

ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการรับรู้พลังอำนาจและพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อมของหมอนวดชุมชน

รวินันท์ นุชศิลป์, วท.ม.^{1*} สีแพร จงธรรม, พท.บ.²

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อน-หลัง การทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการรับรู้พลังอำนาจและพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อมของหมอนวดชุมชน โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson กลุ่มตัวอย่างเป็นหมอนวดชุมชน ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 24 คน โดยเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจประกอบด้วย 1) การค้นพบสภาพการณ์จริง 2) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ 3) การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมกับตนเอง และ 4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโปรแกรม 4 ครั้ง ใช้เวลา 8 สัปดาห์ ส่วนเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวม คือ แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป การรับรู้พลังอำนาจตนเองของหมอนวดชุมชน และพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อมของหมอนวดชุมชน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และสถิติที

ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยการรับรู้พลังอำนาจตนเองของหมอนวดชุมชน หลังการเสริมสร้างพลังอำนาจสูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -3.26$, $p\text{-value} < .05$) และพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อมของหมอนวดชุมชน หลังการเสริมสร้างพลังอำนาจสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -3.49$, $p\text{-value} < .05$) การวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจสามารถนำมาพัฒนาแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อมของหมอนวดชุมชนเพื่อเพิ่มการรับรู้พลังอำนาจของตนเอง และศึกษาเพิ่มเติมในกลุ่มหมอนวดแผนไทยที่ปฏิบัติงานในคลินิกแพทย์แผนไทยระดับจังหวัดเพื่อเพิ่มศักยภาพของผู้ประกอบอาชีพหมอนวดแผนไทยอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ: โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ การรับรู้พลังอำนาจ พฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อม หมอนวดชุมชน

¹ อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏพิษณุโลกสงคราม

² แพทย์แผนไทย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกร่าง อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก

* ผู้เขียนหลัก e-mail: ravinun.n@psru.ac.th

Effects of Empowerment Program on Perceived Empowerment and Care Behavior of the Elderly with Osteoarthritis for Community Massage Therapists

Ravinun Nuchasilp, M.Sc.^{1*}, Seeprae Chongton, B.TM.²

Abstract

This quasi-experimental research (one group pre-posttest design) aimed to examine the effects of empowerment program on perceived empowerment and care behaviors of elderly with osteoarthritis among community massage therapists. A sample of 24 community massage therapists was purposively selected at a health-promoting hospital, Muang District, Phitsanulok Province. The research instrument was the empowerment program guided by empowerment theory comprising 4 stages 1) discovering reality, 2) critical reflection, 3) taking charge, and 4) holding on. The sample received the empowerment program four times in eight weeks. Data was collected using three questionnaires: a general questionnaire, self-care ability, and caring behaviors of community massage therapists for elderly with osteoarthritis. The data were analyzed using descriptive statistics, and dependent t-test.

The results showed that after the empowerment program, the community massage therapists had statistically significant higher post-test mean scores on perceived empowerment ($t = -.326$, p -value $< .05$) and care behaviors of elderly with osteoarthritis ($t = -.349$, $p < .05$) than the pretest scores. This study indicated that the empowerment program might aid in developing guidelines for caring elderly with osteoarthritis and increasing their empowerment among community massage therapists. Future studies should be conducted on people performing traditional Thai massage in other provinces to increase the potential of traditional Thai massage groups.

Key words: empowerment program, perceived empowerment, care behavior, elderly with osteoarthritis, community massage therapists

¹ Lecturer, Faculty of Nursing, Phibulsongkram Rajabhat University

² Thai Traditional Medicine, Bankrang Health Promotion Hospital, Meung District, Phisanulok Province

* Corresponding author e-mail: ravinun.n@psru.ac.th

บทนำ

โรคข้อเข่าเสื่อม เป็นโรคเรื้อรังของระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ ที่เกิดจากการเสื่อมสภาพของกระดูกอ่อนข้อต่อ ทำให้กระดูกอ่อนไม่สามารถรองรับน้ำหนักได้และมีการสูญเสียคุณสมบัติของน้ำหล่อเลี้ยงเข่า เมื่อมีการเคลื่อนไหวของเข่าจะเกิดการเสียดสีและสึกหรอของกระดูกอ่อน ผิวกระดูกจะแข็งไม่เรียบ มีอาการปวดเข่าเวลาเคลื่อนไหวหรือลงน้ำหนัก และเสียงดังกรอบแกรบในข้อเข่า (Archanupap, 2008) จะมีอาการชัดในข้อเข่า และ/หรือข้อเข่าบวม บางรายถ้ามีข้อเข่าโก่งอยู่ข้างอาจเป็นเข่าผิดรูป (Durham, Fowler, & Edlund, 2014) โดยมีอุบัติการณ์ของโรคเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง พบในวัยกลางคนและผู้สูงอายุ (Losina et al., 2013) และอุบัติการณ์ของโรคมีความสัมพันธ์กับอายุที่เพิ่มขึ้น ผู้สูงอายุตั้งแต่อายุ 75 ปีขึ้นไป พบข้อเข่าเสื่อมถึง ร้อยละ 80 (American Academy of Orthopedic Surgeons [AAOS], 2013) นอกจากนี้องค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่าในปีพ.ศ.2563 จะมีผู้ป่วยกระดูกและข้อเพิ่มขึ้น 570 ล้านคน และร้อยละ 50 เป็นกลุ่มผู้มีอายุมากกว่า 65 ปี สำหรับประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยมีผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด และจากการสำรวจปัญหาสุขภาพ พบว่า ผู้สูงอายุมีอาการปวดเข่าที่มีสาเหตุมาจากข้อเข่าเสื่อม ร้อยละ 43.9 (Pukdeesamai & Panichacheewakul, 2011) หากมีการปฏิบัติตัวและดูแลที่ไม่เหมาะสมจะทำให้เกิดอาการปวดที่รุนแรงภายใน 1 ถึง 3 ปี (Phisamai, Thirawiwat, Imami, & Areeuea, 2012) ทั้งนี้จึงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่ทุกฝ่ายต้องให้ความสำคัญ

