



Development of Operational Capacity in Community Mental Health and Substance Abuse Care among Village Health Volunteers in Chiang Khan District, Loei Province

Acting Sub Lt. Chainan Sonprom

Chiang Khan District Public Health Office, Loei Province

Abstract

Village health volunteers (VHVs) are frontline workers in community surveillance, screening and referral for mental health and substance use problems. A contextual review in Chiang Khan District identified gaps in confidence using screening tools, reporting channels, partner roles, and post-referral follow-up.

The objectives to (1) develop a community mental health and substance use service model for VHVs, (2) compare self-reported knowledge, attitudes and practices before and after implementation, and (3) assess VHVs' satisfaction.

An action research study with one PAOR cycle (5 February–5 August 2026) was combined with a one-group pretest–posttest quantitative evaluation. Participants were VHVs in Na Sao Subdistrict; 96 of 98 recruited completed all activities. The 3S-CARE Model comprised 18 hours of training and practice, supervision and reflection. Data were analysed with paired-samples t tests (95% confidence intervals and Cohen's d_z) and content analysis.

The 3S-CARE Model had four components. Baseline scores were already in the "high" band on all three scales. Mean knowledge increased from 12.14 (SD 1.42) to 13.32 (SD 1.20; difference 1.18, 95% CI 0.94–1.44; $d_z = 0.97$, 95% CI 0.72–1.21), attitude from 56.41 to 63.45 (difference 7.04; $d_z = 1.52$), and self-reported practice from 10.94 to 12.98 (difference 2.04; $d_z = 1.41$); all $p < .001$. The differences equalled 7.9%, 11.7% and 13.6% of the score ranges. Item-level satisfaction with the training and implementation ranged from 4.64 to 4.77 ("highest level").

VHVs reported consistently higher knowledge, attitudes and practices after the programme, although absolute gains, particularly for knowledge, were modest because baseline scores were high. With no comparison group, a repeated identical instrument, and no service-user outcomes, causal effects and system-level effectiveness cannot be concluded. Comparison-group designs and service-level indicators are needed before scale-up.

Keywords: action research, capacity building, community mental health, substance use, village health volunteers

**Corresponding author: manthanajantafong@gmail.com*



การพัฒนาศักยภาพด้านการดำเนินงานสุขภาพจิตและยาเสพติดในชุมชน ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเชียงคาน จังหวัดเลย: การวิจัยเชิงปฏิบัติการร่วมกับการประเมินผลแบบกลุ่มเดียววัดก่อน-หลัง

ว่าที่ ร.ต.ชัยนันท์ สอนพรหม
สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเชียงคาน จังหวัดเลย

บทคัดย่อ

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นกำลังสำคัญของระบบเฝ้าระวัง คัดกรอง และประสานส่งต่อผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและยาเสพติดในชุมชน การถอดบทเรียนในอำเภอเชียงคานพบช่องว่างด้านความมั่นใจในการใช้แบบคัดกรอง ช่องทางแจ้งเหตุ บทบาทของภาคีเครือข่าย และการติดตามหลังส่งต่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) พัฒนารูปแบบการดำเนินงานสุขภาพจิตและยาเสพติดในชุมชนของ อสม. (2) เปรียบเทียบความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการปฏิบัติงานที่รายงานด้วยตนเอง ก่อนและหลังการพัฒนา และ (3) ศึกษาความพึงพอใจของ อสม.

วิธีการศึกษา: การวิจัยเชิงปฏิบัติการตามวงจร PAOR จำนวน 1 วงรอบ ระหว่าง 5 กุมภาพันธ์–5 สิงหาคม 2569 ร่วมกับการประเมินเชิงปริมาณแบบกลุ่มเดียววัดก่อน-หลัง ผู้เข้าร่วมเป็น อสม. ตำบลนาข้าว ที่เข้าร่วมกิจกรรมครบ 96 คน (จาก 98 คน) รูปแบบ 3S-CARE ประกอบด้วยการอบรมและฝึกปฏิบัติ 18 ชั่วโมง การนิเทศ และการสะท้อนผล วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วย paired-samples t-test รายงานช่วงความเชื่อมั่น 95% และ Cohen's d_z และวิเคราะห์เนื้อหาข้อมูลเชิงคุณภาพ

ผลการศึกษา พบว่า ได้รูปแบบ 3S-CARE ที่มี 4 องค์ประกอบ คະแนนก่อนการพัฒนายอยู่ในระดับสูงตามเกณฑ์ที่กำหนดอยู่แล้วทั้งสามด้าน หลังการพัฒนาคะแนนความรู้เพิ่มจาก 12.14 (SD = 1.42) เป็น 13.32 (SD = 1.20; ผลต่าง 1.18, 95%CI 0.94–1.44; $d_z = 0.97$, 95%CI 0.72–1.21) ทักษะเพิ่มจาก 56.41 เป็น 63.45 (ผลต่าง 7.04; $d_z = 1.52$) และพฤติกรรมที่รายงานด้วยตนเองเพิ่มจาก 10.94 เป็น 12.98 (ผลต่าง 2.04; $d_z = 1.41$) ทุกด้าน $p < .001$ ผลต่างคิดเป็นร้อยละ 7.9, 11.7 และ 13.6 ของพิสัยคะแนนตามลำดับ ความพึงพอใจรายข้อ (ต่อการอบรมและการดำเนินงาน) มีค่าเฉลี่ย 4.64–4.77 อยู่ในระดับมากที่สุด

สรุปผลการวิจัย พบว่า หลังเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนาศักยภาพ อสม. รายงานความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติงานสูงขึ้นในระดับที่สม่ำเสมอ แต่การเพิ่มเชิงสัมบูรณ์ โดยเฉพาะด้านความรู้ มีขนาดจำกัดเนื่องจากคะแนนก่อนสูงอยู่แล้ว ไม่มีกลุ่มเปรียบเทียบ ใช้แบบวัดชุดเดิม และยังไม่ได้วัดผลลัพธ์ระดับผู้รับบริการ จึงยังสรุปความเป็นเหตุและผลหรือประสิทธิผลของระบบไม่ได้ ควรประเมินด้วยกลุ่มเปรียบเทียบและตัวชี้วัดระดับบริการก่อนขยายผล

คำสำคัญ: การพัฒนาศักยภาพ, การวิจัยเชิงปฏิบัติการ, สุขภาพจิตชุมชน, ยาเสพติด, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน



บทนำ

ปัญหาสุขภาพจิตและการใช้ยาเสพติดเป็นปัญหาสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกันและกระทบทั้งบุคคล ครอบครัว ชุมชน และระบบบริการ องค์การอนามัยโลกรายงานว่ามีผู้ป่วยโรคจิตเภททั่วโลกประมาณ 24 ล้านคน (ราว 1 ใน 300 คน) และผู้ป่วยจำนวนมากยังเข้าไม่ถึงบริการที่มีประสิทธิภาพ (World Health Organization, 2022) ส่วนการใช้ยาเสพติด รายงานปี ค.ศ. 2024 ระบุว่าในปี ค.ศ. 2022 ประชากรอายุ 15–64 ปี ใช้ยาเสพติดประมาณ 292 ล้านคน เพิ่มขึ้นร้อยละ 20 จากช่วง 10 ปีก่อน (United Nations Office on Drugs and Crime [UNODC], 2024) สถานการณ์นี้ชี้ให้เห็นความจำเป็นของระบบเฝ้าระวัง คัดกรอง และนำผู้มีปัญหาเข้าสู่การดูแลอย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง

ในจังหวัดเลย ปี พ.ศ. 2568 มีผู้ป่วยโรคจิตเภท 4,281 คน เข้าถึงบริการ 3,368 คน (ร้อยละ 78.67) ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่คลินิกจิตเวชอำเภอเชียงคานระหว่างปี พ.ศ. 2566–2568 เท่ากับ 549, 615 และ 704 คน โดยในปี พ.ศ. 2568 ได้รับการรักษาต่อเนื่องภายใน 6 เดือน 313 คน (ร้อยละ 44.46) (ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร, 2568) ด้านยาเสพติด ปีงบประมาณ 2568 จังหวัดเลยมีผู้เข้ารับการบำบัด 3,655 ราย เป็นผู้อยู่ในอำเภอเชียงคาน 242 ราย (สำนักงานเลขาธิการคณะกรรมการการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด, 2568) อำเภอเชียงคานเป็นพื้นที่ริมแม่น้ำโขงที่มีการเดินทาง การท่องเที่ยว และการเคลื่อนย้ายประชากรต่อเนื่อง จึงต้องอาศัยเครือข่ายระดับชุมชนที่ค้นหาความเสี่ยงและประสานการดูแลได้ทันเวลา

อสม. เป็นบุคลากรด่านหน้าที่ใกล้ชิดประชาชนและรู้บริบทครอบครัวและชุมชน จึงมีบทบาทสังเกตสัญญาณเตือน คัดกรอง ให้คำแนะนำเบื้องต้น ประสานส่งต่อ และติดตามผู้มีปัญหา แนวทาง mhGAP ขององค์การอนามัยโลกสนับสนุนการแบ่งปันภารกิจ (task sharing) ให้บุคลากรระดับชุมชนภายใต้การฝึกอบรมการกำกับติดตาม และระบบส่งต่อที่ชัดเจน (World Health Organization, 2023) และการทบทวนอย่างเป็นระบบพบว่าบุคลากรสุขภาพที่ไม่ใช่ผู้เชี่ยวชาญ เมื่อได้รับการฝึกและสนับสนุน สามารถมีส่วนร่วมดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและสารเสพติดได้ (van Ginneken et al., 2013; Singla et al., 2017) การประเมินเบื้องต้นของอำเภอเชียงคานปี พ.ศ. 2568 พบ อสม. ร้อยละ 65 ยังไม่ผ่านเกณฑ์ความรู้และทักษะที่หน่วยงานกำหนด จากการประเมินเบื้องต้นของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตและยาเสพติด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเชียงคาน จังหวัดเลย ในปี พ.ศ. 2568 โดยใช้แบบสอบถามความรู้และทักษะพื้นฐานในการดำเนินงานสุขภาพจิตและยาเสพติดของ อสม. ซึ่งครอบคลุมการสังเกตสัญญาณเตือน การคัดกรอง การให้คำแนะนำเบื้องต้น การแจ้งเหตุ การส่งต่อ และการติดตามดูแลในชุมชน กำหนดเกณฑ์ผ่านไว้ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 ของคะแนนทั้งหมด พบว่า อสม. ร้อยละ 65 ยังมีคะแนนต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนด โดยเฉพาะด้านการใช้แบบคัดกรอง ช่องทางแจ้งเหตุ บทบาทของภาคีเครือข่าย และการติดตามภายหลังส่งต่อ (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเชียงคาน, 2568) ทั้งนี้ แบบสอบถามดังกล่าวเป็นเครื่องมือที่หน่วยงานใช้ประเมินสถานการณ์และความต้องการพัฒนาก่อนดำเนินการวิจัย เป็นคนละชุดกับแบบสอบถามความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมปฏิบัติงานที่ผู้วิจัยใช้เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการพัฒนาในการศึกษาครั้งนี้ นอกจากนี้ การถอดบทเรียนในระยะที่ 1 ของการศึกษานี้ชี้ไปที่ช่องว่างเชิงระบบ ได้แก่ ความมั่นใจในการใช้แบบคัดกรอง ช่องทางแจ้งเหตุ บทบาทของภาคีเครือข่าย และการติดตามหลังส่งต่อ



งานพัฒนาศักยภาพ อสม. ในประเทศไทยที่ผ่านมามักเน้นการอบรมให้ความรู้และการใช้แบบสังเกตหรือแบบคัดกรอง และพบว่าความรู้และความสามารถเพิ่มขึ้นหลังอบรม (รุจิรา อำพันธ์, 2565; กรองจิต วลัยศรี, 2566; วิสสุตา นพพิบูลย์ และอรุณ บุญสร้าง, 2568) แต่ส่วนใหญ่แยกงานสุขภาพจิตออกจากงานยาเสพติด ประเมินผลระดับความรู้เป็นหลัก และมีรายงานที่ออกแบบร่วมกับผู้ปฏิบัติในพื้นที่ชายแดนน้อย การวิจัยนี้จึงพัฒนารูปแบบที่เชื่อมงานทั้งสองด้านผ่านกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Kemmis et al., 2014) และประเมินผลโดยจำแนกระดับตามกรอบของ Kirkpatrick และ Kirkpatrick (2006) ได้แก่ ปฏิกริยา (ความพึงพอใจ) การเรียนรู้ (ความรู้ ทักษะ) และพฤติกรรม (การปฏิบัติที่รายงานด้วยตนเอง) โดยยังไม่ประเมินผลลัพธ์ระดับผู้รับบริการ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการดำเนินงานสุขภาพจิตและยาเสพติดในชุมชนของ อสม. อำเภอเชียงคาน จังหวัดเลย
2. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการปฏิบัติงานที่รายงานด้วยตนเองของ อสม. ก่อนและหลังการใช้รูปแบบ
3. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของ อสม. ต่อการอบรมและการดำเนินงานตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น

สมมติฐานการวิจัย

คาดว่าหลังการใช้รูปแบบ อสม. มีคะแนนความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการปฏิบัติงานสูงกว่าก่อนใช้รูปแบบ ทดสอบด้วยสถิติแบบสองทาง

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยประยุกต์วงจร PAOR (การวางแผน การปฏิบัติ การสังเกต การสะท้อนผล) เพื่อให้ อสม. เจ้าหน้าที่และภาคีเครือข่ายร่วมวิเคราะห์ปัญหา ทดลองปฏิบัติ และปรับปรุงแบบ (Kemmis et al., 2014) ตัวแปรต้นคือรูปแบบ 3S-CARE ซึ่งประกอบด้วยกรอบอบรมและฝึกปฏิบัติ การนิเทศ การกำหนดช่องทางแจ้งเหตุและบทบาทภาคี ส่วนผลลัพธ์ที่ประเมินสัมพันธ์กับระดับของ Kirkpatrick ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ตัวแปรที่ประเมินและระดับการประเมินตามกรอบของ Kirkpatrick

