

รูปแบบการจัดการความรู้ด้านการดูแลตนเองสำหรับผู้สูงอายุของชุมชนนักปฏิบัติ

เพชรีย์ ฤกษ์าสสิริ ปส.ด.*

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบมีส่วนร่วมนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินผลลัพธ์ของรูปแบบการจัดการความรู้ด้านการดูแลตนเองสำหรับผู้สูงอายุของชุมชนนักปฏิบัติ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ในตำบลจอมทอง อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 90 คน ดำเนินการคัดเลือกแบบเจาะจง ระยะเวลาการเก็บข้อมูลวิจัย 6 เดือน เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย 1) แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง 2) แบบบันทึกคลังความรู้ และ 3) แบบวัดความตระหนักรู้ และ 4) แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ค่าดัชนีความตรงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.87, 1.00, 0.85 และ 0.94 ตามลำดับ

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติทดสอบค่าทีคู่ (paired sample t-test) และข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้เทคนิคการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) และสรุปความแบบอุปนัย ผลการศึกษาพบว่า ผลการจัดการความรู้ได้ชุมชนนักปฏิบัติ 6 กลุ่ม และได้แนวปฏิบัติที่ดีในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุจำนวน 6 แนวปฏิบัติ ประกอบด้วย แนวปฏิบัติที่ดีด้านอาหาร อารมณ์ ออกกำลังกาย โรคภัย อนามัยสิ่งแวดล้อม และด้านอบายมุข สำหรับความตระหนักรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ พบว่า คะแนนเฉลี่ยความตระหนักรู้ในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุทุกด้านเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .050$) โดยพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการออกกำลังกายเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการวิจัยครั้งนี้ สามารถนำกระบวนการจัดการความรู้ไปใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ รวมถึงการสร้างความรู้ความตระหนักรู้และการปรับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุให้เกิดสุขภาพดี และกระบวนการจัดการความรู้สามารถสร้างแนวปฏิบัติที่ดีให้เกิดขึ้นในชุมชนจากชุมชน

คำสำคัญ ชุมชนนักปฏิบัติ ผู้สูงอายุ การจัดการความรู้ การดูแลตนเอง

วันที่รับบทความ 12 เมษายน 2565 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 9 มิถุนายน 2565 วันที่ตอบรับบทความ 21 กรกฎาคม 2565

*อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏพระนครศรีอยุธยา ผู้จัดทำบทความต้นฉบับ อีเมล petcharee.k@psru.ac.th

Self-care knowledge management model for the older people of practitioner community

Petcharee Kunalasiri Ph.D.*

Abstract

The purpose of this participatory research was to develop and examine self-care knowledge management model for older people of practitioner community. Sample comprised 90 older people aged 60 years or over in Chom Thong Subdistrict, Muang District Phitsanulok Province. Participants were recruited using purposive sampling. Data collection was carried out for six months. Research instruments included 1) semi-structured interview form 2) knowledge bank record form 3) awareness scale and 4) self-care behavior of older people assessment form. Content validity index of these instruments were 0.87, 1.00, 0.85, and 0.94, respectively.

Quantitative data were analyzed by using descriptive statistics and paired sample t-test. Qualitative data were analyzed using content analysis technique and inductive analysis. The results revealed that outcomes of knowledge management obtained six practitioner communities and six good practices for self-care of older people; consisting of food, emotion, exercise, disease reduction, environmental health and temptation aspects. Regarding awareness and self-care behaviors of older people, average scores of awareness in self-care of older people increased significantly for all aspects ($p < .001$). Average scores of behaviors in self-care of older people increased significantly for all aspects ($p < .001$), except exercise aspects.

The study findings suggested that the knowledge management process can be applied to promote self-care, raise awareness, and modify self-care behaviors of older people for being healthy. The knowledge management process can create good practices in community from community

keywords: community practitioner; elderly; knowledge management; self-care

Received 12 April 2022 Revised 9 June 2022 Accepted 21 July 2022

*Lecturer, Faculty of Nursing, Phibunsongkhram Rajabhat University, Corresponding author, E-mail: petcharee.k@psru.ac.th

บทนำ

ประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมสูงวัย (aged society) ในปี พ.ศ. 2548 และเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ (complete aged society) ในปี พ.ศ. 2564 และเข้าสู่สังคมสูงวัยระดับสุดยอด (super aged society) ในปี พ.ศ. 2574¹ โดยในปี 2562 มีประชากรอาศัยอยู่ในประเทศไทยรวมทั้งหมดประมาณ 69.3 ล้านคน เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปถึง 11.7 ล้านคน คิดเป็น ร้อยละ 17.6 ของประชากรทั้งหมด ในปี พ.ศ. 2564 มีจำนวนผู้สูงอายุ 13.1 ล้านคน คิดเป็น 20% (สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์) และคาดว่า ในปี 2574 ประชากรจำนวนผู้สูงอายุ 18 ล้านคน คิดเป็น 28% (สังคมสูงวัยระดับสุดยอด)² การที่ประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นและมีอายุยืนยาวขึ้น ทำให้อัตราส่วนผู้สูงอายุที่เป็นภาระเพิ่มสูงขึ้น ส่งผลให้ผู้สูงอายุต้องเสี่ยงต่อการถูกทอดทิ้งให้อยู่ตามลำพังมากขึ้น เพราะประชากรวัยแรงงานส่วนหนึ่งต้องย้ายถิ่นเพื่อประกอบอาชีพ ทำให้บุตรหลานมีเวลาเอาใจใส่ผู้สูงอายุน้อยลง และผู้สูงอายุเองต้องรับผิดชอบตนเองเพิ่มขึ้นเพื่อให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีคุณภาพ³ จากผลการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ โดย กระทรวงสาธารณสุขผ่านระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (Health Data Center : HDC) พบว่า ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป มีความเจ็บป่วยด้วย โรคหรือปัญหาสุขภาพดังต่อไปนี้ โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 19.30) โรคเบาหวาน (ร้อยละ 14.12) โรคหัวใจและ หลอดเลือด (ร้อยละ 49.53) ปัญหาสุขภาพช่องปาก (ร้อยละ 4.95) ภาวะสมองเสื่อม (ร้อยละ 1.57) ข้อเข่าเสื่อม (ร้อยละ 7.11) ภาวะหกล้ม (ร้อยละ 4.92) และรวมไปถึงโรคซึมเศร้า การดำเนินกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ : ADL-activities of daily living (ติดสังคมร้อยละ 96.46) ติดบ้าน ร้อยละ 2.77 และติดเตียง ร้อยละ 0.77) ดัชนีมวลกาย : Body mass index : (BMI) ผิดปกติ ร้อยละ 16.54)⁴ จากผลการศึกษาภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทยกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป พบว่าโรคที่ทำให้ผู้สูงอายุสูญเสียสุขภาพะ 5 อันดับแรก

