

A PARTICIPATORY MODEL TO STRENGTHEN MENTAL HEALTH SKILLS FOR SUBSTANCE USE PREVENTION AMONG COMMUNITY NETWORK STAKEHOLDERS

Matthawan Leeyutthanont, Ph.D. *, Phakason Uraiwan, M.N.S. **, Jarinya Kaewsakulthong, M.N.S. ***

Abstract

Objective: This study aimed to 1) assess the community network stakeholders' awareness of substance use in the community and the importance of mental health skills, 2) evaluate the level of mental health skills for substance use prevention among community network partners, and 3) investigate a model for enhancing mental health skills for substance use prevention tailored for community network partners.

Methods: This was a mixed-methods research study. The qualitative component involved in-depth interviews with 40 key informants from Sub-district Health Promoting Hospitals (SHPHs) in Surat Thani, using a three-topic structured interview guide. The instrument's Content Validity Index was 1. Data was analyzed using thematic analysis. The quantitative component involved purposive sampling of 190 participants from randomly selected SHPHs across all districts in Surat Thani, conducted from August to September 2025. The instruments included four questionnaires: Stress management, Creative problem-solving, Positive communication, Pride enhancement and Goal setting for others (reliability coefficients: 0.74, 0.75, 0.75, and 0.80, respectively). Data was analyzed using frequency, percentage, and the Kruskal-Wallis One-way ANOVA statistic.

Results: The findings revealed that community network partners identified substance use issues through incident reports and behavioral observations, reflecting concerns over familial and environmental risk factors. Prioritized the importance of mental health care skills. The level of mental health skills was found to be: stress management at a moderate level (mean = 51.91, S.D. = 13.90), creative problem-solving at a high level (mean = 41.27, S.D. = 9.97), positive communication at a high level (mean = 66.64, S.D. = 11.49), and pride enhancement and life goal-setting at a high level (mean = 41.11, S.D. = 6.95). The proposed development model consists of three components: 1) Mental Health Skills of stakeholders, 2) stakeholders Participation, and 3) Capacity Building and a Support System.

Conclusion: Awareness of substance use problems, and their contributing factors foster consciousness and capacity building in mental health care among community network stakeholders. This process leads to active participation in implementing continuous and sustainable substance use prevention within the community.

Keywords: community stakeholders, mental health skills, mixed-methods research, participatory model

*Assistant Professor, Boromarajonani College of Nursing Suratthani, Faculty of nursing, Praboramajchanok Institute

**Lecturer, Boromarajonani College of Nursing Suratthani, Faculty of nursing, Praboramajchanok Institute

***Corresponding author: Lecturer, Boromarajonani College of Nursing Suratthani, Faculty of nursing, Praboramajchanok Institute, e-mail: jarinya@bcnsurat.ac.th

Received: 16 October 2025, Revised: 18 February 2026, Accepted: 24 February 2026

รูปแบบการมีส่วนร่วมเพื่อเสริมสร้างทักษะสุขภาพจิตในการป้องกัน การใช้สารเสพติดสำหรับภาคีเครือข่ายชุมชน

มัญจวรรณ ลียุทธานนท์, Ph.D.*, ศภาสรณ์ อุไรวรรณ, พย.ม.** , จริญญา แก้วสกุลทอง, พย.ม.***

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อ 1) ประเมินการรับรู้การใช้สารเสพติดในชุมชนและความสำคัญของทักษะสุขภาพจิตสำหรับภาคีเครือข่ายชุมชน 2) ประเมินระดับทักษะสุขภาพจิตเพื่อป้องกันการใช้สารเสพติดของภาคีเครือข่ายชุมชน และ 3) ศึกษาแบบเสริมทักษะสุขภาพจิตเพื่อป้องกันการใช้สารเสพติดสำหรับภาคีเครือข่ายชุมชน

วิธีการศึกษา : เป็นการวิจัยผสมผสานวิธี ประกอบด้วย การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพของภาคีเครือข่ายชุมชนด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้ให้ข้อมูลจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวน 40 คน ใช้เครื่องมือแบบสัมภาษณ์ที่มีโครงสร้าง จำนวน 3 ประเด็น ผ่านการตรวจสอบเครื่องมือ ได้ค่าดัชนีความตรงเนื้อหาเท่ากับ 1 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เชิงประเด็น และการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ โดยการสุ่มโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกอำเภอในจังหวัดสุราษฎร์ธานี เลือกแบบเฉพาะเจาะจงกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 190 คน ระยะเวลา สิงหาคม - กันยายน 2568 เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม 4 ชุด คือ ทักษะจัดการความเครียด การแก้ปัญหาอย่างสร้างสรรค์ การสื่อสารทางบวก การเสริมสร้างความภาคภูมิใจและการวางเป้าหมายให้กับผู้อื่น ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ เท่ากับ 0.74, 0.75, 0.75 และ 0.80 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยความถี่ ร้อยละ และสถิติ Kruskal-Wallis One-way ANOVA

ผลการศึกษา : พบว่า ภาคีเครือข่ายชุมชนมีการรับรู้ปัญหาการใช้สารเสพติดในชุมชนผ่านการแจ้งเหตุและสังเกตพฤติกรรม สะท้อนความกังวลต่อปัจจัยรอบครัวและสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการใช้สารเสพติด และให้ความสำคัญต่อทักษะการดูแลสุขภาพจิต โดยมีการจัดการความเครียด ระดับปานกลาง (mean = 51.91 , S.D. = 13.90) การแก้ปัญหาอย่างสร้างสรรค์ ระดับสูง (mean = 41.27, S.D. = 9.97) การสื่อสารเชิงบวก ระดับมาก (mean = 66.64, S.D. = 11.49) การเสริมสร้างความภูมิใจในตนเองและการตั้งเป้าหมายในชีวิตระดับสูง (mean = 41.11, S.D. = 6.95) และรูปแบบฯ ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ดังนี้ 1) ทักษะสุขภาพจิตของภาคีเครือข่าย 2) การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย และ 3) การสร้างศักยภาพและมีระบบสนับสนุน

สรุป : การรับรู้ปัญหาและปัจจัยที่ทำให้เกิดการใช้สารเสพติดส่งผลให้ภาคีเครือข่ายเกิดความตระหนักและพัฒนาศักยภาพการดูแลสุขภาพจิต นำไปสู่การมีส่วนร่วมเพื่อป้องกันการใช้สารเสพติดในชุมชนอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

คำสำคัญ : การป้องกันการใช้สารเสพติดในชุมชน, การวิจัยแบบผสมผสานวิธี, ทักษะสุขภาพจิต, ภาคีเครือข่ายรูปแบบการมีส่วนร่วม

*ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสราญบุรีธานี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

**อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสราญบุรีธานี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

***ผู้ประสานงานบทความ: อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสราญบุรีธานี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก,

e-mail: jarinya@bcnsurat.ac.th

วันที่รับ: 16 ตุลาคม 2568, วันที่แก้ไข: 18 กุมภาพันธ์ 2569, วันที่ตอบรับ: 24 กุมภาพันธ์ 2569

ความสำคัญของปัญหา

ปัญหาสุขภาพจิตและการใช้สารเสพติดเป็นวิกฤตสุขภาพระดับโลกที่มีความเชื่อมโยงและส่งผลกระทบต่อซึ่งกันและกัน องค์การอนามัยโลกระบุว่าประชากรโลก 1 ใน 8 หรือกว่า 970 ล้านคนมีปัญหาสุขภาพจิต สถานการณ์ในประเทศไทยมีแนวโน้มรุนแรงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในปี 2566 กรมสุขภาพจิตประเมินสุขภาพจิตคนไทย จำนวน 8.5 ล้านคน พบผู้มีความเครียดสูงร้อยละ 4.5 เสี่ยงซึมเศร้า ร้อยละ 5.8 และเสี่ยงฆ่าตัวตาย ร้อยละ 3.2 สถานการณ์แย่งลงอย่างมีนัยสำคัญในปีงบประมาณ 2567 โดยมีผู้ได้รับการประเมิน 7.5 ล้านคน แต่กลับพบผู้มีความเครียดสูงถึงร้อยละ 15.5 เสี่ยงซึมเศร้าร้อยละ 17.2 และเสี่ยงฆ่าตัวตายร้อยละ 10.6 (กองพัฒนาข้อมูลและตัวชี้วัดสังคม, 2566)

กลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงโดยเฉพาะวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ตอนต้น (อายุ 15 - 40 ปี) กำลังเผชิญกับความเครียดจากการศึกษา การหางาน ความกดดันทางสังคม และการปรับตัวทางสังคมและครอบครัว ซึ่งเป็นปัจจัยนำไปสู่ปัญหาสุขภาพจิต เช่น ภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล และความเครียด (กรมสุขภาพจิต, 2565) และมีแนวโน้มนำไปสู่การทดลองใช้สารเสพติด เช่น ยาบ้า กัญชา และ โคเคน (สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด [สำนักงาน ป.ป.ส.], 2568) จากการศึกษารูปแบบการป้องกันการ ใช้สารเสพติดซ้ำ พบ 4 รูปแบบหลัก คือ การป้องกันด้วยตนเอง ครอบครัว ชุมชนร่วมกับสังคม และระบบกฎหมาย สอดคล้องกับการศึกษาของ สุสารี ประคินกิจ และคณะ (2562) ที่พบ 4 องค์ประกอบสำคัญ ได้แก่ ปัจจัยด้านผู้นำชุมชน อิทธิพลระหว่าง

บุคคล ปัจจัยด้านบุคคล และอิทธิพลด้านสถานการณ์ การศึกษาของบำรุง วงษ์นั่ม และคณะ (2567) พบว่า มีการจัดกิจกรรมพัฒนาเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชน และผู้ดูแลในครอบครัวอย่างครบวงจร และมีข้อเสนอแนะว่าควรมีการอบรมฟื้นฟูเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชนและศักยภาพของผู้ดูแลทุกระดับอย่างต่อเนื่อง การป้องกันการ ใช้สารเสพติดจึงต้องพิจารณาจากปัจจัยหลายมิติ ทั้งปัจจัยชีวภาพ ปัจจัยจิตใจ และปัจจัยสังคมวัฒนธรรม โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ปัจจัยด้านจิตใจ ที่สำคัญได้แก่ ความยืดหยุ่นในจิตใจ (psychological flexibility) (Stuart, 2013) และ เป้าหมายชีวิต (Purpose in life) ซึ่งการมีความรู้ด้านสุขภาพจิตเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อเป้าหมายในชีวิต การเสริมสร้างความรอบรู้และทักษะด้านสุขภาพจิตจึงเป็นกลไกสำคัญในการป้องกัน (दारवारณ ต๊ะปิตตา และคณะ, 2567)

การเรียนรู้และการมีส่วนร่วมในชุมชนที่ช่วยเสริมทักษะการป้องกันการ ใช้สารเสพติดและการดูแลสุขภาพจิต ประกอบด้วย การเสริมสร้างความตระหนักและความรู้ (Jorm, 2020) การพัฒนาทักษะการป้องกันและดูแลตนเอง การเสริมสร้างความสัมพันธ์และเครือข่ายการสนับสนุนในชุมชนที่เข้มแข็ง (World Health Organization [WHO], 2022) ตลอดจนการป้องกันและจัดการปัญหาสุขภาพจิตโดยใช้กระบวนการสร้างสังคมที่เข้มแข็งเพื่อกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเชิงบวกในพฤติกรรมและทัศนคติอย่างยั่งยืน (UNODC, 2020) อย่างไรก็ตาม จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าแม้จะมีการดำเนินงานด้านสุขภาพจิตและการป้องกัน

ยาเสพติดในชุมชน แต่ยังพบผู้ใช้สารเสพติดในชุมชนมีจำนวนเพิ่มขึ้น เนื่องจากรูปแบบส่วนใหญ่เน้นการสั่งการ โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นหลัก ขาดการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายอย่างครบวงจร และต่อเนื่อง อีกทั้งยังขาดรูปแบบที่ชัดเจนในการบูรณาการทักษะสุขภาพจิตเข้ากับการป้องกันยาเสพติดอย่างเป็นระบบ ส่งผลให้ภาคีเครือข่าย ทั้งผู้นำชุมชน อสม. และครอบครัว ยังพร่องทักษะเชิงปฏิบัติ (hard skills) ในการจัดการปัญหาเชิงรุกก่อนการเริ่มใช้ยาเสพติด แม้จะมีทัศนคติที่ดีแต่กลับขาดเครื่องมือสื่อสารเชิงบวกและการจัดการความเครียดอย่างเป็นระบบ ทำให้ความสามารถในการแก้ไขปัญหาไม่สอดคล้องกับการรับรู้สถานการณ์จริง ผู้วิจัยในฐานะอาจารย์พยาบาลสุขภาพจิตจึงเล็งเห็นความจำเป็นในการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วม (Collaboratory) เพื่อเสริมสร้างทักษะการจัดการความเครียด การแก้ปัญหาอย่างสร้างสรรค์ และการสร้างเป้าหมายในชีวิต เพื่อปิดช่องว่างในการประเมิน คัดกรอง และช่วยเหลือเบื้องต้น อันจะนำไปสู่การป้องกันปัญหาสารเสพติดในบริบทชุมชนไทยได้อย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อประเมินการรับรู้การใช้สารเสพติดในชุมชนและความสำคัญของทักษะสุขภาพจิตสำหรับภาคีเครือข่ายชุมชน
2. เพื่อประเมินระดับทักษะสุขภาพจิตเพื่อป้องกันการใช้สารเสพติดของภาคีเครือข่ายชุมชน
3. เพื่อศึกษารูปแบบเสริมทักษะสุขภาพจิตเพื่อป้องกันการใช้สารเสพติดสำหรับภาคีเครือข่าย

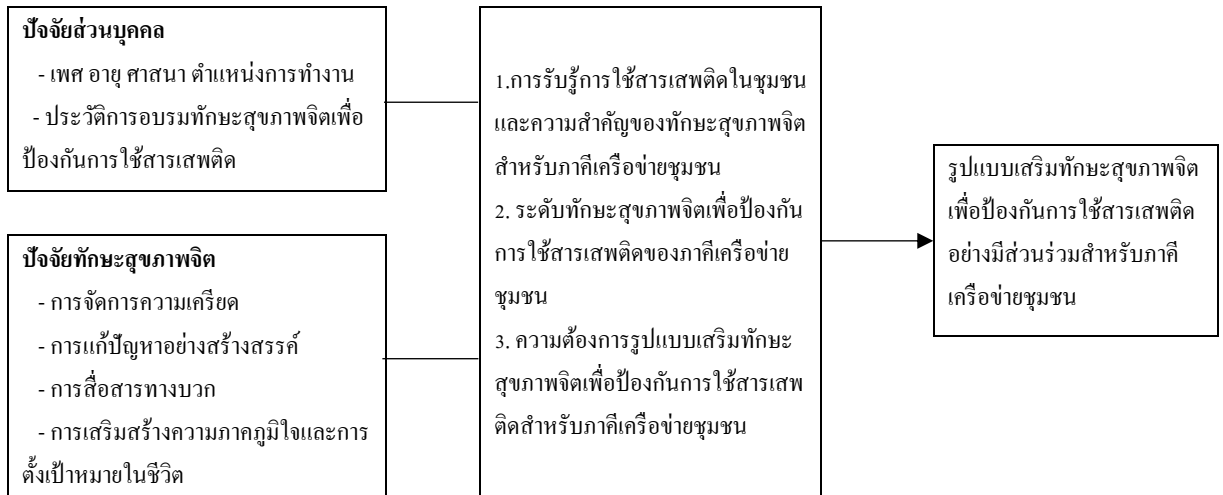
ชุมชน

กรอบแนวคิดการวิจัย

รูปแบบเสริมทักษะการดูแลสุขภาพจิตเพื่อป้องกันการใช้สารเสพติดอย่างมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายชุมชน ได้บูรณาการทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social Learning Theory) ของ Bandura (1977) ทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคม (Social Support Theory) ของ House (1981) ทฤษฎีการรับมือกับความเครียด (Stress Coping Theory) ของ Lazarus และ Folkman (1984) และทฤษฎีการพัฒนาชุมชน (Community Development Theory) ของ Bhattacharyya (2004) โดยมุ่งเน้นพัฒนาชุมชนจากภายใน และสร้างสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมในการพัฒนาและเสริมทักษะในชุมชนให้เกิดการเรียนรู้จากประสบการณ์และการมีปฏิสัมพันธ์กับเครือข่ายการสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อน หรือชุมชนในการจัดการรับมือกับความเครียดเพื่อรักษาสุขภาพจิตที่ดี ซึ่งจะนำไปสู่การป้องกันการใช้สารเสพติดในจังหวัดสุราษฎร์ธานีต่อไป

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสานวิธี (mixed methods research) ประกอบด้วยการวิจัยเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ ดำเนินการในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) จังหวัดสุราษฎร์ธานี 19 อำเภอ แบ่งเป็น 4 โซน พื้นที่ให้บริการสุขภาพ ได้แก่ โซนเหนือ โซนตะวันออก โซนตะวันตก และโซนใต้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยเชิงคุณภาพ

มีวัตถุประสงค์ เพื่อประเมินการรับรู้การดูแลสุขภาพจิตเพื่อป้องกันการใช้สารเสพติด ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อทักษะการดูแลสุขภาพจิต และศึกษารูปแบบในการพัฒนาทักษะการดูแลสุขภาพจิตเพื่อป้องกันการใช้สารเสพติดของภาคีเครือข่ายชุมชน

