอมาเจอหมอ (หนึ่งใน CA สุขเป็น) ก็ชวนพาทำว่าแบบเดิม ๆ มันไม่ได้ผล มาลองกัน หมอก็เข้าไปคุยกับคนไข้เอง พวกผมให้รออยู่ห่าง ๆ คนจะได้ไม่กลัว หมอก็ชวนคุยไปเรื่อย ๆ พวกผมก็คอยดู เออ.. ไปๆ มาๆ เราก็มาช่วยหมอ มาช่วยตามหาคนไข้ คนไข้ไปไหน ๆ เราก็ขี่รถตามหา ไปช่วยหมอดูว่าเค้าเป็นยังไง ช่วยกัน สุดท้ายคนไข้ดีสงบ คนในชุมชนสบายใจ พวกผมก็งานน้อยลงด้วย (CA ชาย, ลำปาง, ผู้นำชุมชน)” และ “หมอก็ชวนคุยไปเรื่อย ๆ จะให้เค้ายอมจิตยา ยอมกินยาบางทีเราก็ต้องยอมคุยกับเค้าให้รู้เรื่องนะ (ยิ้ม) เรามองเค้าแบบว่าไม่มีใครไม่อยากจะเป็นคนดี เค้าก็อยากจะทำดีเหมือนกัน ชวนคนในชุมชนโอบอุ้มเค้า ไม่งั้นเค้าจะเป็นแบบนี้แหละ บางทีหมอต้งคุย เค้าชอบว่าตัวเองรำคาบพระเจ้าตาก เราก็เออๆ รำแบบไหน มีของวิเศษไหม นี่จะแข็งแรงจิตยากันไหม ยาจิตช่วยให้ไปรบได้แข็งแรงขึ้นนะ สุดท้าย...คนไข้ก็ยอมจิตยากับเรา เพราะเราพยายามคุยภาษาเดียวกับเค้า ไม่ได้มีแต่ไปสั่งว่าให้เค้าจิตยากินยา เค้าก็เป็นแบบนี้มาลึกซึ้งที่สาม อาการ

เริ่มนี้...เราค่อยเริ่มคุย ขวนเค้ามารู้ตัวเอง จนตอนนี้เค้าเริ่มทำงานได้แล้วนะ (CA หญิง, ลำปาง, แพทย์โรงพยาบาลชุมชน)”

1.2 ผลลัพธ์ระดับชุมชน

โครงการสุขเป็นมีความคาดหวังให้ CAs มีศักยภาพในการขับเคลื่อนกลไกชุมชน ดังนั้น ผลลัพธ์ระดับชุมชน จึงสะท้อนให้เห็นว่า สภาพแวดล้อมในชุมชนจัดเป็น ecosystem ที่สำคัญของการมีสุขภาวะทางใจที่ดี โครงการกำหนดการประเมินตัวชี้วัดด้วยเครื่องมือ “ดัชนีสุขภาพจิตชุมชนท้องถิ่น” (Community Mental Health Index; CMHI) ของกรมสุขภาพจิต มี 4 มิติ คือทุนทางสังคม สิ่งแวดล้อมในชุมชน ลักษณะทางสังคมประชากรของชุมชน และการดูแลสุขภาพจิตในชุมชน ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นมีทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ดังนี้

4.2.1 ดัชนีสุขภาพจิตชุมชนท้องถิ่น (Community Mental Health Index; CMHI)

เพื่อให้เห็นผลลัพธ์เชิงประจักษ์ว่า “สุขเป็นสามารถขับเคลื่อนผลักดันให้เกิดกลไกชุมชนหลากหลายจนกลายเป็นระบบนิเวศของการส่งเสริมสุขภาพจิตจากต้นน้ำปลายน้ำ” ได้ชัดเจน ทีมประเมินผลภายในเล็งเห็นกลไกการขับเคลื่อนอย่างเป็นรูปธรรมสองพื้นที่โดดเด่น จึงประเมินผลลัพธ์สุขภาพจิตในระดับ=6,=0

1) พื้นที่โครงการสุขเป็น

ตำบลโป่งทุ่ง จ.เชียงใหม่ เป็นพื้นที่เดิม และ ตำบลป่าตัน จ.ลำปาง เป็นพื้นที่ใหม่ ทั้งสองพื้นที่เป็นพื้นที่ที่มี CAs อยู่ในชุมชน และบริบท ต.โป่งทุ่ง เป็นพื้นที่ที่ประชากรเกือบทั้งหมดเป็นกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยง ลักษณะพื้นฐานของประชากรจะพูดคุยกันเรื่องอารมณ์ความรู้สึกน้อยมาก ไม่ค่อยสื่อสารเชิงบวก และมักจะต้องเก็บความรู้สึกไม่แสดงออกหรือระบายความทุกข์ระหว่างกัน เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้พื้นที่ดังกล่าวมีปัญหาเรื่องอัตราการฆ่าตัวตายสูงเป็นอันดับต้นของ จ.เชียงใหม่ และระดับประเทศ การทำงานสุขเป็นที่นี่เป็นพื้นที่ที่ทำงานต่อเนื่องมาตั้งแต่ปี 2565 นับเป็นพื้นที่เริ่มต้นของโครงการตั้งแต่ระยะที่ 1 และเป็นพื้นที่ทำงานต่อเนื่องเห็นผลลัพธ์ที่ลดอัตราการฆ่าตัวตายในพื้นที่ได้จริง ทีมโครงการจึงชวนทำงานที่ส่งเสริมสุขภาพจิตในมิติที่ลุ่มลึกมากขึ้น ด้วยการชักชวน CAs ที่เป็น อสม. ไปช่วยกันดูแลเป็น “เพื่อนคู่คิด” ให้แก่คนในชุมชน อสม. 1 คน ดูแล 10 บ้าน และมี CAs ที่เป็นบุคลากร รพสต. เป็นพี่เลี้ยงดูแล และหากพบปัญหามากเกินกว่าจะใช้เรื่องการรับฟังกันเอง ก็จะส่งไปที่ รพ.

ดูแลรักษาต่อไปซึ่งมี CAs เป็นพยาบาลจิตเวชประจำ รพ. เช่นกัน นับว่าที่ ต.โป่งทุ่ง เป็นพื้นที่เริ่มต้นของการทำงานสุขภาพจิตตั้งแต่ต้นน้ำจนถึงปลายน้ำ

ในขณะที่บริบท ต.ป่าตัน จ. ลำปาง เป็นพื้นที่ที่เน้นเรื่องการทำงานของทีม 3 หมอ ตามแนวคิดสำคัญของ “ระบบปฐมภูมิ” ซึ่งทำให้ที่นี่ให้ความสำคัญกับหมอ 1 หมอ 2 และ หมอ 3 และมองว่า หมอ 1 คือคนที่ใกล้ชิดชุมชน เข้าถึงและเข้าใจคนในชุมชนดีที่สุด ให้คุณค่าต่อการที่ “ประชาชนเป็นเจ้าของสุขภาพ” จึงนำสุขเป็นเข้าไปใช้ในการดูแลด้วยหัวใจตั้งแต่ชุมชนที่ต้นน้ำจนถึงงานปลายน้ำใน ขั้วเคลื่อนที่สามหมอที่มีหัวใจ จึงทำให้บรรยากาศการทำงานปฐมภูมิที่เชิงรุกในชุมชนมีความสนุกสนาน ผ่อนคลาย มีจิตเมตตาต่อกัน

ผลการประเมินดัชนีสุขภาพจิตชุมชนท้องถิ่นในสองพื้นที่โครงการที่เป็นต้นแบบสำคัญในการขับเคลื่อนกลไกชุมชนทุกระดับเพื่อสร้าง Ecosystem ในการดูแลสุขภาพจิต ดังตารางที่ 9 และ 10

ตารางที่ 9 คะแนนดัชนีสุขภาพจิตชุมชนท้องถิ่นเปรียบเทียบพื้นที่ดำเนินการสุขเป็น ได้แก่ ตำบลโป่งทุ่งและ ตำบลป่าตัน และตำบลพื้นที่เปรียบเทียบ

พื้นที่	คะแนนเฉลี่ย (ระดับ)				
	สุขภาพจิตชุมชนภาพรวม	ด้านที่ 1 ทุนทางสังคม	ด้านที่ 2 สิ่งแวดล้อมในชุมชน	ด้านที่ 3 ลักษณะทางสังคมประชากรของชุมชน	ด้านที่ 4 การดูแลสุขภาพจิตในชุมชน
ช่วงคะแนน	0-144	0-40	0-24	0-44	0-36
ต.โป่งทุ่ง จ.เชียงใหม่ n=45	100.80 ค่อนข้างสูง	28.55 ค่อนข้างสูง	16.42 ปานกลาง	29.35 ปานกลาง	26.47 ค่อนข้างสูง
ต.ป่าตัน จ.ลำปาง	103.81 ค่อนข้างสูง	30.07 ค่อนข้างสูง	18.25 ค่อนข้างสูง	29.27 ปานกลาง	26.23 ค่อนข้างสูง
พื้นที่เปรียบเทียบ จ.ลำพูน n=45	84.49 ค่อนข้างต่ำ	24.46 ปานกลาง	13.54 ค่อนข้างต่ำ	25.11 ค่อนข้างต่ำ	21.37 ปานกลาง

หมายเหตุ: พื้นที่เปรียบเทียบ คือ พื้นที่ที่ไม่ได้เข้าร่วมโครงการสุขเป็นมี
บริบทเทียบเคียงกันจากความเป็นชุมชนชาติพันธุ์และสถิติการฆ่าตัวตาย

ตารางที่ 10 คะแนนเฉลี่ยรายข้อของดัชนีสุขภาพจิตชุมชนท้องถิ่นเปรียบเทียบพื้นที่
ดำเนินการสุขเป็น ได้แก่ ตำบลโป่งทุ่ง ตำบลป่าตัน และตำบลพื้นที่เปรียบเทียบ

ข้อคำถาม	ต.โป่งทุ่ง จ.เชียงใหม่	ต.ป่าตัน จ.ลำปาง	ตำบลพื้นที่ เปรียบเทียบ จ.ลำพูน
ทุนทางสังคม (Social capital)			
1. ชุมชนมีการรับฟัง ให้คำ ปรึกษา ช่วยเหลือทางด้าน อารมณ์ ความรู้สึกแก่ประชาชน ในชุมชน	2.78*	2.93*	2.37
2. ชุมชนให้การยอมรับ หรือให้ โอกาสประชาชนได้ใช้ ศักยภาพ ในการทำกิจกรรมต่างๆ ใน ชุมชน	2.87*	3.09*	2.54
3. ชุมชนมีการให้ข้อมูลแหล่ง ช่วยเหลือที่มีในชุมชน	2.82	3.07*	2.49
4. ชุมชนช่วยเหลือเงินหรือ สิ่งของที่เป็นแก่ประชาชนเมื่อ ต้องการความช่วยเหลือ	2.53*	2.77*	2.06
5. ชุมชนมีการให้คำปรึกษา กำลังใจ ช่วยเหลือเวลาที่ประสบ กับปัญหา	2.87*	2.95*	2.43
6. ชุมชนมีกลุ่ม/เครือข่ายที่รวม กันช่วยเหลือหรือแก้ปัญหาที่ เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตประชาชน	2.82*	2.82*	2.14
7. ชุมชนเปิดโอกาสให้ประชาชน เข้าร่วมกิจกรรมของชุมชน ได้ ตามที่ต้องการ	2.82	3.16*	2.46
8. หากเกิดปัญหาหรือเหตุการณ์ วิกฤตขึ้น ประชาชนใน ชุมชนจะ รวมตัวกันเพื่อดูแลช่วยเหลือซึ่ง	3.09*	3.07*	2.57

ข้อคำถาม	ต.โป่งทุ่ง จ.เชียงใหม่	ต.ป่าตัน จ.ลำปาง	ตำบลพื้นที่ เปรียบเทียบ จ.ลำพูน
กันและกัน			
9. ท่านรู้สึกได้รับการยอมรับและ เป็นส่วนหนึ่งของชุมชน	2.98*	3.14*	2.71
10. ชุมชนให้ความสำคัญกับทุก คนในชุมชน	2.98*	3.07*	2.69
สิ่งแวดล้อมในชุมชน (Environment)			
11. ท่านมีโอกาสใช้พื้นที่สีเขียว/ พื้นที่สาธารณะในชุมชน เพื่อ พักผ่อนและทำกิจกรรมร่วมกัน	2.44	2.95*	2.34
12. ความสะดวกในการเดินทางไป พักผ่อนหรือทำกิจกรรมใน พื้นที่สีเขียว/พื้นที่สาธารณะใน ชุมชน	2.49	2.93*	2.11
13. เมื่อท่านเดินอยู่ในชุมชน ท่านจะรู้สึกปลอดภัยอยู่เสมอ	3.07*	3.18*	2.51
14. ท่านคิดว่าแผนหรือแนวทาง ที่ชุมชนมีสามารถรับมือกับ ปัญหาความรุนแรง/อาชญากรรม/ ปัญหาทางด้านมลพิษ ได้	2.60*	2.89*	2.00
15. เมื่อเกิดปัญหาหรือเหตุการณ์ วิกฤตในชุมชน (เช่น ภัย ธรรมชาติ ความรุนแรง ฯลฯ) ท่านคิดว่าชุมชน สามารถจัดการ และปรับตัวได้	2.91*	3.09*	2.23
16. ชุมชนของท่านมี สาธารณูปโภค (เช่น ไฟฟ้า ประปา ขนส่งมวลชน ฯลฯ) ที่ เพียงพอต่อการ ดำเนินชีวิต ประจำวัน	2.91*	3.20*	2.34
ลักษณะทางสังคมประชากรของ ชุมชน (Sociodemographic)			
17. ท่านรู้สึกว่าคนในชุมชนของ ท่านมีรายได้เพียงพอต่อการ ดำรงชีวิต	2.18*	2.45*	1.77

ข้อคำถาม	ต.โป่งทุ่ง จ.เชียงใหม่	ต.ป่าตัน จ.ลำปาง	ค่าเฉลี่ยที่ เปรียบเทียบ จ.ลำพูน
18. ท่านมีรายได้เพียงพอต่อการดำรงชีวิต	2.18	2.43*	2.09
19. สมาชิกในครอบครัวของท่านมีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน	3.15*	3.23*	2.89
20. สมาชิกในครอบครัวของท่านมีการช่วยเหลือเกื้อกูลกัน	3.36*	3.25*	2.86
21. สมาชิกในครอบครัวของท่านมีความรู้สึกห่วงใยและ ไว้วางใจกัน	3.30*	3.34*	2.80
^a 22 ท่านเห็นว่ามีคนบางกลุ่มถูกกีดกันไม่ให้เข้าร่วมกิจกรรม บางอย่างในชุมชน	2.29 Non sig	2.48 Non sig	2.51
^a 23. ส่วนใหญ่เมื่อคนในชุมชนมีปัญหาด้านสุขภาพจิตจะเลือกหลีกเลี่ยงออกจากสังคมและรอให้อาการป่วยหายเอง	2.47 Non sig	2.30 Non sig	2.03
^a 24. ท่านเคยได้ยินคนในชุมชนเรียกผู้ป่วยจิตเวชหรือคนที่มีปัญหาสุขภาพจิตว่าเป็นคนบ้า	2.55*	2.23*	1.69
^a 25. คนในชุมชนเชื่อว่าผู้ป่วยจิตเวชหรือคนที่มีปัญหา สุขภาพจิตไม่สามารถป้องกันหรือรักษาได้	2.67 Non sig	2.11 Non sig	1.97
^a 26. ท่านเคยเห็นผู้ป่วยจิตเวชหรือคนในครอบครัวที่มีผู้ป่วยถูกกีดกันไม่ให้ทำกิจกรรมร่วมกับคนในชุมชน	2.13*	2.68 Non sig	2.31
^a 27. ท่านเคยเห็นผู้ป่วยจิตเวชถูกปฏิเสธความช่วยเหลือจากคน ในชุมชน	2.15*	2.77*	2.20
การดูแลสุขภาพจิตในชุมชน (Community Mental Health care)			
28. ชุมชนของท่านมีการส่งเสริมความรู้เรื่องการดูแล สุขภาพจิตของตนเองให้กับประชาชน	2.91*	2.84*	2.34

