

สำนักหอสมุด มหาวิทยาลัยบูรพา
ต.แสนสุข อ.เมือง จ.ชลบุรี 20131



รายงานการวิจัย

การพัฒนาหลักสูตรอบรมทักษะการจัดการความรู้
ด้านการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงวัย

โดย

ศาสตราจารย์ ดร.ประนอม โอทกานนท์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รัชนิภรณ์ ทรัพย์กรานนท์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วารี กังใจ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สิริลักษณ์ โสมานุสรณ์

AK0165049

- 7 ก.ค. 2558

354970

เริ่มบริการ

- 8 ต.ค. 2558

การวิจัยนี้ได้รับทุนอุดหนุนงบประมาณเงินรายได้ (เงินอุดหนุนจากรัฐบาล)
มหาวิทยาลัยบูรพา ประจำปีงบประมาณ 2556

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยเรื่องนี้ สำเร็จลงได้ด้วยการสนับสนุนและด้วยความร่วมมือจากหน่วยงานและบุคลากรหลายฝ่าย ขอขอบคุณคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ที่สนับสนุนการขอทุนประจำปีงบประมาณ 2556 ขอขอบคุณฝ่ายวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ที่อำนวยความสะดวกและให้ข้อมูลต่าง ๆ จนกระทั่งงานวิจัยสำเร็จลุล่วงด้วยดี

ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 6 ท่าน ที่ให้ความอนุเคราะห์ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย พิจารณา วิพากษ์ และให้ข้อเสนอแนะหลักสูตรอบรมฉบับร่าง

ขอขอบคุณแกนนำผู้สูงวัยกลุ่มเป้าหมายหลักจำนวน 38 คน ที่เข้าร่วมฝึกอบรมในโครงการนี้ ขอขอบคุณผู้สูงวัยกลุ่มเป้าหมายรองอีกจำนวนหนึ่ง ที่เข้าร่วมเป็นผู้สังเกตการณ์ในกลุ่มอบรมย่อย 4 กลุ่ม ขอขอบคุณผู้บริหารและบุคลากร ชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา ชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลชลบุรี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองรี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเหมืองที่เอื้อเพื่อให้ใช้สถานที่และอำนวยความสะดวกทุกประการตลอดระยะเวลาการฝึกอบรม

ขอขอบคุณผู้บริหารและบุคลากร โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร โรงพยาบาลสมิติเวช ศรีราชา องค์การบริหารส่วนตำบล อำเภอสัตหีบ ที่อนุญาตให้ผู้เข้ารับการอบรมได้พบปะ สนทนา แลกเปลี่ยนเรียนรู้ และศึกษาดูงาน

ขอขอบคุณนางสุทัศนาศรี ลิขิตกุลธนพร นางขวัญจิตร ศักดิ์ศรีวัฒนา นางรัชฎาพร สุวรรณรักษ์ นางสาวธณวรรณ โรจนโสดม นางนิชานนท์ สมคำศรี นางศศธร ศรีทองกุล และนางศิริรัตน์ คำริน ที่ให้การช่วยเหลือทีมวิจัยในการติดต่อประสานงานและดำเนินกิจกรรมในโครงการ

คุณค่า ความตั้งใจและประโยชน์ของงานวิจัยฉบับนี้ คณะวิจัยขอมอบแต่ทุกท่าน ทุกหน่วยงานตามที่ได้กล่าวไว้ข้างต้น รวมทั้งผู้เกี่ยวข้องอีกจำนวนมากที่คณะวิจัยไม่สามารถกล่าวได้ทั้งหมด ณ ที่นี้ ขอขอบพระคุณอีกครั้ง

ประนอม โอทกานนท์

รัชณีภรณ์ ทรัพย์กรานนท์

วารี กังใจ

สิริลักษณ์ โสมานุสรณ์

กันยายน 2556

เรื่อง การพัฒนาหลักสูตรอบรมทักษะการจัดการความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงวัย
 คณะวิจัย: ประพนอม โอทกานนท์, รัชนิภรณ์ ทรัพย์กรานนท์, วารีย์ กังใจ, สิริลักษณ์ โสมานุสรณ์
 คำสำคัญ: การพัฒนาหลักสูตร, ทักษะการจัดการความรู้, การสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงวัย

บทคัดย่อ

ผู้สูงวัยที่มีสุขภาพดีและผู้สูงวัยที่มีโรคเรื้อรังแต่ก็สามารถดูแลตนเองได้ดี นับว่าเป็นบุคคลต้นแบบสามารถถ่ายทอดประสบการณ์ ภูมิปัญญาและความรู้ฝังลึก เป็นประโยชน์ต่อคนรอบข้างได้ งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาหลักสูตรอบรมทักษะการจัดการความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อให้ผู้สูงวัยทำหน้าที่จัดการเพื่อให้ความรู้ ภูมิปัญญาที่มีอยู่ในตัวตนของผู้สูงวัยเอง และของกลุ่มผู้สูงวัยด้วยกันเป็นประโยชน์ต่อคนอื่น การวิจัยดำเนินการเป็น 3 ระยะ ระยะที่ 1 เสาะหา ศึกษาปัญหา ความต้องการการพัฒนาของผู้สูงวัย ได้ผู้สูงวัยจำนวน 38 คน ระยะที่ 2 ยกร่างหลักสูตรอบรมจาก ข้อมูลระยะที่ 1 พิจารณาความเป็นไปได้ ความเหมาะสมของหลักสูตรโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 6 คน หลักสูตร จำนวน 45 ชั่วโมง พัฒนามาจากฐานแนวคิดชุมชนนักปฏิบัติ (CoP.) การเน้นผู้เรียนเป็นสำคัญ และ แนวคิดมนุษยนิยม การจัดการเรียนการสอน เน้นการศึกษาเฉพาะกรณี การฝึกการแสดงออก การเป็น ผู้นำการถ่ายทอด เล่าเรื่อง แบ่งปันประสบการณ์ แลกเปลี่ยนความรู้ฝังลึก ถอดบทเรียนและบันทึกใน เรื่องที่สนใจ ทำการวัดประเมินผลผู้เรียนด้วยการประเมินผลสัมฤทธิ์ร่วมกับการประเมินตนเองของ ผู้เรียน ระยะที่ 3 ประเมินประสิทธิภาพของหลักสูตรด้วยการวิเคราะห์ค่าสถิติ t เปรียบเทียบคะแนน เฉลี่ยก่อน-หลังการใช้หลักสูตร รวบรวมข้อมูลด้วยเครื่องมือวัดความรู้เรื่องการสร้างเสริมสุขภาพการ จัดการความรู้ และการประเมินตนเองด้านทักษะการแสดงออกของผู้นำ เครื่องมือมีความตรงตาม เนื้อหาค่าความเที่ยงวิเคราะห์ด้วยสถิติ KR-20 เท่ากับ 0.89, 0.76 และ 0.79 ตามลำดับ ผลการทดลอง ใช้หลักสูตรพบว่าผู้เข้ารับการอบรมมีความรู้ และทักษะเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ 0.05 (ค่า t = 3.70, 10.78 และ 7.25 ตามลำดับ) แสดงว่าหลักสูตรที่พัฒนาขึ้นสามารถนำไปใช้ได้อย่างมี ประสิทธิภาพ

งานวิจัยนี้มีข้อเสนอแนะ ให้มีการศึกษาวิจัยหาข้อความรู้ เทคนิควิธีการเรียนการสอนอื่น ๆ ที่จะช่วยให้ผู้สูงวัยมีทักษะการจัดการความรู้เพิ่มมากขึ้น เพิ่มเติมอีกต่อไป

Title: A Development of Training Curriculum on Health Promotion Knowledge Management Skills for the Elders

Researchers: Pranom Othaganont, Rarcharneeporn Subgranon, Waree Kangchai, and Sirilak Somanusorn

Key Words: Curriculum Development, Knowledge Management Skills, Health Promotion for the Elders

Abstract

Healthy elders and independent long term care elders have potentiality to serve as community health resource persons. This study aimed to develop training curriculum on health promotion knowledge managements skills for the elders. The training divided into 3 phases. **Phase 1**, recruitment and assessing the elder knowledge management skills needed. Thirty-eight elders participated in the program. **Phase 2**, construction of the training curriculum based on the findings of phase 1, criticized and approved by 6 nurse experts. Community of practice (CoP.), student-centered and humanistic concept were used as curriculum design for 45 hours of study Teaching and learning activities emphasized on case study, assertiveness training, storytelling; shared and exchanged tacit and explicit knowledge, and followed by recording of lesson learned. **Phase 3**, testing program effectiveness by using statistic t-test to compare pre-post test scores on knowledge of health promotion, knowledge management, and elders self evaluation of leadership skills. The instruments used for collecting data were tested for content validity, the reliability analyzed by KR-20 were equal to 0.89, 0.76 and 0.79 respectively. The study revealed that the learners had knowledge and skills higher than before participation in the program with statistical significance at the level of 0.05 ($t = 3.70, 10.78, 7.25$). The participants also expressed their joyful and happiness in attending the program.

For suggestions, enquiry on the others teaching learning methods enhancing knowledge management skills for the elders should be further study.

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ.....	ค
Abstract	ง
สารบัญ	จ
สารบัญตาราง.....	ช
สารบัญภาพ.....	ซ
บทที่	
1 บทนำ	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	3
ขอบเขตการวิจัย	3
ทฤษฎี สมมติฐาน และกรอบแนวคิดของโครงการวิจัย	4
นิยามศัพท์ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้.....	4
2 เอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	6
ทฤษฎีหลักสูตร	7
การจัดการความรู้เรื่อง การสร้างเสริมสุขภาพ.....	9
การพัฒนาหลักสูตรสำหรับผู้สูงวัย.....	28
3 วิธีดำเนินการวิจัย	36
ระยะที่ 1 เสาะหาแกนนำและรวบรวมปัญหา/ ความต้องการ ความรู้ และทักษะ การจัดการความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพของแกนนำผู้สูงอายุ.....	36
ระยะที่ 2 พัฒนาหลักสูตรอบรมทักษะการจัดการความรู้ด้านการสร้างเสริม สุขภาพสำหรับแกนนำผู้สูงอายุ	38
ระยะที่ 3 การนำหลักสูตรไปใช้และประเมินผลหลักสูตร.....	39
4 ผลการวิจัย	41
ตอนที่ 1 คะแนนเฉลี่ยและการเปรียบเทียบคะแนนก่อน-หลังการอบรมในหลักสูตร....	51
ตอนที่ 2 ผลการประเมินความพึงพอใจต่อโครงการอบรม	52
5 สรุปผลการวิจัย อภิปราย ข้อเสนอแนะ.....	55
ระยะที่ 1 เสาะหาแกนนำผู้สูงวัยเพื่อรวบรวมปัญหา ความต้องการในการอบรม ทักษะการจัดการความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ.....	55

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
ระยะที่ 2 พัฒนาหลักสูตรอบรมทักษะการจัดการความรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพ สำหรับผู้สูงวัย	57
ระยะที่ 3 การนำหลักสูตรไปใช้และประเมินผลหลักสูตร.....	58
อภิปรายผล.....	59
ข้อเสนอแนะจากการวิจัย.....	63
บรรณานุกรม	64
ภาคผนวก	69
ภาคผนวก ก.....	70
ภาคผนวก ข.....	92
ภาคผนวก ค.....	96

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	ข้อมูลส่วนบุคคล และความต้องการการพัฒนาของแกนนำผู้สูงวัย.....	42
2	ค่าคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนก่อน-หลัง เข้ารับการอบรม ในหลักสูตร จำแนกกลุ่มย่อย 4 กลุ่ม ของแกนนำผู้สูงวัย	51
3	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และผลของการทดสอบค่า t ก่อนและหลังการอบรม ของแกนนำผู้สูงวัย.....	52

สารบัญภาพ

ภาพที่	หน้า
1	ระดับการพัฒนาของความรู้..... 20

บทที่ 1

บทนำ

ผลการศึกษาวิจัยได้ข้อมูลสถิติรายงานไว้ชัดเจนว่า สังคมโลกโดยเฉพาะประเทศแถบ ตะวันออกและตะวันออกเฉียงใต้ก้าวสู่ “จุดเปลี่ยนประชากร” อย่างรวดเร็ว ต่อเนื่อง ประเทศไทย ปัจจุบันก้าวสู่ “สังคมผู้สูงอายุ” ชัดเจน จุดเปลี่ยนดังนี้ก่อให้เกิดจุดเปลี่ยนสังคมไทยหลากหลาย อาทิ ความต้องการบริการทุกด้านสำหรับผู้สูงวัย การจัดสรรการเงินและสวัสดิการจากภาครัฐ กำลังการผลิต การจัดการศึกษา การจ้างแรงงานข้ามชาติ รวมทั้งแรงงานผู้สูงอายุไทยที่ได้รับการจ้างและไม่ได้รับการจ้าง สังคมที่มีผู้คนแปลกหน้าหลากหลาย ช่องว่างระหว่างวัยและปัญหาสุขภาพจิต ปัญหาครัวเรือน ที่มีเพียงผู้สูงอายุ หรือมีเฉพาะผู้สูงอายุอยู่กับเด็กเพียงลำพัง คำถามในสังคมผู้สูงอายุก็คือ บุคคล ครอบครัวยุคใหม่จะรวมกันอยู่เป็นชุมชนจะทำอะไร ทำอย่างไร ผู้สูงวัยที่นับวันเพิ่มจำนวนจะเป็นผู้สูงวัยที่ยัง มีพลัง (Active) สามารถดำเนินชีวิตอิสระ สุขภาพดี และถ่ายทอดภูมิปัญญาเพิ่มคุณค่าแก่สังคมได้ ทั้งนี้เพื่อให้คนทุกวัยอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข ผู้สูงวัยยังเป็นประโยชน์สามารถดูแลตนเองได้และ พึ่งพาผู้อื่นเท่าที่จำเป็น

คำว่า “ชุมชน” หมายถึงกลุ่มคนที่อยู่รวมกันเป็นสังคมขนาดเล็ก อาศัยหรือมีอาณาเขต ติดต่อกันได้ มีผลประโยชน์ร่วมกัน โดยทั่วไปคนรวมตัวเป็นชุมชนเพื่อเชื่อมโยงประโยชน์ มีกิจกรรมร่วมกัน เรียนรู้ มีความเอื้ออาทร ช่วยเหลือ พึ่งพากัน ชุมชนที่เข้มแข็งควรประกอบด้วย สิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม มีคุณภาพ สามารถตอบสนองต่อการดำรงชีวิตของคนในชุมชน และคนมีความพึงพอใจ

การที่ผู้สูงอายุจะเป็นผู้ทำประโยชน์สามารถดูแลตนเอง และพึ่งพาผู้อื่นเท่าที่จำเป็นได้นั้น ผู้สูงอายุจักต้องได้รับปัจจัยส่งเสริม “สุขภาพองค์รวม” ซึ่งประกอบด้วยปัจจัยภายใน และปัจจัย ภายนอก ปัจจัยภายในได้แก่ ตัวผู้สูงอายุเองที่จะต้องใฝ่รู้ สนใจ สร้างสุขภาพที่ดีให้แก่ตนเอง สร้างพลัง ทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม นอกจากนั้นจักต้องเรียนรู้ และปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลง ทุกด้านตลอดเวลา (ประนอม โอทกานนท์, 2554, หน้า 72-93) ส่วนปัจจัยภายนอก ได้แก่ การมี สภาพแวดล้อมที่เหมาะสม และระบบบริการสุขภาพที่สามารถเข้าถึง และเชื่อมโยงกัน (สถาบันวิจัย และสังคม, สสส. และสช., 2554) ซึ่งทั้งหมดนี้ ผู้สูงอายุเอง ครอบครัว สังคม และชุมชน ต้องร่วมกัน สร้างสรรค์ และพัฒนา เพื่อคนทุกวัยจักอยู่ร่วมกันได้อย่างมีความสุข

จากจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น ปิยธิดา คูหิรัญญรัตน์ (2552, หน้า 58-59) จำแนกผู้สูงอายุ ตามภาวะสุขภาพเป็น 3 กลุ่มคือ 1) กลุ่มสุขภาพดี 2) กลุ่มเจ็บป่วยเรื้อรัง ช่วยเหลือตนเองได้ 3) กลุ่มเจ็บป่วยเรื้อรัง ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ตามมิตินี้ กลุ่ม 1 และกลุ่ม 2 จะยังอาศัยอยู่ในบ้าน อยู่ในชุมชนของตนเอง ทั้ง 2 กลุ่มนี้ จะพบว่าผู้สูงอายุจำนวนไม่น้อยที่สามารถเป็นต้นแบบผู้ที่สามารถ

ดูแลสุขภาพ มีผู้คนที่ให้การยอมรับนับถือด้านความคิด การปฏิบัติตน และการเป็นที่พึ่งพาแก่ผู้อื่น หรือแม้แต่ผู้อ่อนอาวุโสกว่าได้ ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ควรได้รับการสนับสนุนให้ใช้ศักยภาพ โดยเฉพาะความรู้ฝังลึกที่ได้สะสมมาจากประสบการณ์อันยาวนานให้เป็นประโยชน์ต่อชุมชน และสังคมได้ ซึ่งหากผู้สูงอายุทั้ง 2 กลุ่มนี้ได้รับความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพที่ถูกต้องตามหลักการและทฤษฎี เมื่อนำไปผนวกกับความรู้และประสบการณ์จริงของผู้สูงอายุก็จะทำให้นำไปปฏิบัติได้ง่ายและสามารถถ่ายทอดให้กับคนรอบข้างได้อย่างเป็นจริง

สุขภาพทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมของผู้สูงอายุในภาวะปกติและยามเจ็บป่วย นับเป็นประสบการณ์ชีวิตของผู้สูงอายุที่มีคุณค่าสำหรับการถ่ายทอดและเรียนรู้ ประพนธ์ ผาสุขยัต (2549, หน้า 24) เรียกคุณค่าตรงนี้เป็น “ความรู้ฝังลึก (Tacit knowledge)” หมายถึง ความรู้ของบุคคลที่ติดอยู่กับบริบท มีลักษณะเป็น “เคล็ดลับ” เป็นสิ่งที่ได้มาสด ๆ ยังไม่ได้มีการปรับปรุงแต่อย่างใด ความรู้ประเภทฝังลึกนี้ หากได้มีการแบ่งปันมีการผสมผสานกับความรู้ชัดแจ้ง (Explicit knowledge) ที่มีอยู่ในตำราหลักที่ได้เก็บรวบรวมบันทึกไว้แล้วจะทำให้ได้รับความรู้กระจ่างชัด การแบ่งปันจะทำได้โดย การเล่าเรื่องราว (Story telling) โดยเฉพาะด้านสุขภาพอนามัย และมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ มีการเล่าเร้าพลัง ให้มีการนำข้อปฏิบัติ ๆ ไปใช้ (Action) จากการนำไปใช้จะเกิดการยกระดับสุขภาพ และการเรียนรู้ร่วมกัน ในที่สุดก็มีการบันทึกจัดเก็บรวบรวมเป็นการจัดการความรู้ หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งคือ การจัดการความรู้ คือการทำให้ความรู้ที่มีอยู่เดิมผลิดอกออกผล

การเล่าเรื่อง เป็นเทคนิควิธีการที่เปิดโอกาสให้ผู้เล่าได้ถ่ายทอดประสบการณ์และภูมิปัญญา พิชรินทร์ สิริสุนทร (2552, หน้า 61) กล่าวถึง เทคนิคการเล่าเรื่อง (Story telling) สรุปเป็นสาระสำคัญพอสังเขปได้ว่า เทคนิคการเล่าเรื่องเป็นอีกวิธีการหนึ่งที่เปิดโอกาสให้สมาชิกชุมชน ได้เล่าประสบการณ์ และภูมิปัญญาท้องถิ่น การเล่าเรื่องเป็นเครื่องมือสำคัญช่วยทำให้เกิดกิจกรรมทางสังคม เพิ่มปริมาณ และคุณภาพของการปฏิสัมพันธ์ทางสังคมระหว่างสมาชิกชุมชน และ Hodge, Pasqua, Marquez and Geishirt-Cantrell (2002, p. 6-12) ได้รายงานการทดลองใช้กับกลุ่มคน American-Indian ในรัฐแคลิฟอร์เนีย ได้ผลยืนยันว่า การเล่าเรื่อง (Story telling) เป็นเครื่องมือที่ทรงอิทธิพลอย่างมากในเรื่อง การสอนสุขภาพอนามัย เพราะว่าเป็นการถ่ายทอดประสบการณ์ในประเด็นสำคัญ และมีคุณค่าด้วยภาษาง่าย ๆ ท่ามกลางบรรยากาศผ่อนคลายและเพลิดเพลิน ประพนธ์ ผาสุขยัต (2549, หน้า 42) ได้ให้ความเห็นไว้ด้วยว่า กระบวนการที่เกิดขึ้นดังกล่าวนี้ ต้องมีผู้ทำหน้าที่นำเอ้ออานวย หรือจัดการให้การเล่าเรื่องแลกเปลี่ยนสั้นไหล ไม่หลุดออกนอกทาง อีกทั้งช่วยสร้างบรรยากาศดี ๆ ให้เกิดขึ้น ตลอดเวลาการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ตามเหตุผลข้างต้น และด้วยการตระหนักถึงคุณค่าและประสบการณ์ชีวิต โดยเฉพาะด้านพฤติกรรมสุขภาพ และการเผชิญปัญหาโรคเรื้อรังของผู้สูงอายุ ในปี 2554 ประพนธ์ โอทกานนท์ และคณะ (2554, หน้า 6-13) ได้ทำโครงการนำร่องพัฒนาศักยภาพการจัดการความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพของแกนนำเครือข่ายพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงวัย จ.พิษณุโลก

กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุที่มีประสบการณ์ดี ประสบความสำเร็จในชีวิต เป็นผู้นำการถ่ายทอดความรู้ ทักษะ ให้แก่สมาชิกในชมรมของตนเอง ผู้เข้าร่วมโครงการได้แก่ แกนนำชมรมผู้สูงอายุ 7 แห่ง รวม 40 คน ดำเนินการให้แกนนำเข้ารับความรู้และทดลองเป็นผู้นำการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เมื่อสิ้นสุดการทดลอง แกนนำและสมาชิกชมรมได้แสดงถึงความพึงพอใจต่อโครงการ และเสนอแนะให้มีการดำเนินการต่อไปอย่างต่อเนื่อง ข้อเสนอแนะการปรับปรุงโครงการในภาพรวมพอจะประมวลได้คือ การพัฒนา ทักษะการจัดการความรู้ควรได้ดำเนินการ โดย 1) เสาะหาแกนนำที่มีศักยภาพเข้ารับการอบรมเป็น ผู้จัดการความรู้ 2) ควรจัดทำหลักสูตรอบรมความรู้และทักษะของแกนนำ หลักสูตรประกอบด้วย เทคนิคและวิธีการนำเสนอเพื่อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ วิธีการให้กำลังใจและการสร้างบรรยากาศ อบอุ่นเป็นกันเอง ประเด็นหัวข้อสุขภาพควรระบุในลักษณะ “อาการแสดง” มากกว่า “โรค” ส่วนเทคนิค การอบรมได้แก่ การจัดกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ควรจัดเป็นกลุ่มเล็ก บรรยากาศในกลุ่มลดความเป็น ทางการให้มากที่สุด ภาษาท่าทาง การแสดงออกของผู้นำควรเป็นธรรมชาติ ใช้ภาษาง่าย ๆ ซึ่งเป็น ภาษาที่ใช้กันในท้องถิ่น ตัวอย่างเช่นคำว่า “แลกเปลี่ยนเรียนรู้” ควรใช้คำว่า “บอกเล่าเก้าสิบ” หรือ “เล่าสู่กันฟัง” เป็นต้น

ในการวิจัยครั้งนี้คณะผู้วิจัยจึงได้จัดทำหลักสูตรอบรมทักษะการจัดการความรู้ ด้านการ สร้างเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงวัยขึ้น โดยมุ่งหวังจะได้ ผู้สูงวัยทำหน้าที่จัดการโดยการนำการเล่าเรื่อง เพื่อให้ได้ความรู้ ภูมิปัญญาที่มีอยู่ในตัวผู้สูงวัยเองและของกลุ่มผู้สูงวัยด้วยกันออกมาใช้เป็นประโยชน์ ต่อคนอื่น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

โครงการวิจัยมีวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. เสาะหาแกนนำ และรวบรวมปัญหาความต้องการ ความรู้ ทักษะการจัดการความรู้ด้านการ สร้างเสริมสุขภาพของแกนนำผู้สูงอายุ
2. สร้างหลักสูตรอบรมทักษะการจัดการความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ สำหรับผู้สูงวัย
3. ประเมินหลักสูตรที่สร้างขึ้น การประเมินครอบคลุม ความรู้ ทักษะการเป็นผู้นำ การถ่ายทอด แลกเปลี่ยนเรียนรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ และความพึงพอใจของผู้นำและสมาชิกกลุ่ม

ขอบเขตการวิจัย

1. การวิจัยนี้ คณะผู้วิจัยเสาะหาแกนนำผู้สูงอายุ จากผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ หรือกลุ่มที่มีกิจกรรมผู้สูงวัยในเขตจังหวัดชลบุรี และเป็นผู้สูงอายุที่ประสบความสำเร็จในชีวิต

(Successful aging) จำนวน 38 คน

2. การจัดการความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ได้แก่ การเป็นผู้นำการถ่ายทอด ประสบการณ์ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของสมาชิกในกลุ่ม ในเรื่อง อาหาร การขับถ่าย การออกกำลังกาย และการปรับตัว
3. สร้าง และประเมินหลักสูตรระหว่างเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2555 ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2556

ทฤษฎี สมมติฐาน และกรอบแนวคิดของโครงการวิจัย

การวิจัยนี้จะประยุกต์ใช้ทฤษฎีการพัฒนาหลักสูตร ซึ่งประกอบด้วยขั้นตอน 3 ขั้นตอน (ประนอม โอทกานนท์, 2543) ดังนี้

ขั้นตอน 1 การสร้างหลักสูตร

1. ยกร่างปรัชญา และวัตถุประสงค์ของหลักสูตร จากการศึกษาข้อมูลพื้นฐานด้านต่าง ๆ เกี่ยวกับผู้เรียน ผู้สอน และสภาพแวดล้อม
2. เลือกและจัดประสบการณ์การเรียนรู้ในหลักสูตร
3. วางแผนประเมินผลการจัดการเรียนการสอน

ขั้นตอน 2 การนำหลักสูตรไปใช้ พิจารณาและดำเนินการเกี่ยวกับปัจจัยต่าง ๆ ดังนี้

1. ปัจจัยนำเข้า ได้แก่ ผู้สอน ผู้เรียน บุคลากรสายสนับสนุน และทรัพยากร
2. กระบวนการผลิต ได้แก่ การจัดการเรียนการสอน การวัดและประเมินผลการสอน
3. ผลผลิต ได้แก่ จำนวน และคุณภาพของผู้สำเร็จการศึกษาจากหลักสูตรตามเวลาที่

กำหนด

ขั้นตอน 3 การประเมินผลหลักสูตร การดำเนินการในระยะต่าง ๆ

1. ก่อนการใช้หลักสูตร
2. ระหว่างการใช้หลักสูตร
3. หลังการใช้หลักสูตร

นิยามศัพท์ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้

การพัฒนาหลักสูตร หมายถึง การสร้างโปรแกรมอบรมทักษะการจัดการความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงวัย การสร้างโปรแกรมมี 3 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอน 1 การสร้างหลักสูตร/โปรแกรม ขั้นตอน 2 การนำหลักสูตร/โปรแกรมไปใช้ ขั้นตอน 3 การประเมินผลหลักสูตร/โปรแกรม โปรแกรมที่สร้างขึ้นประกอบด้วย ชื่อหลักสูตร หน่วยงานผู้รับผิดชอบ วัตถุประสงค์ ลักษณะ และโครงสร้างหลักสูตร หัวข้อการสอนพร้อมคำอธิบาย แนวคิดและวิธีการจัดการเรียนการสอน ระยะเวลา

การอบรม คุณสมบัติผู้เข้ารับการอบรม เกณฑ์การวัดผลสัมฤทธิ์ของผู้เรียน ลักษณะห้องเรียน และสถานที่

ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลทั้งเพศชายและหญิงที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ หรือสมาชิกกลุ่มที่มีกิจกรรมของผู้สูงอายุ ในเขตจังหวัดชลบุรี อายุตั้งแต่ 55 ปีขึ้นไป และเป็นผู้ที่ประสบความสำเร็จในชีวิตโดยมีคนในชุมชนให้การยอมรับ

การจัดการความรู้ หมายถึง การจัดให้มีกิจกรรมการนำความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ โดยมีเป้าหมายให้ผู้สูงอายุนำความรู้ และประสบการณ์ที่มีคุณค่ามาทำการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ กิจกรรมประกอบด้วย การเล่าเรื่องราว การฟังอย่างตั้งใจ การซักถามอย่างชื่นชม การใคร่ครวญ การติดตาม เฝ้าระวัง การสอน และให้ข้อเสนอแนะรวมทั้งการให้รางวัล และการยกย่องชมเชย จากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้จะมีการเรียบเรียง จัดเก็บ บันทึก เพื่อให้มีการนำข้อมูลไปเผยแพร่ หรือนำไปปฏิบัติเพื่อสร้างเสริมพลัง และพัฒนาตนเองให้เป็นผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี รวมทั้งสามารถนำความรู้ที่ได้นำไปถ่ายทอด จัดเก็บเป็นแหล่งองค์ความรู้สำหรับการปฏิบัติเพื่อการก้าวสู่การเป็นผู้สูงอายุต้นแบบด้านสุขภาพให้แก่บุคคลและชุมชนต่อไป การจัดการความรู้สามารถทำการวัดได้จากแบบวัดความรู้ที่คณะผู้วิจัยสร้างขึ้น

ทักษะการจัดการความรู้ หมายถึง พฤติกรรมแสดงออกของผู้สูงอายุในการเป็นผู้นำกลุ่ม สนทนา เล่าเรื่อง แลกเปลี่ยนเรียนรู้ด้านสุขภาพอนามัย ในการสนทนาเล่าเรื่องด้านสุขภาพอนามัย ผู้นำจะมีการแสดงออกและประสานสมาชิกในกลุ่มให้มีการแสดงออกในลักษณะกล้าคิด กล้าพูด กล้าแสดงออกตามความรู้สึกแท้จริงของตนเองโดยไม่ละเมิดสิทธิของผู้อื่น และของตนเอง สื่อสารกับผู้อื่นด้วยความจริงใจ สร้างสรรค์ เปิดเผย เปิดใจ ด้วยวิธีการที่เหมาะสม สอดคล้องกับบุคคล สถานการณ์ และสิ่งแวดล้อม ทักษะการจัดการความรู้ประเมินได้จากเครื่องมือประเมินตนเองของผู้นำที่คณะผู้วิจัยสร้างขึ้น ทำการประเมินใน 3 องค์ประกอบ คือ 1) ความกระตือรือร้น 2) ท่าทาง คำพูด และบุคลิกภาพ และ 3) การควบคุมความเครียด และความวิตกกังวล

การสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ หมายถึง กระบวนการคงไว้หรือเพิ่มขีดความสามารถของผู้สูงอายุด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ โดยมีเป้าหมายให้ผู้สูงอายุใช้ศักยภาพของตนเองที่มีอยู่ให้มากที่สุดในการดำรงชีพอย่างมีคุณภาพ สาระความรู้เรื่องการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ ครอบคลุม 6 อ. ได้แก่ อาหารและน้ำ อารมณ์ ออกกำลังกาย อุจจาระ ออมทรัพย์ ความรู้เรื่องนี้สามารถประเมินได้จากเครื่องมือที่คณะผู้วิจัยสร้างขึ้น

บทที่ 2

เอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาเรื่อง “การพัฒนาหลักสูตรอบรมทักษะการจัดการความรู้ด้านสุขภาพอนามัยสำหรับผู้สูงวัย” คณะวิจัย นำเสนอผลการรวบรวมเอกสาร วรรณกรรม งานวิจัย ที่เกี่ยวข้องดังนี้

1. ทฤษฎีหลักสูตร
 - 1.1 ความหมาย คำว่าหลักสูตร
 - 1.2 การพัฒนาหลักสูตร
 - 1.2.1 ความหมาย คำว่าหลักสูตร
 - 1.2.2 กระบวนการพัฒนาหลักสูตร
2. การจัดการความรู้เรื่อง การสร้างเสริมสุขภาพ
 - 2.1 แนวคิด และแนวทางการสร้างเสริมสุขภาพ
 - 2.1.1 แนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพ
 - 2.1.2 แนวทางการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงวัย
 - 2.2 แนวคิด และกระบวนการจัดการความรู้
 - 2.2.1 ความหมาย ประเภทและแนวทางการสร้างความรู้
 - 2.2.1.1 ความหมายของความรู้
 - 2.2.1.2 ประเภทของความรู้
 - 2.2.1.3 แนวทางการสร้างความรู้
 - 2.2.2 ความหมายและกระบวนการจัดการความรู้
 - 2.2.2.1 ความหมาย
 - 2.2.2.2 กระบวนการจัดการความรู้
 - 2.3 การจัดการความรู้เรื่องสุขภาพอนามัยสำหรับผู้สูงวัย
3. การพัฒนาหลักสูตรสำหรับผู้สูงวัย
 - 3.1 สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย
 - 3.2 ลักษณะและธรรมชาติของผู้สูงอายุ
 - 3.2.1 ศาสตร์ด้านชีวภาพ
 - 3.2.2 ศาสตร์ด้านจิตวิทยา
 - 3.2.3 ศาสตร์ด้านสังคมวิทยา
 - 3.3 หลักสูตรเพื่อพัฒนาศักยภาพของผู้สูงวัย
 - 3.3.1 วัตถุประสงค์ของหลักสูตร

3.3.2 การจัดประสบการณ์เรียนรู้สำหรับผู้สูงวัย

3.3.3 การวัดและประเมินผล

1. ทฤษฎีหลักสูตร (Curriculum theory)

คำว่า “ทฤษฎี” มีความหมายว่าเป็นการอธิบายเกี่ยวกับหลักการทั่วไป เป็นการให้เหตุผล ประกอบการอธิบายความจริงหรือข้อเท็จจริง หรือเหตุการณ์ต่าง ๆ ทฤษฎีเป็นรูปแบบที่แสดงถึงความสัมพันธ์ระหว่างความคิด (Ideas) และความคิดรวบยอด (Concepts) ที่มีการอธิบายปรากฏการณ์หนึ่ง ๆ ได้อย่างเป็นระบบระเบียบ ดังนั้นทฤษฎีจึงมีประโยชน์คือ ใช้อธิบายปรากฏการณ์ ใช้คาดคะเนข้อเท็จจริง และใช้ในการค้นคว้าหาคำตอบ

ทฤษฎีหลักสูตร คือสิ่งที่ใช้เป็นพื้นฐานสำหรับการอธิบายการตัดสินใจและการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการวางแผนหลักสูตรและการใช้หลักสูตร

ในงานวิจัยครั้งนี้คณะวิจัยจะนำเสนอการศึกษาค้นคว้าทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับทฤษฎีหลักสูตร ไว้ 2 เรื่อง คือ ความหมายคำว่า “หลักสูตร” และการพัฒนาหลักสูตร

1.1 ความหมายคำว่า หลักสูตร

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน ปี พ.ศ. 2493 ได้ให้นิยามคำว่า “หลักสูตร” ไว้ว่า หมายถึง ข้อกำหนดหรือวิชาที่วางไว้ให้ศึกษา

จากการศึกษาค้นคว้า พบว่า ได้มีนักวิชาการทั้งในประเทศ และต่างประเทศได้ให้คำนิยามคำว่า “หลักสูตร” ไว้หลากหลาย ล้วนเป็นมุมมองที่ทำให้เข้าใจคำ ๆ นี้ได้กว้างขวาง ลึกซึ้ง รอบด้าน ดังจะรวบรวม และนำเสนอไว้ ณ ที่นี้ ในตอนต่อไป

Tyler (1950, p. 79) ให้นิยามคำว่า “หลักสูตร” คือสิ่งที่ผู้เรียนจะต้องเรียนรู้ทั้งหมด โดยมีโรงเรียนเป็นผู้วางแผนและกำกับเพื่อให้บรรลุจุดมุ่งหมายของการศึกษา

Taba (1962, p. 10-11) กล่าวว่า “หลักสูตร” คือสื่อกลาง หรือวิถีทางที่จะนำผู้เรียนไปสู่จุดหมายปลายทาง

นักการศึกษาพยาบาล Conley (1973, p. 15) กล่าวว่า “หลักสูตร” หมายถึง เนื้อหาสาระ กระบวนการและความสัมพันธ์ระหว่างผู้เรียน ผู้สอน ผู้เกี่ยวข้อง และการบริหารจัดการทั้งด้านการสอน สภาพแวดล้อมที่จะเอื้ออำนวยให้ไปสู่เป้าหมายและสอดคล้อง สนองเป้าหมายหลักของสถาบันการศึกษา

Dilland et al. (2011, p. 90) ได้ศึกษาประวัติและนิยามคำว่า “หลักสูตร” จากนักการศึกษาหลาย ๆ ท่าน และจากแหล่งต่าง ๆ ได้รวบรวมสรุปเป็นนิยามไว้เพื่ออธิบายคำ ๆ นี้ในแง่มุมต่าง ๆ ได้ดังนี้ คำว่า “หลักสูตร” มาจากภาษาละติน Currere แปลว่า “To run” แปลว่า ลู่วิ่ง หรือ รายการ/ รายวิชา ที่ต้องเรียน หลักสูตรเป็นเนื้อหาวิชาและกระบวนการทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็น

ทางการที่จะช่วยให้ผู้เรียนมีความรู้ เข้าใจ พัฒนาทักษะ ปรับเปลี่ยนทัศนคติ ตามเป้าประสงค์ของสถาบัน การศึกษา และหลักสูตรเป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงนิยามลงสู่การมีปฏิสัมพันธ์หลากหลายระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม ซึ่งแนวคิดหลักของคำว่าหลักสูตรจะครอบคลุมถึง รายวิชาที่ต้องเรียน (Currere) ความซับซ้อนภายในที่ส่งผลต่อพลวัตทางสังคมและการเมือง (Complexicity) การมีพลังมีชีวิต และสร้างสรรค์จิตวิญญาณ (Cosmology) ความเข้าใจตัวตนของตนเองทั้งของผู้เรียนและผู้สอน (Conversation) และความเข้าใจชุมชนนอกตัวตนของตน (Community)

