



ประสบการณ์การจัดการความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ:  
การศึกษาติดตามผลจากเรื่องเล่าของแกนนำกลุ่มสูงอายุ  
Experiences with Knowledge Management for Health Promotion:  
The Follow-up Study via Story Telling Among the Elder Leaders

ประนอม โอทกานนท์<sup>1</sup> พวงพกา คงวัฒนานนท์<sup>1</sup>

Pranom Othaganont<sup>1</sup> Puangpaga Klongwatananont<sup>1</sup>

<sup>1</sup>คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต

<sup>1</sup>Faculty of Nursing, Thammasat University, Rangsit Center

Corresponding author: Pranom Othaganont; Email: otpranom@gmail.com

Received: June 15, 2021 Revised: June 29, 2021 Accepted: January 25, 2022

### บทคัดย่อ

การจัดการความรู้ คือการทำให้ความรู้ที่มีอยู่อย่าง ออกดอกออกผล นำมาใช้เป็นประโยชน์กับองค์กร ผู้สูงอายุ คือ บุคคลผู้มากด้วยข้อมูล ประสบการณ์ชีวิต และเป็นผู้ที่มีภาระสะสมความรู้ทั้งความรู้ชัดแจ้งและความรู้ฝังลึก งานวิจัยเชิงคุณภาพ (descriptive qualitative research) ครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสบการณ์การจัดการความรู้ของแกนนำกลุ่มสูงอายุ เรื่อง ความหมายคำว่า “ความรู้” กระบวนการจัดการความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ปัจจัยสนับสนุน และปัจจัยขัดขวางการจัดการความรู้ ผู้ให้ข้อมูลหลักคือแกนนำกลุ่มสูงอายุ ชุมชนเทศบาลเมืองคลองหลวง จ.ปทุมธานี ที่ผ่านการอบรมจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ เรื่องการจัดการความรู้ จำนวน 27 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยวิธีการสนทนากลุ่ม (focus group) และ สัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธี content analysis ผลการศึกษาสรุปได้ดังนี้ 1) แกนนำกลุ่มสูงอายุให้ความหมายคำว่า “ความรู้” คือ สิ่งที่สามารถปฏิบัติได้ ให้ประโยชน์ 2) กระบวนการจัดการความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ มาจากประสบการณ์ตรง 3) ปัจจัยสนับสนุนการจัดการความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ คือ มีปัจจัยเอื้อสนับสนุน และ การมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน และ 4) ปัจจัยขัดขวาง คือ การไม่ให้ความสำคัญต่อสุขภาพ และการขาดวินัยตนเอง ข้อมูลการศึกษาครั้งนี้สามารถนำไปใช้ กล่าวคือพยาบาลและบุคลากรสาธารณสุข เร่งส่งเสริม ความรู้และกระบวนการจัดการความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ สนับสนุนปัจจัยส่งเสริมและขจัดปัจจัยขัดขวางการจัดการความรู้ ทั้งนี้เพื่อนำพลังของผู้สูงอายุมาช่วยในการพัฒนาสังคม/ชุมชนที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ อย่างยั่งยืนและเป็นจริงได้

คำสำคัญ: การจัดการความรู้; การสร้างเสริมสุขภาพ; แกนนำกลุ่มสูงอายุ



## Experiences with Knowledge Management for Health Promotion: The Follow-up Study via Story Telling Among the Elder Leaders

Pranom Othaganont<sup>1</sup> Puangpaga Klongwatananont<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Faculty of Nursing, Thammasat University, Rangsit Center

Corresponding author: Pranom Othaganont; Email: otpranom@gmail.com

Received: June 15, 2021 Revised: June 29, 2021 Accepted: January 25, 2022

---

### Abstract

Knowledge management is the process of creating, sharing, using and managing knowledge and information in an organization. Older people have had a lot of life experiences. The aims of this descriptive qualitative study were to describe the meaning of knowledge, the knowledge management process, and the factors that promote or hinder the knowledge management process, from the perspective of older leaders. Twenty-seven older leaders at Klong Luang Municipality Community, who passed the knowledge management program, participated in the study. Focus group and individual in-depth interviews were conducted and tape-recorded, and the data were transcribed and analyzed using content analysis. The results were as follows: 1) Meaning of knowledge; can be built, practical, beneficial, 2) Knowledge management process; directed experiences. 3) Factors that enhance the knowledge management process; supporting facilities, and good relationships, and 4) Barriers to knowledge management process; lack of health-awareness and self-discipline. The findings of this study provide opportunities for nurses and health care teams to promote knowledge and knowledge management processes in health promotion, in order to use the wisdom of elders for the sustainable health development of their community.

**Keywords:** knowledge management; health promotion; elderly leaders





นอกจากนี้งานวิจัยของ เมลาติ และคณะ (Melati et al.)<sup>6</sup> จากการสัมภาษณ์ผู้บริหาร 17 คนในเมือง Southern Brazil ได้ข้อมูลน่าสนใจว่า ความรู้ ความเข้าใจ ชาวกรอง รวมทั้ง กระบวนการจัดการความรู้ มีความสัมพันธ์โดยตรงกับคุณภาพการตัดสินใจของผู้บริหาร วิจารย์ พานิช<sup>7</sup> นับเป็นคนแรก ๆ ที่กล่าวถึง เป้าหมายของการจัดการความรู้ เขาได้กล่าวไว้ชัดเจนว่า การจัดการความรู้เป็นเครื่องมือเพื่อบรรลุเป้าหมาย 4 ประการ คือ การบรรลุเป้าหมายของงานของการพัฒนาคน ของการพัฒนาองค์กรให้เป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้และของการเป็นชุมชน เป็นหมู่คณะ มีความเอื้ออาทรระหว่างกันและกันในที่ทำงาน ทิพวรรณ จันศิริ<sup>8</sup> ได้ให้ข้อเสนอแนะแก่ผู้บริหารโรงพยาบาลเอกชนไว้ว่า ควรนำการจัดการความรู้ไปใช้ มีการปฏิบัติจริง ทำการประเมินผลต่อเนื่อง และนำไปใช้ให้ครอบคลุมทุกชั้นตอนอย่างสมบูรณ์ ลัดดาวัลย์ พุทธิรักษา และคณะ<sup>9</sup> ได้ศึกษารูปแบบการพัฒนาผู้ดูแลผู้ป่วยโดยวิธีการเรียนรู้ด้วยการนำตนเองและการจัดการความรู้ ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า พฤติกรรมการจัดการความรู้สามารถนำไปผสมผสานร่วมกับวิธีการเรียนรู้แบบอื่นซึ่งในงานวิจัยครั้งนี้ คือ การนำตนเอง สามารถส่งเสริมการพัฒนาคนได้ ศิริพงษ์ เกี้ยวสกุล<sup>10</sup> ได้ทำวิจัยส่งเสริมการจัดการความรู้ของชุมชนในการนำพลังผู้สูงอายุมาใช้ในการพัฒนาชุมชน ผลงานวิจัยพบว่า การส่งเสริมการจัดการความรู้ ได้แก่ การประยุกต์ใช้ประสบการณ์ภูมิปัญญาของผู้สูงอายุ รวมทั้งใช้ปัจจัยสนับสนุน อาทิ ฐานวัฒนธรรมเดิม ความใฝ่รู้ของผู้สูงอายุ มีสถานที่บริการเพียงพอ จัดกิจกรรมชุมชนถ่ายทอดและต่อยอดองค์ความรู้ สร้างชุมชนนักปฏิบัติ และเปิดพื้นที่ให้ผู้สูงอายุ ผู้วิจัยได้ให้ข้อเสนอแนะน่าสนใจไว้ว่า ประเด็นสำคัญของการจัดการความรู้ของชุมชนที่ประสบความสำเร็จ คือ ขึ้นชมในความสามรถและให้คุณค่าแก่ผู้สูงอายุ มีการนำพลังของผู้สูงอายุในชุมชนออกมาถอดบทเรียนให้เป็นจุดเด่นและนำพาชุมชนไปสู่ความสำเร็จ โดยวิธีการยกย่อง ให้ความเป็นผู้มีคุณค่าแก่ผู้สูงอายุ และนำผู้สูงอายุที่มีศักยภาพมาเป็นแกนนำในการแก้ปัญหาของชุมชน วีรวัดน์ เข้มแข็ง และคณะ<sup>11</sup> ทำการพัฒนาในรูปแบบการจัดการความรู้ของกลุ่มผู้สูงอายุเพื่อเสริมสร้างทุนทางปัญญาในการจัดการศึกษาตลอดชีวิต จังหวัดเชียงใหม่ ข้อเสนอแนะจากการพัฒนาที่น่าสนใจ คือ ขั้นตอนการค้นหาและแบ่งปันองค์ความรู้ทุนทางปัญญา (search and sharing intellectual knowledge) เป็นขั้นตอนที่มีคุณค่าและมีประโยชน์อย่างยิ่ง ทั้งผู้เรียน ครูผู้สอน และชุมชน ซึ่งได้ส่งผลดีช่วยยกระดับคุณภาพชีวิตและสร้างความสามัคคีภายในชุมชน ทำให้ผู้สูงอายุได้ถ่ายทอดองค์ความรู้ ทุนทางปัญญา เกิดความภาคภูมิใจ ไม่มีการเชื่อมความสัมพันธ์ของนครระหว่างวัย นอกจากนี้กระบวนการจัดการความรู้ในขั้นตอนการสะท้อนกลับการเรียนรู้ (reflection) ที่เกิดขึ้นได้ตลอดตามความต้องการในการเรียนรู้ของผู้เรียน ที่ได้ใช้ข้อมูลตนเอง ข้อมูลทางสังคม และข้อมูลวิชาการ ประกอบเพื่อตัดสินใจในการแก้ไขปัญหา แสวงหาหนทางในการพัฒนาตนเองและชุมชนให้มีความสุขตามอัตตาภาพ นับเป็นขั้นตอนสำคัญและจะก่อให้เกิดการพัฒนาต่อไปอย่างต่อเนื่อง

