

# อภิธานการ



สำนักหอสมุด

รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของสมรรถนะในการสร้างความรู้ ของพยาบาลวิชาชีพ

ในโรงพยาบาลของรัฐซึ่งเป็นสมาชิกในเครือข่ายการจัดการความรู้

ด้านการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน เขตภาคเหนือของประเทศไทย

A Causal Relationship Model of Knowledge Productivity of Professional Nurses  
in Public Hospitals who were members of the knowledge management network  
for caring patients with Diabetes in the Northern Region of Thailand

ดร. อรรถไกร พันธุ์ภักดี

Attakrai Punpukdee, Ph.D. Hospital management

|                                |
|--------------------------------|
| สำนักหอสมุด มหาวิทยาลัยนเรศวร  |
| วันลงทะเบียน..... 21 ส.ค. 2558 |
| เลขทะเบียน..... 16821613       |
| เลขเรียกหนังสือ.....           |

RC  
660  
03525  
2558

คณะบริหารธุรกิจ เศรษฐศาสตร์ และการสื่อสาร

มหาวิทยาลัยนเรศวร

พ.ศ. 2558

รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของสมรรถนะในการสร้างความรู้ ของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลของรัฐ ซึ่งเป็นสมาชิกในเครือข่ายการจัดการความรู้ด้านการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน เขตภาคเหนือของประเทศไทย

A Causal Relationship Model of Knowledge Productivity of Professional Nurses in Public Hospitals who were members of the knowledge management network for caring patients with Diabetes in the Northern Region of Thailand

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาลักษณะของสมรรถนะในการสร้างความรู้ เพื่อพัฒนาและตรวจสอบความสอดคล้องระหว่างรูปแบบสมมุติฐานกับข้อมูลเชิงประจักษ์ของรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของสมรรถนะในการสร้างความรู้ ในเครือข่ายการจัดการความรู้การดูแลผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลของรัฐ เขตภาคเหนือของประเทศไทย

กลุ่มตัวอย่างของการวิจัย คือ พยาบาลวิชาชีพ ด้านการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ที่สังกัดโรงพยาบาลของรัฐ ในเขตภาคเหนือ 11 จังหวัด ของประเทศไทย จำนวน 87 โรงพยาบาล โดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) และเลือกตัวอย่างตามลำดับรายชื่อของแต่ละจังหวัด (Sampling frame) โดยได้แบบสอบถามตอบกลับที่สมบูรณ์จำนวน 212 คน คิดเป็นร้อยละ 78.5 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด

ข้อค้นพบงานวิจัยพบว่า ปัจจัยทุกตัวในโมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของสมรรถนะในการสร้างความรู้ อยู่ในระดับสูง (3.89) ผลการตรวจสอบความสอดคล้องของโมเดลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันของปัจจัยที่ศึกษาในงานวิจัยครั้งนี้ และโมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น มีความสอดคล้องกับข้อมูลประจักษ์ตามเกณฑ์ดัชนีชี้วัดความสอดคล้องอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P\text{-value} = 0.444$ ;  $CMIN/DF = 1.010$ ;  $GFI = 0.91$ ;  $AGFI = 0.88$ ;  $RMSEA = 0.004$ ;  $TLI = 0.979$ ;  $CFI = 0.982$ ) ซึ่งสามารถสรุปได้ว่า รูปแบบองค์ประกอบปัจจัยสมรรถนะในการสร้างความรู้สอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์

จึงมีข้อเสนอแนะว่า ผู้บริหารที่เกี่ยวข้องกับการกำหนดนโยบายหลักของโรงพยาบาล ควรสนับสนุนให้พยาบาลวิชาชีพนำความรู้ที่เรียนรู้หรือได้รับการถ่ายทอดมา ไปปรับใช้และพัฒนาการทำงานให้มีประสิทธิภาพขึ้นและเห็นเป็นรูปธรรม และสนับสนุนให้พยาบาลวิชาชีพที่ให้การดูแลผู้ป่วยเบาหวานในโรงพยาบาลให้ติดต่อประสานงานกันอย่างต่อเนื่อง เพื่อแลกเปลี่ยนองค์ความรู้ระหว่างกันทั้งในโรงพยาบาลและระหว่างโรงพยาบาล

คำสำคัญ : สมรรถนะในการสร้างความรู้/ ทุมนมนุษย์ / ผู้ป่วยเบาหวาน / ศักยภาพการเรียนรู้

Abstract

The aims of this research were 1) to study the characteristics of knowledge productivity and develop a causal relationship model among social capital, Human capital factors, and Absorptive capacity that affected knowledge productivity of Professional nurses who were the members of the network for caring patients with diabetes in public hospitals in the northern region of Thailand, and 2) to examine the concordance between a hypothetical model and a real condition.

The samples of this study, received from each province through the simple random sampling technique, were professional nurses involved in caring patients with diabetes in public hospitals in the northern region of Thailand. The samples were listed in order according to particular provinces. 212 completed questionnaires were received (Response rate 78.5%).

The findings of the study revealed that 1) all factors of the causal relationship model on Knowledge management innovation capability model were at a high level. 2) Regarding the analysis of linear structure of the causal relationship model found that the constructed model was in accordance with the empirical data ( $P\text{-value} = 0.444$ ;  $CMIN/DF = 1.010$ ;  $GFI = 0.91$ ;  $AGFI = 0.88$ ;  $RMSEA = 0.004$ ;  $TLI = 0.979$ ;  $CFI = 0.982$ ).

Suggestion that Hospital manager should support using knowledge from knowledge sharing each member in Diabetes Community of Practices in their diabetes patients' caring tasks.

KEYWORDS : KNOWLEDGE PRODUCTIVITY/ HUMAN CAPITAL/ DIABETIC PATIENT/ ABSORPTIVE CAPACITY



## บทที่ 1

### บทนำ

#### ความสำคัญของปัญหา

เบาหวาน เป็นหนึ่งในกลุ่มโรคเรื้อรังไม่ติดต่อที่สำคัญในลำดับต้นๆ ที่สร้างปัญหาสุขภาพต่อประชากรทุกภูมิภาคของประเทศไทย ส่งผลกระทบต่อการจัดการระบบสุขภาพของโรงพยาบาลเป็นอย่างมาก (ปรีชา เปรมปรี และคณะ, 2553: 2-5) โดยเฉพาะประชากรที่อาศัยในเขตภาคเหนือ มีอัตราการป่วย 521.66 ต่อประชากรแสนคน แนวโน้มขนาดของปัญหาดังกล่าวได้เพิ่มสูงขึ้น จากผลการสำรวจในปี 2555 ผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยรายใหม่ อุบัติการณ์ 552.39 ต่อประชากรแสนคน ความชุก 2,800.80 ต่อประชากรแสนคน พบว่า ผู้ป่วยมีแนวโน้มสูงขึ้น เพศหญิงมีสัดส่วนผู้ป่วยมากกว่าเพศชาย ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยสูงอายุ คาดการณ์ว่าผู้ป่วยเบาหวานในภาคเหนือของประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น (Annual Epidemiological Surveillance Report, 2012) สถานการณ์เหล่านี้ได้ส่งผลกระทบโดยตรงต่อการให้บริการสุขภาพของโรงพยาบาลในเขตภาคเหนือเป็นอย่างมาก (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2549) จนสร้างปัญหาการรับบริการและให้บริการที่ไม่สมดุลกัน ผู้ป่วยรู้สึกไม่พอใจจากการรอรับบริการเป็นเวลานาน บุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลต้องรับภาระงานที่หนักเกิน และสร้างปัญหาในการบริหารทรัพยากรและงบประมาณของโรงพยาบาลเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะผู้ป่วยเรื้อรังอย่างเบาหวาน (ชวนชม ภวธรนยา, 2553: 1-2) จากปัญหาเหล่านี้เองทำให้ผู้บริหารโรงพยาบาลของรัฐและหน่วยบริการสุขภาพในระดับต่างๆ ได้เร่งปรับปรุงการจัดการระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน และสนับสนุนให้มีการปรับเปลี่ยนบทบาทของทีมเบาหวานจากเดิมที่เน้นเชิงรับ คือ มุ่งแต่การรักษา ให้มาเป็นเชิงรุกที่เน้นการส่งเสริมสนับสนุนและเฝ้าระวังต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยมากขึ้น มีการพัฒนาทักษะความรู้บุคลากรในทีมเบาหวานโดยการเรียนรู้ ผ่านประสบการณ์การทำงาน หรือ “ความรู้ปฏิบัติ” มากขึ้น (ยุวณุช ทินนะลักษณ์, 2550: 30-37) นอกจากนี้แล้ว ได้เกิดการรวมกลุ่มกันเป็นทีมการจัดการความรู้ด้านการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน และขยายเป็นชุมชนแห่งการเรียนรู้ เกิดการระดมความคิด การแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ระหว่างทีมเบาหวานของโรงพยาบาล รวมถึงการนำแนวคิดการสร้างเครือข่ายการจัดการความรู้และถ่ายทอดความรู้จากระดับโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลประจำจังหวัด เชื่อมโยงต่อไปยังเครือข่ายในระดับท้องถิ่นและประชากร เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ระหว่างกัน (กรรณิการ์ เจริญฤทธิ์ และคณะ, 2555) โดยมีเป้าหมายเพื่อยกระดับคุณภาพของระบบสุขภาพด้านการดูแลรักษาเบาหวานทั้งระบบให้มีประสิทธิภาพขึ้น (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2554: 19-27) หรือที่เรียกว่า “การจัดการเบาหวานแบบบูรณาการ” (เทพ หิมะทองคำ, 2552: 18-21)

ระบบการเรียนรู้ด้านการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน หรือการเรียนรู้จากการปฏิบัตินั้น เป็นส่วนสำคัญของการจัดการเบาหวานแบบบูรณาการ (เทพ หิมะทองคำ, 2552: 18-21) ซึ่งเป็นกระบวนการของการเรียนรู้จากการแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ด้านการดูแลผู้ป่วยเบาหวานระหว่างบุคลากรสหวิชาชีพที่ดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวาน (ทีมเบาหวาน) (เทพ หิมะทองคำ, 2552: 18-21) เครือข่ายการจัดการความรู้ด้านการดูแลผู้ป่วยเบาหวานได้ถูกก่อตั้งขึ้น เพื่อเป็นศูนย์กลางที่ทีมเบาหวานของโรงพยาบาลที่เป็นสมาชิกของเครือข่ายได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์การทำงาน และบทเรียนจากการทำงานทั้งที่ประสบความสำเร็จหรือล้มเหลว รวมถึงช่วยกันพัฒนาแนวทางการแก้ไขปัญหาด้านการดูแลผู้ป่วยเบาหวานระหว่างกัน โดยมีเป้าหมายสำคัญร่วมกันเพื่อพัฒนาแนวทางด้านการดูแลผู้ป่วยเบาหวานให้มีประสิทธิภาพขึ้น ผู้ป่วย



เบาหวานได้รับการรักษาที่มีคุณภาพ มีสุขภาพที่ดีขึ้นทั้งกายและใจ (กรรณิการ์ เจิงยุทธ์ และคณะ, 2555) ด้วยเหตุผลดังกล่าวนี้ นับได้ว่าระบบการเรียนรู้ด้านการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ผ่านกิจกรรมแลกเปลี่ยนความรู้และพัฒนาศักยภาพการเรียนรู้ในเครือข่ายฯ ได้เป็นการจัดการความรู้ที่ครบขั้นตอน ตั้งแต่การระบุถึงความรู้ที่ตนเองมีอยู่ ความรู้ที่ต้องการจะเรียนรู้อันค้นหาความรู้จากแหล่งความรู้ที่พร้อมจะแบ่งปัน การเรียนรู้ทำความเข้าใจ การสร้างองค์ความรู้ที่เหมาะสมกับบริบทการทำงานของตน และการนำความรู้ดังกล่าวไปใช้ได้จริงในทางปฏิบัติ จนเกิดประโยชน์อย่างแท้จริงต่อโรงพยาบาลและผู้ป่วยเบาหวาน (อรรถไกร พันธุ์รักดี, 2556, 2557)

ในการพัฒนาความรู้และทักษะต่างๆของพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งเป็นบุคลากรทางการแพทย์ที่สำคัญในทีมเบาหวานอย่างต่อเนื่องนั้น เป็นไปตามแนวคิดที่ว่าพยาบาลวิชาชีพมีความจำเป็นที่ต้องพัฒนาทักษะ ความรู้ และความสามารถของตนเองในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานอย่างต่อเนื่อง ให้สอดคล้องกับสถานการณ์ของโรคเบาหวานที่รุนแรงและซับซ้อนขึ้นกว่าในอดีต พยาบาลวิชาชีพจะสามารถนำความรู้ดังกล่าวไปใช้ประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานได้อย่างมีประสิทธิภาพได้ (อรรถไกร พันธุ์รักดี, 2556, 2557) ดังนั้นการพัฒนาองค์ความรู้ ความสามารถจากการศึกษาวิจัยหรืออาศัยประสบการณ์การทำงานของตนเองภายในโรงพยาบาลคงไม่เพียงพอ อาจต้องใช้เวลาหรืองบประมาณจำนวนมากในการที่จะพัฒนาองค์ความรู้ใหม่ๆ ให้เกิดขึ้น ซึ่งระบบบริการสุขภาพไม่สามารถรอเวลา หรือการลองผิดลองถูกได้ ดังนั้นแนวคิดในการค้นหาและเรียนรู้ความรู้จากภายนอกโรงพยาบาล เพื่อมาเสริมกับความรู้เดิมที่มีอยู่แล้ว ผ่านการแลกเปลี่ยนความรู้กับบุคลากรทางการแพทย์ของโรงพยาบาลอื่นได้เกิดขึ้น ซึ่งเป็นที่รู้จักกันว่า สมรรถนะในการสร้างความรู้ (Knowledge productivity) ภายใต้มุมมอง “นวัตกรรมทางความรู้แบบเปิด” (Open Innovation) (Chesbrough, H., Vanhaverbeke, W. & West, J., 2008; Chesbrough, H.W., 2003; King, A.A. & Lakhani, K.R., 2011; Lichtenthaler, U. & Lichtenthaler, E., 2009; Vanhaverbeke, W., Van de Vrande, V. & Cloodt, M., 2008; พันธพงศ์ ตั้งธีระสุนันท์, 2552)

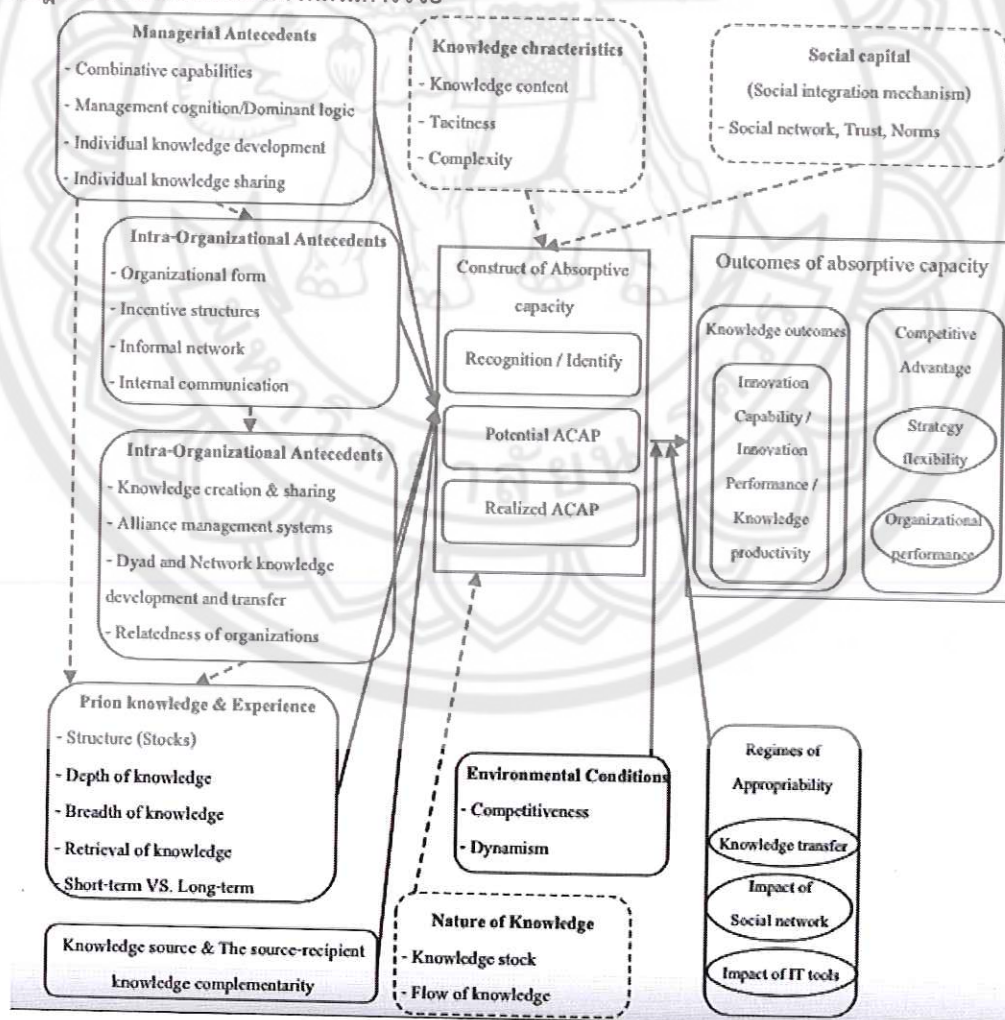
เพื่อช่วยให้พยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยเบาหวาน สามารถเรียนรู้จากประสบการณ์การทำงานของบุคลากรโรงพยาบาลอื่นที่ประสบความสำเร็จ สามารถต่อยอดหรือปรับปรุงความรู้ดังกล่าว ให้สามารถนำมาปรับใช้กับบริบทโรงพยาบาลของตนเองได้ทันที โดยไม่ต้องนับเริ่มต้นใหม่ และป้องกันไม่ให้เกิดการทำผิดพลาดซ้ำ ในช่วง 20 ปีที่ผ่านมา มีการวิจัยในลักษณะนี้อยู่บ้าง โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นบุคลากรในสถาบันการศึกษาและองค์กรธุรกิจต่างๆ อย่างไรก็ตามกลับยังมีการศึกษากลุ่มตัวอย่างที่ทำงานในโรงพยาบาลน้อยมาก นอกจากนี้งานวิจัยที่กล่าวมานั้นเกือบร้อยละ 92.3 ของงานวิจัยทั้งหมดที่พบ ล้วนเป็นการวิจัยในต่างประเทศ โดยเฉพาะในประเทศสหรัฐอเมริกาและสหราชอาณาจักร และงานวิจัยเกือบจะทั้งหมดไม่พบว่างานวิจัยเชิงปริมาณที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มตัวอย่างในชุมชนการปฏิบัติในภาคบริการสุขภาพอย่างเช่น โรงพยาบาลจากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าว ของลี (Li) จัดทำขึ้นในปี ค.ศ. 2009 โดยศึกษางานวิจัยต่างๆในช่วงปี ค.ศ. 1900-2008 (Li, L.C. et al., 2009a: 11; 2009b: 1-9) ในขณะที่การค้นคว้างานวิจัยในประเทศไทยที่เกี่ยวข้องกับเบาหวาน ผ่านฐานข้อมูลวิจัยในประเทศไทย พบว่าจำนวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับเบาหวาน 931 เรื่อง แต่เกือบทั้งหมดของงานวิจัยดังกล่าวเป็นการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับเวชปฏิบัติด้านเบาหวาน ส่วนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการความรู้ด้านเบาหวานนั้นมีน้อยมาก ยกตัวอย่างเช่น การศึกษาผ่านโครงการการจัดการความรู้แบบบูรณาการ กรณีเบาหวานและความดันโลหิตสูง ของอนุวัฒน์และคณะ (2553) (อนุวัฒน์ ศุภชิตกุล และคณะ, 2553) ในส่วนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพยาบาลวิชาชีพซึ่งเป็นสมาชิกในเครือข่ายการจัดการความรู้หรือชุมชนการปฏิบัติ ยังมีการศึกษาอยู่น้อยมาก เช่น งานวิจัยของ คงขวัญ บุญยรักษ์ และอารีวรรณ อ่วมตานี โดยเป็นการวิจัยเชิงคุณภาพประสบการณ์การมีส่วนร่วมในชุมชนนักปฏิบัติเพื่อพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งผลการศึกษานี้ได้ชี้ให้เห็นความสำคัญอย่างยิ่งของการร่วมมือกันเป็นเครือข่ายการจัดการความรู้ของพยาบาลวิชาชีพว่ามีประโยชน์ต่อทั้งโรงพยาบาล คุณภาพการให้บริการ และผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วย นอกจากนี้ยังชี้ให้เห็นว่า ผู้บริหารโรงพยาบาลต้องให้ความสำคัญและสนับสนุนส่งเสริมการพัฒนาศักยภาพของพยาบาลวิชาชีพที่สังกัดในโรงพยาบาลของตนเอง ผ่านการร่วมมือกันในกลุ่มของเครือข่ายการจัดการความรู้หรือชุมชนนักปฏิบัติ โดยผู้บริหารควรให้การสนับสนุนทั้งด้านการประสานงานแหล่งความรู้ เวลา สถานที่ งบประมาณ และเทคโนโลยีสารสนเทศ อย่างไรก็ตามเนื่องจากการวิจัยดังกล่าวเป็นการวิจัยในเชิงคุณภาพ ไม่สามารถใช้ในการอ้างอิงประชากรส่วนใหญ่ได้ การที่จะศึกษาเพื่อขยายกลุ่มประชากรที่ศึกษาให้กว้างขึ้น จำเป็นที่ต้องศึกษาวิจัยเชิงปริมาณ และควรมีการวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาทักษะและศักยภาพของพยาบาลวิชาชีพที่เข้าร่วมเครือข่ายในลำดับต่อไป (คงขวัญ บุญยรักษ์ และ อารีวรรณ อ่วมตานี, 2553: 64-77) นอกจากนี้แล้ว การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับเครือข่ายหรือชุมชนการปฏิบัติของบุคลากรในโรงพยาบาลพบว่ามียุทธศาสตร์ต่อการเพิ่มประสิทธิภาพในการให้บริการด้านสุขภาพแก่ผู้ป่วยอีกด้วย (Ranmuthugala, G., et al., 2011: 1-



6) ในขณะที่การศึกษาของ อรรถไกร พันธุ์ศักดิ์ (2556, 2557) ที่ศึกษารูปแบบความสัมพันธ์เชิงสามารเหตุความสามารถในการสร้างนวัตกรรมทางความรู้ของสมาชิกในทีมสหวิชาชีพด้านสุขภาพที่ให้การดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ยังเสนอแนะว่า ทุนมนุษย์อาจมีอิทธิพลสำคัญต่อการพัฒนาศักยภาพการเรียนรู้ที่นำไปสู่การพัฒนสมรรถนะในการสร้างความรู้ (Knowledge productivity) ได้

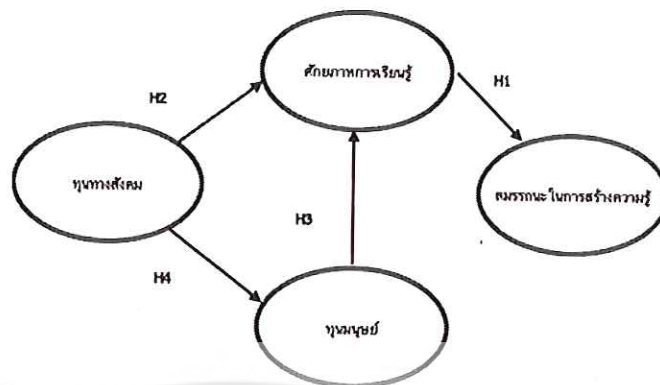
ด้วยเหตุผลดังกล่าวข้างต้น ทำให้เห็นความสำคัญของการศึกษาความสามารถในการสร้างนวัตกรรมทางความรู้ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลของรัฐ ซึ่งเป็นสมาชิกในเครือข่ายการจัดการความรู้ด้านการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน รวมถึงการค้นหปัจจัยที่เป็นสาเหตุและองค์ประกอบของปัจจัยเหล่านั้น ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้เลือกศึกษาพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลของรัฐ ซึ่งเป็นสมาชิกในเครือข่ายการจัดการความรู้ด้านการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ในเขตภาคเหนือของประเทศไทย ซึ่งถือว่าเป็นเครือข่ายการจัดการความรู้ที่มีความเข้มแข็งและประสบความสำเร็จ อีกทั้งพยาบาลวิชาชีพถือว่าเป็นบุคลากรทางการแพทย์ที่สำคัญอย่างยิ่งต่อการพัฒนาความรู้ด้านการดูแล และประสิทธิภาพการให้บริการสุขภาพแก่ผู้ป่วยเบาหวาน ผลการวิจัยครั้งนี้จะช่วยสร้างประโยชน์และเป็นแนวทางสำคัญในการพัฒนาความสามารถในการสร้างนวัตกรรมทางความรู้ รวมถึงพัฒนาประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพด้านการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน และที่สำคัญจะเป็นประโยชน์อย่างมากต่อผู้บริหารโรงพยาบาลที่จะนำผลการวิจัยครั้งนี้ไปใช้เป็นข้อมูลสำคัญในการวางแผนพัฒนาศักยภาพพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลของตนเองได้อย่างเหมาะสม โดยผู้วิจัยได้พัฒนาและทดสอบโมเดลเชิงสาเหตุภายใต้กรอบแนวคิดทฤษฎีศักยภาพการเรียนรู้ (Absorptive capacity Theory) (Todorova, G., & Durisin, B., 2007) เป็นกรอบทฤษฎีหลัก โดยมีทุนทางสังคม (Social capital) เป็นตัวกระตุ้นทางสังคม (Social integration mechanism) และทุนมนุษย์ (Human capital) เป็นปัจจัยภายในองค์กรที่มาก่อน (Intra-Organizational antecedents)

กรอบทฤษฎีที่ใช้พัฒนาเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย





## กรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบทฤษฎีที่ใช้พัฒนาเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย และกรอบแนวคิดในการวิจัย

ผู้วิจัยใช้ทฤษฎีศักยภาพการเรียนรู้ (Absorptive capacity Theory) เป็น กรอบทฤษฎีหลักเพื่อสร้างกรอบแนวคิดการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยยังนำทฤษฎีอื่นมาช่วยในการอธิบายกรอบแนวคิดการวิจัยให้ชัดเจนขึ้น ได้แก่ ทฤษฎีการเรียนรู้จากสถานการณ์แวดล้อมบนพื้นฐานแนวคิดชุมชนการปฏิบัติ (Situating Learning Theory based on Network Community of Practice) ตามแนวคิดของเลฟ (Lave) และเวงเกอร์ (Wenger) (Lave, J. & Wenger, E., 1991: 14, 37, 98) ช่วยให้เข้าใจบริบทของเครือข่ายการจัดการความรู้ด้านการดูแลผู้ป่วยเบาหวานได้อย่างชัดเจนขึ้นว่า มีองค์ประกอบสำคัญๆ ไต่บ้าง กิจกรรมการจัดการความรู้หรือการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เป็นเช่นไร รวมถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่างๆ โดยทฤษฎีดังกล่าวช่วยตีกรอบความคิดของงานวิจัยนี้ได้ชัดเจนขึ้นว่า เครือข่ายามีปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องกับปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ที่ช่วยยึดเหนี่ยวสมาชิกในเครือข่ายเข้าด้วยกัน เกิดการแลกเปลี่ยนความรู้ระหว่างกันอันนำไปสู่การสร้างเสริมศักยภาพในการสร้างความรู้ใหม่หรือต่อยอดความรู้เดิม จนสามารถนำไปสู่การสร้างนวัตกรรมทางความรู้ที่เหมาะสมกับบริบทการทำงานและเกิดประโยชน์ต่อทั้งตัวสมาชิกในเครือข่ายและโรงพยาบาลต้นสังกัด โดย 3 ทฤษฎีที่ใช้ในการอธิบายกรอบแนวคิดการวิจัยครั้งนี้

2.1 ทฤษฎีการเรียนรู้จากสถานการณ์แวดล้อมบนพื้นฐานแนวคิดชุมชนการปฏิบัติ (Situating Learning Theory based on Network Community of Practice) ตามแนวคิดของเลฟ (Lave) และเวงเกอร์ (Wenger) (Lave, J. & Wenger, E., 1991: 14-98) เพื่ออธิบายให้เห็นว่า เครือข่ายการจัดการความรู้หรือชุมชนการปฏิบัตินั้น เกี่ยวข้องกับปฏิสัมพันธ์ทางสังคมระหว่างสมาชิก การมีส่วนร่วมในกิจกรรมการแลกเปลี่ยนความรู้ (Sawng, Y.W., Kim, S.H. & Han, H.S., 2006: 241-261) การใช้ทรัพยากร (Intangible resource) ร่วมกันโดยเฉพาะความรู้ (Knowledge) การบูรณาการทำงาน ประสบการณ์การเรียนรู้และการสร้างนวัตกรรมทางความรู้ ให้รวมเป็นหนึ่งเดียวกัน (Brown, J.S. & Duguid, P., 1991: 40-57, 2001: 198-213; Lave, J. & Wenger, E., 1991: 14- 98; Wenger, E., 1998: 3- 45; Wenger, E., McDermott, R.A. & Snyder, W., 2002: 1-112; Wenger, E. & Synyder, W.M., 2000: 139-146) ทฤษฎีดังกล่าว ทำให้เห็นความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในเครือข่ายเกี่ยวข้องกับทุนทางสังคม ที่เปรียบเสมือนกาวหรือสิ่งที่ยึดโยงสมาชิกในเครือข่ายเข้าไว้ด้วยกัน ทำกิจกรรมด้วยกันด้วยความไว้วางใจที่มีต่อกัน การมีเป้าหมายเดียวกัน (Chaminade, C. & Roberts, H., 2002: 8-16; Lesser, E. & Prusak, L., 2000: 251-259; Lesser, E. & Everest, K., 2001: 37-42; Wenger, E., 1991: 14-98; Wenger, E., McDermott, R.A. & Snyder, W., 2002: 1-112) ช่วยในการสร้างนวัตกรรมทางความรู้หรือการต่อยอดความรู้ใหม่ (Brown, J.S. & Duguid, P., 1991: 40-57, 2001: 198-213) ผลักดันให้เกิดการพัฒนาด้านการเรียนรู้และประยุกต์ใช้ความรู้ หรือพัฒนาศักยภาพการเรียนรู้ (Cadiz, D., Sawyer, J.E. & Griffith, T.L., 2009: p. 1035-1058) และส่งเสริมให้เกิดการแลกเปลี่ยนแบ่งปันความรู้ระหว่างกัน (Zboralski, K., 2009: 90-101)

2.2 ทฤษฎีศักยภาพการเรียนรู้ (Absorptive capacity Theory) ตามแนวคิดของโทโดโรวา (Todorova) และดูริซิน (Durisin) (Todorova, G. & Durisin, B., 2007: 774-786) ซึ่งเป็นทฤษฎีแกนหลักในการอธิบายกรอบแนวคิดการวิจัยครั้งนี้ ทฤษฎีดังกล่าวช่วยอธิบายความสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับศักยภาพการเรียนรู้ อันมีอิทธิพลต่อความสามารถในการสร้างนวัตกรรมทางความรู้ ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยไม่ได้เลือกศึกษาทุกปัจจัยของทฤษฎีดังกล่าว แต่เลือกศึกษาปัจจัยความสามารถในการสร้างนวัตกรรมทางความรู้ ซึ่งเป็นปัจจัยผลลัพธ์ของปัจจัยศักยภาพการเรียนรู้ และปัจจัยที่เป็นตัวขับเคลื่อนทางสังคมที่ช่วยให้เกิดการไหลของความรู้ (Social Integration Mechanism) ซึ่งเป็นปัจจัยดังกล่าวถูกอธิบายไม่ละเอียดชัดเจนมากนักภายใต้กรอบทฤษฎีศักยภาพการเรียนรู้ แต่มีส่วนสำคัญอย่างยิ่งในบริบทที่ผู้วิจัยเลือกศึกษา คือ



ศักยภาพการเรียนรู้ภายในเครือข่ายการจัดการความรู้หรือชุมชนการปฏิบัติ ซึ่งตัวขับเคลื่อนทางสังคมที่ช่วยให้เกิดการไหลของความรู้ (Social Integration Mechanism) หรือทุนทางสังคม (จะขอกล่าวในทฤษฎีถัดไป) ได้ส่งผลการแลกเปลี่ยนความรู้ระหว่างสมาชิกในเครือข่ายฯ และช่วยพัฒนาศักยภาพการเรียนรู้ในเวลาเดียวกัน และทุนมนุษย์ (Human capital) เป็นปัจจัยภายในองค์กรที่มาก่อน (Intra-Organizational antecedents)

