



## **The Effectiveness of the Applied Empowerment Program on Amphetamine Relapse Prevention Behaviors in Person Receiving the Medication Treatment Phase of Princess Mother National Institute On Drug Addicts Treatment**

Jetsadakron Khammungkun<sup>1</sup>, Jerasak Thappa<sup>2</sup>, Teerawech Promchiangsa<sup>3</sup>, Pimprapha Tosongkram<sup>4</sup>  
<sup>1,2,3,4</sup>Faculty of Allied Health Sciences, Pathum Thani University

**Abstract:** The objectives of this study were: 1) to examine the effects of the application of the empowerment program on amphetamine relapse and prevention behaviors of drug-treated persons at the Princess Mother National Institute On Drug Addicts. The sample were 70 males who came to inpatient therapy during the drug therapy phase to meet the specified criteria by purposive sampling. They were thirty five experimental and thirty five comparison. The experimental group underwent an empowerment program that applied Gibson's ideas. This research uses a quasi-experimental design. The duration of the experiment was three weeks. The included six activities, once per week. Two consecutive activities of two hours each time. The comparison group received normal care. The instrument for collecting data was a discrimination power and a questionnaire with a reliability of .76. The data were analyzed by frequencies, percentages, means, standard deviation, Paired T-test, and Independent T-test.

The research results revealed that before the experiment, the experimental group had a moderate level of knowledge about the Amphetamine, the attitude was a moderate level and had a self-care behaviors to prevent re-infection was at a moderate level, and after the experiment, the knowledge was at a high level, the attitude is at a moderate level and has the highest level of behavior. Before the experiment, the comparison group had a moderate level of knowledge about the Amphetamine, the attitude was at a moderate level, behavior was at a moderate level, and after the experiment, the knowledge was at a high level, the attitude was at a moderate level, and has a moderate level of behavior. Before and after the experiment, the experimental and comparison groups had no difference in knowledge about Amphetamine. There had a significant difference in attitude at the .05 level and there had no difference in behavior. But after the experiment, there was a statistically significant difference in knowledge at the .01 level. There was a statistically significant difference in attitude at the .01 level. There had a statistically significant difference in behavior at the .01 level. The attitudes and behavior after the experiment were higher than before the experiment.

From the research done, results could be used as a guideline for organizing therapeutic activities. It has shown to help strength self-empowerment to support and prevent re-infection.

**Keywords:** Empowerment program, Knowledge, Attitude, Behavior.

## ผลของการประยุกต์ใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อแอมเฟตามีน ของผู้ได้รับการบำบัดด้วยยาในสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี

เจษฎากร คำมุงคุณ<sup>1</sup>, จิระศักดิ์ ทัพพา<sup>2</sup>, ชีรเวช พรหมเชียงสา<sup>3</sup>, พิมพ์ประภา โดสงคราม<sup>4</sup>

<sup>1,2,3,4</sup> สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ คณะสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยปทุมธานี

**บทคัดย่อ:** การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของการประยุกต์ใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อแอมเฟตามีนของผู้ได้รับการบำบัดด้วยยาในสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี กลุ่มตัวอย่างเป็น เพศชายที่เข้ารับการบำบัดแบบผู้ป่วยใน ระยะบำบัดด้วยยา โดยเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 70 คน เป็นกลุ่มทดลอง 35 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 35 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจซึ่งประยุกต์แนวคิดของกิบสัน Gibson (1995) การวิจัยเป็นแบบกึ่งทดลอง ระยะเวลาในการทดลอง 3 สัปดาห์ 6 กิจกรรม สัปดาห์ละ 1 ครั้ง 2 กิจกรรม ต่อเนื่องกัน ครั้งละ 2 ชั่วโมง ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบได้รับการดูแลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถาม ซึ่งค่าอำนาจจำแนกและค่าความเชื่อมั่น (Reliability) เท่ากับ 0.76 สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Paired T-test และ Independent T-test

ผลการวิจัยพบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับสารเสพติดแอมเฟตามีนอยู่ในระดับปานกลาง มีทัศนคติอยู่ในระดับปานกลาง และมีพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันการติดเชื้ออยู่ในระดับปานกลาง และหลังการทดลองมีความรู้ในระดับมาก มีทัศนคติอยู่ในระดับปานกลาง และมีพฤติกรรมอยู่ในระดับมากที่สุด ก่อนการทดลอง กลุ่มเปรียบเทียบมีความรู้เกี่ยวกับสารเสพติดแอมเฟตามีนอยู่ในระดับปานกลาง มีทัศนคติอยู่ในระดับปานกลาง มีพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง และหลังการทดลองมีความรู้ในระดับมาก มีทัศนคติอยู่ในระดับปานกลาง และมีพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง ก่อนและหลังทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีความรู้เกี่ยวกับสารเสพติดแอมเฟตามีนก่อนการทดลองไม่แตกต่างกัน มีทัศนคติแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และมีพฤติกรรมไม่แตกต่างกัน แต่หลังการทดลอง มีความรู้แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 มีทัศนคติแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 มีพฤติกรรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยมีความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง

จากผลการวิจัยที่ได้ใช้เป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมบำบัดได้ช่วยเสริมสร้างพลังอำนาจต่อตนเอง เพื่อสนับสนุนป้องกันการกลับไปติดเชื้อได้

คำสำคัญ : โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ความรู้ ทัศนคติ พฤติกรรม

ในปัจจุบันประเทศไทยประสบกับปัญหาเสพติดทั้งในด้านการเป็นพื้นที่ผลิต พื้นที่การค้า พื้นที่แพร่ระบาด และการเป็นเส้นทางผ่านของยาเสพติด โดยมียาเสพติดหลัก คือ ยาบ้า ไอซ์ กัญชา เฮโรอีน สารระเหย โคลเคน เอ็กซ์ตาซี และวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท บางชนิดเกิดการแพร่ระบาดกว้างขวางและรุนแรงมากขึ้น ส่งผลให้เกิดปัญหาสังคมที่ส่งผลกระทบต่อความมั่นคงของประเทศ ทางด้านเศรษฐกิจ สังคม การเมือง และคุณภาพชีวิตของประชากร ผลที่ตามมาคือ เกิดการเสพติดทั้งทางร่างกายและจิตใจอย่างรุนแรง รัฐบาลเองได้ให้ความสำคัญต่อการปราบปราม กวาดล้าง และการบำบัดรักษาผู้ติดสารเสพติดอย่างต่อเนื่อง โดยใช้กลยุทธ์ให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการร่วมกันแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับการแพร่ระบาดของยาเสพติดภายในประเทศ ใช้มาตรการทางกฎหมายอย่างเฉียบขาดกับผู้ที่เกี่ยวข้องในการค้ายาเสพติดและผู้เสพยาเสพติด รวมทั้งพระราชบัญญัติประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ.2564 มุ่งเน้นการดูแลผู้ใช้ ผู้เสพ ผู้ติดยาเสพติด ด้วยกลไกสาธารณสุขแทนการดำเนินคดีทางอาญา แก้ไขปัญหาตามสภาพปัญหาที่แท้จริงของการเสพติด โดยถือว่า “ผู้เสพ ผู้ติด คือ ผู้เข้ารับการบำบัดรักษา” เน้นการแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพ พฤติกรรมและสังคม (สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด, 2564) ควบคู่ไปกับการบำบัดรักษา เพื่อลด ละ เลิก ยาเสพติด และการลดอันตรายจากยาเสพติด (Harm Reduction) รวมถึงการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้เข้ารับ การบำบัดรักษา (สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี, 2564)

