

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อศึกษาความหมายของการพัฒนาคุณภาพบริการตามการรับรู้ของผู้ปฏิบัติ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพบริการของผู้ปฏิบัติ และปัญหาอุปสรรคที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพบริการของผู้ปฏิบัติในศูนย์สุขภาพชุมชน สังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่คัดสรร ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมด้วยการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องโดยกำหนดหัวข้อที่ศึกษาไว้ดังนี้

1. ศูนย์สุขภาพชุมชน
 - 1.1 ความหมาย
 - 1.2 ลักษณะสำคัญของการบริการระดับปฐมภูมิที่ดี
 - 1.3 กิจกรรมบริการที่ควรมีในศูนย์สุขภาพชุมชน
2. แนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพบริการ
 - 2.1 ความหมาย
 - 2.2 ปัจจัยคุณภาพบริการ
 - 2.3 มาตรฐานที่ใช้วัดคุณภาพบริการ
3. การพัฒนาคุณภาพบริการในศูนย์สุขภาพชุมชน
 - 3.1 มาตรฐานและเกณฑ์การประเมินคุณภาพศูนย์สุขภาพชุมชน
 - 3.2 คุณภาพงานตามนโยบายรัฐบาล
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
5. แนวคิดเกี่ยวกับการวิจัยเชิงคุณภาพ

ศูนย์สุขภาพชุมชน (Primary Care Unit: PCU)

ความหมาย

ศูนย์สุขภาพชุมชน หรือหน่วยบริการปฐมภูมิ (Primary Care Unit: PCU) หมายถึง สถานบริการทางการแพทย์ และสาธารณสุขด่านแรกในชุมชนแบบองค์รวม ผสมผสานอย่างต่อเนื่อง เป็นระยะ และได้มาตรฐานทั้งเชิงรุกและเชิงรับแก่บุคคล ครอบครัว ชุมชนเพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพดี (สำเร็จ แหียงกระโทก และรุจิรา มังคละศิริ, 2545) โดยการจัดพื้นที่ในอาคาร (หรือจัดตั้งอาคารแยกต่างหากก็ได้) และมีองค์ประกอบบุคคล วัสดุ สิ่งของ และระบบการทำงานเพื่อจัดบริการ

ปฐมภูมิ (Primary Care) ดังนั้นคำว่า PCU หรือหน่วยบริการปฐมภูมิกระทรวงสาธารณสุขจึงเรียกชื่อเป็นศูนย์สุขภาพชุมชน (ศสช.) ทั้งนี้เพื่อให้ชุมชนเป็นศูนย์กลางและมีความรู้สึกเป็นเจ้าของ

สำเร็จ แห่งงกระทรวง และรุจิรา มังคละศิริ (2545) ให้ความหมายบริการปฐมภูมิไว้หลากหลายมุมมองไม่ว่าจะเป็นความหมายในเชิงปรัชญา หลักการจัดบริการ หรือลักษณะบริการซึ่งพบว่ายังไม่สามารถให้ความหมายของบริการปฐมภูมิตอบคอบครอบคลุมทั้งหมดได้ เนื่องจากลักษณะของบริการปฐมภูมิต้องใช้การแปลความหมายจากลักษณะนามธรรมไปสู่ความหมายรูปธรรมที่จับต้องได้ (Objective or Operationalised Concept) จึงทำให้มีการแปลความหมายของบริการปฐมภูมิออกมาในลักษณะต่าง ๆ และมีชื่อเรียกที่แตกต่างกันหลายชื่อ ได้แก่

1. สถานบริการด่านแรก (First Line Care) หรือสถานบริการด้านหน้า (Front Line Care)
2. สถานบริการปฐมภูมิหรือสถานบริการระดับต้น (Primary Care หรือ Primary Medical Care)
3. สถานบริการเวชปฏิบัติครอบครัว หรือเวชศาสตร์ครอบครัว (Family Practice)
4. สถานบริการครอบครัว (Family Service)
5. หน่วยบริการปฐมภูมิ (Primary Care Unit)

ทั้ง 5 ชื่อนี้มีความหมายตรงกับสถานบริการที่มีอยู่แล้ว ได้แก่ สถานีอนามัย ศูนย์แพทย์ชุมชน หน่วยบริการเวชปฏิบัติครอบครัวของโรงพยาบาล ศูนย์สาธารณสุขเทศบาล ฯลฯ หากแต่สถานบริการเหล่านี้อาจยังจัดไม่ครบถ้วนตามปรัชญา/แนวคิด และมาตรฐานการดำเนินงาน

ลักษณะสำคัญของการบริการระดับปฐมภูมิที่ดี (สุพัตรา ศรีวิชิชากร และคณะ, 2545)

ศูนย์สุขภาพชุมชนควรเป็นหน่วยบริการสุขภาพที่มีลักษณะสำคัญในด้านต่าง ๆ ต่อไปนี้

1. เป็นหน่วยงานที่ให้บริการด้านสุขภาพที่ **ผสมผสาน (Comprehensive Care)** ทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค การรักษา และฟื้นฟูสภาพ โดยพิจารณาปัญหาอย่างเป็นองค์รวม
2. เป็นบริการสุขภาพด่านแรกที่ประชาชน เข้าถึงได้ง่าย (**Front-Line Care**) ทั้งในด้านภูมิศาสตร์ สังคม จิตวิทยา และด้านเศรษฐกิจ
3. เน้นบทบาทการให้บริการสุขภาพใน **เชิงรุก** เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการเพิ่มศักยภาพการพึ่งตนเองของประชาชน
4. ร่วมดูแลสุขภาพกับประชาชนอย่าง **ต่อเนื่อง (On-Going/ Longitudinal Care)** ตั้งแต่ก่อนป่วย ขณะป่วย และช่วงฟื้นฟูสภาพพร้อมกับการจัดทำระบบข้อมูลของประชาชนตั้งแต่เกิดจนเสียชีวิต

5. ทำหน้าที่ **ประสานกับหน่วยบริการ (Co-Ordinated Care)** อื่นที่เกี่ยวข้องเพื่อให้บริการที่ต่อเนื่องรอบด้าน อาทิ สถานพยาบาลเฉพาะด้านต่าง ๆ หน่วยงานสังคมสงเคราะห์ และหน่วยงานปกครองท้องถิ่น

ลักษณะสำคัญของการบริการระดับปฐมภูมิที่ดีดังกล่าวระบุให้ศูนย์สุขภาพชุมชนควรเป็นหน่วยบริการสุขภาพที่มีลักษณะสำคัญในด้านต่าง ๆ เพื่อให้เกิดการบริการคุณภาพ แต่จากการสรุปสถานการณ์และแนวโน้มสาธารณสุขในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 พบว่าสถานบริการระดับพื้นฐานได้แก่ สถานีอนามัย (ศูนย์สุขภาพชุมชนในปัจจุบัน) โรงพยาบาลชุมชน และศูนย์บริการสาธารณสุขของเทศบาลยังไม่มีคุณภาพเท่าที่ควร (สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, 2544) ระบบบริการยังได้รับการพัฒนาไม่ต่อเนื่อง ปัญหาด้านขีดความสามารถและคุณภาพบริการ โดยเฉพาะเรื่องบริการที่ดูแลต่อเนื่องในชุมชนเพราะที่ผ่านมาการเข้าชุมชนของเจ้าหน้าที่ในศูนย์สุขภาพชุมชนส่วนใหญ่เป็นการไปติดตามข้อมูล และการแจ้งข่าวมากกว่า จึงต้องปรับความเข้าใจให้เจ้าหน้าที่ลงไปประเมินสภาพครอบครัวและชุมชนจริง ๆ พร้อมกับลงไปให้บริการดูแลสุขภาพให้ความรู้แก่ประชาชนโดยตรง (สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, 2544) จากหลักการและปัญหาอุปสรรคดังกล่าวทำให้ผู้วิจัยต้องการทราบและศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพบริการของศูนย์สุขภาพชุมชนที่คัดสรรว่าเป็นอย่างไรมีปัจจัยใดที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพบริการ

กิจกรรมบริการที่ควรมีในศูนย์สุขภาพชุมชน

1. ด้านการรักษาพยาบาล
 - 1.1 ปัญหาสุขภาพทั่วไป และปัญหาสุขภาพเฉียบพลันที่พบบ่อย
 - 1.2 ปัญหาสุขภาพเรื้อรังที่พบบ่อย
 - 1.3 ระบบการคัดกรองโรคเรื้อรัง หรือ โรคที่รุนแรง เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน มะเร็งปากมดลูก มะเร็งเต้านม
 - 1.4 การดูแลที่บ้าน (Home Care)
 - 1.5 การบริการเบื้องต้นกรณีผู้ป่วยฉุกเฉินหรือประสบอุบัติเหตุรุนแรงก่อนการส่งต่อ
 - 1.6 การผ่าตัดเล็ก
 - 1.7 บริการตรวจชันสูตรพื้นฐาน (ทำเอง หรือส่งต่อ)
 - 1.8 บริการทันตกรรมพื้นฐาน ได้แก่ ถุดฟัน ขูดหินน้ำลาย ถอนฟันกรณีปกติ
2. การส่งเสริมสุขภาพ ครอบคลุมการดูแลประชาชน ตั้งแต่เกิดจนกระทั่งตาย ได้แก่
 - 2.1 บริการดูแลหญิงวัยเจริญพันธุ์ หญิงตั้งครรภ์ ตั้งแต่ก่อนคลอดจนถึงหลังคลอด บริการคลอด (ตามสภาพพื้นที่)

