ปีที่ 1 ฉบับที่ 3 กันยายน - ธันวาคม 2568 Volume 1 Issue 3 : September - December 2025
ISSN 3057-1103 (Online)

บทความวิจัย

ประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้างความตระหนักรู้และการรับรู้ต่อสัญญาณการก่อความรุนแรงผู้ป่วยยาเสพติด ในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเมืองปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี

The Effectiveness of an Awareness and Recognition Program for Signs of Violent Behavior in Drug-Addicted Patients in the Community among Village Health Volunteers in Mueang Pathum Thani District, Pathum Thani Province

Citation: รณพงศ์ ไทยแท้และปณิธาน กระสังข์. (2568). ประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้างความตระหนักรู้และการรับรู้ต่อสัญญาณการก่อความรุนแรงผู้ป่วยยาเสพติด ในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี. วารสารสุขภาพสตรอง แอนด์ เฮลที่, 1(3), 34–50.

Ronapong Thaithae[1*] and Panitan Grasung[2]

[1] สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี

[2]ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร., หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยปทุมธานี

[1] Pathum Thani Provincial Public Health Office, Pathum Thani Province

[2]Assistant Professor Dr., Master of Public Health Program, Faculty of Allied Health Sciences

*ผู้ประพันธ์บรรณกิจ ; รณพงศ์ ไทยแท้, Email: r_thaithae@hotmail.com

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) เปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับสัญญาณการก่อความรุนแรงผู้ป่วยยาเสพติดในชุมชน ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม 2) เปรียบเทียบความตระหนักรู้ต่อสัญญาณการก่อความรุนแรงผู้ป่วยยาเสพติดในชุมชน ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม 3) เปรียบเทียบการรับรู้ต่อสัญญาณการก่อความรุนแรงผู้ป่วยยาเสพติดในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม โดยประยุกต์กรอบทฤษฎีเกี่ยวกับความตระหนักรู้ และการับรู้ ระเบียบวิธีวิจัยแบบกึ่งทดลอง วัดสองกลุ่ม ประชากรเป็นอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน จำนวน 215 คน กำหนดสัดส่วนกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*Power ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 51 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 51 คน เลือกแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบทดสอบความรู้ และแบบสอบถาม ค่าดัชนีความสอดคล้องได้เท่ากับ .72 ค่าความยากง่าย และค่าอำนาจจำแนก ได้เท่ากับ .42 .69

Received: 30 September 2025;
Revised: 29 October 2025;
Accepted: 30 October 2025;
Published: 30 October 2025

รณพงศ์ ไทยแท้[1] และ
ปณิธาน กระสังข์[2]

บทความวิจัย

ค่าความเชื่อมั่นเครื่องมือทั้งฉบับ ได้เท่ากับ .794 สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ แจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ Pair t-test, Independent t -test และสถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนสองทางแบบวัดซ้ำ (One-way Repeated Measure ANOVA)

ผลการศึกษา พบว่า หลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับสัญญาณการก่อความรุนแรงผู้ป่วยยาเสพติด ความตระหนักรู้ต่อสัญญาณการก่อความรุนแรงผู้ป่วยยาเสพติด และการรับรู้เกี่ยวกับการก่อความรุนแรงสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

คำสำคัญ: ความตระหนักรู้, การรับรู้ต่อสัญญาณการก่อความรุนแรง, ผู้ป่วยยาเสพติด

Abstract

The objectives of this study were to 1) comparison of knowledge about signs of violent behavior in drug-addicted patients in the community among village health volunteers between the experimental group and the control group before and after receiving the program, 2) comparison of awareness of signs of violent behavior in drug-addicted patients in the community among village health volunteers between the experimental group and the control group before and after receiving the program, and 3) comparison of the perception of signals indicating violent behavior in drug-addicted patients in the community by village health volunteers between the experimental group and the control group before and after receiving the program. The applying of theoretical frameworks related to awareness and perception. The methodology is a quasi-experimental research design with two-group measurements. The population is the first-time pregnant women who gave birth by cesarean section. The population consists of 215 village volunteers. The sample size was determined using the G*Power software, resulting in a sample of 51 individuals, and control group of 51 individuals, selected through purposive sampling. The instruments employed in this study included a knowledge assessment test and a questionnaire. The index of content validity was .72. The difficulty and discrimination indices were .42 and .69, respectively. The reliability coefficient of the entire instrument was .794. Statistics used for the data analysis include percentage, mean and standard deviation, and t-test statistics.

The results of the study found that: After receiving the program, the experimental group had a significantly higher average score in knowledge about warning signs of violent behavior, warning signs of violent behavior in drug-addicted and in perception of violent behavior than the control group at the .01 level of statistical significance.