โรคข้อเข่าเสื่อมทำให้เกิดอาการปวดและสูญเสียความสามารถในการทำงานของข้อเข่า ส่งผลให้การทำกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ยากลำบาก คุณภาพชีวิตลดลง และการศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมพบว่า ผู้ป่วยยังไม่ทราบแนวทางปฏิบัติตัวอย่างแท้จริง และส่งผลให้ผู้ป่วยต้องมาโรงพยาบาลเป็นประจำด้วยอาการซ้ำ ๆ (Tantikosoom, 2006) การบำบัดในปัจจุบันมุ่งหมายที่บรรเทาอาการต่าง ๆ ด้วย 3 วิธีการที่แตกต่างกัน คือ การบำบัดโดยใช้ยา เพื่อลดการปวดและกระบวนการอักเสบของข้อ เช่น ยาพาราเซตามอล, NSAID และยาทาลดปวด (Wittenberg et al., 2006) การบำบัดโดยการผ่าตัด เช่น การเปลี่ยนข้อเทียม และการบำบัดโดยไม่ใช้ยา เช่น การให้ความรู้ การบริหารกล้ามเนื้อ และการนวด เป็นต้น (Bennell et al., 2005) การนวดมีบทบาทสำคัญในการรักษาโรคข้อเข่าเสื่อมตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน องค์ความรู้ในศาสตร์ดังกล่าวพัฒนาสะสมจนเป็นทฤษฎีสืบทอดจากรุ่นสู่รุ่น การนวดสามารถกระตุ้นการไหลเวียนโลหิต ลดการปวด ช่วยให้กล้ามเนื้อผ่อนคลาย ผลการศึกษาเรื่องผลโปรแกรมบรรเทาอาการปวดเข่าด้วยตนเองในผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อม พบว่า ระดับการปวดเข่าลดลงแต่ขาดความต่อเนื่องในการปฏิบัติตัว (Billi, 2018)

ยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบสุขภาพไทย ของกระทรวงสาธารณสุข (Department of Thai Traditional and Alternative Medicine Ministry of Health, 2017) เน้นทางเลือกสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก มีนโยบายจัดตั้งคลินิกแพทย์แผนไทยขึ้นในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั่วประเทศ เพื่อให้ประชาชนมุ่งสู่การพึ่งพาตนเอง และลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ดังนั้นศาสตร์บำบัดและรักษาโรคแขนงหนึ่งของการแพทย์แผนไทยที่เป็นที่นิยมอย่างมากในปัจจุบัน คือการนวดแผนไทย (Billi, 2018) หมอนวดชุมชนจึงมีความสำคัญเพราะเป็นผู้ลงมือปฏิบัติด้านการนวดแผนไทยในคลินิกแพทย์แผนไทย มีความใกล้ชิดกับผู้มารับบริการนวดแผนไทย และมีอิทธิพลในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางด้านสุขภาพของผู้มารับบริการในคลินิกแพทย์แผนไทย การศึกษาผลการนวดไทยต่อผู้ป่วยอาการปวดข้อเข่าและอาการข้อเข่าฝืดในคลินิกแพทย์แผนไทยโรงพยาบาลหลวงพ่อบึงพบว่า ผลของการนวดไทยส่งผลต่ออาการปวดเข่าและข้อเข่าฝืดลดลง (Boonmag, 2020) จากการทบทวนวรรณกรรมมีการศึกษาเกี่ยวกับความคิดเห็นของผู้ประกอบอาชีพหมอนวดแผนไทยต่อการปฏิบัติงานในจังหวัดชลบุรี พบปัญหาและอุปสรรคในการประกอบอาชีพ 3 ลำดับ คือ การสื่อสารกับลูกค้าต่างชาติ ความรู้ทักษะที่ต้องการพัฒนา และผู้ให้บริการไม่ให้เกิดเกียรติ (Phanomsak, 2006) การศึกษาเรื่ององค์ความรู้ ภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยการนวดไทยเพื่อพัฒนาองค์ความรู้สู่ระดับนานาชาติและสนับสนุนให้ประชาชนเกิดการพึ่งตนเอง พบว่า ตนเองมีด้านความรู้และทักษะจากการ

ปฏิบัติงานระดับน้อย และปัญหาอุปสรรคคือ ขาดความต่อเนื่องในการพัฒนาองค์ความรู้ด้านการนวดแผนไทย (Sapcharoen, 2007) การศึกษาเรื่อง แนวทางการพัฒนาผู้ให้บริการนวดแผนไทยในสถานบริการสุขภาพของสมาคมแพทย์แผนไทยแห่งประเทศไทย (Chaisuvan & Chantachon, 2018) มีข้อเสนอแนะการทําวิจัยครั้งต่อไป ควรศึกษาด้านต่าง ๆ ของผู้ให้บริการนวดแผนไทยเพื่อเพิ่มศักยภาพและเป็นประโยชน์ต่อผู้ใช้บริการให้ได้รับความสุขทั้งกายและใจ (Chaisuvan & Chantachon, 2018)

จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้นทำให้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาถึงการเสริมสร้างพลังอำนาจในหมอนวดชุมชนซึ่งเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อให้หมอนวดชุมชนมีแรงจูงใจในการปฏิบัติดูแลผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อม เนื่องจากผลการศึกษาที่ผ่านมาผู้ให้บริการนวดแผนไทยไม่มั่นใจในศักยภาพตนเอง รู้สึกด้อยค่า และขาดโอกาสในการพัฒนาตนเอง ดังนั้นการเสริมสร้างพลังอำนาจจึงเป็นการกระทำในรูปแบบต่าง ๆ ที่มุ่งพัฒนาการเกิดศักยภาพหรือความสามารถอย่างมีประสิทธิภาพแก่บุคคล เพื่อให้บุคคลเรียนรู้และตระหนักตลอดจนพัฒนาความสามารถตนเองในการตอบสนองความต้องการ แก้ไขปัญหา และแสวงหาแหล่งประโยชน์ เพื่อเพิ่มพูนความรู้สึกรับคุณค่าในตนเองและสร้างประสิทธิภาพของตนเองในการทำกิจกรรมต่าง ๆ จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า มีการนำเอากระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจตามแนวคิด ของกิบสัน (Gibson, 1995) มาใช้กับผู้ดูแลผู้ที่มีปัญหาสุขภาพกลุ่มต่าง ๆ (Bumrungchon, Rattanapiroj, & Prada, 2014; Naewbood, 2015) ซึ่งผลลัพธ์ที่ได้จากกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจดังกล่าว ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยมีการรับรู้พลังอำนาจเพิ่มขึ้น ความรู้สึกสูญเสียพลังอำนาจลดลง มีการปฏิบัติดูแลต่อผู้ป่วยดีขึ้น ผลการวิจัยจะเป็นแนวทางในการเสริมสร้างให้หมอนวดชุมชนมีกำลังใจ และเกิดแรงจูงใจในการดูแลผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อม เกิดพฤติกรรมการปฏิบัติดูแลที่เหมาะสมและต่อเนื่อง อันจะส่งผลให้ผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมดำเนินชีวิตประจำวัน ในครอบครัวและชุมชนได้เต็มตามศักยภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย

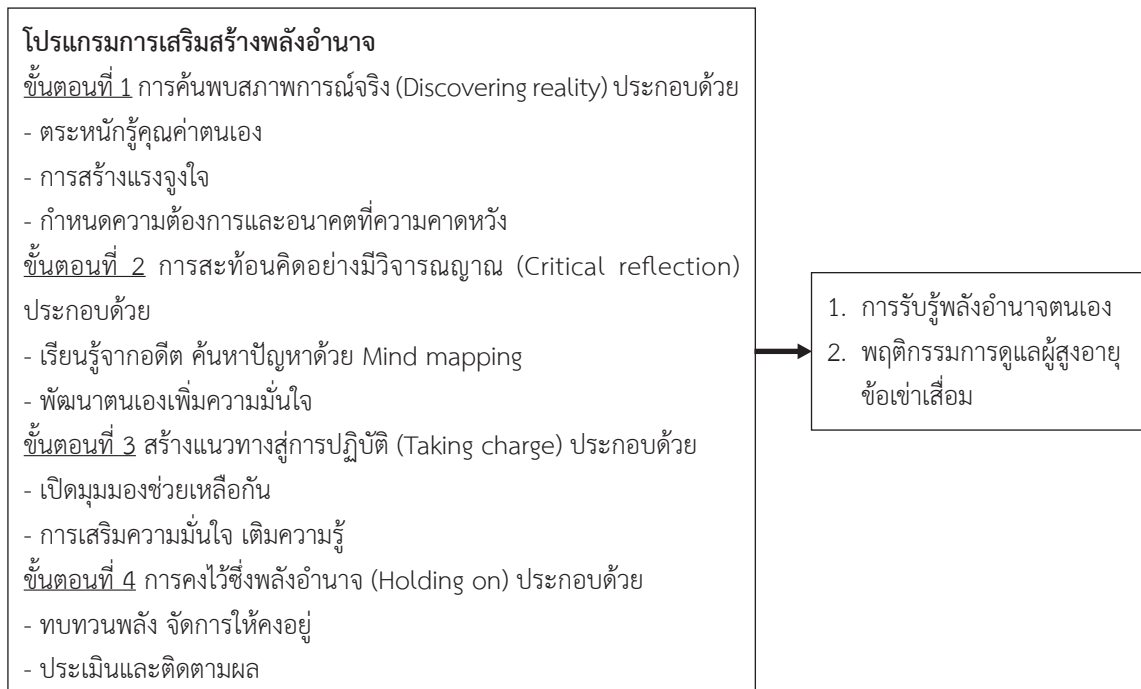
เพื่อเปรียบเทียบคะแนนการรับรู้พลังอำนาจตนเองและพฤติกรรมดูแลผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมของหมอนวดชุมชน ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ

สมมติฐานการวิจัย

1. หลังการเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจคะแนนการรับรู้พลังอำนาจตนเองของหมอนวดชุมชนสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม
2. หลังการเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจคะแนนพฤติกรรมดูแลผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมของหมอนวดชุมชนสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

กรอบแนวคิดการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้มาจากแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน (Gibson, 1995) โดยใช้กระบวนการที่ส่งเสริมและพัฒนาความสามารถของบุคคล เพื่อให้บุคคลสามารถแสวงหาวิธีการ เพื่อให้บรรลุความต้องการและแก้ปัญหาของตนเอง ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ การค้นพบสภาพการณ์จริง การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ การสร้างแนวทางสู่การปฏิบัติและการคงไว้ซึ่งพลังอำนาจ ซึ่งโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจนี้จะส่งผลให้หมอนวดชุมชนมีกำลังใจ เกิดแรงจูงใจ และมีความเชื่อมั่นในความสามารถที่จะดูแล ผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมได้ด้วยตนเอง เป็นผลให้หมอนวดชุมชนเกิดพฤติกรรมปฏิบัติดูแลผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมได้อย่างเกิดประสิทธิภาพ ซึ่งสามารถกำหนดกรอบแนวคิดการวิจัยได้ ดังแผนภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อน-หลัง (Quasi-experimental research) รูปแบบการวิจัย One group pretest-posttest design เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการรับรู้พลังอำนาจและพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อมของหมอนวดชุมชน ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเขตอำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก

ประชากร หมอนวดแผนไทยที่อาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เขตอำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 245 คน

กลุ่มตัวอย่าง กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยการคำนวณหาค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) จากค่าเฉลี่ยสองกลุ่ม โดยใช้สูตรของ Glass (1976 อ้างถึงใน Srisathitnarakun, 2010) คำนวณดังนี้

$$d = \frac{X_E - X_C}{SD_C}$$

กำหนดให้

d = ขนาดอิทธิพล

X_E = ค่าเฉลี่ยของกลุ่มทดลอง

X_C = ค่าเฉลี่ยของกลุ่มควบคุม

SD_C = ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มควบคุม

ซึ่งคำนวณจากงานวิจัยของนาถอนงค์ บำรุงชน และพินดา รัตนไพโรจน์ (Bumrungchon et al., 2014) ขนาดอิทธิพลที่ได้ เท่ากับ 1.61 ซึ่งแปลผลค่า d มากกว่า 0.80 เท่ากับอิทธิพลขนาดใหญ่ กำหนดอำนาจการทดสอบ (Y) ที่ .80 ระดับนัยสำคัญทางสถิติ (α) เท่ากับ .05 และค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ .80 เปิดตารางสำเร็จรูปประมาณขนาดกลุ่มตัวอย่างแบบทดสอบสมมติฐานทางเดียวของ Cohen (1988) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 20 คน แต่เพื่อ

ป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างระหว่างการทดลองผู้วิจัยจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 คือ 4 คน (Jomprapan, 2012) ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง 24 คน ผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็น 24 คน โดยเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์ ดังนี้

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria)

1) เป็นหมอนวดแผนไทยหลักสูตรนวดไทยเพื่อสุขภาพไม่น้อยกว่า 150 ชั่วโมง และผ่านการทดสอบหลังอบรมฟื้นฟูเทคนิคการนวดแผนไทยบำบัดข้อเข่าเสื่อมและความรู้การพอกสมุนไพร

2) ปฏิบัติงานในคลินิกแพทย์แผนไทยของสถานที่การทำงาน

3) ได้รับการคัดกรองการรับรู้พลังอำนาจ และคะแนนการประเมินน้อยกว่า 60 คะแนน

4) อายุ 20-59 ปี

5) การรับรู้และสติสัมปชัญญะดี สามารถสื่อสารได้ตามปกติและอ่านออกเขียนภาษาไทยได้

เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria)

ไม่สามารถทำกิจกรรมครบตามโปรแกรมที่กำหนด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจหมอนวดชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อม ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ตามกรอบแนวคิดของกิบสัน (Gibson, 1995) ใช้เวลาในการดำเนินการ 5 ครั้ง ห่างกัน 2 สัปดาห์ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การค้นพบสภาพการณ์จริง (discovering reality) ประกอบด้วย 1) ตระหนักคุณค่าตนเอง 2) การสร้างแรงจูงใจ และ 3) กำหนดความต้องการและอนาคตที่ความคาดหวัง

ขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ (critical reflection) ประกอบด้วย 1) เรียนรู้จากอดีต ค้นหาปัญหาด้วย Mind mapping 2) พัฒนาค้นพบเพิ่มความมั่นใจ

ขั้นตอนที่ 3 สร้างแนวทางสู่การปฏิบัติ (taking charge) ประกอบด้วย 1) เปิดมุมมองช่วยเหลือกัน 2) การเสริมความมั่นใจ เติมความรู้