ผู้ให้ข้อมูล คัดเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) โดยเลือกจากแต่ละโซนพื้นที่ 4 โซน ๆ ละ 10 คน ประกอบด้วย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (ผอ.รพ.สต.) พยาบาลวิชาชีพ/เจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานสุขภาพจิตและยาเสพติด ผู้นำชุมชน ผู้นำท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และครอบครัวที่มีกลุ่มเสี่ยงใช้สารเสพติด รวมทั้งหมดจำนวน 40 คน สอดคล้องกับงานวิจัยเชิงคุณภาพที่มีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 - 50 คน (Polit & Beck, 2014)

โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria)

คือ ผู้ให้ข้อมูลอยู่ในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนั้น และ ยินดีให้ข้อมูลการสัมภาษณ์เชิงลึก สำหรับเกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) ผู้ให้ข้อมูลยุติการสัมภาษณ์เชิงลึกกลางคัน

เครื่องมือการวิจัย

ผู้วิจัยพัฒนาเครื่องมือการวิจัย โดยทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง แบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา ตำแหน่ง และการมีประสบการณ์อบรมการดูแลสุขภาพจิตเพื่อป้องกันการใช้สารเสพติดในชุมชน และส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์เชิงโครงสร้าง ได้แก่ การรับรู้ในการดูแลสุขภาพจิตเพื่อป้องกันการใช้สารเสพติด ปัจจัยที่มีผลต่อทักษะการดูแลสุขภาพจิต ความเข้าใจและความต้องการให้เกิดรูปแบบการเสริมทักษะการ

ดูแลสุขภาพจิตเพื่อป้องกันการใช้สารเสพติดในชุมชน

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา (content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้แก่ นักวิชาการสาธารณสุขระดับชำนาญการพิเศษ อาจารย์พยาบาลที่เชี่ยวชาญด้านการวิจัยเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณในชุมชน และอาจารย์พยาบาลที่เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชน คำดัชนีความตรงเนื้อหา (CVI) (จรรยาสุวรรณบำรุง, 2563) เท่ากับ 1.00 และนำไปทดลองใช้กับภาคีเครือข่ายที่มีลักษณะใกล้เคียงกับผู้ให้ข้อมูล

การเก็บข้อมูล

ผู้วิจัย 3 คน ดำเนินการสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) โดยผู้วิจัยคนที่ 1 สัมภาษณ์ผู้อำนวยการ รพ.สต. และพยาบาลวิชาชีพ/เจ้าหน้าที่ผู้วิจัยคนที่ 2 สัมภาษณ์ผู้นำชุมชนและผู้นำท้องถิ่น ผู้วิจัยคนที่ 3 สัมภาษณ์ อสม. และครอบครัว จัดสัมภาษณ์ทีละคนและสนทนากลุ่ม (focus group) ในสถานที่เป็นส่วนตัว ใช้เวลาครั้งละ 45 - 60 นาที โดยขอความยินยอมในการจดบันทึกและบันทึกเสียง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ ดำเนินการตามขั้นตอนของ แสงภูมิ แซ่เจิน และคณะ (2566) โดยอ่านและทำความเข้าใจข้อความจากการถอดเทป ระบุข้อความสำคัญและกำหนดคำสำคัญหรือดัชนี (key word/index) จัดหมวดหมู่คำสำคัญที่มีความหมายเชื่อมโยงกัน ตีความและเชื่อมโยงข้อมูลความสอดคล้อง สร้างข้อสรุปเป็นประเด็น

(theme) และตรวจสอบความหมายกับข้อมูลจากการสัมภาษณ์และวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง สำหรับความน่าเชื่อถือในข้อมูลเชิงคุณภาพ (trustworthiness) ผู้วิจัยใช้การตรวจสอบสามเส้าด้านข้อมูล (data triangulation) เพื่อยืนยันความเที่ยงตรงข้อมูลจาก 3 แหล่งที่ต่างกันของรูปแบบการมีส่วนร่วม ได้แก่ บุคคล (ภาคีเครือข่ายต่างบทบาท) เวลา และ สถานที่ ที่แตกต่างกัน จากนั้นวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการลงรหัส (coding) ในตาราง excel เพื่อสร้างโครงข่ายความสัมพันธ์ที่สามารถตรวจสอบย้อนกลับ (audit trail) ได้ทุกขั้นตอน ช่วยให้ข้อสรุปของรูปแบบการมีส่วนร่วมมีความแม่นยำและน่าเชื่อถือ นำข้อมูลที่สรุปให้กับผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัยเชิงคุณภาพของสถาบัน ยืนยันข้อมูลด้วยหลักฐานจากการถอดเทป และการจดบันทึกคำพูดของผู้ให้ข้อมูลเพื่อนำเสนอข้อมูลต่อไป

การวิจัยเชิงปริมาณ

มีวัตถุประสงค์ เพื่อประเมินระดับทักษะการดูแลสุขภาพจิตเพื่อป้องกันการใช้สารเสพติดของภาคีเครือข่ายชุมชน ได้แก่ ทักษะจัดการความเครียด ทักษะการแก้ปัญหาอย่างสร้างสรรค์ ทักษะการสื่อสารทางบวก และทักษะในการเสริมสร้างความภาคภูมิใจและการตั้งเป้าหมายในชีวิต

กลุ่มตัวอย่าง สุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบง่าย (simple random sampling) จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในแต่ละอำเภอทั้ง 19 อำเภอ ได้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอละ 1 แห่ง จากนั้นคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) แห่งละ 10 คน รวม 190 คน

ประกอบด้วย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (ผอ.รพ.สต.) พยาบาลวิชาชีพ/เจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานสุขภาพจิตและยาเสพติด ผู้นำชุมชน ผู้นำท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และครอบครัวที่มีกลุ่มเสี่ยงใช้สารเสพติด

โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria) คือ กลุ่มตัวอย่างอยู่ในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนั้น และ ยินดีให้ข้อมูลและตอบแบบสอบถาม สำหรับเกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามไม่สมบูรณ์

เครื่องมือการวิจัย

ผู้วิจัยพัฒนาเครื่องมือการวิจัย โดยทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง แบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา ตำแหน่ง/สถานภาพ การรับรู้ถึงการมีผู้ใช้สารเสพติดในชุมชน การได้รับข้อมูลหรือการอบรมการดูแลสุขภาพจิตเพื่อป้องกันการใช้สารเสพติดในชุมชน และการมีประสบการณ์เคยรับการอบรมการดูแลสุขภาพจิตเพื่อป้องกันการใช้สารเสพติดในชุมชน

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเชิงปริมาณ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 4 ชุด ได้แก่

1) แบบสอบถามทักษะจัดการความเครียด พัฒนาจากแนวคิดของ Lazarus and Folkman (1984) ในการเผชิญและจัดการกับความเครียด (coping theory) โดยแบ่งรูปแบบการเผชิญปัญหาเป็น 2 ประเภท ได้แก่ การเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ปัญหา (problem-focus coping) และการเผชิญปัญหาแบบ

มุ่งลดอารมณ์ (emotion-focus coping) มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินระดับทักษะการจัดการความเครียดของภาคีเครือข่ายชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันการใช้สารเสพติด ลักษณะข้อคำถามแบบมาตราส่วน Likert 5 ระดับ ได้แก่ มีการใช้ทักษะจัดการความเครียดบ่อยมาก-บ่อย-บางครั้ง-น้อย และไม่เคยใช้ทักษะจัดการความเครียด สามารถแปลผลแบ่งระดับจากคะแนนเฉลี่ยได้เป็น 3 ระดับ โดยควรได้รับการส่งเสริมทักษะการจัดการความเครียด (< 40 คะแนน) มีทักษะการจัดการความเครียดปานกลาง (41 - 60 คะแนน) และมีทักษะการจัดการความเครียดดีมาก (61 - 80 คะแนน) มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .74

2) แบบสอบถามการแก้ปัญหาอย่างสร้างสรรค์ ผู้วิจัยพัฒนาจากแนวคิดของ Guilford (1950), Torrance (1974) และ Mumford และคณะ (1991) โดยแบ่งออกเป็น 3 มิติ ได้แก่ ความสามารถในการคิดได้จำนวนมาก (fluency) ความสามารถในการเปลี่ยนมุมมอง (flexibility) ความสามารถในการคิดแปลกใหม่และอธิบายได้ชัดเจน (originality & elaboration) มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินระดับการแก้ปัญหาอย่างสร้างสรรค์ของภาคีเครือข่ายชุมชน ลักษณะข้อคำถามแบบมาตราส่วน Likert 5 ระดับ ได้แก่ มีการแก้ปัญหาอย่างสร้างสรรค์บ่อยมาก-บ่อย-บางครั้ง-น้อย และไม่เคยแก้ปัญหาอย่างสร้างสรรค์ สามารถแปลผลแบ่งระดับจากคะแนนเฉลี่ยได้เป็น 5 ระดับ โดยมีทักษะการแก้ปัญหาอย่างสร้างสรรค์ในระดับต่ำมาก (< 20 คะแนน) ระดับต่ำ (21 - 30 คะแนน) ระดับปานกลาง (31 - 40

