

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษารูปแบบการบริหารงานของศูนย์สุขภาพชุมชนในเครือข่ายโรงพยาบาลชุมชน
แห่งหนึ่ง ในสังกัดทรวงสาธารณสุข ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรม เพื่อนำมาใช้เป็นแนวทางในการ
เก็บรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล ซึ่งสรุปสาระสำคัญได้ดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
2. แนวคิดเกี่ยวกับศูนย์สุขภาพชุมชน
3. แนวคิดการบริหารงานแบบจำลอง 7-S ของแมคคินซี
4. แนวคิดการศึกษาการวิจัยในสภาพธรรมชาติ

แนวคิดเกี่ยวกับหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หมายถึง สิทธิของประชาชนไทยทุกคนที่จะได้รับการ
สุขภาพที่มีมาตรฐานอย่างเสมอหน้า ด้วยเกียรติ ศักดิ์ศรีที่เท่าเทียมกัน โดยไม่มีปัญหาอุปสรรค
เกี่ยวกับภาระค่าใช้จ่าย (ภูษิต ประคองสาย, 2544) ทั้งนี้เพื่อให้เกิด

ความเสมอภาค (equity) โดยนอกจากความเสมอภาคในแง่เป็นสิทธิตามกฎหมาย
แล้ว ความเสมอภาคควรในด้าน (1) การกระจายด้านค่าใช้จ่ายในลักษณะก้าวหน้า และ
เป็นธรรม และ (2) การเข้าถึงบริการที่ได้มาตรฐานสูงเพียงพออย่างเสมอหน้า

ประสิทธิภาพ (efficiency) ในระบบสุขภาพ กล่าวคือ เป็นระบบที่ใช้ทรัพยากรอย่าง
ประหยัด คุ่มค่าที่สุด โดยใช้ระบบบริหารจัดการที่เคร่งครัด และเน้นบริการผ่านเครือข่ายบริการ
ปฐมภูมิ (primary care networks) ซึ่งสามารถมีต้นทุนผลลัพธ์สุขภาพต่อหน่วยต่ำ

ทางเลือกในการรับบริการ (choice) ประชาชนมีสิทธิเลือกบริการที่หลากหลายจาก
ผู้ให้บริการประเภทต่าง ๆ (รวมถึงสถานบริการของภาคเอกชน) สามารถเข้าถึงง่าย และเลือกได้
อย่างมีประสิทธิภาพ

แนวทางการดำเนินงานสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า กระทรวงสาธารณสุข

เป้าหมายของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (กระทรวงสาธารณสุข, 2544 ก) คือ

การสร้างหลักประกันให้ประชาชนทุกคนเข้าถึงบริการทางด้านสุขภาพได้ตามความจำเป็น โดยที่ประชาชนมีสิทธิขั้นพื้นฐานไม่ใช่เป็นเรื่องที่รัฐจะต้องสงเคราะห์หรือช่วยประชาชน เพื่อให้บุคคลยอมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน และผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย เพื่อให้การสร้างหลักประกันให้กับประชาชนทุกคน สามารถเข้าถึงการบริการทางด้านสุขภาพเพียงอย่างเดียวคงไม่เพียงพอที่จะทำให้ประชาชนทุกคนจะมีสุขภาพดี ซึ่งเป็นเป้าหมายสูงสุดของระบบสุขภาพได้ การที่ประชาชนจะมีสุขภาพดีได้นั้น ประชาชนจะต้องสามารถพึ่งพาตนเองทางด้านสุขภาพได้มากขึ้น สามารถเข้ามามีส่วนร่วมดูแลและบริการจัดการระบบสุขภาพได้ โดยถือว่าสุขภาพเป็นเรื่องของประชาชนทุกคน และเพื่อประชาชนทุกคน (all for health and health for all) ทั้งหมดตระหนักถึงการป้องกันสุขภาพ มากกว่าการรักษาสุขภาพ

หลักการสำคัญในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

1. กระบวนการสร้างหลักประกันสุขภาพควรให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในทุกระดับ และเป็นเจ้าของร่วมกัน มีความรับผิดชอบร่วมกันระหว่างรัฐกับประชาชน โดยมีเป้าหมาย คือ สุขภาวะ ตามหลักการสุขภาพพอเพียง
2. ประชาชนต้องได้รับการคุ้มครองสิทธิในการได้รับบริการที่มีคุณภาพ และในระยะถัดไปเมื่อระบบการจัดการลงตัวแล้ว ประชาชนควรจะมีสิทธิในการเลือกขึ้นทะเบียน และการใช้บริการจากหน่วยบริการระดับต้น หรือเครือข่ายหน่วยบริการระดับต้นที่ตนเองพึงพอใจ และใกล้บ้านที่ทำงาน เพื่อเป็นสถานพยาบาลประจำบุคคลหรือประจำครอบครัว
3. สถานบริการทั้งของรัฐและเอกชนที่จะให้บริการ จะต้องเป็นสถานพยาบาลที่มีมาตรฐานและได้รับการรับรองคุณภาพ (quality accreditation) โดยถือว่าการรับรองคุณภาพสถานพยาบาลเป็นเงื่อนไขที่จำเป็น เพื่อสร้างหลักประกันว่าประชาชนจะได้รับบริการที่มีคุณภาพ
4. ระบบประกันสุขภาพจะให้ความสำคัญกับการมีและใช้หน่วยบริการระดับต้น (primary care) เป็นจุดบริการด่านแรก ซึ่งทำหน้าที่ให้บริการแบบผสมผสาน (ทั้งการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพ) กรณีเกินความสามารถ หน่วยบริการระดับต้นจะรับผิดชอบส่งผู้ป่วยไปรับบริการต่อสถานบริการอื่นที่เป็นเครือข่ายที่มีศักยภาพที่เหนือกว่า เป็นต้น

5. สนับสนุนให้หน่วยบริการระดับต้นด้วยตนเอง และหน่วยบริการระดับต้นกับสถานพยาบาลระดับอื่นให้บริการร่วมกันในลักษณะเครือข่าย (provider network) โดยอาจจะเป็นเครือข่ายของภาครัฐด้วยตนเอง หรือภาครัฐกับเอกชน

6. ระบบการเงินการคลังเพื่อการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จะต้องเป็นระบบที่สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายได้ในระยะยาว (cost containment system) และจะต้องระวังไม่ให้เกิดสภาพที่ประชาชนมาพึ่งบริการมากเกินไปจนความจำเป็น กลไกการจ่ายเงินแก่สถานพยาบาลจะต้องเป็นการจ่ายแบบปลายปิด (close end) และเป็นการจ่ายเงินแบบมุ่งเน้นผลลัพธ์การดำเนินงาน (performance related payment)

7. สิทธิประโยชน์หลักและรูปแบบกลไกการจ่ายเงิน (payment mechanism) แก่ผู้ให้บริการจะต้องเป็นมาตรฐานเดียวกันไม่ว่าจะบริการโดยกองทุนประกันสุขภาพที่กองทุนใดก็ตาม

8. ระบบประกันสุขภาพในอนาคต ควรจะประกอบกองทุนประกันสุขภาพเพียงกองทุนเดียว แต่ในระยะเปลี่ยนผ่านอาจจะมี 2 กองทุนที่มีเอกภาพในการบริหารงาน มีชุดสิทธิประโยชน์หลักเหมือนกัน

ชุดสิทธิประโยชน์หลัก (core package) ของระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ

1. ชุดสิทธิประโยชน์หลักของระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ จะประกอบด้วยบริการพื้นฐาน โดยอ้างอิงชุดสิทธิประโยชน์ของโครงการประกันสังคม เพิ่มเติมด้วยบริการส่งเสริมสุขภาพ และการควบคุมป้องกันโรค ที่เป็นบริการส่วนบุคคลและครอบครัว (personal and family preventive and promotive services) รวมทั้งบริการการแพทย์ทางเลือกที่ผ่านการรับรองการใช้บริการนอกเหนือจากชุดสิทธิประโยชน์หลักนี้ ประชาชนหรือ/และนายจ้าง (กรณีที่เป็นลูกจ้างของสถานประกอบการ) จะต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นเอง

2. บริการส่งเสริมสุขภาพและการควบคุมป้องกันโรคที่เป็นบริการบุคคลและครอบครัว จะครอบคลุมทั้งบริการในสถานบริการ และการจัดบริการในชุมชน เช่น การเยี่ยมบ้าน การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ฯลฯ

3. บริการส่งเสริมสุขภาพ และการควบคุมป้องกันโรค ที่เป็นบริการสำหรับชุมชนและกลุ่มเป้าหมายเฉพาะต่าง ๆ (เช่น กลุ่มนักเรียน ผู้ติดยาเสพติด ฯลฯ) การดำเนินงานกรณีที่มีการระบาดของโรค งานอนามัยโรงเรียน การบำบัด และฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด/สารเสพติด การรณรงค์เพื่อควบคุมโรคเอดส์ ฯลฯ จะไม่รวมในสิทธิประโยชน์หลัก แต่จะเป็นกิจกรรมที่มีการตั้งงบประมาณเป็นเฉพาะหน่วยงานที่รับผิดชอบ ยังต้องรับผิดชอบในการขอตั้งงบประมาณดังกล่าวไปก่อน จนกว่าจะมีการกระจายอำนาจให้องค์กรปกครองท้องถิ่น (หรือคณะกรรมการสุขภาพ

ระดับพื้นที่ (กสพ.)) เป็นผู้ตั้งงบประมาณในขนาดตาม พ.ร.บ. กำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจ

4. งบประมาณที่จำเป็นสำหรับการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และกลไกการจ่ายเงินสถานพยาบาล

4.1 งบประมาณขั้นต่ำที่จำเป็นสำหรับการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเท่ากับ 1,202.40 บาท/ประชาชน 1 คน (ที่ยังไม่ครอบคลุมโดยระบบประกันสังคม และสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ ซึ่งประมาณ 46.6 ล้านบาท)

4.2 งบประมาณที่จะจัดให้กับพื้นที่จะเท่ากับ 1,052 บาท/คน/ปี โดยงบประมาณสำหรับการลงทุนค่ารักษาพยาบาลที่มีค่าใช้จ่ายสูง และอุบัติเหตุฉุกเฉิน (รวม 150.40 บาทต่อประชากร 1 คน) จะบริหารโดยกองทุนที่ส่วนกลาง

4.3 งบประมาณสำหรับการบริหารระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า คิด 10 เปอร์เซ็นต์ของงบสำหรับประชาชนที่ยังไม่มีหลักประกันสุขภาพ 46 ล้านบาท จะเท่ากับ 5,168 ล้านบาท/ปี จะเป็นงบประมาณสำหรับการบริหารในส่วนกลาง และองค์กรบริหารกองทุนในระดับพื้นที่ และการเตรียมระบบเพื่อรองรับประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งอยู่ในปีงบประมาณนี้ รวมการพัฒนานุเคราะห์ด้วย

4.4 จะมีงบประมาณเพื่อสนับสนุนการสร้างประสิทธิภาพของระบบอีก ในวงเงิน 10 เปอร์เซ็นต์ ของงบสำหรับประชาชนที่ยังไม่มีหลักประกันสุขภาพ 46 ล้านบาท จะเท่ากับ 5,168 ล้านบาทโดยจัดสรรเป็นงบกลางบริหารโดยคณะกรรมการ งบดังกล่าวจะใช้เพื่อสนับสนุนการปรับตัวของสถานบริการของรัฐในระยะเปลี่ยนผ่าน ประมาณ 2-3 ปี (สำนักงานโครงการปฏิรูปบริการสาธารณสุข, 2544 ก) โดยเฉพาะอย่างยิ่งการแก้ไขปัญหาการกระจายของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขระหว่างพื้นที่ และสถานพยาบาลต่าง ๆ

4.5 ในระยะเปลี่ยนผ่าน ให้สาธารณสุขจังหวัดรับผิดชอบ เป็นองค์กรหลักในการบริหารกองทุนสาธารณสุขระดับพื้นที่ (กสพ. หรือ Area Health Board (AHB)) โดยมีคณะกรรมการจัดตั้งขึ้นตามแนวทางการจัดตั้งคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ ประกอบด้วย ผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้แทนผู้บริโภค ผู้ทรงคุณวุฒิ และบุคลากรในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เป็นเลขานุการทำหน้าที่ให้คำปรึกษา (advisory board) และตัดสินใจ (สำเร็จ แห่งกระทก, 2544, หน้า 12-15)