ขั้นตอนที่ 4 การคงไว้ซึ่งพลังอำนาจ (holding on) ประกอบด้วย 1) ทบทวนพลัง จัดการให้คงอยู่ 2) ประเมินและติดตามผล

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของหมอนวดชุมชน ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน ประวัติการอบรม ข้อมูลการเจ็บป่วย

2.2 แบบประเมินคัดกรองการรับรู้พลังอำนาจของหมอนวดชุมชน ตามแบบประเมินของวิภา เพ็งแสงเยี่ยม (Pengsa-iium, Chaiyasung, & Yakasem, 2015) ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson (1995) โดยปรับข้อความคำถามให้มีความเหมาะสมกับบริบทของชุมชน ข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ มีคำตอบให้เลือก 5 คำตอบ โดย 0 หมายถึง น้อยที่สุด และ 5 หมายถึง มากที่สุด วิเคราะห์และแปลผล ดังนี้ ไม่ผ่านเกณฑ์ = คะแนนการรับรู้พลังอำนาจน้อยกว่า 60 คะแนน และผ่านเกณฑ์ = คะแนนการรับรู้พลังอำนาจมากกว่า 60 คะแนน

2.3 แบบสอบถามการรับรู้พลังอำนาจตนเองของหมอนวดชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อม ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบวัดการรับรู้พลังอำนาจของ (Chaiket, 2008) ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดการเสริมพลังอำนาจของ Gibson (1995) และทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ แบ่งเป็น 4 ด้าน ดังนี้ การจัดการกับสถานการณ์ ความพึงพอใจต่อความสามารถของตน การพัฒนาตนเอง และการมีเป้าหมายและความหมายในชีวิต มีคำตอบให้เลือก 4 คำตอบ โดย 0 หมายถึง ไม่มีเลย และ 3 หมายถึง มาก เกณฑ์และการแปลความหมาย ดังนี้ 0.00-1.00 คะแนน

แปลว่า มีการรับรู้พลังอำนาจต่ำ 1.01-2.00 คะแนน แปลว่า มีการรับรู้พลังอำนาจปานกลาง และ 2.01-3.00 คะแนน แปลว่า มีการรับรู้พลังอำนาจสูง (Srisaard, 2017)

2.4 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อมของหมอนวดชุมชน ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามของ Bumrungchon et al. (2014) ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดการเสริมพลังอำนาจของ Gibson (1995) และทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ข้อคำถามจำนวน 28 ข้อ แบ่งเป็น 3 ด้าน ดังนี้ การดูแลโดยทั่วไป การดูแลเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงข้อเข้าเสื่อม และการดูแลจิตใจและอารมณ์ มีคำตอบให้เลือก 4 คำตอบ โดย 4 หมายถึง ปฏิบัติเป็นประจำ และ 1 หมายถึง ไม่ปฏิบัติเลย เกณฑ์และการแปลความหมาย ดังนี้ ค่าเฉลี่ย 1.00-1.49 แสดงว่า มีพฤติกรรมการดูแลที่ไม่เหมาะสมควรปรับปรุง ค่าเฉลี่ย 1.50-2.49 แสดงว่า มีพฤติกรรมการดูแลระดับน้อย ค่าเฉลี่ย 2.50-3.49 แสดงว่า มีพฤติกรรมการดูแลระดับปานกลาง และค่าเฉลี่ย 3.50-4.00 แสดงว่า มีพฤติกรรมการดูแลระดับดีมาก (Prada, Kulwong, Phromwang, & Phuchan, 2010)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity index [CVI]) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ประกอบด้วย พยาบาลเวชปฏิบัติ 1 คน อาจารย์พยาบาล 1 คน และนักจิตวิทยา 1 คน ได้ค่า CVI เท่ากับ 0.80

2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามการรับรู้พลังอำนาจตนเองของหมอนวดชุมชน ในการดูแลผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อม และแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อมของหมอนวดชุมชน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index [CVI]) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย พยาบาลเวชปฏิบัติ 1 คน อาจารย์พยาบาล 1 คน และนักจิตวิทยา 1 คน มีดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item-Objective Congruency : IOC) ได้ค่าระหว่าง 6.77 - 1.00 และตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) โดยนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะเดียวกันจำนวน 15 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.86 และ 0.82 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีขั้นตอนในการดำเนินการ ดังนี้

1. ผู้วิจัยขออนุญาตต่อหน่วยงานเพื่อขอเข้าทำการศึกษาวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล และประชุมชี้แจงผู้เกี่ยวข้องของ รพสต. บ้านกร่าง บ้านคลอง และวัดจันทร์ ซึ่งเป็นหน่วยงานที่เลือกแบบเจาะจง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา เหตุผลในการเลือกเป็นสถานที่ศึกษาวิจัย และขออนุญาตเก็บข้อมูล
2. ผู้วิจัยประสานกับผู้เกี่ยวข้อง เพื่อจัดกิจกรรมตามโปรแกรมฯ โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา และขอความร่วมมือในการวิจัย
3. ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา วางแผน ขอความร่วมมือในการวิจัย ชี้แจงการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย เก็บข้อมูลก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ และนัดหมายการเข้าร่วมกิจกรรมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจตามแนวคิดของกิบสัน Gibson (1995) ดังนี้

กิจกรรมครั้งที่ 1 ดำเนินการในสัปดาห์ที่ 1 ใช้เวลาประมาณ 3 ชั่วโมง เป็นการสร้างเสริมพลังอำนาจในขั้นตอนที่ 1 การค้นพบสภาพการณ์จริง (discovering reality) เพื่อให้หมอนวดชุมชนกำหนดเป้าหมายที่คาดหวังผ่านกิจกรรม “ฝันดี-ฝันร้าย” ด้วยการทบทวนตนเองเรื่องการกระทำที่ผิดพลาดเพื่อวิเคราะห์ตนเอง และยอมรับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจริงกับตนเอง และเกิดการตอบสนองด้านอารมณ์ ด้านสติปัญญาการรับรู้ และพฤติกรรมผ่านกิจกรรม “ดอกไม้ทศวรรษ” โดยทุกคนร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ แบ่งปัน เยียวยา เกิดพินคินพลัง พร้อมก้าวเดินอย่างมั่นคง ด้วยคำว่า “เราทำได้ เราแก้ได้” และท้ายกิจกรรมให้แต่ละคนเขียนพันธสัญญาในคู่มือพร้อมทั้งอ่านให้สมาชิกกลุ่มรับทราบเพื่อเป็นสัญญาใจเพื่อการแก้ไขการกระทำที่ผิดพลาดในอดีต ผู้นำกลุ่มสรุปเชื่อมโยงเป็นแผนที่ความคิด ทำให้เกิด

