

## กระบวนการจัดการความรู้ด้านสุขภาพชุมชน

กิจปพน ศรีธานี ส.บ., วท.ม., ประ.ด.\*

ลำปาง แม่ณมาตย์ ศศ.บ., อ.ม., ประ.ด.\*\*

\* ภาควิชาสาธารณสุขชุมชน คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม

\*\* กลุ่มวิชาการจัดการสารสนเทศและการสื่อสาร คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

**บทคัดย่อ** การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษากระบวนการจัดการความรู้ด้านสุขภาพชุมชน เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา โดยเลือกเก็บข้อมูลในชุมชนที่ได้รับการยอมรับว่ามีการผสมผสานการดูแลสุขภาพแบบดั้งเดิมเข้ากับทางการแพทย์แผนปัจจุบัน เป็นชุมชนเข้มแข็งที่มีกระบวนการดูแลสุขภาพโดยเน้นความสัมพันธ์กับชุมชนซึ่งเป็นที่ยอมรับระดับประเทศ 2 ชุมชนคือ ชุมชนคำปลาหลาย และชุมชนสันติสุข การเก็บรวบรวมข้อมูลใช้วิธีการสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม ประกอบกับการสังเกตแบบมีส่วนร่วมและไม่มีส่วนร่วม ผู้ให้ข้อมูลประกอบด้วยผู้ที่เกี่ยวข้องในการดูแลสุขภาพชุมชนจากภาควิชาชีพ 14 คน ภาคพื้นบ้าน 6 คน และภาคประชาชน 40 คน ผู้วิจัยใช้เวลาเข้าไปอยู่ในชุมชนเพื่อเก็บข้อมูลและร่วมกิจกรรมของชุมชนเป็นเวลานาน 9 เดือน ตั้งแต่เดือนพฤษภาคม 2553 ถึง มกราคม 2554 ผลการวิจัยพบว่า (1) กระบวนการจัดการความรู้ด้านสุขภาพชุมชนมีลักษณะแบบไม่เป็นทางการและไม่เด่นชัด กระบวนการจัดการความรู้จะแทรกอยู่ในกระบวนการดูแลสุขภาพซึ่งมีการถ่ายทอดความรู้เป็นกระบวนการหลัก (2) ความรู้ที่ใช้ทั้งในภาคประชาชนและภาคพื้นบ้านส่วนใหญ่เป็นความรู้โดยนัยที่มีอยู่ในตัวคน (tacit knowledge) ประกอบด้วยความรู้เกี่ยวกับองค์ประกอบด้านร่างกาย สาเหตุความเจ็บป่วย และแนวทางวิธีการดูแลสุขภาพ ซึ่งส่วนใหญ่ได้รับการถ่ายทอด สัมผัส และเรียนรู้กันมาจากคนในครอบครัวและเครือข่าย ในขณะที่ภาควิชาชีพมีความรู้ที่สำคัญประกอบด้วย ความรู้ด้านองค์ประกอบของร่างกาย โรคและสาเหตุความเจ็บป่วย การวินิจฉัยโรคและการรักษาโรค การใช้ยา และแนวทางการดูแลสุขภาพทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค (3) กระบวนการจัดการความรู้ที่เป็นกระบวนการหลักคือ การถ่ายทอดความรู้ จากภาควิชาชีพ และภาคพื้นบ้านไปสู่ภาคประชาชน คือผู้ป่วย และญาติ โดยมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นตัวเชื่อมโยงความรู้เข้าด้วยกัน วิธีการถ่ายทอดความรู้ ส่วนใหญ่อาศัยกระบวนการทางสังคม ได้แก่ กระบวนการกลุ่ม และการมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ดังนั้น จึงควรมีการพัฒนากระบวนการถ่ายทอดความรู้ด้านสุขภาพชุมชนให้มีวิธีการที่หลากหลายสอดคล้องกับเนื้อหาความรู้ และควรให้ความสำคัญกับการพัฒนาศักยภาพของ อสม. ให้มากยิ่งขึ้น

**คำสำคัญ:** กระบวนการจัดการความรู้, สุขภาพชุมชน, กระบวนการดูแลสุขภาพ

### บทนำ

การพัฒนาการดูแลสุขภาพของประเทศไทยตามแผนพัฒนาสุขภาพหลายฉบับ พบว่า นโยบายและแนวทางการดูแลสุขภาพที่จัดโดยภาครัฐเป็นการดูแลสุขภาพที่เน้นการรักษามากกว่าการส่งเสริมสุขภาพถึงแม้ว่าจะมีการกระจายการบริการสุขภาพสู่ท้องถิ่นมากขึ้น โดยมี

การขยายสถานบริการสุขภาพสู่ระดับอำเภอและตำบลอย่างทั่วถึงทั้งประเทศ<sup>(1)</sup> แต่แนวคิดหรือหลักการยังคงเน้นการตั้งรับมากกว่าการทำงานเชิงรุกทั้งในระดับบุคคลและการดูแลสุขภาพระดับชุมชน ถึงแม้จะมีการกระจายบริการสู่ท้องถิ่นแต่จำนวนผู้ใช้บริการก็ยังไม่ลดลงส่วนหนึ่งอาจจะเนื่องมาจากจำนวนประชากรที่เพิ่มขึ้น

และสิ่งที่ตามมาคือค่ารักษาพยาบาลที่เพิ่มขึ้นด้วยเช่นกัน ดังจะเห็นได้จากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของภาครัฐในช่วง 20 กว่าปี ที่ผ่านมามีเพิ่มขึ้นเป็น 20 เท่า จากปี พ.ศ. 2523 ซึ่งมีมูลค่า 25,315 ล้านบาท เป็น 588,154 ล้านบาท ในปี พ.ศ. 2551 หากคิดเป็นค่าใช้จ่ายต่อหัวประชากร เพิ่มขึ้นจาก 545 บาท ใน พ.ศ.2523 เป็น 9,304 บาท ใน พ.ศ. 2551 หรือเพิ่มขึ้นเกือบ 17 เท่าในมูลค่าปัจจุบัน<sup>(2)</sup>

จากปรากฏการณ์ดังกล่าวจึงทำให้มีการปฏิรูประบบบริการสุขภาพบนกรอบแนวคิดที่ว่า การรักษาเพียงอย่างเดียวไม่สามารถทำให้สุขภาพของประชาชนดีขึ้น หรือลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลได้ การดูแลรักษาสุขภาพของประชาชนควรจะเน้นการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคโดยใช้แนวคิดการดูแลสุขภาพองค์รวม ซึ่งให้ความสำคัญทั้งการดูแลสุขภาพทางกาย จิตใจ สังคมและปัญญา<sup>(3)</sup> ดังนั้นในปี 2540 จึงมีการปฏิรูประบบสุขภาพของประเทศอย่างจริงจังโดยมุ่งเน้นการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ และตั้งภาคส่วนต่างๆ ของสังคมชุมชนเข้ามาดำเนินการร่วมกัน รวมไปถึงการฟื้นฟูภูมิปัญญาท้องถิ่นและการแพทย์แผนไทย ผสมผสานบริการร่วมกับการดูแลสุขภาพแผนปัจจุบันเพื่อการดำเนินการของแนวคิดการดูแลสุขภาพชุมชนในมุมมองใหม่ของประเทศเป็นไปได้ รัฐบาลจึงออกกฎหมายและตั้งหน่วยงานขึ้นมารองรับ โดยในปี 2545 ได้ตั้งกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกขึ้นมาทำหน้าที่โดยตรง<sup>(4)</sup> และในปี 2550 ได้ออกพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติโดยมีวาระที่เอื้อต่อการสนับสนุนการใช้องค์ความรู้ร่วมกันระหว่างภาครัฐ ภาคประชาชน และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในท้องถิ่น<sup>(5)</sup>

ตามหลักการของการดูแลสุขภาพในกรอบการดูแลสุขภาพแนวใหม่<sup>(3)</sup> ที่เน้นให้ทุกคนเข้ามามีส่วนร่วม พบว่าการดูแลสุขภาพชุมชนเป็นโครงสร้างที่ประกอบด้วย 3 ภาคส่วนคือ ภาควิชาชีพ ภาคพื้นบ้านและประชาชน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Kleinman<sup>(6)</sup> ซึ่งอธิบายว่าการดูแลสุขภาพชุมชนที่ดั้นด้นควรมีองค์ประกอบหลัก 3 ภาคส่วนด้วยกันคือ (1) ภาควิชาชีพ ซึ่งเป็นกลุ่มผู้ให้

บริการสุขภาพด้านการแพทย์แผนปัจจุบัน ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอื่นๆ ซึ่งมีความรู้ความเชี่ยวชาญด้านการรักษาด้วยยาและวิทยาการด้านการแพทย์สมัยใหม่ และ (2) ภาคพื้นบ้าน ประกอบด้วยหมอพื้นบ้านประเภทต่างๆ อาทิ หมอนวดพื้นบ้าน หมอยาสมุนไพร เป็นต้น ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการดูแลสุขภาพโดยใช้ความรู้ด้านภูมิปัญญาดั้งเดิมโดยมีความชำนาญด้านการรักษาด้วยยาสมุนไพร การนวด การบำบัดด้วยอาหารตามธรรมชาติ และ (3) ภาคประชาชน ซึ่งมีบทบาทในการดูแลสุขภาพตนเอง สมาชิกในครอบครัวและคนในชุมชนโดยอาศัยประสบการณ์ด้านการเจ็บป่วยในการดูแลสุขภาพ ดังนั้น การดูแลสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือชุมชนจึงมีทั้งสามภาคส่วน ซึ่งสอดคล้องกับบริบทการดูแลสุขภาพของประเทศไทย

