วารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ
JOURNAL OF HEALTH SCIENCES SCHOLARSHIP

e287698

The Components and Indicators of Multicultural Community Mental Health Practice Competency among Village Health Volunteers in Yala Province

Rewat Khongphasuk[*], Bukhori Maming[1*], Pootsanee Kaewmanee[*]

(Received: April 12, 2026, Revised: June 11, 2026, Accepted: November 5, 2026)

Abstract

This descriptive study aimed to examine the components and indicators of multicultural community mental health performance competencies among Village Health Volunteers in Yala Province. The sample consisted of 330 VHVs from eight districts in Yala Province, selected through stratified random sampling. The research instrument was a questionnaire, validated for content validity with an index of item objective congruence (IOC) between .67 – 1.00. Overall Cronbach's alpha coefficient was .95. Data were analyzed by Exploratory Factor Analysis (EFA), including the process of factor extraction and factor rotation using the Varimax method.

Research Findings:The study identified that the components and indicators of multicultural community mental health performance competencies for Village Health Volunteers (VHVs) in Yala Province comprise 4 components and 32 indicators. These components were as follows: 1) Attitudinal Competency and Cultural Sensitivity in Mental Health Care (11 indicators) 2) Mental Health Screening and Assessment Competency in the Community (9 indicators) 3) Communication, Coordination, and Community Resource Linkage Competency (7 indicators) 4) Continuity of Mental Health Care Competency (5 indicators) The Exploratory Factor Analysis (EFA) results indicated that these four components collectively accounted for 59.01% of the total variance. The factor loadings for all retained indicators ranged from .519 to .849. These findings offer a framework for the development of multicultural competency assessment tools and the design of targeted capacity-building programs for VHVs that are specifically tailored to the unique socio-cultural context of the area. Furthermore, the findings may inform policy and practice by guiding strategies to strengthen multicultural community mental health competencies among VHVs, thereby improving service quality and reducing disparities in access to mental health care.

Keywords: Community Mental Health Performance; Competency; Multicultural; Village Health Volunteers (VHVs).

[*]*Boromarajonani College of Nursing, Yala. Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute*
[1]*Corresponding author: bukhary@bcnyala.ac.th*

วารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ
JOURNAL OF HEALTH SCIENCES SCHOLARSHIP

e287698

องค์ประกอบและตัวบ่งชี้สมรรถนะการปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตชุมชนเชิงพหุวัฒนธรรม ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดยะลา

เรวัตร คงผาสุข*, บูคอรี มะมิง1*, ผุสนีย์ แก้วมณีย์*

(วันรับบทความ: 12 เมษายน 2569, วันแก้ไขบทความ: 11 มิถุนายน 2569, วันตอบรับบทความ: 5 พฤศจิกายน 2569)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาครั้งนี้เพื่อศึกษาองค์ประกอบและตัวบ่งชี้สมรรถนะการปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตชุมชนเชิงพหุวัฒนธรรมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดยะลา กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านใน 8 อำเภอของจังหวัดยะลา จำนวน 330 คน ใช้วิธีสุ่มแบบชั้นภูมิ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ แบบสอบถามที่สร้างขึ้นเองผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาได้ค่าความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ระหว่าง .67 ถึง 1.00 ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของแบบสอบถามทั้งฉบับเท่ากับ .95 วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจสกัดปัจจัยด้วยวิธีวิเคราะห์องค์ประกอบหลัก (Exploratory Factor Analysis: EFA) ใช้วิธีหมุนแกนองค์ประกอบแบบออโธโกนอลด้วยวิธีแวริแม็กซ์

ผลการวิจัยพบว่า องค์ประกอบและตัวบ่งชี้สมรรถนะการปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตชุมชนเชิงพหุวัฒนธรรมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจังหวัดยะลา ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ 32 ตัวบ่งชี้ ได้แก่ 1) สมรรถนะด้านทัศนคติและความไวทางวัฒนธรรมในการดูแลสุขภาพจิต 11 ตัวบ่งชี้ 2) สมรรถนะด้านการคัดกรองและประเมินสุขภาพจิตในชุมชน 9 ตัวบ่งชี้ 3) สมรรถนะด้านการสื่อสาร ประสานงาน และการเชื่อมโยงทรัพยากรชุมชนเพื่อการดูแลสุขภาพจิต 7 ตัวบ่งชี้ และ 4) สมรรถนะด้านการดูแลต่อเนื่องด้านสุขภาพจิต 5 ตัวบ่งชี้ โดยทั้ง 4 องค์ประกอบ สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของตัวบ่งชี้ ได้ร้อยละ 59.01 โดยมีน้ำหนักองค์ประกอบอยู่ระหว่าง .519 - .849 สมรรถนะการปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตชุมชนเชิงพหุวัฒนธรรมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดยะลา ทั้ง 4 องค์ประกอบ สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางจัดทำเครื่องมือประเมินสมรรถนะด้านพหุวัฒนธรรม และออกแบบกิจกรรมพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านให้สอดคล้องกับบริบทพื้นที่อย่างเป็นรูปธรรม นอกจากนี้ ผลการวิจัยสามารถนำไปใช้ในการกำหนดนโยบายและพัฒนาศักยภาพ อสม. ด้านสุขภาพจิตชุมชนในพื้นที่พหุวัฒนธรรม เพื่อยกระดับคุณภาพบริการและลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการสุขภาพจิต

คำสำคัญ: การปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตชุมชน; สมรรถนะ; พหุวัฒนธรรม; อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

*วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ยะลา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
1ผู้ประพันธ์บรรณกิจ: bukhary@bcnyala.ac.th

บทนำ

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) คือผู้มีจิตอาสา มีความเสียสละ เป็นตัวแทนประชาชนในการเข้ามามีส่วนร่วมดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชนที่ตนอาศัยอยู่ (Department of Health Service Support, 2011) และเป็นกลไกสำคัญของระบบสุขภาพปฐมภูมิของประเทศไทย ตลอดระยะเวลาที่ผ่านมา อสม. ได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่องทั้งในด้านบทบาทหน้าที่และศักยภาพการปฏิบัติงาน จากเดิมที่เน้นการสื่อสารสุขภาพไปสู่การเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพและการจัดการปัญหาสุขภาพในชุมชนอย่างเป็นระบบ (Department of Health Service Support, 2022) อสม. เป็นกำลังหลักในการให้บริการสาธารณสุขเพื่อส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษา และฟื้นฟูสภาพของประชาชน (Rasiri et al., 2021) ปัจจุบันยังขยายบทบาทไปสู่งานสุขภาพจิตในชุมชน ตั้งแต่การให้ความรู้ การคัดกรองกลุ่มเสี่ยง การช่วยเหลือดูแล ไปจนถึงการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการรักษาต่อเนื่อง โดยเฉพาะในระดับปฐมภูมิที่ต้องอาศัยความใกล้ชิดและความไวต่อบริบททางสังคม

จังหวัดยะลา เป็นหนึ่งในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ที่ได้ชื่อว่าเป็นดินแดนแห่ง "พหุวัฒนธรรม" ซึ่งมีความหลากหลายทางความเชื่อ ศาสนา สภาพสังคม ประเพณี และวัฒนธรรม (Chaiyawong, 2024) และนี้ยังเผชิญกับสถานการณ์ความไม่สงบซึ่งอาจส่งผลต่อสุขภาพจิตของประชาชน เช่น ความเครียด ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า (Worawasuwat, 2017) ผลการสำรวจระบาดวิทยาสุขภาพจิตของคนไทยในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้พบว่าความชุกชั่วชีวิตของประสบการณ์คล้ายโรคจิต (psychotic experiences) อยู่ที่ร้อยละ 4.30 สะท้อนถึงปัญหาสุขภาพจิตที่ควรได้รับการเฝ้าระวังและดูแลอย่างต่อเนื่องในระดับชุมชน (Jutha & Khamdee, 2024) จากบริบทดังกล่าวทำให้การปฏิบัติงานของ อสม. ในพื้นที่มีความซับซ้อนกว่าพื้นที่ทั่วไป เพราะต้องอยู่ภายใต้ปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรมที่หลากหลาย ควบคู่กับความเปราะบางทางจิตใจของประชาชนที่เกิดจากสถานการณ์ในพื้นที่

