



## ผลของกระบวนการจัดการความรู้ต่อความรู้และการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชนในการดูแล ผู้สูงอายุ: การวิจัยกึ่งทดลองในชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดพระนครศรีอยุธยา\*

วิไลวรรณ ทองเจริญ ปร.ด.<sup>1</sup> ชุตินา ทองวชิระ ปร.ด.<sup>2,3</sup>

ชุลีกร ปัญญา พย.ม.<sup>2</sup> ฉันทนันท์ พูลสวัสดิ์ พย.ม.<sup>2</sup>

อรชร หิรัญวิวัฒน์กุล พย.ม.<sup>2</sup>

(วันรับบทความ: 12 มีนาคม พ.ศ.2569/ วันแก้ไขบทความ: 10 พฤษภาคม พ.ศ.2569/ วันตอบรับบทความ: 15 พฤษภาคม พ.ศ.2569)

### บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียว วัดก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของกระบวนการจัดการความรู้ต่อความรู้และการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุและแกนนำชุมชนที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ได้แก่ ผู้นำชุมชน นักวิชาการสาธารณสุข พยาบาล อาสาสมัครสาธารณสุของค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ และผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 46 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ กิจกรรมกระบวนการจัดการความรู้ของเครือข่ายชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ระยะเวลา 16 สัปดาห์ โดยใช้กรอบแนวคิดสำคัญ คือ Integrated Care for Older People (ICOPE) และ Knowledge management เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ (CVI=0.89, KR-20=0.76) และแบบประเมินการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน (CVI=0.92, Cronbach's coefficient=0.82) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติ Paired t-test

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างหลังเข้าร่วมกิจกรรมกระบวนการจัดการความรู้ มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุสูงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่าเครือข่ายชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ เครือข่ายชุมชนมีการประสานความร่วมมือระหว่างหน่วยงานสาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคประชาชนเพิ่มขึ้น ข้อเสนอแนะ สำหรับกระบวนการจัดการความรู้สามารถส่งเสริมเครือข่ายชุมชนและเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในระดับชุมชนได้อย่างมีนัยสำคัญ จึงควรนำกิจกรรมไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุในพื้นที่อื่นต่อไป และติดตามการดำเนินกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตาม การไม่มีกลุ่มควบคุมเป็นข้อจำกัดสำคัญที่ต้องตีความผลอย่างระมัดระวัง

**คำสำคัญ:** การแลกเปลี่ยนความรู้ การมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุและแกนนำ การดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน การวิจัยกึ่งทดลอง

\*ทุนสนับสนุนงานวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์อัครราชกุมารี ราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์

<sup>1</sup>รองศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์อัครราชกุมารี ราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์

<sup>2</sup>อาจารย์ ภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์อัครราชกุมารี ราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์

<sup>3</sup>ผู้ประพันธ์บรรณกิจ E-mail: chutima.tho@cra.ac.th Tel: 092-9195441



## Effects of a Knowledge Management Process on Knowledge and Community Network Participation for Older Adults' Care: A Quasi-Experimental Study in Phra Nakhon Si Ayutthaya Province\*

Vilaivan Thongcharoen Ph.D.<sup>1</sup> Chutima Thongwachira Ph.D.<sup>2,3</sup>

Chuleegorn Panya M.S.N.<sup>2</sup> Thanyanan Poonsawat M.S.N.<sup>2</sup>

Orachorn Hirunviwatkul M.S.N.<sup>2</sup>

(Received Date: March 12, 2025, Revised Date: May 10, 2026, Accepted Date: May 15, 2026)

### Abstract

This one-group, pretest-posttest, quasi-experimental study aimed to evaluate the effects of a knowledge management process on knowledge and participation among a community network in older adult health care in Phra Nakhon Si Ayutthaya Province. The sample consisted of older adults and community leaders involved in older adult health care, including community leaders, public health officers, nurses, village health volunteers, local administrative organization personnel, subdistrict heads, village headmen, elderly care volunteers, and caregivers of older adults. The sample consisted 46 participants. Purposive sampling was employed to select participants based on predetermined eligibility criteria. The experimental intervention consisted of a 16-week knowledge management activity program for community networks in older adult health care. The program was developed based on the concepts of Integrated Care for Older People (ICOPE) and knowledge management. Data collection instruments included a demographic questionnaire, a knowledge questionnaire on older adult health care (CVI = 0.89, KR-20 = 0.76), and a community network participation assessment scale (CVI = 0.92, Cronbach's coefficient = 0.82). Data was analyzed using descriptive statistics and paired t-tests.

The results revealed that, after participating in the knowledge management activities, participants demonstrated significantly higher levels of knowledge regarding older adult health care than before pre-intervention. Community network participation in older adult health care also increased significantly after the intervention. Furthermore, enhanced collaboration was observed among public health agencies, local administrative organizations, and community sectors. This indicates that the knowledge management process can significantly strengthen community networks and enhance the effectiveness of older adult health care at the community level. Therefore, these activities should be adapted and implemented in the development of healthcare service systems in other areas, with continuous monitoring of their implementation. However, the absence of a control group represents an important limitation, and the findings should be interpreted with caution.

**Keywords:** knowledge sharing, community participation among older adults and leaders, integrated care for older people, community health care for older adults, quasi-experimental research

---

\*Research funding : Princess Agrarajakumari Faculty of Nursing, Chulabhorn Royal Academy

<sup>1</sup>Associated Professor, Department of Adult and Gerontology nursing, Princess Agrarajakumari Faculty of Nursing, Chulabhorn Royal Academy.

<sup>2</sup>Lecturer, Department of Adult and Gerontology nursing, Princess Agrarajakumari Faculty of Nursing, Chulabhorn Royal Academy.

<sup>3</sup>Corresponding author, E-mail: chutima.tho@cra.ac.th Tel: 092-9195441



## บทนำ

สถานการณ์ผู้สูงอายุทั่วโลกกำลังเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว เป็นแนวโน้มด้านประชากรที่สำคัญของศตวรรษที่ 21 โดย United Nations ระบุว่าจำนวนประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปทั่วโลกจะเพิ่มขึ้นจาก 1 พันล้านคนในปี ค.ศ.2020 เป็นมากกว่า 2.10 พันล้านคนภายในปี ค.ศ. 2050<sup>1</sup> แนวโน้มดังกล่าวสะท้อนถึงการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรที่กำลังเกิดขึ้นในหลายภูมิภาคของโลก โดยเฉพาะประเทศกำลังพัฒนาซึ่งกำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างรวดเร็ว ส่งผลต่อโครงสร้างเศรษฐกิจ สังคม และระบบสุขภาพของประเทศต่าง ๆ<sup>2</sup> รายงานของ World Health Organization (WHO) ระบุว่า การเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุส่งผลกระทบต่อระบบบริการสุขภาพและเศรษฐกิจของประเทศต่าง ๆ อย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะการเพิ่มขึ้นของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ภาวะพึ่งพิง และความต้องการบริการดูแลระยะยาวในผู้สูงอายุ<sup>3</sup> นอกจากนี้ งานวิจัยในวารสารด้านสุขภาพและการพยาบาลระดับนานาชาติยังชี้ให้เห็นว่า การสูงวัยของประชากรสัมพันธ์กับภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในระบบสาธารณสุขทั่วโลก<sup>4</sup> สำหรับประเทศไทย สถานการณ์ประชากรสูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วเช่นเดียวกับแนวโน้มระดับโลก โดยข้อมูลจากกรมกิจการผู้สูงอายุและสำนักงานสถิติแห่งชาติพบว่า ประเทศไทยมีประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา<sup>5,6</sup> ข้อมูลจากกรมกิจการผู้สูงอายุระบุว่า ประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์แล้ว (Complete aged society) โดยในปี พ.ศ. 2568 จำนวนประชากรผู้สูงอายุพบร้อยละ 21.58 ของประชากรทั้งประเทศ และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง<sup>6</sup> สถานการณ์ดังกล่าวทำให้ระบบสุขภาพต้องปรับตัวเพื่อรองรับความต้องการด้านการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น