ระดับ	ตัวแปร/เครื่องมือ	สถานะในการศึกษานี้
1 ปฏิกริยา	ความพึงพอใจ (6 ข้อ)	ประเมินหลังกิจกรรม
2 การเรียนรู้	ความรู้ (15 ข้อ), ทักษะ (15 ข้อ)	ประเมินก่อน-หลัง
3 พฤติกรรม	การปฏิบัติงานที่รายงานด้วยตนเอง (15 ข้อ)	ประเมินก่อน-หลัง (ยังไม่มี การสังเกตโดยผู้ประเมินอิสระ)
4 ผลลัพธ์	ผลต่อผู้รับบริการและระบบบริการ	ไม่ได้ประเมิน



ระเบียบวิธีวิจัย

1. รูปแบบการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบผสมวิธี ดำเนินการตามวงจร PAOR จำนวน 1 วงรอบ (จำกัดเพราะระยะเวลา) ส่วนการประเมินเชิงปริมาณเป็นแบบกลุ่มเดียววัดก่อน-หลัง (one-group pretest-posttest) ซึ่งเป็นการออกแบบกึ่งทดลองแบบไม่มีกลุ่มเปรียบเทียบ รายงานส่วนเชิงปริมาณตามแนวทาง TREND (Des Jarlais et al., 2004) การสุ่มใช้เพื่อคัดเลือกผู้เข้าร่วมประเมินเชิงปริมาณ ไม่ใช่เพื่อสร้างกลุ่มที่เทียบเท่ากัน

2. พื้นที่และระยะเวลา

อำเภอเชียงคาน จังหวัดเลย ระหว่าง 5 กุมภาพันธ์-5 สิงหาคม 2569 (6 เดือน) แบ่งเป็นระยะที่ 1 ศึกษาบริบทและถอดบทเรียน (5-28 กุมภาพันธ์) ระยะที่ 2 พัฒนาและดำเนินการตามวงจร PAOR (1 มีนาคม-30 มิถุนายน) และระยะที่ 3 ประเมินผล (1 กรกฎาคม-5 สิงหาคม)

3. ผู้เข้าร่วมและการคัดเลือก

ประชากรคือ อสม. อำเภอเชียงคาน ปี พ.ศ. 2569 จำนวน 1,386 คน เกณฑ์คัดเข้า คือ ขึ้นทะเบียนและปฏิบัติงานในพื้นที่ อายุ 20-70 ปี อ่านเขียนภาษาไทยได้ เข้าร่วมกิจกรรมได้ตลอดการศึกษา และยินยอมเข้าร่วม เกณฑ์คัดออก คือ ลาออกหรือหยุดปฏิบัติหน้าที่ ถอนตัว เข้าร่วมกิจกรรมไม่ครบ ให้ข้อมูลไม่ครบ หรือมีภาวะสุขภาพที่เป็นอุปสรรค

ขนาดตัวอย่างขั้นต่ำคำนวณด้วย G*Power 3.1.9.7 (Faul et al., 2007) สำหรับ matched-pairs t-test สองทาง ระดับนัยสำคัญ 0.05 อำนาจการทดสอบ 0.80 และขนาดอิทธิพล $d_z = 0.50$ ตามเกณฑ์ของ Cohen (1988) ได้ 34 คน เพิ่มร้อยละ 10 เพื่อชดเชยการสูญหายเป็น 38 คน ผู้เข้าร่วมจริงมากกว่าขั้นต่ำมาก ด้วยขนาด $n = 96$ การศึกษานี้ตรวจจบผลต่างที่ $d_z \geq 0.29$ ได้ที่อำนาจการทดสอบ 0.80 (คำนวณโดยผู้เขียนบทความนี้)

ผู้วิจัยสุ่มเลือก 1 ตำบลจากตำบลทั้งหมดในอำเภอด้วยวิธีจับสลาก ได้ตำบลนาข้าว ซึ่งมี อสม. ที่ผ่านเกณฑ์คัดเข้าจำนวน 156 คน จากนั้นสุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบ (systematic random sampling) จากบัญชีรายชื่อ อสม. โดยคำนวณช่วงการสุ่มจาก $\sqrt{k=N/n=156/98=1.592}$ ผู้วิจัยใช้ช่วงการสุ่มตามค่าที่คำนวณได้โดยไม่ปัดเป็นจำนวนเต็ม กำหนดตำแหน่งเริ่มต้นจากการสุ่ม แล้วคำนวณตำแหน่งของผู้ได้รับเลือกในลำดับถัดไปด้วยสูตร $\sqrt{R+(i-1)k}$ และปรับตำแหน่งที่ได้เป็นลำดับในบัญชีรายชื่อ จนได้ผู้เข้าร่วมจำนวน 98 คน ตามขนาดตัวอย่างที่กำหนด ภายหลังดำเนินการวิจัย มีผู้เข้าร่วมจำนวน 2 คน เข้าร่วมกิจกรรมไม่ครบตามเกณฑ์ที่กำหนด คือ ขาดกิจกรรมตั้งแต่ 3 ครั้งขึ้นไป จึงถูกคัดออกตามเกณฑ์การวิเคราะห์แบบ per-protocol เหลือกลุ่มตัวอย่างที่นำมาวิเคราะห์ข้อมูลจำนวน 96 คน คิดเป็นอัตราคงอยู่ร้อยละ 97.96



4. รูปแบบและกิจกรรมพัฒนาศักยภาพ

รูปแบบ 3S-CARE ใช้หลักการทำงาน "3 ส" คือ สอดส่องมองหา ใส่ใจรับฟัง และส่งต่อเชื่อมโยง ร่วมกับหน้าที่สนับสนุน CARE คือ การประสานงาน (Coordination) การช่วยเหลือ (Assistance) การฟื้นฟู (Rehabilitation) และการประเมินผล (Evaluation) รูปแบบประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ (ตารางที่ 4 ในผลการวิจัย) ดำเนินกิจกรรมตามตารางที่ 2 โดยอบรมและฝึกปฏิบัติ 3 ครั้ง ครั้งละ 6 ชั่วโมง รวม 18 ชั่วโมง ตามด้วยการติดตามการปฏิบัติงานจริงและการประชุมสะท้อนผล

ตารางที่ 2 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัยและกิจกรรมพัฒนาศักยภาพ

