



การพัฒนาและประเมินผลโปรแกรม “ฉันทำได้” สำหรับ อาสาสมัครแกนนำศูนย์เพื่อนใจ TO BE NUMBER ONE

เนตรชนก บัวเล็ก¹, จินตนา ลีจ้งเพิ่มพูน², หทัยรัตน์ สายมาอินทร์^{3*},
สุพัตรา สุขาวา⁴, วิริยธร จูมพระบุตร⁴, ปัทมา พ่วงเจริญ¹

¹สำนักงานโครงการ TO BE NUMBER ONE

²สมาคมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพแห่งประเทศไทย

³คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

⁴โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ กรมสุขภาพจิต

The Development and Evaluation of “I can” program for TO BE NUMBER ONE Friend Corner Center Volunteer Leaders

Natechanok Baulek¹, Jintana Leejongpermpoon², Hathairat Saima-in^{3*},
Supattra Sukhawaha⁴, Wireeon Joomprabutra⁴, Pattama Pongcharoen¹

¹TO BE NUMBER ONE Project Office

²Thai Health Literacy Promotion Association

³Faculty of Nursing, Ubon Ratchathani University

⁴Prasrimahabodi Psychiatric Hospital, Department of Mental Health

Received: 27 January 2026/ Review: 28 January 2026/ Revised: 24 April 2026/

Accepted: 24 April 2026

บทคัดย่อ

ภูมิหลังและวัตถุประสงค์: อาสาสมัครแกนนำศูนย์เพื่อนใจ TO BE NUMBER ONE จำเป็นต้องมีความเข้มแข็งทางจิตใจ การเสริมสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้ปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างเต็มศักยภาพ การศึกษานี้เป็นการพัฒนาและประเมินผลของโปรแกรม “ฉันทำได้” ที่มีต่อความเข้มแข็งทางจิตใจของอาสาสมัครแกนนำ

วิธีการศึกษา: เป็นการศึกษาแบบการวิจัยและพัฒนา ร่วมกับการศึกษาเชิงทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม ดำเนินการในช่วงปีงบประมาณ 2568–2569 กลุ่มตัวอย่างคือ แกนนำอาสาสมัครศูนย์เพื่อนใจ TO BE NUMBER ONE ระดับมัธยมศึกษาตอนปลายและอาชีวศึกษา อายุ 18–24 ปี จำนวน 106 ราย (แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 53 ราย) เครื่องมือที่ใช้ประเมินผลลัพธ์ประกอบด้วย แบบประเมินความเข้มแข็งทางจิตใจ แบบประเมินสติ และแบบวัดคุณภาพชีวิต (EQ-5D-5L และ VAS) วิเคราะห์ข้อมูลตามหลัก intention-to-treat analysis (ITT) โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมานเพื่อทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่มและเปรียบเทียบความเสี่ยงสัมพัทธ์ (relative risk: RR)

ผลการศึกษา: ผลการทดสอบโปรแกรม “ฉันทำได้” พบว่า กลุ่มทดลองมีความเข้มแข็งทางจิตใจเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในการติดตามผลเดือนที่ 1 และ 2 ($p < 0.05$) โดยหลังสิ้นสุดโปรแกรม 2 เดือน พบค่า $RR = 0.42$ ($95\%CI = 0.267 - 0.685$; $p < 0.001$) นอกจากนี้ กลุ่มทดลองมีระดับสติสูงกว่ากลุ่มควบคุมในทุกช่วงเวลาหลังการทดลอง และมีคะแนนคุณภาพชีวิตสูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระยะติดตามผล 2 เดือน ($p < 0.05$)

สรุป: โปรแกรม “ฉันทำได้” มีประสิทธิผลในการส่งเสริมความเข้มแข็งทางจิตใจ ระดับสติ และคุณภาพชีวิตของแกนนำอาสาสมัครเยาวชน ซึ่งสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการสร้างเสริมสุขภาพจิตแก่กลุ่มเป้าหมายที่มีบริบทใกล้เคียงกันได้

คำสำคัญ: โปรแกรม “ฉันทำได้”, อาสาสมัครแกนนำศูนย์เพื่อนใจ TO BE NUMBER ONE, ความเข้มแข็งทางจิตใจ, การฝึกสติ, สุขภาพจิตเยาวชน

DOI: <https://doi.org/10.64960/srimedj.v41i2.270640>.

*Corresponding author: Hathairat Saima-in, E-mail: kaicake@gmail.com

ABSTRACT

Background and objectives: Core volunteers at the TO BE NUMBER ONE Friend corner center must possess strong mental resilience to effectively care for members who utilize the center's services sustainably and efficiently. Strengthening mental resilience is therefore a crucial factor that enables volunteers to perform their duties to their fullest potential. This study aimed to develop and evaluate the effects of the "I can" program on the mental resilience of core volunteers at the TO BE NUMBER ONE friend corner center.

Methods: This study employed a research and development design incorporating a randomized controlled trial, conducted during the 2025–2026 fiscal year. The sample consisted of 106 TO BE NUMBER ONE volunteer leaders (aged 18–24 years) from senior high schools and vocational colleges, equally divided into an experimental group and a control group ($n = 53$ per group). Outcome measures included psychological resilience, mindfulness, and quality of life (EQ-5D-5L and VAS). Data was analyzed using intention-to-treat (ITT) principle. Descriptive and inferential statistics were applied to compare between-group differences and estimate relative risks (RR)

Results: The evaluation of the "I can" program revealed that the experimental group's psychological resilience increased significantly and was higher than that of the control group at the 1-month and 2-month follow-ups ($p < 0.05$). At the 2-month follow-up, the RR was 0.42 (95%CI=0.267-0.685; $p < 0.001$). Furthermore, the experimental group showed significantly higher levels of mindfulness at all post-intervention time points ($p < 0.05$) and reported significantly better quality of life scores at the 2-month follow-up compared to the control group ($p < 0.05$).

Conclusions: The "I can" program is effective in enhancing psychological resilience, mindfulness, and quality of life among youth volunteer leaders. These findings suggest the program's potential for application in mental health promotion for similar youth populations.

Keywords: The "I can" program, TO BE NUMBER ONE Friend corner center volunteer leaders, psychological resilience, mindfulness, youth mental health

บทนำ

ศูนย์เพื่อนใจ TO BE NUMBER ONE เป็นกิจกรรมสำคัญภายใต้ชมรม TO BE NUMBER ONE ในโครงการรณรงค์ป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด TO BE NUMBER ONE ในพระดำริของทูลกระหม่อมหญิงอุบลรัตนราชกัญญาสิริวัฒนาพรรณวดี โดยมีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง มุ่งเน้นการดูแลและพัฒนาสมาชิกให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีและมีความสุข ภายใต้หลักการ “คิดและดำเนินงานโดยเยาวชน เพื่อเยาวชน” ซึ่งเป็นหน้าที่หลักของอาสาสมัครแกนนำประจำศูนย์เพื่อนใจฯ เพื่อเสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางจิตใจ ป้องกันและแก้ไขปัญหาพฤติกรรมเสี่ยงในวัยรุ่น ด้วยพลังใจที่เข้มแข็ง สามารถดำเนินชีวิตอย่างมีความสุข ใช้วิกฤตเป็นโอกาส และยกระดับคุณภาพชีวิตไปในทางที่ดีขึ้น การดำเนินงานของศูนย์เพื่อนใจฯ มุ่งเน้นการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจ ซึ่งเป็นกลยุทธ์สำคัญในการป้องกันปัญหา [1] โดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่นช่วงอายุ 10-25 ปี ที่การเสริมสร้างพลังใจมีบทบาทสำคัญในการลดความเสี่ยงของโรคจิตเวชและส่งเสริมสุขภาพจิตเชิงบวก [2]

ในทางกลับกัน หากขาดความเข้มแข็งทางจิตใจจะเพิ่มความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตต่างๆ จากการประเมินผลการดำเนินงานในปี พ.ศ. 2567 และการสนทนากลุ่มกับอาสาสมัครแกนนำประจำศูนย์ทั้ง 4 ภาค พบว่า อาสาสมัครแกนนำประจำศูนย์เพื่อนใจฯ มีความเปราะบางและเผชิญสภาวะกดดันที่ซับซ้อนกว่า เนื่องจากต้องแบกรับบทบาทซ้อนระหว่างการจัดการปัญหาการปรับตัวส่วนตัวตามช่วงวัย และเป็นที่ปรึกษาเพื่อประคับประคองวิกฤตสุขภาพจิตของสมาชิกในชมรมที่มีจำนวนมาก และที่สำคัญคือ แกนนำเหล่านี้มักขาดทักษะการฟื้นฟูสภาวะอารมณ์ของตนเอง (resilience) ให้กลับสู่ภาวะปกติได้อย่างรวดเร็ว เมื่อได้รับอิทธิพลจากความเครียด ความเศร้า และความสับสนของสมาชิกที่มาใช้บริการทำให้เกิดความเครียดสะสม ขาดสมาธิ และความมั่นใจในการดำเนินงานลดลง ซึ่งไม่เพียงแต่กระทบต่อคุณภาพชีวิตและระดับสติของตัวแกนนำเองเท่านั้น แต่ยังส่งผลโดยตรงต่อประสิทธิภาพในการให้ความช่วยเหลือผู้อื่น [3]

ซึ่งสอดคล้องกับสถิติในประเทศไทยที่พบว่า วัยรุ่นและเยาวชนมีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิต เช่น โรคซึมเศร้าถึงร้อยละ 17.5 และมีความเครียดสะสมในระดับสูง ที่มักเผชิญกับภาวะความทุกข์ทางอารมณ์และจิตใจที่เกิดขึ้นจากการได้รับผลกระทบทางอ้อม ที่เกิดจากการรับฟังปัญหาของผู้อื่น และกลุ่มแกนนำอาสาสมัครเยาวชนที่มีบทบาทซ้อนระหว่างการจัดการวิกฤตส่วนตัวตามช่วงวัย และการเป็นที่ปรึกษาให้แก่สมาชิกชมรม TO BE NUMBER ONE จะมีความเปราะบางทางจิตใจสูง [4] นอกจากนี้ในปัจจุบันพบว่า คู่มือสร้างสรรค์

พลังใจให้วัยรุ่น ถูกออกแบบสำหรับกลุ่มอายุ 13-18 ปี ซึ่งมีพัฒนาการทางสมองและบริบททางสังคมต่างจากกลุ่มอาสาสมัครแกนนำ (18-24 ปี) และกำลังเปลี่ยนผ่านสู่ผู้ใหญ่ ตอนต้นทำให้การประยุกต์ใช้ขาดความจำเพาะเจาะจง [5,6] และยังพบว่า การศึกษาที่ผ่านมาเน้นการให้ความรู้แต่ยังขาดการบูรณาการการฝึกสติ (mindfulness) เข้ากับกระบวนการฟื้นฟูใจ (resilience-based intervention) ในรูปแบบโปรแกรมเชิงโครงสร้างที่วัดผลได้จริงในกลุ่มอาสาสมัคร [6]