จากสถานการณ์ดังกล่าว WHO ได้เสนอแนวคิด Healthy ageing ซึ่งมุ่งเน้นการส่งเสริมความสามารถภายในของบุคคล (Intrinsic capacity) และความสามารถในการดำรงชีวิต (Functional ability) เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตอย่างมีคุณภาพ โดยเน้นว่า การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุไม่สามารถดำเนินการได้เพียงในระบบบริการสุขภาพเท่านั้น แต่จำเป็นต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน และเครือข่ายทางสังคม<sup>3</sup> นอกจากนี้ ปัจจุบันแนวคิด Integrated Care for Older People (ICOPE) ได้พัฒนาเพื่อเป็นแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวม โดยเน้นการดูแลในระดับชุมชน การส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุ<sup>7,8</sup> งานวิจัยหลายการศึกษาพบว่า การพัฒนาระบบดูแลผู้สูงอายุในระดับชุมชนสามารถช่วยลดภาระของระบบบริการสุขภาพ และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ<sup>9,10</sup> ในบริบทของการพัฒนาชุมชน แนวคิดการจัดการความรู้ (Knowledge management) เป็นกระบวนการอย่างเป็นระบบที่ครอบคลุมการสร้าง การจัดเก็บ การแลกเปลี่ยน และการประยุกต์ใช้ความรู้ภายในองค์กร เพื่อสนับสนุนการตัดสินใจ และส่งเสริมคุณภาพการปฏิบัติกรพยาบาลให้มีประสิทธิภาพ และเกิดผลลัพธ์ที่เหมาะสมต่อผู้รับบริการ<sup>11</sup> ซึ่งการจัดการความรู้เป็นความสัมพันธ์ของการหลอมรวมความรู้ในองค์กรระหว่างความรู้ฝังลึก (Tacit knowledge) กับความรู้ชัดแจ้ง (Explicit knowledge) เพื่อยกระดับความรู้ให้สูงขึ้นอย่างต่อเนื่องเป็นวัฏจักร<sup>12</sup> นอกจากนี้ ยังทำให้เกิดการเชื่อมโยงองค์ความรู้เชิงประจักษ์ (Evidence-based knowledge) เข้ากับการปฏิบัติการพยาบาล ส่งผลต่อการพัฒนาคุณภาพบริการและความปลอดภัยของผู้รับบริการ<sup>13</sup> ทำให้กระบวนการจัดการความรู้ได้รับการยอมรับว่าเป็นเครื่องมือสำคัญในการส่งเสริมการเรียนรู้และการพัฒนาศักยภาพของบุคคลและองค์กร ซึ่งประกอบด้วยการสร้างความรู้ การจัดเก็บความรู้ การแลกเปลี่ยนความรู้ และการนำความรู้ไปใช้ประโยชน์<sup>14,15</sup> การประยุกต์ใช้กระบวนการจัดการความรู้ในชุมชนสามารถช่วยสร้างการเรียนรู้ร่วมกัน และส่งเสริมการพัฒนาสุขภาพของประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ<sup>16,17</sup> ผู้สูงอายุในชุมชนมักเป็นแหล่งสำคัญของความรู้และภูมิปัญญาท้องถิ่น เนื่องจากมีประสบการณ์ชีวิตและองค์ความรู้ที่สั่งสมมายาวนาน ความรู้ดังกล่าวส่วนใหญ่เป็นความรู้ฝังลึก ซึ่งเกิดจากประสบการณ์และการปฏิบัติในชีวิตประจำวัน<sup>18,19</sup> การส่งเสริมบทบาทของผู้สูงอายุในฐานะแหล่งความรู้ของชุมชนจึงเป็นแนวทางสำคัญในการพัฒนาชุมชนและสร้างสังคมสูงวัยอย่างมีคุณภาพ ดังนั้น การจัดการความรู้ในชุมชนที่มีผู้รู้ ที่เรียกว่า ปราชญ์ เป็นแนวคิดที่สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในชุมชน เพื่อการพัฒนาคน พัฒนางาน และส่งเสริมให้ชุมชนเป็นองค์กรการเรียนรู้ โดยปราชญ์ในชุมชนที่มักมีผลต่อบุคคลอื่นในชุมชน ได้แก่ ผู้สูงอายุที่เป็นผู้สั่งสมประสบการณ์ชีวิต ความรู้จำนวนมากมักอยู่ในรูปของความรู้ฝังลึกที่เกิดจากประสบการณ์ ภูมิปัญญาท้องถิ่น และการเรียนรู้จากการปฏิบัติ<sup>20,21</sup> ซึ่งองค์ความรู้ี้สามารถถ่ายทอดและพัฒนาเป็นความรู้ที่สามารถนำไปใช้ได้ในระดับชุมชนผ่านกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันได้



อย่างไรก็ตาม แม้ว่าจะงานวิจัยที่ผ่านมาได้แสดงให้เห็นถึงบทบาทของการจัดการความรู้ในการพัฒนาสุขภาพของชุมชนและการเสริมสร้างการเรียนรู้ร่วมกัน แต่การศึกษาที่มุ่งเน้น การบูรณาการกระบวนการจัดการความรู้กับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในระดับชุมชน ยังมีจำนวนจำกัด โดยเฉพาะการนำองค์ความรู้จากประสบการณ์ของผู้สูงอายุหรือปราชญ์ชุมชนมาพัฒนาเป็นแนวทางการดูแลสุขภาพที่สอดคล้องกับบริบทของชุมชน และงานวิจัยส่วนใหญ่ยังมุ่งเน้นการดูแลผู้สูงอายุในระดับบริการสุขภาพ มากกว่าการใช้ศักยภาพของผู้สูงอายุในฐานะผู้สร้างและถ่ายทอดองค์ความรู้ภายในชุมชน

นอกจากนี้ งานวิจัยที่ผ่านมา ยังไม่มีการศึกษาหรือวิจัยใดที่บูรณาการกระบวนการจัดการความรู้ร่วมกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุตามแนวคิด Integrated Care for Older People (ICOPE) ในชุมชนไทย และยังไม่มีการวัดผลลัพธ์ด้านความรู้และการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุหลังจากใช้กระบวนการดังกล่าว ดังนั้น การศึกษาครั้งนี้จึงมีความสำคัญในการพัฒนาระบบการจัดการความรู้ (Knowledge management) เพื่อเสริมสร้างศักยภาพของเครือข่ายชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ มาเชื่อมโยงกับกรอบแนวคิด Healthy ageing และ Integrated care for older people เพื่อใช้เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษากระบวนการพัฒนาองค์ความรู้ด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในระดับชุมชน โดยเลือกศึกษาในชุมชนตำบลบ้านแพรง อำเภอบ้านแพรง จังหวัดพระนครศรีอยุธยา เนื่องจากบริบทของชุมชนเมืองกึ่งชนบท ที่มีวิถีชุมชนในการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น และมีจำนวนผู้สูงอายุร้อยละ 22.50 ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยของจังหวัด<sup>6</sup> โดยมุ่งใช้ศักยภาพของปราชญ์ชุมชนเป็นแหล่งความรู้สำคัญในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ทำให้เกิดความรู้และการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน ซึ่งคาดว่าจะช่วยส่งเสริมการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนที่สอดคล้องกับบริบททางสังคมและวัฒนธรรม และนำไปสู่การสูงวัยอย่างมีสุขภาวะอย่างยั่งยืน

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาระบบการจัดการความรู้ต่อความรู้และการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา
2. เพื่อศึกษาผลของกระบวนการจัดการความรู้ต่อความรู้และการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม
3. เพื่อประเมินการมีส่วนร่วมและความพึงพอใจของเครือข่ายชุมชนต่อการใช้กระบวนการจัดการความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ตำบลบ้านแพรง อำเภอบ้านแพรง จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

### สมมติฐานการวิจัย

1. ภายหลังเข้าร่วมกิจกรรมกระบวนการจัดการความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ สูงวก่อนเข้าร่วมกิจกรรม
2. ภายหลังเข้าร่วมกิจกรรมกระบวนการจัดการความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ สูงวก่อนเข้าร่วมกิจกรรม

### ขอบเขตการวิจัย

ขอบเขตเนื้อหา ได้แก่ การศึกษาเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมของผู้สูงอายุ โดยการส่งเสริมการใช้ความรู้และภูมิปัญญาท้องถิ่นของผู้สูงอายุในชุมชน การรักษาโรคโดยใช้สมุนไพรพื้นบ้าน การดูแลสุขภาพของปราชญ์ชุมชน และวิถีชุมชน และการรวบรวมความรู้จากปราชญ์ชุมชน เพื่อส่งเสริมการสร้างองค์ความรู้และการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ขอบเขตด้านทฤษฎี ได้แก่ กระบวนการจัดการความรู้ (Knowledge management) 4 ขั้นตอน ได้แก่ การสร้าง การจัดเก็บ การแลกเปลี่ยน และการนำความรู้ไปใช้ประโยชน์ร่วมกับการใช้แนวคิดการบูรณาการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ (Integrated Care for Older People) ใน Module I, II และ III เพื่อสร้างองค์ความรู้ของชุมชน

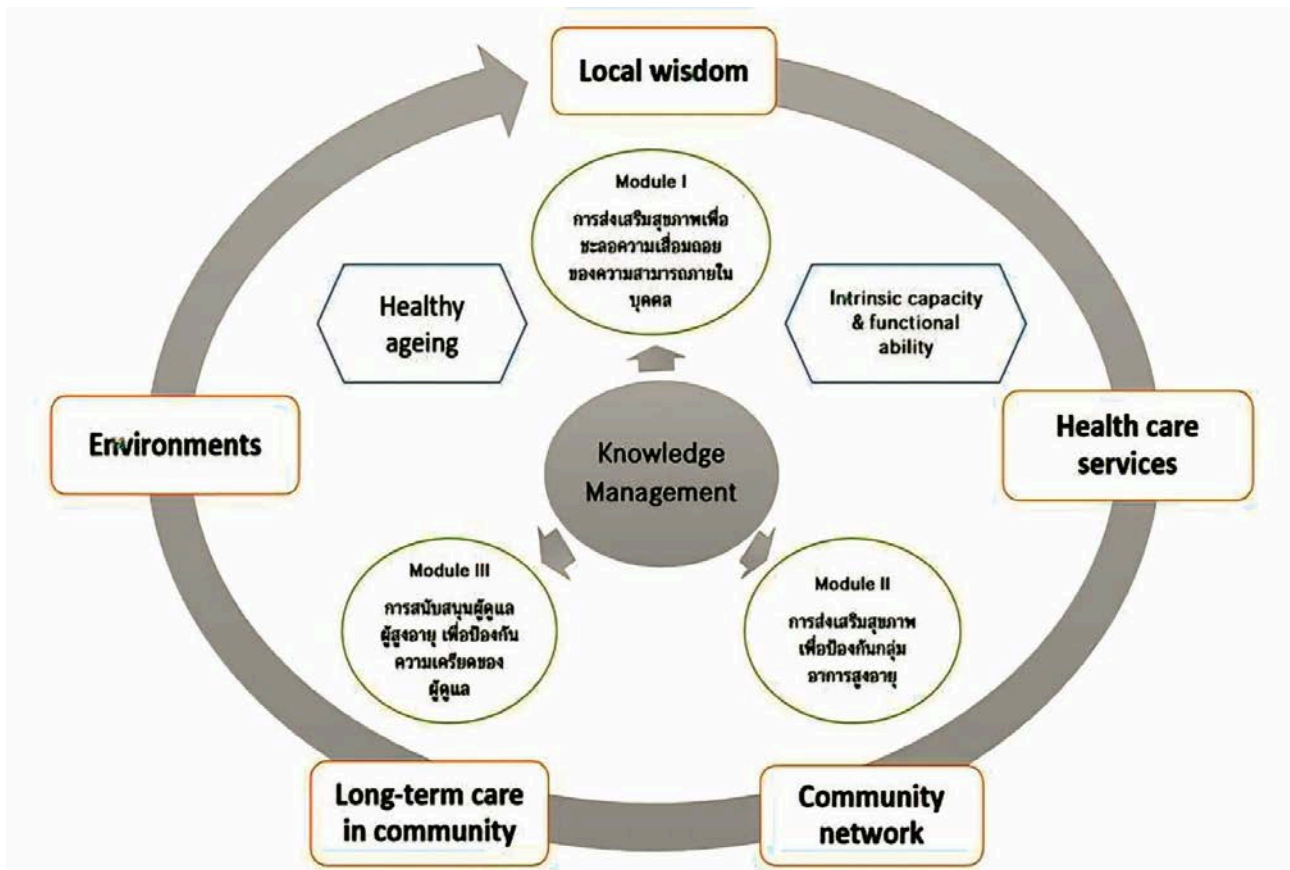
ขอบเขตพื้นที่ในการวิจัย คือ ชุมชนตำบลบ้านแพรง อำเภอบ้านแพรง จังหวัดพระนครศรีอยุธยา และขอบเขตด้านประชากร ได้แก่ ผู้สูงอายุ และแกนนำชุมชนที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ได้แก่ ผู้นำชุมชน นักวิชาการสาธารณสุข



