

การพัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชนในการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่
และทวารหนักเพื่อส่งเสริมระบบคัดกรองตั้งแต่แรกเริ่ม
ตำบลพนมไพร อำเภอพนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ด

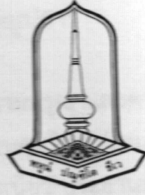
นิรันดร์ เสียงเลิศ

เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธาณสุขศาสตร์

กันยายน 2557

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม





คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณาวิทยานิพนธ์ของนางสาวนิรนุช เสียงเลิศ
แล้วเห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาสาธรรณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาสาธรรณสุขศาสตร์ ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

(อาจารย์ ดร.ชัยวุฒิ บัวเนี่ยว)

ประธานกรรมการ

(กรรมการบัณฑิตศึกษาประจำคณะ)

(อาจารย์ ดร.น้ำผึ้ง ดุงโคกกรวด)

กรรมการ

(ประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์)

(นพ.สุระ วิเศษศักดิ์)

กรรมการ

(กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์)

(ผศ.ดร.อนุ บัววรรณ ศรีชัยกุล)

กรรมการ

(อาจารย์บัณฑิตศึกษาประจำคณะ)

(อาจารย์ ดร.ชาญชัยณรงค์ ทรงคาศรี)

กรรมการ

(ผู้ทรงคุณวุฒิ)

มหาวิทยาลัยขอนแก่นให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาสาธรรณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธรรณสุขศาสตร์ ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

(ผศ.ดร.สงครามชัย ลีทองดี)

คณบดีคณะสาธรรณสุขศาสตร์

(ศ.ดร.ประดิษฐ์ เทอดทูล)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

วันที่ ๒๖ เดือน ๑๖ พ.ศ. ๒๕๕๗

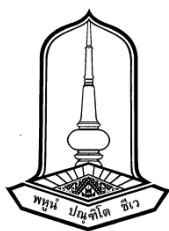


การพัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชนในการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่
และทวารหนักเพื่อส่งเสริมระบบคัดกรองตั้งแต่แรกเริ่ม
ตำบลพนมไพร อำเภอพนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ด

นิรุช เสี่ยงเลิศ

เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์
กันยายน 2557
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม





คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณาวิทยานิพนธ์ของนางสาวนิรุช เสียงเลิศ
แล้วเห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... (อาจารย์ ดร.ชัยวุฒิ บัวเนี่ยว)	ประธานกรรมการ (กรรมการบัณฑิตศึกษาประจำคณะ)
..... (อาจารย์ ดร.น้ำผึ้ง ดุจโคกกรวด)	กรรมการ (ประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์)
..... (นพ.สุระ วิเศษศักดิ์)	กรรมการ (กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์)
..... (ผศ.ดร.ภญ.บัววรรณ ศรีชัยกุล)	กรรมการ (อาจารย์บัณฑิตศึกษาประจำคณะ)
..... (อาจารย์ ดร.ชาญชัยณรงค์ ทรงศาศรี)	กรรมการ (ผู้ทรงคุณวุฒิ)

มหาวิทยาลัยอนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

..... (ผศ.ดร.สงครามชัย ลีทองดี) คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์	 (ศ.ดร.ประดิษฐ์ เทอดทูล) คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย วันที่.....เดือน..... พ.ศ. 2557
---	--



ประกาศขอบคุณการ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จสมบูรณ์ได้ด้วยความรู้และความช่วยเหลืออย่างสูงยิ่งจาก
อาจารย์ ดร.น้ำผึ้ง ดุงโคกรวด ประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ นายแพทย์สุระ วิเศษศักดิ์
กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ อาจารย์ ดร.ชัยวุฒิ บัวเนี่ยว ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.บัวรุณ ศรีชัยกุล กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ อาจารย์ ดร.ชาญชัยณรงค์
ทรงศาศรี ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก

ขอขอบพระคุณ นายแพทย์อดิสร วัฒนวงศ์สิงห์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพนมไพร
นายแพทย์วัชร เอี่ยมศรีภูมิกุล นายแพทย์เจียวชาญ โรงพยาบาลพนมไพร และนางสาวปิยะลักษณ์
ภักดีสมัย นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ ผู้เชี่ยวชาญที่กรุณาให้ความอนุเคราะห์ตรวจสอบเครื่องมือ
และให้คำแนะนำที่ดีในการจัดทำเครื่องมือในการวิจัย ขอขอบพระคุณกำนันตำบลพนมไพร กำนันตำบล
โพธิ์ชัย อำเภอพนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ดกรุณาให้ผู้วิจัยได้ศึกษาวิจัยในพื้นที่ ผู้ใหญ่บ้าน ประธาน อสม.
และอสม. และประชาชนตำบลพนมไพร อำเภอพนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ด ที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี
พร้อมทั้งสละเวลาในการเข้าร่วมกิจกรรมในการวิจัย ตอบแบบสอบถาม และให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์

ขอขอบพระคุณคณาจารย์มหาวิทยาลัยมหาสารคามทุกท่าน ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทความรู้ความ
เข้าใจด้านวิชาการ ผู้บริหาร เพื่อนร่วมงานในกลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน โรงพยาบาล
พนมไพร ที่เป็นกำลังใจและให้การสนับสนุน ตลอดทั้งเพื่อน นิสิตสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม รุ่นที่ 11 ศูนย์จังหวัดมหาสารคามทุกคนที่เป็น
กำลังใจให้ความช่วยเหลือในระหว่างที่ศึกษาร่วมกัน

คุณค่าและประโยชน์ที่ได้จากการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ขอมอบบูชาพระคุณบุพการี บุรพอาจารย์
และผู้มีพระคุณทุกท่านที่อบรมสั่งสอนให้ผู้วิจัยเป็นคนดีมีคุณธรรม

นรินทร์ เสียงเลิศ



ชื่อเรื่อง	การพัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชนในการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเพื่อส่งเสริมระบบคัดกรองตั้งแต่แรกเริ่ม ตำบลพนมไพร อำเภอนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ด		
ผู้วิจัย	นางสาวนิรนุช เสียงเลิศ		
ปริญญา	สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต	สาขาวิชา	สาธารณสุขศาสตร์
กรรมการควบคุม	อาจารย์ ดร.น้ำผึ้ง ดุงโคกกรวด นายแพทย์สุระ วิเศษศักดิ์		
มหาวิทยาลัย	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม	ปีที่พิมพ์	2557

บทคัดย่อ

ปัจจุบันสถานการณ์โรคมะเร็งกลายเป็นปัญหาสำคัญของประเทศไทยที่ควรได้รับการป้องกันแก้ไข อุบัติการณ์ของมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักในอำเภอนมไพรพบในระดับสูงกว่าอุบัติการณ์ระดับประเทศ การป้องกันและแก้ไขก่อนเกิดโรคหรือก่อนระยะลุกลามจึงเป็นสิ่งสำคัญ การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีความมุ่งหมายเพื่อพัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชนในการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก และศึกษาผลการพัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชน ร่วมกับการสร้างและใช้เครื่องมือแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้ใหญ่บ้าน ประธาน อสม. และ อสม. จำนวน 57 คน เก็บข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้แบบสอบถามและเชิงคุณภาพ โดยเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนธันวาคม 2556 – พฤษภาคม 2557 เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้แนวทางการสนทนากลุ่ม แบบสัมภาษณ์เชิงลึก การสังเกตแบบมีส่วนร่วม แบบติดตามประเมินโครงการ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การเปรียบเทียบความแตกต่างก่อนและหลังพัฒนาด้วยสถิติ Paired t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัย พบว่า หลังการพัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชน มีความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติอยู่ในระดับสูงทุกด้าน มีค่าเฉลี่ยคะแนนแตกต่างกันมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ผลการสร้างและใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์เกิดโครงการ 4 โครงการ 1 กิจกรรม ได้แก่ 1) โครงการประกวดหมู่บ้านตัวอย่างบริโภคปลอดภัย 2) โครงการส่งเสริมการออกกำลังกายสลายพฤติกรรมเสี่ยง 3) โครงการหออกระจ่ายข้าวเดือนภัยทางไกลมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก 4) โครงการพัฒนาศูนย์เรียนรู้ชุมชนต้นแบบเตือนภัยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก 5) กิจกรรมพัฒนาทักษะจิตอาสาร่วมให้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ผลของกระบวนการดำเนินงานทำให้เกิดการเรียนรู้ เกิดการแก้ไข ปัญหาที่สอดคล้องกับสถานการณ์ปัญหาและยุทธศาสตร์ของพื้นที่ ส่งผลต่อการสร้างความตระหนักของกลุ่มเป้าหมายให้เข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักในระยะแรกเริ่ม

โดยสรุป กระบวนการพัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชน ด้านความรู้ ทักษะ การปฏิบัติ ร่วมกับการสร้างและใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์มีประสิทธิภาพอย่างเหมาะสม ทำให้เกิดการส่งเสริมต่อระบบคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักตั้งแต่แรกเริ่มได้เป็นอย่างดี

คำสำคัญ: แกนนำชุมชน; มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก; แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์



TITLE The Development of Community Leaders Potential in Colorectal Cancer Protection to Promote Early Detection System at Phanomphrai Sub-district, Phanomphari District, Roi-et Province

AUTHOR Miss.Neeranoot Sianglerd

DEGREE Master Degree of Public Health **MAJOR** Public Health

ADVISORS Numphung Dungkokkrud, Ph.D.
Sura Wisedsak, M.D.

UNIVERSITY Mahasarakham University **YEAR** 2014

ABSTRACT

Currently cancer is a major problem that should be corrected with national protection. The colorectal cancer incidence at Phanomphari District, Roi-et Province higher rate than the nation incidence. Therefore, The cancer should be protection by early detection process. The purpose of this action research were to examine the development of Leaders Potential (knowledge, attitude and practice) to colorectal cancer protection to promote by using Strategic Route Map (SRM). The study was conducted from December 2013 to May 2014. The sample of 57 cases consists Village Headman, President of Village Health Volunteer and Village Health Volunteer were drawn from Phanomphrai Sub-District, Phanomphrai District, Roi – et Province, using a purposive sampling method. The quantitative data were collected by using questionnaire which computer program such as frequency, percentage, mean, standard deviation and at the statistic level of 0.05 Paired t-test analyzing. The qualitative data were collected by focus group of discussion, participant observation and in-depth interview which was analyzed using Content analysis.

The results showed that, The comparative mean after development of knowledge score, attitude score and practice score are significant different at statistical significant ($p < 0.001$) and at a high level all. The result of SRM consisted of 4 projects and 1 program such as 1) The project of village model for food safety 2) The project of exercise promotion and reducing risk behaviors 3) The project of awareness in colorectal cancer by village broadcasting tower 4) The project of Community Learning Center development in colorectal cancer 5) The program of Volunteer's skill improvement in colorectal cancer screening service. The implementation lead to learned and solve the problem situation, which related to the Area's strategies. Effect to the awareness of the target group to get entry on colorectal cancer screening.



From the research result, the development of Community Leaders Potential (knowledge, attitude and practice) in colorectal cancer by using SRM was appropriately effective to Promote Early Detection System .

Keyword: Community Leader; Colorectal Cancer; Strategic Route Map



สารบัญ

หน้า

กิตติกรรมประกาศ	ก
บทคัดย่อภาษาไทย	ข
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ค
สารบัญตาราง	ฉ
สารบัญภาพประกอบ	ช
บทที่ 1 บทนำ	1
1.1 ภูมิหลัง	1
1.2 คำถามการวิจัย	4
1.3 ความมุ่งหมายของการวิจัย	4
1.4 ขอบเขตของการวิจัย	5
1.5 นิยามศัพท์เฉพาะ	5
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	7
2.1 ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก	7
2.2 การตรวจหามะเร็งในระยะเริ่มแรก	12
2.3 แนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนาชุมชน	15
2.4 แนวคิดเกี่ยวกับการจัดการด้านสุขภาพ	19
2.5 แนวคิดระบบสุขภาพภาคประชาชน	21
2.6 แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์	25
2.7 แนวคิดเกี่ยวกับการวิจัยเชิงปฏิบัติการ	27
2.8 วิธีการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ	38
2.9 การวิจัยที่เกี่ยวข้อง	47
2.10 กรอบแนวคิดการวิจัย	50
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	51
3.1 รูปแบบการวิจัย	51
3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	51
3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	52
3.4 การสร้างเครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ	53
3.5 การดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล	55
3.6 การจัดกระทำข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล	59
3.7 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล	62
3.8 จริยธรรมในการวิจัย	62
3.9 สรุปกรอบวิธีดำเนินการวิจัย	65



บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	64
4.1.สัญลักษณ์ที่ใช้ในการเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล	64
4.2 ลำดับขั้นตอนในการเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล	64
4.3 ผลการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก	88
4.4 ปัจจัยความสำเร็จในการพัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชนในการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักระดับชุมชน	90
ส่วนที่ 1 ข้อมูลบริบททั่วไป	67
ส่วนที่ 2 กระบวนการพัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชนในการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก	71
ส่วนที่ 3 ผลการพัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชน	87
ส่วนที่ 4 ปัจจัยแห่งความสำเร็จ	91
บทที่ 5 สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	92
5.1 ความมุ่งหมายของการวิจัย	92
5.2 สรุปผล	92
5.3 อภิปรายผล	96
5.4 ข้อเสนอแนะ	97
เอกสารอ้างอิง	98
ภาคผนวก	101
ภาคผนวก ก รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือ	102
ภาคผนวก ข เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	109
ภาคผนวก ค หนังสือขอความอนุเคราะห์ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือ	140
ภาคผนวก ง หนังสือรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์	144
ประวัติย่อผู้วิจัย	146



บัญชีตาราง

หน้า

ตาราง 2.1	ลักษณะสำคัญที่แตกต่างของการทดสอบในการตรวจคัดกรองหาโรคกับการทดสอบที่ใช้ตรวจวินิจฉัย	13
ตาราง 2.2	เปรียบเทียบคุณลักษณะของการวิจัยเชิงปฏิบัติการทั้ง 3 ชนิด	33
ตาราง 3.1	สรุปกรอบวิธีดำเนินการวิจัย	63
ตาราง 4.1	ผลการวิเคราะห์ระบบคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักตั้งแต่แรกเริ่ม	66
ตาราง 4.2	ความถี่และร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่าง ตามคุณลักษณะประชากร	68
ตาราง 4.3	ความถี่และร้อยละ และค่าเฉลี่ยคะแนนระดับความรู้เรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ และทวารหนักของแกนนำชุมชน ก่อนการพัฒนา	70
ตาราง 4.4	ความถี่ ร้อยละ และค่าเฉลี่ยคะแนนระดับทัศนคติเกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักของแกนนำชุมชน ก่อนการพัฒนา	70
ตาราง 4.5	ความถี่ ร้อยละ และค่าเฉลี่ยคะแนนระดับการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ และทวารหนักของแกนนำชุมชน ก่อนการพัฒนา	71
ตาราง 4.6	ปัจจัยมุ่งหมายปลายทางการพัฒนา	74
ตาราง 4.7	ตารางเป้าประสงค์ของแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ฉบับปฏิบัติการตำบลพนมไพร	77
ตาราง 4.8	ตารางแสดงแผนการดำเนินกิจกรรม/โครงการ	80
ตาราง 4.9	สรุปการติดตามการดำเนินโครงการ	81
ตาราง 4.10	ประเมินผลการดำเนินงานตามโครงการ	83
ตาราง 4.11	ความถี่ ร้อยละ และค่าเฉลี่ยคะแนนระดับความรู้เรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ และทวารหนักของแกนนำชุมชน หลังการพัฒนา	85
ตาราง 4.12	ความถี่ ร้อยละ และค่าเฉลี่ยคะแนนระดับทัศนคติเกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักของแกนนำชุมชน หลังการพัฒนา	86
ตาราง 4.13	ความถี่ ร้อยละ และค่าเฉลี่ยคะแนนระดับการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ และทวารหนักของแกนนำชุมชน หลังการพัฒนา	86



ตาราง 4.14	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความแตกต่างของคะแนนความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติเกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักก่อนกับหลังการดำเนินการพัฒนาศักยภาพของแกนนำชุมชนโดยใช้สถิติ Paired t-test	87
ตาราง 4.15	ความถี่และร้อยละ ผลการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักด้วยวิธี Fecal occult blood test (FOB)	88
ตาราง 4.16	ความถี่และร้อยละ ผู้ที่มีผล FOB Positive แยกตามช่วงอายุ	88
ตาราง 4.17	ตารางเปรียบเทียบประเด็นสำคัญ ก่อนและหลังการพัฒนา	89



บัญชีภาพประกอบ

	หน้า
ภาพประกอบ 2.1 แนวทางปฏิบัติต่อการตรวจหาเลือดในอุจจาระ	14
ภาพประกอบ 2.2 กรอบแนวคิดระบบสุขภาพภาคประชาชน	23
ภาพประกอบ 2.3 วงจรของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ	31
ภาพประกอบ 2.4 กรอบแนวคิดการพัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชนในการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักตำบลพนมไพร	50
ภาพประกอบ 4.1 แผนที่ตำบลพนมไพร	65
ภาพประกอบ 4.2 แผนที่ความคิดแสดงสถานการณ์การป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก	73
ภาพประกอบ 4.3 แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักตำบลพนมไพร	75
ภาพประกอบ 4.4 แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ฉบับปฏิบัติการ ตำบลพนมไพร	76
ภาพประกอบ 4.5 ปัจจัยความสำเร็จในการพัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชน ในการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเพื่อส่งเสริมระบบคัดกรองตั้งแต่แรกเริ่มตำบลพนมไพร อำเภอพนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ด	91



บทที่ 1

บทนำ

1.1 ภูมิหลัง

การจัดการสุขภาพชุมชน ในสังคมไทยมีความหมายกว้างและเชื่อมโยงขยายครอบคลุมไปถึงระบบร่วมของความเป็นสาธารณสุขและความเป็นชุมชน ที่ต้องร่วมกันสร้างสังคมให้มีสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาวะ มีสังคมที่เกื้อกูลกันและมีสุขภาวะทางจิตวิญญาณที่หนุนเสริมซึ่งกันและกันระบบสุขภาพชุมชนหรือสุขภาวะชุมชน มีอาจเกิดขึ้นได้เฉพาะบุคคลและครอบครัว แต่ต้องเกิดเป็นสุขภาวะร่วมของชุมชน หรือสังคมโดยรวม จึงจะยั่งยืนได้ ในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2550 ได้ระบุไว้ในมาตรา 66, 67, 80 (2) และ 80(1) ที่ให้สิทธิชุมชนในการมีส่วนร่วมกับหน่วยงานของรัฐในการดำเนินงานต่างๆ อีกทั้งรัฐต้องส่งเสริมสนับสนุนและพัฒนาระบบสุขภาพที่เน้นการสร้างเสริมสุขภาพอันนำไปสู่สุขภาวะที่ยั่งยืนของประชาชน นอกจากนี้ การให้ความหมายของคำว่า สุขภาพ ยังครอบคลุมสุขภาวะ (Well-being) ของมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย ทางจิต ทางปัญญาและทางสังคมที่เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล (พรบ.สุขภาพแห่งชาติ, 2550) การดำเนินการเพื่อพัฒนาระบบสุขภาพ จึงหมายถึง การดำเนินงานเพื่อสร้างความสัมพันธ์เชื่อมโยงและบูรณาการทั้งมวลทั้งทางด้านการแพทย์และสาธารณสุข การจัดการศึกษา การพัฒนาสังคมเศรษฐกิจ วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อม และการดำเนินการอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพด้วย การให้ความสำคัญในการพัฒนาระบบสุขภาพในระดับชุมชน จะเป็นปัจจัยความสำเร็จของการพัฒนาระบบสุขภาพในอนาคต (ธรรมนูญสุขภาพแห่งชาติ, 2552) เพราะการสร้างเสริมความเข้มแข็งของระบบสุขภาพชุมชนนั้น มิได้เป็นไปเพียงแต่การพัฒนาศักยภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิในชุมชนอันได้แก่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและโรงพยาบาลชุมชน แต่เพียงเท่านั้น แต่จะต้องครอบคลุมการเสริมสร้างพลังการพัฒนาของประชาชนและองค์กรในชุมชนให้สามารถมีบทบาทและจัดการได้ด้วยตนเองมากขึ้นด้วย ทุกหน่วยงาน/องค์กรทุกระบบ ในสังคมต้องมีส่วนร่วมสร้างให้เกิดสุขภาพดีร่วมกัน นั้นจึงทำให้เกิดการพัฒนาในระดับท้องถิ่น ชุมชน หมู่บ้านเพื่อให้ประชาชนมีศักยภาพในการดำเนินการด้านสุขภาพต่างๆอย่างมีระบบ สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของตนตามทรัพยากรที่มีและสามารถจัดหาได้นั้นคือการจัดการสุขภาพระดับท้องถิ่น

การจัดการสุขภาพระดับท้องถิ่น เป็นมาตรการที่เกิดขึ้นภายใต้นโยบายสาธารณะที่มีความสำคัญยิ่งในอนาคต มีเป้าหมายสูงสุดคือ ประชาชนสามารถพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพ ซึ่งการจัดการสุขภาพระดับตำบล หรือท้องถิ่น มีองค์ประกอบหลักที่สำคัญแบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ ส่วนที่หนึ่งเรื่องของคน หมายถึง กลุ่มองค์กรภาคประชาชน เช่น กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข กลุ่มกำนัน กลุ่มกรรมการหมู่บ้าน ส่วนที่สองเรื่องของทุน ในที่นี้จะเน้นทุนที่เป็นตัวเงินในหมู่บ้าน / ชุมชนมีเงินทุนอยู่มากมายทั้งที่เป็นเงินทุนที่ชาวบ้านระดมหรือรวมหุ้นกันเอง เช่น กองทุนสัจจะออมทรัพย์ กองทุนฌาปนกิจ เงินทุนจากภายนอกที่ทางราชการ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสนับสนุนมาให้ถึงหมู่บ้าน ส่วนที่สามเป็นเรื่องความรู้ ความรู้ในที่นี้หมายถึงความรู้ ภูมิปัญญาท้องถิ่น และรวมถึงความรู้ในการจัดการ เพื่อจัดการสิ่งที่มีอยู่แล้วในชุมชนให้เกิดคุณค่าต่อการพัฒนาเพิ่มขึ้น วิถีปฏิบัติตามแผนภาพกรอบแนวคิดจัด



การให้ทั้งสามวงนี้มาบูรณาการในรูปแบบตามความเหมาะสมของแต่ละชุมชน ได้วิเคราะห์และเรียนรู้สิ่งที่เป็นปัญหาของชุมชนตนเอง จนเกิดความเข้าใจในวิถีชุมชนของตนเองว่า ชุมชนของตนเป็นอยู่อย่างไร แล้วร่วมกันหาช่องทางการพัฒนา และป้องกันปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้นจากทั้งภายใน และภายนอกชุมชน (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2551)

การจัดการสุขภาพระดับท้องถิ่น มีการดำเนินการมาในหลากหลายรูปแบบ การพัฒนาศักยภาพด้วยการใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์เป็นอีกวิธีการหนึ่ง ที่ช่วยในการพัฒนาศักยภาพชุมชน แผนที่ยุทธศาสตร์ (Strategic Map) ตามแนวคิดของ ศาสตราจารย์โรเบิร์ต แคปแลน (Robert Kaplan) และเดวิด นอร์ทอน (David Norton) เป็นการสร้างแผนภาพที่แสดงให้เห็นถึงยุทธศาสตร์ขององค์กร ชุมชนในรูปแบบของความสัมพันธ์ต่อกันในเชิงเหตุและผล (cause and effect relationships) เป็นความสัมพันธ์ระหว่างผลลัพธ์ (Outcome) ที่องค์กรปรารถนา ซึ่งเชื่อมโยงกับทุกๆ มิติทั้ง 4 มิติ คือ 1)ด้านรากฐาน 2)กระบวนการ 3) ภาวคิ และ 4)ประชาชน ประกอบด้วย 2 กระบวนการ ประกอบด้วย 7 ขั้นตอน คือ 1) กระบวนการสร้างแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ 1.1) การวิเคราะห์บริบทและสถานการณ์ 1.2) การกำหนดจุดหมายปลายทาง 1.3) การสร้างแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ และ2) กระบวนการใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 2.1) การสร้างแผนที่ยุทธศาสตร์ปฏิบัติการ (Strategic Linkage Model Construction : SLM) 2.2) คำอธิบายนิยามเป้าประสงค์และ กำหนดตัวชี้วัดความสำเร็จ 2.3) การสร้างแผนที่ปฏิบัติการ (Mini Strategic Linkage Model Construction : Mini-SLM) 2.4) เป็ดงานและการติดตามผล (อมร นนทสุต, 2549) แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์เป็นเครื่องมือการพัฒนางานสร้างเสริมสุขภาพ เฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรค และภัยสุขภาพ ไปสู่ความสำเร็จในการพัฒนาสุขภาพของประชาชน ให้เกิดการบูรณาการทำงาน และปรับทิศทางการพัฒนาที่เน้นการพัฒนาศักยภาพของประชาชน ไปสู่ความสำเร็จตามเป้าหมายการพัฒนา และการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน อย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง ซึ่งแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ถูกนำมาใช้และปรับกระบวนการตามบริบท ในระดับกระทรวง เขต จังหวัด อำเภอ ตำบล จนถึงระดับหมู่บ้าน

การใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ในการดำเนินงานเพื่อสอดรับการแก้ไขปัญหาในระดับพื้นที่ โดยการจัดการในรูปแบบที่ตามความเหมาะสมของแต่ละชุมชนและสอดคล้องถึงนโยบายจึงเป็นสิ่งสำคัญ ซึ่งในปัจจุบัน พบว่า สถานการณ์โรคมะเร็ง กำลังเป็นปัญหาที่สำคัญ จากข้อมูลของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ปี 2554 พบว่า อุบัติการณ์มะเร็ง 5 อันดับแรกที่พบบ่อย มีดังนี้ ได้แก่ มะเร็งตับ มะเร็งปอด และหลอดลม มะเร็งปากมดลูก มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก และมะเร็งเต้านม โดยในปัจจุบันพบว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก เพิ่มจำนวนขึ้นอย่างรวดเร็ว ทั่วโลกมีผู้ป่วยรายใหม่เกิดขึ้น 780,000 รายต่อปี และจะมีผู้ป่วยเสียชีวิตจากมะเร็งลำไส้ใหญ่ประมาณ 440,000 รายต่อปี มะเร็งเป็นสาเหตุเสียชีวิตคนไทยครองอันดับ 1 สูงติดต่อกัน 10 ปี ข้อมูลปี 2552 มีผู้เสียชีวิตกว่า 56,000 ราย ถือได้ว่าเป็นสาเหตุการเสียชีวิตเกือบร้อยละ 20 ของผู้เสียชีวิตทั้งประเทศที่มีปีละประมาณ 300,000 ราย ประมาณร้อยละ 50 ของผู้เสียชีวิตเป็นผู้สูงอายุ ที่เหลืออายุระหว่าง 15 - 59 ปี ข้อมูลในปี 2554 ผู้เสียชีวิต 61,082 ราย เฉลี่ยชั่วโมงละเกือบ 7 ราย เป็นชาย 35,437 ราย และหญิง 25,645 ราย มะเร็งที่เป็นสาเหตุให้เสียชีวิตอันดับมากที่สุด คือ มะเร็งตับ รองลงมาคือ มะเร็งหลอดลมปอด มะเร็งลำไส้ใหญ่



และทวารหนัก มะเร็งปากมดลูก และมะเร็งเต้านม จะเห็นได้ว่า มะเร็งลำไส้ใหญ่ มีอุบัติการณ์เกิดในลำดับที่สี่รองจากมะเร็งปากมดลูก แต่เมื่อพิจารณาจากการเสียชีวิตมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักสูงขึ้นมาอยู่ในลำดับที่สามแสดงให้เห็นว่ามะเร็งชนิดนี้เมื่อพบแล้วอัตราการเสียชีวิตสูง โดยส่วนใหญ่พบในระยะลุกลาม การค้นหาในระยะก่อนเกิดโรคหรือระยะลุกลาม เพื่อป้องกันและรักษาได้ทันจึงเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่ง การพัฒนาระบบป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักในระยะก่อนเกิดโรคจึงเป็นสิ่งสำคัญ

ดังนั้นแล้วในปี พ.ศ. 2554 โรงพยาบาลพนมไพร ร่วมกับ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ดจึงได้ทำการศึกษาอุบัติการณ์ของการเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ในพื้นที่อำเภอพนมไพรและหนองฮี จังหวัดร้อยเอ็ด โดยการตรวจคัดกรองอุจจาระ และตรวจหาสิ่งผิดปกติของลำไส้ใหญ่และทวารหนักด้วยการส่องกล้อง ในประชากรอายุ 50 ปีขึ้นไป และผู้ที่มีประวัติบุคคลในครอบครัวเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ โดยคัดเลือกกลุ่มประชากรกลุ่มเสี่ยง โดยการสุ่มอย่างเป็นระบบ แยกตามพื้นที่เขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) จำนวน 17 แห่ง (10,081 คน) เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ และเก็บตัวอย่างอุจจาระจากผู้เข้าร่วมโครงการ โดยขั้นตอนการคัดกรอง 3 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ตรวจหาเลือดในอุจจาระด้วยวิธี Fecal occult blood test - FOBT, 2) ตรวจหาสิ่งผิดปกติของลำไส้ใหญ่และทวารหนักด้วยการส่องกล้องในรายที่มีผล FOBT เป็นบวก และ 3) ตรวจชิ้นเนื้อในรายที่พบความผิดปกติจากการส่องกล้อง จากนั้นวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ จำนวน ร้อยละ และ 95% CI. ของค่าอุบัติการณ์ผลการศึกษา พบว่ามีผล FOBT เป็นบวก 829 ราย (8.2 % [95% CI. 7.7- 8.8]) ผู้ที่มีผล FOBT เป็นบวกได้เข้ารับการส่องกล้อง 596 ราย (71.4% [95% CI. 68.2-74.5] และพบเนื้องอกตั้งเนื้อได้ส่งตรวจ จำนวน 188 ราย (31.5 % [95% CI. : 27.8-35.4]) ผลการตรวจชิ้นเนื้อ พบมะเร็งจำนวน 12 รายคิดเป็น 11.5 รายต่อประชากรแสนคน (0.00012.% [95% CI. : 0.00006 - 0.0002]) แบ่งเป็นพื้นที่ตำบลพนมไพร ตำบลวาริสวัสดิ์ และตำบลหนองฮี แห่งละ 3 คน ในส่วนตำบลคู่อิง ตำบลขามวรรณ และตำบลสาวแห แห่งละ 1 คน ภายใต้โครงการนำร่องที่จังหวัดร้อยเอ็ดเป็นจังหวัดแรกในประเทศไทย มีระยะเวลาดำเนินการ 5 ปี ตั้งแต่ พ.ศ. 2553 - พ.ศ. 2557 ผลการศึกษาดังกล่าวจึงเป็นสถานการณ์ปัญหาด้านสาธารณสุขสำคัญของพื้นที่ที่ควรได้รับการแก้ไข

จากสถานการณ์ดังกล่าวข้างต้นพบปัญหา คืออุบัติการณ์ของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักสูงในอำเภอพนมไพร ซึ่งเมื่อพิจารณาความรุนแรงและความสูญเสียที่เกิดขึ้นจากการป่วยด้วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักจะเห็นว่ามีความกระทบอย่างมากต่อผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชน ทั้งด้านสังคม เศรษฐกิจ และจิตใจ ทั้งที่โรคนี้สามารถป้องกันและรักษาให้หายได้ ถ้าพบอาการในระยะแรกโดยการตรวจคัดกรองค้นหามะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ด้วยวิธีตรวจหาเลือดในอุจจาระ (Fecal occult blood test – FOB) จากผลการศึกษาเมื่อพิจารณารายตำบลพนมไพรถือว่ามีความชุกเป็นอันดับต้นๆ จึงจำเป็นต้องเฝ้าระวังและหาแนวทางป้องกันโรค การป้องกันโรคที่ดีที่สุดคือการป้องกันในระยะที่ยังไม่มีโรคเกิดขึ้น โดยการกำจัดหรือลดสาเหตุที่ทำให้เกิดโรค และสร้างกระบวนการป้องกันในระดับชุมชน ผู้วิจัยจึงได้มีการทบทวนวิเคราะห์หาสาเหตุร่วมผู้ใหญ่วัย บ้าน ประชานอส. และ อสม. จากเวทีประชุมประจำเดือน (มิถุนายน 2556) จากการวิเคราะห์ พบประเด็นที่สำคัญที่ควรได้รับการส่งเสริมคือ ด้านความรู้ ความตระหนักในการป้องกัน ทัศนคติที่มีต่อโรคและการรักษา ด้านแผนงานโครงการเพื่อ



แก้ปัญหาเฉพาะโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ด้านระบบระบบการสื่อสารที่ชัดเจนที่ส่งเสริมการป้องกันโรคในชุมชน จึงมีข้อเสนอแนะจากผู้นำชุมชน และ อสม.ว่าควรมีกิจกรรมส่งเสริมป้องกันโรคในชุมชนเพื่อให้ชุมชนได้ตระหนักในการป้องกันตนเอง คัดวิเคราะห์และหาแนวทางแก้ไขปัญหามะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักในบริบทของชุมชนเพื่อมุ่งหวังการลดอัตราการตาย และการรักษาที่ต้องใช้ค่าใช้จ่ายจำนวนมากต่อไปในอนาคต

จากการสรุปปัญหาในพื้นที่และวิเคราะห์สาเหตุเบื้องต้น การแก้ไขและพัฒนาในระดับชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพนั้น ผู้ที่จะผลักดันการพัฒนาชุมชนให้เกิดผลอันดับแรก คือ กลุ่มผู้นำชุมชน อสม. ซึ่งเป็นแกนนำในชุมชนที่มีพลังขับเคลื่อนทางสังคมได้เป็นอย่างดี เพื่อหาแนวทางการส่งเสริมผู้วิจัยจึงได้ทำการศึกษาสำรวจเพื่อศึกษาความรู้ความเข้าใจของผู้ใหญ่บ้าน ประธาน อสม. และ อสม. พบประเด็นสำคัญคือ มีความรู้ยังไม่ถูกต้อง มีทัศนคติและความเข้าใจเกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ผิด ไม่เข้าใจระบบการตรวจคัดกรองและการสื่อสารในชุมชนให้เกิดความตระหนักในการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักด้วยวิธีตรวจหาเลือดในอุจจาระ จึงได้ศึกษาแนวคิดการพัฒนาชุมชน การจัดการสุขภาพ และการพัฒนาระบบสุขภาพภาคประชาชน และทบทวนปริทัศน์เอกสารข้อมูลที่เกี่ยวข้อง จึงได้นำกรอบแนวคิดสุขภาพภาคประชาชนเป็นแนวทางการแก้ไขปัญหามะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักในระดับชุมชน ภายใต้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (PAOR) โดยการพัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชนให้มีความรู้ ทักษะที่ถูกต้อง และมีการวางแผนในการป้องกันโรคที่มีประสิทธิภาพด้วยการประยุกต์ใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ ซึ่งเป็นเครื่องมือสื่อสารที่จะช่วยให้ทุกภาคส่วนทั้งระดับบุคคลและองค์กรดำเนินงานไปสู่จุดหมายปลายทางเดียวกันอย่างเชื่อมประสานสอดคล้องกัน โดยชุมชนเป็นฐานในการพัฒนา เสริมความรู้ สร้างความตระหนัก กระตุ้นการปรับพฤติกรรมสุขภาพลดปัจจัยเสี่ยงเรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ในพื้นที่ตำบลพนมไพร อำเภอพนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ด ก่อให้เกิดกระบวนการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักในระดับชุมชน และมีความคาดหวังในระยะยาวคือการผลักดันกระบวนการที่ต่อเนื่องขยายกระบวนการพัฒนาไปยังพื้นที่อื่นของอำเภอพนมไพรซึ่งมุ่งหวังในการลดอัตราการตายด้วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักต่อไป

1.2 คำถามการวิจัย

การพัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชนในการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเพื่อส่งเสริมระบบคัดกรองตั้งแต่แรกเริ่ม ตำบลพนมไพร อำเภอพนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ด ให้ผลเป็นอย่างไร

1.3 ความมุ่งหมายของการวิจัย

1.3.1 ความมุ่งหมายทั่วไป

เพื่อศึกษาการพัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชนในการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเพื่อส่งเสริมระบบคัดกรองตั้งแต่แรกเริ่ม



1.3.2 ความมุ่งหมายเฉพาะ

1.3.2.1 เพื่อศึกษาบริบทและปัญหาในการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเพื่อส่งเสริมระบบคัดกรองตั้งแต่แรกเริ่ม ของแกนนำชุมชน ตำบลพนมไพร อำเภอนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ด

1.3.2.2 เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชนในการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

1.3.2.3 เพื่อศึกษาผลการพัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชนในเรื่องโรคมะเร็งโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักของแกนนำชุมชน

1.3.2.4 เพื่อศึกษาปัจจัยความสำเร็จของกระบวนการพัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชนในการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

1.4 ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยมีความมุ่งหมายเพื่อพัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชนในการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเพื่อส่งเสริมระบบคัดกรองตั้งแต่แรกเริ่ม ตำบลพนมไพร อำเภอนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ด

1.4.1 ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ แกนนำชุมชน ที่อาศัยอยู่ในตำบลพนมไพร อำเภอนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ด ในช่วง 1 ปีขึ้นไป ประกอบด้วย ผู้ใหญ่บ้าน ประธาน อสม. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่ผ่านการอบรมการสร้างและใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ ที่อาศัยในตำบลพนมไพร อำเภอนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ด

โดยมีเกณฑ์ในการเลือกพื้นที่ในการดำเนินการวิจัย คือ

1.4.1.1 เป็นตำบลที่มีอุบัติการณ์ความชุกโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักสูง

1.4.1.2 การแก้ไขปัญหาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักระดับชุมชนยังไม่มี การดำเนินงานเป็นรูปธรรม

1.4.1.3 เป็นตำบลที่มีความพร้อมให้ความร่วมมือ และยินดีเข้าร่วมในการวิจัย

1.5 นิยามศัพท์เฉพาะ

1.5.1 ศักยภาพในการป้องกันโรค หมายถึง ความรู้ ความเข้าใจ มีทัศนคติที่ถูกต้องและความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม การกระทำ การมีส่วนร่วมในชุมชน การวิเคราะห์เพื่อวางแผนพัฒนาของแกนนำชุมชนที่เป็นการป้องกันการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักอย่างถูกต้องและก่อให้เกิดประสิทธิภาพในการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักโดยการดำเนินกิจกรรมในชุมชน ซึ่งสามารถวัดได้จากเครื่องมือที่ผู้วิจัยใช้เก็บข้อมูล

1.5.2 ความรู้ในการป้องกันโรค หมายถึง ความรู้ ความเข้าใจ ในป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักของแกนนำชุมชน ซึ่งสามารถวัดได้จากเครื่องมือแบบวัดความรู้ที่ผู้วิจัยใช้เก็บข้อมูล



1.5.3 ทักษะในการป้องกันโรค หมายถึง ความรู้สึก นึกคิด ความเชื่อ ความคิดเห็นในการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักของแกนนำชุมชน ซึ่งสามารถวัดได้จากเครื่องมือแบบวัดทัศนคติที่ผู้วิจัยใช้เก็บข้อมูล

1.5.4 การปฏิบัติในการป้องกันโรค หมายถึง ความสามารถในการปฏิบัติตนในการลดปัจจัยเสี่ยงเพื่อป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักของแกนนำชุมชน ซึ่งสามารถวัดได้จากเครื่องมือแบบวัดการปฏิบัติที่ผู้วิจัยใช้เก็บข้อมูล

1.5.5 แกนนำชุมชน หมายถึง ผู้ใหญ่บ้าน ประธานอสม. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่ผ่านการอบรมการสร้างและใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ ในระยะ 1 ปี ก่อนร่วมการวิจัย อำเภอพนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ด และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

1.5.6 แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ หมายถึง เครื่องมือบริหารการเปลี่ยนแปลง ที่จะใช้บริหารจัดการยุทธศาสตร์ที่ชุมชนท้องถิ่นที่สร้างขึ้นให้เกิดความสำเร็จ โดยการใช้การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเชื่อมโยงยุทธศาสตร์สู่การปฏิบัติในการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักในระดับชุมชน

1.5.7 มะเร็งลำไส้และทวารหนัก หมายถึง ลำไส้ใหญ่และทวารหนักเป็นส่วนหนึ่งของระบบย่อยอาหาร (Digestive system) ที่ช่วยระบายหรือกำจัดกากอาหาร/ของเสียออกจากร่างกาย ลำไส้ใหญ่เป็นส่วนของระบบทางเดินอาหาร (Gastro-intestinal duct/GI) ต่อจากลำไส้เล็ก (small intestine) มีขนาดใหญ่ และยาวประมาณ 6 ฟุต ช่วยขับเคลื่อนของเสียในทางเดินอาหารจากลำไส้เล็กไปสู่ทวารหนักซึ่งมีความยาวประมาณ 8-10 นิ้ว ลำไส้เล็กจะดูดสารอาหารจากอาหารที่รับประทานเข้าไป ส่วนที่เหลือจากการดูดซึมสารอาหารแล้วจะผ่านไปสู่ลำไส้ส่วน Caecum ไปสู่ส่วนของลำไส้ใหญ่/colon ซึ่งจะดูดซึมน้ำจากของเสียขณะกำลังลำเลียงลงสู่ส่วนล่างและทวารหนัก ซึ่งอาจดูดซึมสารพิษหรือสารที่มีอันตรายได้ ซึ่งระยะทางที่ยาวนั้นทำให้โอกาสในการดูดซึมกลับของสิ่งต่างๆ เกิดขึ้นได้มาก มะเร็งที่พบบ่อยเริ่มจากส่วนของลำไส้ เรียกว่ามะเร็งลำไส้ (colon cancer) ส่วนมะเร็งที่เริ่มจากส่วนของทวารหนัก เรียกมะเร็งทวารหนัก (rectal cancer) มะเร็งสามารถส่งผลกระทบต่ออวัยวะส่วนนี้โดยรวม จึงเรียกรวมเป็นมะเร็งลำไส้และทวารหนัก (colorectal cancer)



บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยเรื่องการพัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชนในการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเพื่อส่งเสริมระบบคัดกรองตั้งแต่แรกเริ่ม ตำบลพนมไพร อำเภอพนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ด ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้ารวบรวมจากเอกสาร ตำรา งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และได้อาศัยแนวคิดหลายส่วนมาเป็นกรอบและแนวทางในการศึกษาโดยนำเสนอเป็นประเด็นตามหัวข้อต่อไปนี้

- 2.1 ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก
- 2.2 การตรวจหามะเร็งในระยะเริ่มแรก (Early Detection of Cancer)
- 2.3 แนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนาชุมชน
- 2.4 แนวคิดเกี่ยวกับการจัดการด้านสุขภาพ
- 2.5 แนวคิดระบบสุขภาพภาคประชาชน
- 2.6 แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ (Strategic Route Map)
- 2.7 แนวคิดเกี่ยวกับการวิจัยเชิงปฏิบัติการ
- 2.8 วิธีการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ
- 2.9 การวิจัยที่เกี่ยวข้อง
- 2.10 กรอบแนวคิดการวิจัย

2.1 ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก เป็นส่วนหนึ่งของระบบย่อยอาหาร มีหน้าที่ดูดซึมอาหารที่ย่อยแล้ว และนำจากอาหารที่กินเข้าไป และยังเป็นที่ยกเก็บกากอาหารก่อนที่จะขับถ่ายออกจากร่างกายทางทวารหนัก ลำไส้ใหญ่และทวารหนักมีลักษณะเป็นท่อยาวมีผนังประกอบด้วยกล้ามเนื้อ มีขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางประมาณ 8-10 เซนติเมตร ความยาวประมาณ 6 ฟุต

มะเร็งเป็นโรคที่เกิดจากความผิดปกติของเซลล์ที่แบ่งตัวต่อเนื่องโดยไม่ สามารถควบคุมได้ จนกลายเป็นก้อนขนาดใหญ่เรียกว่า "เนื้องอกมะเร็ง" เมื่อมะเร็งแพร่เข้าสู่กระแสเลือดหรือทางเดินน้ำเหลืองและไปปรากฏยังส่วน อื่นๆ ของร่างกายเรียกว่า "มะเร็งแพร่กระจาย" มะเร็งลำไส้ใหญ่เป็นเซลล์มะเร็งของเนื้อเยื่อลำไส้และลำไส้ตรง ซึ่งชนิดที่พบบ่อยเกิดจากเซลล์เยื่อบุผนังลำไส้ใหญ่มีการเปลี่ยนแปลงและ เจริญเติบโตผิดปกติกลายเป็นติ่งเนื้อเล็กๆ เรียกว่า โพลิป (Polyp) จากนั้นติ่งเนื้อจะใช้เวลาประมาณ 10 ปี ในการพัฒนากลายเป็นมะเร็ง ซึ่งการผ่าตัดติ่งเนื้องอก (Polyp) ออก สามารถป้องกันไม่ให้ติ่งเนื้อพัฒนาเป็นมะเร็งได้ มะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ไม่ได้รับการรักษาอาจลุกลามทะลุผนังลำไส้หรือแพร่กระจาย ต่อไปยังตับ ปอด สมอง หรือกระดูกได้ การเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่ ไม่ว่าจะเป็นส่วนลำไส้ใหญ่ช่วงต้นหรือช่วงปลายล้วนเรียกว่า "มะเร็งลำไส้ใหญ่" (Colorectal Cancer)

1. มะเร็ง ลำไส้ใหญ่พบมากเป็นอันดับ 2 ของสาเหตุการเสียชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งทั่วโลก และเป็นอันดับ 3 ของสาเหตุการตายจากโรคมะเร็งในประเทศไทย



2. มะเร็งลำไส้ใหญ่ในประเทศไทย พบได้ตั้งแต่อายุ 40 ปี ขึ้นไป และพบมากขึ้นตามอายุที่สูงขึ้น โดยพบมากสุดในอายุ 50-70 ปี

3. ภายในครอบครัวที่มีประวัติผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ จะมีความเสี่ยงของการเกิดมะเร็งลำไส้ได้กับบุคคลอื่นในครอบครัวด้วย

4. ผู้ที่มีปัญหาการอักเสบของทางเดินอาหารส่วนลำไส้เรื้อรัง มีแนวโน้มสูงต่อการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่

5. การบริโภคอาหารที่เหมาะสมและการออกกำลังกาย ล้วนมีผลต่ออัตราการลดความเสี่ยงของการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่ได้

6. ถ้ามะเร็งยังอยู่เฉพาะที่เยื่อผนังลำไส้ โอกาสรอดชีวิตที่ 5 ปี จะสูงถึง 90% หากมะเร็งกระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองอัตราการรอดชีวิตอยู่ที่ 68% แต่ถ้ามะเร็งกระจายสู่อวัยวะที่ห่างไกลออกไป จะมีอัตราการรอดชีวิตที่ 5 ปี เพียง 10% ดังนั้นการตรวจพบมะเร็งลำไส้ใหญ่ได้ตั้งแต่ระยะแรกๆ สามารถรักษาให้หายขาดได้

ปัจจัยเสี่ยงในการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

สาเหตุที่แท้จริงของมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักยังไม่ทราบ อย่างไรก็ตามจากการศึกษาพบว่า ปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้จะเพิ่มโอกาสการเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

1. อายุ ผู้ที่มีอายุมากจะมีโอกาสเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักมากกว่าคนอายุน้อย มักพบในคนอายุมากกว่า 50 ปี อย่างไรก็ตามมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักสามารถพบได้ในคนอายุน้อย บางครั้งพบได้ในวัยรุ่นแต่ก็พบได้น้อย

2. อาหาร มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ดูเหมือนว่าจะมีความสัมพันธ์กับอาหาร โดยเฉพาะอาหารที่มีไขมันและให้พลังงานสูงแต่มีกากใยน้อย นักวิจัยกำลังวิจัยว่า ทำไมอาหารเหล่านี้ถึงมีบทบาทที่ทำให้เกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

3. ก้อนเนื้องอก (Polyps) ปกติจะเป็นเนื้องอกชนิดธรรมดาที่เกิดขึ้นภายในผนังลำไส้ใหญ่และทวารหนัก บางครั้งจะถือว่าเป็นธรรมดาสำหรับคนอายุมากกว่า 50 ปี แต่ก้อนเนื้องอกบางชนิดจะเพิ่มปัจจัยเสี่ยงในการเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักสูง มีบางครั้งจะมีการถ่ายทอดทางพันธุกรรม ที่พบบ่อยคือ การเป็นเนื้องอกในลำไส้ใหญ่และทวารหนักกันทั้งตระกูล (Familial Polyposis) มีจำนวนเนื้องอกจำนวนมากเกิดขึ้นในผนังของลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ซึ่งเกือบทั้งหมดของเนื้องอกชนิดนี้จะกลายเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ต่อไป

4. ผู้ที่มีประวัติเจ็บป่วยได้รับการรักษาพยาบาล จากการวิจัย พบว่า ผู้หญิงที่มีประวัติของโรคมะเร็งรังไข่ โรคมะเร็งปากมดลูก และมะเร็งเต้านม มีโอกาสที่จะเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักสูง ถึงแม้คนไข้คนนี้จะป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักไปแล้ว และได้รับการรักษาเสร็จสมบูรณ์แล้ว ก็จะสามารถกลับมาเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักใหม่ได้อีก (การเป็นมะเร็งในผู้หญิงมีสาเหตุมาฮอร์โมนหรือการติดเชื้อเรื้อรัง)

5. ประวัติการรักษาทางการแพทย์ของครอบครัว โดยเฉพาะอย่างยิ่ง พ่อ แม่ พี่ น้อง ลูก ของบุคคลที่เป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก อาจจะทำให้เกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักขึ้นเอง โดยเฉพาะอย่างยิ่งบุคคลที่เป็นโรคมะเร็งนั้นมียาอยู่น้อย เพราะฉะนั้นครอบครัวใดก็ตามที่มีสมาชิก



เป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก มีโอกาสเสี่ยงสูงสำหรับสมาชิกในครอบครัวที่จะเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

6. การอักเสบของลำไส้ใหญ่ (Ulcerative Colitis) การอักเสบของลำไส้ใหญ่ชนิดนี้ผนังด้านในของลำไส้ใหญ่จะอักเสบไปตลอดแนวลำไส้ใหญ่ทั้งหมด ถ้าเกิดในบุคคลใดโอกาสที่จะเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักก็จะสูง (การอักเสบนั้นอาจเกิดจากการติดเชื้อบางชนิด)

7. การสูบบุหรี่และสารเสพติด

การลดความเสี่ยงการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

1. การ ค้นหาคัดกรองเพื่อให้พบเนื้องอกตั้งแต่เริ่มแรกจะช่วยลดและป้องกันการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (ตรวจร่างกายเป็นประจำทุกปี อย่างน้อยปีละ 1-2 ครั้ง)
2. การงดสูบบุหรี่ และลดการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์
3. การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ
4. การรับประทานอาหารที่มีกากใยมาก ได้แก่ ผักและผลไม้เป็นประจำ
5. การรับประทานยาและอาหารเสริมบางชนิด เช่น แอสไพริน กรดโฟลิก หรือ วิตามินซี
6. การควบคุมน้ำหนักตัวให้ได้ตามมาตรฐาน ไม่ควรให้น้ำหนักตัวมากเกินไป (BMI < 25kg/m²) หรือรอบเอวน้อยกว่า 102 ซม. ในผู้ชาย และน้อยกว่า 88 ซม. ในผู้หญิง โดยค่า BMI คำนวณได้จาก BMI = น้ำหนักตัว (กิโลกรัม) / ส่วนสูง² (เมตร) เช่น ผู้ชายน้ำหนัก 70 กิโลกรัม สูง 175 เซนติเมตรจะได้ BMI = 70 / 1.75² = 22.85

อาการที่บ่งบอกว่าเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

1. พฤติกรรม ในการขับถ่ายอุจจาระเปลี่ยนไปจากการที่ปกติมีการถ่ายอุจจาระทุกวัน วันละ 2 ครั้ง เข้า/เย็น อาจจะเป็น 2-3 วัน ถึงจะถ่ายอุจจาระสักครั้ง
2. มีอาการท้องเสียสลับกับท้องผูก หรือมีความรู้สึกถ่ายอุจจาระไม่สุด
3. มีเลือดสดๆ หรือเลือดดำปนออกมากับอุจจาระ
4. อุจจาระมีลักษณะผิดปกติจากเดิมเป็นก้อนเปลี่ยนเป็นเส้นแบนคล้ายตังเม
5. มีท้องอืด ปวดท้อง แน่นท้อง จุกเสียด มีลมในลำไส้มาก (Abdominal Discomfort)
6. น้ำหนักลดลงโดยไม่ทราบสาเหตุ
7. เหนื่อย อ่อนเพลียไม่มีแรงตลอดเวลา
8. คลื่นไส้อาเจียน

อาการทั้งหลายเหล่านี้ อาจจะเป็นอาการของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก หรืออาจจะเป็นโรคอื่นๆ ก็ได้ ถ้ามีอาการดังกล่าวควรรีบมาพบแพทย์เพื่อตรวจร่างกายหาสาเหตุของอาการต่างๆ ที่เกิดขึ้นต่อไป

การค้นหาคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

ประชาชนผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ควรจะมาพบแพทย์ เพื่อดำเนินการค้นหาคัดกรองตั้งแต่เริ่มแรก เวลาใดที่เหมาะสมในการที่จะค้นหาคัดกรอง การตรวจวิธีไหนบ้างจะช่วยในการค้นหาคัดกรองและตรวจวินิจฉัย และจะต้องมีการติดตามในการตรวจคัดกรองเหล่านี้บ่อยมากแค่ไหน แพทย์ก็จะเป็นผู้แนะนำ และมีรายการตรวจต่างๆ หลายอย่าง เพื่อใช้



ค้นหาคัดกรองเนื้องอกมะเร็งหรือความผิดปกติต่างๆ ในลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ถึงแม้ว่าบุคคลคนนั้นยังไม่มีอาการผิดปกติใดๆ แพทย์และทีมผู้ดูแลสุขภาพจะเป็นผู้อธิบายถึงการตรวจต่างๆ

1. การตรวจหาเลือดในอุจจาระ (Stool Occult Blood)

การตรวจนี้ก็เพื่อค้นหาว่ามีเลือดออกมาปะปนกับอุจจาระหรือไม่ บางครั้งโรคมะเร็งหรือเนื้องอกจะมีเลือดออกมาปนกับอุจจาระ การตรวจเลือดในอุจจาระใช้ในการค้นหาคัดกรองเลือดจำนวนน้อยๆ ที่ปนออกมากับอุจจาระ

2. การตรวจรูทวารหนัก (Digital Rectal Exam)

เป็นการตรวจร่างกายโดยแพทย์วิธีการก็คือ แพทย์สวมถุงมือแล้วใช้นิ้วป้ายสารหล่อลื่น แล้วใช้นิ้วสอดเข้าไปทางทวารหนัก เพื่อตรวจหาความผิดปกติในทวารหนัก ถ้าพบสิ่งผิดปกติก็จะสามารถบอกได้

3. การส่องกล้องเข้าทางทวารหนักโดยใช้กล้องชนิดพิเศษ (Colonoscopy)

เป็นการส่องกล้องเข้าไปตรวจลำไส้ใหญ่โดยตรงที่ปลายท่อจะมีกล้องวิดีโอติดอยู่เพื่อให้เห็นภาพภายในลำไส้ตรงและลำไส้ใหญ่ทั้งหมด วิธีนี้สามารถเก็บชิ้นเนื้อที่สงสัยส่งตรวจทางพยาธิวิทยาได้ เป็นวิธีการตรวจที่มีความแม่นยำมากที่สุด

4. การสวนสารทึบแสงและลมเข้าไปทางทวารหนัก (Double Contrast Barium Enema)