บทความวิจัย

Keyword: Awareness, Awareness of signs of violence, Drug - addicts

บทนำ (Introduction)

สถานการณ์ยาเสพติดของ อำเภอเมืองปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีปัญหาการแพร่ระบาดของยาเสพติด มีลักษณะชุมชนที่ยุ่งยากซับซ้อน มีเขตชายแดนรอยต่อระหว่างจังหวัด มีเส้นทางคมนาคมเข้าออกหลายเส้นทาง กำหนดเป็นพื้นที่อำเภอเชิงรุกในการดำเนินโครงการ “ปทุมธานีโมเดล” และพบเป็นปัญหายาเสพติดเป็นอันดับต้น ๆ ของจังหวัดปทุมธานี โดยเฉพาะอย่างยิ่งมีผู้ป่วยยาเสพติดที่มีภาวะอาการทางจิตร่วม โดยพบว่า ในปี 2566 - 2567 มีผู้ป่วยที่ต้องเฝ้าระวังการก่อความรุนแรง จำนวน 22 ราย และ 25 ราย ตามลำดับ ซึ่งอำเภอเมืองปทุมธานี เป็นชุมชนเขตเมืองที่พบปัญหาผู้ป่วยยาเสพติดที่มีภาวะอาการทางจิตร่วม เพิ่มขึ้นเป็น 32 ราย ในปี พ.ศ. 2568 และเกิดปัญหาก่อความรุนแรงในหมู่บ้าน จำนวน 20 ครั้ง (กลุ่มงานสุขภาพจิตและยาเสพติด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี, 2668) สร้างความเสียหายแก่ทรัพย์สินในครอบครัว คนในหมู่บ้านเกิดการหวาดระแวง หวาดกลัว ไม่ต้องการให้บุคคลเหล่านี้อยู่ร่วมกับชุมชน มีการระงับเหตุโดยทีมตำรวจ ทีมฝ่ายปกครอง แต่ยังพบปัญหาผู้ป่วยมีอาการทางจิตกำเริบซ้ำบางรายขาดยาบางรายรักษาไม่ต่อเนื่อง กลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำ ผู้ป่วยมีการใช้สารเสพติดจำพวก ยาบ้า ไอซ์ สารระเหย กัญชา กระท่อม และการดื่มสุราไม่สามารถควบคุมสติได้ ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะไม่ได้ประกอบอาชีพ ไม่สามารถทำงานใดๆ เพื่อเลี้ยงชีพและเป็นภาระให้คนในครอบครัว ซึ่งครอบครัวขาดการตระหนักในการดูแล ปกปิดข้อมูลลูกหลานติดยา ชุนชนตีตรา และรังเกียจ หวาดกลัวผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้ยาเสพติด โดยเมื่อติดตามผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิต พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มสีเหลืองขาดการรักษาต่อเนื่องกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำ เปลี่ยนกลับไปเป็นกลุ่มสีส้ม/สีแดง จึงทำให้ผลการรักษาผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตไม่ได้ผลตามเป้าหมาย จากสาเหตุที่ผู้ป่วยไม่สามารถเข้าถึง การรักษาได้เนื่องจากผู้ป่วยต้องเดินทางเข้าไปรับการรักษาในโรงพยาบาลปทุมธานี หรือ โรงพยาบาลศรีธัญญา หรือสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี (สบยช.) ซึ่งต้องมีค่าใช้จ่ายในการเดินทาง บางคนอยู่คนเดียวไม่มีอาชีพ ไม่มีรายได้บางคนอาศัยอยู่กับครอบครัวที่มีฐานะยากจน ทำให้ปัญหาผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตในพื้นที่ ยังไม่ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ส่งผลกระทบต่อครอบครัวและชุมชน ซึ่งจากเดิมรูปแบบการดูแลและฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิต จะมีเพียงเจ้าหน้าที่สาธารณสุขดำเนินการทำให้ เกิดความไม่ต่อเนื่อง และยั่งยืนในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดในชุมชน เมื่อเกิดเหตุความรุนแรงเจ้าหน้าที่ตำรวจ ฝ่ายปกครอง ก็เข้ามาระงับเหตุให้ผู้ป่วยยาเสพติดสงบลง โดยไม่ได้ประสานส่งต่อรักษาต่อเนื่อง อย่างทันท่วงที

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นบุคลากรที่มีความสำคัญในการให้บริการสุขภาพในระดับชุมชนและเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพภาคประชาชนที่มีส่วนช่วยผลักดันให้

การสาธารณสุขของประเทศไทยพัฒนาจนเป็นที่ยอมรับในระดับประเทศ และระดับสากล การพัฒนางานด้านสุขภาพจิตโดยผ่านการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านถือเป็นกลยุทธ์ที่สำคัญเป็นจุดเชื่อมโยงคนในชุมชนกับระบบบริการสาธารณสุขที่เหนี่ยวแน่น