การจัดการความรู้เองก็ต้องการการจัดการ (management) ด้วยเช่นกัน กระบวนการจัดการความรู้ จะเริ่มต้นที่งานหรือเป้าหมายของงาน ส่วนเป้าหมายสุดท้ายของการจัดการความรู้ คือ การที่หน่วยงาน/องค์กรหรือกลุ่มคนมีชุดความรู้ของตนเองที่เหมาะสมกับหน่วยงาน/สภาพของตนเอง ซึ่งเกิดจากการสร้างขึ้นใช้เองตลอดเวลาและอาจเป็นบางส่วนจากการสอดแทรกหรือบูรณาการกับทุกกิจกรรมของการทำงาน หรือสร้างจากการทดลองก็ได้ ดังได้อภิปรายมาแล้วว่าองค์ประกอบสำคัญของการจัดการความรู้ (knowledge process) ก็คือ คน สำหรับเทคโนโลยีและการบริหารจัดการก็มีความสำคัญไม่น้อยเช่นกัน คน คือ แหล่งความรู้และจะเป็นผู้นำความรู้ไปใช้ประโยชน์ เทคโนโลยี เป็นเครื่องมือเพื่อการค้นหา จัดเก็บ แลกเปลี่ยนรวมทั้งนำความรู้ไปใช้อย่างง่ายและรวดเร็ว ส่วนการบริหารจัดการ คือการจัดให้มีการนำความรู้ไปใช้เพื่อให้มีการปรับปรุงและเกิดนวัตกรรมใหม่ องค์ประกอบทั้ง 3 ส่วนนี้ จะต้องมีการดำเนินการที่เชื่อมโยงกันเพื่อนำมาประยุกต์ใช้ได้อย่างถูกต้อง รวดเร็ว เหมาะสมต่อสถานการณ์ เรียนรู้ร่วมกันตลอดเวลา

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ได้ให้ความสำคัญกับ “การจัดการความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ” เผยแพร่ความรู้ให้แก่ แกนนำกลุ่มสูงอายุ และกลุ่มสตรีชุมชนมุสลิม ในเขตเทศบาลเมืองคลองหลวง อย่างต่อเนื่อง นับตั้งแต่ปีงบประมาณ 2556 ถึง ปัจจุบัน (2564) งบประมาณปี พ.ศ. 2558 ปรณอม โอทกานนท์ และ พวงผกา คงวัฒนานนท์<sup>12</sup> ได้ทำการวิจัยทดลอง เรื่อง “ผลของการใช้โปรแกรมพัฒนาทักษะการจัดการความรู้ต่อพฤติกรรมการจัดการความรู้

ด้านการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับแกนนำกลุ่มสูงอายุ ชุมชนเทศบาลเมืองคลองหลวง” กลุ่มควบคุม 24 คน รับประทานอาหารตามปกติ กลุ่มทดลอง 28 คน ได้รับโปรแกรมการสอนแบบยืดหยุ่น ยืดผู้เรียนเป็นสำคัญคือ กำหนดหัวข้อ ตารางการเรียน การสอนตามความสนใจของผู้เรียน ประกอบด้วย 1) ภาคบรรยาย/สัมมนาความรู้เรื่อง “การสร้างเสริมสุขภาพ” และความรู้เรื่อง “การจัดการความรู้” จำนวน 9 ชั่วโมง สอนด้วยวิธี ให้ผู้เรียนเล่าเรื่อง ยกตัวอย่างกรณีศึกษา กระตุ้นการมีส่วนร่วมเชิงวิเคราะห์ วิพากษ์ เสนอแนะ 2) ทักษะแสดงออกของผู้นำและฝึกปฏิบัติการจัดการความรู้ ด้วยการสาธิตและสาธิตย้อนกลับ จดบันทึกข้อความสำคัญและประทับใจเก็บไว้เป็น “ข้อคิดค่าคม” รวม 9 ชั่วโมง และ 3) ฝึกปฏิบัติการทักษะแสดงออกของผู้นำด้วยการออกเยี่ยมบ้าน/สถานประกอบการ ด้วยการจัดแบ่งหน้าที่ ทำงานเป็นทีม ผลัดเปลี่ยนการเป็นผู้นำ รวม 27 ชั่วโมง รวมเวลาอบรมทั้งสิ้น 45 ชั่วโมง ภายหลังการทดลอง การวิเคราะห์ด้วย paired t-test analysis กลุ่มทดลองผ่านการอบรมด้วยคะแนนพฤติกรรมจัดการความรู้หลังการทดลอง (post) สูงกว่าก่อนการทดลอง (pre) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $t=25.19, P=.000$ ) โดยคะแนนเฉลี่ยก่อนการทดลองเท่ากับ 7.75 (SD=1.71) และคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองเท่ากับ 14.14 (SD=2.16)

ระหว่างปี 2560-2561 แกนนำกลุ่มสูงอายุกลุ่มทดลอง ได้นำความรู้และทักษะที่ได้รับการฝึกฝนไปปฏิบัติการจริง ในชุมชน แกนนำกลุ่มสูงอายุและชุมชนเทศบาลเมืองคลองหลวงรายงานว่าการนำความรู้ ทักษะ ออกไปแลกเปลี่ยน เรียนรู้ และช่วยเหลือสังคมในรอบปีที่ผ่านมา นั้นมีคุณค่ายิ่ง รวมทั้งได้นำไปปฏิบัติขณะทำหน้าที่ อสม.ด้วย ดังนั้นจึงได้พบว่า การจัดการความรู้เป็นเครื่องมือสำคัญประการหนึ่งของการพัฒนาชุมชน เทศบาลเมือง คลองหลวงได้ ปรากฏรายงานระบุว่า ในการจัดการความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพนั้นมีทั้งปัจจัยสนับสนุนและ ปัจจัยขัดขวาง แกนนำกลุ่มสูงอายุต่างรายงานว่าตนเองมีการเปลี่ยนแปลงสุขภาพที่ดีขึ้น มีเพื่อน มีความสุข มีความ พึงพอใจในชีวิต มีกิจกรรมสังคมและมีผลงานการเป็นผู้นำด้านสุขภาพชุมชนปรากฏอยู่เนื่อง ๆอย่างต่อเนื่อง และ ในการจัดการความรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพก็ยังมีอุปสรรคปัญหาที่จะต้องร่วมกันระดมแรงค์ต่อไปอีก

จากที่มาและเหตุผลข้างต้น คณะวิจัยจึงได้ทำการศึกษาวิจัยติดตามแกนนำ ด้วยคำถาม คือ แกนนำให้ความหมาย ความรู้ กระบวนการจัดการความรู้ด้านสุขภาพ ปัจจัยสนับสนุน/ขัดขวางการจัดการความรู้ด้านสุขภาพ คืออะไร กำหนดวัตถุประสงค์การวิจัยเป็นการศึกษาการรับรู้ของแกนนำกลุ่มสูงอายุ ในเรื่อง 1) ความหมายคำว่า “ความรู้” 2) “กระบวนการจัดการความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ” 3) ปัจจัยสนับสนุนการจัดการความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ และ 4) ปัจจัยขัดขวางการจัดการความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ทั้งนี้เพื่อนำข้อมูลไปใช้ต่อยอดและเสนอแนะการบริหาร เพื่อการพัฒนาสุขภาพชุมชน เทศบาลเมืองคลองหลวง ต่อไป

## วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ (descriptive qualitative research) ผู้ให้ข้อมูลเป็นแกนนำกลุ่มสูงอายุ ชุมชนร่มเย็น เทศบาลเมืองคลองหลวงที่ผ่านการอบรมและได้รับวุฒิบัตรจากคณะพยาบาลศาสตร์ในปี พ.ศ. 2560 เรื่อง “การใช้โปรแกรมพัฒนาทักษะการจัดการความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ” ที่มีความสมัครใจเข้าร่วมโครงการ จำนวน 27 คน (ผู้ให้ข้อมูลการระดมสมอง 5 คน ผู้ให้ข้อมูลการสัมภาษณ์เชิงลึก 17 คน)”

## เครื่องมือวิจัย

เครื่องมือวิจัย คือ ตัวผู้วิจัย และผู้ช่วยวิจัย 4 คนที่เป็นนักศึกษาหลักสูตรดุขศึกษิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ผ่านการเรียนรายวิชา NS 815 Advanced Research in Nursing: Qualitative Research Methodology 3 (2-2-9) ทำการรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (semi-structure interview)

## การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

เครื่องมือวิจัยเป็น แบบสัมภาษณ์เชิงลึกกึ่งโครงสร้าง ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล คำถามหลักเป็นคำถาม ปลายเปิดเกี่ยวกับ ความหมาย ประสพการณ์ การจัดการความรู้รวมทั้งการรับรู้ปัจจัยสนับสนุน และปัจจัยขัดขวาง



ต่อการจัดการความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ โดยมุ่งให้ผู้ให้ข้อมูลแสดงความคิดเห็นและเล่าประสบการณ์ชีวิตการจัดการความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ และใช้คำถามเชิงลึกเพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนข้อมูลที่แท้จริง ใช้เทปบันทึกเสียงการสัมภาษณ์ เป็นอุปกรณ์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ตรวจสอบคุณภาพแบบสัมภาษณ์โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านในสาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ การพยาบาลอนามัยชุมชน และการสร้างเสริมสุขภาพ ทำการตรวจสอบแนวคำถาม ด้านเนื้อหา ความถูกต้อง ความครอบคลุม และความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย ภายหลังจากตรวจสอบ ทำการปรับปรุงและนำไปทดลองใช้กับแกนนำกลุ่มผู้สูงอายุ 5 ราย ทำการปรับปรุงข้อคำถามอีกครั้งก่อนนำไปใช้จริง

### การพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูล

ในขั้นเตรียมการ ผู้วิจัยเสนอโครงการขออนุมัติการทำวิจัยในคนต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ชุมชนที่ 3 สาขาวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ใบรับรองโครงการวิจัยที่ 090/2561 วันที่ 8 ส.ค. 2561 ทำการพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูลทุกรายตลอดโครงการโดยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย และขออนุญาตก่อนบันทึกเสียงและจดบันทึก รวมทั้งแจ้งผู้ให้ข้อมูลมีอิสระในการเข้าร่วมและถอนตัวได้ตลอดเวลา นำเสนอข้อมูลด้วยการใช้รหัสแทนชื่อและเก็บรักษาข้อมูลไว้เป็นความลับ

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังได้รับอนุมัติให้ทำการวิจัย ผู้วิจัยประสานงานขอใช้สถานที่กับศูนย์บริการสาธารณสุขสุขชุมชนร่วมเย็น วางแผนการรวบรวมข้อมูลด้วยการจัดทำ 1) กลุ่มระดมสมอง (focus group) ณ ศูนย์บริการสาธารณสุขสุขชุมชนร่วมเย็น 2) สัมภาษณ์เชิงลึกรายบุคคล (in-depth interview) ณ ชมรมผู้สูงอายุชุมชนร่วมเย็น ประสานงาน แจ้งวัตถุประสงค์ สอบถามความสมัครใจและความสะดวกในการเข้ากลุ่มและให้สัมภาษณ์ จากนั้นให้ผู้ให้ข้อมูลอ่านเอกสาร “ข้อมูลสำหรับอาสาสมัคร (information sheet)” เมื่อผู้ให้ข้อมูลเข้าใจดีแล้วและยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ให้ลงลายมือชื่อ ในเอกสาร “ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย (consent form)” จัดสรรเวลาการสัมภาษณ์โดยยึดความสะดวกของผู้ให้ข้อมูล รวมทั้งทำการวิจัยในพื้นที่ชุมชนร่วมเย็น เทศบาลเมืองคลองหลวง ระหว่าง 15 สิงหาคม-2561-มิถุนายน 2562 รวมใช้เวลา 11 เดือน

กลุ่มระดมสมอง (focus group) ประกอบด้วยผู้ให้ข้อมูลจำนวน 5 คน ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยจำนวน 3 คน ใช้เวลาในการระดมสมอง 1 ชม 20 นาที ในระหว่างการระดมสมอง ผู้ช่วยวิจัย 1 คนทำการสัมภาษณ์ 1 คนทำการบันทึกสรุปข้อมูล และอีก 1 คน เป็นผู้อำนวยความสะดวกให้แก่การประชุมระดมสมอง ตัวอย่างคำถามนำในการระดมสมอง “ท่านได้นำเสนอประสบการณ์ เรื่องราวเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพของท่านแก่ผู้อื่น หรือไม่ เรื่องใดบ้าง?” “ท่านเคยได้เรียนรู้การสร้างเสริมสุขภาพจากการกระทำจากคนอื่น หรือไม่?”

การสัมภาษณ์เชิงลึกรายบุคคล (in-depth interview) ประกอบด้วย ผู้ให้ข้อมูลจำนวน 22 คน ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยอีกจำนวน 4 คน ทำการประสาน วางแผนงาน ลงมือกิจกรรม ใช้เวลาในการสัมภาษณ์คนละประมาณ 60 นาที ในระหว่างการสัมภาษณ์ผู้ช่วยวิจัยขออนุญาตบันทึกเทป และจดบันทึกเกี่ยวกับข้อมูลสำคัญ บรรยายภาค ข้อสังเกต รวมถึงคำถามและการสะท้อนคิดจากผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยทำการถอดเทปภายหลังสิ้นสุดการสัมภาษณ์แต่ละครั้ง กระบวนการรวบรวมข้อมูลสิ้นสุดลงเมื่อข้อมูลมีความอิ่มตัว (saturation of data)<sup>13</sup> หลังจากนั้นนำข้อมูลที่ได้นำไปพบกับผู้ให้ข้อมูลเพื่อตรวจสอบความถูกต้องของประเด็นหลัก (member checking) แล้วจึงทำการตรวจสอบกับผู้รู้ในสาขา (peer debriefing)

### การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) ตามแนวคิด 8 ขั้นตอนของ Datt & Chetty<sup>14</sup> และทำการตรวจสอบความน่าเชื่อถือ (trustworthiness) ของผลการวิจัยตามแนวคิดของ Lincoln and Guba<sup>15</sup> ซึ่งแสดงให้เห็นตลอดกระบวนการ ดังนี้ 1) ความน่าเชื่อถือ (credibility) ซึ่งสร้างได้ด้วยการเก็บข้อมูลหลากหลายวิธีควบคู่กันไป



ระดมสมอง สัมภาษณ์และสังเกต (methodological triangulation), ผู้วิจัย ผู้ช่วยวิจัย ต่างก็วิเคราะห์ จัดทำ category, sub-category, coding แล้วนำมาเปรียบเทียบ ทำการสรุปข้อค้นพบ (analyst triangulation), พิจารณาข้อมูลทางลบที่ได้อย่างระมัดระวังและลึกซึ้ง เพื่อหาข้อค้นพบที่อาจมีความสัมพันธ์กัน (negative case analysis) นำข้อมูลที่ได้ไปตรวจสอบกับผู้ให้ข้อมูลเพื่อตรวจสอบความถูกต้องของประเด็นหลัก (member checking) ทำการตรวจสอบกับผู้รู้ในสาขา (peer debriefing) 2) เก็บข้อมูลจากแกนนำกลุ่มสูงอายุที่มีประสบการณ์จริงในพื้นที่ สามารถนำผลการศึกษาไปปรับใช้ ถ่ายโอนในประชากรที่มีความคล้ายคลึงได้ (transferability) 3) ขณะสัมภาษณ์ทุกครั้งที่มีการบันทึกเทป จดบันทึกหลักฐานรายละเอียด ทำการวิเคราะห์ข้อมูลอย่างเป็นระบบสามารถตรวจสอบได้ ทำให้เกิดการพึ่งพาเกณฑ์อื่นได้ (dependability) และ 4) ผลการค้นพบได้รับการยืนยันจากบุคคลอื่นเพื่อความเป็นกลางของข้อมูลโดยมีการสะท้อนและผ่านการทบทวนจากผู้ให้ข้อมูล และผู้รู้ในสาขา (confirmability) ตลอดจนกระบวนการดำเนินงานวิจัยครั้งนี้มีความน่าเชื่อถือ (credibility) สามารถถ่ายโอนผลวิจัยได้ (transferability) เกิดการพึ่งพาเกณฑ์อื่นได้ (dependability) และส่งผลให้เข้าถึงการยืนยันผลการค้นพบครั้งนี้ (confirmability)

## ข้อค้นพบจากการวิจัย

### ส่วนที่ 1. ข้อมูลส่วนบุคคล

1.1 ผู้ให้ข้อมูลการระดมสมอง (focus group) จำนวน 5 คน (A-E) ทั้งหมดเป็นเพศชาย อายุระหว่าง 54-67 ปี สถานภาพสมรสคู่ มีวุฒิการศึกษาระดับปริญญาตรี จำนวน 3 คน ระดับมัธยมศึกษา จำนวน 2 คน มีสถานภาพทางเศรษฐกิจของครอบครัวเพียงพอ จำนวน 3 คน ไม่พอใช้ จำนวน 2 คน มีจำนวนสมาชิกในครอบครัวตั้งแต่ 2-6 คน และไม่มีประวัติการเจ็บป่วย จำนวน 2 คน

1.2 ผู้ให้ข้อมูลการสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) จำนวน 22 คน (P1-P22) เป็นเพศหญิง 17 คน เพศชาย 5 คน อายุระหว่าง 55-75 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ จำนวน 17 คน สถานภาพสมรสหย่าร้าง จำนวน 3 คน วุฒิการศึกษาระดับปริญญาตรี จำนวน 2 คน ระดับมัธยมศึกษา จำนวน 7 คน ระดับประถมศึกษา จำนวน 12 คน และไม่ได้เรียนหนังสือ จำนวน 1 คน สถานภาพทางเศรษฐกิจของครอบครัวมีเหลือเก็บ จำนวน 9 คน มีเพียงพอ จำนวน 10 คน และ ไม่พอใช้ จำนวน 3 คน สมาชิกในครอบครัวมีตั้งแต่ 2-7 คน ไม่มีประวัติการเจ็บป่วย จำนวน 10 คน

ส่วนที่ 2 ประสบการณ์การจัดการความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพของแกนนำกลุ่มสูงอายุ เทศบาลเมืองคลองหลวง

ตอนที่ 1. ความหมายของ “ความรู้” ผู้ให้ข้อมูล ให้ความหมายแก่นสาระของความรู้ไว้ 1 แก่นสาระ คือ สร้างได้ ปฏิบัติได้ ให้ประโยชน์ มี 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) คุณลักษณะความรู้ 2) วิธีการได้มาซึ่งความรู้ และ 3) ประโยชน์ของความรู้

