



## การลดปัญหาสุขภาพจิตของประชาชนไทย กรณีศึกษา “การประเมินผลโครงการสุขภาพใจ ภาคประชาชน ปี 2547”

ศรียรรณา พูลสรรพสิทธิ์, พ.บ.\*

สมควร หาญพัฒนาชัยกุล, พ.บ.\*\*

วิภากร สร้อยสุวรรณ, พ.บ.ม.\*\*

อุไรวรรณ ยิมละม้าย, ศศ.ม.\*\*

### บทคัดย่อ

ในปี 2545 กระทรวงสาธารณสุข โดยกรมสุขภาพจิตเล็งเห็นความสำคัญของปัญหาสุขภาพจิตของประชาชน ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้นมากอันเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของเศรษฐกิจ สังคม พฤติกรรมสุขภาพและวิถีชีวิต จึงให้ความสำคัญในการบำบัดแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตของชุมชน โดยเน้นหลักการมีส่วนร่วมของประชาชนในระดับแผนแม่บทของกรมภายใต้ชื่อโครงการสุขภาพใจภาคประชาชน และได้ประเมินผลโครงการในปี 2547 โดยประยุกต์ใช้รูปแบบการประเมินแบบซิป (CIPP Model) ศึกษาองค์ประกอบ 4 ด้าน คือ ด้านบริบท ปัจจัยเบื้องต้น กระบวนการ และผลผลิต โดยเฉพาะเรื่องความเครียดและความสุขในการดำรงชีวิตของประชาชนในหมู่บ้าน ก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ ศึกษาปัญหาอุปสรรคข้อเสนอนะ ประชากรที่ศึกษาได้แก่ ผู้บริหารและหัวหน้างานที่เกี่ยวข้อง เจ้าหน้าที่ระดับกลาง และประชาชนระดับครัวเรือนจำนวน 3,535 คน สุ่มตัวอย่าง 3 กลุ่มโดยใช้วิธีการสุ่มแบบระดับชั้น (Stratified 3 - Stage Sampling) เครื่องมือวิจัยเป็นแบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์ และการสังเกต ดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม 2546 ถึงกันยายน 2547 วิเคราะห์ข้อมูลใช้ค่าความถี่ ร้อยละ และ Mc Nemar - test ผลการศึกษาพบว่า โครงการประสบผลสำเร็จดียิ่งด้านการแก้ปัญหาสุขภาพจิตสามารถทำให้ประชาชนในหมู่บ้านที่เข้าร่วมโครงการมีความสุขเพิ่มขึ้นและความเครียดลดลงอย่างชัดเจน ผลสำเร็จด้านความต่อเนื่องยั่งยืนของโครงการทุกกลุ่มเป้าหมายเห็นว่าเป็นโครงการที่มีประโยชน์มีความพึงพอใจและต้องการดำเนินโครงการต่อเนื่อง นอกจากนั้นยังได้ประเมินปัจจัยที่เป็นเงื่อนไขสัมพันธ์กับความยั่งยืนสม่ำเสมอของการทำกิจกรรมในชุมชน พบความสัมพันธ์ที่มีนัยสำคัญทางสถิติต่อความยั่งยืนและความสำเร็จของโครงการ คือ ทุนทางสังคมของพื้นที่หมายถึง การได้มีส่วนร่วมคิดวางแผนและเลือกวิธีทำโดยตนเองซึ่งปัจจัยพื้นฐานเหล่านี้นำไปใช้กับทุกหน่วยงานที่ต้องการนำความรู้ลงสู่ท้องถิ่นได้เป็นอย่างดี

**คำสำคัญ :** อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวนปีที่สูญเสียเนื่องจากความเจ็บป่วยรูปแบบการประเมินแบบซิป

\*สำนักวิชาการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

\*\*กองแผนงาน กรมสุขภาพจิต





## Intervention measure for Mental Health problem in Thai population "Case study in evaluation the achievement 2004"

*Sriwanna Poolsuppasit, M.D.\**

*Somkuan Hanpatchaiyakul, M.D.\*\**

*Wipakorn Sroysuwan, M.A.\*\**

*Uraiwan Yimlamai, M.A.\*\**

### Abstract

In the year 2002, Ministry of Public Health by Department of Mental Health has recognized the important of mental health problems in Thai people, which has tendency of increasing due to the change of economic, social, health behavior as well as way of life. Therefore the Master plan of Department has emphasized on providing services in order to solve mental health problems of community under the project named Population-Based Mental Health program" Sukkappab Jai Paak Prachachon". The pilot project has been launched in 6 provinces and expand to cover 76 provinces, 3,350 villages in 2004. Sukkappab Jai Paak Prachachon program is emphasized to solve mental health problem using the principle of people participation. The project support local people to brain storm the way how to solve mental health problems in accordance to local culture and local problems by adapting Mental Health Department Technology to be local wisdom technology that can be implemented by village health volunteer and key person in community. The evaluation has been implemented to assess successfulness and effectiveness of the project using CIPP Model in 2004. The study of stress and happiness level in life of community people has been carried out pre and post project implementation. The evaluation studys on problems, obstacles and recommendation in 3 sample groups ,i.e. adminstrators and concerned section chiefs, middle level personnel and people at household level. There were 3,535 samples , selected by stratified random sampling methods . The methodology were answering questionnaire, interviewing and observing. The data collection was between the period of October 2003 - September 2004. Frequency, percentage and McNemar test were used in data analysis. The statistic analysis revealed that the project is successfully in mental health problem solving so the level of happiness of people in the village, who were participated in this project are increased. In addition the level of stress has decreased by statistically. In every groups of sample has agreed that this project will be continuous and sustainable because it was useful and they are satisfy with the result. Moreover, from evaluate the relation between factors with sustainable and regularly in carry out the activity in community, it shows that it is significant with the successfulness. These factors are social resouces (Community Potential) , participation ( Brain storming idea for solution) and SelfDetermination (selecting activities by the people themselves). The factors can be applied to all organizations which would like to maintain the knowledge in local area.

