

# ประเมินประสบการณ์การใช้บริการระดับปฐมภูมิของผู้รับบริการด้วย วิธีการสนทนากลุ่มในศูนย์สุขภาพชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดพิษณุโลก

## Assessment of Clients' Experience of Services at a Primary Care Unit in Phitsanulok Using a Focus Group Study

นิตรา กิจธีระวุฒิวงษ์, วุฒิชัย จริยา

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

Nithra Kitteerawuttiwong, Wutthichai Jariya

Faculty of Public Health, Naresuan University

### บทคัดย่อ

การเข้าใจประสบการณ์การใช้บริการของผู้รับบริการมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งที่จะพัฒนาคุณภาพบริการ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ที่จะประเมินประสบการณ์ของผู้รับบริการเพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปพัฒนาคุณภาพบริการ โดยรวมประสบการณ์การใช้บริการของผู้รับบริการไว้ในการจัดการบริการสุขภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิ การศึกษานี้ใช้วิธีการสนทนากลุ่มในการประเมินความเห็นของผู้ใช้บริการ สุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงได้ผู้มีส่วนร่วมในการศึกษาจำนวน 38 คน ประกอบด้วยกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ กลุ่มมารดา กลุ่มวัยผู้ใหญ่ที่มีอายุระหว่าง 20-59 ปี กลุ่มผู้สูงอายุและกลุ่มผู้นำชุมชน เครื่องมือที่ใช้คือแบบสอบถามถึงโครงสร้าง มีการบันทึกเทปและถอดเทปตรงตามคำพูด ข้อมูลถูกนำมาสร้างรหัสและวิเคราะห์ข้อมูลแบบแยกประเด็น

ผลการศึกษาพบว่า ภาพรวมทุกกลุ่มมีประสบการณ์ในการใช้บริการระดับปฐมภูมิอยู่ในระดับปานกลาง ถึงดี ประเด็น 1) การสื่อสารและการให้ข้อมูล 2) ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการ 3) ความสามารถทางด้านการรักษา 4) การเปลี่ยนแปลงขององค์การและ 5) ลักษณะทางกายภาพของสถานบริการ อยู่ในระดับดี แต่ประเด็นที่ 6) ด้านการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับปานกลาง ผู้รับบริการสามารถตัดสินใจร่วมกันในการกำหนดการดูแลรักษาร่วมกับผู้ให้บริการได้ ผู้รับบริการยินดีให้ความร่วมมือในงานกิจกรรมของชุมชน และต้องการให้ผู้ให้บริการเข้ามามีบทบาทเป็นผู้ให้ความช่วยเหลือสนับสนุนกิจกรรมที่จัดโดยชุมชนนอกจากนี้คณะทำงานพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ควรนำข้อมูลที่ได้ไปพัฒนาคุณภาพ ตามข้อเสนอแนะของทุกกลุ่ม การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ผู้ให้บริการควรที่จะสนทนากับผู้รับบริการและชุมชนเพื่อที่จะหาข้อมูลเกี่ยวกับความจำเป็นทางสุขภาพและความต้องการของผู้รับบริการ สำหรับบทบาทการมีส่วนร่วมควรมีการพัฒนาร่วมกันระหว่างผู้ให้บริการ ผู้รับบริการ และชุมชน ผลการศึกษาจากการสนทนากลุ่มสามารถสร้างหลักฐานเชิงประจักษ์ในสิ่งที่จำเป็นต้องปรับปรุงเพื่อบรรลุคุณภาพบริการสุขภาพ

**คำสำคัญ :** ประสบการณ์การใช้บริการ บริการระดับปฐมภูมิ การสนทนากลุ่ม

## Abstract

Understanding clients' experiences is critical to improve quality of health care services. The study aimed to assess the clients' experiences in order to apply the findings to improve quality of health care services by reacting to clients' experiences in the management of health services of a primary care facility. A focus group discussion was carried out to understand clients' perspectives. Thirty-eight participants were purposively selected for five focus group discussions, including pregnant women, mother, adult aged 20-59 years, elderly and community representatives. Guiding questions were used. The focus group discussions were audio-taped and transcribed verbatim. Data was then coded and a thematic analysis was carried out.

The result revealed that the overall experiences were moderate to good. Theme 1) communication and information, 2) interpersonal relationship between providers and clients, 3) medical competency, 4) health care organization and 5) physical environment were good. However, theme 6) partnership was moderate, clients are able to jointly make decision about medical care with providers, clients wanted to cooperate in community activity and would like to join providers in doing community activity. Moreover, continuous quality improvement team should utilize the findings and suggestions from all participants to improve quality of health care services. In the context of continuous quality improvement, providers should dialogue with clients and community regarding to needs and expectations. The role of partnership should be mutually developed among providers, clients and community. The results from focus groups make evident the aspects that need to be improved to achieve quality of health care services.

**Keywords :** Clients' experience, Primary care services, Focus group discussion

## บทนำ

การเข้าใจความต้องการ ความคาดหวัง และการรับรู้ของผู้รับบริการเป็นสิ่งจำเป็นของผู้ให้บริการที่จะพัฒนาสุขภาพของผู้รับบริการความพึงพอใจของผู้รับบริการเป็นตัวชี้วัดที่สำคัญของคุณภาพการดูแล (1) การปกป้องสิทธิของผู้ป่วยและเป็นการกระตุ้นการมีส่วนร่วมของประชาชนในการประเมินระบบบริการสุขภาพ (2)

ความพึงพอใจเป็นการประเมินด้วยความรู้สึกส่วนตัวของผู้รับบริการโดยอาศัยกลไกการรับรู้และอารมณ์ซึ่งเป็นผลของปฏิภณระหว่างความคาดหวังกับสิ่งที่ได้รับการตอบสนองของการบริการในรูปแบบของประสบการณ์ที่ได้รับ (3) ประโยชน์ของความพึงพอใจต่อการดูแลที่ผู้รับบริการได้รับมีดังนี้ (ก) เป็นตัวทำนายถึงพฤติกรรมสุขภาพ

