

การวิจัยเชิงคุณภาพในงานวิจัยระบบสุขภาพชุมชน: มโนทัศน์ที่คลาดเคลื่อน  
และกระบวนทัศน์ที่ต่างจากการวิจัยเชิงปริมาณ

Qualitative Research in Community Health System Studies:  
Misconceptions and Distinguished Paradigm from Quantitative Research

ประศักดิ์ สันติภาพ

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

โทร. 090-969-3106 E-mail: prasak.san@mahidol.ac.th

Prasak Santiparp

Faculty of Public Health, Mahidol University

รับเข้า: 31 ตุลาคม 2561 ตอบรับ: 6 ธันวาคม 2561

**บทคัดย่อ**

ระบบสุขภาพชุมชนเป็นระบบที่มีองค์ประกอบต่าง ๆ สัมพันธ์กันเพื่อสุขภาวะที่ดีทุกมิติของประชาชน ในชุมชน โดยมีชุมชนร่วมกันเป็นเจ้าของ และดำเนินการร่วมกับหน่วยงานภาครัฐ เน้นการดูแลตนเองของประชาชนในชุมชนเป็นหลัก ระบบสุขภาพชุมชนไม่ได้มีเพียงสถานพยาบาล แพทย์แผนปัจจุบัน แพทย์แผนไทย และแพทย์ทางเลือกเท่านั้น แต่ยังรวมความเชื่อของคนในชุมชน วัฒนธรรม การใช้ยา แหล่งอาหาร ตลาด ร้านค้า คลินิก ร้านขายยา การวิจัยระบบสุขภาพชุมชนจึงมีความลึกซึ้ง ซับซ้อน จึงต้องอาศัยกระบวนทัศน์การวิจัยเชิงคุณภาพ หรือปรากฏการณ์นิยมที่มีความแตกต่างจากการวิจัยเชิงปริมาณ หรือปฏิฐานนิยม ทั้งในมโนทัศน์ต่อความจริง ความรู้ ระเบียบวิธีวิจัย เป้าหมายการวิจัย บทบาทของผู้วิจัย กลุ่มตัวอย่าง ชนิดข้อมูล วิธีวิเคราะห์ข้อมูล และวิธีการเขียนรายงาน มโนทัศน์ที่คลาดเคลื่อนบางประเด็นอาจทำให้ผู้วิจัยออกแบบการวิจัยไม่ถูกต้องเหมาะสมในการดำเนินการวิจัย การวิเคราะห์ข้อมูลผิดพลาด คลาดเคลื่อน ผลการวิจัยขาดความลึกซึ้ง น่าเชื่อถือ เสียเวลา เสียโอกาส เสียงบประมาณ ดังนั้น บทความนี้จะนำเสนอกระบวนทัศน์การวิจัยเชิงคุณภาพที่ต่างจากการวิจัยเชิงคุณภาพกับการวิจัยเชิงปริมาณ และมโนทัศน์ที่คลาดเคลื่อนอันจะทำให้ผู้วิจัยทำการวิจัยระบบสุขภาพชุมชนได้ถูกต้องเหมาะสมมากยิ่งขึ้น

**คำสำคัญ:** ระบบสุขภาพชุมชน การวิจัยเชิงคุณภาพ กระบวนทัศน์การวิจัย มโนทัศน์การวิจัย

**Abstract**

Community health system is relational system that consists of various components for good health by collaborating community with other organizations focusing on self-care. The community health system comprises of immense primary, secondary,

tertiary care, medical care, alternative care, belief, culture, drug use, source of food, market, shop, clinic and drug store. Thus, the research synthesis to answer complicated community health research questions are base on qualitative research paradigm or phenomenalism, which differs from quantitative research paradigm or positivism. These have held distinguish ideas about ontology, epistemology, methodology, goal, roles of researcher, sample, type of data, data analysis and report. Some misconceptions may lead to wrong research design and data analysis. The research results will lack of depth, reliability and waste time, lose opportunity and lose money. Thus, this article is proposed the different paradigms and misconceptions between qualitative and quantitative research, which leads to be correct and suitable community health system research.

**Keywords:** community health system, qualitative research, paradigm, concept

## บทนำ

สุขภาพ คือ ดุลยภาพที่สัมพันธ์กันของกาย จิต สังคม และปัญญาหรือจิตวิญญาณอย่างสมบูรณ์ ระบบสุขภาพจึงประกอบด้วยระบบการดูแลสุขภาพเป็นองค์รวมที่มีความเกี่ยวข้องกัน 3 ส่วน คือ ผู้ให้บริการ ผู้รับบริการ และสังคมชุมชน ในการจัดการกับความเจ็บป่วยของประชาชนแต่ละครั้งไม่ได้พึ่งระบบสุขภาพด้านใดด้านหนึ่ง แต่กระบวนการเยียวยารักษาโรคในแต่ละครั้งมีความสัมพันธ์และเกี่ยวข้องกันทั้งตัวผู้ป่วย ครอบครัว เครือข่ายทางสังคม ชุมชน และดูแลกันด้วยวิธีการหลากหลาย ประสบการณ์การเรียนรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นจะผสมผสานจากทั้งการรักษาพื้นบ้าน การรักษาสมัยใหม่ และภาคประชาชน ประสบการณ์เหล่านี้จะไหลเวียนอยู่ในชุมชนและถูกเลือกนำมาใช้ในแต่ละโอกาสที่มีความเจ็บป่วยในลักษณะต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น นอกจากนั้นสังคมยังมีบริบทแวดล้อมของวัฒนธรรม ความเชื่อ ประเพณีปฏิบัติ มาเกี่ยวข้องด้วยเสมอ การดูแลสุขภาพของภาคประชาชนด้วยตนเองจึงมีความสำคัญถึงร้อยละ 80 ที่เหลือจึงเป็นหน้าที่ของการแพทย์พื้นบ้าน การแพทย์ทางเลือก และการแพทย์วิชาชีพ (Klienman, 1980 อ้างถึงใน โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, 2550) ระบบสุขภาพชุมชนจึงเริ่มตั้งแต่การรับรู้ พฤติกรรมระดับบุคคล การประเมินอาการความเจ็บป่วย การตัดสินใจเกี่ยวกับอาการนั้น ๆ การแสวงหาคำแนะนำจากผู้อื่น รวมถึงการปรึกษาหารือทั้งในเครือข่ายสังคมของผู้ป่วยเอง เครือข่ายบริการของผู้มีวิชาชีพรักษาพยาบาล และเครือข่ายทางเลือกบริการรักษาพยาบาลอื่น ๆ ดังนั้นระบบสุขภาพชุมชนจึงครอบคลุมทั้งชีวิต ได้แก่ เกิด แก่ เจ็บ ตาย และมีความเกี่ยวเนื่องของร่างกาย จิตใจ สังคม และปัญญาหรือจิตวิญญาณ รวมทั้งสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ และการทำงานที่มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลนั้น เพื่อมีคุณภาพชีวิตที่ดี ระบบสุขภาพชุมชนมิได้เน้นแค่ความเจ็บป่วย หรือจัดการกับส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกายเท่านั้น ยังรวมถึงปัจจัยที่

สะท้อนถึงการดูแลสุขภาพ ได้แก่ ความเชื่อ ขนบธรรมเนียมประเพณี วัฒนธรรมของบุคคล และการให้ความหมายหรือ เจตคติต่อโรคของผู้ป่วย วิธีการดูแลในระบบสุขภาพชุมชนจึงผสมผสานการแพทย์ระบบต่าง ๆ เพื่อเสริม หรือชดเชยส่วนที่การแพทย์ระบบอื่นขาดหายไปหรือไม่สมบูรณ์ ดังนั้นสถานพยาบาลทั้งบริการปฐมภูมิ ทติยภูมิ ตติยภูมิโดยเน้นปฐมภูมิเป็นหลัก รวมทั้งแพทย์แผนปัจจุบัน แพทย์แผนไทย และแพทย์ทางเลือก ความเชื่อของคนในชุมชน วัฒนธรรม การใช้ยา แหล่งอาหาร ตลาดร้านค้า คลินิก ร้านขายยา จึงเป็นส่วนย่อย ๆ ต่าง ๆ ในระบบสุขภาพชุมชน (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, 2550; เอกชัย รุจิกรมลพงศ์ และ พงษ์เสถียร เหลืองอลงกต, 2561) ระบบสุขภาพชุมชนจึงประกอบด้วยองค์ประกอบต่าง ๆ ที่สัมพันธ์กัน ได้แก่ ความร่วมมือกัน ชุมชนเป็นเจ้าของและเป็นผู้ดำเนินการ ร่วมกับท้องถิ่นและหน่วยงานภาครัฐ เน้นการดูแลตนเองและระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่มีการจัดการเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของคนในชุมชน และการทำงาน (สถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน, 2556; เอกชัย รุจิกรมลพงศ์ และ พงษ์เสถียร เหลืองอลงกต, 2561) การพัฒนาและการวิจัยระบบสุขภาพชุมชนจึงมีความสำคัญเพื่อสร้างความเป็นธรรม เสมอภาค ลดความเหลื่อมล้ำ การกระจายอำนาจให้ชุมชนจัดการตนเอง การใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่าและมีประสิทธิภาพ (ทัศนีย์ ญาณะ และ รัตนศิริ ศิระพานิชย์กุล, 2558) การพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนนั้นทุกภาคส่วนต้องมีการทำงานร่วมกัน 3 ด้าน ได้แก่ ด้านแรก คือ ร่วมกันจัดบริการและทำให้เกิดการขับเคลื่อนการพัฒนาแบบมีส่วนร่วม ด้านที่สอง คือ สร้างองค์ความรู้ และ ด้านที่สาม คือ สร้างนโยบายสาธารณะที่เกี่ยวข้องและครอบคลุมตั้งแต่การทำงานควบคุมป้องกันโรค ส่งเสริมสุขภาพ การดูแลตนเอง การดูแลจัดระบบบริการสุขภาพและสวัสดิการสังคม (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, 2550) ดังนั้นการวิจัยเพื่อพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนจึงจำเป็นต้องมีการวิจัยเชิงคุณภาพ

ในปัจจุบันบริบทของชุมชนเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วมีความซับซ้อนมากขึ้น การวิจัยเพื่อหาคำตอบ หรือคำอธิบายเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นได้อย่างลึกซึ้งจึงมีความสำคัญเพิ่มขึ้น นอกจากนั้นระบบสุขภาพชุมชนมุ่งการดูแลตนเองของบุคคล ชุมชน และการบริการปฐมภูมิเป็นหลัก ทำให้ต้องคำนึงถึงบริบทที่ซับซ้อนด้วยมุมมองหลากหลายมิติ เช่น ความเชื่อ วัฒนธรรมเป็นต้นจึงหลีกเลี่ยงการวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อให้ได้งานวิจัยที่มีประสิทธิภาพไม่ได้ กระบวนทัศน์ปรากฏการณ์นิยมของการวิจัยเชิงคุณภาพต่างจากปฏิฐานนิยมของการวิจัยเชิงปริมาณทั้งในมโนทัศน์ต่อความจริง ความรู้ ระเบียบวิธีวิจัย เป้าหมายการวิจัย บทบาทของผู้วิจัย กลุ่มตัวอย่าง ชนิดข้อมูล วิธีวิเคราะห์ข้อมูล และวิธีการเขียนรายงาน หากผู้วิจัยขาดกระบวนทัศน์ที่แตกต่าง หรือมโนทัศน์ที่คลาดเคลื่อนอาจทำให้ผู้วิจัยเกิดความสับสน หรือตกหลุมพรางการวิจัย (fallacy) ทำให้ผลการวิจัยผิดพลาดคลาดเคลื่อนได้ บทความนี้จึงนำเสนอกระบวนทัศน์การวิจัยเชิงคุณภาพที่ต่างจากการวิจัยเชิงปริมาณ และมโนทัศน์ที่คลาดเคลื่อน

### กระบวนการที่ต่างกันระหว่างการวิจัยเชิงคุณภาพและการวิจัยเชิงปริมาณ

การวิจัยเชิงคุณภาพเป็นการศึกษาปรากฏการณ์สังคมจากสภาพแวดล้อมตามความเป็นจริง ในทุกมิติ เพื่อพิจารณาความสัมพันธ์ของปรากฏการณ์กับสภาพแวดล้อมอย่างเป็นภาพรวมไม่แยก บางส่วน เน้นความสำคัญของข้อมูลด้านความรู้สึกนึกคิด การให้ความหมาย หรือ การให้นิยาม สถานการณ์ต่าง ๆ ตลอดจนการกำหนดค่านิยมและอุดมการณ์ของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับปรากฏการณ์ นั้น ๆ ใช้การพรรณนา และการวิเคราะห์แบบอุปนัย มักเป็นการศึกษาติดตามระยะยาว เป็นวิธีวิจัยมี ลักษณะตรงข้ามกับวิธีวิจัยเชิงปริมาณทั้งเชิงหลักการ การออกแบบ และระเบียบวิธี (ชาย โปธิสิตา, 2559) กระบวนทัศน์ปฏิฐานนิยม หรือการวิจัยเชิงปริมาณเน้นความจริงที่เป็นโลกภายนอก และวัดได้ ด้วยวัตถุวิสัย การทำนาย การควบคุม กฎหรือความจริงที่ได้จากสมมติฐานที่ได้ตรวจสอบแล้ว ผู้วิจัย เป็นอิสระแยกออกจากสิ่งที่ถูกวิจัย ความจริงเป็นเรื่องปราศจากค่านิยม การทำนาย การควบคุม จับ แยกสภาพความจริงให้เล็กพอเหมาะกับการศึกษา สร้างสมมติฐานและทดสอบ ขณะที่กระบวนทัศน์ ปรากฏการณ์นิยม หรือการวิจัยเชิงคุณภาพเน้นความจริงจากภายใน ความเข้าใจและอธิบาย ปรากฏการณ์ ความรู้สึกนึกคิด ค่านิยม ผู้วิจัยเป็นส่วนหนึ่งในสิ่งที่ถูกวิจัย ไม่จับแยกสภาพความจริง และเชื่อมโยงความสัมพันธ์ของปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น ให้ความสำคัญกับบริบท (สุภาวงศ์ จันทวานิช, 2559) การวิจัยเชิงคุณภาพจึงเริ่มจากการค้นหาปรากฏการณ์ซึ่งเชื่อในเรื่องความสัมพันธ์ เชิงเหตุและผลแบบตรรกนิยมนิยม เป็นการค้นหาคำตอบวิจัยด้านชาติพันธุ์วรรณา ด้านมานุษยวิทยา หรือ มานุษยวิทยาประยุกต์ ซึ่งปฏิเสธไม่ได้ว่าบริบทของชุมชนมีผลต่อพฤติกรรมของคน (Teddlie & Tashakori, 2009) งานวิจัยระบบสุขภาพชุมชนหลีกเลี่ยงไม่ได้ที่ต้องทำงานวิจัยในชุมชนหรือสังคม เราไม่สามารถควบคุมทุกสิ่งทุกอย่างในชุมชนหรือสังคมได้ ทุกสิ่งทุกอย่างมีความสัมพันธ์กัน หากนำ ผลการวิจัยไปใช้ย้อมติดข้อกำหนด หรือข้อตกลงเบื้องต้นกำกับอยู่ เมื่อเปรียบเทียบกับกระบวนทัศน์ ปรากฏการณ์นิยมที่เน้นความจริงทางสังคม สร้างขึ้นในความคิดของมนุษย์ และเป็นอัตวิสัย เน้น ความเข้าใจ เน้นการตระหนักรู้ในเชิงโครงสร้าง หรือความเป็นมาของปรากฏการณ์ ความรู้ที่ก่อรูป ใหม่ และจะเปลี่ยนไปเรื่อย ๆ กระบวนทัศน์ปรากฏการณ์นิยมจึงจำเป็นต้องมีในการวิจัยระบบ สุขภาพชุมชน

เมื่อเปรียบเทียบกระบวนทัศน์การวิจัยเชิงปริมาณ หรือปฏิฐานนิยม กับการวิจัยเชิงคุณภาพ หรือปรากฏการณ์นิยม พบว่า กระบวนทัศน์ปฏิฐานนิยมเน้นความเคร่งครัด ความเที่ยง ความตรง ความเป็นภววิสัย เป็นการปะติดปะต่อเพิ่มเข้าไปในความรู้เดิม การอ้างอิง มุ่งประเด็นในสิ่งที่มี หลักฐานความจริง มองในพื้นฐานของเชิงเหตุและผล เน้นจริยธรรมการวิจัยจากภายนอก เช่น กฎ คณะกรรมการวิจัย เป็นต้น สร้างนิยามปฏิบัติการเพื่อวัดได้ ใช้กรอบทฤษฎีก่อน ๆ ใช้เครื่องมือในการ เก็บข้อมูล ใช้กลุ่มตัวอย่างมาก สถานที่ทำวิจัยใช้ห้องทดลอง เน้นการตรวจสอบ ความเที่ยง การวัด ให้ผลตรงกันทุกครั้งหรือไม่ (โดยที่ไม่มีการเปลี่ยนแปลงของสิ่งที่ถูกวัด) การสรุปผลอ้างอิง โอกาสของ