ปัจจุบัน การฝึกสติ (mindfulness) และการใช้แนวทางการเจริญสติตระหนักรู้ความคิด (mindfulness-based interventions) ได้รับการยอมรับว่า สามารถเสริมสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจ ลดความเครียด วิตกกังวล และพัฒนาคุณภาพชีวิตของวัยรุ่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ [7,8] ดังนั้นเพื่อเติมเต็มช่องว่างดังกล่าว และเสริมสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจและระดับสติสำหรับแกนนำอายุ 18-24 ปี ที่มีคุณภาพอย่างยั่งยืน คณะผู้วิจัยจึงได้พัฒนา โปรแกรม “ฉันทำได้” เพื่อเสริมสร้างพลังใจสำหรับอาสาสมัครแกนนำศูนย์เพื่อนใจฯ โดยบูรณาการแนวทางการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจของ Grotberg [9] ที่แบ่งความเข้มแข็งทางจิตใจเป็น 3 ด้านคือ “ฉันเป็น” (I am), “ฉันสามารถ” (I can), และ “ฉันมี” (I have) ได้จากคู่มือสร้างสรรค์พลังใจให้วัยรุ่นของกรมสุขภาพจิต [5] ซึ่งเน้นการสร้างความเข้มแข็งภายใน การพัฒนาทักษะชีวิต และการสร้างเครือข่ายสนับสนุน และแนวทางการเจริญสติตระหนักรู้ความคิดของ Kabat-Zinn [10,11] ด้วยแนวทาง mindfulness-based stress reduction (MBSR) ที่เน้นการฝึกสมาธิและสติ จากโปรแกรมเจริญสติตระหนักรู้ความคิดพัฒนาโดย Kenbubpha และคณะ [12] ที่มีเป้าหมายพัฒนาสุขภาพจิต ความแข็งแกร่งทางใจ การตระหนักรู้ความคิดในตนเอง และการจัดการอารมณ์ บูรณาการเข้ากับหลักการดำเนินงานศูนย์เพื่อนใจฯ [13] การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและทดสอบประสิทธิภาพโปรแกรม “ฉันทำได้” สำหรับอาสาสมัครแกนนำศูนย์เพื่อนใจฯ โดยประเมินผลลัพธ์หลัก (primary outcomes) คือ ความเข้มแข็งทางจิตใจ และผลลัพธ์รอง (secondary outcomes) คือ ระดับสติ และคุณภาพชีวิตโดยรวม

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้ใช้กระบวนการวิจัยและพัฒนา 9 ขั้นตอน แบ่งเป็น 2 ระยะคือ ระยะที่ 1 พัฒนาโปรแกรม และระยะที่ 2 ทดสอบผลและขยายผล ดังนี้

ระยะที่ 1 ประกอบด้วยขั้นตอนที่ 1-5 ได้แก่ ขั้นตอน ที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์ ศึกษาความต้องการของเครือข่าย TO BE NUMBER ONE และกลุ่มวัยรุ่นที่มีประสบการณ์ด้านความเข้มแข็งทางจิตใจ ทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการเสริมสร้างพลังใจ การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม พัฒนาการของวัยรุ่น และการดำเนินงานศูนย์เพื่อนใจ และจัดประชุมเชิงปฏิบัติการกับผู้เชี่ยวชาญ อาจารย์ที่ปรึกษา และอาสาสมัครแกนนำ เพื่อระดมสมองและกำหนดกรอบแนวคิดของโปรแกรม ขั้นตอน ที่ 2 จัดสร้างต้นแบบโปรแกรมเบื้องต้น ทำการพัฒนาต้นแบบโปรแกรมโดยอ้างอิงคู่มือสร้างสรรค์พลังใจให้วัยทีนที่เป็นคู่มือสำหรับบุคลากรสาธารณสุข ครู รวมถึงหน่วยงานหรือบุคลากรที่ทำงานเกี่ยวข้องกับวัยรุ่น [5] และโปรแกรมเจริญสติตระหนักรู้ความคิด [12] นำกรอบแนวคิดจากการวิเคราะห์ความต้องการมาใช้ในการออกแบบโปรแกรม ขั้นตอน ที่ 3 ทดสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 กลุ่ม (ด้านความเข้มแข็งทางจิตใจ, การเจริญสติตระหนักรู้ความคิด, การดำเนินงาน TO BE NUMBER ONE) รวม 9 ท่าน ประเมินความตรงเชิงเนื้อหา ขั้นตอน ที่ 4 ทดสอบโปรแกรมเบื้องต้น การวิจัยกึ่งทดลองแบบ one group pre-post test ประเมินความเป็นไปได้และความเข้าใจในเนื้อหา โดยทดสอบกับอาสาสมัครแกนนำศูนย์เพื่อนใจ ที่นำค่าเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จากการศึกษาของ Narhvae และคณะ [14] มาคำนวณตามสูตร การคำนวณกลุ่มตัวอย่าง 1 กลุ่ม วัดก่อนและหลัง กำหนดค่า $\beta = 0.20$ (power = 80%) [15] ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 ราย (ภาคละ 10 ราย จำนวน 4 ภาค) ทั้งนี้เกณฑ์การเข้าร่วมการวิจัย คือ 1) แกนนำอาสาสมัครศูนย์เพื่อนใจ ในสถานศึกษา ระดับการศึกษาขั้นพื้นฐานตอนปลายและอาชีวศึกษา 2) ไม่จำกัดเพศ อายุ 18-24 ปี 3) มีพลังใจระดับน้อยจากการประเมินด้วยประเมินความเข้มแข็งทางจิตใจ [16] 4) สมครใจให้ข้อมูล 5) ไม่มีประวัติการป่วยเป็น psychotic disorders หรือ bipolar disorder จากข้อมูลประวัติการเจ็บป่วยจากสถานศึกษา 6) ไม่ป่วยเป็น anxiety disorders หรือ substance dependence (ยกเว้น nicotine) จากข้อมูลประวัติการเจ็บป่วยจากสถานศึกษา 7) สามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้ครบตามระยะเวลาการศึกษา และ 8) สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้วิจัยได้ ทั้งนี้ หากแกนนำอาสาสมัครศูนย์เพื่อนใจ ไม่สมัครใจในการให้ข้อมูล จะเปิดโอกาสให้ถอนตัวได้ตลอดเวลา ประเมินผลลัพธ์ที่ระดับพลังใจด้วยแบบประเมินความเข้มแข็งทางจิตใจ [17] เปรียบเทียบก่อนและหลังสิ้นสุดการได้รับโปรแกรม และขั้นตอน ที่ 5 ปรับปรุงเบื้องต้นของต้นแบบโปรแกรม (initial program revision) ให้เหมาะสมกับบริบทของกลุ่มเป้าหมาย และนำเสนอต่อผู้เชี่ยวชาญเพื่อขอคำแนะนำเพิ่มเติม

ระยะที่ 2 ประกอบด้วยขั้นตอนที่ 6-9 ได้แก่ ขั้นตอน ที่ 6 การทดสอบผลของโปรแกรมดำเนินการในรูปแบบการศึกษาเชิงทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (randomized control trial; RCT) โดยได้รับการจดทะเบียนใน Thai Clinical Trials Registry (TCTR20251125005) กลุ่มตัวอย่างคือแกนนำอาสาสมัครศูนย์เพื่อนใจ อายุ 18-24 ปี จากทั่วประเทศที่เข้าร่วมค่ายพัฒนาสมาธิฯ รุ่นที่ 33 จำนวน 520 ราย ซึ่งใช้เกณฑ์การคัดเลือกเข้าชุดเดียวกับขั้นตอนก่อนหน้านี้และไม่ซ้ำรายกัน ผู้วิจัยคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่ม [15] โดยอ้างอิงค่าความแตกต่างจากการศึกษาที่เกี่ยวข้อง [16] ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างรวม 106 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 53 ราย ผู้วิจัยที่ไม่ใช่ผู้ทดลองทำการสุ่มเข้ากลุ่ม (random assignment) ด้วยวิธีจับฉลาก (simple random sampling) เพื่อจัดสรรอาสาสมัครเข้าสู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในสัดส่วนที่เท่ากัน โดยไม่ได้ขึ้นอยู่กับการตัดสินใจของผู้วิจัย หรือลักษณะเฉพาะตัวของอาสาสมัคร และทั้งสองกลุ่มมีคุณลักษณะพื้นฐานที่ใกล้เคียงกัน ทั้งนี้กลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรม “ฉันทำได้” ส่วนกลุ่มควบคุมจะได้รับกิจกรรมสร้างพลังใจตามปกติที่ไม่มีกิจกรรมของโปรแกรม “ฉันทำได้” ทั้งสองกลุ่มประเมินผลลัพธ์ที่ความเข้มแข็งทางจิตใจ สติ และคุณภาพชีวิต รวม 3 ระยะ ได้แก่ หลังสิ้นสุดโปรแกรมทันทีติดตามผลที่ 1 และ 2 เดือน ขั้นตอน ที่ 7 สรุปและปรับปรุงครั้งสุดท้ายให้สอดคล้องกับระบบบริการ มีความชัดเจน เข้าใจง่าย และสามารถนำไปใช้ได้จริง ขั้นตอน ที่ 8 พัฒนาวิธีถ่ายทอดและขยายผลโปรแกรม จัดทำแผนการใช้โปรแกรม จัดประชุมชี้แจงกับศูนย์เพื่อนใจในแต่ละภาค และเผยแพร่โปรแกรมผ่าน Website TO BE NUMBER ONE และ ขั้นตอน ที่ 9 ติดตามประเมินผลและปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง โดยติดตามผลและข้อเสนอแนะจากอาจารย์ที่ปรึกษาและอาสาสมัครแกนนำฯ ในแต่ละภาค ปรับปรุงและวางแผนขยายผลไปยังศูนย์เพื่อนใจ ในสถานศึกษาทั่วประเทศในปี พ.ศ. 2569-2570

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัย จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในคน ด้านสุขภาพจิตและจิตเวช กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข หมายเลขอ้างอิง DMH.IRB.CO.A 023/2568

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1) เครื่องมือในการทดลอง

กลุ่มทดลอง ได้รับโปรแกรม “ฉันทำได้” ที่ได้จากขั้นตอนที่ 5 ให้กับกลุ่มทดลอง เป็นโปรแกรมบำบัดรายบุคคล มีจำนวน 6 กิจกรรม ประกอบด้วย กิจกรรมที่ 1 ประเมินตนเอง ตระหนักกับความคิดที่เกิดขึ้น กิจกรรมที่ 2 การเดินทางของชีวิต กิจกรรมที่ 3 ตระหนักรู้โลกของความคิดที่ซ่อนเร้น กิจกรรมที่ 4 จัดการกับใจตนเอง กิจกรรมที่ 5 ยอมรับสิ่งที่ เป็น และ กิจกรรมที่ 6 สร้างคุณค่าให้กับตนเอง แต่ละครั้งใช้เวลา 45-60 นาที สามารถดำเนินกิจกรรมโดยไม่ต้องเริ่มที่กิจกรรมที่ 1 หรือ ไม่ต้องทำให้ครบทุกกิจกรรม แต่ถ้าหาก หลังทำกิจกรรมแล้ววัดผลพลังใจไม่เพิ่มขึ้น ควรเลือกกิจกรรมอื่น หรือเลือกทำทุกกิจกรรม

กลุ่มควบคุม ได้รับกิจกรรมเสริมสร้างพลังใจตามปกติ มีจำนวน 3 กิจกรรม ประกอบด้วย 1) การจัดค่ายพัฒนาสมาธิ TO BE NUMBER ONE สุขความเป็นหนึ่ง 2) การให้ความรู้เรื่องการเสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางจิตใจให้แก่เยาวชน และ 3) การให้บริการศูนย์เพื่อนใจ TO BE NUMBER ONE ในการเพิ่มพูนทักษะจากการฝึกแก้ปัญหา และพัฒนา EQ ทั้งด้วยตนเอง และจากกลุ่มเพื่อนวัยเดียวกัน และการสร้างสรรค์และเสริมสร้างความสุขให้กับตนเอง ทั้งนี้จะไม่มีกิจกรรมใดๆ ของโปรแกรม “ฉันทำได้”

เครื่องมือประเมินผลลัพธ์ ได้แก่ 2.1) ประเมินผลลัพธ์หลัก คือ แบบประเมินความเข้มแข็งทางจิตใจ (resilience quotient: RQ) พัฒนาโดย Dechkong และคณะ [17] จำนวน 3 ข้อ แยกเป็น 3 มิติฯ ละ 5 ข้อ มิติตระหนักรู้ มิติตั้งใจ และมิติอดโน้มน้ามีค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.910 และ subscale reliability อยู่ระหว่าง 0.915 - 0.931 ซึ่งแสดงถึงความสอดคล้องภายในของข้อคำถามในระดับสูงมาก และ 2.2) ประเมินผลลัพธ์รอง คือ แบบประเมินระดับสติ (mindfulness assessment scale: MAS) พัฒนาโดย Silpakit [18] มีค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.84 ค่า Pearson's correlation เท่ากับ 0.81 และแบบประเมินคุณภาพชีวิต (EQ-5D-5L & Visual analog scale: VAS, Quality of Life Assessment Tool) ฉบับภาษาไทย พัฒนาโดย Pattanaphesaj และ Thavorncharoensap [19] โดย EQ-5D-5L มีค่า intraclass correlation coefficient (ICC) อยู่ที่ 0.82 – 0.89 ซึ่งสะท้อนถึงความคงที่ของการวัดได้ดี ส่วน VAS มีค่าความเชื่อมั่น ICC อยู่ที่ประมาณ 0.84 ค่า Cronbach's alpha อยู่ที่ประมาณ 0.85 มีคะแนนอรรถประโยชน์ (Thai value set) โดยสถานะสุขภาพที่สมบูรณ์มีค่าเท่ากับ 1.00 และสถานะสุขภาพที่แย่ที่สุดมีค่าเท่ากับ -0.283

