อภินันทนาการ

สำนักหอสมุด

รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์

การศึกษาประสบการณ์การใช้บริการระดับปฐมภูมิโดยวิธีการสนทนากลุ่ม

วุฒิชัย จริยา
นิทรา กิจธีระวุฒิวงษ์
ภิรมย์ อ่ำเทศ

สำนักหอสมุด มหาวิทยาลัยนเรศวร
วันลงทะเบียน - 1 SEP 2011
เลขทะเบียน 15629084 ce
เลขเรียกหนังสือ 3 RA
W27
.9
I665
2551

พฤศจิกายน 2551
สนับสนุนโดยกองทุนวิจัยคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาประสบการณ์การใช้บริการระดับปฐมภูมิโดยวิธีการสนทนากลุ่ม สำเร็จลุล่วงด้วยดีอันเนื่องมาจากการสนับสนุนทุนวิจัยจากคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ที่สนับสนุนในการทำการศึกษาวิจัยครั้งนี้

ขอขอบคุณกลุ่มตัวแทนประชาชนในพื้นที่ตำบลท่าทอง อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก ที่ได้เสียสละเวลาให้ข้อมูลที่มีค่ายิ่งเพื่อเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาศูนย์สุขภาพชุมชน

ผู้มีส่วนสำคัญที่ทำให้การศึกษาวิจัยครั้งนี้สำรวจลุล่วงโดยสมบูรณ์ คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลท่าทอง อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก ที่อนุญาตและอำนวยความสะดวกในการดำเนินการวิจัยอย่างดียิ่ง จึงขอขอบคุณไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบคุณผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในความสำเร็จครั้งนี้ ที่มิได้กล่าวนามทุกท่าน คุณค่าและประโยชน์ใดที่เกิดขึ้นจากวิจัยฉบับนี้ เป็นเพราะผู้มีพระคุณทุก ๆ ท่านและผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยดังกล่าวข้างต้น

วุฒิชัย จริยา และคณะ

ชื่อเรื่อง การศึกษาประสบการณ์การใช้บริการระดับปฐมภูมิโดยวิธีการสนทนากลุ่ม

ผู้วิจัย 1. นายวุฒิชัย จริยา
2. นางนิทรา กิจธีระวุฒิวงษ์
3. นางภิรมย์ อ่ำเทศ

คำสำคัญ ประสบการณ์การใช้บริการ, บริการระดับปฐมภูมิ, การสนทนากลุ่ม

บทคัดย่อ

การเข้าใจประสบการณ์การใช้บริการของผู้รับบริการมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งที่จะพัฒนาคุณภาพบริการ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ที่จะประเมินประสบการณ์ของผู้รับบริการเพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปพัฒนาคุณภาพบริการ โดยรวมประสบการณ์การใช้บริการของผู้รับบริการไว้ในการจัดการบริการสุขภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิ

การศึกษานี้ใช้วิธีการสนทนากลุ่มในการประเมินความเห็นของผู้ใช้บริการ สุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ได้ผู้มีส่วนร่วมในการศึกษา จำนวน 38 คน ประกอบด้วยกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ กลุ่มมารดา กลุ่มวัยผู้ใหญ่ที่มีอายุระหว่าง 20-59 ปี กลุ่มผู้สูงอายุ และกลุ่มผู้นำชุมชน เครื่องมือที่ใช้คือ แบบสอบถามกึ่งโครงสร้าง มีการบันทึกเทปและถอดเทปตรงตามคำพูด ข้อมูลถูกนำมาสร้างรหัสและวิเคราะห์ข้อมูลแบบแยกประเด็น

ผลการศึกษาพบว่า ภาพรวมทุกกลุ่มมีประสบการณ์ในการใช้บริการระดับปฐมภูมิอยู่ในระดับปานกลางถึงดี ในประเด็น 1) การสื่อสารและการให้ข้อมูล 2) ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการ 3) ความสามารถทางด้านการรักษา 4) การเปลี่ยนแปลงขององค์การ และ 5) ลักษณะทางกายภาพของสถานบริการ อยู่ในระดับดี แต่ประเด็นที่ 6) ด้านการมีส่วนร่วม อยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้ผู้รับบริการสามารถตัดสินใจร่วมกันในการกำหนดการดูแลรักษาร่วมกับผู้ให้บริการได้ ผู้รับบริการยินดีให้ความร่วมมือในงานกิจกรรมของชุมชน และต้องการให้ผู้ให้บริการเข้ามามีบทบาทเป็นผู้ให้ความช่วยเหลือสนับสนุนกิจกรรมที่จัดโดยชุมชน นอกจากนี้คณะทำงานพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ควรนำข้อมูลที่ได้ไปพัฒนาคุณภาพ ตามข้อเสนอแนะของทุกกลุ่ม

การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ผู้ให้บริการควรที่จะสนทนากับผู้รับบริการและชุมชน **เพื่อที่จะหาข้อมูลเกี่ยวกับความจำเป็นทางสุขภาพและความต้องการของผู้รับบริการ สำหรับบทบาทการมีส่วนร่วม ควรมีการพัฒนาร่วมกันระหว่างผู้ให้บริการ ผู้รับบริการ และชุมชน ผลการศึกษาจากการสนทนากลุ่มสามารถสร้างหลักฐานเชิงประจักษ์ในสิ่งที่จำเป็นต้องปรับปรุงเพื่อบรรลุคุณภาพบริการสุขภาพ**

Title Assessment of Clients' Experience of Primary Care Services Using a Focus Group Study

Author 1.Wutthichai Jariya

2. Nithra Kitreerawutiwong

3. Phirom Amthes

Keywords Clients' experience, Primary care services, Focus group study

ABSTRACT

Understanding clients' experiences is critical to improve quality of health care services. The study aimed to assess the clients' experiences in order to apply the findings to improve quality of health care services by incorporate clients' experiences in the management of health services of primary care facility.

A focus group study was designed to understand clients' perspectives. Thirty-eight participants were purposively selected in five focus group discussions including pregnant women, mother, adult aged 20-59 years, elderly and community representative. Semi-structures questions were used. The focus group discussions were audio-taped and transcribed verbatim. Data was then coded and a thematic analysis was carried out.

The result revealed that the overall experiences were fair to good in 1) communication and information, 2) interpersonal relationship between providers and clients, 3) medical competency, 4) health care organization and 5) physical environment were good. However theme 6) partnership was fair, clients able to jointly make decision in medical and caring with providers, clients please to corporate in community activity and would like the supporting from providers to facilitate in community activity. Moreover, continuous quality improvement team should be utilized the findings and suggestions from all participants to improve quality of health care services.

In the context of continuous quality improvement, providers should dialogue with clients and community regarding to needs and expectations. The role of partnership should be mutually developed among providers, clients and community. The results from focus group can be made evidently on the aspects that need to be improved to achieve quality of health care services.

สารบัญ

บทที่	หน้า
1 บทนำ	1
ความเป็นมาของปัญหา	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	4
คำถามการวิจัย	5
ขอบเขตการวิจัย	
นิยามศัพท์	5
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	5
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	6
ความพึงพอใจของผู้รับบริการ	6
ความคาดหวังของผู้รับบริการ	11
การบริการ	16
การบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ	23
การวิจัยแบบสนทนากลุ่ม (Focus Group Research)	27
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	43
กรอบแนวคิดในการวิจัย	44
3 วิธีดำเนินการวิจัย	47
สถานที่ศึกษา การคัดเลือกผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มและเตรียมความพร้อมในการสนทนากลุ่ม	47
การเตรียมความพร้อมของผู้วิจัย	49
การเก็บรวบรวมข้อมูล	49
การศึกษานำร่อง	55
ข้อมูลทั่วไปของผู้มีส่วนร่วมวิจัย	56
การวิเคราะห์ข้อมูล	59

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
4 ผลการวิจัย	61
การรับบริการของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย	62
ประสบการณ์ใช้บริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชน	62
ข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุงคุณภาพบริการ	66
5 บทสรุป	67
อภิปรายผล	67
บรรณานุกรม	70
ภาคผนวก	80
ข้อมูลสำหรับผู้เข้าส่วนร่วมในการวิจัย	81
ใบยินยอมของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย	84

สารบัญตาราง

ตาราง หน้า

1 คำถามหลักที่ใช้ในการสนทนากลุ่ม..... 51
2 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มผู้ใหญ่..... 56
3 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มผู้สูงอายุ..... 57
4 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มหญิงตั้งครรภ์..... 57
5 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มมารดา..... 58
6 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มผู้นำชุมชน..... 58

สารบัญภาพ

ภาพ หน้า

1 การสร้างแนวคำถามการสนทนากลุ่ม..... 31
2 รูปแบบการประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการในการดูแลสุขภาพ..... 46
ระดับปฐมภูมิ.....
3 การจัดวางตำแหน่งการนั่งในการสนทนากลุ่ม (Setting)..... 54

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาของปัญหา

ในช่วงระยะเวลากว่า 20 ปี ประสบการณ์ของผู้รับบริการในการรับบริการสุขภาพระดับบริการปฐมภูมิ ได้รับความสนใจมากยิ่งขึ้น (Larsson, Wilde and Uden, 1996) การเข้าใจความต้องการ ความคาดหวัง และการรับรู้ของผู้รับบริการเป็นสิ่งจำเป็นของผู้ให้บริการที่จะพัฒนาสุขภาพของผู้รับบริการ(Polluste, Kalda and Lember, 2000) ผลของความคาดหวังกับสิ่งที่ได้รับการตอบสนองจากบริการสามารถประเมินได้จากความพึงพอใจที่มีต่อสิ่งที่ได้รับ (Erickson, 1995) ความพึงพอใจของผู้รับบริการเป็นสิ่งที่ถูกขับเคลื่อนโดยความต้องการของผู้บริโภคต่อคุณภาพและความรับผิดชอบของการบริการสุขภาพ (O'Connell et al, 1999; Oermann et al, 2002) มากยิ่งไปกว่านั้น ความพึงพอใจของผู้รับบริการเป็นตัวชี้วัดที่สำคัญของคุณภาพการดูแล, (Johansson, Oleni and Fridlund, 2002) การปกป้องสิทธิของผู้ป่วย, (Vouri, 1991) และเป็นการกระตุ้นการมีส่วนร่วมของประชาชนในการประเมินระบบบริการสุขภาพ (Fitzaapatrick and White, 1997)

ความพึงพอใจเป็นการประเมินด้วยความรู้สึกส่วนตัวของผู้รับบริการโดยอาศัยกลไกการรับรู้และอารมณ์ (Erickson, 1995) เมื่อการบริการถึงจุดที่ต้องการหรือเกินกว่าที่ต้องการของผู้รับบริการหรือความคาดหวังของรับบริการ รับบริการก็จะรู้สึกถึงความพึงพอใจ โดยที่ประโยชน์ของความพึงพอใจต่อการดูแลที่ผู้รับบริการได้รับมีดังนี้ (ก) สามารถเป็นตัวทำนายถึงพฤติกรรมสุขภาพที่ผู้รับบริการจะกลับมารับบริการเพื่อรับการรักษาต่อรวมทั้งการแนะนำต่อผู้อื่นให้มารับบริการ (Ware et al, 1978) (ข) การรับรู้ต่อคุณภาพการดูแลจะอยู่ในระดับสูง (ค) ผู้รับบริการมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้ให้บริการ และ (ง) ผู้รับบริการรู้สึกเข้าถึงการดูแลอย่างเพียงพอ (Goldfield, 1996; Bell, Krivich and Boyd, 1997)

วิธีที่นิยมใช้ในการกำหนดระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อการบริการที่ได้รับ คือวิธีการสำรวจความพึงพอใจ (Williams et al, 1998; Turris, 2005) วิธีการสำรวจความพึงพอใจมักจะใช้แบบสอบถามที่ให้ผู้รับบริการตอบในรูปของระดับความพึงพอใจของลิเคอร์ท (a 5-point Likert scale) ซึ่งมี 5 ระดับจากเห็นด้วยมากที่สุดจนถึงไม่เห็นด้วยมากที่สุด หลังจากนั้น รวมคะแนนจากข้อคำถามทั้งหมดในการวิเคราะห์ข้อมูล โดยที่คำถามจะประกอบไปด้วย: ภาพลักษณ์ของผู้ให้บริการ, การดูแลทางการแพทย์, สิ่งอำนวยความสะดวก, ความสามารถในการเข้าถึงบริการ และความสามารถในการให้บริการ (Baber, 1990; Poulton, 1996) ข้อได้เปรียบของการเก็บข้อมูลโดยวิธีการสำรวจคือ เป็นวิธีที่ประหยัด, ง่ายต่อการใช้, และสามารถนำไปใช้ได้จริง แต่ผลของการใช้วิธีการสำรวจมักจะไม่สามารถให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในทางปฏิบัติต่อการพัฒนารูปแบบการบริการ (Williams, Coyle and Healy, 1998) ซึ่งเหตุผลหนึ่งของความล้มเหลวของการใช้วิธีการสำรวจ คือ ระดับของความพึงพอใจของผู้ป่วยถูกประเมินโดยคำถามปลายปิดอันจำกัดการได้มาซึ่งข้อมูลที่จะนำไปใช้ในการพัฒนาระบบบริการ: ผลของการสำรวจไม่สามารถแยกแยะได้ว่าในส่วนใดที่ผู้ให้บริการความจะมีการปรับปรุง(Williams et al, 1998) ในประเด็นที่สอง คือ แบบสำรวจปลายปิดอาจจะมีกรอบที่แคบเกินไปต่อการตอบสนองที่สามารถเป็นไปได้และอาจจะก่อนให้เกิดผลของความพอใจเกินคาด (Batchelor et al, 1994) ประเด็นที่สาม คือ แบบสำรวจที่ถูกสร้างขึ้นนั้นจะเป็นอุปสรรคต่อผู้รับบริการที่ไม่สามารถอ่านหนังสือได้ซึ่งส่งผลให้ไม่ได้ข้อมูลจากผู้รับบริการกลุ่มนี้ ทั้งยังทำให้เกิดการแบ่งแยกชนชั้นอีกด้วย (McIver, 1991) และประเด็นสุดท้าย การประเมินความพึงพอใจโดยใช้แบบสอบถามจะเป็นการประเมินเชิงรับ ผู้รับบริการถูกจำกัดจากการที่ต้องตอบตามแบบที่กำหนดไว้ (Fitzaapatrick and White, 1997) และข้อคำถามที่ถูกกำหนดไว้ให้ความสำคัญค่อนข้างน้อยกับคุณค่าของผู้รับบริการและความเชื่อของเขา (Concato and Feinstein, 1997).

นอกจากนี้ Avis et al (1995) ได้กล่าวไว้ว่ารูปแบบมาตรฐานของแบบสำรวจมักจะรายงานผลว่ามีความพอใจต่อการให้บริการ 75-90% และตัวแปรที่สามารถชี้วัดได้บ้างถึงการตอบรับ ส่วนการศึกษาของ Williams et al (1998) และ O'Connell et al (1999) ทำการศึกษาโดยใช้สองวิธี คือ โดยการใช้แบบสอบถามแล้วมีการสัมภาษณ์ ซึ่งผลการศึกษาพบว่าถึงแม้ว่าผู้ตอบแบบสอบถามจะระบุในแบบสำรวจว่าพวกเขารู้สึก "พอใจถึงพอใจมาก" แต่เมื่อมีการสัมภาษณ์ผลกลับออกมาว่าพวกเขา"ไม่มีความพอใจ"

การบริการระดับปฐมภูมิมีความแตกต่างจากการบริการในระดับระดับทุติยภูมิ และระดับตติยภูมิอยู่หลายลักษณะ ในระดับปฐมภูมิจะมีการจัดการกับปัญหาทั่วไปและเป็นปัญหาที่ไม่รุนแรงซึ่งจะพบได้ทั่วไปในหมู่บ้าน เช่น ที่ทำงาน ศูนย์บริการสุขภาพ โรงเรียน และ ที่บ้าน โดยที่ผู้รับบริการจะมีวิธีการประเมินโดยตรงถึงระดับความเหมาะสมของการดูแลซึ่งมีการดูแลแบบต่อเนื่องในหลากหลายปัญหารวมทั้งความจำเป็นต่อบริการด้านการป้องกันโรค (Starfied, 1998) การบริการปฐมภูมิมีความเกี่ยวข้องกับปัจเจกบุคคล, ครอบครัว, และชุมชน

การศึกษานี้จะใช้คำว่าผู้รับบริการแทนคำว่าผู้ป่วย เนื่องกิจกรรมของบริการระดับปฐมภูมิจะเกี่ยวข้องทั้งในสถานบริการและชุมชน บริการระดับปฐมภูมิไม่เพียงแต่ให้บริการตรวจรักษาโรคเบื้องต้นแก่ผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังให้บริการป้องกันโรคและบริการส่งเสริมสุขภาพในคนปกติด้วย เช่น การให้ภูมิคุ้มกันโรค การวางแผนครอบครัว การฝากครรภ์ และบริการสาธารณสุขในชุมชน เช่น การเยี่ยมบ้าน อนามัยโรงเรียน และบริการป้องกันโรคในชุมชน

หลังจากที่รัฐบาลไทยได้ออกนโยบายโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าโดยมีการเน้นและให้ความสำคัญกับบริการปฐมภูมิซึ่งเป็นเสมือนด่านแรกของการปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการด้านสุขภาพกับผู้รับบริการ (Jongudomsuk, 2005) มีการบริการทางการแพทย์ของโรงพยาบาลได้มีการจัดให้บริการในระดับปฐมภูมิ เช่น การรักษาและการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (เบาหวาน, ความดันโลหิตสูง และโรคหลอดเลือดสมอง) ในชุมชน นอกจากนี้การประกันถึงความพึงพอใจของผู้รับบริการมีความสำคัญเพิ่มมากขึ้น ต่อระบบการดูแลในระดับปฐมภูมิเพราะว่าการบริการปฐมภูมิมีลักษณะเฉพาะแม็คไอเวอร์ (1993) กล่าวว่า "เป็นไปไม่ได้ที่จะจัดบริการในชุมชนให้เหมาะสมกับความจำเป็นทางสุขภาพและให้บริการตามสิ่งที่ควรจะเป็น โดยไม่ใช้ข้อมูลเชิงคุณภาพมาจัดการ" ดังนั้นการศึกษาเชิงคุณภาพจะเป็นวิธีการที่เหมาะสมสำหรับการเข้าใจบริบทของบริการระดับปฐมภูมิที่ไม่คงที่และซับซ้อน

ผลตอบรับที่น่าเชื่อถือเกี่ยวกับการความพึงพอใจของผู้รับบริการในบริการระดับปฐมภูมิมีประโยชน์อย่างมากต่อผู้ให้บริการในการพัฒนาการบริการของพวกเขา สำหรับวิธีการที่จะใช้สำรวจให้ได้มาซึ่งข้อมูลนั้นสามารถใช้วิธีการสนทนากลุ่ม, (McIver, 1991) การสัมภาษณ์แบบไม่มีโครงสร้าง, (Martin, 1986) และการสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง (McDonald, A., Langford, I. H., 2000) คณะกรรมการการประกันคุณภาพขององค์การบริการสุขภาพได้แนะนำว่าวิธีการสนทนากลุ่มเป็นวิธีที่มีประโยชน์ในการติดตามระบบบริการที่มีอยู่ ซึ่งได้สอดคล้องกับกรมสุขภาพ (1996) ได้แนะนำไว้

เช่นกันถึงวิธีการสนทนากลุ่มนั้นสามารถใช้รวบรวมข้อมูลความพึงพอใจของผู้ป่วยในทางปฏิบัติทั่วไป ซึ่งจะสังเกตเห็นการปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้สนทนากลุ่มในการอภิปรายกัน

ศูนย์สุขภาพชุมชนแห่งหนึ่งในอำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก ซึ่งมีอัตราการใช้บริการ 62,767 ครั้ง ในปี 2547-2549 ความพึงพอใจในปี 2547-2549 ได้รายงานว่ามีความพึงพอใจ ร้อยละ 88 -95 ซึ่งเป็นระดับความพึงพอใจในระดับสูงมาก (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก, 2007) แม้ว่าส่วนสุดท้ายของแบบสอบถามจะมีข้อคำถามปลายเปิด พบว่ามีเพียง ร้อยละ 14 ที่แสดงความคิดเห็น แต่อย่างไรก็ตาม ผู้ให้บริการยังขาดข้อมูลในเรื่องของการบริการในจุดที่จะต้องมีการปรับปรุงอันเนื่องมาจากข้อจำกัดของแบบสอบถาม นอกจากนี้ผู้ให้บริการมีความต้องการที่สร้างโปรแกรมการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องต่อระบบบริการของพวกเขา เพื่อเป็นการขยายองค์ความรู้ เนื่องจาก วิธีการสนทนากลุ่มยังมีการใช้กันอย่างจำกัดในการประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยในการบริการระดับปฐมภูมิ ดังนั้นการประยุกต์ใช้การสนทนากลุ่มในการประเมินประสบการณ์ของผู้รับบริการในการใช้บริการระดับปฐมภูมิจำเป็นที่จะต้องศึกษาเพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลที่จะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาคุณภาพการบริการ

จุดมุ่งหมายของการวิจัย

1. เพื่อประเมินประสบการณ์การใช้บริการของผู้รับบริการในระดับปฐมภูมิที่ได้รับจากศูนย์สุขภาพชุมชนแห่งหนึ่งในอำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก
2. เพื่อค้นหาประเด็นที่ต้องพัฒนาของในการให้บริการของศูนย์สุขภาพชุมชนแห่งหนึ่งในอำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก

คำถามงานวิจัย

1. ประสบการณ์การใช้บริการของผู้รับบริการในระดับปฐมภูมิที่ได้รับจากแห่งหนึ่งในอำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก เป็นอย่างไร
2. ประเด็นการพัฒนาระบบของศูนย์สุขภาพชุมชนแห่งหนึ่งในอำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก มีอะไรบ้าง

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive study) รวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการสนทนากลุ่ม (Focus group study) เพื่อประเมินประสบการณ์การใช้บริการของผู้รับบริการในระดับปฐมภูมิที่ได้รับจากศูนย์สุขภาพชุมชนแห่งหนึ่งในอำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก และค้นหาประเด็นที่ต้องมีการพัฒนาของระบบการให้บริการของศูนย์สุขภาพชุมชน กลุ่มตัวอย่าง คือ กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ กลุ่มมารดา กลุ่มวัยผู้ใหญ่ที่มีอายุระหว่าง 20-59 ปี กลุ่มผู้สูงอายุ และกลุ่มผู้นำชุมชน ในพื้นที่รับผิดชอบของศูนย์สุขภาพชุมชน ที่ยินยอมเข้าร่วมในการศึกษา ระยะเวลาของการศึกษาครั้งนี้ ตั้งแต่วันที่ 7 เดือนพฤศจิกายน 2550 ถึง วันที่ 7 เดือนพฤศจิกายน 2551

คำนิยามศัพท์

1. **ประสบการณ์การใช้บริการ** หมายถึง การประเมินส่วนบุคคลของผู้รับบริการในเรื่องความรับรู้และอารมณ์ที่เป็นผลมาจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างความคาดหวังและการตอบสนองต่อการได้รับบริการจากการบริการปฐมภูมิ ซึ่งมีหมายถึงความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับ

2. **ความคาดหวัง** หมายถึง ความต้องการของผู้รับบริการก่อนที่จะรับบริการเพื่อตอบสนองความหวังของผู้รับบริการซึ่งจะได้รับการช่วยเหลือจากผู้ให้บริการของระบบบริการปฐมภูมิ

3. **การรับรู้ต่อการบริการปฐมภูมิ** หมายถึง การบริการปฐมภูมิที่ผู้รับบริการได้รับจากผู้ให้บริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิ

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. สามารถใช้เป็นข้อมูลในการกำหนดประเด็นที่ศูนย์สุขภาพชุมชนแห่งหนึ่ง ในอำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก

2. สามารถใช้เป็นข้อมูลในการสร้างแผนการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องเพื่อให้บรรลุความต้องการของผู้ใช้บริการของศูนย์สุขภาพชุมชน

บทที่ 2

ทบทวนวรรณกรรม

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาประสบการณ์การใช้บริการระดับปฐมภูมิของผู้รับบริการ โดยวิธีการสนทนากลุ่ม ซึ่งผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ดังต่อไปนี้

1. ความพึงพอใจของผู้รับบริการ
2. ความคาดหวังของผู้รับบริการ
3. การบริการ
4. การบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ
5. การวิจัยแบบสนทนากลุ่ม (Focus Group Research)
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องที่ศึกษาโดยวิธีเชิงคุณภาพเพื่อประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการ

1. ความพึงพอใจของผู้รับบริการ

1.1 แนวคิดความพึงพอใจของผู้รับบริการ

การศึกษาเกี่ยวกับความพึงพอใจ (Satisfaction) ได้ถูกศึกษามาตั้งแต่ช่วงก่อนสงครามโลกครั้งที่ 1 โดยเกิดขึ้นในอังกฤษ ยุโรป รวมทั้งในสหรัฐอเมริกา โดยหัวข้อเรื่องที่สำคัญที่มักถูกศึกษาได้แก่ การมุ่งตอบคำถามที่ว่า ทำอย่างไรจึงจะเอาชนะความจำเจและความน่าเบื่อหน่ายของหน่วยงานและในช่วงตอนทศวรรษที่ 1920 ก็มีการเสนอแนะเกี่ยวกับการสร้างความพึงพอใจโดยการจ่ายอัตราค่าจ้างการทำงานเป็นรายชิ้น การมีช่วงเวลาในการพักจากการทำงาน การทำให้งานมีความแตกต่างหลากหลายกันออกไป เป็นต้น

นับตั้งแต่นั้นเป็นต้นมา การศึกษาเกี่ยวกับความพึงพอใจที่ได้รับความสนใจเพิ่มมากขึ้นจนถึงปัจจุบัน ซึ่งจากการสำรวจแนวคิดเกี่ยวกับ "ความพึงพอใจ" ของสจ๊วด ออสแคมป์ (Stuart Oskamps) พบว่า ความพึงพอใจมีความหมายอยู่ 3 นัย คือ

1. ความพึงพอใจ หมายถึง สภาพการที่ผลการปฏิบัติจริงได้เป็นไปตามที่บุคคลได้คาดหวังไว้
2. ความพึงพอใจ หมายถึง ระดับของความสำเร็จที่เป็นไปตามความต้องการ
3. ความพึงพอใจ หมายถึง การที่งานได้เป็นไปตามหรือตอบสนองต่อคุณค่าของบุคคล

จากบทความทั้ง 3 นัย ดังกล่าว ออสแคมป์ เห็นว่าได้นำไปสู่การพัฒนาทฤษฎีว่าด้วยความพึงพอใจต่องาน 3 ทฤษฎีที่สำคัญ คือ ตามความหมายนัยแรก อยู่ในกลุ่มทฤษฎีความคาด (Expectancy Theories) ตามความหมายที่สองอยู่ในกลุ่มทฤษฎีความต้องการ (Need's Theories) และตามความหมายนัยที่สามจัดอยู่ในกลุ่มทฤษฎีคุณค่า (Value Theories)

1.2 **ความหมายของความพึงพอใจ** มีนักวิชาการได้ให้ความหมายไว้หลายประการ ดังนี้

นรินทร์ กมลทิพย์ (2548 , หน้า 54) ได้กล่าวถึงความพึงพอใจว่า หมายถึง สภาพคุณภาพหรือระดับความพึงพอใจซึ่งเป็นผลมาจากความสนใจต่าง ๆ และทัศนคติที่บุคคลมีต่อสิ่งที่ทำอยู่

กฤษดา ณรงฤทธิ์ (2540 , หน้า 38) ได้ให้ความหมายตามแนวคิดของ โพเวล (Powell) ไว้ว่า ความพึงพอใจ หมายถึง ความสุขที่เกิดจากการปรับตัวของบุคคลต่อสิ่งแวดล้อมได้เป็นอย่างดีและเกิดความสมดุลระหว่างความต้องการของบุคคลและการได้รับการตอบสนอง

กฤษดา ณรงฤทธิ์ (2540 , หน้า 39) ได้ให้ความหมายของความพึงพอใจว่า หมายถึง แรงจูงใจของมนุษย์ซึ่งตั้งอยู่บนความต้องการขั้นพื้นฐาน และจะมีความสุขเมื่อได้รับผลสำเร็จตามจุดมุ่งหมาย (goal) ความต้องการ (need) หรือแรงจูงใจ (motivation)

มัตติกา ผลชีวิน (2548 , หน้า 57) ได้กล่าวถึงความพึงพอใจว่า หมายถึง สภาวะที่จิตปราศจากความเครียด ทั้งนี้เพราะธรรมชาติของมนุษย์มีความต้องการ ถ้าความต้องการนั้นได้รับการตอบสนองทั้งหมดหรือบางส่วน ความเครียดก็จะน้อยลง ความพึงพอใจก็จะเกิดขึ้นและในทางกลับกัน ถ้าความต้องการนั้นไม่ได้รับการตอบสนอง ความเครียดและความไม่พึงพอใจก็จะเกิดขึ้น

กิติมา ปรีดีดิลก (2529 , หน้า 321 – 322) ได้กล่าวถึงความพึงพอใจว่า หมายถึง ความรู้สึกชอบหรือพอใจที่มีต่อองค์ประกอบหรือสิ่งจูงใจในด้านต่าง ๆ ของงานและเขาได้รับการตอบสนองความต้องการที่เหมาะสม

สุชิน หมอนทอง (2543 , หน้า 9 – 10) ได้กล่าวถึง ความพึงพอใจ เป็นความรู้สึกตอบสนองของมนุษย์ คือ ความรู้สึกในทางเชิงบวกและทางลบ ความรู้สึกเมื่อเกิดขึ้นแล้วจะทำให้เกิดความสุข ความสุขนี้เป็นความรู้ซึ่งเกิดแตกต่างจากความรู้สึกทางบวกอื่น ๆ กล่าวคือเป็นความรู้สึกที่มีระบบย้อนกลับ ความสุขสามารถทำให้เกิดความสุข หรือความรู้สึกทางบวกเพิ่มได้อีก ดังนั้นจะเห็นได้ว่าความสุขเป็นความรู้สึกที่มีความสลับซับซ้อนและความสุขนี้จะมีผลต่อบุคคลมากกว่าความรู้สึกทางบวกอื่น ๆ

ศิริวรรณ เสรีรัตน์และคณะ (2541 , หน้า 337) ได้กล่าวว่า ความพึงพอใจ (satistaction)เป็นความรู้สึกหลังการซื้อ หรือรับบริการของบุคคล ซึ่งเป็นผลมาจากการเปรียบเทียบระห่างการรับรู้ต่อการปฏิบัติงานของผู้ที่ให้บริการหรือประสิทธิภาพของตัวสินค้า (perceived performance) กับการให้บริการที่ผู้รับบริการคาดหวัง (expected performance) โดยผลที่ได้รับจากสินค้าหรือบริการ (product performance) จะต่ำกว่าความคาดหวังของลูกค้าซึ่งทำให้ลูกค้ามีความรู้สึกที่ไม่พึงพอใจ (dissatisfied customer) แต่ถ้าระดับของผลที่ได้รับจากสินค้า หรือบริการตรงกับความคาดหวังของลูกค้า ก็จะทำให้ลูกค้าเกิดความพึงพอใจ และถ้าผลที่ได้รับจากสินค้าหรือบริการสูงกว่าความคาดหวังของลูกค้าตั้งไว้ก็จะทำให้ลูกค้าเกิดความประทับใจ (delighted customer) ผู้ให้บริการจะต้องทำให้ผลิตภัณฑ์แตกต่างจากคู่แข่งขัน สิ่งสำคัญสิ่งหนึ่งในการสร้างความแตกต่างของธุรกิจการให้บริการ คือ การรักษาระดับการให้บริการที่เหนือกว่าคู่แข่งขัน โดยเสนอคุณภาพการให้บริการตามที่ลูกค้าได้คาดหวังไว้

พิมผกา บุญพา (2547 , หน้า 36 – 37) ได้รวมความหมายของแนวคิดเกี่ยวกับความพึงพอใจในการทำงานที่ให้ความหมายสอดคล้องกัน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. เป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้น เมื่อได้รับความสำเร็จตามความมุ่งหมายหรือหมายถึงความรู้สึกขั้นสุดท้าย (end-state in feeling) ที่เกิดขึ้นจากความสำเร็จตามวัตถุประสงค์

2. เป็นสภาพความรู้สึกของบุคคลที่มีความสุข ความอิ่มเอมใจ เมื่อต้องการหรือแรงจูงใจของตนเอง ได้รับการตอบสนอง

3. ทัศนคติและความพึงพอใจในสิ่งหนึ่ง ที่สามารถให้แทนกันได้ ซึ่งหมายถึง ผลที่ได้จากการที่บุคคลเข้าไปมีส่วนร่วมในสิ่งนั้น และทัศนคติด้านบวก จะแสดงให้เห็นถึงสภาพความพึงพอใจในสิ่งนั้น และทัศนคติด้านลบ จะแสดงให้เห็นภาพความไม่พอใจนั่นเอง

4. ความพึงพอใจเป็นแรงจูงใจของมนุษย์ที่ตั้งอยู่บนความต้องการพื้นฐาน (basic needs) มีความเกี่ยวข้องกันอย่างใกล้ชิดกับผลสัมฤทธิ์และสิ่งจูงใจ (incentive) และจะเลี่ยงสิ่งที่ไม่ต้องการ

5. เป็นคุณภาพหรือระดับของความชอบ ความพอใจ ซึ่งเป็นผลจากความสนใจต่างๆ และทัศนคติของบุคคลต่อสิ่งนั้น