ในเพศผู้ชาย ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดหัวใจ ภาวะปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคเบาหวาน และโรคมะเร็งตับ ส่วนเพศหญิง ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดหัวใจ สมองเสื่อม และโรคซึมเศร้า ตามลำดับ สำหรับอุบัติการณ์โรคหรือ อาการเรื้อรังที่พบบ่อยในผู้สูงอายุไทย โดยการตรวจร่างกาย 5 อันดับแรก ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง กลุ่มอาการเมตาบอลิก โรคอ้วน ลงพุง ภาวะอ้วน และโรคข้อเสื่อม ตามลำดับ⁵

สถานการณ์ดังกล่าวแสดงให้เห็นถึงแนวโน้มอัตราที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วของผู้สูงอายุ การเกิดปัญหาทางสุขภาพที่มีต่อความสามารถในการช่วยเหลือตนเองในการดำรงชีวิตประจำวันลดลง จากความเสื่อมของร่างกายตามสภาพอายุที่เพิ่มขึ้น การทำงานของระบบต่างๆ มีประสิทธิภาพที่เสื่อมถอยลง การทำงานของอวัยวะต่างๆ ลดลงจนมีผลกระทบต่อการทำงานของร่างกาย การช่วยเหลือตัวเองในการทำกิจวัตรประจำวัน และสุดท้ายทำให้ผู้สูงอายุต้องเข้าสู่ภาวะพึ่งพิงในที่สุด

ดังนั้น การดูแลตนเองของผู้สูงอายุจึงมีความสำคัญต่อการป้องกันการเกิดภาวะเสื่อมของร่างกายในผู้สูงอายุเพื่อให้การมีสุขภาพที่ดี สามารถช่วยเหลือและพึ่งพาตนเองให้ได้มากที่สุด

มาตรการ 6 อ เป็นมาตรการส่งเสริมสุขภาพที่มีวัตถุประสงค์ให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดี ร่างกายทำงานได้อย่างเต็มประสิทธิภาพ สามารถดูแลสุขภาพได้ด้วยตนเอง ป้องกันความเจ็บป่วยและการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากพฤติกรรมตัว ประกอบด้วย ดำเนินการส่งเสริมสุขภาพตามแนวทาง 6 อ. ได้แก่ ด้านอาหาร ด้านอารมณ์ ด้านการออกกำลังกาย ด้านอโรคยา ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม และด้านอบายมุข⁶

การจัดการความรู้ (KM: knowledge management) เป็น การรวบรวมองค์ความรู้ที่มีอยู่ในตัวบุคคลหรือเอกสารมาพัฒนาให้เป็นระบบ เพื่อให้ทุกคนสามารถเข้าถึงความรู้ และพัฒนาตนเองให้เป็นผู้รู้ และปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ จากความรู้ที่ฝังอยู่ในคน (tacit knowledge) เป็นความรู้ที่ได้

จากประสบการณ์ พรสวรรค์ หรือ สัญชาตญาณของแต่ละบุคคลในการทำความเข้าใจในสิ่งต่างๆ เป็นความรู้ที่ไม่สามารถถ่ายทอดออกมาเป็นคำพูดหรือลายลักษณ์อักษรได้โดยง่าย เช่น ทักษะในการทำงานงานฝีมือ หรือการคิดเชิงวิเคราะห์ เป็นความรู้แบบนามธรรม และความรู้ที่ชัดเจน (explicit knowledge) เป็นความรู้ที่สามารถรวบรวม ถ่ายทอดได้ โดยผ่านวิธีต่างๆ เช่น การบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษร ทฤษฎี คู่มือต่างๆ เป็นความรู้แบบรูปธรรม วิธีการจัดการความรู้ คือ 1) การกำหนดความรู้หลักที่จำเป็นหรือสำคัญต่องานหรือกิจกรรมของกลุ่ม 2) การเสาะหาความรู้ที่ต้องการ 3) การปรับปรุง ดัดแปลง หรือสร้างความรู้บางส่วน ให้เหมาะต่อการใช้งานของตน 4) การประยุกต์ใช้ความรู้ในงานของตน 5) การนำประสบการณ์จากการทำงาน และการประยุกต์ใช้ความรู้มาแลกเปลี่ยนเรียนรู้และสกัด “ชุดความรู้” ออกมาบันทึกไว้ 6) การจัดบันทึก “ชุดความรู้” และ “แก่นความรู้” สำหรับไว้ใช้งานและปรับปรุงเป็นชุดความรู้ที่ครบถ้วน ลุ่มลึกและเชื่อมโยงมากขึ้นเหมาะต่อการใช้งานมากยิ่งขึ้น มากำหนดเป็นทั้งความรู้ที่ชัดเจนอยู่ในรูปของตัวหนังสือหรือรหัสอย่างอื่นที่เข้าใจได้ทั่วไป⁷

ตำบลจอมทอง อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก เป็นแหล่งฝึกปฏิบัติงานของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต และเป็นตำบลในความรับผิดชอบตามนโยบายหนึ่งตำบลหนึ่งคณะของมหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม เพื่อดูแลชุมชนในความรับผิดชอบแบบองค์รวม รวมถึงการยกระดับเศรษฐกิจและสังคมรายตำบลแบบบูรณาการ มีประชากรทั้งหมด 2,525 คน ผู้สูงอายุ จำนวน 360 คน เป็นผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง 52 คน ช่วยตนเองไม่ได้ 9 คน แนวโน้มอัตราส่วนการเป็นภาระรวมเท่ากับ 21.62⁸ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ โดยใช้รูปแบบการจัดการความรู้และการมีส่วนร่วมตามกระบวนการจัดการความรู้เพื่อลดปัญหาภาวะการณ์พึ่งพาของผู้สูงอายุในอนาคต

นิยามศัพท์

ชุมชนนักปฏิบัติ หมายถึง ผู้สูงอายุมีอายุ 60 ปีขึ้นไปในตำบลจอมทอง อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก เป็นคนกลุ่มเล็กๆ ที่มีการรวมตัวกันอย่างไม่เป็นทางการ เป็นกลุ่มที่ประสบปัญหาลักษณะเดียวกันมีความสนใจในเรื่องเดียวกัน ต้องการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน มีเป้าหมายร่วมกัน มีความมุ่งมั่นร่วมกันที่จะพัฒนาวิธีการทำงานหรือวิธีปฏิบัติในเรื่องที่สนใจให้ดีขึ้น