คะแนน) ระดับสูง (41 - 50 คะแนน) และมีทักษะการแก้ปัญหาอย่างสร้างสรรค์ในระดับสูงมาก (51 - 60 คะแนน) มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบราคเท่ากับ .75

3) แบบสอบถามทักษะการสื่อสารทางบวก ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากแนวคิดทฤษฎีการฟังอย่างเข้าใจ (empathic listening / client-centered communication) ของ Rogers (1975) มีองค์ประกอบ ได้แก่ การแสดงความเข้าใจ (empathy) การฟังเชิงลึก (deep listening) ความไว้วางใจ (trust) และการใช้แนวคิด ภาษาบวก (positive language) Positive Psychology Approach (Seligman, 2000) มีองค์ประกอบ ได้แก่ การใช้คำพูดที่สร้างแรงบันดาลใจ การส่งเสริมความหวังและกำลังใจ การเลือกใช้ถ้อยคำ และท่าทีที่ส่งเสริมสุขภาพจิต มีวัตถุประสงค์ เพื่อประเมินระดับทักษะการสื่อสารทางบวกของภาคีเครือข่ายชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันการใช้สารเสพติด ลักษณะข้อคำถามในการเห็นด้วยอย่างยิ่งกับพฤติกรรมสื่อสารนั้นแบบมาตราส่วน Likert 5 ระดับ คือ คะแนน 1 หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง คะแนน 2 หมายถึง ไม่เห็นด้วย คะแนน 3 หมายถึง เห็นด้วยปานกลาง คะแนน 4 หมายถึง เห็นด้วย คะแนน 5 หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง สามารถแปลผลแบ่งระดับได้เป็น 3 ระดับ จากคะแนนเฉลี่ย (16 - 80 คะแนน) โดยแบ่งเป็นมีทักษะการสื่อสารทางบวกอยู่ในระดับน้อย (16 - 39 คะแนน) ระดับปานกลาง (40 - 59 คะแนน) และมีทักษะการสื่อสารทางบวกอยู่ในระดับมาก (60 - 80 คะแนน) มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบราคเท่ากับ .75

4) แบบสอบถามการเสริมสร้างความภาคภูมิใจและการวางเป้าหมายเป้าหมายให้กับผู้อื่น ผู้วิจัยพัฒนาจากแนวคิด Self Determination Theory (Deci & Ryan, 1985) ได้แก่ ส่งเสริมความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่า (competence) และความสัมพันธ์ (relatedness) ผ่านการชื่นชม และการสร้างเป้าหมายให้ผู้อื่น แนวคิด Goal Setting Theory (Locke & Latham, 1990) ได้แก่ การตั้งเป้าหมายช่วยกระตุ้นให้เกิดความพยายาม และความมุ่งมั่น ซึ่งเมื่อส่งต่อให้ผู้อื่น จะสร้างแรงบันดาลใจและส่งเสริมความเชื่อมั่น และแนวคิด Positive Psychology (Seligman, 2000) ได้แก่ การยืนยันคุณค่า การให้กำลังใจ และการมองภาพอนาคตในทางบวก มีผลเชิงบวกต่อสุขภาพจิตของผู้อื่น มีวัตถุประสงค์ เพื่อประเมินทักษะการเสริมสร้างความภาคภูมิใจและการวางเป้าหมายให้กับผู้อื่น ลักษณะข้อคำถามแบบมาตราส่วน Likert 5 ระดับ ได้แก่ มีทักษะการเสริมสร้างความภาคภูมิใจและการวางเป้าหมายให้กับผู้อื่นเป็นประจำ - บ่อย - บางครั้ง - นานๆครั้ง และไม่มีทักษะการเสริมสร้างความภาคภูมิใจและการวางเป้าหมายให้กับผู้อื่น สามารถแปลผลได้เป็น 4 ระดับ จากคะแนนเฉลี่ย (10 - 50 คะแนน) โดยแบ่งเป็นมีทักษะการเสริมสร้างความภาคภูมิใจและการวางเป้าหมายเป้าหมายให้กับผู้อื่นระดับต่ำ (10 - 23 คะแนน) ระดับปานกลาง (24 - 33 คะแนน) ระดับสูง (34 - 43 คะแนน) และมีทักษะการเสริมสร้างความภาคภูมิใจและการวางเป้าหมายเป้าหมายให้กับผู้อื่นระดับสูงมาก (44 - 50 คะแนน) มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบราคเท่ากับ .80

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาของเครื่องมือ (content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญเป็นผู้ตรวจสอบ จำนวน 3 ท่าน ด้วยการหาค่าดัชนีความตรงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ได้เท่ากับ 0.96 และค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือวิจัย (reliability) ทั้ง 4 ชุด ได้เท่ากับ 0.74 ผู้เชี่ยวชาญเสนอแนะให้มีการปรับภาษาของข้อความในบางข้อ ซึ่งผู้วิจัยได้ดำเนินการปรับแก้ไข จากนั้นจัดทำเป็น Google Form สำหรับเก็บข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

1. หลังได้รับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการศึกษาวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนิ สุราษฎร์ธานี แล้วผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตจากผู้บริหารที่เกี่ยวข้องและผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง

2. ผู้วิจัยจัดทำเอกสารแบบสอบถามใน google form เพื่ออำนวยความสะดวกในการตอบแบบสอบถามและลดข้อผิดพลาดในการบันทึกข้อมูลพร้อมชี้แจงวัตถุประสงค์และประโยชน์ในการเข้าร่วมวิจัยอธิบายรายละเอียดของแบบสอบถามรวมทั้งเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย ตลอดจนรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่าง

3. กลุ่มตัวอย่างที่ยินยอมลงลายมือชื่อในเอกสารความยินยอมตอบแบบสอบถาม ใช้เวลาประมาณ 45 นาที หลังจากตอบแบบสอบถามเสร็จเรียบร้อยแล้ว ผู้ประสานงานในพื้นที่ตรวจสอบและเก็บเอกสารความยินยอม ใส่ซอง ปิดหน้าของ

แล้วส่งให้ผู้วิจัย

4. ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูล หลังจากนั้นผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้นำไปวิเคราะห์โดยวิธีการทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ

การวิจัยนี้วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสถิติสำเร็จรูป

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation)

2. ข้อมูลทักษะการดูแลสุขภาพจิตเพื่อป้องกันการใช้สารเสพติด ได้แก่ ทักษะจัดการความเครียด ทักษะการแก้ปัญหาอย่างสร้างสรรค์ ทักษะการสื่อสารทางบวก ทักษะยืดหยุ่นทางจิตใจ ทักษะในการเสริมสร้างความภาคภูมิใจและการตั้งเป้าหมายในชีวิต วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation)

3. ความสัมพันธ์ระหว่างประเภทของภาคีเครือข่ายกับทักษะการดูแลสุขภาพจิต ข้อมูลไม่เป็นไปตามข้อตกลงของการแจกแจงแบบปกติ (non-normal distribution) จึงวิเคราะห์ด้วยสถิติความแปรปรวนทางเดียวแบบครัสคัล วอลลิส (Kruskal-Wallis One-way ANOVA) ซึ่งเป็นสถิติไม่อิงพารามิเตอร์ (non-parametric)

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ขออนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการศึกษาวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนิ สุราษฎร์ธานี หมายเลขโครงการ 2025/12

ลงวันที่ 30 พฤษภาคม 2568 ผู้วิจัยจะพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ การเก็บข้อมูลสิทธิ์ในการเข้าร่วมวิจัย ข้อมูลที่ได้ถือเป็นความลับและนำเสนอในภาพรวม ไม่มีการระบุชื่อผู้ให้ข้อมูลในผลการวิจัย กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ในการถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกเมื่อโดยไม่เสียสิทธิ์หรือผลกระทบใด ๆ และเมื่อสิ้นสุดการวิจัย ผู้วิจัยดำเนินการจัดการข้อมูลให้ปลอดภัยด้วยการใช้รหัสแทนชื่อ ก่อนจะนำข้อมูลตำแหน่ง สถานภาพ และสถานที่เก็บข้อมูล ที่ได้จากแบบสัมภาษณ์เชิงลึก และแบบสอบถามชนิดหรือลับเพื่อการปกปิดข้อมูล และนำใส่กล่องหรือซองที่ปิดผนึกมิดชิด เก็บไว้ในเป็นสัดส่วนเพื่อไม่ให้มีผู้มาเปิดข้อมูล ข้อมูลจะถูกเก็บรักษาเป็นเวลา 5 ปีหลังสิ้นสุดการวิจัย แล้วจึงทำลาย