**Key words :** Village health Volunteer, year of life loss to disability, CIPP Model

*\*Health technical office, Ministry of Public Health*

*\*\*Planning Division, Department of Mental Health*



## บทนำ

โครงการสุขภาพใจภาคประชาชน เป็นโครงการที่มุ่งเน้นแก้ปัญหาสุขภาพจิต โดยเน้นหลักการมีส่วนร่วมของภาคประชาชน สนับสนุนให้ประชาชนระดมความคิดแก้ปัญหาสุขภาพจิตของชุมชนด้วยวิธีที่สอดคล้องกับวัฒนธรรมและปัญหาท้องถิ่น โดยอิงหลักวิชาการของกรมสุขภาพจิตผลิตเป็นเทคโนโลยีภูมิปัญญาท้องถิ่น นำไปใช้โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และแกนนำประชาชนในหมู่บ้านเริ่มดำเนินการในปี 2545

จากสภาพสังคมที่เปลี่ยนแปลงจากเดิมที่เป็นแบบสังคมเกษตรกรรมในครอบครัวขยายออกมาเป็นสังคมอุตสาหกรรม ครอบครัวเดี่ยวมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น จากร้อยละ 11.1 ในปี 2542 เป็นร้อยละ 13.4 ในปี 2545<sup>1</sup> สภาพเศรษฐกิจจากลักษณะเกษตรเพื่อยังชีพ มีการดำเนินชีวิตร่วมกันในครัวเรือนเปลี่ยนเป็นเศรษฐกิจพึ่งพาอุตสาหกรรมมากขึ้น ส่งผลให้การดูแลเอาใจใส่กันในครอบครัวลดลง ชีวิตมีความคึกคักรีบร้อนมากขึ้น ทำให้เกิดปัญหาทางสุขภาพจิต โดยเฉพาะความเครียด ความวิตกกังวลที่เพิ่มขึ้นมาก<sup>2</sup> อันจะเป็นตัวนำไปสู่ปัญหาอื่นๆ ทางสุขภาพจิตที่รุนแรงยิ่งขึ้น เช่น โรควิตกกังวล อาการซึมเศร้า และการฆ่าตัวตาย นอกจากนี้ยังเป็นต้นเหตุของปัญหาอื่นๆ ของโรคเรื้อรังทางกาย เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคระบบทางเดินอาหาร โรคระบบทางเดินหายใจ ภูมิแพ้ มะเร็ง ฯลฯ อันจะเป็นปัญหาทางสาธารณสุขในระดับชาติได้

จากการสำรวจปัญหาความเครียดและความวิตกกังวลของประชาชนไทยหลังเกิดวิกฤติเศรษฐกิจระหว่างปี 2540 ถึงปี 2543 โดยกรมสุขภาพจิต พบว่าอยู่ที่ร้อยละ 60 ถึง 74<sup>3</sup> และประชาชนไทยร้อยละ 3 ถึง 5 มีภาวะซึมเศร้า อัตราการเข้ารับการรักษาพยาบาลจากภาวะแปรปรวนทางจิตและพฤติกรรม เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนจาก 442.7 ต่อแสนประชากร ในปี 2540 เป็น 521.4 ต่อแสนประชากรในปี 2544 และมีอัตราการ

ฆ่าตัวตายอยู่ที่ 7.7 คนต่อแสนประชากร ในปี 2544<sup>4</sup> และจากการศึกษาภาระโรคต่อสังคมในปี 2542 โดยวัดเป็นจำนวนปีที่สูญเสียเนื่องจากความด้อยสมรรถภาพจากความเจ็บป่วย (YLDs) 4 อันดับแรกของเพศชาย และอันดับแรกของเพศหญิงเป็นโรคทางสุขภาพจิต และจิตเวชทั้งสิ้น<sup>5</sup> องค์การอนามัยโลกศึกษาแนวโน้มของภาระโรคดังกล่าว ได้พยากรณ์ว่าในอนาคตโรคทางจิตเวชและสุขภาพจิต จะเป็นโรคอันดับต้นๆ ที่ทำให้มนุษยชาติต้องด้อยสมรรถภาพ สูญเสียทรัพยากรและโอกาสแข่งขัน

จากปัญหาดังกล่าว จึงเป็นที่มาของการดำเนินโครงการสุขภาพใจภาคประชาชนเพื่อแก้ไขปัญหาและส่งเสริมสุขภาพจิตที่ดีของชุมชน ผลิตชุดเทคโนโลยีภูมิปัญญาท้องถิ่น<sup>6</sup> ประกอบด้วย 2 เรื่องหลักๆ คือ สุขภาพจิตครอบครัวและสุขภาพจิตชุมชน ด้านสุขภาพจิตครอบครัว มีทั้งสื่อ คู่มือ เอกสาร มีการผลิตโปสเตอร์ และเทปบันทึกเสียงสำหรับ อสม. ประชาชน เนื้อหาประกอบด้วยความรู้ทางสุขภาพจิตของวัยต่าง ๆ ที่สามารถเข้าใจได้และปฏิบัติอย่างง่าย ด้านสุขภาพจิตชุมชน จะเป็นเทคโนโลยีสำหรับแกนนำต่างๆ ในชุมชน เช่น พระสงฆ์ อสม. ชมรมผู้สูงอายุ ใช้แก้ปัญหาสุขภาพจิตของชุมชนที่พบบ่อย ถ่ายทอดลงสู่ชุมชนโดยผสมผสานกับภูมิปัญญาท้องถิ่น ด้วยวิธีที่สอดคล้องกับวัฒนธรรมและวิถีชีวิตของประชาชน เพื่อให้การปฏิบัติเข้าใจง่าย สามารถปฏิบัติได้ และสามารถแก้ไขปัญหามองกว้าง ภายใตโครงการชื่อ “สุขภาพใจภาคประชาชน”