2.3 ทฤษฎีทุนทางสังคม (Social capital Theory) ตามแนวคิดของนาฮาเพท (Nahapiet) และโกซอล (Ghoshal) (Nahapiet, J. & Ghoshal, S., 1997: 35-39, 1998: 242-266) 1) ผู้วิจัยได้ใช้ทฤษฎีทุนทางสังคม เพื่อเป็นกรอบอธิบายว่าทุนทางสังคม เปรียบเสมือนตัวขับเคลื่อนทางสังคมที่ช่วยให้เกิดการไหลของความรู้ (Social Integration Mechanism) ซึ่งเป็นปัจจัยที่เกิดขึ้นก่อนหน้าปัจจัยศักยภาพการเรียนรู้ ภายใต้กรอบทฤษฎีศักยภาพการเรียนรู้ (Absorptive capacity Theory) ที่กล่าวไปก่อนหน้านี้ 2) นอกจากนี้แล้ว ผู้วิจัยยังได้ใช้ทฤษฎีทุนทางสังคม เพื่อเป็นกรอบอธิบายว่าทุนทางสังคมเปรียบเสมือนปัจจัยแรงจูงใจภายใน (Intrinsic Motivators) ที่มีอิทธิพลต่อการแลกเปลี่ยนความรู้สมาชิกในเครือข่าย และ 3) ทุนทางสังคม ยังมีอิทธิพลทางอ้อมไปยังปัจจัยส่งผ่านอื่นอันส่งผลกระทบต่อความสามารถในการสร้างนวัตกรรมทางความรู้ สอดคล้องกับผลการวิจัยของคริสตินา ชามิเนท (Cristina Chaminade) และคณะ รวมถึงผลการวิจัยของชาง (Chang) และชุง (Chuang) ที่กล่าวว่า “ทุนทางสังคม คือ ตัวขับเคลื่อนขั้นดี (Good mechanism) ในการสร้างศักยภาพการเรียนรู้ และเป็นปัจจัยแรงจูงใจภายในต่อการแลกเปลี่ยนความรู้ ที่นำไปสู่ความสามารถในการสร้างนวัตกรรมทางความรู้ให้เกิดขึ้นกับองค์กร” (Chaminade, C. & Roberts, H., 2002: 8-27; Chang, H.H. & Chuang, S.S., 2011: 9-18)

2.4 ทฤษฎีทุนมนุษย์ (Human Capital) อาศัยทฤษฎีทุนมนุษย์ ตามแนวคิดของนาฮาเพทและโกซอล (Nahapiet, J. & Ghoshal, S., 1997) มาช่วยอธิบายว่า ความรู้ต่างๆภายในองค์กรเกิดจากการ บูรณาการระหว่างความรู้ภายนอกและความรู้เดิมที่องค์กรมีอยู่ ซึ่งก็คือ ปัจจัยที่ฝังอยู่ในตัวของพยาบาลวิชาชีพ โครงสร้างองค์กรที่พยาบาลวิชาชีพทำงานอยู่ และความสัมพันธ์ภายในองค์กรระหว่างพยาบาลวิชาชีพกับเพื่อนร่วมงาน ที่ส่งผลกระทบต่อพัฒนาศักยภาพการเรียนรู้

#### คำถามการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มุ่งศึกษารูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของสมรรถนะในการสร้างความรู้ ในเครือข่ายการจัดการความรู้ การดูแลของพยาบาลวิชาชีพในสังกัดโรงพยาบาลของรัฐ เขตภาคเหนือของประเทศไทย โดยมีคำถามการวิจัย ดังนี้

1. ลักษณะสมรรถนะในการสร้างความรู้ ในเครือข่ายการจัดการความรู้ การดูแลของพยาบาลวิชาชีพในสังกัดโรงพยาบาลของรัฐ เขตภาคเหนือของประเทศไทยเป็นอย่างไร
2. รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของสมรรถนะในการสร้างความรู้ ในเครือข่ายการจัดการความรู้ การดูแลของพยาบาลวิชาชีพในสังกัดโรงพยาบาลของรัฐ เขตภาคเหนือของประเทศไทย ที่สร้างขึ้นภายใต้กรอบทฤษฎีและแนวคิดที่เกี่ยวข้องมีความสอดคล้องกับสภาพความเป็นจริงในเครือข่ายการจัดการความรู้ การดูแลผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลของรัฐ เขตภาคเหนือของประเทศไทยหรือไม่อย่างไร

#### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาลักษณะของสมรรถนะในการสร้างความรู้ ในเครือข่ายการจัดการความรู้ การดูแลของพยาบาลวิชาชีพในสังกัดโรงพยาบาลของรัฐ เขตภาคเหนือของประเทศไทย
  - 1.1 วิเคราะห์ค่าสถิติพื้นฐานของตัวแปรสังเกตได้ของสมรรถนะในการสร้างความรู้
  - 1.2 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสังเกตได้ที่ใช้วัดสมรรถนะในการสร้างความรู้
  - 1.3 วิเคราะห์องค์ประกอบของสมรรถนะในการสร้างความรู้
2. เพื่อพัฒนาและตรวจสอบความสอดคล้องระหว่างรูปแบบสมมุติฐานกับสภาพความเป็นจริงของรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของสมรรถนะในการสร้างความรู้ ในเครือข่ายการจัดการความรู้ การดูแลผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลของรัฐ เขตภาคเหนือของประเทศไทย
  - 2.1 วิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของตัวแปรต่างๆที่ใช้ในการพัฒนารูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของสมรรถนะในการสร้างความรู้
  - 2.2 วิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันปัจจัยต่างๆในรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของสมรรถนะในการสร้างความรู้
  - 2.3 วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าสถิติของรูปแบบเชิงสมมุติฐานกับข้อมูลเชิงประจักษ์



2.4 วิเคราะห์อิทธิพลระหว่างตัวแปรรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสมรรถนะในการสร้างความรู้ ที่ประกอบด้วย ทักษะสังคม ทักษะมนุษย์ และศักยภาพการเรียนรู้

### สมมุติฐานของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีสมมุติฐานของการวิจัยดังนี้

สมมุติฐานข้อที่ 1: ศักยภาพการเรียนรู้มีอิทธิพลทางตรงในทิศทางบวกต่อสมรรถนะในการสร้างความรู้

สมมุติฐานข้อที่ 2: ทักษะสังคมมีอิทธิพลทางตรงในทิศทางบวกต่อศักยภาพการเรียนรู้

สมมุติฐานข้อที่ 3: ทักษะมนุษย์มีอิทธิพลทางตรงในทิศทางบวกต่อศักยภาพการเรียนรู้

สมมุติฐานข้อที่ 4: ทักษะสังคมมีอิทธิพลทางตรงในทิศทางบวกต่อทักษะมนุษย์

### ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยพรรณนาหาความสัมพันธ์ (Correlational descriptive research design) ในรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ (Causal relationship modeling) ที่ประกอบด้วยรูปแบบการวัด (Measurement Model) และรูปแบบโครงสร้าง (Structural Model) ในการศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วยตัวแปรทั้งหมด 4 ตัวแปร คือ สมรรถนะในการสร้างความรู้ ทักษะสังคม ทักษะมนุษย์ และศักยภาพการเรียนรู้ โดยตัวแปรแต่ละตัวมีความสัมพันธ์และมีอิทธิพลต่อกัน นอกจากนี้ยังประกอบไปด้วยตัวแปรสังเกตได้ ที่แสดงถึงการวัดตัวแปรแฝงในรูปแบบดังกล่าว ซึ่งในการสร้างรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ ได้นำไปสู่การพัฒนารูปแบบเชิงสมมุติฐานการวิจัย (Hypothesis Model) ต่อไป

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในสังกัดโรงพยาบาลของรัฐเขตพื้นที่สาธารณสุขภาคเหนือ ตามเกณฑ์การแบ่งของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นสมาชิกในเครือข่ายการจัดการความรู้ด้านการดูแลผู้ป่วยเบาหวานรวม 8 จังหวัด (พิษณุโลก แพร่ พิจิตร อุตรดิตถ์ สุโขทัย ลำปาง เพชรบูรณ์ และกำแพงเพชร) ที่ประกอบด้วยโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ตติยภูมิ และปฐมภูมิ โดยมีจำนวนประชากรในการศึกษาค้นครั้งนี้รวมทั้งสิ้น 250 คน มีระยะเวลาในการศึกษาตั้งแต่วันที่ 1 กรกฎาคม 2557 ถึงวันที่ 31 สิงหาคม 2557

### ข้อจำกัดในการวิจัย

1. ในการวิจัยครั้งนี้ได้พัฒนาเครื่องมือวัดโดยอาศัยแนวคิด ทฤษฎี และเครื่องมือวัดจากต่างประเทศ เนื่องจากในประเทศไทยยังมีการศึกษาน้อยมาก การนำเครื่องมือวัดมาปรับใช้จึงจำเป็นต้องมีการปรับปรุงข้อคำถามในแบบสอบถามให้สอดคล้องกับบริบทของพยาบาลวิชาชีพในทีมเบาหวาน ซึ่งเป็นสมาชิกในเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ในประเทศไทยแบบสอบถามบางชุดจึงมีการลดจำนวนหรือรวมข้อคำถาม นอกจากนี้การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวัดในการวิจัยครั้งนี้ประสบปัญหาในการเชิญผู้ทรงคุณวุฒิที่เหมาะสมกับบริบทเครือข่ายการจัดการความรู้ด้านการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน และความน่าเชื่อถือของเครื่องมือวัดอาจยังไม่มากพอ ( $r > 0.7$ ) การวิจัยครั้งต่อไปจึงต้องให้ความสำคัญของการพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือมากขึ้น

2. การรวบรวมข้อมูลต้องอาศัยพยาบาลวิชาชีพ ในพื้นที่ช่วยเก็บและรวบรวมข้อมูลเนื่องจากอยู่ใกล้ชิดและทำงานร่วมกับกลุ่มตัวอย่าง ทำให้ผู้วิจัยต้องสร้างความสนิทสนมและความไว้วางใจเป็นอย่างมาก เพราะผู้วิจัยไม่ได้เป็นพยาบาลวิชาชีพ นอกจากนี้ผู้วิจัยต้องใช้เวลาในการชี้แจงทำความเข้าใจข้อคำถามต่างๆแก่ทั้งผู้ประสานงานและกลุ่มตัวอย่าง ดังนั้นการเก็บข้อมูลและรวบรวมจึงใช้เวลานานกว่าที่วางแผนไว้ และแบบสอบถามจากจังหวัดที่ห่างไกลบางจังหวัดที่ผู้วิจัยขาดการประสานงานที่ดีพอ ทำให้ได้แบบสอบถามกลับมาน้อยกว่าที่ตั้งเป้าไว้

3. การเก็บข้อมูลในโรงพยาบาลบางแห่งประสบปัญหาว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รายชื่อมานั้น ได้ย้ายไปทำงานในหน่วยงานอื่นที่ไม่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยเบาหวานแล้ว หรือบางคนโยกย้ายไปทำงานโรงพยาบาลอื่น

### นิยามตัวแปร

ในการวิจัยนี้ผู้วิจัยได้นิยามตัวแปร 4 ตัวแปรสำคัญได้แก่ 1) สมรรถนะในการสร้างความรู้ 2) ทักษะสังคม 3) การแลกเปลี่ยนความรู้และ 4) ศักยภาพการเรียนรู้โดยมีรายละเอียด ดังนี้



### 1. สมรรถนะในการสร้างความรู้ (Knowledge productivity)

สมรรถนะในการสร้างความรู้ คือ คุณลักษณะเชิงพฤติกรรมที่ทำให้ ของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในสังกัด โรงพยาบาลของรัฐ ซึ่งเป็นสมาชิกในเครือข่ายการจัดการความรู้ด้านการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ในภาคเหนือของประเทศไทย ปฏิบัติงานได้ผลโดดเด่นกว่าคนอื่น โดยคุณลักษณะเชิงพฤติกรรมดังกล่าว เป็นความสามารถในการเปลี่ยนแปลงหรือพัฒนาต่อยอดองค์ความรู้เพื่อนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ได้จริงในทางปฏิบัติ จนสามารถพัฒนาหรือปรับปรุงรูปแบบกระบวนการและ ผลลัพธ์ของงานประจำในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานให้ได้ผลลัพธ์เป็นที่น่าพึงพอใจ และบรรลุตามเป้าหมายที่วางไว้อย่างเป็น รูปธรรมชัดเจน

### 2. ทูทางสังคม (Social capital)

ทูทางสังคม (Social capital) หมายถึง ผลรวมของทรัพยากรที่มีอยู่จริงและเกิดขึ้นภายในเครือข่ายการจัดการ ความรู้การดูแลผู้ป่วยเบาหวาน เมื่อสมาชิกภายในเครือข่ายมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกัน นำไปสู่ความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดกัน ความ เชื่อใจระหว่างกัน โดยที่ทูทางสังคมสามารถแบ่งออกได้เป็น 3 มิติ คือ 1) ทูทางสังคมเชิงโครงสร้าง (Structural dimension of social capital) คือ สายใยความผูกพันหรือความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกภายในเครือข่ายการจัดการความรู้ การดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ทูทางสังคมเชิงโครงสร้างนี้สนับสนุนให้เกิดการติดต่อสื่อสารหรือประสานงานระหว่างสมาชิกใน เครือข่ายด้วยกัน (Social interaction ties / Network ties) 2) ทูทางสังคมเชิงความสัมพันธ์ (Relational dimension of social capital) คือความไว้วางใจกันระหว่างกัน(Trust) ของพยาบาลวิชาชีพซึ่งเป็นสมาชิกในเครือข่ายการจัดการความรู้ การดูแลผู้ป่วยเบาหวานอันนำไปสู่พฤติกรรมการทำงานร่วมกันช่วยเหลือกันมากขึ้นความถ้อยทีถ้อยอาศัยกัน และการ ช่วยเหลือกันและกัน การที่พยาบาลวิชาชีพซึ่งเป็นสมาชิกของเครือข่ายการจัดการความรู้การดูแลผู้ป่วยเบาหวาน เข้าใจ ร่วมกันเป็นอย่างดีต่อเป้าหมายแนวทางปฏิบัติต่างๆ ภายในเครือข่าย 3) ทูทางสังคมเชิงการรับรู้ (Cognitive dimension of social capital) คือการมีส่วนร่วมต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งเหมือนกันการมีภาษาหรือศัพท์ที่เข้าใจกันภายในเครือข่ายโดยเฉพาะ (Shared language) การมีวิสัยทัศน์พันธกิจและเป้าหมายเดียวกันของพยาบาลวิชาชีพซึ่งเป็นสมาชิกในเครือข่ายการจัดการ ความรู้การดูแลผู้ป่วยเบาหวานการมีทัศนคติร่วมกันในการส่งเสริมความเข้มแข็งต่อเครือข่ายการจัดการความรู้การดูแลผู้ป่วย เบาหวาน

### 3. ศักยภาพการเรียนรู้ (Absorptive capacity)

ศักยภาพการเรียนรู้ (Absorptive capacity) หมายถึง ความสามารถของพยาบาลวิชาชีพในสังกัดโรงพยาบาล ของรัฐ ซึ่งเป็นสมาชิกในเครือข่ายการจัดการความรู้การดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ในการประเมินความรู้ที่ตนเองมีอยู่ ความสามารถ ในการประเมินว่าความรู้ที่ต้องการหาเพื่อเสริมความรู้เดิมคืออะไรหาได้จากที่ไหนใครที่มีความรู้นั้นเมื่อได้รับการถ่ายทอด ความรู้นั้นมาแล้วสามารถเรียนรู้ทำความเข้าใจเพื่อนำไปปรับใช้กับงานประจำโดยที่ศักยภาพการเรียนรู้สามารถแบ่งออกได้ เป็น 3 ศักยภาพย่อย คือ 1) ศักยภาพในการระบุได้ถึงความรู้ (Identify) หมายถึงความสามารถในการระบุความรู้ใดมี ประโยชน์ที่จะนำมาใช้และรู้ว่าคุณรู้นั้นสามารถหาได้จากที่ไหนจากใคร 2) ศักยภาพการเรียนรู้ในการสังเคราะห์ความรู้เพิ่ม (Potential absorptive capacity) มีองค์ประกอบคือ ความสามารถในการค้นหาความรู้จากภายนอก (Acquisition) ความสามารถในการวิเคราะห์เรียนรู้ความรู้ที่ได้รับมาให้เข้าใจก่อนนำไปใช้ (Assimilation) ความสามารถในการปรับปรุง ความรู้ให้มีความเหมาะสมเข้ากับบริบท (Transformation) 3) ศักยภาพการบูรณาการจนนำไปใช้ได้จริงในทางปฏิบัติและเกิด ประโยชน์ต่องานที่ทำ (Realized absorptive capacity) มีองค์ประกอบคือ ความสามารถในการนำไปใช้ประโยชน์ได้จริง ในทางปฏิบัติ (Exploitation) และก่อให้เกิดนวัตกรรมองค์กร

4. ทูมนุษย์ (Human capital) หมายถึง ความรู้ต่างๆภายในองค์กรเกิดจากการ บูรณาการระหว่างความรู้ ภายนอกและความรู้เดิมที่องค์กรมีอยู่ ซึ่งก็คือ ปัจจัยที่ฝังอยู่ในตัวของพยาบาลวิชาชีพ โครงสร้างองค์กรที่พยาบาลวิชาชีพ ทำงานอยู่ และความสัมพันธ์ภายในองค์กรระหว่างพยาบาลวิชาชีพกับเพื่อนร่วมงาน ที่ส่งผลต่อการพัฒนาศักยภาพการเรียนรู้

### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ประโยชน์ในเชิงวิชาการ ผลการวิจัยครั้งนี้เป็นการสร้างความรู้เกี่ยวกับการจัดการความรู้ในประเด็นสมรรถนะ ในการสร้างความรู้ โดยมีการบูรณาการองค์ความรู้จากศาสตร์ที่หลากหลายครอบคลุมด้านการบริหารจัดการพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาล เครือข่ายการจัดการความรู้ เป็นต้น และศาสตร์ทางวิธีวิทยาการวิจัยที่ใช้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร



องค์ความรู้ดังกล่าวได้เป็นประโยชน์กับนักวิจัยหรือผู้สนใจวิชาการเกี่ยวกับตัวแปรหลักต่างๆ เพื่อศึกษาวิจัยต่อไปในประเด็นที่เกี่ยวข้องในอนาคตได้นอกจากนี้ ผลการวิจัยนี้จะช่วยอธิบายความรู้ที่ไม่ชัดเจน (Gaps of knowledge) ของทฤษฎีศักยภาพการเรียนรู้ (Absorptive capacity Theory) ตามแนวคิดของโทโดโรวาและดูริซิน (Todorova & Durisin, 2007) ในประเด็นของปัจจัยตัวขับเคลื่อนทางสังคม (Social integration mechanism) ซึ่งเป็นปัจจัยสาเหตุสำคัญที่มีอิทธิพลทางอ้อมต่อสมรรถนะในการสร้างความรู้ ผ่านศักยภาพการเรียนรู้ และปัจจัยภายในองค์กรที่ส่งผลต่อศักยภาพการเรียนรู้ (Intra-Organizational Antecedents)

2. ประโยชน์เชิงปฏิบัติ ผลการวิจัยครั้งนี้ก่อให้เกิดประโยชน์ต่อการบริหาร และกำหนดนโยบาย แนวทางปฏิบัติ ในการพัฒนาศักยภาพการทำงานของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาล

2.1 ผลการวิจัยทำให้ทราบถึงระดับการนำผลวิจัยไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนาสมรรถนะในการสร้างความรู้ ที่มีประโยชน์ต่อการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาล ทั้งด้านการนำความรู้ใหม่มาพัฒนาการปฏิบัติงานให้บรรลุเป้าหมายการนำความรู้ใหม่มาพัฒนาการปฏิบัติงานให้รวดเร็วขึ้นการนำความรู้ใหม่มาพัฒนาการปฏิบัติงานให้ง่ายตายตัวขึ้นและ ความสามารถนำความรู้ใหม่มาพัฒนาการปฏิบัติงานจนสร้างความพอใจต่อผลลัพธ์ในการทำงาน อันเป็นภาพสะท้อนและ ข้อมูลพื้นฐานสำหรับการวางแผนเพื่อพัฒนาพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลได้อย่างเหมาะสม และสามารถประยุกต์ข้อค้นพบที่ได้จากการวิจัยไปปรับปรุงการพัฒนาความรู้ ศักยภาพบุคลากรเพื่อให้เกิดการพัฒนาตนเองจากการเรียนรู้ผ่านเครือข่ายและ ให้เกิดเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้อย่างแท้จริง

2.2 ผลการวิจัยสามารถเป็นข้อเสนอแนะเชิงนโยบายต่อผู้บริหารของคณะหรือมหาวิทยาลัยสำหรับการวางแผนการเตรียมสิ่งสนับสนุนต่างๆ สร้างบรรยากาศองค์กรเพื่อให้เกิดการพัฒนาพยาบาลวิชาชีพ นอกจากนี้ยังสามารถนำ ผลการทดสอบมาใช้เป็นแนวทางในการกำหนดนโยบายของโรงพยาบาลได้ด้วย





## บทที่ 2

### วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยพหุนาหาความสัมพันธ์ (Descriptive correlational research) ในรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ (Causal relationship modeling) เพื่อกำหนดและทดสอบรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของสมรรถนะในการสร้างความรู้ ของสมาชิกเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลของรัฐ เขตภาคเหนือของประเทศไทย ซึ่งแสดงความสัมพันธ์และอิทธิพลของตัวแปร 4 ตัว ได้แก่ สมรรถนะในการสร้างความรู้ ทุนทางสังคม การแลกเปลี่ยนความรู้ และศักยภาพการเรียนรู้ โดยในการนำเสนอสาระจากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยนี้ ผู้วิจัยต้องการอธิบายปรากฏการณ์จากระบบการวิจัยที่เกี่ยวข้องโดยแบ่งออกเป็น 5 ตอน คือ

1. โรงพยาบาลกับการบริหารวัตรกรรมการจัดการความรู้ ของบุคลากรวิชาชีพสุขภาพการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน
2. ระบบการดูแลเบาหวานแบบบูรณาการและบริบทเครือข่ายการจัดการความรู้ด้านการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน
3. สมรรถนะในการสร้างความรู้ ของบุคลากรวิชาชีพสุขภาพในโรงพยาบาล
4. ทุนทางสังคม
5. ทุนมนุษย์

#### 1. โรงพยาบาลกับการบริหารวัตรกรรมการจัดการความรู้ ของบุคลากรวิชาชีพสุขภาพการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน

การพัฒนาระบบการจัดการการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ด้วยการพัฒนาต่อยอดองค์ความรู้ การพัฒนาทักษะของบุคลากรวิชาชีพสุขภาพในทีมเบาหวาน หรือการบริหารวัตรกรรมการจัดการความรู้การดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ล้วนเป็นจัดการและพัฒนาคุณภาพที่สำคัญของโรงพยาบาลในปัจจุบัน ด้วยที่ระบบการจัดการการดูแลผู้ป่วยเบาหวานเป็นตัวอย่างที่ชัดเจนของการพัฒนาและจัดการโรคเรื้อรังที่สำคัญในประเทศไทย เนื่องจากเป็นโรคที่สร้างภาระค่าใช้จ่ายจำนวนมากต่อทั้งตัวผู้ป่วย โรงพยาบาล และการสาธารณสุขของประเทศไทย โดยที่โรงพยาบาลของภาครัฐต้องบริหารจัดการเพื่อรับมือกับปัญหาภาวะโรคและผลแทรกซ้อนต่างๆ ล้วนส่งผลให้ภาระงานในโรงพยาบาลที่ให้บริการสุขภาพแก่ผู้ป่วยเบาหวานมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง

แม้ว่าองค์ความรู้และแนวทางปฏิบัติที่ใช้รูปแบบการจัดการโรคเรื้อรัง (Chronic care model) ใช้ได้ผลอย่างดีในต่างประเทศ แต่ยังไม่ทราบชัดเจนว่า ระบบการจัดการดังกล่าวจะสอดคล้องและเหมาะสมกับบริบทสภาพปัญหาในประเทศไทยหรือไม่อย่างไร ดังนั้นบุคลากรวิชาชีพสุขภาพในทีมเบาหวานในโรงพยาบาลของรัฐ จึงได้พยายามพัฒนาทักษะและองค์ความรู้การดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ได้จากการต่อยอดความรู้จากแนวทางการปฏิบัติ และแบ่งปันความรู้เหล่านั้นแก่บุคลากรวิชาชีพสุขภาพคนอื่น โดยมุ่งหวังให้เกิดการต่อยอดและพัฒนาให้เกิดเป็นองค์ความรู้ใหม่ และนำความรู้ดังกล่าวไปปรับใช้ให้เกิดผลในการปฏิบัติ หรือการการจัดการวัตรกรรมการจัดการความรู้การดูแลผู้ป่วยเบาหวานนั่นเอง

การบริหารวัตรกรรม หมายถึง การพัฒนาและจัดการความรู้ วิธีการ ทักษะ กระบวนการ กิจกรรมใหม่ๆ โดยการนำสิ่งที่มีอยู่หรือความรู้ที่มีอยู่มาพัฒนาหรือปรับใช้ รวมไปถึงการนำองค์ความรู้ใหม่ที่พัฒนาขึ้นมาปรับกระบวนการใหม่ในการบริหารงานหรือการปฏิบัติงานประจำและเป็นปัจจัยสำคัญในการจัดการคุณภาพกระบวนการบริการด้านสุขภาพในโรงพยาบาลให้มีประสิทธิภาพ (Rogers, E., 1995: 11) การบริหารวัตรกรรมเพื่อการจัดการคุณภาพกระบวนการบริการด้านสุขภาพในโรงพยาบาลเริ่มได้รับความสนใจมากขึ้น นับตั้งแต่ช่วงปลายปี ค.ศ 1980 จนถึงปัจจุบัน เนื่องจากการนำวัตรกรรม



มาเป็นส่วนสำคัญในการจัดการคุณภาพ ได้ช่วยให้โรงพยาบาลสามารถลดต้นทุนได้อย่างมีประสิทธิภาพ แต่ยังคงรักษาระดับของคุณภาพการให้บริการสุขภาพ (Westphal, J.D., et al., 1997; Powell, TC., 1995)

นวัตกรรมหรือความรู้ใหม่ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานนั้นเกิดขึ้นตลอดเวลา ทั้งที่เป็นสิ่งที่จับต้องได้อย่างสิ่งประดิษฐ์ หรือเป็นสิ่งที่จับต้องไม่ได้ขององค์ความรู้ใหม่ อย่างไรก็ตามนวัตกรรมเหล่านี้ต่างมีส่วนสำคัญในการสนับสนุนส่งเสริมการป้องกัน ดูแลรักษา หรือฟื้นฟูผู้ป่วยเบาหวานได้อย่างมีประสิทธิภาพ โรงพยาบาลต่างๆได้พยายามส่งเสริมให้บุคลากรวิชาชีพสุขภาพการดูแลผู้ป่วยเบาหวานได้พัฒนาองค์ความรู้อย่างต่อเนื่องโดยมีเป้าหมายสำคัญเพื่อให้การบริการสุขภาพมีประสิทธิภาพสูงสุด อย่างไรก็ตาม นวัตกรรมในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่เกิดขึ้นแต่ไม่มีการเผยแพร่ หรือถ่ายทอดองค์ความรู้ดังกล่าวสู่บุคลากรวิชาชีพสุขภาพทั้งภายในโรงพยาบาลตนเองและโรงพยาบาลอื่น ด้วยเหตุดังกล่าวการพัฒนาและการนำนวัตกรรมดังกล่าวไปใช้ประโยชน์ก็ไม่อาจเกิดขึ้นได้ ดังนั้นจึงได้เกิดการรวบรวมนวัตกรรมหรือองค์ความรู้ใหม่ที่เกิดจากการปฏิบัติงานจริงในโรงพยาบาล หรือจากกิจกรรมการจัดการความรู้ในเครือข่ายการจัดการความรู้การดูแลผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อเป็นการแบ่งปันนวัตกรรมทางความรู้ต่างๆที่บุคลากรวิชาชีพสุขภาพการดูแลผู้ป่วยเบาหวานสามารถเรียนรู้ และนำไปประยุกต์ใช้ได้จริงในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพในโรงพยาบาลของตน

นวัตกรรมทางความรู้การดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ได้ช่วยพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ส่งผลต่อคุณภาพการให้บริการรักษาพยาบาล โดยเฉพาะการควบคุมและป้องกันภาวะแทรกซ้อนของเบาหวาน รวมไปถึงช่วยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยเบาหวาน และลดค่าใช้จ่ายของตัวผู้ป่วยซึ่งมีค่าใช้จ่ายมากกว่า 200,000 บาทต่อคนต่อปี นอกจากนี้ นวัตกรรมในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ได้มีส่วนสำคัญในการช่วยลดงบประมาณการสาธารณสุขด้านการดูแลรักษาและควบคุมรักษาโรคแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวาน

นวัตกรรมทางความรู้การดูแลผู้ป่วยเบาหวาน มีส่วนสำคัญต่อความสำเร็จในการลดช่องว่างระหว่างผู้ป่วยกับผู้ให้บริการสุขภาพ นอกจากนี้ได้ส่งผลต่อการพัฒนานโยบายการบริการสุขภาพและกลยุทธ์ในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น อันประกอบไปด้วย

1. ส่งเสริมให้โรงพยาบาลของภาครัฐในระดับต่างๆ ได้ออกแบบระบบบริการที่เหมาะสม ทำให้โรงพยาบาลได้รับข้อมูลกลุ่มเสี่ยง และกลุ่มผู้ป่วยที่มี/ไม่มีภาวะแทรกซ้อนในเขตรับผิดชอบได้อย่างถูกต้อง เกิดการจัดเก็บข้อมูลที่ชัดเจนผ่านกระบวนการค้นหาและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงได้อย่างมีประสิทธิภาพ
2. ส่งผลต่อการบริหารจัดการงบประมาณของโรงพยาบาลและสำนักหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้อย่างมีประสิทธิภาพ การเตรียมความพร้อมทั้งเครื่องมือและบุคลากรที่สอดคล้องกับสภาพปัญหาจริง ซึ่งส่งผลต่อการจัดบริการกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มผู้ป่วย รวมถึงการเชื่อมโยงการทำงาน การใช้ทรัพยากรร่วมกัน และการส่งต่อผู้ป่วยในแต่ละระดับการบริการอย่างมีประสิทธิภาพ
3. ส่งเสริมให้เกิดการจัดระบบข้อมูลทางคลินิกที่ทันสมัยและสอดคล้องกับสถานการณ์ของพื้นที่ตลอดเวลา ซึ่งส่งผลให้บุคลากรวิชาชีพสุขภาพที่ให้บริการได้ทราบข้อมูลเกี่ยวกับแนวปฏิบัติและมีระบบนัดผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ
4. เกิดการเชื่อมโยงระหว่างสถานบริการสุขภาพกับชุมชนได้อย่างชัดเจน การถ่ายทอดความรู้เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยเบาหวาน สามารถทำได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น ชุมชนเกิดการแลกเปลี่ยนความรู้และช่วยเหลือดูแลกัน

## 2. ระบบดูแลเบาหวานแบบบูรณาการและบริบทเครือข่ายการจัดการความรู้การดูแลผู้ป่วยเบาหวาน

เบาหวานเป็นหนึ่งในกลุ่มโรคเรื้อรังไม่ติดต่อที่สำคัญในลำดับต้นๆที่สร้างปัญหาสุขภาพต่อประชากรทุกภูมิภาคของประเทศไทยส่งผลกระทบต่อการจัดการระบบสุขภาพของโรงพยาบาลเป็นอย่างมาก (ปรีชา เปรมปรีและคณะ, 2553: 2-5) แนวโน้มขนาดของปัญหาดังกล่าวได้เพิ่มสูงขึ้นส่งผลกระทบโดยตรงต่อการให้บริการสุขภาพของโรงพยาบาลโดยเฉพาะงานบริการผู้ป่วยนอก (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2549) สร้างปัญหาการรับบริการและให้บริการที่ไม่สมดุลกัน จากปัญหาเหล่านี้เองทำให้ผู้บริหารโรงพยาบาลของรัฐและหน่วยบริการสุขภาพในระดับต่างๆได้เร่งปรับปรุงการจัดการระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยเบาหวานและสนับสนุนให้มีการปรับเปลี่ยนบทบาทของทีมเบาหวานจากเดิมที่เน้นเชิงรับ คือ มุ่งแต่การรักษา ให้มาเป็นเชิงรุกที่เน้นการส่งเสริมสนับสนุนและเฝ้าระวังต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยมากขึ้น โรงพยาบาลของรัฐต่างมุ่งพัฒนาระบบดูแลเบาหวานของตนให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น เพื่อรองรับความซับซ้อนและการเพิ่มขึ้น



ของผู้ป่วยเบาหวาน ระบบดูแลเบาหวานแบบบูรณาการจึงถูกนำมาใช้อย่างแพร่หลายโดยมีองค์ประกอบสำคัญ 3 ส่วน คือ 1) ระบบ 2) การดูแลเบาหวานและ 3) ประสิทธิภาพโดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ระบบ (system) ซึ่งประกอบด้วยส่วนย่อย 2 ส่วน คือ

1.1 ระบบการเรียนรู้การดูแลเบาหวานเป็นการเรียนรู้จากการปฏิบัติตามระบบ INN (เทพ หิมะทองคำ, 2552) ซึ่งประกอบด้วย

1.1.1 I – Individual คือ การสร้างบุคคลต้นแบบในระดับต่างๆทั้งระดับเครือข่ายระดับโรงพยาบาล และระดับชุมชน

1.1.2 N – Nodes คือ สร้างกลุ่มการเรียนรู้จากบุคคลต้นแบบและกระจายออกไปตามเครือข่ายย่อย หรือพื้นที่ต่างๆซึ่งมีความแตกต่างกันด้านวัฒนธรรมการทำงานการปฏิบัติงานค่านิยมและสิ่งแวดล้อมโดยแต่ละกลุ่มเรียนรู้ (Nodes) ต้องนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับบริบทการทำงานหรือสภาพแวดล้อมรวมถึงนำความรู้ไปถ่ายทอดต่อ ในหน่วยงานต้นสังกัดเพื่อทำให้เกิดเป็นกลุ่มเรียนรู้หน่วยย่อย (Sub node) ขึ้น (สร้างบุคลากรทั้งผู้ถ่ายทอดความรู้และผู้รับ การถ่ายทอดจนนำไปปฏิบัติใช้เอง)