6. ความพึงพอใจเป็นการให้คุณค่าทางความรู้สึกของคนเราซึ่งมักสัมพันธ์กับโลกทัศน์ ซึ่งเกี่ยวกับความหมายของสภาพแวดล้อม ซึ่งค่าความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อสภาพแวดล้อมจะแตกต่างกันเมื่อความรู้สึกดี เลว ความรู้สึกพอใจ ไม่พอใจ สนใจ ไม่สนใจ เป็นต้น

7. ความต้องการบรรลุเป้าหมาย พฤติกรรมที่แสดงออกมาก็จะมีความสุข สังเกตได้จากสายตา คำพูด และการแสดงออกด้านกายภาพ

8. ความพึงพอใจเป็นความรู้สึกของมนุษย์ที่แบ่งเป็นสองแบบ คือ ความรู้สึกในทางบวกและความรู้สึกในทางลบ ความรู้สึกในทางบวกเป็นความรู้สึกที่เมื่อเกิดขึ้นแล้วจะทำให้มีความสุข ความสุขนี้เป็นความรู้สึกที่แตกต่างไปจากความรู้สึกในทางบวกอื่น ๆ กล่าวคือ เป็นความรู้สึกที่มีระบบย้อนกลับสามารถทำให้เกิดความสุข หรือความรู้สึกทางบวกเพิ่มขึ้นได้อีก ดังนั้นจะเห็นได้ว่าความรู้สึกทางบวก ความรู้สึกทางลบและความสุข มีความสัมพันธ์กันอ่างสลับซับซ้อน และระบบความสัมพันธ์ของความรู้สึกทั้งสามนี้ เรียกว่า ระบบความพึงพอใจ โดยความพึงพอใจจะเกิดขึ้นเมื่อระบบความพึงพอใจมีความรู้สึกทางบวกมากกว่าทางลบ

อเดย์ และแอนเดอร์เซน (Aday and Andersen, 1975, pp. 6 – 14 อ้างอิงจาก ปิติภรณ์ สกุลณ ดิลก, 2548, หน้า 12) นักวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์ ได้ศึกษาถึงความสำคัญของประชาชนต่อการรับบริการ และได้ชี้ถึงปัจจัยพื้นฐาน 6 ประการ ที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจของผู้รับบริการและความรู้สึกของผู้ใช้บริการมีดังนี้

1. ความพึงพอใจต่อความสะดวกที่ได้รับจากบริการ แบ่งออกเป็น 3 องค์ประกอบ ดังนี้
   1.1 การใช้เวลารอคอยในสถานบริการ
   1.2 การได้รับการดูแลเมื่อมีความต้องการ
   1.3 ความสะดวกที่ได้รับในสถานบริการ
2. ความพึงพอใจต่อการประสานบริการ แบ่งออกเป็น 3 องค์ประกอบ ดังนี้
   2.1 การได้รับบริการทุกประเภทในสถานที่หนึ่ง คือ ประชาชนสามารถขอรับบริการได้ทุกประเภทตามความต้องการในการติดต่อ ณ จุดใดจุดหนึ่ง
   2.2 เจ้าหน้าที่ให้ความสนใจ
   2.3 เจ้าหน้าที่ได้ติดตามการให้บริการ
3. ความพึงพอใจต่ออัธยาศัยความสนใจของผู้ให้บริการ ได้แก่ การแสดงอัธยาศัยท่าทางที่ดีเป็นกันเองของผู้ให้บริการ และแสดงความห่วงใยต่อประชาชน
4. ความพึงพอใจต่อข้อมูลที่ได้รับจากบริการ แบ่งออกเป็น 2 องค์ประกอบ ดังนี้
   4.1 การให้ข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องต่าง ๆ
   4.2 ข้อมูลเกี่ยวกับการให้บริการ

5. ความพึงพอใจต่อคุณภาพการบริการ ได้แก่ คุณภาพของการดูแลทั้งหมดที่ประชาชนได้รับในทัศนะที่มีต่อบริการของหน่วยงาน
6. ความพึงพอใจต่อค่าใช้จ่ายเมื่อใช้บริการ

ส่วนอดุลย์ศักดิ์ ตีระจินดา (2535 , หน้า 2) ได้กล่าวว่า สิ่งที่จะสร้างความพึงพอใจให้แก่ผู้รับบริการนั้น ได้แก่ การได้รับการต้อนรับดูแลเอาใจใส่และอำนวยความสะดวกจากเจ้าหน้าที่ของหน่วยงานต่าง ๆ ด้วยการที่มีอัธยาศัยไมตรีเป็นกันเอง เรียบร้อย รวดเร็วและมีประสิทธิภาพ สำหรับวรรณวิไล จันทราภาและพาณี สีตกะลิน (2535 , หน้า 7) ได้กล่าวถึงการสร้างความพึงพอใจว่าความพึงพอใจที่เกิดจากการจัดบริการสำหรับลูกค้านั้น มีองค์ประกอบที่การจัดการกำหนดหน้าที่รับผิดชอบของเจ้าหน้าที่จะต้องมีการกำหนดแนวทางให้เหมาะกับงานที่มีอยู่ทั้งหมดในส่วนนั้นทั้งงานด้านการบริการและงานสนับสนุนให้ข้อมูลทุกด้าน เพื่อให้งานดำเนินไปอย่างเป็นระบบและให้ทุกคนรู้จักหน้าที่ความรับผิดชอบของตน โดยการจัดการมอบหมายงานต้องคำนึงถึงคุณลักษณะงาน ปริมาณงาน ความยากง่ายของงานและความเหมาะสมกับความรู้ความสามารถของเจ้าหน้าที่แต่ละคน และมีการจัดการระบบการประสานงานอย่างเหมาะสม โดยในการจัดระบบการประสานงานจะประกอบด้วยการประสานงานระหว่างบุคคล โดยจะต้องมีการจัดระบบที่มีการกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการไว้อย่างชัดเจน

ดังนั้น จากการทบทวนหลักการ ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจ สรุปได้ว่า การสร้างความพึงพอใจให้เกิดกับผู้มารับบริการนั้นมีปัจจัยพื้นฐานซึ่งประกอบไปด้วยกัน 6 ปัจจัยพื้นฐานที่เกี่ยวข้อง คือ 1. ด้านข้อมูลข่าวสารที่ได้รับจากการให้บริการ 2. ด้านความสะดวกของสถานที่ให้บริการ 3. ด้านพนักงานผู้ให้บริการ 4. ด้านความรู้ของพนักงานผู้ให้บริการ 5. ด้านคุณภาพของงานบริการ และ 6. ครอบคลุมถึงคุณภาพในการให้บริการของหน่วยงานด้วย

1.3 การวัดระดับความพึงพอใจต่อการบริการ

ความพึงพอใจต่อการบริการที่เกิดขึ้นนั้น จะต้องพิจารณาถึงลักษณะของการให้บริการขององค์กรซึ่งขึ้นกับระดับความรู้สึกของผู้รับบริการของแต่ละบุคคล ดังนั้น การวัดความพึงพอใจต่อการบริการอาจจะกระทำได้หลายวิธี ดังต่อไปนี้ (สาโรช ไสยสมบัติ , 2534 , หน้า 39)

1. การใช้แบบสอบถาม ซึ่งเป็นวิธีการที่นิยมใช้กันอย่างแพร่หลายวิธีหนึ่งโดยการขอร้องหรือการขอความร่วมมือจากกลุ่มคณะบุคคลที่ต้องการสอบสวน แสดงความคิดเห็นลงในแบบฟอร์มที่ได้กำหนดคำตอบไว้ให้เลือกหรือเป็นคำตอบอิสระ โดยคำถามที่ถามอาจจะถามถึงความพอใจในด้าน

ต่าง ๆ ที่หน่วยงานกำลังให้บริการอยู่นั้น เช่น ลักษณะของการให้บริการ สถานที่ให้บริการ ระยะเวลาในการให้บริการ พนักงานที่ให้บริการ เป็นต้น

2. การสัมภาษณ์ เป็นอีกวิธีการหนึ่งในการที่จะได้ทราบถึงระดับความพึงพอใจของผู้มาใช้บริการ ซึ่งเป็นวิธีการที่ต้องอาศัยเทคนิคและความชำนาญพิเศษของผู้สัมภาษณ์ที่จะจูงใจให้ผู้ถูกสัมภาษณ์ตอบคำถามให้ตรงกับข้อเท็จจริง การวัดระดับความพึงพอใจโดยวิธีสัมภาษณ์นับว่าเป็นวิธีการที่ประหยัดและมีประสิทธิภาพอีกวิธีหนึ่ง

3. การสังเกต เป็นอีกวิธีหนึ่งที่จะทำให้ทราบถึงระดับความพึงพอใจของผู้มาใช้บริการได้โดยวิธีการสังเกตจากพฤติกรรม ทั้งก่อนมารับบริการ ขณะรอรับบริการ และหลังจากการได้รับบริการแล้ว เช่น การสังเกตกิริยาท่าทางการพูด สีหน้า และความถี่ของการมาขอรับบริการ เป็นต้น การวัดความพึงพอใจวิธีนี้ ผู้วัดจะต้องกระทำอย่างจริงจังและมีแบบแผนที่แน่นอนจึงจะสามารถประเมินถึงระดับความพึงพอใจของผู้มารับบริการได้อย่างถูกต้อง

จากแนวคิดการวัดระดับความพึงพอใจข้างต้น ทำให้สรุปได้ว่า การวัดความพึงพอใจนั้นสามารถทำได้หลายรูปแบบ เช่น การใช้แบบสอบถาม การสัมภาษณ์ การสังเกต ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับลักษณะของการให้บริการขององค์กรตลอดจนลักษณะของข้อมูลที่ต้องการวัดว่าต้องการข้อมูลในลักษณะใด

2. ความคาดหวังของผู้รับบริการ

2.1 ความหมายของความคาดหวัง มีนักวิชาการได้ให้ความหมายไว้หลายประการ ดังนี้

สุขเกษม ธรรมประกอบ (2536 อ้างถึงใน พจนานุกรมของเวบสเตอร์ (Webster's New World Dictionary, 1976, p 172) ว่าให้ความหมายของความคาดหวัง คือ "สิ่งที่คิดเอาไว้ล่วงหน้า เหตุผลที่คาดเอาไว้ในบางเรื่อง" ส่วนพจนานุกรมของออกซ์ฟอร์ด ได้ให้ความหมายของความคาดหวังว่า "การคอยสิ่งที่คาดหวังจะมีขึ้น สิ่งที่นอกเหนือขึ้นไป สิ่งที่คาดคิดไว้ สิ่งที่คาดว่าจะเกิดขึ้น" (สำราญ, 2546, หน้า 37)

ความคาดหวัง หมายถึง การคาดคะเนหรือมุ่งหวังของบุคคล ที่มีต่อคนอื่นในการกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งที่ตนปรารถนา โดยขึ้นอยู่กับประสบการณ์การกระทำและอนาคตเพราะพฤติกรรมของบุคคลที่แสดงออกในปัจจุบันย่อมคาดหวังผลในอนาคต (สาธิต สื่อประเสริฐสุข , 2544 , หน้า 2)

ความคาดหวัง หมายถึง การจูงใจที่อยู่ในระดับสูงขึ้นซึ่งจะเป็นผลได้ต่อเมื่อมีคุณค่าของบุคคล เครื่องมือ และความคาดหวังล้วนแต่อยู่ในระดับสูงกว่าที่เขาเคยมีอยู่ในระดับต่ำทั้งหมด (สาธิต สื่อประเสริฐสุข , 2544 , หน้า 9)

แอนดริว (Andrew อ้างถึงใน สาธิต สื่อประเสริฐสุข, 2544, หน้า 9) ได้สรุปว่า การที่คนมีพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งนั้น ถ้ากล่าวถึงสาเหตุของแต่ละบุคคลก็เพราะว่าบุคคลมีความคาดหวังเกิดขึ้น (expectation) ความคาดหวังว่าจะได้รับ สิ่งนั้น สิ่งนี้ทำให้เกิดความเครียด (tension) ความเครียดจะไปกระตุ้น (drive) ให้เกิดความต้องการ (need)

พจนานุกรมของโคลิน (Collins English Dictionary, 1997, p. 580) ได้ให้ความหมายของความคาดหวังว่าความคาดหวังเป็นสิ่งที่ได้คาดหวังเอาไว้ เป็นความเชื่อว่าสิ่งใดน่าจะเกิดขึ้นและเป็นไปตามความต้องการที่ได้คาดหวังเอาไว้

เต็มดวง เจริญสุข (2532) ได้ให้ความหมายของความคาดหวังว่า เป็นความคิด ความรู้สึก ความต้องการ หรือความมุ่งหวังของบุคคลที่มีต่อบางอย่าง ซึ่งจะเป็นบุคคล เหตุการณ์ การกระทำ ฯลฯ เป็นการคิดไว้ล่วงหน้า และความคาดหวังจะเป็นไปตามประสบการณ์ของบุคคล

พนิดา คำยู (2538) ได้ให้ความหมายของความคาดหวังว่า เป็นความต้องการ ความรู้สึกหรือความคิดอย่างมีวิจารณญาณของบุคคลในการคาดคะเน หรือคาดการณ์ล่วงหน้าถึงสิ่งใดสิ่งหนึ่งที่ดีงาม ว่าควรจะมี ควรจะเป็นหรือควรจะเกิดในอนาคตตามความเหมาะสมกับสถานการณ์และความคาดหวังที่จะถูกต้องมากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับประสบการณ์ของแต่ละบุคคล

จากแนวคิดเกี่ยวกับความหมายของความคาดหวังข้างต้นพอสรุปได้ว่า เป็นความต้องการ ความรู้สึก หรือความคิดอย่างมีวิจารณญาณของบุคคลที่คาดการณ์ล่วงหน้าถึงสิ่งหนึ่งสิ่งใดว่าควรจะมี ควรจะเป็น หรือควรจะเกิดในสิ่งที่ดี ที่ถูกต้องหรือไม่ ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ของแต่ละบุคคล

2.2 **ทฤษฎีแห่งการคาดหวัง** (The expectancy theory)

นักจิตวิทยาในยุคปัจจุบันที่อยู่ในกลุ่มปัญญานิยมมีความเชื่ออย่างหนักแน่นว่า มนุษย์เป็นสัตว์โลกที่ใช้ปัญญาหรือความคิดในการตัดสินใจว่าจะกระทำพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่ง เพื่อที่จะนำไปสู่เป้าหมายที่สนองความต้องการของตนเองด้วยความเชื่อเช่นนี้จึงเกิดมีคติฐาน (assumptions) 3 ประการ ดังนี้ (สัณฐาน ใจเอื้อ , 2538 , หน้า 21 – 23)

1. พฤติกรรมของมนุษย์ ถูกกำหนดขึ้นโดยผลรวมของแรงผลักดันภายในตัวของเขาเองและแรงผลักดันจากสิ่งแวดล้อม

2. มนุษย์แต่ละคนมีความต้องการ ความปรารถนาและเป้าหมายที่แตกต่างกัน

3. บุคคลตัดสินใจที่จะทำพฤติกรรม โดยเลือกจากพฤติกรรมหลายอย่าง สิ่งที่เป็นข้อมูลให้เลือก ได้แก่ ความคาดหวังในค่าของผลลัพธ์ที่ได้รับภายหลังจากการแสดงพฤติกรรมนั้นไปแล้ว

จากฐานคติดังกล่าว นักจิตวิทยากลุ่มนี้ซึ่งได้นำโดย วรูม (Vroom) ลอร์เลอร์ (Lawler) และพอร์เตอร์ (Porter) จึงได้เสนอทฤษฎีซึ่งมีศัพท์วิชาการที่จะต้องทำความเข้าใจ 3 ประการ ดังนี้ การคาดหวังในความพยายาม การกระทำ (effort-performance ecpectancy) หมายถึง การที่บุคลากรหวังไว้ล่วงหน้า ว่าถ้าหากตนเองลงมือแสดงพฤติกรรมอย่างเต็มที่สุดความสามารถแล้วจะมีโอกาส หรือความน่าจะเป็นสูงมากหรือน้อยเพียงใดที่จะกระทำสิ่งนั้นได้สำเร็จกล่าวได้ง่ายก็คือบุคคลจะชั่งใจว่าพฤติกรรมที่จะต้องทำนั้นมันยากเกินกำลังความสามารถของตนหรือไม่ ก่อนที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นออกไป เช่น ถ้าผู้บริโภคคนหนึ่งมีความต้องการที่จะซื้อเครื่องเสียงที่มีราคาแพง ผู้บริโภคคนนั้นอาจแสดงพฤติกรรมหรือกระทำการแสวงหาข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวกับคุณสมบัติต่าง ๆ หรือราคาของผลิตภัณฑ์เพื่อนำมาเปรียบเทียบก่อนการตัดสินใจซื้อ เขาอาจคิดว่าโอกาสหรือความน่าจะเป็นในการแสวงหาข้อมูลนั้นยากเกินความสามารถเขาหรือไม่ และเขาจะทำได้สำเร็จมากน้อยเพียงไร ถ้าหากเขาไม่สามารถแสวงหาข้อมูลดังกล่าวได้ก็อาจทำให้เกิดความลังเลที่จะซื้อสินค้านั้นได้

การคาดหวังในการกระทำ-ผลกรรม (performance outcome expectancy) หมายถึง การที่บุคลากรหวังไว้ล่วงหน้าก่อนที่จะแสดงพฤติกรรมว่าถ้าหากเขาจะกระทำพฤติกรรมนั้นแล้วเขาจะได้ผลลัพธ์ที่จะเป็นผลดีหรือผลเสียงอย่างไรต่อตัวเขา ตัวอย่างเช่น ผู้บริโภคคนหนึ่งตัดสินใจซื้อเครื่องคอมพิวเตอร์ เขาก็จะคาดหวังเอาไว้ล่วงหน้าว่าตนเองจะได้รับผลลัพธ์ที่เป็นผลดีหรือผลเสียอย่างไรบ้าง เช่นอาจเห็นว่า จะได้รับความสะดวกและประหยัดค่าใช้จ่ายในเรื่องงานพิมพ์เอกสารในระยะยาว หรืออาจจะเกิดการใช้เวลาว่างที่ไม่เป็นประโยชน์ เช่น เล่นเกมส์หรือใช้ talk มากเกินไป เป็นต้น จากที่กล่าวมาแล้วจะเห็นได้ว่าแต่ละพฤติกรรมที่จะแสดงนั้นอาจนำไปสู่ผลลัพธ์หลายอย่างหนึ่งที่แตกต่างกัน

ค่าของผลกรรม (Valence) หมายถึง คุณค่าหรือความต้องการที่ผลกรรมมีให้แก่บุคคลที่จะต้องแสดงพฤติกรรมออกไปเพื่อให้ได้มาซึ่งผลกรรมนั้น แต่ละบุคคลมีการรับรู้ที่แตกต่างกันต่อผลกรรมเดียวกัน เช่น ผู้บริโภคบางคนคิดว่า การซื้อหรือมีรถยนต์เป็นเครื่องแสดงฐานะทางสังคมอย่างหนึ่ง ดังนั้นจะเห็นได้ว่าพฤติกรรมเดียวกันแต่บุคคลต่างกันก็อาจทำให้เกิดการรับรู้ถึงผลกรรมที่แตกต่างกันออกไปได้

2.3 ทฤษฎีความคาดหวัง ของ วิคเตอร์ วรูม (Victor Vroom)

ทฤษฎีการคาดหวังของวรูมได้รับอิทธิพลจากแนวความคิดจากนักจิตวิทยาหลายคน เช่น เคิร์ส เลวิน (Kurt Lewin) และเอ็ดเวิร์ด โทลแมน (Edward Tolman) ต่อมา วรูม ได้นำแนวความคิดดังกล่าวมาปรับปรุง บางครั้งมีผู้เรียกทฤษฎีการคาดหวังอย่างย่อ ๆ ว่าเป็นทฤษฎี V.I.E. (V.I.E. theory) เนื่องจากทฤษฎีนี้มีองค์ประกอบของทฤษฎีที่สำคัญ 3 ประการ คือ

1. V มาจากคำว่า valan ซึ่งหมายถึงความพึงพอใจ
2. I มาจากคำว่า instrumentality หมายถึง สื่อ เครื่องมือ อุปกรณ์วิถีทางนำไปสู่ความพึงพอใจ
3. E มาจากคำว่า enpectancy หมายถึง ความคาดหวังภายในตัวบุคคลนั้น ๆ บุคคลมีความต้องการหลายสิ่งหลายอย่าง ทุกชีวิตพยายามดิ้นรนแสวงหา อย่างน้อยที่สุดก็คือต้องการอาหาร เสื้อผ้า ที่อยู่อาศัยและยารักษาโรค เมื่อชีวปัจจัยเหล่านั้นได้รับการตอบสนองแล้วก็มีความต้องการระดับสูงขึ้นไปเรื่อย ๆ จากความต้องการหลายสิ่งหลายอย่างนี้เอง ทำให้เกิดความพยายามกระทำหรือดำเนินด้วยวิธีหนึ่งวิธีใดด้วยสื่อหรือเครื่องมืออย่างใดอย่างหนึ่งเพื่อให้บรรลุความพอใจหรือเพื่อให้ได้รับผลของการดำเนินงานนั้นตามที่ได้แสดงความพยายามนั้นเอง ซึ่งเรียกว่าความคาดหวังและความพอใจหรือไม่พอใจ แต่ก็มีแรงจูงใจให้ทำตามความเชื่อว่าจะเป็นอย่างที่คาดหวังไว้ (อัญชลี ด่านวิรุฬหวณิช , 2539 หน้า 53 – 55)

2.4 ทฤษฎีความต้องการ (Hierarchy of needs theory)

มาสโลว์ (Maslow, 1970 อ้างถึงใน ไพฑูรย์ โต๊ะบุรินทร์, 2545, หน้า41) ได้ตั้งทฤษฎีทั่วไปเกี่ยวกับความต้องการของมนุษย์ (human need) โดยจำแนกออกเป็น 5 ลำดับขั้นตอน ดังนี้

1. ความต้องการปัจจัย 4 (physiological needs) เป็นความต้องการขั้นพื้นฐานในการดำรงชีวิต ได้แก่ อาหาร อากาศ น้ำดื่ม ที่อยู่อาศัย เครื่องนุ่งห่ม ยารักษาโรค ความต้องการพักผ่อน ความต้องการทางเพศ
2. ความต้องการความมั่นคงปลอดภัย (safety of security needs) เมื่อมนุษย์ได้รับการตอบสนองทางร่างกายแล้ว ความต้องการทางด้านจิตใจก็จะตามมา
3. ความต้องการมีส่วนร่วมในสังคม (social needs or love needs) ขั้นนี้เป็นความต้องการที่สูงขึ้น ต้องการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ต้องการให้ผู้อื่นรักใคร่ เห็นความสำคัญและเป็นที่รู้จักในสังคม

4. ความต้องการเกียรติยศชื่อเสียงหรือได้รับยกย่องในสังคม (esteem needs or status needs) เป็นความต้องการที่ต้องการถีบตัวสูงขึ้น ทั้งตำแหน่งหน้าที่การงาน เพื่อความมีชื่อเสียงมีหน้ามีตาได้รับการยกย่องสรรเสริญในสังคม

5. ความต้องการประสบความสำเร็จในชีวิต (self-actualization needs) เป็นความต้องการขั้นสูงสุด เพื่อให้ได้ทุกสิ่งที่ปรารถนาเป็นความต้องการพิเศษซึ่งคนธรรมดาส่วนมากมักอยากได้ แต่ไม่สามารถเสาะหาได้ ความพอใจ ในลักษณะดังกล่าวนี้มีลักษณะกว้างขวางมาก และแตกต่างกันไปแต่ละคน

จากทฤษฎีความต้องการของมาสโลว์ในการจำแนกความต้องการของมนุษย์ไม่จำเป็นที่จะต้องดำเนินการเรียงตามลำดับขั้น สามารถที่จะสร้างบันไดห้าขั้นของมาสโลว์โดยสร้างความต้องการขั้นใดก่อนหลังก็ได้ ไม่จำเป็นที่จะต้องเรียงตามลำดับขั้น

2.5 ทฤษฎีแรงจูงใจของวรูม (Vroom)

วรูม (Vroom, 1964, p. 174) ได้ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างการจูงใจกับการปฏิบัติงาน โดยพบว่า ถ้ามีการจูงใจเท่าใด ประสิทธิภาพของการปฏิบัติงานก็จะมีมากขึ้นเท่านั้น

วรูม ได้ศึกษาทัศนคติของบุคคลกับบทบาทของคนภายในองค์การและความพอใจในการทำงานโดยมีตัวแปรที่เกี่ยวข้อง 4 ประการ ดังนี้ คือ

1. จำแนกของผลที่ได้รับ เช่น ค่าตอบแทน สถานภาพ การยอมรับ และอิทธิพลที่บุคคลจะได้รับตามขั้นตอนจากบทบาทในองค์การของเขา

2. ความมั่นคงของความต้องการของบุคคล ที่จะได้รับผลตอบแทนในแต่ละขั้นดังกล่าว

3. จำนวนของผลที่ได้รับ ที่บุคคลหวังว่าเขาจะได้รับเมื่อเปรียบเทียบคนอื่น ๆ

4. จำนวนของผลที่ได้รับซึ่งบุคคลคาดหวังจะได้รับเมื่อถึงเวลาอันเหมาะสมโดยเฉพาะอย่างยิ่งเป็นคนที่เขายกย่องนับถือ

โดยสรุปแล้วทฤษฎีการคาดหวังก็คือ แรงจูงใจที่เกิดจากบุคคลที่มีความต้องการหลายอย่างและเชื่อว่าถ้าดำเนินการวิธีนี้จะได้รับผลตอบแทนเช่นนั้น เมื่อเชื่อแล้วตัดสินใจกระทำ ส่วนผลที่ได้รับนั้นเป็นอีกเรื่องหนึ่งซึ่งอาจจะทำให้เกิดความพอใจหรือไม่พอใจได้ แต่ก็มีแรงจูงใจให้ทำตามความเชื่อว่าจะเป็นอย่างที่คาดหวังไว้ ดังนั้นจึงต้องใช้ทฤษฎีความต้องการของมนุษย์ ทฤษฎีแรงจูงใจ ประกอบกัน เพื่อให้ทราบถึงปัจจัยต่าง ๆ ที่ทำให้เกิดความคาดหวัง

3. การบริการ

3.1 ความหมายของการบริการ

สเตย์ตัน (Staton , 1981 , p. 441) ได้ให้ความหมายของการบริการว่า หมายถึง กิจกรรมหรือผลประโยชน์ใด ๆ ที่สามารถตอบสนองความต้องการทำให้เกิดความพึงพอใจ ด้วยลักษณะเฉพาะของตัวเอง ซึ่งไม่สามารถจับต้องได้ และไม่จำเป็นต้องรวมอยู่กับการขายสินค้าหรือบริการใด ๆ

จิตตินันท์ เดชะคุปต์ (2530 , หน้า 4) กล่าวว่า การบริการเป็นกิจกรรมหรือกระบวนการดำเนินการอย่างใดอย่างหนึ่งของบุคคลหรือองค์การ ในอันที่จะตอบสนองความต้องการของบุคคลอื่นตามความคาดหวังและทำให้เกิดความพึงพอใจต่อสิ่งที่ได้รับ

ปรีชา เมียนเพชร (2532 , หน้า 5) ได้ให้ความหมายของคำว่า "บริการ" หมายถึง การปฏิบัติรับใช้ให้ความสะดวกต่าง ๆ

ศิริวรรณ เสรีรัตน์และคณะ (2537 , หน้า 142) ได้ให้ความหมายบริการ (service) ว่าเป็นกิจกรรมผลประโยชน์ หรือความพึงพอใจที่สนองความต้องการของลูกค้า

สมาคมการตลาดอเมริกัน (สุมนา อยู่โพธิ์ , 2539 , หน้า 6) ได้ให้ความหมายของบริการว่าหมายถึงกิจกรรม ผลประโยชน์ หรือความพึงพอใจของสิ่งที่นำเสนอเพื่อขาย หรือกิจกรรมที่จัดขึ้นรวมกับการขายสินค้า

สมชาย กิจยรรยง (2536 , หน้า 42 – 43) ได้ให้ความหมายของการบริการว่าเป็นกระบวนการของการปฏิบัติเพื่อผู้อื่นในอันที่จะทำให้ผู้อื่นได้รับความสุข ความสะดวก หรือความสบาย

คอตเลอร์ (Kotler , 1988 , p. 477) กล่าวว่าการบริการ หมายถึง กิจกรรมหรือปฏิบัติการใด ๆ ที่กลุ่มบุคคลหนึ่งสามารถนำเสนอให้อีกกลุ่มหนึ่งซึ่งไม่สามารถจับต้องได้

กรอนโรส (Gronross , 1990 , p. 27) ให้คำจำกัดความการบริการว่า หมายถึง กิจกรรมหนึ่งหรือหลายกิจกรรมที่มีลักษณะไม่มากก็น้อย ไม่สามารถจับต้องได้ ซึ่งโดยทั่วไปไม่จำเป็นว่าในทุกกรณีที่เกิดขึ้นจากการปฏิสัมพันธ์ระหว่างลูกค้ากับพนักงานบริการ และ/หรือลูกค้ากับบริษัทผลิตสินค้าและ/หรือลูกค้ากับระบบของการให้บริการที่จัดไว้เพื่อช่วยผ่อนคลายปัญหาของลูกค้า

ศุภนิตย์ โชครัตนชัย (2536 , หน้า 13) ได้กล่าวว่าการบริการเป็นการกระทำที่เกิดจากจิตใจที่เปี่ยมไปด้วยความปรารถนาดี ช่วยเหลือเกื้อกูล เอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ เอื้ออาทรมีน้ำใจไมตรี ให้ความสะดวกรวดเร็ว ให้ความเป็นธรรม และความเสมอภาค

ดังนั้น อาจสรุปความหมายของการบริการ คือ กิจกรรมหรือการปฏิบัติใด ๆ ก็ตามของบุคคลหรือองค์การ เพื่อตอบสนองความต้องการของบุคคลอื่นหรือผู้รับบริการให้ได้รับความสุข ความสะดวกสบาย หรือเกิดความพึงพอใจจากผลการกระทำนั้น โดยมีลักษณะเฉพาะของตัวเอง ไม่สามารถจับต้องได้ ไม่สามารถครอบครองเป็นเจ้าของ และไม่จำเป็นต้องรวมอยู่กับสินค้า หรือผลิตภัณฑ์อื่น ๆ ทั้งยังเกิดจากความเอื้ออาทร มีน้ำใจไมตรี ให้ความสะดวกรวดเร็ว ให้ความเป็นธรรมและความเสมอภาค

3.2 แนวคิดเกี่ยวกับการบริการ

เป็นที่ทราบกันดีว่า การบริการได้เข้ามามีบทบาทสำคัญต่อชีวิตประจำวันของคนเราอย่างมิอาจหลีกเลี่ยงได้ โดยเฉพาะในลักษณะงานที่ต้องมีการติดต่อสัมพันธ์กับผู้รับบริการโดยตรง โดยหน่วยงานและเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการมีหน้าที่ในการส่งต่อบริการให้แก่ผู้รับบริการ ซึ่งมีนักวิชาการหลายท่านได้ให้แนวคิดเกี่ยวกับ "การบริการ" ไว้ดังนี้

เซอรเมอร์โฮม (Schermerhom, 2000 อ้างถึงใน กัลยา ดำรงศักดิ์, 2544, หน้า 8-10) ได้แบ่งลักษณะของการบริการที่สำคัญ 4 ประการ คือ

1. การไม่สามารถถูกจับต้องได้ (intangibility) เนื่องจากเป็นผลของการปฏิบัติ ผู้รับบริการจะจับเอาเฉพาะส่วนที่จำเพาะเจาะจงตรงกับอัธยาศัย (halo effect) เก็บความทรงจำไว้ในรูปแบบประสบการณ์ ทำให้ไม่สามารถเก็บบริการที่ไม่ได้ใช้ไว้ใช้ภายหลัง และไม่สามารถจดทะเบียนลิขสิทธิ์ไว้จนยากที่จะแสดงหรือสื่อให้เข้าใจในรายละเอียดของการบริการ แต่จะแสดงผลลัพธ์ออกมาในรูปของผลงาน ซึ่งผู้ให้บริการจำต้องมีการเตรียมสิ่งต่าง ๆ เพื่อให้การประเมินคุณภาพการบริการอยู่ในเกณฑ์ที่ผู้รับบริการพอใจ และตัดสินใจรับบริการ

2. การไม่สามารถถูกแบ่งแยกการให้บริการ (inseparability) เนื่องจากในการบริการจะต้องเกิดปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการทันทีทำให้

3. ความไม่คงเส้นคงวา (heterogeneity or variability) การบริการมีความแตกต่างกันในผลการปฏิบัติในแต่ละครั้งที่บริการ ทำให้ยากแก่การกำหนดเป็นมาตรฐาน หรือควบคุมคุณภาพของการบริการเปลี่ยนแปลงไปเมื่อเปลี่ยนผู้ให้บริการ หรือเปลี่ยนเวลา สถานที่ สิ่งแวดล้อม ทำให้ความสม่ำเสมอ (consistency) เกิดได้ลำบาก เช่น การมารับการตรวจจากแพทย์คนเดียวกัน รวมถึงการรับรู้ความเข้าใจและความพอใจของผู้รับบริการแต่ละคนก็มีความแตกต่างกัน หรือในผู้รับบริการคนเดียวกันการมารับการบริการต่างครั้งกัน การรับรู้และความพอใจแต่ละครั้งก็ต่างกัน

4. ไม่สามารถเก็บไว้ได้ (perishability) การบริการจะสูญประโยชน์ถ้าไม่มีผู้มาใช้บริการ ทำให้มีการวางแผนที่ลำบาก อาจเกิดปัญหาบริการไม่ทันในช่วงที่มีผู้มารับบริการมาก และในทางกลับกันพนักงานกลับว่างงานในช่วงที่มีผู้มารับบริการน้อย