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 การรับรู้การใช้สารเสพติดในชุมชนและความสำคัญของทักษะสุขภาพจิตสำหรับภาคีเครือข่ายชุมชน

การรับรู้และประสบการณ์ของภาคีเครือข่ายชุมชน ซึ่งประกอบด้วยกลุ่มบุคลากรสาธารณสุข (ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และพยาบาลวิชาชีพ/เจ้าหน้าที่รับผิดชอบงานสุขภาพจิตและยาเสพติด) กลุ่มผู้นำชุมชน (กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน อบต.) และกลุ่มภาคประชาชน (อสม. และครอบครัว) รับรู้ถึงปัญหาสุขภาพจิตและการใช้สารเสพติดในชุมชน โดยการสังเกตพฤติกรรมและความผิดปกติทางจิตใจที่เกิดขึ้นในครอบครัวและชุมชนของตนเอง ถัดจากนั้นแจ้งเจ้าหน้าที่ฝ่ายปกครอง

หรือบุคลากรสาธารณสุขเพื่อดูแลต่อเนื่อง ซึ่งส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการดูแลช่วยเหลือ/ป้องกันการใช้สารเสพติด ทุกกลุ่มคิดว่าการดูแลสุขภาพจิตมีความเกี่ยวข้องกับการป้องกันการใช้สารเสพติด สำหรับความรู้ในดูแลสุขภาพจิตเพื่อป้องกันการใช้สารเสพติด ในกลุ่มผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พยาบาลวิชาชีพ/เจ้าหน้าที่รับผิดชอบงานสุขภาพจิตและยาเสพติด มีประสบการณ์ในการจัดทำโครงการ เป็นวิทยากรให้ความรู้ แต่เผชิญข้อจำกัดด้านภาระงานที่ไม่สามารถดำเนินการได้ต่อเนื่อง ส่วนผู้นำชุมชน (ผู้ใหญ่บ้าน กำนัน) ผู้นำท้องถิ่น (อบต.) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและครอบครัว แม้จะเป็นผู้ใกล้ชิดปัญหา แต่กลับมีความรู้ในดูแลสุขภาพจิตเพื่อป้องกันการใช้สารเสพติดค่อนข้างน้อย และต้องการอบรมเพิ่มเติม

ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่า แม้ภาคีเครือข่ายจะรับรู้ถึงความสำคัญของสุขภาพจิต แต่ยังขาดเครื่องมือเชิงทักษะ (practical skills) ในการจัดการปัญหาด้วยตนเอง ดังนั้น การปรับบทบาทจากผู้รับรู้ปัญหาไปสู่ผู้จัดการปัญหาสุขภาพจิตในพื้นที่ จึงเป็นกลไกสำคัญที่จะทำให้การป้องกันสารเสพติดในชุมชนมีความยั่งยืน

ส่วนที่ 2 ระดับทักษะสุขภาพจิตเพื่อป้องกันการใช้สารเสพติดของภาคีเครือข่ายชุมชน

ผู้ให้ข้อมูลในทุกกลุ่ม บอกถึงปัจจัยที่มีผลต่อการเสริมทักษะการดูแลสุขภาพจิตเพื่อป้องกันการใช้สารเสพติด ได้แก่ การจัดการความเครียด การแก้ปัญหาอย่างสร้างสรรค์ การสื่อสารทางบวก การเสริมสร้างความภาคภูมิใจ และการตั้งเป้าหมาย

ในชีวิต มีความสัมพันธ์กับการป้องกันการใช้สารเสพติด และทุกกลุ่มต้องมีความรู้ มีทักษะตามบทบาทหน้าที่ของตนเอง

จากตารางที่ 1 พบว่าค่าเฉลี่ยทักษะการจัดการความเครียดโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\text{mean} = 51.91$, $\text{S.D.} = 13.90$) ซึ่งไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ระหว่างกลุ่มสถานะของภาคีเครือข่ายในชุมชน ($H = 7.117$, $p = 0.212$) โดยกลุ่มที่มีค่าเฉลี่ยอันดับสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ($\text{Mean Rank} = 115.58$) พยาบาลวิชาชีพ/

เจ้าหน้าที่รับผิดชอบสุขภาพจิตและยาเสพติด ($\text{mean rank} = 110.32$) และผู้นำท้องถิ่น ($\text{mean rank} = 102.00$) ตามลำดับ ส่วนกลุ่มที่มีค่าเฉลี่ยอันดับต่ำสุดคือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ($\text{mean rank} = 84.08$)

ค่าเฉลี่ยทักษะการแก้ปัญหาโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\text{mean} = 41.27$, $\text{S.D.} = 9.97$) ซึ่งมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ระหว่างกลุ่มสถานะของภาคีเครือข่ายในชุมชน ($H = 14.522$, $p = 0.013$) โดยกลุ่มที่มีค่าเฉลี่ยอันดับสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ ผู้นำชุมชน (mean rank

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและอันดับของทักษะการดูแลสุขภาพจิต จำแนกตามสถานะของภาคีเครือข่ายในชุมชน ($n = 190$)

ภาคีเครือข่ายในชุมชน	n	ทักษะการจัดการความเครียด		ทักษะการแก้ปัญหา		ทักษะการสื่อสารเชิงบวก		ความภาคภูมิใจและการตั้งเป้าหมาย	
		(mean rank/อันดับ)	ระดับ	(mean rank/อันดับ)	ระดับ	(mean rank/อันดับ)	ระดับ	(mean rank/อันดับ)	ระดับ
ผู้อำนวยการ รพ.สต.	18	115.58 / 1	56.72 (ปานกลาง)	122.00 / 2	46.11 (สูง)	124.36 / 1	72.72 (มาก)	135.00 / 1	45.72 (สูงมาก)
พยาบาลวิชาชีพ/เจ้าหน้าที่รับผิดชอบสุขภาพจิต/ยาเสพติด	22	110.32 / 2	56.18 (ปานกลาง)	92.07 / 3	41.09 (สูง)	116.07 / 2	70.86 (มาก)	118.27 / 2	43.91 (สูงมาก)
ผู้นำชุมชน	27	94.70 / 5	52.30 (ปานกลาง)	122.83 / 1	45.56 (สูง)	90.87 / 4	65.48 (มาก)	97.07 / 4	41.52 (สูง)
ผู้นำท้องถิ่น	6	102.00 / 3	52.50 (ปานกลาง)	91.92 / 4	41.00 (สูง)	64.08 / 6	56.83 (มาก)	107.42 / 3	41.83 (สูง)
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)	69	84.08 / 6	48.70 (ปานกลาง)	85.81 / 6	39.35 (ปานกลาง)	87.11 / 5	65.52 (มาก)	82.76 / 6	39.62 (สูง)
บุคคลในครอบครัวที่มีกลุ่มเสี่ยงใช้สารเสพติด	48	97.23 / 4	52.48 (ปานกลาง)	86.14 / 5	39.92 (ปานกลาง)	93.84 / 3	65.92 (มาก)	86.19 / 5	39.90 (สูง)
mean		51.9105	ปานกลาง	41.2684	สูง	66.6421	มาก	41.1053	สูง
SD		13.90396		9.96802		11.49963		6.95484	
df		5		5		5		5	
Kruskal-Wallis (H)		7.117		14.522		11.866		18.528	
p-value		0.212		0.013*		0.037*		0.002*	

* $p < .05$

= 122.83) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (mean rank = 122.00) และพยาบาลวิชาชีพ/เจ้าหน้าที่รับผิดชอบสุขภาพจิตและยาเสพติด (mean rank = 92.07) ตามลำดับ ส่วนกลุ่มที่มีค่าเฉลี่ยอันดับต่ำสุดคือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (mean rank = 85.81)

ค่าเฉลี่ยทักษะการสื่อสารเชิงบวกโดยรวมอยู่ในระดับมาก (mean = 66.64, S.D. = 11.49) ซึ่งมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ระหว่างกลุ่มสถานะของภาคีเครือข่ายในชุมชน ($H = 11.866, p = 0.037$) โดยกลุ่มที่มีค่าเฉลี่ยอันดับสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (mean rank = 124.36) พยาบาลวิชาชีพ/เจ้าหน้าที่รับผิดชอบสุขภาพจิตและยาเสพติด (mean rank = 116.07) และบุคคลในครอบครัวที่มีกลุ่มเสี่ยงใช้สารเสพติด (Mean Rank = 93.84) ตามลำดับ ส่วนกลุ่มที่มีค่าเฉลี่ยอันดับต่ำสุดคือ ผู้นำท้องถิ่น (mean rank = 64.08)