ที่ผู้รับบริการจะกลับมาใช้บริการ รวมทั้งการแนะนำต่อผู้อื่นให้มารับบริการ (ข) การรับรู้ต่อคุณภาพการดูแลจะอยู่ในระดับสูง (ค) ผู้รับบริการมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้ให้บริการ และ (ง) ผู้รับบริการรู้สึกเข้าถึงการดูแลอย่างเพียงพอ (4)

วิธีที่นิยมใช้ในการกำหนดระดับความพึงพอใจ คือวิธีการสำรวจความพึงพอใจ (5) มักจะใช้แบบสอบถามที่ให้ผู้รับบริการตอบในรูปของมาตรวัด 5 ระดับ ซึ่งมีข้อดีคือประหยัด สะดวก และสามารถนำไปใช้ได้จริง ส่วนข้อด้อยประเด็นแรกคือ การใช้วิธีการสำรวจมักจะไม่สามารถให้ข้อมูลเชิงลึกที่เป็นประโยชน์ในทางปฏิบัติต่อการพัฒนารูปแบบการบริการ (6) ประเด็นที่สองแบบสำรวจปลายปิดอาจจะมีกรอบที่แคบเกินไปและอาจจะก่อให้เกิด

เกิดผลของความพอใจเกินคาด (7) และประเด็นสุดท้าย การประเมินความพึงพอใจโดยใช้แบบสอบถามจะเป็นการประเมินเชิงรับผู้รับบริการถูกจำกัดจากการที่ต้องตอบตามแบบที่กำหนดไว้ (2) ข้อคำถามที่ถูกกำหนดไว้ให้ความสำคัญค่อนข้างน้อยกับคุณค่าของผู้รับบริการและความเชื่อของเขา (8)

บริการระดับปฐมภูมิเกี่ยวข้องกับการจัดการปัญหาสุขภาพและปัญหาทั่วไป ที่พบได้ในชุมชนมีความเกี่ยวข้องกับปัจเจกบุคคล ครอบครัว และชุมชน ที่มีความซับซ้อน (9) หลังจากประกาศใช้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าบริบทของบริการปฐมภูมิเปลี่ยนแปลงมีการขยายบริการทางการแพทย์ที่เคยจัดในโรงพยาบาลมาให้บริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิ เช่น การรักษาและการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชนบทบาทของผู้ให้บริการในระดับปฐมภูมิมีมากขึ้น แม็คไอเวอร์ (10) กล่าวว่า "เป็นไปได้ที่จะจัดบริการในชุมชนให้เหมาะสมกับความจำเป็นทางสุขภาพและให้บริการตามสิ่งที่ควรจะเป็นโดยไม่ใช้ข้อมูลเชิงคุณภาพมาจัดการ"

วิธีการเชิงคุณภาพที่ใช้เพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลนั้นได้แก่ วิธีการสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์แบบไม่มีโครงสร้างและการสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง (11) กรมสุขภาพประเทศอังกฤษ (1996)(12) ได้แนะนำว่าวิธีการสนทนากลุ่มเป็นวิธีที่มีประโยชน์ในการติดตามระบบบริการที่มีอยู่ สามารถใช้รวบรวมข้อมูลความพึงพอใจของผู้ป่วย และสังเกตเห็นการปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้สนทนากลุ่มในการอภิปรายกัน การศึกษานี้จะใช้คำว่าผู้รับบริการแทนคำว่าผู้ป่วยเนื่องจากกิจกรรมของบริการระดับปฐมภูมิจะเกี่ยวข้องทั้งในสถานบริการและชุมชน

ศูนย์สุขภาพชุมชนที่ทำการศึกษาคือ เป็นศูนย์สุขภาพแห่งหนึ่งในจังหวัดพิษณุโลก ในปี 2547-2549 มีอัตราการใช้บริการ 62,767 ครั้ง ผลการสำรวจความพึงพอใจด้วยแบบสอบถามหลังจากได้รับบริการ คิดเป็นร้อยละ 88-95 อยู่ในระดับสูง (13) แม้ว่าส่วนสุดท้ายของ

แบบสอบถามจะมีข้อคำถามปลายเปิด แต่พบว่า มีเพียงร้อยละ 9 ที่แสดงความคิดเห็นในเรื่องการปรับปรุงโครงสร้างทางกายภาพของหน่วยบริการ การประชาสัมพันธ์เรื่องบริการของเจ้าหน้าที่ การกำหนดเวลาปฏิบัติงานที่ชัดเจน แต่อย่างไรก็ตามผู้ให้บริการยังขาดข้อมูลในเรื่องของการบริการในจุดที่จะต้องมีการปรับปรุง อันเนื่องมาจากข้อจำกัดของแบบสอบถาม นอกจากนี้ผู้ให้บริการมีความต้องการที่จะพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ซึ่งถือเป็นกระบวนการสำคัญในพัฒนาผลงานขององค์กร และเพื่อเป็นการพัฒนาทักษะสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนในระบบบริการสุขภาพ จึงใช้วิธีการสนทนากลุ่ม เพื่อประเมินประสิทธิภาพการรับบริการระดับปฐมภูมิของผู้รับบริการ และนำข้อมูลที่ได้มาพัฒนาคุณภาพบริการ

## วิธีการศึกษา

การศึกษาเชิงคุณภาพด้วยวิธีการสนทนากลุ่ม ซึ่งมีวัตถุประสงค์ที่จะได้ข้อมูลจากการมีส่วนร่วมในการอภิปรายและการมีปฏิสัมพันธ์ภายในกลุ่ม ดำเนินการสนทนากลุ่มด้วยผู้นำสนทนากลุ่ม ซึ่งมีหน้าที่เป็นผู้กำหนดทิศทางการสนทนาไม่ใช่การเป็นผู้ถามคำถามและผู้ช่วยซึ่งมีหน้าที่ในการบันทึกเสียง จดบันทึก และอำนวยความสะดวกในการสนทนากลุ่ม (14)