เวบเบอร์ (Weber, 1966 อ้างถึงใน ไพฑูรย์ โต๊ะบุรินทร์, 2544, หน้า 42) นักวิชาการที่สำคัญชาวเยอรมันได้ชี้ให้เห็นว่า การให้บริการที่มีประสิทธิภาพและเป็นประโยชน์ต่อประชาชนมากที่สุดคือการให้บริการโดยไม่คำนึงถึงตัวบุคคลหรือที่เรียกว่า Sine Ira Et Studio กล่าวคือ เป็นการให้บริการที่ไม่ใช้อารมณ์และไม่มีการชอบพอใครเป็นพิเศษ แต่ทุกคนจะต้องได้รับการปฏิบัติอย่างเท่าเทียมกันตามหลักเกณฑ์ที่อยู่ในสภาพที่เหมือนกัน

จิตตินันท์ เดชะคุปต์ (2530, หน้า 5 – 29) ได้ให้แนวคิดว่า การบริการที่มีประสิทธิภาพจำเป็นต้องคำนึงถึงองค์ประกอบเป็นส่วนสำคัญ 5 ประการคือ ผู้รับบริการ ผู้ปฏิบัติงานบริการ องค์การบริการ ผลิตภัณฑ์บริการ และสภาพแวดล้อมของการบริการโดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ผู้รับบริการ ลูกค้าหรือผู้รับบริการเป็นผู้ที่มีบทบาทที่สำคัญยิ่ง ในกระบวนการบริการ เพราะความพอใจของลูกค้าคือเป้าหมายหลักของบริการนั้นต่อๆ ไปอีก หรืออาจจะแนะนำลูกค้าใหม่ให้ด้วย ซึ่งจะส่งผลให้กิจการมีกำไรและประสบความสำเร็จเหนือคู่แข่งอื่น ๆ ได้ การบริการที่จะให้ผลตรงเป้าหมายที่สุดจึงจำเป็นต้องให้ความสนใจกับลูกค้าเป็นพิเศษ โดยเฉพาะเรื่องการรับรู้การบริการที่ลูกค้าพึงพอใจ เพราะการรับรู้จะถ่ายทอดเป็นความรู้สึกนึกคิดและเจตคติเกี่ยวกับการบริการได้ทั้งในแง่บวกและลบ รวมทั้งการเรียนรู้ประเภทของผู้รับบริการ เพื่อได้ให้บริการได้อย่างถูกต้อง

2. ผู้ปฏิบัติงานบริการ ผู้ปฏิบัติงานในกิจการบริการทุกคนล้วนมีความสำคัญต่อความสำเร็จในการดำเนินงานบริการทั้งสิ้น ไม่ว่าจะเป็นพนักงานทำความสะอาด เสมียนธนาคาร พนักงานรับโทรศัพท์ พนักงานฝึกอบรม หรือแพทย์รักษาคนไข้ในโรงพยาบาล บุคคลเหล่านี้ต่างเกี่ยวข้องกับการให้บริการอย่างใดอย่างหนึ่ง ในลักษณะของผู้ที่ต้องอยู่เบื้องหลังการบริการหรือผู้ให้บริการที่ต้องติดกับลูกค้าโดยตรงเป็นประจำ ซึ่งพฤติกรรมของผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับการบริการไม่ว่าจะทางใด ล้วนมีอิทธิพลต่อการรับรู้คุณภาพของการบริการพอ ๆ กับพฤติกรรมของผู้ให้บริการโดยตรงทีเดียว ด้วยเหตุผลนี้ผู้ปฏิบัติงานบริการจึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพเต็มความสามารถเพราะลูกค้าจะมองเห็นภาพพจน์ของธุรกิจได้อย่างดี จากการแสดงออกของบุคลากรในองค์การบริการนั้น นับว่าเป็นการยากที่จะกล่าวว่าผู้ปฏิบัติงานบริการหรือผู้ให้บริการประเภทใดให้บริการดีที่สุด เพราะลักษณะของการบริการแต่ละประเภทมีวิธีการให้บริการที่แตกต่างกัน

งานบริการบางประเภทจำเป็นต้องมีปฏิสัมพันธ์กับลูกค้ามาก เช่น งานบริการด้านสุขภาพ งานโรงแรม การรับฝากไปรษณีย์ การฝากถอนเงินกับธนาคาร เป็นต้น อย่างไรก็ตามทัศนคติ ทักษะ ความรู้ ความสามารถ ตลอดจนพฤติกรรมการแสดงออกของบุคลากรที่ปฏิบัติงานบริการล้วนมีอิทธิพลต่อการสร้างความพึงพอใจกับลูกค้าขณะรับบริการทั้งสิ้น

3. องค์การบริการ เป้าหมายขององค์การทุกแห่งมุ่งเน้นความสนใจไปที่ความต้องการของลูกค้าเสมอเพื่อผลิตสินค้าและบริการให้ถูกต้องตรงตามความต้องการของผู้บริโภค ซึ่งในธุรกิจบริการก็เช่นเดียวกัน จำเป็นจะต้องเสนอการบริการที่มีผู้ซื้อหรือผู้บริโภคที่ชอบพอในบริการนั้น ผู้ประกอบการหรือผู้บริหารการบริการ เป็นผู้รับผิดชอบการวางนโยบายบริหารและควบคุมการดำเนินงานขององค์การธุรกิจให้อยู่รอดและกำไร เนื่องจากระบบการบริการเป็นหัวใจสำคัญของธุรกิจบริการ การบริการที่มีประสิทธิภาพจะช่วยให้งานบริการดำเนินไปได้ด้วยดีและสามารถตอบสนองความต้องการต่าง ๆ ของลูกค้าให้ได้มากที่สุด โดยได้รับความพึงพอใจสูงสุด

4. ผลิตภัณฑ์บริการ ธุรกิจบริการมีลักษณะแตกต่างกันและมีการนำเสนอผลิตภัณฑ์บริการด้วยวิธีการให้บริการหรือการปฏิบัติต่อลูกค้าแตกต่างกันไปตามนโยบายการให้การบริการหรือวัตถุประสงค์ของแต่ละประเภท ผลิตภัณฑ์บริการนับเป็นกุญแจสำคัญของการบริการที่สนองความต้องการของลูกค้าหรือผู้มาใช้บริการเพื่อให้บรรลุเป้าหมายของการสร้างความพึงพอใจสูงสุดแก่ลูกค้า ทั้งนี้ องค์การบริการจะเป็นผู้กำหนดคุณลักษณะของผลิตภัณฑ์บริการที่จะเสนอแก่ลูกค้า โดยคำนึงถึงองค์ประกอบของผลิตภัณฑ์บริการ รูปแบบการให้บริการ และภาพลักษณ์ของการบริการ การนำเสนอผลิตภัณฑ์บริการที่ตรงกับความต้องการของลูกค้าจะต้องเริ่มต้นจากการสำรวจพฤติกรรมของลูกค้าหรือผู้บริโภคเกี่ยวกับลักษณะของการบริการที่เขาต้องการ และสิ่งที่เขาคาดว่าจะได้รับจากการบริการดังกล่าว แล้วนำข้อมูลนั้นมาจัดวางระบบการบริการแก่ลูกค้า

5. สภาพแวดล้อมของการบริการ การจัดสภาพแวดล้อมและบรรยากาศขององค์การที่เอื้อต่อการให้บริการแก่ลูกค้าและการปฏิบัติงานของบุคลากรในองค์การ เป็นเรื่องที่มิอาจละเลยได้เพราะเป็นการสร้างภาพลักษณ์ขององค์การ และก่อให้เกิดการกล่าวขานเกี่ยวกับการบริการดังกล่าว "สภาพแวดล้อม"ในที่นี้หมายถึง สิ่งแวดล้อมทางกายภาพเช่น แสง สี เสียง อุณหภูมิ เป็นต้น ส่วน "บรรยากาศ" หมายถึง สภาพความเป็นไปที่เกิดขึ้นภายในองค์การ เช่น การจัดแบ่งห้องต่าง ๆ เป็นสัดส่วน การประดับตกแต่งสถานที่ การปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรภายในองค์การ เป็นต้น องค์การบริการที่จำเป็นต้องมีการติดต่อใกล้ชิดกับลูกค้า องค์การหลายแห่งต่างได้ให้ความสำคัญกับการ

ออกแบบและตกแต่งและดูแลอาคารสถานที่ ตลอดทั้งบริเวณที่จะต้องรับรองลูกค้าเป็นพิเศษ เพื่อให้ลูกค้ารู้สึกสะดวกสบายและทับใจในบริการอีกทางหนึ่ง ทั้งนี้รวมถึงสภาพแวดล้อมทั่วไปขององค์การบริการที่จำเป็นต้องคำนึงถึง ดังนี้

จะเห็นได้ว่าโครงสร้างของระบบการบริการทั่ว ๆ ไปจะประกอบด้วยสัมพันธภาพของส่วนต่าง ๆ ดังกล่าว คือ ผู้รับบริการ ผู้ปฏิบัติงานบริการ องค์การบริการ ผลิตภัณฑ์บริการ และสภาพแวดล้อมของการบริการ ซึ่งแต่ละองค์ประกอบล้วนมีความสำคัญเกี่ยวข้องกับระบบบริการทั้งสิ้น หากส่วนใดบกพร่องหรือไม่สามารถแสดงบทบาทตามที่คาดหวัง ก็ย่อมส่งผลกระทบทำให้ระบบการบริการนั้นประสบความล้มเหลวได้

3.3 **การบริการที่คาดหวัง** (Expected service)

เนื่องจากบริการมีลักษณะแตกต่างจากผลิตภัณฑ์ คือ ไม่มีตัวตน ไม่สามารถถูกแบ่งแยกให้บริการได้ คุณภาพไม่แน่นอน และไม่สามารถเก็บไว้ได้ ทำให้ผู้รับบริการไม่สามารถประเมินคุณภาพบริการได้ก่อนตัดสินใจ ผู้รับบริการจึงคาดหวังในคุณภาพบริการ ซึ่งจากการศึกษาของ พาราเชารามอน (Paraguayan, 1990 อ้างถึงใน นกุลยา, 2545) พบว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อความคาดหวังในบริการมี 4 ปัจจัย คือ

1. ความคาดหวังที่เกิดจากคำบอกเล่าปากต่อปาก ซึ่งเป็นคำบอกเล่าที่ได้รับทราบเกี่ยวกับคุณภาพบริการจากเพื่อน ญาติพี่น้อง หรือคนรู้จัก ซึ่งเคยมาใช้บริการในสถานบริการแห่งนั้นมาแล้วและได้รับบริการที่ดี จึงทำให้ผู้ฟังเกิดความคาดหวังในบริการที่ได้รับฟังมา

2. ความคาดหวังที่เกิดจากความต้องการส่วนตัวของผู้รับบริการ ซึ่งเป็นความต้องการของแต่ละบุคคล ซึ่งมีความแตกต่างกันตามภูมิหลังของบุคคลนั้น ๆ เช่น เพศ อายุ รายได้ อาชีพ ระดับการศึกษา วัฒนธรรม ประเพณี เป็นต้น

3. ความคาดหวังที่เกิดจากประสบการณ์ในอดีต เป็นประสบการณ์ที่มีอิทธิพลต่อความคาดหวังอาจจะเป็นประสบการณ์ที่รู้สึกพอใจต่อบริการที่เคยได้รับหรือเป็นประสบการณ์ที่รู้สึกไม่พึงพอใจกับบริการที่ได้รับมาก็ได้

4. ความคาดหวังที่เกิดจากการโฆษณาประชาสัมพันธ์ ของผู้ให้บริการเป็นข้อมูลข่าวสารที่ได้รับจากการโฆษณาประชาสัมพันธ์ในเรื่องต่าง ๆ เช่น การลดขั้นตอนการให้บริการ

การให้บริการ นับว่าเป็นหน้าที่หลักของส่วนราชการที่มีการติดต่อสัมพันธ์กับประชาชนโดยตรง ส่วนราชการและข้าราชการที่ให้บริการมีหน้าที่ส่งตรงการบริการ (Delivery service) ให้แก่ประชาชน

ผู้รับบริการ มีนักวิชาการจำนวนมากที่ได้ให้แนวคิดเกี่ยวกับการบริการได้ ที่สมควรนำมาอ้างอิงในที่นี้ คือ

แคตซ์ และบรานดา (Katz & Branda , 1973 , p. 4) เห็นว่าหลักการที่สำคัญในการให้บริการที่ควรยึดถือปฏิบัติ มีดังนี้

1. การติดต่อเฉพาะงาน (specifically) เป็นการติดต่อสื่อสารระหว่างเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการกับลูกค้า โดยจำกัดอยู่แต่เฉพาะเรื่องงานเท่านั้น

2. การให้บริการที่มีลักษณะเป็นทางการ (universality) หมายถึง การที่ผู้ให้บริการจะต้องปฏิบัติต่อผู้รับบริการอย่างเป็นทางการ ไม่ถือความสัมพันธ์ส่วนตัว แต่ยึดถือการให้บริการแก่ลูกค้าทุกคนอย่างเท่าเทียมกันในทางปฏิบัติ

3. การวางตนเป็นกลาง (affective neutrality) หมายถึงการให้บริการแก่ผู้รับบริการโดยจะไม่นำเอาเรื่องของอารมณ์ของเจ้าหน้าที่ที่ให้บริการมาเกี่ยวข้อง

แมกซ์ เว็บเบอร์ (Max Weber, 1966, p. 340) ชี้ให้เห็นว่า การให้บริการที่มีประสิทธิภาพและเป็นประโยชน์ต่อประชาชนมากที่สุด คือการให้บริการโดยไม่คำนึงถึงตัวบุคคลที่เรียกว่า fine ira et studio เป็นการให้บริการที่ไม่ใช้อารมณ์และไม่มีความชอบพอใครเป็นพิเศษ แต่ทุกคนจะต้องได้รับการปฏิบัติอย่างเท่าเทียมกันตามหลักเกณฑ์ที่มีอยู่ในสภาพที่เหมือนกัน

จอห์น ดี มิลเล็ทต์ (John D. Millett , 1954 , pp. 397-400) ชี้ให้เห็นว่า คุณค่าประการแรกของการบริหารรัฐกิจทั้งหมด คือ การปฏิบัติงานด้วยการให้บริการที่ก่อให้เกิดความพึงพอใจซึ่งมีลักษณะที่สำคัญ 5 ประการ คือ

1. การให้บริการอย่างเท่าเทียมกัน (equitable service) โดยยึดหลักว่าคนทุกคนเกิดมาเท่าเทียมกัน ความเท่าเทียมกัน หมายถึง ประชาชนทุกคนควรมีสิทธิเท่าเทียมกันทั้งทางกฎหมายและทางการเมือง การให้บริการของรัฐจะต้องไม่แบ่งเชื้อชาติ ผิว หรือความยากจน ตลอดจนสถานะทางสังคม

2. การให้บริการอย่างรวดเร็วทันต่อเวลา (timely service) จะไม่มีผลงานทางสาธารณะใด ๆ ที่เป็นผลงานที่มีประสิทธิภาพ หากไม่ตรงต่อเวลาหรือทันต่อเหตุการณ์ เช่น รถดับเพลิงมาถึงหลังจากไฟไหม้หมดแล้ว การบริการนั้นก็ถือว่าไม่เป็นสิ่งที่ถูกต้องและน่าพอใจ

3. การให้บริการอย่างเพียงพอ (ample service) นอกจากให้บริการอย่างเท่าเทียมกันและให้บริการอย่างรวดเร็วแล้ว ต้องคำนึงถึงจำนวนคนที่เหมาะสม จำนวนความต้องการในสถานที่ที่พอเพียง ในเวลาที่เหมาะสมอีกด้วย

4. การให้บริการอย่างต่อเนื่อง (continuous service) คือ การให้บริการตลอดเวลา ต้องพร้อมและเตรียมตัวบริการต่อความสนใจของสาธารณชนเสมอ มีการฝึกอบรมอยู่เป็นประจำ เช่น การทำงานของตำรวจจะต้องบริการตลอด 24 ชั่วโมง

5. การบริการอย่างก้าวหน้า (progressive service) เป็นการบริการที่มีความเจริญคืบหน้าไปทั้งทางด้านผลงานและคุณภาพ มีเทคโนโลยีที่ทันสมัย

เพนชานสกีและโทมัส (Penchansky & Thomas อ้างถึงใน ศศิธร พูลสุข, 2538, หน้า 33) ได้เสนอแนวความคิดเกี่ยวกับการให้บริการไว้ ดังนี้

1. ความเพียงพอของการบริการที่มีอยู่ (availability) คือความพอเพียงระหว่างบริการที่มีอยู่กับความต้องการขอรับบริการ

2. การเข้าถึงแหล่งบริการได้อย่างสะดวก คำนึงถึงลักษณะที่ตั้งและการเดินทาง

3. ความสะดวกและสิ่งอำนวยความสะดวกของแหล่งบริการ (accommodation) ได้แก่ แหล่งบริการที่ผู้รับบริการยอมรับว่าให้ความสะดวกและสิ่งอำนวยความสะดวก

4. ความสามารถของผู้รับบริการในการที่จะเสียค่าใช้จ่ายสำหรับบริการ

5. การยอมรับคุณภาพของบริการ (acceptability) ซึ่งในที่นี้รวมถึงการยอมรับลักษณะผู้ให้บริการด้วย

ปฐม มณีโรจน์ (อ้างถึงใน กองฝึกอบรม , 2544 , หน้า 1)

การให้บริการสาธารณะ เป็นการบริการในฐานะที่เป็นหน้าที่ของหน่วยงานที่มีอำนาจกระทำเพื่อสนองความต้องการเพื่อให้เกิดความพอใจ

จากความหมายนี้ จึงเป็นการพิจารณาการให้บริการว่าประกอบด้วยผู้ให้บริการ (providers) และผู้รับบริการ (recipients) โดยฝ่ายแรกถือปฏิบัติเป็นหน้าที่ที่ต้องให้บริการเพื่อให้ฝ่ายหลังเกิดความพึงพอใจ

4. การบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

ในการปฏิรูประบบสุขภาพของประเทศไทย มีเป้าหมายให้ประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงบริการทางด้านสุขภาพได้ตามความจำเป็นโดยถือเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของประชาชน ทั้งนี้ให้เป็นไปตามทเจตนารมณ์ตามบทบัญญัติของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 ในมาตราที่ 52 ของหมวดที่ 3 ระบุว่า บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการทางสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน และผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย มาตราที่ 82 ของหมวดที่ 5 ระบุว่า รัฐต้องจัดและส่งเสริมการสาธารณสุขให้ประชาชนได้รับบริการที่ได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึงทั้งนี้ตามที่กฎหมายบัญญัติ (สำนักงานโครงการปฏิรูประบบโครงการสาธารณสุข, 2545) อย่างไรก็ตาม การที่จะทำให้ประชาชนมีสุขภาพดีได้นั้นเพียงการให้บริการทางด้านสุขภาพแก่ประชาชนเพียงอย่างเดียวคงไม่พอ จำเป็นต้องให้ประชาชนสามารถพึ่งตนเองทางด้านสุขภาพมากขึ้นโดยมุ่งเน้นการสร้างสุขภาพมากกว่าการซ่อมสุขภาพ การให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เป็นบริการด่านแรกที่มีความสำคัญให้บรรลุวัตถุประสงค์เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดีได้ (ปรีดา แต้รักษ์และคณะ, 2544)

4.1 ความหมายบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข (2545) ได้ให้ความหมายของบริการปฐมภูมิว่า เป็นการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข ที่ประยุกต์ความรู้อย่างผสมผสานทั้งทางด้านการแพทย์ จิตวิทยา และสังคม เพื่อให้บริการทั้งที่เป็นการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาโรคและการฟื้นฟูสภาพ เป็นบริการที่ดูแลประชาชนอย่างต่อเนื่อง ให้แก่บุคคล ครอบครัว และชุมชนด้วยแนวคิดแบบองค์รวม โดยมีระบบการส่งต่อและเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลอย่างเหมาะสม รวมทั้งสามารถประสานกับองค์กรชุมชนในท้องถิ่นเพื่อพัฒนาความรู้ของประชาชนในการดูแลตนเองได้ในยามเจ็บป่วย รวมถึงการส่งเสริมสุขภาพของตนเองเพื่อให้บรรลุสู่การมีสุขภาพที่ดีได้ต่อไป

สำนักพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (2545) ได้ให้ความหมายบริการปฐมภูมิว่า เป็นบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขด่านแรกสำหรับบุคคล ครอบครัว ชุมชน (individual, family and community) แบบองค์รวม (holistic) ผสมผสาน (integrate) ต่อเนื่อง (continuous) เข้าถึงบริการได้สะดวก (accessibility) มีระบบปรึกษาและส่งต่ออย่างเหมาะสม (consultation and referral system) รวมทั้งประสานกับองค์กรชุมชนในท้องถิ่น เพื่อร่วมกันแก้ปัญหาและพัฒนาสุขภาพประชาชนให้มีสุขภาพดี

โดยสรุป บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิเป็นการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขด่านแรก สำหรับบุคคล ครอบครัว ชุมชน ในลักษณะผสมผสานด้วยแนวคิดแบบองค์รวม ในการดูแลสุขภาพ แก้ไขปัญหาและพัฒนาให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดี

4.2 ศูนย์สุขภาพชุมชน (primary care)

สำเริง แหยงกระโทก และรุจิรา มังคละศิริ (2545) ให้ความหมายศูนย์สุขภาพชุมชน (primary care) ว่าจะเป็นความหมายในเชิงปรัชญา หลักการจัดบริการ หรือลักษณะบริการ ซึ่งพบว่ายังไม่สามารถให้ความหมายของศูนย์สุขภาพชุมชนครอบคลุมองค์ประกอบทั้งหมดได้ เนื่องจากลักษณะของบริการศูนย์สุขภาพชุมชนต้องใช้การแปลความหมายจากลักษณะนามธรรมไปสู่ความหมายรูปธรรมที่จับต้องได้ (objective or operationalised concept) จึงทำให้มีการแปลความหมายของบริการศูนย์สุขภาพชุมชนออกมาในลักษณะต่างๆและมีชื่อเรียกที่แตกต่างกันหลายชื่อ ได้แก่

1. สถานบริการด่านแรก (first line care) หรือสถานบริการด่านหน้า (front line care)
2. สถานศูนย์สุขภาพชุมชน หรือสถานบริการระดับพื้นฐาน (primary care หรือ primary medical care)
3. สถานบริการเวชปฏิบัติครอบครัว หรือเวชศาสตร์ครอบครัว (family practice)
4. สถานบริการครอบครัว (family service)
5. ศูนย์สุขภาพชุมชน (primary care Unit)

ศูนย์สุขภาพชุมชนเป็น หน่วยบริการ ที่มีการจัดพื้นที่ในอาคาร (หรือจัดตั้งอาคารแยกต่างหากก็ได้) และมีองค์ประกอบ คือบุคคล วัสดุ สิ่งของ และระบบการทำงาน ศูนย์สุขภาพชุมชน (ศสช.ตั้งขึ้นเพื่อให้ชุมชนเป็นศูนย์กลางและมีความรู้สึกเป็นเจ้าของ

เหตุนี้เองที่ทำให้บริการศูนย์สุขภาพชุมชน ซึ่งเดิมเป็นส่วนหนึ่งของสถานบริการสุขภาพทุกระดับจำเป็นต้องถูกกำหนดบทบาทรวมถึงพยายามให้ปรับเปลี่ยนและเพิ่มเติมรายละเอียดต่างๆ

สรุปได้ว่า ศูนย์สุขภาพชุมชน หมายถึง หน่วยงานที่ตั้งขึ้นเพื่อจัดการบริการทางการแพทย์และเป็นสาธารณสุขด่านแรกในชุมชน ให้บริการแบบองค์รวม ผสมผสานอย่างต่อเนื่องเป็นระยะได้มาตรฐานให้บริการทั้งเชิงรุก และเชิงรับแก่บุคคล ครอบครัว ชุมชนเพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพดี

ว RA
U27
.9
2665
2551

สำนักหอสมุด
1 SEP 2011

4.3 ลักษณะสำคัญของศูนย์สุขภาพชุมชน

สุพัตรา ศรีวนิชชากร และคณะ (2545) ให้ความหมายว่า เป็นหน่วยงานที่มีลักษณะสำคัญดังต่อไปนี้

1. เป็นหน่วยงานที่ให้บริการด้านสุขภาพที่ผสมผสานทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องโรคการรักษา และการฟื้นฟูสภาพ โดยพิจารณาปัญหาอย่างเป็นองค์รวม

2.เป็นบริการสุขภาพด่านแรกที่ประชาชนเข้าถึงได้ง่าย ทั้งในด้านภูมิศาสตร์ สังคม จิตวิทยา และด้านเศรษฐกิจ

3. เน้นบทบาทการให้บริการสุขภาพในเชิงรุก เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและการเพิ่มศักยภาพการพึ่งตนเองของประชาชน

4. ร่วมดูแลสุขภาพกับประชาชนอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ก่อนป่วย ขณะป่วย และช่วงฟื้นฟูสภาพพร้อมกับการจัดทำระบบข้อมูลของประชาชนตั้งแต่เกิดจนเสียชีวิต

5.ทำหน้าที่ประสานกับหน่วยบริการอื่นที่เกี่ยวข้อง เพื่อบริการที่ต่อเนื่องรอบด้าน อาทิ สถานบริการสุขภาพเฉพาะด้านต่างๆหน่วยงานสังกัดสังคมสงเคราะห์ และหน่วยงานปกครองท้องถิ่น

สำเริง แหยงกระโทก และคณะ (2545) ให้ความหมาย ศูนย์สุขภาพชุมชนมีคุณลักษณะของระบบการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการ 3 ประการ ดังนี้

1.ต้องเป็นบริการแบบผสมผสาน เป็นองค์รวม ต่อเนื่อง และมีความครอบคลุมประชาชนทั้งหมด เป็นระบบบริการที่ส่งเสริมให้ประชาชนมีศักยภาพในการดูแลตนเองเป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำเพื่อที่จะรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพและสวัสดิการของตนเอง ถ้ากระทำอย่างมีประสิทธิภาพจะช่วยให้บุคคลมีการพัฒนาไปได้จนถึงขีดสูงสุด ทำให้ประชาชนมีชีวิตและความเป็นอยู่อย่างดีทั้งในภาวะปกติและภาวะเจ็บป่วย การสนับสนุนให้ประชาชน สามารถดูแลตนเองมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ต้องให้ประชาชนได้เรียนรู้ภายใต้ขนบธรรมเนียม ประเพณีและวัฒนธรรมของตนเองสามารถเข้าถึงข้อมูลทุกด้านที่จำเป็นได้อย่างทั่วถึงซึ่งจะช่วยให้ประชาชนมีความรู้และสามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพและต่อเนื่องสนับสนุนให้ประชาชนมุ่งเน้นการสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคมากกว่าการรักษาพยาบาล

การสร้างแรงจูงใจเป็นวิธีการอย่างหนึ่งที่จะส่งเสริมประชาชนให้มีศักยภาพในการดูแลตนเอง ประชาชนที่ได้รับการส่งเสริมให้มีแรงจูงใจในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นจะมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี การมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างประชาชนและผู้ให้บริการจะทำให้ประชาชนเกิดความไว้วางใจสามารถ

สร้าง และพัฒนาแรงจูงใจในการดูแลตนเองของประชาชนที่จะตัดสินใจและกระทำกิจกรรมเพื่อสุขภาพและสวัสดิการของตนเอง (ทัศนา บุญทอง,2542,หน้า 30-31)

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของประชาชนให้พึ่งตนเองเป็นหลัก อาจใช้กระบวนการให้ข้อมูลข่าวสาร-การศึกษา-การสื่อสาร อันเป็นเครื่องมือสำคัญในการสร้างความรู้และจิตสำนึก จะต้องปรับจุดมุ่งหมายจากการปรับพฤติกรรมส่วนบุคคลไปสู่การสร้างจิตสำนึกของสาธารณะ เพื่อร่วมผลักดันนโยบายและปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาวะของประชาชน

2.ต้องมีการแบ่งบทบาทชัดเจนระหว่างบริการระดับต้น หรือบริการด่านแรกซึ่งเน้นคุณภาพเชิงสังคม คือมีความสัมพันธ์ที่ดีกับครอบครัวและชุมชน กับบริการระดับสูงขึ้น ซึ่งต้องเน้นคุณภาพเชิงเทคนิค คือมีความสมารถเฉพาะทางและดูแลผู้รับบริการที่มีความซับซ้อนยิ่งขึ้น การให้ชุมชนมีส่วนร่วมนี้ครอบคลุมตั้งแต่การให้มีส่วนร่วมรับรู้ข้อมูล ร่วมตัดสินใจในขั้นตอนการรักษาพยาบาล การนำทรัพยากรในชุมชนมาใช้ในการบริการสุขภาพอย่างเหมาะสม การที่ชุมชนมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการบริการสุขภาพเช่นนี้จะทำให้ระบบบริการสุขภาพสามารถตอบสนองความต้องการของชุมชนมากขึ้น เป็นการร่วมตรวจสอบการจัดบริการสุขภาพเป็นการสร้างกระบวนการเรียนรู้ขอองประชาชนและชุมชนในการจัดการกับปัญหาด้านสุขภาพของคนในชุมชนเป็นการสร้างความเข้มแข็งขององค์กรชุมชนและการพึ่งตนเองด้านสุขภาพของชุมชนอีกด้วย

การมีส่วนร่วมของชุมชนในระบบบริการสุขภาพ สามารถดำเนินการหลายรูปแบบ เช่น การให้ชุมชนเป็นคู่สัญญากับผู้ให้บริการในการจัดบริการสุขภาพ การให้องค์กรชุมชนเป็นผู้ตรวจสอบและรับรองคุณภาพบริการ ซึ่งจะทำให้ผู้ให้บริการมีปฏิสัมพันธ์กับชุมชนเกิดความผูกพันและรับผิดชอบต่อชุมชนที่ตนเองดูแลมากขึ้น การบริการระดับศูนย์บริการสาธารณสุขชุมชน เป็นการบริการที่ใกล้ชิดชุมชนและสามารถให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมได้มากที่สุด ทั้งยังสามารถสนับสนุนความเข้มแข็งของชุมชนได้ง่ายที่สุดด้วย ดังนั้นการจัดการบริการศูนย์บริการสาธารณสุขชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพจึงเป็นวิธีการหนึ่งในการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนได้อย่างดี (ทัศนา บุญทอง ,2542,หน้า 29-30)

3.ต้องมีความเชื่อมโยงและความสัมพันธ์ที่ดีของสถานบริการแต่ละระดับ ในการรับส่งผู้รับบริการ และข้อมูลข่าวสารไปและกลับ อันเป็นการรับประกันว่าผู้รับบริการจะได้รับการดูแลที่ดีทั้งด้านสังคม และเทคโนโลยี

สรุปได้ว่า ลักษณะสำคัญของศูนย์สุขภาพชุมชนคือหน่วยงานที่มีการจัดระบบบริการสุขภาพที่ดีมีการบูรณาการบริการสุขภาพอย่างผสมผสานของการสร้างเสริมสุขภาพการป้องกันการเจ็บป่วย การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพ มีการปฏิบัติบริการสุขภาพในงานบริการระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิและระดับตติยภูมิ ปฏิบัติงานร่วมกันเป็นทีมในลักษณะสหวิทยาการที่มีการประสานงานในแนวราบมากกว่าแนวดิ่ง บุคคลากรแต่ละวิชาชีพสามารถปฏิบัติงานอย่างอิสระโดยใช้องค์ความรู้ทางวิชาชีพเป็นพื้นฐาน

5. การวิจัยแบบสนทนากลุ่ม (Focus Group Research)

5.1 ประวัติความเป็นมา

การสนทนากลุ่มเกิดขึ้นเป็นครั้งแรกปลายปี ค.ศ. 1941 ที่มหาวิทยาลัยโคลัมเบีย โดย Robert Merton ที่นำผู้ฟังรายการวิทยุมาร่วมกันสนทนาถึงรายการวิทยุที่ได้ออกอากาศของสถานีวิทยุเป็นกลุ่มเล็ก ๆ หลังจากนั้นก็มีผู้นำวิธีดังกล่าวไปใช้กับการศึกษาในเรื่องอื่น ๆ ระยะแรก นิยมเอาเทคนิคนี้ไปใช้ในการวิจัยทางการตลาด เพื่อหาความต้องการและความพึงพอใจในสินค้าของผู้บริโภค ต่อมาจึงได้มีการนำมาใช้อย่างแพร่หลายในทางสังคมศาสตร์ นิเทศศาสตร์ สาธารณสุข การศึกษาและจิตวิทยา อีกทั้งเคยมีผู้นำประเทศสหรัฐอเมริกายังแนะนำให้ใช้สนทนากลุ่มในการประเมินผลการทำตามแผนในการเนอนโยบายด้วย (Connon, 1994) เรียกชื่อต่าง ๆ กันไป เช่น "Focus Group" "Focus Group Interview" "Group Indepth Interview" "Focus Interview" และ "Focus Discussion" (Gillerpie, 1992 อ้างถึงในประวิต เอราวรรณม 2539) การสนทนากลุ่มอาจนำมาใช้ได้หลายรูปแบบ เช่น การใช้เป็นเทคนิคประกอบการเก็บข้อมูลร่วมกับเทคนิคอื่น หรือใช้ในเบื้องต้นเพื่อสร้างเครื่องมือหรือเพื่อยืนยันข้อมูล แต่ด้วยเทคนิคดังกล่าว เมื่อพิจารณาถึงหลักการและรูปแบบวิธีการ จะเห็นว่ามีรูปแบบกระบวนการเก็บข้อมูล ที่มีลักษณะเด่นพิเศษแตกต่างจากเทคนิควิธีอื่น ๆ ซึ่ง Flores and Alonso (1995) ; และ Cohen and Englegerg (1989) ได้เรียกวิธีดังกล่าวเป็นวิธีวิทยาการวิจัย (Methodology) วิธีหนึ่งในการวิจัยเชิงคุณภาพ เรียกว่า "Focus Group Research" สำหรับในภาษาไทยใช้คำว่า "การวิจัยแบบสนทนากลุ่ม" (จอห์น โนเดลและคณะ, 2530; นภาภรณ์ หะวานนท์, 2536; ประวิต เอราวรรณ์, 2539)

