

## บทที่ 1

### บทนำ

#### 1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่พบบ่อย และเป็นปัญหาสำคัญด้านสาธารณสุขทั่วโลก โดยพบอัตราความชุกเพิ่มมากขึ้น จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลกปี พ.ศ. 2538 พบว่า มีประชากรเป็นโรคเบาหวานจำนวน 135 ล้านคน ขณะที่ปี พ.ศ. 2553 มีจำนวนเพิ่มมากกว่า 285 ล้านคน และคาดว่าจะเพิ่มเป็น 438 ล้านคนในปี พ.ศ. 2573 หรือเพิ่มเฉลี่ยปีละ 7 ล้านคน (WHO, 2008) สำหรับประเทศไทยพบอุบัติการณ์ของโรคเบาหวานเพิ่มมากขึ้นเช่นเดียวกัน จากการสำรวจสถานะสุขภาพอนามัยคนไทย ปี พ.ศ. 2546-2547 พบอัตราความชุกของโรคเบาหวานร้อยละ 4.4 ซึ่งสูงกว่าปี พ.ศ. 2539-2540 โดยเพศหญิงมีอัตราความชุกสูงกว่าเพศชาย (เพศหญิงร้อยละ 7.3 เพศชายร้อยละ 6.4) และมีแนวโน้มสูงขึ้นตามอายุที่มากขึ้น ในขณะที่ประเทศไทยพบสาเหตุสำคัญของเบาหวานมีแนวโน้มสูงขึ้น โดยเฉพาะความครอบคลุมของการรักษาด้วยยาลดระดับน้ำตาลในเลือดต่ำพบมากถึงร้อยละ 41 และประสิทธิผลในการรักษาไม่ถึง 1 ใน 3 ของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาทั้งหมด (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2549)

เบาหวานเป็นโรคที่เกิดจากความผิดปกติของกระบวนการเผาผลาญกลูโคสในร่างกาย เนื่องจากความผิดปกติของระบบการหลั่งอินซูลิน และการทำงานของอินซูลินหรือทั้ง 2 อย่าง สาเหตุของการเกิดโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นตามอายุ เนื่องจากความชราทำให้การทำงานของเซลล์เบต้า(Beta cell) มีการเปลี่ยนแปลง โดยหลังอินซูลินลดลงตามอายุและยังพบภาวะดื้ออินซูลิน (Insulin resistance) เพิ่มขึ้นด้วย (อภิรดี ศรีวิจิตรกมล และ สุทิน ศรีอภัยพร, 2548) จึงทำให้มีการจำแนกโรคเบาหวานออกเป็น 2 ชนิด คือ โรคเบาหวานชนิดที่ 1 พบได้ประมาณร้อยละ 10 ส่วนใหญ่พบในเด็ก และโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบได้ร้อยละ 90 ของโรคเบาหวาน อย่างไรก็ตามโรคเบาหวานยังก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ โดยเฉพาะภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือดทั้งขนาดเล็กและขนาดใหญ่ ได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนทางไต จอประสาทตา ระบบประสาท หลอดเลือดหัวใจ หลอดเลือดสมอง ซึ่งมีโอกาสทำให้ผู้ป่วยเบาหวานเสียชีวิตไม่น้อยโดยพบว่าเสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดหัวใจและสมองสูงถึงร้อยละ 65 สำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีความดันโลหิตสูงร่วมด้วยมีโอกาสเกิดภาวะไตวายร้อยละ 44

ภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาทร้อยละ 60-70 และเป็นสาเหตุสำคัญของการถูกตัดขา ส่วนปลายถึงร้อยละ 60 (สุทิน ศรีอัยญาพร. 2548) ซึ่งการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ระดับไขมันในเลือด ความดันโลหิต และการให้สุขศึกษาที่ถูกต้องจะสามารถลดภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวได้ (ชัยชาญ ดีโรจนวงศ์ และ กอบชัย พัววิไล. 2546)