รูปแบบที่ถูกสังเกตในกลุ่มตัวอย่างสามารถนำไปใช้ อ่างกับประชากรทั้งหมดได้มากน้อยเท่าใด ต่างจากกระบวนการค้นพบปรากฏการณ์นิยมที่เน้นความเป็นจริงที่ไว้วางใจได้ ความแท้จริง วิธีการสั่งสมองค์ความรู้ มีความแตกต่างกัน เป็นการทบทวนความรู้ และเปลี่ยนแปลงแบบวิถีชีวิต ความลุ่มลึกในการก่อความรู้ใหม่ มุ่งประเด็นของความหมาย พยายามเข้าใจว่าอะไรเกิดขึ้น มองภาพรวมทั้งสถานการณ์ค่อย ๆ พัฒนาความคิดข้อสรุปจากข้อมูลรูปธรรม จริยธรรมวิจัยเน้นจากภายใน คือตัวผู้วิจัยเองใช้วิธีการหลาย ๆ วิธีเพื่อสร้างแนวคิดนานาประการเกี่ยวกับปรากฏการณ์ ไม่ใช่ทฤษฎีนำศึกษาจากปรากฏการณ์ของสังคมเน้นการตีความ เน้นความเชื่อถือได้ ผู้วิจัยสามารถเข้าถึง และมีความรู้ความเข้าใจในความหมายต่าง ๆ และข้อมูลการพัวพันกับเกณฑ์อื่น ๆ การสังเกตสิ่งเดียวกันโดยผู้วิจัยหลายคนหลายโอกาสว่าสอดคล้องกันเพียงใด หรือการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า การถ่ายโอนผลการวิจัย ความคิด และทฤษฎีที่สร้างขึ้นจากสถานการณ์หนึ่ง ๆ สามารถจะนำไปใช้กับสถานการณ์อื่นเพียงใด (ชาย โพธิสิตา, 2559; สุรางค์ จันทวานิช, 2559) หากผู้วิจัยใช้ระเบียบวิจัยเชิงคุณภาพแต่มีกระบวนการค้นพบนิยามจะไม่ได้ความจริงที่ลุ่มลึก ชับซ้อน แม้มีกลุ่มตัวอย่างมากตามการคำนวณขนาดตัวอย่าง แต่อาจเกินความจำเป็นเนื่องจากข้อมูลอิ่มตัวแล้ว ผู้วิจัยจะเสียเวลาดังประมาณ หรือได้ข้อมูลที่ไม่มีความลึกซึ่งซับซ้อนขาดการทะลอมกล่อมเกล่า ในขณะที่หากผู้วิจัยทำการวิจัยเชิงคุณภาพซึ่งมีกระบวนการค้นพบนิยามแม้สร้างสามัญการได้แต่ยังมีข้อจำกัดในการอ้างอิงผลวิจัยสู่ประชากรที่ศึกษา หากผู้วิจัยมีกระบวนการค้นพบนิยามในการวิจัยเชิงคุณภาพ จะทำให้มีการอ้างอิงเกินขอบเขตในบริบทที่ทำการวิจัยสู่บริบทที่ต่างกัน

### มโนทัศน์การวิจัยเชิงคุณภาพ

การวิจัยเชิงคุณภาพในระบบสุขภาพชุมชนเริ่มตั้งแต่การตั้งคำถามวิจัยที่เป็นรูปแบบของคำถามวิจัยเชิงคุณภาพ เช่น ความเชื่อของชุมชนในการรักษาพยาบาลแผนโบราณต่อการคุมกำเนิดของสตรีวัยเจริญพันธุ์ในชุมชนหรือไม่ อย่างไร เป็นต้น หลังจากนั้นทำการทบทวนวรรณกรรม หลังจากนั้นเข้าสู่ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพที่เน้นหลักทฤษฎีฐานราก อาจไม่มีกรอบแนวคิด และที่สำคัญไม่มีประชากรและการสุ่มตัวอย่าง พื้นที่ศึกษามีปรากฏการณ์ให้สืบค้นเรื่องนั้น ๆ มีบริบทที่สนใจตามคำถามวิจัย แล้วเขียนระเบียบวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ (Teddlie & Tashakkori, 2009) จากนั้นจึงเข้าชุมชนอันเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ในงานวิจัยระบบสุขภาพชุมชนโดยเฉพาะการทำ ความคุ้นเคยเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ตรงกับความเป็นจริง ลึกซึ้งและซับซ้อน ในการเข้าชุมชนจะเริ่มตั้งแต่การเลือกชุมชน ผู้วิจัยต้องพิจารณาถึงความเหมาะสม ความเป็นไปได้ ขนาด ความซับซ้อน ความสะดวก ความปลอดภัย ช่วงเวลา และสภาพแวดล้อมของชุมชน ในการเข้าชุมชนผู้วิจัยต้องแต่งกายให้เหมาะสม เตรียมอุปกรณ์ให้ครบ วางตัวให้เหมาะสม ศึกษาประวัติศาสตร์บอกเล่า ท้องถิ่น และบุคคลสำคัญเพื่อทราบโครงสร้าง คำอธิบาย และความสัมพันธ์ของคนในชุมชน การเลือกผู้ให้ข้อมูลสำคัญมีความจำเป็นสำหรับการหาข้อมูลใหม่ ๆ วิธีการดำเนินชีวิตที่เป็นอยู่ หรือการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่

เกิดขึ้น เมื่อเข้าชุมชนแล้วต้องมีการแนะนำตัว ต้องบอกคนในชุมชนว่า เรามาทำอะไร บอกความจริง ให้สิทธิตัดสินใจ เอาข้อค้นพบไปทำอะไร สาเหตุที่ต้องเลือกชุมชนนี้เพราะเหตุใด ผลที่เขาจะได้รับการวิจัย ต้องกำหนดสถานภาพและบทบาทให้เหมาะสม ชัดเจน ฝึกให้เป็นคนยิ้มแย้ม ผ่อนปรน และสร้างความสัมพันธ์ อนุรักษ์บทบาท สถานภาพที่เหมาะสมไว้ตลอดระยะเวลาที่อยู่ในชุมชน ไม่แสดงความรังเกียจ ไม่เต็มใจ ไม่วางตัวเป็นคนนอก ไม่ทำให้ขาดความศรัทธาและไม่ตรี ต้องระวังมิให้มีบทบาทเกินกว่าที่เป็น และระวังไม่ให้เกิดความลำเอียงในการรวบรวม ดีความหมายข้อมูล การให้ของขวัญต้องระวังการสร้างความรู้สึกต้องได้ของกำนัล และหากได้ไม่ถึงถึงจะสร้างความรู้สึกไม่ดีให้กับคนที่ไม่ได้ เมื่อเริ่มทำงาน เริ่มด้วยการทำแผนที่ และเลือกตัวอย่าง ซึ่งแผนที่ที่ต้องทำ ได้แก่ แผนที่กายภาพ ทำได้โดยการเดินสำรวจ ทำให้เห็นขอบข่ายและความสัมพันธ์ทางกายภาพ แผนที่ประชากรสำรวจครัวเรือนบอกได้ว่าแต่ละครัวเรือน บ้านเลขที่อะไร ชื่ออะไร มีลูกกี่คน อายุเท่าใด แผนที่ทางสังคมเป็นข้อมูลเกี่ยวกับสถานะบุคคลในชุมชน ความสัมพันธ์เชื่อมโยงแผนที่เวลาเป็นการบันทึกข้อมูลในแง่ของอะไร เกิดเมื่อไร ส่วนการเลือกตัวอย่างเริ่มตั้งแต่การเริ่มตัดสินใจว่าเราจะรวบรวมข้อมูลอะไร ที่ไหน เลือกทำอะไรก่อนดี เลือกดูหรือพูดกับใครก่อนดี โดยอาศัยข้อมูล และแผนที่ที่ได้ทำไว้ (สุภางค์ จันทวานิช, 2557)