ตามแนวคิดดังกล่าว ผู้วิจัยจากการศึกษาความหมายของวิธีวิทยา (Methodology) โดย สมหวัง พิธิยานุวัฒน์ (2541) และอุทัย ดุลยเกษม (2537) ให้ความหมายไว้ว่า วิธีวิทยาหมายถึงวิธีการที่นักวิจัยใช้ในการอธิบายหรือบรรยายปรากฏการณ์ และการใช้เหตุผลในการทำความเข้าใจเรื่องต่าง ๆ ในวิทยาการนั้น ๆ ในทางปรัชญาหมายความเช่นเดียวกับทฤษฎีแห่งความรู้ (epistemology) หรือปรัชญาวิทยาศาสตร์ ซึ่งหมายความครอบคลุมทั้งเทคนิควิธีการ และหลักการทางปรัชญา วิธีวิทยามีจุดมุ่งหมายคือการบรรยายและการวิเคราะห์ วิธีการ (method) และเทคนิค (technique) ต่าง ๆ อันก่อให้เกิดความเข้าใจถึงจุดแข็งและข้อจำกัดของวิธีการและเทคนิควิธี สำหรับวิธีวิทยาการวิจัย (research methodology) มีความหมายถึงทุกสิ่งทุกอย่างที่นักวิจัยนำมาใช้เพื่อแสวงหาความรู้ที่ตนอยากรู้ หรือวิธีการและเทคนิคต่าง ๆ ที่นักวิจัยนำมาใช้ในการแสวงหาความรู้ เช่น การกำหนดปัญหาในการวิจัย การสร้างกรอบแนวคิดเชิงทฤษฎี การออกแบบการวิจัย การรวบรวมข้อมูล การสุ่มตัวอย่าง การวิเคราะห์ข้อมูล เป็นต้น

จากความหมายข้างต้นจะเห็นว่า การสนทนากลุ่มมีหลักการทางปรัชญาความเชื่อ เทคนิควิธีการ เป็นลักษณะเด่นเฉพาะในตัวเอง กล่าวคือ การสนทนากลุ่มมีลักษณะของการนำเทคนิคต่าง ๆ มาใช้ร่วมกันในการจัดสนทนากลุ่ม และมีหลักการทางปรัชญาที่ว่า ข้อมูลที่ได้รับจากกลุ่มคนที่มีประสบการณ์ร่วมกันในสถานการณ์ใด ๆ ซึ่งการกระทำดังกล่าวทำให้เกิดปฏิสัมพันธ์ของกลุ่มกระตุ้นให้ผู้เข้าร่วมสนทนาแสดงความคิดเห็นออกมา เทียบเคียงได้จากความคิดเห็นจากการสนทนา และพบว่านิยมนำมาใช้ในการวิจัย เพื่อมีวิธีการตามขั้นตอนทางวิทยาศาสตร์ที่เชื่อถือได้ จากข้อค้นพบดังกล่าวจึงทำให้การสนทนากลุ่มน่าจะเป็นวิธีวิทยาการวิจัยมากกว่าเทคนิคหรือวิธีการเท่านั้น ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงใช้คำว่า "focus group research" ในภาษาอังกฤษและใช้คำว่า "การวิจัยแบบสนทนากลุ่ม" ในภาษาไทย

5.2 หลักการทางปรัชญาของการวิจัยแบบสนทนากลุ่ม

การวิจัยแบบสนทนากลุ่ม เป็นวิธีวิทยาการวิจัยหนึ่งในการวิจัยเชิงคุณภาพที่ใช้กันอย่างแพร่หลายในการวิจัยทางด้านสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์ (Stewart and Shamdarani, 1991) ข้อมูลที่ได้รับจากการวิจัยแบบสนทนากลุ่มจะเป็นข้อมูลความรู้ การรับรู้ ทัศนคติ การปฏิบัติพฤติกรรมของมนุษย์ โดยเป็นการตัดสินใจ การให้เหตุผล หรือสถานการณ์ความประทับใจหรือสิ่งต่าง ๆ ที่เราสนใจศึกษา (วีรสิทธิ์ สิทธิไตรย์และโยธิน แสวงดีม 2536) การสนทนากลุ่ม เป็นกระบวนการกลุ่ม (group process) ที่อาศัยหลักการปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันภายในกลุ่ม (group interaction) คือ

เมื่อบุคคลที่มีทัศนคติที่ขัดแย้งกันหรือสถานภาพแตกต่างกัน เมื่อกลุ่มสนทนาดำเนินไปได้อย่างดี ผู้ร่วมสนทนาจะโต้ตอบคำวิจารณ์ของกันและกัน ทัศนะของผู้ร่วมสนทนาคนหนึ่งอาจทำให้ผู้ร่วมสนทนาอีกคนหนึ่งคิดต่อไป ซึ่งสิ่งนี้จะไม่เกิดขึ้นในการสัมภาษณ์แบบตัวต่อตัว การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันที่เกิดขึ้นในกลุ่มผู้ร่วมสนทนา เป็นการกระตุ้นความทรงจำและการแสดงความคิดเห็นอันจะนำไปสู่การพูดคุยอย่างเต็มที่ในหัวข้อที่ต้องการ (นภาพร ชโยวรรณ และคณะ, 2530 : ผู้แปล) ทำให้เกิดพลวัตรหรือความเคลื่อนไหวภายในกลุ่ม (group dynamic) เพราะฉะนั้น การวิจัยแบบสนทนากลุ่มมีลักษณะเฉพาะโดยมีความเชื่อพื้นฐานที่ว่า การแสดงท่าทางประสบการณ์ความคิดเห็นและทัศนคติของบุคคลหนึ่ง อาจจะเป็นสิ่งเร้าเพื่อไปกระตุ้นให้บุคคลอื่น ๆ ภายในกลุ่มอยากจะแสดงออกซึ่งประสบการณ์ ความคิดเห็นและทัศนคติของตนออกมา (Morgan, 1988 อ้างถึงในสุระศักดิ์ เพียสุระ , 2540)

Stewart and Shamdarani (1991) กล่าวว่า การสนทนากลุ่มเหมือนเป็นการรวมเทคนิคอื่น ๆ เข้าด้วยกันถึง 4 แบบ คือ 1) กลุ่มคนสนทนาจากบุคคลทั่วไป (Nominal Group Technique) 2) กลุ่มสนทนาจากผู้เชี่ยวชาญในเรื่องที่ศึกษาเพื่อหาฉันทามติ (Delphi Technique) 3) การระดมความคิดหาข้อมูลจากผู้เข้าร่วมสนทนา (Brainstorming) และ 4) การร่วมอภิปรายแบบไม่มีผู้นำทุกคนคือผู้เข้าร่วมสนทนา (Leader Discussion Group) นอกจากนี้ Bauman and Adair (1992) ชี้แนะว่าสนทนากลุ่มมีส่วนช่วยในการให้ข้อมูล 4 ลักษณะ คือ 1) ลำดับ (range) ลำดับประเด็นสำคัญ 2) กำหนดขอบข่าย (specificity) รายละเอียดเกี่ยวกับผลที่ย้อนกลับและคำตอบ 3) ความลึก (depth) มีความเข้าใจมากในทักษะความรู้และผลกระทบ 4) ข้อมูลส่วนตัว (personal context) ข้อมูลบุคลิกลักษณะและประสบการณ์ที่เป็นอิทธิพลในการตอบ

5.3 องค์ประกอบในการจัดการวิจัยแบบสนทนากลุ่ม

การวิจัยแบบสนทนากลุ่มเป็นวิธีวิจัย ซึ่งประกอบด้วยเทคนิค และวิธีการศึกษาค้นคว้าข้อมูลเพื่อนำมาตอบสนองการวิจัย คือมีการกำหนดประเด็นการศึกษาที่ชัดเจน และการได้มาซึ่งข้อมูลที่ตรงกับประเด็นที่ต้องการศึกษานั้น การจัดการแบบสนทนากลุ่มที่ทำให้เกิดประสิทธิผลก็พบว่าต้องมีองค์ประกอบที่สอดคล้องกันหลายอย่าง จากการศึกษามีผู้แบ่งองค์ประกอบ ได้ดังต่อไปนี้

5.3.1 กำหนดประเด็นหรือตัวแปร

หัวข้อเรื่องที่จะทำการศึกษาอาจจะเกิดมาจากสภาพปัญหาต่าง ๆ ในสังคมขณะนั้นหรือเรื่องที่ผู้วิจัยสนใจ ตลอดจนแนวคิดและทฤษฎี สำหรับตัวแปรหรือประเด็นสามารถหาได้จากการ

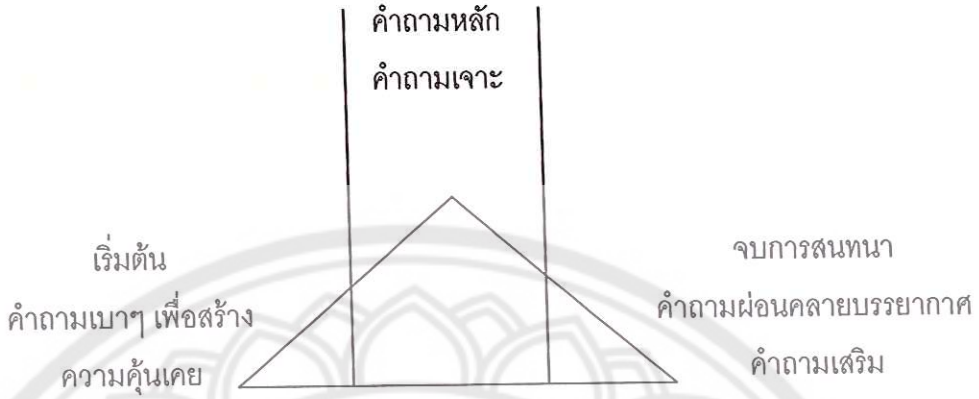
แยกแยะจากวัตถุประสงค์ของการศึกษา โดยวัตถุประสงค์ที่ต้องการทราบสามารถกำหนดประเด็นหรือสมมติฐานและตังแปรออกมา แล้วนำมาสร้างเป็นแนวคำถามวิจัย ข้อเสนอแนะสำหรับหัวข้อเรื่องที่ใช้ในการสนทนากลุ่ม ควรจะเป็นเรื่องเกี่ยวข้องกับกลุ่มหรือสาธารณชน มากกว่าเรื่องส่วนบุคคลหรือเรื่องที่อาจก่อให้เกิดความรู้สึกอับอาย

5.3.2 แนวคำถามหรือกรอบคำถาม

หลักเกณฑ์ของคำถามแต่ละคำถาม ต้องตั้งอยู่บนสมมติฐานย่อยหรือข้อคิดทางทฤษฎี เป็นคำถามในเชิงเป็นเหตุเป็นผล ทำไม เพราะอะไร อย่างไร เป็นต้น วิธีสร้างแนวคำถามสามารถ ทำได้หลายวิธี เช่น อาจจะกำหนดประเด็นจากนั้นแยกย่อยออกเป็นคำถามหลายๆ คำถาม หรืออาจจะทำโดยการกำหนดตัวแปรและตั้งสมมติฐานและจึงนำมาสร้างเป็นคำถามที่จะนำคำตอบไปสรุปให้ตรงกับแต่ละประเด็นนั้นได้

ประวิต เอราวรรณ (2539) แบ่งประเภทของคำถามว่ามี 9 ประเภท ได้แก่ 1) คำถามหลัก 2) คำถามนำ 3) คำถามตรวจสอบ 4) คำถามเข้าสู่ประเด็น 5) คำถามแบบซื่อ ๆ 6) คำถามในข้อเท็จจริง 7) คำถามความรู้สึก 8) คำถามลับ 9) คำถามโดยใช้ความเงียบ นอกจากนี้ Krueger ยังกล่าวถึงทักษะการใช้ลักษณะของคำถามอย่างน่าสนใจว่า ทักษะการใช้คำถามมีความสำคัญกับข้อมูลมากและพบว่า ส่วนใหญ่จะใช้คำถามปลายเปิด คำถามที่ต้องย้อนไปในอดีต คำถามที่สนใจศึกษา คำถามที่นำไปสู่การมีส่วนร่วม เช่น ให้ยกตัวอย่าง ให้เลือก ใช้การประมาณค่า หรือวาดรูป เป็นต้น และควรหลีกเลี่ยงคำถามที่ตอบว่า ใช่กับไม่ใช่

การจัดเรียงแนวคำถามควรจะมีการเรียงคำถามที่เป็นเรื่องทั่ว ๆ ไป ที่มีลักษณะง่ายต่อความเข้าใจก่อน เพื่อสร้างบรรยากาศให้คุ้นเคยกัน ระหว่างนักวิจัยกับผู้เข้าร่วมสนทนา จากนั้นจึงเข้าสู่ความถามหลักหรือคำถามในประเด็นที่ต้องการศึกษา แล้วจบลงที่คำถามเบา ๆ อีกครั้งหนึ่ง เพื่อผ่อนคลายบรรยากาศ ผ่อนคลายความคิด หรือในช่วงท้ายนี้อาจเติมคำถามเสริมเข้าไปอาจเป็นคำถามที่ไม่ได้เตรียมมาก่อน เป็นคำถามที่ปรากฏขึ้นมาระหว่างสนทนา หรือคำถามที่ผู้ดำเนินการสนทนาเห็นว่าถ้าถามก็จะทำให้คำตอบชัดเจนมากขึ้น แต่ไม่ควรเป็นคำตอบที่ยาวเกินไปนัก



ภาพ 1 การสร้างแนวคำถามการสนทนากลุ่ม
ที่มา : วีรสิทธิ์ สิทธิไตรย์และโยธิน แสวงดี (2536)

5.3.3 ผู้เข้าร่วมกลุ่มสนทนา

ผู้เข้าร่วมสนทนาซึ่งถือว่าเป็นบุคคลที่สามารถให้คำตอบในการศึกษาครั้งนี้ได้ตรงตามวัตถุประสงค์ของการศึกษามากที่สุด การคัดเลือกอาจทำเป็นแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลแบบสอบถามย่อย ๆ หรือเป็นตารางคัดเลือกก็ได้ ขึ้นอยู่กับหลักการที่ผู้วิจัยจะกำหนด เมื่อใช้แล้วในแต่ละครั้งควรเก็บไว้ เพราะสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้ต่อไปในช่วงของการวิเคราะห์ข้อมูล ประวิต เอราวรรณ์ (2539) กล่าวว่า การคัดเลือกผู้เข้าร่วมสนทนาสามารถทำได้ 3 ประการ คือ

1) ลักษณะที่ใช้แบ่งกลุ่ม (break characteristic) เป็นลักษณะของผู้เข้าร่วมสนทนาที่จะใช้แบ่งกลุ่มสนทนาให้แต่ละกลุ่มมีความแตกต่างกัน เช่น ต้องการศึกษาเรื่องค่านิยมในการส่งลูกเรียนต่อของผู้แกครองในภูมิภาคต่าง ๆ ของประเทศไทย ก็อาจใช้ภูมิภาคและลักษณะของท้องถิ่นเมืองและชนบทเป็นคุณลักษณะในการแบ่งกลุ่มศึกษา ซึ่งในกรณีนี้อาจแบ่งเป็นกลุ่มผู้ปกครองในภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคกลาง ภาคตะวันออก และภาคใต้ ซึ่งแต่ละภูมิภาคก็จะแบ่งเป็นผู้ปกครองที่อยู่ในเขตเมืองและชนบท ซึ่งแบ่งได้เป็น 10 กลุ่ม เป็นต้น

2) ลักษณะควบคุมให้ภายในกลุ่มเหมือนกัน (uniform control characteristic) เป็นลักษณะที่แต่ละกลุ่มต้องควบคุมให้เหมือนกัน เช่น ต้องนับถือศาสนาพุทธ ใช้ภาษาไทย จบการศึกษาไม่ต่ำกว่า ม.6 เป็นต้น

3) ลักษณะควบคุมให้องค์ประกอบของกลุ่มเหมือนกัน (composition control characteristic) เป็นลักษณะที่องค์ประกอบที่ทุกกลุ่มสนทนาจะต้องมีลักษณะเหมือนกัน เช่น การใช้

คุณลักษณะเรื่องเพศ และสถานภาพสมรสเป็นองค์ประกอบของกลุ่ม ดังนั้นทุกกลุ่มสนทนาต้องมีเพศชายและเพศหญิง และมีทั้งคนที่สมรสแล้วและยังไม่สมรส เป็นต้น

5.3.4 บุคลากรในการจัดสนทนากลุ่ม

1) ผู้ดำเนินการสนทนา (Moderator) เป็นผู้ถามคำถามและเป็นผู้นำในการสนทนาตลอดจนกำกับการสนทนาของกลุ่มให้เป็นไปตามแนวทางของหัวข้อการศึกษาเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ชัดเจนละเอียดที่สุดภายในเวลาที่กำหนด

2) ผู้จดบันทึกคำสนทนา (Note-taker) เป็นผู้ที่คอยจดบันทึกคำสนทนา จะทำหน้าที่จดทุกคำพูดที่จดทัน รวมทั้งการจดกิริยาท่าทางของสมาชิกผู้เข้าร่วมด้วย เพราะการไม่พูดและการนั่งเฉย ๆ อาจไม่ใช่การไม่มีความเห็น แววตา ท่าทางก็อาจจะแสดงความเห็นด้วยหรือคำตอบ การพยักหน้า การส่ายหน้า และสีหน้านั้น เป็นการแสดงออกถึงคำตอบได้ ผู้จดบันทึกการสนทนานอกจากจะช่วยจดบันทึกแล้วบางครั้งยังมีหน้าที่สะกิดเตือนหรือบอกผู้ดำเนินการสนทนา ในกรณีที่ผู้ดำเนินการสนทนาลืมถามหรือข้ามคำถาม และสิ่งสำคัญผู้ที่จดบันทึกต้องทำคือ เมื่อการสนทนาจะเริ่มการสนทนาจะต้องเขียนผังการนั่งสนทนากลุ่มให้ผู้ดำเนินการสนทนาด้วย เพราะจะช่วยให้ผู้ดำเนินการสนทนาทราบว่าในกลุ่มมีใครบ้าง ชื่ออะไร นั่งอยู่ตรงไหน ซึ่งช่วยให้บันทึกง่ายขึ้น

3) เจ้าหน้าที่บริการทั่วไป (Provider) เป็นบุคคลที่คอยเอื้ออำนวยให้ความสะดวกแก่ผู้ที่อยู่ในกลุ่มสนทนา มีหน้าที่คอยบริการ น้ำดื่ม ขนม บันทึกเทป ตลอดจนการคอยกันผู้ที่ไม่เข้าเกี่ยวข้องในวงสนทนากลุ่มเข้าไปเสนอความคิดในกลุ่ม หรือเข้าไปรบกวนสมาธิของสมาชิกกลุ่ม

5.3.5 อุปกรณ์ในการจัดเก็บรวบรวมข้อมูล

อุปกรณ์ในการรวบรวมข้อมูลที่สำคัญ คือเทปบันทึกเสียง เพราะในการสนทนากลุ่มจะมีการถกประเด็นปัญหาการโต้แย้ง บางครั้งจะเป็นการแสดงความความคิดเห็นที่พร้อมกันหรือแย่งกันพูด ซึ่งจะมีเสียงหลายเสียงของบุคคลในเวลาเดียวกัน หรืออาจจะเป็นเสียงพูดเสริม หรือพูดแทรกของผู้ร่วมสนทนา ซึ่งเป็นข้อมูลที่เป็นประโยชน์ ผู้ดำเนินการสนทนาอาจจะฟังไม่ทัน เทปบันทึกเสียงจะเป็นอุปกรณ์บันทึกข้อมูลที่ดีที่สุดที่สามารถเก็บเหตุผลรายละเอียด และข้อคำตอบต่างๆ ได้ทั้งหมด ซึ่งเป็นข้อมูลที่สำคัญและจำเป็นที่สุด อีกทั้งช่วยในการวิเคราะห์ ตีความข้อมูลที่ละเอียดลึกซึ้งยิ่งขึ้น เพื่อไม่ประมาทควรใช้เทปบันทึกเสียง 2 เครื่อง บันทึกข้อมูลเหลื่อมเวลากันประมาณ 5 – 10 นาที เพราะระหว่างการเปลี่ยนเทปจะมีเสียงขาดหายไป และเป็นประโยชน์ในการป้องกันการบันทึกข้อมูลถ้าหากเครื่องใดเครื่องหนึ่งเกิดขัดข้อง

อุปกรณ์เสริมในการจัดสนทนา ได้แก่ ป้ายชื่อผู้เข้าร่วมสนทนา ซึ่งช่วยให้ผู้ดำเนินการสนทนาจำบุคคลดังกล่าวได้รวดเร็วขึ้นในการสร้างความคุ้นเคย บรรยากาศแบบกันเอง "การนั่งจับเขาคุยกัน" โดยการมีเครื่องดื่ม อาหารว่าง ของขบเคี้ยวเล็ก ๆ น้อย ๆ ทำให้การสนทนาไม่ตึงเครียดจนเกินไป แนะนำว่าไม่ควรให้อาหารที่กรอบ เพราะเสียงอาจเข้าไปในขณะที่อัดเทปได้ นอกจากนั้นอุปกรณ์ที่ช่วยเสริมคำอธิบายได้ชัดเจนมากขึ้น ได้แก่ รูปภาพ แผนผัง เป็นต้น

5.3.6 สถานที่ที่จะจัดสนทนากลุ่ม

ควรมีการกำหนดให้แน่นอนเป็นสถานที่ที่ผู้เข้าร่วมสนทนาทุกคนรู้จักและคุ้นเคยเป็นอย่างดี อาจจัดในท้องถิ่น หมู่บ้านเพื่อให้สะดวกแก่ผู้มาร่วมสนทนากลุ่มมากที่สุด บรรยากาศเงียบสงบ อากาศถ่ายเทได้สะดวกไม่เป็นสถานที่ครอบงำความคิดของผู้เข้าร่วมสนทนาอันจะทำให้ผู้ร่วมสนทนาไม่กล้าแสดงความรู้สึกหรือความคิดเห็น ฉะนั้นสถานที่ที่จัดสนทนาควรเป็นสถานที่ที่ทุกคนรู้สึกสบายใจที่จะพูดถึงความคิดเห็นหรือทัศนวิสัยของตนได้อย่างปลอดภัย

5.3.7 เวลาที่ใช้ในการสนทนา

Popham (1993) กล่าวว่า การสนทนากลุ่มแต่ละครั้งควรใช้เวลาประมาณ 1.30 – 2.30 ชั่วโมง แต่ Vaughn และคณะ (1996) ให้ข้อแนะนำว่าที่เหมาะสมที่สุดก็คือ 90 นาทีหรือ 1.30 ช.ม.

5.3.8. ของกำนัลหรือของที่ระลึก (remuneration)

เป็นสิ่งที่ผู้จัดสนทนากลุ่มควรเตรียมมามอบให้กับผู้เข้าร่วมสนทนา เพื่อเป็นการขอบคุณที่ได้สละเวลาอันมีค่ามาแสดงความคิดเห็นทำให้ได้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการวิจัยและไม่ใช่เป็นของมีค่ามากหรือค่าจ้าง แต่เป็นสิ่งที่มอบให้เพียงพอเพื่อระลึกว่าครั้งหนึ่งตนได้มานั่งถกประเด็นปัญหาและร่วมแสดงความคิดเห็นไว้ในเรื่องนี้

5.4 บทบาทของผู้ดำเนินการสนทนา (Moderator)

5.4.1 ความหมายและความสำคัญ

ผู้ดำเนินการสนทนาเป็นบุคลากรที่มีหน้าที่หนึ่งในองค์ประกอบของการจัดสนทนากลุ่ม นอกเหนือจากผู้จดบันทึกการสนทนา และผู้บริการทั่วไป ผู้ดำเนินการสนทนา หมายถึง ผู้ถามคำถามและเป็นผู้นำตลอดจนกำกับการสนทนาของกลุ่มให้เป็นไปตามแนวทางของหัวข้อการศึกษาเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ชัดเจนละเอียดที่ดีในเวลาที่กำหนด (วีระสิทธิ์ สิทธิไตรย์และโยธิน แสวงดี,2536) จากการศึกษาชื่อที่ใช้เรียกผู้ดำเนินการสนทนาในการวิจัยแบบสนทนากลุ่ม ในภาษาไทยพบคำว่าผู้สัมภาษณ์, ผู้ดำเนินการสัมภาษณ์, พิธีกร, ผู้ดำเนินการสนทนา ซึ่งคำดังกล่าวมีความหมายใกล้เคียงกัน

ในภาษาไทยใช้คำว่า Moderator ซึ่งหมายถึง พิธีกร, ผู้ดำเนินการ, ประธานที่ประชุม (วิทย์ เที่ยงบูรณธรรม, 2539) ในที่นี้ผู้วิจัยจึงขอใช้คำว่า " ผู้ดำเนินการสนทนา" และ "Moderator"

สำหรับบทบาทและความสำคัญของผู้ดำเนินการสนทนา นิศา ชูโต (2540) กล่าวถึงบทบาทของผู้ดำเนินการสนทนาว่า เป็นผู้ป้อนคำถามเกี่ยวกับหัวข้อวิจัยให้ผู้เข้าร่วมกลุ่มเป็นผู้ตอบและซักไซ้ตะล่อมกล่อมเกลาให้มุมมองของทุก ๆ คนมีโอกาสสะท้อนออกมา Stewart and Shamdasani (1991) ได้กล่าวไว้ว่าผู้ดำเนินการสนทนาเป็นเพียงผู้จุดประเด็นคำถามเพื่อนำสนทนา ไม่ใช่เป็นประธานในการสนทนา ดังนั้นจึงควรมีบทบาทในการสนทนาน้อยที่สุด และไม่ควรแสดงท่าทางหรือคำพูดที่แสดงถึงการเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วยกับผู้เข้าร่วมสนทนาคนใดคนหนึ่งแต่เป็นผู้กระตุ้นให้ผู้เข้าร่วมได้สนทนาอย่างกว้างขวาง และตะล่อมให้อยู่ในประเด็นจนได้ข้อสรุปของกลุ่มในประเด็นที่สนทนากัน Krueger (1997) กล่าวว่า ผู้ดำเนินการสนทนาเป็นคนเดียวที่ทำงานโดยตรงกับกลุ่มสนทนาและคอยแนะนำในการมีส่วนร่วม มันเป็นสิ่งสำคัญที่เดียวที่ผู้ดำเนินการสนทนาต้องรู้ก่อนเริ่มต้นว่าข้อมูลใดจะให้กับผู้วิจัย แรกเริ่มผู้ดำเนินการสนทนาจะต้องมีความเข้าใจวัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัยกลุ่มที่จะศึกษาเป็นอย่างดี ส่วน Vaughn และคณะ (1996) กล่าวถึงผู้ดำเนินการสนทนาว่า เป็นบุคคลที่มีบทบาทสำคัญมากในการวิจัยแบบสนทนากลุ่ม เพราะเชื่อว่าจะเป็นผู้มีความเข้าใจในเรื่องที่ศึกษา และมีความสามารถในการซักถามล้วงลึกข้อมูล กระตุ้นให้ผู้เข้าร่วมสนทนาให้ข้อมูลที่ต้องการ ซึ่งก็เปรียบเทียบเหมือนเป็นลูกกุญแจความสำเร็จของการวิจัยแบบสนทนากลุ่ม

5.4.2 การวางแผนและการออกแบบการวิจัยแบบสนทนากลุ่ม

ขั้นตอนการออกแบบการวิจัยแบบสนทนากลุ่มมีลักษณะเหมือนการวิจัยโดยทั่วไปที่เริ่มต้นจากประเด็นปัญหาวิจัยและจบลงที่การรายงานสรุปผลการวิจัย เพียงแต่การวิจัยแบบสนทนากลุ่มมีวิธีการเฉพาะบางอย่างที่แตกต่างของแต่ละขั้นตอนบ้างเท่านั้น Vaughn และคณะ (1996) ขั้นตอนการออกแบบในลักษณะที่ให้ผู้ดำเนินการสนทนาจะเข้ามามีบทบาทในการวิจัยตลอดทั้งกระบวนการโดยถือเป็นทีมผู้วิจัยคนหนึ่ง แบ่งขั้นตอนการทำสนทนากลุ่มออกเป็น 9 ขั้นตอน คือ 1) การกำหนดวัตถุประสงค์ทั่วไป 2) การกำหนดผู้ดำเนินการสนทนา 3) การค้นหาเป้าหมายของการวิจัย 4) การคัดเลือกผู้เข้ากลุ่มสนทนา 5) การกำหนดจำนวนกลุ่มในการทำสนทนา 6) การจัดเตรียมสำหรับความสะดวกต่าง ๆ ในการทำสนทนากลุ่ม 7) การพัฒนาแนวการสัมภาษณ์ 8) การดำเนินการสนทนากลุ่ม 9) การวิเคราะห์ข้อมูลจากการสนทนากลุ่ม

5.4.3 บทบาทในการดำเนินการสนทนา

1) การแนะนำ

ผู้ดำเนินการสนทนาควรกล่าวแสดงความยินดีที่ผู้ร่วมสนทนาแสดงความคิดเห็น และ แนะนำผู้เข้าร่วมสนทนาทุกคน ในการทำการแนะนำไม่ควรกล่าวสถานภาพหน้าชื่อ เช่น ศาสตราจารย์ ดอกเตอร์ เป็นต้น สิ่งที่ควรทำคือ การรักษาบรรยากาศให้เกิดความเท่าเทียมกันระหว่างผู้ดำเนินการ สนทนากับผู้เข้าร่วมสนทนา และผู้เข้าร่วมสนทนากับผู้เข้าร่วมสนทนา เพราะนั่นอาจทำให้เกิดมี อิทธิพลต่อคำตอบของผู้เข้าร่วมสนทนาได้

2) การเปิดประเด็นและการพิจารณาข้อมูล

การเริ่มต้นเปิดประเด็นผู้ดำเนินการสนทนาต้องอธิบายให้ชัดเจน ขยายความหรือ แนะนำส่วนประกอบอื่นร่วม เพื่อให้ผู้ร่วมสนทนารู้ถึงขอบเขตหัวข้อและเข้าใจคำถามที่จะตอบ สิ่ง สำคัญของผู้ดำเนินการสนทนาอันหนึ่งคือ การทำความเข้าใจคำตอบของพวกเขาไม่ให้ผิดความหมาย เพราะเนื่องจากข้อมูลและการวิเคราะห์มีลักษณะเป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ การตัดสินเชิงอัตตวิสัย (Subjective Judgment) ของตัวผู้วิจัยจึงเข้ามามีส่วนร่วมในการแปลความหมาย และตีความบน พื้นฐานของบริบทที่ผู้เข้าร่วมสนทนากล่าวถึง รวมกับข้อมูลจากแหล่งอื่น ๆ เพื่อร่วมพิจารณา ทั้งนี้ เพราะการร่วมแสดงความคิดเห็นของคนหนึ่งคนนั้นมีคุณค่า บางครั้งผู้ดำเนินการสนทนาอาจเพิ่มเติม ข้อสนับสนุนของกลุ่มได้ เพราะฉะนั้นผู้ดำเนินการสนทนาต้องทำให้ชัดเจนใน concept ของเรื่องและ คำถามคำตอบที่ยากต่อความเข้าใจ

3) การดูแลให้ความสะดวกและสร้างบรรยากาศที่ดี

ผู้ดำเนินการสนทนาต้องคอยดูแลให้เป็นที่พอใจในฐานะเจ้าภาพโดยการเชื้อเชิญ สร้างรูปแบบสำหรับนำเข้าสู่การสนทนา เพื่อก่อให้เกิดความร่วมมือในการให้ข้อมูลที่ซื่อตรงและ เปิดเผยสร้างบรรยากาศแห่งความเป็นกันเองโดยเชิญให้รับประทานอาหารว่างและเครื่องดื่ม การจัดสิ่ง อำนวยความสะดวกต่าง ๆ

4) การควบคุมให้ไปตามหัวข้อเรื่อง

สนทนากลุ่มเป็นการหาข้อมูลจากแหล่งข้อมูลเพียงครั้งเดียว ซึ่งเมื่อจบการสนทนา **ผู้ดำเนินการสนทนาไม่สามารถติดต่อเพื่อขยายคำตอบได้อีก ผู้ดำเนินการสนทนาจึงควรให้ได้ข้อมูล หลักในการสนทนาแต่ละครั้ง ซึ่งอาจต้องอาศัยเทคนิคทางจิตวิทยาและการสื่อสาร การแปล ความหมาย ผู้ดำเนินการสนทนาต้องขยายความในคำบางคำเพื่อให้เกิดความเข้าใจ และให้ได้ข้อความ**

ที่สมบูรณ์ สิ่งที่สามารถทำให้สนทนากลุ่มประสบความสำเร็จ ก) ได้มาซึ่งข้อมูลที่ต้องการ จำเป็น ข) กล้าถามในคำถามที่น่าสนใจ ค) ให้ความสะดวกและให้ทุกคนในกลุ่มมีส่วนร่วม