ข้อคำถาม	ต.โป่งทุ่ง จ.เชียงใหม่	ต.ป่าตัน จ.ลำปาง	ตำบลพื้นที่ เปรียบเทียบ จ.ลำพูน
29. ชุมชนของท่านมีการส่งเสริมสุขภาพจิตให้กับเด็กในโรงเรียน	2.66*	2.68 Non sig	2.26
30. ชุมชนของท่านมีการส่งเสริมทักษะในการเลี้ยงดูบุตรให้กับพ่อแม่ผู้ปกครอง	2.78 Non sig	3.07*	2.49
31. ชุมชนของท่านมีกิจกรรมเพื่อป้องกันความเสี่ยงต่อการคิดทำร้ายตนเอง	2.93*	2.75*	2.11
32. ชุมชนของท่านมีการคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตของคนในชุมชน	3.18*	2.84*	2.43
33. คนในชุมชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพจิตได้ง่าย	3.04*	3.00*	2.34
34. หากท่านต้องการความช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตท่านรู้ว่า จะขอรับการช่วยเหลือได้จากที่ใด	2.96*	2.98*	2.34
35. ท่านพึงพอใจต่อการดูแลสุขภาพจิตซึ่งกันและกันของคนในชุมชน	2.89*	3.00*	2.49
36. ท่านพึงพอใจต่อการบริการสุขภาพจิตในหน่วยบริการในชุมชนของท่าน	3.11*	3.07*	2.57
คะแนนรวม	100.80*	103.81*	84.49

ช่วงคะแนนเฉลี่ยรายข้อ 0-4 คะแนน

^aข้อคำถามเชิงลบ (การวิเคราะห์คะแนนได้กลับค่าคะแนนเชิงลบแล้ว)*คะแนนมีความแตกต่างกับพื้นที่เปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ทดสอบด้วยสถิติ Independent t-test

สำหรับคะแนนรายข้อของดัชนีสุขภาพจิตชุมชนท้องถิ่น (CMHI) พบว่ามีหลายข้อที่ในตำบลพื้นที่โครงการมีคะแนนสูงกว่าพื้นที่เปรียบเทียบ โดยเฉพาะข้อที่เป็นประเด็นทุนทางสังคม และในพื้นที่โครงการมีคะแนนค่อนข้างสูง (ประมาณ 3 คะแนน) และแตกต่างจากพื้นที่เปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ หากเกิดปัญหาหรือเหตุการณ์วิกฤตขึ้น ประชาชนใน ชุมชนจะรวมตัวกันเพื่อดูแลช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ท่านรู้สึกได้รับการยอมรับและเป็นส่วน

หนึ่งของชุมชน ชุมชนให้ความสำคัญกับทุกคนในชุมชน ลักษณะสังคมประชากรที่เกี่ยวกับความสัมพันธ์ในครอบครัว สมาชิกในครอบครัวของท่านมีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกันสมาชิกในครอบครัวของท่านมีการช่วยเหลือเกื้อกูลกันสมาชิกในครอบครัวของท่านมีความรู้สึกห่วงใยและ ไว้วางใจกันด้านการดูแลสุขภาพจิตชุมชน ชุมชนของท่านมีการคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตของคนใน ชุมชนคนในชุมชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพจิตได้ง่ายหากท่านต้องการความช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตท่านรู้ว่า จะขอรับการช่วยเหลือได้จากที่ใด

ข้อมูลจากตารางที่ 10 พบว่า พื้นที่โครงการเฉลี่ยรายข้อสูงกว่าพื้นที่เปรียบเทียบ อย่างไรก็ตาม การเปรียบเทียบคะแนนของพื้นที่โครงการและพื้นที่เปรียบเทียบนี้ เป็นการเปรียบเทียบข้อมูล ณ ช่วงเวลาระยะท้ายโครงการ จึงเป็นข้อจำกัดในการอธิบายผลที่เกิดขึ้นอย่างชัดเจนว่าเกิดจากโครงการมากน้อยเพียงใด

ข้อค้นพบที่น่าสนใจคือ ข้อคำถามสามข้อที่พื้นที่โครงการมีคะแนนน้อยกว่าพื้นที่เปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญ และแตกต่างไปจากความคาดหวังที่โครงการคาดไว้ คือ *ประเด็นด้านการดูแลสุขภาพจิตในชุมชน ได้แก่ การเคยเห็นผู้ป่วยจิตเวชหรือคนในครอบครัวที่มีผู้ป่วย ถูกกีดกันไม่ให้ทำกิจกรรมร่วมกับคนในชุมชน การเคยเห็นผู้ป่วยจิตเวชถูกปฏิเสธความช่วยเหลือจากคน ในชุมชน การมีคนบางกลุ่มถูกกีดกันไม่ให้เข้าร่วมกิจกรรมบางอย่างในชุมชน เป็นไปได้ว่าโครงการสุขเป็นเน้นการทำงานส่งเสริมป้องกัน และมองผู้อื่นด้วยความเมตตาและเข้าอกเข้าใจมากขึ้น สะท้อนถึง การส่งเสริมสุขภาพจิตที่งานต้นน้ำเพียงอย่างเดียว อาจไม่เพียงพอให้ผู้คนในชุมชนโดยเฉพาะกลุ่มเปราะบางได้เข้าถึงการดูแลสุขภาพจิตได้อย่างยั่งยืน เป็นความท้าทายในอนาคตที่จะต้องทำงานในประเด็นนี้ต่อไป*

ประเด็นรายข้อ พบว่าข้อมูลทางสถิติ สะท้อนความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ แม้ว่าโครงการจะไม่ได้ไปมีส่วนเกี่ยวข้องในการผลักดันเรื่องนี้โดยตรง ได้แก่ เรื่อง คนในชุมชนมีรายได้ที่เพียงพอต่อการดำรงชีวิต และการที่ชุมชนมีสาธารณูปโภค (เช่น ไฟฟ้า ประปา ขนส่งมวลชน ฯลฯ) ที่เพียงพอต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน อย่างไรก็ตาม เมื่อทีมประเมินผลสนทนากลุ่มกับคนในชุมชนโดยตรง พบข้อมูลที่น่าสนใจว่า ผลการเปลี่ยนแปลงทัศนคติที่มีต่อผู้ป่วยจิตเวช มีความเข้าอกเข้าใจมากขึ้น ทำให้เกิดความเมตตาต่อวิถีการดำรงชีวิตของผู้ป่วยด้วย กลายเป็นคนในชุมชนช่วยเหลือเรื่องรายได้แก่ผู้ป่วย เช่น “เราช่วยกันมีธนาคารเวลา รวบรวมมา หารายได้รวมเข้าเงินกองนี้ เวลาเราไปเยี่ยมบ้านอะไรเราก็จะมีของไปให้เค้าพวกสิ่งของ แพมเพิส ที่เค้าจำเป็นเราก็เอาไปให้ กลาย

เป็นว่าต่อมา คนในชุมชนเห็นว่ากลุ่มของเราทำจริงนะ เค้าก็เริ่มหาของหาเงิน มาช่วยเข้ากองทุนนี้ไปเรื่อยๆ เรายังมีเงินมาช่วยต่อไป” (CA, ชาย, อสม., ป่าตัน)

อย่างไรก็ตาม ในการดำเนินโครงการในอนาคต ทีมประเมินผลจะต้องวางแผนการเก็บเกี่ยวผลลัพธ์ในประเด็นชุมชนให้ชัดเจนมากขึ้นเพื่อให้เห็นการเปลี่ยนแปลงในที่เกิดขึ้นภายใต้โครงการจริง ด้วยการวัด Baseline และ Endline และหากเป็นไปได้อาจจะวัดการเปลี่ยนแปลงระหว่างทางด้วยเครื่องมือตัวชี้วัดเดียวกันด้วย จะทำให้ได้ข้อมูลเชิงประจักษ์ที่ชัดเจนมากขึ้น และสะท้อนผลได้จริงจากทุกกลุ่มที่ได้รับประโยชน์จากโครงการ ในโครงการระยะที่ 2 นี้ทำได้ยาก เรื่องการวัด baseline เพราะไม่สามารถกำหนดได้ก่อนล่วงหน้าว่าชุมชนใด จะเป็นชุมชนที่เกิดผลลัพธ์ในระดับ Ecosystem ได้

2) ข้อมูลจาก รายงานผลการดำเนินงาน “โครงการขยายผลการส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตตลอดช่วงชีวิต ในชุมชน เขตสุขภาพที่ 10” เป็นโครงการที่บูรณาการกิจกรรมสุขเป็นเข้าไปในกระบวนการโครงการที่ส่งเสริมสุขภาพจิตชุมชน เช่น แกนนำกิจกรรมสร้างสุข การทำกิจกรรมที่สนุกสนานผ่อนคลาย การ check-in อารมณ์ (ศูนย์สุขภาพจิตที่ 10 กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2569) โครงการสุขเป็นนับเป็นภาคีสำคัญในเวทีประเมินดัชนีสุขภาพจิตชุมชนท้องถิ่น และร่วมจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพจิตชุมชน ตลอดจนแลกเปลี่ยนกิจกรรมสร้างสุขในชุมชนผ่านเครื่องมือและกิจกรรมสุขเป็น ที่ชุมชนได้ประยุกต์บางกิจกรรมไปใช้ ข้อมูลการวัด CMHI ดังตารางที่ 11

ตารางที่ 11 ค่าดัชนีสุขภาพจิตชุมชนท้องถิ่น (Community Mental Health Index; CMHI) พื้นที่ “โครงการขยายผลการส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตตลอดช่วงชีวิต ในชุมชน เขตสุขภาพที่ 10” ปีงบประมาณ 2569

พื้นที่	คะแนนเฉลี่ย (ระดับ)				
	สุขภาพจิตชุมชนภาพรวม	ด้านที่ 1 ทุนทางสังคม	ด้านที่ 2 สิ่งแวดล้อมในชุมชน	ด้านที่ 3 ลักษณะทางสังคมประชากรของชุมชน	ด้านที่ 4 การดูแลสุขภาพจิตในชุมชน
ช่วงคะแนน	0-144	0-40	0-24	0-44	0-36
¹ ศรีโคก่อนโครงการ	97.77	28.97	17.00	26.32	25.48

(n=31)	(ค่อนข้างสูง)	(ค่อนข้างสูง)	(ค่อนข้างสูง)	(ค่อนข้างต่ำ)	(ค่อนข้างสูง)
หลังโครงการ (n=50)	96.97	28.82	16.82	25.38	25.88
² ดงบัง ก่อนโครงการ (n=21)	100.05 (ค่อนข้างสูง)	29.57 (ค่อนข้างสูง)	18.05 (ค่อนข้างสูง)	26.81 (ปานกลาง)	25.62 (ค่อนข้างสูง)
หลังโครงการ (n=130)	106.17	30.21 (ค่อนข้างสูง)	17.85 (ค่อนข้างสูง)	30.98 (ค่อนข้างสูง)	30.98 (ค่อนข้างสูง)

¹ตำบลศรีโค อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

²ตำบลดงบัง อำเภอลืออำนาจ จังหวัดอำนาจเจริญ

พื้นที่ทั้งสองตำบลนี้สองในสี่พื้นที่เป้าหมายที่ศูนย์สุขภาพจิตที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานีเล็งเห็นศักยภาพและความสำคัญในการส่งเสริมพัฒนาสุขภาพจิตชุมชนท้องถิ่นผ่านแนวคิด 4 ด้าน ได้แก่ 1) ทนทางสังคม 2) สิ่งแวดล้อมในชุมชน 3) ลักษณะทางสังคมประชากรของชุมชน และ 4) การดูแลสุขภาพจิตในชุมชน แม้ว่าผลการดำเนินงานของโครงการยังไม่เห็นความแตกต่างของดัชนีสุขภาพจิตชุมชนท้องถิ่นอย่างมีนัยสำคัญ อาจเพราะเป็นโครงการระยะสั้นยังไม่มีกิจกรรมต่อเนื่องในชุมชน แต่ก็สะท้อนให้เห็นว่า แนวคิดสุขเป็นมีความสอดคล้องกับระบบการทำงานที่ช่วยเสริมเติมเต็มการขับเคลื่อนโครงการของศูนย์สุขภาพจิตที่ 10 ซึ่งเป็นภาควิชาการได้ ข้อมูลการสัมภาษณ์นักวิชาการในศูนย์สุขภาพจิตที่ 10 พบว่า ความยืดหยุ่นของโครงการสุขเป็นมีความเหมาะสมกับบริบทชุมชน กิจกรรมและเครื่องมือที่ใช้เข้าใจง่ายและสร้างบรรยากาศที่สนุกสนาน และที่สำคัญคือ “เครื่องมือและวิธีการของสุขเป็น” ช่วยเชื่อมความเป็นวิชาการกับคนในชุมชนได้เป็นอย่างดี

ข้อค้นพบที่น่าสนใจของโครงการภายใต้ศูนย์สุขภาพจิตที่ 10 นี้ ภายใต้โครงการนี้ ยังสามารถขยายผลสุขเป็นไปสู่การสร้างแกนนำกิจกรรมสร้างสุขในชุมชน (อสม.และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข) ในศูนย์อพยพชายแดนช่วงเหตุการณ์ความไม่สงบชายแดนไทย-กัมพูชา ในพื้นที่ อ.เบญจลักษณ์ จ.ศรีสะเกษ การสร้างพื้นที่คู่คิดให้กับคนในชุมชนในภาวะความไม่สงบในศูนย์อพยพ เกิดเป็นนวัตกรรมสังคมที่ช่วยเหลือดูแลผู้ประสบภัยที่เติมเต็มภารกิจเดิมของศูนย์

สุขภาพจิต และบุคลากรสาธารณสุขที่เน้นการคัดกรองความเสี่ยงภาวะซึมเศร้า แต่กระบวนการของแกนนำสุขภาพจิตที่เป็น CAS จากสุขเป็นไปช่วยเสริมสร้างบรรยากาศภายในศูนย์ให้มีความสดชื่นและกลายเป็นมองเห็นโอกาสให้คนในชุมชนได้แบ่งปันรอยยิ้มและสร้างเสียงหัวเราะไปด้วยกันท่ามกลางสถานการณ์ที่ยากลำบาก อสม.ท่านหนึ่ง เล่าว่า “กลายเป็นว่าชุมชนก็ถือโอกาสได้มานั่งคุยสารทุกข์สุขดิบกันไปเลย เพราะตอนอยู่ในบ้านต่างคนต่างทำงานกันไปไม่ได้คุยกัน พอมายูทีนี้ (ศูนย์อพยพ) เราก็เลยใช้เวลาคุยกัน ชวนกันออกกำลังกาย ทำกิจกรรมกับเด็กๆ ด้วยกัน ดีกว่ามานั่งเศร้าอยู่เฉยๆ” (CA, หญิง, อสม., ศรีสะเกษ)

3) พื้นที่สุขเป็นที่ทำในระดับชุมชน ท้องถิ่น และ รพสต.