จากสถิติผู้เข้ารับการบำบัดรักษาที่เข้ารับรักษาทั่วประเทศพบว่า ในปีพ.ศ. 2563-2564 มีผู้เข้ารับการบำบัดรักษาเสพติด จำนวน 212,646 ราย และ 155,500 ราย ตามลำดับ เป็นเพศชาย ร้อยละ 89.66 กลุ่มอายุของผู้เข้าบำบัดทั้งหมดส่วนใหญ่เป็นกลุ่มอายุ 25 - 29 ปี ร้อยละ 18.24 รองลงมา คือ กลุ่มอายุ 20 - 24 ปี ร้อยละ 17.01 กลุ่มอายุ 30 - 34 ปี ร้อยละ 15.29 และกลุ่มอายุ 35 - 39 ปี ร้อยละ 13.78 ผู้เข้าบำบัดรักษาส่วนใหญ่เป็นผู้เสพ ร้อยละ 63.61 รองลงมาคือ ผู้ติด ร้อยละ 31.99 และผู้ใช้ ร้อยละ 4.40 (ระบบข้อมูลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของประเทศ, 2564) การเข้ารับการบำบัดรักษาเสพติดทั่วประเทศมากที่สุดคือ ยาบ้า ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2563-2564 คิดเป็น ร้อยละ 77.9 และ 79.2 ตามลำดับ (สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด, 2564) ในระหว่างปีงบประมาณ 2562 - 2564 สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี มีผู้เข้ารับการบำบัดรักษาเสพติดแอมเฟตามีนแบบผู้ป่วยในจำนวน 2,560 ราย 1,956 ราย และ 1,287 ราย ตามลำดับ ส่วนใหญ่เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิงถึง 4.06 เท่า และผู้เข้ารับการบำบัดรักษาในยาเสพติดแอมเฟตามีนที่เข้ารับรักษา จำนวน 1,053 ราย 719 ราย และ 455 ราย ตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 41.13, 36.76 และ 35.35 ตามลำดับ (สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี, 2565) จากข้อมูลพบว่า ยังมีจำนวนผู้กลับมาเสพซ้ำแอมเฟตามีนอยู่เป็นจำนวนมาก ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อตัวผู้เสพ ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว คนใกล้ชิด รวมถึงคนในสังคม อีกทั้งยังส่งผลกระทบต่อความผิดปกติทางจิตเวชจากการติดสารเสพติด ถือเป็นปัญหาทางสังคมและทางการสาธารณสุขที่มีความสำคัญ ซึ่งทำให้สิ้นเปลืองงบประมาณของประเทศ ในการบำบัดรักษาและฟื้นฟูเพราะฉะนั้น จึงควรมีแนวทางการป้องกันการเสพซ้ำหลังผ่านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูการป้องกันการเสพยาเสพติดที่มีประสิทธิภาพ

จากการศึกษางานวิจัย พบว่ามีหลายปัจจัยที่ส่งผลต่อการกลับมาเสพยาเสพติดซ้ำหลังผ่านการบำบัดรักษา เช่น ในชุมชนยังมียาเสพติดจำหน่ายอยู่ ทำให้ผู้เสพยาส่วนใหญ่ยังเสพยาอยู่ (ไพโรจน์ บุญประเสริฐ, 2561) การหมกมุ่นกับการใช้หรือหาเสพยาเสพติดมาใช้ การพยายามเลิกใช้ยาเสพติดแล้วแต่ไม่สำเร็จ (กนิษฐา ไทยกล้า, 2562) หากเมื่อหยุดเสพยาจะมีอาการไม่สามารถควบคุมอารมณ์ความคิด มีภาวะจิตใจที่ไม่เข้มแข็ง เมื่อมีความรู้สึกอยากยา จึงกลับไปเสพยาซ้ำเพื่อให้อาการหายไป (ทิพสุคนธ์ มูลจันท์, อัจฉริยา แวงนา และณิตยา ไชยกุล, 2562) หลังจากเมื่อผู้ได้รับการบำบัดรักษาแล้วต้องกลับมา พบว่าสภาพแวดล้อมที่เป็นสื่อชักนำให้เกิดการเสพยา เช่น มีเพื่อนหรือบุคคลใกล้ชิดเสพยาเสพติดอยู่ใกล้แหล่งขายหรือใกล้แหล่งผลิต หรือเป็นผู้ขาย หรือผู้ผลิตเองที่หาเสพยาเสพติดมาเสพได้ง่าย (ปริญญา บันผล, 2560) การกลับมาเห็นสภาพความยากจนของครอบครัว ปัญหาการว่างงาน ความเครียด การขาดแหล่งสนับสนุนจากบุคคลใกล้ชิด ถูกสังคมตั้งข้อรังเกียจจากสังคม เป็นเหตุให้ผู้ได้รับการบำบัดรักษากลับไปเสพยาเสพติดซ้ำ (ไพโรจน์ บุญประเสริฐ, 2560, เจริญ แฉก พิมาย และปนัดดา ศรีชนสาร, 2555) ประกอบกับผู้เข้ารับการบำบัดรักษาควบคุมอารมณ์พฤติกรรมได้น้อย ขาดความยับยั้งชั่งใจ (ชาติรี ชัยนาทิน, ชาติรี ประชาพิพัฒ, และอารี พุ่มประวาทย์, 2559; วีรพล ชูสันเทียะ และสมเดช พินิจสุนทร, 2560) หรือมีปัญหาความขัดแย้งของครอบครัว พ่อแม่หย่าร้าง ทำให้ต้องอยู่คนเดียวตามลำพัง หรืออยู่กับญาติพี่น้อง ขาดการดูแลเอาใจใส่จากผู้ปกครอง ขาดกำลังใจจากคนรอบข้าง ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวไม่ดี จึงส่งผลให้ผู้รับการบำบัดกลับไปเสพยาซ้ำ (สัญญา จตุพงษ์ และสิทธิชัย ตันศรีสกุล, 2561) ปัญหาการเสพยาเสพติดแอมเฟตามีนซ้ำนั้นจะส่งผลกระทบต่อทุกส่วน ไม่ใช่แค่ตัวของผู้ติดยาเสพติดเอง แต่ยังส่งผลกระทบต่อ ครอบครัว สังคม ประเทศ รวมทั้งเศรษฐกิจด้วย ผู้ใช้และผู้ติดยาแอมเฟตามีนขั้นรุนแรงมักก่อปัญหาอื่นๆ เช่น อาชญากรรม ซึ่งเป็นส่วนที่ทำลายสังคม และเศรษฐกิจของชาติ ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีการแก้ปัญหา ด้วยการหาวิธีในการบำบัดฟื้นฟูผู้เสพยาแอมเฟตามีน ซึ่งปัจจุบันมีรูปแบบการบำบัดยาเสพติดที่หลากหลาย (ณัฐนิชา กันชัน, อรรถพล สุคนธาภิรมย์ ณ พัทลุง และอรุณญา วิริยสกุล, 2564) เช่น การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดระยะบำบัดด้วยยาของสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี ที่เน้นการดูแลทางด้านร่างกาย จิตใจ และภาวะแทรกซ้อนจากการขาดยา เป็นการดูแลตามสภาพอาการและภาวะแทรกซ้อนของผู้เข้ารับการบำบัดรักษาแต่ละบุคคล ในด้านการป้องกันการลดอันตราย ความปลอดภัย และความสุขสบายจากการขาดยาเสพติด โดยมีกิจกรรม เช่น กลุ่มพัฒนาจิตและผ่อนคลายความเครียด มีการประเมินอาการและพบแพทย์ การให้คำปรึกษารายบุคคล กลุ่มให้ความรู้ครอบครัว ทักษะการปฏิเสธ กลุ่มดนตรีในสวน กลุ่มกิจกรรมนันทนาการ ฝึกจิตสวดมนต์นั่งสมาธิ เป็นต้น จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีการนำแนวคิดในการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) ไปใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้เข้ารับการบำบัดรักษา การใช้เทคนิคเสริมพลังอำนาจซึ่งจะทำให้กลุ่มผู้เสพยาแอมเฟตามีนให้เกิดการเรียนรู้ เกิดการรับรู้ มีความตระหนักในตนเอง และพร้อมที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการปฏิบัติของตนเองได้อย่างถูกต้องเหมาะสม (สังวาลย์ พิพิทพร, 2563) การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นการเพิ่มความรู้สึกรู้ค่าแห่งตน ความมีอิสระและการมีความรับผิดชอบ การเสริมสร้างพลังอำนาจยังส่งผลให้บุคคลเป็นพลเมืองดีมีคุณธรรม มีจริยธรรม มีการช่วยเหลือเพื่อแผ่ซึ่งกันและกัน พร้อมทั้งสามารถดึงศักยภาพของตนเองไปสู่เป้าหมาย และความสำเร็จ ซึ่งการ

เสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกลวิธีสำคัญหนึ่งที่จะช่วยให้ครอบครัวสามารถดูแลตนเอง กำกับดูแลพฤติกรรมเสพติดได้ ดังนั้น หากครอบครัวและผู้เข้ารับการบำบัดรักษาได้รับการดูแลโดยใช้กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจจะส่งผลให้แหล่งพลังอำนาจของครอบครัวและผู้เข้ารับการบำบัดรักษา มีความเข้มแข็งขึ้น เช่น มีความสามารถในการตัดสินใจแก้ไขปัญหา มีความนับถือตนเอง (Self –Esteem) (Kim GS., & Cho SH., 2001) มีความสามารถในการควบคุมการดำเนินชีวิต (Personal Control) มีความสามารถในการตน (Self-Efficacy) มีความเข้มแข็งของพลังงานที่ใช้ในการฟื้นฟูสภาพร่างกาย มีการปรับเปลี่ยนความคิดความเชื่อ มีความหวัง (Gibson, C. H., 1995)

จากที่กล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะประยุกต์ใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมป้องกันการติดยาเสพติดของพ่อแม่ผู้เสพติด ซึ่งหากใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจกับผู้เข้ารับการบำบัดรักษาเสพติดแอมเฟตามีนแล้ว จะสามารถสร้างพฤติกรรมป้องกันการติดยาได้อย่างยั่งยืนในระยะบำบัดด้วยยา (Detox) และเมื่อผู้เข้าร่วมโปรแกรมได้รับการรักษาครบตามกำหนดตามแผนการรักษาแล้วจะสามารถนำไปปฏิบัติเพื่อให้มีพลังใจพลังใจเกิดพฤติกรรมดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมเพิ่มมากขึ้น สามารถพัฒนาศักยภาพตัวเองในการแก้ไขปัญหาได้อย่างถูกต้อง มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สามารถใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับครอบครัวชุมชนและสังคมได้อย่างปกติ ลดความเสี่ยงต่อการกลับมาเสพติด ทำให้ลดอัตราการกลับเข้ารับรักษาในสถานบำบัดรักษา จากปัญหาการเสพติดแอมเฟตามีน หรือเป็นการป้องกันการเสพติดได้อย่างยั่งยืน

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรู้เกี่ยวกับสารเสพติดแอมเฟตามีน ทักษะเกี่ยวกับสารเสพติดแอมเฟตามีน พฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันการติดยาของผู้ได้รับการบำบัดด้วยยาในสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี
2. เพื่อเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับสารเสพติดแอมเฟตามีน ทักษะเกี่ยวกับสารเสพติดแอมเฟตามีน พฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันการติดยาของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ
3. เพื่อเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับสารเสพติดแอมเฟตามีน ทักษะเกี่ยวกับสารเสพติดแอมเฟตามีน พฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันการติดยา ของกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ
4. เพื่อเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับสารเสพติดแอมเฟตามีน ทักษะเกี่ยวกับสารเสพติดแอมเฟตามีน พฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันการติดยา ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังเข้าร่วม โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง (Experimental research) โดยแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง (Experimental group) และกลุ่มเปรียบเทียบ (Comparison group) โดยทั้ง 2 กลุ่มมีการรวบรวมข้อมูล



กลุ่มตัวอย่าง ที่ใช้ในการวิจัย คือ ผู้เข้ารับการรักษาบำบัดรักษาแอมเฟตามีนในสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี แบบผู้ป่วยในระยะบำบัดด้วยยาที่มีอาการทางจิตเวลา เป็นเพศชาย อายุตั้งแต่ 18-59 ปี เข้ารับการรักษาตั้งแต่วันที่ 6 มิถุนายน ถึงวันที่ 14 สิงหาคม ปีพ.ศ. 2565 ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ตามรหัสโรคขององค์การอนามัยโรค (ICD-10) ด้วยกลุ่มรหัส F11.5-F16.5, F18.5-F19.5) หรือตามคู่มือการวินิจฉัยโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (DSM-5) ว่าเป็นผู้เสพยาแอมเฟตามีน (Amphetamine use disorder) ผู้มีอาการทางจิตที่เกิดจากการเสพยาแอมเฟตามีน (Amphetamine- Induced Psychosis) การเสพยาแอมเฟตามีน (amphetamine dependence) หรือการใช้แอมเฟตามีนในทางที่ผิด (Amphetamine Abuse) คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของ โคเฮน (Cohen, J. 1988) จำนวน 70 คน ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ตามเกณฑ์คุณสมบัติ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเป็น 2 ชนิด ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมป้องกันการติดยาแอมเฟตามีนซ้ำ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยประยุกต์แนวคิดกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน (Gibson, 1995) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อป้องกันการเสพยาติดยาแอมเฟตามีน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถาม ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ได้เท่ากับ 0.90 ค่าอำนาจจำแนก และค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ทั้งฉบับได้เท่ากับ 0.76

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Paired sample t-test และ Independent t-test

## ผลการวิจัย

### 1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=70)

ข้อมูลพื้นฐาน	กลุ่มทดลอง (n=35)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n=35)		รวม (n=70)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ						
ชาย	35	100	35	100	70	100
อายุ (ปี)						
ต่ำกว่า 19 ปี	4	11.40	0	0	4	5.7
19-27	10	28.60	12	34.30	22	31.4
28-36	12	34.30	12	34.30	24	34.3
37-45	8	22.90	10	28.60	18	25.7
46-54	1	2.90	1	2.90	2	2.9

ตารางที่ 1 (ต่อ)						
ค่าเฉลี่ย±SD	30.29±8.06		32.69±6.93		31.49±7.566	
อายุต่ำสุด - สูงสุด	(18-46)		(20-47)		(18-47)	
<b>ศาสนา</b>						
พุทธ	31	88.60	29	82.9	60	85.7
คริสต์	1	2.90	1	2.90	2	2.9
อิสลาม	3	8.60	5	14.3	8	11.4
<b>ระดับการศึกษา</b>						
ประถมศึกษา	2	5.70	4	11.40	6	8.60
มัธยมศึกษาตอนต้น	8	22.90	4	11.40	12	17.10
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ ปวช.	20	57.10	17	48.60	37	52.90
ปวส./อนุปริญญา	3	8.60	5	14.30	8	11.40
ปริญญาตรี/เทียบเท่า	2	5.70	4	11.40	6	8.60
สูงกว่าปริญญาตรี	0	0	1	2.90	1	1.40
<b>สถานภาพสมรส</b>						
โสด	22	62.90	21	60.00	43	61.40
สมรส	9	25.70	8	22.90	17	24.30
หม้าย/หย่า/แยก	4	11.40	6	17.10	10	14.30
<b>อาชีพ</b>						
ว่างงาน	7	20.00	9	25.70	16	22.90
นักเรียน/นักศึกษา	4	11.40	3	8.60	7	10.00
เกษตรกร	3	8.60	4	11.40	7	10.00
ธุรกิจส่วนตัว	4	11.40	6	17.10	10	14.30
รับจ้างทั่วไป	17	48.60	12	34.30	29	41.40
รัฐวิสาหกิจ/ข้าราชการ	0	0	1	2.90	1	1.40
<b>ผู้ดูแลรายได้/ผู้ดูแลหลัก</b>						
บิดา/มารดา	29	82.90	28	80.00	57	81.40
ญาติ/พี่น้อง	3	8.60	2	5.70	5	7.10
สามี/ภรรยา	3	8.60	5	14.30	8	11.40
<b>ข้อมูลพื้นฐาน</b>						
	กลุ่มทดลอง (n=35)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n=35)		รวม (n=70)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<b>สัมพันธภาพในครอบครัว</b>						
รักใคร่กันดี/ราบรื่น	27	77.10	24	68.60	51	72.90
ขัดแย้ง/ไม่ราบรื่น	7	20.00	10	28.60	17	24.30
อื่นๆ	1	2.90	1	2.90	2	2.90
<b>จำนวนครั้งรักษาแบบผู้ป่วยใน</b>						
1 ครั้ง	17	48.60	22	62.90	39	55.70
2 ครั้ง	9	25.70	8	22.90	17	24.30