ความเข้าใจและนำไปสู่การปรับปรุงพฤติกรรมในอนาคตให้ถูกต้องและเหมาะสมอย่างมั่นใจ

กิจกรรมครั้งที่ 2 ดำเนินการในสัปดาห์ที่ 3 ใช้เวลาประมาณ 3 ชั่วโมง เป็นการสร้างเสริมพลังอำนาจในขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณ์ญาณ (critical reflection) เพื่อให้หมอนวดชุมชนเรียนรู้จากบุคคลต้นแบบที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อม จากเรื่องเล่าสถานการณ์เรื่องที่ 1 “ทำเพื่อถูกต้องหรือทำเพื่อถูกใจ” เรื่องที่ 2 “เพราะมองอีกมุม” เพื่อให้หมอนวดชุมชนเพิ่มมุมมอง เพิ่มการแสวงหาแหล่งประโยชน์ เพิ่มความสามารถในการสะท้อนคิด เกิดการทบทวนสถานการณ์ดังกล่าวอย่างรอบคอบ ผู้นำกลุ่มสรุปเชื่อมโยงเป็นแผนที่ความคิด ทำให้เกิดความเข้าใจและนำไปสู่การปรับปรุงพฤติกรรมในอนาคตให้ถูกต้องและเหมาะสมอย่างมั่นใจ

กิจกรรมครั้งที่ 3 ดำเนินการในสัปดาห์ที่ 5 ใช้เวลาประมาณ 3 ชั่วโมง เป็นการสร้างเสริมพลังอำนาจในขั้นตอนที่ 3 สร้างแนวทางสู่การปฏิบัติ (taking charge) โดยผู้นำกลุ่มใช้กิจกรรม “เกมสต่อชีวิต” โดยให้สมาชิกกลุ่มทุกคนช่วยกันออกแบบจากอุปกรณ์ที่สมาชิกมีอยู่ นำมาแก้ไขสถานการณ์ที่ผู้นำกลุ่มมอบหมาย เพื่อทำกิจกรรมต่าง ๆ เช่น การรับประทานอาหารปริมาณที่ถูกต้อง สาธิตการออกกำลังกายกล้ามเนื้อข้อเข่า เป็นต้น ทำให้สมาชิกกลุ่มมีส่วนร่วมแก้ไขสถานการณ์ และเกิดการเรียนรู้ร่วมกัน และทำกิจกรรมให้สมาชิกทุกคนเขียนสิ่งที่ตนเองทำในการช่วยเหลือกลุ่ม เพื่อเปิดมุมมองเรื่อง “การช่วยเหลือกันพึ่งพากัน” และเรื่อง “เพิ่มคุณค่าให้ตนเอง” ผู้นำกลุ่มสรุปเชื่อมโยงเป็นแผนที่ความคิด ทำให้เกิดความเข้าใจและนำไปสู่การปรับปรุงพฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมโดยรวมในอนาคตให้ถูกต้องและเหมาะสมอย่างมั่นใจ

กิจกรรมครั้งที่ 4 ดำเนินการในสัปดาห์ที่ 8 ใช้เวลาประมาณ 3 ชั่วโมง เป็นการสร้างเสริมพลังอำนาจในขั้นตอนที่ 4 การคงไว้ซึ่งพลังอำนาจ (holding on) โดยผู้นำกลุ่มใช้กิจกรรม “สายธารชีวิต” โดยให้สมาชิกเล่าประสบการณ์การวางแผนไทยและการปฏิบัติดูแลผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อม เรื่อง การลดปัจจัยเสี่ยงข้อเข่าเสื่อม การดูแลเรื่องจิตใจและอารมณ์ที่ผ่านมาทั้งความสำเร็จและอุปสรรค จากนั้นให้กลุ่มร่วมกันวิเคราะห์วิธีการปฏิบัติดูแลที่ประสบความสำเร็จ สะท้อนคิดให้สมาชิกเกิดความรู้สึกมีคุณค่า ให้การชื่นชมเพื่อเสริมแรงให้สามารถสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติดูแลผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อม และรู้สึกพึงพอใจที่จะปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง สำหรับวิธีการปฏิบัติดูแลที่พบอุปสรรคไม่สำเร็จ ให้สมาชิกระบายความรู้สึกที่กดดัน หรือทำให้ทุกข์หรือขัดขวางให้ไม่สามารถปฏิบัติได้ตามเป้าหมายที่ต้องการ เพื่อนสมาชิกแสดงความเข้าใจ ปลอบโยนให้กำลังใจ และชี้แนะแนวทางปฏิบัติจากประสบการณ์ของแต่ละคน ทำให้เกิดพลังและนำไปปรับปรุงแก้ไขและปฏิบัติต่อไป ผู้นำกลุ่มสรุปเชื่อมโยงเป็นแผนที่ความคิด ทำให้เกิดความเข้าใจและนำไปสู่การปรับปรุงพฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมโดยรวมในอนาคตให้ถูกต้องและเหมาะสมอย่างมั่นใจ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมในการวิจัยทุกคน ได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินวิจัย และมีสิทธิที่จะออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลต่อการปฏิบัติงานประจำ มีการลงนามในใบยินยอมตามความสมัครใจ ซึ่งการวิจัยนี้ผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม COA No.030/2021, PSRU-EC No.2021/007 ลงวันที่ 17 มิถุนายน 2564 หมดอายุ 17 มิถุนายน 2565

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติเชิงพรรณนา โดยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ หาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสถิติ t-test dependent ในการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นการแจกแจงข้อมูลและความแปรปรวนภายในกลุ่มต้องปกติ ผู้วิจัยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้มีจำนวน 24 คน ทั้งหมดเป็นเพศหญิง โดยมีอายุระหว่าง 40 ถึง 60 ปี (ค่าเฉลี่ย = 44.13, $SD = 7.37$) โดยมีอายุระหว่าง 40-50 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 62.5) ส่วนมาก

มีสถานภาพคู่ (ร้อยละ 66.6) มีอาชีพทำงานบ้านมากที่สุด (ร้อยละ 37.5) รองลงมาคือ รับจ้าง (ร้อยละ 33.3) และค้าขาย (ร้อยละ 29.1) ตามลำดับ ครึ่งหนึ่งมีระดับการศึกษาสูงสุด คือ มัธยมศึกษา/ปวช. (ร้อยละ 50) ที่เหลือเป็นประถมศึกษา (ร้อยละ 37.5) และ ปวส. (ร้อยละ 12.5) ส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ระหว่าง 5,001 - 10,000 บาท (ร้อยละ 50) รองลงมา น้อยกว่า 5,000 บาท (ร้อยละ 29.1) และมากกว่า 10,000 บาท (ร้อยละ 20.8) อายุงานด้านการนวดแผนไทย ส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 5-10 ปี (ร้อยละ 41.6) รองลงมา น้อยกว่า 5 ปี (ร้อยละ 33.3) และมากกว่า 10 ปี (ร้อยละ 25)

2. ข้อมูลเปรียบเทียบความแตกต่างการรับรู้พลังอำนาจตนเองและพฤติกรรมการดูแลของหมอนวดชุมชน ในการดูแลผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อม