จากสถานการณ์ดังกล่าวผู้ศึกษา ได้เล็งเห็นปัญหาดังกล่าว จึงสนใจที่จะสร้างความตระหนักรู้และการรับรู้ต่อสัญญาณการก่อความรุนแรงของผู้ป่วยยาเสพติด ในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอำเภอเมืองปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี เพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าวโดยใช้ โปรแกรมการสร้างความตระหนักรู้และการรับรู้ แนวคิดการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพ เข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินงาน มีส่วนร่วมคิด ร่วมตัดสินใจจะก่อให้เกิดความรู้สึกรับผิดชอบร่วมกันและให้การสนับสนุนในการดำเนินการให้เป็นไปตามแผน เพื่อให้ได้รูปแบบของการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิต ป้องกันการก่อความรุนแรงในชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งอาสาสมัครสาธารณสุขในพื้นที่ ที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ และสามารถนำไปปรับใช้ในพื้นที่ที่มีบริบทใกล้เคียงกันต่อไป

วัตถุประสงค์ (Objective)

1. เพื่อเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับสัญญาณการก่อความรุนแรงผู้ป่วยยาเสพติดในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม
2. เพื่อเปรียบเทียบความตระหนักรู้ต่อสัญญาณการก่อความรุนแรงผู้ป่วยยาเสพติดในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม
3. เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้ต่อสัญญาณการก่อความรุนแรงผู้ป่วยยาเสพติดในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม

บทความวิจัย

กรอบแนวคิด (Research Framework)

ตัวแปรต้น → **ตัวแปรตาม**

โปรแกรมการสร้างความตระหนักรู้และการรับรู้ต่อสัญญาณการก่อความรุนแรงผู้ป่วยยาเสพติด ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
กิจกรรมครั้งที่ 1 : สร้างแรงบันดาลใจ พากันใส่ใจผู้ป่วยยาเสพติด
กิจกรรมครั้งที่ 2 : สัญญาณเตือนที่จะก่อความรุนแรงผู้ป่วยยาเสพติด
กิจกรรมครั้งที่ 3 : เครือข่ายพันธมิตร ชวนกันคิดแก้ปัญหา
กิจกรรมครั้งที่ 4 : เป็นเพื่อนชวนคิด สร้างมิตรในชุมชน
กิจกรรมครั้งที่ 5 : เพื่อนแท้ดูแลใจ All day All night
กิจกรรมครั้งที่ 6 : เยี่ยมด้วยใจ เฝ้าระวังเฝ้าระวังการก่อความรุนแรงผู้ป่วยยาเสพติด

→

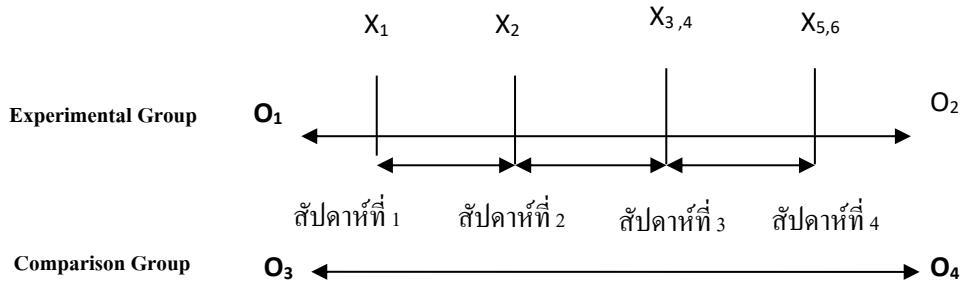
1. ความรู้เกี่ยวกับการก่อความรุนแรงผู้ป่วยยาเสพติดของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
2. ความตระหนักรู้ต่อสัญญาณการก่อความรุนแรงผู้ป่วยยาเสพติดของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
3. รับรู้ต่อสัญญาณการก่อความรุนแรงผู้ป่วยยาเสพติด ในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ภาพประกอบที่ 1 กรอบแนวคิด

วิธีดำเนินการวิจัย (Methodology)

แบบแผนการดำเนินการวิจัย (Research Design)

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental research) โดยมีแบบแผนการวิจัยแบบสองกลุ่มเดียววัดสองครั้ง (Two group pre-test – post-test Design, Tuckman 1999 : 162)



ภาพประกอบที่ 2 แสดงแบบแผนการทดลองของการวิจัย

บทความวิจัย

สัญลักษณ์ที่ใช้ในการทดลอง

Experimental Group แทน กลุ่มทดลอง (Experimental Group)

Comparison group แทน กลุ่มเปรียบเทียบ (Comparison group)

O_1 แทน การทดสอบก่อนการทดลองกลุ่มทดลอง (Pre-test)