- 2.2 บริการดูแลเด็กทั้งด้านพัฒนาการเด็ก วัคซีน
- 2.3 บริการเด็กวัยเรียน
- 2.4 บริการดูแลส่งเสริมสุขภาพประชาชนทั่วไป และประชาชนกลุ่มเสี่ยงอื่น ๆ เช่น ตามอาชีพเสี่ยง
- 2.5 บริการดูแลผู้สูงอายุ
- 2.6 การบริการที่บ้าน เชื่อมกลุ่มเป้าหมาย
- 2.7 บริการส่งเสริมและป้องกัน ทันตสุขภาพ ได้แก่ การตรวจและให้คำแนะนำการดูแล สุขภาพช่องปาก การใช้ฟลูออไรด์ในกลุ่มเสี่ยง การเคลือบหลุมร่องฟัน
- 2.8 บริการให้ความรู้ด้านสุขภาพ แก่ผู้รับบริการในระดับบุคคล ครอบครัว
- 2.9 บริการให้คำปรึกษา
- 2.10 การค้นหาโรคที่ร้ายแรง หรือโรคที่เรื้อรังเพื่อการป้องกันล่วงหน้า (Screening)
3. การฟื้นฟูสภาพพื้นฐาน ครอบคลุมการฟื้นฟูสภาพทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ ทั้งการ Maintenance ต่อเนื่อง ตลอดจนการกระตุ้นพัฒนาการเด็ก
 - 3.1 ส่วนที่เริ่มค้นหาปัญหาความต้องการจากประชาชน แล้วให้การดูแลขั้นต้นก่อนส่งต่อไปยังผู้เชี่ยวชาญในการวางแผนการฟื้นฟูที่ครบถ้วน
 - 3.2 สามารถส่งต่อเพื่อการรักษา หรือ ฟื้นฟูสภาพ
 - 3.3 ดูแลต่อเนื่องหลังจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยและการวางแผนการดูแลจากโรงพยาบาล
4. การควบคุม ป้องกัน โรคในระดับบุคคล และครอบครัว ได้แก่ การให้วัคซีนเพื่อป้องกันโรค การค้นหาผู้ป่วย เฝ้าระวัง และการรายงานผู้ป่วยโรคติดต่อตามพระราชบัญญัติ สาธารณสุข และ กฎหมายที่เกี่ยวข้อง สนับสนุนการพึ่งตนเองของประชาชน องค์กรประชาชน และชุมชนด้านสุขภาพ ได้แก่
 - 4.1 ให้ความรู้ และสร้างความมั่นใจในการดูแลปัญหาสุขภาพที่พบบ่อย
 - 4.2 ให้ความรู้และสร้างความมั่นใจในการปฏิบัติตัว เพื่อให้มีสุขภาพที่แข็งแรงในการดำรงชีวิต (กิน พักผ่อน ออกกำลังกาย)
 - 4.3 ประเมินสภาพบุคคล ครอบครัว ชุมชน โดยความร่วมมือเป็นเครือข่าย เพื่อให้ทราบว่าชุมชนมีสุขภาพที่สำคัญอะไร มีปัจจัยเชื่อมโยงกับปัญหาสุขภาพต่าง ๆ อย่างไร
 - 4.4 ร่วมมือกับหน่วยงานอื่นในการวางแผน และดำเนินการแก้ปัญหาสุขภาพของชุมชน บริการด้านยา ตั้งแต่การจัดหายา การจ่ายยา และการให้ความรู้ด้านยา

จากแนวทางกิจกรรมบริการที่ควรมีในศูนย์สุขภาพชุมชนที่กำหนดโดยกระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติ ในระยะเปลี่ยนผ่านพบว่าศูนย์สุขภาพชุมชน โดยเฉพาะผู้ปฏิบัติงานยังไม่สามารถให้บริการในกิจกรรมที่กำหนดไว้ได้ครบถ้วน (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2545) ทั้งนี้อาจเนื่องจากบุคลากรไม่เพียงพอ บุคลากรขาดความรู้ขาดทักษะ หรือมีเหตุผลอย่างไรที่ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติตามกิจกรรมได้ตามที่วางแผนไว้ จึงทำให้ผู้วิจัยต้องการศึกษาความหมาย ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และปัญหาอุปสรรคที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพบริการของผู้ปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชน สังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่คัดสรร

แนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพบริการ

ความหมาย

คุณภาพ

กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข (2537) ได้ให้ความหมายคุณภาพว่าหมายถึงสิ่งที่ดีที่สุดที่กำหนดหรือระบุได้ว่าเป็นอย่างไร และคุณภาพการพยาบาล หมายถึงลักษณะที่ดีของการบริการพยาบาลซึ่งเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับ โครงสร้าง หรือการบริหารการบริการพยาบาลกระบวนการให้การพยาบาล และผลที่เกิดขึ้นกับผู้ใช้บริการ โดยมีเกณฑ์ลักษณะที่ดีกำหนดไว้เพื่อการประเมินระดับของมาตรฐาน

พจนานุกรมฉบับเวสเตอร์ (Webster, 1988) ให้ความหมายคุณภาพว่า หมายถึงระดับความเป็นเลิศหรือสิ่งที่ดีกว่าสิ่งอื่น ๆ

สุรศักดิ์ นานานุกุล (2538) กล่าวว่า คุณภาพ หมายถึง ความพึงพอใจของลูกค้า

อนุวัฒน์ สุขขุดิกุล (2536) ให้ความหมายคุณภาพว่า หมายถึง ความสอดคล้องกับความต้องการ และความคาดหวังของผู้รับบริการหรือลูกค้า

อุดมรัตน์ สงวนศิริธรรม (2540) ให้ความหมายคุณภาพทางการพยาบาล หมายถึงลักษณะที่เป็นเลิศหรือสูงกว่าเกณฑ์กลางที่กำหนด ซึ่งสามารถวัดได้จากการเปรียบเทียบผลของการกระทำกับเกณฑ์มาตรฐานที่แต่ละวิชาชีพได้กำหนดไว้ ได้แก่ การวัดด้วยเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพ (Appropriate Evaluation Tools) และเกณฑ์มาตรฐานการพยาบาล (Set Standard of Nursing Care)

โฟรบี และเบน (Frobe & Bain, 1976) ให้ความหมายของคุณภาพว่า คุณภาพเป็นลักษณะที่แสดงถึงผลของการกระทำ หรือผลของกระบวนการประกอบกิจกรรมที่บังเกิดผลดีเลิศ และความเป็นเลิศนั้นวัดได้จากการเปรียบเทียบผลของการกระทำกับเกณฑ์มาตรฐานแต่ละวิชาชีพได้กำหนดไว้

ฮินชิตสุ และชิตสุ (Hinshitsu & Shitsu, n.d. อ้างถึงใน เพ็ญจันทร์ แสสนประสาน, 2538) ให้ความสำคัญของคุณภาพ คือการทำหน้าที่ที่ถูกต้อง มีการปฏิบัติงานที่มีผลดี สะดวก ง่ายต่อการดำเนินงาน มีประสิทธิภาพ มีภาพพจน์ที่ดี ทันสมัย ระยะเวลาเหมาะสม เชื่อถือได้ ปลอดภัย มีคุณค่าในสังคม และรักษาสภาพสิ่งแวดล้อม

ซัมเมอร์ (Summer, 1992) ให้ความสำคัญของคุณภาพว่า หมายถึงระดับความเป็นเลิศ (Degree of Excellence)

โดยสรุปคุณภาพ หมายถึง ลักษณะที่แสดงถึงผลของกระบวนการหรือกิจกรรมที่ดีเลิศ เกี่ยวกับการปฏิบัติที่มีผลดี สะดวก ง่ายต่อการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งสามารถวัดได้จากการเปรียบเทียบผลของการกระทำกับเกณฑ์มาตรฐานที่แต่ละวิชาชีพได้กำหนดไว้ ได้แก่ การวัดด้วยเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพ (Appropriate Evaluation Tools) และเกณฑ์มาตรฐานการพยาบาล (Set Standard of Nursing Care)

บริการ

ศิริวรรณ เสรีรัตน์ และคณะ (2539) ให้ความสำคัญคำว่าบริการ คือ กิจกรรม ผลประโยชน์ หรือความพึงพอใจที่ตอบสนองความต้องการของลูกค้า

สมชาติ กิจยรรยง (2536) กล่าวว่า การบริการเป็นกระบวนการปฏิบัติตนเพื่อผู้อื่น

คอตเลอร์ (Kotler, 1994) กล่าวว่าบริการ หมายถึง กิจกรรมใด ๆ หรือการปฏิบัติที่กลุ่มหรือคณะใดคณะหนึ่งสามารถเสนอสิ่งสำคัญที่มองไม่เห็นเป็นตัวตนและไม่มีผลในการเป็นเจ้าของผลผลิตของบริการ อาจเป็นหรือไม่เป็นผลิตภัณฑ์ก็ได้

ดังนั้นกล่าวโดยสรุปได้ว่าบริการ หมายถึง กิจกรรมหรือการปฏิบัติของกลุ่มที่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้บริโภคหรือผู้ใช้บริการ และทำให้เกิดความพึงพอใจ

คุณภาพบริการ

จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ (2537) กล่าวถึงคุณภาพบริการว่าเป็นความสามารถในการสนองความต้องการของผู้มารับบริการ โดยสิ่งที่คุณรับบริการประสงค์จะได้รับจากผู้ให้บริการก็คือคุณภาพในบริการที่ได้รับ แต่บริการทางสุขภาพส่วนใหญ่ถูกกำหนดโดยผู้ให้บริการ เนื่องจากผู้มารับบริการอาจยังไม่รับรู้ถึงปัญหา รวมทั้งความต้องการด้านสุขภาพที่แท้จริงของตนเอง ทำให้อาจเข้าใจว่าในการประเมินคุณภาพของบริการทางสุขภาพผู้ให้บริการเป็นผู้กำหนด และตัดสินคุณภาพของบริการ แต่ผู้ที่ได้รับประโยชน์จากบริการคือผู้รับบริการ ฉะนั้นผู้ที่ควรตัดสินคุณภาพบริการทางสุขภาพ ควรจะเป็นผู้รับบริการเองว่าสามารถสนองตอบความต้องการได้มากน้อยเพียงใด ส่วนบทบาทผู้ให้บริการจะเป็น ผู้วางมาตรฐาน และประเมินว่าบริการนั้นเป็นไปตาม มาตรฐานที่กำหนดไว้หรือไม่

เพ็ญจันทร์ แสนประสาน และคณะ (2542) กล่าวว่า คุณภาพบริการหมายถึง การทำให้ลูกค้าได้รับความพึงพอใจ สอดคล้องกับความต้องการของลูกค้า ทั้งนี้ต้องตอบสนองต่อความต้องการเบื้องต้นตลอดจนครอบคลุมไปถึงความคาดหวัง (Expectation) ของผู้ใช้บริการด้วย

วีรพงษ์ เณิมจิระรัตน์ (2539) ได้ให้ความหมายของคุณภาพบริการคือ ความสอดคล้องกับความต้องการของผู้รับบริการ ระดับความสามารถของบริการในการบำบัดความต้องการของผู้รับบริการ ระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการหลังจากได้รับบริการไปแล้ว

