EFFECTS OF A RESILIENCE ENHANCING PROGRAM AMONG LOWER SECONDARY SCHOOL STUDENTS

Thanyaporn Bualuang, M.N.S., Pimrat Tokun, M.N.S.**, Thanapol Bundasak, M.N.S.***, Rawikarn Jantasim, B.N.S.**

Abstract

Objective: To examine the effects of a resilience enhancing program on resilience among lower secondary school students.

Methods: This quasi-experimental study employed a two-group pretest–posttest design. Thirty students with the lowest resilience scores (the 10 lowest-ranking students in each class) were assigned to an experimental group (n = 15) and a control group (n = 15). The experimental group participated in the resilience enhancing program once a week for eight weeks (eight sessions), while the control group received the school's standard guidance activities. The research instruments comprised the resilience enhancing program and a resilience assessment scale with a reliability coefficient of 0.95. Data were analyzed using paired t-tests and independent t-tests.

Results: After the intervention, the experimental group showed significantly higher resilience scores than before the intervention ($t = 6.12$, $p < .001$, Cohen's $d = 1.58$, 95% CI [0.82, 2.34]). The experimental group also showed significantly higher scores than the control group ($t = 6.08$, $p < .001$, Cohen's $d = 2.22$, 95% CI [1.30, 3.14]), reflecting very large effect sizes.

Conclusion: The resilience enhancing program effectively enhanced resilience among lower secondary school students. Schools and mental health agencies may apply this program to promote adolescent mental health.

Keywords: resilience, lower secondary school students, resilience enhancing program

**Instructor, Phrapokklao Nursing College, Chanthaburi*

***Corresponding author: Instructor, Phrapokklao Nursing College, Chanthaburi, e-mail: pimrat@pnc.ac.th*

****Instructor, Boromarajonani College of Nursing, Phra Phutthabat*

Received: 11 May 2026, Revised: 14 September 2026, Accepted: 21 September 2026

ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจ ในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น

ธันยพร บัวเหลือง, พย.ม., พิมพ์รัตน์ โทกุล, พย.ม.**, ธนพล บรรดาศักดิ์, พย.ม.***, รวิกานต์ จันทะสิม, พย.บ.**

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจต่อความเข้มแข็งทางจิตใจในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น

วิธีการศึกษา : การวิจัยกึ่งทดลองชนิดสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น จำนวน 30 คน คัดเลือกจากผู้ที่มีคะแนนประเมินความเข้มแข็งทางจิตใจต่ำสุด 10 ลำดับแรกในแต่ละชั้นเรียน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง (n = 15) และกลุ่มควบคุม (n = 15) กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจสัปดาห์ละ 1 ครั้ง รวม 8 สัปดาห์ (8 ครั้ง) ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับกิจกรรมแนะแนวตามปกติของโรงเรียน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจ และแบบประเมินความเข้มแข็งทางจิตใจซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.95 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ paired t-test และ independent t-test

ผลการศึกษา : หลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนความเข้มแข็งทางจิตใจสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 6.12$, $p < .001$, Cohen's $d = 1.58$, 95% CI [0.82, 2.34]) และมีคะแนนความเข้มแข็งทางจิตใจสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 6.08$, $p < .001$, Cohen's $d = 2.22$, 95% CI [1.30, 3.14]) สะท้อนขนาดอิทธิพลระดับสูงมากทั้งสองการเปรียบเทียบ

สรุป : โปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจสามารถเสริมสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นได้อย่างมีประสิทธิผล สถานศึกษาและหน่วยงานด้านสุขภาพจิตสามารถนำโปรแกรมไปประยุกต์ใช้เพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตของวัยรุ่นได้

คำสำคัญ : ความเข้มแข็งทางจิตใจ, นักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น, โปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจ

**อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*

***ผู้ประสานงานบทความ: อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี, e-mail: pimrat@pnc.ac.th*

****อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พระพุทธบาท*

วันที่รับ: 11 พฤษภาคม 2569, วันที่แก้ไข: 14 กันยายน 2569, วันที่ตอบรับ: 21 กันยายน 2569

ความสำคัญของปัญหา

ปัญหาสุขภาพจิตเป็นปัญหาสำคัญของระบบสาธารณสุขทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ ซึ่งสภาวะสุขภาพจิตของบุคคลจะมีความเกี่ยวเนื่องกับการดำเนินชีวิตตั้งแต่กำเนิด พัฒนาการแต่ละช่วงวัย การเลี้ยงดู วิถีชีวิตในวัยเด็กและวัยรุ่น รวมถึงการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและสภาพแวดล้อม ต่างเป็นปัจจัยที่ส่งผลกระทบทางจิตใจและเกี่ยวเนื่องกันทั้งสิ้น (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2561) เด็กนักเรียนนักศึกษาเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงหลายอย่างทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม จึงมักมีความอ่อนไหวกับวิถีการดำเนินชีวิตที่พลิกผันและเปลี่ยนแปลง ทำให้วิถีการดำเนินชีวิตหลายคนต้องเผชิญหน้ากับความเครียด ความอึดอัดใจ และกังวลถึงอนาคตของตัวเอง (ชุติมา จิรัฐิเกรียงไกร และคณะ, 2564) จากรายงาน The State of the World's Children 2021; On My Mind: promoting, protecting and caring for children's mental health (UNICEF, 2021) พบว่า เด็กและเยาวชนจำนวน 7 ใน 10 คนมีสุขภาพจิตที่ย่ำแย่ลง โดยเด็กและเยาวชนส่วนใหญ่กังวลกับรายได้ของครอบครัว การเรียน การศึกษาและการจ้างงานในอนาคต

จากรายงานการสำรวจสภาวะทางสังคม วัฒนธรรมและสุขภาพจิต พ.ศ. 2561 พบว่า คนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป มีคะแนนสุขภาพจิตเฉลี่ยเท่ากับ 31.56 คะแนน จากคะแนนเต็ม 45 คะแนน เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตตามช่วงวัย พบว่าช่วงวัยรุ่นที่มีอายุตั้งแต่ 15 - 24 ปี มีคะแนนสุขภาพจิตต่ำสุด (31.22 คะแนน) (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2561) สอดคล้องกับผลการประเมินสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นไทยในปี พ.ศ.2564 โดยกรมสุขภาพจิต พบว่าร้อยละ 28 ของเด็กและวัยรุ่นมีภาวะเครียดสูง ร้อยละ 32 มีความเสี่ยงที่จะเป็นโรคซึมเศร้า ในขณะที่อีกร้อยละ 22 มีความเสี่ยงที่จะฆ่าตัวตาย โดยเป็นการเก็บข้อมูลจากเด็กและวัยรุ่นอายุต่ำกว่า 20 ปีจำนวน 183,974 คนที่เข้ามาประเมินสุขภาพจิตตนเองผ่านแอปพลิเคชั่น Mental Health Check-in ของกรมสุขภาพจิตในช่วง 18 เดือนของการระบาดของโควิด-19 ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2563 ถึง 30 กันยายน 2564 (กรมสุขภาพจิต, 2564) และจากการศึกษาความชุกและปัจจัยมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษา อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น ของ วิลาสินี สุราวรรณ์ (2564) พบว่านักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 41.74