ผู้ดำเนินการสนทนาจะเริ่มต้นคำถามทั่ว ๆ ไปก่อนค่อยลำดับเรื่องที่อยู่ในขอบเขต ผู้ดำเนินการสนทนาต้องพูดกล่าวด้วยความสนใจอย่างแท้จริงในคำตอบของแต่ละคน และถามคำถามที่ไม่เป็นการถามเหมือนการทดสอบหรือประเมินผล ผู้ดำเนินการสนทนาต้องคอยรักษาประเด็นโดยการมองบุคลิกภาพและพฤติกรรม ซึ่งถ้าพบว่ากลุ่มมีลักษณะเกาะกลุ่มกันไปอาจ แสดงถึงข้อบกพร่องของผู้ดำเนินการสนทนา ผู้ดำเนินการสนทนาต้องพยายามให้บทบาท แต่ละคน คนที่พูดมากเกินไป ผู้ดำเนินการสนทนาต้องหยุดชั่วคราวแล้วถามคนอื่น ๆ ในกลุ่ม หรือถ้าเป็นไปได้ให้พัฒนาคำถามใหม่ ผู้ดำเนินการสนทนามีโอกาสในการวิจารณ์หรือวาง แนวทางไปสู่คำวิจารณ์ มีส่วนในการร่วมสรุปและถามคำถามซ้ำ บางครั้งพบว่ามีการใช้เทคนิค โพลล์ (Poll) ช่วยอีกครั้ง ผู้ดำเนินการสนทนาควรเลือกใช้ภาษาท่าทางกับชายหญิงให้เหมาะสม ซึ่งเป็นอิทธิพลข้อหนึ่ง การใช้สายตากับคนที่ไม่พูดเพื่อให้เขาพูดหรือไม่ใช้สายตา (eye contact) กับคนที่พูดมากเกินไป คำนึงเสมอว่าถ้อยคำจากการมีส่วนร่วมจะให้ดีที่สุดต้องมาจากพลวัตของกลุ่ม

5) การจบการสนทนา

เป็นส่วนสำคัญที่ผู้ดำเนินการสนทนามีหน้าที่คอยควบคุมไม่ให้เกินจากเวลาที่กำหนดไว้ และก่อนที่จะจบการสนทนา ผู้ดำเนินการสนทนาอาจสรุปจุดสำคัญที่ได้จากการสนทนาให้กับกลุ่มทราบ ถามความคิดเห็นครั้งสุดท้ายเกี่ยวกับหัวข้อหรือประเด็น หรือยอมให้มีส่วนร่วมคิดในเรื่องโดยทั่วไป รวมทั้งการให้กลุ่มได้วางแผนในการรายงานสรุปผลซึ่งสามารถทำได้

5.4.4 คุณลักษณะของผู้ดำเนินการสนทนา

จากการศึกษาค้นคว้าเอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ทำให้พบเห็นคุณลักษณะของผู้ดำเนินการสนทนาในการวิจัยแบบสนทนากลุ่มอย่างชัดเจนในหลายคุณลักษณะ จึงขอนำเสนอคุณลักษณะต่าง ๆ ที่ค้นพบทั้งหมด และด้วยคุณลักษณะที่มีอยู่มากมาย ผู้วิจัยจึงแบ่งคุณลักษณะตามกรอบการศึกษา โดยแบ่งออกเป็น 4 ด้าน คือ ด้านบุคลิกภาพ ด้านความรู้ความสามารถทั่วไป ด้านภาษาและการสื่อสารและด้านทักษะเฉพาะในการดำเนินการสนทนา ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1) ด้านบุคลิกภาพ

บุคลิกภาพซึ่งหมายถึง สิ่งที่พบเห็นได้สังเกตได้จากภายนอก และแสดงได้ซึ่งความหมาย ความรู้สึก ยกตัวอย่าง เช่น การแต่งกาย การแสดงออกซึ่งกริยาท่าทาง สีหน้า ความคิด คำพูดหรือแม้กระทั่ง เพศ อายุ ศาสนา ซึ่งเป็นคุณลักษณะด้านชีวภาพ ก็เป็นส่วนหนึ่งในด้านบุคลิกภาพและจากบทบาทของผู้ดำเนินการสนทนาที่ต้องสร้างความประทับใจให้ผู้เข้าร่วมสนทนาให้เห็นในภาพลักษณ์ต่าง ๆ ที่เป็นบุคลิกภาพที่เหมาะสมกับกลุ่มผู้เข้าร่วม และจากการศึกษาเอกสารประกอบด้วย

1.1 เพศ (Vaughn และคณะ, 1996) , (Gorden, 1987) , (รุ่งนภา พุ่มพฤกษ์, 2535)

1.2 อายุ (Singer และคณะ, 1983) , (Vaughn และคณะ , 1996) , (Gorden, 1987) , (รุ่งนภา พุ่มพฤกษ์, 2535)

1.3 ศาสนา (Singer และคณะ , 1983) , (รุ่งนภา พุ่มพฤกษ์, 2535)

1.4 สถานภาพทางสังคม (Gorden, 1987)

1.5 รูปร่าง (Groves, 1987 ; Donaghy, 1984 อ้างถึงในปราโมทย์ ทองสุข, 2539)

1.6 การแต่งกาย (Groves, 1987 ; Donaghy , 1984 อ้างถึงในปราโมทย์ ทองสุข, 2539) , (gorden, 1987) , (Babbie, 1986) , (Vaughn และคณะ, 1996)

1.7 การแสดงออกซึ่งสีหน้า ท่าทาง สายตา ที่พึงประสงค์ (Groves, 1987; Donaghy, 1984 อ้างถึงในปราโมทย์ ทองสุข, 2539) (Langer, 1978), (Gorden, 1987) , (Vaughn และคณะ, 1996) , (สุภางค์ จันทวานิช, 2531) , (วีรสิทธิ์ สิทธิไตรย์และโยธิน แสงดี, 2536)

1.8 มีอารมณ์ขัน (Langer, 1978) , (Stewart and Shamdasani, 1991)

1.9 ความมีวิสัยทัศน์ / โลกทัศน์เปิดกว้างในความคิดเห็นต่าง ๆ (Groves , 1987 ; Donaghy, 1984 อ้างถึงในปราโมทย์ ทองสุข, 2539) , (GreenBaum, 1991)

1.10 ปราศจากอคติ (Merriam, 1988) , (Porter , 1991) , (Stewart and Shamdasani, 1991) , (Vaughn และคณะ, 1996) , (พิชิต พิทักษ์เทพสมบัติ, 2531)

1.11 มีความสนใจในความรู้สึกของคน (Langer, 1978)

2) ด้านความรู้ความสามารถทั่วไป

การวิจัยแบบสนทนากลุ่มเป็นวิธีวิทยาการวิจัยหนึ่งที่นักวิจัยใช้ในการศึกษาข้อมูล คุณลักษณะด้านความรู้ความสามารถทั่วไป จึงเป็นคุณลักษณะทั่วไปของนักวิจัย ซึ่งคุณลักษณะดังกล่าวนั้น เป็นคุณลักษณะที่เอื้อประโยชน์ให้กับผู้ดำเนินการสนทนายิ่งขึ้น

2.1 สติปัญญา ความจำ (Porter, 1991) , (Stewart and Shamdasani, 1991), (Vaughn และคณะ, 1996)

2.2 มีทัศนคติเชิงวิทยาศาสตร์และลักษณะที่เอื้อต่อการวิจัย เช่น การสังเกต การวิเคราะห์ ความคิดอ่านลึกซึ้ง (Pophem, 1993) , (จารึก อาจวารินทร์ , 2529)

2.3 มีความรู้ทางด้านจิตวิทยาสังคม (Vaughn และคณะ , 1996)

2.4 ความรู้ความสามารถในระเบียบวิธีการวิจัย (จารึก อาจวารินทร์ , 2529)

2.5 ความสามารถในการเขียนรายงานผลการวิจัย (Vaughn และคณะ , 1996) , (จารึก อาจวารินทร์ , 2529) , (วีรสิทธิ์ สิทธิไตรย์และโยธิน แสวงดี , 2536)

3) ด้านภาษาและการสื่อสาร

การวิจัยแบบสนทนากลุ่มใช้ทักษะของการสื่อสารมากที่สุด ระหว่างผู้ดำเนินการสนทนากับผู้เข้าร่วมสนทนา หรือผู้เข้าร่วมสนทนากับผู้เข้าร่วมสนทนา ภาษาและการสื่อสารจึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะนำไปสู่ข้อมูลที่เป็นคำตอบเป้าหมายของการวิจัย ผู้ดำเนินการสนทนาจึงต้องเป็นผู้ที่ใช้ภาษาและการสื่อสารได้ดีถูกต้องตามหลักภาษาในการจะถ่ายทอดคำพูดที่เหมาะสม (Stewart and Shamdasani, 1991; Vaughn และคณะ, 1996) กับกลุ่มผู้เข้าร่วมสนทนา ซึ่งประกอบด้วย

3.1 การพูดแสดงออกอย่างจริงใจ และเป็นธรรมชาติ (Langer, 1978) , (Vaughn และคณะ, 1996) , (พวงรัตน์ ทวีรัตน์, 2531) , (ประวิต เอราวรรณ์, 2539)

3.2 เสียงดังฟังชัดเจน (Babbie, 1986)

3.3 คำสุภาพ เข้าใจง่าย (สุภางค์ จันทวานิช , 2531)

3.4 ชัดเจนในรูปประโยค แปลความ ขยายความ คำควบกล้ำ (อารี อาวรณ์เศรษฐ์, 2536)

3.5 เป็นผู้ฟังที่ดี ฟังอย่างตั้งใจ (Popham , 1993) , (Vaughn และคณะ , 1996) (สุภางค์ จันทวานิช , 2531) , (พวงรัตน์ ทวีรัตน์ , 2531)

4) ด้านทักษะเฉพาะในการเป็นผู้ดำเนินการสนทนา

คุณลักษณะด้านทักษะเฉพาะในการเป็นผู้ดำเนินการสนทนา หมายถึง คุณลักษณะที่เป็นส่วนในการสร้างความเชื่อมั่นในการดำเนินการสนทนา (ข้อคำถาม) ให้กับตนเองและผู้เข้าร่วม สนทนา ซึ่งแสดงออกถึงความคิดเห็นต่าง ๆ เพื่อให้การสนทนาเป็นไปตามเป้าหมายของการวิจัยและสร้างความพึงพอใจให้กับผู้เข้าร่วมสนทนา

4.1มีความรู้ความเข้าใจ และธรรมชาติของการวิจัยแบบสนทนากลุ่ม (Stewart and Shamdasani, 1991) , (Vaughn และคณะ, 1996) , (Krueger , 1997) , (วีรสิทธิ์ สิทธิไตรย์และโยธิน แสวงดี , 2536) , (นภาพร หะวานนท์ , 2535) , (ประวิต เอราวรรณ์ , 2539)

4.2 เข้าใจขอบเขตหัวข้อและวัตถุประสงค์ของงานวิจัย (Gorden , 1987) , (Vaughn และคณะ, 1996) , (Krueger , 1997) , (วีรสิทธิ์ สิทธิไตรย์และโยธิน แสวงดี , 2536)

4.3 มีความรู้ในเรื่องที่วิจัย เข้าใจปัญหา สมมติฐาน (Gorden , 1987) , (Porter , 1991) , (วีรสิทธิ์ สิทธิไตรย์และโยธิน แสวงดี , 2536)

4.4 มีทักษะการใช้คำถามประเภทต่าง ๆ เข้าใจคำถาม มีการจัดเรียงคำถาม (Stewart and Shamdasani, 1991) , (Vaughn และคณะ, 1996) , (Krueger , 1997) , (วีรสิทธิ์ สิทธิไตรย์และโยธิน แสวงดี , 2536) , (นภาพร หะวานนท์ , 2535) , (ประวิต เอราวรรณ์ , 2539)

4.5 การสร้างบรรยากาศการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น การกระตุ้นถาม (Morgan , 1988) , (Stewart and Shamdasani, 1991) , (Popham , 1993) , (Vaughn และคณะ, 1996) , (Krueger , 1997) , (วีรสิทธิ์ สิทธิไตรย์และโยธิน แสวงดี , 2536) , (นภาพร หะวานนท์ , 2535) , (ประวิต เอราวรรณ์ , 2539) , (สุรศักดิ์ เพียสุระ , 2540)

4.6 สร้างบรรยากาศผ่อนคลาย ความสนุกและความพึงพอใจ (Langer , 1978) , (Vaughn และคณะ, 1996) , (Krueger , 1997) , (วีรสิทธิ์ สิทธิไตรย์และโยธิน แสวงดี , 2536) , (นภาพร หะวานนท์ , 2535) , (ประวิต เอราวรรณ์ , 2539)

4.7 ควบคุมสถานการณ์ รักษาประเด็นและเวลา (Gorden , 1987) , (Porter , 1991) , (Popham , 1993) , (Vaughn และคณะ, 1996) , (Krueger , 1997) , (วีรสิทธิ์ สิทธิไตรย์และโยธิน แสวงดี , 2536) , (นภาพร หะวานนท์ , 2535) , (ประวิต เอราวรรณ์ , 2539)

4.8 มีความยืดหยุ่น (Langer, 1978), (Gorden, 1987), (ประวิต เอราวรรณ์, 2539)

4.9 ทักษะการกล่าวแนะนำ สรุปและขอบคุณ (Vaughn และคณะ, 1996) , (Krueger , 1997) , (สุภางค์ จันทวานิช , 2531) , (วีรสิทธิ์ สิทธิไตรย์และโยธิน แสวงดี , 2536) , (นภาพร หะวานนท์ , 2535)

4.10 การให้เกียรติผู้เข้าร่วมสนทนา (Vaughn และคณะ, 1996)

4.11 วิเคราะห์ข้อมูลที่ได้รับตลอดเวลาอย่างคล่องแคล่ว เพื่อเชื่อมโยงความข้อมูลเดิมกับปัญหาและข้อมูลใหม่ (Langer, 1978), (Porter, 1991), (Popham, 1993), (วีรสิทธิ์ สิทธิไตรย์และโยธิน แสวงดี, 2536)

4.12 คอยควบคุมพยายามไม่ให้เกิดการข่มทางความคิด หรือให้เห็นคล้อยตามกับผู้ที่พูดเก่ง (Vaughn และคณะ, 1996), (Krueger, 1997), (วีรสิทธิ์ สิทธิไตรย์และโยธิน แสวงดี, 2536), (นภาพร หะวานนท์, 2535)

4.13 การใช้สื่อต่าง ๆ ประกอบการสนทนา (Vaughn และคณะ, 1996)

4.14 รู้พื้นฐานของผู้เข้าร่วมสนทนา มองผ่านชีวิตของผู้เข้าร่วมผ่านทางทัศนคติ (Langer, 1978)

5.5 การวิเคราะห์ข้อมูล

5.5.1 การบันทึกการทำสนทนากลุ่ม

Bertrand Brown and Ward (1992) (อ้างถึงในประวิต เอราวรรณ์, 2539) ได้กล่าวถึงการบันทึกการสนทนากลุ่มสามารถทำได้ 3 วิธี ดังนี้

1. การจดบันทึกและการถอดความอย่างละเอียดทุกคำพูด การบันทึกบรรยากาศการสนทนาด้วยวิธีนี้เหมาะสำหรับข้อมูลที่สำคัญและจำเป็น มีเวลาเพียงพอ ไม่เร่งรีบและจุดประสงค์ของการศึกษาต้องการรายละเอียด เพื่อใช้เปรียบเทียบให้เห็นความแตกต่างในกลุ่มประชากรที่ต่างกัน เช่น แยกตามเพศ อายุ กลุ่ม สถานะทางสังคม ภูมิลำเนา เป็นต้น

2. การจดบันทึกการสนทนาและบันทึกเทปประกอบ วิธีนี้จะเน้นการจดบันทึกอย่างละเอียด ไม่มีการถอดเทป เมื่อมีข้อสงสัยก็จะฟังจากเทปประกอบเท่านั้น วิธีนี้เหมาะสำหรับการวิจัยที่มีเวลาจำกัด การสนทนาใช้เวลามาก และจุดประสงค์ของการวิจัยต้องการเพียงข้อมูลย้อนกลับจากกลุ่มประชากรเพื่อการตัดสินใจเท่านั้น

3. การจดบันทึกอย่างเดียว โดยไม่ต้องบันทึกเทป วิธีนี้เหมาะสำหรับการวิจัยที่ใช้เวลาน้อย ประเด็นการวิจัยเป็นเรื่องง่าย ๆ ไม่ซับซ้อน หรือจัดกลุ่มสนทนาเพื่อศึกษาประกอบเทคนิคอื่น

5.5.2 ระดับการวิเคราะห์ข้อมูล

Brodigan (1992) กล่าวว่า ผู้ที่ถอดรหัสควรเป็นผู้ดำเนินการสนทนา นักวิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยที่เข้าร่วมการสนทนากลุ่มและรับผิดชอบในการวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อก่อให้เกิดความแม่นยำและการถอดรหัสที่ดีที่สุด การวิเคราะห์ข้อมูลสามารถวิเคราะห์ได้ 2 ระดับ คือ การวิเคราะห์เบื้องต้นและการวิเคราะห์อย่างละเอียด (ประวิต เอราวรรณ์, 2539)

1. การวิเคราะห์เบื้องต้น คือ การวิเคราะห์ผลการสนทนา โดยร่วมกันสรุปและเสนอความคิดเห็นในกลุ่มของผู้จัดสนทนา ซึ่งจะดำเนินการทันทีเมื่อการสนทนาแต่ละกลุ่มสิ้นสุดลง เพื่อเป็นการหาผลสรุปเบื้องต้นจากข้อค้นพบที่ได้จากการสนทนา และเพื่อหาข้อผิดพลาดในการดำเนินการเพื่อนำไปปรับปรุงในการจัดสนทนาครั้งต่อไปและป้องกันการหลงลืมของนักวิจัยเอง เนื่องจากข้อมูลนั้นเป็นข้อมูลเชิงคุณภาพและมีจำนวนมาก

2. การวิเคราะห์อย่างละเอียด คือการนำข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่มทั้งหมดมาจัดกระทำตามขั้นตอนโดยสรุป ดังนี้

2.1 ระบุแนวความคิดหลัก (Identifying the Big Ideas) ซึ่งได้แก่ คำพูดแนวความคิด การตอบสนองที่เข้มข้นของผู้ร่วมสนทนา รวมทั้งภาษาไทย สีหน้าท่าทางต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นเหมือนเดิมซ้ำ ๆ กันของบุคคลในแต่ละกลุ่ม

2.2 การแบ่งหน่วยข้อมูล (Unitizing the Data) เป็นกระบวนการนำข้อมูล หลัก ๆ มาเป็นหน่วยข้อมูลพื้นฐาน ซึ่งพิจารณาเป็นหน่วยข้อมูลเล็กที่สุด มีความหมายในตัวของมันเอง อาจทำได้ 2 วิธี คือ 1) ใช้ปากกา highlighter กับข้อมูล และ 2) เข้าโปรแกรมคอมพิวเตอร์ คือ โปรแกรมที่ชื่อว่า "The Ethnograph" โปรแกรมนั้นจะใช้การลงรหัสเนื้อหาต่าง ๆ ให้กับผู้วิจัยและสามารถจัดหมวดหมู่ของข้อมูล แยกประเด็นหัวข้อต่าง ๆ โดยไม่ต้องยุ่งยากเหมือนจัดทำด้วยมือ (Stewart and Shamdasani, 1991 ; สุระศักดิ์ เพียสุระ, 2540) ทุกครั้งที่ควรทำในการรวบรวมหน่วยของข้อมูล ควรอ้างอิงถึงผู้เข้าร่วมสนทนา

2.3 การแยกประเภทหน่วยข้อมูล (Categorizing the Units) หน่วยข้อมูลจะถูกจัดเรียงเข้ากลุ่มที่มีความเกี่ยวข้องกันและในที่สุดก็จะกลายเป็น themes แต่ละลักษณะ หรือคุณสมบัติของกลุ่มข้อมูล การจัดแยกประเภทหน่วยข้อมูลสามารถทำได้โดยการนำซองที่มีขนาดใหญ่เขียนชื่อประเภทติดบนซองพร้อมกับคำอธิบาย Lewis, Kitano and Lynch (1992) พบวิธีที่สามารถใช้ในการจัดเรียงได้อีก ที่เรียกว่า Index cards โดยให้ผู้เข้าร่วมสนทนาเขียนลงใน index cards ขนาด

3x5 นิ้ว ตั้งแต่คำตอบแรกจนถึงคำตอบสุดท้าย จากนั้นผู้ดำเนินการสนทนาลงรหัสด้วยสีใน Card แยกเป็นแต่ละส่วน เพื่อนำมาวิเคราะห์อีกครั้งในภายหลัง

2.4 การพิจารณาประเภทหน่วยข้อมูล (Negotiating Categories) ขั้นตอนนี้เป็นการรวมของผู้วิเคราะห์ข้อมูลที่มี 2 คนหรือมากกว่านั้น โดยให้นักวิเคราะห์ 1 คน เป็นผู้ศึกษาในแต่ละประเภท (ซอง) และเสนอให้นักวิเคราะห์คนอื่นฟัง จากนั้นอภิปรายว่ามีข้อมูลประเภทใดที่คล้ายคลึงกับประเภทนี้หรือไม่ โดยการเปรียบเทียบอย่างง่าย ๆ

2.5 ระบุแก่นของเรื่องและการใช้ทฤษฎี (Identifying Themes and Use of Theory) ขั้นตอนนี้เป็นการกลั่นกรองหน่วยข้อมูลและประเภทข้อมูล โดยนักวิเคราะห์และนักวิจัยเพื่อหา themes และศึกษาค้นคว้าหาข้อมูลที่สนับสนุน themes นั้น

จากการวิเคราะห์ข้อมูล Basch (1987) ชี้ให้เห็นว่าข้อมูลจากการสนทนากลุ่มไม่ได้ออกแบบมาเพื่อสะท้อนถึงน้ำหนักของความรู้สึกของคนหรือความเชื่อมั่นของคน จึงทำให้คิดว่าควรจะมีกระบวนการในการให้น้ำหนักของความรู้สึกของคนเกิดขึ้น โดยผู้ดำเนินการสนทนาได้ทำการระบุความคิดเห็นแล้วถามผู้เข้าร่วมสนทนา เพื่อให้ผู้เข้าร่วมสนทนาให้น้ำหนักตามสเกล 1 ถึง 5 ว่าพวกเขาเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วยกับความคิดนี้ มากน้อยอย่างไร ซึ่งในข้อมูลเชิงปริมาณเหล่านี้ พบว่าสามารถสร้างความมั่นใจให้กับผู้ดำเนินการสนทนา ทีมงานวิจัยและสาธารณชนได้อีกวิธีหนึ่ง

ประเทศไทย ประกาศใช้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเมื่อ ปีพ.ศ. 2544 โดยดำเนินการให้บริการระดับปฐมภูมิเป็นกลยุทธ์หลักที่ใช้ในการดำเนินการในนโยบายเพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างถ้วนหน้า ทั้งนี้ได้มีการพัฒนาการให้บริการระดับปฐมภูมิควบคู่กันไปด้วย เช่น การพัฒนาตัวชี้วัดในการประเมินคุณภาพหน่วยบริการ การจัดโครงการศูนย์สุขภาพชุมชนในฝัน การพัฒนาตัวชี้วัดในการดูแลผู้รับบริการ กรณีบริการแม่และเด็กและโรคเบาหวาน เป็นต้น ปัจจุบันได้มีการปรับบทบาทการให้บริการในระดับปฐมภูมิมีการให้บริการคัดกรองโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูงในชุมชน การส่งกลับอย่างเป็นระบบในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังซึ่งแต่เดิมต้องดูแลที่โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลจังหวัด มาให้แก่ศูนย์สุขภาพชุมชนหรือสถานีอนามัย จากลักษณะดังกล่าว ส่งผลให้บริการระดับปฐมภูมิมีความซับซ้อนและเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา การพัฒนาต้องใช้ข้อมูลเชิงลึกที่มีคุณค่า ซึ่งข้อมูลดังกล่าวจะมีลักษณะเฉพาะในแต่ละพื้นที่ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงเห็นว่าควรที่จะมีการนำวิธีการสนทนากลุ่มในผู้รับบริการทุกส่วนของชุมชน เพื่อค้นหาข้อมูลที่มีคุณค่าและนำมาใช้ในการพัฒนาคุณภาพบริการ

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องที่ศึกษาโดยวิธีเชิงคุณภาพเพื่อประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการ

การสนทนากลุ่ม ได้นำมาใช้ในการวิจัยทางด้านสุขภาพมากขึ้น ในการค้นหาความเห็นของประชาชนในประเด็นการเข้าใจรูปแบบของการเจ็บป่วย หรือประสบการณ์ในการได้รับบริการสุขภาพ (Kritzinger, 1995) Schwarz et al (2000) ได้ศึกษาความพึงพอใจของผู้มารับบริการระดับปฐมภูมิที่ The Mountain Area Health Education Center (MAHEC) ในเมือง Asheville รัฐ Carolina เพื่อต้องการค้นหาข้อมูลเชิงลึกจากผู้ป่วย โดยต้องการให้ผู้ป่วยรู้สึกยินดีและผ่อนคลายที่จะร่วมสนทนากัน จึงใช้วิธีการสนทนากลุ่ม ในผู้ป่วย 32 คน แบ่งเป็น 5 กลุ่ม ประกอบด้วย กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ กลุ่มประชาชนที่มีหลักประกันสุขภาพแบบเอกชนหรือแบบ HMO กลุ่มประชาชนที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป หรือ กลุ่มที่มีความพิการซึ่งใช้บริการ Medicare และกลุ่มคนแอฟริกัน อเมริกัน แต่ละกลุ่มใช้เวลาในการสนทนาประมาณ 1-1.5 ชั่วโมง วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยต้องการให้ปรับปรุงบริการ ดังนี้ ปรับปรุงกระบวนการแจ้งผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการแก่ผู้ป่วยแจ้งทั้งในรายที่ปกติและผิดปกติพร้อมอธิบายผลการตรวจและวิธีการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม จัดให้มีพื้นที่สำหรับเปลี่ยนผ้าอ้อมให้กับเด็กทารก ปรับปรุงเอกสารสำหรับให้บริการในห้องรอตรวจให้มีเนื้อหาที่หลากหลาย ปรับปรุงระบบโทรศัพท์ที่ใช้ในการติดต่อของผู้ป่วย และให้มีการระบุชื่อผู้ให้บริการให้ผู้ป่วยทุกคนได้รับทราบ นอกจากนี้ผู้วิจัย พบว่าการค้นหาความพึงพอใจที่ใช้วิธีการสนทนากลุ่มสามารถที่จะระบุประเด็นที่ต้องการพัฒนาได้ชัดเจน นำไปใช้ในการปรับปรุงบริการได้อย่างทันที ให้เกิดการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ครอบคลุมข้อมูลที่ไม่ได้จากการสำรวจ แต่อย่างไรก็ตามข้อมูลนั้นจะเป็นข้อมูลเฉพาะที่ของหน่วยบริการนั้น ไม่สามารถนำไปขยายผลสู่พื้นที่อื่นได้

Schneider และ Palmer (2002) ศึกษาเรื่องการค้นหาความจริงของผู้รับบริการระดับปฐมภูมิในหน่วยบริการ 19 แห่ง ประเทศแอฟริกาใต้ เพื่อต้องการประเมินบริการระดับปฐมภูมิของผู้รับบริการใช้การสำรวจหลังจากรับบริการและการสนทนากลุ่ม กลุ่มตัวอย่างในการสำรวจหน่วยบริการละ 50 คน และสนทนากลุ่มในหน่วยบริการ 7 แห่ง ๆ ละ 2 กลุ่ม แต่ละกลุ่มประกอบด้วยผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยจำนวน 8-12 คน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา ผลการศึกษาพบว่าข้อมูลในการแสดงความคิดเห็นในการสำรวจหลังจากรับบริการเป็นเชิงบวกมากกว่าข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่ม ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่ม ได้รวมผู้ที่ไม่ได้มาใช้บริการด้วย การสนทนากลุ่มจะทำให้ได้ความคิดเห็นที่เป็นจริงของผู้รับบริการมากกว่าการสำรวจหลังจากรับบริการ อย่างไรก็ตามแต่ละวิธีมีข้อดี และข้อจำกัดที่แตกต่างกัน ข้อมูลเชิงปริมาณจากการสำรวจสามารถบอกถึงลักษณะ

โครงสร้างประชากร รูปแบบการเจ็บป่วยได้ ทั้งนี้สามารถใช้สองวิธีการในการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้าได้ สอดคล้องกับ Capitulo (1998) ศึกษาการปรับปรุงความพึงพอใจของผู้ป่วยด้วยวิธีการสนทนากลุ่ม พบว่าการใช้วิธีการสนทนากลุ่มจะจุดประกายความคิดสร้างสรรค์และเป็นการให้ความสำคัญกับการดูแลผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง นอกจากนี้พบว่า การศึกษาของ Dawn et al (2003) ศึกษาถึงความคาดหวังของผู้ป่วยในการรับบริการการดูแลตา โดยใช้วิธีการสนทนากลุ่ม จำนวน 6 กลุ่ม ของศูนย์การดูแลทางสายตามหาวิทยาลัยดุก (Duke University Eye Center) มีผู้เข้าร่วมสนทนาตั้งแต่ 4-10 คน เฉลี่ย กลุ่มละ6 คน พบว่าผู้ป่วยที่มารับบริการทางด้านสายตาแสดงความคาดหวัง 5 ประเด็น คือ 1) ความซื่อสัตย์ 2) ข้อมูลเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคและการพยากรณ์โรค 3) การอธิบายด้วยภาษาที่ชัดเจน 4) ประสบการณ์และความมีชื่อเสียงของจักษุแพทย์ และ5) ความเข้าใจผู้ป่วย การรับฟังในสิ่งที่ผู้ป่วยวิตกกังวล

การให้ความสำคัญกับการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง โดยไม่ได้เริ่มจากปัญหาที่พบในการให้บริการ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการที่จะนำกระบวนการสนทนากลุ่มมาใช้ในการศึกษาประสบการณ์ที่ผู้รับบริการได้รับจากบริการในระดับปฐมภูมิ ซึ่งประสบการณ์ หมายถึง สิ่งที่ผู้รับบริการคาดหวังกับสิ่งที่ผู้รับบริการได้รับจริง โดยกระบวนการกลุ่มให้ความสำคัญกับการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้เข้าร่วมสนทนาด้วยกัน เป็นการจุดประกายความคิดสร้างสรรค์ ดำเนินการให้ครอบคลุมทุกกลุ่มเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุม สามารถนำมาพัฒนาบริการได้อย่างแท้จริง

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ได้นำรูปแบบความพึงพอใจของผู้รับบริการในส่วนของเนื้อหาการดูแลสุขภาพ ซึ่งพัฒนาโดย Johanson, Oleni และ Fridlund ในปี 2002 และแนวคิดของความคาดหวังและความพึงพอใจที่เสนอโดย Stanszewska และ Ahmed ในปี 1999 โดยมีองค์ประกอบสำคัญ 7 องค์ประกอบซึ่งได้อธิบายปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจของผู้รับบริการดังนี้

1) **รูปแบบของสภาพสังคมและประชากร** ผู้สูงอายุมีแนวโน้มจะมีความพึงพอใจมากกว่า ซึ่งจากการวัดคุณภาพที่เน้นไปที่การรับรู้ของผู้รับบริการแสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุจะให้คะแนนคุณภาพของการดูแลสูงกว่า (Bengtsson et al, 1998) นอกจากนี้ เพศก็ยังเป็นตัวที่มีผลต่อการรับรู้ของความพึงพอใจ โดยที่เพศชายมีระดับความพึงพอใจที่สูงเมื่อเทียบกับเพศหญิง (McGivern,1999) ผู้รับบริการที่มีการศึกษาสูงมีความพึงพอใจน้อยกว่าผู้ที่มีการศึกษาต่ำ(Bengtsson et al,1998)

2) **รูปแบบการคาดหวัง** ซึ่งมีอยู่ 2 รูปแบบในประเด็นการรับรู้ของผู้รับบริการ คือ มีความพึงพอใจหรือ ไม่พึงพอใจ ภาวะการไม่พึงพอใจเกิดเมื่อความคาดหวังของผู้รับบริการไม่ได้รับการเติมเต็ม (Ludwig-Beymer et al, 1993) ความคาดหวังสามารถจำแนกได้เป็น 3 กลุ่ม คือ (1) การคาดหวังของผู้ให้บริการ, (2) ความคาดหวังของการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการ, และ (3) ความคาดหวังต่อผลของการดูแล

3) **สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ** สิ่งแวดล้อมทางกายภาพมีผลต่อความพึงพอใจของผู้รับบริการ (Thomas et al., 1995) สิ่งแวดล้อมทางกายภาพประกอบด้วย ความสะอาด, ความพอเพียงและความสะดวกสบายในพื้นที่ที่จัดไว้, และความเป็นส่วนตัวของผู้รับบริการระหว่างให้คำปรึกษา ฯลฯ