แนวทางการดำเนินงานสุขภาพจิตชุมชนที่ใช้กันอย่างแพร่หลายคือหลัก “3ส.” ได้แก่ การสอดส่องมองหา (Look) การใส่ใจรับฟัง (Listen) และการส่งต่อเชื่อมโยง (Link) ซึ่งเป็นกระบวนการสำคัญในการค้นหากลุ่มเสี่ยง การให้การช่วยเหลือเบื้องต้นทางจิตใจ และการเชื่อมต่อเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพอย่างเหมาะสม (Department of Mental Health, 2018; Worawasuwat, 2017) แนวคิดนี้สะท้อนถึงบทบาทผู้ปฏิบัติงานด่านหน้าของ อสม. ที่ต้องอาศัยทั้งความรู้ ความเข้าใจ และทัศนคติที่ดี (Noppiboon & Boonsang, 2025) ควบคู่กับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต (Mental Health Literacy) ในมิติ 4A ได้แก่ การเข้าถึงบริการ (Access) ความเข้าใจ (Acquire) การประเมินข้อมูล (Appraise) และการประยุกต์ใช้ (Apply) ซึ่งกรมสุขภาพจิตใช้ในการส่งเสริมศักยภาพประชาชนและบุคลากรสุขภาพ (Department of Mental Health, 2025) อย่างไรก็ตามการปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตในสังคมพหุวัฒนธรรมต้องอาศัยความสามารถในการเข้าใจและตอบสนองต่อความแตกต่างด้านภาษา ศาสนา ความเชื่อ และวิถีชีวิตของผู้รับบริการ เพื่อสร้างความไว้วางใจและส่งเสริมการเข้าถึงบริการอย่างเหมาะสม สอดคล้องกับที่สรินฎา ปุติ และคณะ (Puti et al., 2021) ระบุว่าการปฏิบัติหน้าที่บนพื้นฐานสิทธิมนุษยชนและการไม่ตัดสินความเชื่อของผู้อื่นเป็นกุญแจสำคัญในการสร้างสัมพันธภาพ ลดการตีตรา (Stigma) และส่งเสริมให้ผู้มีปัญหาสุขภาพจิตเข้าสู่กระบวนการดูแลได้ดียิ่งขึ้น แนวคิดสมรรถนะทางวัฒนธรรม (Cultural Competence) ของแคมพินฮา-บาคอท (Campinha-Bacote, 2002) เป็นกรอบสำคัญในการอธิบายความสามารถนี้ โดยมองว่าสมรรถนะทางวัฒนธรรมมิใช่ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นครั้งเดียว แต่เป็นกระบวนการพัฒนาต่อเนื่องผ่านการเรียนรู้และการปรับตัว นอกจากนั้นยังต้องมีการตระหนักรู้ต่ออคติของตนเอง การมีองค์ความรู้เกี่ยวกับความแตกต่างทางวัฒนธรรม การพัฒนาทักษะการปฏิบัติ การมีประสบการณ์ตรงกับผู้รับบริการต่างวัฒนธรรม และแรงจูงใจภายในในการพัฒนาตนเอง

การศึกษานี้ได้นำแนวคิดทั้งสามมาผนวกกัน พบว่ามีความเชื่อมโยงกันดังนี้ 1) การสอดส่องมองหา (Look) สอดคล้องกับความสามารถในการเข้าถึงและประเมินความเสี่ยงของปัญหาสุขภาพจิต (Access & Appraise) ซึ่งต้องอาศัยความเข้าใจบริบททางวัฒนธรรมในการระบุความเสี่ยง 2) การใส่ใจรับฟัง (Listen)

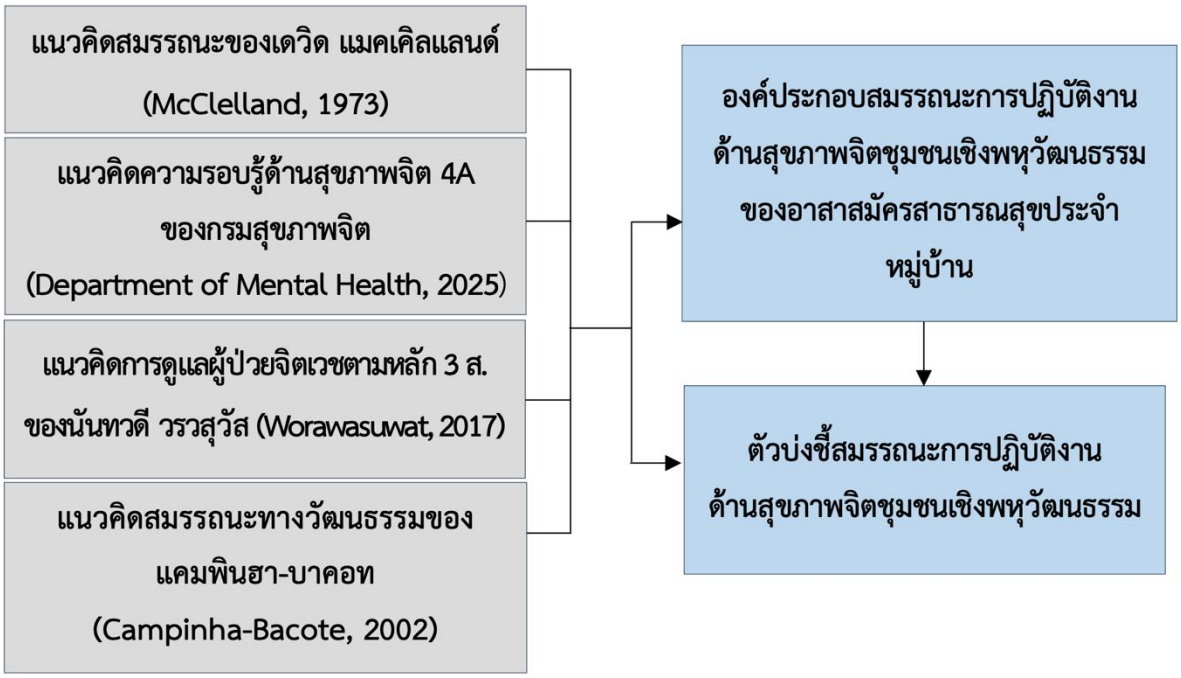
เชื่อมโยงกับความเข้าใจและความสามารถในการสื่อสารอย่างเหมาะสม (Acquire) ซึ่งต้องอาศัยความไวต่อวัฒนธรรมและทักษะการสื่อสารที่เหมาะสมกับความเชื่อของผู้รับบริการ และ 3) การส่งต่อเชื่อมโยง (Link) สัมพันธ์กับการประยุกต์ใช้ข้อมูลและการตัดสินใจเพื่อเข้าสู่ระบบบริการ (Apply) ซึ่งต้องคำนึงถึงความเชื่อและการยอมรับบริการของประชาชนในบริบทวัฒนธรรมที่หลากหลาย ทั้งนี้ เมื่อพิจารณาภายใต้กรอบแนวคิดสมรรถนะของเดวิด แมคเคิลแลนด์ (McClelland, 1973) ซึ่งมองว่าสมรรถนะเป็นคุณลักษณะเชิงพฤติกรรมที่ส่งผลต่อประสิทธิผลในการปฏิบัติงาน การพัฒนา อสม. จึงจำเป็นต้องครอบคลุมองค์ประกอบด้านความรู้ (knowledge) ทักษะ (skills) และคุณลักษณะภายใน (attributes) เช่น เจตคติ แรงจูงใจ และบทบาททางสังคม (role) ซึ่งล้วนมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตในชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพ แต่อย่างไรก็ตามกลับพบว่า อสม. มีบทบาทด้านงานสุขภาพจิตเพิ่มขึ้น แต่แนวทางพัฒนาสมรรถนะและเครื่องมือประเมินที่มีอยู่ส่วนใหญ่มุ่งเน้นความรู้และทักษะเชิงเทคนิค เช่น การคัดกรอง การประเมิน การให้คำแนะนำเบื้องต้น และการส่งต่อ โดยให้ความสำคัญกับมิติพหุวัฒนธรรมอย่างจำกัด ทั้งที่ภาษา ศาสนา ความเชื่อ และวิถีชีวิตเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ปัญหา การแสวงหาความช่วยเหลือ และการยอมรับบริการสุขภาพจิตของประชาชน ขณะเดียวกันยังไม่มีเครื่องมือประเมินสมรรถนะที่สะท้อนการปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตชุมชนเชิงพหุวัฒนธรรมของ อสม. อย่างครอบคลุมและเฉพาะเจาะจงสำหรับบริบทจังหวัดชายแดนภาคใต้ ดังนั้น การศึกษานี้จึงมุ่งศึกษาองค์ประกอบและตัวบ่งชี้สมรรถนะการปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตชุมชนเชิงพหุวัฒนธรรมของ อสม. จังหวัดยะลา เพื่อพัฒนากรอบสมรรถนะที่ชัดเจน เป็นระบบ และนำไปใช้ประโยชน์เชิงนโยบายและเชิงปฏิบัติได้จริงในบริบทพหุวัฒนธรรม อันจะเป็นประโยชน์ต่อการประเมินสมรรถนะการดูแลสุขภาพจิตในชุมชน และส่งผลต่อการพัฒนาศักยภาพของ อสม. ให้ดำเนินงานสุขภาพจิตชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพและสอดคล้องกับบริบทพื้นที่

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาองค์ประกอบและตัวบ่งชี้ของสมรรถนะการดำเนินงานเพื่อการปฏิบัติงานสุขภาพจิตชุมชนเชิงพหุวัฒนธรรมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จังหวัดยะลา