เป็นกระบวนการตรวจทางรังสีวินิจฉัย โดยคนไข้จะได้รับการสวนสารทึบสีบางส่วนประกอบของแบเรียม (Barium) เข้าไปทางทวารหนัก สารเหล่านี้เป็นสารทึบแสง เมื่อถ่ายภาพเอกซเรย์จะเห็นภาพชัดเจน สารเหล่านี้เมื่อสวนเข้าไปจะเข้าไปเคลือบผนังด้านในของลำไส้ใหญ่และทวารหนัก สามารถหาความผิดปกติของลำไส้ใหญ่และทวารหนัก เมื่อถ่ายภาพเอกซเรย์ออกมา

5. การส่องกล้องเข้าไปทางทวารหนัก (Sigmoidoscopy)

การใส่กล้องเข้าไปทางทวารหนักเพื่อตรวจดูความผิดปกติของลำไส้ตรง (Rectum) และลำไส้ใหญ่ส่วนกลาง (Sigmoid Colon) กล้องที่ใช้เรียกว่า Sigmoidoscopy
ระยะของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ และวิธีการรักษา

ระยะศูนย์ (Stage 0)

ลักษณะของโรค: ก้อนมะเร็งเพิ่งจะเริ่มต้น เนื้อเยื่อที่เป็นมะเร็งพบในชั้นเยื่อภายในลำไส้ใหญ่หรือทวารหนัก

การรักษา: ตัดก้อนเนื้อออกไป จะไม่มีการผ่าตัดอื่นเพิ่มเติม ยกเว้นกรณีที่ไม่สามารถตัดทิ้งเนื้อออกไปได้หมด

ระยะหนึ่ง (Stage 1)

ลักษณะของโรค: ก้อนมะเร็งเติบโตขึ้นมากกว่าระยะศูนย์ และฝังในชั้นกล้ามเนื้อของลำไส้ใหญ่และทวารหนัก โดยไม่กระจายไปสู่เนื้อเยื่อข้างเคียงหรือต่อมน้ำเหลือง

การรักษา: ผ่าตัดก้อนมะเร็ง และต่อมน้ำเหลืองออกไป



ระยะสอง (Stage 2)

ลักษณะของโรค: ก้อนมะเร็งกระจายออกมาสู่ผนังลำไส้ใหญ่และทวารหนักส่วนนอก หรือเนื้อเยื่อใกล้เคียง แต่ยังไม่มีการแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลือง

การรักษา: ผ่าตัดก้อนมะเร็งออก และบางรายอาจต้องให้เคมีบำบัดร่วมด้วย

ระยะสาม (Stage 3)

ลักษณะของโรค: มะเร็งแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลือง แต่ยังไม่แพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่น

การรักษา: ผ่าตัดก้อนมะเร็งและต่อมน้ำเหลืองออก ร่วมกับการให้ยาเคมีบำบัด

ระยะสี่ (Stage 4)

ลักษณะของโรค: มะเร็งมีการแพร่กระจายไปยังอวัยวะต่างๆ ของร่างกาย สำหรับ มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักส่วนใหญ่มักกระจายไปสู่ตับและปอด

การรักษา: อาจผ่าตัดเพื่อกำจัดก้อนมะเร็งออก หรือไม่ก็ใช้ยาเคมีบำบัดร่วมกับการ ผ่าตัดเอาก้อนมะเร็งออกในอวัยวะที่มะเร็งแพร่กระจายไปถึง ถ้าทำได้

การผ่าตัด (Surgery)

จุดมุ่งหมายหลักก็เพื่อเอาก้อนมะเร็งออกจากร่างกายผู้ป่วย โดยทั่วไปศัลยแพทย์จะทำการ ผ่าตัดเอาลำไส้ที่เป็นมะเร็งออกพร้อมต่อมน้ำเหลืองที่อยู่ใกล้เคียง หลังจากนั้นแพทย์จะทำการต่อลำไส้ ส่วนที่เหลือเข้าด้วยกันใหม่ ถ้าไม่สามารถต่อลำไส้ส่วนที่เหลือเข้าด้วยกันได้ อาจจะต้องเปิดลำไส้ใหญ่ออกทางผนัง หน้าท้อง เพื่อขับถ่ายอุจจาระเป็นการชั่วคราว หรือแบบถาวร ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับสถานะของผู้ป่วยและ ก้อนมะเร็งมีการลุกลามไปมากน้อยแค่ไหน การเปิดลำไส้ใหญ่ออกทางผนังหน้าท้องเป็นการเปลี่ยนทิศทาง ของกากอาหารที่จะถูกขับ ถ่ายออกจากร่างกาย การเปิดลำไส้ใหญ่ออกทางหน้าท้องนี้ เรียกว่า ทวารเทียม (Colostomy)

การฉายแสง (Radiation Therapy)

เป็นการใช้เอกซเรย์พลังงานสูงในการกำจัดเซลล์มะเร็ง ปกติจะใช้การฉายแสงในผู้ป่วย มะเร็งลำไส้ตรง โดยอาจให้ก่อนการผ่าตัด (เรียกว่า การรักษาเสริมก่อนการผ่าตัด) เพื่อลดขนาด ก้อนมะเร็งทำให้การผ่าตัดง่ายขึ้น หรืออาจให้หลังจากผ่าตัด เพื่อไปทำลายเซลล์มะเร็งที่ยังคงเหลืออยู่ (เรียกว่า การรักษาเสริมหลังผ่าตัด) เพื่อลดอัตราการกลับเป็นซ้ำ นิยมให้เคมีบำบัดร่วมกับการฉายแสง เพราะยาจะเพิ่มประสิทธิภาพของการฉายแสงทำให้การรักษาดีขึ้น

ปัจจุบันพบว่า การฉายแสงร่วมกับเคมีบำบัดในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ตรงสามารถลดการ เกิดโรคขึ้นมาใหม่ และเสี่ยงการผ่าตัดชนิดลำไส้ใหญ่มาเปิดไว้ที่หน้าท้องได้

เคมีบำบัด (Chemotherapy)

ในผู้ป่วยที่มีก้อนมะเร็งขนาดใหญ่มาก หรือมีมะเร็งระยะแพร่กระจายไปสู่ต่อมน้ำเหลือง ผู้ป่วยมักจะต้องได้รับเคมีบำบัดหลังการผ่าตัด เรียกว่า การรักษาเสริมหลังการผ่าตัด เพื่อกำจัด เซลล์มะเร็งที่ยังหลงเหลืออยู่ กรณีที่เป็นการรักษาเพื่อลดโอกาสของการกลับมาเป็นมะเร็งซ้ำ รวมถึง ช่วยเพิ่มอัตราการอยู่รอดของผู้ป่วย เรียกการรักษาแบบนี้ว่า การรักษาแบบหวังผลหายนอกจากนี้ยาเคมี บำบัดยังใช้ในการรักษาหลักในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ระยะแพร่กระจาย หรือผู้ป่วยที่ไม่สามารถรับการ



ผ่าตัดได้ ในกรณีที่มะเร็งลุกลามได้แพร่กระจายไปยังส่วนต่างๆ ของร่างกาย โอกาสการรักษาให้หายขาดมีน้อยมาก การใช้เคมีบำบัดจึงมักนิยมใช้เพื่อหยุดการกระจายตัวของมะเร็งไม่ให้ลุกลามต่อ รวมทั้งบรรเทาอาการหรือความทรมานจากมะเร็ง เพื่อให้คุณภาพในการดำเนินชีวิตดีที่สุด และเพิ่มอัตราการอยู่รอดของผู้ป่วยได้นานขึ้น เรียกการรักษาแบบนี้ว่า การรักษาแบบประคับประคอง

การบริหารยาเคมีบำบัดมี 2 วิธี

1. ชนิดฉีดเข้าหลอดเลือดดำ (Intravenous Chemotherapy) การให้ยาเคมีบำบัดแบบฉีด เป็นวิธีดั้งเดิมในการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ซึ่งผู้ป่วยต้องทำการให้ยาที่โรงพยาบาล

2. ชนิดรับประทาน (Oral Chemotherapy) เป็นรูปแบบยาเคมีบำบัดที่พัฒนาขึ้นมาช่วยเพื่อความสะดวกต่อการรักษาให้กับ ผู้ป่วย ผู้ดูแล และครอบครัว สามารถดำรงชีวิตได้ตามปกติเพราะในบางครั้งการให้ยาเคมีบำบัดแบบฉีดอาจส่งผล ก่อให้เกิดการเจ็บป่วยต่อผู้ป่วย และเสียเวลาในการให้ยา โดยที่ผู้ดูแลและครอบครัวต้องคอยดูแลที่โรงพยาบาล

การใช้ยาเพื่อรักษาเฉพาะเป้าหมาย

เป็นการรักษาใหม่เพื่อยับยั้งมะเร็งโดยตรงเป้าหมาย เช่น ยายับยั้งขบวนการสร้างเส้นเลือดใหม่ (Anti-Angiogenesis Therapy) ในมะเร็ง เป็นต้นเมื่อมะเร็งยังมีขนาด 1-2 มิลลิเมตร ตัวมันเองยังไม่จำเป็นต้องสร้างเส้นเลือด แต่อาศัยการดูดซึมสารอาหารจากอวัยวะรอบๆ แต่เมื่อมีขนาดใหญ่มากขึ้น อาหารไม่เพียงพอ มะเร็งจะสร้างโปรตีนชนิดหนึ่งซึ่งมีคุณสมบัติ กระตุ้นการสร้างเส้นเลือดใหม่ (Angiogenesis) และปลดปล่อยโปรตีนเหล่านี้ไปยังเส้นเลือดใกล้เคียง ผลที่ตามมาเกิดการสร้างเส้นเลือดใหม่ไปเลี้ยงมะเร็งทำให้มะเร็งมีขนาดใหญ่ ขึ้นอย่างรวดเร็ว ยายับยั้งขบวนการสร้างเส้นเลือดใหม่ (Anti-angiogenesis Therapy) จะไปยับยั้งขบวนการสร้างเส้นเลือดใหม่ ซึ่งทำให้มีการส่งออกซิเจนและสารอาหารมาเลี้ยงเซลล์มะเร็งได้ลดลง ทำให้ก้อนมะเร็งมีขนาดลดลงได้ การใช้ยากลุ่มนี้มักให้ร่วมการให้เคมีบำบัดเพื่อให้ได้ประสิทธิภาพในการ รักษามากขึ้น

การติดตามผลการรักษา

ผู้ป่วยหลังการรักษาจะได้รับการติดตามโดยแพทย์ผู้รักษา เพื่อดูแลสุขภาพต่อไป การตรวจติดตามผลจะถี่หรือบ่อยเพียงใดขึ้นอยู่กับโรคและสภาพร่างกายของผู้ป่วย แต่ช่วงเวลาใน 2 ปีแรกหลังการรักษา ควรพบแพทย์ทุก 3 เดือนหรือตามคำแนะนำของแพทย์ การติดตามผลโดยปกติจะทำการตรวจร่างกาย ตรวจเลือด เพื่อหาสารติดตามผลมะเร็งและอื่นๆ เช่น การส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่และการตรวจวินิจฉัยทางรังสี ซึ่งแพทย์จะพิจารณาระยะเวลาตามความเหมาะสม

2.2 การตรวจหามะเร็งในระยะเริ่มแรก (Early Detection of Cancer)

การตรวจคัดกรองโรคมะเร็ง

การตรวจคัดกรองโรคมะเร็งคือการตรวจหาโรคมะเร็งตั้งแต่ระยะเริ่มแรกที่ยังไม่มีอาการ ซึ่งจุดประสงค์ของการตรวจคัดกรองนั้นเพื่อลดอัตราการป่วยและอัตราการตายในผู้ที่ได้รับการตรวจโดยที่การทดสอบนั้นต้องเสียค่าใช้จ่ายที่ไม่แพงเกินไปและสามารถทำได้ในประชากรกลุ่มใหญ่ การตรวจคัดกรองไม่ใช่การวินิจฉัยเป็นเพียงแต่เครื่องมือชี้ว่าน่าจะมีคามผิดปกติเกิดขึ้นทำให้นำไปสู่



การตรวจวินิจฉัยเพื่อให้ได้การวินิจฉัยที่แน่นอนและการรักษาที่ถูกต้อง ลักษณะความแตกต่างที่สำคัญของการทดสอบในการตรวจคัดกรองหาโรคมะเร็งตับกับการทดสอบที่ใช้ในการตรวจวินิจฉัยเป็นดังตารางที่ 1

การตรวจคัดกรองโรคจะทำในประชากร 2 กลุ่มคือ กลุ่มแรกควรเป็นประชากรที่มีความชุกของโรคนั้นสูงพอสมควร เพื่อมีโอกาสค้นหาผู้ป่วยได้จำนวนมาก และกลุ่มที่สองทำการตรวจเฉพาะในกลุ่มที่เสี่ยงต่อโรคสูง ดังนั้นโรคมะเร็งที่พบได้บ่อยก็ควรได้รับการตรวจคัดกรองโรคในประชากรทั่วไปเช่น มะเร็งปากมดลูก, มะเร็งเต้านม เป็นต้น ส่วนโรคมะเร็งตับชนิด Hepatocellular Carcinoma ควรจะได้รับการตรวจคัดกรองในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงซึ่งก็คือประชากรที่มีตับอักเสบเรื้อรังจากไวรัสตับอักเสบบีและซี การพิจารณาว่าการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งชนิดใดจะมีประโยชน์นั้นประเมินได้จากสิ่งต่อไปนี้คือ

1. โรคมะเร็งชนิดนั้นพบได้บ่อยและเป็นปัญหาทางสาธารณสุข
2. สามารถลดอัตราการตายหรือเพิ่มระยะเวลาการมีชีวิตของผู้ป่วยได้
3. สามารถรักษาให้หายขาดได้หรือการรักษาได้ผลดีในกรณีที่เริ่มในระยะแรก
4. วิธีการตรวจต้องปลอดภัย เป็นที่ยอมรับของประชาชน และไม่มีปัญหาทางด้าน

จริยธรรม

5. เสียค่าใช้จ่ายไม่มาก

ตาราง 2.1 ลักษณะสำคัญที่แตกต่างของการทดสอบในการตรวจคัดกรองหาโรคมะเร็งตับกับการทดสอบที่ใช้ตรวจวินิจฉัย

การทดสอบในการตรวจคัดกรอง	การทดสอบในการตรวจวินิจฉัย
1. ใช้ในกลุ่มที่ไม่มีอาการ	1. ใช้ในกลุ่มที่มีอาการ
2. ราคาถูก	2. ราคาแพงกว่า
3. โอกาสตรวจพบโรคต่ำกว่า	3. โอกาสตรวจพบโรคสูงกว่า
4. ถ้ามีการผิดพลาดของการทดสอบจะมีผลเสียเกิดขึ้นน้อย	4. ถ้าการทดสอบผิดพลาดจะมีผลให้การรักษาล่าช้าและพยากรณ์โรคไม่ดี

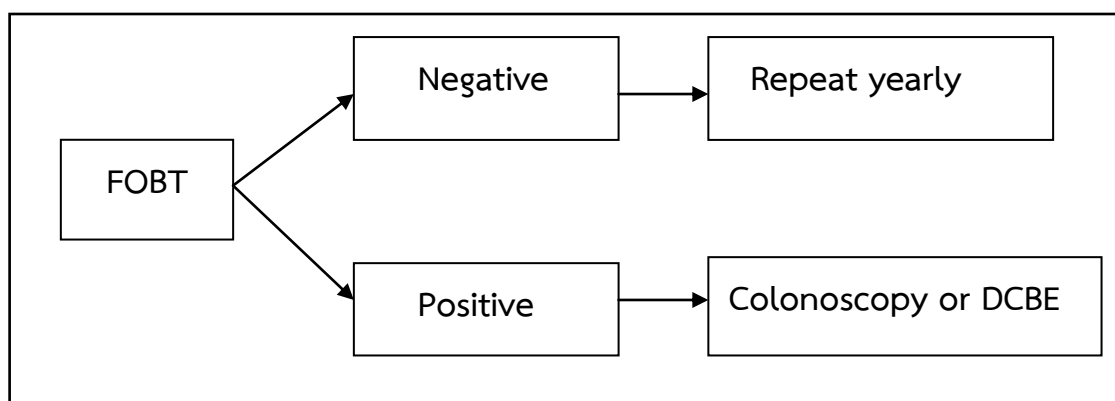
การคัดกรองโรค เป็นวิธีการตรวจหาโรคก่อนที่จะมีอาการทางคลินิกหรือรอยโรคก่อนที่จะเป็นมะเร็ง (Precancerous) โดยแบ่งประชากรออกเป็น 2 กลุ่มคือ

1. กลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ และไส้ตรง (High risk)
2. กลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยงปกติ ต่อการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ และไส้ตรง

(Average risk)



1. กลุ่มความเสี่ยงสูง (High Risk) ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีข้อใดข้อหนึ่งต่อไปนี้
 - 1.1 ผู้มีญาติลำดับแรกเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่
 - 1.2 ผู้ที่มีประวัติ Polyp
 - 1.3 ผู้ที่มีประวัติครอบครัวเป็น Familial Adenomatous Polyposis หรือ Hereditary Non-polyposis Colon Cancer
 - 1.4 ผู้ที่มีประวัติเป็นโรคลำไส้ใหญ่อักเสบเรื้อรัง (Inflammatory Bowel Disease)
 คำแนะนำ การสืบค้นโรคในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงควรได้รับการตรวจโดยแพทย์ ผู้เชี่ยวชาญ
2. กลุ่มความเสี่ยงปกติ (Average Risk) เป็นกลุ่มประชากรที่มีลักษณะต่อไปนี้
 - 2.1 ชายหรือหญิงที่อายุ 50 ปีขึ้นไป
 - 2.2 ไม่มีประวัติครอบครัวเป็นโรคมะเร็ง
 - 2.3 ไม่มีปัจจัยเสี่ยงอื่น ได้แก่ ประวัติโรคลำไส้อักเสบ ulcerative colitis, polyp หรือมะเร็งลำไส้ใหญ่
 - 2.4 ไม่มีอาการผิดปกติทางระบบลำไส้ใหญ่และไส้ตรง
 กลุ่มที่มีความเสี่ยงปกติต้องทำการตรวจทางทวารหนักด้วยนิ้วมือ (Digital Rectal Examination, DRE) และมีข้อแนะนำการปฏิบัติเพื่อการสืบค้นโรคเพิ่มเติมดังต่อไปนี้
 - 2.4.1 การตรวจหาเลือดในอุจจาระ (Fecal Occult Blood Test, FOBT) ปีละครั้ง
 - 2.4.2 การตรวจด้วย Flexible Sigmoidoscopy ทุก 5 ปี
 - 2.4.3 การตรวจ Double-contrast barium enema ทุก 5-10 ปี
 - 2.4.4 การตรวจส่องกล้องลำไส้ใหญ่ (Colonoscopy) ทุก 10 ปี
 ทั้งนี้การเลือกวิธีการสืบค้นโรควิธีใดนั้นขึ้นอยู่กับความสามารถและข้อจำกัดของแต่ละสถานพยาบาล เมื่อการตรวจเพื่อสืบค้นโรคได้ผลออกมาเป็นผลบวกหรือผลลบก็จะมีคำแนะนำแนวทางปฏิบัติต่อไปตามภาพประกอบ 2.1



ภาพประกอบ 2.1 แนวทางปฏิบัติต่อการตรวจหาเลือดในอุจจาระ



วิธีการตรวจหาเลือดในอุจจาระที่ถูกต้อง

1. งดอาหารที่มีเนื้อแดง วิตามินซี ผักผลไม้สีแดง และยาแก้ปวด NSAIDs ก่อนทำการตรวจอย่างน้อยสามวัน
2. เก็บอุจจาระตอนเช้าส่งตรวจทุกวัน 3 วันติดต่อกัน
3. ทำการตรวจด้วยวิธี Immunochemistry หรือ Guaiac-Based Nonrehydrated
4. เมื่อได้ผลบวก แม้เพียงครั้งเดียว ต้องได้รับการสืบค้นต่อ
5. เมื่อทำการส่องกล้องลำไส้ใหญ่หรือ Double contrast barium enema แล้ว ไม่จำเป็นต้องทำการตรวจเลือดในอุจจาระอีก

ปัจจุบันผู้คนทราบถึงประโยชน์ของการสืบค้นหาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และขอรับการตรวจหาโรค (Screening on Demand) ในการสืบหาโรคในผู้ที่มีความเสี่ยงน้อยแต่ต้องการการสืบค้นนั้น ยังมีความเห็นที่ไม่ตรงกันเพราะแม้จะมีหลักฐานว่าสามารถลดอัตราการตายได้จากการสืบค้นหาโรค แต่ก็ไม่เพียงพอว่าในคนทั่วไปจะได้ประโยชน์จากการสืบค้นหาโรคด้วยนอกเหนือไปจากการกระทำเพื่อการศึกษาวิจัย จึงยังไม่มีข้อสรุปชัดเจนว่าควรปฏิบัติอย่างไรในกรณีนี้แต่ที่นิยมปฏิบัติกัน คือ ตรวจหาเลือดในอุจจาระถ้าได้ผลบวกจึงให้ทำการตรวจส่องกล้องลำไส้ใหญ่หรือการตรวจ Double Contrast Barium Enema ต่อไป (แนวทางการตรวจคัดกรอง วินิจฉัย และรักษา โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ และไส้ตรง, 2552)

กล่าวโดยสรุป มะเร็ง ลำไส้ใหญ่พบมากเป็นอันดับ 2 ของสาเหตุการเสียชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งทั่วโลก และเป็นอันดับ 3 ของสาเหตุการตายจากโรคมะเร็งในประเทศไทย พบได้ตั้งแต่อายุ 40 ปี ขึ้นไป และพบมากขึ้นตามอายุที่สูงขึ้น โดยพบมากสุดในอายุ 50-70 ปี โดยเฉพาะในครอบครัวที่มีประวัติผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ ผู้ที่มีปัญหาการอักเสบของทางเดินอาหารส่วนลำไส้เรื้อรัง บริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม ถ้ามะเร็งยังอยู่เฉพาะที่เยื่อผนังลำไส้ การรักษาเริ่มตั้งแต่ผ่าตัด ฉายแสง และเคมีบำบัด โอกาสรอดชีวิตที่ 5 ปี จะสูงถึง 90% หากมะเร็งกระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองอัตราการรอดชีวิตอยู่ที่ 68% แต่ถ้ามะเร็งกระจายสู่อวัยวะที่ห่างไกลออกไปจะมีอัตราการรอดชีวิตที่ 5 ปี เพียง 10% ดังนั้นการตรวจพบมะเร็งลำไส้ใหญ่ได้ตั้งแต่ระยะแรกๆ สามารถรักษาให้หายขาดได้ การตรวจคัดกรองในระยะแรกเริ่มก่อนเกิดโรคหรือก่อนมีระยะลุกลามจึงเป็นหนทางในการลดอัตราการตาย และภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาได้อย่างมาก

2.3 แนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนาชุมชน

ความหมายของ การพัฒนา

ความหมายของคำว่า “การพัฒนา” นั้น ได้มีนักวิชาการหลาย ๆ ท่านได้ให้ความหมายไว้ดังจะได้นำมา กล่าวเป็นตัวอย่างต่อไปคือ

สัญญา สัญญาวิวัฒน์ (2522: 9) ได้ไว้กล่าว การพัฒนาทุกอย่างจะต้องมีการเปลี่ยนแปลงเกิด ขึ้นก่อนแล้วจะต้องมีสิ่งอื่นหรือลักษณะอื่นเข้ามาผสม จึงจะเรียกการเปลี่ยนแปลงนั้นว่า “การพัฒนา” ลักษณะที่เพิ่มเข้ามานั้นที่สำคัญ คือ ทิศทางของการเปลี่ยนแปลงที่กำหนดไว้ล่วงหน้า



สมบุรณ์ สุขสำราญ (2524: 23) ได้ให้ความหมาย “การพัฒนา” ว่า คือ การทำให้เจริญนั่นเองแต่เมื่อมาใช้เป็นคำแปลของ (Development) ในภาษาอังกฤษจะมีความหมายเกินความลึกไปถึงการทำให้ดีขึ้นจากที่เป็นอยู่ โดยการนำเทคโนโลยีใหม่ ๆ เข้าไปปรับปรุงเปลี่ยนแปลงหรือการนำวิชาการแปลกใหม่เข้ามาใช้ การพัฒนาในความหมาย มิได้หมายถึงการพัฒนาวัตถุเท่านั้น แต่หมายถึงการพัฒนาบุคคลทั้งในด้านจิตใจและความคิดด้วย

วิทยากร เชียงกุล (2527: 12) ได้แสดงความเห็นถึง “การพัฒนา” ว่าการพัฒนาที่แท้จริงควรหมายถึง การทำให้ชีวิตความเป็นอยู่ของประชาชนมีความสุข ความสะดวกสบาย ความอยู่ดีกินดี ความเจริญงอกงามทางศิลปวัฒนธรรมและจิตใจ และความสงบสันติ ซึ่งนอกจากจะขึ้นอยู่กับ การได้รับปัจจัยทางวัตถุ เพื่อสนองความต้องการของร่างกายแล้ว ประชาชนยังต้องพัฒนาทางด้านการศึกษ สิ่งแวดล้อมที่ดี การพักผ่อนหย่อนใจและการพัฒนาทางวัฒนธรรมและจิตใจด้านต่าง ๆ ด้วย ความต้องการทั้งหมดนี้เรียกว่า เป็นการพัฒนาคุณภาพชีวิต เพื่อให้เห็นว่า การพัฒนาไม่ได้ขึ้นอยู่กับ การเพิ่มปริมาณสินค้า หรือการเพิ่มรายได้เท่านั้น แต่อยู่ที่การเพิ่มความพอใจและความสุขของประชาชนมากกว่า

รีดเดอร์ (โสภณ โสภณ, 2540: 15; อ้างอิงจาก Reeder, 1998) ให้ความหมายของ “การพัฒนา” หมายถึงการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้น ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลง ดังนี้

- 1) ความแตกต่าง เช่น ปริมาณและคุณภาพของบริการข้อมูลและข่าวสาร
ฐานะทางสังคมบทบาทและอาชีพ เป็นต้น
- 2) การใช้ประโยชน์จากบริการที่มีอยู่และเพิ่มขึ้น
- 3) มีเทคโนโลยีและความมีประสิทธิภาพกระจายทั่วทุกสังคม
- 4) มีความเชื่อและความไม่เชื่อ เช่น เป้าประสงค์ ความเชื่อพื้นฐาน ค่านิยม โอกาส และการสนับสนุน
- 5) ทศนคติ เช่น ระดับความพอใจ ความเป็นเอกภาพ ขวัญ และความพึงพอใจมากขึ้น
- 6) มีพฤติกรรม เช่น ช่วยเหลือตนเอง มีประสิทธิภาพ การใช้ทรัพยากรมนุษย์ และมีความคิดริเริ่มมากขึ้น

ความหมายของชุมชน

การศึกษาเรื่องการพัฒนาชุมชน (Community Development) สิ่งที่ต้องทำความเข้าใจก่อนการศึกษา คือ เรื่องของความหมายของชุมชน เพื่อให้เข้าใจกรอบแนวคิดเชิงความหมายของชุมชน ว่ากว้างแคบหรือมีผู้นิยามความหมายของชุมชน เพื่อกำหนดกรอบความคิดของผู้ศึกษาที่มีต่อชุมชนให้กระจ่างชัดนั่นเอง

อานันท์ กาญจนพันธุ์ (2536: 64) ได้ให้ข้อสังเกตเกี่ยวกับชุมชนว่า เป็นคำใหม่ในภาษาไทยเพราะไม่เคยปรากฏในพจนานุกรม ฉบับ พ.ศ. 2493 และสันนิษฐานว่าน่าจะเริ่มมีการใช้หลังจากนั้นเล็กน้อย โดยการแปลมาจากภาษาอังกฤษว่า “Community” ในระยะที่วิชาการทางด้านสังคมศาสตร์ตะวันตกได้เริ่มแพร่เข้ามาสู่ประเทศไทย เพื่อศึกษาชนบท และต่อมารัฐก็ได้ใช้คำนี้ หลังจากที่ได้ตื่นตัวในการพัฒนาหมู่บ้าน จนมีการตั้งหน่วยงานขึ้นใหม่ คือ กรมการพัฒนาชุมชน ในปี



พ.ศ. 2505 ด้วยเหตุนี้ในระยะแรกชุมชนมีความหมายใกล้เคียงกับคำว่า บ้านหรือหมู่บ้านในภาษาไทยที่มีมาก่อนหน้านั้น ในฐานะเป็นหน่วยการปกครองที่มีขอบเขตแน่นอนภายใต้การควบคุมของรัฐ

ไพบูลย์ วัฒนศิริธรรม (2540: 161) ได้เสนอคำจำกัดความของชุมชน ว่า หมายถึง กลุ่มชนที่มีวิถีชีวิตเกี่ยวพันกัน และมีการติดต่อสื่อสารเกี่ยวข้องกันอย่างเป็นปกติต่อเนื่อง อันเนื่องมาจากการอยู่ในพื้นที่ร่วมกัน หรือการมีอาชีพร่วมกัน หรือการประกอบกิจกรรมที่มีวัตถุประสงค์ร่วมกัน หรือการมีวัฒนธรรม ความเชื่อ หรือ ความสนใจร่วมกัน

เฉลียว บุรีภักดีและคณะ (2545: 44-45) ได้ให้ความหมายของ คำว่า ชุมชนหมายถึง กลุ่มคนหรือบริเวณที่กลุ่มคนนั้น ๆ อยู่รวมกันได้ทั้ง ๆ ที่แต่ละคนมีความแตกต่างกัน หรือความหลากหลายในชุมชนนั้น เช่น ทรัพยากรธรรมชาติ ศิลปวัฒนธรรม ขนบธรรมเนียมประเพณี และภูมิปัญญาท้องถิ่น เป็นต้น

สัญญา สัญญาวิวัฒน์ (2525: 6-8) ได้ให้ความหมายของชุมชน ว่าหมายถึง องค์การทางสังคมอย่างหนึ่ง ที่มีอาณาเขตครอบคลุมท้องถิ่นหนึ่งที่ปวงสมาชิกสามารถบรรลุถึงความต้องการพื้นฐานส่วนใหญ่ และสามารถแก้ไขปัญหาล้วนใหญ่ในชุมชนของตนเองได้ โดยสรุปแล้วชุมชนในทัศนะของสัญญาสัญญาวิวัฒน์ จะต้องประกอบด้วย

- 1) ประชากรจำนวนหนึ่ง
- 2) สถาบันทางสังคม
- 3) องค์การทางสังคมชนิดที่มีขนาดย่อมกว่าชุมชน เช่น ครอบครัว กลุ่มสหกรณ์ สโมสร เป็นต้น

- 4) อาณาเขตทางภูมิศาสตร์

แซนเดอร์ส (สนธยา พลศรี 2545: 21; อ้างอิงจาก sanders, 1985) ได้กล่าวถึงชุมชนว่า คือ การที่กลุ่มบุคคลหลาย ๆ กลุ่มมารวมกันในบริเวณเดียวกัน ภายใต้กฎหมายและข้อบังคับอันเดียวกัน มีการสังสรรค์กัน มีความสนใจร่วมกัน มีวัฒนธรรมเดียวกันและมีพฤติกรรมเหมือน ๆ กัน

พัฒน์ สุจ้านงค์ (2524: 4) ได้ให้ความหมายของ ชุมชน ในแง่การพัฒนาชุมชนว่าหมายถึง ดินแดนทั่วไปที่มีคนจำนวนมากว่า 2 คนขึ้นไปที่ได้ร่วมกันด้วยทัศนคติอย่างเดียวกัน คือ มีความคิดเห็นพ้องต้องกันรวมตัวกันที่จะทำอะไรร่วมกัน และหวังที่จะปลูกผลสำเร็จนั้นอย่างเดียวกัน และชุมชนในความหมายของพัฒน์ สุจ้านงค์ จะต้องประกอบไปด้วยลักษณะดังนี้ คือ

- 1) มีกลุ่มบุคคล
- 2) ครอบคลุมอาณาเขตบริเวณหนึ่ง
- 3) มีสภาพการเป็นอยู่ที่คล้ายคลึงกัน
- 4) มีผลประโยชน์และความสะดวกสบายร่วมกัน

ประเวศ วะสี (2541: 35-36) ให้ความหมายของชุมชนว่า การที่คนจำนวนหนึ่งมีวัตถุประสงค์ร่วมกัน มีความเอื้ออาทรต่อกัน มีความพยายามในการกระทำอะไรร่วมกัน มีการเรียนรู้ร่วมกันในการกระทำ และรวมถึงการติดต่อสื่อสาร (Communicate) ร่วมกัน ซึ่งอาจพิจารณาโดยการเป็นคุณลักษณะของชุมชนได้ดังนี้ คือ

- 1) มีวัตถุประสงค์ร่วมกัน



- 2) มีความเอื้ออาทรต่อกัน
- 3) มีการกระทำร่วมกัน
- 4) มีการเรียนรู้ร่วมกันในการกระทำ

สรุป ความหมายของคำว่า “ชุมชน” คือ พื้นที่อันเป็นที่อาศัยอยู่ของคนและหมายถึง กลุ่มของประชาชนที่อยู่อาศัยในพื้นที่นั้นโดยมีความสนใจ มีวัตถุประสงค์ เป้าหมาย และจุดหมายในการที่จะอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข

ความหมายของการพัฒนาชุมชน

พจน์ สุจันทร์ (2524: 20) ให้ความหมายว่า การพัฒนาชุมชน คือ การเปลี่ยนแปลงทั้งทางเศรษฐกิจและสังคมให้ดีขึ้น ด้วยความร่วมมือกันระหว่างรัฐกับประชาชน โดยวิธีการปรึกษาหารือกัน เจริญ บุรีภักดี และคณะ (2545: 45) ได้ให้ความหมายว่า การพัฒนาชุมชน คือการทำให้คนที่อยู่ในพื้นที่บริเวณที่มีความแตกต่างกันทั้งทางด้านเชื้อชาติ ศาสนา ความเป็นอยู่การศึกษา ศิลปวัฒนธรรม ขนบธรรมเนียมประเพณี ค่านิยม ความเชื่อ และอื่น ๆ สามารถอยู่ร่วมกันได้อย่างราบรื่นมีความสุข รู้รักสามัคคี และร่วมมือกันทำงานได้

สัญญา สัญญาวิวัฒน์ (2526: 10) ได้ให้ความหมายของการพัฒนาชุมชน คือ การเปลี่ยนแปลงส่วนประกอบของชุมชนจากสภาพที่เป็นอยู่ (สภาพที่ไม่พึงปรารถนา ไม่ดีงาม) ไปสู่เป้าหมายที่กำหนดไว้ (สภาพที่พึงปรารถนา ที่ดีงาม หรือเจริญ) กล่าวคือ เป็นการตั้งใจ เพื่อก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงขึ้นในชุมชน เพื่อการเปลี่ยนแปลงสภาพของส่วนประกอบต่าง ๆ ในชุมชน จากสภาพที่ไม่พึงปรารถนาไปสู่สภาพที่พึงปรารถนาอันเป็นเป้าหมายที่ชุมชนตั้งไว้ กล่าวโดยสรุป การพัฒนาชุมชน ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงชุมชนโดยมีการวางแผน (Planned Community Change)

สุเทพ เชาวลิต (2524: 18) ได้กล่าวว่า การพัฒนาชุมชน คือ การพัฒนาความคิดและความสามารถของประชาชนในการทำงานร่วมมือกันระหว่างเจ้าหน้าที่ของรัฐบาลกับประชาชนและระหว่างประชาชนด้วยกันเอง เพื่อปรับปรุงตนเองและชุมชนไปสู่ความเจริญก้าวหน้า ทั้งในทางเศรษฐกิจ สังคม การศึกษา อนามัยและขนบธรรมเนียมประเพณีวัฒนธรรม อันจะนำไปสู่ความมั่นคงของประเทศในการปกครองในระบอบประชาธิปไตย

อภิชัย พันธเสน (2539: 135) ได้ให้ความหมายของ การพัฒนาชุมชน ไว้ว่า คือลักษณะการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและการเมืองที่ตั้งใจกระทำขึ้นอย่างต่อเนื่อง เพื่อวัตถุประสงค์ในการปรับปรุงคุณภาพชีวิตของประชาชนให้ดีขึ้นจากสภาพก่อนการพัฒนา มีการกินดีอยู่ดี มีการส่งเสริมให้ประชาชนสามารถพึ่งตนเองได้ มีการปรับปรุง ดัดแปลง หรือควบคุมทรัพยากรและสภาพแวดล้อม มีอำนาจต่อรองทางเศรษฐกิจ สังคมและการเมืองกับสังคมภายนอกชุมชนของตน ตลอดจนมีความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สินของชุมชนเป็นสำคัญ

กล่าวโดยสรุป “การพัฒนาชุมชน” หมายถึง การเปลี่ยนแปลง การสร้างสรรค์ปรับปรุงอย่างมีกระบวนการ (Process) เป็นการเปลี่ยนแปลงอย่างมีโครงสร้างและแบบแผน (Planned and Structured Change) หรือมีการกำหนดทิศทางเป้าหมายที่แน่นอน (Ultimate Goal) ที่อาจเป็นไปได้ทั้งการกระทำของ ภาครัฐและภาคเอกชนหรือเป็นความร่วมมือระหว่างภาครัฐกับเอกชน ทั้งนี้เพื่อยกระดับ



คุณภาพชีวิตด้านต่างๆ เช่น เศรษฐกิจ การศึกษาเรียนรู้ สุขภาพ อนามัย การมีส่วนร่วม เป็นต้น ของคนภายในชุมชนให้ดีขึ้น

2.4 แนวคิดเกี่ยวกับการจัดการด้านสุขภาพ

การจัดการด้านสุขภาพ หมายถึง การที่ชุมชน/ หมู่บ้าน มีกระบวนการร่วมกันในการวางแผนด้านสุขภาพ มีการจัดการงบประมาณเพื่อใช้ในการพัฒนาด้านสุขภาพ มีการจัดกิจกรรมด้านสุขภาพ และมีการสรุปประเมินผลการจัดการด้านสุขภาพสุขภาพ คือ สุขภาวะ เป็นแนวคิดที่มุ่งเน้นการสร้างสุขภาพมากกว่าการซ่อมสุขภาพ โดยนิยาม สุขภาพ คือ ภาวะที่สมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย ทางใจ ทางสังคมและทางจิตวิญญาณ ที่เชื่อมโยงกันอย่างเป็นบูรณาการในการจัดระบบบริการสุขภาพ ควรมุ่งเน้นใน 3 เรื่องหลัก คือ

1. ส่งเสริมให้ประชาชนสามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้ พึ่งตนเองได้ กล่าวคือในการจัดบริการสุขภาพของรัฐนั้นต้องมุ่งเน้นให้ประชาชนมีความรู้พื้นฐานที่สามารถดูแลตนเองได้ในระดับหนึ่งก่อน ทั้งนี้ ผู้จัดต้องคำนึงถึงความแตกต่างทางสังคมและวัฒนธรรม วิถีชีวิตของแต่ละชุมชน

2. การจัดการดูแลสุขภาพชุมชนโดยชุมชนเอง และให้ภาครัฐเป็นเพียงผู้ให้การสนับสนุน/ เป็นที่ปรึกษา กล่าวคือ รัฐต้องให้การสนับสนุนให้ประชาชนในท้องถิ่นเกิดการดูแลสุขภาพของชุมชนเพื่อก่อให้เกิดการช่วยเหลือกันและกันด้านการจัดการดูแลสุขภาพในชุมชนทั้งนี้อาจให้ อบต. เป็นองค์กรที่ทำหน้าที่เชื่อมโยงให้ เกิดการดูแลสุขภาพลักษณะนี้ได้

3. การจัดสถานบริการสุขภาพให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างแท้จริงกล่าวคือ ต้องมีการเสริมสร้างศักยภาพของสถานบริการให้สามารถตอบสนองความต้องการของชุมชน สนับสนุนให้บุคลากรเข้าใจชุมชนมากขึ้นคำนึงถึงมิติทางสังคมและวัฒนธรรมของผู้รับบริการ (มิติความเป็นมนุษย์) มากขึ้น ทั้งนี้ฐานความเชื่อพื้นฐานที่สำคัญการจัดการระบบบริการสุขภาพ คือ

3.1 ต้องเชื่อว่าประชาชนมีความสามารถในการจัดการสุขภาพของตนเองได้ชุมชนสามารถจัดระเบียบของชุมชนเองได้ โดยใช้ กฎทางสังคมและวัฒนธรรม ของชุมชนเป็นเครื่องควบคุมกันเอง

3.2 ประชาชนสามารถเรียนรู้ได้ คนทุกคนสามารถเรียนรู้ได้และการสร้างให้เกิดการเรียนรู้ในชุมชนเป็นสิ่งสำคัญที่จะเป็นเครื่องช่วยให้ชุมชนเข้มแข็งและดูแลสุขภาพของตนเองได้ (มีกรณีตัวอย่างหลายกรณี เช่น กรณีของ ตำบลนาหว้า ที่สามารถพัฒนากองทุนสุขภาพ ได้จนเกิดแนวคิดในการเน้นการป้องกันสุขภาพ โดยสามารถจัดสรรโบนัสแก่ คนที่ไม่ เจ็บป่วยภายในหมู่บ้าน เป็นต้น)

3.3 การจัดการด้านสุขภาพไม่ควรยึดติดที่ตัวเงิน กล่าวคือ การบริการสุขภาพต้องคิดในเชิงการให้สวัสดิการของรัฐ ไม่ใช่คิดในเชิงธุรกิจ

บทบาทหน้าที่ขององค์กรต่าง ๆ ของรัฐบาล

1. รัฐบาล ควรมีบทบาทหน้าที่ ดังนี้



1.1 ต้องกำหนดนโยบายที่ ชัดเจน จริงจัง และต่อเนื่อง ในการจัดระบบบริการสุขภาพ ตามที่เสนอไว้ เพื่อให้ระดับปฏิบัติการสามารถหาวิธีการปฏิบัติงานที่ตอบสนองนโยบายได้อย่าง ต่อเนื่อง ไม่เกิดการชะงักงันในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่กำลังดำเนินอยู่

1.2 ต้องพยายามสะท้อนภาพให้องค์กรต่าง ๆ ของรัฐ สามารถมองเห็นเป็นภาพความ เชื่อมโยงในการมีส่วนร่วมรับผิดชอบในการจัดสวัสดิการสุขภาพของประชาชนให้เห็นชัดเจนมาก ขึ้น เพื่อสะท้อนความเชื่อว่าเรื่องสุขภาพเป็นเป้าหมายหลักของการพัฒนาประเทศ เป็นเรื่องขององค์ รวมที่หน่วยงานที่ทำงานเกี่ยวข้องกับคนในประเทศโดยตรง ต้องหันหน้ามาคุยกันเพื่อสร้างสุข ภาวะให้เกิดแก่คนในประเทศได้

1.3 การผลักดันหรือปรับเปลี่ยนการศึกษาให้ คนในประเทศหันมาสนใจศึกษาเพื่อให้ เข้าใจชีวิต มีสุขภาพที่ดี โดยมุ่งให้ประชาชนหันมาสนใจเรื่องการมีสุขภาพดีของตนเองว่าเป็นสิ่ง สำคัญและจำเป็น เน้นการให้สุศึกษาที่เหมาะสมกับการนำไปใช้ได้จริง

1.4 หาแนวทางในการปรับเปลี่ยนค่านิยมที่ไม่ถูกของคนในประเทศใหม่จากเดิมที่ว่า “เมื่อเจ็บป่วยต้องไปพบแพทย์” หรือ “เจ็บป่วยต้องไปหาแพทย์ที่มีชื่อเสียง” ให้ทุกคนหันมาดูแล สุขภาพของตนเองก่อน เพื่อเน้นการป้องกันการเกิดโรค

2. องค์กรปกครองท้องถิ่น (อปท.) เป็นองค์กรที่สัมผัสใกล้ชิดกับประชาชนในพื้นที่มากที่สุด ในการจัดระบบบริการสุขภาพของชุมชน องค์กรนี้จึงควรทำหน้าที่เป็นตัวเชื่อมโยงเรื่อง เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพในชุมชนได้

3. สถาบันการศึกษา ควรมีบทบาทหน้าที่ ดังนี้

3.1 โรงเรียน ควรจัดการสอนสุศึกษา โดยให้ความรู้ที่สามารถนำไปปฏิบัติจริงได้ ทั้งนี้ อาจให้ แพทย์ ไปมีส่วนในการให้ความรู้ ด้านสุขภาพโดยตรงแก่ นักเรียน ซึ่งจะทำให้นักเรียน มีความเชื่อ เนื่องจากมีความศรัทธาในความรู้ความสามารถเป็นทุนเดิมอยู่

3.2 มหาวิทยาลัย สถาบันที่มีหน้าที่ผลิตบุคลากรทางการแพทย์ ต้องมุ่งให้นักศึกษา สัมผัส ชุมชนมากขึ้น และมุ่งเน้นการสอนที่สอดแทรกเรื่องจรรยาบรรณและจริยธรรมให้ มากขึ้น

3.3 สถาบันบริการ ต้องหากลวิธีในการปรับเปลี่ยนกระบวนวิธีคิดของบุคลากรใหม่ ให้มี ความใกล้ชิดชุมชนมากขึ้นมีการให้บริการที่คำนึงถึงมิติความเป็นมนุษย์มากขึ้นโดยมุ่งเน้นการทำความเข้าใจว่าการบริการสุขภาพนั้นประชาชนสามารถมีส่วนร่วมในการจัดการดูแลสุขภาพของตนเอง/ ชุมชน ได้ (ในการบริการระดับนี้ บุคลากรทางการแพทย์ของรัฐต้องทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงเท่านั้น) และมีส่วนการ บริการที่สถานบริการนั้น ประชาชนก็ต้องมี ส่วนร่วมในการเสนอรูปแบบการบริการที่พึงประสงค์ของ ตนเองด้วยการพัฒนาสุขภาพในช่วงที่ผ่านมา ถึงแม้ว่ากระบวนการพัฒนา จะต้องเผชิญกับปัญหาและ อุปสรรค จนไม่สามารถบรรลุซึ่งเป้าหมาย ที่กำหนดไว้ได้ทั้งหมดก็ตาม แต่อาจกล่าวได้ว่าการ พัฒนามีความก้าวหน้า และประสบความสำเร็จในระดับหนึ่ง การแก้ไขปัญหในช่วงภาวะวิกฤติถือเป็น กระบวนการเรียนรู้ที่สำคัญของทุกฝ่ายในสังคมไทยร่วมกัน ที่ต้องมีการปรับตัวให้เหมาะสมสอดคล้อง กับการเปลี่ยนแปลงของสภาวะแวดล้อม ทางเศรษฐกิจ สังคม การเมือง และอื่นๆ ทั้งจากภายในและ ภายนอกประเทศ การพัฒนาในช่วงแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 8 ได้รับผลกระทบจากกระแส โลกาภิวัตน์ เป็นอย่างมาก ทำให้ต้องมีการปรับเปลี่ยนกระบวนการ แนวคิดในการวางแผนพัฒนา



สุขภาพใหม่ โดยได้เปิดโอกาสให้ผู้เกี่ยวข้องทุกหน่วย ทั้งภาคราชการ องค์กรเอกชนและประชาชนเข้ามามีส่วนร่วม ในกระบวนการวางแผน ร่วมกำหนดวิสัยทัศน์ และกำหนดทิศทางการพัฒนาสุขภาพในทุกขั้นตอน โดยให้ความสำคัญกับการพัฒนาแบบองค์รวม ยึดคนเป็นศูนย์กลาง เน้นการพัฒนาทั้งศักยภาพคน และพัฒนาสิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบตัวคน ให้ประสานสอดคล้องกับการพัฒนาด้านอื่น ๆ เพื่อเสริมสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชน

กล่าวโดยสรุป การจัดการด้านสุขภาพ คือการส่งเสริมให้ประชาชนสามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้ในการจัดการด้านสุขภาพในชุมชนของตน ส่งเสริมให้ประชาชนมีความรู้พื้นฐานที่สามารถดูแลสุขภาพตนเองได้ ส่งเสริมการร่วมดำเนินงานกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องโดยเฉพาะองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นซึ่งมีส่วนสำคัญในการสนับสนุนงบประมาณ โดยภาครัฐเป็นเพียงผู้สนับสนุนหรือพี่เลี้ยงตามบริบทความแตกต่างทางสังคมและวัฒนธรรม วิถีชีวิตของแต่ละชุมชน

2.5 แนวคิดระบบสุขภาพภาคประชาชน

ภาวะที่เกิดขึ้นทำให้เกิดความจำเป็นที่จะต้องมีการปรับตัวทั้งหน่วยงานของรัฐและองค์กรประชาชน ให้สามารถดำเนินงานและดำรงชีวิต ได้ด้วยความราบรื่นและไร้ทุกข์ให้ได้มากที่สุด ดังนั้นในสถานการณ์เช่นทุกวันนี้ จึงมีผลต่อการปรับโฉมหน้าของงานสาธารณสุขมูลฐานทั้งในการปรับขยายแนวคิดและวิธีทำงานให้เหมาะกับยุคสมัยและสถานการณ์ของประเทศ ให้เป็นไปในทิศทางเดียวกันกับแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ด้วยการจัดระบบการจัดการของชุมชน ในสิ่งที่มีอยู่ในชุมชน ซึ่งเป็นผลพวงของการพัฒนางานสาธารณสุขมูลฐานให้เกื้อกูลกัน เกิดประโยชน์ดีต่อสุขภาพ อันได้แก่ ความร่วมมือร่วมใจของคนในชุมชน (อสม. ผู้นำ กลุ่มต่าง ๆ) ศูนย์ปฏิบัติการให้บริการสุขภาพเบื้องต้นและความรู้ข่าวสารด้านสุขภาพในชุมชน และทุนในการดำเนินกิจกรรมสุขภาพในชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับข้อเสนอจากภาคี อสม. ถึงการจัดการชุมชนในการพัฒนาสุขภาพที่จะต้องประกอบด้วย การดูแลสุขภาพด้วยตนเอง กรรมการสุขภาพทีม สุขภาพ ศูนย์ปฏิบัติการด้านสุขภาพและกองทุนสุขภาพในชุมชนหรือศสมช. โดยเรียกการจัดการของชุมชนในการพัฒนาสุขภาพนี้ว่า ระบบสุขภาพภาคประชาชนระบบสุขภาพภาคประชาชนเป็นคำที่มีความหมายรวบยอดของงานสาธารณสุขมูลฐานอย่างเป็นระบบ เป็นกระบวนการของการดำเนินงานที่มีใช้กิจกรรมเดียว ๆ ของชุมชน มีใช้ภารกิจของหน่วยงานหรือองค์กรภายนอกที่จะต้องกำหนดหรือออกแบบกิจกรรมดำเนินงานให้ชุมชนจึงเป็นเรื่องของชุมชนที่จะคิดจะตั้งเป้าหมาย บริหารจัดการ และวัดผลสำเร็จด้วยตนเอง หน่วยงานหรือองค์กรภายนอกสามารถทำได้เพียงการร่วมมือกันอย่างจริงจัง และต่อเนื่องในการส่งเสริมสนับสนุนหรือสร้างกลไกปัจจัยที่เกื้อหนุนการจัดการด้านสุขภาพของชุมชน

ระบบสุขภาพภาคประชาชน มีจุดมุ่งหมาย เพื่อการพัฒนาสุขภาพของคนในชุมชน ด้วยการส่งเสริมผลักดันให้ประชาชนตระหนักในการดูแลสุขภาพ และถือเป็นหน้าที่ของตนเอง มีใช้หลักการให้กับคนอื่น และพัฒนาองค์กร อาสาสมัครและแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว มีส่วนร่วมได้พัฒนาขีดความสามารถและทักษะในการจัดการงานบริการส่งเสริมสุขภาพด้านต่าง ๆ ของกรม กอง ในกระทรวงสาธารณสุขให้สามารถเป็นระบบ และเกิดผลที่ประจักษ์ชัด สามารถตรวจวัดได้ในระดับชุมชน



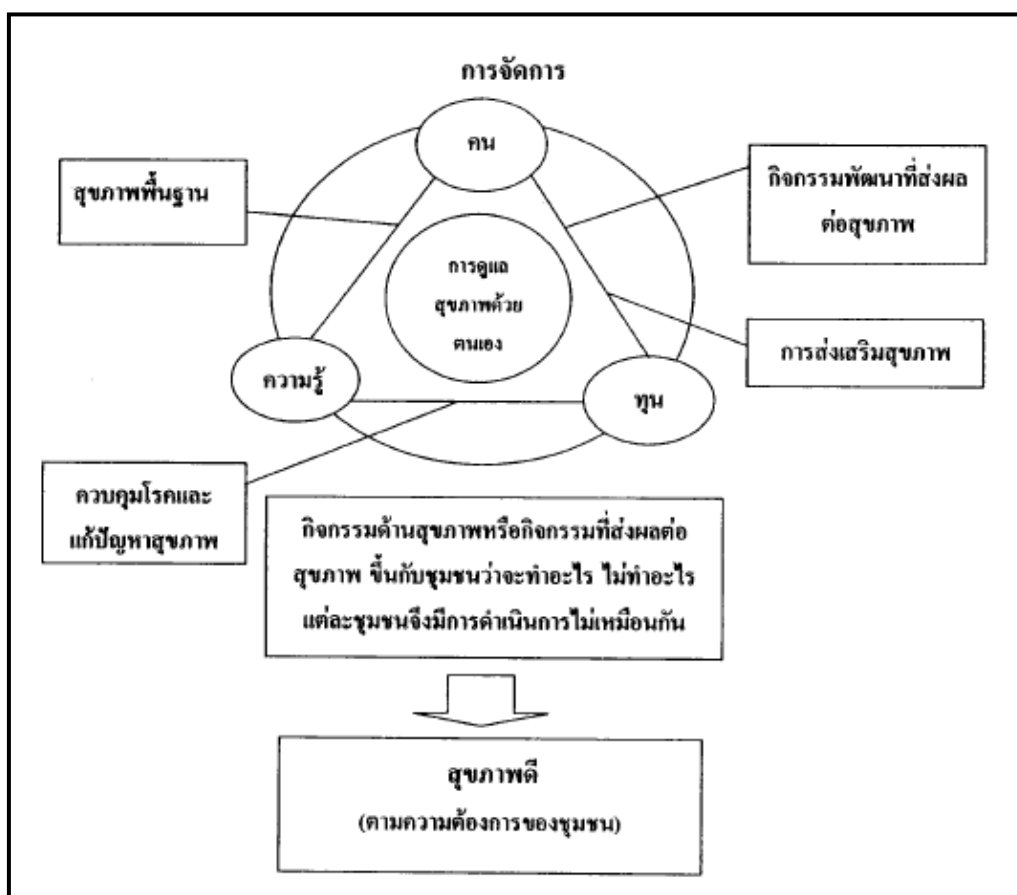
นั่นเป็นสิ่งที่ต้องมุ่งมั่นดำเนินการให้สำเร็จ ตลอดจนการสร้างกระแสผลักดันให้ประชาชนในชุมชนต่าง ๆ ได้หันมามีบทบาทส่วนร่วมรับผิดชอบการดูแลชีวิตและสุขภาพพื้นฐานได้โดยตนเองซึ่งมีความสำคัญต่อการพัฒนาสุขภาพของคนไทย ประกอบด้วยองค์ประกอบ 3 ประการ คือ

1. คน เป็นองค์ประกอบหลักที่สำคัญในการพัฒนาใด ๆ ก็ตามจะต้องมีคนที่อยู่ในชุมชนรวมตัวกัน ร่วมกันคิด ร่วมกันทำ อาจเริ่มจากคนกลุ่มหนึ่งอาจจะมากหรือน้อยก็ตามซึ่งมีความแตกต่างหลากหลายต่างกลุ่ม ต่างอาชีพ ต่างฐานะ ต่างความคิด ต่างเพศ ต่างวัย แต่มีจิตใจเดียวกัน เพื่อส่วนรวม และมีเป้าหมายร่วมกัน มีการขยายแนวร่วมออกไปเรื่อย ๆ

2. องค์ความรู้ ในการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ของชุมชน จำเป็นต้องมี องค์ความรู้ วิธีการ เทคโนโลยี ภูมิปัญญาและประสบการณ์ จะทำให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ การถ่ายทอดและการกระจายความรู้ข้อมูลข่าวสารในชุมชน

3. ทุน เพื่อการพัฒนาสุขภาพ การดำเนินงานพัฒนาสุขภาพ จำเป็นต้องอาศัยทุนที่เป็นตัวเงิน และทุนที่ไม่ใช่ตัวเงินหรือทุนทางสังคมและทรัพยากรธรรมชาติ ซึ่งทุนที่เป็นตัวเงินจะมีความหมายในลักษณะการเงินการคลังด้านสุขภาพและการพัฒนาด้านต่าง ๆ เพื่อจัดบริการให้กับคนในชุมชนอย่างคุ้มค่า คุ้มค่าที่ทำงานและประชาชนได้รับประโยชน์สูงสุด ซึ่งแต่ละชุมชนสามารถแสวงหาแหล่งทุนได้ทั้งภายในและภายนอกชุมชน และนำมาบริหาร จัดการให้เกิดผลกำไรแล้วนำดอกผลนั้นมาใช้ในการพัฒนาต่อไปนอกจากองค์ประกอบหลัก 3 ประการแล้ว หัวใจสำคัญของระบบสุขภาพภาคประชาชนคือ การจัดการ เพื่อให้ประชาชนมีความสามารถในการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง ซึ่งการจัดการในที่นี้ คือ การปฏิบัติการประสานให้เกิดความสมดุลย์ เพื่อการเคลื่อนไหวของปัจจัย คน องค์ความรู้หรือวิธีการทำงาน และทุนเพื่อการพัฒนาสุขภาพ ให้เกิดการดำเนินกิจกรรมการพัฒนาสุขภาพ เพื่อสนองต่อความต้องการของคนในชุมชน ป้องกันและแก้ปัญหาสุขภาพของคนในชุมชน ทั้งนี้กิจกรรมการพัฒนาสุขภาพที่ดำเนินโดยชุมชนนั้นขึ้นกับการตัดสินใจของชุมชนว่าจะดำเนินการในเรื่องใด อย่างไร ซึ่งสามารถแสดงเป็นแผนภาพเชิงแนวคิดองค์ประกอบระบบสุขภาพภาคประชาชน ดังแผนภาพ ดังนี้





ที่มา: สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน, กระทรวงสาธารณสุข, 2545.