สำหรับนักการศึกษาของประเทศไทย พบว่ามีผู้เขียนไว้มากมายหลากหลายเช่นกัน อาทิ สัจด์ อุทรานันท์ (2532, หน้า 12) กล่าวว่า หลักสูตรหมายถึงเอกสารที่เขียนขึ้นอย่างเป็นทางการ ประกอบด้วยรายละเอียดของจุดมุ่งหมายของการเรียนการสอน รายละเอียดเนื้อหาสาระและกิจกรรมการเรียนการสอน วิธีการวัดและประเมินผลการเรียน และเวลาที่ใช้ในการเรียน วิชัย วงษ์ใหญ่ (2537, หน้า 12) ให้ความเห็นไว้ว่า หลักสูตรคือมวลประสบการณ์ทั้งปวงที่จัดให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ ครอบคลุมตามคุณภาพมาตรฐานสากล มาตรฐานความเป็นชาติไทยและมาตรฐานที่ชุมชนท้องถิ่นต้องการ นอกจากนี้ ประพนอม โอทกานนท์ (2543, หน้า 3-5) เขียนหนังสือเรื่อง “การประกันคุณภาพการศึกษา สาขาพยาบาลศาสตร์” ผู้เขียนได้วิเคราะห์ เปรียบเทียบ นิยามคำว่าหลักสูตรไว้ว่า หลักสูตร คือ เครื่องมือถ่ายทอดเจตนาารมณ์ของการพัฒนาวิชาชีพลงสู่การผลิตและการพัฒนาบุคลากร ผู้เขียนได้เปรียบเทียบว่า หลักสูตรคือระบบ หลักสูตรเป็นกระบวนการส่งวัตถุดิบเข้าสู่กระบวนการผลิตแล้วได้ผลผลิตที่สมบูรณ์ หลักสูตรจึงประกอบด้วย วัตถุดิบ (Input) กระบวนการเรียนการสอน (Teaching learning process) และผลผลิต (Output)

จากนิยาม ความหมายที่ ได้นำเสนอและอภิปรายไว้จึงกล่าวโดยสรุปสั้น ๆ ได้ว่า “หลักสูตร” หมายถึง เอกสารที่เขียนขึ้นอย่างเป็นทางการเพื่อใช้เป็นแนวทางการจัดการศึกษาที่มุ่งเน้นพัฒนาผู้เรียนให้บรรลุจุดมุ่งหมายตามมาตรฐานและความต้องการของชุมชนท้องถิ่น

1.2 การพัฒนาหลักสูตร (Curriculum development)

1.2.1 ความหมายคำว่า “การพัฒนาหลักสูตร”

มีผู้ให้คำอธิบายคำ ๆ นี้ไว้มากมายหลากหลาย และต่อเนื่องในแง่มุมต่าง ๆ แต่ก็พบคำอธิบายง่าย ๆ มีความหมายชัดเจน สมบูรณ์ ครอบคลุม สามารถนำไปใช้ และอธิบายการสร้างหลักสูตรในสถานการณ์ต่าง ๆ ได้ดีก็คือ “การพัฒนาหลักสูตร” มีความหมายใน 2 ลักษณะ 1) การทำหลักสูตรที่มีอยู่แล้วให้ดีขึ้นหรือสมบูรณ์ขึ้น และ 2) การสร้างหลักสูตรขึ้นมาใหม่โดยที่ยังไม่มีหลักสูตรเดิมเป็นพื้นฐาน (สัจด์ อุทรานันท์, 2532, หน้า 33; Saylor & Alexander, 1974, p. 7) ดังนั้น ความหมายที่สามารถนำสู่การปฏิบัติและเป็นที่ยอมรับกันกว้างขวางก็คือ การพัฒนาหลักสูตรเป็นกระบวนการสร้างหลักสูตรใหม่หรือปรับปรุงหลักสูตรที่มีอยู่เดิม โดยมีการดำเนินงานเพื่อให้บรรลุเป้าหมายของการจัดการศึกษาและให้ผู้เรียนเกิดการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น

การพัฒนาเพื่อให้ได้หลักสูตรที่ดีมีคุณภาพนั้นจะต้องมีการออกแบบหลักสูตร ซึ่งการออกแบบหลักสูตรจะต้องมีการจัดรายละเอียด องค์ประกอบหลักสูตร อาทิ เป้าหมาย เนื้อหาสาระ ประสบการณ์การเรียนรู้ และการวัดประเมินผล ผู้รู้กล่าวจำแนกไว้ว่า ลักษณะการออกแบบหลักสูตรมี 3 ลักษณะ คือ หลักสูตรเน้นเนื้อหาวิชา (Subject-centered designs) หลักสูตรเน้นผู้เรียนเป็นสำคัญ (Learner-centered design) และหลักสูตรเน้นปัญหาสังคมเป็นสำคัญ (Problem-centered design) ซึ่งการที่จะเลือกใช้หลักสูตรประเภทใดขึ้นอยู่กับสถานการณ์จุดหมายปลายทางของการศึกษา ลักษณะผู้เรียนและระดับการศึกษา ดังจะกล่าวรายละเอียดพอสังเขปตอนต่อไป

หลักสูตรเน้นเนื้อหาวิชา หมายถึงหลักสูตรที่แยกเนื้อหาวิชาเป็นส่วน ๆ เพื่อให้เห็นเนื้อหาวิชาเฉพาะอย่าง หรืออาจจะออกมาในรูปรวมเอาส่วนที่เหมือนกันทั้งในด้านลักษณะวิชา คุณค่า และ ความสำคัญมา และผสมผสานไว้ด้วยกัน เรียกเป็นหลักสูตรเน้นกระบวนการก็ได้

หลักสูตรเน้นผู้เรียนเป็นสำคัญ หมายถึงหลักสูตรที่ยึดผู้เรียนเป็นหลักเป็นหลักสูตรที่มีแนวคิดที่ว่า มนุษย์ทุกคนมีความแตกต่างกัน มนุษย์มีความคิด มีเสรีภาพในการเลือก มนุษย์มีความดี มีความสามารถพึ่งพาตัวเองได้ การจัดหลักสูตรจึงเน้นการตอบสนองความต้องการของผู้เรียน เน้นการทำงานกลุ่มและปลูกฝังความเป็นประชาธิปไตยและเคารพเชื่อฟังกฎระเบียบของสังคม การออกแบบหลักสูตรแบบจิตนิยม (Romantic designs) ที่เน้นความเป็นธรรมชาติของผู้เรียน และหลักสูตรมนุษยนิยม (Humanistic design) ที่ยึดหลักการพัฒนาแบบองค์รวมของผู้เรียนก็นับว่าเป็นตัวอย่างการออกแบบหลักสูตรในลักษณะนี้ด้วย

หลักสูตรเน้นปัญหาสังคมเป็นสำคัญ หมายถึงหลักสูตรที่ยึดสถานการณ์ของชีวิต เน้นการเรียนรู้ปัญหาและปฏิรูปสังคม หรือจัดเป็นหลักสูตรที่รวบรวมเนื้อหาความรู้และประสบการณ์ให้มีความสัมพันธ์ ผสมผสานกัน แต่มีวิชาใดวิชาหนึ่งเป็นหลัก และวิชาหลักมุ่งให้ผู้เรียน เรียนรู้พัฒนาทักษะอันเป็นประโยชน์ต่อชีวิตของตนเองและสังคม

หลักสูตรทั้ง 3 ประเภทดังอภิปรายมานี้ คณะผู้วิจัยได้เลือกใช้ มีการผสมผสานนำมาเป็นแนวคิดสำคัญของการพัฒนาหลักสูตรอบรมทักษะ การจัดการความรู้ด้านสุขภาพอนามัยของผู้สูงวัยในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้

2. การจัดการความรู้เรื่อง การสร้างเสริมสุขภาพ

2.1 แนวคิดและแนวทางการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงวัย

2.1.1 แนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพ

งานเขียนด้านสุขภาพอนามัย ได้มีการใช้คำ 2 คำ คือการสร้างเสริมสุขภาพ และการส่งเสริมสุขภาพเช่นเดียวกันกับคำว่าผู้สูงอายุและผู้สูงวัย งานเขียนของคณะผู้วิจัยครั้งนี้ใช้คำ 2 คำนี้ในความหมายใกล้เคียงกัน ดังจะอภิปรายในตอนต่อไป

การส่งเสริมสุขภาพ (Health promotion) เป็นกระบวนการหรือกิจกรรมที่ออกแบบเพื่อพัฒนาสุขภาพ (Health) และสุขภาวะ (Well-being) ของบุคคล หรืออาจอธิบายกว่าเป็น “The central global strategy for improving health” (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2005) การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จึงหมายถึง กระบวนการคงไว้หรือเพิ่มขีดความสามารถของผู้สูงอายุด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้สูงอายุใช้ศักยภาพของตนที่มีอยู่ให้มากที่สุดในการดำรงชีวิตอย่างมีคุณภาพ

วัยสูงอายุเป็นวัยที่มีโอกาสเกิดความเจ็บป่วยได้มากจึงจัดเป็นวัยที่ควรสนับสนุน การส่งเสริมและการป้องกันโรคเป็นอย่างยิ่ง ในแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (2545-2564) ตามยุทธศาสตร์ที่ 2 ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมผู้สูงอายุ มีมาตรการส่งเสริมความรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน ดูแลตนเองเบื้องต้น และมาตรการส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมและปลอดภัย สำหรับยุทธศาสตร์การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุตามกฎบัตรออกตาวา (2529) กำหนดการสร้างเสริมสุขภาพเมืองค์ประกอบสำคัญ 5 ประการ คือ 1) การสร้างนโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพผู้สูงอายุ 2) การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพผู้สูงอายุ 3) การเพิ่มความสามารถของชุมชน 4) การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล และ 5) การปรับเปลี่ยนระบบบริการสุขภาพ ให้เป็นไปลักษณะผสมผสานและองค์รวม ที่คุ้มค่าในระยะยาวเพราะจะช่วยให้ผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพที่ดี ไม่เจ็บป่วย ประหยัดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ทั้งของผู้สูงอายุ ครอบครัวและประเทศชาติ

สำหรับกิจกรรมหลักในการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคที่สำคัญแบ่งออกเป็น การตรวจคัดกรองโรค การฉีดวัคซีนป้องกันโรค การให้ยาป้องกันโรค การให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ และการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมเพื่อเพิ่มความปลอดภัยในการดำรงชีวิต (วีรศักดิ์ เมืองไพศาล, 2554) ส่วนการกำหนดเป้าหมายหรือผลลัพธ์การส่งเสริมสุขภาพ หรือโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ มีดังนี้ 1) เพิ่มความสามารถสูงสุดในการปฏิบัติหน้าที่ให้เกิดความมีอิสระแก่ตนเอง เพื่อลดภาวะการพึ่งพา 2) ลดอัตราการเสียชีวิต 3) ลดอัตราการเกิดความผิดปกติ หรือการเสื่อมสภาพ 4) คงไว้หรือส่งเสริมให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี และ 5) สนับสนุนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเมื่อจำเป็น

2.1.2 แนวทางการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงวัย

การสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงวัยหรือผู้สูงอายุ เน้นที่การดำเนินงานที่สอดคล้องกับ ประเพณี วัฒนธรรมท้องถิ่น และวิถีชีวิตของผู้สูงอายุ ดังนี้

2.1.2.1 การส่งเสริมโภชนาการ

ผู้สูงอายุมีความต้องการสารอาหารเพื่อสุขภาพตามความต้องการของร่างกาย แต่พบว่าผู้สูงอายุมักมีปัญหาด้านโภชนาการหรือภาวะทุพโภชนาการเกิดขึ้น ภาวะทุพโภชนาการที่พบ ได้แก่ ภาวะโภชนาการเกิน และภาวะขาดสารอาหาร (Under-nutrition) ภาวะโภชนาการเกิน (Over nutrition)

มักเกิดในกลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นโรคอ้วน โรคเบาหวาน โรคหัวใจขาดเลือด และโรคความดันโลหิตสูง สิ่งที่มีบทบาทในโรคกลุ่มนี้ ได้แก่ พลังงานคาร์โบไฮเดรตและไขมันและปัญหาการใช้วิตามินเสริมในขนาดสูงเป็นอีกปัญหาหนึ่งที่พบมากในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีความตื่นตัวในเรื่องสุขภาพ ซึ่งอาจนำไปสู่การเกิดพิษจากการได้รับวิตามินเกินขนาดได้ วิตามินที่ผู้สูงอายุนิยมใช้กันมาก ได้แก่ วิตามินอี วิตามินซี วิตามินบีรวม และวิตามินพวกเกลือแร่ ซึ่งวิตามินเหล่านี้ เรามักพบว่ามีการโฆษณาเผยแพร่ทางสื่อต่าง ๆ มากมาย และผลผลิตออกมาในหลายรูปแบบด้วยกัน เพื่อดึงดูดความสนใจจากกลุ่มผู้สูงอายุ

ความต้องการสารอาหารในผู้สูงอายุขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ ทั้งนี้เกี่ยวข้องกับผลของการเปลี่ยนแปลงจากระบบการสูงอายุหรือสภาวะสุขภาพ การเปลี่ยนแปลงจากระบบการสูงอายุจะเกิดขึ้นกับทุกคนเมื่ออายุมากขึ้น แต่จะเกิดในอัตราที่แตกต่างกัน และอัตราการเปลี่ยนแปลงยังได้รับอิทธิพลจากโรคภัยไข้เจ็บที่เกิดขึ้นได้ตลอดชีวิต ผู้สูงอายุที่มีการเจ็บป่วยจะมีความต้องการสารอาหาร มากกว่าผู้สูงอายุทั่วไปที่ต้องการสารอาหารเพื่อดำรงสุขภาพและป้องกันโรคเท่านั้น ได้มีการกำหนดปริมาณสารอาหารที่ผู้สูงอายุควรได้รับประจำวันไว้เพื่อใช้เป็นเกณฑ์หรือแนวทางเพื่อดูความพอเพียงของสูตรอาหารที่ควรได้รับ ปริมาณพลังงานและสารอาหารสำหรับผู้สูงอายุมีดังนี้

1) พลังงาน

กองโภชนาการ กรมอนามัย (2532) ได้กำหนดความต้องการพลังงานจากสารอาหารประจำวันสำหรับผู้สูงอายุไทย ซึ่งประกอบกิจกรรมประเภทงานหนักปานกลางควรได้รับคือ ผู้สูงอายุชายควรได้รับพลังงานจากอาหารวันละ 2,250 แคลอรี ผู้สูงอายุหญิง 1,850 แคลอรี และอาจปรับไปตามภาวะโภชนาการของแต่ละบุคคล

2) โปรตีน

ความต้องการโปรตีนในวัยสูงอายุไม่ได้ลดลงกว่าวัยหนุ่มสาว ถึงแม้ว่าองค์ประกอบโปรตีนของร่างกายจะลดลง ทั้งนี้เนื่องจากการย่อยและดูดซึมโปรตีนในผู้สูงอายุลดลงจึงยังต้องการโปรตีนเท่าเดิม หรือเพิ่มขึ้นเล็กน้อย ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี ควรได้รับโปรตีนประมาณ 0.9-1.1 กรัม ต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม ต่อวัน (World Health Organization [WHO], 2002) หรือประมาณ 12-15 เปอร์เซ็นต์ของพลังงานทั้งหมดและควรเป็นโปรตีนที่มีคุณค่าสูง เช่น นม ไข่ ปลา เป็นต้น เพื่อให้ได้กรดอะมิโนที่จำเป็น ขณะเดียวกันการรับประทานโปรตีนก็ไม่ควรมากเกินไป เพราะเมื่อร่างกายเผาผลาญไม่หมดก็จะสะสมในรูปไขมัน ทำให้อ้วนและตับไต ต้องทำงานหนักเพื่อขับยูเรียมากขึ้น

3) คาร์โบไฮเดรต

ผู้สูงอายุควรได้รับคาร์โบไฮเดรตร้อยละ 55-60 ของพลังงานทั้งหมดจากอาหาร (WHO, 2002) คำแนะนำในการเลือกบริโภคอาหารที่ให้คาร์โบไฮเดรตที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุคือ ให้เพิ่มสัดส่วนของคาร์โบไฮเดรตเชิงซ้อน (Complex carbohydrate) เช่น ข้าว ข้าวโพด ธัญพืช ขนมปัง เป็นต้น มากกว่าน้ำตาลเชิงเดี่ยว (Simple sugar) ขณะเดียวกันผู้สูงอายุควรจำกัดการรับประทาน

น้ำตาลทราย และน้ำตาลผลไม้จากผลไม้ที่มีรสหวานจัด ทั้งนี้เนื่องจากผู้สูงอายุมีความทนต่อน้ำตาล (Glucose tolerance) ลดลงกว่าในวัยหนุ่มสาวและมีอุบัติการณ์ของโรคเบาหวานมากขึ้นตามอายุ นอกจากนี้ ควรสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้รับประทานอาหารที่มีใยอาหาร (Dietary fiber) ซึ่งมีมากในผักและผลไม้ ใยอาหารเป็นคาร์โบไฮเดรตที่ไม่ย่อย ช่วยเพิ่มการขับถ่ายซึ่งจะลดปัญหาท้องผูก อันเป็นปัญหาที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ และพบว่าใยอาหารยังช่วยป้องกันโรคมะเร็งของลำไส้ใหญ่ นอกจากนี้ใยอาหารที่ละลายน้ำซึ่งมีมากในผลไม้ เช่น ฝรั่ง ยังช่วยชะลอการดูดซึมกลูโคสและคอเลสเตอรอลได้

4) ไขมัน

ผู้สูงอายุควรได้รับประทานไขมันลดลงเนื่องจากมีความต้องการพลังงานลดลง ปริมาณไขมันที่ผู้สูงอายุบริโภคไม่ควรเกินร้อยละ 30 ของพลังงานทั้งหมด (WHO, 2002) ควรแนะนำให้ผู้สูงอายุบริโภคอาหารที่ปรุงด้วยไขมันที่มีกรดไลโอเลอิกสูง ไขมันพืชที่มีกรดไลโอเลอิก เช่น น้ำมันรำข้าว น้ำมันดอกคำฝอย น้ำมันถั่วเหลือง เป็นต้น นอกจากนั้นควรแนะนำให้ผู้สูงอายุบริโภคอาหารที่มีคอเลสเตอรอลให้น้อยลง ไม่ควรเกิน 200 มิลลิกรัม ต่อวัน

5) วิตามิน

วิตามินมีบทบาทสำคัญในการควบคุมเมตาบอลิซึมในร่างกายและร่างกายไม่สามารถสังเคราะห์ขึ้นเองได้ จึงควรมีการเสริมวิตามินให้ผู้สูงอายุ วิตามินที่มักพบว่าขาดในผู้สูงอายุ คือ วิตามินบี 12 ซึ่งกำหนดไว้ให้ผู้สูงอายุควรได้รับวิตามินบี 12 วันละ 2 ไมโครกรัม ซึ่งผู้สูงอายุจะได้รับจากอาหารทะเล เนื้อสัตว์ นม ไข่ ส่วนวิตามินที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุอื่น ๆ ได้แก่ วิตามินเอ วิตามินดี วิตามินอี วิตามินเค วิตามินซี วิตามินบีหนึ่ง วิตามินบีสอง วิตามินบีหก และโฟเลต

6) น้ำ

ควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายุดื่มน้ำและของเหลวที่เหมาะสมอย่างเพียงพอ อย่างน้อยวันละ 6-8 แก้ว หรือประมาณ 30 ซีซี (มิลลิลิตร) ต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม หรือ ไม่ควรต่ำกว่า 1,500 ซีซี (มิลลิลิตร) ต่อวัน (WHO, 2002)

2.1.2.2 การส่งเสริมการออกกำลังกาย

การออกกำลังกายในผู้สูงอายุ อาจแบ่งได้เป็น 2 ประเภท คือ 1) การออกกำลังกายหรือการบริหารเฉพาะส่วน เช่น การบริหารกล้ามเนื้อรอบข้อเข่าในกรณีที่มีผู้สูงอายุมีปัญหาข้อเข่าเสื่อม การบริหารข้อไหล่ในผู้สูงอายุที่ไหล่ติด เป็นต้น และ 2) การออกกำลังกายโดยทั่วไป เป็นการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพหรือนันทนาการ ใช้เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจและระบบไหลเวียนโลหิต และเพื่อผ่อนคลาย การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพหรือ การออกกำลังกายชนิดแอโรบิก (Aerobic exercise) หมายถึงการออกกำลังกายที่กล้ามเนื้อมีการเกร็งตัวและคลายตัวสลับกันอย่างต่อเนื่องในระยะเวลาที่กำหนด การออกกำลังกายแบบแอโรบิกนี้ มีประโยชน์มากสำหรับผู้สูงอายุ และช่วยป้องกันโรคเส้นเลือดหัวใจตีบตันได้ ตัวอย่างการออกกำลังกายแบบนี้ได้แก่ การวิ่งเหยาะ การเดินเร็ว ขี่จักรยาน

ว่ายน้ำ เต้นแอโรบิก หรือการใช้อุปกรณ์บางอย่างช่วย เช่น การเดินบนสายพาน ซีจักษ์ยานอยู่กับที่ เป็นต้น หลักการออกกำลังกายแบบแอโรบิก ควรพิจารณาความหนักของการออกกำลังกาย โดยอาจจะเริ่มออกกำลังกายที่ความหนักร้อยละ 55 ของอัตราการเต้นหัวใจสูงสุด และไม่ควรเกินร้อยละ 80 ของอัตราการเต้นหัวใจสูงสุด อย่างไรก็ตาม ผู้สูงอายุควรได้รับการตรวจสมรรถภาพทางกายจากแพทย์ ก่อนเริ่มต้นการออกกำลังกาย

ผู้สูงอายุควรออกกำลังกายครั้งละ 30 นาที อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง อย่างสม่ำเสมอ ขณะออกกำลังกายผู้สูงอายุควรเฝ้าระวังติดตามอาการผิดปกติที่อาจจะเกิดขึ้น ได้แก่ เวียนศีรษะ หัวใจเต้นผิดปกติ เจ็บหน้าอก ใจสั่น ตาพร่ามัว เป็นต้น ควรหยุดออกกำลังกายทันทีและหากอาการไม่ดีขึ้นรีบไปพบแพทย์

2.1.2.3 การส่งเสริมการนอนหลับสำหรับผู้สูงอายุ

ปัญหาการนอนไม่หลับของผู้สูงอายุนั้นเป็นปัญหาที่ดูแลรักษายากแต่สามารถจัดการได้ หลักในการดูแลและส่งเสริมการนอนหลับสำหรับผู้สูงอายุ ดังนี้

- 1) ให้ผู้สูงอายุนอนให้พอเพียง เท่าที่ตื่นขึ้นมาแล้วสดชื่น อย่านอนมากเกินไป
- 2) เข้านอนและตื่นให้เป็นเวลา ไม่ว่าในตอนกลางคืนจะนอนมากหรือน้อย เป็นการปรับระบบการนอนให้ปกติ และทำให้นอนหลับง่าย
- 3) หลีกเลี่ยงการนอนในตอนกลางวัน
- 4) ออกกำลังกายสม่ำเสมอทุกวัน จะช่วยให้หลับสนิท การออกกำลังกายเฉพาะบางวันไม่ได้ช่วยการนอนหลับในวันที่เฉพาะออกกำลังกาย การออกกำลังกายสม่ำเสมออย่างน้อย 30 นาที ช่วยให้อุณหภูมิในร่างกายสูงขึ้น แล้วมี Rebound ลดต่ำลง ต้องใช้เวลา 3-4 ชั่วโมง ดังนั้นจึงควรออกกำลังกายช่วงเย็น ไม่ควรออกกำลังกายใกล้เวลานอน เพราะอุณหภูมิที่สูงเป็นตัวกระตุ้นสมองไม่ให้หลับ
- 5) จัดสิ่งแวดล้อมในห้องนอนให้เงียบสงบปราศจากสิ่งรบกวน อุณหภูมิ ห้องไม่ร้อนหรือหนาวเกินไป อากาศถ่ายเทได้สะดวก แสงไม่จ้าเกินไป
- 6) ดื่มนมอุ่นหรือโอวัลติน จะช่วยให้หลับสบายขึ้นเพราะมี L-typtophan ซึ่งสามารถเปลี่ยนเป็นสารสื่อประสาท (Neurotransmitter) ประเภท Serotonin ซึ่ง Serotonin นี้เป็นสารที่ช่วยในการทำงานของสมองเกี่ยวกับการนอนหลับและการตื่นให้ทำงานอย่างต่อเนื่อง
- 7) ฝึกหัดผ่อนคลาย ปล่อยวางทำให้สงบ อาจเป็น Progression relaxation หรือ Meditation ก็ได้
- 8) หลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีนหลังเที่ยง คาเฟอีนมีผลทำให้การเข้าสู่กระบวนการนอนหลับช้า ลดระยะเวลาการนอนหลับในแต่ละคืน

9) หลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ในตอนเย็นและก่อนนอนเพราะจะเพิ่มการกระตุ้นร่างกายในระยะท้ายของการนอนหลับทำให้มีผลต่อการนอนหลับในระยะ REM ทำให้ตื่นนอนเร็วกว่าปกติและตื่นนอนระหว่างการนอนหลับ นั่นคือ จะหลับเป็นช่วง ๆ และทำให้ระบบการนอนเปลี่ยนแปลง

10) อย่าดื่มน้ำมากในตอนเย็นและคำ ฝึกยืดเวลาการถ่ายปัสสาวะ เว้นช่วงการถ่าย ก่อนจะถ่ายครั้งต่อไปให้ยาวนานขึ้น

11) การอาบน้ำอุ่นก่อนนอน 106 °F ก่อนนอน หรือแช่น้ำนาน 90 นาที ทำก่อนนอน 1-5 ชม.

12) การจำกัดเวลานอนในที่นอน เช่น ผู้สูงอายุใช้เวลา 7 ชั่วโมงในที่นอน แต่นอนหลับได้ 5 ชั่วโมง ก็ลดเวลาในที่นอนให้เหลือเพียง 5 ชั่วโมง วิธีนี้จะทำให้ผู้ป่วยหลับเร็วขึ้น เมื่อได้ผลแล้วจึงเพิ่มเวลาได้ 15-30 นาที ทุกสัปดาห์

13) สวมใส่เสื้อผ้าที่สบาย ไม่คับหรือแน่นเกินไป

14) นอนในท่าที่เหมาะสมและช่วยให้กล้ามเนื้อผ่อนคลายได้เต็มที่ เช่น ท่านอนหงาย เข้าควรเหยียดตรงราบกับพื้น ใช้หมอนหนุนใต้เข่าให้อยู่ในท่าอเล็กน้อย ท่านอนตะแคงควรรนอนในท่างอสะโพกและงอเข่าด้วยเสมอ มีหมอนสอดคั่นระหว่างเข่า เพื่อไม่ให้เข่าตกลงกับพื้น

2.1.2.4 การส่งเสริมการขับถ่าย

ปัญหาการขับถ่ายที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ คือ ภาวะท้องผูก สาเหตุเกิดจากการเปลี่ยนแปลงจากการสูงอายุ พฤติกรรมการปฏิบัติตัว ปัญหาโรคประจำตัว และการใช้ยา เมื่อเกิดภาวะท้องผูกอย่างเรื้อรังจะส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุหลายประการ ดังนั้น การส่งเสริมการขับถ่ายจึงมีความจำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ

ในภาวะปกติ ผู้สูงอายุจะมีการถ่ายอุจจาระ 1-2 ครั้งต่อวัน โดยอุจจาระไม่แข็งจนเกินไป หรือก่อให้เกิดอาการเจ็บปวดและต้องไม่มีความรู้สึกว่ายังมีอุจจาระค้างอยู่ในลำไส้ สำหรับผู้สูงอายุอายุที่มีภาวะท้องผูก คือ มีการถ่ายอุจจาระแข็งหรือแห้งผิดปกติ ความถี่ คือหลายวันจึงจะขับถ่าย ต้องใช้เวลาเบ่งอุจจาระนาน หรือรู้สึกว่ายถ่ายอุจจาระไม่หมด

แนวทางการส่งเสริมการขับถ่ายอุจจาระ หรือท้องผูก มีดังนี้

1) การดื่มน้ำอย่างเพียงพอ โดยแนะนำให้ผู้สูงอายุดื่มน้ำวันละ 6-8 แก้ว

2) การรับประทานอาหารที่มีกากใย เช่น ผัก ผลไม้ ธัญพืช ถั่ว ข้าวซ้อมมือ และดื่มน้ำผลไม้ เช่น ลูกพรุน มะนาว และส้ม เป็นต้น สำหรับผักและผลไม้ควรหั่นเป็นชิ้นเล็ก ปั่น หรือต้มเป็นน้ำซूप ปริมาณกากใยที่แนะนำสำหรับผู้สูงอายุ คืออย่างน้อย วันละ 10 กรัม อาจต้องการมากถึง 25 กรัมต่อวัน เพราะจะช่วยทำให้อุจจาระอ่อนตัว กระตุ้นลำไส้ใหญ่และการขับถ่าย นอกจากนี้ควรแนะนำให้รับประทานอาหารที่อุ่น ๆ ในตอนเช้าเพราะจะไปกระตุ้นรีเฟล็กซ์ Gastro colic

3) การออกกำลังกาย แนะนำให้ผู้สูงอายุออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ เช่น เดิน 20-30 นาที นอกจากนี้ควรมีการบริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานโดยการขมิบก้นเกร็งไว้นาน 3-4 วินาที รอบละ 25-30 ครั้ง ทำวันละ 3 รอบ

4) การฝึกขับถ่าย (Bowel training) คือ การฝึกพฤติกรรมการบีบตัวของลำไส้ โดยกำหนดเวลาที่แน่นอนในแต่ละวัน ครั้งละ 10 นาที เพื่อนั่งถ่ายอุจจาระ เวลาที่แนะนำคือ ตื่นนอน ตอนเช้าและดื่มน้ำอุ่น 1-2 แก้ว หรือ 30 นาทีหลังอาหารเช้า เพื่อเป็นการกระตุ้น Gastro colic reflex สถานที่ขับถ่ายควรมีความเป็นส่วนตัว

2.1.2.5 การส่งเสริมภาวะอารมณ์

ในวัยสูงอายุ ผู้สูงอายุต้องประสบกับภาวะเครียด หรือความเครียดจากสาเหตุหลายประการ เช่น จากการสูญเสีย การเจ็บป่วย เป็นต้น ซึ่งความเครียดเป็นภาวะของอารมณ์ หรือความรู้สึกที่เกิดขึ้น เมื่อเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ ที่ทำให้รู้สึกไม่สบายใจ คับข้องใจ หรือถูกบีบคั้นกดดัน ความเครียดที่มีไม่มากนักจะเป็นแรงกระตุ้นให้คนเราเกิดแรงมูมานะที่จะเอาชนะปัญหาและอุปสรรคต่าง ๆ ได้ ความเครียดที่เป็นอันตรายคือ ความเครียดในระดับสูงที่คงอยู่เป็นเวลานาน จะส่งผลเสียต่อสุขภาพกาย สุขภาพจิต พฤติกรรม ครอบครัว การทำงาน และสังคมได้ เมื่อทราบว่ามีภาวะเครียด และรู้สึกว่าถูกรบกวนจนทำให้ไม่มีความสุข ควรหาวิธีการผ่อนคลายความเครียดที่เหมาะสม เพื่อมิให้ความเครียดนั้น เป็นอันตรายต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิต ซึ่งจึงผู้สูงอายุควรเลือกใช้วิธีที่เหมาะสมกับตนเอง คือ ทำให้ผ่อนคลายได้ดีที่สุดวิธีการผ่อนคลายความเครียดมีดังนี้

1) การผันออกไปจากปัญหาชั่วคราว ปัญหาชั่วคราวอาจผันออกไปได้จากการทำงานอดิเรก การพักผ่อน และการออกกำลังกาย

การทำงานอดิเรกที่สนใจหรือถนัดและชื่นชอบจะทำให้เกิดความรู้สึกเพลิดเพลิน หรือมีความสุข ลืมความเครียดที่มีอยู่ไปขณะหนึ่ง ทำให้ไม่หมกมุ่นกับปัญหาที่ทำให้รู้สึกเครียดได้

การพักผ่อน ทำใจให้ว่าง เปลี่ยนบรรยากาศ เช่น ไปเที่ยวกับสมาชิกในสถานสงเคราะห์หรือกับเพื่อน ไปทำบุญที่วัดที่ไม่เคยไปจะเป็นการเปลี่ยนบรรยากาศและใจจะว่าง

การออกกำลังกาย หรือทำกิจกรรมที่ทำให้รู้สึกเหนื่อยเป็นการดึงความคิดหมกมุ่นออกจากใจ

2) การฝึกเกร็งและคลายกล้ามเนื้อ

กล้ามเนื้อที่ควรฝึกมี 10 กลุ่มด้วยกัน คือ แขนขวา, แขนซ้าย, หน้าผาก, ตา แก้ม และจมูก, ขากรรไกร ริมฝีปากและลิ้น, คอ, ออก, หลัง และไหล่, หน้าท้อง และก้น, ขาขวา, ขาซ้าย วิธีการฝึกมีดังนี้

นั่งในท่าที่สบาย

เกร็งกล้ามเนื้อที่ละกลุ่ม ค้างไว้สัก 10 วินาที แล้วคลายออก จากนั้นก็เกร็งใหม่ สลับกันไปประมาณ 10 ครั้ง ค่อย ๆ ทำไปจนครบทั้ง 10 กลุ่ม

เริ่มจากการทำมือ และเกร็งแขนทั้งซ้ายขวาแล้วปล่อย

บริเวณหน้าผาก ใช้วิธีเลิควัดให้สูง หรือขมวดคิ้วจนขิดแล้วคลาย ตา แก้มและ จมูก ใช้วิธีหลับตาปี ย่นจมูกแล้วคลาย

ขากรรไกร ริมฝีปากและลิ้น ใช้วิธีกัดฟัน เม้มปากแน่นและใช้ลิ้นดันเพดานโดย หุบปากไว้แล้วคลายคอ โดยการก้มหน้าให้คางจรดคอ เงยหน้าให้มากที่สุดแล้วกลับสู่ท่าปกติ

อก หลัง และไหล่ โดยหายใจเข้าลึก ๆ แล้วเกร็งไว้ ยกไหล่ให้สูงที่สุดแล้วคลาย หน้าท้องและก้น ใช้วิธีแหม่วท้อง ขมิบก้นแล้วคลายอนิ้วเท้าเข้าหากัน กระจกปลายเท้าขึ้นสูง เกร็ง ขาซ้ายและขวาแล้วปล่อย

3) การฝึกหายใจ

ฝึกการหายใจโดยใช้กล้ามเนื้อกระบังลมบริเวณหน้าท้องแทนการหายใจโดยใช้ กล้ามเนื้อหน้าอก เมื่อหายใจเข้า หน้าท้องจะพองออก และเมื่อหายใจออกหน้าท้องจะยุบลง ซึ่งจะรู้ ได้โดยเอามือวางไว้ที่หน้าท้องแล้วคอยสังเกต เวลาหายใจเข้าและหายใจออก หายใจเข้าลึก ๆ และ ช้า ๆ กลั้นไว้ชั่วครู่แล้วจึงหายใจออก ลองฝึกเป็นประจำทุกวัน จนสามารถทำได้โดยอัตโนมัติ

การหายใจแบบนี้จะช่วยให้ร่างกายได้รับออกซิเจนมากขึ้น ทำให้สมองแจ่มใส ร่างกายกระปรี้กระเปร่า ไม่่วงเหงาหาวนอน พร้อมเสมอสำหรับภารกิจต่าง ๆ ในแต่ละวัน

4) การทำสมาธิเบื้องต้น

เลือกสถานที่ที่เงียบสงบ ไม่มีใครรบกวน เช่น มุมสงบในสถานสงเคราะห์ หรือ หอสวดมนต์ เป็นต้น

นั่งขัดสมาธิ เท้าขวาทับเท้าซ้าย มือชนกันหรือมือขวาทับมือซ้ายตั้งตัวตรง หรือ จะนั่งพับเพียบก็ได้ตามแต่จะถนัด

กำหนดลมหายใจเข้าออก โดยสังเกตลมที่มากกระทบปลายจมูกหรือริมฝีปากบน ให้รู้ว่าขณะนั้นหายใจเข้าหรือออก

หายใจเข้าท้องพอง หายใจออกท้องยุบ

หายใจเข้านับ 1 หายใจออกนับ 1

นับไปเรื่อย จนถึง 5

เริ่มนับใหม่จาก 1-6 แล้วพอ

กลับมานับใหม่จาก 1-7 แล้วพอ

กลับมานับใหม่จาก 1-8 แล้วพอ

กลับมานับใหม่จาก 1-9 แล้วพอ

กลับมานับใหม่จาก 1-10 แล้วพอ

ย้อนกลับมาเริ่ม 1-5 ใหม่ วนไปเรื่อย ๆ

ขอเพียงจิตใจจดจ่ออยู่กับลมหายใจเข้าออกเท่านั้น อย่าคิดฟุ้งซ่านเรื่องอื่น เมื่อจิตใจแน่วแน่จะช่วยขจัดความเครียด ความวิตกกังวล ความเศร้าหมอง เกิดปัญญาที่จะคิดแก้ไขปัญหาและเอาชนะอุปสรรคต่าง ๆ ในชีวิตได้อย่างมีสติ มีเหตุมีผล และยังช่วยให้สุขภาพร่างกายดีขึ้นด้วย

2.2. แนวคิด และกระบวนการจัดการความรู้

2.2.1 ความหมาย ประเภท และแนวทางการสร้างความรู้

2.2.1.1 ความหมายของความรู้

ความรู้ถือเป็นสิ่งเฉพาะตัวของแต่ละบุคคลที่เกิดขึ้นจากการศึกษา การค้นคว้า หรือประสบการณ์ที่มีการผสมผสานระหว่างการเรียนรู้ ความจำ ความคิด ความเข้าใจ และความรู้สึกของบุคคล ความรู้แสดงออกให้ปรากฏแก่บุคคลอื่นผ่านพฤติกรรม สามารถบันทึกและถ่ายทอดได้

Turban, Rainer and Potter (2001) ให้ความหมายความรู้ว่า คือสารสนเทศที่มีความหมาย มีสาระ มีความเกี่ยวพันและนำไปปฏิบัติได้

Devenport and Prusak (1998) ให้ความหมายว่า ความรู้คือกรอบของการประสมประสานระหว่างประสบการณ์กับสารนิเทศใหม่ ๆ มาผสมรวมเข้าด้วยกัน

Bloom et al. (1956) ได้ให้นิยาม และอธิบายระดับของความรู้ ซึ่งนับ เป็นงานเขียนที่มีการนำมาใช้ และอ้างอิงกันจนถึงปัจจุบัน บลูม ให้นิยามไว้ว่า ความรู้เป็นเรื่องของพฤติกรรมและสถานการณ์เกี่ยวกับการระลึกได้ จำได้ บอกได้ ในความคิด สิ่งของและสถานการณ์ต่าง ๆ บลูม และคณะฯ ได้อธิบายความรู้ว่ามี 6 ระดับนับจากระดับต่ำไปสู่ระดับสูงได้ดังนี้ 1) ความรู้ (Knowledge) หมายถึง เป็นความจำในสิ่งง่ายที่เป็นอิสระแก่กัน 2) ความเข้าใจ (Comprehension) หมายถึง ความรู้ที่สามารถแปลความหมาย อธิบาย หรือสรุปได้ 3) การนำไปปรับใช้ (Application) เป็นความรู้ที่สามารถนำความรู้ ความเข้าใจ ไปแก้ปัญหาที่แปลกใหม่ของเรื่องนั้น 4) การวิเคราะห์ (Analysis) เป็นความสามารถแยกแยะสิ่งที่พิจารณาออกเป็นส่วนย่อย ๆ ที่มีความสัมพันธ์กัน เป็นความรู้ระดับที่ช่วยให้มีความเข้าใจต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใดอย่างแท้จริง 5) การสังเคราะห์ (Synthesis) หมายถึงความสามารถในการสร้างโดยรวบรวมส่วนประกอบย่อย ๆ หรือส่วนใหญ่เข้าไว้ด้วยกันเพื่อให้เป็นเรื่องราวเดียวกัน และ 6) การประเมินค่า (Evaluation) เป็นความสามารถในการตัดสิน วิพากษ์ วิวิจารณ์ เสนอแนะเกี่ยวกับความคิด ค่านิยม ผลงาน คำตอบ โดยมีเกณฑ์เป็นฐานในการพิจารณาตัดสิน