ตารางที่ 1 (ต่อ)						
3 ครั้ง	6	17.10	3	8.60	9	12.90
4 ครั้งขึ้นไป	3	8.60	2	5.70	5	7.10
ค่าเฉลี่ย±SD		1.86±1.004		1.57±0.88		1.71±0.950
จำนวนครั้งรักษาแบบผู้ป่วยใน (สขยช.)						
1 ครั้ง	20	57.10	25	71.40	45	64.30
2 ครั้ง	8	22.90	9	25.70	17	24.30
3 ครั้ง	4	11.40	1	2.90	5	7.10
4 ครั้งขึ้นไป	3	8.60	0	0	3	4.30
ค่าเฉลี่ย±SD		1.71±0.987		1.31±0.53		1.51±0.812
อายุเริ่มเสพยาบ้าครั้งแรก						
น้อยกว่า19ปี	17	48.60	9	25.70	26	37.10
อายุ 19-27ปี	11	31.40	18	51.40	29	41.40
อายุ 28-36ปี	4	11.40	6	17.10	10	14.30
อายุ 37-45ปี	3	8.60	2	5.70	5	7.10
ค่าเฉลี่ย±SD		22.31±8.38		24.11±7.012		23.21±7.725
อายุเริ่มเสพยาบ้าต่ำสุด-สูงสุด		12-40		13-45		12-45
ระยะเวลาเสพยาบ้าจนถึงปัจจุบัน						
0-5 ปี	15	42.90	14	40.00	29	41.40
6-10 ปี	12	34.30	9	25.70	21	30.00
11-15 ปี	6	17.10	8	22.90	14	20.00
16-20 ปี	1	2.90	2	5.70	3	4.30
21 ปีขึ้นไป	1	2.90	2	5.70	3	4.30
ค่าเฉลี่ย±SD		7.80±4.96		8.31±5.960		8.06±5.450
ระยะเวลาเสพยาบ้าต่ำสุด-สูงสุด		1-23		1-22		1-23
สาเหตุของการเข้ารับการรักษ						
ต้องการเลิก	17	48.60	13	37.10	30	42.90
ปัญหาสุขภาพกาย/จิต	3	8.60	5	14.30	8	11.40
ครอบครัวต้องการให้มารักษา	15	42.90	15	42.90	30	42.90
อื่นๆ	0	0	2	5.70	2	2.9

จากตาราง 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มเป็นเพศชายทั้งหมดคิดเป็นร้อยละ 100 กลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 30.29 ปี ( $SD=8.06$ ) ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีอายุเฉลี่ย 32.69 ปี ( $SD=6.93$ ) กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบนับถือศาสนาพุทธ คริสต์ และศาสนาอิสลาม ร้อยละ 88.60 2.90 และ 8.60 ตามลำดับ ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบนับถือศาสนาพุทธ คริสต์ และศาสนาอิสลาม ร้อยละ 82.90 2.90 และ 14.30 ตามลำดับ กลุ่มทดลองมีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. มากที่สุด รองลงมาคือ ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น คิดเป็นร้อยละ 57.10 และ 22.90 ตามลำดับ ส่วนในกลุ่มเปรียบเทียบมีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลายมาก

ที่สุด รองลงมาคือ ระดับปวส./อนุปริญญา คิดเป็นร้อยละ 48.60 และ 14.30 ตามลำดับ ทั้งสองกลุ่มมีสถานภาพโสดมากที่สุด รองลงมา คือ มีสถานภาพสมรส โดยในกลุ่มทดลองมีสถานภาพโสดและสมรส คิดเป็นร้อยละ 62.90 และ 25.70 ตามลำดับ และกลุ่มเปรียบเทียบมีสถานภาพโสดและสมรสคิดเป็นร้อยละ 60.00 และ 22.90 ตามลำดับ อาชีพพบว่า ทั้งกลุ่มสองกลุ่มส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป รองลงมาคือ ว่างงาน โดยกลุ่มทดลองประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไปและว่างงาน คิดเป็นร้อยละ 48.60 และ 20.00 ตามลำดับ ส่วนในกลุ่มเปรียบเทียบประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไปและว่างงานคิดเป็นร้อยละ 34.30 และ 25.70 ตามลำดับ ผู้ดูแลหลักและรับผิดชอบค่าใช้จ่ายพบว่า ทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่เป็นบิดามารดา สามีภรรยา และญาติพี่น้อง โดยในกลุ่มทดลองคิดเป็นร้อยละ 82.90 8.60 และ 8.60 ตามลำดับ ส่วนในกลุ่มเปรียบเทียบคิดเป็นร้อยละ 80.00 14.30 และ 5.70 ตามลำดับ สัมพันธภาพในครอบครัวพบว่า ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีสัมพันธภาพในครอบครัวส่วนใหญ่ รักใคร่กันดี ราบรื่น รองลงมา คือ ขัดแย้ง ไม่ราบรื่น โดยในกลุ่มทดลองคิดเป็นร้อยละ 77.10 และ 20.00 ตามลำดับ ส่วนในกลุ่มเปรียบเทียบ คิดเป็นร้อยละ 68.60 และ 28.60 ตามลำดับ จำนวนครั้งที่เข้ารับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยในพบว่า ทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่เข้ารับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยในครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 โดยในกลุ่มทดลองเข้ารับการรักษารั้งที่ 1 และ 2 คิดเป็นร้อยละ 48.60 และ 25.70 ตามลำดับ กลุ่มเปรียบเทียบคิดเป็นร้อยละ 62.90 และ 22.90 ตามลำดับ จำนวนครั้งที่เข้ารับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน (สขยช.) พบว่าทั้งในกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่เข้ารับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยในครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 โดยในกลุ่มทดลองคิดเป็นร้อยละ 57.10 และ 22.90 ตามลำดับ กลุ่มเปรียบเทียบ คิดเป็นร้อยละ 71.40 และ 25.70 ตามลำดับ อายุที่เริ่มเสพยาบ้าจนถึงปัจจุบันพบว่า ในกลุ่มทดลองอายุที่เริ่มเสพยาบ้าครั้งแรก มากสุด คือ อายุน้อยกว่า 19 ปี และรองลงมาอายุ 19-27 ปี คิดเป็นร้อยละ 48.60 และ 31.40 ตามลำดับ และกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่เริ่มเสพยาบ้าระหว่าง 19-27 ปี และรองลงมาอายุต่ำกว่า 19 ปี คิดเป็นร้อยละ 51.40 และ 25.70 ตามลำดับ ระยะเวลาที่เริ่มเสพยาบ้าจนถึงปัจจุบันทั้งสองกลุ่มอยู่ระหว่าง 0-5 ปี และรองลงมา 6-10 ปี เฉลี่ย 7.80 ปี ( $SD=4.96$ ) ในกลุ่มทดลองคิดเป็นร้อยละ 42.90 และ 34.30 ตามลำดับ กลุ่มเปรียบเทียบคิดเป็นร้อยละ 40.00 และ 25.70 ตามลำดับ เฉลี่ย 8.31 ปี ( $SD=5.96$ ) และสาเหตุของการเข้ารับการบำบัดรักษาพบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่ต้องการเลิก และรองลงมาคือ ครอบครัวต้องการให้มารักษา คิดเป็นร้อยละ 48.60 และ 42.90 ตามลำดับ ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่ครอบครัวต้องการให้มารักษา และรองลงมา คือ ต้องการเลิก คิดเป็นร้อยละ 42.90 และ 37.10 ตามลำดับ

## 2. ผลการทดสอบสมมุติฐาน

2.1 ความรู้เกี่ยวกับสารเสพติดแอมเฟตามีน ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ  
ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนความรู้เกี่ยวกับสารเสพติดแอมเฟตามีนก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ( $n=70$ )