ทีมประเมินผลภายในเล็งเห็นว่า มีบางพื้นที่โครงการที่ขับเคลื่อนใช้กิจกรรมสุขเป็นอย่างต่อเนื่องในชุมชน ผ่าน รพ.สต.และกลุ่ม Active citizen จึงประเมิน CMHI เพื่อดูแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของสุขภาพจิตในระดับชุมชน พบผลดังตารางที่ 12

ตารางที่ 12 พื้นที่ 4 ลำดัชนิชุมชนขยายผลสุขเป็นด้วยกลไกชุมชน ในพื้นที่ภาคใต้ และภาคกลางตอนล่าง 3 พื้นที่ เทียบกับค่าเฉลี่ยระดับประเทศ

พื้นที่	คะแนนเฉลี่ย (ระดับ)				
	สุขภาพจิต ชุมชนภาพ รวม	ด้านที่ 1 ทุนทาง สังคม	ด้านที่ 2 สิ่ง แวดล้อม ในชุมชน	ด้านที่ 3 ลักษณะทาง สังคม ประชากร ของชุมชน	ด้านที่ 4 การดูแล สุขภาพจิตใน ชุมชน
ช่วง คะแนน	0-144	0-40	0-24	0-44	0-36
ชะอวด n=62	102.56 ค่อนข้างสูง	29.82 ค่อนข้างสูง	17.74 ค่อนข้าง สูง	28.03 ปานกลาง	26.97 ค่อนข้างสูง
ไชยราช n=29	95.67 ปานกลาง	27.37 ปานกลาง	17.00 ค่อนข้าง สูง	26.17 ค่อนข้างต่ำ	25.14 ค่อนข้างสูง
บ้านตูล	92.02	26.30	15.50	26.95	23.28

n=125	ปานกลาง	ปานกลาง	ปานกลาง	ปานกลาง	ปานกลาง
ภาพรวมประเทศ ¹ (n=665) (กรมสุขภาพจิต, 2567)	87.10 ปานกลาง	23.57 ปานกลาง	14.69 ปานกลาง	22.93 ต่ำ	19.95 ค่อนข้างต่ำ

¹รายงาน Community Mental Health Indexดัชนีสุขภาพจิตชุมชนท้องถิ่น กองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ (2567) <https://shorturl.asia/vrG3I>

หมายเหตุ ตารางเกณฑ์คะแนน CMHI แต่ละด้าน

ระดับคะแนนและการแปลผล (คำนวณจากคะแนนเฉลี่ยในแต่ละด้าน) มีรายละเอียดดังนี้

การแปลผล	ทั้งฉบับ	รายด้าน			
		ทุนทางสังคม	สิ่งแวดล้อมในชุมชน	ลักษณะทางสังคมประชากร	การดูแลสุขภาพจิต
ต่ำ	0 – 72	0 – 19	0 – 11	0 – 23	0 – 16
ค่อนข้างต่ำ	73 – 84	20 – 23	12 – 14	24 – 26	17 – 20
ปานกลาง	85 – 96	24 – 27	15 – 16	27 – 30	21 – 24
ค่อนข้างสูง	97 – 108	28 – 31	17 – 18	31 – 33	25 – 27
สูง	109 – 144	32 – 40	19 – 24	34 – 44	28 – 36

หมายเหตุ: กรณีค่าเฉลี่ยตั้งแต่ .50 ขึ้นไปให้ปัดเศษขึ้น เช่น ค่าเฉลี่ยได้ 72.50 ให้ปัดเป็น 73

4.2.2 นวัตกรรมสุขเป็น ผลลัพธ์ในระดับชุมชนที่ประการหนึ่งที่สามารถเก็บเกี่ยวได้ พบว่า การขับเคลื่อนสุขเป็นผ่านกลไกชุมชน ช่วยสนับสนุนให้เกิดเครื่องมือ/กิจกรรม/วิธีการทำงานเชิงรุก ที่จะทำให้สุขเป็นสามารถขยายผลไปได้ตามบริบทชุมชนนั้น ๆ เอง เมื่อพิจารณากระบวนการจะพบว่า โครงการจะเน้นว่า “ไม่ยึดติดกับเครื่องมือ” และ “จะไม่เริ่มต้นชวนคนทำเป็น CAs ด้วยการเอาเครื่องมือที่มีอยู่มาตั้งต้น” แม้นักที่มาร่วมโครงการในช่วงแรก ๆ จะถามว่า “มีเครื่องมืออะไรให้เอามาใช้ได้บ้าง” ทีมโครงการจะเน้นว่า “ค่อยๆ เรียนรู้ไปก่อน” ซึ่งเป็นแนวทางที่ไม่ใช่แบบทั่วไปที่คุ้นเคย แต่ภายหลังเมื่อ CAs เข้าร่วมโครงการจนเกิดการเปลี่ยนแปลงภายในแล้ว ทีมโครงการจะเน้นให้เข้าใจเครื่องมือและนำไปปรับประยุกต์ใช้เองได้ ไม่ต้องยึดติดกับวิธีการ ให้ใช้เครื่องมือเป็นแค่แนวทางและให้ใช้อย่างเข้าใจ จึงเกิด “นวัตกรรมสังคม” เพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตตามบริบทของชุมชนเองขึ้นหลายอย่าง เช่น ชาเลี้ยงสุขเป็น (นำกิจกรรมสุขเป็นง่าย ๆ เช่น เกมเศรษฐี ขอบคุณตัวเอง self-care ไปไม่ใช้ตามตลาดนัด เพราะ CAs คิดว่ารอแต่คนในชุมชนมาหาหน้าจะไม่มีใครมา เลยจัดรถชาเลี้ยงไปตั้งตาม

ตลาดที่คนเยอะ ๆ เลียดีกว่า ซึ่งได้รับความสนใจมาก) ออกหน่วยहरรษา (เป็นการนำกิจกรรมสุขเป็นสอแรกเข้าไปกับกิจกรรมการออกหน่วยของ รพ. ที่ไปจ่ายยาให้กับผู้ป่วยในชุมชนแต่ละหมู่บ้าน ผู้ป่วยจะสนุกรสนานและไม่รู้สีกว่า ต้องรอนานจนน่าเบือแต่กลับทำให้การออกหน่วยมีความสนุกรมีชีวิตชีว่าผ่าน กิจกรรมสุขเป็น) สิ่งเหล่านี้ สะท้อนเป็นก่อร่าง Ecosystem ที่เอื้อต่อการมี สุขภาพจิตที่ดีได้

4.3 ผลลัพธ์ระดับสังคม

สังคมมีการสื่อสารสุขเป็น หรือสื่อสารข้อความเกี่ยวกับ สุขภาพจิตเชิงบวก มากขึ้น

1) ตัวชี้วัดชุมชนการเรียนรู้สร้างสุขภาวะทางจิต

โครงการได้จัดตั้ง Learning Community ผ่านช่องทางออนไลน์ ได้แก่ กลุ่มปิดบน Facebook และกลุ่มไลน์ เพื่อใช้เป็นพื้นที่ในการแชร์ข้อมูล สื่อ กิจกรรม และประสบการณ์เกี่ยวกับการขับเคลื่อน “สุขเป็น” ระหว่างแต่ละพื้นที่ เช่น

- กลุ่ม Facebook ชุมชนคนทำงาน "สุขเป็น" มีสมาชิกจำนวน 190 คน
- Facebook Page “สุขเป็น” มีผู้ติดตามจำนวน 1,830 คนอย่างไรก็ตาม ทีมประเมินผลภายในพบว่า กลุ่มผู้ใช้งานที่แชร์ข้อมูลยังไม่หลากหลาย และอาจ

จำเป็นต้องมีการสนับสนุนและส่งเสริมการใช้งานให้มีประสิทธิภาพและครอบคลุมเป้าหมายมากขึ้น โดยทีมจะดำเนินการเก็บข้อมูลและติดตามการเข้า ถึง รวมถึงการใช้ประโยชน์จากเครือข่ายชุมชนการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง

ข้อสังเกตของทีมประเมินผลภายในในช่วงระยะท้ายของโครงการ พบว่า “สุขเป็น” ได้สร้างความเชื่อมั่นและความคาดหวังของงานอื่น ๆ ที่เป็นประเด็น สุขภาพสำคัญของไทย เช่น งาน NCDs, งานเหล่า บหรี ที่คิดว่างานนี้จะช่วยไป ขยายผล ผลิตานพลังได้ในอนาคต

2) ตัวชี้วัดการสร้างแบรนด์ให้แพร่กระจายจากการเรียนรู้

โครงการได้ดำเนินการสร้างการรับรู้และแพร่กระจายแบรนด์ “สุขเป็น” ผ่านหลายช่องทางทั้งใน

พื้นที่และบนโลกออนไลน์ โดยใช้กลยุทธ์ต่าง ๆ เช่น

- การติดแฮชแท็ก #สุขเป็น ในสื่อสังคมออนไลน์หลายแพลตฟอร์ม
- การจัดบูธนิทรรศการเพื่อเผยแพร่ข้อมูลและกิจกรรม
- การผลิตและเผยแพร่สื่อในช่องทางต่าง ๆ

การดำเนินงานดังกล่าวมีเป้าหมายเพื่อเพิ่มการรับรู้และสร้างการมีส่วนร่วมจากประชาชนและกลุ่มเป้าหมายในวงกว้าง มีข้อมูลการสื่อสารในสื่อสังคมออนไลน์ในภาคผนวก 1

นอกจากนี้ ในระยะท้ายโครงการ สุขเป็นได้ร่วมเป็นกลไกสำคัญของการขับเคลื่อนแก้ไขปัญหาสภาพจิตในระดับประเทศ เช่น Policy forum “**สุขภาพใจ ดูแลด้วยชุมชน**” (27 พฤษภาคม 2569) ที่รวบรวมคนทำงานด้านสุขภาพจากทุกภาคส่วนมาแลกเปลี่ยนกัน และจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายต่อไป และในสื่อช่องทางต่าง ๆ ที่ถ่ายทอดเรื่องราวของสุขเป็น ที่เห็นผลลัพธ์ โดยเฉพาะที่ อ.แม่ทะ จ.ลำปาง

บทที่ 3

บทวิเคราะห์กระบวนการทำงานของโครงการ (ภายใต้การสังเกตของทีมประเมินผลภายใน)

จุดเด่นของโครงการ

1. ความยืดหยุ่นในการดำเนินงาน
โครงการมีความยืดหยุ่นสูง สามารถปรับเปลี่ยนกระบวนการและแนวทางการทำงานให้สอดคล้องกับ

สถานการณ์และความต้องการเฉพาะของแต่ละพื้นที่ได้อย่างเหมาะสม โดยยังคงรักษาหลักการสำคัญและเป้าหมายหลักของโครงการไว้อย่างครบถ้วน ซึ่งเหมาะสมกับการทำงานในประเด็นขับเคลื่อนที่มีความซับซ้อนหลายประเด็น และหลายพื้นที่

2. การเลือกพื้นที่อย่างพิถีพิถัน เลือกจนกว่าจะได้ตัวจริงในการขับเคลื่อนงาน กล่าวสื่อสารอย่างตรงไปตรงมากับทีมพื้นที่ถึงวิธีการทำงานและเป้าหมายที่เน้นคุณภาพ

3. การมีสัมพันธภาพที่ดีกับพื้นที่ คือ เน้นการสร้างความสัมพันธ์เชิงบวกในกลุ่มทีมผู้จัดโครงการ ใช้ในการทำงานกับตัวเองด้วย เพื่อพร้อมก่อนที่จะไปทำงานกับคนอื่น

4. ทีมวิชาการและภาคีเครือข่ายที่มีความเชี่ยวชาญ
โครงการได้รับการสนับสนุนจากทีมวิชาการและที่ปรึกษาที่มีความเชี่ยวชาญด้านจิตวิทยาเชิงบวกและ

การคิดเชิงระบบ ซึ่งช่วยกำหนดทิศทางการดำเนินงานบนพื้นฐานวิชาการที่มั่นคง พร้อมทั้งต่อยอดและขยายผลในแนวทางใหม่ ๆ ได้อย่างเป็นระบบ นอกจากนี้ยังมีภาคีเครือข่ายการทำงานที่เป็นฐานเดิม ทำให้งานบูรณาการระหว่างหน่วยงานและภาคส่วนต่าง ๆ เป็นไปอย่างราบรื่น

5. การทำงานเน้นกระบวนการ และเกิดการเรียนรู้ระหว่างการทำงาน
โครงการมุ่งเน้นการพัฒนากระบวนการและวิธีการทำงานเป็นสำคัญ ไม่ได้มุ่งเน้นแค่ให้ปริมาณผลลัพธ์

เท่านั้น ทำให้เกิดทีมผู้จัดโครงการเกิดการเรียนรู้ และปรับเปลี่ยนวิธีและ
เล็งเห็นโอกาสใหม่ ๆ ในการขับเคลื่อนงานได้

6. การติดตามและประเมินผลภายในอย่างต่อเนื่อง
โครงการมีกระบวนการติดตามและประเมินผลภายในอย่างสม่ำเสมอ โดยทีมผู้
จัดโครงการเองร่วมกับ

ทีมประเมินผลภายใน ทำให้ได้รับข้อมูลที่สามารถปรับปรุงและพัฒนา
แผนการดำเนินงานและแผนการประเมินผลได้อย่างต่อเนื่องและสอดคล้องกับ
สถานการณ์จริงในแต่ละช่วงเวลา

ประเด็นท้าทายในอนาคต

1. การติดตามผลการขับเคลื่อนงาน โดย CAs ในแต่ละพื้นที่
หลายพื้นที่มีการขับเคลื่อนงานโดย CAs ที่นำแนวทางสุขเป็นไปใช้ แต่ใช้ในเชิง
กิจกรรม ที่ยังขาดการ