การเก็บรวบรวมข้อมูล

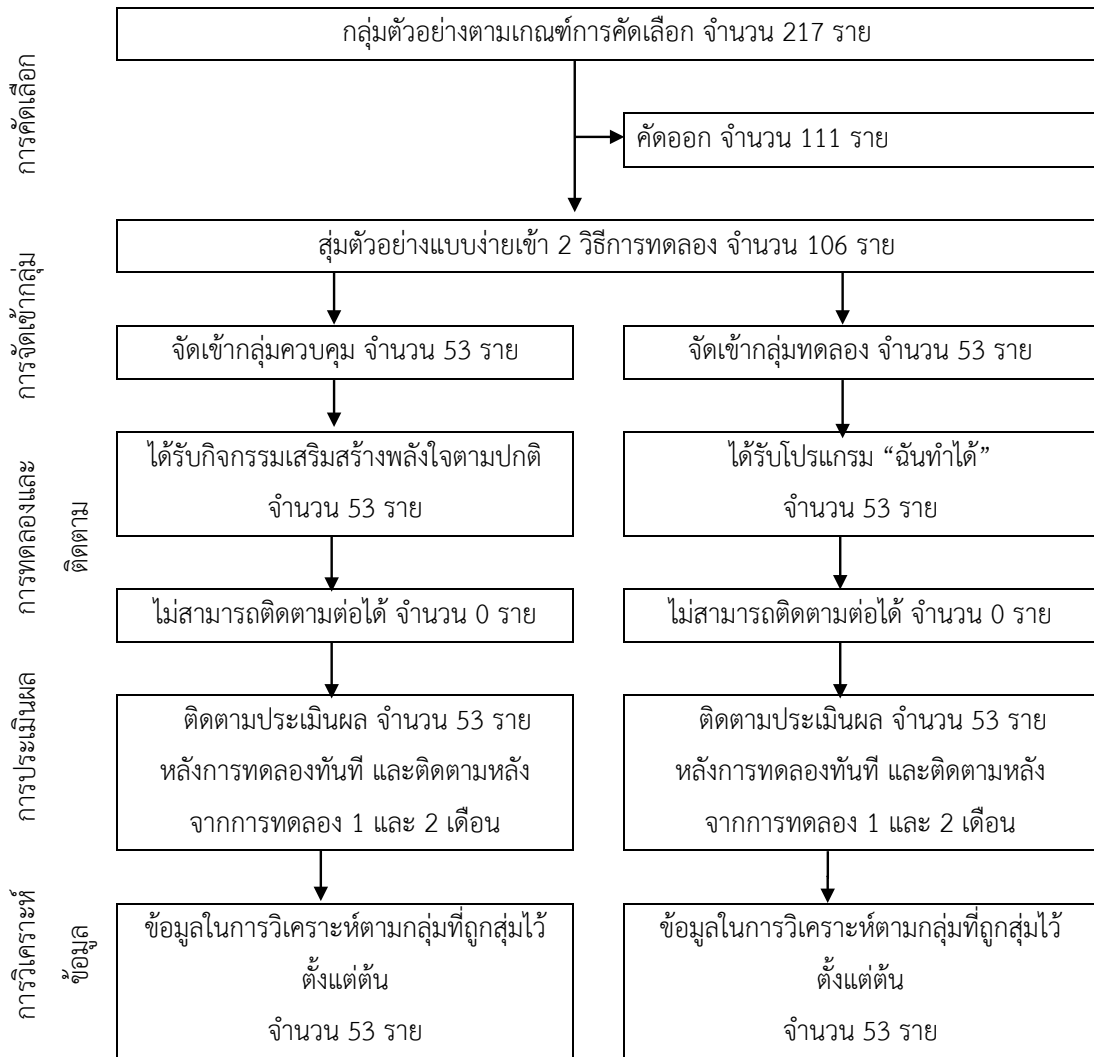
การเก็บรวบรวมข้อมูลและความก้าวหน้าของการทดลอง 2 เดือน ได้สรุปไว้ในรูปที่ 1 โดยมีขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้ (รูปที่ 1)

1) ทีมนักวิจัยได้เตรียมสถานที่และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก ก่อนการเข้าร่วมกิจกรรมให้อาสาสมัครประเมินระดับพลังใจตนเอง ด้วยแบบประเมิน 3 แบบ คือ 1) แบบประเมิน RQ 2) แบบประเมิน MAS และ 3) แบบประเมินคุณภาพชีวิต EQ-5D-5L & VAS

2) ทีมนักวิจัยที่ไม่เกี่ยวข้องกับการทดสอบทำการสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุม ด้วยวิธีจับฉลาก (simple random sampling) เพื่อจัดสรรอาสาสมัครเข้าสู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในสัดส่วนที่เท่ากัน แล้วนำอาสาสมัครส่งให้กับทีมวิจัยที่ดำเนินการโปรแกรมฉันทำได้ โดยอาสาสมัครและนักวิจัยประจำโปรแกรมจะไม่ทราบว่าอาสาสมัครคนใดได้รับโปรแกรมใด และทำการทดสอบจนเสร็จสิ้น

3) เมื่อดำเนินการตามโปรแกรมแล้วเสร็จ ทีมวิจัยจะขอให้อาสาสมัครประเมินระดับพลังใจตนเองด้วย 2 แบบประเมิน คือ 1) แบบประเมิน RQ และ 2) แบบประเมิน MAS 4) การติดตามผลเพื่อทดสอบโปรแกรม เป็น 2 ระยะ คือ 1 และ 2 เดือน โดยทั้ง 2 ระยะนี้ อาสาสมัครยังทำการเสริมสร้างพลังใจด้วยโปรแกรมตามข้อกำหนด หลังจากดำเนินการในระยะ 1 เดือน ประเมินด้วย 1) แบบประเมิน RQ และ 2) แบบประเมิน MAS ส่วนระยะ 2 เดือน ประเมิน 3 แบบ คือ 1) แบบประเมิน RQ 2) แบบประเมิน MAS และ 3) แบบประเมินคุณภาพชีวิต EQ-5D-5L & VAS

5) การควบคุมความเอนเอียง (bias control) ใช้วิธี intention-to-treat analysis (ITT) การแทนค่าข้อมูลที่หายไปด้วยวิธี last observation carried forward (LOCF) และปกปิดผู้วิเคราะห์ข้อมูล โดยไม่ให้ทราบว่า ผู้เข้าร่วมวิจัยรายใดอยู่ในกลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุม



รูปที่ 1 แสดงความก้าวหน้าของกลุ่มตัวอย่างตลอดระยะเวลาการทดลอง

การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การวิเคราะห์ผลใช้หลักการของ ITT ด้วยวิธี LOCF ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปใช้สถิติเชิงพรรณนา ความถี่ ร้อยละ คะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้ Chi-square
2. ความเข้มแข็งทางจิตใจ โดยเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความเข้มแข็งทางจิตใจ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนทดลอง หลังการทดลองทันที และติดตามหลังจากการทดลอง 1 และ 2 เดือน โดยใช้สถิติ Kruskal-Wallis test ทดสอบผลต่างรายคู่ด้วย Bonferroni ใช้ risk ratio เปรียบเทียบระดับคะแนนความเข้มแข็งทางจิตใจที่เพิ่มขึ้น
3. ระดับคะแนนสติ โดยเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนระดับสติ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนทดลอง หลังการทดลองทันที และติดตามหลังจากการทดลอง 1 และ 2 เดือน โดยใช้สถิติ Kruskal-

Wallis test ทดสอบผลต่างรายคู่ด้วย Bonferroni ใช้ risk ratio เปรียบเทียบระดับคะแนนสติที่เพิ่มขึ้น

4. คุณภาพชีวิตโดยรวม โดยเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนอรรถประโยชน์ (utility) ในระยะก่อนทดลอง และติดตามหลังการทดลอง 2 เดือน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Mann-Whitney U test และ เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนน VAS ในระยะก่อนทดลอง และติดตามหลังการทดลอง 2 เดือน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Mann-Whitney U test

ผลการศึกษา

แบ่งเป็น 2 ระยะคือ 1) พัฒนาโปรแกรม และ 2) ทดสอบผลและขยายผล มีดังนี้

ระยะที่ 1 ประกอบด้วยขั้นตอนที่ 1-5 ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์การเสริมสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจของอาสาสมัครแกนนำ อายุ 18-24 ปี รวมทั้งหมดจำนวน 20 ราย เป็นเพศหญิงและชายเท่ากันอายุเฉลี่ย 18.02 ปี อายุน้อยสุด 18 ปี สูงสุด 22 ปี พบว่า ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มส่วนใหญ่ มีความเห็นว่า “ความเข้มแข็งและการทนต่อแรงกดดัน” เป็นรากฐานสำคัญของการดำเนินชีวิต เพราะการมีจิตใจมั่นคงและควบคุมอารมณ์ในสถานการณ์ยากลำบาก การตั้งเป้าหมายระยะยาว เป็นวิธีเสริมสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจ โดย “พลังใจ กำลังใจ และแรงใจ” เป็นแรงผลักดันสำคัญที่ช่วยให้ก้าวข้ามปัญหา การให้กำลังใจตัวเองและการสนับสนุนจากผู้อื่น จะช่วยเสริมความมั่นใจและความพร้อมในการเผชิญอุปสรรค สมาชิกกลุ่มเห็นว่า “การต่อสู้และการเอาชนะอุปสรรค” เป็นการแสดงถึงความอดทนและความพยายามในการแก้ไขปัญหา ไม่ยอมแพ้ต่อสถานการณ์วิกฤต พร้อมกล้าขอความช่วยเหลือและพัฒนาตนเอง “ความพยายาม คือ หัวใจของความสำเร็จ” นอกจากนี้ “การสร้างความเข้าใจและสายสัมพันธ์” เป็นพื้นฐานของการอยู่ร่วมกันในสังคม การเข้าใจตนเอง และผู้อื่นจะนำไปสู่สัมพันธภาพที่ดี และการช่วยเหลือกันอย่างจริงใจ การสื่อสารเชิงบวก การให้กำลังใจจะช่วยสร้างความสัมพันธ์ที่แน่นแฟ้น และเกิดความสามัคคีในกลุ่ม อีกประเด็นสำคัญคือ “การรู้อารมณ์ รับความรู้สึก การเข้าใจ และควบคุมอารมณ์ของตนเอง” ซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นของสัมพันธภาพที่ดี การเปิดใจและมีสติ เมื่อพูดถึง “การกำหนดทางเดินของชีวิต” เป็นการรู้จักตนเอง เห็นคุณค่าในตัวเอง และตั้งเป้าหมายที่ชัดเจน จะนำไปสู่ความภาคภูมิใจและความสำเร็จ แม้เส้นทางจะไม่ราบรื่น แต่การมีเป้าหมายจะช่วยให้มีจุดยืนและไม่หลงทาง ในขณะเดียวกัน “ความคิดซ้อน ซ้อนเร้น” “คิดรอบรู้ รอบด้าน รอบคอบ” เป็นการเปิดกว้างต่อความคิดที่แตกต่างและลดข้อผิดพลาด “การห้ามใจเอาไว้” หรือการควบคุมตนเอง และอารมณ์ เป็นทักษะสำคัญที่ช่วยให้เผชิญกับปัญหาและสิ่งล่อใจในอนาคตได้ดีขึ้น เมื่อเผชิญปัญหา ควร “มองวิกฤตเป็นโอกาส” เปลี่ยนมุมมองต่อปัญหาให้เป็นโอกาสในการเรียนรู้ และเติบโต ส่งเสริมทัศนคติที่ดีและการคิดเชิงบวก สุดท้าย “การคงไว้ซึ่งสติและการเรียนรู้ใหม่” เป็นหัวใจของการพัฒนาตนเองและการปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงในชีวิต การฝึกเจริญสติและเปิดรับความรู้ใหม่ๆ จะทำให้เติบโตอย่างอ่อนโยน และยืดหยุ่นในโลกที่เปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ ที่สำคัญของการพัฒนาตนเอง ทั้งด้านจิตใจและความสัมพันธ์กับผู้อื่น เพื่อสร้างชีวิตที่มีคุณภาพ และพร้อมรับมือกับทุกสถานการณ์ในสังคมปัจจุบัน ขั้นตอนที่ 2 จากขั้นตอนที่ 1