ปัญหาสุขภาพจิตเป็นปัญหาสำคัญของระบบสาธารณสุขทั้งในและต่างประเทศ ซึ่งเกี่ยวเนื่องกับพัฒนาการแต่ละช่วงวัย การเลี้ยงดู วิถีชีวิต และการเปลี่ยนแปลงทางสังคม (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2561) หากบุคคลมีสุขภาพจิตดีย่อมเป็นประโยชน์ต่อสังคมและเป็นที่พึ่งของผู้อื่นได้ แต่หากมีปัญหาสุขภาพจิตจะส่งผลกระทบต่อครอบครัวและสังคม (พรทิพย์ ช่วยเพล และอภิษฎาข์ ศรีเครือดง, 2562) โดยเฉพาะในวัยรุ่นที่ความชุกของการเจ็บป่วยทางจิตเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว เมื่อมีเหตุการณ์คับขันหรือร้ายแรงเกิดขึ้นจะมีความไม่มั่นใจว่าจะสามารถควบคุมอารมณ์ตัวเองได้ อย่างไรก็ดีจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า

การเสริมสร้างความสามารถทางบวกให้กับวัยรุ่นในการต้านทานและรับมือกับความเครียดและอุปสรรคที่เข้ามาในชีวิต ความสามารถในการทำให้ตนเองกลับสู่สภาวะปกติได้อย่างรวดเร็ว เป็นคุณลักษณะหนึ่งของทุนทางจิตใจเชิงบวก (positive psychological capital) ซึ่งต้องอาศัยความเชื่อที่ว่ามนุษย์มีจุดแข็งที่ดี ๆ หรือพลังบวก บางอย่างในตนเอง ถ้าสามารถค้นหาและพัฒนาจุดแข็งนี้ให้เติบโตและแตกแขนงได้มากขึ้น จะทำให้มนุษย์มีความเข้มแข็งทางจิตใจเพิ่มขึ้น (สายสมร เฉลยกิตติ และคณะ, 2564)

ความเข้มแข็งทางจิตใจ (resilience) ได้มีการบัญญัติเป็นภาษาไทยที่หลากหลาย ได้แก่ พลังสุขภาพจิต พลังอึด ฮึด สู้ ความยืดหยุ่นทางใจ ความแข็งแกร่งในชีวิต ความสามารถในการฟื้นพลังภูมิคุ้มกันทางใจ และความเข้มแข็งทางจิตใจ จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่ผ่านมา มีผู้ให้ความหมายของความเข้มแข็งทางจิตใจไว้ ดังเช่น พัชรินทร์ นินทจันทร์ (2558) อธิบายว่าเป็นปัจจัยภายในที่ช่วยให้บุคคลเมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์วิกฤตในชีวิต สามารถดึงศักยภาพของตนเองออกมาแก้ไขปัญหาได้ภายในระยะเวลาอันรวดเร็ว โดยเกิดผลกระทบต่อจิตใจน้อยที่สุด เปรียบเสมือนมีวัคซีนคุ้มกันใจในสถานการณ์วิกฤต ส่งผลให้บุคคลนั้นมีสภาวะสุขภาพจิตดี (สุกัญญา สุรังษี และคณะ, 2562) ขณะที่ Wagnild and Young (1993) อธิบายว่าความเข้มแข็งทางจิตใจเป็นบุคลิกลักษณะทางบวกที่ช่วยให้บุคคลปรับตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเป็นเสมือนปัจจัยที่ปกป้องบุคคลไม่ให้มีความเจ็บป่วยทางจิต ซึ่งประกอบด้วยความสามารถของบุคคลและการยอมรับตนเองและชีวิต นอกจากนี้ Dyer and McGuinness (1996) ยังอธิบายว่าความเข้มแข็งทางจิตใจหมายรวมถึงกระบวนการที่บุคคลฟื้นตัวจากเหตุการณ์อันเลวร้ายในชีวิตและยืนหยัดดำเนินชีวิตต่อไป ซึ่งเป็นกระบวนการที่ไม่หยุดนิ่งและได้รับอิทธิพลอย่างมากจากปัจจัยปกป้อง อันประกอบด้วยสมรรถนะของบุคคล ระหว่างบุคคล และครอบครัว ดังที่พระราชดำรัสพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวพระราชทานแก่ครูและนักเรียนโรงเรียนราชวินิต ณ พระตำหนักจิตรลดารโหฐาน เมื่อวันศุกร์ที่ 31 ตุลาคม 2518 ความตอนหนึ่งว่าความเข้มแข็งในจิตใจนี้เป็นสิ่งที่สำคัญที่จะต้องฝึกฝนแต่เล็ก เพราะว่าต่อไป ถ้ามีชีวิตที่ลำบากไปประสบอุปสรรคใด ๆ ถ้าไม่มีความเข้มแข็ง ไม่มีความรู้ ไม่มีทางที่จะผ่านอุปสรรคนั้นได้ เพราะว่าถ้าไปเจออุปสรรคอะไรก็ไม่มีอะไรที่จะมาช่วยเราได้ แต่ถ้ามีความรู้ มีอัธยาศัยที่ดี และมีความเข้มแข็งในกายในใจก็สามารถที่จะผ่านพ้นอุปสรรคต่าง ๆ นั้นได้ (พระบาทสมเด็จพระบรมชนกาธิเบศร มหาภูมิพลอดุลยเดชมหาราช บรมนาถบพิตร, 2518) จากพระราชดำรัสของพระองค์ท่านทรงตระหนักและให้ความสำคัญในการฝึกฝนให้เด็กมีความเข้มแข็งทางใจเป็นอย่างยิ่ง

จากความหมายต่าง ๆ ที่กล่าวมานั้นส่วนใหญ่จะมีการอธิบายความเข้มแข็งทางใจว่าเป็นลักษณะการปรับตัวทางบวก มีความสามารถในการเผชิญหรือจัดการปัญหา แม้ว่าบุคคลจะอยู่ท่ามกลางสถานการณ์วิกฤต เหตุการณ์ความเครียด หรือเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความยุ่งยากใจ ดังนั้นการ

เสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจจึงมีความสำคัญที่จะช่วยให้บุคคลสามารถจัดการและข้ามผ่านสถานการณ์วิกฤตของชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ พร้อมทั้งสามารถฟื้นตัวกลับสู่สภาพปกติในเวลาอันรวดเร็ว โดยความสำเร็จในการจัดการนี้จะส่งผลให้บุคคลเกิดการเรียนรู้และเข้าใจชีวิตมากขึ้น มีความเชื่อมั่นและมีความสามารถเพิ่มขึ้น สามารถกลับมาดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุข

แม้งานวิจัยด้านความเข้มแข็งทางจิตใจ (Resilience) จะได้รับความสนใจเพิ่มขึ้นในสาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต แต่งานวิจัยในบริบทไทยส่วนใหญ่ยังเป็นการศึกษาเชิงพรรณนาและความสัมพันธ์ของตัวแปร มากกว่าการพัฒนาและทดสอบโปรแกรมโดยตรง (วิลาวัณย์ สายสุวรรณ และคณะ, 2563; อรัญญา อินสอน และคณะ, 2564) ขณะที่งานวิจัยเชิงทดลองในสาขาการพยาบาลจิตเวชแม้จะมีการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตในกลุ่มต่าง ๆ แต่ยังนำแนวคิด Resilience มาเป็นกรอบพัฒนาโปรแกรมอย่างเป็นระบบค่อนข้างจำกัด และไม่ได้มุ่งเน้นกลุ่มนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น (สุธา โพธิ์ทอง และคณะ, 2562) อีกทั้งส่วนใหญ่ไม่ได้ยึดกรอบทฤษฎีที่ชัดเจนอย่างของ Grotberg (1995) ในมิติ "I am, I have, I can" ช่องว่างองค์ความรู้จึงอยู่ที่การขาดโปรแกรมที่มีฐานทฤษฎีชัดเจนและทดสอบเชิงทดลองในกลุ่มนี้ในบริบทสถานศึกษาไทย

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจช่วยลดความเสี่ยงการเกิดความเครียดและภาวะซึมเศร้าในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น (เกณิกา จิรัชยาพร และทิพย์ภาเชษฐ์เชาวลิต, 2558) จึงถือเป็นบทบาทสำคัญของพยาบาลจิตเวชที่ต้องเสริมสร้างปัจจัยด้านนี้ให้เกิดขึ้นและคงทนในกลุ่มวัยรุ่น ผู้วิจัยจึงศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจโดยใช้แนวคิดของ Grotberg (1995) ในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นวิทยาลัยนาฏศิลปจันทบุรี ซึ่งจากการสำรวจเบื้องต้นและการสัมภาษณ์ครูผู้รับผิดชอบงานระบบดูแลช่วยเหลือนักเรียน พบว่านักเรียนจำนวนหนึ่งมีความเข้มแข็งทางจิตใจระดับต่ำถึงปานกลาง และมีแนวโน้มเผชิญความเครียดจากการเรียน การฝึกซ้อม และการแสดงอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้มีนักเรียนเข้ารับการปรึกษาจากครูแนะแนวเพิ่มขึ้น รวมทั้งพบปัญหาการจัดการอารมณ์ ความวิตกกังวล และการปรับตัวกับการเรียน ประกอบกับสถานศึกษายังไม่มีระบบดูแลช่วยเหลือนักเรียนและส่งเสริมความเข้มแข็งทางจิตใจอย่างเป็นระบบ จึงมีความจำเป็นต้องพัฒนาและทดสอบโปรแกรมในบริบทนี้ เพื่อให้นักเรียนได้พัฒนาทักษะที่เสริมสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจ จัดการปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีสุขภาพจิตที่ดีขึ้น และเป็นทรัพยากรบุคคลที่มีคุณภาพของชาติต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความเข้มแข็งทางจิตใจของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น

2. เปรียบเทียบความเข้มแข็งทางจิตใจของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจ

3. เปรียบเทียบความเข้มแข็งทางจิตใจของ

นักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมและกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจ

สมมติฐานวิจัย

1. หลังเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจ นักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นกลุ่มทดลองมีคะแนนความเข้มแข็งทางจิตใจสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

2. หลังการทดลอง นักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นกลุ่มทดลองมีคะแนนความเข้มแข็งทางจิตใจสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับกิจกรรมแนะแนวตามปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีความเข้มแข็งทางจิตใจของ Grotberg (1995) ที่กล่าวว่าความเข้มแข็งทางจิตใจเป็นความสามารถของบุคคลในการยืนหยัด ผ่านพ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพท่ามกลางเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิด ความยุ่งยากใจ/ความเครียดในชีวิต และสามารถที่จะฟื้นตัวได้ในเวลารวดเร็ว อันจะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น และเข้าใจชีวิตมากขึ้น ซึ่งบุคคลจะมีความแข็งแกร่งในชีวิต ประกอบด้วย 1) ฉันมี... (I have) ซึ่งเป็นการที่บุคคลรู้สึกว่าตนเองมีแหล่งสนับสนุน ภายนอกทั้งจากสมาชิกภายในและภายนอกครอบครัว ที่สามารถเป็นที่รัก ไว้วางใจ และพร้อมให้ความช่วย เหลือเมื่อมีความเจ็บป่วย หรือตกอยู่ในภาวะทุกข์ยาก 2) ฉันเป็นคนที่… (I am) หมายถึง การที่บุคคลมีความเคารพนับถือในตนเองและให้การนับถือบุคคลอื่น ๆ ได้ โดยสามารถเป็นทั้งผู้ให้และผู้รับมีความหวังความรับผิดชอบในการกระทำของตนเอง และ 3) ฉันสามารถที่จะ... (I can) หมายถึงการที่บุคคลรู้สึกว่าตนเองมีความสามารถเผชิญและจัดการปัญหาในสถานการณ์ต่าง ๆ ได้ ในขณะเดียวกันก็สามารถที่จะขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นได้ยามที่ต้องการ ซึ่งถ้าบุคคลมีองค์ประกอบทั้ง 3 องค์ประกอบนี้ จะมีทักษะในการจัดการกับปัญหาให้ผ่านพ้นไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ และพร้อมที่จะเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ ได้อย่างมีความสุข

โปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจ (ตัวแปรต้น) ประกอบด้วยกิจกรรม 8 กิจกรรม ดำเนินการสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 45 นาที รวมระยะเวลาทั้งสิ้น 8 สัปดาห์ โดยกิจกรรมได้รับการจัดลำดับจากการสร้างสัมพันธภาพและความไว้วางใจ การพัฒนาคุณลักษณะภายในตนเอง (I am) การพัฒนาทักษะการเผชิญและจัดการปัญหา (I can) การรับรู้แหล่งสนับสนุนทางสังคม (I have) และการบูรณาการองค์ประกอบทั้งหมด ดังนี้

