ผลของโปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจต่อความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงสารเสพติดของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น ในอำเภอบ่อพลอย จังหวัดกาญจนบุรี

วันที่รับ: 24 กุมภาพันธ์ 2569
วันที่แก้ไข: 16 เมษายน 2569
วันที่ตอบรับ: 29 เมษายน 2569

พิมพ์นภัส โภคา[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง เพื่อศึกษาในกลุ่มเยาวชน สถานการณ์การใช้สารเสพติดในกลุ่มดังกล่าวมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น การพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจจึงมีความสำคัญ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงสารเสพติด ก่อนและหลังการใช้โปรแกรม กลุ่มตัวอย่าง เป็นนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น ในอำเภอบ่อพลอย โดยเลือกแบบเฉพาะเจาะจงโรงเรียนแห่งหนึ่ง ตามคุณสมบัติที่กำหนด จำนวน 40 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ แบบสอบถามพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงสารเสพติด เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง โปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจพัฒนาขึ้นตามแนวคิดความเข้มแข็งทางใจ โดยเน้นองค์ประกอบ I Have, I Am และ I Can ร่วมกับกิจกรรมส่งเสริมการตระหนักรู้ตนเอง การเผชิญปัญหา การปฏิเสธแรงกดดัน และการเสริมพลังใจ ทั้งหมด 8 ครั้ง ครั้งละ 120-150 นาที เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ ระหว่างเดือน พฤศจิกายน-ธันวาคม 2568 โดยประเมินความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงสารเสพติดก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนา และ paired t-test

ผลการศึกษาพบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรม คะแนนเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพสูงกว่าก่อนเข้าร่วม จาก 93.67 เป็น 105.85 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -4.85$, $p < .001$) และเช่นเดียวกันพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงสารเสพติดคะแนนเพิ่มขึ้นจาก 59.77 เป็น 72.50 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -5.82$, $p < .001$) จึงเห็นได้ว่า โปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจสามารถส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงสารเสพติดในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นได้

คำสำคัญ: ความเข้มแข็งทางใจ, ความเชื่อด้านสุขภาพ, พฤติกรรมการหลีกเลี่ยงสารเสพติด, นักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น, การป้องกันสารเสพติด

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลบ่อพลอย จังหวัดกาญจนบุรี
Corresponding author; Email: phocapim@gmail.com

The Effects of a Resilience Enhancement Program on Health Beliefs and Substance Avoidance Behaviors among Lowe Secondary School Students in Bo Phloi District, Kanchanaburi Province

Received: 24 February 2026
Revised: 16 April 2026
Accepted: 29 April 2026

Pimnaphas Phoca[1]

Abstract

This quasi-experimental one-group pretest–posttest study was conducted to address the increasing trend of substance use among adolescents and to evaluate the effectiveness of a resilience enhancement program. The study aimed to compare health beliefs and substance use avoidance behaviors before and after participation in the program. The participants were 40 lower secondary school students in Bo Phloi District selected through purposive sampling from one school based on predetermined eligibility criteria. Data collection instruments included a demographic questionnaire, a health belief questionnaire, and a substance use avoidance behavior questionnaire. The intervention was a resilience enhancement program developed based on resilience theory, incorporating the core components of I Have, I Am, and I Can, together with activities designed to enhance self-awareness, coping skills, resistance to peer pressure, and psychological empowerment. The program was implemented over eight weeks, consisting of eight sessions lasting 120–150 minutes each, from November to December 2025. Health beliefs and substance use avoidance behaviors were assessed before and after the intervention. Data were analyzed using descriptive statistics and paired-samples t-test.

The results revealed that after participating in the program, the mean score of health beliefs significantly increased from 93.67 to 105.85 ($t = -4.85$, $p < .001$). Similarly, substance avoidance behavior scores significantly increased from 59.77 to 72.50 ($t = -5.82$, $p < .001$). These findings indicate that the resilience enhancement program effectively improved both health beliefs and substance avoidance behaviors among lower secondary school students.

Keywords: resilience, health beliefs, substance avoidance behavior, lower secondary school students, substance abuse prevention

[1] Professional Nurse, Bo Phloi Hospital, Kanchanaburi Province

บทนำ

ปัญหายาเสพติดเป็นประเด็นสาธารณสุขระดับโลกที่มีแนวโน้มทวีความรุนแรงและซับซ้อนมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง รายงาน World Drug Report 2023 ของสำนักงานว่าด้วยยาเสพติดและอาชญากรรมแห่งสหประชาชาติ[1] ระบุว่า ในปี ค.ศ. 2021 จำนวนผู้ใช้สารเสพติดทั่วโลกในช่วงอายุ 15–64 ปี เพิ่มขึ้นร้อยละ 23 เมื่อเทียบกับปี ค.ศ. 2011 โดยกัญชาเป็นสารเสพติดที่มีการใช้มากที่สุดทั่วโลก สถานการณ์ดังกล่าวสะท้อนถึงความจำเป็นเร่งด่วนในการพัฒนามาตรการป้องกันที่มีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะในกลุ่มเด็กและเยาวชนซึ่งเป็นวัยที่มีความเปราะบางต่อการเริ่มใช้สารเสพติด ข้อมูลจากกระทรวงสาธารณสุข ระบุว่า ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 สารเสพติดที่แพร่ระบาดมากที่สุด ได้แก่ ยาบ้า รองลงมาคือ เฮโรอีน กัญชา และเมทแอมเฟตามีนชนิดไอซ์ โดยผู้เข้ารับการบำบัดรักษาส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 12–24 ปี[2] สอดคล้องกับข้อมูลของกรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชนที่รายงานว่า ความผิดเกี่ยวกับพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษเป็นฐานความผิดอันดับแรกของเยาวชนที่เข้าสู่กระบวนการยุติธรรมในช่วงปีงบประมาณ พ.ศ. 2560–2566[3] และจากข้อมูลระบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของประเทศ จังหวัดกาญจนบุรีมีผู้เข้ารับบำบัดที่เป็นเยาวชน ปี 2566-2567 ร้อยละ 5.4, 6.78 ตามลำดับ โรงพยาบาลบ่อพลอยมีผู้เข้ารับการบำบัดที่เป็นเยาวชน ร้อยละ 16.92 ในปี 2566 และในปี 2567 สูงมากขึ้นเป็นร้อยละ 24.56