นำมาจัดทำร่างต้นแบบโปรแกรม โดยบูรณาการกับคู่มือสร้างสรรค์พลังใจให้วัยทีน [5] และโปรแกรมเจริญสติตระหนักรู้ความคิด [12] ประกอบด้วย 8 กิจกรรมหลัก คือ 1) การตระหนักรู้กับความคิดที่เกิดขึ้น 2) การตระหนักรู้โลกของความคิด 3) การจัดการจิตใจที่ฟุ้งซ่าน 4) การตระหนักรู้ถึงความไม่ตั้งใจ 5) การยอมรับอย่างที่เป็น 6) การเห็นว่าคุณค่าไม่ใช่ความจริง 7) การดูแลตนเองให้ดีที่สุด และ 8) การคงไว้ซึ่งสติและการเรียนรู้ใหม่ เป็นโปรแกรมที่จัดการด้วยตนเอง ขั้นตอนที่ 3 นำร่างต้นแบบมาทดสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 กลุ่ม (ด้านความเข้มแข็งทางจิตใจ การเจริญสติตระหนักรู้ความคิด และการดำเนินงาน TO BE NUMBER ONE) รวม 6 ท่าน ประเมินความตรงเชิงเนื้อหา content validity index (CVI) ได้ค่า CVI = 0.92 ขั้นตอนที่ 4 ทดสอบโปรแกรมเบื้องต้น จากการทดสอบเบื้องต้น กลุ่มตัวอย่างอายุ 18-24 ปี รวมทั้งหมดจำนวน 40 ราย เป็นเพศหญิงร้อยละ 57.2 เพศชายร้อยละ 42.8 อายุเฉลี่ย 18.03 ปี อายุน้อยสุด 18 ปี สูงสุด 22 ปี ประเมินผลที่ระดับพลังใจด้วยแบบประเมินความเข้มแข็งทางจิตใจ ที่ได้จากการวัดก่อน และหลังสิ้นสุดได้รับโปรแกรม ของกลุ่มตัวอย่างมาทดสอบการกระจายตัวของข้อมูลด้วย Shapiro-Wilk Test พบว่า ข้อมูลแจกแจงอยู่ในโค้งปกติ ทั้งระยะก่อน และหลังได้รับโปรแกรม “ฉันทำได้” โดยมีค่า $p > 0.05$ (กำหนด $\alpha = 0.05$) ซึ่งหมายความว่า ข้อมูลมีความเหมาะสมสำหรับการวิเคราะห์ทางสถิติด้วยค่าเฉลี่ย (mean) $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation; SD) ผลการวิเคราะห์ พบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม “ฉันทำได้” กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความเข้มแข็งทางจิตใจ = 17.95 ± 5.09 หลังเข้าร่วมโปรแกรม คะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 23.30 ± 4.93 ผลต่างคะแนนเฉลี่ย (mean difference; MD) เท่ากับ 5.350 (standard error; SE = 0.966), (95% = -7.372 ถึง -3.328) และ $p < 0.001$ นั้นหมายถึง โปรแกรม “ฉันทำได้” มีผลต่อการเพิ่มความเข้มแข็งทางจิตใจของกลุ่มตัวอย่างอย่างมีนัยสำคัญ กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างมีความเข้มแข็งทางจิตใจมากขึ้นหลังเข้าร่วมโปรแกรม โดยคะแนนเฉลี่ยที่เพิ่มขึ้นและการแจกแจงข้อมูลที่เป็นปกติช่วยให้ผลการวิเคราะห์มีความน่าเชื่อถือทางสถิติ ขั้นตอนที่ 5 ปรับปรุงเบื้องต้นของต้นแบบโปรแกรม ได้โปรแกรมที่มีองค์ประกอบ 6 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมที่ 1 ประเมินตนเอง ตระหนักรู้กับความคิดที่เกิดขึ้น มี 3 ขั้นตอน คือ 1) การประเมินพลังใจและสติ 2) ทำความเข้าใจกับการเสริมสร้างพลังใจ และ 3) สร้างความตระหนักรู้กับความคิดที่เกิดขึ้น กิจกรรมที่ 2 การเดินทางของชีวิต มี 3 ขั้นตอน คือ 1) การวาดเส้นทางชีวิต 2) ทำความเข้าใจกับการเดินทาง

ของชีวิต และ 3) สร้างเป้าหมายของชีวิต กิจกรรมที่ 3 ตระหนัก
 รู้โลกของความคิดที่ซ่อนเร้น มี 3 ขั้นตอน คือ 1) สำรวจ
 ความคิดและความรู้สึก 2) ทำความเข้าใจกับการตระหนักรู้โลก
 ของความคิดที่ซ่อนเร้น และ 3) สร้างความตระหนักรู้โลก
 ของความคิดที่ซ่อนเร้น กิจกรรมที่ 4 จัดการกับใจตนเอง
 มี 2 ขั้นตอน คือ 1) ทำความเข้าใจการจัดการใจตนเอง และ
 2) จัดการกับใจตนเอง กิจกรรมที่ 5 ยอมรับสิ่งที่
 เป็น มี 2 ขั้นตอน คือ 1) ทำความเข้าใจกับการยอมรับสิ่งที่
 เป็น และ 2) ทำการยอมรับสิ่งที่ เป็น กิจกรรมที่ 6 สร้างคุณค่าให้กับ
 ตนเอง มี 2 ขั้นตอน คือ 1) ทำความเข้าใจกับการสร้างคุณค่า
 ให้กับตนเอง และ 2) การสร้างคุณค่าให้กับตนเอง เป็นการ
 เสริมสร้างพลังใจด้วยตนเอง ผู้ใช้โปรแกรมสามารถดำเนิน
 กิจกรรม โดยไม่ต้องเริ่มที่กิจกรรมที่ 1 แต่ถ้าหากหลังทำแล้ว
 วัตถุประสงค์ไม่เพิ่มขึ้น ควรเลือกกิจกรรมอื่น หรือเลือกทำ
 ทุกกิจกรรม

ระยะที่ 2 ประกอบด้วยขั้นตอนที่ 6-9 ได้แก่ ขั้นตอน
 ที่ 6 การทดสอบผลของโปรแกรม ในการทดลองทั้งสองกลุ่มเข้า
 รับการบำบัดได้ครบตามโปรแกรม โดยไม่มีการออกจากการ
 ศึกษา ก่อนครบกำหนด (drop out) สำหรับข้อมูลทั่วไป
 ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง
 (ร้อยละ 56.60) ขณะที่กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศชาย
 (ร้อยละ 54.72) ทั้งสองกลุ่มมีอายุเฉลี่ยใกล้เคียงกันในช่วงอายุ
 18-19 ปี (กลุ่มทดลอง ร้อยละ 98.11 กลุ่มควบคุม ร้อยละ
 100.0) โดยกลุ่มทดลองอายุเฉลี่ย 18.06 ปี ส่วนกลุ่มควบคุม
 อายุเฉลี่ย 18.04 ปี ด้านภูมิลำเนา กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มาจาก
 ภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือในสัดส่วนที่เท่ากัน
 (ร้อยละ 28.30) ส่วนกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มาจากภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
 (ร้อยละ 28.30) กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดกำลัง
 ศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย (กลุ่มทดลอง ร้อยละ
 88.68 กลุ่มควบคุม ร้อยละ 92.45) และส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำ
 ตัว (ร้อยละ 88.68 และ 84.91 ตามลำดับ) สำหรับระยะเวลา
 ในการเป็นแกนนำอาสาสมัครศูนย์เพื่อนใจ กลุ่มทดลองส่วน
 ใหญ่มีประสบการณ์มากกว่า 2 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 30.19)

ในขณะที่กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีประสบการณ์น้อยกว่า 6 เดือน
 (ร้อยละ 35.84) อย่างไรก็ตาม เมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูล
 พื้นฐานระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติไคสแควร์
 (Chi-square test) พบว่าข้อมูลทั่วไปในทุกประเด็นไม่มีความ
 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>0.05$) แสดงให้เห็นว่า
 กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีลักษณะพื้นฐานที่คล้ายคลึงกันก่อน
 เริ่มการทดลอง

ผลของโปรแกรม “ฉันทำได้” ต่อผลลัพธ์หลัก คือ
 ความเข้มแข็งทางจิตใจ จากการทดสอบสมมติฐานการแจกแจง
 ข้อมูล ผลการทดสอบด้วย Shapiro-Wilk test พบว่า ข้อมูล
 คะแนนความเข้มแข็งทางจิตใจทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่ม
 ควบคุมไม่แจกแจงแบบปกติ ($p<0.05$ ทุกช่วงเวลา) จึงเลือกใช้
 สถิติ Kruskal-Wallis test ในการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่าง
 กลุ่ม ผลการเปรียบเทียบคะแนนความเข้มแข็งทางจิตใจ
 พบว่า คะแนนเฉลี่ยความเข้มแข็งทางจิตใจระหว่างกลุ่มทดลอง
 และกลุ่มควบคุม ก่อนทดลอง หลังทดลองทันที และติดตามหลัง
 1 และ 2 เดือน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
 ($\chi^2 = 40.51$; $p<0.001$) กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น
 อย่างต่อเนื่อง (183.54, 230.87, 233.14, และ 250.89
 ตามลำดับ) กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยที่เปลี่ยนแปลงไม่
 สม่าเสมอ (226.96, 258.38, 151, และ 165.24 ตามลำดับ)
 (ตารางที่ 1) เมื่อทำการเปรียบเทียบระดับความเข้มแข็ง
 ทางจิตใจ พบว่า หลังทดลองทันที ระดับความเข้มแข็งทางจิตใจ
 เพิ่มขึ้นแต่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($p>0.05$) หลังทดลอง
 1 และ 2 เดือน ระดับความเข้มแข็งทางจิตใจเพิ่มขึ้น และ
 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) ค่า RR
 หลังทดลองทันทีเท่ากับ 0.80 (95%CI=0.511 - 1.252;
 $p=0.329$) หลัง 1 เดือนเท่ากับ 0.50 (95%CI=0.329-0.759;
 $p=0.001$) และหลัง 2 เดือนเท่ากับ 0.42 (95%CI=
 0.267 - 0.685; $p<0.001$) (ตารางที่ 2) ทั้งนี้ กลุ่มทดลอง
 แนวโน้มมีระดับความเข้มแข็งทางจิตใจเพิ่มขึ้น มากกว่า
 กลุ่มควบคุม (รูปที่ 2)

ตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความเข้มแข็งทางจิตใจระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและ
 หลังการทดลองทันที และติดตามหลังจากการทดลอง 1 และ 2 เดือน จากการประเมินด้วยแบบ RQ ใช้สถิติ Kruskal-Wallis test