การศึกษาวิจัยเกี่ยวกับโรคเบาหวานที่ผ่านมาพบว่า การดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ทั้งการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการใช้ยาเป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อภาวะระดับน้ำตาลในเลือด ซึ่งการศึกษาส่วนใหญ่พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานมักเลือกวิธีการรับประทานยามากกว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เนื่องจากเห็นว่าสะดวก และคิดว่า ยามีประสิทธิภาพสามารถลดระดับน้ำตาลได้ (วิมลรัตน์ จงเจริญ และคณะ. 2551 : 81) ขณะที่เมื่อเป็นโรคเบาหวานนานขึ้นเรื่อย ๆ จำนวนผู้ป่วยที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี โดยการควบคุมอาหารและออกกำลังกายจะลดน้อยลงไปตามลำดับ ดังนั้น การใช้ยาลดระดับน้ำตาลในเลือดในการรักษาจึงมีความจำเป็น (ณัฐเชษฐ เปล่งวิทยา และ สุทิน ศรีอัยญาพร. 2548, วราภรณ์ วงศ์ถาวรวัฒน์ วิทยา ศรีมาดา และสมพงษ์ สุวรรณวลัยกร. 2549) และกิจกรรมส่วนใหญ่ที่ผู้ป่วยเบาหวานเลือกในการดูแลตนเอง คือ การใช้ยา (สุรพงษ์ ผดุงเวียง และ สุกัลยณิ สิงห์สัจย์. 2551) ซึ่งจากรายงานการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมโรคได้ไม่ดี ส่วนใหญ่เกิดจากการรับประทานยาไม่ถูกต้อง (สมศักดิ์ วราอศฺวปติ. 2535, ปิยวรรณ เหลืองจิร โนทัย และคณะ. 2550) ในขณะที่เดียวกันมีรายงานอัตราความไม่ร่วมมือการใช้ยาในผู้ป่วยสูงอายุร้อยละ 26-59 (Van Eijken, M., et al. 2003 : 229) และพบว่า ผู้สูงอายุที่ต้องเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล เนื่องจากความไม่ร่วมมือในการใช้ยามีร้อยละ 7.6-11.4 (Malhotra, S., et al. 2001, Col, N., Fanale, J. E., Kronholm, P. 1990) โดยอัตราความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานร้อยละ 32.1-48.6 (ปิยวรรณ เหลืองจิร โนทัย และคณะ. 2550, ปิยพร สุวรรณ โชติ. 2543) และจากการทบทวนการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาพบว่า ปัจจัยด้านบุคคลประกอบด้วย อายุ เพศ ระยะเวลาการเจ็บป่วย การมองเห็น ความสามารถ จัดยา ความรู้การใช้ยาเม็ดในการควบคุมเบาหวาน ปัจจัยด้านการรักษาประกอบด้วย จำนวนชนิดยา จำนวนเม็ดยา ความถี่ของการรับประทานยา อาการไม่พึงประสงค์จากยา และปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพมีความสัมพันธ์กับความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวาน (สมศักดิ์ วราอศฺวปติ. 2535, เวชกา กลั่นวิจิต และคณะ. 2546, ชนากานต์ แสนสิงห์ชัย. 2550, วิมลรัตน์ จงเจริญ และคณะ. 2551, ภาวีศรี ชัยมัน. 2552, Sorensen, L., et al. 2005) ทำให้เกิดผลกระทบจากการใช้ยาไม่ถูกต้องและความไม่ร่วมมือการใช้ยา ภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน

ภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง และการดำเนินของโรคที่มีความรุนแรงมากขึ้นจนส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย รวมค่าใช้จ่ายจากการรักษาที่เพิ่มขึ้นทั้งภาครัฐและบุคคลตามมา