ค่าเฉลี่ยความภาคภูมิใจและการตั้งเป้าหมาย โดยรวมอยู่ในระดับสูง (mean = 41.11, S.D. = 6.95) ซึ่งมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ระหว่างกลุ่มสถานะของภาคีเครือข่ายในชุมชนที่ระดับ 0.01 ($H = 18.528, p = 0.002$) โดยกลุ่มที่มีค่าเฉลี่ยอันดับสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (mean rank = 135.00) พยาบาลวิชาชีพ/เจ้าหน้าที่รับผิดชอบสุขภาพจิตและยาเสพติด (mean rank = 118.27) และผู้นำท้องถิ่น (mean rank = 107.42) ตามลำดับ ส่วนกลุ่มที่มีค่าเฉลี่ยอันดับต่ำสุดคือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

(mean rank = 82.76)

ส่วนที่ 3 รูปแบบเสริมทักษะสุขภาพจิตเพื่อป้องกันการใช้สารเสพติดสำหรับภาคีเครือข่ายชุมชน

ทั้งนี้รูปแบบจะเกิดขึ้นได้ต้องอาศัยการขับเคลื่อนจาก 3 องค์ประกอบหลักที่ทำงานสัมพันธ์กัน ได้แก่ องค์ประกอบที่ 1 ทักษะสุขภาพจิต (Core Mental Health Skills) ประกอบด้วยทักษะการจัดการความเครียด ทักษะการแก้ปัญหาอย่างสร้างสรรค์ ทักษะการสื่อสารเชิงบวก และทักษะการสร้างความรู้ภูมิใจและการตั้งเป้าหมายในชีวิต

องค์ประกอบที่ 2 กลไกขับเคลื่อน โดยภาคีเครือข่ายชุมชน (Community Network) แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับครอบครัว ได้แก่ พ่อแม่ ผู้ปกครอง ระดับชุมชน ได้แก่ ผู้นำชุมชน อสม. ผู้นำท้องถิ่น และระดับหน่วยงาน ได้แก่ รพ.สต. อบต. โรงเรียน

องค์ประกอบที่ 3 กระบวนการพัฒนาประกอบด้วย 3 กระบวนการหลัก ได้แก่ (1) สร้างศักยภาพเครือข่าย (capacity building) เช่น อบรมเชิงปฏิบัติการ (workshop) พัฒนาทักษะที่จำเป็นให้กับครอบครัวและแกนนำชุมชน สร้างทีมพี่เลี้ยง (train the trainer) ให้นุเคราะห์อาสาสมัครเป็นโค้ชถ่ายทอดความรู้สู่ชุมชน (2) สร้างกิจกรรมเชิงบวก (positive activities) เช่น จัดพื้นที่สำหรับ ดนตรี กีฬา ศิลปะ เพื่อใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ ส่งเสริมอาชีพ สร้างรายได้และความภาคภูมิใจ และ (3) สร้างระบบสนับสนุน (support system) เช่น มีศูนย์ให้คำปรึกษาชุมชนที่เข้าถึงง่าย จัดทำโครงการ

ด้านสุขภาพจิต และมีกติกามุขในการ สร้าง
ข้อตกลงร่วมกันในการเฝ้าระวังยาเสพติด

จากตารางที่ 2 สรุปได้ว่ารูปแบบเสริม
ทักษะสุขภาพจิตเพื่อป้องกันการใช้สารเสพติด
สำหรับภาคีเครือข่ายชุมชน ยังมีช่องว่างของทักษะ
ระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีทักษะดี แต่ภาคี
ชุมชนและครอบครัวที่เป็นด้านหน้ายังขาดทักษะ
สุขภาพจิตที่ถูกต้องในการรับมือปัญหา อีกทั้ง
พบว่าหัวใจสำคัญอีกประการ คือ ทักษะการจัดการ
ความเครียดและการสื่อสารเชิงบวกในครอบครัว
ซึ่งจะเป็นเกราะป้องกันด่านแรกที่จะช่วยลดยั้งการ
หันไปพึ่งพาสารเสพติด และจะขาดสภาพแวดล้อม
ที่ดีไปไม่ได้ ทั้งการมีงานทำ พื้นที่กิจกรรม
สร้างสรรค์ และการเปลี่ยนพลังลบให้เป็นพลัง
ความคิดบวกของคนในชุมชน โดยภาคีเครือข่าย
ต้องการอบรมเชิงปฏิบัติการ (Workshop) ที่ลงมือ
ทำจริงมากกว่าทฤษฎี และมีบุคลากรสาธารณสุข
เป็นที่เลื่อมใสให้คำปรึกษา พร้อมกับการสร้าง
"กติกามุขชุมชน" และระบบการเยี่ยมบ้านเชิงรุก จะ
ช่วยให้ภาคีเครือข่ายเข้มแข็งและพึ่งพาตนเองใน
การเฝ้าระวังยาเสพติดได้ระยะยาว

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยแบบผสมผสานเพื่อพัฒนารูปแบบ
เสริมทักษะการดูแลสุขภาพจิตในจังหวัดสุราษฎร์ธานี
แสดงให้เห็นถึงความสำเร็จของการบูรณาการ
ข้อมูลเชิงประจักษ์เข้ากับมุมมองเชิงลึกของภาคี
เครือข่าย ภายใต้กรอบแนวคิดการเรียนรู้ทางสังคม
การสนับสนุนทางสังคม การรับมือกับความเครียด
และการพัฒนาชุมชน ซึ่งสามารถอภิปรายได้ดังนี้

การรับรู้การใช้สารเสพติดในชุมชนและ
ความสำคัญของทักษะสุขภาพจิตสำหรับภาคีเครือข่าย
ชุมชน ผลการวิจัยสะท้อนให้เห็นว่าภาคีเครือข่าย
ทุกระดับมีการรับรู้ปัญหาผ่านการสังเกตพฤติกรรม
และเห็นความสำคัญที่มีการเชื่อมโยงระหว่าง
สุขภาพจิตกับการใช้สารเสพติดอย่างชัดเจน แต่ยัง
มีช่องว่างด้านทักษะปฏิบัติ (practical skills) (พูนวัฒนา
มหาทรัพย์สมบัติ, 2566) โดยเฉพาะกลุ่มผู้นำและ
ภาคประชาชนที่แม้จะอยู่ใกล้ชิดปัญหาแต่ยังขาด
ความรู้เชิงลึกและต้องการการสนับสนุนด้านการ
อบรม ดังนั้นการเสริมสร้างทักษะการจัดการ
สุขภาพจิตให้แก่เครือข่ายเหล่านี้จึงเป็นกลไกสำคัญ
ในการเปลี่ยนบทบาทจาก “ผู้เฝ้าระวัง” สู่ “ผู้จัดการ
ปัญหา” เพื่อสร้างกลไกการป้องกันยาเสพติดที่
ยั่งยืนในพื้นที่ (สำนักงานคณะกรรมการป้องกัน
และปราบปรามยาเสพติด, 2568)

ทักษะสุขภาพจิตเพื่อป้องกันการ ใช้
สารเสพติดของภาคีเครือข่ายชุมชน โดยสถานะ
ของภาคีเครือข่ายในชุมชนมีผลต่อทักษะการดูแล
สุขภาพจิต 3 ด้าน ได้แก่ ทักษะการแก้ปัญหา ทักษะ
การสื่อสารเชิงบวก และความภาคภูมิใจและการ
ตั้งเป้าหมาย แต่ไม่มีผลต่อทักษะการจัดการ
ความเครียด โดยภาพรวมพบว่า ผู้อำนวยการ
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีทักษะการดูแล
สุขภาพจิตสูงที่สุดในเกือบทุกด้าน ยกเว้นทักษะ
การแก้ปัญหาที่ผู้นำชุมชนมีค่าเฉลี่ยอันดับสูงสุด
ขณะที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมี
ทักษะการดูแลสุขภาพจิตต่ำสุดในเกือบทุกด้าน
ทั้งนี้ ผลการวิจัยยืนยันว่าทักษะการดูแลสุขภาพจิต
ของภาคีเครือข่ายยังอยู่ในระดับที่ต้องพัฒนา

ตารางที่ 2 ข้อมูลเชิงคุณภาพการรับรู้การดูแลสุขภาพจิต ปัจจัยที่มีผลต่อทักษะการดูแลสุขภาพจิตเพื่อป้องกันการ ใช้สารเสพติดของภาคีเครือข่ายชุมชน และรูปแบบในการพัฒนาทักษะการดูแลสุขภาพจิตเพื่อป้องกันการ ใช้สารเสพติดของภาคีเครือข่ายชุมชน