ภาพประกอบ 2.2 กรอบแนวคิดระบบสุขภาพภาคประชาชน

กล่าวโดยสรุป การใช้แนวคิดระบบสุขภาพภาคประชาชนในการวิจัยครั้งนี้ จึงเป็นกรอบ กระบวน การพัฒนาที่มีความมุ่งหวังให้ชุมชนเกิดการขับเคลื่อนใน 3 ประเด็นหลัก คือ คน ความรู้และ ทุน ด้วยการส่งเสริมผลักดันให้ประชาชนตระหนักในการดูแลสุขภาพ โดยการใช้ทรัพยากรในชุมชนที่มี ร่วมกับการประสานผู้เกี่ยวข้องให้การดำเนินงานบรรลุเป้าหมายอย่างเป็นระบบที่สอดคล้องกัน

2.6 แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์

แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ (Strategic Route Map : SRM) ไม่ใช่ แผนยุทธศาสตร์ แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ คือ

1. เครื่องมือช่วยบริหารจัดการยุทธศาสตร์ที่มีอยู่มากมาย ของหลายกลุ่ม หลายองค์กรที่ ดำเนินการในพื้นที่เดียวกัน กลุ่มเป้าหมายเดียวกันให้เคลื่อนไปในทิศทางเดียวกันเกิดพลังขับเคลื่อนที่



ทรงอำนาจในการบรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมายที่ประสงค์ (Goal) จุดหมายปลายทาง(Destination) และทิศทางขององค์กรที่กำหนดไว้

2. เทคนิคที่ประณีตในการเปลี่ยน (Transform) เป้าประสงค์ (Strategic Objective) หรือสิ่งที่ต้องการเปลี่ยนแปลงหรือเปลี่ยนแปลงอะไรที่หลากหลายและแตกต่างกันให้เป็นแผนงาน โครงการอย่างประณีต เชื่อมโยงสัมพันธ์กันอย่างมีเหตุมีผล มีหลักวิชา อันนำมาซึ่งคำตอบของความเป็น รูปธรรม ของวิสัยทัศน์และเป้าหมายขององค์กร

3. ระบบการติดตามควบคุมกำกับและประเมินผลความก้าวหน้าอย่างต่อเนื่องโดยตัวชี้วัดที่เหมาะสม ทำให้สามารถปรับปรุงหรือแก้ไขกิจกรรมตามแผนงาน โครงการหรือสิ่งต่างๆ ที่ส่อแววหรือมี คำลางว่าจะล้มเหลวหรือไม่ประสบผลได้ทัน

4. เครื่องมือสื่อสารที่จะช่วยให้ทุกภาคส่วนทั้งระดับบุคคลและองค์กรดำเนินงานไปสู่ จุดหมายปลายทางเดียวกันอย่างเชื่อมประสานสอดคล้องกันนอกจากนี้ผู้บริหารทั้งในส่วนสาธารณสุข และภาคส่วนอื่นที่ได้เรียนรู้ เรื่อง แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ ได้แสดงทัศนะไว้ว่าแผนที่ทางเดิน ยุทธศาสตร์เป็นเครื่องมือที่ช่วยในการบริหารของทุกหน่วยงานของทุกองค์กรแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ เป็นเครื่องมือที่แสดงให้เห็นรูปธรรมของการใช้คนเป็นศูนย์กลางอย่างแท้จริง ด้วยการใช้คนเป็น ศูนย์กลางนั้น เราต้องลงมาดูในหมู่บ้านว่ามีสินทรัพย์ของชุมชนอะไรบ้างที่จะเป็นฐานในการพัฒนา มีปัญหาอะไร มีความต้องการอะไร ซึ่งโดยรวมแล้วคนเราหรือในหมู่บ้าน ชุมชนของเรา จะพบว่า มี ปัญหาหลักๆอยู่ 3 ประการ คือ 1) การทำมาหากิน 2) สุขภาพและ 3) ความปลอดภัยในชีวิตและ ทรัพย์สินหากเรามีการเฝ้าระวัง จะทำให้รู้ว่าปัญหาและความต้องการคืออะไร แล้วเราจะทำอะไรโดย การมีส่วนร่วมของคนในชุมชนของเรา ขณะเดียวกันเราต้องไม่มองเพียงแค่หมู่บ้าน ชุมชนหรือ อบต. เราอย่างเดียว แต่ต้องเติม อบต. ที่อยู่ข้างเคียงที่เป็นรอยต่อและเป็นจุดเชื่อม เราจะต้องเชื่อมรอยตะเข็บ ในการควบคุมป้องกันโรค

แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์เครื่องมือบริหารการเปลี่ยนแปลงให้ความชัดเจนเรื่อง “จุดหมาย ปลายทาง” ทำให้

1. ชุมชนมีแผนงานโครงการของตนเอง โดยคนในชุมชนมีส่วนร่วมสร้างและกำหนด กิจกรรมด้วยตนเองแบบคิดเอง ทำเอง ตัดสินใจเอง
2. มีกองทุนหลักประกันสุขภาพ ที่ดำเนินการโดยประชาชนอย่างมีประสิทธิภาพ
3. บุคลากรระดับท้องถิ่นสามารถสร้างและใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ เพื่อพัฒนาชุมชน ได้
4. มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และการเรียนรู้ระหว่างท้องถิ่น เพื่อขยายงานพัฒนาให้ ครอบคลุมอย่างรวดเร็ว
5. ประชาชนในท้องถิ่นมีการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรม
6. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นร่วมตัดสินใจ ขับเคลื่อนและสนับสนุนทรัพยากรอย่าง เพียงพอและต่อเนื่อง



7. ชุมชน มีระบบเผ่าระวางที่มีประสิทธิภาพ (ครอบคลุมทุกด้านทั้งด้านสุขภาพและสังคม) โดยองค์กรอสม. ในท้องถิ่น ตำบล เป็นแกนนำหลักในการสร้างและบริหารระบบเผ่าระวางของชุมชนที่มีประสิทธิภาพ

8. ชุมชนมีมาตรการทางสังคม โดยองค์กรท้องถิ่น (กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน) เป็นแกนหลักในการดำเนินการมาตรการทางสังคม ภายใต้การได้รับการสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น แผนที่ยทางเดินยุทธศาสตร์จะช่วย

1. เสริมสร้างพลังชุมชนในการตัดสินใจกำหนดเป้าประสงค์ จุดหมายปลายทางและกำหนดวิถีทางที่จะให้บรรลุผลได้ด้วยตนเอง
2. ปรับบทบาทประชาชนให้ลุกขึ้นยืนได้ด้วยตนเองหรือพึ่งตนเองได้ด้านสุขภาพและการพัฒนาสังคม
3. ปรับกระบวนการทัศน์ของภาครัฐและประชาชนในทางบวกและเชิงรุก
4. เชื่อมประสานกิจกรรมการดำเนินงานของทุกภาคส่วนในพื้นที่เดียวกันให้เสริมพลังกัน
5. ให้เหตุผลของความสำเร็จและความล้มเหลวของโครงการที่ดำเนินการได้อย่างมีเหตุมีผลยุทธศาสตร์

แผนยุทธศาสตร์ และแผนที่ยทางเดินยุทธศาสตร์ มีความแตกต่าง/เชื่อมโยงสัมพันธ์กันอย่างไร

1. ยุทธศาสตร์ (Strategy) คือ วิธีการ (กลุ่มกลยุทธ์) สำคัญที่ทำให้ไปถึงจุดหมายปลายทาง ที่ตั้งไว้ดีที่สุด (เร็วที่สุด สมบูรณ์ที่สุด ได้ผลตอบแทนมากที่สุด) หรือวิธีการที่จะทำให้งานสำเร็จ
2. จุดสำคัญที่ทำให้เกิดการตื่นตัวหรือเกิดการเปลี่ยนแปลงยุทธศาสตร์คือการเปลี่ยนแปลง
3. แผนยุทธศาสตร์ (Strategic Plan) เป็นการวางแผนเพื่อนำองค์การไปสู่ภาพลักษณ์ใหม่ก้าวสู่วิสัยทัศน์ที่ต้องการในอนาคต เป็นกรอบในการกำหนดทิศทางการพัฒนาขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้มุ่งไปสู่สถานการณ์อันพึงประสงค์ได้อย่างเท่าทันกับการเปลี่ยนแปลงเป็นการวางแผนในภาพรวมขององค์การทุกกลยุทธ์ที่กำหนดขึ้นเป็นปัจจัยที่ชี้อนาคตขององค์กรนั้น
4. แผนที่ยทางเดินยุทธศาสตร์ (Strategic Route Map) คือ เครื่องมือบริหารการเปลี่ยนแปลง ที่จะใช้บริหารจัดการยุทธศาสตร์ที่ชุมชน ท้องถิ่น องค์กรสร้างขึ้นหรือมีอยู่แล้วให้เกิดความสำเร็จดังนั้น แผนที่ยทางเดินยุทธศาสตร์คือ แผนในการจัดการไปสู่การเปลี่ยนแปลงทั้ง ยุทธศาสตร์ แผนยุทธศาสตร์ และ แผนที่ยทางเดินยุทธศาสตร์ ไม่ใช่สิ่งเดียวกันแต่ก็ไม่ได้มีนัยที่ขัดแย้ง แต่อยู่ร่วมกันเหมือนครอบครัวเดียวกัน

นอกจากนี้แผนที่ยทางเดินยุทธศาสตร์ยังสามารถอธิบายจุดสำคัญของยุทธศาสตร์ไว้ได้ในกระดาษแผ่นเดียว โดยไม่ต้องไปไล่เรียงเปิดเอกสารเป็นเล่มหนา ๆ มุมมองในแผนที่ยทางเดินยุทธศาสตร์ในกระบวนการแผนที่ยทางเดินยุทธศาสตร์ มีหลักคิดและพิจารณาด้วยการใช้ 4 มุมมองที่จำเป็นในการพัฒนาสู่ความเข้มแข็งของประชาชน โดยมุมมองดังกล่าวประกอบด้วย

1. ประชาชน เมื่อมีองค์กรใด ๆ หรือการดำเนินงานใด ๆ ความมองไปถึงประชาชนว่า มีองค์กรนี้แล้วหรือการดำเนินงานนี้แล้ว ประชาชนจะเป็นอย่างไร ประชาชนจะแสดงบทบาทอย่างไร เข้มแข็งอย่างไร ทั้งในมิติของ บุคคล ครอบครัวและชุมชน ชุมชนจะต้องมีมาตรการทางสังคมอะไร



ระบบเผาระวังอะไรของชุมชน และโครงการอะไรที่ชุมชนร่วมคิดร่วมทำ เพื่อที่จะให้ประชาชนแสดงบทบาท

2. ภาวการณ์ช่วย ในการพัฒนาสู่ความยั่งยืน ไม่มีองค์กรใดที่จะพัฒนาได้สำเร็จด้วยตนเอง เพียงองค์กรเดียว จึงจำเป็นต้องมองว่า ใคร องค์กรใด ที่จะเป็นหุ้นส่วนในการทำงานร่วมกันใคร องค์กรใด เหล่านั้นจะแสดงบทบาทอะไรอย่างไร ที่จะส่งผลถึงระดับประชาชนและชุมชน

3. กระบวนการ ได้แก่ กระบวนการบริหารจัดการที่สำคัญ ที่จะส่งผลให้ภาวการณ์ช่วยและภาคประชาชนแสดงบทบาท เช่น กลไกการประสานงานที่ดี การบริหารจัดการตามหลักธรรมาภิบาล การบูรณาการแผน การบริหารเครือข่าย ระบบการสื่อสารที่เข้าถึงทุกครอบครัว

4. รากฐาน ได้แก่ สิ่งที่ต้องเตรียมให้พร้อม มีอย่างน้อย 3 เรื่อง คือ คน (เรื่องของทีมงานหรือคนทำงาน อันได้แก่ บุคลากรและแกนนำ) ข้อมูล (เรื่องระบบข้อมูลของชุมชน กฎระเบียบที่ทันสมัย) และ องค์กร (เรื่องขององค์กรทั้งในด้านโครงสร้าง/บทบาทขององค์กรและวัฒนธรรมองค์กรที่เอื้ออำนวยหรือไม่เอื้ออำนวยต่อการทำงาน)

การสร้างและใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ (Strategic Route Map : SRM) ปัจจัยสู่ความสำเร็จในการสร้างบทบาทของประชาชน คือ สมรรถนะขององค์กรกระบวนการบริหารจัดการ และบทบาทของภาวการณ์ ที่จะต้องสอดคล้องกันโดยมีแผนที่ทางเดินของยุทธศาสตร์เป็นเครื่องมือในการเชื่อมโยงและบริหารจัดการการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นองค์กรทุกแห่งทุกระดับสามารถสร้างและใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ของตนเองได้โดยให้สมาชิกในองค์กร ชุมชน ท้องถิ่นหรือพื้นที่มาร่วมกันดำเนินการพร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเข้าร่วมกันคิด ร่วมกันแสดงความคิดเห็น ร่วมกันตัดสินใจ และร่วมกันเขียนกระบวนการ ขั้นตอนสำคัญของการสร้างและใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ (SRM) คือ “สร้าง 4 ขั้นตอน” และ “ใช้” 3 ขั้นตอน รวมทั้งสิ้น 7 ขั้นตอน ได้แก่

1. การประเมินสถานการณ์ (Situation Analysis) ที่ควรดำเนินการด้วยวิธีสุนทรียปฏิบัติและใช้แผนที่ความคิด (Mind Map)
2. การกำหนดจุดหมายปลายทาง (Destination Statement)
3. การสร้างแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์และตรวจสอบยุทธศาสตร์ (Strategic Route Map Construction)
4. การสร้างแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ฉบับปฏิบัติการ (Strategic Linkage Model Construction: SLM)
5. การนิยามเป้าประสงค์หรือการอธิบายการทำงาน (Strategic Objective Definition)
6. การทำแผนปฏิบัติการ (Action Plan / Mini - SLM)
7. การเปิดงาน (Launching)

การสร้างแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์

การสร้างแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ ต้องตอบ 3 คำถามสำคัญ คือ

1. เราอยู่ที่ไหน (ของการพัฒนา) นำไปสู่ การประเมินสถานการณ์
2. เราจะไปไหน นำไปสู่การกำหนดจุดหมายปลายทาง
3. เราจะไปอย่างไร นำไปสู่การเขียน (สร้าง) แผนที่ทางเดินของยุทธศาสตร์



ในข้อที่ 3 การสร้างแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ ยังประกอบด้วย 2 ขั้นตอนย่อย คือ การตรวจสอบแผนที่ฯ กับ ยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง และการสร้างแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ฉบับปฏิบัติการ (Strategic Linkage Model :SLM) (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2552)

กล่าวโดยสรุป แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์เป็นเครื่องมือบริหารการเปลี่ยนแปลง ที่จะใช้บริหารจัดการยุทธศาสตร์ที่ชุมชน ท้องถิ่น องค์กรสร้างขึ้นหรือมีอยู่แล้วให้เกิดความสำเร็จ มีทิศทางสอดคล้องกัน ประกอบด้วย 7 ขั้นตอน การนำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์มาประยุกต์ใช้ในงานวิจัยครั้งนี้เพื่อการสร้างบทบาทของประชาชน ให้มีส่วนร่วมในกระบวนการบริหารจัดการ รับทราบภาคี ที่จะต้องสอดคล้องกัน จัดการการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นของตนเองได้โดยให้สมาชิกในองค์กร ชุมชน ท้องถิ่นหรือพื้นที่มาร่วมกันดำเนินการพร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเข้าร่วมกันคิด ร่วมกันแสดงความเห็น ร่วมกันตัดสินใจในการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักระดับชุมชน ตามบทบาทหน้าที่ที่เชื่อมประสานยุทธศาสตร์ของท้องถิ่น

2.7 แนวคิดเกี่ยวกับการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research)

2.7.1 ความหมายของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

Kemmis และ McTaggart (ยาใจ พงษ์บริบูรณ์, 2537 ; อ้างอิงจาก Kemmis and McTaggart, 1998) ได้ให้ความหมายไว้ว่า เป็นกระบวนการในรูปของวงจรการปฏิบัติการ (The Action Research Spiral) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Action) การสังเกต (Observation) และการสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflection) เมื่อครบ วงจรหนึ่งๆ จะพิจารณาปรับปรุงแผน (Replanning) เพื่อนำไปปฏิบัติในวงจรต่อไป จนกว่าการเปลี่ยนแปลงของสิ่งที่ศึกษาได้ผลเป็นที่น่าพอใจ

สุวิมล ว่องวานิช (2554) ได้สรุปลักษณะของการวิจัยไว้ว่า ผู้วิจัย คือผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงาน สิ่งที่ถูกวิจัย คือสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นในหน่วยงาน วัตถุประสงค์ของการวิจัย คือ การพัฒนาและค้นหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น วิธีการวิจัย คือ กระบวนการ ค้นหาข้อความรู้ ขั้นตอนที่สำคัญ คือ การวิจัยและการปฏิบัติ

ศิริพร จิรวัดนกุล (2546) ได้ให้ความหมายการวิจัยเชิงปฏิบัติการไว้ว่า เป็นการวิจัยที่มีเป้าหมายที่จะแก้ปัญหา พัฒนากิจกรรมโดยการปรับปรุงเปลี่ยนแปลง (Improving by Changing) โดยบุคคลที่เผชิญกับปัญหานั้นอยู่เอง เป็นรูปแบบของการทำความเข้าใจในการปรับปรุงสถานการณ์เฉพาะที่พบว่ามีปัญหา เพื่อต้องการพัฒนาหาหลักการ เหตุผลและวิธีการปฏิบัติงานเพื่อการพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติงานนั้นและขณะเดียวกันก็เป็นการพัฒนาความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติงานนั้น ๆ

นงพรรณ พิริยานุพงศ์ (2546) ได้ให้ความหมายการวิจัยเชิงปฏิบัติการไว้ว่า เป็นการวิจัยที่เป็นการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงวิธีการปฏิบัติการอย่างเป็นระบบระเบียบ (Improve Practice and Systematically) และเป็นการศึกษาปัญหาที่เกิดขึ้นในสถานการณ์เฉพาะนั้น ๆ พร้อมทั้งมีการเปลี่ยนแปลงเพื่อให้ได้มาซึ่งรูปแบบของการแก้ปัญหาและได้คำตอบในการแก้ปัญหาดังกล่าว (Streubert and Carpenter, 1999) ดังนั้นการวิจัยเชิงปฏิบัติการจึงมีความแตกต่างไปจากการ



แก้ปัญหามาประจำวันเพราะมีการใช้วิธีการศึกษาทางวิทยาศาสตร์ มีการศึกษาปัญหาอย่างเป็นระบบ และกระบวนการแก้ปัญหาก็ใช้หลักทฤษฎี เป็นการวิจัยที่มุ่งเน้นให้เกิดความร่วมมือกันในการที่จะทำให้คนเห็นปัญหา และวางเป้าหมายในการแก้ปัญหาไปด้วยกัน ต้องอาศัยความร่วมมือระหว่างนักวิจัยกับผู้บริหาร เน้นให้เห็นความสำคัญของการเรียนรู้กันในกระบวนการวิจัย

Holloway (2553) ได้ให้ความหมายการวิจัยเชิงปฏิบัติการไว้ว่า คือ การแสวงหาความรู้ภายใต้การดำเนินการของนักปฏิบัติที่กลายมาเป็นนักวิจัย หรือผู้ซึ่งทำงานเป็นหุ้นส่วนกับนักวิจัย เพื่อตรวจสอบประเด็นและปัญหาในสถานที่ทำงานของตนเอง เป็นการนำความคิดไปปฏิบัติผ่านกระบวนการที่เป็นวงจร ซึ่งแต่ละวงจะขึ้นกับวงก่อนหน้า การวิจัยเชิงปฏิบัติการไม่ใช่วิธีการวิจัยบริสุทธิ์ แต่เป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนา และนักวิจัยสามารถใช้วิธีการเก็บและรวบรวมข้อมูลได้หลากหลายวิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เป็นทั้งการวิจัยและการปฏิบัติการ

กล่าวโดยสรุป การวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นกระบวนการวิจัยที่มี เป้าหมายที่จะแก้ปัญหารับปรุงหรือพัฒนา มุ่งเน้นการเปลี่ยนแปลงโดยบุคลากร ในระบบร่วมกับนักวิจัยเข้ามามีบทบาทในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมบุคลากรในระบบ ในการพัฒนาตนเองและผู้อื่นให้เหมาะสมกับการดำเนินการเป็นการปฏิบัติใน สถานการณ์จริง เน้นที่การสร้างการเปลี่ยนแปลงอย่างเป็นขั้นตอน ผ่านกระบวนการวิจัยตั้งแต่ การวางแผน การปฏิบัติ การสังเกต และการสะท้อนผลการปฏิบัติ เมื่อ ครบวงจรหนึ่งๆ จะพิจารณาปรับปรุงแผน เพื่อนำไปปฏิบัติในวงจรต่อไป จนกว่า การเปลี่ยนแปลงของสิ่งที่ศึกษาได้ผลเป็นที่น่าพอใจ โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของ ผู้เกี่ยวข้องตลอดกระบวนการวิจัย จนเกิดองค์ความรู้ ต่างๆ ที่ได้จากกระบวนการวิจัย

วิวัฒนาการของวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research Roots)

วิจัยเชิงปฏิบัติการเริ่มต้นเมื่อปลายปี 1940 โดย Collier (1945) เป็นคนแรกที่มีแนวคิดในการรวมทีมวิจัยที่ประกอบด้วยนักวิจัย นักบริหาร และประชาชนในการปรับปรุงความสัมพันธ์ของเชื้อชาติ และ Kurt Lewin (1946) ได้นำกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการมาใช้ในการปรับปรุงวิธีการปฏิบัติงานของคณงาน (Streubert & Carpenter, 1999) ซึ่ง Kurt Lewin ได้ชื่อว่าเป็นบิดาแห่งการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เขาเป็นนักจิตวิทยาสังคมชาวเยอรมันผู้มีความเชื่อสายยิว ที่อพยพถิ่นฐานเข้ามาพำนักในประเทศสหรัฐอเมริกา Lewin กล่าวว่า Action research เป็นการวิจัยเปรียบเทียบสภาพ และผลที่ได้รับจากการกระทำทางสังคมและงานวิจัยนำไปสู่การกระทำทางสังคม เป็นขั้นตอนของเกลียวสว่าน ซึ่งแต่ละขั้นตอนประกอบด้วย

1. ขั้นตอนแรกเป็นการวางแผนเพื่อเปลี่ยนพื้นที่หรือพฤติกรรมของบุคคล
2. นำกิจกรรมการเปลี่ยนแปลงใส่ลงไป
3. ประเมินผลการเปลี่ยนแปลง
4. ปรับปรุงการปฏิบัติการให้ดีขึ้น
5. เริ่มกระบวนการทั้งหมดอีกครั้ง

ปัจจุบันยังคงใช้ขั้นตอนนี้แต่มีการเปลี่ยนแปลงไปมากโดยเฉพาะมีความเป็นประชาธิปไตย (Democratic) มากขึ้น และมีส่วนร่วมมากขึ้น และการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ถูกนำไปดำเนินการในหลาย



สาขาวิชา เช่น การจัดการ สังคมวิทยา การดูแลสุขภาพ และอื่น ๆ การวิจัยเชิงปฏิบัติการ สมัยใหม่มีพื้นฐานมาจาก Critical Social Theory และ Critical Social Science สรุปได้ดังนี้

Critical Theory เป็นทฤษฎีที่วิพากษ์ Positivist และ ส่งเสริมการวิจัยแบบตีความ (Interpretative) ในปี 1950 นักทฤษฎีเชิงวิพากษ์ ได้วิพากษ์การครอบงำของ Positivist ในศตวรรษที่ 20 ซึ่งมีกฎที่เข้มงวดและบีบรัดความคิดเชิงวิพากษ์และสร้างสรรค์ ซึ่งเขาไม่เห็นด้วยกับวัตถุประสงค์ของการสร้างความรู้แบบเข้มงวดกับสังคมชีวิต ขณะที่การค้นคว้าของศาสตร์ทางสังคม ต้องประกอบด้วย การเชื่อมต่อด้านคุณค่าและความสนใจของมนุษย์ เขาจึงพยายามผสมผสานเข้าไปในกรอบแนวคิดใหม่ โดยรวมเอาจริยธรรมและการวิพากษ์ด้านความคิด อย่างไรก็ตามเขายังคงพิจารณาความรู้ด้วยความเข้มงวดเหมือน Positivist

ในปี 1974 Habermas ได้อภิปรายถึงพฤติกรรมมนุษย์ ในเรื่องของความสนใจและความต้องการ เขาวิพากษ์ว่า ความรู้ประกอบด้วยความสนใจ 3 อย่าง คือ เทคนิค การปฏิบัติ และการปลดปล่อย เทคนิคเป็นการช่วยคนให้ได้รับความรู้เพื่อควบคุมธรรมชาติ ซึ่งต้องการความรู้ทางวิทยาศาสตร์มาอธิบาย แต่ไม่สามารถอธิบายได้ทุกสิ่งและคนต้องการไขว่คว้าหาความหมายของชีวิต เพื่อที่จะเข้าใจคนอื่น จึงเกิดความรู้ผ่านวิธีการตีความ เพื่อสนองความสนใจด้านปฏิบัติ ขณะที่ความเป็นคนนั้นต้องการการปลดปล่อย ความรู้เป็นสิ่งที่มาพร้อมกับอิสระและการปกครองตนเอง การพิชิตปัญหาทางสังคมและการเปลี่ยนแปลงสัมพันธภาพเชิงอำนาจ Habermas ใช้ปรัชญาของมาร์กซิสต์เป็นฐาน (ความคิดของมาร์กเน้นมีเป้าหมายเชิงปฏิบัติและการเมือง และพลังทางเศรษฐกิจในสังคมเป็นตัวสร้างความเปลี่ยนแปลง)

ในปี 1970 และ 1980 ได้มีการพัฒนางานแนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ขึ้น เพราะถูกแรงกดดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านการศึกษา และสังคม ภายใต้กรอบแนวคิดทฤษฎีเชิงวิพากษ์ เชื่อมกับ Concept “Conscientization” ของ Marxist และ Freire มีความเชื่อว่า คนมีความตระหนักในสังคมและประวัติศาสตร์ของความเป็นจริงเพิ่มขึ้น ว่ามีอิทธิพลต่อชีวิตและทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในปี 1982 ได้มีการพัฒนาแนวทางการวางแผนการทำ การวิจัยเชิงปฏิบัติการ ถึงแม้ว่าการพัฒนาด้านการศึกษาและชุมชนจะไม่เชื่อมต่อดังตรงกับการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ สิ่งสำคัญ คือ นักวิจัยสุขภาพอยากสร้างพลังอำนาจให้กับผู้ป่วยเพื่อให้สามารถควบคุมชีวิตตนเอง และเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ของเขา แม้ว่าจะมีแนวคิดของมาร์กนาแต่ให้คุณค่ากับประชาธิปไตยและความเท่าเทียม การวิจัยเชิงปฏิบัติการในการดูแลสุขภาพ มีประโยชน์มากในทางการพยาบาลและการดูแลสุขภาพอื่น ๆ วิจัยเชิงปฏิบัติการ เป็นตัวแทนของสิ่งขวางกั้นต่อ Positivist และสามารถสะท้อนสิ่งปฏิบัติเพื่อการพัฒนาและสร้างทฤษฎีจากการปฏิบัติ เป็นเครื่องมือสำหรับนักปฏิบัติ ความรู้ที่ได้เป็นสิ่งจำเป็นสำหรับชีวิตเพื่อพัฒนาการปฏิบัติการดูแลสุขภาพให้ดีขึ้น และสามารถประยุกต์ใช้ความรู้กับพื้นที่ได้อย่างเต็มที่ (Hard and Bond, 1995) วิจัยเชิงปฏิบัติการ เป็นการสร้างความรู้จากการปฏิบัติเพื่อช่วยยกระดับการดูแลและการบริการ บุคลากรด้านสุขภาพใช้บ่อยแต่แต่ไม่ได้กลับไปดูที่พื้นฐานและการพัฒนา เน้นการปฏิบัติมากกว่าการพัฒนาทฤษฎี วิจัยเชิงปฏิบัติการ เป็นสะพานเชื่อมต่อระหว่างทฤษฎีกับการปฏิบัติ ซึ่งเป็นช่องว่างที่ถูกมองว่าเป็นอันตรายต่อวิชาชีพและการทำงานในคลินิก



ธรรมชาติของวิธีวิทยา คุณลักษณะเด่น วิธีการเด่น โจทย์ปรากฏการณ์

1. ธรรมชาติของวิธีวิทยา

McNiff & Whitehead (2006) อธิบาย Ontological Assumption, Epistemological Assumption และ Methodological Assumptions ของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ดังนี้

Ontological Assumption ของการวิจัยเชิงปฏิบัติการคือ การวิจัยที่เชื่อในคุณค่า (Value laden) มีสัญญาใจ (Morally commit) และมีเป้าหมายที่จะเข้าใจว่า “ฉัน” หรือ “เรา” ที่เป็นผู้กระทำ ไม่ใช่ “พวกเขา” และผู้วิจัยต้องอยู่ในความสัมพันธ์กับพื้นที่ที่จะศึกษา ไม่สามารถหลุดพ้นจากการให้คุณค่าได้ (Value free) และจะนำคุณค่าที่มีไปใช้กับสิ่งที่จะศึกษา

Epistemological Assumption ของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มี 3 ประการคือ

1. เป้าหมายของการค้นหาความรู้คือ “ตัวฉันเอง” (I) ไม่ใช่ไปศึกษา “ผู้อื่น” (Other People)
2. ความรู้เป็นสิ่งที่ไม่แน่นอน ไม่ตายตัว มีหลายคำตอบ ไม่สามารถค้นพบได้เองแต่ต้องสร้างสรรค์ขึ้นมา
3. ความรู้เป็นลักษณะปัจเจก (Individual) สร้างได้จากกระบวนการความร่วมมือ (Collaborative Process)

Methodological Assumptions ของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ไว้ 3 ประการ คือ

1. ผู้ปฏิบัติเป็นผู้วิจัย
 2. วิธีวิทยามีลักษณะแบบยืดหยุ่นและการพัฒนาต่อเนื่องปรับเปลี่ยนตามสถานการณ์
 3. เป้าหมายเพื่อ การปรับปรุงให้ดีขึ้นโดยการเรียนรู้ร่วมกัน
2. ฐานปรัชญาของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

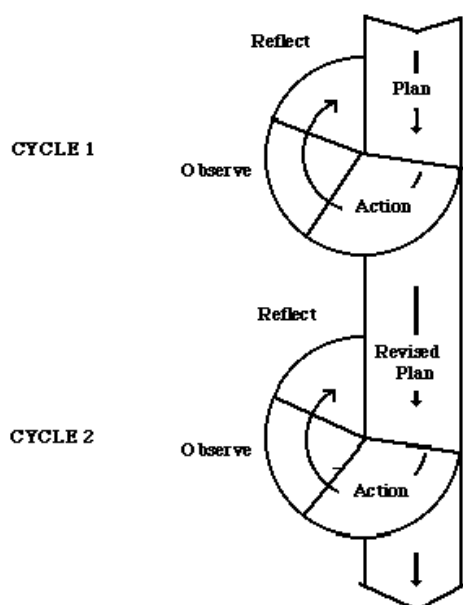
นักวิจัยเชิงปฏิบัติการเชื่อใน Pragmatism กล่าวคือเป็นแนวทางในการแสวงหาความรู้ที่แท้จริงมาจาก ประสบการณ์ที่ได้รับ โดยการลงมือปฏิบัติจริงเป็นสิ่งที่สำคัญที่สุด และยังเชื่อว่าแนวคิดทฤษฎีใด ๆ ก็ตามจะถือว่าเป็นความจริงก็ต่อเมื่อได้รับการทดสอบหรือการพิสูจน์จากการนำไปใช้ประโยชน์ ปฏิบัติในสถานการณ์จริงเท่านั้น

3. คุณลักษณะเด่น วิธีการเด่น

ลักษณะการวิจัยจึงเป็นรูปแบบการผสมผสานวิธีการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative) และวิธีคุณภาพ (Qualitative) ร่วมกัน ซึ่งเรียกวิธีการวิจัยแบบนี้ว่า พหุวิธี (Multiple Methodology) (Greenwood and Levin, 2007) การวิจัยเชิงปฏิบัติการ ไม่ได้เน้นในการกำหนดแนวทางรูปแบบที่ชัดเจนของวิธีวิทยานัก แต่มีเป้าหมายสูงสุดคือใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อเรียนรู้สู่การปฏิบัติ วิธีการที่จะเลือกใช้ขึ้นอยู่กับบริบทที่จะศึกษาโดยวิธีการเด่นของการวิจัยเชิงปฏิบัติการคือ มีลักษณะการดำเนินการวิจัย เป็นวงจรหรือเกลียว (Spiral) มีความเป็นพลวัต ในวงจรของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เริ่มต้นที่การวางแผน (Planning) เป็นการวางแผนที่นำไปสู่การปฏิบัติเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ ลำดับต่อมาคือการปฏิบัติ (Action) เป็นการปฏิบัติงานตามแผนที่กำหนดไว้ จากนั้นเข้าสู่การติดตามผลการปฏิบัติเป็นการสังเกต (Observation) และขั้นสุดท้ายคือการสะท้อน (Reflection) เป็นการสะท้อนคิด



ผลของการปฏิบัติว่าได้ดำเนินงานตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้หรือไม่ เป็นการส่งเสริมให้ผู้วางแผนได้เรียนรู้หรือเข้าใจ จุดอ่อนและจุดแข็งของแผน เพื่อนำไปสู่การปรับแผนการดำเนินงานในขั้นตอนต่อไป เพื่อที่จะเริ่มต้นเข้าสู่เกลียวลำดับ วงจรของการวิจัยเชิงปฏิบัติการสรุปได้ ภาพประกอบ 2.3



ภาพประกอบ 2.3 วงจรของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

4. คำถามการวิจัย

คำถามที่ใช้ในการวิจัยส่วนใหญ่มีทั้งคำถามทั่วไป (Typical Questions) และคำถามเฉพาะเจาะจง (Specific Questions) มักเป็นคำถามที่บ่งบอกถึงการค้นหาแนวทาง รูปแบบ หรือพัฒนาสิ่งใหม่ที่จะช่วยในการแก้ปัญหา ปรับปรุงการทำงานหรือเปลี่ยนแปลงในชุมชน คำถามการวิจัยที่ดีจะต้องได้มาจากมุมมองของการปฏิบัติและสามารถเข้าสู่วงจรการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง ทำให้มีการเชื่อมโยงการปฏิบัติกับคุณค่าและความเชื่อ ช่วยให้นักวิจัยสามารถบรรลุเป้าหมายได้อย่างเหมาะสม เพราะคำถามจะนำไปสู่การตั้งสมมติฐานที่ทำให้เห็นสิ่งที่จะเปลี่ยนแปลง เป้าหมายหลักของคำถามคือการถามถึงบางสิ่งเพื่อต้องการพัฒนา ซึ่งอาจจะเริ่มจากสิ่งที่เกี่ยวข้องกับตนเอง หรือเกี่ยวข้องกับบริบทของสถานการณ์ที่อาศัยอยู่ โดยต้องระลึกไว้เสมอว่า การพัฒนานั้นคือต้องการที่จะทำให้ดีขึ้นจากเดิมเท่านั้น ไม่ใช่ต้องการทำให้เกิดความสมบูรณ์ไร้ที่ติ (Riel, 2007) ลักษณะรูปแบบของคำถามอื่น ๆ เช่น การพัฒนารูปแบบควรทำอย่างไร?

ข้อควรระวัง คำถามต้องไม่เป็นคำถามที่รู้คำตอบ หรือคำถามปลายปิด คำถามที่หาคำตอบได้จากการทบทวนวรรณกรรม คำถามเชิงเปรียบเทียบ หรือคำถามที่ต้องใช้สถิติเชิงความสัมพันธ์ (McNiff & Whitehead, 2006)

5. การออกแบบและหลักการใช้วิธีวิทยา

5.1 ชนิดของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ



ด้วยลักษณะการดำเนินการวิจัยสามารถที่จะผสมระหว่างวิธีการเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณได้ แต่เนื่องจากมีจุดเน้นที่การสร้างความรู้และสร้างศักยภาพ จึงพบว่าการวิจัยเชิงปฏิบัติการส่วนใหญ่เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยใช้วิธีการเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม ประวัติชีวิต และการสังเกตแบบมีส่วนร่วม ซึ่งนักวิจัยจะต้องเลือกวิธีที่เหมาะสมกับข้อมูลแต่ละประเภท ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีความแตกต่างกันตามประเภทการเลือกใช้วิธีการใดขึ้นกับผู้ร่วมวิจัย ประเภทของวิจัยเชิงปฏิบัติการ ชนิดที่ใช้บ่อยในการพยาบาล Holter & Schwartz-Barcott (1993) แบ่งระเบียบวิธีวิจัยเป็น 3 แนวทาง ดังนี้ (ดังตาราง 2.2)

1. ดำเนินการโดยอาศัยความร่วมมือทางเทคนิค (Technical Collaborative Approach) เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่มีเป้าหมายหลักเพื่อการทดสอบวิธีการแก้ไขปัญหา (Intervention) ซึ่งพัฒนามาจากความรู้หรือจากทฤษฎีที่มีอยู่ เพื่อดูว่าวิธีการตามทฤษฎีนั้นสามารถใช้ได้จริงในทางปฏิบัติ มักมีการตั้งสมมติฐานนำมาก่อน เป็นการศึกษาโดยใช้วิธีการอนุมาน (Deductive Approach) ผู้วิจัยได้มีการกำหนดปัญหาและวิธีการแก้ไขปัญหามาก่อนแล้ว ความร่วมมือที่คาดหวังจากผู้ร่วมวิจัยคือการตกลง หรือยินยอมที่จะยอมรับและช่วยสนับสนุนให้มีการนำวิธีการนั้น ๆ มาใช้ในทางปฏิบัติ ผลที่ได้รับมักจะเป็นความเปลี่ยนแปลงในทางปฏิบัติที่เกิดขึ้นในระยะสั้น และความรู้ที่ได้รับจะเป็นความรู้เชิงทำนาย (Predictive Knowledge) ซึ่งสอดคล้องกับชนิดของการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่เรียกว่า (Traditional Action Research) ที่หมายถึงการวิจัยเชิงปฏิบัติการแท้ ๆ ที่ทำในเรื่องโครงสร้างอำนาจขององค์กรทำปฏิบัติการแก้ปัญหา

2. การดำเนินการโดยอาศัยความร่วมมือซึ่งกันและกัน (Mutual collaboration approach) โดยมีปรัชญาพื้นฐานมาจาก Historical-hermeneutic ในลักษณะนี้ ผู้วิจัยอาจมีแนวคิดหรือมีปัญหาเรื่องใดเรื่องหนึ่งมาก่อนอย่างกว้าง ๆ และในขั้นตอนของการวิจัยนั้น ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัย มักร่วมกันค้นหาปัญหาที่เกิดขึ้นหรือที่มีแนวโน้มที่จะเกิดขึ้นในสถานการณ์จริง ๆ รวมทั้งสาเหตุของปัญหาและวิธีการแก้ไขที่อาจจะเป็นไปได้ (Possible Interventions) มักใช้วิธีการอุปมาน (Inductive approach) เป็นส่วนใหญ่ ผลที่ได้รับคือทั้งผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยจะเกิดความเข้าใจในปัญหาและสาเหตุของปัญหาในมุมมองใหม่ ๆ ตลอดจนได้ทางเลือกสำหรับแก้ไขปัญหาและนำไปสู่การพัฒนาความรู้หรือทฤษฎีใหม่ หรืออาจเรียกอีกชื่อหนึ่งว่า Contextual Action Research: Action Learning ซึ่งงานวิจัยทำให้เกิดการเรียนรู้ระหว่างองค์กร ผู้ปฏิบัติงานได้เข้าใจงานทั้งหมด และช่วยให้ผู้ร่วมงานได้กระทำตนเป็นผู้ออกแบบโครงการและเป็นผู้ร่วมวิจัย

3. ดำเนินการโดยการส่งเสริมให้บุคคลได้สะท้อน ถึงปัญหาและการปฏิบัติด้วยตนเอง (Enhancement Approach) มีเป้าหมายคือช่วยให้ผู้ประสบปัญหาได้ค้นพบปัญหาและวิธีการแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง ผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นเพียงผู้อำนวยความสะดวกให้ผู้ร่วมวิจัยได้มีการคิดถึงสภาพปัญหาและเงื่อนไขต่าง ๆ ทั้งในระดับบุคคลหรือองค์กรภายใต้วัฒนธรรม ค่านิยม และความขัดแย้งที่เกิดขึ้น จากการสะท้อนความคิดเชิงเหตุและผลของผู้ร่วมวิจัยจะทำให้ได้มุมมองใหม่ ๆ เกี่ยวกับปัญหาและการปฏิบัติ จะได้มาซึ่งความรู้เชิงบรรยาย และเชิงทำนายด้วย (Descriptive and Predictive knowledge) หรืออาจเรียกอีกชื่อหนึ่งว่าเป็น Radical Action Research ซึ่งมีรากฐานมาจากทฤษฎี



วัตถุนิยมของ Marx มีการใช้ PAR ในการเคลื่อนไหวทางเสรีภาพ สิทธิสตรี เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสังคม

ตาราง 2.2 เปรียบเทียบคุณลักษณะของการวิจัยเชิงปฏิบัติการทั้ง 3 ชนิด

ลักษณะ/Type	Type 1	Type 2	Type 3
Collaborative	A technical	A mutual	An enhancement
Perspective	Positivism	Interpretivism	Critical Science
Process	Scientific-Technical	Practical deliberative	Critical Emancipatory
ที่มาของปัญหาวิจัย	นักวิจัยเป็นผู้เริ่ม	นักวิจัยร่วมกับผู้ร่วมวิจัย	นักวิจัยกระตุ้นผู้ร่วมวิจัยคิด
Methodology	Deductive Approach	Inductive Approach	Deductive & Inductive
Time	เร็วแต่ไม่ยั่งยืน	เร็วแต่เกิดเฉพาะกลุ่ม	ค่อยเป็นค่อยไปแต่ยั่งยืน
Goal	การเปลี่ยนแปลง	การเปลี่ยนแปลง	การเปลี่ยนแปลง
Knowledge	ความรู้เชิงทำนาย ตรวจสอบ และปรับปรุง ทฤษฎี	ความรู้เชิงพรรณนา (Descriptive Knowledge)	ความรู้เชิงพรรณนา (Descriptive Knowledge)

5.2 หลักการออกแบบวิจัยเชิงปฏิบัติการ

หลักการออกแบบวิจัยเชิงปฏิบัติการ เป็นการดำเนินงานโดยการวางแผนกระบวนการค้นหาความรู้อย่างเป็นระบบ รวมทั้งการตรวจสอบจริยธรรมและความตรงของการดำเนินงานอย่างละเอียดและชัดเจนบนพื้นฐานของการยึดถือปัญหาและบริบทของปัญหาเป็นศูนย์กลางมีหลักสำคัญคือการดำเนินกิจกรรมการวิจัยในขั้นตอนเตรียมการเริ่มต้นของการศึกษา (Initiation a study) ช่วยให้นักวิจัยมี “ภาพเริ่มต้น” ของการวิจัย ที่ทำให้มั่นใจว่าจะได้ข้อเท็จจริงต่าง ๆ ออกมาด้วยวิธีการอย่างเป็นระบบ นอกจากนี้จะต้องแสดงให้เห็นวิธีการ “ทางเลือก” ใหม่ ที่เป็นไปได้สำหรับใช้ปรับปรุงหรือกระทำการใด ๆ ทางสังคม (Social action) ตลอดจนกระตุ้นให้กลุ่มบุคคลผู้ทำวิจัยมีการคิดอย่างไตร่ตรองในการทำให้กระบวนการศึกษาวิจัยที่จะเกิดขึ้นดำเนินไปอย่างเป็นระบบ โดยการออกแบบวิจัยจะต้องครอบคลุมกิจกรรมหลัก 2 ประการ คือ (องอาจ นัยพิพัฒน์, 2551)

5.2.1 การออกแบบการวิจัยให้เป็นแบบมีส่วนร่วม

5.2.1.1 นักวิจัยต้องสร้างสัมพันธภาพที่ดีและสร้างความไว้วางใจกับผู้ร่วมวิจัย

5.2.1.2 นักวิจัยต้องออกแบบโดยระบุว่าใครเป็นผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการวิจัย และจะเข้าร่วมวิจัยอย่างไร มีส่วนร่วมในระดับใด และมีส่วนร่วมทางตรงหรือทางอ้อม



5.2.1.3 นักวิจัยต้องตั้งเป้าหมายและปรับเปลี่ยนบทบาทความสัมพันธ์
ของผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัย

5.2.2 การออกแบบการวิจัยให้เป็นแบบปฏิบัติการ

5.2.2.1 ระบุเกี่ยวกับวิธีการลงมือปฏิบัติการของนักวิจัยในบทบาทผู้อำนวยการ
ความสะอาด

5.2.2.2 ระบุบทบาทของนักวิจัยในการกำหนดยุทธวิธีและการสร้างพลังร่วม
ในการวิจัย

5.2.2.3 ระบุประเด็นทางด้านจริยธรรมในการลงมือปฏิบัติการวิจัย

การดำเนินการทั้ง 2 กิจกรรมหลักต้องเป็นไปในลักษณะ “การซุกคืบ”

หารายละเอียด รวมทั้งการให้ความเห็นชอบและโต้แย้งด้วยเหตุผลระหว่างนักวิจัยกับผู้ร่วมวิจัย ดังนั้น
หลัก การออกแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการจึงมีลักษณะผสมผสานระหว่างการวางแผนดำเนินการเริ่มต้น
ด้วยการกำหนดล่วงหน้า และการปรับเปลี่ยนแผนเมื่อมีการนำแผนนั้นไปลงมือปฏิบัติในภาคสนาม หรือ
อาจกล่าวได้ง่าย ๆ ว่า การออกแบบการวิจัยดำเนินไปอย่างต่อเนื่องพร้อมกับกระบวนการทำวิจัยใน
ภาค สนาม ตามขั้นตอนต่างๆ ของการวิจัยที่มีลักษณะเป็นเกลียว แบบซ้อนเหลื่อมกัน นอกจากนั้น
นักวิจัยสามารถออกแบบด้วยวิธีการเชิงปริมาณ เชิงคุณภาพ หรือผสมผสานกันก็ได้ เพียงแต่ต้องเป็น
วิธีการที่สอดคล้องกับจุดมุ่งหมายของการศึกษาวิจัย และบริบทของสนามวิจัย รวมทั้งสามารถ
ดำเนินการจน กระทั่งได้ข้อสรุปผลของการวิจัยที่เป็นความรู้เชิงปฏิบัติการ (Practical Knowledge)

5.3 หลักการใช้วิธีวิทยาในการตอบโจทยองค์ความรู้

การตัดสินใจเลือกใช้การดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีข้อควรพิจารณา ดังต่อไปนี้

5.3.1 การวิเคราะห์สถานการณ์/โจทย์ การวิเคราะห์สถานการณ์ เป็น
กระบวนการระยะแรกที่สำคัญเพื่อให้เกิดความเข้าใจสถานการณ์ เนื่องจากแนวคิดและหลักการสำคัญ
ของการออกแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ คือ การยึดถือปัญหาและบริบทของปัญหาที่ต้องการแก้ไขเป็น
ศูนย์กลางในการออกแบบ ต้องวิเคราะห์อย่างมีวิจารณญาณ เพื่อให้เกิดความเข้าใจในสถานการณ์ตาม
ธรรมชาติของสถานการณ์นั้น ๆ อย่างแท้จริง อันจะนำไปสู่การทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงแก้ไขอย่าง
ลึกซึ้งและเหมาะสม ซึ่งผู้ร่วมวิจัยต้องร่วมกันศึกษา ค้นหาปัญหา ทำความเข้าใจสถานการณ์และสะท้อน
ความคิดเห็น ความต้องการ สร้างความตระหนัก สามารถระบุปัญหาและเข้าใจธรรมชาติของปัญหาที่
เกิดขึ้น รวมทั้งวางแผนทางปฏิบัติเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง

5.3.2 การพิจารณาความพร้อม ทักษะของนักวิจัยและทีม ความพร้อม ทักษะ
ของนักวิจัยและผู้ร่วมวิจัย จึงมีความสำคัญ ต่อการตัดสินใจออกแบบการวิจัย นักวิจัยจึงต้องมี
คุณลักษณะเฉพาะตัว มีทักษะทางมนุษยสัมพันธ์ และมีทัศนคติเชิงบวกหรือเชิงสร้างสรรค์ในการทำงาน
ท่ามกลางความขัดแย้งที่อาจเกิดขึ้นได้ ซึ่งนักวิจัยควรมีการเตรียมความพร้อมก่อนการทางานภาคสนาม
หรือฝึกประสบการณ์ต่าง ๆ ก่อนลงสู่สนามจริง เนื่องจากบทบาทของนักวิจัยเชิงปฏิบัติการต้อง
รับผิดชอบนั้นมีหลากหลาย ผสมผสานทั้งงานนักวิจัยและนักพัฒนา เป็นผู้นำ เป็นนักวางแผนนัก
ออกแบบ เป็นผู้อำนวยความสะดวก ช่างสังเกต เป็นผู้สอนและผู้ฟังและเป็นผู้รายงานที่ดี



นอกจากนั้นในการวิจัยเชิงปฏิบัติการจะต้องทำงานเป็นทีมโดยมีผู้เกี่ยวข้อง 3 ระดับคือ *ระดับนโยบาย* จะทำหน้าที่สนับสนุนการดำเนินการวิจัยและเป็นผู้ใช้ผลงานวิจัย *ระดับนักวิจัย* ประกอบด้วยนักวิจัยหลัก ผู้ช่วยนักวิจัย และผู้ร่วมวิจัย และ *ระดับผู้ปฏิบัติงาน* เป็นบุคคลกรในพื้นที่ที่ทำการวิจัย อาจมีบทบาทเป็นทั้งผู้ร่วมวิจัย และเป็นผู้ปรับเปลี่ยนวิธีการปฏิบัติงานเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง (ศิริพร จิรวัดน์กุล, 2548) โดยการทำงานของทีมนักวิจัย จะต้องรู้บทบาทหน้าที่และเกิดความร่วมมือกันทำงานแบบเสมอภาค ต้องไม่เกิดความลำเอียงในระหว่างปฏิบัติการวิจัย เพราะทำให้ข้อมูลที่ได้คาดเคลื่อนได้

5.3.3 ระยะเวลาในการทำการวิจัย

5.3.4 งบประมาณ ทุน การวิจัย

6. วิเคราะห์ธรรมชาติขององค์ความรู้ที่เกิดขึ้นจากการใช้วิธีวิทยานี้

ความรู้ที่เกิดจากการวิจัยเชิงปฏิบัติการชนิดนี้เป็นความรู้เชิงพรรณนา (Descriptive) และมุ่งสู่การพัฒนาทฤษฎีใหม่ ในลักษณะ Local theory นำไปใช้ในสถานการณ์จริงที่ทำการศึกษานำไปสู่การพัฒนา เปลี่ยนแปลงให้ดีขึ้นได้จริง ความรู้ที่ได้ ไม่สามารถนำผลการวิจัยไปอ้างอิงในบริบทที่แตกต่างกันได้ (Streubert & Carpenter, 1999) ความเปลี่ยนแปลงที่ได้จากการนำความรู้ไปใช้จะมีความยั่งยืนระดับใด ขึ้นอยู่กับลักษณะชนิดของการออกแบบวิจัย

7. ความเชื่อถือได้ (Trustworthiness) ของวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Lincoln and Guba cited in Stringer, 2007)

ความเชื่อถือได้ (Credibility) หมายถึง การตรวจสอบความสอดคล้องของข้อมูล และการตีความของผู้วิจัยกับความเป็นจริงระดับต่าง ๆ ในความคิดของผู้ให้ข้อมูลและนักวิจัย (Etic-Etic) โดยนักวิจัยต้องอยู่ในสนามเป็นช่วงระยะนาน (Prolonged Engagement) จนสามารถขจัดอคติและตรวจสอบความเข้าใจในประเด็นสำคัญ ๆ ได้ถูกต้อง สังเกตอย่างจริงจัง (Persistent observation) รวมทั้งเข้าใจสิ่งที่ผิดปกติพร้อมทั้งเข้าใจความหมายนั้น ๆ ถ้อยทอด เล่า ตรวจสอบระหว่างเพื่อนร่วมวิจัย เพื่อดูความรู้อย่างแน่นแฟ้นและการพัฒนาการของความเข้าใจ ปรัชญาหรือเกี่ยวกับแนวทางการวิจัย รวมทั้งช่วยบอกเล่าแก้ไขปัญหาดัง ๆ ซึ่งกันและกันทั้งปัญหาล้วนตัวและปัญหาทางปัญญา ตรวจสอบแบบสามเส้า (Triangulation) คือ การตรวจสอบแหล่งที่มาต่าง ๆ ของข้อมูลของผู้สืบสวนข้อมูลหลาย ๆ คนที่ต่าง ๆ กัน ของมุมมองทางทฤษฎีหลาย ๆ ทฤษฎีตรวจสอบซึ่งกันและกัน มีสารสนเทศต่าง ๆ ครอบคลุมเพียงพอทั้งเอกสาร รูปภาพ เทป วิดีโอ เป็นต้น โดยข้อมูลต่าง ๆ ที่ใช้ประกอบการวิจัยและการตีความเรื่องราวต่าง ๆ จะต้องผ่านการตรวจสอบเป็นระยะ ๆ โดยผู้เกี่ยวข้องทุกขั้นตอน ตั้งแต่ต้นจนสุดท้ายของการศึกษา