4.6 ทางเลือกในการจ่ายเงินให้สถานพยาบาลมี 2 ทางเลือกหลัก ๆ คือ

รูปแบบที่ 1 การจ่ายเงินแบบเหมาจ่ายรายหัว รวมงบสำหรับบริการผู้ป่วยนอก และบริการผู้ป่วยใน ให้นำหน่วยบริการระดับต้นที่รับขึ้นทะเบียน กรณีที่มีการส่งต่อหน่วยบริการ ระดับต้นต้องตามจ่าย กรณีที่มีค่าใช้จ่ายสูง อุบัติเหตุและฉุกเฉินให้เบิกจากกองทุนกลาง

รูปแบบที่ 2 การจ่ายเงินเหมาจ่ายรายหัวเป็นงบสำหรับผู้ป่วยนอก (บวกรงบส่งเสริม สุขภาพและการป้องกันโรค) ให้นำหน่วยบริการระดับต้น งบสำหรับผู้ป่วยในให้บริการ ให้ กสพ. โดยจ่ายให้โรงพยาบาลตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (diagnosis related groups with global budget) บริการที่มีค่าใช้จ่ายสูง อุบัติเหตุและฉุกเฉินให้เบิกจ่ายจากกองทุนกลาง

4.7 คณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่จะเป็นองค์การเลือกการตัดสินใจ เลือกกลไก การจ่ายเงินแก่สถานพยาบาล ตามกรอบแนวทางที่กำหนด โดยคำนึงถึงความจำเป็นด้านสุขภาพ (health need) ของประชาชนในพื้นที่ ทั้งนี้ให้มีการประเมินผลรูปแบบกลไกการจ่ายดังกล่าว เพื่อนำไปสู่การตัดสินใจเลือกมาตรฐานกลไกการจ่ายเงินสถานพยาบาลในอนาคตต่อไป

4.8 ภายใต้รูปแบบการจ่ายเงินให้สถานพยาบาลที่ กสพ. กำหนด กสพ. อาจ กำหนดให้อัตราเหมาจ่ายรายหัวประชากรที่จ่ายให้กับหน่วยบริการระดับต้นในพื้นที่ต่าง ๆ ของ จังหวัดแตกต่างกันตามความจำเป็นด้านสุขภาพของแต่ละพื้นที่ นอกจากนี้เพื่อเป็นการส่งเสริม ประสิทธิภาพและคุณภาพของการจัดบริการ กสพ. ยังอาจกั้นเงินจำนวนหนึ่งจากเงินเหมาจ่าย รายหัว เพื่อจ่ายให้สถานพยาบาลเมื่อสิ้นงวด (เช่น 6 เดือน หรือ 1 ปี) ตามผลงานการให้บริการ เช่น

4.8.1 อัตราการให้บริการ

4.8.2 ความครอบคลุมบริการพื้นฐาน เช่น ความครอบคลุมการให้วัคซีน การ วางแผนครอบครัว การอนามัยแม่และเด็ก ฯลฯ

4.8.3 อัตราการค้นพบผู้ป่วยใหม่ในชุมชน เช่น ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก ผู้ป่วย โรคเรื้อรัง

4.8.4 ความพึงพอใจของผู้รับบริการ

4.8.5 นวัตกรรมใหม่ ๆ ในการสร้างสุขภาพ

มาตรฐานสถานบริการภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ในการจัดบริการสาธารณสุขภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประกอบด้วย บริการ 3 ระดับ ได้แก่ บริการขั้นปฐมภูมิ บริการขั้นทุติยภูมิ และบริการขั้นตติยภูมิ ในการ กำหนดมาตรฐานบริการ ได้มีการกำหนดมาตรฐานขั้นต่ำของบริการทั้ง 3 ระดับ โดยเป็น

มาตรฐานภายใต้การบริหารจัดการของกระทรวงสาธารณสุข ในส่วนของสถานบริการเอกชน ได้มีการกำกับดูแลมาตรฐาน โดยพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 และสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพบริการ

หน่วยบริการที่จะเป็นคู่สัญญาในการให้บริการภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า แบ่งได้เป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ (สำนักพัฒนาเครือข่ายบริหารสุขภาพ, สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข, 2545 ข)

1. หน่วยคู่สัญญาของบริการระดับปฐมภูมิ เป็นหน่วยบริการที่บริการสุขภาพทั่วไป ครอบคลุมทั้งในด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและฟื้นฟูสภาพ โดยเน้นการให้บริการประเภทผู้ป่วยนอก การให้บริการที่บ้านและชุมชน ไม่รวมบริการที่ต้องใช้ความเชี่ยวชาญเฉพาะ หน่วยบริการที่เป็นคู่สัญญาจะต้องมีประชากรขึ้นทะเบียนที่ชัดเจน และจัดให้มีหน่วยบริการที่ประชาชนผู้มีสิทธิในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าต้องเลือกขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการประจำตัว หน่วยบริการระดับนี้อาจจัดบริการโดยสถานพยาบาลหน่วยเดียวหรือจัดเป็นเครือข่ายของหน่วยบริการย่อยที่ร่วมกันให้บริการ

2. หน่วยคู่สัญญาของบริการระดับทุติยภูมิ เป็นหน่วยบริการที่จัดบริการสุขภาพทั่วไป กรณีผู้ป่วยในเป็นหลัก ซึ่งได้แก่ โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย รวมถึงโรงพยาบาลเอกชนต่าง ๆ ที่สนใจสมัครเข้าร่วมเครือข่าย หน่วยบริการระดับนี้จะรับผู้ป่วยที่ส่งต่อมาจากหน่วยบริการปฐมภูมิ เพื่อเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน

3. หน่วยคู่สัญญาของบริการระดับตติยภูมิ เป็นหน่วยบริการที่ให้บริการเฉพาะทาง ต้องใช้เทคโนโลยี และค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาผู้ป่วยสูง หน่วยบริการระดับนี้ อาจเป็นโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย หรือสถานบันที่ดูแลรักษาโรคเฉพาะทางต่าง ๆ ทั้งนี้ หน่วยบริการแต่ละแห่ง อาจเป็นหน่วยคู่สัญญาของบริการมากกว่าหนึ่งระดับได้ หากสามารถจัดบริการได้ตามมาตรฐานของบริการในแต่ละระดับนั้น

มาตรฐานเบื้องต้นของคู่สัญญาของบริการระดับปฐมภูมิ (contracting unit for primary care (CUP)) (สำนักพัฒนาเครือข่ายบริหารสุขภาพ, สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข, 2545 ก)

สถานบริการที่จะเป็นหน่วยคู่สัญญาของบริการระดับปฐมภูมิ จะต้องจัดให้มีหน่วยบริการปฐมภูมิ ที่ให้บริการภายใต้สถานพยาบาลหน่วยเดียว หรือจัดเป็นเครือข่ายบริการปฐมภูมิ ที่มีคุณสมบัติในด้านต่าง ๆ ได้แก่ ด้านขีดความสามารถ การจัดหน่วยบริการ บุคลากร การจัด การ อุปกรณ์ อาคาร สถานที่ และระบบการส่งต่อ

1. **ขีดความสามารถ** สามารถให้บริการผสมผสาน ทั้งนั้นในด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และฟื้นฟูสภาพ มีบริการด้านยา การตรวจเช็คชันสูตร พื้นฐาน โดยต้องมีระยะเวลาให้บริการอย่างน้อย 56 ชั่วโมง/สัปดาห์

2. **การจัดหน่วยบริการ** จะต้องจัดให้มีหน่วยบริการปฐมภูมิ ที่รับผิดชอบดูแลสุขภาพของประชาชนอย่างต่อเนื่อง ไม่เกิน 10,000 คน/หน่วยบริการปฐมภูมิ สถานที่ตั้งของหน่วยบริการปฐมภูมิหลักและหน่วยบริการปฐมภูมิรอง ต้องตั้งอยู่พื้นที่ที่ประชาชนเดินทางไปรับบริการได้สะดวกภายใน 30 นาที โดยรถยนต์ ซึ่งในระยะเริ่มต้น อาจจัดไม่ได้ครบตามมาตรฐานทั้งหมด แต่จะต้องมีแผนพัฒนาที่ชัดเจน ในกรณีที่หน่วยคู่สัญญาเป็นโรงพยาบาล ในระยะปีแรก ให้สามารถจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิในโรงพยาบาลได้ 1 หน่วย รับผิดชอบประชากรที่ขึ้นทะเบียน ไม่เกิน 30,000 คน และให้มีการจัดหน่วยบริการปฐมภูมินอกโรงพยาบาลอย่างน้อย 1 หน่วย รับผิดชอบประชากรไม่เกิน 10,000 คน/หน่วยบริการ

3. **บุคลากร** ต้องมีบุคลากรทั้งแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่มีความสามารถตามเกณฑ์มาตรฐาน ให้บริการที่หน่วยปฐมภูมิ โดยมีสัดส่วนบุคลากรขั้นต่ำต่อประชากร ดังนี้ แพทย์ 1 : 10,000 ทันตแพทย์ 1 : 20,000 พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข 1 : 1,250 เกษตรกร ทำหน้าที่ประจำหน่วยบริการปฐมภูมิอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ชั่วโมง ทั้งนี้ในพื้นที่ที่มีแพทย์ และหรือทันตแพทย์ไม่เพียงพอ อาจจัดให้มีพยาบาลวิชาชีพหรือพยาบาลเวชปฏิบัติแทน (กรณีแพทย์ไม่เพียงพอ) และ/หรือทันตภิบาล (กรณีทันตแพทย์ไม่เพียงพอ) ตามมาตรฐานที่คณะกรรมการกลางกำหนด

4. **การจัดการ** ต้องมีระบบการจัดการที่เหมาะสม เพื่อความต่อเนื่อง ความสะดวกรวดเร็ว และคุณภาพของการบริการต่าง ๆ อุปกรณ์ อาคาร สถานที่ มีอุปกรณ์ เครื่องมือ เพื่อการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรค และการฟื้นฟูสุขภาพตามเกณฑ์มาตรฐาน มีระบบป้องกันการติดเชื้อ มีอาคารสถานที่ที่สะดวก สะอาด ปลอดภัย รวมทั้งมียานพาหนะเพื่อใช้ในการส่งต่อผู้ป่วย

5. **ระบบการส่งต่อ** มีระบบส่งต่อเชื่อมโยงกับสถานบริการระดับอื่น เพื่อการบริการอย่างต่อเนื่อง

แนวคิดเกี่ยวกับศูนย์สุขภาพชุมชน

ศูนย์สุขภาพชุมชน (ศสช.) หรือหน่วยบริการปฐมภูมิ (primary care unit) หมายถึง การจัดพื้นที่ในอาคาร (หรือจัดตั้งอาคารแยกต่างหากก็ได้) และมีองค์ประกอบบุคคล วัสดุสิ่งของ และระบบการทำงาน เพื่อจัดบริการปฐมภูมิ โดยมีสัดส่วนและองค์ประกอบ จัดบริการที่ชัดเจน เพื่อให้ชุมชนเป็นศูนย์กลางและมีความรู้สึกเป็นเจ้าของ (สำเริง แหยงกระโทก และรุจิรา มังคละศิริ, 2545, หน้า 31)

การจัดระบบบริการของศูนย์สุขภาพชุมชน

ศูนย์สุขภาพชุมชน เป็นการปฏิรูประบบบริการแนวใหม่ ดังนั้น ระบบบริการที่มีอยู่เดิม หรือที่จัดขึ้นมาใหม่นั้น จึงต้องปฏิรูปปรับระบบบริการให้สอดคล้องกับแนวความคิดหลักการของการปฏิรูประบบบริการแนวใหม่ โดยจัดให้มีระบบบริการที่เป็นองค์รวม ผสมผสาน บูรณาการอย่างต่อเนื่อง โดยผสมผสานเชื่อมโยงการบริการในชุมชน การสนับสนุนกิจกรรมในชุมชนโดยชุมชนเข้าด้วยกัน ในศูนย์สุขภาพชุมชน การบริการต่อเนื่อง แล้วนำมาจัดเป็นกระบวนการหลัก (macro flow chart) ในการจัดบริการเป็นการบริการของบุคลากรในศูนย์สุขภาพชุมชน 8 กิจกรรม การบริหารจัดการนิเทศงานและประเมินผล 2 กิจกรรม และเป็นกิจกรรมของชุมชน 1 กิจกรรม รวมทั้งหมด 11 กิจกรรม/ขั้นตอน เป็นกระบวนการที่ต่อเนื่องจากกระบวนการหลักของศูนย์สุขภาพชุมชน ทั้ง 11 ขั้นตอน นำมาจัดระบบบริการและวิธีปฏิบัติงาน เพื่อให้เกิดการบริการที่มีคุณภาพ (quality) ประสิทธิภาพ (efficiency) เสมอภาค (equity) และชุมชนมีส่วนร่วม (social accountability) ดังมีรายละเอียดกิจกรรม ประกอบด้วย (สำเริง แหยงกระโทก และรุจิรา มังคละศิริ, 2545, หน้า 40)