2.1 ข้อมูลเปรียบเทียบความแตกต่างการรับรู้พลังอำนาจตนเอง ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้พลังอำนาจตนเอง เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ โดยการรับรู้พลังอำนาจตนเอง จากเดิมอยู่ในระดับปานกลาง เป็นระดับสูง ($\bar{X} = 1.96$ เพิ่มขึ้นเป็น $\bar{X} = 2.35$) และเมื่อพิจารณาการรับรู้พลังอำนาจตนเองเป็นรายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการจัดการกับสถานการณ์ เพิ่มขึ้นจากเดิมระดับปานกลาง เป็นระดับสูง ($\bar{X} = 1.98$ เพิ่มขึ้นเป็น $\bar{X} = 2.38$) สำหรับความพึงพอใจต่อความสามารถของตน เพิ่มขึ้นจากเดิมระดับปานกลาง เป็นระดับสูง ($\bar{X} = 1.99$ เพิ่มขึ้นเป็น $\bar{X} = 2.54$) สำหรับการพัฒนาตนเองเพิ่มขึ้น จากเดิมระดับปานกลาง เป็นระดับสูง ($\bar{X} = 1.89$ เพิ่มขึ้นเป็น $\bar{X} = 2.48$) และสำหรับการมีเป้าหมายและความหมายในชีวิต เพิ่มขึ้นจากเดิมระดับปานกลาง เป็นระดับสูง ($\bar{X} = 1.96$ เพิ่มขึ้นเป็น $\bar{X} = 2.46$) ผลการศึกษา พบว่า ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจหมอนวดชุมชน ในการดูแลผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อม กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้พลังอำนาจตนเองสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .05$ ดังแสดงตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การรับรู้พลังอำนาจตนเองของหมอนวดชุมชน ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ (n=24)

ตัวแปร	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ			หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ			t	p-value
	\bar{X}	SD	ระดับ	\bar{X}	SD	ระดับ		
การรับรู้พลังอำนาจตนเอง	1.96	0.36	ปานกลาง	2.35	0.46	สูง	-3.265	0.003
การจัดการกับสถานการณ์	1.98	0.36	ปานกลาง	2.38	0.41	สูง		
ความพึงพอใจต่อความสามารถของตน	1.99	0.37	ปานกลาง	2.54	0.51	สูง		
การพัฒนาตนเอง	1.89	0.38	ปานกลาง	2.48	0.48	สูง		
การมีเป้าหมายและความหมายในชีวิต	1.96	0.36	ปานกลาง	2.46	0.46	สูง		

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2.2 ข้อมูลเปรียบเทียบความแตกต่างพฤติกรรมการดูแลของหมอนวดชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุ
ข้อเข้าเสื่อม ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแล เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ โดยพฤติกรรมการดูแล จากเดิมอยู่ในระดับน้อย เป็นระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.22$ เพิ่มขึ้นเป็น $\bar{X} = 3.43$) และเมื่อพิจารณาพฤติกรรมการดูแลเป็นรายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแลด้านการดูแลโดยทั่วไป เพิ่มขึ้นจากเดิมระดับน้อย เป็นระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.48$ เพิ่มขึ้นเป็น $\bar{X} = 2.86$) สำหรับพฤติกรรมด้านการดูแลเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงข้อเข้าเสื่อม เพิ่มขึ้นจากเดิมระดับน้อย เป็นระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.28$ เพิ่มขึ้นเป็น $\bar{X} = 2.78$) และสำหรับพฤติกรรมด้านการดูแลจิตใจและอารมณ์ เพิ่มขึ้นจากเดิมระดับน้อย เป็นระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.31$ เพิ่มขึ้นเป็น $\bar{X} = 2.82$) ผลการศึกษา พบว่า ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจหมอนวดชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อม

กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุข้อเขาเสื่อมสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .05$ ดังแสดงตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน พฤติกรรมการดูแลของหมอนวดชุมชน ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ (n=24)

ตัวแปร	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ			หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ			t	p-value
	\bar{X}	SD	ระดับ	\bar{X}	SD	ระดับ		
พฤติกรรมดูแลโดยรวม	2.22	0.58	น้อย	3.43	0.81	ปานกลาง	-3.490	0.005
พฤติกรรมดูแลรายด้าน								
ด้านการดูแลโดยทั่วไป	2.48	0.43	น้อย	2.86	1.00	ปานกลาง		
ด้านการดูแลเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงข้อเขาเสื่อม	2.28	0.46	น้อย	2.78	0.36	ปานกลาง		
ด้านการดูแลจิตใจและอารมณ์	2.31	0.45	น้อย	2.82	0.35	ปานกลาง		

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อภิปรายผล

จากการศึกษาข้างต้น กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการรับรู้พลังอำนาจตนเองสูงขึ้นหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ สนับสนุนสมมติฐานที่ 1 อธิบายได้ว่า โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการรับรู้พลังอำนาจและพฤติกรรมดูแลผู้สูงอายุข้อเขาเสื่อมของหมอนวดชุมชน ที่สร้างขึ้นมาจากการศึกษาที่หลากหลาย ได้แก่ การศึกษาแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson (1995) พฤติกรรมการดูแลผู้ที่มีปัญหาสุขภาพกลุ่มต่าง ๆ เช่น กลุ่มบกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญา กลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง (Bumrungchon et al., 2014; Naewbood, 2015) รวมทั้งงานวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับโปรแกรมหรือกิจกรรมการเสริมพลังอำนาจ ผู้วิจัยได้นำข้อมูลมาออกแบบกิจกรรมขั้นตอนที่ 1 การค้นพบสถานการณ์จริง และกิจกรรมขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ โดยใช้กิจกรรม ผืนดิน-ผืนน้ำ เป็นแนวทางการเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับกลุ่มตัวอย่าง ด้วยการตั้งคำถาม “ก้าวที่พลาด” และกลุ่มร่วมกันอภิปราย เพื่อทบทวนการกระทำที่ผิดพลาดในอดีตว่ามาจากความไม่เข้าใจในสิ่งใด-ขาดอะไร และตามด้วยกิจกรรมดอกไม้หัตถ์ศรราย มีกติกากลุ่มสมาชิกทุกคนต้องฟังอย่างตั้งใจ เพื่อรับรู้ปัญหาคนอื่นและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ทำให้เกิดความเข้าใจ ทำให้สมาชิกผู้เล่าเกิดความเชื่อมั่นว่าสิ่งที่ตัวเองพูดหรือทำได้รับความสนใจ เกิดความเชื่อมั่นในคุณค่าที่ตนเองทำมากขึ้น เกิดพินิจพลังและยอมรับว่าอดีตแก้ไขไม่ได้ พร้อมกำหนดความต้องการและอนาคตที่คาดหวัง ผ่านกิจกรรมเขียนพันธะสัญญาใจในคู่มือพร้อมทั้งอ่านให้สมาชิกกลุ่มรับทราบ ผู้วิจัยเชื่อมโยงโดยการโยงโยยสาเหตุปัญหาจากประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุข้อเขาเสื่อมของบุคคลต้นแบบในชุมชน จากเรื่องเล่าสถานการณ์ “ทำเพื่อถูกต้องหรือทำเพื่อถูกใจ” และ “เพราะมองอีกมุม” เพื่อเพิ่มมุมมอง เพิ่มการแสวงหาแหล่งประโยชน์ เพิ่มความสามารถในการสะท้อนคิดแก่กลุ่มตัวอย่าง สอดคล้องกับการศึกษาของ Malaimart, Danyuthsilpa, Tangkavanich, and Kittimanont (2012) พบว่า การนำปัญหาของบุคคลต่าง ๆ มาเป็นต้นแบบ และมีการอภิปรายแนวทางที่ถูกต้อง จะทำให้กลุ่มตัวอย่างได้รับรู้ความสามารถในการดูแลของตนเอง และนำแนวทางไปปฏิบัติอย่างภาคภูมิใจ สำหรับกิจกรรมขั้นตอนที่ 3 สร้างแนวทางสู่การปฏิบัติ ผู้วิจัยใช้กิจกรรมเกมส์ต่อชีวิต ด้วยการมอบหมายสถานการณ์และแก้ไขปัญหของผู้สูงอายุข้อเขาเสื่อมที่มีอาการปวดเข่า ไม่เคลื่อนไหวร่างกายและไม่บริหารข้อเขา โดยมีกติกาว่าทุกคนต้องร่วมกันแก้ไขสถานการณ์ด้วยอุปกรณ์ที่มีอยู่ และนำมาปฏิบัติเพื่อแก้ไขปัญหาย่างเหมาะสมที่สุด และผู้วิจัยสรุปเชื่อมโยงเพิ่มมุมมอง การยอมรับความแตกต่างเรื่องความคิดและประสบการณ์ ความสำเร็จและความล้มเหลวจากการเรียนรู้ร่วมกัน ผู้วิจัยเสริมแรงจิตใจด้วยคำพูด “ทุกคน

