

รายงานวิจัย

Research Article

การเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ของหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามแนวคิดทฤษฎีคอนสตรัคติวิสต์

Building a Learning Organization for Primary Care Units using Constructivist Theory

โกคิน ศักรินทร์กุล*

Pokin Sakarinkhul*

*กลุ่มภารกิจด้านบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลลำพูน จังหวัดลำพูน 51000

*Primary Care Department, Lamphun Hospital, Lamphun, 51000

Received: October 16, 2019

Revised: November 10, 2019

Accepted: December 15, 2019

บทคัดย่อ

แนวคิดองค์กรแห่งการเรียนรู้ถูกนำมาใช้ในการดำเนินการหน่วยบริการปฐมภูมิเพื่อให้เกิดกระบวนการทำงานร่วมกัน การที่บุคลากรได้ลงมือปฏิบัติจริง ทบทวนความรู้ที่มีในตนเองจนค้นพบความรู้ที่เหมาะสมในการให้บริการตามบริบทที่มีความสำคัญ การวิจัยแบบผสมผสานเชิงปริมาณและคุณภาพนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ของหน่วยบริการปฐมภูมิตามแนวคิดทฤษฎีคอนสตรัคติวิสต์ เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามเกี่ยวกับมิติความเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ในบุคลากรสาธารณสุขในจังหวัดลำพูน 54 คนที่เข้าร่วมโครงการองค์กรแห่งการเรียนรู้ของเครือข่ายบริการปฐมภูมิจังหวัดลำพูนปีงบประมาณ 2561 และการสัมภาษณ์ตัวแทนที่เกี่ยวข้องกับโครงการ 6 คนด้วยแบบสัมภาษณ์เชิงลึกถึงโครงสร้าง ดำเนินการระหว่างเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2561 ถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2562 นำเสนอข้อมูลเป็นค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบข้อมูลก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการฯ ด้วยการทดสอบ paired t กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.5 ส่วนข้อมูลจากการสัมภาษณ์ใช้การวิเคราะห์เนื้อหาแบบสามเสา ผลการศึกษาพบคะแนนมิติความเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทุกมิติ (ยกเว้นมิติที่ 3) โดยมิติที่ 5 เรื่องการให้อำนาจแต่ละบุคคลที่สอดคล้องกับวิสัยทัศน์ขององค์กรมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นมากที่สุด (2.43 คะแนน, $p = 0.01$) สรุปได้ว่ากิจกรรมที่ส่งผลการเรียนรู้ตามแนวคิดทฤษฎีคอนสตรัคติวิสต์ ได้แก่ การแลกเปลี่ยนการเรียนรู้ประสบการณ์ทั้งด้านบวกและด้านลบของผู้เข้าร่วมโครงการ การยอมรับฟังมุมมองที่แตกต่าง การใช้เรื่องเล่าประสบการณ์ที่มีคุณค่า และการทำกิจกรรมกลุ่มทำให้บรรลุภารกิจตามเป้าหมายที่ได้วางไว้ร่วมกัน

คำสำคัญ: หน่วยบริการปฐมภูมิ, องค์กรแห่งการเรียนรู้, แนวคิดทฤษฎีคอนสตรัคติวิสต์

พุทธชินราชเวชสาร 2562;36(3):312-21.

Abstract

The concept of a learning organization is used in implementing primary care units to achieve collaborative processes. Personnel who have taken real action, review their own knowledge until finding appropriate knowledge in contextual services is the refore important. This mixed methods research aimed to understand building a Learning Organization for Primary Care Units using Constructivist theory from Lamphun's experiences. The data was collected by using 1) score of learning organization assessment questionnaires in 54 primary health care personnel 2) semi-structured deep interviews about the activities related to constructivist theory from six personnel who have been involved in project improvement. The study period was July 2018-May 2019. Data were presented in frequency, percentage, mean and standard deviation. Data were compared before and after joining this program with the paired t-test with statistic significant level at 0.05. For the interview data, the content analysis was based on triangular content. The study found that learning improvement project could increase all dimension of learning organization score with significantly statistic (except dimension 3) and the highest in dimension 5 (Empowerment). In conclusion, lesson learned from peers, teams/groups storytelling, task achieving, state their view and ask what other thinks are important activities in the project that consistent with Constructivist theory

Keywords: primary care unit, learning organization, constructivist theory

Buddhachinaraj Med J 2019;36(3):312-21.

บทนำ

การพัฒนาหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Health Coverage: UHC) ของประเทศไทยได้พัฒนารูปแบบบริการปฐมภูมิอย่างต่อเนื่อง¹ นับตั้งแต่นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พ.ศ. 2544 จนทำให้ประชากรร้อยละ 99.9 เข้าถึงหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในปี พ.ศ. 2560² โดยในปี พ.ศ. 2558 ประเทศไทยในฐานะสมาชิกของสหประชาชาติได้เข้าร่วมวาระการพัฒนายั่งยืน พ.ศ. 2573 (Sustainable Developmental Goal: SDG)³ ซึ่งเน้นให้ความสำคัญต่อการปรับสมดุลทั้ง 3 มิติของการพัฒนาอย่างยั่งยืนทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม ในรูปแบบบูรณาการและการมีส่วนร่วม⁴ เพื่อรับมือปัญหาสุขภาพและสาธารณสุขที่ซับซ้อนมากขึ้น เช่น อุบัติเหตุทางการจราจร ภาวะติดเชื้อเอชไอวี วัณโรค โรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน โรคระบบหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งเป็นต้นเหตุให้เกิดการเสียชีวิตโดยไม่จำเป็นทั่วโลกถึง 8.6 ล้านคน โดยในจำนวนนี้ 5 ล้านคนเกิดจากการได้รับบริการทางสาธารณสุขที่ด้อยคุณภาพ (poor-quality care)⁵