ศิริพร ตันติพลวินัย (2538) กล่าวว่า คุณภาพบริการนั้นขึ้นอยู่กับ การเปรียบเทียบของผู้รับบริการที่คาดหวังไว้ล่วงหน้า (Expected Services) กับบริการที่ได้รับในความคิดของผู้รับบริการ (Perceived Service) เป็นสำคัญ

อนุวัฒน์ สุขขุติกุล และคณะ (2542) กล่าวว่า คุณภาพบริการหมายถึง การตอบสนองความต้องการที่จำเป็นของลูกค้า โดยอยู่บนพื้นฐานของมาตรฐานวิชาชีพประกอบด้วย ความถูกต้องตามมาตรฐานและความถูกต้องตรงตามความต้องการและความคาดหวังของผู้รับบริการ

คอกซ์ (Couch, 1991 cited in Kotler, 1994) คุณภาพบริการเป็นตัวชี้วัดระดับผลงานอย่างหนึ่งของผู้ให้บริการในรูปความคาดหวังหรือมาตรฐานซึ่งในความเป็นจริงแล้วการวัดคุณภาพนั้นเป็นงานค่อนข้างยาก

ไฟท์เจินบาม (Feigenbam, 1991) ได้ให้ความหมายว่า คุณภาพเป็นการตัดสินใจของลูกค้ามิใช่ผู้ให้บริการ ตลาด หรือผู้บริหาร แต่ขึ้นกับผู้รับบริการที่ได้รับประสบการณ์เกี่ยวกับสินค้าหรือบริการอย่างไร โดยคุณภาพวัดได้จากความต้องการหรือความคาดหวังของผู้รับบริการ

คอตเลอร์ (Kotler, 1994) ได้กล่าวถึงคุณภาพบริการ (Service Quality) ตามแนวความคิดทางการตลาดว่าในการแข่งขันด้านธุรกิจบริการ ผู้ให้บริการต้องสร้างบริการให้เท่ากับหรือมากกว่าคุณภาพบริการที่ผู้รับบริการคาดหวัง เมื่อผู้รับบริการได้รับบริการก็จะเปรียบเทียบบริการที่ตนได้รับจริงกับบริการที่คาดหวังไว้ถ้าผลพบว่าบริการที่ได้รับจริงในสถานการณ์นั้นน้อยกว่าบริการที่คาดหวัง ผู้รับบริการจะไม่พึงพอใจและไม่กลับมาใช้บริการอีก ในทางตรงข้ามถ้าบริการที่ได้รับเท่ากับหรือมากกว่าบริการที่คาดหวังไว้ผู้รับบริการจะเกิดความพึงพอใจ ประทับใจและกลับมาใช้บริการอีก ดังนั้นคุณภาพบริการจึงขึ้นอยู่กับ การเปรียบเทียบของผู้รับบริการระหว่างบริการที่คาดหวังไว้ล่วงหน้า (Expected Service) กับบริการที่ได้รับในความคิดของผู้รับบริการ (Perceived Service) เป็นสำคัญ

บราวน์ และคณะ (Brown et al., 1991) ได้กล่าวว่า คุณภาพบริการนั้นยากที่จะให้ความหมาย เพราะว่าเป็นนามธรรมที่มีการจัดบริการให้อีกฝ่ายหนึ่งซึ่งเป็นผู้รับ คำว่าคุณภาพนั้นมีความแตกต่างกันระหว่างบุคคลหนึ่งกับอีกบุคคลหนึ่ง และจากสถานการณ์หนึ่งสู่อีกสถานการณ์หนึ่ง

สรุปได้ว่าคุณภาพบริการคือ ลักษณะที่แสดงถึงผลดีเลิศของการให้บริการที่สมบูรณ์แบบสามารถตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน โดยมุ่งเน้นให้ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจ ประทับใจและกลับมาใช้บริการอีก

การพัฒนาคุณภาพบริการ

พวงรัตน์ บุญญาบุรุษ (2536) กล่าวว่า การพัฒนาคุณภาพบริการเป็นสิ่งที่ต้องดำเนินไปอย่างต่อเนื่อง และมีการผสมผสานความรู้ในด้านต่าง ๆ เพื่อให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลงในสังคมที่มีผลให้ปัญหาสุขภาพของประชาชนมีความซับซ้อน และรุนแรงมากขึ้นในการพัฒนาคุณภาพบริการนั้นต้องคำนึงถึงการให้บริการแบบองค์รวมแก่ทุกคน

สมยศ นาวิการ (2535) กล่าวว่า การพัฒนา หมายถึง การเปลี่ยนแปลงไปสู่ความเจริญก้าวหน้าหรือเปลี่ยนแปลงไปสู่สิ่งที่ดีกว่า ปัจจุบันการพัฒนาเป็นกลยุทธ์อย่างหนึ่งของการเปลี่ยนแปลงเพื่อการวิเคราะห์แหล่งที่มาของปัญหา และการดำเนินแผนงานเพื่อการแก้ปัญหา การพัฒนาเป็นกระบวนการร่วมมือร่วมใจของสมาชิกที่ถูกรบกวนจากการเปลี่ยนแปลงให้มีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหา และพัฒนาเป็นกระบวนการดำเนินงานใหม่ ๆ ขึ้นมาเพื่อแก้ปัญหาภายในหน่วยงาน

กริฟฟิธ (Griffith, 1995) ได้เสนอแนะแนวทางไว้ว่า การพัฒนาคุณภาพการบริการที่ดีจะต้องมีการบริหารองค์กรให้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง จะต้องมีการศึกษาปัญหาและต้องมีการตรวจสอบประมวลผล ปรึกษาหารือหาแนวทางแก้ไข สร้างแนวทางการปฏิบัติ วิเคราะห์ถึงความต้องการของผู้รับบริการและปฏิบัติงานเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการแต่ละกรณี เพื่อให้ได้คุณภาพการบริการอย่างแท้จริง

วิลกินสัน (Wilkinson, 1992) กล่าวว่า การพัฒนามีหลายรูปแบบ ซึ่งในงานวิจัยกระบวนการพยาบาลและการมีส่วนร่วมปฏิบัติกรพยาบาลก็เป็นอีกวิธีหนึ่งที่น่าสนใจในการพัฒนา โดยเพิ่มการควบคุมคุณภาพการปฏิบัติงานของตนเองและของกลุ่มมากกว่าการใช้ผู้ควบคุม และให้ผู้ปฏิบัติการพยาบาลได้มีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหา แก้ปัญหา กำหนดแนวทางปฏิบัติ และปฏิบัติในสถานการณ์จริง สามารถปรับปรุงเปลี่ยนแปลงให้เหมาะสมตามสถานการณ์นั้น ๆ

ซิมเมอร์ (Zimmer, 1974) กล่าวว่า การพัฒนาคุณภาพ หมายถึง กิจกรรมที่กำหนดขึ้น โดยมีเป้าหมายเพื่อค้นหาวิธีปรับปรุงคุณภาพการปฏิบัติงานให้มีการเปลี่ยนแปลงไปสู่ความเจริญก้าวหน้าหรือเปลี่ยนแปลงให้ดีกว่าปัจจุบันเพื่อทำให้อุปสรรคการปฏิบัติงานหมดไป เกิดประโยชน์สูงสุดกับผู้รับบริการ

โฮฟเวอร์ และซิมเมอร์ (Hover & Zimmer, 1987) กล่าวว่า แนวคิดในการพัฒนาคุณภาพบริการที่เป็นความคาดหวังว่าจะต้องเป็นการปรับเปลี่ยนการบริการให้มีคุณภาพสูงสุด และพร้อม ๆ กันนั้นผู้ให้บริการในระดับวิชาชีพจะต้องค้นหาวิธีการปรับปรุงคุณภาพของบริการที่ตนให้อยู่เสมอ

การพัฒนาคุณภาพของการให้บริการในวิชาชีพเปรียบเสมือนความรับผิดชอบต่อหน้าที่ส่วนหนึ่งของบุคคลในวิชาชีพนั้นที่จะต้องยึดปฏิบัติด้วยตนเองอยู่ตลอดเวลา

ดังนั้นการพัฒนาคุณภาพบริการ หมายถึง กิจกรรมที่ผู้ปฏิบัติมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหา แก้ปัญหา กำหนดแนวทางในการปฏิบัติร่วมกันในสถานการณ์จริงเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ทำให้ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานหมดไป

ปัจจัยคุณภาพบริการ (Service Characteristics and Attributes)

กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข (2537) กล่าวถึงการพิจารณาคุณภาพการบริการจะต้องทำทั้งระบบ โดยอาศัยความเชื่อว่าคุณภาพบริการขึ้นอยู่กับลักษณะสำคัญ 2 ประการคือ

ลักษณะที่ 1 บริการมีคุณภาพตามความต้องการของประชาชน สามารถให้บริการได้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของประชาชนในท้องถิ่น สถานบริการสามารถรองรับปริมาณความต้องการของผู้รับบริการได้ รวมทั้งให้บริการที่รวดเร็ว ปลอดภัย และผู้รับบริการมีความพึงพอใจในบริการที่ได้รับ

ลักษณะที่ 2 การจัดการบริการของหน่วยงาน มีองค์ประกอบหลักที่ต้องพิจารณา 5 ประการคือ

1. ด้านการผลิตบุคลากรอย่างมีประสิทธิภาพ
2. ด้านบริการมีการวางแผนให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการ
3. ด้านการบริหาร ผู้บริหารต้องกำหนดมาตรฐานเชิงโครงสร้างเกี่ยวกับนโยบาย การวางแผน การจัดอัตรากำลัง การมอบหมายงาน การควบคุมกำกับงาน และการประเมินผล รวมทั้งงานพัสดุและงบประมาณ อาคาร สถานที่ ซึ่งเป็นการสนับสนุนให้สามารถบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ
4. ด้านผู้ปฏิบัติงาน ผู้ให้บริการจะต้องมีคุณภาพ มีคุณลักษณะทางวิชาชีพ มีเอกลักษณ์ของวิชาชีพ มีเอกภาพในการทำงาน และทำงานในลักษณะที่เป็นพลวัตรสามารถปรับปรุงเปลี่ยนแปลงวิธีการปฏิบัติงานให้ทันสมัยอยู่เสมอ
5. ด้านคุณภาพเพื่อคุ้มครองผู้รับบริการและควบคุมผู้ปฏิบัติงานในการให้บริการอย่างมีคุณภาพ