ติดตามผลลัพธ์ว่าทำให้การทำงานดีขึ้นอย่างไร การเก็บรวบรวมผลลัพธ์
การทำงานตามกลไกหรือระบบการทำงานของชุมชนเองนี้ อาจทำให้ได้ข้อมูล
เชิงประจักษ์เป็นหลักฐานยืนยันถึงประโยชน์ของโครงการได้แน่ชัดมากยิ่งขึ้นกว่า
“เมื่อสุขเป็นไปฝังตัวในระบบแล้ว ทำให้ระบบการทำงานดีขึ้นอย่างไร” โดยเฉพาะ
ระบบที่ไม่ใช่ระบบสุขภาพโดยตรง เช่น พมจ. อาจเป็นผลลัพธ์ในเรื่องของการ
เข้าถึงสิทธิต่าง ๆ ผ่าน อพม. มากขึ้น เพราะ อพม. มีจิตเมตตาและลดอคติกับ
คนในชุมชน หากมีผลลัพธ์ดังกล่าว น่าจะทำให้พื้นที่อื่น ๆ เห็นผลรูปธรรมและ
เกิดความสนใจหรือผลักดันไปในภาคส่วนนอกจากระบบสุขภาพได้มากขึ้น

4.2 การทำความเข้าใจระบบ การเข้าใจระบบเป็นเรื่องสำคัญมากของทีม
โครงการที่จะช่วยชวนเครือข่ายในพื้นที่มองระบบการทำงานปกติ ให้เชื่อมโยง
กับเป้าหมายของคุณภาพชีวิตประชากรในภาพกว้าง เพื่อให้เข้าใจและสามารถ
แนะแนวทาง coaching ให้แก่เครือข่ายทำงานสุขเป็นได้อย่างเหมาะสม และ
เห็นผลลัพธ์อย่างชัดเจน

3. การ coaching ทีมโครงการผ่านระบบพี่เลี้ยงทีมเอง เนื่องจาก
โครงการเป็นการดำเนินงานในพื้นที่หลากหลายกระจายทั่วทุกภูมิภาค ทำให้ต้อง
แบ่งทีมงานออกเป็นหลายส่วน ความเข้าใจและทักษะในการผลักดันให้
โครงการบรรลุตามวัตถุประสงค์จึงมีมากน้อยแตกต่างกันไปตามประสบการณ์
ของแต่ละทีม จึงควรมีการแนะนำ coaching เป็นระบบพี่เลี้ยงให้ทีมโครงการ
ทุกทีมไปด้วยกัน

4. การยับยั้งประเด็นส่งเสริมสุขภาพจิตชุมชนในอนาคต อาจพิจารณาประเด็นที่ยังคงเป็น Pain point ด้านสุขภาพจิตแทบทุกชุมชน คือ การมีชุมชนที่ไม่เอื้อต่อสุขภาพจิตดี ครอบครัวและสิ่งแวดล้อมไม่ปลอดภัย หากมีการ “ลงลึกชุมชน คู่ขนานระบบ” ในระบบการดูแลสุขภาพจิตในชุมชน ที่งานต้นน้ำจะดูแลโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นหลัก เชื่อมโยงกันงานกลางน้ำและงานปลายน้ำที่เชื่อมโยงกับระบบบริการสุขภาพ เช่น รพสต. รพ.

5. การสร้างความตระหนักรู้ในวงวิชาการคนทำงานที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตและต้องดูแลผู้อื่น จำเป็นต้องเฝ้าระวังดูแลสถานะภายในของคนทำงานเช่นกัน จึงควรมีระบบเฝ้าระวังหรือพักพิงใจของกลุ่ม CAS เพื่อรักษาพลังในการทำงาน

บทที่ 4

ความสำเร็จและปัจจัยหนุนเสริมความสำเร็จของโครงการ

1. ผลลัพธ์เชิงระบบ: ความสำเร็จของการฝังตัวสุขเป็นในระบบ

เมื่อพิจารณาเป้าหมายสำคัญของโครงการ “สุขเป็น” ระยะที่ 2 ซึ่งมุ่งขยายผลการส่งเสริมสุขภาพจิตเชิงบวกผ่าน “หัวใจของกระบวนการสุขเป็น” โดยพัฒนาแกนนำการเปลี่ยนแปลง (Change Agents: CAs) และเชื่อมต่อสู่ระบบการทำงานปกติของหน่วยงาน (institutionalization) พบว่าความสำเร็จของโครงการไม่ได้จำกัดอยู่เพียงผลลัพธ์ด้านสุขภาพจิตของผู้เข้าร่วม แต่สะท้อนถึงความสามารถในการบูรณาการแนวคิดและกระบวนการสุขเป็นเข้าไปในระบบงานตามภารกิจขององค์กรต่าง ๆ ได้อย่างกลมกลืน

การดำเนินงานดังกล่าวอาศัยโครงสร้าง กลไก และทุนเดิมเป็นฐาน ทำให้การส่งเสริมสุขภาพจิตไม่ถูกแยกออกเป็น “โครงการเฉพาะกิจ” แต่สามารถเชื่อมต่อ (plug-in) และฝังตัว (embedded) อยู่ในระบบงานปกติได้ ส่งผลให้เกิดความต่อเนื่อง (continuity) ของการดำเนินงาน และมีศักยภาพในการพัฒนาไปสู่ความยั่งยืน (sustainability) ในระยะยาว

นอกจากนี้ ยังพบว่า “สุขเป็น” ไม่เพียงสร้างผลลัพธ์ด้านสุขภาพจิตโดยตรง แต่ยังก่อให้เกิดผลลัพธ์เชิงระบบ (system-level outcomes) ที่เอื้อต่อการทำงานด้านอื่น ๆ ผ่านการเสริมพลัง (synergy) ระหว่างบุคลากร ทีมงาน และชุมชน กล่าวได้ว่าโครงการมีบทบาทสำคัญในการก่อรูปของ **“ระบบการทำงานที่มีหัวใจ”** ซึ่งคนทำงานในทุกระดับมีความเข้าอกเข้าใจ เห็นคุณค่าของตนเองและผู้อื่น เกิดความไว้วางใจ และสามารถทำงานร่วมกับชุมชนได้อย่างมีพลัง คบคู่กับการพัฒนา growth mindset ของคนในองค์กร

ปัจจัยหนุนเสริมความสำเร็จของโครงการใน system level ตามกรอบแนวคิด 6 เสาหลักของระบบสุขภาพ (Six Building Blocks) มีดังนี้

1. กำลังคน (Health Workforce) การพัฒนากำลังคนเป็นจุดแข็งสำคัญของโครงการ โดยเน้นการสร้าง CAs มาจาก “คนที่ใช่และมีใจเดียวกัน” ให้เป็น “ผู้นำการเปลี่ยนแปลงจากภายใน” มากกว่าการถ่ายทอดความรู้แบบเดิม

กระบวนการพัฒนา CAs มุ่งให้ผู้เข้าร่วมได้เรียนรู้จากประสบการณ์ตรง เกิดความเข้าใจและเห็นคุณค่าของสุขภาพจิตเชิงบวกอย่างแท้จริง (internalized) ก่อนจะสามารถถ่ายทอดต่อไปยังผู้อื่นได้อย่างมีพลัง ส่งผลให้ CAs มีบทบาทเป็นทั้งผู้ปฏิบัติ ผู้เชื่อมโยง และผู้ขยายผลในชุมชน

2. การจัดการบริการ (Service Delivery) โครงการมีความยืดหยุ่นในการออกแบบการนำ “สุขเป็น” ไปใช้ให้สอดคล้องกับบริบทของแต่ละพื้นที่ โดยบูรณาการเข้ากับงานประจำและกิจกรรมเดิมของหน่วยงาน ทำให้บริการด้านสุขภาพจิตเชิงบวกไม่แยกออกเป็นส่วนเฉพาะ แต่ “ฝังอยู่ในระบบบริการ” และถูกนำไปใช้ต่อเนื่องโดยบุคลากรในพื้นที่จริง บางพื้นที่สามารถต่อยอดไปยังงานด้านอื่นหรือขยายผลในพื้นที่ใหม่ได้

3. ระบบสารสนเทศ (Health Information System) แนวทางของโครงการเน้นการใช้ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ เรื่องเล่า และการสะท้อนผล (reflection) ของผู้ปฏิบัติงาน มากกว่าการขับเคลื่อนด้วยตัวชี้วัดเชิงปริมาณเพียงอย่างเดียว ข้อมูลเหล่านี้ช่วยให้ทีมเห็นความก้าวหน้า เรียนรู้ร่วมกัน และเสริมพลังกันได้อย่างต่อเนื่อง ช่วยให้แต่ละพื้นที่มองเห็นความเป็นไปได้ใหม่ ๆ โดยมีการเชื่อมโยงกับทีมวิชาการที่ให้ข้อเสนอแนะด้วยความเข้าใจและส่งเสริม growth mindset ทำให้ระบบสารสนเทศมีความยืดหยุ่น มีชีวิต และสนับสนุนการตัดสินใจได้จริง ในขณะที่ภายในโครงการเองก็มี documentation เพื่อนำมาเรียนรู้ในทีมด้วย

4. เทคโนโลยีและนวัตกรรม (Technologies & Innovation) เครื่องมือ “สุขเป็น” มีลักษณะเป็นกิจกรรมที่เข้าใจง่าย ยืดหยุ่น และเน้นการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์จริง ทำหน้าที่เป็น “สะพานเชื่อม” ระหว่างองค์ความรู้ทางวิชาการกับชีวิตประจำวันของประชาชน กระบวนการเรียนรู้ที่เน้นการสะท้อนคิดและการใคร่ครวญ มากกว่าการจดจำเนื้อหา จัดเป็นกระบวนการเรียนรู้ที่ผู้คนให้ความสนใจและเปลี่ยนคนให้เกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตได้จริงตามโมเดลความรอบรู้ด้านสุขภาพแบบ V-shape ช่วยให้ผู้เข้าร่วมเกิดความเข้าใจลึกซึ้ง ไม่เน้นการจดจำเนื้อหา แต่สามารถนำไปใช้ได้จริง รวมถึงสามารถต่อยอดเป็นนวัตกรรมทางสังคมที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ได้ด้วย

5. การเงินและการใช้ทรัพยากร (Financing) โครงการเน้นการสนับสนุนในรูปแบบ “กระบวนการและศักยภาพ” มากกว่าการให้ทรัพยากรทางการเงินโดยตรง เมื่อเน้นที่การบูรณาการกับงานปกติทำให้พื้นที่สามารถระดมทรัพยากรจากหน่วยงานและเครือข่ายในท้องถิ่นได้เอง ลดการพึ่งพาแหล่งทุนภายนอก และเอื้อต่อการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องในระยะยาว

6. ผู้นำและการบริหารจัดการ (Leadership & Governance) พื้นที่ที่สามารถขับเคลื่อน “สุขเป็น” ได้อย่างมีประสิทธิภาพ มักมีผู้นำที่มีบทบาทเชิงรุก ลงมือเรียนรู้และเป็น CAs ด้วยตนเอง สามารถกำหนดทิศทางและสร้างการมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่าง ๆ ได้อย่างเป็นรูปธรรม ที่สำคัญ ผู้นำมีลักษณะของความเข้าอกเข้าใจ (empathy) และให้คุณค่ากับความสัมพันธ์ในทีม ส่งผลให้เกิดบรรยากาศการทำงานที่เอื้อต่อการเรียนรู้และการเปลี่ยนแปลง และจะยิ่งเห็นผลลัพธ์การขับเคลื่อนชัดเจน เมื่อผู้นำมีทีมที่เป็น CAs ด้วยกัน

แม้ปัจจัยทั้ง 6 ด้านจะมีระดับความเข้มข้นแตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ แต่เมื่อสามารถบูรณาการร่วมกันได้ จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงเชิงระบบ (system-level change) ที่ชัดเจน โดยเฉพาะในพื้นที่ที่มีการเชื่อมโยงองค์ประกอบต่าง ๆ อย่างเป็นระบบ จะเห็นผลทั้งด้านความต่อเนื่องของงาน ความสัมพันธ์ที่ดีของทีมงาน และผลลัพธ์ของงาน ดังนั้น “สุขเป็น” จึงไม่เพียงเป็นเครื่องมือส่งเสริมสุขภาพจิต แต่เป็นกลไกสำคัญในการพัฒนาระบบงานที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตชุมชนให้มีความยั่งยืน โดยมี “คน” “ความรู้สึก” และ “ความสัมพันธ์ที่เข้าอกเข้าใจ” เป็นหัวใจของการขับเคลื่อนงานสุขภาพจิตส่งจากต้นน้ำไปสู่ปลายน้ำได้ ดังรูปที่ 3



รูปที่ 3 ความสำเร็จและปัจจัยหนุนเสริมความสำเร็จเชิงระบบของโครงการ “สุขเป็น” ระยะที่ 2

ปัจจัยหนุนเสริมความสำเร็จของโครงการเหล่านี้ เมื่อไปหนุนเสริมความท้าทายของสังคมจากสถานการณ์สุขภาพจิตของสังคมโลกและสังคมไทยที่มีความรุนแรงและขยายตัวมากขึ้น รวมถึงประเทศไทยไม่ได้มีนวัตกรรมการทำงานด้านสุขภาพจิตที่เน้นการ “สร้างเสริม” เหมือนที่ “สุขเป็น” ทำ ก็ทำให้สุขเป็นประสบความสำเร็จ เพราะไปตอบโจทย์ช่องว่างที่ยังเป็นปัญหาอยู่ของสังคม ดังนั้น ความสำเร็จที่เด่นชัดจึงเป็นเหตุประกอบทั้งจากปัจจัยภายนอกกับปัจจัยภายในของโครงการ

2. ผลลัพธ์ระดับชุมชน: พลังแห่งการขับเคลื่อนสุขภาพจิตโดยชุมชน (Community Mobilization)

โครงการ “สุขเป็น” ยังนำไปสู่การเกิดกลไกการขับเคลื่อนงานจากภายในชุมชนอย่างเป็นรูปธรรม หลายพื้นที่สามารถระดมพลังของคนในชุมชนมาร่วมกันส่งเสริมสุขภาพจิตเชิงบวกได้อย่างต่อเนื่อง สะท้อนให้เห็นความสำเร็จสำคัญในระดับชุมชน คือการเกิด **Community mobilization** คือ คนในชุมชน “ลุกขึ้นมามีส่วนร่วม ลงมือทำ และร่วมกันขับเคลื่อนการเปลี่ยนแปลง” เพื่อดูแลสุขภาพจิตของตนเองและผู้อื่น จากเดิมที่เป็นเพียงผู้รับกิจกรรม กลายเป็น “เจ้าของการเปลี่ยนแปลง (ownership)” เกิดทีมทำงานสุขเป็นในหลากหลายกลไก และพัฒนาไปสู่ระบบนิเวศ (ecosystem) ที่เอื้อต่อสุขภาพจิตในชุมชน

5 ปัจจัยหนุนเสริมให้เกิด Community Mobilization

1. เป้าหมายร่วมของชุมชน (Shared Goal) การเชื่อมโยงภาคีเครือข่ายในพื้นที่ให้ตระหนักร่วมกันว่า “สุขภาพจิตเป็นเรื่องของทุกคน” ก้าวข้ามการมองปัญหาสุขภาพจิตแบบปลายน้ำ (เช่น ภาวะซึมเศร้า หรือการฆ่าตัวตาย) สู่การป้องกันด้วย “การออกกำลังใจ” ที่เป็นการทำงานต้นน้ำ ชุมชนตระหนักร่วมกันว่า “ความสุขไม่จำเป็นต้องรอให้หมดทุกข์” และปรับมุมมองต่อการใช้ชีวิต ทำให้โครงการ “สุขเป็น” ตอบโจทย์ความต้องการของพื้นที่และสร้างเป้าหมายร่วมกันของภาคีต่าง ๆ ที่เชื่อมโยงกัน