ระยะ/ขั้นตอน	กิจกรรมสำคัญ	ระยะเวลา	ผู้เข้าร่วม
ระยะที่ 1 ศึกษาบริบทและ ถอดบทเรียน	ทบทวนนโยบาย เอกสาร ข้อมูลสถานการณ์ วิเคราะห์ปัญหาและความต้องการ ประชุมถอดบทเรียน	5-28 ก.พ. 2569	ผู้วิจัย เจ้าหน้าที่ 8 คน ตัวแทน อสม. 15 คน
ระยะที่ 2 Planning	ชี้แจง เก็บข้อมูลก่อนการพัฒนา (pretest) ประชุม วิเคราะห์ปัญหา กำหนดกิจกรรม เครื่องมือ เกณฑ์ จำแนกระดับความรุนแรง ช่องทางแจ้งเหตุ	1-7 มี.ค. (6 ชม.)	อสม. 96 คน และทีมสุขภาพ
Action ครั้งที่ 1	ความรู้เรื่องสุขภาพจิตและยาเสพติด สัญญาณเตือน บอบช้ำ อสม. การรับฟังโดยไม่ตีตรา การรักษา ความลับ	สัปดาห์ที่ 1 (6 ชม.)	อสม. 96 คน
Action ครั้งที่ 2	ฝึกแบบคัดกรอง (2Q, ST-5, V.2 และการใช้ 9Q/8Q โดยเจ้าหน้าที่ตามข้อบ่งชี้) การจำแนก ระดับเฝ้าระวัง เร่งด่วน อุกเหตุน การให้คำปรึกษา เบื้องต้น	สัปดาห์ที่ 2 (6 ชม.)	อสม. 96 คน
Action ครั้งที่ 3	สถานการณ์จำลอง การแจ้งเหตุ ประสานส่งต่อ เยี่ยมบ้าน บันทึกข้อมูล ใช้ LINE Official Account (รหัสแทนชื่อ)	สัปดาห์ที่ 3 (6 ชม.)	อสม. 96 คน
Observation	ติดตามการนำไปใช้จริง บันทึกปัญหาและอุปสรรค	มี.ค.-พ.ค. 2569	ผู้วิจัย รพ.สต. อสม.
Reflection	ประชุมสะท้อนผล สรุปบทเรียน ปรับปรุงขั้นตอน คัดกรอง แจ้งเหตุ ส่งต่อ และติดตามดูแล จนได้ รูปแบบ 3S-CARE ฉบับปรับปรุง	มิ.ย. 2569 (6 ชม.)	ตัวแทน อสม. ทีมสุขภาพ
ระยะที่ 3 ประเมินผล	เก็บข้อมูลหลังการพัฒนา (posttest) ด้วย แบบสอบถามชุดเดิม ประเมินความพึงพอใจ	1 ก.ค.-5 ส.ค. 2569	อสม. 96 คน

หมายเหตุ: pretest เก็บก่อนเริ่มกิจกรรมอบรม และ posttest เก็บห่างจาก pretest ประมาณ 4 เดือน รูปแบบฉบับปรับปรุงสรุปหลังการสะท้อนผลในเดือนมิถุนายน ดังนั้น posttest ประเมินผลของชุดกิจกรรมที่ดำเนินระหว่างมีนาคม-มิถุนายน ไม่ใช่เฉพาะรูปแบบฉบับสุดท้าย



5. เครื่องมือวิจัย

1) แบบสอบถามความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม มี 4 ส่วน คือ ข้อมูลทั่วไป 7 ข้อ ความรู้ 15 ข้อ (ถูก-ผิด ให้ 1/0 คะแนนรวม 0-15) ทักษะ 15 ข้อ (ลิเคิร์ต 5 ระดับ ทั้งข้อเชิงบวกและลบ คะแนนรวม 15-75) และพฤติกรรม 15 ข้อ (ปฏิบัติ/ไม่ปฏิบัติ กลับคะแนนข้อเชิงลบ คะแนนรวม 0-15) ดัดแปลงจากคู่มือ อสม. เชี่ยวชาญสาขาสุขาภจิตชุมชน (ศูนย์สุขาภจิตที่ 12, 2561) และหลักสูตรการติดตามยาเสพติดในชุมชน สำหรับ อสม. (สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด, 2563) แปลผลเป็นต่ำ ปานกลาง สูง โดยแบ่งพิสัยเป็น 3 ช่วงเท่ากันตามแนวของ Best (1997) (ความรู้และพฤติกรรม: สูง 10.01-15.00, ปานกลาง 5.01-10.00, ต่ำ 0-5.00; ทักษะ: สูง 55.01-75.00, ปานกลาง 35.01-55.00, ต่ำ 15.00-35.00) เกณฑ์นี้เป็นการแบ่งตามช่วงคะแนน ไม่ใช่เกณฑ์สมรรถนะที่ผ่านการกำหนดจากผู้เชี่ยวชาญ

2) แบบสอบถามความพึงพอใจ 6 ข้อ ลิเคิร์ต 5 ระดับ แปลผลค่าเฉลี่ยเป็นมากที่สุด (4.21-5.00) มาก (3.41-4.20) ปานกลาง (2.61-3.40) น้อย (1.81-2.60) และน้อยที่สุด (1.00-1.80) พร้อมคำถามปลายเปิด ข้อคำถามส่วนใหญ่ประเมินการอบรม การประสานงาน วิทยากร และสื่อ จึงสะท้อนความพึงพอใจต่อกิจกรรมและการดำเนินงาน มากกว่าการยอมรับรูปแบบ 3S-CARE ในภาพรวม

6. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ผู้มีความเชี่ยวชาญด้านสุขาภจิตและยาเสพติด ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ได้ค่า IOC ของแบบสอบถามความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมเท่ากับ 0.91, 0.98 และ 0.89 และของแบบสอบถามความพึงพอใจและรูปแบบเท่ากับ 1.00 ทดลองใช้กับ อสม. ที่มีลักษณะคล้ายกัน 30 คน ได้ KR-20 ของความรู้ 0.89 และสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของทักษะ พฤติกรรม และความพึงพอใจ 0.86, 0.82 และ 0.95 ตามลำดับ ความเที่ยงจากกลุ่มตัวอย่างจริง ($n = 96$)

7. การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บ pretest ในระยะวางแผน (1-7 มีนาคม 2569) ก่อนเริ่มกิจกรรมอบรม และ posttest ในระยะประเมินผลด้วยแบบสอบถามชุดเดิม ผู้ช่วยเก็บข้อมูลเป็นบุคลากรสาธารณสุขจากหน่วยงานอื่นที่ไม่อยู่ในสายการกำกับดูแล อสม. โดยตรง เพื่อลดอคติจากการตอบให้เป็นที่ยอมรับ ข้อมูลเชิงคุณภาพเก็บจากการประชุมถอดบทเรียน (เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานสุขาภจิตและยาเสพติด 8 คน ตัวแทน อสม. 15 คน

เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานสุขาภจิตและยาเสพติด จำนวน 8 คน โดยกำหนดเกณฑ์คัดเลือก ได้แก่ ปฏิบัติงานด้านสุขาภจิตหรือยาเสพติดในพื้นที่ไม่น้อยกว่า 1 ปี มีส่วนร่วมในการวางแผน ดำเนินกิจกรรม นิเทศ หรือติดตามการดำเนินงาน และยินยอมให้ข้อมูล

ผู้แทน อสม. จำนวน 15 คน โดยคัดเลือกให้ครอบคลุมพื้นที่ดำเนินงาน มีประสบการณ์ปฏิบัติงานเป็น อสม. ไม่น้อยกว่า 1 ปี เข้าร่วมกิจกรรมพัฒนาศักยภาพครบตามเกณฑ์ มีประสบการณ์นำความรู้หรือเครื่องมือไปใช้ในการปฏิบัติงานจริง และยินยอมเข้าร่วมการประชุมถอดบทเรียน



8. การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไปและความพึงพอใจวิเคราะห์ด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และสูงสุด เปรียบเทียบคะแนนความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมก่อน-หลังด้วย paired-samples t test แบบสองทาง หลังตรวจการแจกแจงปกติของคะแนนผลต่างด้วย Shapiro-Wilk test (หากไม่เป็นไปตามข้อตกลงใช้ Wilcoxon signed-rank test) ระดับนัยสำคัญ .05 รายงานผลต่างเฉลี่ยพร้อมช่วงความเชื่อมั่น 95% และ Cohen's dz (ผลต่างเฉลี่ย/SD ของผลต่าง) พร้อมช่วงความเชื่อมั่น 95% ของ dz ตามการแจกแจง noncentral t (Lakens, 2013) และแสดงผลต่างเป็นร้อยละของพิสัยคะแนนเพื่อสะท้อนความสำคัญเชิงปฏิบัติ ค่าสถิติที่ระบุว่า "คำนวณย้อนกลับ" ได้จากสถิติสรุปที่รายงาน ได้แก่ SD ของผลต่างและสหสัมพันธ์ก่อน-หลัง ข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์เนื้อหาตามกระบวนการของ Elo และ Kyngäs (2008) และตรวจสอบความน่าเชื่อถือตามแนวของ Lincoln และ Guba (1985)

9. จริยธรรมการวิจัย

ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย เลขที่ ECLOEI 051/2569 ลงวันที่ 2 กุมภาพันธ์ 2569 (ก่อนเริ่มเก็บข้อมูล) ผู้เข้าร่วมได้รับคำอธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอน ประโยชน์ ความเสี่ยง และสิทธิปฏิเสธหรือถอนตัวโดยไม่กระทบสิทธิใด ๆ และลงนามยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร ข้อมูลเก็บเป็นความลับและนำเสนอในภาพรวม เนื่องจากผู้วิจัยสังกัดหน่วยงานที่กำกับดูแล อสม. จึงเน้นความสนใจและแยกผู้เก็บข้อมูลออกจากสายบังคับบัญชา เนื่องจากกิจกรรมเกี่ยวข้องกับการคัดกรองความเสี่ยงฆ่าตัวตายและความรุนแรง จึงมีมาตรการ 1) นิเทศและให้คำปรึกษา อสม. โดยเจ้าหน้าที่สุขภาพจิตของ รพ.สต. และโรงพยาบาลอำเภอ 2) แนวทางส่งต่อฉุกเฉินผ่านสายด่วน 1323 และ 1669 3) อบรมการรักษาความลับและการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลตาม พ.ร.บ.คุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 โดยใช้รหัสแทนชื่อผู้รับบริการในการแจ้งเหตุผ่าน LINE Official Account และ 4) ใช้ผู้ช่วยเก็บข้อมูลที่ไม่อยู่ในสายการกำกับ ส่วนการคัดกรองประชาชนโดย อสม. ในระยะสังเกตการณ์ เป็นการปฏิบัติหน้าที่ตามปกติภายใต้ระบบของ รพ.สต. และไม่มีการเก็บข้อมูลส่วนบุคคลของประชาชนเพื่อการวิจัย

ผลการวิจัย

1. ลักษณะของผู้เข้าร่วม

ผู้เข้าร่วม 98 คน เข้ากิจกรรมไม่ครบ 2 คน คงเหลือผู้ที่นำมาวิเคราะห์ 96 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 94.79) อายุเฉลี่ย 52.61 ± 7.94 ปี (32–65 ปี) เป็น อสม. เฉลี่ย 20.71 ± 10.64 ปี (1–41 ปี) เป็นเกษตรกรร้อยละ 79.17 และเคยอบรมด้านสุขภาพจิตมาก่อนร้อยละ 83.33 (ตารางที่ 3) ข้อมูลประวัติการอบรมเดิมมีความสำคัญต่อการตีความคะแนนก่อนการพัฒนา



ตารางที่ 3 ข้อมูลทั่วไปของผู้เข้าร่วม (n = 96)

ลักษณะ	จำนวน (ร้อยละ)
เพศ	
หญิง	91 (94.79)
ชาย	5 (5.21)
อายุ (ปี): mean $\pm$ SD = 52.61 $\pm$ 7.94; min-max = 32–65	
31–40	14 (14.58)
41–50	28 (29.17)
51–60	37 (38.54)
61–70	17 (17.71)
ระดับการศึกษา	
ประถมศึกษา	16 (16.67)
มัธยมศึกษาตอนต้น	26 (27.08)
มัธยมศึกษาตอนปลาย	47 (48.96)
ปวส.	2 (2.08)
ปริญญาตรี	5 (5.21)
ระยะเวลาเป็น อสม. (ปี): mean $\pm$ SD = 20.71 $\pm$ 10.64; min-max = 1–41	
1–10	21 (21.88)
11–20	42 (43.75)
21–30	26 (27.08)
>31	7 (7.29)
Mean = 20.71 ปี S.D.=10.64, Max.=41, Min=1	
อาชีพ	
เกษตรกร	76 (79.17)
รับจ้าง	10 (10.42)
ค้าขาย	7 (7.29)
อื่น ๆ	3 (3.12)
ประวัติการอบรมด้านสุขภาพจิต	
เคย	80 (83.33)
ไม่เคย	16 (16.67)



ลักษณะ	จำนวน (ร้อยละ)
รายได้ต่อเดือน (บาท): mean $\pm$ SD = 6,765.63 $\pm$ 6,109.44; min-max = 1,000–40,000	
<5,000	16 (16.67)
5,001–10,000	58 (60.42)
>10,000	22 (22.92)

ปรับร้อยละให้รวมเป็น 100.00 และแก้ช่วงรายได้ >10,000 เป็น 22.92 (22/96) ตามการคำนวณ

2. การพัฒนารูปแบบการดำเนินงาน (วัตถุประสงค์ข้อ 1)

จากการประชุมถอดบทเรียนในระยะที่ 1 ร่วมกับเจ้าหน้าที่ 8 คน และตัวแทน อสม. 15 คน วิเคราะห์เนื้อหาได้ 4 ประเด็น ได้แก่ 1) อสม. ส่วนใหญ่ขาดความมั่นใจในการใช้แบบคัดกรองและจำแนกระดับความรุนแรง 2) ช่องทางแจ้งเหตุและประสานงานไม่เป็นระบบ ทำให้ล่าช้า 3) บทบาทของภาคีเครือข่ายไม่ชัดเจน และ 4) ขาดระบบติดตามต่อเนื่องหลังส่งต่อ ข้อค้นพบนำไปสู่รูปแบบ 3S-CARE ซึ่งมี อสม. เป็นกลไกหลัก และมี 4 องค์ประกอบ (ตารางที่ 4) การปรับปรุงหลังการสะท้อนผลในเดือนมิถุนายน

ตารางที่ 4 องค์ประกอบของรูปแบบ 3S-CARE เทียบกับสภาพก่อนพัฒนา (จากการถอดบทเรียนและการสังเกต)