การศึกษานี้ใช้วิธีการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จังหวัดพิษณุโลก เนื่องจากเป็นจังหวัดที่เป็นศูนย์กลางทางด้านการแพทย์ของภาคเหนือตอนล่าง และเลือกศูนย์สุขภาพชุมชนแห่งหนึ่ง เนื่องจากเป็นหน่วยบริการที่มีจำนวนผู้รับบริการมากที่สุด และมีความสมัครใจที่จะร่วมในการศึกษาและพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง การคัดเลือกผู้มีส่วนร่วมในการศึกษา ใช้วิธีการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง แบ่งเป็น 5 กลุ่ม ประกอบด้วย กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ กลุ่มมารดา กลุ่มผู้นำชุมชน กลุ่มผู้สูงอายุ และกลุ่มวัยผู้ใหญ่จำนวน 4, 7, 8, 9 และ 10 คน ทั้งนี้

กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ มีจำนวนผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่ม 4 คน เนื่องจาก จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่สะดวกในการให้ข้อมูล มีจำนวนน้อย

การสนทนากลุ่มใช้แบบสอบถามกึ่งโครงสร้างเป็นแนวทาง (ตารางที่ 1) ข้อเสนอแนะจากคำถามปลายเปิดในแบบสอบถาม นำมาใช้เป็นแนวทางในการสร้างข้อคำถามหลัก การสนทนากลุ่มประกอบด้วย 5 ขั้นตอน คือ

การเปิดประเด็น การชักนำเข้าสู่การสนทนา ขึ้นเปลี่ยนผ่าน คำถามหลัก และการจบประเด็นสนทนา (14) ซึ่งเป็นขั้นตอนสุดท้ายที่ผู้นำสนทนากลุ่มสรุปสิ่งสำคัญที่ได้จากการสนทนาแล้วเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมสนทนาได้เสนอเพิ่มเติม หรือแก้ไขประเด็นสนทนาให้เข้าใจตรงกัน หลังจากนั้น ผู้นำสนทนาและผู้ช่วยสรุปและแลกเปลี่ยนประเด็นที่พบในการสนทนากลุ่ม

ตารางที่ 1 คำถามหลักที่ใช้ในการสนทนากลุ่ม

คำถามหลัก
1. ท่านคาดหวังอยากให้อนามัย เป็นอย่างไรบ้าง เช่น มีบริการอะไร เจ้าหน้าที่อยากให้เป็นอย่างไ
2. การพูดคุยและให้ข้อมูลของเจ้าหน้าที่ เช่น แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข กับผู้รับบริการเป็นอย่างไร
2.1 เจ้าหน้าที่มีวิธีการบอกหรือแจ้ง ข้อมูลแก่ผู้รับบริการอย่างไร หากบอกแล้วไม่เข้าใจทำอย่างไร
2.2 เจ้าหน้าที่มีวิธีการสื่อสาร บอกกับชุมชน อย่างไร
3. ความสัมพันธ์ระหว่างเจ้าหน้าที่ ผู้รับบริการ และตัวแทนชุมชนเป็นอย่างไร
4. ความสามารถของเจ้าหน้าที่เช่น แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นอย่างไร
5. ความสะอาด ความเป็นสัดส่วนของห้องตรวจ ความเป็นสัดส่วนของห้องตรวจ สิ่งแวดล้อมเป็นอย่างไร
6. ในระยะ 5 ปีที่ผ่านมาถึงปัจจุบัน บริการที่ได้รับจากสถานบริการแห่งนี้ มีความแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร
7. ท่านมีส่วนร่วมในด้านการดูแลสุขภาพ การรักษา หรือการทำกิจกรรมในชุมชนอย่างไรบ้าง
8. ท่านรู้สึกอย่างไรกับความพึงพอใจในภาพรวมของบริการที่ได้รับจากสถานบริการแห่งนี้
9. สถานบริการแห่งนี้ ควรปรับปรุง อะไรบ้าง

การศึกษานำร่อง ใช้แบบสอบถามกึ่งโครงสร้างที่พัฒนาขึ้นเป็นแนวทางในการสนทนากลุ่ม ดำเนินการในหน่วยบริการที่ไม่ใช่หน่วยบริการที่ทำการศึกษทำการทดสอบข้อคำถามในแต่ละประเด็น และกระบวนการที่ใช้ในการสนทนากลุ่ม จัดให้มีการอภิปรายข้อมูลหลังการสนทนากลุ่มแล้วเสร็จ (Debriefed) ระหว่างผู้นำสนทนากลุ่มและผู้ช่วย เพื่อนำข้อคำถาม

และผลการจัดสนทนากลุ่มมาปรับปรุง

การเก็บข้อมูลดำเนินการในสถานที่ที่ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มรู้สึกผ่อนคลายที่ศาลาวัด ศาลาสาธารณสุขประโยชน์ของหมู่บ้าน เพื่อลดความลำเอียงที่ได้จากการให้ข้อมูล ผู้ช่วยสนทนากลุ่ม จำนวน 2 คน ได้รับการฝึกและช่วยในการบันทึกเทปและถอดเทป หลังจากนั้นทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยผู้วิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้การวิเคราะห์แยกประเด็น ผู้วิจัยอ่านบทถอดเทปการสนทนาลักษณะอิสระ นำผลการจัดบันทึกระหว่างการสนทนากลุ่มมาวิเคราะห์ร่วมด้วย หลังจากนั้นสร้างรหัสการแยกประเด็นข้อมูล สร้างประเด็นข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่ม แล้วนำมาเปรียบเทียบกัน ประเด็นข้อมูลที่แตกต่างกันนำมาอภิปรายหาข้อสรุปร่วมกัน จนเกิดความเห็นพ้องในประเด็นนั้น ๆ ความน่าเชื่อถือ (Credibility) ของข้อมูลได้รับการตรวจสอบแบบสามเส้า จากหลากหลายบุคคลที่ให้ข้อมูล (Person data source triangulation) (15) ซึ่งจะทำให้ได้ข้อมูลที่หลากหลายและน่าเชื่อถือ นอกจากนี้ การศึกษานี้ ดำเนินการในบรรยากาศและสถานที่ที่ผ่อนคลาย ทำให้ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยสามารถที่จะแสดงความคิดเห็นได้อย่างอิสระเป็นการเพิ่มความน่าเชื่อถือของข้อมูล