วัยรุ่นเป็นช่วงที่สมองส่วนหน้า (prefrontal cortex) ซึ่งทำหน้าที่เกี่ยวกับการยับยั้งชั่งใจ การตัดสินใจ และการควบคุมตนเอง ยังอยู่ระหว่างการพัฒนา การใช้สารเสพติดในช่วงวัยนี้อาจส่งผลกระทบต่อโครงสร้างและการทำงานของสมอง รวมถึงสมองส่วนฮิปโปแคมปัส (hippocampus) ที่เกี่ยวข้องกับความจำและระบบลิมบิก (limbic system) ที่ควบคุมอารมณ์ ทำให้เกิดปัญหา ด้านสมาธิ ความจำ การควบคุมอารมณ์ และพฤติกรรมก้าวร้าว[1] นอกจากนี้ ปัจจัยด้านจิตสังคม เช่น อิทธิพลของเพื่อน ความอยากรู้อยากลองความเครียด และการขาดทักษะการตัดสินใจ ล้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ส่งเสริมการใช้สารเสพติดในวัยรุ่น แม้วัยรุ่นจะได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโทษของสารเสพติด แต่หากขาดทักษะในการเผชิญปัญหาและการปฏิเสธแรงกดดันจากเพื่อน ก็อาจยังมีโอกาสเข้าสู่พฤติกรรมเสี่ยงได้

แนวคิดความเข้มแข็งทางใจ (Resilience) ของ Grotberg องค์ประกอบคือ I Have ช่วยให้วัยรุ่นรับรู้ว่าตนมีครอบครัวและบุคคลที่พร้อมสนับสนุน I Am ช่วยให้เห็นคุณค่าในตนเอง และ I Can ช่วยให้มีทักษะในการแก้ปัญหาและปฏิเสธสารเสพติด เป็นปัจจัยปกป้อง (protective factor) ที่สำคัญต่อการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงในวัยรุ่นและฟื้นตัวจากความเครียดหรือสถานการณ์คุกคามได้อย่างมีประสิทธิภาพ[4] ซึ่งเป็นองค์ประกอบที่สามารถพัฒนาได้ผ่านกระบวนการเรียนรู้และกิจกรรมกลุ่ม

กรอบแนวคิด Health Belief Model (HBM)[5] ที่อธิบายกลไกการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพผ่านการรับรู้ความเสี่ยง (perceived susceptibility) การรับรู้ความรุนแรง (perceived severity) การรับรู้ประโยชน์ (perceived benefits) การรับรู้อุปสรรค (perceived barriers) แรงจูงใจ การปฏิบัติ (Cues to action) การบูรณาการแนวคิดความเข้มแข็งทางใจร่วมกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ จึงอาจช่วยส่งเสริมทั้งปัจจัย

ภายในและการรับรู้ที่นำไปสู่พฤติกรรมหลีกเลี่ยงสารเสพติดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

งานวิจัยส่วนใหญ่พบว่าโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนต่อความเข้มแข็งทางใจเพื่อป้องกันสารเสพติดในวัยรุ่นตอนต้น[6] ความสามารถในการควบคุมตนเองและความเข้มแข็งทางใจ Wills และ Choi[7] ช่วยลดพฤติกรรมเสี่ยงได้ รวมทั้งโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันนักสูบบุหรี่หน้าใหม่[8] สามารถช่วยเพิ่มความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันได้ดีขึ้น แม้ว่าจะมีการศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรมป้องกันสารเสพติดในวัยรุ่นจำนวนมาก แต่ส่วนใหญ่ยังมุ่งเน้นการให้ความรู้หรือการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพเพียงอย่างเดียว และยังขาดการบูรณาการแนวคิดด้านความเข้มแข็งทางใจร่วมกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพอย่างเป็นระบบ โดยเฉพาะในบริบทของนักเรียนมัธยมตอนต้นในพื้นที่ชนบทหรือกึ่งชนบทของประเทศไทย

ดังนั้น จึงยังมีช่องว่างขององค์ความรู้ (research gap) ในการพัฒนาโปรแกรมที่บูรณาการทั้งแนวคิดความเข้มแข็งทางใจ (Resilience) และแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงสารเสพติดในกลุ่มเยาวชนไทย ผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจโดยบูรณาการแนวคิด I Have, I Am และ I Can ร่วมกับ Health Belief Model เพื่อศึกษาผลต่อความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงสารเสพติดของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น ในอำเภอบ่อพลอย จังหวัดกาญจนบุรี

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการหลีกเลี่ยงสารเสพติดของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น อำเภอบ่อพลอย จังหวัดกาญจนบุรี ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ

2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงสารเสพติดของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น อำเภอบ่อพลอย จังหวัดกาญจนบุรี ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ

สมมติฐานการวิจัย

1. ภายหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ นักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นมีคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการหลีกเลี่ยงสารเสพติดสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

2. ภายหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ นักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นมีคะแนนพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงสารเสพติดสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบกลุ่มเดียวโดยวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (one-group pre-posttest design)

ประชากร คือ นักเรียนที่กำลังศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ในเขตอำเภอบ่อพลอย จังหวัดกาญจนบุรี จำนวน 10 แห่ง รวมทั้งหมด 1,217 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ นักเรียนที่กำลังศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนในเขตอำเภอบ่อพลอย จังหวัดกาญจนบุรี โดยเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) จากโรงเรียนแห่งหนึ่งที่อยู่ในเขตที่มีการระบาดของยาเสพติดมากที่สุด ในตำบลบ่อพลอย เลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด แล้วจึงสุ่มนักเรียนภายในโรงเรียนด้วย simple random sampling โดยคำนวณตัวอย่างจากโปรแกรม G* Power version 3.1.9.2 ทดสอบตระกูล t-test โดยอ้างอิงข้อมูลจากงานวิจัยของจิรภัทร พุ่มฉายา[9] ขนาดอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ 0.48 สัมประสิทธิ์แอลฟ่า (α) เท่ากับ 0.05 อำนาจการทดสอบ เท่ากับ 0.8 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 37 คน แต่เพื่อป้องกันความเสี่ยงจากการสูญหายระหว่างเก็บข้อมูลเพิ่มกลุ่มตัวอย่างเป็นทั้งหมด 40 คน