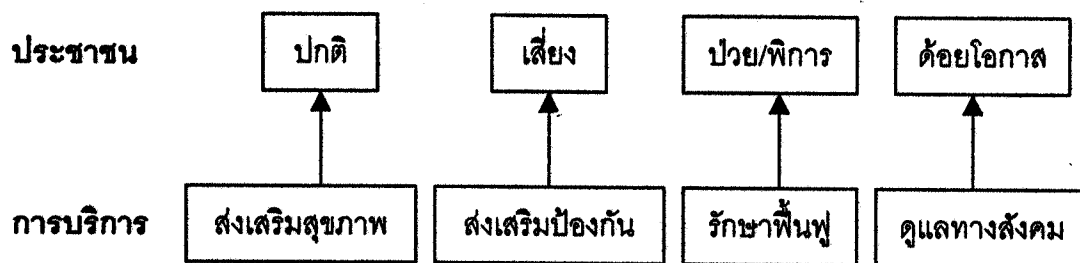
1. การสำรวจครอบครัวและชุมชน

1.1 สร้างสัมพันธภาพ

1.2 รู้จักและเข้าใจสภาพวิถีชีวิต

1.3 ประเมินสภาพปัญหาและความต้องการในบริการโดยจำแนก ประชาชน

ครอบครัวเป็นกลุ่ม เพื่อการจัดบริการตามสภาพปัญหา เช่น ในประชาชนปกติจะมีการจัดบริการ การส่งเสริมสุขภาพ กลุ่มเสี่ยงจัดบริการการส่งเสริม ป้องกันโรค กลุ่มป่วยหรือพิการมีการจัด บริการด้านรักษาฟื้นฟู และในกลุ่มด้อยโอกาสมีการจัดการด้านการดูแลสุขภาพสังคม ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 การประเมินสภาพปัญหา ความต้องการของประชาชน โดยจำแนกตามกลุ่มประชากร และครอบครัว (สำเริง แหยมกระโทก และรุจิรา มังคละศิริ, 2545, หน้า 41)

การลงทะเบียน/ การคัดกรอง

การลงทะเบียนจะมีการจัดเตรียมเอกสารและข้อมูลเพื่อช่วยให้เกิดการดูแลอย่างผสมผสานเป็นองค์รวมและต่อเนื่อง ส่วนการคัดกรองจะเป็นการค้นหาปัญหา ความคาดหวัง และพฤติกรรมความเสี่ยงของผู้มารับบริการ พร้อมทั้งให้คำแนะนำเบื้องต้น ดังตาราง 1

ตารางที่ 1 การลงทะเบียน/การคัดกรอง (สำเริง แหยมกระโทก และรุจิรา มังคละศิริ, 2545, หน้า 42)

การลงทะเบียน	การคัดกรอง
การจัดเตรียมเอกสารและข้อมูลเพื่อช่วยให้เกิด	การค้นหาความคาดหวังของผู้มารับบริการ
การดูแลอย่างผสมผสานเป็นองค์รวมต่อเนื่อง	การประเมินปัญหาด้านร่างกาย-จิตใจ-สังคม
แฟ้มประวัติครอบครัว (family folder)	การคัดกรองพฤติกรรมเสี่ยง
แบบบันทึกประวัติผู้ป่วยนอก (OPD card	การให้คำแนะนำเบื้องต้น
/ chronic card)	
บัตรตรวจสุขภาพเด็กดี (well baby card)	
ผลแล็บ / การส่งต่อ (lab/refer) /	
ผลเยี่ยมบ้าน	
การจัดระบบนัดหมาย	
การจัดระบบข้อมูล	

2. บริการหลัก ตรวจรักษา / ส่งเสริมป้องกัน / ทันตกรรม / จุกเงิน / ชันสูตร / ให้บริการตามมาตรฐานวิชาชีพและสิทธิประโยชน์

3. การให้คำปรึกษา

3.1 ให้ผู้รับบริการได้เปิดเผยความรู้สึก ค้นหา และเข้าใจปัญหาของตนเอง

3.2 ให้ผู้รับบริการใช้ศักยภาพของตนเองเพื่อแก้ไขปัญหาและปรับตัวให้เหมาะสม

3.3 การให้คำปรึกษาเพื่อแก้ปัญหาเฉพาะติดตาม matrix program

4. บริการก่อนกลับบ้าน

4.1 ตรวจสอบความเข้าใจในการมารับบริการและการตอบสนองต่อความคาดหวัง

4.2 จ่ายยา/เก็บเงิน

4.3 นัดมาเพื่อรับบริการต่อเนื่อง (เยี่ยมบ้าน ส่งต่อ นัดมารับบริการต่อเนื่อง)

5. การส่งต่อ/การเยี่ยมบ้าน

การส่งต่อผู้ป่วยมีการจัดระบบการส่งต่อและการตอบรับ มีการประสานงานระหว่างหน่วยงานที่ส่ง และมีการติดตามผู้ป่วยที่ส่งไป ตลอดจนติดตามผู้ป่วยที่ไม่ได้ไปตามการส่งเพื่อหาสาเหตุที่ไม่ไป ส่วนการเยี่ยมบ้านจะเป็นการศึกษาผู้รับบริการ ครอบครัว และชุมชน เพื่อให้บริการอย่างมีส่วนร่วม และติดตามอย่างต่อเนื่อง ดังตาราง 2

ตารางที่ 2 การส่งต่อ/การเยี่ยมบ้าน (สำโรง แหียงกระโทก และจุฑา มังคละศิริ, 2545, หน้า 43)

การส่งต่อ	การเยี่ยมบ้าน
ประสานงานเครือข่าย	เพื่อรู้จักและเข้าใจผู้รับบริการและครอบครัว
มีจุดเชื่อมต่อชัดเจน	เพื่อค้นหาศักยภาพของครอบครัว และเครือข่าย
มีระบบส่งต่อและตอบกลับ	ทางสังคม มาเสริมสร้าง การดูแลตนเอง (self care) ของบุคคลและครอบครัว
ถ้าผู้ป่วย admit ต้องไปเยี่ยมที่โรงพยาบาล	เพื่อให้บริการต่อเนื่องโดยติดตามเยี่ยมบ้าน
ถ้าผู้ป่วยไม่ได้ไปตามการส่งตัว ต้องไปเยี่ยมที่บ้านเพื่อหาสาเหตุ	- กรณีที่ผู้ป่วยมารับบริการที่ ศสช. และมีปัญหาที่ต้องดูแลต่อเนื่อง
	- กรณีที่ผู้ป่วยกลับมาจากโรงพยาบาล และมีปัญหาที่ต้องดูแลต่อเนื่อง
	- กรณีที่ผู้ป่วยขาดนัด
	- กรณีที่ผู้ป่วยเรื้อรังที่ต้องดูแลต่อเนื่อง
	- กรณีอื่น ๆ

6. ประชุมวางแผนงานและกิจกรรมต่อเนื่อง ข้อมูลนำเข้าในการประชุม

6.1 ทบทวนพันธกิจ วิสัยทัศน์ ของ ศสช.

6.2 ผลการให้บริการ (ขาดนัด/ Refer/ เยี่ยมบ้าน)

6.3 การเฝ้าระวังโรค

6.4 ปัญหาสุขภาพที่พบจากการบริการที่ ศสช./ และปัญหาสุขภาพที่พบจากการดำเนินงานในชุมชน

6.5 พฤติกรรมเสี่ยง/ ปัจจัยเสี่ยง

6.6 feed back จากผู้รับบริการ/ หรือผลการสำรวจความพึงพอใจของผู้รับบริการ เป็นระยะ

6.7 ความเสี่ยงในการปฏิบัติงาน

6.8 ปัญหา อุปสรรค/ ผลการแก้ปัญหาที่ผ่านมา

6.9 อื่น ๆ

7. กิจกรรมชุมชน

7.1 การค้นหาศักยภาพ สภาพปัญหาและความต้องการของชุมชน เพื่อนำมาเสริมสร้างพลังอำนาจ (empowerment) และแก้ไขปัญหให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของประชาชน

7.2 กิจกรรมบริการชุมชน ได้แก่ การคัดกรองโรคและพฤติกรรมเสี่ยง/ การสอบสวนโรค/ การป้องกันควบคุมโรค/ การสุขภาพิบาล การรณรงค์ต่าง ๆ

7.3 การแสวงการมีส่วนร่วมจากชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ประชาคมสร้างเสริมสุขภาพ

7.4 สนับสนุนบทบาทของชุมชนในการร่วมคิดร่วมทำ ร่วมประเมินผลร่วมเรียนรู้

7.5 จัดกระบวนการประชาคม เพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจ (empowerment) ประชาชน

8. การบริหาร

8.1 คน เงิน สิ่งของ ข้อมูลข่าวสาร

8.2 แผนงาน ควบคุมกำกับ ประเมินผล

8.3 การนำองค์กร การจัดองค์กร การสร้างทีมงาน การมอบหมายงาน

9. การนิเทศ ติดตาม ประเมินผล

9.1 การนิเทศ ติดตาม ประเมินผลภายในและภายนอก (internal/ external surveyor)

9.2 เน้นความเป็นกัลยามิตร

9.3 เน้นระบบงานในกระบวนการหลักของ PCU ขั้นตอน 1-8

10. กิจกรรมของชุมชนโดยชุมชน

10.1 เป็นกิจกรรมชุมชนที่สำคัญในครอบครัว (จปฐ.) 32 ตัวชี้วัด ข้อมูลชุมชน 13 ตัวชี้วัด รวมเป็น 45 ตัวชี้วัด

10.2 ชุมชนจะรู้ปัญหาด้วยตนเอง และวางแผนแก้ไขด้วยชุมชนเอง

10.3 บุคลากรในศูนย์สุขภาพชุมชน จะไปร่วมการเสริมสร้างพลังอำนาจ (empowerment) ชุมชนให้เข้มแข็งมากที่สุด

10.4 กิจกรรมอื่น ๆ ที่ชุมชนดำเนินการเอง และบุคลากรเข้าไปส่งเสริมสนับสนุน จากกิจกรรมของศูนย์สุขภาพชุมชนข้างต้น จะเห็นได้ว่า ศูนย์สุขภาพชุมชน แผนกผู้ป่วยนอก (OPD) และสถานีอนามัย มีกิจกรรมเหมือนกันในบางกิจกรรม แต่กิจกรรมบางอย่างก็มีการเปลี่ยนแปลงไป ดังตาราง 3

ตารางที่ 3 ความแตกต่างของ OPD โรงพยาบาลชุมชน ศูนย์สุขภาพชุมชน และสถานีอนามัย (สำเริง แหยงกระโทก และรุจิรา มังคละศิริ, 2545, หน้า 36)

โรงพยาบาลชุมชน	ศูนย์สุขภาพชุมชน	สถานีอนามัย
รู้จักเฉพาะในห้องตรวจ	รู้จักกันทั้งครอบครัว	ดูแลรักษาเป็นรายบุคคล
รักษาโรค	รักษาคน	รักษาโรค
ประชาชนมีส่วนร่วมน้อย	ประชาชนมีส่วนร่วมมาก	ประชาชนมีส่วนร่วมปานกลาง
ไม่มีขอบเขตรับผิดชอบ	มีขอบเขตรับผิดชอบและสามารถดูแล ถึงประชาชน ผู้รับบริการไว้ได้	มีขอบเขตรับผิดชอบแต่ไม่สามารถถึงประชาชนผู้รับบริการไว้ได้
Ward คือ หอผู้ป่วย	บ้าน คือ หอผู้ป่วย	หมู่บ้าน คือหอผู้ป่วย
โรงซ่อมสุขภาพ	โรงสร้างสุขภาพ	โรงซ่อมและสร้างสุขภาพ
ใช้ OPD card ในการดูแลรักษา	ใช้แฟ้มครอบครัว (family folder)	ใช้ OPD card ในการรักษารายบุคคล
รายบุคคล	ในการดูแลแบบองค์รวม / ต่อเนื่อง / บูรณาการรายบุคคลและครอบครัว	
หมอใช้เวลาพูดกับผู้ป่วยน้อย แต่มี	หมอใช้เวลาพูดกับผู้ป่วยมากขึ้น และ	หมอใช้เวลาพูดกับผู้ป่วยมาก แต่มี
ยารักษา	มียารักษา	รักษาน้อย
เป็นการจัดระบบบริการที่ไม่	เป็นการจัดระบบทำงานแบบ	เป็นการจัดระบบบริการการทำงาน
สามารถตอบสนองปัญหาและความ	reform เพื่อตอบสนองปัญหาความ	แบบเดิม ๆ ที่ไม่สามารถตอบสนองปัญหา
ต้องการของประชาชนได้ในกระแสการ	ต้องการของประชาชน ได้ในกระแสการ	ความต้องการของประชาชนได้ในกระแส
เปลี่ยนแปลง	เปลี่ยนแปลง ซึ่งต้อง	การเปลี่ยนแปลง