การศึกษานี้ได้ผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร เลขที่ 12/2550 นอกจากนี้ได้ดำเนินการขออนุญาตจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลกและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองพิษณุโลก ก่อนทำการศึกษาผู้มีส่วนร่วมวิจัยทุกคนได้รับการอธิบายข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยที่แสดงถึงวัตถุประสงค์ วิธีการศึกษา เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยและลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมศึกษาข้อมูลของผู้มีส่วนร่วมในการศึกษาจะเก็บเป็นความลับและไม่ระบุถึงตัวบุคคลของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

## ผลการศึกษา

การสนทนากลุ่มใช้เวลา 75-120 นาที มีผู้เข้าร่วมในแต่ละกลุ่ม จำนวน 4-10 คน เป็นชาย 12 คน และหญิง 26 คน จำนวนทั้งหมด 38 คน ลักษณะโครงสร้างทางประชากรของผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มแสดงดังตารางที่ 2

ผู้รับบริการทุกกลุ่มมีประสบการณ์การใช้บริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชนในระดับปานกลางถึงดี ประเด็นที่ได้จากการสนทนานำเสนอได้ 6 ประเด็น ดังนี้ 1) การสื่อสารและการให้ข้อมูล 2) การมีส่วนร่วม 3) ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการ 4) ความสามารถทางด้านการรักษา 5) ลักษณะทางกายภาพของสถานบริการ และ 6) การเปลี่ยนแปลงขององค์การ ในส่วนท้ายของผลการศึกษานำเสนอข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุงคุณภาพบริการจากทุกกลุ่ม

### 1) การสื่อสารและการให้ข้อมูล

ผู้รับบริการมีความเห็นว่าผู้ให้บริการยินดีรับฟังปัญหา และให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ เป็นอย่างดี นอกจากนี้พบว่าการสื่อสารระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ และการให้คำแนะนำ มีความสำคัญในการให้บริการระดับปฐมภูมิ

“คุณหมอที่อนามัย อธิบายดี แนะนำดี พูดจาดูอย่างยาย เป็นเบาหวาน เค้าจะบอกว่าเรากินอะไรได้ อะไรไม่ได้บ้าง เค้ายังบอกให้กินยาให้ตรงเวลาด้วย” (E3)<sup>1</sup>

“หมอที่อนามัยเค้าจะรับฟังสิ่งที่เราพูด”(A4)<sup>2</sup>

“เค้าจะอธิบายดี สงสัยถามได้ จนเราเข้าใจ ที่โรงพยาบาล ถามมากก็เกรงใจหมอ กลัวเค้าดุ และคนก็เยอะ” (A6)

หมอที่อนามัยเค้าจะอธิบายดี เข้าใจพูด ทำให้เราไม่เครียด เหมือนไปโรงพยาบาล”(M2)<sup>3</sup>

“เจ้าหน้าที่อธิบายดี อย่างพาลูกมาฉีดวัคซีน เค้าจะบอกว่า กลับไปต้องดูแลลูกอย่างไร วัคซีนตัวต่อไปของลูกเราจะเป็นอะไร” (M4)

“บางคนเป็นคนแก่ อ่านหนังสือไม่ได้ ผมว่าการให้คำแนะนำของหมอสำคัญนะ”(C7)<sup>4</sup>

<sup>1</sup> E หมายถึง กลุ่มผู้สูงอายุ

<sup>2</sup> A หมายถึง กลุ่มวัยผู้ใหญ่

<sup>3</sup> M หมายถึง กลุ่มมารดา

<sup>4</sup> C หมายถึง กลุ่มผู้นำชุมชน



ตารางที่ 2 ลักษณะโครงสร้างทางประชากรของผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่ม

ลักษณะโครงสร้างทางประชากร	กลุ่มวัยผู้ใหญ่ (n= 10)	กลุ่มผู้สูงอายุ (n= 9)	กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ (n= 4)	กลุ่มมารดา (n= 7)	กลุ่มผู้นำชุมชน (n= 8)
อายุ (ปี)					
ช่วงอายุ	43-57	60-75	18-37	18-52	37-57
ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	50.7 (4.9)	66.6 (7.1)	26.7 (10.1)	31.8 (12.3)	49.5 (6.8)
เพศ					
ชาย	2	4	0	0	6
หญิง	8	5	4	7	2
การศึกษาสูงสุด					
ประถมศึกษา	8	9	1	4	0
มัธยมศึกษาตอนต้น	2	0	3	2	3
มัธยมศึกษาตอนปลาย	0	0	0	1	5
อาชีพ					
รับจ้าง	3	0	4	2	5
เกษตรกรรวม	2	0	0	1	3
ค้าขาย	2	0	0	0	0
รับราชการ	1	0	0	0	0
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	2	9	0	4	0