1.1.3 N – Network คือ การขยายเป็นเครือข่ายที่มีการสื่อสารแลกเปลี่ยนความรู้กันระหว่างหน่วย ย่อย (Sub node) หน่วย (Nodes) และบุคคลต้นแบบเพื่อขยายความรู้ได้จากการปฏิบัติให้เกิดความกว้างขวางมากขึ้น

1.2 ระบบการปฏิบัติงาน เป็นการสร้างหน่วยปฐมภูมิที่เข้มแข็ง ประกอบด้วยแพทย์ที่มีภาวะความเป็น ผู้นำ รู้จักการบริหารจัดการบุคลากร มีการจัดการเรียนรู้เรื่องการป้องกันโรคโดยมีการถ่ายทอดความรู้จากแพทย์ไปสู่ พยาบาล พนักงานสาธารณสุข และอาสาสมัคร ทำให้บุคลากรเหล่านี้มีความสามารถทักษะและความรับผิดชอบในการ ปฏิบัติงานได้มากขึ้นอย่างต่อเนื่องในการคัดกรองความเสี่ยง การสอน และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ระบบหน่วยปฐมภูมิมี การฝึกและมอบหมาย (Empowerment) เป็นทอดๆอย่างต่อเนื่อง จากแพทย์ไปสู่พยาบาล ไปสู่พนักงานสาธารณสุข และไปสู่ อาสาสมัครอย่างเป็นระบบ บทบาทของบุคลากรทางการแพทย์ได้รับการเน้นทักษะผู้นำการอบรมการส่งต่อคนไข้ต่อยังหน่วย พหุติภูมิ ตติยภูมิ และรับกลับบ้าน รวมถึงนำทีมเจ้าหน้าที่การแพทย์ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดโดยปราศจากรอยต่อมีการบริหาร ระบบการส่งต่อและรับกลับพร้อมด้วยรายงานทางการแพทย์อย่างต่อเนื่อง มีแพทย์และพยาบาลที่มีความเป็นผู้นำรู้เรื่องการ ป้องกันโรคและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (เทพ หิมะทองคำ, 2552)

2. การดูแลเบาหวาน เป็นคำที่ถูกต้องมากกว่าคำว่า “รักษาเบาหวาน” เพราะเบาหวานไม่ใช่โรคที่ทำการรักษา ได้หายขาดได้ แต่ทำการป้องกันไม่ให้ เป็น คนที่เป็นเบาหวานแล้วต้องป้องกันไม่ให้เกิดโรคแทรกซ้อน คนที่ยังไม่เป็นก็สามารถ ป้องกันไม่ให้ เป็นเบาหวานได้

สิ่งสำคัญที่สุดของการดูแลเบาหวาน คือ การสอนให้ผู้ที่มีความเสี่ยงและผู้ที่เป็นเบาหวานแล้ว รู้จักดูแลตนเองใน เรื่องของอาหารและการออกกำลังกาย หรือ “การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม” มีการป้องกันภาวะโรคแทรกซ้อนที่ดีโดยทำตั้งแต่ยัง ไม่เป็นโรคเบาหวานนั่นเอง ดังนั้นการคัดกรองหาความเสี่ยงจึงมีความสำคัญมาก ไม่ใช่การคัดกรองหาโรคเบาหวาน แต่เป็น การคัดกรองหาความเสี่ยงของการเกิดโรคเบาหวานมากกว่า

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นเรื่องของการเรียนรู้จากการปฏิบัติ เป็นงานชิ้นใหญ่ที่สุดของหน่วยปฐมภูมิ ที่ต้อง ประกอบด้วยแพทย์ผู้นำที่มีหัวก้าวหน้าและมองภาพกว้างของการป้องกันโรค มีทีมงานพยาบาลวิชาชีพที่มีความรู้ และ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ทำงานเป็นทีม มีความคิดสร้างสรรค์ในการสร้างกิจกรรมส่งเสริมความรู้ และการเปลี่ยนจิตสำนึกรวมถึง ทักษะจิตของชุมชนและอาสาสมัครที่พร้อมให้ความร่วมมือ การทำงานของทีมงานนี้จะง่ายขึ้นเมื่อเกิดกระแสความสนใจในเรื่อง การดูแลสุขภาพและการป้องกันโรคต้องกำหนดให้เป็นงานนโยบายระดับชาติที่ต้องให้การสนับสนุน (เทพ หิมะทองคำ, 2552)

3. ประสิทธิภาพ คือ เป้าหมายของผลลัพธ์ของระบบดูแลเบาหวานที่ถูกกำหนดเป็นเป้าหมายสำคัญที่ต้องทำให้ สำเร็จ เช่น

ลดค่ารักษาให้น้อยลงคือสามารถประหยัดค่ารักษาพยาบาลได้การที่จะประหยัดได้อย่างมีประสิทธิภาพที่สุดคือ การทำการป้องกันโรคเพราะค่ารักษาพยาบาลของโรคเบาหวานมากกว่าร้อยละ 50 มาจากการรักษาโรคแทรกซ้อน ยิ่งปัจจุบัน มีการล้างไต มีการสวนหัวใจ ยิ่งเพิ่มค่ารักษาพยาบาลมากขึ้นอย่างไม่มีที่สิ้นสุด



การทำกิจกรรมร่วมกัน ผ่านการใช้ภาษาเฉพาะกลุ่มร่วมกัน และมีเป้าหมายร่วมกัน ซึ่งสะท้อนถึงความเชื่อและทัศนคติในลักษณะเดียวกัน ปฏิสัมพันธ์ทางสังคมระหว่างสมาชิกผ่านการประสานงานติดต่อสื่อสารก็เพื่อการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ความรู้ หรือการให้ความช่วยเหลือ และแก้ไขปัญหาในประเด็นที่สนใจร่วมกันนั่นเอง (Lave, J. & Wenger, E., 1991: 14-98; Li, L.C. et al., 2009a: 11, 2009b: 1-9; Wenger, E., 1998: 3-45; Wenger, E., McDermott, R.A. & Snyder, W., 2002: 1-112) องค์ประกอบสำคัญของเครือข่ายการจัดการความรู้ คือ

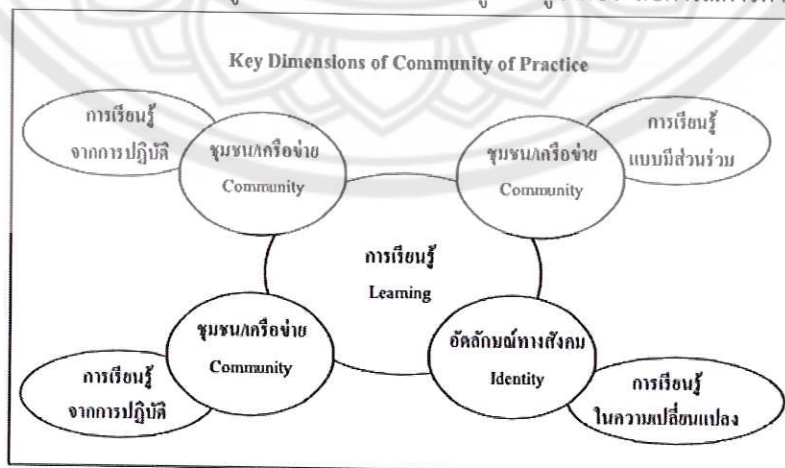
1. แนวปฏิบัติ (Practice) หรือกิจกรรมในการแลกเปลี่ยนความรู้ระหว่างกัน เป็นผลลัพธ์ที่เกิดจากการรวมตัวกันของสมาชิกในเครือข่ายหรือชุมชนทางสังคม โดยความรู้ในรูปแบบต่างๆที่สมาชิกร่วมกันสร้างหรือพัฒนาแนวปฏิบัติ (Practice) ในที่นี้ไม่ใช่หมายถึง “การปฏิบัติ” แต่หมายถึงองค์ความรู้ที่สมาชิกพัฒนาขึ้นร่วมกันแล้วนำไปใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงานหรือ “แนวปฏิบัติ” นั้นเอง

2. ชุมชน (Community) สังคมหรือเครือข่ายทางสังคม หมายถึง โครงสร้างที่ประกอบขึ้นเป็นสังคม โดยการรวมตัวของสมาชิกในเครือข่ายหรือชุมชนทางสังคมอย่างสมัครสมาน ไม่ใช่เพียงแค่รู้จักกันธรรมดา แต่เป็นความสัมพันธ์บนพื้นฐานความไว้วางใจต่อกัน การเคารพระหว่างกันจนนำไปสู่การแลกเปลี่ยนแบ่งปันความรู้อย่างจริงใจและเต็มใจต่อกัน ซึ่งเป็นตัวกำหนดแนวทางปฏิบัติที่มีคุณค่า รวมไปถึงการสร้างการมีส่วนร่วมอันเป็นที่ยอมรับระหว่างสมาชิกด้วยกัน จนเกิดเป็นแนวทางในการสร้างเสริมสมรรถนะและความสามารถ (Capacity) แก่สมาชิก

3. อัตลักษณ์ทางสังคมร่วมกัน (Identity) หรือขอบเขตของความรู้ (Domain) หมายถึง วิธีทางบรรทัดฐานและความเชื่อที่ปรับเปลี่ยนให้สมาชิกสามารถเข้าสู่บริบทของชุมชน สังคม หรือเครือข่าย อัตลักษณ์ทางสังคมร่วมกันได้รวมถึง การที่สมาชิกทุกคนเรียนรู้ที่เปลี่ยนแปลงต่อทั้งตนเองและสิ่งแวดล้อม หรืออาจมีความหมายในลักษณะของขอบเขตความรู้ที่กำหนดขึ้นบนพื้นฐานของ “แรงปรารถนา” หรือ “ความสนใจ” ที่เป็นปัจจัยสำคัญอย่างหนึ่งที่เป็นตัวกำหนดว่าเครือข่ายหรือชุมชนทางสังคมจะประสบความสำเร็จหรือไม่ประสบความสำเร็จ แรงปรารถนาหรือความสนใจของสมาชิกจึงเป็นแรงผลักดันให้เกิดการทำกิจกรรมร่วมกันอย่างต่อเนื่อง ถือได้ว่าเป็นแรงจูงใจจากภายใน (Intrinsic motivator) อันสำคัญ เช่น การตั้งหัวข้อหรือกำหนดเป้าหมายให้มีความน่าสนใจหรือสร้างแรงปรารถนาให้เกิดขึ้นจะช่วยให้การขับเคลื่อนกิจกรรมต่างๆภายในเครือข่ายทำได้สำเร็จมากขึ้นด้วย

4. การสร้างคุณค่าให้เกิดขึ้น (Meaning) หมายถึง แนวทางที่สมาชิกเปลี่ยนแปลงตนเองเพื่อเสริมสร้างความสามารถทั้งตัวบุคคลกลุ่มและเครือข่ายอย่างมีความหมาย ผ่านการพัฒนาความรู้ซึ่งสมประสบการณ์ระหว่างกันโดยที่การสร้างคุณค่าให้เกิดขึ้น (Meaning) เกิดขึ้นจากคำสำคัญ 2 คำคือ การมีส่วนร่วม (Participation) และการทำให้เกิดเป็นรูปธรรมที่ชัดเจน (Reification)

โดยที่การมีส่วนร่วม (Participation) หมายถึง การที่สมาชิกในเครือข่ายหรือชุมชนทางสังคมมีกิจกรรมร่วมกันซึ่งเสริมสร้างให้เกิดอัตลักษณ์ตัวตนและสังคมขึ้นในเวลาเดียวกัน ในขณะที่การทำให้เกิดเป็นรูปธรรมที่ชัดเจน (Reification) หมายถึง กระบวนการที่ปรับเปลี่ยนความรู้จากประสบการณ์มาเป็นความรู้ที่เข้าใจง่ายและถ่ายทอดระหว่างสมาชิกด้วยกันได้ ดังนั้นการสร้างคุณค่าให้เกิดขึ้น (Meaning) ที่เกิดจากคำ 2 คำดังกล่าว จึงหมายถึง 1) ปฏิสัมพันธ์ทางสังคม และ 2) การมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมร่วมกันเพื่อนำไปสู่การแลกเปลี่ยนและเรียนรู้ความรู้จากประสบการณ์การทำงานระหว่างกันนั่นเอง



ภาพที่ 2 การเรียนรู้ผ่านเครือข่ายทางสังคม (Lave, J. & Wenger, E., 1991; กิตติพงศ์ ทิพย์เสถียร, 2550: 66-67)



นอกจากนี้การนำหลักการจากแนวคิดชุมชนการปฏิบัติไปใช้งานให้เกิดประสิทธิภาพผู้ใช้งานจำเป็นต้องคำนึงถึง 3 องค์ประกอบหลักคือ 1) ประเภทของความรู้ประกอบด้วยอะไรบ้าง 2) ระดับการติดต่อและความสัมพันธ์ทางสังคม ระหว่างสมาชิก และ 3) ความใกล้ชิดสนิทสนมหรือสายใยทางสังคม (Social Ties) ในการบูรณาการการแลกเปลี่ยนความรู้ ระหว่างสมาชิกด้วยกันเพื่อนำความรู้ใหม่ที่เกิดขึ้นไปใช้กับงานประจำได้จริงในทางปฏิบัติ (Wenger, E., McDermott, R.A. & Snyder, W., 2002: 1-112)

เครือข่ายการจัดการความรู้การดูแลผู้ป่วยเบาหวานเกิดขึ้นอย่างเป็นรูปธรรมมานานหลายปี ในระยะแรกของการก่อตั้งเครือข่ายมีเป้าหมายหลักเพื่อรวบรวมสมาชิกในทีมเบาหวานจากโรงพยาบาลต่างๆที่มีการปฏิบัติงานด้านการดูแลผู้ป่วยเบาหวานอันเป็นเลิศ (Best Practice) เพื่อให้เกิดเป็นชุมชนการเรียนรู้หรือเครือข่ายของการแลกเปลี่ยนความรู้ เพื่อแบ่งปันความรู้และความชำนาญระหว่างกัน นำไปสู่การพัฒนาการระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานให้มีประสิทธิภาพขึ้น (ยุวณู ทินนะลักษณ์, 2550: 30-37) การจัดการความรู้การดูแลผู้ป่วยเบาหวาน คือ การเรียนรู้จากการปฏิบัติและถ่ายทอดความรู้เหล่านั้นระหว่างสมาชิกในเครือข่าย ถือได้ว่าเป็นองค์ประกอบที่สำคัญอย่างหนึ่งของระบบบริการสุขภาพการจัดการเบาหวาน (เทพ หิมะทองคำ, 2552: 18-21)

ผลจากการศึกษาเบื้องต้น (Pilot study) ในเครือข่ายการจัดการความรู้ด้านการดูแลผู้ป่วยเบาหวานภายใต้กรอบทฤษฎีการเรียนรู้จากสถานการณ์แวดล้อม บนพื้นฐานแนวคิดชุมชนการปฏิบัติ (Situating Learning Theory based on Network Community of Practice / Social theory of learning) ของเลฟและ เวินเจอร์ (Lave & Wenger, 1991, 2002) ค้นพบประเด็นสำคัญดังนี้

1. เครือข่ายการจัดการความรู้ด้านการดูแลผู้ป่วยเบาหวานเกิดขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์สำคัญ เพื่อให้สมาชิกได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ของแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ประสบความสำเร็จ (Best practices)

2. ความรู้ที่สมาชิกในเครือข่ายนำมาแลกเปลี่ยนหรือแบ่งปันกันนั้น เกือบทั้งหมดเป็นความรู้จากประสบการณ์การทำงานซึ่งเป็นความรู้ชนิดฝังลึก (Tacit knowledge) ดังนั้นการถ่ายทอดความรู้ระหว่างกันจึงต้องอาศัยปฏิสัมพันธ์และกิจกรรมทางสังคมร่วมกัน (Socialization)

3. การประสานงานระหว่างสมาชิกในเครือข่ายมีการประสานงานกันหลายมิติ เช่น ระหว่างหน่วย (node) จังหวัดกับจังหวัด หรือภูมิภาคกับภูมิภาค โดยในแต่ละภูมิภาคมีโรงพยาบาลหลักเป็นแม่ข่าย โดยที่ในแต่ละจังหวัดก็มีแม่ข่ายระดับจังหวัดที่คอยประสานงานสมาชิกจากโรงพยาบาลระดับต่างๆในจังหวัดนั้นๆ

4. นอกจากการถ่ายทอดหรือแบ่งปันความรู้และประสบการณ์การทำงานระหว่างกันเป็นเป้าหมายสำคัญแล้ว การร่วมกันพัฒนาองค์ความรู้ด้านการดูแลผู้ป่วยเบาหวานก็เป็นเป้าหมายสำคัญอีกอย่างของการรวมกลุ่มเป็นเครือข่าย

5. การทำกิจกรรมในการแลกเปลี่ยนความรู้ร่วมกันกระทำทั้งในลักษณะแนวราบและแนวดิ่ง หรือหมายถึงการแลกเปลี่ยนความรู้เกิดขึ้นระหว่างโรงพยาบาลในระดับต่างๆของจังหวัดนั้น (แนวดิ่ง) หรือการแลกเปลี่ยนความรู้ระหว่างโรงพยาบาลคนละจังหวัดหรือคนละภูมิภาค (แนวราบ)

6. การถ่ายทอดความรู้ซึ่งส่วนใหญ่เป็นความรู้จากประสบการณ์การทำงานผู้ถ่ายทอดจำเป็นต้องมีทักษะและความเชี่ยวชาญเป็นพิเศษในการถอดแบบองค์ความรู้ แล้วแบ่งปันแก่เพื่อนสมาชิกคนอื่น ซึ่งสมาชิกที่เพิ่งเข้าร่วมเครือข่ายจะประสบปัญหาในส่วนนี้เป็นอย่างมาก รวมไปถึงปัญหาของการประสานงานระหว่างสมาชิกเก่าและสมาชิกใหม่ โดยเฉพาะบางโรงพยาบาลที่ไม่ค่อยได้เข้าร่วมทำกิจกรรมเป็นเวลานาน ส่งผลทำให้เกิดการไม่พัฒนาองค์ความรู้เท่าที่ควรและโรงพยาบาลดังกล่าวก็ขาดการติดต่อประสานงานและออกจากเครือข่ายไปในที่สุด

7. เป้าหมายสำคัญของการเข้าร่วมในเครือข่าย คือ การที่สมาชิกในเครือข่ายมีการเรียนรู้ที่จะปรับปรุงตนเองให้มีความรู้และทักษะทางวิชาชีพที่ดีขึ้นโดยการนำความรู้ที่ได้จากการแลกเปลี่ยนระหว่างสมาชิกด้วยกันมาเพิ่มพูนความรู้เดิมของตนเอง รวมถึงเกิดการพัฒนามุมมองในการทำงานของตนเองให้กว้างขึ้น และความรู้ที่ได้นั้นได้ถูกนำมารวบรวมและจัดให้เป็นหมวดหมู่เพื่อการเชื่อมโยงความสัมพันธ์ของข้อมูลความรู้เหล่านั้นอย่างเป็นระบบและสร้างความเข้าใจที่ง่ายยิ่งขึ้น ทั้งยังช่วยให้มองเห็นภาพรวมในการพัฒนาคุณภาพการบริการสุขภาพในประเด็นที่เป็นปัญหาได้หลากหลาย ทั้งในลักษณะของการนำไปประยุกต์ใช้และพัฒนาต่อยอดองค์ความรู้ดังกล่าว ให้เกิดเป็นนวัตกรรมในการปรับปรุงกระบวนการในการดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานซึ่งเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาคุณภาพบริการ

เครือข่ายการจัดการความรู้ด้านการดูแลผู้ป่วยเบาหวานถือได้ว่าเป็นส่วนสำคัญในการส่งเสริมให้เกิดระบบดูแลเบาหวานที่มีประสิทธิภาพ (เทพ หิมะทองคำ, 2552) โดยประเด็นสำคัญที่ผู้วิจัยค้นพบจากการศึกษาเบื้องต้นในเครือข่ายการ



จัดการความรู้ด้านการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน จากการสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิในเครือข่ายและผู้เชี่ยวชาญเรื่องของกิจกรรมต่างๆ ภายในเครือข่ายพบว่าเครือข่ายดังกล่าวยึดหลักของการเรียนรู้ทางสังคมของสมาชิกในเครือข่าย (Social learning) และความร่วมมือนำใจกัน (Collaboration) เป็นสำคัญ (Lave, J. & Wenger, E., 1991: 14, 37, 98; Li, L.C. et al., 2009a: 11, 2009b: 1-9) อย่างไรก็ตามจากการศึกษาเบื้องต้นผู้วิจัยยังค้นพบอีกว่าเครือข่ายการจัดการความรู้ด้านการดูแลผู้ป่วยเบาหวานยังมีอุปสรรคและปัญหาในการบริหารเครือข่ายหรือชุมชนการปฏิบัติที่อาจส่งผลให้การจัดการความรู้ไม่ประสบผลสำเร็จตามเป้าหมายดังนี้

1. ขอบเขตของความรู้ (Domain): ในการพัฒนาขอบเขตของรู้นั้นขึ้นอยู่กับความสามารถของเครือข่ายในจังหวัดนั้นๆ ในการตัดสินใจว่าขอบเขตของความรู้ใดที่สำคัญและจะดำเนินการอย่างไร การมุ่งเน้นไปยังขอบเขตของความรู้ที่สมาชิกในชุมชนมีแรงปรารถนาอย่างเต็มเปี่ยมอาจทำให้สมาชิกในเครือข่ายคิดว่า ขอบเขตความรู้ของตนนั้นมีความสำคัญเหนือกว่าเครือข่ายย่อยอื่น

2. ชุมชน (Community): การที่สมาชิกมีความสัมพันธ์ที่เหนียวแน่นนั้นเป็นสิ่งที่ต้องการขับเคลื่อนกิจกรรมต่างๆ ของเครือข่าย อย่างไรก็ตามความสัมพันธ์ที่เหนียวแน่นดังกล่าวอาจเป็นอุปสรรคของสมาชิกที่เข้าร่วมเครือข่ายใหม่ เพราะคิดว่าตนเองนั้นไม่สนิทสนมกับใคร ไม่รู้ว่าจะติดต่อประสานงานหรือขอความช่วยเหลือจากใคร ดังนั้นสมาชิกที่เข้ามาเป็นสมาชิกก่อนหน้า ควรให้ความสำคัญในประเด็นของการเชื่อมโยงความสัมพันธ์ทางสังคมระหว่างสมาชิกเก่าและใหม่

3. แนวปฏิบัติ (Practice): ภาระที่เกิดจากความเชี่ยวชาญหรือแนวปฏิบัติที่ประสบความสำเร็จ ถูกดึงออกมาเป็นความรู้เชิงชัดแจ้ง (Explicit knowledge) การเก็บบันทึก และจัดหมวดหมู่จึงมีความสำคัญ อย่างไรก็ตามการเน้นการจับเก็บเอกสารเพียงอย่างเดียวโดยไม่มีการคัดเลือกรายการที่มีคุณภาพ ส่งผลให้เกิดข้อมูลจำนวนมากในฐานข้อมูลที่ไม่เกี่ยวข้องกับแนวปฏิบัติของเครือข่าย ทำให้สมาชิกไม่สามารถนำความรู้เหล่านั้นมาประยุกต์ใช้ให้เกิดประโยชน์กับการปฏิบัติงานได้

4. การสร้างคุณค่าให้เกิดขึ้น (Meaning): เครือข่ายยังประสบปัญหาในการเชื่อมโยงสมาชิกเก่าและสมาชิกใหม่เข้าด้วยกัน ทำให้การประสานงานหรือร่วมกันทำกิจกรรมต่างๆ ของเครือข่ายไม่ประสบความสำเร็จตามที่ตั้งเป้าหมายเอาไว้ สมาชิกใหม่จะไม่เข้าใจแนวปฏิบัติของการทำกิจกรรมต่างๆ ว่าทำไปเพื่อประโยชน์อะไรหรือมีขั้นตอนอย่างไรปัญหาเหล่านี้แสดงออกอย่างชัดเจนจากการพิจารณาความถี่การเข้าร่วมกิจกรรมการแลกเปลี่ยนความรู้ต่างๆ ที่สมาชิกใหม่เข้าร่วมด้วยจำนวนความถี่ที่ไม่มาก

ดังนั้นเครือข่ายต้องส่งเสริมให้เกิดการติดต่อสื่อสารระหว่างสมาชิกเก่าและสมาชิกใหม่ให้มีความใกล้ชิดกันมากขึ้นปัจจัยที่สนับสนุนความสำเร็จของการดำเนินงานของเครือข่ายหรือชุมชนการปฏิบัติ (McDermott, 2004; คงขวัญ บุญยรักษ์ และ อารียรรณ อ่วมธานี, 2552) ได้แก่

4.1 การมุ่งเน้นที่ความรู้ซึ่งสำคัญต่อทั้งต้นสังกัดที่สมาชิกทำงานอยู่รวมไปถึงสำคัญต่อภาระงานปัจจุบันที่สมาชิกรับผิดชอบ

4.2 การค้นหาความเกี่ยวข้องหรือความสัมพันธ์ที่ดีของสมาชิกในเครือข่ายในการติดต่อประสานงานกันภายในเครือข่าย ต้องสร้างการมีส่วนร่วมของสมาชิก รวมไปถึงการเพิ่มขนาดของเครือข่ายไปพร้อมๆ กับการเพิ่มคุณภาพของเครือข่าย

4.3 หน่วยงานต้นสังกัดต้องสร้างความมั่นใจกับบุคลากรในองค์กรในการเข้าร่วมกิจกรรมกับเครือข่าย โดยการจัดสรรเวลาให้ได้อย่างเปิดเผยหรือบรรจุลงในแผนการปฏิบัติงาน (ภาระงาน) สนับสนุนการมีส่วนร่วมในการแบ่งปันความรู้และเปิดโอกาสให้บุคลากรของตนได้เข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ของเครือข่าย และให้การสนับสนุนเงินทุนและทรัพยากรต่างๆ ในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ

4.4 โรงพยาบาลต้นสังกัดต้องปรับเปลี่ยนวัฒนธรรมการแบ่งปันความรู้ในองค์กรให้สอดคล้องกับวัฒนธรรมการแบ่งปันความรู้ของเครือข่ายต้องไม่เกิดความขัดแย้งระหว่างวัฒนธรรมกัน

4.5 ผู้นำของเครือข่ายในระดับต่างๆ ต้องเป็นผู้ริเริ่มการสร้างเครือข่ายสนับสนุนและพัฒนาเครือข่าย แสดงบทบาทให้ความสำคัญกับความรู้ต้องติดต่อและมีอิทธิพลกับสมาชิกในเครือข่าย

4.6 การจัดให้เวทีพบปะกันเช่นเวทีสัมมนาวิชาการหรือตลาดนัดความรู้เพื่ออภิปรายแลกเปลี่ยนความรู้ร่วมกันผ่านการมีปฏิสัมพันธ์ภายในเครือข่ายอย่างต่อเนื่องซึ่งเป็นกุญแจสำคัญในการกระตุ้นและสร้างความไว้วางใจระหว่างกันของสมาชิกในเครือข่าย

4.7 การส่งเสริมการติดต่อสื่อสารระหว่างสมาชิกอย่างต่อเนื่องและเข้มข้น



4.8 การพัฒนาให้สมาชิกมีแรงปรารถนาและกระตือรือร้นในการมีส่วนร่วมในเครือข่ายและสนับสนุนการพัฒนาเครือข่ายโดยติดต่อประสานงานกับเครือข่ายอื่นเพื่อนำไปสู่ความเชี่ยวชาญในเนื้อหาหรือขอบเขตความรู้ที่นำไปสู่เป้าหมายที่เครือข่ายตั้งไว้

4.9 การติดต่อสื่อสารการให้ข้อมูลความรู้และการเข้าถึงเครือข่ายควรทำให้เป็นเรื่องง่ายขึ้นโดยใช้เทคโนโลยีสารสนเทศสนับสนุน

4.10 สร้างเวทีเสวนาเกี่ยวกับขอบเขตความรู้หรือประเด็นที่เป็นที่สนใจร่วมกันของสมาชิกในเครือข่ายเพื่อการแก้ปัญหาที่ถูกต้องและชัดเจนสิ่งที่มีคุณค่ามากในเครือข่ายคือการอภิปรายร่วมกันหาทางแก้ไขปัญหา

บริบทเครือข่ายการจัดการความรู้ด้านการดูแลผู้ป่วยเบาหวานกับการแลกเปลี่ยนความรู้ในชุมชนการเรียนรู้ (Knowledge sharing in learning community) เพื่ออธิบายการรวมกลุ่มกันเป็นชุมชนเพื่อเรียนรู้แลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ ได้สร้างโอกาสให้เกิดการแลกเปลี่ยนความรู้ที่มาจากภายนอก หรือเรียกว่า “ความรู้ภายนอก (External knowledge)” โดยอาศัยกรอบทฤษฎีการเรียนรู้บนพื้นฐานแนวคิดชุมชนการปฏิบัติ (Learning theory based on community of practice) ผู้วิจัยได้ทบทวนหัวข้อดังกล่าว เพื่อทำความเข้าใจบริบทสภาพแวดล้อมของเครือข่ายการจัดการความรู้การดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งมีลักษณะการรวมกลุ่มกันในลักษณะของเครือข่ายทางสังคมหรือชุมชนการปฏิบัติ ดังนั้นกรอบทฤษฎีการเรียนรู้จากสถานการณ์แวดล้อมบนพื้นฐานแนวคิดชุมชนการปฏิบัติตามแนวคิดของเลฟและเวนเจอร์ (Lave & Wenger, 1991) มีส่วนช่วยอธิบายในส่วนนี้ได้เป็นอย่างดี

ตารางที่ 1 สรุปคุณลักษณะสำคัญของเครือข่ายการจัดการความรู้หรือชุมชนการปฏิบัติภายใต้กรอบทฤษฎีการเรียนรู้บนพื้นฐานแนวคิดชุมชนการปฏิบัติ (Situating learning theory based on network community of practice)

| คุณลักษณะสำคัญ                         |                                                                                                                                                                                                |
|----------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ขับเคลื่อนโดย                          | คุณค่าร่วมกันของสมาชิก (Value) ได้แก่ความสนใจในเรื่องหรือประเด็นเดียวกันคุณค่าจากการค้นพบองค์ความรู้ใหม่ร่วมกันและคุณค่าจากการร่วมผลักดันกิจกรรมต่างๆในเครือข่ายให้ดำเนินต่อไปอย่างไม่หยุดนิ่ง |
| ขอบเขตถูกกำหนดโดย                      | ความรู้ (Knowledge) หมายถึงชนิดหรือประเภทของเครือข่ายฯ ถูกกำหนดโดยความรู้ที่สมาชิกในเครือข่ายฯ ใช้ทั้งพาอาศัยและแลกเปลี่ยนระหว่างกัน                                                           |
| การพัฒนาการของเครือข่ายฯ พิจารณาได้จาก | การช่วยเหลือที่สมาชิกมีให้กัน (Variable contribution) และการจัดการความสัมพันธ์ทางสังคมระหว่างสมาชิกด้วยกัน (การจัดการทุนทางสังคม)                                                              |
| สมาชิกในเครือข่ายฯ ผูกพันกันโดย        | อัตลักษณ์ (Identity) ในลักษณะของการช่วยเหลือกันบนพื้นฐานของความไว้วางใจและเชื่อมั่น (Trust) ระหว่างกัน                                                                                         |

ที่มา: ปรับปรุงจาก (Lave, J. & Wenger, E., 1991: 14, 37, 98)



ตารางที่ 2 สรุปคุณลักษณะสำคัญของเครือข่ายการจัดการความรู้หรือชุมชนการปฏิบัติภายใต้กรอบทฤษฎีการเรียนรู้บนพื้นฐานแนวคิดชุมชนการปฏิบัติ (Situated learning theory based on network community of practice) (ต่อ)

| คุณลักษณะสำคัญ                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|---------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| กิจกรรมหรือแนวปฏิบัติที่เกิดขึ้นในเครือข่าย | กิจกรรมหรือแนวปฏิบัติที่เกิดขึ้นในเครือข่ายแตกต่างกันไปตามวัตถุประสงค์และเป้าหมายของแต่ละเครือข่ายกิจกรรมเหล่านั้นได้แก่การร่วมมือเพื่อหาแนวทางแก้ไขปัญหา (Problem solving) การร้องขอข้อมูลหรือความรู้ที่จำเป็นการค้นหาคำตอบจากประสบการณ์ของผู้อื่น (Seeking experience) การร่วมมือและประสานงานระหว่างกัน (Coordination and sharing) การเยี่ยมชมเพื่อขอรับความรู้ (Visits) การรวบรวมองค์ความรู้เพื่อทำแผนที่ความรู้และร่วมกันค้นหาคำตอบที่ยังขาดแคลน (Mapping knowledge and Identifying gaps) |

ที่มา: ปรับปรุงจากแนวคิดของเลฟและเวนเจอร์ (Lave, J. & Wenger, E., 1991: 14, 37, 98)