ความตระหนักรู้ หมายถึง ภาวะที่บุคคลเข้าใจและประเมินสถานการณ์ที่เกี่ยวกับตนเองได้จากสภาวะจิตที่ยอมรับถึงภาวะการณ์หรือความโน้มเอียงที่จะเลือกพฤติกรรม และปฏิบัติตนเพื่อแสดงต่อปัญหาหรือเหตุการณ์หนึ่งที่ได้ประสบ

พฤติกรรม หมายถึง การกระทำการแสดงออก รวมไปถึงความคิดความรู้สึกที่บุคคลเปิดเผยออกมา

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการคัดเลือกและแบ่งกลุ่มชุมชนนักปฏิบัติ จำนวน 6 กลุ่ม วัดความตระหนักรู้และประเมินพฤติกรรมด้านการดูแลตนเองก่อนเข้าสู่กระบวนการจัดการความรู้ จากนั้นดำเนินการจัดการความรู้ตามทฤษฎีกระบวนการจัดการความรู้ 7 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การค้นหา/บ่งชี้ความรู้ 2) การสร้างและการแสวงหาความรู้ 3) การจัดการ ความรู้ให้เป็นระบบ 4) การประมวลและกลั่นกรองความรู้ 5) การเข้าถึงความรู้ 6) การแบ่งปันแลกเปลี่ยนความรู้ และ 7) การเรียนรู้ จำนวน 6 ครั้ง ภายใต้กรอบมาตรการส่งเสริมสุขภาพ 6 ประเด็น ได้แก่ 1) อาหาร (diet) 2) อารมณ์ (emotion) 3) การออกกำลังกาย (exercise) 4) อโรคยา (disease prevention) คือ ความไม่มีโรค 5) อนามัยสิ่งแวดล้อม (environmental health) และ 6) อบายมุข (temptation) ซึ่งข้อมูลจากการจัดการความรู้ในแต่ละครั้ง ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหาและตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลแบบสามเส้าทุกครั้งก่อนบันทึกในคลังความรู้ ดำเนินการ

วิเคราะห์ข้อมูลจากคลังความรู้ด้วยเทคนิคการสรุปตีความแบบอุปนัย (inductive analysis) เพื่อสร้างแนวปฏิบัติที่ดี หลังจากได้แนวปฏิบัติที่ดี ผู้วิจัยดำเนินการวัดความตระหนักรู้และพฤติกรรมด้านการดูแลตนเองของชุมชนนักปฏิบัติอีกครั้ง

คำถามการวิจัย

ภายหลังการจัดการความรู้ชุมชนนักปฏิบัติ เกิดความตระหนักรู้และพฤติกรรมด้านการดูแลตนเองอย่างไร

สมมติฐานงานวิจัย

ภายหลังการจัดการความรู้ชุมชนนักปฏิบัติ เกิดความตระหนักรู้และมีพฤติกรรมด้านการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการจัดการความรู้

วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนาและประเมินรูปแบบการจัดการความรู้ด้านการดูแลตนเองสำหรับผู้สูงอายุของชุมชนนักปฏิบัติ ตำบลจอมทอง อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก

วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นการวิจัยแบบมีส่วนร่วม (participatory research) โดยใช้กระบวนการจัดการความรู้ในด้านการดูแลตนเองของกลุ่มชุมชนนักปฏิบัติโดยผู้วิจัยทำหน้าที่เป็น facilitator และ note taker วิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experiment) โดยเปรียบเทียบความตระหนักรู้และพฤติกรรมด้านการดูแลตนเองก่อนและหลังการจัดการความรู้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปในตำบลจอมทอง อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 360 คน กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ ร้อยละของประชากรเป็นหลักร้อยละ กลุ่มตัวอย่างอย่างน้อยร้อยละ 25⁹

กลุ่มตัวอย่าง ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปในตำบลจอมทอง อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 90 คน คัดเลือกแบบเจาะจง โดยคัดเลือกคนที่มีคุณสมบัติสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของงานวิจัย กำหนดเกณฑ์คัดเข้า คือ ผู้สูงอายุที่มีค่า ADL $\geq$ 12 คะแนน สามารถสื่อสารได้ดี เคลื่อนไหวได้สะดวกและช่วยเหลือตนเองได้ดี สมัครใจเข้าร่วมกิจกรรมได้ตลอดระยะเวลาของการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1) แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา สถานภาพ สมรส การศึกษา ศาสนา ลักษณะครอบครัว รายได้ สิทธิการรักษาพยาบาล

2) แบบวัดความตระหนักรู้ และแบบประเมินพฤติกรรมด้านการดูแลตนเองสำหรับผู้สูงอายุ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น

จากการประยุกต์แนวคิดการดูแลตนเองของโอเร็ม¹⁰ จำนวน 6 เรื่อง ได้แก่ ด้านอาหาร อารมณ์ ออกกำลังกาย อโรคยา อนามัยสิ่งแวดล้อม และอบายมุข จำนวนด้านละ 5 ข้อ รวม 30 ข้อ คำตอบเป็นมาตราประเมินค่า 5 ระดับ 1 คือ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง 2 คือ ไม่เห็นด้วย 3 คือ ไม่แน่ใจ 4 คือ เห็นด้วย และ 5 คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง สำหรับแบบประเมินพฤติกรรมด้านการดูแลตนเอง จำนวน 6 ด้าน ด้านละ 5 ข้อ รวม 30 ข้อ คำตอบเป็นมาตราประเมินค่า 5 ระดับ 1 คือ ไม่ปฏิบัติเลย 2 คือ ปฏิบัตินานๆ ครั้ง 3 คือ ปฏิบัติบางครั้ง 4 คือ ปฏิบัติบ่อยครั้ง และ 5 คือ ปฏิบัติประจำ ตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยนำไปใช้กับผู้สูงอายุในตำบลจอมทอง ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน และนำมาคำนวณโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค¹¹ ได้ความเชื่อมั่นของแบบวัดความตระหนัก

รู้และแบบประเมินพฤติกรรมโดยรวมเท่ากับ 0.95 และ 0.98 ตามลำดับ ระดับตามคะแนนเฉลี่ย ของความตระหนักรู้และพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้สูงอายุ คือ 1.00–2.33 คะแนน หมายถึง อยู่ในระดับน้อย 2.34–3.67 คะแนน หมายถึง อยู่ในระดับ ปานกลาง และ 3.68–5.00 คะแนน หมายถึง อยู่ในระดับมาก⁹