จากปัจจัยคุณภาพบริการที่ระบุว่า การพิจารณาคุณภาพการบริการจะต้องทำทั้งระบบ ทั้งผู้ให้บริการ และผู้รับบริการรวมถึงการจัดโครงสร้างองค์กรให้สามารถรองรับการบริการที่มีคุณภาพให้ได้นั้น จำเป็นอย่างยิ่งต้องจัดการคุณภาพบริการของศูนย์สุขภาพชุมชนให้มีคุณสมบัติดังกล่าวด้วย แต่เนื่องจากศูนย์สุขภาพชุมชนมีโครงสร้างองค์กรเก่าจากสถานีอนามัย และมีปัญหา

ด้านขีดความสามารถให้บริการ จำนวนและประเภทบุคลากร และการทำงานสร้างสุขภาพในเชิงรุก (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2545) ดังนั้นศูนย์สุขภาพชุมชนจะมีการปรับเปลี่ยนให้เกิดการบริการที่มีคุณภาพได้อย่างไรนั้นเป็นเหตุผลที่ผู้วิจัยต้องการศึกษา

มาตรฐานที่ใช้วัดคุณภาพบริการ

เกณฑ์ในการบ่งชี้คุณภาพขององค์กร (ศิริพร ดันติพลวินัย, 2538) แบ่งเป็น 2 ประการคือ

1. มาตรฐานเชิงเทคนิคหรือเชิงวิชาชีพ (Technical or Professional Standard) เป็นการกำหนดคุณภาพตามมาตรฐานของวิชาชีพ ซึ่งแบ่งเป็น 3 รูปแบบคือ

1.1 มาตรฐานเชิงโครงสร้าง (Structure Standard) เป็นการกำหนดมาตรฐานโดยคำนึงถึงระบบบริการ ได้แก่ ปรัชญา จุดประสงค์ นโยบายการปฏิบัติงาน รวมทั้งทรัพยากรต่าง ๆ เช่น บุคลากร งบประมาณ อุปกรณ์ เครื่องมือเครื่องใช้ อาคารสถานที่ ตลอดจนแหล่งช่วยเหลือทางด้านความรู้ต่าง ๆ รวมทั้งการวางแผน ซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือจากบุคลากรในทีมสุขภาพ การกำหนดมาตรฐานเชิงโครงสร้างนี้จะมุ่งประสิทธิภาพ คือ บรรลุเป้าประสงค์ตามที่วางไว้ และประสิทธิผล คือ การประหยัดในแง่การใช้แรงงาน เวลา งบประมาณ และทรัพยากรต่าง ๆ

1.2 มาตรฐานเชิงกระบวนการ (Process Standard) เป็นกิจกรรมที่ครอบคลุมแผนของการปฏิบัติงาน โดยบอกวิธีปฏิบัติอย่างละเอียด ระบุกิจกรรมที่พึงประสงค์และที่ไม่ควรปฏิบัติ ทั้งพฤติกรรมที่แสดงออกเห็นได้ชัดเจน และพฤติกรรมที่ไม่แสดงออก เช่น การตัดสินใจที่รวดเร็ว ียบขาด ทันต่อเหตุการณ์ รวมถึงคุณภาพของการติดต่อสื่อสารและบันทึกด้วย

1.3 มาตรฐานเชิงผลลัพธ์ (Outcome Standard) เป็นกิจกรรมที่ตั้งไว้เป็นบรรทัดฐาน บ่งชี้พฤติกรรมที่มีลักษณะเฉพาะเจาะจงของผู้ใช้บริการตามที่คาดหวังภายหลังได้ใช้บริการแล้ว

2. มาตรฐานเชิงการรับรู้หรือเชิงการแสดงออก (Expressive Standard) เป็นการกำหนดคุณภาพตามความเห็นและความรู้สึกของผู้ใช้บริการ เนื่องจากผู้ให้บริการไม่มีความรู้เรื่องของวิชาชีพ จึงประเมินคุณภาพบริการจากสิ่งที่ได้เห็น สัมผัส และรู้สึกได้ขณะเข้ามาใช้บริการ และการที่จะเกิดคุณภาพบริการนั้นจะคำนึงถึงคุณภาพเชิงวิชาชีพ ซึ่งเป็นเกณฑ์ที่ผู้ประกอบการวิชาชีพกำหนดแต่เพียงอย่างเดียวไม่ได้ Kotler (1994) และ Bopp (1990) อธิบายว่าผู้ให้บริการกับผู้ใช้บริการมีแบบแผนการรับรู้และการประเมินคุณภาพที่แตกต่างกัน กล่าวคือ ผู้ให้บริการจะประเมินคุณภาพบริการตามมาตรฐานวิชาชีพ แต่ผู้ให้บริการไม่มีความรู้เกี่ยวกับวิชาชีพจึงไม่สามารถรับรู้ถึงคุณภาพเชิงวิชาชีพได้ จึงประเมินคุณภาพบริการจากการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ให้บริการในขณะที่ใช้บริการ ดังนั้นการประเมินเพียงแค่มาตรฐานเชิงวิชาชีพนั้น ผู้ใช้บริการจึงยังไม่เกิดความพึงพอใจในบริการที่ได้รับ ซึ่งจำเป็นต้องคำนึงถึงคุณภาพเชิงการรับรู้ควบคู่ไปด้วยจึงจะเรียกได้ว่ามีคุณภาพโดยแท้จริง

จากมาตรฐานที่ใช้จัดคุณภาพบริการจะเห็นได้ชัดเจนถึงการวัด และประเมินกิจกรรม คุณภาพที่มุ่งเน้นทั้งประสิทธิภาพและประสิทธิผล บ่งชี้พฤติกรรมที่มีลักษณะเฉพาะของผู้รับบริการ จำเป็นต้องพัฒนาคุณภาพให้ครอบคลุมทั้งกิจกรรมบริการและพฤติกรรมบริการ ทั้งนี้ต้องสอดคล้อง กับมาตรฐานด้วย

การพัฒนาคุณภาพบริการในศูนย์สุขภาพชุมชน

มาตรฐานและเกณฑ์การประเมินคุณภาพศูนย์สุขภาพชุมชน (ส่งศรี กิตติรักษ์ตระกูล และคณะ, 2544)

รายละเอียดของมาตรฐานและเกณฑ์การประเมินระบุงการให้บริการที่ครอบคลุมทั้ง 4 มิติ ตามมาตรฐาน 7 มาตรฐาน ดังนี้

มาตรฐานที่ 1 หน่วยบริการปฐมภูมิสามารถให้การดูแลเบื้องต้นสำหรับภาวะฉุกเฉินได้อย่างมีประสิทธิภาพ ให้บริการเพื่อแก้ปัญหาสุขภาพพื้นฐานที่พบบ่อยได้ตามแนวทางหรือมาตรฐาน ซึ่งเป็นที่ยอมรับในลักษณะการดูแลผสมผสานและเป็นองค์รวม

มาตรฐานที่ 2 ศูนย์สุขภาพชุมชนให้บริการป้องกันโรคและสร้างเสริมสุขภาพควบคู่ไป กับบริการรักษาพยาบาลผู้ป่วย

มาตรฐานที่ 3 ศูนย์สุขภาพชุมชนให้บริการป้องกันโรคและสร้างเสริมสุขภาพ ครอบคลุม ตลอดทุกช่วงอายุ

มาตรฐานที่ 4 ผู้พิการได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างเหมาะสม

มาตรฐานที่ 5 ผู้ป่วยและประชากรกลุ่มเป้าหมายได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง และได้รับการเสริมสร้างศักยภาพเพื่อการดูแลตนเอง

มาตรฐานที่ 6 ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องมีความตระหนักในปัญหาสุขภาพของชุมชนและมีความร่วมมือในการแก้ปัญหา

มาตรฐานที่ 7 ศูนย์สุขภาพชุมชนมีระบบบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ

มาตรฐานและเกณฑ์ประเมินฉบับนี้มีได้ให้รายละเอียดในวิธีการปฏิบัติ ซึ่งมีความ หลากหลายจึงเป็นเรื่องยากที่จะประเมินคุณภาพได้ แต่คุณภาพจำเป็นต้องมีการวัดและประเมินเพื่อใ้ ทราบว่ามีการพัฒนา ดังนั้นกระทรวงสาธารณสุขร่วมกับกองการพยาบาลจึงกำหนดวัตถุประสงค์ของ มาตรฐานและเกณฑ์การประเมินคุณภาพศูนย์สุขภาพชุมชนขึ้นเพื่อให้เกิดการปฏิบัติที่เหมาะสมกับ หน่วยบริการแต่ละหน่วย ทั้งนี้เพื่อ

1. ให้นำหน่วยบริการปฐมภูมิให้เห็นประเด็นสำคัญของการจัดบริการปฐมภูมิและสามารถจัดลำดับความสำคัญของบริการหรือกิจกรรมที่จะต้องจัดให้มีขึ้น โดยมีความยืดหยุ่นในการปฏิบัติที่สอดคล้องกับสภาพปัญหาและทรัพยากรที่มีอยู่
2. ให้นำหน่วยคู่สัญญาของบริการระดับปฐมภูมิ (Contracting Unit for Primary Care: CUP) ใช้เป็นแนวทางในการประเมินและพัฒนาคุณภาพหน่วยบริการปฐมภูมิในความดูแล
3. ให้นำผู้รับผิดชอบกำกับดูแลคุณภาพบริการปฐมภูมิในระดับจังหวัดใช้เป็นแนวทางในการกำกับดูแลและกระตุ้นส่งเสริมการพัฒนา

คุณภาพงานตามนโยบายรัฐบาล (กระทรวงสาธารณสุข, 2544 ก)

วัตถุประสงค์ของมาตรฐานและเกณฑ์การประเมินคุณภาพศูนย์สุขภาพชุมชนของกระทรวงสาธารณสุขและกองการพยาบาลที่ระบุชัดเจนในการปรับใช้ เพื่อให้หน่วยบริการปฐมภูมิได้เห็นประเด็นสำคัญของการจัดบริการปฐมภูมิและสามารถจัดลำดับความสำคัญของบริการหรือกิจกรรมที่จะต้องจัดให้มีขึ้น โดยมีความยืดหยุ่นในการปฏิบัติที่สอดคล้องกับสภาพปัญหาและทรัพยากรที่มีอยู่ และให้นำหน่วยคู่สัญญาของบริการระดับปฐมภูมิ (Contracting Unit for Primary Care: CUP) ใช้เป็นแนวทางในการประเมิน และพัฒนาคุณภาพหน่วยบริการปฐมภูมิในความดูแลสุดท้ายเพื่อให้ผู้รับผิดชอบกำกับดูแลคุณภาพบริการปฐมภูมิในระดับจังหวัดใช้เป็นแนวทางในการกำกับดูแลและกระตุ้นส่งเสริมพัฒนาให้ได้นั้น ส่วนกลางโดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจึงได้กำหนดคุณภาพงานตามนโยบายรัฐบาลขึ้น เพื่อให้ผู้รับผิดชอบในการกำกับดูแลคุณภาพบริการใช้เป็นแนวทางในการดูแลและกระตุ้นให้เกิดการพัฒนา ซึ่งคุณภาพงานตามนโยบายรัฐบาลครอบคลุมรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. การบริหารระบบ

1.1 ความพร้อมในการปฏิบัติงาน

1.1.1 ด้านบุคลากร

- 1.1.1.1 มีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพบริการ
- 1.1.1.2 มีการมอบหมายงาน/ผู้รับผิดชอบ
- 1.1.1.3 ความเหมาะสมของการมอบหมายงานตรงตามความสามารถและ

ศักยภาพ

1.1.2 ด้านเครื่องมือ วัสดุอุปกรณ์

- 1.1.2.1 อาคารสถานที่
- 1.1.2.2 ยานพาหนะ
- 1.1.2.3 วัสดุอุปกรณ์การแพทย์

- 1.1.2.4 พัสตุ คุรุภัณฑ์
- 1.1.2.5 คู่มือ/แนวทางปฏิบัติในการปฏิบัติ
- 1.1.2.6 ระบบบันทึกข้อมูล
- 1.1.2.7 ระบบสื่อสาร
- 1.1.2.8 ระเบียบ/กฎหมายในการปฏิบัติ

1.1.3 ด้านความรู้ความเข้าใจ

1.1.3.1 ประชาชนมีความรู้ความเข้าใจในโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพ
ถ้วนหน้า

1.1.3.2 เจ้าหน้าที่/บุคลากรมีความรู้ความเข้าใจในโครงการสร้างหลักประกัน
สุขภาพถ้วนหน้า

1.1.4 ด้านการรับเรื่องราวร้องทุกข์

1.1.4.1 มีช่องทางให้ผู้มารับบริการร้องทุกข์ เช่น จัดหน่วยรับเรื่องราวร้องทุกข์
หน่วยรับข้อมูลขึ้นทะเบียนรายใหม่/ย้ายเข้า/เปลี่ยนแปลง, มีโทรศัพท์สายตรง, มีกล่องรับความคิดเห็น
มีผู้รับผิดชอบโดยตรง

1.1.4.2 มีคณะกรรมการเพื่อคัดกรองและมีส่วนร่วมของทุกฝ่าย

1.2 การจัดระบบงาน

1.2.1 แผนงาน/โครงการ

1.2.1.1 การพัฒนาศูนย์สุขภาพชุมชน

1.2.1.2 การพัฒนาบุคลากร

1.2.1.3 การติดตามนิเทศ สนับสนุน

1.2.1.4 การใช้เงินงบประมาณ

1.2.2 ข้อมูลกับการบริการ

1.2.2.1 ระเบียบ

1.2.2.2 ทะเบียน

1.2.2.3 รายงาน

1.3 การบริหารงบประมาณ

1.3.1 การจัดสรรงบประมาณ

1.3.2 การรายงานทางการเงิน

1.4 การบริหารจัดการเกี่ยวกับการขึ้นทะเบียน/ออกบัตร

1.4.1 ความครอบคลุม

1.4.2 วิธีการสำรวจเพื่อขึ้นทะเบียนใช้ข้อมูลจากสำนักทะเบียนราษฎรและการ
สำรวจจริง

1.4.3 ความทันเวลาของการส่งข้อมูล

1.4.4 ความเหมาะสมของการขึ้นทะเบียนประชากรตามสภาพพื้นที่/สภาพ

ภูมิศาสตร์

2. การจัดระบบบริการ

2.1 การจัดเครือข่ายบริการ

2.1.1 จำนวนประชากรที่รับผิดชอบในแต่ละเครือข่าย

2.1.2 สัดส่วนบุคลากรสาธารณสุขแต่ละเครือข่าย

2.1.3 แผนการเกื้อหนุนบุคลากร

2.2 ระบบส่งต่อ

2.3 มาตรฐานบริการ

2.4 ความเสมอภาค

2.5 การให้และการใช้บริการ

2.5.1 อัตราการใช้บริการของผู้ป่วย

2.5.2 ความครอบคลุมของบริการตามกลุ่มอายุ/กลุ่มเป้าหมาย

3. ผลลัพธ์จากการปฏิบัติ

3.1 ความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติ

3.2 ความสัมพันธ์ของหน่วยบริการ

3.2.1 ความสัมพันธ์ของ CUP กับ PCU

3.2.2 การจัดบุคลากรช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

4. การประเมินผล

4.1 วิเคราะห์ทางการเงิน

4.1.1 การวิเคราะห์ต้นทุนกิจกรรม มีระบบบัญชีแบบพึงรับพึงจ่าย

4.1.2 การวิเคราะห์งบดุลรายรับ รายจ่ายและกระแสเงินสด มีการรายงานทุก

6 เดือน

4.2 วิเคราะห์การให้และการใช้บริการ

4.2.1 การให้ภูมิคุ้มกันในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี มีความครอบคลุมตามเกณฑ์

4.2.2 การบริการฝากครรภ์ หญิงมีครรภ์ได้รับการตรวจครรภ์เกิน 4 ครั้ง

4.2.3 การวางแผนครอบครัว จำนวนร้อยละของอัตราเกิด

4.2.4 งานประกันสุขภาพ ประชากรบัตรประกันสุขภาพได้รับการตรวจร่างกายประจำปี

4.2.5 งานรักษาต่อเนื่อง ผู้ป่วยเรื้อรังได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง มี Home Health Care มี Home visit และมีระบบนัดรักษาต่อเนื่อง

4.2.6 งานทันตสุขภาพ มีการตรวจให้คำแนะนำสุขภาพช่องปากแก่นักเรียนมีการใช้ฟลูออไรด์ในกลุ่มนักเรียน

4.2.7 การมีส่วนร่วมของชุมชนเกี่ยวกับกิจกรรมสุขภาพ การวางแผนด้านบริการสาธารณสุข

จากการกำหนดนโยบายดังกล่าวเพื่อให้ผู้รับผิดชอบกำกับดูแลคุณภาพบริการปฐมภูมิในระดับจังหวัดใช้เป็นแนวทางในการกำกับดูแลและกระตุ้นส่งเสริมการพัฒนาให้ได้นั้น การจัดทำมาตรฐานกลางอาจไม่สอดคล้องกับสภาพความเป็นจริงในทางปฏิบัติที่แตกต่างกันในบางพื้นที่ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2545) โดยเฉพาะในประเด็นที่เป็นปัญหาต่อการพัฒนาคุณภาพบริการโดยตรง เช่น ชี้ความสามารถให้บริการ จำนวนและประเภทบุคลากร และการทำงานสร้างสุขภาพในเชิงรุก จากปัญหาดังกล่าวอาจมีปัญห่อื่น ๆ ที่เป็นอุปสรรคในการพัฒนาคุณภาพบริการในศูนย์สุขภาพชุมชน ซึ่งการพัฒนาคุณภาพบริการของศูนย์สุขภาพชุมชนที่ผู้วิจัยทำการศึกษามีการจัดการที่แตกต่างจากมาตรฐานที่ส่วนกลางกำหนดเพื่อให้เกิดการบริการคุณภาพในหน่วยงานให้ได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาถึงขั้นตอนการดำเนินการดังกล่าว

ศูนย์สุขภาพชุมชนเป็นสถานบริการที่ให้บริการตามกิจกรรมที่ส่วนกลางกำหนดโดยที่กิจกรรมบริการหรือเทคนิคบริการจะเป็นบริการสุขภาพแบบองค์รวม ผสมผสานอย่างต่อเนื่อง และเป็นบริการเชิงรุกตามกระบวนการกิจกรรมและนโยบายคุณภาพงานของรัฐ ส่วนพฤติกรรมบริการจะเป็นความตั้งใจปฏิบัติกิจกรรมบริการตามมาตรฐานและดำเนินกิจกรรมตามกระบวนการกิจกรรมที่ควรมีทำให้ประชาชนยอมรับก่อให้เกิดความพึงพอใจทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ศูนย์สุขภาพชุมชน จำเป็นต้องมีการพัฒนาคุณภาพทั้งด้านกิจกรรมบริการและพฤติกรรมบริการ เพราะกิจกรรมบริการหรือเทคนิคบริการจะเป็นตัวบ่งบอกถึงคุณภาพ และพฤติกรรมบริการจะเป็นสิ่งที่บ่งบอกถึงความพึงพอใจทั้งของผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ทั้งกิจกรรมบริการและพฤติกรรมบริการจำเป็นต้องพัฒนาไปควบคู่กัน ซึ่งการพัฒนาบริการควรพัฒนาตามมาตรฐานและเกณฑ์บ่งชี้ คุณภาพที่ส่วนกลางกำหนด และถึงแม้ว่าจะไม่สามารถพัฒนาได้ครอบคลุมทั้งหมดก็ควรพัฒนาได้ตามนโยบายคุณภาพที่รัฐบาลกำหนด ทั้งนี้การพัฒนาคุณภาพในศูนย์สุขภาพชุมชนที่เป็นสถานบริการระดับต้นในโครงสร้างสถานอนามัยแต่เดิมไม่มีปัญหาเรื่องประเภทบริการที่ครบทุกด้านแต่เป็นปัญหาด้านขีดความสามารถและคุณภาพบริการ โดยเฉพาะเรื่องบริการที่ดูแล