ตารางที่ 3 (ต่อ)

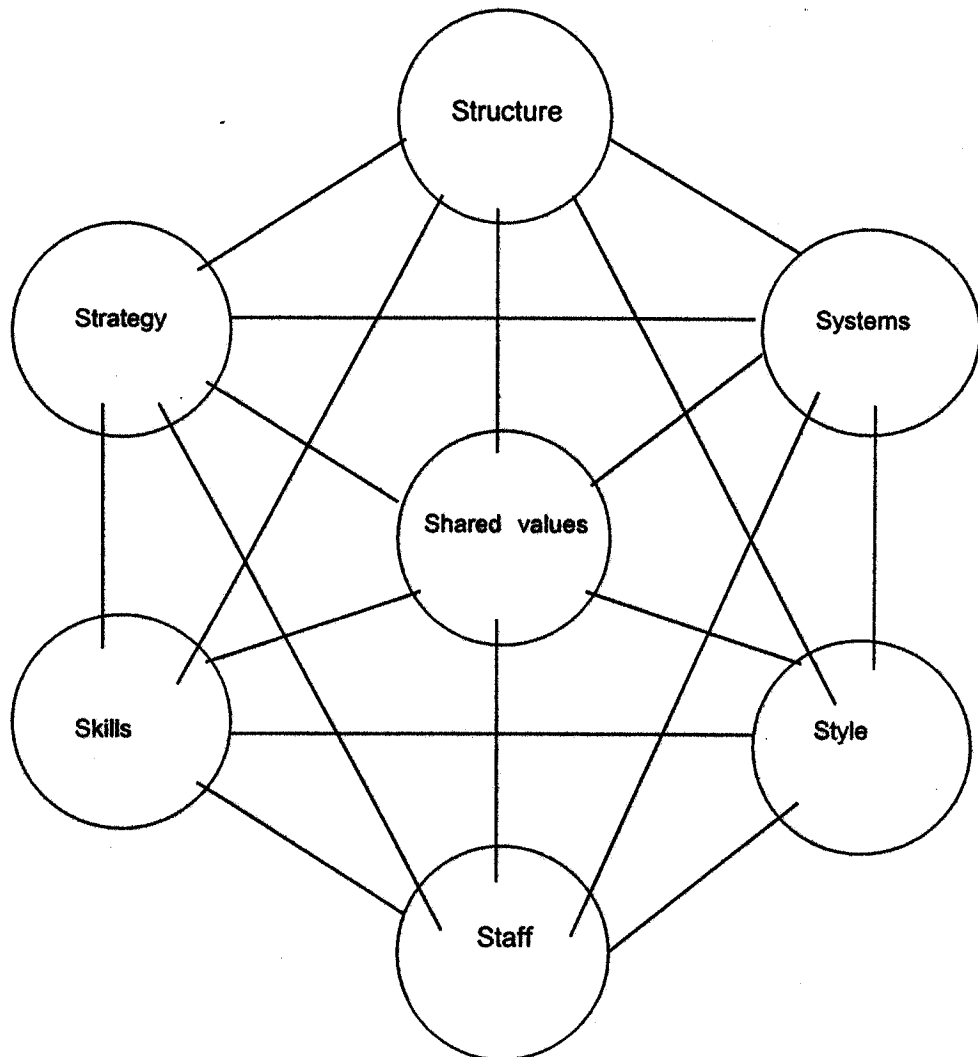
โรงพยาบาลชุมชน	ศูนย์สุขภาพชุมชน	สถานีอนามัย
	- การสร้างเจตคติต่อการจัดระบบ บริการแบบองค์รวม (Re-think)	
	- การออกแบบระบบงาน ให้เอื้อ ต่อการจัดระบบบริการแบบองค์รวม (Re-design)	
	- การออกแบบเครื่องมือ (Re-tool)	
	เช่น ระบบข้อมูลข่าวสารใหม่ ๆ	
	- การอบรมบุคลากรสาธารณสุข (Re-train) เพื่อให้เกิด 3 Re แรก	

แนวคิดเกี่ยวกับการบริหารงานแบบจำลอง 7-S ของแมคคินซี

เทคนิคการบริหารสมัยใหม่ หมายถึง เครื่องมือทางการบริหาร ที่มีวิธีการดำเนินงานทางการบริหารที่แตกต่างกัน เพื่อมุ่งหมายที่จะให้เกิดผลในทางปฏิบัติ ทั้งต่อระบบงานต่าง ๆ หรือส่วนใดส่วนหนึ่งขององค์การ (ซูซึย ครุขานิ, 2544, หน้า 1) แบบจำลอง 7-S ของแมคคินซี เป็นเทคนิคการบริหารที่เชื่อว่าจะใช้ในการบริหารประสบความสำเร็จ โดยบริษัทแมคคินซี ซึ่งเป็นบริษัทที่ปรึกษาทางธุรกิจในประเทศสหรัฐอเมริกา มีความสนใจเกี่ยวกับปัญหาที่ทำอะไร จึงจะทำให้การบริหารงานสัมฤทธิ์ผล มีกลยุทธ์อย่างไร และมีโครงสร้างองค์กรแบบไหน ที่จะทำให้การดำเนินงานประสบความสำเร็จ จึงได้เริ่มทำการศึกษาดังแต่ ค.ศ. 1977 สรุปผลการศึกษาว่า ความสำเร็จในการดำเนินงานของธุรกิจต่าง ๆ หรือการบริหารที่สัมฤทธิ์ผล จะต้องอาศัย องค์ประกอบทางการบริหารตามแบบจำลอง 7-S (Peter & Waterman, 1995, pp. 3-26) คือ

- 1. โครงสร้าง (structure)
- 2. กลยุทธ์ (strategy)
- 3. ระบบ (systems)
- 4. บุคคล (staff)
- 5. แบบการบริหาร (style)
- 6. ทักษะ (skills)
- 7. ค่านิยมร่วม (shared values)

ที่มีความสอดคล้องกันดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 แบบจำลอง 7-S ของแมคคินซี (Peter & Waterman, 1995)

แนวคิดแบบจำลอง 7-S แต่ละตัวมีความหมาย องค์ประกอบ ปัจจัยที่มีอิทธิพลแตกต่างกัน ซึ่งรายละเอียดของ S ทั้ง 7 ตัว มีดังนี้

1. โครงสร้าง (structure)

ความหมายของโครงสร้าง ปีเตอร์ และวอเตอร์แมน (Peter & Waterman, 1995) กล่าวว่า โครงสร้างที่เป็นรูปแบบที่เรียบง่าย (simple form and lean staff) โดยจัดองค์การของหน่วยงานในระบบด้วยการใช้รูปแบบที่เรียบง่าย มีสายการบังคับบัญชาที่ไม่ซับซ้อน

พยอม วงศ์สารศรี (2538) ให้ความหมายว่า เป็นหน้าที่ของการจัดการองค์การในการกำหนดโครงสร้างที่เหมาะสม เพื่อให้กิจกรรมบรรลุเป้าหมาย (goal-seeking activities) โดยทั่วไปโครงสร้างจะแสดงออกในรูปของแผนภูมิองค์กร (organization chart) หรือปิระมิดของภาระงาน (job-task pyramid) และแสดงให้เห็นความสัมพันธ์ด้านอำนาจหน้าที่ (authority) และความรับผิดชอบ (responsibility) ระหว่างงานด้านต่าง ๆ ในองค์กร โดยจะชี้ให้เห็นว่าใครจะต้องรายงานให้แก่ใคร หรือใครบังคับบัญชาใครนั่นเอง (who reports to whom)

พยอม วงศ์สารศรี (2538) กล่าวว่า โครงสร้างประกอบด้วย

1. การพิจารณาวัตถุประสงค์ (consideration of objective) เนื่องจากองค์การเป็นกลไกในความสำเร็จของวัตถุประสงค์ ดังนั้นวัตถุประสงค์ขององค์การจึงมีบทบาทสำคัญในการกำหนดประเภทของโครงสร้าง
2. เอกภาพในการปฏิบัติงาน (unity of actions) ประกอบด้วยหน้าที่ที่แน่นอน เช่น การผลิต การตลาด การเงิน บุคคล เป็นต้น ฉะนั้นจำเป็นต้องกำหนดแนวทางการดำเนินงานที่สอดคล้องกัน ทั้งนี้ เพื่อนำองค์การไปสู่วัตถุประสงค์ร่วมกัน (common objectives) หน้าที่ของฝ่ายต่าง ๆ ในองค์การควรมีการกำหนดขอบเขตที่เหมาะสม และการยืดหยุ่นเพียงพอที่พัฒนาความเจริญเติบโต การขยายงาน
3. การแบ่งงานและการกำหนดความเชี่ยวชาญเฉพาะอย่าง (division of work and specialization) มีการพิจารณาความเหมาะสมในการแบ่งงานในองค์การ เพื่อคนแต่ละคนได้ทำงานแต่ละประเภทตามความสามารถและความถนัด ซึ่งเรียกวิธีนี้ว่า หลักการกำหนดความเชี่ยวชาญเฉพาะอย่าง ทำให้งานในองค์การเป็นไปด้วยความสำเร็จด้วยดี เพราะเป็นการจัดบุคคลให้ตรงกับความสามารถและความถนัดของเขา (put the right man in the right job)
4. การกำหนดลักษณะของงาน (definition of jobs) การทำงานในองค์การจะต้องมีการกำหนดลักษณะของงานให้ชัดเจน ตลอดจนความสัมพันธ์ของงานแต่ละงาน ทั้งนี้เพื่อจะได้กำหนดหน้าที่ และความรับผิดชอบที่บุคคลจะทำงานนั้นได้อย่างชัดเจน ไม่เกิดการซ้ำซ้อนและก้าวร้าวกัน
5. จำแนกหน้าที่ของสายปฏิบัติงาน (หน่วยงานหลัก) และสายที่ปรึกษา (หน่วยงานช่วยเหลือ) (separation of line and staff functions) การทำงานในองค์การมีสายงานบางประเภทเกี่ยวข้องโดยตรง และมีสายงานบางประเภทมีหน้าที่เสริมงานให้ดีขึ้น ฉะนั้นจำเป็นต้องมีการพิจารณาจำแนกสายปฏิบัติงาน (line functions) ออกจากสายงานที่ปรึกษา (staff functions) ให้เห็นชัด สายงานปฏิบัติงานนั้นเกี่ยวข้องกับความสำเร็จในวัตถุประสงค์หลักขององค์การ

6. สายบังคับบัญชา (chain of command) ต้องมีการกำหนดอำนาจหน้าที่ในการบริหารงานจากระดับสูงไปยังระดับต่ำ อำนาจหน้าที่เป็นสิทธิการตัดสินใจสั่งการและประสานงานโครงสร้างขององค์การ ควรมีการกำหนดอำนาจหน้าที่ในการปฏิบัติงานในระดับต่าง ๆ ให้ชัดเจน ตั้งแต่ผู้บริหารระดับสูงลงมายังผู้จัดการแผนก หัวหน้าพนักงาน และสุดท้ายที่ตัวพนักงานโดยตรง ซึ่งสายบังคับบัญชาในลักษณะนี้รู้จักกันดีในชื่อว่า “scalar chain”

7. อำนาจหน้าที่และความรับผิดชอบเป็นของคู่กัน (parity of authority and responsibility) บุคคลในองค์การเมื่อมีอำนาจหน้าที่เรื่องใดจะต้องดำเนินการรับผิดชอบในเรื่องที่ได้รับมอบหมายนั้นตามลักษณะงาน ไม่ควรก้าวก่ายอำนาจหน้าที่ที่ผู้อื่นรับผิดชอบในเรื่องอื่น ๆ งานในแต่ละแผนกจะบ่งบอกให้เห็นอำนาจหน้าที่ และความรับผิดชอบเฉพาะของหน่วยงานนั้น ๆ

8. เอกภาพในการบังคับบัญชา (unity of command) สมาชิกองค์การควรอยู่ภายใต้การบังคับบัญชาของหัวหน้างานเพียงคนเดียว ถ้าองค์การใดสมาชิกได้รับการสั่งการจากหัวหน้าหลายคนแล้วย่อมก่อให้เกิดความสับสน ความขัดแย้ง ความไม่เป็นระเบียบ และเป็นผลให้เกิดความไม่รับผิดชอบต่อหน้าที่ได้