การวิจัยในชุมชนต้องมีโมโนทัศน์ของการวิจัยเชิงคุณภาพ 4 ประการ ได้แก่ ประการแรก คือ ข้อมูลเกี่ยวกับโลกทัศน์ ความรู้สึกนึกคิด ประวัติชีวิต ฯลฯ ผู้วิจัยต้องนำข้อมูลทุกประเภทโยงเข้าหากันเพื่อใช้ประกอบในการตีความ อาจเป็นข้อมูลที่แจ่มชัดได้ หรือเป็นสถิติต่าง ๆ ซึ่งเป็นข้อมูลเชิงปริมาณก็ได้ ที่สำคัญต้องผนวกเอาข้อมูลประเภทที่เป็นความรู้สึกนึกคิด ประวัติชีวิต ค่านิยมและอุดมการณ์ต่าง ๆ เอาไว้ในการวิเคราะห์ด้วย ประการที่สอง คือ วัตถุประสงค์ของการวิจัย งานวิจัยระบบสุขภาพชุมชนให้ความสำคัญกับองค์ประกอบส่วนที่เป็นนามธรรมของมนุษย์ ได้แก่ ความรู้สึกนึกคิด และความสัมพันธ์กับสภาพแวดล้อม มุ่งเข้าใจความหมาย ไม่ใช่การหาความถูกต้องของสิ่งที่เป็นอยู่ (รูปธรรม) ประการที่สาม คือ การเก็บข้อมูลในงานวิจัยระบบสุขภาพชุมชน ผู้วิจัยต้องออกไปสัมผัสข้อมูลด้วยตนเองด้วยวิธีการต่าง ๆ ที่ก่อให้เกิดความเข้าใจ และต้องใช้เวลา เช่น การสังเกตโดยมีส่วนร่วม การสัมภาษณ์เชิงลึก และการตะล่อมกล่อมเกลา เป็นต้น ประการที่สี่ คือ การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพในงานระบบสุขภาพชุมชนไม่จำเป็นต้องใช้คณิตศาสตร์ หรือสถิติขั้นสูง แต่เป็นกระบวนการวิเคราะห์ และสังเคราะห์ที่เกี่ยวข้องไปถึงทฤษฎีเพื่อ “ให้ความหมาย” โดยใช้วิธีสร้างข้อสรุปแบบอุปนัย (สุภางค์ จันทวานิช, 2557; สุภางค์ จันทวานิช, 2559) การวิจัยเชิงคุณภาพจะทำให้ผู้วิจัยเกิดความกระจ่างเกี่ยวกับสถานการณ์หนึ่ง ๆ ในสังคมตามที่ปรากฏอยู่ในขณะที่การวิจัยเชิงปริมาณจะช่วยตัดสินใจว่าข้อเท็จจริงเกี่ยวกับปรากฏการณ์สังคมที่ได้จากการวิจัยเชิงคุณภาพนั้นจะนำไปใช้กับกรณีอื่น ๆ ได้แค่ไหน และทำอย่างไร เพื่อลดข้อจำกัดของการศึกษาเฉพาะกรณีในการวิจัยเชิงคุณภาพให้ได้รับการแก้ไข และเสริมโดยการวิจัยเชิงปริมาณ การตัดสินใจเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพจึง

ขึ้นอยู่กับธรรมชาติ หรือลักษณะของคำถาม และวัตถุประสงค์ของการวิจัย แนวทางการวิจัยต้องมีความเหมาะสมกับคำถามวิจัยมากกว่าทักษะ หรือความพอใจส่วนตัวของผู้วิจัย การวิจัยระบบสุขภาพชุมชนอาจผสมระหว่างการวิจัยเชิงปริมาณกับเชิงคุณภาพได้ เช่น วิธีการหนึ่งช่วยสนับสนุนอีกวิธีการหนึ่ง โดยที่งานวิจัยเชิงปริมาณส่วนหนึ่งชี้ให้เห็นว่ามีเหตุการณ์บางอย่างเกิดขึ้นแล้วอธิบายได้อย่างละเอียดโดยการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ เป็นต้น หรือวิธีทั้งสองศึกษาปัญหาเดียวกัน โดยที่วิธีการเชิงปริมาณเก็บรวบรวมข้อมูลที่ไม่ซับซ้อน หรือข้อมูลตัวเลขจากกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ ในขณะที่วิธีการเชิงคุณภาพอาจจะเก็บรวบรวมข้อมูลที่ละเอียดลึกจากกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็กกว่า (ชาย โปธิสิตา, 2559; สุภางค์ จันทวานิช, 2557) จะเห็นได้ว่ามโนทัศน์ของการวิจัยเชิงคุณภาพมีความแตกต่างจากมโนทัศน์การวิจัยเชิงปริมาณ ซึ่งระบบสุขภาพชุมชนเป็นระบบที่ประกอบด้วยองค์ประกอบที่สัมพันธ์กันตั้งแต่ระดับบุคคล ได้แก่ การรับรู้ พฤติกรรม การประเมินอาการความเจ็บป่วย การตัดสินใจ การแสวงหาคำแนะนำจากผู้อื่นของประชาชน ระดับชุมชน ได้แก่ การปรึกษาหารือทั้งในเครือข่ายสังคมของผู้ป่วยเอง เครือข่ายบริการสุขภาพที่ครอบคลุมทั้งชีวิต นอกจากนี้ระบบสุขภาพชุมชนยังประกอบด้วยความร่วมมือกัน ชุมชนเป็นเจ้าของและเป็นผู้ดำเนินการร่วมกับท้องถิ่นและหน่วยงานภาครัฐ จึงเป็นเรื่องที่ลึกซึ้ง ซับซ้อน จึงจำเป็นต้องมีมโนทัศน์การวิจัยเชิงคุณภาพ หากมีมโนทัศน์ที่คลาดเคลื่อนระหว่างการวิจัยเชิงคุณภาพจะทำให้งานวิจัยระบบสุขภาพชุมชนได้ผลการวิจัยที่ขาดความลึกซึ้ง ผลการวิจัยคลาดเคลื่อน ไม่ได้ผลวิจัยที่น่าเชื่อถือ

### มโนทัศน์การออกแบบการวิจัยเชิงคุณภาพ

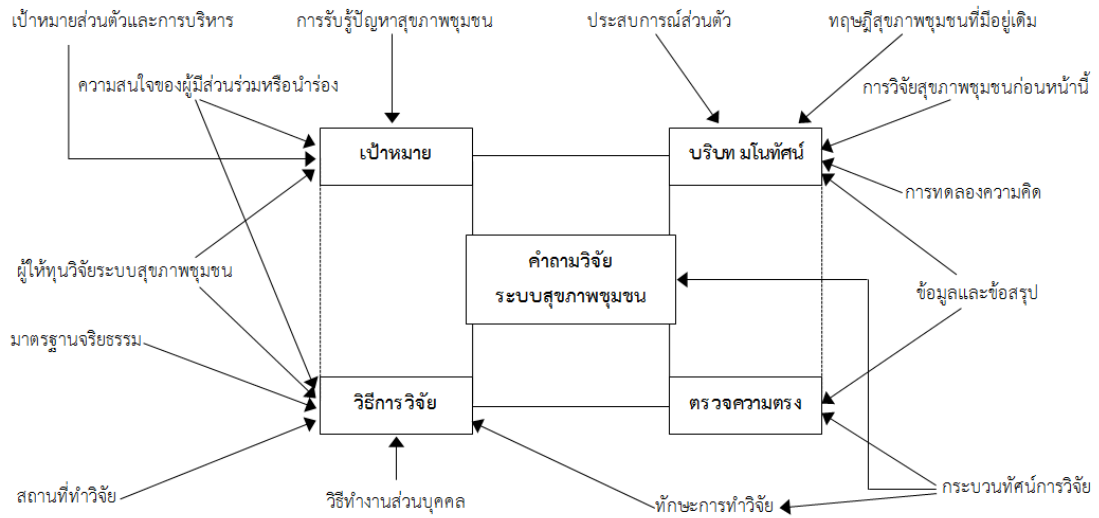
การออกแบบการวิจัย หมายถึง แผนการที่มีเหตุผล (Yin, 2014) จากคำถามเบื้องต้นที่จะต้องหาคำตอบสู่ข้อสรุปที่เกี่ยวกับคำถามเหล่านั้น (Riis & Woodhead, 2010) ซึ่งรวมแนวคิด 5 ประการ ได้แก่ ยุทธศาสตร์ กรอบแนวคิด การศึกษาใคร หรืออะไร เครื่องมือ และวิธีปฏิบัติที่จะใช้สำหรับทั้งการเก็บ และการวิเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ (Punch, 2006) การออกแบบการวิจัยเชิงคุณภาพเป็นกระบวนการย้อนกลับไปมา เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนไปเปลี่ยนมาระหว่างองค์ประกอบต่าง ๆ ของการออกแบบ ได้แก่ การประเมินความนัยของวัตถุประสงค์ ทฤษฎี คำถามการวิจัย วิธีการปัญหาความเที่ยงตรงที่มีต่อกันและกัน ซึ่งรูปแบบปฏิบัติการสัมพันธ์นี้สอดคล้องกับคำจำกัดความของการออกแบบ คือ การออกแบบเป็นการจัดแจงองค์ประกอบต่าง ๆ ที่ควบคุมการทำหน้าที่ของการศึกษาวิจัย มากกว่าที่จะเป็นแผนการที่กำหนดไว้ก่อนแล้วสำหรับที่จะทำการศึกษา หรือว่าเป็นเพียงลำดับขั้นตอนในการดำเนินการศึกษาวิจัยนั้น (ชาย โปธิสิตา, 2559) การออกแบบวิจัยเชิงคุณภาพประกอบด้วยปรัชญากว้าง ๆ ซึ่งกำหนดจุดยืนของนักวิจัยสัมพันธ์กับปรัชญารวมทั้งระเบียบวิธีวิจัยและการปฏิบัติอันเป็นการกำหนดกรอบยุทธศาสตร์เฉพาะ เพื่อดำเนินการโครงการวิจัย (Daly, 2007) การออกแบบวิจัยเชิงคุณภาพแบ่งเป็น 5 ระดับ คือ ระดับแรก เป็นการออกแบบวางแผนประกอบด้วยขอบเขตของโครงการ ได้แก่ อาณาเขตของการวิจัย สิ่งที่จะครอบคลุมถึง สิ่งที่มีถึงของ