ดังนั้นกลวิธีรูปแบบพัฒนาความสามารถพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวาน ให้ได้ระดับเพียงพอและต่อเนื่อง ต้องอาศัยความเข้าใจปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลกระทบต่อพฤติกรรมการใช้ยา เพื่อส่งเสริมให้บุคคลตระหนัก หรือเกิดความรู้สึกถึงความสามารถในการควบคุมปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับชีวิตและสุขภาพ โดยสร้างความเข้มแข็งให้ผู้ป่วยเบาหวานตระหนักและมีความพร้อมแก้ไขปัญหาด้านศักยภาพของตน (Gibson, 1991) ซึ่งการเสริมพลังอำนาจให้ผู้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้เป็นเป้าหมายที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน จากการศึกษาพบว่า การเสริมพลังอำนาจในผู้ป่วยเบาหวาน จะช่วยเพิ่มความรับผิดชอบในการควบคุมวิถีชีวิต ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานมีพฤติกรรมการใช้ยาที่เหมาะสม (Awé, C. and Lin, S.J. 2003, Sigurdardottir, A.K. and Jonsdottir, H. 2007) สำหรับในประเทศไทยยังไม่พบการศึกษาทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับการเสริมพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการใช้ยาในผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ซึ่งปัจจุบันวิชาชีพการพยาบาลมีกรมอบหมายให้พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนสามารถดูแลเรื่องการให้ยาแก่ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิได้ให้เป็นไปตามมาตรฐานของการตรวจรักษาโรคเบื้องต้น เพื่อยกระดับมาตรฐานการให้บริการและส่งเสริมบทบาทพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนในการตรวจรักษา ส่งจ่ายยา ภายใต้การดูแลของแพทย์ที่เลี้ยง (วิโรจน์ วรรณภีระ. ม.ป.ป.) ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาและสร้างโปรแกรมการเสริมพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการใช้ยาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อันช่วยลดภาวะแทรกซ้อนและผลกระทบจากการใช้ยาไม่ถูกต้องได้

โรงพยาบาลเดิมบางนางบวช จังหวัดสุพรรณบุรี เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 120 เตียง พบสถานการณ์ผู้ป่วยเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเช่นเดียวกัน โดยปี พ.ศ. 2549 จำนวน 2,249 คน และ ปี พ.ศ. 2550 มีจำนวน 2,600 คน ปี พ.ศ. 2551 จำนวน 3,375 คน และปี พ.ศ. 2552 จำนวน 3,755 คน ตามลำดับ (โรงพยาบาลเดิมบางนางบวช. 2552) ส่งผลต่อระบบบริการล่าช้าและมีความแออัด ในปี พ.ศ. 2550 จึงเปิดระบบบริการคลินิกผู้ป่วยเบาหวานที่ศูนย์สุขภาพชุมชนในเขตความรับผิดชอบ 6 แห่ง เพื่อขยายระบบบริการลงสู่ชุมชน สะดวก ใกล้บ้าน และเป็นกันเองมากกว่า ผู้ป่วยเบาหวานไม่ต้องเดินทางไกล ตอบสนองความพึงพอใจลดปัญหาการแออัด และลดระยะเวลารอคอยในโรงพยาบาล ซึ่งจากการทบทวนขั้นตอนการให้บริการคลินิกผู้ป่วยเบาหวานที่ศูนย์สุขภาพชุมชน 6 แห่งของโรงพยาบาลเดิมบางนางบวชพบว่า ยังไม่มีกระบวนการขั้นตอนใดที่ให้คำแนะนำและคำปรึกษาการใช้ยาอย่างเป็นระบบ แพทย์จะบอกรายการยาที่ใช้และเจ้าหน้าที่จ่ายยาจะอธิบายวิธีการใช้ยาอย่างรวดเร็ว ขาดการ

ตรวจสอบความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้ยา ส่งผลให้ผู้ป่วยเบาหวานพฤติกรรมการใช้ยาไม่ถูกต้อง ซึ่งพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานมีพฤติกรรมรับประทานยาไม่ตรงเวลา ผิดขนาด เช่น รับประทานยา วันละ 2 ครั้ง เช้า-เย็น ถ้าลืมมือเช้า รวบรวมรับประทานยาพร้อมกับมือเย็น หรือการรับประทานยา เบาหวานก่อนอาหารหลังตื่นนอนตอนเช้าทันที การรับประทานยาสมุนไพรร่วมด้วย การลด หรือเพิ่มขนาดยาเองตามอาการที่รู้สึกว่ามีระดับน้ำตาลในเลือดสูงหรือต่ำ ส่งผลให้การควบคุม โรคเบาหวาน ได้ไม่ดี โดยผลระดับน้ำตาลในเลือดควบคุมได้ (FPG 80-130 มก./ดล.) ร้อยละ 22.34 (โรงพยาบาลเด็บบางนางบัวช. 2552)