O_2แทน การทดสอบหลังการทดลองกลุ่มทดลอง (Post-test)

O_3แทน การทดสอบก่อนการทดลองกลุ่มควบคุม (Pre-test)

O_4แทน การทดสอบหลังการทดลองกลุ่มควบคุม (Post-test)

X_1 X_2 $X_{3,4}$ $X_{5,6}$ แทน โปรแกรมการสร้างความตระหนักและการรับรู้ต่อสัญญาณการก่อความรุนแรงผู้ป่วยยาเสพติด ครั้งที่ 1 2 3 4 5 6

ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ประชากรที่ศึกษาเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีชื่อทะเบียนราษฎร์เขตอำเภอเมือง ปฏิบัติงานเป็นเวลาอย่างน้อย 1 ปี ศึกษาในพื้นที่เขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่มีอัตราผู้ป่วยยาเสพติดสูงที่สุด 3 ลำดับแรก ในระหว่าง ปี พ.ศ. 2565-2567 ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางขะแยง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางคูวัด 1 และ 2 จำนวน 215 คน (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองปทุมธานี)

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปอำนาจการทดสอบ (power of the test) G*Power Buchner, 2010 type I error = 0.05, power of test (1 - β) = 0.80, และ effect size 0.49 (นงลักษณ์ วิรัชชัย, 2553 ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 51 ราย เลือกแบบเจาะจง

กำหนดเกณฑ์ในการคัดเข้า(Inclusion criteria) ดังนี้

1. ทำหน้าที่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นเวลาอย่างน้อย 1 ปี

2. ประเมินภาวะเครียดได้น้อยกว่า 5 คะแนน (แบบประเมิน ST-5 ตามมาตรฐานกรมสุขภาพจิต)

เกณฑ์การคัดออกอาสาสมัครออกจากโครงการ (Exclusion criteria)

ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรม ได้ครบตามระยะเวลาที่กำหนดจำนวน 6 ครั้ง

กลุ่มควบคุม

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ปฏิบัติงานเขตรับผิดชอบศูนย์สุขภาพตำบลลำไทร อำเภอลำลูกกา จังหวัดปทุมธานี จำนวน 94 คน เลือกแบบเจาะจง กำหนดเกณฑ์คัดเข้า ใช้เกณฑ์เดียวกับกลุ่มทดลอง จำนวน 51 คน เลือกแบบเจาะจง กำหนดเกณฑ์ในการคัดเข้า (Inclusion criteria) ดังนี้

1. ทำหน้าที่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นเวลาอย่างน้อย 1 ปี

2. ประเมินภาวะเครียดได้น้อยกว่า 5 คะแนน (แบบประเมิน ST-5 ตามมาตรฐานกรมสุขภาพจิต)

ขั้นตอนการวิจัย

ระยะที่ 1 ระยะก่อนการทดลอง

ผู้วิจัยขอความร่วมมือกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มทดลอง ในการตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประเมินความรู้เกี่ยวกับการก่อความรุนแรงผู้ป่วยยาเสพติดของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ความตระหนักรู้ต่อสัญญาณการก่อความรุนแรงผู้ป่วยยาเสพติดของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน การรับรู้ต่อสัญญาณการก่อความรุนแรงผู้ป่วยยาเสพติด ในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ก่อนการเข้าร่วมกิจกรรม แล้วจึงเริ่มดำเนินกิจกรรม

ระยะที่ 2 ระยะทดลอง

ครั้งที่ 1 กิจกรรม “สร้างแรงบันดาลใจ พากันใส่ใจผู้ป่วยยาเสพติด” (ระยะเวลา 1 ชั่วโมง)

ครั้งที่ 2 กิจกรรม “สัญญาณเตือนที่จะก่อความรุนแรงผู้ป่วยยาเสพติด” (ระยะเวลา 1 ชั่วโมง)

ครั้งที่ 3 กิจกรรม “เครือข่ายพันธมิตร ชวนกันคิดแก้ปัญหา” (ระยะเวลา 1 ชั่วโมง)

ครั้งที่ 4 กิจกรรม “เป็นเพื่อนชวนคิด สร้างมิตรในชุมชน” (ระยะเวลา 1 ชั่วโมง)

ครั้งที่ 5 กิจกรรม “เพื่อนแท้ดูแลใจ All day All night” (ระยะเวลา 30 นาที)

ครั้งที่ 6 กิจกรรม “เยี่ยมด้วยใจ เฝ้าระวังการก่อความรุนแรงผู้ป่วยยาเสพติด” (ระยะเวลา 30 นาที)