โครงการ เนื้อหา พื้นที่ และกลุ่มตัวอย่าง การออกแบบขอบเขต ได้แก่ การเลือกกลุ่มตัวอย่างมีวัตถุประสงค์ และตามทฤษฎี กำหนดขอบเขตเพื่อการเปลี่ยนแปลง และหลากหลาย การออกแบบตามธรรมชาติของข้อมูล (Richards & Morse, 2013) ระดับที่สอง เป็นการกระทำการออกแบบ ซึ่งการออกแบบการวิจัยเชิงคุณภาพมี 5 องค์ประกอบ ได้แก่ องค์ประกอบแรก คือ การตั้งวัตถุประสงค์ที่ต้องพิจารณา เช่น เป้าหมายสำคัญที่สุดของการศึกษาวิจัยครั้งนี้คืออะไร การศึกษาครั้งนี้ต้องการที่จะอธิบายให้ในประเด็นใดบ้าง เพราะเหตุใดจึงต้องการที่จะทำการศึกษาวิจัยนี้ และเพราะอะไรการศึกษาวิจัยนี้จึงคุ้มค่าที่จะทำ เป็นต้น องค์ประกอบที่สอง คือ กรอบแนวคิดของเนื้อหา และกำหนดวิธีวิทยา มีประเด็นที่ควรพิจารณา ได้แก่ เกิดอะไรขึ้นกับปรากฏการณ์ที่จะศึกษา มีทฤษฎีอะไร หรือมีข้อค้นพบใดบ้างเกี่ยวข้องกับปรากฏการณ์เหล่านั้น มีกรอบแนวคิดใดที่เกี่ยวข้องกับปรากฏการณ์เหล่านั้น มีวรรณกรรมใดบ้าง การวิจัยเบื้องต้น หรือประสบการณ์ส่วนตัวใดบ้างที่จะนำมาให้ใช้มีทฤษฎีที่มีอยู่แล้ว ผู้วิจัยกำลังสร้างทฤษฎีเกี่ยวกับบริบท หรือประเด็นที่กำลังศึกษาหรือไม่ ซึ่งทฤษฎีมีแหล่งสำคัญหลัก ได้แก่ ประสบการณ์ของผู้วิจัยเองทฤษฎี และการวิจัยที่มีอยู่เดิมผลของการศึกษานำร่อง หรือการทดลองความคิด องค์ประกอบที่สาม คือ คำถามการวิจัย และการกำหนดขอบเขตโครงการมีประเด็นที่ควรพิจารณา ได้แก่ ผู้วิจัยต้องการที่จะเข้าใจสิ่งใดเป็นการเฉพาะ ผู้วิจัยยังไม่รู้อะไรบ้างในปรากฏการณ์ที่กำลังศึกษา องค์ประกอบที่สี่ คือ วิธีการศึกษา และวางแผนเก็บข้อมูลตามธรรมชาติข้อมูลมีประเด็นที่ควรพิจารณา ได้แก่ องค์ประกอบของการออกแบบ ความสัมพันธ์ของการวิจัยกับประชาชนที่ศึกษา การเลือกสถานที่ศึกษา การเลือกตัวอย่าง วิธีการเก็บข้อมูล เทคนิคการวิเคราะห์ข้อมูลที่จะใช้ องค์ประกอบที่ห้า คือ ความเที่ยงตรง และการคิดไปข้างหน้ามีประเด็นที่ควรพิจารณา ได้แก่ ผู้วิจัยจะทำผิดพลาดได้อย่างไร อะไรคือคำอธิบายการเลือกที่นาจะเป็นความจริง และอะไรคือปัจจัยคุกคามต่อความเที่ยงตรงที่มีต่อข้อสรุปในการศึกษา และผู้วิจัยจะจัดการกับสิ่งเหล่านั้นอย่างไร ข้อมูลที่มีจะสามารถเก็บรวบรวมมาได้จะสนับสนุน หรือ จะทำลายความคิดเกี่ยวกับสิ่งที่กำลังเกิดขึ้นอย่างไร (Richards & Morses, 2013; สุรางค์ จันทวานิช, 2559) ระดับที่สาม เป็นการออกแบบเพื่อตรวจสอบความถูกต้อง มีกฎทั่วไป คือ ความเข้ากันได้ของคำถามวิจัย ข้อมูล วิธีการ และอธิบายได้เหมาะสมทุกขั้นตอนของการวิเคราะห์ข้อมูล ระดับที่สี่ เป็นการกำหนดจังหวะเวลาของโครงการ ได้แก่ กำหนดมโนทัศน์ กำหนดการเข้าสนาม กำหนดสร้างและจัดการข้อมูล เลือกกลุ่มตัวอย่างเบื้องต้นและตามทฤษฎี กำหนดการวิเคราะห์ ระดับห้า เป็นการตรวจสอบภาพรวมของโครงการ เป็นการดูโครงการในภาพรวม จะป้องกันไม่ให้ตกอยู่ในสถานการณ์ยุ่งยาก และช่วยหลีกเลี่ยงมิให้เกิดการออกแบบที่แคบ (Richards & Morses, 2013) แนวคิดพื้นฐานการวิจัยเชิงคุณภาพควรอยู่ที่การให้มโนทัศน์การออกแบบการวิจัยเชิงคุณภาพ ได้แก่ โครงสร้างสำคัญ ความเชื่อมโยงสัมพันธ์กันขององค์ประกอบต่าง ๆ ของการศึกษาวิจัย และความนัยของแต่ละองค์ประกอบที่มีต่อองค์ประกอบอื่น ๆ (สุรางค์ จันทวานิช, 2557)



การออกแบบการวิจัยเชิงคุณภาพในแบบที่ปฏิบัติทำกันมานานมี 2 แบบ คือ แบบแรก เป็นการออกแบบที่เป็นการจัดแจงเป็นมาตรฐานเกี่ยวกับสภาพการณ์ต่าง ๆ ของการวิจัย และวิธีการที่มีความสอดคล้องและตรรกะเป็นของตนเอง ในฐานะเป็นคำตอบที่เป็นไปได้ต่อคำถาม แบบที่สอง เป็นการออกแบบในลักษณะเป็นขั้นตอน หรือกลุ่มงาน ตั้งแต่ปัญหาไปจนถึงการสร้างข้อสรุปซึ่งจำเป็นต่อการวางแผนหรือดำเนินการศึกษา ทั้งสองแบบประกอบด้วย เป้าหมาย กรอบแนวคิด คำถามวิจัย วิธีการวิจัย การตรวจความถูกต้อง (Maxwell, 2010) ตัวอย่างการประยุกต์การวิจัยเชิงคุณภาพในระบบสุขภาพชุมชนตามแนวคิดของ Maxwell (2010) แสดงได้ดังภาพที่ 1

การเขียนระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพต้องเขียนเป็นขั้นตอนการรวบรวมข้อมูลทุกวิธีที่จะใช้อย่างละเอียด และชัดเจนตามหลักการวิจัยเชิงคุณภาพต้องกล่าวถึงข้อดี และลักษณะเด่นของวิธีการรวบรวมข้อมูลให้ผู้อ่านเข้าใจถึงเหตุผลที่เลือกใช้ ต้องระบุถึงการสร้างแนวคำถาม การตรวจสอบสามเส้า วิธีการค้นหาปรากฏการณ์และผู้รู้ (Teddlie & Tashakkori, 2009) ข้อจำกัดของวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพมี 6 ประการ ได้แก่ ประการแรก คือ ข้อค้นพบจากการวิจัยเชิงคุณภาพที่ทำในรูปการศึกษาเฉพาะกรณี จะนำไปใช้กับกรณีอื่น ๆ ไม่ได้ หรือได้น้อย ประการที่สอง คือ ตัวผู้วิจัยภาคชุมชนเป็นเครื่องมือวิจัยที่สำคัญที่สุด และจะต้องได้รับการฝึกฝนอบรม ประการที่สาม คือ ใช้เวลานาน และทำได้เฉพาะกรณี ไม่ใช่ทำกับประชากรทั้งหมด ประการที่สี่ คือ ความเที่ยงตรงและความเชื่อถือได้ในการรวบรวมข้อมูลเป็นวิธีการอันทันทีขึ้นอยู่กับตัวผู้วิจัยโดยตรง ประการที่ห้า คือ วิธีการวิเคราะห์ และตีความหมายข้อมูลต้องการความสามารถเฉพาะของผู้วิจัย ประการที่หก คือ ผู้วิจัยเชิงคุณภาพต้องเป็นผู้มีสหวิทยาการในตนเองเพราะการกำหนดปัญหาและการวิเคราะห์ข้อมูลจะต้องใช้การมองจากหลายมิติ (สุภางค์ จันทวานิช, 2557) ระบบสุขภาพชุมชนเป็นระบบที่ประกอบด้วยองค์ประกอบที่สัมพันธ์กันที่ลึกซึ้ง ซับซ้อน มโนทัศน์การวิจัยเชิงคุณภาพสำหรับการวิจัยระบบสุขภาพชุมชนจึงมีความสำคัญ โดยเฉพาะการออกแบบวิจัยต้องมีความถูกต้องชัดเจน เหมาะสมกับคำถาม หรือวัตถุประสงค์การวิจัย หากมีมโนทัศน์การวิจัยเชิงคุณภาพที่คลาดเคลื่อนจะทำให้การออกแบบงานวิจัยระบบสุขภาพชุมชนไม่ถูกต้อง เหมาะสม ได้ผลการวิจัยที่ไม่ตอบคำถามการวิจัย หรือไม่ตรงวัตถุประสงค์ งานวิจัยระบบสุขภาพชุมชน เสียเวลา เสียโอกาสและเสียงบประมาณในการทำวิจัยระบบสุขภาพชุมชน



ภาพที่ 1 มโนทัศน์การออกแบบการวิจัยเชิงคุณภาพในระบบสุขภาพชุมชน

ที่มา: ประยุกต์จากแนวคิดของ Maxwell (2010)

### มโนทัศน์การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

ความแตกต่างระหว่างมโนทัศน์การวิเคราะห์เนื้อหาเชิงปริมาณกับเชิงคุณภาพ ได้แก่ การวิเคราะห์เชิงปริมาณมุ่งที่ความหมายปรากฏชัด ต้องการบริบทเพียงเล็กน้อย จัดการเรื่องความเที่ยงอย่างเคร่งครัด การตรวจสอบความเที่ยงมีความสำคัญมากกว่าตรวจสอบความตรง อย่างน้อยที่สุดมีบางส่วนต้องขับเคลื่อนโดยมโนทัศน์ อ้างอิงกับบริบท ผู้แต่ง ผู้รับสารเพียงเล็กน้อย มีลำดับขั้นตอนเข้มงวด ในขณะที่มโนทัศน์การวิเคราะห์เนื้อหาเชิงคุณภาพมุ่งที่ความหมายแฝง ต้องการบริบทมาก จัดการความเที่ยงแตกต่างกัน ตรวจสอบความตรงมีความสำคัญเหมือนกับการตรวจสอบความเที่ยง อย่างน้อยที่สุดมีบางส่วนต้องขับเคลื่อนโดยข้อมูล อ้างอิงกับบริบท ผู้แต่ง ผู้รับสารมาก มีความผันแปรมากกว่าในการดำเนินการตามขั้นตอน (Krippendorff, 2013) การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพมี 5 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนแรก เป็นการใช้แนวคิดทฤษฎีและการสร้างกรอบแนวคิดซึ่งเป็นเรื่องซับซ้อน อาจจำเป็นในบางครั้ง การใช้แนวคิดทฤษฎีในการวิจัยเชิงคุณภาพเริ่มตั้งแต่ก่อนเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูล ระหว่างการเก็บ และสุดท้ายในขั้นตอนวิเคราะห์สู่การสร้างบทสรุป ความจำเป็นที่จะต้องใช้อนาคตทฤษฎีมาเพื่อช่วยให้มีกรอบกว้าง ๆ และมีระบบในการศึกษาปรากฏการณ์ ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องต้องกว้างขวางครอบคลุม อาจสร้างสมมติฐานชั่วคราว ได้ โดยคำนึงถึงความเป็นไปได้หลาย ๆ แบบ เมื่อผ่านการสร้างกรอบแนวคิดแล้ว อาจพักเลิกใช้แนวคิดทฤษฎีชั่วคราว เพื่อนำตัวเองเข้าสู่สัมผัสปรากฏการณ์แบบคนในระหว่างเก็บรวบรวมข้อมูล หลังจากที่ผู้วิจัยได้ทำความเข้าใจกับปรากฏการณ์ดีพอควรแล้ว ผู้วิจัยอาจต้องการแนวคิดทฤษฎีใหม่อีกครั้งเพื่อมาช่วยผลักดัน หรือสร้างสมมติฐานชั่วคราวขึ้นสำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป และทำข้อสรุปชั่วคราวเพื่อวิเคราะห์ข้อมูลในชุมชน เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลและสร้างบทสรุป บทบาทของแนวคิดทฤษฎีจะกลับมาอีกครั้ง ขั้นตอนนี้

สอง เป็นการตรวจสอบข้อมูล มีวัตถุประสงค์เพื่อให้มั่นใจในความเชื่อถือได้ของข้อมูล ตรวจสอบความครบถ้วน ประเมินคุณภาพของข้อมูลว่าอยู่ในระดับที่จะนำมาวิเคราะห์ และตอบปัญหาของการวิจัย การตรวจสอบเพื่อหาความเชื่อถือได้ของข้อมูล มักมีคำถามว่า ข้อมูลที่นำเสนอเชื่อถือได้แค่ไหนตามเกณฑ์ของผู้วิจัยเชิงปริมาณ การสร้างเครื่องมือและไม่ได้ทดสอบทางสถิติ เก็บข้อมูลจำนวนน้อย และผู้วิจัยเป็นส่วนหนึ่งของการวิจัย เป็นจุดอ่อนต่อการยอมรับความเชื่อถือได้ของข้อมูล หรือมีความลำเอียง ซึ่งวิธีการแก้ข้อสงสัยเหล่านี้ได้โดยนำเสนอข้อมูลเบื้องต้นอย่างละเอียดเชิงชาติพันธุ์วรรณา ได้แก่ การแสดงภาพของชุมชน และบุคคลที่อยู่ในปรากฏการณ์อย่างละเอียดทุกแง่มุม เสนอข้อมูลชุมชนทั้งด้านกายภาพ สังคมและวัฒนธรรมชุมชน โครงสร้างชุมชน และเชื่อมโยงกับปัญหาของการวิจัย (สุภางค์ จันทวานิช, 2557) หรือทำการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า ได้แก่ การแสวงหาความเชื่อถือได้ของข้อมูลจากแหล่งที่แตกต่างกัน ได้แก่ การเก็บข้อมูลต่างวิธี ตรวจสอบข้อมูลจากแหล่งที่ต่างกัน ตรวจสอบโดยใช้ผู้เก็บข้อมูลที่ต่างกัน (Krippendorff, 2013) ขั้นตอนที่สาม เป็นการจัดบันทึก และทำดัชนีข้อมูล ซึ่งขึ้นอยู่กับเนื้อหาอาจจัดแบบละเอียด หรือแบบย่อ อาจใช้กรอบแนวคิดที่กำหนดขึ้นในใจ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับวิจารณ์ญาณ และคุณภาพของข้อมูลว่าตรงกับความต้องการหรือโจทย์ปัญหาแค่ไหน เจาะลึกได้เพียงใด บันทึกในระยะแรกเป็นลักษณะข้อมูลทั่วไป ส่วนระยะหลังการบรรยายจะน้อยลงแต่จะเป็นลักษณะเจาะลึกมากขึ้น ควรจัดแบ่งระหว่างส่วนที่เป็นข้อมูลกับส่วนที่เป็นความเห็น การทำดัชนีข้อมูล ประกอบด้วยดัชนีเชิงบรรยายเป็นคำหรือความที่สร้างขึ้นเพื่อใช้จัดหมวดหมู่ของข้อมูลที่เป็นการบรรยายพรรณนา ดัชนีเชิงตีความเป็นคำหรือความที่มีลักษณะซับซ้อนกว่าดัชนีเชิงบรรยาย เป็นรายละเอียดที่เพิ่มขึ้นมา ดัชนีเชิงอธิบายเป็นคำหรือความที่แสดงแบบแผนของเหตุการณ์ แสดงความเชื่อมโยงหรือความสัมพันธ์ วิธีทำดัชนีข้อมูลประกอบด้วย การเขียนรายการคำ หรือข้อความเป็นบัญชีหางว่าว (list) วัชชุดหนึ่ง เป็นคำที่ได้จากกรอบแนวคิดทฤษฎีต่าง ๆ หลังจากเริ่มเก็บข้อมูลก็ปรับปรุงบัญชีหางว่าวโดยใช้ทัศนะของคนในให้สอดคล้องกับความเป็นจริงในปรากฏการณ์ อาจจัดเป็นข้อสังเกตในการปรับคำจากแหล่งคนนอกกับแหล่งคนในมาไว้ด้วยกัน โดยทั่วไปการรับเอาคำที่คนในใช้มาแทนที่คำที่ผู้วิจัยกำหนดมักได้ผลดีกว่าในการนำเสนอ และการวิเคราะห์ต่อไป ปรับปรุงดัชนีโดยตัดดัชนีเก่าที่ไม่พบ และเพิ่มเติมดัชนีใหม่ที่พบ ทำคำจำกัดความของดัชนีแต่ละตัวที่ใช้ และตัดสินใจจะใช้ชื่อดัชนีนั้นว่าอะไร ทำดัชนีในบันทึกชุมชน โดยอ่านบันทึกแล้วเขียนดัชนีตัวที่ตรงกับข้อความส่วนนั้นไว้ข้างหน้าหรือข้างหลังข้อความนั้น (Krippendorff, 2013; สุภางค์ จันทวานิช, 2557) ขั้นตอนที่สี่ เป็นการทำข้อสรุปชั่วคราวและกำจัดข้อมูล ประกอบด้วย การนำความคิดที่ผู้วิจัยประมวลได้จากการทำดัชนีข้อมูล และเชื่อมโยงดัชนีนั้นเข้าด้วยกันแล้วลงมือเขียนเป็นประโยคหรือข้อความเชิงแนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับลักษณะของดัชนี หรือข้อมูลที่ศึกษาและความเชื่อมโยงของดัชนีเหล่านั้น เพื่อให้ผู้วิจัยจะได้รู้ว่าข้อมูลส่วนใดที่ต้องการต่อไปเพื่อการตรวจสอบหรือหาข้อมูลเพิ่มเติม และข้อมูลส่วนใดที่ไม่ต้องการก็จะสามารถถอดถอนข้อมูลหรือกำจัดออกได้ ขั้นตอนที่