การพัฒนาระบบบริการเครือข่ายปฐมภูมิเพื่อให้คุณภาพอย่างยั่งยืนจำเป็นต้องแก้ปัญหาการจัดอัตรากำลัง⁶ การขาดกระบวนการสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพบุคลากรในหน่วยบริการปฐมภูมิ⁷ ดังรายงานการสำรวจสถานการณ์การจัดการหมอบริการของมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาสุขภาพชุมชนเมื่อ พ.ศ. 2558 ที่พบว่าได้จัดทีมสนับสนุนดูแลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลด้านวิชาการเพื่อพัฒนาเพียงร้อยละ 10.2 เท่านั้น⁸ ซึ่งจากการประเมินเครือข่ายบริการปฐมภูมิอำเภอเมืองลำพูนของพงศกรและคณะ⁹ พบปัญหาการขาดภาวะผู้นำที่เป็นต้นแบบที่สนับสนุนการเรียนรู้ ขาดการเชื่อมโยงองค์กรให้เข้ากับสภาพบริบทของสังคมซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพหน่วยบริการปฐมภูมิ

ในการแก้ไขปัญหาข้างต้น Gellmon และคณะ¹⁰ ได้นำแนวคิดองค์กรแห่งการเรียนรู้ (learning organization) มาช่วยให้ผู้นำเกิดความเข้าใจในบริบทการทำงานบริการปฐมภูมิได้ดียิ่งขึ้น ร่วมกับการสร้างความร่วมมือระหว่างสหวิชาชีพ (interprofessional

collaborative practice: ICP) ในการปฏิบัติงานร่วมกัน¹¹ ทั้งการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และการดูแลกลุ่มประชากรที่รับผิดชอบภายในชุมชน จนเกิดการเรียนรู้ร่วมกันเป็นทีม (team-based learning)¹² เพื่อให้หน่วยบริการปฐมภูมิภายในจังหวัดลำพูนเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดทฤษฎีคอนสตรัคติวิสต์¹³ มาใช้ในการดำเนินการประกอบด้วย 1) การริเริ่มสร้างโครงการฯ จากความคิดของผู้เข้าอบรม 2) การแสดงความคิดออกมาเป็นรูปธรรมเพียงพอที่จะใช้แลกเปลี่ยนเรียนรู้กันได้ 3) วิเคราะห์ความคิดของตนเองและนำเสนอเพื่อแลกเปลี่ยนความคิดซึ่งกันและกัน การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความคิดเห็นของบุคลากรสาธารณสุขต่อมิติความเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ของเครือข่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิตามแนวคิดทฤษฎีคอนสตรัคติวิสต์ก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการฯ เพื่อให้บุคลากรเข้าใจในบริบทการทำงานในบริการปฐมภูมิ เกิดความร่วมมือระหว่างสหวิชาชีพและเรียนรู้ร่วมกันเป็นทีมอันจะส่งผลให้หน่วยบริการปฐมภูมิเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้

วัสดุและวิธีการ

การวิจัยแบบผสมผสานเชิงปริมาณและคุณภาพแบบขั้นตอนการอธิบายนี้ (mixed methods study, explanatory sequential design)¹⁴ ดำเนินกิจกรรมระหว่างเดือนกรกฎาคม-กันยายน พ.ศ. 2562

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่

1) แบบสอบถามมิติความเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ (Dimensions of Learning Organizations Questionnaire: DLOQ) ใน 7 มิติของ Marsick และ Watkins¹⁵ ซึ่งได้พัฒนาข้อคำถามในหน่วยบริการปฐมภูมิโดยพงศกรและคณะ⁹ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.98 ประกอบด้วยข้อคำถาม 43 ข้อ ได้แก่ มิติที่ 1 เรื่องการสร้างโอกาสในการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง (ข้อที่ 1-7) มิติที่ 2 เรื่องการสนับสนุนให้ซักถามและสนทนา (ข้อที่ 8-13) มิติที่ 3 เรื่องการส่งเสริมความร่วมมือและการเรียนรู้เป็นทีม (ข้อที่ 14-19) มิติที่ 4 เรื่องการสร้างระบบการรับรู้และการแลกเปลี่ยนการเรียนรู้ (ข้อที่ 20-25) มิติที่ 5 เรื่องการให้อำนาจแต่ละ

บุคคลที่สอดคล้องกับวิสัยทัศน์ขององค์กร (ข้อที่ 26-31) มิติที่ 6 เรื่องการเชื่อมโยงองค์กรให้เข้ากับสภาพบริบทของสังคม (ข้อที่ 32-37) มิติที่ 7 เรื่องการให้ภาวะผู้นำที่เป็นต้นแบบที่สนับสนุนการเรียนรู้ (ข้อที่ 38-43) เกณฑ์การให้คะแนนในแต่ละข้อคำถามแบ่งเป็น 6 ระดับ คือ แทบจะไม่เกิดขึ้นเลย (1 คะแนน) เกิดขึ้นน้อย (2 คะแนน) เกิดขึ้นค่อนข้างน้อย (3 คะแนน) เกิดขึ้นค่อนข้างบ่อย (4 คะแนน) เกิดขึ้นบ่อย (5 คะแนน) และเกิดขึ้นแทบจะทุกครั้ง (6 คะแนน)

2) แบบสัมภาษณ์เชิงลึกกึ่งโครงสร้าง (Semi-Structure Interview) ในการสะท้อนความคิดเห็นที่มีต่อโครงการฯ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ที่เกิดขึ้นในช่วงเวลาที่ดำเนินการตามกรอบแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ตามแนวคิดทฤษฎีคอนสตรัคติวิสต์¹⁶ ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน และปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิได้ให้คำแนะนำ

การวิจัยเชิงปริมาณ แบ่งเป็น 2 ระยะ ประกอบด้วย

ระยะที่ 1 จัดกิจกรรมตามแนวคิดทฤษฎีคอนสตรัคติวิสต์ช่วงเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2561 เป็นเวลา 2 วัน โดยแบ่งเป็นกลุ่ม ๆ ละ 5-6 คน ทำแบบสอบถามมิติความเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ (DLOQ) ก่อนเริ่มกิจกรรม จากนั้นร่วมฟังบรรยายแนวคิดองค์กรแห่งการเรียนรู้ ดูลิขสิทธิ์ทัศน ร่วมกันทำกิจกรรมกลุ่ม เช่น การใช้อุปกรณืต่อรูปทรงที่กำหนดในเวลาจำกัด วิเคราะห์ความคิดของตนเองและกลุ่ม ถอดบทเรียนความสำเร็จสิ่งที่ต้องการแก้ไขและนำเสนอแก่กลุ่มอื่น ๆ พร้อมทั้งบอกเล่าความรู้สึกหรือความคิดเห็นต่อกิจกรรมที่ร่วมกันทำ รวบรวมออกมาเป็นข้อสรุปของกลุ่ม

ระยะที่ 2 ช่วงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2561 เก็บข้อมูลจากผู้เข้าร่วมโครงการฯ ซ้ำ โดยใช้แบบสอบถามมิติความเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ (DLOQ) เพื่อดูการเปลี่ยนแปลงของคะแนนภายหลังเข้าร่วมโครงการฯ 6 เดือน

โดยศึกษาในตัวแบบบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของ 2 อำเภอในจังหวัดลำพูนซึ่งมีค่าคะแนนเฉลี่ยความเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ในภาพรวมของระดับอำเภอน้อยกว่าค่าคะแนนเฉลี่ยในภาพรวมของระดับจังหวัดจากการสำรวจของสมานและคณะ¹⁷ (อำเภอเมืองลำพูนและอำเภอบ้านโฮ่ง) โดยความเห็นชอบของสาธารณสุข

อำเภอทั้ง 2 อำเภอ 54 คนจากจำนวน 121 คนที่ไม่มี
ข้อจำกัดด้านการสื่อสารภาษาไทยและสมัครใจเข้าร่วม
โครงการฯ (อำเภอเมือง 36 คน อำเภอบ้านโฮ่ง 18 คน)

สำหรับการวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยสัมภาษณ์ตัวแทน
บุคลากรสาธารณสุข 6 คนด้วยแบบสัมภาษณ์เชิงลึก
กึ่งโครงสร้าง โดยใช้ระยะเวลาสัมภาษณ์ประมาณ
คนละ 30 นาทีจนไม่พบข้อสงสัยหรือไม่มีข้อมูลใหม่
[ข้อมูลอิ่มตัว (data saturation)] จึงหยุดสัมภาษณ์
พร้อมทั้ง บันทึกข้อมูลภาคสนาม (field note) ทั้งนี้
ตัวแทนบุคลากรสาธารณสุข 6 คน ประกอบด้วย

คนที่ 1 หัวหน้าโครงการฯ อายุ 52 ปี ตำแหน่ง
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักงาน
สาธารณสุขจังหวัดลำพูน ประสบการณ์ในการทำงาน
ในหน่วยบริการปฐมภูมิ 22 ปี

คนที่ 2 ตัวแทนที่มหาวิทยาลัยในโครงการฯ อายุ
32 ปี ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
ประสบการณ์ในการทำงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ
10 ปี

คนที่ 3 ตัวแทนที่มหาวิทยาลัยในโครงการฯ อายุ
43 ปี ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
ประสบการณ์ในการทำงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ
15 ปี

คนที่ 4 ตัวแทนผู้เข้าร่วมโครงการฯ อำเภอบ้านโฮ่ง
อายุ 48 ปี ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
ประสบการณ์ในการทำงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ
16 ปี

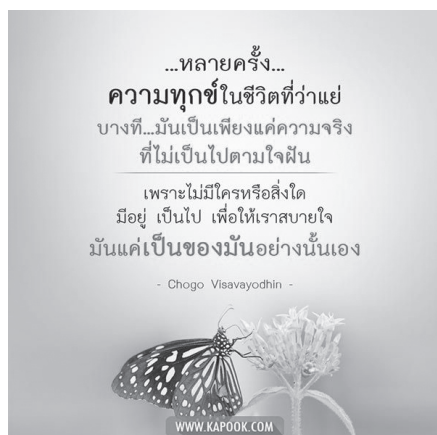
คนที่ 5 ตัวแทนผู้เข้าร่วมโครงการฯ อำเภอเมือง
ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ประสบการณ์
ในการทำงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ 5 ปี

คนที่ 6 ผู้ประสานงานโครงการฯ อายุ 48 ปี ตำแหน่ง
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ประสบการณ์ในการ
ทำงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ 12 ปี

หลังจากตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของ
ข้อมูลระบุรหัสแล้วบันทึกลงคอมพิวเตอร์ วิเคราะห์
ข้อมูลด้วยโปรแกรมสถิติสำเร็จรูป นำเสนอเป็นค่า
ความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
เปรียบเทียบคะแนนการวิเคราะห์มิติการเป็นองค์กร
แห่งการเรียนรู้ก่อนและหลังการเข้าโครงการฯ ด้วยการ
ทดสอบ paired-t¹⁸ กำหนดระดับนัยสำคัญทาง
สถิติที่ 0.05 ส่วนข้อมูลจากการสัมภาษณ์นั้นผู้วิจัย
ถอดความแล้วแยกแยะเป็นหมวดหมู่ตามมิติทั้ง 7 มิติ
ตรวจสอบความถูกต้องและน่าเชื่อถือของข้อมูล
แบบสามเส้า (triangulation)¹⁴ อนึ่ง การวิจัยนี้ผ่านการ
พิจารณารับรองของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย
ในมนุษย์ โรงพยาบาลลำพูน ตามเอกสารเลขที่ 016/
2562 ลงวันที่ 28 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2562

ผลการศึกษา

บุคลากรสาธารณสุขที่เข้าร่วมโครงการเป็นเพศหญิง
43 คน (ร้อยละ 79.6) อายุเฉลี่ย 40.2 ปี ระยะเวลาทำงาน
เฉลี่ย 18.3 ปี จบการศึกษาระดับปริญญาตรี 36 คน
(ร้อยละ 66.7) เป็นข้าราชการ 43 คน (ร้อยละ 79.6)
ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 15 คน (ร้อยละ 27.7)
รายได้เฉลี่ยต่อเดือนประมาณ 30,069 บาท ดูรายละเอียด
ในตารางที่ 1



ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของบุคลากรสาธารณสุขที่เข้าร่วมวิจัย (n = 54)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (ร้อยละ)
เพศ	
ชาย	11 (20.4)
หญิง	43 (79.6)
อายุ (ปี)	
20-29	18 (33.3)
30-39	7 (13.0)
40-49	17 (31.5)
≥ 50	12 (22.2)
ค่าเฉลี่ย $\pm$ SD	40.2 $\pm$ 10.9
(ค่าต่ำสุด-ค่าสูงสุด)	(24-58)
ระยะเวลาการทำงาน (ปี)	
< 10	19 (35.2)
11-20	8 (14.8)
21-30	20 (37.0)
> 30	7 (13.0)
ค่าเฉลี่ย $\pm$ SD	18.3 $\pm$ 1.3
(ค่าต่ำสุด-ค่าสูงสุด)	(1-37)
ระดับการศึกษา	
ต่ำกว่าปริญญา	7 (13.0)
ปริญญาตรี	36 (66.7)
ปริญญาโท	11 (20.3)
อาชีพ	
ข้าราชการ	43 (79.6)
พนักงานกระทรวงสาธารณสุข	11 (20.4)
ตำแหน่ง	
ผู้อำนวยการ รพ.สต.	11 (20.4)
นักวิชาการสาธารณสุข	11 (20.4)
พยาบาลวิชาชีพ	15 (27.7)
ทันตสาธารณสุข	8 (14.8)
เจ้าพนักงานสาธารณสุข	7 (13.0)
นักการแพทย์แผนไทย	2 (3.7)
รายได้ต่อเดือน (บาท)	
10,000-20,000	18 (33.3)
20,001-30,000	11 (20.4)
30,001-40,000	11 (20.4)
มากกว่า 40,000	14 (25.9)
ค่าเฉลี่ย $\pm$ SD	30,068.9 $\pm$ 12,347.7
(ค่าต่ำสุด-ค่าสูงสุด)	(12,240-51,106)

รพ.สต.: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

SD: standard deviation

ตารางที่ 2 คะแนนเฉลี่ยความเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ใน 7 มิติ* ก่อนและหลังเข้าโครงการฯ (n = 54)

มิติการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้	ค่าเฉลี่ย $\pm$ SD		p-value ^a
	ก่อนเข้าโครงการ	หลังเข้าโครงการ	
มิติที่ 1 เรื่องการสร้างโอกาสในการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง (7 ข้อ)	29.62 $\pm$ 4.551	32.09 $\pm$ 4.029	< 0.001
มิติที่ 2 เรื่องการสนับสนุนให้ซักถามและสนทนา (6 ข้อ)	08.02 $\pm$ 3.683	29.37 $\pm$ 3.17	0.024
มิติที่ 3 เรื่องการส่งเสริมความร่วมมือและการเรียนรู้เป็นทีม (6 ข้อ)	26.87 $\pm$ 4.481	28.19 $\pm$ 3.626	0.082
มิติที่ 4 เรื่องการสร้างระบบการรับรู้และการแลกเปลี่ยนการเรียนรู้ (6 ข้อ)	23.89 $\pm$ 3.683	26.17 $\pm$ 4.005	0.01
มิติที่ 5 เรื่องการให้อำนาจแต่ละบุคคลที่สอดคล้องกับวิสัยทัศน์ขององค์กร (6 ข้อ)	24.57 $\pm$ 5.175	27.00 $\pm$ 4.66	0.007
มิติที่ 6 เรื่องการเชื่อมโยงองค์กรให้เข้ากับสภาพบริบทของสังคม (6 ข้อ)	24.85 $\pm$ 5.385	27.22 $\pm$ 4.542	0.004
มิติที่ 7 เรื่องการให้ภาวะผู้นำที่เป็นต้นแบบที่สนับสนุนการเรียนรู้ (6 ข้อ)	24.37 $\pm$ 5.543	26.35 $\pm$ 5.306	0.021

*เกณฑ์การให้คะแนนในแต่ละข้อแบ่งเป็น 6 ระดับ

^aPaired t-test

ความคิดเห็นของบุคลากรสาธารณสุขก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการฯ ต่อความเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ (คะแนนเฉลี่ย) มิติที่ 1 เท่ากับ 29.69 คะแนน และ 32.09 คะแนน ($p < 0.001$) มิติที่ 2 เท่ากับ 28.02 และ 29.37 คะแนน ($p = 0.24$) มิติที่ 3 เท่ากับ 26.87 และ 28.12 คะแนน ($p = 0.082$) มิติที่ 4 เท่ากับ 23.89 และ 26.17 คะแนน ($p = 0.01$) มิติที่ 5 เท่ากับ 24.57 และ 27.00 คะแนน ($p = 0.027$) มิติที่ 6 เท่ากับ 24.85 และ 27.22 คะแนน ($p = 0.004$) มิติที่ 7 เท่ากับ 24.37 และ 26.35 คะแนน ($p = 0.021$) ตามรายละเอียดในตารางที่ 2

จากการสัมภาษณ์ผู้เข้าร่วมกิจกรรมในโครงการฯ พบว่าการเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมแสดงความคิดเห็นด้วยตนเอง (express and explicit) ผ่านเรื่องเล่าประสบการณ์ที่มีคุณค่า มีความหมายต่อผู้เล่าเรื่อง อาจจะเป็นเรื่องดีหรือเรื่องร้ายก็ได้ และให้สมาชิกสะท้อน “ความรู้สึก” ที่มีต่อเรื่องเล่านั้นช่วยสนับสนุนความเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้มิติที่ 1 เรื่องการสร้างโอกาสในการเรียนรู้อย่างต่อเนื่องดังที่สมาชิกคนหนึ่งกล่าวว่า

“สมาชิกทุกคนได้เรียนรู้จากเรื่องเล่าของสมาชิกในกลุ่มที่บางเรื่องเกิดการแก้ไขปัญหาบางจุดอย่างเห็นได้ชัด (การติดกล้องวงจรปิดและการทำบัญชีเบอร์

โทรศัพท์หน่วยงานอื่น จากการนำเสนอเหตุการณ์นักเรียนตีกันในสถานพยาบาล)”

อีกทั้งจากกรอบแนวคิดทฤษฎีคอนสตรัคติวิสต์ พบว่าการแสดงความคิดเห็นที่เป็นรูปธรรมจะเกิดขึ้นได้ หากได้ฟังอย่างตั้งใจ ซึ่งสอดคล้องกับความเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้มิติที่ 2 เรื่องการสนับสนุนให้ซักถามและสนทนา

“สมาชิกทุกคนในกลุ่มได้แสดงความคิดเห็นอย่างมีเหตุมีผลในมุมมองของแต่ละคน และทุกคนตั้งใจที่จะรับฟังมุมมองความคิดเห็นของผู้อื่น โดยไม่เกิดการโต้แย้งใดๆ และได้สอบถามความคิดเห็นเพิ่มเติมทำให้สมาชิกทุกคนได้เรียนรู้มุมมองของกันและกัน”

นอกจากนี้จากการที่กิจกรรมในโครงการฯ ช่วยให้เกิดกระบวนการแลกเปลี่ยนการเรียนรู้ประสบการณ์ทั้งด้านบวกและด้านลบของผู้เข้าร่วมกิจกรรมเป็นขั้นตอนสำคัญที่ทำให้เกิดการซักถามและสนทนา นำไปสู่การยอมรับฟังมุมมองที่แตกต่างสามารถช่วยสนับสนุนความเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้มิติที่ 3 เรื่องการส่งเสริมความร่วมมือและการเรียนรู้เป็นทีมได้

“การเปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็นและวางแผนกิจกรรมร่วมกันจากกิจกรรมทำให้สมาชิกในกลุ่มเกิดการเรียนรู้จากความผิดพลาดของการทำกิจกรรมในครั้งก่อนหน้าและช่วยให้การทำงานเป็นทีมดีขึ้นตามลำดับ”

สำหรับมิติที่ 4 เรื่องการสร้างระบบการรับรู้และการแลกเปลี่ยนการเรียนรู้พบว่าการสังเกตที่ดีเป็นจุดเริ่มต้นของการสร้างระบบการรับรู้และเกิดการต่อยอดความรู้เพื่อแก้ไขปัญหาได้

“มีสมาชิกในกลุ่มบางคนได้สังเกตกลุ่มอื่น ๆ เพื่อนำมาเปรียบเทียบกับภารกิจที่กลุ่มกำลังจะทำและใช้วางแผนสำรองหากเกิดความผิดพลาดจากแผนที่วางไว้เพื่อให้กลุ่มขณะแสดงให้เห็นถึงการหาองค์ความรู้จากสิ่งแวดล้อมรอบข้างและปรับใช้กับวิธีการทำงานของกลุ่มเพื่อให้กลุ่มประสบความสำเร็จ”

นอกจากการสนทนากลุ่ม การใช้กิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ที่กำหนดให้สมาชิกในกลุ่มร่วมกันปฏิบัติการกิจตามเป้าหมายที่ได้วางไว้ช่วยให้ผู้เข้าร่วมโครงการเกิดวิสัยทัศน์ร่วมและวางแผนการดำเนินการ ผ่านการสร้างงานตามภารกิจได้ ซึ่งถือเป็นเรื่องสำคัญที่ช่วยให้มิติที่ 5 เรื่องการให้อำนาจแต่ละบุคคลที่สอดคล้องกับวิสัยทัศน์ขององค์กรเกิดขึ้นได้

“สมาชิกกลุ่มได้แสดงความคิดเห็นและวางแผนกิจกรรมร่วมกัน จากนั้นได้แบ่งหน้าที่ความรับผิดชอบให้สมาชิกในกลุ่มตามแผนที่วางไว้ สมาชิกในกลุ่มทุกคนมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมให้สำเร็จตามเป้าหมาย”

“สมาชิกในกลุ่มเลือกเรื่องเล่าที่ทุกคนมี ‘ความรู้สึก’ ร่วมกันและทุกคนร่วมกันแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับเรื่องเล่าที่เลือกมา มองความเสี่ยงร่วมกัน และหาแนวทางในการปรับปรุงแก้ไขเหตุการณ์ร่วมกันทั้งหมด”

ส่วนมิติที่ 6 เรื่องการเชื่อมโยงองค์กรให้เข้ากับสภาพบริบทของสังคม พบว่ากิจกรรมในโครงการฯ ใช้จิตทัศน์การนำเสนอโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดีเด่นระดับประเทศ ช่วยให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความประทับใจและแรงบันดาลใจที่อยากจะทำให้ได้เหมือนในจิตทัศน์ ความรู้สึกที่เกิดจากการดูคลิปมีทั้งด้านบวกและด้านลบดังกลุ่มตัวอย่างที่สะท้อนออกมาว่า

“สมาชิกที่มีประสบการณ์ในการทำงานเชิงรุกกับชุมชนและเครือข่ายจะให้ความรู้สึกเชิงบวกมองสภาพแวดล้อมแบบองค์รวม สมาชิกกลุ่มที่ให้ความรู้สึกเชิงลบเกิดจากมุมมองในการบริหารงบประมาณและประโยชน์โดยตรงที่จะเกิดแก่ผู้รับบริการ (หากดำเนินการตามที่จิตทัศน์ได้นำเสนอ)”

ทั้งนี้ มิติที่ 7 เรื่องการให้ภาวะผู้นำที่เป็นต้นแบบที่สนับสนุนการเรียนรู้พบว่าผู้เข้าร่วมกิจกรรมต้องการให้ผู้เข้ารับฟังและเปิดโอกาสให้ผู้ได้บังคับบัญชาแสดงความคิดเห็นคล้ายกับกิจกรรมในโครงการฯ

“ในขณะที่มีสมาชิกเล่าเรื่อง สมาชิกคนอื่น ๆ ตั้งใจรับฟังสมาชิกคนที่เล่าเรื่อง อีกทั้งสอบถาม แสดงความคิดเห็นเพิ่มเติมในสิ่งที่เพื่อนสมาชิกเล่า”

วิจารณ์

จากผลการวิจัยพบการเปลี่ยนแปลงของคะแนนมิติความเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ (DLOQ) เพิ่มขึ้นเกือบทุกมิติหลังจากดำเนินกิจกรรมโครงการฯ เช่นเดียวกับผลการศึกษาของ Leufven และคณะ¹⁹ ที่ใช้เครื่องมือนี้ในโรงพยาบาลหลายแห่งในประเทศเนปาล ฉะนั้นคะแนนมิติความเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ (DLOQ) จึงสามารถนำมาใช้ได้สถานบริการสาธารณสุขนอกเหนือจากหน่วยงานทางธุรกิจ เช่นเดียวกับผลการศึกษาของอัญชลีพร²⁰ กับพจนการและคณะ⁹

การสร้างโอกาสในการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง (มิติที่ 1) Burgess¹² แนะนำให้ใช้วิธีจัดกลุ่มผู้ปฏิบัติงานขนาดเล็กพูดคุยถึงปัญหาและหนทางการแก้ไขปัญหาทางการแพทย์ที่พบได้ในเวชปฏิบัติ โดยเฉพาะการสะท้อนประเด็นปัญหาสำคัญ (critical reflection) นอกจากนี้ Kumar และคณะ²¹ ได้แนะนำวิธีอื่น ๆ เช่น ดุลยภาพชีวิต (ตั้งกิจกรรมในโครงการฯ) การจัดกระบวนการแลกเปลี่ยนการเรียนรู้ประสบการณ์ผ่านเรื่องเล่า การสนทนากลุ่ม การใช้กิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ ซึ่งเป็นวิธีการที่เพิ่มศักยภาพการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ในองค์กร ส่งเสริมความร่วมมือและการเรียนรู้เป็นทีมได้อีกด้วย (มิติที่ 3)

ทั้งนี้ วิธีเชื่อมโยงองค์กรให้เข้ากับสภาพบริบทของสังคม (มิติที่ 6) สามารถดำเนินการได้โดยอาศัยปัญหาเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นจากการให้บริการประจำวัน ดังที่ Stocker และคณะ²² แนะนำให้นำมาใช้เป็นโจทย์หรือตัวขับเคลื่อนการเรียนรู้ควบคู่ไปกับการฝึกฝนการทำงานร่วมกันเป็นทีมโดยจัดช่วงเวลาและสถานที่ให้สมาชิกภายในองค์กรสามารถสนทนาซักถามอย่างเปิดเผยโดยฟังซึ่งกันและกัน (มิติที่ 2)

ตามคำแนะนำของ Mertens และ Groot¹¹ ซึ่งสามารถทำได้ง่ายในหน่วยงานด้านสาธารณสุขเนื่องจากคุ้นชินกับกระบวนการดำเนินการในลักษณะนี้อยู่แล้ว^{9, 20}

การให้อำนาจแต่ละบุคคลที่สอดคล้องกับวิสัยทัศน์ขององค์กร (มิติที่ 5) พบการเปลี่ยนแปลงมากที่สุดจากผู้เข้าร่วมกิจกรรมเกิดความรู้สึกมีส่วนร่วมว่าปัญหาหรือสถานการณ์ของกลุ่มนั้นเป็นปัญหาที่ทุกคนต้องร่วมกันแก้ไขสอดคล้องกับแนวคิดของ Meng²³ ที่ระบุว่า การสร้างแรงจูงใจร่วมกันจะช่วยให้บุคลากรในองค์กรรู้สึกมีคุณค่าและมีความพยายามในการแก้ไขปัญหาอุปสรรคต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นภายในองค์กรได้

ส่วนการสร้างระบบการรับรู้และการแลกเปลี่ยนการเรียนรู้ (มิติที่ 4) สิ่งสำคัญคือการกระตุ้นให้เกิดการสังเกต ซึ่งอภิชาตและคณะ²⁴ พบว่าการกระตุ้นการสังเกตทำให้เกิดแนวคิดในการแก้ไขปัญหาและพบว่าเกี่ยวข้องกับความเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ของหน่วยงานสังกัดกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ฉะนั้นแนวคิดทฤษฎีคอนสตรัคติวิสต์ที่เน้นความสำคัญของกระบวนการเรียนรู้ของบุคลากรและความสำคัญของความรู้เดิมที่เปิดโอกาสให้บุคลากรเป็นผู้แสดงความรู้ด้วยตนเองโดยมีวิทยากรสนับสนุนสามารถสร้างความรู้ด้วยตนเองได้ผ่านภารกิจของกิจกรรมจำลองให้ได้ลงมือปฏิบัติจริง ทบทวนความรู้ที่มีในตนเองจนค้นพบความรู้และรู้จักสิ่งที่ค้นพบจนสามารถสร้างสิ่งที่มีความหมายแก่ตนเอง¹³ จึงเป็นแนวคิดที่เหมาะสมกับการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ของหน่วยบริการปฐมภูมิ

ทั้งนี้ภาวะผู้นำที่เป็นต้นแบบที่สนับสนุนการเรียนรู้ (มิติที่ 7) ที่ผู้เข้าร่วมกิจกรรมคาดหวังคือผู้นำที่รับฟังและเปิดโอกาสให้ผู้ใต้บังคับบัญชาได้แสดงความคิดเห็น รวมทั้งสามารถจูงใจให้สมาชิกมีเข็มมุ่งร่วม (shared vision) ได้โดยมีเป้าประสงค์สูงสุดคือให้บุคลากรในหน่วยงานเกิดการเรียนรู้อย่างมีความหมาย (meaningful learning)²⁵ จนสามารถพัฒนาศักยภาพการทำงานเป็นทีมในลักษณะบริการแบบผสมผสาน (integrated care)²⁶⁻²⁷ ควบคู่ไปกับเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ต่อไป

อนึ่ง ควรศึกษาลักษณะกิจกรรมที่นำแนวคิดทฤษฎีคอนสตรัคติวิสต์ไปดำเนินองค์กรแห่งการเรียนรู้ควบคู่ไปกับการปฏิบัติงานประจำ²¹ ในหน่วยบริการปฐมภูมิ

อย่างไรก็ตามผู้เข้าร่วมโครงการฯ ในงานวิจัยได้จากการเลือกตัวอย่างแบบเจาะจงโดยความเห็นชอบของสาธารณสุขอำเภอจึงอาจไม่ได้เป็นตัวแทนของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานใน 2 อำเภอของจังหวัดลำพูนที่ศึกษา

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณอาจารย์สมาน พรวิเศษ (นักวิชาการเชี่ยวชาญด้านบริการวิชาการ) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำพูน อาจารย์พงศกร ศรีสมยา (นักวิชาการชำนาญการ) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำพูน และอาจารย์ศิริมาส พงษ์ขันเงิน (พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ) โรงพยาบาลลำพูน สำหรับการตรวจแบบสัมภาษณ์เชิงลึกโครงสร้างซึ่งเป็นเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ตลอดจนขอขอบคุณบุคลากรสาธารณสุขในจังหวัดลำพูนที่เข้าร่วมในโครงการวิจัยทุกคน

เอกสารอ้างอิง

1. Srivanichakorn S. Family medicine on the path of primary care. Community Health Systems Research and Development Institute. Nonthaburi: Sahamitr Printing & Publishing Co, Ltd; 2017.
2. United Nations. Thailand's Voluntary National Review on the implement of the 2030 Agenda for Sustainable Development [internet]. 2017 [cited 2019 Feb 7]. Available from: <https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/16147Thailand.pdf>
3. United Nations. The sustainable development goals report [internet]. 2016 [cited 2019 Feb 7]. Available from: <http://www.un.org.lb/Library/Assets/The-Sustainable-Development-Goals-Report-2016-Global.pdf>
4. IAEG-SDGs. Final list of proposed sustainable development goal indicators: Inter-agency and expert group on sustainable development goal [internet].

- 2016 [cited 2019 Feb 17]. Available from: <https://data.opendevlopmementmekong.net/dataset/93b6c8bc-8f80-4b61-846c-0bfa4850355d/resource/f4efbd58-3977-46a-a6c0-7b2fbb7df831/download/11803official-list-of-proposed-sdg-indicators.pdf>
5. Kruk ME, Gage AD, Joseph NT, Danaei G, Garcia-Saisó S, Salomon JA. Mortality due to low-quality health systems in the universal health coverage era: A systematic analysis of amenable deaths in 137 countries. *Lancet* 2018;392(10160):2203-12.
 6. Boonjian P. The development of a network of primary care services. *J Prev Med Assoc Thai* 2016;6(1):38-48.
 7. Khan MS, Hashmani FN. Political and technical barriers to improving quality of health care. *Lancet* 2018;392(10160):2146-7.
 8. Srivanichakorn S. Primary care service development situation. Nonthaburi: Sahamitr Printing & Publishing Co, Ltd;2015.
 9. Srisomya P, Awiphan R, Sakarinkhul P. Quality development process and learning organization assessment of Amphoe Mueang Lamphun Primary Care Network. *Res Development Health Syst J* 2018;11(3):43-52.
 10. Gelmon S, Bouranis N, Sandberg B, Petchel S. Strategies for addressing the challenges of patient-centered medical home implementation: Lessons from Oregon. *J Am Board Fam Med* 2018;31(3):334-41.
 11. Mertens F, de Groot E, Meijer L, Wens J, Gemma Cherry M, Deveugele M, et al. Workplace learning through collaboration in primary healthcare: A BEME realist review of what works, for whom and in what circumstances: BEME Guide No. 46. *Med Teach* 2018;40(2):117-34.
 12. Burgess A, Roberts C, Ayton T, Mellis C. Implementation of modified team-based learning within a problem based learning medical curriculum: a focus group study. *BMC Med Educ* 2018;18(1):74.
 13. Olusegun B, Olusegun S. Constructivism learning theory: A paradigm for teaching and Learning. *IOSR J Res Method Educ* 2015;5(6):66-70.
 14. Ngamvichaikit A. Mixed methods approach: Qualitative and quantitative research design. *Modern Management Sci J* 2015;13(1):1-12.
 15. Marsick VJ, Watkins KE. Demonstrating the value of an organization's learning culture: The dimensions of the learning organization questionnaire. *Adv Dev Hum Resour* 2003;5(2):132-51.
 16. Thomas A, Menon A, Boruff J, Rodriguez AM, Ahmed S. Applications of social constructivist learning theories in knowledge translation for healthcare professionals: a scoping review. *Implement Sci* 2014;9:54.
 17. Pornwisetsirikun S, Srisomya P, Sakarinkhul P. Learning organization and sub-district health promotion hospital quality development criterion of Lamphun Province. *J Thai National Public Health Assembly* 2018;14(3):19-27.
 18. Chaimay B. Choosing statistics in data analysis for health science research. *Thaksin Univ J* 2014;17(1):68-76.
 19. Leufven M, Vitrakoti R, Bergstrom A, Ashish KC, Målgvist M. Dimensions of Learning Organizations Questionnaire (DLOQ) in a low-resource health care setting in Nepal. *Health Res Policy Syst* 2015;13:6.

20. Losuwannakun A. Evaluation of learning organization by employees of Pharmacy Division at Maharaj Nokorn Chiangmai Hospital [Independent Study]. Chiangmai: Chiangmai University; 2011.
21. Kumar JK, Gupta R, Basavaraj P, Singla A, Prasad M, Pandita V, et al. An Insight into healthcare setup in National Capital Region of India using Dimensions of Learning Organizations Questionnaire (DLOQ)-A cross-sectional study. J Clin Diagn Res 2016;10(6):ZC01-5.
22. Stocker M, Pilgrim SB, Burmester M, Allen ML, Gijssels WH. Interprofessional team management in pediatric critical care: some challenges and possible solutions. J Multidiscip Healthc 2016;9:47-58.
23. Meng Y. Spiritual leadership at the workplace: Perspectives and theories. Biomed Rep 2016;5(4):408-12.
24. Thongbai A, Tadadej C, Tridech P, Satitvipawee P. Association of organizational climate, transformational leadership and learning organization as perceived by personnel in office under the Department of Disease Control, Ministry of Public Health. J Health Sci 2015;24(5):950-60.
25. Cadarin L, Bagnasco A, Rocco G, Sasso L. An integrative review of the characteristics of meaningful learning in healthcare professionals to enlighten educational practices in health care. Nurs Open 2014; 1(1):3-14.
26. Leutz WN. Five laws for integrating medical and social services: Lessons from the United States and the United Kingdom. Milbank Q 1999;77(1):77-110.
27. Sakarinkhul P. Area-based primary care services development: Regional Health 1. J Prim Care Fam Med 2019;2(1):12-23.