2.2.1.2 ประเภทของความรู้

ความรู้แบ่งเป็น 2 ประเภท ตามลักษณะการปรากฏของความรู้ ดังนี้ 1) ความรู้เฉพาะตัว (Tacit knowledge) เป็นความรู้ที่อยู่ภายในของบุคคลที่ฝังลึกอยู่ในการกระทำ ความเชื่อ

และความมุ่งมั่นของแต่ละบุคคลในแต่ละเรื่อง ความรู้เฉพาะตัวส่วนหนึ่งเป็นทักษะในการทำงานเป็นสิ่งที่ได้จากประสบการณ์ พรสวรรค์หรือสัญชาตญาณของแต่ละบุคคลในการทำความเข้าใจในสิ่งต่าง ๆ เป็นความรู้ที่ไม่มีกฎเกณฑ์ ที่ไม่สามารถถ่ายทอดออกมาเป็นคำพูดหรือลายลักษณ์อักษรได้โดยง่าย เช่น ทักษะในการทำงาน งานฝีมือ หรือการคิดเชิงวิเคราะห์ บางครั้งจึงเรียกความรู้เฉพาะตัวว่าเป็นความรู้แบบนามธรรม 2) ความรู้ชัดแจ้ง (Explicit knowledge) เป็นความรู้ที่แสดงหรือปรากฏโดยการบอก การพูด หรือกระทำให้ปรากฏชัดแจ้งแก่ผู้อื่น ความรู้ชัดแจ้งนี้สามารถรวบรวมและถ่ายทอดได้ โดยผ่านวิธีต่าง ๆ เช่น การบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษร ทฤษฎี คู่มือต่าง ๆ และบางครั้งเรียกความรู้ที่ชัดแจ้งว่าเป็นความรู้แบบรูปธรรม

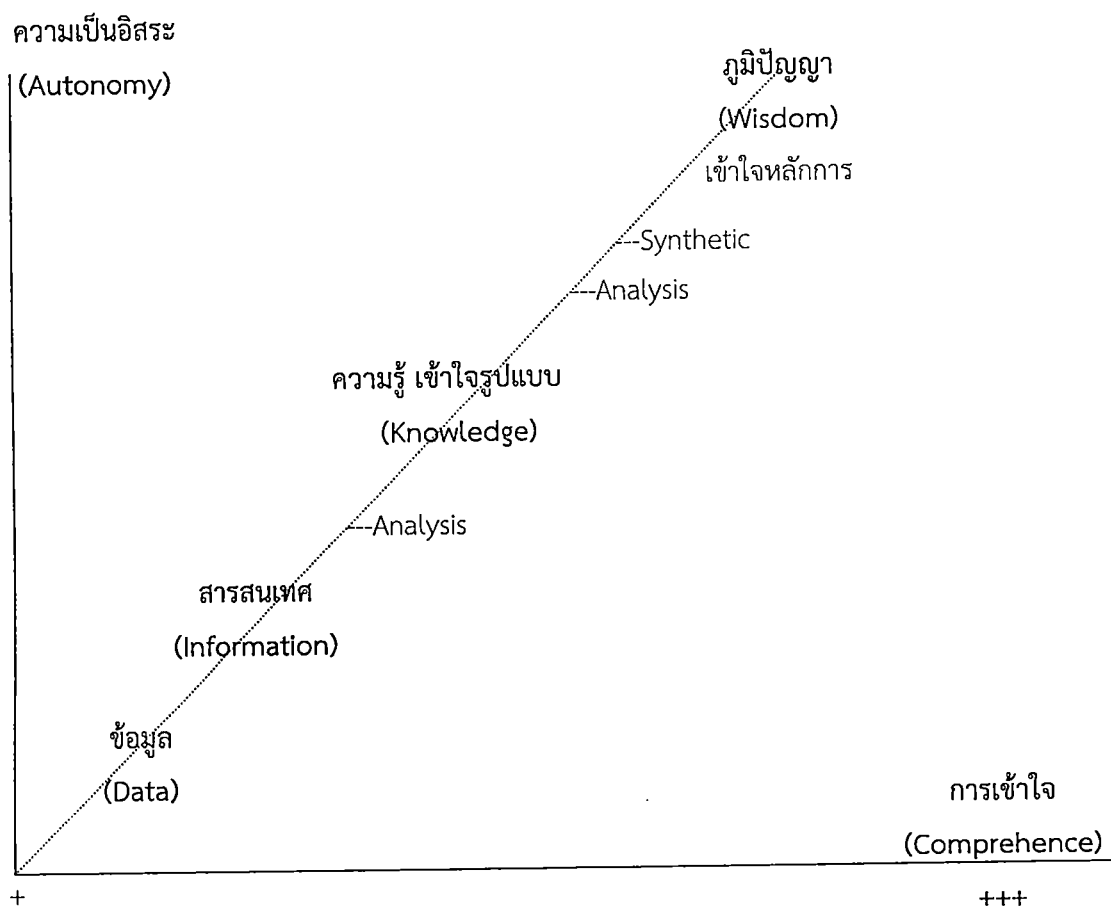
โดยทั่วไปสัดส่วนความรู้ของบุคคล พบว่า ความรู้เฉพาะตัวมีมากกว่าความรู้ชัดแจ้งถึง 4 ต่อ 1 ดังนั้น ควรมีการส่งเสริมให้บุคคลมีการแลกเปลี่ยนความรู้เฉพาะตัวที่แต่ละบุคคลมีอยู่ให้มากขึ้น

2.2.1.3 แนวทางการสร้างความรู้

การสร้างความรู้จากความรู้เฉพาะตัวและความรู้ที่ชัดแจ้ง สามารถทำได้ 4 รูปแบบ (ณัฐยา สินตระการผล, 2554; ไพโรจน์ ชลารักษ์, 2551) ดังนี้ รูปแบบ 1 การสร้างความรู้เฉพาะตัว จากความรู้เฉพาะตัว (Tacit to tacit: Socialization) เป็นการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างบุคคล เนื่องด้วยบุคคลมีความสามารถในการถ่ายทอดความรู้เฉพาะตัวให้แก่อีกกัน ทั้งจากการสังเกต การเลียนแบบ และการฝึกฝนด้วยตนเอง หรือจากการพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับผู้อื่น, รูปแบบ 2 การสร้างความรู้ที่ชัดแจ้งจากความรู้ที่ชัดแจ้ง (Explicit to explicit: Combination) เป็นการนำเอาความรู้ที่ถูกแสดงออกจากตัวคนแล้วมาผ่านสื่อหรือเครื่องมือนำเสนอในรูปแบบต่าง ๆ เป็นการรวบรวมข้อมูลที่ได้จากแหล่งที่หลากหลาย บุคคลสามารถนำความรู้ที่ชัดแจ้งแต่ละอย่างมาประกอบกันเป็นความรู้ใหม่ รูปแบบ 3 การสร้างความรู้ที่ชัดแจ้งจากความรู้เฉพาะตัว (Tacit to explicit: Externalization) การเปลี่ยนความรู้เฉพาะตัวให้กลายเป็นความรู้ชัดแจ้ง เป็นกระบวนการถ่ายทอดมุมมองของคนที่มีต่อสิ่งต่าง ๆ การแลกเปลี่ยนความรู้จากภายในตัวคนออกมาภายนอกแล้ว ทำให้ผู้อื่นมีส่วนร่วมด้วย การที่บุคคลพัฒนาความรู้ที่ชัดแจ้งจากความรู้เฉพาะตัวของบุคคลทำให้ความรู้เฉพาะตัวกลายเป็นที่ยอมรับ เป็นมาตรฐานโดยอาจนำความรู้นี้มาจัดทำเป็นคู่มือเพื่อสามารถนำไปใช้งานได้ รูปแบบ 4 การสร้างความรู้เฉพาะตัวจากความรู้ชัดแจ้ง (Explicit to tacit: Internationalization) การที่บุคคลได้รับการถ่ายทอดความรู้ใหม่ที่เป็นความรู้ชัดแจ้ง แล้วนำความรู้ดังกล่าวมาใช้ในการเพิ่มพูนความรู้เฉพาะของตนเอง จนถึงเป็นส่วนหนึ่งในการทำงานและสั่งสมเป็นความรู้เฉพาะตัว เป็นความรู้ซึ่งถูกบันทึกในสื่อหรือระบบต่าง ๆ ถูกรับรู้ เรียนรู้เข้าไปสู่ตัวคน และอยู่ในตัวคนเป็น Tacit knowledge

การสร้างความรู้ใน 4 รูปแบบนี้ จะดำเนินการไปอย่างต่อเนื่อง (Spiral) ที่ไม่มีจุดจบ ทำให้เกิดวงจรการสร้างความรู้ที่ขยายออกไปอย่างต่อเนื่อง เมื่อมีการส่งผ่านความรู้จากคนหนึ่งไปสู่อีกคนหนึ่ง ความรู้จะถูกผสมผสานและปรับแต่งถือเป็นปฏิริยาภายในบุคคลเชิงสังคม (Socialization) เพราะบุคคลทุกคนจะมีความรู้และประสบการณ์ของตนเองมาผสมผสานกับความรู้ใหม่ที่ได้รับ และกรณี que ความรู้จากบุคคลที่แสดงออกมามีการบันทึกผ่านสื่อหรือถ่ายทอดผ่านกิจกรรมบางอย่างก่อนจะส่งผ่านไปสู่อื่น ทำให้มีการผสมผสานกับความรู้ที่ไม่ใช่ความรู้ในตัวคนขึ้น (Combination) และความรู้นี้จะกลับเข้าไปเป็นความรู้เฉพาะในตัวบุคคลอีกครั้งหนึ่ง ซึ่งกระบวนการนี้จะเกิดขึ้นอยู่ตลอดเวลา ความรู้ในตัวบุคคลจึงมีมากมาย ส่วนที่บุคคลแสดงออกมานับเป็นเพียงส่วนหนึ่งที่บุคคลมีอยู่เท่านั้น

กระบวนการสร้างความรู้ที่เกิดขึ้นตลอดเวลาดังกล่าวมาข้างต้น คือความรู้พัฒนาจากการนำ ข้อมูล (Data) ที่มีอยู่มาจัดเป็น ข่าวสาร/ สารสนเทศ (Information) แล้วนำสารสนเทศที่เหมาะสมกับบริบทวิเคราะห์สังเคราะห์เป็น ความรู้ (Knowledge) เมื่อความรู้นั้นสามารถนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ได้จริงก็จะกลายเป็น ภูมิปัญญา (Wisdom) สอดคล้องกับ ตรุณี รุจกรกานต์ ที่ได้แสดงไว้เป็นแบบแผนภาพในการประชุมวิชาการเรื่องการจัดการความรู้ทางการพยาบาล ณ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ปี พ.ศ. 2548 แสดงไว้ในหน้าต่อไป



ภาพที่ 1 ระดับการพัฒนาของความรู้ (ดร.ณี รุจกรกานต์, สไลด์, 2548)

2.2.2 ความหมาย และกระบวนการจัดการความรู้

2.2.2.1 ความหมาย

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ (2548) ได้ให้นิยามคำว่า “การจัดการความรู้” หมายถึง การรวบรวมองค์ความรู้ที่มีอยู่ในองค์กร ซึ่งกระจัดกระจายอยู่ในตัวบุคคลหรือเอกสารมาพัฒนาให้เป็นระบบเพื่อให้ทุกคนในองค์กรสามารถเข้าถึงความรู้และพัฒนาตนเองให้เป็นผู้รู้รวมทั้งปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ไพโรจน์ ชลารักษ์ (2551) กล่าวว่า การจัดการความรู้หมายถึงการรวบรวมองค์ความรู้ที่มีอยู่ในตัวบุคคลหรือเอกสารมาพัฒนาให้เป็นระบบเพื่อทุกคนสามารถเข้าถึงความรู้และพัฒนาตนเองให้เป็นผู้รู้

วิจารณ์ พานิช (2549) กล่าวว่า การจัดการความรู้เป็นเครื่องมือเพื่อบรรลุเป้าหมาย 4 ประการคือ การบรรลุเป้าหมายของงาน ของการพัฒนาคน ของการพัฒนาองค์กรไปเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ และการบรรลุเป้าหมายความเป็นชุมชน เป็นหมู่คณะ มีความเอื้ออาทรระหว่างกันและกัน ในที่ทำงาน

Takeuchi and Nonaka (2004) ให้ความหมายการจัดการความรู้ไว้ว่าเป็น กระบวนการสร้างความรู้ใหม่อย่างต่อเนื่องเผยแพร่ความรู้ทั่วทั้งองค์กรและนำไปเป็นส่วนประกอบ สำคัญของการบริหาร เทคโนโลยี และระบบใหม่ ๆ

กล่าวโดยสรุป การจัดการความรู้เป็นกระบวนการ มีความหมายครอบคลุมกิจกรรม ดำเนินการที่มีการรวบรวมความรู้จากบุคคล จากเอกสาร มีการจัดเก็บ เผยแพร่ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อเป้าหมายพัฒนาคน พัฒนางาน และพัฒนาหน่วยงาน

2.2.2.2 กระบวนการจัดการความรู้

การจัดการความรู้เป็นกระบวนการ ในการวิจัยครั้งนี้จะนำเสนอกระบวนการจัดการ ความรู้ ใน 2 แบบ คือ แบบที่ 1 ตามแนวของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ (ก.พ.ร.) และแบบที่ 2 ตามแนวของ วิจารณ์ พานิช (ความหมายของความรู้, ความหมายของ KM, กระบวนการจัดการความรู้, 2556)

แบบที่ 1 ตามแนว กพร. กระบวนการจัดการความรู้มี 7 กิจกรรม ดังนี้ 1) การบ่งชี้ ความรู้ คือ การระบุประเด็นความรู้ รูปแบบ และผู้รู้ที่สอดคล้องกับนโยบาย ขอบเขตและเป้าหมายของ องค์กร 2) การสร้างและแสวงหาความรู้ คือการรวบรวมความรู้ใหม่ รักษาความรู้เดิมและกรองความรู้ ที่ไม่ใช่ข้อจากแหล่งรวบรวม 3) การจัดการความรู้ให้เป็นระบบคือ การวิเคราะห์และคัดแยกความรู้เป็น กลุ่มประเด็นให้ง่ายต่อการเข้าถึงอย่างมีขั้นตอน 4) การประมวลและกลั่นกรองความรู้ คือการปรับปรุง ให้ความรู้มีรูปแบบมาตรฐาน ไม่ซ้ำซ้อน มีความสมบูรณ์ มีความถูกต้องและน่าเชื่อถือ 5) การเข้าถึง ความรู้ คือการสร้างแหล่งเผยแพร่ที่สามารถเข้าถึงได้ทุกที่ทุกเวลา 6) การแบ่งปันแลกเปลี่ยนความรู้ คือการนำความรู้เข้าสู่เวทีแลกเปลี่ยนที่มีฐานความรู้หรือฐานข้อมูลรองรับให้ง่ายต่อการเข้าถึงและ สืบค้น 7) การเรียนรู้ คือ การใช้ความรู้เป็นส่วนหนึ่งของงาน เป็นวงจรความรู้ที่มีการเรียนรู้และพัฒนา ให้เกิดประสบการณ์ใหม่อยู่เสมอ

แบบที่ 2 ตามแนว วิจารณ์ พานิช กระบวนการจัดการความรู้มี 6 กิจกรรม ดังนี้ 1) การกำหนดความรู้หลักที่จำเป็นต่องานหรือกิจกรรมขององค์กร 2) การเสาะหาความรู้ที่ต้องการ 3) การปรับปรุง ดัดแปลง หรือสร้างความรู้บางส่วน ให้เหมาะต่อการใช้งาน 4) การประยุกต์ ใช้ความรู้ ในกิจการงานของตน 5) การนำประสบการณ์จากการใช้ความรู้มาแลกเปลี่ยนเรียนรู้มาบันทึกไว้ 6) การจดบันทึก ชุมความรู้ แก่นความรู้ สำหรับไว้ใช้งาน

กระบวนการจัดการความรู้ตามแนวทางทั้ง 2 แบบที่นำเสนอข้างต้นจะเห็นว่าการจัดการความรู้เริ่มต้นที่งานหรือเป้าหมายของงาน ส่วนเป้าหมายสุดท้ายของการจัดการความรู้ คือ การที่กลุ่มคนที่ดำเนินการจัดการความรู้ร่วมกัน มีชุดความรู้ของตนเองที่ร่วมกันสร้างขึ้นสำหรับงาน ของตน คนเหล่านั้นจะสร้างความรู้ขึ้นใช้เองตลอดเวลา การสร้างอาจจะสร้างเป็นบางส่วนหรือสร้าง จากการผ่านการทดลองใช้โดยมีการปรับปรุงความรู้จากภายนอกให้เหมาะสมกับงาน/ สภาพของตนเอง

กิจกรรมการจัดการความรู้จะแทรกหรือบูรณาการกับทุกกิจกรรมของการทำงาน ผู้รู้กล่าวไว้เช่นกันว่า การจัดการความรู้เองก็ต้องการการจัดการด้วยเช่นกัน

องค์ประกอบสำคัญของการจัดการความรู้ (Knowledge process) ก็คือ คน เทคโนโลยี และการบริหารจัดการ คน นับเป็นองค์ประกอบสำคัญที่สุดเพราะเป็นแหล่งความรู้และเป็นผู้นำความรู้ไปใช้ประโยชน์ เทคโนโลยี เป็นเครื่องมือเพื่อให้คนสามารถค้นหา จัดเก็บ แลกเปลี่ยน รวมทั้งนำความรู้ไปใช้อย่างง่ายและรวดเร็ว ส่วนการบริหารจัดการ คือการนำความรู้จากแหล่งความรู้ไปใช้เพื่อให้เกิดการปรับปรุงและเกิดนวัตกรรมใหม่ องค์ประกอบทั้ง 3 ส่วนนี้ จะต้องมีการดำเนินการที่เชื่อมโยงกันโดยมีการรับรู้ข้อมูลและสามารถประมวลผลความรู้ในด้านต่าง ๆ เพื่อนำมาประยุกต์ในการปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง รวดเร็วและเหมาะสมต่อสถานการณ์ มีการส่งเสริมและพัฒนาความรู้ความสามารถ สร้างวิสัยทัศน์ การปรับเปลี่ยนทัศนคติและมีการเรียนรู้ร่วมกัน

มีผู้รู้ได้กล่าวถึงการจัดการความรู้ในหลายแง่มุม คำกล่าวที่สำคัญมากในแนวคิดของการจัดการความรู้ก็คือ หัวใจของการจัดการความรู้อยู่ที่การนำความรู้ไปใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อสังคม ความรู้ที่มีอยู่จะเกิดประโยชน์ได้จากฐานความคิดที่ว่า ความรู้คือพลัง หรือความรู้คืออำนาจ (Knowledge is power) ความสำเร็จของการถ่ายทอดพลังหรือความรู้ไม่ใช้อยู่ที่เอกสารหรือคอมพิวเตอร์เท่านั้นแต่อยู่ที่มีการปฏิสัมพันธ์ระหว่างคนด้วยกัน และผู้จัดการความรู้คือผู้ที่ทำให้ความรู้ผลิดอกออกผล

การจัดการความรู้ประกอบด้วยกระบวนการหลัก ๆ ได้แก่ การค้นหาความรู้ การสร้างและแสวงหาความรู้ใหม่ การจัดการความรู้ให้เป็นระบบ การประมวลผลและการกลั่นกรองความรู้ การแบ่งปันแลกเปลี่ยนความรู้ สุดท้ายก็คือการเรียนรู้ และเพื่อให้มีการนำความรู้ไปใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อองค์กรดังกล่าวมาข้างต้น เครื่องมือหลากหลายประเภทถูกสร้างขึ้นเพื่อนำไปใช้ในการถ่ายทอดและแลกเปลี่ยนความรู้ซึ่งอาจแบ่งเป็น 2 กลุ่มใหญ่ ๆ คือ 1) เครื่องมือที่ช่วยในการ “เข้าถึง” ความรู้ ซึ่งเหมาะสำหรับความรู้ประเภท Explicit มักเป็นแบบทางเดียว และ 2) เครื่องมือที่ช่วยในการ “ถ่ายทอด” ความรู้ ซึ่งเหมาะสำหรับความรู้ประเภท Tacit อาศัยการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลเป็นหลัก และเครื่องมือที่มีผู้นิยมใช้กันมากประเภทหนึ่งคือ ชุมชนแห่งการเรียนรู้ หรือชุมชนนักปฏิบัติ (Community of Practice: CoP)

เครื่องมือที่ใช้ในการจัดการความรู้เท่าที่มีการระบุและกล่าวถึงว่ามีการใช้อยู่สม่ำเสมอ ได้แก่ 1) ชุมชนนักปฏิบัติ (Community of Practice: CoP) 2) การศึกษาดูงาน (Study tour) 3) การทบทวนหลังปฏิบัติการหรือการถอดบทเรียน (After Action Review: AAR) 4) การเรียนรู้ร่วมกันหลังงานสำเร็จ (Retrospect) 5) การเล่าเรื่องพลัง (Springboard storytelling) 6) การค้นหาสิ่งรอบตัวหรือสุนทรียสาธก (Appreciative inquiring) 7) เวทีเสวนา หรือสุนทรียสนทนา (Dialogue) 8) เพื่อนช่วยเพื่อน (Peer assist) 9) การเรียนรู้โดยการปฏิบัติ (Action learning) 10) มาตรฐาน

เปรียบเทียบ (Benchmarking) 11) การสอนงาน (Coaching) 12) การเป็นที่เลี้ยง (Mentoring) 13) ฟอรัม ถาม-ตอบ (Forum) 14) บทเรียนจากความผิดพลาด (Lesson learning) และ 15) เวทีกลุ่มเฉพาะ (Focus group)

ตามที่กล่าวมาข้างต้นว่า CoP เป็นเครื่องมือเริ่มต้นที่มีผู้นิยมใช้มากประเภทหนึ่งในการจัดการความรู้ คณะวิจัยเสนอสาระสำคัญของ CoP ไว้ ณ ที่นี้พอสังเขป

ชุมชนนักปฏิบัติ (CoP.)

ชุมชนนักปฏิบัติ (CoP-Community of Practice) คือชุมชนที่มีการรวมตัวกัน หรือเชื่อมโยงกันอย่างไม่เป็นทางการ โดยมีลักษณะดังนี้ ประสบปัญหาลักษณะเดียวกัน มีความสนใจในเรื่องเดียวกัน ต้องการแลกเปลี่ยนประสบการณ์จากกันและกัน มีเป้าหมายร่วมกัน มีความมุ่งมั่นร่วมกันที่จะพัฒนาการทำงานได้ดีขึ้น วิถีปฏิบัติคล้ายกัน ใช้เครื่องมือและภาษาเดียวกัน มีความเชื่อและยึดถือคุณค่าเดียวกัน มีบทบาทในการสร้างและใช้ความรู้ มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากกันและกัน อาจจะพบกันด้วยตัวจริง หรือผ่านเทคโนโลยี มีช่องทางเพื่อการไหลเวียนของความรู้ ทำให้ความรู้เข้าไปถึงผู้ที่ต้องการใช้ได้ง่าย มีความร่วมมือช่วยเหลือ เพื่อพัฒนาและเรียนรู้จากสมาชิกด้วยตนเอง มีปฏิสัมพันธ์ต่อเนื่อง และมีวิธีการเพื่อเพิ่มความเข้มแข็งให้แก่สายในสังคม ทำให้เพิ่มพูนความรู้ที่ลึกซึ้งขึ้นเรื่อย ๆ และชุมชนนักปฏิบัติคือคนกลุ่มเล็ก ๆ ซึ่งทำงานด้วยกันมาระยะหนึ่ง มีเป้าหมายร่วมกันและต้องการที่จะแบ่งปันแลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์จากการทำงาน กลุ่มดังกล่าวมักจะไม่ได้เกิดจากการจัดตั้งในองค์กร เป็นกลุ่มที่เกิดจากความต้องการทางสังคม และความพยายามที่จะทำให้บรรลุผลสำเร็จ เป็นกลุ่มที่ไม่มีอำนาจ ไม่มีการกำหนดไว้ในแผนภูมิโครงสร้างองค์กร และอาจมีเป้าหมายที่ขัดแย้งกับผู้นำองค์กร ในหนึ่งองค์กรอาจจะมีชุมชนนักปฏิบัติจำนวนมาก และคนคนหนึ่งจะเป็นสมาชิกในหลายชุมชน

ชุมชนนักปฏิบัติมีความสำคัญอย่างไร ชุมชนนักปฏิบัติคือกลุ่มคนที่มีเครือข่าย ความสัมพันธ์ไม่เป็นทางการ เกิดจากความใกล้ชิด ความพอใจ และพื้นฐานที่ใกล้เคียงกัน ลักษณะที่ไม่เป็นทางการจะเอื้อต่อการเรียนรู้ และการสร้างความรู้ใหม่ ๆ มากกว่าโครงสร้างที่เป็นทางการ คำว่า ปฏิบัติ หรือ Practice ใน CoP. ชี้จุดเน้นที่ การเรียนรู้ซึ่งได้รับจากการทำงานเป็นหลัก เป็นแง่มุมเชิงปฏิบัติ ปัญหาประจำวัน เครื่องมือใหม่ ๆ พัฒนาการในเรื่องงาน วิธีการทำงานที่ได้ผล และไม่ได้ผล การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลทำให้เกิดการถ่ายทอดแลกเปลี่ยนความรู้ฝังลึก สร้างความรู้และความเข้าใจได้มากกว่าการเรียนรู้จากหนังสือหรือการฝึกอบรมตามปกติ เครือข่ายที่ไม่เป็นทางการ ซึ่งมีสมาชิกจากต่างหน่วยงาน ช่วยให้องค์กรประสบความสำเร็จได้ดีกว่าการสื่อสารตามโครงสร้างที่เป็นทางการ

ในงานวิจัยนี้ คณะวิจัยประยุกต์แนวคิด CoP. มาใช้ในการให้แกนนำเป้าหมายหลัก ได้ฝึกทักษะการจัดการความรู้ โดยให้มีการรวมกลุ่มเป็นกลุ่มเล็กอย่างไม่เป็นทางการ และจัดให้มี

๒17. ๐๔๖๘

๓๕๙๔

๓.๔

354970

กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้เรื่องที่สนใจร่วมกัน

2.3 การจัดการความรู้เรื่อง สุขภาพอนามัยสำหรับผู้สูงอายุ

ประเสริฐ อัสสันตชัย (2553, หน้า 63) ได้รายงานโรคที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมอนามัยคือ จากการไม่ได้ส่งเสริมสุขภาพและไม่มีการป้องกันโรคซึ่งได้แก่ภาวะความดันโลหิตสูงนั้น เป็นโรคที่พบมากที่สุดและผู้สูงอายุไทยที่นำไปสู่การเสียชีวิตจากโรคในระบบไหลเวียนเลือด และทั้งยังเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตที่สำคัญที่สุดของผู้สูงอายุไทยด้วยอุบัติการณ์ของโรค และที่สำคัญอีกประการหนึ่งก็คือ อัตราการเสียชีวิตจากโรคในระบบไหลเวียนเลือดจะเพิ่มมากขึ้นเมื่อผู้ป่วยมีอายุมากขึ้นตามลำดับ วิชาวิท มุทหะสินธุ์ และคณะ (2551, หน้า 51-59) ศึกษาวิจัยเรื่อง “การเพิ่มความสามารถในพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ” งานวิจัยเสนอแนะให้ส่งเสริมบุคลากรทางการแพทย์ทำหน้าที่เป็นผู้ให้การสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพแก่ผู้สูงอายุอย่างจริงจัง Ford, Paulin, Mccromak, and Brendan (2000, p. 289-394) ได้เคยเสนอแนะไว้แล้วเช่นเดียวกันว่า พยาบาลที่ดูแลผู้สูงอายุต้องดูแลผู้สูงอายุโดยให้ผู้สูงอายุมีอิสระ มีทางเลือก ได้แสดงความคิดเห็น ตัดสินใจ โดยพยาบาลเป็นผู้ฟังที่ดี และให้ผู้สูงอายุได้แสดงออกถึงการนับถือตนเอง ศักดิ์พนัน ยอดเพชร และคณะ (2552, หน้า 13-24) ศึกษาวิจัยเรื่อง “ต้นแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ดีของครอบครัวและชุมชนในชนบทไทย” ผลการวิจัยได้ตัวชี้วัดของชุมชนที่มีการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุที่ดีคือ การให้ทุนทางสังคมให้เป็นประโยชน์ต่อผู้สูงอายุ และงานวิจัยของ ผจงจิต ไกรถาวร และคณะ (2554) เรื่อง “ปัจจัยทำนายกิจกรรมการเคลื่อนไหวออกแรงของผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชนแออัด เขตเมือง” ผลการศึกษาที่น่าสนใจข้อหนึ่งพบว่า ความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของชุมชนและการรับรู้สุขภาพกาย มีอิทธิพลโดยตรงทางบวกต่อการทำกิจกรรมการเคลื่อนไหวออกแรงของผู้สูงอายุ

ประพนธ์ ผาสุขยัต (2549, หน้า 21) ได้กล่าวไว้เช่นกันว่า ความรู้แบ่งเป็น 2 ประเภท ประเภทแรก ความรู้ชัดแจ้ง (Explicit knowledge) คือความรู้ที่อยู่ในตำรา เป็นความรู้ที่ได้มีการจัดเก็บรวบรวม โดยผ่านการระบวนการพิสูจน์และวิจัย ประเภท 2 ความรู้ฝังลึก (Tacit knowledge) หมายถึงความรู้ของบุคคลที่ติดอยู่กับบริบทมีลักษณะเป็น “เคล็ดลับ” เป็นสิ่งที่ไม่สวด ๆ ยังไม่ได้ “ถูกปรุง” แต่อย่างไรก็ตาม ความรู้ประเภทฝังลึกนี้ หากได้มีการแบ่งปันหมุนเวียนไปเช่นนี้เรียกว่าเป็น “การจัดการความรู้ (Knowledge management)” เป็นการนำความรู้ที่ฝังลึกในตัวบุคคลออกมาใช้ให้เป็นประโยชน์ ความรู้ประเภท 1 และ 2 หากได้มีการผสมผสานกันกล่าวคือได้มีการแบ่งปันเล่าเรื่อง แลกเปลี่ยนความรู้ฝังลึก มีการตีความด้วยวิจารณญาณของความรู้ที่ชัดแจ้ง แล้วนำไปใช้ (Action) ซึ่งนับว่าเป็นส่วนสำคัญที่สุด ก็จะเกิดการยกระดับและเรียนรู้ร่วมกัน ในที่สุดก็จะมีการจัดเก็บ รวบรวม เป็นการจัดการความรู้อย่างไม่รู้จบ เป็นประโยชน์ต่อบุคคล ครอบครัว และชุมชน นอกจากนั้น ประพนธ์ ผาสุขยัต (2549, หน้า 47) ยังได้กล่าวไว้อีกว่า หากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เล่าเรื่องเกิดขึ้นในองค์กร กิจกรรมทำนองนี้ก็คือ เครื่องมืออย่างหนึ่งที่สำคัญของการนำองค์กรสู่องค์กรแห่งการเรียนรู้ (Learning

organization) วิจารณ์ พานิช (2547, หน้า 10-11) กล่าวถึงการจัดการความรู้ไว้ว่า คือการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และในการดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคตามแนวคิดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ผู้รับบริการหรือประชาชนคือบุคคลที่ต้องเข้ามามีส่วนร่วม เป็นพลังปัญญาที่ต้องสร้างด้วยการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และด้วยเหตุผลที่ว่าความสำคัญของการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคต้องเน้นชุมชน (Community base) ดังนั้นต้องเริ่มที่บุคคลรู้จักดูแลสุขภาพตนเอง มีความเข้าใจบริบทของบุคคล ส่งเสริมให้คนมีจิตสำนึก เกิดการตระหนัก บุคคล/ ประชาชน ต้องมีบทบาทสร้างพลังอำนาจ (Empower) ตนเองและครอบครัว ให้มีความเข้มแข็ง เพื่อการพึ่งพาตนเองให้มากที่สุด (กุลธิดา จันทรเจริญ, จเด็จ ธรรมธัชอารี, แพร จิตตินันท์, และมยุรี ธนะทิพานนท์, 2547, หน้า 47 และอำนาจ ศรีรัตนบัลล์, 2552, หน้า 47) ตามแนวคิดนี้ นาริรัตน์ จิตรมนตรี (2553, หน้า 67) เสนอแนะไว้สอดคล้องเช่นกันว่า การมีผู้นำของชุมชนที่เข้มแข็งและมีผู้สูงอายุต้นแบบเป็นปัจจัยหนึ่งของการดูแลผู้สูงอายุที่ดีในชุมชนเขตเมือง พัทรินทร์ สิริสุนทร (2552) เขียนหนังสือเรื่อง “ชุมชนปฏิบัติการด้านการเรียนรู้” หนังสือกล่าวถึง “ภูมิปัญญาไทย” ว่าเป็นกลไกหรือเครื่องมือสำคัญของการให้เกิดความเข้มแข็งของชุมชน ภูมิปัญญามีความเชื่อมโยงกับระบบต่าง ๆ ของสังคมทั้งระบบ ทั้งในอดีต ปัจจุบัน ไม่หยุดนิ่ง “ภูมิปัญญา (Wisdom)” มีความแตกต่างจาก ความรู้ (Knowledge) ภูมิปัญญาให้ความสำคัญกับประสบการณ์ของปราชญ์ หรือผู้อาวุโสในชุมชน ท้องถิ่น การถ่ายทอดภูมิปัญญากระทำได้จากการบอกเล่า เล่าเรื่องราว หรือสอดแทรกไว้ในรูปแบบต่าง ๆ อาทิ ภาพวาดหรืองานทางสถาปัตยกรรม คำร้อง ลิเก ลำตัด เป็นต้น ส่วนในแนวคิด คำว่า “การจัดการความรู้ (Knowledge management)” ผู้เขียนได้กล่าวว่า เป็นแนวคิดพื้นฐานสำคัญของการพัฒนาท้องถิ่น หรือนำพาชุมชนไปสู่ชุมชนปฏิบัติทางการเรียนรู้ (Community of practice) บนมิติของการบูรณาการความหลากหลาย ภูมิปัญญาท้องถิ่น ซึ่งมีชุมชนและประชาชนเป็นกลไกสำคัญของการขับเคลื่อนการพัฒนาในรูปแบบของเครือข่ายทางปัญญา

การเล่าเรื่องเป็นเทคนิควิธีการที่เปิดโอกาสให้ผู้เล่าได้ถ่ายทอดประสบการณ์และภูมิปัญญา พัทรินทร์ สิริสุนทร (2552, หน้า 61) กล่าวถึง เทคนิคการเล่าเรื่อง (Story telling) สรุปเป็นสาระสำคัญพอสังเขปได้ว่า เทคนิคการเล่าเรื่องเป็นอีกวิธีการหนึ่งที่เปิดโอกาสให้สมาชิกชุมชน ได้เล่าประสบการณ์และภูมิปัญญาท้องถิ่น การเล่าเรื่องเป็นเครื่องมือสำคัญช่วยให้เกิดกิจกรรมทางสังคม เพิ่มปริมาณและคุณภาพของการปฏิสัมพันธ์ทางสังคมระหว่างสมาชิกในชุมชน และ Hodge et al. (2002, p. 6-12) ได้รายงานงานวิจัยที่ทดลองใช้กับกลุ่มคน American-Indian ในรัฐแคลิฟอร์เนีย ได้ผลยืนยันว่าการเล่าเรื่อง (Story telling) เป็นเครื่องมือที่ทรงอิทธิพลอย่างมากในเรื่อง การสอนสุขภาพอนามัย เพราะว่าเป็นการถ่ายทอดประสบการณ์ในประเด็นสำคัญ และมีคุณค่าด้วยภาษาง่าย ๆ ท่ามกลางบรรยากาศผ่อนคลายและเพลิดเพลิน ประพนธ์ ผาสุขยืด (2549, หน้า 42) ได้ให้ความเห็นไว้ด้วยว่า กระบวนการที่เกิดขึ้นดังกล่าวนี้ ต้องมีผู้ทำหน้าที่เอื้ออำนวย หรือจัดการให้การเล่าเรื่องแลกเปลี่ยน

สิ้นไหล ไม่หลุดออกนอกทาง อีกทั้งช่วยสร้างบรรยากาศดี ๆ ให้เกิดขึ้นตลอดเวลา การแลกเปลี่ยนความรู้ ตามเหตุผลข้างต้น และด้วยการตระหนักถึงคุณค่าและประสบการณ์ชีวิต โดยเฉพาะด้าน พฤติกรรมสุขภาพ และการเผชิญปัญหาโรคเรื้อรังของผู้สูงอายุ คณะผู้วิจัยจึงได้จัดทำหลักสูตรอบรม ทักษะการจัดการความรู้ ด้านการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงวัยขึ้น โดยมุ่งหวังจะได้ ผู้นำกลุ่มทำ การถ่ายทอด แลกเปลี่ยน เรียนรู้