ถ้ามองจากโครงสร้างของการดูแลสุขภาพชุมชนโดยรวมแล้วพบว่าเป็นการบูรณาการความรู้ทางการแพทย์สมัยใหม่ ความรู้พื้นบ้านซึ่งเป็นภูมิปัญญาและความรู้ที่เป็นประสบการณ์ของประชาชน ทั้งที่เคยเป็นผู้ป่วยหรือญาติผู้ป่วย มาใช้ความรู้ร่วมกันเพื่อประโยชน์ในการรักษาป้องกันโรคและการส่งเสริมสุขภาพของคนในชุมชนเพื่อให้ชุมชนมีความเข้มแข็งดูแลตนเองได้ในด้านสุขภาพ ซึ่งการบูรณาการในสามส่วนนี้ให้เป็นประโยชน์นั้นยังไม่สามารถเห็นเป็นรูปธรรมที่ชัดเจนว่าทำอย่างไรจึงจะดึงเอาความรู้จากทุกภาคส่วนออกมาใช้ให้เกิดประโยชน์ร่วมกันในการดูแลสุขภาพชุมชน เพื่อที่จะอธิบายกระบวนการดึงหรือยกระดับความรู้มาใช้ดังกล่าว ผู้วิจัยเห็นว่าน่าจะสามารถอธิบายได้ด้วยกระบวนการจัดการความรู้ซึ่งมีแนวคิดสำคัญคือ การดึงเอาความรู้ที่อยู่ในภาคส่วนที่เกี่ยวข้องหรือในชุมชนนักปฏิบัติมาถ่ายโอนและใช้ความรู้ในการดูแลสุขภาพ ซึ่งจะทำให้เกิดองค์ความรู้ใหม่<sup>(7)</sup>

จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องในการนำแนวคิดด้านการจัดการความรู้มาใช้ในด้านสุขภาพชุมชนยังมีไม่มากนัก ที่มีอยู่ส่วนใหญ่เป็นการนำการจัดการความรู้มาใช้ศึกษาเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของภาควิชาชีพซึ่งอยู่ในองค์กรด้านสุขภาพแต่ยังไม่มีการศึกษา

ในชุมชน<sup>(8,9)</sup> ในส่วนของงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับชุมชนเป็นการศึกษาการใช้การจัดการความรู้เป็นเครื่องมือในการถ่ายทอดความรู้ด้านสุขภาพโดยถ่ายโอนความรู้จากความรู้ในตัวบุคคลไปเป็นความรู้ชัดแจ้งที่สามารถนำไปแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในชุมชนนักปฏิบัติ<sup>(10)</sup> สำหรับประเทศไทยมีงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับการนำการจัดการความรู้ไปใช้ในการดูแลสุขภาพชุมชนบ้างในลักษณะเดียวกัน ตัวอย่างเช่น งานวิจัยของพระประสิทธิ์ไชยชาติ<sup>(11)</sup> ใช้การจัดการความรู้เป็นเครื่องมือในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของกลุ่มหมอพื้นบ้านโดยสร้างเป็นกลุ่มผู้ปฏิบัติงานด้านการดูแลสุขภาพซึ่งประกอบด้วยหมอพื้นบ้านที่เป็นครูภูมิปัญญาขึ้นมารวมตัวกันเป็นกลุ่มเครือข่ายในชุมชน เช่น เครือข่ายหมอพื้นบ้านอีสานและ Chantarasombat and Srisa-ard<sup>(12)</sup> ได้นำการจัดการความรู้มาพัฒนากลุ่มวิสาหกิจชุมชนที่เป็นกลุ่มหมอพื้นบ้านโดยมีเป้าหมายเพื่อดึงความรู้มาใช้ในด้านธุรกิจชุมชน ในขณะที่พัชร ดารงสุนทรชัย<sup>(13)</sup> ได้ศึกษาและเสนอแนวทางการจัดการความรู้เพื่อสุขภาพชุมชน 10 ประการได้แก่ (1) การรวมกลุ่มคนที่มีภาระหนักในทุกๆภาวะ (2) กำหนดเป้าหมายสุขภาพร่วมกันของชุมชน (3) การใช้หน่วยงานต่างๆ ที่ให้ความร่วมมือเป็นแหล่งเรียนรู้ (4) การสร้างพื้นที่/เวทีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในชุมชน (5) การทำวิจัยโดยชุมชนเพื่อหาความรู้ที่เหมาะสมกับบริบท (6) การสกัดความรู้ที่อยู่ในตัวบุคคล/กลุ่มด้วยเครื่องมือเพื่อนช่วยเพื่อน (7) การขยายเครือข่ายการเรียนรู้ของชุมชน (8) การที่ผู้นำชุมชนเป็นตัวแบบสำคัญของการเพิ่มพูนความรู้ (9) การพัฒนาแหล่งเรียนรู้ชุมชนเพื่อเป็นคลังความรู้ และ (10) การสร้างนักจัดการความรู้อย่างต่อเนื่องโดยไม่มองข้ามเด็กและเยาวชน โดยมีองค์ประกอบสำคัญคือ คน กระบวนการจัดการความรู้ และทรัพยากรที่มีในชุมชน

จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องข้างต้นพบว่า การใช้การจัดการความรู้ในด้านสุขภาพชุมชนนั้นเป็นเพียงแต่มีการศึกษาโดยการนำการจัดการความรู้มาใช้เป็นเครื่องมือในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในกลุ่มบุคคล

ที่เกี่ยวข้องในการดูแลสุขภาพ เช่น หมอพื้นบ้าน โดยมีเป้าหมายเพื่อการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และการทำงานร่วมกันและดึงความรู้มาใช้ให้เกิดประโยชน์เชิงพาณิชย์โดยใช้เครื่องมือที่เรียกว่า ชุมชนเรียนรู้ (community of practices; CoPs) แต่ยังไม่มียานวิจัยที่ศึกษาวิเคราะห์ถึงการใช้กระบวนการจัดการความรู้เพื่อบูรณาการเอาความรู้ของภาคส่วนที่เกี่ยวข้องมาใช้ประโยชน์ในการดูแลสุขภาพชุมชนซึ่งหมายความถึงการรักษาฟื้นฟูการป้องกันโรคและการส่งเสริมสุขภาพชุมชน ดังนั้นในงานวิจัยชิ้นนี้จึงมุ่งที่จะศึกษาถึงกระบวนการจัดการความรู้ด้านสุขภาพชุมชนที่ใช้เป็นการบูรณาการความรู้จากภาควิชาชีพภาคพื้นบ้านและภาคประชาชนโดยศึกษาการไหลเวียนถ่ายโอนความรู้และนำความรู้ไปใช้ด้านการดูแลรักษา การสร้างความรู้ใหม่ให้เกิดประโยชน์ผ่านกระบวนการดูแลสุขภาพชุมชนของสามภาคส่วนดังกล่าว ทั้งนี้เพราะการจัดการความรู้ไม่ได้เป็นกระบวนการเฉพาะด้านและเนื่องจากการดูแลสุขภาพในชุมชนมีความซับซ้อนจึงจำเป็นต้องวิเคราะห์หากระบวนการจัดการความรู้ผ่านกระบวนการดูแลสุขภาพชุมชน ผลการศึกษาที่ได้จะทำให้มองเห็นภาพรวมของการถ่ายโอนความรู้ การใช้ความรู้และการบูรณาการความรู้ระหว่างความรู้ด้านภูมิปัญญาและความรู้ทางการแพทย์สมัยใหม่ของผู้เกี่ยวข้องจากทั้งสามภาคส่วนซึ่งจะนำไปสู่การสร้างเสริมความเข้มแข็งของชุมชนในด้านการดูแลสุขภาพ ตลอดจนสามารถนำเทคนิคการจัดการความรู้มาใช้เป็นเครื่องมือในการบริหารจัดการความรู้ในชุมชนซึ่งเป็นองค์กรที่ไม่เป็นทางการได้

### วิธีการศึกษา

การศึกษากระบวนการจัดการความรู้ด้านสุขภาพในบริบทของไทยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research) โดยใช้วิธีการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพเพื่อเป็นการทำความเข้าใจกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพชุมชน การค้นหาองค์ความรู้ วิธีการถ่ายทอดความรู้ และการใช้ความรู้ผ่านวัฒนธรรมการดูแลสุขภาพของคนในชุมชน และผ่านกระบวนการดูแล

สุขภาพของภาควิชาชีพ ภาคพื้นบ้าน และภาคประชาชน ตลอดจนความรู้ความเข้าใจในแนวคิดของการจัดการความรู้และกระบวนการจัดการความรู้ของภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง

### นิยามศัพท์เฉพาะที่ใช้ในการศึกษานี้

**กระบวนการจัดการความรู้** หมายถึง ขั้นตอนและวิธีการต่าง ๆ ซึ่งครอบคลุมการสร้างหรือแสวงหาความรู้ การรวบรวมและจัดเก็บความรู้ การแลกเปลี่ยนความรู้ หรือการถ่ายทอดความรู้ และการนำความรู้ไปใช้ เพื่อให้เกิดการยกระดับความรู้ในการดูแลสุขภาพ

**สุขภาพชุมชน** หมายถึง สุขภาวะของคนและชุมชนที่มีความเชื่อมโยงและสัมพันธ์กันอย่างเป็นองค์รวมกับสิ่งที่เกี่ยวข้องในการดูแลสุขภาพของคนในชุมชน อันส่งผลต่อสุขภาพของคนในชุมชน และการดำรงชีวิตอย่างมีความสุขของสมาชิกในชุมชน

**แนวปฏิบัติที่ดี** หมายถึง วิธีปฏิบัติ หรือขั้นตอนการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพที่ทำให้กลุ่มหรือชุมชนประสบความสำเร็จหรือบรรลุผลตามเป้าหมาย เป็นที่ยอมรับในกลุ่มที่มีลักษณะเดียวกัน และมีหลักฐานของความสำเร็จ