2. การมีส่วนร่วม (Participation) โครงการมีความยืดหยุ่นในการให้ภาคีในชุมชนเข้ามามีบทบาทเป็นเครือข่ายตามสภาพของชุมชนนั้น ๆ ไม่ได้มีโครงสร้างตายตัว แต่คนในชุมชนเลือกเฟ้นหาคนจะพัฒนาเป็น CAs ด้วยตนเอง

CAs จึงร่วมกันคิด ออกแบบ ดำเนินกิจกรรม และปรับใช้เครื่องมือสุขเป็นที่มีอยู่ ให้สอดคล้องกับบริบทและวิถีชีวิตของชุมชนตนเอง และสนับสนุนการทบทวนเรื่องราวความสำเร็จต่าง ๆ อย่างต่อเนื่อง ทำให้เกิดการมีส่วนร่วมตลอดกระบวนการ

3. การเสริมพลังและการตั้งศักยภาพ (Community empowerment)

โครงการช่วยให้คนในชุมชนก้าวข้ามข้อจำกัดตามความเชื่อเดิมว่าปัญหาสุขภาพจิตเป็นเรื่องของระบบสาธารณสุข และสร้างความเชื่อมั่นว่า “ชุมชนทำได้” คนในชุมชนเองสามารถพัฒนาบทบาทตามความถนัดที่หลากหลาย เช่น กระบวนการ ผู้เพื่อคู่คิด หรือผู้ประสานงาน การแลกเปลี่ยนเรียนรู้และบอกเล่าผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจริงในพื้นที่และระหว่างพื้นที่ทำให้เกิดพลังร่วมของเครือข่ายสุขเป็นที่มีความรู้สึกเป็น “เพื่อนร่วมทาง” ในการทำงานที่ยากและท้าทาย

4. การระดมทุนชุมชน (Community assets) โครงการเน้นการค้นหาและต่อยอดงานจากทุนชุมชนที่มีอยู่ เช่น ผู้นำชุมชน อสม. กลุ่มผู้สูงอายุ และ active citizen พร้อมทั้งเชื่อมโยงกับระบบบริการและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเกิดแกนนำตามธรรมชาติที่ขับเคลื่อนกลไกส่งเสริมสุขภาพจิตในชุมชน และเชื่อมโยงงานกับกองทุนต่าง ๆ ที่พร้อมสนับสนุนชุมชนได้เอง

5. ความเป็นเจ้าของ (Ownership) โครงการชวนคิดและมองถึงปัญหาสุขภาพจิตในชุมชนที่จับต้องรับรู้ได้ และหาแนวทางแก้ไข ตลอดจนความสำเร็จที่รับรู้ได้มาจากชุมชนเอง โครงการเป็น “พี่เลี้ยง” เช่น ผู้นำชุมชน อสม. ชมรมผู้สูงอายุชวนกันจัดกิจกรรมเอง เพราะชุมชนสามารถกำหนดนิยาม เห็นคุณค่า และรับรู้ความสำเร็จได้ด้วยตนเอง ความเป็นเจ้าของนี้ทำให้เกิดการบอกเล่า ส่งต่อ และขยายผลไปสู่กิจกรรมอื่นๆ ในชุมชนอย่างเป็นธรรมชาติ

จากข้อมูลพบว่า หลายพื้นที่สามารถพัฒนาไปสู่ Community mobilization ได้ โดยเฉพาะเมื่อ CAs เกิดความเข้าใจ เห็นคุณค่า และทดลองใช้กับตนเองจนเกิดการเปลี่ยนแปลงจริง จะนำไปสู่แรงจูงใจในการ “ส่งต่อ” และขยายผลสู่คนอื่นในชุมชนอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ “สุขเป็น” ไม่เพียงเป็นกิจกรรมแต่กลายเป็น “พลังขับเคลื่อนจากภายในชุมชน” ทำให้ชุมชนเปลี่ยนจากผู้ที่รอรับบริการเมื่อมีปัญหาสุขภาพจิต เป็นพลเมืองที่ตื่นรู้ (Active citizen) ในการส่งเสริมและดูแลสุขภาพจิตซึ่งกันและกันอย่างเข้าอกเข้าใจ ดังรูปที่ 4



3. โอกาสใหม่ของการดูแลสุขภาพจิตแบบสุดทางผ่านระบบนิเวศชุมชน



รูปที่ 5 การดูแลสุขภาพจิตแบบสุดทางผ่านระบบนิเวศชุมชน

รายชื่อทีมประเมิณผลภายใน

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชญ์นำพร อินสิน หัวหน้าทีมประเมิน
ผลภายในสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี
มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร

แพทย์หญิงณัฐกานต์ ตามบุตรวงศ์ ทีมประเมินผลภายใน
นายแพทย์เชี่ยวชาญ โรงพยาบาลแม่ทะ อ.แม่ทะ จ.ลำปาง

นางสาวธิดิพร ดนตรีพงษ์

ที่มประเมินผลภายใน

เจ้าหน้าที่มูลนิธิเพรฑูเฮลท์

ภาคผนวก

1. การสื่อสาร “สุขเป็น” ใน สื่อสังคมออนไลน์ (เฟซบุ๊ก)

โครงการพัฒนาเครือข่ายสร้างเสริมสุขภาวะทางจิตโดยกลไกชุมชนหรือโครงการ “สุขเป็น” มีวัตถุประสงค์ข้อหนึ่งระบุว่าพัฒนาเครือข่ายสุขเป็น ให้เป็นชุมชนการเรียนรู้สร้างสุขภาวะทางจิต (Learning Community) สร้างแบรนด์ให้เกิดแพร่กระจายจากการเรียนรู้ไปสู่สังคมทั้งในระดับพื้นที่และออนไลน์ ซึ่งตลอด 24 เดือนของการดำเนินการ โครงการได้สร้างการรับรู้แบรนด์ “สุขเป็น” ในระดับพื้นที่ ผ่านการทำงานการสร้างเสริมสุขภาพจิตเชิงบวกใน 15¹ จังหวัดที่เป็นพื้นที่ทำการตามโครงการ และ 3² จังหวัดคู่ขนาน

ในพื้นที่ออนไลน์ โครงการได้จัดทำเฟซบุ๊กแฟนเพจ “สุขเป็น” เพื่อสร้างการรับรู้และเผยแพร่ประชาสัมพันธ์การดำเนินงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพจิตเชิงบวกให้แพร่หลายในวงกว้าง พร้อมทั้งเผยแพร่แนวคิด ทักษะ รวมถึงเครื่องมือเกี่ยวกับการทำงานเรื่องจิตวิทยาเชิงบวกเพื่อให้แกนนำในพื้นที่และคนทั่วไปเข้าถึงและนำไปปรับใช้กับตัวเองได้

¹ 15 จังหวัดพื้นที่ดำเนินการได้แก่ 1.เชียงราย 2.เชียงใหม่ 3.ลำปาง 4.ลำพูน 5.อุบลราชธานี 6.สกลนคร 7.อำนาจเจริญ 8.นนทบุรี 9.สมุทรสาคร 10.อ่างทอง 11.ชลบุรี 12.ประจวบคีรีขันธ์ 13.นครศรีธรรมราช 14.พังงา 15.สงขลา

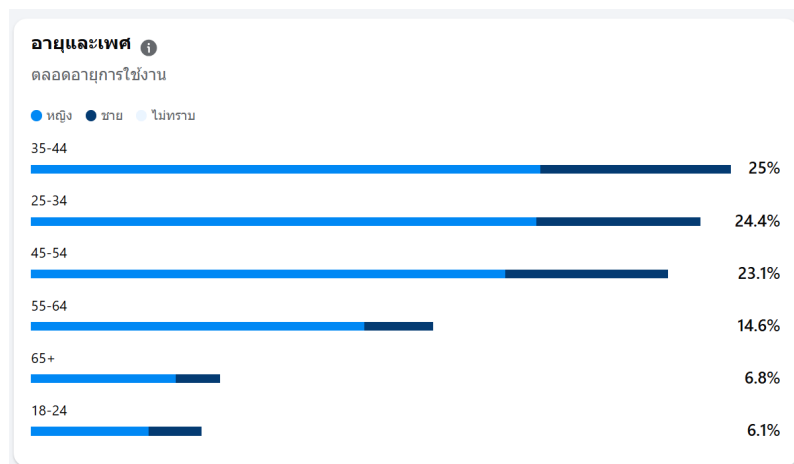
² 3 จังหวัดคู่ขนาน ได้แก่ 1.ศรีสะเกษ 2.สุราษฎร์ธานี 3.ปัตตานี

สถานะปัจจุบันของเฟชบุ๊กแฟนเพจ “สุขเป็น”

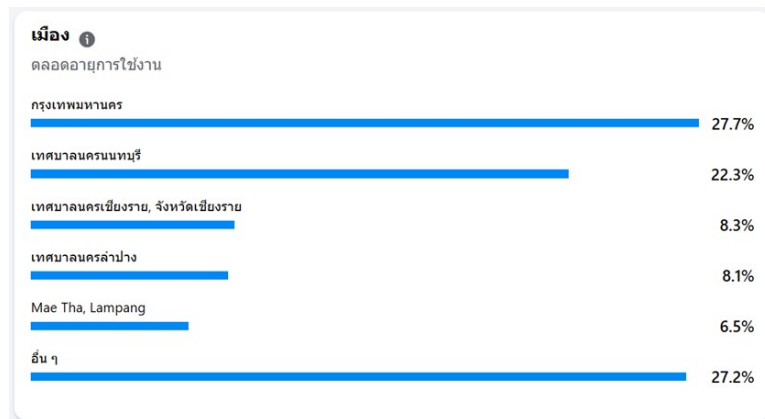
ข้อมูล ณ วันที่ 21 กรกฎาคม 2569 เฟชบุ๊กแฟนเพจ “สุขเป็น” มี ยอดผู้ติดตาม 1,831 คน (1.8K) กลุ่มผู้ติดตามส่วนใหญ่ราวร้อยละ 72.5 เป็นเพศหญิง อายุระหว่าง 25-54 ปี ซึ่งยอดติดตาม 1,821 คนในระยะ 2 ปีที่ผ่านมาถือว่าน่าสนใจเพราะเฟชบุ๊กแฟนเพจ “สุขเป็น” ไม่ได้ซื้อโฆษณาเพื่อเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ ดังนั้น ยอดผู้ติดตามที่เกิดขึ้นจึงเป็น Organic เป็นผู้ที่สนใจเรื่องจิตวิทยาเชิงบวกและการทำงานเรื่องนี้ของโครงการ



นอกจากนี้ ผู้ติดตามส่วนใหญ่ ยังอยู่ที่กรุงเทพมหานคร ร้อยละ 27.7 รองลงมาคืออื่นๆ ร้อยละ 27.2 และอันดับสามคือนครนนทบุรี ร้อยละ 22.3 ซึ่งพื้นที่กรุงเทพมหานครไม่ใช่พื้นที่ทำงานของโครงการ ยอดคนดูเพจทั้งสิ้น 228,074 ครั้ง ยอดที่รับชมนาน 3 วินาที = 6,117 ครั้ง ซึ่งยอดวิวรวม 228,074 ครั้งในระยะเวลา 2 ปี สำหรับฐานผู้ติดตามเพียง 1,821 คน ถือว่าเป็นตัวเลขที่สูงสำหรับเพจขนาดเล็กที่มีผู้ติดตามไม่ถึง 2,000 คน เฉลี่ยอยู่ที่ 9,500 วิวต่อเดือน



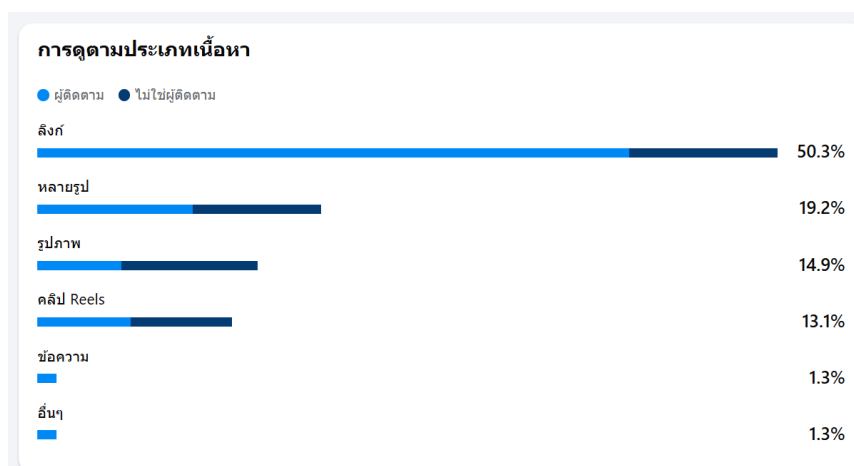
ตาราง 1 ข้อมูลอายุและเพศผู้ติดตามเพจ



ตาราง 2 ข้อมูลเมืองที่อยู่อาศัยของผู้ติดตามเพจ

เนื้อหาของเพจที่ได้รับความสนใจและการมีส่วนร่วม

เฟซบุ๊กแฟนเพจ “สุขเป็น” อัปเดตเนื้อหาอย่างสม่ำเสมอ อย่างน้อยวันละ 1 โพสต์ เนื้อหาส่วนใหญ่ที่โพสต์เป็นภาพ คลิปวิดีโอ และเนื้อหาเกี่ยวกับการทำงานในพื้นที่ของโครงการ ทั้งนี้ เนื้อหาที่ได้รับความสนใจมากที่สุดคือลิงค์ ร้อยละ 50 รองลงมาเป็นรูปภาพหลายรูป ร้อยละ 19 และรูปภาพ ร้อยละ 15



ตาราง 3 เนื้อหาของเพจที่ได้รับความสนใจ

อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาในด้านการมีส่วนร่วมกับเพจ (Engagement) ของผู้ติดตามและไม่ใชผู้ติดตาม ซึ่งมีความสำคัญเพราะเป็นตัวชี้วัดว่าผู้ติดตามมีปฏิสัมพันธ์กับเนื้อหามากน้อยเพียงใด และส่งผลโดยตรงต่อการเข้าถึง (Reach) ความน่าเชื่อถือของแบรนด์ และโอกาสในการเปลี่ยนผู้ติดตามเป็นลูกค้าหรือผู้สนับสนุนจริง ซึ่งการมีส่วนร่วมทำได้หลายรูปแบบตั้งแต่ การกดสติ๊กเกอร์แสดงความรู้สึก การแสดงความคิดเห็น และการแชร์ข้อมูล

