

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นแนวทางในการศึกษา และได้สรุปเป็นสาระสำคัญเป็นหัวข้อดังนี้

1. การดูแลส่งเสริมสุขภาพเด็ก
2. แนวคิดความพึงพอใจของผู้รับบริการ
3. แนวคิดเกี่ยวกับการศึกษาเชิงธรรมชาติวิทยา

การดูแลส่งเสริมสุขภาพเด็ก

ในอดีตการมองเรื่องสุขภาพเด็ก จะมุ่งกันแต่ในแง่ของการรักษาและมีเป้าหมายเฉพาะตัวเด็กเมื่อยามเจ็บป่วย การแก้ปัญหาจะเป็นแบบตั้งรับ คือ คอยรักษาเด็กป่วยเมื่อพ่อแม่พามาหา ให้เด็กหายหรือทุเลาจากโรคจะได้ไม่ตายก่อนวัยอันควร แต่ในปัจจุบันนี้คำว่าสุขภาพของเด็กไม่ได้หมายถึงเพียงการที่เด็กไม่ป่วยหรือไม่ตายเท่านั้น แต่ครอบคลุมไปถึงการที่เด็กจะต้องเจริญเติบโตไปได้เต็มที่ตามศักยภาพของตน โดยพัฒนาไปทั้งทางกายและทางสมอง ทั้งทางด้านพฤติกรรม (Behavior) ความเฉลียวฉลาด (Intellectual) ความนึกคิดจิตใจ (Psychic) ด้านวิญญาณ (Spirit) และด้านสังคม (Social) เด็กจะต้องไม่ด้อยสมรรถภาพ (Disable) จะต้องไม่อยู่ในสภาพลำบากและทนทุกข์ (Discomfort) เด็กจะต้องมีความพึงพอใจในชีวิตของตน (Satisfaction) และปรับตัวอยู่ในสังคมของตนได้อย่างมีความสุขและเป็นประโยชน์ (Social Well-Being) ดังนั้นนอกเหนือไปจากการรักษาแล้วเด็กยังต้องการการป้องกัน การปกป้อง การส่งเสริมสุขภาพ และการฟื้นฟูสมรรถภาพในกรณีที่มีความบกพร่องเกิดขึ้น จึงเห็นได้ว่าการที่เด็กจะมีสุขภาพดีได้นั้นจะต้องได้รับการดูแลในเชิงรุกด้วย เป้าหมายในการดูแลช่วยเหลือก็จะไม่ใช่เฉพาะตัวเด็กเท่านั้น ต้องครอบคลุมไปถึงครอบครัวและสังคมชุมชนรอบตัวเด็กด้วย (อุรพล บุญประกอบ, 2540)

การระแวดระวังดูแลเด็ก (Care หรือ Supervision) นั้น จะสัมฤทธิ์ผลได้ดีต้องอาศัยองค์ประกอบสำคัญหลายประการ คือ (อุรพล บุญประกอบ, 2540)

1. การระแวดระวังดูแลเด็กในแบบองค์รวม (Comprehensive หรือ Holistic) คือ ดูแลเด็กในทุกองค์ประกอบของสุขภาพ
2. ความเมตตากรุณาและความเอื้ออาทร (Compassionate and Concern) ของผู้ให้การดูแล

3. ความสม่ำเสมอและต่อเนื่อง (Consistency and Continuity) ของการดูแล
4. ความประหยัดคุ้มค่า (Cost-Effectiveness) ในการดูแล
5. การเข้ามาใช้และปฏิบัติตามคำแนะนำ (Compliance) ในบริการดูแลเด็กรวมทั้งความ
ตื่นตัว การเข้ามามีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลสุขภาพ (Community Awareness and
Participation in Child Health Care)

การดูแลสุขภาพของเด็กในขณะที่ยังไม่เจ็บป่วย เป็นสิ่งสำคัญที่สังคมหรือชุมชน
ต้องให้ความสนใจและจัดการกันอย่างเป็นรูปธรรมมาไม่ถึง 100 ปี สำหรับประเทศไทย เรียก
หน่วยบริการสุขภาพนี้ว่า คลินิกเด็กสบาย (Well Baby Clinic) (อุรพล บุญประกอบ, 2540)

หลักการดูแลสุขภาพเด็ก มีวัตถุประสงค์ดังต่อไปนี้ (ประสพศรี อึ้งถาวร, 2539;
ศิริลักษณ์ สืบวงศ์แพทย์, 2534)

1. การส่งเสริมสุขภาพ การที่จะทำให้สุขภาพของเด็กดีขึ้นนั้นเป็นเรื่องที่สำคัญที่สุด
จึงควรที่จะส่งเสริมและให้ความสนใจเป็นพิเศษ ซึ่งได้แก่ การส่งเสริมการเจริญเติบโต และ
พัฒนาการ รวมทั้งภาวะโภชนาการ เป็นต้น
2. การป้องกันโรค ประกอบด้วย 2 วิธี ดังนี้
 - 2.1 การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค เด็กทุกคนควรจะได้รับวัคซีนป้องกันโรคคอตีบ
บาดทะยัก ไอกรน และโปลิโอ ให้ครบตามวัย นอกจากนั้นควรได้รับ วัคซีนป้องกันวัณโรค
วัคซีนป้องกันหัด และวัคซีนป้องกันตับอักเสบบี เป็นต้น
 - 2.2 การป้องกันโรคติดเชื้อ นอกจากวิธีให้วัคซีนหรือการให้ภูมิคุ้มกันแล้ว
โรคติดเชื้อบางอย่างสามารถจะป้องกันได้ด้วยวิธีอื่น ๆ เช่น การใช้ยาปฏิชีวนะ การแยกเด็กที่เป็น
โรคติดเชื้อรุนแรง เป็นต้น นอกจากนั้นการป้องกันด้านสาธารณสุข ได้แก่ การกำจัดแหล่ง
เพาะพันธุ์ยุง การดื่มน้ำดื่ม จะได้ผลเป็นโรค ๆ ไป
3. การตรวจวินิจฉัยโรคที่ยังไม่แสดงอาการจะเป็นประโยชน์มากกว่าการวินิจฉัยโรคได้
เมื่อเกิดอาการแล้ว ซึ่งอาจจะสายไปทำให้เด็กมีอันตราย การซักประวัติ การตรวจร่างกาย โดยให้
ความสนใจเป็นพิเศษต่อระบบที่อาจจะตรวจพบโรคได้ในแต่ละกลุ่มอายุ การชั่งน้ำหนัก วัดความ
ยาวหรือส่วนสูง การวัดเส้นรอบศีรษะในเด็กอ่อน รวมทั้งการทดสอบการได้ยิน การมองเห็นด้วย
วิธีง่าย ๆ จะสามารถวินิจฉัยโรคส่วนใหญ่ได้
4. การตรวจวินิจฉัยเมื่อเริ่มมีอาการ เมื่อเด็กมีอาการเจ็บป่วย ควรให้การวินิจฉัยที่
ถูกต้องโดยเร็วที่สุด และให้การรักษาที่เหมาะสม

5. การฟื้นฟูสภาพ ผู้ป่วยที่เป็นโรคที่มีความพิการต่าง ๆ จำเป็นต้องให้มีการฟื้นฟูสภาพให้สามารถช่วยเหลือตนเองและอยู่ในสังคมได้ด้วยความสุข นอกจากนั้นการฟื้นฟูยังอาจจะช่วยป้องกันไม่ให้เกิดความพิการ หรือหลีกเลี่ยงไม่ได้ก็ทำให้พิการน้อยที่สุด

6. การติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เด็กเจริญเติบโตอย่างเต็มที่ตามศักยภาพทางพันธุกรรม และสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวย

องค์ประกอบของการจัดบริการสุขภาพเด็ก ประกอบด้วยสิ่งต่าง ๆ ดังต่อไปนี้
(ประสพศรี อึ้งถาวร, 2539; อุรพล บุญประกอบ, 2540)

1. การซักถามประวัติ เพื่อรวบรวมข้อมูล ข้อมูลพื้นฐานและภูมิหลังของเด็ก พ่อแม่ และครอบครัว ในด้านสุขภาพทั่วไป ในเรื่องโรคทางพันธุกรรม ค่านิยม ความเชื่อ ศาสนา วัฒนธรรม ประเพณี พื้นฐานทางอารมณ์ของเด็ก พ่อแม่ และปฏิสัมพันธ์ระหว่างเด็กกับพ่อแม่ และภายในครอบครัว ลักษณะของครอบครัว สภาพการศึกษา เศรษฐกิจและสังคม ซึ่งในการพูดคุยนั้นควรรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการให้อาหาร การปฏิบัติเลี้ยงดูต่อเด็ก การเจ็บป่วยของเด็ก ปัญหาและข้อข้องใจต่าง ๆ ของพ่อแม่ พร้อมกับให้คำแนะนำ

2. การประเมินการเจริญเติบโตและสภาพโภชนาการ โดยการชั่งน้ำหนักและวัดความยาวหรือส่วนสูงทุกครั้งที่ตรวจสุขภาพในเด็กเล็ก วัดเส้นรอบศีรษะด้วย แล้วนำไปเปรียบเทียบกับค่ามาตรฐานโดยใช้กราฟน้ำหนัก, ส่วนสูง และเส้นรอบศีรษะปกติของเด็กไทย

3. การตรวจร่างกายทั่วไป แบ่งออกเป็น 2 วิธี ดังนี้

3.1 ตรวจทั่วไป เช่น ความสมบูรณ์ของร่างกาย และความพิการ

3.2 ตรวจตามระบบ ให้ความสำคัญกับโรคหรือความผิดปกติที่จะพบได้ตามวัย

4. การประเมินพัฒนาการของร่างกาย และอวัยวะสำคัญในร่างกาย พัฒนาการของท่วงท่าพฤติกรรม พัฒนาการของสติปัญญาอารมณ์และสังคม โดยเปรียบเทียบกับเกณฑ์มาตรฐาน

5. การตรวจหาโรคตามวัย โดยการตรวจพิเศษบางอย่างในบางกลุ่มอายุ เพื่อค้นหาความผิดปกติที่ไม่มีอาการ

6. การเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรค โดยการให้วัคซีนตามตารางการเสริมสร้างภูมิคุ้มกันของชาติ ดังตารางที่ 1 ซึ่งวัคซีนที่เด็กควรจะได้รับคือ วัคซีนป้องกันตับอักเสบบี วัคซีนป้องกันคอตีบ บาดทะยัก ไอกรน โปลิโอ และหัด การให้วัคซีนจะเริ่มตั้งแต่แรกเกิดเป็นต้นไป และกระตุ้นเป็นระยะ ๆ การกำหนดนัดตรวจสุขภาพนั้น มักจะจัดให้สอดคล้องกันกับระยะเวลาให้วัคซีน