ระยะที่ 3 ระยะหลังการทดลอง

ผู้วิจัยประเมินประเมินความรู้เกี่ยวกับการก่อความรุนแรงผู้ป่วย ยาเสพติดของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ความตระหนักรู้ต่อสัญญาณการก่อความรุนแรงผู้ป่วยยาเสพติดของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านการรับรู้ต่อสัญญาณการก่อความรุนแรงผู้ป่วยยาเสพติดในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ด้วยการตอบแบบประเมินด้วยตนเอง แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์ คะแนนที่ได้จะเป็นคะแนนระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที

ระยะที่ 4 ระยะติดตามผล

หลังเสร็จสิ้นการทดลอง 1 เดือน ประเมินประเมินความรู้ ความตระหนักรู้การรับรู้ต่อสัญญาณการก่อความรุนแรงผู้ป่วยยาเสพติด ในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

<u>เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย</u>

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 2 ชนิด คือ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองคือ วัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ในการดำเนินการตามโปรแกรม ได้แก่ สื่อแผ่นพับ กระดาษบันทึก สื่อวีดีโอ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถาม (Questionnaire) จำนวน 4 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ต่อเดือน ระยะเวลาในการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข เป็นแบบให้เลือกตอบ (Check list) และเติมข้อความ (Open ended) จำนวน 6 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการก่อความรุนแรงผู้ป่วยยาเสพติดของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 10 ข้อ เกณฑ์ประเมินความรู้เกี่ยวกับการก่อความรุนแรงผู้ป่วยยาเสพติดของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยใช้เกณฑ์แบ่งอันตรภาคชั้น (Class Interval) อิงกลุ่มของ Best (1970, p. 124)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความตระหนักรู้ต่อสัญญาณการก่อความรุนแรงผู้ป่วยยาเสพติด ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบประมาณค่า (Ratting Scale) ตามแนวคิดของลิเคิร์ท (Likert) 5 ระดับ (บุญชม ศรีสะอาด, 2549) จำนวน 10 ข้อ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้ต่อสัญญาณการก่อความรุนแรงผู้ป่วยยาเสพติด ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบประมาณค่า (Ratting Scale) ตามแนวคิดของลิเคิร์ท (Likert) 5 ระดับ จำนวน 10 ข้อ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด

ส่วนที่ 5 แบบประเมิน ST-5 ตามมาตรฐานกรมสุขภาพจิต การตรวจสอบความสอดคล้องของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ทดลองใช้กับกลุ่มที่คล้ายกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลบ้านฉาง จำนวน 30 คน ค่าดัชนีความสอดคล้อง ได้เท่ากับ .72 ค่าความยากง่าย และค่าอำนาจจำแนก ได้เท่ากับ .42 .69 ค่าความเชื่อมั่นเครื่องมือทั้งฉบับ ได้เท่ากับ .794 สถิติที่ใช้

วิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ แจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติการทดสอบ Paired t test, Independent t test และ Repeat One-way ANOWA

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติรับรองจริยธรรมการวิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรมการศึกษาวิจัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี เลขรับรอง PPHO-REC 2568/55 รับรอง 27 สิงหาคม 2568 ถึง 26 สิงหาคม 2569

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลจากแบบสอบถามที่สมบูรณ์ทั้ง 3 ส่วนมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ประมวลผลสำเร็จรูปโดยกำหนดระดับความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในการทดสอบสมมติฐานสำหรับการวิจัยครั้งนี้และดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้ ค่าสถิติพื้นฐาน ได้แก่ 1) ร้อยละ (Percentage) 2) ค่าเฉลี่ย (Mean) และ 3) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ขณะที่สถิติเชิงอนุมานเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการก่อความรุนแรงผู้ป่วยยาเสพติดของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ความตระหนักรู้ต่อสัญญาณการก่อความรุนแรงผู้ป่วยยาเสพติดในระยะก่อน การทดลอง การรับรู้ต่อสัญญาณการก่อความรุนแรงผู้ป่วยยาเสพติด หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ Pair t-test, Independent t -test และสถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนสองทางแบบวัดซ้ำ (One-way Repeated Measure ANOVA)

บทความวิจัย

ผลการวิจัย (Result)

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ข้อมูลส่วนบุคคล ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	10	19.60	7	13.72
หญิง	41	80.40	44	86.27
อายุ (ปี)				
38 - 50 ปี	6	11.80	7	13.72
51 - 60 ปี	13	25.50	13	25.49
61 ปี ขึ้นไป	32	62.70	31	60.78
$\overline{X}$= 62.69, S.D.=10.27, Max= 92, Min=38				
สถานภาพสมรส				
โสด	10	19.60	8	15.68
หย่า	26	51.10	23	45.09
สมรส	11	21.60	13	25.49
แยกกันอยู่	3	5.90	2	3.92
หม้าย	1	2.00	5	9.80
ระดับการศึกษา				
ประถมศึกษา	24	47.10	24	47.10
มัธยมศึกษา / ปวช.	11	21.60	12	23.52
อนุปริญญา / ปวส.	9	17.60	10	19.60
ปริญญาตรีขึ้นไป	7	13.70	5	9.80
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน				
น้อยกว่า 5000 บาท	29	56.90	27	52.95
5,001-10,000 บาท	11	21.60	15	29.41
10,001 – 15,000 บาท	6	11.80	5	9.80
15,001 – 20,000 บาท	3	5.90	3	5.88