ทั้งนี้ ระดับการมีส่วนร่วมของเพจสุขเป็นในระยะเกือบ 2 ปีอยู่ที่ 17,563 ครั้งถือว่าอยู่ในระดับที่น่าพอใจและมีศักยภาพต่อยอด ในขณะที่เพจมียอดผู้ติดตามหลักพันแต่มีตัวเลขการมีส่วนร่วมในระดับหลักหมื่น ถือว่าดีมาก ผู้ติดตามแต่ละคนมีส่วนร่วมกับเพจมากกว่า 9 ครั้งในช่วง 2 ปี ถือว่าสูงมากเมื่อเทียบกับมาตรฐานทั่วไปที่มักอยู่ราว 1-5% ต่อโพสต์ แสดงว่าเนื้อหาของเพจสามารถดึงดูดให้ผู้ติดตามกลับมามีส่วนร่วมซ้ำ ๆ ได้ดี

สูตรคำนวณ อัตราการมีส่วนร่วม

$$\text{Engagement Rate} = \frac{\text{Total Engagement}}{\text{Followers}} \times 100$$

ประมาณ 1-5% ขึ้นไป ค่าเฉลี่ยที่ดีอยู่

จุดแข็งของเฟซบุ๊กแฟนเพจสุขเป็น

สำหรับเพจที่มีอายุ 2 ปี มีผู้ติดตาม 1,821 คน แต่ได้ยอดวิวรวมกว่า 228,000 ครั้งถือว่าสูงมาก ซึ่งเพจสุขเป็นมีจุดแข็งคือการสร้างคอนเทนต์ที่ดึงดูดให้ผู้ติดตามกลับมาเสพซ้ำ และยังสร้าง Engagement ได้สูง สิ่งที่ควรต่อยอดคือการ ขยายฐานผู้ติดตาม เพราะเมื่อจำนวนแฟนเพจเพิ่มขึ้น ยอดวิวและ Engagement จะยิ่งเติบโตแบบทวีคูณ

ความท้าทายของเพจสุขเป็นในโลกแห่งโซเชียลมีเดียที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา

แม้ว่า ตัวเลขต่างๆ ทั้งยอดผู้ติดตามและระดับการมีส่วนร่วมของเพจสุขเป็นจะถือว่าน่าพอใจและมีศักยภาพในการต่อยอด แต่ความท้าทาย คือข้อจำกัดของแพลตฟอร์มที่มีการเปลี่ยนแปลงเงื่อนไขตลอดเวลา เช่น ที่ผ่านมามีความสามารถค้นหา #สุขเป็น เพื่อดูยอดโพสต์ที่ติดแฮชแท็กได้ แต่ไม่ปัจจุบันไม่สามารถค้นหาได้แล้ว

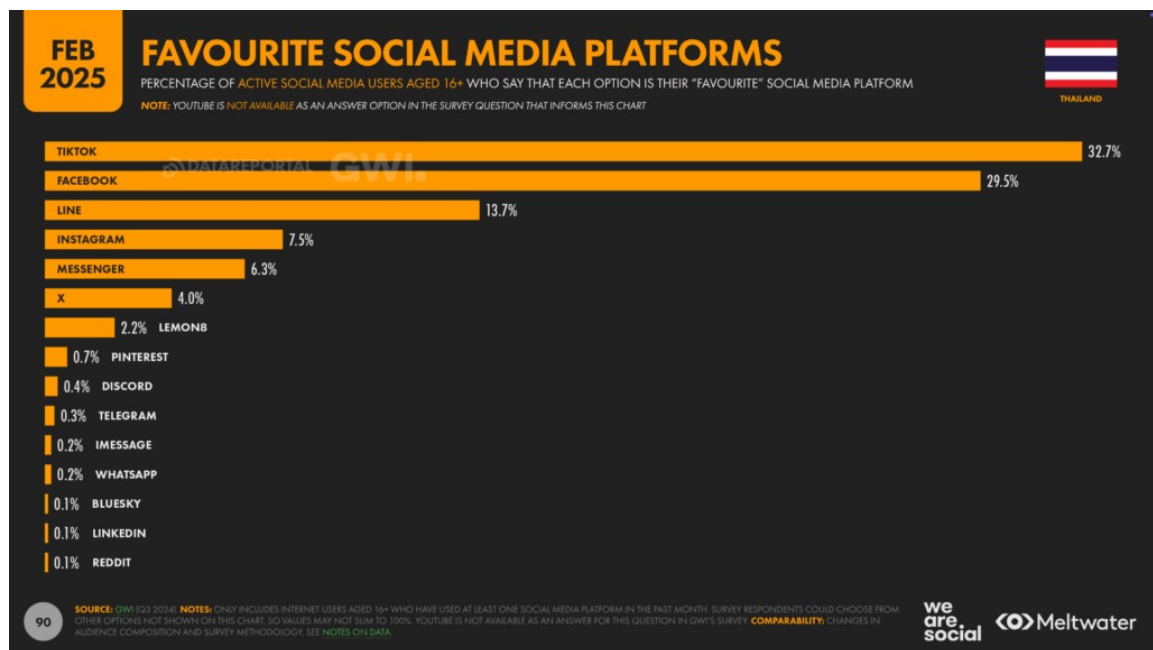
นอกจากนี้ เฟซบุ๊กยังออกกฎเกณฑ์เกี่ยวกับการมองเห็นเป็นระยะ เพื่อให้เจ้าของแฟนเพจเสียค่าใช้จ่ายดำเนินการเพื่อเปิดการมองเห็น ยังเป็นโจทย์ในอนาคตว่า หากจะสร้างการรับรู้แบรนด์สุขเป็นผ่านเฟซบุ๊กแฟนเพจ จะทำอย่างไรให้เกิดความยั่งยืนและยังคงความนิยมบนฐาน organic fan ได้

ข้อเสนอสำหรับการขยายผลเฟชบุ๊กแฟนเพจบนฐานข้อมูลปัจจุบัน

เนื่องจากเฟชบุ๊กแฟนเพจสุขเป็น มีศักยภาพในการต่อยอด ดังนั้น การสร้างการรับรู้ผ่านฐาน organic fan สามารถทำได้โดยใช้ข้อมูลของผู้ติดตามเพจปัจจุบัน ได้แก่

1. **ด้านกลุ่มเป้าหมาย** ที่ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงและเป็นวัยทำงาน ซึ่งคาดการณ์ว่าน่าจะเป็นแกนนำของโครงการ ดังนั้น การชักชวนให้ฐานผู้ติดตามเก่ามีส่วนเผยแพร่ประชาสัมพันธ์เพจไปยังกลุ่มเป้าหมายอื่นๆ เช่น เพศชายหรือกลุ่มวัยรุ่น เป็นเรื่องที่น่าสนใจ และประเด็นเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพจิตบวกเกี่ยวข้องกับคนทุกวัยและทุกกลุ่ม ดังนั้น เนื้อหาของเพจสามารถเข้าถึงคนทุกกลุ่มวัยได้
2. **ด้านเนื้อหา** จากฐานข้อมูลพบว่า เนื้อหาที่คนสนใจส่วนใหญ่เป็นลิงค์ ที่คนจะคลิกต่อเพื่อรับชมข้อมูลข่าวสารต่างๆ อย่างไรก็ตาม เนื้อหาประเภทรูปภาพที่ได้รับความนิยมเป็นลำดับถัดมาเป็นช่องทางในการต่อยอดขยายผล โดยเฉพาะเป็นรูปภาพที่เกิดจากการทำงานจริงของคนในพื้นที่ก็จะยิ่งเพิ่มการดูซ้ำได้มากขึ้น โดยอาจจะใช้รูปภาพที่น่าสนใจประกอบกับเนื้อหาที่เขียนเป็นเรื่องเล่าหรือประเด็นน่าสนใจจากการทำงานประกอบกันเพื่อที่จะได้ทั้งยอดวิวและประเด็นสำคัญในการทำงานที่จะใช้ต่อยอดให้คนทำงานในพื้นที่ต่อไป
3. **การสร้างแพลตฟอร์มที่เชื่อมต่อกับเพจ** เพื่อเป็นช่องทางสำรองและขยายฐานผู้ติดตาม เช่น การใช้ Instagram TikTok หรือ X แต่ควรมีผู้ดูแลเฉพาะด้านงานโซเชียลมีเดียเพื่อดูเนื้อหาภาพรวมให้สอดคล้องกันและแก้ไขปัญหาทางเทคนิคเบื้องต้นได้

ทั้งนี้ รายงาน Digital 2025 จาก DataReportal ได้ทำการรวบรวมและสรุปข้อมูลเกี่ยวกับ พฤติกรรมการใช้ Digital ของคนไทย พบว่า TikTok แข่งหน้า Facebook ขึ้นเป็นแพลตฟอร์มที่ผู้ใช้ชื่นชอบมากที่สุด บ่งชี้ถึงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการบริโภคสื่อของผู้คน โดยหันมาให้ความสนใจกับวิดีโอสั้น (Short Video) และเนื้อหาที่สร้างสรรค์มากขึ้น อย่างไรก็ตาม Facebook ยังคงเป็นแพลตฟอร์มที่ได้รับความนิยมอย่างมากในประเทศไทย ซึ่งยังมีฐานผู้ใช้ที่กว้างขวางและฟังก์ชันที่หลากหลาย ทำให้ Facebook ยังคงเป็นเครื่องมือสำคัญสำหรับการติดต่อสื่อสารและเข้าถึงข้อมูล แต่มีเปอร์เซ็นต์ความขึ้นชอบลดลง แสดงให้เห็นถึงความท้าทายในการรักษาความสนใจ ของผู้ใช้ในยุคที่แพลตฟอร์มใหม่ๆ กำลังเติบโต



ข้อมูลจาก <https://www.popticles.com/trends/thailand-digital-and-social-media-2025/>

2. ข้อมูลประกอบผลลัพธ์เชิงระบบ “สุขเป็น” ในงานบริการปฐมภูมิ

กรณีศึกษาตำบลป่าตัน อำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง

(ข้อมูลจากการสนทนากลุ่ม CAS อสม. และ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ณ วันที่ 8 กรกฎาคม 2569)

1. ผลลัพธ์ (Outcomes)

1.1 การเปลี่ยนแปลงภายในตนเอง

กลุ่มแกนนำ อสม. ได้สะท้อนว่าตนเองมีการเปลี่ยนแปลงอย่างชัดเจน เข้าใจผู้อื่นมากขึ้น ไม่ติตราและไม่ด่วนตัดสินคนไข ส่งผลให้ตัว อสม. เองได้มีการปรับคำพูดและวิธีการสื่อสารที่ใช้กับผู้ป่วย ทำให้ทัศนคติของผู้ป่วยเปลี่ยนตาม เกิดการรับฟังมากขึ้น และเริ่มเห็นคุณค่าในตนเอง จนทำให้ยอมเข้ารับการรักษาในที่สุด ในด้านของอารมณ์ ก็สัมผัสได้ว่าตนเองรู้เท่าทันอารมณ์เร็วขึ้นเมื่อเทียบกับแต่ก่อน เมื่อรู้เท่าทันอารมณ์แล้วก็รู้วิธีการจัดการอารมณ์ของตนเองได้ เกิดความนิ่งทางอารมณ์ ใจเย็นลงได้ง่ายขึ้น นอกจากนี้ ในกลุ่มอสม. เองยังกล้าพูดและกล้าแสดงออกมากขึ้นจากการเข้าร่วมกิจกรรมสุขเป็นในแต่ละครั้ง ได้ฝึก

พูด ฝึกแสดงความคิดเห็น และได้นำกิจกรรมสุขเป็นไปปรับใช้กับการทำงานในบทบาทของตนเอง เหมือนเป็นการพัฒนาศักยภาพในการทำงานอีกด้านหนึ่ง

1.2 การเปลี่ยนแปลงด้านความสัมพันธ์ (ครอบครัว เพื่อนบ้าน เครือข่าย)

เมื่อการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นจากข้างในแล้ว พวกเขาสะท้อนเพิ่มเติมว่าความสัมพันธ์กับคนรอบข้าง ทั้งคนในครอบครัว เพื่อนร่วมงาน และผู้ป่วยในชุมชน ก็เปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น เพราะเริ่มตระหนักถึงผลกระทบของอารมณ์ที่มีต่อตนเองและผู้อื่น โดยเฉพาะอารมณ์เชิงลบ “ถ้าเราโกรธ คนอื่นก็จะได้รับผลจากอารมณ์ของเราเหมือนกัน” เห็นได้ชัดว่าพวกเขาให้ความสำคัญกับการรู้เท่าทันอารมณ์ และการจัดการอารมณ์ของตนเองมาก เพราะพวกเขามองว่าเป็นส่วนสำคัญที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในหลาย ๆ ด้าน

1.3 การเปลี่ยนแปลงมุมมองการทำงานในชุมชน ที่เน้น “ความสุข”

มุมมองต่อการทำงานในชุมชนเปลี่ยนแปลงไป เกิดแกนนำสุขเป็น การทำงานในบทบาทของ อสม. อย่างการไปเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเอง ก็เน้นทำด้วยใจมากขึ้น ไม่ใช่แค่ไปทำตามหน้าที่ให้มันจบไป แต่ใช้เวลา ให้ความใส่ใจกับผู้ป่วย รับฟังเขามากขึ้น เมื่อความสัมพันธ์ของเรากับผู้ป่วยดีขึ้น ผู้ป่วยเขาก็รู้สึกสุขใจและอยากให้เราเยี่ยมบ่อย ๆ กระบวนการทำงานของกลุ่มแกนนำ อสม. เองก็เปลี่ยนไปจากแต่ก่อน มีการสอดแทรกสุขเป็นเข้าไปในทุกกิจกรรมที่ทำกับชุมชน กลุ่ม อสม. ได้สะท้อนว่า “ถ้าเราแฮปปี้ คนไข้เขาก็แฮปปี้ และดีขึ้นตามลำดับ คนที่ได้ประโยชน์ในที่นี่ก็คือตัวคนไข้และครอบครัวของเขาเอง”

จากการเปลี่ยนแปลงในแต่ละด้านนั้น กลุ่มแกนนำ อสม. ให้ความสำคัญกับการเปลี่ยนแปลงภายในตนเองมาเป็นอันดับ 1 เพราะพวกเขาได้สะท้อนว่าการเปลี่ยนแปลงจากภายในนั้นเป็นจุดเริ่มต้นที่สำคัญที่สุด หากตนเองไม่เกิดการเปลี่ยนแปลง ความสัมพันธ์ที่ดี และกระบวนการทำงานในชุมชนอย่างมีความสุข ไม่อาจเกิดตามมาได้

2. ความสำคัญของผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น (Significant)

กลุ่มแกนนำ อสม. มองว่าการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากภายในของตนเอง นั้น ส่งผลให้คนรอบข้างมีสุขภาพจิตที่ดีขึ้นตามไปด้วย และทำให้ตนเองสามารถเป็น “ต้นแบบความสุข” ให้กับผู้อื่นได้ จากการที่พวกเขาเองนั้นมีความสุขด้วยตนเองได้ง่ายขึ้น

ในด้านของความสัมพันธ์กับคนรอบข้าง โดยเฉพาะกับผู้นำชุมชนก็มีความใกล้ชิดและเป็นกันเองมากขึ้น เกิดความสัมพันธ์ที่ตั้งอยู่บนพื้นฐานของความเท่าเทียมและความไว้วางใจซึ่งกันและกัน ทำให้การผลักดันงานบางอย่างมีช่องทางมากขึ้น การทำงานง่ายและราบรื่นขึ้น จึงอยากจะสร้างต้นแบบการ