ตารางที่ 1 กำหนดการสร้างภูมิคุ้มกันโรคของกระทรวงสาธารณสุข (กรมควบคุมโรคติดต่อ, 2543, หน้า 7)

อายุ	วัคซีนที่ให้	ข้อแนะนำ
แรกเกิด	วัคซีนป้องกันวัณโรค (BCG)	เด็กที่มีอาการของโรคเอดส์ไม่ให้วัคซีนป้องกันวัณโรค (BCG)
	วัคซีนป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี (HB1)	1. วัคซีนป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี (HB1) ควรให้ภายใน 24 ชั่วโมงหลังคลอด ในกรณีที่คลอดที่บ้าน ควรให้ภายในไม่เกิน 7 วันหลังคลอด 2. ในกรณีที่ได้ตรวจพบว่าแม่เป็นพาหะของโรคไวรัสตับอักเสบบี (HBV) ควรให้เฮปาไคติสบีอิมมูโนโกลบูลิน (HBIG) แก่เด็กด้วย
2 เดือน	วัคซีนป้องกันโรคคอตีบ บาดทะยัก ไอกรนและ โปลิโอ (DTP1, OPV1)	
	วัคซีนป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี (HB2)	กรณีที่ได้ตรวจพบว่าแม่เป็นพาหะของโรคไวรัสตับอักเสบบี (HBV) ควรให้วัคซีนป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี (HB2) เมื่ออายุ 1 เดือน
4 เดือน	วัคซีนป้องกันโรคคอตีบ บาดทะยัก ไอกรนและ โปลิโอ (DTP2, OPV2)	
6 เดือน	วัคซีนป้องกันโรคคอตีบ บาดทะยัก ไอกรนและ โปลิโอ (DTP3, OPV3)	
	วัคซีนป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี (HB3)	
9-12 เดือน	วัคซีนป้องกันหัด คางทูมและหัดเยอรมัน (MMR1)	1. ถ้าไม่ให้อาหารป้องกันหัด คางทูมและหัดเยอรมัน (MMR) ให้ใช้วัคซีนหัดอย่างเดียวก็ได้ 2. หากฉีดไม่ทันเมื่ออายุ 9-12 เดือน ให้รีบติดตามฉีดโดยเร็วที่สุด
1.6-2 ปี	วัคซีนป้องกันโรคคอตีบ บาดทะยัก ไอกรนและ โปลิโอ (DTP4, OPV4)	
	วัคซีนป้องกันโรคไข้มองอักเสบบี (JE, 1,2)	1. ควรให้ 2 ครั้ง ห่างกัน 1-2 สัปดาห์ 2. ใช้เฉพาะในท้องถิ่นที่มีโรคนี้อุกชุม (ตามแผนปฏิบัติงานของกระทรวงสาธารณสุข)

ตารางที่ 1 (ต่อ)

อายุ	วัคซีนที่ให้	ข้อแนะนำ
2.6-3 ปี	วัคซีนป้องกันโรคไข้สมองอักเสบ (JE3)	1. เป็นการฉีดกระตุ้น 2. ใช้เฉพาะในท้องถิ่นที่มีโรคนี้ชุกชุม
4-5 ปี	วัคซีนป้องกันโรคคอตีบ บาดทะยัก ไอกรนและ โปลิโอ (DTP5, OPV5)	ถ้าอายุเกิน 6 ปี ให้ วัคซีนป้องกันโรคคอตีบและบาดทะยัก (dT) แทนวัคซีนป้องกันโรคคอตีบ บาดทะยัก และ ไอกรน (DTP)
6 ปี	วัคซีนป้องกันหัด คางทูม และ หัดเยอรมัน (MMR2)	ถ้าไม่มีวัคซีนป้องกันหัด คางทูมและหัดเยอรมัน (MMR) ให้ใช้วัคซีนหัดเยอรมันอย่างเดียว
	วัคซีนป้องกันวัณโรค (BCG)	1. ให้ในกรณีที่ไม่ได้มีผลเป็นจากการฉีดวัคซีนป้องกันวัณโรค (BCG) ครั้งก่อน 2. เด็กที่มีอาการของโรคเอดส์ไม่ให้วัคซีนป้องกันวัณโรค (BCG)
	วัคซีนป้องกันโรคคอตีบ บาดทะยัก และ โปลิโอ (dT, OPV5)	ให้ในกรณีที่ไม่ได้รับวัคซีนป้องกันโรคคอตีบ บาดทะยัก ไอกรนและ โปลิโอ (DTP5) และ (OPV5) เมื่ออายุ 4-5 ปี
12-16 ปี	วัคซีนป้องกันโรคคอตีบ บาดทะยัก (dT)	

7. การรักษา ในเด็กที่มีความผิดปกติจะต้องให้การรักษาพยาบาลหรือส่งปรึกษาต่อโดยพิจารณาหลาย ๆ ด้านด้วย เช่น ลักษณะของการปรึกษากับความสามารถของเศรษฐกิจ ฐานะของครอบครัว การปรึกษากับเวลาที่เสียในการเดินทาง และความลำบากต่าง ๆ ที่จะเกิดขึ้น และที่สำคัญคือ ความจำเป็นของการปรึกษานั้น

8. การแนะนำส่งเสริมทันตอนามัย เพื่อสุขภาพในช่องปากและฟัน

9. การให้คำแนะนำ แบ่งเป็น 2 ลักษณะใหญ่ ๆ ดังนี้

9.1 รายบุคคล เรื่องที่ให้คำแนะนำดังนี้

9.1.1 ปัญหาที่พบตามวัย ที่เกี่ยวเนื่องกับพัฒนาการของเด็ก ได้แก่ อุบัติเหตุ การเบื่ออาหาร

9.1.2 วัคซีนและการดูแลเด็ก

9.1.3 อาหารและวิธีให้

9.1.4 ปัญหาและข้อข้องใจของมารดา

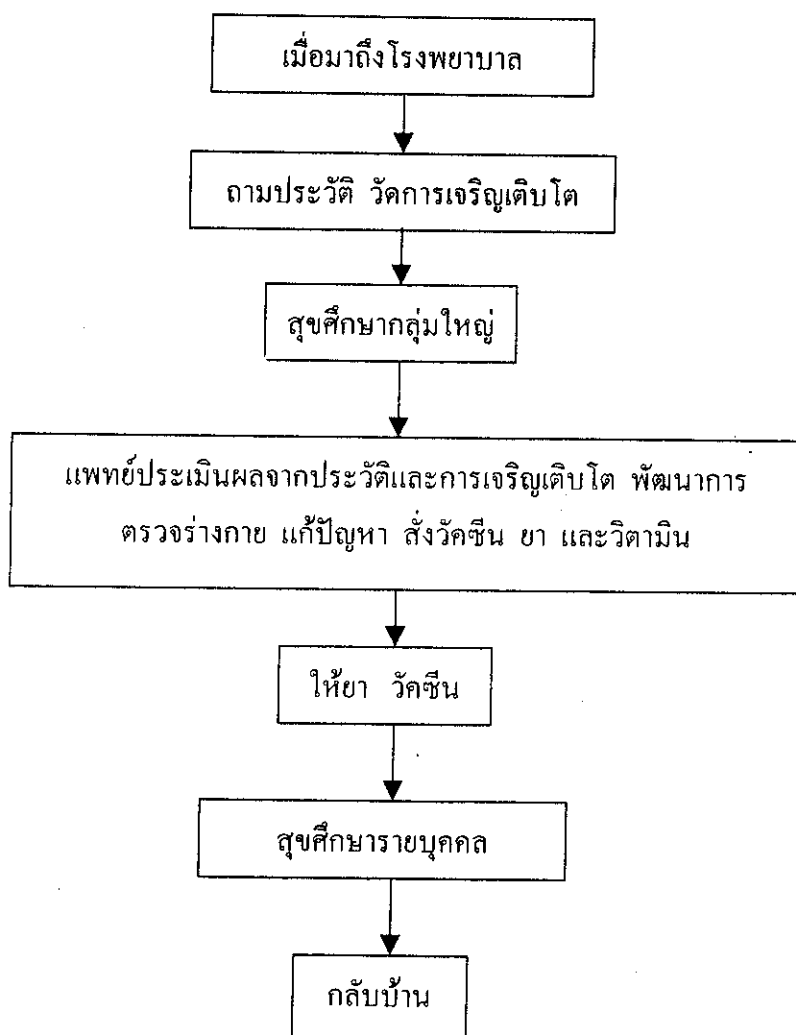
9.2 ราชกลุ่มและมวชน เรื่องที่นำมาให้คำแนะนำแบบนี้ควรเป็นเรื่องที่ทุกคนสนใจและได้ประโยชน์ เช่น การวางแผนครอบครัว การให้ภูมิคุ้มกันโรค การให้อาหารเด็ก การใช้บริการสุขภาพและการป้องกันอุบัติเหตุต่าง ๆ เป็นต้น

วิธีให้บริการสุขภาพเด็ก (ประสพศรี อึ้งถาวร, 2539) วิธีการให้บริการสุขภาพเด็กนั้นแบ่งออกได้เป็น 2 วิธีใหญ่ ๆ คือ 1) วิธีให้บริการสุขภาพเด็กในโรงพยาบาล 2) วิธีการให้บริการสุขภาพเด็กในชุมชน