9. ช่วงการบังคับบัญชา (span of supervision) หมายถึง จำนวนบุคคลที่หัวหน้างานสามารถสั่งการ การมีจำนวนคนที่อยู่ใต้บังคับบัญชามากหรือน้อยเกินไป ย่อมทำให้การดำเนินงานขาดประสิทธิภาพ ดังนั้น จำนวนคนที่อยู่ใต้บังคับบัญชาในอัตราที่เหมาะสมย่อมส่งผลต่อผู้บริหารงาน

10. ความสมดุลของปัจจัยต่างๆ (balance of various factors) ในการจัดโครงสร้างขององค์การ ควรคำนึงถึงความขัดแย้งของปัจจัยต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น ได้แก่ ปัจจัยด้านการรวมอำนาจและการกระจายอำนาจ ช่วงของการบังคับบัญชา เส้นทางการติดต่อสื่อสาร และอำนาจหน้าที่ ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ควรได้รับการกำหนดให้อยู่ในสภาพสมดุล เพื่อไม่ก่อให้เกิดความสับสนในการบริหารงานในองค์การ

11. การติดต่อสื่อสาร (communication) ข่ายงานการติดต่อสื่อสารที่ดีนับว่ามีความสำคัญยิ่งในการทำให้เป้าหมายขององค์การประสบความสำเร็จ การติดต่อสื่อสาร 2 ทาง จากบนลงล่าง หรือจากล่างขึ้นบน (downward and upward) เป็นปัจจัยที่ทำให้ระบบการปฏิบัติการในองค์การมีประสิทธิภาพ

12. การยืดหยุ่น (flexibility) โครงสร้างขององค์การที่ดีควรมีการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงให้เหมาะสมกับธรรมชาติของงานที่มีการเปลี่ยนแปลงตามสภาพ

13. ความต่อเนื่อง (continuity) การดำเนินการในองค์การนั้นเป็นการทำงานที่ต้องอาศัยเวลา ฉะนั้นควรพิจารณาหลักความต่อเนื่องในการบริหารงาน ทั้งนี้เพื่อให้เป้าหมายที่กำหนดไว้บรรลุผล

14. เหตุการณ์พิเศษ (exceptional matters) การออกแบบโครงสร้างขององค์การควรคำนึงถึงการตัดสินใจในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์พิเศษด้วย ไม่ใช่เป็นการตัดสินใจที่ดำเนินการประจำวันเสมอไป

ประคอง การวิธ (2541) ให้ความหมายโครงสร้าง คือ การจัดระเบียบองค์ประกอบของการบริหารงาน

สรุป ความหมายของโครงสร้างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ การกำหนดบทบาทความรับผิดชอบบุคคลในองค์การเพื่อการบริหารงาน ซึ่งมีองค์ประกอบดังนี้

1. สายการบังคับบัญชา
2. กำหนดหน้าที่ที่รับผิดชอบ
3. เอกภาพในการบังคับบัญชา
4. การติดต่อสื่อสาร
5. การประสานงาน
2. กลยุทธ์ (strategy)

ความหมายกลยุทธ์ ปีเตอร์ และวอเตอร์แมน (Peter & Waterman, 1995) กล่าวถึงกลยุทธ์ ใน 7-S ว่า คุณลักษณะของความเป็นเลิศในเชิงบริหารที่มีความใกล้ชิดกับลูกค้า (close to the customer) บริษัทที่ดีเด่นได้ใกล้ชิดลูกค้าด้วยการใช้กลยุทธ์ด้านบริการ คุณภาพ และความเชื่อถือ รวมทั้งเป็นนักหาช่องทาง และการฟังความคิดเห็นของลูกค้า ตลอดจนการทำธุรกิจที่เกี่ยวข้อง

ธงชัย สันติวงษ์ (2539 ข) กล่าวว่า กลยุทธ์ เป็นวิธีหรือแผนปฏิบัติการเกี่ยวกับการใช้และการจำหน่ายทรัพยากร เพื่อให้สามารถบรรลุวัตถุประสงค์ โดยให้มีความเสี่ยงน้อยที่สุดที่ประกอบด้วย จุดมุ่งหมาย วัตถุประสงค์ เป้าหมาย นโยบาย และแผนงาน

สมยศ นาวิการ (2539) ให้ความหมายกลยุทธ์ว่า เป็นการระบวยาวที่ถูกกำหนดขึ้นมาเพื่อการบรรลุภารกิจ และเป้าหมาย กลยุทธ์จะต้องให้ข้อได้เปรียบของการแข่งขันให้มากที่สุด และลดข้อเสียเปรียบทางการแข่งขันให้น้อยที่สุด ประกอบด้วย

1. การกำหนดภารกิจขององค์การ เพื่อเป็นแนวทางของการกำหนดเป้าหมาย
2. การกำหนดเป้าหมายขององค์การ

3. การกำหนดแผนกลยุทธ์ โดยตั้งอยู่บนรากฐานของการวิเคราะห์สภาพแวดล้อมภายนอกและภายใน

4. การดำเนินแผนกลยุทธ์ เป็นกระบวนการสร้างความสอดคล้องระหว่างแผนกลยุทธ์ และการดำเนินการทุกด้านในองค์การ

5. การประเมินแผนกลยุทธ์ ความสำเร็จของแผนกลยุทธ์ขึ้นอยู่กับผลการประเมินผล การดำเนินตามแผนกลยุทธ์ ซึ่งผู้บริหารต้องตรวจสอบและแก้ไขอย่างสม่ำเสมอ

สรุป ในการศึกษาครั้งนี้ กลยุทธ์ หมายถึง แผนกำหนดวิธีการบริหารงานของศูนย์ สุขภาพชุมชน ที่มีวัตถุประสงค์ มีแผนงาน และวิธีการบริหารที่สอดคล้องกับเป้าหมาย คือ ด้านบริการ ด้านคุณภาพ และความเชื่อถือของผู้รับบริการ

3. ระบบ (system)

ความหมายของระบบ ปีเตอร์ และวอเตอร์แมน (Peter & Waterman, 1995) กล่าวถึงระบบ ตามแนวคิด 7-S หมายถึง ลักษณะความเป็นเลิศในเชิงบริหารที่มุ่งเน้นการปฏิบัติ (a bias for action) โดยบริษัทที่ดีเด่นได้มุ่งเน้นการปฏิบัติที่จริงจังใน 3 เรื่องด้วยกัน คือ การทำองค์กรให้คล่องตัว และการทำระบบให้ง่าย

ธงชัย สันติวงษ์ (2539 ข) กล่าวว่า ระบบ หมายถึง ส่วนต่าง ๆ จำนวนซึ่งสัมพันธ์กัน เป็นหนึ่งเดียว เพื่อกระทำบางสิ่งบางอย่างให้สำเร็จตามต้องการ

สมยศ นาวิการ (2539) กล่าวว่า ระบบ หมายถึง ระเบียบวิธีปฏิบัติงานอย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการ ที่ต้องใช้เพื่อการดำเนินงานขององค์การ ได้แก่ ระบบงบประมาณ ระบบข้อมูล ระบบสื่อสาร ระบบรายงาน ระบบนิเทศ ควบคุมกำกับ และประเมินผล การดำเนินการขององค์การต้องขึ้นกับระบบเหล่านี้

สรุป ในการศึกษาครั้งนี้ ระบบหมายถึง ระเบียบวิธีการบริหารงานของศูนย์สุขภาพชุมชน ในส่วนของกระบวนการที่ทำให้องค์การคล่องตัวและง่ายต่อการปฏิบัติ ประกอบด้วย ระบบงบประมาณ ระบบรายงาน นิเทศ ควบคุมกำกับ และประเมินผล

4. บุคคล (staff)

ความหมายของบุคคล ปีเตอร์ และวอเตอร์แมน (Peter & Waterman, 1995) กล่าวว่า คุณลักษณะเด่นของบุคคลในองค์การ คือ

1. ความมีอิสระในการทำงานและความรู้สึกเป็นเจ้าของกิจการ (autonomy and entrepreneurship)

2. พนักงานหรือคนในองค์กรจะเป็นปัจจัยสำคัญที่สุดในการเพิ่มผลผลิต หรือบริการ (productivity through people) องค์กรที่ดี ถือว่าพนักงานมีจิตใจที่เจริญแล้ว หากต้องการเพิ่มผลผลิตขององค์กร ต้องให้ความเคารพ นับถือ ให้เกียรติ และให้ความจริงใจกับพนักงาน

พยอม วงศ์สารศรี (2538) กล่าวว่า บุคคลเป็นผู้สร้างสรรค์ทุกสิ่งทุกอย่างจนกระทั่งกลายมาเป็นผลผลิต หรือการบริการ ซึ่งนำไปสู่ความสำเร็จและการสร้างภาพลักษณ์ขององค์กร

ละมุล หล้ามเหศักดิ์ (2537) กล่าวว่า องค์ประกอบของคนหรือพนักงาน ได้แก่

1. สมรรถภาพทางกาย งานที่ต้องใช้กำลัง ต้องการความแข็งแรงสมบูรณ์ของร่างกาย ได้แก่ ความแข็งแรงของร่างกาย สายตาดี

2. การศึกษา ได้แก่ ความรู้ ภูมิต่าง ๆ ทางการศึกษา

3. การอบรมในด้านนั้นโดยเฉพาะ จึงเป็นเครื่องวัดได้อย่างดี

4. เชาวปัญญาเป็นความสามารถในการตัดสินใจแก้ปัญหาเป็นสมรรถภาพทางสมอง

5. ทักษะ เป็นทรัพยากรทางความสามารถเฉพาะ เช่น ทักษะในการใช้มือ การฟัง เป็นความสามารถที่จะใช้ทางกายภาพและจิตใจให้ผสมกันในงานที่ต้องปฏิบัติ บุคคลนั้นต้องมีความสนใจเป็นพิเศษ

6. อายุงาน ที่ต้องการประสบการณ์ อาจพิจารณาอายุ แม้ว่าหน่วยงานจะนิยมคนหนุ่มสาว แต่งานบางอย่างต้องการความรู้และประสบการณ์มาก่อน

7. เพศ งานหลายชนิดสามารถทำได้ทั้งชายและหญิง แต่ชายมีแนวโน้มที่จะทำงานที่หนักได้ ส่วนหญิงอาจถนัดด้านภาษา

8. บุคลิกภาพ เป็นการพิจารณาทางด้านรูปร่างการแต่งกาย การพูดจา ความคิด ความอ่าน

9. ความคิดริเริ่ม และสร้างสรรค์ในการทำงาน

10. เจตคติต่อนายจ้างมีความพึงใจกับงานและหน่วยงาน

11. ความคาดหวัง เช่น อัตราเงินเดือนที่ต้องการ ตำแหน่งและปัจจัยอื่น ๆ

12. ความสามารถในการพัฒนาตนเอง เช่น ความกระตือรือร้น ความสนใจในงาน มีความต้องการฝึกอบรมให้มีความชำนาญมากขึ้น

สรุป ในการศึกษาครั้งนี้ บุคคล หมายถึง บุคลากรที่ปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชนทุกระดับ โดยมีองค์ประกอบเกี่ยวกับ ภูมิการศึกษา การฝึกอบรม ความริเริ่ม ความมีอิสระในการทำงาน ความรู้สึกเป็นเจ้าของหน่วยงาน ความรู้สึกว่าคุณค่าต่อหน่วยงาน และความรู้สึกว่าตนเองเป็นปัจจัยที่สำคัญหน่วยงาน

5. แบบการบริหาร

ความหมายของแบบการบริหาร ปีเตอร์ และวอเตอร์แมน (Peter & Waterman, 1995) กล่าวว่า แบบการบริหาร หมายถึง การสัมผัสงานอย่างใกล้ชิด และมีความเชื่อมั่นในคุณค่าเป็นแรงผลักดัน (hands-on and value-driven) โดยผู้บริหารลงไปสัมผัสกับการปฏิบัติงานจริง ๆ เพื่อให้เกิดแรงผลักดันร่วมในการปฏิบัติงานร่วมให้สำเร็จ

พยอม วงศ์สารศรี (2538) ได้กล่าวว่า การบริหารองค์การนับว่ามีความสำคัญยิ่งที่ช่วยให้องค์การดำเนินไปด้วยความราบรื่นประสบผลสำเร็จ

ธงชัย สันติวงษ์ (2539 ก) กล่าวถึง พฤติกรรมผู้บริหาร ว่ามี 2 มิติ คือ มุ่งงาน และ มุ่งสัมพันธ์ ดังนี้