2) การมีส่วนร่วม

ผู้ให้บริการจะให้ข้อมูลที่ชัดเจน เพื่อให้ผู้รับบริการสามารถใช้ในการตัดสินใจร่วมกันในการกำหนดการดูแลรักษา นอกจากนี้ผู้รับบริการยินดีให้ความร่วมมือในงานกิจกรรมของชุมชน และต้องการให้ผู้ให้บริการหรือเจ้าหน้าที่ เข้ามามีบทบาทเป็นผู้ให้ความช่วยเหลือสนับสนุนกิจกรรมที่จัดโดยชุมชน

“หมอเค้าจะบอกว่าเราเป็นอะไร มีวิธีการรักษาอะไรบ้าง อย่างฉันเป็นหวัด เค้าจะบอกว่าคอไม่แดง ไม่ให้ยาแก้อักเสบนะ กินน้ำเยอะๆ นอนเยอะๆ แล้วนัดมาพบอีก 3 วัน ตอนแรกก็ไม่เข้าใจ ฟังเค้าอธิบายก็ค่อยเข้าใจหน่อย มันก็หายนะหมอ” (A7)

“ถ้าหมอ เค้ามาขอความร่วมมือ ก็ยินดี อย่างสำรวจไก่ ก็ให้เค้ามาดู ใส่ทรายอะเบทก็ทำ บางบ้านไม่ทำ” (P2)<sup>5</sup>

“ผมเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ อยากให้หมอ เค้าไปร่วมกิจกรรมของชมรม ที่จัดในพื้นที่ด้วย ทุกครั้งเป็นกำลังบ้าง บางทีก็อยากได้คำแนะนำบ้าง” (E5)

“ส่วนใหญ่หมอ เค้าจะขอความร่วมมือประกาศเสียงตามสาย แจ้งข้อมูลลูกบ้าน ของพื้นที่ในการจัดประชุม เราก็ยินดีให้ความร่วมมือ” (C2)

3) ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการ

ผู้รับบริการพึงพอใจในการพูดจา ความสุภาพ เป็นกันเอง ของผู้ให้บริการ เนื่องจากผู้ให้บริการรู้จักกันมานาน และส่วนใหญ่เป็นคณะทำงานเดิม

“หมอเค้าเป็นกันเอง ต้อนรับดี พูดจาดี” (E3)

“หมออนามัยกับเราจะรู้จักกันดี เค้าอยู่มานาน มาเมื่อไรก็เจอ คู่กันเคยกันดี ทำให้เรากล้าที่จะพูดอาการของเรา หรือกล้าถามมากกว่าไปโรงพยาบาล” (A2)

“เจ้าหน้าที่พูดจาดี อธิบายดี บางทีไปโรงพยาบาลมันตื่นสถานที่ คนก็ไม่รู้จัก อย่างอนามัยรู้จักหมอทุกคน บางครั้งในใจเราอยากจะพูดอะไรเยอะ ไปโรงพยาบาลเจอ

<sup>5</sup> P หมายถึง กลุ่มมารดา

หมอมั้ยคั่น ก็พูดไม่ออก มันแปลกสถานที่" (A6)

#### 4) ความสามารถทางด้านการรักษา

ผู้รับบริการมีความพึงพอใจต่อความสามารถทางด้านการรักษาของหน่วยบริการ ในเรื่องโรคเบื้องต้น และโรคเรื้อรัง จากการที่มีการขยายการให้บริการดูแลรักษาโรคเรื้อรังที่หน่วยบริการ

"ถ้าเป็นโรคปวดหัว ตัวร้อน เป็นไข้ ไปโรงพยาบาล หรือนามั้ยก็หายเหมือนกัน" (E6)

"หมอมั้ยคั่น เค้ารักษาโรคได้เยอะกว่าเดิม เดี่ยวนี้เบาหวาน ความดันมาที่นี้ ได้ พวกเบาหวานก็ มาเจอกันที่นี้ทุกเดือน ได้มาคุยกันที่หมอมั้ย" (E1)

"ฉันเป็นเบาหวาน แต่ก่อนไปโรงพยาบาล เดี่ยว นีหมอมั้ย เค้ามีหมอมามาอาทิตย์ละครั้ง ก็ได้ยาเหมือน ไปโรงพยาบาลเลย" (A3)

#### 5) ลักษณะทางกายภาพของสถานบริการ

ผู้รับบริการมีความพึงพอใจต่อสภาพแวดล้อมทางกายภาพในด้านความสะอาด การให้บริการน้ำดื่ม และ เสนอแนะปรับปรุงเรื่องความเพียงพอของสถานที่รอ ตรวจในวันที่แพทย์มาตรวจที่หน่วยบริการ

"ที่นั่งรอสะอาดดี มีน้ำเย็นบริการ" (A6)

"ห้องตรวจเป็นสัดส่วน" (C3)

"เค้าปรับปรุงห้องตรวจย้ายลงมาตรวจข้างล่าง ดี ขึ้นคะ แต่ก่อนต้องไปข้างบน ลำบากคนแก่ และกลัวเด็ก เป็นอันตราย" (P2)

"วันที่หมอมามาตรวจที่นั่งรอไม่พอ อยากให้หมอกางเตียง เสริมเก้าอี้ หรือจัดที่รอตรวจให้ด้วย" (E6)

"ห้องตรวจเป็นสัดส่วน สถานที่สะอาดดีคะ" (M4)

#### 6) การเปลี่ยนแปลงขององค์การ

ผู้รับบริการมีความพึงพอใจต่อการเปลี่ยนแปลงองค์การ ในเรื่องการเพิ่มจำนวนผู้ปฏิบัติงานที่หน่วยบริการ ทำให้รอไม่นาน มีการขยายบริการทำให้ไม่ต้อง สะดวกต่อการเดินทางมารับบริการที่หน่วยบริการ มี นักศึกษามาฝึกงานในพื้นที่ ทำให้ชาวบ้านได้รับข้อมูล

ความรู้มากขึ้น พฤติกรรมบริการของผู้ให้บริการมีการ พัฒนาดีขึ้น และมีการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุข อย่างต่อเนื่อง