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)

1. เป็นนักเรียนที่กำลังศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น (ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1–3) ของโรงเรียนที่เข้าร่วมการวิจัย

2. มีอายุระหว่าง 12–15 ปี

3. สามารถอ่าน เขียน และสื่อสารภาษาไทยได้

4. ไม่เคยมีประวัติการใช้สารเสพติดหรืออยู่ระหว่างการบำบัดรักษาปัญหาสารเสพติดตามการรายงานของตนเองและข้อมูลจากครูหรือผู้ปกครอง

5. มีสภาพร่างกายและจิตใจที่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มได้ตลอดระยะเวลาการวิจัย เช่น ไม่มีอาการเจ็บป่วยเฉียบพลัน ไม่มีภาวะทางจิตหรือพฤติกรรมที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมกิจกรรม

6. สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย และได้รับความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรจากผู้ปกครอง

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria

1. ขาดเข้าร่วมกิจกรรมตั้งแต่ 2 ครั้งขึ้นไป หรือเข้าร่วมโปรแกรมไม่ครบตามระยะเวลาที่กำหนด

2. ถอนตัวจากการวิจัยระหว่างดำเนินการ

3. มีปัญหาด้านการเรียนรู้ การสื่อสาร หรือพัฒนาการที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์หรือครูแนะแนว และอาจส่งผลต่อความสามารถในการตอบแบบสอบถามหรือเข้าร่วมกิจกรรม

4. มีภาวะเจ็บป่วยหรือเหตุการณ์ที่ทำให้ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ต่อเนื่องตลอดการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง มีรายละเอียดดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยสร้างขึ้น จำนวน 6 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพครอบครัว การใช้สารเสพติดของสมาชิกในครอบครัว ความสัมพันธ์ในครอบครัว และการมีเพื่อนสนิท ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ

2. แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับสารเสพติด ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker (1974) และดัดแปลงจากงานวิจัยของ ธีระวุฒิ ประดิษฐ์แท่น และคณะ[10] ที่เกี่ยวข้อง จำนวน 25 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงบวก (Positive content) แบ่งเป็น 5 ด้าน ได้แก่

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการใช้สารเสพติด 5 ข้อ

2. การรับรู้ความรุนแรงของผลกระทบจากสารเสพติด 5 ข้อ

3. การรับรู้ประโยชน์ของการหลีกเลี่ยงสารเสพติด 5 ข้อ

4. การรับรู้อุปสรรคต่อการหลีกเลี่ยงสารเสพติด 5 ข้อ

5. แรงจูงใจด้านสุขภาพ 5 ข้อ

ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ 1 = ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ถึง 5 = เห็นด้วยอย่างยิ่ง คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 25–125 คะแนน โดยคะแนนสูง หมายถึง มีความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการหลีกเลี่ยงสารเสพติดในระดับสูง

โดยแบ่งระดับความเชื่อด้านสุขภาพเป็น 3 ระดับ

คะแนน 25–62 → ระดับความเชื่อด้านสุขภาพต่ำ

คะแนน 63–92 → ระดับความเชื่อด้านสุขภาพปานกลาง

คะแนน 93–125 → ระดับความเชื่อด้านสุขภาพสูง

3. แบบสอบถามพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงสารเสพติด ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและปรับปรุงตามงานวิจัยของ ฐิติวันต์ หงษ์กิตติยานนท์[11] และ ธีรวัฒน์ พงศ์ภาณุพัฒน์ และคณะ[12] ทั้งหมด 20 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงบวก (Positive content) ครอบคลุม 4 ด้าน ได้แก่

1. การปฏิเสธเมื่อถูกชักชวนให้ใช้สารเสพติด 5 ข้อ

2. การหลีกเลี่ยงสถานการณ์หรือกลุ่มเพื่อนที่เสี่ยง 5 ข้อ

3. การขอความช่วยเหลือจากครอบครัวหรือครู 5 ข้อ

4. การเลือกกิจกรรมที่สร้างสรรค์แทนการใช้สารเสพติด 5 ข้อ

ลักษณะการตอบเป็นมาตราส่วน 4 ระดับ ได้แก่ 4 = ปฏิบัติทุกครั้ง 3 = ปฏิบัติบ่อยครั้ง 2 = ปฏิบัติบางครั้ง 1 = ไม่ปฏิบัติเลย โดยแบ่งระดับพฤติกรรมหลีกเลี่ยงการใช้สารเสพติดเป็น 3 ระดับ

คะแนน 20–40 → พฤติกรรมหลีกเลี่ยงสารเสพติดต่ำ

คะแนน 41–60 → พฤติกรรมหลีกเลี่ยงสารเสพติดปานกลาง

คะแนน 61–80 → พฤติกรรมหลีกเลี่ยงสารเสพติดสูง

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิด Resilience ของ Grotberg (Grotberg, 1995 อ้างถึงใน จิรภัทร พุ่มฉายา[9] และประยุกต์กิจกรรมจากแนวทางของ นพ.ประเวช ตันติพิวัฒนสกุล แล้วนำเสนอให้จิตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 1 ท่าน ตรวจสอบความครอบคลุมประเด็นที่ต้องการศึกษา ความถูกต้องชัดเจน ความตรงเชิงเนื้อหา ซึ่งประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ I Am, I Have และ I Can ร่วมกับแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพ โดยจัดกิจกรรมจำนวน 8 ครั้ง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 120–150 นาที ดังนี้