1. มุ่งงาน (initiation structure) เป็นมิติที่แสดงให้เห็นขอบเขตของงานและบทบาทที่ผู้นำต้องแสดงเกี่ยวกับงานที่กำหนด ในการที่จะนำไปสู่เป้าหมายอาจเป็นการวางแผนกำหนดการ ตารางการทำงาน เป็นต้น เพื่อแสดงถึงความสัมพันธ์ระหว่างผู้บังคับบัญชากับผู้ใต้บังคับบัญชา ในการสร้างรูปแบบที่ดีขององค์การ มีช่องทางการติดต่อสื่อสาร ตลอดจนวิธีปฏิบัติงานต่าง ๆ

2. มุ่งสัมพันธ์ (consideration) เป็นมิติที่แสดงให้เห็นพฤติกรรมผู้นำในลักษณะมุ่งสัมพันธ์ เน้นถึงความต้องการของคน ความไว้วางใจซึ่งกันและกัน เคารพในความคิดเห็น และความรู้สึกของผู้ใต้บังคับบัญชา

สรุป การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้แบบการบริหาร หมายถึง พฤติกรรมการบริหารของหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนมีวิธีการบริหารแบบใด เช่น เทคนิคการเป็นผู้บังคับบัญชา ความสามารถพิเศษ และวิธีการดำเนินงาน

6. ทักษะ (skill)

ความหมายของทักษะ ปีเตอร์ และวอเตอร์แมน (Peter & Waterman, 1995) กล่าวว่า ทักษะ หมายถึง ความเข้มงวดและผ่อนคลายในเวลาเดียวกัน (simultaneous loose-tight properties) โดยเข้มงวดการบริการของพนักงานให้มีคุณภาพ ใช้การสื่อความหมายแบบไม่พิธีรีตอง เปิดโอกาสให้พนักงานคิดค้นสิ่งแปลกใหม่ ๆ ขณะเดียวกันก็ผ่อนให้พนักงานมีความอิสระในการทำงานอย่างเต็มที่

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน (2525) ให้ความหมายว่า ทักษะ คือ ความชำนาญ สมยศ นาวิการ (2539) ให้ความหมายว่า ทักษะ เป็นสิ่งที่บุคคลและองค์การกระทำได้ดี หรือความสามารถดีเด่นขององค์การ

สรุป การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ทักษะ หมายถึง สิ่งที่หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนทำได้ดีเป็นพิเศษในด้านความเข้มงวดเรื่องคุณภาพบริการ ผ่อนปรนโดยให้อิสระในการทำงานแก่ผู้ปฏิบัติ

7. คุณค่าร่วม (shared value)

ความหมายของคุณค่าร่วม ปีเตอร์ และวอเตอร์แมน (Peter & Waterman, 1995) กล่าวว่า คุณค่าร่วม หมายถึง ความเชื่อมั่นในคุณค่า เป็นแรงผลักดัน (value driven) โดยผู้บริหารพยายามปลูกฝังพนักงานให้มีความเชื่อมั่นในคุณค่าที่ดีต่าง ๆ เพื่อให้แรงผลักดันร่วมในการปฏิบัติงาน

สมยศ นาวิการ (2539) กล่าวว่า ค่านิยมร่วม หมายถึง เป้าหมายสูงสุด (superordinate goals) ที่มักจะไม่ได้กำหนดเป็นลายลักษณ์อักษร ค่านิยมร่วมจะเป็นแนวคิดรากฐานของการดำเนินงาน และเป็นทิศทางในอนาคตที่ทีมผู้บริหารระดับสูงต้องการให้ซึมซาบให้ทั่วทั้งองค์กร ค่านิยมร่วมประกอบด้วย

1. สัญลักษณ์ คือ วัตถุ การกระทำ หรือเหตุการณ์ที่ถ่ายทอดความหมายบางอย่าง เช่น สัญลักษณ์ที่เกี่ยวกับวัฒนธรรมขององค์กรจะถ่ายทอดค่านิยมขององค์กร
2. เรื่องราว คือ เรื่องเล่าบนรากฐานของเหตุการณ์จริงที่ถูกบอกเล่าอยู่บ่อยครั้ง และรับรู้ร่วมกันระหว่างสมาชิกขององค์กร เรื่องราวจะถูกบอกเล่าแก่พนักงานใหม่ เพื่อรักษาค่านิยมขององค์กรเอาไว้
3. วีรบุรุษ คือ ผู้ที่แสดงเป็นตัวอย่างของการกระทำ คุณลักษณะ และบุคลิกลักษณะของวัฒนธรรมขององค์กร วีรบุรุษแบบจำลองของบทบาทเพื่อการดำเนินตามของพนักงาน
4. คำขวัญ คือ ประโยคหรือถ้อยคำที่แสดงค่านิยมขององค์กร คำขวัญจะเผยแพร่ปรัชญาของผู้บริหารระดับสูงออกไปให้กว้างขวาง
5. งานพิธี คือ กิจกรรมที่เตรียมเอาไว้ที่เป็นเหตุการณ์พิเศษ และดำเนินเพื่อประโยชน์ของผู้เข้าร่วม ผู้บริหารจัดขึ้นเพื่อปลูกฝังค่านิยมขององค์กร เป็นโอกาสพิเศษที่เสริมคุณค่าของความสำเร็จ ความผูกพันระหว่างคนในองค์กร

สรุป การศึกษาครั้งนี้คุณค่าร่วม หมายถึง ผลรวมค่านิยมส่วนบุคคลที่คล้องกับเป้าหมายสูงสุดของศูนย์สุขภาพชุมชน ที่แสดงให้เห็นได้จากสัญลักษณ์ คำขวัญ แนวทางการดำเนินงานกรรมร่วมและงานพิธีต่าง ๆ ที่หน่วยงานจัดขึ้นอย่างสม่ำเสมอ

แนวคิดเกี่ยวกับการศึกษาวิจัยในสภาพธรรมชาติ

การวิจัยในสภาพธรรมชาติ วิธีการแบบนี้เรียกอีกชื่อหนึ่งว่า การวิจัยเชิงธรรมชาติของปัญหาที่เกิดขึ้นจริงโดยไม่มีการจัดกระทำควบคุมหรือปรับเปลี่ยนสภาพการณ์ให้ผิดแปลกแตกต่างไปอย่างที่เคยเป็นอยู่ ผู้วิจัยใช้วิธีการค้นหา สรุปข้อความเชิงตรรกะแบบอุปนัย (induction) คือ

ไม่มีการตกลงเบื้องต้นมาก่อนเกี่ยวกับสภาพการณ์ที่เข้าไปศึกษา แต่จะสังเกต ฝ้าดูเหตุการณ์ต่าง ๆ แล้วจึงสร้างรูปแบบ การสรุปความเข้าใจจากข้อมูล ซึ่งผู้วิจัยจะต้องเข้าไปใกล้ชิดกับสภาพปัญหาด้วยตนเอง และเข้าไปทำความรู้จักเป็นส่วนบุคคลโดยตรง ใช้ช่วงเวลาที่เก็บข้อมูลสร้างความสัมพันธ์จนกระทั่งเกิดความไว้วางใจ ยอมเปิดเผยข้อมูลความรู้สึกความลับต่าง ๆ การเข้าไปใกล้ชิดกับสถานที่ บุคคลและข้อมูลต่าง ๆ จะทำให้เกิดความเข้าใจอย่างแท้จริงได้

การมองภาพรวมรอบ ๆ ด้าน (holistic perspective) ผู้วิจัยเน้นเข้าใจภาพรวมทั้งหมด ไม่ว่าจะเป็นสภาพการณ์ ความเกี่ยวข้องต่าง ๆ ในบริบท ความซับซ้อน และความแปลกแตกต่างจากความคิด ความประพฤติของบุคคล มิใช่มองศึกษาเป็นส่วน ๆ แยกออกจากกัน แต่จะศึกษาดูแต่ละส่วนในภาพรวมทั้งหมด เพื่อให้เกิดความเข้าใจหน้าที่ของแต่ละส่วนในภาพรวม

เน้นข้อมูลเกี่ยวกับคุณภาพ คือ มีข้อมูลรายละเอียดครอบคลุม ครอบคลุม ซึ่งมีทั้งการพรรณนาเกี่ยวกับข้อมูลด้านคุณภาพ (จับไม่ได้) เจาะลึก มีมุมมองด้านต่าง ๆ ของบุคคล การอ้างคำ ภาษาพูดตรง และประสบการณ์ตรงของบุคคลต่าง ๆ ที่ให้ข้อมูล เป็นการใช้ข้อมูลทุกด้านและแง่มุม รวมทั้งข้อมูลเชิงปริมาณที่นับได้ด้วยเช่นกัน

เน้นกระบวนการพลวัต (dynamic) เพื่อให้เกิดความเข้าใจของวิวัฒนาการ และการเปลี่ยนแปลงไม่ว่าจะเป็นของส่วนบุคคลและวัฒนธรรมส่วนรวม หรือจากกรณีศึกษาเฉพาะก็ตาม เพื่อให้เกิดความเข้าใจ “สภาพการณ์” หรือ “กรณี” อย่างลึกซึ้ง

เน้นเกี่ยวกับบริบท (context) จาก สถานที่ เวลา แง่มุมทางประวัติศาสตร์ เป็นผลสืบเนื่องไปยังความหมาย การตีความเกี่ยวกับความจริง ดังนั้นจึงอาจมีข้อจำกัดในการไม่นำไปอ้างอิงกับบริบทอื่นที่แตกต่างกัน

เน้นความจริง ความแตกต่างเฉพาะเรื่อง เฉพาะกรณีที่ศึกษาเกี่ยวกับรายละเอียดที่เป็นพิเศษของสิ่งที่จะศึกษา ซึ่งอาจจะวิเคราะห์ผลรวมได้ถ้ามีการศึกษาหลาย ๆ แหล่ง และหลายกรณี (multiple sites, multiple cases)

คุณภาพของผู้วิจัย คือ นักวิจัยต้องมีความสามารถ ความชำนาญในการเก็บข้อมูล มีประสบการณ์มุมมองที่ปราศจากอคติ รวมทั้งการสร้างความรู้สึกร่วม และการเกิดการเรียนรู้ มีความละเอียดอ่อนในการวิเคราะห์ บูรณาการผสมผสานแนวคิด ทฤษฎี และจินตนาการที่ก้าวไกลมากกว่าโลกส่วนตัวของนักวิจัย ดังนั้น คุณภาพของการวิจัยย่อมขึ้นกับคุณภาพของนักวิจัยโดยตรง

เน้นความรู้สึกร่วม ความเข้าใจ (emphaty and insight) ความรู้สึกร่วม คือ การที่ผู้วิจัยสร้างความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้ให้ข้อมูล จนกระทั่งเกิดความรู้สึกเข้าใจสภาพความรู้สึก ประสบการณ์ และมุมมองของผู้ให้ข้อมูล เข้าใจคำอธิบายความหมายและโลกของผู้ให้ข้อมูลได้

วิธีการวิจัยมีความยืดหยุ่นสูง วิธีการวิจัยมีความยืดหยุ่นนั้นไม่ได้หมายความว่าไม่มีการวางแผน นักวิจัยอาจวางแผนไว้ว่าจะเข้าไปในสนามวิจัยเมื่อไร สัมภาษณ์ สังเกตเวลาใด แต่เมื่อเข้าไปจริง ๆ แล้วพบปัญหาที่ต้องแก้ไข ปรับแผน ใช้วิธีการหาข้อมูลหลาย ๆ วิธี จนกว่าจะได้ข้อมูลที่ให้ความหมายนั่นเอง

การศึกษาในสภาพธรรมชาติเป็นหนึ่งในวิธีการศึกษาเชิงคุณภาพ ซึ่ง มอร์ส (Morse, 1996) กล่าวว่า การวิจัยเชิงคุณภาพมีลักษณะสำคัญ 3 อย่างที่แตกต่างจากการวิจัยเชิงปริมาณ คือ

1. การให้ความสำคัญกับมุมมองการรับรู้ของผู้ให้ข้อมูล ซึ่งถือว่าเป็นมุมมองของคนในหรือเจ้าของเรื่อง (emic perspective) เป็นการเน้นที่จะค้นหาความหมายที่เฉพาะเจาะจงที่เป็นประสบการณ์ หรือการรับรู้จากมุมมองของผู้ให้ข้อมูลไม่ใช่มุมมองของผู้วิจัย ซึ่งเป็นคนนอก (etic perspective) ประกอบด้วย การหาคุณค่า และความเชื่อของผู้ให้ข้อมูลที่ต่อประสบการณ์นั้น ๆ แล้วผู้วิจัยก็อ้างอิงเอาข้อมูลเหล่านั้นมาสรุปเป็นแนวคิดบนพื้นฐานของข้อมูลที่ได้รับจากผู้ให้ข้อมูล