ความรู้เกี่ยวกับสารเสพติดแอมเฟตามีน	กลุ่มทดลอง				กลุ่มเปรียบเทียบ			
	Pre-test		Post-test		Pre-test		Post-test	
	$\bar{X}$	S.D	$\bar{X}$	S.D	$\bar{X}$	S.D	$\bar{X}$	S.D
1. แอมเฟตามีนหรือยาบ้าเป็นสารเสพติดที่ออกฤทธิ์หลอนที่ใช้แล้วทำให้ผู้ใช้มีอาการทางระบบประสาท	0.26	0.44	0.89	0.32	0.17	0.38	0.57	0.50
2. ยาเสพติดหรือแอมเฟตามีนทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของสารสื่อประสาททางสมองที่จะส่งผลให้มีอาการทางจิตประสาท	0.34	0.48	0.94	0.23	0.29	0.45	0.83	0.38
3. สารเสพติดแอมเฟตามีนมีผลต่อตัวผู้เสพ ครอบครัว สังคม และประเทศชาติ	0.74	0.44	0.89	0.32	0.06	0.49	0.80	0.40
4. ผู้ติดยาเสพติดแอมเฟตามีนไม่ก่อให้เกิดปัญหาสังคม	0.46	0.50	0.86	0.35	0.49	0.50	0.89	0.32
5. ปัจจัยของการเสพติดแอมเฟตามีน คือ คน ยาเสพติด และสิ่งแวดล้อม	0.89	0.32	0.83	0.38	0.71	0.45	0.89	0.32
6. การใช้สารเสพติดเป็นประจำจะทำให้ระบบต่างๆ ของร่างกายทำงาน ได้ดีขึ้น	0.43	0.50	0.63	0.49	0.71	0.45	0.91	0.28
7. วัยรุ่นเป็นวัยที่อยากรู้ อยากลอง อยากเห็น ทำให้ติดยาเสพติดแอมเฟตามีนและยาเสพติดได้ง่าย	0.69	0.47	0.71	0.45	0.57	0.50	0.74	0.44
8. การใช้สารเสพติดแอมเฟตามีนหรือยาบ้าจะทำให้เกิดความเชื่อมั่นในตนเองสูงขึ้น	0.74	0.44	0.86	0.35	0.51	0.50	0.49	0.50
9. การแก้ไขปัญหาเสพติดแอมเฟตามีนที่ดีที่สุดนั้น ต้องเริ่มจากตัวเองก่อนลำดับแรก	0.66	0.48	0.63	0.49	0.43	0.50	0.57	0.50
10. ผู้ที่ติดยาเสพติดแอมเฟตามีนทางด้านสาธารณสุขถือว่าเป็นผู้ป่วยที่ต้องได้รับการบำบัดและช่วยเหลือจากครอบครัว สังคมในการเลิกใช้สารเสพติด	0.49	0.50	0.69	0.47	0.69	0.47	0.74	0.44
11. การไม่ทดลองใช้ยาเสพติดทุกชนิดและปฏิเสธเพื่อนเมื่อถูกชักชวน ช่วยป้องกันการกลับเสพติดซ้ำได้	0.80	0.40	0.77	0.42	0.49	0.50	0.34	0.48
12. เมื่อผู้ป่วยติดยาเสพติดแอมเฟตามีน ทำให้เกิดโรคสมองคิดยาได้	0.34	0.48	1.00	0.00	0.66	0.48	0.71	0.45
13. ผู้ป่วยเสพติดแอมเฟตามีนที่มีภาวะสมองคิดยามีผลต่อพฤติกรรมอาจกลับไปเสพติดซ้ำได้	0.46	0.50	0.86	0.35	0.46	0.50	0.71	0.45
14. ผู้ป่วยโรคสมองคิดยามีพฤติกรรมรุนแรง ระวัง หลงแว่ว ภาพหลอน ไม่ต้องเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลทุกคน	0.14	0.35	0.94	0.23	0.46	0.50	0.74	0.44
15. อาการหงุดหงิด ง่วงนอน อ่อนเพลีย คือ ลักษณะของการขาดยาเสพติดแอมเฟตามีน	0.89	0.32	1.00	0.00	0.40	0.49	0.94	0.23
เฉลี่ยรวมจำนวนรายข้อ	0.55	0.44	0.83	0.32	0.50	0.47	0.72	0.40

จากตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับสารเสพติดแอมเฟตามีนก่อนการทดลองอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{x}=0.55$ , S.D=0.44) และหลังการทดลองมีความรู้อยู่ในระดับมาก ( $\bar{x}=0.83$ , S.D=0.32). กลุ่มเปรียบเทียบมีความรู้เกี่ยวกับสารเสพติดแอมเฟตามีนก่อนการทดลองอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{x}=0.50$ , S.D=0.47) และหลังการทดลองมีความรู้อยู่ในระดับมาก ( $\bar{x}=0.72$ , S.D=0.40)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนความรู้เกี่ยวกับสารเสพติดแอมเฟตามีนก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ (n=70)

ความรู้เกี่ยวกับสารเสพติดแอมเฟตามีน	n	$\bar{x}$	S.D	t	df	p
กลุ่มทดลอง	35	8.31	2.15	-1.39	68	0.16
กลุ่มเปรียบเทียบ	35	7.63	1.97			

จากตารางที่ 3 พบว่า ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับสารเสพติดแอมเฟตามีนไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนความรู้เกี่ยวกับสารเสพติดแอมเฟตามีนก่อนและหลังการทดลองโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ กลุ่มทดลอง (n=35)

ความรู้เกี่ยวกับสารเสพติดแอมเฟตามีน	n	$\bar{x}$	S.D	t	df	p
Pre-test	35	8.31	2.15	-13.30	34	.000**
Post-test	35	12.49	1.82			

\*\*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตารางที่ 4 พบว่า กลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับสารเสพติดแอมเฟตามีนก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ กลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับสารเสพติดแอมเฟตามีนสูงกว่าก่อนการเข้าร่วม โปรแกรม

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบน คำนวณความรู้เกี่ยวกับสารเสพติดแอมเฟตามีนก่อนและหลังการทดลองโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ กลุ่มเปรียบเทียบ (n=35)

ความรู้เกี่ยวกับสารเสพติดแอมเฟตามีน	n	$\bar{x}$	S.D	t	df	p
Pre - test	35	7.63	1.97	-13.17	34	.000**
Post - test	35	10.89	1.72			

\*\*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตารางที่ 5 พบว่า กลุ่มเปรียบเทียบมีความรู้เกี่ยวกับสารเสพติดแอมเฟตามีนก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ กลุ่มเปรียบเทียบมีด้านความรู้เกี่ยวกับสารเสพติดแอมเฟตามีนสูงกว่าก่อนการทดลอง

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนความรู้เกี่ยวกับสารเสพติดแอมเฟตามีนหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ (n=70)

ความรู้เกี่ยวกับสารเสพติดแอมเฟตามีน	n	$\bar{x}$	S.D	t	df	p
กลุ่มทดลอง	35	12.49	1.82	-3.77	68	.000**
กลุ่มเปรียบเทียบ	35	10.89	1.72			

\*\*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตารางที่ 6 พบว่า หลังการประยุกต์ใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีความรู้เกี่ยวกับสารเสพติดแอมเฟตามีนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยกลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับสารเสพติดแอมเฟตามีนสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

ตารางที่ 7 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนทัศนคติเกี่ยวกับสารเสพติดแอมเฟตามีน ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ (n=70)

ทัศนคติเกี่ยวกับสารเสพติดแอมเฟตามีน	กลุ่มทดลอง				กลุ่มเปรียบเทียบ			
	Pre-test		Post-test		Pre-test		Post-test	
	$\bar{x}$	S.D	$\bar{x}$	S.D	$\bar{x}$	S.D	$\bar{x}$	S.D
1. ยาเสพติดแอมเฟตามีนคือเพื่อนยามเครียด	2.69	0.83	4.11	0.63	3.14	0.64	3.54	0.65
2. การกลับมาเสพติดแค่ครั้งเดียวไม่ทำให้กลับไปเสพติดอีกได้	2.57	0.85	4.09	0.65	2.91	0.81	3.63	0.69
3. การเสพยาเสพติดแอมเฟตามีนหรือยาบ้าไม่ส่งผลต่อการดำรงชีวิตของมัน	2.49	0.95	4.17	0.78	2.89	0.86	3.71	0.57
4. การเสพยาเสพติดแอมเฟตามีนเป็นเรื่องปกติทั่วไปไม่เสียหาย	2.37	1.03	4.14	1.03	3.06	0.96	3.43	1.00
5. การติดยาเสพติดแอมเฟตามีนส่งผลต่อตนเอง ครอบครัว และสังคม	3.46	0.95	4.14	0.69	3.71	0.78	4.11	0.83
6. การลองเสพยาเสพติดแอมเฟตามีนอาจทำให้คิดได้	3.29	1.07	4.20	0.71	3.49	0.70	4.11	0.71
7. เลือคบเพื่อนที่ดี ปฏิเสธเพื่อนที่ไม่ดีทำให้ห่างไกลจากยาเสพยาเสพติดแอมเฟตามีนได้	3.09	0.88	4.14	0.77	3.37	0.91	3.97	0.89
8. ผู้ที่เลิกยาเสพติดแอมเฟตามีนได้คือผู้ที่เอาชนะใจตนเอง	2.26	0.95	4.20	0.67	3.11	0.83	3.74	1.12
9. ครอบครัวที่อบอุ่นและความสัมพันธ์อันดีระหว่างสมาชิกในครอบครัวเป็นส่วนสำคัญป้องกันการเสพติดซ้ำ	3.29	0.78	4.57	0.65	2.89	0.90	4.09	0.87
10. หลีกเลียงให้ห่างไกลจากสิ่งแวดล้อมที่มียาเสพติด	3.29	0.98	4.74	0.50	3.23	0.80	3.69	1.02
เฉลี่ยรวมจำแนกรายข้อ	3.00	0.92	4.25	0.70	3.18	0.81	3.80	0.82