สถานะภาคีเครือข่าย	การรับรู้และทักษะการดูแลสุขภาพจิตสำหรับเยาวชนที่เสี่ยงต่อการ ใช้สารเสพติด	ปัจจัยที่มีผลต่อทักษะการดูแลสุขภาพจิตเพื่อป้องกันการ ใช้สารเสพติดของภาคีเครือข่ายชุมชน	รูปแบบในการพัฒนาทักษะการดูแลสุขภาพจิตเพื่อป้องกันการ ใช้สารเสพติดของภาคีเครือข่ายชุมชน
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	รับรู้ปัญหาโดยตรงจากการประสานงาน/อบรมผู้เสพ มีทักษะอยู่บ้างในระดับพอใช้ จนถึงดี จากการเข้าโครงการ	ทุกภาคส่วนต้องมีทั้งความรู้เกี่ยวกับโทษสารเสพติดและทักษะสุขภาพจิต ทักษะ 4 ด้าน เพราะสัมพันธ์โดยตรงกับการป้องกัน	รูปแบบที่ทุกฝ่ายมีส่วนร่วม เน้นกิจกรรมที่เป็นรูปธรรม (เช่น การให้ความรู้/ประเมินความเสี่ยง/ทักษะปฏิเสธ) และการสร้างความเข้มแข็งยั่งยืนของเครือข่าย
พยาบาลวิชาชีพ/เจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานสุขภาพจิตและยาเสพติด	รับรู้จากผู้นำ/ผู้ปกครอง และเห็นว่าปัญหามาจากครอบครัว/สังคม มีทักษะอยู่ในระดับดี	ทั้งส่วนบุคคลและสิ่งแวดล้อม พลังความคิดบวก และการจัดการอารมณ์เป็นเกราะป้องกันที่ดีที่สุด	รูปแบบที่ต่อเนื่อง มีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายเพื่อสร้างสภาพแวดล้อมที่เข้มแข็ง (ร่างกาย/จิตใจ) จัดลานกิจกรรม/กีฬา และกำหนดกติกาสังคมที่ชัดเจน
ผู้นำชุมชน ได้แก่ กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน/ผู้นำศาสนา	รับรู้จากการรับแจ้งเหตุ/สังเกตพฤติกรรม และประสบการณ์ระงับเหตุ/ควบคุมความประพฤติ ทักษะมีน้อยมาก ต้องการอบรมทุกด้าน	การมีงานทำ กิจกรรมในหมู่บ้าน และความอบอุ่น/การมีส่วนร่วมของครอบครัว ทักษะทุกด้าน (โดยเฉพาะการจัดการความเครียด) สัมพันธ์อย่างมาก	การอบรม/ Workshop ร่วมกับ การลงมือทำจริง เน้นการสร้างงาน สร้างโอกาส และเสริมความเข้มแข็งของครอบครัว
ผู้นำท้องถิ่น ได้แก่ อบต. ประธานชุมชน	รับรู้จากการแจ้งเหตุ/การสังเกตพฤติกรรมผิดปกติ และประสบการณ์ประสานงาน/เข้าอบรมเพื่อป้องกัน ทักษะมีน้อยมาก ไม่เคยอบรม	การมีสังคม การมีงานทำ และการมีส่วนร่วมกับชุมชนเพื่อเสริมสร้างควมมีคุณค่า หากมีทักษะที่ดีจะช่วยให้มีทางออกที่ดี	การจัดอบรม ควบคู่กับการลงพื้นที่จริง บทบาทคือทุกคนในภาคีเครือข่ายสำคัญเท่ากันหมด ต้องทำตามบทบาทหน้าที่ของตนเอง
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน	รับรู้ถึงปัญหาในครอบครัว และชุมชน มีบทบาทช่วยเหลือ/แนะนำ/ประสานนำส่ง ทักษะอยู่ในระดับพอใช้จนถึงระดับดี	การเสพยาจากสิ่งแวดล้อมเดิม (เพื่อน) และปัญหาครอบครัว (หย่าร้าง/ทะเลาะ) ทักษะทุกด้านมีความสำคัญในการป้องกัน	รูปแบบมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย เน้นการจัดอบรมและลงมือทำจริง บทบาทคือ การเยี่ยมบ้าน คัดกรองผู้มีภาวะเสี่ยง และติดตามอย่างต่อเนื่อง

ตารางที่ 2 ข้อมูลเชิงคุณภาพการรับรู้การดูแลสุขภาพจิต ปัจจัยที่มีผลต่อทักษะการดูแลสุขภาพจิตเพื่อป้องกันการใช้สารเสพติดของภาคีเครือข่ายชุมชน และรูปแบบในการพัฒนาทักษะการดูแลสุขภาพจิตเพื่อป้องกันการใช้สารเสพติดของภาคีเครือข่ายชุมชน (ต่อ)

สถานะภาคีเครือข่าย	การรับรู้และทักษะการดูแลสุขภาพจิตสำหรับเยาวชนที่เสี่ยงต่อการใช้สารเสพติด	ปัจจัยที่มีผลต่อทักษะการดูแลสุขภาพจิตเพื่อป้องกันการใช้สารเสพติดของภาคีเครือข่ายชุมชน	รูปแบบในการพัฒนาทักษะการดูแลสุขภาพจิตเพื่อป้องกันการใช้สารเสพติดของภาคีเครือข่ายชุมชน
ครอบครัวที่มีกลุ่มเสี่ยงใช้สารเสพติด ได้แก่ บิดา มารดา พี่น้อง ญาติ	มีประสบการณ์โดยตรง ในครอบครัว (สามี/ลูกใช้สารเสพติด) ทักษะมีอยู่บ้างแต่มีปัญหา เข้าไม่ถึงปัญหาเด็ก	เกิดจากตัวเด็ก/ ครอบครัวไม่สามารถจัดการความเครียดของลูก และการใช้คำพูดรุนแรง ครอบครัวจำเป็นต้องมีทักษะสุขภาพจิตทั้งหมด	รูปแบบการให้ความรู้/คำแนะนำแก่ครอบครัวให้มีทักษะสุขภาพจิตครบทุกด้าน การเปิดใจรับฟังเพื่อป้องกันการใช้สารเสพติด

แม้มีความรู้พื้นฐานแต่ยังขาดการนำไปปฏิบัติจริง (กองพัฒนาข้อมูลและตัวชี้วัดสังคม, 2566) โดยเฉพาะการสื่อสารกับผู้ใช้สารเสพติด การพัฒนาจึงต้องมุ่งเน้น “ความสามารถเชิงปฏิบัติการ” (operational competency) เพื่อให้เกิดทักษะที่เป็นมาตรฐานและใช้งานได้จริงในพื้นที่ การศึกษาพบความสัมพันธ์โดยตรงระหว่าง ทักษะสุขภาพจิต 4 ด้าน (การจัดการความเครียด การแก้ปัญหา การสื่อสารเชิงบวก การสร้างความภูมิใจในตนเองและการตั้งเป้าหมายในชีวิต)กับการป้องกันการใช้สารเสพติด ผลลัพธ์นี้สนับสนุนแนวคิดการป้องกันเชิงบวก (positive prevention) และ Social Cognitive Theory (Bandura, 1997) โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ทักษะการจัดการความเครียด เป็นกลไกเบื้องต้นในการเล็งพฤติกรรมหนีปัญหา และการสร้างความภูมิใจในตนเองและการตั้งเป้าหมายในชีวิต ทำหน้าที่เป็นปัจจัยเสริมความยืดหยุ่นทางจิตใจ (resilience enhancer) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ดาราวรรณ

ติยะปินดา และคณะ (2567) ที่พบว่าบุคคลที่มีเป้าหมายชีวิตและทัศนคติเชิงบวกจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าและการใช้สารเสพติดลดลง อีกทั้งภาคีเครือข่ายสะท้อนความรู้สึก “ยากและขาดเครื่องมือ” โดยต้องการทักษะสื่อสารและกิจกรรมเชิงรุกที่ใช้ได้จริงมากกว่าทฤษฎี ซึ่งสอดคล้องกับ Moradi และคณะ (2019) ที่พบว่าการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการให้ความใส่ใจสนับสนุน อบรมวินัยและกำหนดเป้าหมายในชีวิต แต่ต่างจาก Koob (2008) ที่ชี้ว่าทักษะการจัดการความเครียดเพียงอย่างเดียวอาจไร้ผลหากขาดกลไกทางสังคมสนับสนุนอย่างเป็นระบบ

รูปแบบการพัฒนาที่นำเสนอจึงเป็นผลสังเคราะห์ที่สมบูรณ์แบบ ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก การแบ่งกลไกขับเคลื่อนเป็น 3 ระดับ (ครอบครัว ชุมชน หน่วยงาน) สอดคล้องกับ Social Ecology Model ที่เน้นย้ำปฏิสัมพันธ์หลายระดับ (Bronfenbrenner, 1979) โดยให้ความสำคัญกับ