### 3. สมรรถนะในการสร้างความรู้ ของบุคลากรวิชาชีพสุขภาพในโรงพยาบาล

ในการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดสมรรถนะในการสร้างความรู้ (Knowledge productivity) ผู้วิจัยได้ทบทวนเพื่อตอบคำถามที่ใช้เป็นกรอบของการทบทวนที่ว่าทำอย่างไรในการสร้างและนำนวัตกรรมหรือความรู้ที่สร้างขึ้นใหม่ ไปใช้ให้เกิดประโยชน์ในการทำงานของบุคลากรวิชาชีพสุขภาพ ภายในอุตสาหกรรมบริการด้านสุขภาพโดยเฉพาะโรงพยาบาลด้วยการศึกษาทบทวนถึงความหมายของสมรรถนะในการสร้างความรู้ และกระบวนการต่างๆที่เกิดขึ้น เพื่อค้นคว้าให้พบว่ามีรูปแบบในการศึกษาสมรรถนะในการสร้างความรู้ในปัจจุบันประกอบด้วยองค์ประกอบใดบ้าง และความรู้ที่ยังไม่ชัดเจน (Gaps of knowledge) ที่งานวิจัยควรที่ศึกษาต่อไปเพื่ออธิบายความรู้ดังกล่าวให้ชัดเจนขึ้นควรเป็นเช่นไร

จากการศึกษาและทบทวนงานวิจัยต่างๆที่เกี่ยวข้องกับสมรรถนะในการสร้างความรู้ ในโรงพยาบาล โดยงานวิจัยที่มีส่วนสำคัญและเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการทบทวนวรรณกรรมในครั้งนี้ คือ ผลการสังเคราะห์งานวิจัยด้วยวิธีวิเคราะห์อภิธาน (Meta-analysis) ของกรีนฮอลท์และคณะในปีค.ศ. 2004 (Greenhalgh T., et al., 2004) พวกเขาพบว่า การวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสมรรถนะในการสร้างความรู้ สามารถแบ่งการศึกษาออกเป็น 13 กลุ่มงานวิจัย (อรรถไกร พันธุ์ภักดี, 2556, 2557)

#### ปัจจัยสาเหตุของสมรรถนะในการสร้างความรู้ (System antecedents for Knowledge productivity)

โรงพยาบาลที่มีความหลากหลายของโครงสร้างการทำงานหรือวัฒนธรรมโรงพยาบาลแตกต่างกันย่อมมีบริบทที่ส่งผลกระทบต่อความสามารถในการสร้างและใช้ประโยชน์จากนวัตกรรมที่แตกต่างกันปัจจัยเหล่านี้มีอิทธิพลอย่างยิ่งทั้งในทิศทางบวกหรือทิศทางลบต่อการสร้างและเรียนรู้องค์ความรู้ใหม่ที่น่าไปสู่การสร้างนวัตกรรมให้สำเร็จทั้งในระดับตัวบุคคลระดับกลุ่มและระดับโรงพยาบาลปัจจัยสาเหตุของสมรรถนะในการสร้างความรู้ ในธุรกิจบริการสุขภาพอย่างโรงพยาบาลนั้นสามารถแบ่งออกได้เป็น 3 กลุ่มหลัก

โดยการแบ่งกลุ่มแบ่งจากขนาดของผลกระทบ หรือขนาดของอิทธิพลที่เกิดขึ้น (Estimated effect size) (Damanpour, F., 1991; Greenhalgh T., et al., 2004) ได้แก่ 1) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับโครงสร้างของโรงพยาบาล (Structural determinants) เช่น รูปแบบของอำนาจการบริหารการสื่อสารภายในและภายนอก ทักษะความเชี่ยวชาญของบุคลากร ความสามารถต่างๆของบุคลากร การจัดการความรู้ภายในองค์กร กระบวนการพัฒนาและวิจัย และการสนับสนุนจากผู้บริหาร (Estimated effect size= 0.32-0.51) 2) ปัจจัยศักยภาพการเรียนรู้ความรู้ใหม่ (Absorptive capacity for new knowledge) (Estimated effect size= 0.42) และ 3) ปัจจัยสภาพแวดล้อมที่ผลต่อการเปลี่ยนแปลงของโรงพยาบาล (Receptive context for change) (Estimated effect size= 0.26-0.44)

ในการวิจัยส่วนใหญ่ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับโครงสร้างของโรงพยาบาล (Structural determinants) และปัจจัยสภาพแวดล้อมที่ผลต่อการเปลี่ยนแปลงของโรงพยาบาล (Receptive context for change) เป็นจำนวน



ด้วยเหตุผลเหล่านี้ ผู้วิจัยจึงเลือกแนวคิดทุนทางสังคม (Social capital) มาเพื่อช่วยอธิบายปัจจัยทางสังคมที่มีสาเหตุสำคัญในการสร้างโอกาสหรือจูงใจให้เกิดพฤติกรรมการแลกเปลี่ยนความรู้ (Knowledge sharing) ของสมาชิกในสังคมหรือเครือข่ายรวมถึงการที่ทุนทางสังคมคือตัวขับเคลื่อนทางสังคม (Social integration mechanism) ต่อการถ่ายทอดความรู้ระหว่างกันของสมาชิกภายในเครือข่าย โดยอ้างอิงแนวคิดทฤษฎีทุนทางสังคมของเจนนี นาฮาเพท และชูแมนทราโกสชาล (Nahapiet & Ghoshal, 1997)

ในการศึกษาทุนทางสังคมมิติเชิงโครงสร้าง (Structural Social capital) ที่มีผลต่อการแลกเปลี่ยนความรู้ของสมาชิกในสังคมหรือเครือข่าย พบว่าโครงสร้างทางสังคมของเครือข่ายมีผลต่อการได้มาซึ่งความรู้ที่นำมาใช้หรือแลกเปลี่ยนเรียนรู้กันในสังคมหรือเครือข่าย (Burt, R.S., 2000: 345-423) ถ้าโครงสร้างทางสังคมของเครือข่ายมีความเข้มข้น สนับสนุนและใกล้ชิดกัน ย่อมส่งผลต่อการถ่ายทอดความรู้แบบฝังลึกให้ง่ายขึ้นกว่าโครงสร้างทางสังคมที่ยืดเยื้อกัน (Hansen, M.T. & Mors, M.L., 2005: 82-111; Nadler, J., Thompson, L. & Van Boven, L., 2003) เนื่องจากสายสัมพันธ์ที่สนับสนุนกันได้ช่วยให้การสื่อสารระหว่างสมาชิกในเครือข่าย ทำได้ง่ายและคล่องตัว (Szulanski, G., 1996: 27-43; Szulanski, G., Cappetta, R. & Jensen, R.L., 2004: 600-613; Tsai, W. & Ghoshal, S., 1998: 464-476; Tsai, W., 2001: 996-1004) ในขณะที่การศึกษาของอุซซีและแลนคาสเตอร์ (Uzzi & Lancaster, 2003) ได้ค้นพบเช่นเดียวกันว่า ยิ่งเครือข่ายทางสังคมมีสายสัมพันธ์ที่เหนียวแน่น ย่อมส่งผลให้ผู้ถ่ายทอดสามารถถ่ายทอดความรู้ส่วนตัวหรือความรู้เฉพาะพิเศษไปยังผู้รับการถ่ายทอดทำได้ง่ายขึ้น เจ้าของความรู้เกิดความรู้สึกเต็มใจที่ได้ถ่ายทอดความรู้ให้แก่ผู้รับอย่างสนิทใจด้วยสายสัมพันธ์ที่แนบแน่นนั่นเอง ในทางตรงกันข้ามสายสัมพันธ์ของเครือข่ายทางสังคมที่อ่อนแอไม่ค่อยสื่อสารประสานงานหรือมีความใกล้ชิดกัน ได้ส่งผลลบหรือสร้างอุปสรรคในการถ่ายทอดความรู้เป็นอย่างมาก (Uzzi, B. & Lancaster, R., 2003: p. 383-399) หรือสรุปได้ว่า ผลของความสัมพันธ์จากเครือข่ายทางสังคม (สายใยความสัมพันธ์ หรือการติดต่อประสานงาน) ส่งผลบวกต่อการแลกเปลี่ยนความรู้ระหว่างเจ้าของความรู้และผู้รับความรู้ (Hansen, M.T. & Mors, M.L., 2005: 776-793; Lapre, M.A. & Van Wassenhove, L.N., 2001: 1311-1325)

ในการศึกษาทุนทางสังคมมิติเชิงความสัมพันธ์ (Social capital in relational dimension) ที่มีผลต่อการแลกเปลี่ยนความรู้ระหว่างกันนั้นผู้ศึกษาหลายท่านได้ค้นพบตรงกันว่าความเชื่อมั่นหรือเชื่อใจต่อกันของสมาชิกภายในเครือข่ายทางสังคมส่งผลให้การค้นหาความรู้ใหม่เกิดการแลกเปลี่ยนความรู้ ตลอดจนทำให้การถ่ายทอดความรู้ระหว่างกันสะดวกขึ้นเป็นอย่างมาก (Argote, L., McEvily, B. & Reagans, R., 2003: 571-582; Darr, E. D., Argote, L., & Eppler, D., 1995) ความเชื่อใจที่มีต่อกัน (Trust) ทำให้การถ่ายทอดความรู้ทั้งแบบชัดแจ้งและแบบฝังลึกทำได้ง่ายขึ้น (Bouty, I., 2000: 50-65) เป็นที่แน่ชัดว่าเครือข่ายทางสังคมที่มีความสัมพันธ์ที่เหนียวแน่นมีความใกล้ชิดกันมากๆ ได้เกิดความไว้วางใจเชื่อใจต่อการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารและการถ่ายทอดความรู้เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว (Borgatti, S.P. & Cross, R., 2003: 432-445)

ในการศึกษาทุนทางสังคมมิติเชิงการรับรู้ (Social capital in cognitive dimension) ที่มีผลต่อการแลกเปลี่ยนความรู้ ได้มุ่งศึกษาการถ่ายทอดความรู้ระหว่างกันภายในเครือข่ายทางสังคมผ่านการใช้ภาษา วิสัยทัศน์ บรรทัดฐาน และเป้าหมายร่วมกันของสมาชิกในเครือข่ายทางสังคม (Nahapiet, J. & Ghoshal, S., 1997: 35-39, 1998: 242-266) การถ่ายทอดความรู้ทำได้สะดวกรวดเร็วและประสบความสำเร็จมากขึ้นถ้าคนในเครือข่ายทางสังคมมีความตระหนักและรับรู้ร่วมกัน (Grant, R.M., 1996: 109-122; Song, J., Almeida, P. & Wu, G., 2003: 351-365)

## 5. ทุนมนุษย์ (Human capital)

คำว่า “ทุนมนุษย์” แปลมาจากภาษาอังกฤษ คือ Human Capital แบบตรงตัว ได้ถูกนำมาใช้ในสองความหมาย ความหมายแรกเป็นความหมายที่มองมนุษย์ในฐานะเจ้าของแรงงาน เป็นความหมายที่เป็นรูปธรรม เป็นคำที่เกิดขึ้นมาตั้งแต่สมัย อדם สมิท ในคริสต์ศตวรรษที่ 18 ต่อมา Gary Becker ได้ศึกษาค้นคว้าและกำหนดขึ้นมาเป็นทฤษฎีที่เรียกว่า ทฤษฎีทุนมนุษย์โดยมุ่งเน้นการลงทุนไปที่ขีดความสามารถและทักษะในการทำงานของบุคลากรในองค์กร ต่อมา William R. Tracey ได้ให้นิยามทุนมนุษย์ไว้ว่า หมายถึง ผลตอบแทนที่องค์กรได้รับจากความจงรักภักดี ความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ ความพยายาม ความมุ่งมั่นสู่ความสำเร็จ ซึ่งเป็นผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นของบุคลากรในองค์กร (อาภรณ์ ภูววิทยพันธ์, ม.ป.ป.)

อีกความหมายหนึ่ง เป็นความหมายตามที่ Theodore W. Schultz นักเศรษฐศาสตร์รางวัลโนเบลได้ให้ไว้ในปี ค.ศ. 1961 (พ.ศ. 2504) ในบทความชื่อ Investment in Human Capital ในวารสาร American Economic Review บ้านเราเริ่มได้ยินคำว่า Human Capital ในความหมายนี้กันในราวปี พ.ศ. 2544 (อ้างศักดิ์ คงสาส์นดี, 2550, หน้า 2) โดย Schultz ให้ความหมายคำว่า “ทุนมนุษย์” ในบทความของเขาว่า หมายถึง ความสามารถหลายๆอย่างที่อยู่ในตัวคน ทั้งที่ติด



ค่อนข้างมาก ในขณะที่การศึกษาปัจจัยศักยภาพการเรียนรู้ความรู้อใหม่ (Absorptive capacity for new knowledge) ที่มีอิทธิพลต่อสมรรถนะในการสร้างความรู้ ยังมีค่อนข้างน้อย (Sattler, M., 2011: 24)

#### ปัจจัยด้านความพร้อมสำหรับการนำนวัตกรรมไปใช้ (System readiness for innovation)

บุคลากรวิชาชีพสุขภาพของโรงพยาบาลบางแห่ง สามารถสร้างนวัตกรรมขึ้นเองได้ แต่ก็ไม่ได้หมายความว่า พวกเขามีความพร้อมที่ในการใช้นวัตกรรมดังกล่าวให้เกิดประโยชน์ในทางปฏิบัติได้ ทั้งตัวบุคลากร ผู้บริหาร และระบบต่างๆของโรงพยาบาลต้องมีความพร้อมรองรับต่อการใช้นวัตกรรมซึ่งประกอบด้วย 1) สถานการณ์ที่จำเป็นต้องมีการเปลี่ยนแปลง (Tension for change) 2) นวัตกรรมมีความเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล (Innovation-system fit) 3) คาดการณ์ได้ว่าจะสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง (Assessment of implication) 4) ได้การสนับสนุนในส่วนต่างๆที่ดีจากโรงพยาบาล (Support and advocacy) 5) มีการจัดสรรเรื่องเวลาและทรัพยากรที่จำเป็น (Dedicated time and resources) และ 6) มีระบบตรวจสอบและติดตามผลการใช้นวัตกรรมที่ดี (Capacity to evaluate the innovation)

#### ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับบริบทภายนอกโรงพยาบาล (The outer context: Inter-organizational networks and collaboration)

ในการตัดสินใจในการนำนวัตกรรมมาใช้ให้เกิดประโยชน์ในโรงพยาบาลนั้นอิทธิพลจากปัจจัยต่างๆภายนอกโรงพยาบาลก็มีส่วนสำคัญปัจจัยดังกล่าวได้แก่ 1) เครือข่ายที่ไม่เป็นทางการระหว่างโรงพยาบาล (Informal inter-organizational network) 2) กลยุทธ์หรือแนวทางในการถ่ายทอดองค์ความรู้ใหม่ (Intentional spread strategies) 3) สภาพแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อการแลกเปลี่ยนแบ่งปันองค์ความรู้ระหว่างกัน (Suitable environment for learning) และ 4) นโยบายภาครัฐที่ให้การสนับสนุน (Political directives) 5) ทุนมนุษย์ (Human capital)

อย่างไรก็ตาม การศึกษาวิจัยสมรรถนะในการสร้างความรู้ ของบุคลากรวิชาชีพในโรงพยาบาล ยังมีการศึกษาในประเด็นเหล่านี้ค่อนข้างน้อยมาก ได้แก่ 1) อิทธิพลจากปฏิสัมพันธ์ทางสังคมระหว่างบุคลากรวิชาชีพสุขภาพที่รวมกลุ่มกันเป็นเครือข่าย มีอิทธิพลต่อทัศนคติและพฤติกรรมของสมาชิกในเครือข่ายอย่างไร อันนำไปสู่การพัฒนาสมรรถนะในการสร้างความรู้ 2) การพัฒนาศักยภาพการเรียนรู้บุคลากรวิชาชีพสุขภาพในโรงพยาบาลต้องทำอะไร เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ สร้างองค์ความรู้ใหม่ และบูรณาการความรู้ให้เกิดนวัตกรรมขึ้น และ 3) อะไรคือสาเหตุสำคัญของการบูรณาการความรู้ใหม่ให้สามารถนำไปใช้ได้จริงกับงานประจำของบุคลากรวิชาชีพสุขภาพในโรงพยาบาล (Greenhalgh T., et al., 2004) 4) ทางทางปัญญา ที่ประกอบด้วย ทุนมนุษย์ ทุนทางความสัมพันธ์ และทุนโครงสร้างองค์กร มีผลอย่างไรต่อการสร้างความรู้ของบุคลากรในองค์กร เป็นต้น

#### 4. ทุนทางสังคม (Social capital)

แนวคิดทุนทางสังคมที่ได้รับการอ้างอิงจากผู้วิจัยเป็นอย่างมาก คือ แนวคิดทุนทางสังคมของเจนนี นาฮาเพท และชูแมนทรา โกสชาล (Nahapiet & Ghoshal, 1997, 1998) พวกเขาได้อธิบายว่าการสร้างความรู้ (Knowledge creation) เป็นผลมาจากการแลกเปลี่ยนและผสมผสานความรู้ผ่านความสัมพันธ์ทางสังคมหรือเครือข่าย (Knowledge sharing) พวกเขาได้ให้ความสำคัญโดยเฉพาะ “ทุนทางสังคม (Social capital)” ว่าเป็นปัจจัยที่มีส่วนสำคัญอย่างยิ่งต่อการสร้างโอกาสในการแลกเปลี่ยนความรู้ ที่นำไปสู่การสร้างความรู้ใหม่ให้เกิดขึ้นในองค์กร “ทุนทางสังคม คือ ผลรวมของทรัพยากรมีคุณค่าและเปี่ยมด้วยศักยภาพที่ฝังลึกอยู่ ภายในความสัมพันธ์ทางสังคมหรือเครือข่ายที่ร้อยรัดสมาชิกในสังคมหรือเครือข่ายเข้าด้วยกัน” (Nahapiet, J. & Ghoshal, S., 1997: 35-39, 1998: 242) แบ่งออกได้เป็น 3 มิติคือ 1) ทุนทางสังคมเชิงโครงสร้าง 2) ทุนทางสังคมเชิงความสัมพันธ์ และ 3) ทุนทางสังคมเชิงการรับรู้

สมาชิกในสังคมได้สร้างสรรค์และพัฒนาความรู้ขึ้นโดยเริ่มจากการแลกเปลี่ยนแบ่งปันประสบการณ์หรือความรู้ระหว่างกัน (Argote, L. & Ingram, P., 2000: 150-169; Argote, L., McEvily, B. & Reagans, R., 2003: 571-582) ปัจจัยด้านสังคมได้กลายเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมต่างๆของสมาชิกในสังคมหรือเครือข่ายมากขึ้น เช่น พฤติกรรมการรวมตัว ความเชื่อมั่นที่มีต่อสมาชิกหรือการแลกเปลี่ยนแบ่งปันทรัพยากรระหว่างกัน (Szulanski, G., 1996: 27-43; Szulanski, G., Cappetta, R. & Jensen, R.L., 2004: 600-613)



ตัวมาแต่กำเนิด (Innate) หรือเกิดจากการสะสมเรียนรู้ โดยแต่ละบุคคลที่เกิดมาจะมีนิสัยเฉพาะของแต่ละบุคคลซึ่งจะเป็นตัวบ่งชี้ความสามารถ คุณลักษณะเหล่านี้เป็นคุณลักษณะที่มีคุณค่า ซึ่งคุณค่านี้อาจเพิ่มขึ้นเมื่อมีการลงทุนที่เหมาะสม (นิสตาตาร์ เวชยานนท์. 2551. หน้า 2)

Lynda Gratton และ Sumantra Ghoshal ได้ให้ความหมายของ “ทุนมนุษย์” ว่าหมายถึงส่วนผสมของ 3 สิ่ง (นิสตาตาร์ เวชยานนท์. 2551. หน้า 5) คือ 1) ทุนทางปัญญา (Intellectual Capital) ประกอบด้วย ความรู้และความสามารถในการเรียนรู้ ความเชี่ยวชาญเฉพาะ ทักษะ ประสบการณ์ที่คนสะสมไว้ รวมทั้งความรู้ที่อยู่ในตัวเราที่เรียกว่า Tacit Knowledge 2) ทุนทางสังคม (Social Capital) ประกอบด้วยเครือข่ายความสัมพันธ์ 3) ทุนทางอารมณ์ (Emotional Capital) ประกอบด้วยคุณลักษณะต่างๆ เช่น การรับรู้ตนเอง (Self Awareness) ความมีศักดิ์ศรี (Integrity) การมีความยืดหยุ่น (Resilience)

“ทุนมนุษย์” ที่ใช้นี้ เป็น “ทุนมนุษย์” ตามความหมายของ Schultz และ Lynda Gratton / Sumantra Ghoshal ซึ่งเกิดขึ้นในระยะประมาณ 40 ปีที่ผ่านมาและส่งผลกระทบอย่างกว้างขวางในวงการบริหารและการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ อันเนื่องมาจากการปรับตัวให้รับกับการแข่งขันอย่างรุนแรงในธุรกิจการค้าและการเปลี่ยนแปลงของสังคมเศรษฐกิจแบบโลกาภิวัตน์ “ทุนมนุษย์” ในความหมายใหม่ได้เปิดแนวคิดในการพัฒนาบุคคลในองค์กรให้เป็นข้อได้เปรียบในการแข่งขันและเป็นภูมิคุ้มกันผลกระทบทั้งหลายที่มาจากภายนอกองค์กร

#### ผลกระทบจากความหมาย

การนำเสนอความคิดเรื่อง “ทุนมนุษย์” ได้ทำให้การบริหารงานบุคคลและการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ได้ก้าวไปอีกขั้นหนึ่ง (ม.ป.ป)

ขั้นที่หนึ่ง: Personnel Management หรือ Personnel Administration เน้นกระบวนการที่เป็นงานปฏิบัติและงานประจำตามกฎหมาย ระเบียบ เช่น บรรจุ แต่งตั้ง เลื่อนเงินเดือน ฯลฯ

ขั้นที่สอง: Strategic Human Resource Management ยึดคนเป็นทรัพยากรขององค์กรและมีกระบวนการที่เชื่อมโยงกับยุทธศาสตร์องค์กร เช่น การวางแผนและพัฒนากำลังคน ฯลฯ

ขั้นที่สาม: Strategic Human Capital Management เป็นแนวคิดใหม่ ยึดคนเป็นสินทรัพย์

“ทุนมนุษย์” ได้ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในมุมมองของการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์หลากหลายแง่มุม

#### 1. เปลี่ยนจากการมองคนเป็นค่าใช้จ่ายไปสู่การมองคนเป็นสินทรัพย์

ดั้งเดิมองค์กรได้มองบุคลากรเป็นต้นทุนค่าใช้จ่าย (Cost) ที่ต้องควบคุมดูแล มิฉะนั้นแล้วผลงานที่ได้อาจไม่คุ้มกับค่าใช้จ่ายที่จ่ายไปในค่าจ้างและสวัสดิการต่างๆ การบริหารงานบุคคลในมุมมองแบบเก่าจึงมีโครงสร้างสูงเป็นลักษณะแนวตั้ง การบริหารคนได้เน้นที่กิจกรรมแยกเป็นส่วนๆ โดยมุ่งเน้นประสิทธิภาพการทำงานของแต่ละส่วนตั้งแต่ การสรรหา การคัดเลือก การบรรจุ การฝึกอบรม การวิเคราะห์งาน การประเมินผลงาน ไปจนถึงการจ่ายค่าตอบแทน

ขณะที่ตามแนวคิดใหม่ องค์กรจะมองบุคลากรเป็นสินทรัพย์ (Asset) ที่เพิ่มมูลค่าในตัวได้ทั้งด้านความรู้ ความสามารถ ทักษะ หรือความชำนาญ ไม่มีค่าเสื่อมราคา เป็น “ทุนมนุษย์” ซึ่งเน้นความสำคัญของความรู้และการใช้สติปัญญาในการนำข้อมูลสารสนเทศทั้งหลายมาใช้ให้เป็นประโยชน์และเกิดข้อได้เปรียบแก่องค์กรโดยมีการประสานการดำเนินการกับส่วนงานอื่นๆ ในลักษณะของการบูรณาการความรู้และทักษะ ไม่ใช่ต่างคนต่างทำ

นอกจากจะเป็นการเปลี่ยนมุมมองของคนจาก ต้นทุนค่าใช้จ่ายเป็น สินทรัพย์ แล้ว Thomas Davenport (ศิระ โอภาสพงษ์, ผู้แปลและเรียบเรียง. 2543) ยังมองลึกลงไปถึงขั้นที่ว่า แท้จริงแล้ว พนักงานเป็นเจ้าของทุน เป็นผู้ลงทุน เพราะพนักงานเป็นผู้ตัดสินใจว่าจะทำงานที่ไหน เมื่อใด และอย่างไร จะเอาทุนของตนไปทำงานกับองค์กรใดที่ให้ผลตอบแทนการลงทุนของเขอย่างคุ้มค่าที่สุด

แนวคิดดังกล่าวมีผลโดยตรงต่อวิธีการทำงาน องค์กรจำเป็นต้องสร้างบรรยากาศในการทำงานที่ดีในลักษณะของการสร้างแรงจูงใจให้คนอยากอยู่ทำงานในที่แทนที่จะลาออกไปทำงานที่อื่น การสร้างแรงจูงใจดังกล่าวไม่ได้มีแต่เฉพาะการให้ค่าตอบแทนตามความคิดแบบเก่า แต่จะต้องให้โอกาสในการเรียนรู้ การพัฒนา และความมั่นใจในความก้าวหน้าในชีวิตการทำงานด้วย



## 2. มองทุนมนุษย์ในลักษณะที่เป็นคุณสมบัติแยกออกจากตัวบุคคล

“ทุนมนุษย์” จัดเป็นสินทรัพย์ที่ไม่มีตัวตน (Intangible Asset) ซึ่งตามปกติแล้วไม่สามารถวัดเทียบเป็นมูลค่าทางธุรกิจได้ แต่ในที่สุดแล้วสามารถที่จะแปลงสภาพให้กลายเป็นสินทรัพย์ที่สามารถวัดเทียบมูลค่าออกมาได้และยังสามารถทำให้มีสภาพคล่องได้อีกต่างหาก (พิพัฒน์ ก้องกิจกุล อ้างถึงใน ประจักษ์ ชูมนานเสียว, ม.ป.ป) ทุนมนุษย์ไม่ใช่สิ่งที่องค์กรเป็นเจ้าของ ดังนั้น แม้ว่าองค์กรจะอยู่ในฐานะนายจ้างโดยมีบุคคลผู้เป็นเจ้าของ “ทุนมนุษย์” เป็นลูกจ้าง แต่ “ทุนมนุษย์” ซึ่งเป็นคุณสมบัติภายในของลูกจ้างก็ยังเป็นของลูกจ้าง หากได้เป็นของนายจ้างแต่อย่างใด แนวความคิดที่แยกทุนมนุษย์ออกจากตัวลูกจ้างจึงเป็นสิ่งท้าทายความสามารถในการจัดการความรู้ขององค์กรที่จะทำอย่างไรจึงจะสามารถดึงความรู้ฝังลึกในตัวบุคคล (Tacit Knowledge) นี้ออกมาจากตัวลูกจ้างได้โดยสมัครใจ

## 3. เกิดแนวคิดคู่ประสานระหว่างการสร้างความผูกพันและการพัฒนาทุนทางปัญญา

แต่เดิมความสัมพันธ์ระหว่างองค์กรกับพนักงานเป็นความสัมพันธ์ระหว่างนายจ้างกับลูกจ้าง ภาระหน้าที่ในการพัฒนาลูกจ้างจึงตกเป็นของนายจ้างแต่เพียงฝ่ายเดียว หากนายจ้างต้องการผู้มีความรู้ความสามารถก็ต้องลงทุนพัฒนาคน เพราะเมื่อลูกจ้างมีความรู้ ความสามารถก็จะทำประโยชน์ให้แก่ฝ่ายนายจ้างเป็นการคืนทุนที่ลงไป แต่จากการมองคนเป็นเจ้าของทุน มอง “ทุนมนุษย์” เป็นสินทรัพย์ที่จับต้องไม่ได้ที่มีพนักงานเป็นเจ้าของ การพัฒนาทรัพยากรบุคคลจึงเป็นการพัฒนา “ทุนมนุษย์” ที่เจ้าของทุนคือตัวพนักงานก็ต้องให้ความสำคัญและให้ความร่วมมืออย่างเต็มที่ เพราะตัวพนักงานเองก็คือผู้ได้รับประโยชน์และมีเสรีที่จะเลือกทำงานอยู่กับใครก็ได้

การพัฒนาทุนทางปัญญา (Intellectual Capital) เป็นเรื่องที่ยากออกได้ยากจากการพัฒนาขีดความสามารถ (Competency) ซึ่งมีอยู่สองแนวทาง คือ แบบอังกฤษ (British Approach) ที่เน้นการพัฒนาขีดความสามารถเพื่อให้ได้มาตรฐานงาน กับแบบอเมริกัน (American Approach) ที่เน้นการพัฒนาขีดความสามารถบนฐานของการพัฒนาและมุ่งสู่ความเป็นเลิศ (จิระประภา อัครบวร, ม.ป.ป) ซึ่งไม่ว่าจะเป็นแบบใดก็ตาม ก็ได้หมายความว่าบุคคลซึ่งมีขีดความสามารถหรือทุนทางปัญญาที่สูงขึ้นนั้น จะต้องนำเอาความสามารถดังกล่าวมาใช้ให้เกิดประโยชน์กับองค์กร

สิ่งที่นักบริหารทรัพยากรมนุษย์จะต้องสร้างให้เกิดควบคู่ไปกับการพัฒนา “ทุนมนุษย์” จึงเป็นเรื่องของการสร้างความผูกพัน (Commitment) กับองค์กรด้วยการรักษาความสมดุลระหว่างคุณภาพชีวิต กับ การพัฒนาขีดความสามารถ เพื่อให้เกิดความผูกพันที่จะนำความรู้ความสามารถที่พัฒนานั้นออกมาใช้ให้เกิดประโยชน์กับองค์กรอย่างเต็มที่

การออกแบบผลตอบแทน ต้องทำให้เข้าใจง่าย ทำงาน และทุกคนยอมรับ รวมทั้งต้องเป็นตัวกระตุ้นให้ขยัน มุ่งไปข้างหน้าถึงจะบรรลุเป้าหมายอย่างที่เขารเรียกว่า Win-Win (ชัยวัฒน์ ชยางกูร, 2548, หน้า 64)

## 4. ให้ความสำคัญกับคุณสมบัติด้านเครือข่ายความสัมพันธ์ทางสังคมและความฉลาดทางอารมณ์

องค์ประกอบของ “ทุนมนุษย์” ที่สำคัญและทำให้เกิดแนวคิดที่ต่างไปจาก “ทรัพยากรมนุษย์” ก็คือ ทุนทางสังคม (Social Capital) หรือเครือข่ายความสัมพันธ์ และทุนทางอารมณ์ (Emotional Capital) หรือความฉลาดทางอารมณ์

ในการปฏิบัติงานทั้งหลาย นอกเหนือจากความรู้ ทักษะ และทัศนคติ แล้ว เครือข่ายความสัมพันธ์และความสามารถในการควบคุมอารมณ์เป็นปัจจัยสำคัญมากที่จะทำให้บุคคลสามารถนำความรู้ที่เรียนมาไปใช้ให้ประสบความสำเร็จ เครือข่ายความสัมพันธ์เป็นเครื่องช่วยให้เกิดความหลากหลายในความคิดและเป็นกรณีศึกษาที่จะช่วยให้การเรียนรู้กว้างขวางและลึกซึ้งขึ้น ในขณะที่การควบคุมอารมณ์จะช่วยให้ผู้เรียนสามารถรับรู้เรื่องราวและเรื่องราวต่างๆที่ตรงข้ามกับความคิดของเราได้มากขึ้น เสริมสร้างความสัมพันธ์ให้ต่อเนื่องและขยายขอบเขตออกไปได้ในลักษณะเสริมซึ่งกันและกัน การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ที่ให้ความสำคัญกับการบูรณาการความรู้หลากหลายสาขาจึงสามารถดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้นเมื่อนำมุมมองของทุนมนุษย์ที่ให้ความสำคัญกับเครือข่ายความสัมพันธ์ทางสังคมและการควบคุมอารมณ์เป็นการเพิ่มเติมขึ้นไปจากความรู้ความสามารถซึ่งเป็นทุนทางปัญญา

## 5. เน้นคุณค่าของคนและวิธีการที่ใช้ในการบริหารคนมากกว่าหน้าที่เฉพาะบุคคล

นิยามคำว่า “ทุนมนุษย์” ในลักษณะที่เป็นนามธรรม ไม่ได้ส่งผลแต่เฉพาะในส่วนแนวคิดของการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์เท่านั้น ยังส่งผลต่อแนวคิดของการบริหารหรือการจัดการทรัพยากรมนุษย์ด้วย Andrew Mayo (อ้างถึงใน นิสิตาร์ก เวชยานนท์, 2551, หน้า 19) กล่าวว่า Human Resource Management (HRM) และ Human Capital Management (HCM) มีความแตกต่างกันในสองเรื่อง คือ



5.1 การบริหาร “ทุนมนุษย์” จะเน้นคุณค่าของคน (Value of People) และสิ่งที่คนสร้าง มากกว่าสนใจตัวกระบวนการหรือหน้าที่ด้านบุคคล (HR Function)

5.2 การบริหาร “ทุนมนุษย์” จะให้ความสำคัญกับการประเมินวิธีการที่ใช้ในการบริหารคนและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น