ในเรื่องของการเล่าเรื่อง วิจารณ์ พานิช (2555) ได้กล่าวถึงเทคนิคการประชุมโดยใช้ การเล่าเรื่อง (Story telling) ไว้ที่น่าสนใจว่า เป้าหมายสำคัญที่สุดของการเล่าเรื่องคือให้ผู้มีความรู้ จากการปฏิบัติ ปลดปล่อยความรู้ที่ซ่อนอยู่ในส่วนลึกของหัวใจ (ความเชื่อ), ในส่วนลึกของสมอง (ความคิด), และในส่วนลึกของร่างกาย (การปฏิบัติ) ออกมาเป็นคำพูด และหน้าตาท่าทาง (Non-verbal communication) การปล่อยความรู้จากการปฏิบัตินี้ ผู้ปล่อยจะมีสภาพที่มึนงงใจได้สำนึก และจิตสำนึก (Subconscious & Conscious) ย้ำว่าเรามีเป้าหมายให้เกิดการสื่อสารทั้งโดยใช้จิตสำนึก และจิตใต้สำนึก ดังนั้นถ้าฝึกปฏิบัติจนมีความชำนาญ การเล่าเรื่องจะปลดปล่อยความรู้ออกมาอย่าง ทรงพลังอย่างไม่น่าเชื่อ นอกจากนี้ วิจารณ์ พานิช ยังได้กล่าวถึงการนำเทคนิคการเล่าเรื่องมาเป็น เครื่องมือการจัดการความรู้ไว้ว่ามีวิธีการและขั้นตอนสรุปได้ดังนี้ 1) กำหนดเป้าหมายของการแลกเปลี่ยน เรียนรู้ให้ชัดเจน 2) กำหนดให้กลุ่มเป็นกลุ่มเล็กไม่เกิน 10 คน เพื่อให้มีความรู้สึกใกล้ชิดเป็นกันเอง ไม่เป็นทางการ สร้างความรู้สึกเป็นอิสระได้ง่าย ความรู้สึกแบบนี้จะเอื้อต่อการเล่าเรื่องอย่างมีพลัง ทำให้ความรู้ฝังลึกและซ่อนอยู่มิตคิดจนตัวเองก็ไม่รู้ว่าตนรู้ ถูกปลดปล่อยออกมาได้ง่ายขึ้น 3) ถ้าเป็น ไปได้กลุ่มประกอบด้วยคนที่มีความแตกต่างกันหลากหลาย 4) มีการเลือกผู้ดำเนินการประชุมและ สรุปประเด็น และให้มีผู้จดบันทึกขุมความรู้ (Knowledge assets) 5) สมาชิกกลุ่มเล่าเรื่องเกี่ยวกับ ความสำเร็จของตน 6) สมาชิกคนอื่น ๆ ช่วยกัน “ถอด” ความรู้และให้มีผู้จดบันทึกไว้ 7) มี “คุณอำนวย” (Group facilitator) ทำหน้าที่ช่วยเหลือให้การประชุมราบรื่นสร้างบรรยากาศของความชื่นชม ความคิดเชิงบวก การซักถามด้วยความชื่นชม (Appreciative inquiry) ให้สมาชิกกลุ่มได้หมุนเวียนกัน เล่าเรื่องถ้วนหน้ากัน ไม่มีคนใดคนหนึ่งผูกขาดการพูด คอยช่วยตั้งคำถาม “ทำไมจึงทำเช่นนั้น” “คิดอย่างไร จึงทำเช่นนั้น” เพื่อช่วยให้ “ความรู้เพื่อการปฏิบัติ” ถูกปลดปล่อยออกมาและคอยกระตุ้น ให้สมาชิกกลุ่มช่วยกัน “สกัด” หรือ “ถอด” ความรู้เพื่อการบรรลุห้วงปลา ออกมาและมีผู้บันทึกไว้ 8) การเล่าเรื่อง ให้เล่าเพียงประเด็นเดียวต่อหนึ่งเรื่อง และเล่าสั้น ๆ เล่าตามความเป็นจริง ไม่ตีไข่ใส่สี เล่าให้เห็นตัวตน หรือตัวละคร เห็นพฤติกรรมหรือการกระทำ เห็นความคิดหรือความเชื่อที่มีอยู่เบื้องหลัง เล่าให้เห็นชีวิตและความสัมพันธ์ที่อยู่ในเรื่อง เล่าให้มีชีวิตชีวา เห็นภาพพจน์ เห็นสภาพแวดล้อมหรือ บทของเรื่อง 9) ในการเล่าเรื่องต้องเล่าแบบข้อมูลดิบ ที่ไม่ผ่านการตีความของผู้เล่า คือเล่าเหตุการณ์ ไม่ใช่เล่าตามความเข้าใจของผู้เล่าที่ได้จากเหตุการณ์ ไม่ใช่เล่าการตีความของผู้เล่า ถ้าวางเรื่องเล่าเป็น ข้อมูลดิบ สำหรับให้สมาชิกกลุ่มผลัดกันตีความ เพื่อดึง “ความรู้เพื่อการบรรลุห้วงปลา” ออกมา

ในตอนท้ายของงานเขียน ผู้เขียนได้กล่าวถึงปัจจัยความสำเร็จของการเล่าเรื่องไว้อย่าง น่าสนใจเช่นกัน ผู้เขียนได้กล่าวไว้ว่า การเล่าเรื่องจะประสบความสำเร็จมากน้อยขึ้นอยู่กับปัจจัยหลัก 3 ประการ คือ ผู้เล่า ผู้รับฟัง และบรรยากาศขณะเล่า ผู้เล่าที่มีอารมณ์แจ่มใส มีความรู้สึกเอื้ออาทร (Care) ต่อกลุ่มผู้ฟัง มีความรู้สึกที่ผู้ฟังเป็นกัลยาณมิตร มีจิตใจพร้อมจะให้ มีความภูมิใจในความสำเร็จ ที่ตนกำลังเล่า เป็นผู้ประสบเหตุการณ์ในเรื่องที่เล่าด้วยตนเอง คิดทบทวนเรื่องราวที่จะเล่ามาเป็น อย่างดี และมีทักษะในการเล่าเรื่องออกมาจากใจ คือเล่าแบบไม่ตีความ จะมีความสามารถเล่าเรื่อง ออกมาได้อย่างทรงพลัง โดยที่ “เรื่องราว” จะไม่ใช่แค่ออกมาเป็นคำพูดเท่านั้น จะแสดงออกมาใน หน้าตา แววตา ท่าทาง น้ำเสียง และการสื่อสารที่ไม่ใช่คำพูดอื่น ๆ รวมทั้ง “ความเงียบ” เป็นช่วง ๆ ด้วย (ถ้ามี) โปรดสังเกตว่าสภาพจิตอันเป็นกุศล เป็นจิตที่มีพลัง สามารถทำหน้าที่แบ่งปันความรู้ที่ลึก และซับซ้อนได้ดีกว่าสภาพจิตธรรมดา ๆ ผู้รับฟังที่เป็น “ผู้ฟังอย่างตั้งใจ” ที่เรียกว่า Active listening จะช่วยส่งกระแสจิตไปกระตุ้นให้ผู้เล่าเกิดอารมณ์ในการเล่า ทำให้สามารถเล่าออกมาจากใจได้ลึกยิ่งขึ้น คำถามที่แสดงความสนใจและชื่นชม (Appreciative inquiry) จะช่วยกระตุ้นอารมณ์สร้างสรรค์ เช่นเดียวกัน และยังจะช่วยทำให้การเล่าเรื่องครบถ้วนมากขึ้น ในกรณีที่มีการเล่าเรื่องมีการข้ามขั้นตอน ผู้อำนวยความสะดวกในการประชุม (Group facilitator) อาจช่วยถามว่า “ทำไมจึงทำเช่นนั้น” “คิดอย่างไรจึงทำเช่นนั้น” ก็จะช่วยให้ ความรู้สึกนึกคิดในขณะที่เกิดเหตุการณ์ถูกเล่าออกมา บรรยากาศ ของการประชุม มีอิทธิพลต่อความสำเร็จในการเล่าเรื่อง ห้องประชุมที่ให้ความสงบ รับฟังเสียงจาก การเล่า มีที่จดบันทึก บรรยากาศที่เป็นอิสระ ผ่อนคลาย ไม่ตอกยู่ได้อ่านใจใด ๆ บรรยากาศที่มี ความเป็นกัลยาณมิตรเอื้ออาทรต่อกัน จะช่วยให้การสื่อสาระโดยการเล่าเรื่องมีคุณภาพสูง กระจำงัด และลึก

จากงานเขียนข้างต้นจะเห็นว่า ในการเล่าเรื่องจะต้องมีผู้ทำหน้าที่นำการเล่าเรื่องเพื่อให้ การเล่าเรื่องลื่นไหล ซึ่งวิจารณ์ พานิช ก็ได้ให้ความสำคัญกับผู้เล่าว่าเป็นปัจจัยหนึ่งของความสำเร็จ ของการเล่าเรื่อง และผู้รู้ก็ได้กล่าวไว้เช่นกันว่าการจัดการความรู้ก็ต้องการการจัดการด้วย ดังนั้นใน เรื่องการจัดการความรู้ด้านสุขภาพอนามัย ผู้สูงวัย/ ผู้สูงอายุ จำเป็นต้องมีภาวะผู้นำ มีการแสดงออก ที่เหมาะสม (Assertiveness) ทั้งด้านความกระตือรือร้น ท่าทางคำพูดและบุคลิกภาพ รวมทั้งการ ควบคุมความเครียดและความวิตกกังวล

กล่าวโดยสรุปในกระบวนการจัดการความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ คณะวิจัย เลือกใช้ CoP. เป็นกิจกรรมเริ่มต้นให้แกนนำผู้สูงวัยกลุ่มเป้าหมายได้มีการรวมตัวเป็นกลุ่มเล็ก มีกิจกรรม การเล่าเรื่อง แลกเปลี่ยนประสบการณ์เรียนรู้ร่วมกัน และฝึกทักษะความเป็นผู้นำจัดการความรู้ด้าน การสร้างเสริมสุขภาพ

3. การพัฒนาหลักสูตรสำหรับผู้สูงอายุ

3.1 สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย

ปัจจุบันสังคมไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างชัดเจนแล้ว มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย ได้จัดทำหนังสือ Situation of the Thai elderly 2010 (Chuharas, 2012) หนังสือได้รวบรวมข้อมูลสถิติรายงานเกี่ยวกับสถานการณ์ผู้สูงอายุไทยไว้น่าสนใจหลายประเด็น พอจะสรุปข้อมูล เป็นประโยชน์ต่องานวิจัยครั้งนี้ดังนี้

ประการที่ 1 จำนวนผู้สูงอายุคืออายุมากกว่า 60 ปี เพิ่มขึ้นเป็นลำดับ พบสถิติปี ค.ศ. 2010 และคาดการณ์จำนวนในปี ค.ศ. 2020 และ ค.ศ. 2030 จะเป็น 8,011,000, 12,272,000 และ 17,763,000 ตามลำดับ

ประการที่ 2 อายุเฉลี่ยของผู้สูงอายุ (Life expectancy at birth and at 60 years) เพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ผู้สูงอายุหญิง ระหว่างปี 2005-2010, 2025-2030 และ 2045-2050 จะเป็น 75, 79.1 และ 81.5 ปี ในขณะที่ ผู้สูงอายุชาย มีอายุตามเวลาดังกล่าว 68.5, 73.6 และ 76.5 ปี ตามลำดับ

ประการที่ 3 สามจังหวัดแรกที่มีจำนวนร้อยละของผู้สูงอายุมากที่สุดในปี 2010 ได้แก่ จังหวัดสิงห์บุรี (16.5%) จังหวัดสมุทรสงคราม (16.2%) และจังหวัดชัยนาท (16%) ส่วนสามจังหวัดที่มีจำนวนร้อยละของผู้สูงอายุน้อยที่สุดได้แก่จังหวัดภูเก็ต (7.9%) จังหวัดกระบี่ (8.5%) และจังหวัดนราธิวาส (9.2%)

ประการที่ 4 ณ วันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2553 ประเทศไทยมีจำนวนชมรมผู้สูงอายุที่เป็นเครือข่ายของสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยรวมทั้งสิ้น 22,880 ชมรม จำแนกเป็น กรุงเทพมหานคร 376 ชมรม ภาคกลาง 2629 ชมรม ภาคเหนือ 7,894 ชมรม ภาคใต้ 1,406 ชมรม และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 10,595 ชมรม

ประการที่ 5 สถานการณ์ทางด้านสุขภาพอนามัย พบว่า ผู้สูงอายุมีการออกกำลังกายมากขึ้น จำนวนผู้สูบบุหรี่และดื่มสุราลดลง อย่างไรก็ตามยังพบสภาวะโรคอ้วน (Obesity) ในผู้สูงอายุซึ่งพบในผู้สูงอายุหญิงมากกว่าชาย นอกจากนั้นยังมีรายงานว่าระหว่างปี 2008-2010 พบผู้สูงอายุมีภาวะติดเชื้อ HIV ร้อยละ 2-3 และในปี 2011 พบผู้ป่วยรายใหม่เพิ่ม 140 ราย เป็นผู้สูงอายุชายมากเป็นสองเท่าของผู้สูงอายุหญิง

3.2 ลักษณะและธรรมชาติของผู้สูงอายุ

ศาสตร์ 3 สาขา ได้แก่ สาขาด้านชีวภาพ (Biological views) ศาสตร์ด้านจิตวิทยา (Psychological views) และศาสตร์ด้านสังคมศาสตร์ (Sociological views) ได้ถูกนำมาใช้ร่วมกันอธิบายกระบวนการและกลไกการเปลี่ยนแปลงเมื่อบุคคลมีอายุมากขึ้นได้อย่างครบถ้วนสมบูรณ์มากขึ้น ผู้รู้กล่าวว่าคำพังศาสตรเพียงสาขาใดสาขาหนึ่งมีอาจอธิบายกระบวนการและกลไกดังกล่าวได้อย่างครบถ้วน ซึ่งประพนธ์ โอทกานนท์ (2554) ได้ศึกษารวบรวมแนวคิดทฤษฎีของศาสตร์ทั้ง 3 สาขาซึ่ง

จะขอนำเสนอในตอนต่อไปเพื่อเพิ่มพูนความเข้าใจในลักษณะและธรรมชาติของผู้สูงอายุ

3.2.1 ศาสตร์ด้านชีวภาพ ศาสตร์ด้านชีวภาพได้อธิบายกระบวนการสูงอายุใน 3 ระดับ คือ ทฤษฎีพันธุกรรม (Gene theory) ทฤษฎีอวัยวะ (Organ theory) และทฤษฎีสรีระวิทยา (Physiology theory)

ลักษณะการเปลี่ยนแปลงที่พบในผู้สูงอายุและอธิบายได้ด้วยศาสตร์ด้านชีวภาพ ก็คือ จะพบเห็นการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุในเรื่องผิวหนัง ตา หู ปอด ระบบไหลเวียนโลหิต ระบบทางเดินอาหาร ระบบขับถ่าย ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก และสัญญาณชีพ

การเปลี่ยนแปลงของผิวหนัง จะพบ ผิวหนังแห้ง เป็นรอยย่นยับ เกิดฝ้า หูด บริเวณลำตัวพบเป็นตุ่มเล็ก ๆ ผิวหนังอักเสบ ติดเชื้อได้ง่าย การเปลี่ยนแปลงของผิวหนังมีทั้งที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงตามธรรมชาติ และการเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากการเป็นโรค ตา อาจพบต่อกระจกต้อหิน ความผิดปกติอื่น ๆ ได้แก่ น้ำตาไหล ตาแห้ง หรือเปลือกตาม้วนเข้าข้างในเนื่องจากกล้ามเนื้อตาอ่อนแรง หู ที่พบเสมอคือการมีเสียงดังในหู อาการรู้สึกหมุน (Vertigo) และอาการสูญเสียการได้ยิน ปอด อาการที่พบเสมอคืออาการหายใจลำบาก ซึ่งอาจเกิดจากกล้ามเนื้อหน้าอกอ่อนแรง หรือเกิดจากโรคของปอดเอง กลุ่มโรค 3 โรค ที่พบบ่อยในผู้สูงอายุได้แก่ หืด ทางเดินหายใจอักเสบ และโรคถุงลมโป่งพอง ระบบไหลเวียนโลหิต อาจพบหลอดเลือดตีบแคบ เลือดไหลเวียนไม่สะดวก อาการเจ็บบริเวณขาซึ่งเกิดจากการขาดเลือดไปเลี้ยง อาการเส้นเลือดดำบริเวณขาโป่งพองจากเส้นเลือดดำบริเวณขาอุดตันเป็นต้น ระบบทางเดินอาหาร อาจพบอาการท้องผูกง่าย มีก้อนบริเวณช่องท้อง มีนิ่วในถุงน้ำดี มะเร็งของลำไส้ใหญ่และมะเร็งของทางเดินอาหาร ควรให้มีการตรวจสอบเพื่อป้องกันและรักษาแต่เนิ่น ๆ ระบบทางเดินปัสสาวะ ผู้สูงอายุหญิง มักพบมีอาการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะได้ง่าย ภาวะปัสสาวะหย่อนทำให้กลั้นปัสสาวะไม่ได้ และมีอาการเจ็บขณะมีเพศสัมพันธ์เนื่องจากช่องคลอดขาดเมือกหล่อลื่น สำหรับผู้สูงอายุชาย อาจพบต่อมลูกหมากโตทำให้ถ่ายปัสสาวะกระปริดกระปรอย มะเร็งต่อมลูกหมาก ปัญหาเพศสัมพันธ์ก็คือขนาดขององคชาติเล็กลง ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อเชิงกรานตลอดจนแรงฟุ้งของน้ำกามลดลงกว่าปกติ ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก ผู้สูงอายุจะสูญเสียมวลกระดูก ฟันเริ่มสึกหรือ มีอาการคดงอของแผ่นกระดูกสันหลัง กระดูกสันหลังมีการยุบตัว เข้ามีการเสีรูปร่างทำให้เดินไม่มั่นคง สัญญาณชีพ เกิดความเปลี่ยนแปลงจากความผิดปกติของระบบต่าง ๆ อาจพบน้ำหนักส่วนสูงที่ไม่ได้สัดส่วน ความดันโลหิตสูงหรือต่ำกว่าปกติ เช่นเดียวกับ อุณหภูมิ ชีพจรและการหายใจที่จะมีการเปลี่ยนแปลงได้ง่าย และมีความแตกต่างจากบุคคลวัยอื่น ซึ่งผู้มีหน้าที่ดูแลรักษาต้องให้ความเอาใจใส่เป็นพิเศษ

ศาสตร์ด้านชีวภาพช่วยอธิบายความสัมพันธ์ของปฏิกิริยาเคมีในร่างกายกับกระบวนการแก่ประโยชน์และการประยุกต์ใช้จากศาสตร์สาขานี้ก็คือ การลดสภาวะความเครียดที่มีอยู่รอบตัวมนุษย์ การสร้างเสริมสุขภาพด้วยการลด ละ เลิกการสูบบุหรี่และสุรา การออกกำลังกาย การดูแลเรื่อง

โภชนาการ และการสร้างภูมิคุ้มกันโรค

3.2.2 ศาสตร์ด้านจิตวิทยา ศาสตร์ด้านจิตวิทยาได้อธิบายพฤติกรรมของผู้สูงอายุที่เปลี่ยนแปลงไปเมื่อบุคคลมีอายุมากขึ้น ทฤษฎีอธิบายว่าในแต่ละวัยมนุษย์จะมีการเปลี่ยนแปลงและจะมีพฤติกรรมที่แตกต่างกัน พันธุกรรมและสิ่งแวดล้อมจะมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของคน

ศาสตร์ด้านจิตวิทยาที่เน้นการพัฒนาบุคลิกภาพกับการบรรลุความต้องการพื้นฐานของบุคคลในทุกช่วงอายุ (Maslow's theory) ได้อธิบายว่าหากบุคคลได้บรรลุถึงความต้องการขั้นสูงสุดคือบรรลุสู่สัจกาลแห่งตน (Self actualization) เมื่อบุคคลเข้าสู่วัยสูงอายุบุคลิกภาพจะแปรเปลี่ยนไปเป็นบุคลิกภาพที่ใช้เวลากับตนเอง ด้วยนัยดังนี้ ผู้สูงอายุที่มีลักษณะบุคลิกภาพไม่ถึงขั้นสูง และไม่ถึงขั้นสูงสุด จึงอธิบายด้วยทฤษฎีมาสโลว์ ได้ว่า ยังไม่บรรลุความต้องการพื้นฐานของตน อาทิยังไม่บรรลุความต้องการด้านร่างกาย จึงมีบุคลิกภาพแสดงความกลัว ความเจ็บปวด ขาดสมาธิ ความต้องการขั้น 2 คือ ความมั่นคงปลอดภัย บุคลิกภาพที่เป็นปัญหาคือ บุคลิกภาพความไม่ไว้วางใจ วิตกกังวล ระมัดระวังตัวอย่างมาก ชั้น 3 ความต้องการเป็นที่รัก จะมีบุคลิกภาพ ไร้ความรู้สึก ไม่ยึดมั่นผูกพันสิ่งใด ไม่นับถือตนเอง และไม่ชอบคนอื่นเป็นต้น (Ebersol et al., 2008, p. 593, 599) ส่วนศาสตร์ด้านจิตวิทยาที่เน้นพัฒนางานของบุคคลตามพัฒนาการชีวิตตั้งแต่แรกเกิดถึงวัยสูงอายุ อธิบายว่าหากบุคคลมีพัฒนางานทางบวกคือมีความใจกว้าง เผื่อแผ่คนอื่น ไม่เห็นแก่ตัว (Generativity) บุคคลเหล่านี้ในวัยสูงอายุจะมีความมั่นคงทางจิตใจ (Ego integrity) เห็นคุณค่าตนเอง มีความหวัง ไม่ท้อแท้ ไม่ซึมเศร้าในชีวิต ในทางตรงกันข้ามผู้ที่เติบโตเป็นผู้สูงอายุที่มีลักษณะผิตหวัง ท้อแท้ อธิบายด้วยทฤษฎี อิริคสัน ได้ว่ามีพัฒนาการมาทางด้านลบ (Keltner et al., 2003)

3.2.3 ศาสตร์ด้านสังคมวิทยา ศาสตร์ด้านสังคมวิทยาใช้กระบวนการปรับตัวในการอธิบายการเปลี่ยนแปลงเมื่อบุคคลมีอายุมากขึ้น ทฤษฎีที่ใช้อธิบายได้แก่ 1) ทฤษฎีบทบาท (Role theory) อธิบายว่า บทบาทของบุคคลในสังคมจะเปลี่ยนไปตามวัยที่เพิ่มขึ้น โดยบุคคลจะมีการปรับตัวตามวัยนั่นเอง 2) ทฤษฎีการถอยห่าง (Disengagement theory) บทบาทของบุคคลจะแคบลงและปฏิสัมพันธ์กับสังคมจะลดลงเมื่ออายุมากขึ้น การถอยห่างจากสังคมช่วยประหยัดพลังงานของตนเองและเปิดโอกาสให้ผู้อาวุโสน้อยกว่าได้แสดงบทบาทในสังคมมากขึ้น 3) ทฤษฎีกิจกรรม (Activity theory) อธิบายว่าเมื่อบุคคลอายุมากขึ้น บุคคลยังปฏิบัติกิจกรรมต่อเพื่อนฝูง ครอบครัว และต่อสังคม เช่นเดิม ซึ่งการปฏิบัติกิจกรรมเช่นเดิมช่วยให้ผู้สูงอายุยังรู้สึกตนเองมีคุณค่า ยังเป็นประโยชน์และยังมีบทบาทต่อสังคมอยู่ 4) ทฤษฎีการต่อเนื่อง (Continuity theory) ผู้สูงอายุยังต้องการแสดงบทบาทของตนอย่างต่อเนื่องตามที่เคยปฏิบัติ ซึ่งผู้เกี่ยวข้องเมื่อมีความเข้าใจจะช่วยเหลือผู้สูงอายุได้อย่างสร้างสรรค์ และเหมาะสม เพราะผู้สูงอายุมีประสบการณ์ การมีกิจกรรมที่เหมาะสมกับวัยของผู้สูงอายุเป็นสิ่งมีคุณค่ายิ่ง 5) ทฤษฎีต่างยุค (Age-stratification theory) อธิบายว่า ผู้สูงวัยในยุคสังคมต่างกันอย่างมีความคิด ความเชื่อ และประสบการณ์ต่างกัน 6) ทฤษฎีการแลกเปลี่ยนทางสังคม

(Social exchange theory) ทฤษฎีพื้นฐานมาจากการพิจารณา Cost-benefit model ซึ่งหมายถึง การแลกเปลี่ยนในลักษณะสมดุลในคุณค่าและประโยชน์ของการแลกเปลี่ยน ตัวอย่างเช่น พ่อแม่มีคุณค่า ทำหน้าที่ดูแลเลี้ยงดูหลานเพื่อตอบแทนให้คนหนุ่มสาวประกอบภารกิจในการทำงานได้สะดวก และ7) ทฤษฎีความทันสมัย (Modernization theory) จากเทคโนโลยีที่ทันสมัยขึ้นสังคมและบทบาทของคนเปลี่ยนแปลงทันสมัยขึ้น ผู้สูงอายุอาจก้าวไม่ทันและถูกมองว่าไม่มีคุณค่า แต่ในบางสังคม เช่น ประเทศญี่ปุ่น ซึ่งมีความเจริญหลายด้านยังให้คุณค่า ยกย่อง นับถือผู้สูงอายุเช่นในอดีต

3.3 หลักสูตรเพื่อพัฒนาศักยภาพของผู้สูงวัย

3.3.1 วัตถุประสงค์ของหลักสูตร

“หลักสูตร” หมายถึง ข้อกำหนดหรือวิชาที่วางไว้ให้ผู้เรียนได้ศึกษา ส่วนคำว่า “ศักยภาพ” หมายถึง อำนาจหรือความสามารถที่จะทำได้ ดังนั้นหลักสูตรเพื่อพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุ จึงหมายถึงข้อกำหนดที่วางไว้เพื่อพัฒนาความสามารถของผู้สูงอายุ ให้ไปถึงจุดมุ่งหมายที่ต้องการ จากนิยามข้างต้น คำถามก็คือ จุดมุ่งหมายที่ต้องการสำหรับผู้สูงอายุคืออะไร เอก ณะสิริ เขียนบทความไว้ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2546 เรื่อง “ชีวิตตั้งต้นเมื่อ 80” บทความยังมีความทันสมัยและได้ให้ ข้อคิดที่ดีมาก เป็นความจริง และสามารถนำไปปฏิบัติได้ บทความกล่าวไว้โดยสรุปว่า ผู้สูงอายุนับวัน จะมีจำนวนมากขึ้นและอายุยืนยาวขึ้น ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่จะต้องหาทางส่งเสริมสนับสนุนให้ ผู้สูงอายุเป็นผู้ที่ทรงพลังตลอดไปจนถึงวาระสุดท้ายคือตายอย่างสงบปราศจากโรค ซึ่งจะช่วยลด ค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา เอก ณะสิริ เสนอแนะวิธีปฏิบัติเพื่อให้เป็นผู้สูงอายุทรงพลัง (Active aging) ได้ง่าย ๆ คือ 1) ทำสุขภาพให้ดี แม้นมีโรคประจำตัวก็ทำให้หายโดยเสริมสุขภาพให้แข็งแรง 2) ต้องมีพลังชีวิตด้วยการออกกำลังกายเสมอ 3) สร้างฐานะการเงินให้มั่นคงตั้งแต่ยังหนุ่มสาวให้พอ กินไปตลอดชีวิต 4) ร่วมกิจกรรมกับครอบครัว ชุมชน 5) เรียนรู้ ทันเหตุการณ์ (Long life education) 6) ทำตัวให้เข้ากับทุกเพศทุกวัย เป็นที่ยอมรับของสังคม 7) รู้จักพอในสิ่งที่ตนมี และ 8) เชื่อในเรื่อง “กฎแห่งกรรม”

การเป็นผู้มีสุขภาพดีปราศจากโรค มีการพึ่งพาผู้อื่นเท่าที่จำเป็นนับเป็นยอดปรารถนา หรือเป็นจุดมุ่งหมายที่ต้องการของผู้สูงอายุ สุกัญญา สุวรรณโน, สุขาดา รัชกุล และประนอม โอทกานนท์ (2551) ศึกษาวิจัยเรื่อง “การดูแลตนเองของผู้สูงอายุสุขภาพดี: กรณีศึกษาตำบลนครไทย จังหวัดพิษณุโลก” ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี พึ่งพาตนเองได้และมีอายุเกิน 75 ปี มีการปฏิบัติในการดูแลตนเอง 8 ประเด็นหลักคือ 1) มีการเคลื่อนไหวร่างกายสม่ำเสมอด้วยการ ออกกำลังกายและทำงานบ้าน 2) มีการเลือกรับประทานอาหารพื้นบ้านและสมุนไพร ลด ละ เลิก อาหารที่เคยติดรสชาติ 3) ยึดธรรมะเป็นหลักในการนำทางชีวิต 4) อยู่ท่ามกลางครอบครัวอันเป็นที่รัก 5) วางแผนด้านการเงิน ยึดหลักความพอเพียง และหารายได้ 6) เข้าสังคม พบปะผู้คน สร้างคุณค่า ด้วยการถ่ายทอดภูมิปัญญาพื้นบ้าน 7) พักผ่อนเพียงพอและทำงานอดิเรก และ8) เมื่อเจ็บป่วยต้อง

สนใจรับรักษา

สุรียพร พันพืง และมาลี สันภูวรรณ (2554) กล่าวเปรียบเทียบไว้ว่าสังคมไทยที่เคยเป็นสังคมของเด็กและของคนหนุ่มสาวกำลังเปลี่ยนเป็น “สังคมผู้สูงอายุ” ด้วยแนวโน้มประชากรไทยที่สำคัญคือ การเกิดลดลงอย่างต่อเนื่อง ประชากรวัยทำงานมีจำนวนลดลง และประชากรวัยสูงอายุเพิ่มมากขึ้น ด้วยจำนวนประชากรดังกล่าวนี้ รายงานจาก United Nation ปี ค.ศ. 2001 ระบุว่า เป็นผลให้ศักยภาพการเกื้อหนุนผู้สูงอายุในชุมชน (Potential Supporting Ratio: PSR) ลดลง PSR วัดจากจำนวนประชากรอายุระหว่าง 15-64 ปี ต่อจำนวนประชากร 65 ปีขึ้นไป การศึกษาพบว่า PSR ทั่วโลกลดลงเป็นลำดับ สำหรับประเทศไทย ประพนอม โอทกานนท์ (2555) ระบุว่าเมื่อคำนวณจากสถิติจำนวนประชากรที่ United Nation ปี ค.ศ. 2001 รายงานและคาดการณ์ไว้แล้วก็พบว่า ประเทศไทยมี PSR ลดลงเช่นกัน กล่าวคือพบว่าในปี ค.ศ. 1960 และปี ค.ศ. 2000 ลดจาก 16.83 เป็น 13.637 และจะเป็น 2.929 ในปี ค.ศ. 2050 ประพนอม โอทกานนท์ เสนอแนะไว้ด้วยว่าตัวเลขที่ลดลง แสดงว่าการประกันคุณภาพชีวิตผู้สูงวัยมีแนวโน้มลดลง ซึ่งผู้สูงวัยและชุมชนต้องจัดเตรียม และแสวงหาวัตรกรรมที่จะเกื้อหนุน ให้ผู้สูงวัยที่มีจำนวนมากได้มีชีวิตอย่างมั่นคง (Security) พึ่งพาตนเอง (Independence) มีศักดิ์ศรี (Dignity) ได้รับสิทธิ (Right) ที่พึงได้รับและมีชีวิตที่สุขสมบูรณ์ (Well-being) ผู้สูงอายุมิควรถูกทอดทิ้งโดยมีชีวิตยืนยาว แต่ต้องทุกข์ทรมานด้วยความชราภาพและโรคภัยไข้เจ็บ การจัดเตรียมและแสวงหาวัตรกรรมที่จะเกื้อหนุนผู้สูงวัยดังกล่าวข้างต้นสามารถกระทำได้โดยประการแรกผู้สูงอายุเองมีการเสริมพลังชีวิตของตนเอง ซึ่งหมายความว่าผู้สูงอายุมีการพัฒนาตนเอง ทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ รวมทั้งมีการเรียนรู้และปรับตัวอย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอ ตลอดเวลา การพัฒนาตนเองของผู้สูงอายุประกอบด้วย การดูแลตนเองด้านการออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การดื่มน้ำ การพักผ่อนนอนหลับ และการผ่อนคลาย ประการที่ 2 ผู้ให้บริการทำงานเป็นทีมสหสาขาวิชา ประสานเครือข่ายและเสริมพลังอำนาจแก่ผู้สูงอายุ

ด้วยนัยจุดหมายที่ต้องการสำหรับผู้สูงวัยดังอภิปรายข้างต้น เอกสารของมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุ (Chuharas, 2012, p. 12) ได้เสนอไว้ว่าแนวคิด การให้การศึกษาตลอดชีวิต (Lifelong learning education) จะช่วยสร้างเสริมสุขภาพดีของผู้สูงอายุ ช่วยสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้สูงอายุ ครอบครัว และชุมชน ช่วยให้ผู้สูงอายุมมีส่วนร่วมในกิจกรรมสังคม ช่วยพัฒนาเศรษฐกิจ ช่วยสร้างความสุข และช่วยพัฒนาศักยภาพด้านต่าง ๆ ของผู้สูงอายุที่จะเป็นประโยชน์และให้ผลบวกโดยรวมแก่สังคมชุมชน

3.3.2 การจัดประสบการณ์เรียนรู้สำหรับผู้สูงวัย

ในการจัดการศึกษา/ หลักสูตร โดยทั่วไป Tyler (1949) ได้เสนอแนะการจัดการประสบการณ์เรียนรู้ แก่ผู้เรียนไว้ 4 ประการคือ 1) ประสบการณ์ควรให้โอกาสผู้เรียนได้แสดงพฤติกรรมที่ระบุในจุดมุ่งหมาย 2) ผู้เรียนควรได้รับความพึงพอใจในการแสดงพฤติกรรมตามที่ระบุในจุดมุ่งหมาย

3) ประสบการณ์ที่จัดต้องเหมาะกับระดับความรู้ สภาพร่างกาย จิตใจของผู้เรียน และ 4) ประสบการณ์ชนิดเดียวกันอาจนำไปสู่จุดมุ่งหมายหลายประการได้เช่น การแก้ปัญหาสุขภาพ ผู้เรียนได้เรียนรู้เรื่องสุขภาพไปด้วย เป็นต้น

ในการจัดประสบการณ์การเรียนรู้สำหรับผู้สูงวัย มีข้อมูลที่เป็นประโยชน์สมควรได้นำมาพิจารณาเพื่อเลือกประสบการณ์การเรียนรู้สำหรับผู้สูงอายุไทยไว้คือ ระดับการศึกษาของผู้สูงอายุไทย ปี 2007 ระดับประถมศึกษาพบสูงสุดจำนวน 4,838,545 คน (ร้อยละ 68.92) รองลงมาไม่ได้เรียนหนังสือพบจำนวน 1,154,219 คน (ร้อยละ 16.44) พบระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่าเพียง 201,348 (ร้อยละ 2.87) และข้อมูลที่สอดคล้องกันก็คือ วิธีการเข้าถึงข้อมูลที่เป็นประโยชน์สำหรับผู้สูงอายุ เรียงลำดับได้ดังนี้ (Chuharas, 2012, p. 43-44)

วิธีการเข้าถึงข้อมูล	คน	ร้อยละ
การเข้าถึงบุคคล	4,184,492	59.6
โทรทัศน์	4,030,030	57.4
วิทยุกระจายข่าว	2,499,461	35.6
วิทยุ	2,302,875	32.8
หนังสือพิมพ์/ แมกกาซีน	1,011,018	14.4
โปสเตอร์	358,069	5.1
แผ่นพับ	322,964	4.6
Internet	63,189	0.9

ด้วยจุดมุ่งหมายที่ต้องการจะให้ผู้สูงวัยมีพลัง มีสุขภาพดี ปราศจากโรค พึ่งพาตนเองได้ และได้มีการเสนอแนะให้ใช้แนวคิดการศึกษาตลอดชีวิตเป็นแนวทางการจัดการศึกษา ได้มีนักวิชาการสาขาศึกษาศาสตร์และวิทยาศาสตร์สุขภาพทำการวิจัยหลากหลายประเด็นเพื่อหาแนวทาง/ รูปแบบการพัฒนาศักยภาพผู้สูงวัย ในปี พ.ศ. 2512 อาชัญญา รัตนอุบล และคณะ (2552) ทำการศึกษาวิจัยเรื่อง “สภาพ ปัญหา ความต้องการ และรูปแบบการจัดกิจกรรมการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัยเพื่อส่งเสริมการเรียนรู้ด้านการเตรียมความพร้อมเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุของผู้ใหญ่วัยแรงงาน” การศึกษาพบว่า กิจกรรมการศึกษานอกระบบที่จัดให้เป็นกิจกรรมเพื่อให้ความรู้พื้นฐานสำหรับดำเนินชีวิต เนื้อหาสาระประกอบด้วย ความรู้ด้านสุขภาพอนามัย การเงิน การสร้างอาชีพ และสวัสดิการสังคม ส่วนการศึกษาตามอัธยาศัยเป็นกิจกรรมส่งเสริมการเรียนรู้ด้วยตนเองผ่านสื่อต่าง ๆ รวมทั้งทัศนศึกษา และเสวนากลุ่ม ปัญหาที่พบในด้านการจัดกิจกรรมการศึกษาก็คือ ขาดแคลนบุคลากร ขาดแคลนวิทยากร ปัญหาเรื่องการสื่อสาร ปัจจัยสู่ความสำเร็จที่พบคือ การมีชุมชนเข้มแข็ง วิทยากรมีความรู้

มีประสบการณ์ มีความสามารถในการถ่ายทอดเนื้อหาสาระ และชุมชนมีส่วนร่วมในการพัฒนา จาก ปัญหาและความต้องการที่สำรวจได้ คณะวิจัยเรื่องนี้ได้นำเสนอรูปแบบการจัดกิจกรรมโดยใช้แนวคิด การศึกษาตลอดชีวิตเป็นพื้นฐานสำคัญ ภายหลังจากจัดกิจกรรมการเรียนรู้ คณะวิจัยได้ถอดบทเรียน ทำรายงานและเสนอแนะไว้ว่ามีความรู้ประเภทฝังลึก ซึ่งเกิดจากประสบการณ์ผ่านการปฏิบัติของผู้เรียน ที่ยังไม่ได้ถอดเป็นลายลักษณ์อักษร ความรู้ที่ซ่อนอยู่ในตัวผู้เรียนจากการเล่าเรื่องความสำเร็จ ของตนเองสมควรได้บันทึกเป็นลายลักษณ์อักษรเพื่อเก็บไว้เผยแพร่ต่อไป

ทักษิณาร์ ไกรราช, ปราณี คำศิริรักษ์, พัชรี ภาระโช, จุฬาลักษณ์ ชำของ และแจ่มจันทร์ วีระชาติ (2555) ได้ทำการพัฒนากระบวนการสร้างคุณค่าผู้สูงอายุจังหวัดมหาสารคาม งานวิจัยมี วัตถุประสงค์ให้ผู้สูงอายุเอง ผู้ดูแล เด็ก และคนทั่วไปมองเห็นคุณค่าผู้สูงอายุ กิจกรรมที่จัดให้กลุ่ม ศึกษาได้แก่ การเรียนรู้ประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุจากผู้สูงอายุให้ผู้สูงอายุถ่ายทอดความรู้และภูมิ ปัญญา ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มศึกษามองเห็นคุณค่าผู้สูงอายุ ยอมรับความรู้ความสามารถผู้สูงอายุ ต้องการรักษามุมปัญญาไว้ ผู้สูงอายุเองรู้สึกเป็นสุข ภาคภูมิใจในตนเอง และเห็นว่าตนเองมีคุณค่าแก่ สังคมชุมชน