ต่อเนื่องในชุมชนจึงต้องปรับความเข้าใจในกิจกรรมบริการ และพฤติกรรมบริการของบุคลากรใน ศูนย์สุขภาพชุมชน การพัฒนาคุณภาพในศูนย์สุขภาพชุมชนอาจต้องใช้เวลาและต้องมีแผนพัฒนาที่ชัดเจน ทั้งนี้เครือข่ายที่จะช่วยหนุนเสริมให้เกิดการพัฒนาคือหน่วยคู่สัญญาของบริการ ระดับปฐมภูมิ (CUP) ซึ่งมีบทบาทในการจัดบริการปฐมภูมิที่เป็นแบบผสมผสานให้ได้ครบตาม กำหนด ดังนั้นทั้งหน่วยคู่สัญญาของบริการระดับปฐมภูมิและศูนย์สุขภาพชุมชนจึงต้องมีแผนพัฒนาคุณภาพที่เกื้อหนุนกันก่อให้เกิดการพัฒนาคุณภาพในที่สุด

ศูนย์สุขภาพชุมชน สังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีลักษณะ โครงสร้างการบริหารบริการ เป็นแบบเครือข่าย โดยมีโรงพยาบาลชุมชนเป็นหน่วยคู่สัญญาของบริการระดับปฐมภูมิและสถานีอนามัยเป็นศูนย์สุขภาพชุมชน มีการประสานงานแบบเสริมหนุนเช่นเดียวกับศูนย์สุขภาพชุมชนที่ ผู้วิจัยเข้าศึกษาเป็นศูนย์สุขภาพชุมชนที่มีหน่วยคู่สัญญาของบริการระดับปฐมภูมิดูแลช่วยเหลือทั้ง ด้านบริหาร บริการและวิชาการ ในด้านการพัฒนาคุณภาพบริการของศูนย์สุขภาพชุมชนมีการ ดำเนินกิจกรรมตามกิจกรรมบริการที่ส่วนกลางกำหนด โดยมีมาตรฐานและเกณฑ์บ่งชี้คุณภาพเป็น ตัวชี้วัดและประเมินคุณภาพ

จากเหตุผลข้างต้นไม่ว่าจะเป็นปัญหาด้านขีดความสามารถของเจ้าหน้าที่ คุณภาพบริการ หรือบุคลากรไม่เพียงพอ บุคลากรขาดความเข้าใจ ยังมีเหตุผลใดอีกหรือไม่ที่เป็นปัญหาอุปสรรคที่ ทำให้การพัฒนาคุณภาพในศูนย์สุขภาพชุมชนไม่บรรลุตามเป้าประสงค์ของนโยบาย จึงทำให้ผู้วิจัย ต้องการศึกษาดังกล่าว

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ผู้วิจัยได้ศึกษางานวิจัยที่กล่าวถึงคุณภาพบริการจำนวนหลายชิ้น พบว่าเป็นคุณภาพ บริการที่จัดกระทำบนความคาดหวังของผู้ป่วยและเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยเป็น ส่วนใหญ่ ซึ่งสามารถนำมาเป็นข้อสนับสนุนงานวิจัยของผู้วิจัยพอสรุปได้ดังนี้

จรัสศรี แดงนิม (2546) ได้ศึกษาความต้องการการสนับสนุนการปฏิบัติงานของบุคลากร สาธารณสุขที่ปฏิบัติการในศูนย์สุขภาพชุมชนจังหวัดชลบุรี ผลการศึกษาพบว่าบุคลากรสาธารณสุข ที่ปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชนมีความต้องการการสนับสนุนการปฏิบัติอยู่ในระดับมากทุกด้าน ทั้งด้านบริหาร บริการและวิชาการ

ทรวงทิพย์ วงศ์พันธ์ (2541) ได้ศึกษาคุณภาพบริการตามความคาดหวังและการรับรู้ของ ผู้รับบริการในงานผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลรัฐจังหวัดสุพรรณบุรี ผลการศึกษาพบว่า ความคาดหวัง และการรับรู้เกี่ยวกับคุณภาพบริการของผู้รับบริการ ได้แก่ ความเป็นรูปธรรมของบริการ ความเชื่อถือ

ไว้วางใจ การตอบสนองต่อผู้รับบริการ การให้ความมั่นใจแก่ผู้รับบริการ และความเข้าใจและเห็นใจผู้รับบริการ

นิภา แว่ววิจิตร (2545) ได้ศึกษาคุณภาพบริการตามการรับรู้ของผู้ป่วยในโรงพยาบาลพนัสนิคมจังหวัดชลบุรี ผลการศึกษาพบว่า คุณภาพบริการตามการรับรู้ของผู้ป่วยใน โดยรวมและจำแนกรายด้านเมื่อเทียบกับเกณฑ์การวัดคุณภาพของพาราสุราแมนและคณะอยู่ในระดับน้อยกว่าความคาดหวัง

ประจักษ์ บัวผัน (2544) ได้ศึกษาการพัฒนาคุณภาพบริการในสถานื่อนามัย ผลการศึกษาพบว่าปัญหาและความต้องการในการพัฒนาคุณภาพบริการในสถานื่อนามัย ประกอบด้วยปัจจัยด้านผู้ให้บริการ ผู้รับบริการ การสนับสนุนบริการ โครงสร้างองค์กรและสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ และสังคม

ประเทือง เจริญตน (2546) ได้ศึกษาความพึงพอใจในคุณภาพบริการพยาบาลของผู้ป่วยในตามโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าโรงพยาบาลอินทร์บุรีจังหวัดสิงห์บุรี ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในคุณภาพบริการพยาบาลอยู่ในระดับมากถึง 5 ด้าน คือด้านตอบสนองต่อผู้รับ บริการ ด้านความเชื่อมั่นไว้วางใจได้ ด้านความน่าเชื่อถือ ด้านการเข้าใจและรู้จักผู้รับบริการ และด้านความเป็นรูปธรรมของบริการ

ปิ่นนิกา วนาภมล (2545) ได้ศึกษาคุณภาพบริการของโรงพยาบาลด้วยชนระดับตามการรับรู้ของผู้รับบริการ ผลการศึกษาพบว่าคุณภาพบริการตามการรับรู้ของผู้รับบริการจะสัมพันธ์กับราคา บุคลากร ลักษณะทางกายภาพ และกระบวนการบริการ

พัชรี ทองแผ่ (2540) ได้ศึกษาเรื่อง คุณภาพบริการพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ป่วยในโรงพยาบาลชุมชนเขต 2 ผลการศึกษาพบว่า คุณภาพบริการพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ป่วยในโรงพยาบาลชุมชนดีเด่น และโรงพยาบาลชุมชนทั่วไปอยู่ในระดับเดียวกันคือ ไม่พึงพอใจ และพบว่าคุณภาพบริการพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ป่วยใน โรงพยาบาลชุมชนทั่วไปมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าการรับรู้คุณภาพบริการพยาบาลของผู้ป่วยในโรงพยาบาลชุมชนดีเด่น

รัตนา ยอดอานนท์ (2546) ได้ศึกษาการพัฒนาศูนย์สุขภาพชุมชน: กรณีศึกษาหนองสาหร่าย พบว่าการดำเนินงานของศูนย์สุขภาพชุมชนหนองสาหร่ายมีการสำรวจครอบครัวและชุมชน โดยใช้แฟ้มอนามัยครอบครัว มีการติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อสร้างปฏิสัมพันธ์กับชุมชนมากที่สุด

ศิริพงศ์ ทองสกุล (2545) ได้ศึกษาบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิของสถานื่อนามัยจังหวัดพังงา ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยเสริมที่สนับสนุนให้การดำเนินงานประสบความสำเร็จคือการอบรมหรือประชุมวิชาการในเรื่องที่เกี่ยวกับการปฏิบัติงาน ส่วนอุปสรรคในการทำงาน คือ

สัดส่วนของบุคลากรที่เป็นสิ่งขัดขวางต่อการดำเนินงานเป็นอย่างมาก ดังนั้นจึงควรกระจายบุคลากรให้เหมาะสม

เพ็ญแข ลากยัง และสัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ (2546) ได้ศึกษาการดำเนินงานศูนย์สุขภาพชุมชนในหนึ่งปีแรกของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า: กรณีศึกษาสี่จังหวัด พบว่า รูปแบบการดำเนินงานของศูนย์สุขภาพชุมชนไม่ได้เป็นไปตามแนวคิดเวชศาสตร์ครอบครัว ทั้งนี้เกิดจากข้อจำกัดด้านบุคลากร ประกอบกับส่วนหนึ่งขาดความชัดเจนด้านแนวคิดของผู้บริหารเครือข่ายคู่สัญญาบริการปฐมภูมิ และมีปัญหาขาดรูปแบบแนวทางการดำเนินงานที่ชัดเจน ระบบงบประมาณที่เหมาะสมทำให้เครือข่ายส่วนหนึ่งขาดขาดศักยภาพในการดำเนินงาน บุคลากรรัฐยังมีความกังวลสูงในระบบงบประมาณแบบใหม่ที่รวมเงินเดือน และในพื้นที่ที่มีประชากรมากมีปัญหาเรื่องกำลังคน

อนงค์ พูลเพิ่ม และคณะ (2545) ได้ศึกษาการพัฒนาคุณภาพบริการด้านการรักษาพยาบาลของสถานีนามัย เพื่อความพึงพอใจของผู้รับบริการจังหวัดหนองบัวลำภู พบว่าผู้รับบริการมีความพึงพอใจต่อการพัฒนาคุณภาพบริการด้านการรักษาพยาบาลของสถานีนามัยในระดับสูง

แบทริช และโดเมอร์ชี (Batrich & Domerchie, 1995) ได้ทำการศึกษาเรื่องกระบวนการพัฒนาคุณภาพของแผนกผู้ป่วยฉุกเฉินในโรงเรียนแพทย์ของสหรัฐอเมริกา พบว่า ในโรงเรียนแพทย์ได้พยายามพัฒนาระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยด้วยการจัดตั้งโครงการผู้รับบริการ คือ บุคคลสำคัญซึ่งมีพื้นฐานในการจัดตั้งโครงการนี้มาจากการรับรู้ของผู้ป่วย การพัฒนาการบริการเป็นทีม และการดำเนินงานตามนโยบายโดยให้ทุกคนมีส่วนร่วมในการให้บริการ

บอบ (Bopp, 1990) ได้ศึกษาคุณภาพบริการเชิงการแสดงออกในโรงพยาบาลขนาด 394 เตียง ผลการวิจัยพบว่า ตัวประกอบที่สำคัญของคุณภาพบริการเชิงแสดงออกด้านการดูแลที่ผู้รับบริการต้องการคือ ความเมตตา กรุณา ความพอใจ การยอมรับ ความร่วมมือ ความสุภาพ และความมีอัธยาศัยไมตรี สำหรับด้านวิชาชีพที่ผู้รับบริการต้องการคือ การให้ความอบอุ่น ความสะดวกสบาย มีจิตใจที่เปิดกว้างและมีความจริงใจ และด้านสมรรถนะที่ผู้รับบริการต้องการ คือ การใช้ความรู้ความสามารถ และทักษะในการแก้ปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

โดนัลด์ (Donald, 1989 cited in Elizabeth, 1995) ได้ศึกษาเรื่องการบริการสุขภาพและคุณภาพการรักษา พบว่าหลัก 4 ประการของการให้บริการสุขภาพ ได้แก่ ประสิทธิภาพของงาน ทรัพยากรที่ใช้ การทำงานให้ดีที่สุด และจุดมุ่งหมายของการดูแลรักษา นอกจากนี้ยังพบว่า คุณภาพบริการสุขภาพจำเป็นต้องมีการวัด ประเมินและพัฒนาอย่างต่อเนื่องเพื่อให้เกิดความสำเร็จต่อไป

เอลิซาเบท (Elizabeth, 1996) ได้ศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการวัดคุณภาพบริการที่คลินิกสุขภาพของมหาวิทยาลัยเทกซัส สหรัฐอเมริกา พบว่า ผู้รับบริการมีความคาดหวังและรับรู้คุณภาพบริการในด้านความเป็นรูปธรรมของบริการ และความมีอัธยาศัยได้มากกว่าด้านความมั่นคงปลอดภัย ความน่าเชื่อถือ และการตอบสนองของบริการ

ฮาบีบ และว็อกฮาน (Habib & Vaughan, 1983) ได้ทำการสำรวจการตัดสินใจในการใช้บริการสุขภาพของประชาชนในภาคใต้ของประเทศอิรัก โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์หัวหน้าครอบครัวทั้งหมด 324 ครอบครัว พบว่า การมาใช้บริการที่สถานีนอนามัยจะน้อยลงถ้าต้องใช้เวลาในการเดินทางมาก

มาริลีน (Marilyn, 1984) ได้ศึกษาวิธีการวัดคุณภาพบริการ และความพึงพอใจตามการรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็ง โดยศึกษาข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับการรับรู้ของผู้ป่วย และสอบถามความคิดเห็นในเรื่องของสิ่งอำนวยความสะดวกที่ทำให้คุณภาพการบริการมีความสมบูรณ์ใน ผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัด ผล การวิจัยพบว่าสิ่งอำนวยความสะดวกในการบริการต้องประกอบด้วยเวลาที่รอคอย การแนะนำผู้ป่วยและอำนวยความสะดวกต่าง ๆ การให้การดูแลรักษาที่เพียงพอ สถานที่พักผ่อนที่เหมาะสม และพฤติกรรมในการติดต่อสื่อสารของพยาบาล

จากการศึกษาทฤษฎี แนวความคิด และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่ามีการศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพที่เป็นมาตรฐานเชิงการรับรู้หรือเชิงการแสดงออกของพฤติกรรมบริการเพื่อตอบสนองความต้องการตามการรับรู้ของผู้รับบริการ และพบว่ามีงานวิจัยที่ศึกษาสภาพปัญหา ความต้องการ และปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพบริการเชิงคุณภาพเช่นกัน แต่เป็นการศึกษาในสถานีนอนามัย ซึ่งเป็น โครงสร้างเดิมของศูนย์สุขภาพชุมชนที่ยังไม่มีปัจจัยนโยบายรัฐบาลเข้ามาเกี่ยวข้อง หรือหากมีการ ศึกษาในศูนย์สุขภาพชุมชนก็เป็นการศึกษาเชิงปริมาณเกี่ยวกับความต้องการสนับสนุน การปฏิบัติงานของบุคลากร ดังนั้นผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญในการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพบริการของศูนย์สุขภาพชุมชน โดยมีนโยบายรัฐบาลเป็นแนวทางศึกษาความหมายของการพัฒนาคุณภาพบริการตามการรับรู้ของผู้ปฏิบัติ ปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพบริการของผู้ปฏิบัติ ตลอดจนปัญหาอุปสรรคในการพัฒนาคุณภาพบริการตามความคิดเห็นของผู้ปฏิบัติในศูนย์สุขภาพชุมชน สังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่คัดสรร

แนวคิดเกี่ยวกับการวิจัยเชิงคุณภาพ

การวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) คือ การศึกษาปรากฏการณ์สังคมจากสภาพแวดล้อมตามความเป็นจริงในทุกมิติ เพื่อพิจารณาความสัมพันธ์ของปรากฏการณ์กับสภาพแวดล้อมเป็นการแสวงหาความรู้โดยเน้นความสำคัญของข้อมูลด้านความรู้ที่ลึกซึ้ง การให้

ความหมายหรือคุณค่าแก่สิ่งต่าง ๆ ตลอดจนค่านิยมและอุดมการณ์ของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับปรากฏการณ์นั้น มักเป็นการศึกษาติดตามระยะยาวและใช้วิธีวิเคราะห์ข้อมูลแบบตีความ สร้างข้อสรุปแบบอุปนัย (Induction) เป็นหลัก (สุภาวศ์ จันทวานิช, 2539) จึงเห็นได้ว่าการวิจัยเชิงคุณภาพเป็นการศึกษาที่มีระบบเกี่ยวกับพฤติกรรมทางสังคมซึ่งมีความหลากหลายซับซ้อน ยากแก่การกำหนดให้เป็นรูปแบบตายตัวแต่ละต้องพัฒนารูปแบบเฉพาะขึ้นมาจึงทำให้งานวิจัยเชิงคุณภาพแตกต่างจากงานวิจัยเชิงปริมาณใน 3 ลักษณะ (Morse, 1992) ดังนี้

1. งานวิจัยเชิงคุณภาพเป็นการให้ความสำคัญกับมุมมองตามการรับรู้ของผู้ให้ข้อมูล โดยเน้นค้นหาความหมายที่เฉพาะเจาะจงจากประสบการณ์ หรือการรับรู้ของผู้ให้ข้อมูลที่มีต่อประสบการณ์ นั้น ๆ ไม่ใช่มุมมองของผู้วิจัย ผู้วิจัยเป็นเพียงผู้นำข้อมูลเหล่านั้นมาสรุปเป็นแนวคิดบนพื้นฐานของข้อมูลจริง

2. งานวิจัยเชิงคุณภาพเป็นการศึกษาในองค์รวม ทั้งในเรื่องของความหมายของประสบการณ์และบริบทที่เกี่ยวข้อง โดยมุมมองในองค์รวมเป็นการมองบุคคลในหลายแง่มุม ทั้งความเชื่อ การดำเนินชีวิตและความสัมพันธ์กันในสังคมเป็นการค้นหาทั้งความเหมือน และความต่างของข้อมูลในแต่ละบุคคล หรือนำข้อมูลที่ได้ไปเปรียบเทียบกับสิ่งที่เคยเกิดขึ้นมาแล้ว นอกจากนี้ยังเป็นการมองว่าสังคม หรือชุมชนที่ทำการศึกษานั้นกว้างใหญ่ไม่ได้เป็นส่วน ๆ จึงทำให้เกิดความเข้าใจโครงสร้างของสถานการณ์ทั้งในส่วนต้นและส่วนลึก ตลอดจนเป็นความพยายามที่จะเรียนรู้และค้นหาทุกสิ่งทุกอย่างเพื่อที่จะได้เข้าใจจนสามารถบอกความหมายและสาระสำคัญของปรากฏการณ์นั้น ๆ ได้อย่างครบถ้วน ทั้งในเรื่องของภาษา ความเชื่อ เหตุการณ์ การกระทำและความสัมพันธ์ทางสังคม โดยผู้ให้ข้อมูลมีส่วนร่วมในการยืนยันและตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล

3. งานวิจัยเชิงคุณภาพเป็นการสะท้อนแนวคิดจากข้อมูลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งผู้วิจัยจะมีกระบวนการทำงานกับข้อมูล เพื่อสังเคราะห์สิ่งที่มีความหมายออกมา

จากลักษณะดังกล่าวข้างต้น จึงทำให้งานวิจัยเชิงคุณภาพมักใช้การเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) โดยเลือกบุคคลที่สามารถถ่ายทอดประสบการณ์ ความคิดเห็น ได้ดีตามวัตถุประสงค์ของการศึกษา และประการสำคัญงานวิจัยเชิงคุณภาพจะไม่สามารถศึกษาได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูลเพียงครั้งเดียว หรือการใช้แบบสอบถาม จึงอาจเป็นการให้ผู้ที่เคยมีประสบการณ์เล่าประสบการณ์ที่ผ่านมา นอกจากนี้ยังสามารถถามถึงประสบการณ์ที่ผ่านมาทั้งก่อนและหลังการเกิดเหตุการณ์นั้น ๆ ได้ การเก็บข้อมูลจึงอาจให้ผู้ที่มีประสบการณ์เขียนบอกเล่าประสบการณ์และความรู้สึกทั้งหมดหรือใช้การสัมภาษณ์โดยผู้ให้ข้อมูลจะถูกขอให้อธิบายประสบการณ์ออกมาในบรรยากาศที่ผ่อนคลายในเวลาที่เหมาะสม และยืดหยุ่นได้ (Burns & Grove,