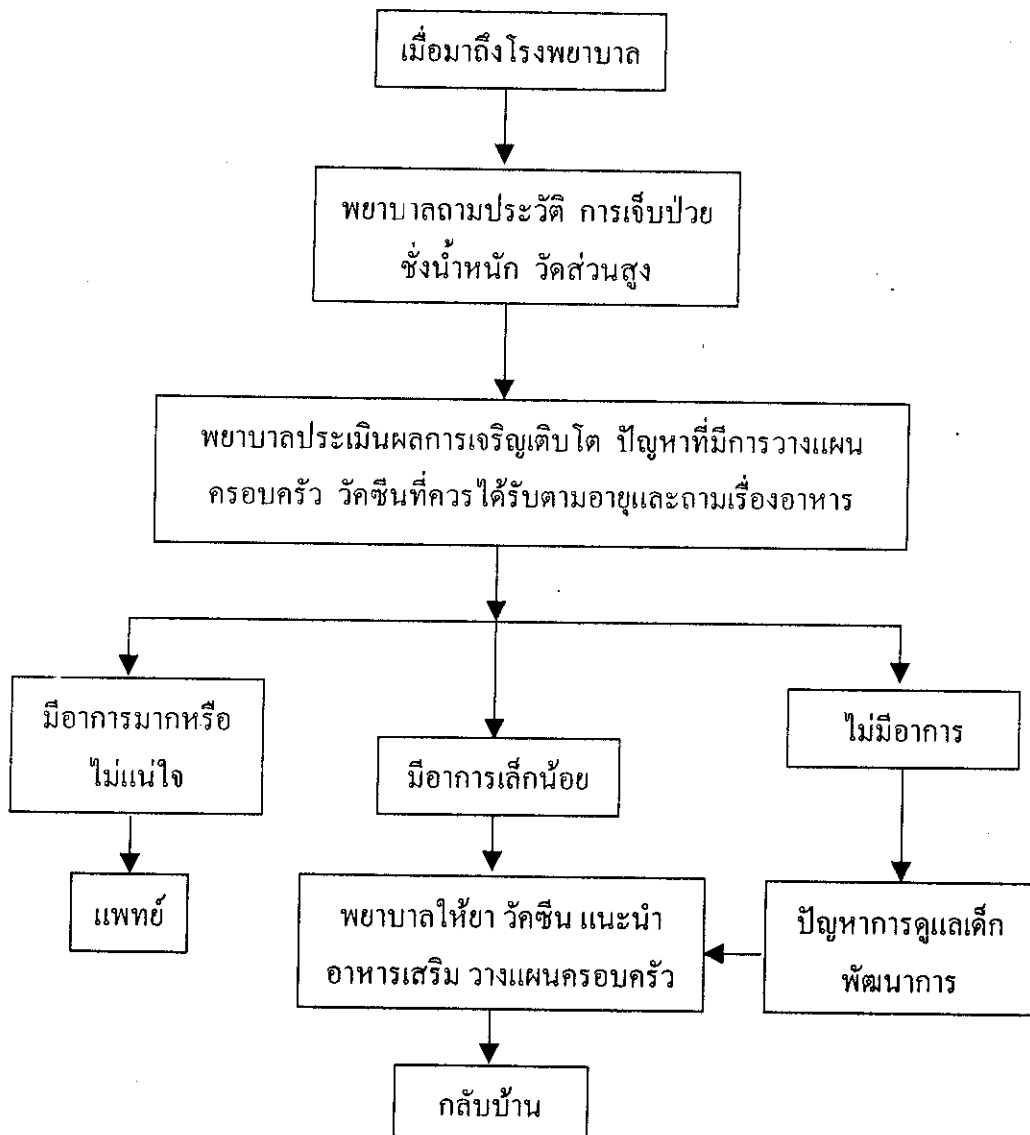
1. วิธีให้บริการสุขภาพเด็กในโรงพยาบาล แบ่งเป็นโรงพยาบาล 2 ขนาด ดังนี้

1.1 โรงพยาบาลขนาดใหญ่ ส่วนใหญ่แพทย์เป็นผู้ตรวจร่างกาย พัฒนาการและสั่งการรักษา รวมทั้งการให้คำแนะนำแก้ไขปัญหาคาดูแลเด็กด้วยการจัดระบบการรับบริการทำได้ดังภาพที่ 1

1.2 โรงพยาบาลขนาดเล็ก ในต่างจังหวัดที่โรงพยาบาลมีแพทย์เพียงคนเดียว เพื่อความสะดวกแก่ชุมชน ลักษณะคลินิกควรเป็นแบบให้บริการผสมผสาน โดยพยาบาลเป็นผู้ถามประวัติการเจ็บป่วย ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง ประเมินผลการเจริญเติบโต ปัญหาที่มี การวางแผนครอบครัว วัคซีนที่ควรได้รับตามอายุ และถามเรื่องอาหาร ซึ่งถ้าหากพบว่าเด็กมีอาการมากหรือไม่แน่ใจก็จะส่งพบแพทย์ ถ้าหากเด็กมีอาการเล็กน้อยจะส่งไปให้พยาบาลให้ยา วัคซีน แนะนำอาหารเสริม วางแผนครอบครัวแก่มารดาเด็ก ถ้าหากไม่มีอาการก็จะประเมินในเรื่องปัญหาการดูแลเด็กและพัฒนาการ แล้วจึงส่งไปให้พยาบาลให้ยา วัคซีน แนะนำอาหารเสริม วางแผนครอบครัวแก่มารดาเด็ก แล้วจึงให้กลับบ้าน ดังภาพที่ 2



ภาพที่ 1 การจัดระบบการบริการสุขภาพเด็กในโรงพยาบาลขนาดใหญ่
(ดัดแปลงจากประสพศรี อึ้งถาวร, 2539, หน้า 146)



ภาพที่ 2 การจัดระบบการบริการสุขภาพเด็กแบบผสมผสานในโรงพยาบาลขนาดเล็ก
(ดัดแปลงจาก ประสพศรี อึ้งถาวร, 2539, หน้า 147)

2. วิธีการให้บริการสุขภาพเด็กในชุมชน ดังแหล่งต่าง ๆ ต่อไปนี้

2.1 ศูนย์บริการสาธารณสุข ในกรุงเทพมหานคร และโรงพยาบาลอำเภอในต่างจังหวัด แบ่งเขตรับผิดชอบกันออกไป

2.2 สถานีอนามัย เป็นที่ ๆ จะช่วยดูแลเด็กมากโดยเฉพาะในเรื่องอาหารและการป้องกันโรค ผอ.องค์กรที่ประจำสถานีอนามัยควรให้ความสำคัญต่อการส่งเสริมสุขภาพเด็ก และจัด

การบริการแบบโรงพยาบาลขนาดเล็ก แต่เปลี่ยนเล็กน้อยเมื่อเด็กเจ็บมากหรือไม่แน่ใจ ควรส่งไปโรงพยาบาลที่ใกล้เคียง

2.3 สถานที่เลี้ยงเด็กกลางวัน ศูนย์พัฒนาเด็กและโรงเรียนอนุบาลต่าง ๆ จะเป็นที่ทำให้บริการส่งเสริมสุขภาพได้มาก โดยเจ้าหน้าที่ของสถานที่นั้นร่วมกันกับหน่วยงานทางสาธารณสุข

2.4 การเยี่ยมบ้านเป็นสิ่งสำคัญที่สุด และจะเป็นประโยชน์ที่สุด ถ้าสามารถจะทำให้ได้

2.5 หน่วยแพทย์เคลื่อนที่ ได้ประโยชน์เฉพาะการให้วัคซีนและโรคที่มีอาการเห็นได้ชัด

2.6 การนัดพบเป็นกลุ่ม ในกรณีที่มีบุคลากรน้อยและมีเด็กที่อยู่ในความรับผิดชอบมาก เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะแก้ไขด้วยการช่วยเหลือกัน โดยขอความร่วมมือจากอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน เจ้าหน้าที่ทั้งหมดช่วยกันแนะนำให้วัคซีนและดูแลสุขภาพเด็กเมื่อเสร็จแล้วย้ายหมู่บ้านต่อไปเรื่อย ๆ

กำหนดการตรวจสอบสุขภาพเด็ก (ประสพศรี อึ้งถาวร, 2539)

กำหนดตรวจสอบสุขภาพขึ้นอยู่กับปัญหาของเด็กและครอบครัว ในการตรวจครั้งแรก แพทย์จะบอกได้คร่าว ๆ ว่าเด็กรายนั้นต้องการการตรวจสอบสุขภาพอย่างไร ส่วนใหญ่ของกำหนดการนัดตรวจจะพยายามให้สอดคล้องกับกำหนดการให้วัคซีน และลักษณะของโรค กำหนดการตรวจสอบสุขภาพสำหรับเด็กที่ไม่มีปัญหา ควรจะถือหลักดังต่อไปนี้

1. ระยะก่อนคลอด ถ้าเป็นไปได้ควรจะให้คำแนะนำแก่มารดาในช่วงก่อนคลอด 1 ครั้ง
2. ระยะแรกเกิด อย่างน้อย 1 ครั้ง
3. ระยะทารก แบ่งเป็นช่วงอายุ ดังต่อไปนี้
 - 3.1 อายุ 1 เดือน ให้คำแนะนำและแก้ไขปัญหาดังต่าง ๆ
 - 3.2 อายุ 2-3 เดือน ให้คำแนะนำและแก้ไขปัญหาดังต่าง ๆ และให้วัคซีนตามกำหนด
 - 3.3 อายุ 4-5 เดือน ให้คำแนะนำและแก้ไขปัญหาดังต่าง ๆ และให้วัคซีนตามกำหนด
 - 3.4 อายุ 6-7 เดือน ให้คำแนะนำและแก้ไขปัญหาดังต่าง ๆ และให้วัคซีนตามกำหนด
 - 3.5 อายุ 9-12 เดือน เพื่อตรวจและให้คำแนะนำ ทดสอบวัณโรค และให้วัคซีนป้องกันโรคหัด สำหรับวัคซีนไข้มองอักเสบ ให้เริ่มได้ในช่วงระยะนี้ ในท้องถิ่นที่มีโรคชุกชุม อย่างไรก็ตาม ในชุมชนที่มีปัญหาทางการคมนาคมและทางเศรษฐกิจ อาจจะคัดค้านัดในระยะนี้ไปได้ ถ้าเด็กไม่มีปัญหาในช่วงเดือนแรก
4. ระยะวัยก่อนเรียน แบ่งเป็นช่วงอายุ ดังต่อไปนี้
 - 4.1 อายุ 15 เดือน ในกรณีที่ยังไม่ได้วัคซีนป้องกันโรคหัด

4.2 อายุ 18 เดือน ในกรณีเด็กอยู่ในท้องถิ่นที่มีโรคใช้สมองอักเสบควรให้วัคซีนป้องกันโรคในขณะนี้ และวัคซีนกระตุ้นตามกำหนด

4.3 อายุ 2-3 ปี เพื่อตรวจสอบสุขภาพทั่วไป และให้วัคซีนใช้สมองอักเสบในพื้นที่ทั่วไป

4.4 อายุ 4 ปี เพื่อมารับวัคซีนกระตุ้น และตรวจร่างกายโดยละเอียดอีกครั้งหนึ่งในเด็กที่อยู่ในชุมชนและครอบครัวที่เสี่ยงต่อการขาดอาหาร กำหนดการตรวจสอบสุขภาพโดยเฉพาะการตรวจระดับโภชนาการ ควรจะทำให้บ่อยขึ้นตามความเหมาะสมในแต่ละท้องถิ่น เช่น ทุกเดือน ถึง 12 เดือน

5. ระยะวัยเรียน ไม่ต้องตรวจบ่อยในเด็กปกติ ควรนัดตรวจ 1 ครั้ง ในช่วงระยะอายุประมาณ 10 – 12 ปี

6. ระยะวัยรุ่น ตรวจในระยะที่จะออกจากโรงเรียน ให้วัคซีนโรคตามกำหนด

สมุดบันทึกสุขภาพและรายงาน (ประสพศรี อึ้งถาวร, 2539)