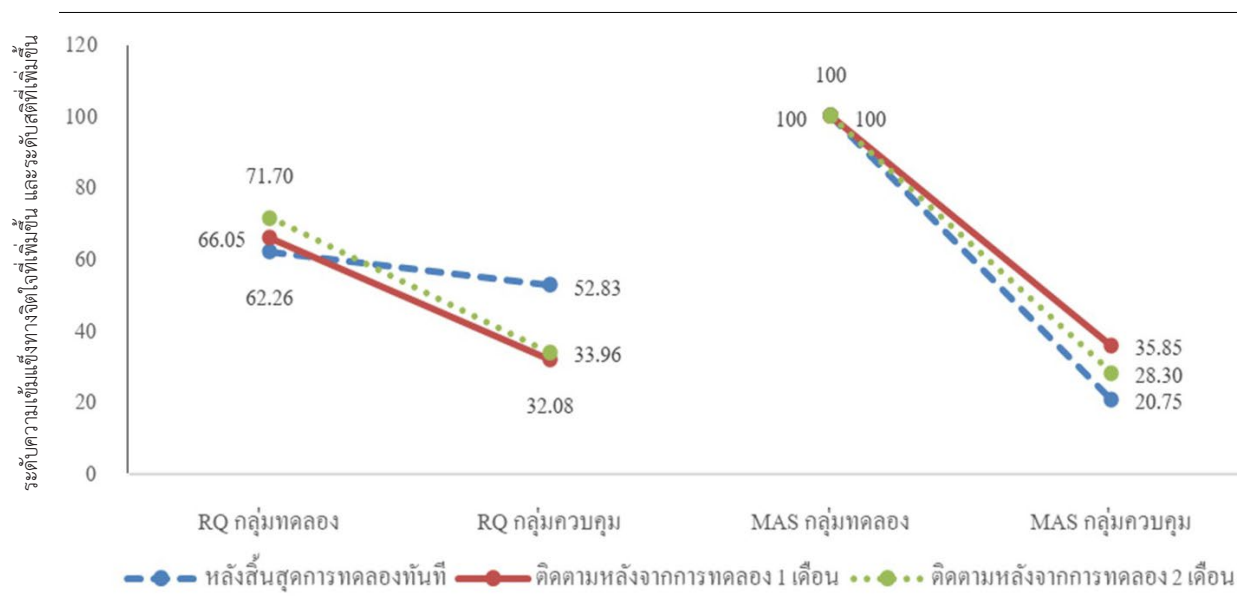
ความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนน ความเข้มแข็งทางจิตใจ	อันดับเฉลี่ย				c2	p-value*
	ก่อน	หลัง	ติดตาม 1 เดือน	ติดตาม 2 เดือน		
กลุ่มทดลอง (n=53)	183.54	230.87	233.14	250.89	40.51	<0.001**
กลุ่มควบคุม (n=53)	226.96	258.38	151	165.24		

* $p<0.05$, ** $p<0.001$

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบระดับความเข้มแข็งทางจิตใจที่เพิ่มขึ้น ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลองทันที และติดตามหลังจากการทดลอง 1 และ 2 เดือน จากการประเมินด้วยแบบ RQ (n=53)

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง จำนวน (ร้อยละ)	กลุ่มควบคุม จำนวน (ร้อยละ)	RR	95%CI	p-value*
ระดับความเข้มแข็งทางจิตใจที่เพิ่มขึ้น หลังสิ้นสุดการทดลองทันที			0.80	0.511 - 1.252	0.329
ใช่	33 (62.26)	28 (52.83)			
ไม่ใช่	20 (37.74)	25 (47.17)			
ระดับความเข้มแข็งทางจิตใจที่เพิ่มขึ้น หลังจากการทดลอง 1 เดือน			0.50	0.329 - 0.759	0.001*
ใช่	35 (66.04)	17 (32.08)			
ไม่ใช่	18 (33.96)	36 (67.92)			
ระดับความเข้มแข็งทางจิตใจที่เพิ่มขึ้น หลังจากการทดลอง 2 เดือน			0.42	0.267 - 0.685	<0.001**
ใช่	38 (71.70)	18 (33.96)			
ไม่ใช่	15 (28.30)	35 (66.04)			

*p<0.05, **p <0.01, RR: Risk Ratio



RQ = ระดับความเข้มแข็งทางจิตใจ, MAS = ระดับสติ

รูปที่ 2 กราฟแสดงการเปรียบเทียบระดับความเข้มแข็งทางจิตใจที่เพิ่มขึ้น และระดับสติที่เพิ่มขึ้น ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม หลังการทดลองทันที และติดตามหลังจากการทดลอง 1 และ 2 เดือน

ผลของโปรแกรม “ฉันทำได้” ต่อผลลัพธ์รองแรก คือ ระดับสติ จากการทดสอบการกระจายตัวของข้อมูลด้วย Shapiro-Wilk test พบว่า ข้อมูลในหลายช่วงเวลามีการแจกแจงไม่เป็นไปตามโค้งปกติ ($p < 0.05$) คือ ข้อมูลหลังการทดลองทันทีของกลุ่มทดลอง ($p = 0.005$) และข้อมูลของกลุ่มควบคุมในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองทันที

และระยะติดตามผลที่ 1 และ 2 เดือน ($p = 0.001, 0.015, 0.006$ ตามลำดับ) (ซึ่ง $p < 0.05$) จึงเลือกใช้สถิติ Kruskal-Wallis test ในการวิเคราะห์เปรียบเทียบ ผลการศึกษาพบว่า อันดับเฉลี่ย (Mean Rank) ของคะแนนสติระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมในระยะต่าง ๆ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 302.03; p < 0.001$) โดยกลุ่มทดลอง

มีอันดับเฉลี่ยของคะแนนสติในระย่ก่อนและหลังการทดลองทันที ระยะติดตามผล 1 เดือน และ 2 เดือน เท่ากับ 281.2, 304.58, 286.45, 297.53 ตามลำดับ ขณะที่กลุ่มควบคุมอันดับเฉลี่ยเท่ากับ 104.09, 65.18, 70.73, 290.24 ตามลำดับ (ตารางที่ 3) เมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบสัดส่วนผู้ที่มีระดับคะแนนสติที่เพิ่มขึ้น พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมทุกระยะ กลุ่มทดลองมีระดับสติเพิ่ม สูงขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) โดยมีค่า RR หลังการทดลองทันทีเท่ากับ 0.01

(95%CI=0.001 - 0.186; $p=.001$) ระยะติดตามผล 1 เดือน เท่ากับ 0.01 (95%CI=0.001 - 0.230; $p=.002$) และระยะติดตามผล 2 เดือนเท่ากับ 0.04 (95%CI=0.003 - 0.673; $p=0.025$) (ตารางที่ 4) ทั้งนี้ กลุ่มทดลองมีแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของระดับสติที่สูงกว่าและคงที่มากกว่ากลุ่มควบคุมในทุกช่วงเวลาติดตามผล (รูปที่ 2)

ตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนสติระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลองทันที และติดตามหลังจากการทดลอง 1 และ 2 เดือน จากการประเมินด้วยแบบ MAS ใช้สถิติ Kruskal-Wallis test

ความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนน ความเข้มแข็งทางจิตใจ	อันดับเฉลี่ย				c2	p-value*
	ก่อน	หลัง	ติดตาม 1 เดือน	ติดตาม 2 เดือน		
กลุ่มทดลอง (n=53)	281.2	304.58	286.45	297.53	302.03	<0.001**
กลุ่มควบคุม (n=53)	104.09	65.18	70.73	290.24		

* $p<0.05$, ** $p <0.01$

ตารางที่ 4 ผลการเปรียบเทียบระดับคะแนนสติที่เพิ่มขึ้น ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม หลังการทดลองทันที และติดตามหลังจากการทดลอง 1 และ 2 เดือน เมื่อเทียบกับก่อนทดลอง จากการประเมินด้วยแบบ MAS (n=53)

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง จำนวน (ร้อยละ)	กลุ่มควบคุม จำนวน (ร้อยละ)	RR	95%CI	p-value*
ระดับคะแนนสติที่เพิ่มขึ้น หลังสิ้นสุด การทดลองทันที			0.01	0.001 - 0.186	0.001**
ใช่	53 (100.00)	11 (20.75)			
ไม่ใช่	0 (0.00)	42 (79.25)			
ระดับคะแนนสติที่เพิ่มขึ้น หลังจากการทดลอง 1 เดือน			0.01	0.001 - 0.230	0.002**
ใช่	53 (100.00)	19 (35.85)			
ไม่ใช่	0 (0.00)	34 (64.15)			
ระดับคะแนนสติที่เพิ่มขึ้น หลังจากการทดลอง 2 เดือน			0.04	0.003 - 0.673	0.025*
ใช่	53 (100.00)	15 (28.30)			
ไม่ใช่	0 (0.00)	38 (71.70)			

* $p<0.05$, ** $p <0.01$, RR: Risk Ratio

ผลของโปรแกรม “ฉันทำได้” ต่อผลลัพธ์รองที่สอง คือ คุณภาพชีวิต ประเมินผลด้วย EQ-5D-5L และ VAS เมื่อทำการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตจากการประเมินด้วย EQ-5D-5L ในระยะก่อนทดลองและหลังการทดลอง 2 เดือน พบว่า ข้อมูลไม่เป็นไปตามการแจกแจงปกติ (Shapiro-Wilk

test, $p<0.05$) จึงวิเคราะห์ด้วยสถิติ Mann-Whitney U test พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตสูงกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งสะท้อนถึงคุณภาพชีวิตโดยรวมที่ดีกว่ากลุ่มควบคุม (ตารางที่ 5) และเมื่อทำการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนสภาวะสุขภาพจากการประเมินด้วย VAS พบว่า

ก่อนทดลองทั้งสองกลุ่มมีคะแนนสภาวะสุขภาพไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>0.05$) หลังการทดลอง 2 เดือน กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย VAS สูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) ซึ่งแสดงว่า กลุ่มทดลองมีสภาวะสุขภาพที่ดีกว่ากลุ่มควบคุมเมื่อสิ้นสุดการติดตาม (ตารางที่ 6)

ตารางที่ 5 ผลเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิต ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนทดลอง และติดตามหลังการทดลอง 2 เดือน จากการประเมินด้วยแบบ EQ-5D-5L ใช้สถิติ Mann-Whitney U test

ค่าเฉลี่ยคะแนน EQ-5D-5L	อันดับเฉลี่ย	n	Mann-Whitney U	p-value*
ก่อนทดลอง				
กลุ่มทดลอง	0.94	53	1353.5	0.724
กลุ่มควบคุม	0.96	53		
ติดตามหลังการทดลอง 2 เดือน				
กลุ่มทดลอง	0.97	53	1750	0.009**
กลุ่มควบคุม	0.95	53		

* $p<0.05$, ** $p<0.01$

ตารางที่ 6 ผลเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิต ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนทดลอง และติดตามหลังการทดลอง 2 เดือน จากการประเมินด้วยแบบ VAS ใช้สถิติ Mann-Whitney U test

ค่าเฉลี่ยคะแนน VAS	อันดับเฉลี่ย	n	Mann-Whitney U	p-value*
ก่อนทดลอง				
กลุ่มทดลอง	85.96	53	1381	0.880
กลุ่มควบคุม	86.18	53		
ติดตามหลังการทดลอง 2 เดือน				
กลุ่มทดลอง	91.18	53	1816	0.008**
กลุ่มควบคุม	85.69	53		

* $p<0.05$, ** $p<0.01$

ขั้นตอนที่ 7 สรุปและปรับปรุงครั้งสุดท้าย มีการปรับปรุงเนื้อหาของกิจกรรม ที่ เป็นความรู้และการทำความเข้าใจ ปรับให้สั้นกระชับ และปรับเป็นภาษาของวัยรุ่นให้มากขึ้น ได้แก่ กิจกรรมที่ 1, 2, 3 ในขั้นตอนที่ 2 คือ ทำความเข้าใจกับการเสริมสร้างพลังใจ ทำความเข้าใจกับการเดินทางของชีวิต และทำความเข้าใจกับการตระหนักรู้โลกของความคิดที่ซ่อนเร้นตามลำดับ และกิจกรรมที่ 4, 5, 6 ขั้นตอนที่ 1 คือ ทำความเข้าใจการจัดการใจตนเอง ทำความเข้าใจกับการยอมรับสิ่งที่เป็น ทำความเข้าใจกับการสร้างคุณค่าให้กับตนเอง ตามลำดับ ขั้นตอนที่ 8 ถ่ายทอดและเผยแพร่ โดยดำเนินการร่วมกับกิจกรรมของโครงการ TO BE NUMBER ONE ที่มีการจัดกิจกรรมประจำภาค ทุกภาค ๆ ละ 1 ครั้ง รวม 4 ครั้ง และเผยแพร่ผ่าน Website TO BE NUMBER ONE ที่ <https://www.tobenumber1.net/> และ QR code ในป้าย