โครงการนี้ได้ทดลองดำเนินการใน 6 จังหวัด นำร่อง คือ นนทบุรี สระบุรี กาญจนบุรี นครราชสีมา มุกดาหาร และศรีสะเกษ หลังการดำเนินงานประชาชนส่วนใหญ่และผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตเห็นว่าโครงการดังกล่าวมีประโยชน์สามารถนำความรู้ไปใช้ในการดูแลสุขภาพจิตของตนเองและครอบครัวได้ ปี พ.ศ. 2546 ถึง 2547 ดำเนินโครงการครอบคลุม



พื้นที่หมู่บ้านและประชาชนกลุ่มเป้าหมายมากขึ้นเป็น 76 จังหวัด จังหวัดละ 50 หมู่บ้าน จำนวน 3,350 หมู่บ้าน ครอบคลุมประชากร 3,082,000 คน ภายใต้งบประมาณ 40,970,300 บาท คิดเป็นค่าเฉลี่ยงบประมาณ 13.25 บาท ต่อประชากร

กิจกรรมหลักคือ 1) การพัฒนาปรับปรุงและผลิตสื่อเทคโนโลยีสุขภาพใจภาคประชาชนให้สอดคล้องกับท้องถิ่นและวัฒนธรรมดั้งเดิม 2) จัดการอบรมถ่ายทอดความรู้สุขภาพจิตและการใช้เทคโนโลยีแก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเครือข่ายที่รับผิดชอบงานสุขภาพจิต 3) เพื่อส่งผ่านถ่ายทอดเทคโนโลยีสู่แกนนำชุมชนได้แก่ อสม. องค์การบริหารส่วนตำบล และองค์การบริหารส่วนจังหวัด 4) สนับสนุนงบประมาณและสื่อเทคโนโลยีให้หมู่บ้านทำกิจกรรมเพื่อแก้ปัญหาสุขภาพจิตของชุมชน 5) ติดตามผลและประเมินผลโครงการในภาพรวมของประเทศ

การดำเนินงานในปี 2547 ได้เสร็จสิ้นลง จึงทำการประเมินผลสำเร็จของโครงการ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมิน 1) ความพร้อมของปัจจัยทางสังคมและสภาพแวดล้อม 2) ความเหมาะสมของกระบวนการดำเนินกิจกรรม 3) ความก้าวหน้าของกิจกรรมและผลลัพธ์ของกิจกรรม 4) ความสอดคล้องของวัตถุประสงค์โครงการกับกิจกรรม ได้แก่ ประสิทธิภาพของโครงการเรื่องความสุขและความเครียด และวิธีจัดการกับความเครียดของประชาชนในหมู่บ้าน เปรียบเทียบก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ ปัญหาอุปสรรค ข้อเสนอแนะ จากการดำเนินโครงการดังกล่าว คาดว่าจะส่งผลให้ประชาชนและชุมชนมีความเข้าใจ ปัญหาสุขภาพจิตในชุมชนและก่อให้เกิดภูมิคุ้มกันทางใจที่เข้มแข็งเป็นพื้นฐานให้ปรับตัวกับปัญหาดังร้ายชีวิตอย่างมีความสุข ลดความเครียด จึงได้ทำการประเมินผลโครงการนี้ขึ้น

## วัตถุประสงค์และวิธีการ

การประเมินผลความสำเร็จของโครงการสุขภาพใจภาคประชาชนนี้ ได้ทำการประเมินอย่างรอบคอบรัดกุม ตามหลักวิชาการ ใช้กรอบแนวคิดการประเมินผลเชิงระบบแบบ CIPP Model<sup>7</sup> ซึ่งเป็นการประเมินผลรูปแบบที่เป็นที่ยอมรับกว้างขวางในวงการวิจัยซึ่งนำเสนอโดย Danial Stufflebeam ในปี ค.ศ. 1961 ประกอบด้วยการประเมินองค์ประกอบ 4 ด้าน ดังนี้

1. ด้านปัจจัยนำเข้า(Input) และบริบท (Context) คำนึงถึง ความพร้อมด้านทุนทางสังคมและวัฒนธรรมของพื้นที่ ความสอดคล้องของกิจกรรมกับสภาพพื้นที่ ความมีส่วนร่วมของพื้นที่เช่นการระดมทุนจากแหล่งอื่นเข้าร่วมสนับสนุน นโยบายและแนวทางการดำเนินการในระดับพื้นที่

2. ด้านกระบวนการ(Process) คำนึงถึง ความพร้อมด้านการวางแผนดำเนินงาน การแบ่งและมอบหมายงาน การปฏิบัติงาน การติดตามผล การมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติงาน และความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติงาน

3. ด้านกิจกรรม(Product) และผลลัพธ์ของการดำเนินการตามกิจกรรม คำนึงถึงความก้าวหน้าของกิจกรรมและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น

4. ด้านเป้าหมายและการบรรลุวัตถุประสงค์ของโครงการ คำนึงถึง สถานะความสุข ความเครียด วิธีสร้างสุขคลายทุกข์ การพัฒนาทักษะของตนเอง การดูแลปัญหาสุขภาพจิตและผู้ป่วยจิตเวชโดยชุมชน

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ กลุ่มเจ้าหน้าที่ระดับบริหาร หมายถึง คณะกรรมการบริหารโครงการส่วนกลาง และศูนย์เขตสาธารณสุข จำนวน 55 คน กลุ่มเจ้าหน้าที่ระดับปฏิบัติงานหมายถึงเจ้าหน้าที่ระดับปฏิบัติการในโครงการทั้งระดับศูนย์เขต จังหวัด และอำเภอ จำนวน 78 คน กลุ่มประชาชนทั่วไป หมายถึง ประชาชนในพื้นที่ที่มีการดำเนินโครงการ อสส. อสม. ผู้นำชุมชน จำนวน 3,402 คน เครื่องมือ