พยาบาล อาสาสมัครสาธารณสุข องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน และผู้ดูแลผู้สูงอายุ ที่อาศัยอยู่ในเขตชุมชน ตำบลบ้านแพรง อำเภอบ้านแพรง จังหวัดพระนครศรีอยุธยา โดยกำหนดสัดส่วนจำนวนกลุ่มตัวอย่างตามจำนวนประชากรในพื้นที่ และกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มแบ่งตามสัดส่วนผู้สูงอายุและแกนนำชุมชนในพื้นที่ เท่ากับ 4:5 และใช้ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรม 16 สัปดาห์ ระหว่างเดือนกันยายน-ธันวาคม พ.ศ. 2568 ขอบเขตด้านการประเมินผล ได้แก่ ด้านความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุ และการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนตำบลบ้านแพรง อำเภอบ้านแพรง จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

### กรอบแนวคิดการวิจัย

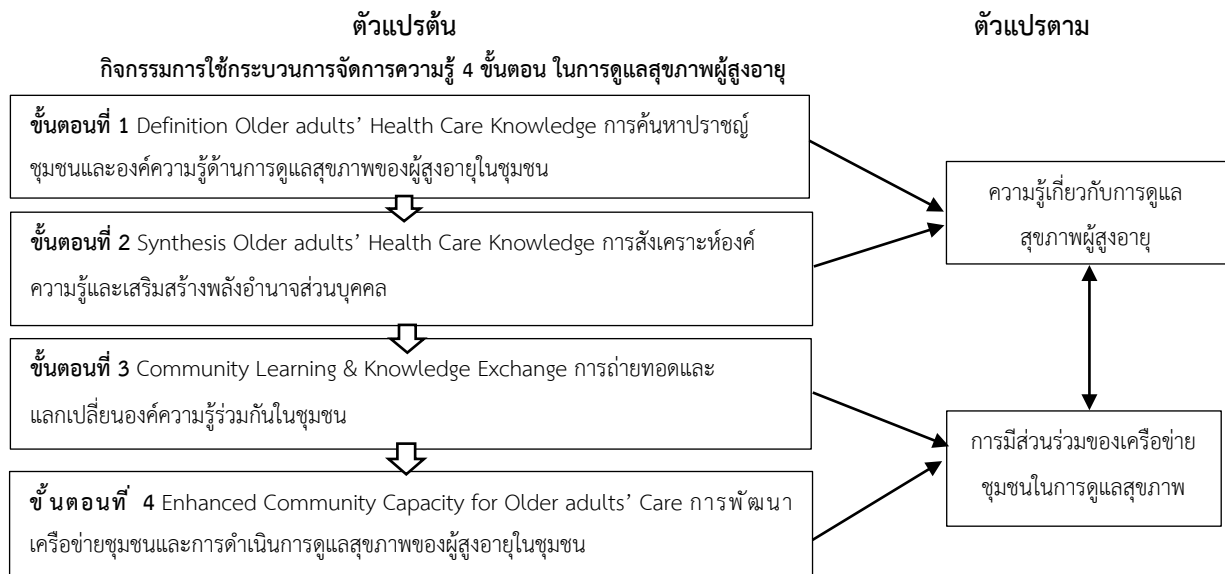
กรอบแนวคิดการวิจัยพัฒนาขึ้นโดยประยุกต์จากแนวทางปฏิบัติที่นำไปสู่ Healthy ageing ขององค์การอนามัยโลก<sup>3</sup> ซึ่งอธิบายกรอบแนวคิดทางสาธารณสุขเพื่อให้ผู้สูงอายุดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ตลอดวงจรชีวิต และนำไปสู่ภาวะสุขภาพดี ซึ่งแนวทางปฏิบัติดังกล่าว ประกอบด้วย 1) Health care services คือ การให้บริการด้านสุขภาพแก่ผู้สูงอายุในระบบต่าง ๆ ทั้งสถานพยาบาลและชุมชน 2) Environment คือ การใช้สิ่งแวดล้อมทั้งบุคคลและชุมชนในการดูแลสุขภาพ และ 3) Long term care คือ การดูแลสุขภาพระยะยาวที่เน้นชุมชนเป็นหลัก เพื่อส่งเสริมและกระตุ้นให้เกิดกิจกรรมในชุมชน โดยบูรณาการองค์ประกอบต่าง ๆ ในส่วนของเครือข่ายชุมชน (Community network) และปราชญ์ชุมชน (Local wisdom) ให้เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการโดยการขับเคลื่อนการดูแลสุขภาพเข้ากับแนวคิดกระบวนการจัดการความรู้ (Knowledge management)<sup>11</sup> และการสร้างกระบวนการดูแลสุขภาพตามกรอบแนวทางเวชปฏิบัติขององค์การอนามัยโลกที่เรียกว่า Integrated care for older people (ICOPE)<sup>7,8</sup> โดยนำเสนอหลักปฏิบัติเป็น 3 Modules ได้แก่ Module I คือ การส่งเสริมสุขภาพเพื่อชะลอความเสื่อมถอยของความสามารถภายในบุคคล Module II คือ การส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันกลุ่มอาการสูงอายุ และ Module III คือ การสนับสนุนผู้ดูแลผู้สูงอายุ เพื่อป้องกันความเครียดของผู้ดูแล โดยกระบวนการทั้ง 3 มีเชื่อมโยงสัมพันธ์กันระบบบริการสุขภาพสำหรับแนวทางในการปฏิบัติตามแนวคิดของ ICOPE จะบูรณาการกิจกรรมด้วยกันแบบองค์รวม เพื่อส่งผลต่อภาวะสุขภาพที่ดีของผู้สูงอายุและคนในชุมชน นอกจากนี้ การใช้กระบวนการจัดการความรู้มาใช้ประโยชน์ในชุมชนเพื่อต่อยอดให้เกิดความยั่งยืนในชุมชน ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 Concept of ICOPE for Healthy aging



จากแนวคิดเกี่ยวกับกระบวนการจัดการความรู้ และ Integrated Care for Older People (ICOPE) เพื่อพัฒนากิจกรรมการใช้กระบวนการจัดการความรู้ในการสร้างเครือข่ายชุมชนต่อการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน<sup>8</sup> ส่งผลให้เกิดภาวะสุขภาพที่ดีของผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนและสังคม มุ่งเน้นการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นจากความรู้ที่สั่งสมและประสบการณ์จริงของคนในชุมชน การพัฒนาต่อยอดในการถ่ายทอดความรู้สู่ผู้อื่นและชุมชน การดูแลสุขภาพร่วมกันของคนในชุมชน เพื่อให้เกิดชุมชนสุขภาพที่ดีและยั่งยืน โดยมีขั้นตอนในการดำเนินการ 4 ขั้นตอน<sup>7</sup> ได้แก่ การค้นหาปราชญ์ชุมชนและองค์ความรู้ด้านการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน การสังเคราะห์องค์ความรู้และเสริมสร้างพลังอำนาจส่วนบุคคล การถ่ายทอดและแลกเปลี่ยนองค์ความรู้ร่วมกันในชุมชน และการพัฒนาเครือข่ายชุมชนในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน ดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 กรอบแนวคิดการวิจัยและขั้นตอนของกิจกรรมกระบวนการจัดการความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ  
ตามแนวคิดการจัดการความรู้ ของ Nonaka and Takeuchi<sup>12</sup>

## วิธีการดำเนินการวิจัย

**รูปแบบการวิจัย** การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) แบบกลุ่มเดียว วัดก่อนและหลังการทดลอง (One group pretest – posttest design)

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง** กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย ผู้สูงอายุ และแกนนำชุมชนที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้แก่ ผู้นำชุมชน นักวิชาการสาธารณสุข พยาบาล อาสาสมัครสาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน อาสาสมัครดูแลสุขภาพ และผู้ดูแลผู้สูงอายุ การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้โปรแกรม G\*Power ในการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง กำหนดขนาดอิทธิพลขนาดกลาง (Medium effect size) = .40<sup>22</sup> เพื่อให้ผลการศึกษามีความน่าเชื่อถือ (Practical significance) และลดความอคติที่มีผลจากรูปแบบการวิจัยที่ไม่มีกลุ่มควบคุม กำหนด Power of test  $(1-\beta) = .80$  และระดับนัยสำคัญ  $(\alpha) = .05$  ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 42 คน และเพื่อป้องกันการสูญหาย (Dropout rate) จำนวนร้อยละ 10 ของกลุ่มตัวอย่าง จึงกำหนดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 46 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด เพื่อให้ได้ผู้ที่มีประสบการณ์และบทบาทที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนตำบลบ้านแพรง อำเภอบ้านแพรง จังหวัดพระนครศรีอยุธยา โดยกำหนดจำนวนกลุ่มตัวอย่างจากสัดส่วนประชากรในพื้นที่ ได้แก่ กลุ่มผู้สูงอายุ 20 คน และแกนนำชุมชนที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ จำนวน 26 คน ซึ่งกลุ่มตัวอย่างต้องมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ ดังนี้