## 6. เกิดแนวคิดการวัดค่าสินทรัพย์ที่ไม่มีตัวตน

เนื่องจาก “ทุนมนุษย์” เป็นทรัพย์สินที่ไม่มีตัวตน และการบริหาร “ทุนมนุษย์” จะเน้นที่คุณค่าของคน ปัญหาที่เกิดขึ้นก็คือ แล้วจะวัดค่าของ “ทุนมนุษย์” ได้อย่างไร ในการบริหารทรัพยากรมนุษย์ตามแนวความคิดแบบเก่า จะใช้จำนวนบุคลากรและจำนวนผู้ที่เข้ารับการอบรม หรือ อัตราการเข้าออกจากงาน (Turn Over) หรือประสิทธิภาพที่เพิ่มขึ้นจากการทำงานเป็นตัวชี้วัดคุณค่าของบุคคล แต่ตัวชี้วัดดังกล่าว ไม่สามารถนำมาใช้ได้กับการวัดค่าของ “ทุนมนุษย์”

จากวลียอดฮิตในวงการ Balance Scorecard ของ David P. Norton ที่ว่า “หากคุณไม่สามารถวัดมันได้ คุณก็จะไม่สามารถจัดการกับมันได้” (Robert S. Kaplan, David P. Norton, Janice Koch and Cassandra A. Frangos, พีพีเอ็ม ก้องกิงกุล, ผู้แปล, 2548, หน้า 29) สะท้อนให้เห็นความสำคัญของการต้องรู้จักสิ่งที่เราจะเข้าไปเกี่ยวข้องจัดการในลักษณะเดียวกับสุภาษิตจีนที่ว่า “รู้เขารู้เรา รบร้อยครั้งชนะร้อยครั้ง” ที่ผ่านมา วงการธุรกิจทั้งหลายได้ใช้เครื่องมือที่เรียกว่า Balance Scorecard ด้วยการจัดทำแผนที่กลยุทธ์ (strategy map) และนำมาใช้ในการวัดกลยุทธ์ขององค์กรซึ่งก็ได้รับการยอมรับกันทั่วไปในฐานะการเป็นตัวแบบการจัดการในสามด้าน คือ

- 1) ด้านการเงิน อิงพื้นฐานของ ROI ของ DuPont
- 2) ด้านลูกค้า อิงพื้นฐานข้อเสนอด้านคุณค่าที่มอบให้กับลูกค้า
- 3) ด้านกระบวนการภายใน อิงปัจจัยที่แวดล้อมอยู่ตามห่วงโซ่ทางคุณค่า (value chains)

แต่เรามองด้านความรู้และการเติบโตซึ่งเป็นคุณสมบัติของ “ทุนมนุษย์” ที่แวดล้อมไปด้วยสินทรัพย์ที่ไม่มีตัวตนตัวอื่นๆ เช่น เทคโนโลยีสารสนเทศ บรรยากาศการทำงานภายในองค์กร ฯลฯ ยังไม่มีกรอบการจัดการอันเป็นที่ยอมรับจากการเชิญผู้บริหารระดับสูงทางด้านทรัพยากรมนุษย์กว่า 20 องค์กรซึ่งจัดโดยสำนัก Balance Scorecard Collaborative มาร่วมกันคิดหาแนวทางการวัดค่าของทุนมนุษย์ ที่ประชุมได้เสนอแนวคิดที่ว่า “ทุนมนุษย์” จะมีมูลค่าขึ้นมาได้ก็เฉพาะในแงุ่มุมที่เกี่ยวข้องกับกลยุทธ์ขององค์กรเท่านั้น เช่น แผนการอบรมที่เกี่ยวกับการปรับปรุงทางด้านคุณภาพจะให้ผลกระทบแตกต่างเป็นอย่างมากกับแผนการอบรมเพื่อเพิ่มทักษะการเจรจาต่อรอง เพราะฉะนั้นถ้าจะถามว่าแผนการอบรมใดให้มูลค่าหรือมีคุณค่ามากกว่ากัน คำตอบก็ต้องย้อนถามไปก่อนว่า แล้วแผนการอบรมไหนที่สอดคล้องกับกลยุทธ์ขององค์กรมากกว่า สินทรัพย์ทั้งหลาย (ซึ่งก็รวมทุนมนุษย์ด้วย) ที่สนับสนุนการดำเนินกลยุทธ์ขององค์กร จะมีมูลค่ามากกว่าบรรดาสินทรัพย์ที่ไม่สนับสนุนต่อกลยุทธ์ (Robert S. Kaplan et al., พีพีเอ็ม ก้องกิงกุล, ผู้แปล, 2548, หน้า 30-49)

## 7. ทำให้การบริหารและการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์เป็นเรื่องของทุกฝ่ายในองค์กร

เนื่องจากการบริหาร “ทุนมนุษย์” มีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับกลยุทธ์ขององค์กร จึงไม่ใช่การมองแค่ตัวคนหรือกระบวนการอย่างใดอย่างหนึ่ง แต่เป็นการมองทั้งสองอย่างๆ เชื่อมโยงกันโดยมีกลยุทธ์ขององค์กรเป็นแกนในการดำเนินการบริหารและการพัฒนาทรัพยากรบุคคลภายใต้แนวคิดของ “ทุนมนุษย์” จึงไม่ใช่เรื่องของฝ่ายบริหารทรัพยากรมนุษย์แต่เพียงฝ่ายเดียว แต่เป็นเรื่องของทุกฝ่าย ทั้งด้านธุรกิจ ฝ่ายผลิต ฝ่ายควบคุมคุณภาพ ฯลฯ ที่จะต้องนำทุนทั้งสามด้าน คือ Intellectual Capital, Social Capital และ Emotional Capital มาประสานให้เกิดประโยชน์สูงสุดตามกลยุทธ์ขององค์กร

ปัจจัยหลัก 4 ประการแห่งความสำเร็จขององค์กรอันประกอบด้วย ความสามารถหลัก (Core Competency), ทักษะการใช้ทรัพยากรขององค์กร, กลยุทธ์ และสภาพแวดล้อม มีปัจจัยด้าน “ทุนมนุษย์” เป็นตัวเชื่อมโยงปัจจัยทั้งสี่เข้าด้วยกัน จึงเป็นหน้าที่ขององค์กรที่จะต้องเสริมความรู้และทักษะให้กับพนักงานควบคู่ไปกับการเรียนรู้เพื่อพัฒนาตนเองของพนักงาน ให้อำนาจพนักงานในการตัดสินใจ มอบรางวัลเป็นผลตอบแทนเมื่อเขาทำงานขึ้นสำคัญประสบความสำเร็จ ยิ่ง “ทุนมนุษย์” มีความสามารถในการสร้างคุณประโยชน์มากขึ้นเท่าใด ปัจจัยหลักแห่งความสำเร็จขององค์กรก็ยิ่งมีประสิทธิภาพและโอกาสในการนำองค์กรไปสู่ความสำเร็จได้มากขึ้นเท่านั้น

## 8. กลยุทธ์การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์



จากแนวคิด “ทุนมนุษย์” เป็นสินทรัพย์ที่จับต้องไม่ได้แต่พัฒนาได้ โดยมีความเกี่ยวพันอย่างใกล้ชิดกับกลยุทธ์ขององค์กรและเป็นเรื่องของทุกฝ่ายไม่เฉพาะกับฝ่ายทรัพยากรบุคคล ได้ทำให้เกิดแนวคิดในเรื่องของการพัฒนาทรัพยากรบุคคลเชิงกลยุทธ์เพื่อสร้าง “ทุนมนุษย์” ในองค์กรควบคู่ไปกับแนวคิดเรื่องการบริหารทรัพยากรบุคคลเชิงกลยุทธ์

การบริหารทรัพยากรบุคคลเชิงกลยุทธ์ เป็นวิธีการที่จะทำให้องค์กรสามารถตัดสินใจเกี่ยวกับสิ่งที่ตนเองตั้งใจหรือมุ่งมั่น รวมทั้งแผนงานต่างๆที่มีความสำคัญ ครอบคลุมเรื่องของลูกจ้างสัมพันธ์ การสรรหา การฝึกอบรมและพัฒนา การบริหารผลการปฏิบัติงาน การให้รางวัล รวมทั้งนโยบายและแนวทางปฏิบัติเรื่องแรงงานสัมพันธ์ กลยุทธ์การบริหารทรัพยากรบุคคลให้ความสำคัญกับความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กันระหว่างการบริหารทรัพยากรบุคคลและการบริหารกลยุทธ์ขององค์กร (อรจรรย์ ณ ตะกั่วทุ่ง, ผู้แปล, 2549, หน้า 70)

การพัฒนาทรัพยากรบุคคลเชิงกลยุทธ์ เป็นการพัฒนาความรู้ให้มีความสัมพันธ์กับกลุ่มผู้เรียนรู้ซึ่งก็คือพนักงานทุกระดับในองค์กร เป็นการสร้างความรู้ที่เน้นการพัฒนากระบวนการคิดตั้งแต่การรับรู้ไปจนถึงการสังเคราะห์โดยมีกลยุทธ์ขององค์กรเป็นตัวประกอบในการพัฒนาไปในทิศทางเดียวกัน

“ทุนมนุษย์” ที่สร้างขึ้นตามกลยุทธ์การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์นี้ แม้จะถือเป็นสมบัติส่วนตัวของพนักงานแต่ละคน แต่ก็เป็นที่ขององค์กรที่จะต้องใช้การจัดการความรู้ (Knowledge Management) มาคัดกรองและแปลงความรู้ฝังลึก (Tacit Knowledge) ของพนักงานให้เป็นความรู้ชัดแจ้ง (Explicit Knowledge) ให้เร็วและมากที่สุด เพราะตามแนวคิดที่ว่าคนเป็นเจ้าของทุนซึ่งสามารถที่จะเลือกทำงานที่ไหนก็ได้ ทำให้องค์กรแม้จะพยายามสร้างบรรยากาศการทำงานที่ดี สร้างความรู้สึกรักผูกพันองค์กร (Commitment) มากเพียงใดก็ตาม ก็ยังมีความเสี่ยงอยู่มากที่พนักงานที่มี “ทุนมนุษย์” ที่ได้รับการพัฒนาแล้วนั้นจะลาออก และนำเอา “ทุนมนุษย์” ดังกล่าวไปใช้ให้เกิดประโยชน์แก่คู่แข่งของเราได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อองค์กรของเรามีขนาดเล็กกว่าและไม่สามารถเสนอผลตอบแทนที่เพียงพอจะรักษาความจงรักภักดี (loyalty) ของพนักงานไว้ได้ เรื่องนี้จึงเป็นภาระหน้าที่ของทุกฝ่ายตั้งแต่ผู้บริหารสูงสุดลงมาจะต้องร่วมกับนักพัฒนาทรัพยากรมนุษย์มีอาชีพที่จะหาวิธีการที่เหมาะสมทั้งกับองค์กรเองและพนักงานที่เป็นเจ้าของ “ทุนมนุษย์”

อาจสรุปได้ว่า ทุนมนุษย์ (Human capital) คือ คลังเก็บความรู้หรือความสามารถ ยังหมายรวมถึง การรู้คิดรู้อ่าน การไตร่ตรอง ความรู้ความสามารถเฉพาะกับงานหรือที่เหมาะสมกับตำแหน่ง การได้รับการฝึกอบรม ประสบการณ์ ความสามารถในการตัดสินใจ ความเฉลียวฉลาด ความสามารถในการปรับตัว ความซื่อสัตย์ และหรือจิตวิญญาณของความเป็นผู้ประกอบการ ซึ่งถูกใช้ในการปฏิบัติงานด้านต่างๆในองค์กร และที่สำคัญที่ทุกองค์กรต้องการเห็นบุคลากรของตนเองนั้นมี คือ ความสามารถในการนำความรู้ไปใช้ได้จริงในทางปฏิบัติ หรือสมรรถนะในการสร้างความรู้ (Knowledge productivity) โดยความสามารถนี้สามารถเกิดขึ้นและพัฒนาให้เกิดกับบุคลากรในองค์กร ผ่านการพัฒนาศักยภาพการเรียนรู้ (Absorptive capacity) และหรือการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างคนในองค์กร (อรรถไกร พันธุ์ภักดี, 2556, 2557) ความรู้นั้นนอกจากบุคลากร จะได้จากการอ่านจากงานเอกสาร หนังสือตำรา หรือประสบการณ์ที่ตนเองทำงานมา ยังสามารถได้จากการแลกเปลี่ยนความรู้จากประสบการณ์ของผู้อื่นได้ด้วยเช่นกัน ยิ่งกลุ่มคนในองค์กรมีความสนิทสนมมากเท่าไร การให้ความช่วยเหลือด้วยการแบ่งปันความรู้ระหว่างกันย่อมมีมากด้วยเช่นกัน (Nahapiet, J., & Ghoshal, S. (1998). Social capital, intellectual capital, and the organizational advantage. *Academy of management review*, 23(2), 242-266.)



### บทที่ 3

#### วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยพรรณนาหาความสัมพันธ์ (Descriptive correlational research) ในรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ (Causal relationship modeling) เพื่อกำหนดและทดสอบรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของสมรรถนะในการสร้างความรู้ ของพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งเป็นสมาชิกเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลของรัฐ เขตภาคเหนือของประเทศไทย ซึ่งแสดงความสัมพันธ์และอิทธิพลของตัวแปร 4 ตัว ได้แก่ สมรรถนะในการสร้างความรู้ ทักษะสังคม ทักษะมนุษย และศักยภาพการเรียนรู้ โดยมีวิธีดำเนินการวิจัย ดังนี้

#### ลักษณะประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

##### ประชากร

ประชากรในการวิจัยนี้ ผู้วิจัยมุ่งศึกษาพยาบาลวิชาชีพในทีมเบาหวานของโรงพยาบาลของรัฐ ซึ่งเป็นสมาชิกในเครือข่ายการจัดการการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ในเขตภาคเหนือของประเทศไทย แต่เนื่องจากลักษณะเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยเบาหวานเป็นองค์กรที่ไม่มีโครงสร้างเป็นทางการ จึงไม่มีข้อมูลสถิติที่ชัดเจนว่ามีสมาชิกจำนวนเท่าไร ผู้วิจัยจึงอาศัยวิธีอ้างอิงต่อเนื่องปากต่อปาก (Snowball technique) โดยการสอบถามจากโรงพยาบาลซึ่งเป็นแม่ข่ายเขตภาคเหนือ (โรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก) จากนั้นผู้วิจัยจึงสอบถามกับโรงพยาบาลดังกล่าว เช่นเดียวกับที่สอบถามกับโรงพยาบาลพุทธชินราช ซึ่งเมื่อสอบถามจนไม่พบรายชื่อโรงพยาบาลอื่นอีกแล้ว ผู้วิจัยจึงสามารถนับจำนวนรายชื่อโรงพยาบาลและจำนวนพยาบาลวิชาชีพ ที่เป็นสมาชิกในเครือข่ายการจัดการการดูแลผู้ป่วยเบาหวานได้ทั้งหมด 235 คน (รัชดา พิพัฒน์ศาสตร์, 2557)

##### กลุ่มตัวอย่าง

ในการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย ผู้วิจัยมีแนวทางที่นำมาใช้เป็นเกณฑ์ในการพิจารณาหาขนาดกลุ่มตัวอย่างดังต่อไปนี้ เนื่องจากการวิจัยนี้มีการวิเคราะห์เพื่อตรวจสอบความตรงของรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ ว่ามีความสอดคล้องกับสภาพความเป็นจริงหรือไม่ โดยใช้กรอบแนวคิดการวิเคราะห์เพื่อตรวจสอบความตรงของรูปแบบสมการโครงสร้าง (Structural equation model: SEM) ซึ่งจำเป็นต้องใช้กลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ ขณะที่แอนเดอร์สันและเกอร์บิง (Anderson & Gerbing, 1988) แนะนำว่า การวิเคราะห์สมการโครงสร้างด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ โดยใช้วิธีการประมาณค่าพารามิเตอร์โดยวิธีไลค์ลิฮูดสูงสุด (Maximum Likelihood estimation) รวมถึงการทดสอบความเหมาะสมของรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุกับสภาพความเป็นจริงนั้น ควรมีขนาดของกลุ่มตัวอย่างตั้งแต่ 200 ตัวอย่างขึ้นไป (Anderson, J.C. & Gerbing, D.W., 1988: 411)

จากตารางที่ 3 ในการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างในการศึกษา คือ พยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลของรัฐ ซึ่งเป็นสมาชิกเครือข่ายการจัดการความรู้การดูแลผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลของรัฐ ในเขตพื้นที่บริการสาธารณสุขสุขภาพเหนือ ผู้วิจัยเลือกใช้นักกลุ่มตัวอย่างจำนวน 200 คน ซึ่งสอดคล้องกับเหตุผลดังกล่าวข้างต้น นอกจากนี้เพื่อป้องกันการสูญหายหรือได้แบบสอบถามที่ไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ ผู้วิจัยจึงเพิ่มจำนวนแบบสอบถามที่แจกจริงอีกร้อยละ 20 (Attrition rate) (Polit & Beek, 2004) ดังนั้นจำนวนแบบสอบถามที่ทำการแจก เท่ากับ 240 ชุด

การเลือกกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยนี้ ผู้วิจัยใช้วิธีการสุ่ม ตัวอย่างอย่างง่าย (Sample random sampling: SRS) โดยหน่วยของการสุ่มย่อยกระทำตามรายจังหวัด (Node) ซึ่งมีพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลของรัฐ เป็นสมาชิกเครือข่ายการ





จัดการความรู้การดูแลผู้ป่วยเบาหวาน เขตภาคเหนือของประเทศไทย โดยหน่วยวิเคราะห์ในการสุ่มเลือกตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลของรัฐ ขณะที่สมาชิกเครือข่ายการจัดการความรู้การดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ในจังหวัด (จังหวัด ถือว่าเป็นหน่วยย่อยที่สุดของเครือข่ายการจัดการความรู้การดูแลผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลของรัฐ ในภาคเหนือ จังหวัดหนึ่งๆมีสมาชิกซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยเบาหวานจากโรงพยาบาลต่างๆในจังหวัดนั้น) โดยวิธีการคัดเลือกขนาดกลุ่มตัวอย่างรายจังหวัดด้วยการแบ่งสัดส่วน (Proportion to size)

ผู้วิจัยทำการสุ่มตัวอย่างแบบที่เป็นไปตามโอกาสทางสถิติ (Probability sample) ในแต่ละจังหวัดโดยวิธีแบบการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปช่วยทำการสุ่มเลขโดยไม่นำกลับมาใส่อีก และเลือกตัวอย่างตามลำดับรายชื่อของพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งเป็นสมาชิกในเครือข่ายการจัดการความรู้ในจังหวัดนั้นๆ ตามที่ตัวแทนเครือข่ายจังหวัดนั้นๆมอบมา สุ่มเลือกจนครบขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ได้คำนวณมาก่อนหน้า

การเลือกหน่วยสุ่มเป็นรายจังหวัดแทนการเลือกหน่วยสุ่มเป็นรายโรงพยาบาลนั้น ผู้วิจัยได้พิจารณาจากแนวทางการทำกิจกรรมของสมาชิกในเครือข่ายการจัดการความรู้ด้านการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ที่มีแกนหลักหรือแม่ข่าย (Core node) คือ จังหวัดพิษณุโลก ซึ่งเป็นแกนหลักในการขับเคลื่อนและประสานงานกับสมาชิกในจังหวัดที่เหลือ การร่วมกิจกรรมแลกเปลี่ยนเป็นลักษณะของการประสานงานระหว่างจังหวัดกับจังหวัด โดยมีสมาชิกซึ่งเป็นบุคลากรจากโรงพยาบาลในจังหวัดนั้นเข้าร่วม แต่อาจมียกเว้นในบางกิจกรรมที่อาจเป็นการประสานงานระหว่างโรงพยาบาลกับโรงพยาบาล เช่น กิจกรรมเพื่อนช่วยเพื่อน (Peer assist) แต่ก็ผ่านการประสานงานระหว่างจังหวัดกับจังหวัดมาแล้วก่อนหน้านี้

โดยสรุปได้ว่า กลุ่มตัวอย่างของการวิจัย คือ พยาบาลวิชาชีพ ด้านการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ที่สังกัดโรงพยาบาลของรัฐ ในเขตภาคเหนือ 11 จังหวัด ของประเทศไทย จำนวน 87 โรงพยาบาล โดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) และเลือกตัวอย่างตามลำดับรายชื่อของแต่ละจังหวัด (Sampling frame)

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอาศัยแนวคิดเครื่องมือวัดของบุคคลอื่นมาปรับใช้ (Adaptation) เนื่องจากเป็นเครื่องมือที่มีมาตรฐานและผ่านการพัฒนามาได้ข้อสรุป การนำมาใช้มีความสะดวก และลดขั้นตอนต่างๆ รวมทั้งได้รับความน่าเชื่อถือสูง (พิษณุ พงศ์ศรี, 2553: 66) โดยผู้วิจัยได้ติดต่อผู้เป็นเจ้าของลิขสิทธิ์ของแบบสอบถามเพื่อขออนุญาต (Permission) ปรับใช้แบบสอบถาม

ผู้วิจัยการดำเนินการพัฒนาเครื่องมือวิจัย โดยเริ่มจากการดำเนินการศึกษาวิเคราะห์แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยสมรรถนะในการสร้างความรู้และปัจจัยสาเหตุต่างๆ จากนั้นค้นคว้าหาเครื่องมือที่มีคุณภาพและมีความเหมาะสมกับกรอบแนวคิดทฤษฎีที่เลือกใช้ นำมาปรับปรุงให้เหมาะสมกับบริบทของการวิจัย ทำการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิ แล้วทำการปรับแก้ไขตามคำแนะนำ ก่อนนำแบบสอบถามที่แก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับพยาบาลวิชาชีพ ของสมาชิกเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลของรัฐ เขตภาคเหนือของประเทศไทย ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 47 คน

แบบสอบถามมีลักษณะคำถามให้ผู้ตอบเลือกได้ 5 ระดับของ Likert scale ตั้งแต่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (5) จนถึงไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1) โดยมีข้อคำถามโดยแบ่งออกเป็น 5 ส่วน ดังนี้

แบบสอบที่มีลักษณะคำถามให้ผู้ตอบเลือกได้ โดยมีข้อคำถามรวมทั้งหมด 53 ข้อ โดยแบ่งแบบสอบถามเป็น 5 ส่วน คือ 1) สมรรถนะในการสร้างความรู้ ของเจฟฟรีย์ แอลคัมมิงส์ (Jeffrey L. Cummings, 2004) 2) ทุนทางสังคม ของเจฟฟรีย์ แอลคัมมิงส์ (Jeffrey L. Cummings, 2004) 3) ทุนมนุษย์ ของบาร์ท แวนเดนฮอฟ (Van den Hooff, B., 2009) 4) ศักยภาพการเรียนรู้ เดวิด คาร์ดิฟ (Cadiz, D., Sawyer, J.E. & Griffith, T.L., 2009) 5) ข้อมูลส่วนบุคคล และผู้วิจัยจึงนำแบบสอบถามที่ได้รับอนุญาตให้ปรับปรุงได้จากเจ้าของลิขสิทธิ์ มาแปลเป็นภาษาไทยตามวิธีการแปลจากภาษาเดิมเป็นภาษาที่ใช้เพื่อการวิจัยเท่านั้น โดยไม่มีการแปลกลับ (Forward-only translation) ตามแนวคิดของ มณีศิววงศ์กุลและดิซอน (Maneesriwongul, W. & Dixon, J.K., 2004) จากนั้นทำการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity)

### การหาคุณภาพของเครื่องมือ

#### การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา

ผู้วิจัยใช้วิธีการแปลแบบสอบถามจากต้นฉบับภาษาอังกฤษโดยวิธี Forward-only translation) ตามแนวคิดของ มณีศิววงศ์กุลและดิซอน (Maneesriwongul, W. & Dixon, J.K., 2004) จากนั้นทำการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา



(Content validity) จากผู้เชี่ยวชาญที่เชิญมาตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ จำนวน 5 ท่านโดยตรวจสอบความถูกต้องด้านโครงสร้างเนื้อหาและภาษาที่ใช้ว่ามีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามและวัตถุประสงค์

ในการพิจารณาค่าความตรงเชิงเนื้อหาของแบบสอบถามโดยนำคะแนนที่ได้มาหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับตัวแปรด้วยการคำนวณหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ของแบบสอบถามที่พัฒนาขึ้น (Index of item objective congruence: IOC) โดยการนำผลของผู้เชี่ยวชาญแต่ละท่านมารวมกันคำนวณหาความตรงเชิงเนื้อหา ซึ่งคำนวณจากค่าความสอดคล้องระหว่างประเด็นที่ต้องการวัดกับคำถามที่สร้างขึ้นโดยผู้เชี่ยวชาญต้องประเมินด้วยคะแนน 3 ระดับ คือ

+1 = สอดคล้องหรือแน่ใจว่าข้อคำถามข้อนั้นวัดจุดประสงค์เชิงพฤติกรรมที่ระบุไว้จริง

0 = ไม่แน่ใจ หรือไม่แน่ใจว่าข้อคำถามข้อนั้นวัดจุดประสงค์เชิงพฤติกรรมที่ระบุไว้

-1 = ไม่สอดคล้องหรือแน่ใจว่า ข้อคำถามข้อนั้นไม่ได้วัดจุดประสงค์เชิงพฤติกรรมที่

ระบุไว้

ค่าดัชนีความสอดคล้องที่ยอมรับได้ต้องมีค่าตั้งแต่ 0.60 ขึ้นไป (Rovinelli, R.J. & Hambleton, R.K. 1977)

สูตรในการคำนวณ

$$IOC = \frac{\sum R}{N}$$

|          |     |                                             |
|----------|-----|---------------------------------------------|
| IOC      | =   |                                             |
| IOC      | คือ | ดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อสอบกับจุดประสงค์ |
| R        | คือ | คะแนนของผู้เชี่ยวชาญ                        |
| $\sum R$ | คือ | ผลรวมของคะแนนผู้เชี่ยวชาญแต่ละคน            |
| N        | คือ | จำนวนผู้เชี่ยวชาญ                           |

ผลการวิเคราะห์พบว่าแต่ละข้อคำถามมีค่าตั้งแต่ 0.8 ขึ้นไป ซึ่งมีค่าสูงกว่าโดยเกณฑ์มาตรฐานที่ผู้วิจัยกำหนดไว้ที่ 0.6 ขึ้นไป (Rovinelli, R.J. & Hambleton, R.K. 1977) ดังนั้นคุณภาพของเครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้อยู่ในระดับที่ดี

การตรวจสอบความเที่ยงของแบบสอบถาม

ในการตรวจสอบค่าความเชื่อมั่นหรือค่าความเที่ยงของเครื่องมือกระทำภายหลังจากที่ผู้วิจัยได้ปรับปรุงข้อคำถามในแบบสอบถามตามคำแนะนำจากผู้ทรงคุณวุฒิและอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์แล้ว จึงนำไปทดลองใช้กับของพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งเป็นสมาชิกเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลของรัฐ เขตภาคเหนือของประเทศไทยที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 47 คน แล้วคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นโดยพิจารณาจากสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient)

จากผู้เชี่ยวชาญที่เชิญมาตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ จำนวน 5 ท่านโดยตรวจสอบความถูกต้องด้านโครงสร้างเนื้อหาและภาษาที่ใช้ว่ามีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามและวัตถุประสงค์ โดยมีค่าดัชนีความสอดคล้องที่ยอมรับได้ต้องมีค่าตั้งแต่ 0.60 ขึ้นไป (Rovinelli, R.J. & Hambleton, R.K. 1977) ดังนั้นคุณภาพของเครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้อยู่ในระดับที่ดี โดยแบบสอบถามส่วนที่ 1-4 ค่าความเชื่อมั่นหรือค่าความเที่ยงของเครื่องมือ เท่ากับ 0.81, 0.79, 0.80 และ 0.92 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมการวิจัย

ผู้วิจัยได้มีการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. ผู้วิจัยส่งโครงร่างงานวิทยานิพนธ์ แบบสอบถาม พร้อมแบบฟอร์มการขออนุญาตเก็บข้อมูลไปยังคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ไปยังโรงพยาบาลที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง เครือข่ายการจัดการความรู้ด้านการดูแลผู้ป่วยเบาหวานแห่งประเทศไทย (เครือข่ายหลัก) และเครือข่ายการจัดการความรู้ด้านการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ในภาคเหนือของประเทศไทย



เพื่อขอเอกสารรับรองผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ก่อนทำการขออนุญาตการเก็บข้อมูล  
ประกอบการทำวิทยานิพนธ์

2. การชี้แจงเรื่องพิทักษ์สิทธิอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร ในหน้าแรกของแบบสอบถามการวิจัยโดยบอก  
วัตถุประสงค์ในการตอบแบบสอบถาม อธิบายประโยชน์เกี่ยวกับการเข้าร่วมการวิจัยให้กับกลุ่มตัวอย่างได้รับทราบ และ  
ดำเนินการเก็บข้อมูลเฉพาะในกลุ่มตัวอย่างที่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยเท่านั้น ซึ่งกลุ่มตัวอย่างสามารถหยุดหรือปฏิเสธการเข้า  
ร่วมการวิจัยได้ทุกเวลา ซึ่งการปฏิเสธไม่มีผลกระทบใดๆต่อกลุ่มตัวอย่าง

3. ผู้วิจัยรักษาความลับของการตอบแบบสอบถามของกลุ่มตัวอย่าง โดยแนบซองที่ปิดปากให้กลุ่มตัวอย่างใส่  
แบบสอบถามกลับคืนให้ผู้วิจัย ซึ่งไม่มีการผ่านแบบสอบถามไปยังหน่วยงานใด

4. เมื่อได้แบบสอบถามกลับมา ผู้วิจัยเก็บแบบสอบถามไว้เป็นความลับและอยู่ในที่ปลอดภัย และจะทำลายทิ้ง  
เมื่อสิ้นสุดการวิจัยโดยสมบูรณ์

5. วิเคราะห์ข้อมูลทั้งหมดในลักษณะภาพรวม การรายงานผลการวิเคราะห์ในลักษณะที่ไม่สามารถเชื่อมโยงถึง  
ตัวบุคคลใดบุคคลหนึ่ง หน่วยงาน หรือองค์กรใดองค์กรหนึ่ง

#### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามลำดับขั้นตอน ดังนี้

1. เมื่อได้รับเอกสารรับรองผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์แล้ว ผู้วิจัยขอหนังสือจากบัณฑิต  
วิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวรส่งถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาล ผู้ประสานงานเครือข่ายการจัดการความรู้ด้านการดูแลผู้ป่วย  
เบาหวาน แห่งประเทศไทย และผู้ประสานงานเครือข่ายการจัดการความรู้ด้านการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ในภาคเหนือของ  
ประเทศไทย เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูลประกอบการทำวิทยานิพนธ์

2. เมื่อได้รับหนังสือให้ความอนุเคราะห์การเก็บข้อมูลประกอบการทำวิทยานิพนธ์แล้วผู้วิจัยได้ติดต่อ  
ประสานงานกับผู้รับผิดชอบ เครือข่ายการจัดการความรู้ด้านการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในภาคเหนือ ในระดับจังหวัด เพื่อแนะนำ  
ตัวเองและชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและวิธีการสุ่มตัวอย่าง ตลอดจนวิธีการเก็บรวบรวมแบบสอบถามกลับคืน

3. ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมแบบสอบถามด้วยตนเองโดยผู้วิจัยได้ดำเนินการส่ง  
แบบสอบถามด้วยตนเองไปยังผู้ประสานงานเครือข่ายการจัดการความรู้ด้านการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน รายจังหวัดในภาคเหนือ  
โดยแนบเอกสารชี้แจงวิธีการสุ่มตัวอย่างลำดับตัวอย่างที่ผู้วิจัยทำการสุ่มมาแล้วโดยโปรแกรมสำเร็จรูปการสุ่มเลข โดยผู้วิจัยได้  
ขอความอนุเคราะห์ผู้ประสานงานรายจังหวัดของเครือข่ายการจัดการความรู้ด้านการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ในระดับจังหวัด ของ  
เขตภาคเหนือให้ช่วยเก็บรวบรวมแบบสอบถามที่ตอบแล้วเสร็จ แล้วผู้วิจัยนัดหมายวันเวลาที่ผู้วิจัยเดินทางกลับมารับ  
แบบสอบถามกลับไปด้วยตนเอง

4. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้เวลาทั้งหมด 60 วัน

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลแบ่งเป็น 4 ตอน ตอนที่ 1 การเตรียมข้อมูลสำหรับการวิเคราะห์ ตอนที่ 2 การวิเคราะห์  
ข้อมูลเพื่อตรวจสอบคุณภาพข้อมูล ตอนที่ 3 การวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้น และตอนที่ 4 การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อตอบคำถาม  
วิจัย รายละเอียดของการวิเคราะห์ข้อมูลในแต่ละตอนมีดังนี้

ตอนที่ 1 การเตรียมข้อมูลสำหรับการวิเคราะห์ ในขั้นแรกเป็นการบรรณาธิกรณ (Editing) ผู้วิจัยนำ  
แบบสอบถามที่ได้รับคืนมาตรวจสอบจำนวนแบบสอบถามและความครบถ้วนสมบูรณ์ของคำตอบ จากนั้นนำแบบสอบถามมา  
ลงรหัสตามที่กำหนดไว้ กรณีที่มีข้อมูลขาดหาย (Missing data) จะแทนที่ด้วยค่าเฉลี่ย (Mean) และสร้างสมการพยากรณ์ด้วย  
การวิเคราะห์ถดถอย (Regression imputation) โดยการพิจารณาจากลักษณะข้อมูลที่ขาดหาย ในขั้นที่สองเป็นการสร้าง  
แฟ้มข้อมูล ผู้วิจัยสร้างแฟ้มข้อมูลสำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลโดยรวมข้อมูลตัวแปรทั้งหมดภายในแฟ้มเดียวเพื่อสะดวกในการ  
รวมค่าตัวแปร ตรวจสอบคุณภาพข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้น และวิเคราะห์เพื่อตอบคำถามวิจัย