ที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบตรวจสอบ(Check list) ใช้ในการตรวจสอบเอกสารของแผนงานโครงการ แบบปฏิบัติงาน รายงานการประชุม รายงานการนิเทศงาน และการรายงานผลโครงการ เป็นต้น แบบสัมภาษณ์ด้วยInterview Guideline เป็นชุดคำถามปลายเปิดใช้ประกอบการพูดคุยกับประชาชน ประกอบด้วย 4 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 เกี่ยวกับดัชนีวัดความสุขของคนไทย ส่วนที่ 2 ประเมินและวิเคราะห์ความเครียด ส่วนที่ 3 วิธีจัดการกับความเครียด ส่วนที่ 4 มี 10 ข้อ เป็นข้อมูลส่วนบุคคลเกี่ยวกับเพศ อายุ การศึกษาฯลฯ ดัชนีชี้วัดความสุขของคนไทยของกรมสุขภาพจิต มี 15 ข้อ 4 ตัวเลือก ถ้าตอบไม่เลยได้ 1 คะแนน ตอบเล็กน้อยได้ 2 คะแนน ตอบมากได้ 3 คะแนน ตอบมากที่สุดได้ 4 คะแนน แบบประเมินและวัดความเครียดด้วยตนเองของกรมสุขภาพจิต มี 20 ข้อ 4 ตัวเลือก ถ้าตอบไม่เคยเลยได้ 1 คะแนน ตอบเป็นครั้งคราวได้ 2 คะแนน ตอบเป็นประจำได้ 3 คะแนน ตอบเป็นประจำได้ 4 คะแนน สังเกตการณ์ หมายถึง การสังเกตการเกี่ยวกับสภาพพื้นที่ โดยคณะผู้ประเมิน และแบบสอบถาม(Questionnaires) เป็นชุดคำถามปลายเปิดมีทั้งหมด 4 ชุด ชุดที่ 1 สอบถามเจ้าหน้าที่ระดับบริหารส่วนกลาง มี 4 ส่วน แต่ละส่วนถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป ปัจจัยนำเข้าและสภาพแวดล้อม กระบวนการ กิจกรรมและผลสำเร็จของโครงการ ชุดที่ 2 สอบถามเจ้าหน้าที่ระดับปฏิบัติการ ประเด็นที่ถามเช่นเดียวกับชุดที่ 1 แตกต่างกันว่ารายละเอียดของข้อย่อยและเพิ่มส่วนที่ 5 เรื่องผลลัพธ์จากการดำเนินงานตามกิจกรรม ชุดที่ 3 สอบถามประชาชนทั่วไปที่เข้าร่วมกิจกรรมด้วยตัวเองมี 5 ส่วน ภูมิหลังของหมู่บ้านและชุมชน การจัดกิจกรรม เป้าหมายและการบรรลุวัตถุประสงค์ของโครงการ ผลลัพธ์จากการดำเนินงานตามกิจกรรม กิจกรรมและผลสำเร็จของโครงการ ชุดที่ 4 สอบถามกำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้นำชุมชน อสม. และอสส. มี 5 ส่วนคือ ภูมิหลังของหมู่บ้านและ

ชุมชน ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป การจัดกิจกรรม ภาพรวมโครงการ การจัดกิจกรรมในหมู่บ้าน/ชุมชน การเผยแพร่และทำกิจกรรมในหมู่บ้าน/ชุมชน ส่งเครื่องมือไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบแล้วนำมาปรับแก้ก่อนนำไปทดลองใช้เพื่อปรับแก้อีกครั้งก่อนใช้จริง

การเก็บรวบรวมข้อมูล คณะผู้วิจัยได้จัดประชุมผู้ที่เก็บรวบรวมข้อมูลซึ่งเป็นประชาชนผู้ที่ไม่ได้เข้าร่วมโครงการเพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับเทคนิคการใช้แบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์ และการสังเกตเพื่อให้เข้าใจตรงกันก่อนดำเนินการจริง และได้มีการวางแผนทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจากประชากรโดยการสุ่มแบบระดับชั้น(Stratified 3 - Stage Sampling) เริ่มจากการสุ่มจากเขตพื้นที่ตามเขตสาธารณสุข 12 เขต และกรุงเทพมหานคร ในแต่ละพื้นที่ทำการสุ่มเลือกจังหวัด แต่ละจังหวัดทำการเลือกรายชื่อหมู่บ้านตัวอย่างที่จะใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลฯ รวมทั้งสิ้น 9 จังหวัด 54 หมู่บ้าน จำนวนตัวอย่างทั้งหมด 3,535 คน ได้รับข้อมูลกลับคืนจำนวน 3,112 คน ร้อยละ 88 ได้เริ่มดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มประชากรตั้งแต่เดือนตุลาคม 2546 ถึงเดือนกันยายน 2547 ก่อนเริ่มดำเนินกิจกรรมได้ทำการวัดค่าของความสุข และความเครียดของผู้เข้าร่วมกิจกรรมและวัดค่าดังกล่าวอีกครั้งหลังการทำกิจกรรม 1 เดือน การเก็บข้อมูลด้านปัจจัยนำเข้า บริบท กระบวนการ และการจัดกิจกรรมได้ส่งแบบสอบถามไปให้เจ้าหน้าที่ระดับบริหาร และระดับปฏิบัติการตอบส่งคืนจำนวน 110 คน ส่งให้แกนนำประชาชนตอบส่งคืนจำนวน 275 คน ด้านเป้าหมายและการบรรลุวัตถุประสงค์ของโครงการได้นำแบบสัมภาษณ์ไปประกอบการพูดคุยกับประชาชนทั่วไป ก่อนและหลังการอบรม จำนวน 2,727 คน แล้วทำการเปรียบเทียบข้อมูลก่อนและหลัง

วิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ แบบสอบถาม แบบตรวจสอบ และแบบประเมินความเครียดความสุข โดยใช้ค่าสถิติ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ และ Mc Nemar - test



## ผล

ลักษณะทั่วไปของประชากรที่ศึกษามีภูมิหลังทางเศรษฐกิจและสังคมคล้ายคลึงกันเป็นเพศหญิงร้อยละ 60 มีอาชีพเกษตรกรกรรมและรับจ้างการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษาเป็นส่วนใหญ่ผลการประเมินมีดังนี้

ด้านความพร้อมของปัจจัยนำเข้าและบริบทพบว่าผู้เข้าร่วมโครงการระดับผู้บริหารและผู้ปฏิบัติการที่เข้าร่วมโครงการมีความคิดเห็นต่อนโยบายและแนวทางการดำเนินงานโครงการสุขภาพใจภาคประชาชนในพื้นที่ที่มีความสอดคล้องกับภารกิจของกรมสุขภาพจิตคือ มีบทบาทให้องค์ความรู้และเทคโนโลยีสุขภาพจิตเพื่อพัฒนาบุคลากรสาธารณสุขแก่ทุกหน่วยงานให้มีความรู้ความสามารถและนำไปปฏิบัติได้ร้อยละ 85.4 และ 91.9 ความคิดเห็นต่อโครงการสุขภาพใจภาคประชาชนว่ามีความสำคัญและจำเป็นต่อการแก้ไขและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในอนาคตร้อยละ 77.8 และ 58.1 ตามลำดับ

ด้านความพร้อมของกระบวนการ พบว่าระดับผู้บริหารให้ความสำคัญต่อการดำเนินโครงการร้อยละ 79.2 และมีผู้บริหารระดับสูงลงพื้นที่ที่ตรวจเยี่ยมการดำเนินงานโครงการด้วยตนเองหลายครั้ง ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติมีความคิดเห็นว่่านโยบายมีความชัดเจนร้อยละ 87.2 และ 91.9 รวมถึงความเหมาะสมของการออกแบบแนวทางการดำเนินงานพบว่า การใช้กลไกการอบรมแบบมีส่วนร่วมเป็นจุดขยายผลการดำเนินงานมีความเหมาะสมมากที่สุดร้อยละ 62.5 และ 58.1 นอกจากนี้ในระดับผู้บริหารและผู้ปฏิบัติมีการกำหนดแผนการดำเนินงานร้อยละ 91.7 และ 98.4 และทำความเข้าใจแผนการดำเนินงานร่วมกันร้อยละ 85.4 และ 95.2 มีการแบ่งงานและมอบหมายงานร้อยละ 91.7 และ 91.9 การกำหนดตัวบุคคลเพื่อรับผิดชอบงานเหมาะสมร้อยละ 95.7 และ 95.2 และการกำหนดภาระงานต่อบุคคลนั้น ๆ เหมาะสมร้อยละ 89.1 และ 95.1 และที่

สำคัญคือผู้เข้าร่วมโครงการมีความพึงพอใจร้อยละ 95.2 ยินดีทำโครงการอย่างต่อเนื่องพร้อมที่จะระดมทุนสนับสนุน

ด้านกิจกรรมและผลลัพธ์ของการดำเนินการตามกิจกรรม พบว่าผลสำเร็จด้านประสิทธิผลของการดำเนินกิจกรรมตามเป้าหมายของโครงการประจำปี พ.ศ. 2547 นี้ ผลการดำเนินงานระหว่างเดือนตุลาคม 2546 ถึงกันยายน 2547 พบว่า ทุกกิจกรรมได้ดำเนินการเป็นไปตามเป้าหมายอย่างครบถ้วน โดยเฉพาะอย่างยิ่งการสนับสนุนการจัดกิจกรรมโดยชุมชนจากเป้าหมาย 3,350 หมู่บ้าน/ชุมชน ชุมชนมีความสนใจเข้าร่วมโครงการและจัดกิจกรรมทั้งสิ้น 3,581 หมู่บ้าน เกินกว่าเป้าหมายที่ตั้งไว้จำนวน 231 หมู่บ้าน/ชุมชน

ด้านเป้าหมายและการบรรลุวัตถุประสงค์ของโครงการจำแนกผลสำเร็จได้เป็น 5 ด้าน ดังนี้

ด้านผลสำเร็จของการแก้ปัญหาสุขภาพจิตของชุมชนและการบรรลุวัตถุประสงค์ของโครงการ

- 1) ด้านความสุขและความเครียด ได้ศึกษาภาวะความสุข ความเครียด สาเหตุ รวมทั้งบริหารจัดการกับความเครียดของประชาชนในภาพรวม พบว่า ความสุข เมื่อเปรียบเทียบกับสัดส่วนของจำนวนผู้มีความสุขในระดับต่างๆ ระหว่างก่อนและหลังการจัดกิจกรรมพบว่า สัดส่วนของกลุ่มคนที่มีความสุขเท่ากับคนทั่วไป และมากกว่าคนทั่วไป ภายหลังการจัดกิจกรรมมีจำนวนสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากร้อยละ 64.5 ในช่วงก่อนการดำเนินกิจกรรมเป็นร้อยละ 71.3 ในช่วงหลังจากที่ได้มีการจัดกิจกรรมและสัดส่วนของคนที่มีความทุกข์ (มีความสุขน้อยกว่าปกติ) ภายหลังจากการจัดกิจกรรมมีจำนวนลดลงอย่างชัดเจนจากร้อยละ 35.5 ในช่วงก่อนการจัดกิจกรรมเป็นร้อยละ 28.7 ในช่วงหลังการดำเนินกิจกรรม ( $P\text{-value} < 0.00$ ) เมื่อเปรียบเทียบสัดส่วนของจำนวนผู้ที่มีความเครียดในระดับต่าง ๆ ระหว่างก่อนและหลังการจัดกิจกรรมพบว่า สัดส่วนของคนที่มีความเครียดมากและเครียดสูงกว่าปกติ ภายหลังจากการ



จัดกิจกรรมมีจำนวนลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จาก ร้อยละ 28.1 ในช่วงก่อนการจัดกิจกรรมเป็นร้อยละ 24.1 ในช่วงหลังการดำเนินกิจกรรม ( $p\text{-value} < 0.00$ ) สาเหตุที่ทำให้เกิดความเครียดของประชาชนทั้งก่อน และหลังการจัดกิจกรรมไม่แตกต่างกัน คือ อันดับต้น เป็นเรื่องปัญหาครอบครัวและคนแหวดล้อม ร้อยละ 36.5 รองลงมาคือ ปัญหาเศรษฐกิจร้อยละ 20.8 ปัญหาจากการทำงาน ร้อยละ 11.8 และปัญหาการเจ็บป่วยร้อยละ 7.7 ตามลำดับ 2) วิธีสร้างสุขคลายทุกข์ วิธีสร้างสุขคลายทุกข์ของประชาชน ในช่วงก่อนและหลังการจัดกิจกรรมมีทั้งวิธีการจัดการความเครียดในเชิงบวกและเชิงลบ พบว่าประชาชนใช้วิธีการจัดการกับความเครียดในเชิงบวก เช่น การออกกำลังกาย ทำงานอดิเรก นอนพักผ่อน ฯลฯ ในสัดส่วนที่สูงกว่าการใช้วิธีการจัดการกับความเครียดในทางที่ไม่เหมาะสม เช่น การกินยานอนหลับ ยาระงับประสาท เล่นการพนัน ฯลฯ อันดับต้นๆ ของวิธีสร้างสุขคลายทุกข์ได้แก่ การพักผ่อน ดูหนังฟังเพลง และออกกำลังกาย แต่ภายหลังจัดกิจกรรมมีปัญหาเรื่องไข้หวัดนกซึ่งระบาครุนแรงขึ้นในระยะหลัง ประชาชนถือเป็นเรื่องที่มปัญหารุนแรงทางจิตใจ เพราะมีความทุกข์จากความสงสารสัตว์เลี้ยงถูกฆ่า ทำลายจำนวนมาก และขาดทุน ดังนั้นการผ่อนคลายความเครียดด้วยตนเองไม่อาจแก้ปัญหาได้ การใช้วิธีผ่อนคลายด้วยตนเองจึงลดลงจาก ร้อยละ 74.5 เป็น 58.5 แต่อย่างไรก็ตามประชาชนก็สามารถเข้าถึงและเลือกใช้บริการ ด้านสุขภาพจิตจากระบบสาธารณสุขและเครือข่ายอสม.ของโครงการสุขภาพจิตเพิ่มขึ้นชัดเจนจากร้อยละ 2.5 ในช่วงก่อนการดำเนินกิจกรรม เป็นร้อยละ 11.6 ในช่วงหลังการดำเนินกิจกรรมแต่มีผลทำให้การผ่อนคลายด้วยวิธีไม่เหมาะสมเช่น ใช้ยานอนหลับ และยาระงับประสาทเพิ่มขึ้น

ด้านการดูแลสุขภาพจิตและผู้ป่วยจิตเวชโดยชุมชน กลุ่มประชากรซึ่งเป็นประชาชนทั่วไปร้อยละ 78.8 ระบุว่ามีการดำเนินกิจกรรมตามโครงการสุขภาพใจ

ภาคประชาชนที่ทำให้ประชาชนมีความสุขมากขึ้น ได้แก่ กิจกรรมออกกำลังกาย กิจกรรมผู้สูงอายุ กิจกรรมครอบครัว กิจกรรมศาสนาและประเพณี และมีการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนด้วยครอบครัว ญาติพี่น้อง อสม. และอสม. รวมทั้งการเข้ารับการรักษาจากแพทย์และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 47.6

ด้านการพัฒนาตนเอง กลุ่มประชากรซึ่งเป็นประชาชนทั่วไปทั้งหมดมีความกระตือรือร้นในการพัฒนาตนเองในด้านต่าง ๆ ผลจากการสำรวจในช่วงหลังจัดกิจกรรม พบว่า กิจกรรมที่ประชาชนทั่วไปทำในช่วงเวลาปกติ (ใช้เวลาในการพัฒนาตนเอง) มากที่สุด ได้แก่ การอ่านหนังสือหรือการหาความรู้ให้ตนเองอย่างสม่ำเสมอร้อยละ 4.2 นอกจากนี้ยังมีการพัฒนาตนเองเกี่ยวกับการประกอบอาชีพหรือการเข้าอบรมเกี่ยวกับงานอาชีพและกิจกรรมนันทนาการทางด้านที่ตนเองสนใจ

ด้านผลสำเร็จของความต่อเนื่องยั่งยืนของการดำเนินโครงการในชุมชน แกนนนำประชาชน ร้อยละ 83 ระบุว่า ผู้นำชุมชนทุกฝ่ายให้ความสำคัญต่อปัญหาสุขภาพจิตเป็นอย่างดี ร้อยละ 85.1 มีการกำหนดผู้รับผิดชอบกิจกรรมและโครงการสุขภาพจิตแล้ว ร้อยละ 74.1 มีการจัดกิจกรรมเป็นประจำอย่างน้อย 2 ถึง 3 ครั้ง แกนนนำประชาชนร้อยละ 46.6 ระบุว่ามีการขยายผลกิจกรรมไปยังพื้นที่ชุมชนอื่นๆ และร้อยละ 58.2 ยืนยันว่า จะดำเนินกิจกรรมต่อ แม้ไม่ได้รับงบประมาณจากกรมสุขภาพจิต การได้รับประโยชน์จากโครงการ แกนนนำประชาชนร้อยละ 98 และประชาชนทั่วไป ร้อยละ 98.7 เห็นว่าโครงการสุขภาพใจภาคประชาชนมีประโยชน์ต่อชุมชน โดยร้อยละ 95.7 เห็นว่าทำให้เกิดความสามัคคีในชุมชนร้อยละ 95.3 แก้ปัญหาสุขภาพจิตของชุมชนได้และสร้างความรักความอบอุ่นให้กำลังใจผู้เข้าร่วมโครงการ การมีส่วนร่วมของประชาชน ร้อยละ 96.5 ของแกนนำประชาชนและร้อยละ 84.8 ของประชาชนทั่วไปมีโอกาสแสดงความ