ทำ เป็นการสร้างบทสรุป และการพิสูจน์บทสรุป เป็นการนำข้อสรุปชั่วคราวที่ถูกตรวจสอบและยืนยันตลอดจนการกำจัดข้อมูลแล้วมาเชื่อมโยงกัน อย่างเป็นระบบและประณีต เมื่อพิสูจน์ว่าบทสรุปนั้นเป็นบทสรุปที่ดีที่สุดแล้วจึงนำไปเขียนรายงานต่อไป (สุภางค์ จันทวานิช, 2557)

การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยเชิงคุณภาพมีเงื่อนไขในรายละเอียดที่ซับซ้อน เนื่องจาก การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยเชิงคุณภาพเริ่มกระทำพร้อม ๆ กับการเก็บรวบรวมข้อมูล และยังทำต่อไป หลังการเก็บข้อมูลสิ้นสุดลง การวิเคราะห์ข้อมูลต้องมีข้อมูลจากมุมมองของคนใน การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพต้องอาศัยสมมติฐานชั่วคราวจำนวนมากที่ผู้วิจัยคิดขึ้นเองอยู่ตลอดเวลา ผู้วิจัยต้องเป็นผู้วิเคราะห์ข้อมูลด้วยตนเอง ต่างจากการวิจัยเชิงปริมาณที่ใช้สถิติ หรือเครื่องมือโดยสิ้นเชิง เงื่อนไขดังกล่าว มี 4 ประการ ได้แก่ ประการแรก การวิเคราะห์ข้อมูลพร้อมกับการเก็บรวบรวมข้อมูล ที่เป็นเช่นนี้เพราะจุดเริ่มต้นต่างกับการวิจัยเชิงปริมาณ ผู้วิจัยเชิงปริมาณมักเริ่มทำวิจัยโดยใช้กรอบทฤษฎี มาเป็นแนวทางในการมองหรือศึกษาปรากฏการณ์สังคม มีการกำหนดสมมติฐานการวิจัยของการวิจัย และตัวแปรในการวิจัยไว้ชัดเจนตามกรอบทฤษฎีที่เลือกใช้ วิธีการนี้ คือ วิธีการแบบนิรนัย ที่เริ่มแสวงหาความรู้โดยใช้ข้อสรุปหรือทฤษฎีที่มีอยู่แล้วเป็นโจทย์ แล้วจึงออกไปสัมผัสปรากฏการณ์ เพื่อตรวจสอบว่าตรงกับกรอบแนวคิดและสมมติฐานที่ตั้งไว้หรือไม่ ส่วนการวิจัยเชิงคุณภาพเป็นกระบวนการแสวงหาความรู้แบบอุปนัยที่ผู้วิจัยไปศึกษาปรากฏการณ์ที่เป็นจริงตามสภาพแวดล้อมหรือบริบท ตรวจสอบความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้น (ชาย โปธิสิตา, 2559) ประการที่สอง ข้อมูลจากมุมมองของคนใน การวิจัยเชิงคุณภาพจะไม่ใช้ทฤษฎีใดทฤษฎีหนึ่งหรือหลาย ๆ ทฤษฎีที่ศึกษานั้นมาเป็นตัวกำหนดแนวทางการพิจารณาปรากฏการณ์ ปรากฏการณ์สังคมหนึ่ง ๆ เป็นปรากฏการณ์ที่พิจารณาได้ทั้งจากมุมมองหรือทัศนะของคนนอก และมุมมองหรือทัศนะของคนใน มุมมองของคนนอก และคนในไม่จำเป็นต้องหมายถึงคนนอกสังคม และวัฒนธรรม แต่หมายถึงคนที่อยู่นอกระบบความหมายหรือคุณค่าบางประการที่บุคคล หรือกลุ่มบุคคลยึดถืออยู่ก็ได้ ประการที่สาม อาศัยสมมติฐานชั่วคราว หมายถึง การลองสร้างสมมติฐานจำนวนมากสะสมไว้ เพื่อว่าเมื่อผู้วิจัยเข้าไปสัมผัสกับความเป็นจริงแล้ว สมมติฐานชั่วคราวเหล่านี้จะได้เข้ารองรับรูปธรรมที่สัมผัสเพื่อก่อให้เกิดการถกเถียงโต้แย้ง และอภิปรายขึ้นในสมองของผู้วิจัย สมมติฐานเหล่านี้ได้จากแนวคิด ทฤษฎีส่วนหนึ่ง อีกส่วนหนึ่งได้มาจากการสร้างสรรค์หรือจินตนาการของผู้วิจัย สมมติฐานชั่วคราวมีลักษณะยั่วให้คิดต่อเป็นความสงสัยใคร่รู้ที่มีพื้นฐานอยู่บนการแสวงหาความรู้อย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง ไม่ใช่ความสอดรู้สอดเห็น ประการที่สี่ ผู้วิจัยต้องเป็นผู้วิเคราะห์ข้อมูลด้วยตนเอง กระบวนการวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นจำเป็นต้องกระทำโดยผู้รู้คำถามของการวิจัยและได้อ่านทฤษฎีต่าง ๆ เกี่ยวกับคำถามของการวิจัยนั้นมาแล้วเป็นอย่างดี คือ ผู้วิจัยเอง นอกจากการวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นที่กระทำระหว่างรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเชิงคุณภาพต้องวิเคราะห์ข้อมูลภายหลังการเก็บข้อมูลด้วยตั้งแต่ข้อมูลจุลภาคจนถึงข้อมูลระดับมหภาค การวิเคราะห์ข้อมูลระดับจุลภาคอาจทำโดยใช้ข้อความหรือประโยคเป็นหน่วยของการวิเคราะห์ที่