องค์ประกอบ	สภาพเดิม (จากถอดบทเรียน)	สิ่งที่กำหนดในรูปแบบ
1. การพัฒนาความรู้ และทักษะ อสม.	ความรู้และทักษะต่างกัน การพัฒนาไม่เป็นระบบ	อบรมความรู้ ฝึกใช้แบบคัดกรอง สถานการณ์จำลอง ทบทวนกรณีศึกษา นิเทศเสริมพลัง
2. การเฝ้าระวัง คัด กรอง และประเมิน ความรุนแรง	ค้นหากลุ่มเสี่ยงขึ้นกับ ประสบการณ์ ไม่มีเกณฑ์ จำแนกระดับร่วมกัน	ใช้ 2Q, ST-5, V.2, Mental Health Check In โดย อสม. ประสาน รพ.สต. ประเมินต่อยาว 9Q/8Q ตาม ข้อบ่งชี้ จำแนก 3 ระดับ: เฝ้าระวัง แรงด่วน ลูกเงิน
3. การแจ้งเหตุ ประสานงาน และส่งต่อ	ช่องทางไม่เป็นระบบ ข้อมูลไม่ครบ ล่าช้า บทบาทภาคีไม่ชัดเจน	ช่องทางแจ้งเหตุทางโทรศัพท์และ LINE Official Account ใช้รหัสแทนชื่อ ประสาน 191/1669 กรณี ฉุกเฉิน กำหนดบทบาท ครอบครัวยุทธ ชุมชน รพ.สต. โรงพยาบาล อบต. ตำรวจ โรงเรียน พม.
4. การดูแลต่อเนื่อง และฟื้นฟู	เยี่ยมบ้านและติดตามขาด ความต่อเนื่อง	เยี่ยมบ้าน ติดตามการรักษา ประเมินซ้ำ ฟื้นฟูคุณภาพ ชีวิต ป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ส่งต่อกลับสู่ชุมชน

หมายเหตุ: ตารางนี้อธิบายลักษณะของรูปแบบ ไม่ได้แสดงผลลัพธ์ที่วัดได้ ผลลัพธ์ระดับระบบและ
ผู้รับบริการ (เช่น ความรวดเร็วในการส่งต่อ ความต่อเนื่องการรักษา) ไม่ได้ถูกวัดในการศึกษานี้



3. ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม ก่อนและหลังการพัฒนา (วัตถุประสงค์ข้อ 2)

ก่อนการพัฒนา ค่าเฉลี่ยทั้งสามด้านอยู่ในระดับ "สูง" ตามเกณฑ์ที่กำหนดแล้ว (ความรู้ 12.14/15 คิดเป็นร้อยละ 80.9 ของคะแนนเต็ม ทักษะ 56.41/75 ร้อยละ 75.2 พฤติกรรม 10.94/15 ร้อยละ 72.9) หลังการพัฒนา คะแนนทั้งสามด้านเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 5) ผลต่างของความรู้คือ 1.18 คะแนน (ร้อยละ 7.9 ของพิสัย) ทักษะ 7.04 คะแนน (ร้อยละ 11.7) และพฤติกรรม 2.04 คะแนน (ร้อยละ 13.6) ขนาดอิทธิพล d_z ที่สูงสะท้อนความสม่ำเสมอของการเปลี่ยนแปลงในผู้เข้าร่วมส่วนใหญ่ (SD ของผลต่างที่คำนวณย้อนกลับได้ 1.22, 4.64 และ 1.45 ตามลำดับ) ควบคู่กับขนาดผลต่างสัมบูรณ์ที่จำกัด โดยเฉพาะด้านความรู้

ตารางที่ 5 คะแนนความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมก่อนและหลังการพัฒนาศักยภาพ (n = 96)

ตัวแปร (พิสัยคะแนน)	ก่อน mean (SD)	หลัง mean (SD)	ผลต่าง (95%CI)	t (95)	d_z (95%CI)	ผลต่าง/พิสัย (%)
ความรู้ (0-15)	12.14 (1.42)	13.32 (1.20)	1.18 (0.94-1.44)	9.49	0.97 (0.72-1.21)	7.9
ทักษะ (15-75)	56.41 (5.13)	63.45 (4.65)	7.04 (6.10-7.98)	14.85	1.52 (1.22-1.81)	11.7
พฤติกรรม (0-15)	10.94 (2.28)	12.98 (1.46)	2.04 (1.74-2.32)	13.82	1.41 (1.13-1.69)	13.6

ทุกด้าน $p < .001$ (paired t test สองทาง, $df = 95$) ช่วงความเชื่อมั่นของ d_z และผลต่างร้อยละของพิสัยคำนวณโดยผู้เขียนบทความนี้จากสถิติที่รายงาน สหสัมพันธ์ก่อน-หลังที่คำนวณย้อนกลับ $\approx 0.58, 0.55$ และ 0.79 ตามลำดับ ผลการทดสอบการแจกแจงปกติ

การจำแนกตามระดับคะแนน (ต่ำ ปานกลาง สูง) ตามที่นิยามไว้ในวิธีการ

ตารางที่ 6 จำนวน (ร้อยละ) ของ อสม. จำแนกตามระดับคะแนนก่อนและหลังการพัฒนา (n = 96)

ตัวแปร/ระดับ	ก่อน n	ก่อน %	หลัง n	หลัง %
ความรู้				
มาก	87	90.62	95	98.96
ปานกลาง	9	9.38	1	1.04
น้อย	-	-	-	-
ทักษะ				
สูง	50	52.08	90	93.75
ปานกลาง	46	47.92	6	6.25
ต่ำ	-	-	-	-



ตัวแปร/ระดับ	ก่อน n	ก่อน %	หลัง n	หลัง %
พฤติกรรม				
สูง	67	69.79	88	91.67
ปานกลาง	29	30.21	8	8.33
ต่ำ	-	-	-	-

4. ความพึงพอใจ (วัตถุประสงค์ข้อ 3)

ผู้เข้าร่วม 96 คนมีความพึงพอใจต่อการอบรมและการดำเนินงานอยู่ในระดับมากที่สุดทุกข้อ ค่าเฉลี่ยรายข้อ 4.64–4.77 (ตารางที่ 7) คะแนนของทุกคนอยู่ระหว่าง 4–5 ซึ่งบ่งชี้ ceiling effect และอาจสะท้อนอคติการตอบให้เป็นที่ยอมรับ ค่าเฉลี่ยรวม

ตารางที่ 7 ความพึงพอใจของ อสม. ต่อการอบรมและการดำเนินงาน (n = 96)

ข้อคำถาม	Mean	SD	ระดับ
1. ระยะเวลาจัดกิจกรรมอบรมเหมาะสม	4.72	0.45	มากที่สุด
2. การแจ้งข้อมูล นัดหมาย และประสานงานชัดเจน เข้าใจง่าย	4.72	0.45	มากที่สุด
3. เนื้อหาและกิจกรรมนำไปใช้ปฏิบัติงานได้	4.77	0.42	มากที่สุด
4. วิทยากรถ่ายทอดความรู้ได้เข้าใจและชัดเจน*	4.77	0.42	มากที่สุด
5. เอกสารและสื่อประกอบน่าสนใจ เข้าใจง่าย	4.64	0.48	มากที่สุด
6. ความพึงพอใจต่อรูปแบบโดยรวม	4.75	0.43	มากที่สุด

อภิปรายผล

การวิจัยพัฒนารูปแบบ 3S-CARE ที่เชื่อมงานสุขภาพจิตและยาเสพติดของ อสม. เข้ากับการเฝ้าระวังคัดกรอง จำแนกระดับความรุนแรง แจ้งเหตุ ส่งต่อ และติดตามดูแลผ่านวงจร PAOR ที่ อสม. เจ้าหน้าที่ และภาคีมีส่วนร่วม ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Kemmis et al., 2014) และหลักการ task sharing ที่ต้องมีการอบรม การนิเทศ และระบบส่งต่อรองรับ (World Health Organization, 2023; Singla et al., 2017) อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้พัฒนารูปแบบเพียง 1 วงรอบ และยังไม่ได้ตรวจสอบความเหมาะสมหรือความเป็นไปได้ของรูปแบบโดยผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขา จึงควรเรียกว่าเป็นรูปแบบฉบับเริ่มต้นที่ต้องปรับปรุงต่อ