ทำงานในลักษณะนี้ให้คนรุ่นต่อไป นอกจากนี้ ความสัมพันธ์ที่ดีขึ้นยังทำให้คนในชุมชนมองเห็น อสม. ที่เป็นแกนนำในฐานะ "ที่พึ่ง" ของชุมชนมากขึ้น และได้กล่าวว่าการนำสุขเป็นเข้ามาใช้กับตัวเองและใช้ในการทำงานนั้นช่วยลดความรุนแรงของปัญหาสุขภาพจิตในชุมชนไปได้เยอะ ลดโอกาสการเกิดเหตุการณ์รุนแรง ลดอัตราการฆ่าตัวตายลงได้ อีกทั้ง สิ่งที่เห็นถึงความเปลี่ยนแปลงได้อย่างชัดเจน คือ คนในชุมชนที่มีปัญหาสามารถกลับเข้าสู่สังคมได้ ผ่านการร่วมกันหาทางออก การสร้างโอกาส และช่วยเหลือโอบอุ้ม สร้างความมั่นใจให้เขา และทำให้หลุดพ้นจากปัญหาที่เรื้อรังมานาน รวมถึงสุขเป็นนั้นเข้ามาช่วยให้การทำงานของ 3 หมอ (อสม. นักสาธารณสุข แพทย์) ง่ายขึ้น ลดช่องว่างในการทำงาน ลดกำแพงของคนในชุมชน ลดชนชั้น เกิดจิตเมตตาต่อผู้อื่น และเห็นตรงกันทุกคนว่า “สุขเป็นทำให้ชุมชนน่าอยู่ขึ้น”

3. การมีส่วนร่วมสนับสนุนให้เกิดผลลัพธ์การเปลี่ยนแปลงจากโครงการ (Contributions)

ปัจจัยสำคัญที่กระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลง เริ่มต้นจากการเข้าร่วมกิจกรรม 7-3-3-3 ซึ่งเป็นกระบวนการที่ค่อย ๆ สร้างการเรียนรู้และการเปลี่ยนแปลงภายใน กลุ่มแกนนำ อสม. ได้ให้ข้อมูลว่า ตนเองเริ่มรู้สึก “เอ๊ะ” หรือ จุกคิดได้ ในครั้งที่ 3 ตอนถูกชวนคิด การตั้งคำถาม ด้วยคีย์เวิร์ดสำคัญที่ว่า “ไม่มี ถูก ไม่มีผิด” ทำให้รับรู้ถึงบรรยากาศที่ปลอดภัย กล้าแสดงความคิดเห็น กล้าพูด กล้าคุยมากขึ้น และเมื่อเข้าร่วมกิจกรรมครั้งที่ 4 จึงเริ่มเข้าใจแนวคิดและกระบวนการของสุขเป็นจริง ๆ จึงเกิดแรงบันดาลใจอยากจะนำสุขเป็นไปเผยแพร่ต่อให้กับคนในชุมชน

นอกจากนี้ กลุ่มแกนนำ อสม. ยังสะท้อนว่า กิจกรรม 7-3-3-3 ได้สร้างศักยภาพให้พวกเขาได้กล้าพูด กล้าแสดงออกมากขึ้น ผนวกกับมีหมอแผนที่เป็นเหมือนพี่เลี้ยงเข้ามาเสริมแรง ชักชวนให้กลุ่มแกนนำ อสม. ไปทำต่อโดยการลองด้วยตนเองก่อน และนำกิจกรรมสุขเป็นไปปรับใช้ในบทบาทการทำงาน เช่น การออกหน่วย การประชุม อสม. เป็นต้น โดยในการทำกิจกรรมแต่ละครั้งก็ได้มีการส่งภาพการทำกิจกรรมผ่านช่องทางกลุ่ม Line “สุขเป็นลำปาง” จะมีพี่ต๋มและพี่หน้อยที่คอยเสริมแรง แนะนำ กระตุ้น และติดตามผลอย่างต่อเนื่อง

CAs ตาบลดำตัน ลงความเห็นให้คะแนนการประเมินผลลัพธ์โครงการอยู่ที่ **ระดับ 5** คือ *หากไม่มีโครงการนี้ ความเปลี่ยนแปลงอาจเกิดเพียงเล็กน้อย หรือไม่สมบูรณ์ โครงการนี้จึงเป็นปัจจัยหลักที่ช่วยขับเคลื่อนให้บรรลุผลลัพธ์*

3. ข้อมูลประกอบผลลัพธ์เชิงระบบ “สุขเป็น” ในงานจิตเวชชุมชน

กรณีศึกษาตำบลบ้านบอม อำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง (ไม่ใช่พื้นที่โครงการโดยตรง แต่ CAs ขยายผลไปยังผู้รับประโยชน์)

1. ผลลัพธ์ (Outcomes)

พื้นที่บ้านบอม ได้นำกระบวนการของสุขเป็น ไปประยุกต์ใช้โดยเริ่มจากการดูแลผู้ป่วยเป็นจุดตั้งต้น หรือเป็นการเริ่มต้นจากปลายน้ำ จึงมีจุดเริ่มต้นที่แตกต่างจากพื้นที่อื่น เมื่อได้ลองใช้สุขเป็นกับผู้ป่วยแล้วเกิดผลลัพธ์ที่ค่อย ๆ ดีขึ้นอย่างชัดเจน ตัวแกนนำเองก็เกิดการเปลี่ยนแปลงภายในเช่นกัน โดยได้สะท้อนว่า กลุ่มแกนนำ อสม. ได้เกิดการปรับเปลี่ยนทัศนคติและมุมมองที่มีต่อผู้ป่วยจากเดิมที่มองผู้ป่วยเป็นภาระ เพราะอยู่ในพื้นที่มาตั้งแต่เกิด ไม่คิดว่าจะเห็นการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นในชุมชนได้ กลับกลายเป็นปรับมุมมองตนเอง ให้ใจเย็นมากขึ้น และมองว่าการให้ความสำคัญ ให้ความเข้าใจกับผู้ป่วย ไม่ตีตรา ไม่ตัดสิน มองผู้ป่วยคือมนุษย์คนหนึ่งที่ต้องการความช่วยเหลือ รับฟังอย่างตั้งใจ พยายามเข้าใจบริบทชีวิตและความรู้สึกของผู้ป่วยให้มากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจต่อแกนนำ อสม. และยอมเข้ารับการรักษาในระบบมากยิ่งขึ้น

2. ความสำคัญของผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น (Significant)

การเปลี่ยนแปลงที่สำคัญเกิดขึ้นในระดับชุมชน โดยคนในชุมชนก็เริ่มปรับเปลี่ยนมุมมองที่มีต่อผู้ป่วย ลดการตีตราและการกีดกันทางสังคม ส่งผลให้ผู้ป่วยเปิดใจยอมรับการรักษา ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดีขึ้น นอกจากนี้ สมาชิกในครอบครัวก็เปิดใจยอมรับผู้ป่วยมากขึ้น เกิดการปรับตัวและสนับสนุนการรักษา คอยปรึกษากับแกนนำ อสม. อยู่เสมอ ทำให้ผู้ป่วยสามารถกลับมาใช้ชีวิตร่วมกับครอบครัวและชุมชนได้ มีปฏิสัมพันธ์กับคนรอบข้างเพิ่มขึ้น และได้รับการยอมรับจากคนในชุมชน แกนนำ อสม. สะท้อนว่า “ชุมชนสงบสุขมากขึ้น คนไม่รังเกียจผู้ป่วย”

3. การมีส่วนร่วมสนับสนุนให้เกิดผลลัพธ์การเปลี่ยนแปลงจากโครงการ (Contributions)

ปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงได้ จุดเริ่มต้นจากการที่หมอแนนเข้ามาทำเป็นตัวอย่างให้กับกลุ่มแกนนำ อสม. ดูว่า ในการออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วยควรต้องทำอะไร ทั้งในเรื่องการพูด ท้าทาย การสบตา การเข้าหาผู้ป่วย โดยหลังจบทุกเคสจะมีการถอดบทเรียนร่วมกันอย่างสม่ำเสมอ และมีพี่ต๋มที่เข้ามาเสริมเรื่องของการใช้เทคนิคการพูดคุยอย่างเท่าเทียม รวมถึงเทคนิคการฟัง การสื่อสาร และการทำความเข้าใจว่าผู้ป่วยทุกคนมีคุณค่าและมีตัวตน

ตำบลบ้านบอม ลงความเห็นให้คะแนนการประเมินผลลัพธ์โครงการอยู่ที่ ระดับ 6 คือ การดำเนินงานของโครงการเป็นเหตุผลหลักที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง และเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลสูงมากต่อทั้งขนาด คุณภาพ และผลกระทบที่เกิดขึ้น

4. นิยามศัพท์สำคัญของการประเมินผลภายใน (อ้างอิงจากคู่มือ นิยามศัพท์ของ สสส., 2566)

การขับเคลื่อน หมายถึง กระบวนการ วิธีการที่นำเอานโยบาย ยุทธศาสตร์ แผนงาน โครงการไปสู่การปฏิบัติ โดยมีกระบวนการและวิธีการที่เหมาะสมกับบริบททางสังคมกลุ่มประชากรเป้าหมาย กลุ่มองค์กรหรือเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง

กลไกการขับเคลื่อนงาน หมายถึง สิ่งที่ทำให้ระบบขับเคลื่อนหรือดำเนินต่อไปได้ซึ่งอาจหมายถึงคณะกรรมการหรือคณะทำงานอย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการ ตลอดจนกระบวนการหรือเครื่องมือที่ส่งผลให้เกิดการขับเคลื่อนงานของภาคีเครือข่ายเพื่อเสริมสร้างสุขภาวะ หรือลดความเหลื่อมล้ำหรือลดความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพ

กระบวนการพัฒนาศักยภาพ หมายถึง กระบวนการเสริมสร้างให้บุคคลหรือภาคีเครือข่าย มีความรู้ ความเข้าใจ และเกิดทักษะในการขับเคลื่อนงาน สร้างเสริมสุขภาพ เช่น การฝึกอบรม การลงพื้นที่ศึกษาดูงาน การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เป็นต้น โดยสามารถนำความรู้ ความเข้าใจ และทักษะที่ได้รับไปใช้ในการขับเคลื่อนการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ

กลไกระดับพื้นที่ หมายถึง การขับเคลื่อนหรือดำเนินงานระดับพื้นที่ คือ อำเภอและตำบลที่อาศัยพื้นที่ดำเนินงานเป็นปัจจัยหลักในการทำงานร่วมกันของทุกภาคส่วน เช่น คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ กองทุนสุขภาพตำบล ฯลฯ มีการกำหนดแผนปฏิบัติงาน แนวปฏิบัติรองรับการบริหารจัดการ การจัดสรรทรัพยากร การจัดองค์กร หน่วยงานเพื่อให้มีการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพตลอดจนจัดการสิ่งแวดล้อมและปัจจัยที่มีผลกระทบต่อสุขภาพในพื้นที่

การขยายผล หมายถึง การนำความรู้ ผลงาน ต้นแบบ กลไก หรือแนวปฏิบัติที่ดีไปกำหนดเป็นนโยบาย ขับเคลื่อนการดำเนินงาน หรือทดลองใช้ในพื้นที่อื่น ๆ

ผลลัพธ์การเปลี่ยนแปลงทางสุขภาพจิต หมายถึง ผลการเปลี่ยนแปลง
คะแนนแสดงระดับสุขภาพจิตในทิศทางเป็นบวกเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ (ใน
กลุ่มเป้าหมาย) ที่เป็นผลจากการดำเนินงาน

5. แบบประเมินผลลัพธ์ต่อสุขภาพจิต ด้วยแบบประเมินความสุข (THI-15)

1. ฉันรู้สึกพึงพอใจในชีวิต

☐ ไม่เลย ☐ เล็กน้อย ☐ มาก ☐ มากที่สุด

2. ฉันรู้สึกสบายใจ

☐ ไม่เลย ☐ เล็กน้อย ☐ มาก ☐ มากที่สุด

3. ฉันรู้สึกเบื่อหน่ายต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน(*)

☐ ไม่เลย ☐ เล็กน้อย ☐ มาก ☐ มากที่สุด

4. ฉันรู้สึกผิดหวังในตัวเอง(*)

☐ ไม่เลย ☐ เล็กน้อย ☐ มาก ☐ มากที่สุด

5. ฉันรู้สึกว่าชีวิตมีแต่ความทุกข์(*)

☐ ไม่เลย ☐ เล็กน้อย ☐ มาก ☐ มากที่สุด

6. ฉันสามารถทำใจยอมรับได้สำหรับปัญหาที่ยากจะแก้ไข (เมื่อมีปัญหา)

☐ ไม่เลย ☐ เล็กน้อย ☐ มาก ☐ มากที่สุด

7. ฉันมั่นใจว่าสามารถควบคุมอารมณ์ได้เมื่อมีเหตุการณ์คับขันหรือร้ายแรงเกิดขึ้น

☐ ไม่เลย ☐ เล็กน้อย ☐ มาก ☐ มากที่สุด

8. ฉันมั่นใจที่จะเผชิญกับเหตุการณ์ร้ายแรงที่เกิดขึ้นในชีวิต

☐ ไม่เลย ☐ เล็กน้อย ☐ มาก ☐ มากที่สุด

9. ฉันรู้สึกเห็นใจเมื่อผู้อื่นมีความทุกข์

☐ ไม่เลย ☐ เล็กน้อย ☐ มาก ☐ มากที่สุด

10. ฉันรู้สึกเป็นสุขในการช่วยเหลือผู้ที่มีปัญหา

☐ ไม่เลย ☐ เล็กน้อย ☐ มาก ☐ มากที่สุด

11. ฉันให้ความช่วยเหลือแก่ผู้อื่นเมื่อมีโอกาส

☐ ไม่เลย ☐ เล็กน้อย ☐ มาก ☐ มากที่สุด

12. ฉันรู้สึกภูมิใจในตนเอง

☐ ไม่เลย ☐ เล็กน้อย ☐ มาก ☐ มากที่สุด

13. ฉันรู้สึกมั่นคง ปลอดภัย เมื่ออยู่ในครอบครัว

☐ ไม่เลย ☐ เล็กน้อย ☐ มาก ☐ มากที่สุด

14. หากฉันป่วยหนัก ฉันเชื่อว่าครอบครัวจะดูแลฉันเป็นอย่างดี

☐ ไม่เลย ☐ เล็กน้อย ☐ มาก ☐ มากที่สุด

15. สมาชิกในครอบครัวมีความรักและผูกพันต่อกัน

☐ ไม่เลย ☐ เล็กน้อย ☐ มาก ☐ มากที่สุด

การให้คะแนนแต่ละข้อคำถาม

ไม่เลย = 0

เล็กน้อย = 1

มาก = 2

มากที่สุด = 3

(*) ข้อคำถามเชิงลบให้กลับค่าคะแนน

การทดสอบค่าความเชื่อมั่นของข้อคำถามเพื่อใช้ในพื้นที่โครงการด้วย
Cronbach alpha = 0.803 (ความเชื่อมั่นระดับดี)