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยพัฒนาแนวคำถามและแบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง จากแนวคิดกระบวนการจัดการความรู้ของ Probst¹² ประกอบด้วย 1) หัวข้อ/ประเด็นการจัดการความรู้ของชุมชนนักปฏิบัติเพื่อการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ 2) แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้างในการสอบถามผลการเข้าร่วมการจัดการความรู้ของชุมชนนักปฏิบัติเพื่อการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ 3) แบบบันทึกคลังความรู้ เพื่อหาแนวปฏิบัติที่ดีในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในชุมชนตำบลจอมทอง อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านอนามัยชุมชน จำนวน 2 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจำนวน 1 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของแบบวัดความตระหนักรู้และแบบประเมินพฤติกรรม การดูแลตนเองสำหรับผู้สูงอายุ ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.85 และ 0.94 ตามลำดับ ตรวจสอบความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค¹¹ ได้ความเชื่อมั่นของแบบวัดความตระหนักรู้และแบบประเมินพฤติกรรมโดยรวมเท่ากับ 0.95 และ 0.98 ตามลำดับ สำหรับหัวข้อ/ประเด็นการจัดการความรู้ของชุมชนนักปฏิบัติเพื่อการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ และแบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้างในการสอบถามผลการเข้าร่วมการจัดการความรู้ของชุมชนนักปฏิบัติเพื่อการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ได้ค่าดัชนีความตรงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.87, 1.00 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมวิจัย

โครงการวิจัยได้ผ่านความเห็นชอบในการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม เลขที่ PSRU-EC No.2021/058 ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลโดยคำนึงถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างเป็นหลัก โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลและระยะเวลาที่ทำการวิจัยเปิดโอกาสให้ซักถาม กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิที่จะปฏิเสธ หรือถอนตัวจากการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อสัมพันธภาพและสถานะทางสังคม ทั้งนี้ข้อมูลที่ได้จากอาสาสมัครจะไม่มีข้อมูลที่ระบุตัวบุคคลได้ ข้อมูลจะถูกเก็บเป็นความลับและนำเสนอข้อมูลในภาพรวมเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บข้อมูลแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การเตรียมการ โดยการชี้แจงวัตถุประสงค์การจัดกิจกรรม นัดหมายกระบวนการจัดการความรู้ให้ชุมชนนักปฏิบัติทราบ ดำเนินการวัดความตระหนักรู้และพฤติกรรม การดูแลตนเองสำหรับผู้สูงอายุของชุมชนนักปฏิบัติ และแบ่งกลุ่มชุมชนนักปฏิบัติตามคะแนนเฉลี่ยความตระหนักรู้และพฤติกรรม การดูแลตนเองสำหรับผู้สูงอายุ ความถนัดและความสนใจ เป็น 6 กลุ่ม ตามหัวข้อมาตรการ 6 อ. ได้แก่ อาหาร อารมณ์ ออกกำลังกาย อโรคยา อนามัยสิ่งแวดล้อม และอบายมุข

ระยะที่ 2 การดำเนินการตามกระบวนการจัดการความรู้ ประกอบด้วย 7 กิจกรรม จำนวน 6 ครั้ง โดยผู้เข้าร่วมกิจกรรม คือ ทีมนักวิจัยและชุมชนนักปฏิบัติ ดังนี้ ครั้งที่ 1 ค้นหาความรู้ โดยระดมความคิดสร้าง knowledge mapping กำหนดประเด็นที่เป็นองค์ประกอบสำคัญ และประโยชน์ขององค์ความรู้เพื่อนำไปเป็นคลังความรู้เฉพาะ ครั้งที่ 2 สร้างและแสวงหาความรู้ โดยระดมความคิดตามประเด็นที่กำหนดในแต่ละครั้ง และพูดคุยแต่ละประเด็นไป

เรื่อย ๆ ระยะเวลาครั้ง 1 ชั่วโมง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง รวม 8 ครั้ง ครั้งที่ 3 จัดการความรู้ให้เป็นระบบ โดยนำความรู้ที่ได้จากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้มาจัดทำเป็นสารบัญชิจกรกรม (แบ่งเป็นรายข้อ) ครั้งที่ 4 ประมวลความรู้และกลั่นกรองความรู้ โดยจัดทำรูปแบบการจัดเก็บข้อมูลของแต่ละชุด ให้เป็นรูปแบบเดียวกัน ขัดเกลาภาษาให้ความหมายและมีคำจำกัดความที่เข้าใจตรงกัน เป็นภาษาที่สื่อสารง่าย ครั้งที่ 5 เข้าถึงความรู้ โดยจัดทำเอกสารคู่มือที่ได้จากการเรียนรู้ใน 6 หัวข้อ และจัดทำเป็นนิทรรศการนิทรรศการเพื่อโอกาสในการเลือกใช้ข้อมูลต่าง ๆ ครั้งที่ 6 แบ่งปันแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และจัดการเรียนรู้ โดยการนำเสนอความรู้ไปใช้ประโยชน์ โดยจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทั้ง 6 กลุ่ม และนำเสนอความรู้ไปใช้ประโยชน์

ระยะที่ 3 ระยะติดตามผลการนำความรู้ไปใช้ โดยการวัดความตระหนักรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองสำหรับผู้สูงอายุของชุมชนนักปฏิบัติหลังจัดการความรู้

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลจากคลังความรู้มาวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (content analysis) 5 ขั้นตอน ประกอบด้วย ตั้งเกณฑ์สำหรับคัดเลือกข้อมูล วางเค้าโครงข้อมูลวางบริบทของข้อมูล ดำเนินการวิเคราะห์เนื้อหา และสรุปด้วยการสร้างข้อสรุปแบบอุปนัยเพื่อกำหนดเป็นแนวปฏิบัติที่ดี โดยผู้วิจัยตรวจสอบข้อมูลด้วยวิธีรวบรวมข้อมูลแบบสามเส้า¹³ (methodological triangulation) และตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลด้วยวิธี (member check) ก่อนสรุปผลการศึกษาเพื่อกำหนดแนวปฏิบัติที่ดี สำหรับคะแนนเฉลี่ยความตระหนักรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองใช้การแจกแจงความถี่ สถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความตระหนักรู้ และค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุก่อนและหลังเข้าร่วมกระบวนการจัดการความรู้ ด้วยสถิติ paired t-test