ประชาสัมพันธ์ต่างๆ ของโครงการ ให้กับแกนนำอาสาสมัคร ศูนย์เพื่อนใจ ในชมรม และเยาวชนที่มาร่วมงานการประกวดเยาวชนต้นแบบเก่งและดี TO BE NUMBER ONE 4 ภาค มีจำนวนผู้รับการเผยแพร่ จำนวน 4,760 ราย และ download นำไปใช้ 1,054 ราย ขั้นตอนที่ 9 การติดตามประเมินผลในภาพรวม พบว่า ผู้นำโปรแกรมไปใช้มีระดับความเข้มแข็งทางจิตใจเพิ่มขึ้น ร้อยละ 76.75 หลังจากเสร็จสิ้นการใช้โปรแกรมทันที วางแผนการติดตามระยะยาว และขยายผลไปยังศูนย์เพื่อนใจ ในสถานศึกษาทั่วประเทศในปี พ.ศ. 2569-2570 โดยขยายผลผ่านสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ทั้งนี้มีข้อเสนอแนะจากสมาชิก และอาจารย์ ในแต่ละภาค คือ เพื่อความสะดวกในการใช้และทันสมัยต่อการเปลี่ยนแปลง

ของโลกยุคปัจจุบันและอนาคต ควรพัฒนาเป็น applications หรือ artificial intelligence (AI) ทีมวิจัยจึงได้จัดทำโครงร่างวิจัยเข้ากับแผนวิสัยบูรณาการการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจเพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของกรมสุขภาพจิตที่เป็นความร่วมมือกับสมาคมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพแห่งประเทศไทย เพื่อขอรับการสนับสนุนงบประมาณการวิจัย ในปี พ.ศ. 2570-2572 ต่อไป

วิจารณ์

ผลจากการสนทนากลุ่มสะท้อนให้เห็นว่า ผู้เข้าร่วมมีความเข้าใจเกี่ยวกับความเข้มแข็งทางจิตใจ การควบคุมอารมณ์ และการมีเป้าหมายชีวิตว่า เป็นรากฐานของการเผชิญอุปสรรคในชีวิต พลังใจและกำลังใจจากตนเองและผู้อื่นช่วยให้ก้าวข้ามความล้มเหลวและเดินหน้าต่อไปได้ การไม่ยอมแพ้ เปิดใจขอความช่วยเหลือ และพัฒนาตนเอง ขณะเดียวกัน การเข้าใจตนเองและผู้อื่น การสื่อสารเชิงบวก และการควบคุมอารมณ์ ช่วยสร้างความสัมพันธ์ที่ดีในสังคม การคิดรอบคอบ รู้จักยับยั้งชั่งใจ มองวิกฤตเป็นโอกาส และเรียนรู้อย่างมีสติ ล้วนส่งเสริมการเติบโตและการปรับตัว รวมทั้งการพัฒนาความเข้มแข็งทางจิตใจควบคู่กับความสัมพันธ์ที่ดี จะนำไปสู่ชีวิตที่มีคุณภาพและพร้อมรับมือกับทุกสถานการณ์ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดความเข้มแข็งทางจิตใจที่ช่วยให้บุคคลฟื้นตัวจากวิกฤตได้เป็นอย่างดี [20] การมีเป้าหมายชีวิตและความพยายามที่ไม่ยอมแพ้ สะท้อนถึงชุดความคิดแบบเติบโต (growth mindset) ที่เชื่อว่า ความเข้มแข็งทางจิตใจพัฒนาได้เสมอ [21] ขณะเดียวกัน การรับแรงสนับสนุนจากผู้อื่นและการเปิดใจขอความช่วยเหลือ เป็นปัจจัยปกป้องทางสังคมที่ช่วยให้ก้าวข้ามความล้มเหลวได้อย่างมั่นคง [22] นอกจากนี้ การเข้าใจตนเองและผู้อื่นผ่านการสื่อสารเชิงบวกและการยับยั้งชั่งใจ ถือเป็นองค์ประกอบของความฉลาดทางอารมณ์ที่ช่วยสร้างความสัมพันธ์ที่ดีในสังคม [23] เป็นทักษะการปรับตัวที่จำเป็นในโลกปัจจุบัน จะหล่อหลอมให้เกิดชีวิตที่มีคุณภาพและพร้อมรับมือกับทุกสถานการณ์อย่างยั่งยืน [24]

ส่วนโครงสร้างของโปรแกรม “ฉันทำได้” ประกอบด้วย 6 กิจกรรมสำคัญ กิจกรรมแรกคือ การประเมินตนเอง ซึ่งเป็นการชวนให้ผู้เข้าร่วมสำรวจพลังใจและสติของตนเอง เพื่อรับรู้ถึงระดับความเข้มแข็งทางจิตใจและความสามารถในการควบคุมอารมณ์ จุดประสงค์ของกิจกรรมนี้คือ ให้เข้าใจสถานะปัจจุบัน ทั้งในด้านความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรม โดยมีการเสริมสร้างพลังใจ สร้างความตระหนักรู้ในความคิด และเลือกตอบสนองอย่างเหมาะสม สิ่งเหล่านี้นำไปสู่การปรับปรุงและพัฒนาตนเอง กิจกรรมที่ 2 การเดินทางของชีวิต ที่เน้น

การฝึกสังเกตความคิดและอารมณ์โดยไม่ตัดสิน การใช้เทคนิคเจริญสติช่วยให้ผู้ใช้ได้วาดเส้นทางชีวิต เห็นภาพรวมของอดีตและอนาคตที่ต้องการ เป็นการตั้งเป้าหมายและวางแผนชีวิตอย่างมีทิศทาง รวมถึงการเรียนรู้จากประสบการณ์และสร้างเป้าหมายที่ชัดเจน ทำให้เกิดแรงบันดาลใจในการดำเนินชีวิต กิจกรรมที่ 3 ตระหนักรู้โลกของความคิดที่ซ่อนเร้น ผู้ใช้จะได้ฝึกทักษะการควบคุมอารมณ์ เริ่มจากการสำรวจความคิดและความรู้สึก เพื่อเข้าใจตนเองอย่างลึกซึ้ง จากนั้นค้นพบความเชื่อที่อยู่ลึก ๆ ในใจ และสุดท้ายฝึกฝนการสังเกตใจตนเอง เพื่อพัฒนาทักษะในการจัดการความคิดที่ซ่อนอยู่ กิจกรรมที่ 4 จัดการกับใจตนเอง ที่เน้นการยอมรับและเห็นคุณค่าความแตกต่างของตนเองและผู้อื่น ฝึกการให้อภัยและเรียนรู้วิธีควบคุมอารมณ์ ลดความเครียด สร้างความสุขในชีวิต และฝึกรับมือกับความรู้สึกต่าง ๆ อย่างมีสติ กิจกรรมที่ 5 ยอมรับสิ่งที่เปราะบาง กระตุ้นให้ค้นหาความหมายและเป้าหมายชีวิต ผู้ใช้จะได้เรียนรู้การยอมรับความจริงในชีวิต ฝึกปล่อยวาง และยอมรับสิ่งที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ ซึ่งช่วยให้เกิดความสงบและเข้าใจชีวิตมากขึ้น และสุดท้ายกิจกรรมที่ 6 สร้างคุณค่าให้กับตนเอง เป็นขั้นตอนที่ช่วยค้นหาความหมายและคุณค่าของตัวเอง สร้างความมั่นใจและความภูมิใจในตนเอง รวมทั้งพัฒนาด้านจิตใจให้มีคุณค่า ส่งผลให้เกิดความสุขและประสบความสำเร็จในชีวิต ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดความเข้มแข็งทางจิตใจของ Grotberg [9] ที่เน้น 3 องค์ประกอบสำคัญคือ “ฉันเป็น” (เสริมสร้างทัศนคติเชิงบวกและความภาคภูมิใจในตนเอง) “ฉันสามารถ” (พัฒนาทักษะชีวิตและการจัดการอารมณ์) และ “ฉันมี” (สร้างเครือข่ายและแหล่งสนับสนุน) ซึ่งส่งเสริมให้บุคคลสามารถรับมือกับอุปสรรคในชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ โปรแกรม “ฉันทำได้” ยังมีความสอดคล้องกับแนวคิดการเจริญสติและการตระหนักรู้ในตนเองของ Kabat-Zinn [10,11] และโปรแกรมเจริญสติตระหนักรู้ความคิด [12] โดยเน้นกิจกรรมที่ช่วยประเมินและตระหนักรู้ความคิด อารมณ์ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการฝึกปฏิบัติอย่างต่อเนื่องทั้งทางการและไม่เป็นทางการ ขณะที่โปรแกรม “ฉันทำได้” ให้ความสำคัญกับกิจกรรมกลุ่ม การตั้งเป้าหมาย และการสร้างคุณค่าในตนเองมากขึ้น เมื่อเปรียบเทียบกับศูนย์เพื่อนใจ [13] ส่วนโปรแกรมอื่น เช่น คู่มือสร้างสรรค์พลังใจให้วัยทีน [5] และโปรแกรมเสริมสร้างพลังสุขภาพจิต [25] ที่มุ่งเน้นการเสริมสร้างพลังใจ การตระหนักรู้ตนเอง และการจัดการอารมณ์ ผ่านกิจกรรมที่ส่งเสริมการเรียนรู้ แต่ โปรแกรม “ฉันทำได้” แตกต่างตรงที่มุ่งเน้นกิจกรรมที่ลึกซึ้ง เชื่อมโยงกับเป้าหมายชีวิตระยะยาว เปิดโอกาสให้เลือกกิจกรรมตามความเหมาะสมของแต่ละบุคคล ซึ่งเหมาะสมสำหรับ

ผู้ที่ต้องการพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง เพราะมีโครงสร้างกิจกรรมที่ชัดเจน เน้นการฝึกฝนจริง ทั้งการรู้จักตนเอง และการตั้งเป้าหมายของชีวิต ขณะที่โปรแกรมสำหรับวัยรุ่น ผู้สูญเสียจะช่วยให้ฟื้นจิตใจผู้ประสบกับการสูญเสียเน้นการเยียวยาจิตใจและทักษะการอยู่ร่วมกันในสังคมพหุวัฒนธรรม แต่โปรแกรม “ฉันทำได้” มุ่งเน้นการพัฒนาทักษะระดับบุคคล ทั้งการประเมินและจัดการอารมณ์ เพื่อให้วัยรุ่นเข้าถึงการยอมรับตนเอง และค้นพบคุณค่าในชีวิตท่ามกลางการสูญเสีย [26] และหากพิจารณาโปรแกรมการพัฒนาความเข้มแข็งทางใจในวัยรุ่นโดยใช้คู่มือสร้างสรรค์พลังใจให้วัยรุ่น [27] มีความต่างสำคัญคือ โปรแกรม “ฉันทำได้” มุ่งเน้นกิจกรรมรายบุคคลที่ยืดหยุ่นและเปิดโอกาสให้ผู้เรียนเลือกปฏิบัติได้ตามความเหมาะสม