Dependability หมายถึง กระบวนการวิจัยมีความชัดเจนเปิดโอกาสให้ตรวจสอบได้อย่างละเอียด (Inquiry audit) อธิบายรายละเอียดการตรวจสอบกระบวนการต่าง ๆ ร่วมกันหลายวิธี เช่น การตรวจสอบความตรงของข้อมูล แนวคิดทฤษฎี การใช้นักวิจัยหลายคนร่วมสังเกตสิ่งเดียวกัน เป็นต้น เพื่อดูว่าผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจะไปทิศทางเดียวกัน สนับสนุนกันหรือขัดแย้งกัน ซึ่งเป็นวิธีการตรวจสอบแบบสามเส้า (Theoretical, Data, Methodological, Investigator, Analysis and, Multiple triangulation)



Transferability หมายถึง ความสามารถอ้างผลการวิจัยไปยังสภาพการณ์ในบริบทที่คล้ายคลึงกัน อธิบายรายละเอียดครอบคลุม Context Activities และ Events เพื่อป้องกันจุดอ่อนของงานวิจัย การเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ที่ครอบคลุมแนวคิดและมุมมองของทฤษฎีที่กำลังจะเกิดจากข้อมูล แหล่งข้อสนเทศในทุก ๆ ด้านอย่างครบถ้วน หาข้อมูลของแนวคิดในสมมุติฐานที่สร้างขึ้น เพื่อสร้างแนวทางอันอาจทำให้เกิดการถ่ายโอนผลวิจัยไปสู่บริบทอื่น ๆ ที่คล้ายคลึงกันได้

Conformability หมายถึง ความสามารถในการยืนยันผลอันเกิดจากข้อมูลจริง ต้องเป็นกลางไม่มีอคติ (Bias) จะเกิดเมื่องานวิจัยเชิงปฏิบัติการมี Credibility Dependability Transferability จึงจะ Conformability ได้

นอกจากนี้ Waterman ได้กล่าวไว้ว่า การตรวจสอบความถูกต้องสำหรับการวิจัยเชิงคุณภาพ ไม่เพียงพอสำหรับวิจัยเชิงปฏิบัติการการตรวจสอบความถูกต้องของงานวิจัยเชิงปฏิบัติการมี 3 ประเภท ดังนี้ (Waterman, 1998)

1. Dialectical validity (การโต้แย้งความถูกต้อง): Tension and process (ความตึงเครียดและกระบวนการ)

2. Critical validity (การวิพากษ์ความถูกต้อง) : ความรับผิดชอบด้านจริยธรรม

3. การสะท้อนความถูกต้อง : การให้คุณค่าของเราเอง

อันดับแรก ชี้ให้เห็นความสำคัญของการตรวจสอบความตึงเครียดของงานวิจัยเชิงปฏิบัติการ ที่บอกถึง ความตั้งใจ และอธิบายรายละเอียดในการดำเนินการตามกระบวนการ เท่า ๆ กับความขัดแย้ง ความตึงเครียด ระหว่างการปฏิบัติ ทฤษฎีและการวิจัย

อันดับที่ 2 อธิบายความรับผิดชอบด้านจริยธรรม ของผู้วิจัย ว่ามีความตระหนัก โดยนำเอาข้อมูลปัญหาของคนในพื้นที่ กระบวนการตัดสินใจไม่ใช่เพียงการปฏิบัติแต่รวมถึงการรู้ว่าจะไม่ปฏิบัติเมื่อไหร่ด้วย ผู้วิจัยต้องมีความรับผิดชอบในการให้เหตุผลในการตัดสินใจและการโต้แย้งสาเหตุ เหตุผลสูงสุด คือทำให้ชีวิตของคนดีขึ้น

อันดับที่ 3 การสะท้อนงานวิจัยเชิงปฏิบัติการ ให้เป็นที่ยอมรับ การรายงานขั้นสุดท้าย คือ ของโครงการ วิจัยเชิงปฏิบัติการต้องมีการสะท้อนมุมมองที่หลากหลาย และการตรวจสอบมุมมอง ผู้วิจัยต้องทำหน้าที่หลายบทบาทในการวิจัย เดียวกัน เป็นผู้ร่วมวิจัย ผู้นำการเปลี่ยนแปลง และผู้ประเมินผลการเปลี่ยนแปลง ผู้วิจัยต้องสะท้อนท่าทีตามการปฏิบัติและข้อตกลงของตนเอง ประเมินคุณค่าตนเอง ผู้วิจัยต้องตระหนักถึงความลำเอียงและข้อจำกัดด้วย คุณลักษณะสำคัญอย่างหนึ่ง คือ วิจัยเชิงปฏิบัติการ มีมากกว่า 1 วง แต่ก็มิ้นักวิจัยบางคนมีไม่เกิน 1 วง

ความน่าเชื่อถือได้ของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ผู้ให้ความร่วมมือต้องเห็นด้วยกับประเด็นโครงการของวิจัยเชิงปฏิบัติการ หลักใหญ่ ๆ คือ ทำให้คนที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ได้รับการพัฒนา และความเหมาะสมในวิธีการวิจัย ซึ่งขึ้นกับความกระตือรือร้นของผู้ให้ความร่วมมือด้วยเช่นกัน ดังที่ได้กล่าวมา เบื้องต้นแสดงให้เห็นว่า แนวคิดต่าง ๆ ที่กล่าวมานี้เป็นวิธีการ เพื่อเพิ่มความเชื่อถือได้ ของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ แม้ว่าจะทำทุกสิ่งทุกอย่างได้หมด ก็ได้หมายความว่าความเชื่อถือจะเกิดโดยอัตโนมัติ แท้จริงแล้วการวิจัยเชิงปฏิบัติการนั้น การเขียนรายงานใช้ภาษาธรรมดา ๆ ที่มนุษย์ใช้กันมากกว่าภาษา



สถิติ เขียนด้วยวิธีการจูงใจผู้อ่านให้เกิดความเข้าใจและเห็นความหมาย ซึ่งจะเกิดได้มากน้อยเพียงใดนั้น มีข้ออยู่ที่ผู้วิจัยแต่ฝ่ายเดียว แต่ย่อมจะขึ้นอยู่กับผู้อ่านด้วยเช่นกัน

การวิเคราะห์ข้อมูลและการตีความหมาย (Interpreting and Analysis)

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้การวิเคราะห์เนื้อหาซึ่งเป็นการวิเคราะห์ตีความจากข้อมูลที่ได้จากการศึกษาในภาคสนาม เริ่มแรกจากผู้วิจัยได้ให้รหัสข้อมูล (Coding) โดยดึงข้อมูลที่เป็นกลุ่มคำ หรือ เหตุการณ์ที่สำคัญออกมาให้รหัสโดยมีการให้รหัสเป็นชื่อเดียวกันในกรณีที่เป็นสิ่งเดียวกัน การให้รหัส ข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งแรกควรจะทำโดยการวิเคราะห์บรรทัดต่อบรรทัด ข้อความต่อ ข้อความ คำต่อคำ เพื่อให้การตรวจสอบอย่างละเอียดถี่ถ้วนก่อน แล้วจึงให้ชื่อรหัสที่เหมาะสมในแต่ละ ประเด็น และใช้แผนที่ความคิด (Mind Map) ช่วยในการจัดกลุ่มข้อความที่สำคัญที่เกี่ยวกับการให้คุณค่า ความหมาย วิธีการปฏิบัติเกี่ยวกับการบริการ เปรียบเทียบข้อมูลแต่ละข้อมูล แต่ละเหตุการณ์ เปรียบเทียบในผู้ให้ข้อมูลคนเดียวกันในแต่ละเหตุการณ์และเวลาที่ต่างกัน รวมทั้งเปรียบเทียบระหว่าง ผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่งกับผู้ให้ข้อมูลรายอื่น ๆ ในเหตุการณ์เดียวกันเพื่อหาความเหมือนและความต่างที่มีอยู่ ในแต่ละประเด็นที่ศึกษา หลังจากนั้นจึงสร้างข้อสรุปซึ่งเป็นข้อสรุปชั่วคราว นำข้อสรุปที่ได้ชั่วคราวนี้ไป วิเคราะห์เปรียบเทียบกับแนวคิดหรือทฤษฎีที่มีอยู่เพื่อกำหนด Domain ที่ชัดเจนขึ้น ประเด็นไหนที่ วิเคราะห์แล้วพบว่ายังไม่ชัดเจนได้นำกลับไปศึกษาหาข้อมูลเพิ่มเติมด้วยวิธีการต่าง ๆ เทคนิคช่วงที่ วิเคราะห์ข้อมูลคือ ใช้การอ่านสิ่งที่วิเคราะห์ได้เบื้องต้นหลาย ๆ ครั้ง ระยะแรกข้อมูลที่จับกลุ่มข้อความที่ สำคัญ (Cluster of Themes) อาจมีการเปลี่ยนไปมา หรือข้อมูลยังมีลักษณะที่กว้างไปมาได้ยังไม่หยุด นิ่งมีการเพิ่มข้อมูลหรือตัดทิ้งได้ตลอดเวลา จนกระทั่งได้แนวคิดหลักก่อนสรุปความหมายที่ละเอียด ครอบคลุมยิ่งขึ้น มีการตีความ อธิบายสาเหตุและเชื่อมโยงข้อมูล สุดท้ายจึงสร้างเป็นข้อสรุปแบบอุปนัย หรือโครงสร้างสำคัญ (Essential Structure) กระบวนการเหล่านี้เป็นกระบวนการที่ทำซ้ำไปซ้ำมา ระหว่างที่วิเคราะห์ข้อมูล ค้นประเด็นเพิ่มเติม ตรวจสอบข้อมูลใหม่ในบริบทที่ศึกษาและกลับมาทบทวน วรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเป็นระยะ ๆ จนกระทั่งเกิดการอึดตัวของข้อมูล หมายถึงไม่มีข้อมูลอะไรที่จะ วิเคราะห์เพิ่มเติมหรือตัดออกอีก เมื่อถึงระยะนี้นับได้ว่าการวิเคราะห์ข้อมูลมีความสมบูรณ์เชื่อถือได้ การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพนี้เป็นขั้นตอนที่เราต้องทำไปพร้อม ๆ กับการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นระยะ เนื่องจากการทำการวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้ ข้อมูลจากหลาย ๆ ส่วนที่เกี่ยวข้องจะหลั่งไหลเข้าสู่ผู้วิจัยที่เป็น ผู้รวบรวมข้อมูลการวิจัยด้วยตนเอง การประมวลผลข้อมูลจัดแยกกลุ่มข้อมูลต้องสม่ำเสมอและต่อเนื่อง ไม่สะดุดทั้งไว้โดยไม่ได้จัดการให้เป็นระบบแต่เนิ่น ๆ เพราะอาจทำให้ผู้วิจัยที่ไม่บังคับวินัยในตัวเองใน การจัดการข้อมูลนี้ ในระยะต่อมาอาจจะรู้สึกได้ว่าถูกข้อมูลถาโถมหนักอึ้งและยากต่อการวิเคราะห์ได้ อย่างเที่ยงตรงและถูกต้องต่อไป ซึ่งประเด็นนี้ผู้วิจัยเห็นว่าน่าจะเป็นสิ่งที่สำคัญที่สุดของการวิเคราะห์ ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยสรุปการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพนั้น เป็นกระบวนการที่นำข้อมูลที่เป็น ตัวอักษร คาบบรรยาย รูปภาพ เป็นต้น นามาจัดหมวดหมู่ข้อมูลลงรหัสดังที่กล่าวมาแล้วในตอนต้น จากนั้นแยกประเภทเพื่อนามาสรุปรประมวลเป็นหลักการหรือข้อเสนอเชิงทฤษฎี (Proposition) โดยใช้ เทคนิคการรวบรวมข้อเท็จจริงก่อนแล้วจึงสรุปเป็นหลักการทั่ว ๆ ไปภายหลัง ซึ่งเป็นการสรุปจากสิ่งที่เป็น รูปธรรมให้เป็นนามธรรม การวิเคราะห์ข้อมูลจะเกิดขึ้นทุกขั้นตอนของวงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ดังที่กล่าวมาแล้ว รวมทั้งการวิเคราะห์ครั้งสุดท้ายเพื่อเขียนสรุปรายงานการวิจัย เทคนิคสำคัญที่ต้องใช้



ในทุกขั้นตอนของการวิจัย คือ เทคนิคการประชุมกลุ่มเพื่อการวิเคราะห์ วิเคราะห์สถานการณ์อย่างลึกซึ้ง (Critical Reflection Technique) ลำดับได้ดังนี้

กล่าวโดยสรุป การวิจัยเชิงปฏิบัติการ หมายถึง กระบวนการวิจัยที่ให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วม (Participation) การร่วมมือ (Collaboration) ของบุคคลผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholders) กับปัญหาที่ต้องการแก้ไข โดยที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อการปรับปรุงปัญหาให้ดีขึ้น (Improve) เพื่อการเปลี่ยนแปลง (Change) การสร้างความรู้ใหม่ (Constructive New Knowledge) โดยการปรับปรุงหรือเปลี่ยนแปลงดังกล่าว จะต้องบูรณาการความรู้กับการปฏิบัติงานที่เกิดขึ้นตามสภาพจริงในบริบทนั้น ๆ เป็นกระบวนการที่เป็นพลวัต สามารถออกแบบการเก็บข้อมูลทั้งปริมาณและคุณภาพ ทำให้ตอบโจทย์ปัญหาวิจัยได้ครอบคลุม นำไปปฏิบัติได้จริง การวิจัยในครั้งนี้จึงใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เพื่อให้แกนนำชุมชนและผู้ร่วมวิจัยที่เกี่ยวข้องเกิดกระบวนการเรียนรู้ในการแก้ไขปัญหาต่างข้างต้น โดยมีเป้าหมายสูงสุดคือเพื่อเรียนรู้สู่การปฏิบัติ เกลียวพลวัตของกระบวนการ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน เริ่มต้นที่การวางแผน (Planning) เป็นการวางแผนที่นำไปสู่การปฏิบัติเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ ลำดับต่อมาคือการปฏิบัติ (Action) เป็นการปฏิบัติงานตามแผนที่กำหนดไว้ จากนั้นเข้าสู่การติดตามผลการปฏิบัติเป็นการสังเกต (Observation) และขั้นสุดท้ายคือการสะท้อนผล (Reflection) เป็นการสะท้อนคิดผลของการปฏิบัติว่าได้ดำเนินงานตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้หรือไม่ เป็นการส่งเสริมให้ผู้วางแผนได้เรียนรู้หรือเข้าใจ จุดอ่อนและจุดแข็งของแผน เพื่อนำไปสู่การปรับแผนการดำเนินงานในขั้นตอนต่อไป

2.8 วิธีการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ

2.8.1 การสังเกตและการบันทึกภาคสนาม (ศิริพร จิรวัดนกุล, 2552: 127-154)

การเก็บข้อมูลด้วยการสังเกตและการบันทึกภาคสนาม (Observation and Field note) เป็นวิธีพื้นฐานที่นักวิจัยเชิงคุณภาพจะต้องฝึกทักษะนี้เป็นเบื้องต้นเนื่องจากการวิจัยเชิงคุณภาพเน้นที่การศึกษาพฤติกรรมอย่างละเอียดและระมัดระวัง การเฝ้าสังเกตจึงเป็นวิธีที่ทำให้นักวิจัยได้มองเห็นเหตุการณ์และพฤติกรรมที่เกิดขึ้นอย่างแท้จริง โดยการสังเกตคือการเฝ้าดูสิ่งที่เกิดขึ้นอย่างเอาใจใส่และละเอียดถี่ถ้วนโดยใช้ประสาทสัมผัสหลายอย่างพร้อมกัน เช่น ตาหู ฟัง เป็นต้น ถ้าสิ่งนั้นสัมผัสได้ก็ต้องสัมผัส ในการวิจัยเชิงคุณภาพนั้นการสังเกตจะกระทำควบคู่กับการจดบันทึกหรือบันทึกภาคสนาม การสนทนา และการสัมภาษณ์ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่รอบด้าน สามารถนำมาวิเคราะห์หาความหมายและอธิบายเชื่อมโยงความสัมพันธ์กับสิ่งต่างๆในปรากฏการณ์ที่ศึกษาได้

2.8.1.1 ประเภทของการสังเกต

1) การสังเกตแบบมีส่วนร่วม (Participant Observation) เป็นวิธีการสังเกตที่ผู้วิจัยได้เข้าไปใช้ชีวิตร่วมกับบุคคล ชุมชนที่ศึกษา มีกิจกรรมร่วมกับผู้คนในชุมชนจนเกิดการยอมรับว่านักวิจัยเป็นสมาชิกคนหนึ่งคนในชุมชนนั้นๆ นักวิจัยเฝ้าสังเกตการณ์ใช้ชีวิตประจำวันและกิจกรรมต่างๆ ที่เกิดขึ้นในชุมชนหรือสังคมนั้นๆ โดยที่ผู้ถูกสังเกตไม่รู้สึกว่าตนเองถูกเฝ้าดู จึงมีพฤติกรรมที่เป็นธรรมชาติ การสังเกตด้วยวิธีนี้มักใช้ในงานวิจัยเชิงคุณภาพที่ศึกษาในชุมชนหรือสังคมเล็กๆ การเก็บข้อมูลวิธีนี้จะทำให้ได้ข้อมูลที่แท้จริง แต่นักวิจัยต้องระมัดระวังมิให้ตนเองเข้าไปมีความรู้สึกร่วมและผูกพันทาง



อารมณ์ (Sympathy) จนขาดความเที่ยงตรงในการบันทึกด้วยการทำความเข้าใจปรากฏการณ์นั้นๆ โดยไม่มีอคติ

2) การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม (Non-participant Observation) หรือการสังเกตโดยตรง (Direct Observation) เป็นการสังเกต บันทึกลักษณะทางกายภาพ โครงสร้าง และความสัมพันธ์ของสมาชิกในสังคมนั้นๆ โดยนักวิจัยทำตัวเป็นคนนอกที่ไม่มีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับกิจกรรมที่สังเกต และผู้ที่อยู่ในกิจกรรมนั้นๆ ก็ไม่รู้ตัวตนเองถูกสังเกต วิธีการนี้เป็นส่วนหนึ่งของวิธีการที่มีชื่อเรียกในภาษาอังกฤษว่า Unobtrusive Method วิธีการสังเกตเช่นนี้มักใช้ในการเริ่มต้นเก็บข้อมูลหรือเมื่อเริ่มเข้าสนามจากนั้นจึงจะตัดสินใจว่าจะสังเกตแบบมีส่วนร่วมหรือไม่ อย่างไรก็ตาม การสังเกตด้วยวิธีการนี้ก็มีทั้งการบันทึกและการสนทนากับผู้คนที่ร่วมอยู่ในกิจกรรมนั้นๆ ด้วยแต่ในฐานะคนนอก การที่นักวิจัยจะเลือกใช้วิธีการสังเกตแบบใดนั้น ขึ้นอยู่กับสถานการณ์ เรื่อง และสถานที่ศึกษา

2.8.1.2 วิธีการสังเกตและการบันทึกภาคสนามเมื่อนักวิจัยจะสังเกตพฤติกรรมหรือกิจกรรมใดๆ นั้นจะต้องมีจุดมุ่งหมายที่ชัดเจนและมีการบันทึกภาคสนามทุกครั้งที่สังเกต การจะทำให้ได้ข้อมูลครอบคลุมและละเอียดที่สุดนั้นมิผู้เสนอว่าอย่างน้อยควรสังเกตตามกรอบดังต่อไปนี้

1) ฉากและบุคคล (Setting) โดยที่ฉากหมายถึงสถานที่และลักษณะทางกายภาพอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรม และเหตุการณ์ที่นักวิจัยกำลังสังเกต ส่วนบุคคลก็คือผู้คนที่ปรากฏอยู่ในกิจกรรมนั้นๆ การสังเกตต้องสังเกตทั้งจำนวน ลักษณะทั่วไป และลักษณะเฉพาะ ตลอดจนข้อมูลทางสังคมของบุคคลเหล่านั้น ข้อมูลฉากและบุคคลคือการตอบคำถาม ใคร และ ที่ไหน

2) การกระทำ (Acts) นักวิจัยต้องสังเกตการณ์กระทำในลักษณะของพฤติกรรมสังคมที่เกิดขึ้น หรือการกระทำระหว่างกันของบุคคลขณะสังเกต ข้อมูลจากการสังเกตการณ์กระทำคือการตอบคำถาม ทำอะไร

3) แบบแผนกิจกรรม (Pattern of Activities) เป็นการนำข้อมูลการกระทำมาร้อยเรียงให้เห็นความเกี่ยวเนื่องกันอย่างมีหลักการและเหตุผล ตามข้อเท็จจริงที่ได้จากการสังเกตและการสนทนาขณะสังเกต เป็นการตอบคำถามว่า อย่างไร

4) ความสัมพันธ์ (Relationship) เป็นส่วนที่นักวิจัยต้องสังเกตว่าการกระทำที่เฝ้าดูอยู่นั้นใครทำกับใคร ในบทบาทและสถานภาพอย่างไร ซึ่งเป็นการตอบคำถามว่า ใครกับใคร

5) การมีส่วนร่วม (Participation) เป็นการมองขยายความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลซึ่งเป็นคู่การกระทำออกไปสู่ภาพรวมของปรากฏการณ์ทั้งหมด เป็นการตอบคำถามเพิ่มเติมจากใครกับใคร เป็น ใครบ้าง

6) ความหมาย (Meaning) เป็นการรับรู้เหตุการณ์ต่างๆ ของบุคคลที่เป็นสมาชิกในกลุ่มนั้นๆ เป็นการตอบคำถาม อย่างไร และ ทำไม จึงมีพฤติกรรมหรือการกระทำนั้นๆ เกิดขึ้น การสังเกตความหมายอาจจะไม่ครบถ้วนทันทีหลังการสังเกตและจะไม่ได้ข้อสรุปจากการสังเกตเพียงครั้งเดียว แต่จะได้รับการสังเกตหลายๆ ครั้ง และการหาข้อมูลเพิ่มเติมจากวิธีการเก็บข้อมูลวิธีอื่นร่วมด้วย

2.8.1.3 จุดแข็งและจุดอ่อนของการสังเกต การสังเกตแบบมีส่วนร่วมและแบบไม่มีส่วนร่วมมีจุดแข็งจุดอ่อนต่างกัน กล่าวคือการสังเกตแบบมีส่วนร่วมทำให้นักวิจัยเห็นภาพเหตุการณ์ต่างๆ อย่างเป็นธรรมชาติมากที่สุด นักวิจัยสามารถใช้การเป็น คนใน เข้าถึงข้อมูลได้สะดวกกว่า และสามารถ



ตรวจสอบข้อมูลได้ซ้ำๆ มากกว่าอย่างไรก็ตาม การสังเกตวิธีนี้ต้องใช้เวลาดำเนินการสัมพันธภาพเพื่อให้เกิดการยอมรับนักวิจัย แต่หากนักวิจัยมีอารมณ์ร่วมกับบุคคลหรือสถานการณ์ที่เฝ้าสังเกตก็อาจ จะทำให้เกิดความลำเอียงในการสังเกตและการบันทึกได้ การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วมไม่ต้องใช้เวลารอให้เกิดการยอมรับ เพราะนักวิจัยมีบทบาทเป็น คนนอก หรือ คนแปลกหน้า ในกิจกรรมนั้นๆ มีโอกาสเกิดอารมณ์ร่วมน้อยมากทำได้ง่าย โดยเฉพาะในสังคมที่ซับซ้อน เหตุการณ์หรือสถานที่ที่มีผู้คนมากหน้าหลายตา หรือมีการเข้า-ออกเป็นประจำ แต่การสังเกตวิธีนี้มักไม่ได้ข้อมูลที่ลึกซึ้งสมบูรณ์เท่าประเภทการสังเกตแบบมีส่วนร่วม เนื่องจากการสนทนาที่เกิดขึ้นกับคนแปลกหน้ามักมีเนื้อหาสาระที่ผิวเผิน ในการวิจัยเชิงคุณภาพมักใช้การสังเกตทั้ง 2 ประเภท โดยเริ่มการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วมก่อนเพื่อให้ได้ข้อมูลเบื้องต้น แล้วจึงใช้วิธีการสังเกตแบบมีส่วนร่วมเพื่อให้ได้ข้อมูลที่หลากหลายและลึกซึ้งอย่างแท้จริง ในภายหลัง อย่างไรก็ตาม การบันทึกภาคสนามจะเป็นหลักฐานที่สำคัญที่จะทำให้ข้อมูลจากการสังเกตใช้ประโยชน์ได้มากน้อยเพียงใด การเก็บข้อมูลด้วยการสังเกตจะมีคุณภาพสูงสุดต้องอาศัยการสังเกตที่ดี และการบันทึกภาคสนามที่มีคุณภาพด้วย

2.8.2 การสนทนากลุ่ม

การสนทนากันเป็นกลุ่มเป็นพฤติกรรมสังคมปกติของชุมชน สังคม ที่มีความสนิทสนมคุ้นเคยกัน นักวิจัยเชิงคุณภาพจึงใช้กิจกรรมนี้มาเป็นวิธีการเก็บข้อมูล แต่ได้พัฒนาขึ้นมาให้เป็นรูปแบบเฉพาะเพื่อสนองต่อการดำเนินการวิจัยได้อย่างเต็มที่

2.8.2.1 ความหมาย

การสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) ในการวิจัยเชิงคุณภาพ หมายถึงวิธีการเก็บข้อมูลที่เน้นการพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์ของผู้ร่วมสนทนากันเองในประเด็นที่นักวิจัยนำเสนอเข้าในกลุ่ม การสนทนากลุ่มจึงมีลักษณะของการแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็นกันอย่างกว้างขวาง และเป็นอิสระทางความคิดเห็นของผู้ร่วมสนทนา ซึ่งถือเป็นผู้ให้ข้อมูลหลักในงานวิจัย โดยมีนักวิจัยเป็นผู้ตั้งประเด็น กระตุ้นให้เกิดการแสดงความคิดเห็น แลกเปลี่ยนประสบการณ์ให้มากที่สุด นักวิจัยต้องคอยสังเกตปฏิกิริยาของคนในกลุ่มต่อประเด็นต่างๆที่เกิดขึ้น รับฟัง และซักถามเพื่อความกระจ่าง และบันทึกการสนทนาไว้เพื่อการวิเคราะห์ต่อไป

2.8.2.2 สมาชิกกลุ่ม

วิธีการสนทนากลุ่มเป็นการนำวิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกมารวมกับวิธีการอภิปรายร่วมกันในกลุ่ม (Group Discussion) โดยพยายามให้อยู่ในบรรยากาศตามธรรมชาติและเป็นการเองให้มากที่สุด การสนทนากลุ่มใช้ได้ดีในกรณีที่นักวิจัยต้องการประเมินความเห็น ประเมินความต้องการ พัฒนาเครื่องมือหรือผลิตภัณฑ์บางอย่าง หรือทำความเข้าใจอย่างลึกซึ้งต่อการตีความบางประการที่ได้จากผลการศึกษาวิจัย ผู้เข้าร่วมกลุ่มสนทนาประกอบด้วยสมาชิกซึ่งเป็นผู้ให้ข้อมูลควรมีจำนวน 6-12 คน ซึ่งเป็นผู้ที่นักวิจัยคัดเลือกกว่าเป็นผู้ที่มีข้อมูล มีประสบการณ์ในประเด็นที่กำลังศึกษา และเป็นผู้ที่ชอบหรือยินดีในการพูดคุยในกลุ่ม นักวิจัยทำหน้าที่เป็นพิธีกรหรือผู้ดำเนินการสนทนา (Moderator) มีผู้ช่วยนักวิจัยทำหน้าที่บันทึกกลุ่มและดูแลการบันทึกเทปการสนทนากลุ่มตลอดจนดูแลความเรียบร้อยขณะดำเนินการสนทนากลุ่มโดยไม่ต้องเข้าร่วมอยู่ในวงสนทนาด้วย



ผู้ช่วยนักวิจัยอาจมี 1-2 คน ตามความเหมาะสมกับสถานการณ์ โดยที่การสนทนากลุ่มให้ผู้ร่วมวงสนทนาได้พูดคุยแสดงความคิดเห็นอย่างเต็มที่ ดังนั้นนักวิจัยต้องแน่ใจว่าผู้ร่วมวงสนทนาทุกคนไม่มีความขัดแย้งกัน โดยส่วนตัวมาก่อน ไม่เป็นผู้ที่มีอำนาจหรือสามารถให้คุณให้โทษแก่ผู้ร่วมวงสนทนาได้ นอกจากนั้นผู้ร่วมวงสนทนาทุกคนต้องเป็นผู้ที่อยู่ในวัฒนธรรมและภูมิหลังที่คล้ายคลึงกัน เช่น อายุ เพศ สถานะทางสังคม ฐานะทางเศรษฐกิจ และอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับประเด็นที่สนทนาผู้ร่วมวงสนทนาอาจรู้จักกันมาก่อนหรือไม่ก็ได้ และการดำเนินการสนทนาต้องมีความเข้าใจเรื่องพลวัตกลุ่ม (Group dynamic) มีทักษะในการจุดประเด็นกลุ่ม จับประเด็น กระตุ้นการสนทนา ชักถาม และใช้คำพูด ภาษาที่ชัดเจน สร้างความรู้สึกผ่อนคลายได้ดี การสนทนากลุ่มโดยใช้ภาษาถิ่นของผู้ร่วมวงสนทนาจะช่วยให้สามารถดำเนินการสนทนาไปได้อย่างราบรื่นยิ่งขึ้น

2.8.2.3 ขั้นตอนการสนทนากลุ่ม

1. ขั้นเตรียมการ

1.1 แนวทางการสนทนากลุ่ม สิ่งที่ต้องเตรียมเป็นอันดับแรก คือ แนวทางการสนทนากลุ่ม ซึ่งเป็นรายการประเด็นหรือคำถามที่นักวิจัยใช้จุดประเด็นการสนทนา คำถามที่ใช้ควรเป็นคำถามปลายเปิด และเจาะประเด็นลึกไปเรื่อยๆ ประเด็นคำถามแรกๆควรเป็นเรื่องใกล้ตัว หรือเป็นการแสดงความคิดเห็นต่อประเด็นนั้นๆ ในฐานะคนนอก หรือพูดถึงคนอื่นมากกว่าพูดถึงตนเอง และเป็นประเด็นที่ทุกคนที่ร่วมวงสนทนาสามารถแสดงความคิดเห็นได้เท่าเทียมกัน จากนั้นคำถามหลังๆ จึงดึงประเด็นให้เข้าใกล้ตัวผู้ร่วมวงสนทนา แนวทางการสนทนากลุ่มนี้นักวิจัยใช้เป็นแนวเท่านั้น ไม่ใช่ใช้เป็นตัวกำหนดการสนทนาว่าจะต้องมีประเด็นใหม่ๆ ข้อมูลต่างๆผุดขึ้นในวงสนทนาที่นักวิจัยจะต้องคอยจับประเด็น แล้วชักใช้ (Probe) ต่อเพื่อให้ได้ข้อมูลอย่างเต็มที่ นักวิจัยมักปรับแนวทางการสนทนาไปเรื่อยๆ ตลอดการเก็บข้อมูล เพื่อให้ได้ข้อมูลที่แน่นและรุ่มรวยขึ้นเรื่อยๆ

1.2 การเตรียมตัวและอุปกรณ์ นักวิจัยและผู้ช่วยนักวิจัยจะต้องเตรียมตัวให้พร้อมโดยการทำความเข้าใจประเด็นที่ศึกษาให้ชัดเจน ศึกษาข้อมูลของผู้ร่วมวงสนทนา เตรียมอุปกรณ์ต่างๆ เช่น เครื่องบันทึกเสียง สมุด ปากกาสำหรับบันทึกการสนทนากลุ่ม กล้องถ่ายรูปนักวิจัยและผู้ช่วยนักวิจัยต้องทำความคุ้นเคยกับเครื่องมือต่างๆเป็นอย่างดี เพื่อป้องกันความผิดพลาดที่อาจเกิดขึ้นได้จากการใช้อุปกรณ์ดังกล่าว

1.3 เตรียมสถานที่ สถานที่สำหรับการสนทนากลุ่มควรเป็นสถานที่ที่ไม่พลุกพล่าน สามารถควบคุมเสียงจากภายนอกและผู้ที่ไม่เกี่ยวข้องไม่ให้เข้าถึงหรือมองเห็นการสนทนาได้ ควรเป็นสถานที่ที่ทำให้เกิดบรรยากาศผ่อนคลายเป็นกันเอง ถ้าเป็นสถานที่ในชุมชนนั้นเองจะดีที่สุด เมื่อเตรียมการเรียบร้อยแล้วและนัดหมายผู้ร่วมวงสนทนาให้มาพร้อมกันตามสถานที่และเวลาที่ได้ตกลงกันไว้แล้ว ก็เข้าสู่ขั้นตอนการดำเนินงานสนทนากลุ่ม

2. ขั้นตอนการสนทนากลุ่ม หลังจากนักวิจัยซึ่งเป็นผู้ดำเนินการสนทนา ผู้ช่วยนักวิจัย และผู้ร่วมวงสนทนามาพบกันก็เริ่มด้วยทำความรู้จักกัน (ในกรณีที่ไม่เคยพบกันมาก่อน) รับประทานของว่างและเครื่องดื่มร่วมกันพอให้ทุกคนได้ผ่อนคลายและรู้สึกคุ้นเคยกันพอสมควร จากนั้นนักวิจัยจึงเริ่มการสนทนากลุ่มโดยเริ่มจากการแจ้งเป้าหมายของการสนทนา กล่าวขอบคุณที่มาร่วมสนทนา ขอให้ทุกคนพูดได้โดยไม่กังวลเรื่องถูกผิด การรักษาความลับ การนำข้อมูลไปใช้ และการขอ



อนุญาตให้ผู้ช่วยนักวิจัยบันทึกกลุ่มพร้อมกับบันทึกเหตุการณ์สนทนา หลังจากนั้นก็จุดประเด็นการสนทนาตามแนวทางการสนทนา การดำเนินการสนทนากลุ่มแต่ละครั้งใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมงถึง 1 ชั่วโมง 30 นาที เมื่อได้อภิปรายประเด็นต่างๆ กันจนกระจ่างชัดแล้ว นักวิจัยผู้ดำเนินการสนทนากลุ่มกล่าวสรุปด้วยการขอบคุณผู้ร่วมวงสนทนาอีกครั้งยืนยันถึงคุณค่าและประโยชน์ของสิ่งที่ได้จากการสนทนาแล้วปิดการสนทนากลุ่ม

3. ขั้นสรุปหลังการสนทนากลุ่ม

ภายหลังเสร็จสิ้นการดำเนินการดำเนินการสนทนากลุ่มทุกครั้งนักวิจัยและผู้ช่วยนักวิจัยต้องตรวจสอบว่าการสนทนาได้บันทึกไว้ในเทปเรียบร้อยดีหรือไม่ นักวิจัยร่วมกันสรุปบรรยากาศโดยรวม บริบทของกลุ่ม และปฏิริยาของกลุ่มลงในบันทึกกลุ่ม จากนั้นผู้ช่วยนักวิจัยถอดเทปการสนทนากลุ่มคำต่อคำ โดยบันทึกลงในกระดาษตลอดการสนทนาเพื่อนำไปสู่ขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

2.8.2.4 จุดแข็งและจุดอ่อนของการสนทนากลุ่ม

1. จุดแข็ง

1.1 การพูดคุย ซักถาม ถกประเด็นในกลุ่มทำให้ได้คำตอบที่กลั่นกรองด้วยเหตุผล

1.2 การสร้างบรรยากาศที่เป็นกันเองทำให้ผู้ร่วมวงสนทนารู้สึกผ่อนคลายกล้าแสดงความคิดเห็น จึงได้รับข้อมูลจำนวนมากและหลากหลาย

1.3 ข้อมูลจากการสนทนากลุ่มแต่ละครั้งทำให้นักวิจัยได้ประเด็นคำถามใหม่ๆ หรือสมมติฐานใหม่ๆ เพื่อการศึกษาค้นคว้าต่อไป

1.4 ปฏิริยาของผู้ร่วมวงสนทนาต่อกันและกัน ทำให้นักวิจัยได้ข้อมูลเกี่ยวกับอิทธิพลของวัฒนธรรมและคุณค่าต่างๆ ของสังคมของผู้ร่วมวงสนทนาที่มาจากวัฒนธรรมเดียวกัน

2. จุดอ่อน

2.1 ผู้ดำเนินการสนทนาที่ไม่ได้รับการฝึกฝนอย่างถูกต้องจะทำให้การดำเนินการสนทนากลุ่มไม่ราบรื่น

2.2 แนวทางการสนทนากลุ่มที่เรียบเรียงไม่ดี ไม่มีลำดับที่ดีจากไกลตัวมาใกล้ตัว ง่ายไปยาก ตรงไปตรงมาหาซับซ้อน จะทำให้การสนทनावกวน ในที่สุดผู้ร่วมวงสนทนาจึงจะออกความคิดเห็น

2.3 ถ้าผู้ร่วมวงสนทนาไม่มีลักษณะร่วมที่คล้ายกัน จากวัฒนธรรมเดียวกัน และสามารถข่มกันได้ การดำเนินการสนทนาก็จะไม่ราบรื่น บรรยากาศในกลุ่มเสีย เกิดกลุ่มย่อย หรือมีคนไม่พูดมากขึ้น

2.4 ข้อมูลจากการสนทนากลุ่มไม่สามารถทำให้ภาพพฤติกรรมจริงซึ่งเห็นได้จากการสังเกตว่าสิ่งที่คิดอาจไม่ใช่สิ่งที่ทำ

2.5 ข้อมูลจากกลุ่มแต่ละกลุ่มไม่สามารถเป็นตัวแทนของสังคมหรือวัฒนธรรมที่ผู้ร่วมวงสนทนาดำเนินชีวิตอยู่ได้ ใช้อธิบายได้เฉพาะกับบริบทของกลุ่มนั้นๆ เท่านั้น



โดยสรุปการสนทนากลุ่มเป็นวิธีการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพที่ใช้อย่างแพร่หลายทั้งในการวิจัยเชิงปริมาณและการวิจัยเชิงคุณภาพ ทั้งในแวดวงธุรกิจ สุขภาพอนามัย และอื่นๆ แม้ว่า การสนทนากลุ่มจะมีประโยชน์และจุดแข็งมากมาย แต่ก็มีข้อจำกัดและจุดอ่อนที่นักวิจัยเชิงคุณภาพ จะต้องพิจารณาเมื่อจะนำวิธีการนี้มาใช้เก็บข้อมูล

2.8.3 การสัมภาษณ์

การเก็บข้อมูลในงานวิจัยเชิงคุณภาพเป็นกระบวนการที่อยู่ภายใต้บริบททางสังคมและวัฒนธรรมของสถานที่ หรือแหล่งที่ดำเนินการศึกษา นักวิจัยจึงต้องทำตัวให้กลมกลืนกับบริบท และมีสัมพันธภาพอันดีกับผู้คนในสถานที่ศึกษา ในกระบวนการดังกล่าวต้องมีการสนทนากันระหว่างนักวิจัยกับผู้ให้ข้อมูล ซึ่งเป็นการสัมภาษณ์ (Interview) ชนิดหนึ่ง วิธีการสัมภาษณ์นี้จึงเป็นวิธีการเก็บข้อมูลที่ใช้อย่างกว้างขวางในงานวิจัยเชิงคุณภาพ สาระสำคัญของการสัมภาษณ์มีดังนี้

2.8.3.1 ชนิดของการสัมภาษณ์

โดยทั่วไปแล้วการสัมภาษณ์มักถูกแบ่งเป็น 2 ประเภท คือ การสัมภาษณ์แบบเป็นทางการหรือกึ่งทางการ (Formal or Semi-formal Interview) ซึ่งใช้การสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง (Structure Interview) ดำเนินการสัมภาษณ์ การสัมภาษณ์อีกประเภทหนึ่ง คือ การสัมภาษณ์แบบไม่เป็นทางการ (Informal Interview) ซึ่งคล้ายกับการพูดคุยสนทนาอย่างไม่มีพิธีรีตอง เป็นไปตามธรรมชาติในบริบทที่ศึกษาไม่เคร่งครัดในขั้นตอนและลำดับของข้อความ การดำเนินการสัมภาษณ์มักมีเพียงแนวทางการสัมภาษณ์กว้างๆ ที่เป็นสาระสำคัญที่ต้องการ ในการวิจัยเชิงคุณภาพนั้นนิยมใช้การสัมภาษณ์แบบไม่เป็นทางการมากกว่าแบบเป็นทางการ และได้แยกวิธีการสัมภาษณ์แบบไม่เป็นทางการเป็น 2 ชนิด คือ การสนทนาตามธรรมชาติและการสัมภาษณ์เชิงลึก ดังต่อไปนี้

1. วิธีการสัมภาษณ์แบบไม่เป็นทางการ

1.1 การสนทนาตามธรรมชาติ (Natural Conversation) เป็นการสัมภาษณ์ในรูปแบบของการสนทนาระหว่างนักวิจัยกับผู้ให้ข้อมูล การสัมภาษณ์เช่นนี้มักเกิดขึ้นเมื่อนักวิจัยดำเนินการสังเกตและเห็นสถานที่ บุคคล หรือการกระทำต่างๆ แล้วนักวิจัยต้องการข้อมูลเพิ่มเติมหรือขอคำอธิบายเหตุผลต่างๆ ในเหตุการณ์ที่สังเกต การสัมภาษณ์เช่นนี้นอกจากจะได้ข้อมูลแล้วยังเป็นการพัฒนาสัมพันธภาพที่ดี สร้างความเชื่อถือว่าไว้วางใจในตัวนักวิจัยอีกด้วย

1.2 การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) เป็นการสนทนาซักถามผู้ให้ข้อมูลหลักบางคนในสนามหรือชุมชนที่นักวิจัยเลือกมา เนื่องจากบุคคลผู้นั้นมีคุณสมบัติพิเศษที่จะให้ข้อมูลที่นักวิจัยต้องการได้ หรือมีประสบการณ์พิเศษที่จะให้ข้อมูลเฉพาะเจาะจงที่นักวิจัยต้องการได้ หรือมีประสบการณ์พิเศษที่แตกต่างไปจากคนอื่นๆ

2. ขั้นตอนการสัมภาษณ์

ในการวิจัยเชิงคุณภาพการสัมภาษณ์ทุกครั้งต้องมีจุดมุ่งหมาย และที่สำคัญสำหรับนักวิจัยเชิงคุณภาพคือ นักวิจัยและผู้ถูกสัมภาษณ์จะต้องมีสัมพันธภาพที่ดี จึงจะคาดหวังได้ว่าจะได้คำตอบที่เป็นข้อเท็จจริงมากที่สุด ขั้นตอนการสัมภาษณ์จึงประกอบด้วย



2.1 การเตรียมตัวในกรณีที่เป็นการสัมภาษณ์เชิงลึก นอกจากการเตรียมความพร้อมของอุปกรณ์บันทึกเสียงแล้ว นักวิจัยต้องเตรียมแนวทางการสัมภาษณ์ (Interview Guideline) ซึ่งเน้นประเด็นสำคัญๆ และเป็นคำถามปลายเปิดที่มุ่งให้ผู้ให้ข้อมูลอธิบายให้เห็น หรือเล่าถึงประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับประเด็นนั้นๆ แนวทางการสัมภาษณ์ไม่ควรยาวเกิน 1 หน้ากระดาษ และขณะดำเนินการสัมภาษณ์จะมีเนื้อหาสาระหลายประการที่ไม่มีในแนวทางการสัมภาษณ์ แต่นักวิจัยเห็นว่าเป็นประเด็นที่น่าสนใจ มีความสำคัญเกี่ยวเนื่องที่สามารถนำมาอธิบายความหมายและทำความเข้าใจปรากฏการณ์ที่ศึกษาได้ นักวิจัยก็ตั้งประเด็นนั้นๆ ขึ้นมาสนทนา และขอให้ผู้ให้ข้อมูลอธิบายเพิ่มเติม

2.2 เริ่มการสัมภาษณ์นักวิจัยต้องแนะนำตัวเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการสัมภาษณ์สร้างบรรยากาศของความเป็นกันเอง

2.3 ดำเนินการสัมภาษณ์ขณะดำเนินการสัมภาษณ์นักวิจัยต้องทำตามสบายและเป็นธรรมชาติเพื่อให้ผู้ถูกสัมภาษณ์ไม่รู้สึกเกร็งหรือหวาดระแวง ใช้ภาษาที่เป็นที่เข้าใจตรงกันทั้ง 2 ฝ่ายการสัมภาษณ์โดยใช้ภาษาถิ่นของผู้ให้ข้อมูลจะช่วยให้เกิดความเป็นกันเองและทำให้การสนทนาเป็นไปอย่างราบรื่น นอกจากนั้น นักวิจัยต้องใช้เวลาที่ผู้ให้ข้อมูลให้อย่างมีประสิทธิภาพ สูงสุด และที่สำคัญคือการสัมภาษณ์ครั้งแรกๆ นักวิจัยต้องให้ความสำคัญต่อข้อมูลด้านความคิด ความเชื่อค่านิยม และแบบแผนการดำเนินชีวิตเป็นพิเศษ เพื่อเป็นพื้นฐานสำหรับการสัมภาษณ์ในครั้งต่อไป

2.4 สิ้นสุดการสัมภาษณ์การสัมภาษณ์ในการวิจัยเชิงคุณภาพส่วนใหญ่ไม่สัมภาษณ์ครั้งเดียวนักวิจัยอาจต้องสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลักและผู้ให้ข้อมูลรองมากกว่า 2 ครั้ง ดังนั้นในการสิ้นสุดการสัมภาษณ์แต่ละครั้ง นอกจากการแสดงความรักขอบคุณแล้ว นักวิจัยจะต้องทบทวนไว้สำหรับการพบปะครั้งต่อไปด้วย ข้อมูลจากการสัมภาษณ์มักบันทึกไว้ในเครื่องบันทึกเสียงที่นักวิจัยขออนุญาตบันทึกไว้ตั้งแต่ขั้นเริ่มสัมภาษณ์ ในกรณีที่ผู้ให้ข้อมูลไม่อนุญาตให้บันทึกเสียง นักวิจัยอาจต้องบันทึกโดยการเขียนขณะสัมภาษณ์ หรือบันทึกทันทีหลังการสัมภาษณ์ ข้อมูลที่บันทึกในเครื่องบันทึกเสียงจะถูกถอดความออกมาคำต่อคำเพื่อการวิเคราะห์

3. เทคนิคการสัมภาษณ์

การสัมภาษณ์ที่ดีที่สุดนั้นนักวิจัยต้องเป็นผู้ฟังที่ดี ใช้ความเงียบให้เป็นประโยชน์ต่อความเงียบได้ ซึ่งการเป็นผู้ฟังที่ดี คือการฟังอย่างเอาใจใส่ ตั้งใจ (active listening) มีพฤติกรรมตอบสนองต่อคำพูดของผู้ให้ข้อมูลในเชิงกระตุ้นให้พูดต่อ และแสดงว่าสิ่งที่กำลังพูดนั้นมีความสำคัญ เป็นประโยชน์ต่อนักวิจัยนักวิจัยที่มีนิสัยช่างพูดและใจร้อน ต้องฝึกความอดทนต่อความเงียบและใช้ความเงียบเป็นตัวแสดงให้ผู้ให้ข้อมูลเห็นว่านักวิจัยกำลังรอคำตอบ ต้องการฟังสิ่งที่จะพูดความเงียบจะเป็นตัวกระตุ้นวิธีหนึ่งที่ทำให้นักวิจัยได้คำตอบนักวิจัยต้องแสดงความเป็นกลางอย่างเคร่งครัดในการสัมภาษณ์ โดยการหลีกเลี่ยงการให้ความเห็นส่วนตัวของนักวิจัยต่อประเด็นต่างๆ ที่กำลังสนทนาในกรณีที่เรื่องที่กำลังสนทนาเป็นเรื่องละเอียดอ่อนอารมณ์ และผู้ให้ข้อมูลแสดงอารมณ์ เช่น ร้องไห้ เกรี้ยวกราด เป็นต้น นักวิจัยควรระมัดระวังการบ่งบอกอารมณ์ด้วยการแสดงความเข้าใจและปลอบโยน แต่นักวิจัยต้องระมัดระวังที่จะไม่แสดงบทบาทเข้าไปสู่การเป็นผู้บำบัดรักษา หรือผู้แก้ปัญหาทางอารมณ์ เพราะจะทำให้สัมพันธภาพเปลี่ยนไป ในกรณีที่ผู้ให้ข้อมูลต้องการบำบัดนักวิจัยต้องส่งต่อไปยังผู้รักษา



เพศ วัย และภูมิหลังของนักวิจัยก็มีผลต่อการสัมภาษณ์ เนื่องจากการสัมภาษณ์ที่ดีต้องอยู่บนพื้นฐานของความเชื่อถือว่าไว้วางใจ และความสบายใจที่จะสนทนาด้วย ในกรณีที่ประเด็นหรือเรื่องที่สัมภาษณ์เป็นเรื่องค่านิยมทั่วไป หรือเหตุการณ์ในประวัติศาสตร์ที่ไม่เกี่ยวกับสถานการณ์เฉพาะตัวหรือประสบการณ์ชีวิตที่ลึกซึ้งส่วนตัวแล้ว เพศ วัย และภูมิหลังของนักวิจัยไม่มีผลต่อการสัมภาษณ์เท่าใดนัก แต่ในกรณีที่เป็นเรื่องเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับค่านิยมโดยเฉพาะเรื่องที่เป็นตราบาป เช่น รักร่วมเพศ การข่มขืน การใช้ถุงยางอนามัย เป็นต้น กรณีเช่นนี้ เพศ วัย และภูมิหลังของนักวิจัยจะมีผลต่อการสัมภาษณ์มาก ดังนั้นนักวิจัยต้องพิจารณาด้วยว่าประเด็นสัมภาษณ์คืออะไรควรใช้นักวิจัยแบบใด เพศใด ไปสัมภาษณ์ การศึกษาจากงานวิจัยที่ใกล้เคียงกันร่วมกับเหตุผลเชิงสังคมและวัฒนธรรมจะช่วยให้นักวิจัยตัดสินใจได้ดี การสัมภาษณ์ที่จะได้รับความร่วมมืออย่างดียิ่งนั้น ผู้ให้ข้อมูลต้องยินดีสนทนาด้วยและทราบว่าข้อมูลที่ให้นั้นมีประโยชน์ ขณะเดียวกันก็ไม่ส่งผลร้ายต่อผู้ให้ข้อมูลเอง ดังนั้นนักวิจัยต้องยืนยันถึงสิ่งเหล่านี้ด้วยการแจ้งข้อมูลเป้าหมายของการวิจัย การเก็บเป็นความลับ และให้ผู้ให้ข้อมูลยืนยันถึงความยินดีในการให้ข้อมูล และบันทึกเสียงด้วยการแสดงความยินยอม อาจจะด้วยวาจา(Verbal Consent) หรือด้วยเอกสาร (Consent Form) แล้วแต่ความเหมาะสมเทคนิคดังกล่าวข้างต้นมีความสำคัญอย่างยิ่งที่นักวิจัยเชิงคุณภาพจะต้องฝึกฝนและนำไปใช้ปฏิบัติเพื่อให้สามารถเป็นเครื่องมือที่ดีในการเก็บข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์ นอกจากนั้น อุปกรณ์ช่วยสัมภาษณ์ เช่น เครื่องบันทึกเสียง เป็นต้น ต้องอยู่ในสภาพดี และนักวิจัยต้องฝึกการใช้อุปกรณ์เหล่านี้ให้คล่องแคล่ว รู้ว่าตำแหน่งการวางเครื่องบันทึก เสียงตำแหน่งใดจะได้เสียงชัดที่สุด ญกรบกวนวน้อยที่สุด และเมื่อสัมภาษณ์เสร็จสิ้นนักวิจัยต้องตรวจสอบทันทีว่าเสียงได้ถูกบันทึกแล้วจริงหรือไม่ ถ้ามีความผิดพลาดเกิดขึ้นนักวิจัยจะต้องเขียนบันทึกการสนทนานั้นทันที

4. จุดแข็งและจุดอ่อนของการสัมภาษณ์

โดยทั่วไปแล้วการเก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์ใช้เวลาน้อยกว่าการสังเกต แต่ใช้เวลามากกว่าการสนทนากลุ่ม การสังเกตทำให้ผู้วิจัยเข้าใจสถานการณ์ต่างๆโดยรวมได้ดีกว่าการสัมภาษณ์แต่การสัมภาษณ์ก็ให้ความกระจ่างในข้อมูลเฉพาะบุคคลได้เป็นอย่างดี ในที่นี้จึงสรุปจุดแข็งและจุดอ่อนของการสัมภาษณ์ดังนี้

4.1 จุดแข็ง

ทำให้ค้นพบความหมายและการตีความต่อปรากฏการณ์ต่างๆในระดับบุคคลได้อย่างลึกซึ้ง ทำให้นักวิจัยเข้าใจมุมมองของชีวิต และกระบวนการทางสังคมที่กลุ่มเกลาให้เกิดมุมมองต่างๆ ซึ่งไม่สามารถศึกษาได้จากการสัมภาษณ์ได้ดีกว่า นอกจากนั้น ในบางกรณีการสัมภาษณ์ทำให้ผู้ให้ข้อมูลได้ระบายความอัดอั้น ความคับแค้นใจ และความรู้สึกส่วนลึกออกมาจะทำให้ผู้ให้ข้อมูลเองได้ค้นพบมุมมองใหม่ในชีวิต

4.2 จุดอ่อน

ใช้เวลาและพลังงานทั้งของนักวิจัยและผู้ให้ข้อมูลหลักเป็นอย่างมาก ซึ่งรวมถึงงบประมาณก็ต้องมากขึ้นด้วย นอกจากนั้น การสัมภาษณ์ที่ดีต้องใช้ทักษะพิเศษซึ่งนักวิจัยไม่สามารถฝึกได้ง่าย ต้องใช้การเรียนรู้จากประสบการณ์โดยสรุปการสัมภาษณ์ในงานวิจัยเชิงคุณภาพจะเป็นประโยชน์ ถ้านักวิจัยเตรียมตัวและมีทักษะในการใช้เทคนิคการสัมภาษณ์ที่เหมาะสมกับสถานการณ์ แม้ว่าการสัมภาษณ์จะมีจุดอ่อนเรื่องเวลา แต่การสัมภาษณ์เป็นวิธีการเก็บข้อมูลที่ทำให้นักวิจัยและผู้ให้



ข้อมูลได้พัฒนาความเข้าใจในชีวิต ตลอดจนมุมมองต่อปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นได้เป็นอย่างดี การสัมภาษณ์ที่ใช้มากในการวิจัยเชิงคุณภาพคือการสัมภาษณ์อย่างไม่เป็นทางการ ส่วนการสัมภาษณ์อย่างเป็นทางการหรือกึ่งทางการนั้น มักจะใช้กับกลุ่มผู้ตอบที่มีจำนวนมาก และใช้ในช่วงกลางหรือช่วงปลายของการวิจัยการสัมภาษณ์แต่ละวิธีมีขั้นตอน เทคนิค และจุดแข็งจุดอ่อนที่ทั้งเหมือนและต่างกัน จึงต้องเลือกใช้ให้เหมาะสมกับบุคคล สถานการณ์ และประเด็นที่ต้องการศึกษา

2.8.4 การตรวจสอบข้อมูล

งานวิจัยที่มีคุณภาพต้องมาจากการได้ข้อมูลที่มีคุณภาพ ดังนั้นเมื่อเลือกวิธีการเก็บข้อมูลที่ถูกต้องแล้ว นักวิจัยต้องมีการตรวจสอบเครื่องมือด้วย แต่โดยที่ในการดำเนินการวิจัยเชิงคุณภาพนั้นการเก็บและวิเคราะห์ข้อมูลจะดำเนินไปพร้อมๆ กัน ดังนั้นขณะที่ดำเนินการเก็บข้อมูล สิ่งที่ต้องกระทำควบคู่กันไปเสมอ คือ การตรวจสอบข้อมูลและตรวจสอบการวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อดูว่าข้อมูลที่แท้จริงเป็นอย่างไร มีมากเพียงพอหรือไม่ และตอบปัญหาของการวิจัยหรือยัง นักวิจัยเชิงคุณภาพมักพบเสมอว่าข้อมูลที่ได้จากการเก็บระยะแรกๆ จะแตกต่างกันกับระยะหลัง บางครั้งไม่ตรงกันเลยทีเดียว ที่เป็นประเด็นเดียวกัน สถานการณ์นี้ถือว่าเป็นปกติสำหรับการดำเนินงานวิจัยเชิงคุณภาพเนื่องจากธรรมชาติของงานวิจัยชนิดนี้การจะได้มาซึ่งข้อมูลขึ้นอยู่กับสัมพันธภาพ และความไว้วางใจของผู้ให้ข้อมูลหลักที่มีต่อนักวิจัย ในช่วงแรกๆ ที่ทั้ง 2 ฝ่ายยังไม่คุ้นเคยกันดีนัก ข้อมูลที่นักวิจัยได้ก็จะมีลักษณะแบบหนึ่งเมื่อเวลาผ่านไปทั้ง 2 ฝ่ายเข้าสู่ภาวะ รู้เขา รู้เรา มากขึ้น จึงมีการเปิดเผยเรื่องราวส่วนตัว ความนึกคิดต่างๆ ส่วนลึกมากขึ้น นอกจากนั้น พฤติกรรมการกระทำต่างๆ ก็เป็นธรรมชาติทำให้ข้อมูลที่นักวิจัยได้รับเปลี่ยนแปลงไป การตรวจสอบข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูลจึงมีความสำคัญมากที่นักวิจัยต้องกระทำอย่างเป็นระบบตลอดช่วงเวลาของการเก็บข้อมูล วิธีการตรวจสอบข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูลที่นิยมทำกันในงานวิจัยเชิงคุณภาพ คือ การตรวจสอบสามเส้า (Triangulation) ดังนี้