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 57.78) อายุเฉลี่ย 69.20 (SD 6.74) ปี อาชีพเกษตรกรกรรม (ร้อยละ 31.11) สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 38.89) ระดับการศึกษา ประถมศึกษา (ร้อยละ 38.89) ศาสนาพุทธ (ร้อยละ 100) ลักษณะของครอบครัว เป็นครอบครัวขยาย (ร้อยละ 70) รายได้ของผู้สูงอายุได้รับต่อเดือน เฉลี่ย 5,180.60 บาท สิทธิการรักษาพยาบาล บัตรประกันสุขภาพ (ร้อยละ 75.56)

ค่าคะแนนเฉลี่ยของความตระหนักรู้ในการดูแลตนเองของชุมชนนักปฏิบัติโดยรวม ภายหลังการจัดการความรู้เพิ่มขึ้นกว่าก่อนการจัดการความรู้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .00 เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่ามีความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .01 (ตารางที่ 1)

ค่าคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลตนเองของชุมชนนักปฏิบัติโดยรวม ภายหลังการจัดการความรู้เพิ่มขึ้นกว่าก่อนการจัดการความรู้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .05 เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านอาหาร อารมณ์ อโรควา อนามัยสิ่งแวดล้อม อนามัย มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนจัดการเรียนรู้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .01 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการออกกำลังกาย พบว่า แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 แสดงคะแนนเฉลี่ยความตระหนักรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองสำหรับผู้สูงอายุของชุมชนนักรักปฏิบัติ ก่อนและหลังการจัดการความรู้

ความตระหนักรู้/ พฤติกรรม การดูแลตนเอง	คะแนนเต็ม	Pre-test		Post-test		t	p-value
		$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
ความรู้							
ด้านอาหาร	5	3.59	0.86	4.82	0.42	13.179*	.000
ด้านอารมณ์	5	3.23	0.97	4.87	0.32	15.973*	.000
ด้านออกกำลังกาย	5	3.77	0.88	4.78	0.84	12.654*	.000
ด้านโรคยา	5	3.37	0.96	4.85	0.38	12.675*	.000
ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม	5	3.58	0.84	4.84	0.38	13.524*	.000
ด้านอบายมุข	5	3.19	0.97	4.84	0.32	16.883*	.000
คะแนนรวมเฉลี่ย	5	3.45	0.92	29.06	0.57	29.856	.000
พฤติกรรม							
ด้านอาหาร	5	4.20	0.84	4.53	0.56	3.24*	.000
ด้านอารมณ์	5	4.03	0.57	4.71	0.87	3.88*	.000
ด้านออกกำลังกาย	5	3.85	0.83	3.98	0.76	.224	.050
ด้านโรคยา	5	3.84	0.94	4.62	0.67	2.61**	.000
ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม	5	3.76	0.88	4.76	0.84	3.18*	.000
ด้านอบายมุข	5	3.84	0.74	4.04	0.95	3.72*	.000
คะแนนรวมเฉลี่ย	5	3.92	0.87	4.44	0.77	2.51	0.02*

*p < .001, **p < .005

กลุ่มชุมชนนักรักปฏิบัติได้ร่วมกัน คิด วิเคราะห์ แสดงความคิดเห็น และคัดเลือกประเด็นที่กลุ่มสนใจ จากนั้นนำข้อมูลจากประสบการณ์ของตนเอง หรือ การรับข้อมูลข่าวสารสาธารณะทั้งที่เป็นทางการและ ไม่เป็นทางการ รวมถึงการปฏิบัติแล้วได้ผลดี มาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ผู้วิจัยจัดบันทึกข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูล

เชิงเนื้อหา จัดทำคลังความรู้ในรูปแบบที่กลุ่มตกลงกัน และสรุปข้อมูลแบบอุปนัยเพื่อกำหนดเป็นแนวปฏิบัติ ที่ดี ปัจจัยความสำเร็จ คือ ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง มีส่วนร่วม ในการแสดงความคิดเห็น ทีมนักวิจัยช่วยในการอำนวยความสะดวกแก่การทำกลุ่มและกิจกรรม ผู้วิจัยช่วย ในการสกัดความรู้ เพื่อนำไปรวบรวมจัดทำคลังความรู้

แนวปฏิบัติที่ดีในการดูแลตนเองสำหรับผู้สูงอายุจากกระบวนการจัดการความรู้ ประกอบด้วย 6 ด้าน ดังนี้

ด้านอาหาร ประเด็นการจัดการความรู้ คือ ผู้สูงอายุมีโอกาสมีปัญหาระบบทางเดินอาหาร เช่น ท้องผูก ท้องเดิน ภาวะอาหาร หรือ ลำไส้อักเสบขาดวิตามิน มีแนวปฏิบัติ ดังนี้ 1) การรับประทานอาหารเป็นเวลา 2) การรับประทานอาหารเสริมเป็นประจำ 3) การเลือกรับประทานอาหารที่สะอาดและปลอดภัย 4) การรับประทานอาหารที่ไม่ใส่ผงชูรส 5) การรับประทานอาหารอ่อนย่อยง่าย

ด้านอารมณ์ ประเด็นการจัดการความรู้ คือ ผู้สูงอายุมักแสดงอารมณ์ ดุ ต่ำ ว่ากล่าว ลูกหลาน ข้างปาลังของ ทำให้ลูกหลานไม่อยากเข้าใกล้ และเมื่อเกิดความเครียด ส่งผลทำให้เกิดอาการป่วยทางกายหลายอย่าง เช่น อ่อนเพลีย ไม่มีแรง ปวดหลัง ปวดหัว คลื่นไส้ อาเจียน อารมณ์สับสน หงุดหงิดโมโหง่าย วิตกกังวล มองโลกในแง่ร้าย และมักจะใช้นานอนหลับ หรือ ยาระงับประสาท การจัดการอารมณ์และความเครียดจึงจำเป็นอย่างยิ่ง **แนวปฏิบัติ** คือ 1) เมื่อรู้สึกโกรธจะไม่ข้างปาลังของ หรือ พุดจาไม่สุภาพ 2) การฝึกสมาธิและปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอย่างมีสติอยู่เสมอ 3) ไม่ใช้ยาระงับประสาท หรือนานอนหลับ เมื่อรู้สึกเครียด ท้อแท้ 4) ไม่นำคำพูดของผู้อื่นมาคิดหรือเปรียบเทียบกับผู้อื่นให้เกิดความทุกข์