หลังจากการตรวจสอบสุขภาพ นอกจากการจดบันทึกผลการตรวจในรายงานของโรงพยาบาลหรือศูนย์ ผู้ปกครองควรจะได้รับสมุดบันทึกสุขภาพเด็กเป็นคู่มือ ในสมุดบันทึกสุขภาพควรบันทึกวันที่เด็กได้รับวัคซีน น้ำหนักและส่วนสูงของเด็ก เพื่อใช้เป็นข้อมูลเมื่อโตขึ้น โรงพยาบาลบางแห่งจะจัดทำสมุดบันทึกสุขภาพที่มีข้อความแนะนำการดูแลเด็ก ดังนี้

1. ประวัติส่วนตัวเกี่ยวกับการคลอด น้ำหนักแรกเกิด
2. การเจ็บป่วยที่สำคัญ
3. การแพ้ยาหรืออาหาร
4. การผ่าตัด
5. การเจริญเติบโต
6. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพเด็ก ได้แก่ กำหนดการให้วัคซีน การให้อาหาร การรักษา สุขภาพฟัน และการป้องกันอุบัติเหตุที่สำคัญ
7. บันทึกการให้วัคซีน
8. บันทึกน้ำหนัก ส่วนสูง และกราฟการเจริญเติบโต

สำหรับรายงานของเจ้าหน้าที่นั้น ในกรณีที่มีคลินิกสุขภาพแยกออกจากคลินิกเด็กป่วย รายงานจะประกอบด้วยประวัติการตั้งครรภ์ การคลอด การเจ็บป่วยในระยะแรกเกิด บันทึกการตรวจร่างกาย บันทึกการตรวจพัฒนาการ บันทึกการให้วัคซีนและยา รวมทั้งปัญหาในเด็กรายนั้น นอกจากบันทึกน้ำหนักและความยาวหรือส่วนสูง เส้นรอบศีรษะและกราฟ แสดงการเจริญเติบโต ส่วนในกรณีที่ การบริการสุขภาพใช้รายงานเดียวกับเด็กป่วย ในรายงานหน้าแรกควรมีปัญหาสุขภาพของเด็กคนนั้น ในโรงพยาบาล ใหญ่ ๆ ที่เด็กมาตรวจสุขภาพ และตรวจการเจ็บป่วยเป็นเด็ก

คนละกลุ่ม การจัดรายงานเด็กป่วยให้ครอบคลุม เรื่องดังกล่าวจะทำให้การดูแลสุขภาพในเด็กแต่ละรายได้ผลดียิ่งขึ้น

สรุป การดูแลส่งเสริมสุขภาพเด็ก หมายถึง การส่งเสริมให้เด็กมีสุขภาพหรือภาวะที่เป็นสุขสมบูรณ์ทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ สามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมด้วยดี โดยปราศจากโรคและความเจ็บป่วย รวมทั้งการที่เด็กมีการเจริญเติบโตเต็มที่ตามศักยภาพ และมีการพัฒนาการทั้งด้านสติปัญญา จิตใจ อารมณ์ และสังคม เหมาะสมตามวัย

แนวคิดความพึงพอใจของผู้รับบริการ

ความพึงพอใจของผู้รับบริการ

จิตตินันท์ เดชะคุปต์ (2538) กล่าวว่า ความพึงพอใจในบริการ คือ ภาวะทางอารมณ์ หรือความรู้สึกทางบวกของบุคคลที่เป็นผลมาจากการประเมิน เปรียบเทียบสิ่งที่บุคคลได้รับจริงในระดับที่สอดคล้องกับสิ่งที่บุคคลคาดหวังเอาไว้ ความพึงพอใจในการบริการมีความสำคัญต่อผู้ให้และผู้รับบริการ ทำให้ผู้รับบริการสามารถกำหนดคุณลักษณะของบริการ ประเมินคุณภาพของการบริการบ่งชี้ถึงความสำเร็จของงาน และการทำให้ผู้รับบริการมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นจาก พัฒนาคุณภาพบริการให้ตรงตามความต้องการและเกิดความพึงพอใจ และได้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพึงพอใจของผู้รับบริการ ได้แก่

1. ผลสัมฤทธิ์ของบริการ คือ การได้รับบริการที่มีคุณภาพตรงตามความต้องการและความเอาใจใส่ของผู้ให้บริการ
2. ราคาบริการ เป็นสิ่งที่ผู้รับบริการยอมรับ หรือพิจารณาว่าเหมาะสมกับคุณภาพบริการตามความเต็มใจที่จะจ่าย (Willingness to Pay)
3. สถานบริการ การเข้าถึง บริการสะดวก รวมทั้งการอำนวยความสะดวกต่าง ๆ
4. การส่งเสริมแนะนำบริการ ความพึงพอใจของผู้รับบริการเกิดจากการได้รับข้อมูลข่าวสาร
5. ผู้ให้บริการ เป็นบุคคลที่มีความสำคัญต่อการปฏิบัติงาน เพื่อสร้างความพึงพอใจให้กับผู้รับบริการ
6. สภาพแวดล้อมของการบริการ
7. กระบวนการพยาบาล เป็นวิธีการนำเสนอบริการในกระบวนการบริการเพื่อสร้างความพึงพอใจ ประสิทธิภาพของการจัดระบบบริการ และการตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการที่เหมาะสม

อุดมรัตน์ สงวนศิริธรรม (2534 อ้างถึงใน กรรณิการ์ เย็นสุข, 2542) กล่าวถึงความพึงพอใจ เป็นการให้ความรู้สึกหรือความคิดเห็นที่เกี่ยวข้องกับทัศนคติของคนที่เกิดจากประสบการณ์ที่ผู้รับบริการเข้าไปรับบริการในสถานที่บริการนั้น และประสบการณ์นั้นเป็นไปตามความคาดหวังของผู้รับบริการมากน้อยเพียงใด

เดวิส (Davis, 1967) กล่าวว่า ความพึงพอใจเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นกับบุคคลเมื่อความต้องการพื้นฐานที่ร่างกายและจิตใจได้รับการตอบสนอง พฤติกรรมเกี่ยวกับความพึงพอใจของมนุษย์ เป็นความพยายามที่จะจัดความตึงเครียด ความกระวนกระวาย หรือภาวะไม่สมดุลในร่างกาย เมื่อสามารถจัดสิ่งต่าง ๆ ดังกล่าวได้ มนุษย์ย่อมจะได้รับความพึงพอใจในสิ่งที่ต้องการ

ดรีเวอร์ (Drever, 1983) กล่าวว่า ความพึงพอใจคือสภาวะความรู้สึกที่เกิดขึ้นร่วมกับการได้บรรลุผลสำเร็จตามความมุ่งหมายใด ๆ ก็ได้ หรือสภาวะสุดท้ายของความรู้สึกร่วมกับการได้บรรลุผลสำเร็จโดยแรงกระตุ้นของความรู้สึก

นอแมน และกิล (Naumann & Gielk, 1995 อ้างถึงใน สายวสันต์ จันทรวง, 2544) เสนอแนวคิดเกี่ยวกับความพึงพอใจของลูกค้าว่า ความพึงพอใจขึ้นอยู่กับประสบการณ์ในอดีต มีองค์ประกอบ 3 ประการ คือ

1. คุณภาพของสินค้าและบริการ
2. ราคาเมื่อลูกค้าเปรียบเทียบความยุติธรรมของราคาลักษณะสินค้า และเห็นว่าเหมาะสมก็เกิดความพึงพอใจ

3. ภาพลักษณ์รวมเป็นที่รู้จัก มีคุณธรรม และความรับผิดชอบต่อสังคม

แวร์, เดวิส และสปีวาร์ท (Ware, Devis, & Spewart, 1978) ได้อธิบายลักษณะความพึงพอใจของผู้รับบริการที่มีต่อการบริการสุขภาพไว้หลายด้านดังนี้

1. ศิลปะของการดูแล (Art of Care) คือ ปริมาณและคุณภาพของการดูแลที่ให้แก่ผู้ป่วย แสดงออกด้วยความเป็นมิตร ความห่วงใย ความจริงใจและความอดทน

2. เทคนิคคุณภาพของการดูแล (Technical Quality of Care) คือ ความสามารถและทักษะต่าง ๆ ในการทำงานของผู้ให้บริการ อันบ่งบอกถึงความชำนาญ ประสบการณ์ ความแม่นยำ ความมีมาตรฐานสูงเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค และการรักษา และการอธิบายที่ชัดเจนเกี่ยวกับงานบริการที่กระทำ

3. ความสะดวกสบาย (Accessibility / Convenience) คือ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการเตรียมเพื่อให้ผู้รับบริการและผู้ให้บริการได้รับการดูแลที่สะดวกสบาย โดยให้บริการที่กระชับ รวดเร็วเสร็จสิ้นใน ณ จุดเดียว

3. การเงิน (Finances) คือ ความสามารถที่จะจ่ายเพื่อค่าบริการ หรือการเตรียมสำหรับการจ่าย รวมถึงความคุ้มค่าระหว่างรายจ่าย กับบริการที่ได้รับ
4. สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ (Physical Environment) คือสิ่งแวดล้อมทางกายภาพของสถานที่ซึ่งดูสะดวกมีแสงสว่างพอเหมาะ อากาศเย็นสบาย
5. ความพร้อม (Availability) คือความพร้อมของทีมบริการสุขภาพที่เพียงพอในการให้บริการดูแล และมีความพร้อมที่จะให้บริการ
6. ความต่อเนื่องของการดูแล (Continuity of Care) คือความต่อเนื่องในการดูแลหรือความสม่ำเสมอของแหล่งที่ให้การดูแลอย่างครบถ้วนในสถานบริการเดียวกัน
7. ประสิทธิภาพ และผลลัพธ์ของการดูแล (Efficiency / Outcomes of Care) คือ ความมีประโยชน์ ความมีประสิทธิภาพในการช่วยให้มีสภาวะสุขภาพดีขึ้น หรือธำรงรักษาภาวะสุขภาพที่ดี

ความพึงพอใจของผู้รับบริการ ตามแนวความคิดของ อเดย์ และแอนเดอร์สัน (Aday & Anderson, 1975 อ้างถึงใน สายวสันต์ จันทร์คง, 2544) เป็นความรู้สึกหรือความคิดเห็นที่เกี่ยวข้องกับทัศนคติของคนที่เกิดจากประสบการณ์ที่ผู้รับบริการเข้าไปรับบริการในสถานบริการนั้น และประสบการณ์นั้นได้เป็นไปตามการคาดหวังของผู้รับบริการมากน้อยเพียงใด พื้นฐานที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจของผู้รับบริการการรักษาพยาบาลและความรู้สึกที่ผู้ป่วยได้รับจากบริการมี 6 ประเภท คือ