กรอบแนวคิด

เพื่ออธิบายสมรรถนะการปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตชุมชนเชิงพหุวัฒนธรรมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) การวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วยแนวคิดทฤษฎีที่สำคัญ คือ 1) แนวคิดสมรรถนะของเดวิด แมคเคิลแลนด์ (McClelland, 1973) ซึ่งมองว่าสมรรถนะเป็นคุณลักษณะพื้นฐานที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน ครอบคลุมทั้งความรู้ ทักษะ และคุณลักษณะภายในของบุคคล เพื่อใช้กำหนดตัวบ่งชี้ที่สามารถวัดได้อย่างเป็นรูปธรรม 2) แนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต 4A ของกรมสุขภาพจิต (Department of Mental Health, 2025) ซึ่งประกอบด้วยการเข้าถึงบริการ (Access) ความเข้าใจ (Acquire) การประเมินข้อมูล (Appraise) และการประยุกต์ใช้ (Apply) ที่แสดงขั้นตอนของกระบวนการดูแลสุขภาพจิตในชุมชน 3) แนวคิดการดูแลผู้ป่วยจิตเวชตามหลัก 3ส. ได้แก่ การสอดส่องมองหา การใส่ใจรับฟัง และการส่งต่อเชื่อมโยง ซึ่งเป็นบทบาทเชิงปฏิบัติของอาสาสมัครในพื้นที่ (Worawasuwat, 2017) และ 4) แนวคิดสมรรถนะทางวัฒนธรรมของแคมพินฮา-บาคอท (Campinha-Bacote, 2002) มาใช้เป็นกรอบในการเสริมสร้างความสามารถในการดูแลผู้รับบริการที่มีความแตกต่างทางวัฒนธรรมโดยนำไปสู่การกำหนดองค์ประกอบของสมรรถนะที่ใช้พัฒนาเครื่องมือวัดสมรรถนะการปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตในชุมชน



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิด

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในจังหวัดยะลา จำนวนทั้งสิ้น 5,394 คน (Primary Health Care Division Thai [PHC], 2025)

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในจังหวัดยะลา จำนวน 330 คน กำหนดโดยยึดหลัก 10 เท่าของตัวบ่งชี้ตามแนวคิดของแฮร์ และคณะ (Hair et al., 2019) ที่กำหนดจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลไว้ว่า ต้องใช้อย่างน้อย 5-10 เท่า ของตัวบ่งชี้ สำหรับการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมีตัวแปรที่ต้องการวิเคราะห์หรือตัวแปรที่สังเกตได้จำนวน 33 ตัวบ่งชี้ ดังนั้นจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้นจึงเท่ากับ 330 คน การได้มาของกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีสุ่มแบบชั้นภูมิตามสัดส่วน (Proportional Stratified Random Sampling) ของอำเภอในจังหวัดยะลา โดยกำหนดสัดส่วนกลุ่มตัวอย่างจากประชากรในแต่ละอำเภอของจังหวัด จากนั้นสุ่มกลุ่มตัวอย่างจากประชากรในแต่ละอำเภอโดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยใช้กรอบแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต 4A (Department of Mental Health, 2025) แนวคิดการดูแลผู้ป่วยจิตเวชตามหลัก 3ส. (Worawasuwat, 2017) และแนวคิดสมรรถนะทางวัฒนธรรมของแคมพินฮา-บาคอท (Campinha-Bacote, 2002) แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ระยะเวลาการเป็น อสม. พื้นที่ปฏิบัติงาน และกลุ่มปัญหาสุขภาพจิตในชุมชนที่เคยดูแล ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความคิดเห็นของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อสมรรถนะการดำเนินงานด้านสุขภาพจิตชุมชนเชิงพหุวัฒนธรรมในจังหวัดยะลา ประกอบด้วย 5 ด้าน ดังนี้ 1) สมรรถนะด้านการเฝ้าระวังและคัดกรองสุขภาพจิตชุมชน จำนวน 6 ข้อ 2) สมรรถนะด้านการประยุกต์ใช้ความรู้สุขภาพจิตเชิง

พหุวัฒนธรรมในการปฏิบัติงาน จำนวน 5 ข้อ 3) สมรรถนะด้านทัศนคติและความตระหนักเชิงพหุวัฒนธรรม จำนวน 7 ข้อ 4) สมรรถนะด้านทักษะการสื่อสารและการช่วยเหลือเบื้องต้น จำนวน 7 ข้อ และ 5) สมรรถนะด้านการทำงานร่วมกับชุมชนและการสนับสนุนทางสังคม จำนวน 8 ข้อ รวมทั้งสิ้น 33 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) โดยให้ผู้ตอบแบบสอบถามพิจารณาให้คะแนน ซึ่งแต่ละคะแนนมีช่วงคะแนนที่เท่ากันจากคะแนนเต็ม 5 ถึงคะแนนน้อยที่สุด 1 คะแนน ในแต่ละตัวบ่งชี้

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1.การหาความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นเพื่อหาองค์ประกอบ และพัฒนาตัวบ่งชี้ตามองค์ประกอบที่กำหนดขึ้นเสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย จิตแพทย์ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลสาขาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช 1 ท่าน และพยาบาลจิตเวช 1 ท่าน เพื่อพิจารณาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ได้ค่าความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (IOC) ระหว่าง .67-1.00

2.การหาความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบเชิงเนื้อหาไปทดลองใช้ (Try Out) กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในจังหวัดยะลาที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แล้วนำมาวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .95

การเก็บรวมรวมข้อมูล

1.ผู้วิจัยทำหนังสือเพื่อขอความอนุเคราะห์ในเก็บข้อมูลจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยะลา และสาธารณสุขอำเภอทุกอำเภอเพื่อขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามการวิจัย

2.ทีมผู้วิจัยประสานกับผู้ประสานงานในพื้นที่เพื่อนัดหมายเวลาเก็บข้อมูลและเก็บข้อมูลตามวันเวลา โดยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย การสุ่มตัวอย่างและการพิทักษ์สิทธิแก่กลุ่มตัวอย่างก่อนดำเนินการเก็บจริง โดยใช้เวลาการทำแบบสอบถามประมาณ 20-30 นาที

3.ภายหลังการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้รับแบบสอบถามคืนมา จำนวน 330 ฉบับ ผู้วิจัยนำแบบสอบถามมาตรวจสอบความสมบูรณ์ มีความสมบูรณ์ร้อยละ 100

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างและจริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา รหัส SCPHYLIRB-2569/150 ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างอย่างเคร่งครัด โดยมีการชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และระยะเวลาในการดำเนินการวิจัยให้ผู้เข้าร่วมทราบอย่างชัดเจน ทั้งนี้ จะไม่มีการระบุชื่อหรือข้อมูลที่สามารถระบุตัวตนของผู้ให้ข้อมูลได้ ผู้เข้าร่วมวิจัยมีสิทธิ์ในการตัดสินใจเข้าร่วมหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยได้โดยสมัครใจ รวมถึงสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ทุกเมื่อโดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล และจะไม่ส่งผลกระทบใด ๆ ต่อการปฏิบัติงานหรือสิทธิประโยชน์ของผู้เข้าร่วมแต่อย่างใด ข้อมูลที่ได้รับจะถูกเก็บรักษาเป็นความลับ โดยจะนำเสนอผลการวิจัยในลักษณะภาพรวมเพื่อประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น และภายหลังจากการเผยแพร่ผลงานวิจัย ข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลายภายใน 1 ปีภายหลังการเผยแพร่ผลงานวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

1.การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุดและค่าต่ำสุด

2.การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (Exploratory Factor Analysis: EFA) สกัดปัจจัย (Factor Extraction) ด้วยวิธีวิเคราะห์องค์ประกอบหลัก (Principal Component Analysis: PCA) และหมุนแกนองค์ประกอบ (Factor Rotation) แบบออโธโกนอล (Orthogonal Rotation) ด้วยวิธีแวริแมกซ์ (Varimax) กำหนดเกณฑ์คงตัวบ่งชี้ที่ค่าน้ำหนักองค์ประกอบ (Factor Loading) ตั้งแต่ .50 ขึ้นไป ซึ่งเป็นระดับที่มี

นัยสำคัญเชิงปฏิบัติ (practical significance) (Hair et al., 2019) และเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง 330 คน หลังจากนั้นผู้วิจัยตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้น โดยพิจารณาการแจกแจงโค้งปกติ (Normality) โดยใช้กราฟ Normal Probability Plot ซึ่งข้อมูลส่วนใหญ่กระจายอยู่รอบเส้นตรง แสดงว่ามีการแจกแจงแบบปกติ (Hair et al., 2019) จากนั้นตรวจสอบความเหมาะสมของข้อมูลด้วยค่าดัชนีไคเซอร์-เมเยอร์-ออลกิน (The Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy: MSA) ได้เท่ากับ .944 ซึ่งเข้าใกล้ 1 แสดงว่าตัวแปรมีความสัมพันธ์กันในระดับสูงมาก และค่าไควสแควร์จาก Bartlett's Test of Sphericity เท่ากับ 7137.988 มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ผลการศึกษา