6. แบบประเมินผลลัพธ์ด้านสุขภาพจิตของ CAs ระยะท้าย โครงการ ด้านทักษะสร้างสุขและระดับความสุขตามแนวคิด PERMA

1. ฉันมองโลกในแง่ดีได้ แม้จะเผชิญกับสถานการณ์ที่ไม่พอใจ ☐ จริง
อย่างมาก ☐ค่อนข้างจริง ☐จริงเพียงเล็กน้อย ☐ไม่
จริงเลย

2. ฉันนึกขอบคุณตัวเองและสิ่งรอบตัว แม้จะเป็นเรื่องเล็กๆ น้อย ๆ

☐ จริงอย่างมาก ☐ ก่อนข้างจริง ☐ จริงเพียงเล็กน้อย
☐ ไม่จริงเลย

3. ฉันตั้งเป้าหมายเล็กๆ น้อย ๆ ให้กับตัวเองอยู่เสมอและพยายามทำให้สำเร็จ ☐ จริงอย่างมาก ☐ ก่อนข้างจริง ☐ จริงเพียงเล็กน้อย ☐ ไม่จริงเลย

4. ฉันค้นพบข้อดีหรือความถนัดของตนเอง

☐ จริงอย่างมาก ☐ ก่อนข้างจริง ☐ จริงเพียงเล็กน้อย
☐ ไม่จริงเลย

5. เมื่อฉันมีความทุกข์หรือไม่สบายใจ ฉันจะทบทวนอารมณ์ความรู้สึกของตนเองก่อนเสมอ ☐ จริงอย่างมาก ☐ ก่อนข้างจริง
☐ จริงเพียงเล็กน้อย ☐ ไม่จริงเลย

6. เมื่อคนอื่นทำให้ฉันไม่พอใจ ฉันจะจัดการความรู้สึกตนเองก่อนที่จะแก้ปัญหา ☐ จริงอย่างมาก ☐ ก่อนข้างจริง ☐ จริงเพียงเล็กน้อย ☐ ไม่จริงเลย

7. ฉันใช้เวลาตัวเองเพื่อที่จะดูแลร่างกายและจิตใจมากขึ้น ☐ จริงอย่างมาก ☐ ก่อนข้างจริง ☐ จริงเพียงเล็กน้อย ☐ ไม่จริงเลย

8. ฉันพูดคุยกับคนอื่นอย่างใส่ใจ และรับฟังด้วยความเข้าใจ ☐ จริงอย่างมาก ☐ ก่อนข้างจริง ☐ จริงเพียงเล็กน้อย ☐ ไม่จริงเลย

9. ฉันมีกิจกรรมที่ทำแล้วมีความสุขเพลิดเพลินจนลืมเวลา ☐ จริงอย่างมาก ☐ ก่อนข้างจริง ☐ จริงเพียงเล็กน้อย ☐ ไม่จริงเลย

10. ฉันรู้สึกว่าตนฉันมีประโยชน์ต่อคนในครอบครัวและคนรอบข้าง ☐ จริงอย่างมาก ☐ ก่อนข้างจริง ☐ จริงเพียงเล็กน้อย
☐ ไม่จริงเลย

11. เมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา ฉันมีอารมณ์เชิงบวกมากขึ้น เช่น สดชื่น แจ่มใส เบิกบาน ☐ จริงอย่างมาก ☐ ก่อนข้างจริง ☐ จริงเพียงเล็กน้อย ☐ ไม่จริงเลย

12. เมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา ฉันสามารถจดจ่อกับสิ่งที่กำลังทำได้มากขึ้น ☐ จริงอย่างมาก ☐ ก่อนข้างจริง ☐ จริงเพียงเล็กน้อย
☐ ไม่จริงเลย

13. เมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา ฉันรู้สึกว่ามีความสัมพันธ์ที่ดีกับคนอื่น ๆ มากขึ้น ☐ จริงอย่างมาก ☐ ก่อนข้างจริง ☐ จริงเพียงเล็กน้อย
☐ ไม่จริงเลย

14. เมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา ฉันรู้สึกว่ามีคุณค่ามากกว่าเดิม ☐ จริง
อย่างมาก ☐ ก่อนข้างจริง ☐ จริงเพียงเล็กน้อย ☐ ไม่
จริงเลย

15. เมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา ฉันรู้สึกว่ามีเป้าหมายในการทำสิ่งต่างๆ ใน
แต่ละวันมากขึ้น ☐ จริงอย่างมาก ☐ ก่อนข้างจริง ☐ จริง
เพียงเล็กน้อย ☐ ไม่จริงเลย

หมายเหตุ ข้อ 1-8 เป็นทักษะสร้างสุข

ข้อ 9-15 ความสุขตามแนวคิด PERMA

การให้คะแนนแต่ละข้อคำถาม

- จริงอย่างมาก 3 คะแนน
- ก่อนข้างจริง 2 คะแนน
- จริงเพียงเล็กน้อย 1 คะแนน
- ไม่จริงเลย 0 คะแนน

คะแนนรวม 15 ข้อ คิดเป็น 0-45

เกณฑ์การประเมินผล

คะแนน ร้อยละ 80 สูง 36-45

ร้อยละ 60-79 ปานกลาง 27-35

น้อยกว่า 59 ต่ำ 0-26

ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ 0.904 อยู่ในระดับดีมาก

7. ข้อคำถามประเมินดัชนีสุขภาพจิตชุมชนท้องถิ่น (Community Mental Health Index; CMHI)

ไม่รู้/ ไม่มี	ท่านไม่รู้หรือไม่ทราบว่า มีเรื่องนั้นๆ อยู่ในชุมชนของท่าน
น้อย ที่สุด	การรับรู้และความรู้สึกของท่านที่มีต่อ กิจกรรม/เหตุการณ์นั้นๆ ในระดับ น้อยที่สุด หรือแทบจะไม่มีเหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นในชุมชน

ไม่รู้/ ไม่มี	ท่านไม่รู้หรือไม่ทราบว่ามีการมีเรื่องนั้นๆ อยู่ในชุมชนของท่าน
น้อย	การรับรู้และความรู้สึกของท่านที่มีต่อ กิจกรรม/เหตุการณ์นั้นๆ ในระดับน้อย หรือมีเหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นอยู่บ้างเล็กน้อยในชุมชน
มาก	การรับรู้และความรู้สึกของท่านที่มีต่อ กิจกรรม/เหตุการณ์นั้นๆ ในระดับมาก หรือมีเหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นอยู่บ่อยครั้งในชุมชน
มากที่สุด	การรับรู้และความรู้สึกของท่านที่มีต่อ กิจกรรม/เหตุการณ์นั้นๆ ในระดับมากที่สุด หรือมีเหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นอยู่เป็นประจำในชุมชน

รายละเอียดข้อคำถามจำนวน 36 ข้อ

1. ชุมชนมีการรับฟัง ให้คำปรึกษา ช่วยเหลือทางด้านอารมณ์ ความรู้สึกแก่ประชาชนในชุมชน
2. ชุมชนให้การยอมรับ หรือให้โอกาสประชาชนได้ใช้ ศักยภาพในการทำกิจกรรมต่างๆ ในชุมชน
3. ชุมชนมีการให้ข้อมูลแหล่งช่วยเหลือที่มีในชุมชน
4. ชุมชนช่วยเหลือเงินหรือสิ่งของที่จำเป็นแก่ประชาชนเมื่อ ต้องการความช่วยเหลือ
5. ชุมชนมีการให้คำปรึกษา กำลังใจ ช่วยเหลือเวลาที่ประสบ กับปัญหา
6. ชุมชนมีกลุ่ม/เครือข่ายที่ร่วมกันช่วยเหลือหรือแก้ปัญหาที่ เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตประชาชน
7. ชุมชนเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชน ได้ตามที่ต้องการ
8. หากเกิดปัญหาหรือเหตุการณ์วิกฤตขึ้น ประชาชนใน ชุมชนจะรวมตัวกันเพื่อดูแลช่วยเหลือซึ่งกันและกัน
9. ท่านรู้สึกได้รับการยอมรับและเป็นส่วนหนึ่งของชุมชน
10. ชุมชนให้ความสำคัญกับทุกคนในชุมชน
11. ท่านมีโอกาสใช้พื้นที่สีเขียว/พื้นที่สาธารณะในชุมชนเพื่อ พักผ่อนและทำกิจกรรมร่วมกัน

12. ความสะดวกในการเดินทางไปพักผ่อนหรือทำกิจกรรมใน พื้นที่สีเขียว/พื้นที่สาธารณะในชุมชน
13. เมื่อท่านเดินอยู่ในชุมชน ท่านจะรู้สึกปลอดภัยอยู่เสมอ
14. ท่านคิดว่าแผนหรือแนวทางที่ชุมชนมีสามารถรับมือกับ ปัญหาความรุนแรง/อาชญากรรม/ปัญหาทางด้านมลพิษ ได้
15. เมื่อเกิดปัญหาหรือเหตุการณ์วิกฤตในชุมชน (เช่น ภัยธรรมชาติ ความรุนแรง ฯลฯ) ท่านคิดว่าชุมชน สามารถจัดการและปรับตัวได้
16. ชุมชนของท่านมีสาธารณูปโภค (เช่น ไฟฟ้า ประปา ขนส่งมวลชน ฯลฯ) ที่เพียงพอต่อการ ดำเนินชีวิตประจำวัน
17. ท่านรู้สึกว่าคุณในชุมชนของท่านมีรายได้เพียงพอต่อการ ดำรงชีวิต
18. ท่านมีรายได้เพียงพอต่อการดำรงชีวิต
19. สมาชิกในครอบครัวของท่านมีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน
20. สมาชิกในครอบครัวของท่านมีการช่วยเหลือเกื้อกูลกัน
21. สมาชิกในครอบครัวของท่านมีความรู้สึกห่วงใยและ ไว้วางใจกัน
22. ท่านเห็นว่ามีคนบางกลุ่มถูกกีดกันไม่ให้เข้าร่วมกิจกรรม บางอย่างในชุมชน
23. ส่วนใหญ่เมื่อคนในชุมชนมีปัญหาด้านสุขภาพจิตจะเลือก หลีกเลี่ยงออกจากสังคมและรอให้อาการป่วยหายเอง
24. ท่านเคยได้ยินคนในชุมชนเรียกผู้ป่วยจิตเวชหรือคนที่มี ปัญหาสุขภาพจิตว่าเป็นคนบ้า
25. คนในชุมชนเชื่อว่าผู้ป่วยจิตเวชหรือคนที่มีปัญหา สุขภาพจิตไม่สามารถป้องกันหรือรักษาได้
26. ท่านเคยเห็นผู้ป่วยจิตเวชหรือคนในครอบครัวที่มีผู้ป่วย ถูกกีดกันไม่ให้ทำกิจกรรมร่วมกับคนในชุมชน
27. ท่านเคยเห็นผู้ป่วยจิตเวชถูกปฏิเสธความช่วยเหลือจากคน ในชุมชน
28. ชุมชนของท่านมีการส่งเสริมความรู้เรื่องการดูแล สุขภาพจิตของตนเองให้กับประชาชน
29. ชุมชนของท่านมีการส่งเสริมสุขภาพจิตให้กับเด็กใน โรงเรียน
30. ชุมชนของท่านมีการส่งเสริมทักษะในการเลี้ยงดูบุตรให้กับ พ่อแม่ผู้ปกครอง

31. ชุมชนของท่านมีกิจกรรมเพื่อป้องกันความเสี่ยงต่อการคิด ทำร้ายตนเอง
32. ชุมชนของท่านมีการคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตของคนใน ชุมชน
33. คนในชุมชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพจิตได้ง่าย
34. หากท่านต้องการความช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตท่านรู้ว่า จะขอรับการช่วยเหลือได้จากที่ใด
35. ท่านพึงพอใจต่อการดูแลสุขภาพจิตซึ่งกันและกันของคน ในชุมชน
36. ท่านพึงพอใจต่อบริการสุขภาพจิตในหน่วยบริการใน ชุมชนของท่าน

8. แบบรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์



COA NO. 017/2569

IEC NO. HE69-004

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร

ขอรับรองว่าโครงการวิจัยเรื่อง : การประเมินผลโครงการ “สุขเป็น : จิตวิทยาเชิงบวกในชุมชนโดยกลไกชุมชน” ระยะที่ 2
(Project Evaluation “Positive psychology in community by community mobilization” phase 2)

หัวหน้าโครงการวิจัย : ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นำพร อินสีน

ผู้ร่วมโครงการวิจัย : ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธนวรรณ สรงประเสริฐ

หน่วยงานต้นสังกัด : สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี

เอกสารที่รับรอง

- | | |
|--|--------------------------------------|
| 1. แบบขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ | ฉบับที่ 1 ลงวันที่ 1 มกราคม 2569 |
| 2. แบบฟอร์มโครงการวิจัย | ฉบับที่ 2 ลงวันที่ 7 กุมภาพันธ์ 2569 |
| 3. ประวัติผู้วิจัย | ฉบับที่ 1 ลงวันที่ 1 มกราคม 2569 |
| 4. แบบแจ้งผลประโยชน์ทับซ้อน | ฉบับที่ 1 ลงวันที่ 1 มกราคม 2569 |
| 5. เอกสารชี้แจงอาสาสมัครที่เข้าร่วมโครงการวิจัย ได้แก่ | |
| 5.1 เอกสารชี้แจงอาสาสมัครที่เข้าร่วมโครงการวิจัย | |
| (สำหรับผู้ให้ข้อมูลในการสัมภาษณ์เชิงลึกหรือสนทนากลุ่ม | |
| ทั้งในงานวิจัยขั้นตอนที่ 1 และขั้นตอนที่ 2) | ฉบับที่ 2 ลงวันที่ 7 กุมภาพันธ์ 2569 |
| 5.2 เอกสารชี้แจงอาสาสมัครที่เข้าร่วมโครงการวิจัย | |
| (สำหรับกลุ่มทดลองในขั้นตอนที่ 2) | ฉบับที่ 1 ลงวันที่ 30 ธันวาคม 2568 |
| 6. แบบแสดงความยินยอมให้ทำการวิจัยจากอาสาสมัคร | ฉบับที่ 1 ลงวันที่ 1 มกราคม 2569 |
| 7. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แนวคำถามสำหรับ | |
| การสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม | ฉบับที่ 1 ลงวันที่ 1 มกราคม 2569 |
| 8. หนังสืออนุญาตให้ใช้ข้อมูลทุติยภูมิของโครงการสุขเป็น | ฉบับที่ 1 ลงวันที่ 3 มกราคม 2569 |

ได้ผ่านการรับรอง ...

ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์แบบเร็ว (Expedited Review) จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร โดยยึดหลักพื้นฐานของหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

รับรอง ณ 16 กุมภาพันธ์ 2569
วันหมดอายุ 15 กุมภาพันธ์ 2570
รายงานความก้าวหน้า ทุก 12 เดือน


(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อุทุมพร หลอดโค)
ประธานกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