1) คุณลักษณะความรู้: ผู้ให้ข้อมูล กล่าวว่า คุณลักษณะของรู้นั้นต้องเป็นสิ่งที่ดี มีประโยชน์ สามารถพิสูจน์ นำไปปฏิบัติได้ และบอกต่อ พูดคุยเป็นเรื่องเป็นราว สอน แลกเปลี่ยนกันได้ ตัวอย่างองค์ประกอบดังกล่าว “ความเข้าใจในสิ่งต่างๆ ที่ทำได้ปฏิบัติได้ (P1)” “สิ่งที่พิสูจน์ได้ว่าปฏิบัติได้จริง (P3)” “มันมีประโยชน์ได้นำมาใช้ มาปฏิบัติถึงวันนี้ (P3)(P21)(P22)” “คุยกันบอกกันในสิ่งที่ดี ปฏิบัติได้ นั่นแหละอะไรอย่างนี้ (P7) (P3)(P8)(P14)” “ความรู้หมายถึงว่าก็เพื่อนฝูงก็คุยบอกต่อกัน มีอะไรก็สารพัดเรื่องนั้นแหละ เจอหน้ายังงี้ คุยบอกกัน (P3)” “ใช่ สิ่งที่ดี นะ ถือเป็นความรู้ที่เรา อยากจะรับเอามาแล้วพอเรารับเอามาปฏิบัติแล้ว เราเห็นว่ามันดี เราก็ก็นำไปบอกต่อสอนคนอื่น (P7)” “สิ่งที่เราทดลองทำ ทำแล้วบอกต่อ วิธีบอกต่อก็จะต่อยอดความรู้แบบหนึ่ง (B)”

2) วิธีการได้มาซึ่งความรู้: ผู้ให้ข้อมูล กล่าวว่า วิธีการได้มาซึ่งรู้นั้น ได้มาจากเรียนรู้ หรือได้พบเห็น ทั้งจากประสบการณ์ของตนเอง และจากผู้อื่น ตัวอย่าง ดังคำกล่าว “ความรู้ คือ บางครั้งเรารู้จากตัวเอง เช่น มีประสบการณ์เจ็บป่วยเป็นโรคอะไร ก็ได้ปฏิบัติกะตัวเอง ยังไงแล้วมันก็ดีขึ้น (P7) “ความรู้หรือ ในมุมมองก็คือสิ่งที่เราได้รู้จากครอบครัว จากครอบครัว ได้รู้จากพ่อแม่ ได้ รู้จากในชุมชน รู้จากที่ฟังมา (P21)” “การ



ได้ความรู้ก็คือ จากที่เราได้ศึกษาอบรมมาจากอาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ นึก ๆ อันดับแรก อันดับสองการใฝ่รู้ ก็คือหลังจากเข้าอบรมเราเป็น อสม. ไซ้ไหมคะ สมมุติว่าเรามีอาการเจ็บป่วยบางอย่างที่ซึ่งเราสงสัย เอ๊ะ เราก็เลยเข้า Google ไปหาความรู้พวกนี้แล้วเราก็จะได้ความรู้จากพวกโซเชียลด้วย (P11)”

3) ประโยชน์ของความรู้: ผู้ให้ข้อมูล กล่าวว่า ประโยชน์ของความรู้ได้แก่ เห็นวิถีปฏิบัติที่ถูกต้อง ช่วยขจัดปัญหาที่กำลังเผชิญอยู่ ตัวอย่าง ดังคำกล่าว “คะ เมื่อรู้สิ่งที่ถูกต้อง เรากระทำสิ่งที่รู้ ลดขั้นตอนการทำงาน ทำแล้วสิ่ง ๆ ก็เกิดขึ้นกับชีวิต (P8)” “ความรู้คือสิ่งที่เราได้เห็นวิถีปฏิบัติ ลงมือปฏิบัติแล้วแก้ปัญหาได้ ไม่ต้องลองผิดลองถูกคะ (P21)”

ตอนที่ 2. กระบวนการจัดการความรู้: ผู้ให้ข้อมูล ระบุว่าแก่นสาระ กระบวนการจัดการความรู้ ไว้ 1 แก่นสาระ คือ 1. จากประสบการณ์ตรง

แก่นสาระที่ 1: กระบวนการจัดการความรู้ จากประสบการณ์ตรง มี 4 องค์ประกอบที่ต่อเนื่องกัน คือ 1) พูดคุย แลกเปลี่ยน แบ่งปัน เห็นตัวแบบ 2) ลองทำด้วยตนเอง 3) รับรู้ด้วยตนเอง และ 4) จัดบันทึกและส่งข้อมูลต่อกัน เป็นวัฏจักรต่อเนื่องกันไป ดังนี้

1) พูดคุย แลกเปลี่ยน แบ่งปัน เห็นตัวแบบ: ผู้ให้ข้อมูล ได้กล่าวถึงการพูดคุย แลกเปลี่ยน แบ่งปัน เห็นตัวแบบ จากประสบการณ์ตรง ดังคำกล่าว “นอกจากอ่านหนังสือฟังข่าวแล้วยังต้องไปแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เข้ากลุ่มหรืออบรมอะไรต่าง ๆ การอบรมจากคณะพยาบาลศาสตร์ที่ผ่านมาเราได้รู้ ได้เห็น ได้ลงมือทำในการ พูดคุย แลกเปลี่ยน และแบ่งปัน นับเป็นตัวแบบที่ดี (P1)” “จะดูจากหนังสือแล้วก็ออกไปอบรมบ้าง ได้ความรู้มาก็แบ่งปันเป็นการช่วยกัน (P5)” “รับและถ่ายทอดไป (P10)” “ความรู้ เขามีกระบวนการนะ คือ กระบวนการเนี่ยก็ต้องมาจากสื่อ ไซ้ไหมคะ มาจากสื่อ คนเนี่ย เรา ไม่รู้ เราก็ต้องไปหาคนที่รู้ คนที่รู้เราต้องไปสอบถามเขา เขาคือผู้รู้เพราะเขาทำแล้วดูดีมีประโยชน์ (P6)” “เห็นแบบอย่างของแม่จ๊ะ ตอนนี่แม่ 86 แล้ว แม่ก็ยังแข็งแรงไปวัดได้ ไปนอนค้างวัดได้จ๊ะ แม่ชอบกินผักมาก ชอบกินปลา ชอบกินงา ชอบกินปลาอย่าง ไม่เคยขาดจ๊ะ ปลาอย่างจ๊ะ แม่ชอบกินปลาอย่าง และก็ผัก (E)”

2) ลองทำด้วยตนเอง: ผู้ให้ข้อมูล กล่าวว่า ความรู้ที่ได้จากพูดคุย แลกเปลี่ยนต้องนำมาลองทำด้วยตนเอง ดังคำกล่าว “ความรู้มันจะต้องลองพิสูจน์ด้วยตนเองว่ามันจริงไหม สมมุติรู้มาว่าอย่างปลาน้ำจืดไซ้ไหมคะ ล้าง แลมันไม่หาย ชิงแก่ทุบ ๆ แล้วขยำแล้วเอาปลาลงไปแช่ มันก็จะล้างควา ทำแล้วก็เห็นผลว่าล้างควาได้จ๊ะ (P3)” “คนบอกก็ยังไม่เชื่อ ต้องเอามาทำเองก่อน รู้เองก่อนจึงจะดี (P7)” “เราคือต้องทำด้วยตนเอง ...ในการที่เราจะมีความรู้จากสิ่งที่เราสัมผัส ได้ยิน ได้ฟัง (P15)”

3) รับรู้ด้วยตนเอง: ตัวอย่างองค์ประกอบรับรู้ด้วยตนเอง ดังคำกล่าว “ใคร คนนั้นคนนี้ บอกอะไรต่อมื่ออะไร เราต้องคิดก่อน จริง ไม่จริง การคิด คิดถึงสิ่งที่เคยประสบและลองทำมา จากลองทำก็จะรู้ได้ชัดเจนว่า ไซ้หรือไม่ไซ้ (P3)” “อย่างคนอายุเยอะ ๆ แล้ว จากประสบการณ์ รู้ เห็น ทำมากในแล้วชีวิต จะรู้เท่าทันด้วยตนเอง จึงรู้กัน รู้วิธีกัน แล้วก็ รู้วิธีแก่ (P15)”

4) จัดบันทึกและส่งข้อมูลต่อกัน: ตัวอย่างองค์ประกอบการจัดบันทึกและส่งข้อมูลต่อกัน ดังคำกล่าว “ความรู้เธอ ถ้าอยากรู้ เราต้องไปสอบถามผู้รู้ ดูจากทีวี ฟังคนอื่นเขาพูด ลองทำ เมื่อรู้แล้ว จดไว้ เพื่อเอาไปบอกต่อ (P6)” “ถ้าไม่มีการจดไว้ หลาย ๆ ครั้ง หลาย ๆ เรื่อง เราก็จะลืม จดไว้เพื่อคนอื่นมาอ่านก็เป็นประโยชน์ (A)” เมื่อเจ็บป่วยถ้าเราแก้ไขไม่ได้เราก็ต้องไปหาหมอ ได้ยามากิน วิธีปฏิบัติตน แพทย์ที่ดี ที่สุดก็คือ ตัวเรา แล้วโรงพยาบาลที่ดีที่สุกก็นคือครัว เราก็ทำอาหารที่ถูกต้องลักษณะมากินนะ และยาที่ดีที่สุดก็คืออาหาร เนี่ยเราจะได้ข้อมูลแบบนี้เราก็จดลักษณะนั้นนะ แล้วเรา ก็ไปพูดความรู้ที่เราจดไว้ให้คนอื่นฟัง (E)”

ตอนที่ 3. ปัจจัยสนับสนุนการจัดการความรู้: ผู้ให้ข้อมูล ระบุว่าปัจจัยสนับสนุนการจัดการความรู้ ไว้ 2 แก่นสาระ คือ 1. มีปัจจัยเอื้อสนับสนุน แก่นสาระที่ 2 คือ การมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน



แก่นสาระที่ 1. มีปัจจัยเอื้อสนับสนุน ประกอบด้วย 2 องค์ประกอบ 1) การมีใจรักต่อการมีสุขภาพดี และ 2) การมีสิ่งเอื้ออำนวย