1.ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 86.36 อายุเฉลี่ย 46.97 (S.D.= 7.92) โดยมีอายุต่ำสุด 25 ปี และอายุสูงสุด 60 ปี ส่วนใหญ่นับถือศาสนาอิสลาม ร้อยละ 77.87 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 76.36 และมีระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย (มัธยมศึกษาปีที่ 6) ร้อยละ 54.24 สำหรับประสบการณ์การปฏิบัติงาน พบว่าส่วนใหญ่มีระยะเวลาการเป็น อสม. มากกว่า 10 ปี ร้อยละ 66.06 และปฏิบัติงานในพื้นที่ชนบท ร้อยละ 70.30 นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เคยดูแลผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน โดยปัญหาที่พบมากที่สุด ได้แก่ ความเครียดและความวิตกกังวล ร้อยละ 48.48

2.ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบและตัวบ่งชี้สมรรถนะการปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตชุมชนเชิงพหุวัฒนธรรมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดยะลา จากการทบทวนวรรณกรรมในเบื้องต้น ผู้วิจัยได้พัฒนาเครื่องมือวิจัยโดยกำหนดกรอบสมรรถนะการปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตชุมชนเชิงพหุวัฒนธรรม จำนวน 5 สมรรถนะ รวม 33 ตัวบ่งชี้ ซึ่งพัฒนาขึ้นจากการสังเคราะห์วรรณกรรมและผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ทั้งนี้จากผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (Exploratory Factor Analysis: EFA) พบว่าตัวบ่งชี้สามารถจัดกลุ่มได้เป็น 6 องค์ประกอบ อย่างไรก็ตาม บางองค์ประกอบมีจำนวนตัวบ่งชี้น้อยและยังขาดความชัดเจนเชิงโครงสร้าง และเมื่อพิจารณาความเหมาะสมของโครงสร้าง ผู้วิจัยได้คัดเลือกองค์ประกอบจำนวน 4 องค์ประกอบ และนำตัวบ่งชี้จากอีก 2 องค์ประกอบมาบูรณาการเข้ากับองค์ประกอบที่มีความสอดคล้องกันเชิงแนวคิด เนื่องจากตัวบ่งชี้ดังกล่าวยังมีความสำคัญตามกรอบแนวคิดจากการทบทวนวรรณกรรม และมีความจำเป็นต่อบทบาทของ อสม. เช่น "การแนะนำแหล่งประโยชน์ในการดูแลผู้รับบริการและครอบครัวที่สอดคล้องกับวัฒนธรรมและความเชื่อได้อย่างเหมาะสม" และ "การเยี่ยมบ้านเพื่อประสานและสนับสนุนการดูแลผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตร่วมกับครอบครัวและชุมชน" ผู้วิจัยจึงได้ดำเนินการรวมตัวบ่งชี้ตามความสอดคล้องกับแนวคิดของเนื้อหา และความเหมาะสมของจำนวนตัวบ่งชี้ในแต่ละองค์ประกอบ ส่งผลให้มีความกระชับ ชัดเจน และสะท้อนการทำงานเชิงปฏิบัติได้ดียิ่งขึ้น ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) สมรรถนะด้านทัศนคติและความไวเชิงวัฒนธรรมในการดูแลสุขภาพจิต 2) สมรรถนะด้านการคัดกรองและประเมินสุขภาพจิตในชุมชน 3) สมรรถนะด้านการสื่อสาร การประสานงาน และการเชื่อมโยงทรัพยากรชุมชนเพื่อการดูแลสุขภาพจิต และ 4) สมรรถนะด้านการดูแลต่อเนื่องด้านสุขภาพจิต

นอกจากนี้ได้พิจารณาตัดตัวบ่งชี้ที่มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบ (Factor Loading) ต่ำกว่าเกณฑ์ .50 จำนวน 1 รายการ คือ "สามารถประสานการส่งต่อผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตไปยังหน่วยบริการที่เหมาะสม โดยคำนึงถึงบริบททางสังคมและวัฒนธรรมของผู้รับบริการได้" ซึ่งมีค่าน้ำหนักตัวบ่งชี้เท่ากับ .493 ส่งผลให้ตัวบ่งชี้สำหรับการวิเคราะห์เหลือทั้งสิ้น 32 ตัวบ่งชี้ จากการปรับโครงสร้างดังกล่าว พบว่าองค์ประกอบและตัวบ่งชี้สมรรถนะการปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตชุมชนเชิงพหุวัฒนธรรมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดยะลา สามารถอธิบายความแปรปรวนรวมได้ร้อยละ 59.01 โดยมีค่าไอเกน (Eigenvalue) เท่ากับ 13.66, 3.08, 1.54 และ 1.19 ตามลำดับ เมื่อพิจารณารายองค์ประกอบ พบว่า องค์ประกอบที่ 1 สมรรถนะด้านทัศนคติและความไวทางวัฒนธรรมในการดูแลสุขภาพจิต มีค่าความแปรปรวนสูงสุด ร้อยละ 41.41 รองลงมาคือ

องค์ประกอบที่ 2 สมรรถนะด้านการคัดกรองและประเมินสุขภาพจิตในชุมชน ร้อยละ 9.34 ขณะที่องค์ประกอบที่ 4 สมรรถนะด้านการดูแลต่อเนื่องด้านสุขภาพจิต มีค่าความแปรปรวนต่ำสุด ร้อยละ 1.19 (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ค่าไอเกน ร้อยละของความแปรปรวน และร้อยละสะสมของความแปรปรวนองค์ประกอบสมรรถนะการปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตชุมชนเชิงพหุวัฒนธรรมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดยะลา

องค์ประกอบ	ค่าไอเกน	ร้อยละของความแปรปรวน	ร้อยละสะสมของความแปรปรวน	ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค
ด้านที่ 1 สมรรถนะด้านทัศนคติและความไวทางวัฒนธรรมในการดูแลสุขภาพจิต	13.66	41.41	41.41	.897
ด้านที่ 2 สมรรถนะด้านการคัดกรองและประเมินสุขภาพจิตในชุมชน	3.08	9.34	50.75	.872
ด้านที่ 3 สมรรถนะด้านการสื่อสาร ประสานงาน และการเชื่อมโยงทรัพยากรชุมชนเพื่อการดูแลสุขภาพจิต	1.54	4.67	55.41	.898
ด้านที่ 4 สมรรถนะด้านการดูแลต่อเนื่องด้านสุขภาพจิต	1.19	3.60	59.01	.790

สำหรับค่าน้ำหนักของตัวบ่งชี้แต่ละตัวบ่งชี้ในองค์ประกอบสมรรถนะการปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตชุมชนเชิงพหุวัฒนธรรมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จังหวัดยะลา ดังนี้ (ดังตารางที่ 2)

1.องค์ประกอบที่ 1 สมรรถนะด้านทัศนคติและความไวทางวัฒนธรรมในการดูแลสุขภาพจิต มี 11 ตัวบ่งชี้ มีค่าน้ำหนักของตัวบ่งชี้ตั้งแต่ .821 - .540 โดยตัวบ่งชี้ที่มีค่าน้ำหนักตัวบ่งชี้สูงสุด ได้แก่ มีทัศนคติเชิงบวกต่อผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต (.821) ส่วนตัวบ่งชี้ที่มีค่าน้ำหนักตัวบ่งชี้ต่ำสุด ได้แก่ สื่อสารกับผู้รับบริการต่างศาสนาและวัฒนธรรมได้อย่างเหมาะสม (.540)

2.องค์ประกอบที่ 2 สมรรถนะด้านการคัดกรองและประเมินสุขภาพจิตในชุมชน มี 9 ตัวบ่งชี้ มีค่าน้ำหนักของตัวบ่งชี้ตั้งแต่ .785 - .617 โดยตัวบ่งชี้ที่มีค่าน้ำหนักตัวบ่งชี้สูงสุด ได้แก่ มีประเมินระดับความเสี่ยงด้านสุขภาพจิตเบื้องต้น โดยคำนึงถึงบริบททางวัฒนธรรมของผู้รับบริการได้ (.785) ส่วนตัวบ่งชี้ที่มีค่าน้ำหนักตัวบ่งชี้ต่ำสุด ได้แก่ ประเมินภาวะสุขภาพจิตเบื้องต้นจากข้อมูลและอาการที่พบได้ (.617)