จากตารางที่ 7 พบว่า กลุ่มทดลองมีทัศนคติเกี่ยวกับสารเสพติดแอมเฟตามีนก่อนการทดลองอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{x} = 3.00$ , S.D = 0.92) และหลังการทดลองมีทัศนคติอยู่ในระดับมาก ( $\bar{x} = 4.25$ , S.D=0.70) กลุ่มเปรียบเทียบ มีทัศนคติเกี่ยวกับสารเสพติดแอมเฟตามีนก่อนการทดลองอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{x} = 3.18$ , S.D=0.81) และหลังการทดลองมีทัศนคติอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{x} = 3.80$ , S.D = 0.82)

ตารางที่ 8 เปรียบเทียบ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนทัศนคติเกี่ยวกับสารเสพติดแอมเฟตามีน ก่อนการเข้าร่วม โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ (n=70)

ทัศนคติเกี่ยวกับสารเสพติดแอมเฟตามีน	n	$\bar{x}$	S.D	t	df	p
กลุ่มทดลอง	35	2.98	0.38	224	68	0.028**
กลุ่มเปรียบเทียบ	35	3.18	0.37			

\*\*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 8 พบว่า ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีทัศนคติเกี่ยวกับสารเสพติดแอมเฟตามีนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยกลุ่มเปรียบเทียบมีทัศนคติสูงกว่ากลุ่มทดลอง

ตารางที่ 9 เปรียบเทียบ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนทัศนคติเกี่ยวกับสารเสพติดแอมเฟตามีน ก่อนและหลังการทดลอง โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ กลุ่มทดลอง (n=35)

ทัศนคติเกี่ยวกับสารเสพติดแอมเฟตามีน	n	$\bar{x}$	S.D	t	df	p
Pre – test	35	2.98	0.38	-19.49	34	.000**
Post – test	35	4.25	0.25			

\*\*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตารางที่ 9 พบว่า กลุ่มทดลองมีทัศนคติเกี่ยวกับสารเสพติดแอมเฟตามีนก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ กลุ่มทดลองมีทัศนคติเกี่ยวกับสารเสพติดแอมเฟตามีนสูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม

ตารางที่ 10 เปรียบเทียบ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนทัศนคติเกี่ยวกับสารเสพติดแอมเฟตามีน ก่อนและหลังการทดลอง โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ กลุ่มเปรียบเทียบ (n=35)

ทัศนคติเกี่ยวกับสารเสพติดแอมเฟตามีน	n	$\bar{x}$	S.D	t	df	p
Pre – test	35	3.18	0.37	-6.05	34	.000**
Post – test	35	3.80	0.49			

\*\*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตาราง 10 พบว่า กลุ่มเปรียบเทียบมีทัศนคติเกี่ยวกับสารเสพติดแอมเฟตามีนก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยหลังการประยุกต์ใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ กลุ่มเปรียบเทียบมีทัศนคติสูงกว่าก่อนการทดลอง

ตารางที่ 11 เปรียบเทียบ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนทัศนคติเกี่ยวกับสารเสพติดแอมเฟตามีน หลังการเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ (n=70)

ทัศนคติเกี่ยวกับสารเสพติดแอมเฟตามีน	n	$\bar{x}$	S.D	t	df	p
กลุ่มทดลอง	35	4.25	0.25	-4.78	68	.000**
กลุ่มเปรียบเทียบ	35	3.80	0.49			

\*\*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตารางที่ 11 พบว่า หลังการประยุกต์ใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ มีทัศนคติเกี่ยวกับสารเสพติดแอมเฟตามีนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยกลุ่มทดลองมีทัศนคติสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

**ตารางที่ 12** ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันการติดเชื้อก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ (n=70)

พฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันการติดเชื้อ	กลุ่มทดลอง				กลุ่มเปรียบเทียบ			
	Pre-test		Post-test		Pre-test		Post-test	
	$\bar{X}$	S.D	$\bar{X}$	S.D	$\bar{X}$	S.D	$\bar{X}$	S.D
1. ท่านจะมีความระมัดระวังบุคคลแปลกหน้าที่ให้สิ่งของเพื่อ จูงใจให้ใช้ยาเสพติดแอมเฟตามีน	3.26	0.61	4.43	0.55	3.11	0.75	3.80	0.31
2. ท่านจะมีการป้องกันตนเองด้วยการปฏิเสธการทดลองเสพยา เสพติดทุกชนิด	3.00	0.64	4.26	0.44	3.23	0.91	3.83	0.89
3. ท่านจะหลีกเลี่ยงพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการใช้ยาเสพติดแอมเฟ ตามีน เช่น เที่ยวกลางคืน หรือมั่วสุมในแหล่งขาดผู้ดูแล	2.97	0.82	4.09	0.78	3.11	0.96	4.03	0.85
4. หากท่านมีเวลาว่างท่านจะหางานอดิเรกทำ เช่น อ่าน หนังสือ ชมภาพยนตร์ เล่นกีฬา ฯลฯ	2.86	0.77	4.60	0.55	3.13	0.97	4.26	0.78
5. ท่านจะหลีกเลี่ยงการคบเพื่อนที่เสพยาเสพติดหรือเกี่ยวข้องกับ ยาเสพติดแอมเฟตามีน	2.71	0.92	4.31	0.47	3.06	1.02	3.89	0.83
6. ท่านจะให้กำลังใจเพื่อนในการต่อสู้เพื่อเลิกเสพยาเสพติดแอมเฟตามีน	3.09	0.70	4.29	0.66	3.09	0.74	4.00	0.76
7. ท่านจะปฏิบัติตามคำตักเตือนของพ่อแม่หรือคนรอบข้าง ไม่ให้ไปเกี่ยวข้องกับยาเสพติดแอมเฟตามีน	2.86	0.64	4.49	0.61	3.20	0.96	3.94	0.90
8. ท่านจะไม่ใช้ยาเสพติดแอมเฟตามีนมาใช้แก้ปัญหามือ เกิดความเครียดหรือน้อยใจในปัญหาครอบครัว	3.03	0.70	4.17	0.66	3.00	0.93	3.94	0.90
9. ท่านจะเชื่อฟังคำสอนของเจ้าหน้าที่พยาบาล/ผู้บำบัดที่ ไม่ให้เข้าไปเกี่ยวข้องกับหรือเสพยาเสพติด	3.09	0.65	4.08	0.40	3.31	0.86	4.29	0.78
10. ท่านมีความรู้เรื่องพิษภัยของยาเสพติดแอมเฟตามีนเป็น อย่างดี ท่านจึงจะไม่ไปยุ่งเกี่ยวกับเสพยาเสพติดทุกชนิด	3.06	0.80	4.31	0.67	3.09	1.12	4.23	0.87
เฉลี่ยรวมจำแนกรายข้อ	2.99	0.72	4.30	0.58	3.14	0.92	4.02	0.78