ตอนที่ 2 การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อตรวจสอบคุณภาพข้อมูล ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อตรวจสอบคุณภาพข้อมูล  
ด้านความเที่ยง (Reliability) ของตัวแปรในรูปแบบกรอบแนวคิดการวิจัย โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค



(Cronbach's alpha coefficient) และการวิเคราะห์ความตรงเชิงโครงสร้าง (Construct validity) ของรูปแบบการวัดโดยใช้การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (Confirmatory factor analysis) โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ

ตอนที่ 3 การวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้น เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นของตัวแปรภูมิหลังกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ความถี่และร้อยละ การวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นของตัวแปรสังเกตได้ในการวิจัย สถิติที่ใช้ได้แก่ ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ค่าความเบ้ (Skewness) และความโด่ง (Kurtosis) เพื่อดูลักษณะการกระจายและการแจกแจงแบบปกติ (Normality) โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ

ตอนที่ 4 การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อตอบคำถามวิจัยเป็นการวิเคราะห์เพื่อตรวจสอบความตรงของรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของสมรรถนะในการสร้างความรู้ และเป็นการทดสอบสมมติฐานความสัมพันธ์เชิงสาเหตุสมรรถนะในการสร้างความรู้ของพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งเป็นสมาชิกเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลของรัฐ เขตภาคเหนือของประเทศไทย

#### การประเมินความสอดคล้องของรูปแบบเชิงสมมติฐานกับข้อมูลเชิงประจักษ์

แฮร์ (Hair, 2010) ได้เสนอแนะให้เลือกใช้ค่าสถิติชี้วัดความเหมาะสมของรูปแบบตามความเหมาะสมหรืออย่างน้อย การนำเสนอค่าสถิติชี้วัดความเหมาะสมของรูปแบบประมาณ 3-4 ตัวก็เพียงพอโดยควรต้องนำเสนอค่าสถิติชี้วัดในกลุ่ม Absolute fit indices และค่าสถิติชี้วัดในกลุ่ม Comparative (Incremental) fit indices กลุ่มละ 1 ตัวหรือ 2 ตัว (Hair, J.F., et al., 2010: 672) ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงเลือกนำเสนอค่าสถิติชี้วัดความเหมาะสมของรูปแบบ ได้แก่ P-Value, CMIN/DF, GFI, AGFI, TLI, CFI, RMSEA



## บทที่ 4

### ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยพรรณนาหาความสัมพันธ์ (Descriptive correlational research) ในรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ (Causal relationship modeling) เพื่อกำหนดและทดสอบรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของสมรรถนะในการสร้างความรู้ ของพยาบาลวิชาชีพซึ่งเป็นสมาชิกเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลของรัฐ เขตภาคเหนือของประเทศไทย ซึ่งแสดงความสัมพันธ์และอิทธิพลของตัวแปร 4 ตัว ได้แก่ สมรรถนะในการสร้างความรู้ ทักษะสังคม ทักษะมนุษย์ และศักยภาพการเรียนรู้ ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิเคราะห์แบ่งออกเป็น 3 ตอน โดยตอนที่ 1 เป็นผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย โดยใช้สถิติ บรรยาย เพื่ออธิบายลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง และลักษณะปัจจัยที่ใช้ในการวิจัย โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ และตอนที่ 2-4 เป็นผลการวิเคราะห์เพื่อตอบปัญหาวิจัยตามกรอบวัตถุประสงค์และสมมุติฐานของการวิจัย โดยมีรายละเอียดดังนี้

ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

- 1.1 การแจกแจงความถี่ และร้อยละของข้อมูลเบื้องต้น
- 1.2 ค่ามัธยฐานและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของตัวแปร

ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ลักษณะของสมรรถนะในการสร้างความรู้ ของพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งเป็นสมาชิกเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลของรัฐ เขตภาคเหนือของประเทศไทย

- 2.1 ผลการวิเคราะห์ค่าสถิติพื้นฐานของตัวแปรสังเกตได้ของสมรรถนะในการสร้างความรู้
- 2.2 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสังเกตได้ที่ใช้วัดสมรรถนะในการสร้างความรู้
- 2.3 ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบของสมรรถนะในการสร้างความรู้

ตอนที่ 3 ผลการวิเคราะห์เพื่อพัฒนารูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของสมรรถนะในการสร้างความรู้ของสมาชิกเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลของรัฐ เขตภาคเหนือของประเทศไทย

- 3.1 ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันปัจจัยต่างๆในรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของสมรรถนะในการสร้างความรู้
- 3.2 ผลการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของตัวแปรต่างๆที่ใช้ในการพัฒนารูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของสมรรถนะในการสร้างความรู้

ตอนที่ 4 ผลการตรวจสอบความสอดคล้องระหว่างรูปแบบสมมุติฐานกับสภาพความเป็นจริงในเครือข่ายการจัดการความรู้การดูแลผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลของรัฐ เขตภาคเหนือของประเทศไทย

- 4.1 ผลวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าสถิติของรูปแบบเชิงสมมุติฐานกับข้อมูลเชิงประจักษ์
- 4.2 ผลการวิเคราะห์อิทธิพลระหว่างตัวแปรรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสมรรถนะในการสร้างความรู้ ที่ประกอบด้วย ทักษะสังคม ทักษะมนุษย์ และศักยภาพการเรียนรู้



ผลการหาค่าสถิติต่างๆที่แสดงไว้ในการแปลผลการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยใช้สัญลักษณ์ต่างๆแทนชื่อตัวแปรต่างๆ ดังต่อไปนี้

#### ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

การนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลในตอนนี้ นำเสนอผลการวิเคราะห์แจกแจงความถี่ของตัวแปรภูมิหลังกลุ่มตัวอย่าง มีรายละเอียดดังนี้

1.1 จำนวนและร้อยละ ของลักษณะกลุ่มตัวอย่างที่รวบรวมได้ และข้อมูลมีความสมบูรณ์ครบถ้วน จำนวน 212 คน คิดเป็นร้อยละ 78.5 ของแบบสอบถามที่แจก (แบบสอบถามที่แจกทั้งหมด 270 ชุด)

ข้อมูลเบื้องต้น อายุเฉลี่ยของพยาบาลวิชาชีพในสังกัดโรงพยาบาลของรัฐ ในภาคเหนือของประเทศไทย ซึ่งเป็นสมาชิกในเครือข่ายการจัดการความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน อายุเฉลี่ย 41.58 ปี อยู่ในช่วงอายุ 41-50 ปี มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 47.1 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 93 มีเพียงร้อยละ 7 เป็นเพศชาย กลุ่มตัวอย่างมีระดับการศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 81.2

ประสบการณ์ ในขณะที่ประสบการณ์ในการทำงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยเบาหวานเฉลี่ยประมาณ 8.21 ปี โดยมีประสบการณ์ทำงานที่เกี่ยวข้องกับเบาหวานเกิน 1 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 93.1 ในขณะที่ประสบการณ์ในการเข้าร่วมกิจกรรมในเครือข่ายเฉลี่ย 4.23 ปี โดยมีประสบการณ์ในการเข้าร่วมเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยเบาหวานเกิน 1 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 74.2

ค่ามัธยฐานและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของตัวแปร พบว่าพยาบาลวิชาชีพในสังกัดโรงพยาบาลของรัฐ ซึ่งเป็นสมาชิกเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ในภาคเหนือของประเทศไทย พบว่าการรับรู้ถึงสมรรถนะในการสร้างความรู้ อยู่ในระดับสูง มีค่ามัธยฐานและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.221

พยาบาลวิชาชีพในสังกัดโรงพยาบาลของรัฐ ซึ่งเป็นสมาชิกเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ในภาคเหนือของประเทศไทย มีการรับรู้ถึงทุนทางสังคม อยู่ในระดับสูง มีค่ามัธยฐานและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.03

พยาบาลวิชาชีพในสังกัดโรงพยาบาลของรัฐ ซึ่งเป็นสมาชิกเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ในภาคเหนือของประเทศไทย มีการรับรู้ถึงศักยภาพการเรียนรู้ อยู่ในระดับสูง มีค่ามัธยฐานและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.26

พยาบาลวิชาชีพในสังกัดโรงพยาบาลของรัฐ ซึ่งเป็นสมาชิกเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ในภาคเหนือของประเทศไทย มีการรับรู้ถึงทุนมนุษย์ อยู่ในระดับสูง มีค่ามัธยฐานและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.34

#### ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ลักษณะสมรรถนะในการสร้างความรู้ ของสมาชิกเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลของรัฐ เขตภาคเหนือของประเทศไทย

การนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลตอนนี้ นำเสนอผลการวิเคราะห์ ค่าสถิติพื้นฐานของตัวแปรสังเกตได้ การตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสังเกตได้กับโครงสร้างความสัมพันธ์ของตัวแปรแฝงสมรรถนะในการสร้างความรู้ และผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (Confirmatory factor analysis) ของรูปแบบสมรรถนะในการสร้างความรู้ ของสมาชิกเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลของรัฐ เขตภาคเหนือของประเทศไทย รายละเอียดของผลการวิเคราะห์มีดังนี้

##### 2.1 ค่าสถิติพื้นฐานของตัวแปรสังเกตได้

ผลการวิเคราะห์ค่าสถิติพื้นฐานของตัวแปรสังเกตได้ที่เป็นตัวบ่งชี้รวม 6 ตัวแปร ที่ใช้วัดสมรรถนะในการสร้างความรู้ ของสมาชิกเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลของรัฐ เขตภาคเหนือของประเทศไทย ประกอบด้วย สมรรถนะในการนำความรู้ใหม่มาทดลองใช้งานก่อน (KP1) สมรรถนะนำความรู้ใหม่มาพัฒนาการปฏิบัติงานให้บรรลุเป้าหมาย (KP2) สมรรถนะในการนำความรู้ใหม่มาปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพดีขึ้น (KP3) สมรรถนะนำความรู้ใหม่มาพัฒนาการปฏิบัติงานให้รวดเร็วขึ้น (KP4) สมรรถนะนำความรู้ใหม่มาพัฒนาการปฏิบัติงานให้ยั่งยืน (KP5) และสมรรถนะนำความรู้ใหม่มาพัฒนาการปฏิบัติงานจนสร้างความพอใจต่อผลลัพธ์ในการทำงาน (KP6) มีรายละเอียดดังนี้

ค่าเฉลี่ยของตัวแปรสังเกตได้ของสมรรถนะในการสร้างความรู้ ของสมาชิกเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลของรัฐ เขตภาคเหนือของประเทศไทย มีค่าอยู่ในช่วง 3.93 ถึง 4.20 โดยตัวแปรสังเกตได้ทุกตัวแปลความหมายได้ว่า สมรรถนะในการนำความรู้ใหม่มาทดลองใช้งานก่อน (KP1) สมรรถนะนำความรู้ใหม่มาพัฒนาการปฏิบัติงานให้บรรลุเป้าหมาย (KP2) สมรรถนะในการนำความรู้ใหม่มาปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพดีขึ้น (KP3) สมรรถนะนำความรู้ใหม่มาพัฒนาการปฏิบัติงานให้รวดเร็วขึ้น (KP4)



สมรรถนะนำความรู้ใหม่มาพัฒนาการปฏิบัติงานให้ก้าวหน้าขึ้น (KP5) และสมรรถนะนำความรู้ใหม่มาพัฒนาการปฏิบัติงานจนสร้างความพอใจต่อผลลัพธ์ในการทำงาน (KP6) ตามลำดับ ทั้งหมดอยู่ในระดับสูง

สำหรับค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของตัวแปรสังเกตได้ของสมรรถนะในการสร้างความรู้มีค่าใกล้เคียงกันและอยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสมโดยมีค่าน้อยกว่า 1 คือ มีค่า 0.580 ถึง 0.678 แสดงว่าข้อมูลมีการกระจายและความแตกต่างของคะแนนที่ประเมินมานั้นมีความแตกต่างกันไม่มาก ตัวแปรที่มีค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานสูงสุด คือ สมรรถนะนำความรู้ใหม่มาพัฒนาการปฏิบัติงานให้รวดเร็วขึ้น (KP4) สมรรถนะนำความรู้ใหม่มาพัฒนาการปฏิบัติงานให้ก้าวหน้าขึ้น (KP5)

ความปกติของข้อมูล (Normality) โดยการพิจารณาจากค่าความเบ้และค่าความโด่ง ของตัวแปรสังเกตได้ทุกตัวที่ใช้วัดปัจจัยสมรรถนะในการสร้างความรู้ มีค่าอยู่ระหว่าง -3.0 ถึง +3.0 แสดงว่ามีการกระจายของข้อมูลแบบปกติ ดังนั้นจึงสามารถใช้ชุดข้อมูลนี้ในการวิเคราะห์ขั้นต่อไปได้ (Kline, R.B., 2010: 175-176; กริช แรงสูงเนิน, 2554: 65-79)

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรมีค่าระหว่าง 0.447 ถึง 0.731 ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (0.476 - 0.539) ทุกค่ามีนัยสำคัญที่ 0.001 ซึ่งค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของตัวแปรที่พบมีนัยสำคัญมีค่าไม่เกิน 0.8 ทำให้คาดได้ว่าจะไม่มีปัญหาภาวะร่วมเส้นตรงเชิงพหุ (Multi-collinearity) จึงทำการวิเคราะห์ข้อมูลต่อไปได้

### 2.3 ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบของสมรรถนะในการสร้างความรู้

ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบ ปัจจัยสมรรถนะในการสร้างความรู้ ของสมาชิกเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลของรัฐ เขตภาคเหนือของประเทศไทย มีรายละเอียดดังนี้

ผลการตรวจสอบค่าน้ำหนักองค์ประกอบของปัจจัยสมรรถนะในการสร้างความรู้ มีค่าอยู่ระหว่าง 0.567 ถึง 0.766 และความแปรปรวนที่อธิบายสมรรถนะในการสร้างความรู้ได้ร้อยละ 32 ถึง 61.3 โดยค่าน้ำหนักองค์ประกอบที่สูงที่สุด คือ สมรรถนะนำความรู้ใหม่มาพัฒนาการปฏิบัติงานจนสร้างความพอใจต่อผลลัพธ์ในการทำงาน (KP6) เท่ากับ 0.776 มีความแปรปรวนที่อธิบายทุนทางสังคมได้ร้อยละ 60.2 รองลงมา คือ สมรรถนะนำความรู้ใหม่มาพัฒนาการปฏิบัติงานให้ก้าวหน้าขึ้น (KP5) เท่ากับร้อยละ 77.4 มีความแปรปรวนที่อธิบายสมรรถนะในการสร้างความรู้ได้ร้อยละ 59.9



ตอนที่ 3 ผลการวิเคราะห์เพื่อพัฒนารูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของสมรรถนะในการสร้างความรู้ของสมาชิกเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลของรัฐ เขตภาคเหนือของประเทศไทย โดยแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

3.1 ผลการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ใช้ในการพัฒนารูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของสมรรถนะในการสร้างความรู้

ตารางที่ 13 เมทริกซ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรของรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ

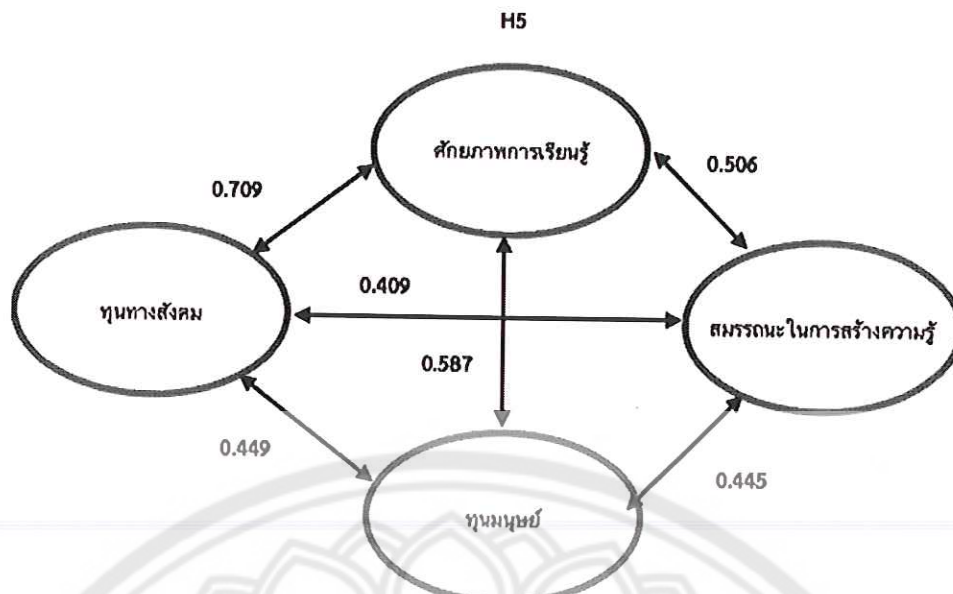
|          |                     |  | Correlations |        |          |        |
|----------|---------------------|--|--------------|--------|----------|--------|
|          |                     |  | MeanKP       | MeanSC | MeanACAP | MeanHC |
| MeanKP   | Pearson Correlation |  | 1            | .409** | .506**   | .445** |
|          | Sig. (2-tailed)     |  |              | .000   | .000     | .000   |
|          | N                   |  | 212          | 212    | 212      | 212    |
| MeanSC   | Pearson Correlation |  | .409**       | 1      | .709**   | .449** |
|          | Sig. (2-tailed)     |  | .000         |        | .000     | .000   |
|          | N                   |  | 212          | 212    | 212      | 212    |
| MeanACAP | Pearson Correlation |  | .506**       | .709** | 1        | .587** |
|          | Sig. (2-tailed)     |  | .000         | .000   |          | .000   |
|          | N                   |  | 212          | 212    | 212      | 212    |
| MeanHC   | Pearson Correlation |  | .445**       | .449** | .587**   | 1      |
|          | Sig. (2-tailed)     |  | .000         | .000   | .000     |        |
|          | N                   |  | 212          | 212    | 212      | 212    |

\*\*. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

จากตารางข้างต้น ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรมีค่าเป็นบวก แสดงถึงความสัมพันธ์ในทางเดียวกัน รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของสมรรถนะในการสร้างความรู้ของสมาชิกเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลของรัฐ เขตภาคเหนือของประเทศไทย ซึ่งประกอบด้วย 4 ตัวแปร ได้แก่ สมรรถนะในการสร้างความรู้ ทักษะสังคม ทักษะมนุษย์ และศักยภาพการเรียนรู้

ตัวแปรทุกตัวมีความสัมพันธ์ทางบวกต่อกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.01 โดยมีความสัมพันธ์ระหว่างกัน ดังนี้





คู่ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ทางบวกต่อกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.01 สูงสุด 3 อันดับแรก คือ 1) ทักษะการอ่านกับทักษะการเขียน (0.709) 2) ทักษะการอ่านกับทักษะการฟัง (0.409) และ 3) ทักษะการอ่านกับทักษะการพูด (0.587) ส่วนคู่ที่มีความสัมพันธ์น้อยที่สุด คือ ทักษะการฟังกับทักษะการพูด (0.445)

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสังเกตได้ของแต่ละรูปแบบการวัด มีค่าไม่เกิน 0.8 ทำให้คาดได้ว่า ไม่มีปัญหาภาวะร่วมเส้นตรงเชิงพหุ (Multicollinearity) จึงทำการวิเคราะห์ข้อมูลต่อไปได้ (กรีซ แร่งสูงเนิน, 2554)

### 3.2 ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันปัจจัยต่างๆในรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของสมรรถนะในการสร้างความรู้

ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันของสมรรถนะในการสร้างความรู้ พบว่าค่าสถิติความสอดคล้องของรูปแบบองค์ประกอบกับข้อมูลเชิงประจักษ์ของปัจจัยสมรรถนะในการสร้างความรู้ไม่ผ่านเกณฑ์ทั้งหมด จึงต้องปรับรูปแบบโดยค่าสถิติความสอดคล้องหลังปรับแล้ว มีรายละเอียดดังนี้ค่า P-value= 0.444; CMIN/DF= 1.010; GFI= 0.91; AGFI= 0.88; RMSEA= 0.004; TLI= 0.979; CFI= 0.982 ซึ่งค่าสถิติทั้งหมดดังกล่าว ผ่านเกณฑ์จึงสามารถสรุปได้ว่า รูปแบบองค์ประกอบปัจจัยสมรรถนะในการสร้างความรู้สอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์

ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันของทักษะการอ่าน พบว่าค่าสถิติความสอดคล้องของรูปแบบองค์ประกอบกับข้อมูลเชิงประจักษ์ของปัจจัยทักษะการอ่านผ่านเกณฑ์ทั้งหมดจึงไม่มีความจำเป็นที่จะต้องปรับรูปแบบโดยค่าสถิติความสอดคล้องมีรายละเอียด ดังนี้ P-value= 0.233; CMIN/DF= 1.343; GFI= 0.975; AGFI= 0.974; RMSEA= 0.042; TLI= 0.986; CFI= 0.985 ซึ่งค่าสถิติทั้งหมดดังกล่าว ผ่านเกณฑ์จึงสามารถสรุปได้ว่า รูปแบบองค์ประกอบปัจจัยทักษะการอ่านสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์

ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันของปัจจัยทุนมนุษย์ พบว่าค่าสถิติความสอดคล้องของรูปแบบองค์ประกอบกับข้อมูลเชิงประจักษ์ของปัจจัยทุนมนุษย์ไม่ผ่านเกณฑ์ทั้งหมด จึงต้องปรับรูปแบบโดยค่าสถิติความสอดคล้องหลังปรับแล้ว มีรายละเอียดดังนี้ค่า P-value= 0.137; CMIN/DF= 2.149; GFI= 0.970; AGFI= 0.951; RMSEA= 0.060; TLI= 0.952; CFI= 0.991 ซึ่งค่าสถิติทั้งหมดดังกล่าว ผ่านเกณฑ์จึงสามารถสรุปได้ว่า รูปแบบองค์ประกอบปัจจัยทุนมนุษย์สอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์

ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันของตัวแปรศักยภาพการเรียนรู้ พบว่าค่าสถิติความสอดคล้องของรูปแบบองค์ประกอบกับข้อมูลเชิงประจักษ์ของปัจจัยศักยภาพการเรียนรู้ไม่ผ่านเกณฑ์ทั้งหมด จึงต้องปรับรูปแบบโดยค่าสถิติความสอดคล้องหลังปรับแล้ว มีรายละเอียดดังนี้ค่า P-value= 0.248; CMIN/DF= 1.122; GFI= 0.963; AGFI= 0.910; RMSEA= 0.026; TLI= 0.991; CFI= 0.976 ซึ่งค่าสถิติทั้งหมดดังกล่าว ผ่านเกณฑ์จึงสามารถสรุปได้ว่า รูปแบบองค์ประกอบปัจจัยศักยภาพการเรียนรู้สอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์

ผลสรุปของการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (Confirmatory factor analysis models) ของรูปแบบการวัดปัจจัยสมรรถนะในการสร้างความรู้ รูปแบบการวัดปัจจัยทุนทางสังคม รูปแบบการวัดปัจจัยทุนมนุษย์ และรูปแบบการวัดปัจจัยศักยภาพการเรียนรู้



เรียนรู้ ที่สร้างขึ้นภายใต้ทฤษฎีและแนวคิดที่เกี่ยวข้อง มีความสอดคล้องกับบริบทเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน จึงสามารถใช้วัดตามวัตถุประสงค์ได้

สรุปได้ว่า ภายหลังจากการปรับรูปแบบจนได้ค่าสถิติวัดความสอดคล้องของรูปแบบการวัดตามเกณฑ์ ทำให้ได้รูปแบบการวัดที่สอดคล้องกับสภาพความเป็นจริงในเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยเบาหวานของพยาบาลวิชาชีพในสังกัดโรงพยาบาลของรัฐ เขตภาคเหนือของประเทศไทย ทั้ง 4 ตัวแปร คือ รูปแบบการวัดปัจจัยสมรรถนะในการสร้างความรู้ รูปแบบการวัดปัจจัยทุนทางสังคม รูปแบบการวัดปัจจัยทุนมนุษย์ และรูปแบบการวัดปัจจัยศักยภาพการเรียนรู้

ตอนที่ 4 ผลการตรวจสอบความสอดคล้องระหว่างรูปแบบสมมุติฐานกับสภาพความเป็นจริงในเครือข่ายการจัดการความรู้การดูแลผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลของรัฐ เขตภาคเหนือของประเทศไทย แบ่งออกเป็น 2 ส่วนดังนี้

4.1 ผลวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าสถิติของรูปแบบเชิงสมมุติฐานกับข้อมูลเชิงประจักษ์

4.2 ผลการวิเคราะห์อิทธิพลระหว่างตัวแปรรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสมรรถนะในการสร้างความรู้ ที่ประกอบด้วย ทุนทางสังคม ทุนมนุษย์ และศักยภาพการเรียนรู้

4.1 ผลวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าสถิติของรูปแบบเชิงสมมุติฐานกับข้อมูลเชิงประจักษ์

รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของสมรรถนะในการสร้างความรู้ของพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งเป็นสมาชิกเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลของรัฐ เขตภาคเหนือของประเทศไทย ตามสมมุติฐาน (Hypothesized Model) ไม่สอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์เนื่องจากพบว่าค่าสถิติบางตัวไม่ผ่านเกณฑ์

จากผลวิเคราะห์ดังกล่าวแสดง กรอบแนวคิดที่สร้างตามสมมุติฐาน (Hypothesized model) ไม่สอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ซึ่งแสดงว่าปฏิเสธสมมุติฐานที่ว่ารูปแบบตามทฤษฎีสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ดังนั้นจึงต้องมีการปรับรูปแบบของกรอบแนวคิดเพื่อให้รูปแบบมีความสอดคล้องกับสภาพความเป็นจริงในเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยเบาหวานของพยาบาลวิชาชีพในสังกัดโรงพยาบาลของรัฐ เขตภาคเหนือของประเทศไทย

ในการปรับรูปแบบสามารถกระทำได้หลายแนวทางได้แก่ 1) การลดจำนวนตัวแปร (Data reduction) ในรูปแบบโดยการลบตัวแปรที่ค่า Modification indices (MI) แนะนำให้ปรับ 2) การรวมตัวแปร (Item parceling) แล้วสร้างเป็นตัวแปรแฝงใหม่ และ 3) การเชื่อมลูกศรสองหัวระหว่างค่าความคาดเคลื่อนของตัวแปรตามที่ Modification indices (MI) แนะนำ (กริช, 2554) ในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยใช้วิธีที่ 3 คือการเชื่อมลูกศรสองหัวระหว่างค่าความคาดเคลื่อนของตัวแปรตามที่ Modification indices (MI) แนะนำในการปรับรูปแบบความสัมพันธ์ให้มีความเหมาะสมขึ้นเนื่องจากเป็นวิธีที่จะช่วยให้ค่าสถิติดีขึ้นทั้งนี้เนื่องจากการเพิ่มลูกศรหนึ่งเส้นถือว่าเป็นการเพิ่มพารามิเตอร์อีกหนึ่งพารามิเตอร์ซึ่งส่งผลทำให้ค่า Degree of freedom ลดลงจำนวน 1 ค่าทุกครั้งที่มีการเพิ่มเส้นลูกศรเชื่อมระหว่างค่าความคาดเคลื่อนของสองตัวแปร (Hair, J.F., et al., 2010: 672; Kline, R.B., 2010: 175-176; กริชแรงสูงเนิน, 2554: 65-79) วิธีการดังกล่าวนี้เป็นวิธีที่สามารถคงไว้ซึ่งจำนวนตัวแปรเอาไว้โดยไม่มีการลด (Data reduction) (วิธีที่ 1) หรือรวมตัวแปร (Item parceling) (วิธีที่ 2)

ภายหลังจากการปรับรูปแบบแล้ว ผู้วิจัยพบว่าค่าสถิติวัดความเหมาะสมของรูปแบบกับข้อมูลประจักษ์ทุกตัวดีขึ้นและมีความเหมาะสมตามเกณฑ์ โดยมีรายละเอียดดังนี้ค่า Probability (p) ของรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสมมุติฐานเท่ากับ 0.169 (มีค่ามากกว่า 0.05) ค่า CMIN/DF เท่ากับ 1.049 (มีค่าน้อยกว่า 3) ค่า Goodness of fit index (GFI) เท่ากับ 0.915 (มีค่าสูงกว่า 0.9) ค่า Adjusted Goodness of fit index (AGFI) เท่ากับ 0.819 (มีค่าต่ำกว่า 0.9 ไม่มาก จึงพออนุมานได้ถ้าค่าเกินกว่า 0.8) (Durande Moreau, A. & Usunier, J., 1999; Harrison-Walker, L.J., 2001: 60-75) ค่า Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA) เท่ากับ 0.015 (มีค่าน้อยกว่า 0.08) ค่า The Tucker Lewis Index (TLI) เท่ากับ 0.992 (มีค่ามากกว่า 0.9) และค่า Comparative Fit Index (CFI) เท่ากับ 0.994 (มากกว่า 0.9) โดยหลังจากการปรับรูปแบบตามสมมุติฐานพบว่ามีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ที่ดีขึ้น หลังจากมีการปรับรูปแบบตามสมมุติฐาน พบว่ารูปแบบที่ได้มีความสอดคล้องกับสภาพความเป็นจริงในเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยเบาหวานของพยาบาลวิชาชีพในสังกัดโรงพยาบาลของรัฐ เขตภาคเหนือของประเทศไทยที่ดีขึ้น



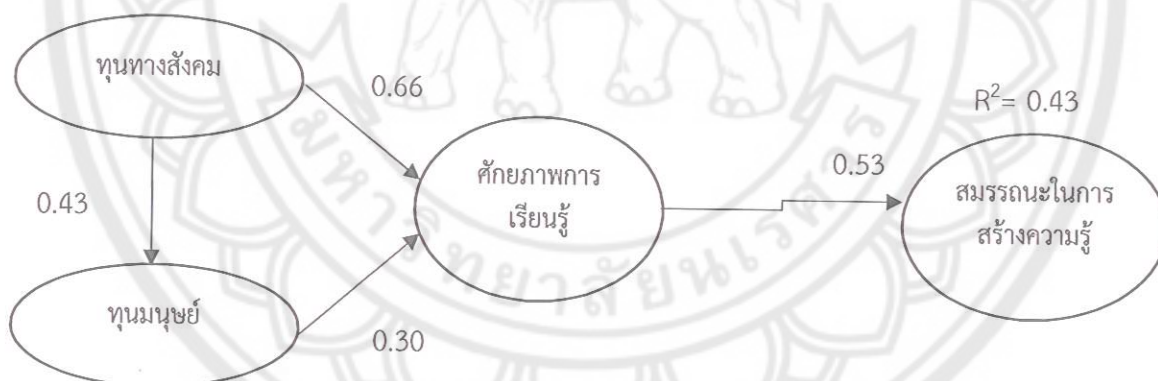
ค่าสถิติวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรของรูปแบบสมการเชิงโครงสร้าง พบว่าสมรรถนะในการสร้างความรู้ ทุนมนุษย์ ศักยภาพการเรียนรู้ และทุนทางสังคม โดยแต่ละเส้นทางอิทธิพลมีค่า Critical ratio: C.R. (t-value) มากกว่า 2.00 จึงยอมรับสมมติฐานที่ตั้งไว้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยค่า Standard error (S.E) คือ ค่าสถิติของสถิติอนุมานในการบอกถึงการกระจายข้อมูลของค่าสถิติ

ตาราง 3 แสดงค่า Critical ratio: C.R. (t-value) มากกว่า 2.00 จึงยอมรับสมมติฐานที่ตั้งไว้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

| Regression Weights                                       | Estimate | S.E.  | C.R.  | P   |    |          |
|----------------------------------------------------------|----------|-------|-------|-----|----|----------|
| ทุนมนุษย์ $\leftarrow$ ทุนทางสังคม                       | 0.623    | 0.132 | 4.707 | *** | H4 | Accepted |
| ศักยภาพการเรียนรู้ $\leftarrow$ ทุนทางสังคม              | 0.573    | 0.101 | 5.668 | *** | H2 | Accepted |
| ศักยภาพการเรียนรู้ $\leftarrow$ ทุนมนุษย์                | 0.178    | 0.041 | 4.284 | *** | H3 | Accepted |
| สมรรถนะในการสร้างความรู้ $\leftarrow$ ศักยภาพการเรียนรู้ | 0.664    | 0.134 | 4.966 | *** | H1 | Accepted |

Critical ratio: C.R. (t-value) มากกว่า 2.00 จึงยอมรับสมมติฐานที่ตั้งไว้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

แสดงค่า Standardized regression weights, Standard error (S.E.), Critical ratio: C.R. (t-value) และ P-value โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 ตัวแปรต่างๆมีความสัมพันธ์กัน เช่น ศักยภาพการเรียนรู้ มีอิทธิพลโดยตรงในทิศทางบวกต่อสมรรถนะในการสร้างความรู้ โดยมีค่า Critical ratio: C.R. (t-value) เท่ากับ 4.966 มีค่า Standardized regression weights เท่ากับ 0.664 ที่  $p < 0.001$



ภาพที่ 3: รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของสมรรถนะในการสร้างความรู้ จากการตรวจสอบกับข้อมูลเชิงประจักษ์