Theoretical Mapping Table

ครั้งที่/กิจกรรม	ทฤษฎี/แนวคิดที่ใช้	Mechanism of Action	Outcome
1. ฉันคือใคร (ต้นไม้ชีวิต)	Resilience Theory / Self-awareness / HBM	ส่งเสริมการรู้จักตนเอง เห็นคุณค่าและปัจจัยเสี่ยงส่วนบุคคล	Perceived Susceptibility, Self-efficacy
2. โลกของฉันปลอดสารเสพติด	HBM / Experiential Learning	เพิ่มการตระหนักรู้ถึงผลกระทบและประโยชน์ของการหลีกเลี่ยงสารเสพติดผ่านการสะท้อนคิด	Perceived Severity, Perceived Benefits
3. ฉันกล้าปฏิเสธ	Social Cognitive / Resilience (I Can) / HBM	ฝึกทักษะการปฏิเสธและเพิ่มความมั่นใจในการเผชิญแรงกดดัน	Self-efficacy, Perceived Barriers, Drug Refusal Behavior
4. ฉันมีใคร	Resilience (I Have) / Social Support	ตระหนักถึงแหล่งสนับสนุนทางสังคมและแรงหนุนภายนอก	Cue to Action, Self-efficacy
5. ชีวิตฉันมีเป้าหมาย	Resilience Theory	สร้างแรงจูงใจภายในผ่านการกำหนดเป้าหมายชีวิต	Perceived Benefits, Self-efficacy
6. จดหมายถึงตัวฉันในอนาคต	Resilience / HBM	เชื่อมโยงตัวตนปัจจุบันกับอนาคตเพื่อเสริม commitment	Cue to Action, Perceived Severity, Perceived Benefits
7. ทบทวนผ่านสื่อออนไลน์	Multimedia Learning / HBM	ทบทวนความรู้และกระตุ้นการตอบสนองต่อสถานการณ์เสี่ยง	Cue to Action, Perceived Severity
8. สรุปผลและเสริมแรงทางบวก	Positive Reinforcement / Self-reflection	ตอกย้ำพฤติกรรมที่เหมาะสมและเสริมแรงจูงใจภายใน	Self-efficacy, Behavioral Intention

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือแบบสอบถาม

1. การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย จิตแพทย์ 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด 1 ท่าน และอาจารย์สาขาสาธารณสุข คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี 1 ท่านเชี่ยวชาญด้านจิตวิทยาชุมชน เพื่อตรวจสอบความครอบคลุม ความเหมาะสม และความสอดคล้องของข้อคำถามกับวัตถุประสงค์การวิจัย โดยประเมินค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of Item–Objective Congruence: IOC) ผลการตรวจสอบพบว่า แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับสารเสพติดมีค่า IOC เท่ากับ 0.92 ค่า IOC รายข้ออยู่ระหว่าง 0.67-1.00 และแบบสอบถามพฤติกรรม

การหลีกเลี่ยงสารเสพติด มีค่า IOC เท่ากับ 0.94 ค่า IOC รายข้ออยู่ระหว่าง 0.67-1.00 เช่นกัน ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ จากนั้นผู้วิจัยได้ปรับปรุงถ้อยคำและเนื้อหาของข้อคำถามตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

2. การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผ่านการปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้กับนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้นที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยจริง แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ผลการวิเคราะห์พบว่า แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับสารเสพติดมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.83 และแบบสอบถามพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงสารเสพติดมีค่าเท่ากับ 0.91 ส่วนแบบสอบถามทั้งฉบับมีค่าเท่ากับ 0.88

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี รหัสโครงการ EC.NO. 38/2568 ลงวันที่ 15 ตุลาคม 2568 ก่อนดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน ระยะเวลา ประโยชน์และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมการวิจัยให้แก่นักเรียนและผู้ปกครองทราบอย่างชัดเจน โดยนักเรียนที่เข้าร่วมการวิจัยต้องได้รับความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรจากผู้ปกครอง และแสดงความสมัครใจเข้าร่วมการวิจัยด้วยตนเอง ผู้เข้าร่วมการวิจัยมีสิทธิ์ปฏิเสธหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกเมื่อโดยไม่ส่งผลกระทบต่อการเรียน การได้รับการดูแล หรือความสัมพันธ์กับโรงเรียน ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะถูกเก็บเป็นความลับ โดยใช้รหัสแทนชื่อ และนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น ไม่มีการเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เข้าร่วมการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการในห้องกิจกรรมของโรงเรียนบ้านหนองเตียน ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเป็นคนเก็บข้อมูล การร่วมกิจกรรมและเก็บข้อมูลดำเนินการในห้องเรียนเดียวกัน พร้อมกันทั้งหมด ภายใต้สภาพแวดล้อมที่ควบคุมเหมือนกันทุกกลุ่ม

1. ระยะเตรียมการ

ผู้วิจัยดำเนินการขออนุญาตจากโรงเรียนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อดำเนินการวิจัยในโรงเรียนบ้านหนองเตียน อำเภอบ่อพลอย จังหวัดกาญจนบุรี จากนั้นคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 40 คน ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างและผู้ปกครองเพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน ระยะเวลา ประโยชน์และสิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัย รวมทั้งการรักษาความลับของข้อมูล โดยเปิดโอกาสให้ซักถามจนเข้าใจ ก่อนให้นักเรียนลงนามแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และให้ผู้ปกครองลงนามในหนังสือยินยอม

2. ระยะดำเนินการวิจัย

2.1 ระยะก่อนการทดลอง (Pretest)

ในสัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวิธีการตอบแบบสอบถามและใช้เวลาประมาณ 30-40 นาที ในการตอบแบบสอบถาม โดยใช้แบบสอบถามชุดเดียวกันกับที่ใช้หลังการทดลอง

2.2 ระยะทดลอง

ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินกิจกรรมหลักและมีผู้ช่วยวิจัย 1 คน ดำเนินการในห้องกิจกรรมของโรงเรียน โดยจัดกิจกรรมกลุ่ม กลุ่มละ 8–12 คน กิจกรรมดำเนินตามแผนเดียวกันทุกกลุ่ม โดยใช้

คู่มือโปรแกรมเดียวกันและมีบันทึกการเข้าร่วมกิจกรรมทุกครั้ง จำนวน 8 ครั้ง ครั้งละ 120–150 นาที สัปดาห์ละ 1 ครั้ง กิจกรรมแต่ละสัปดาห์ถูกออกแบบให้สอดคล้องกับองค์ประกอบของ Resilience และ HBM ตาม theoretical mapping ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรม รู้คุณค่าในตัวเอง รู้เท่าทันตนเอง โดยบรรยาย สาธิต ฝึกปฏิบัติ ใบงาน เขียนแผนผัง ต้นไม้ชีวิต ราก (พื้นฐาน) ลำต้น (จุดแข็ง) กิ่ง (ความฝัน) ใบ (ศัตรู/อุปสรรค) แลกเปลี่ยนสรุปเชื่อมโยง Perceived Susceptibility และ Perceived Self-Efficacy

สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรม การเผชิญปัญหาโลกของฉัน ปลอดสารเสพติด บรรยาย VDO แสดงผลกระทบของสารเสพติดของยาเสพติด ใบงาน เขียนบทความสั้น/จดหมายถึงเพื่อน เรื่องถ้าเพื่อนฉันติดยาแลกเปลี่ยนสรุปเชื่อมโยง Perceived Severity และ Perceived Benefits

สัปดาห์ที่ 3 กิจกรรม ฉันกล้าปฏิเสธ (กล้าเลือกชีวิตดี) บรรยาย VDO จำลองสถานการณ์และฝึกปฏิบัติ บทบาทสมมติแลกเปลี่ยน สรุปเชื่อมโยง Perceived Barriers, Self-efficacy และ Cue to action

สัปดาห์ที่ 4 กิจกรรม กำลังใจในตัวฉันและจากคนรอบข้าง บรรยาย Platform ใบงาน แผนผัง ฉันมีใคร และเขียน พูด ให้กำลังใจตัวเองและผู้อื่น สรุปเชื่อมโยง Self-efficacy และ Cue to action

สัปดาห์ที่ 5 กิจกรรม ชีวิตฉันมีเป้าหมาย Platform, VDO ใบงาน ให้เขียนเป้าหมายและวางแผนเส้นทางสู่เป้าหมาย สรุปเชื่อมโยง Perceived Benefits และ Self-efficacy

สัปดาห์ที่ 6 กิจกรรม สรุปและเสริมพลังใจ โดยบรรยาย VDO สาธิต ใบงาน จดหมายถึงตัวฉันในอนาคต เขียนความหวัง ความฝัน และสิ่งที่ต้องการหลีกเลี่ยง

สัปดาห์ที่ 7 ทบทวนความรู้และพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงสารเสพติดผ่าน Platform, VDO และสื่อออนไลน์

สัปดาห์ที่ 8 สรุปกิจกรรม เสริมแรงทางบวก และสะท้อนผลการเรียนรู้

2.3 ระยะหลังการทดลอง (Posttest)

เก็บข้อมูลทันทีหลังสิ้นสุดโปรแกรม 8 สัปดาห์ ใช้เวลาประมาณ 30-40 นาที ในการตอบแบบสอบถาม โดยใช้แบบสอบถามชุดเดียวกันกับที่ใช้ก่อนการทดลอง

3. การจัดการข้อมูล

ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วน ข้อมูลที่ขาดหาย (missing data) ของแบบสอบถามทุกฉบับทันทีและจัดการโดยเก็บข้อมูลเพิ่มเติมในส่วนที่ขาดหาย รวมทั้งตรวจสอบความถูกต้อง จากนั้นนำข้อมูลที่ได้เข้ารหัสไปวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ และเก็บในคอมพิวเตอร์ที่มีรหัสผ่านไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ ดังนี้วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพครอบครัว การใช้สารเสพติดของสมาชิกในครอบครัว ความสัมพันธ์ในครอบครัว และการมีเพื่อนสนิท โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์คะแนนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับสารเสพติดและคะแนนพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงสารเสพติดของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ โดยใช้ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. เปรียบเทียบคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับสารเสพติดและคะแนนพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงสารเสพติดก่อนและหลังได้รับโปรแกรม โดยใช้สถิติ Paired t-test ภายหลังตรวจสอบการแจกแจงปกติของข้อมูลด้วยสถิติ Shapiro -Wilk test แล้วกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

4. คำนวณขนาดอิทธิพลของโปรแกรมโดยใช้ค่า Cohen's d โดยใช้สูตร $d = \frac{t}{\sqrt{n}}$ เพื่อแสดงระดับผลของโปรแกรมต่อความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงสารเสพติด โดยแปลผลว่า 0.20 = ขนาดเล็ก, 0.50 = ขนาดปานกลาง และ 0.80 ขึ้นไป = ขนาดใหญ่

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 คน เป็นนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น โดยเป็นเพศชายและเพศหญิงในสัดส่วนเท่ากัน (ร้อยละ 50.0) มีอายุเฉลี่ย 13.9 ปี (SD = 0.92) และส่วนใหญ่อายุมากกว่า 14 ปี (ร้อยละ 40.0) มากกว่าครึ่งอาศัยอยู่กับบิดามารดาทั้งสองคน (ร้อยละ 52.5) และส่วนใหญ่ไม่มีสมาชิกในครอบครัวที่ใช้สารเสพติด (ร้อยละ 72.5) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รายงานว่ามีความสัมพันธ์ในครอบครัวแบบอบอุ่น (ร้อยละ 55.0) และมีเพื่อนสนิท (ร้อยละ 85.0) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (n = 40)

ตัวแปร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	20	50.0
หญิง	20	50.0
อายุ (ปี)		
12–13	10	25.0
13.01–14	14	35.0
มากกว่า 14	16	40.0
สถานภาพครอบครัว		
อยู่กับทั้งพ่อและแม่	21	52.5
อยู่กับพ่อหรือแม่	9	22.5
อยู่กับปู่ย่าตายาย	8	20.0
อื่น ๆ	2	5.0
สมาชิกในครอบครัวใช้สารเสพติด		
มี	6	15.0
ไม่มี	29	72.5
ไม่แน่ใจ	5	12.5

ตัวแปร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ความสัมพันธ์ในครอบครัว		
อบอุ่น	22	55.0
ทะเลาะกันบ้าง	18	45.0
เพื่อนสนิท		
มี	34	85.0
ไม่มี	3	7.5
ไม่แน่ใจ	3	7.5

หมายเหตุ: อายุเฉลี่ย 13.9 ปี (SD = 0.92), อายุต่ำสุด 12.1 ปี และสูงสุด 15.8 ปี

ส่วนที่ 2 ผลเปรียบเทียบคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการหลีกเลี่ยงสารเสพติดของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น อำเภอบ่อพลอย จังหวัดกาญจนบุรี พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพต่อสารเสพติดก่อนและหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (< .001) โดยหลังเข้าร่วมโปรแกรมดังกล่าว มีคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพต่อสารเสพติดของนักเรียนมัธยมตอนต้นสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ค่า Cohen's d อยู่ที่ระดับปานกลาง ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพต่อสารเสพติดของนักเรียนก่อนและหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ (n = 40)