ด้านการออกกำลังกาย ประเด็นการจัดการความรู้ คือ การออกกำลังกายเป็นสิ่งที่มีความสำคัญสำหรับทุกเพศทุกวัย แต่ถ้าขาดการเตรียมพร้อมที่ดีก็อาจก่อให้เกิดปัญหาหรือภาวะแทรกซ้อนตามมาได้ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุเนื่องจากความเสื่อมสภาพของอวัยวะและระบบต่างๆ ในร่างกาย แม้จะไม่สามารถหยุดยั้งความเสื่อมให้หยุดนิ่งอยู่กับที่ได้ แต่ก็สามารถชะลอความแก่ ทำให้คนเรามีชีวิตยืนยาวและมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ **แนวปฏิบัติ** คือ 1) อบอุ่นร่างกายก่อนออกกำลังกายและผ่อนคลายกล้ามเนื้อหลังออกกำลังกายเสร็จทุกครั้ง

2) ใช้เวลาในการออกกำลังกายที่ไม่ต่ำกว่าครึ่งละ 20-30 นาที 3) ออกกำลังกายไม่ต่ำกว่าสัปดาห์ละ 3 วัน 4) ออกกำลังกายด้วยวิธีการที่เหมาะสมกับสภาพร่างกายของตนเองด้วยการเดิน ปั่นจักรยาน เล่นเบตอง ไม้ฟล่อง เล่นกีฬาอื่นๆ ที่ไม่หักโหม และไม่ได้รับบาดเจ็บระหว่างการออกกำลังกาย

ด้านโรคภัย ประเด็นการจัดการความรู้ คือ สภาพความเป็นไปของร่างกายที่ปราศจากโรคภัย เรียกว่า “สุขภาพ” ใครไม่มีโรค ถือว่าเป็นลาภอันประเสริฐ (อโรคยาปรมาลาภา-ความไม่มีโรคเป็นลาภอันประเสริฐ)

โรคภัยไข้เจ็บที่เกิดกับผู้สูงอายุมักมาจากปัจจัยหลัก 4 ประการคือ ความเสื่อมของอวัยวะตามวัย พฤติกรรมหรือวิถีชีวิตที่ผ่านมาการเปลี่ยนแปลงของเซลล์ร่างกาย การลดภาวะพึ่งพิงที่จะเกิดขึ้นกับผู้สูงอายุสามารถชะลอได้ด้วยการมีวิถีปฏิบัติที่ดีและดูแลตนเองเพื่อลดโรคหรือการเกิดโรคแทรกซ้อน **แนวปฏิบัติ** คือ 1) เข้ารับการตรวจสุขภาพ เช่น วัดระดับความดันโลหิตและตรวจระดับน้ำตาลในเลือดเป็นประจำ 2) เมื่อเจ็บป่วยเล็กน้อยไปพบแพทย์โดยไม่ซื้อยามารับประทานเอง 3) ต้มยาสมุนไพร 2 แก้วต่อวัน 4) เมื่อล้มรับประทายไม่รับประทายเพิ่มเป็น 2 เท่าในมือถัดไป

ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ประเด็นการจัดการความรู้ คือ ผู้สูงอายุนับว่าเป็นวัยที่มีความเสื่อมถอยของร่างกาย เช่น มีสายตาพร่ามัวจากภาวะเสื่อมตามวัยหรือการเป็นโรคต้อกระจก การทรงตัวและการเคลื่อนไหวที่ไม่มั่นคงจากการเป็นโรคเกี่ยวกับกระดูก ข้อกล้ามเนื้อ รวมถึงการรับรู้ของประสาทสัมผัสต่อความเจ็บ ความร้อน ลดลง สิ่งต่างๆ การจัดสภาพแวดล้อมต่างๆ ให้เอื้ออำนวยต่อการใช้ชีวิตประจำวัน และป้องกันการเกิดอุบัติเหตุในผู้สูงอายุ ซึ่งการจัดสภาพแวดล้อมที่ไม่ปลอดภัยเป็นเหตุให้ผู้สูงอายุสะดุดสิ่งกีดขวางทำให้หกล้ม ลื่นล้ม เสี่ยงต่อการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ พิกการ และอาจเสียชีวิตได้ **แนวปฏิบัติ** คือ 1) แยกขยะและทิ้งขยะในที่รองรับขยะ

- 2) เก็บสิ่งของเครื่องใช้ในบ้านเป็นระเบียบ 3) จัดสิ่งของในห้องครัวให้เป็นระเบียบ สะดวกต่อการหยิบจับอุปกรณ์พร้อมใช้งานและอยู่ในระยะเอื้อมถึง
- 4) อยู่ในที่อากาศถ่ายเทสะดวก

ด้านอบายมุข ประเด็นการจัดการความรู้คือวิถีชีวิต 6 อย่าง แห่งความโลภ และความหลงที่ทำให้เกิดความเสื่อม ความฉิบหายของชีวิต ประกอบด้วย การดื่มน้ำเมา เที่ยวกลางคืน เที่ยวดูการละเล่น เล่นการพนัน คบคนชั่วเป็นมิตร เกียจคร้านการงาน ผู้สูงอายุควรรู้และเข้าใจโทษภัยของอบายมุข รู้เท่าทันอบายมุข บุหรี่ สุรา สารเสพติด การพนัน การสำส่อนทางเพศ ล้วนเป็นอบายมุขที่นำความเลวร้ายมาสู่ชีวิตและสุขภาพ ผู้สูงอายุควรปฏิบัติตนเป็นตัวอย่างที่ดีในการไม่ยุ่งเกี่ยวกับและถ่ายทอดให้ลูกหลานรู้เท่าทันอย่างชาญฉลาด และแนะนำวิธีการปฏิเสธอบายมุขทั้งปวงเพื่อให้ลูกหลานเป็นคนดีมีคุณภาพของครอบครัวและสังคม **แนวปฏิบัติ** คือ 1) ไม่สูบบุหรี่หรืออยู่ใกล้ผู้ที่สูบบุหรี่ 2) ไม่ดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ 3) ไม่เล่นการพนัน เช่น ไพ่ ไฮโล หว่ย ชนไก่ เป็นต้น 4) ไม่ใช้สารเสพติดใดๆ

อภิปรายผล

ชุมชนนักปฏิบัติ (community of practice-CoP) สำหรับการวิจัยนี้ ผู้วิจัยคัดเลือกผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี เป็นผู้สูงอายุติดสังคม ช่วยเหลือตนเองได้ มีทักษะการสื่อสาร ชอบแบ่งปันความรู้ และแสดงความคิดเห็นในเวทีประชาคมหรือที่ประชุมชมรมผู้สูงอายุ มีความสนใจทางสุขภาพ โดยเฉพาะในหัวข้อตามมาตรการ 6 อ การจัดการความรู้เน้นการเรียนรู้วิธีการเพื่อให้สามารถปฏิบัติหรือมีพฤติกรรมให้ดีขึ้นกว่าเดิม การแลกเปลี่ยนและสร้างทักษะ สร้างความรู้ และความเชี่ยวชาญให้เกิดขึ้นในกลุ่มชุมชนนักปฏิบัติ สอดคล้องกับคำนิยามของชุมชนนักปฏิบัติที่ว่า “เป็นการรวมตัวของกลุ่มคนที่มีความสัมพันธ์กันในการร่วมกิจกรรมและอภิปรายช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ปัญหาหรือความปรารถนาใน