มีเป้าหมายเดียวกัน คือการดูแลผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงให้สำเร็จ” สอดคล้องกับแนวคิดที่กล่าวว่า การพัฒนาศักยภาพของบุคคล ต้องทำให้บุคคลเรียนรู้และตระหนัก เพิ่มพูนความรู้ซึ่งมีคุณค่าในตนเอง จะสร้างประสิทธิภาพของบุคคลในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ และเสริมสร้างพฤติกรรมการดูแลที่เหมาะสม (Malaimart et al., 2012; Gibson, 1995) ส่วนกิจกรรมขั้นตอนที่ 4 การคงไว้ซึ่งพลังอำนาจ กลุ่มตัวอย่างได้นำวิธีที่ตนเองตัดสินใจเลือกปฏิบัติดูแลผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อม และเมื่อพบปัญหาจากการปฏิบัติดูแลผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อม สมาชิกใช้กระบวนการกลุ่มไลน์ร่วมกันแก้ไขปัญหา สมาชิกนำคำแนะนำที่กลุ่มเสนอแนะไปปฏิบัติอีก จนเกิดความมั่นใจขึ้นเรื่อย ๆ จากนั้นร่วมกันติดตามและให้กำลังใจอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของ Jaima (2007) พบว่า กลุ่มเป็นเวทีในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ซึ่งกันและกัน หาแนวทางแก้ปัญหาที่คล้ายคลึงกัน เสริมพลังใจเพื่อคงไว้ซึ่งแนวทางนั้น ๆ

สำหรับกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมสูงขึ้นหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ สนับสนุนสมมติฐานที่ 2 อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างได้นำสิ่งที่เรียนรู้จากขั้นตอนที่ 1 การค้นพบสถานการณ์จริง (สัปดาห์ที่ 1) ขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ (สัปดาห์ที่ 3) ขั้นตอนที่ 3 สร้างแนวทางสู่การปฏิบัติ (สัปดาห์ที่ 5) และขั้นตอนที่ 4 การคงไว้ซึ่งพลังอำนาจ (สัปดาห์ที่ 8) เป็นเวลาทั้งสิ้น 8 สัปดาห์ ซึ่งเป็นการกระบวนกรเสริมสร้างพลังอำนาจกับกลุ่มตัวอย่างอย่างต่อเนื่อง ทั้งในด้านการจัดการกับสถานการณ์ การพัฒนาตนเอง การมีเป้าหมายและความหมายในชีวิต และความพึงพอใจต่อความสามารถของตน จึงสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมดีขึ้นเนื่องจาก หลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ กลุ่มตัวอย่างตระหนักถึงบทบาทหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อม และทำงานอิสระด้วยตัวเองมากขึ้น (Naewbood, 2015) ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างเป็นหมอนวดชุมชนที่มีอายุงานด้านการนวดแผนไทย ส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 5-10 ปี ซึ่งเป็นผู้ที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้มีภาวะข้อเข่าเสื่อมตามแนวปฏิบัติการแพทย์แผนไทยมาบ้าง จากการเข้าร่วมกิจกรรมที่ผู้วิจัยจัดขึ้น เช่น การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณเรื่อง การกระทำที่ผิดพลาดในการนวดแผนไทยที่ผ่านมา การสร้างแนวทางสู่การปฏิบัติ แก้ไขปัญหาของผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมผ่านกิจกรรม “สายธารชีวิต” มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ทั้งที่สำเร็จและมีอุปสรรค และการคงไว้ซึ่งพลังอำนาจจากการสะท้อนคิดวิธีปฏิบัติดูแลผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมที่แก้ไข้ปัญหาได้สำเร็จ มีการชื่นชมเสริมแรงจูงใจให้หมอนวดชุมชนรู้สึกพึงพอใจ จนนำไปปฏิบัติอย่างต่อเนื่องและคงพฤติกรรมนั้นในการแก้ปัญหาครั้งต่อไป จึงทำให้หลังการเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างจึงมีพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมดีขึ้น (Apirattikul, 2006; Utraratkit, 1997) อีกทั้งการเรียนรู้ร่วมกันด้วยประสบการณ์ที่เจ็บปวดของตนเองและผู้อื่น โดยการให้กลุ่มตัวอย่างเปิดใจ ระบายความรู้สึกกดดัน หรือทุกข์ใจ จากวิธีปฏิบัติดูแลผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมที่แก้ไข้ปัญหาไม่สำเร็จหรือมีอุปสรรค ทำให้เกิดพลังและจัดการกับปัญหาได้อย่างเหมาะสม (Yuhanngoh, 2019)

ข้อเสนอแนะ

1. ผู้สนใจสามารถนำโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ มาพัฒนาแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมของหมอนวดชุมชนเพื่อเพิ่มการรับรู้พลังอำนาจของตนเอง

2. ควรมีการติดตามผลของโปรแกรมในระยะยาวภายหลังการทดลองเพื่อศึกษาความคงทนของโปรแกรม