จากตารางที่ 12 พบว่า กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันการติดเชื้อ ก่อนการทดลองอยู่ในระดับปานกลาง (mean=2.99, S.D = 0.72) หลังการทดลองอยู่ในระดับมากที่สุด (mean=4.30, S.D=0.58) กลุ่มเปรียบเทียบมีพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันการติดเชื้อ ก่อนการทดลองอยู่ในระดับปานกลาง (mean = 3.14, S.D = 0.92) และหลังการทดลองอยู่ในระดับมาก (mean = 4.02, S.D = 0.78)

**ตารางที่ 13** เปรียบเทียบ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันการติดเชื้อ ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ (n=70)

พฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันการติดเชื้อ	n	$\bar{X}$	S.D	t	df	p
กลุ่มทดลอง	35	2.99	0.63	1.23	68	22
กลุ่มเปรียบเทียบ	35	3.14	0.36			

จากตารางที่ 13 พบว่า ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันการติดเชื้อไม่แตกต่างกัน

**ตารางที่ 14** เปรียบเทียบ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนพฤติกรรม การดูแลตนเองในการป้องกันการติดเชื้อก่อนและหลังการทดลอง โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของกลุ่มทดลอง (n=35)

พฤติกรรม การดูแลตนเองในการป้องกันการติดเชื้อ	n	$\bar{X}$	S.D	t	df	p
Pre – test	35	2.99	0.36	-1929	34	.000**
Post – test	35	4.37	0.23			

\*\*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตารางที่ 14 พบว่า กลุ่มทดลองมีพฤติกรรม การดูแลตนเองในการป้องกันการติดเชื้อก่อนและหลังการเข้าร่วม โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยพบว่า หลังการเข้าร่วม โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ กลุ่มทดลองมีพฤติกรรม การดูแลตนเองในการป้องกันการติดเชื้อสูงกว่าก่อนการเข้าร่วม โปรแกรม

**ตารางที่ 15** เปรียบเทียบ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบน คะแนนพฤติกรรม การดูแลตนเองในการป้องกันการติดเชื้อก่อนและหลังการทดลอง โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ กลุ่มเปรียบเทียบ (n=35)

พฤติกรรม การดูแลตนเองในการป้องกันการติดเชื้อ	n	$\bar{X}$	S.D	t	df	p
Pre-test	35	3.14	0.63	-889	34	.000**
Post-test	35	4.02	0.56			

\*\*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตารางที่ 15 พบว่า กลุ่มเปรียบเทียบ มีพฤติกรรม การดูแลตนเองในการป้องกันการติดเชื้อก่อนและหลังการเข้าร่วม โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยพบว่า หลังการประยุกต์ใช้ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ กลุ่มเปรียบเทียบมีพฤติกรรม การดูแลตนเองในการป้องกันการติดเชื้อสูงกว่าก่อนการทดลอง

**ตารางที่ 16** เปรียบเทียบ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนพฤติกรรม การดูแลตนเองในการป้องกันการติดเชื้อ หลังการเข้าร่วม โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ (n=70)

พฤติกรรม การดูแลตนเองในการป้องกันการติดเชื้อ	n	$\bar{X}$	S.D	t	df	p
กลุ่มทดลอง	35	4.37	0.23	-3.04	68	.001**
กลุ่มเปรียบเทียบ	35	4.0	0.56			

\*\*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตารางที่ 16 พบว่า หลังการเข้าร่วม โปรแกรม กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีพฤติกรรม การดูแลตนเองในการป้องกันการติดเชื้อ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยพบว่า กลุ่มทดลองมีพฤติกรรม การดูแลตนเองในการป้องกันการติดเชื้อสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ



ดำเนินการอย่างเป็นระบบมีขั้นตอนเชื่อมโยงกันตั้งแต่ การค้นพบสภาพการณ์จริง การสะท้อนความคิดอย่างมีวิจารณญาณ การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมและลงมือปฏิบัติ และการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ เป็นกระบวนการที่ช่วยเสริมสร้างความสามารถและพัฒนาศักยภาพของบุคคลในการดูแลสุขภาพ (Gibson, 1995) โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจสามารถช่วยเพิ่มกระบวนการสนับสนุนให้บุคคลมีความรู้เกี่ยวกับสารเสพติดแอมเฟตามีน เกิดการตระหนักรู้ในโทษพิษภัยของยาเสพติด เกิดการรับความสามารถของตนเอง รวมถึงกระบวนการพัฒนาศักยภาพในการควบคุมปัจจัยที่มีผลกระทบต่อสุขภาพตระหนักรู้ถึงการมีสุขภาพที่ดี มีความมั่นใจในตนเองที่จะดูแลสุขภาพให้ดี และมีความสามารถลงมือกระทำเพื่อให้สำเร็จลุล่วงตามเป้าหมายในการดูแลสุขภาพ ซึ่งมักจะเกี่ยวข้องกับความสำเร็จส่วนบุคคล เป้าหมายในชีวิต และประสบการณ์เกี่ยวกับผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการใช้ยาเสพติดจะทำให้ ส่งผลให้เกิดเป็นพลังหรือความเข้มแข็งของจิตใจที่จะสามารถดูแลตนเอง สามารถจัดการกับสถานการณ์ที่เป็นปัญหาของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ ให้อยู่ในสังคมได้โดยมีพฤติกรรมป้องกันการติดซ้ำแอมเฟตามีนในทางที่ถูกต้องได้นั้นเกิดจากการที่ผู้เสพติดแอมเฟตามีนได้เข้าร่วมกิจกรรมทั้ง 6 กิจกรรม ซึ่งกิจกรรมทั้งหมดเป็นกิจกรรมที่พัฒนามาจากแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน (1995) มาประยุกต์ใช้ในการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมป้องกันการติดซ้ำแอมเฟตามีนของผู้ได้รับการบำบัดยาเสพติดระยะบำบัดด้วยยาในสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี เพื่อการแก้ปัญหาการกลับไปเสพซ้ำเมื่อเผชิญกับปัญหาหรือเจอสิ่งกระตุ้น ซึ่งคาดว่าจะส่งผลให้ผู้เข้ารับการบำบัดยาเสพติด เกิดพฤติกรรมดูแลตนเองที่เหมาะสมได้อย่างเหมาะสม ซึ่งแบ่งออกเป็น 4 ขั้นตอน ดังนี้คือ 1) การค้นพบสภาพการณ์จริง 2) การสะท้อนความคิดอย่างมีวิจารณญาณ 3) การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมและลงมือปฏิบัติ และ 4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ (Gibson, 1995) ที่ผ่านมามีการนำแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจไปเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งช่วยทำให้สามารถเพิ่มพูนความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองแก่ผู้ป่วย และสร้างศักยภาพของตนเอง เกิดความเชื่อมั่นและมั่นใจในพฤติกรรมดูแลตนเองที่มีประสิทธิภาพ และยั่งยืนสอดคล้องกับงานวิจัยของสายสุดา โภชนากรณ์ (2563) ที่พบว่า ระดับพลังอำนาจของผู้ป่วยเสพติดและครอบครัวเพื่อป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ คือ คุณลักษณะระดับบุคคลที่เกิดจากการเสริมสร้างพลังอำนาจมีความสำคัญต่อประสิทธิภาพในการป้องกันการกลับไปเสพยาซ้ำ โดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{x} = 17.05$  ,SD=2.87) และสอดคล้องกับงานวิจัยของโชคนิตพัฒนา วิสุธ (2563) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมเสริมพลังอำนาจร่วมกับวิถีพุทธผู้รับการบำบัดการใช้ยาบ้า พบว่า ผลลัพธ์จากการพัฒนาโปรแกรมการเสริมพลังอำนาจวิถีพุทธในผู้เข้ารับการบำบัดที่เสพยาบ้า ในปี 2562 เปรียบเทียบกับการดำเนินงานปีที่ผ่านมาโดยมีกลุ่มตัวอย่างปีละ 100 คน คะแนนเฉลี่ยผลการคัดกรองการใช้ยาบ้าในผู้รับการบำบัดลดลงการเสริมพลังอำนาจที่เกิดขึ้น ในผู้รับบริการทั้ง 100 รายที่สามารถหยุดเสพได้ 80 ราย ไม่กลับไปเสพซ้ำ 78 ราย (97.5%) สอดคล้องกับการศึกษาของ กชพร เผือกผ่อง (2560) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการควบคุมตนเองของผู้เสพติดแอมเฟตามีนที่พบว่าโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจมีประสิทธิภาพในการช่วยเพิ่มการควบคุมตนเองในผู้เสพติดแอมเฟตามีนที่เข้ารับการบำบัดในชั้นฟื้นฟูสมรรถภาพได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) สอดคล้องกับการศึกษาของนิภาพร รัฐมัน และเพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์ (2560) ที่