1. ความพึงพอใจต่อความสะดวกที่ได้รับบริการ ซึ่งแยกออกเป็น
 - 1.1 การใช้เวลารอคอยในสถานบริการ
 - 1.2 การได้รับการรักษา ดูแลเมื่อมีความต้องการ
 - 1.3 ความสะดวกสบายที่ได้รับในสถานบริการ
2. ความพึงพอใจต่อการประสานงานของการบริการ ซึ่งแยกออกเป็น
 - 2.1 ผู้ป่วยได้รับบริการทุกประเภทตามความต้องการของผู้ป่วย
 - 2.2 แพทย์ให้ความสนใจสุขภาพทั้งหมดของผู้ป่วยทั้งร่างกายและจิตใจ
 - 2.3 แพทย์ได้มีการติดตามผลการรักษา
3. ความพึงพอใจต่ออรรถาศัย ความสนใจของผู้รับบริการ ได้แก่ การแสดงอรรถาศัยท่าทางที่ดีเป็นกันเองของผู้ให้บริการ และแสดงความสนใจอย่างห่วงใยต่อผู้ป่วย
4. ความพึงพอใจต่อข้อมูลที่ได้รับบริการ แยกออกเป็น 2 ประเภท คือ
 - 4.1 การให้ข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุการเจ็บป่วย
 - 4.2 ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา เช่น การปฏิบัติตนเองของผู้ป่วย การใช้ยา เป็นต้น

5. ความพึงพอใจต่อคุณภาพบริการ ได้แก่ คุณภาพของบริการการดูแลทั้งหมดที่ผู้มารับบริการได้รับในทัศนของผู้รับบริการต่อบริการของโรงพยาบาล

6. ความพึงพอใจต่อค่าใช้จ่าย ได้แก่ ค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ที่ผู้รับบริการจ่ายในการรักษาพยาบาลหรือการมีประกันสุขภาพ

สรุป ความพึงพอใจของผู้รับบริการ หมายถึง ความรู้สึกของผู้รับบริการที่คาดหวังต่อการบริการที่ได้รับ ถ้าบริการนั้นเป็นไปตามความคาดหวังก็เกิดความพึงพอใจ ถ้าบริการนั้นไม่เป็นไปตามความคาดหวัง ก็เกิดความไม่พึงพอใจ หรือพึงพอใจน้อย

ความพึงพอใจของผู้รับบริการนั้น เกิดจากความคาดหวังที่จะได้รับบริการด้านสุขภาพทุกรูปแบบ ฉะนั้นผู้ให้บริการจึงต้องพยายามตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการให้ถูกต้องเหมาะสมกับสถานะการเจ็บป่วย ซึ่งส่วนหนึ่งเกิดจากการสร้างความสุขสบายและความพึงพอใจที่ได้รับ ในทางธุรกิจแล้วจะหมายถึง “การบริการที่ตอบสนองความพึงพอใจของผู้รับบริการได้อย่างเต็มที่หรือต้องตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการที่ต้องการบริการอย่างแท้จริง รวมทั้งต้องบริการในราคาที่ต่ำหรืออย่างมีเหตุผล เมื่อเทียบคู่แข่ง (Orretveit, 1992, p. 3 อ้างถึงใน การเกษตร สังคมพันธ์, 2543) ดังนั้น สิ่งที่ผู้รับบริการต้องการจากพยาบาลนอกเหนือจากการปฏิบัติตามการรักษาของแพทย์ก็คือ การให้การพยาบาลอย่างมีคุณภาพ มองผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางและสามารถตอบสนองความต้องการแก่ผู้รับบริการได้ทั้งด้าน ร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ เป็นการบริการแบบองค์รวม (Holistic Care)

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดของ อเดย์ และแอนเดอร์สัน (Aday & Anderson) มาเป็นแนวทางในการสร้างแนวคำถามเกี่ยวกับความพึงพอใจของผู้รับบริการ

แนวคิดเกี่ยวกับการศึกษาเชิงธรรมชาติวิทยา

การวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เลือกใช้วิธีการศึกษาเชิงธรรมชาติวิทยา ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการวิจัยเชิงคุณภาพ

การวิจัยเชิงคุณภาพ (นิสา ชูโต, 2540) เป็นกระบวนการค้นหาความจริงในสภาพที่เป็นอยู่โดยธรรมชาติ (Naturalistic Inquiry) เป็นการสอบสวนมองภาพรวมรอบด้าน ทุกแง่ ทุกมุม (Holistic Perspective) ด้วยตัวนักวิจัยเอง และโดยใช้วิธีการวิเคราะห์ข้อมูลตีความหมายแบบอุปนัย (Inductive Analysis) เพื่อให้ได้มิติตามความจริงของบุคคลในบริบทสังคม วัฒนธรรมขณะนั้น (Contextual) ดังนั้น วิธีการหรือกระบวนการวิจัยเชิงคุณภาพเกี่ยวข้องกับ “โลก” ของมนุษย์และสังคมนั้นจึงมิได้เป็นวิธีการค้นหาความจริงแบบวิธีเดียว (Single Method) และด้วยแนวคิดทฤษฎีเดียว (Single Paradigm) แต่ประกอบด้วยวิธีการค้นหาความจริงที่มีความหลากหลายของสาขา

วิชาที่เกี่ยวข้องกับสังคมพฤติกรรมและความนึกคิดของมนุษย์ วิธีการสืบค้นหาความจริงประเด็นคำถามและแง่มุมต่าง ๆ รวมทั้งจุดเน้นย่อมจะเชื่อมโยงไปกับปรัชญา แนวคิดพื้นฐานของทฤษฎีในแต่ละศาสตร์และสาขาวิชาต่าง ๆ บางครั้งก็เป็นการผสมผสานของแนวคิดวิธีการของศาสตร์สาขาใหม่ ๆ มุมมองต่าง ๆ เหล่านี้ย่อมมีอิทธิพลต่อพัฒนาการของกระบวนการ และประเด็นปัญหาในวิธีวิจัยเชิงคุณภาพนานาประการ

ลักษณะสำคัญของการวิจัยเชิงคุณภาพ

สุภาวศ์ จันทวานิช (2543) ได้อธิบายถึงลักษณะสำคัญของการวิจัยเชิงคุณภาพ ซึ่งประกอบด้วย 6 ลักษณะ ดังนี้

1. เน้นการมองปรากฏการณ์ให้เห็นภาพรวม โดยการมองจากหลายแง่มุม การศึกษาปรากฏการณ์สังคมจะต้องกระทำโดยศึกษาปรากฏการณ์นั้นจากแง่มุม หรือแนวคิดทฤษฎีที่มีความหลากหลายมากกว่ายึดแนวคิดอันใดอันหนึ่งเป็นหลัก นอกจากนั้นยังต้องไม่พิจารณาปรากฏการณ์อย่างเป็นเสี่ยงเดียว หรือดูเพียงด้านใดด้านหนึ่ง แต่ดูให้เห็นภาพเต็มรูป นักทฤษฎีในศาสตร์ต่าง ๆ มีแนวโน้มที่จะทำตัวเหมือนคนตาบอดคลำช้าง กล่าวคือ มักใช้แนวคิดที่ตนเชื่อศึกษารูปปรากฏการณ์เรื่องใดเรื่องหนึ่งโดยเฉพาะเจาะจง ข้อค้นพบที่ได้จึงเป็นเพียงความเข้าใจในระดับเสี่ยงเดียวแทนที่จะเห็นภาพเต็มรูปของปรากฏการณ์ซึ่งเกิดจากความเกี่ยวพันกันของหน่วยย่อย ๆ หรือบุคคลหลายกลุ่ม ด้วยเหตุนี้การวิจัยเชิงคุณภาพจึงมักศึกษาตัวแปรจำนวนมาก และเป็นสหวิทยาการ
2. เป็นการศึกษาติดตามระยะยาวและเจาะลึก เพื่อให้เข้าใจความเปลี่ยนแปลงของปรากฏการณ์สังคม ซึ่งมีความเป็นพลวัต การวิจัยเชิงคุณภาพจึงใช้วิธีศึกษาคิดตามเป็นเวลายาวนาน การวิจัยจึงมักกินเวลาเป็นปี เพื่อจะให้เห็นสภาพความเปลี่ยนแปลงในระยะต่าง ๆ นอกจากนั้นก็จะเป็นการศึกษาเจาะลึก เช่น การศึกษาเฉพาะกรณี หรือการศึกษาเฉพาะบุคคล เพื่อให้ทำความเข้าใจได้อย่างลึกซึ้งและสามารถมองภาพได้จากหลายแง่มุม
3. ศึกษาปรากฏการณ์ในสภาพแวดล้อมตามธรรมชาติ เพื่อให้เข้าใจความหมายของปรากฏการณ์ นักวิจัยเชิงคุณภาพจึงศึกษาปรากฏการณ์ในสภาพแวดล้อมตามความเป็นจริง มักมีการวิจัยในสนาม (Field Research) ในการวิจัยเชิงคุณภาพจะไม่มี การควบคุมและทดลองในห้องปฏิบัติการ เพราะทำให้ผู้วิจัยไม่เห็นปรากฏการณ์ในบริบททางสังคมและวัฒนธรรม
4. กำหนัดถึงความเป็นมนุษย์ของผู้ถูกวิจัย ด้วยเหตุที่การศึกษาปรากฏการณ์สังคมเป็นการศึกษามนุษย์ นักวิจัยเชิงคุณภาพจึงให้ความสำคัญและเคารพผู้ถูกวิจัยในฐานะที่เป็นเพื่อนมนุษย์ ดังจะเห็นได้จากการที่นักวิจัยเชิงคุณภาพจะเข้าไปสัมผัสกับคนเหล่านั้น สร้างความสนิทสนมและความไว้วางใจพยายามทำความเข้าใจคนเหล่านั้นแบบเอาใจเขามาใส่ใจเรา จนกระทั่งในที่สุดไม่มีการแบ่งเป็นเขาเป็นเรา พร้อมกันนั้นผู้วิจัยก็จะไม่นำข้อมูลของผู้ถูกวิจัยไปใช้ในทางที่จะก่อให้เกิด

เกิดความเสื่อมเสียแก่ผู้ถูกวิจัย ไม่ฝืนใจถ้าผู้ถูกวิจัยไม่เต็มใจหรือไม่ต้องการให้ความร่วมมือ นักวิจัยเชิงคุณภาพจะเข้าไปสัมผัสกับผู้ถูกวิจัยมากกว่าจะใช้เครื่องมือวิจัยอื่นใดเป็นสื่อกลาง