2.8.4.1 ตรวจสอบข้อมูลโดยการศึกษาประเด็นเดียวกัน แต่ใช้ข้อมูลที่มาจากหลายแหล่งเพื่อให้ได้มุมมองที่หลากหลาย แหล่งข้อมูลในที่นี้หมายถึงช่วงเวลาที่แตกต่างกัน สถานที่ต่างกัน ผู้ให้ข้อมูลและผู้รวบรวมข้อมูลที่ต่างกัน

2.8.4.2 เป็นการใช้วิธีการเก็บข้อมูลตั้งแต่ 2 วิธีขึ้นไปในการเก็บข้อมูลที่ศึกษาในประเด็นเดียวกัน

2.8.4.3 ใช้นักวิจัยและ/หรือผู้เชี่ยวชาญตั้งแต่ 2 คนขึ้นไปที่มีความเชี่ยวชาญต่างสาขากันมาพิจารณาข้อมูล ผลการวิเคราะห์ข้อมูลในประเด็นเดียวกัน เพื่อให้การอธิบายปรากฏการณ์ที่ศึกษากระจ่าง ชัดเจน ครบถ้วนทุกมิติ

กล่าวโดยสรุป ในการดำเนินงานวิจัยเชิงคุณภาพเรื่องหนึ่งๆ นั้น นักวิจัยจะเลือกใช้วิธีการเก็บข้อมูลหลายวิธีให้เหมาะสมกับประเด็น ลักษณะข้อมูล ผู้ให้ข้อมูล และบริบท และเนื่องจากวิธีการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพแต่ละวิธีต่างมีจุดอ่อน ดังนั้นนักวิจัยเชิงคุณภาพส่วนใหญ่จึงใช้ทุกวิธีเพื่อกำจัดจุดอ่อนและเสริมจุดแข็ง ทั้งนี้ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่หลากหลาย อุ่มตัว และที่สำคัญที่สุดคือ ตัวนักวิจัยเองจากเครื่องมือเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพคือตัวนักวิจัย โดยมีบริบทและปรากฏการณ์ที่ศึกษาเป็นผลของการวิจัยและในการวิจัยครั้งนี้ ใช้วิธีการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพได้แก่การ การสัมภาษณ์เจาะลึก การสนทนากลุ่ม การสังเกตแบบมีส่วนร่วม เพื่อให้ได้ข้อมูลที่หลากหลาย ถูกต้อง และกำจัดจุดอ่อนดังกล่าวข้างต้น



2.9 การวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แบ่งเป็นประ 3 ประเด็นหลัก คือ

1. ประเด็นที่ 1 งานวิจัยเกี่ยวข้องกับการป้องกันควบคุมมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก
2. ประเด็นที่ 2 งานวิจัยเกี่ยวข้องกับการพัฒนาศักยภาพเพื่อป้องกันโรค
3. ประเด็นที่ 3 งานวิจัยเกี่ยวข้องกับการวางแผนทางเดินยุทธศาสตร์เพื่อป้องกันโรค

2.9.1 งานวิจัยเกี่ยวข้องกับการป้องกันควบคุมมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

Mary (1989) ได้ศึกษาวิจัยอุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก พบว่าการตายที่สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญในกลุ่มคนผิวดำพบมากกว่าในคนผิวขาว โดยได้ใช้ชุดกิจกรรมในการดำเนินการ มีวัตถุประสงค์ของการศึกษาคือการดำเนินการและประเมินผลการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักและโปรแกรมการตรวจคัดกรองในชุมชนคริสตจักรคนผิวดำ รวม 1,488 ชุด ใช้วิธีการสำรวจทางโทรศัพท์ ตรวจสอบรายละเอียด ด้านประชากร ทศนคติ และพฤติกรรมของกลุ่มศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่รู้สึกว่าการทดสอบสามารถตรวจพบมะเร็งลำไส้แต่เนิ่น ๆ อาจส่งผลให้การรักษาที่ดีในกลุ่มที่พบได้ไวอย่างมีนัยสำคัญ และมีโอกาสน้อยรักษาได้ต่ำในรายที่บริโภคไขมันบ่อย เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการสูบบุหรี่

Codori (2001) ได้ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพและการตรวจสอบกล้องคัดกรองการโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก : ศักยภาพในการป้องกันโรคมะเร็ง โดยการสำรวจผู้ที่มีความรู้ด้านสุขภาพจำนวน 1,160 คน หาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมตรวจคัดกรอง การรับรู้ โอกาสเสี่ยง ความเชื่อ ผลการศึกษาพบว่าศักยภาพในการป้องกันโรคมะเร็งมีความสัมพันธ์กับการมีพฤติกรรมสุขภาพ ความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ดังนั้นผู้ที่มีความเสี่ยงควรได้รับการศึกษาเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงและการป้องกันการเกิดโรคของพวกเขา

Greenwald (2006) ได้ศึกษาวิจัยแบบ Pilot Study เรื่องการส่งเสริมความตระหนักของชุมชนถึงความจำเป็นในการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก มีวัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบประสิทธิภาพโปรแกรมสุขศึกษา การศึกษาของชุมชน บนพื้นฐานของ ความเชื่อด้านสุขภาพ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งเสริมความตระหนักถึงความจำเป็นในการเกิดโรคมะเร็ง ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (CRC) การป้องกันและการตรวจคัดกรองโดยจัดโปรแกรมการศึกษาดำเนิน การในกลุ่มพนักงานจำนวน 20 ของบริษัทบัญชีที่อยู่ในเมือง แลบบิดเวสต์ การสำรวจการประเมินความเชื่อของผู้เข้าร่วมประชุมก่อนและหลังการจัดโปรแกรมความเชื่อที่ว่าเป็น CRC สามารถป้องกันได้ เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ

2.9.2 งานวิจัยเกี่ยวข้องกับการพัฒนาศักยภาพเพื่อป้องกันโรค

พลสินธุ์ พงษ์ประเทศ (2550) ได้ศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการการพัฒนาศักยภาพในการป้องกันโรคเอดส์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น โดยเทคนิคกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม AIC กลุ่มตัวอย่างศึกษานักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้น จำนวน 60 คน มีวัตถุประสงค์ในการศึกษา



ความรู้ในการป้องกันโรคเอดส์ พัฒนาศักยภาพในการป้องกันโรค และเพื่อศึกษาผลการพัฒนาศักยภาพ และการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ผลการศึกษาพบว่านักเรียนเกิดการเปลี่ยนแปลงความรู้และทัศนคติที่ถูกต้องในการป้องกันโรคเอดส์ ด้านการมีส่วนร่วมพบว่านักเรียน ผู้บริหาร คณาจารย์และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีส่วนร่วมในกระบวนการทุกขั้นตอน สามารถนำแผนปฏิบัติที่ร่วมกันทำไว้ไปดำเนินการจนเกิดผลเป็นรูปธรรม

รักษณา สิงห์เทพ (2551) ได้ศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการการพัฒนาศักยภาพในการป้องกันโรคของชุมชนโดยเทคนิค AIC : กรณีบ้านโสก ตำบลวังม่วง อำเภอเปือยน้อย จังหวัดขอนแก่น พบว่า การพัฒนาศักยภาพในการป้องกันโรคของชุมชนโดยเทคนิค AIC ทำให้ผู้ป่วยโรคและประชาชนมีความรู้และการปฏิบัติในการป้องกันโรคได้อย่างถูกต้อง

อนุชาติ ทองอั้ง (2551) ได้ศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการการพัฒนาศักยภาพในการป้องกันโรคเอดส์ของสตรีวัยเจริญพันธุ์โดยใช้เทคนิค AIC กลุ่มตัวอย่างจำนวน 50 คน เกิดแผนงานโครงการ ผลการดำเนินงานตามแผนงานโครงการสตรีวัยเจริญพันธุ์สามารถนำความรู้ไปปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง หลังการพัฒนามีคะแนนความรู้ การปฏิบัติ เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) สามารถนำแผนปฏิบัติการที่ร่วมกันทำไว้ไปดำเนินการจนเกิดผลสำเร็จ ทำให้สตรีวัยเจริญพันธุ์และชุมชนสามารถป้องกันตนเองจากโรคเอดส์ได้อย่างแท้จริง

2.9.3 งานวิจัยเกี่ยวข้องกับแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์เพื่อการป้องกันโรค

ธนกร จีระออน (2553) ได้ศึกษาการดำเนินการป้องกันโรคไข้เลือดออกในระดับชุมชนที่เน้นให้ประชาชนในชุมชนมีส่วนร่วม บริหารจัดการ วางแผน และสามารถประสานงานเครือข่ายในการป้องกันโรคไข้เลือดออกโดยชุมชนจะส่งผลการแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพและยั่งยืน การวิจัยนี้เป็น การวิจัยปฏิบัติการมีความมุ่งหมาย เพื่อศึกษารูปแบบและการพัฒนาการป้องกันโรคไข้เลือดออกในระดับชุมชนมีลักษณะวงจรรอบ ประกอบด้วย การวางแผน การปฏิบัติการ การสังเกตการณ์และการสะท้อนผลการปฏิบัติการโดยประยุกต์ใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ (Strategic Route Map : SRM) ผลการวิจัยพบว่า ได้รูปแบบการป้องกันโรคไข้เลือดออกในระดับชุมชน

ปาณิสรา ภูโสภา (2553) ได้ศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ กระบวนการใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ ในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ของเทศบาลตำบลปทุม อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี ผลการศึกษา พบว่ากระบวนการใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของเทศบาลตำบลปทุม ครอบคลุมตามเกณฑ์ทั้ง 4 ขั้นตอน ประกอบด้วย (1) ขั้นตอนสร้างแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ฉบับปฏิบัติการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก คำอธิบายนิยาม เป้าประสงค์ และตัวชี้วัด แผนปฏิบัติการ การเปิดงานและติดตามผล (2) ผลการดำเนินงานด้านผลผลิต พบว่ามีการปรับแผนสุขภาพชุมชนให้สอดคล้องกับแผนปฏิบัติการด้านผลลัพธ์พบว่าปัญหาโรคไข้เลือดออก ในพื้นที่ลดลง คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น ส่วนใหญ่รับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลง ที่เกิดขึ้น และเชื่อว่าแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ส่งผลต่อความสำเร็จในการดำเนินงาน ป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ก่อให้เกิดความพึงพอใจในภาพรวมการดำเนินงาน และ (3) ปัจจัยความสำเร็จที่สำคัญคือความมุ่งมั่นในการทำงานของผู้นำ การมีส่วนร่วมของชุมชน และภาครัฐ

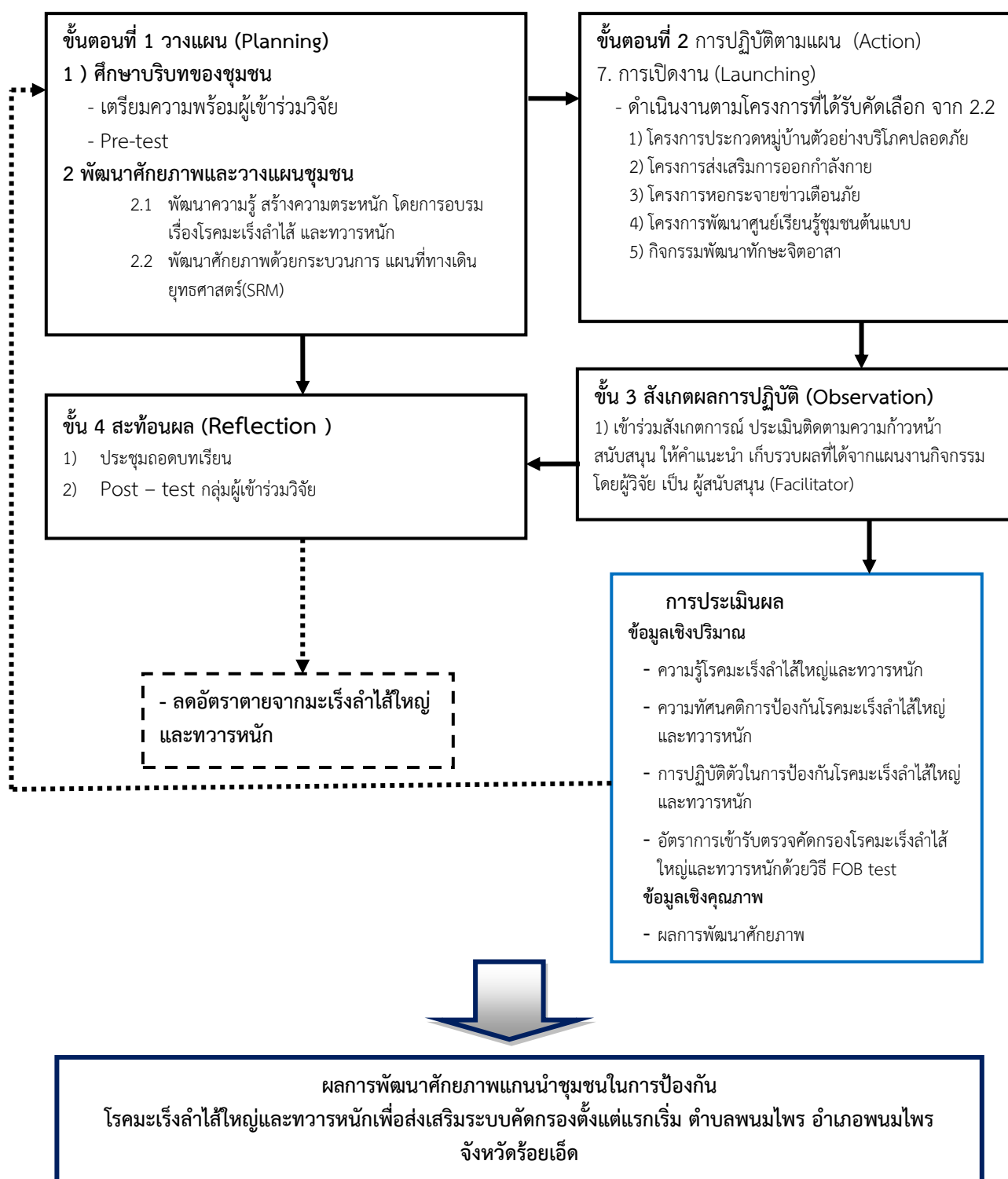


สมเกียรติ ออกแดง (2554) ได้ศึกษาผลของการประยุกต์ใช้กระบวนการแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์เพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมของแกนนำภาคีเครือข่ายสุขภาพในการพัฒนาตำบลจัดการสุขภาพ อำเภอเขวาสินรินทร์ จังหวัดสุรินทร์ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้คัดเลือกจากแกนนำเครือข่ายสุขภาพระดับตำบลจาก 2 ตำบล คือ ตำบลบึงเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 50 คน และตำบลปราสาททองเป็นกลุ่มควบคุม จำนวน 50 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Paired t-test และ Independent t-test ผลการวิจัยพบว่าการประยุกต์ใช้กระบวนการแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ ส่งผลให้เกิดการสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมของแกนนำสุขภาพในระดับพื้นที่ได้เป็นอย่างดี

กล่าวโดยสรุป จากการศึกษาแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังกล่าว พัฒนาศักยภาพชุมชนในการป้องกันโรคต่างๆ มีหลากหลายรูปแบบและเครื่องมือที่ใช้ ซึ่งขึ้นอยู่กับบริบทของแต่ละพื้นที่ ลักษณะของการเกิดโรค และกลุ่มเป้าหมายในการดำเนินงาน จากการวิเคราะห์สถานการณ์ปัจจุบันในพื้นที่และลักษณะการเกิดโรค ผู้วิจัยสนใจการใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ในการทำให้เกิดกระบวนการคิด วิเคราะห์ แบบมีส่วนร่วมสอดคล้องกับยุทธศาสตร์การดำเนินงานในพื้นที่ที่เกิดแผนงาน/โครงการนำสู่การปฏิบัติในชุมชน จึงนำเครื่องมือนี้มาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาศักยภาพชุมชนในการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักในชุมชน เพื่อให้เกิดความร่วมมือระหว่างประชาชน องค์กรในชุมชน และองค์กรภาครัฐ ในการจัดทำแผนและนำแผนงานไปปฏิบัติในระดับชุมชนจะสามารถเป็นตัวช่วยให้เกิดการผสมผสานแนวคิดและบทบาทของทุกฝ่ายเพื่อให้เกิดการเสริมพลังกันในการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักในระดับชุมชน โดยการใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ประกอบด้วย การวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Action) การสังเกต (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection) ในการดำเนินการวิจัยซึ่งสามารถกำหนดกรอบแนวคิดการวิจัยได้ดังนี้



2.10 กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพประกอบ 2.4 กรอบแนวคิดการพัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชนในการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักตำบลพนมไพร



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเรื่องการพัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชนในการป้องกันโรคเริมและทวารหนักเพื่อส่งเสริมระบบคัดกรองตั้งแต่แรกเริ่ม ตำบลพนมไพร อำเภอพนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ด การศึกษาวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ผู้วิจัยได้กำหนดขั้นตอนรายละเอียดของการดำเนินการวิจัย ตามลำดับดังนี้

วิจัยมีวิธีการดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

- 3.1 รูปแบบการวิจัย
- 3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
- 3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
- 3.4 การสร้างเครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ
- 3.5 การดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล
- 3.6 การจัดการข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล
- 3.7 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล
- 3.8 จริยธรรมในการวิจัย
- 3.9 สรุปกรอบวิธีดำเนินการวิจัย

3.1 รูปแบบการวิจัย

การศึกษานี้ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart (1988) ในลักษณะวงรอบ (Spiral) 4 ขั้นตอน คือ การวางแผน (Planning) การลงมือปฏิบัติ (Action) การสังเกตผลการปฏิบัติ (Observation) และการสะท้อนผลกลับการปฏิบัติงาน (Reflection) โดยมีความมุ่งหมายเพื่อพัฒนาคุณภาพการป้องกันโรคเริมและทวารหนักของแกนนำชุมชนตำบลพนมไพร อำเภอพนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ด

3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

3.2.1 ประชากรที่ใช้ในการศึกษา

คือ แกนนำชุมชน ที่อาศัยอยู่ในตำบลพนมไพร อำเภอพนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ด ในช่วง 1 ปีขึ้นไป ประกอบด้วย ผู้ใหญ่บ้าน ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และ อสม. ที่ผ่านการอบรมการสร้างและใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ ที่อาศัยในตำบลพนมไพร อำเภอพนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 114 คน

3.2.2 การกำหนดกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างคือ แกนนำชุมชน ประกอบด้วย ผู้ใหญ่บ้าน ประธาน อสม. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่ผ่านการอบรมฟื้นฟูการสร้างและใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์



ในระยะไม่เกิน 1 ปี อาศัยอยู่ในตำบลพนมไพร อำเภอพนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ด ในช่วง 1 ปีขึ้นไป ที่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย คัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 57 คน มีคุณสมบัติ ดังนี้

1. ยินดีและสมัครใจเข้าร่วมโครงการ
2. สามารถให้ความร่วมมือและมีส่วนร่วมในกระบวนการวิจัยทุกขั้นตอน
3. ผ่านการอบรมฟื้นฟูการสร้างและใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์

(Strategic Route Map) ในระยะไม่เกิน 1 ปี

ประชากร		กลุ่มตัวอย่าง	
ผู้ใหญ่บ้าน	19 คน	ผู้ใหญ่บ้าน	19 คน
ประธาน อสม.	19 คน	ประธาน อสม.	19 คน
อสม.	76 คน	อสม.	19 คน
รวม	114 คน		57 คน

3.2.3 พื้นที่ทำการวิจัย

การเลือกพื้นที่ทำการวิจัยครั้งนี้เลือกพื้นที่แบบ Purposive selection

โดยมีเกณฑ์ในการเลือกพื้นที่ในการดำเนินการวิจัย คือ

1. เป็นตำบลที่มีอุบัติการณ์ความชุกโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักสูง
2. การแก้ไขปัญหาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักระดับชุมชนยังไม่มีมีการ

ดำเนินงานเป็นรูปธรรม

3. เป็นตำบลที่มีความพร้อมให้ความร่วมมือ และยินดีเข้าร่วมในการวิจัย

3.3.4 ระยะเวลาดำเนินการวิจัย ระหว่างเดือน ธันวาคม 2556 ถึงเดือน พฤษภาคม 2557

3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้สร้างเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา โดยศึกษาความรู้ จากเอกสาร แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แล้วนำมาประยุกต์สร้างเป็นเครื่องมือให้มีความสอดคล้องกับ วัตถุประสงค์ของการวิจัย กรอบแนวคิด และรูปแบบวิธีวิจัย โดยประกอบด้วยเครื่องมือ 2 ส่วน ดังนี้

3.3.1 ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินงานวิจัย ประกอบด้วย การอบรมให้ความรู้เรื่องมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก และการสร้างและใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ (SRM) รายละเอียดดังต่อไปนี้

กิจกรรมที่ 1 การอบรมให้ความรู้เรื่องมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

กิจกรรมที่ 2 กระบวนการสร้างและใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ (SRM) 7 ขั้นตอน คือ

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินสถานการณ์

ขั้นตอนที่ 2 การกำหนดจุดหมายปลายทาง

ขั้นตอนที่ 3 การสร้างแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์และ ตรวจสอบยุทธศาสตร์



ขั้นตอนที่ 4 การสร้างแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ฉบับ ปฏิบัติการ

ขั้นตอนที่ 5 การนิยามเป้าประสงค์

ขั้นตอนที่ 6 การทำแผนปฏิบัติการ

ขั้นตอนที่ 7 การเปิดงาน/ลงมือปฏิบัติ

3.3.2 ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัย ประกอบด้วย 6 ชุด ดังนี้

- 1) แบบสอบถาม ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลคุณลักษณะประชากร แบบทดสอบความรู้ แบบทดสอบด้านทัศนคติ แบบทดสอบด้านการปฏิบัติตัว
- 2) แนวทางการสัมภาษณ์เจาะลึก (In-Depth Interview Guideline) สำหรับ สัมภาษณ์เจาะลึกแกนนำสุขภาพเจาะลึกแกนนำชุมชน ก่อน-หลัง การพัฒนา
- 3) แนวทางการสนทนากลุ่ม (Group Discussion Guideline) สำหรับสนทนากลุ่ม ตัวแทนแกนนำชุมชนที่เข้าร่วมกิจกรรม
- 4) แนวทางการสังเกตแบบมีส่วนร่วม (Participant Observation) เพื่อเป็นการ ตรวจสอบยืนยันความถูกต้องกับข้อมูลที่เก็บด้วยวิธีสัมภาษณ์
- 5) แบบติดตาม ประเมินผลโครงการ
- 6) รายงานผลการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักด้วยวิธีตรวจหาเลือด ในอุจจาระ (FOB test)

3.4 การสร้างเครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

3.4.1 การตรวจสอบความตรงของเครื่องมือ (Validity) คือการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity)

- 1) ศึกษารวบรวมเนื้อหาจากเอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนขอคำแนะนำจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อให้มีความรู้ในเรื่องที่จะศึกษาอย่างถูกต้อง
- 2) กำหนดขอบเขต และโครงสร้างเนื้อหาของแบบสอบถาม แบบทดสอบ โดยยึดตามเนื้อหาซึ่งถูกต้องตามหลักวิชาการ แนวคิดทฤษฎี เพื่อให้เกิดความถูกต้อง ครบถ้วนเนื้อหา ตามกรอบแนวคิด
- 3) สร้างข้อคำถามของแบบสอบถาม แบบทดสอบ แบบสนทนา กำหนดเกณฑ์ในการให้คะแนนและการแปลผลสำหรับตอบคำตอบในแต่ละข้อ
- 4) นำแบบสอบถาม แบบทดสอบ และแบบสนทนา ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเสนออาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อเสนอและแนะนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน (นายแพทย์อดิสร วัฒนวงศ์สิงห์ นายแพทย์เชี่ยวชาญ, นายแพทย์วัชร เอี่ยมรัศมีกุล นายแพทย์เชี่ยวชาญด้านเวชกรรมป้องกัน, นางสาวปิยะลักษณ์ ภักดีสมัย นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ) ทำการตรวจสอบความถูกต้อง ความครอบคลุมครบถ้วนและสอดคล้องตามวัตถุประสงค์ตรงตามเนื้อหาที่ต้องการวัด และตรงตามกรอบแนวคิด การใช้ภาษาและความชัดเจนของภาษา และนำกลับมาปรับปรุงแก้ไขให้ถูกต้อง โดยให้มีค่าดัชนี IOC โดยการหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (index of item - objective congruence : IOC) พิจารณาให้คะแนนดังนี้



ให้คะแนนเท่ากับ + 1 เมื่อแน่ใจว่าวัดข้อสอบถามได้ตรงตามจุดประสงค์
 ให้คะแนนเท่ากับ - 1 เมื่อแน่ใจว่าวัดข้อสอบถามไม่ตรงตามจุดประสงค์
 ให้คะแนนเท่ากับ 0 เมื่อไม่แน่ใจว่าวัดข้อสอบถามได้ตรงตามจุดประสงค์หรือไม่
 ใช้สูตรดัชนีความสอดคล้อง IOC (สมนึก ภัททิยธนี, 2544: 218-223)

$$\text{สูตร} \quad \text{IOC} = \frac{\sum R}{N}$$

เมื่อ IOC แทน ดัชนีความสอดคล้องระหว่างจุดประสงค์กับเนื้อหา
 $\sum R$ แทน ผลรวมของคะแนนความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด
 N แทน จำนวนผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด

โดยใช้เกณฑ์พิจารณาค่า IOC แต่ละข้อตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป ถือว่าเป็นข้อสอบถามที่มีความสอดคล้องถือว่าข้อคำถามนั้นผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นสอดคล้องกัน เมื่อปรับปรุงเรียบร้อยแล้วนำเครื่องมือตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) โดยนำเครื่องมือที่ได้ไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย จำนวน 30 คน แล้วนำมาวิเคราะห์ซึ่งผลที่ได้คำนวณดัชนีความสอดคล้อง (Index of Congruence : IOC) ข้อคำถามการวิจัยครั้งนี้ได้ผลค่า IOC ผ่านเกณฑ์พิจารณาทุกข้อคำถาม (ดังตารางแสดงผลการวิเคราะห์ความสอดคล้องภายในของแบบสอบถามในภาคผนวก ก)

3.4.2 การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

1. ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วทดลองใช้ (Try out) ใช้กับแกนนำชุมชนที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับประชากรที่ศึกษา
2. หาค่าความเที่ยง (Reliability) ของแบบสอบถาม
 - 2.1) ด้านความรู้เรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก วิเคราะห์หาค่าความเที่ยงด้วยวิธีของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน สูตร KR-20 ได้ค่าเท่ากับ 0.75 ซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับหรือเชื่อถือได้
 - 2.2) ด้านทัศนคติการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก และด้านการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรค โดยวิเคราะห์หาความเที่ยงโดยวิธีการของ ครอนบาค (Cronbach's Method) ด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Coefficient of Alpha) ได้ค่าเท่ากับ 0.71 และ 0.76 ตามลำดับ ซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับหรือเชื่อถือได้



3.5 การดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล

3.5.1 การดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ ครั้งนี้ ผู้วิจัยได้แบ่งการศึกษาออกเป็น 2 ระยะ คือ ระยะเตรียมการ (Pre-Research Phase) และระยะดำเนินการวิจัย (Research Phase) ซึ่งมีกิจกรรมที่สำคัญดังนี้

1. ระยะเตรียมการ (Pre-Research Phase) มีขั้นตอนดังนี้

1.1 ศึกษาค้นคว้าข้อมูลจากเอกสาร ตำราต่างๆเพื่อวิเคราะห์ สังเคราะห์ ความรู้ แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับเรื่องที่จะศึกษาค้นคว้าวิจัย

1.2 ศึกษาข้อมูลเบื้องต้นวิเคราะห์การดำเนินงานสุขภาพภาคประชาชน ประเด็นปัญหาสุขภาพอันดับต้นในพื้นที่รับผิดชอบ ตำบลพนมไพร อำเภอพนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ด

1.3 ผู้วิจัยจัดทำโครงร่างการวิจัย เสนอขอความเห็นชอบจากคณะอาจารย์ควบคุมวิทยานิพนธ์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

1.4 ผู้วิจัยสร้างเครื่องมือในการดำเนินงานวิจัย เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความเห็นชอบจากมหาวิทยาลัยมหาสารคาม ในด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

1.5 ผู้วิจัยจัดทำหนังสือขอความอนุเคราะห์ผู้เชี่ยวชาญ ในการตรวจสอบหนังสือขอความอนุเคราะห์ทดลองใช้เครื่องมือ และหนังสือขอความอนุเคราะห์เก็บรวบรวมเครื่องมือเพื่อการวิจัย เสนอคณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ลงนามเพื่อประสานงานผู้เกี่ยวข้องในการดำเนินงานวิจัย

1.6 ผู้วิจัยจัดทำหนังสือขอความอนุเคราะห์ต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาล ให้บุคลากรที่เกี่ยวข้องเข้าร่วมกิจกรรมตลอดโครงการวิจัย ติดต่อประสานงานผู้เกี่ยวข้องเพื่อขอความร่วมมือและแจ้งรายละเอียดของโครงการวิจัย วัตถุประสงค์ ขั้นตอนกระบวนการในการวิจัยเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ตลอดจนประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจัยในครั้งนี้

1.7 เตรียมความพร้อมผู้ร่วมวิจัย โดยประสานงานกับผู้นำชุมชนและผู้ร่วมวิจัยคนอื่นๆ เพื่อสร้างความคุ้นเคยยิ่งขึ้นพร้อมทั้งทำความเข้าใจในการดำเนินการวิจัยในครั้งนี้ ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดของแผนการจัดกิจกรรมขั้นตอนการดำเนินการวิจัย และการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการพูดคุยอย่างไม่เป็นทางการ

1.8 จัดเตรียมอุปกรณ์ที่จำเป็นต้องใช้ในโครงการวิจัยให้เพียงพอ

3.5.2 ระยะปฏิบัติการวิจัย (Research Phase)

การวิจัยการพัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชนในการป้องกันโรคเมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเพื่อส่งเสริมระบบคัดกรองตั้งแต่แรกเริ่ม ตำบลพนมไพร อำเภอพนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ด ผู้วิจัยได้ร่วมกับกลุ่มตัวอย่างดำเนินการตามแนวคิดของ Kemmis และ Mc Taggart (1988) ในลักษณะวงรอบ (Spiral) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนหลัก คือ การวางแผน (Planning) การลงมือปฏิบัติงาน (Action) การสังเกตผลการปฏิบัติงาน (Observation) และการสะท้อนกลับการปฏิบัติงาน (Reflection) โดยมีขั้นตอนการดำเนินการ ดังต่อไปนี้



ระยะที่ 1 การวางแผน (Planning)

1. การศึกษาวิเคราะห์สภาพการณ์ปัจจุบัน เป็นการศึกษวิเคราะห์สภาพการณ์ต่างๆที่ดำรงอยู่ก่อนแล้วก่อนที่จะเริ่มดำเนินการปรับปรุงแก้ไขปัญหาหรือดำเนินการพัฒนา ทำการศึกษาข้อมูลทั่วไปของตำบลที่ทำงานวิจัย โดยการเก็บข้อมูลจากแบบสอบถาม เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากร ความรู้เรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ทักษะการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคจากแบบทดสอบ โดยPre – test กลุ่มผู้เข้าร่วมวิจัย

2. การอบรมความรู้เรื่องมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ใช้เวลา 1 วัน เพื่อพัฒนาองค์ความรู้ก่อนการลงมือจัดทำแผนการอบรมพัฒนาองค์ความรู้

ผู้วิจัยได้จัดอบรมเรื่องมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ระยะเวลา 1 วัน โดยจัดกิจกรรม ในวันที่ 21 มกราคม 2557 เวลา 08.00 – 16.30 น. ณ ศาลาวันมทิด โรงพยาบาลพนมไพร อำเภอนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ด มีผู้เข้าร่วมกิจกรรม จำนวน 60 คน ประกอบด้วย ผู้ใหญ่บ้านจำนวน 19 คน ประธาน อสม. จำนวน 19 คน อสม. จำนวน 19 คน วิทยากรและบุคลากรสาธารณสุข จำนวน 3 คน

3. การจัดประชุมเชิงปฏิบัติการวางแผนแบบมีส่วนร่วม ซึ่งผู้วิจัยได้ประยุกต์เอาเทคนิคกระบวนการแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ (SRM:Strategic Rout Map) มาใช้ในการพัฒนาศักยภาพการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักของแกนนำชุมชน ใช้เวลา 3 วัน ซึ่งผู้วิจัยได้เคยผ่านการฝึกอบรมการสร้างและใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ และเคยเป็นวิทยากรกระบวนการ โดยดำเนินการตามขั้นตอนการจัดทำแผนตามกระบวนการสร้างแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ดังนี้

ผู้วิจัยได้จัดประชุมเชิงปฏิบัติการ ระยะเวลา 3 วัน ระยะเวลาช่วงวันที่ 27 -29 มกราคม 2557 เวลา 08.00 – 16.30 น. ณ ศาลาวันมทิด โรงพยาบาลพนมไพร อำเภอนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ด มีผู้เข้าร่วมกิจกรรม จำนวน 60 คน โดยประยุกต์ใช้เครื่องมือแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ (SRM) ประกอบด้วย 7ขั้นตอน

ขั้นตอนที่ 1) การวิเคราะห์และประเมินสถานการณ์ (Situation Analysis) เพื่อเป็นการเสริมสร้างทักษะการสร้างและใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ สามารถวิเคราะห์และประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักระดับชุมชน และจัดทำแผนที่ความคิดของกลุ่ม (Mind Map)

ขั้นตอนที่ 2) การกำหนดจุดหมายปลายทาง (Destination Statement) เพื่อร่วมกันกำหนดผังจุดหมายปลายทางของชุมชนในมุมมองระดับต่าง ๆ (รากฐาน กระบวนการ ภาคิและประชาชน) ภายใต้การจัดการขององค์กร/ชุมชน โดยร่วมกันกำหนดจุดหมายปลายทาง

ขั้นตอนที่ 3) การสร้างแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ (Strategic Route Map Construction) เพื่อสร้างเสริมทักษะในการร่วมกันสร้างแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ขององค์กร/ชุมชน

ขั้นตอนที่ 4) การสร้างแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ฉบับปฏิบัติการ (Strategic LinkageModel Construction : SLM) เพื่อร่วมกันสร้างแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ฉบับปฏิบัติการของชุมชน



ขั้นตอนที่ 5) การนิยามเป้าประสงค์ (Strategic Objective Definition)
เพื่อร่วมกันอธิบายเป้าประสงค์ของยุทธศาสตร์ว่า จะใช้กลยุทธ์ กิจกรรม การกระทำอะไรบ้างที่จะทำให้บรรลุเป้าประสงค์ได้ และกำหนดตัวชี้วัดผลงานและตัวชี้วัดผลสำเร็จ

ขั้นตอนที่ 6) การสร้างแผนปฏิบัติการ (Action Plan)

โดยขั้นตอนนี้จะเกิดกิจกรรมและโครงการที่ชุมชนต้องการ ซึ่งจะคัดเลือกโครงการที่ต้องการให้เกิดขึ้นในแผนปฏิบัติการ (Action Plan) ตามที่ชุมชนต้องการดำเนินการตามงบประมาณและช่วงเวลา แบ่งเป็น 3 ประเภท ได้แก่

โครงการประเภทที่ 1 โครงการที่แกนนำชุมชนสามารถดำเนินการได้เอง

โครงการประเภทที่ 2 โครงการที่แกนนำชุมชนต้องร่วมดำเนินการ และ/หรือ ขอความร่วมมือจากหน่วยงานภายนอกสนับสนุนก็ได้

โครงการประเภทที่ 3 โครงการที่แกนนำชุมชนไม่สามารถดำเนินการได้เอง ต้องให้หน่วยงานอื่นช่วยดำเนินการให้

หลังจากดำเนินการแบ่งประเภทโครงการดังกล่าวข้างต้นชัดเจนแล้ว นำโครงการประเภทที่ 1 คือ โครงการที่แกนนำชุมชนสามารถดำเนินการได้เอง และ 2 โครงการที่แกนนำชุมชนต้องร่วมดำเนินการ และ/หรือ ขอความร่วมมือจากหน่วยงานภายนอกสนับสนุน มาจัดลำดับความสำคัญของโครงการ เพื่อคัดเลือกโครงการที่ได้รับการยอมรับ จากที่ประชุม และต้องการแก้ไข ให้บรรลุจุดหมาย โดยการประชุมนี้ ผู้วิจัยมีบทบาทเป็นผู้ดำเนินการประชุม จัดเตรียมวัสดุอุปกรณ์ในการประชุม จัดหาเครื่องดื่ม และอาหารว่างแก่ผู้ร่วมประชุม ประสานงานภายในกลุ่ม กระตุ้นให้แกนนำชุมชนแสดงความคิดเห็นโดยอิสระ ไม่นำความคิดเห็นของผู้วิจัยสอดแทรกในการประชุม จนกระทั่งได้ผลสรุปเป็นโครงการที่เป็นมติร่วมกันจากที่ประชุม มีการกำหนดผู้รับผิดชอบแต่ละโครงการ

ขั้นตอนที่ 7) การเปิดงาน/ลงมือปฏิบัติ

ระยะที่ 2 การลงมือปฏิบัติงาน (Action)

การปฏิบัติตามแผน เป็นขั้นตอนการปฏิบัติตามแผนงานหรือโครงการที่ได้จากการพัฒนาศักยภาพโดยเทคนิคกระบวนการ SRM นำโครงการปฏิบัติในชุมชน ประกอบด้วยโครงการ 2 ประเภท คือ

โครงการประเภทที่ 1 โครงการที่แกนนำชุมชนสามารถดำเนินการได้เอง

โครงการประเภทที่ 2 โครงการที่แกนนำชุมชนต้องร่วมดำเนินการ และ/หรือ ขอความร่วมมือจากหน่วยงานภายนอกสนับสนุนก็ได้

ระยะที่ 3 การสังเกตผลการปฏิบัติงาน (Observation)

ผู้วิจัยแบ่งเป็น 2 ช่วง คือการประเมินระหว่างดำเนินงานและการประเมินผลสรุปการศึกษา คือ

1. ประเมินผลระหว่างดำเนินการ โดยกำหนดประเด็นการประเมินดังนี้

1.1 การสังเกตประเมินผลการอบรม และการประชุมเชิงปฏิบัติการสร้างและใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ในประเด็น จำนวนผู้เข้าร่วมประชุม ความสนใจของผู้เข้าร่วมประชุม การแสดงความคิดเห็นของผู้เข้าร่วมประชุม บรรยากาศระหว่างการประชุม ตลอดจนปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้น



1.2 ประเมินผลการดำเนินโครงการตามแผนที่ได้จากการประชุม โดยผู้วิจัยทำการติดตามประเมินผลทุก 1 เดือน เป็นระยะเวลา 3 เดือน มีการประชุมเพื่อทราบความก้าวหน้า ปัญหา และอุปสรรค อาจมีการปรับแผนให้สอดคล้องกับวิถีชีวิต สถานการณ์ของชุมชนและความเป็นไปได้ในการดำเนินงาน

2. ประเมินผลสรุปเมื่อครบกำหนดเวลาการศึกษา คือ การประเมินผลสรุปการศึกษา วิเคราะห์สถานการณ์หลังจากมีการพัฒนาศักยภาพในการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักของแกนนำชุมชน ว่าได้ผลอย่างไร โดยทำการประเมินคือ ประเมินความรู้ ทักษะ การปฏิบัติตัว ผลการพัฒนาศักยภาพและดำเนินการในชุมชนหลังดำเนินการ ประเมินการดำเนินงานตามแผนงานโครงการในการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักของแกนนำชุมชนที่ผ่านกระบวนการ SRM รวมถึงสรุปปัญหาอุปสรรคทั้งหมด ประโยชน์ที่ได้จากโครงการโดยการสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์แกนนำชุมชนโดยตรง และการศึกษาจากรายงานโครงการ

ระยะที่ 4 การสะท้อนกลับการปฏิบัติงาน (Reflection)

โดยการจัดประชุมถอดบทเรียนจากกลุ่มตัวอย่างแกนนำชุมชน ตำบลพนมไพร อำเภอพนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ด ร่วมกับผู้วิจัยเพื่อวิเคราะห์ผลการดำเนินงานหลังการพัฒนา ร่วมกับการใช้แบบสอบถามเก็บข้อมูลหลังการพัฒนา รวบรวมข้อมูล สรุปผลการดำเนินงานเปรียบเทียบกับความมุ่งหมายและกรอบแนวคิดที่ได้กำหนดไว้ เพื่อเป็นประเด็นในการพัฒนาต่อเนื่องในวงรอบต่อไป

สรุปขั้นตอนการดำเนินการวิจัยภายใต้ลักษณะวงรอบ (Spiral) 4 ขั้นตอน คือ การวางแผน (Planning) การลงมือปฏิบัติงาน (Action) การสังเกตผลการปฏิบัติงาน (Observation) และการสะท้อนกลับการปฏิบัติงาน (Reflection) สู่การดำเนินการวิจัยใน 6 ขั้นตอน

- 1) การศึกษาวิเคราะห์สภาพการณ์ปัจจุบัน
- 2) การอบรมความรู้เรื่องมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก
- 3) การประชุมเชิงปฏิบัติการสร้างและใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์
- 4) การดำเนินงานตามโครงการที่ชุมชนคัดเลือก (จากแผนข้อ 3)
- 5) ติดตามประเมินผลการดำเนินโครงการ
- 6) ประชุมถอดบทเรียน วิเคราะห์ปัจจัยความสำเร็จ

3.5.2 การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ แหล่งข้อมูลจากบุคคล เป็นการสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป ความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติตัวของแกนนำชุมชน

2. การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ แหล่งข้อมูลคือบุคคล วิธีการเก็บได้แก่

การสนทนากลุ่ม (Group Discussion) เพื่อประเมินสภาพทั่วไปก่อนและหลังการวางแผนประชุมตามกระบวนการ SRM ผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นผู้ดำเนินการสนทนา โดยแนะนำตัวเองและบอกวัตถุประสงค์การสนทนากลุ่มพร้อมให้สมาชิกกลุ่มแนะนำตัวเอง ผู้วิจัยขออนุญาตจัดบันทึกประเด็นไว้ สร้างความสัมพันธ์ที่ดีก่อนเข้าสู่ประเด็นการสนทนาที่เตรียมไว้ ระหว่างการสนทนาจะพยายามกระตุ้นให้สมาชิกทุกคนได้มีโอกาสพูดคุย แสดงความคิดเห็นโดยอิสระ ภายหลังการเสร็จสิ้นการสนทนากลุ่มแล้ว รีบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับผู้ถูกสัมภาษณ์ และสถานการณ์ในการประชุมกลุ่ม

การสัมภาษณ์เจาะลึก (In-dept Interview) ผู้ให้ข้อมูลหลักคือแกนนำชุมชนโดยการนัดหมายไว้ล่วงหน้าโดยคำนึงความสะดวกของผู้ให้ข้อมูลเป็นหลัก หากผู้ให้ข้อมูลไม่พร้อมในวันนั้นก็นัด



หมายในวันต่อไป ภายหลังการเสร็จสิ้นการสนทนากลุ่มแล้ว รีบบันทึกข้อมูลที่ได้การสัมภาษณ์จะลึก
ทันดี

การสังเกต (Observation) การศึกษาครั้งนี้จำเป็นต้องเก็บข้อมูลโดยวิธีการสังเกตด้วย
ทั้งนี้เพื่อเป็นการตรวจสอบยืนยันความถูกต้องกับข้อมูลที่เก็บด้วยวิธีสัมภาษณ์ โดยผู้วิจัยได้สังเกตแบบมี
ส่วนร่วม (Participant Observation) ในขณะทำกิจกรรมตามขั้นตอนต่างๆของกระบวนการวิจัย
วิธีบันทึกข้อมูล คือการจดบันทึก บันทึกภาพ

3.6 การจัดการทำกับข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล

3.6.1 การจัดการทำกับข้อมูล ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม และจัดการทำกับข้อมูล
ของเครื่องมือในการวิจัย กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนและการแปลผล

เกณฑ์การให้คะแนนและการแปลผล ดังนี้

1. การวัดความรู้เรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

1.1 เป็นชุดคำถามความรู้เรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก จำนวน 15 ข้อ
โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

คำตอบที่ถูกต้อง ให้คะแนนเท่ากับ	1	คะแนน
คำตอบที่ผิด ให้คะแนนเท่ากับ	0	คะแนน

1.2 การแปลผลระดับคะแนนความรู้แบบอิงเกณฑ์ ของ Bloom

ตอบถูกร้อยละ 80-100 (มีค่าคะแนน12-15 ข้อ)	อยู่ในเกณฑ์ระดับสูง
ตอบถูกร้อยละ 60-79 (มีค่าคะแนนมากกว่า 9-11)	อยู่ในเกณฑ์ระดับ

ปานกลาง

ตอบถูกน้อยกว่าร้อยละ 60 (มีค่าคะแนนน้อยกว่า 9) อยู่ในเกณฑ์ระดับต่ำ

1.3 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความแตกต่างของคะแนนด้านความรู้ ก่อน-หลัง
การพัฒนา โดยใช้สถิติ Paired t-test

2. การวัด ทักษะคิดเกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

2.1 เป็นแบบวัดทัศนคติในการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก
ให้เลือกตอบโดยมีลักษณะเป็นแบบประเมินค่าแบบลิเคิร์ต (Likert Scale) มีเกณฑ์การให้คะแนนในการ
ปฏิบัติแบบมาตราส่วนประเมินค่า มี 5 ระดับ ดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	เมื่อผู้ตอบเห็นด้วยกับข้อความนั้นทั้งหมด
เห็นด้วย	หมายถึง	เมื่อผู้ตอบเห็นด้วยกับข้อความนั้นเป็นส่วนใหญ่
เฉยๆ	หมายถึง	เมื่อผู้ตอบไม่มีความเห็นด้วยกับข้อความนั้น
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	เมื่อผู้ตอบไม่มีความเห็นด้วยกับข้อความนั้นเป็น

ส่วนใหญ่

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง เมื่อผู้ตอบไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นทั้งหมด

โดยให้เลือกตอบเพียงข้อเดียว ที่ตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นมากที่สุด ซึ่ง
ประกอบด้วยทั้งข้อความที่เป็นทัศนคติทางบวก และทัศนคติทางลบ เกณฑ์การให้ค่าคะแนน ดังนี้



ทัศนคติ	ด้านบวก	ด้านลบ
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5	1
เห็นด้วย	4	2
เฉยๆ	3	3
ไม่เห็นด้วย	2	4
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1	5

2.2 เกณฑ์การแปลผล

2.2.1 การแปลผลการวิเคราะห์ แบ่งระดับทัศนคติ โดยแบ่งเป็นช่วงมาตรา 3 ช่วง โดยพิจารณาตามเกณฑ์ของเบสท์ (บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์, 2546) ดังนี้

$$\begin{aligned}
 &= \frac{\text{Maximum} - \text{Minimum}}{\text{Interval}} \\
 &= \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{ต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}} \\
 &= \frac{5 - 1}{3} \\
 &= 1.33
 \end{aligned}$$

2.2.2 การแปลผลคะแนน

คะแนนเฉลี่ย	การแปลผล
3.67 – 5.00	ทัศนคติระดับสูง
2.34 – 3.66	ทัศนคติระดับปานกลาง
1.00 – 2.33	ทัศนคติระดับต่ำ

2.3 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความแตกต่างของคะแนนด้านทัศนคติ ก่อน-หลัง การพัฒนา โดยใช้สถิติ Paired t-test

3. การวัดการปฏิบัติตัว

3.1 เป็นแบบวัดการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักให้ เลือกตอบโดยมีเกณฑ์การให้คะแนนในการปฏิบัติแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) มี 3 ระดับ ดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ	หมายถึง มีการปฏิบัติกิจกรรมนั้นเป็นประจำทุกครั้ง
ปฏิบัติบางครั้ง	หมายถึง กิจกรรมหรือพฤติกรรมนั้น นานๆครั้งถึงจะมี การกระทำ

ไม่เคยปฏิบัติ หมายถึง ไม่เคยมีการปฏิบัติกิจกรรมหรือพฤติกรรมนั้นเลย

3.2 เกณฑ์การให้ค่าคะแนนการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และ ทวารหนัก แบบอิงเกณฑ์ ดังนี้ (อนุชาติ ทองอันทัง, 2551)



การปฏิบัติ	ด้านบวก	ด้านลบ
ปฏิบัติเป็นประจำ	3	1
ปฏิบัติบางครั้ง	2	2
ไม่เคยปฏิบัติ	1	3

3.3 เกณฑ์การแปลผลค่าคะแนนในการปฏิบัติตน ในการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก พิจารณาภาพรวมมีระดับการวัด เป็นช่วงสเกล (Interval Scale) แปลผลคะแนน โดยใช้เกณฑ์การแบ่งระดับขั้นคะแนน แบบเกณฑ์อ้างอิง ตามหลักการ Learning for Mastery ของ Bloom, 1968 (อนุชาติ ทองอันทัง, 2551) โดยมี 18 ข้อ มีค่าคะแนนเต็ม คูณข้อ เท่ากับ 54 โดยแบ่งเป็น 3 ระดับคือ

คะแนนร้อยละ 80-100	(43.20 – 54.00 คะแนน)	อยู่ในระดับสูง
คะแนนร้อยละ 60-79	(32.40 – 43.10 คะแนน)	อยู่ในระดับ ปานกลาง
คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60	(น้อยกว่า 32.40 คะแนน)	อยู่ในระดับต่ำ

3.4 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความแตกต่างของคะแนนด้านการปฏิบัติ ก่อน-หลัง การพัฒนา โดยใช้สถิติ Paired t-test

3.6.2 การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงปริมาณ นำข้อมูลทั้งหมดมาตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วนและลงรหัส แต่ละข้อ หลังจากนั้นบันทึกข้อมูลเข้าโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำหรับวิเคราะห์ข้อมูล มีข้อมูลที่ต้องวิเคราะห์ดังนี้

1.1 ข้อมูลทั่วไปของประชากรที่ศึกษาใช้สถิติพรรณนานำเสนอในรูปของตารางแจกแจงความถี่ บรรยายด้วยสถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด-สูงสุด

1.2 ข้อมูลความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก แปลผลเป็นค่าคะแนน เปรียบเทียบเป็นค่าคะแนนเฉลี่ยความแตกต่าง ก่อน-หลัง ดำเนินการพัฒนาศักยภาพ โดยใช้สถิติ Paired t-test

1.3 ข้อมูลอื่นๆ เช่น ข้อมูลทั่วไปของชุมชน การมีส่วนร่วมในกิจกรรม ฯลฯ ใช้วิธีการบรรยายข้อมูล

2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ เป็นข้อมูลที่ได้จาก การสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เจาะลึก และการสังเกตพฤติกรรมการมีส่วนร่วม ข้อมูลที่ได้ในแต่ละวันหลังจากตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของข้อมูลแล้ว จะนำมาแยกเป็นหมวดหมู่ตามประเด็นปัญหา จากนั้นทำการตีความหมายของข้อมูลที่ได้ตามการรับรู้ของผู้ให้ข้อมูล ซึ่งทั้งหมดเป็นการวิเคราะห์จากเนื้อหาของข้อมูล (Content Analysis) ที่ได้จากผู้ให้ข้อมูล เพื่อสรุปเชื่อมโยงความสัมพันธ์และเหตุผลในประเด็นปัญหาที่ศึกษา



3.7 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ ประกอบด้วย

3.7.1 สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) สำหรับข้อมูลทั่วไป นำเสนอด้วยสถิติ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าต่ำสุด-สูงสุด

3.7.2 สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) สำหรับเปรียบเทียบความรู้ ทักษะ การปฏิบัติตัว ก่อนและหลังดำเนินการด้วยสถิติทดสอบ Paired t-test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และช่วงเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ เป็นข้อมูลที่ได้จากการใช้สังเกตแบบมีส่วนร่วม การสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก นำมาตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล จัดหมวดหมู่ตามประเด็น

3.8 จริยธรรมของนักวิจัย

ผู้วิจัยให้ความสำคัญและตระหนักถึงสิทธิส่วนบุคคลของผู้เข้าร่วมการวิจัยซึ่งเป็นผู้ให้ข้อมูล การวิจัยในครั้งนี้เป็นอย่างยิ่ง เพื่อป้องกันมิให้เกิดผลเสียแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจึงกำหนดแนวทางการปฏิบัติด้านจริยธรรมของการวิจัยครั้งนี้ ดังนี้ (ได้รับการอนุมัติจากมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เลขที่ 176 /2557 วันที่รับรอง 10 มีนาคม 2557)

3.8.1 ผู้วิจัยนำหนังสือไปเชิญกลุ่มตัวอย่างที่วิจัยด้วยตนเอง พร้อมกับชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยให้ทราบ และอธิบายให้กลุ่มเป้าหมายที่เกี่ยวข้องเพื่อให้การตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยเป็นไปด้วยความเข้าใจและเต็มใจ

3.8.2 กระบวนการและขั้นตอนการวิจัยจะไม่ก่อให้เกิดความเดือดร้อนทางร่างกายและจิตใจกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยจะไม่บังคับให้เข้าร่วมกิจกรรมหากไม่พร้อม หรือไม่สมัครใจ

3.8.3 สร้างบรรยากาศที่เป็นกันเอง ในการประชุม เพื่อคลายความเครียดและเพื่อให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้เข้าร่วมประชุม

3.8.4 รับฟังความคิดเห็นผู้เข้าร่วมประชุมทุกคน วางตัวเป็นกลาง ไม่ตัดสินความคิดเห็นของใครว่าถูกหรือผิด

3.8.5 เคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของผู้เข้าร่วมวิจัยทุกคน ทุกคนมีสิทธิที่จะพูดหรือแสดงความคิดเห็นได้อย่างเท่าเทียมกันโดยเสรี

3.8.6 สร้างความมั่นใจกับแกนนำชุมชน เจ้าหน้าที่และผู้ที่เกี่ยวข้อง ให้ความร่วมมือ จะนำไปใช้ในการวิจัยเท่านั้น

3.8.7 หากจะต้องมีการบันทึกภาพ การบันทึกเทป หรือจดบันทึกการสังเกต จะแจ้งให้ผู้เข้าร่วมวิจัยและผู้เกี่ยวข้องทราบ และขออนุญาตก่อนทุกครั้ง

3.8.8 การดำเนินการวิจัยได้ปฏิบัติโดยคำนึงถึงสิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัยทุกขั้นตอน