ผู้วิจัยใช้การวิเคราะห์อิทธิพลหรือการวิเคราะห์เชิงวิถี (Path analysis) เพื่อหาสัมพันธ์เชิงสาเหตุของตัวแปรแฝงภายนอกและตัวแปรแฝงภายใน เพื่อระบุขนาดและลักษณะอิทธิพลเชิงสาเหตุระหว่างตัวแปรในรูปแบบ โดยตัวแปรแต่ละตัวมีอิทธิพลทางตรงและ/หรือทางอ้อม เพื่อทดสอบสมมติฐานการวิจัย โดยผลการวิเคราะห์รูปแบบสมการโครงสร้างเชิงเส้นที่ปรับแล้ว สามารถทดสอบสมมติฐานได้ดังนี้

ศักยภาพการเรียนรู้ มีอิทธิพลทางตรงในทิศทางบวกต่อสมรรถนะในการสร้างความรู้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีค่า Critical ratio: C.R. (t-value) เท่ากับ 4.966 (มากกว่า 2.00) จึงยอมรับสมมติฐานที่ตั้งไว้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นจึงยอมรับสมมติฐานที่ 1



ทุนทางสังคม มีอิทธิพลทางตรงในทิศทางบวกต่อศักยภาพการเรียนรู้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีค่า Critical ratio: C.R. (t-value) เท่ากับ 5.668 (มากกว่า 2.00) จึงยอมรับสมมติฐานที่ตั้งไว้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นจึงยอมรับสมมติฐานที่ 2

ทุนมนุษย์ มีอิทธิพลทางตรงในทิศทางบวกต่อศักยภาพการเรียนรู้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีค่า Critical ratio: C.R. (t-value) เท่ากับ 4.284 (มากกว่า 2.00) จึงยอมรับสมมติฐานที่ตั้งไว้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นจึงยอมรับสมมติฐานที่ 3

ทุนทางสังคม มีอิทธิพลทางตรงในทิศทางบวกต่อทุนมนุษย์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีค่า Critical ratio: C.R. (t-value) เท่ากับ 4.707 (มากกว่า 2.00) จึงยอมรับสมมติฐานที่ตั้งไว้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นจึงยอมรับสมมติฐานที่ 4

นอกจากนี้ ผู้วิจัยได้ใช้วิธีการวิเคราะห์อิทธิพลหรือการวิเคราะห์เชิงวิถี (Path analysis) เพื่อหาความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของตัวแปรแฝงภายนอกและตัวแปรแฝงภายใน การวิเคราะห์สมการเชิงโครงสร้างเพื่อตรวจสอบความตรงของรูปแบบและระบุขนาด รวมไปถึงลักษณะอิทธิพลเชิงสาเหตุระหว่างตัวแปรในรูปแบบและลดข้อบกพร่องเบื้องต้นทางสถิติ การวิเคราะห์ทางสถิติเพื่อทดสอบว่ารูปแบบความสัมพันธ์ของตัวแปรทุกตัวในรูปแบบว่ามีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์หรือไม่ โดยตัวแปรแต่ละตัวมีอิทธิพลทางตรงและ/หรือทางอ้อม ได้ผลการวิเคราะห์อิทธิพลระหว่างตัวแปร รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสมรรถนะในการสร้างความรู้ ที่ประกอบด้วย ทุนทางสังคม ทุนมนุษย์ และศักยภาพการเรียนรู้ ดังนี้

การวิเคราะห์ค่าอิทธิพล ที่ประกอบด้วย อิทธิพลทางตรง อิทธิพลทางอ้อม และอิทธิพลรวม ในการวิเคราะห์รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ ผู้วิจัยสามารถประมาณค่าอิทธิพลทางตรงได้จากการประมาณค่าพารามิเตอร์ในสมการถดถอยตามสมการโครงสร้างของรูปแบบ แล้วนำค่าอิทธิพลทางตรงดังกล่าวมาประมาณค่าอิทธิพลทางอ้อม ส่วนอิทธิพลรวมและความสัมพันธ์เทียมหาได้จากการหาผลคูณของอิทธิพลทางตรง แต่ในการวิเคราะห์รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุนั้นเพียงแต่ประมาณค่าสหสัมพันธ์จากอิทธิพลทางตรงและอิทธิพลทางอ้อมเท่านั้น ไม่รวมความสัมพันธ์เทียมและอิทธิพลรวมเพราะ ถ้ารูปแบบแสดงอิทธิพลมีความตรงและความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเป็นความสัมพันธ์เชิงสาเหตุและผลจริงค่าความสัมพันธ์เทียมและอิทธิพลรวมควรจะเป็นศูนย์ ดังนั้นค่าสหสัมพันธ์จึงสามารถประมาณค่าจากผลบวกของอิทธิพลทางตรงและอิทธิพลทางอ้อมเพียงสองส่วนเท่านั้น

ค่าสถิติวิเคราะห์เปรียบเทียบเส้นทางอิทธิพลระหว่างตัวแปร รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสมรรถนะในการสร้างความรู้

ตาราง 4 ค่าสถิติวิเคราะห์เปรียบเทียบเส้นทางอิทธิพลระหว่างตัวแปร รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัย

|                                                                  | อิทธิพล<br>ทางตรง | อิทธิพล<br>ทางอ้อม | อิทธิพล<br>รวม |
|------------------------------------------------------------------|-------------------|--------------------|----------------|
| ทุนมนุษย์ ← ทุนทางสังคม                                          | 0.428             |                    | 0.428          |
| ศักยภาพการเรียนรู้ ← ทุนทางสังคม                                 | 0.656             | 0.127              | 0.783          |
| ศักยภาพการเรียนรู้ ← ทุนมนุษย์                                   | 0.296             |                    | 0.296          |
| สมรรถนะในการสร้างความรู้ ← ศักยภาพการเรียนรู้                    | 0.525             |                    | 0.525          |
| สมรรถนะในการสร้างความรู้ ← ทุนทางสังคม ผ่านทางศักยภาพการเรียนรู้ |                   | 0.411              | 0.411          |
| สมรรถนะในการสร้างความรู้ ← ทุนมนุษย์ ผ่านทางศักยภาพการเรียนรู้   |                   | 0.156              | 0.156          |



### ข้อค้นพบใหม่จากงานวิจัย

- 1) ทุนทางสังคม มีอิทธิพลทางอ้อมต่อสมรรถนะในการสร้างความรู้ ผ่านทุนมนุษย์และศักยภาพการเรียนรู้ ด้วยขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.411
- 2) ทุนมนุษย์ มีอิทธิพลทางอ้อมต่อสมรรถนะในการสร้างความรู้ ผ่านศักยภาพการเรียนรู้ ด้วยขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.156
- 3) ศักยภาพการเรียนรู้ จึงเป็นปัจจัยสำคัญยิ่งที่มีอิทธิพลทางตรงต่อสมรรถนะในการสร้างความรู้ ด้วยขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.53





## สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

### สรุปผลการวิจัย

ในการวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของทุนทางสังคม ทุนมนุษย์ และศักยภาพการเรียนรู้ ที่มีผลต่อสมรรถนะในการสร้างความรู้ ของสมาชิกเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลของรัฐ เขตภาคเหนือของประเทศไทย โดยผลการวิเคราะห์ครั้งนี้แบ่งเป็น 1) ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย โดยใช้สถิติบรรยาย เพื่ออธิบายลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง และลักษณะปัจจัยที่ใช้ในการวิจัย โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ และ 2) ผลการวิเคราะห์เพื่อตอบปัญหาวิจัยตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง อายุเฉลี่ยของพยาบาลวิชาชีพในสังกัดโรงพยาบาลของรัฐ ในภาคเหนือของประเทศไทย ซึ่งเป็นสมาชิกในเครือข่ายการจัดการความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน อายุเฉลี่ย 41.58 ปี อยู่ในช่วงอายุ 41-50 ปี มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 47.1 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 93 มีเพียงร้อยละ 7 เป็นเพศชาย กลุ่มตัวอย่างมีระดับการศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 81.2 ในขณะที่ประสบการณ์ในการทำงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยเบาหวานเฉลี่ยประมาณ 8.21 ปี โดยมีประสบการณ์ทำงานที่เกี่ยวข้องกับเบาหวานเกิน 1 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 93.1 ในขณะที่ประสบการณ์ในการเข้าร่วมกิจกรรมในเครือข่ายเฉลี่ย 4.23 ปี โดยมีประสบการณ์ในการเข้าร่วมเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยเบาหวานเกิน 1 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 74.2

ค่าสถิติพื้นฐานของตัวแปรสังเกตได้ที่เป็นตัวแบ่งชี้รวม 6 ตัวแปร ที่ใช้วัดสมรรถนะในการสร้างความรู้ ของสมาชิกเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลของรัฐ เขตภาคเหนือของประเทศไทย ทั้งหมดอยู่ในระดับสูง

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรมีค่าเป็นบวก แสดงถึงความสัมพันธ์ในทางเดียวกัน รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของสมรรถนะในการสร้างความรู้ของสมาชิกเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลของรัฐ เขตภาคเหนือของประเทศไทย ซึ่งประกอบด้วย 4 ตัวแปร ได้แก่ สมรรถนะในการสร้างความรู้ ทุนทางสังคม ทุนมนุษย์ และศักยภาพการเรียนรู้

ผลสรุปของการวิเคราะห์ห่อองค์ประกอบเชิงยืนยัน (Confirmatory factor analysis models) ของรูปแบบการวัดปัจจัยสมรรถนะในการสร้างความรู้ รูปแบบการวัดปัจจัยทุนทางสังคม รูปแบบการวัดปัจจัยทุนมนุษย์ และรูปแบบการวัดปัจจัยศักยภาพการเรียนรู้ ที่สร้างขึ้นภายใต้ทฤษฎีและแนวคิดที่เกี่ยวข้อง มีความสอดคล้องกับบริบทเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน จึงสามารถใช้วัดตามวัตถุประสงค์ได้

ภายหลังจากการปรับรูปแบบแล้ว ผู้วิจัยพบว่าค่าสถิติชี้วัดความเหมาะสมของรูปแบบกับข้อมูลประจักษ์ทุกตัวดีขึ้นและมีความเหมาะสมตามเกณฑ์ โดยมีรายละเอียดดังนี้ค่า Probability (p) ของรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสมมุติฐานเท่ากับ 0.169 (มีค่ามากกว่า 0.05) ค่า CMIN/DF เท่ากับ 1.049 (มีค่าน้อยกว่า 3) ค่า Goodness of fit index (GFI) เท่ากับ 0.915 (มีค่าสูงกว่า 0.9) ค่า Adjusted Goodness of fit index (AGFI) เท่ากับ 0.819 (มีค่าต่ำกว่า 0.9 ไม่มากจึงพออนุมานได้ถ้าค่าเกินกว่า 0.8) (Durande Moreau, A. & Usunier, J., 1999; Harrison-Walker, L.J., 2001: 60-75) ค่า Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA) เท่ากับ 0.015 (มีค่าน้อยกว่า 0.08) ค่า The Tucker Lewis Index (TLI) เท่ากับ 0.992 (มีค่ามากกว่า 0.9) และค่า Comparative Fit Index (CFI) เท่ากับ 0.994 (มากกว่า 0.9) โดยหลังจากการปรับรูปแบบตามสมมุติฐานพบที่มีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ที่ดีขึ้น หลังจากมีการปรับรูปแบบตามสมมุติฐาน พบว่า



รูปแบบที่ได้มีความสอดคล้องกับสภาพความเป็นจริงในเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยเบาหวานของพยาบาลวิชาชีพในสังกัด  
โรงพยาบาลของรัฐ เขตภาคเหนือของประเทศไทย ที่ดีขึ้น

## อภิปรายผลการวิจัย

ตอนที่ 1 ลักษณะของสมรรถนะในการสร้างความรู้ ของพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งเป็นสมาชิกเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน  
โรงพยาบาลของรัฐ เขตภาคเหนือของประเทศไทย

ข้อค้นพบงานวิจัยพบว่า พยาบาลวิชาชีพซึ่งเป็นสมาชิกในเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน มีสมรรถนะในการ  
สร้างความรู้ในระดับสูง ซึ่งเมื่อพิจารณาตามตัวแปรสังเกตพบว่าทั้งหมดอยู่ในระดับสูง ผลวิจัยดังกล่าวแสดงออกถึง  
พยาบาลวิชาชีพซึ่งเป็นสมาชิกในเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน มีสมรรถนะในการสร้างความรู้ที่เด่นชัดตามองค์ประกอบที่  
ใช้วัดสมรรถนะในการสร้างความรู้ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะ การรวมกลุ่มกันเป็นเครือข่ายหรือชุมชนการปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพ  
เป็นการรวมกลุ่มกันโดยมีเป้าหมายที่ชัดเจน สมาชิกในเครือข่ายมีส่วนสำคัญในการกำหนดสิ่งที่อยากเรียนรู้และได้ใช้  
ประสบการณ์การทำงานเป็นทรัพยากรสำคัญในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับสมาชิกคนอื่นในเครือข่าย ดังนั้นผลลัพธ์จากการ  
เรียนรู้ภายในเครือข่าย สมาชิกสามารถนำไปใช้ได้จริงในทางปฏิบัติในโรงพยาบาลที่ตนเองทำงานอยู่ สอดคล้องกับแนวคิดของ  
คางวัญ บุญรักษ์และ อารียวรรณ อ่วมตานี (2553) รวมไปถึงการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับชุมชนการปฏิบัติใน  
โรงพยาบาลในช่วงปี ค.ศ.1990-2008 ของลีและคณะ (Li, L.C. et al., 2009a: 11, 2009b: 1-9) ที่พบว่าเครือข่ายการจัดการ  
ความรู้หรือชุมชนการปฏิบัติในโรงพยาบาลสามารถนำเอาความรู้ไปปรับใช้ได้อย่างเหมาะสม (อรรถไกร พันธุ์ภักดี, 2556,  
2557) และสร้างประสิทธิภาพการให้บริการสุขภาพแก่ผู้ป่วยได้ดีขึ้น (คางวัญ บุญรักษ์ และอารียวรรณ อ่วมตานี, 2553: 69-  
70)

ตอนที่ 2. ผลการตรวจสอบความสอดคล้องของรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของสมรรถนะในการสร้างความรู้ตาม  
สมมุติฐานกับข้อมูลเชิงประจักษ์

เมื่อพิจารณาผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าสถิติของรูปแบบเชิงสมมุติฐานกับข้อมูลเชิงประจักษ์ พบว่ารูปแบบ  
ความสัมพันธ์เชิงสาเหตุที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมีความสอดคล้องกับสภาพความเป็นจริงในเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยเบาหวานของ  
พยาบาลวิชาชีพในสังกัดโรงพยาบาลของรัฐ เขตภาคเหนือของประเทศไทยอยู่ในเกณฑ์ดี หลังการพัฒนารูปแบบความสัมพันธ์  
เชิงสาเหตุสมรรถนะในการสร้างความรู้ที่พัฒนาขึ้นดังกล่าวพบว่า ปัจจัยสาเหตุที่มีค่าอิทธิพลรวมมากที่สุดจากมากไปหาน้อย  
ประกอบด้วย ทุนทางสังคม ศักยภาพการเรียนรู้ และทุนมนุษย์ (0.525, 0.411 และ 0.156 ตามลำดับ) ปัจจัยสาเหตุเหล่านี้  
ร่วมกันอธิบายสมรรถนะในการสร้างความรู้ได้ร้อยละ 28 นอกจากนี้เมื่อพิจารณาจากค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ของแต่ละ  
ปัจจัยซึ่งเป็นค่าที่บอกสัดส่วนความแปรปรวนระหว่างตัวแปรสังเกตได้กับปัจจัยร่วม (Communalities) ในการวัดตัวแปร  
สังเกตได้แต่ละตัวแปรแฝงภายใน พบว่า อยู่ในเกณฑ์ดี คือ ค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ ( $R^2$ ) ของตัวแปรแฝงภายในทุกตัวอยู่  
ในเกณฑ์ดี

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้พัฒนารูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของสมรรถนะในการสร้างความรู้ขึ้นมา โดยมี  
ปัจจัยทุนทางสังคมเป็นปัจจัยสาเหตุสำคัญ โดยผู้วิจัยได้เปรียบปัจจัยทุนทางสังคมเป็นเสมือนวัตถุดิบสำคัญของการเรียนรู้ทาง  
สังคมผ่านเครือข่ายการจัดการความรู้ ในขณะที่ปัจจัยที่เป็นเสมือนกระบวนการเรียนรู้ทางสังคมในเครือข่าย ประกอบด้วย  
ปัจจัยศักยภาพการเรียนรู้ โดยผลลัพธ์การเรียนรู้ทางสังคม คือ สมรรถนะในการสร้างความรู้นั่นเอง นอกจากนี้การที่องค์กร  
(โรงพยาบาล) ได้เน้นการพัฒนาปัจจัยทุนมนุษย์ ย่อมส่งผลต่อการพัฒนาศักยภาพการเรียนรู้ อีกทั้ง ที่นำไปสู่การพัฒนา  
สมรรถนะในการสร้างความรู้ของพยาบาลวิชาชีพนั่นเอง และเมื่อพิจารณาผลการวิเคราะห์อิทธิพลระหว่างปัจจัยต่างๆใน  
รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุดังกล่าว สามารถอภิปรายในรายละเอียดตามสมมุติฐานการวิจัยได้ดังนี้

ทุนทางสังคมมีอิทธิพลทางตรงในทิศทางบวกต่อทุนมนุษย์ ผลการวิจัยพบว่าเป็นไปตามสมมุติฐานที่ 4 ด้วย  
ขนาดอิทธิพลรวมเท่ากับ 0.43 สอดคล้องกับผลการวิจัยเพื่อหาความสัมพันธ์ ตาม และฮอยแมน (Van den hooff, B. &  
Huysman, M., 2009) ที่ศึกษาบุคลากรในธุรกิจบริการ พบว่าทุนทางสังคมมีอิทธิพลต่อทุนมนุษย์ ของ ผลการวิจัยดังกล่าว  
แสดงให้เห็นความสำคัญของทุนทางสังคมทั้ง 3 มิติว่าเป็นปัจจัยสำคัญในการสร้างโอกาสต่อทุนมนุษย์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ  
โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ความสัมพันธ์ ( $r$ ) = +0.28 และค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ ( $R^2$ ) เท่ากับ 0.20 ( $p < 0.001$ ) (Van den  
hooff, B. & Huysman, M., 2009: 1-8)



ผลการวิจัยครั้งนี้เป็นเช่นนี้ เนื่องจากการที่พยาบาลวิชาชีพด้านการดูแลผู้ป่วยเบาหวานประสบปัญหาจากการทำงานที่เหมือนกันและงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยเบาหวานเช่นเดียวกัน ย่อมส่งต่อความเชื่อใจระหว่างกันเข้าใจในเป้าหมายสำคัญของการรวมกลุ่มเป็นเครือข่ายเพื่อแลกเปลี่ยนแบ่งปันความรู้เพื่อนำความรู้ดังกล่าวไปต่อยอดเพื่อปรับใช้หรือสร้างความรู้ใหม่ด้านการดูแลเบาหวานเพื่อเป้าหมายประสิทธิภาพในการทำงานและผลลัพธ์ทางการดูแลผู้ป่วยเป็นสำคัญ นอกจากนี้การที่พยาบาลวิชาชีพด้านการดูแลเบาหวานได้เข้าร่วมเป็นสมาชิกของเครือข่าย ได้ส่งเสริมให้เกิดความรู้สึกร่วมเป็นส่วนหนึ่งของเครือข่าย เกิดอัตลักษณ์ทางสังคมในลักษณะเดียวกัน เช่น ความเต็มใจที่อยากช่วยเหลือเพื่อนสมาชิกคนอื่น เป็นต้น

**ทุนทางสังคมมีอิทธิพลทางตรงในทิศทางบวกต่อศักยภาพการเรียนรู้** ผลการวิจัยพบว่าเป็นไปตามสมมุติฐานที่ 2 ด้วยขนาดอิทธิพลรวมเท่ากับ 0.664 สอดคล้องกับผลการวิจัยของพริฮาดยันตี สุรจันดารี และคณะ (2012) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ทางสังคมที่พิจารณาทุนทางสังคมระหว่างเจ้าของปัจจัยการผลิตและลูกค้าในอุตสาหกรรมยานยนต์ มีอิทธิพลทางตรงในทิศทางบวกต่อศักยภาพการเรียนรู้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติโดยมีค่าสัมประสิทธิ์ความสัมพันธ์ ( $r$ ) = +0.71 และสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ ( $R^2$ ) เท่ากับ 0.59 ( $p < 0.05$ ) (Prihadyanti, D.; Surjandari, I. & Dianawati, F., 2012: 4)

ผลการวิจัยครั้งนี้เป็นเช่นนี้ เนื่องจากการรวมกลุ่มเป็นเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน เป็นปัจจัยที่เป็นตัวขับเคลื่อนทางสังคมที่ช่วยให้สมาชิกได้พัฒนาศักยภาพการเรียนรู้ของตนเอง ได้แก่ การค้นหาความรู้ที่ตนเองสนใจ การเรียนรู้ระหว่างกัน และการบูรณาการความรู้ที่นำไปสู่การนำไปปฏิบัติได้จริงในการทำงาน การรวมกลุ่มเป็นเครือข่ายได้สร้างสายใยความสัมพันธ์ทางสังคม การรับรู้ต่อการรวมกลุ่มกันเพื่อช่วยเหลือและร่วมพัฒนาความรู้ด้านการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและสร้างความเชื่อมั่นระหว่างกันของพยาบาลวิชาชีพซึ่งเป็นสมาชิกในเครือข่าย ปัจจัยต่างๆดังที่กล่าวมาล้วนเป็นองค์ประกอบสำคัญของทุนทางสังคม

การรวมกลุ่มกันเป็นเครือข่ายได้ส่งเสริมให้เกิดทุนทางสังคมที่เพิ่มมากขึ้น และมีอิทธิพลโดยตรงต่อการพัฒนาศักยภาพในการระบุได้ถึงความรู้ที่ตนเองมีอยู่ รวมถึง ศักยภาพในการระบุได้ถึงความรู้ ที่ตนเองต้องการจะเรียนรู้หรือมีประโยชน์ต่อการทำงานของตนเอง การพัฒนาความสามารถในการค้นหาแหล่งของความรู้ต่างๆ สมาชิกในเครือข่ายได้พัฒนาการเรียนรู้องค์ความรู้ตามที่ตนเองสนใจผ่านกิจกรรมการจัดการความรู้ต่างๆที่เครือข่ายได้จัดขึ้น

**ทุนมนุษย์มีอิทธิพลทางตรงในทิศทางบวกต่อศักยภาพการเรียนรู้** ผลการวิจัยพบว่าเป็นไปตามที่ 3 ด้วยขนาดอิทธิพลรวมเท่ากับ 0.30 สอดคล้องกับผลงานวิจัยหาความสัมพันธ์ของลันวินดิง (2006) ที่พบการมุ่งเน้นพัฒนาทุนมนุษย์ขององค์กร ได้ส่งเสริมให้บุคลากรอยากเรียนรู้และพัฒนาตนเอง โดยการค้นหาความรู้ใหม่ๆอยู่เสมอ เพื่อนำมาต่อยอดหรือบูรณาการรวมเข้ากับความรู้เดิมที่มีอยู่ หรือคือการพัฒนาศักยภาพการเรียนรู้ตนเอง (Lund Vinding, A., 2006)

ผลการวิจัยครั้งนี้เป็นเช่นนี้ เนื่องจากการรวมกลุ่มเป็นเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ได้รับการสนับสนุนส่งเสริมจากองค์กร ทั้งเรื่องของโครงสร้างองค์กร การจัดสรรภาระงานให้เหมาะสม ความเข้าอกเข้าใจของบุคลากรวิชาชีพในหน่วยอื่นๆที่เข้าใจว่า พยาบาลวิชาชีพด้านเบาหวาน มีความจำเป็นที่ต้องพัฒนาความรู้การดูแลผู้ป่วยจากการไปแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับบุคลากรของโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง เกิดการรวมกลุ่มกันเป็นเครือข่ายได้ส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาศักยภาพการเรียนรู้ที่เพิ่มมากขึ้น

**ศักยภาพการเรียนรู้มีอิทธิพลทางตรงในทิศทางบวกต่อสมรรถนะในการสร้างความรู้** ผลการวิจัยพบว่าเป็นไปตามสมมุติฐานที่ 1 ด้วยขนาดอิทธิพลรวมเท่ากับ 0.53 สอดคล้องกับผลการวิจัยเพื่อทดสอบความสัมพันธ์ของ คาร์เรียน นาวาโรและคณะ (2012) ที่พบว่า พนักงานในบริษัทขนาดใหญ่เมื่อได้พัฒนาศักยภาพการเรียนรู้ในแต่ละองค์ประกอบย่อย ได้ส่งผลให้ระดับสมรรถนะในการสร้างความรู้เพิ่มสูงขึ้นด้วย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติโดยมีค่าสัมประสิทธิ์ความสัมพันธ์ ( $r$ ) = +0.62 และค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ ( $R^2$ ) เท่ากับ 0.38 ( $p < 0.001$ ) (Carrion, C.G., Navarro, J.G.C. & Jimenez, D.J., 2012: 110-129) นอกจากนี้ คาร์เรียน นาวาโรและคณะได้ให้ข้อสังเกตว่า องค์ประกอบของศักยภาพการเรียนรู้ในประเด็นของความสามารถในการค้นหาว่าตนเองมีความรู้อะไร และความรู้ที่ขาดแคลนนั้นต้องหาจากแหล่งไหน มีความสำคัญอย่างมากต่อการพัฒนาศักยภาพการเรียนรู้ในขั้นต่อไปเป็นอย่างมาก ในขณะที่การศึกษาของอรรถไกร พันธุ์ภักดี (2557) ที่เคยศึกษาในบุคลากรวิชาชีพสุขภาพ ก็พบว่า ศักยภาพการเรียนรู้มีอิทธิพลทางตรงในทิศทางบวกต่อสมรรถนะในการสร้างความรู้ ด้วยขนาดอิทธิพลรวมเท่ากับ 0.408

ผลการวิจัยครั้งนี้เป็นเช่นนี้ เนื่องจากการพัฒนาศักยภาพการเรียนรู้ นั้น ได้รวมการพัฒนาทักษะความสามารถต่างๆตั้งแต่ ความสามารถในการค้นหาความรู้ที่ต้องการอย่างแท้จริง จนนำไปสู่การเรียนรู้ให้เข้าใจและประยุกต์ใช้ความรู้นั้นให้เกิดประโยชน์ในทางปฏิบัติ ซึ่งส่งผลต่อการยกระดับสมรรถนะในการสร้างความรู้ของพยาบาลวิชาชีพ นอกจากนี้การ



พัฒนาศักยภาพการเรียนรู้ได้ให้ความสำคัญกับความรู้ที่ถ่ายทอดระหว่างกัน การพัฒนาศักยภาพการเรียนรู้จึงเป็นการร่วมมือกันพัฒนาองค์ความรู้ที่สามารถนำไปใช้ได้จริงกับบริบทการทำงานหรือแก้ไขปัญหาในการทำงานได้อย่างตรงประเด็น โดยให้ความสำคัญตั้งแต่เริ่มการพัฒนาความสามารถของพยาบาลวิชาชีพซึ่งเป็นสมาชิกในเครือข่ายตั้งแต่เริ่มต้น ด้วยการค้นหาความรู้ที่โรงพยาบาลตนเองไม่รู้ การพัฒนาความสามารถในการค้นหาแหล่งความรู้หรือผู้รู้ในองค์ความรู้ที่โรงพยาบาลตนเองสนใจ การพัฒนาความสามารถในการประสานงานเพื่อถ่ายทอดความรู้ระหว่างกัน การพัฒนาความสามารถในการบูรณาการองค์ความรู้ให้เหมาะสมกับสภาพปัญหาการทำงานในโรงพยาบาลของตน และการพัฒนาความสามารถในการนำองค์ความรู้ที่สร้างขึ้นใหม่ไปใช้ให้เกิดประโยชน์เป็นรูปธรรมในการทำงาน

## ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาและผลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยนำเสนอข้อเสนอแนะไว้ ดังนี้

### 1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและการนำไปปฏิบัติ

จากผลของการวิจัยเพื่อสร้างและพัฒนารูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของสมรรถนะในการสร้างความรู้ของสมาชิกเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลของรัฐ เขตภาคเหนือของประเทศไทย พบว่าสมรรถนะในการสร้างความรู้ นั้น ปัจจัยที่มีอิทธิพลทางตรง คือ ศักยภาพการเรียนรู้และทุนมนุษย์ และมีปัจจัยที่ส่งอิทธิพลทางอ้อม 2 ตัว คือ ทุนทางสังคมและทุนมนุษย์ จึงมีข้อเสนอแนะในการนำผลของการวิจัยไปใช้ในระดับนโยบายและการบริหารองค์กร ดังนี้

1.1 ระดับนโยบาย สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข สาธารณสุขจังหวัด และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้บริหารหรือผู้เกี่ยวข้องควรกำหนดเป็นนโยบายหลักและมาตรฐานที่บุคลากรวิชาชีพสุขภาพทุกคนต้องพัฒนาการปฏิบัติงานของตนเองให้มีประสิทธิภาพ โดยการนำความรู้ที่เรียนรู้หรือได้รับการถ่ายทอดมาปรับใช้และพัฒนาผลลัพธ์การทำงานให้มีประสิทธิภาพขึ้นและเห็นเป็นรูปธรรมชัดเจน

1.2 ระดับเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน มีส่วนสำคัญต่อการพัฒนาทุนทางสังคมและศักยภาพการเรียนรู้ของสมาชิกภายในเครือข่าย ในการพัฒนาทุนทางสังคมนั้น ผู้บริหารเครือข่ายต้องมุ่งเน้นให้สมาชิกในแต่ละโรงพยาบาลติดต่อประสานงานกันอย่างต่อเนื่อง สร้างการรับรู้ว่าสมาชิกทุกคนล้วนมีความสำคัญและเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันภายในเครือข่าย รวมไปถึงการสร้างความรู้ความเข้าใจในแนวทางปฏิบัติหรือการทำกิจกรรมการจัดการความรู้ต่างๆ ให้สมาชิกทุกคนได้เข้าใจอย่างลึกซึ้งถึงขั้นตอนและเป้าหมายอย่างครบถ้วน ในขณะที่การพัฒนาศักยภาพการเรียนรู้ของสมาชิกนั้น ผู้บริหารเครือข่ายหรือผู้เกี่ยวข้องต้องฝึกฝนขั้นตอนต่างๆ ในการพัฒนาศักยภาพการเรียนรู้ให้ชัดเจน และสนับสนุนให้สมาชิกสามารถนำเอาความรู้ที่ได้รับการถ่ายทอดไปใช้ได้จริงในการปฏิบัติงานจนสร้างประโยชน์แก่หน่วยงานในสังกัด

1.3 ระดับโรงพยาบาล ผู้บริหารหรือผู้เกี่ยวข้องควรปรับปรุงแนวทางการพัฒนาทุนมนุษย์ โดยการเพิ่มประสิทธิภาพบุคลากรในสังกัดของตนโดยการมุ่งเน้นการพัฒนาทักษะ ความรู้ และความสามารถ โดยการเรียนรู้อย่างต่อเนื่องผ่านเครือข่ายการจัดการความรู้ เพื่อนำเอาความรู้ที่ได้เรียนรู้ มาปรับปรุงประสิทธิภาพการให้บริการสุขภาพและพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยให้ดีขึ้นกว่าเดิมอย่างสม่ำเสมอ

### 2. การวิจัยครั้งต่อไป

การวิจัยเพื่อการทดสอบและยืนยันว่าปัจจัยทุนทางสังคม ทุนมนุษย์ และศักยภาพการเรียนรู้มีอิทธิพลต่อสมรรถนะในการสร้างความรู้ หรือการวิจัยเพื่อขยายความในความสัมพันธ์ในรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุดังกล่าว ในกลุ่มตัวอย่างที่ประสบความสำเร็จ เพราะผลลัพธ์ที่ได้จะมีประโยชน์ต่อการนำมาพัฒนาศักยภาพ ความรู้ และความสามารถของบุคลากรวิชาชีพในสังกัดโรงพยาบาลของรัฐต่อไป



## บรรณานุกรม

- กริช แรงสูงเนิน. (2554). การวิเคราะห์ปัจจัยด้วย SPSS และ AMOS เพื่อการวิจัย, 65-79.
- กรรณิการ์ เจริญฤทธิ์ และคณะ. (2555). ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ของเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนครสวรรค์. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ 6(2), 111-121
- กฤษดา แสงวงศ์. (2552). ตารางชี้การทำงานของพยาบาลวิชาชีพในประเทศไทย. วารสารประชากร, 1, 73-93.
- กิตติพงศ์ ทิพย์เสถียร. (2550). ชุมชนการปฏิบัติ: โมเดลของการบ่มเพาะและพัฒนา. วารสารการจัดการความรู้, 11(3), 66-67.
- คงขวัญ บุญยรักษ์ และ อารีย์วรรณ อ่วมตานี. (2553). ประสบการณ์การมีส่วนร่วมในชุมชนนักปฏิบัติ เพื่อพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ. วารสารสภาการพยาบาล, 2(25), 64-77.
- ชวนชม ภาวทันยา. (2553). การพัฒนาเครือข่ายสุขภาพชุมชน สำหรับผู้ป่วยเบาหวานของโรงพยาบาลโพธาราม, 1-2
- เจตชู อริยศรีวัฒนา. (2555). การแก้ปัญหาการขาดแคลนบุคลากรสาธารณสุขสุภาพรัฐ. สภาพันธ์แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์, 1-4.
- ทัศนาศ บุญทอง. (2535). ข้อเสนอต่อรัฐบาลเพื่อแก้ปัญหาการขาดแคลนกำลังคนสาขาพยาบาลศาสตร์, 1-2.
- เทพ หิมะทองคำ. (2552). รายงานการประชุมโครงการประชุมวิชาการปฐมภูมิ เรื่อง การจัดการเบาหวานแบบบูรณาการ. 1, 18-21.
- ธกัณันท์ อินทราวุธ และคณะ. (2554). ประสบการณ์การปรับตัวของผู้ป่วยเบาหวานที่สูญเสียขา. ;วารสารการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ, 5(2), 4-11.
- นันทกา สวัสดิพัฒนิช และสุจิตรา เทียนสวัสดิ์. (2554). การแปลเครื่องมือเพื่อใช้ในการวิจัยข้ามวัฒนธรรม: เทคนิคและประเด็นที่ต้องพิจารณา. วารสารสภาการพยาบาล, 26(1), 19-28
- ปิยรัตน์ สุรฤกษ์. (2550). โรคเบาหวานชนิดที่2และภาวะหลอดเลือดแข็งตัวกับธาตุเหล็ก. วารสารเทคนิคการแพทย์เชียงใหม่, 40.
- ปรีชา เปรมปรี และคณะ. (2553). การทบทวนระบบข้อมูลโรคหัวใจ หลอดเลือด และเบาหวาน. 2-5
- พิเชษฐ์ บุญฤทธิ. (2553). การสร้างและพัฒนานักจัดการความรู้: แนวคิดและกระบวนการสร้างกลยุทธ์ เครื่องมือชุดธารปัญญา, 1-19.
- พิสนุ ฟองศรี. (2553). การสร้างและพัฒนาเครื่องมือวิจัย. 66-72
- ยุวณุช ทินนະลักษณ์. (2550). มหัจจรรยแห่ง KM เบาหวาน กรณีศึกษา โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก, 30-37.
- รัชดา ทิพัฒน์ศาสตร์. (2557). รายงานการประชุมประจำปีเครือข่ายการจัดการความรู้การดูแลผู้ป่วยเบาหวาน เขตภาคเหนือ, 5-6.
- วิฑูรย์ โล่ห์สุนทร. (2551). วิทยาการระบาดของโรคเบาหวานในประเทศไทย. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2,4 (ต.ค.-ธ.ค.2551), 623-641.
- วีณา จีระแพทย์. (2551). บทบาทพยาบาลวิชาชีพกับการวิจัยเพื่อพัฒนานวัตกรรมทางการแพทย์. วารสารพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 1-8.
- วีระพงษ์ กิมาคม. (2552). ชุมชนนักปฏิบัติ (Community of Practice-CoP). สืบค้นเมื่อ 1 ตุลาคม 2555. จาก <http://www.itmc.tsu.ac.th/paper/ppit20060205.pdf>.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2554). คู่มือบริหารงบประมาณหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ2554. 4, 19-27.
- สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์ (2550). ระเบียบวิธีการวิจัยทางสังคม, 139, 291.