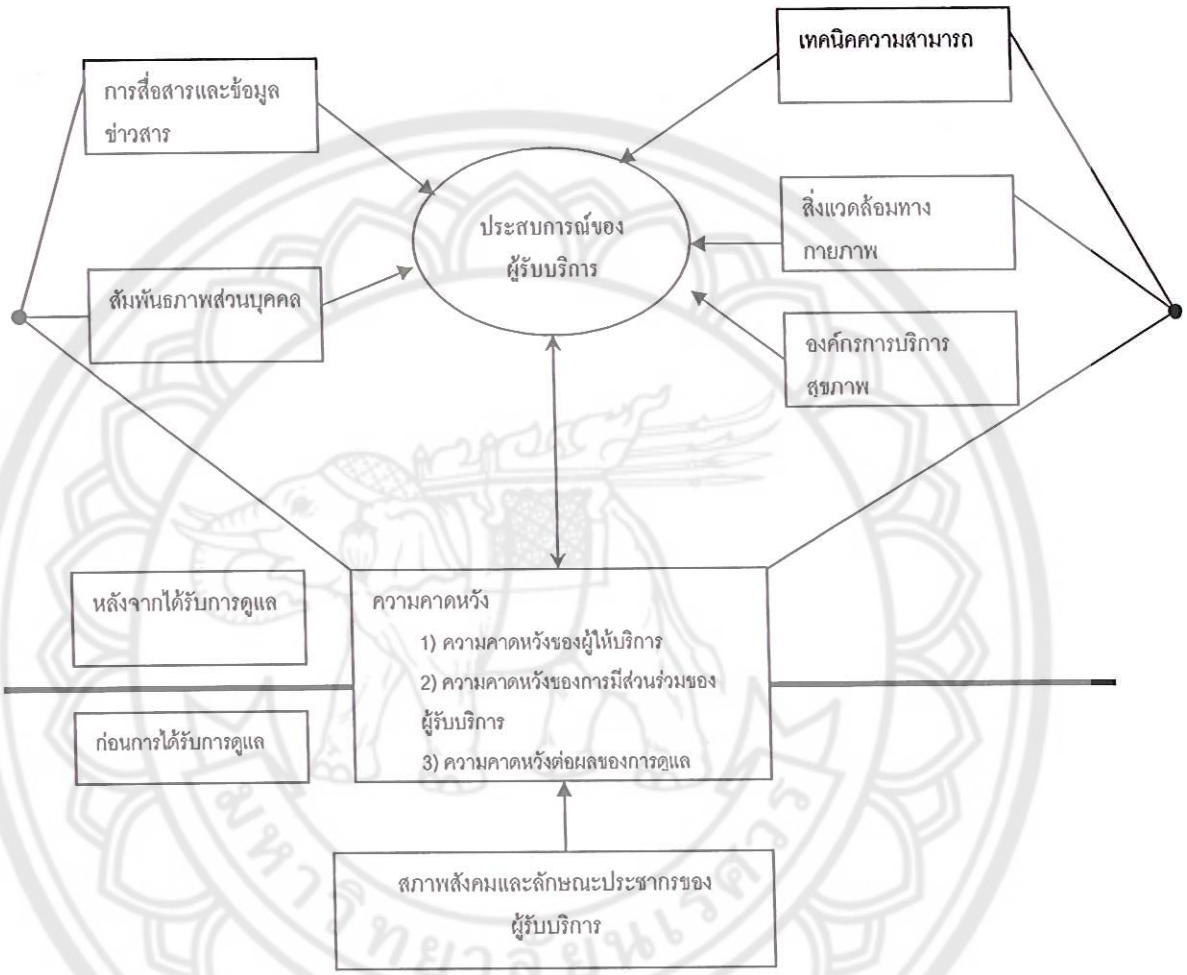
4) **การสื่อสารและข้อมูลข่าวสาร** การสื่อสารและข้อมูลข่าวสารที่ชัดเจนมีเป็นสิ่งที่มีความผลอย่างยิ่งต่อการรับรู้ของผู้รับบริการต่อการบริการที่พวกเขาได้รับ ผู้รับบริการจะให้ความสำคัญกับข้อมูลที่เพียงพอ (McColl, 1996) ซึ่งเป็นสิ่งที่จำเป็นอย่างมากที่ผู้ให้บริการควรที่จะอธิบายข้อมูลให้ชัดเจนเพื่อให้ผู้รับบริการมีความเข้าใจในสิ่งที่กำลังพูดอยู่ (Miller, 1988)

5) **สัมพันธภาพส่วนบุคคล** ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการเป็นสิ่งที่สำคัญต่อความพึงพอใจของผู้รับบริการ (Donabedian, 1990) การมีสัมพันธภาพที่ดีจะส่งผลให้ : มีความเข้าใจที่ดีต่อกัน, มีความเคารพ, มีความไว้วางใจ, มีความซื่อสัตย์, มีการประสานงานระหว่างกัน (Wilde, 1993) และมีความรู้สึกดีต่อกัน(Miller, 1988) ผู้รับบริการที่มีระดับความพึงพอใจสูงกล่าวว่าพวกเขารู้สึกประทับใจกับพยาบาลที่มีความเข้าใจและมีความอดทน(Megivern, 1992)

6) **เทคนิคความสามารถ** ปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อความพึงพอใจของผู้รับบริการ คือ คำแนะนำที่ผู้ให้บริการให้และเทคนิคการทำงานที่ถูกต้อง (Miller, 1988) ผู้รับบริการรู้สึกว่าพยาบาลควรที่จะมีทักษะที่มีส่วนช่วยเหลือแพทย์ในการตรวจรักษาได้ (Thomas et al, 1995) และมีการให้คำแนะนำที่ถูกต้องในกลุ่มผู้ให้บริการ

7) **องค์กรการบริการสุขภาพ** องค์กรหรือหน่วยงานที่มีการเปลี่ยนแปลงสามารถที่จะกระทบถึงความพึงพอใจในการรับรู้ของผู้รับบริการต่อการบริการที่ผู้รับบริการได้รับ (Ottosson, 1997) ความเปลี่ยนแปลงของผู้ให้บริการมีผลระยะยาวต่อระบบบริการปฐมภูมิเพราะว่าผู้รับบริการจะรู้สึกไม่ไว้ใจกับผู้ให้บริการคนใหม่จนกว่าผู้ป่วยจะมีความรู้สึกสนิทสนมพอเพียง (Starfield, 1998) การเปลี่ยนแปลงขององค์กรหรือหน่วยงาน เช่น การประกันคุณภาพ จะช่วยให้ผู้รับบริการรู้สึกพึงพอใจกับ

บริการที่พวกเขาได้รับ การรับรู้ของความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อระบบบริการปฐมภูมิได้แสดงไว้ในรูปภาพที่ 2



ภาพ 2 รูปแบบการประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการในการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิ

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพโดยใช้วิธีการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) มีเป้าหมายเพื่อให้เกิดความเข้าใจเชิงลึกในประสบการณ์ของสมาชิกกลุ่มในบริการปฐมภูมิ ตามการรับรู้ ความคาดหวัง และประสบการณ์ที่ได้รับ ในสิ่งแวดล้อมที่ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยมั่นใจที่จะแสดงความคิดเห็นได้อย่างอิสระ โดยมีขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย ดังนี้

1. สถานที่ศึกษา การคัดเลือกผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มและเตรียมความพร้อมในการสนทนากลุ่ม
2. การเตรียมความพร้อมของผู้วิจัย
3. การเก็บรวบรวมข้อมูล
    - 3.1 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
    - 3.2 การจัดเตรียมข้อมูลสำหรับผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยและใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย
    - 3.3 ระยะเวลาในการวิจัย
    - 3.4 วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล
4. การศึกษานำร่อง
5. ข้อมูลทั่วไปของผู้มีส่วนร่วมวิจัย
6. การวิเคราะห์ข้อมูล
    - 6.1 วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล
    - 6.2 การตรวจสอบข้อมูลและความน่าเชื่อถือของงานวิจัย

1. สถานที่ศึกษา การคัดเลือกผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มและเตรียมความพร้อมในการสนทนากลุ่ม

1.1 สถานที่ศึกษา

การศึกษานี้ดำเนินการตั้งแต่ วันที่ 7 เดือนพฤศจิกายน 2550 ถึง วันที่ 7 เดือนพฤศจิกายน 2551 ณ ศูนย์สุขภาพชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดพิษณุโลก เนื่องจากจังหวัดพิษณุโลกเป็นศูนย์กลางของบริการทางการแพทย์ในเขตภาคเหนือตอนล่าง เลือกศูนย์สุขภาพชุมชน โดยวิธีการสุ่ม

แบบเฉพาะเจาะจง เป็นหน่วยบริการที่มีผู้มาใช้บริการมากที่สุด จากค่าเฉลี่ยย้อนหลัง 3 ปี เนื่องจากผู้ให้บริการและผู้รับบริการมีการปฏิสัมพันธ์กันมากที่สุด ทำให้ทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการมีประสบการณ์ในการติดต่อปฏิสัมพันธ์ที่หลากหลาย ส่งผลให้ผู้มีส่วนร่วมวิจัยเป็นผู้ที่เป็นแหล่งข้อมูลที่ดีที่สุด

1.2 การคัดเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัย

หลังจากที่ได้มีข้อตกลงในการดำเนินการศึกษาโดยการสนทนากลุ่มเพื่อสำรวจความพึงพอใจของผู้รับบริการแล้วนั้น ขั้นตอนต่อมาคือการจำแนกผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยเป็น 5 กลุ่มอัน ประกอบด้วย (1) กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่กำลังตั้งครรภ์ในระหว่างการศึกษาในครั้งนี้ (2) กลุ่มมารดา (3) กลุ่มวัยทำงาน ที่มีอายุ 20-59 ปี (4) กลุ่มผู้สูงอายุผู้ซึ่งมีอายุมากว่า 60 ปีขึ้นไป และ (5) กลุ่มตัวแทนของชุมชน เช่น กลุ่มตัวแทนผู้นำชุมชน, อาสาสมัครสาธารณสุข, และหัวหน้ากลุ่มต่าง ๆ ในชุมชน (เช่น กลุ่มแม่บ้าน, กลุ่มออกกำลังกาย, กลุ่มผู้สูงอายุ เป็นต้น)

ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยคือบุคคลที่เข้าเกณฑ์นิยามกลุ่มในแต่ละกลุ่มที่ได้กำหนดไว้ข้างต้น และมีความยินดีในการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ ใช้วิธีการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) ทั้งนี้การใช้เทคนิคดังกล่าวนั้นอาจนำมาซึ่งความลำเอียงในการเลือกผู้มีร่วมในการวิจัย (Selection bias) แต่อย่างไรก็ตามวิธีการดังกล่าวก็เป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดในการคัดเลือกผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ในการที่จะได้ข้อมูลที่มีคุณค่าและเป็นจริง ดังนั้นเพื่อลดความลำเอียงที่เกิดจากคัดเลือกผู้มีส่วนร่วมวิจัย ผู้วิจัยคนที่ 1 และคนที่ 2 มีส่วนร่วมในการคัดเลือกผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ร่วมกัน

1.3 การจัดกลุ่ม

สมาชิกกลุ่มในแต่ละกลุ่มจะถูกจัดให้มีลักษณะที่คล้ายคลึงกันในเรื่องของสถานภาพ, อายุ, ความรับผิดชอบ และประสบการณ์ในการใช้บริการระดับปฐมภูมิ ซึ่ง McLafferty (2004) ได้แนะนำไว้ว่าการจัดกลุ่มให้สมาชิกกลุ่มมีลักษณะที่คล้ายคลึงกันนั้นจะมีผลต่อการทำงานได้ดีกว่ากลุ่มที่สมาชิกกลุ่มมีความแตกต่างกันโดยเป็นผลมาจากสมาชิกกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันจะมีความรู้สึกที่เป็นกันเองและมีความสะดวกใจในการทำกิจกรรมกลุ่ม

1.4 จำนวนของสมาชิกกลุ่ม

กลุ่มควรจะประกอบด้วยสมาชิกจำนวน 4 ถึง 8 คน (Kitzinger, 1995) หรือ 4 ถึง 5 คน (Twinn, 1998) ทั้งนี้จำนวนสมาชิกในการสนทนากลุ่มไม่ควรที่จะมีจำนวนมากเกินไปเนื่องจากจะทำให้

ได้ข้อมูลที่ไม่ครอบคลุม ดังนั้นการศึกษาครั้งนี้จึงกำหนดให้สมาชิกมีจำนวนเท่ากับ 8 คน ในแต่ละกลุ่ม

1.5 สถานที่และของตอบแทน

สถานที่ใช้ในการดำเนินการสนทนากลุ่ม ดำเนินการในสถานที่ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มรู้สึกผ่อนคลาย เป็นกันเอง ไม่ดำเนินการที่สถานบริการ เนื่องลดความลำเอียงที่ได้จากการให้ข้อมูล (Information bias) จึงใช้ศาลาสาธารณประโยชน์ของหมู่บ้าน และศาลาวัด สิ่งอำนวยความสะดวกอาหาร เช่น เก้าอี้ น้ำดื่ม อาหารว่างและอาหารกลางวัน จัดเตรียมไว้ให้เพียงพอกับจำนวนผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่ม ผู้เข้าร่วมสนทนาลกลุ่มได้รับของที่ระลึกตอบแทนเป็นผ้าเช็ดตัวขนาดเล็ก แทนการขอบคุณในการเข้าร่วมสนทนากลุ่ม เวลาที่ใช้ในการสนทนากลุ่มเป็นเวลาที่สะดวกของผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่ม การสนทนากลุ่ม ดำเนินการวันละ 1 กลุ่ม เพื่อให้ผลการศึกษามีความน่าเชื่อถือ ผู้ดำเนินการสนทนากลุ่ม ไม่รู้สึกเหนื่อยล้า สับสน ทำให้การสนทนากลุ่มมีประสิทธิภาพ

2. การเตรียมความพร้อมของผู้วิจัย

ตัวผู้วิจัยเป็นเครื่องมือหลักที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ โดยผู้วิจัยได้เตรียมความพร้อมในการวิจัย โดยเตรียมความพร้อมทางด้านความรู้เกี่ยวกับระเบียบวิธีวิจัย ศึกษาเกี่ยวกับวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ ทบทวนเอกสาร ตำรา งานวิจัยที่เกี่ยวกับการวิจัยเชิงคุณภาพ การใช้วิธีการสนทนากลุ่มในการวิจัย เพื่อเป็นพื้นฐานในการดำเนินการวิจัย

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษานี้ได้ผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร เลขที่ 12/2550 นอกจากนี้ได้ดำเนินการขออนุญาตจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลกและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองพิษณุโลก ก่อนทำการศึกษา ผู้มีส่วนร่วมวิจัยทุกคนได้รับการอธิบายข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยที่แสดงถึงวัตถุประสงค์ วิธีการศึกษา เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยและลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมศึกษา ข้อมูลของผู้มีส่วนร่วมในการศึกษาจะเก็บเป็นความลับและไม่ระบุถึงตัวบุคคลของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูลใช้วิธีการสนทนากลุ่มตามแนวคำถามที่สร้างขึ้นเป็นแนวทางในการสนทนากลุ่ม ตามขั้นตอน ดังนี้

3.1 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

3.1.1 ผู้วิจัย และผู้บริการทั่วไป

1) ผู้วิจัยคนที่ 1 เป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลในการจัดสนทนากลุ่ม จะต้องเข้าใจประเด็นข้อคำถามหลักทุกข้ออย่างลึกซึ้ง เพื่อให้สามารถเจาะลึกในประเด็นที่ต้องการศึกษาได้ เมื่อเกิดการอภิปรายขึ้นภายในกลุ่ม รวมถึงศึกษาทักษะในการเป็นผู้นำสนทนากลุ่ม การหยุดเพื่อให้เกิดการคิดประเด็นต่าง ๆ การเจาะลึกประเด็นปัญหา การเป็นผู้รับฟังที่ดี และการสรุปสิ่งที่ดำเนินการอภิปรายภายในกลุ่ม (Krueger, 1998)

2) ผู้วิจัยคนที่ 2 เป็นผู้จดบันทึกการสนทนา ช่วยทำหน้าที่จดบันทึกข้อมูลสำคัญระหว่างการสนทนา เตรียมเอกสารการลงทะเบียน เอกสารการลงนามเข้าร่วมสนทนากลุ่ม จัดทำแผนผังการนั่งของผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่ม บันทึกเสียงในการสนทนากลุ่ม และเตือนผู้วิจัยในกรณีที่ผู้วิจัย คนที่ 1 ลืมคำถามหรือข้ามคำถามในช่วงสุดท้าย

3) ผู้บริการทั่วไป เป็นผู้ที่ทำหน้าที่เตรียมความพร้อมของสถานที่จัดสนทนากลุ่ม ดูแลและอำนวยความสะดวกในทุก ๆ ด้าน เช่น บริการน้ำดื่ม บริการอาหารว่าง ให้แก่ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่ม

3.1.2 เครื่องบันทึกเสียง

3.1.3 แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง (Semi-structure interview schedule)

การศึกษานี้ใช้แนวทางการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง (Semi-structure interview schedule) ใช้เป็นแนวทางหลักในการกำหนดประเด็นการสนทนา เพื่อให้เกิดความมั่นใจว่าประเด็นหลักที่สนใจศึกษาจะได้รับการนำมาอภิปรายร่วมกัน ทั้งยังเป็นการเปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยได้แสดงประสบการณ์ ความคิดเห็น โดยระหว่างการสนทนากลุ่มจะมีประเด็นที่เกิดขึ้นที่จะนำมาอภิปรายร่วมกันด้วย นอกจากนี้จะมีประเด็นคำถามบางหัวข้อที่ต้องอภิปราย สนทนาร่วมกันในเชิงลึก หรือชี้แจงให้ชัดเจนในการสนทนากลุ่ม อย่างไรก็ตามผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยจะไม่ได้รับการถามคำถามทั้งหมดทุกคน คำถามจะใช้เพื่อค้นหาความเห็นเกี่ยวกับประสบการณ์ที่ได้รับบริการจากศูนย์สุขภาพชุมชน

แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างได้รับการพัฒนามาจาก 3 แหล่ง คือ 1) ประสบการณ์ของผู้วิจัยที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ 2) การทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทยเกี่ยวกับการประเมินประสบการณ์ หรือความพึงพอใจของผู้รับบริการ และ

3) การทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศเกี่ยวกับการประเมินประสบการณ์ หรือความพึงพอใจของผู้รับบริการ เนื่องจากระบบบริการสุขภาพของแต่ละประเทศ มีความแตกต่างกัน ข้อมูลจากทั้ง 3 แหล่ง ได้รับการนำมาประมวลร่วมและพัฒนาข้อคำถามดังตารางที่ x

ตาราง 1 คำถามหลักที่ใช้ในการสนทนากลุ่ม

คำถามหลัก
1. ท่านมีมาใช้บริการที่อนามัยแห่งนี้แล้วรู้สึกอย่างไร คาดหวัง อยากให้อนามัย เป็นอย่างไรบ้าง เช่น มีบริการอะไร เจ้าหน้าที่อยากให้เป็นอย่างไร
2. การพูดคุยและให้ข้อมูลของเจ้าหน้าที่ เช่น แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข กับผู้รับบริการ เป็นอย่างไร
2.1 เจ้าหน้าที่มีวิธีการบอกหรือแจ้ง ข้อมูลแก่ผู้รับบริการอย่างไร หากบอกแล้วไม่เข้าใจทำ อย่างไร
2.2 เจ้าหน้าที่มีวิธีการสื่อสาร บอกกับชุมชน อย่างไร
3. ความสัมพันธ์ระหว่างเจ้าหน้าที่ ผู้รับบริการ และตัวแทนชุมชน เป็นอย่างไร
4. ความสามารถของเจ้าหน้าที่เช่น แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เป็นอย่างไร
5. ความสะอาด ความเป็นสัดส่วนของห้องรอตรวจ ความเป็นสัดส่วนของห้องตรวจ สิ่งแวดล้อม เป็นอย่างไร
6. ในระยะ 5 ปีที่ผ่านมากับปัจจุบัน บริการที่ได้รับจากสถานบริการแห่งนี้ มีความแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร
7. ท่านมีส่วนร่วมในด้านการดูแลสุขภาพ การรักษา หรือการทำกิจกรรมในชุมชน อย่างไรบ้าง
8. ท่านรู้สึกอย่างไรกับความพึงพอใจในภาพรวมของบริการ ที่ได้รับจากสถานบริการแห่งนี้
9. สถานบริการแห่งนี้ ควรปรับปรุง อะไรบ้าง

3.1.4 แนวทางการดำเนินการสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยเตรียมแนวทางสำหรับใช้ในการวิจัย ดังนี้

1) ระยะเวลาที่ใช้ในการสนทนากลุ่ม ประมาณ 90 - 120 นาที ต่อการสนทนากลุ่ม 1 กลุ่ม การจัดสร้างข้อคำถามดำเนินการหัวข้อ 3.1.3 ลักษณะเป็นคำถามปลายเปิด เพื่อเอื้อให้ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มสามารถแสดงออกถึงการรับรู้ได้อย่างอิสระ แนวคำถามจะจัดไว้เป็น 5 ขั้นตอน ซึ่งมีวัตถุประสงค์แตกต่างกันไปในช่วงแต่ละช่วงระยะเวลาการสนทนากลุ่ม (Krueger, 1998)

1.1) *การเปิดประเด็น* เป็นคำถามที่ตอบสั้นๆ (มักจะใช้เวลาประมาณ 30 วินาที) เพื่อให้สมาชิกกลุ่มรู้สึกสบาย ซึ่งกระบวนการนี้มีจุดประสงค์เพื่อให้ทุกคนมีโอกาสพูดแสดงความคิดเห็นในช่วงต้น

1.2) *การนำเข้าสู่การสนทนา* โดยการนำประเด็นการสนทนาทั่วไปให้สมาชิกกลุ่มได้มีโอกาสในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่เกี่ยวเนื่องกับหัวข้อที่กำหนด ซึ่งคำถามจะเป็นรูปแบบคำถามปลายเปิดเพื่อให้สมาชิกสามารถแสดงความรู้สึกที่สมาชิกมีความคิดเห็นหรือมีความเข้าใจต่อสถานการณ์ที่กำหนดให้

1.3) *การเปลี่ยนผ่าน* เป็นส่วนที่เชื่อมระหว่างคำถามนำเข้าสู่การสนทนาและคำถามหลัก โดยการถามสมาชิกกลุ่มในเชิงลึกกว่าคำถามในช่วงการนำเข้าสู่การสนทนาซึ่งคำถามจะเกี่ยวเนื่องกับประสบการณ์การใช้บริการ

1.4) *คำถามหลัก* โดยมีคำถามประมาณ 9 คำถาม ซึ่งในคำถามแรกจะเป็นประเด็นคำถามที่ผู้วิจัยต้องการนำมาวิเคราะห์มาที่สุดซึ่งในจุดนี้ผู้ดำเนินการสนทนาจะต้องพยายามดำเนินการสนทนาให้ได้มากที่สุดโดยอาศัยเวลาประมาณ 10-15 นาที แล้วหลังจากนั้นจะจบลงด้วยคำถามสุดท้ายเพื่อยืนยันและเก็บประเด็นสำคัญที่อาจถูกมองข้ามไป

1.5) *การปิดประเด็น* เป็นการปิดประเด็นการอภิปรายต่าง ๆ ที่ร่วมกันสนทนามา โดยในคำถามในช่วงนี้จะอนุญาตให้สมาชิกกลุ่มได้สรุปในประเด็นที่ทำการสนทนากลุ่ม

2) นำแนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่มไปทดลองใช้กับผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่ม ที่สถานบริการปฐมภูมิที่ไม่ใช่หน่วยศึกษากับประชาชน จำนวน 2 กลุ่ม ประกอบด้วยผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่ม กลุ่มละ 5 และ 7 คน ซึ่งเป็นจำนวนใกล้เคียงกับการสนทนากลุ่มที่จะดำเนินการจริง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวคำถามให้ครอบคลุมยิ่งขึ้น ภายหลังการสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยทำสรุป (debrief) ร่วมกับผู้ช่วยวิจัย และทำการประเมินการดำเนินการสนทนากลุ่มของผู้นำการสนทนากลุ่ม โดยใช้แบบประเมินผู้สนทนากลุ่ม (Moderator rating sheet) ของ Krueger (1998) ผลที่ได้จากการทดลองใช้แบบคำถาม ได้มีการปรับข้อคำถามให้เหมาะสม ครอบคลุม ครบถ้วน มีความสมบูรณ์พร้อมที่จะนำไปใช้จริง นอกจากนี้ผู้นำสนทนากลุ่มยังได้ข้อมูลที่นำมาปรับปรุงกระบวนการดำเนินการสนทนากลุ่มให้ราบรื่นต่อไป

3.2 การจัดเตรียมข้อมูลสำหรับผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยและใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย

ข้อมูลสำหรับผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย (Participant information sheet) และใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย (Inform consent) จัดเตรียมไว้สำหรับชี้แจง เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย และให้ผู้มีส่วนร่วมวิจัยลงนาม ทุกคน (ภาคผนวก ก และ ข ตามลำดับ)

3.3 ระยะเวลาในการวิจัย

ระยะเวลาที่ใช้ในการทำวิจัยประมาณ 12 เดือน คือตั้งแต่วันที่ 7 เดือนพฤศจิกายน 2550 ถึง วันที่ 7 เดือนพฤศจิกายน 2551 โดยแบ่งเป็น 5 ช่วงคือ ช่วงที่ 1 การเตรียมเครื่องมือวิจัย ช่วงที่ 2 การคัดเลือกและเตรียมความพร้อมผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่ม ช่วงที่ 3 การเก็บรวบรวมข้อมูล และช่วงที่ 4 การวิเคราะห์ข้อมูลและตรวจสอบคุณภาพของข้อมูล ช่วงที่ 5 การจัดทำรายงานการวิจัย

3.4 วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามแนวทางต่อไปนี้

3.4.1 การเลือกสนาม เป็นการเตรียมความพร้อมก่อนการสนทนากลุ่ม

1) การติดต่อประสานงานขออนุญาต จากหน่วยงานราชการและเจ้าหน้าที่ เพื่อขออนุญาตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล รวมถึงการขออนุญาตใช้สถานที่ในการสนทนากลุ่ม

2) ทำความเข้าใจข้อคำถาม เพื่อให้การดำเนินการสนทนากลุ่ม ได้ข้อมูลตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย

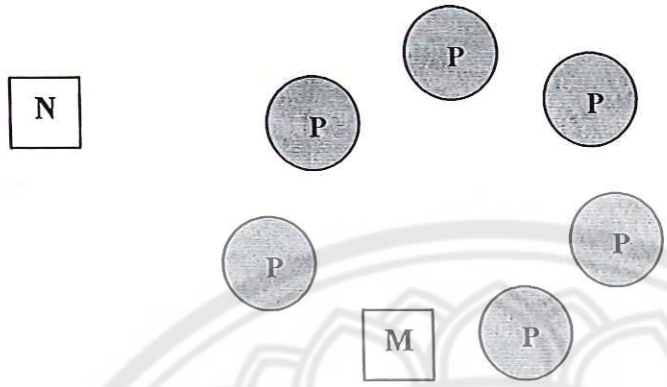
3) ศึกษาข้อมูลพื้นฐานของผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่ม จัดเตรียมวางแผนการสนทนากลุ่ม กำหนดเวลาที่ใช้ในการสนทนากลุ่ม ความพร้อมสถานที่และเครื่องบันทึกเสียง

4) ทำความเข้าใจในหลักการ วิธีการ และขั้นตอนในการสนทนากลุ่ม เพื่อให้ผู้ดำเนินการสนทนากลุ่ม ผู้จดบันทึกภาคสนาม และผู้บริการทั่วไป มีความพร้อมและเข้าใจบทบาทหน้าที่ของตนเองในการเก็บรวมรวมข้อมูล

3.4.2 การเข้าสู่ภาคสนามและการเก็บรวบรวมข้อมูล

1) ติดต่อยืนยันนัดหมายวัน เวลา สถานที่กับผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่ม และเตรียมสถานที่สำหรับการจัดสนทนากลุ่มให้พร้อม

2) จัดวางตำแหน่งในการสนทนากลุ่ม (setting) โดยมีผังตำแหน่งในการสนทนากลุ่ม ดังนี้



M: ผู้ดำเนินการสนทนากลุ่ม (Moderator)
N: ผู้บันทึกการสนทนากลุ่ม (Note taker)
P: ผู้มีส่วนร่วมในการสนทนากลุ่ม (Participant)

ภาพ 3 การจัดวางตำแหน่งการนั่งในการสนทนากลุ่ม (setting)

การจัดตำแหน่งให้ผู้ดำเนินการสนทนากลุ่มนั่งใกล้กับผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่ม เพื่อให้จุดสนใจของผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มรวมกันที่จุดเดียว ไม่ย้ายความสนใจไปจุดอื่น บรรยายกาศจะมีลักษณะคล้ายกับการพูดคุย และเป็นกันเอง

3) การแนะนำตัว ผู้วิจัยบอกบทบาทของตนเองว่าเป็นใคร มาจากไหน มาทำอะไร และแนะนำคณะทำงานทั้งหมด ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยต่อผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มทุกครั้งก่อนการสนทนา และขอเวลาในการทำกลุ่มจากสมาชิกในก่อนการสนทนากลุ่มทุกครั้ง พร้อมถึงบอกให้ทราบถึงการเก็บรักษาข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่มเป็นความลับ ในการนำข้อมูลไปเผยแพร่จะทำเฉพาะการเสนอเชิงวิชาการโดยไม่เปิดเผยชื่อ เพื่อให้ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มรู้สึกปลอดภัย ไว้วางใจและเชื่อถือในตัวผู้วิจัย ขออนุญาตผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มเพื่อบันทึกเสียง ทั้งนี้ให้เวลาผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มได้ซักถามข้อสงสัย คิดทบทวน เพื่อตัดสินใจให้คำตอบด้วยความสมัครใจของผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มเอง

4) การดำเนินสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยดำเนินการสนทนากลุ่มบนพื้นฐานของความสัมพันธ์และความไว้วางใจ โดยแนะนำตนเอง มีท่าทีที่เป็นมิตร น่าเชื่อถือ จนกระทั่งปิดการสนทนากลุ่ม ผู้ดำเนินการสนทนากลุ่มดำเนินการอย่างเป็นธรรมชาติด้วยการเป็นผู้ฟังที่ดี ฟังด้วยท่าทีที่สงบ นิ่ง ตั้งใจ เพื่อให้ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่ม รับรู้ว่า ผู้วิจัยมีส่วนร่วมและเข้าใจประสบการณ์ของผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่ม

5) การปิดการสนทนากลุ่ม เปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่ม เสนอประเด็นเพิ่มเติม หรือสอบถามถึงประเด็นที่กลุ่มยังไม่ได้กล่าวถึง นอกจากนี้ผู้ดำเนินการสนทนากลุ่มสรุปประเด็นที่อภิปรายภายในกลุ่ม เพื่อทำความเข้าใจให้ตรงกันภายในกลุ่ม และปิดการสนทนาด้วยการกล่าวขอบคุณผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มที่ให้ความร่วมมือ

6) ทำการสรุปร่วมกันระหว่างผู้ดำเนินการสนทนากลุ่มและผู้จดบันทึก (Debrief) เพื่อใช้ในการปรับปรุงการสนทนาในครั้งต่อไป

4. การศึกษานำร่อง

การศึกษานำร่อง ใช้แบบสอบถามกึ่งโครงสร้างที่พัฒนาขึ้นเป็นแนวทางในการสนทนากลุ่ม ดำเนินการในหน่วยบริการที่ไม่ใช่หน่วยบริการที่ทำการศึกษา ทำการทดสอบข้อคำถามในแต่ละประเด็น การดำเนินการสนทนาในการศึกษานำร่องนั้น ผู้วิจัยได้ประสบการณ์ในการใช้เทคนิคการสัมภาษณ์ การใช้เครื่องบันทึก ทดสอบเทคนิคและรูปแบบในการดำเนินการสนทนากลุ่มของผู้นำกลุ่ม บทบาทของของผู้จดบันทึก ข้อคำถามในแต่ละประเด็น ความยากง่ายของภาษาในแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างที่ใช้ในการสนทนากลุ่ม สอดคล้องกับ Vaus (1995) ที่กล่าวว่าการศึกษานำร่องจะสร้างความมั่นใจว่าผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยเข้าใจความหมายของข้อคำถาม และผู้วิจัยเข้าใจคำตอบของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ทำให้ผู้วิจัยมีโอกาสที่จะตรวจสอบลำดับของข้อคำถาม ระยะเวลาในการดำเนินการ และความสนใจ ความตั้งใจของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

การดำเนินการสนทนากลุ่มถูกบันทึกด้วยเครื่องบันทึกเสียง โดยผ่านการของอนุญาตจากผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย หลังจากนั้นจะนำไปบันทึกเก็บและสำรองในเครื่องคอมพิวเตอร์ส่วนตัวของผู้วิจัยที่กำหนดรหัสผ่านเพื่อป้องกันและเก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับ หลังจากนั้นข้อมูลจะได้รับการถอดความแบบคำต่อคำ

ในช่วงที่ทำการสัมภาษณ์ในการศึกษานำร่อง ผู้วิจัยได้สะท้อนผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยให้แสดงความคิดเห็นตามความเห็นของตนเอง ระหว่างนั้นผู้วิจัยก็ได้ตรวจสอบเวลาที่ใช้ในการสนทนากลุ่มและควบคุมให้เหมาะสม ช่วงสุดท้ายจะดำเนินการสรุปประเด็นที่ได้สนทนากลุ่มกัน ผู้มีส่วนร่วมวิจัยสามารถเสนอความคิดเห็นเพิ่มเติม และตรวจสอบว่าข้อสรุปนั้นตรงกับสิ่งที่ได้ดำเนินการสนทนาไปหรือไม่ ผลลัพธ์ของการสนทนากลุ่มในการศึกษานำร่องจะไม่นำมาใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลในการศึกษาจริง เนื่องจากไม่ใช่พื้นที่ที่ใช้ในการศึกษา กระบวนการที่ใช้ในการสนทนากลุ่ม จัดให้มีการ

อภิปรายข้อมูลหลังการสนทนากลุ่มแล้วเสร็จ (Debriefed) ระหว่างผู้นำสนทนากลุ่มและผู้ช่วย เพื่อนำข้อคำถามและผลการจัดสนทนากลุ่มมาปรับปรุง