ตาราง 3.1 สรุปกรอบวิธีดำเนินการวิจัย (Conceptual Methodology) ตามกระบวนการ PAOR

ขั้นตอนกระบวนการ PAOR	ขั้นตอนในการวิจัย	กลุ่มเป้าหมาย	เครื่องมือ	การเก็บข้อมูล	การวิเคราะห์ข้อมูล
ขั้น 1 วางแผน (Planning)	1.ศึกษาบริบทของชุมชน - เตรียมความพร้อมผู้เข้าร่วมวิจัย - Pre-test 2. อรรถความรู้เรื่องมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก 3.ประชุมเชิงปฏิบัติการสร้างและใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์	- ชุมชนตำบลพนมไพร - แกนนำชุมชนตำบลพนมไพร - เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	- การรวบรวมข้อมูลพื้นฐาน - แบบสอบถามก่อนพัฒนา - แบบสังเกต	- สร้างสัมพันธภาพ - ชี้แจงวัตถุประสงค์และพื้นที่เป้าหมาย - ทำหนังสือขอความอนุเคราะห์	- สถิติเชิงพรรณนา - Content analysis
ขั้น 2 การปฏิบัติตามแผน (Action)	4.ดำเนินการตามโครงการ	- ชุมชนตำบลพนมไพร - แกนนำชุมชนตำบลพนมไพร - เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	- แบบติดตามประเมินโครงการ	- สังเกตแบบมีส่วนร่วม	- Content analysis
ขั้น 3 สังเกตผลการปฏิบัติ (Observation)	5. ติดตาม ประเมินผลการดำเนินโครงการ	- ชุมชนตำบลพนมไพร - แกนนำชุมชนตำบลพนมไพร - เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	- แบบสัมภาษณ์เจาะลึก/รายบุคคล - แนวทางการสนทนากลุ่ม - แบบบันทึกการสังเกตแบบมีส่วนร่วม/ไม่มีส่วนร่วม	- ข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติตามแผนงาน/โครงการ/การประเมินผลและการสังเกตแบบมีส่วนร่วมและไม่มีส่วนร่วม	- Content analysis
ขั้น 4 สะท้อนผล (Reflection)	6. ประชุมถอดบทเรียน สรุปวิเคราะห์ปัจจัยความสำเร็จ	- แกนนำชุมชนตำบลพนมไพร - เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	- แบบสังเกต - แบบสอบถามหลังพัฒนา (Post-test)	- สังเกตแบบมีส่วนร่วม - ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่คุณลักษณะทางประชากร ความรู้ทัศนคติ การปฏิบัติตัว	- Content analysis - สถิติเชิงพรรณนา - สถิติเชิงอนุมาน



บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยเรื่องการพัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชนในการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเพื่อส่งเสริมระบบคัดกรองตั้งแต่แรกเริ่ม ตำบลพนมไพร อำเภอพนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ด ผู้วิจัยขอเสนอผลการวิจัย ตามลำดับขั้นตอนดังนี้

- 4.1 สัญลักษณ์ที่ใช้ในการเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล
- 4.2 ลำดับขั้นตอนในการเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล
- 4.3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

4.1 สัญลักษณ์ที่ใช้ในการเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล

เพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกันในการสื่อความหมาย ผู้วิจัยได้กำหนดความหมายของสัญลักษณ์ในการวิเคราะห์ ข้อมูลดังนี้

n	แทน จำนวนกลุ่มตัวอย่าง
$\bar{x}$	แทน ค่าเฉลี่ย
SD	แทน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)
Max	แทน ค่าสูงสุด (Maximum)
Min	แทน ค่าต่ำสุด (Minimum)
df.	แทน ชั้นของความเป็นอิสระ (Degree of Freedom)
t	แทน สถิติทดสอบที่ใช้พิจารณา ใน t – distribution
*	แทน มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

4.2 ลำดับขั้นตอนในการเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยได้ดำเนินขั้นตอนในกิจกรรมการดำเนินการวิจัย แล้วนำข้อมูลที่ทำการศึกษาเก็บรวบรวมมาวิเคราะห์หาค่าโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปและการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา เสนอผลการวิจัยและการอภิปรายออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

- ส่วนที่ 1 ข้อมูลบริบททั่วไปและข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง
- ส่วนที่ 2 กระบวนการพัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชนในการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก
- ส่วนที่ 3 ผลการพัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชนในการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก
- ส่วนที่ 4 ปัจจัยแห่งความสำเร็จ



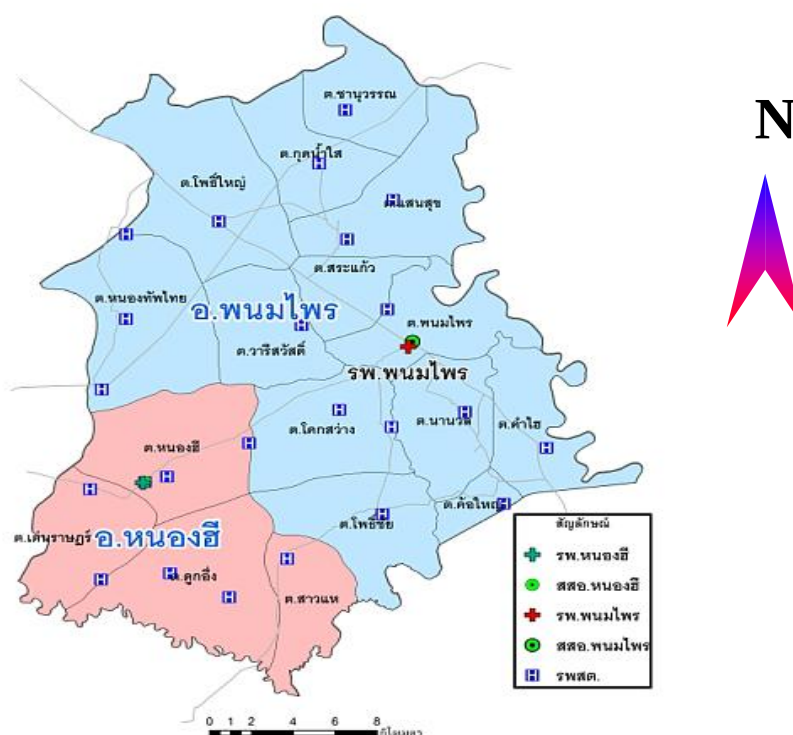
4.1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ส่วนที่ 1 ข้อมูลบริบททั่วไปและข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง

ผลจากการศึกษาสภาพบริบททั่วไปของตำบลพนมไพร อำเภอพนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ดของผู้วิจัยได้ผล ดังนี้

4.1 ข้อมูลบริบททั่วไป

อำเภอพนมไพรตั้งอยู่ทางทิศตะวันออกเฉียงใต้ของจังหวัดร้อยเอ็ด ห่างจากอำเภอเมืองจังหวัดร้อยเอ็ด 68 กิโลเมตร มีพื้นที่ 458.12 ตารางกิโลเมตร อาณาเขต ทิศเหนือติดต่อกับอำเภอเมืองจังหวัดยโสธร โดยมีแม่น้ำชีเป็นแนวแบ่งเขต มีระยะทางห่างจากอำเภอเมืองประมาณ 23 กิโลเมตร ทิศตะวันออกติดต่อกับ อำเภอมหาชนะชัย และอำเภอคำเขื่อนแก้ว จังหวัดยโสธร ทิศตะวันตกติดต่อกับอำเภออาจสามารถ และอำเภอสว่างแดนดิน จังหวัดร้อยเอ็ด



(ที่มา: สรุปผลการดำเนินงานกลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน, โรงพยาบาลพนมไพร, 2556)

ภาพประกอบ 4.1 แผนที่ตำบลพนมไพร



4.1.2 ด้านการปกครอง

ตำบลพนมไพรแบ่งเขตการปกครองออกเป็น 1 ตำบล 19 หมู่บ้าน มี 3,086 หลังคาเรือน 1 เทศบาลตำบล และ 1 องค์การบริหารส่วนตำบล

4.1.3 ด้านอาชีพ เศรษฐกิจ

ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพทางการเกษตรกรรมรองลงมาคือจำหน่ายผลผลิตจากการเกษตรในครัวเรือนและรับจ้าง มีรายได้เฉลี่ย 7,500 บาท/คน/ปี

4.1.4 ด้านศาสนาและวัฒนธรรมประเพณี

มีวัด 12 แห่ง ประชาชนส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ มีประเพณีบุญบั้งไฟที่ขึ้นชื่อและมีความเชื่อในการถือปฏิบัติในวันเพ็ญขึ้น 15 ค่ำ เดือน 7 ของทุกปี เพื่อนมัสการองค์พระมหาธาตุวัดกลางอุดมเวทย์ซึ่งเป็นศูนย์รวมจิตใจของชาวพนมไพร ยึดถือประเพณีอีสานฮีต 12 คอง 14

4.1.5 ด้านสาธารณสุข และสภาพปัญหาที่เกี่ยวข้อง

จุดแข็ง

มีโรงพยาบาลพนมไพร ขนาด 30 เตียง ซึ่งเป็นเครือข่ายการดำเนินงานร่วมกับโรงพยาบาลร้อยเอ็ด และโรงพยาบาลจุฬาภรณ์ในการดำเนินงานเรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก มีระบบการตรวจคัดกรอง รักษาและส่งต่อที่เป็นรูปธรรม

จุดอ่อน

ขาดระบบการดำเนินงานเชื่อมต่อในชุมชน ไม่มีการส่งเสริมป้องกันโรคในชุมชนเพื่อกระตุ้น ส่งเสริม สร้างความตระหนักให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงเข้าสู่ระบบการตรวจคัดกรอง

ตาราง 4.1 ผลการวิเคราะห์ระบบคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักตั้งแต่แรกเริ่ม

ประเด็น	ผลการวิเคราะห์
1. การส่งเสริมและป้องกันโรคในชุมชน เพื่อเข้ารับบริการตรวจคัดกรอง	ปัญหา - ไม่มีรูปแบบการป้องกันเฉพาะโรคในชุมชน - ไม่มีแผนงาน/โครงการส่งเสริมป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ในชุมชน - จากการศึกษาเรื่องราวความรู้และทัศนคติเรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ใน อสม. จำนวน 30 คน พบว่าส่วนใหญ่มีความรู้ และทัศนคติ ระดับปานกลาง ร้อยละ 53 โอกาสพัฒนา - พัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชนในการส่งเสริมป้องกันโรคในชุมชน - ส่งเสริมความรู้เรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่แกนนำชุมชนเพื่อกระตุ้นผลักดันการ



ตาราง 4.1 (ต่อ)

ประเด็น	ผลการวิเคราะห์
2. ระบบบริการตรวจคัดกรอง 2.1 เจ้าหน้าที่ 2.2 การให้บริการ 2.3 การส่งต่อ	- วางแผนป้องกันที่มีประสิทธิภาพ สอดคล้องสถานการณ์ปัญหาอุบัติการณ์มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก - ติดตามกิจกรรม/โครงการส่งเสริมป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักในชุมชน จุดแข็ง - มีเจ้าหน้าที่รับบริการตามขั้นตอน - กำหนดเวลาเริ่มให้บริการ 07.00 น. ณ จุดตรวจคัดกรองโรคมะเร็ง ตามขั้นตอนบริการ[- มีระบบการส่งต่อเพื่อตรวจวินิจฉัยยืนยันผลด้วยการเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ที่โรงพยาบาลร้อยเอ็ด และรักษาที่โรงพยาบาลจุฬาภรณ์ จุดอ่อน - ชุมชนไม่ทราบความสำคัญของการตรวจคัดกรองตั้งแต่เริ่มแรก - ชุมชนไม่ทราบรูปแบบขั้นตอนการให้บริการ โอกาสพัฒนา - พัฒนาศักยภาพภาพแกนนำชุมชนในการกระตุ้นผลักดัน สร้างความตระหนักในการตรวจคัดกรองตั้งแต่เริ่มแรก - ส่งเสริมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านร่วมเป็นจิตอาสา ร่วมให้บริการตรวจคัดกรองตามศักยภาพ เพื่อรับทราบขั้นตอนและเป็นผู้ประสานสร้างความเข้าใจในชุมชน

โดยสรุป จะเห็นได้ว่าตำบลพนมไพร อำเภอพนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ด มีองค์ประกอบพื้นฐานทางเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรมค่อนข้างสมบูรณ์ มีทุนทางสังคมที่ คือ ผู้นำชุมชน อสม. เข้มแข็ง ประชาชนมีความสามัคคี ให้ความร่วมมือการดำเนินงานด้านสุขภาพเป็นอย่างดีมาโดยตลอด หน่วยงานสาธารณสุขมีระบบการให้บริการที่เอื้อต่อการให้บริการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก โดยภาพรวมมีความพร้อมที่จะให้ความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย และจะส่งผลให้การวิจัยประสบความสำเร็จตามวัตถุประสงค์



4.2 ข้อมูลทั่วไปกลุ่มตัวอย่าง

ในการดำเนินการศึกษาข้อมูลก่อนการพัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชนในการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเพื่อส่งเสริมระบบคัดกรองตั้งแต่แรกเริ่ม ตำบลพนมไพร อำเภอพนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ด มีกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโครงการ ประกอบด้วยผู้ใหญ่บ้าน จำนวน 19 คน ประธาน อสม. จำนวน 19 คน และ อสม. จำนวน 19 คน รวมทั้งสิ้น จำนวน 57 คน คุณลักษณะกลุ่มตัวอย่าง ดังตาราง

ตาราง 4.2 ความถี่และร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่าง ตามคุณลักษณะประชากร

คุณลักษณะประชากร	จำนวน (n=57)	ร้อยละ
1.เพศ		
ชาย	27	47.40
หญิง	30	52.60
2.อายุ		
60 ปีขึ้นไป	3	5.26
51 – 60 ปี	25	43.86
41 – 50 ปี	24	42.11
31 – 40 ปี	4	7.02
20 - 30 ปี	1	1.75
$\bar{x} = 50.05$ $SD = 7.50$ $Min = 25$ $Max = 70$		
3.สถานภาพ		
โสด	1	1.80
คู่	52	91.20
หม้าย/หย่า/แยก	4	7.00
4. ระดับการศึกษาสูงสุด		
ประถมศึกษา	11	19.20
มัธยมศึกษาตอนต้น	4	7.00
มัธยมศึกษาตอนปลาย	36	63.20
ปวส./อนุปริญญา	3	5.30
ปริญญาตรี	3	5.30
5.อาชีพ		
เกษตรกร	33	57.90
รับจ้าง	19	33.30
ค้าขาย	3	5.30
อื่นๆ ระบุ นักศึกษา	2	3.50



ตาราง 4.2 (ต่อ)

คุณลักษณะประชากร	จำนวน (n=57)	ร้อยละ
6. บทบาททางสังคม		
อสม.	21	36.90
ประธาน อสม.	19	33.30
ผู้ใหญ่บ้าน	17	29.80

จากตาราง 4.2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 30 คน (ร้อยละ 50.80) มีอายุเฉลี่ย 50 ปี (SD = 7.50) อายุต่ำสุด 25 ปี และอายุมากที่สุด 70 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส จำนวน 52 คน (ร้อยละ 91.20) รองลงมาคือสถานภาพ หม้าย/หย่าแยก จำนวน 4 คน (ร้อยละ 7.00) ระดับการศึกษาสูงสุดส่วนใหญ่คือระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย จำนวน 36 คน (ร้อยละ 63.20) รองลงมาคือระดับประถมศึกษา จำนวน 11 คน (ร้อยละ 19.30) ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพหลักเกษตรกร จำนวน 33 คน (ร้อยละ 57.90)

ส่วนที่ 2 กระบวนการพัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชนในการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ และทวารหนัก

การพัฒนาแกนนำชุมชนในการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ตำบลพนมไพร อำเภอนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ด โดยมีเป้าหมายให้แกนนำชุมชนมีความรู้เรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก และมีศักยภาพในการวางแผนงานและดำเนินโครงการส่งเสริมป้องกันโรคโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ และทวารหนักในระดับชุมชน เพื่อเป็นผู้ผลักดัน สร้างความตื่นตัวในชุมชนส่งผลต่อความตระหนักในการตรวจคัดกรองตั้งแต่แรกเริ่ม โดยผู้วิจัยได้นำเสนอผลการศึกษาตามประเด็น ดังนี้

2.1 ขั้นวางแผน (Planning) มีกิจกรรม 3 ขั้นตอน ดังนี้

2.1.1 ศึกษาบริบท ประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องผู้วิจัยได้ประสานงาน หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยโรงพยาบาลพนมไพรองค์การบริหารส่วนตำบลพนมไพร เทศบาลตำบลพนมไพร กำนันตำบลพนมไพร ผู้นำชุมชน และ อสม. ตำบลพนมไพร อำเภอนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ด ในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ ซึ่งได้รับความร่วมมือจากเป็นอย่างดียิ่งประเมินความรู้ ทักษะคติ การปฏิบัติตัวแกนนำชุมชนก่อนการพัฒนา (Pre-test) ผู้วิจัยได้ทำการประเมินความรู้ ทักษะคติ การปฏิบัติตัวแกนนำชุมชนด้วยแบบทดสอบ (ดังภาคผนวก ข) รายละเอียดดังนี้



2.1.1.1 ด้านความรู้ ก่อนการพัฒนา

ตาราง 4.3 ความถี่ ร้อยละ และค่าเฉลี่ยคะแนนระดับความรู้เรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักของแกนนำชุมชน ก่อนการพัฒนา

ระดับความรู้ เรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก แกนนำชุมชน		ก่อนการพัฒนา (n=57)	
		จำนวน	ร้อยละ
สูง	ได้คะแนน 12.00 – 15.00 คะแนน	43	75.44
ปานกลาง	ได้คะแนน 9.00 – 11.00 คะแนน	10	17.54
ต่ำ	ได้คะแนนน้อยกว่า 9.00 คะแนน	4	7.02
รวม		57	100.00
$\bar{x}$ (SD)		12.56 (2.07) ระดับสูง	
Min- Max		7.00 – 15.00	

จากตาราง 4.3 พบว่า แกนนำชุมชนมีความรู้ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง จำนวน 43 คน (ร้อยละ 75.44) รองลงมาคือ ระดับปานกลาง (ร้อยละ 17.54)

2.1.1.2 ด้านทัศนคติ ก่อนการพัฒนา

ตาราง 4.4 ความถี่ ร้อยละ และค่าเฉลี่ยคะแนนระดับทัศนคติเกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักของแกนนำชุมชน ก่อนการพัฒนา

ระดับทัศนคติ เกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก แกนนำชุมชน		ก่อนการพัฒนา (n=57)	
		จำนวน	ร้อยละ
สูง	ได้คะแนนเฉลี่ย 3.67 – 5.00 คะแนน	1	1.75
ปานกลาง	ได้คะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.66 คะแนน	15	26.32
ต่ำ	ได้คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 2.33 คะแนน	45	71.93
รวม		57	100.00
$\bar{x}$ (SD)		2.73 (.49) ระดับปานกลาง	
Min- Max		1.00 – 5.00	

จากตาราง 4.4 พบว่า แกนนำชุมชนมีทัศนคติส่วนใหญ่ในระดับต่ำ จำนวน 45 คน (ร้อยละ 71.93) รองลงมาคือระดับปานกลาง จำนวน 15 คน (ร้อยละ 26.32)



2.1.1.3 ด้านการปฏิบัติในการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักก่อนการพัฒนา

ตาราง 4.5 ความถี่ ร้อยละ และค่าเฉลี่ยคะแนนระดับการปฏิบัติในการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักของแกนนำชุมชน ก่อนการพัฒนา

ระดับการปฏิบัติ ในการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก แกนนำชุมชน		ก่อนการพัฒนา (n=57)	
		จำนวน	ร้อยละ
สูง	ได้ร้อยละ 80-100 มีค่าคะแนน 43.20 – 54.00 คะแนน	41	71.93
ปานกลาง	ได้ร้อยละ 60-79 มีค่าคะแนน 32.4 - 43.10 คะแนน	2	3.51
ต่ำ	ได้น้อยกว่าร้อยละ 60 มีค่าคะแนนน้อยกว่า 32.40 คะแนน	14	24.56
รวม		57	100.00
$\bar{x}$ (SD)		30.68 (5.03) ระดับต่ำ	
Min- Max		24.00 – 46.00	

จากตาราง 4.5 พบว่า แกนนำชุมชนมีระดับการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง จำนวน 41 คน (ร้อยละ 71.93) รองลงมาคือระดับต่ำ จำนวน 14 คน (ร้อยละ 24.56)

2.1.2 การอบรมความรู้เรื่องมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

หลังจากการชี้แจงผู้เกี่ยวข้องและประเมินความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก จึงดำเนินการอบรมความรู้ด้วยการอบรมเรื่องมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก แกนนำชุมชน จำนวน 57คน เพื่อให้แกนนำชุมชนมีความรู้ประกอบการสร้างและใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ในขั้นตอนต่อไป

วันที่ 21 มกราคม 2557 อบรมความรู้ด้วยการอบรมเรื่องมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

(1) ลงทะเบียน ณ ศาลาวันมหิตล โรงพยาบาลพนมไพร อำเภอพนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ดเปิดการอบรม วิทยากรอบรมโดยนายแพทย์วัชร เอี่ยมรัมย์กุล ตำแหน่งนายแพทย์เชี่ยวชาญ ประจำโรงพยาบาลพนมไพร

(2) เนื้อหาการอบรม ประกอบด้วย สาเหตุ อาการ การรักษา และบทบาทของสม.ต่อการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

(3) มีแกนนำชุมชน จำนวน 57 คน เข้าสู่การดำเนินการอบรมผู้วิจัยได้กล่าวถึงวัตถุประสงค์ของการอบรมเพื่อพัฒนาองค์ความรู้เรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ก่อนการวิเคราะห์ชุมชนและวางแผนชุมชนด้วยเครื่องมือแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์เพื่อให้เกิดแผนงานโครงการแบบมีส่วนร่วมสอดคล้องกับสถานการณ์ปัญหา และนโยบายขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น



เพื่อประสานงานด้านงบประมาณได้ โดยนายแพทย์วัชร เอี่ยมศรีสกุล ได้ให้เกียรติเป็นประธาน และเป็นวิทยากรผู้บรรยาย และได้เชิญหัวหน้ากลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน ได้พบปะกับผู้เข้าร่วมอบรม

ข้อสังเกตจากการอบรม

สังเกตเห็นได้ชัดเจนระยะเริ่มต้นเข้าสู่เนื้อหา วิทยากรได้ถามเกี่ยวกับสาเหตุของโรค พบว่าแกนนำชุมชนส่วนใหญ่มีความสับสน ตอบไม่ถูกต้อง ภายหลังการเข้าสู่เนื้อหาพร้อมภาพประกอบจากวิทยากร แกนนำชุมชนตั้งใจฟังและมีความตื่นตัวในการถามวิทยากร

2.1.3 การสร้างและใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ เพื่อป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักในชุมชน

27 - 29 มกราคม 2557 กระบวนการสร้างและใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์

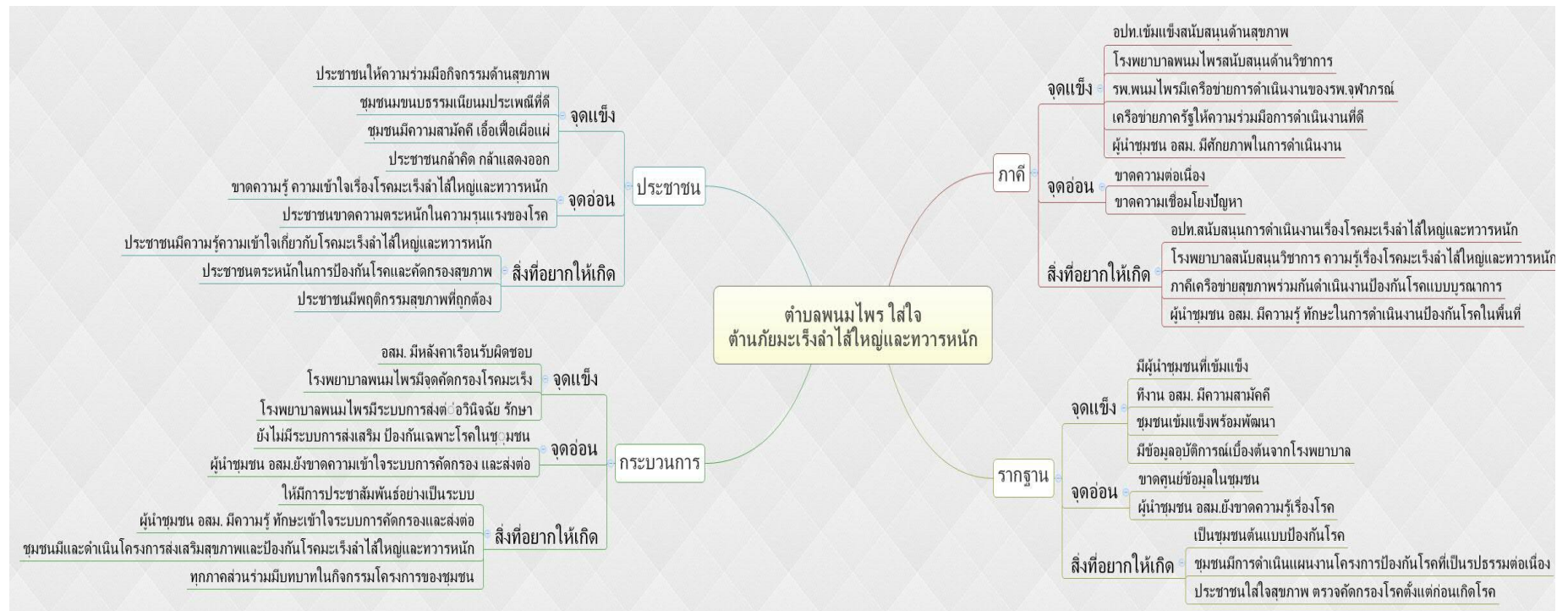
(1) ลงทะเบียน ชี้แจงกำหนดการ พิธีเปิดโดยหัวหน้ากลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน โรงพยาบาลพนมไพร

(2) นำเข้าสู่กระบวนการวิเคราะห์และวางแผนด้วยการประยุกต์ใช้เครื่องมือแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ ทั้ง 7 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1) การวิเคราะห์และประเมินสถานการณ์ ขั้นตอนที่ 2) การกำหนดจุดหมายปลายทาง ขั้นตอนที่ 3) การสร้างแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์และตรวจสอบยุทธศาสตร์ ขั้นตอนที่ 4) การสร้างแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ฉบับปฏิบัติการ ขั้นตอนที่ 5) การนิยามเป้าประสงค์ ขั้นตอนที่ 6) การทำแผนปฏิบัติการ และขั้นตอนที่ 7) การเปิดงาน/ลงมือปฏิบัติ โดยผู้วิจัยจะได้นำเสนอผลของกระบวนการพัฒนา ดังนี้

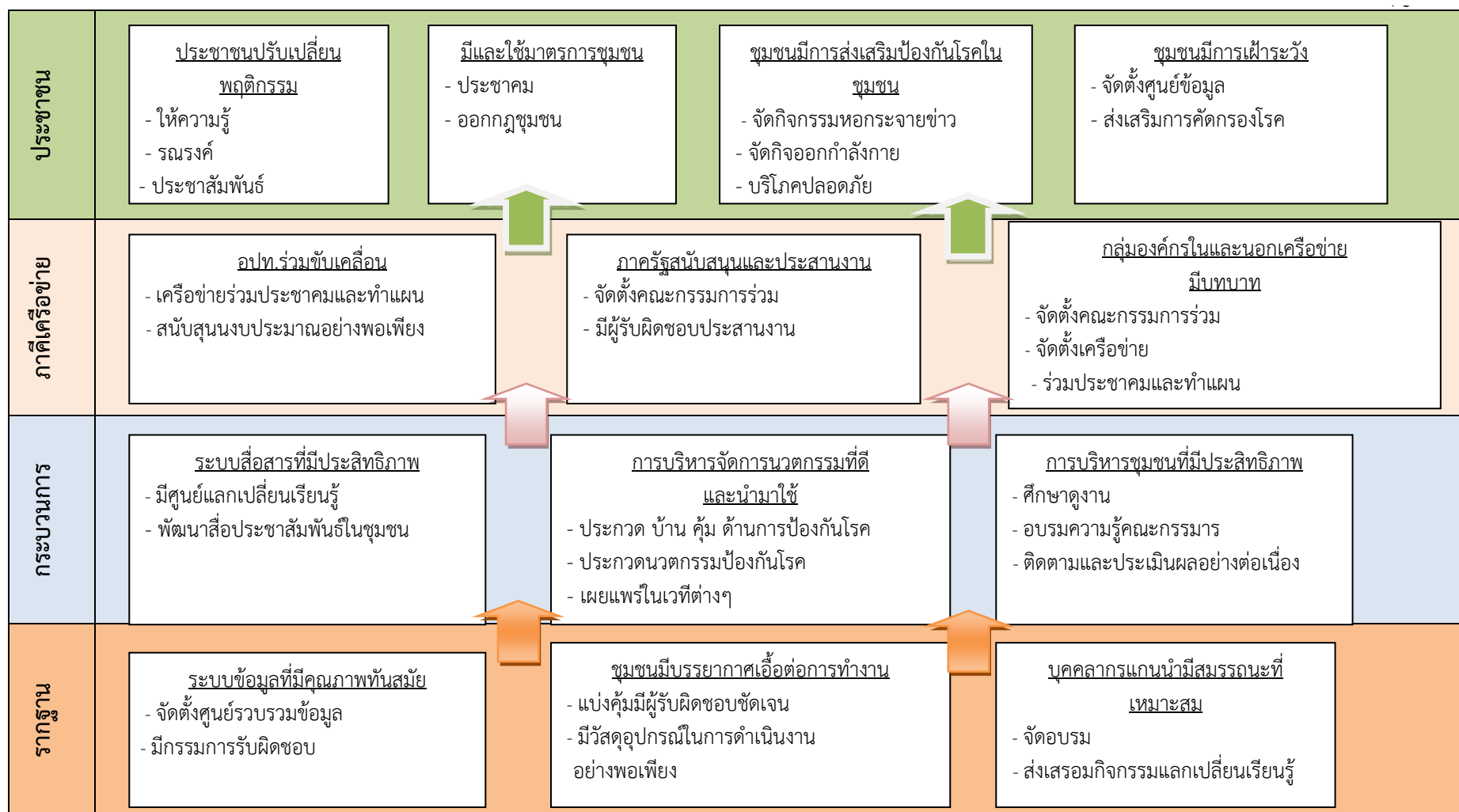
ข้อสังเกตขั้นตอนการสร้างและใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์

ในขั้นตอนการวิเคราะห์และประเมินสถานการณ์แกนนำชุมชน การกำหนดจุดหมายปลายทาง ร่วมกันแสดงความคิดเห็นร่วมกันเป็นอย่างดี โดยรวบรวมความคิดเห็นผ่านกระดาษแผ่น บางคนก็พูดออกมาให้เลขาจดบันทึกแทน ขั้นตอนการสร้างแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์และตรวจสอบยุทธศาสตร์ ตรวจสอบยุทธศาสตร์กับแผนของเทศบาลและองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) พนมไพร ขั้นการสร้างแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ฉบับปฏิบัติการและการนิยามเป้าประสงค์ ใช้เวลาในกระบวนการค่อนข้างนาน วิทยากรเสริมการอธิบายเป็นระยะ และในขั้นตอนการทำแผนปฏิบัติการแกนนำชุมชนได้ช่วยกันเสนอความคิดเห็นเพื่อคัดเลือกโครงการและกิจกรรมที่เหมาะสม ลงความเห็นในการดำเนินการตามกรอบระยะเวลาและงบประมาณได้

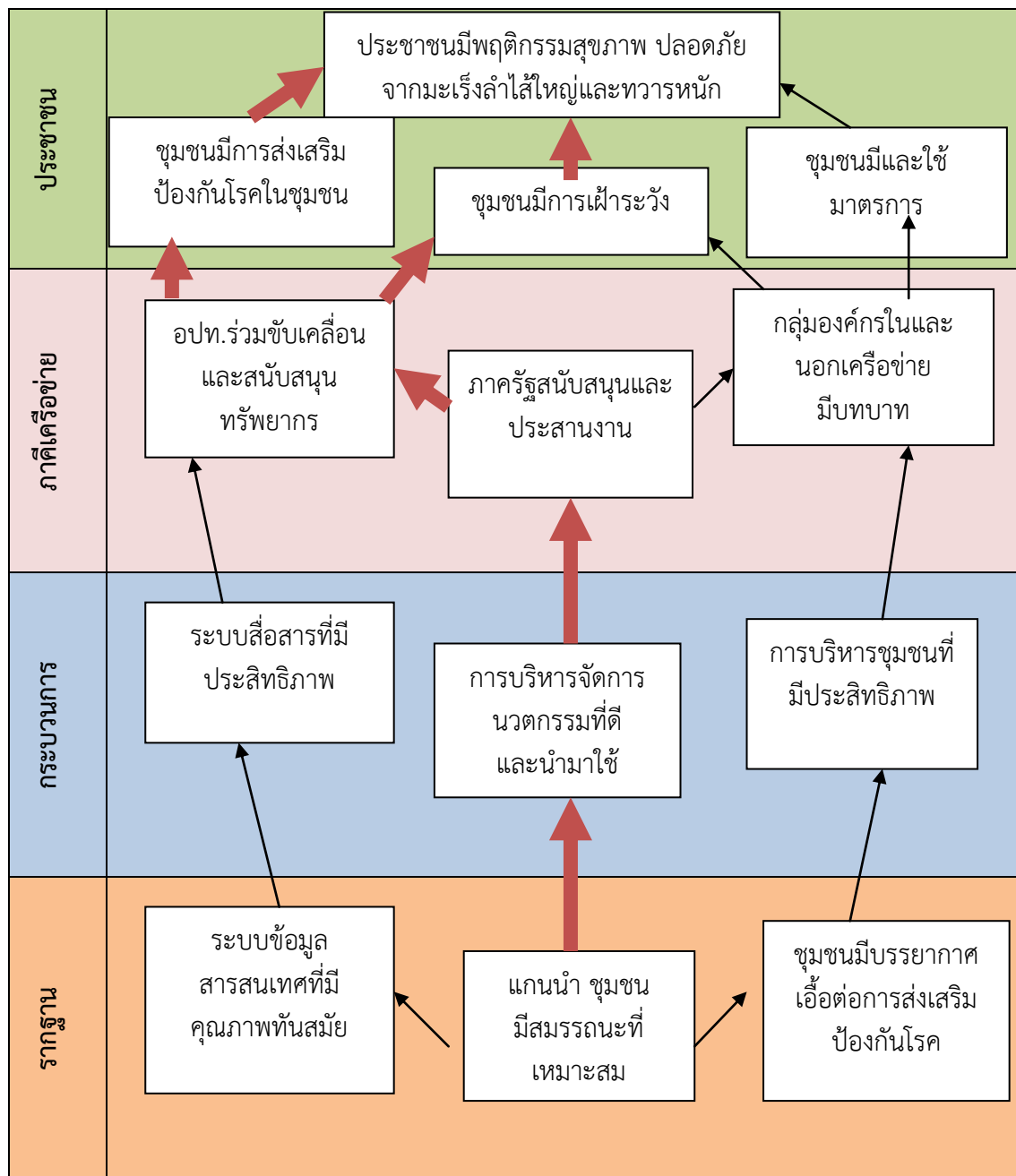




ภาพประกอบ 4.2 แผนที่ความคิดแสดงสถานการณ์การป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก



ภาพประกอบ 4.3 แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักตำบลพนมไพร



ภาพประกอบ 4.4 แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ฉบับปฏิบัติการ ตำบลพนมไพร

ตาราง 4.7 ตารางเป้าประสงค์ของแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ฉบับปฏิบัติการตำบลพนมไพร

เป้าประสงค์ ของ ยุทธศาสตร์	กลยุทธ์ สำคัญ	กิจกรรมที่สำคัญ	มาตรการ		ตัวชี้วัด ผลงาน	ตัวชี้วัด ความสำเร็จ	ปริมาณงาน	งบ ประมาณ	ระยะ เวลา	ผู้รับ ผิดชอบ
			วิชาการ	มาตรการทาง สังคม						
1.ชุมชนมี การส่งเสริม ป้องกันโรค ในชุมชน	1.1ส่งเสริม กิจกรรม ป้องกัน	1.1.2 ส่งเสริมการ บริโภคผักปลอด สารพิษและสมุนไพร ประจำบ้าน	-ประกวด หมู่บ้านตัวอย่าง	มาตรการ ส่งเสริม สุขภาพ	-จำนวน หมู่บ้าน	การมีส่วนร่วม ของประชาชน	19 หมู่บ้าน	20,000 บาท	กพ-พค57	ผู้ใหญ่บ้าน ประธาน อสม.
		1.1.3ส่งเสริมการออก กำลังกายในหมู่บ้าน	- ส่งเสริมการ ออกกำลังกาย		-จำนวน ชมรมออก กำลังกาย		19 หมู่บ้าน	-		



ตาราง 4.7 (ต่อ)

เป้าประสงค์ ของ ยุทธศาสตร์	กลยุทธ์ สำคัญ	กิจกรรมที่สำคัญ	มาตรการ		ตัวชี้วัด ผลงาน	ตัวชี้วัด ความสำเร็จ	ปริมาณงาน	งบ ประมาณ	ระยะ เวลา	ผู้รับ ผิดชอบ
			วิชาการ	มาตรการทาง สังคม						
2.ชุมชน มีการเฝ้า ระวัง โรคเริม ลำไส้ใหญ่ และทวาร หนัก	1.1พัฒนา แกนนำชุมชน	1.1.1 พัฒนาทักษะการ เป็นจิตอาสา ร่วมให้บริการตรวจคัดกรอง	-อบรมพัฒนา ทักษะ การ ปฏิบัติงานจิต อาสาคัดกรอง เริม	มาตรการ ส่งเสริม สุขภาพ	-จำนวนผู้ เข้าอบรม	จิตอาสา ปฏิบัติงานได้ ตามแผน	95 คน	1,900 บาท	กพ-พค57	ผู้ใหญ่บ้าน ประธาน อสม. จนท.สาธารณสุข สุข
	1.2 ส่งเสริม สื่อประชา สัมพันธ์	1.1.1ส่งเสริมการให้ ความรู้ทางหอกระจาย ข่าวหมู่บ้าน	- จัดกิจกรรมหอ กระจายข่าวเล่า ภัยเริมฯ		-จำนวน หมู่บ้าน ดำเนินการ	ประชาชนรับรู้ เรื่องโรคฯ	19 หมู่บ้าน	-		ผู้ใหญ่บ้าน ประธาน อสม.
		1.1.2 จัดตั้งศูนย์เรียนรู้	- ประชุม - แต่งตั้ง คณะทำงาน - คัดเลือกศูนย์ สาธารณสุขมูล ฐานชุมชน (ศสม).เป็นศูนย์ เรียนรู้		- จำนวนผู้ เข้าประชุม - คำสั่ง -จำนวน ศสมช.	มีศูนย์เรียนรู้ ชุมชนเฉพาะ โรค	19 หมู่บ้าน ศสมช.ต้นแบบ 1แห่ง	1,000 บาท		



2. การลงมือปฏิบัติ (Action)

จากการประชุมเชิงปฏิบัติการของแกนนำชุมชน ตำบลพนมไพร อำเภอนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ด เพื่อวางแผนงานโครงการใน การป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก โดยการประยุกต์ใช้เครื่องมือแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ (SRM) ได้คัดเลือกเป้าประสงค์ที่จะดำเนินการสามารถดำเนินการให้บรรลุตามระยะเวลา จำนวน 2 เป้าประสงค์ ได้แก่ 1.) ชุมชนมีการส่งเสริมป้องกันโรคในชุมชน และ 2.) ชุมชนมีการเฝ้าระวังโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก และวางแผนกิจกรรม/โครงการที่ชุมชนต้องการ ดังนี้

2.1 โครงการที่ชุมชนสามารถดำเนินการได้เอง

2.1.1 โครงการประกวดหมู่บ้านตัวอย่างบริโภคปลอดภัย

เป็นโครงการที่มีกิจกรรมหลักคือประชุมชี้แจงชุมชนในการปลูกผักปลอดสารพิษ สมุนไพรที่จำเป็น ลดอาหารที่เป็นปัจจัยเสี่ยง จัดทำเกณฑ์การประเมิน จัดทำแผนการออกประกวดโดยประเมินภาพรวมถึงสิ่งแวดล้อมในชุมชน เพื่อให้เกิดการดูแลสุขภาพความสะอาดของหมู่บ้านร่วมด้วย ผลการดำเนินการ พบว่า ชุมชนใส่ใจการปลูกและบริโภคผักและสมุนไพรครัวเรือน ต้นตัวในการรักษาความสะอาดของบริเวณบ้านเป็นอย่างดี

2.1.2 โครงการส่งเสริมการออกกำลังกายสลายพฤติกรรมเสี่ยง

เป็นกิจกรรมส่งเสริมให้แกนนำชุมชนกระตุ้นการออกกำลังกายเป็นรูปธรรมต่อเนื่อง ประเภทยุทธการออกกำลังกายตามความเหมาะสมที่ชุมชนต้องการ เช่น แอร์โรบิค วิ่ง ไม้พลอง ฮูลาฮูป เป็นต้น โดยมีการกำหนด เวลา และสถานที่ออกกำลังกายของแต่ละหมู่บ้าน ผลการดำเนินการพบว่าแต่ละหมู่บ้านมีการดำเนินการที่ชัดเจนขึ้นเป็นระยะ ประชาชนในชุมชนสนใจเข้าร่วมกิจกรรมเป็นอย่างดี

2.1.3 โครงการหออกระจายข่าวเตือนภัย ห่างไกลมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

เป็นกิจกรรมที่มีเป้าหมายเพื่อให้ประชาชนได้รับความรู้ ข่าวสาร ของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักทางหออกระจายข่าวหมู่บ้านอย่างต่อเนื่อง โดยการให้แกนนำแต่ละหมู่บ้านกำหนดผู้รับผิดชอบและวันปฏิบัติงานในการให้ความรู้ทางหออกระจายข่าว มีการประเมินติดตามเป็นระยะ ผลการดำเนินการพบว่า ชุมชนมีความตื่นตัวในเรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ให้ความสนใจสอบถามแกนนำชุมชน ส่งผลให้แกนนำชุมชนมีการปฏิบัติงานที่ต่อเนื่องและประสานงานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพื่อจัดเตรียมข้อมูลการประชาสัมพันธ์ให้ต่อเนื่องและน่าสนใจ

2.1.4 โครงการพัฒนาศูนย์เรียนรู้ชุมชนต้นแบบเตือนภัยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

เป็นกิจกรรมเพื่อให้เกิดศูนย์ข้อมูลเรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก เผยแพร่ความรู้เรื่องโรคและผลการดำเนินงานที่ผ่านมา ให้ประชาชนในหมู่บ้านและผู้สนใจสามารถศึกษาและเรียนรู้ได้ชุมชน ผลการดำเนินงานพบว่า ชุมชนให้ความสนใจการจัดทำศูนย์เรียนรู้ สอบถามข้อมูล และหมู่บ้านใกล้เคียงมีความตื่นตัวและต้องการจัดตั้งในหมู่บ้านของตนเองเพื่อให้ประชาชนได้ศึกษาเรียนรู้



ผู้ใหญ่บ้าน หรือ ประธาน อสม.เป็นผู้นำเสนอผลการดำเนินงานในชุมชน เปรียบเทียบกับวัตถุประสงค์ พร้อมทั้ง สรุปปัญหาและข้อเสนอแนะในแต่ละโครงการ โดยผู้วิจัยเป็นผู้จัดบันทึกผลการติดตามสรุปได้ดังนี้

3.1 สรุปผลการติดตามการดำเนินโครงการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ระดับชุมชน

(1) ครั้งที่ 1 ในวันที่ 3 มีนาคม 2557

ตาราง 4.9 สรุปการติดตามการดำเนินโครงการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักระดับชุมชน

โครงการ	ผลการดำเนินงาน	ปัญหา	ข้อเสนอแนะ
1.โครงการประกวด บริโภคปลอดภัยหมู่บ้าน ตัวอย่าง	- มีการประชาสัมพันธ์ใน บ้านเรือน ปลูกสมุนไพร บ้าน พัฒนาสิ่งแวดล้อม	-ยังมีบางหลังคาเรือน ส่วนใหญ่อาศัยอยู่ที่ไร่นา เนื่องจากไม่อยู่บ้านที่ยัง ไม่ร่วมดำเนินการ	-อสม.ติดตามแจ้ง ประธาน
2.โครงการส่งเสริมการ ออกกำลังกายสลาย พฤติกรรมเสี่ยง	-แกนนำชุมชนประชาสัมพันธ์ ระบุสถานที่รวมตัวเพื่อออก กำลังกาย และหาผู้นำการออกกำลังกาย	-บางหมู่บ้านยังไม่มี ดำเนินการ เพราะไม่มี ผู้นำออกกำลังกาย บางหมู่บ้านยังไม่มี สถานที่ชัดเจน	-ประธานวิทยากรจากรพ. และผู้นำจากหมู่บ้านอื่น ร่วมฝึกทักษะ
3.โครงการหอกระจาย ข่าวเตือนภัย ห่วงไกล มะเร็งลำไส้ใหญ่และ ทวารหนัก	-ทุกหมู่บ้านมีการ ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้	-กิจกรรมไม่ต่อเนื่อง บาง หมู่บ้านรอผู้ใหญ่บ้านเป็น ผู้ดำเนินการคนเดียว	-กำหนดผังการ ประชาสัมพันธ์และระบุ สม.รับผิดชอบและปฏิบัติ จริง
4.โครงการพัฒนาศูนย์ เรียนรู้ต้นแบบเตือนภัย มะเร็งลำไส้ใหญ่และ ทวารหนัก	-คัดเลือก ศสมช.หมู่ที่ 4 ตำบล พนมไพร เป็น ศูนย์เรียนรู้ ต้นแบบจากความพร้อมของ พื้นที่และชุมชน	-ยังไม่ชัดเจนในเรื่อง รายละเอียดการเป็นศูนย์ เรียนรู้	-ประชุมย่อยในชุมชนเพื่อ กำหนด สิ่งที่จะ ดำเนินการ
5.กิจกรรมพัฒนาทักษะ จิตอาสาร่วมให้บริการ ตรวจคัดกรองมะเร็ง ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก	- 5 กุมภาพันธ์ 2557ได้จัด อบรมให้ความรู้ และฝึกทักษะ การใช้เครื่องมือพื้นฐานในการ ซักประวัติ (ซึ่งน้ำหนัก,วัดส่วนสูง,วัดความ ดันโลหิต,วัดรอบเอว,วัดแรงบีบ มือ,วัดสายตาด้วยE-chart) ผู้นำ,อสมจำนวน 95 คน	- บางคนยังตื่นเต้น และ กลัวทำผิด	-ให้คำแนะนำเพิ่มเติม และฝึกใช้เครื่องมือ จนกว่าจะมั่นใจ



(2) ครั้งที่ 2 ในวันที่ 7 เมษายน 2557 แต่ละโครงการมีการดำเนินงานปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ และมี 1 โครงการที่แล้วเสร็จคือกิจกรรมพัฒนาทักษะจิตอาสา ร่วมให้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเมื่อวันที่ 5 กุมภาพันธ์ 2557 ตัวอย่างคำกล่าว “... ถ้าคุณหมอบอกไปยามดึกๆ จังๆ ก็ดีใจ ไทบ้านกะอยากออกมาวิ่งเห็ดนั่น เห็ดนี่...”

(ตัวแทน อสม., 2557: สัมภาษณ์)

(3) ครั้งที่ 3 ในวันที่ 5 พฤษภาคม 2557 ทุกโครงการได้ดำเนินการแล้วเสร็จตามช่วงระยะเวลา ตัวอย่างคำกล่าว

“... เป็นจังได้ โครงการแต่ละอย่างที่เราทำกันคิดพอกันแฮ็ด เป็นตาแฮ็ดอีกบ่...”

(ประธาน อสม., 2557: สัมภาษณ์)

“... แฮ็ดต่อไปละเนาะ ตั้งแต่แฮ็ดมากะคิดว่าแม่นจะของเป็นหมอบอกใหญ่แล้ว รู้สึกเก่งขึ้น มันใจจะของยามว่านำไทบ้าน ...”

(ตัวแทน อสม., 2557: สัมภาษณ์)

ข้อสังเกต พบว่า แกนนำชุมชนมีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องตามที่ได้วางแผนไว้ แต่ละหมู่บ้านมีความตื่นตัวในการดำเนินโครงการ และ มีการเปรียบเทียบกันในแต่ละหมู่บ้าน ไปสังเกตหมู่บ้านใกล้เคียงว่าดำเนินการอย่างไร เพื่อเสริมแรงกระตุ้นให้หมู่บ้านของตน และ อสม. มีความตื่นตัวในการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง

4. การสะท้อนผลการปฏิบัติงาน (Reflection)

สรุปถอดบทเรียนจากการดำเนินการพัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชนในการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเพื่อส่งเสริมระบบคัดกรองตั้งแต่แรกเริ่ม ในวันที่ 27 พฤษภาคม 2557 ณ ศาลาวันมิตล โรงพยาบาลพนมไพร เริ่มประชุมเวลา เวลา 09.30 น. โดยผู้วิจัยได้ กำหนดประเด็นในการสรุป ดังนี้

4.1 ประเมินผลกระบวนการดำเนินงาน

ด้านบริบท ข้อมูลพื้นฐานบริบทชุมชน มีความพร้อมในการดำเนินงาน สอดรับทราบสถานการณ์ของโรค โรงพยาบาลพนมไพรเป็นเครือข่ายการดำเนินงานร่วมกับโรงพยาบาลร้อยเอ็ด และโรงพยาบาลจุฬาภรณ์ มีระบบการส่งต่อที่ชัดเจน ซึ่งสอดคล้องกับการดำเนินการพัฒนาศักยภาพและส่งเสริมป้องกันในระดับชุมชน ต่อการเข้าร่วมคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักกลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้ใหญ่บ้าน ประธาน อสม. และอสม. ซึ่งมีความรู้และได้รับการส่งเสริมศักยภาพในด้านต่างๆ ระดับหนึ่ง และผ่านการอบรมการสร้างและใช้แผนที่ทางเดินจึงเป็นกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมในการพัฒนาศักยภาพเพื่อให้เกิดการดำเนินงานป้องกันโรคในชุมชนอย่างราบรื่นในวงล้อที่ 1 ของกระบวนการวิจัย ร่วมกับในพื้นที่มีการดำเนินการคัดกรองเรื่องโรคมะเร็งมาอย่างต่อเนื่อง โดยมีกระบวนการในการพัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชนเพื่อป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก มีองค์ประกอบการพัฒนาได้แก่ 1) พัฒนาความรู้เพื่อให้เกิดความเข้าใจชัดเจนในการคิด วิเคราะห์ แก้ไขในตามบทบาทหน้าที่ที่สามารถดำเนินการได้ของแกนนำชุมชน 2) พัฒนาศักยภาพการวางแผนชุมชน ด้วยเครื่องมือแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ โดยดำเนินการภายหลังการพัฒนาองค์ความรู้เรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก จึงส่งผลให้มีความชัดเจนในการวิเคราะห์ชุมชน เพื่อกำหนดจุดมุ่งหมายปลายทาง



แก้ไข เกิดเป็นแผนที่สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ของหน่วยงานภาครัฐที่ให้ความร่วมมือภายหลังกระบวนการวางแผน เกิดโครงการเพื่อดำเนินการแก้ไขในชุมชน ภายในระยะเวลาที่กำหนด เกิดการเรียนรู้ในการแก้ไขปัญหาในชุมชน แกนนำชุมชนได้รับการพัฒนาทักษะด้านการวางแผน มีการเปลี่ยนแปลง ความรู้ ทักษะ ทศนคติ การปฏิบัติ ซึ่งทุกขั้นตอนได้รับความร่วมมือในการให้ข้อมูลและร่วมกันดำเนินการเป็นอย่างดี

4.2 ประเมินผลการดำเนินงานตามโครงการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ระดับชุมชน

ตาราง 4.10 สรุปประเมินผลการดำเนินงานตามโครงการ

โครงการ	กิจกรรม	ผลการประเมิน	ปัญหา/ข้อเสนอแนะ
1.โครงการประกวดหมู่บ้านตัวอย่าง บริโภคปลอดภัย	- กำหนดเกณฑ์ประชุมชี้แจง - พัฒนาหมู่บ้าน - ประกวดหมู่บ้านตัวอย่าง	[√]บรรลุวัตถุประสงค์ []ไม่บรรลุวัตถุประสงค์	- ต้องการให้มีการดำเนินงานต่อ - เพิ่มรางวัลสร้างแรงจูงใจและเป็นบพัฒนาหมู่บ้าน - เสนอในแผนงบอปท.พัฒนา
2.โครงการส่งเสริมการออกกำลังกาย สลายพฤติกรรมเสี่ยง	- กำหนดรูปแบบการออกกำลังกาย - กำหนดเวลา สถานที่ - ออกกำลังกายตามแผน	[√]บรรลุวัตถุประสงค์ []ไม่บรรลุวัตถุประสงค์	- บางหมู่บ้านแกนนำขาดทักษะ มีการรวมตัวกันกับหมู่บ้านใกล้เคียง
3.โครงการหอกระจายข่าวเตือนภัย ห่วงไกล มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก	- กำหนดเวรปฏิบัติงาน - กำหนดเนื้อหาการให้ความรู้ - ดำเนินงานตามแผน	[√]บรรลุวัตถุประสงค์ []ไม่บรรลุวัตถุประสงค์	- การปฏิบัติงานได้เฉพาะผู้ที่มีทักษะการถ่ายทอด ควรหมุนเวียนให้แกนนำฝึก



ตาราง 4.10 (ต่อ)

โครงการ	กิจกรรม	ผลการประเมิน	ปัญหา/ข้อเสนอแนะ
3.(ต่อ)			ทักษะและ อสม.ทุกคน - เสียหยากระจายข่าว ไม่ทั่วถึงบางหลังคา เรือน ควรปรับกิจกรรม ให้ประชาชนรับความรู้ ด้วยวิธีการอื่นร่วมด้วย เช่น แผ่นพับ เยี่ยมบ้าน ให้ความรู้
4.โครงการพัฒนา ศสมช. ต้นแบบเตือน ภัยมะเร็งลำไส้ใหญ่ และทวารหนัก	- แต่งตั้งคณะทำงาน - คัดเลือกศูนย์ สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) เป็นศูนย์เรียนรู้ - จัดทำข้อมูลที่เกี่ยวข้อง อื่นๆ เพื่อร่วมเรียนรู้ - ประชาสัมพันธ์แก่ ประชาชนและหมู่บ้าน	[√] บรรลุ วัตถุประสงค์ [] ไม่บรรลุ วัตถุประสงค์	- ขยายการดำเนินการ ในหมู่บ้านอื่นๆ
5.กิจกรรมพัฒนา ทักษะจิตอาสา ให้บริการตรวจคัด กรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ และทวารหนัก	- คัดเลือกจิตอาสา หมู่บ้านละ 5 คน - อบรมพัฒนาทักษะ - กำหนดแผนการตรวจ คัดกรอง - กำหนดเวรปฏิบัติงาน จิตอาสา - ดำเนินงานตามแผน	[√] บรรลุ วัตถุประสงค์ [] ไม่บรรลุ วัตถุประสงค์	- ควรมีการฝึกทักษะให้ ผู้ใหญ่บ้าน และอสม. ทุกคน

ผลการวิเคราะห์ถอดบทเรียนร่วมกัน สรุปโครงการสามารถดำเนินกิจกรรมแล้วเสร็จและบรรลุตามวัตถุประสงค์ทุกโครงการ และแกนนำชุมชนจะดำเนินกิจกรรมต่อเนื่องต่อไปอีกแม้สิ้นสุดการติดตามประเมินจากผู้วิจัย แต่แกนนำชุมชนยังเสนอขอให้มีการเยี่ยมบ้านติดตามเป็นระยะเพื่อเป็นกำลังใจและกระตุ้นชุมชน

“... ถ้าคุณหม่ออกเยี่ยมยาม ไปจอบเบิ่งแต่ละหมู่บ้านกะลิมักำลังใจ ไทบ้านกะสิมาเฮ็ดต่อเนื่อง...”