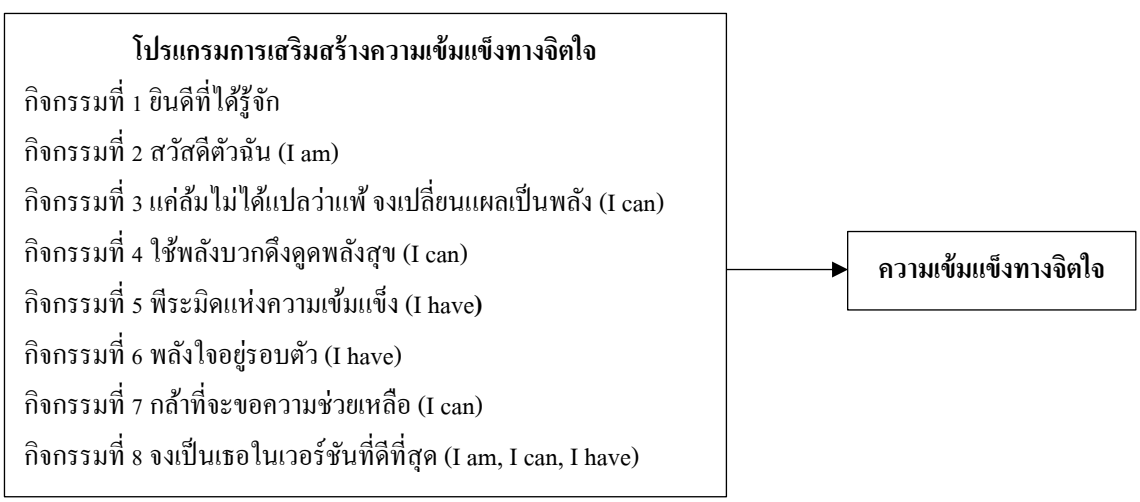
1) กลุ่ม “I am” (การพัฒนาคุณลักษณะภายใน) ประกอบด้วยกิจกรรมที่ 2 “สวัสดีตัวฉัน” ซึ่งมุ่งเน้นการพัฒนาการรับรู้ตนเอง ความภาคภูมิใจในตนเอง และอัตลักษณ์เชิงบวก โดยกระบวนการดังกล่าวช่วยส่งเสริมการทำงานของสมองส่วน prefrontal cortex ที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมอารมณ์และการตัดสินใจ ส่งผลให้บุคคลสามารถจัดการอารมณ์และความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Davidson & McEwen, 2012)

2) กลุ่ม “I can” (การพัฒนาทักษะการ

เผชิญปัญหา) ประกอบด้วยกิจกรรมที่ 3 “แค่ล้มไม่ได้แปลว่าแพ้” กิจกรรมที่ 4 “ใช้พลังบวกดึงดูดพลังสุข” และกิจกรรมที่ 7 “กล้าที่จะขอความช่วยเหลือ” ซึ่งมุ่งเสริมสร้างทักษะการคิดเชิงบวก การแก้ปัญหา และการแสวงหาความช่วยเหลือ โดยทักษะเหล่านี้มีบทบาทในการลดการตอบสนองของระบบความเครียด (hypothalamic-pituitary-adrenal axis: HPA axis) และลดระดับฮอร์โมนคอร์ติซอล ส่งผลให้บุคคลสามารถฟื้นตัวจากสถานการณ์กดดันได้ดีขึ้น (McEwen, 2017)

3) กลุ่ม “I have” (การรับรู้แหล่งสนับสนุน) ประกอบด้วยกิจกรรมที่ 5 “พีระมิดแห่งความเข้มแข็ง” และกิจกรรมที่ 6 “พลังใจอยู่รอบตัว” ซึ่งมุ่งเน้นการสร้างการรับรู้ถึงแหล่งสนับสนุนทางสังคม เช่น ครอบครัว เพื่อน และครู โดยการได้รับการสนับสนุนทางสังคมมีบทบาทต่อการลดความเครียด และสัมพันธ์กับการหลั่งสารออกซิโทซิน (oxytocin) ซึ่งช่วยลดความวิตกกังวลและส่งเสริมความรู้สึกปลอดภัยทางจิตใจ (Heinrichs et al., 2009)

นอกจากนี้ กิจกรรมที่ 1 "ยินดีที่ได้รู้จัก" ทำหน้าที่เป็นกิจกรรมเตรียมความพร้อมที่ช่วยสร้างความไว้วางใจและบรรยากาศที่เอื้อต่อการเรียนรู้ในช่วงต้นของโปรแกรม ส่วนกิจกรรมที่ 8 "จงเป็นเธอในเวอร์ชันที่ดีที่สุด" ทำหน้าที่เป็นกิจกรรมบูรณาการองค์ประกอบทั้ง 3 ด้าน (I am, I can, I have) เข้าด้วยกันในช่วงปิดท้ายโปรแกรม ดังนั้น การดำเนินกิจกรรมทั้ง 8 กิจกรรมอย่างต่อเนื่องตามลำดับดังกล่าว จะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านความคิด อารมณ์ พฤติกรรม และกลไกทางชีวภาพ นำไปสู่การเพิ่มขึ้นของความเข้มแข็งทางจิตใจ (ตัวแปรตาม) ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi experimental research) ออกแบบการทดลองแบบศึกษา 2 กลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (pretest-posttest control group design) โดยกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้เป็นนักเรียนที่กำลังศึกษาอยู่ในระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น วิทยาลัยนาฏศิลป์ จังหวัดจันทบุรี ภาคการศึกษาที่ 1 ปีการศึกษา 2566 การจัดเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พิจารณาจากค่าคะแนนประเมินความเข้มแข็งทางจิตใจจากการทำแบบวัดความเข้มแข็งทางจิตใจของพัชรินทร์ นินทจันทร์ (2558) ตามแนวคิดของ Grotberg (1995) โดยคัดเลือกนักเรียนที่มีคะแนนความเข้มแข็งทางจิตใจจากระดับต่ำสุดจำนวน 10 ลำดับแรกในแต่ละชั้นเรียน เพื่อจับคู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยยึดเกณฑ์ความเหมือนหรือความคล้ายคลึงกันตามคะแนนที่ได้ เพื่อให้ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคุณสมบัติที่ใกล้เคียงกันมากที่สุด จำนวนกลุ่มละ 15 คน จากนั้นทำการจับฉลากกลุ่มตัวอย่างเพื่อทำการเลือกกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ นักเรียนที่กำลังศึกษาอยู่ในระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น (ม.1 - ม.3) วิทยาลัยนาฏศิลป์ จันทบุรี ภาคการศึกษาที่ 1 ปีการศึกษา 2566 จำนวน 121 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ นักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นจำนวน 30 คน (n = 30) คัดเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) จากนักเรียนที่มีคะแนนประเมินความเข้มแข็งทางจิตใจต่ำสุด 10 ลำดับแรกของแต่ละระดับชั้น (ม.1 - ม.3) โดยใช้แบบประเมินความเข้มแข็งทางจิตใจของพัชรินทร์ นินทจันทร์ (2558) ตามแนวคิดของ Grotberg (1995) จากนั้นจับคู่นักเรียนที่มีคะแนนเหมือนหรือใกล้เคียงกัน (matched pairs) เพื่อให้ทั้งสองกลุ่มมีคุณสมบัติใกล้เคียงกันมากที่สุด แล้วจับฉลากแยกเข้ากลุ่มทดลอง (n = 15) และกลุ่มควบคุม (n = 15)

เกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ เป็นนักเรียน ม.1 - ม.3 ที่มีคะแนนความเข้มแข็งทางจิตใจต่ำสุด 10 ลำดับแรกของชั้น สมัครใจเข้าร่วมและผู้ปกครองยินยอม

เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ เข้าร่วมกิจกรรมไม่ครบ / อยู่ระหว่างรับการรักษาทางจิตเวช

ขนาดกลุ่มตัวอย่างกำหนดโดย อ้างอิงเกณฑ์ขั้นต่ำของการวิจัยเชิงทดลองที่กำหนดกลุ่มละอย่างน้อย 15 คน ตามเกณฑ์อ้างอิงของ Julious (2005) ได้กำหนดว่าการศึกษาทดลองหรือการศึกษานำร่องควรมีกลุ่มตัวอย่าง อย่างน้อย 12 คนต่อกลุ่ม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจสำหรับนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น ภายใต้แนวคิดความเข้มแข็งทางจิตใจของ Grotberg (1995) ประกอบด้วยกิจกรรมตาม องค์ประกอบหลัก คือ ‘I am’ (ฉันเป็นคนที่...) คือ ความเข้มแข็งภายในจิตใจ ‘I have’ (ฉันมี...) คือ แหล่งสนับสนุนจากภายนอก และ ‘I can’ (ฉันสามารถที่จะ...) คือ ทักษะสัมพันธภาพระหว่างบุคคลและการแก้ปัญหา โดยเน้นการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม และกระบวนการกลุ่ม โปรแกรมฯ ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและความ

สมเหตุสมผลเชิงทฤษฎีโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่านที่มีความเชี่ยวชาญด้านโปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจ ผู้วิจัยได้ดำเนินการปรับปรุงแก้ไขกิจกรรมของโปรแกรมฯ ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ ก่อนนำไปดำเนินกิจกรรมของโปรแกรมจริงในกลุ่มทดลอง โดยเครื่องมือมีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ 0.67 - 1.00 จากนั้นนำไปทดลองใช้ (tryout) กับนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 15 คน พบว่า ระยะเวลาดำเนินกิจกรรมมีความเหมาะสม กิจกรรมเข้าใจง่าย และปรับปรุงประเด็นการเลือกช่วงเวลาในการดำเนินกิจกรรมให้ตรงกับคาบกิจกรรมเสริมหลักสูตร ก่อนนำไปใช้จริง ดำเนินการสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 45 นาที รวม 8 สัปดาห์

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ อายุ เพศ ระดับชั้นการศึกษา ศาสนา ลำดับการเกิด จำนวนพี่น้องทั้งหมด อาชีพของบิดามารดา ระดับการศึกษาของบิดามารดา สถานภาพสมรสของบิดามารดา บุคคลที่นักเรียนอาศัยอยู่ด้วยในปัจจุบัน สัมพันธภาพในครอบครัว และลักษณะที่อยู่อาศัย

2.2 แบบประเมินความเข้มแข็งทางจิตใจ เป็นแบบประเมินที่พัฒนาขึ้นโดยพัชรินทร์ นินทจันทร์ (2558) ตามแนวคิดของ Grotberg โดยให้นักเรียนประเมินความเข้มแข็งทางใจ จำนวน 28 ข้อ มี 3 องค์ประกอบหลัก คือ 1) ‘I have’ (ฉันมี...) จำนวน 9 ข้อ 2) ‘I am’ (ฉันเป็นคนที่...) จำนวน 10 ข้อ และ 3) ‘I can’ (ฉันสามารถที่จะ...) จำนวน 9 ข้อ คำตอบเป็นแบบประเมิน 5 ระดับ ตั้งแต่ 1 - 5 คะแนน ข้อคำถาม แต่ละข้อมีคำตอบให้เลือกเพื่อแสดงระดับความเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วย 5 ระดับ คือ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1 คะแนน) ไม่เห็นด้วย (2 คะแนน) เฉย ๆ (3 คะแนน) เห็นด้วย (4 คะแนน) และ เห็นด้วยอย่างยิ่ง (5 คะแนน) คะแนนรวมมีค่าตั้งแต่ 28 - 140 คะแนน โดยคะแนนที่สูงหมายถึงมีความเข้มแข็งทางใจมาก การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ แบ่งออกเป็น 3 ระดับเท่า ๆ กัน คือ 28 - 65 = คะแนน ระดับต่ำ 66 - 102 = คะแนน ระดับปานกลาง และ 103 - 140 = คะแนน ระดับสูง แบบประเมินความเข้มแข็งทางจิตใจของพัชรินทร์ นินทจันทร์ (2558) จำนวน 28 ข้อ ผ่านการตรวจสอบคุณภาพจากผู้พัฒนาเครื่องมือ และในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยนำไปทดสอบความเชื่อมั่นกับนักเรียนที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกลุ่มตัวอย่าง ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha) เท่ากับ 0.95

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

1. ระยะก่อนการศึกษา: ขอรับรองจริยธรรมการวิจัย ขอหนังสือประสานงานจากวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี ไปยังวิทยาลัยนาฏศิลป์ จันทบุรี สำรวจข้อมูลทั่วไปและประเมินความเข้มแข็งทางจิตใจ คัดเลือกและจับคู่กลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลอง (n = 15) และกลุ่มควบคุม (n = 15)

2. ระยะระหว่างการศึกษา: ดำเนินโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจในกลุ่มทดลอง กิจกรรมละ 45 นาที สัปดาห์ละ 1 ครั้ง รวม 8 สัปดาห์ (8 กิจกรรม) ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับ

กิจกรรมแนะแนวตามปกติของโรงเรียน

3. ระยะการเก็บรวบรวมข้อมูล : เก็บข้อมูลก่อนการทดลอง (pretest) ทั้งสองกลุ่ม และประเมินความเข้มแข็งทางจิตใจซ้ำ (posttest) ทั้งสองกลุ่มหลังสิ้นสุดโปรแกรม จากนั้นจัดโปรแกรมให้กลุ่มควบคุมภายหลังเสร็จสิ้นการวิจัยเพื่อความเสมอภาคทางจริยธรรม

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี เอกสารเลขที่ COA no.001/66 เมื่อวันที่ 19 มกราคม 2566 ก่อนดำเนินการเก็บข้อมูลผู้วิจัยได้อธิบายถึงวัตถุประสงค์ ลักษณะการเก็บข้อมูล ขั้นตอนการเก็บข้อมูล และขั้นตอนของกิจกรรมต่าง ๆ ในโปรแกรมการทดลอง เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างสามารถซักถามข้อข้องใจเพิ่มเติมจนกว่าเกิดความเข้าใจ ในกรณีเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์อันเนื่องมาจากการวิจัย กลุ่มตัวอย่างสามารถติดต่อกับผู้วิจัยได้ที่วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า รวมทั้งสามารถยุติการเข้าร่วมกิจกรรมในโปรแกรมได้ตลอดเวลา การปฏิเสธที่จะเข้าร่วมโปรแกรมจะไม่มีผลกระทบใดๆต่อบริการสุขภาพที่พึงได้รับจากเจ้าหน้าที่สุขภาพ เมื่อกลุ่มตัวอย่างตกลงใจที่จะเข้าร่วมการวิจัย ให้ลงนามในเอกสารยินยอมการเข้าร่วมวิจัยไว้เป็นหลักฐาน ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจะไม่ถูกเปิดเผยต่อบุคคลอื่น

ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจะถูกนำเสนอในภาพรวมเป็นค่าสถิติเท่านั้น ไม่มีการระบุชื่อหรือข้อมูลที่สามารถระบุตัวตนของผู้เข้าร่วมวิจัยได้ ในการดำเนินกิจกรรม ผู้วิจัยจัดกิจกรรมกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแยกช่วงเวลาและสถานที่กัน เพื่อไม่ให้กลุ่มตัวอย่างรู้สึกว่าตนเองถูกเลือกมาเข้าร่วมวิจัยแตกต่างจากเพื่อนคนอื่น และเพื่อป้องกันการรับรู้หรือส่งต่อข้อมูลเนื้อหากิจกรรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมระหว่างการดำเนินการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลและคะแนนความเข้มแข็งทางจิตใจของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบคะแนนความเข้มแข็งทางจิตใจของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม โดยใช้สถิติ paired t-test

3. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความเข้มแข็งทางจิตใจ (ผลต่างระหว่างก่อนและหลังการทดลอง) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ independent t-test

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป

จากตารางที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 80.00 ในกลุ่มทดลอง และร้อยละ 66.67 ในกลุ่มควบคุม โดยทั้งสองกลุ่มมีอายุใกล้เคียงกัน คือ อายุ 14 ปี ร้อยละ 53.33 และอายุ 15 ปี ร้อยละ 46.67 เท่ากันทั้งสองกลุ่ม สำหรับผลการเรียน พบว่า ส่วนใหญ่มีเกรดเฉลี่ยอยู่ในช่วง 3.01 - 3.50 ทั้งสองกลุ่ม ร้อยละ 46.67 ในกลุ่มทดลอง และ ร้อยละ 40.00 ในกลุ่มควบคุม เมื่อพิจารณาโดยรวม พบว่ากลุ่มทดลอง

และกลุ่มควบคุมมีลักษณะข้อมูลพื้นฐานใกล้เคียงกัน ด้านศาสนา พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มนับถือศาสนาพุทธทั้งหมด (ร้อยละ 100.00) ด้านลำดับการเกิด ส่วนใหญ่เป็นบุตรคนแรก ทั้งในกลุ่มทดลอง (ร้อยละ 53.33) และกลุ่มควบคุม (ร้อยละ 66.67) โดยกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีพี่น้อง ร้อยละ 66.67 ใกล้เคียงกับกลุ่มควบคุมที่ร้อยละ 60.00 ด้านอาชีพของบิดามารดา พบว่าทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่ประกอบอาชีพค้าขาย (กลุ่มทดลองร้อยละ 46.67 และกลุ่มควบคุมร้อยละ 60.00) ด้านสัมพันธภาพในครอบครัว ทั้งสองกลุ่มมีสัดส่วนใกล้เคียงกันในระดับดีมาก ดี และปานกลาง และด้านสถานภาพสมรสของบิดามารดา กลุ่มควบคุมมีสัดส่วนเท่ากันในทุกลักษณะ (ร้อยละ 33.33 เท่ากัน)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลส่วนบุคคล		กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ	หญิง	12	80	10	66.67
	ชาย	3	20	5	33.33
อายุ	14 ปี	8	53.33	8	53.33
	15 ปี	7	46.67	7	46.67
เกรดเฉลี่ย	2.00 - 2.50	2	13.33	1	6.66
	2.51 - 3.00	3	20	4	26.67
	3.01 - 3.50	7	46.67	6	40
	3.51 - 4.00	3	20	4	26.67
ศาสนา	พุทธ	15	100	15	100
ลำดับการเกิด	ลูกคนที่ 1	8	53.33	10	66.67
	ลูกคนที่ 2	7	46.67	5	33.33
จำนวนพี่น้อง	มีพี่น้อง	10	66.67	9	60
	ลูกคนเดียว	5	33.33	6	40
อาชีพบิดา/มารดา	รับราชการ	3	20	2	13.33
	ค้าขาย	7	46.67	9	60
	แม่บ้าน	4	26.67	2	13.33
	อาชีพอิสระ	1	6.67	2	13.33
สัมพันธภาพใน	ดีมาก	5	33.33	5	33.33
ครอบครัว	ดี	5	33.33	6	40
	ปานกลาง	5	33.33	4	26.67

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล		กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
สถานภาพสมรส	อยู่ด้วยกัน	5	33.33	5	33.33
บิดามารดา	แยกกันอยู่	5	33.33	5	33.33
	หย่าร้าง	5	33.33	5	33.33

การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความเข้มแข็งทางจิตใจ

ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนความเข้มแข็งทางจิตใจเฉลี่ยเท่ากับ 52.40 (S.D. = 6.85) และกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 53.13 (S.D. = 6.57) ซึ่งทั้งสองกลุ่มมีคะแนนอยู่ในระดับต่ำตามเกณฑ์การแปลผล (28 - 65 คะแนน)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความเข้มแข็งทางจิตใจของกลุ่มทดลองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม (n = 15)

คะแนนความเข้มแข็งทางจิตใจ	Mean	S.D.	df	t	*p*	Cohen's d	95% CI
กลุ่มทดลอง			14	6.12	.000*	1.58	[0.82, 2.34]
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	52.40	6.85					
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	61.73	5.92					

*$p < .001$

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความเข้มแข็งทางจิตใจ (ผลต่างระหว่างก่อนและหลังการทดลอง) ระหว่างกลุ่มทดลอง (n = 15) และกลุ่มควบคุม (n = 15)

ความแตกต่างของคะแนนความเข้มแข็งทางใจ	Mean	S.D.	df	t	*p*	Cohen's d	95% CI
กลุ่มทดลอง	9.33	3.12	28	6.08	.000*	2.22	[1.30, 3.14]
กลุ่มควบคุม	1.87	2.95					

*$p < .001$

จากตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเข้มแข็งทางจิตใจของกลุ่มทดลองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 52.40 (S.D. = 6.85) และหลังเข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 61.73 (S.D. = 5.92) เมื่อเปรียบเทียบด้วยสถิติ paired t-test พบว่า คะแนนความเข้มแข็งทางจิตใจหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t(14) = 6.12$, $p < .001$, Cohen's d = 1.58, 95% CI [0.82, 2.34]) โดยมีขนาดอิทธิพลระดับสูงมาก

จากตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความเข้มแข็งทางใจระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของผลต่างคะแนนเท่ากับ 9.33 (S.D. = 3.12) สูงกว่ากลุ่มควบคุมซึ่งมีค่าเฉลี่ยของผลต่างคะแนนเท่ากับ 1.87 (S.D. = 2.95) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t(28) = 6.08$, $p < .001$, Cohen's d = 2.22, 95% CI [1.30, 3.14]) โดยมีขนาดอิทธิพลระดับสูงมาก

การอภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัยครั้งนี้สามารถอภิปรายตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยได้ดังนี้

จากวัตถุประสงค์ข้อที่ 1 พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความเข้มแข็งทางจิตใจเท่ากับ 52.40 (S.D. = 6.85) ซึ่งจัดอยู่ในระดับต่ำตามเกณฑ์การแปลผล ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างคัดเลือกจากนักเรียนที่มีคะแนนความเข้มแข็งทางจิตใจต่ำสุด 10 ลำดับแรกของแต่ละชั้นเรียนโดยตรง จึงเป็นไปตามที่คาดไว้ตั้งแต่ขั้นตอนการคัดเข้ากลุ่มตัวอย่าง เมื่อพิจารณาลักษณะทั่วไปร่วมด้วย พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนหนึ่งมาจากครอบครัวที่บิดามารดาแยกกันอยู่หรือหย่าร้าง และมีสัมพันธภาพในครอบครัวระดับปานกลางถึงร้อยละ 33.33 ในทั้งสองกลุ่ม ซึ่งลักษณะโครงสร้างครอบครัวและสัมพันธภาพในครอบครัวเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเข้มแข็งทางจิตใจของวัยรุ่น (พรทิพย์ ช่วยเพล และอภิษฎาช์ ศรีเครือดง, 2562) ประกอบกับนักเรียนกลุ่มนี้อยู่ในช่วงวัยรุ่นตอนต้น ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงหลายด้านทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม จึงมีความอ่อนไหวต่อความเครียดและเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความยุ่งยากใจในชีวิตมากกว่ากลุ่มทั่วไป สอดคล้องกับผลการประเมินสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นไทยของกรมสุขภาพจิต (2564) ที่พบว่าเด็กและวัยรุ่นมีภาวะเครียดสูงร้อยละ 28 และมีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าร้อยละ 32 และสอดคล้องกับวิลาสินี สุราวรรณ (2564) ที่พบว่านักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นมีภาวะซึมเศร้าถึงร้อยละ 41.74 นักเรียนกลุ่มนี้จึงจำเป็นต้องได้รับการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจ ทั้งนี้การศึกษาครั้งนี้วิเคราะห์เฉพาะคะแนนรวมของความเข้มแข็งทางจิตใจ จึงยังไม่สามารถระบุได้ว่าองค์ประกอบด้านใด (I am, I have หรือ I can) เป็นจุดอ่อนหลักของกลุ่มตัวอย่างนี้

จากวัตถุประสงค์ข้อที่ 2 พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนความเข้มแข็งทางจิตใจสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีขนาดอิทธิพลระดับสูงมาก (Cohen's

d = 1.58) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า โปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมีลักษณะกิจกรรมที่ส่งเสริมการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ การมีส่วนร่วม และการสะท้อนคิด (Reflection) ซึ่งเป็นกระบวนการสำคัญในการพัฒนาความเข้มแข็งทางจิตใจ โดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่นที่อยู่ในช่วงของการพัฒนาด้านอารมณ์และสังคม (Erikson, 1968) การได้ฝึกทักษะการจัดการอารมณ์ การคิดเชิงบวก และการเผชิญปัญหาอย่างเหมาะสมผ่านกิจกรรมที่ครอบคลุมองค์ประกอบ "I am" "I have" และ "I can" ส่งผลให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมสามารถปรับตัวต่อสถานการณ์ต่าง ๆ ได้ดีขึ้นและมีความมั่นคงทางจิตใจเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับแนวคิดการเรียนรู้เชิงเปลี่ยนแปลง (Transformative learning) ที่อธิบายว่าการเรียนรู้ที่เกิดจากการสะท้อนคิดอย่างลึกซึ้งสามารถนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงมุมมองและพฤติกรรมของบุคคลได้ (Mezirow, 1997) และแนวคิดจิตวิทยาเชิงบวก (Positive psychology) ที่มุ่งเน้นการพัฒนาจุดแข็งและศักยภาพของบุคคลเพื่อเสริมสร้างสุขภาวะทางจิต (Seligman, 2011) ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับสุกัญญา สุรังษี และคณะ (2562) ที่พบว่าโปรแกรมฝึกทักษะชีวิตสามารถเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตของนักศึกษาพยาบาลได้ และสอดคล้องกับสุธา โพธิ์ทอง และคณะ (2562) ที่พบว่าโปรแกรมเสริมสร้างปัจจัยปกป้องด้านบุคคลสามารถเพิ่มความเข้มแข็งทางใจของผู้ต้องขังหญิงได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากวัตถุประสงค์ข้อที่ 3 พบว่า กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงของคะแนนความเข้มแข็งทางจิตใจสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีขนาดอิทธิพลระดับสูงมาก (Cohen's d = 2.22) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีการเปลี่ยนแปลงของคะแนนเพียงเล็กน้อย อาจเนื่องมาจากไม่ได้รับกิจกรรมหรือโปรแกรมที่เป็นระบบในการพัฒนาทักษะดังกล่าว ทำให้การเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นตามธรรมชาติหรือจากประสบการณ์ในชีวิตประจำวันเท่านั้น สอดคล้องกับ Masten (2001) ที่อธิบายว่า การพัฒนาความเข้มแข็งทางจิตใจจำเป็นต้องอาศัยกระบวนการเรียนรู้และการฝึกฝนอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับผลการศึกษาของเกณิกา จิรัชยาพร และทิพย์ภา เชษฐ์เชาวลิต (2558) ที่พบว่าโปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจสามารถลดความเสี่ยงต่อความเครียดและภาวะซึมเศร้าในนักเรียนวัยรุ่นตอนต้นได้ และสอดคล้องกับ สุธา โพธิ์ทอง และคณะ (2562) ที่พบว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมอย่างเป็นระบบมีความเข้มแข็งทางใจเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม สะท้อนว่าการเปลี่ยนแปลงความเข้มแข็งทางจิตใจในระดับสูงมักเกิดจากกระบวนการที่มีโครงสร้างชัดเจน มากกว่าประสบการณ์ตามธรรมชาติเพียงอย่างเดียว

จากผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการจัดโปรแกรมส่งเสริมความเข้มแข็งทางจิตใจในกลุ่มวัยรุ่น โดยเฉพาะในบริบทของสถานศึกษา ซึ่งสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมสุขภาพจิต การป้องกันปัญหาสุขภาพจิต และการพัฒนาศักยภาพของผู้เรียนให้สามารถเผชิญกับความท้าทายในชีวิตได้อย่างเหมาะสม