คิดเห็นในการดำเนินกิจกรรมและแกนนำประชาชนร้อยละ 70.3 มีส่วนร่วมในการสนับสนุนด้านอื่นๆ เช่น หางบประมาณสมทบให้สถานที่และอุปกรณ์สนับสนุนอื่นๆ ความพึงพอใจของผู้เข้าร่วมโครงการ มีความพึงพอใจร้อยละ 97.4 ต้องการให้มีการดำเนินกิจกรรมต่อไปในอนาคต

ด้านเงื่อนไขที่สัมพันธ์กับความยั่งยืนและความต่อเนื่องของการจัดกิจกรรม พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $< 0.05$  กับการจัดกิจกรรมในชุมชน เพื่อแก้ปัญหาและส่งเสริมสุขภาพจิตในชุมชนอย่างยั่งยืน และสม่ำเสมอ ดังนี้ 1) ต้นทุนทางสังคม เช่น ชุมชนมีความภาคภูมิใจในประวัติศาสตร์ของชุมชน ความเป็นเครือญาติมีการรวมกลุ่มกัน มีวัฒนธรรม มีปราชญ์ชาวบ้าน ฯลฯ 2) การมีส่วนร่วมในการดำเนินโครงการ เช่น ร่วมวางแผน กำหนดกิจกรรม และลงมือดำเนินการเอง 3) การเห็นประโยชน์ของโครงการ 4) ผู้นำให้ความสำคัญ

## วิจารณ์

จากการประเมินผลโครงการโดยภาพรวมพบว่าโครงการสุขภาพใจภาคประชาชน ปี 2547 ประสบความสำเร็จอย่างสูงเมื่อเทียบกับเป้าหมาย : สามารถตอบสนองความต้องการในพื้นที่ สอดคล้องกับวิถีชีวิตมีประโยชน์

สัมฤทธิ์ผลในการแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตของชุมชน พิจารณาจากดัชนีวัดความสุขความเครียด โครงการนี้สามารถยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชนในหมู่บ้านที่เข้าร่วมโครงการคือประชาชนมีความสุขเพิ่มขึ้นร้อยละ 7 มีความเครียดลดลงร้อยละ 4

ต้นทุนต่ำ มีต้นทุนเพียง 13.25 บาท ต่อประชากรเท่านั้น เพราะเลือกใช้เทคโนโลยี ทางสุขภาพจิตที่ผสมผสานกับภูมิปัญญาท้องถิ่น ซึ่งปฏิบัติได้ง่าย กิจกรรมหลายกิจกรรมไม่ต้องใช้งบประมาณเพียงชุมชนเห็นความสำคัญสามารถใช้ทรัพยากรที่

เข้มแข็งในชุมชนมาเสริมคุณค่าเป็นลักษณะพิเศษของทุนทางสังคมของไทย ซึ่งควรรักษาและส่งเสริมคุณค่า

ประชาชนเข้าถึงบริการ และสื่อสารเข้าถึงประชาชนเป็นอย่างดี กล่าวคือ หลังจากมีการดำเนินโครงการ ประชาชนมีทัศนคติต่อปัญหาสุขภาพจิตดีขึ้น มีความกล้าที่จะมาใช้บริการรับคำปรึกษาและแก้ปัญหาทางสุขภาพจิตจากบุคลากรสาธารณสุข และอสม. เพิ่มขึ้นร้อยละ 2.5 เป็นร้อยละ 11.6 และผู้ป่วยโรคจิตได้รับการดูแลจากญาติพี่น้องและชุมชนมากขึ้นร้อยละ 47.6 ซึ่งจะมีผลต่ออัตราการหายป่วย

มีกิจกรรมชุมชนเข้มแข็ง แกนนำและประชาชนมีโอกาสเป็นเจ้าของโครงการ คัดเลือกปัญหาคัดสนใจ วางแผน และเลือกกิจกรรมที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตและวัฒนธรรมท้องถิ่น รวมทั้งระดมทรัพยากรในชุมชน ช่วยเหลือตนเอง เกิดกิจกรรมชุมชนเข้มแข็งและชุมชนมีความสุข ย่อมส่งผลให้ปัญหาสุขภาพจิตลดลง และมีผลต่อการหายของผู้ป่วยจิตเวช<sup>9-11</sup>

ประชาชนมีทักษะทางสุขภาพจิตเพิ่มขึ้นจากการที่ประชาชนได้ปฏิบัติเอง มีการพบปะของกลุ่มสมาชิก แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ถ่ายทอดองค์ความรู้ทางสุขภาพจิตในกลุ่มประชาชนด้วยกัน ประชาชนส่วนใหญ่ที่เข้าร่วมโครงการมีกิจกรรมพัฒนาตนเองเพิ่มขึ้น และแกนนำมีทักษะในการบำบัดแก้ไขปัญหาเบื้องต้นทางสุขภาพจิตในชุมชน แต่ยังคงต้องมีการพัฒนาศักยภาพทางวิชาการอย่างต่อเนื่องโดยกรมวิชาการ