สำหรับผลของโปรแกรม “ฉันทำได้” ต่อผลลัพธ์หลักคือ ความเข้มแข็งทางจิตใจ ผลการเปรียบเทียบคะแนนความเข้มแข็งทางจิตใจ พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง แต่กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยที่เปลี่ยนแปลงไม่สม่ำเสมอ หลังทดลองทันที ระดับความเข้มแข็งทางจิตใจเพิ่มขึ้นแต่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($p>0.05$) หลังทดลอง 1 และ 2 เดือน ระดับความเข้มแข็งทางจิตใจเพิ่มขึ้น และแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) สะท้อนถึงความสำเร็จของโปรแกรม “ฉันทำได้” ในการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจในระยะยาว ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Clough และคณะ [28] ที่พบว่า การฝึกฝนและโปรแกรมพัฒนาความเข้มแข็งทางจิตใจมีผลต่อการเพิ่มความเข้มแข็งทางจิตใจที่ช่วยให้บุคคลมีความมุ่งมั่น ก้าวข้ามความล้มเหลว และรักษาผลงานให้สม่ำเสมอแม้อยู่ในสถานการณ์ยากลำบาก รวมถึงสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Gucciardi และคณะ [29] ที่เน้นถึงความสำคัญของทักษะการเอาชนะอุปสรรคและการจัดการความเครียดในชีวิต นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Smith และคณะ [30] ที่ยืนยันว่า การฝึกฝนความเข้มแข็งทางจิตใจในรูปแบบต่างๆ มีผลดีต่อกลุ่มเป้าหมายทั้งในระยะสั้นและระยะยาว ขณะที่โปรแกรม “ฉันทำได้” แสดงให้เห็นถึงผลลัพธ์ที่ชัดเจนและต่อเนื่องในช่วง 1-2 เดือนหลังทดลอง ซึ่งเป็นตัวอย่างของความสำเร็จในการนำแนวคิดการพัฒนาความเข้มแข็งทางจิตใจสู่การปฏิบัติในบริบทไทย [25] ทั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาระดับสากลในมิติของพัฒนาการความเข้มแข็งทางจิตใจตามช่วงเวลา และประสิทธิภาพในการลดความเสี่ยงทางสุขภาพจิตที่พบว่าระดับความเข้มแข็งทางจิตใจของกลุ่มทดลองไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุมในระยะหลังจบโปรแกรมทันที แต่กลับเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญในระยะติดตามผล

1 และ 2 เดือนนั้น สอดคล้องกับปรากฏการณ์ผลลัพธ์ที่ค่อย ๆ ปรากฏ (sleeper effect) ซึ่งพบได้บ่อยในการศึกษาด้านการปรับตัวเชิงจิตวิทยาและโปรแกรมฝึกสติทั่วโลก [20,24] ที่ชี้ให้เห็นว่า ความเข้มแข็งทางจิตใจต้องอาศัยการนำเทคนิคไปใช้ในการเผชิญกับสถานการณ์จริงในชีวิตประจำวัน อย่างไรก็ตาม การศึกษาในเยาวชนทั่วไปมักพบว่า กลุ่มควบคุมจะมีระดับคะแนนที่ค่อนข้างคงที่ [24] แต่ในการศึกษานี้ กลุ่มควบคุมกลับมีคะแนนที่ผันผวนและไม่สม่ำเสมอมาก สะท้อนถึงสภาวะความเครียดสะสมและการอ่อนล้า ซึ่งอาจจะเกิดจากการสถานการณ์ที่กลุ่มอาสาสมัครต้องเผชิญแต่ไม่มีทักษะการจัดการอารมณ์ที่เพียงพอ [22, 23] นอกจากนี้ ค่า RR ที่ลดลงเหลือเพียง 0.42 ในเดือนที่ 2 ยังแสดงถึงประสิทธิภาพที่สูงกว่าค่าเฉลี่ยของโปรแกรมสุขภาพจิตในโรงเรียนส่วนใหญ่ที่มักให้ผลในระดับปานกลางเท่านั้น การค้นพบนี้จึงเป็นการเติมเต็มช่องว่างทางความรู้ที่สำคัญ โดยเฉพาะในกลุ่มเยาวชนช่วงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น อายุ 18-24 ปี ซึ่งเป็นวัยที่มีภาระหน้าที่รับผิดชอบทางสังคมซับซ้อนกว่าวัยรุ่นตอนต้น [31] จะเห็นได้ว่า โปรแกรม “ฉันทำได้” ได้พิสูจน์ให้เห็นว่า การบูรณาการระหว่างการฝึกสติและความเข้มแข็งทางจิตใจทำหน้าที่เป็นเครื่องมือที่สามารถพัฒนาต่อยอดได้ด้วยตนเอง นำไปสู่การสร้างภูมิคุ้มกันทางใจที่มีประสิทธิภาพ ถือเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีความแข็งแกร่งและสอดคล้องกับแนวทางการสร้างเสริมสุขภาพจิต [20, 24]

ส่วนผลของโปรแกรม “ฉันทำได้” ต่อผลลัพธ์รองแรกคือ ระดับสติ จากการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนสติระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบข้อค้นพบที่สำคัญคือ กลุ่มทดลองมีระดับคะแนนสติสูงกว่ากลุ่มควบคุมในทุกระยะที่ติดตามผล โดยมีค่า RR ที่ต่ำมาก (0.01 - 0.04) สะท้อนให้เห็นว่า โปรแกรมนี้เป็นปัจจัยปกป้องที่มีประสิทธิภาพในการรักษาระดับสติให้คงอยู่ และพัฒนาเพิ่มขึ้น แม้ว่าในระหว่างการติดตามผล ค่าเฉลี่ยคะแนนสติในทั้งสองกลุ่มจะมีความไม่สม่ำเสมออยู่บ้าง ซึ่งอาจเกิดจากปัจจัยภายนอกที่มากกระทบหรือบริบทการใช้ชีวิตประจำวันของอาสาสมัคร แต่เมื่อพิจารณาในภาพรวมของค่า RR และช่วงความเชื่อมั่น (95% CI) ที่แคบ จะเห็นว่า กลุ่มทดลองยังคงรักษาระดับสติที่สูงกว่ากลุ่มควบคุม ผลลัพธ์นี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรม “ฉันทำได้” ไม่ได้สร้างผลกระทบเพียงแค่ชั่วคราว แต่มีการสร้างความเชื่อมั่นในอำนาจภายในตนเอง ทำให้อาสาสมัครสามารถนำทักษะสติไปประยุกต์ใช้ได้ต่อเนื่อง แม้จะสิ้นสุดการทดลองไปแล้ว 2 เดือน ช่วงความเชื่อมั่นไม่ครอบคลุมค่า 1.00 ในทุกระยะที่ติดตามผล แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมนี้มีประสิทธิผลที่เชื่อถือได้สูง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Grotberg [9] ที่ชี้ให้เห็นว่า

การเสริมสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจต้องอาศัยการมีสติที่เป็นทักษะการรู้เท่าทันอารมณ์และตั้งใจ นอกจากนี้ มีความสอดคล้องกับการศึกษาของ Clough และ Strycharczyk [28] ที่ยืนยันว่า การฝึกสติช่วยเพิ่มทักษะการควบคุมอารมณ์ และคุณภาพชีวิตในระยะยาว รวมทั้งสอดคล้องกับโปรแกรมเจริญสติตระหนักรู้ความคิดของ Kenbubpha และคณะ [12] ที่เน้นการฝึกเจริญสติอย่างเป็นระบบ ส่งผลให้มีการตระหนักรู้ในความคิดของตนเองมากขึ้น และการกำกับความคิดของตนเองได้อย่างเป็นระบบ ซึ่งทำหยาความสามารถขึ้นเรื่อยๆ โดยต้องดูแลองค์รวมทั้งกาย ใจ และสังคมไปพร้อมกัน [31] โปรแกรม “ฉันทำได้” ในเชิงคลินิกยังทำหน้าที่เป็นเกราะป้องกันภายใน ช่วยรักษาความมั่นคงทางอารมณ์ และสติสัมปชัญญะของวัยรุ่นภายใต้สภาวะกดดัน สอดคล้องกับแนวทางสุขภาพจิตสมัยใหม่ที่บูรณาการทุนทางจิตวิทยาภายในกับการสนับสนุนจากภายนอกเพื่อการรับมือกับปัญหาได้ดี [24] ส่วนผลของโปรแกรม “ฉันทำได้” ต่อผลลัพธ์รองที่สอง คือ คุณภาพชีวิต ที่ประเมินด้วย EQ-5D-5L และ VAS พบว่า โปรแกรม “ฉันทำได้” ส่งผลให้กลุ่มทดลองมีคุณภาพชีวิต และสภาวะสุขภาพโดยรวมสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหลังสิ้นสุดการทดลอง 2 เดือน ซึ่งสะท้อนถึงประสิทธิผลของชุดกิจกรรมทั้ง 6 ประการที่วางรากฐานตั้งแต่การสร้างความรู้ความตระหนักรู้และการยอมรับตามแนวคิดจิตวิทยาเชิงลึก ช่วยให้บุคคลสามารถจัดการความขัดแย้งในใจและค้นหาความหมายของชีวิตได้อย่างเป็นรูปธรรม [32] ซึ่งตรงกับหลักการเน้นความเข้มแข็งทางจิตใจตามหลักจิตวิทยาเพื่อรับมือกับวิกฤต ทำให้มีการพัฒนาคุณภาพชีวิต [33] ความโดดเด่นของโปรแกรมนี้อีกคือ การเปลี่ยนผ่านพลังภายในสู่การลงมือทำ โดยอาศัยหลักการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจ เมื่ออาสาสมัครมีสติที่มั่นคงและรับรู้ถึงคุณค่าในตนเอง ช่วยยกระดับคุณภาพชีวิตทั้งในมิติส่วนตัวและสังคมให้ดีขึ้น [34] ที่สำคัญการศึกษานี้ยังช่วยเปิดมุมมองใหม่ในบริบทของอาสาสมัครที่ปกติมักจะพบภาวะความเครียดสะสมจากการช่วยเหลือผู้อื่นจนส่งผลลบต่อคุณภาพชีวิต เป็นการปรับเปลี่ยนมุมมองจากความรู้สึกแบกรับภาระงานให้กลายเป็นความภาคภูมิใจ ส่งผลให้อาสาสมัครมีสภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น และพร้อมปฏิบัติหน้าที่ ซึ่งถือเป็นหัวใจสำคัญของการพัฒนาคุณภาพชีวิตในกลุ่มผู้ให้การสนับสนุนเพื่อนอย่างแท้จริง [5,10] สอดคล้องกับการศึกษาของ Goldberg และคณะ [35] ที่พบว่าการฝึกสติช่วยให้บุคคลสามารถสังเกต และควบคุมอารมณ์ได้ดี จะทำให้คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ในขณะที่ Smith และคณะ [36] ระบุว่า การเสริมความเชื่อที่ว่า ตัวเราเองเป็นผู้กำหนดชีวิต และการรู้เท่าทันความคิดของตนเองช่วยยกระดับความสามารถ

ในการฟื้นตัวจากปัญหาชีวิต ส่วนการยอมรับและคุณค่าในชีวิตได้รับการยืนยันโดย Vancuvers และคณะ [37] ว่า การยอมรับและทำกิจกรรมตามคุณค่าชีวิตส่งผลต่อคุณภาพชีวิตและแรงจูงใจ กล่าวโดยสรุป โปรแกรม “ฉันทำได้” นี้ใช้สติเป็นรากฐานสำคัญ และใช้ความเข้มแข็งทางจิตใจเป็นแรงขับเคลื่อนให้กลับไปใช้ชีวิตอย่างมีคุณภาพ

อย่างไรก็ตาม การนำโปรแกรม “ฉันทำได้” ไปใช้จริงในโรงเรียน เผชิญข้อจำกัดสำคัญ 3 ด้าน คือ 1) สมรรถนะของที่ปรึกษาประจำศูนย์เพื่อนใจฯ ด้านการศึกษา และชี้แนะทางจิตวิทยาจากกิจกรรมที่เน้นสติและตระหนักรู้โลกของความคิดที่ซ่อนเร้น (กิจกรรม 1 และ 3) หากผู้ใช้ต้องการจำเป็นต้องมีการพัฒนาคู่มือการที่รับผิดชอบ [38] 2) ข้อจำกัดด้านเวลาในการจัดการกับใจตนเอง และการยอมรับ (กิจกรรม 4 และ 5) เป็นทักษะที่ต้องใช้เวลาบ่มเพาะต่อเนื่อง ซึ่งมักขัดแย้งกับตารางเรียนที่อัดแน่น [39] และ 3) บริบทและวัฒนธรรมองค์กร โรงเรียนที่เน้นผลสัมฤทธิ์ทางวิชาการ อาจมองว่าการพัฒนาจิตใจเป็นเรื่องรอง ทำให้นักเรียนไม่กล้าเปิดใจต่อการกำหนดเป้าหมายการเดินทางของชีวิต หรือสะท้อนตัวตนให้เกิดคุณค่า (กิจกรรม 2 และ 6) ซึ่งการขาดการสนับสนุนจากนโยบายและผู้บริหาร เป็นอุปสรรคสำคัญ การก้าวข้ามข้อจำกัดเหล่านี้จึงต้องอาศัยการบูรณาการเข้ากับวิชาการหลัก และการพัฒนาสมรรถนะบุคลากรที่เกี่ยวข้องอย่างเป็นระบบ [40, 41]