จากข้อมูลและงานวิจัยข้างต้น กล่าวได้ว่า การเล่าเรื่อง เป็นการเข้าถึงบุคคลที่ผู้สูงอายุ จำนวนมากที่สุดเข้าถึงข้อมูลได้ น่าจะเป็นเทคนิควิธีการหนึ่งที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุไทยในปัจจุบัน เรื่องเล่าจะกระตุ้นให้เกิดแรงจูงใจในการนำไปปฏิบัติ การเล่าเรื่องเป็นการแบ่งปันความรู้ ประสบการณ์ ซึ่งผู้สูงอายุจะเพียบพร้อมด้วยประสบการณ์ผ่านการลงมือมาแล้ว เรื่องเล่าสามารถสร้างความร่วมมือ เกิดจินตนาการ นำไปสู่อนาคต และผู้รู้กล่าวว่าการเล่าเรื่องอาจนำมาใช้ในการควบคุมข่าวร้าย นอกจากนี้ นั้นข้อดีของการเล่าเรื่องก็คือ เป็นการสื่อสารตัวตน และช่วยถ่ายทอดค่านิยมของบุคคล

สรุปการจัดประสบการณ์เรียนรู้สำหรับผู้สูงวัยของประเทศไทยในปัจจุบัน การถ่ายทอด ความรู้ ภูมิปัญญา ด้วยการเล่าเรื่องความสำเร็จของตนเองหรือการเสวนาในกลุ่มคนขนาดเล็ก หรือตัว ต่อตัวโดยมีฐานความคิดการเรียนรู้ตลอดชีวิต น่าจะเป็นประสบการณ์การเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพที่ทำให้ ผู้สูงวัยเกิดความพึงพอใจ สามารถแก้ปัญหาและสร้างสรรค์สังคมเป็นสังคมน่าอยู่และผู้สูงวัยอยู่ ร่วมกับคนต่างวัยได้อย่างผาสุก

3.3.3 การวัด ประเมินผล

การประเมินผลคือการวินิจฉัยคุณค่าของสิ่งหนึ่งสิ่งใด ประกอบด้วยการวัด การตีค่าสิ่งที่ วัดได้ แล้วนำผลการตีค่าไปใช้ประโยชน์ การสร้างหลักสูตรหรือการออกแบบการเรียนการสอนที่มุ่งเน้น พัฒนาศักยภาพองค์รวมของผู้เรียน ก็คือการสร้างหลักสูตรที่มีการพัฒนาร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ความรู้สึก และลักษณะเด่นเฉพาะของผู้เรียนแต่ละคนไปพร้อม ๆ กัน ซึ่งก็คือการเรียนการสอนที่เน้น ผู้เรียนเป็นสำคัญ ที่มีการบูรณาการเนื้อหาวิชา และมีวิธีการใช้วิธีการเรียนการสอนหลากหลาย ขึ้นอยู่กับบริบท ความสนใจและสถานการณ์ ธรรมชาติของผู้เรียน ซึ่งแนวคิดทฤษฎีของการมีส่วนร่วมน่าจะ

เป็นเทคนิควิธีการจัดการเรียนการสอนรวมทั้งการวัดและประเมินผลที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด

ค่านิยมที่ปรากฏ การมีส่วนร่วมหมายถึงกระบวนการให้บุคคลเข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องกับการดำเนินงาน ร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ แก้ไขปัญหาด้วยตนเอง มีการสนับสนุน ติดตามการปฏิบัติงานของโครงการ/ หน่วยงานและบุคคลที่เกี่ยวข้อง ดังนั้นการวัด ประเมินผลการจัดการเรียนการสอนที่มุ่งพัฒนาศักยภาพของผู้สูงวัย วิธีที่มีประสิทธิภาพและสามารถใช้ร่วมกันกับเทคนิควิธีการประเมินแบบอื่น ๆ ที่ขึ้นกับเนื้อหาสาระที่ต้องการประเมินก็คือ การให้โอกาสผู้สูงวัย วัดและประเมินตนเองนั่นเอง

กล่าวโดยสรุปในการพัฒนาหลักสูตรเพื่อพัฒนาศักยภาพผู้สูงวัย นอกเหนือจากความรู้เรื่องหลักสูตร ความเข้าใจ สถานการณ์ ลักษณะ ธรรมชาติของผู้สูงวัยแล้ว นักพัฒนาหลักสูตรจะต้องพิจารณาและประยุกต์ใช้ศาสตร์ด้านปรัชญา จิตวิทยา และสังคมศาสตร์ อย่างครอบคลุม ครอบคลุมให้เหมาะสมกับบริบท สังคมและชุมชนของผู้สูงวัยด้วย ศาสตร์ด้านปรัชญาได้แก่ ความเชื่อ/ แนวคิดในการจัดการศึกษาเพื่อผู้สูงวัย และความเชื่อ/ ในศาสตร์สาขาวิชาชีพ ส่วนศาสตร์ด้านจิตวิทยา ได้แก่ ทฤษฎีการเรียนรู้เพื่อพัฒนาศักยภาพบุคคลในแต่ละวัย และศาสตร์ด้านสังคมได้แก่ โครงสร้างสังคม ปัญหาสังคม และแนวโน้มสังคมในอนาคต

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

งานวิจัยครั้งนี้เป็นงานวิจัยพัฒนา ทำการพัฒนาหลักสูตรอบรมทักษะการจัดการความรู้ ด้านการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงวัยโดยมี

กลุ่มเป้าหมายหลัก คือผู้สูงอายุที่มีภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัดชลบุรี และมีลักษณะเป็นผู้สูงอายุที่ประสบความสำเร็จในชีวิต (Successful aging) คือเป็นผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี (High cognitive and physical function) สังคมดี (Engagement with life) พหุกิจกรรมอนามัยดี ลด/หลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงทั้งปวง (Avoid disease and disability) จำนวน 38 คน โดยคัดเลือกจากชมรมผู้สูงอายุหรือกลุ่มผู้สูงวัยที่มีกิจกรรมในชุมชน ชมรมละ หรือกลุ่มละ 7-10 คน

กลุ่มเป้าหมายรอง คือสมาชิกในชมรม กลุ่มผู้สูงอายุที่มีกลุ่มเป้าหมายหลักเป็นสมาชิกและกลุ่มเป้าหมายหลักเข้าร่วมกิจกรรมของชมรม/ กลุ่ม ๆ นั้นอย่างสม่ำเสมอ

โครงการฯ ประกอบด้วยการดำเนินงาน 3 ระยะ

ระยะที่ 1 เสาะหาแกนนำและรวบรวมปัญหา/ ความต้องการ ความรู้ และทักษะการจัดการความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพของแกนนำผู้สูงอายุ

กิจกรรมดำเนินการเป็นดังนี้

1.1 ประชุมคณะทำงานเพื่อวางแผนการทำงาน และทำการเสาะหาแกนนำที่มีศักยภาพจากชมรมหรือกลุ่มที่มีกิจกรรมในชุมชน ได้จำนวนผู้สูงอายุจากชมรม และกลุ่มกิจกรรมในชุมชน รวมทั้งสิ้น 38 คน ดังนี้

กลุ่ม 1 ชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา จำนวน 12 คน

กลุ่ม 2 ชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลชลบุรี จำนวน 8 คน

กลุ่ม 3 กลุ่มกิจกรรม ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ (รพสต.) หนองรี จำนวน 10 คน

กลุ่ม 4 กลุ่มกิจกรรม ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ (รพสต.) เหมือง จำนวน 8 คน

1.2 สร้างแบบวัดความรู้เรื่อง การสร้างเสริมสุขภาพ การจัดการความรู้ แบบประเมินตนเองด้านทักษะการแสดงออกของผู้นำ และแบบสอบถามปลายเปิดความพึงพอใจต่อโครงการฯ

1.2.1 แบบวัดความรู้เรื่อง “การสร้างเสริมสุขภาพ” และ “การจัดการความรู้” เป็นแบบสองตัวเลือก “ผิด” “ถูก” จำนวนเรื่องละ 25 ข้อ ขอบเขตเนื้อหาเป็นดังนี้

การสร้างเสริมสุขภาพ ครอบคลุมเนื้อหาสาระ 6 อ. ได้แก่อาหารและน้ำ อากาศ อารมณ์ ออกกำลังกาย อุจจาระ และออมทรัพย์

การจัดการความรู้ ครอบคลุมเนื้อหาสาระ 3 หมวดคือ หมวด 1) ความหมาย หลักการ, หมวด 2) การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และการนำไปปฏิบัติ, หมวด 3) การพัฒนาแหล่งเรียนรู้

ทำการทดสอบความถูกต้องของแบบวัดโดยอาศัยผู้ทรงคุณวุฒิด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ ด้านหลักสูตร ด้านการวัด และประเมินผลจำนวนทั้งสิ้น 4 ท่าน (รายชื่ออยู่ในภาคผนวก) ภายหลังได้แบบวัดพร้อมข้อเฉลยที่ถูกต้องตามกรอบแนวคิดทฤษฎีและค่านิยามแล้วนำไปขออนุมัติทำวิจัยจาก คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา ทำการทดสอบความยากง่าย และค่าอำนาจจำแนกโดยใช้กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุชมรมวัดตาลล้อม จังหวัดชลบุรีจำนวน 135 คน ทำการคัดเลือกข้อสอบข้อที่มีความยากง่ายระหว่าง 0.3-0.7 และค่าอำนาจจำแนกระหว่าง 0.6-0.8 สำหรับข้อที่มีค่าน้อยกว่าเกณฑ์ได้ทำการปรับปรุง และคัดเลือกเพื่อให้ได้ข้อสอบครบถ้วนตามเนื้อหาสาระที่กำหนด

วิเคราะห์ค่าความเที่ยงของแบบวัดทั้ง 2 ฉบับด้วยสูตร Kuder-Richardson 20 (KR-20)

แบบวัดการสร้างเสริมสุขภาพได้ค่า = 0.89

แบบวัดการจัดการความรู้ได้ค่า = 0.76

1.2.2 แบบประเมินตนเองด้านทักษะการแสดงออกของผู้ผู้นำ

แบบประเมินเป็นแบบเลือกตอบ 2 ตัวเลือก “ใช่” “ไม่ใช่” จำนวน 33 ข้อ ครอบคลุมเนื้อหาสาระ 3 หมวดคือ หมวด 1) ความกระตือรือร้น, หมวด 2) ท่าทาง คำพูด และบุคลิกภาพ, หมวด 3) การควบคุมความเครียดและความวิตกกังวล

ทำการทดสอบความถูกต้องเหมาะสมของแบบประเมินโดยอาศัยผู้ทรงคุณวุฒิในข้อ 1 หลังจากนั้นนำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุ ณ ชมรมผู้สูงอายุวัดตาลล้อมจำนวน 135 คน วิเคราะห์หาค่าความเที่ยงด้วยสูตร KR-20 ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.79

1.2.3 แบบประเมินความพึงพอใจต่อโครงการฯ

แบบประเมินเป็นแบบปลายเปิด เพื่อให้ผู้เข้าอบรมแสดงความคิดเห็นต่อโครงการในประเด็นต่าง ๆ ต่อไปนี้

- 1) เนื้อหาสาระการอบรม หลักสูตร/ โปรแกรมการอบรม
- 2) วิธีการและกิจกรรมการเรียนการสอน
- 3) เวลา และสถานที่
- 4) ผลที่ได้รับ
- 5) ข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะอื่น ๆ

1.3 ทำการทดสอบวัดความรู้ (Pretest) 2 เรื่องคือ “การสร้างเสริมสุขภาพ” และ “การจัดการความรู้” รวมทั้งให้แก่นำประเมินตนเองเรื่อง “ทักษะการแสดงออกของผู้ผู้นำ” ก่อนเข้าร่วมโครงการ

1.4 ทำการสัมภาษณ์แกนนำรายบุคคล และรายกลุ่ม รวมทั้งให้แกนนำเขียนบันทึกแสดงความคิดเห็น และบอกเรื่อง ความต้องการที่จะอบรมในครั้งนี้

ระยะที่ 2 พัฒนาหลักสูตรอบรมทักษะการจัดการความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ สำหรับแกนนำผู้สูงอายุ

2.1 จัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาหลักสูตร จำนวน 6 คน

2.2 ยกร่างหลักสูตรอบรมฯ โดยดำเนินการดังนี้

2.2.1 กำหนดวัตถุประสงค์ของหลักสูตร

ทำการรวบรวมข้อมูลทั้งจากแหล่งภายใน และภายนอกเพื่อกำหนดวัตถุประสงค์ของหลักสูตร ข้อมูลจากแหล่งภายในได้แก่ การดำเนินงานของชมรม/ กลุ่มกิจกรรม ประสบการณ์ความรู้พื้นฐานของแกนนำ ผลการวัดความรู้ (Pretest) การประเมินตนเองของแกนนำก่อนเข้าร่วมโครงการ และความต้องการที่จะพัฒนาตนเองของแกนนำ ข้อมูลจากแหล่งภายนอกได้แก่ สาระความรู้จากนักวิชาการทางการแพทย์ และทีมสหสาขาวิชาชีพ ความเคลื่อนไหวความต้องการ และความก้าวหน้าในยุคสังคมผู้สูงอายุ เครือข่ายและกิจกรรมดำเนินการด้านสูงอายุในจังหวัดชลบุรี และอีก 3 จังหวัดชายฝั่งทะเลภาคตะวันออก ทำการกำหนดวัตถุประสงค์ของหลักสูตรที่มีความเป็นไปได้ และสามารถวัดได้

2.2.2 เลือก และจัดประสบการณ์การเรียนรู้สำหรับแกนนำ ในการเลือกประสบการณ์การเรียนรู้ได้ยึดหลักการเลือกประสบการณ์ที่ดี 5 ประการคือ 1) เป็นประสบการณ์ที่ผู้เรียนมีโอกาสฝึกฝนพฤติกรรมตามที่ระบุไว้ในวัตถุประสงค์ 2) เป็นประสบการณ์ที่สร้างความพึงพอใจต่อผู้เรียน 3) เป็นประสบการณ์ที่ผู้เรียนสามารถปฏิบัติได้ 4) เป็นประสบการณ์เรียนรู้หลาย ๆ แบบ แต่สามารถนำไปสู่จุดมุ่งหมายปลายทางอันเดียวกันได้และ 5) เป็นประสบการณ์ที่ผู้เรียนมีโอกาสฝึกฝนพฤติกรรมที่ระบุไว้ในวัตถุประสงค์ข้อต่าง ๆ หลายข้อได้ (Tyler, 1950)

ประสบการณ์การเรียนรู้ประกอบด้วยภาคบรรยาย ฝึกทักษะการจัดการความรู้ และการศึกษาดูงาน

2.2.3 การบรรยายครอบคลุมหัวข้อ เรื่อง “การสร้างเสริมสุขภาพ/ การจัดการความรู้ และ “ทักษะจำเป็นของการแสดงออกของผู้นำ”

2.2.4 ภาคนิพนธ์เพื่อการฝึกฝนทักษะการจัดการความรู้ จัดโดย

2.2.4.1 จัดสอนเป็นกลุ่มเล็ก 4 กลุ่ม แต่ละกลุ่มประกอบด้วย

1) แกนนำ (เป้าหมายหลัก) 7 คน ทำหน้าที่เป็นผู้เอื้ออำนวยครั้งละ 1 คน รวมทั้งสิ้น 7 ครั้ง

2) ผู้ร่วมสนทนาแลกเปลี่ยน คือเป้าหมายหลัก 7 คน และเป้าหมายรอง 3 คน ทำหน้าที่เป็นสมาชิกกลุ่มย่อย

3) ผู้จัดบันทึก เป็นเป้าหมายหลัก 1 คน ทำหน้าที่จดประเด็นฯ และร่วมสนทนา รวมกลุ่มละประมาณ 10 คน

2.2.4.2 ในแต่ละกลุ่มเล็ก จำนวนประมาณ 10 คน จะหมุนเวียนฝึกทักษะจำนวนทั้งสิ้น 7 ครั้ง แกนนำ (เป้าหมายหลัก) มีโอกาสฝึกทักษะการนำการแลกเปลี่ยน เรียนรู้ ด้วยการปฏิบัติจริงคนละ 1 ครั้งอย่างน้อย และเป็นผู้ร่วมสนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้คนละ 6 ครั้ง

2.2.5 การศึกษาดูงาน

แนวคิดหลักในการศึกษาดูงานคือ การเปิดโอกาสให้ผู้เข้าอบรมได้แสดงออกถึงภาวะผู้นำด้วยการนำเสนอ คัดเลือกสถานที่ในการศึกษาดูงาน เป้าประสงค์หลักของการศึกษาดูงานคือ การได้พบเห็นภาวะผู้นำของผู้นำในชุมชน มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และสร้างเครือข่ายในชุมชน

ตลอดเวลาของการศึกษาดูงาน โครงการฯ สนับสนุนให้ผู้เข้าอบรมมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ สังเกต ซักถาม ร่วมกันกับการเอื้ออาทร เสียสละ ช่วยเหลือเกื้อกูล สมาชิกในกลุ่ม และบุคคลในชุมชนที่ได้พบเห็น ร่วมกันกับการฝึกฝนการเป็นผู้นำ และผู้ตามที่ดีของกลุ่ม

ระยะที่ 3 การนำหลักสูตรไปใช้และประเมินผลหลักสูตร

3.1 ดำเนินการอบรมตามที่หลักสูตรกำหนด

ภาคทฤษฎี บรรยายอภิปราย และสาธิตเทคนิคการเป็นผู้นำการเล่าเรื่องกรณีศึกษาเพื่อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ถ่ายทอดประสบการณ์และภูมิปัญญา

ภาคปฏิบัติ ผู้เรียนจะได้ฝึกปฏิบัติการเป็นผู้นำการเล่าเรื่องแลกเปลี่ยนเรียนรู้เป็นรายบุคคล โดยผู้เรียนมีโอกาสแสดงเป็นผู้นำในกลุ่มเป้าหมายหลักคนละอย่างน้อย 1 ครั้ง และร่วมสนทนาในกลุ่มอีกคนละ 6 ครั้ง

3.2 การประเมินผลหลักสูตร

การประเมินผลการดำเนินการโดยคณะวิจัยทำการประเมินผลได้ทั้งข้อมูลเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพ

3.2.1 ใช้แบบสอบถามวัดความรู้เรื่อง “การสร้างเสริมสุขภาพ” และ “การจัดการความรู้ วัต ก่อน-หลังการทดลอง”

3.2.2 ใช้แบบประเมินตนเองด้านทักษะ การเป็นผู้นำการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ วัตก่อน-หลัง การฝึกอบรมในหลักสูตร

3.2.3 ใช้แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้เรียนต่อโครงการฯ หลังการทดลองใช้หลักสูตร

3.2.4 วิเคราะห์ด้วยข้อมูล t-test เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยก่อน-หลังการทดลอง
ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

3.2.5 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์และจัดกลุ่มเนื้อหา

บทที่ 4

ผลการวิจัย

ในการนำเสนอผลงานวิจัยเรื่อง “การพัฒนาหลักสูตรอบรมทักษะการจัดการความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงวัย” คณะวิจัยนำเสนอผลการวิจัยเป็น 3 ระยะดังนี้

ระยะที่ 1 เสาะหาแกนนำ รวบรวมปัญหาความต้องการ และความต้องการพัฒนาด้านความรู้ ทักษะการจัดการความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพของแกนนำ

คณะวิจัย ทำการเสาะหาแกนนำผู้สูงวัย และรวบรวมข้อมูลจากแกนนำโดยดำเนินการเป็นขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ติดต่อบริษัท ประสานงาน ทำการเสาะหา และขอรายชื่อแกนนำ/ ผู้นำ ในชุมชน ตามเกณฑ์ที่กำหนดจากผู้บริหาร นักวิชาการ และผู้นำชุมชน อาทิ ผู้บริหาร อาจารย์นิเทศ และครูที่เลี้ยงของสถาบันการศึกษา นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ ประธานชมรมผู้สูงอายุ กำนันและผู้ใหญ่บ้านของชุมชน

ขั้นตอนที่ 2 พบปะ พูดคุย ชี้แจงโครงการฯ รวมทั้งสัมภาษณ์แกนนำตามรายชื่อที่ได้ทำการคัดเลือก สอบถามความสมัครใจ และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมโครงการฯ ได้กลุ่มเป้าหมายหลักจำแนกตามพื้นที่เป็นกลุ่มย่อย 4 กลุ่ม กลุ่มละ 8-12 คน รวมทั้งหมด 38 คน ส่วนเป้าหมายรองซึ่งจะมีบทบาทเป็นสมาชิกของแต่ละกลุ่มย่อย ได้กลุ่มละประมาณ 3-5 คน

ขั้นตอน 3 พบปะแกนนำกลุ่มเป้าหมายหลักที่แต่ละกลุ่ม ทำการสอบวัดความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การจัดการความรู้ และให้แกนนำประเมินตนเองด้านการแสดงออกของผู้นำด้วยเครื่องมือที่ผ่านการทดสอบความตรงและความเที่ยง

หลังจากสอบวัดความรู้และแกนนำประเมินตนเองเรียบร้อยแล้ว ทำการสัมภาษณ์แกนนำเป็นกลุ่มย่อย และเป็นรายบุคคลเกี่ยวกับ ความต้องการการพัฒนาในการอบรมครั้งนี้

ข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลความต้องการของแกนนำผู้สูงวัย นำเสนอไว้ในตารางที่ 1 ตอนที่ 1 และตอนที่ 2

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล และความต้องการการพัฒนาของแกนนำผู้สูงอายุ
ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ลำดับ	ข้อมูล	กลุ่มที่ (จำนวนคน)				
		1	2	3	4	รวม
1	อายุ (ปี)					
	55	0	0	0	1	1
	56-60	0	1	1	4	6
	61-65	2	4	2	2	10
	66-70	3	1	6	1	11
	71-75	6	0	0	0	6
	76-80	1	1	1	0	3
	81	0	1	0	0	1
	รวม	12	8	10	8	38
2	เพศ					
	หญิง	8	7	6	8	29
	ชาย	4	1	4	0	9
	รวม	12	8	10	8	38
3	สถานภาพ					
	คู่	7	6	9	4	26
	หม้าย/ หย่า/ แยก	5	2	1	4	12
	รวม	12	8	10	8	38
4	ระดับการศึกษา					
	ปริญญาเอก	1	0	0	0	1
	ปริญญาโท	5	0	0	0	5
	ปริญญาตรี	3	3	3	0	9
	ต่ำกว่าปริญญาตรี	3	5	7	8	23
	รวม	12	8	10	8	38

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ลำดับ	ข้อมูล	กลุ่มที่ (จำนวนคน)				
		1	2	3	4	รวม
5	งานที่ทำในปัจจุบัน					
	เกษียณอายุราชการ	10	4	3	0	17
	แม่บ้าน/ พ่อบ้าน	0	4	2	4	10
	ค้าขาย/ ธุรกิจส่วนตัว/ รับจ้าง	2	0	1	4	7
	ทำสวน/ เกษตรกร	0	0	4	0	4
	รวม	12	8	10	8	38
6	ประสบการณ์ ผู้นำในชุมชน					
	ครู/ อาจารย์สอนหนังสือ	7	1	2	1	11
	อสม.	0	0	0	7	7
	ประธานชมรมผู้สูงอายุ	2	1	1	0	4
	ผู้ใหญ่บ้าน	0	0	0	2	2
	ผู้บริหารมหาวิทยาลัย	1	0	0	0	1
	รวม	10	2	3	10	25
7	รายได้					
	พอใช้	7	7	7	8	29
	มีเก็บ	5	1	3	0	9
	ไม่พอใช้	0	0	0	0	0
	รวม	12	8	10	8	38
8	แหล่งรายได้					
	บำนาญ	8	5	3	0	16
	ลูกหลานให้	2	3	3	4	12
	ค้าขาย/ ธุรกิจส่วนตัว/ รับจ้าง	2	0	4	4	10
	รวม	12	8	10	8	38

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ลำดับ	ข้อมูล	กลุ่มที่ (จำนวนคน)				
		1	2	3	4	รวม
9	จำนวนสมาชิกในครอบครัว					
	2 คน	3	3	4	0	10
	3 คน	3	0	0	1	4
	4 คน	3	2	4	1	10
	5 คน	1	0	1	0	2
	มากกว่า 5 คน	2	3	1	6	12
	รวม	12	8	10	8	38
10	บุคคลที่ใกล้ชิด					
	สามี-ภรรยา	8	5	8	2	23
	ลูก	3	3	2	6	14
	เพื่อน	1	0	0	0	1
	รวม	12	8	10	8	38
11	เคยรับการอบรมเกี่ยวกับ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)					
	การสร้างเสริมสุขภาพอนามัย	12	5	9	7	33
	การแสดงออกของผู้ผู้นำ	9	5	8	5	27
	การจัดการความรู้	7	2	6	1	16
	รวม	28	12	23	13	76
12	การเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ					
	ไม่เป็น	0	8	1	4	13
	เป็น	12	0	9	4	25
	รวม	12	8	10	8	38
13	ความสามารถพิเศษ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)					
	ร้องเพลง/ เล่นดนตรี	5	4	0	1	10
	งานฝีมือ	1	0	2	0	3

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ลำดับ	ข้อมูล	กลุ่มที่ (จำนวนคน)				
		1	2	3	4	รวม
	เล่นกีฬา	4	0	0	0	4
	วิทยากรบรรยาย	4	0	0	0	4
	รำไทย	3	0	0	0	3
	เขียนหนังสือ	1	0	0	0	1
	วาดรูป	1	0	0	0	1
	รวม	19	4	2	1	26
14	งานอดิเรก (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)					
	ท่องเที่ยว	2	1	0	8	11
	อาสาสมัคร	0	5	3	1	9
	ปลูกต้นไม้/ พืชผักสวนครัว	2	2	4	0	8
	งานฝีมือ	4	1	0	0	5
	เล่นดนตรีไทย	4	0	0	0	4
	ดูโทรทัศน์	1	2	0	0	3
	ออกกำลังกาย	3	0	0	0	3
	เขียนหนังสือ	1	1	0	0	2
	อ่านหนังสือ	1	1	0	0	2
	เลี้ยงสัตว์	1	0	0	0	1
	รวม	19	13	7	9	48
15	ตรวจสอบสุขภาพประจำปี					
	ตรวจ	12	6	10	8	36
	ไม่ตรวจ	0	2	0	0	2
	รวม	12	8	10	8	38
16	โรคประจำตัว (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)					
	ความดันโลหิตสูง	4	4	4	5	17

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ลำดับ	ข้อมูล	กลุ่มที่ (จำนวนคน)				
		1	2	3	4	รวม
	โรคระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ	7	5	1	2	15
	โรคเบาหวาน	3	3	3	0	9
	โรคหัวใจ	3	1	0	0	4
	ไขมันในเลือดสูง	2	1	1	0	4
	ภูมิแพ้	1	1	1	0	3
	โรคไต	2	0	0	0	2
	ปวดเข่า	1	1	0	0	2
	ต่อมลูกหมากโต	1	0	0	0	1
	เก๊าส์	1	0	0	0	1
	ไทรอยด์	1	0	0	0	1
	ตามัว	0	0	1	0	1
	รวม	26	16	11	7	60
17	การรับรู้ทางด้านสุขภาพ					
	ร่างกายแข็งแรงดี	7	4	3	7	21
	แข็งแรงปานกลาง	4	2	6	0	12
	ร่างกายอ่อนแอลง	1	2	1	1	5
	รวม	12	8	10	8	38
18	ความภาคภูมิใจในชีวิต (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)					
	มีครอบครัวที่อบอุ่น	5	4	3	2	14
	สุขภาพแข็งแรง/ ไม่มีโรค	4	0	2	6	12
	ได้ช่วยเหลือสังคม	7	1	0	1	9
	ปฏิบัติธรรม	3	2	2	1	8
	ส่งเสียลูกเรียนจบ มีงานทำ	3	4	0	0	7
	เป็นผู้นำในชุมชน/ องค์กร	3	1	2	0	6

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ลำดับ	ข้อมูล	กลุ่มที่ (จำนวนคน)				
		1	2	3	4	รวม
	ไม่มีหนี้สิน/ ใช้ชีวิตพอเพียง/ มีกินมีใช้	2	1	1	0	4
	เป็นข้าราชการดีเด่น/ พ่อดีเด่น	0	0	3	0	3
	ยังมีชีวิตอยู่	0	1	0	0	1
	ขยัน/ ทำงานเก่ง	0	0	0	1	1
	รวม	27	14	13	11	65
19	ความเห็นต่อการเป็นผู้สูงอายุที่ไม่นับถือ					
	เป็นตัวอย่างที่ดีของบุตรหลาน/ คนอื่น ให้คำปรึกษาได้	8	4	7	3	22
	โอบอ้อมอารี มีเมตตา เอื้อเฟื้อ เสียสละ	4	3	5	3	15
	สัมพันธ์ภาพในสังคมดี	8	3	0	1	12
	ปฏิบัติธรรม มีศีลธรรม ไม่มีอบายมุข	5	4	0	1	10
	ยุติธรรม ซื่อสัตย์	3	3	2	0	8
	สุขภาพแข็งแรง	2	3	0	2	7
	ทำประโยชน์ต่อสังคม	4	2	0	0	6
	อยู่กับคนต่างวัยได้ดี	3	0	0	0	3
	อยู่อย่างพอเพียง ขยัน	1	0	1	0	2
	รวม	38	22	15	10	85

จากตาราง 1 พบว่าผู้เข้าอบรมทั้งหมด 38 คน มีอายุระหว่าง 54-81 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (จำนวน 29 คน) สถานภาพคู่ (จำนวน 26 คน) ระดับการศึกษามีทุกระดับ วุฒิต่ำกว่าระดับปริญญาตรีมีจำนวนสูงสุด (23 คน) เกษียณอายุราชการ (จำนวนสูงสุด 17 คน) เป็นครูและสอนหนังสือ (จำนวน 11 คน) รายได้ส่วนใหญ่ พอใช้ (จำนวน 29 คน) แหล่งรายได้หลักคือ บำนาญ (จำนวน 16 คน) จำนวนสมาชิกในครอบครัว 2 และ 4 คน (จำนวนละ 10 คน) บุคคลใกล้ชิดได้แก่ สามี/ ภรรยา (จำนวน 23 คน) เคยได้รับการอบรมมาแล้วทั้ง 3 เรื่องคือ การสร้างเสริมสุขภาพอนามัย (จำนวน 33 คน) การจัดการความรู้ (จำนวน 16 คน) และการแสดงออกของผู้นำ (จำนวน 27 คน) เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ (จำนวน 25 คน) ความสามารถพิเศษคือ ร้องเพลง และเล่นดนตรี (จำนวน 10 คน)

งานอดิเรกคือ ท่องเที่ยว (จำนวน 11 คน) ตรวจสุขภาพประจำปี (จำนวน 36 คน) โรคประจำตัวที่พบสูงสุดคือ ความดันโลหิตสูง (จำนวน 17 คน) การรับรู้ทางสุขภาพพบว่าร่างกายแข็งแรงดี (จำนวน 21 คน) ความภูมิใจในชีวิตคือ การมีครอบครัวอบอุ่น (จำนวน 14 คน) และความเห็นต่อการเป็นผู้สูงอายุที่น่านับถือคือ การเป็นตัวอย่างที่ดีของบุตร หลาน และคนอื่น สามารถให้คำปรึกษาได้ (จำนวน 22 คน)

ตอนที่ 2 ความต้องการการพัฒนาของแกนนำ

ผลจากการสัมภาษณ์ แกนนำระบุความต้องการการพัฒนา สรุปได้ดังนี้

ด้านสุขภาพ

- 2.1 ความต้องการการดูแลจากลูกหลาน
- 2.2 อยากรู้เรื่องมะเร็งเริ่มแรก เป็นยังไง
- 2.3 กลั้นปัสสาวะได้นะ แต่ทำไมทางเกงมักมีกลิ่นปัสสาวะ
- 2.4 บางครั้งรู้สึกเหงา จะทำอย่างไรดี
- 2.5 บางครั้งคิดมาก คิดแต่เรื่องเก่าๆ
- 2.6 ใจน้อย คิดมาก จะทำอย่างไรดี

ด้านการเป็นผู้นำ

- 2.7 ต้องการเป็นคนมีคุณค่า เป็นที่รักของลูกหลาน
- 2.8 ต้องการกำลังใจในการทำงาน
- 2.9 เมื่ออยู่รวมกันเป็นกลุ่ม จะช่วยเหลือจัดการอย่างไรกับคนที่ไม่อดทนฟังขณะคนอื่น

กำลังพูด

- 2.10 คนชอบหยิบของส่วนกลางไปเป็นของตนเอง จะบอกเขาอย่างไรดี
- 2.11 จะลดการพูดจาถากถาง ประชดประชัน ทำอย่างไรดี
- 2.1.2 ทำอย่างไรจึงจะปฏิเสธคนอื่นในสิ่งที่ไม่ต้องการทำได้

ระยะที่ 2 พัฒนาหลักสูตรอบรมทักษะการจัดการความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ

สำหรับผู้สูงวัย

คณะวิจัยดำเนินการพัฒนาหลักสูตรตามขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 จัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาหลักสูตร รวมทั้งสิ้น 6 คน ประกอบด้วยคณะวิจัย 3 คน และผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก 3 คน (รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิอยู่ในภาคผนวก) คณะกรรมการฯ ศึกษาข้อมูลพื้นฐานด้านต่าง ๆ เกี่ยวกับผู้เรียน ผู้สอน และสภาพแวดล้อม

ขั้นตอนที่ 2 ยกร่างปรัชญา และกำหนดวัตถุประสงค์ของหลักสูตร

ขั้นตอนที่ 3 เลือก และจัดประสบการณ์เรียนรู้สำหรับแกนนำ ประสบการณ์การเรียนรู้ ประกอบด้วยภาคบรรยาย ฝึกทักษะการจัดการความรู้ และการศึกษาดูงาน

คณะกรรมการฯ ร่วมกันยกร่างหลักสูตร ทำการปรับปรุงแก้ไขสรุปได้หลักสูตรฉบับร่างตาม
โครงสร้างดังนี้ (หลักสูตรแสดงไว้ในภาคผนวก ก)

ชื่อหลักสูตร: หลักสูตรฝึกอบรมทักษะการจัดการความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับ
ผู้สูงอายุ

วัตถุประสงค์หลักสูตร: ภายหลังจากการฝึกอบรม ผู้เข้าอบรมจะมีความสามารถต่อไปนี้

1) อธิบายแนวคิด การสร้างเสริมสุขภาพ และการประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันได้ 2) อธิบายแนวคิด
และกระบวนการจัดการความรู้ได้ถูกต้อง และ 3) แสดงออกด้านการเป็นผู้นำกลุ่มในการแลกเปลี่ยน
เรียนรู้ด้านสุขภาพได้อย่างเหมาะสมกับสถานการณ์

ลักษณะหลักสูตร: จัดเป็นหลักสูตรยืดหยุ่น เน้นผู้เรียนเป็นสำคัญใช้ต้นทุนศักยภาพของ
ผู้เรียนให้เป็นประโยชน์ และผู้เรียนมีการดูแลเกื้อกูลกันและกัน

โครงสร้างหลักสูตร: ประกอบด้วย ภาคบรรยาย/ สัมมนา 12 ชั่วโมง ภาคปฏิบัติ สาธิต/
สาธิตย้อนกลับ 9 ชั่วโมง ศึกษาดูงาน/ เยี่ยมบ้าน 24 ชั่วโมง รวมทั้งสิ้น 45 ชั่วโมง

หัวข้อการสอน: การสร้างเสริมสุขภาพ ภาคบรรยาย 6 ชั่วโมง

การจัดการความรู้ ภาคบรรยาย 3 ชั่วโมง

ภาคปฏิบัติ 6 ชั่วโมง

ทักษะการแสดงออกของผู้นำกลุ่ม ภาคทฤษฎี 3 ชั่วโมง

ภาคปฏิบัติ 27 ชั่วโมง

เกณฑ์วัดผลสัมฤทธิ์ของผู้เข้าอบรม:

1. ได้คะแนนร้อยละ 80 เป็นอย่างน้อยจากแบบวัดแต่ละเรื่อง คือ การสร้างเสริมสุขภาพ
สำหรับผู้สูงอายุ และการจัดการความรู้

2. ผ่านการฝึกปฏิบัติพฤติกรรมการแสดงออกของผู้นำกลุ่มอย่างน้อยระดับ “ดี”
ระยะที่ 3 การนำหลักสูตรไปใช้ และประเมินผลหลักสูตร

ดำเนินการนำหลักสูตรไปใช้ในแต่ละกลุ่มย่อย ดังนี้

3.1 จัดทำตารางเรียนตารางสอนแบบยืดหยุ่น ยึดผู้เรียนเป็นสำคัญโดยดำเนินการ
ดังต่อไปนี้

3.1.1 จัดเวลาเรียนแต่ละกลุ่มสัปดาห์ละ 1 ครั้งอย่างน้อย ครั้งละไม่เกิน 3 ชั่วโมง

3.1.2 กำหนดวัน-เวลา ตามความสะดวกและความสมัครใจของแต่ละกลุ่ม

3.1.3 เมื่อสิ้นสุดการเรียนแต่ละครั้ง ทำความตกลงกันในการกำหนดวัน-เวลาเรียน

ครั้งต่อไป

3.2 วิธีการจัดการเรียนการสอน: เน้นการใช้ต้นทุนศักยภาพของผู้สูงอายุให้เป็น
ประโยชน์และให้มีการเกื้อกูลดูแลกันระหว่างสมาชิก

ภาคบรรยาย/ สัมมนา

ผู้สอนบรรยายเนื้อหา ยกตัวอย่างกรณีศึกษา กระตุ้นการมีส่วนร่วมเชิงวิเคราะห์ วิพากษ์ เสนอแนะ และการมีส่วนร่วมจากผู้เรียนในการยกตัวอย่างกรณีศึกษาเพิ่มเติม

ภาคสาธิต/ สาธิตย้อนกลับ

ผู้สอนสาธิตการเป็นผู้เล่าเรื่อง/ เล่าประสบการณ์ดี ๆ ด้านสุขภาพอนามัย ผู้เข้าอบรม กลุ่มเป้าหมายหลักทุกคนในกลุ่มย่อยมีโอกาสฝึกทักษะ แสดงออกการเป็นผู้นำกลุ่มเล่าเรื่อง อย่างน้อย คนละ 1 ครั้ง และเป็นสมาชิกแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกับกลุ่มเป้าหมายรองไม่น้อยกว่า 6 ครั้ง

ในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ด้วยการเล่าเรื่องทุกครั้งจะมีสมาชิกอย่างน้อย 1 คน จดบันทึก ข้อความสำคัญ และประทับใจเก็บไว้เป็น ข้อคิด คำคม ที่ได้จากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (ได้รวบรวม ไว้แล้วในภาคผนวก ข)