ประเด็นเปรียบเทียบ	ก่อนเข้าโปรแกรม M ± SD	หลังเข้าโปรแกรม M ± SD	t	p	Cohen's d
ความเชื่อด้านสุขภาพต่อสารเสพติด	93.67 ± 9.97	105.85 ± 9.06	-4.85	< .001	0.77

ผลการเปรียบเทียบความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการหลีกเลี่ยงสารเสพติดรายด้าน หลังการเข้าร่วมโปรแกรมดังกล่าว คะแนนเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพสูงขึ้นในทุกด้าน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงที่เพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัด (Mean = 18.62, SD = 3.61) เมื่อเทียบกับก่อนการทดลอง (Mean = 11.50, SD = 2.93) สำหรับด้านการรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และแรงจูงใจด้านสุขภาพ มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มสูงขึ้นเช่นเดียวกัน ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 คะแนนความเชื่อด้านสุขภาพต่อสารเสพติด รายด้าน ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ (n=40)

ด้านของความเชื่อด้านสุขภาพ	ก่อน Mean ± SD	หลัง Mean ± SD
การรับรู้โอกาสเสี่ยง	11.50 ± 2.93	18.62 ± 3.61
การรับรู้ความรุนแรง	20.05 ± 3.60	21.65 ± 2.45
การรับรู้ประโยชน์	20.57 ± 3.11	22.02 ± 2.41
การรับรู้อุปสรรค	20.57 ± 2.97	22.02 ± 2.74
แรงจูงใจด้านสุขภาพ	20.97 ± 3.00	21.52 ± 2.73

ส่วนที่ 3 ผลเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงสารเสพติดของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น อำเภอบ่อพลอย จังหวัดกาญจนบุรี พบว่าพฤติกรรมหลีกเลี่ยงสารเสพติดของนักเรียนหลังเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (< .001) โดยหลังเข้าร่วมโปรแกรมดังกล่าว คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมหลีกเลี่ยงสารเสพติดของนักเรียนมัธยมตอนต้นสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมที่ค่าขนาดอิทธิพลในระดับสูง (0.92) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมหลีกเลี่ยงสารเสพติดของนักเรียนก่อนและหลังการใช้โปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ (n = 40)

ประเด็นเปรียบเทียบ	ก่อนเข้าโปรแกรม M ± SD	หลังเข้าโปรแกรม M ± SD	t	p	Cohen's d
พฤติกรรมการหลีกเลี่ยงสารเสพติด	59.77 ± 11.84	72.50 ± 9.06	-5.82	< .001	0.92

ผลการเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงสารเสพติดรายด้าน พบว่าภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมดังกล่าว คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสูงขึ้นกว่าก่อนการทดลองในทุกด้าน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านการขอความช่วยเหลือเพิ่มขึ้นมากที่สุด (Mean = 17.77, SD = 2.61) เมื่อเทียบกับก่อนการทดลอง (Mean = 13.50, SD = 3.33) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 คะแนนพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงสารเสพติดรายด้าน ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ (n = 40)

พฤติกรรมการหลีกเลี่ยงสารเสพติด	ก่อน	หลัง
	Mean ± SD	Mean ± SD
การปฏิเสธเมื่อถูกชักชวน	15.47 ± 3.77	18.22 ± 2.07
การหลีกเลี่ยงสถานการณ์	14.80 ± 3.43	17.50 ± 2.56
การขอความช่วยเหลือ	13.50 ± 3.33	17.77 ± 2.61
การเลือกกิจกรรมสร้างสรรค์	15.95 ± 3.37	18.50 ± 2.00

อภิปรายผลการศึกษา

อภิปรายผลการศึกษาตามวัตถุประสงค์การวิจัยดังนี้

1. ผลเปรียบเทียบคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการหลีกเลี่ยงสารเสพติดของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น อำเภอบ่อพลอย จังหวัดกาญจนบุรี ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ พบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรม นักเรียนมีคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมและรายด้านสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีขนาดอิทธิพลอยู่ในระดับปานกลาง ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า โปรแกรมมีผลต่อความเชื่อด้านสุขภาพในระดับสูงและรูปแบบกิจกรรมที่นำมาใช้สามารถส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติและความตระหนักในการป้องกันและการหลีกเลี่ยงสารเสพติดได้ดีขึ้น สอดคล้องกับแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ที่อธิบายว่าการที่บุคคลจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพนั้น ขึ้นอยู่กับการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของปัญหา ความเชื่อด้านสุขภาพด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยง มีคะแนนเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนที่สุด ซึ่งเป็นผลจากการบูรณาการ แนวคิด I Am (ฉันคือใคร) ในกิจกรรมที่ 1 "ต้นไม้ชีวิต" ที่ส่งเสริมให้นักเรียนเห็นคุณค่าในตนเอง (Self-esteem) เมื่อนักเรียนตระหนักในคุณค่าของตนเอง จึงเกิดความหวงแหนสุขภาพและรับรู้ว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงหากเข้าไปยุ่งเกี่ยวกับสารเสพติด สอดคล้องกับงานวิจัยของอรณิช ชำนาญศิลป์ และเอมอัชฌา วัฒนบุรานนท์[13] พบว่าการสร้างความตระหนักในคุณค่าตนเองเป็นปัจจัยพื้นฐานสำคัญในการปรับเปลี่ยนทัศนคติต่อพฤติกรรมการป้องกัน นอกจากนี้ กิจกรรมที่ 2 I Can (โลกของฉันปลอดสารเสพติด) ยังช่วยกระตุ้นการรับรู้ความรุนแรงและแรงจูงใจด้านสุขภาพ ทำให้นักเรียนเห็นภาพรวมของผลกระทบที่จะเกิดขึ้นกับเป้าหมายในอนาคต กิจกรรมที่ 5 (ชีวิตฉันมีเป้าหมาย) ส่งผลให้ความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมพัฒนาจากระดับปานกลางขึ้นสู่ระดับสูง สะท้อนให้เห็นถึงประสิทธิภาพของโปรแกรมในการเสริมสร้าง self-efficacy และ cues to action ตามแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ซึ่งช่วยให้นักเรียนมีทักษะปฏิเสธยาเสพติด (drug refusal skills) ที่ดีขึ้น และลดความเสี่ยงต่อพฤติกรรมเสี่ยงในระยะยาว นอกจากนี้การศึกษาผลของโปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพร่วมกับ “คู่เสี่ยวสานพลัง” เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันยาเสพติดโรงเรียนโนนโพธิ์ศรีวิทยาคม อำเภอซำสูง จังหวัดขอนแก่น[14] การศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมความรอบรู้

ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ในตำบลยาง อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ[15] รวมทั้งการศึกษาประยุกต์ใช้โปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและสมรรถนะแห่งตนเพื่อการป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นในตาบลบ้านยาง อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์[16] ทุกการศึกษา พบว่าภายหลังเข้าร่วมการวิจัย การรอบรู้ด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้น ซึ่งส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนทัศนคติและพฤติกรรมต่อสารเสพติดได้ดีขึ้น รวมทั้งการศึกษาของ ลลินา สกุลพาเจริญ[17] ที่ยืนยัน ว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการใช้สารเสพติด

2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงสารเสพติดของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น อำเภอบ่อพลอย จังหวัดกาญจนบุรี ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ พบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรม นักเรียนมีคะแนนพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงสารเสพติดโดยรวมและรายด้านสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีขนาดอิทธิพลอยู่ในระดับสูง ในทางตรงกันข้ามจากบริบทของพื้นที่ศึกษา อยู่ในแหล่งแพร่ระบาดของยาเสพติด การเข้าถึงสารเสพติดได้ง่าย นักเรียนในพื้นที่ส่วนหนึ่งอยู่กับผู้ปกครองเพียงฝ่ายเดียว หรือปู่ย่าตายาย สมาชิกในครอบครัวใช้สารเสพติด จึงอาจเกิดแรงสนับสนุนทางอารมณ์ กิจกรรม I Have (ฉันมีใคร) ในกิจกรรมที่ 4 ที่เน้นให้ผู้เข้าร่วมตระหนักถึงบุคคลและแหล่งสนับสนุนทางสังคม (Social Support) การที่นักเรียนระบุได้ชัดเจนว่า "มีใคร" ที่พร้อมช่วยเหลือเมื่อเผชิญปัญหา ทำให้นักเรียนกล้าที่จะแสดงพฤติกรรมการขอความช่วยเหลือมากขึ้น ไม่โดดเดี่ยวในการแก้ปัญหา ซึ่งเป็นเกราะป้องกันสำคัญในการหลีกเลี่ยงสารเสพติด สอดคล้องกับคะแนนพฤติกรรมด้านการขอความช่วยเหลือ เป็นด้านที่มีคะแนนเพิ่มขึ้นมากที่สุด แสดงให้เห็นถึง การระบุตัวตนของแหล่งสนับสนุนที่ชัดเจน สามารถทำหน้าที่เป็น 'ปัจจัยปกป้อง' (Protective Factor) ที่มีอานุภาพเหนือกว่า 'ปัจจัยเสี่ยง' (Risk Factors) ในชุมชน ส่วนพฤติกรรมด้านการปฏิเสธและการหลีกเลี่ยงน่าจะส่งผลจากการใช้บทบาทสมมติ (Role Play) ในกิจกรรมที่ 3 (ฉันกล้าปฏิเสธ) ทำให้นักเรียนได้ฝึก ทักษะการเผชิญหน้ากับแรงกดดันจากเพื่อนในสถานการณ์จำลอง การฝึกฝนซ้ำ ๆ ในรูปแบบกิจกรรมกลุ่มและการสะท้อนคิด (กิจกรรมที่ 6) ช่วยเพิ่มความมั่นใจในตนเอง (Self-efficacy) ในการปฏิเสธอย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับแนวคิด ความเข้มแข็งทางใจ (Resilience) ของ Grotberg ในส่วนของ I Can จะช่วยให้เด็กมีทักษะในการสื่อสารและการแก้ปัญหาที่ดีขึ้น และการศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตต่อ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในวัยรุ่นตอนต้น อำเภอไทรโยค จังหวัดกาญจนบุรี[9] รวมทั้งการศึกษาเรื่องการบ่มเพาะความยืดหยุ่นในชีวิตและความตั้งใจในการเลิกยาเสพติด: มุมมองของเยาวชนที่ใช้สารเสพติด[18] ซึ่งการศึกษาทั้งหมดที่กล่าวมาพบว่าทำให้เกิดความความตระหนักในคุณค่าตนเองส่งผลให้พฤติกรรมการหลีกเลียงสารเสพติดดีขึ้น

จากผลการศึกษา สะท้อนให้เห็นว่าโปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจไม่ได้เพียงแค่ให้ความรู้แต่เป็นการสร้าง "กลไกภายใน" (Internal Assets) ผ่าน I Am, I Can และ "กลไกภายนอก" (External Assets) ผ่าน I Have ซึ่งทำงานผสานกันอย่างเป็นระบบนี้เอง คือหัวใจสำคัญที่เปลี่ยนจาก 'ความเข้าใจ' ไปสู่ 'การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม'

ที่จับต้องได้ การสร้างระบบป้องกันตนเองจากปัจจัยเสี่ยงที่มีความมั่นคงมากกว่าการให้ความรู้ในรูปแบบเดิม และเป็นเกราะป้องกันปัญหาสารเสพติดในวัยรุ่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อจำกัดในการศึกษา

1. การวิจัยครั้งนี้ไม่ได้มีกลุ่มควบคุม กลุ่มตัวอย่างมาจากโรงเรียนเดียว ทำให้ไม่สามารถอ้างอิงไปยังนักเรียนทุกพื้นที่ได้

2. ระยะติดตามผลสั้น คือ 8 สัปดาห์ ยังไม่สามารสรุปผลว่าพฤติกรรมคงอยู่ระยะยาว

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเพื่อการนำไปใช้

1. โรงเรียนควรนำโปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจไปใช้ในการจัดกิจกรรมพัฒนาผู้เรียนหรือระบบดูแลช่วยเหลือนักเรียน

2. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล บุคลากรพยาบาลด้านจิตเวชและยาเสพติด ควรนำโปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจไปใช้ในการจัดกิจกรรมกับนักเรียนหรือเยาวชนในกลุ่มเสี่ยง/คลินิกยาเสพติด

3. ควรส่งเสริมบทบาทของครอบครัวและครูในการสนับสนุนให้นักเรียนมีทักษะปฏิเสธและขอความช่วยเหลือเมื่อเผชิญสถานการณ์เสี่ยง

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาวิจัยแบบมีกลุ่มควบคุมและติดตามผลระยะยาว

2. ควรขยายการศึกษาไปยังโรงเรียนหลายแห่งหรือกลุ่มวัยรุ่นในพื้นที่อื่นเพื่อเพิ่มความสามารถในการอ้างอิงผล

3. ควรมีการขยายการศึกษากับกลุ่มผู้รับบริการอื่น ๆ เช่น ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ผู้สูงอายุ รวมทั้ง พัฒนาสื่อการสอนที่หลากหลาย ให้เข้าถึงผู้รับบริการทุกระดับและนำรูปแบบการพัฒนาขยายผลในการทำวิจัยและ นวัตกรรมอื่น ๆ ต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความกรุณาและโอกาส ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ่อพลอย รวมทั้งผู้อำนวยการและคณะครูโรงเรียนบ้านหนองเตียน ที่ช่วยอำนวยความสะดวกในการวิจัยครั้งนี้ ขอขอบพระคุณ ผู้ทรงคุณวุฒิ ที่ช่วยตรวจทานแก้ไขและพิจารณาความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัยและขอบคุณนักเรียนผู้เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ทุกท่าน ที่ทำให้การวิจัยเสร็จสมบูรณ์ได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. United Nations Office on Drugs and Crime. World drug report 2023. Vienna: United Nations; 2023.
2. กระทรวงสาธารณสุข. รายงานผลการดำเนินงานด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด ปีงบประมาณ 2566. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2567.
3. กรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน. รายงานสถิติคดีเด็กและเยาวชน ปีงบประมาณ 2560–2566. กรุงเทพฯ: กรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน; 2567.
4. กรมสุขภาพจิต. คู่มือเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ (Resilience). นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2563.
5. World Health Organization. Health promotion glossary of terms 2021 [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2021 [cited 2024 May 20]. Available from:

https://www.who.int/publications/i/item/9789240038349

6. อัญมณี อินเม้. ผลของโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนต่อความเข้มแข็งทางใจเพื่อป้องกันสารเสพติดในวัยรุ่นตอนต้น [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2567.
7. Wills TA, Choi KN, Pagano I. Stress and substance use in adolescence: Self-control and emotionality as moderators. Psychol Addict Behav. 2021;35(7):809-21.
8. ยุรนันท์ เทพา. ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันนักสูบบุหรี่หน้าใหม่ในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น. วารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคเหนือ). 2566;34(2):15-28.
9. จิรภัทร พุ่มฉายา. ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในวัยรุ่นตอนต้น อำเภอไทรโยค จังหวัดกาญจนบุรี. วารสารศาสตร์สาธารณสุขและนวัตกรรม. 2565;3(1):17-31.
10. ธีระวุฒิ ประดิษฐ์แท่น, วาริณี เอี่ยมสวัสดิกุล, ธีระวุธ ธรรมกุล. ผลของการพัฒนาพฤติกรรมป้องกันการใช้ยาเสพติดแกนนำเยาวชนอำเภอหนองบุญมาก จังหวัดนครราชสีมา [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; 2567.
11. ฐิตวันต์ หงษ์กิตติยานนท์, อารยา ทิพย์วงศ์, ลักขณา ยอดกลกิจ, สายสมร เฉลยกิตติ. ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างทักษะชีวิตเพื่อป้องกันการเสพสารเสพติดของนักเรียนระดับมัธยมศึกษา ตำบลอิสาณ อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์. เวชสารแพทย์ทหารบก. 2562;72(1):33-40.
12. ธีรวัฒน์ พงศ์ภาณุพัฒน์, ปัณณทัต บนขุนทด, ปิยะอร รุ่งธนเกียรติ, นิยตา ประสงค์กุล, และคณะ. ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างทักษะชีวิตเพื่อป้องกันการเสพสารเสพติดของนักเรียนระดับมัธยมศึกษา ตำบลอิสาณ อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์. 2564;6(1):198-211.
13. อรณิช ชำนาญศิลป์, เอมอัชฌา วัฒนบุรานนท์. ประสิทธิผลของการจัดกิจกรรมสุขศึกษาตามทฤษฎีความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายในจังหวัดนนทบุรี [วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2564.
14. นำชัย ปัดชาสุวรรณ์. ผลของโปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพร่วมกับ “คู่เสี่ยวสานพลัง” เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันยาเสพติด. วารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ). 2567;39(2):57-70.

15. บุญเลิศ ปลอดปล่อง. ประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น. วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพ ศรีสะเกษ. 2567;3(3):57-67.
16. ชนาธิป สันติวงศ์, ฐานิดา สมขันตี, สุมาลา สว่างจิต, วิราพร สืบสุนทร. การประยุกต์ใช้โปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและสมรรถนะแห่งตนเพื่อการป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นในตำบลบ้านยาง อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษา การแพทย์และสุขภาพ. 2567;10(1):1-10.
17. ลลินา สกุลพาเจริญ. ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันการใช้สารเสพติดของนักเรียนมัธยมศึกษาในเขตภาคกลาง. วารสารวิจัยด้านสาธารณสุขและสุขภาพ. 2565;11(3):120-35.
18. จิณห์จุฑา ชัยเสนา ดาลลาส, พรชัย จูลเมตต์, ภาคินี เดชชัยยศ, มนตรี ขุนอินทร์ทอง, และคณะ. การบ่มเพาะความยืดหยุ่นในชีวิตและความตั้งใจในการเลิกยาเสพติด: มุมมองของเยาวชนที่ใช้สารเสพติด. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. 2562;29(3):29-39.