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ

จากผลการวิจัยที่พบว่าโปรแกรมสามารถเสริมสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจของกลุ่มตัวอย่างได้อย่างมีประสิทธิผล หน่วยงานด้านการศึกษาและสุขภาพควรนำโปรแกรมไปประยุกต์ใช้ในสถานศึกษา โดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่นที่มีความเข้มแข็งทางจิตใจต่ำ เพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในระยะยาว

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

การศึกษาครั้งต่อไปควรมีการติดตามผลในระยะยาว (Follow-up study) เพื่อยืนยันความคงทนของผลลัพธ์ รวมทั้งอาจเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างและสุ่มตัวอย่างในหลายพื้นที่ เพื่อเพิ่มความสามารถในการอ้างอิงผลไปยังประชากรกลุ่มอื่น และควรเก็บข้อมูลคะแนนรายด้าน (I am, I have, I can) แยกจากคะแนนรวม เพื่อให้สามารถวิเคราะห์และอภิปรายผลในเชิงลึกที่จำเพาะต่อองค์ประกอบของความเข้มแข็งทางจิตใจได้มากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

กรมสุขภาพจิต. (8 ตุลาคม 2564). *กรมสุขภาพจิต เผยเด็กไทยหลังโควิดระบาด ทำเครียดสูง เสี่ยงซึมเศร้า ฆ่าตัวตาย*. https://www.dailynews.co.th/news/354763/

เกณิกา จิรัชยาพร, และทิพย์ภา เชษฐ์เชาวลิต. (2558). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจของวัยรุ่นตอนต้นในโรงเรียนแห่งหนึ่งของจังหวัดสงขลา. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 29*(3), 113-125.

ชุติมา จิรัฐิเกรียงไกร, นพพร ว่องสิริมาศ, วารีรัตน์ ถาน้อย, และสุภาภัค เภตราสุวรรณ. (2564). ปัจจัยทำนายสุขภาวะทางจิตใจในวัยรุ่นตอนปลาย. *วารสารพยาบาลศาสตร์, 39*(2), 77-89.

พรทิพย์ ช่วยเพล, และอภิษฎาช์ ศรีเครือดง. (2562). ความสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัวกับสุขภาพจิตของวัยรุ่นไทย. *วารสารศิลปะศาสตร์ราชมงคลสุวรรณภูมิ, 1*(3), 207-220.

พระบาทสมเด็จพระบรมชนกาธิเบศร มหาภูมิพลอดุลยเดช มหาราช บรมนาถบพิตร. (31 ตุลาคม 2518). *พระราชดำรัสพระราชทานแก่คณะครูและนักเรียนโรงเรียนราชวินิต*. https://www.pptvhd36.com/news/ไลฟ์สไตล์/36850

พัชรินทร์ นินทจันทร์. (2558). *ความแข็งแกร่งในชีวิต: แนวคิดการประเมิน และการประยุกต์ใช้*. จุดทอง.

วิลาวัณย์ สายสุวรรณ, พัชรินทร์ นินทจันทร์, โสภิณ แสงอ่อน, และ นันทิยา เอกอธิคมกิจ. (2563). ความสัมพันธ์ระหว่างการทำหน้าที่ของครอบครัว ความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มหรือสังคม และการรับรู้ความเครียดกับความแข็งแกร่งในชีวิตของวัยรุ่นกลุ่มด้อยโอกาสไทยในจังหวัดหนึ่งในภาคเหนือ. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 34*(1), 61-85.

วิลาสินี สุราวรรณ์. (2564). ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 66*(4), 403-416.

สายสมร เฉลยกิตติ, ศิริพร พูลรักษ์, ชฎาภา ประเสริฐทรง, ฤดี ปุงบางกะดี่, พัชราภัณฑ์ ไชยสังข์, เสาวนีย์ ทวีวานิชย์, และธีระชล สาตสิน. (2564). ผลของโปรแกรมทุนทางจิตวิทยาเชิงบวกต่อการเลิกบุหรี่ของทหารกองประจำการ. *วารสารพยาบาลตำรวจ, 13*(1), 190-198.

สุกัญญา สุรังษี, ลัดดา เหลืองรัตนมาศ, และ สรวงทิพย์ ภู่กฤษณา. (2562). การพัฒนาโปรแกรมการฝึกทักษะชีวิตเพื่อเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตสำหรับนักศึกษาพยาบาล. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข, 29*(3), 194-204.

สุธา โพธิ์ทอง, ภรภัทร เฮงอุดมทรัพย์, วรรณี เดียวอิศเรศ, และเวทิส ประทุมศรี. (2562). ผลของโปรแกรมเสริมสร้างปัจจัยปกป้องด้านบุคคลต่อความเข้มแข็งทางใจของผู้ต้องขังหญิงเรือนจำพิเศษพัทยา. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 33*(3), 14-29.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2561). *การสำรวจสภาวะทางสังคม วัฒนธรรมและสุขภาพจิต (ความสุข) คนไทย พ.ศ. 2561*. สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

อรัญญา อินสอน, พัชรินทร์ นินทจันทร์, โสภิณ แสงอ่อน, และ นันทิยา เอกอธิคมกิจ. (2564). ความสัมพันธ์ระหว่างความแข็งแกร่งในชีวิตและความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อนกับพฤติกรรมการรังแกกันในวัยรุ่นด้อยโอกาส. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 35*(2), 49-72.

Davidson, R. J., & McEwen, B. S. (2012). Social influences on neuroplasticity: Stress and interventions to promote well-being. *Nature Neuroscience, 15*(5), 689-695.

Dyer, J. G., & McGuinness, T. M. (1996). Resilience: Analysis of the concept. *Archives of Psychiatric Nursing, 10*(5), 276-282.

Erikson, E. H. (1968). *Identity: Youth and crisis*. W. W. Norton & Company.

Grotberg, E. H. (1995). *A guide to promoting resilience in children: Strengthening the human spirit*. Bernard van Leer Foundation.

Heinrichs, M., von Dawans, B., & Domes, G. (2009). Oxytocin, vasopressin, and human social behaviour. *Frontiers in Neuroendocrinology, 30*(4), 548-557.

Julious, S. A. (2005). Sample size of 12 per group rule of thumb for a pilot study. *Pharmaceutical Statistics, 4*(4), 287-291.

Masten, A. S. (2001). Ordinary magic. Resilience processes in development. *The American psychologist, 56*(3), 227-238.

McEwen, B. S. (2017). Neurobiological and systemic effects of chronic stress. *Chronic Stress, 1*, 1–11.

Mezirow, J. (1997). Transformative learning: Theory to practice. *New Directions for Adult and Continuing Education, 74*, 5-12.

Seligman, M. E. P. (2011). *Flourish: A visionary new understanding of happiness and well-being*. Free Press.

UNICEF. (October 2021). *The state of the world's children 2021. On my mind: Promoting, protecting and caring for children's mental health*. https://www.unicef.org/reports/state-worlds-children-2021

Wagnild, G. M., & Young, H. M. (1993). Development and psychometric evaluation of the Resilience Scale. *Journal of Nursing Measurement, 1*(2), 165-178.