ศึกษาดูงาน/ เยี่ยมบ้านสถานประกอบการ

ในการศึกษาดูงาน และการเยี่ยมบ้านของสมาชิกได้มีการจัดการการเล่าเรื่อง (Narrative management) เพื่อให้เกิดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้นอกสถานที่โดย 1) ให้ผู้เรียนได้ข้อมูลและ เตรียมตัว/ เตรียมเรื่องราว เพื่อการสนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับบุคคล/ ผู้รู้ในสถานที่ ๆ ศึกษาดูงาน 2) ระหว่างการสนทนา/ ดูงานเน้นกิจกรรมการเล่าเรื่องโดยมีตัวช่วย (Enable) ในการจัดการความรู้ ตัวช่วยที่ใช้ได้แก่สุนทรียะสนทนา (Dialogue) การฟังอย่างตั้งใจ (Deep listening) ความสนุกสนาน (Play theory) การซักถามอย่างชื่นชม (Appreciative inquiry) การใคร่ครวญ (Reflection) การ ยกย่องหรือการให้รางวัล (Recognition and rewards) การติดตามเฝ้าระวังและการเสนอแนะ (Monitoring and coaching) นอกจากนั้นยังรวมถึงการทบทวนบทเรียน (After action review) ภายหลังการศึกษาดูงานด้วย

3.3 ช่วงระยะเวลาการนำหลักสูตรไปใช้คือ เดือนกุมภาพันธ์ ถึงเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2556

3.4 เมื่อสิ้นสุดการเรียนการสอน ทำการประเมินผลผู้เรียน รวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณ แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตอนที่ 1 (ตารางที่ 2, 3) ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพแสดงไว้ในตอนที่ 2 ผลการประเมินความพึงพอใจต่อโครงการอบรมฯ

ตอนที่ 1 คะแนนเฉลี่ยและการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อน-หลังการอบรมใน
หลักสูตร

ตารางที่ 2 ค่าคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนก่อน-หลัง เข้ารับการอบรมในหลักสูตร
จำแนกกลุ่มย่อย 4 กลุ่ม ของแกนนำผู้สูงวัย

คะแนน	ความรู้ ทักษะ					
	สร้างเสริม (25)		จัดการ (25)		ผู้นำ (33)	
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD
กลุ่ม 1						
ก่อนอบรม	17.83	1.34	18.70	2.21	27.75	3.17
หลังอบรม	20.17	1.70	22.70	1.89	31.58	1.93
กลุ่ม 2						
ก่อนอบรม	18.50	1.41	17.38	1.77	26.50	4.90
หลังอบรม	20.00	2.45	21.38	2.20	28.88	4.97
กลุ่ม 3						
ก่อนอบรม	22.56	1.51	18.22	1.56	26.70	2.71
หลังอบรม	20.78	1.09	22.78	1.09	28.90	1.91
กลุ่ม 4						
ก่อนอบรม	15.25	1.58	17.38	1.19	27.88	3.52
หลังอบรม	20.25	1.58	20.88	2.17	31.00	1.51

ตารางที่ 2 แสดงค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องการสร้างเสริมสุขภาพ (คะแนนเต็ม 25) ก่อนอบรมอยู่ระหว่าง 15.25-22.56, SD = 1.34-1.58 หลังอบรมอยู่ระหว่าง 20.00-20.78, SD = 1.09-2.45 ความรู้เรื่องการจัดการความรู้ (คะแนนเต็ม 25) ก่อนอบรมอยู่ระหว่าง 17.38-18.70, SD = 1.19-2.21 หลังอบรมอยู่ระหว่าง 20.88-22.78 SD = 1.09-2.20 ด้านการแสดงออกของผู้นำ (คะแนนเต็ม 33) ก่อนอบรมอยู่ระหว่าง 26.50-27.88, SD = 2.71-4.90 หลังอบรมอยู่ระหว่าง 28.88-31.58, SD = 1.51-4.97

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และผลของการทดสอบค่า t ก่อนและหลังการอบรมของแกนนำผู้สูงวัย

ความรู้ ทักษะ	คะแนน				t-value
	ก่อน		หลัง		
	\bar{X}_1	SD ₁	\bar{X}_2	SD ₂	
1. การสร้างเสริมสุขภาพ (25 คะแนน)	18.57	2.92	20.30	1.70	3.70*
2. การจัดการความรู้ (25 คะแนน)	17.97	1.77	22.00	1.97	10.78*
3. การแสดงออกของผู้เฒ่า (33 คะแนน)	27.24	3.47	30.18	2.95	7.25*

*P < .05

ตารางที่ 3 จากการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการเข้ารับการอบรม ผู้เข้ารับการอบรมมีคะแนนเฉลี่ย หลังอบรมมากกว่าก่อนการอบรมทั้ง 3 เรื่อง นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แสดงว่า หลังอบรมผู้เข้าอบรมมีความรู้เรื่อง การสร้างเสริมสุขภาพ การจัดการความรู้เพิ่มขึ้น และจากการประเมินตนเอง พบว่า หลังอบรม ผู้เข้าอบรมมีทักษะการแสดงออกด้านการเป็นผู้นำกลุ่มเพิ่มขึ้นเช่นกัน ดังนั้นหลักสูตรที่พัฒนาขึ้นครั้งนี้สามารถนำไปใช้ในการอบรมแกนนำผู้สูงวัยเพื่อพัฒนาทักษะการจัดการความรู้ด้วยการนำการเล่าเรื่องด้านสุขภาพอนามัยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ตอนที่ 2 ผลการประเมินความพึงพอใจต่อโครงการอบรม

ผู้เข้าอบรมได้แสดงความคิดเห็นและให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับหลักสูตรสรุปเป็นหัวข้อได้ดังนี้

1. หลักสูตร/ โปรแกรมอบรม

1.1 ชอบโครงการนี้ เนื่องจาก

1.1.1 เป็นโครงการวิจัยหาความรู้ แต่ไม่เครียด สบายใจ บรรยากาศเป็นกันเอง

อยู่ด้วยแล้วเกิดความคิดดี ๆ

1.1.2 ชอบที่พูดคุยกันกลุ่มเล็กๆ ได้พูดคุยเต็มที่

1.1.3 ชอบที่กลุ่มมีการยอมรับกันและกัน

1.1.4 ชอบเพื่อนและชอบได้คุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับเพื่อนในกลุ่ม

1.1.5 มีความสุขที่ได้เข้าร่วมโครงการ ผู้เข้าอบรมแต่ละคนมีประสบการณ์

หลากหลายจากชีวิตของตนเอง ช่วยให้เห็นมุมมองที่กว้างขวาง

1.1.6 โครงการสนับสนุน/ กระตุ้นให้มีการทำงานเป็นกลุ่มในการอยู่ร่วมกันทั้งใน

ห้องเรียนและการไปทัศนศึกษา

2. วิธีการและกิจกรรมการเรียนการสอน

2.1 ผู้สอน

2.1.1 ผู้สอนพูดสนุก เข้าใจผู้สูงอายุ ฟังแล้วสบายใจ ได้ความรู้ ได้ข้อคิดดี ๆ จากประสบการณ์ที่ผู้สอนนำมาเล่าให้ฟัง

2.1.2 สอนได้ถูกใจมาก ใจดี กันเอง ประทับใจมาก ๆ

2.1.3 สอนและให้ข้อคิดเห็นในสิ่งดี ๆ ชอบมาก

2.1.4 มีวิธีการกระตุ้นให้สมาชิกได้พูด แสดงออก และสร้างความสัมพันธ์ในกลุ่มให้ดำเนินไปได้ดี

2.2 สมาชิกในกลุ่ม

2.2.1 แต่ละคนมีประสบการณ์หลากหลายทั้งด้านการเป็นผู้นำ และการเป็นผู้บำเพ็ญประโยชน์ต่อชุมชน ทำให้การแลกเปลี่ยนเรียนรู้พูดคุยกันเป็นประโยชน์มาก

2.2.2 สมาชิกมีความพร้อม และความตั้งใจที่จะทำประโยชน์ต่อชุมชน

2.3 เวลา และสถานที่

2.3.1 เวลาที่ใช้ในแต่ละครั้งเหมาะสมดีมาก คือไม่นาน ไม่เกิน 3 ชั่วโมง แต่ระยะเวลาการจัดอบรมควรเพิ่มอีก

2.3.2 สถานที่ ดีแล้ว ทั้งในห้องเรียนและสถานที่ ๆ ไปทัศนศึกษา

3. ผลที่ผู้เข้าอบรมได้รับ

3.1 ต่อตนเอง

3.1.1 ได้สิ่งที่ไม่รู้หลาย ๆ เรื่อง

3.1.2 ได้ฟังเรื่องราวสนุก ๆ นำไปปฏิบัติเป็นประโยชน์ต่อตนเองได้

3.1.3 ได้ฟังสิ่งดี ๆ ที่ไม่เคยได้ฟังได้รู้มาก่อน

3.1.4 ได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ด้านสุขภาพ ประทับใจมาก ๆ

3.1.5 ได้ความคิดดี ๆ เรื่องสุขภาพจิต ได้แนวทางการดูแลจิตใจ

3.1.6 ได้รู้ว่าการเรียนรู้ในชีวิตนั้นไม่มีที่สิ้นสุด

3.1.7 ทำให้ตื่นตัว หาความรู้ต่อไปอีก

3.1.8 ทำให้รู้อาการของโรคบางอย่าง ทำให้ระวัง หมั่นสังเกต และพบแพทย์แต่เนิ่น ๆ จะดีที่สุด

3.1.9 ได้ความรู้ ความคิดที่ได้จากการผ่านประสบการณ์ชีวิตของผู้สูงอายุมาอย่างกว้างขวาง

3.1.10 ทำให้เข้าใจอารมณ์ผู้สูงอายุที่ควรต้องมีสติอยู่เสมอในชีวิตประจำวัน

- 3.1.11 การดูงานนอกสถานที่ ทำให้หุตาสว่างกว้างขวางขึ้น มีการเปรียบเทียบ
ชมรมเขาและเรานำสิ่งดี ๆ มาปรับปรุงได้
- 3.1.12 ทำให้เรียนรู้ว่าความพร้อมเพรียงของกลุ่ม การรวมกลุ่มได้ดีช่วยให้งาน
ชมรมเจริญก้าวหน้าขึ้น
- 3.1.13 ทำให้รู้ว่าการดูแลตนเองต้องดูแลทั้งร่างกายและจิตใจและการแสดงออก
การออกมาช่วยเหลือสังคม จะทำให้ชีวิตตอนแก่ดีขึ้น
- 3.1.14 ทำให้เข้าใจว่า ผู้สูงอายุต้องฝึกฝนการเป็นผู้นำ
- 3.1.15 ทำให้เข้าใจผู้สูงอายุ เข้าใจตนเองมากขึ้น ชีวิตคนแก่แต่ละคนไม่เหมือนกัน
- 3.1.16 ดีใจที่ได้แสดงความคิดเห็น แสดงความสามารถและภูมิปัญญาที่จะเป็น
ประโยชน์ต่อคนอื่น
- 3.1.17 ได้เรียนรู้การพูดออกไปให้คนอื่นฟังอย่างมีขั้นตอนมากขึ้น
- 3.1.18 มีความกล้าที่จะคิดและแสดงออกมากขึ้น
- 3.1.19 ด้านการจัดการความรู้ สามารถจัดระเบียบและพูดเป็นขั้นเป็นตอนมากขึ้น

3.2 ต่อคนอื่น ๆ

- 3.2.1 สามารถนำความรู้ไปเล่าสู่ลูกหลาน เพื่อนข้างบ้านได้
- 3.2.2 ผู้เข้าอบรมคนอื่น ๆ และตัวเองจะสามารถเป็นแกนนำของผู้สูงอายุในชมรม

ข้อเสนอแนะ

1. โครงการเป็นตัวอย่างที่ดี เสร็จสิ้นโครงการแล้วพวกเราควรยังรวมกลุ่มพูดคุย แลกเปลี่ยน
เรียนรู้กันอีกต่อไป และหากว่าวิทยากรจากมหาวิทยาลัยบูรพา จะรับคำเชิญ และมาร่วมพูดคุยกันอีก
เป็นครั้งคราวจะดีมาก
2. โครงการที่จัดเป็นโครงการที่มีกิจกรรมวิชาการที่มีคุณค่าและไม่ค่อยจำกัดกันในชมรม
ผู้สูงอายุๆ หรือกลุ่มผู้สูงอายุ เสนอแนะให้จัดเป็นโครงการถาวรในคณะพยาบาลศาสตร์
3. การดูงานที่ชมรมผู้สูงอายุพลูตาหลวง อำเภอสัตหีบ ได้พบเห็นสิ่งที่มีคุณค่ามากมาย
อาทิ ความพร้อมเพรียงของสมาชิก การจัดการก็เอื้อให้สมาชิกมีรายได้ ดนตรี รวมทั้งการสร้าง
สัมพันธภาพของสมาชิก ได้เห็นตัวอย่างชมรมผู้สูงอายุที่สร้างสรรค์และมีผลงาน

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปราย ข้อเสนอแนะ

งานวิจัยเรื่อง “การพัฒนาหลักสูตรอบรมทักษะการจัดการความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงวัย” ครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างหลักสูตรฝึกอบรมทักษะการจัดการความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงวัย ภายหลังจากการสร้าง ทำการทดลองใช้ และประเมินผลหลักสูตรที่สร้างขึ้น ดำเนินการวิจัยเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 เสาะหาแกนนำผู้สูงวัยเพื่อรวบรวมปัญหา ความต้องการในการอบรมทักษะการจัดการความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ

1.1 คณะวิจัยทำการติดต่อประสานงานกับผู้บริหารองค์กร/ ผู้นำในชุมชน เพื่อเสาะหาและขอรายชื่อแกนนำ/ ผู้นำในชุมชนที่มีคุณสมบัติคือเป็นผู้สูงวัยสุขภาพดี สังคมดี พฤติกรรมอนามัยดี ลด/ หลีกเสี่ยงปัจจัยเสี่ยงทั้งปวง คณะวิจัยพบปะ พูดคุย ชี้แจงโครงการฯ รวมทั้งสัมภาษณ์แกนนำตามรายชื่อที่ได้ ทำการคัดเลือก สอบถามความสมัครใจและขอความร่วมมือแกนนำให้เข้าร่วมในโครงการฯ ได้กลุ่มเป้าหมายหลักจำแนกตามพื้นที่เป็นกลุ่มย่อย 4 กลุ่ม ๆ ละ 8-12 คน รวมทั้งหมด 38 คน ส่วนเป้าหมายรองซึ่งจะมีบทบาทเป็นผู้เข้าร่วมอภิปรายและสังเกตการณ์ของแต่ละกลุ่มย่อย ได้กลุ่มละประมาณ 3-5 คน

1.2 สร้างแบบวัดความรู้ และแบบประเมินตนเองสำหรับผู้เข้าอบรม

1.2.1 แบบวัดความรู้เรื่อง “การสร้างเสริมสุขภาพ” และ “การจัดการความรู้” แบบวัดทั้ง 2 ฉบับ เป็นแบบวัด 2 ตัวเลือก ถูก/ผิด คะแนน 1 และ 0 ทดสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านหลักสูตร ด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ และด้านการประเมินผลจำนวน 4 ท่าน ก่อนนำแบบวัดไปใช้ ได้ขออนุมัติทำวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพาหลังจากนั้นจึงนำแบบวัดไปทดลองใช้กับสมาชิกชมรมผู้สูงอายุวัดตาลล้อม จังหวัดชลบุรี จำนวน 135 คน คัดเลือกแบบวัดที่มีความยากง่ายระหว่าง 0.3-0.7 และค่าอำนาจจำแนกระหว่าง 0.6-0.8 ทำการคัดเลือก/ ปรับปรุงบางข้อ ได้ข้อสอบครบถ้วนตามเนื้อหาสาระที่กำหนดเรื่องละ 25 ข้อ วิเคราะห์ความเที่ยงของแบบสอบทั้ง 2 ฉบับด้วยสูตร Kuder-Richardson 20 (KR-20) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.89 และ 0.76 ตามลำดับ

1.2.2 สร้างแบบประเมินตนเองด้านทักษะการแสดงออกของผู้นำ แบบประเมินเป็นแบบประเมินตนเองของผู้เข้ารับการอบรม 2 ตัวเลือก “ใช่” “ไม่ใช่” คะแนน 1 และ 0 ทดสอบความถูกต้องเหมาะสมของแบบประเมินโดยผู้ทรงคุณวุฒิตดเต็ม 4 ท่าน นำแบบประเมินจำนวน 33 ข้อไปทดลองใช้กับสมาชิกชมรมผู้สูงอายุวัดตาลล้อมจำนวน 135 คน วิเคราะห์ค่าความเที่ยงด้วยสูตร

KR-20 ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.79

1.3 ทำการสอบวัดความรู้ของผู้เข้ารับการอบรม (Pretest) 2 เรื่องคือ การสร้างเสริมสุขภาพ และการจัดการความรู้ รวมทั้งให้ผู้เข้าอบรมประเมินตนเองด้านทักษะการแสดงออกของผู้นำและความต้องการ/ เรื่องที่จะอบรมในโครงการนี้

1.4 จัดทำแฟ้มประวัติผู้เข้ารับการอบรมรายบุคคลสำหรับผู้สอนไว้ศึกษาข้อมูลของผู้เรียน แฟ้มประวัติ ประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคล รวมทั้งที่อยู่และเบอร์โทรศัพท์

1.5 จัดทำแฟ้มเอกสารสำหรับแจกผู้เข้าอบรมรายบุคคล แฟ้มเอกสารประกอบด้วยสมุดปากกาลูกเสือ รายชื่อสมาชิกในกลุ่ม รวมทั้งสื่อการเรียนการสอนและหนังสืออ่านประกอบ ผลการศึกษาในระยะที่ 1

ข้อมูลจากการศึกษาระยะที่ 1 เป็นดังนี้

1. ได้ผู้เข้ารับการอบรม 4 กลุ่ม ๆ ละ 8-12 คน รวมทั้งสิ้น 38 คน จำแนกเป็นกลุ่มย่อยได้ดังนี้

ชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา	จำนวน 12 คน
ชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลชลบุรี	จำนวน 8 คน
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองรี	จำนวน 10 คน
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเหมือง	จำนวน 8 คน

2. ผู้เข้ารับการอบรมทั้งหมด 38 คน มี อายุระหว่าง 54-81 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (จำนวน 29 คน) สถานภาพคู่ (จำนวน 26 คน) ระดับการศึกษามีทุกระดับ ส่วนใหญ่วุฒิต่ำกว่าระดับปริญญาตรี (จำนวน 23 คน) งานที่ทำในปัจจุบันจำนวนสูงสุด เกษียณอายุราชการ (จำนวน 17 คน) ประสบการณ์ผู้นำในชุมชนจำนวนสูงสุด เป็นครูและสอนหนังสือ (จำนวน 11 คน) รายได้ส่วนใหญ่พอใช้ (จำนวน 29 คน) แหล่งรายได้หลักสูงมากที่สุดคือ บำนาญ (จำนวน 16 คน) จำนวนสมาชิกในครอบครัวจำนวนสูงสุดคือ 2 และ 4 คน (จำนวนละ 10 คน) บุคคลใกล้ชิดสูงมากที่สุดได้แก่ สามี/ภรรยา (จำนวน 23 คน) เคยได้รับการอบรมคือ การสร้างเสริมสุขภาพอนามัย (จำนวน 33) คน การจัดการความรู้ (จำนวน 16 คน) และการแสดงออกของผู้นำ (จำนวน 27 คน) ส่วนใหญ่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ (จำนวน 25 คน) ความสามารถพิเศษพบมากที่สุดคือ ร้องเพลงและเล่นดนตรี (จำนวน 10 คน) งานอดิเรกพบมากที่สุดคือ ท่องเที่ยว (จำนวน 11 คน) ส่วนใหญ่พบว่ามีการตรวจสุขภาพประจำปี (จำนวน 36 คน) โรคประจำตัวที่พบสูงสุดคือ ความดันโลหิตสูง (จำนวน 17 คน) การรับรู้ทางสุขภาพจำนวนสูงสุดพบว่าร่างกายแข็งแรงดี (จำนวน 21 คน) ความภูมิใจในชีวิตจำนวนสูงสุดตอบว่า การมีครอบครัวอบอุ่น (จำนวน 14 คน) และความเห็นต่อการเป็นผู้สูงอายุที่ไม่น่าบ่ถึงจำนวนสูงสุดตอบว่า การเป็นตัวอย่างที่ดีของบุตร หลาน และคนอื่น สามารถให้คำปรึกษาได้ (จำนวน 22 คน)

3. ความต้องการพัฒนาของผู้เข้ารับการอบรม รวบรวมได้ดังนี้

ด้านสุขภาพ

- 3.1 ความต้องการการดูแลจากลูกหลาน
- 3.2 อยากรู้เรื่องมะเร็งเริ่มแรก เป็นยังไง
- 3.3 กลั้นปัสสาวะได้นะ แต่ทำไมกางเกงมักมีกลิ่นปัสสาวะ
- 3.4 บางครั้งรู้สึกเหงา จะทำอย่างไรดี
- 3.5 บางครั้งคิดมาก คิดแต่เรื่องเก่าๆ
- 3.6 ใจน้อย คิดมาก จะทำอย่างไรดี

ด้านการเป็นผู้นำ

- 3.7 ต้องการเป็นคนมีคุณค่า เป็นที่รักของลูกหลาน
- 3.8 ต้องการกำลังใจในการทำงาน
- 3.9 เมื่ออยู่รวมกันเป็นกลุ่ม จะช่วยเหลือจัดการอย่างไรกับคนที่ไม่อดทนฟังขณะคนอื่น

กำลังพูด

- 3.10 คนชอบหยิบของส่วนกลางไปเป็นของตนเอง จะบอกเขาอย่างไรดี
- 3.11 จะลดการพูดจาจากถาง ประชดประชัน ทำอย่างไรดี
- 3.1.2 ทำอย่างไรจึงจะปฏิเสธคนอื่นในสิ่งที่ไม่ต้องการทำได้

ระยะที่ 2 พัฒนาหลักสูตรอบรมทักษะการจัดการความรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุ

คณะวิจัยดำเนินการพัฒนาหลักสูตรตามขั้นตอนคือ 1) จัดตั้งกรรมการพัฒนาหลักสูตรรวมทั้งสิ้น 6 คน ประกอบด้วยคณะวิจัย 3 คน ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก 3 คน คณะกรรมการทำการศึกษาค้นคว้าพื้นฐานด้านต่าง ๆ เกี่ยวกับผู้เรียน ผู้สอน และสภาพแวดล้อม 2) ยกร่างปรัชญากำหนดวัตถุประสงค์ และ 3) เลือกและจัดประสบการณ์เรียนรู้สำหรับผู้เข้าอบรม

เมื่อยกร่างหลักสูตรแล้ว คณะกรรมการฯ ร่วมกันปรับปรุงแก้ไขหลักสูตรฉบับร่าง ได้หลักสูตรประกอบด้วย ชื่อหลักสูตร หน่วยงานรับผิดชอบ ผู้เข้าอบรม (ผู้สูงอายุสุขภาพดี พฤติกรรมอนามัยดี และสังคมดี) วัตถุประสงค์หลักสูตร ลักษณะหลักสูตร (จัดเป็นหลักสูตรยืดหยุ่น เน้นผู้เรียนเป็นสำคัญ ใช้ต้นทุนศักยภาพของผู้เรียนให้เป็นประโยชน์ และผู้เรียนมีการเกื้อกูลกันและกัน) โครงสร้างหลักสูตร หัวข้อการสอน จำนวนชั่วโมงสอนทั้งหมด รวม 45 ชั่วโมง จำแนกเป็นภาคบรรยาย/สัมมนา 12 ชั่วโมง ภาคปฏิบัติ/สาธิต/สาธิตย้อนกลับ 9 ชั่วโมง ศึกษาดูงานนอกสถานที่/ เยี่ยมบ้าน 24 ชั่วโมง

ระยะที่ 3 การนำหลักสูตรไปใช้และประเมินผลหลักสูตร

ดำเนินการนำหลักสูตรไปใช้ ในแต่ละกลุ่มย่อยดังนี้

3.1 จัดทำตารางสอนแบบยืดหยุ่น ยืดผู้เรียนเป็นสำคัญโดยดำเนินการดังนี้

- 3.1.1 จัดเวลาเรียนแต่ละกลุ่ม สัปดาห์ละ 1 ครั้ง อย่างน้อยครั้งละไม่เกิน 3 ชั่วโมง
- 3.1.2 กำหนดวัน-เวลา ตามความสะดวกและความสมัครใจของแต่ละกลุ่ม
- 3.1.3 เมื่อสิ้นสุดเวลาเรียนแต่ละครั้ง ทำความตกลงกันในการกำหนดวัน-เวลาเรียน

ครั้งต่อไป

3.2 วิธีจัดการเรียนการสอน

3.2.1 ภาคบรรยาย/ สัมมนา

ผู้สอนบรรยายเนื้อหา ยกตัวอย่างกรณีศึกษา กระตุ้นการมีส่วนร่วมเชิงวิเคราะห์ วิพากษ์ เสนอแนะ ยกตัวอย่างกรณีศึกษาเพิ่มเติม และส่งเสริมสุนทรียสนทนา (Dialogue)

3.2.2 ภาคสาธิต/ สาธิตย้อนกลับ

ผู้สอนสาธิตการเป็นผู้นำสนทนา เล่าเรื่องเพื่อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ด้านสุขภาพอานามัย และจัดกิจกรรมเน้นสุนทรียสนทนา (Dialogue) ทุกคนในกลุ่มย่อยมีโอกาสฝึกทักษะการเป็นผู้นำกลุ่มสนทนา เล่าเรื่องอย่างน้อยคนละ 1 ครั้ง และเป็นสมาชิกแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกับกลุ่มเป้าหมายรองไม่น้อยกว่า 6 ครั้ง ในการสนทนาแต่ละครั้งจะมีสมาชิกอย่างน้อย 1 คน จัดบันทึกข้อความรู้สำคัญและประทับใจเก็บไว้เป็นข้อคิดคำคม (แสดงไว้ในภาคผนวก ข)

3.2.3 ศึกษาดูงาน/ เยี่ยมบ้านหรือสถานประกอบการ

การศึกษาดูงาน/ เยี่ยมบ้านหรือสถานประกอบการของสมาชิกมีจุดประสงค์เพื่อให้เกิดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้นอกสถานที่กับบุคคล/ ผู้รู้ในสถานที่ศึกษาดูงาน ก่อนการดูงานมีการวางแผน มอบหมายงานในลักษณะการทำงานเป็นทีม จัดแบ่งหน้าที่ความรับผิดชอบ เน้นการใช้ต้นทุนศักยภาพของผู้เข้ารับการอบรมอย่างทั่วถึง

3.3 ประเมินผลหลักสูตร/ โปรแกรมที่ใช้ในการอบรม

3.3.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ

ภายหลังการเรียนสอนและการดูงานสิ้นสุดลง คณะวิจัยทำการประเมินผลหลังเรียนทำการเปรียบเทียบความรู้ และทักษะการแสดงออกของผู้เข้าอบรม ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการอบรมด้วยค่าเฉลี่ย t-test (Dependent) พบว่าค่าเฉลี่ยความรู้เรื่องการส่งเสริมสุขภาพ การจัดการความรู้ และการประเมินตนเองด้านภาวะผู้นำ หลังการอบรมสูงกว่าก่อนการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระดับ 0.05

3.3.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ

ผลการวิเคราะห์และจัดกลุ่มเนื้อหา ความพึงพอใจต่อโครงการอบรม สรุปได้ว่าผู้เข้าอบรมมีความพึงพอใจต่อหลักสูตร วิธีการอบรม การเรียนรู้ที่ตนเองได้รับ และผู้เข้าอบรมรายงานว่าตนเองและสมาชิกกลุ่มจะสามารถเป็นผู้นำในชมรมและเป็นผู้นำในกลุ่มที่มีกิจกรรมได้ดีขึ้น

3.3.3 ข้อเสนอแนะ/ความคิดเห็น

ผู้เข้าอบรมเสนอแนะให้มีการจัดโครงการ/ กิจกรรมเช่นนี้เป็นกิจกรรมถาวรในคณะพยาบาลศาสตร์ หรือสถาบันบริการสุขภาพ รวมทั้งผู้เข้าอบรมบางกลุ่มได้เสนอขอบทบาทของกลุ่มตนเองว่า เมื่อโครงการฯ เสร็จสิ้นแล้ว กลุ่มจะยังคงพบปะ พูดคุย สนทนา แลกเปลี่ยนความคิดเห็น/ ประสบการณ์ เช่นนี้ต่อไปอีก ทั้งนี้เพราะเห็นว่าการพบปะสนทนาทำนองนี้ เป็นประโยชน์ดีมาก

อภิปรายผล

ภายหลังจากการสร้างหลักสูตรอบรมครั้งนี้ และเมื่อได้นำหลักสูตรที่สร้างขึ้นมาใช้ ผลจากการใช้หลักสูตรพบว่า หลักสูตรสามารถช่วยให้ผู้เข้ารับการอบรมมีความรู้ มีทักษะการจัดการความรู้ ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ และมีการแสดงออกการเป็นผู้นำ เพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 รวมทั้งผู้เข้ารับการอบรมรายงานว่า มีความสุข มีความพึงพอใจต่อวิธีการอบรมต่อกิจกรรมการเรียนการสอน และต่อการศึกษาดูงานและการเยี่ยมชมสถานประกอบการและเยี่ยมบ้านของสมาชิก กลุ่มผู้เข้ารับการอบรมด้วยกัน ระยะเวลาอบรมแต่ละคาบประมาณครั้งละ 3 ชั่วโมง นับว่าเหมาะสมดี มาก นอกจากนั้นผู้เข้ารับการอบรมแสดงความมั่นใจว่า หลังจากการอบรมครั้งนี้ตนเองและสมาชิกกลุ่มจะสามารถเป็นผู้นำกลุ่ม ร่วมกิจกรรมในชมรม/ ในกลุ่มอื่นที่ตนเองเข้าร่วมอยู่ก่อนได้ดีขึ้น

ผลการประเมินหลักสูตรอบรมดังกล่าว อาจกล่าวได้ว่าเป็นผลมาจาก คณะวิจัยได้ทำการพัฒนาหลักสูตรครบถ้วนเป็นระบบตามขั้นตอน 3 ระยะดังนี้

ระยะที่ 1 เสาะหาแกนนำผู้สูงวัย รวบรวมปัญหาความต้องการของผู้สูงวัยด้านความรู้ ทักษะการจัดการความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ

1. เสาะหาแกนนำผู้สูงวัย

คณะวิจัยได้กำหนดคุณสมบัติแกนนำกลุ่มเป้าหมายที่จะเข้ารับการอบรมชัดเจนคือ เป็นผู้สูงวัย สุขภาพดี สังคมดี ผู้ใกล้ชิดและผู้เกี่ยวข้องให้การยอมรับนับถือ และสมัครใจที่จะเข้าร่วมในโครงการอบรม คุณสมบัติดังกล่าวนี้ ได้มาจากข้อเสนอแนะการรายงานโครงการ เรื่อง “การพัฒนาศักยภาพการจัดการความรู้ ด้านการสร้างเสริมสุขภาพของแกนนำเครือข่ายพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงวัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร” (ประนอม โอทกานนท์ และคณะ, 2554, หน้า 12) การรายงานโครงการได้ให้ข้อเสนอแนะไว้ว่า ผู้สูงวัยที่จะมีบทบาทเป็นแกนนำด้านการจัดการความรู้ ควรเป็นแกนนำที่มีศักยภาพทั้งนี้เพราะว่า แกนนำที่มีศักยภาพ คือความสำเร็จเบื้องต้นของการอบรม

ในเรื่องการจัดการความรู้ แกนนำที่มีศักยภาพอาจเป็นผู้สูงวัยที่เกษียณอายุราชการ ผู้นำชุมชน หรือนักธุรกิจที่ประสบความสำเร็จก็ได้ ผู้เกษียณอายุราชการ ได้แก่ ครู บุคลากรสาธารณสุข หรือทหาร ตำรวจ ส่วนผู้นำชุมชน อาจจะเป็น กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน อสม. ก็ได้

ผลจากการคัดสรรผู้เข้าอบรมในโครงการนี้ ได้ผู้เข้าอบรม (ตารางที่ 1) อายุระหว่าง 55-81 ปี จำนวน 38 คน วุฒิการศึกษามีทุกระดับ ตั้งแต่ต่ำกว่าปริญญาตรี ถึงปริญญาเอก แต่ละกลุ่มย่อย (กลุ่มละ 8-12 คน) ได้มีการรวมตัวกันอยู่เดิมแล้ว ตามพื้นที่และตามกิจกรรมที่ตนเองมีความถนัดและมีความสนใจ ผู้เข้ารับอบรมหลายรายมีประสบการณ์เป็นผู้บริหาร เป็นผู้นำชุมชน คือเป็นผู้บริหารมหาวิทยาลัย ผู้ใหญ่บ้าน ประธานชมรมผู้สูงอายุ อสม. ครู/ วิทยากร) พบจำนวนสูงสุดเป็นครู (11 ราย) ซึ่งบางรายยังสอนหนังสืออยู่ในมหาวิทยาลัย และในโรงเรียน จนถึงปัจจุบัน รายได้อยู่ในฐานะพอใช้และเหลือเก็บ แหล่งรายได้มี 3 แหล่ง จำนวนใกล้เคียงกันคือ รับบำนาญ (พบ 16 คน) ได้จากลูกหลาน (12 คน) ค่าขาย/ ทำธุรกิจ (10 คน) ในเรื่องการอบรม พบว่าจำนวนหนึ่งเคยได้รับการอบรมเรื่อง การสร้างเสริมสุขภาพ การจัดการความรู้ และการพัฒนาการเป็นผู้นำมาแล้ว ส่วนใหญ่ตรวจสุขภาพประจำปี (พบจำนวน 36 คน) รับรู้สุขภาพ ตนเองแข็งแรงดี (จำนวน 21 ราย) แข็งแรงปานกลาง (จำนวน 12 ราย) ความภาคภูมิใจในชีวิต คือ การมีครอบครัวอบอุ่นและสุขภาพแข็งแรงไม่มีโรค (จำนวนสูงสุดพบ 14 และ 12 ราย) เคยได้รับรางวัลข้าราชการดีเด่นและพ่อดีเด่น (พบทั้งหมด 3 ราย) ความเห็นต่อการเป็นผู้สูงวัยที่น่านับถือ จำนวนสูงสุดตอบว่าการเป็นตัวอย่งที่ดีของบุตรหลาน/ คนอื่น รวมทั้งสามารถให้คำปรึกษาได้ (พบ 22 ราย)

กล่าวโดยสรุป ผู้เข้ารับการอบรมในโครงการนี้เป็นผู้สูงวัยที่มีศักยภาพ เป็นปราชญ์ เป็นผู้อาวุโสในชุมชนที่สมัครใจ เต็มใจเข้ารับการอบรมในโครงการ ส่วนทางด้านสุขภาพ และการเป็นผู้นำ พบว่าผู้เข้ารับการอบรมทุกรายมีการปฏิบัติตนอยู่แล้ว แต่ขาดการแสดงออก ขาดการรวมกลุ่มสนทนา ขาดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ซึ่งภายหลังการเข้ากลุ่มสนทนาในโครงการ ผู้เข้ารับการอบรมรู้สึกที่ รู้สึกสนุก เพลิดเพลิน ได้หัวเราะเสียงดังแล้วสุขภาพดี หัวใจและการหายใจโล่ง มีความสุขมาก

2. การรวบรวมปัญหาและความต้องการของผู้เข้ารับการอบรมด้านความรู้เรื่องการสร้างเสริมสุขภาพและทักษะการจัดการความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ

คณะวิจัยได้ดำเนินการต่าง ๆ ดังนี้

2.1 จัดทำแฟ้มประวัติผู้เข้ารับการอบรมรายบุคคล แฟ้มประวัติบรรจุ ข้อมูลส่วนบุคคล ที่อยู่พร้อมเบอร์โทรศัพท์ที่จะติดต่อได้ แฟ้มประวัติจะเป็นแหล่งข้อมูล และเป็นประโยชน์ต่อคณะกรรมการพัฒนาหลักสูตร ผู้สอนและผู้ช่วยวิจัยในการติดต่อประสานงาน และการดำเนินงานตลอดโครงการ

2.2 ทำการสอบวัดความรู้ของผู้เข้าอบรมก่อนเรียน (Pretest) เรื่องการสร้างเสริมสุขภาพ การจัดการความรู้ รวมทั้งให้ผู้เข้าอบรมประเมินตนเองด้านทักษะการแสดงออกของผู้นำ

คะแนนของการสอบเก็บไว้ในแฟ้มประวัติรายบุคคล ผลการสอบวัดความรู้และทักษะ พบว่า ผู้เข้าอบรมมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องการสร้างเสริมสุขภาพ การจัดการความรู้ เท่ากับ 18.57 และ 17.97 จากคะแนนเต็ม 25 คะแนน แสดงว่าผู้เข้าอบรมยังมีความจำเป็นที่จะต้องเพิ่มพูนความรู้ทั้ง 2 เรื่อง ส่วนในการประเมินตนเองด้านทักษะการแสดงออกของผู้นำ พบว่าได้คะแนนเฉลี่ย 27.24 จากคะแนนเต็ม 33 คะแนน การประเมินตนเองของผู้เข้าอบรม เป็นกิจกรรมก่อนเริ่มเรียนที่ทำให้ผู้เข้ารับการอบรมตระหนักว่าตนเองยังต้องพัฒนาในเรื่องใดบ้าง

2.3 ทำการสัมภาษณ์ผู้เข้ารับการอบรมรายบุคคล รวมทั้งให้ผู้เข้ารับการอบรมเขียนบันทึกบอกความต้องการการพัฒนาตนเองในโครงการนี้ ผลการสัมภาษณ์รวมทั้งการบันทึกของผู้เข้ารับการอบรม แสดงถึงความต้องการการพัฒนาทั้งด้านการสร้างเสริมสุขภาพ และการพัฒนาพฤติกรรม การแสดงออกของผู้นำ (แสดงข้อมูลไว้ในบทที่ 4 ตอน 2) อาทิ อยากรู้ว่ากลั่นปัสสาวะได้ แต่ทำไมกางเกงมักมีกลิ่นปัสสาวะ หรือรู้สึกเหงา บางครั้งคิดมาก จะทำอย่างไรดี พฤติกรรมแสดงออก อาทิ จะลดการพูดจากกลาง ประชดประชัน ทำอย่างไรดี หรือหลายๆครั้งกลัวและไม่กล้าปฏิเสธในสิ่งที่ตนเองไม่อยากทำ เป็นต้น

ข้อมูลดังกล่าวรวบรวมไว้ได้นำมาใช้เป็นประโยชน์ด้านการจัดเนื้อหาและกิจกรรมการเรียนการสอนในโครงการ

ระยะที่ 2 การพัฒนาหลักสูตร

1. คณะวิจัยได้แต่งตั้งผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 6 คน ทำการยกร่างหลักสูตร รวมทั้งทำการประเมินหลักสูตรที่ยกร่างขึ้นก่อนการนำหลักสูตรออกใช้ คณะกรรมการหลักสูตรที่จัดตั้งขึ้น ประกอบด้วยผู้ทรงคุณวุฒิ ที่มีวุฒิ ประสบการณ์ ครอบคลุมทั้งด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ ด้านการพัฒนาหลักสูตร การวัดและประเมินผล และการบริหารการพยาบาล