เงื่อนไขปัจจัยความสำเร็จและความยั่งยืนของโครงการที่ไม่อาจละเลยได้ คือ ทุนทางสังคมในท้องถิ่น ซึ่งผู้บริหารโครงการต้องค้นหาและให้ความสำคัญ การได้มีโอกาสคิดเอง มีส่วนร่วมค้นหาปัญหาทางแก้ไข คัดเลือกวิธีที่สอดคล้องกับวิถีชุมชน และการได้ลงมือทำเอง ปฏิบัติเอง เป็นการเพิ่มทักษะของประชาชนในการดูแลแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตระดับปฐมภูมิได้ และถ้ากิจกรรมโครงการให้ความ



สำคัญต่อครอบครัวซึ่งเป็นสถาบันพื้นฐานของสังคม จะสามารถครอบคลุมทั้งด้านการส่งเสริม ป้องกัน บำบัด รักษา และฟื้นฟู ทางปัญหาสุขภาพจิตของชุมชนได้อย่างตรงตามเป้าหมาย ความสำเร็จเกิดขึ้นได้จากความร่วมมือร่วมใจในการดำเนินการ รวมถึงความยั่งยืนและความสามารถในการขยายผลของการดำเนินงาน

### ข้อเสนอแนะ

ปัจจัยความสำเร็จที่เป็นข้อคิดของผู้ปฏิบัติงาน ซึ่งประมวลได้จากกระบวนการวิจัยคือ

1. ประชาชนคัดเลือกปัญหาที่จะดำเนินการเอง จึงเป็นปัญหาที่แท้จริงของชุมชน
2. เทคโนโลยีที่ใช้แก้ปัญหา เกิดจากการร่วมคิดร่วมทำระหว่างอสม.และกรมสุขภาพจิต เป็นเทคโนโลยีง่ายแต่การปฏิบัติจริงในชุมชน
3. ผู้นำชุมชนมีอิสระในการปรับเปลี่ยนและเลือกเทคโนโลยีที่เหมาะสมสอดคล้องกับวัฒนธรรมและไม่ขัดกับวิถีชีวิต
4. ชุมชนตื่นตัวร่วมมือร่วมใจทำเพื่อชุมชน ไม่รู้สึกถูกสั่งการโดยราชการ
5. มีการเสริมแรงใจ เช่น สนับสนุนงบประมาณจำนวนพอควร การตรวจเยี่ยมให้กำลังใจ โดยผู้บริหาร การประกาศเกียรติโดยจัดประกวดผลงาน
6. โครงการนี้ทำให้ชุมชนมีความผูกพันร่วมมือกันเป็นการเสริมสร้างชุมชนเข้มแข็งซึ่งมีผลในการแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตของประชาชนได้อย่างแท้จริง

แม้ภาพรวมโครงการสุขภาพใจภาคประชาชนปี 2547 ประสบความสำเร็จอย่างยิ่งและมีปัจจัยความสำเร็จที่เป็นตัวอย่างให้โครงการอื่นๆ นำไปเป็นแนวทางปฏิบัติ แต่ต้องการความต่อเนื่องของโครงการและขยายผลครอบคลุมหมู่บ้าน ประชาชนมากกว่านี้ และการเชื่อมโยงกับภาคีและองค์กรในท้องถิ่น จะทำให้โครงการยั่งยืนยิ่งขึ้น

### กิตติกรรมประกาศ

ขอบคุณนายแพทย์ปราชญ์ บุญวงศ์วิโรจน์ รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข นายแพทย์ ม.ล.สมชาย จักรพันธุ์ อธิบดีกรมสุขภาพจิต คุณสมพร อินทร์แก้ว และผู้อำนวยการศูนย์สุขภาพจิต 1 ถึง 13 รวมทั้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุขแกนนำ และทีมสำรวจข้อมูลทุกท่านที่มีส่วนร่วมทำให้การดำเนินงานโครงการและการประเมินผลสำเร็จลุล่วงอย่างดี

### เอกสารอ้างอิง

1. สำนักสถิติแห่งชาติ. สรุปรสถานการณ์สังคมไทย. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร; 2546.
2. ปราชญ์ บุญวงศ์วิโรจน์. สุขภาพจิตไทย. กรุงเทพฯ: กรมสุขภาพจิต; 2546.
3. พรเทพ ศิริวนารังสรรค์. สุขภาพจิตไทย. กรุงเทพฯ: กรมสุขภาพจิต; 2544.
4. พิเชฐ อุดมรัตน์. ระบาดวิทยาของปัญหาสุขภาพจิตและโรคทางจิตเวชในประเทศไทย. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2547.
5. Bureau of Health Policy and Planning (2002) . Burden of Diseases and Injuries in Thailand : Priority Setting for Policy : Ministry of Public Health Thailand; 2002.
6. กรมสุขภาพจิต. ชุดเทคโนโลยีภูมิปัญญาท้องถิ่น. กรุงเทพฯ: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2547.
7. Daniel L, Stufflebeam. CIPP Model : CIPP Evaluation Model Checklist. In: Cochran W G, editor. Available from: // www.wmich.edu /evalety/Cippchecklist.htm.Sampling Technigue.html[1977Dec17].
8. อภิชัย มงคล วัชนี หัตถพนม ภัสรา เชนฐโชติศักดิ์ วรรณประภา ชลอรกุล ละเอียด ปัญญาใหญ่. ดัชนีชี้วัดความสุขของคนไทย. กรุงเทพฯ: กรมสุขภาพจิต; 2544.
9. สมชาย จักรพันธุ์. แบบประเมิน และวัดความเครียดด้วยตัวเองของกรมสุขภาพจิต. สมุทรปราการ : กรมสุขภาพจิต; 2541.
10. World Health Organization. World Health Report 2001 Mental Health : New Understand, New Hope; 2001.
11. Dimsdale JE, Keefe FJ, Stein MB. Stress and psychiatry. 7<sup>th</sup>ed. In: Kaplan & Sadock's Comprehensive textbook of psychiatry. Philadelphia; 2000.