2. เป็นการศึกษาแบบองค์รวม (holistic perspective) ทั้งในเรื่องของความหมายของประสบการณ์และบริบทที่เกี่ยวข้อง ซึ่ง โนบลิต และเอนเจล (Noblit & Engel, 1992, pp. 12-23) กล่าวว่า ลักษณะสำคัญของการศึกษาแบบองค์รวมจะต้องอาศัยทักษะเวลา งบประมาณ พลังงาน ความมุ่งมั่น และสติปัญญาเป็นอย่างมาก

3. เป็นการสะท้อนแนวคิดเชิงอุปนัยจากการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้วิจัยกับผู้ให้ข้อมูลอย่างต่อเนื่อง (inductive and interactive process of inquiry) ซึ่งนักวิจัยจะมีกระบวนการเก็บรวบรวมและประมวลผลข้อมูล เพื่อสังเคราะห์สิ่งที่มีความหมายออกมา นอกจากนี้การศึกษาในเชิงคุณภาพยังมีลักษณะของการเน้นข้อมูลมากกว่าตัวเลข มีจุดมุ่งหมายเพื่ออธิบายเหตุการณ์เฉพาะและกระบวนการเกิดของปรากฏการณ์หรือเหตุการณ์ ตลอดจนการรับรู้ต่อผลการดำเนินงานนั้น ๆ มากกว่าผลการดำเนินงานในภาพรวม รวมทั้งการตัดสินความเป็นสากลในวงกว้าง (generalizability)

สรุปคุณลักษณะของการศึกษาวิจัยเชิงธรรมชาติ

1. ในการวิจัยผู้วิจัยต้องเข้าไปศึกษาในสิ่งแวดล้อม หรือบริบทที่ต้องการศึกษา เนื่องจากไม่สามารถแยกส่วน (natural setting) ศึกษาได้
2. ใช้คนเป็นส่วนหนึ่งในการเก็บข้อมูล (human instrument)
3. ความรู้ที่ได้ ได้จากภาษาที่แสดงออกของผู้ให้ข้อมูลหลายภาษา เช่น ท่าทาง หน้าตา พฤติกรรมที่แสดงออก (tacit knowledge)
4. ใช้วิธีวิจัยเชิงคุณภาพเป็นระเบียบการวิจัย (qualitative methods)
5. ใช้กลุ่มตัวอย่างแบบจำเพาะเจาะจง (purposive sampling)
6. ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลแบบอุปมาน (inductive analysis)
7. มีการศึกษา เรียนรู้ทฤษฎี และงานวิจัยต่าง ๆ เพื่อเป็นกรอบแนวคิดในการทำวิจัย (review literature)
8. รูปแบบที่ออกมาจากการศึกษาปรากฏออกมามากกว่าการสร้างแนวความคิดใหม่ (emergent design)
9. ข้อมูลที่ได้ต้องเป็นข้อตกลงร่วมกันระหว่างผู้ให้ข้อมูลและผู้วิจัย (negotiated outcome)
10. วิธีการรายงานผลการวิจัย จะรายงานเป็นกรณีศึกษาหรือใช้กับกลุ่มที่ศึกษาเท่านั้น (case study reporting mode)
11. ผลการวิจัยขึ้นอยู่กับการปฏิสัมพันธ์และบริบทต่าง ๆ (tentative application)

เนื่องจากการศึกษาความจริงที่ค้นพบมีหลายมุมมอง และหลากหลายบริบท

วิธีการรวบรวมข้อมูลของการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล คือ การสังเกต การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก และการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้อง มีการวิเคราะห์ข้อมูลจะทำความเข้าใจกันไป กล่าวคือ เมื่อได้ข้อมูลไม่ว่าจะได้จากเอกสาร สังเกตหรือการสัมภาษณ์ก็ตาม นักวิจัยจะวิเคราะห์ตรวจสอบความถูกต้องจากแหล่งต่าง ๆ ในสนาม โดยการสังเกต สัมภาษณ์ซ้ำหลาย ๆ แหล่งจากผู้ให้ข้อมูลหลายคน ด้วยวิธีการหลาย ๆ วิธีการ แล้วค่อย ๆ ปรับสมมติฐานชั่วคราวไปเรื่อย ๆ จนกระทั่งเกิดความชัดเจนของข้อมูล และการตีความหมาย ฯลฯ จะเกิดความมั่นใจ และเชื่อมั่นในสิ่งนั้น

การสังเกต

การสังเกตในสภาพการธรรมชาติ เป็นการสังเกตที่ผู้วิจัยไม่มีการควบคุมสภาพการณ์ที่เกิดขึ้น เพียงแต่เฝ้าดูเหตุการณ์ ซึ่งเป็นประสบการณ์ตรง โดยให้ ตา หู และประสาทสัมผัสต่าง ๆ หรือบางครั้งอาจใช้เครื่องมือ เช่น กล้องถ่ายรูป กล้องวิดีโอ ที่ช่วยบันทึกที่ความเร็ว ถูกต้อง

และแม่นยำร่วมด้วย การสังเกตโดยตรงที่ผู้สังเกตไม่ได้ควบคุมสภาพใด ๆ อาจแบ่งได้ 5 ประเภท คือ

1. การสังเกตภายนอก เช่น สัญลักษณ์ รูปลักษณ์ หรือคุณลักษณะภายนอกเป็น เครื่องหมายสื่อไปยังบุคคลหรือพฤติกรรมของบุคคล เช่น การแต่งกาย เครื่องแบบ เครื่องหมาย เครื่องประดับ สีผม รูปแบบ (style) หรือสัญลักษณ์หรือรูปลักษณ์ ที่สามารถบ่งชี้ถึงบุคคลและ กลุ่มได้ เช่นที่เครื่องแบบนักเรียน ทหาร ฯลฯ เครื่องประดับที่บ่งบอกฐานะทางสังคม เช่น บาง วัฒนธรรมบ่งบอกถึงสถานภาพสมรสจากเครื่องแต่งกายหรือทรงผม นอกจากการสังเกตภายนอก แล้ว นักวิจัยควรตรวจสอบโดยการสอบถาม เพื่อให้แน่ใจและต้องระวังการตอบแบบเหมารวม (response) ของผู้ที่เราสอบถาม รวมทั้งประสบการณ์เดิมของผู้วิจัยเองด้วย

2. การสังเกตการแสดงออกของกิริยาท่าทางหรือภาษาท่าทาง อันเป็นการเคลื่อนไหว ของร่างกาย หน้าตา แขนขา และรูปแบบร่างกายของบุคคลโดยธรรมชาติ ตลอดจนความ สอดคล้องหรือขัดแย้งของการแสดงออกกับคำพูด ซึ่งคนในกลุ่มคนหรือสังคมที่ใกล้ชิดจะดูออกได้ ง่ายกว่าคนแปลกหน้า เช่น การรับปากง่าย ๆ เพราะเป็นมรรยาท การส่งสัญญาณต่าง ๆ ที่ สังเกตได้ นักวิจัยต้องแปลรหัสให้ออกจึงเข้าใจความหมายได้ถูกต้อง

3. การสังเกตการแสดงออกทางตำแหน่งที่ร่างกาย โดยปกติมนุษย์จะสงวนอาณาเขต รอบ ๆ ตนเองไว้เป็นส่วนตัว และให้บุคคลเข้าใกล้ชิดตามความสำคัญ ดังนั้น ระยะห่างระหว่าง บุคคลทางกายภาพ จึงสามารถบ่งบอกความสัมพันธ์ของบุคคลได้

4. การสังเกตการใช้ภาษา ในการสังเกตการใช้ภาษามุ่งประเด็นวิเคราะห์ ในเรื่องการใช้ คำพูด การสนทนาซึ่งแสดงความสัมพันธ์ระหว่างผู้พูด วิธีการพูด และเวลาพูด เป็นเรื่องที่ สังเกตเห็นได้ชัดเจน

5. การสังเกตบริบทเวลาและการใช้เวลาของบุคคลและกลุ่มต่าง ๆ ในกิจกรรมสังคม ล้วนแตกต่างกัน ทั้งระยะเวลาและช่วงเวลา นอกจากเวลาและช่วงเวลาตามปฏิทินที่แตกต่างกัน ความรู้สึกเกี่ยวกับเวลาที่ใช้วัดระยะทางเดียวกัน ยังแตกต่างกัน ดังนั้น การสังเกตและการ วิเคราะห์เกี่ยวกับการใช้เวลาจำเป็นต้องมีหลักฐานและเครื่องใช้จับเวลาที่มีมาตรฐานกลาง เช่น นาฬิกา การใช้เครื่องจับเวลาด้วยการใช้วิดีโอ เทปบันทึกสถานการณ์ การบันทึกหลักฐานทาง ปฏิทิน เป็นหน่วยกลางวิเคราะห์ รวมทั้งบริบทผู้ที่เราสังเกตว่าเป็นใคร บันทึกไว้เพื่อตรวจสอบ ความเข้าใจให้ตรงกัน และป้องกันการลืมเลือน

สิ่งที่นักวิจัยต้องสังเกต

นักวิจัยไม่สามารถสังเกตทุกสิ่งทุกอย่างที่เกิดขึ้นในสถานที่ที่ทำการศึกษได้ทั้งหมด ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีศูนย์กลางของการสังเกต กรอบปรากฏการณ์ในจากสนาม (social setting) ซึ่งเราสามารถแบ่งย่อยออกเป็นศูนย์กลางของการสังเกต ตั้งแต่เล็กไปใหญ่ได้ 6 หน่วย ดังนี้

1. การกระทำ (acts) หมายถึง พฤติกรรมของบุคคลในสถานการณ์หนึ่งในช่วงเวลาสั้น ๆ คือ ตั้งแต่วินาที นาทีไปจนถึงชั่วโมง
2. กิจกรรม (activities) หรือการกระทำของหลาย ๆ คนในจาก ซึ่งแสดงความสำคัญและความผูกพันการกระทำที่เกี่ยวข้องกับหลายคนมากกว่าเป็นส่วนบุคคลหรือส่วนตัว ซึ่งใช้เวลา นานเป็นวัน สัปดาห์ เดือน
3. ความหมาย (meaning) การให้ความหมายของการกระทำ หรือกิจกรรมโดยคำพูด ที่แสดงออกของผู้ให้ข้อมูล อธิบายให้คำจำกัดความหรือทิศทางของการกระทำต่อสิ่งของ เหตุการณ์ และคุณลักษณะต่าง ๆ ของมนุษย์ เช่น ตามวัฒนธรรม ความเชื่อ ความเข้าใจ อุดมการณ์ ภาพตายตัว ทัศนคติต่าง ๆ
4. การมีส่วนร่วมของบุคคลต่าง ๆ (participation) ของบุคคลต่าง ๆ ในส่วนร่วมของสถานการณ์ หรือจากที่เราศึกษา ซึ่งอาจเป็นการแสดงออกถึงการมีส่วนร่วมของบุคคลในองค์การ ที่มีรูปแบบอยู่แล้วในจาก หรืออาจเป็นรูปแบบอันเกิดจากการคิดสร้างโดยคุณสมบัติอันเป็นส่วนร่วมของจากหนึ่ง ๆ
5. ความสัมพันธ์ (relationship) ของบุคคลต่าง ๆ ลักษณะของความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้น ในช่วงเวลาที่มีอิทธิพลต่อกันและกัน ความสัมพันธ์ของกิจกรรมที่เชื่อมโยงในรูปแบบต่าง ๆ ไม่ว่าจะ เป็นในทางลบและทางบวก
6. สถานที่ (settings) รูปแบบของทุกสิ่งทุกอย่างภายใต้สภาพที่ศึกษา ซึ่งถือเป็นหน่วยการวิเคราะห์ อาจเป็นสถาบันหรือรูปแบบต่าง ๆ ซึ่งถ้าหากมีหลายหน่วยการวิเคราะห์ก็ อาจแยกเป็นอนุระบบ (sub settings)

การสังเกตสนามอย่างมีระบบ แบ่งการสังเกตไว้เป็น 3 ช่วงระยะ คือ

ช่วงระยะแรก การสังเกตทั่วไป (descriptive) ของทุกสิ่งทุกอย่างในจาก โครงสร้างด้านกายภาพ สถานที่ต่าง ๆ การแต่งกายของบุคคล ฯลฯ ซึ่งเป็นเรื่องที่เห็นได้ง่าย ชัดเจน ในช่วงนี้นักวิจัยจะสังเกตและจัดทำแผนผังของเขตแผนที่ สถานที่ต่าง ๆ ของจาก