5. ใช้การพรรณนาหรือวิเคราะห์ข้อมูลแบบอุปนัย ในการศึกษาชุมชนหรือการศึกษาเฉพาะกรณี เพื่อให้เห็นภาพรวมในขั้นแรก นักวิจัยเชิงคุณภาพจะให้รายละเอียดเกี่ยวกับสภาพทั่วไปของชุมชนหรือกรณีที่ศึกษา ในลักษณะของการพรรณนา ส่วนใหญ่จะเป็นข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะที่ตั้งทางภูมิศาสตร์ สภาพลมฟ้าอากาศ แบบแผนการดำเนินชีวิตในด้านต่าง ๆ เช่น การทำมาหากิน ความเชื่อทางศาสนา การจัดระเบียบสังคม ขนบธรรมเนียมประเพณี ข้อมูลเหล่านี้เป็นข้อมูลที่ทำให้ผู้อ่านงานวิจัยเกิดความเข้าใจปรากฏการณ์ได้ดีขึ้น และอาจตรวจสอบข้อมูลได้ด้วย ส่วนในการวิเคราะห์นักวิจัยเชิงคุณภาพจะใช้วิธีการตีความสร้างข้อสรุปแบบอุปนัย (Induction) เป็นวิธีการวิเคราะห์ที่สำคัญ วิธีการนี้คือการนำข้อมูลเชิงรูปธรรมย่อย ๆ หลาย ๆ กรณีมาสรุปเป็นข้อสรุปเชิงนามธรรมโดยพิจารณาจากลักษณะร่วมที่พบ ในการวิจัยเชิงคุณภาพจะเน้นการวิเคราะห์แบบอุปนัยมากกว่าการใช้สถิติตัวเลข

6. เน้นปัจจัยหรือตัวแปรด้านความรู้สึนึกคิด จิตใจ ความหมายในการศึกษา ปรากฏการณ์ สังคม นักวิจัยเชิงคุณภาพจะเน้นความสำคัญของตัวแปรด้านจิตใจ ความรู้สึนึกคิด และความหมายที่มนุษย์กำหนดขึ้น องค์ประกอบเหล่านี้คือสิ่งที่นักปรากฏการณ์นิยมให้ความสำคัญ นักวิจัยเชิงคุณภาพเชื่อว่า องค์ประกอบด้านจิตใจ ความคิดและความหมายคือสิ่งที่อยู่เบื้องหลังพฤติกรรมมนุษย์และเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมมนุษย์ที่แสดงออกมา จึงจำเป็นต้องทำความเข้าใจให้ชัดเจนจึงจะสามารถอธิบายปรากฏการณ์ได้

การวิจัยเชิงคุณภาพ มีวิธีการศึกษาหลายวิธีด้วยกัน แต่ที่ผู้วิจัยเลือกใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นวิธีการศึกษาทางธรรมชาติวิทยา ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

การศึกษาทางธรรมชาติวิทยา (Naturalistic Inquiry)

ลินคอล์น และกูบา (Lincoln & Guba, 1985) ได้อธิบายเกี่ยวกับความเชื่อพื้นฐาน (Axiom) ของการศึกษาทางธรรมชาติวิทยา ซึ่งพอสรุปได้ดังนี้

1. การศึกษาทางธรรมชาติวิทยา เชื่อว่า ธรรมชาติของความจริง (The Nature of Reality) หรือความจริงที่ปรากฏมีมากมายหลายมุมมอง การค้นหาความหมายของความจริงหรือปรากฏการณ์ใด ๆ ที่ผู้วิจัยสนใจ เป็นการทำความเข้าใจสิ่งนั้นตามมุมมองหรือบริบทของตัวอย่างวิจัยซึ่งไม่สามารถแยกออกจากบริบทได้ ไม่สามารถทำนายหรือควบคุมผลที่จะเกิดขึ้นมาได้
2. ขอบเขตของการศึกษา ศึกษาในบริบทที่ตัวอย่างวิจัยอยู่จริง
3. จุดมุ่งหมายของการศึกษาเป็นการพัฒนาองค์ความรู้ ซึ่งอธิบายหรือให้ความหมายตามมุมมองของแต่ละบุคคล

4. มีปัจจัยหลาย ๆ อย่างส่งผลกระทบต่อการวิจัย เนื่องจากการทำวิจัยต้องเข้าสู่ภาคสนามที่เป็นบริบทจริง

5. ความมีคุณค่าของการศึกษาขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ เช่น ผู้วิจัย ผู้ให้ข้อมูล บริบทขณะนั้น ฯลฯ

คุณลักษณะของการศึกษาทางธรรมชาติวิทยา

ลินคอล์น และกูบา (Lincoln & Guba, 1985) ได้อธิบายถึงคุณลักษณะของการศึกษาทางธรรมชาติวิทยา ซึ่งพอสรุปได้ดังนี้

1. ผู้วิจัยต้องเข้าไปศึกษาในสิ่งแวดล้อมหรือบริบทที่ต้องการศึกษานั้น (Natural Setting) เนื่องจากความเป็นจริงหรือภาพรวมทั้งหมดไม่สามารถแยกส่วนได้
2. ใช้บุคคลเป็นเครื่องมือในการให้ข้อมูลระดับต้น (Human Instrument)
3. ความรู้ที่ได้เป็นปรนัย (Utilization of Tacit Knowledge)
4. ใช้การวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Methods)
5. ใช้กลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling)
6. ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลแบบอุปนัย (Inductive Analysis)
7. ทฤษฎีได้มาจากข้อมูลในการศึกษาวิจัยในครั้งนั้น ๆ (Grounded Theory)
8. รูปแบบของการศึกษาจะปรับเปลี่ยนไปในขณะที่การวิจัยได้ดำเนินไป (Emerging Design)
9. ข้อมูลหรือผลที่ได้ต้องเป็นข้อตกลงที่เข้าใจร่วมกัน (Negotiated Outcomes) ระหว่างผู้ให้ข้อมูลและผู้วิจัย เนื่องจากการศึกษาขึ้นอยู่กับสิ่งแวดล้อมและบริบทและคุณภาพของการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้ข้อมูลและผู้วิจัย
10. ใช้วิธีการรายงานผลแบบกรณีศึกษา (Case Study Reporting Mode)
11. ใช้การตีความทางภาษาหรือภาพ (Idiographic Interpretation)
12. ผลการวิจัยขึ้นอยู่กับปฏิสัมพันธ์และบริบทต่าง ๆ การที่จะนำผลที่ได้ไปประยุกต์ใช้จึงเปรียบเสมือนเป็นการทดลอง (Tentative Application) เนื่องจากความจริงที่ค้นพบมีหลายมุมมองและหลากหลายบริบท
13. การศึกษาทางธรรมชาติวิทยา จำกัดขอบเขตทางการศึกษาไว้ที่ปัญหาที่ต้องการจะศึกษาเท่านั้น (Focus Determined Boundaries)
14. มีข้อบ่งชี้เฉพาะสำหรับความเชื่อถือได้ของการวิจัย (Special Criteria for Trustworthiness)

ความน่าเชื่อถือในคุณค่าของงาน (Trustworthiness)

มาตรฐานของงานวิจัยเป็นสิ่งสำคัญ เป็นสิ่งที่แสดงให้เห็นว่างานวิจัยชิ้นนั้นเชื่อถือได้มากน้อยเพียงใด วิจิตร ศรีสุพรรณ (2545) และนิศา ชูโต (2540) ได้อธิบายถึงความน่าเชื่อถือในคุณภาพของงานวิจัย ซึ่งพอสรุปได้ดังนี้

1. ความเชื่อถือได้ (Credibility) หมายถึง การตรวจสอบความสอดคล้องของข้อมูล และการตีความของผู้วิจัยเกี่ยวกับความเป็นจริงระดับต่าง ๆ กับความคิดของผู้ให้ข้อมูลว่าสอดคล้องต้องกันหรือไม่ ลินคอล์น และกูบา (Lincoln & Guba, 1985) เออร์แลนสัน, แฮร์ริส, สกิปเปอร์ และเอลเลน (Erlandson, Harris, Skipper, & Allen, 1993) ได้กล่าวถึงวิธีการสร้างความเชื่อมั่นในงานวิจัยไว้ ดังนี้

1.1 การอยู่เฝ้าในสนามเป็นช่วงเวลานาน (Prolonged Engagement) จนสามารถตรวจสอบความเข้าใจในประเด็นสำคัญได้ถูกต้อง

1.2 การสังเกตอย่างบริจัจ (Persistent Observation) เพื่อให้เข้าใจคุณลักษณะที่สำคัญที่เกิดขึ้นและความหมายต่าง ๆ

1.3 การตรวจสอบสามเส้า (Triangulation) โดยการใช้การเก็บข้อมูลหลายวิธี เช่น การสังเกต การสัมภาษณ์ บันทึกเทป ถ่ายรูป ตรวจสอบเอกสาร เพื่อเป็นการยืนยันซึ่งกันและกัน

1.4 การอ้างอิงอย่างเพียงพอ (Referential Adequacy) มีการใช้สารสนเทศต่าง ๆ ครอบคลุมและมีการตรวจสอบความถูกต้องก่อนใช้เป็นหลักฐานอ้างอิง

1.5 การตรวจสอบระหว่างเพื่อนที่ร่วมวิจัย (Peer Debriefing) เพื่อดูความชัดเจน และพัฒนาการความเข้าใจ ปรัชญาหรือเกี่ยวกับแนวทางการวิจัย ช่วยกันแก้ปัญหาต่าง ๆ ซึ่งกันและกัน

1.6 การตรวจสอบกับผู้ให้ข้อมูล (Member Check) ข้อมูลที่ได้จากการตีความเรื่องราวต่าง ๆ จะต้องมีการตรวจสอบ โดยผู้เกี่ยวข้องเป็นระยะทุกขั้นตอน ตั้งแต่ต้นจนสุดท้ายของการศึกษา

1.7 การบันทึกการสะท้อนคิด (Reflexive Journal) คือ การบันทึกการสะท้อนความคิดความรู้สึกของผู้วิจัยที่เกิดขึ้นต่อเหตุการณ์ที่ประสบ เพื่อเป็นการกักเก็บความรู้สึกส่วนตัวออกจากข้อมูล ทำให้ข้อมูลที่ได้เป็นกลาง ไม่มีการผสมผสานความคิดของผู้วิจัย

2. การถ่ายโอนผลการวิจัย (Transferability) หมายถึง การสามารถอ้างผลการวิจัยไปยังสภาพการณ์ในบริบทที่คล้ายคลึงกัน ซึ่ง ลินคอล์น และกูบา (Lincoln & Guba, 1985) เออร์แลนสัน, แฮร์ริส, สกิปเปอร์ และเอลเลน (Erlandson, Harris, Skipper, & Allen, 1993) ได้กล่าวว่า การถ่ายโอนผลการวิจัยทำได้โดยการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sample)