1) การมีใจรักต่อการมีสุขภาพดี: การมีใจรักต่อการมีสุขภาพดี เป็นปัจจัยหนึ่งที่สนับสนุนการจัดการความรู้ ตัวอย่างเช่น ผู้ให้ข้อมูล กล่าวว่า “ใจรักและมีเวลาว่าง ดีกว่าอยู่เปล่าๆ เต็มวันหนึ่งอายุยืนไปซักวันหนึ่งละ (P1)” “ทำได้ ป้าเป็นคนทำได้เลย ใครบอกอะไรมาอย่างนี้ หรือแค่ผ่านสายตาป้าทำได้เพราะใจรักและชอบ (P3)” “มันก็ตามวัยนะ เพียงแต่เราต้องปฏิบัติ เอาจริงเอาจัง แต่ตอนนี้คือเราเป็นหลายโรคอย่างเช่น ความดัน ป้าก็เป็นความดัน ป้าก็ออกกำลังกาย (P19)” “ตื่นมาก็อาบน้ำ ดูแลสุขภาพ ออกกำลังกาย และหุงข้าว ใส่บาตร ทำกับข้าว และก็เรื่องส่วนตัวเยอะ เข้าจะเป็นยังงี้ทุกวัน ตื่นตั้งแต่ตีสี่ มันท้องยัดเส้นยัดสาย ใส่บาตรเจ็ดโมง ทำอย่างนี้ร่างกายดีขึ้น (B)” “ใช้ค่ะ คือพอเราผ่านการอบรมจากอาจารย์พยาบาลแล้วเราก็มีความมั่นใจ ชักจูงเพื่อนฝูงในชุมชน คือ เราต้องออกกำลังกายนะ เราจะมานั่งอยู่เฉยๆ ไม่ได้ ในวันๆ หนึ่งเราต้องออกกำลังกายอย่างน้อย 30 นาที ร่างกายจะดี แข็งแรงอะไรยั้งนี้ แล้วทุกคนก็จะเข้าใจว่า ชีวิตประจำวันเราก็กินไปปกติ พอช่วงเย็นเราก็จะพากันไปออกกำลังกาย (C)”

2) การมีสิ่งเอื้ออำนวย: ผู้ให้ข้อมูล กล่าวว่า การมีสิ่งเอื้ออำนวยเป็นปัจจัยสนับสนุนหนึ่งของการจัดการความรู้ เช่น การมีชมรมต่างๆ มีเพื่อน มีผู้ที่มีความรู้จริง มีการพูดคุยไปในแนวทางเดียวกัน มีบรรยากาศเอื้อในการส่งเสริมความรู้ สนุก ไม่เครียด สามารถเข้าร่วมการพูดคุย แลกเปลี่ยนความรู้ได้สะดวกและไม่เสียค่าใช้จ่าย ตัวอย่าง ดังคำกล่าว “มีชมรมตั้งกันมาแล้วชวนกันไป เมื่อได้ไปพบปะกันแล้วก็มีโอกาสคุยกัน แลกเปลี่ยนเรียนรู้ (P1)” “ถ้าต้องมีการเดินทาง ป้าก็ไม่สะดวก การจัดในชุมชนใกล้บ้านทำให้มีโอกาสได้ไป (P1)”

แก่นสาระที่ 2 การมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน เป็นปัจจัยสนับสนุนหนึ่งของการจัดการความรู้ มี 1 องค์ประกอบ คือ มีความไว้วางใจ เชื่อถือศรัทธา พูดคุยกันได้ ผู้ให้ข้อมูล กล่าวว่า “มีกำลังใจ มีแรงกดดันทางบวก มีความน่าเชื่อถือ คนในชุมชนมีการทำร่วมกัน และพูดคุย เห็นดีเห็นชอบร่วมกัน (P1)” “อะไรที่เกิดความรู้ เราก็ไปฟังเพื่อนฝูง หรือพระหรืออะไรอย่างนี้ เราก็เอามาปฏิบัติ เราเชื่อ เราก็เอาบอกต่อเราก็จะได้ คิดว่าเราจะได้บุญด้วยนะ (P9)” “การที่เราจะคุยกับเขาให้สำเร็จเนี่ย ก็ต้องสร้างสัมพันธภาพและความเชื่อมั่น ก็ต้องเป็นต้นแบบที่ดีให้กับทุกคนได้เห็นก่อน ต้นแบบที่ดีทำให้เกิดสัมพันธภาพความรักความศรัทธา (P12)” “ลองคิดว่าสิ่งที่ช่วยสนับสนุนให้ลุงมีความรู้ จนได้ปฏิบัติแล้วแข็งแรง ก็ได้แรงกดดันจากที่ว่าไปประชุมมาบ่อยๆ พบเพื่อนฝูง ฮาๆ พบคุณหมอบอกอะไรดีๆ จากอะไรนิดๆ หน่อยๆ มาประสมกันก็ทำให้เรารู้มากขึ้น (P22)” “ภูมิใจ สนุก ... เพราะว่าเป็นในกลุ่มผู้สูงอายุทั้งหมดเนี่ยะ คือเคยอบรมร่วมกัน เป็นลูกศิษย์ ครูคนเดียวกัน มาด้วยกัน คุยเข้าใจกันดี ก็ไม่ค่อยขัดกัน (P7)”

ตอนที่ 4. ปัจจัยขัดขวางการสร้างความรู้: ผู้ให้ข้อมูล ระบุปัจจัยขัดขวางการจัดการความรู้มี 2 แก่นสาระ คือ 1. การไม่ให้ความสำคัญต่อสุขภาพ และ 2. การขาดวินัยในตนเอง

แก่นสาระที่ 1: การไม่ให้ความสำคัญต่อสุขภาพ ประกอบด้วย 1 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ไม่ใช้เวลาดูแลตนเอง ขาดการใฝ่รู้ ตัวอย่าง ดังคำกล่าว “เค้าไปพบปะพูดคุยกับเพื่อนไม่ได้ เขาไม่แบ่งเวลา เค้าทำงาน บางทีเข้าเวร (P1)” “เรื่องดี ๆ ก็ทำตามบางครั้ง ก็ไม่ได้ผลเค้าก็บอกมีเวลาไม่มาก (P5)” “บางทีเขาก็ไม่ให้เวลาคะ เขาก็อาจไม่เข้าใจ ความเข้าใจแต่ละคน เขา ป้าคิดว่า เขาไม่มีเวลาดูแลตนเองและก็ไม่ใส่ใจต่อสุขภาพ ไม่มีเวลาของแต่ละคนไม่เหมือนกัน บางคนก็ไม่มีเวลาต้องทำงาน หาเช้ากินค่ำ หรือ บางคนป่วย เช่น เป็นความดันอะไรอย่างนี้ แต่ที่นั่นต้องทำงานหาเช้ากินค่ำก็อาจจะไม่คิดที่จะสนใจดูแลตัวเอง ป้าคิดว่า นะ (P19)” “อุปสรรคจริงๆ ของการเรียนรู้เรื่องสุขภาพ คือ การไม่ให้ความสำคัญ ไม่อยากพูดคุย ไม่แลกเปลี่ยนและไม่ลองทำ (D)”

แก่นสาระที่ 2: การขาดวินัยในตนเอง ประกอบด้วย 1 องค์ประกอบ ได้แก่ ไม่อดทน ไม่มีเหตุผล ไม่ฝึกฝน วินัยตนเอง และเก็บตัว ตัวอย่าง ดังคำกล่าว “เค้าไม่อดทน เขาไม่เชื่อ เค้าถือ เขาไม่เปิดใจ แต่เค้าป่วย สิ่งที่ดีๆ เค้าไม่ทำ เค้าเลือกทำที่เค้าชอบ เปลี่ยนตัวเองไม่ได้ (P2)” “เค้าไม่พูดไม่คุย แล้วคนรอบๆ ก็ไม่กล้า จะเข้ามาถามชวน ไปที่นั่นไหมที่นี่ไหม ไปออกกำลังกายไหม ไม่ไป แล้วเค้า ก็จะอยู่แต่ในบ้าน เป็นคนที่แบบเก็บเนื้อเก็บตัว เหนาก็จะไม่



ดี (P20)” “การหาความรู้ ...เรื่องการกินการอยู่ เขาไม่เห็นด้วยกับเรา แล้วก็ไม่อยากจะลองฝึกฝนทำ ก็ไม่ตื่นะคะ เป็นคนแบบว่าไม่สูงลิบกับใครอะไรอย่างนี้ มันก็จะเหงา อยู่ตามลำพังก็ไม่มีใครที่จะมาพูดคุยด้วย (P5) ”