- สุพัตรา บุญเจียม, ภูษิตา อินทรประสงค์, จรรยา ภัทรอาชาชัย, และ สิริยา สัมมาวาจ. (2553). คำนิยมของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลรามคำแหง ประเทศไทย. *วารสารสาธารณสุขศาสตร์*, 3(40), 320-331.
- สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ. (2547). การสาธารณสุขไทย พ.ศ.2542-2543, 267.
- สำนักงานโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2554). จำนวนและอัตราผู้ป่วยในด้วยโรคเบาหวาน ปี พ.ศ. 2544-2554. สืบค้นเมื่อวันที่ 1 ตุลาคม 2555. จาก <http://www.thaicd.com/document/lile/info/non-communicable-disease/report-44-54-2.xls>
- อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล และคณะ. (2553). *การจัดการความรู้แบบบูรณาการ กรณีเบาหวาน-ความดันโลหิตสูง*. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล.
- อรรถไกร พันธุ์ภักดี. (2556). *ศักยภาพการเรียนรู้: ความสามารถการเรียนรู้ภายใต้มุมมองนวัตกรรมแบบเปิด Absorptive capacity: Learning Ability Based on Open Innovation Perspective*. วารสารมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, 19(2), 257-267. 10 พฤษภาคม 2557.
- Adler, P.S. & Kwon, S.W. (2002). Social capital: Prospects for a new concept. *Academy of Management Review*, 17-40.
- Ahuja, G. (2000). Collaboration networks, structural holes, and innovation: A longitudinal study. *Administrative Science Quarterly*, 45(3), 425-455.
- Ajzen, I. (2002). Perceived Behavioral Control, Self, Efficacy, Locus of Control, and the Theory of Planned Behavior1. *Journal of applied social psychology*, 32(4), 665-683.
- Ajzen, I. & Driver, B.L. (1992). Application of the theory of planned behavior to leisure choice. *Journal of Leisure Research*, 207-224.
- Alavi, M. & Leidner, D.E. (2001). Review: Knowledge management and knowledge management systems: Conceptual foundations and research issues. *Mis Quarterly*, 107-136.
- Andersen, T.J. & Foss, N.J. (2005). Strategic opportunity and economic performance in multinational enterprises: The role and effects of information and communication technology. *Journal of International Management*, 11(2), 293-310.
- Anderson, J.C. & Gerbing, D.W. (1988). Structural equation modeling in practice: A review and recommended two-step approach. *Psychological bulletin*, 103(3), 411.
- Andrawina, L. & Govindaraju, R. (2009). Knowledge sharing capability, absorptive capacity, and innovation capability: an empirical study of Indonesia's information and communication technology industry. *Journal of ICT*, 8, 85-102.
- Annual Epidemiological Surveillance Report 2012. Diabetes. search 1 January 2015. จาก [http://www.boe.moph.go.th/Annual/AESR2012/main/AESR55\\_Part1/file11/5955\\_Diabetes.pdf](http://www.boe.moph.go.th/Annual/AESR2012/main/AESR55_Part1/file11/5955_Diabetes.pdf)
- Argote, L. & Ingram, P. (2000). Knowledge transfer: A basis for competitive advantage in firms. *Organizational behavior and human decision processes*, 82(1), 150-169.
- Argote, L., McEvily, B. & Reagans, R. (2003). Managing knowledge in organizations: An integrative framework and review of emerging themes. *Management Science*, 571-582.
- Bakker, M., Leenders, R.T.A.J. Gabbay, S.M., Kratzer, J., & Van Engelen, J.M.L. (2006). Is trust really social capital? Knowledge sharing in product development projects. *The Learning Organization*, 13(6), 594-605.
- Best, J.W. (1970). *Research education*. 204-208.
- Best, J.W. (1977). *Research education (3rd Ed.)*. 174.
- Blohm, I., et al. (2011). *Absorptive capacity for open innovation communities-learnings from theory and practice*, 1-40



- Bolloju, N., Khalifa, M. & Turban, E. (2002). *Integrating knowledge management into enterprise environments for the next generation decision support*. *Decision support systems*, 163-176.
- Borgatti, S.P. & Cross, R. (2003). A relational view of information seeking and learning in social networks. *Management Science*, 432-445.
- Boynton, A.C., Zmud, R.W. & Jacobs, G.C. (1994). The influence of IT management practice on IT use in large organizations. *Mis Quarterly*, 299-318.
- Bramadat, I.J., Andrusyszyn, M.A. & Chalmers, K. (2006). Knowledge, skills and experiences for community health nursing practice: The perceptions of community nurses, administrators and educators. *Journal of Advanced Nursing*, 24(6), 1224-1233.
- Brown, J.S. & Duguid, P. (1991). Organizational learning and communities-of-practice: Toward a unified view of working, learning, and innovation. *Organization Science*, 40-57.
- Brown, J.S. & Duguid, P. (2001). Knowledge and organization: A social-practice perspective. *Organization Science*, 198-213.
- Burt, R.S. (2000). The network structure of social capital. *Research in organizational behavior*, 22, 345-423.
- Cabrera, A., Collins, W.C. & Salgado, J.F. (2006). Determinants of individual engagement in knowledge sharing. *International Journal of Human Resource Management*, 17(2), 245-264.
- Cadiz, D., Sawyer, J.E. & Griffith, T.L. (2006). Experienced Community of Practice and Knowledge transfer in a Science/Technology company. *System Sciences*, 7, 1-9.
- Cadiz, D., Sawyer, J.E. & Griffith, T.L. (2009). Developing and validating field measurement scales for absorptive capacity and experienced community of practice. *Educational and Psychological Measurement*, 69(6), 1035-1058.
- Carrion, C.G., Navarro, J.G.C & Jimenez, D.J (2012). The effect of absorptive capacity on innovativeness: Context and information systems capability as catalysts. *British Journal of Management*, 23(1), 110-129.
- Calantone, R.J., Cavusgil, S.T. & Zhao, Y. (2002). Learning orientation, firm innovation capability, and firm performance. *Industrial Marketing Management*, 515-524.
- Chaminade, C., & Roberts, H. (April 2002). *Social Capital as a Mechanism: connecting knowledge within and across firms*. Paper presented at the Third European Conference on Organizational Knowledge, Learning and Capabilities, Athens, Greece, 8-16, 27.
- Chang, H. H., & Chuang, S. S. (2011). Social capital and individual motivations on knowledge sharing: Participant involvement as a moderator. *Information & Management*, 48(1), 9-18.
- Chen, I.Y.L. (2007). The factors influencing members' continuance intentions in professional virtual communities, a longitudinal study. *Journal of Information Science*, 33(4), 451-467.
- Chesbrough, H., Vanhaverbeke, W. & West, J. (2008). *Open innovation: Researching a new paradigm*: OUP Oxford, 1-49.
- Chesbrough, H.W. (2003). *Open innovation: The new imperative for creating and profiting from technology*: Harvard Business Press, 15-34.
- Choi, B., & Lee, H. (2003). An empirical investigation of KM styles and their effect on corporate performance. *Information & Management*, 40(5), 403-417.
- Chiu, C.M., Hsu, M.H. & Wang, E.T.G. (2006). Understanding knowledge sharing in virtual communities: An integration of social capital and social cognitive theories. *Decision support systems*, 42(3), 1872-1888.
- Chou, C.P. & Bentler, P.M. (1987). Practical issues in structural modeling. *Sociological Methods & Research*, 16(1), 78-117.



- Chow, C.W. et al. (1999). Cultural influences on informal information sharing in Chinese and Anglo-American organizations: an exploratory study. *Accounting, Organizations and Society*, 24(7), 561-582.
- Cockburn, I.M. & Henderson, R.M. (1998). Absorptive capacity, coauthoring behavior, and the organization of research in drug discovery. *The Journal of Industrial Economics*, 46(2), 157-182.
- Cohen, W.M. & Levinthal, D.A. (1989). Innovation and learning: the two faces of R & D. *The economic journal*, 99(397), 569-596.
- Cohen, W.M. & Levinthal, D.A. (1990). Absorptive capacity: a new perspective on learning and innovation. *Administrative Science Quarterly*, 128-152.
- Colin, G. (2006). Absorptive capacity, knowledge management and innovation in entrepreneurial small firms. *International Journal of Entrepreneurial Behaviour & Research*, 12(6), 345-360.
- Connelly, C.E. & Kelloway, E.K. (2003). Predictors of employees' A perceptions of knowledge sharing cultures. *Leadership & Organization Development Journal*, 24(5), 294-301.
- Cross, R. & Cummings, J.N. (2004). Tie and Network Correlates of Individual Performance in Knowledge-Intensive Work. *Academy of management journal*, 47(6), 928-937.
- Cummings, J.N. (2004). Work groups, structural diversity, and knowledge sharing in a global organization. *Management Science*, 50(3), 352-364.
- Darr, E.D., Argote, L. & Eppler, D. (1995). *The acquisition, transfer, and depreciation of knowledge in service organizations: Productivity in franchises*. *Management Science*, 1750-1762.
- De Vries, R.E., Van den Hooff, B. & de Ridder, J.A. (2006). Explaining Knowledge Sharing The Role of Team Communication Styles, Job Satisfaction, and Performance Beliefs. *Communication Research*, 33(2), 115-135.
- Deeds, D.L. (2001). The role of R&D intensity, technical development and absorptive capacity in creating entrepreneurial wealth in high technology start-ups. *Journal of Engineering and Technology Management*, 18(1), 29-47.
- Delmas, M., Hoffmann, V. H., & Kuss, M. (2011). Under the tip of the iceberg: Absorptive capacity, environmental strategy, and competitive advantage. *Business Society*, 50, 116-154.
- Dhanaraj, C. et al. (2004). Managing tacit and explicit knowledge transfer in IJVs: the role of relational embeddedness and the impact on performance. *Journal of international business studies*, 35(5), 428-442.
- Diamantopoulos, A., Siguaw, J. & Siguaw, J. A. (2000). *Introducing LISREL: A guide for the uninitiated*: Sage Publications Ltd.
- Drucker, P. F., & Drucker, P. F. (1993). *Post-capitalist society*. Routledge.
- Drucker, P. F. (1999). Knowledge-worker productivity: The biggest challenge. *The knowledge management yearbook 2000-2001*.
- Durande-Moreau, A. & Usunier, J. (1999). Time Styles and the Waiting Experience: An Exploratory Study. *Journal of Service Research*, 2(2), 173-186.
- Easterby-Smith, M. et al. (2008). Absorptive capacity: A process perspective. *Management Learning*, 39(5), 483-501.
- Ebner, W., Leimeister, J.M. & Krcmar, H. (2009). Community engineering for innovations: the ideas competition as a method to nurture a virtual community for innovations. *R&D Management*, 39(4), 342-356.
- Feinberg, S.E. & Gupta, A.K. (2004). Knowledge spillovers and the assignment of R&D responsibilities to foreign subsidiaries. *Strategic Management Journal*, 25, 823-845.



- Jeon, S., Kim, Y.G. & Koh, J. (2011). An integrative model for knowledge sharing in communities of practice. *Journal of knowledge management*, 15(2), 251-269.
- Judge, T.A. & Bono, J.E. (2001). Relationship of core self-evaluations traits, self-esteem, generalized self-efficacy, locus of control, and emotional stability, with job satisfaction and job performance: A meta-analysis. *Journal of applied Psychology*, 86(1), 80.
- Kankanhalli, A., Tan, B.C.Y., & Wei, K.K. (2005). Contributing knowledge to electronic knowledge repositories: An empirical investigation. *Mis Quarterly*, 113-143.
- Kearns, G.S. & Leader, A.L. (2003). A resource, a based view of strategic IT Alignment: How Knowledge Sharing Creates Competitive advantage. *Decision Sciences*, 1-29
- Kedia, B.L. & Bhagat, R.S. (1988). Cultural constraints on transfer of technology across nations: Implications for research in international and comparative management. *Academy of Management Review*, 559-571.
- Keller, W. (1996). Absorptive capacity: On the creation and acquisition of technology in development: *Social systems research institute*. University of Wisconsin, 199-227
- Kim, L. (1998). Crisis construction and organizational learning. *Organization Science*, 9(4), 506-521.
- Kim, L. (2001). Absorptive Capacity, Co-operation, and Knowledge Creation: Samsung's leapfrogging in Semiconductors. *Knowledge Emergence Social, Technical, and Evolutionary Dimensions of Knowledge Creation*, 270-286.
- Kim, S. & Lee, H. (2006). The Impact of Organizational Context and Information Technology on Employee Knowledge and Sharing Capabilities. *Public Administration Review*, 66(3), 370-385.
- Kline, R.B. (2010). *Principles and practice of structural equation modeling*: The Guilford Press, 175-176
- Kolekofski, K.E. & Heminger, A.R. (2003). Beliefs and attitudes affecting intentions to share information in an organizational setting. *Information & Management*, 40(6), 521-532.
- Koza, M.P. & Lewin, A.Y. (1998). The co-evolution of strategic alliances. *Organization Science*, 255-264.
- Kumar, S. & Seth, A. (2001). *Knowledge, absorptive capacity, and the theory of the diversified firm*. Academy of Management Proceedings BPS.
- Lam, A. (1996). Engineers, Management and Work organization: A comparative analysis of engineers' work role in British and Japanese electronics firms. *Journal of management Studies*, 33(2), 183-212.
- Lane, P.J., Koka, B.R. & Pathak, S. (2006). The reification of absorptive capacity: a critical review and rejuvenation of the construct. *The Academy of Management Review*, 31(4), 833-863.
- Lane, P.J., Salk, J.E. & Lyles, M. A. (2001). Absorptive capacity, learning, and performance in international joint ventures. *Strategic Management Journal*, 22(12), 1139-1161.
- Lapre, M.A. & Van Wassenhove, L.N. (2001). Creating and transferring knowledge for productivity improvement in factories. *Management Science*, 1311-1325.
- Lave, J. & Wenger, E. (1991). *Situated learning: Legitimate peripheral participation*: Cambridge Univ Pr., 14, 37, 98
- Lee, J.H., Kim, Y.G. & Kim, M.Y. (2006). Effects of managerial drivers and climate maturity on knowledge management performance: empirical validation. *Information Resources Management Journal (IRMJ)*, 19(3), 48-60.
- Lenox, M. & King, A. (2004). Prospects for developing absorptive capacity through internal information provision. *Strategic Management Journal*, 25(4), 331-345.
- Lesser, E. & Everest, K. (2001). Using communities of practice to manage intellectual capital. *Ivey Business Journal*, 65(4), 37-42.



- Lesser, E. & Prusak, L. (2000). Communities of practice, social capital, and organizational knowledge. *The knowledge management yearbook*, 2001, 251-259.
- Levitt, B. & March, J.G. (1988). Organizational learning. *Annual review of sociology*, 319-340.
- Lewin, A.Y. & Volberda, H.W. (1999). Prolegomena on coevolution: A framework for research on strategy and new organizational forms. *Organization Science*, 519-534.
- Li, L.C. et al. (2009a). Evolution of Wenger's concept of community of practice. *Implementation Science*, 4(1), 11.
- Li, L.C. et al. (2009b). Use of communities of practice in business and health care sectors: A systematic review. *Implement Science*, 4(27), 1-9.
- Liao, S.H., Fei, W.C. & Chen, C.C. (2007). Knowledge sharing, absorptive capacity, and innovation capability: an empirical study of Taiwan's knowledge-intensive industries. *Journal of Information Science*, 33(3), 340-359.
- Lin, C.P. (2007a). To share or not to share: Modeling knowledge sharing using exchange ideology as a moderator. *Personnel Review*, 36(3), 457-475.
- Lin, C.P. (2007b). To share or not to share: Modeling tacit knowledge sharing, its mediators and antecedents. *Journal of business ethics*, 70(4), 411-428.
- Lin, H.F. (2007a). Effects of extrinsic and intrinsic motivation on employee knowledge sharing intentions. *Journal of Information Science*, 33(2), 135-149.
- Lin, H.F. (2007b). Knowledge sharing and firm innovation capability: an empirical study. *International Journal of Manpower*, 28(3/4), 315-332.
- Liu, X. & White, R. (1997). The relative contributions of foreign technology and domestic inputs to innovation in Chinese manufacturing industries. *Technovation*, 17(3), 119-125.
- Lund Vinding, A. (2006). Absorptive capacity and innovative performance: A human capital approach. *Economics of Innovation and New Technology*, 15(4-5), 507-517.
- Lyles, M.A. & Salk, J.E. (1996). Knowledge acquisition from foreign parents in international joint ventures: an empirical examination in the Hungarian context. *Journal of international business studies*, 877-903.
- Madden, T.J., Ellen, P.S. & Ajzen, I. (1992). A comparison of the theory of planned behavior and the theory of reasoned action. *Personality and social psychology Bulletin*, 18(1), 3-9.
- Malhotra, A., Gosain, S. & Sawy, O.A.E. (2005). Absorptive capacity configurations in supply chains: Gearing for partner-enabled market knowledge creation. *Mis Quarterly*, 145-187.
- Maneesriwongul, W. & Dixon, J.K. (2004). Instrument translation process: a methods reviews. *J Adv Nurs*, 48(2), 175-186.
- Matusik, S.F. & Heeley, M.B. (2005). Absorptive capacity in the software industry: Identifying dimensions that affect knowledge and knowledge creation activities. *Journal of Management*, 31(4), 549-572.
- McDermott, R.A. (1999). Nurturing three dimensional communities of practice: how to get the most out of human networks. *Knowledge management Review*, 11(12), 26-29.
- Minbaeva, D.B. (2007). Knowledge transfer in multinational corporations. *Management International Review*, 47(4), 567-593.
- Mooradian, T., Renzl, B. & Matzler, K. (2006). Who trusts? Personality, trust and knowledge sharing. *Management Learning*, 37(4), 523-540.
- Mowery, D., Oxley, J. & Silverman, B. (1996). Strategic alliances and interfirm knowledge transfer. *Strategic Management Journal*, 17(No. Winter), 77-91.



- Nadler, J., Thompson, L. & Van Boven, L. (2003). Learning negotiation skills: Four models of knowledge creation and transfer. *Management Science*, 529-540.
- Nahapiet, J. & Ghoshal, S. (1997). Social capital, intellectual capital and the creation of value in firms. *Academy of Management Best Paper Proceedings*, 35-39.
- Nahapiet, J. & Ghoshal, S. (1998). Social capital, intellectual capital, and the organizational advantage. *Academy of Management Review*, 242-266.
- Nonaka, I. (1994). A dynamic theory of organizational knowledge creation. *Organization Science*, 14-37.
- Nonaka, I. & Takeuchi, H. (1995). The knowledge-creating company: How Japanese companies create the dynamics of innovation: *Oxford University Press*, USA.
- Osterloh, M., & Frey, B. S. (2000). Motivation, knowledge transfer, and organizational forms. *Organization Science*, 11(5), 538-550.
- Phillips, K.W. et al. (2004). Diverse groups and information sharing: The effects of congruent ties. *Journal of Experimental Social Psychology*, 40(4), 497-510.
- Powell, TC. (1995). Total quality management as competitive advantage: a review and empirical study. *Strategic Management Journal*, 16(1), 15-37.
- Preece, J. (2003). *Tacit knowledge and social capital: Supporting sociability in online communities of practice*. Paper presented at the Proceedings of I-KNOW, 3rd International Conference on Knowledge Management. Graz, Austria., 2-4.
- Prihadyanti, D., Surjandari, I. & Dianawati, F. (2012). Harnessing the potential of social capital for increasing innovation capability. *International Journal of Engineering Science*, 4, 1750-1759.
- Pulakos, E.D., Dorsey, D.W. & Borman, W.C. (2003). *Hiring for knowledge-based competition. Managing knowledge for sustained competitive advantage: Designing strategies for effective human resource management*, 155-176.
- Ranmuthugala, G., Plumb, J., Cunningham, F., Georgiou, A., Westbrook, J., & Braithwaite, J. (2011). How and why are communities of practice established in the healthcare sector? A systematic review of the literature. *BMC health services research*, 11(1), 1-16.
- Reagans, R. & McEvily, B. (2003). Network structure and knowledge transfer: The effects of cohesion and range. *Administrative Science Quarterly*, 48(2), 240-267.
- Rogers, E. (1995). *Diffusion of Innovations*. Free Press: New York, 11.
- Rossum, D. (2011). Recognizing: how small firms recognize external knowledge, 6-9.
- Ryu, S., Ho, S. H., & Han, I. (2003). Knowledge sharing behavior of physicians in hospitals. *Expert Systems with applications*, 25(1), 113-122.
- Salis, S., & Williams, A. M. (2009). Knowledge Sharing through Face-To-Face Communication and Labour Productivity: Evidence from British Workplaces. *British Journal of Industrial Relations*, 48(2), 436-459.
- Sattler, M. (2011). *Excellence in Innovation Management: A Meta-Analytic review on the Predictors of Innovation Performance*, 24.
- Sawng, Y.W., Kim, S.H. & Han, H.S. (2006). R&D group characteristics and Knowledge Management activities: a comparison between ventures and large firms. *International Journal of Technology Management*, 35(1), 241-261.
- Schifter, D.E. & Ajzen, I. (1985). Intention, perceived control, and weight loss: An application of the theory of planned behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 49(3), 843.
- Schoenning, A. (2011). Absorptive capacity in a board context A quantitative analysis. *E-Leader Croatia*, 1-23.



- Sondergaard, S., Kerr, M. & Clegg, C. (2007). Sharing knowledge: contextualizing socio-technical thinking and practice. *The Learning Organization*, 14(5), 423-435.
- Song, J., Almeida, P. & Wu, G. (2003). Learning-by-hiring: When is mobility more likely to facilitate inter-firm knowledge transfer? *Management Science*, 351-365.
- Spender, J.C. (1996). Making knowledge the basis of a dynamic theory of the firm. *Strategic Management Journal*, 17, 45-62.
- Spender, J.C., & Grant, R.M. (1996). Knowledge and the firm: overview. *Strategic Management Journal*, 17, 5-9.
- Srivastava, A., Bartol, K.M., & Locke, E.A. (2006). Empowering Leadership in Management Teams: Effects on Knowledge Sharing, Efficacy, and Performance. *Academy of management journal*, 49(6), 1239-1251.
- Starbuck, W.H. (1992). Learning by Knowledge and Intensive firms. *Journal of management Studies*, 29(6), 713-740.
- Stock, G.N., Greis, N.P., & Fischer, W.A. (2001). Absorptive capacity and new product development. *The Journal of High Technology Management Research*, 12(1), 77-91.
- Swap, W. et al. (2001). Using mentoring and storytelling to transfer knowledge in the workplace. *Journal of management information systems*, 18(1), 95-114.
- Szulanski, G. (1996). Exploring internal stickiness: Impediments to the transfer of best practice within the firm. *Strategic Management Journal*, 17, 27-43.
- Szulanski, G., Cappetta, R., & Jensen, R. L. (2004). When and how trustworthiness matters: Knowledge transfer and the moderating effect of casual ambiguity. *Organization Science*, 600-613.
- Tabachnick, B. & Fidell, L. (2006). Cleaning up your act. Screening data prior to analysis: *Using multivariate statistics*, 5, 60-69
- Tagliaventi, M.R., & Mattarelli, E. (2006). The role of networks of practice, value sharing, and operational proximity in knowledge flows between professional groups. *Human Relations*, 59(3), 291-319.
- Thomas-Hunt, M.C., Ogden, T.Y. & Neale, M.A. (2003). Who's really sharing? Effects of social and expert status on knowledge exchange within groups. *Management Science*, 49(4), 464-477.
- Todorova, G., & Durisin, B. (2007). Absorptive capacity: valuing a reconceptualization. *The Academy of Management Review ARCHIVE*, 32(3), 774-786.
- Tsai, W. (2001). Knowledge transfer in intra-organizational networks: Effects of network position and absorptive capacity on business unit innovation and performance. *Academy of management journal*, 996-1004.
- Tsai, W. & Ghoshal, S. (1998). Social capital and value creation: The role of intra-firm networks. *Academy of management journal*, 464-476.
- Uzzi, B. & Lancaster, R. (2003). Relational embeddedness and learning: The case of bank loan managers and their clients. *Management Science*, 383-399.
- Van Den Bosch, F., Van Wijk, R. & Volberda, H.W. (2006). *Absorptive capacity: Antecedents, models and outcomes*, 1-54
- Van Den Bosch, F. A. J., Volberda, H. W. & De Boer, M. (1999). Coevolution of firm absorptive capacity and knowledge environment: Organizational forms and combinative capabilities. *Organization Science*, 551-568.
- Van Den Hooff, B. & Huysman, M. (2009). Managing knowledge sharing: Emergent and engineering approaches. *Information & Management*, 46(1), 1-8.



- Vermeulen, F. & Barkema, H. (2001). Learning through acquisitions. *Academy of management journal*, 457-476.
- Veugelers, R. (1997). Internal R&D expenditures and external technology sourcing. *Research policy*, 26(3), 303-315.
- Voelpel, S.C., Dous, M. & Davenport, T.H. (2005). Five steps to creating a global knowledge-sharing system: Siemens' ShareNet. *The Academy of Management Executive* (1993-2005), 9-23.
- Voelpel, S.C. & Han, Z. (2005). Managing knowledge sharing in China: the case of Siemens ShareNet. *Journal of Knowledge Management*, 9(3), 51-63.
- Volberda, H.W., Baden-Fuller, C. & Van den Bosch, F.A.J. (2001). *Mastering Strategic Renewal: Mobilising Renewal Journeys in Multi-unit Firms*. Long range planning, 34(2), 159-178.
- Volberda, H.W., Foss, N.J. & Lyles, M.A. (2010). Absorbing the Concept of Absorptive Capacity: How to Realize Its Potential in the Organization Field. *Organization Science*, 21(4), 931-951.
- Von Krogh, G., Ichijo, K. & Nonaka, I. (2000). *Enabling knowledge creation: How to unlock the mystery of tacit knowledge and release the power of innovation*: Oxford University Press, USA, 69-99
- Wang, S. & Noe, R.A. (2010). Knowledge sharing: A review and directions for future research. *Human Resource Management Review*, 20, 115-131.
- Wang, Y., Chen, J., & Liang, P. (2010). Mediating effect of knowledge-sharing on the relationship between social capital and team performance, 538-542
- Wasko, M.M.L., & Faraj, S. (2005). Why should I share? Examining social capital and knowledge contribution in electronic networks of practice. *Mis Quarterly*, 35-57.
- Wenger, E. (1998). Communities of Practice: Learning, Meaning and Identity. *Cambridge University Press*, 3, 5, 45
- Wenger, E., McDermott, R. A., & Snyder, W. (2002). *Cultivating communities of practice: A guide to managing knowledge*: Harvard Business Press, 1-112
- Wenger, E., & Snyder, W. M. (2000). Communities of practice: The organizational frontier. *Harvard Business Review*, 78(1), 139-146.
- Wesley, M. & Cohen, D.A.L. (1990). Absorptive capacity: A new perspective on learning and innovation. *Administrative Science Quarterly*, 35(1), 128-152.
- West, S.G., Finch, J.F., & Curran, P. J. (1995). *Structural equation models with nonnormal variables: Problems and remedies*, 56-75
- Westphal, J.D., Gulati, R., & Shortell, S.M., 1997. Customization or conformity? An institutional and network perspective on the content and consequences of TQM adoption. *Administrative Science Quarterly*, 42, 366-394
- Winter, S.G. (2003). Understanding dynamic capabilities. *Strategic Management Journal*, 24(10), 991-995.
- Wu, W.L., Hsu, B.F. & Yeh, R. S. (2007). Fostering the determinants of knowledge transfer: a team-level analysis. *Journal of Information Science*, 33(3), 326-339.
- Yang, S. C., & Farn, C. K. (2007). Exploring tacit knowledge sharing intention and behavior within workgroup from the perspectives of social capital and behavioral control. *PACIS 2007 Proceedings*. 8, 517-530.
- Ying, W. (2007). Corporate Social Capital and Technological Innovation: An Empirical Research Based on Perspective of Absorptive Capacity. *China Industrial Economy*, 9, 119-127.
- Yu, Z., & Yanfei, W. (2009). The strategic role of innovative capabilities in the relationship among social capital, knowledge sharing and firm performance. *Management and Service Science*, 1-4.



- Zahra, S.A., & George, G. (2002). Absorptive capacity: A review, reconceptualization, and extension. *Academy of Management Review*, 185-203.
- Zboralski, K. (2009). Antecedents of knowledge sharing in communities of practice. *Journal of Management*, 13(3), 90-101.
- Zhang, H. et al. (2012). An empirical study on the relationships between social capital, rational cognition and knowledge sharing in product development team. *Business and Marketing Management*, 29, 78-82.
- Zhi-hong, S., Li-bo, F., & Shu, C. (2008). Knowledge sharing and innovation capability: Does absorptive capacity function as a mediator, 971-976







เลขทะเบียน...17.....

หนังสือยินยอมการเผยแพร่ผลงานทางวิชาการบนเว็บไซต์  
ฐานข้อมูล NU Digital Repository (<http://obj.lib.nu.ac.th/media/>)  
สำนักหอสมุด มหาวิทยาลัยนเรศวร

ตามที่ข้าพเจ้า ดร.อรรถไกร พันธุ์ภักดี (ภาควิชาบริหารธุรกิจ คณะบริหารธุรกิจ เศรษฐศาสตร์และ  
การสื่อสาร) ได้ส่งผลงานทางวิชาการการรายงานการวิจัย (เรื่อง) รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของ  
สมรรถนะในการสร้างความรู้ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลของรัฐซึ่งเป็นสมาชิกเครือข่ายการจัดการ  
ความรู้ด้านการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน เขตภาคเหนือของประเทศไทย

ปีที่พิมพ์ 2558

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ผลงานทางวิชาการเป็นลิขสิทธิ์ของข้าพเจ้า ดร.อรรถไกร พันธุ์ภักดี เป็นเจ้าของ  
ลิขสิทธิ์ และเพื่อให้ผลงานทางวิชาการของข้าพเจ้าเป็นประโยชน์ต่อการศึกษาและสาธารณชน จึงอนุญาตให้  
เผยแพร่ผลงาน ดังนี้

- ☒ อนุญาตให้เผยแพร่  
☐ ไม่อนุญาตให้เผยแพร่ เนื่องจาก.....

ลงชื่อ

วันที่.....

หมายเหตุ ลิขสิทธิ์ใดๆ ที่ปรากฏอยู่ในผลงานนี้เป็นความรับผิดชอบของเจ้าของผลงาน ไม่ใช่ของสำนักหอสมุด