**กระบวนการดูแลสุขภาพ** หมายถึง แนวทาง วิธีการ หรือขั้นตอนในการดูแลสุขภาพด้านการบำบัดรักษา การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพ ทั้งของภาควิชาชีพ และภาคพื้นบ้าน

### การเลือกชุมชน

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกชุมชนแบบเจาะจง (purposeful sampling) โดยเป็นชุมชนที่มีแนวปฏิบัติที่ดีด้านการดูแลสุขภาพ และเป็นชุมชนเข้มแข็งที่มีกระบวนการเรียนรู้อยู่ตลอดเวลา มีกระบวนการดูแลสุขภาพที่หลากหลาย กล่าวคือ มีการดูแลสุขภาพทั้งภาควิชาชีพ ภาคพื้นบ้านและภาคประชาชน และชุมชนนั้นมีการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการ ทั้งการดูแลสุขภาพด้วยการแพทย์แผนปัจจุบัน และการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหรือในโรงพยาบาล-ชุมชน โดยเลือกมาจำนวน 2 ชุมชน คือ

1) ชุมชนคำปลาหลาย ตั้งอยู่ตำบลบ้านดง อำเภออุบลรัตน์ จังหวัดขอนแก่น ชุมชนคำปลาหลายเป็นชุมชนเกษตรกรรมที่ใช้แนวทางการเกษตรพอเพียงแบบ “เฮ็ดอยู่เฮ็ดกิน” ด้วยความร่วมมือจากหน่วยงานภาครัฐ ทั้งภาคการสาธารณสุข การศึกษานอกโรงเรียน และพัฒนาชุมชนด้วยการปฏิบัติและเรียนรู้ร่วมกันจนเกิดเป็นชุมชนเข้มแข็งและเป็นชุมชนต้นแบบในระดับประเทศ ชุมชนคำปลาหลายมีความโดดเด่นด้านส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค โดยเป็นชุมชนตัวอย่างในการควบคุมโรคไข้เลือดออกได้ดี โดยไม่มีผู้เจ็บป่วยด้วยโรคนี้อันติดต่อกันมาหลายปี

2) ชุมชนสันติสุข ตั้งอยู่ตำบลนาโสน อำเภอภูคด จัหวัดยโสธร ชุมชนนี้มีความโดดเด่นในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพ โดยเป็นชุมชนที่ปลอดสารเสพติดซึ่งเป็นปัจจัยคุกคามต่อสุขภาพทุกชนิดและอยู่ในสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยใช้วิธีการเก็บข้อมูลที่หลากหลาย โดยลงพื้นที่ในการเก็บรวบรวมข้อมูลภาคสนามเป็นเวลา 9 เดือน คือตั้งแต่เดือนพฤษภาคม 2553-มกราคม 2554 โดยในเบื้องต้นเก็บรวบรวมข้อมูลจากเอกสารร่วมกับการใช้แนวทางการสังเกตการณ์ทั้งแบบมีส่วนร่วมและไม่มีส่วนร่วมในกระบวนการดูแลสุขภาพโดยเข้าไปสังเกต ในขณะที่ภาควิชาชีพและภาคพื้นบ้านทำการตรวจรักษา และดูแลผู้ป่วยและญาติ และผู้วิจัยเข้าไปฝังตัวอยู่ในชุมชนด้วยการเข้าไปมีส่วนร่วม และใช้ชีวิตอยู่กับชุมชนเพื่อสร้างความคุ้นเคยและสังเกตการดำเนินชีวิตของคนชุมชนในการดูแลสุขภาพ และร่วมกิจกรรมสุขภาพในชุมชนเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลของภาคประชาชน หลังจากนั้นเก็บข้อมูลโดยใช้แนวทางการสัมภาษณ์กับกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักจากทั้ง 3 ภาคส่วน ซึ่งให้ข้อมูลเกี่ยวกับวัฒนธรรมการดูแลสุขภาพกระบวนการดูแลสุขภาพ และกระบวนการจัดการความรู้ด้านสุขภาพรวมทั้งสิ้น 37 คน ได้แก่ (1) ภาควิชาชีพ จำนวน 14 คน ประกอบด้วย แพทย์ 2 คน พยาบาล 4 คน และ

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจำนวน 8 คน ที่ปฏิบัติงานทั้งในโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (2) ภาคพื้นบ้าน จำนวน 6 คน ประกอบด้วยหมอยาสมุนไพร 2 คน หมอนวดพื้นบ้าน 2 คน และ เจ้าหน้าที่แพทย์แผนไทย 2 คน (3) ภาคประชาชน จำนวน 17 คน ประกอบด้วย ผู้นำชุมชน 6 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) 11 คน ส่วนที่เหลือเป็นประชาชนในชุมชนที่เลือกมาจากผู้มีประสบการณ์ด้านการเจ็บป่วยและการดูแลสุขภาพจำนวน 23 คน ซึ่งเก็บข้อมูลด้วยวิธีการสนทนากลุ่ม โดยแบ่งเป็นกลุ่ม ๆ ละ 4-5 คน

ในการประมวลผลและวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ข้อมูลเริ่มด้วยการจัดข้อมูลเป็นหมวดหมู่ตามประเด็นที่ศึกษา และตรวจสอบข้อมูลด้วยวิธีการตรวจสอบจากแหล่งข้อมูลที่หลากหลายด้วยคำถามในลักษณะเดียวกัน ในการวิเคราะห์ข้อมูลใช้การวิเคราะห์ซ้ำไปซ้ำมา (iteration) โดยประมวลผลข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลไปพร้อม ๆ กันกับเก็บรวบรวมข้อมูล ทั้งนี้ได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลทั้งขณะที่สัมภาษณ์และหลังจากการสัมภาษณ์ เพราะสิ่งที่ผู้วิจัยคำนึงถึงมากที่สุดคือความถูกต้องของข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์และการตีความ หลังจากนั้นจึงวิเคราะห์โดยภาพรวมโดยใช้แนวคิดทฤษฎีที่ใช้เป็นแนวทางในการอธิบายปรากฏการณ์ และสรุปตามวัตถุประสงค์

## ผลการศึกษา

1. วัฒนธรรมการดูแลสุขภาพ จากการศึกษาและรวบรวมข้อมูลด้วยการเข้าไปอยู่ในชุมชน ข้อมูลชี้ให้เห็นว่า วัฒนธรรมการดูแลสุขภาพของชุมชนและความเชื่อด้านร่างกายและจิตใจของมนุษย์และความเชื่อเกี่ยวกับการกินยังมีอิทธิพลสำคัญต่อการดูแลสุขภาพอยู่มาก

ในด้านร่างกายนั้น คนในชุมชนเชื่อว่า ร่างกายของเราประกอบด้วยธาตุทั้งสี่คือ ดิน น้ำ ลม และไฟ หากธาตุทั้งสี่ที่อยู่ในภาวะสมดุลจะทำให้ร่างกายทำงานได้ตามปกติแต่เมื่อธาตุใดธาตุหนึ่งเกิดขัดข้อง ไม่สมดุล จะทำให้ร่างกายแสดงอาการออกมาอย่างใดอย่างหนึ่ง ทำให้

เกิดการเจ็บป่วย ชาวบ้านโดยเฉพาะหมอนวดพื้นบ้านจึงอธิบายความเจ็บป่วยด้วยภาวะความไม่สมดุลของธาตุทั้งสี่ เช่น ผู้ป่วยโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต หรือผู้ที่มีอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ เส้นเอ็นตึง หย่อน หรือทับกัน ทำให้มีอาการเจ็บปวดซึ่งเชื่อว่าเป็นความผิดปกติของธาตุลมเกิดจากการไหลเวียนของเลือดลมไม่สะดวกเพราะช่องทางลมติดขัด จึงอาศัยความรู้เรื่องการนวดมาใช้เพื่อเปิดทางลมให้สามารถไหลเวียนได้ตามปกติ ความรู้เหล่านี้ถูกเชื่อมโยงไปสู่การรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งภาควิชาชีพได้เห็นความสำคัญและเปิดให้มีบริการแพทย์แผนไทยซึ่งใช้ความรู้ด้านการนวด อบและประคบด้วยสมุนไพรเป็นการเพิ่มทางเลือกให้กับผู้ป่วยและลดปริมาณการใช้ยาที่ส่งผลกระทบต่อการใช้ยาเป็นเวลานานได้ ยิ่งไปกว่านั้นการดำเนินงานของการแพทย์แผนไทยยังถูกผนวกเข้ากับงานกายบำบัดของโรงพยาบาล ซึ่งเป็นหน่วยงานที่เน้นให้การรักษาและฟื้นฟูสภาพร่างกายตามหลักการแพทย์และเครื่องมือสมัยใหม่ จึงเป็นการดูแลสุขภาพในโรงพยาบาลร่วมกัน

ส่วนความเชื่อด้านจิตใจชาวบ้านเชื่อว่า “ขวัญ” หรือจิตวิญญาณเป็นตัวรับรู้ความรู้สึกด้านอารมณ์ที่ทำให้มีชีวิตมีความสมบูรณ์ ถ้าร่างกายขาดขวัญจะทำให้สติไม่ดีและเชื่อว่าขวัญสามารถออกจากร่างกายได้ถ้าเกิดตกใจอย่างแรงจากการได้รับอุบัติเหตุ เช่น ตกต้นไม้ รถยนต์ชนกัน มอเตอร์ไซด์คว่ำ เรียกว่า ขวัญหนีดีฝ่อ จะมีอาการเหม่อลอย คุ่มคลั่ง ไม่มีชีวิตชีวา ต้องแก้ด้วยการเรียกขวัญกลับมาด้วยการทำพิธีช้อนขวัญ ความเชื่อเรื่องขวัญจึงเชื่อมโยงไปสู่แนวทางการรักษาด้วยการประกอบพิธีกรรมที่อาศัยผู้เฒ่าผู้แก่ในชุมชนเป็นผู้สืบทอดการปฏิบัติต่อกันมาจนกลายเป็นวัฒนธรรมประเพณีด้านการดูแลสุขภาพ

ความเชื่อที่เกี่ยวข้องด้านการกิน คนในชุมชนเชื่อว่าอาหารมีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับธาตุในร่างกาย โดยเฉพาะอาหารประเภทพืชผักจะช่วยปรับสมดุลของธาตุในร่างกาย ในขณะที่สภาพแวดล้อมภายนอกเปลี่ยนแปลงไปตามฤดูกาล จะทำให้ธาตุในร่างกายแปรปรวน

ขาดความสมดุลซึ่งต้องเลือกกินอาหารที่มีตามฤดูกาล เพื่อช่วยปรับธาตุในร่างกาย เช่น ในฤดูหนาวต้องกินอาหารที่ให้ความอบอุ่นของร่างกายเน้นรสขมน้อย รสร้อน รสเปรี้ยว ฤดูร้อนต้องกินอาหารที่ช่วยลดความร้อนในร่างกายประเภทรสขมเย็น รสจืด รสเปรี้ยว ส่วนฤดูฝนจะเป็นไข้ครั้งเนื้อครั้งตัวได้ง่ายจึงต้องกินอาหารเผ็ดร้อนจะทำให้ร่างกายอบอุ่นเน้นอาหารจำพวกที่ปรุงด้วยผักสมุนไพรที่เป็นยา เช่น กระเพรา ตะไคร้ มะกรูด มะนาว กระชาย เป็นต้น

ความเชื่อด้านอาหารยังถูกนำมาใช้ในด้าน การป้องกันโรคและการส่งเสริมสุขภาพอีกด้วย โดยเชื่อว่า “อาหารเป็นยา” โดยเฉพาะพืชผักสมุนไพรผลไม้และอาหารท้องถิ่นประเภทต่างๆ จะช่วยเสริมให้ร่างกายแข็งแรงและสร้างภูมิคุ้มกันโรค ชาวบ้านส่วนใหญ่กินอาหารพื้นบ้านที่ทำได้ตามธรรมชาติโดยนิยมกินข้าวเป็นหลัก กินผักเป็นยาและกินปลาเป็นอาหาร ซึ่งปลาเป็นอาหารที่ย่อยง่ายทำให้ไม่ต้องอืด สบายท้องจึงนิยมกินปลาพร้อมกับผักพื้นบ้านในปริมาณที่มากโดยเฉพาะปลาน้ำจืด ปลาป่นหรือน้ำพริกกินกับผักพื้นบ้านนานชนิดที่หาได้ตามฤดูกาลโดยเชื่อว่าพืชผักที่มีรสขมส่งผลดีต่อสุขภาพ เช่น สะเดา ใบบัวบก ผักกาดฮีน ผักไชมะเขือขื่น เป็นต้น พืชผักเหล่านี้จะปลูกไว้กินเอง ซึ่งปลอดสารเคมีทำให้อินได้ในปริมาณมาก ช่วยเจริญอาหารได้ดี นอกจากนี้หมอพื้นบ้านยังเชื่อว่าอาหารบางชนิด เช่น กล้วยน้ำว่า น้าผึ้ง พริกไทย และมะตูม เป็นยาอายุวัฒนะ หากรับประทานเป็นประจำจะช่วยส่งเสริมสุขภาพให้แข็งแรง

2. กระบวนการดูแลสุขภาพในการศึกษากระบวนการดูแลสุขภาพผู้วิจัยศึกษาจากทั้ง 3 ภาคส่วนโดยดูว่าแต่ละภาคส่วนนั้นมีกระบวนการดูแลสุขภาพอย่างไรที่เชื่อมโยงภาคส่วนเข้าด้วยกัน ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่าการดูแลสุขภาพชุมชนเริ่มจากภาคประชาชน เมื่อมีการเจ็บป่วยเกิดขึ้นในครอบครัวการดูแลสุขภาพจะเน้นการดูแลกันเองภายในครอบครัว การดูแลตัวเองในเบื้องต้นด้วยความรู้และประสบการณ์ขั้นพื้นฐานจากคนในครอบครัว ถ้าเจ็บป่วยเล็กน้อยจะอาศัยประสบการณ์

ด้วยการหายากินเองร่วมกับให้การพักผ่อน ถ้ามีอาการหนักขึ้นจะสอบถามผู้รู้ หัวหน้าครอบครัว สอบถามคนที่เคยเจ็บป่วย และอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) การดูแลรักษามักจะเป็นการดูแลขั้นพื้นฐานด้านร่างกายจิตใจและดูแลเรื่องอาหารการกิน เมื่อไม่สามารถรักษาให้หายได้ผู้ป่วยส่วนหนึ่งจะถูกส่งไปยังหมอพื้นบ้านก่อน โดยมีการปรึกษาหารือกับหัวหน้าครอบครัว สมาชิกในครอบครัว เครือญาติ ผู้รู้ อสม. และเพื่อนบ้าน เพราะเชื่อว่าหมอพื้นบ้านรักษาได้ และมีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายหากต้องเดินทางไปรักษานอกชุมชน จะเสียค่าใช้จ่ายมาก เพราะวัฒนธรรมของคนในชุมชนจะไปด้วยกันเป็นกลุ่มใหญ่ ทั้งเครือญาติของผู้ป่วยและเพื่อนบ้าน

หมอพื้นบ้าน ถือว่าเป็นผู้รักษาระดับต้นของชุมชน โดยส่วนใหญ่มักจะได้ความรู้มาจากปู่ตายายจึงเป็นการดูแลสุขภาพที่สืบทอดกันมาเป็นอาชีพ แต่ปัจจุบันหมอพื้นบ้านส่วนใหญ่เป็น อสม. ซึ่งมีประสบการณ์และได้รับความรู้จากการอบรมด้านการดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐานจากการแพทย์แผนปัจจุบัน คนกลุ่มนี้จึงมีความสำคัญในชุมชนเป็นผู้มีความรู้ทั้งสองอย่างคือมีความรู้ด้านพืชสมุนไพรและการนวดที่เป็นภูมิปัญญาและความรู้ทางการแพทย์สมัยใหม่จึงมีผู้ป่วยมาปรึกษาและสามารถประเมินสภาพการเจ็บป่วยได้ การดูแลเบื้องต้นจึงมีการผสมผสานความรู้ด้านภูมิปัญญาเข้ากับความรู้พื้นฐานการรักษาสสมัยใหม่ที่สามารถประเมินและกลั่นกรองได้ว่าอาการเจ็บป่วยเป็นอย่างไร หมอพื้นบ้านส่วนใหญ่จะรักษามโนความเชื่อเรื่องธาตุบนพื้นฐานของการนวด การใช้ยาสมุนไพร และอาหารเป็นสำคัญ

ส่วนผู้ป่วยที่รักษาไม่ได้เนื่องจากมีอาการหนัก รุนแรง หรือมีภาวะเฉียบพลัน จะถูกส่งไปยังโรงพยาบาลซึ่งดูแลรักษากับภาควิชาชีพด้วยการแพทย์สมัยใหม่ที่อาศัยเครื่องมือด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ในการตรวจวินิจฉัยโรคและให้การรักษาด้วยยาและเวชภัณฑ์ทางการแพทย์ แต่สิ่งหนึ่งที่พบคือ การแพทย์สมัยใหม่ไม่ได้เน้นเฉพาะการรักษาเพียงอย่างเดียวเท่านั้น แต่ต้องเป็นผู้อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจด้วยว่าจะรักษา

อะไร มีกระบวนการดูแลอย่างไร และต้องปฏิบัติตัวอย่างไรบ้าง จึงทำหน้าที่เป็นผู้ถ่ายทอดความรู้สู่ผู้ป่วยและญาติ นอกจากนี้ในการดูแลสุขภาพของการแพทย์แผนใหม่จะมีตัวแทนของภาครัฐซึ่งมีทำหน้าที่สร้างความรู้ความเข้าใจด้านการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคคือ อสม. ทำหน้าที่เป็นตัวแทนจากคนในชุมชนซึ่งเลือกจากผู้ที่ มีประสบการณ์และความรู้ด้านการดูแลสุขภาพ หรือผู้นำในชุมชน ซึ่งส่วนใหญ่ก็คือหมอพื้นบ้าน นั่นเอง

กล่าวโดยสรุป ในกระบวนการดูแลสุขภาพชุมชน จะมีความเชื่อมโยงระหว่างผู้เกี่ยวข้องใน 3 ภาคส่วน โดยมีหมอพื้นบ้านเป็นผู้ดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐานในระดับชุมชน ซึ่งส่วนใหญ่หมอพื้นบ้านเป็น อสม. จึงทำหน้าที่เป็นตัวกลางในการเชื่อมโยงความรู้เข้าด้วยกัน ซึ่งมีทั้งความรู้ด้านการดูแลสุขภาพที่เป็นภูมิปัญญาท้องถิ่นที่สั่งสมจากประสบการณ์และถ่ายทอดกันมา จากรุ่นสู่รุ่น และความรู้ด้านการดูแลสุขภาพสมัยใหม่ที่ได้รับการถ่ายทอดจากการแพทย์ภาควิชาชีพทำให้สามารถประเมินความรุนแรงได้ระดับหนึ่ง

3. การจัดการความรู้ในการศึกษาการจัดการความรู้ ผู้วิจัยได้ศึกษาความรู้ความเข้าใจและกระบวนการจัดการความรู้ซึ่งพบว่า คนส่วนใหญ่ในชุมชน โดยเฉพาะภาคพื้นบ้านและภาคประชาชนจะไม่เข้าใจและไม่รู้เรื่องการจัดการความรู้ แต่มีกระบวนการใช้ความรู้ในการดูแลสุขภาพ ซึ่งเป็นกระบวนการจัดการความรู้แต่สำหรับภาควิชาชีพนั้น จะรู้ว่าการจัดการความรู้เป็นเครื่องมือการจัดการสมัยใหม่ที่น่าสนใจแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของบุคคลในการทำงานโดยนำมาประยุกต์ในการดูแลสุขภาพในชุมชน มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้อย่างไม่เป็นทางการ แต่ยังขาดการนำการจัดการความรู้มาใช้ในกระบวนการดูแลสุขภาพชุมชนอย่างจริงจัง จะมีการใช้อยู่บ้างโดยอาศัยการพูดคุยสนทนาภายในกลุ่ม

กระบวนการจัดการความรู้ในส่วนของภาคประชาชนคือ คนในชุมชน ผู้นำชุมชน ผู้รู้ในชุมชน และ อสม. ไม่รู้จักการจัดการความรู้แต่เมื่อวิเคราะห์กระบวนการดูแลสุขภาพจะพบว่า มีการใช้ความรู้และการถ่ายทอด

ความรู้ค่อนข้างมาก มีการถ่ายทอดความรู้ระหว่างประชาชนกับ อสม. และการถ่ายทอดระหว่างประชาชนกับผู้ป่วยและญาติ ความรู้ที่ใช้ในการถ่ายทอดจะเกี่ยวข้องกับประสบการณ์ความเจ็บป่วยและแนวทางการรักษาเป็นส่วนใหญ่ ได้แก่ วิธีการดูแลสุขภาพ แนวปฏิบัติตัวตามโรคที่ป่วย การอธิบายเกี่ยวกับโรคที่เป็นอาการของโรคตามประสบการณ์ของแต่ละคน การเลือกกินอาหารระหว่างเจ็บป่วย ความรู้ส่วนใหญ่จึงเป็นการดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐานและการส่งเสริมสุขภาพ โดยมีกระบวนการถ่ายทอดความรู้ด้วยวิธีการบอกเล่า การพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์การเจ็บป่วยระหว่างกัน ใช้วิธีการปรึกษาหารือ การหาข้อสรุปและข้อยุติเพื่อการตัดสินใจ ผ่านการเยี่ยมชมใช้ด้วยการสนทนาโต้ถามเป็นการถ่ายทอดแลกเปลี่ยนและซึมซับความรู้โดยไม่รู้ตัวทั้งผู้ป่วยและญาติ ดังนั้นแหล่งความรู้คือ ผู้รู้ประชาชนชาวบ้าน ผู้นำชุมชน ผู้มีประสบการณ์ด้านความเจ็บป่วยในชุมชน และ อสม. โดยใช้กิจกรรมในชุมชนเป็นสถานที่ถ่ายทอดความรู้ เช่น งานบุญประเพณี วันสำคัญทางศาสนา เป็นต้น รวมไปถึงการประกาศผ่านสื่อในท้องถิ่น เช่น หอกระจายข่าว วิทยุชุมชน เป็นต้น ทั้งนี้การใช้ความรู้ของภาคประชาชนจึงมีทั้งการใช้ความรู้ที่เป็นภูมิปัญญาที่ได้รับการสืบทอดมาจากบรรพบุรุษ และความรู้สมัยใหม่ที่ได้รับถ่ายทอดผ่านอาสาสมัครสาธารณสุขในหมู่บ้านเพื่อนำมาใช้ในด้านการรักษาขั้นพื้นฐาน การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคโดยเน้นการใช้ธรรมชาติบำบัดจากอาหารและพืชสมุนไพร

ภาคพื้นบ้าน ประกอบด้วย หมอสมุนไพร หมอนวด-พื้นบ้าน และแพทย์แผนไทย แม้จะไม่คุ้นเคยและไม่เข้าใจการจัดการความรู้ตามหลักวิชาการ แต่มีการให้ความรู้ มีการสอนการแลกเปลี่ยนและถ่ายทอดความรู้เพื่อการดูแลรักษาสุขภาพ โดยมีการถ่ายทอดความรู้ให้กับคนในครอบครัว ถ่ายทอดให้กับผู้ป่วยและญาติ และถ่ายทอดให้กับศิษย์เพื่อเป้าหมายของการดำรงอยู่ของวิชาชีพหมอพื้นบ้าน ความรู้ที่สำคัญประกอบด้วย ความเชื่อด้านร่างกายและจิตใจ โรคและอาการของโรค

แนวทางการรักษาด้วยยาสมุนไพร วิธีการนำยาสมุนไพร ไปใช้ การนวด การอบและประคบด้วยสมุนไพร พิธีกรรมบำบัด การกินอาหารเพื่อปรับธาตุในร่างกาย ข้อห้ามและข้อควรปฏิบัติด้านการกินอาหารและการดูแลสุขภาพขณะเจ็บป่วย กระบวนการถ่ายทอดความรู้ส่วนใหญ่ใช้วิธีการพูดคุย บอกเล่า การให้คำปรึกษา ระหว่างกระบวนการตรวจรักษา การให้ฝึกปฏิบัติระหว่างการเจ็บป่วย และให้มีส่วนร่วมในกระบวนการรักษา ซึ่งกระบวนการเหล่านี้เน้นการสนทนา จึงไม่มีการบันทึกหรือจัดเก็บความรู้จะมีเพียงการบันทึกสั้น ๆ เกี่ยวกับตำรายาสมุนไพรและวิธีการรักษาเพื่อป้องกันการลืมนั่นเอง แหล่งความรู้จึงประกอบด้วยหมอพื้นบ้านประเภทต่างๆ และใช้ป่าชุมชน สวนสมุนไพรเป็นแหล่งเรียนรู้ตามธรรมชาติเพื่อถ่ายทอดความรู้ด้านพืชสมุนไพร ความรู้ที่นำไปใช้ในการดูแลรักษาสุขภาพจึงเน้นวิธีการทางธรรมชาติด้วยยาสมุนไพร การนวด การอบและประคบด้วยสมุนไพร การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคโดยอาศัยอาหารและพืชสมุนไพรในการปรับความสมดุลของธาตุในร่างกาย

ภาควิชาชีพ ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เป็นภาคส่วนที่มีความเข้าใจด้านจัดการความรู้พอสมควร จึงนำการจัดการความรู้มาใช้ในการกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างทีมดูแลสุขภาพด้วยกันในลักษณะของการพูดคุยในกลุ่มอย่างไม่เป็นทางการ โดยส่วนหนึ่งให้ความเห็นว่าการจัดการ ความรู้ในลักษณะที่เป็นทางการเป็นการเพิ่มภาระงาน ความรู้ที่ใช้ในการถ่ายทอดประกอบด้วยความรู้เกี่ยวกับโรคและอาการของโรคที่พบได้บ่อยและเป็นปัญหาสำคัญในชุมชน สาเหตุของโรคและความเจ็บป่วย การรักษาในรายที่น่าสนใจ วิธีการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย และความรู้ด้านการดูแลสุขภาพใหม่ๆ ที่ได้จากการฝึกอบรม วิธีการแลกเปลี่ยนและถ่ายทอดความรู้กระทำผ่านทางการประชุมกลุ่ม การฝึกอบรม สัมมนา การจัดประชุมวิชาการตามกรณีศึกษา การปรึกษาหารือระหว่างตรวจรักษาผู้ป่วย การพูดคุยอย่างไม่เป็นทางการระหว่างกิจกรรมประจำวัน การสื่อสารผ่านการบันทึกใน

เวชระเบียนผู้ป่วย ผ่านเว็บบอร์ดทางเว็บไซต์ของหน่วยงาน ภาควิชาชีพมีการถ่ายทอดความรู้สู่ผู้ป่วยและญาติซึ่งต้องอธิบายถึงอาการของโรคและสาเหตุ แนวทางและวิธีการรักษา ความรู้ที่ถ่ายทอดเน้นการปฏิบัติตัวตามโรคที่เป็น การอธิบายเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ อาการของโรค การกินยาที่ถูกต้อง แนะนำการกินอาหารที่ถูกต้อง การป้องกันโรคแทรกซ้อน การออกกำลังกายที่เหมาะสม กระบวนการถ่ายทอดใช้วิธีการบอกเล่า การพูดคุยแบบตัวต่อตัวในระหว่างการตรวจรักษา ให้คำแนะนำปรึกษาทั้งผู้ป่วยและญาติ การให้สุขศึกษาทั้งแบบรายบุคคลและรายกลุ่มด้วยการใช้สื่อ แจกแผ่นพับ อธิบายด้วยโปสเตอร์ รวมถึงการเปิดวิดีโอให้ดู นอกจากนี้ภาควิชาชีพยังต้องถ่ายทอดความรู้ให้กับ อสม. ซึ่งเป็นตัวแทนของคนในชุมชนเพื่อทำหน้าที่เป็น ผู้ดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐาน การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคในชุมชน โดยมีแหล่งความรู้ที่เป็นบุคคลประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีประสบการณ์ แหล่งความรู้ที่เป็นสถานที่ ประกอบด้วย สถาบันการศึกษา สถานบริการสุขภาพ แหล่งความรู้ประเภทวัสดุอุปกรณ์ ประกอบด้วย เวชระเบียนผู้ป่วย แฟ้มประวัติครอบครัว เอกสาร หนังสือ วารสาร ตำรา สื่อต่างๆ ฐานข้อมูลวิชาการและอินเทอร์เน็ต โดยมีการจัดเก็บความรู้ที่สำคัญคือ การจัดเก็บเป็นลายลักษณ์อักษรด้วยการบันทึกความรู้ในแฟ้มประวัติครอบครัว บันทึกผลการปฏิบัติงานด้วยการจัดทำเป็นแฟ้มสรุปผลการปฏิบัติงานรายกิจกรรม และการบันทึกในรูปของ อิเล็กทรอนิกส์ในลักษณะของชุดข้อมูลมาตรฐาน เพื่อประโยชน์ในการเชื่อมโยงข้อมูลของเครือข่ายการบริการสุขภาพในพื้นที่ ความรู้เหล่านี้ถูกนำไปใช้ในการวางแผนงานด้านสุขภาพในชุมชน แต่ยังคงขาดการจัดเก็บข้อมูลอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องด้านสุขภาพของคนในชุมชน

จากการวิเคราะห์กระบวนการจัดการความรู้ผ่านกระบวนการดูแลสุขภาพชุมชนจะเห็นว่า กระบวนการถ่ายทอดความรู้เป็นกระบวนการหลักที่สำคัญ โดยมี อสม. ซึ่งส่วนใหญ่เป็นหมอพื้นบ้านในชุมชน มีบทบาทสำคัญในการเป็นผู้ดูแลสุขภาพเบื้องต้นทั้งด้านการดูแล

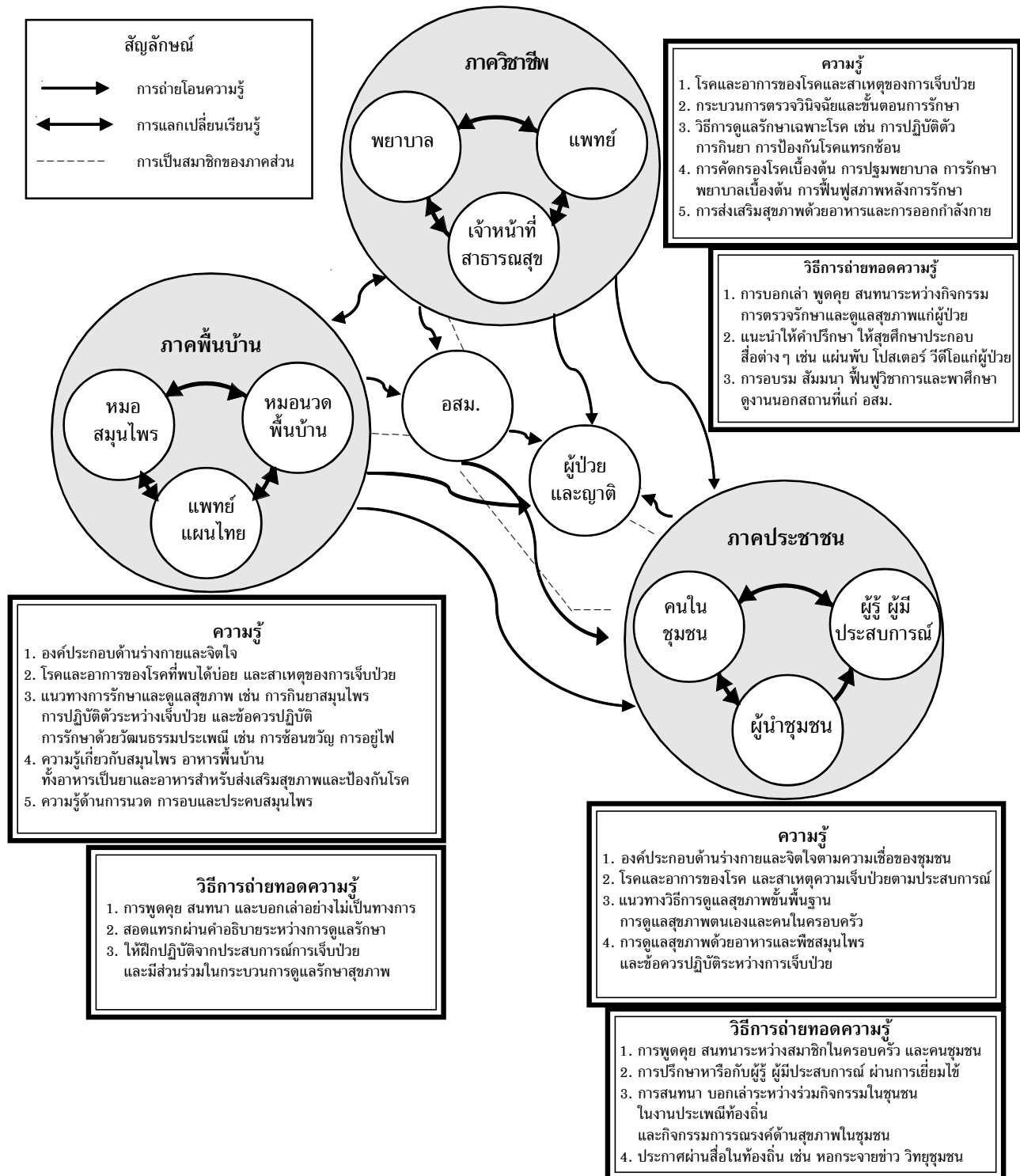


รักษา การให้ความรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคโดยอาศัยความรู้และประสบการณ์ด้านภูมิปัญญาท้องถิ่นผสมผสานกับความรู้ด้านการแพทย์สมัยใหม่ที่ได้รับการถ่ายทอดความรู้จากภาควิชาชีพจึงทำหน้าที่เป็นตัวเชื่อมโยงผู้ที่เกี่ยวข้องในการดูแล

สุขภาพของทั้งสามภาคส่วนเข้าด้วยกันความสัมพันธ์ดังแสดงในภาพที่ 1

ในกระบวนการจัดการความรู้ด้านสุขภาพในชุมชนสรุปว่า การจัดการความรู้มีเป้าหมายหลัก 2 ประการคือ เพื่อการบำบัดรักษา และเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและ

ภาพที่ 1 กระบวนการจัดการความรู้ด้านสุขภาพชุมชน



## การป้องกันโรค ดังนี้

1) การจัดการความรู้เพื่อการบำบัดรักษา เริ่มจากการถ่ายทอดความรู้จากภาคประชาชนและภาคพื้นบ้านสู่ผู้ป่วยและญาติ เมื่อเกิดการเจ็บป่วย ผู้ป่วยและญาติจะดึงเอาความรู้จากภาคประชาชนและภาคพื้นบ้านซึ่งเป็นภาคส่วนที่อยู่ในชุมชน โดยจะมีการถามความเห็นจากสมาชิกในครอบครัว ผู้มีประสบการณ์ ผู้รู้ในชุมชน อสม. หากเจ็บป่วยเล็กน้อยก็ส่งไปหาหมอพื้นบ้าน จึงมีจุดประสงค์หลักเพื่อดูแลรักษาสุขภาพผู้ป่วย ความรู้ที่ใช้ส่วนใหญ่เป็นประสบการณ์ด้านการดูแลรักษาสุขภาพ อาหาร ยาสมุนไพร กระบวนการถ่ายทอดความรู้ ใช้การพูดคุย การอธิบาย ถามวิธีการรักษา ความรู้ที่ใช้มีทั้งความรู้ด้านสุขภาพสมัยใหม่ซึ่งได้จาก อสม. และความรู้ด้านภูมิปัญญาจากหมอพื้นบ้าน ถ้าไม่หายเจ็บป่วยเป็นโรครุนแรงหรือเกิดการบาดเจ็บเฉียบพลันจากอุบัติเหตุก็เข้ารับรักษาที่ภาควิชาชีพ ซึ่งให้การรักษาด้วยความรู้การแพทย์สมัยใหม่ที่เน้นการรักษาด้วยยาแผนปัจจุบัน ความรู้ที่ผู้ป่วยและญาติได้รับจึงเป็นการอธิบายเกี่ยวกับโรคและอาการของโรค แนวทางการรักษา และคำอธิบายเกี่ยวกับวิธีการดูแลรักษาสุขภาพ

2) การจัดการความรู้เพื่อการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค กระบวนการถ่ายทอดความรู้เริ่มจากภาควิชาชีพซึ่งเห็นความสำคัญของการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคว่าสามารถลดปริมาณผู้ป่วยและลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพลงได้ แต่ไม่สามารถทำได้ครอบคลุมจึงถ่ายทอดความรู้สู่ อสม. ความรู้ที่สำคัญเน้นเรื่อง การโภชนาการ การออกกำลังกาย การรักษาสภาพแวดล้อมในชุมชน วิธีการถ่ายทอดกระทำผ่านการฝึกอบรมและสัมมนาซึ่งเป็นความรู้ด้านการแพทย์สมัยใหม่ ทำให้กลุ่ม อสม. ซึ่งส่วนใหญ่เป็นหมอพื้นบ้านที่เป็นคนในชุมชนจะนำความรู้ที่ได้ไปผนวกเข้ากับความรู้ด้านภูมิปัญญา ซึ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคด้วยอาหารและพืชสมุนไพรในลักษณะของบริโภคอาหารเป็นยา ความรู้เหล่านี้จึงมีการผสมผสานระหว่างความรู้สมัยใหม่และความรู้ดั้งเดิมที่ถ่ายทอดไปสู่ผู้ป่วยและญาติด้วยการพูดคุย การบอกเล่า และการสนทนาอย่างไม่เป็นทางการ

## วิจารณ์

ผลการวิจัยอาจสรุปได้ว่า กระบวนการจัดการความรู้ด้านสุขภาพในชุมชนมีลักษณะที่ไม่เป็นทางการและไม่สามารถมองเห็นได้อย่างชัดเจน แต่กระบวนการจัดการความรู้จะแทรกอยู่ในกระบวนการดูแลสุขภาพของแต่ละภาคส่วน โดยจะแทรกอยู่ในกระบวนการตรวจรักษาของภาควิชาชีพ ระหว่างกระบวนการดูแลสุขภาพของหมอพื้นบ้าน และระหว่างการดำเนินกิจกรรมด้านการดูแลสุขภาพในภาคประชาชน ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากว่า ต้นกำเนิดของการจัดการความรู้ที่มาจากองค์กรที่เป็นทางการและเป็นศาสตร์ด้านการจัดการสมัยใหม่<sup>(14,15)</sup> โดยเฉพาะการจัดการของภาคธุรกิจที่เน้นการดึงเอาองค์ความรู้ในตัวบุคคลมาสร้างคุณค่า และนำไปใช้ประโยชน์ให้กับคนในองค์กรเป็นการพัฒนางาน และพัฒนาคนให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ลักษณะของการจัดการความรู้ในองค์กรที่มีกระบวนการที่ชัดเจน<sup>(16)</sup> และคนที่ปฏิบัติงานในองค์กรต่างๆ ทั้งภาครัฐและภาคเอกชนจะได้รับการฝึกอบรมด้านการจัดการความรู้ อย่างเป็นรูปธรรมที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้กับการปฏิบัติงานได้ ในขณะที่ชุมชนซึ่งถือว่าเป็นองค์กรที่ไม่เป็นทางการ (informal organization) ซึ่งประกอบไปด้วยบุคคลที่หลากหลายและความรู้ที่อยู่ในตัวบุคคล มีลักษณะที่ไม่ชัดเจน การจัดการความรู้ในชุมชนจึงมีลักษณะที่ไม่เด่นชัดเหมือนการจัดการความรู้ในองค์กร ซึ่งมีประเด็นที่สามารถอภิปรายได้ดังนี้

1. ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการจัดการความรู้และการประยุกต์ใช้ ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่า กลุ่มภาควิชาชีพส่วนใหญ่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการจัดการความรู้ตรงกันว่า เป็นการจัดการสมัยใหม่ที่สามารถนำมาประยุกต์ใช้เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและศักยภาพของคนปฏิบัติงานให้ประสบผลสำเร็จ แต่การนำมาประยุกต์ใช้อย่างเป็นทางการมีน้อยมาก อย่างไรก็ตาม ทีมปฏิบัติงานภาควิชาชีพมีการพูดคุยแลกเปลี่ยนเรียนรู้กันผ่านประสบการณ์ในการปฏิบัติงานช่วยให้ยกระดับความรู้ได้ในระดับหนึ่ง ซึ่งนับได้ว่ามีการใช้กระบวนการจัดการความรู้อย่างไม่เป็นทางการและอยู่ในระยะเริ่มต้น ซึ่งในต่างประเทศก็เริ่มมีการนำสินทรัพย์ที่เป็นความรู้

ด้านสุขภาพมาใช้ให้เกิดประโยชน์ในการดูแลสุขภาพ ด้วยการสร้างวัฒนธรรมด้านการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในระดับท้องถิ่นเช่นเดียวกัน<sup>(17)</sup>

แม้ว่ากลุ่มภาควิชาชีพจะมีความรู้ความเข้าใจดีในระดับหนึ่งแต่ไม่ได้นำการจัดการความรู้มาใช้อย่างเป็นระบบหรืออย่างเป็นทางการ ทั้งนี้อาจจะเนื่องมาจากยังไม่มีนโยบายที่ชัดเจนและไม่เอาจริงเอาจังกับด้านการจัดการความรู้และกลุ่มภาควิชาชีพ ส่วนหนึ่งมีความเห็นว่า หากนำการจัดการความรู้มาใช้อย่างเป็นทางการจะเป็นการเพิ่มภาระงานมากขึ้น และมีความยุ่งยากในการรายงานผลการจัดการความรู้เพิ่มขึ้นอีกด้วย โดยไม่ได้มองว่า การจัดการความรู้สามารถกระทำได้ด้วยการสอดแทรกเข้ากับงานประจำในลักษณะที่เรียกว่า เนียนเข้าไปในเนื้องาน<sup>(18)</sup> อย่างไรก็ตามการจัดการความรู้ด้านสุขภาพที่สามารถปฏิบัติได้อย่างเป็นรูปธรรมนั้นต้องใช้เวลาในการปรับเปลี่ยนวัฒนธรรมในการทำงานซึ่งต้องใช้ความร่วมมือ มีความชัดเจน ตรงไปตรงมา และกระทำในลักษณะเชิงรุกที่เป็นทางการมากขึ้น<sup>(8)</sup>

2. ด้านกระบวนการจัดการความรู้ กระบวนการจัดการความรู้ส่วนใหญ่ถูกนำมาใช้ในองค์กรที่เป็นทางการ โดยมีกระบวนการที่ครบวงจร ประกอบด้วย การสร้างและค้นหาความรู้ การจัดเก็บความรู้ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้หรือการถ่ายทอดความรู้ และการใช้ความรู้ กระบวนการเหล่านี้สามารถช่วยยกระดับความรู้ได้ และเมื่อพิจารณาจากสภาพการณ์ด้านกระบวนการจัดการความรู้ในชุมชนซึ่งเป็นองค์กรที่ไม่เป็นทางการตามลักษณะที่เป็นอยู่นั้น อาจสรุปได้ว่า กระบวนการจัดการความรู้ด้านสุขภาพชุมชนมีกระบวนการถ่ายทอดความรู้เป็นกระบวนการหลักที่สำคัญและเห็นได้อย่างเด่นชัด ซึ่งสอดคล้องกับการจัดการความรู้ด้านอื่น ๆ ในชุมชนไทยไม่ว่าจะเป็นด้านการเกษตร การท่องเที่ยว และธุรกิจชุมชน<sup>(19-21)</sup> ซึ่งมีประเด็นอภิปรายดังนี้

1) การถ่ายทอดความรู้ ผลจากวิจัยบ่งชี้ว่า ความรู้ด้านสุขภาพในชุมชนส่วนใหญ่เป็นความรู้ซึ่งอยู่ในตัวบุคคล (tacit knowledge) และกระบวนการถ่ายทอด

ความรู้เกิดขึ้นระหว่างกระบวนการดูแลสุขภาพภายใต้การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้การดูแลสุขภาพคือ หมอ-พื้นบ้านและแพทย์แผนปัจจุบันกับผู้ป่วยและญาติ กระบวนการถ่ายทอดความรู้ส่วนใหญ่จึงเน้นการพูดคุย อธิบาย แนะนำให้ความรู้ผ่านการสนทนาระหว่างกิจกรรมการตรวจรักษาดูแลสุขภาพ ซึ่งความรู้ที่ใช้ถ่ายทอดจะเน้นเรื่องความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและอาการของโรคที่เป็นแนวทางการรักษา และวิธีการปฏิบัติตัวในระหว่างการเจ็บป่วย

นอกจากนี้ ผลการวิจัยยังชี้ให้เห็นว่า อสม. เป็นผู้มีความสำคัญในกระบวนการถ่ายทอดความรู้ในกระบวนการดูแลสุขภาพทั้งสามภาคส่วน โดยเป็นตัวเชื่อมโยงความรู้ระหว่างผู้ให้บริการสุขภาพ คือ หมอ-พื้นบ้านและแพทย์แผนปัจจุบันกับผู้ป่วยและญาติ ซึ่งเป็นคนในชุมชน อสม. จึงทำหน้าที่เป็นเสมือนพื้นที่<sup>(22)</sup> ในการถ่ายทอดความรู้ด้านสุขภาพในชุมชน ยิ่งไปกว่านั้นยังพบว่า หมอพื้นบ้านส่วนใหญ่เป็น อสม. ดังนั้นจึงเป็นผู้ที่มีความรู้ด้านภูมิปัญญาที่ได้รับการถ่ายทอดมาจากบรรพบุรุษและความรู้ด้านการแพทย์สมัยใหม่ที่ได้จากภาควิชาชีพ ดังนั้นจึงเป็นผู้มีความรู้ด้านการดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐานด้านแรกที่คนในชุมชนสามารถเข้าไปปรึกษา ขอคำแนะนำในเบื้องต้นได้ อย่างไรก็ตาม Lind and Persborn<sup>(23)</sup> ให้ความเห็นว่าผู้ทำหน้าที่เป็นตัวแทนในการถ่ายโอนความรู้ด้านสุขภาพจะต้องตระหนักและให้ความสำคัญกับบทบาทในการเป็นผู้ถ่ายทอดความรู้ซึ่งจะต้องกระทำด้วยความระมัดระวัง เพราะการถ่ายโอนความรู้เป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการกระจายความรู้ การเชื่อมโยงและปรับเปลี่ยนความรู้ที่ถูกค้นพบหรือที่มีอยู่ไปสู่คนในสังคมซึ่งอาจส่งผลดีหรือร้ายตามมาได้

2) การจัดเก็บความรู้ การจัดเก็บความรู้ด้านสุขภาพชุมชน มีการจัดเก็บน้อยมากเนื่องมาจากความรู้ส่วนใหญ่เป็นความรู้แฝงที่อยู่ในตัวบุคคล เป็นทักษะ ประสบการณ์ ด้านการรักษาและฟื้นฟู การส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค ซึ่งมีทั้งส่วนที่เป็นภูมิปัญญาและความรู้ที่พัฒนาผ่านวัฒนธรรมการดูแลสุขภาพ และความรู้ที่เป็น

ความรู้สมัยใหม่จากระบบการแพทย์แผนปัจจุบัน ที่ถูกถ่ายทอดผ่านกระบวนการทางสังคม จะจัดเก็บในรูปของความจำเป็นหลัก ความรู้ที่ได้จากการร่วมปฏิบัติงาน เช่น ระหว่างภาควิชาชีพกับ อสม. จะถูกบันทึกในรายงานการประชุม ความรู้บางส่วนที่เป็นเอกสารคู่มือต่างๆ จะจัดเก็บไว้ในตู้เอกสารที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล แต่มีการจัดเก็บอย่างไม่เป็นระบบ