ระดับครอบครัว เป็นด่านแรกของการป้องกัน สอดคล้องกับผลวิจัยของอับดุลคอลิก อรรอฮิมีย และคณะ (2565) ที่ระบุว่า การสนับสนุนทางสังคม จากครอบครัวเป็นหัวใจสำคัญของการป้องกันการ ใช้สารเสพติดซ้ำ ระดับชุมชนและหน่วยงาน เป็น การสร้างระบบสนับสนุนและสภาพแวดล้อมที่เอื้อ ต่อการมีสุขภาพจิตที่ดี กระบวนการพัฒนานั้น 3 หลัก ได้แก่ 1) การสร้างศักยภาพ (capacity building) ผ่านรูปแบบ train the trainer เพื่อให้เกิดความยั่งยืน และการขยายผล (sustainability and scaling-up) 2) การสร้างกิจกรรมเชิงบวก (positive activities) เพื่อ พัฒนาทักษะทางอารมณ์และสังคม (SEL) และ 3) การสร้างระบบสนับสนุน (support system) ที่ ตอบสนองความต้องการเชิงคุณภาพของชุมชน อย่างแท้จริง

ข้อเสนอแนะ

1) ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ควรพัฒนา หลักสูตรอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อเสริมทักษะการ ดูแลสุขภาพจิตให้ภาคีเครือข่ายชุมชนที่เน้นการฝึก ทักษะจริง (การสื่อสารเชิงบวกและการจัดการ ความเครียด) โดยสร้างทีมวิทยากรกระบวนการจาก บุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบล

2) ข้อเสนอแนะสำหรับผู้นำชุมชนและ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และหน่วยงานที่ เกี่ยวข้อง ร่วมกันสร้างระบบพี่เลี้ยงชุมชน ส่งเสริม กิจกรรมเชิงบวก และสร้างข้อตกลงร่วมของชุมชน ในการเฝ้าระวังปัญหาเสพติด

3) ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในอนาคต

ควรนำรูปแบบไปพัฒนาเป็นโปรแกรมและ ทดสอบประสิทธิผลเชิงทดลอง ศึกษาวิจัยระยะยาว เพื่อติดตามผล ทดลองใช้ในพื้นที่อื่นที่มีบริบท แตกต่าง และพัฒนาเครื่องมือวัดทักษะการดูแล สุขภาพจิตในบริบทสังคมไทย

เอกสารอ้างอิง

- กองพัฒนาข้อมูลและตัวชี้วัดสังคม สำนักงานสภาพัฒนาการ เศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2567). Mental Health ปัญหา สำคัญที่ต้องเฝ้าระวัง. สืบค้นจาก https://www.nesdc.go.th/download/Social/Social_Report/2567_article_q1_001.pdf
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2565). รายงานการ ดำเนินงาน โครงการสร้างเสริมสุขภาพจิตในสถาน ประกอบการ ประจำปี 2565. โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์ การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- จรรยา สุวรรณบำรุง. (2563). หลักการระเบียบวิธีวิจัยทางสุขภาพ: การสร้างและการพัฒนาเครื่องมือวิจัย. โรงพิมพ์พระของการ พิมพ์.
- คาราวรรณ คีปะปิตา, จินห์จุฬา ชัยเสนา ดาลลาส, ไพบูลย์ โสภณสุภาพ, ดวงใจ วัฒนสินธุ์, วิชรา ดาบุตรวงศ์, วนิดา ขวัญสำราญ, และคณะ. (2567). การพัฒนาโปรแกรมการ บ่มเพาะความยืดหยุ่นทางจิตใจและเป้าหมายในชีวิตเพื่อ ป้องกันการใช้สารเสพติดด้วยกระบวนการบำบัดผสมผสาน การยอมรับและสร้างพันธะสัญญาและศิลปะการแสดงใน เยาวชนในเขตภาคตะวันออก: การวิจัยแบบผสมผสาน. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/6091>
- บำรุง วงษ์นิยม, แสงเดือน คีผิว, และสุรพล สุพวง. (2567). การ พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดโดยการมีส่วนร่วมและไร้รอยต่อ ตัวแบบลพบุรี: กรณีศึกษาอำเภอโลก ลำโรง. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน, 10(1), 223-233.
- พูนธนา มหาทรัพย์สมบัติ. (2566). กระบวนการทำงานแบบมี ส่วนร่วมกับชุมชนในการสร้างเครือข่ายการทำงานด้าน ยาเสพติดในชุมชนแห่งหนึ่งของกรุงเทพมหานคร (วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

- แสงภูมิ แซ่เจิน, คาราวรรณ ต๊ะปิ่นตา, จินห์จุฬา ชัยเสนา คาลลาส, และสร้อย กาญจนวงศ์. (2566). การพัฒนารูปแบบเสริมทักษะสุขภาพจิตเพื่อป้องกันการใช้สารเสพติดอย่างมีส่วนร่วมสำหรับภาคีเครือข่ายชุมชน. *วารสารพยาบาลสาร*, 50(4), 1-15.
- สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. (2568). รายงานผลการดำเนินงานโครงการเฝ้าระวังการแพร่ระบาดของสารเสพติดจากงานนิติเวชศาสตร์/นิติวิทยาศาสตร์ไตรมาสที่ 1 ปีงบประมาณ 2568. กระทรวงยุติธรรม. <https://www.oncb.go.th/pdfjs/web/viewer.html?file=/storage/file/content/th/report-research/681c1affd27c4f0th.pdf&mode=preview>
- สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. (2568). แผนปฏิบัติการระยะยาว 5 ปี (พ.ศ. 2566–2570) ฉบับทบทวน และแผนปฏิบัติการกองทุนป้องกันปราบปราม และแก้ไขปัญหายาเสพติด ประจำปีบัญชี 2569. กรุงเทพฯ: สำนักงานบังคับคดีและบริหารงานกองทุนสำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด.
- สุสารี ประลินกิจ, จรัสดาว เรลโนลด์, และอรทิพา ส่องศิริ. (2562). การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิตในชุมชนด้วยกระบวนการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม. *วารสารวิชาการสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทย (ฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี)*, 8(1), 7-22.
- อับดุลคอลิก อีรรอฮิมีย, บาริซะห์ ปูเต๊ะ, และอิสมาแอ ลุดฟี จะปะเกีย. (2565). การป้องกันการเสพยาเสพติดซ้ำด้วยตนเอง: กรณีศึกษาผู้ผ่านการบำบัดรักษาอาการติดสารเสพติดในพื้นที่จังหวัดปัตตานี. *วารสารอัล-นุร บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยฟาฏอนี*, 17(33), 11-24.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. W. H. Freeman and Company.
- Bhattacharyya, J. (2004). Theorizing community development. *Journal of the Community Development Society*, 34(2), 5-34.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Harvard University Press.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (1985). *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*. Plenum Press.
- Guilford, J. P. (1950). Creativity. *American Psychologist*, 5(9), 444-454.
- House, J. S. (1981). *Work stress and social support*. Addison-Wesley.
- Jorm, A. F. (2020). Mental health literacy: Empowering the community to take action for better mental health. *American Psychologist*, 75(3), 231-241.
- Koob, G. F. (2008). A role for brain stress systems in addiction. *Neuron*, 59(1), 11-34.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer Publishing Company.
- Locke, E. A., & Latham, G. P. (1990). *A theory of goal setting & task performance*. Prentice-Hall.
- Moradi, P., Fathali Lavasani, F., & Dejman, M. (2019). Adolescent substance abuse and family environment: A qualitative study. *International Journal of High-Risk Behaviors and Addiction*, 8(2), e83781.
- Mumford, M. D., Mobley, M. I., Uhlman, C. E., Reiter-Palmon, R., & Doares, L. M. (1991). Process analytic models of creative capacities. *Creativity Research Journal*, 4(2), 91-122.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2014). *Essentials of nursing research: Appraising evidence for nursing practice* (8th ed.). Lippincott Williams & Wilkins.
- Rogers, C. R. (1975). Empathic: An unappreciated way of being. *The Counseling Psychologist*, 5(2), 2-10.
- Seligman, M. E. P., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55(1), 5-14.
- Stuart, G. W. (2013). *Principles and practice of psychiatric nursing* (10th ed.). Elsevier Mosby.
- Torrance, E. P. (1974). *Torrance tests of creative thinking*. Scholastic Testing Service.
- United Nations Office on Drugs and Crime. (2020). *International standards on drug use prevention*. (2nd ed.). <https://www.unodc.org/unodc/en/prevention/prevention-standards.html>

World Health Organization. (2022). *World mental health report: Transforming mental health for all*.
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338>