ช่วงระยะที่สอง การสังเกตแบบมีศูนย์กลาง (focus) หลังจากคุ้นเคยกับสถานที่ที่ทำการศึกษาและบุคคลต่าง ๆ นักวิจัยมีโอกาสได้เข้าถึงจากต่าง ๆ ทางสังคมมากขึ้น การสังเกตอาจมุ่งประเด็นเฉพาะบางเรื่อง ตัดประเด็นบางเรื่องที่ไม่สนใจไม่เกี่ยวข้องออกไป ซึ่งต้องอาศัยการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลเข้ามาช่วยด้วย เพื่อตรวจสอบความสอดคล้องของเกณฑ์การสังเกต ในช่วงนี้เปรียบเทียบกับช่วงแรกแล้วจะเป็นระบบมากขึ้น

ช่วงระยะที่สาม การสังเกตแบบเลือกเฟ้น (selective) เป็นการสังเกตต่อจากช่วงที่สอง ซึ่งเน้นประเด็นประเภทของกิจกรรม แต่ช่วงนี้จะมุ่งประเด็นเรื่องความแตกต่างของกิจกรรมเพื่อตรวจสอบให้เกิดความชัดเจนยิ่งขึ้นนั่นเอง

การสังเกตจะกระทำควบคู่ไปกับการสัมภาษณ์ ส่วนใหญ่บางกรณีอาจจะสังเกตโดยอิสระ เช่น พฤติกรรมหรือการกระทำที่ไม่มีภาษาเกี่ยวข้อง หรือเป็นเรื่องพิเศษที่ต้องรอจังหวะเวลาของการสะสมการกระทำหลายๆ เรื่อง การเลื่อนฐานะทางสังคมของคนในขอบเขตของสังคมที่ทำการศึกษาหรือการเปลี่ยนแปลงบริบทของสถานที่ที่ทำการศึกษา เป็นต้น

การสัมภาษณ์ นิสา ชูโต (2540) ซึ่งเป็นวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลวิธีหนึ่งในการศึกษาเชิงธรรมชาติ ได้แบ่งประเภทของการสัมภาษณ์เป็น 3 ระดับ

1. การสัมภาษณ์เป็นทางการ (formal) คือ การสัมภาษณ์ที่มีการนัดแนะ เวลา สถานที่ แนนอนไว้ก่อน รวมทั้งมีการบันทึกเทป การสัมภาษณ์เป็นทางการ ส่วนใหญ่นั้นเป็นการสัมภาษณ์ผู้รู้ (key informants) ผู้มีตำแหน่งการงาน การสัมภาษณ์แบบนี้ส่วนใหญ่แล้วจะต้องสัมภาษณ์หลายครั้งจึงจะได้ข้อมูลครบถ้วน ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์แบบทางการนั้น แม้ว่าการสัมภาษณ์ได้ตอบจะชัดเจนไม่เป็นธรรมชาติเหมือนการสัมภาษณ์แบบไม่เป็นทางการ หรือการพูดคุยแบบกันเองก็ตาม แต่ความคลาดเคลื่อนของข้อมูลจากการจำของผู้สัมภาษณ์จะเกิดขึ้นน้อยสุด เพราะผู้รู้จะมีเวลาเตรียมข้อมูล รวมทั้งมีความชำนาญในเรื่องราวที่จะให้ข้อมูล

2. การสัมภาษณ์แบบไม่เป็นทางการ (informal) คือ การสัมภาษณ์ที่เกิดจากการพบปะโดยส่วนตัว ซึ่งอาจมีการนัดหมายไว้ก่อนแต่ก็ยังไม่ตกลงเป็นที่แน่นอน ดังนั้น ถ้าบังเอิญมีเครื่องบันทึกเสียงก็อาจใช้บันทึกไว้ แต่ถ้าไม่มีนักวิจัยก็ต้องจดและจำไว้ก่อน แล้วจึงเขียนการบันทึกการสัมภาษณ์ไว้ภายหลัง การสัมภาษณ์แบบไม่เป็นทางการนี้ อาจจะได้หลายครั้งหลายหนเป็นช่วง ๆ แล้วแต่เวลาที่พบกัน และขณะที่สัมภาษณ์อาจมีบุคคลอื่นปรากฏตัวหรือพูดจาสอดแทรกก็ได้ บรรยายภาศการพูดจาตอบโต้เป็นกันเองกว่า แต่การระลึกได้ของข้อมูลจากการสัมภาษณ์แบบนี้จะมีความคลาดเคลื่อนกว่าแบบแรก

3. การสัมภาษณ์แบบพูดคุยแบบกันเอง (casual) การพูดคุยแบบนี้ไม่มีการบันทึกเทป เกิดจากการพบปะพูดคุยกันธรรมดา การได้ตอบ สนทนาพูดคุยจะหลั่งไหลไปตามธรรมชาติ ดังนั้น ปัญหาความคลาดเคลื่อนของการระลึกได้ของข้อมูลจากผู้ถูกสัมภาษณ์แบบคำต่อคำ จะเกิดขึ้นสูงกว่าสองแบบข้างต้น

การจัดบันทึก วิธีการจัดบันทึกและรูปแบบของการบันทึกข้อมูลสนามนั้น ขึ้นอยู่กับความถนัดและความชอบของนักวิจัยแต่ละคน นักวิจัยแต่ละคนจะพัฒนาวิธีการจัดบันทึก ด้วยย่อและวิธีการซึ่งเป็นรูปแบบของตนเอง การจัดบันทึกส่วนใหญ่มักใช้ 2 รูปแบบ คือ การบันทึกย่อ และการบันทึกละเอียด

ขณะที่สังเกตอยู่ในเหตุการณ์ต่าง ๆ และยังไม่สามารถบันทึกข้อมูลได้ในขณะนั้น นักวิจัยจะต้องจำ บันทึกเรื่องที่เห็นนั้น ๆ ไว้ในสมอง (mental notes) การจำและการบันทึกเรื่องที่สังเกตไว้ในสมองนั้น เป็นสิ่งที่นักวิจัยต้องฝึกให้เกิดความตระหนักในเรื่องที่สังเกต เหมือนการย่อความสั้น ๆ ว่าใครทำอะไร ก็คน ใครพูดกับใคร เหตุการณ์ใดบ้างที่เกิดขึ้นในช่วงเวลานั้น เพื่อให้เกิดผลอย่างไรบ้างเป็นต้น หลังจากนั้นก็จดลงในบันทึกย่อ (jotted notes) ไว้บันทึกย่อ อาจเป็นวลี คำพูด คำสำคัญ ๆ (key words) อักษรย่อรูปวาด เวลาจัดบันทึกย่อนั้น ไม่ควรทำอย่างโจ่งแจ้ง เพราะจะทำให้เกิดความระแวงและการระมัดระวังการกระทำ หรือการแสดงออกต่าง ๆ ทำให้ผิดปกติไม่เป็นธรรมชาติ

การจัดบันทึกละเอียด (field notes) หลังจากจากการสังเกตในแต่ละวันเสร็จสิ้นลง นักวิจัยต้องเขียนบันทึกการรายงานสนามละเอียด เพื่อเป็นหลักฐานข้อมูล เพราะการจำการจดย่อ ๆ ไม่ถือว่าเป็นหลักฐานรายงานข้อมูลสนามจนกว่าจะบันทึกสนามละเอียด เรียงตามวันเวลาแล้วเท่านั้น

ความเชื่อถือได้ในวิธีการวิจัย (trustworthiness)

การวิจัยเชิงคุณภาพเป็นวิธีการวิจัยที่พัฒนาขึ้นมาใหม่ จึงได้รับการพัฒนาเกี่ยวกับมาตรฐานความเชื่อถือของการวิจัยเกี่ยวกับผลสรุปที่ตรงกับข้อมูล (internal validity) และการอ้างอิงผลนำไปใช้กับกลุ่มอื่น (external validity) ความเที่ยงของวิธีการทำ (reliability) รวมทั้งความเป็นปรนัยของการวิจัย (objectivity) โดยนิยามศัพท์ที่สื่อความหมายในเรื่องดังกล่าว คือ

ความเชื่อถือได้ (credibility) หมายถึง การตรวจสอบความสอดคล้องของข้อมูล และการตีความของผู้วิจัยเกี่ยวกับความเป็นจริงระดับต่าง ๆ กับความคิดของผู้ให้ข้อมูลว่าสอดคล้องต้องกันหรือไม่ การได้มาซึ่งความเชื่อถือได้ กระทำได้โดย

1. การอยู่ในสนามเป็นช่วงระยะนาน นานจนทำให้ผู้วิจัยสามารถเข้าใจในสภาพการณ์ที่เกิดขึ้นตามมุมมองของผู้ให้ข้อมูล และตรวจแบบเข้าใจในประเด็นสำคัญ ๆ ได้อย่างถูกต้อง

2. สังเกตอย่างจริงจัง เพื่อเข้าใจคุณลักษณะที่สำคัญ ๆ ที่เกิดขึ้น รวมทั้งเข้าใจสิ่งที่ผิดปกติ พร้อมทั้งเข้าใจความหมายนั้น ๆ

3. ถ่ายทอด เล่า ตรวจสอบระหว่างวิจัย เพื่อดูความแจ่มแจ้งและพัฒนาการของความเข้าใจ ปรัชญาหรือเกี่ยวกับแนวทางการวิจัยในการช่วยแก้ปัญหาส่วนตัวและปัญหาทางปัญญา

4. ตรวจสอบสามเส้า (triangulation) คือ การตรวจสอบแหล่งที่มาของข้อมูลจากบุคคลหลายคน บนพื้นฐานมุมมองทางทฤษฎีหลายทฤษฎี ก่อนการสรุปข้อมูลเพื่อการวิเคราะห์

5. มีข้อมูลเพียงพอจากแหล่ง ครอบคลุมทั้งเอกสาร เทป บันทึกการสัมภาษณ์จะต้องตรวจสอบก่อนใช้เป็นหลักฐานอ้างอิง

6. ข้อมูลต่าง ๆ ที่ใช้ประกอบการวิจัยและการตีความเรื่องราวต่าง ๆ จะต้องผ่านการตรวจสอบเป็นระยะทุกขั้นตอน ตั้งแต่ต้นจนสุดท้ายของการศึกษาในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจะใช้วิธีดังกล่าวทั้ง 6 วิธี ข้างต้นเพื่อให้เกิดความเชื่อถือได้

การพึ่งพากับเกณฑ์อื่น (dependability) หมายถึง การใช้วิธีอื่น ๆ เข้าร่วมกันหลายวิธี ในการตรวจสอบความตรงของข้อมูลของแนวคิดทฤษฎี เพื่อดูว่าผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นในทิศทางเดียวกัน สนับสนุนกัน อันเป็นอันหนึ่งของการตรวจสอบแบบสามเส้านั่นเอง

การถ่ายโอนการวิจัย (transferability) หมายถึง ความสามารถอ้างผลการวิจัยไปยังสภาพการณ์ในบริบทที่คล้ายคลึงกัน โดยใช้กลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sample) ที่ครอบคลุมแนวคิดและมุมมองของทฤษฎี เพื่อสร้างแนวทางอันอาจทำให้เกิดการถ่ายโอนผลวิจัยไปสู่บริบทอื่น ๆ ที่ใกล้เคียงกันได้

การยืนยันผลการวิจัย (confirmability) หมายถึง ความสามารถในการยืนยันผลอันเกิดจากข้อมูล ด้วยวิธีการตรวจสอบสามเส้า (triangulation) ต่าง ๆ เช่น การตรวจสอบแนวคิดสมมุติฐาน เปรียบเทียบกับงานวิจัยของคนอื่นที่ทำเรื่องคล้ายคลึงกัน บันทึกสาเหตุ และเหตุผลแนวทาง ฯลฯ ในการมองปัญหาของผู้วิจัยอย่างชัดเจน รวมทั้งการตรวจสอบแนวคิดกับผู้เชี่ยวชาญเพื่อยืนยันว่าการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยที่ผู้วิจัยกระทำโดยพยายามขจัดความลำเอียงมากที่สุด

อย่างไรก็ตามนักวิชาการบางคนยังมีความคิดเห็นว่า ถึงแม้ผู้วิจัยจะได้กระทำทุกวิธีการเพื่อขจัดความลำเอียง แต่การวิเคราะห์แปลผล และสรุปผลการวิจัยเชิงคุณภาพยังต้องกระทำโดยการผ่านความเป็น "บุคคล" ของผู้วิจัย