พบว่ากระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสันให้ผู้ป่วยค้นพบปัญหาที่เกิดขึ้น เน้นให้เข้าใจถึงความจำเป็นในการแก้ไขปัญหามีประสิทธิภาพ แสวงหาแนวทางแก้ไขปัญหา และตัดสินใจเลือกวิธีการปฏิบัติได้อย่างเหมาะสมส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมที่เหมาะสมลดพฤติกรรมการดื่มสุราได้

### ข้อเสนอแนะ

1. โปรแกรมการเสริมพลังอำนาจต่อพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอดส์ของกลุ่มผู้บำบัดเสพติดเอดส์ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ ทักษะ พฤติกรรมป้องกันการเสพติดเอดส์ ความเข้มแข็งทางจิตใจ และการรับรู้ความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้น ควรมีการส่งเสริมให้มีกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง และขยายผลไปสู่การดูแลผู้ป่วยติดสารเสพติดชนิดอื่น และติดตามประเมินผลพฤติกรรมดูแลตนเองเป็นระยะอย่างต่อเนื่อง หรือมีการติดตามเพื่อร่วมค้นหาปัญหา และร่วมหาแนวทางแก้ไข เป็นการติดตามเพื่อเป็นการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมป้องกันการป้องกันตนเองที่ต่อเนื่องเพื่อเป็นข้อมูลสำหรับการปรับปรุงโปรแกรมต่อไป

2. การศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอดส์ของกลุ่มผู้บำบัดเสพติดเอดส์ครั้งนี้ได้วัดผลก่อน-หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ครั้งต่อไปควรวัดผลควรมีการศึกษาติดตามผลต่อเนื่องเป็นระยะๆ เพื่อศึกษาผลการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อ

3. ข้อเสนอแนะในการวิจัยต่อไปการวิจัยครั้งต่อไปควรให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมด้วย ทั้งนี้เพราะแรงสนับสนุนและความร่วมมือจากครอบครัวจะทำให้ผู้บำบัดมีกำลังใจในการดูแลป้องกันตนเองและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลับไปเสพติดมีความยั่งยืน

### บรรณานุกรม

กชพร เผือกผ่อง, (2561). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการควบคุมตนเองของผู้เสพติดเอดส์. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. คณะพยาบาลศาสตร์. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

กนิษฐา ไทยกกล้า. (2562). การตลาดและการกระทำความคิดที่เกี่ยวข้องกับสารเสพติดบนโลกอินเทอร์เน็ต. กรุงเทพมหานคร : สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. กรมราชทัณฑ์. กระทรวงยุติธรรม.

เจริญ แฉกพิมาย และปนัดดา ศรีชนสาร. (2555). พฤติกรรมป้องกันการตนเองจากยาเสพติดของนักศึกษา. มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าพระนครเหนือ. ใน วารสารวิชาการครุศาสตร์ อุตสาหกรรมพระจอมเกล้าพระนครเหนือ. ปีที่ 5 (ฉบับที่ 1) : หน้า 1-9.

ชาติรี ชัยนาคิน, ชาติรี ประชาพิพัฒ และอารี พุ่มประไวย. (2559). การเลิกเสพยาบ้าซ้ำ: กรณีศึกษาผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพ ผู้เสพยาเสพติดปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยวิธีชุมชนบำบัด. ใน วารสารวารสารเกื้อการุณย์. ปีที่ 23 (ฉบับที่ 2) : หน้า 248-262.

- โชคินดีพัฒน์ วิสูล. (2564). ผลของโปรแกรมเสริมพลังอำนาจร่วมกับวิถีพุทธผู้รับการบำบัดการใช้ยาบ้า. ใน วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ. ปีที่ 2 (ฉบับที่ 1) : หน้า 37-48.
- ณัฐนิชา กั้นชั้น, อรรถพล สุคนธาภิรมย์ ณ พัทลุง และ อรัญญา วิริยสกุล. (2564). อิสลามบำบัดสำหรับผู้ติดสารเสพติด. ในวารสารสหวิทยาการมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์.ที่ 4 (ฉบับที่ 1) : หน้า 256-268.
- ทิพสุคนธ์ มูลจันท์, อัจฉริยา แวงจนา, ฉิตยา ไชยกุล. (2562). ผลของโปรแกรมการให้การศึกษาแบบกลุ่มตามแนวคิดการพิจารณาเหตุผลอารมณ์และพฤติกรรม (Rational Emotional Behavior Therapy Counseling) ต่อการควบคุมความอยากใช้ยาเสพติดซ้ำของผู้เข้ารับการบำบัดรักษาเฮโรอีนในโรงพยาบาลรัฐญารักษ์ปัตตานี. ใน วารสารกรมการแพทย์. ปีที่ 44 (ฉบับที่ 5) : หน้า 145-149.
- ปริญญา ปั่นพล. (2560).[ออนไลน์]. (2565, 22 ตุลาคม) **Amphetamine (or Amphetamine-like) Related Disorders.**บทความวิชาการสำหรับการศึกษาค้นคว้าต่อเนื่องทางเภสัชศาสตร์. เข้าถึงได้จาก <https://ccpe.pharmacycouncil.org/index.php>
- ไพโรจน์ บุญประเสริฐ. (2561). พฤติกรรมหลังผ่านการบำบัดรักษาของผู้เสพยาเสพติด กรณีศึกษาเขตพื้นที่จังหวัดเชียงราย. ใน วารสารนิติศาสตร์และสังคมท้องถิ่น คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี. ปีที่ 2 (ฉบับที่ 1) : หน้า 191-211.
- สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี. **คู่มือแนวทางการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐาน (Community based treatment : CBTx).**กรุงเทพฯ. บริษัททอนป่าจำกัด. 2564
- สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี. [ออนไลน์]. (2565, 2 สิงหาคม). **สถิติผู้เข้ารับการบำบัดรักษาปีงบประมาณ2564.** เข้าได้จาก [http://www.pmnidat.go.th/thai/index.php?option=com\\_content&task=category&sectionid=2&id=9&Itemid=53](http://www.pmnidat.go.th/thai/index.php?option=com_content&task=category&sectionid=2&id=9&Itemid=53)
- สังวาล พิพิชพร. (2563). ผลของโปรแกรมการเสริมพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองโรงพยาบาลอุดรธานี 2 อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี. ใน วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี, ปีที่ 28 (ฉบับที่ 1) : หน้า 30-42.
- สัญญา จตุหงส์ และสิทธิชัย ดันศรีสกุล. (2561). ปัจจัยที่เป็นสาเหตุของการเสพยาเสพติดซ้ำของผู้ผ่านการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดในระบบบังคับบำบัด : กรณีศึกษาสำนักงานคุมประพฤติจังหวัดร้อยเอ็ด. ใน วารสารช่อพะยอม. ปีที่ 29 (ฉบับที่ 1) : หน้า 199-209.
- สายสุดา โภชนากรณ์ (2563). รูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยเสพยาเสพติดและครอบครัวเพื่อป้องกันการกลับไปเสพยา. ใน วารสารสังคมศาสตร์และมนุษยวิทยาเชิงพุทธ. ปีที่ 5 (ฉบับที่ 12) : หน้า 305-323.
- สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. (2564). **รายงานผลการดำเนินงานป้องกันและปราบปรามยาเสพติดประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2564.** กระทรวงยุติธรรม. กรุงเทพมหานคร : ม.ป.ท.
- Gibson, C. H. (1995). The process of empowerment in mothers of chronically ill children. *Journal of Advanced nursing*, 21(6), 1201-1210
- Kim GS., Cho SH. (2001). Effects of hand acupuncture therapy on dysmenorrheal. *Korean. Journal of Child Health Nursing*. 11(1) : 109– 116