ดังนั้น ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนที่ปฏิบัติงานให้บริการคลินิกผู้ป่วย เบาหวาน ณ ศูนย์สุขภาพชุมชน 6 แห่งของโรงพยาบาลเด็บบางนางบัวช จึงสนใจศึกษาผลของ โปรแกรมการเสริมพลังอำนาจ ซึ่งสร้างตามแนวคิดของการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน (Gibson, 1991) ต่อพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งมีระดับพฤติกรรมการใช้ยาน้อยจากการคัดกรองด้วยแบบประเมินความร่วมมือการใช้ยา (The Morisky Score) และ ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้ยา เพื่อส่งเสริมผู้ป่วยโรคเบาหวานให้เกิดความตระหนัก และสร้างความเข้มแข็งให้พร้อมในการแก้ไขปัญหาตามศักยภาพของตน (Gibson, 1991) ซึ่งปัจจัยดังกล่าว ได้แก่ ปัจจัยด้านบุคคลประกอบด้วย อายุ เพศ ระยะเวลาการเจ็บป่วย การมองเห็น ความสามารถ จดจำ ปัจจัยด้านการรักษาประกอบด้วยจำนวนชนิดยา จำนวนเม็ด ยา ความถี่ของการรับประทานยา อาการไม่พึงประสงค์จากยา อีกทั้งผู้วิจัยมีความเชื่อว่า การเสริมพลังอำนาจในผู้ป่วยเบาหวาน จะช่วยเพิ่มความรับผิดชอบในการควบคุมวิถีชีวิต ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานมีพฤติกรรมการใช้ยาที่เหมาะสมได้ จึงทำให้ผู้วิจัยสนใจพัฒนารูปแบบ โปรแกรมการเสริมพลังอำนาจที่เน้นกิจกรรมสร้างความสัมพันธ์และความไว้วางใจ อันช่วยเพิ่มการเข้าถึงระบบบริการและจัดการสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามมา

## 1.2 ปัญหาการวิจัย

1. พฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่รับบริการในศูนย์สุขภาพชุมชน เป็นอย่างไร
2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่รับบริการในศูนย์สุขภาพชุมชนเป็นอย่างไร
3. ผลของโปรแกรมการเสริมพลังอำนาจของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนต่อพฤติกรรม การใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นอย่างไร

### 1.3 วัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัย

1. ศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่รับบริการในศูนย์สุขภาพชุมชน
2. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานที่รับบริการในศูนย์สุขภาพชุมชน
3. ศึกษาเปรียบเทียบผลของ โปรแกรมการเสริมพลังอำนาจของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนต่อพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

### 1.4 ขอบเขตของการศึกษาวิจัย

การศึกษานี้ ศึกษาเฉพาะพฤติกรรมการใช้ยาที่ได้รับประทานเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่จัดยารับประทานเอง ซึ่งมารับบริการในศูนย์สุขภาพชุมชน 6 แห่ง ของ โรงพยาบาลเด็บบางนางบวช จังหวัดสุพรรณบุรี และผู้ป่วยโรคเบาหวานอินดีเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมพลังอำนาจโดยพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน เก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน 2553 - มกราคม 2554