เรื่องใดเรื่องหนึ่งเพื่อร่วมกันแลกเปลี่ยน ความรู้ ทักษะ ประสบการณ์เชิงลึก (ผ่านพื้นที่จริงการประชุมหรือเสมือน) ด้วยความสมัครใจ ทำให้เกิดการสร้างความเข้าใจ มุมมอง หรือพัฒนาแนวปฏิบัติ/ทักษะ/วิธีการในการแก้ปัญหาในเรื่องนั้นๆ เป็นแนวปฏิบัติในเรื่องที่แลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันไว้ ทั้งจากประสบการณ์ การเล่าเรื่อง เครื่องมือต่างๆ วิธีการแก้ปัญหา สังเคราะห์ จัดเก็บและถ่ายทอดโดยชุมชน¹⁴

เมื่อเสร็จสิ้นกระบวนการจัดการความรู้พบว่า ชุมชนนักปฏิบัติมีความตระหนักรู้ในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 สำหรับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .005 ทั้งนี้ เนื่องจากการจัดการความรู้เป็นกระบวนการที่สามารถสร้างความมีส่วนร่วมได้อย่างชัดเจน มีกระบวนการเป็นขั้นเป็นตอน ตั้งแต่ขั้นการวางแผน (planning) โดยการวิเคราะห์ตนเองเพื่อบ่งชี้ความรู้ที่ต้องการ ขั้นปฏิบัติการ (acting) โดยการสร้างและแสวงหาความรู้ การจัดความรู้ให้เป็นระบบ การประมวลและกลั่นกรองความรู้ การเข้าถึงความรู้ ขั้นสังเกตการณ์ (observing) โดยการแบ่งปันแลกเปลี่ยนความรู้ และการเรียนรู้เพื่อให้เกิดการถ่ายทอดองค์ความรู้และต่อยอดประสบการณ์ในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ และขึ้นสะท้อนผลการปฏิบัติ (reflecting)¹⁵⁻¹⁸ ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับการวิจัยของวิไลวรรณ ทองเจริญ และคณะ¹⁹ พบว่า การจัดการความรู้มีประสิทธิผลต่อการจัดการปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุทั้งด้านความรู้และพฤติกรรมจัดการปัญหาสุขภาพ ซึ่งรุ่งนภา หนูม่วง²⁰ พบว่า การจัดการความรู้ที่กำหนดองค์ประกอบการจัดการความรู้สามารถทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ความเข้าใจเทคนิควิธีและทักษะในการดำเนินงานชมรมสร้างสุขภาพ ด้านการบริหารจัดการชมรมสร้างสุขภาพ ด้านภาวะการณ์เป็นผู้นำในการสร้างสุขภาพของแกนนำชุมชน ด้านการส่งเสริมสุขภาพ และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ด้านการพัฒนา

กลุ่ม และด้านการทำงานเป็นทีมได้ อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณารายด้านของพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ พบว่า คะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านออกกำลังกาย พบว่า คะแนนเฉลี่ยก่อนการจัดการความรู้เท่ากับ 3.85 หลังจัดการความรู้เพิ่มขึ้นเป็น 3.98 ทั้งนี้ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีข้อจำกัดเรื่อง การไม่มีเวลา การขาดผู้นำในการออกกำลังกาย หรือ ไม่มีแรงในการออกกำลังกาย เนื่องจากบางคนอายุมากแล้ว อีกทั้งผู้สูงอายุบางคนที่ใช้แรงกายทำงานอยู่ แล้วคิดว่าการใช้แรงกายถือเป็นการออกกำลังกายไปแล้ว สอดคล้องกับการศึกษาของชลดา บุตรวิศา²¹ ที่พบว่า ปัจจัยด้านความสามารถของตนเองของผู้สูงอายุในการออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากผู้สูงอายุแม้สุขภาพดีแต่ส่วนใหญ่มักมีโรคเรื้อรังอย่างน้อย 1 โรค โดยโรคเรื้อรังเหล่านี้จะแปรผันตามชนิดและความรุนแรงส่งผลให้พฤติกรรมการออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลาง และศิริมา เขมะเพชร²² ที่พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่รับรู้สมรรถนะของร่างกายตนเองว่าเมื่อมีอายุมากขึ้นสมรรถนะของร่างกายจะลดลง แม้ตระหนักว่าการออกกำลังกายจะมีประโยชน์ต่อสภาวะสุขภาพมากก็ตามแต่หลังการออกกำลังกาย มักจะมีการบาดเจ็บบริเวณกระดูก ข้อต่อ กระดูกอ่อน เอ็น และกล้ามเนื้อ

จากผลการสังเคราะห์แนวปฏิบัติที่ดี พบว่าการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุควรมีทั้งความรู้ ทัศนคติ เข้าใจและการปฏิบัติที่แสดงออกมาเป็นพฤติกรรมในการดูแลตนเองผู้สูงอายุในด้านอาหาร อารมณ์ ออกกำลังกาย โรคภัย อนามัยสิ่งแวดล้อม และอบายมุข เพื่อชะลอการเกิดภาวะพึ่งพิงให้นานที่สุด จากกระบวนการสร้างความมีส่วนร่วมผ่านกระบวนการจัดการความรู้ที่ให้ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องได้ดำเนินการ หรือ ปฏิบัติการด้วยตนเองทำให้เกิดประสิทธิผลของการเรียนรู้ที่ดี การเสริมสร้างพลังอำนาจในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในชุมชน ทำให้ผู้สูงอายุมีความสนใจและเห็นความสำคัญของการดำเนินการ การรวมกลุ่มทำกิจกรรมมีส่วนให้ผู้สูงอายุเกิดความตระหนัก

ในปัญหาสุขภาพ ทำให้ผู้สูงอายุ ครอบครัวและชุมชนสามารถวิเคราะห์ปัญหาพร้อมกันหาแนวทางในการแก้ไขปัญหา แสวงหาความรู้ร่วมกัน และสามารถแลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์การดูแลแก่กันได้ อันจะนำไปสู่การสร้างสังคมสุขภาพดี และส่งเสริมบรรยากาศการสร้างสุขภาพในชุมชนนำไปสู่ความมีสุขภาพดี และมีชีวิตที่ยืนยาวขึ้น²³