(ตัวแทน อสม., 2557: สัมภาษณ์)



“... โครงการที่เหลือก็จะประชุมหมู่บ้านก่อนส่งแผนของงบ อบต.ในปีหน้า...”

(ตัวแทน ผู้ใหญ่บ้าน, 2557: สัมภาษณ์)

สรุปข้อสังเกตจากการดำเนินงาน พบว่าแกนนำชุมชนให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี ดันตัวในการรับรู้เรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ร่วมกันเสนอแนวคิด กำหนดโครงการในการพัฒนา นำไปดำเนินการในพื้นที่ ร่วมกันให้ข้อมูลในการติดตามประเมินผลเป็นข้อเสนอแนะเพื่อปรับแก้ไขจนสิ้นสุดโครงการ

ส่วนที่ 3 ผลการพัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชนในการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

3.1 ประเมินความรู้ ทักษะ การปฏิบัติตัวแกนนำชุมชนหลังการพัฒนา (Post-test)

3.1.1 ด้านความรู้

ตาราง 4.11 จำนวน ร้อยละ และค่าเฉลี่ยคะแนนระดับความรู้เรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักของแกนนำชุมชน ก่อนและหลังการพัฒนา

ระดับความรู้ เรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก แกนนำชุมชน		กลุ่มตัวอย่าง (n=57)	
		ก่อนการพัฒนา จำนวน(ร้อยละ)	หลังการพัฒนา จำนวน(ร้อยละ)
สูง	ได้คะแนน 12.00 – 15.00 คะแนน	43 (75.44)	57 (100.00)
ปานกลาง	ได้คะแนน 9.00 – 11.00 คะแนน	10 (17.54)	0
ต่ำ	ได้คะแนนน้อยกว่า 9.00 คะแนน	4 (7.02)	0
รวม		100.00	100.00
$\bar{x}$ (SD)		15.00 (0.00) ระดับสูง	
Min- Max		15.00 – 15.00	

จากตาราง 4.11 พบว่า หลังการพัฒนาพบว่าแกนนำชุมชนมีความรู้ในระดับสูง ทุกคน



3.1.2 ด้านทัศนคติ

ตาราง 4.12 ความถี่ ร้อยละ และค่าเฉลี่ยคะแนนระดับทัศนคติเกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักของแกนนำชุมชน ก่อนและหลังการพัฒนา

ระดับทัศนคติ เกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก แกนนำชุมชน		กลุ่มตัวอย่าง (n=57)	
		ก่อนการพัฒนา จำนวน(ร้อยละ)	หลังการพัฒนา จำนวน(ร้อยละ)
สูง	ได้คะแนนเฉลี่ย 3.67 – 5.00 คะแนน	1 (1.75)	57 (100.00)
ปานกลาง	ได้คะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.66 คะแนน	15 (26.32)	0
ต่ำ	ได้คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 2.33 คะแนน	45 (71.93)	0
รวม		100.00	100.00
$\bar{x}$ (SD)		4.93 (.25) ระดับสูง	
Min- Max		4.00 – 5.00	

จากตาราง 4.12 พบว่า แกนนำชุมชน มีทัศนคติระดับสูงทุกคน

3.1.3 ด้านการปฏิบัติ

ตาราง 4.13 ความถี่ ร้อยละ และค่าเฉลี่ยคะแนนระดับการปฏิบัติในการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักของแกนนำชุมชน ก่อนและหลังการพัฒนา

ระดับการปฏิบัติ ในการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก แกนนำชุมชน		กลุ่มตัวอย่าง (n=57)	
		ก่อนการพัฒนา จำนวน(ร้อยละ)	หลังการพัฒนา จำนวน(ร้อยละ)
สูง	ได้ร้อยละ 80-100 มีค่าคะแนน 43.2 – 54.0 คะแนน	41 (71.93)	57 (100.00)
ปานกลาง	ได้ร้อยละ 60-79 มีค่าคะแนน 32.4 - 43.1 คะแนน	2 (3.51)	0
ต่ำ	ได้น้อยกว่าร้อยละ 60 มีค่าคะแนนน้อยกว่า 32.4 คะแนน	14 (24.56)	0
รวม		100.00	100.00
$\bar{x}$ (SD)		50.63 (1.33) ระดับสูง	
Min - Max		48.00-54.00	



จากตาราง 4.13 พบว่า แกนนำชุมชนมีระดับการปฏิบัติในการป้องกันโรคเริมง่าไส้ใหญ่และทวารหนักในระดับมากทุกคน

3.2 การเปรียบเทียบความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติ ก่อน-หลัง การดำเนินการพัฒนาศักยภาพ

3.2.1 ด้านความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติ

ตาราง 4.14 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความแตกต่างของคะแนนความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติเกี่ยวกับโรคเริมง่าไส้ใหญ่และทวารหนัก ก่อนกับหลัง การดำเนินการพัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชน

คะแนน	n	$\bar{x}$	S.D.	95%CI.	t	df.	p-value
ความรู้	57						
- ก่อน		12.56	2.07	-2.99 ถึง -1.88	8.85	56	< 0.001*
- หลัง		15.00	0.00				
ทักษะ							
- ก่อน		2.73	.06	-2.23 ถึง -1.93	27.66	56	< 0.001*
- หลัง		4.82	.03				
การปฏิบัติ							
- ก่อน		2.73	.06	-21.44 ถึง -18.45	27.66	56	< 0.001*
- หลัง		4.82	.03				

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความรู้ก่อนกับหลังการดำเนินการพัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชนในการป้องกันโรคเริมง่าไส้ใหญ่และทวารหนัก พบว่าหลังการพัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชน มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการป้องกันโรคเริมง่าไส้ใหญ่และทวารหนักแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ซึ่งพบว่าหลังการได้รับความรู้เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน โดยมีค่าความเชื่อมั่น (95%CI.) ของผลต่างค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.88 – 2.99

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนทักษะก่อนกับหลังการดำเนินการพัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชนในการป้องกันโรคเริมง่าไส้ใหญ่และทวารหนัก พบว่าหลังการพัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชน มีค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะเกี่ยวกับโรคเริมง่าไส้ใหญ่และทวารหนักแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ซึ่งพบว่าหลังการได้รับความรู้มีทักษะถูกต้องขึ้นอย่างชัดเจน โดยมีค่าความเชื่อมั่น (95%CI.) ของผลต่างค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.93 – 2.23

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนการปฏิบัติก่อนกับหลังการดำเนินการพัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชนในการป้องกันโรคเริมง่าไส้ใหญ่และทวารหนัก พบว่าหลังการพัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชน มีค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติในการป้องกันโรคเริมง่าไส้ใหญ่และทวารหนักแตกต่าง



อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ซึ่งพบว่าหลังการได้รับความรู้มีการปฏิบัติถูกต้องขึ้นอย่างชัดเจน โดยมีค่าความเชื่อมั่น (95%CI) ของผลต่างค่าเฉลี่ยเท่ากับ 18.45 – 21.44

4.3 ผลการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักด้วยวิธี Fecal occult blood test (FOB)

ตาราง 4.15 ความถี่และร้อยละ ผลการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักด้วยวิธี Fecal occult blood test (FOB)

ผลตรวจ Fecal occult blood test (FOB)	จำนวน	ร้อยละ
FOB Positive	28	20.74
FOB Negative	107	79.26
รวม	135	100
ชาย	17	60.71
หญิง	11	39.29
รวม	28	100

ตาราง 4.16 ความถี่และร้อยละ ผู้ที่มีผล FOB แยกตามช่วงอายุ

ช่วงอายุ	จำนวน	ร้อยละ
50-54	5	17.86
55-59	9	32.14
60-64	5	17.86
65-69	6	21.43
70-74	1	3.57
75-79	2	7.14
รวม	28	100

ผลการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักด้วยวิธี Fecal occult blood test (FOB) จำนวน 135 คน พบว่า ผลการตรวจ FOB Positive ร้อยละ 20.74 ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 60.71 โดยรวมพบในช่วงอายุ 55-59 ปี ร้อยละ 32.14



ตาราง 4.17 ตารางเปรียบเทียบประเด็นสำคัญ ก่อนและหลังการพัฒนา

ประเด็นเปรียบเทียบสำคัญ การดำเนินงานของชุมชน เพื่อส่งเสริมระบบคัดกรอง	ก่อนพัฒนา	หลังพัฒนา
- การวางแผนกิจกรรม/โครงการ - การสื่อสาร - การตรวจคัดกรอง - การคืนข้อมูลผลการตรวจ	- ไม่มี - ชี้แจงผู้นำชุมชนประกาศ - แจ้งกลุ่มเป้าหมายเข้ารับการตรวจคัดกรอง - ประชุมประสานผู้ใหญ่บ้าน อสม. แจ้งผล	- มีการวางแผนดำเนินกิจกรรมโครงการเพื่อป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวาร - มีการดำเนินงานป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักในชุมชนเพื่อส่งเสริมสร้างความตระหนักการเข้ารับตรวจคัดกรอง - มีแกนนำชุมชนที่ได้รับการศักยภาพ ประชาสัมพันธ์หอกระจายข่าวตามเวรปฏิบัติงาน - มีจิตอาสาที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพสามารถถ่ายทอดข้อมูลแก่ชุมชน และร่วมให้บริการตรวจคัดกรอง - มีการประชุมหมู่บ้าน สรุปผลการตรวจคัดกรองแจ้งผู้มีความผิดปกติเข้ารับการส่งต่อ - มีศูนย์เรียนรู้ชุมชนเรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเพื่อถ่ายทอดข้อมูลแก่ประชาชน
ร้อยละการตรวจคัดกรอง	50	216.67

จากตารางแสดงให้เห็นว่า ภายหลังจากพัฒนาเกิดกระบวนการดำเนินงานในชุมชนอย่างเป็นระบบ และส่งผลให้การตรวจคัดกรองประชากรกลุ่มเสี่ยงอายุ 50 ปีขึ้นไป มีร้อยละการตรวจคัดกรอง มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเพิ่มสูงขึ้น



4.4 ปัจจัยความสำเร็จ (Key Success Factors; KSF) ในการพัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชนในการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักระดับชุมชน

การพัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชนในการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักระดับชุมชน ตำบลพนมไพร อำเภอนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ด ภายใต้กรอบแนวคิดหลักการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart ประกอบด้วยกิจกรรมการวิจัย 4 ขั้นตอนหลัก คือ การวางแผน (Planning) การลงมือปฏิบัติงาน (Action) การสังเกตผลการปฏิบัติงาน (Observation) และการสะท้อนผลกลับการปฏิบัติงาน (Reflection) ซึ่งผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัยตามกระบวนการ 4 ขั้นตอน 1 รอบ โดยการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้กำหนดองค์ประกอบพัฒนาศักยภาพด้วย 2 เครื่องมือหลัก คือ 1) การอบรมพัฒนาองค์ความรู้เรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก และ 2) การสร้างและใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ ซึ่งกระบวนการพัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชน ประกอบด้วย 6 ขั้นตอนหลัก ได้แก่ 1) การศึกษาบริบทและปัญหาของพื้นที่ 2) การอบรมความรู้เรื่องมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก 3) ประชุมเชิงปฏิบัติการสร้างและใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ 4) ดำเนินงานตามแผนงานโครงการที่กำหนดและคัดเลือกมา 5) ติดตาม ประเมินผลโครงการ 6) ประชุมถอดบทเรียนหลังการดำเนินการ

ผู้วิจัยพบว่า กระบวนการ 6 ขั้นตอนดังกล่าว ได้ส่งผลต่อความสำเร็จอัน ได้แก่ ศักยภาพที่วัดผลเชิงปริมาณจากการประเมินค่าเฉลี่ยความแตกต่างของคะแนน พบว่าทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ ความรู้ ทักษะ ทักษะการปฏิบัติ มีการเปลี่ยนแปลงเพิ่มมากกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ผลเชิงคุณภาพ จากการวิเคราะห์ตามกระบวนการ PAOR เกิดการเรียนรู้ร่วมกันของแกนนำชุมชนกับชุมชน ผู้วิจัยจึงสรุปวิเคราะห์ 6 ขั้นตอน ดังกล่าว สู่ปัจจัยความสำเร็จในพัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชนในการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักระดับชุมชน คือ “KAP 3C” ประกอบด้วย

- | | |
|------------------------|--|
| 1) Knowledge | การพัฒนาความรู้ |
| 2) Attitude | ปรับเปลี่ยนทัศนคติ |
| 3) Practice | กระตุ้นการปฏิบัติ |
| 4) Community Leader | แกนนำชุมชนที่เข้มแข็ง |
| 5) Community Supporter | ภาคีผู้สนับสนุนชุมชน |
| 6) Community Learning | ศูนย์เรียนรู้เฉพาะโรคเพื่อถ่ายทอดในชุมชน |

สรุป 6 ปัจจัยความสำเร็จของกระบวนการพัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชน ในการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก เพื่อส่งเสริมระบบคัดกรองตั้งแต่แรกเริ่ม นั่นคือ การพัฒนาองค์ความรู้ (K) ร่วมกับการปรับเปลี่ยนทัศนคติ (A) ให้เกิดความตระหนักต่อโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเพื่อปรับการปฏิบัติตน (P) ให้ถูกต้องเหมาะสมของตนเอง โดยแกนนำชุมชนต้องเข้มแข็งเกิดการเรียนรู้ (C) นำสู่การปฏิบัติในชุมชนในรูปแบบการดำเนินโครงการส่งเสริมป้องกันโรคในระดับชุมชน มีศักยภาพในการบริหารจัดการการประสานผู้สนับสนุนที่เกี่ยวข้อง (C) เพื่อให้เกิดการดำเนินงานตามเป้าหมาย และถอดบทเรียนสู่การมีศูนย์เรียนรู้เฉพาะโรคในชุมชน (C) เพื่อเป็นแหล่งข้อมูล การเรียนรู้ในชุมชน ประสานงาน และถ่ายทอดการปฏิบัติที่ดำเนินงานมาและเพื่อการดำเนินงานต่อเนื่องด้วยชุมชนร่วมกับภาคีผู้มีส่วนร่วมสนับสนุนต่อไป





ภาพประกอบ 4.5 ปัจจัยความสำเร็จในการพัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชน ในการป้องกัน
โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก เพื่อส่งเสริมระบบคัดกรองตั้งแต่แรกเริ่ม
ตำบลพนมไพร อำเภอพนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ด



บทที่ 5

สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยเรื่องการพัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชนในการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเพื่อส่งเสริมระบบคัดกรองตั้งแต่แรกเริ่ม ตำบลพนมไพร อำเภอนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ด ผู้วิจัยได้ทำตามขั้นตอนที่กำหนดไว้ ซึ่งสรุปได้ตามลำดับดังนี้

5.1 ความมุ่งหมายของการวิจัย

5.2 สรุปผล

5.3 อภิปรายผล

5.4 ข้อเสนอแนะ

5.1 ความมุ่งหมายของการวิจัย

5.1.1 ความมุ่งหมายทั่วไป

เพื่อศึกษาบริบทและปัญหาในการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเพื่อส่งเสริมระบบคัดกรองตั้งแต่แรกเริ่ม ของแกนนำชุมชน ตำบลพนมไพร อำเภอนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ด

5.1.2 ความมุ่งหมายเฉพาะ

5.1.2.1 เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชนในการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

5.1.2.2 เพื่อศึกษาผลการพัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชนในเรื่องโรคมะเร็งโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักของแกนนำชุมชน

5.1.2.3 เพื่อศึกษาปัจจัยความสำเร็จของกระบวนการพัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชนในการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

5.2 สรุปผล

จากการวิจัยเรื่องการพัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชนในการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเพื่อส่งเสริมระบบคัดกรองตั้งแต่แรกเริ่ม ครั้งนี้ผู้วิจัยได้เลือกพื้นที่ดำเนินการ ตำบลพนมไพร อำเภอนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ด ดำเนินการในกลุ่มแกนนำชุมชน จำนวน 57 คน ประกอบด้วย ผู้ใหญ่บ้าน จำนวน 19 คน ประธาน อสม. จำนวน 19 คน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 19 คน วิเคราะห์ข้อมูลผลการวิจัยก่อนและหลังดำเนินการพัฒนา สรุปผลการวิจัยตามความมุ่งหมายของการวิจัย ได้ดังนี้



5.2.1 บริบท

บริบทตำบลพนมไพร อำเภอนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ด ประกอบด้วย 19 หมู่บ้าน มี 3,086 หลังคาเรือน 1 เทศบาลตำบล และ 1 องค์การบริหารส่วนตำบล ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพทางการเกษตรกรรม มีรายได้เฉลี่ย 7,500 บาท/คน/ปี ประชาชนส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ มีประเพณีบุญบั้งไฟที่ขึ้นชื่อและมีความเชื่อในการถือปฏิบัติในวันเพ็ญขึ้น 15 ค่ำ เดือน 7 ของทุกปี มีทุน ทางสังคมที่ดี คือมีผู้นำชุมชน อสม. เข้มแข็ง มีโรงพยาบาลพนมไพรที่เป็นเครือข่ายความร่วมมือ การดำเนินงานเรื่องโรคมะเร็งร่วมกับโรงพยาบาลจุฬาภรณ์ มีการวิเคราะห์โอกาสพัฒนาเรื่องการพัฒนา ศักยภาพภาพแกนนำชุมชนในการกระตุ้นผลักดัน สร้างความตระหนักในการตรวจคัดกรองตั้งแต่เริ่มแรก ทำให้การดำเนินการวิจัยสามารถดำเนินการได้อย่างราบรื่น แกนนำชุมชนรับทราบสถานการณ์ในพื้นที่ เบื้องต้นได้เป็นอย่างดี มีระบบบริการตรวจคัดกรองและส่งต่อในโรงพยาบาลที่เป็นระบบ ชัดเจน ส่วนใน การส่งเสริมและป้องกันโรคในชุมชนเพื่อเข้ารับบริการตรวจคัดกรอง ยังไม่มีรูปแบบการป้องกันเฉพาะ โรคในชุมชน ไม่มีแผนงาน/โครงการส่งเสริมป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ในชุมชน ชุมชนไม่ทราบ ความสำคัญของการตรวจคัดกรองตั้งแต่เริ่มแรก ภายใต้การมีจุดแข็งในระบบบริการและชุมชนที่เข้มแข็ง เอื้อต่อการพัฒนาจึงส่งผลดีต่อการดำเนินการให้สำเร็จลุล่วง จากการวิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะทาง ของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 50.8 มีอายุเฉลี่ย 50 ปี (SD = 7.50) อายุต่ำสุด 25 ปี และอายุมากที่สุด 70 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพร้อยละ 91.2 ระดับการศึกษาสูงสุดส่วนใหญ่คือระดับ มัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 63.2 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพหลักเกษตรกร ร้อยละ 57

5.2.2 กระบวนการพัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชน ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัยตามประเด็น ดังนี้

การพัฒนาความรู้แกนนำชุมชนด้วยการอบรมเรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักแก่ กลุ่มตัวอย่างที่เป็นแกนนำชุมชน ซึ่งประกอบด้วย ผู้ใหญ่บ้าน ประธาน อสม.และ อสม. จำนวน 57 คน ระยะเวลา 1 วัน โดยวิทยากรคือนายแพทย์วัชร เอี่ยมรัศมีกุล นายแพทย์เชี่ยวชาญ มีองค์ความรู้และ การถ่ายทอดที่ชัดเจน ส่งผลให้แกนนำชุมชนได้รับความรู้ เกิดความตระหนักต่อความรุนแรงของโรค และนำไปปฏิบัติเพื่อป้องกันตนเองลดปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักจากการ สังเกตในการอบรมแกนนำชุมชนมีความตื่นตัวต่อการรับรู้และสอบถามในเรื่องโรค จากนั้นจึงได้ดำเนิน กิจกรรมการสร้างและใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ในการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเพื่อ ส่งเสริมระบบคัดกรองตั้งแต่แรกเริ่ม ของแกนนำชุมชน ผู้วิจัยได้ดำเนินการ ตามขั้นตอน 7 ขั้นตอน ซึ่งแบบออกเป็น 2 ช่วง คือขั้นการสร้างได้แก่ขั้นตอนที่ 1-4 และขั้นการนำไปใช้ได้แก่ขั้นตอนที่ 5-7 ในส่วน ของขั้นการสร้างนั้นคือ ขั้นตอนที่ 1. การประเมินสถานการณ์ ขั้นตอนที่ 2. การกำหนดจุดหมาย ปลายทาง ขั้นตอนที่ 3. การสร้างแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์และตรวจสอบยุทธศาสตร์ ขั้นตอนที่ 4. การ สร้างแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ฉบับปฏิบัติการในขั้นตอนการประเมินสถานการณ์ของตำบลพนมไพร ผู้วิจัยได้แบ่งกลุ่มแกนนำชุมชนเป็น 3 กลุ่มๆละ 19 คน ซึ่งแต่ละกลุ่มต้องประกอบด้วยผู้ใหญ่บ้าน ประธาน อสม. และอสม. เพื่อให้เกิดกระบวนการระดมสมองของแต่ละกลุ่มมีความหลากหลาย เหมือนกัน โดยในแต่ละกลุ่มดำเนินการวิเคราะห์ 4 มุมมองสำคัญ ของกระบวนการ ได้แก่ 1) ประชาชน 2) กระบวนการ 3) ภาครัฐหรือเครือข่าย 4) รากฐาน ซึ่งในการวิเคราะห์ประเมินสถานการณ์ เกี่ยวกับมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักในแต่ละมุมมอง มีประเด็นคือ จุดแข็ง จุดอ่อน และสิ่งที่อยากให้



เกิด ในขั้นตอนนี้ เป็นการระดมความคิดของสมาชิก จะต้องมีการกระตุ้นให้ทุกคนแสดงความคิดเห็นโดยไม่ต้องกลัวผิด ให้เวลาในกระบวนการเพื่อให้เกิดการวิเคราะห์ที่เพียงพอ นำประเด็นสำคัญแต่ละมุมมอง กำหนดจุดหมายปลายทาง จะทำให้มองภาพ 4 มุมมอง นำมากำหนดจุดหมายปลายทางในการดำเนินการ จากนั้นจึงสร้างแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์นั้นคือการนำประเด็นกลยุทธ์แต่ละมุมมองมาลงในผัง ซึ่งหัวใจสำคัญของของขั้นตอนนี้คือภายหลังการระบุประเด็นกลยุทธ์หลักตามมุมมองแล้วต้องตรวจสอบ แต่ละประเด็นกับแผนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อให้ทราบว่ากลยุทธ์ที่จะดำเนินการของชุมชน นั้นมีความสอดคล้องกันกับแผนของท้องถิ่นหรือไม่ ถ้าไม่มีประเด็นกลยุทธ์นั้นจะต้องถูกตัดออกเลือก เฉพาะประเด็นที่สอดคล้องกับประเด็นยุทธศาสตร์นั้นๆ นั่นจึงเป็นที่มาของแผนที่ของยุทธศาสตร์ท้องถิ่น ที่จะเชื่อมเป็นทางเดินสู่การกำหนดกิจกรรมสู่การปฏิบัติในขั้นต่อไป เมื่อเสร็จสิ้นขั้นตอนที่ 1-4 ก็ถึงช่วงที่ 2 นั่นคือขั้นการใช้ ได้แก่ ขั้นตอนที่ 5. การนิยามเป้าประสงค์ ขั้นตอนที่ 6. การทำแผนปฏิบัติการ ขั้นตอนที่ 7. การเปิดงาน/ลงมือปฏิบัติ ใน 3 ขั้นตอนนี้เป็นการนำสู่การใช้หรือการปฏิบัติ นั่นคือการ นิยามเป้าประสงค์กำหนดกิจกรรมสำคัญเพื่อนำสู่การปฏิบัติ จากนั้นทำแผนปฏิบัติการโดยเลือก เป้าประสงค์ที่ชุมชนลงความเห็นว่า จะดำเนินการได้ในช่วงระยะเวลาที่กำหนด เกิดโครงการจำนวน 4 โครงการ และ 1 กิจกรรม

โครงการ และ กิจกรรม ที่ชุมชนร่วมกันคัดเลือกเพื่อดำเนินการ ได้แก่ 1.ชุมชนมีการ ส่งเสริมป้องกันโรคในชุมชน และ 2.ชุมชนมีการเฝ้าระวังโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ได้แก่ 1) โครงการประกวดหมู่บ้านตัวอย่างบริโภคปลอดภัย 2) โครงการส่งเสริมการออกกำลังกายสลาย พฤติกรรมเสี่ยง 3) โครงการหออกระจายข่าวเตือนภัย ห่างไกลมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก 4) โครงการพัฒนาศูนย์เรียนรู้ชุมชนต้นแบบเตือนภัยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก 5) กิจกรรมพัฒนา ทักษะจิตอาสาสมัครให้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ซึ่งทั้งหมดได้ดำเนินการตาม แผนในระยะเวลา 3 เดือน มีการติดตามทุก 1 เดือน พบว่าในครั้งแรกของการติดตามการดำเนิน โครงการบางหมู่บ้านยังมีปัญหาจึงให้คำแนะนำและปรับการดำเนินงาน ส่งผลให้ในครั้งที่ 2 และ 3 แกน นำชุมชนร่วมกับประชาชนในพื้นที่มีความต่อเนื่องของการดำเนินงาน และดำเนินโครงการเป็นไปตาม เป้าหมายตามระยะเวลาที่กำหนด และยังมีการดำเนินการต่อเนื่องภายหลังสิ้นสุดระยะการติดตามได้แก่ 1) หออกระจายข่าวเตือนภัย ห่างไกลมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ซึ่งได้ถูกกำหนดผู้ปฏิบัติงานและ เวิร์กปฏิบัติงานของหมู่บ้าน 2) กิจกรรมการออกกำลังกาย พบว่า มีการดำเนินการที่ต่อเนื่องในหมู่บ้าน ตามที่เคยปฏิบัติ บางหมู่บ้านลดความถี่ของการออกกำลังกายหรือปรับเวลาใหม่เนื่องจากเข้าสู่ฤดูฝน และทำนา จึงแสดงให้เห็นว่าชุมชนให้ความสำคัญและตื่นตัวในการดูแลสุขภาพมากขึ้นกว่าก่อนพัฒนา

5.2.3 ผลการพัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชน

5.2.3.1 ผลการศึกษาความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารของแกนนำ ชุมชน ตำบลพนมไพร อำเภอพนมไพร มีคะแนนเฉลี่ยความรู้แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ซึ่งพบว่าหลังการได้รับความรู้เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน โดยมีค่าความเชื่อมั่น (95%CI.) ของผลต่างค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.88 – 2.99



5.2.3.2 ผลการศึกษาทัศนคติเกี่ยวกับโรคมะเร็งโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักของแกนนำชุมชน ตำบลพนมไพร อำเภอนมไพร มีคะแนนเฉลี่ยทัศนคติมากขึ้นกว่าก่อนการพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)) ซึ่งพบว่าหลังการได้รับความรู้มีทัศนคติถูกต้องขึ้นอย่างชัดเจน โดยมีค่าความเชื่อมั่น (95%CI.) ของผลต่างค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.93 – 2.23

5.2.3.3 ผลการศึกษากการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคมะเร็งโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักของแกนนำชุมชน ตำบลพนมไพร อำเภอนมไพร มีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตัวมากขึ้นกว่าก่อนการพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ซึ่งพบว่าหลังการได้รับความรู้มีการปฏิบัติถูกต้องขึ้นอย่างชัดเจน โดยมีค่าความเชื่อมั่น (95%CI) ของผลต่างค่าเฉลี่ยเท่ากับ 18.45 – 21.44

5.2.3.4 การคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ในประชากรอายุกลุ่มเสี่ยง 50 ปีขึ้นไป ซึ่งได้รับการค้นหากลุ่มเสี่ยง กระตุ้น สร้างความตระหนักผ่านกระบวนการดำเนินโครงการป้องกันโรคในระดับชุมชน ส่งผลให้ผู้เข้าร่วมคัดกรองด้วยวิธี Fecal occult blood test (FOB) จำนวน 135 คน คิดเป็นร้อยละ 90 จากเป้าหมายการคัดกรองรอบที่ 1 ในปี 2557 จำนวน 150 คน และคิดเป็นร้อยละ 216.67 เมื่อเทียบกับผู้ที่มีความประสงค์เข้ารับการตรวจคัดกรองในรอบที่ 1 ทั้งหมดกับเป้าหมายการตรวจ ผลการตรวจพบว่า FOB Positiveร้อยละ 20.74 ส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 60.71 โดยรวมพบในช่วงอายุ 55-59 ปี ร้อยละ 32.14 ซึ่งผู้ที่มีความผิดปกติจะได้รับการส่งต่อเพื่อวินิจฉัยต่อไป แสดงให้เห็นว่าผลการพัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชน สำเร็จตามความมุ่งหมายในการพัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชนซึ่งประเมินจากความรู้ ทัศนคติ การปฏิบัติ การสร้างและใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์สู่การปฏิบัติ เกิดกระบวนการเรียนรู้ผ่านกิจกรรมโครงการส่งเสริมป้องกันโรคในชุมชน สร้างความตระหนักต่อการตรวจคัดกรองสุขภาพ ค้นพบผู้ที่มีความผิดปกติที่จะได้เข้ารับการวินิจฉัยและรักษาหากพบระยะของโรค จึงเป็นผลที่จะสามารถคาดการณ์ผลลัพธ์ระยะยาวนั้นคือการลดอัตราการตายจากโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ตามกรอบแนวคิดที่ได้กำหนดไว้

5.2.4 ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

จากการสรุปผลการวิจัยสู่ปัจจัยแห่งความสำเร็จ 6 ประเด็นในพัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชนในการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักระดับชุมชน คือ “KAP 3C” ประกอบด้วย 1) Knowledge 2) Attitude 3) Practice 4) Community Leader 5) Community Supporter และ 6) Community Learning ทั้ง 6 ประเด็นสอดคล้องกับกรอบแนวคิดระบบสุขภาพภาคประชาชน ซึ่งประกอบด้วย 3 ประเด็นหลัก นั่นคือ

1) คน : Community Leader

2) ความรู้ : Knowledge, Attitude, Practice , Community Learning Center

3) ทุน : Community Supporter

จึงเป็นกระบวนการพัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชนที่เกิดการผลักดันทั้ง 3 ประเด็นหลักของกรอบแนวคิดระบบสุขภาพภาคประชาชน คือ คน ความรู้ และทุน ทำให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ของชุมชนจะสามารถดำเนินการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักในระดับชุมชนได้ต่อเนื่องภายใต้



ดำเนินการตามข้อเสนอแนะของผู้วิจัย จนถึงขั้นตอนสุดท้ายของการวิจัย คือการสะท้อนผลการปฏิบัติงาน (Reflection) ดำเนินการประชุมถอดบทเรียน การพัฒนาศักยภาพ การดำเนินโครงการในชุมชน และผลของการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักด้วยวิธีการตรวจหาเลือดในอุจจาระ (Fecal occult blood test : FOB) จึงเป็นระบบการป้องกันโรคในระดับชุมชนในบทบาทที่แกนนำชุมชนอันประกอบด้วยผู้ใหญ่บ้าน ประธาน อสม. และ อสม. สามารถดำเนินการได้ ในชุมชนส่งเสริมการเข้ารับการตรวจคัดกรอง ทำให้ผู้ที่มีความผิดปกติได้รับการวินิจฉัย รักษาได้ทัน และคาดการณ์เพื่อลดอัตราการตายในระยะยาวต่อไป

จากกระบวนการพัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชนโดยใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ได้ปัจจัยความสำเร็จที่สอดคล้องการศึกษาของปาณิสรา ภูโสภา (2553) กระบวนการใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ผลการดำเนินงานเชื่อว่าแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ส่งผลต่อความสำเร็จในการดำเนินงานป้องกันโรคไข้เลือดออก ก่อให้เกิดความพึงพอใจในภาพรวมการดำเนินงาน ด้านการมีส่วนร่วมสอดคล้องกับผลการศึกษาของสมเกียรติ ออกแดง (2554) ใช้กระบวนการแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์เพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมของแกนนำภาคีเครือข่ายสุขภาพในการพัฒนาตำบลจัดการสุขภาพ ผลการวิจัยส่งผลให้เกิดกระบวนการมีส่วนร่วมของแกนนำสุขภาพในระดับพื้นที่ได้เป็นอย่างดี

5.4 ข้อเสนอแนะ

5.4.1 ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งนี้

5.4.1.1 การอบรมให้ความรู้เรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก วิทยากรควรเป็นผู้ที่มีความรู้ชัดเจนในเรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก เพื่อให้เกิดการถ่ายทอดที่ชัดเจน สร้างความตระหนักและกระตุ้นสู่การปฏิบัติของแกนนำชุมชน

5.4.1.2 การวิจัยพัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชน หากนำมีการใช้เครื่องมือแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ กลุ่มเป้าหมายควรผ่านการอบรมมาก่อน หรือ เพิ่มขั้นตอนการอบรมก่อนลงมือปฏิบัติจะช่วยให้การดำเนินตามขั้นตอนราบรื่น และนำสู่การปฏิบัติได้อย่างเข้าใจ

5.4.2 ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

5.4.2.1 ควรวิจัยเพิ่มองค์ประกอบศักยภาพที่พัฒนา นอกเหนือจากการอบรมให้ความรู้รายโรคร่วมกับแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ เพื่อให้เกิดแกนนำชุมชนที่มีศักยภาพ ทักษะ แก้ไขปัญหาตามบริบทของพื้นที่ต่อไป

5.4.2.2 ควรเพิ่มกลุ่มเป้าหมายที่เป็นแกนนำในชุมชนตามความเหมาะสม เพื่อให้เกิดความหลากหลายในกระบวนการคิดและปฏิบัติในชุมชน และศึกษาความแตกต่างของผลการพัฒนาต่อไป

5.4.2.3 ควรนำรอบกระบวนการวิจัยครั้งนี้ปรับใช้ในบริบทปัญหาโรคอื่น เพื่อศึกษาเปรียบเทียบผลการวิจัยต่อไป



เอกสารอ้างอิง



เอกสารอ้างอิง

- กาญจนา แก้วเทพ และกนกศักดิ์ แก้วเทพ. (2530). *การพึ่งตนเอง ศักยภาพในการพัฒนาชนบท*.
กรุงเทพฯ: รุ่งเรืองสาส์นการพิมพ์.
- กรมการพัฒนาชุมชน. (2541). *ยุทธศาสตร์เศรษฐกิจชุมชนพึ่งตนเอง*. กรุงเทพฯ:
กระทรวงมหาดไทย
- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2547). *เครือข่ายสุขภาพกับการพัฒนางานสุขภาพภาคประชาชน*.
กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- กรมวิชาการ. (2545). *การวิจัยเพื่อพัฒนาการเรียนรู้ตามหลักสูตรการศึกษาขั้นพื้นฐาน*. กรุงเทพฯ:
โรงพิมพ์คุรุสภา.
- โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์. (2547). *พลวัตสุขภาพกับการพึ่งตนเองภาคชนบท*. กรุงเทพฯ:
สำนักวิจัยสังคม และสุขภาพ.
- งานทะเบียนมะเร็ง สถาบันมะเร็ง แห่งชาติ. (2551). *สถิติโรคมะเร็งประจำปี พ.ศ. 2550*.
กรุงเทพฯ: สถาบันมะเร็งแห่งชาติ:
- ธีระพงษ์ แก้วมทวณิช. (2543). *กระบวนการเสริมสร้างชุมชนเข้มแข็ง ประชาคม ประชาสังคม*.
พิมพ์ครั้งที่ 6. ขอนแก่น: คลังน่านาวิทยา.
- นางพรรณ พิริยานพงศ์. (2546). *คู่มือวิจัยและพัฒนา*. กรุงเทพฯ: มายด์ พับลิชชิ่ง.
- นิรันดร์ จงวุฒิเวศน์. (2537). *กลวิธีแนวทาง วิธีการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชนในงานพัฒนา
ชุมชนในการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนา*. กรุงเทพฯ: ศูนย์ศึกษานโยบาย
สาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล.
- บรรลือ เฉลยกิตติ. (2549). *คู่มือการรักษาโรคสำหรับประชาชน มะเร็งลำไส้ใหญ่ และทวารหนัก*.
กรุงเทพฯ: คัลเลอร์ฮาร์โมนี.
- บุญชม ศรีสะอาด. (2554). *การวิจัยเบื้องต้น*. พิมพ์ครั้งที่ 9. กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น.
- ปาริชาติ สถาปิตานนท์. (2547). *การสื่อสารด้วยกระบวนการมีส่วนร่วม*, ใน: เอกสารประกอบการ
ประชุมเชิงปฏิบัติการ การสื่อสารด้วยกระบวนการมีส่วนร่วม. กรุงเทพฯ: สำนักงาน
กองทุนสนับสนุนการวิจัย. หน้า 50.
- ลัดดาวัลย์ เพชรโรจน์ และอัจฉรา ชำนิประศาสน์. (2547). *ระเบียบวิธีวิจัย*. กรุงเทพฯ: พิมพ์ดีการพิมพ์.
- สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. (2554). *สุขภาพคนไทย 2554 : เอชไอเอ กลไก
พัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อชีวิตและสุขภาพ*. นครปฐม: อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์
พับลิชชิ่ง.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข. (2553).
แผนยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย พ.ศ. 2554-2563. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- อมร นนทสุต. (2551). *การสร้างและใช้แผนที่ยุทธศาสตร์สำหรับองค์กรระดับปฏิบัติการ*. กรุงเทพฯ:
ม.ป.พ.
- อมร นนทสุต วิรุณศิริ อารยวงศ์ และประพันธ์ศักดิ์ รักไชยวรรณ. (2549). *อะไร อย่างไรคือ
แผนที่ยุทธศาสตร์ กับ การสร้างและใช้ประโยชน์จากแผนที่ยุทธศาสตร์*. พิมพ์ครั้งที่ 2.
นนทบุรี: เรติชั่น.



- อำนาจ อนันตชัย. (2527). *การระดมการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาชนบท*.
กรุงเทพฯ: วิกิตอรี เบาเวอร์ พอยท์ การพิมพ์.
- องอาจ นัยพัฒน์. (2551). *การออกแบบการวิจัย: วิธีการเชิงปริมาณ เชิงคุณภาพ และผสมผสาน*
วิธีการ. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วรมินทร์ เจริญสุวรรณ. (2556). *ภัยเงียบมะเร็งลำไส้*. [ออนไลน์]. ได้จาก:
<http://www.si.mahidol.ac.th/sidoctor/e-pl/articledetail.asp?id=692>
ACS Guideline A cancer Juourna for Clinician. [สืบค้น เมื่อวันที่ 17 มิถุนายน 2556].
- Khuhaprema T, Srivatanakul P. (2551). *Colon and Rectum Cancer in Thailand: An Overview. Jpn. J. Clin. Oncol*, 38(4), 237-43.
- Lambert M. (2009). *ACG Guidelines for Colorectal Cancer Screening*. [online]. Available from: www.aafp.org/afp. [accessed 3 July 2009].
- Lejeune C, Arveux P, Dancourt V, Bejean S, Bonithon-Kopp, Faivre J. (2004). *Cost- effectiveness Analysis of Fecal Occult Blood Screening for Colorectal cancer*. [online]. Available from:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15609792>. [accessed June 17, 2556].
- Pamela S. and RN, FAAN. (2013). *Nursing An International Journal for Cancer Care*. [online]. Available from:
http://journals.lww.com/cancernursingonline/Abstract/2006/03000/Promoting_Community_Awareness_of_the_Need_for.9.aspx. [accessed September 15, 2013]
- Loretta Pratt Lacey, Clyde Ansell, Steven Whiteman, Nyambi Ebie and Edwin Chen . (2013). *Public Health Report*. [online]. Available from:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1580137/>. [accessed June 17, 2013]
- Jack S. Mandel. (2013). *The New England Journal Medicine*. [online]. Available from:
<http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejm199305133281901#t=articleDiscussi>. [accessed June 17, 2013]



ภาคผนวก



ภาคผนวก ก
รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือ



รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือ

- | | |
|------------------------------|---|
| 1. นายวัชร เอี่ยมรัศมีกุล | นายแพทย์เชี่ยวชาญ (เวชกรรมป้องกัน)
รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด |
| 2. นายอดิสร วัฒนวงษ์สิงห์ | นายแพทย์เชี่ยวชาญ
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพนมไพร |
| 3. นางสาวปิยลักษณ์ ภักดีสมัย | นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
ผู้รับผิดชอบงานวิจัย
โรงพยาบาลพนมไพร |



ผลการวิเคราะห์ความสอดคล้องภายในของแบบสอบถาม



แบบสอบถามเพื่อส่งให้ผู้เชี่ยวชาญให้ค่า IOC

แบบสอบถามการวิจัย

เรื่อง การพัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชนในการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเพื่อส่งเสริมระบบคัดกรองตั้งแต่แรกเริ่ม ตำบลพนมไพร อำเภอพนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ด

เรียน

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. คำจำกัดความของมุมมองในแต่ละด้าน
 2. แบบสอบถามการวิจัย

ด้วยดิฉันนางสาวนිරนุช เสียงเลิศ นิสิตปริญญาโทหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิตคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กำลังทำวิทยานิพนธ์เรื่องการพัฒนา ศักยภาพแกนนำชุมชนในการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเพื่อส่งเสริมระบบคัดกรอง ตั้งแต่แรกเริ่ม ตำบลพนมไพร อำเภอพนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ดเพื่อให้การสร้างเครื่องมือการวิจัยมีความ ถูกต้องน่าเชื่อถือ มีความตรงสอดคล้องกับวัตถุประสงค์มากยิ่งขึ้นใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่าน พิจารณาให้ค่าความตรงสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ให้คำจำกัดความสำคัญของที่ใช้เป็น ตัวแปรในการสร้างแบบสอบถามในครั้งนี้

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์

(นางสาวนिरนุช เสียงเลิศ)



ผลการหาค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถาม IOC (Index of Congruence) ของแบบสอบถาม
 เพื่อการวิจัย เรื่อง การพัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชนในการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก
 เพื่อส่งเสริมระบบคัดกรองตั้งแต่แรกเริ่ม ตำบลพนมไพร อำเภอพนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ด

ส่วนที่ 2 ความรู้ทั่วไปเรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

ข้อ	ผลการพิจารณาของผู้เชี่ยวชาญ			รวม	ค่า IOC $\frac{\sum R}{N}$	ผลการประเมิน	
	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3			ใช้ได้	ใช้ไม่ได้
1	1	1	1	3	1	✓	
2	1	1	1	3	1	✓	
3	1	1	1	3	1	✓	
4	1	1	1	3	1	✓	
5	1	1	1	3	1	✓	
6	1	1	1	3	1	✓	
7	1	1	1	3	1	✓	
8	1	1	1	3	1	✓	
9	1	1	1	3	1	✓	
10	0	1	1	2	0.66	✓	
11	1	1	1	3	1	✓	
12	1	1	1	3	1	✓	
13	1	1	1	3	1	✓	
14	1	1	1	3	1	✓	
15	1	1	1	3	1	✓	



ส่วนที่ 3 ทศนคติเกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

ข้อ	ผลการพิจารณาของผู้เชี่ยวชาญ			รวม	ค่า IOC $= \frac{\sum R}{N}$	ผลการประเมิน	
	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3			ใช้ได้	ใช้ไม่ได้
1	1	1	1	3	1	√	
2	1	1	1	3	1	√	
3	1	1	1	3	1	√	
4	1	1	1	3	1	√	
5	1	1	1	3	1	√	
6	1	1	1	3	1	√	
7	1	1	0	2	0.66	√	
8	0	1	1	2	0.66	√	
9	1	1	1	3	1	√	
10	1	1	1	3	1	√	
11	1	1	1	3	1	√	
12	1	1	1	3	1	√	
13	1	1	1	3	1	√	
14	1	1	1	3	1	√	
15	1	1	1	3	1	√	



ส่วนที่ 4 การปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

ข้อ	ผลการพิจารณาของผู้เชี่ยวชาญ			รวม	ค่า IOC $= \frac{\sum R}{N}$	ผลการประเมิน	
	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3			ใช้ได้	ใช้ไม่ได้
1	1	1	1	3	1	✓	
2	1	1	1	3	1	✓	
3	0	1	1	2	0.66	✓	
4	1	1	1	3	1	✓	
5	1	1	1	3	1	✓	
6	1	1	1	3	1	✓	
7	1	1	1	3	1	✓	
8	1	1	1	3	1	✓	
9	1	1	1	3	1	✓	
10	1	1	1	3	1	✓	
11	1	1	1	3	1	✓	
12	1	1	1	3	1	✓	
13	1	1	0	2	0.66	✓	
14	1	1	1	3	1	✓	
15	1	1	1	3	1	✓	
16	1	1	1	3	1	✓	
17	1	1	1	3	1	✓	
18	1	1	1	3	1	✓	



ภาคผนวก ข
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย



เลขที่แบบสอบถาม..... ID []

แบบสอบถามการวิจัย

เรื่อง การพัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชนในการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเพื่อส่งเสริมระบบคัดกรองตั้งแต่แรกเริ่ม ตำบลพนมไพร อำเภอพนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ด

คำชี้แจง

1. แบบสอบถามชุดนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสาธารณสุขศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ซึ่งข้อมูลที่ได้มีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง เพื่อประโยชน์ในการพัฒนาศักยภาพในการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักระดับชุมชน ตำบลพนมไพร อำเภอพนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ด โดยข้อมูลที่ได้รับ ไม่ได้นำเสนอข้อมูลรายบุคคลและจะเก็บไว้เป็นความลับ โดยจะรวมและนำเสนอเป็นภาพรวมดังนั้นจึงใคร่ขอความกรุณาจากท่านโปรดให้ข้อมูลตามแบบสอบถามที่ตรงกับความเป็นจริง

2. แบบสอบถามชุดนี้ ประกอบด้วย 4 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลด้านคุณลักษณะประชากร	จำนวน 6 ข้อ
ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก	จำนวน 15 ข้อ
ส่วนที่ 3 ทักษะการปฏิบัติเกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก	จำนวน 15 ข้อ
ส่วนที่ 4 การปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก	จำนวน 18 ข้อ

ขอขอบพระคุณท่านที่ได้ให้ความอนุเคราะห์การตอบแบบสอบถาม ในครั้งนี้

นางสาวนิรนุช เสี่ยงเลิศ

นิสิตปริญญาโทหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม



ส่วนที่ 1 ข้อมูลด้านคุณลักษณะประชากร

ข้อความ	สำหรับผู้วิจัย
1. เพศ [] 1. ชาย [] 2. หญิง	SEX []
2. ปัจจุบันท่านอายุ.....ปี (นับจำนวนเต็มเป็นปี)	AGE [] []
3. สถานภาพสมรส [] 1. โสด [] 2. คู่ [] 3. หม้าย/หย่า/แยก	STATUS []
4. ระดับการศึกษาสูงสุด [] 1. ไม่ได้เรียน [] 2. ประถมศึกษา [] 3. มัธยมศึกษาตอนต้น [] 4. มัธยมศึกษาตอนปลาย [] 5. ปวส./ อนุปริญญา [] 6. ปริญญาตรี [] 7. สูงกว่าปริญญาตรี	EDU []
5. อาชีพ [] 1. เกษตรกรรม [] 2. รับจ้าง [] 3. ค้าขาย [] 4. รับราชการ [] 5. อื่นๆระบุ.....	OCC []
6. บทบาททางสังคม [] 1. อสม. [] 2. ประธาน อสม. [] 3. ผู้ใหญ่บ้าน [] 4. อื่นๆระบุ.....	SOCIAL []



ส่วนที่ 2 ความรู้ทั่วไปเรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

จำนวน 15 ข้อ

คำชี้แจง โปรดเติมเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องด้านขวามือที่ท่านเห็นว่ามีข้อความถูกต้องมากที่สุด

ข้อที่	ข้อความความรู้ทั่วไปเรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก	ใช่	ไม่ใช่	ไม่ทราบ	
1	การได้รับถ่ายทอดทางพันธุกรรม พ่อ แม่ หรือญาติพี่น้องและทายาทสายตรงเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก				K1 []
2	ผู้ป่วยที่มีภาวะลำไส้อักเสบเรื้อรังมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก				K2 []
3	ผู้ที่มีอายุมากกว่า 50 ปีมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก				K3 []
4	การรับประทานอาหารเข้าสู่ร่างกายและมีการตกค้างที่ลำไส้ มักพบสารพิษในอาหารประเภท ปิ้ง ย่าง อาหารหมักดองสารเคมีจากผักที่ไม่สะอาดเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก				K4 []
5	การดื่มสุราและสูบบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงทำให้เกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก				K5 []
6	อาการท้องอืด ท้องผูกหรือท้องเสียสลับกับท้องผูก เป็นอาการของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก				K6 []
7	การตรวจหาเลือดในอุจจาระเป็นวิธีการตรวจหามะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักระยะแรก				K7 []
8	ผู้ที่อายุ 50 ปีขึ้นไปหากไม่มีอาการผิดปกติอะไรก็ไม่ต้องตรวจหาเลือดในอุจจาระเพื่อคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก				K8 []
9	ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานมีโอกาสเป็นมะเร็งได้ง่าย				K9 []
10	ผู้ที่เป็นโรคอ้วน โดยเฉพาะผู้ที่มีค่าดัชนีมวลกายเกินมาตรฐาน (มากกว่า 25 หรือมีรอบเอวมากกว่า 36 นิ้ว) เสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก				K10 []
11	อาการจุกเสียด แน่น หรือปวดท้องบ่อยๆ อาจเป็นสัญญาณของการโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก				K11 []
12	การตรวจคัดกรองเพื่อหามะเร็งระยะแรกทำให้การรักษาโรคได้อย่างทัน่วงที่				K12 []
13	คนที่มีครอบครัวเคยมีประวัติเป็นมะเร็งลำไส้ควรทำการคัดกรองตั้งแต่อายุ 40 ปี ขึ้นไป				K13 []
14	การผ่าตัด เป็นวิธีที่ดีที่สุด หลังจากแพทย์ได้พบว่า มีชิ้นเนื้อในลำไส้ใหญ่จากการตรวจด้วยวิธีส่องกล้องทางทวารหนัก และมีความจำเป็นต้องผ่าตัด				K14 []
15	การตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักสามารถทำได้หลายวิธี เช่น การตรวจหาเลือดในอุจจาระ การส่องกล้องทางทวารหนัก ฯ				K15 []



ส่วนที่ 3 ทศนคติเกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

จำนวน 15 ข้อ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด โดยมีเกณฑ์ในการวัดทศนคติ ดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง เมื่อผู้ตอบเห็นด้วยกับข้อความนั้นทั้งหมด
เห็นด้วย	หมายถึง เมื่อผู้ตอบเห็นด้วยกับข้อความนั้นเป็นส่วนใหญ่
เฉยๆ	หมายถึง เมื่อผู้ตอบไม่มีความเห็นด้วยกับข้อความนั้น
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง เมื่อผู้ตอบไม่มีความเห็นด้วยกับข้อความนั้นเป็นส่วนใหญ่
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง เมื่อผู้ตอบไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นทั้งหมด

ข้อ ที่	ข้อความคำถามเกี่ยวกับทศนคติ	ระดับความคิดเห็น					สำหรับ ผู้วิจัย
		เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	เฉยๆ	ไม่ เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วยอย่าง ยิ่ง	
1	ท่านคิดว่าโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้						A1 []
2	ท่านคิดว่าโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเป็นของเวรกรรมหลีกเลี่ยงไม่ได้						A2 []
3	หากป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักควรทำใจเพราะรักษาได้ยาก						A3 []
4	ท่านคิดว่าโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักควรป้องกันดีกว่ารักษา						A4 []
5	การรักษาโรคโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักในระยะแรก สามารถรักษาให้หายขาดได้						A5 []
6	ผู้ที่ป่วยเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักกระยะลุกลามจะสูญเสียค่าใช้จ่ายสูง						A6 []
7	ท่านคิดว่าโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักไม่ใช่โรคติดต่อไม่จำเป็นต้องป้องกัน						A7 []
8	ท่านคิดว่าการกินอาหารปิ้งย่าง บ่อยๆเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก						A8 []



ข้อ ที่	ข้อความถามเกี่ยวกับทัศนคติ	ระดับความคิดเห็น					สำหรับ ผู้วิจัย
		เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	เฉยๆ	ไม่ เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วยอย่าง ยิ่ง	
9	ท่านคิดว่าเรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และ ทวารหนักเป็นเรื่องใหม่ ไม่ค่อยมีคนใส่ใจ ป้องกันตนเอง						A9 []
10	ท่านคิดว่าการมีความรู้ และพฤติกรรมที่ ถูกต้องเรื่องสุขภาพ ลดความเสี่ยงการเป็น โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักได้						A10 []
11	ท่านคิดว่าแกนนำชุมชน เช่นผู้ใหญ่บ้าน อสม. ไม่สามารถแก้ไขปัญหาเรื่องโรคมะเร็ง ลำไส้ใหญ่						A11 []
12	ท่านคิดว่าการวางแผนและดำเนินงานตาม แผนป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวาร หนักในชุมชนจะช่วยสร้างความตื่นตัวในการ ป้องกันตนเองแก่ชาวบ้านได้						A12 []
13	ท่านคิดว่าการพัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชน เป็นอีกวิธีหนึ่งที่จะช่วยให้การป้องกันก่อนการ เกิดโรค						A13 []
14	ท่านคิดว่าการส่งเสริมความรู้ ความ ตระหนักเรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวาร หนักในชุมชน จะช่วยป้องกันก่อนการเกิด โรคได้						A14 []
15	ท่านคิดว่าการเข้าร่วมกิจกรรมโครงการของ ชุมชนเพื่อป้องกันมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวาร หนักเป็นสิ่งที่ควรทำ						A15 []



ส่วนที่ 3 การปฏิบัติในการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก จำนวน 18 ข้อ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับการปฏิบัติของท่านมากที่สุด โดยมีเกณฑ์ในการวัดการปฏิบัติ ดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง มีการปฏิบัติกิจกรรมนั้นเป็นประจำทุกครั้ง
 ปฏิบัติบางครั้ง หมายถึง กิจกรรมหรือพฤติกรรมนั้นๆ นานๆ ครั้งถึงจะมีการกระทำ
 ไม่เคยปฏิบัติ หมายถึง ไม่เคยมีการปฏิบัติกิจกรรมหรือพฤติกรรมนั้นเลย

ข้อ ที่	ข้อคำถามการปฏิบัติตัวในการป้องกัน โรค มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก	ปฏิบัติเป็น ประจำ	ปฏิบัติ บางครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติเลย	
1	ท่านตรวจสุขภาพประจำปี				P1 []
2	ท่านเข้ารับการตรวจคัดกรองความเสี่ยง มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักด้วย				P2 []
3	ท่านบริโภคอาหาร ปิ้ง ย่าง เช่น ไก่ย่าง หมูย่าง ฯลฯ				P3 []
4	ท่าน ดื่มสุราและสูบบุหรี่				P4 []
5	ท่านออกกำลังกายสม่ำเสมอ				P5 []
6	ท่านซื้อผักบริโภคเสมอ				P6 []
7	ท่านรับประทานอาหารหมักดอง เช่น ปลาซึ่ม หน่อไม้ดอง ผลไม้ดอง ฯลฯ				P7 []
8	ท่านพยายามรักษาระดับน้ำหนักตัวให้ อยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน				P8 []
9	ท่านปลูกผักปลอดสารพิษไว้บริโภคใน ครัวเรือน				P9 []
10	ท่านให้ความร่วมมือ ในการแก้ไขปัญหา เรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ของชุมชน				P10 []
11	ท่านเข้าร่วมการวางแผนและดำเนินงาน ตามแผนป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ และทวารหนักในชุมชน				P11 []