3.องค์ประกอบที่ 3 สมรรถนะด้านการสื่อสาร ประสานงาน และการเชื่อมโยงทรัพยากรชุมชนเพื่อการดูแลสุขภาพจิต มี 7 ตัวบ่งชี้ มีค่าน้ำหนักของตัวบ่งชี้ตั้งแต่ .738 - .533 โดยตัวบ่งชี้ที่มีค่าน้ำหนักตัวบ่งชี้สูงสุด ได้แก่ เชื่อมโยงทรัพยากรทางสังคม ศาสนา และเครือข่ายในชุมชนเพื่อสนับสนุนการดูแลด้านสุขภาพจิต (.738) ส่วนตัวบ่งชี้ที่มีค่าน้ำหนักตัวบ่งชี้ต่ำสุด ได้แก่ ใช้ช่องทางการสื่อสารที่เหมาะสมในการติดตามดูแลสุขภาพจิตประชาชน (.533)

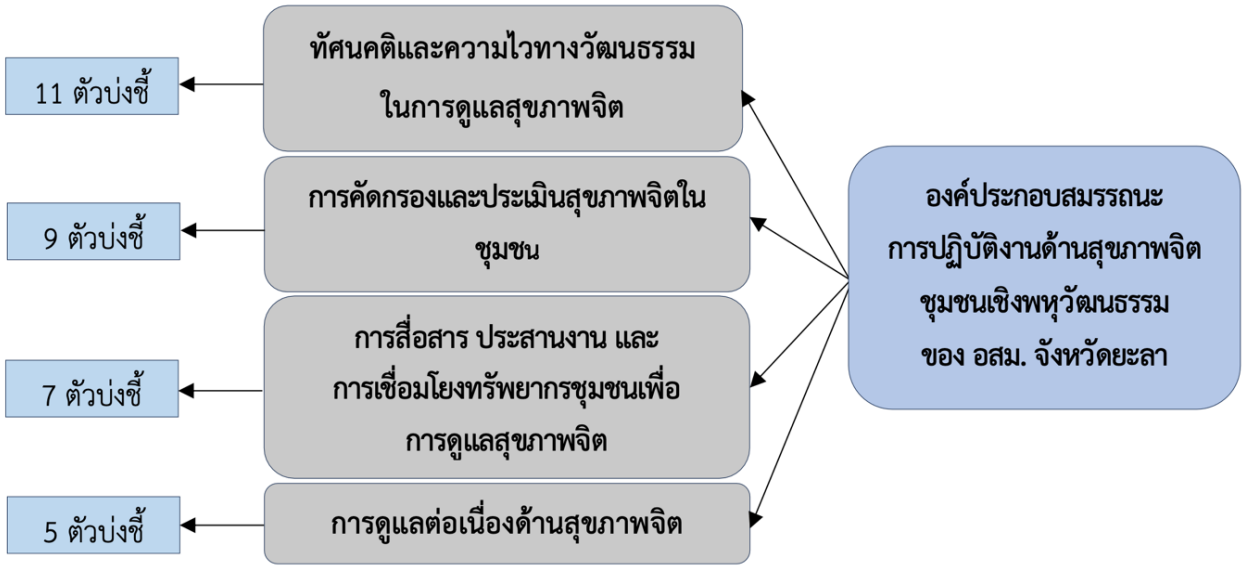
4.องค์ประกอบที่ 4 สมรรถนะด้านการดูแลต่อเนื่องด้านสุขภาพจิต มี 5 ตัวบ่งชี้ มีค่าน้ำหนักของตัวบ่งชี้ตั้งแต่ .849 - .519 โดยตัวบ่งชี้ที่มีค่าน้ำหนักตัวบ่งชี้สูงสุด ได้แก่ แนะนำแหล่งประโยชน์ในการดูแลผู้รับบริการและครอบครัวที่สอดคล้องกับวัฒนธรรมและความเชื่อได้อย่างเหมาะสม (.849) ส่วนตัวบ่งชี้ที่มีค่าน้ำหนักตัวบ่งชี้ต่ำสุด ได้แก่ เลือกแนวทางการดูแลช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตของคนในชุมชนให้เหมาะกับความแตกต่างทางวัฒนธรรม (.519)

ตารางที่ 2 ค่าน้ำหนักองค์ประกอบและตัวบ่งชี้สมรรถนะการปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตชุมชนเชิงพหุวัฒนธรรมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดยะลา

ลำดับ	ตัวบ่งชี้	น้ำหนักตัวบ่งชี้
ด้านที่ 1 สมรรถนะด้านทัศนคติและความไวทางวัฒนธรรมในการดูแลสุขภาพจิต		
1	มีทัศนคติเชิงบวกต่อผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต	.821
2	พร้อมให้การช่วยเหลือหรือสนับสนุนผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต	.786
3	ปฏิบัติต่อผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตอย่างเท่าเทียม โดยไม่ตีตราหรือเลือกปฏิบัติ	.715
4	ยอมรับความแตกต่างทางวัฒนธรรม ศาสนา และวิถีชีวิตของคนในชุมชน	.713
5	พร้อมปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตในชุมชนที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรม	.794
6	รักษาความลับของผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต โดยคำนึงถึงความละเอียดอ่อนทางสังคมและวัฒนธรรมของชุมชน	.663
7	สื่อสารกับผู้รับบริการต่างศาสนาและวัฒนธรรมได้อย่างเหมาะสม	.540
8	ใช้ภาษาและท่าทีที่เคารพความเชื่อของผู้รับบริการ	.616
9	รับฟังปัญหาสุขภาพจิตของผู้รับบริการโดยไม่ตัดสิน	.593
10	ทำงานร่วมกับผู้นำศาสนาและผู้นำชุมชนที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรมในการดูแลสุขภาพจิตได้	.564
11	ประสานความร่วมมือกับบุคคลหรือหน่วยงานในชุมชนเพื่อสนับสนุนการดูแลสุขภาพจิตได้ภายใต้ความหลากหลายทางวัฒนธรรมได้	.598
ด้านที่ 2 สมรรถนะด้านการคัดกรองและประเมินสุขภาพจิตในชุมชน		
1	อธิบายอาการของปัญหาสุขภาพจิตที่พบบ่อยให้คนในชุมชนเข้าใจได้	.643
2	ประเมินภาวะสุขภาพจิตเบื้องต้นจากข้อมูลและอาการที่พบได้	.617
3	สังเกตพฤติกรรมผิดปกติหรือสัญญาณเตือนปัญหาสุขภาพจิตของคนในชุมชนได้	.766
4	แยกบุคคลมีความเสี่ยงด้านสุขภาพจิตโดยไม่ใช้การตัดสินจากความเชื่อหรือวัฒนธรรมส่วนตัว	.772
5	ใช้เครื่องมือคัดกรองสุขภาพจิตเบื้องต้นได้อย่างถูกต้อง	.683
6	แปลผลการคัดกรองสุขภาพจิตเบื้องต้นได้	.783
7	ประเมินระดับความเสี่ยงด้านสุขภาพจิตเบื้องต้น โดยคำนึงถึงบริบททางวัฒนธรรมของผู้รับบริการได้	.785
8	ติดตามเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงด้านสุขภาพจิตอย่างต่อเนื่อง	.662
9	บันทึกและรายงานข้อมูลการคัดกรองสุขภาพจิต โดยสะท้อนบริบทของชุมชนได้	.684
ด้านที่ 3 สมรรถนะด้านการสื่อสาร ประสานงาน และการเชื่อมโยงทรัพยากรชุมชนเพื่อการดูแลสุขภาพจิต		
1	สร้างความไว้วางใจในการพูดคุยเรื่องสุขภาพจิตกับผู้รับบริการ	.634
2	ให้คำแนะนำด้านการดูแลสุขภาพจิตเบื้องต้นที่สอดคล้องกับวัฒนธรรมและความเชื่อ	.632
3	สื่อสารเพื่อลดความตึงเครียดเมื่อผู้รับบริการแสดงอารมณ์รุนแรง โดยคำนึงถึงบริบททางวัฒนธรรมได้	.725
4	ใช้ช่องทางการสื่อสารที่เหมาะสมในการติดตามดูแลสุขภาพจิตประชาชน	.533
5	ส่งต่อผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตไปยังหน่วยบริการที่เหมาะสม โดยคำนึงถึงบริบททางสังคมและวัฒนธรรมของผู้รับบริการได้	.643

ตารางที่ 2 ค่าน้ำหนักองค์ประกอบและตัวบ่งชี้สมรรถนะการปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตชุมชนเชิงพหุวัฒนธรรมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดยะลา (ต่อ)

ลำดับ	ตัวบ่งชี้	น้ำหนักตัวบ่งชี้
6	ติดตามผลการส่งต่อและการดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิตอย่างต่อเนื่อง	.593
7	เชื่อมโยงทรัพยากรทางสังคม ศาสนา และเครือข่ายในชุมชนเพื่อสนับสนุนการดูแลด้านสุขภาพจิต	.738
ด้านที่ 4 สมรรถนะด้านการดูแลต่อเนื่องด้านสุขภาพจิต		
1	นำความเข้าใจด้านศาสนาไปใช้ประกอบการดูแลสุขภาพจิตโดยไม่ขัดต่อความเชื่อ	.548
2	เลือกแนวทางการดูแลช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตของคนในชุมชนให้เหมาะกับความแตกต่างทางวัฒนธรรม	.519
3	แนะนำแหล่งประโยชน์ในการดูแลผู้รับบริการและครอบครัวที่สอดคล้องกับวัฒนธรรมและความเชื่อได้อย่างเหมาะสม	.849
4	เยี่ยมบ้านเพื่อประสานและสนับสนุนการดูแลผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตร่วมกับครอบครัวและชุมชนได้	.699
5	สนับสนุนการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตใจของผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนได้	.787