2. ทำการยกร่างหลักสูตร

ทำการยกร่างหลักสูตร กำหนดชื่อ วัตถุประสงค์ของหลักสูตร ส่วนลักษณะหลักสูตร ได้จัดเป็นหลักสูตรที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุคือเป็นหลักสูตรยืดหยุ่น เน้นผู้เรียนเป็นสำคัญ ให้ใช้ต้นทูนศักยภาพของผู้เรียน ให้เป็นประโยชน์ เนื้อหา ครอบคลุมสาระ 3 เรื่อง คือการสร้างเสริมสุขภาพ การจัดการความรู้ และทักษะการแสดงออกของผู้นำ กิจกรรมการเรียนการสอน จัดเป็นกลุ่มย่อย 4 กลุ่ม ตามกลุ่มคนที่มีการรวมกันอยู่แล้ว มีความคุ้นเคย เป็นกันเอง ซึ่งนับว่าได้ใช้แนวคิด CoP. เป็นจุดเริ่มต้นของกิจกรรมการเรียนการสอนและนับเป็นผลอย่างดีช่วยให้กลุ่มมีการแบ่งปัน และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ได้ดี (วิจารณ์ พานิช 2555) สถานที่เรียนได้พยายามจัดสถานที่ที่มีความเป็นส่วนตัว/ ส่วนกลุ่ม และใกล้บ้าน

ภายหลังยกร่างหลักสูตร คณะวิจัยได้ทำการประเมินหลักสูตรในด้าน ความพร้อม ความชัดเจน ความเป็นไปได้ ทำการปรับปรุง เพื่อให้มีความพร้อมและมีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้อย่าง

สมบูรณที่สุด

ระยะที่ 3 การนำหลักสูตรไปใช้และการประเมินผล

1. การนำหลักสูตรไปใช้

ในการนำหลักสูตรไปใช้ ได้จัดกิจกรรมการเรียนการสอนทั้งภาคบรรยาย เสวนา สาธิต สาธิตย้อนกลับ ศึกษาดูงาน เยี่ยมเยียนบ้านและสถานประกอบการของสมาชิกในกลุ่ม การเรียน การสอนทั้งในและนอกสถานที่เน้นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ผักผ่อนทักษะการเล่าเรื่อง ซึ่งการใช้ กิจกรรมดังนี้ ช่วยให้กลุ่มผู้เรียนได้พูด เล่าประสบการณ์ความสำเร็จของตนเอง ได้ถ่ายทอดภูมิปัญญา สร้างปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในกลุ่ม (พัชรินทร์ ลินสุนทร, 2552, หน้า 61) นอกจากนั้นการใช้ เทคนิคการเล่าเรื่องในกลุ่มเล็ก นับเป็นเทคนิคการถ่ายทอดการรับข้อมูลที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ เนื่องจากเป็นวิธีการเข้าถึงกลุ่ม เข้าถึงบุคคลได้มากที่สุด มากกว่าวิธีอื่นๆ เช่น โทรทัศน์ วิทยุกระจาย ข่าวกว้าง หรือแม้แต่หนังสือพิมพ์และแผ่นพับ (Chuharas, 2012, p. 44) กิจกรรมการเรียนการสอนที่ช่วยให้โครงการอบรมประสบผลสำเร็จที่นอกเหนือจากที่กล่าวมาแล้วก็คือในการบรรยาย เสวนา สาธิต หรือแม้แต่การสาธิตย้อนกลับและการศึกษาดูงาน ผู้สอน/ ผู้บรรยาย ได้ใช้ตัวช่วย อาทิ การเป็นพี่เลี้ยง การถาม-การช่วยให้ข้อมูลและการตอบ การซักถามด้วยความชื่นชม การชมเชย และการทบทวนหลัง สิ้นสุดการเล่าเรื่อง ตัวช่วยเหล่านี้ช่วยสร้างบรรยากาศผ่อนคลาย และเป็นกันเอง ส่วนผู้รับฟังก็มี ความสนใจ คิดพิจารณาใคร่ครวญหาเหตุ-ผล ประสบการณ์เรียนรู้ ทั้งหมดนี้ได้สร้างความพึงพอใจแก่ ผู้เล่าเรื่อง ทั้งผู้เล่าเรื่องได้เรียนรู้และพัฒนาศักยภาพองค์กรรวมทั้งเป็นประสบการณ์การเรียนรู้ที่ดี (Tyler, 1950)

2. การประเมินหลักสูตร

โครงการวิจัยพัฒนาหลักสูตรอบรมครั้งนี้ โครงการได้กำหนดวัตถุประสงค์ของการพัฒนา หลักสูตรที่ชัดเจนและวัดได้คือ ทำการสร้าง และประเมินหลักสูตรอบรมทักษะการจัดการความรู้ด้านการ สร้างเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ การประเมินจะประเมินความรู้เรื่องการสร้างเสริมสุขภาพและการจัดการความรู้ รวมทั้งให้ผู้เข้ารับการอบรมประเมินตนเองด้านทักษะแสดงออกของผู้นำ เครื่องมือ ที่ใช้ในการประเมินประกอบด้วยแบบวัดความรู้และแบบประเมินตนเองที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพ จากผู้ทรงคุณวุฒิ มีความตรง ความเที่ยง ความยากง่ายและค่าอำนาจจำแนกอยู่ในระดับตามเกณฑ์ ทำการวัดข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ แนวคิดการประเมินผลทำนองนี้เรียกว่า การประเมิน ผลตามแนวคิดของไทเลอร์ (Tyler 1949) ซึ่งเป็นแนวคิดที่เป็นที่ยอมรับและใช้กันอย่างแพร่หลาย ตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน

ด้วยการพัฒนาหลักสูตรอย่างเป็นระบบ มีความครบถ้วนสมบูรณ์ตามแนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งมีการศึกษาบริบทอย่างถ่องแท้ มีการนำข้อมูลจากโครงการนำร่องในปี 2554 (ประนอม โอทกานนท์, 2554) มาใช้ให้เป็นประโยชน์ การพัฒนาหลักสูตรด้วยทีมพัฒนาครั้งนี้ จึงได้

หลักสูตรอบรมที่สามารถนำไปฝึกอบรมผู้สูงวัยให้มีความรู้ ทักษะการจัดการความรู้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ควรมีการติดตามผู้ผ่านการอบรมเกี่ยวกับกิจกรรมดำเนินการ และความต้องการการพัฒนาด้านสุขภาพอนามัยทั้งในฐานะการเป็นสมาชิกและการเป็นผู้นำกลุ่มในชุมชน
2. ควรมีการศึกษาวิจัย เสาะแสวงหา เทคนิค วิธีการการจัดการความรู้ สำหรับผู้สูงวัยวิธีอื่นๆ เพิ่มเติมซึ่งอาจนำมาผสมผสานกับเทคนิควิธี CoP และเทคนิคการเล่าเรื่องที่ศึกษาค้นคว้าและนำมาใช้ได้ดีในโครงการวิจัยครั้งนี้

บรรณานุกรม

- กองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2532). *ข้อกำหนดสารอาหารที่ควรได้รับประจำวันและแนวทางการบริโภคอาหารสำหรับคนไทย*. กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- กุลธิดา จันทร์เจริญ, จเด็จ ธรรมธัชอารี, แพร จิตตินันท์ และมยุรี ธนะทิพานนท์ (บรรณาธิการ). (2547). *หลากหลาย หลากทำ พลังปัญญา สู่การพัฒนาหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า*. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- ความหมายของความรู้, ความหมายของ KM, กระบวนการจัดการความรู้. (2556). วันที่ค้นข้อมูล 5 กันยายน 2556, เข้าถึงได้จาก <http://www.thaiall.com/km/indexo.html>
- ดรณี รุจกรกานต์. (2548). *การประชุมวิชาการเรื่องการจัดการความรู้ทางการแพทย์*. มหาสารคาม: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- ณัฐยา สินตระการผล. (2554). *คัมภีร์สำหรับผู้บริหารจากมหาวิทยาลัยฮาร์วาร์ด: การจัดการความรู้*. กรุงเทพฯ: ส. เอ็กซ์เปอร์เน็ท.
- ทักษิณาร์ ไกรราช, ปราณี คำศิริรักษ์, พิชรี ภาระโช, จุฬาลักษณ์ ชำของ และแจ่มจันทร์ วีระชาติ. (2555). การพัฒนากระบวนการสร้างคุณค่าผู้สูงอายุจังหวัดมหาสารคามในภาวะสุขภาพทางร่างกายทางจิตใจและทางสังคม. ใน *การประชุมวิชาการประจำปี พ.ศ. 2554 สมาคมพญาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย เรื่อง “การออกแบบและปฏิบัติเพื่อผู้สูงวัยด้านคุณภาพ 18-20 มกราคม 2555*. กรุงเทพฯ: โรงแรมตะวันนา.
- นารีรัตน์ จิตรมนตรี. (2553). *ตัวแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ดีของชุมชนเขตเมือง*. ใน *เอกสารการประชุมวิชาการ ประจำปี 2553 เรื่อง “การจัดการที่ดีในผู้สูงอายุที่กลับสู่บ้าน” จัดโดย สมาคมพญาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย ระหว่างวันที่ 17-18 พฤศจิกายน พ.ศ. 2553 ณ โรงแรมตะวันนา กรุงเทพฯ*. กรุงเทพฯ: สุขชัยสุขสำราญ.
- ประนอม โอทกานนท์. (2543). *การประกันคุณภาพการศึกษา สาขาพยาบาลศาสตร์*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- _____. (2554). *ชีวิตที่สุขสมบูรณ์ของผู้สูงอายุไทย: หลักการ งานวิจัยและบทเรียนจากประสบการณ์*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- _____. (2555). *สังคมผู้สูงอายุ: การบูรณาการศาสตร์สหสาขาวิชา*. ใน *การประชุมวิชาการประจำปี พ.ศ. 2554 สมาคมพญาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย เรื่อง “การออกแบบและปฏิบัติเพื่อผู้สูงวัยด้วยคุณภาพ” 18-20 มกราคม 2555*. กรุงเทพฯ: สมาคมพญาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย.

ประนอม โอทกานนท์, คัทรียา รัตนวิมล, อินทิรา ปากันทะ, เซาวณี ล่องชุมผล, สุจินต์ เรืองรัมย์ และ นกัสนันท์ ปิยะศิริภักดิ์. (2554). การพัฒนาศักยภาพการจัดการความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพของแกนนำเครือข่ายพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ*, 5(ฉบับพิเศษ), 6-13.

ประพนธ์ ผาสุขยัต. (2549). *การจัดการความรู้: ฉบับเข้าใจง่ายขึ้น*. กรุงเทพฯ: โยโหม.

ประเสริฐ อัสสันตชัย. (2553). โรคความดันเลือดสูงในผู้สูงอายุ. ใน *เอกสารการประชุมวิชาการประจำปี พ.ศ. 2552 เรื่อง "การจัดการดูแลเกื้อหนุนและรักษาผู้สูงอายุ" จัดโดยสมาคมพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทยระหว่างวันที่ 20-21 มกราคม พ.ศ. 2553 ณ โรงแรมสยามซิตี้ พญาไท*. กรุงเทพฯ: ส. เอเชียเพรส.

_____. (2554). *ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ (พิมพ์ครั้งที่ 2)*. กรุงเทพฯ: ยูเนียนครีเอชั่น.

ปิยธิดา คูหิรัญญรัตน์. (2552). แนวทางการประเมินผู้สูงอายุในชุมชน. ใน *สุพัตรา ศรีวณิชชากร และนางลัดดา ตระกูลศุภชัย (บรรณาธิการ), การดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ระบบ หลักการและแนวทางปฏิบัติ*. กรุงเทพฯ: อมรินทร์ พรินติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.

ผจญจิตร ไกรถาวร, ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, นพวรรณ เปี้ยซือ, เตชาวุธ นิตยสุทธิ และ Grete Bock, K. A. (2011). ปัจจัยทำนายกิจกรรมการเคลื่อนไหวออกแรงของผู้สูงอายุไทยที่อาศัยอยู่ในชุมชนแออัดเขตเมือง. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 15(1), 39-56.

พัชรินทร์ สิริสุนทร. (2552). *ชุมชนปฏิบัติการด้านการเรียนรู้: แนวคิด เทคนิค และกระบวนการ*. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ไพโรจน์ ชลารักษ์. (2551). *การจัดการความรู้: สังกับททางทฤษฎี*. กรุงเทพฯ: พรินติ้ง กรุป.

วิจารณ์ พานิช. (2547). การจัดการความรู้: ปัญหาที่ต้องสร้างภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. ใน *กุลธิดา จันทรเจริญ, จเด็จ ธรรมธัชอารี, แพร จิตตินันท์ และมยุรี ธนะทิพานนท์, (บรรณาธิการ), หลากคิด หลากทำ พลั้งปัญญา สู่การพัฒนาหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า*. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

_____. (2549). *การจัดการความรู้: ฉบับนักปฏิบัติ (พิมพ์ครั้งที่ 3)*. กรุงเทพฯ: ตถาตา พับลิเคชั่น.

_____. (2555). *เทคนิคการประชุมระดมความคิดแลกเปลี่ยนความรู้ฝังลึก*. วันที่ค้นข้อมูล 29 กันยายน 2555, เข้าถึงได้จาก <http://www.kmi.or.th/kmi-articles/prof-vicharn-paich/31-0002-intro-technique-for-fac>

วิชัย วงษ์ใหญ่. (2551). *พัฒนาหลักสูตรและการสอน*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์รุ่งเรืองธรรม.

_____. (2537). *กระบวนการพัฒนาหลักสูตรและการเรียนการสอน: ภาคปฏิบัติ*. กรุงเทพฯ: สุวีริยสารัน.

- วิภาวดี มุททะสินธุ์, เล็ก สมบัติ และสมยศ ตีมาก. (2551). การเพิ่มความสามารถในพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ: กรณีศึกษาชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลตำรวจ. *วารสารพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ*, 9(4), 51-59.
- วีรศักดิ์ เมืองไพศาล. (2554). การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ. ใน ประเสริฐ อัสสันตชัย (บรรณาธิการ), *ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: ยูเนี่ยนครีเอชั่น.
- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, เล็ก สมบัติ และปรียานุช โชครณวนิชย์. (2552). ตัวแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ดีของครอบครัวและชุมชน ในชนบทไทย. *วารสารสมาคมพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ*, 10(3), 13-24.
- สงัด อุทรานันท์. (2532). *พื้นฐานและหลักการพัฒนาหลักสูตร*. กรุงเทพฯ: มิตรสยาม.
- สถาบันวิจัยประชากรและสังคม, สสส, และ สช. (2554). *สุขภาพคนไทย 2554*. กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.
- สุกัญญา สุขวรรณ, สุขาดา รัชชกุล และประนอม โอทกานนท์. (2551). การดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี: กรณีศึกษาตำบลนครไทย จังหวัดพิษณุโลก. *วารสารพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ*, 9(4), 21-32.
- สุรียพร พันพืง และมาลี สันสุวรรณ. (2554). *จุดเปลี่ยนประชากร จุดเปลี่ยนสังคมไทย*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เดือนตุลา.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ และสถาบันเพิ่มผลผลิตแห่งชาติ. (2548). *คู่มือการจัดทำแผนการจัดการความรู้*. วันที่ค้นข้อมูล 5 กันยายน 2556, เข้าถึงได้จาก http://www.opdc.go.th/oldweb/thaiframe_kpi-4, http://www.opdc.go.th/web_opdc/admin/uplodefiles/pdf/manual_km.pdf.
- อาชัญญา รัตนอุบล, วีระเทพ ปทุมเจริญวัฒนา, สารีพันธ์ ศุภวรรณ, ปาน กิมปี, วรรัตน์ อภินันท์กุล, ณัฐฤกษ์ลักษณ์ ศรีมีชัย และสุวิธิตา จรุงเกียรติกุล. (2552). *การศึกษาสภาพปัญหา ความต้องการ และรูปแบบการจัดกิจกรรมการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย เพื่อส่งเสริมการเรียนรู้ด้านการเตรียมความพร้อมเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุของผู้ใหญ่วัยแรงงาน*. วันที่ค้นข้อมูล 1 กันยายน 2556, เข้าถึงได้จาก <http://www.edu.chula.ac.th/nfedงานวิจัยเตรียมความพร้อมผู้สูงอายุ.pdf>
- อำนาจ ศรีรัตนบัลล์. (2552). *การถอดบทเรียน การจัดการเรียนการสอนด้านการสร้างเสริมสุขภาพ*. เชียงใหม่: ธนบรรณการพิมพ์.
- Baker, M. W. (2005). Creation of a model of independence for community-dwelling elders in the United State. *Nursing Research*, 54(5), 288-295.

- Bloom, B. S., Engelhart, M. D., Furst, E. J., Hill, W. H., & Craftwork, D. R. (1956). *Taxonomy of educational objectives, the classification of educational goals*. New York: David McKay.
- Chuharas, Somsak (Ed.). (2012). *Situation of the Thai elderly 2010*. Bangkok: Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute.
- Conley, V. C. (1973). *Curriculum and instruction in nursing*. Boston: Little & Brown Co.
- Davenport, T. H., & Prusak, L. (1998). *Working knowledge: How organization manage what they know*. Boston: Harvard Business School Press.
- Dillard, N., Siktberg, L., & Laidig, J. (2011). Curriculum development. In D. M. Billing, & J. A. Halstead, *Teaching in nursing: A guide for faculty 2nd*. Indiana: Elsevier Saunders.
- Hodge, F. S., Pasqua, A., Marquez, C. A., & Geishirt-Cantrell, B. (2002) "Utilizing traditional storytelling to promote wellness in American-Indian communities. *Journal of Transcultural Nursing*, 13(1), 6-11.
- Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. (2006). *Health promotion in nursing practice*. New Jersey: Pearson Prentice Hall.
- Pendleton, S., & Myles, A. (Eds.). (1991). *Curriculum planning in nursing education: Practical applications*. London: Edward Arnold.
- Saylor, J. C., & Alexander, W. M. (1974). *Planning curriculum for school*. New York: Holt Rinehart and Winston.
- Sveiby, K. (1997). *The new organization wealth: Managing and measuring knowledge based assets*. San Francisco: Berrett-Koehler.
- Taba, Hilda. (1962). *Curriculum development: Theory and practice*. New York: Harcourt, Brace & World.
- Takeuchi, Hirotsuka, & Nonaka, Ikujiro. (2004). *Hitotsubashi on knowledge management*. Singapore: John Wiley & Son (Asia).
- Turban, E., Rainer R. K., & Potter, R. E. (2001). *Introduction to information technology*. Toronto: John Wiley & Son.
- Tyles, R. W. (1950). *Basic principle of curriculum and instruction*. Illinois: University of Chicago Press.

World Health Organization [WHO]. (2002). *Keep fit for life: Meeting the nutritional needs of older persons*. Malta: Inter prints Limited.

ภาคผนวก

หลักสูตรฝึกอบรมทักษะการจัดการความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ
(A training curriculum on health promotion knowledge management skills for
the elders)

1. ชื่อหลักสูตร

ภาษาไทย หลักสูตรฝึกอบรมทักษะการจัดการความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ
สำหรับผู้สูงอายุ

ภาษาอังกฤษ (Training curriculum on health promotion knowledge
management skills for the elders)

2. หน่วยงานที่รับผิดชอบ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

3. ผู้เข้ารับการอบรม ผู้สูงอายุ

4. หลักการและเหตุผล

ผลการศึกษาวิจัยได้ให้ข้อมูลสถิติไว้ชัดเจนว่า สังคมโลกโดยเฉพาะประเทศแถบตะวันออก
และตะวันออกเฉียงใต้ก้าวสู่ “จุดเปลี่ยนประชากร” อย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง จุดเปลี่ยนดังกล่าวเป็น
ผลให้ประเทศไทยก้าวสู่ “สังคมผู้สูงอายุ” อย่างแท้จริง การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ก่อให้เกิด
การเปลี่ยนแปลงสังคมไทยหลากหลาย อาทิ ความต้องการบริการทุกด้านสำหรับผู้สูงอายุ ช่องว่าง
ระหว่างวัย และสุขภาพจิต เป็นต้น คำตอบที่ดีที่สุดเพื่อให้คนทุกวัยอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุขก็คือผู้สูง
วัยที่ในวันจะเพิ่มจำนวนอย่างต่อเนื่องยังเป็นผู้ทำประโยชน์ สามารถดูแลตัวเองได้ และพึ่งพาผู้อื่น
เท่าที่จำเป็น

จากจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น ผู้สูงอายุอาจจำแนกได้เป็น 3 กลุ่มคือ 1) กลุ่มสุขภาพดี
ช่วยเหลือตัวเองได้ 2) กลุ่มที่มีโรคเรื้อรัง แต่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ และ 3) กลุ่มสุดท้ายคือกลุ่ม
เจ็บป่วยเรื้อรัง และช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ในกลุ่มที่มีสุขภาพดีและกลุ่มที่มีโรคเรื้อรังแต่ช่วยเหลือ
ตัวเองได้นั้นพบว่าผู้สูงอายุจำนวนไม่น้อยที่สามารถเป็นต้นแบบผู้ที่สามารถดูแลสุขภาพ มีผู้คนให้
การยอมรับนับถือด้านความคิด การปฏิบัติตน และการเป็นที่พึ่งพาแก่ผู้อื่นหรือผู้อ่อนอาวุโสกว่าได้
ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ควรได้รับการสนับสนุนให้ใช้ศักยภาพโดยเฉพาะความรู้ฝังลึกที่ได้สะสมมาจาก
ประสบการณ์อันยาวนานให้เป็นประโยชน์ต่อชุมชนและสังคม ซึ่งหากผู้สูงอายุทั้ง 2 กลุ่มดังกล่าวได้รับความ
รู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพที่ถูกต้องตามหลักการและทฤษฎี เมื่อนำไปผนวกกับความรู้และ
ประสบการณ์จริงของผู้สูงอายุก็จะทำให้นำไปปฏิบัติได้ง่าย และสามารถถ่ายทอดให้กับคนรอบข้างได้

อย่างเป็นจริง

สุขภาพทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมของผู้สูงอายุในภาวะปกติ และยามเจ็บป่วย นับเป็นประสบการณ์ชีวิตของผู้สูงอายุที่มีคุณค่าสำหรับการถ่ายทอดและเรียนรู้ ประพนธ์ ผาสุกยัต (2549, หน้า 24) เรียกคุณค่าตรงนี้เป็น “ความรู้ฝังลึก (Tacit knowledge) หมายถึง ความรู้ของบุคคลที่ติดอยู่กับบริบท มีลักษณะเป็น “เคล็ดลับ” เป็นสิ่งที่ได้มาสด ๆ ยังไม่ได้มีการปรุงแต่งแต่อย่างใด ความรู้ประเภทฝังลึกนี้ หากได้มีการแบ่งปัน มีการผสมผสานกับความรู้ชัดแจ้ง (Explicit knowledge) ที่มีอยู่ในตำราหลักที่ได้เก็บรวบรวมบันทึกไว้แล้วจะทำให้ได้ความรู้ที่กระจ่างชัด การแบ่งปันกระทำได้โดย การเล่าเรื่องราว (Story telling) โดยเฉพาะด้านสุขภาพอนามัย และมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ มีการเล่าเร้าพลัง ให้มีการนำข้อปฏิบัติ ๑ ไปใช้ (Action) จากการนำไปใช้จะเกิดการยกระดับสุขภาพ และการเรียนรู้ร่วมกัน ในที่สุดก็มีการบันทึกจัดเก็บรวบรวมเป็นการจัดการความรู้ หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งคือ การทำให้ความรู้ที่มีอยู่เดิมผลิตดอกออกผล

การเล่าเรื่องราว เป็นเทคนิควิธีการที่เปิดโอกาสให้ผู้เล่าได้ถ่ายทอดประสบการณ์ และ ภูมิปัญญา และทั้งยังเป็นเครื่องมือสำคัญช่วยให้เกิดกิจกรรมทางสังคม ได้มีบันทึกรายงานผลยืนยันว่าการเล่าเรื่องเป็นเครื่องมือที่ทรงพลังอย่างมากในการสอนสุขภาพอนามัย การเล่าเรื่องเป็นการถ่ายทอดประสบการณ์ในประเด็นสำคัญ และมีคุณค่าด้วยภาษาง่าย ๆ ท่ามกลางบรรยากาศผ่อนคลาย เป็นกันเอง และเพลิดเพลิน การเล่าเรื่อง หากผู้เล่าเป็นผู้ที่มีความรู้ ได้ฝึกฝนทักษะความชำนาญทำหน้าที่นำการเล่าเรื่องและเอื้ออำนวยหรือเป็นผู้จัดการให้การเล่าเรื่องแลกเปลี่ยนเรียนรู้ สั้นไหล ไม่หลุดออกมานอกทาง รวมทั้งสร้างบรรยากาศดี ๆ ให้เกิดขึ้นตลอดเวลาการเล่าเรื่อง การดำเนินการทำนองนี้จะช่วยให้เกิดบรรยากาศการเรียนรู้ร่วมกันอย่างแท้จริง ทั้งในระหว่างบุคคล วยเดียวกัน และ/ หรือ บุคคลต่างวัย ด้วยการตระหนักถึงคุณค่าประสบการณ์ของผู้สูงวัยสุขภาพดีที่สามารถเป็นต้นแบบสุขภาพอนามัย หากผู้สูงวัยได้รับการพัฒนาทักษะการจัดการความรู้ด้วยการเป็นผู้นำการเล่าเรื่อง นำกลุ่มสนทนาเรื่องสุขภาพอนามัย นับว่าจะเกิดประโยชน์ทั้งต่อผู้สูงวัย กลุ่มสนทนา ครอบครัว และชุมชนได้อย่างแท้จริง

หลักสูตรฝึกอบรมที่พัฒนาขึ้นครั้งนี้มีเป้าหมายให้ผู้เข้ารับการอบรมมีความรู้เรื่อง การสร้างเสริมสุขภาพ การจัดการความรู้ และมีทักษะการจัดการความรู้ด้วยการเป็นผู้เล่าเรื่องเพื่อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เรื่องสุขภาพอนามัย

5. วัตถุประสงค์ของหลักสูตร

5.1 วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมมีความรู้ ความเข้าใจ แนวคิดเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพ การจัดการความรู้ และมีทักษะการจัดการความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ

5.2 วัตถุประสงค์เฉพาะ

ภายหลังการฝึกอบรม ผู้เข้าอบรมจะมีความสามารถต่อไปนี้

5.2.1 อธิบายแนวคิด การสร้างเสริมสุขภาพ และการประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันได้

5.2.2 อธิบายแนวคิด และกระบวนการจัดการความรู้ได้ถูกต้อง

5.2.3 แสดงออกด้านการเป็นผู้นำการเล่าเรื่องเพื่อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ด้านสุขภาพ
อนามัย ได้อย่างเหมาะสมกับสถานการณ์

6. หลักสูตร

6.1 ลักษณะหลักสูตร

6.1.1 จัดเป็นหลักสูตรยืดหยุ่น เน้นผู้เรียนเป็นสำคัญ

6.1.2 จัดสอนเป็นกลุ่มเล็ก ประมาณกลุ่มละ 7-12 คน การจัดกลุ่มเล็กจะทำให้กลุ่มมีความเป็นกันเอง ใกล้ชิด ไม่เป็นทางการ สร้างความเป็นอิสระ ซึ่งจะช่วยในการขับเคลื่อนความรู้ฝังลึก และการจัดสอนกลุ่มเล็กจะอำนวยความสะดวกในการนัดหมาย

6.1.3 จัดสรรเวลาเรียนตามความสะดวกและความต้องการของผู้เรียน ทำการนัดหมายเวลาเรียน โดยนัดหมายเวลาเรียนครั้งต่อไปหลังสิ้นสุดเวลาเรียนแต่ละครั้ง

6.2 โครงสร้างหลักสูตร จำนวนชั่วโมงรวม 45 ชั่วโมง

6.2.1 องค์ประกอบหลักสูตร

ภาคทฤษฎี

บรรยาย/ สัมมนา จำนวน 12 ชั่วโมง

ภาคปฏิบัติ

สาธิต/ สาธิตย้อนกลับ จำนวน 9 ชั่วโมง

ศึกษาดูงาน/ เยี่ยมบ้าน จำนวน 24 ชั่วโมง

(แลกเปลี่ยนเรียนรู้นอกสถานที่)

6.2.2 หัวข้อการสอน

6.2.2.1 การเสริมสร้างสุขภาพ

ภาคทฤษฎี จำนวน 6 ชั่วโมง

6.2.2.2 การจัดการความรู้

ภาคทฤษฎี จำนวน 3 ชั่วโมง

ภาคปฏิบัติ จำนวน 6 ชั่วโมง

6.2.2.3 ทักษะการแสดงออกของผู้นำ

ภาคทฤษฎี จำนวน 3 ชั่วโมง

7.2.1.3 ทักษะ/ พฤติกรรมแสดงออกของผู้นำกลุ่ม

7.2.2 ภาคปฏิบัติ ฝึกปฏิบัติทักษะการแสดงออกของผู้นำในกิจกรรมต่อไปนี้

7.2.2.1 ฝึกปฏิบัตินำการสนทนาในหัวข้อที่สนใจเรื่อง “การสร้างเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ” ดำเนินการโดยฝึกปฏิบัติรายบุคคลในกลุ่มเล็ก โดยมีกิจกรรมการแสดงออกของสมาชิก อาทิ การนำการเล่าเรื่อง การถ่ายทอดและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การแสดงความคิดเห็น การสร้างพลังกลุ่ม การนำประสบการณ์ดี ๆ เคล็ดลับการมีสุขภาพดี มาเผยแพร่และถ่ายทอดเพื่อให้ผู้ฟังนำไปปฏิบัติ และพัฒนาตนเองให้เป็นผู้มีสุขภาพดีสูงสุด

7.2.2.2 การจัดเวทีสำหรับการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในชุมชน (Knowledge forum) ดำเนินการโดยฝึกเป็นผู้นำกลุ่มทำการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในกิจกรรมศึกษาดูงาน กิจกรรมการท่องเที่ยว นอกสถานที่ กิจกรรมเยี่ยมเยียนชมรมผู้สูงอายุ การพบปะกับ อสม. ต่างหน่วยงาน การไปเยี่ยมผู้ป่วย และสถานสงเคราะห์ ผู้ด้อยโอกาสวัยต่าง ๆ รวมทั้งกิจกรรมนมัสการสิ่งศักดิ์สิทธิ์ ้วัดวาอาราม การไปเยี่ยมชมมหัศจรรย์ธรรมชาติ วิถีชีวิต ประเพณี วัฒนธรรม ประวัติศาสตร์ โบราณสถาน แหล่งท่องเที่ยว ที่มนุษย์สร้างขึ้น และแหล่งท่องเที่ยวเพื่อการเรียนรู้ ในการฝึกการเป็นผู้นำในกิจกรรมต่าง ๆ เหล่านี้ ผู้เข้าอบรมจะมีโอกาสฝึกการแสดงออกของผู้นำกลุ่ม การบริหารจัดการในกิจกรรมต่าง ๆ และการถ่ายทอดความรู้ ประสบการณ์ชีวิตด้วยการทำงานเป็นทีม และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ชีวิตกับสุขภาพอนามัยกับบุคคลทั้งในและต่างกลุ่ม

7.2.2.3 ฝึกปฏิบัติการเป็นส่วนหนึ่งของผู้นำด้านสุขภาพในวิถีชีวิตประจำวัน ดำเนินการโดยการเยี่ยมบ้านหรือเยี่ยมเยียนสถานที่ประกอบอาชีพของผู้เข้ารับการอบรมทั้งรายบุคคลหรือรายกลุ่ม การเยี่ยมบ้านหรือสถานที่ประกอบอาชีพมีจุดประสงค์เพื่อสนับสนุนให้ผู้เข้ารับการอบรม ฝึกฝน การพูดคุย สนทนา แลกเปลี่ยนเรียนรู้กับคนในครอบครัว บุตรหลาน ผู้ใกล้ชิดที่ได้พบปะในชีวิตประจำวัน การพูดคุยแลกเปลี่ยนเรื่องสุขภาพอนามัย เน้นการประพฤติปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสุขภาพภายหลังการเจ็บป่วย การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ให้เป็นไปตามความเหมาะสมกับบริบทของ ผู้สูงอายุเองและสภาพแวดล้อม

8. ระยะเวลาอบรม 45 ชั่วโมง

9. คุณสมบัติของผู้เข้ารับการอบรม

- 9.1 เป็นผู้สูงอายุสุขภาพดี ช่วยเหลือตนเองได้
- 9.2 ได้รับการยอมรับจากบุคคลใกล้ชิด
- 9.3 อ่าน เขียน ภาษาไทยได้
- 9.4 ยินดีเข้าร่วมในโครงการอบรม

10. เกณฑ์การวัดผลสัมฤทธิ์ของผู้เข้าอบรม

10.1 ได้คะแนนร้อยละ 80 เป็นอย่างน้อยจากแบบวัดแต่ละเรื่องคือ

10.1.1 การสร้างเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงวัย

10.1.2 แบบวัดความรู้เรื่องการจัดการความรู้

10.2 ประเมินตนเองด้านพฤติกรรมการแสดงออกได้คะแนน ร้อยละ 80 ขึ้นไป

11. ลักษณะห้องเรียน และสถานที่

11.1 ห้องเรียน ห้องเรียนสำหรับกลุ่มเล็ก (ประมาณ 7-12 คน)

11.2 สถานที่ ตามความเหมาะสม

12. คำอธิบายรายหัวข้อการสอน

001 การสร้างเสริมสุขภาพ จำนวน 6 ชั่วโมง

นิยาม ความหมายการสร้างเสริมสุขภาพ ปัจจัยที่สำคัญกับสุขภาวะทางร่างกายจิตใจอารมณ์ สังคม จิตวิญญาณ และปัญญาของบุคคล ครอบครัว และชุมชน ปัญหาทางสุขภาพของผู้ใหญ่วัยสูงอายุ แนวคิดเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพภายหลังการเจ็บป่วย การสนับสนุนพฤติกรรมอนามัยของบุคคล การจัดการกับความเครียด การสร้างสภาพแวดล้อมที่จะทำให้บุคคลไปสู่การมีร่างกายที่แข็งแรง สภาพจิตที่สมบูรณ์ อายุยืนยาว มีคุณภาพชีวิตที่ดี และสามารถเป็นบุคคลต้นแบบทางสุขภาพ

002 การจัดการความรู้ จำนวน 3 ชั่วโมง

นิยาม ความหมาย หลักการ ประเภทความรู้ คนสำคัญในการดำเนินการจัดการความรู้ วิธีการ และกระบวนการจัดการความรู้ การถ่ายทอดแลกเปลี่ยนเรียนรู้ กิจกรรมนำความรู้ที่มีอยู่ในตัวคนมา แบ่งปันแก่คนรอบข้างในรูปแบบต่างๆ การนำความรู้ไปสู่การปฏิบัติ ศิลปะการแสดงความคิดเห็นและการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การเป็นผู้นำการสนทนา การฟังและการพูดที่ดี การเล่าเรื่องราวแรงบันดาลใจ การสร้างพลังการนำประสบการณ์ดีๆ ไปปฏิบัติและพัฒนาสู่การเป็นผู้มีสุขภาพดีสูงสุด

003 ฝึกปฏิบัติการจัดการความรู้ จำนวน 6 ชั่วโมง

ฝึกฝนทักษะรายบุคคลในกลุ่มเล็ก การศึกษาดูงานนอกสถานที่ และการมีผู้มาเยี่ยมบ้านในกิจกรรมการจัดการความรู้ตามลำดับขั้นตอน การกำหนดหัวข้อเรื่อง การเสาะหาความรู้ที่ต้องการ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การใช้ความรู้ และการจัดเก็บความรู้

004 ทักษะแสดงออกของผู้นำ จำนวน 3 ชั่วโมง

นิยาม ความหมาย พฤติกรรมการแสดงออกของผู้นำ ความกระตือรือร้น ท่าทางคำพูด บุคลิกภาพของผู้นำ ความกล้าคิด กล้าพูด กล้ากระทำสิ่งที่ถูกต้อง ความกล้าแสดงออกตามความรู้สึที่

แท้จริงของตนเอง การยอมรับในสิทธิของตนเองและคนอื่น วิธีการสื่อสารกับบุคคลอื่นด้วยความจริงใจ
สร้างสรรค์ เปิดเผยตรงกับความรู้สึกของตนเอง พัฒนาภาวะผู้นำ คุณธรรม จริยธรรมของผู้นำและการเป็น
ผู้นำการเปลี่ยนแปลงเพื่อกระตุ้นให้เกิดชุมชนสุขภาพ

005 การฝึกปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการแสดงออกของผู้นำ จำนวน 27 ชั่วโมง

ฝึกฝนทักษะรายบุคคล รายกลุ่ม ทั้งในกลุ่มเล็ก และในการศึกษาดูงาน และออกเยี่ยมชุมชน
การนำการสนทนา การเป็นผู้นำ และการเป็นส่วนหนึ่งของผู้นำด้านสุขภาพอนามัยในวิถีชีวิตประจำวัน
เน้นพฤติกรรมแสดงออกของการเป็นผู้นำและการเป็นผู้ตามที่ดีและสร้างสรรค์

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
หลักสูตรอบรมทักษะการจัดการความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงวัย
ประมวลรายหัววิชาการสอน (Course syllabus)

.....