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
มากกว่า 20,001 ขึ้นไป	2	3.90	3	5.88
ระยะเวลาการเป็นอสม.				
1-5 ปี	21	41.20	23	45.09
6-10 ปี	8	15.70	7	13.72
11 ปี ขึ้นไป	22	43.10	21	41.17
รวม	**51**	**100**	**51**	**100**

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 80.40 อายุส่วนใหญ่ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 62.70 สถานภาพสมรสส่วนใหญ่หย่า ร้อยละ 51.10 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ประถมศึกษาร้อยละ 47.10 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนส่วนใหญ่ น้อยกว่า 5000 บาท ร้อยละ 56.90 ระยะเวลาการเป็น อสม. ส่วนใหญ่ 11 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 43.10 กลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 86.27 อายุส่วนใหญ่ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 60.78 สถานภาพสมรสส่วนใหญ่หย่า ร้อยละ 45.09 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ประถมศึกษาร้อยละ 47.10 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนส่วนใหญ่ น้อยกว่า 5000 บาท ร้อยละ 52.95 ระยะเวลาการเป็น อสม. ส่วนใหญ่ 11 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 41.17

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนความรู้ ความตระหนักรู้ การรับรู้สัญญาณการก่อความรุนแรงก่อนและหลังได้รับโปรแกรม ในระยะหลังทดลองเสร็จสิ้นทันที กลุ่มทดลอง (n=51)

ตัวแปร	n	$\bar{X}$	S.D.	t	df	P-value
ความรู้						
Pre-test	51	6.23	2.62	4.741	50	<0.01**
Post-test	51	8.50	0.99			
ความตระหนักรู้						
Pre-test	51	23.32	6.12	11.290	50	<0.01**
Post-test	51	40.91	5.80			
การรับรู้						
Pre-test	51	28.75	5.29	10.270	50	<0.01**
Post-test	51	42.90	5.70			

** P-value <0.01

จากตารางที่ 2 พบว่า หลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ ความตระหนักรู้ การรับรู้สัญญาณการก่อความรุนแรง สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ ความตระหนักรู้ และการรับรู้ต่อสัญญาณการก่อความรุนแรงผู้ป่วยยาเสพติด หลังได้รับโปรแกรม ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมในระยะหลังทดลองเสร็จสิ้นทันที (n=51)

ตัวแปร	n	$\bar{X}$	S.D.	t	df	P-value
ความรู้						
กลุ่มทดลอง	51	8.50	0.99	11.688	50	<0.01**
กลุ่มควบคุม	51	6.50	1.72			
ความตระหนักรู้						
กลุ่มทดลอง	51	40.91	5.80	2.328	50	.132
กลุ่มควบคุม	51	40.32	3.85			
การรับรู้ความรุนแรง						
กลุ่มทดลอง	51	42.90	5.70	11.290		<0.01**
กลุ่มควบคุม	51	32.03	5.49			

** P-value <0.01

จากตารางที่ 3 พบว่า หลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการก่อความรุนแรงผู้ป่วยยาเสพติด การรับรู้ต่อสัญญาณการก่อความรุนแรงผู้ป่วยยาเสพติด สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และหลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยความตระหนักรู้ต่อสัญญาณการก่อความรุนแรงผู้ป่วยยาเสพติด ไม่แตกต่างกับกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ ความตระหนัก การรับรู้ ต่อสัญญาณการก่อความรุนแรงผู้ป่วยยาเสพติด หลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลอง ในระยะติดตามผลหลังทดลองเสร็จสิ้น 1 เดือน (n=51)

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F-test	p-value
ความรู้					
ระหว่างกลุ่ม	245.386	2	122.693	29.484	<0.01**
ภายในกลุ่ม	624.196	150	4.61		
Total	869.582	152			
ความตระหนักรู้					
ระหว่างกลุ่ม	5194.288	2	2597.144	79.290	<0.01**
ภายในกลุ่ม	4913.255	150	32.755		
Total	10107.542	152			
การรับรู้					
ระหว่างกลุ่ม	7492.562	2	3746.281	115.761	<0.01**
ภายในกลุ่ม	4854.314	150	32.362		
Total	12346.876	152			

** P-value <0.01

จากตาราง 4 พบว่า หลังได้รับโปรแกรมในระยะติดตามผลหลังทดลองเสร็จสิ้น 1 เดือน กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ ความตระหนัก การรับรู้เกี่ยวกับการก่อความรุนแรงผู้ป่วยยาเสพติด แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