"อนามั้ยเรตดีขึ้นคะ มีหมอใหญ่ มาตรวจทุกจันทร์ กับพุธ" (A5)

"มีเครื่องมือมากขึ้น ตรวจโรคเบาหวาน ความดัน ได้ ไม่ต้องไปโรงพยาบาล คนเยอะ" (E2)

"มีนักศึกษามาฝึกงาน เค้ามาจัดโครงการชวนเรา ออกกำลังกาย รำไม้พลอง เต้นแอโรบิก บางทีก็มีเยี่ยม คนแก่ที่บ้านด้วย" (A2)

"การที่นักศึกษา มาฝึกงานในชุมชนนั้น ทาง หมู่บ้านเราก็นิยม เพราะจะได้ช่วยดูแลสุขภาพ ของลูก บ้านเราด้วย" (C2)

"เครื่องมือทางการแพทย์ มีมากกว่าแต่ก่อน หมอ มีมากขึ้น" (P1)

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

"เจ้าหน้าที่รับฟังคนไข้มากขึ้น พูดจาดีขึ้น" (C3)

"ในช่วง 2 ปีที่ผ่านมา อาสาสมัครสาธารณสุข ได้ รับการอบรมพัฒนาความรู้ มากขึ้น หมอเค้าจะเชิญเรา เข้าอบรมทุกวันจันทร์ อาทิตย์สัปดาห์ และได้ไปดูงาน ของอาสาสมัครสาธารณสุข ของอำเภออื่นด้วย ก็รู้จัก คนมากขึ้น" (C7)

#### 7) ข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุงคุณภาพบริการ

ผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่มแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ภายในกลุ่มเกี่ยวกับการปรับปรุงคุณภาพบริการ ดังนี้ กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ต้องการ การจัดโครงการให้ความรู้เพื่อ เตรียมตัวคลอด กลุ่มมารดาต้องการการเยี่ยมบ้าน หลังคลอดที่ครอบคลุมทุกราย กลุ่มวัยผู้ใหญ่ต้องการ บริการทันตกรรม กลุ่มผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านการ เคลื่อนไหวไม่สามารถเข้าถึงบริการได้ ต้องการบริการ เยี่ยมบ้าน กลุ่มผู้นำชุมชนต้องการห้องประชุมที่เป็น สัดส่วน คณะทำงานพัฒนาคุณภาพควรนำข้อมูลที่ได้

ไปใช้ในการพัฒนาคุณภาพตามข้อเสนอแนะ ความจำเป็น และความต้องการของกลุ่มผู้รับบริการ

## วิจารณ์

ข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการศึกษา ช่วยในการกำหนดทิศทางการพัฒนาคุณภาพของหน่วยบริการได้อย่างชัดเจน เมื่อพิจารณาข้อมูลที่ได้จากการศึกษาเชิงปริมาณด้วยแบบสอบถาม หลังจากได้รับบริการ (Exit interview) ที่พบว่ามีความพึงพอใจร้อยละ 88-95 อยู่ในระดับสูง แต่ข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่มพบว่าอยู่ในระดับปานกลางถึงดีและผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มมีความกลัวที่จะแสดงความคิดเห็นและอภิปรายร่วมกัน เนื่องจากความแตกต่างในมิติด้านเวลาและสถานที่ การศึกษาด้วยวิธีการสนทนากลุ่มได้สะท้อนถึงประสบการณ์การใช้บริการที่ผ่านมาดำเนินการในสถานที่ที่ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มรู้สึกผ่อนคลาย ไม่ดำเนินการที่หน่วยบริการ ในขณะที่การตอบแบบสอบถามผู้รับบริการจะนึกถึงประสบการณ์ครั้งสุดท้ายที่ได้รับ และทำการสอบถามหลังจากรับบริการเรียบร้อยแล้วที่หน่วยบริการ และหากพิจารณาถึงกลุ่มตัวอย่างการศึกษาด้วยวิธีการสนทนากลุ่มจะครอบคลุมผู้ที่ไม่ได้มาใช้บริการที่หน่วยบริการเป็นประจำด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของโอ คอนเนล และคณะ (O'Connell, et al.) (16) ทำการศึกษาโดยใช้สองวิธี คือใช้แบบสอบถามแล้วมีการสัมภาษณ์ ซึ่งผลการศึกษาพบว่า ถึงแม้ว่าผู้ตอบแบบสอบถามจะระบุในแบบสอบถามว่าพวกเขาารู้สึก "พอใจถึงพอใจมาก" แต่เมื่อมีการสัมภาษณ์ผลกลับออกมาว่าพวกเขา "ไม่มีความพอใจ" และการศึกษาของชไนเดอร์และพาลเมอร์ (Schneider and Palmer) (17) พบว่า การสนทนากลุ่มจะให้ข้อมูลที่เป็นความจริงจากผู้รับบริการ และสามารถได้ข้อมูลที่ครอบคลุมผู้ที่ไม่ได้มาใช้บริการที่หน่วยบริการอีกด้วย แต่อย่างไรก็ตาม การใช้แบบสอบถามหลังจากการใช้บริการ มีประโยชน์ในด้านการได้ข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะทางโครงสร้างประชากร

สังคม ของผู้รับบริการ ที่ครอบคลุมและใกล้เคียงกับกลุ่มประชากร สามารถใช้ในการแปลผลและอภิปรายการตอบคำถามของผู้รับบริการได้ดังนั้นการศึกษาทั้งการใช้แบบสอบถามหลังจากการใช้บริการและการสนทนากลุ่ม สามารถใช้ในการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้าเพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นจริง และสามารถนำไปใช้อ้างอิงสู่กลุ่มประชากรได้