ที่ครอบคลุมแนวคิดที่ต้องการศึกษา และผู้วิจัยต้องมีการเขียนบรรยายสิ่งต่าง ๆ ที่ปรากฏไว้อย่างชัดเจน (Thick Description) เพื่อให้ผู้อ่านสามารถเข้าใจขั้นตอนและสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นได้อย่างชัดเจน และการบันทึกสะท้อนคิด (Reflexive Journal) จะเป็นสิ่งยืนยันว่างานวิจัยมีความเป็นกลาง และสามารถนำไปใช้ในบริบทที่คล้ายคลึงกันได้

3. การพึ่งพากับเกณฑ์อื่น (Dependability) หมายถึงการใช้วิธีการอื่น ๆ เข้าร่วมกันหลายวิธีในการตรวจสอบความตรงของข้อมูลของแนวคิดทฤษฎี ใช้นักวิจัยหลายคนในการตรวจสอบสิ่งเดียวกันเพื่อผลลัพธ์ที่เกิดว่าตรงกันหรือไม่ เป็นการตรวจสอบซึ่งกันและกัน สนับสนุนกัน โดยการใช้การตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ อาจารย์ (Dependability Audit)

4. การยืนยันผลการวิจัย (Confirmability) หมายถึง ความสามารถในการยืนยันผลอันเกิดจากข้อมูล ได้มีการเสนอแนะให้ใช้วิธีการตรวจสอบสามเส้า (Triangulation) เช่น การตรวจสอบแนวคิด สมมติฐาน งานวิจัยอื่น ๆ ที่คล้ายคลึงกัน จากบันทึกสาเหตุและเหตุผล (Thick Description) บันทึกการสะท้อนคิดประจำวัน (Reflexive Journal) ในการมองปัญหาของผู้วิจัยอย่างชัดเจน รวมทั้งการตรวจสอบแนวคิดกับผู้เชี่ยวชาญ

การเก็บรวบรวมข้อมูล การเก็บรวบรวมข้อมูลอาจกระทำโดยการสัมภาษณ์เป็นหลัก การสังเกต การบันทึกภาคสนาม การตรวจสอบข้อมูลเอกสารอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

1. การสัมภาษณ์ โดยการใช้แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้างหรือแบบไม่มีโครงสร้าง การสัมภาษณ์ อันเป็นวิธีการสำคัญในการศึกษาวิจัย แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้ (นิศา ชูโต, 2540)

1.1 การสัมภาษณ์เป็นทางการ (Formal) คือ การสัมภาษณ์ที่มีการนัดแนะเวลา สถานที่แน่นอนไว้ก่อน รวมทั้งมีการบันทึกเทป การสัมภาษณ์เป็นทางการ ส่วนใหญ่นั้นเป็นการสัมภาษณ์ผู้รู้ (Key Informants) ผู้มีตำแหน่งการงาน การสัมภาษณ์แบบนี้ส่วนใหญ่แล้วจะต้องสัมภาษณ์หลายครั้งจึงจะได้ข้อมูลครบถ้วน ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์แบบเป็นทางการนั้น แม้ว่าการสัมภาษณ์ได้ตอบจะชัดเจนไม่เป็นธรรมชาติเหมือนการสัมภาษณ์แบบไม่เป็นทางการ หรือการพูดคุยแบบกันเองก็ตาม แต่ความคลาดเคลื่อนของข้อมูลจากการจำของผู้สัมภาษณ์จะเกิดขึ้นน้อยสุด เพราะผู้รู้จะมีเวลาเตรียมข้อมูล รวมทั้งความชำนาญในเรื่องราวที่จะให้ข้อมูล

1.2 การสัมภาษณ์แบบไม่เป็นทางการ (Informal) คือ การสัมภาษณ์ที่เกิดจากการพบปะโดยส่วนตัว ซึ่งอาจมีการนัดหมายไว้ก่อน แต่ก็ยังไม่ตกลงเป็นที่แน่นอน ดังนั้นถ้าบังเอิญมีเครื่องบันทึกเสียงก็อาจใช้บันทึกไว้ แต่ถ้าไม่มีนักวิจัยก็ต้องจดและจำไว้ก่อน แล้วจึงเขียนบันทึกการสัมภาษณ์ไว้ภายหลัง การสัมภาษณ์แบบไม่เป็นทางการนี้อาจจะทำให้หลายครั้ง หลายหนเป็นช่วง ๆ แล้วแต่เวลาที่พบกัน และในขณะที่สัมภาษณ์อาจมีบุคคลอื่น ๆ ปรากฏตัว หรือพูดจา

สอดคล้องกันได้ บรรยายการพูดจาตอบโต้เป็นกันเองกว่าแบบแรก แต่การระลึกได้ของข้อมูลจากการสัมภาษณ์แบบนี้จะมีความคลาดเคลื่อนกว่าแบบแรก

1.3 การสัมภาษณ์แบบพูดคุยอย่างกันเอง (Casual) การพูดคุยแบบนี้ไม่มีการบันทึกเทป เกิดจากการพบปะพูดคุยกันธรรมดา การได้ตอบ สนทนาพูดคุยจะหลั่งไหลไปตามธรรมชาติ ดังนั้น ความคลาดเคลื่อนของการระลึกได้ของข้อมูลจากผู้ถูกสัมภาษณ์แบบคำต่อคำจะเกิดขึ้นสูงกว่าสองแบบข้างต้น

โดยสรุปแล้วมักจะใช้การสัมภาษณ์แบบเป็นทางการและใช้การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-Depth Interview) ซึ่งเป็นการสนทนาอย่างมีเป้าหมายที่เฉพาะเจาะจงระหว่างผู้สัมภาษณ์กับผู้ให้สัมภาษณ์เพียงคนเดียว ในลักษณะปฏิสัมพันธ์ทางสังคมที่เผชิญหน้าซึ่งกันและกันโดยตรง แบบการแลกเปลี่ยนที่เป็นธรรมชาติและมีจุดสนใจอยู่ที่การรับรู้เกี่ยวกับความคิดเห็น ความเชื่อ ชีวิตและประสบการณ์ โดยใช้แนวคำถามที่เป็นคำถามปลายเปิดที่ต้องจัดเตรียมขึ้นเพื่อใช้ในการสัมภาษณ์และสามารถใช้การสังเกตร่วมด้วยได้

2. การสังเกต นิสา ชูโต (2540, หน้า 91) ได้ให้ความหมาย การสังเกต ว่าหมายถึง การเฝ้าดูหรือศึกษาเหตุการณ์หรือเรื่องราวโดยละเอียด ดังนั้นเมื่อกล่าวถึงการสังเกตเพื่อรวบรวมข้อมูล ย่อมนั้นอยู่กับวัตถุประสงค์ว่า ใครจะเป็นผู้สังเกต สังเกตอะไร ภายใต้บริบทอย่างไร เพราะความหมายของการสังเกตจะแปรเปลี่ยนไปตามบริบท

การสังเกตที่ใช้ในการวิจัยมี 2 แบบ (สุภางค์ จันทวานิช, 2543) คือ การสังเกตแบบมีส่วนร่วมและการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม โดยปกติแล้วการสังเกตแบบแรกจะเป็นที่นิยมใช้มากกว่าการสังเกตแบบหลัง

2.1 การสังเกตแบบมีส่วนร่วม (Participant Observation) บางครั้งเรียกกันว่าการสังเกตภาคสนาม (Field Observation) หรือการสังเกตเชิงคุณภาพ (Qualitative Observation) การสังเกตแบบมีส่วนร่วม คือ การสังเกตชนิดที่ผู้สังเกตเข้าไปใช้ชีวิตร่วมกับกลุ่มคนที่ถูกศึกษามีการร่วมกระทำกิจกรรมด้วยกัน และพยายามให้คนในชุมชนนั้นยอมรับว่า ผู้สังเกตมีสถานภาพบทบาทเช่นเดียวกับตน

การสังเกตแบบมีส่วนร่วมนี้ นักวิจัยใช้กันมากในการศึกษาสังคมเล็ก ๆ หรือชุมชน

ในแง่ของระเบียบวิธี การสังเกตแบบมีส่วนร่วม จะต้องประกอบด้วย กระบวนการสามขั้น คือ การสังเกต การซักถาม และการจดบันทึก นอกเหนือไปจากการเฝ้าดูแล้ว นักวิจัยจะซักถามบางสิ่งบางอย่างที่ไม่อาจเข้าใจได้จากการสังเกต โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ข้อมูลที่เกี่ยวกับความหมายหรือสัญลักษณ์ การซักถามนี้คือการสัมภาษณ์อย่างไม่เป็นทางการนั่นเอง หลังจากนั้นจึงทำการจดบันทึกข้อมูล

ข้อดีของการสังเกตแบบนี้คือ จะได้ข้อมูลที่แท้จริง เนื่องจากผู้ที่ถูกศึกษาไม่ทราบว่าตนถูกสังเกต พฤติกรรมที่แสดงออกมาเป็นไปตามธรรมชาติ แต่การสังเกตแบบมีส่วนร่วมก็มีข้อด้อย คือ ก่อให้เกิดความผูกพันทางอารมณ์ระหว่างผู้วิจัยกับผู้ถูกวิจัย อาจเป็นเหตุให้เกิดมือคดิเข้าข้างกลุ่มที่ตนศึกษาอยู่ ข้อมูลที่ได้อาจจะขาดความเที่ยงตรง แต่ก็มีวิธีการที่จะตรวจสอบข้อมูลได้ ส่วนปัญหาในการแสดงบทบาทก็มีโอกาสที่จะถูกจับได้ นักวิจัยบางคนถือว่าการไม่เปิดเผยความสนใจของนักวิจัยให้ผู้ถูกวิจัยทราบเป็นการผิดจรรยาบรรณ แต่บางคนเห็นว่าเป็นการไม่ผิดเพราะไม่ได้ให้ผลร้ายต่อผู้ถูกวิจัย นอกจากนี้แล้วการไม่เปิดเผยตนเองทำให้มีข้อจำกัดในการจดบันทึกเหตุการณ์ หรือการเข้าร่วมในพฤติกรรมของกลุ่มได้