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรเพิ่มการศึกษาในกลุ่มหมอนวดแผนไทยที่ปฏิบัติงานในคลินิกแพทย์แผนไทยระดับจังหวัด เพื่อเพิ่มศักยภาพของผู้ประกอบอาชีพหมอนวดแผนไทยอย่างต่อเนื่อง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณมหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม ที่สนับสนุนเงินทุนในการศึกษาวิจัยนี้

References

- American Academy of Orthopedic Surgeons [AAOS]. (2013). *Treatment of osteoarthritis of the knee: Evidence-based guideline* (2nd ed.). Illinois: American Academy of Orthopedic Surgeons.
- Apirattikul, P. (2006). *The process of participating in the empowerment of the elderly in Thampakorn Home for the elderly, Chiang Mai*. Master's Thesis, Nursing, Graduate School, Chiang Mai University. (in Thai)
- Archanupap, S. (2008). Textbook: *General medical examination: 350 Diseases and treatment and prevention* (2nd ed). Bangkok: Holistic Publishers.
- Bennell, K. L., Hinman, R. S., Metcalf, B. R., Buchbinder, R., McConnell, J., McColl, G., Green, S., & Crossley, K. M. (2005). Efficacy of physiotherapy management of knee joint osteoarthritis: A randomized, double blind, placebo controlled trial. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 64(6), 906-912. doi:10.1136/ard.2004.026526
- Billi, J. (2018). Effect of self-relief knee pain relief program in elderly people with osteoarthritis. *Thai Journal of Public Health and Health Science*, 1(2), 42-50. (in Thai)
- Boonmag, S. (2020). The result of Thai massage in patients with knee pain and stiffness in Thai traditional medicine clinic, Luangphorper hospital. *Journal of Multidisciplinary in Humanities and Social Sciences*, 3(3), 518-532. (in Thai)
- Bumrungchon, N., Rattanapiroj, P., & Prada, J. (2014). The development of empowerment program for caregivers of persons with developmental and intellectual disabilities. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 28(2), 125-140. (in Thai)
- Chaisuvan, C., & Chantachon, S. (2018). Service provider development model in health service of the Union of Thai Traditional Medicine Society. *Journal of MCU Peace Studies*, 6(1), 188-199. (in Thai)
- Chaiket, S. (2008). Empowerment of policemen working during the situation of unrest in Southern Thailand: A case study in Yala province. Master's Thesis, Nursing Science (Mental Health and Psychiatric Nursing), Prince of Songkla University. (in Thai)
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale (NJ): Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Department of Thai Traditional and Alternative Medicine Ministry of Health. (2017). *Executive handbook Thai traditional and alternative medicine*. Pathum Thani: Thammasat University. (in Thai)
- Durham, C. O., Fowle, Tr., & Edlund, B. (2014). *Managing knee osteoarthritis in older adults*. Retrieved from <http://www.americannursetoday.com/managing- knee- osteoarthritis-in-older-adults/>
- Gibson, C. H. (1995). The process of empowerment in mothers of chronically ill children. *Journal of Advanced Nursing*, 21, 1201-1210.

- Jaima, T. (2007). *Effect of the group empowerment program on caring capabilities among caregivers of persons with Schizophrenia who had received service at out-patient unit Muang Pan Hospital, Lampang province*. Master's Thesis, Nursing (Psychology), Graduate School, Chiang Mai University. (in Thai)
- Jomprapan, R. (2012). *Missing estimation in multiple linear regression analysis*. Master's Thesis, Science (Statistics), Faculty of Applied Statistics, National Institute of Development Administration. (in Thai)
- Losina, E., Weinstein, A. M., Reichmann, W. M., Burbine, S. A., Solomon, D. H., Daigle, M. E., ... Katz, J. N. (2013). Lifetime risk and age at diagnosis of symptomatic knee osteoarthritis in the US. *Arthritis Care & Research*, 65(5), 703-711. doi:10.1002/acr.21898
- Malaimart, S., Danyuthsilpa, C., Tangkavanich, T., & Kittimanont, K. (2012). Effects of empowerment program on self-care behaviors and in level among older adults osteoarthritis, Muang district, Nakhon Sawan province. *Journal of Public Health Nursing*, 26(2), 44-57. (in Thai)
- Naewbood, S. (2015). Effect of empowerment program on self-care ability of a family caregiver. *Journal of Nursing and Education*, 8(4), 30-40. (in Thai)
- Prada, J., Kulwong, N., Phromwang, P., & Phuchan, B. (2010). *The effect of family program on the perception of the car, behavior, caring of the family and the development of people with disabilities and developmental and intellectual disabilities*. Rajanukul. Bangkok: Institute Research Report. (in Thai)
- Pukdeesamai, R., & Panichacheewakul, P. (2011). Improving care for elderly with knee pain at Ban Bak Tambol health promotion hospital, Changhan district, Roi Et province. *Journal of Nursing Science & Health*, 34(4), 46-55. (in Thai)
- Pengsa-ium, V., Chaiyasung, P., & Yakasem, P. (2015). Outcome of empowerment program on perceived empowerment and caregiving practice of health volunteers to dementia of elderly. *Journal of Nursing and Education*, 8(1), 152-165. (in Thai)
- Phanomsak, S. (2006) *Opinions of professional Thai masseuses towards their work in Chonburi province*. Master's Thesis, Public Administration, College of Public Administration, Burapha University. (in Thai)
- Phisama, B., Thirawiwat, M., Imami, N., & Areeuea, S. (2012) Factors affecting the behavior of self-management of people with osteoarthritis. *Journal of Public Health*, 42(2), 54-67. (in Thai)
- Sapcharoen, P. (2007). *History: Evolution and application. Of Thai traditional medicine*. Bangkok: Sam Charoen Commerce. (in Thai)
- Srisaard, B. (2017). *Preliminary research*. Bangkok: Suwiriyasan.
- Srisathitnarakun, B. (2010). *Methodology research in nursing*. Bangkok: United Nations Intermedia. (in Thai)
- Tantikosoom, N. (2006). *The effect of teaching according to the self-care program on caring behaviors self of thesis patients with osteoarthritis*. Master's Thesis, Nursing, Graduate School, Khonkhan University. (in Thai)

- Utrarakit, J. (1997). The process of empowerment in mothers of chronically ill children: Case study. *Rama Nursing Journal*, 3(3), 321-328. (in Thai)
- Yuhamngoh, N. (2019). Community empowerment for improve the quality of life for prisoners after acquit. *Journal of Social Synergy*, 10(2), 101-116. (in Thai)
- Wittenberg, R., Schell, E., Krehan, G., Maeumbaed, R., Runge, H., Schlüter, P., ... Trechsel, U. (2006). First-dose analgesic effect of the cyclo-oxygenase-2 selective inhibitor lumiracoxib in osteoarthritis of the knee: A randomized, double-blind, placebo-controlled comparison with cercecoxib. *Arthritis Research & Therapy*, 8, 1-9.