การสื่อสารและการให้ข้อมูล พบว่าผู้รับบริการต้องการคำอธิบายที่ชัดเจน เพื่อให้เกิดความเข้าใจ สามารถพูดคุย สื่อสารในเรื่องของการปฏิบัติตัวกับผู้ให้บริการได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ เคาล์เตอร์ (Coulter) พบว่าผู้รับบริการส่วนใหญ่ที่มาพบแพทย์ทั่วไป ต้องการคำอธิบายเกี่ยวกับอาการ การรักษา และการตรวจร่างกายที่ได้รับ (18)

การมีส่วนร่วมของผู้รับบริการ พบว่า ผู้ให้บริการให้ข้อมูลทางวาจา เอกสารแก่ผู้รับบริการ ผู้รับบริการได้รับข้อมูลผ่านการสนทนา เสียงตามสาย มีการประชุมกลุ่มของผู้ให้บริการเช่น กลุ่มชมรมผู้สูงอายุ ชมรมออกกำลังกายในชุมชน การรวมกลุ่มหรือจัดประชุมที่ดำเนินการโดยชาวบ้านหรือผู้รับบริการเองยังไม่ดำเนินการเป็นรูปธรรม ซึ่งทางหน่วยบริการ จะได้ดำเนินการพัฒนาบทบาทตนเอง หาข้อมูลความจำเป็นทางสุขภาพ (Health need) ด้วยการสร้างข้อมูลเชิงประจักษ์ (Evidenced based) ให้ชัดเจนมาวางแผนดำเนินการ และเป็นพี่เลี้ยงในการจัดตั้งต่อไป

ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการ ผู้รับบริการพึงพอใจในการพูดจา ความสุภาพ และเป็นกันเองของผู้ให้บริการ ส่งผลให้มีความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการ สอดคล้องกับการศึกษาของ เคาล์เตอร์ (Coulter) พบว่าจุดแข็งของบริการปฐมภูมิ คือ การมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการ การเข้าถึงบริการที่ไม่มีอุปสรรคด้านการเงินและบริการที่ต่อเนื่อง (18) การสร้างและพัฒนาความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้และผู้รับ



บริการจะนำไปสู่ความไว้วางใจซึ่งกันและกัน เคารพในสิทธิระหว่างกัน และใช้ในการจัดบริการหรือให้คำแนะนำที่เหมาะสมและตรงกับความต้องการของแต่ละบุคคล นอกจากนี้การที่ผู้รับบริการรู้จักผู้ให้บริการ และพบผู้ให้บริการคนเดิมหรือคณะทำงานเดิมเป็นประจำ มีข้อดีคือ ผู้รับบริการจะพึงพอใจ ปฏิบัติตามคำแนะนำ ผู้ให้บริการเข้าใจปัญหาของผู้รับบริการอย่างแท้จริง (19)

ความสามารถทางด้านการรักษา มีการขยายบทบาทของบริการปฐมภูมิมากขึ้น จากการให้บริการรักษาโรคเบื้องต้น การส่งเสริม การป้องกันโรคและการฟื้นฟูสภาพ โดยเพิ่มบทบาทบริการทางรักษาและการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชนทั้งนี้โรคเรื้อรังมีการเปลี่ยนแนวคิดการจัดการโรค (Disease management) มาเป็นการจัดการความเจ็บป่วย (Illness management) หมายถึงการที่ผู้ป่วย ครอบครัว บุคลากรทางการแพทย์และชุมชน รับรู้ เข้าใจ และจัดการกับการเจ็บป่วยนั้นร่วมกันได้อย่างไรด้วยการแลกเปลี่ยนความเข้าใจระหว่างกันเกี่ยวกับการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง (20) ผู้ให้บริการในระดับปฐมภูมิจะต้องเข้าใจแนวคิด และพัฒนาทักษะความสามารถของตน ให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงของแบบแผนการเจ็บป่วยของโรค นโยบายการขยายบริการ เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการที่จำเป็นอย่างมีคุณภาพ

ลักษณะทางกายภาพของสถานบริการ สิ่งแวดล้อมมีผลต่อความพึงพอใจ การปรับปรุงลักษณะทางกายภาพให้ตรงกับความเป็นในการมารับบริการของผู้รับบริการจะทำให้เกิดความอบอุ่น (21) ดังนั้นผู้ให้บริการควรนำข้อเสนอแนะที่ได้จากการสนทนากลุ่มไปใช้ในการวางแผนปรับปรุงในประเด็นความพึงพอใจของสถานที่รอตรวจในวันที่แพทย์มาตรวจที่หน่วยบริการ

การเปลี่ยนแปลงขององค์การ มีการพัฒนาคุณภาพด้วยการพัฒนาสถานอนามัยให้เป็นศูนย์สุขภาพชุมชน โดยใช้การประเมินมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิ 3

มาตรฐาน 26 ตัวชี้วัด การสร้างมาตรฐานการให้บริการปฐมภูมิ โครงการพัฒนาศูนย์สุขภาพชุมชนในพื้นที่ และการพัฒนาตัวชี้วัดคุณภาพบริการในหน่วยบริการปฐมภูมิ ในโรคเบาหวานและการดูแลแม่และเด็ก (22) ประชาชนรับรู้และมีประสบการณ์ที่ดีต่อการพัฒนาคุณภาพ