## การอภิปรายผล

### ประเด็นที่ 1 ความหมายของ “ความรู้”

ผู้ให้ข้อมูล ให้ความหมายคำว่า “ความรู้” หมายถึง สิ่งที่สามารถสร้างได้ ปฏิบัติได้ ให้ประโยชน์ ซึ่งมีองค์ประกอบ คือ มีคุณลักษณะเฉพาะ สร้างได้ มีประโยชน์ และบอกต่อได้ ตามความหมายนี้ เป็นความรู้สึก การรับรู้ ของผู้ให้ข้อมูลที่สอดคล้องกับคำกล่าวข้อหนึ่งของ วิจารณ์ พานิช<sup>7</sup> ที่กล่าวว่า ความรู้ คือ สิ่งที่เหมาะสมนำไปใช้ จะไม่หมกหรือลึกลับหรือแต่จะยิ่งงอกเงยหรืองอกงามขึ้น หรือ ความรู้ คือ สารสนเทศที่นำไปสู่การปฏิบัติ และจากทาคูจิ และโนนาเกะ<sup>3</sup> กล่าวว่าไว้ว่า “ความรู้” หมายถึง ความเชื่อที่ยอมรับแล้วว่าเป็นจริง ความเห็นของ เอล-ฮาวารี<sup>16</sup> กล่าวว่า ความรู้ คือ วัตถุประสงค์ที่สามารถให้รหัส แจกจ่าย เข้าใจ และนำไปใช้เพื่อบรรลุเป้าหมายได้ ความรู้ถือเป็นสิ่งเฉพาะตัวของแต่ละบุคคลที่เกิดขึ้นจากการศึกษา การค้นคว้า หรือประสบการณ์ที่มีการผสมผสานระหว่างการรับรู้ ความจำ ความคิด ความเข้าใจ และความรู้สึกของบุคคล ความรู้แสดงออกให้ปรากฏแก่บุคคลอื่นผ่านพฤติกรรม สามารถบันทึกและถ่ายทอดได้ ตามความหมาย ความรู้ตามที่อภิปรายมานี้สอดคล้องเช่นเดียวกันกับผู้ให้ข้อมูลได้กล่าวถึงกระบวนการจัดการความรู้หมายถึงวัฏจักรต่อเนื่องจากการพูดคุย แบ่งปัน แลกเปลี่ยน ลองทำ และทำการจดบันทึกไว้ ความสอดคล้องเกิดขึ้นได้เนื่องจาก ผู้ให้ข้อมูล เป็นแกนนำกลุ่มสูงอายุ ซึ่งส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่พบ 20 คน จากทั้งหมด 27 คน ผ่านประสบการณ์ชีวิตหลากหลาย รวมทั้งความเจ็บป่วยที่มีมาเป็นครั้งคราวมายาวนาน ผ่านการฝึกอบรมจัดการความรู้ที่ มีการรวมตัวหรือเชื่อมโยงของคน/กลุ่มคนที่มีพื้นฐานใกล้เคียงกันอย่างไม่เป็นทางการด้วยกระบวนการ พูดคุย สัมมนา แลกเปลี่ยนระหว่างผู้มีการศึกษาหลากหลายตั้งแต่ไม่ได้เรียน จนถึง ปริญญาตรี ร่วมกันฝึกแก้ปัญหาในภาวะต่าง ๆ ทั้งด้านบวกและด้านลบ ในสังคม ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลที่กล่าวว่า “มันก็คืออะไรก็ได้ ที่ทำแล้ว ทำให้เราใช้ชีวิตประจำวันได้ดี ” “สิ่งที่พิสูจน์ได้ว่าปฏิบัติได้จริง” “ใช่ สิ่งที่ดี นะ ถือเป็นความรู้ที่เราอยากจะได้รับเอามา แล้วพอเราได้รับเอามาปฏิบัติแล้ว เราเห็นว่า มันดี เราก็เอาไปบอกต่อสอนคนอื่น” “สิ่งที่เราทดลองทำ ทำแล้วบอกต่อ วิธีบอกต่อก็จะต่อยอดความรู้แบบหนึ่ง” ด้วยความเชื่อ ประสบการณ์ การปฏิบัติจริงและการรับรู้ของแกนนำกลุ่มสูงอายุที่ถ่ายทอดออกมาครั้งนี้จึงเห็นความเป็นไปได้ที่ผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ สามารถพัฒนาและส่งเสริมสุขภาพของสังคมชุมชนที่ตนอาศัยอยู่ได้ ประพนธ์ ผาสุยดี<sup>17</sup> กล่าวว่าเช่นกันว่า “โดยทั่วไปพบว่าสัดส่วนความรู้ของบุคคล ความรู้เฉพาะตัวหรือความรู้ฝังลึกของบุคคลมีมากกว่าความรู้ชัดแจ้งหรือความรู้ที่แสดงออกมากถึง 4 ต่อ 1 ด้วยข้อเท็จจริงนี้ การสนับสนุนให้มีการนำพลังความรู้ฝังลึกของผู้สูงอายุมาพัฒนาสังคมชุมชนนับเป็นสิ่งควรปฏิบัติอย่างยิ่ง” ซึ่งงานวิจัยของศิริพงษ์ เกี้ยวสกุล<sup>10</sup> สนับสนุน “การนำพลังผู้สูงอายุมาใช้ในการจัดการความรู้เพื่อเป้าหมายของการพัฒนาชุมชน” ซึ่งจะทำได้ประโยชน์ทั้งสองทาง คือ การพัฒนาความรู้ ประสบการณ์ผู้สูงอายุเองและพัฒนาสังคมชุมชนไปพร้อม ๆ กัน

### ประเด็นที่ 2 กระบวนการจัดการความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ

ผู้ให้ข้อมูล ระบุว่า “กระบวนการจัดการความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ” ไว้ 1 แนวทาง คือ จากประสบการณ์ตรง ซึ่งมีองค์ประกอบ 1) พูดคุย แลกเปลี่ยน แบ่งปัน เห็นตัวแบบ 2) ลองทำด้วยตนเอง 3) รับรู้ด้วยตนเอง 4) จดบันทึก และส่งข้อมูลต่อกัน

ผู้ให้ข้อมูล ระบุว่า กระบวนการจัดการความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ จากประสบการณ์ตรง ซึ่งหมายถึง การพูดคุย แลกเปลี่ยน แบ่งปัน เห็นตัวแบบ การลองทำด้วยตนเอง การรับรู้ด้วยตนเอง และการจดบันทึกและส่งข้อมูลต่อกัน อภิปรายได้ว่า แกนนำกลุ่มสูงอายุนั้นรับรู้ว่าการจัดการความรู้ นั้น เป็นวงจรต่อเนื่อง ไม่มีที่สิ้นสุด เริ่มต้นจากการแลกเปลี่ยน เรียนรู้ แบ่งปัน หรือเห็นตัวแบบ ซึ่งหมายถึง การเชื่อมต่อความรู้ ข้อมูลข่าวสารระหว่างคนกับคน



เมื่อมีการส่งผ่านความรู้จากคนหนึ่งไปสู่อีกคนหนึ่ง ความรู้จะถูกผสมผสานและปรับแต่งถือเป็นปฏิกิริยาภายในบุคคลเชิงสังคม (socialization) จากประสบการณ์ของตนเองเมื่อนำมาผสมผสานกับความรู้ใหม่ที่ได้รับ ต่อจากนั้น นำข้อมูลที่ได้รับไปลองทำ หลังจากการลองทำ วิเคราะห์ ประเมินผลก่อน หลังการปฏิบัติ เมื่อพบว่าได้ผลดี ทำการจดบันทึกเพื่อการบอกต่อหรือเผยแพร่ต่อไป สอดคล้องกับแนวคิดของทาคูจิ และโนนากะ<sup>3</sup> ที่เสนอการสร้างความรู้ใหม่ ด้วย โมเดลเชกิดังกล่าวจากประสบการณ์ตรง เช่นคำพูดว่า “นอกจากอ่านหนังสือฟังข่าวแล้วยังต้องไปแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เข้ากลุ่มหรืออบรมอะไรต่างๆ” ตัวอย่างการลองทำด้วยตนเองซึ่งเป็นการทำให้เห็นความรู้ประจักษ์ คือ “องค์ความรู้นี้จะต้องลองพิสูจน์ ด้วยตนเองว่ามันจริงไหม สมมุติอย่างปลาน้ำเค็มจัดใช้ไหมคะ ล้างและมันไม่หาย ชิงแก่ทุบๆ แล้วขยำแล้วเอาปลา ลงไปแช่ มันก็จะล้างขาว” ตัวอย่างการรับรู้ด้วยตนเองซึ่งเป็นการนำความรู้จากแหล่งต่างๆ หลากหลายมาประกอบกันเป็นความรู้ใหม่ เช่น “รู้เท่า รู้ทัน รู้กัน รู้แก่” อย่างคนอายุเยอะ ๆ แล้ว จากประสบการณ์แล้วจะรู้เท่าทัน รู้กัน รู้วิธีกันแล้วก็รู้วิธีแก่” ส่วนตัวอย่าง การจดบันทึกและส่งข้อมูลต่อกันซึ่งเป็นการสั่งสมเป็นความรู้เฉพาะตัว ถูกบันทึกไว้เพื่อบอกต่อ เช่น “แพทย์ที่ดีที่สุดก็คือตัวเรา เราจะรู้ว่าเราเป็นอะไรใช้ไหม แล้วถ้าเราแก้ไขไม่ได้เราก็ต้องไปหาหมอ แพทย์ที่ดีที่สุดก็คือ ตัวเรา แล้วโรงพยาบาลที่ดีที่สุดก็คือครัว เราก็ทำอาหาร ทำอาหารที่ถูกสุขลักษณะมากขึ้น และกินที่ชื่อ ยาที่ดีที่สุดก็คืออาหารเนี่ยเราจะได้ข้อมูลแบบนี้เราก็จด จด จด ลักษณะนี้นะ แล้วเรา ก็ไปพูดที่เรา จดไว้ให้คนฟัง”

การจัดการความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพของแกนนำกลุ่มสูงอายุ เทศบาลเมืองคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี ในการศึกษาครั้งนี้พบว่าครอบคลุมเรื่อง การออกกำลังกาย อาหาร สมุนไพร การกำจัดขยะ ความพอเพียง และการรักษาสุขภาพจิต สอดคล้องกับงานวิจัยถอดบทเรียนของ เวธกา กลิ่นวิจิต และคณะ<sup>18</sup> ที่พบว่าได้แนวปฏิบัติที่ดีในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนนักปฏิบัติ โดยมีชุมชนนักปฏิบัติเกิดขึ้น 5 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มอาหารสำหรับผู้สูงอายุ กลุ่มการออกกำลังกาย กลุ่มการจัดการอารมณ์และความเครียด กลุ่มเรื่องยา และกลุ่มรู้เท่าทันโรคภัยไข้เจ็บ และการศึกษาของพิทักษ์ ทองสุข และคณะ<sup>19</sup> ที่พบว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีโรค สามารถมีการแลกเปลี่ยนความรู้และมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นได้ ชุมชนมีการพัฒนาและเรียนรู้ไปด้วยกัน โดยเฉพาะด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ดังนั้นจึงอภิปรายได้ว่า การจัดการความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุตำบลคลองหลวง มีการจัดการความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพได้จาก การที่ได้มีการพูดคุยและถ่ายทอดข้อมูลความรู้ให้แกกันและกันในกลุ่ม

ด้วยความรู้ความเข้าใจที่ผู้ให้ข้อมูลรับรู้จากการฝึกอบรมที่จัดโดยคณะพยาบาลศาสตร์ ทั้งได้นำไปปฏิบัติจริง แสดงให้เห็นว่าผู้ให้ข้อมูลรับรู้กระบวนการจัดการความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพได้มาจาก ข้อมูลเชิงประจักษ์ คือ จากประสบการณ์ตรง การรับรู้ข้อมูลเชิงประจักษ์ดังเช่นนี้จะทำให้ได้แนวคิดการนำพลังของแกนนำกลุ่มสูงอายุไปพัฒนาสังคมชุมชนด้วยการให้แกนนำกลุ่มผู้สูงอายุมีส่วนร่วมอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะทำให้การพัฒนาสามารถปฏิบัติและเป็นจริงได้

### ประเด็นที่ 3 ปัจจัยสนับสนุนการจัดการความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ

ผู้ให้ข้อมูล รับรู้ปัจจัยสนับสนุนการจัดการความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ประกอบไปด้วย แก่นสาระ ที่ 1. มีปัจจัยเอื้อ มีสิ่งสนับสนุน ประกอบไปด้วย 1) การมีใจรักต่อการมีสุขภาพดี 2) การมีสิ่งเอื้ออำนวย และ แก่นสาระที่ 2. การมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน ได้แก่ 1) มีความไว้วางใจ เชื่อถือศรัทธา

ผู้ให้ข้อมูล รับรู้ ปัจจัยสนับสนุนการจัดการความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ประกอบไปด้วย การมีใจรักต่อการมีสุขภาพดี การมีสิ่งเอื้ออำนวย ซึ่งหมายถึงว่า การมีใจรักที่จะใฝ่หาความรู้เพื่อการเป็นผู้มีสุขภาพดี สิ่งเหล่านี้ย่อมเป็นแรงหนุนอย่างดีของการพูดคุย แลกเปลี่ยน แบ่งปันสิ่งที่ตนรู้ ลองทำและได้ผลดีมาก่อน ดังคำกล่าว “มีชมรมตั้งกันมาแล้วชวนกันไป เมื่อได้ไปพบปะกันแล้วก็มีโอกาสคุยกัน แลกเปลี่ยนเรียนรู้” “ใจรักและมีเวลาว่าง ดีกว่าอยู่เปล่า ๆ เต้นวันหนึ่งอายุยืนไปซักวันหนึ่งละ” “มีผู้จริง คุยเข้าใจง่าย ไม่เครียด” “ภูมิใจ สนุก ....เพราะว่าในกลุ่มผู้สูงอายุทั้งหมดนี้ละ คือจะคิดไปในแนวทางเดียวกัน” นอกจากนี้ การมีสิ่งเอื้อสนับสนุน คือ สภาพแวดล้อมทางกายภาพ ได้แก่ สิ่งแวดล้อมต่างๆ รวมทั้งสิ่งเสริมอื่น ๆ ได้แก่ ฐานะเศรษฐกิจ พบ ผู้ให้ข้อมูลจำนวนรวม 22 คน ใน



27 คนที่มีเงินเหลือเก็บและมีรายได้พอเพียง การพบปะกันในรูปแบบ การเป็นชมรม อาทิ ชมรมผู้สูงอายุ หรืออาสาสมัครในรูปแบบต่างๆ ที่มีความเป็นกันเอง มีความคุ้นเคย สนับสนุนกันล้วนเป็นสิ่งสนับสนุนให้ผู้สูงอายุซึ่งได้ชื่อว่าเป็นผู้ที่มากด้วยข้อมูล มากด้วยประสบการณ์ เคยลองผิดลองถูกมากมายได้มีโอกาสพบปะ สังสรรค์ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ซึ่งกันและกันได้มากขึ้น

ผู้ให้ข้อมูล ระบุว่าปัจจัยสนับสนุนการจัดการความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ อีกลักษณะหนึ่ง คือ การมีสัมพันธภาพที่ดี ได้แก่ มีความไว้วางใจ เชื่อถือศรัทธา สอดคล้องกับแนวคิด Community of Practice: CoP หรือที่เรียกว่า “ชุมชนแห่งการเรียนรู้ หรือชุมชนนักปฏิบัติ” พชรินทร์ ลิธสุทร<sup>5</sup> กล่าวถึงสาระสำคัญของคำว่า CoP หมายถึง การรวมตัวหรือเชื่อมโยงของคน/กลุ่มคนที่มีพื้นฐานใกล้เคียงกันอย่างไม่เป็นทางการ มีความสนใจเรื่องใกล้เคียงกัน มีเป้าหมายร่วมกัน ลักษณะที่ไม่เป็นทางการและใกล้ชิดกันตั้งนี้จะเอื้อต่อการเรียนรู้ กลุ่มคนจะมีความไว้วางใจสนับสนุน รู้จักกันดี ทำให้มีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน ปฏิสัมพันธ์ระหว่างคน/กลุ่มคน ทำให้เกิดการถ่ายทอดแลกเปลี่ยนความรู้โดยเฉพาะความรู้ฝังลึก คน/กลุ่มคน สะดวกใจที่จะแบ่งปันหรือแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากกันและกัน มุ่งมั่นร่วมกันที่จะพัฒนาการทำงานของตนเอง/ชุมชนให้ดีขึ้น ดังคำกล่าว “บรรยากาศที่พบกันทำให้เรากล้าพูด กล้าแสดงออก” “ก็มีประโยชน์นะ แบบพอเราไปบอกไปอะไรเค้าเนี่ย คนก็ให้ศีลให้พรเนาะ เค้าให้ศีลให้พร แล้วเขาก็สนับสนุน ก็ช่วยให้กำลังใจ เราว่าเราทำงานชุมชน มันต้องเพื่อชุมชน ทำดีที่สุด อะไรต่ออะไรเขาก็ให้ดีต่อกำลังใจ เราก็มั่นใจทำ” “การที่เราจะคุยกับเขาให้สำเร็จเนี่ย ก็ต้องสร้างความเชื่อมั่น ก็ต้องเป็นต้นแบบให้กับทุกคนได้เห็นก่อน เป็นต้นแบบเพราะเราจะต้องทำให้เป็นต้นแบบก่อน แล้วก็ต้นแบบที่ดีให้เกิดความรักความศรัทธา”

#### ประเด็นที่ 4 ปัจจัยขัดขวางการจัดการความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ

ผู้ให้ข้อมูลระบุว่าปัจจัยขัดขวางการจัดการความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ประกอบไปด้วย แก่นสาระ ที่ 1. คือ การไม่ให้ความสำคัญต่อสุขภาพ ซึ่งมีองค์ประกอบ ได้แก่ 1) ไม่ให้เวลาดูแลตนเอง ขาดการใฝ่รู้ และแก่นสาระที่ 2. คือ การขาดวินัยในตนเอง ซึ่งมีองค์ประกอบ ได้แก่ 1) ไม่อดทน ไม่มีเหตุผล ไม่ฝึกฝนวินัยตนเอง และเก็บตัว

ผู้ให้ข้อมูล ระบุว่าปัจจัยขัดขวางการจัดการความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ คือ การไม่ให้ความสำคัญต่อสุขภาพ ซึ่งหมายความว่า ไม่ให้เวลาเรื่องสุขภาพ ไม่อยากเรียนรู้ ดังคำกล่าว “เค้าไปพบปะพูดคุยกับเพื่อนฝูงไม่ได้ เขาบอกไม่มีเวลา เค้าทำงาน บางทีเข้าเวร” “ก็ทำตามบางครั้ง ก็ไม่ได้ผลเค้าบอกมีเวลาไม่มาก” “มันก็มีบ้างอุปสรรค อุปสรรคของเราคือ บางทีหนึ่งเราต้องดูแลลูกหลานด้วย อันนี้ถือว่าเป็น อุปสรรคแล้วนะ ดูแลลูกหลาน วันนี้แฟนไม่อยู่ ไปธุระ อันนี้ ๆ เวลาเรานัดกับเพื่อนไว้ก็ไม่ได้ไปมันคือ อุปสรรค” “ก็บางทีเขาไม่มีเวลา เรื่องไม่มีเวลาเพราะต้องทำงาน กลับมีตอะไรอย่างนี้ ก็เฉพาะคนที่มีความไคร่ว่างก็ไปไม่ได้บังคับ ไคร่ว่างก็ไปพูดคุย ออกกำลังนะ ชวนกันไป” การไม่ให้ความสำคัญต่อสุขภาพของผู้ให้ข้อมูลกลุ่มนี้อีกประการได้ว่า อาจมีเหตุผลมาจากครอบครัวผู้ให้ข้อมูลล้วนเป็นครอบครัวขยาย จำนวนสมาชิกในครอบครัวมีตั้งแต่ 2-7 คน และมีถึง 5 ครอบครัวที่มีฐานะเศรษฐกิจไม่พอใช้ ยังต้องทำงานหนักเพื่อการยังชีพ และมีจำนวนผู้ให้ข้อมูลที่เจ็บป่วยและมีโรคประจำตัวถึง 15 คน ด้วยเหตุผลเหล่านี้ อาจเป็นปัจจัยหนึ่งทำให้ผู้ให้ข้อมูลไม่สนใจใฝ่รู้ เรื่องอื่น ๆ นอกจากการทำมาหากิน และไม่สามารถพบปะ แลกเปลี่ยนเรียนรู้และเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชนได้อย่างสม่ำเสมอ