สรุปผลการวิจัย (Conclusion)

หลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ ความตระหนักรู้ การรับรู้สัญญาณการก่อความรุนแรง สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 หลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการก่อความรุนแรงผู้ป่วยยาเสพติด การรับรู้ต่อสัญญาณการก่อความรุนแรงผู้ป่วยยาเสพติด สูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และหลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยความตระหนักรู้ต่อสัญญาณการก่อความรุนแรงผู้ป่วยยาเสพติด ไม่แตกต่างกับกลุ่มควบคุม หลังได้รับโปรแกรมในระยะติดตามผลหลังทดลองเสร็จสิ้น 1 เดือน กลุ่มทดลอง มีคะแนน

เฉลี่ยความรู้ ความตระหนัก การรับรู้เกี่ยวกับการก่อความรุนแรงผู้ป่วยยาเสพติด แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

อภิปรายผลการวิจัย (Discussion)

หลังได้รับโปรแกรม พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้โดยรวมอยู่ในระดับมาก ในระยะหลังทดลองเสร็จสิ้นทันที กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เพิ่มขึ้นสูงกว่า มีค่าเฉลี่ยความตระหนักรู้ต่อสัญญาณการก่อความรุนแรงโดยรวม อยู่ในระดับมากที่สุด มีค่าเฉลี่ยความตระหนักรู้ต่อสัญญาณการก่อความรุนแรงสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และมีค่าเฉลี่ยการรับรู้ต่อสัญญาณการก่อความรุนแรงโดยรวมอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยการรับรู้เกี่ยวกับการก่อความรุนแรงสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความตระหนักรู้ต่อสัญญาณการก่อความรุนแรงผู้ป่วยยาเสพติด ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ยังพบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยทางสถิติ เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการก่อความรุนแรงผู้ป่วยยาเสพติด ความตระหนักรู้ต่อสัญญาณการก่อความรุนแรงผู้ป่วยยาเสพติด การรับรู้ต่อสัญญาณการก่อความรุนแรงผู้ป่วยยาเสพติด ติดตามหลังระยะทดลอง 1 เดือน ก็ยังพบว่า มีค่าเฉลี่ยแตกตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ชี้ให้เห็นว่า โปรแกรมการสร้างความตระหนักรู้และการรับรู้ต่อสัญญาณการก่อความรุนแรงผู้ป่วยยาเสพติด ในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สามารถที่จะพัฒนาให้อาสาสมัครมีความรู้เกิด เกิดความตระหนัก และสร้างการรับรู้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับ ทฤษฎีความตระหนักรู้ (Meepradit, 2010) หมายถึง การแสดงออกถึงความรู้สึกการตระหนักรู้ การคิดได้ สามารถ มองเห็นประโยชน์และความสำคัญโดยการแสดงออกมาในทิศทางที่ต้องการตามประสบการณ์หรือ เป็นการตระหนักรู้ฉุกคิดหรือมีความรู้สึกต่อเหตุการณ์ใดเหตุการณ์หนึ่งที่จะเกิดขึ้นหรือสำนึกถึงบาง สิ่งบางอย่างของประสบการณ์ ความตระหนักรู้ที่จะเกิดขึ้นเมื่อมีเหตุการณ์สภาพแวดล้อมในสังคม หรือสิ่งเร้าต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นจากภายนอกมากระตุ้นให้เกิดความตระหนักรู้และสะท้อนให้เห็นทางพฤติกรรม และทฤษฎีการรับรู้ ว่าการรับรู้เป็นพื้นฐานการเรียนรู้ที่สำคัญ ของบุคคลเพราะการตอบสนองพฤติกรรมใด ๆ จะขึ้นอยู่กับการรับรู้จากสภาพแวดล้อม ของตน และ ความสามารถในการแปลความหมายของสภาพนั้น ๆ ดังนั้น การเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพจึงขึ้นอยู่กับ ปัจจัยการรับรู้และสิ่งเร้าที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งปัจจัยการรับรู้ประกอบด้วยประสาทสัมผัส และปัจจัยทางจิต คือความรู้เดิม ความต้องการ และเจตคติเป็นต้น การรับรู้จะประกอบด้วยกระบวนการสามด้านคือการรับสัมผัส การแปลความหมาย และอารมณ์ และสอดคล้องกับการศึกษาของ นารีรัตน์ จันทะ (2565) ประสิทธิผลของโปรแกรม