โครงสร้างของการรับบริการในสถานบริการแต่ละระดับ เปลี่ยนจากภาพสามเหลี่ยมหัวกลับมาเป็นสามเหลี่ยมหัวตั้ง (23) แสดงถึงแนวโน้มของผู้รับบริการที่มีการเปลี่ยน (Shift) จากบริการตติยภูมิและทุติยภูมิมาสู่ปฐมภูมิ การเปลี่ยนผ่านลงสู่ระดับล่างนี้ ประกอบกับความจำเป็นของผู้รับบริการที่ซับซ้อน ความหลากหลายของผู้รับบริการ และบริการที่จัดให้ทั้งที่หน่วยบริการและในชุมชน เป็นสิ่งที่ท้าทายของบริการระดับปฐมภูมิที่มีความจำเป็นต้องใช้ข้อมูลที่เป็นระบบก่อนที่จะมีการดำเนินการพัฒนาบริการการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้เป็นแรงผลักดันต่อผู้ให้บริการต้องตระหนักถึงความสำคัญที่จะจัดบริการปฐมภูมิให้มีประสิทธิผลและประสิทธิภาพ ทั้งนี้บริการปฐมภูมิไม่ได้มีความสำคัญเพียงเป็นบริการที่สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายเท่านั้น แต่การให้ความสำคัญกับการพัฒนาคุณภาพบริการถือเป็นสิ่งสำคัญด้วย ทั้งนี้ระยะเวลาที่เหมาะสมในการให้ข้อมูลย้อนกลับที่ถูกต้องเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับผลงานที่มีประสิทธิภาพ (24) ข้อจำกัดของการสนทนากลุ่ม คือการนำผลการศึกษาไปขยายผลการวิจัยไปสู่กลุ่มประชากร (Empirical generalization) แต่ทั้งนี้สามารถขยายผลการวิจัยในรูปแบบของแนวคิด ทฤษฎี (Theoretical generalization) (25) คือรูปแบบของการสนทนากลุ่ม ที่มีการปฏิสัมพันธ์ภายในกลุ่ม ด้วยคำถามปลายเปิดสามารถนำไปใช้ในการประเมินประสบการณ์ในบริการปฐมภูมิที่ซับซ้อนได้ ข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่มจะมีความชัดเจน ตรงประเด็น สามารถนำมาใช้ในการพัฒนาคุณภาพให้ตรงกับความต้องการของผู้รับบริการ

## กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้ได้รับการสนับสนุนจากงบประมาณรายได้ปีงบประมาณ 2550 หมวดวิจัย คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

## เอกสารอ้างอิง

- Johansson P, Oleni M, Fridlund B. Patient satisfaction with nursing care in the context of health care: a literature study. *Scand J Caring Sci* 2002; 16: 337-44.
- Fitzapatrick R, White D. Public participation in the evaluation of health care. *Health and Social Care in the Community* 1997; 5(1): 3-8.
- Erickson LR. Patient satisfaction with nursing care: concept clarification. *J Nurs Manag* 1995; 3: 59-7
- Bell R, Krivich MJ, Boyd MS. Charting patient satisfaction. *Marketing Health Services* 1997; 17: 22-9.
- Turris SA. Unpacking the concept of patient satisfaction: a feminist analysis. *Journal of Advanced Nursing* 2005; 50(3): 293-8.
- Williams B, Coyle J, Healy D. The meaning of patient satisfaction: An explanation of high reported levels. *Social Science and Medicine* 1998; 47: 1351-9.
- Batchelor C, Krivich MJ, Boyd MS. Patient satisfaction studies: Methodology, management, and consumer evaluation. *International Journal of Health Care Quality Assurance* 1994; 7: 22-30.
- Concato J, Feinstein AR. Asking Patients What They Like: Overlooked Attributes of Patient Satisfaction with Primary Care. *The American Journal of Medicine* 1997; 102: 399-406.
- Starfield B. *Primary Care. Balancing Health Needs, Services, and Technology*. New York: Oxford : Oxford University Press; 1998.
- McIver S. *An introduction to obtaining the views of users of health services*. London: King's Fund Center for Health Services Development; 1993.
- McDonald A, Langford IH. Observations and recommendations for assessing patient satisfaction in a primary care setting using a previously validated questionnaire. *Health and Social Care in the Community* 2000; 8(2): 109-18.
- Department of Health. *Choice and opportunity*. London: Department of Health; 1996.
- Muang District Health Office. *Annual report 2007 (in Thai)*. Phitsanulok: Muang District Health Office, Phitsanulok Province; 2007.
- Krueger RA *Analyzing and reporting Focus Group Results*. Focus group Kit 6. Newbury Park (CA): Sage Publications Inc; 1998.
- Thurmond VA. The Point of Triangulation. *Journal of Nursing Scholarship* 2001; Third quarter: 253-8.
- O'Connell BJY, Twigg D. Patient satisfaction with nursing care: a measurement conundrum. *International Journal of Nursing Practices* 1999; 5: 72-7.
- Schneider H, Palmer N. Getting the truth ? Researching user views of primary health care. *Health Policy and Planning* 2002; 17(1): 32-41.
- Coulter A. What do patients and public want from primary care? *BMJ* 2005; 331: 1199-201.
- Gill J, Mainous A, Nsereko M. The effect of

- continuity of care on emergency department use. *Archives of Family Medicine* 2000; 9: 333-8.
20. Soubbi H. Toward an Ecosystemic Approach to Chronic Care Design and Practice in Primary Care. *Annals of Family Medicine* 2007; 5(3): 263-9.
  21. Ehnfors M, Soderstrom A. Patient satisfaction with hospital care. *Nurs Sci Res Nordic Count* 1995; 15: 19-29.
  22. Jongudomsuk P. Annual Report 2004: Implementation of Universal Health Care Coverage (in Thai). Nonthaburi: S.P.S. Printing Co. Ltd.; 2005.
  23. Wibulpolprasert S. Thailand Health Profile 2005-2006 (in Thai). Bangkok: Express Transportation Organization; 2006.
  24. Flood AB, Zinn JS, Scott WR. Organizational Performance: Managing for Efficiency and Effectiveness. In: Shotell SM, Kaluzny AD, editors. *Health Care Management: Organization Design and Behavior* (5th edition). United States of America: Thomson Delmar Learning; 2006: 415-57.
  25. Lewis J, Ritchie J. Generalizing from Qualitative Research. In: Ritchie J, Lewis J, editors. *Qualitative Research Practice*. California: Sage Publication Ltd; 2003: 263-86.