ผู้ให้ข้อมูล ระบุว่าปัจจัยขัดขวางการจัดการความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพอีกลักษณะหนึ่ง คือ การขาดวินัยในตนเอง ซึ่งหมายความว่า เมื่อบุคคลขาดวินัยตนเอง บุคคลย่อมขาดการควบคุมพฤติกรรม ไม่อดทน ไม่เปิดใจ และเมื่อจะพูดคุยเรื่องสุขภาพอนามัย บุคคลย่อมไม่รับฟัง ดังคำกล่าว “เค้าคือ เขาไม่เปิดใจ แต่เค้าป่วย สิ่งที่ดี ๆ เค้าไม่ทำเค้าเลือกทำที่เค้าชอบ เปลี่ยนตัวเองไม่ได้” “การสร้างความรู้...เขาไม่เห็นด้วยกับเรา” “ก็ไม่มีนะคะ เป็นคนแบบว่าไม่สู้สิ่งกับใครอะไรอย่างนี้ มันก็จะเหงา อยู่ตามลำพังก็ไม่มีใครที่จะมาพูดคุยด้วย” ปัจจัยขัดขวางการจัดการความรู้ดังกล่าวอย่างมานี้ หากพิจารณาความหมายของ Merriam-Webster<sup>20</sup> ที่ให้ความหมายความรู้ ไว้ว่า คือ การตระหนักรู้



ดังนั้น “ความรู้ หมายถึง ข้อเท็จจริง สถานการณ์ การตระหนักรู้ต่อบางสิ่งบางอย่าง หรือ คือ สถานการณ์ความเข้าใจ ในความจริง ข้อเท็จจริงจากเหตุและผล” ด้วยนัยความหมายดังกล่าวมานี้ บุคคลจะเรียนรู้และแสดงพฤติกรรม แสวงหาความรู้ด้านสุขภาพอนามัย คือสนใจที่จะพูดคุย แลกเปลี่ยนเรียนรู้กับบุคคลด้วยกันจะต้องมีความตระหนักรู้ถึงคุณประโยชน์ของการมีสุขภาพที่ดีเสียก่อน ดังนั้นการสร้างความรู้ รวมทั้งการสร้างวินัยตนเอง จึงเป็นเรื่องจำเป็นสิ่งแรกสำหรับกลุ่มบุคคลที่ยังไม่เปิดใจและไม่ให้ความสำคัญต่อการเสริมสร้างสุขภาพ สอดคล้องกับคำกล่าวของเอล-ฮาวารี<sup>16</sup> ที่กล่าวว่า ความรู้เป็นเรื่องเฉพาะตัว ดังนั้น ความรู้เป็นสิ่งเฉพาะตัวของแต่ละบุคคล ที่เกิดขึ้นจากการศึกษา ค้นคว้า หรือประสบการณ์ที่มีการผสมผสานระหว่างการรับรู้ ความจำ ความคิด ความเข้าใจ และความรู้สึกของบุคคล ความรู้แสดงออกให้ปรากฏแก่บุคคลอื่นผ่านพฤติกรรม สามารถบันทึกและถ่ายทอดได้”

อภิปรายโดยสรุป การให้ความสำคัญต่อการตระหนักรู้เรื่องสุขภาพ การฝึกฝนวินัยตนเอง การมีปัจจัยเอื้อ และสิ่งเสริมสนับสนุน สามารถเป็นปัจจัยสนับสนุนหรือขัดขวางการจัดการความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ดังนั้น ในการดำเนินงานด้านสุขภาพที่จะให้ได้ผลดี จักต้องคำนึงถึงปัจจัยเหล่านี้เป็นสำคัญ

### ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

1. จากการศึกษาพบว่า ผู้ให้ข้อมูลให้ความหมายคำว่า “ความรู้” หมายถึง สิ่งที่สามารถปฏิบัติให้ประโยชน์ และกระบวนการจัดการความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพได้จากการมีประสบการณ์ตรง ดังนั้นพยาบาลควรเร่งพัฒนากลุ่มผู้สูงอายุอื่น ๆ ให้มีความรู้ ฝึกฝนทักษะการจัดการความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ด้วยการเอื้อปัจจัยสนับสนุน ในการต่อยอดนำความรู้ ประสบการณ์ ของผู้สูงอายุมาใช้ในการพัฒนาคุณภาพการดูแลตนเอง สร้างความรู้ใหม่ และเผยแพร่ความรู้ด้านสุขภาพแก่ผู้ใกล้ชิดในชุมชน ซึ่งเท่ากับ มีการใช้พลังความรู้ที่ผู้สูงอายุมีอยู่มาใช้ประโยชน์ พัฒนาคุณภาพชีวิต พัฒนาสังคม และชุมชนให้มีการจัดการความรู้ด้านสุขภาพอนามัยที่ได้ผลและเป็นจริงได้

2. จากการศึกษาครั้งนี้น่าสนใจพบปัจจัยขัดขวางการจัดการความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ คือความไม่ตระหนักรู้ ไม่ให้ความสำคัญเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพที่ดีและการไม่มีวินัยตนเอง สถิติพบผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อ (Non Communicable Disease: NCD) มีจำนวนสูงขึ้นทุกวัน ดังนั้นงานวิจัยที่จะให้ข้อเสนอแนะ ตอบคำถาม ทำอย่างไร จึงจะสร้างความตระหนักรู้ ให้ความสำคัญเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพและการฝึกฝนวินัยตนเองแก่บุคคลได้ จึงเป็นเรื่องน่าศึกษาค้นคว้าต่อไป ซึ่งด้วยความจริงเช่นนี้ผู้สูงอายุที่มากด้วยข้อมูล ประสบการณ์ชีวิต ประกอบด้วยทั้งความรู้ ชัดแจ้งและความรู้ฝังลึก คือแหล่งเรียนรู้ที่ดีที่สุดสำหรับตอบคำถามข้างต้น

### ข้อจำกัดในการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้ศึกษาเฉพาะผู้ให้ข้อมูลแก่นากลุ่มสูงอายุ ที่มีภูมิลำเนาอยู่ในเทศบาลเมืองคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี เท่านั้น

### References

1. Stamoulis D, Platid C, Sepetis A, Psomiadi M-E. Knowledge management driven information system for improved service in the social administration field. *International Journal of Caring Sciences* 2020;13(2):1480-8.
2. Girard JP, Girard JL. Defining knowledge management: toward an applied compendium. *Online Journal of Applied Knowledge Management* 2015;3(1):1-20.
3. Takeuchi H, Nonaka I. *Hitotsubashi on knowledge management*. Singapore: John Wiley & Son (Asia); 2004.
4. Garcia S, Sosa-Fey J. Knowledge management: what are the challenges for achieving organizational success. *International Journal of Business and Public Administration* 2020;17(2):15-28.



5. Sirashonthorn P. Community of practice: theory, technique and process. Bangkok: Chulalongkorn University Press; 2009.
6. Melati C, Janissek-muniz R, Marques Curado CM. Decision-making quality of public managers: contributions from intelligence and knowledge2021;25(2):1-16.
7. Panich V. Learning organization and knowledge management. 2<sup>nd</sup>ed. Bangkok: Tata Press;2012.(in Thai).
8. Junsiri T. A development of knowledge management in private hospital, Bangkok [Master Thesis]. Bangkok: Christian University.2015.(in Thai).
9. Phuttharaksa L. Model of developing elder care taker using self-directed learning and knowledge management process. Journal of Educational Research 2013;7(2):195-210.(in Thai).
10. Kaewskul S. A propose guidelines for community knowledge management in utilizing the elderly power for community development [Dissertation]. Bangkok: Chulalongkon University.2012.(in Thai).
11. Kemkeng V. A development of knowledge management model for enhancing wisdom in life-long learning of the elderly. Journal of Educational Review 2017;33(3):60-70.(in Thai).
12. Othaganont P, Kongvattananon P. The effects of using knowledge management skills development program towards knowledge management behaviors on health promotion of the elder leaders at Klong Luang Municipality Community. Faculty of Nursing, Thammasat University;2015.(in Thai)
13. Tappen RM. Advanced research in nursing; from theory to practice. Canada: Jones & Bartlett Learning;2011.
14. Datt S, Chetty P. 8-step procedure to conduct qualitative content analysis in a research [internet].2016 [cited 2019 Dec 15]. Available from: <https://www.projectguru.in/qualitative-content-analysis-research>.
15. Lincoln YS, Guba EG. Naturalistic inquiry. Newbury Park, CA:Sage;1985.
16. Al-hawari M. Knowledge management styles and performance: a knowledge space model from both theoretical and empirical perspectives [internet]. 2004 [cited 2019 June12]. Available from <https://ro.uow.edu.au/cgi/viewcontent.cgi?article=1243&context=theses>
17. Phasukyud P. Knowledge management. Bangkok: Yaimai; 2006.(in Thai)
18. Klinvichit V, Rodcharkpai Y, Usimart K, Knowledge management on health promotion of the elderly living at eastern region: a case study of Chonburi province and Sakaew province. Burapha Journal of Medicine 2017;4(2):1-16.(in Thai).
19. Tongasuk P. Life-long learning of the elderly living at Takienkaew district, Banglamong, Chonburi province [internet]. 2017 [cited 2019 Nov 15]. Available from: [http://www.northern.ac.th/north\\_research/document/file\\_14926806481](http://www.northern.ac.th/north_research/document/file_14926806481)
20. Merriam Webster. Knowledge [internet]. 2020 [cited 2020 Aug 10]. Available from:<https://www.Merriam-Webster.com/dictionary/knowledge> 2020