## 1. เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)

1.1 กลุ่มที่ 1 ผู้สูงอายุในชุมชนบ้านแพรง มีลักษณะดังนี้

- 1) อายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิง
- 2) มีภูมิลำเนาและอาศัยอยู่ที่ตำบลบ้านแพรง อำเภอบ้านแพรง จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ไม่น้อยกว่า 20 ปี
- 3) มีความสามารถในการสื่อสาร เข้าใจภาษาไทย พูดและฟังภาษาไทยได้
- 4) ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอยู่ในระดับพึ่งพาตนเองได้

กลุ่มที่ 2 แก่นนำชุมชนที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้แก่ ผู้นำชุมชน นักวิชาการสาธารณสุข โรงพยาบาล อาสาสมัครสาธารณสุข องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ และผู้ดูแลผู้สูงอายุ

- 1) อายุ 20 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิง
- 2) มีบทบาทหน้าที่ในการดูแลด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน
- 3) มีความสามารถในการสื่อสารและถ่ายทอดภาษาไทย

1.2 ยินดีเข้าร่วมกิจกรรมการใช้กระบวนการจัดการความรู้ในการสร้างเครือข่ายชุมชนต่อการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุด้วยความสมัครใจ

## 2. เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

2.1 มีภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลันหรือรุนแรงที่เป็นอุปสรรคในการเข้าร่วมกิจกรรม เช่น มีอาการหอบเหนื่อย ติดเชื้อในปอด หรือใช้หวัดที่สามารถติดต่อผู้อื่นได้ง่าย

2.2 ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมในงานวิจัยได้ทุกขั้นตอน

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ กิจกรรมกระบวนการจัดการความรู้ของเครือข่ายชุมชนต่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ และแบบประเมินการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน โดยมีรายละเอียด ดังนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ กิจกรรมกระบวนการจัดการความรู้ของเครือข่ายชุมชนต่อการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมทั้งหมด 16 สัปดาห์ โดยใช้แนวคิดกระบวนการจัดการความรู้ และกระบวนการดูแลสุขภาพตามกรอบแนวทางเวชปฏิบัติ (ICOPE) Modules I, II และ III เพื่อให้เกิดการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนอย่างยั่งยืน ซึ่งมีรายละเอียดของกิจกรรม ดังนี้

**สัปดาห์ที่ 1-3** เริ่มขั้นตอนที่ 1 Definition Older adults' Health Care Knowledge โดยการค้นหาปราชญ์ชุมชนและองค์ความรู้ด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน ได้แก่ การรวบรวมข้อมูลการดูแลสุขภาพ ภูมิปัญญาชุมชน และการชี้เป้าภาวะสุขภาพดีของคนในชุมชน ดำเนินการโดยทีมผู้วิจัยทั้งหมด 5 คน ทำการสัมภาษณ์และสอบถามข้อมูลจากผู้เกี่ยวข้องในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ การลงชุมชนติดตามข้อมูล การเยี่ยมบ้านในพื้นที่ชุมชน และประเมินภาวะสุขภาพเบื้องต้นของผู้สูงอายุในชุมชน เพื่อรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพในชุมชน การค้นหาปัจจัยในมิติทั้ง 5 ด้าน ที่มีผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน โดยข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ ได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของชุมชน การใช้สมุนไพรพื้นบ้าน การดำรงชีวิตตามวิถีชุมชน ความเชื่อในการดูแลสุขภาพ และความรู้ของปราชญ์ชุมชน ระยะเวลาในการดำเนินการ 3 สัปดาห์

**สัปดาห์ที่ 4-6** ขั้นตอนที่ 2 Synthesis Older adults' Health Care Knowledge การสังเคราะห์องค์ความรู้และเสริมสร้างพลังอำนาจส่วนบุคคล ได้แก่ การค้นหาความรู้ที่แท้จริง การปรับปรุงประยุกต์ความรู้ให้สอดคล้องกับผู้คน และการผลักดันให้เกิดปราชญ์ชุมชน โดยทีมผู้วิจัยทั้ง 5 คน นำข้อมูลมาวิเคราะห์ และสังเคราะห์ร่วมกับชุมชน เพื่อให้ได้องค์ความรู้ด้านการดูแลสุขภาพ การผลักดันความรู้จากการสังเคราะห์ให้เป็นภูมิปัญญาของชุมชน สร้างแรงจูงใจให้ปราชญ์ชุมชน



และคนในชุมชน ผลักดันให้ชุมชนมองเห็นความสำคัญในการนำองค์ความรู้มาใช้และประยุกต์ให้เกิดประโยชน์อย่างยั่งยืน โดยผลการสังเคราะห์ของมูลได้ประเด็นการดูแลสุขภาพของคนในชุมชน ได้แก่ การใช้สมุนไพรพื้นบ้านในการดูแลสุขภาพ การดำเนินชีวิตและความเชื่อในการดูแลสุขภาพตามวิถีชุมชน และความรู้เกี่ยวกับการดำเนินชีวิตของปราชญ์ชุมชน ระยะในการดำเนินการ 3 สัปดาห์

**สัปดาห์ที่ 7-14** ขั้นตอนที่ 3 Community Learning & Knowledge Exchange การถ่ายทอดและแลกเปลี่ยนองค์ความรู้ร่วมกันในชุมชน ได้แก่ การสร้างบรรยากาศให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกัน การปฏิบัติร่วมกัน และการถ่ายทอดความรู้ให้ผู้สูงอายุ ผู้ดูแลและประชาชนในชุมชน โดยทีมวิจัยจัดการอบรมถ่ายทอดความรู้จากปราชญ์ชุมชนสู่ชุมชน การอบรมจัดขึ้นสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ผู้เข้าร่วมอบรมจำนวน 46 คน ประกอบด้วย ผู้สูงอายุ ปราชญ์ชุมชน ผู้นำชุมชน นักวิชาการสาธารณสุข พยาบาล อาสาสมัครสาธารณสุข องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ และผู้ดูแลผู้สูงอายุ ทีมวิจัยเป็นผู้ดำเนินการในการสนับสนุนให้ชุมชนเกิดการถ่ายทอดและเรียนรู้ร่วมกัน เกี่ยวกับองค์ความรู้ในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ 3 ประเด็น ได้แก่ การใช้สมุนไพรพื้นบ้านในการดูแลสุขภาพ การดำเนินชีวิตและความเชื่อในการดูแลสุขภาพตามวิถีชุมชน และความรู้เกี่ยวกับการดำเนินชีวิตของปราชญ์ชุมชน และนำความรู้ที่ได้ไปใช้ในการดูแลสุขภาพของตนเองและคนในชุมชน ระยะในการดำเนินการ 8 สัปดาห์

**สัปดาห์ที่ 15-16** ขั้นตอนที่ 4 Enhanced Community Capacity for Older adults' Care การพัฒนาเครือข่ายชุมชนและการดำเนินการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน ได้แก่ ความร่วมมือของชุมชน หน่วยบริการสุขภาพ และการดูแลสุขภาพระยะยาวในชุมชน ผู้วิจัยนำองค์ความรู้จากการสังเคราะห์ร่วมกับชุมชน มาพัฒนาเป็นเอกสารปราชญ์ชุมชนในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ และนำข้อมูลและความรู้กลับสู่ชุมชน โดยจัดการประชุมระดมสมองในการจัดเก็บองค์ความรู้ของชุมชน การสร้างความร่วมมือของคนในชุมชน โดยผู้นำชุมชนและหน่วยบริการสุขภาพเป็นผู้ขับเคลื่อน และติดตามการนำองค์ความรู้ของชุมชนไปต่อยอดพัฒนา และถ่ายทอดสู่คนรุ่นหลัง การจัดตั้งกลุ่มของปราชญ์ชุมชนให้ทำหน้าที่ในการเก็บรักษาคลังความรู้ของชุมชน เพื่อเป็นแหล่งเรียนรู้ของคนในชุมชนอย่างต่อเนื่อง ระยะในการดำเนินการ 2 สัปดาห์

#### เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย 10 ข้อคำถาม ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ศาสนา อาชีพ โรคประจำตัว สมุนไพรที่ใช้ประจำ ลักษณะการดูแลตนเอง และผู้ดูแลช่วยเหลือหลักของผู้สูงอายุ

2. แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ เป็นแบบประเมินที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง และความรู้จากปราชญ์ชุมชนในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยลักษณะของข้อคำถามเป็นความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้แก่ ความรู้ด้านการดูแลสุขภาพทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม การใช้สมุนไพร และการใช้ภูมิปัญญาชุมชน จำนวน 30 ข้อ คำตอบมี 2 ตัวเลือก ได้แก่ ใช่ และ ไม่ใช่ เกณฑ์การให้คะแนน คือ ตอบถูก ให้ 1 คะแนน ตอบผิด ให้ 0 คะแนน การแปลผลคะแนนรวมด้านความรู้ในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับความรู้สูง มีคะแนน 21-30 คะแนน ระดับความรู้ปานกลาง มีคะแนน 11-20 คะแนน และระดับความรู้ต่ำ มีคะแนน 0-10 คะแนน

3. แบบประเมินการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ เป็นแบบประเมินที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น จากการทบทวนวรรณกรรม และจากข้อมูลเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนตำบลบ้านแพรง ประกอบด้วย ข้อคำถาม 20 ข้อ โดยลักษณะคำถามเป็นคำถามที่แสดงถึงพฤติกรรม 10 ข้อ ความต้องการและความคาดหวังในการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน 10 ข้อ คำตอบเป็นมาตราประมาณค่า 4 ระดับ ดังนี้

|                    |     |   |       |         |                                          |
|--------------------|-----|---|-------|---------|------------------------------------------|
| ปฏิบัติเป็นประจำ   | ให้ | 4 | คะแนน | หมายถึง | ปฏิบัติตามกิจกรรมตามข้อความทุกครั้ง      |
| ปฏิบัติบ่อยครั้ง   | ให้ | 3 | คะแนน | หมายถึง | ปฏิบัติตามกิจกรรมตามข้อความเกือบทุกครั้ง |
| ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง | ให้ | 2 | คะแนน | หมายถึง | ปฏิบัติตามกิจกรรมตามข้อความบางครั้ง      |
| ไม่เคยปฏิบัติ      | ให้ | 1 | คะแนน | หมายถึง | ไม่ปฏิบัติตามกิจกรรมนั้นเลย              |

แบบประเมินการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ มีคะแนนรวม 20-80 คะแนน โดยการแปลผลคะแนนรวมการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับการมีส่วนร่วมในการดูแล



สุขภาพของผู้สูงอายุสูง มีคะแนน 61-80 คะแนน ระดับการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุนกลาง มีคะแนน 41-60 คะแนน และระดับการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุต่ำ มีคะแนน 20-40 คะแนน

### การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ

ผู้วิจัยดำเนินการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยคณะผู้เชี่ยวชาญ (Content validity index: CVI) โดยเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ กิจกรรมกระบวนการจัดการความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ พยาบาลชุมชน และอาจารย์พยาบาล จำนวน 5 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา และสอดคล้องกับงานวิจัย และหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity) เท่ากับ 0.92 จากนั้น ผู้วิจัยนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุ และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน และนำมาปรับปรุงก่อนนำไปใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่างของการวิจัย

สำหรับเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ และแบบประเมินการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นได้นำไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ พยาบาลชุมชน และอาจารย์พยาบาล จำนวน 5 ท่าน ภายหลังผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้วิจัยนำเครื่องมือไปหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity) เท่ากับ 0.89 และนำมาปรับปรุงแก้ไข จากนั้นนำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุ และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน และหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยใช้วิธีของ Kuder-Richardson (KR-20) ได้เท่ากับ 0.81 โดยในกลุ่มตัวอย่าง 46 คน ได้ค่า KR-20 เท่ากับ 0.76 ซึ่งเป็นค่าความเชื่อมั่นในระดับยอมรับได้ แต่ผู้วิจัยต้องตีความผลการวิจัยอย่างระมัดระวัง ส่วนแบบประเมินการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ หาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ 0.89

### จริยธรรมการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมในคน ราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์ เลขที่ 046/2567 ลงวันที่ 14 มีนาคม พ.ศ. 2568 โดยยึดหลักเกณฑ์ตามคำประกาศเฮลซิงกิ และแนวทางจริยธรรมการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยทีมผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการในกระบวนการขอคำยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างด้วยตนเอง ชี้แจงข้อมูลเกี่ยวกับเอกสารชี้แจงสำหรับกลุ่มตัวอย่าง วัตถุประสงค์ รายละเอียด ประโยชน์ของการเข้าร่วมวิจัย และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นขณะเข้าร่วมวิจัย ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างได้รับอุบัติเหตุหรือมีอาการผิดปกติ (เช่น หอบเหนื่อย หน้ามืด เป็นลม ความดันโลหิตสูง) ขณะเข้าร่วมกิจกรรม ผู้วิจัยจะส่งตัวกลุ่มตัวอย่างเข้ารับการรักษายาบาลในสถานพยาบาลและดูแลรับผิดชอบค่ารักษายาบาลจนกว่าจะหายเป็นปกติ เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจเข้าร่วมด้วยตนเอง โดยความสมัครใจ และไม่มี การบังคับกลุ่มตัวอย่างให้เข้าร่วมในโครงการวิจัย ด้วยวิธีการทั้งทางตรงและทางอ้อม เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างสนใจเข้าร่วมการวิจัย จึงลงนามในหนังสือยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (Informed consent form) โดยมีญาติหรือผู้ดูแลหลักร่วมลงนามยินยอมด้วย และเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุเป็นกลุ่มเปราะบาง (Vulnerable group) การดำเนินการวิจัยจึงอนุญาตให้ญาติหรือผู้ดูแลเข้ามาอยู่เป็นเพื่อนขณะที่ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรม และมีผู้วิจัยที่มีความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้สูงอายุอยู่ดูแลช่วยเหลือตลอดระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรม

ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างปฏิเสธเข้าร่วมการวิจัย หรือถอนตัวจากการวิจัย ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างที่ถอนตัวจะถูกลบออกจากไฟล์ข้อมูล ผู้วิจัยชี้แจงให้ผู้สูงอายุและผู้ดูแลทราบ และไม่นำข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างมาวิเคราะห์ต่อ ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้ดำเนินการเก็บข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง และเก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับ การนำเสนอผลของการวิจัยจะไม่มี การระบุชื่อ นามสกุล ที่อยู่ของกลุ่มตัวอย่าง และนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจะถูกทำลายภายใน 1 ปี ภายหลังจากผลงานวิจัยเผยแพร่แล้ว โดยใช้เครื่องทำลายเอกสารแบบละเอียด และลบข้อมูลดิจิทัลโดยใช้โปรแกรมลบข้อมูลแบบเขียนทับ



ผู้วิจัยได้รับทุนสนับสนุนจากหน่วยงานต้นสังกัด โดยหน่วยงานผู้ให้ทุนไม่มีอิทธิพลต่อการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยอย่างอิสระ โปร่งใส และมีมาตรการควบคุมการเข้าถึงข้อมูลเพื่อป้องกันผลประโยชน์ทับซ้อน

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย 3 คน ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง การดำเนินการวิจัยเป็นขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้วิจัยประสานความร่วมมือกับชุมชน ในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา โดยการประสานไปที่นายอำเภอบ้านแพรก และนายกองค์การบริหารส่วนตำบลบ้านแพรก เพื่อแจ้งวัตถุประสงค์และขอลงพื้นที่ในการวิจัยชุมชน โดยคัดเลือกชุมชนที่มีความพร้อมและยินดีให้ความร่วมมือในการทำวิจัย
2. ผู้วิจัยทำการศึกษา และวิเคราะห์เครือข่ายทางสังคมของผู้สูงอายุในชุมชนที่คัดเลือกไว้ และลงพื้นที่สร้างความเข้าใจชี้แจงโครงการวิจัย และประสานงานโครงการวิจัยในพื้นที่ที่เลือกสรร จากนั้นนัดผู้นำชุมชน และเครือข่ายชุมชนในการประชุมชี้แจงให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการดำเนินการวิจัย และบทบาทต่าง ๆ ของชุมชนที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้หน่วยงานในชุมชนให้ความร่วมมือ และการประสานงานที่ดี
3. ผู้วิจัยดำเนินการในการขออนุมัติดำเนินการวิจัยกิจกรรมกระบวนการจัดการความรู้ของเครือข่ายชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ จากราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์ และขอคำรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์
4. หลังได้รับการอนุมัติดำเนินการวิจัยและคำรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมในคนแล้ว ผู้วิจัยทำหนังสือขอดำเนินการวิจัยไปที่นายอำเภอ และองค์การบริหารส่วนตำบล ในการลงพื้นที่ทำวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล และดำเนินการนัดประชุมกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด ซึ่งเป็นบุคคลในชุมชนที่เป็นผู้มีประสบการณ์ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ และประชาชนชุมชน จากนั้นจัดทำรายชื่อกลุ่มตัวอย่าง เพื่อวางแผนการลงพื้นที่และรวบรวมข้อมูล
5. ผู้วิจัยประชุมกับกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการวิจัย การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง และการขอความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิเสธหรือยุติการเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ โดยไม่ต้องบอกเหตุผล จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย
6. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ และแบบประเมินการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ในสัปดาห์ที่ 1 หลังจากนั้นจึงจัดกิจกรรมกระบวนการจัดการความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยดำเนินการทั้งหมด 4 ขั้นตอน และใช้ระยะเวลาในการดำเนินการ 4 เดือน (16 สัปดาห์)
7. หลังจากสิ้นสุดกิจกรรม ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ และแบบประเมินการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ในสัปดาห์ที่ 16

### การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ได้แก่ การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ แจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติ โดยใช้ Shapiro-Wilk Test พบข้อมูลมีการแจกแจงปกติ ( $p > .05$ ) คะแนนความรู้และการมีส่วนร่วมก่อนทดลองเป็นอิสระต่อกัน (Independence) มีความสัมพันธ์เชิงเส้นกับคะแนนหลังทดลอง และความแปรปรวนไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ( $p > .05$ ) ความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนความรู้และการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ (Pearson's correlation coefficient) พบว่าความรู้มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการมีส่วนร่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.46, p < .01$ ) โดยมีความสัมพันธ์ระดับปานกลาง หลังจากนั้น วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้และการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยใช้ Paired t-test กำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05