### 1.5 นิยามศัพท์ที่ใช้ในการศึกษา

1. **พฤติกรรมการใช้ยา** หมายถึง การกระทำหรือการประพฤติด้านการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานตามแผนการรักษา (Haynes. 1979 อ้างถึงใน อารมณั พรหมดี. 2552 : 27) รวมถึงการใช้ยาที่ไม่เหมาะสมไม่สอดคล้องกับคำสั่งการรักษาของแพทย์ ได้แก่ การรับประทานยาผิดขนาด ผิดวิธี หรือผิดเวลา รวมถึงการหยุดยาก่อนเวลาที่เหมาะสม การเปลี่ยนแปลงขนาดยาเองโดยการเพิ่มขึ้นหรือลดลงโดยไม่ได้ปรึกษาแพทย์ และการหยุดยาเป็นครั้งคราว หรือการรับประทานยาไม่ครบตามแพทย์กำหนด หรือการใช้ยาอื่นเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด
2. **ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา** หมายถึง สิ่งที่มีผลกระทบต่อการใช้ยา โดยเกี่ยวข้องกับปัจจัยด้านบุคคลที่อธิบายลักษณะของบุคคล ปัจจัยด้านการรักษาที่เกี่ยวข้องกับคำสั่งการรักษาคือยาของแพทย์ต่อผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยมีรายละเอียดดังนี้

2.1 ปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่ ลักษณะของบุคคลที่บอกอายุ เพศ ระยะเวลาการเจ็บป่วย การมองเห็น และอาการไม่พึงประสงค์จากยา

2.1.1 อายุ หมายถึง อายุเต็มปีของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

2.1.2 ระยะเวลาการเจ็บป่วย หมายถึง ระยะเวลาที่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวาน คิดเป็นจำนวนปีเต็ม

2.1.3 การมองเห็น หมายถึง ความสามารถในการใช้ประสาทสายตา โดยใช้แบบสัมภาษณ์ประเมินทักษะการมองเห็น การอ่านฉลากยา และปัญหาการนับหรือหักเม็ดยา

2.1.4 อาการไม่พึงประสงค์จากยา หมายถึง อาการและอาการแสดงที่ผู้ป่วยรายงานว่าเป็นอาการข้างเคียงจากการใช้ยาเบาหวานในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา เมื่อใช้ในขนาดปกติตามแพทย์สั่ง โดยไม่รวมการใช้ยาในขนาดที่สูงกว่าที่แพทย์สั่ง

2.2 ปัจจัยด้านการรักษา หมายถึง การดูแลตามแผนการรักษาของแพทย์เกี่ยวกับจำนวนชนิดยา จำนวนเม็ดยา ความถี่ของการรับประทานยา ที่ผู้ป่วยเบาหวานได้รับในแต่ละวัน

3. โปรแกรมการเสริมพลังอำนาจ หมายถึง ชุดการเสริมศักยภาพที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการ ณ ศูนย์สุขภาพชุมชน 6 แห่ง ให้เกิดการสร้างความตระหนักถึงปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาและแนวทางการแก้ไขปัญหาที่เหมาะสมของผู้ป่วยเองประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ

ขั้นตอนที่ 1 การค้นพบสภาพการณ์จริง

ขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณเกี่ยวกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเอง

ขั้นตอนที่ 3 การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมกับตนเอง

ขั้นตอนที่ 4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ

โดยกิจกรรมครั้งที่ 1 ดำเนินการขั้นตอนที่ 1 ถึง 3 การค้นพบสะท้อนคิดเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสม กิจกรรมครั้งที่ 2 เยี่ยมบ้านศึกษาแบบแผนการดำเนินชีวิต ทบทวนขั้นตอนที่ 1 ถึง 3 และดำเนินขั้นตอนที่ 4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติ กิจกรรมครั้งที่ 3 เยี่ยมบ้านทบทวนขั้นตอนที่ 1 ถึง 4 และยกย่องเพิ่มคุณค่าพฤติกรรมการใช้ยา กิจกรรมครั้งที่ 4 ณ ศูนย์สุขภาพชุมชนสรุปประเมินผลและติดตามพฤติกรรมการใช้ยา เพื่อคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง

4. ผลของการเสริมพลังอำนาจ หมายถึง ผลเปรียบเทียบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรมเสริมพลังอำนาจ