

ผลของการใช้โปรแกรมพัฒนาทักษะการจัดการความรู้ต่อพฤติกรรม การจัดการความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพของแกนนำกลุ่มสูงอายุ ชุมชนเทศบาลเมืองคลองหลวง

The Effects of the Using Knowledge Management Skill Developmental Program on Knowledge Management Behaviors for Health Promotion of the Elder Leaders at Klong Luang Municipality Community

ประนอม โอทกานนท์* พวงผกา คงวัฒนานนท์

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี 12120

Faculty of Nursing, Thammasat University, Rangsit Centre, Khlong Luang, Pathom Thani 12120

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการใช้โปรแกรมพัฒนาทักษะการจัดการความรู้ต่อพฤติกรรมการจัดการความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพของแกนนำกลุ่มสูงอายุ ชุมชนเทศบาลเมืองคลองหลวง กลุ่มตัวอย่าง คือ กลุ่มทดลอง 28 คน ได้รับโปรแกรมการฝึกอบรม 45 ชั่วโมง บนฐานแนวคิดเรื่อง “การเรียนรู้ตลอดชีวิต” “การรวมกลุ่มเป็นชุมชนปฏิบัติการ (CoP.)” และ “การเน้นผู้เรียนเป็นสำคัญ” กลุ่มควบคุม 24 คน ได้รับโปรแกรมบริการสุขภาพตามปกติของศูนย์บริการสุขภาพ เครื่องมือรวบรวมข้อมูลพฤติกรรมจัดการความรู้สร้างจาก เซกิโมเดล (SECI Model) ทดสอบความสอดคล้องด้วย KAPPA Test ได้ค่าเท่ากับ 0.843 วิเคราะห์ผลการทดลองด้วยสถิติ The Wilcoxon Signed-Ranks Test และ The Mann-Whitney U-Test

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการจัดการความรู้หลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง ($z = 4.66$) และหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการจัดการความรู้สูงกว่ากลุ่มควบคุม ($z = 3.67$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ : การจัดการความรู้ พฤติกรรมการจัดการความรู้ แกนนำกลุ่มสูงอายุ

Abstract

This quasi-experimental research had a purpose to examine the effect of knowledge management skill developmental program on knowledge management behaviors for health promotion of the elder leaders at Klong Luang Municipality Community. For the twenty-eight elders in experimental group, the program was designed for 45 hours of training; theory, practice, and field study, based on the concepts of life-long learning, community of practice(CoP.), and learner center; while the routine health services were provided for the twenty-four elders in control group. The tool for collecting data was an observation form of knowledge management behaviors of the elders based on the SECI Model in which the KAPPA test of agreement was 0.843.

By using the Wilcoxon Signed-Rank test and the Mann-Whitney U- test, the analysis revealed that the elders in experimental group, after the experiment, had more management behaviors than before the experiment; and also had more management behavior than the control group, with the statistical significance at the level of .05 ($Z = 4.66$, $Z = 3.67$).

Keywords: Knowledge Management, Knowledge Management Behavior, Elder Leaders

บทนำ

ประเทศไทยปี ค.ศ. 2050 คาดว่าจะพบผู้สูงอายุสูงถึง 22, 260, 000 คน¹ ตัวเลขคำนวณศักยภาพการเกื้อหนุนผู้สูงอายุในชุมชน (Potential Support Ratio: PSR) พบว่าลดลงเช่นเดียวกันทั้งในสถิติทั่วโลกและของประเทศไทย PSR วัดได้จากจำนวนประชากรอายุระหว่าง 15-64 ปีต่อจำนวนประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไป แสดงว่าผู้สูงอายุจะมีผู้ดูแลช่วยเหลือน้อยลงทุกวัน ทั้งๆ ที่เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ผู้สูงอายุจะมีปัญหาสุขภาพ มีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นทุกด้าน ผลกระทบเกิดขึ้นหลากหลายมิติ ทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างสมศักดิ์ศรี และมั่นคง²

จากนโยบายและมาตรการหลากหลายในการปรับตัวรับปัญหาที่เกิดขึ้น ปัจจุบันจึงพบมีบุคคลวัยผู้ใหญ่และวัยสูงอายุจำนวนหนึ่งที่สุขภาพดี มีพลัง (active) สามารถดำรงชีวิตอิสระ และสามารถถ่ายทอดภูมิปัญญาเพิ่มคุณค่าแก่สังคมได้ Phasukyude³ เรียกคุณค่าตรงนี้ว่าเป็น “ความรู้ฝังลึก” หมายถึงความรู้ของบุคคลที่ติดอยู่กับบริบท เป็นเคล็ดลับ ผู้รู้กล่าวว่าความรู้ฝังลึกนี้หากได้มีการจัดการให้มีการแบ่งปัน ด้วยการใช้ตัวช่วย อาทิ “การใช้เรื่องเล่าเร้าพลัง” “การรวมตัวของคนเป็นกลุ่มเล็กที่เรียกว่า ชุมชนนักปฏิบัติ (Community of Practice: CoP.)” และอื่นๆ เหล่านี้จะช่วยให้มีการผสมผสานความรู้ฝังลึกกับความรู้ชัดแจ้งที่มีอยู่ในตำราหรือความรู้ที่ค้นพบจากการปฏิบัติจริง กระบวนการเช่นนี้เรียกว่า “การจัดการความรู้” ที่ทำให้ผู้ที่มีสุขภาพดี สามารถเป็นประโยชน์ต่อคนรอบข้างจากการใช้ประสบการณ์และความรู้ฝังลึก คนในสังคมต่างวัยที่อยู่รวมกันจะมีการแบ่งปัน เรียนรู้ นำไปสู่การพัฒนาสุขภาพของบุคคลและสังคมโดยรวม ได้มีคณะวิจัยทำการพัฒนา”หลักสูตรอบรมทักษะการจัดการความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงวัย”⁴ ใช้กลุ่มตัวอย่างที่มีภูมิลำเนาในจังหวัดชลบุรี ผลการทดลอง พบว่า หลักสูตรฯสามารถช่วยพัฒนาความรู้ “การสร้างเสริมสุขภาพ” “การจัดการความรู้” และทักษะผู้นำการสร้างเสริมสุขภาพกลุ่มตัวอย่างได้อย่างมี

ประสิทธิภาพ งานวิจัยมีข้อเสนอแนะให้นำหลักสูตรฯไปใช้ในบริบทที่ใกล้เคียงกันและจัดทำเครื่องมือวัด “พฤติกรรมการจัดการความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ” ต่อไป

เทศบาลเมืองคลองหลวงเป็นหน่วยงานปกครองท้องถิ่นในจังหวัดปทุมธานี ผู้บริหารมีนโยบายพัฒนาประชาชนให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี มีคุณธรรม สืบทอดวัฒนธรรมและภูมิปัญญาท้องถิ่น สามารถดูแลตัวเองในขั้นพื้นฐานได้ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ได้ทำสัญญาความร่วมมือปี พ.ศ. 2558-2562 ทำการพัฒนาทางด้านสุขภาพอนามัยกับเทศบาลเมืองคลองหลวง” รายงานการประชุมคณะกรรมการบริการวิชาการ ครั้งที่ 7/2558 วันที่ 24 สิงหาคม 2558 ระบุผลการสำรวจภาวะสุขภาพของชุมชนเทศบาลเมืองคลองหลวง ว่า ประชาชนในชุมชนยังเจ็บป่วยด้วยโรคที่สามารถป้องกันได้ มีภาวะอ้วน พฤติกรรมอนามัยไม่ถูกต้อง การสำรวจได้พบว่า ในชุมชนมีแกนนำชุมชนจำนวนหนึ่งที่อยู่ในวัยผู้ใหญ่และวัยสูงอายุมีศักยภาพ สุขภาพดี มีพลัง (active) ดำรงชีวิตได้อย่างอิสระ คณะวิจัยเล็งเห็นว่า หากแกนนำชุมชนกลุ่มนี้ได้รับโปรแกรมอบรมกึ่งทดลองพัฒนา” ทักษะการจัดการความรู้ด้านสุขภาพอนามัย” ด้วยการประยุกต์ใช้หลักสูตรที่พัฒนาขึ้นจากแกนนำกลุ่มผู้สูงอายุ จ.ชลบุรี แกนนำชุมชนกลุ่มนี้จะสามารถแบ่งปัน ใช้ประสบการณ์และความรู้ฝังลึก เป็นประโยชน์ต่อคนรอบข้าง มีผลทำให้คนในชุมชนเทศบาลเมืองคลองหลวงที่อยู่รวมกันต่างวัยมีการ เรียนรู้ ถ่ายทอด นำไปสู่การพัฒนาสุขภาพของบุคคลและสังคมเทศบาลเมืองคลองหลวงได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย “พฤติกรรมการจัดการความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ” ก่อนและหลังการเข้ารับการอบรมของแกนนำกลุ่มสูงอายุที่เข้ารับการฝึกอบรมในโปรแกรมพัฒนาทักษะการจัดการความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย “พฤติกรรมการจัดการความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ” ระหว่างแกนนำกลุ่มสูงอายุ

ที่เข้ารับการฝึกอบรมและแกนนำกลุ่มสูงอายุที่ไม่ได้เข้ารับการฝึกอบรม

สมมติฐานการวิจัย

1. แกนนำกลุ่มสูงอายุในกลุ่มทดลองมี “พฤติกรรมจัดการความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ” หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. แกนนำกลุ่มสูงอายุในกลุ่มทดลองมี “พฤติกรรมจัดการความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ” หลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ขอบเขตการวิจัย

ทำการศึกษาในแกนนำกลุ่มสูงอายุ ชุมชนเทศบาลเมืองคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี การพัฒนาทักษะการจัดการความรู้ครอบคลุมการพัฒนาผู้เข้ารับการอบรมในความรู้เรื่อง “สุขภาพองค์รวม” “การจัดการความรู้” และพฤติกรรมจัดการความรู้ ทำการศึกษาชุมชนเทศบาลเมืองคลองหลวงเป็นเวลา 1 ปี ระหว่างเดือนมีนาคม พ.ศ 2559 - เดือนกุมภาพันธ์ 2560

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดการวิจัยนี้ได้พัฒนามาจาก 1) แนวคิด “การจัดการความรู้” หมายถึง การรวบรวมองค์ความรู้ที่มีในบุคคลหรือเอกสารมาพัฒนาให้เป็นระบบ เพื่อทุกคนสามารถเข้าถึงความรู้และพัฒนาตนเองให้เป็นผู้รู้⁵ 2) แนวคิด “สุขภาพองค์รวม” หมายถึง สุขภาวะโดยรวม ครอบคลุมทุกมิติของชีวิต อันเกิดจาก สุขภาวะทางกาย จิตและสังคม ซึ่งต่างเชื่อมโยงสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิด ยากที่จะแยกออกจากกันหรืออยู่อย่างโดดๆ⁶ 3) แนวคิด “พฤติกรรมจัดการความรู้” ได้ใช้แนวคิดที่กล่าวว่า “การจัดการความรู้” เป็น “กระบวนการสร้างความรู้ใหม่” เป็นวงจรต่อเนื่อง ไม่มีที่สิ้นสุด การที่บุคคลจะฝึกฝน “พฤติกรรมจัดการความรู้” จำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจในเรื่อง สุขภาพองค์รวม และการจัดการความรู้⁷ การสร้างความรู้ใหม่ ด้วยโมเดลเซกิ (SECI Model) SECI คืออักษรย่อ มาจาก 1) Socialization: Tacit to Tacit การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างคน คือ การสร้างความรู้เฉพาะตัวจากความรู้เฉพาะตัว 2) Externalization: Tacit to Explicit การสกัดความรู้ออกจากคน การลองทำ เห็นความรู้ประจักษ์ คือ การสร้างความรู้ชัดแจ้งจากความรู้เฉพาะตัว

3) Combination: Explicit to Explicit การรวบรวมความรู้ที่ได้ใหม่ คือ การสร้างความรู้ชัดแจ้งจากความรู้ชัดแจ้ง 4) Internalization: Explicit to Tacit คือ การสร้างความรู้เฉพาะตัวจากความรู้ชัดแจ้ง)

กรอบแนวคิดการวิจัยครั้งนี้คือ การที่บุคคลมีความรู้ความเข้าใจเรื่อง “การจัดการความรู้” และ “สุขภาพองค์รวม” ได้มีโอกาสฝึกฝน ทักษะการจัดการความรู้ ด้วยเครื่องมือ/วิธีการต่างๆ ที่เหมาะสมกับบริบทของตน จะสามารถพัฒนา พฤติกรรมจัดการความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพได้

วิธีดำเนินงานวิจัย

งานวิจัยครั้งนี้ คือ การวิจัยกึ่งทดลอง

ประชากร คือ ผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ อายุ 45 ปีขึ้นไป (กำหนดอายุ 45 ปี คือจะได้อาสาสมัครที่ยังแข็งแรง ทำประโยชน์แก่ชุมชนได้เร็วและนานขึ้น) เป็นผู้ใหญ่และผู้สูงอายุที่ประสบความสำเร็จในชีวิต สุขภาพดี พฤติกรรมอนามัยดี จำนวน 19,092 คน (จากการสอบถามสถิติประชากรเทศบาลเมืองคลองหลวง เมื่อ พฤษภาคม 2558)

กลุ่มตัวอย่าง จากสูตรของ Schlesselman⁸ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 24 คน เพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีก ร้อยละ 20⁹ จะได้กลุ่มละ 28 คน รวมทั้งหมด 56 คน ทำการคัดเลือกโดยผู้นำชุมชน หากยังได้จำนวนไม่ครบใช้เทคนิค snow ball จนได้จำนวนตามต้องการ การวิจัยนี้เก็บตัวอย่างได้จริง กลุ่มทดลอง 28 คน และกลุ่มควบคุม 24 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. โปรแกรมการพัฒนาทักษะการจัดการความรู้ โปรแกรมสร้างตามขั้นตอน ดังนี้ 1) สัมภาษณ์ อสม./สมาชิกชมรมผู้สูงอายุในเทศบาลเมืองคลองหลวงรายบุคคลและกลุ่มย่อย 20 คน รวบรวมกิจกรรมเครือข่าย ปัญหาและความต้องการพัฒนาทักษะการจัดการความรู้ของผู้สูงวัย 2) จัดตั้งคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิร่างโปรแกรมฯ 5 คน ศึกษาข้อมูลพื้นฐาน กำหนดวัตถุประสงค์ เลือกและจัดประสบการณ์เรียนรู้สำหรับผู้เข้ารับการฝึกอบรม ประยุกต์ใช้หลักสูตรอบรมทักษะการจัดการความรู้สำหรับผู้สูงวัย จังหวัดชลบุรี⁴ 3) อาศัยผู้ทรงคุณวุฒิเทศบาลเมืองคลองหลวง 3 คน ประเมินความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของโปรแกรมฯ 4) คณะกรรมการประเมินความพร้อมของโปรแกรมฯ ก่อนใช้ ทำการปรับปรุงแก้ไข จัดทำ/จัดหา อุปกรณ์ คู่มือ และเอกสารประกอบการสอนเตรียมความพร้อมก่อนใช้จริง

2. เครื่องมือรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือรวบรวมข้อมูลมีทั้งหมด 3 ฉบับ

2.1 แบบวัดฉบับที่ 1 เรื่อง “แบบวัดความรู้เรื่องสุขภาพองค์กรรวม”

2.2 แบบวัดฉบับที่ 2 เรื่อง “แบบวัดความรู้เรื่องการจัดการความรู้”

แบบวัดฉบับที่ 1 และฉบับที่ 2 เป็นแบบวัดกำกับการทดลอง ผู้เข้ารับการอบรมต้องมีคะแนนความรู้ตามเกณฑ์ร้อยละ 80 ก่อนรับการฝึกอบรมบุคคลเรื่อง ทักษะการจัดการความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ทำการสร้างโดยประยุกต์ใช้แบบวัดทั้ง 2 ฉบับของ ประพนธ์ โอทกานนท์ และคณะ 4 แบบวัดทั้ง 2 ฉบับเป็นแบบวัด 2 ตัวเลือก ถูก ผิด คะแนน 1, 0 ตามลำดับ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ขออนุมัติรับรองจริยธรรมการวิจัยในคนจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ชุดที่ 3 มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ หลังจากได้รับอนุมัติ นำเครื่องมือ ไปทดลองใช้กับสมาชิกชมรมผู้สูงอายุชุมชนไผ่แก้ว เทศบาลเมืองคลองหลวง จำนวน 60 คน คัดเลือกแบบวัดความรู้ ที่มีความยากง่ายระหว่าง 0.3 - 0.7 ค่าอำนาจจำแนกระหว่าง 0.6 - 0.8 ทำการปรับปรุงเพื่อให้ได้ข้อสอบครบถ้วนตามเนื้อหาสาระที่กำหนด ทำการวิเคราะห์ความเที่ยงของแบบวัด ด้วยสถิติ Kuder - Richardson 20 (KR 20) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.79 และ 0.82 ตามลำดับ

2.3 แบบวัดฉบับที่ 3 แบบวัดพฤติกรรมการจัดการความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ทำการสร้างโดยประยุกต์ใช้ โมเดลเชก แบบวัดเป็นแบบสังเกตพฤติกรรม 2 ตัวเลือก ใช่ ไม่ใช่ คะแนน 1, 0 ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ทดสอบความสอดคล้องของแบบสังเกต (Inter Rater Reliability) ได้ค่า KAPPA test of Agreement เท่ากับ .843 ได้แบบสังเกตครบถ้วนตามเกณฑ์และพฤติกรรมที่ต้องสังเกต

การพิทักษ์สิทธิอาสาสมัคร

ก่อนจะมีการนำเครื่องมือทั้ง 3 ชุด ไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง โครงการฯ ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนชุดที่ 3 สาขาวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ รหัสโครงการ 093/2558

การดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล

รายละเอียดวิธีการติดต่อ/วิธีเข้าถึงแกนนำ

กลุ่มควบคุม ทำการวัด “พฤติกรรมจัดการความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ” รวบรวมคะแนนไว้เป็น Pre test ต่อจากนั้น อาสาสมัครปฏิบัติภารกิจในชุมชนเป็นปกติ เมื่อครบกำหนด 4 เดือน ทำการวัด “พฤติกรรมจัดการความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ” ด้วยเครื่องมือฉบับเดิมอีกครั้ง รวบรวมคะแนนไว้เป็นคะแนน Post test

กลุ่มทดลอง ดำเนินการ 1) ศึกษาปัญหา/ความต้องการของอาสาสมัคร ด้วยการสัมภาษณ์รายบุคคล/รายกลุ่ม 2) จัดทำแฟ้มประวัติผู้เข้าอบรมรายบุคคล สำหรับติดต่อประสานงาน 3) ทดลองใช้โปรแกรม แบ่งเป็นกลุ่มย่อย กลุ่มละ 14 คน 4) แต่ละกลุ่มย่อย ให้จัดทำตารางสอนแบบยืดหยุ่น ยืดหยุ่นเป็นสำคัญ จัดกลุ่มย่อยตามเวลา สถานที่ที่อาสาสมัครสะดวก แต่ละกลุ่มเรียน สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละไม่เกิน 3 ชั่วโมง 5) ทดสอบความรู้อาสาสมัครเรื่อง “สุขภาพองค์กรรวม” “การจัดการความรู้” และ “พฤติกรรมจัดการความรู้การส่งเสริมสุขภาพ” 6) กำหนดหัวข้อและตารางการเรียน ดังนี้ การสร้างเสริมสุขภาพ 6 ชั่วโมง การจัดการความรู้ 3 ชั่วโมง ฝึกปฏิบัติการจัดการความรู้ 6 ชั่วโมง ทักษะแสดงออกของผู้นำ 3 ชั่วโมง และ ฝึกปฏิบัติทักษะแสดงออกของผู้นำ 27 ชั่วโมง รวมเวลาอบรมทั้งสิ้น 45 ชั่วโมง 7) จัดการเรียนการสอน (1) ภาควิชา/ สัมมนา สอนด้วยวิธี ให้ผู้เรียนเล่าเรื่อง ยกตัวอย่างกรณีศึกษา กระตุ้นการมีส่วนร่วมเชิงวิเคราะห์ วิพากษ์ เสนอแนะ ยกตัวอย่างกรณีศึกษาเพิ่มเติม ภายหลังการบรรยาย/สัมมนาเสร็จสิ้นลง ทดสอบความรู้ตามเกณฑ์ผ่านร้อยละ 80 ก่อนฝึกปฏิบัติการกระบวนการจัดการความรู้ในขั้นต่อไป หากอาสาสมัครรายใดไม่สามารถสอบผ่านร้อยละ 80 ทำการสอนเสริมจนกระทั่งอาสาสมัครรายนั้นสามารถสอบผ่านเกณฑ์ (2) ภาควิชา/ สัปดาห์ย้อนกลับ จำนวน 9 ชั่วโมง ผู้สอนสัปดาห์นี้เป็นผู้นำสนทนา เล่าเรื่องแลกเปลี่ยนเรียนรู้ด้านสุขภาพอนามัย ผู้เข้าอบรมฝึกปฏิบัติจัดกิจกรรมตามกระบวนการจัดการความรู้ ส่งเสริมสุนทรียสนทนา ทุกคนในกลุ่มย่อยมีโอกาสฝึกทักษะนำกลุ่มสนทนา เล่าเรื่องอย่างน้อยคนละ 1 ครั้ง และเป็นสมาชิกแลกเปลี่ยนเรียนรู้ไม่น้อยกว่า 6 ครั้ง การสนทนาแต่ละครั้งจะมีสมาชิกอย่างน้อย 1 คน จัดบันทึกข้อความสำคัญและประทับใจเก็บไว้เป็น “ข้อคิดคำคม” (3) ศึกษาดูงาน/ เยี่ยมบ้านหรือสถานประกอบการ จำนวน 27 ชั่วโมง เพื่อให้เกิดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับบุคคล/ผู้รู้นอกสถานที่ ก่อนดูงานมอบ

หมายการทำงานเป็นทีม จัดแบ่งหน้าที่ความรับผิดชอบ เน้น
การใช้ต้นทุนศักยภาพของอาสาสมัครและชุมชนอย่างทั่วถึง

การรวบรวมและการวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ

หลังทดลอง ทำการวัดพฤติกรรมการจัดการความรู้
ด้านการสร้างเสริมสุขภาพทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง
เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มทดลอง ก่อน หลังการฝึก
อบรม และเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองระหว่าง
กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ The Wilcoxon Signed-
Rank Test และสถิติ The Mann-Whitney U-test

ข้อมูลเชิงคุณภาพ สอบถามความพึงพอใจของกลุ่ม
ทดลองและผู้สอนต่อโปรแกรมและกิจกรรมการอบรม ด้วย
คำถามปลายเปิด ทำการวิเคราะห์เนื้อหาของข้อมูลที่รวบรวมได้

ผลการทดลองวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ไม่มีกลุ่มตัวอย่างที่ต้องคัดออกหรือ
ยุติการศึกษา ผลการศึกษาเป็นดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล กลุ่มทดลอง 28 คน พบ
เพศชาย 8 คน เพศหญิง 20 คน อายุ ต่ำกว่า 60 ปี 11 คน
ระหว่าง 60-75 ปี 17 คน สถานภาพสมรส คู่ 28 คน ระดับ
การศึกษา ไม่ได้เรียนหนังสือ 1 คน ประถมศึกษา 15 คน
มัธยมศึกษา 7 คน อนุปริญญา 1 คน ปริญญาตรี 4 คน

รายได้ พอเพียง 23 คน ไม่พอเพียง 5 คน สมาชิกในครอบครัว
2 คนจำนวน 2 ครอบครัว 3-5 คนจำนวน 14 ครอบครัว 6 คน
ขึ้นไป 11 ครอบครัว ไม่ระบุ 1 ครอบครัว เป็นสมาชิกชมรม
ผู้สูงอายุ 23 คน ไม่เป็น 5 คน ตรวจสุขภาพประจำปี 18 คน
ไม่ตรวจ 10 คน

2. กลุ่มควบคุม 24 คน พบ ชาย 3 คน หญิง 21 คน
อายุ ต่ำกว่า 60 ปี 14 คน 60-75 ปี 10 คน สถานภาพสมรส
คู่ 16 คน โสดและหม้าย อย่างละ 4 คน ระดับการศึกษา
ประถมศึกษา 6 คน มัธยมศึกษา 17 คน ปริญญาตรี 1 คน
รายได้ พอเพียง 14 คน ไม่พอเพียง 10 คน สมาชิกในครอบครัว
2 คน จำนวน 3 ครอบครัว 3-5 จำนวน 9 ครอบครัว 6 คนขึ้นไป
จำนวน 12 ครอบครัว เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ 7 คน
ไม่เป็น 17 คน ตรวจสุขภาพประจำปี 13 คน ไม่เคยตรวจ
11 คน

3. การเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมจัดการ
การความรู้ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและ
หลังทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

กลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาไม่มีลักษณะการกระจาย
เป็นโค้งปกติ จึงทำการวิเคราะห์ด้วยสถิติ The Wilcoxon
Signed-Rank Test ในกลุ่มที่มีความสัมพันธ์กัน และใช้สถิติ
The Mann-Whitney U Test ในกลุ่มมีความเป็นอิสระต่อกัน
ผลการวิเคราะห์แสดงในตาราง 1, และ 2

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมจัดการความรู้ก่อนและหลังทดลอง ของกลุ่มทดลองด้วยสถิติ
Wilcoxon-Signs Rank test

ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมจัดการความรู้ของกลุ่มทดลอง	n	Mean Rank	Sum Rank	Z test	p-value
หลังทดลอง > ก่อนทดลอง	28	14.50	406.00	-4.658	0.000
หลังทดลอง < ก่อนทดลอง	0	0.00	0.00		

จากตาราง 1 ผลการทดสอบ พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมจัดการความรู้มากกว่าก่อนทดลอง
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ .05 ($Z = 4.658$)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการความรู้หลังทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ Mann-Whitney U test

พฤติกรรมการจัดการความรู้หลังทดลอง	n	Mean Rank	Sum Rank	Z- test	p-value
กลุ่มทดลอง	28	33.57	940.00	-3.667	0.000
กลุ่มควบคุม	24	18.25	438.00		

จากตาราง 2 พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการจัดการความรู้มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ .05 ($Z = 3.667$)

4. ข้อมูลเชิงคุณภาพ : จากการที่อาสาสมัครบันทึกรวบรวมสาระความรู้ “สุขภาพดี มีเคล็ดลับ” ทำให้ได้เอกสาร “ข้อคิดคำคมของการสร้างเสริมสุขภาพองค์กร” จำนวน 15 หน้า สำหรับนำไปใช้และเผยแพร่ต่อไป ทั้งผู้สอนและอาสาสมัครได้แสดงความพึงพอใจต่อการสอนและการเข้ารับการอบรม อาสาสมัครให้ความเห็นว่า การเรียนรู้โดยใช้กรณีศึกษา (มีการเล่าเรื่องราว แบ่งปัน แลกเปลี่ยนเรียนรู้) สาทิตและสาธิตย้อนกลับ ศึกษาจากสภาพจริง มีการบันทึกพัฒนาการของตนเอง เป็นการเรียนรู้ที่ช่วยพัฒนาตนเองด้านสุขภาพองค์กรรวมและพฤติกรรมการจัดการความรู้ได้อย่างมาก

การอภิปรายผล

ผลการทดลองยอมรับ สมมุติฐานข้อ 1 และ 2 อภิปรายได้ว่า โปรแกรมการอบรมครั้งนี้สร้างตามแนวคิด/ทฤษฎีการพัฒนาหลักสูตร พัฒนาเป็นโปรแกรมอบรมโดยประยุกต์หลักสูตรที่สร้างจากงานวิจัย เรื่อง “การพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมเรื่องทักษะการจัดการความรู้ด้าน การสร้างเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงวัย จังหวัดชลบุรี”⁴ ให้เหมาะสมกับแกนนำกลุ่มสูงอายุ ชุมชนเทศบาลเมืองคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี การศึกษาได้ผลการทดลองสอดคล้องกัน คือ โปรแกรมฯ สามารถนำมาใช้พัฒนาทักษะการจัดการความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับแกนนำกลุ่มสูงอายุได้ โปรแกรมฯ มีองค์ประกอบ/โครงสร้างสำคัญ คือ วัตถุประสงค์ กำหนดให้ผู้เข้าอบรมมีความสามารถ 1) อธิบายแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพและการประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันได้ 2) อธิบายแนวคิดและกระบวนการจัดการความรู้ได้ถูกต้อง และ 3) แสดงออกการเป็นผู้นำสนทนาเล่าเรื่องเพื่อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ด้านสุขภาพอนามัยได้อย่างเหมาะสมกับ

สถานการณ์ ลักษณะและโครงสร้างของโปรแกรม เป็นโปรแกรมยืดหยุ่น ยืดหลักการเรียนรู้ตลอดชีวิต เน้นผู้เรียนเป็นสำคัญ ใช้ต้นทุนศักยภาพของผู้เรียนให้เกิดประโยชน์สูงสุด เนื้อหาสาระและกิจกรรม ครอบคลุม สาระสำคัญ 3 เรื่อง คือ แนวคิด “สุขภาพองค์กร” “การจัดการความรู้” และ “กระบวนการจัดการความรู้” การเรียนการสอน จัดกิจกรรมครบถ้วน ประกอบด้วย บรรยาย/สัมมนา และปฏิบัติการ/ศึกษาดูงาน การเรียนการสอนจัดเป็นกลุ่มย่อย การนำแนวคิดชุมชนนักปฏิบัติ (CoP.)¹⁰ มาใช้ทำให้เกิดผลดี ผู้เรียนได้ฝึกการกล้าแสดงออก การเล่าเรื่อง แลกเปลี่ยน เรียนรู้ ประสบการณ์ ภูมิปัญญา ที่เรียกว่าเป็นความรู้ฝังลึกและ ความรู้ชัดแจ้ง 3 รวม ทั้งมีโอกาสเล่าความสำเร็จที่เป็นความภาคภูมิใจของตนเองในบรรยากาศและในกลุ่มเล็กที่มีความเป็นกันเองและคุ้นเคยกัน ทำให้ความรู้ที่มีอยู่เดิมผลิดอกออกผล เรียนรู้ได้ด้วยความสุข สนุกสนานเพลิดเพลิน นำไปสู่การเรียนรู้และพัฒนาทักษะการจัดการความรู้ได้ ซึ่งเท่ากับการเรียนการสอนได้เน้น การนำประสบการณ์ ซึ่งเป็นการเรียนรู้ตลอดชีวิตทั้งในภาวะสุขภาพปกติและภาวะเจ็บป่วย ทั้งในอดีต ปัจจุบันและอนาคตของผู้เรียน และบนความเชื่อ ความรู้คือพลัง ความรู้ คืออำนาจ ที่สามารถถ่ายทอดเล่าสู่กันฟังจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันได้¹¹ กิจกรรมการเรียนการสอนที่ได้มีการบรรยาย/สัมมนา ใช้กรณีศึกษาและประสบการณ์จริงเป็นอุปกรณ์และสื่อการสอน เป็นการเน้นผู้เรียนเป็นสำคัญ¹² ผู้สอน/ผู้เรียน ร่วมกันสนทนา เล่าเรื่อง แลกเปลี่ยน ความเชื่อ ความรู้ ความเข้าใจ นำไปสู่การตัดสินใจในการนำไปปฏิบัติในบริบทของแต่ละคน สอดคล้องกับงานวิจัย ที่ได้ข้อค้นพบว่า การเล่าเรื่อง เป็นเครื่องมือที่มีอิทธิพลอย่างมากในการสอนสุขอนามัย¹³ ซึ่งเป็นผลให้ภายหลังการทดลอง ผู้เข้ารับการอบรม มีพฤติกรรมการจัดการความรู้ดี

กว่าก่อนการทดลอง และทั้งดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการอบรมในโปรแกรมดังกล่าว

ข้อมูลเชิงคุณภาพ ข้อมูลจากผู้สอนและผู้เรียนพบว่า ทั้งผู้สอนและผู้เรียนมีความพึงพอใจต่อกิจกรรมการเรียนการสอน มีความภาคภูมิใจในการจัดทำเอกสาร “ข้อคิด คำคมของการสร้างเสริมสุขภาพ” การที่ผู้เรียนมีความพึงพอใจและทั้งให้ข้อมูลว่าเป็นการเรียนการสอนที่สนุก มีสาระ และมีประโยชน์ก็เนื่องด้วย ในกิจกรรมการเรียนการสอนทุกครั้ง ผู้เรียนมีส่วนร่วมอย่างเต็มที่ มีโอกาสพิจารณา/วิเคราะห์ตนเอง มีการแสดงออก และร่วมกันบันทึกสาระดีๆ จากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ สำหรับนำไปเผยแพร่ แบ่งปัน แลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ สิ่งแวดล้อม ของตนเอง ครอบครัว ชุมชนและผู้สนใจต่อไป ซึ่ง Takeuchi and others กล่าวไว้เช่นกันว่า การบันทึกองค์ความรู้เป็นกิจกรรมที่ช่วยเสริมเติมแต่ง ให้การจัดการความรู้มีความสมบูรณ์มากขึ้น¹⁴

ข้อเสนอแนะ

1. ควรนำโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นไปประยุกต์ใช้ในกลุ่มผู้สูงอายุบริบทอื่น เพื่อศึกษา ค้นคว้าต่อยอดความรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพองค์กรรวมของอาสาสมัครสูงอายุที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องและรวดเร็ว
2. ควรมีการเผยแพร่เอกสาร “ข้อคิด คำคม ของการสร้างเสริมสุขภาพ” เพื่อเป็นความรู้แก่ชุมชนในการพัฒนาสุขภาพ
3. สนับสนุนการศึกษาต่อยอด จัดตั้ง ศูนย์เรียนรู้สำหรับผู้สูงอายุ โดยชุมชนและเพื่อชุมชนด้วยการใช้แนวคิดเรื่องการจัดการความรู้ในชุมชน

กิตติกรรมประกาศ: งานวิจัยนี้ได้รับการสนับสนุนเงินทุนวิจัยจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต และคณะวิจัย ขอขอบคุณแกนนำกลุ่มสูงอายุชุมชนร่มเย็น ชุมชนไวก้อาส์ และชุมชนแก้วนิมิตร เทศบาลเมืองคลองหลวง ที่เป็นอาสาสมัครในการวิจัยครั้งนี้เป็นอย่างมาก

References

1. Knodel, John; Teerawichitchainan, Bussarawan; Prachuabmoh, Vipap & Pothisiri, Wiraporn Help Age global network population in Thailand. ChiangMai: HelpAge International; 2015
2. Chuharas, Somsak (Edit.). Situation of the Thai Elderly 2010. Bangkok: TOAP Co.,Ltd; 2012.
3. Phasukyude, P. Knowledge management. Bangkok: Yaimai. (2006). (in Thai)
4. Othaganont, P., Subgranon,R., Kangchai,W., & Somanusorn, S. “The development of a training curriculum on health promotion knowledge management skills for the elders”. Thai Science and Technology Journal. Supplementary: 2014; 22(11), 716-730 (in Thai)
5. Chararak, Pairoj. Knowledge management: Concept and theory. Bangkok: Printing Group;2008.
6. Priest Visalo,Paisarn. Holistic health and society health. Society and Health Institute. 2008 (in Thai)
7. Nonaka, Ikujiro; Takeuchi, Hirotaka. The knowledge creating company: How Japanese companies create the dynamics of innovation, New York: Oxford; University Press; 1995.
8. Schlesselman, J.J. Case-control studies: Design, conduct, analysis. New York; Oxford University. Press; 1982.
9. Polit, D. & Hungler, B. Nursing research: Principles and methods. (6th ed.). Philadelphia: Lippincott; 1999.
10. Sirasunthon, P. Community of practice: Concept, technic and process; Bangkok: Chulalongkorn University Press; 2009. (in Thai)

11. Panich, V. Knowledge management: Practical version. Sukaparpjai Press: 2005 (in Thai)
12. Ratanaubon, A.; Pratumcharoenwatana, V.; Suprawon, S.; Kimpee, P.; Apinankoon, V.; Srimechai, N.; & Charunkiatkun, S. A study of problem, needs, model of non-formal education and informal education activity enhancing aging preparation for adult workers. Bangkok; Thai Elderly Research and Development Institute. 2009
13. Hodge, F. S., Pasqua, A., Marquez, C. A., & Geishirt-Cantrell, B. Utilizing traditional storytelling to promote wellness in American-Indian communities. *Journal of Transcultural Nursing*; 2002;13(1), 6-11.
14. Takeuchi, Hirotaka, & Nonaka, Ikujiro. *Hitotsubashi on knowledge management* Singapore: John Wiley & Son; 2004 (Asia).