หลังการพัฒนา คะแนนความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมที่รายงานด้วยตนเองสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ผลนี้มีทิศทางเดียวกับการศึกษาในประเทศที่รายงานความรู้และการปฏิบัติที่เพิ่มขึ้นหลังการพัฒนาศักยภาพ อสม. (รุจิรา อำพันธ์, 2565; วิสสุตา นพพิบูลย์ และอรุณ บุญสร้าง, 2568; กรองจิต วลัยศรี, 2566) แต่ควรแปลผล



อย่างระมัดระวังด้วยเหตุผลหลายประการ ประการแรก คะแนนก่อนการพัฒนาอยู่ในระดับสูงตามเกณฑ์ที่กำหนดแล้วทั้งสามด้าน และร้อยละ 83.33 เคยอบรมมาก่อน ผลต่างของความรู้จึงเป็นเพียง 1.18 จาก 15 คะแนน (ร้อยละ 7.9 ของพิสัย) แม้ dz จะเท่ากับ 0.97 ซึ่งสูงเพราะการเปลี่ยนแปลงค่อนข้างสม่ำเสมอ (SD ของผลต่างเล็ก) มากกว่าเพราะการเพิ่มมีขนาดใหญ่ ผลนี้ยังไม่ตรงกับข้อมูลเบื้องต้นที่ว่า อสม. ร้อยละ 65 ยังไม่ผ่านเกณฑ์ ซึ่งอาจเกิดจากการใช้เครื่องมือและเกณฑ์คนละชุด จึงควรตรวจสอบความสามารถในการจำแนกของแบบวัดเดิม ประการที่สอง แบบทดสอบความรู้แบบถูก-ผิดมีโอกาสเดาถูกและเมื่อคะแนนก่อนสูงมากก็เกิด ceiling effect (คะแนนหลังเฉลี่ยร้อยละ 88.8 ของคะแนนเต็ม) จึงอาจแยกความแตกต่างของผู้ที่มีความรู้ดีไม่ได้ ประการที่สาม ใช้แบบวัดชุดเดิมและวัดห่างกัน 4 เดือน จึงมีผลของการทดสอบซ้ำ เหตุการณ์ในช่วงเวลา (history) และการเรียนรู้ตามธรรมชาติ (maturation) ปนอยู่ ประการที่สี่ พฤติกรรมเป็นการรายงานด้วยตนเองแบบปฏิบัติ/ไม่ปฏิบัติ ไม่ได้ตรวจสอบโดยการสังเกตหรือบันทึกจริง และผู้ตอบทราบวัตถุประสงค์ของกิจกรรม จึงอาจมีอคติจากการตอบให้เป็นที่ยอมรับ

ทัศนคติเพิ่มขึ้น 7.04 คะแนน (ร้อยละ 11.7 ของพิสัย) ซึ่งเป็นขนาดอิทธิพลสูงสุดในสามด้าน อาจเกี่ยวข้องกับการฝึกด้วยสถานการณ์จำลอง การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การกำหนดบทบาทชัดเจน และการมีเจ้าหน้าที่สนับสนุน ซึ่งตรงกับข้อเสนอว่าการฝึกที่มีโครงสร้าง การกำกับ และความชัดเจนของบทบาทเป็นเงื่อนไขของ task sharing (van Ginneken et al., 2013; Singla et al., 2017) และตรงกับปัจจัยที่ยุทธนา แยกคาย และคณะ (2568) รายงานว่าเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานสุขภาพจิตชุมชนของ อสม. แต่การศึกษานี้ไม่ได้แยกผลของแต่ละองค์ประกอบ จึงเป็นเพียงข้อสันนิษฐาน พฤติกรรมเพิ่มขึ้น 2.04 คะแนน (ร้อยละ 13.6) และเป็นด้านที่ผลต่างเชิงสัมพัทธ์ต่อพิสัยมากที่สุด แต่ยังไม่ข้อมูลที่แสดงว่าการคัดกรอง การแจ้งเหตุ หรือการส่งต่อจริงมีจำนวนหรือคุณภาพเพิ่มขึ้น

ความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุดทุกข้อ และไม่มีผู้ให้คะแนนต่ำกว่า 4 ข้อมูลนี้แสดงการยอมรับกิจกรรมในระยะสั้น แต่เก็บทันทีหลังกิจกรรมโดยผู้ที่มีความสัมพันธ์กับผู้จัด และข้อคำถามส่วนใหญ่ประเมินการอบรมมากกว่ารูปแบบ 3S-CARE ทั้งระบบ จึงยังยืนยันความยั่งยืนหรือความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ประจำไม่ได้ ผลเชิงปฏิบัติที่สนับสนุนได้ในขณะนี้ คือรูปแบบมีความเป็นไปได้ในการดำเนินการและเป็นที่ยอมรับของ อสม. ในตำบลที่ศึกษา

ข้อจำกัดของการวิจัย

1. ไม่มีกลุ่มเปรียบเทียบ (one-group pretest-posttest) จึงไม่สามารถแยกผลของกิจกรรมออกจาก การทดสอบซ้ำ เหตุการณ์ภายนอก การเรียนรู้ตามธรรมชาติ ผล Hawthorne และ regression to the mean ทั้งที่ อสม. อีก 58 คนในตำบลเดียวกันสามารถใช้เป็นกลุ่มเปรียบเทียบได้
2. ใช้แบบวัดชุดเดิม คะแนนก่อนสูง (ceiling effect) แบบวัดความรู้เป็นถูก - ผิด และเกณฑ์แปลผลแบ่งตามช่วงคะแนน ไม่ใช่เกณฑ์สมรรถนะ จึงจำกัดความไวในการตรวจจับการเปลี่ยนแปลง



3. พฤติกรรมเป็นการรายงานด้วยตนเองแบบ 2 ตัวเลือก ไม่แสดงความถี่ คุณภาพ หรือความถูกต้อง และไม่ได้ตรวจสอบจากการสังเกตหรือเอกสาร
4. เลือกผู้เข้าร่วมด้วยการสุ่มจาก 1 ตำบล ซึ่งไม่สอดคล้องกับหลักการมีส่วนร่วมของการวิจัยเชิงปฏิบัติการอย่างเต็มที่ และจำกัดการนำไปใช้กับตำบลอื่น วิเคราะห์เฉพาะผู้ที่ครบกิจกรรม (per-protocol, คัดออก 2 คน)
5. ดำเนินการเพียง 1 วนรอบ และ posttest เก็บก่อนที่รูปแบบฉบับปรับปรุงจะถูกใช้อย่างเต็มรูปแบบ การประเมินจึงเป็นผลของชุดกิจกรรมมากกว่ารูปแบบฉบับสุดท้าย ทั้งไม่ได้แยกผลรายองค์ประกอบ และไม่ได้ตรวจสอบรูปแบบโดยผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขาก่อนใช้
6. ส่วนเชิงคุณภาพมีผู้ให้ข้อมูลจำนวนจำกัด (8 และ 15 คน) และการตรวจสอบความน่าเชื่อถืออธิบายได้จำกัด
7. ไม่ได้ประเมินผลลัพธ์ระดับผู้รับบริการและระบบ เช่น ความครอบคลุมและความถูกต้องของการคัดกรอง จำนวนและระยะเวลาการส่งต่อ ความต่อเนื่องในการรักษา การกลับเป็นซ้ำ หรือเหตุการณ์ความรุนแรง และไม่มีการติดตามผลระยะยาว