## ผลการวิจัย

ผลการวิจัยข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มผู้สูงอายุ จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 43.48 และกลุ่มแกนนำชุมชน จำนวน 26 คน คิดเป็นร้อยละ 56.52 พบว่า ทั้ง 2 กลุ่ม ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง โดยกลุ่มผู้สูงอายุมีช่วงอายุเฉลี่ย 69.34 ปี (S.D. = 4.33) กลุ่มแกนนำมีช่วงอายุเฉลี่ย 40.68 ปี (S.D. = 10.20) ระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม ส่วนใหญ่จบชั้นประถมศึกษา กลุ่มผู้สูงอายุมีสถานภาพหม้าย/หย่าร้าง ร้อยละ 21.74 รองลงมา คือ สมรส และโสด ตามลำดับ ส่วนกลุ่มแกนนำชุมชนมีสถานภาพสมรส ร้อยละ 28.26 รองลงมา คือ หม้าย/หย่าร้าง และโสด ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ และในอดีตกลุ่มผู้สูงอายุประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม ร้อยละ 17.39 รองลงมา คือ ค้าขาย/รับจ้างทั่วไป/ธุรกิจส่วนตัว และรับราชการบำนาญ ตามลำดับ ส่วนกลุ่มแกนนำชุมชนเป็นข้าราชการ ร้อยละ 23.91 รองลงมา คือ เกษตรกรรม และค้าขาย/รับจ้างทั่วไป/ธุรกิจส่วนตัว ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น กลุ่มผู้สูงอายุ (n=20) และกลุ่มแกนนำชุมชน (n=26)

| ข้อมูลส่วนบุคคล                        | กลุ่มผู้สูงอายุ (n=20)                  |        | กลุ่มแกนนำชุมชน (n=26)                   |        |
|----------------------------------------|-----------------------------------------|--------|------------------------------------------|--------|
|                                        | จำนวน                                   | ร้อยละ | จำนวน                                    | ร้อยละ |
| <b>เพศ (Gender)</b>                    |                                         |        |                                          |        |
| หญิง (Female)                          | 12                                      | 26.09  | 16                                       | 34.78  |
| ชาย (Male)                             | 8                                       | 17.39  | 10                                       | 21.74  |
| <b>อายุ (Age)</b>                      | (Max=75, Min=60, Mean=69.34, S.D.=4.33) |        | (Max=65, Min=28, Mean=40.68, S.D.=10.20) |        |
| <b>ระดับการศึกษา (Education level)</b> |                                         |        |                                          |        |
| ไม่ได้เรียน                            | 2                                       | 4.35   | 2                                        | 4.35   |
| ประถมศึกษา                             | 10                                      | 21.74  | 10                                       | 21.74  |
| มัธยมศึกษา                             | 5                                       | 10.87  | 5                                        | 10.87  |
| ปริญญาตรีขึ้นไป                        | 3                                       | 6.52   | 9                                        | 19.56  |
| <b>สถานภาพสมรส (Marital Status)</b>    |                                         |        |                                          |        |
| โสด                                    | 4                                       | 8.70   | 5                                        | 10.87  |
| สมรส                                   | 6                                       | 13.04  | 13                                       | 28.26  |
| หม้าย/หย่าร้าง                         | 10                                      | 21.74  | 8                                        | 17.39  |
| <b>ศาสนา (Religion)</b>                |                                         |        |                                          |        |
| พุทธ                                   | 17                                      | 36.96  | 17                                       | 36.96  |
| คริสต์                                 | 0                                       | 0      | 2                                        | 4.35   |
| อิสลาม                                 | 3                                       | 6.52   | 7                                        | 15.21  |
| <b>อาชีพ (Occupational)</b>            |                                         |        |                                          |        |
| รับราชการหรือบำนาญ                     | 5                                       | 10.87  | 11                                       | 23.91  |
| ค้าขาย/รับจ้างทั่วไป/ธุรกิจส่วนตัว     | 7                                       | 15.22  | 5                                        | 10.87  |
| พนักงานบริษัท                          | 0                                       | 0      | 4                                        | 8.70   |
| เกษตรกรกรรม                            | 8                                       | 17.39  | 6                                        | 13.04  |



ผลการวิจัยด้านสุขภาพและการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า โรคประจำตัวที่พบมากที่สุดในกลุ่มผู้สูงอายุ ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด ร้อยละ 43.48 รองลงมา คือ ความดันโลหิตสูง และโรคกระดูกและข้อ ตามลำดับ ส่วนกลุ่มแกนนำชุมชน พบโรคประจำตัว ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคไขมันในเลือดสูง และโรคหัวใจและหลอดเลือด จำนวนเท่ากัน โดยพบกลุ่มผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่ใช้ยาและสมุนไพรเป็นประจำ ร้อยละ 34.78 ส่วนกลุ่มแกนนำชุมชน พบร้อยละ 30.43 ลักษณะการดูแลตนเอง พบว่าทั้ง 2 กลุ่ม รับประทานยา/สมุนไพรพื้นบ้านมากที่สุด รองลงมา คือ การรักษาด้วยแพทย์แผนปัจจุบัน โดยกลุ่มผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีลูก/หลานเป็นผู้ดูแลหลัก รองลงมา คือ ภรรยาหรือสามี และญาติ/เพื่อนบ้าน ตามลำดับ และมีผู้สูงอายุอยู่ลำพังโดยไม่มีผู้ดูแลช่วยเหลือหลัก ร้อยละ 6.52 ส่วนกลุ่มแกนนำส่วนใหญ่ยังไม่ต้องมีผู้ดูแลช่วยเหลือหลัก ร้อยละ 30.43 ดังแสดงในตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** จำนวนและร้อยละข้อมูลส่วนบุคคลด้านสุขภาพและการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น กลุ่มผู้สูงอายุ (n=20) และ กลุ่มแกนนำชุมชน (n=26)

| ข้อมูลส่วนบุคคล                                                       | กลุ่มผู้สูงอายุ (n=20) |        | กลุ่มแกนนำชุมชน (n=26) |        |
|-----------------------------------------------------------------------|------------------------|--------|------------------------|--------|
|                                                                       | จำนวน                  | ร้อยละ | จำนวน                  | ร้อยละ |
| <b>โรคประจำตัว (ตอบได้มากกว่า 2 ข้อ) (Underlying Disease)</b>         |                        |        |                        |        |
| ความดันโลหิตสูง                                                       | 17                     | 36.96  | 3                      | 6.52   |
| โรคเบาหวาน                                                            | 10                     | 21.74  | 4                      | 8.70   |
| โรคไขมันในเลือดสูง                                                    | 8                      | 17.39  | 4                      | 8.70   |
| โรคหัวใจและหลอดเลือด                                                  | 20                     | 43.48  | 4                      | 8.70   |
| โรคหลอดเลือดสมอง                                                      | 3                      | 6.52   | 0                      | 0      |
| โรคข้อและกระดูก                                                       | 15                     | 32.61  | 2                      | 4.35   |
| โรคอื่นๆ                                                              | 3                      | 6.52   | 0                      | 0      |
| <b>ยาและสมุนไพรที่ใช้ประจำ (Medications and herbal use)</b>           |                        |        |                        |        |
| มี                                                                    | 16                     | 34.78  | 14                     | 30.43  |
| ไม่มี                                                                 | 4                      | 8.70   | 12                     | 26.09  |
| <b>ลักษณะการดูแลตนเอง (ตอบได้มากกว่า 2 ข้อ) (Self-care Behaviors)</b> |                        |        |                        |        |
| รักษาแพทย์แผนปัจจุบัน                                                 | 16                     | 34.78  | 14                     | 30.43  |
| อาหารเสริม/ผลิตภัณฑ์ทางสุขภาพ                                         | 10                     | 21.74  | 12                     | 26.09  |
| รับประทานยา/สมุนไพรพื้นบ้าน                                           | 18                     | 39.13  | 16                     | 34.78  |
| นวดแผนไทย                                                             | 12                     | 26.09  | 10                     | 21.74  |
| ออกกำลังกายพื้นบ้าน                                                   | 14                     | 30.43  | 10                     | 21.74  |
| <b>ผู้ดูแลช่วยเหลือหลัก (Main Caregiver)</b>                          |                        |        |                        |        |
| สามี/ภรรยา                                                            | 4                      | 8.70   | 8                      | 17.39  |
| บุตร/หลาน                                                             | 9                      | 19.56  | 2                      | 4.35   |
| ญาติ/เพื่อนบ้าน                                                       | 4                      | 8.70   | 2                      | 4.35   |
| ไม่มี                                                                 | 3                      | 6.52   | 14                     | 30.43  |



ผลการวิจัยพบว่า ในระยะเวลาดำเนินการวิจัย 16 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างทั้ง 46 คน เข้าร่วมกิจกรรมทุกครั้งไม่มีกลุ่มตัวอย่างสูญหาย (Missing data) และถอนตัวระหว่างดำเนินการวิจัย

ด้านความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ พบว่า ก่อนเข้าร่วมกิจกรรมกระบวนการจัดการความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 60.87 และหลังเข้าร่วมกิจกรรมพบว่า ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้เพิ่มขึ้นอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 78.26 สำหรับระดับการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุก่อนเข้าร่วมกิจกรรม พบว่าพฤติกรรมการมีส่วนร่วม อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 65.22 และหลังจากเข้าร่วมกิจกรรม พฤติกรรมการมีส่วนร่วมมีคะแนนเพิ่มสูงขึ้น อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 73.91 ส่วนความต้องการและความคาดหวังในการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 43.48 และหลังเข้าร่วมกิจกรรม ความต้องการและความคาดหวังในการมีส่วนร่วม มีคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 52.17 ดังแสดงในตารางที่ 3

**ตารางที่ 3** ระดับความรู้และการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม (n = 46)

| ตัวแปร                                                                        | ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม |        | หลังเข้าร่วมกิจกรรม |        |
|-------------------------------------------------------------------------------|---------------------|--------|---------------------|--------|
|                                                                               | จำนวน               | ร้อยละ | จำนวน               | ร้อยละ |
| <b>ระดับความรู้ (Knowledge level)</b>                                         |                     |        |                     |        |
| ต่ำ (0-10 คะแนน)                                                              | 8                   | 17.39  | 0                   | 0.00   |
| ปานกลาง (11-20 คะแนน)                                                         | 28                  | 60.87  | 10                  | 21.74  |
| สูง (21-30 คะแนน)                                                             | 10                  | 21.74  | 36                  | 78.26  |
| <b>ระดับการมีส่วนร่วม (Participation level)</b>                               |                     |        |                     |        |
| <b>ระดับพฤติกรรมการมีส่วนร่วม</b>                                             |                     |        |                     |        |
| ต่ำ (10-20 คะแนน)                                                             | 6                   | 13.04  | 0                   | 0.00   |
| ปานกลาง (21-30 คะแนน)                                                         | 30                  | 65.22  | 12                  | 26.09  |
| สูง (31-40 คะแนน)                                                             | 10                  | 21.74  | 34                  | 73.91  |
| <b>ระดับความต้องการและความคาดหวังในการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ</b> |                     |        |                     |        |
| ต่ำ (10-20 คะแนน)                                                             | 16                  | 34.78  | 18                  | 39.13  |
| ปานกลาง (21-30 คะแนน)                                                         | 20                  | 43.48  | 24                  | 52.17  |
| สูง (31-40 คะแนน)                                                             | 10                  | 21.74  | 4                   | 8.70   |

การวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมกระบวนการจัดการความรู้ของเครือข่ายชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้หลังเข้าร่วมกิจกรรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรม ตรงตามสมมติฐานข้อที่ 1 เมื่อเปรียบเทียบด้วยสถิติ Paired t-test มีค่าสถิติ  $t(45) = 48.83$  ซึ่งมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) โดยคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุก่อนเข้าร่วมกิจกรรมเท่ากับ 17.83 (S.D. = 5.07) และหลังเข้าร่วมกิจกรรมเท่ากับ 24.63 (S.D. = 4.47) และมีขนาดอิทธิพลระดับปานกลาง (Cohen's  $d = 0.53$ ) และพบกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการมีส่วนร่วมหลังเข้าร่วมกิจกรรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรม ตรงตามสมมติฐานข้อที่ 2 เมื่อเปรียบเทียบด้วยสถิติ Paired t-test มีค่าสถิติ  $t(45) = 57.11$  ซึ่งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) โดยคะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมกิจกรรมเท่ากับ 52.41 (S.D. = 10.83) และหลังเข้าร่วมกิจกรรมเท่ากับ 66.26 (S.D. = 8.19) และมีขนาดอิทธิพลระดับปานกลาง (Cohen's  $d = 0.57$ ) ดังแสดงในตารางที่ 4



**ตารางที่ 4** เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้และการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม (n = 46)

| Variable                                                                | Mean  | S.D.  | 95% CI |       | t (df=45) | p-value | Cohen's d |
|-------------------------------------------------------------------------|-------|-------|--------|-------|-----------|---------|-----------|
|                                                                         |       |       | lower  | upper |           |         |           |
| ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ (Elderly Health Care Knowledge) |       |       |        |       |           |         |           |
| ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม                                                     | 17.83 | 5.07  | 16.32  | 19.33 | 48.83     | < .001* | 0.53      |
| หลังเข้าร่วมกิจกรรม                                                     | 24.63 | 4.47  | 23.30  | 25.96 |           |         |           |
| การมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน (Community Participation Behavioral)     |       |       |        |       |           |         |           |
| ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม                                                     | 52.41 | 10.83 | 49.20  | 55.63 | 57.11     | < .001* | 0.57      |
| หลังเข้าร่วมกิจกรรม                                                     | 66.26 | 8.19  | 63.83  | 68.69 |           |         |           |

\*p-value < .05

#### การอภิปรายผล

ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า การใช้กระบวนการจัดการความรู้ต่อความรู้และการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ สามารถเพิ่มระดับความรู้ในการดูแลสุขภาพและส่งเสริมการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชนได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของการจัดการความรู้ในชุมชน (Community knowledge management) ต่อการพัฒนาศักยภาพของประชาชนในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในบริบทสังคมสูงวัย

จากการวิจัยครั้งนี้พบว่า ผู้สูงอายุและแกนนำชุมชนที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ก่อนเข้าร่วมกิจกรรมกระบวนการจัดการความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่มีระดับความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง และยังพบกลุ่มตัวอย่างบางส่วนที่มีระดับความรู้ต่ำ ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าประชาชนในชุมชนยังมีข้อจำกัดด้านองค์ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยเฉพาะในด้านการดูแลสุขภาพองค์รวม เช่น การดูแลสุขภาพด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ รวมถึงการใช้สมุนไพรและภูมิปัญญาท้องถิ่นในการดูแลสุขภาพ อย่างไรก็ตาม ภายหลังการเข้าร่วมกิจกรรม พบว่า ผู้สูงอายุและแกนนำชุมชนที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่มีระดับความรู้เพิ่มขึ้นอยู่ในระดับสูง โดยการเพิ่มขึ้นของคะแนนความรู้ของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ( $d = 2.14$ ) อาจเกิดจากขั้นตอนที่ 3 ของกระบวนการจัดการความรู้ คือ การถ่ายทอดและแลกเปลี่ยนความรู้ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิด Communities of practice<sup>23</sup> แสดงให้เห็นว่ากิจกรรมการจัดการความรู้ที่เน้นกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และการถ่ายทอดองค์ความรู้จากปราชญ์ชุมชน สามารถช่วยพัฒนาความรู้ด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของสมาชิกในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ เช่นเดียวกับงานวิจัยเกี่ยวกับแนวคิดของการจัดการความรู้ในชุมชนซึ่งเน้นกระบวนการสร้าง รวบรวม แลกเปลี่ยน และประยุกต์ใช้ความรู้ เพื่อพัฒนาศักยภาพของบุคคลและองค์กรในการแก้ไขปัญหาและพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในชุมชน<sup>17,19</sup> โดยกระบวนการดังกล่าวเปิดโอกาสให้สมาชิกในชุมชนได้มีส่วนร่วมในการเรียนรู้และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ร่วมกัน ส่งผลให้เกิดการพัฒนาความรู้และทักษะในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง เช่นเดียวกับการศึกษาหลายงานวิจัย ที่พบว่า การส่งเสริมการแลกเปลี่ยนความรู้ในชุมชนสามารถช่วยเพิ่มความรู้ด้านสุขภาพและเสริมสร้างความสามารถของปราชญ์ชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ<sup>21,24</sup> โดยการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุจำเป็นต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชน การพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ และการสร้างระบบสนับสนุนทางสังคมในระดับชุมชน เมื่อพิจารณาผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม พบว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้หลังเข้าร่วมกิจกรรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่ากิจกรรมการจัดการความรู้ในชุมชนสามารถเพิ่มพูนความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้สูงอายุและแกนนำชุมชนที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้ อาจเกิดจากรูปแบบกิจกรรมที่เน้นการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (Participatory learning) และการเรียนรู้จากประสบการณ์จริง (Experiential learning)



ซึ่งเป็นกระบวนการเรียนรู้ที่ช่วยให้ผู้เข้าร่วมสามารถนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่สะท้อนมุมมองว่า ปัจจัยสนับสนุนการจัดการความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ คือ การมีปัจจัยเอื้อสนับสนุน และการมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันของชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ<sup>25</sup> และการศึกษาหลายงานวิจัยยังพบว่าการพัฒนาเครือข่ายชุมชนสามารถช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและส่งเสริมการพึ่งพาตนเองของผู้สูงอายุในสังคมสูงวัย<sup>26,27</sup>

สำหรับการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้สูงอายุและแกนนำชุมชนที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ผลการวิจัยพบว่า ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม ส่วนใหญ่มีระดับการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับปานกลาง และยังพบกลุ่มตัวอย่างบางส่วนที่มีระดับการมีส่วนร่วมต่ำ อย่างไรก็ตาม ภายหลังการเข้าร่วมกิจกรรม พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการมีส่วนร่วมเพิ่มขึ้นเป็นระดับสูง และไม่พบผู้ที่มีระดับการมีส่วนร่วมต่ำเลย แสดงให้เห็นว่ากิจกรรมการจัดการความรู้สามารถกระตุ้นให้สมาชิกในชุมชนตระหนักถึงความสำคัญของการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ และมีความพร้อมในการเข้าร่วมกิจกรรมด้านสุขภาพในชุมชนมากขึ้น เมื่อพิจารณาผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วมก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมพบว่าคะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วมหลังเข้าร่วมกิจกรรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่ากระบวนการจัดการความรู้ในชุมชนสามารถส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกิจกรรมการเรียนรู้ที่เปิดโอกาสให้สมาชิกในชุมชนได้มีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหา การแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และการร่วมกันกำหนดแนวทางในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การดูแลผู้สูงอายุโดยใช้ชุมชนเป็นฐานสามารถช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและลดภาระของระบบบริการสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ<sup>4</sup> นอกจากนี้ การศึกษาหลายงานวิจัยยังพบว่า การมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นองค์ประกอบสำคัญของการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุในสังคมสูงวัย<sup>27, 28</sup>

แม้ว่างานวิจัยส่วนมากจะสนับสนุนผลของการศึกษารุ่นนี้ แต่มีข้อสังเกตจากการวิจัยที่ใช้กระบวนการจัดการความรู้ในชุมชนต้องใช้ระยะเวลามากกว่า 6 เดือน จึงเห็นผลของการมีส่วนร่วมของชุมชนที่ชัดเจน<sup>24</sup> ซึ่งแตกต่างจากการศึกษารุ่นนี้ ที่ใช้เวลาในการดำเนินกิจกรรม 16 สัปดาห์ อาจเกิดจากวิถีชีวิต ประสบการณ์ในอดีตของกลุ่มตัวอย่าง และความแตกต่างของบริบทชุมชน ซึ่งจังหวัดพระนครศรีอยุธยาเป็นชุมชนเมืองกึ่งชนบทที่มีความเข้มแข็งของเครือข่ายเดิมอยู่แล้ว

ดังนั้น ผลการวิจัยครั้งนี้จึงสะท้อนให้เห็นว่าการใช้กระบวนการจัดการความรู้ในการสร้างเครือข่ายชุมชนสามารถเป็นกลไกสำคัญในการพัฒนาศักยภาพของชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ทั้งในด้านการเพิ่มพูนความรู้ด้านสุขภาพและการเสริมสร้างการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน ซึ่งเป็นแนวทางสำคัญในการส่งเสริมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างยั่งยืนในสังคมที่กำลังก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัย

### ข้อจำกัดการวิจัย

1. การวิจัยใช้รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลัง (One-group pretest-posttest design) ไม่สามารถแยกผลของกิจกรรมออกจากปัจจัยแทรกซ้อนอื่น เช่น การได้รับข้อมูลจากแหล่งข้อมูลอื่น ๆ หรือการจัดกิจกรรมอื่น ๆ โดยชุมชนในช่วงเวลาที่ทำการศึกษา
2. กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนจำกัดและอยู่ในพื้นที่ชุมชนเดียว จึงเป็นการศึกษาเฉพาะกรณี (Case study) ไม่สามารถนำผลการศึกษาไปอ้างอิงกับประชากรในบริบทอื่น หรือชุมชนที่มีโครงสร้างทางสังคมที่ต่างกัน
3. การติดตามผลการศึกษาใช้ระยะเวลานาน (16 สัปดาห์) ไม่สามารถประเมินความยั่งยืนของความรู้และการมีส่วนร่วมของชุมชนหลังเสร็จสิ้นกิจกรรมได้
4. แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของกลุ่มตัวอย่าง เป็นคำถามให้เลือกตอบ ว่า “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” ซึ่งเป็นแบบประเมินที่มีความง่าย และอาจเดาคำตอบได้ นอกจากนี้ แบบประเมินที่เป็นแบบประเมินตนเอง อาจทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนในการประเมินผลการศึกษา
5. ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินกิจกรรมและเก็บข้อมูลเอง อาจทำให้เกิดความอคติต่อผลการศึกษา



### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรทำการศึกษาแบบสองกลุ่ม โดยมีกลุ่มควบคุมที่ได้รับกิจกรรมตามปกติในชุมชน และควรสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบ Stratified random sampling รวมทั้งควรควบคุมปัจจัยแทรกซ้อนอื่น ซึ่งหากพบปัจจัยดังกล่าว ควรคัดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มดังกล่าวออกจากการศึกษา
2. ควรคำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยกำหนด Effect size ขนาดกลาง (0.5) และ Power = 0.80 เพื่อให้ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างมากขึ้น โดยจะได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 64 คน ซึ่งจะส่งผลให้ผลการศึกษาที่น่าเชื่อถือมากยิ่งขึ้น
3. ควรติดตามการดำเนินกิจกรรมหลังสิ้นสุดการศึกษา โดยอาจติดตามผลของความยั่งยืนด้านความรู้และการมีส่วนร่วมของชุมชนระยะยาวต่อไปอย่างต่อเนื่อง
4. การประเมินความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ควรออกแบบให้มีความยากมากขึ้น เช่น เป็นข้อคำถามที่มีตัวเลือกหลายตัวเลือก และอาจสร้างแบบประเมินที่ให้ผู้อื่นประเมินผลการมีส่วนร่วมของกลุ่มตัวอย่าง เพื่อให้ประเมินความรู้และการมีส่วนร่วมของกลุ่มตัวอย่างได้จริง
5. ควรแยกผู้ดำเนินกิจกรรมและผู้เก็บข้อมูล โดยไม่ควรเป็นบุคคลกลุ่มเดียวกัน เพื่อลดความอคติต่อผลการศึกษา
6. กระทรวงสาธารณสุขควรสนับสนุนให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) นำกระบวนการจัดการความรู้ไปบูรณาการในระบบบริการผู้สูงอายุประจำปี โดยกำหนดตัวชี้วัด คือ ความรู้ และการมีส่วนร่วมของคนในชุมชนหรืออาสาสมัคร

### References

1. United Nations. World population ageing 2023: Challenges and opportunities of population ageing in the least developed countries. [internet]. 2023 [cited 2025 Dec 12], Available from: <https://digitallibrary.un.org/record/4042780?v=pdf>
2. Beard JR, Officer A, de Carvalho IA, Sadana R, Pot AM, Michel JP, et al. The world report on ageing and health: A policy framework for healthy ageing. The Lancet. 2016;387:2145-54. doi:10.1016/s0140-6736(15)00516-4
3. World Health Organization. Decade of healthy ageing 2021–2030. [internet]. 2021 [cited 2025 Aug 10]. Available from: <https://www.who.int/europe/news/item/06-01-2021-decade-of-healthy-ageing-2021-2030>
4. Abdi S, Spann A, Borilovic J, de Witte L, Hawley M. Correction to: Understanding the care and support needs of older people: A scoping review and categorisation using the WHO international classification of functioning, disability and health framework (ICF). BMC Geriatrics. 2020;20(1):23. doi:10.1186/s12877-019-1279-8
5. National Statistical Office, Ministry of Digital Economy and Society. The 2024 survey of the older persons in Thailand. [internet]. 2025 [cited 2026 Jan 10]. Available from: [https://www.nso.go.th/nsoweb/storage/survey\\_detail/2025/20241209145003\\_88327.pdf](https://www.nso.go.th/nsoweb/storage/survey_detail/2025/20241209145003_88327.pdf) (in Thai)
6. Department of Older Person, Ministry of Social Development and Human Security. Situation of the Thai Older Persons, 2025. [internet]. 2026 [cited 2026 Jan 10]. Available from: [https://www.dop.go.th/th/statistics\\_page?cat=1&id=2578](https://www.dop.go.th/th/statistics_page?cat=1&id=2578) (in Thai)
7. World Health Organization. Integrated care for older people: Guidelines on community-level interventions to manage declines in intrinsic capacity. [internet]. 2017 [cited 2025 Apr 10]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550109>



8. Owusu-Addo E, Gilbert AS, Feldman P, Garratt SM, Mackell P, Brijnath B. Integrated care models for older people: An umbrella review. *Ageing International*. 2025;50:35. doi: 10.1007/s12126-025-09610-2
9. Zhou J, Yang Y, Li S, Mao N, Chen X, Wang D, et al. Patterns of social participation among older adults and their association with self-rated health: The mediating role of activities of daily living. *Aging Clinical and Experimental Research*. 2025;37(1):221. doi: 10.1007/s40520-025-03131-3.
10. Limmethae A, Dhirathiti NS. Factors affecting knowledge management for the elderly health system: Case studies from sub-district municipalities and administrative organizations in Thailand. *The Open Public Health Journal*. 2024;17:e18749445327815. doi: 10.2174/0118749445327815241122105020
11. Vogt M, Müller S, Wagner-Jagfeld G, Ranegger R, Zürcher S, Vetsch J. Nurses' expectations of a knowledge management system in nursing practice: Qualitative study. *JMIR Nursing*. 2026;21(9):e78395. doi: 10.2196/78395.
12. Nonaka I, Takeuchi H. The knowledge-creating company: How Japanese companies create the dynamics of innovation. New York: Oxford University Press; 1995. [internet]. 1996 [cited 2025 Apr 01]. Available from: <https://doi.org/10.1093/oso/9780195092691.001.0001>
13. Pereira N, Fernandes C. Knowledge management in health organizations: A systematic literature review. *Journal of the Knowledge Economy*. 2025. doi: 10.1007/s13132-025-02760-3.
14. Kosklin R, Johanna L, Tuula K. Knowledge management effects and performance in health care: A systematic literature review. *Knowledge Management Research & Practice*. 2023;21(4):738–48. doi: 10.1080/14778238.2022.2032434.
15. Kittikul P, Waelveerakup W, Pasuwan D. Effects of a knowledge management program on breastfeeding-counseling behaviors of village health volunteers after the outbreak of coronavirus disease 2019 in Nakhon Pathom Province. *Thai Journal of Nursing and Midwifery Practice*. 2023;10(2):140-57. (in Thai)
16. Srithanee K, Manmart L. Knowledge management process for community health. *Journal of Health Science of Thailand*. 2017;23(5):774-87. (in Thai)
17. Trakarnjan N, Prakhongpun J. Effects of a competency development program on knowledge and competency in primary health caregivers of older people with non-complicated illness in the community. *Journal of Nursing and Therapeutic Care*. 2025;43(4):e280040. (in Thai)
18. Lin SC, Chen IJ, Yu WR, Lee SD, Tsai TI. Effect of a community-based participatory health literacy program on health behaviors and health empowerment among community-dwelling older adults: A quasi-experimental study. *Geriatric Nursing*. 2019;40(5):494-501. doi: 10.1016/j.gerinurse.2019.03.013.
19. Ruangsang N, Sanmee W, Nasaweang B, Thitapañyo MP, Saengyoi PP. A model of knowledge management for local herbal healers based on sufficiency economy philosophy in Thailand. *Psychology and Education Journal*. 2021;58(2):3666-71. doi: 10.17762/pae.v58i2.2627
20. Zangphukieo N. The development of knowledge management model for local wisdom of the elderly school in the Province of Phetchabun. *Dhammathas Academic Journal*. 2020;20(3):197-206. (in Thai)



21. Ruangphon P. Knowledge management model of elderly's wisdom of local administrative organization: A case study of Sakon Nakhon municipality. *Research Community and Social Development Journal*. 2021;15(4):42-56. (in Thai)
22. Cohen J. Quantitative methods in psychology: A power primer. *Psychological Bulletin*. 1992;112(1):155-9. doi: 10.1037/0033-2909.112.1.155
23. Wenger E. *Communities of practice: Learning, meaning, and identity*. Cambridge: Cambridge University Press. [internet]. 1998 [cited 2026 Feb 5]. Available from: <https://doi.org/10.1017/CBO9780511803932>
24. Chen R, Jiang Y, Li X. Community-based elderly home care services policy and household consumption enhancement: Evidence from China. *International Review of Economics & Finance*. 2024;96:103620. doi: 10.1016/j.iref.2024.103620
25. Othaganont P, Klongwatananont P. Experiences with knowledge management for health promotion: The follow-up study via storytelling among elder leaders. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health*. 2022;32(1):112-25. (in Thai)
26. Thatsaeng B, Mongkonitaveg N, Yaemmisri W. Effects of enhancing volunteers as caregivers for elderly people with chronic disease using knowledge sharing reflection method focusing on spiritual wellbeing. *Nursing Journal CMU*. 2021;48(3):249-5. (in Thai)
27. Kunalasiri P, Soiphet N. The development of family and community health leaders for elderly care using knowledge management process. *Nursing Journal CMU*. 2022;49(3):258-71. (in Thai)
28. Wathinutthiporn D, Srinoul N. Knowledge management guideline of agricultural process innovation for elderly's wellbeing in Krainok elders' school, Sukhothai province. *Area Based Development Research Journal*. 2021;13(5):325-42. (in Thai)