ภาพที่ 2 องค์ประกอบสมรรถนะการปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตชุมชนเชิงพหุวัฒนธรรมของ อสม. จังหวัดยะลา

อภิปรายผล

องค์ประกอบและตัวบ่งชี้สมรรถนะการปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตชุมชนเชิงพหุวัฒนธรรมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จังหวัดยะลา ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ 32 ตัวบ่งชี้ โดยอภิปรายแต่ละองค์ประกอบและตัวบ่งชี้ ได้ดังนี้

องค์ประกอบที่ 1 สมรรถนะด้านทัศนคติและความไวทางวัฒนธรรมในการดูแลสุขภาพจิต มีค่าไอเกน (Eigenvalue) สูงที่สุด สะท้อนว่าในพื้นที่ที่มีความหลากหลายของความเชื่อ ศาสนา และวิถีชีวิต ความไวทางวัฒนธรรมเป็นพื้นฐานสำคัญในการปฏิบัติงาน อสม.ต้องยอมรับความแตกต่างทางวัฒนธรรม ศาสนา และวิถีชีวิตของคนในชุมชน รักษาความลับของผู้รับบริการ ใช้ภาษาและท่าทีที่เคารพความเชื่อของผู้รับบริการ และรับฟังผู้รับบริการโดยไม่ตัดสิน ซึ่งสอดคล้องกับ Acquire (ความเข้าใจ) ตามแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต 4A ที่มุ่งเน้นให้ อสม. ตระหนักในบทบาทหน้าที่และมีความไวต่อปัญหาภายใต้บริบทวัฒนธรรมที่ซับซ้อน (Department of Mental Health, 2025) ทั้งนี้สรินฎา ปุติและคณะ (Puti et al., 2021) พบว่า ผู้ปฏิบัติงานที่มีความไวทางวัฒนธรรมและมีความเข้าใจบริบททางศาสนา สามารถสร้างความไว้วางใจในการมีสัมพันธภาพของผู้รับบริการได้ โดยเฉพาะการไม่แสดงพฤติกรรมตัดสินผู้รับบริการ ซึ่งมีส่วนสำคัญในการส่งผลให้ทัศนคติและรูปแบบความสัมพันธ์ของผู้รับบริการต่อกระบวนการบำบัดเป็นไปในทิศทางที่ดีขึ้น นอกจากนี้ การมีทัศนคติเชิงบวกต่อผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต การปฏิบัติต่อผู้รับบริการอย่างเท่าเทียมโดยไม่ตีตราหรือเลือกปฏิบัติ ตลอดจนสามารถสื่อสารกับผู้รับบริการที่มีความแตกต่างทางศาสนาและวัฒนธรรมได้อย่างเหมาะสม ล้วนเป็นองค์ประกอบสำคัญของการให้บริการด้านสุขภาพจิตในบริบทพหุวัฒนธรรม ส่งผลให้บุคคลมีทัศนคติที่เหมาะสมต่อผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต อันจะนำไปสู่การปฏิบัติและการให้ความช่วยเหลือที่มีประสิทธิภาพ

ทัศนคติเชิงบวกและการไม่ตีตราสะท้อนหลักการเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ซึ่งเป็นรากฐานสำคัญของการอยู่ร่วมกันในสังคมพหุวัฒนธรรม ที่จะต้องยอมรับขนบธรรมเนียมประเพณีที่แตกต่างกัน ไม่แสดงกิริยาอาการที่ดูหมิ่นวัฒนธรรมและความคิดความเชื่อของผู้อื่น ให้ความเคารพ ปฏิบัติต่อคนทุกชนชาติบนพื้นฐานสิทธิมนุษยชน และคำนึงถึงสิทธิเสรีภาพของผู้อื่น (Chaiyawong, 2024) เมื่อหลักการนี้ถ่ายทอดมาสู่งานสุขภาพจิตชุมชน จึงปรากฏเป็นทัศนคติของ อสม. ที่เปิดรับความแตกต่าง ไม่ตัดสิน และไม่ตีตรา ซึ่งเป็นเงื่อนไขเบื้องต้นที่ทำให้ผู้รับบริการไว้วางใจและกล้าเข้าสู่กระบวนการดูแล สอดคล้องกับที่พรธิพา โยธาวงษ์ (Yothawong, 2023) พบว่า สมรรถนะคุณลักษณะเฉพาะของ อสม. ได้แก่ การเคารพศักดิ์ศรีอย่างเสมอภาค การเคารพในความแตกต่างระหว่างบุคคล และการยอมรับความแตกต่างทางวัฒนธรรม

องค์ประกอบที่ 2 สมรรถนะด้านการคัดกรองและประเมินสุขภาพจิตในชุมชน สะท้อนบทบาทสำคัญของ อสม. ในการให้ความรู้ การสังเกตอาการและเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพ การให้คำปรึกษา และการเยี่ยมบ้าน เนื่องจาก อสม. ใกล้ชิดและเข้าใจบริบททางสังคมและวัฒนธรรมของชุมชน จึงเข้าถึงและติดตามกลุ่มเสี่ยงได้เป็นอย่างดี สอดคล้องกับแนวคิดสาธารณสุขมูลฐาน (Primary Health Care) ที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลสุขภาพ (Primary Health Care Division, 2023) และแนวทางของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพที่กำหนดบทบาทของ อสม. ในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคระดับชุมชน (Department of Health Service Support, 2022) ผลการศึกษาของเจนจิรา เกียรติสินทรัพย์และสาริณี โต๊ะทอง (Kiatsinsap & Thongtong, 2021) พบว่า อสม. ให้ความรู้และเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพในชุมชนอย่างต่อเนื่อง สมรรถนะนี้เชื่อมโยงกับมิติการเข้าถึง (Access) ของความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต 4A (Department of Mental Health, 2025) ที่เน้นการรับรู้และประเมินปัญหาสุขภาพจิตในระยะเริ่มต้น และสอดคล้องกับหลัก 3ส. (Worawasuwat, 2017) ซึ่งอธิบายว่า อสม. สอดส่องมองหา (Look) เพื่อค้นหากลุ่มเสี่ยง ใส่ใจรับฟัง (Listen) เพื่อเข้าใจปัญหา และส่งต่อเชื่อมโยง (Link) เพื่อให้ได้รับการดูแลที่เหมาะสม

ตัวบ่งชี้ขององค์ประกอบนี้สะท้อนการคัดกรองและประเมินสุขภาพจิตอย่างเป็นระบบ ตั้งแต่การอธิบายอาการของปัญหาสุขภาพจิตที่พบบ่อย การประเมินภาวะสุขภาพจิตเบื้องต้น และการสังเกตพฤติกรรมผิดปกติหรือสัญญาณเตือนในชุมชน โดยไม่ใช้อคติจากความเชื่อหรือวัฒนธรรมส่วนบุคคล ซึ่งสอดคล้องกับมิติ Appraise (การประเมินข้อมูล) ของแนวคิด 4A (Department of Mental Health, 2025) นอกจากนี้ยังครอบคลุมทักษะเชิงเทคนิค ได้แก่ การใช้เครื่องมือคัดกรองสุขภาพจิตเบื้องต้นอย่างถูกต้อง การแปลผล และการประเมินระดับความเสี่ยง โดยคำนึงถึงบริบททางวัฒนธรรมของผู้รับบริการ สอดคล้องกับแนวทางการบูรณาการสุขภาพจิตในระบบบริการปฐมภูมิ รวมถึงการติดตามเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยง และการบันทึกและรายงานข้อมูลที่สะท้อนบริบทชุมชน เพื่อเชื่อมโยงกับ

ระบบบริการสุขภาพ (Bunpitaksakun et al., 2021) สมรรถนะดังกล่าวสะท้อนการบูรณาการความรู้ ทักษะ และแรงจูงใจตามแนวคิดของเดวิด แมคเคิลแลนด์ (McClelland, 1973) และความสามารถทางวัฒนธรรมตามแนวคิดของแคมพินฮา-บาคอท (Campinha-Bacote, 2002) ซึ่งช่วยให้การคัดกรองและประเมินสุขภาพจิตในชุมชนเหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทพหุวัฒนธรรมมากขึ้น นำไปสู่การป้องกันและจัดการปัญหาสุขภาพจิตได้อย่างมีประสิทธิภาพในระดับชุมชน

องค์ประกอบที่ 3 สมรรถนะด้านการสื่อสาร ประสานงาน และการเชื่อมโยงทรัพยากรชุมชนเพื่อการดูแลสุขภาพจิต การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพถือเป็นหัวใจสำคัญของการขับเคลื่อนงานสุขภาพจิตในพื้นที่พหุวัฒนธรรม ซึ่งสอดคล้องกับการประยุกต์ใช้ (Apply) ตามแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต 4A ที่เน้นการนำความรู้และทักษะไปใช้ในการปฏิบัติงานจริงในชุมชน (Department of Mental Health, 2025) เนื่องจากการปฏิบัติงานต้องอาศัยทักษะการสร้างสัมพันธภาพ เริ่มต้นจากการใส่ใจรับฟัง (Listen) เพื่อสร้างพื้นที่ปลอดภัยทางใจ ไปจนถึงการส่งต่อเชื่อมโยง (Link) กับระบบบริการสาธารณสุขอย่างเป็นระบบ สอดคล้องกับแนวคิดการดูแลผู้ป่วยจิตเวชตามหลัก 3ส. (Worawasuwat, 2017) ที่เน้นการใช้การสื่อสารเป็นเครื่องมือหลักในการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย

ในมิติของการสื่อสาร อสม. ต้องสามารถสร้างความไว้วางใจ ให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพจิตเบื้องต้นที่สอดคล้องกับวัฒนธรรมและความเชื่อ หากพบกรณีที่เกินขีดความสามารถ ต้องส่งต่อไปยังหน่วยบริการที่เหมาะสม พร้อมติดตามผลการส่งต่อและการดูแลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับมิติการเข้าถึงบริการ (Access) ที่สนับสนุนให้ผู้รับบริการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพจิตได้อย่างเหมาะสมและทั่วถึง นอกจากนี้ อสม. ยังต้องสามารถสื่อสารเพื่อลดความตึงเครียดทางอารมณ์ (De-escalation) โดยคำนึงถึงบริบททางวัฒนธรรม สอดคล้องกับการศึกษาของพรธิพา โยธาวงษ์ (Yothawong, 2023) ที่พบว่าสมรรถนะด้านการดูแลสุขภาพจิตบุคคลของ อสม. ประกอบด้วย การรับฟังปัญหาอย่างใส่ใจและเปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึก การให้คำปรึกษาหรือคำแนะนำเบื้องต้นและส่งต่อให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุข การรายงานผลการดำเนินงาน และการใช้ช่องทางการสื่อสารที่เหมาะสมในการติดตามดูแลสุขภาพจิตประชาชน

ในด้านการประสานงานอสม. ต้องทำงานร่วมกับผู้นำศาสนาและผู้นำชุมชนที่มีวัฒนธรรมหลากหลาย และเป็นตัวกลางประสานงานกับบุคคลและหน่วยงานในชุมชน เพื่อให้ผู้มีปัญหาสุขภาพจิตได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมและเข้าถึงบริการได้จริง (Department of Mental Health, 2018) อสม. ควรใช้ทรัพยากรทางสังคมและทุนทางวัฒนธรรมในพื้นที่ โดยเฉพาะเครือข่ายทางศาสนา ผู้นำชุมชน และองค์กรภาคประชาชน ซึ่งช่วยให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพจิตได้ง่ายขึ้นในบริบทพหุวัฒนธรรม สอดคล้องกับการศึกษาของกีเบล และคณะ (Giebel et al., 2024) ที่พบว่า การทำงานร่วมกับเครือข่ายภาคประชาชน ช่วยให้เข้าถึงทรัพยากรได้มากขึ้นและลดช่องว่างในการรับบริการสุขภาพจิตของกลุ่มคนที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรม แสดงถึงบทบาทการทำงานเชิงรุกของ อสม. ในการเชื่อมโยงการดูแลสุขภาพจิตตั้งแต่ระดับครัวเรือนไปจนถึงหน่วยบริการสุขภาพ ช่วยให้ระบบบริการมีความต่อเนื่อง และครอบคลุมมากขึ้น

องค์ประกอบที่ 4 สมรรถนะด้านการดูแลต่อเนื่องด้านสุขภาพจิต สะท้อนบทบาทสำคัญของ อสม. ในฐานะกลไกเชื่อมโยงระหว่างชุมชนกับระบบบริการสุขภาพ ผ่านการประสานงาน การส่งต่อ และการติดตามดูแล ผู้มีปัญหาสุขภาพจิตอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการดูแลอย่างต่อเนื่องขององค์กรอนามัยโลก (World Health Organization: WHO, 2021) ที่เน้นการบูรณาการบริการเพื่อให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลอย่างครอบคลุมและต่อเนื่อง โดยเฉพาะผู้ที่ต้องการการดูแลระยะยาว ในบริบทของประเทศไทย กรมสุขภาพจิต (Department of Mental Health, 2024) ได้เน้นบทบาท อสม. ในการส่งต่อ ติดตามอาการ และเชื่อมโยงเครือข่ายบริการสุขภาพเช่นกัน สอดคล้องกับการศึกษาของปัณณทัต จันพานิชและคณะ (Chanpanit et al., 2023) และสมตระกูล ราศิริ และคณะ (Rasiri et al., 2021) ที่ชี้ให้เห็นว่าอสม. มีบทบาทในการเสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบสุขภาพชุมชน สอดรับกับแนวทางการบูรณาการสุขภาพจิตในระบบบริการปฐมภูมิ (WHO, 2008) และผลการศึกษาที่พบว่า อสม. มีบทบาทสำคัญใน

การดูแลสุขภาพจิตและความเข้มแข็งทางจิตใจของตนเองและชุมชน ตลอดจนการพัฒนาศักยภาพของ อสม. ในการส่งเสริมสุขภาพจิตอย่างเป็นระบบ (Bunpitaksakun et al., 2021)

แม้องค์ประกอบนี้จะมีค่าไอเกนต่ำที่สุด (1.19) เมื่อเทียบกับองค์ประกอบอื่น แต่ยังคงผ่านเกณฑ์การคงอยู่ขององค์ประกอบตามหลักการวิเคราะห์องค์ประกอบ และพบว่ามีตัวบ่งชี้หนึ่งที่มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบสูงถึง .849 แสดงให้เห็นว่าตัวบ่งชี้นี้เป็นตัวแทนสำคัญขององค์ประกอบเชิงแนวคิด และสะท้อนลักษณะเฉพาะของสมรรถนะได้อย่างชัดเจน โดยเฉพาะในบริบทพหุวัฒนธรรมที่พฤติกรรมหรือทักษะบางประการอาจมีความสำคัญต่อการสร้างความไว้วางใจและการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตของประชาชนมากกว่าทักษะเชิงเทคนิคทั่วไป

เมื่อพิจารณาตามกรอบความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต 4A (Department of Mental Health, 2025) สมรรถนะนี้สอดคล้องกับมิติการประยุกต์ใช้ (Apply) ซึ่งเป็นการนำความรู้ไปสู่การปฏิบัติจริง ครอบคลุมการส่งต่อ การติดตาม และการจัดการดูแลรายบุคคลอย่างเหมาะสม สะท้อนความเป็นเอกภาพของกระบวนการดูแลต่อเนื่อง ในเชิงทฤษฎีสอดคล้องกับแนวคิดของเดวิด แมคเคิลแลนด์ (McClelland, 1973) ที่อธิบายว่าสมรรถนะเกิดจากการบูรณาการความรู้ ทักษะ และแรงจูงใจ โดยเฉพาะทักษะการประสานงานและความมุ่งมั่นในการติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

ในบริบทพหุวัฒนธรรม สมรรถนะนี้สะท้อนความสามารถทางวัฒนธรรมตามแนวคิดของแคมพินฮา-บาคอท (Campinha-Bacote, 2002) ผ่านตัวบ่งชี้สำคัญ ได้แก่ การนำความเข้าใจด้านศาสนาไปใช้ในการดูแลสุขภาพจิตโดยไม่ขัดต่อความเชื่อ การเลือกแนวทางช่วยเหลือที่เหมาะสมกับความแตกต่างทางวัฒนธรรม และการแนะนำแหล่งประโยชน์สำหรับผู้รับบริการและครอบครัวที่สอดคล้องกับความเชื่อ ซึ่งช่วยเพิ่มการยอมรับและการเข้าถึงบริการ ทั้งนี้ตัวบ่งชี้ด้านการปฏิบัติยังสะท้อนบทบาทเชิงรุกของ อสม. ในการสร้างความต่อเนื่องของการดูแล ได้แก่ การเยี่ยมบ้านเพื่อประสานและสนับสนุนการดูแลร่วมกับครอบครัวและชุมชน และการสนับสนุนการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตใจโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการดูแลสุขภาพจิตชุมชนและเครือข่ายทางสังคม (WHO, 2021; Yothawong, 2023) และสะท้อนถึงบทบาทของ อสม. ในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตและความผาสุกของชุมชน (Khanthavudh et al., 2025) โดยงานวิจัยของใจคำและคณะ (Jaikham et al., 2021) ยังสนับสนุนความสำคัญของการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพของ อสม. เพื่อส่งเสริมการปฏิบัติงานด้านสุขภาพในชุมชน