5. ข้อมูลทั่วไปของผู้มีส่วนร่วมวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยเป็นข้อมูลที่มีคุณค่า ระบุข้อมูลเกี่ยวกับอายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ตำแหน่งของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย การสนทนากลุ่มใช้เวลา 75 – 120 นาที มีผู้เข้าร่วมในแต่ละกลุ่ม จำนวน 4 – 10 คน เป็นชาย 12 คน และหญิง 26 คน จำนวนทั้งหมด 38 คน (ตาราง 1)

ตาราง 2 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มผู้ใหญ่

ลำดับของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย	เพศ	อายุ (ปี)	ระดับการศึกษา	อาชีพ
1	หญิง	49	ประถมศึกษาปีที่2	แม่บ้าน
2	หญิง	47	ประถมศึกษาปีที่4	รับจ้าง
3	หญิง	46	ประถมศึกษาปีที่4	ค้าขาย
4	หญิง	57	ประถมศึกษาปีที่4	รับจ้าง
5	หญิง	49	ประถมศึกษาปีที่4	แม่บ้าน
6	ชาย	50	มัธยมศึกษาปีที่3	รับจ้าง
7	ชาย	57	ประถมศึกษาปีที่4	ทำนา
8	หญิง	57	ประถมศึกษาปีที่6	ทำนา
9	หญิง	43	ประถมศึกษาปีที่4	รับจ้าง
10	หญิง	52	มัธยมศึกษาปีที่3	ค้าขาย

ตาราง 3 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มผู้สูงอายุ

ลำดับของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย	เพศ	อายุ (ปี)	ระดับการศึกษา	อาชีพ
1	ชาย	68	ประถมศึกษาปีที่4	-
2	ชาย	63	ประถมศึกษาปีที่6	-
3	หญิง	68	ประถมศึกษาปีที่4	-
4	ชาย	62	ประถมศึกษาปีที่4	-
5	หญิง	75	ประถมศึกษาปีที่4	-
6	ชาย	66	ประถมศึกษาปีที่4	-
7	หญิง	62	ประถมศึกษาปีที่4	-
8	หญิง	71	ไม่ได้ศึกษา	-
9	หญิง	75	ไม่ได้ศึกษา	-

ตาราง 4 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มหญิงตั้งครรภ์

ลำดับของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย	เพศ	อายุ (ปี)	ระดับการศึกษา	อาชีพ
1	หญิง	20	มัธยมศึกษาปีที่3	รับจ้าง
2	หญิง	34	มัธยมศึกษาปีที่3	รับจ้าง
3	หญิง	37	ประถมศึกษาปีที่6	รับจ้าง
4	หญิง	22	มัธยมศึกษาปีที่3	รับจ้าง

ตาราง 5 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มมารดา

ลำดับของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย	เพศ	อายุ (ปี)	ระดับการศึกษา	อาชีพ
1	หญิง	20	ประถมศึกษาปีที่6	แม่บ้าน
2	หญิง	21	มัธยมศึกษาปีที่3	แม่บ้าน
3	หญิง	27	มัธยมศึกษาปีที่3	แม่บ้าน
4	หญิง	33	ประถมศึกษาปีที่6	แม่บ้าน
5	หญิง	39	มัธยมศึกษาปีที่6	รับจ้าง
6	หญิง	52	ประถมศึกษาปีที่4	รับจ้าง
7	หญิง	37	ประถมศึกษาปีที่6	ทำนา

ตาราง 6 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มผู้นำชุมชน

ลำดับของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย	เพศ	อายุ (ปี)	ระดับการศึกษา	อาชีพ	ตำแหน่งในชุมชน
1	ชาย	37	มัธยมศึกษาปีที่6	รับจ้าง	ผู้ใหญ่บ้านหมู่ 6
2	ชาย	46	มัธยมศึกษาปีที่3	รับจ้าง	ผู้ใหญ่บ้านหมู่ 9
3	ชาย	45	มัธยมศึกษาปีที่3	รับจ้าง	ผู้ใหญ่บ้านหมู่ 3
4	หญิง	52	มัธยมศึกษาปีที่3	รับจ้าง	ผู้ใหญ่บ้านหมู่ 2
5	หญิง	52	มัธยมศึกษาปีที่3	รับจ้าง	ผู้ใหญ่บ้านหมู่ 1
6	ชาย	55	มัธยมศึกษาปีที่6	ทำนา	กรรมการหมู่บ้าน
7	ชาย	56	มัธยมศึกษาปีที่6	ทำนา	สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล หมู่ 7
8	ชาย	48	มัธยมศึกษาปีที่6	ทำนา	ผู้ใหญ่บ้านหมู่ 1

6. การวิเคราะห์ข้อมูล

6.1 วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล

6.1.1 หน่วยของการวิเคราะห์ข้อมูล คือกลุ่มที่ใช้ในการสนทนา เมื่อสนทนากลุ่มสิ้นสุด ลงในแต่ละกลุ่มแล้ว ผู้วิจัยถอดความการสนทนาจากเทปบันทึกเสียง แบบคำต่อคำออกมาเป็นบทสนทนาที่เป็นตัวอักษร จากนั้นทำการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลด้วยการเปรียบเทียบกับการฟังเทปบันทึกการสนทนากลุ่มซ้ำ

6.1.2 ขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูลใช้การวิเคราะห์แยกประเด็น (Thematic analysis) (Braun and Clarke, 2006; Bloor et al., 2001) โดยมีขั้นตอน ดังนี้

1) เตรียมข้อมูลเพื่อวิเคราะห์ โดยการถอดเทปบันทึกเสียงการสนทนาและตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูล

2) ผู้วิจัยอ่านเนื้อหาจากบทสนทนาทั้งหมดซ้ำหลาย ๆ รอบ

3) สรุปใจความจากเอกสารบทสนทนาออกมาเป็นรหัสข้อความ (Coding)

4) นำข้อมูลที่ได้จากการบันทึกของผู้บันทึกการสนทนามาใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลร่วมด้วย

5) วิเคราะห์จัดกลุ่ม (Categorize) ของรหัสข้อความนั้นออกมาเป็นมิติ (Dimension) และกลุ่มประสบการณ์ (Theme)

6) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นของแต่ละลุ่มประสบการณ์ (Theme)

6.2 การตรวจสอบข้อมูลและความน่าเชื่อถือของงานวิจัย ผู้วิจัยตรวจสอบข้อมูล เพราะต้องการค้นหาความจริงตามการรับรู้ของผู้ให้ข้อมูลว่ามีความแตกต่างหรือบิดเบือนเกิดขึ้นหรือไม่ในลักษณะใด เพราะเหตุใด เพื่อนำมาอธิบายความสอดคล้องหรือแตกต่างของการรับรู้ ประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลได้ถูกต้องยิ่งขึ้น โดยผู้วิจัยทำการตรวจสอบความเชื่อถือได้ (Trustworthiness) ด้วยวิธีการ ดังนี้

6.2.1 ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามกระบวนการวิธีวิจัย อันจะแสดงให้เห็นถึงผู้วิจัยทำการวิจัยอย่างมีขั้นตอน คือ การถอดเทปบันทึกการสนทนากลุ่มทั้งหมดแบบคำต่อคำออกมาเป็นบทสนทนาที่เป็นตัวอักษร และมีการตรวจสอบความถูกต้องด้วยการฟังเทปบันทึกการสนทนากลุ่มซ้ำ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้องมากที่สุด (Conformability)

6.2.2 ข้อมูลได้รับการตรวจสอบแบบสามเส้า จากหลากหลายบุคคลที่ให้ข้อมูล (Person data source triangulation) (Thurmond V.A,, 2001) ซึ่งจะทำให้ได้ข้อมูลที่หลากหลายและน่าเชื่อถือ นอกจากนี้การศึกษา ดำเนินการในบรรยากาศและสถานที่ที่ผ่อนคลาย ทำให้ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยสามารถที่จะแสดงความคิดเห็นได้อย่างอิสระ ถือเป็นการเพิ่มความน่าเชื่อถือ (Credibility) ของข้อมูล

6.2.3 ขั้นตอนการยืนยันความน่าเชื่อถือหรือตรวจสอบขั้นตอนการถอดรหัสข้อความดำเนินการโดย ผู้วิจัยอ่านบทถอดเทปการสนทนาอย่างอิสระ นำผลการจดบันทึกระหว่างการสนทนากลุ่มมาวิเคราะห์ร่วมด้วย หลังจากนั้นสร้างรหัสการแยกประเด็นข้อมูล สร้างประเด็นข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่ม แล้วนำมาเปรียบเทียบกัน ประเด็นข้อมูลที่แตกต่างกันนำมาอภิปรายหาข้อสรุปร่วมกัน จนเกิดความเห็นพ้องในประเด็นนั้น ๆ ความน่าเชื่อถือ (Credibility) ของข้อมูล

6.2.4 ผู้วิจัยนำเสนอข้อมูลที่ละเอียด ครอบคลุม และครบถ้วน ทำให้ผู้อ่านสามารถติดตามกระบวนการวิเคราะห์ข้อมูลได้ทุกแง่มุม (Dense description data)

6.2.5 สามารถยืนยันผลการวิจัยได้ เพราะผู้วิจัยดำเนินการอย่างมีขั้นตอน จากการบันทึกข้อมูลที่เป็นระบบ ตรวจสอบได้ทุกกระบวนการ (Audit trail)

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อสำรวจประสบการณ์การรับบริการปฐมภูมิของผู้รับบริการที่ได้รับจากศูนย์สุขภาพชุมชนและเพื่อวิเคราะห์ในประเด็นที่จะต้องมีการพัฒนาของระบบการให้บริการของศูนย์สุขภาพชุมชน ใช้วิธีการสนทนากลุ่มเป็นวิธีหลักในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้ให้ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ประชาชนที่มารับบริการในเขตพื้นที่รับผิดชอบของศูนย์สุขภาพชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 5 กลุ่ม รวม 38 คน (เป็นชาย 12 คน และหญิง 26 คน) ผลการวิจัยพบ 6 ประเด็นที่เกี่ยวข้องกับวัตถุประสงค์ของการศึกษา ดังนี้

ประเด็นที่พบในการศึกษา:

การรับบริการปฐมภูมิของผู้รับบริการ

ประเด็นที่ 1 การสื่อสารและการให้ข้อมูล

ประเด็นที่ 2 การมีส่วนร่วม

ประเด็นที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการ

ประเด็นที่ 4 ความสามารถทางด้านการรักษา

ประเด็นที่ 5 ลักษณะทางกายภาพของสถานบริการ

ประเด็นที่ 6 การเปลี่ยนแปลงขององค์การ

สิ่งที่ต้องดำเนินการพัฒนาของระบบการให้บริการ

*กลุ่มหญิงตั้งครรภ์*ต้องการ การจัดโครงการให้ความรู้เพื่อเตรียมตัวคลอด การจัดบริการรับฝากครรภ์ในวันเสาร์ อาทิตย์

*กลุ่มมารดา*ต้องการ การเยี่ยมบ้านหลังคลอดที่ครอบคลุมทุกราย การจัดสถานที่นั่งรอรับบริการให้เพียงพอ ในวันที่มีการบริการพิเศษต่าง ๆ เช่น วันนัดให้วัคซีน วันตรวจมะเร็งเต้านม มะเร็งปากมดลูก

กลุ่มวัยผู้ใหญ่ ต้องการบริการทันตกรรม

กลุ่มผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านการเคลื่อนไหวไม่สามารถเข้าถึงบริการได้ ต้องการบริการเยี่ยมบ้านที่ครอบคลุม

***กลุ่มผู้นำชุมชน*ต้องการจัดระบบการคัดเลือกอาสาสมัครสาธารณสุขอย่างมีส่วนร่วมระหว่างผู้ให้บริการกับประชาชน การจัดหาห้องประชุมที่เป็นสัดส่วน**

การรับบริการของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ผู้รับบริการทุกกลุ่มมีประสบการณ์การใช้บริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชนที่แตกต่างกัน นำเสนอดังนี้ กลุ่มผู้สูงอายุส่วนใหญ่มารับบริการด้านการตรวจรักษา เช่น การมาตรวจเพื่อรับยาบรรเทาอาการ ปวดศีรษะ ปวดข้อ การมารับยาต่อเนื่องของโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน เป็นต้น

กลุ่มวัยแรงงานส่วนใหญ่ มารับมารับบริการในด้านการตรวจรักษาและตรวจร่างกาย คือ ด้านการตรวจรักษา มาตรวจเพื่อรับยาบรรเทาอาการปวดศีรษะ ปวดข้อ โรคเครียด โรคภูมิแพ้ ไทรอยด์ การมารับยาต่อเนื่องของโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน เป็นต้น ส่วนด้านการตรวจร่างกายมาตรวจวัดความดันโลหิต และมาตรวจวัดระดับไขมันในเส้นเลือด

กลุ่มมารดาส่วนใหญ่จะมาเพื่อรับบริการในด้านการตรวจรักษา ด้วยอาการเป็นไข้ ไอ การมารับยาโรคประจำตัว (เบาหวาน ความดัน) ด้านการตรวจร่างกายของตนเอง เช่น การตรวจภายใน ตรวจมะเร็งเต้านม และการพาบุตร มารับบริการฉีดวัคซีน การรักษาพยาบาลในกรณีที่มีอาการเจ็บป่วยเล็ก ๆ น้อย ๆ เช่น เป็นไข้ ไอ เจ็บคอ

กลุ่มหญิงตั้งครรภ์จะไปฝากครรภ์ในสถานบริการอื่น เช่น โรงพยาบาลพุทธชินราช คลินิกเอกชน เป็นต้น สาเหตุที่ไม่มารับบริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชน เนื่องจากไม่มีบริการรับฝากครรภ์และผู้รับบริการบางส่วนใช้สิทธิประกันสังคม ความสะดวกในประเด็นของเวลาของการให้บริการที่สอดคล้องกับความสะดวกของผู้รับบริการ เนื่องจากผู้รับบริการมีความจำเป็นในการปฏิบัติงานช่วงกลางวันและสะดวกในการฝากครรภ์ช่วงเวลาเย็น

กลุ่มผู้นำชุมชนจะมาเพื่อรับบริการใน 4 ประเด็น คือ ด้านการตรวจรักษาด้วยอาการเป็นไข้ ปวดเข่า ปวดศีรษะ ด้านการตรวจร่างกาย เช่น การตรวจวัดความดันโลหิต การเจาะเลือดตรวจไขมัน การประสานงานระหว่างประชาชนกับศูนย์สุขภาพชุมชน เช่น การประสานงานด้านสิทธิการรักษาให้แก่ประชาชนที่รับผิดชอบ และ ด้านการประชุมวางแผนกับเจ้าหน้าที่ ซึ่งจะมีการประชุมทุกเดือน

ประสบการณ์การใช้บริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชน

ผู้รับบริการทุกกลุ่มมีประสบการณ์การใช้บริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชนในระดับปานกลางถึงดี ประเด็นที่ได้จากการสนทนานำเสนอได้ 6 ประเด็น ดังนี้ 1) การสื่อสารและการให้ข้อมูล 2) การมีส่วนร่วม 3) ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการ 4) ความสามารถทางด้านการรักษา 5) ลักษณะ

ทางกายภาพของสถานบริการ และ 6) การเปลี่ยนแปลงขององค์การ ในส่วนท้ายของผลการศึกษานำเสนอข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุงคุณภาพบริการจากทุกกลุ่ม

1) การสื่อสารและการให้ข้อมูล

ผู้รับบริการมีความเห็นว่าผู้ให้บริการยินดีรับฟังปัญหา และให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพเป็นอย่างดี นอกจากนี้พบว่าการสื่อสารระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ และการให้คำแนะนำมีความสำคัญในการให้บริการระดับปฐมภูมิ

"คุณหมอที่อนามัย อธิบายดี แนะนำดี พูดจาดี อย่างยาย เป็นเบาหวาน เค้าจะบอกว่าเรากินอะไรได้ อะไรไม่ได้บ้าง เค้ายังบอกให้กินยาให้ตรงเวลาด้วย" (E3)[1]

"หมอคุยเป็นกันเอง ทำให้รู้สึกสบายใจเวลาคุยด้วย" (E5)

"หมอที่อนามัยเค้าจะรับฟังสิ่งที่เราพูด" (A4)[2]

"เค้าจะอธิบายดี สงสัยถามได้ จนเราเข้าใจ ที่โรงพยาบาล ถามมากก็เกรงใจหมอ กลัวเค้าดุ และคนก็เยอะ" (A6)

"หมอที่อนามัยเค้าจะอธิบายดี เข้าใจพูด ทำให้เราไม่เครียด เหมือนไปโรงพยาบาล" (M2)[3]

"เจ้าหน้าที่อธิบายดี อย่างพาลูกมาฉีดวัคซีน เค้าจะบอกว่า กลับไปต้องดูแลลูกอย่างไร วัคซีนตัวต่อไปของลูกเราจะเป็นอะไร" (M4)

"บางคนเป็นคนแก่ อ่านหนังสือไม่ได้ ผมว่าการให้คำแนะนำของหมอสำคัญนะ" (C7)[4]

2) การมีส่วนร่วม

ผู้ให้บริการจะให้ข้อมูลที่ชัดเจน เพื่อให้ผู้รับบริการสามารถใช้ในการตัดสินใจร่วมกันในการกำหนดการดูแลรักษา นอกจากนี้ผู้รับบริการยินดีให้ความร่วมมือในงานกิจกรรมของชุมชน และต้องการให้ผู้ให้บริการหรือเจ้าหน้าที่ เข้ามามีบทบาทเป็นผู้ให้ความช่วยเหลือสนับสนุนกิจกรรมที่จัดโดยชุมชน

"หมอเค้าจะบอกว่าเราเป็นอะไร มีวิธีการรักษาอะไรบ้าง อย่างฉันเป็นหวัด เค้าจะบอกว่าคอไม่แดง ไม่ให้ยาแก้อักเสบนะ กินน้ำเยอะๆ นอนเยอะๆ แล้วนัดมาพบอีก 3 วัน ตอนแรกก็ไม่เข้าใจ ฟังเค้าอธิบายก็ ค่อยเข้าใจหน่อย มันก็หายนะหมอ" (A7)

---

[1] E หมายถึง กลุ่มผู้สูงอายุ

[2] A หมายถึง กลุ่มวัยผู้ใหญ่

[3] M หมายถึง กลุ่มมารดา

[4] C หมายถึง กลุ่มผู้นำชุมชน

"ถ้าหมอ เค้ามาขอความร่วมมือ ก็ยินดี อย่างสำรวจไก่ ก็ให้เค้ามาดู ใส่ทรายอะเบทก็ทำนำ บางบ้านไม่ทำ" (P2)[5]

"ผมเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ อยากให้หมอ เค้าไปร่วมกิจกรรมของชมรม ที่จัดในพื้นที่ด้วย ทุกครั้ง เป็นกำลังบ้าง บางที่ก็อยากได้คำแนะนำบ้าง" (E5)

"ส่วนใหญ่หมอ เค้าจะของความร่วมมือประกาศเสียงตามสาย แจ้งข้อมูลลูกบ้าน ของพื้นที่ในการจัดประชุม เราก็ยินดีให้ความร่วมมือ" (C2)

3) ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการ

ผู้รับบริการพึงพอใจในการพูดจา ความสุภาพ เป็นกันเอง ของผู้ให้บริการ เนื่องจากผู้ให้บริการรู้จักกันมานาน และส่วนใหญ่เป็นคณะทำงานเดิม

"หมอเค้าเป็นกันเอง ต้อนรับดี พูดจาดี" (E3)

"หมออนามัยกับเราจะรู้จักกันดี เค้าอยู่มานาน มาเมื่อไรก็เจอ คุ้นเคยกันดี ทำให้เรากล้าที่จะพูดอาการของเรา หรือกล้าถามมากกว่าไปโรงพยาบาล" (A2)

"เจ้าหน้าที่พูดจาดี อัธยาศัยดี บางทีไปโรงพยาบาลมันตื่นสถานที่ คนก็ไม่รู้จัก อย่างอนามัยรู้จักหมอทุกคน บางครั้งในใจเราอยากจะพูดอะไรเยอะ ไปโรงพยาบาลเจอหมอไม่คุ้น ก็พูดไม่ออก มันแปลกสถานที่" (A6)

4) ความสามารถทางด้านการรักษา

ผู้รับบริการมีความพึงพอใจต่อความสามารถทางด้านการรักษาของหน่วยบริการ ในเรื่องโรคเบื้องต้นและโรคเรื้อรัง จากการที่มีการขยายการให้บริการดูแล รักษาโรคเรื้อรังที่หน่วยบริการ

"ถ้าเป็นโรคปวดหัว ตัวร้อน เป็นไข้ ไปโรงพยาบาล หรืออนามัยก็หายเหมือนกัน" (E6)

"หมอที่อนามัย เค้ารักษาโรคได้เยอะกว่าเดิม เดี๋ยวนี้เบาหวาน ความดันมาที่นี่ ได้ พวกเบาหวานก็มาเจอกันที่นี่ทุกเดือน ได้มาคุยกันที่อนามัย" (E1)

"ฉันเป็นเบาหวาน แต่ก่อนไปโรงพยาบาล เดี๋ยวนี้มาอนามัย เค้ามีหมอมาอาทิตย์ละครั้ง ก็ได้ยาเหมือนไปโรงพยาบาลเลย" (A3)

---

[5] P หมายถึง กลุ่มมารดา

5) ลักษณะทางกายภาพของสถานบริการ

ผู้รับบริการมีความพึงพอใจต่อสภาพแวดล้อมทางกายภาพในด้านความสะอาด การให้บริการน้ำดื่ม และเสนอแนะปรับปรุงเรื่องความเพียงพอของสถานที่รอตรวจในวันที่แพทย์มาตรวจที่หน่วยบริการ

"ที่นั่งรอสะอาดดี มีน้ำเย็นบริการ" (A6)

"ห้องตรวจเป็นสัดส่วน" (C3)

"เค้าปรับปรุงห้องตรวจย้ายลงมาตรวจข้างล่าง ดีขึ้นคะ แต่ก่อนต้องไปข้างบน ลำบากคนแก่และกลัวเด็ก เป็นอันตราย" (P2)

"วันที่หมอมาตรวจที่นั่งรอไม่พอ อยากให้หมอกางเต้นท์ เสริมเก้าอี้ หรือจัดที่รอตรวจให้ด้วย" (E6)

"ห้องตรวจเป็นสัดส่วน สถานที่สะอาดดีคะ" (M4)

6) การเปลี่ยนแปลงขององค์การ

ผู้รับบริการมีความพึงพอใจต่อการเปลี่ยนแปลงองค์การ ในเรื่องการเพิ่มจำนวนผู้ปฏิบัติงานที่หน่วยบริการ ทำให้รอไม่นาน มีการขยายบริการทำให้ไม่ต้องสะดวกต่อการเดินทางมารับบริการที่หน่วยบริการ มีนักศึกษามาฝึกงานในพื้นที่ ทำให้ชาวบ้านได้รับข้อมูล ความรู้มากขึ้น พฤติกรรมบริการของผู้ให้บริการมีการพัฒนาดีขึ้น และมีการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุข อย่างต่อเนื่อง

"อนามัยเราดีขึ้นคะ มีหมอใหญ่ มาตรวจทุกจันทร์ กับพุธ" (A5)

"มีเครื่องมือมากขึ้น ตรวจโรคเบาหวาน ความดัน ได้ ไม่ต้องไปโรงพยาบาล คนเยอะ" (E2)

"มีนักศึกษามาฝึกงาน เค้ามาจัดโครงการชวนเราออกกำลังกาย รำไม้พลอง เต้าแอโรบิก บางทีก็มีเยี่ยมคนแก่ที่บ้านด้วย" (A2)

"การที่นักศึกษา มาฝึกงานในชุมชนนั้น ทางหมู่บ้านเราก็ยินดี เพราะจะได้ช่วยดูแลสุขภาพของลูกบ้านเราด้วย" (C2)

"เครื่องมือทางการแพทย์ มีมากกว่าแต่ก่อน หมอมีมากขึ้น" (P1)

"หมอเยอะขึ้น แต่ก่อนมี 2-3 คน คิวจะยาว รอนาน" (C5)

"เจ้าหน้าที่รับฟังคนไข้มากขึ้น พูดจาดีขึ้น" (C3)

"ในช่วง 2 ปีที่ผ่านมา อาสาสมัครสาธารณสุข ได้รับการอบรมพัฒนาความรู้ มากขึ้น หมอเค้าจะเชิญเราเข้าอบรมทุกวันจันทร์ อาทิตย์สิ้นเดือน และได้ไปดูงานของอาสาสมัครสาธารณสุข ของอำเภออื่นด้วย ก็รู้จักคนมากขึ้น" (C7)

ข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุงคุณภาพบริการ

ผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่ม แลกเปลี่ยนความคิดเห็นภายในกลุ่มเกี่ยวกับการปรับปรุงคุณภาพบริการ ดังนี้ กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ต้องการ การจัดโครงการให้ความรู้เพื่อเตรียมตัวคลอด การจัดบริการรับฝากครรภ์ในวันเสาร์ อาทิตย์ กลุ่มมารดาต้องการ การเยี่ยมบ้านหลังคลอดที่ครอบคลุมทุกราย การจัดสถานที่นั่งรอรับบริการให้เพียงพอ ในวันที่มีการบริการพิเศษต่าง ๆ เช่น วันนัดให้วัคซีน วันตรวจมะเร็งเต้านม มะเร็งปากมดลูก กลุ่มวัยผู้ใหญ่ ต้องการบริการทันตกรรม กลุ่มผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านการเคลื่อนไหวไม่สามารถเข้าถึงบริการได้ ต้องการบริการเยี่ยมบ้านที่ครอบคลุม กลุ่มผู้นำชุมชนต้องการจัดระบบการคัดเลือกอาสาสมัครสาธารณสุขอย่างมีส่วนร่วมระหว่างผู้ให้บริการกับประชาชน การจัดหาห้องประชุมที่เป็นสัดส่วน

บทที่ 5

อภิปรายผลการวิจัย

อภิปรายผล

ข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการศึกษา ช่วยในการกำหนดทิศทางการพัฒนาคุณภาพของหน่วยบริการได้อย่างชัดเจน เมื่อพิจารณาข้อมูลที่ได้จากการศึกษาเชิงปริมาณ ด้วยแบบสอบถาม หลังจากได้รับบริการ (Exit interview) ของศูนย์สุขภาพชุมชนแห่งนี้พบว่ามีความพึงพอใจ ร้อยละ 88-95 อยู่ในระดับสูง แต่ข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่ม พบว่า อยู่ในระดับปานกลางถึงดี และผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มมีความกล้าที่จะแสดงความคิดเห็นและอภิปรายร่วมกัน เนื่องจาก ความแตกต่างในมิติด้านเวลาและสถานที่ การศึกษาด้วยวิธีการสนทนากลุ่ม สะท้อนถึงประสบการณ์การใช้บริการที่ผ่านมาและดำเนินการในสถานที่ที่ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มรู้สึกผ่อนคลาย ไม่ดำเนินการที่หน่วยบริการ ในขณะที่การตอบแบบสอบถามจะผู้รับบริการจะนึกถึงประสบการณ์ครั้งสุดท้ายที่ได้รับ และทำการสอบถามหลังจากรับบริการเรียบร้อยที่หน่วยบริการ และหากพิจารณาถึงกลุ่มตัวอย่าง การศึกษาด้วยวิธีการสนทนากลุ่มจะครอบคลุมผู้ที่ไม่ได้มาใช้บริการที่หน่วยบริการเป็นประจำด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของ O'Connell et al (1999) ทำการศึกษาโดยใช้สองวิธี คือใช้แบบสอบถามแล้วมีการสัมภาษณ์ ซึ่งผลการศึกษาพบว่า ถึงแม้ว่าผู้ตอบแบบสอบถามจะระบุในแบบสอบถามว่าพวกเขารู้สึก "พอใจถึงพอใจมาก" แต่เมื่อมีการสัมภาษณ์ผลกลับออกมาว่าพวกเขา"ไม่มีความพอใจ" และการศึกษาของ Schneider and Palmer (2002) พบว่า การสนทนากลุ่มจะให้ข้อมูลที่เป็นความจริง จากผู้รับบริการและสามารถได้ข้อมูลที่ครอบคลุมผู้ที่ไม่มาใช้บริการที่หน่วยบริการอีกด้วย แต่อย่างไรก็ตาม การใช้แบบสอบถามหลังจากการใช้บริการ มีประโยชน์ในด้านการได้ข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะทางโครงสร้างประชากร สังคม ของผู้รับบริการ ที่ครอบคลุมและใกล้เคียงกับกลุ่มประชากร สามารถใช้ในการแปลผลและอภิปรายการตอบคำถามของผู้รับบริการได้ ดังนั้นการศึกษาทั้งการใช้แบบสอบถามหลังจากการใช้บริการและการสนทนากลุ่ม สามารถใช้ในการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นจริงและสามารถนำไปใช้อ้างอิงสู่กลุ่มประชากรได้

การสื่อสารและการให้ข้อมูล พบว่าผู้รับบริการต้องการคำอธิบายที่ชัดเจน เพื่อให้เกิดความเข้าใจ สามารถพูดคุย สื่อสารในเรื่องของการปฏิบัติตัวกับผู้ให้บริการได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ

Coulter (2005) พบว่า ผู้รับบริการส่วนใหญ่ที่มาพบแพทย์ทั่วไป ต้องการคำอธิบายเกี่ยวกับอาการ การรักษา และการตรวจร่างกายที่ได้รับ

การมีส่วนร่วม ของผู้รับบริการ พบว่า ผู้ให้บริการให้ข้อมูลทางวาจา เอกสารแก่ผู้รับบริการ ผู้รับบริการได้รับข้อมูลผ่านการสนทนา เสียงตามสาย มีการประชุมกลุ่มของผู้ให้บริการเช่น กลุ่มชมรมผู้สูงอายุ ชมรมออกกำลังกายในชุมชน การรวมกลุ่มหรือจัดประชุมที่ดำเนินการโดยชาวบ้าน หรือผู้รับบริการเองยังไม่ดำเนินการเป็นรูปธรรม ซึ่งทางหน่วยบริการ จะได้ดำเนินการพัฒนาบทบาทตนเองหาข้อมูลความจำเป็นทางสุขภาพ (Health need) ด้วยการสร้างข้อมูลเชิงประจักษ์ (Evidenced based) ให้ชัดเจนมาวางแผนดำเนินการ และเป็นพี่เลี้ยงในการจัดตั้งต่อไป

ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการ ผู้รับบริการพึงพอใจในการพูดจา ความสุภาพ และเป็นกันเอง ของผู้ให้บริการ ส่งผลให้มีความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการ สอดคล้องกับการศึกษาของ Coulter (2005) พบว่าจุดแข็งของบริการปฐมภูมิ คือ การมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการ การเข้าถึงบริการที่ไม่มีอุปสรรคด้านการเงิน และบริการที่ต่อเนื่อง การสร้างและพัฒนาความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการจะนำไปสู่ความไว้วางใจซึ่งกันและกัน เคารพในสิทธิระหว่างกัน และใช้ในการจัดบริการหรือให้คำแนะนำที่เหมาะสมและตรงกับความจำเป็นของแต่ละบุคคล นอกจากนี้ Gill, J.; Mainous, A. and Nsereko, M. (2000) เสนอว่าการที่ผู้รับบริการรู้จักผู้ให้บริการและพบผู้ให้บริการคนเดิมหรือคณะทำงานเดิมเป็นประจำ มีข้อดีคือ ผู้รับบริการจะพึงพอใจ ปฏิบัติตามคำแนะนำ ผู้ให้บริการเข้าใจปัญหาของผู้รับบริการอย่างแท้จริง สำหรับความสามารถทางด้านการรักษา มีการขยายบทบาทของบริการปฐมภูมิมากขึ้น จากการให้บริการรักษาโรคเบื้องต้น การส่งเสริมการป้องกันโรคและการฟื้นฟูสภาพ โดยเพิ่มบทบาทบริการทางรักษาและการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน ทั้งนี้โรคเรื้อรังมีการเปลี่ยนแนวคิดการการจัดการโรค (Disease management) มาเป็นการจัดการความเจ็บป่วย (illness management) หมายถึงการที่ผู้ป่วย ครอบครัว บุคลากรทางการแพทย์และชุมชน รับรู้ เข้าใจ และจัดการกับการเจ็บป่วยนั้นร่วมกันได้อย่างไร ด้วยการแลกเปลี่ยนความเข้าใจระหว่างกันเกี่ยวกับการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง (Soubbi, H., 2007) ผู้ให้บริการในระดับปฐมภูมิจะต้องเข้าใจแนวคิด และพัฒนาทักษะความสามารถของตน ให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงของแบบแผนการเจ็บป่วยของโรค นโยบายการขยายบริการ เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการที่จำเป็น อย่างมีคุณภาพ

ลักษณะทางกายภาพของสถานบริการ สิ่งแวดล้อมมีผลต่อความพึงพอใจ การปรับปรุงลักษณะทางกายภาพให้ตรงกับความจำเป็นในการมารับบริการของผู้รับบริการจะทำให้เกิดความอบอุ่น (Ehnfors, M., and Soderstrom, A., 1995) ดังนั้นผู้ให้บริการควรนำข้อเสนอแนะที่ได้จากการสนทนากลุ่มไปใช้ในการวางแผนปรับปรุงในประเด็นความเพียงพอของสถานที่รอตรวจในวันที่แพทย์มาตรวจที่หน่วยบริการ

การเปลี่ยนแปลงขององค์การ มีการพัฒนาคุณภาพด้วยการพัฒนาสถานีอนามัยให้เป็นศูนย์สุขภาพชุมชน โดยใช้การประเมินมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิ 3 มาตรฐาน 26 ตัวชี้วัด การสร้างมาตรฐานการให้บริการปฐมภูมิ โครงการพัฒนาศูนย์สุขภาพชุมชนในฝัน และการพัฒนาตัวชี้วัดคุณภาพบริการในหน่วยบริการปฐมภูมิในโรคเบาหวานและการดูแลแม่และเด็ก (Jongudomsuk, P., 2004) ประชาชนรับรู้และมีประสบการณ์ที่ดีต่อการพัฒนาคุณภาพ

โครงสร้างของการรับบริการในสถานบริการแต่ละระดับ เปลี่ยนจากภาพสามเหลี่ยมหัวกลับมาเป็นสามเหลี่ยมหัวตั้ง (Wibulpolprasert, S., 2006) แสดงถึงแนวโน้มของผู้รับบริการที่มีการเปลี่ยน (shift) จากบริการตติยภูมิและทุตติยภูมิมาสู่ปฐมภูมิ การเปลี่ยนผ่านลงมาสู่ระดับล่างนี้ ประกอบกับความจำเป็นของผู้รับบริการที่ซับซ้อน ความหลากหลายของผู้รับบริการ และบริการที่จัดให้ทั้งที่หน่วยบริการและในชุมชน เป็นสิ่งที่ท้าทายของบริการระดับปฐมภูมิที่มีความจำเป็นต้องใช้ข้อมูลที่เป็นระบบก่อนที่จะมีการดำเนินการพัฒนาบริการ การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้เป็นแรงผลักดันต่อผู้ให้บริการต้องตระหนักถึงความสำคัญที่จะจัดบริการปฐมภูมิให้มีประสิทธิผลและประสิทธิภาพ ทั้งนี้บริการปฐมภูมิไม่ได้มีความสำคัญเพียงเป็นบริการที่สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายเท่านั้น แต่การให้ความสำคัญกับการพัฒนาคุณภาพบริการถือเป็นสิ่งสำคัญด้วย ระยะเวลาที่เหมาะสมในการให้ข้อมูลย้อนกลับที่ถูกต้องเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับผลงานที่มีประสิทธิภาพ (Flood, A.B.; Zinn, J.S.; Scott, W.R., 2006)

ข้อจำกัดของการสนทนากลุ่ม คือการนำผลการศึกษาไปขยายผลการวิจัยไปสู่กลุ่มประชากร (Empirical generalization) แต่ทั้งนี้สามารถขยายผลการวิจัยในรูปแบบของแนวคิด ทฤษฎี (Theoretical generalization) (Lewis, J; Ritchie, J., 2003) คือรูปแบบของการสนทนากลุ่ม ที่มีการปฏิสัมพันธ์ภายในกลุ่ม ด้วยคำถามปลายเปิด สามารถนำไปใช้ในการประเมินประสบการณ์ ในบริการปฐมภูมิที่ซับซ้อนได้ ข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่มจะมีความชัดเจน ตรงประเด็น สามารถนำมาใช้ในการพัฒนาคุณภาพให้ตรงกับความจำเป็นของผู้รับบริการ

บรรณานุกรม

กฤษดา ณรงค์ฤทธิ์. (2540). *งานบริการคืองานของเรา*. กรุงเทพฯ : โอเดียนสโตร์.