เรียกกันว่าการทำอนุกรมวิธาน การวิเคราะห์ระดับมหภาคก็ทำโดยมีหน่วยของการวิเคราะห์ที่ใหญ่ขึ้น เช่น เหตุการณ์สำคัญ หรือแบบแผนของสถาบันสังคม ตลอดจนการเชื่อมโยงระหว่างเหตุการณ์ หรือระหว่างสถาบันสังคม เป็นต้น (Krippendorff, 2013; สุภางค์ จันทวานิช, 2557) มโนทัศน์การวิจัยเชิงคุณภาพควรใช้ในสภาพการต่อไปนี้ ได้แก่ ประการแรก เมื่อต้องการสร้างสมมติฐานหรือทฤษฎีใหม่ ๆ ตลอดจนข้อเท็จจริงใหม่จากที่เคยรู้กันมาแต่เดิม ทฤษฎีทางสังคมศาสตร์ขึ้นอยู่กับบริบทเป็นสำคัญ แต่ละสังคมมีบริบทต่างกันจึงไม่อาจใช้กฎเดียวกันมาอธิบายได้ จึงใช้วิธีการเชิงคุณภาพก่อนเพื่อสร้างสมมติฐานแล้วใช้วิธีการเชิงปริมาณมาช่วยทดสอบ และย้ำความเชื่อถือได้ของสมมติฐานข้างต้น ประการที่สอง เมื่อต้องการศึกษากระบวนการของปรากฏการณ์สังคมว่าได้เกิดการเปลี่ยนแปลงอะไรจากระยะเวลาหนึ่งไปยังอีกระยะเวลาหนึ่ง โดยมีเงื่อนไขอะไรเกิดขึ้นในกระบวนการนั้น ประการที่สาม เมื่อต้องการทำความเข้าใจปรากฏการณ์ในระดับลึกซึ่งถึงความหมายของปรากฏการณ์นั้น ๆ ประการที่สี่ เมื่อทำวิจัยในสังคมที่มีผู้ไม่รู้หนังสือ หรือผู้ที่มีการศึกษาขั้นต่ำมาก และอยู่ในท้องถิ่นห่างไกล ประการที่ห้า เมื่อต้องการทำวิจัยในเรื่องที่มีลักษณะนามธรรม ประการที่หก เมื่อต้องการข้อมูลระดับลึกมาประกอบการตัดสินใจในการวางแผนปฏิบัติงาน ประการที่เจ็ด เมื่อทำการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (สุภางค์ จันทวานิช, 2559) ซึ่งงานวิจัยระบบสุขภาพชุมชนมีความจำเป็นที่จะต้องศึกษาบริบทชุมชน กระบวนการปรากฏการณ์ในชุมชน ความลึกซึ้ง ความรู้สึกนึกคิด ประชาชนทุกระดับในชุมชนโดยเฉพาะกลุ่มชายขอบ หรือผู้ไม่รู้หนังสือ ข้อมูลเพื่อการตัดสินใจ และการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม จึงหลีกเลี่ยงไม่ได้ที่ต้องมีมโนทัศน์การวิจัยเชิงคุณภาพ

### บทสรุป

ในปัจจุบันปัญหาวิจัยระบบสุขภาพชุมชนที่ผู้วิจัยสนใจศึกษาเพื่อหาคำตอบ หรือคำอธิบายปรากฏการณ์ที่ลึกซึ้ง มีลักษณะซับซ้อนมากขึ้นภายใต้บริบทที่เปลี่ยนไป การวิจัยเชิงคุณภาพจึงเป็นแนวทางหนึ่งในการตอบปัญหาการวิจัยระบบสุขภาพชุมชนที่มีความสำคัญ และจำเป็นมากขึ้น งานวิจัยเชิงคุณภาพดำเนินการภายใต้กระบวนการที่ต่างจากงานวิจัยเชิงปริมาณที่ดำเนินการภายใต้กระบวนการที่แน่นอน งานวิจัยเชิงคุณภาพมีเป้าหมายเพื่อทราบกระบวนการต่าง ๆ ในชุมชน หรือสังคมจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างมนุษย์กับสังคม หรือชุมชนตามสภาพจริง งานศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพในการวิจัยระบบสุขภาพชุมชนจึงมุ่งเน้นการสังเกตพฤติกรรมของผู้มีส่วนร่วมวิจัยเพื่อตอบคำถามปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น ถ้ามองถึงสาเหตุ หรือกระบวนการที่เกิดขึ้น มโนทัศน์ในการดำเนินการวิจัยควรมีความยืดหยุ่นตามสถานการณ์ อาศัยผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นเครื่องมือวิจัยสำคัญด้วยมุมมองจากภายในในการเก็บรวบรวมข้อมูล และวิเคราะห์ข้อมูล จึงควรใช้การสังเกต การสัมภาษณ์เชิงลึกด้วยคำถามปลายเปิด ซึ่งต่างจากการวิจัยเชิงปริมาณที่มักตอบคำถามวิจัยด้วยคำถามปลายปิด นอกจากนี้งานวิจัยเชิงคุณภาพยังแสดงหลักฐาน และตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลด้วยวิธีการที่ต่างไปจากงานวิจัยเชิงปริมาณ ดังนั้น หากผู้วิจัยประสงค์จะดำเนินการการวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้วิจัย

จำเป็นต้องตรวจสอบกระบวนการทัศน์ และปรับมโนทัศน์ของตนให้ถูกต้องเพื่อให้การวิจัยนั้นบรรลุเป้าหมายและวัตถุประสงค์การวิจัยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

### เอกสารอ้างอิง

- โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณะ. (2550). **สุขภาพองค์รวมกับวิถีชุมชน**. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- ชาย โพธิ์ธิดา. (2559). **ศาสตร์และศิลป์แห่งการวิจัยเชิงคุณภาพ**. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้ง.
- ทัศนีย์ ญาณะ และ รัตนศิริ ศิระพานิชย์กุล. (2558). **“สู่ชุมชน สุขภาพดี” คู่มือการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนด้วยกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่**. นนทบุรี: สถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน.
- สถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน. (2556). **คู่มือการจัดการสุขภาพชุมชน (มาปลูกต้นสุขให้เต็มแผ่นดิน)**. นนทบุรี: สถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน (สพช.).
- สุภางค์ จันทวานิช. (2557). **การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยเชิงคุณภาพ**. พิมพ์ครั้งที่ 11. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- \_\_\_\_\_. (2559). **วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ**. พิมพ์ครั้งที่ 23. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เอกชัย รุจิภมลพงศ์ และ พงษ์เสฐียร เหลืองอลงกต. (2561). **คุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรคณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชพฤกษ์, ปีที่ 4, ฉบับที่ 2 (มิถุนายน – กันยายน 2561), 161-177. ค้นเมื่อ 29 ตุลาคม 2561, จาก <https://www.tci-thaijo.org/index.php/rpu/article/view/144260/106727>**
- Daly, K.J. (2007). **Qualitative Methods for Family Studies and Human Development**. CA: Sage.
- Health Systems Research Institute. (2013). **Community Health System Management Manual (Let's Plant Happy Trees for country)**. Nonthaburi: Community Helath Systems Research and Development Institute. (in Thai)
- Jantawanich, S. (2014). **Data Analysis in Qualitative Research**. 11<sup>th</sup> ed. Bangkok: Chulalongkorn University Publisher. (in Thai)
- \_\_\_\_\_. (2016). **Qualitative Research Methodology**. 23<sup>th</sup> ed.. Bangkok: Chulalongkorn University Publisher. (in Thai)

- Juengsatienup, K. et al. (2017). **Holistic Health and Community Way**. Nonthaburi: Health Systems Research Institute. (in Thai)
- Krippendorff, K. (2013). **Content Analysis: An Introduction to Its Methodology** (3<sup>rd</sup> ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Maxwell, J. A. (2010). **Qualitative research design: An interactive approach** (3<sup>rd</sup> ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Photisita, C. (2016). **Science and Art in Qualitative Research**. 7<sup>th</sup> ed. Bangkok: Amarin Printing. (in Thai)
- Punch, K.F. (2006). **Introduction to Social Research Quantitative & Qualitative Approaches**. CA: Sage.
- Richards, L., Morse, J.M. (2013). **Read Me First for A User's Guide to Qualitative Methods**. 3<sup>rd</sup> ed. CA: Sage.
- Riis, O. & Woodhead, L. (2010). **A Sociology of Religious Emotion**. Oxford: Oxford University Press.
- Rujikamolphonng, E., & Luangalongkot, P. (2018). *Quality of Work Life of Personnel at the Faculty of Humanities and Social Sciences, Burapha University*. **Journal of Humanities and Social Sciences, Rajapruk University**, 4(2), 161-177. Retrieved on October 29<sup>th</sup>, 2018, from <https://www.tci-thaijo.org/index.php/rpu/article/view/144260/106727>. (in Thai)
- Teddlie, C., & Tashakkori, A. (2009). **Foundation of Mixed Methods Research: Integrating Quantitative and Qualitative Researches in Social and Behavioral Sciences**. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Yana, T., Sirapanichkul. (2013). **"Way to Good Community Health" Systematic Development by Universal Coverage in Local Area Manual**. Nontburi: Community Helath Systems Research and Development Institute. (in Thai)
- Yin, R.K. (2014). **Case Study Research Design and Methods**. 5<sup>th</sup> ed. CA: Sage.