สมรรถนะนี้ ยังสอดคล้องกับหลัก 3ส. โดยเฉพาะด้านการส่งต่อเชื่อมโยง (Link) เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาต่อเนื่อง ผ่านการพูดคุยกับผู้ป่วยและญาติเพื่อเน้นความสำคัญของการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง การประสานและสื่อสารกับคนในชุมชน และการติดตามเยี่ยมบ้านร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของนันทวดี วรวสุวัส (Worawasuwat, 2017) ที่อธิบายว่าการเชื่อมโยงบริการช่วยให้การดูแลต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ สมรรถนะด้านการดูแลต่อเนื่องจึงไม่ได้สะท้อนเพียงบทบาทด้านการประสานและส่งต่อ แต่ครอบคลุมการบูรณาการมิติทางวัฒนธรรม การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน และการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง อันเป็นกลไกสำคัญที่ทำให้การดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิตครอบคลุม ต่อเนื่อง และสอดคล้องกับบริบทพหุวัฒนธรรม นำไปสู่ผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ยั่งยืนในระดับชุมชน

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และ รพ.สต. ในจังหวัดยะลา ควรนำองค์ประกอบและตัวบ่งชี้สมรรถนะการปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตชุมชนเชิงพหุวัฒนธรรมไปใช้เป็นกรอบประเมินและพัฒนาศักยภาพของ อสม. ในการประเมินเพื่อวิเคราะห์จุดแข็งและจุดที่ควรพัฒนารายบุคคล แล้วนำผลไปวางแผนพัฒนาและติดตามอย่างต่อเนื่อง

2.หน่วยงานสาธารณสุขระดับพื้นที่ร่วมกับสถาบันการศึกษาด้านสุขภาพในพื้นที่ในจังหวัดยะลา ควรใช้ผลการวิจัยเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาหลักสูตรหรือโปรแกรมฝึกอบรมด้านสุขภาพจิตสำหรับ อสม. โดยกำหนดเนื้อหาตามองค์ประกอบที่พบให้สอดคล้องกับการปฏิบัติงานและบริบทพหุวัฒนธรรมของพื้นที่

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1.ควรมีการศึกษายืนยันโครงสร้างองค์ประกอบของแบบวัดโดยใช้การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (Confirmatory Factor Analysis: CFA) กับกลุ่มตัวอย่างใหม่ที่เป็นอิสระจากการศึกษาครั้งนี้ เพื่อยืนยันความคงที่ความเหมาะสม และความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้างของเครื่องมือวัด

2.ควรนำเครื่องมือวิจัยไปศึกษาเปรียบเทียบสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่อื่น เพื่อวิเคราะห์ความแตกต่างของสมรรถนะภายใต้บริบททางสังคมและวัฒนธรรมที่เปลี่ยนไป

3.หน่วยงานสาธารณสุขระดับพื้นที่สามารถนำผลการประเมินสมรรถนะไปใช้ในการออกแบบพัฒนาและประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะ อสม. โดยเน้นองค์ประกอบที่มีระดับต่ำ

เอกสารอ้างอิง

Bunpitaksakun, D., Juthamanee, S., & Ketphan, O. (2021). Capacity development of village health volunteers to promote and support mental health. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University, 29*(4), 99–110. https://he02.tci-thaijo.org/index.php/Nubuu/article/view/255590. (in Thai)

Campinha-Bacote, J. (2002). The process of cultural competence in the delivery of healthcare services: A model of care. *Journal of Transcultural Nursing, 13*(3), 181–184. https://doi.org/10.1177/10459602013003003.

Chaiyawong, P. (Katapunyo). (2024). Living together in a multicultural society in the 3 southern border provinces. *Journal of MCU Nakhondhat, 11*(9), 99–109. https://so03.tci-thaijo.org/index.php/JMND/article/view/280930/185338. (in Thai)

Chanpanit, P., Wongmanee, W., & Judabood, N. (2023). Strengthening the community: Role of village health volunteers. *Journal of The Royal Thai Army Nurses, 24*(3), 23–30. https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JRTAN/article/view/263631. (in Thai)

Department of Health service support. (2011*). Handbook for new-era village health volunteers.* https://hss.moph.go.th/fileupload_doc/2021-09-07-11-21-93471516.pdf (in Thai)

Department of Health service support. (2022). *Guidelines for Public Health Operations in Fiscal Year 2021*. https://hss.moph.go.th/HssDepartment/file_reference/20210506935772122.pdf (in Thai)

Department of Mental Health. (2018). *Handbook for expert village health volunteers in community mental health*. (in Thai)

Department of Mental Health. (2024). *Annual report 2024.* https://dmh.go.th/report/dmh/rpt_year/view.asp?id=470 (in Thai)

Department of Mental Health. (2025). Building mental health literacy through the 4A model toward mentally healthy citizens. https://www.thaidmh-elibrary.org/content/11547/สร้างความรอบรู้สุขภาพจิต-ด้วยโมเดล-4a-สู่พลเมืองสุขภาพจิตดี. (in Thai)

Giebel, C., Gabbay, M., Shrestha, N., Saldarriaga, G., Reilly, S., White, R., Liu, G., Allen, D., & Zuluaga, M. I. (2024). Community-based mental health interventions in low- and middle-income countries: A qualitative study with international experts. *International Journal for Equity in Health, 23*(1), Article 19. https://doi.org/10.1186/s12939-024-02106-6.

Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., & Anderson, R. E. (2019). *Multivariate data analysis* (8th ed.). Cengage Learning.

Jaikham, J., Wungrath, J., & Thongprachum, A. (2021). Health literacy and health-promoting behaviors based on the 3E 2S principles among village health volunteers in Ban Hong District, Lamphun Province. *Journal of Health Sciences Scholarship, 8*(2). https://he01.tci-thaijo.org/index.php/johss/article/download/247806/170566/967416. (in Thai)

Jutha, W., & Khamdee, T. (2024). Prevalence of psychotic experiences: The 2023 national mental health epidemiological survey of Thai people. Department of Mental Health Knowledge Repository. https://dmh-elibrary.org/items/show/1686.

Khanthavudh, C., Grealish, A., Tzouvara, V., & Leamy, M. (2025). Supporting healthcare in rural communities in Thailand: An exploratory qualitative study to understand the role and current mental health practices of village health volunteers. *PLoS ONE, 20*(3), e0320559. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0320559.

Kiatsinsap, J., & Thongtong, S. (2021). Village health volunteers: Roles of community mental health care in the situation of the COVID-19 outbreak. *Udonthani Hospital Medical Journal, 29*(2), 314–323. https://he02.tci-thaijo.org/index.php/udhhosmj/article/view/253277 (in Thai)

McClelland, D. C. (1973). Testing for competence rather than for "intelligence". *American Psychologist, 28*(1), 1–14. https://doi.org/10.1037/h0034092.

Noppiboon, W., & Boonsang, A. (2025). Potential development for mental health care of village health volunteers, Nong Lek Subdistrict, Sikhoraphum District, Surin Province. *Thai Journal of Public Health and Health Education, 5*(2), 1–10. https://he02.tci-thaijo.org/index.php/tjphe/article/view/274927. (in Thai)

Primary Health Care Division. (2023). *Public Health Volunteer Report*. https://www.thaiphc.net/phc/phcadmin/administrator/Report/osm/province.php. (in Thai)

Primary Health Care Division. (2025). *Report on the list and addresses of village health volunteers and their family members.* https://www.thaiphc.net/phc/phcadmin/administrator/Report/OSMRP00002.php (in Thai)

Puti, S., Phukao, D., Tapinta, D., & Pradubmook-Sherer, P. (2021). Model of cultural competence and cognitive behavioral therapy for drug addiction rehabilitation in the three southern border provinces of Thailand. *Kasetsart Journal of Social Sciences, 42*(4), 753–760. https://so04.tci-thaijo.org/index.php/kjss/article/view/255722/173046. (in Thai)

Rasiri, S., Intarakamhang Na Ratchasima, S., & Rasiri, T. (2021). Roles of Thai village health volunteers. *Journal of Health Research and Development Nakhon Ratchasima Public Health Provincial Office, 7*(2), 80–97. https://he02.tci-thaijo.org/index.php/journalkorat/article/view/250391. (in Thai)

Worawasuwat, N. (2017). *Handbook for expert village health volunteers in community mental health*. Phra Thammakhant Printing. (in Thai)

World Health Organization. (2021). *Guidance on community mental health services: Promoting person-centred and rights-based approaches*. https://www.who.int/publications/i/item/9789240025707.

Yothawong, P. (2023). The components and indicators of competency in community mental health care of village health volunteers (VHVs) in Nam Som District, Udon Thani Province. *Journal of Council of Community Public Health, 5*(1), 1–12. https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JCCPH/article/view/260969. (in Thai)