2.2 การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม (Non-Participant Observation) หรือการสังเกตโดยตรง เป็นการสังเกตที่ผู้วิจัยจะเฝ้าสังเกตอยู่วงนอก กระทำตนเป็นบุคคลภายนอกโดยไม่เข้าไปร่วมในกิจกรรมที่ทำอยู่ การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วมนี้บางครั้งเรียกว่า “Unobstrusive Method” (Denzin, 1978 อ้างถึงใน สุรางค์ จันทวานิช, 2543) การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วมในความหมายนี้ไม่ได้หมายถึงเพียงการไม่เข้าร่วมในชีวิตหรือกิจกรรมของกลุ่มเท่านั้น ยังหมายถึงการไม่ได้เข้าไปอยู่ในบริเวณสถานที่นั้นด้วย มักใช้ในกรณีที่ไม่ต้องการให้ผู้ถูกสังเกตรู้สึกรบกวนจากตัวผู้สังเกต เช่น ในการสังเกตการเรียนการสอนในห้องเรียน การดูแลรักษาผู้ป่วย ซึ่งผู้วิจัยอาจไม่สามารถเข้าไปมีส่วนร่วมได้ อย่างไรก็ตามหากผู้ถูกสังเกตรู้ตัวว่ามีคนคอยสังเกตอยู่ อาจมีผลกระทบต่อพฤติกรรมให้ผิดไปจากปกติได้

วิธีการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม สามารถเก็บข้อมูลในระยะเวลาที่สั้นกว่าและเปลืองทุนทรัพย์น้อยกว่าการสังเกตแบบมีส่วนร่วม แต่ไม่อาจจะเก็บข้อมูลได้ละเอียดสมบูรณ์เท่าการสังเกตแบบมีส่วนร่วม การไม่แสดงตนของนักวิจัยในการสังเกตโดยตรงอาจช่วยให้นักวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลอยู่ในสนามได้โดยไม่มีใครสังเกต โดยเฉพาะในสังคมสมัยใหม่และชุมชนเมืองที่มีคนมากหนาหลายตาและไม่จำเป็นต้องรู้จักกัน ผู้วิจัยก็ไม่จำเป็นต้องแสดงตน แต่ในสังคมชนบทที่มีคนรู้จักกันทั่ว การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วมโดยผู้วิจัยไม่แสดงตัวว่าเป็นผู้วิจัยจะทำได้ยาก การใช้วิธีสังเกตโดยตรงจึงขึ้นอยู่กับเนื้อหาและสถานที่ของการวิจัย อย่างไรก็ตามถ้าหากนักวิจัยเลือกใช้วิธีการสังเกตแบบใดแบบหนึ่ง ก็อาจเก็บข้อมูลได้ไม่ครบได้ทุกเรื่อง ดังนั้นนักวิจัยอาจจะใช้วิธีการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วมในระยะแรกของการวิจัย แล้วจึงตัดสินใจใช้วิธีการสังเกตแบบมีส่วนร่วมในภายหลังก็ได้

กล่าวโดยสรุปแล้ว วิธีการสังเกตทั้งสองแบบนี้ ต่างมีจุดมุ่งหมายเพื่อสังเกตพฤติกรรม และเหตุการณ์ในลักษณะที่สำคัญ ๆ เพื่อจะหาความสัมพันธ์และความหมายของปรากฏการณ์สังคม ในการใช้วิธีการสังเกต ผู้วิจัยจะต้องเลือกใช้วิธีการสังเกตตามความเหมาะสมกับสภาพการณ์ที่เกิดขึ้น เพื่อให้ได้ผลการวิจัยที่มีคุณภาพและมีความสมบูรณ์ตามต้องการ

3. การบันทึกภาคสนาม สุลักษณ์ จันทวานิช (2543) ได้ให้ความหมายการบันทึกภาคสนาม คือ การบันทึกข้อมูลที่ได้จากการสังเกต การจดบันทึก เป็นวิธีการสำคัญในการเก็บข้อมูลเพื่อทำให้การวิจัยนั้นสมบูรณ์ยิ่งขึ้น การจดบันทึกจึงทำเพื่อ

- 3.1 ป้องกันการลืม
- 3.2 ช่วยตั้งสมมติฐานชั่วคราวในการวิเคราะห์ข้อมูลในสนาม
- 3.3 ช่วยเรียบเรียงความคิดในการวางแผนงานต่อไป
- 3.4 ช่วยสรุปข้อมูลเป็นระยะ ๆ

การจดบันทึกเป็นการสนับสนุนให้การมีวิจัยมีคุณภาพยิ่งขึ้น รวมทั้งคุณภาพในการสังเกตด้วย ยิ่งในกรณีที่มีการสังเกตพฤติกรรมหรือกลุ่มบุคคลหลายอย่างในเวลาเดียวกันการใช้เพียงความจำอย่างเดียวจะทำให้ข้อมูลคลาดเคลื่อนได้ การจดบันทึกจึงต้องทำอย่างมีระบบและเป็นขั้นตอน คือ

1. บันทึกย่อ ในการสังเกตนักวิจัยจะรู้สึกได้เองว่าไม่ควรจดบันทึกให้เห็นโจ่งแจ้ง เพราะอาจจะทำให้ผู้ถูกสังเกตรู้สึกว่าการสังเกตและบันทึก ซึ่งจะมีผลให้เขาหุคคิด หรือมีปฏิกิริยาที่ไม่เป็นธรรมชาติได้ ฉะนั้นถ้าจำเป็นต้องบันทึกก็ควรบันทึกเฉพาะข้อความที่สำคัญ ๆ ใช้คำย่อ ส่วนในเหตุการณ์ที่ผู้สังเกตไม่สามารถจดอะไรได้เลย เพราะสถานการณ์ไม่เอื้อ ก็จำเป็นต้องใช้ความจำ นักวิจัยจึงต้องฝึกฝนในการจำ การจดโน้ตอย่างเปิดเผยจะกระทำก็ต่อเมื่อนักวิจัยแสดงตัวอย่างเปิดเผยว่าเป็นนักศึกษา นักสัมภาษณ์ และผู้ถูกสังเกตคาดหวังว่าจะมีการจดบันทึก
2. บันทึกภาคสนาม นอกจากการจดข้อความสำคัญแล้ว นักวิจัยจะต้องให้เวลากับการทำบันทึกภาคสนาม โดยจัดเวลาเฉพาะให้เป็นพิเศษ วันละ 1-2 ชั่วโมง เพื่อบันทึกเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในช่วงที่ผ่านมามอาจทำบันทึกทุกวันก่อนนอน หรือถ้างานวิจัยเป็นงานที่ต้องทำกลางคืน ก็ควรให้เวลาตอนเช้าสำหรับเขียนบันทึก ประเด็นอยู่ที่ว่าการทำบันทึกภาคสนามควรทำทุก ๆ 24 ชั่วโมง ถ้าจะทิ้งช่วงข้าม 1-2 วัน ก็ควรจะเป็นกรณีพิเศษจริง ๆ นักวิจัยจะต้องจัดระบบและทำตารางเวลา จัดหาสถานที่เพื่อนั่งทำบันทึกภาคสนามเป็นประจำทุกวัน การทำบันทึกภาคสนามนี้ไม่ใช่การเขียนรายงาน ฉะนั้น วิธีการเขียน การเรียบเรียงถ้อยคำและเนื้อหาที่จะเขียนไม่จำเป็นจะต้องสมบูรณ์

4. การทบทวนหรือศึกษาเอกสารอื่นที่เกี่ยวข้อง ข้อมูลเอกสารจำแนกได้เป็นหลายประเภท เช่น เอกสารชั้นต้นหรือเอกสารชั้นรอง (สุรางค์ จันทวานิช, 2543) เอกสารชั้นต้น คือ เอกสารที่เป็นข้อมูลหลักฐานโดยตรงถือเป็นต้นฉบับ เช่น จดหมายเหตุ บันทึกรายการ ประกาศ ผู้วิจัยอาจนำไปใช้ตีความตามความเข้าใจของตน ส่วนเอกสารชั้นรอง คือ ข้อมูลหลักฐานที่มีได้มาโดยตรงแต่ได้มาจากแหล่งอื่น เช่น ได้มีผู้รวบรวมไว้แล้วนำมาวิเคราะห์เสนอหรืออ้างอิง ซึ่งข้อมูลจากเอกสารนี้มีประโยชน์มากแต่ต้องใช้เวลาในการวิเคราะห์และตีความ

การวิเคราะห์ข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูลนั้นกระทำโดยนักวิจัยจะนำเอารายละเอียดและประสบการณ์ในสนามมาแสดงให้เห็นความเกี่ยวข้องและเชื่อมโยงกับปัญหาการวิจัย (นิสา ชูโต, 2540) โดยวิเคราะห์ให้เห็นรายละเอียดที่ลึกซึ้ง (Thick Description) ให้เห็นรูปแบบประสบการณ์ วิธีคิด กรอบของบริบทสนามหรือเพียงแต่ต้องการแสดงภาพตัวอย่างเพื่อประกอบการวิเคราะห์เพื่อให้เห็น เปรียบเทียบความเหมือน ความแตกต่าง ของแต่ละกรณี

การเก็บข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล นิสา ชูโต (2540) ได้กล่าวว่า ในช่วงขณะที่เก็บข้อมูลไม่ว่าจะเป็นการสังเกต การสัมภาษณ์ ข้อมูลเอกสารในสนามนั้น นักวิจัยจะใช้เวลาวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้ควบคู่กันไปและนำผลวิเคราะห์มาใช้ในการปรับแนวคิด ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล และวิธีการเก็บข้อมูลให้ครบถ้วน เพิ่มความแม่นยำตรงของการวิจัยยิ่งขึ้น

ดังนั้นช่วงการเก็บข้อมูลกับการวิเคราะห์ จึงมิได้แยกออกจากกันอย่างเด็ดขาดเป็นสองช่วง แต่เป็นกระบวนการที่ควบคู่กันไป เพียงแต่ความเข้มข้นของกิจกรรมในแต่ละช่วงแตกต่างกัน

กระบวนการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ จึงเริ่มกระทำไปเรื่อย ๆ ตั้งแต่อยู่ในสนามและหลังจากเก็บข้อมูลเสร็จก็เป็นช่วงที่นำเอาแนวคิดต่าง ๆ ที่ได้พัฒนาไว้ก่อนมาวิเคราะห์ทำเป็นระบบอีกครั้งหนึ่ง ซึ่งจะทำการวิเคราะห์เป็นระบบ และทำได้สะดวกไม่ยุ่งยากสับสน

จากแนวคิดการวิจัยเชิงธรรมชาติวิทยาดังกล่าว ผู้วิจัยคิดว่าการวิจัยเชิงธรรมชาติวิทยา ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการวิจัยเชิงคุณภาพมีความเหมาะสมกับเรื่องที่ต้องการศึกษาเป็นอย่างยิ่ง เพราะวิธีการวิจัยเชิงธรรมชาติวิทยา สามารถแสวงหาความรู้เพื่ออธิบายวัตถุประสงค์การวิจัยได้อย่างครอบคลุม ลึกซึ้ง ตามมุมมองของผู้ให้ข้อมูลที่เกิดขึ้นจริง