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ 1 วนรอบนี้ได้รูปแบบ 3S-CARE ซึ่งมี 4 องค์ประกอบ ผู้เข้าร่วม 96 คนรายงานความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมปฏิบัติงานสูงขึ้นหลังการพัฒนา (ทุกด้าน $p < .001$; d_z 0.97–1.52) ทั้งที่คะแนนก่อนสูงอยู่แล้วจึงมีผลต่างสัมบูรณ์จำกัด (ร้อยละ 7.9–13.6 ของพิสัย) และมีความพึงพอใจต่อการอบรมและการดำเนินงานในระดับมากที่สุด เนื่องจากไม่มีกลุ่มเปรียบเทียบ ใช้แบบวัดชุดเดิม และยังไม่ได้วัดผลระดับผู้รับบริการ ผลการศึกษาจึงสนับสนุนความเป็นไปได้และการยอมรับของรูปแบบ แต่ยังไม่พิสูจน์ประสิทธิผลหรือความเป็นเหตุและผล

ข้อเสนอแนะ

การนำไปใช้

- 1) ทดลองใช้รูปแบบในตำบลอื่นที่มีบริบทใกล้เคียงแบบนำร่อง พร้อมเก็บตัวชี้วัดระดับบริการ
- 2) จัดอบรมทบทวนและฝึกสถานการณ์จำลองอย่างน้อยปีละ 1-2 ครั้ง ครอบคลุมการใช้แบบคัดกรอง การรักษาความลับ และการจัดการเหตุฉุกเฉิน
- 3) จัดระบบนิเทศโดยเจ้าหน้าที่ รพ.สต. และทีมสุขภาพจิตของโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

การวิจัยครั้งต่อไป

- 1) ใช้การออกแบบที่มีกลุ่มเปรียบเทียบ (เช่น อสม. ที่ไม่ได้เข้าร่วมในตำบลเดียวกันหรือกิ่งทดลองสองกลุ่ม) และใช้แบบวัดคู่ขนานหรือแบบวัดที่มีความยากสูงขึ้น
- 2) เพิ่มการประเมินระดับ 3–4 ของ Kirkpatrick เช่น แบบสังเกตการปฏิบัติ บันทึกการคัดกรองส่งต่อ และเยี่ยมบ้าน ระยะเวลาตอบสนอง ความต่อเนื่องการรักษา และความเห็นของผู้รับบริการ
- 3) ติดตามผลระยะยาวที่ 6 และ 12 เดือน
- 4) ดำเนินหลายวนรอบและตรวจสอบรูปแบบโดยผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขาก่อนขยายผล



กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ อสม. ตำบลนาข้าว เจ้าหน้าที่ รพ.สต. ทีมสุขภาพจิตและยาเสพติด ผู้ทรงคุณวุฒิ และผู้ช่วยเก็บข้อมูลที่ทำให้ความร่วมมือ

เอกสารอ้างอิง

- กรองจิต วลัยศรี. (2566). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน, 8(3), 909–917.
- ยุทธนา แยกคาย, จุฬาลักษณ์ ชันคำ, สุธิธิดา กลมกล่อม, กฤษฎิ์ ศรีใจ, และจิรภัทร์ รัตนชมภู. (2568). ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานสุขภาพจิตชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอวังทอง จังหวัดพิษณุโลก. วารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคเหนือ), 35(3), 78–90.
- รุจิรา อัมพันธ์. (2565). การพัฒนาศักยภาพการใช้แบบสังเกตอาการด้านสุขภาพจิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อส่งต่อโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองกลาง อำเภออุ้มผาง จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 31(6), 1115–1120.
- วิสสุตา นพพิบูลย์, และอรุณ บุญสร้าง. (2568). การพัฒนาศักยภาพด้านการดูแลสุขภาพจิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลหนองเหล็ก อำเภอศีขรภูมิ จังหวัดสุรินทร์. วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา, 5(2), e274927.
- ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. (2568). ร้อยละของผู้ป่วยโรคจิตเภทเข้าถึงบริการ. <https://hdc.moph.go.th/lei/public/standard-report-detail/7b13c6fcfb0be636fc5cce071e49a71a>
- ศูนย์สุขภาพจิตที่ 12 กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2561). คู่มือ อสม. เชี่ยวชาญสาขาสุขภาพจิตชุมชน.
- สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. (2563). หลักสูตรการดำเนินงานการติดตามยาเสพติดในชุมชนสำหรับ อสม. https://hss.moph.go.th/HssDepartment/file_reference/202204251992210485.pdf
- สำนักงานเลขาธิการคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด. (2568). ระบบข้อมูลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด: รายงานผลการดำเนินงานยาเสพติด ปีงบประมาณ 2568. <https://antidrug.moph.go.th/report/normal>
- Best, J. W. (1997). Research in education (3rd ed.). Prentice Hall.
- Cohen, J. (1988). Statistical power analysis for the behavioral sciences (2nd ed.). Lawrence Erlbaum Associates.
- Des Jarlais, D. C., Lyles, C., Crepaz, N., & TREND Group. (2004). Improving the reporting quality of nonrandomized evaluations of behavioral and public health interventions: The TREND statement. American Journal of Public Health, 94(3), 361–366.



- Elo, S., & Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*, 62(1), 107–115.
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A.-G., & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39(2), 175–191.
- Kemmis, S., McTaggart, R., & Nixon, R. (2014). *The action research planner: Doing critical participatory action research*. Springer Singapore. <https://doi.org/10.1007/978-981-4560-67-2>
- Kirkpatrick, D. L., & Kirkpatrick, J. D. (2006). *Evaluating training programs: The four levels* (3rd ed.). Berrett-Koehler.
- Lakens, D. (2013). Calculating and reporting effect sizes to facilitate cumulative science: A practical primer for t-tests and ANOVAs. *Frontiers in Psychology*, 4, 863.
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Sage.
- Singla, D. R., Kohrt, B. A., Murray, L. K., Anand, A., Chorpita, B. F., & Patel, V. (2017). Psychological treatments for the world: Lessons from low- and middle-income countries. *Annual Review of Clinical Psychology*, 13, 149–181. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032816-045217>
- United Nations Office on Drugs and Crime. (2024). *World drug report 2024*. United Nations. <https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/world-drug-report-2024.html>
- van Ginneken, N., Tharyan, P., Lewin, S., Rao, G. N., Meera, S. M., Pian, J., Chandrashekar, S., & Patel, V. (2013). Non-specialist health worker interventions for the care of mental, neurological and substance-abuse disorders in low- and middle-income countries. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2013(11), CD009149. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009149.pub2>
- World Health Organization. (2022). *Schizophrenia* [Fact sheet]. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>
- World Health Organization. (2023). *Mental Health Gap Action Programme (mhGAP) guideline for mental, neurological and substance use disorders*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240084278>