1993) หรือใช้วิธีการหลายวิธีเช่น การสัมภาษณ์แบบเฉพาะเจาะจงร่วมกับการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม ซึ่งจะช่วยให้เพิ่มความถูกต้องของข้อมูลที่รวบรวมได้ นอกจากนี้ยังต้องมีการบันทึกข้อมูลในสิ่งที่สังเกตได้ด้วย เพื่อนำไปใช้ในการยืนยันความถูกต้องของข้อมูลที่ได้มาจากการสัมภาษณ์ ภายหลังจากการสัมภาษณ์ควรฟังแถบบันทึกเสียงให้เร็วที่สุด เพื่อให้ทราบว่าได้ข้อมูลอะไรมาบ้าง และมีประเด็นใดบ้างที่ต้องไปสัมภาษณ์เพิ่มเติมในครั้งต่อไป เมื่อเก็บข้อมูลได้แล้วจะต้องมีการวิเคราะห์ข้อมูลไปด้วย เริ่มตั้งแต่ในช่วงของการฟังคำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูลวิเคราะห์ว่าเกิดอะไรขึ้น มีความหมายเบื้องต้นว่าอย่างไร จากนั้นอาจต้องมีการกลับไปถามข้อมูลซ้ำจนกว่าจะได้ข้อมูลที่ลึกซึ้งและมีความหมายชัดเจน (Streubert & Carpenter, 1995) ผู้วิจัยต้องช่วยให้ผู้ให้ข้อมูลได้เล่าประสบการณ์ออกมาอย่างอิสระ โดยไม่ใช่คำถามนำแต่ควรใช้คำถามปลายเปิดที่ชัดเจน บางครั้งอาจมีแนวทางไว้ว่าต้องการสัมภาษณ์ในหัวข้อใดบ้าง แนวทางนี้มักออกมาในรูปของแนวคำถามซึ่งทำให้ผู้วิจัยสามารถควบคุมสถานการณ์และทิศทางในการสัมภาษณ์ (กุลวรรัดดา สิงหะ, 2535) หรือเรื่องที่ผู้ให้ข้อมูลไม่สะดวกที่จะพูดอาจใช้การเขียนแทนได้ จากนั้นใช้คำถามเพิ่มเติมเรื่อย ๆ เพื่อเจาะลึกให้ได้คำตอบที่ชัดเจน สิ่งที่ควรคำนึงขณะทำการสัมภาษณ์คือ คุณค่า ความถูกต้องและความซื่อสัตย์ของข้อมูล ซึ่งผู้วิจัยต้องเคารพและจริงจังกับผู้ให้ข้อมูล ตั้งใจฟังเพื่อติดตามข้อมูลให้ครบถ้วน ไม่ใช่คำถามแทรกในขณะที่ผู้ให้ข้อมูลกำลังเล่าประสบการณ์ การเก็บรวบรวมข้อมูลนี้จะดำเนินต่อไปจนผู้วิจัยเห็นว่าข้อมูลมีความอิ่มตัว (Saturation of Data) คือ ไม่มีประเด็นหรือสาระสำคัญเพิ่มขึ้นจากข้อมูลที่มีอยู่เดิม หรือข้อมูลที่ได้รับมีความซ้ำซ้อนกับข้อมูลในช่วงที่ผ่านมา

สำหรับงานวิจัยนี้ผู้วิจัยตั้งใจเก็บรวบรวมข้อมูล มีการสร้างสัมพันธภาพก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูล รวมทั้งการยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย และยินยอมให้บันทึกเสียงซึ่งเป็นการยินยอมด้วยการเซ็นในใบพิทักษ์สิทธิ์ นอกจากนี้มีการศึกษานำร่องก่อนการศึกษาจริงเพื่อฝึกเทคนิคและทักษะการเก็บรวบรวมข้อมูล ทำให้ได้ทราบจุดบกพร่องของการศึกษาและสามารถนำไปปรับปรุงในการเก็บข้อมูลครั้งต่อไป รวมทั้งการปรับแนวคำถามให้สอดคล้องและเหมาะสมเพื่อให้ได้ความหมายของปรากฏการณ์ที่ศึกษาอย่างแท้จริงในช่วงที่พบกับผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยพยายามตั้งใจฟัง คิดทบทวนว่าได้ข้อมูลอะไรบ้าง ข้อมูลนั้นมีความหมายว่าอย่างไร รวมทั้งสังเกตน้ำเสียงของผู้ให้ข้อมูลเพราะในขณะที่ผู้ให้ข้อมูลเรียบก็มีความหมายที่เป็นเหตุผลของการพัฒนาคุณภาพได้

ซึ่งในการวิจัยเชิงคุณภาพต้องอาศัยการตรวจสอบข้อมูลจนแน่ใจก่อนที่จะทำการให้ความหมายของประสบการณ์นั้น ๆ เบค (Beck, 1994) กล่าวว่าเนื่องจากคำพูดคำหนึ่ง ๆ ของบุคคลอาจมีความหมายได้หลายอย่าง จึงควรมีการตรวจสอบความตรง และความเที่ยงของข้อมูลอย่างชัดเจน การตรวจสอบข้อมูลที่ใช้กันมากในการวิจัยเชิงคุณภาพคือการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า

(Triangulation) ซึ่งมีวิธีการตรวจสอบได้หลายวิธี ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความเหมาะสมของงานวิจัย (สุภางศ์ จันทวานิช, 2540) ได้แก่

1. การตรวจสอบสามเส้าด้านข้อมูล (Data Triangulation) วิธีตรวจสอบคือ การตรวจสอบแหล่งของข้อมูลได้แก่ เวลา สถานที่ บุคคล หมายถึง ถ้าข้อมูลต่างเวลา ต่างสถานที่ และต่างบุคคลกัน ข้อมูลจะเหมือนกันหรือไม่
2. การตรวจสอบสามเส้าด้านผู้วิจัย (Investigator Triangulation) คือการตรวจสอบว่าผู้วิจัยแต่ละคนได้ข้อมูลต่างกันอย่างไร โดยเปลี่ยนตัวผู้สังเกตหรือผู้เก็บรวบรวมข้อมูลแทนที่จะใช้ผู้วิจัยคนเดียวสังเกต หรือเก็บข้อมูลโดยตรง
3. การตรวจสอบสามเส้าด้านทฤษฎี (Theory Triangulation) คือการตรวจสอบว่าถ้าผู้วิจัยใช้แนวคิดทฤษฎีที่ต่างไปจากเดิมจะทำให้การตีความข้อมูลแตกต่างกันมากน้อยเพียงใด
4. การตรวจสอบสามเส้าด้านวิธีการรวบรวมข้อมูล (Methodological Triangulation) คือการใช้วิธีเก็บรวบรวมข้อมูลต่าง ๆ กัน เพื่อรวบรวมข้อมูลเรื่องเดียวกัน โดยใช้วิธีการสังเกตควบคู่กับการซักถาม พร้อมกันนั้นก็ศึกษาข้อมูลจากแหล่งเอกสารประกอบด้วย เป็นวิธีที่มีผู้นิยมใช้มากที่สุด

ดังนั้นคุณค่าของการศึกษาเชิงคุณภาพจึงอยู่ที่ความน่าเชื่อถือของข้อมูล ซึ่งอยู่ที่การใช้คำถามที่เหมาะสมและควรจะเป็นข้อมูลที่บริสุทธิ์ ไม่ได้มีการเอาประสบการณ์เดิมของผู้วิจัยใส่เข้าไป ผู้วิจัยจึงต้องมีความซื่อสัตย์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ต้องตรวจสอบข้อมูล และต้องนำข้อมูลที่ได้สรุปแล้วกลับไปถามผู้ให้ข้อมูลอีกครั้งว่าตรงกับประสบการณ์จริงที่เกิดขึ้นหรือไม่ รวมทั้งการนำข้อมูลที่ได้อีกมาวิเคราะห์ให้ครอบคลุม

สำหรับงานวิจัยนี้ผู้วิจัยทำการรวบรวมข้อมูลในเรื่องเดียวกันทั้งการสัมภาษณ์ การสังเกต และการศึกษาจากเอกสารรายงาน จากนั้นทำการวิเคราะห์ข้อมูล เริ่มต้นด้วยการฟังคำอธิบายของผู้ให้ข้อมูลตามด้วยการอ่านข้อมูล อ่านซ้ำจนเข้าใจความหมายของข้อมูลทั้งหมด แยกประโยคที่สำคัญออกมาและนำข้อความสำคัญเหล่านั้นมาจัดกลุ่ม ตั้งชื่อหลัก และเชื่อมโยงความสัมพันธ์ของความหมายต่าง ๆ เข้าด้วยกันเป็นคำอธิบายปรากฏการณ์ที่ค้นพบ (Streubert & Carpenter, 1995) และเนื่องจากผู้วิจัยเป็นเครื่องมือที่สำคัญ ในการเก็บรวบรวมข้อมูลซึ่งเป็นการรับฟังคำอธิบายผ่านกระบวนการสัมภาษณ์ ทำให้ผู้วิจัยต้องอ่านข้อมูลซ้ำหลายครั้งก่อนจะให้ความหมายแก่ข้อมูลเหล่านั้น ประเด็นที่สำคัญคือผู้วิจัยไม่ได้ด่วนสรุปข้อมูล และขั้นตอนสุดท้ายคือ การรายงานผลการศึกษาที่เป็นการบอกเล่าความหมายของปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นให้ผู้อ่านงานวิจัยรับรู้ ผู้วิจัยใช้คำพูดของผู้ให้ข้อมูลเป็นสื่อกลาง (Liehr & Marcus, 1994) ประกอบกับข้อมูลจากการสังเกตและการศึกษาเอกสารรายงาน

เห็นได้ว่าการวิจัยเชิงคุณภาพเป็นการแสดงถึงกระบวนการของการพรรณนาปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นในบริบทเฉพาะของสังคมมนุษย์ ดังนั้นจึงพบมากในงานด้านสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ แต่ในปัจจุบันสามารถนำมาประยุกต์ใช้ในงานด้านการพยาบาลและได้รับความสนใจเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากเป็นวิธีการวิจัยที่เอื้ออำนวยให้พยาบาลได้มีโอกาสทำความเข้าใจปรากฏการณ์ทางการพยาบาลได้ชัดเจนขึ้นและสามารถนำไปใช้ได้ทั้งในการปฏิบัติ การศึกษา การบริหาร และการวิจัยทางการพยาบาล สำหรับการพัฒนาคุณภาพบริการของศูนย์สุขภาพชุมชนเป็นเนื้อหาที่ต้องการศึกษาความคิดเห็นและความเข้าใจในกระบวนการและปัญหาอุปสรรคที่เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพบริการ เพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินงานสู่การพัฒนาคุณภาพบริการสำหรับศูนย์สุขภาพชุมชนที่มีบริบทใกล้เคียงกันจึงจำเป็นต้องใช้การวิจัยเชิงคุณภาพ