บทความวิจัย

การสร้างความตระหนักและการรับรู้ต่อสัญญาณการฆ่าตัวตายในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอสามโคก จังหวัดปทุมธานี พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสร้างความตระหนักและการรับรู้ต่อสัญญาณการฆ่าตัวตายในชุมชนมีคะแนนเฉลี่ยความตระหนักและการรับรู้ต่อสัญญาณการฆ่าตัวตายในชุมชน ก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที กลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยการรับรู้ต่อสัญญาณการฆ่าตัวตายในชุมชนและความรู้โรคซึมเศร้าและโรคทางจิตเวช มากกว่ากลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการให้ความรู้แบบปกติ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ระยะหลังทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีคะแนนเฉลี่ยความรู้โรคซึมเศร้าและโรคทางจิตเวช การรับรู้และความตระหนักต่อสัญญาณการฆ่าตัวตาย ไม่แตกต่างกัน ระยะติดตามผล 1 เดือน กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยความรู้โรคซึมเศร้าและโรคทางจิตเวช และความตระหนักรู้ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ข้อเสนอแนะ

1. ทราบถึงประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้างความตระหนักรู้และการรับรู้ต่อสัญญาณการก่อความรุนแรงผู้ป่วยยาเสพติด ในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรม แตกต่างจากกลุ่มควบคุมที่ได้รับการให้ความรู้แบบปกติ แสดงให้เห็นว่า การนำโปรแกรมมาพัฒนาศักยภาพอาสาสมัคร และมีการติดตามผลหลังการทดลองเสร็จสิ้น ทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขมีความตระหนักรู้ และมีการรับรู้ที่ดีขึ้น

2. สร้างเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการเฝ้าระวัง ดูแลผู้ป่วยยาเสพติดในชุมชน โดยใช้กลไกการสร้างความตระหนักรู้และการรับรู้ต่อสัญญาณการก่อความรุนแรงผู้ป่วยยาเสพติดในชุมชน

3. พัฒนาความรู้และทักษะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบล/อำเภออื่น ๆ โดยนำกิจกรรมของโปรแกรมการสร้างความตระหนักรู้และการรับรู้ต่อสัญญาณการก่อความรุนแรงผู้ป่วยยาเสพติดเป็นตัวขับเคลื่อนให้เกิดกิจกรรมแบบมีส่วนร่วม

4. ขยายผลจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ไปยังผู้นำชุมชน แกนนำในชุมชน กลุ่มวัยรุ่นโรงเรียน และกลุ่มวิชาชีพอื่น ๆ เพื่อให้มีระบบการเฝ้าระวัง ดูแลช่วยเหลือและสร้างความตระหนักรู้และการรับรู้ต่อสัญญาณการก่อความรุนแรงผู้ป่วยยาเสพติด

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลงได้ ผู้วิจัยต้องขอกราบขอบพระคุณสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการศึกษาวิจัย และผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน คอยชี้แนะแนวทางการการวิจัยจนสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี ขอขอบพระคุณอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเขตบางขะแยง และบางคูวัด ตลอดจนผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางคูวัด 2 เจ้าหน้าที่ทุกท่านที่ให้ความสำคัญในการดำเนินโครงการในครั้งนี้ และผู้ที่เข้าร่วมโครงการที่เสียสละเวลาในการเข้าร่วมดำเนินโครงการตลอดการดำเนินโครงการ

เอกสารอ้างอิง (References)

Best, J.W. (1997). Research in Education (3rded.). Eagle Wood Clift, *NJ*: Prentic Hall.

Buchner, A. (2010). *G*Power: Users Guide-Analysis by design*. Düsseldorf: Heinrich-Heine-Universitat.

Eckel, R. H., Jakicic, J. M., Ard, J. D., Jesus, J. M., Miller, N. H., Hubbard, V. S., Yanovski,S. Z. (2014). 2013 AHA/ACC Guideline on Lifestyle Management to Reduce Cardiovascular Risk. A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *Circulation*, 129(25), S76-S99.

Meepradit, K. (2010). *Awareness of the value of management and marketing in the modern world*., Sripatum University. (in Thai).

นารีรัตน์ จันทะ. (2565). ประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้างความตระหนักและการรับรู้ต่อสัญญาณการฆ่าตัวตายในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอสามโคก จังหวัดปทุมธานี. *วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชน*, 7(3); 78-87

บุญชม ศรีสะอาด. (2545). *การวิจัยเบื้องต้น*. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาสน์.

บุญเชิด ภิญโญอนันตพงษ์. (2545). *การวัดประเมินผลการเรียนรู้*. คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

บุญเชิด ภิญโญอนันตพงษ์. (2545). *สถิติการศึกษาวัดผล 302*. กรุงเทพฯ: ภาควิชาพื้นฐานการศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี กลุ่มงานสุขภาพจิตและยาเสพติด. (2568).*ข้อมูลสถิติผู้ป่วยยาเสพติด*. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี; ปทุมธานี

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี (2568). *ข้อมูลทะเบียนรายชื่ออาสาสมัครสาธารณสุข*. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี; ปทุมธานี