กิติมา ปรีดีดิลก. (2529). *การบริหารและการนิเทศการศึกษาเบื้องต้น*. กรุงเทพฯ: อักษราพิพัฒน์.

กุลยา ส่งสวัสดิ์, เรือเอกหญิง. (2545). *ความคาดหวังของประชาชนต่อคุณภาพการบริหารแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้ากรมแพทย์ทหารเรือ*. ปัญหาพิเศษรัฐประศาสนศาสตรบัณฑิต สาขาการบริหารทั่วไป, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.

จารึก อาจวารินทร์. (2529). การวิเคราะห์ตัวประกอบสมรรถภาพของนักวิจัยทางการศึกษา. วิทยานิพนธ์ ภาควิชาวิจัยการศึกษา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

จิตตินันท์ เดชะคุปต์. (2530). *ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับจิตวิทยาการบริหาร*. เอกสารการสอนชุดวิชาจิตวิทยาการบริการ.

เต็มดวง เจริญสุข. (2533). *การเปรียบเทียบกิจกรรมการพยาบาลตามความคาดหวังกับความเป็นจริงของผู้คลอดและพยาบาล*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ทัศนา บุญทอง.(2542). *ทิศทางการปฏิรูประบบบริการการพยาบาลที่สอดคล้องกับระบบบริการสุขภาพไทยที่พึงประสงค์ในอนาคต*. กรุงเทพฯ : ศิริยอดการพิมพ์ นนทบุรี : กระทรวงสาธารณสุข.

นภาภรณ์ หะวานนท์. (2536). *การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ*. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.

นภาภรณ์ หะวานนท์. (2535). *การศึกษาความคิดและทัศนะของคนจากการจัดกลุ่มสนทนา*. ข่าวสารวิจัยการศึกษา. 15 (เมษายน-พฤษภาคม)

นิศา ชูโต. (2540). *การวิจัยเชิงคุณภาพ*. กรุงเทพฯ : พี.เอ็น.การพิมพ์.

ประวิต เอราวรรณ์. (2539). *ศึกษาการเสริมพลังอำนาจครู: การวิจัยแบบสนทนากลุ่ม*. วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ปราโมท ทองสุข. (2539). *การพัฒนาแผนการสร้างความคุ้นเคยในการสัมภาษณ์เกษตรกร*. วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต ภาควิจัยการศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปรีดา แต้รักษ์ และคณะ. (2544). *ระบบประกันสุขภาพในประเทศไทย*. สำนักงานประกันสุขภาพ มูลนิธิเยอรมันเพื่อพัฒนานานาชาติ.สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

ปิติภรณ์ สกุล ณ ดิลก. (2548). *ชุมชนกับการให้บริการของรัฐ*. กรุงเทพฯ : คุรุสภาลาดพร้าว.

พนิดา คำยู. (2538). *การศึกษาคุณภาพบริการที่ผู้ป่วยคาดหวังจากพยาบาลการรับรู้ของหัวหน้าหอผู้ป่วยต่อคุณภาพบริการที่ผู้ป่วยคาดหวังจากพยาบาลโรงพยาบาลเอกชน.* วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล, บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

พวงรัตน์ ทวีรัตน์. (2523). *เครื่องมือและวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับการวิจัยทางสังคมศาสตร์.* กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.

พิมพกา บุญพา. (2547). *คุณภาพการให้บริการสาธารณะของเทศบาลตำบลสบปราบ.* การค้นคว้าอิสระ ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยรามคำแหง.

ไพฑูรย์ โต๊ะบุรินทร์. (2544). *ความคาดหวังของผู้ใช้บริการต่อคุณภาพด้านการบริการของธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร.* ปัญหาพิเศษรัฐศาสนศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารทั่วไป, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.

ไพฑูรย์ โต๊ะบุรินทร์. (2545) *ความคาดหวังของผู้ใช้บริการต่อคุณภาพของธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตรจังหวัดชัยภูมิ* ปัญหาพิเศษรัฐศาสนศาสตรมหาบัณฑิต สาขานโยบายสาธารณะ, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.

มัตติกา ผลชีวิน. (2548). *การจัดการองค์กรธุรกิจ.* กรุงเทพฯ : ชัยเสนา.

วิทย์ เที่ยงบูรณาธรรม. (2539). *A new English-Thai Dictionary (ฉบับรวมศาสตร์).* กรุงเทพฯ. (ม.ป.ท)

วีรสิทธิ์ สิทธิไตรย์และโยธิน แสวงดี. (2536). *การสนทนากลุ่ม: เทคนิควิจัยเชิงคุณภาพจากการวิจัยเกี่ยวกับผู้สูงอายุและการเปลี่ยนแปลงในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ.* พิมพ์ครั้งที่ 2. (ม.ป.ท)

ศศิธร พูลสุข. (2538). *ความพึงพอใจของประชาชนต่อระบบและกระบวนการให้บริการของกรุงเทพมหานคร : ศึกษากรณีสำนักงานเขตพระนคร.* ภาคนิพนธ์ปริญญาพัฒนบริหารศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพัฒนาสังคม, คณะพัฒนาสังคม สถาบันบัณฑิตพัฒนาบริหารศาสตร์.

ศิริวรรณ เสรีรัตน์และคณะ. (2541). *กลยุทธ์การตลาดและการบริหารการตลาด.* กรุงเทพฯ : ธีระฟิล์มและไซเท็กซ์. สมบูรณ์การพิมพ์.

สมหวัง พิธิยานุวัฒน์. *"การออกแบบการวิจัย" ในการวิจัยทางการศึกษา: หลักและวิธีการสำหรับนักวิจัย.* กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สัณฐาน ใจเอื้อ. (2538). *ความคาดหวังของผู้นำท้องถิ่นต่อการศึกษา เพื่อใช้ประโยชน์ต่อการท่องเที่ยวของอำเภอเกาะสมุย จังหวัดสุราษฎร์ธานี.* วิทยานิพนธ์สังคมศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสังคมศาสตร์, คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

สาโรช ไชยสมบัติ. (2534). *สู่ความเป็นเลิศในการสร้างความพึงพอใจ.* กรุงเทพฯ : คุรุสภาลาดพร้าว.

สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข. (2545). *บริการสุขภาพใกล้ใจ-ใกล้บ้าน.*

สำนักพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพ. (2545). *มาตรฐานการจัดระบบบริการปฐมภูมิ.*

สำเริง แหยงกระโทก และรุจิรา มังคละศิริ. (2545). *ศูนย์สุขภาพชุมชน (คู่มือสำหรับผู้บริหารผู้ทำงานร่วมกระบวนการปฏิรูปและสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า).* นครราชสีมา :

สุขเกษม ธรรมประกอบ. (2536). *ความคาดหวังของประชาชนที่มีต่อบทบาทและการปฏิบัติหน้าที่ของตำรวจศึกษาเฉพาะกรณีอำเภอภูเขียว จังหวัดชัยภูมิ.* วิทยานิพนธ์รัฐศาสตรมหาบัณฑิต สาขารัฐศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

สุชิน หมอนทอง. (2543). *องค์การและการจัดการ.* กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.

สุพัตรา ศรีวนิชชากรและคณะ. (2545). *บริการสุขภาพใกล้บ้านใกล้ใจ.* นนทบุรี : สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข.

สุภางค์ จันทวานิช. (2533). *วิธีวิจัยเชิงคุณภาพ.* กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. พิมพ์ครั้งที่ 2.

สุมนา อยู่โพธิ์. (2536). *ตลาดบริการ.* กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

สุรศักดิ์ เพียสุระ. (2540). *ศึกษาความต้องการในการพัฒนาครูเรื่องการอนุรักษ์พลังงานและสิ่งแวดล้อมด้วยวิธีการสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่ม.* วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต ภาควิจัยการศึกษา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อดุลย์ จาตุรงคกุลและคณะ. (2546). *การตลาดบริการ.* สาขาวิชาการตลาด คณะบริหารธุรกิจ, เชียงใหม่ : มหาวิทยาลัยพายัพ.

อัญชลี ด่านวิรุฬหวณิช. (2539). *ความคาดหวังของผู้ปกครองต่อการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมของเด็กหูหนวก : ศึกษาเฉพาะกรณีโรงเรียนสอนคนหูหนวกในเขตกรุงเทพมหานคร.* วิทยานิพนธ์สังคมศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสังคมศาสตร์ คณะสังคมศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

อารี ถาวรเศรษฐ์. (2536). *การใช้ภาษาไทย.* กรุงเทพฯ: ฝ่ายตำราสภาบันราชภัฏสวนสุนันทา.

อุทัย ดุลยเกษม. (2533). *" การวิจัยสังคมศาสตร์" วิธีวิทยาการวิจัย.* ฉบับพิเศษกรกฎาคม. เอกสารวิชาการลำดับที่1 ในชุดเอกสารเพื่อการพัฒนาบริการปฐมภูมิ : สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข.

Avis, M, Bond, M., and Arthur, A. (1995). Satisfying solutions: a review of some unresolved issues in the measurement of patient satisfaction. *Journal of Advanced Nursing*. 22: 316-322.

Babbie, E.R. (1986). *The practice of social research*. California: Wadsworth.

Baber, R. (1990). Development of a questionnaire to assess patients" satisfaction with consultations in general practice. *British Journal of General Practice*. 40: 487-490.

Basch, C. E. (1987). *Focus group interview: An underutilized research technique for improving theory and practice in health education*. Health Education Quarterly. (14)4, 411-448.

Batchelor, C., Owens, D. J., Read, M. and Bloor, M. (1994). Patient satisfaction studies: Methodology, management, and consumer evaluation. *International Journal of Health Care Quality assurance*. 7: 22-30.

Bauman, L. J. &Adair, E. G. (1992). *The use of ethnographic interviewing to inform questionnaire construction*. Health Education Quarterly. 19(1), 9-23.

Bell, R., Krivich, M. J. and Boyd, M. S. (1997). Charting patient satisfaction. *Marketing Health services*. 17: 22-29.

Benggtsson, G., Wilde L. B. and Uden, G. (1998). Outcome indicators to evaluate from a patients' perspective. *Nurs Sci Res Nordic Count*. 18: 9-14.

Bloor M., Frankland J., Thomas M., Robson K. (2001). *Focus Groups in Social Science*. London: Sage Publication.

Bloor M., Frankland J., Thomas M., Robson K. (2001). *Focus Groups in Social Science*. London: Sage Publication.

Bran V., Clarke V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*. 3:77-101.

Bran V., Clarke V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*. 3:77-101.

Brodigan, R. (1992). *Qualitative research for education: An introduction to theory to theory and method*. (2nd ed.) Boston: Allyn & Bacon.

Capitulo, K. L. (1998). Improving patient satisfaction through focus group interviews. *Nurs Leader Forum*. 3(4): 124-129.

Colins, C. (1976). *Collins Cobuild English dictionary*. England : Harper Collinsd.

Coulter, A. (2005). What do patients and public want from primary care? *BMJ*. 331:1199-201.

Dawn, A. G.; Turla, C. S.; Lee, P. P. (2003). Patient Expectations Regarding Eye Care: Focus Group Results. *Arch Opthalmol*. 121: 762-768.

Department of Health. (1996). *Choice and opportunity*. Department of Health. London.

Donabedian, A. (1990). A seven pillar of quality. *Arch Pathol Lab Med*. 114: 1115-1117.

Ehnfors, M., Soderstrom, A. (1995). Patient satisfaction with hospital care. *Nurs Sci Res Nordic Count*. 15:19-29.

Erickson, L. R. (1995). Patient satisfaction with nursing care: concept clarification. *J Nurs Mang*. 3: 59-76.

Fitzaapatrick, R. and White, D. (1997). Public participation in the evaluation of health care. *Health and Social Care in the Community*. 5(1): 3-8.

Flood, A. B., Zinn, J. S., Scott, W. R. (2006). Organizational Performance: Managing for Efficiency and Effectiveness. In: Shotell, S. M., Kaluzny, A. D., editors. *Health Care Management: Organization Design and Behavior* (5th edition). United States of America: Thomson Delmar Learning.

Gill, J., Mainous, A., Nsereko, M. (2000). The effect of continuity of care on emergency department use. *Archives of family medicine*. 9:333-8.

Goldfield, N. (1996). Clooecting and using information from patients: A summary guide of recent practical research. *Managed Care Quarterly*. 4: 39-48.

Gorden, R.L. (1987). *Interviewing: strategies, techniques, and tactics*. Illinois: Socott, foresman and company.

Greenbaum, T.L. (1991). Answer to moderator problems start with asking the right questions. *Marketing News*. 5: 8-9.

Gronroos, C. (1990). *Service management and marketing*. Lexington. MA : Lexington Books.

Johansson, P., Oleni. M. and Fridlund, B. (2002). Patient satisfaction with nursing care in the context of health care: a literature study. *Scand J Caring Sci.* 16: 337-344.

Joint commission on accreditation of Health Care Organization. (1995). Using patient input in a cycle for performance improvement. *Joint Commission Journal on Quality Improvement.* 21: 87-96.

Jongudomsuk, P. (2005). *Annual Report 2004: Implementation of Universal Health Care Coverage* (in Thai). Nonthaburi: S.P.S. Printing Co. Ltd.; 2005.

Katz, & Danet, Brenda. (1973). *Bureaucracy And The Republic.* New York : Basic Books.

Kitzinger J. (1995). Qualitative Research: Introducing focus group. *BMJ.* 311:299-302.

Kotler, P. (1988). *Marketing management.* Englewood Cliffs. NJ : Prentice Hall.

Krueger R. A. (1998). *Developing Questions for Focus Groups: Focus Group kit 3.* United States of America: Sage Publications, Inc.

Krueger, R. A. (1998). *Moderating focus group.* United Stated of America: Sage Publications.

Larsson, G., Wilde, B. and Uden, G. (1996). *Patient's Views on Care – a Summary of the Literature.* The National Swedish Board of Health and Welfare: Stockholm.

Lewis, J., Ritchie, J. (2003). Generalizing from Qualitative Research. In: Ritchie, J., Lewis, J., editors. *Qualitative Research Practice.* California: Sage Publication Ltd.

Lewis, R.B.: Kitano, M.K. & Lynch, E.W. (1992). *Psychological intensities in gifted adults.* Roepes Review, 15(1) 25-31.

Ludwig-Beymer, P., Ryan, C. J., Johnson, N. J., Hennessy, K. A., Gattuso, M. C., Epsom, R. and Czurylo, K. T. (1993). Using patient perceptions to improve quality care. *J Nurs Care Qual.* 7: 42-51.

Martin, E. (1986). Consumer evaluation of human services. *Social Policy and Administration.* 20: 185-200.

McColl, E., Thomas, L. and Bond, S. (1996). A study to determine patient satisfaction with nursing care. *Nurs Stand.* 10: 34-38.

McDonald, A., Langford, I. H. (2000). Observations and recommendations for assessing patient satisfaction in a primary care setting using a previously validated questionnaire. *Health and Social Care in the Community*. 8(2): 109-118.

McGivern, S. A. (1999). Patient satisfaction with quality of care in a hospital system in Qatar. *J Healthc Qual*. 21: 28-41.

McIver, S. (1991). *An introduction to obtaining the views of users of health services*. King's Fund Center for Health Services Development.

McLafferty, I. (2004). Focus group interviews as a data collecting strategy *Journal of Advanced Nursing*. 48 (2): 187–194 .

Megivern, K., Halm, M. A., and Jones, G. (1992). Measuring patient satisfaction as an outcome of nursing care. *J Nurs Care Qual*. 6:9-24

Merriam, S.B. (1988). *Case study research in education: A qualitative approach*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.

Miller Bader, M. M., (1988). Nursing care behaviors that predict patient satisfaction. *J Nurs Qual Assur*. 2: 11-17.

Millett, J. (1954). *Management In The Public Service : The Quest For Effective Performance*. New York : Mc Graw-Hill Book.

Morgan, L.D. (1988). *Focus group as qualitative research*. United State of America: Sage Publications.

Morgan, L.D. (1998). *The focus group guidebook*. United State of America: Sage Publications.

Muang District Health Office, Phitsanulok. (2007). *Utilization rate of primary care unit in Phitsanulok province*. Phitsanulok.

Nursing. 29(2): 364-372.

Nyamathi, A. and Shuler, P. (1990). Focus group interview: a research technique for informed nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*. 15: 1281-1288.

O'Connell, B., Young, J. and Twigg, D. (1999). Patient satisfaction with nursing care: a measurement conundrum. *International Journal of Nursing Practices*. 5: 72-77.

Oermann, M. H., Masserang, M. Maxey, M. and Lange, M. P. (2002). Clinic visit and waiting: patient education and satisfaction. *Medsurg Nursing*. 11: 247-250.

Ottoson, B., Hallberg, I. R., Axelsson, K. and Loven, L. (1997). Patients' satisfaction with surgical care impaired by cuts in expenditure and after interventions to improve nursing care at a surgical clinic. *Int J Qual Health Care*. 9: 43-53.

Patton, M.Q. (2002). *Qualitative research and evaluation methods*. Thousand, Calif: Sage Publications, Inc.

Polluste, K., Kalda, R., and Lember, M. (2000). Primary health care system in transition: the patient's experience. *International Journal for Quality in Health Care*. 12(6): 503-509.

Popham, W.J. (1993). *Education Evaluation*. United State of America: Alywd Bacon.

Poulton, B. C. (1996) Use of the consultation satisfaction questionnaire to examine patients' satisfaction with general practitioners and community nurses: reliability, replicability and discriminate validity. *British Journal of General Practice*. 46: 26-31.

Schneider, H. and Palmer, N. (2002). Getting the truth? Researching user views of primary health care. *Health Policy and Planning*. 17(1): 32-41

Schwarz, M.; Landis, S. E.; Rowe, J. E.; Janes, C. L.; and Pullman, N. (2000). Using focus group to assess primary care patient's satisfaction. *Evaluation & The Health Professions*. 23 (1): 58-71.

Singer, E., Frankel, M.R., and Glassman, M.R. (1983). *"The effect of interviewer characteristics and expectations on response."* Public Opinion Quarterly 47. p. 68-83.

Soubbi, H. (2007). Toward an Ecosystemic Approach to Chronic Care Design and Practice in Primary Care. *Annals of Family Medicine*. 5(3):263-9.

Stanszewska, S. and Ahmed, L. (1999). The concept of expectation and satisfaction: do they capture the way patients evaluate their care? *Journal of Advanced*

Starfield, B. (1998). *Primary care: balancing health needs, services and technology*. New York. Oxford University Press.

Staton, W.J. (1987). *Fundamentals of marketing*. New York : McGraw-Hill Book.

Steward, D. and Shamdasani, P. (1990). *Focus group Theory and Practice*. Beverly Hills, CA: Sage Publications, Inc.

Stewart, D. W. and Shamdasani, P. N. (1991). *Focus group: theory and practice*. (3nd ed.). United State of American: Sage Publications.

Thomas, L. H., MacMillan, J. McColl, E., Priest, J., Hale, C. and Bond, S. (1995). Obtaining patients' views of nursing care to inform the development of a patient satisfaction scale. *Int J Qual Health Care*. 7: 153-163.

Thurmond, V.A. (2001). The Point of Triangulation. *Journal of Nursing Scholarship*. Third quarter: 253-8.

Turris, S. A. (2005). Unpacking the concept of patient satisfaction: a feminist analysis. *Journal of Advanced Nursing*. 50(3):293-298.

Twinn S. (1998). An analysis of the effectiveness of focus groups as a method of qualitative data collection with Chinese populations in nursing research. *Journal of Advanced Nursing*. 28(3): 654-661.

Vaghn, S., Shumm, S.J., and Sinagub, M.J. (1996). *Focus group interviews in education and psychology*. United State of America: Sage Publications.

Vouri, H. (1991). Patient satisfaction-Does it matter? *Qual Assur Health Care*. 3: 183-189.

Vroom. Victor, H. (1964). Work *and Motivation*. New York : Wiley.

Ware, J.E., Daviess-Avery, A. and Stewart, A. L. (1978). The measurement and meaning of patients' satisfaction. *Health and Medical Care Services Review*. 1: 1-15.

Weber, Max. (1966). *The Theory Of Social And Economic Organtzation*. (4th). New York: The Fre.

Wibulpolprasert, S. (2006). *Thailand Health Profile 2005-2006* (in Thai). Bangkok: Express Transportation Organization.

Wilde, B., Starrin, B., Larsson, G. and Larrosn, M. (1993). Quality of care from a patient perspective. *Scan J Caring Sci*. 7: 113-120.

William, B. (1994). Patient satisfaction: a valid concept? *Social Science and Medicine*. 4: 509-516.

Williams, B., Coyle, J. and Healy, D. (1998). The meaning of patient satisfaction: An explanation of high reported levels. *Social Science and Medicine*. 47: 1351-1359.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
ข้อมูลสำหรับผู้เข้าส่วนร่วมในการวิจัย
(Participant Information Sheet)

ข้อมูลสำหรับผู้เข้าส่วนร่วมในการวิจัย (Participant Information Sheet)

ชื่อโครงการ การศึกษาประสบการณ์การใช้บริการระดับปฐมภูมิโดยวิธีการสนทนากลุ่ม

ชื่อผู้วิจัย นายวุฒิชัย จริยา* นางนิทรา กิจธีระวุฒิวงษ์* และนางภิรมย์ อ่ำเทศ**

ตำแหน่ง *อาจารย์ประจำคณะสาธารณสุขศาสตร์ **นักวิชาการสาธารณสุข 7

สถานที่ติดต่อผู้วิจัย *คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร จังหวัดพิษณุโลก โทรศัพท์0-5526-1910 โทรสาร 0-5526-1911 **ศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลท่าทอง อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก โทรศัพท์ 0-5522-6702 โทรสาร 0-5533-3031

โทรศัพท์มือถือ 081-5345271 089-7048920 และ 081-5961345

E-mail: nithra_m@yahoo.com , wjariya@gmail.com

ข้อมูลที่เกี่ยวข้อง ที่ให้แก่ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย มีดังนี้

1. การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพโดยใช้วิธีการสนทนากลุ่ม

2. วัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อค้นหาประสบการณ์การใช้บริการระดับปฐมภูมิที่ศูนย์สุขภาพชุมชนท่าทอง และเพื่อระบุประเด็นที่ควรพัฒนาของศูนย์สุขภาพชุมชนท่าทอง

3. คุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คัดเลือกผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยแบบเฉพาะเจาะจง ตามคุณสมบัติ ประกอบด้วย (1) กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ (2) กลุ่มมารดา (3) กลุ่มวัยทำงาน (4) กลุ่มผู้สูงอายุ และ (5) กลุ่มตัวแทนผู้นำชุมชน ที่จะนำข้อมูลความคาดหวังบริการที่ได้รับ และความพึงพอใจมาเชื่อมโยงกัน และนำไปพัฒนาบริการระดับปฐมภูมิของศูนย์สุขภาพชุมชน ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่ม จะได้รับขออนุญาตซักถาม อัดเทป และจดข้อความที่พูดกันโดยไม่มีการบันทึกข้อมูลใด ๆ ที่ระบุถึงตัวผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่ม ผู้วิจัย จะกำหนดหมายเลขรหัสสำหรับผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่ม

4. ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่ม จะได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการวิจัย จากแบบให้ข้อมูลสำหรับผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย อย่างเป็นลายลักษณ์อักษร และจากการซักถามข้อข้องใจ เพื่อให้เกิดความเข้าใจกิจกรรมในการวิจัยอย่างครบถ้วน

5. การสนทนากลุ่ม มีประเด็นในการสนทนาเกี่ยวกับเรื่อง ประสบการณ์การใช้บริการระดับปฐมภูมิในประเด็นความคาดหวังและบริการที่ได้รับ รวมถึงความพึงพอใจต่อบริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชนท่าทอง ในเรื่องการสื่อสารและข้อมูลที่ได้รับจากผู้ให้บริการ เช่น แพทย์ พยาบาล

และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการและตัวแทนชุมชน หรือผู้รับบริการ ทักษะของผู้ให้บริการเช่น แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ความสะอาด ความเป็นสัดส่วนของห้องรอตรวจ ความเป็นสัดส่วนของห้องตรวจ เปรียบเทียบบริการที่คุณได้รับจากศูนย์สุขภาพชุมชนท่าทองในระยะ 5 ปีที่ผ่านมากับปัจจุบัน การมีส่วนร่วมในสุขภาพของคุณเมื่อมารับบริการ การปฏิบัติของผู้ให้บริการ ความพึงพอใจในภาพรวมของบริการ และบริการอะไรบ้างที่ศูนย์สุขภาพชุมชนท่าทอง ควรปรับปรุง การสนทนากลุ่ม จะดำเนินการนัดหมายในเวลาที่ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มสะดวก สถานที่สำหรับใช้ในการสนทนากลุ่มจะเป็นสถานที่ในหมู่บ้านที่สะดวกในการเดินทาง ทั้งนี้การสัมภาษณ์จะไม่เกิดความเสี่ยงแก่ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่ม

6. ข้อมูลทั้งหมดจะถูกเก็บเป็นความลับและใช้ได้เฉพาะผู้วิจัยเท่านั้น ในช่วงดำเนินการ ข้อมูลจะถูกเก็บไว้ในตู้ที่สามารถล็อคได้ในห้องทำงานและคอมพิวเตอร์โน้ตบุคของผู้วิจัย ที่กำหนดรหัสในการเข้าถึงข้อมูล เทปเสียงจะเก็บไว้เป็นเวลา 1 ปี และทำลายหลังจากมีการตีพิมพ์ การวิเคราะห์ข้อมูลและการเขียนรายงานการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม ไม่ระบุหรืออ้างอิงถึงกลุ่มตัวอย่างผู้ให้ข้อมูล ผลของการวิจัยนี้จะปรากฏในวารสารตีพิมพ์หรือถูกนำเสนอในรายงานการประชุม ทั้งนี้ ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มจะไม่ถูกระบุชื่อในรายงานเหล่านั้น

7. การเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้เป็นโดยการสมัครใจ และผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่ม จะได้รับของตอบแทนเป็นผ้าเช็ดตัวขนาดเล็ก จำนวน 1 ผืน เพื่อเป็นการขอบคุณที่เข้าร่วมโครงการวิจัย หากท่านมีข้อสงสัย สอบถามเพิ่มเติมได้ และสามารถติดต่อกับผู้วิจัยได้ตลอดเวลา โดยติดต่อกับผู้วิจัย คือ นายวุฒิชัย จริยา หมายเลขโทรศัพท์ 081-5345271 นางนิทรา กิจธีระวุฒิวงษ์ หมายเลขโทรศัพท์ 089-704-8920 และ นางภิรมย์ อ่ำเทศ หมายเลขโทรศัพท์ 081-5961345

8. ระยะเวลาที่ใช้ในการสนทนากลุ่ม ประมาณ 90 - 120 นาที จำนวน 1 ครั้งต่อการสนทนากลุ่ม 1 กลุ่ม

9. จำนวนของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย โดยประมาณที่จะใช้ในการวิจัย ครั้งนี้ จำนวน 40 คน กลุ่มละ 8 คน

ภาคผนวก ข
ใบยินยอมของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
(Informed Consent Form)

ใบยินยอมของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย (Informed Consent Form)

ชื่อโครงการ การศึกษาประสบการณ์การใช้บริการระดับปฐมภูมิโดยวิธีการสนทนากลุ่ม

เลขที่ ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) ..... (ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย) ขอให้ความยินยอมที่จะเข้าร่วมโครงการวิจัยของ นายวุฒิชัย จริยา หมายเลขโทรศัพท์ 081-5345271 นางนิทรา กิจธีระวุฒิวงษ์ หมายเลขโทรศัพท์ 089-704-8920 และ นางภิรมย์ อ่ำเทศ หมายเลขโทรศัพท์ 081-5961345 ที่มีวัตถุประสงค์ เพื่อค้นหาประสบการณ์การใช้บริการของผู้รับบริการระดับปฐมภูมิ และเพื่อระบุประเด็นที่ควรพัฒนาของของสถานบริการแห่งนี้

ข้าพเจ้าทราบว่าผู้วิจัยจะขอให้ข้าพเจ้าเซ็นใบยินยอมการเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจหลังจากที่ข้าพเจ้าตัดสินใจเข้าร่วมโครงการวิจัย ข้าพเจ้าจะมีส่วนร่วมในการสนทนากลุ่ม จำนวน 1 ครั้ง ระยะเวลาในที่ใช้ในการสนทนากลุ่ม ประมาณ 90 – 120 นาที หลังจากนั้นผู้วิจัยจะมอบของตอบแทนให้ข้าพเจ้าเป็นผ้าเช็ดตัวขนาดเล็ก จำนวน 1 ผืน เพื่อเป็นการขอบคุณที่เข้าร่วมโครงการวิจัย

การเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้อธิบายให้ข้าพเจ้าทราบเกี่ยวกับโครงการวิจัยอย่างละเอียด ไม่มีสิ่งใดปกปิด ผู้วิจัยยินดีที่จะตอบคำถามทุกคำถามของข้าพเจ้า ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลของข้าพเจ้าเป็นความลับ เทปเสียงจะเก็บไว้เป็นเวลา 1 ปี และทำลายหลังจากมีการตีพิมพ์ ผลของการวิจัยนี้จะปรากฏในวารสารตีพิมพ์หรือถูกนำเสนอในรายงานการประชุม ทั้งนี้ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่ม จะไม่ถูกระบุชื่อในรายงานเหล่านั้น

ข้าพเจ้าเข้าร่วมการศึกษาวิจัยครั้งนี้โดยสมัครใจ เพื่อเป็นประโยชน์ต่อการศึกษาและมีสิทธิที่จะปฏิเสธจากการเข้าร่วมการวิจัยได้ตามต้องการ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล ซึ่งจะไม่มีผลใดๆต่อข้าพเจ้า และในกรณีที่เกิดข้อข้องใจหรือปัญหาที่ข้าพเจ้าต้องการปรึกษากับผู้วิจัย

ข้าพเจ้าสามารถติดต่อกับผู้วิจัย คือ นายวุฒิชัย จริยา หมายเลขโทรศัพท์ 081-5345271 นางนิทรา กิจธีระวุฒิวงษ์ หมายเลขโทรศัพท์ 089-704-8920 และ นางภิรมย์ อ่ำเทศ หมายเลขโทรศัพท์ 081-5961345

.....	.....
สถานที่ / วันที่	ลงนามผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
.....	.....
	( )
สถานที่ / วันที่	ลงนามผู้วิจัย
.....	.....
	( )
สถานที่ / วันที่	พยาน
.....	.....
	( )
สถานที่ / วันที่	พยาน