สรุป

การศึกษานี้พิสูจน์ให้เห็นถึงประสิทธิผลของโปรแกรม “ฉันทำได้” ในการพัฒนาศักยภาพทางจิตใจของแกนนำอาสาสมัครอย่างเป็นรูปธรรม โดยผลการทดสอบพบว่า กลุ่มทดลองมีความเข้มแข็งทางจิตใจเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง และโดดเด่นกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งในระยะติดตามผล 1 และ 2 เดือน ซึ่งค่าความเสี่ยงสัมพัทธ์ที่ลดลงอย่างชัดเจนในช่วงท้ายของการทดลอง ซึ่งยืนยันว่า โปรแกรมนี้ทำหน้าที่เป็นเกราะป้องกันทางจิตใจที่มีประสิทธิภาพสูง ทั้งนี้โปรแกรม “ฉันทำได้” ยังส่งผลบวกต่อระดับสติของอาสาสมัครสามารถรักษาระดับตระหนักรู้ความคิดในตนเอง และการจัดการอารมณ์ได้เป็นอย่างดีในทุกช่วงเวลาของการติดตามผล ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตและสภาวะสุขภาพโดยรวมที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญในช่วงสองเดือนหลังจบโปรแกรม แสดงให้เห็นว่า โปรแกรม “ฉันทำได้” สามารถยกระดับทั้งสติและความเข้มแข็งทางจิตใจ ส่งผลโดยตรงต่อการเพิ่มคุณภาพชีวิตของเยาวชนอาสาสมัคร ช่วยให้พวกเขามีความพร้อม และภูมิคุ้มกันในการเผชิญหน้ากับสภาวะกดดันจากการ

ปฏิบัติงานได้เป็นอย่างดี ผลลัพธ์นี้เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์สำคัญสำหรับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น กรมสุขภาพจิต หรือมูลนิธิ TO BE NUMBER ONE ในการบรรจุเป็นหลักสูตรมาตรฐานสำหรับการเตรียมความพร้อมก่อนปฏิบัติงานของแกนนำอาสาสมัคร และเป็นทักษะพื้นฐานเพื่อป้องกันภาวะหมดไฟ ความเครียด จะช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคจิตเวชในอนาคต ซึ่งคุ้มค่ากว่าการแก้ไขที่ปลายเหตุในเชิงเศรษฐศาสตร์สุขภาพ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ หม่อมหลวงยุพดี ศิริวรรณ ที่ปรึกษาโครงการ TO BE NUMBER ONE นพ.กิตติศักดิ์ อักษรวงศ์ อธิบดีกรมสุขภาพจิต และ นพ.จุมภฏ พรมสีดา รองอธิบดีกรมสุขภาพจิต ที่กรุณาสับสนุนการวิจัย ขอขอบคุณ นพ.วชิระ เพ็งจันทร์ และ ดร.เกษราภรณ์ เคนบุปผา ที่ให้คำปรึกษาและพัฒนาโปรแกรมจนสำเร็จตามเป้าหมาย ตลอดจนผู้ทรงคุณวุฒิ สถาบันการศึกษา และอาสาสมัครทุกท่านที่มีส่วนช่วยให้งานวิจัยชิ้นนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

การขัดกันแห่งผลประโยชน์

ผู้วิจัยขอประกาศว่าไม่มี

เอกสารอ้างอิง

- World Health Organization. Adolescent health [Internet]. 2020 [cited 2024 Sep 23]. Available from: www.who.int.
- Suppiej A, Longo I, Pettoello-Mantovani M. The pivotal role of mental health in child and adolescent development. *Glob Pediatr* 2025;13:100277. doi:10.1016/j.gped.2025.100277.
- Bualek N, Phuangcharoen P, Rujirachakorn S. Evaluation of the TO BE NUMBER ONE Friend Corner Operations for the year 2024 (2024 annual performance report). Nonthaburi: TO BE NUMBER ONE Project Office, Department of Mental Health; 2024.
- Department of Mental Health. Report on the mental health situation of Thai adolescents and youth, 2023. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2023.
- Department of Mental Health. Development of the resilience quotient (RQ) manual for teens (revised edition). Bangkok: Beyond Publishing; 2021 [cited Jan 8, 2026]. Available from: https://library.dmh.go.th/dmh/_fulltext/fulltext/14425/20200427110950_2297.pdf.
- Bualek N, Charatsingha A, Malakul M. Factors associated with psychological resilience among TO BE NUMBER ONE volunteer leaders. *Journal of Mental Health of Thailand* 2022;30(2):112-25.
- Zhang JY, Ji XZ, Meng LN, Cai YJ. Effects of modified mindfulness-based stress reduction (MBSR) on the psychological health of adolescents with subthreshold depression: a randomized controlled trial. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2019;15:2695-704. doi:10.2147/NDT.S216401.
- Dunning DL, Griffiths K, Kuyken W, Crane C, Foulkes L, Parker J, et al. Research review: the effects of mindfulness-based interventions on cognition and mental health in children and adolescents—a meta-analysis of randomized controlled trials. *J Child Psychol Psychiatry* 2019;60(3):244-58. doi:10.1111/jcpp.12980.
- Grotberg EH. A Guide to promoting resilience in children: strengthening the human spirit. Early childhood development practice and reflections no. 8. The Netherlands: Bernard van Leer Foundation; 1995.
- Kabat-Zinn J. Full catastrophe living. Revised ed. New York: Bantam Books; 2013.
- Kabat-Zinn J. Some reflections on the origins of MBSR, skillful means, and the trouble with maps. In: Williams JMG, Kabat-Zinn J, editors. *Mindfulness: diverse perspectives on its meaning, origins and applications*. London: Routledge; 2013:281-306.
- Kenbubpha K, Pianthong K, Sagaunrum K, Sukhawaha S, Thongbenjamas S, Hasook P. Development and testing the content validity of the program of mindfulness-based cognitive therapy for depressive disorder. Poster presented at 20th World Congress of Psychiatry Virtual Congress; 2021 Mar 10-13.

13. Department of Mental Health. Operational manual for TO BE NUMBER ONE campaign to prevent and solve narcotic problems under the Patronage of HRH Princess Ubolratana Rajakanya Sirivadhana Barnavadi (revised edition 2017). [n.p.]: Department of Mental Health; 2017.
14. Narkvaree K, Nintachan P, Sang-on S. The effect of a life skills enhancement program on early adolescent students. *J Psychiatr Nurs Ment Health* 2015;29(2):46-63. doi:10.14456/jpnmh.2015.11.
15. Jiravatkul A. Health sciences statistics for research. Bangkok: Withayaphat; 2009.
16. Bualek N, Leejongpermpoon J, Saima-in H, Kenbuppa K, Sukawaha S, Joomprabut W, et al. The development and evaluation of “I can” program for TO BE NUMBER ONE Friend Corner Center volunteer leaders: preliminary test results. [Unpublished manuscript]. 2025.
17. Dechkong T, Kunatiwat P, Tipchoti T, Wuttihihan P. Validity and reliability of the 3-item resilience quotient. *J Ment Health Thai* 2023;31(1):1-16.
18. Silpakit O. The invention of the mindfulness assessment scale. *J Ment Health Thai* 2015;23(2): 72-90.
19. Pattanaphesaj J, Thavorncharoensap M. EQ-5D-5L quality of life assessment tool: testing of measurement properties and utility weights in the Thai population [Internet]. 2011 [cited Jan 8, 2026]. Available from: <http://www.hitap.net/>
20. World Health Organization. Mental health of adolescents. Geneva: WHO; 2021.
21. Skovholt TM, Trotter-Mathison M. The resilient practitioner: burnout and compassion fatigue prevention. 3rd ed. New York: Routledge; 2016.
22. Blaauw E, Sheridan L. Secondary traumatic stress in school counselors. *J Sch Couns* 2021;19(5):1-25.
23. Arnett JJ. Emerging adulthood: the winding road from the late teens through the twenties. 3rd ed. New York: Oxford University Press; 2024.
24. Zhang M, Yang R, Wang W, Que J, Hu X, Fan Y, et al. Associations between resilience and symptoms of depression and anxiety among adolescents: examining the moderating effects of family environment. *Journal of Affective Disorders* 2023; 340:622-32. doi:10.1016/j.jad.2023.08.067.
25. Chayakakul K. Effects of the mental health resilience enhancement program on student nurses at Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Ratchasima. *J Boromarajonani Coll Nurs Nakhon Ratchasima* 2018;24(2):96-107.
26. Ahmad H. Effects of a resilience enhancement program for adolescents experiencing the loss of a loved one due to the unrest in the southern border provinces [Master’s thesis]. Bangkok: Srinakharinwirot University; 2021 [cited Jan 8, 2026]. Available from: <http://ir-ithesis.swu.ac.th/dspace/bitstream/123456789/1638/1/g5621110140.pdf>
27. Ruthathip N, Rujirachakorn S. The study of the effectiveness of a mental resilience development program for adolescents using the resilience quotient manual for teens. *Sakon Nakhon Hosp J* 2022;25(2):54-62.
28. Clough P, Strycharczyk D, Perry J. Developing mental toughness: strategies to improve performance, resilience and wellbeing in individuals and organizations. 3rd ed. London: Kogan Page; 2021.
29. Gucciardi DF. Mental toughness: progress and prospects. *Curr Opin Psychol* 2017;16:17-23. doi: 10.1016/j.copsyc.2017.03.010.
30. Smith AB, Jones CD, Williams EF. Effects of mental toughness training interventions: a meta-analysis. *Int J Sport Psychol* 2019;50(3):234-248. doi:10.7352/IJSP.2019.50.234.
31. Diamond A, Ling DS. Review of evidence-based strategies for improving executive function in children. *Early Child Res Q* 2020;50:10-27. doi:10.1016/j.ecresq.2019.01.009.

32. Shedler J. That was then, this is now: psychoanalytic psychotherapy for the rest of us. *World Psychiatry* 2022;21(1):41-51. doi:10.1002/wps.20930.
33. Hayes SC. Acceptance and commitment therapy: it’s about the process. *Monitor Psychol* [Internet]. 2019 Feb [cited May 20, 2024];50(2):56-62. Available from: apa.org.
34. World Health Organization. WHOQOL: measuring quality of life [Internet]. [cited May 22, 2024]. Available from: www.who.int.
35. Goldberg SB, Riordan KM, Sun S, Davidson RJ. Mindfulness-based interventions for mental health: a meta-analysis of treatment outcomes. *Psychiatry Res* 2022;310:114456. doi:10.1016/j.psychres.2022.114456.
36. Smith BW, Epstein EM, Ortiz JA, Christopher PJ, Tooley EM. The role of internal locus of control and metacognition in resilience: a longitudinal study. *J Happiness Stud* 2017;18(5):1317-33. doi:10.1007/s10902-016-9773-y.
37. Vancuvers AJ, Thompson R, Davis L. Acceptance and commitment therapy: impact of value-based activities on quality of life and motivation. *J Contextual Behav Sci* 2019;12:210-8. doi:10.1016/j.jcbs.2018.12.002.
38. Taylor RD, Oberle E, Durlak JA, Weissberg RP. Promoting positive youth development through school-based social and emotional learning interventions: a meta-analysis of follow-up effects. *Child Dev* 2017;88(4):1156-71. doi:10.1111/cdev.12864.
39. Vostanis P, Humphrey N, Fitzgerald-Yau N. Barriers and facilitators for the implementation of preventative mental health interventions among secondary schools in high-income countries: a systematic review. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2025;34(6):1007-22. doi:10.1007/s00787-025-02796-5.
40. Forman SG, Crystal CD. Evidence-based interventions in schools: framework for implementation. In: Kelly B, Vostanis P, editors. *Handbook of evidence-based interventions for children and adolescents*. 2nd ed. New York: Springer; 2022:15-32.
41. Cipriano C, Strambler MJ, Naples LH, Ha C, Kirk MA, Wood ME, et al. The state of evidence for social and emotional learning: a contemporary meta-analysis of universal school-based SEL interventions. *Child Dev* 2023;94(5):1181-204. doi:10.1111/cdev.13915.