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. การที่ผู้วิจัยทำหน้าที่เป็น facilitator และ note taker ในกระบวนการจัดการความรู้ ทำให้มีปัจจัยความสำเร็จในการบันทึกและถอดบทเรียน ซึ่งในอนาคตควรมีการส่งเสริมและพัฒนาผู้ดูแล สมาชิกในครอบครัว หรือ ชุมชน รวมทั้งผู้สูงอายุเองที่มีศักยภาพให้สามารถดำเนินการตามกระบวนการจัดการความรู้ได้ด้วยตนเอง เพื่อให้เกิดความยั่งยืนในการดำเนินการชุมชนนักปฏิบัติ เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในประเด็นการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง

2. การสร้างคลังความรู้และแนวปฏิบัติที่ดีในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ตำบลจอมทอง อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก ซึ่งเป็นกลุ่มผู้สูงอายุและชุมชนเมืองที่มีความพร้อมในการดูแลตนเอง แสวงหาความรู้ และถ่ายทอดประสบการณ์ความรู้ ดังนั้น เมื่อนำกระบวนการไปใช้ในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีบริบทที่ต่างออกไปอาจต้องออกแบบการเรียนรู้ให้เหมาะสมกับบริบทนั้นๆ เพิ่มเติม เพื่อให้เกิดประสิทธิผลของการเรียนรู้ตามผลของการศึกษาวิจัยครั้งนี้

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. นำข้อมูลจากกระบวนการจัดการความรู้ไปเผยแพร่ใน website และควรมีการศึกษาดูผลการนำไปใช้หรือการต่อยอดความรู้ที่เกิดขึ้น

2. ควรศึกษาวิจัยในประเด็นการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโดยใช้กระบวนการจัดการความรู้ ในประเด็นย่อยที่มีความเฉพาะเจาะจงมากขึ้น เช่น ในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในชุมชน เช่น

เบหวาน ความดันโลหิตสูง ข้อเข่าเสื่อม เป็นต้น

3. ควรศึกษาผู้สูงอายุที่เป็นคนต้นแบบ หรือชุมชนต้นแบบที่สามารถดูแลตนเอง หรือสุขภาพของผู้สูงอายุได้ดี เพื่อถอดบทเรียนนำมาถ่ายทอด และเผยแพร่ให้ได้เรียนรู้และนำไปสู่การปฏิบัติตามแบบอย่างเพื่อควมมีสุขภาพดีต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณองค์การบริหารส่วนตำบลจอมทอง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจอมทอง และชมรมผู้สูงอายุที่สนับสนุนการเก็บข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้

References

1. Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute. Thai elderly. Bangkok: Institute for Population and Social Research Mahidol University;2015. (in Thai)
2. Research Institute Foundation and development of the Thai elderly. Situation of the Thai Elderly 2019. Nakhon Pathom: Printthory; 2020. (in Thai)
3. Thepsiri P. Quality of life of the elderly in Banna district, Nakhonnayok province [dissertation]. Bangkok: Krirk University;2012. (in Thai)
4. Bureau of elderly health. Annual report 2020. Bangkok: Ministry of Public Health;2021. (in Thai)
5. Office of International Health Policy Development, Ministry of Public Health. Situation of the Thai elderly health problems. Bangkok: Institute for Population and Social Research Mahidol University; 2016. (in Thai)
6. Research Institute Foundation and development of the Thai elderly. Situation of the Thai Elderly 2019. Nakhon Pathom: Printthory; 2020. (in Thai)
7. Health Promotion Office Bureau. Health promotion for the elderly. Bangkok: Ministry of Public Health; 2020. (in Thai)
8. Numprasertchai S. Knowledge management. Bangkok: SE-ED Public Company;2015. (in Thai)
9. Jomthong Subdistrict Administrative Organization. Annual performance report 2020. Jomthong Subdistrict Administrative Organization;2021. (in Thai)
10. Srisaad B. Preliminary research. 10th ed. Bangkok: Suwiriyasan;2017. (in Thai)
11. Orem D. Nursing concepts of practice. 6th ed. St. Louis: Mosby: Missouri: Mosby-Year Book;2001.
12. Probst GR. Managing knowledge: Building blocks for success. Chichester: John Wiley & Sons;2000.
13. Richard J, Lee J. Cronbach 1916-2001. Washington, D.C: National academy of sciences; 2009.
14. Cheawjindakarn B. Qualitative case study research techniques. Liberal Art Review 2018; 13(25):103-18. (in Thai)
15. Faculty of Medicine Siriraj Hospital. KM definition. Bangkok: Mahidol University;2020. (in Thai)
16. Morr EC, Subercaze J. Knowledge management in health care;2009.
17. Moffett S, McAdam R. Knowledge management: A factor analysis of sector effects. Journal of Knowledge Management 2009;13(3):44-59.

18. Magnier-Watanabe R, Senoo D. Shaping knowledge management: Organization and national culture. *Journal of Knowledge Management* 2010;14(2):214-27.
19. Pichayapinyo P. The theory of self-care deficit of Orem's nursing. In: Pichayapinyo P, Lapvongwattana P, Kerdmongkol A, editors, *Nursing theory and application: Person, family, and community*. Bangkok: Danex Inter corporation; 2013. (in Thai)
20. Thongcharoen W, Ronnaritthiwichai C, Petchphansri S, Boonchan N, Wanich-Charoenchai W. Process effectiveness knowledge management and knowledge management high blood pressure of the elderly. *J Nurs Sci* 2011;29:103-12. (in Thai)
21. Numuang R. Knowledge management in operations community leader's health building club, Na Cha-ang subdistrict, Muang district, Chumphon province [dissertation]. Surat Thani: Surat-Thani Rajabhat University; 2009. (in Thai)
22. Bootwicha C. Factors associated with exercise behaviors of elderly in the health and environment promotion club, Sai Mai district, Bangkok Metropolitan [dissertation]. Krirk University 2018. (in Thai)
23. Khemapech S. Exercise for health in older adult. *JOPN* 2016;8(2):201-11. (in Thai)
24. Kamnak R, Punlertpanit S. The participation in health promotion for the elderly, Hua Fai temple, San Klang subdistrict, Pan district, Chiang Rai province. Academic conference "Nakhon Sawan Rajabhat 1st research" 11 August 2021; p.975. (in Thai)