ส่วนความรู้จากองค์กรภายนอกซึ่งส่วนใหญ่เป็นความรู้ที่ปรากฏชัดแจ้งมีการจัดเก็บบ้าง แต่เป็นการเก็บที่ต่างคนต่างจัดเก็บ ไม่มีการจัดเก็บที่เป็นรูปแบบ จึงควรกำหนดคณะทำงานขึ้นมาจัดเก็บเพื่อให้สามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการรักษา ส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรคในอนาคตต่อไป ดังนั้น เมื่อมองในภาพรวมของการดูแลสุขภาพของทั้งสามภาคส่วนจะพบว่า ความรู้ด้านสุขภาพชุมชนมีการจัดเก็บและบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษรยังมีน้อย ความรู้ส่วนใหญ่โดยเฉพาะความรู้ที่ฝังอยู่ในตัวบุคคลยังกระจุกกระจายอยู่ตามตัวผู้มีทักษะ และความรู้ความสามารถด้านการดูแลสุขภาพที่ไม่สามารถนำมาใช้ได้อย่างกว้างขวางและเสี่ยงต่อการสูญหาย การนำเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ในการจัดเก็บความรู้ด้านสุขภาพในลักษณะเป็นฐานข้อมูลเพื่อใช้ในชุมชนในประเทศไทยยังมีไม่มาก และคนในชุมชนเองยังไม่ได้ให้ความสำคัญ<sup>(24)</sup> ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศที่บ่งชี้ว่าการนำเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ในการงานด้านสุขภาพชุมชนยังมีน้อยกว่าภาคส่วนอื่นๆ ในสังคม<sup>(25)</sup>

### สรุปและข้อเสนอแนะ

1. การสร้างความรู้ความเข้าใจในเรื่องการจัดการความรู้ให้แก่กลุ่มภาควิชาชีพทั้งระดับผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพและในระดับผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้อง ผลการวิจัยทำให้ทราบว่า กระบวนการจัดการความรู้ที่มีอยู่แล้วในลักษณะที่ไม่เป็นทางโดยแทรกอยู่ในกระบวนการดูแลและตรวจรักษาสุขภาพ โดยมีทั้งกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างทีมดูแลสุขภาพด้วยกัน และกระบวนการถ่ายทอดความรู้ไปสู่ผู้ป่วย ญาติ

และ อสม. เพียงแต่ขาดการเก็บรวบรวมเป็นคลังความรู้ขององค์กร จึงควรมีการบันทึกหรือสรุปผลการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ที่ไม่เป็นทางการนั้นให้เป็นหมวดหมู่เพื่อความสะดวกต่อการนำไปใช้

2. การขับเคลื่อนการจัดการความรู้ด้านสุขภาพในชุมชน ควรเน้นพัฒนาและให้ความสำคัญกับกระบวนการถ่ายทอดความรู้จากผู้ให้บริการสุขภาพ ทั้งในภาควิชาชีพและภาคพื้นบ้านไปสู่ภาคประชาชน โดยอาจหาแนวทางหรือวิธีการถ่ายทอดให้หลากหลายและเหมาะสมกับเนื้อหาความรู้ที่ต้องการถ่ายทอดมากขึ้น

3. อสม. ควรได้รับการพัฒนาองค์ความรู้ให้ทันสมัย และสามารถนำไปใช้ประโยชน์ให้มากขึ้น เนื่องจากเป็นตัวกลางในการเชื่อมโยงความรู้ด้านการดูแลสุขภาพชุมชนจากทุกภาคส่วน

### กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดีด้วยความกรุณาอย่างยิ่งจากเจ้าหน้าที่หน้าสาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคำปลาหลาย อำเภออุบลรัตน์ จังหวัดขอนแก่น และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาโส อำเภอภูทอก จังหวัดยโสธร ที่ได้ช่วยเหลือและอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูลขอขอบคุณประชาชนกลุ่มตัวอย่างทั้งในชุมชนคำปลาหลายและชุมชนสันติสุขที่ทุกท่านได้สละเวลาให้ความร่วมมือในการให้สัมภาษณ์จนทำให้การศึกษานี้สมบูรณ์ คุณค่าและประโยชน์อันพึงมีจากการศึกษานี้ ผู้ศึกษาขออุทิศแด่ผู้มีพระคุณทุก ๆ ท่าน

### เอกสารอ้างอิง

1. Chuengsatiansup K, Srivanichakorn S. Localizing global policy: the experience of primary health care in Thailand [Internet]. 2008 [cited 2013 Apr 12]. Available from: <http://www.shi.or.th/>
2. สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, บรรณานิการ. การสาธารณสุขไทย 2551-2553. นนทบุรี: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข; 2554.

3. ประเวศ วะสี. ทฤษฎีใหม่ทางการแพทย์. กรุงเทพมหานคร: ชาวบ้าน, 2547.
4. เพ็ญนภา ทรัพย์เจริญ. แผนสนับสนุนนโยบายการสร้างสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทย. นนทบุรี: สถาบันการ-แพทย์แผนไทย; 2545.
5. พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550. ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 124, ตอนที่ 16 ก (ลงวันที่ 19 มีนาคม 2550).
6. Kleinman A. Patients and healers in the context of culture. Berkeley: University of California Press; 1980.
7. Guptill J. Knowledge management in health care. Journal of Health Care Finance 2005;31:10-4.
8. Fox C.A. Confirmatory factor analysis of the structure of tacit knowledge in nursing. J Nurs Educ 1997;36: 459-66.
9. Silverman B. The role of web agents in medical knowledge management. MD Computing 1998; 15:221-34.
10. Lau F. Toward a conceptual knowledge management framework in health. Perspective in Health Information 2004;1:1-11.
11. พระประสิทธิ์ ไชยชาติ. การจัดการความรู้ของหมอพื้นบ้าน ด้านการรักษาพยาบาลในชุมชน [วิทยานิพนธ์ปริญญา ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2551.
12. Chantarasombat C, Srina-ard B. Developing a knowledge management model for self-reliant communities. Social Sciences 2010;4:392-6.
13. พัชรี ดำรงสุนทรชัย. แนวทางการจัดการความรู้เพื่อ สุขภาวะชุมชน [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขา พัฒนศึกษา]. กรุงเทพมหานคร. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2550.
14. Wiig KM. Knowledge management foundations. Arlington, TX: Schema Press; 1993.
15. Alavi M, Leidner DE. Review knowledge and knowledge management system: conceptual foundations and research issues. MIS Quarterly 2001;25:107-36.
16. Probt GB, Raub S, Romhardt K. Managing knowledge: building block for success. Chichester: John Wiley & Sons; 2000.
17. Association of State and Territorial Health Officials. Knowledge management for public health professional. Washington DC: Association of State and Territorial Health Officials; 2005.
18. วิจารย์ พานิช. องค์การการเรียนรู้และการจัดการความรู้ [อินเทอร์เน็ต]. 2548 [สืบค้นเมื่อ 10 เม.ย. 2556]. แหล่งข้อมูล: <http://www.kmi.or.th>.
19. ณลลิกา โตจินดา, โสภณ ธนะมัย, นิพนธ์ ตั้งธรรม. กระบวนการถ่ายทอดความรู้ทางสิ่งแวดล้อมด้านการเกษตร ของชุมชนคอยรุตตักวา. เกษตรศาสตร์ (สังคม) 2554;32: 55-65.
20. Yamnil S, Gary NM. Knowledge management in a community setting using action research: a case study of Lumpaya community, Nakorn Pathom Province, Thailand. Human Resource Development International 2010; 13:541-56.
21. Chantarasombat C, Srisa-ard B, Mathew HS., Murray EJ. Using knowledge management to create self-reliant communities in Thailand. International of Knowledge Management 2010;6:62-78.
22. Nonaka I, Konno N. The concept of "Ba": building a foundation for knowledge creation. California Management Review 1998;40:40-54.
23. Lind M, Persborn M. Possibilities and risks with a knowledge broker in the knowledge transfer process. Paper presented at the 42<sup>nd</sup> Annual Conference of the Operational Research Society; 2000 Sep 12-14; University of Wales, Swansea. Swansea: University of Wales; 2000.
24. บดินทร์ รัตมีเทศ, ศุภฤกษ์ สุขสมาน. รายงานการวิจัย ฉบับสมบูรณ์โครงการพัฒนาชุมชนแห่งข้อมูล (i-Community) และผู้นำสารสนเทศชุมชน (Community CIO) ระยะที่ 2. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ; 2549.
25. Goddard M, Mowat D, Corbett C, Neudorf C, Raina P, Sahai V. The impacts of knowledge management and information technology advances on public health decision-making in 2010. Health Informatics Journal 2004;10:111-20.

**Abstract: Knowledge Management Process for Community Health**

**Kitpapon Srithanee, B.P.H, M.Sc, Ph.D\***; **Lampang Manmart, B.A, M.A, Ph.D \*\***

*\*Faculty of Science and Technology, Rajabhat Maha Sarakham University; \*\*Faculty of Humanities and Social Science, Khon Kaen University*

*Journal of Health Science 2014;23:774-87.*

The objective of this descriptive research was to study the knowledge management process in community health. The data were collected from the community that a combination of conventional medicine and traditional medicine was a forceful community with emphasis on the health care community which was related to the nation level of the two communities: Kam Pla Lai and Santisuk through interviewed via group discussions with the participation and involvement. The key informants were included those involvement of the community health in three sectors in professional, folk and popular for 14, 6 and 40 participants respectively including community activities for 9 months between May 2010 to January 2011. The results were shown that: (1) knowledge management for community health was not obvious and informal which was inserted in the health care process. The transfer of knowledge was the main process, (2) knowledge was in popular and folk which was inherent in term of people (tacit knowledge), e.g. composition of human body, cause of illness and health care from accumulated knowledge from the family and kinship. The importance of professional knowledge consisted of human body, illness, diagnosis and treatment. Consequently, the majority of drug usage, health promotion and disease prevention, and (3) the major of knowledge management process was knowledge transfer that transferred from professional sector and folk sector to popular sector were patients and relatives with public health volunteers who acted the mediate to integrated knowledge. The knowledge transfer methods were most of the social processes and collaboration in knowledge sharing. Therefore, the developing of knowledge transfer process should be used a variety of method that relates with knowledge content and focus on developing the more potential of public health volunteer.

**Key words:** knowledge management process, community health, health care process