ข้อ ที่	ข้อความคำถามการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรค มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก	ปฏิบัติเป็น ประจำ	ปฏิบัติ บางครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติเลย	
12	ท่านร่วมประชาสัมพันธ์ แจกข่าวสารเกี่ยวกับการ การณรงค์ป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และ ทวารหนักแก่เพื่อนบ้าน				P12 []
13	ท่านเคยสำรวจข้อมูลกลุ่มเสี่ยงมะเร็งลำไส้ ใหญ่				P13 []
14	ท่านแนะนำผู้ที่มีอายุมากกว่า 50 ปีมีความ เสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และ ทวารหนักให้ไปตรวจคัดกรองสุขภาพ				P14 []
15	ท่านแนะนำผู้ที่มีอายุ 40 ขึ้นไป ที่มีประวัติ คนในครอบครัวเป็นมะเร็ง เข้ารับการตรวจ คัดกรองสุขภาพ				P15 []
16	ท่านแนะนำเพื่อนบ้านในการปลูกผักสวน ครัวบริโภคเอง				P16 []
17	ท่านสามารถแนะนำการปฏิบัติตัวในการ บริโภคอาหารเพื่อป้องกันมะเร็งลำไส้ใหญ่ได้				P17 []
18	ท่านสามารถแนะนำสถานที่หรือหน่วยงานที่ ให้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่แก่ ประชาชนในพื้นที่ได้				P18 []



(หลังดำเนินการ)

ชุดที่ 1

แนวทางการสนทนากลุ่ม (Discussion Guideline)

สำหรับการสนทนากลุ่ม แก่นนำชุมชน

1. โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักคืออะไร
2. โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก สาเหตุเกิดจากอะไร
3. วิธีการใดที่จะทำให้ทราบว่าป่วยเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก หรือไม่
4. ถ้ามีคนในชุมชนเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก
 - 4.1 ท่านมีความรู้สึกรู้สึอย่างไร
 - 4.2 ท่านจะช่วยเหลือเขาได้อย่างไรบ้าง
5. จากโครงการ / กิจกรรม ในการพัฒนาศักยภาพการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักของแกนนำชุมชน ที่ผ่านมา
 - 5.1 ท่านมีความคิดเห็นเป็นอย่างไร
 - 5.2 ท่านได้มีส่วนร่วมด้วยหรือไม่ อย่างไรบ้าง
 - 5.3 ท่านมีข้อเสนอแนะ / ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาต่อไปอย่างไรบ้าง
 - 5.4 ปัจจัยความสำเร็จของการส่งเสริมให้ประชาชนเข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักในชุมชนคืออะไร



ชุดที่ 2

แนวทางการสัมภาษณ์เจาะลึก (In-Depth Interview Guideline)

สำหรับการสัมภาษณ์เจาะลึก แกนนำชุมชน

1. แกนนำชุมชนทราบหรือไม่ว่าโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักคืออะไร
2. แกนนำชุมชนรู้ได้อย่างไรว่าโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก สาเหตุเกิดจากอะไร
3. วิธีการใดที่จะทำให้ทราบว่าป่วยเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก หรือไม่
4. ถ้ามีคนในชุมชนเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก
 - 4.1 ท่านมีความรู้สึกรู้สึอย่างไร
 - 4.2 ท่านจะช่วยเหลือเขาได้อย่างไรบ้าง
5. จากโครงการ / กิจกรรม ในการพัฒนาศักยภาพการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักของแกนนำชุมชน ที่ผ่านมา
 - 5.1 ท่านมีความคิดเห็นเป็นอย่างไร
 - 5.2 ท่านได้มีส่วนร่วมด้วยหรือไม่ อย่างไรบ้าง
 - 5.3 ท่านมีข้อเสนอแนะ / ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาต่อไปอย่างไรบ้าง
 - 5.4 ปัจจัยความสำเร็จของการส่งเสริมให้ประชาชนเข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักในชุมชนคืออะไร



แบบรายงานผลและประเมินโครงการ

1. ชื่อโครงการ

2. กิจกรรม

3. ระยะเวลา

4. งบประมาณ

5. ผู้รับผิดชอบ

6. ผลการดำเนินงาน

7. ปัญหาอุปสรรคการดำเนินงาน

8. ข้อเสนอแนะ

ลงชื่อผู้ติดตาม/ประเมิน

วันที่



ตาราง เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ความรู้ ก่อนและหลังพัฒนา

รายการ	ความรู้ก่อนการพัฒนา (n=57)			ความรู้หลังพัฒนา (n=57)		
	$\bar{X}$	SD.	แปลผล	$\bar{X}$	SD.	แปลผล
1. โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และ ทวารหนัก เป็นโรคที่ สามารถถ่ายทอดทาง พันธุกรรม เช่น พ่อ แม่ หรือญาติพี่น้องและ ทายาทสายตรง	.67	.47	ปานกลาง	1.00	.00	สูง
2.ผู้ป่วยที่มีภาวะลำไส้อักเสบ เรื้อรังมีความเสี่ยงต่อการ เป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ และทวารหนัก	.98	.13	สูง	1.00	.00	สูง
3.ผู้ที่มีอายุมากกว่า 50 ปีมี ความเสี่ยงต่อการเกิด โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และ ทวารหนัก	.93	.26	สูง	1.00	.00	สูง
4.การรับประทานอาหารที่มี เส้นใยน้อย อาหาร ปิ้ง ย่าง อาหารหมักดอง อาหารที่มีไขมันสูง และ สารเคมีจากผักที่ไม่สะอาด เสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็ง ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก	.91	.29	สูง	1.00	.00	สูง
5.การดื่มสุราและสูบบุหรี่เป็น ปัจจัยเสี่ยงทำให้เกิด โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และ ทวารหนัก	.75	.74	ปานกลาง	1.00	.00	สูง



ตาราง เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ความรู้ ก่อนและหลังพัฒนา (ต่อ)

รายการ	ความรู้ก่อนการพัฒนา (n=57)			ความรู้หลังพัฒนา (n=57)		
	$\bar{X}$	SD.	แปลผล	$\bar{X}$	SD.	แปลผล
6.อาการท้องอืด ท้องผูกหรือ ท้องเสียสลับกับท้องผูก เป็นอาการของโรคมะเร็ง ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก	.96	.18	สูง	1.00	.00	สูง
7.การตรวจหาเลือดในอุจจาระ เป็นวิธีการตรวจหามะเร็ง ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ระยะแรก	.96	.18	สูง	1.00	.00	สูง
8.ผู้ที่อายุ 50 ปีขึ้นไปหากไม่มี อาการผิดปกติใดๆ ไม่ จำเป็นต้องตรวจหาเลือด ในอุจจาระเพื่อคัดกรอง มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวาร หนัก	.28	.45	ต่ำ	1.00	.00	สูง
9.ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานมีโอกาส เป็นมะเร็งได้ง่าย	.59	.49	ต่ำ	1.00	.00	สูง
10.ผู้ที่เป็นโรคอ้วน โดยเฉพาะ ผู้ที่มีค่าดัชนีมวลกายเกิน มาตรฐาน (มากกว่า 25 หรือมีรอบเอวมากกว่า 36 นิ้ว) เสี่ยงต่อการเกิด โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และ ทวารหนัก	.59	.49	ต่ำ	1.00	.00	สูง
11.อาการจุกเสียด แน่น หรือ ปวดท้องบ่อยๆ อาจเป็น สัญญาณของการ โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และ ทวารหนัก	.96	.18	สูง	1.00	.00	สูง



ตาราง เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ความรู้ ก่อนและหลังพัฒนา (ต่อ)

รายการ	ความรู้ก่อนการพัฒนา (n=57)			ความรู้หลังพัฒนา (n=57)		
	$\bar{X}$	SD.	แปลผล	$\bar{X}$	SD.	แปลผล
12.การตรวจคัดกรองเพื่อหา มะเร็งระยะแรกทำให้การ รักษาโรคได้อย่าง ทันทั่วทั้งที่	1.00	.00	สูง	1.00	.00	สูง
13.ผู้ที่มิครอบครัวเคยมี ประวัติเป็นมะเร็งลำไส้ ควรทำการคัดกรองมะเร็ง ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก	1.00	.00	สูง	1.00	.00	สูง
14.การตรวจคัดกรองมะเร็ง ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก สามารถทำได้หลายวิธี เช่น การตรวจหาเลือดใน อุจจาระ การส่องกล้อง ทางทวารหนัก ฯ	1.00	.00	สูง	1.00	.00	สูง
15.การรับประทานอาหารที่มี เส้นใย เช่น ผัก ผลไม้ เป็นประจำจะช่วยลด ความเสี่ยงในการเป็น มะเร็งลำไส้ใหญ่และ ทวารหนัก	.94	.00	สูง	1.00	.00	สูง
รวม	.84	.14	สูง	1.00	.00	สูง



ตาราง เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ทักษะเกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ก่อนและหลังพัฒนา

รายการ	ทัศนคติก่อนการพัฒนา (n=57)			ทัศนคติหลังพัฒนา (n=57)		
	$\bar{X}$	SD.	แปลผล	$\bar{X}$	SD.	แปลผล
1.ท่านคิดว่าโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้	2.47	1.05	ปานกลาง	4.70	.46	สูง
2.ท่านคิดว่าโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเป็นของเวรกรรมหลีกเลี่ยงไม่ได้	2.67	1.07	ปานกลาง	4.68	.46	สูง
3.หากป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักควรทำใจเพราะรักษาได้ยาก	2.57	1.03	ปานกลาง	4.70	.46	สูง
4. ท่านคิดว่าโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักควรป้องกันดีกว่ารักษา	2.49	1.05	ปานกลาง	4.91	.43	สูง
5. การรักษาโรคโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักในระยะแรก สามารถรักษาให้หายขาดได้	2.68	1.10	ปานกลาง	4.84	.36	สูง
6. ผู้ที่ป่วยเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักระยะลุกลามจะสูญเสียค่าใช้จ่ายสูง	2.71	1.20	ปานกลาง	4.66	.57	สูง
7. ท่านคิดว่าโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักไม่ใช่โรคติดต่อไม่จำเป็นต้องป้องกัน	3.26	1.12	ปานกลาง	4.82	.38	สูง



ตาราง เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ทศนคติเกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ก่อนและหลังพัฒนา (ต่อ)

รายการ	ทัศนคติก่อนการพัฒนา (n=57)			ทัศนคติหลังพัฒนา (n=57)		
	$\bar{X}$	SD.	แปลผล	$\bar{X}$	SD.	แปลผล
8. ท่านคิดว่าการกินอาหาร ปิ้ง ย่าง บ่อยๆเสี่ยงต่อ การเป็นโรคมะเร็งลำไส้ ใหญ่และทวารหนัก	2.7018	1.03	ปานกลาง	4.81	.39	สูง
9. ท่านคิดว่าเรื่องโรคมะเร็ง ลำไส้ใหญ่และทวาร หนักเป็นเรื่องใหม่ ไม่ ค่อยมีคนใส่ใจป้องกัน ตนเอง	2.28	1.13	น้อย	4.84	.37	สูง
10. ท่านคิดว่าการมีความรู้ และพฤติกรรมที่ถูกต้อง เรื่องสุขภาพ ลดความ เสี่ยงการเป็นโรคมะเร็ง ลำไส้ใหญ่และทวาร หนักได้	2.72	1.16	ปานกลาง	4.86	.35	สูง
11. ท่านคิดว่าแกนนำชุมชน เช่นผู้ใหญ่บ้าน อสม. ไม่ สามารถแก้ไขปัญหา เรื่องโรคมะเร็งลำไส้ ใหญ่	3.40	1.13	ปานกลาง	4.77	.42	สูง
12. ท่านคิดว่าการวางแผน และดำเนินงานตาม แผนป้องกันโรคมะเร็ง ลำไส้ใหญ่และทวาร หนักในชุมชนจะช่วย สร้างความตื่นตัวในการ ป้องกันตนเองแก่ ชาวบ้านได้	2.77	1.13	ปานกลาง	4.91	.28	สูง



ตาราง เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ทักษะเกี่ยวกับโรคเมร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ก่อนและหลังพัฒนา (ต่อ)

รายการ	ทัศนคติก่อนการพัฒนา (n=57)			ทัศนคติหลังพัฒนา (n=57)		
	$\bar{X}$	SD.	แปลผล	$\bar{X}$	SD.	แปลผล
13. ท่านคิดว่าการพัฒนา ศักยภาพแกนนำชุมชน เป็นอีกวิธีหนึ่งที่ช่วยให้ การป้องกันก่อนการเกิด โรค	2.61	1.44	ปานกลาง	4.93	.26	สูง
14. ท่านคิดว่าการส่งเสริม ความรู้ ความตระหนัก เรื่องโรคเมร็งลำไส้ใหญ่ และทวารหนักในชุมชน จะช่วยป้องกันก่อนการ เกิดโรคได้	2.65	1.46	ปานกลาง	4.91	.28	สูง
15. ท่านคิดว่าการเข้าร่วม กิจกรรมโครงการของ ชุมชนเพื่อป้องกันเมร็ง ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก เป็นสิ่งที่ควรทำ	2.96	1.18	ปานกลาง	4.93	.26	สูง
รวม	2.73	.49	ปานกลาง	4.93	.25	สูง



ตาราง เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย การปฏิบัติตัวเพื่อโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ก่อนและหลังพัฒนา

รายการ	การปฏิบัติก่อนการพัฒนา (n=57)			การปฏิบัติหลังพัฒนา (n=57)		
	$\bar{X}$	SD.	แปลผล	$\bar{X}$	SD.	แปลผล
1. ท่านตรวจสอบสุขภาพประจำปี	1.75	.78	ต่ำ	2.78	.41	สูง
2. ท่านเข้ารับการตรวจคัดกรองความเสี่ยงมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักด้วย	2.14	.89	ปานกลาง	2.92	.25	สูง
3. ท่านบริโภคอาหาร ปิ้ง ย่าง เช่น ไก่ย่าง หมูย่าง ฯลฯ	1.51	.50	ต่ำ	2.29	.46	ปานกลาง
4. ท่าน ดื่มสุราและสูบบุหรี่	2.08	.57	ปานกลาง	2.45	.56	ปานกลาง
5. ท่านออกกำลังกายสม่ำเสมอ	1.71	.72	ต่ำ	2.61	.49	สูง
6. ท่านซื้อผักบริโภคเสมอ	1.64	.58	ต่ำ	2.35	.48	สูง
7. ท่านรับประทานอาหารหมักดอง เช่น ปลาส้ม หน่อไม้ดอง ผลไม้ดอง ฯลฯ	1.92	.25	ปานกลาง	2.29	.46	ปานกลาง
8. ท่านพยายามรักษาระดับน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน	1.84	.49	ปานกลาง	2.89	.30	สูง
9. ท่านปลูกผักปลอดสารพิษไว้บริโภคในครัวเรือน	1.59	.70	ต่ำ	3.00	.00	สูง
10. ท่านให้ความร่วมมือ ในการแก้ไขปัญหาเรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักของชุมชน	2.77	.42	สูง	3.00	.00	สูง



ตาราง เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย การปฏิบัติตัวเพื่อโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ก่อนและหลังพัฒนา (ต่อ)

รายการ	การปฏิบัติก่อนการพัฒนา (n=57)			การปฏิบัติหลังพัฒนา (n=57)		
	$\bar{X}$	SD.	แปลผล	$\bar{X}$	SD.	แปลผล
11. ท่านเข้าร่วมการวางแผนและดำเนินงานตามแผนป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักในชุมชน	1.29	.62	ต่ำ	3.00	.00	สูง
12. ท่านร่วมประชาสัมพันธ์แจ้งข่าวสารเกี่ยวกับการรณรงค์ป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักแก่เพื่อนบ้าน	1.24	.60	ต่ำ	3.00	.00	สูง
13. ท่านเคยสำรวจข้อมูลกลุ่มเสี่ยงมะเร็งลำไส้ใหญ่	1.43	.68	ต่ำ	3.00	.00	สูง
14. ท่านแนะนำผู้ที่มีอายุมากกว่า 50 ปีมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักให้ไปตรวจคัดกรองสุขภาพ	1.42	.68	ต่ำ	3.00	.00	สูง
15. ท่านแนะนำผู้ที่มีอายุ 40 ขึ้นไป ที่มีประวัติคนในครอบครัวเป็นมะเร็ง เข้ารับการตรวจคัดกรองสุขภาพ	1.63	.55	ต่ำ	3.00	.00	สูง
16. ท่านแนะนำเพื่อนบ้านในการปลูกผักสวนครัวบริโภคเอง	1.31	.50	ต่ำ	3.00	.00	สูง



ตาราง เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย การปฏิบัติตัวเพื่อโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ก่อนและหลังพัฒนา(ต่อ)

รายการ	การปฏิบัติก่อนการพัฒนา (n=57)			การปฏิบัติหลังพัฒนา (n=57)		
	$\bar{X}$	SD.	แปลผล	$\bar{X}$	SD.	แปลผล
17. ท่านสามารถแนะนำการปฏิบัติตัวในการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันมะเร็งลำไส้ใหญ่ได้	1.64	.51	ต่ำ	3.00	.00	สูง
18. ท่านสามารถแนะนำสถานที่หรือหน่วยงานที่ให้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่แก่ประชาชนในพื้นที่ได้	1.66	.54	ต่ำ	3.00	.00	สูง
รวม	1.70	.27	ต่ำ	2.81	.07	สูง



ใบงานจัดกิจกรรมแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์



ใบงานที่ 1

เรื่อง การประเมินสถานการณ์

จุดประสงค์การเรียนรู้ เพื่อเป็นการเสริมสร้างทักษะการสร้างและใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ (SRM : StrategyRoute Map) สามารถวิเคราะห์และประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก และจัดทำแผนที่ความคิดของกลุ่ม (Mind Map) ได้อย่างถูกต้องพร้อมองค์ประกอบหลักครบถ้วน(4 มุมมอง)

ลำดับกิจกรรม

ขั้นที่ 1. รับฟังการชี้แจงจากผู้วิจัยพร้อมทั้งศึกษาทำความเข้าใจ (ผู้วิจัย ให้ทำหน้าที่ในการช่วยในการเขียนแผนที่ความคิดและช่วยรวบรวมประเด็นและร่วมกับประธานกระตุ้นการมีส่วนร่วม)

ขั้นที่ 2. เลือกประธาน 1 คน เลขานุการ 1 คน และโฆษกกลุ่ม 1 คน (ประธานทำหน้าที่ดำเนินการชวนพูดคุยในประเด็นที่กำหนด กระตุ้นการมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็น, เลขฯ บันทึกงาน และโฆษก นำเสนอ)

ขั้นที่ 3. แต่ละกลุ่มให้ระดมสมองในกลุ่ม โดยใช้คำถาม 4 ชุดคำถาม เกี่ยวกับ การป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักในชุมชน ดังนี้

ชุดคำถามที่ 1 (ตอบแล้ว นำไปจัดลงใน กลุ่มความคิด “ประชาชน”)

1.1) สิ่งดี ๆ ที่ประชาชนในชุมชนของเรา ได้แสดงบทบาทและมีส่วนร่วมในการพัฒนา/ การปรับปรุงพฤติกรรมสุขภาพที่เกี่ยวกับการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักทั้งในระดับบุคคลครอบครัว และชุมชน ได้แก่อะไร อย่างไรบ้าง

1.2) เราต้องการเห็นประชาชนในชุมชนของเราเป็นอย่างไร แสดงบทบาทอย่างไรบ้าง ทั้งใน กรณีสวนบุคคล (แต่ละคน) ครอบครัว กลุ่มองค์กรและทั้งชุมชน

คำถามที่ 2 (ตอบแล้ว นำไปจัดลงใน กลุ่มความคิด “ภาคีเครือข่าย”)

1.1) ใคร องค์กร/หน่วยงานใดบ้างที่ทำงานเกี่ยวข้องในการทำงานด้านสุขภาพ ใคร/ องค์กร/หน่วยงานเหล่านั้นแสดงบทบาทสำคัญต่อการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักอย่างไรบ้าง

2.2) เราต้องการให้ใคร องค์กร/หน่วยงานใดบ้างมาร่วมการทำงาน และต้องการให้ใคร/ องค์กร/หน่วยงานเหล่านั้นแสดงบทบาทอย่างไรบ้าง

ชุดคำถามที่ 3 (ตอบแล้ว นำไปจัดลงใน กลุ่มความคิด “กระบวนการ”)

3.1) ที่ผ่านมาชุมชนของเรา มีวิธีการทำงานหรือกระบวนการบริหารจัดการที่เราประทับใจ ฟังพอใจ มีความภาคภูมิใจ อย่างไรบ้าง เกี่ยวกับการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักออกซึ่งกลุ่มควรพิจารณาให้ครอบคลุมถึงกระบวนการบริหารจัดการที่สำคัญ เช่น ระบบการสื่อสารของชุมชน การจัดทำแผนและประเมินผล



การบริหารจัดการงบประมาณ/ทรัพยากร การจัดระบบเครือข่ายกลุ่มองค์กรต่าง ๆ
กลไกการประสานงาน การจัดการเกี่ยวกับความรู้/ภูมิปัญญา เป็นต้น

3.2) เราต้องการเห็นกระบวนการทำงานหรือการบริหารจัดการของชุมชน อย่างไรบ้าง
จึงจะส่งผลต่อประสิทธิภาพในการทำให้เครือข่าย และ ประชาชน มีส่วนร่วมและแสดง
บทบาทเป็นไปในทิศทางที่ต้องการได้เป็นอย่างดีและครอบคลุม

ชุดคำถามที่ 4 (ตอบแล้ว นำไปจัดลงใน กลุ่มความคิด “รากฐาน”)

4.1) ที่ผ่านมามีความประทับใจ ภาควิชาในตำบลและทีมงานของเรา
อย่างไรบ้าง เช่น เรื่อง คุณภาพ (ความรู้ ทักษะความสามารถในเรื่องต่าง ๆ) และในแง่
ของจิตใจ เช่น ขวัญ กำลังใจคุณธรรม ความรัก สามัคคี

4.2) สิ่งที่เราประทับใจภาควิชาในความพร้อมของชุมชนและวัฒนธรรมองค์กรของ
พวกเรา

4.3) ในอนาคต เราต้องการเห็นบุคลากร ทีมงานและวัฒนธรรมองค์กรของเรา เป็น
อย่างไรบ้าง

4.4) ที่ผ่านมามีสิ่งที่ดี ๆ เกี่ยวกับข้อมูลในการทำงานของเรา มีอะไรบ้าง ได้มาจากไหน
อย่างไรและนำไปใช้ประโยชน์อย่างไรบ้าง

4.5) ในอนาคต เราต้องการเห็นระบบข้อมูลของเราเป็นอย่างไร

ขั้นที่ 4. เมื่อสมาชิกกลุ่มร่วมแสดงความคิดเห็น/ตอบชุดคำถามครบแล้ว สรุปเป็นภาพแผนที่
ความคิด

ขั้นที่ 5. ร่วมกันทบทวนความครอบคลุมของความคิดเห็นต่าง ๆ
ผลงานกลุ่ม แผนที่ความคิดที่แสดงสถานการณ์การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนใน
พื้นที่



ใบงานที่ 2

เรื่อง การกำหนดจุดหมายปลายทาง

จุดประสงค์การเรียนรู้

เพื่อร่วมกันกำหนดผังจุดหมายปลายทางของชุมชนในมุมมองระดับต่าง ๆ (รากฐาน กระบวนการ ภาคิ และประชาชน) ภายใต้การจัดการขององค์กรโดยร่วมกันกำหนดจุดหมายปลายทางตามขั้นตอนดังนี้

1. เขียนหรือระบุชื่อของชุดจุดหมายปลายทางว่า เป็นเรื่องอะไร พร้อมทั้งกำหนดระยะเวลาว่าจุดหมายปลายทางนี้ จะไปถึงเมื่อไหร่

2. เขียนกลุ่มหัวข้อ 4 หัวข้อ คือ ประชาชน ภาคิเครือข่าย กระบวนการ และ รากฐานลงในกระดาษตามรูปแบบของแผนที่ความคิด หรือ เป็นแผนผังสี่ช่อง

3. รวบรวมประโยค หรือข้อความ หรือสิ่งที่ต้องการให้เกิดขึ้น จากรายละเอียดของแผนที่ความคิด การวิเคราะห์และประเมินสถานการณ์ (ประชาชน ภาคิเครือข่าย กระบวนการ และรากฐาน) เพื่อมาบรรจุไว้ภายใต้หัวข้อที่กำหนด

4. เขียนประโยค/ข้อความหรือสิ่งที่ต้องการให้เกิดขึ้นในวิสัยที่สามารถจัดการให้เกิดขึ้นได้ในช่วงระยะเวลาที่กำหนด ดังนี้

4.1 ประชาชน ให้นำประโยค/ข้อความสำคัญหรือสิ่งที่ต้องการให้เกิด ของแผนที่ความคิด จากการวิเคราะห์และประเมินสถานการณ์ในส่วนของสิ่งที่ต้องการให้เกิดในส่วน of ประชาชน โดยทบทวนถึง ความเป็นไปได้ภายในเวลาที่กำหนด จากกลุ่มความคิดย่อยที่ว่า “สิ่งที่ต้องการในอนาคต” หลังจากนั้นให้พิจารณาเพิ่มเติมว่า สิ่งที่ไม่ดีแล้วอยากให้ดีขึ้น มีอะไรอีกบ้างและ สิ่งที่ดี แต่อยากให้ดีกว่านี้ มีอะไรอีกบ้าง

4.2 ภาคิเครือข่าย ให้นำประโยค/ข้อความสำคัญหรือสิ่งที่ต้องการให้เกิด ของแผนที่ความคิดจากการวิเคราะห์และประเมินสถานการณ์ในส่วน of คำตอบ ชุดที่ 2 หลังจากนั้นให้พิจารณาเพิ่มเติมว่า ยังมีใคร/กลุ่มใดอีกบ้างที่เราต้องการให้มาเป็นภาคิเครือข่าย และอยากให้เขาแสดงบทบาทอย่างไรบ้าง

4.3 กระบวนการ ให้นำประโยค/ข้อความสำคัญหรือสิ่งที่ต้องการให้เกิด ของแผนที่ความคิดจากการวิเคราะห์และประเมินสถานการณ์ในส่วน of ชุดคำตอบที่ 3 หลังจากนั้น พิจารณาเพิ่มเติมว่า ถ้าประชาชน/ภาคิเครือข่าย จะเป็นอย่างไรที่หวังไว้ ตามจุดหมายปลายทางจะมีกระบวนการ/วิธีการอะไรอีกบ้างที่เราต้องการให้เกิดขึ้น

4.4 รากฐาน ให้นำประโยค/ข้อความสำคัญหรือสิ่งที่ต้องการให้เกิด ของแผนที่ความคิดจากการวิเคราะห์และประเมินสถานการณ์ในส่วน of คำตอบชุดที่ 4 หลังจากนั้น พิจารณาเพิ่มเติมว่าถ้ากระบวนการ/วิธีการ จะเป็นไปอย่างไรที่หวังไว้ เราต้องมีการเตรียมความพร้อมเรื่องอะไรอีกบ้าง

5. เมื่อเขียนทุกอย่างเรียบร้อยแล้ว ให้ผู้นำกลุ่มหรือผู้นำสนทนา ทบทวน/สรุปภาพรวมของผังจุดหมายปลายทางที่กลุ่มร่วมกันจัดทำมาให้สมาชิกกลุ่มได้รับฟัง ทำความเข้าใจ เห็นภาพเดียวกัน เพื่อให้เกิดการยอมรับร่วมกันและมีมติความเห็นชอบในผังจุดหมายปลายทางที่จัดทำขึ้นก่อนที่จะไปทำขั้นตอนต่อไป



ใบงานที่ 3

การสร้างแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์

เพื่อสร้างเสริมทักษะในการร่วมกันสร้างแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ขององค์กร
มีขั้นตอนการปฏิบัติดังนี้

1. แบ่งพื้นที่กระดาษเป็น 4 ระดับและทำเส้นแบ่งเขตของแต่ละส่วน ตามมุมมองระดับต่างๆ โดยเรียงจากมุมมองบนสุด คือ ประชาชน ภาคีเครือข่าย กระบวนการ และล่างสุด คือ รากฐาน เขียนหัวกระดาษแสดงว่าแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ของใคร/องค์กรใด หรือเรื่องอะไร ภายในระยะเวลาใด

2. จัดกลุ่มจุดหมายปลายทาง นำมาปรับให้เป็นเป้าประสงค์ของยุทธศาสตร์ แต่ละระดับสั้นๆ โดยมีกล่องละ 1 เป้าประสงค์ เพื่อสร้างแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ (ทั้ง 4 ระดับ)

3. กำหนดแนวทางหลัก/วิธีการใหญ่ ๆ ที่จะทำใหบรรลุแต่ละเป้าประสงค์ของยุทธศาสตร์แต่ละระดับ แล้วเขียนเป็น หัวข้อย่อในกล่องเป้าประสงค์จนครบทุกกล่อง เรียกว่า กลยุทธ์ (มี 2-3 กลยุทธ์ ต่อ 1 เป้าประสงค์)

4. กำหนดความเชื่อมโยงเชิงเหตุผลของแต่ละกล่องเป้าประสงค์ของแต่ละระดับว่ามีความสัมพันธ์ต่อกันระหว่างระดับที่เหนือขึ้นไป พร้อมทั้งเขียนลูกศรเชื่อมโยงเป้าประสงค์แต่ละกล่องในแต่ละระดับ โดยมีหลักการโยงลูกศรดังนี้

4.1 เขียนลูกศรแสดงความเชื่อมโยง เชิงเหตุและผล โดยกล่องที่อยู่ทางลูกศรเป็นเหตุ กล่องที่อยู่หัวลูกศรเป็นผล

4.2 ลูกศรหนา/ใหญ่ ใช้เมื่อมีการเชื่อมโยงจากหลายกล่องสู่หลายกล่องพร้อมกัน (เป็นเหตุ เป็นผลยกทั้งชั้นของมุมมอง) ส่วนลูกศรบาง/เล็กใช้เฉพาะการเชื่อมโยงระหว่างกล่องต่อกล่อง

5. ทบทวนและทำความเข้าใจภายในกลุ่ม จนสมาชิกทุกคนมีความเข้าใจในแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ของกลุ่ม ผลงานกลุ่ม แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ของกลุ่ม



ใบงานที่ 4

การตรวจสอบแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์กับยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง

1. จุดประสงค์การเรียนรู้

เพื่อร่วมกันตรวจสอบว่า แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ที่ได้สร้างขึ้นนี้ สามารถตอบสนองต่อยุทธศาสตร์ของท้องถิ่น/องค์กร รวมทั้งอำเภอ จังหวัด ส่วนกลาง หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้หรือไม่

2. ขั้นตอนการปฏิบัติ

2.1 ให้แต่ละกลุ่มเลือกประธาน 1 คน เลขานุการ 1 คน และโฆษกกลุ่ม 1 คน

2.2 แต่ละกลุ่มร่วมกันตรวจสอบแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์กับยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้องตามขั้นตอนดังนี้

1) นำเอายุทธศาสตร์บรรดาที่มีอยู่มาตรวจสอบดูว่า ยุทธศาสตร์และกลยุทธ์ที่บรรจุไว้ในแผนที่ฯ ฉบับที่สร้างขึ้นมีความสอดคล้องกับยุทธศาสตร์และกลยุทธ์เหล่านั้นหรือไม่โดยพิจารณา ว่าแต่ละยุทธศาสตร์สอดคล้องหรือได้บรรจุในแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ที่สร้างขึ้นในกล่องใด มุมมองใด

2) เมื่อกลุ่มทำการตรวจสอบแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์กับยุทธศาสตร์แล้วหากพบว่าไม่มีบางประเด็นยุทธศาสตร์อยู่ในแผนที่ฯ ให้กลุ่มร่วมกันคิดและดำเนินการเพิ่มเติมส่วนที่ขาดหายไป

3) กลุ่มทำการตรวจสอบแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์กับยุทธศาสตร์อีกครั้งหากครบถ้วนและยอมรับร่วมกันของกลุ่มแล้ว ให้ดำเนินการขั้นตอนต่อไปผลงานกลุ่ม แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ ฉบับที่ผ่านการตรวจสอบกับยุทธศาสตร์แล้ว



ใบงานที่ 5

การสร้างแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ฉบับปฏิบัติการ (SLM)

1. จุดประสงค์การเรียนรู้เพื่อร่วมกันสร้างแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ฉบับปฏิบัติการของชุมชน พื้นที่/องค์กร ในเวลาที่กำหนด
2. ขั้นตอนการปฏิบัติ
 - 1) สมาชิกกลุ่มร่วมกันพิจารณาแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ที่ได้สร้างมาก่อนหน้านี้แล้วเลือกเส้นทางที่สั้นที่สุด สะดวกที่สุดที่จะไปถึงจุดหมายปลายทาง โดยโดยพิจารณาเลือกเป้าประสงค์พร้อมกลยุทธ์ของแต่ละเป้าประสงค์ ในแต่ละระดับว่า อะไรที่มีความสำคัญมากเพื่อให้บรรลุจุดหมายปลายทางที่กำหนด
 - 2) นำเป้าประสงค์ที่เลือกแล้วมาวางตามระดับหรือมุมมองทั้ง 4 มุมมอง คือ มุมมองระดับประชาชน ภาคีเครือข่าย กระบวนการ และรากฐาน
 - 3) เขียน/กำหนดลูกศรที่แสดงความเชื่อมโยงสัมพันธ์กันเชิงเหตุและผล โดยบางกล่องเป้าประสงค์อาจเป็นเหตุที่จะส่งผลถึงกันในมุมมองระดับเดียวกันและมุมมองระดับถัดขึ้นไปได้ทั้งนี้ต้องให้ตัดสินใจให้น้ำหนักว่า กล่องใดเป็นเหตุ กล่องใดเป็นผลอย่างชัดเจน จะไม่มีกล่องที่เป็นเหตุเป็นผลกลับไปกลับมา (ไม่มีลูกศร 2 หัว หรือ ลูกศรที่ชี้สวนทางกัน) เมื่อเขียนเสร็จแล้ว ทุกกล่องต้องมีลูกศรเข้าหา ยกเว้นกล่องล่างสุด และทุกกล่องต้องมีลูกศรออก ยกเว้นกล่องที่อยู่บนสุด
 - 4) ตรวจสอบและทบทวน/สรุปภาพรวมของแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ฉบับปฏิบัติการที่กลุ่มร่วมกันจัดทำมาให้สมาชิกกลุ่มได้รับฟัง ทำความเข้าใจ เห็นภาพเดียวกัน เพื่อให้เกิดการยอมรับร่วมกันและมีมติความเห็นชอบในแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ปฏิบัติการที่จัดทำขึ้น ก่อนนำเสนอผู้บริหาร
 - 5) นำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ปฏิบัติการที่ได้สร้างขึ้นมาในข้อ 4 เสนอผู้บริหารขององค์กรเพื่อให้ความเห็นชอบ อนุมัติดำเนินการก่อนดำเนินการใดๆต่อไป โดยผู้บริหารองค์กรมีอำนาจในการปรับ/เลือกเส้นทางผลงานกลุ่ม แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ฉบับปฏิบัติการ (SLM) ตัวอย่างแผนที่ยุทธศาสตร์ปฏิบัติการ (SLM)



ใบงาน ที่ 6

การอธิบายเป้าประสงค์ บอกกิจกรรม การกระทำและการสร้างเครื่องชีวิต

1. จุดประสงค์การเรียนรู้

เพื่อร่วมกันอธิบายเป้าประสงค์ของยุทธศาสตร์ว่า จะใช้กลยุทธ์ กิจกรรม การกระทำอะไรบ้างที่จะทำให้บรรลุเป้าประสงค์ได้ และกำหนดตัวชี้วัดผลงานและตัวชี้วัดผลสำเร็จ

2. ขั้นตอนการปฏิบัติ :

2.1 จากแผนที่ SLM ฉบับที่รับการถ่ายทอดระดับโดยปรับให้สอดคล้อง/สอดคล้องแล้วเลือกเส้นทางด่วนพิเศษ (Road Map) ซึ่งเป็นเส้นทางที่จะใช้เดินทางในระยะแรกสุด จากกล่องเป้าประสงค์ล่างสุด ไปจนถึง กล่องบนสุด

2.2 ร่วมกันอธิบายว่า เป้าประสงค์แต่ละเป้าประสงค์ตามเส้นทางด่วนพิเศษ (Road Map) จะทำให้บรรลุได้อย่างไร ใช้กลยุทธ์ กิจกรรมขั้นตอนวิธีการใด อย่างไร แล้วสร้างเครื่องชีวิต โดยใช้ตารางการนิยามเป้าประสงค์ (11 ช่อง) ตามขั้นตอนดังนี้

- 1) สร้างตารางการนิยามเป้าประสงค์
- 2) ร่วมกันพิจารณาแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ปฏิบัติการ(SLM) เพื่อนำเป้าประสงค์แต่ละกล่องในแต่ละระดับมาจัดทำแผน
- 3) ให้กลุ่มดำเนินการ ตามกระบวนการดังนี้
 - นำเป้าประสงค์ จากแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ปฏิบัติการ(SLM)มาบรรจุลงในช่องที่ 1
 - แต่ละเป้าประสงค์ ให้นำกลยุทธ์ (ดูจากแผนที่ยุทธศาสตร์ฉบับใหญ่) มาบรรจุลงในช่องที่2 ***ในการฝึกปฏิบัติครั้งนี้ให้กลุ่มร่วมกันเลือกกลยุทธ์ที่มีความสำคัญและเชื่อว่าจะนำไปสู่การบรรลุเป้าประสงค์นั้นได้ (เป็นกลยุทธ์ที่มีพลังเหนือกลยุทธ์อื่น ๆ ในกล่องเป้าประสงค์เดียวกัน) มา 1กลยุทธ์
 - ร่วมกันคิดกิจกรรมสำคัญของแต่ละกลยุทธ์(ประมาณ 3-5 ข้อต่อกลยุทธ์) ในแต่ละเป้าประสงค์ และเขียนลงในช่องกิจกรรมสำคัญ ต้องการคิดใหม่ ๆ หรืออาจนำกิจกรรมที่มีมาใส่ ช่องที่ 3
 - ให้รายละเอียดของกิจกรรมในช่องที่ 3 ว่าทำอะไร ประมาณ 3-5 ข้อ หรือระบุการกระทำ(กริยา) หรือวิธีการทำกิจกรรมแต่ละกิจกรรมว่าอย่างไร เช่น เก็บรวบรวมข้อมูล ออกแบบฐานข้อมูลแลกเปลี่ยนข้อมูล โดยแบ่งการกระทำเป็นวิธีการทางวิชาการ(ช่องที่ 4) และวิธีการทางสังคม (ช่องที่ 5)
 - การกระทำ ให้ใช้ความคิดริเริ่มใหม่ ๆ นี้ให้พิจารณาใน 2 ส่วนหลัก คือ “วิธีการทางวิชาการ” ซึ่งกำหนดภายใต้เงื่อนไขทางวิชาการ (หมายถึง ตามหลักการวิชาการต้องมีขั้นตอน มีการกระทำแบบนี้จึงจะได้ผล) และ “วิธีการทางสังคม” ซึ่งกำหนดภายใต้เงื่อนไขทางสังคม যেที่ประชาชน รวมทั้งการคำนึงถึงด้านคุณธรรม (กล่าวคือ การใช้หลักการวิชาการอาจจะยังไม่ได้ผล



เนื่องจากเรื่องพฤติกรรมสุขภาพเป็นเรื่องที่ท้าทายกันไม่ได้ จึงต้องใช้วิธีการทางสังคมมาเสริม เช่น การกำหนดกติกาชุมชนที่จะให้รางวัล หรือ ให้โทษ ทั้งนี้ต้องเป็นสิ่งที่สังคม/ท้องถิ่นนั้นยอมรับ)

- การกำหนดการกระทำในช่องที่ 4 และ 5 ควรเขียนในแถว(บรรทัด)ที่ไม่ตรงกันเพราะต้องเขียนตัวชี้วัด(ช่อง 6) ให้ตรงแถวกับการกระทำในช่องที่ 4 หรือ ช่อง 5
- ในครั้งนี้ มีผู้แทนจากท้องถิ่น และชุมชนมาร่วมด้วย จึงควรเน้นการช่วยกันหาวิธีการ/มาตรการทางสังคมใหม่ ๆ (ช่อง 5) ให้ได้ในแต่ละเป้าประสงค์
- กำหนดตัวชี้วัดผลงาน (PI) ในแต่ละการกระทำ (ช่องที่ 6) โดยควรกำหนดเฉพาะการกระทำ(หรืองาน) ที่จำเป็นต้องใช้ทรัพยากร เช่น งบประมาณ คน หรืออุปกรณ์พิเศษ เทคโนโลยีเฉพาะหรือเมื่อผู้บริหารกำหนดให้รายงาน โดยควรกำหนดทั้งการกระทำทางวิชาการและทางสังคม
- ดำเนินการจนครบทุกเป้าประสงค์ของยุทธศาสตร์และกลยุทธ์สำคัญทุกข้อ (โดยยังไม่ต้องเขียน ช่องที่ 7– 11)
- หาหัวใจแห่งความสำเร็จ หรือที่เรียกว่า CSF ให้พบที่อยู่ในชุดการกระทำ (ช่อง 4และ5) เช่นการแลกเปลี่ยนข้อมูล (ทำให้เกิดปฏิกิริยาลูกโซ่)
- เมื่อได้หัวใจแห่งความสำเร็จหรือCSFแล้ว ก็ให้พิจารณากำหนดตัวชี้วัดความสำเร็จ (KPI)โดยคัดเลือกจากการกระทำ(ช่องที่ 4 หรือ ช่อง 5) ที่มีความสำคัญมาก(ถ้าไม่ทำ ก็จะไม่บรรลุตามเป้าประสงค์นั้น) คัดเลือกเพียง 1 ตัวต่อ 1 เป้าประสงค์ของยุทธศาสตร์ เขียนลงใน ช่อง 7 ในแถวที่ตรงกับกิจกรรม(ช่องที่ 3)
- การหาหัวใจแห่งความสำเร็จ(CSF) / ตัวชี้วัดความสำเร็จ (KPI) ต้องเคร่งครัดอย่าพยายามเหมารว่า ตัวชี้วัดผลงาน (PI) ตัวใดตัวหนึ่งคือ ตัวชี้วัดความสำเร็จ (KPI)ถ้าหากหา ตัวชี้วัดความสำเร็จ (KPI) ไม่ได้ แสดงว่าการกระทำที่คิดไว้ อาจไม่ให้ผลที่ดีพอดังนั้นต้องระดมสมองพิจารณาด้วยความคิดริเริ่มใหม่ๆ ด้วยการกระทำใหม่ กิจกรรมใหม่ หรือ กลยุทธ์ใหม่

2.3 หลังจากนั้นให้เติมช่องที่ 8 ซึ่งหมายถึง ปริมาณ/ขนาดของงานตามช่องที่ 4 หรือ 5 ว่าจะทำมากน้อยเท่าใด

2.4 เติมช่องที่ 9 คือ ระยะเวลาของการทำงานแต่ละการกระทำ (ในช่วงที่มีเวลาจำกัดอาจจะอนุโลมให้กำหนดเป็นระยะเวลาของ กิจกรรม แทน)

2.5 เติมช่องที่ 10 คือ การลงงบประมาณตามที่จำเป็นต้องใช้ในช่องการกระทำ ช่องที่ 4 /ช่องที่ 5 โดยการกระทำที่ไม่ต้องใช้งบประมาณให้ ทำเครื่องหมาย – ไว้

2.6 เติมช่องที่ 11 ผู้รับผิดชอบ ซึ่งในครั้งนี้นำให้กำหนดผู้รับผิดชอบในระดับเป้าประสงค์ ผลงานกลุ่ม: ตาราง 11 ช่องของตารางช่วยอธิบายเป้าประสงค์อย่างน้อย เท่ากับจำนวนกล่อง เป้าประสงค์ใน Road Map



การกำหนดวิธีการ/มาตรการทางสังคม วิธีการหรือมาตรการทางสังคมจะเป็นแหล่งกำเนิดของความคิดริเริ่มและนวัตกรรมที่สำคัญ ดังนั้น จึงต้องส่งเสริมให้ท้องถิ่นและชุมชนมีความสามารถในการคิดสร้างสรรค์และทดลองนวัตกรรมใหม่ๆ โดยเฉพาะในเรื่องที่เกี่ยวกับกระบวนการควบคุมป้องกันโรค และประกันสุขภาพที่ดำเนินการโดยท้องถิ่นหรือชุมชนเอง ใน ช่องที่5 เป็นช่องที่เตรียมไว้สำหรับให้ท้องถิ่นและชุมชนเป็นผู้ลงรายละเอียด คำถามที่ท้องถิ่นหรือชุมชนควรจะถามตนเองคือ “เมื่อฝ่ายวิชาการกำหนดมาตรการทางวิชาการเช่นนั้นๆ แล้ว เราเป็นท้องถิ่นชุมชนควรจะทำมาตรการอะไรเสริมบ้าง เพื่อให้งานได้ประสบความสำเร็จดียิ่งขึ้นความคิดริเริ่มหรือนวัตกรรมทางสังคมที่จะกำหนดขึ้นใหม่นี้ ไม่จำเป็นต้องมีครบทุกบรรทัดของมาตรการทางวิชาการก็ได้ แต่อาจจะออกแบบให้มีผลรวมๆกันสำหรับมาตรการทางวิชาการหลายๆ ข้อ



ใบงาน ที่ 7

การสร้าง แผนปฏิบัติการ (Mini SLM)

1. จุดประสงค์การเรียนรู้

เพื่อร่วมกันสร้าง แผนปฏิบัติการ (Mini SLM) ของประเด็นเนื้อหาที่กำหนด และอธิบาย

เป้าประสงค์ (จากใบงานที่ 6) มาแล้ว

2. ขั้นตอนการปฏิบัติ :

การดำเนินกิจกรรมนี้ ต้องทำภายหลังที่ทำตารางอธิบายเป้าประสงค์ เสร็จเรียบร้อยแล้ว

2.1 ให้แต่ละกลุ่มเลือกประธาน 1 คน เลขานุการ 2 คน

2.2 ดึงกล่องเป้าประสงค์เฉพาะกล่องที่อยู่บนเส้นทางด่วนพิเศษ (Road Map) ออกมาเขียนเป็นแผนที่ SLM ฉบับที่แสดงเฉพาะทางด่วนพิเศษ (Road Map)

2.2 ให้กลุ่มพิจารณา ตารางอธิบายเป้าประสงค์บนเส้นทางด่วนพิเศษ (Road Map) ของแต่ละเป้าประสงค์ ว่า ตัวชี้วัดความสำเร็จ KPI (ดูช่องที่ 7) อยู่ในกิจกรรมใด (ดูช่องที่ 3) ให้ถือว่า กิจกรรมนั้นมีความสำคัญ เป็นกิจกรรมหลัก (กิจกรรมที่มีหัวใจความสำเร็จ) ถ้าไม่ดำเนินการก็จะไม่บรรลุเป้าประสงค์

2.3 นำกิจกรรมหลักที่ได้ (จากขั้น 2.2) ไปวางลงแทนตำแหน่งของเป้าประสงค์ (ที่กิจกรรมนั้นบรรจุอยู่) ในแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ฉบับปฏิบัติการ (SLM) ฉบับที่แสดงเฉพาะทางด่วนพิเศษ (Road Map) และแสดงความเชื่อมโยงของลูกศรเหมือนเดิมตาม SLM นั้น จะได้ แผนผังปฏิบัติการ (Mini SLM) ที่แสดงกิจกรรมหลักซึ่งจะทำให้บรรลุเป้าประสงค์ทุกเป้าประสงค์ตามทางด่วนพิเศษที่เลือก

2.4 นำกิจกรรมที่เหลือจากตารางนิยามเป้าประสงค์ (ถือว่า กิจกรรมเหล่านั้น เป็นกิจกรรมเสริม) ไปวางลงในเส้นทางความเชื่อมโยงตามลำดับขั้น ว่า กิจกรรมเสริมต่าง ๆ เกิดขึ้นก่อนหรือเกิดหลังกิจกรรมหลัก เสร็จแล้ว จะได้ แผนผังปฏิบัติการ (Mini SLM) ฉบับสมบูรณ์ที่แสดงทั้งกิจกรรมหลัก (ต้องทำ) และกิจกรรมเสริม (ควรทำ) ซึ่งจะทำให้บรรลุเป้าประสงค์ทุกเป้าประสงค์

2.5 ให้อธิบายภายในกลุ่มให้เข้าใจ และทบทวนลำดับขั้นของการเรียนรู้ตามใบงานนี้
ผลงานกลุ่ม แผนผังปฏิบัติการ (Mini SLM)



ภาคผนวก ค

หนังสือขอความอนุเคราะห์ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือ





ที่ ศธ ๐๕๓๐.๑๘/ว ๕๓

คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม ๔๔๑๕๐

๗ มกราคม ๒๕๕๗

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือ

เรียน นายแพทย์วัชร เอี่ยมรัมย์กุล

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. คำโครงการวิทยานิพนธ์	จำนวน ๑ เล่ม
๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	จำนวน ๑ ชุด
๓. แบบรับรองการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการเก็บข้อมูล (PH๒)	จำนวน ๑ ชุด

ด้วย นางสาวนิรุษ เสียงเลิศ รหัสนิสิต ๕๕๐๑๑๔๘๐๐๒๘ นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “การพัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชนในการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเพื่อส่งเสริมระบบคัดกรองตั้งแต่แรกเริ่มกรณีศึกษา : ตำบลพนมไพร อำเภอพนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ด” ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการทำวิทยานิพนธ์ตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต(ส.ม.) โดยมี อ.ดร.น้ำผึ้ง ดุงโคกกรวด เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์และ นพ.สุระ วิเศษศักดิ์ เป็นกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ความละเอียดทราบแล้วนั้น

ในการนี้ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้พิจารณาแล้วเห็นว่าท่าน เป็นผู้มีความรู้ความสามารถ และมีประสบการณ์ในเรื่องนี้ จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่าน เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือที่จะใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ เพื่อที่นิสิตจะได้ดำเนินการในขั้นตอนต่อไป รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาด้วย จักขอบพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์จระศักดิ์ เจริญพันธ์)
รองคณบดีฝ่ายวิชาการ ปฏิบัติราชการแทน
คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

งานวิชาการบัณฑิตศึกษา สำนักงานคณบดี
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
โทรศัพท์/โทรสาร ๐-๔๓๗๕-๔๓๕๓





ที่ ศธ ๐๕๓๐.๑๘/ว ๗๗

คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม ๔๔๑๕๐

๑๗ มกราคม ๒๕๕๗

เรื่อง ขออนุมัติครุฑเป็นผู้ใช้ยาควบคุมตรวจสอบเครื่องมือ

เรียน นางสาวปิยะลักษณ์ ภักดีสมัย

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. คำขอวิทยานิพนธ์	จำนวน ๑ เล่ม
๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	จำนวน ๑ ชุด
๓. แบบรับรองการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการเก็บข้อมูล (PH๒)	จำนวน ๑ ชุด

ด้วย นางสาวนิรุช เสี่ยงเลิศ รหัสนิสิต ๕๕๐๑๑๔๘๐๐๒๘ นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “การพัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชนในการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเพื่อส่งเสริมระบบคัดกรองตั้งแต่แรกเริ่มกรณีศึกษา : ตำบลพนมไพร อำเภอนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ด” ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการทำวิทยานิพนธ์ตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต(ส.ม.) โดยมี อ.ดร.น้ำผึ้ง ดุงโคกกรวด เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์และ นพ.สุระ วิเศษศักดิ์ เป็นกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ความละเอียดทราบแล้วนั้น

ในการนี้ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้พิจารณาแล้วเห็นว่าท่าน เป็นผู้มีความรู้ความสามารถ และมีประสบการณ์ในเรื่องนี้ จึงใคร่ขออนุมัติจากท่าน เป็นผู้ใช้ยาควบคุมตรวจสอบเครื่องมือที่จะใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ เพื่อที่นิตจะได้ดำเนินการในขั้นตอนต่อไป รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาด้วย จักขอบพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์จรัสศักดิ์ เจริญพันธ์)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ ปฏิบัติราชการแทน

คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

งานวิชาการบัณฑิตศึกษา สำนักงานคณบดี

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

โทรศัพท์/โทรสาร ๐-๔๓๗๕-๔๓๕๓





ที่ ศธ ๐๕๓๐.๑๘/ว ๓๓

คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม ๔๔๑๕๐

✓ มกราคม ๒๕๕๗

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือ

เรียน นายแพทย์อดิสร วัฒนวงศ์สิงห์

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. คำโครวิทยานิพนธ์	จำนวน ๑ เล่ม
๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	จำนวน ๑ ชุด
๓. แบบรับรองการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการเก็บข้อมูล (PH๒)	จำนวน ๑ ชุด

ด้วย นางสาวนිරนุช เสี่ยงเลิศ รหัสนิสิต ๕๕๐๑๑๔๘๐๐๒๘ นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “การพัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชนในการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเพื่อส่งเสริมระบบคัดกรองตั้งแต่แรกเริ่มกรณีศึกษา : ตำบลพนมไพร อำเภอนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ด” ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการทำวิทยานิพนธ์ตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต(ส.ม.) โดยมี อ.ดร.น้ำผึ้ง ดุงโคกกรวด เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์และ นพ.สุระ วิเศษศักดิ์ เป็นกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ความละเอียดทราบแล้วนั้น

ในการนี้ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้พิจารณาแล้วเห็นว่าท่าน เป็นผู้มีความรู้ความสามารถ และมีประสบการณ์ในเรื่องนี้ จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่าน เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือที่จะใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ เพื่อที่นิสิตจะได้ดำเนินการในขั้นตอนต่อไป รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาด้วย จักขอบพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

๑
Dsmr

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ระศักดิ์ เจริญพันธ์)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ ปฏิบัติราชการแทน

คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

งานวิชาการบัณฑิตศึกษา สำนักงานคณบดี

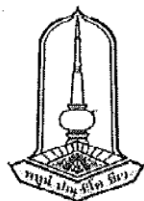
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

โทรศัพท์/โทรสาร ๐-๔๓๗๕-๔๓๕๓



ภาคผนวก ง
หนังสือรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์





คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ใบรับรองการอนุมัติ

เลขที่การรับรอง : 176 / 2557

ชื่อโครงการวิจัย : การพัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชนในการป้องกันโรคเริมเรื้อรังลำไส้ใหญ่และทวารหนัก
เพื่อส่งเสริมระบบคัดกรองตั้งแต่แรกเริ่ม กรณีศึกษา : ตำบลพนมไพร อำเภอพนมไพร
จังหวัดร้อยเอ็ด

ผู้วิจัย : นางสาวนิรุช เสียงเลิศ

หน่วยงานที่รับผิดชอบ : คณะสาธารณสุขศาสตร์

สถานที่ทำการวิจัย : จังหวัดร้อยเอ็ด

วันที่รับรอง : 10 มีนาคม 2557

วันหมดอายุ : 10 มีนาคม 2558

ข้อเสนอการวิจัยนี้ ได้รับการพิจารณาและให้ความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยมหาสารคามแล้ว และอนุมัติในด้านจริยธรรมให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องข้างต้นได้ บนพื้นฐานของโครงร่างงานวิจัยที่คณะกรรมการฯ ได้รับและพิจารณา หากมีการเปลี่ยนแปลงใดๆ ในโครงการวิจัย ผู้วิจัยจะต้องยื่นขอรับการพิจารณาใหม่

(ศาสตราจารย์ปรีชา ประเทพา)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์



ประวัติย่อผู้วิจัย



ประวัติย่อผู้วิจัย

ชื่อ-นามสกุล	นางสาวนรินทร์ เสี่ยงเลิศ
วัน เดือน ปีเกิด	วันที่ 7 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2525
จังหวัดและประเทศที่เกิด	จังหวัดร้อยเอ็ด ประเทศไทย
ประวัติการศึกษา	พ.ศ. 2543 มัธยมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนพนมไพรวิทยาคาร อำเภอพนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ด พ.ศ. 2547 ปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต-สาธารณสุขศาสตร์ (วท.บ.) มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี พ.ศ. 2557 ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ส.ม.) มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ตำแหน่งหน้าที่การงาน	นักวิชาการสาธารณสุข ระดับชำนาญการ
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	โรงพยาบาลพนมไพร อำเภอพนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ด 45140
ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้	บ้านเลขที่ 61/1 หมู่ที่ 1 ตำบลพนมไพร อำเภอพนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ด 45140