1. หัววิชาการสอน 001
2. ชื่อหัววิชาการสอน การสร้างเสริมสุขภาพ (Health promotion)
3. จำนวนชั่วโมง 6 ชั่วโมง ภาคทฤษฎี ภาคปฏิบัติ
4. หลักสูตรที่เปิดสอน การอบรมทักษะการจัดการความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงวัย
5. ปีที่เปิดสอน -
6. เจ้าของหลักสูตร คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

7. คำอธิบายรายหัววิชาการสอน (Course description)

นิยาม ความหมายการสร้างเสริมสุขภาพ ปัจจัยที่สำคัญกับสุขภาวะทางร่างกายจิตใจ อารมณ์ สังคม จิตวิญญาณ และปัญญาของบุคคล ครอบครัว และชุมชน ปัญหาทางสุขภาพของผู้ใหญ่ วัยสูงอายุ แนวคิดเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ ภายหลังการเจ็บป่วย การสนับสนุนพฤติกรรมอนามัยของบุคคล การจัดการกับความเครียด การสร้างสภาพแวดล้อมที่จะทำให้บุคคลไปสู่การมีร่างกายที่แข็งแรง สภาพจิตที่สมบูรณ์ อายุยืนยาว มีคุณภาพชีวิตที่ดี และสามารถเป็นบุคคลต้นแบบทางสุขภาพ

8. วัตถุประสงค์รายหัววิชาการสอน

ภายหลังสิ้นสุดการเรียนการสอน ผู้เข้าอบรมจะมีความสามารถต่อไปนี้

- 8.1 อธิบายแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพได้
- 8.2 ประยุกต์ใช้แนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพในชีวิตประจำวันได้
- 8.3 อภิปรายแลกเปลี่ยนความคิดเห็น เล่าเรื่องราว และสร้างพลังกลุ่มในการนำประสบการณ์ดี ๆ ไปใช้ในชีวิตประจำวันได้

9. ความต้องการรายหัวข้อการสอน

- 9.1 ผู้เข้าอบรมเลือกประเด็นพฤติกรรมอนามัยด้านการสร้างเสริมสุขภาพที่สนใจ
- 9.2 ระลึกถึงเหตุการณ์ดี ๆ ที่ประสบความสำเร็จ แสวงหาความรู้เพิ่มเติม
- 9.3 เล่าเรื่องราว/ เหตุการณ์ เพื่อสนับสนุน/ โต้แย้ง/ วิพากษ์ ร่วมกับการบรรยายของผู้สอน
- 9.4 ร่วมกันสรุปประเด็น ข้อคิดเห็น เพื่อเป็นความรู้สำหรับนำไปทดลองปฏิบัติ

10. เนื้อหารายวิชา

- 10.1 นิยาม ความหมายการสร้างเสริมสุขภาพ และการเป็นบุคคลต้นแบบทางสุขภาพ
- 10.2 แนวคิด 4 มิติ ด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ
- 10.3 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับสภาวะทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม จิตวิญญาณและปัญญาของบุคคล ครอบครัว และชุมชน
- 10.4 การสนับสนุนพฤติกรรมอนามัยของบุคคล การจัดการกับความเครียด และการสร้างสิ่งแวดล้อมเพื่อพัฒนาสภาวะอนามัย

11. กิจกรรมการเรียนการสอน

- 11.1 ชี้นำเข้าสู่บทเรียนผู้สอนกล่าวนำ ทักทาย ด้วยการเชื่อมโยงเหตุการณ์สำคัญ/ เทศกาลกับภาวะสุขภาพอนามัยของบุคคลในชุมชน นำอภิปราย และให้ความสำคัญกับการสร้างเสริมสุขภาพของบุคคล ครอบครัว และชุมชน
- 11.2 ชี้นสอน
 - 11.2.1 ผู้สอนสาธิตการเล่าเรื่องกรณีศึกษา “ปัสสาวะเป็นเลือดสด ๆ จากการกลั้นปัสสาวะเป็นเวลานาน” กรณีศึกษาบันทึกไว้ในใบงานที่ 1 ข้อ 12
 - 11.2.2 เปิดโอกาสให้ผู้เข้าอบรมซักถาม ขอข้อมูล วิพากษ์ แสดงความรู้สึก ผลัดกันตีความเพื่อดึงความรู้จากกรณีศึกษา
 - 11.2.3 เปิดโอกาสให้ผู้เข้าอบรมเล่าเหตุการณ์คล้ายกันในกรณีอื่นที่เคยประสบมาด้วยตนเองหรือที่เคยพบเห็น พร้อมให้มีการอภิปราย วิพากษ์ แสดงความคิดเห็นและประเมินพฤติกรรมอนามัยของตนเองในเรื่องการขยับถ่ายปัสสาวะ
- 11.3 ชี้นสรุป

ทุกคนร่วมกันสรุปบทเรียนที่ได้จากกรณีศึกษาเพื่อเป็นข้อควรตระหนักในการปฏิบัติตนในชีวิตประจำวัน

12. ใบงานที่1: ปัสสาวะเป็นเลือดสด ๆ จากการกลั้นปัสสาวะเป็นเวลานาน

กรณีศึกษา: พยาบาล ก. เป็นพยาบาลวิชาชีพนักวิจัย ได้เดินทางร่วมทีมวิจัยไปต่างจังหวัด ในคืนแรกของการเดินทางได้เข้าพักในโรงแรมภายในตัวจังหวัดซึ่งอยู่ห่างจากสถานที่ทำการทดลองวิจัย ประมาณ 15 กิโลเมตร การวิจัยทดลองได้ดำเนินการกับกลุ่มตัวอย่างนักเรียนในระบบการศึกษาออกโรงเรียนจำนวน 40 คน ภายในวัดแห่งหนึ่ง ทั้งนี้โดยมีชาวบ้าน และผู้ปกครองของนักเรียนเหล่านั้นให้ความช่วยเหลือมาร่วมประกอบอาหารตลอดวันของการจัดอบรม ทีมวิจัยปฏิบัติงานด้วยความสนุกสนานเพลิดเพลิน และคิดว่าเป็นการกุศลอย่างยิ่งที่ได้ให้โอกาสแก่เยาวชนผู้ด้อยโอกาส

ตลอดวันของการปฏิบัติงาน พยาบาล ก. มิได้ใส่ใจกับร่างกายของตนเอง เมื่องานวิจัยสิ้นสุดลงในวันนั้น และรู้สึกว่าคุณเองปวดปัสสาวะก็เป็นเวลาโพล้เพล้พลบค่ำ ครั้นเดินไปหาห้องน้ำ ก็พบว่าห้องน้ำบางห้องปิดแล้ว บางห้องที่เปิดอยู่ หลอดไฟฟ้าก็ใช้การไม่ได้ ห้องน้ำมืด และมีกลิ่นไม่สะอาด ทีมวิจัยเดินทางกลับโรงแรม โดยพยาบาล ก. ไม่ได้ถ่ายปัสสาวะนับเป็นระยะเวลาประมาณ 9-10 ชั่วโมง

ขณะอาบน้ำ พยาบาล ก. ถ่ายปัสสาวะน้อยมาก รู้สึกเจ็บบริเวณทางเดินปัสสาวะเป็นอย่างยิ่งตลอดคืนนั้นพยาบาล ก. ไม่สามารถนอนหลับได้เนื่องจากต้องลุกขึ้นถ่ายปัสสาวะบ่อยครั้ง และพยาบาล ก. รู้สึกเจ็บปวดในทางเดินปัสสาวะมากขึ้น พร้อมกับพบว่าตนเองอยากถ่ายปัสสาวะตลอดเวลา และเมื่อเข้าห้องน้ำรู้สึกตกใจมากที่ถ่ายปัสสาวะออกมาเป็นเลือดสด ทีมวิจัยตัดสินใจนำ พยาบาล ก. เข้ารับการตรวจรักษา ณ โรงพยาบาลตำรวจ

กรมอบหมายงาน: ให้กลุ่มพิจารณาพฤติกรรมการดูแลตนเองของพยาบาล ก. อภิปราย วิพากษ์ ให้โอกาสกลุ่มในการเล่าเรื่องราวที่มีความคล้ายคลึงกัน ต่อจากนั้นให้มีการสรุปบทเรียน และจัดบันทึก

13. การประเมินผลหัวข้อรายวิชา

13.1 จากความสนใจ การพิจารณาใคร่ครวญ การซักถามขอข้อมูลเพิ่มเติม การวิพากษ์และการแสดงความคิดเห็น

13.2 การเล่าเรื่องราวที่คล้ายกันจากประสบการณ์ตรงของตนเองหรือที่เคยพบเห็น

13.3 การประเมินพฤติกรรมอนามัยของตนเอง และของกรณีศึกษา

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
หลักสูตรอบรมทักษะการจัดการความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงวัย
ประมวลรายหัววิชาการสอน (Course syllabus)

.....

1. หัววิชาการสอน 002
2. ชื่อหัววิชาการสอน การจัดการความรู้ (Knowledge management)
3. จำนวนชั่วโมง 3 ชั่วโมง ภาคทฤษฎี ภาคปฏิบัติ
4. หลักสูตรที่เปิดสอน การอบรมทักษะการจัดการความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงวัย
5. ปีที่เปิดสอน -
6. เจ้าของหลักสูตร คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
7. คำอธิบายรายหัววิชาการสอน (Course description)

นิยาม ความหมาย หลักการ ประเภทความรู้ คนสำคัญในการดำเนินการจัดการความรู้ วิธีการ และกระบวนการจัดการความรู้ การถ่ายทอดแลกเปลี่ยนเรียนรู้ กิจกรรมนำความรู้ที่มีอยู่ในตัวคนมา แบ่งปันแก่คนรอบข้างในรูปแบบต่างๆ การนำความรู้ไปสู่การปฏิบัติ ศิลปะการแสดงความคิดเห็นและการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การเป็นผู้นำการสนทนา การฟังและการพูดที่ดี การเล่าเรื่องราวเร้าพลัง การสร้างพลังการนำประสบการณ์ดีๆ ไปปฏิบัติและพัฒนาสู่การเป็นผู้มีสุขภาพดีสูงสุด

8. วัตถุประสงค์รายหัววิชาการสอน

ภายหลังสิ้นสุดการเรียนการสอน ผู้เข้าอบรมจะมีความสามารถต่อไปนี้

- 8.1 บอกแนวคิดและความหมายคำว่า “การจัดการความรู้ได้”
- 8.2 บอกหลักการ ประเภท คนสำคัญในการดำเนินการจัดการความรู้ รวมทั้งวิธีการ และกระบวนการจัดการความรู้ได้
- 8.3 อธิบายประโยชน์ของการ “เล่าเรื่อง” เพื่อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และการนำความรู้สู่การปฏิบัติได้

8.4 บอกเทคนิควิธีการการเป็นผู้นำการเล่าเรื่องและการเป็นผู้ฟังที่ดีได้

9. ความต้องการรายหัวข้อการสอน

9.1 ผู้เข้ารับการอบรมร่วมกันแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์เรื่อง “การจัดการ”

9.2 ร่วมอภิปราย และทำความเข้าใจแนวคิดเรื่อง “การจัดการความรู้”

10. เนื้อหารายวิชา

10.1 ความหมาย หลักการ ประเภท และคนสำคัญในการดำเนินการจัดการความรู้

10.2 วิธีและกระบวนการจัดการความรู้

10.3 ประโยชน์ และคุณค่าของ “การเล่าเรื่อง” ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของบุคคล

10.4 เทคนิคและวิธีการ การเป็นผู้นำการเล่าเรื่อง และการเป็นผู้ฟังที่ดี

11. กิจกรรมการเรียนรู้การสอน

11.1 ชี้นำเข้าสู่บทเรียน

ผู้สอนกล่าวนำและเชื่อมโยงคำว่า “การจัดการ” กับวิถีชีวิตประจำวันของผู้เข้ารับการอบรม

11.2 ชี้นสอน

11.2.1 ผู้สอนบรรยายแนวคิด หลักการ ประเภท คนสำคัญในการจัดการความรู้ รวมทั้งอธิบายวิธีการ และกระบวนการจัดการความรู้

11.2.2 ผู้สอนเล่ากรณีศึกษาเรื่อง “การลด/ ป้องกันอาการเวียนศีรษะในผู้สูงอายุ” กรณีศึกษาบันทึกไว้ในใบงานที่ 2 ข้อ 12

11.2.3 ระดมสมอง ให้ผู้เข้ารับการอบรมร่วมกันอภิปรายเชื่อมโยงคำว่า “การจัดการ” ทำความเข้าใจแนวคิด “การจัดการความรู้”

11.2.4 ระดมสมองอภิปรายเรื่อง “การเล่าเรื่อง” เพื่อเป็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ประสบการณ์ร่วมกันในด้านการสร้างเสริมสุขภาพอนามัยของบุคคล

11.2.5 ผู้สอน บรรยาย อภิปราย ร่วมกับผู้อบรมในประเด็น เทคนิค วิธีการ และศิลปะการเป็นผู้เล่าเรื่อง ลักษณะและประโยชน์ของการเป็นผู้ฟังที่ดี

11.3 ชี้นสรุป

สรุปบทเรียน แนวคิด วิธีการและกระบวนการจัดการความรู้โดยผู้เข้ารับการอบรม

12. ใบงานที่ 1: การจัดการความรู้เรื่อง การลด/ ป้องกัน อาการวิงเวียนศีรษะของผู้สูงวัย

กรณีศึกษา: นายประพันธ์ อายุ 84 ปี ร่างกายแข็งแรง ออกกำลังกายทุกวัน และช่วยเหลือตัวเองในกิจวัตรประจำวันได้ จากการตรวจสุขภาพและพบแพทย์สม่ำเสมอ นายประพันธ์ ได้รับประทาน ยาลดความดันโลหิตวันละ 1 เม็ดหลังอาหารเช้า สุขภาพโดยทั่วไปดี

จากการดูแลสุขภาพตนเองอย่างดี นายประพันธ์ สังเกตตนเองและได้พูดคุยสนทนากับภรรยา และเพื่อนสูงอายุข้างบ้านเกี่ยวกับอาการวิงเวียนศีรษะ ซึ่งจะเกิดขึ้นเสมอจากการ ลุกจากที่นั่งหรือที่นอน เร็ว การเดินขึ้นบันไดชั้น 2 การออกแรงมากๆ และการก้มๆ เงยๆ เป็นเวลานาน จากการสนทนาเล่า เรื่องราวแลกเปลี่ยนเรียนรู้ กลุ่มสนทนา สรุปบทเรียนประสบการณ์ได้ว่า ควรหลีกเลี่ยงสถานการณ์ที่ทำให้ เกิดอาการวิงเวียนศีรษะ เมื่อมีอาการวิงเวียนศีรษะให้สุดหายใจลึกๆ พยายามอยู่ในที่โล่งอากาศปลอด โปร่งไม่แออัด ออกกำลังกายสม่ำเสมอและรู้จักหลีกเลี่ยงจากความเครียดทั้งทางร่างกาย จิตใจ และ อารมณ์ และควรระลึกรู้จักป้องกันไว้เสมอว่า อาการวิงเวียนศีรษะศีรษะจะทำให้หกล้มเป็นอันตรายได้ง่าย

13. การประเมินผลการสอน

13.1 จากการอภิปรายร่วมกัน

13.2 จากการระดมสมอง ชักถาม และการยกตัวอย่าง

13.3 จากการสรุปบทเรียน

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
หลักสูตรอบรมทักษะการจัดการความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงวัย
ประมวลรายหัววิชาการสอน (Course syllabus)

.....

1. หัววิชาการสอน 003
2. ชื่อหัววิชาการสอน ฝึกปฏิบัติการการจัดการความรู้ (Practicum on knowledge management skills)
3. จำนวนชั่วโมง 6 ชั่วโมง ภาคทฤษฎี ภาคปฏิบัติ
4. หลักสูตรที่เปิดสอน การอบรมทักษะการจัดการความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงวัย
5. ปีที่เปิดสอน -
6. เจ้าของหลักสูตร คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

7. คำอธิบายรายหัววิชาการสอน (Course description)

ฝึกฝนทักษะรายบุคคลในกลุ่มเล็ก ในการศึกษาดูงานนอกสถานที่ และในการมีผู้มาเยี่ยมบ้าน หรือในการเยี่ยมสถานประกอบการในกิจกรรมการจัดการความรู้ตามลำดับขั้นตอน การกำหนดหัวข้อเรื่อง การเสาะหาความรู้ที่ต้องการ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การใช้ความรู้ และการจัดเก็บความรู้

8. วัตถุประสงค์รายหัววิชาการสอน

ภายหลังสิ้นสุดการเรียนการสอน ผู้เข้าอบรมจะมีความสามารถต่อไปนี้

- 8.1 กำหนดหัวข้อ “การเล่าเรื่อง” ของตนเอง
- 8.2 เสาะหาความรู้ในเรื่องที่จะนำมาเล่าเรื่อง
- 8.3 เป็นผู้นำแลกเปลี่ยนเรียนรู้จาก “การเล่าเรื่อง”
- 8.4 แยกแยะ กำหนดประเด็นสำคัญเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพในเรื่องที่เล่า
- 8.5 สร้างความตระหนัก และพลังของกลุ่มในการนำประสบการณ์ดี ๆ ไปทดลองปฏิบัติ

9. ความต้องการรายหัวข้อการสอน

- 9.1 ผู้เข้ารับการอบรมร่วมกันแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และฝึกฝนประสบการณ์ “การจัดการความรู้”
- 9.2 ร่วมอภิปราย และให้ข้อมูลย้อนกลับต่อกลุ่มในการฝึกฝนทักษะการจัดการความรู้

10. เนื้อหารายหัวข้อการปฏิบัติ

- 10.1 กรณีศึกษาจากประสบการณ์ของผู้เข้าอบรม
- 10.2 วิธีปฏิบัติตามกระบวนการจัดการความรู้
- 10.3 ประโยชน์และคุณค่าของ “การเล่าเรื่อง” ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของบุคคล
- 10.4 เทคนิคและวิธีการ การเป็นผู้เล่าเรื่อง การเป็นผู้ฟัง การบันทึกหรือการจัดเก็บข้อมูล

11. กิจกรรมการเรียนการสอน

11.1 ขั้นนำเข้าสู่การฝึกปฏิบัติ

ผู้เข้าอบรมทักทายผู้ฟัง และแนะนำตัวเอง

11.2 ขั้นปฏิบัติ

11.2.1 ผู้เข้าอบรมเล่าเรื่องในหัวข้อที่มีการเตรียมตัวมาแล้ว

11.2.2 ให้ออกาสผู้ฟังร่วมอภิปราย แสดงความคิดเห็น และแลกเปลี่ยนประสบการณ์

11.2.3 ผู้เข้าอบรมพยายามใช้ตัวช่วย (Enable) ไปจัดการความรู้ซึ่งได้แก่ สุนทรียะสนทนา

ความเป็นกันเอง ความสนุกสนานในเรื่องที่เล่า การสร้างบรรยากาศที่ผ่อนคลาย ตลอดจนการซักถาม และตอบโต้อย่างชื่นชม เป็นต้น

11.2.4 ผู้สอน บรรยาย อภิปราย ร่วมกับผู้เข้าอบรมในประเด็น เทคนิค วิธีการ และศิลปะ

การเป็นผู้เล่าเรื่อง ลักษณะและประโยชน์ของการเป็นผู้ฟังที่ดี

11.3 ขั้นสรุป

ผู้เข้าอบรมนำสรุปบทเรียน และข้อคิดสำคัญจากกรณีศึกษา

12. ใบงานที่ 2: ฝึกปฏิบัติการการจัดการความรู้

ให้ผู้เข้ารับการอบรมจัดเตรียมเรื่องสำหรับนำเสนอและร่วมกันอภิปราย

13. การประเมินผลการสอน

13.1 จากการอภิปรายร่วมกัน

13.2 จากการระดมสมอง ซักถาม และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากประสบการณ์

13.3 จากการสรุปบทเรียน

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
หลักสูตรอบรมทักษะการจัดการความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงวัย
ประมวลรายหัวข้อการสอน (Course syllabus)

.....

1. หัวข้อการสอน 004
2. ชื่อหัวข้อการสอน ทักษะแสดงออกของผู้นำ
3. จำนวนชั่วโมง 3 ชั่วโมง ภาคทฤษฎี ภาคปฏิบัติ
4. หลักสูตรที่เปิดสอน การอบรมทักษะการจัดการความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงวัย
5. ปีที่เปิดสอน -
6. เจ้าของหลักสูตร คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
7. คำอธิบายรายหัวข้อการสอน (Course description)

นิยาม ความหมาย พฤติกรรมการแสดงออกของผู้นำ ความกระตือรือร้น ท่าทางคำพูด บุคลิกภาพของผู้นำ ความกล้าคิด กล้าพูด กล้ากระทำการสิ่งที่ถูกต้อง ความกล้าแสดงออกตามความรู้สึที่แท้จริงของตนเอง การยอมรับในสิทธิของตนเองและคนอื่น วิธีการสื่อสารกับบุคคลอื่นด้วยความจริงใจ สร้างสรรค์ เปิดเผยตรงกับความรู้สึกของตนเอง การพัฒนาภาวะผู้นำ คุณธรรม จริยธรรมของผู้นำและการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงเพื่อกระตุ้นให้เกิดชุมชนสุขภาพ

8. วัตถุประสงค์รายหัวข้อการสอน

ภายหลังสิ้นสุดการเรียนการสอน ผู้เข้าอบรมจะมีความสามารถต่อไปนี้

8.1 บอก ความหมาย ประเภท “การแสดงออก” ของบุคคลได้

8.2 บอก พฤติกรรมแสดงออกของผู้นำได้

8.3 วิเคราะห์การแสดงออกของตนเอง บอกจุดดี จุดที่ควรพัฒนาของตนเองในด้านการเป็น

ผู้นำได้

9. ความต้องการรายหัวข้อการสอน

- 9.1 ผู้เข้ารับการอบรมวิเคราะห์ และประเมินตนเองด้านการแสดงออกของการเป็นผู้นำ
- 9.2 แลกเปลี่ยน และร่วมอภิปรายกับกลุ่มเกี่ยวกับข้อมูลการประเมินการแสดงออกของตนเอง

10. เนื้อหารายหัวข้อการสอน

- 10.1 ความหมาย ประเภท พฤติกรรมแสดงออกของบุคคล
- 10.2 องค์ประกอบพฤติกรรมแสดงออกของผู้นำ
- 10.3 ศิลปะการแสดงความคิดเห็น การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และการสื่อสาร
- 10.4 คุณธรรม จริยธรรม ของผู้นำ และการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง

11. กิจกรรมการเรียนการสอน

11.1 ชี้นำเข้าสู่บทเรียน

11.1.1 ผู้สอนให้ผู้เข้าอบรมกล่าวชื่อ และแสดงความชื่นชมกับผู้นำท้องถิ่นที่ผู้เข้าอบรมให้การยกย่อง และอธิบายลักษณะของบุคคลนั้น

11.1.2 ให้ผู้เข้ารับการอบรมทำการประเมินพฤติกรรมแสดงออกของตนเองด้านการเป็นผู้นำในแบบประเมินที่เตรียมไว้ให้

11.2 ชี้นสอน

11.2.1 ผู้สอนบรรยาย ความหมาย ประเภท พฤติกรรมการแสดงออกของบุคคลที่สามารถพบเห็น

11.2.2 เปิดโอกาสให้ผู้เข้ารับการอบรมอภิปราย แลกเปลี่ยนผลการประเมินพฤติกรรมแสดงออกของตนเองด้านการเป็นผู้นำ

11.2.3 ระดมสมอง แลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ร่วมกันในการเป็นผู้นำกลุ่มด้านสุขภาพอนามัยของชุมชน

11.3 ชี้นสรุป

สรุปบทเรียน ความหมาย ประเภทการแสดงออก พฤติกรรมการแสดงออกของตนเอง และฝึกฝนการเป็นผู้นำด้านสุขภาพของชุมชน

12. ใบงานที่ 4: ทักษะแสดงออกของผู้นำ

ให้ผู้เข้ารับการอบรมประเมินพฤติกรรมการแสดงออกของตนเองด้านการเป็นผู้นำ แบบประเมินประกอบด้วยข้อคำถามแบบเลือกตอบ “ใช่” และ “ไม่ใช่” จำนวน 2 หมวด คือหมวด 1 ความกระตือรือร้น หมวด 2 ท่าทาง การพูด และบุคลิกภาพ รวมทั้งหมด 33 ข้อ

13. การประเมินผลการสอน

13.1 จากการซักถาม

13.2 จากการแลกเปลี่ยนข้อมูลการประเมินตนเองกับกลุ่ม

13.3 จากการสรุปทเรียน

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
หลักสูตรอบรมทักษะการจัดการความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงวัย
ประมวลรายหัววิชาการสอน (Course syllabus)

.....

1. หัววิชาการสอน 005
2. ชื่อหัววิชาการสอน การฝึกปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการแสดงออกของผู้นำ (Practicum on leading behavior)
3. จำนวนชั่วโมง 27 ชั่วโมง ภาคทฤษฎี ภาคปฏิบัติ
4. หลักสูตรที่เปิดสอน การอบรมทักษะการจัดการความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงวัย
5. ปีที่เปิดสอน -
6. เจ้าของหลักสูตร คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

7. คำอธิบายรายหัววิชาการสอน (Course description)

ฝึกฝนทักษะรายบุคคล รายกลุ่ม ทั้งในกลุ่มเล็ก และในการศึกษาดูงาน และออกเยี่ยมชุมชน การนำการสนทนา การเป็นผู้นำและการเป็นส่วนหนึ่งของผู้นำด้านสุขภาพอนามัยในวิถีชีวิตประจำวัน เน้นพฤติกรรมแสดงออกของการเป็นผู้นำและการเป็นผู้ตามที่ดีและสร้างสรรค์

8. วัตถุประสงค์รายหัววิชาการสอน

ภายหลังสิ้นสุดการเรียนการสอน ผู้เข้ารับการอบรมจะมีความรู้ และทักษะดังต่อไปนี้

- 8.1 นำการสนทนา และเล่าเรื่องราวด้านสุขภาพได้อย่างกระจ่างแจ้ง
- 8.2 ทำการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์กับกลุ่มได้อย่างสร้างสรรค์
- 8.3 แสดงพฤติกรรมผู้นำ และผู้ตามได้เหมาะสมกับสถานการณ์
- 8.4 อาสาสมัคร ให้ความร่วมมือ เกื้อกูลสมาชิกในกลุ่ม

9. ความต้องการรายหัวข้อการสอน

9.1 ผู้เข้ารับการอบรม นำการเล่าเรื่อง แลกเปลี่ยนประสบการณ์ วิพากษ์ อภิปราย ประเด็น ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ พฤติกรรมอนามัย และการดำรงชีวิตประจำวัน

9.2 ฝึกพฤติกรรมกรเป็นผู้พูด ผู้ฟังที่ดี สร้างสรรค์ กล้าคิด กล้าทำ และกล้าปฏิเสธ

9.3 ประสานประโยชน์ ให้ความร่วมมือ แสดงออกในความเอื้ออาทรต่อผู้อื่น

10. เนื้อหารายหัวข้อการสอน

10.1 กรณีศึกษาจากการนำเสนอการเล่าเรื่องของผู้เข้ารับการอบรม

10.2 กรณีศึกษาจากกิจกรรมการศึกษาดูงานนอกสถานที่

10.3 กรณีศึกษาจากกิจกรรมการเยี่ยมบ้าน และสถานประกอบการของผู้เข้ารับการอบรม

11. กิจกรรมการปฏิบัติ

11.1 ขั้นนำเข้าสู่บทเรียน

ผู้สอนจัดสถานการณ์ให้ผู้เข้ารับการอบรมได้มีโอกาสฝึกปฏิบัติพฤติกรรมกรแสดงออกของ ผู้นำทั้งในกลุ่มเล็ก การศึกษาดูงานนอกสถานที่ และการไปเยี่ยมบ้าน และหรือสถานที่ประกอบการ

11.2 ขั้นฝึกปฏิบัติ

11.2.1 ผู้เข้ารับการอบรมนำเสนอ “การเล่าเรื่อง” เป็นรายบุคคล

11.2.2 ผู้เข้าอบรมแสดงความคิดเห็น สนทนา วิพากษ์ อภิปรายเชิงสร้างสรรค์ในขณะที่มี กิจกรรมการศึกษานอกสถานที่ การศึกษาดูงาน และการไปเยี่ยมบ้าน และหรือสถานที่ประกอบการ

11.2.3 ใช้ต้นทุนทางสังคมของผู้เข้าอบรมให้เป็นประโยชน์ด้วยการจัดแบ่งหน้าที่ความ รับผิดชอบภารกิจต่างๆ ในการศึกษาดูงานนอกสถานที่ และการไปเยี่ยมบ้าน ทั้งนี้ให้เป็นไปตามความถนัด และความสมัครใจของผู้เข้ารับการอบรม

11.2.4 ผู้เข้ารับการอบรมให้ข้อมูลย้อนกลับซึ่งกันและกันในพฤติกรรมกรแสดงออกของ ผู้นำ

11.3 ขั้นสรุป

ร่วมกันให้ข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะพฤติกรรมกรแสดงออกของกลุ่มเป็นครั้งคราวตามความ เหมาะสม

12. ใบบางที่ 5: ฝึกปฏิบัติพฤติกรรมกรแสดงออกของผู้นำ

ให้ผู้เข้ารับการอบรมจัดเตรียมเรื่องสำหรับนำเสนอ และอภิปราย รวมทั้งมีความตื่นตัวต่อ สถานการณ์รอบข้างที่จะมีผลต่อภาวะสุขภาพอนามัย

13. การประเมินผลการสอน

13.1 จากการอภิปรายร่วมกัน

13.2 จากการระดมสมอง ชักถาม และการวิพากษ์

13.3 จากการสรุปทเรียนรวบรวมไว้เป็นชุดความรู้ “ข้อคิด คำคม” (แสดงเป็นตัวอย่างไรในภาคผนวก ข)

ภาคผนวก ข

ข้อคิด คำคม

ข้อคิดคำคมชุดนี้รวบรวมได้จากการสนทนา เล่าเรื่อง และจากเอกสารที่มีการนำมา
เผยแพร่ ในการสนทนาแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในโครงการอบรมฯ

ข้อคิด คำคม

ร่างกาย

- สิ่งที่น่ามาซึ่งความร่ำรวยมั่งคั่งที่สุดของชีวิต คือสุขภาพที่แข็งแรง
- จิตใจที่ดีอยู่ในร่างกายที่แข็งแรง
- การมีสุขภาพแข็งแรง ไม่ใช่การไม่มีโรคร้ายใด ๆ แต่ผู้ที่มีสุขภาพแข็งแรง คือสามารถสร้าง
ความสมดุลอยู่กับโรคร้ายไข้เจ็บตามวัยได้อย่างสมดุล
- สุขภาพแข็งแรงหมายถึง 1) ความแข็งแรงของภูมิคุ้มกัน เสริมได้โดยกินข้าวกล้อง ผัก
ผลไม้สด 2) ความแข็งแรงของหลอดเลือดและหัวใจ เสริมสร้างโดยการออกกำลังกาย น้ำหนักเกินต้อง
ลดน้ำหนัก 3) ความแข็งแรงทางกายภาพ ทำได้โดยรักษาดัชนีมวลกายให้อยู่ในเกณฑ์ และ 4) ความ
แข็งแรงของสภาพจิตใจ หรืออารมณ์ที่มั่นคง เสริมสร้างได้โดยหาทางคลายเครียด ปรับพฤติกรรมและ
ความคิดให้เป็นเชิงบวก มองโลกอย่างเป็นจริงและสร้างสรรค์
- สุขภาพดี ดีกว่าสวยแล้วมีโรคร้ายไข้เจ็บ
- ถ้าจะสวยต้องมีเรือน 3 น้ำ 4 เรือน 3 คือเรือนผมสวยสะอาด เรือนร่างสมส่วนผ่องใส
เรือนขน จัดบ้านให้เรียบร้อยเป็นระเบียบ น้ำ 4 ได้แก่ น้ำใจดี น้ำคำ จริงใจ น้ำมือ ชยัน น้ำอดน้ำทน
คืออดทนต่อหน้าที่การงาน
- ไม่ขับถ่ายตอนเช้าจะเกิดอะไรขึ้น เท่าที่พบคือ ป้าย ๆ ง่วงนอน มีกลิ่นตัว กลิ่นปาก
ไม่สบายตัว หลง ๆ ลืม ๆ
- ลดสารตกค้างในผัก หมู ปลา ด้วยการล้างด้วยเกลือ สารส้ม น้ำชาข้าว หรือ
น้ำส้มสายชู
- งา คืออาหารต้านทานโรค
- ชามะละกอ คือมะละกอดิบต้มน้ำเดือดชงกับชา ใช้ดื่มล้างไขมันในลำไส้ได้
- ลูกเต๋อยแก่โรคเกาต์: กินน้ำลูกเต๋อย งดกินเครื่องในจะช่วยลดหินปูนตามข้อกระดูก
ต่างๆ ของร่างกาย ช่วยบรรเทาโรคเกาต์ได้
- เห็ด 3 อย่าง หรือ 3 ชนิด สดหรือแห้งก็ได้นำมาปรุงอาหารกินทั้งเนื้อเห็ด น้ำต้มเห็ด
ช่วยบำรุงตับ และลดอนุมูลอิสระ สารต้านอนุมูลอิสระ หรือเรียกง่าย ๆ ว่าตัวประจุไฟฟ้าลบ หาได้
จากการกินผัก ผลไม้ จิตใจสงบ ยึดมั่นทำดี มีครอบครัวอบอุ่น (สัมผัสบำบัด) ฟังดนตรี (ดนตรีบำบัด)
และเชื่อในสิ่งศักดิ์สิทธิ์

• ไม่กล้าไปโรงพยาบาล ไม่กล้าให้หมอตรวจ เพราะกลัวจะรู้ความจริงว่าตนเองป่วยเป็นโรคอะไร เราไม่ควรหนีความจริง แต่เราควรพยายามหนีความเจ็บป่วยมากที่สุด หากเจ็บป่วยแล้วต้องพบแพทย์ เพื่อหาสาเหตุและแก้ไขที่ต้นเหตุ

• ร่างกายจะแข็งแรง ถ้ารู้จักกินอาหารดี อากาศบริสุทธิ์ คำโต ๆ กินคำโต ๆ คือหายใจแรงลึก เร็วกว่าปกติ ซึ่งจะได้จากการออกกำลังกายที่จะทำให้หัวใจเต้นเร็วและหายใจแรง ๆ ลึก ๆ (เอก ธนะสิริ, 2530, หน้า43)

• ปอดเป็นู้ทำงานเพื่อฟอกโลหิตดำ (เสีย) ให้เป็นโลหิตแดง (ดี) การฟอกโลหิตถ้าใช้การออกกำลังกายประกอบเข้าไปอีกจะยิ่งทำให้ปอดขยายตัว ออกซิเจนเข้าไปในปอด ช่วยฟอกเลือดให้ดีขึ้น (เอก ธนะสิริ, 2530, หน้า 78)

- การเดินช่วยผ่อนคลายความเครียดได้
- ชอบทำงาน ทำแล้วแข็งแรง
- สาเหตุอายุยืน 5 ประการ (พุทธพจน์จากพระไตรปิฎก เล่ม 22, หน้า 126) คือ ทำความสบาย (อุกกรรม) แก่ตนเอง รู้จักประมาณสิ่งที่มีง่าย บริโภคสิ่งที่ย่อยง่าย เป็นผู้มีศีล และมีมิตรดีงาม
- การทำงาน ทำให้ไม่ป่วย
- การฝึกเกร็งและคลายกล้ามเนื้อ คือเทคนิคการผ่อนคลายความเครียดขณะฝึก จิตใจจะจดจ่อกับการคลายกล้ามเนื้อส่วนต่างๆ ลดการคิดฟุ้งซ่าน และวิตกกังวล จิตใจมีสมาธิ วิธีคลายกล้ามเนื้อเป็นดังนี้

มือและแขน: กำมือ เกร็งแขน แล้วคลาย

อก ไหล่ หลัง: หายใจลึก ๆ กลั้นไว้แล้วคลาย ยกไหล่สูงแล้วคลาย

หน้าท้องและก้น: เขม่วท้องแล้วคลาย ขมิบก้นแล้วคลาย

เท้าและขา: เขยียดขาตรง งอนิ้วเท้าแล้วคลาย เขยียดขา กระดกปลายเท้าแล้วคลาย

จิตสังคัม และจิตวิญญาน

- กรรมคือการกระทำ กฎแห่งกรรมคือทำดีได้ดี ทำชั่วได้ชั่ว
- จิตที่ฝึกให้สงบเป็นประจำคือ จิตที่มีพลัง
- การฝึกกายต้องเคลื่อนไหว แต่การฝึกจิตต้องทำให้จิตนิ่ง
- การปฏิบัติสมาธิต้องพยายามให้สัมพันธ์กับงานและชีวิตประจำวันที่เราทำอยู่
- การทำสมาธิ คือ ทำใจให้สบาย หนักแน่นมั่นคง วิธีทำ ทำจิตรับรู้ลมหายใจเข้า-ออก ไม่เกร็งปล่อยไปตามธรรมชาติ ทำบ่อย ๆ ประโยชน์ จิตสงบ มีพลัง สุขภาพดี
- พื้นฐานแห่งพลังสมาธิ มาจากอำนาจของศีล
- พื้นฐานของปัญญาที่แท้จริงมาจากอำนาจของสมาธิ

- ไม่มีอำนาจลึกลับอะไร เกินอำนาจจิตใจของคน
- หากชีวิตยังอยู่ อย่างทิ้งการทำบุญ และกำหนดลมหายใจ เข้า-ออก
- บ้านที่แสนสุขคือบ้านที่ใกล้ศาสนา
- ธรรมะ คือสิ่งที่จำเป็นสำหรับทุกชีวิต
- ความรัก สร้างชีวิต สร้างครอบครัว สร้างชาติ
- ควรมีเพื่อนฝูง มีกลุ่มที่ชอบในสิ่งเดียวกัน เช่นออกกำลังกาย และการสนทนาปราศรัย
- ไม่ควรใช้ชีวิตอย่างประมาท เพราะเหลือเวลาน้อยแล้ว สิ่งใดต้องการทำควรค่อย ๆ ทำ

อย่าผลัดวันประกันพรุ่ง

- ปรับคนอื่นปรับยาก ปรับตัวเราเอง เป็นสิ่งที่ดีที่สุด
- ผู้สูงอายุควรทำให้รู้จัก รอได้ ฟังได้ ซ้ำได้ จะได้อยู่อย่างมีความสุข ประเมินตนในทุก

ๆ ด้าน การทำงาน การรับประทานอาหาร การพักผ่อน และการออกกำลังกาย

- ให้ทำจิต ทุกอย่างให้อภัย ไม่คิดอิจฉาริษยา ไม่ยุแหย่ให้แตกแยก
- ขณะตื่นให้รู้ตัวตลอดเวลา
- ครอบครัวสำคัญ รักกัน ไม่ทะเลาะกัน ผูกพันกิจกรรมร่วมกัน สุขภาพจิตครอบครัว

นำสู่สุขภาพกายของคนในครอบครัว

- จิตใจดี ครอบครัวดี ควบคุมเบาหวานได้
- ลูก ๆ ประสบความสำเร็จ เพราะแม่ขยัน ประหยัดและเก็บออม
- ไม่เคยปล่อยเวลาให้ว่างเปล่า ภูมิใจลูกเรียนจบ คงเป็นบุญที่ช่วยตัวเองและขยันมา

ตลอด

- วิธีสอนที่ดีที่สุดคือการทำให้ดี
- สภาพจิตที่เป็นกุศล จะเป็นจิตที่มีพลัง

ภาคผนวก ค
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือวิจัย

1. รองศาสตราจารย์ ดร.บุญใจ ศรีสถิตยน์รากร คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
2. พันตำรวจตรีหญิง รศ. ดร.พวงเพ็ญ ชุมพรปาน ข้าราชการบำนาญ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
3. รองศาสตราจารย์ ดร.สุนุดรา ตะบูนพงศ์ คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม
4. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รวีวรรณ เผ่ากัณหา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี

ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาโครงสร้างหลักสูตร

1. รองศาสตราจารย์ ดร.กุลยา ตันติผลาชีวะ ข้าราชการบำนาญ
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
2. นางธชชล สิ้นธุระการ อดีตหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล
โรงพยาบาลกิโเลเมตร 10 อำเภอสัตหีบ
จังหวัดชลบุรี
3. พันตำรวจตรีหญิง รศ. ดร.พวงเพ็ญ ชุมพรปาน ข้าราชการบำนาญ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย