

รายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์

การประเมินผลเชิงพัฒนา (Developmental Evaluation) โครงการนำร่องให้ผู้ป่วยรับยาที่ร้านขายยาเพื่อลดความแออัด ในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด

Developmental evaluation of a pilot program to reduce overcrowding
at Roi Et Hospital by allowing patients to receive medications from nearby pharmacies

ผู้ร่วมวิจัย

ผศ.ดร.พยอม สุขเอนกนันท์ โอลีสัน

ผศ.ดร.พีรยา ศรีพ่อง

ผศ.ดร.จันทร์ทิพย์ กาญจนศิลป์

ผศ.ดร.สายทิพย์ สุทธิรักษา

ผศ.ธีระพงษ์ ศรีศิลป์

อ.ภก.เปมรินทร์ โพธิสาราช

อ.ภญ.เพียงขวัญ ศรีมงคล

ภญ.ปะการัง ศรีวะสุกรี

ภญ.นันทนิจ มีสวัสดิ์

ภก.ธีระวุฒิ มีชำนาญ

ภญ.ระพีตราภรณ์ พิพัฒน์มงคล

หน่วยปฏิบัติการวิจัยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม



รายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์
การประเมินผลเชิงพัฒนา (Developmental Evaluation) โครงการนำร่องให้ผู้ป่วยรับยาที่ร้านขายยา
เพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด

Developmental evaluation of a pilot program to reduce overcrowding at Roi Et Hospital by
allowing patients to receive medications from nearby pharmacies

ผู้ร่วมวิจัย

ผศ.ดร.พยอม สุขเอนกนันท์ โอล์สัน

ผศ.ดร.พริยา ศรีผ่อง

ผศ.ดร.จันทร์ทิพย์ กาญจนศิลป์

ผศ.ดร.สายทิพย์ สุทธิรักษา

ผศ.ธีระพงษ์ ศรีศิลป์

อ.ภก.เปมรินทร์ โพธิสาราช

อ.ภญ.เพียงขวัญ ศรีมงคล

ภญ.ปะการัง ศรีวะสุทธิ์

ภญ.นันทนิจ มีสวัสดิ์

ภก.ธีระวุฒิ มีชำนาญ

ภญ.ระพีตราภรณ์ พิพัฒน์มงคล

หน่วยปฏิบัติการวิจัยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

คณะเภสัชศาสตร์

มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

2563

บทคัดย่อ

การประเมินผลเชิงพัฒนา (developmental evaluation) เป็นวิธีการประเมินที่เน้นการมีส่วนร่วมของผู้วิจัยและผู้ดำเนินโครงการเพื่อส่งเสริมพัฒนาการดำเนินงานให้สามารถไปถึงเป้าหมายได้ โดยวัตถุประสงค์ในการดำเนินโครงการในครั้งนี้คือ เพื่อพัฒนากระบวนการดำเนินงานโครงการนำร่องให้ผู้ป่วยรับยาที่ร้านยา รวมทั้งระบุความเสี่ยงที่มีผลต่อการดำเนินงานและหาแนวทางในการจัดการความเสี่ยงเพื่อการพัฒนาโครงการ โดยรูปแบบงานวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ โดยใช้การเลือกตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง โดยเลือกผู้บริหารโครงการ ผู้ดำเนินโครงการและผู้ป่วย จากนั้นใช้การสัมภาษณ์เชิงลึกทั้งทางโทรศัพท์และแบบตัวต่อตัว โดยมีบันทึกเสียงและแกะเทปแบบคำต่อคำ เครื่องมือในการสัมภาษณ์นี้พัฒนามาจากกรอบแนวคิด CIPP เพื่อการประเมินผลโครงการ เครื่องมือในการประเมินความเสี่ยงปรับปรุงจากเกณฑ์การควบคุมความเสี่ยงของมหาวิทยาลัยมหาสารคามและแนวทางการจัดกิจกรรมกลุ่ม ORID method การวิเคราะห์ข้อมูลใช้การวิเคราะห์แนวคิดหลักและแนวคิดรอง ตามกรอบ CIPP ระยะเวลาในการศึกษาระหว่างเดือน มิถุนายน – ธันวาคม 2563 ผลการดำเนินโครงการนำร่องให้ผู้ป่วยรับยาที่ร้านขายยาเพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาล ร้อยเอ็ด ได้มีการดำเนินกิจกรรมอย่างมีส่วนร่วมกับพื้นที่ จำนวน 3 ครั้ง การจัดกิจกรรมกลุ่มกับเภสัชกร พบว่าโครงการนี้เปิดทบทบาวิชาชีพ การได้รับการยอมรับจากชุมชนมากขึ้น เภสัชกรได้ทำงานประสานในพื้นที่รู้จักกันมากขึ้น ยินดีและพร้อมให้บริการอย่างเต็มที่และเห็นความยั่งยืนของโครงการนี้ การระบุความเสี่ยงจากปัจจัยตามกรอบการวิเคราะห์ CIPP พบว่าความเสี่ยงในระดับสูงมากมี 3 ประเด็นคือ ประเด็น 1) ความแออัดในโรงพยาบาล 2) การติดตามประเมินผลและ 3) ผลลัพธ์เชิงปริมาณ จำนวนผู้เข้ารับบริการที่ร้านยา ระดับความเสี่ยงในระดับสูง ประกอบด้วย 8 ประเด็น ได้แก่ 1) กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการคัดเลือก 2) การตอบสนองนโยบายของกระทรวง 3) การสนับสนุนด้านคน 4) การสนับสนุนด้านอุปกรณ์ 5) การสนับสนุนด้านงบประมาณ 6) กระบวนการคัดเลือกผู้ป่วย 7) การยอมรับระหว่างวิชาชีพ และ 8) ผลลัพธ์ทางคลินิก การวางแผนการควบคุมและติดตามความเสี่ยง ครอบคลุมการประสานงานตัวชีวิตในระดับผู้ปฏิบัติงานในคลินิก การปรับเรื่องนโยบายการสนับสนุน การขยายจำนวนโรคเพื่อคัดเลือกคนไข้มากขึ้น กำหนดวาระการนำเสนอปัญหาอุปสรรคให้กับผู้ตรวจปีละ 2 ครั้ง การเริ่มปรับโมเดลเป็นโมเดล 3 เพื่อการลดภาระงานในโรงพยาบาลมากขึ้น และการ feedback คุณภาพการให้บริการของร้านยาต่อแพทย์ผู้รักษา

คำสำคัญ รับยาต่อเนื่อง การประเมินผลเชิงพัฒนา ผู้ป่วยรับยาที่ร้านขายยา โครงการนำร่อง ร้อยเอ็ด

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) และ ผศ.ดร.รุ่งเพชร สกุลบำรุงศิลป์ ที่สนับสนุนงบประมาณในการดำเนินโครงการในครั้งนี้ ขอขอบคุณ รศ.ดร.นุศราพร เกษสมบุรณ์ ที่ประสานงานและให้โอกาสคณะผู้วิจัยได้มีส่วนร่วมในการดำเนินโครงการนี้ในจังหวัดร้อยเอ็ดไปพร้อมๆ กับจังหวัดอื่นในเขตร้อยแก่นสารสินธุ์

ขอขอบคุณสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด สำหรับการประสานงานในพื้นที่ และการจัดประชุมให้กับคณะผู้วิจัย เป็นอย่างดี และขอขอบคุณผู้บริหารและบุคลากรโรงพยาบาลร้อยเอ็ด และร้านยาที่เข้าร่วมโครงการที่ยินดีให้สัมภาษณ์ ทำให้งานวิจัยครั้งนี้สามารถบรรลุตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ได้

ขอขอบคุณ นิสิตเภสัชศาสตร์ ทั้งระดับปริญญาโท และระดับปริญญาตรี ที่มีส่วนร่วมในการประเมินโครงการนี้จนได้ข้อมูลเพียงพอในการประเมินผลการดำเนินโครงการได้

คณะผู้วิจัย

12 มกราคม 2564

สารบัญ

เรื่อง	หน้า
บทคัดย่อ	3
กิตติกรรมประกาศ	4
ที่มาและความสำคัญ	6
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	8
การทบทวนวรรณกรรม	8
การประเมินผลการบริหารทางเภสัชกรรมและการรับยาในร้านขายยา	8
ปัจจัยสำคัญในการให้บริการทางเภสัชกรรมในร้านขายยาภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	10
การประเมินผลเชิงพัฒนา	11
กรอบแนวคิดการวิจัย	15
รูปแบบงานวิจัย	16
ขอบเขตงานวิจัย	16
การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง	16
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	16
วิธีการเก็บข้อมูล	19
การวิเคราะห์ข้อมูล	20
ระยะเวลาในการดำเนินงาน	20
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	20
ผลการดำเนินงาน	20
ส่วนที่ 1 ผลการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เชิงกลุ่มจากการทำงานของเภสัชกรร้านยา	21
ส่วนที่ 2 ผลการลงเยี่ยมร้านยาและการสัมภาษณ์	25
ส่วนที่ 3 การประเมินผลความเสี่ยงของการดำเนินงานโครงการเพื่อให้ถึงเป้าหมายเพื่อลดความแออัด	57
สรุปและอภิปรายผล	66
ภาคผนวก	71
ก--ใบรับรองจริยธรรมงานวิจัยในคน	72
ข--แบบสัมภาษณ์	73

ที่มาและความสำคัญ

ความแออัดของโรงพยาบาลรัฐบาลขนาดใหญ่ที่ทำให้ผู้ป่วยรอรับบริการนานทั้งผู้ป่วยที่มีปัญหารุนแรงมากหรือน้อยเป็นปัญหาเรื้อรังในระบบสุขภาพไทย จำนวนผู้ป่วยนอกที่เข้ารับบริการในสถานบริการสาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุข ทั่วประเทศจำนวน 152,428,645 ครั้ง/ปี ในปี พ.ศ. 2552 และเพิ่มสูงขึ้นทุกปีจนถึง 220,063,238 ครั้ง/ปี [1] ในปี พ.ศ. 2560 จำนวนผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลศูนย์เฉลี่ยวันละ 3,152 ราย โรงพยาบาลทั่วไปขนาดใหญ่วันละ 1,709 ราย โรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็กวันละ 1,204 ราย [2] ความแออัดที่ทำให้ผู้ป่วยรอรับบริการเป็นเวลานานส่ง ผลต่อการเข้าถึงการตรวจรักษา คุณภาพในการให้บริการและความพึงพอใจของผู้รับบริการหรือผู้ป่วย ทีมงานบริการปฐมภูมิ/ทีมเวชปฏิบัติครอบครัวที่สามารถเข้ามามีส่วนร่วมและมีบทบาทในการดูแลเป็นเครือข่ายต่อเนื่องเพื่อปรับเปลี่ยนการบริการผู้ป่วยนอกออกไปสู่ชุมชนด้วยการถ่ายโอนการบริการไปสู่คลินิกเอกชน ปรับรูปแบบการให้บริการของหน่วยบริการปฐมภูมิหรือศูนย์สุขภาพชุมชนให้มีขีดความสามารถมากขึ้น ร้านขายยาเป็นสถานบริการสาธารณสุขสำหรับดูแลสุขภาพในระบบสาธารณสุขเพราะร้านขายยามีการจัดตั้งกระจายครอบคลุมพื้นที่ต่างๆ มากกว่าหน่วยงานของรัฐ ปัจจุบันการประกอบวิชาชีพในร้านขายยามีการพัฒนา รูปแบบไปจากเดิมที่มีเพียงการจ่ายยา (dispensing) ไปสู่การนำองค์ความรู้ทางด้านการบริหารเภสัชกรรมขยายบทบาทในการดูแลผู้ป่วยได้มากยิ่งขึ้น

ในปี พ.ศ. 2560 กระทรวงสาธารณสุขประกาศนโยบายลดความแออัดในโรงพยาบาลใหญ่โดยใช้ 3 ยุทธศาสตร์ ได้แก่ ลดการเจ็บป่วยของประชาชน เพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการ และพัฒนาศักยภาพสถานบริการ โดยหนึ่งในมาตรการลดความแออัดคือ การที่ผู้ป่วยไม่ต้องรอรับยาภายในโรงพยาบาลแต่ให้ผู้ป่วยนำใบสั่งยารับยาที่ร้านขายยาแผนปัจจุบัน (ข.ย.1) ที่ได้มาตรฐานหลักวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชน (Good Pharmacy Practice: GPP) ของสำนักงานคณะกรรมการอาหาร (อย.) มีการประสานเป็นเครือข่ายกับโรงพยาบาลและมีเภสัชกรปฏิบัติงานตลอดไม่น้อยกว่า 8 ชั่วโมง ทั้งนี้ เงื่อนไขในการรับยาต้องเป็นไปด้วยความสมัครใจของผู้ป่วยที่จะรับยาที่ร้านขายยา มาตรการนี้มีวัตถุประสงค์ประสงค์เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยใช้เวลาอยู่ที่โรงพยาบาลน้อยลง ลดภาระการเดินทางและความแออัดของโรงพยาบาล รวมถึงได้รับคำแนะนำการใช้ยาอย่างตามใบสั่งแพทย์โดยเภสัชกร เพิ่มความปลอดภัยในการใช้ยา และลดการครอบครองยาเกินความจำเป็น ต่อมาในปี 2562 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้จัดทำโครงการจ่ายยาที่ร้านขายยาเพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาลภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เริ่มดำเนินการทั่วประเทศในเดือนตุลาคม 2562 ในระยะแรกจะดำเนินการพัฒนาระบบบริการภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยนำร่องในโรงพยาบาล 50 แห่ง และเครือข่ายร้านขายยาคุณภาพ 500 แห่งทั่วประเทศ โดยจะเริ่มในโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลทั่วไปที่มีความพร้อมในเดือนตุลาคม 2562 เน้นจ่ายยาให้ผู้ป่วย 4 กลุ่มโรค คือ เบาหวานความ

ต้นโลหิตสูง โรคทางจิตเวช และหอบหืดหรือโรคเรื้อรังที่ไม่มีความซับซ้อนในการดูแล ดำเนินงาน โดยเครือข่ายระหว่างโรงพยาบาลและร้านขายยาใน 3 รูปแบบโดยโรงพยาบาลได้รับการชดเชยค่ายา รูปแบบการดำเนินงาน ได้แก่ รูปแบบที่ 1 โรงพยาบาลเป็นผู้จัดยาสำหรับผู้ป่วยรายบุคคลและส่งยาไปที่ร้านขายยาเพื่อจ่ายยาให้กับผู้ป่วย รูปแบบที่ 2 โรงพยาบาลนำยาไปสำรองไว้ที่ร้านขายยา และให้เภสัชกรร้านขายยาเป็นผู้จ่ายยาให้ผู้ป่วยรายบุคคลตามใบสั่งแพทย์ รูปแบบที่ 3 ร้านขายยาเป็นผู้จัดซื้อยาและสำรองยา จ่ายยาให้กับผู้ป่วย แล้วเบิกค่ายาจากโรงพยาบาล

การประเมินผลเชิงพัฒนาที่นำมาใช้ในการประเมินโครงการในการศึกษาของสุรศักดิ์ ไชยสงค์ และคณะ (2560) ได้เสนอแนะขั้นตอน 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การวางแผนการทำงานร่วมกัน และออกแบบติดตามประเมิน 2) การระบุเป้าหมายและตัวชี้วัดความสำเร็จระดับโครงการ 3) การดำเนินงานโครงการ 4) การถอดบทเรียน และ 5) สรุประบบติดตามการประเมินผลการทำงานร่วมกันและให้ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา การศึกษาของ Shier and Turpin (2019) ศึกษาการประเมินนวัตกรรมเพื่อสังคมในองค์กรบริการมนุษย์ ในประเทศแคนาดา มีเป้าหมายเพื่อรับฟังเสียงสะท้อนและประสบการณ์ผู้รับและให้บริการ โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกด้วยคำถามเปิด ทำให้เข้าใจถึงบริบทการส่งมอบบริการที่เกี่ยวข้องกับข้อมูลที่จำเป็นขององค์กรบริการมนุษย์ Blanchet-Cohen และคณะ (2018) ได้ดำเนินการรูปแบบของการประเมินผลเชิงพัฒนาในเจ้าหน้าที่ ผู้เข้าร่วมและสมาชิกในชุมชน ในประเทศแคนาดา มี 4 ขั้นตอน คือ 1) สร้างความสัมพันธ์ 2) สร้างพื้นที่สำหรับการสะท้อนข้อมูลและสนทนา 3) การสร้างคำถาม และ 4) การสร้างสรรค์งานร่วมกันของชุมชนและเจ้าหน้าที่ ส่งผลให้สร้างแรงกระตุ้นของเจ้าของงาน การเรียนรู้และการสร้างสรรค์งาน และในการศึกษาของ Landers และคณะ (2018) ดำเนินการประเมินผลเชิงพัฒนาของการทำงานร่วมกันเพื่อผลลัพธ์ร่วมในประเทศอเมริกา ได้มีขั้นตอน 6 ขั้นตอน คือ การทบทวนเอกสาร การสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลัก การโหวต การสังเกตการณ์ผู้เข้าร่วม การสะท้อนกลับข้อมูล การเข้าใจถึงนัย แสดงผลให้เห็นผลเชิงพัฒนาสามารถช่วยในการตัดสินใจ และช่วยในการเปิดมุมมองอย่างกว้างๆ ในกระบวนการทำงานร่วมกัน

โครงการนำร่องดังกล่าวใช้ทรัพยากรในการดำเนินงานค่อนข้างมากซึ่งรวมถึงค่าจัดบริการด้านยาและเวชภัณฑ์สำหรับร้านขายยาและค่าจัดบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ของหน่วยบริการร่วมกับร้านขายยา นอกจากนี้มีแผนจะขยายบริการไปยังโรงพยาบาลอื่นๆ ทั่วประเทศ การประเมินผลเชิงพัฒนาสามารถช่วยในการตอบสนองและสนับสนุนการเรียนรู้แบบทันที่ ในสถานการณ์ที่ซับซ้อน ความแน่นอนที่ต้องการความยืดหยุ่นในการประเมิน การศึกษานี้จึงออกแบบการศึกษาเป็นรูปแบบการประเมินผลเชิงพัฒนาเพื่อพัฒนาระบบการดำเนินงาน ประเมินความเสี่ยงและแผนการควบคุมความเสี่ยงร่วมกันในพื้นที่จังหวัดร้อยเอ็ด

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อประเมินผลเชิงพัฒนา (developmental evaluation) โครงการนำร่องให้ผู้ป่วยรับยาที่ร้านยา เพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อพัฒนากระบวนการดำเนินโครงการนำร่องให้ผู้ป่วยรับยาที่ร้านยา
2. เพื่อระบุความเสี่ยงที่มีผลการต่อการดำเนินโครงการ
3. เพื่อหาแนวทางในการจัดการความเสี่ยงสำหรับการพัฒนาโครงการ

การทบทวนวรรณกรรม

การประเมินผลการบริหารทางเภสัชกรรมและการรับยาในร้านขายยา

การประเมินผลโครงการนำร่องการให้บริหารทางเภสัชกรรมและการรับยาในร้านขายยาสำหรับผู้ป่วยเบาหวานซึ่งเป็นการดำเนินงานร่วมกันระหว่าง ร้านขายยาภายใต้การดำเนินงานของคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคามกับโรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่งในจังหวัดมหาสารคาม แบ่งผู้ป่วยออกเป็นกลุ่มทดลอง (ผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการที่ร้านขายยา) และกลุ่มควบคุม (ผู้ป่วยเบาหวานรับบริการตามปกติของโรงพยาบาล) เก็บข้อมูลเดือนเมษายน 2545 ถึงกรกฎาคม 2546 ทั้งนี้ สำหรับผู้ป่วยกลุ่มทดลอง แพทย์เขียนใบสั่งยาสำหรับการรักษา 6 เดือน (รับยาจากโรงพยาบาล 1 เดือน และรับยาที่ร้านขายยาอีก 5 เดือน เดือนละ 1 ครั้ง) เมื่อครบ 6 เดือน ผู้ป่วยถูกส่งกลับไปโรงพยาบาลอีกครั้งเพื่อให้แพทย์ตรวจ ประเมินผล การศึกษานี้พบว่า ในผู้ป่วยกลุ่มละ 59 คน (เมื่อสิ้นสุดการศึกษาเหลือกลุ่มละ 32 คน) หลังการศึกษา 1 ปี ผลลัพธ์ทางคลินิกของกลุ่มทดลองมีค่า HbA1C ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ BUN ไม่แตกต่างกันทั้งสองกลุ่ม ค่า serum creatinine ในกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การประเมินคุณภาพชีวิตพบว่า การรับรู้สุขภาพทั่วไปของกลุ่มทดลองดีขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ [7] การศึกษาเปรียบเทียบระบบบริการจ่ายยาตามใบสั่งแพทย์ให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และเลือดมีไขมันมากเกินไป) ที่โรงพยาบาลพระสมุทระเจติยสภาทายนนทบุรีกับที่ร้านขายยาคุณภาพ เก็บข้อมูลช่วงเดือนธันวาคม 2548 ถึง พฤศจิกายน 2549 แบ่งผู้ป่วยเป็นกลุ่มได้รับยาที่ร้านขายยา (กลุ่มทดลอง) 27 คน และกลุ่มได้รับบริการที่โรงพยาบาล (กลุ่มควบคุม) 69 คน หลังจากศึกษาเป็นระยะเวลา 6 เดือน พบว่าระดับน้ำตาลในเลือดและค่าความดันเลือดของทั้ง 2 กลุ่มไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ผู้ป่วยทุกราย (ร้อยละ 100) พึงพอใจในระดับมากถึงมากที่สุดต่อความสะดวกและรวดเร็วของบริการจ่ายยาตามใบสั่งแพทย์ และผู้ป่วยมี

ความพึงพอใจโดยรวมในระดับมากถึงมากที่สุดร้อยละ 63.5 นอกจากนี้ จากการสอบถามความพึงพอใจของเภสัชกรโรงพยาบาลซึ่งเป็นผู้ประสานงานโครงการเห็นว่าโครงการช่วยลดภาระด้านการดูแลผู้ป่วยของแพทย์ แต่การเปลี่ยนแปลงปริมาณงานด้านเภสัชกรรมของโรงพยาบาลยังไม่ชัดเจนเพราะจำนวนผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการมีจำนวนน้อย ผู้ป่วยได้ประโยชน์จากการซักถามพูดคุยกับเภสัชกรร้านขายยาได้อย่างต่อเนื่องเภสัชกรร้านขายยาสามารถช่วยแก้ปัญหาต่างๆ เกี่ยวกับการใช้ยาและการเจ็บป่วย หรือส่งผู้ป่วยไปพบแพทย์ได้ทันที ส่วนผู้ประกอบการร้านขายยามีความพึงพอใจเพราะเป็นการเพิ่มบทบาทของร้านขายยาและเภสัชกรชุมชนที่เป็นประโยชน์ต่อสังคม เภสัชกรร้านขายยาพอใจในโครงการที่ทำให้เภสัชกรสามารถใช้ความรู้ที่ก่อให้เกิดประโยชน์แก่ผู้ป่วยให้ได้รับบริการที่รวดเร็ว อย่างไรก็ตามเป็นการเพิ่มภาระงานด้านการบันทึกข้อมูลและการจัดทำเอกสารด้านธุรการมากขึ้น [8]

จากการศึกษาเปรียบเทียบผลลัพธ์ของการบริหารทางเภสัชกรรมของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มารับยาต่อเนื่องระหว่างร้านขายยาคูณภาพ (กลุ่มทดลอง) และศูนย์แพทย์ชุมชน (กลุ่มควบคุม) ในจังหวัดมหาสารคาม เก็บข้อมูลเดือนกันยายน 2551 ถึง กรกฎาคม 2554 โดยกลุ่มทดลองได้รับยาและการดูแลทุกเดือนอย่างต่อเนื่องเป็นเวลา 5 เดือน พบว่า ในผู้ป่วย 59 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 28 คน และกลุ่มควบคุม 31 คน สัดส่วนผู้ป่วยที่คุมระดับความดันโลหิตและระดับน้ำตาลได้ตามเป้าหมายในกลุ่มทดลองคิดเป็น 1.242 และ 0.675 เท่าเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม อย่างไรก็ตาม ไม่พบความแตกต่างระหว่างกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มีการส่งต่อไปศูนย์แพทย์เนื่องจากอาการไม่พึงประสงค์ 1 ครั้ง และกลุ่มทดลองมีความพึงพอใจสูงต่อบริการของเภสัชกร [9] ปัญหาอุปสรรคที่อาจเกิดขึ้นที่ควรพิจารณาในการดำเนินโครงการรับยาร้านขายยา เช่น ข้อจำกัดในการให้บริการของร้านขายยา กล่าวคือ ลูกค้าที่มาใช้บริการในร้านขายยามีจำนวนมาก ส่งผลต่อการเอาใจใส่ดูแลผู้ป่วยที่มารับยาร้านขายยาและความเป็นส่วนตัวในการให้บริการ [9] รวมถึงทัศนคติของผู้ป่วยที่เลือกรับยาในโรงพยาบาลมากกว่าร้านขายยาหรือช่องทางอื่นๆ [10] ซึ่งจะส่งผลให้เป้าหมายในการลดความแออัดในโรงพยาบาลอาจไม่เห็นผลมากนักเนื่องจากมีผู้ป่วยเข้าร่วมโครงการน้อย เป็นต้น

นอกเหนือจากการจ่ายยาต่อเนื่องในร้านขายยาดังกล่าว หลายพื้นที่มีความพยายามในการแก้ไขปัญหาความแออัดในโรงพยาบาลและเพิ่มการเข้าถึงบริการของประชาชนโดยใช้มาตรการต่างๆ และมีการประเมินผลสำเร็จของมาตรการ ตัวอย่างเช่น การพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) เครือข่ายแบบมีส่วนร่วมเพื่อลดความแออัดโรงพยาบาลบุรีรัมย์ มีการประเมินผลในด้านต่างๆ ประกอบด้วย การประเมินผลสภาพแวดล้อม (เช่น ความพร้อมของผู้บริหารและผู้ปฏิบัติ ความร่วมมือจากหน่วยงานอื่นๆ และชุมชน เป็นต้น) การประเมินผลปัจจัยนำเข้า (เช่น การกำหนดนโยบาย/เป้าหมาย การจัดการทรัพยากร คน เงิน ของเทคโนโลยีสารสนเทศ

เป็นต้น) การประเมินผลกระบวนการ (เช่น การพัฒนาศักยภาพและคุณภาพบริการ การพัฒนาระบบรับส่งต่อ เป็นต้น) และการประเมินผลลัพธ์ (เช่น การเข้าถึงบริการและความพึงพอใจของผู้รับบริการ เป็นต้น) [11] การจัดทำโครงการคลินิกในฝันโดยเปิดให้คลินิกเอกชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลรักษาสุขภาพผู้ป่วย และรับยาที่ร้านขายยาชุมชน มีการศึกษาประสิทธิผลของโครงการจากผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการของผู้ป่วย และความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อคลินิกและร้านขายยาชุมชน (เช่น ความสะดวกในการรับยาที่ร้านขายยา คำแนะนำจากเจ้าหน้าที่ร้านขายยา คุณภาพยาที่ได้รับ เป็นต้น) [12]

ปัจจัยสำคัญในการให้บริการทางเภสัชกรรมในร้านขายยาภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

จากการศึกษามุมมองของผู้บริหารต่อการนำร้านขายยาเข้าเชื่อมโยงกับระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในปี 2552 ผู้บริหารมองว่ามีความเป็นไปได้ในการดำเนินการ อย่างไรก็ตามต้องมีการพัฒนาคุณภาพร้านขายยาให้มีคุณภาพและมาตรฐานบริการตามเกณฑ์ เนื่องจาก ร้านขายยาในประเทศไทยมีคุณภาพและบริการที่แตกต่างกันมากถึงแม้จะได้รับการรับรองว่าเป็นร้านขายยาคุณภาพ รวมถึงยังมีปัญหาในการปฏิบัติตามที่กฎหมายกำหนด สปสช. ต้องมีความชัดเจนเรื่องการจ่ายคืนค่าตอบแทนบริการแก่ ร้านขายยา ทั้งนี้ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการนำร้านขายยาเข้าสู่ระบบ ได้แก่ ความตั้งใจจริงของร้านขายยาในการเข้าสู่ระบบการสนับสนุนจากภาคีผู้ร่วมให้บริการโดยเฉพาะอย่างยิ่งวิชาชีพแพทย์ซึ่งต้องมีการเชื่อมโยงกันระหว่างแพทย์และร้านขายยาทั้งการส่งและรับส่งผู้ป่วยและข้อมูลของผู้ป่วย ความต้องการของประชาชนและความรับรู้ของสังคม รวมถึงความเห็นชอบและการดำเนินการของผู้กำหนดนโยบาย [13] ซึ่งปัจจัยดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่จำเป็นในการนำร้านขายยาเอกชนเข้าร่วมเครือข่ายเพื่อให้บริการแก่ผู้ป่วยคลินิกชุมชนอบอุ่นโดยระบุว่ามีปัจจัยแห่งความสำเร็จส่วนหนึ่งอยู่ที่วิสัยทัศน์ของผู้ริเริ่มโครงการ การเปิดใจกว้างของเภสัชกร ร้านขายยา และทำเลที่ตั้งของร้านขายยาซึ่งอยู่ไม่ไกลจากคลินิก อย่างไรก็ตาม หากจะให้โครงการมีความยั่งยืนควรมีการวางระบบเครือข่ายอย่างชัดเจน รวมถึงการจัดองค์กร การบริหารงาน การเชื่อมโยงข้อมูลและการจัดสรรค่าตอบแทน [14] จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้น แสดงให้เห็นว่า การรับยาในร้านขายยาให้ผลลัพธ์ทางคลินิกไม่แตกต่างกันหรืออาจดีกว่าการรับยาที่โรงพยาบาล รวมถึงผู้ป่วยมีความพึงพอใจในการมารับยาที่ร้านขายยา อย่างไรก็ตาม การที่โครงการจะประสบผลสำเร็จตามเป้าหมายได้นั้นต้องอาศัยปัจจัยหลายอย่างประกอบกันทั้ง การสนับสนุนของผู้กำหนดนโยบาย การวางระบบที่ชัดเจนและมีประสิทธิภาพ การประสานการทำงานกันระหว่างโรงพยาบาลและร้านขายยา ความพร้อมของร้านขายยา รวมไปถึงการสร้างความรู้ความเข้าใจแก่สังคม

การประเมินผลเชิงพัฒนา

การประเมินผลเชิงพัฒนาเป็นเครื่องมือชนิดหนึ่งที่มีการนำมาประยุกต์ในการประเมินงานด้านสุขภาพขึ้นโดย Patton (2008) [15] นิยามของการประเมินผลเชิงพัฒนา ดังนี้ “Developmental evaluation supports program and organizational development to guide adaptation to emergent and dynamic realities from a complex systems perspective. Developmental evaluation differs from typical program improvement evaluation (making a program better) in that it involves changing the program model itself as part of innovation and response to changed conditions and understanding. (p. 278)” จะเห็นว่าการประเมินผลเชิงพัฒนา เป็นเครื่องมือที่เหมาะสมในการประเมินผล ซึ่งมีเป้าหมายเพื่อช่วยพัฒนานวัตกรรม โปรแกรม ที่เกิดขึ้นใหม่ มีความความซับซ้อน และเป็นพลวัต ซึ่งการประเมินนี้อยู่ภายใต้กรอบแนวคิดของการประเมินผลแบบมีส่วนร่วม (Participatory Evaluation) โดยผู้ประเมินผลจะเข้าไปมีบทบาทในการออกแบบวิธีการปฏิบัติการใหม่ เพื่อพัฒนาและปรับปรุงงานอย่างต่อเนื่อง ทำให้ได้ข้อมูลที่แท้จริง จากการมีส่วนร่วมในการมองต่างมุมและการสะท้อนปัญหาแบบทันทีทันใด ที่ทำให้สามารถคลี่คลายความซับซ้อนของเหตุปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และช่วยให้เข้าใจถึงความเชื่อมโยงตลอดจนมองเห็นช่องว่างในการพัฒนาต่อไป การทบทวนวรรณกรรมการประเมินผลเชิงพัฒนา จากงานวิจัยทั้งภายในประเทศต่างประเทศได้ข้อสรุปดังต่อไปนี้

สุรศักดิ์ ไชยสงค์ และคณะ (2560) [3] ดำเนินการศึกษาการพัฒนากระบวนวิธีตามประเมินผลโครงการยุทธศาสตร์ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับจังหวัด: การศึกษาจากพื้นที่ 25 จังหวัด โดยนำการประเมินผลเชิงพัฒนามาใช้ในการประเมินผลโครงการดังกล่าว มีขั้นตอนการดำเนินโครงการ 5 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 การวางแผนการทำงานร่วมกันและออกแบบระบบติดตามประเมิน ขั้นตอนที่ 2 ระบุเป้าหมาย และตัวบ่งชี้ความสำเร็จในระดับแผนงาน และระดับโครงการ ขั้นตอนที่ 3 การดำเนินโครงการคู่ขนานไปกับการดำเนินงานของโครงการแผนยุทธศาสตร์ ขั้นตอนที่ 4 ถอดบทเรียนการดำเนินโครงการแผนยุทธศาสตร์ ขั้นตอนที่ 5 สรุประบบติดตามประเมินผลการดำเนินงานร่วมกัน และให้ข้อเสนอแนะเพื่อพัฒนา

จากการศึกษาดังกล่าวพบว่า การใช้ประเมินผลเชิงพัฒนาในโครงการดังกล่าว ผู้ประเมินจะทำงานคู่ขนาน ช่วยคิด ช่วยวางแผน และช่วยพัฒนา นำไปสู่การเปิดกว้างของกระบวนการการมีส่วนร่วมจากคณะทำงานทั้งจากภาควิชาการและภาคปฏิบัติที่สามารถหนุนเสริมการทำงานให้มีประสิทธิภาพดียิ่งขึ้น สามารถเติมเต็มข้อมูลซึ่งกันและกัน แต่อย่างไรก็ตามการศึกษาดังกล่าวยังมีข้อจำกัดที่สำคัญคือการสนับสนุนโครงการยังมีความแตกต่างกันระหว่างนักวิชาการและนักประเมิน อาจจะเนื่องมาจากความเข้าใจเกี่ยวกับบทบาทของตนเองของแต่ละฝ่าย และช่วงเวลาที่สามารถดำเนินงานตามบทบาทของทั้งสองฝ่ายแตกต่างกัน

สำหรับการทบทวนวรรณกรรมต่างประเทศ จากการศึกษาอย่างรวดเร็ว (rapid review) ดำเนินการโดยใช้การสืบค้นข้อมูลจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ MEDLINE ระหว่าง ปี ค.ศ. 1967 ถึงวันที่ 7 ตุลาคม ค.ศ. 2019 โดยใช้คำสืบค้นข้อมูลดังนี้ 1) Developmental evaluation 2) Health systems และ Health services พบวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องจำนวน 212 เรื่อง เมื่อดำเนินการคัดเลือกโดยพิจารณาจากชื่อเรื่อง บทคัดย่อ และการเข้าเรื่องของวรรณกรรมพบว่า มีวรรณกรรมจำนวน 8 เรื่องที่มีศักยภาพและเหมาะสมในการทบทวนในเชิงลึก จากการศึกษาดังกล่าวสรุปได้ดังนี้

Shier and Turpin [4] ศึกษาวิธีประเมินนวัตกรรมเพื่อสังคมภายในองค์กรบริการมนุษย์ (Human service organisations) โดยศึกษากรณีตัวอย่างใน Preformative stage ของการประเมินผลเชิงพัฒนาในแคนาดา โดยผู้ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ผู้ให้บริการ เจ้าหน้าที่ด้านหน้า Supervisor และ Managers โดยการศึกษาเป้าหมายเพื่อรับฟังเสียงสะท้อนและประสบการณ์ทั้งจากผู้รับบริการและผู้ให้บริการโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกและใช้คำถามปลายเปิด โดยใช้เวลา 15 -70 นาที จากการศึกษาทำให้เข้าใจถึงบริบทของการส่งมอบบริการเกี่ยวกับข้อมูลที่จำเป็นขององค์กรบริการมนุษย์ที่จะนำไปพัฒนาการผลิตและกระบวนการของนวัตกรรมเพื่อสังคม

Blanchet-Cohen และคณะ [5] ประเมินผลเชิงพัฒนาในด้านความปลอดภัยทางวัฒนธรรม เพื่อสนับสนุนการเปลี่ยนบริการของเด็กพื้นเมืองในแคนาดา โดยเก็บข้อมูลจากกิจกรรมการประเมินผลเชิงพัฒนาในเจ้าหน้าที่ (staff), ผู้เข้าร่วม และสมาชิกในชุมชน โดยกระบวนการการประเมินผลเชิงพัฒนามี 4 ขั้นตอนดังนี้ การสร้างความสัมพันธ์ (relationship building), การสร้างพื้นที่สำหรับการสะท้อนข้อมูลและสนทนา (creating spaces for reflection and dialogue), การสร้างคำถาม (questioning fundamentals), และการสร้างสรรค์งานร่วมกันของชุมชนและเจ้าหน้าที่ (co-creating among community and staff) จากการศึกษาดังกล่าวพบว่าการประเมินผลเชิงพัฒนาสร้างแรงกระตุ้นเจ้าของงาน การเรียนรู้ และการสร้างสรรค์งานต่อไป และจากกระบวนการการประเมินผลในสี่ขั้นตอนที่ได้กล่าวไปข้างต้น จัดได้ว่าเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของการประเมินผลเชิงพัฒนาที่สอดคล้องกับหลักการของ Patton ได้แก่ วางแผน (framing), การสะท้อนข้อมูลทันที (giving real-time feedback), การติดตามการพัฒนา (tracking development) และการถามวิเคราะห (critical questioning)

Woodhouse et al. [16] ประเมินการจัดการโรคหอบหืดในชุมชนในประเทศอเมริกา โดยใช้วิธีวิจัยแบบผสมผสานทั้งเชิงคุณภาพและปริมาณ (Mixed method) ในศูนย์ดูแลสุขภาพ 5 แห่ง และผู้รับบริการที่มีโปรแกรมการให้บริการแตกต่างกันไป โดยขั้นตอนการประเมินแบบเป็น 4 ระยะ ได้แก่ 1) การพัฒนาความเข้าใจในศูนย์ดูแลสุขภาพชุมชน 2) ช่วยเหลือโปรแกรมที่ให้บริการที่ศูนย์ดูแลสุขภาพชัดเจนเพื่อที่จะสะท้อนการ

วัดการทำงานเชิงประจักษ์โดยใช้โมเดลตรรกศาสตร์ 3) ร่วมกับศูนย์ดูแลสุขภาพในการพิจารณาการเก็บข้อมูล เพื่อใช้ในการวัดการทำงานเชิงประจักษ์ และ 4) วิเคราะห์และแปลผล โดยในระยะที่ 1 และ 2 เป็นข้อมูลที่ได้จากการรายงานการประชุมของทีมประเมิน และทีมประเมินร่วมกับศูนย์ดูแลสุขภาพ ระยะที่ 3 เป็นการรายงานการประชุมของทีมประเมินร่วมกับศูนย์ดูแลสุขภาพ และการสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง ระยะที่ 4 เป็นการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้างและสรุปรายงาน การนำการประเมินผลเชิงพัฒนาในชุมชน/โครงการที่มีความหลากหลายทำให้เกิดการพัฒนาทางผลลัพธ์ทางสุขภาพ นอกจากนี้การประเมินผลเชิงพัฒนายังช่วยในการระบุการนำไปใช้ และติดตามการดูแลผู้ป่วยหอบหืดในเชิงประจักษ์ อย่างไรก็ตามการศึกษานี้ยังมีข้อจำกัดในเรื่องของการขาดวิธีการที่เป็นมาตรฐานในการดูแลผู้ป่วยหอบหืด การเก็บข้อมูล และข้อมูลพื้นฐาน (baseline data)

Laycock et al. [17] ประเมินผลเชิงพัฒนาเพื่อส่งเสริมการทำงานของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในโครงการปฏิสัมพันธ์ขนาดกว้างในการเผยแพร่ข้อมูลพัฒนาคุณภาพจากศูนย์สุขภาพปฐมภูมิของชาวอะบอริจินและชาวเกาะช่องแคบทอร์เรสในประเทศออสเตรเลีย โดยใช้การวิจัยแบบวิธีวิจัยแบบผสมผสานทั้งเชิงคุณภาพและปริมาณ การเก็บรวบรวมข้อมูลใช้การวิเคราะห์เอกสาร การสำรวจออนไลน์ การสัมภาษณ์ผู้เข้าร่วม และกระบวนการวิเคราะห์ปฏิสัมพันธ์กับทีมวิจัย ซึ่งวิธีการนี้จะทำให้สามารถสะท้อนกลับข้อมูลได้แบบทันที่วงที่เพื่อนำไปสู่การพิจารณาอย่างรอบคอบในการออกแบบงาน การรายงาน การใช้เครื่องมือ และปรับปรุงกระบวนการ สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพจากการการสัมภาษณ์และสำรวจจะถูกนำมาวิเคราะห์และแปลผล เพื่อให้เกิดความเข้าใจอย่างถ่องแท้เกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสภาพงานและมุมมองของผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียของการใช้ข้อมูลการสร้างกลยุทธ์ในการพัฒนา ข้อมูลจากแหล่งต่างๆ จะถูกนำมาตรวจสอบแบบสามเส้าเพื่อให้ข้อมูลมีความครอบคลุมทุกมุมมอง และผสมผสานความเข้าใจของการพัฒนาโครงการการนำไปใช้ ตลอดจนผลการศึกษา จากการศึกษาพบว่า การประเมินการผลเชิงพัฒนาสามารถใช้ในการทำการเผยแพร่เชิงโต้ตอบ ซึ่งสามารถเป็นทั้งการประเมินและการปรับกระบวนการนำไปใช้ และสามารถรายงานผลตรงกับความต้องการของผู้วิจัย ผู้เข้าร่วม และออกแบบข้อมูลที่ต้องการเก็บ อย่างไรก็ตามการศึกษานี้ข้อจำกัดในเรื่องผู้ประเมินซึ่งทำงานเป็นทีม อาจทำให้ขาดความต่อเนื่องในการทำงาน ขาดความสามารถในการเข้าใจถึงนัย และการปรับเปลี่ยนโครงการให้เหมาะสมกับเวลา

Hudon et al. [18] ศึกษาการเป็นหุ้นส่วนของการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้ใช้ในการบริการสุขภาพและสังคมในแคนาดาโดยใช้การประเมินผลเชิงพัฒนาในกรณีศึกษา ซึ่งการศึกษานี้จะอธิบายและประเมินรูปแบบการจัดการปัญหาในศูนย์บริการสุขภาพและสังคมจำนวน 4 แห่งในรัฐควิเบก เพื่อที่จะทำให้ทราบถึงการพัฒนาในการสร้างสรรค์องค์ความรู้ต่อการจัดการปัญหา ที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในบริบทอื่นๆ

ต่อไป ซึ่งการศึกษาโดยใช้การประเมินผลเชิงพัฒนาและกรณีศึกษาเป็นวิธีการที่สามารถปรับเปลี่ยนต่อสถานะที่มีความซับซ้อนและมีวิวัฒนาการ ซึ่งข้อจำกัดของการศึกษานี้คือการศึกษาในภูมิภาคเดียว ดังนั้นการนำไปใช้อาจต้องประเมินว่าสามารถนำไปใช้กับบริบทนั้นๆหรือไม่

Landers, Price and Minyard [18] ดำเนินการประเมินผลเชิงพัฒนาของการทำงานร่วมกันเพื่อสร้างผลลัพธ์ร่วมในประเทศอเมริกา ซึ่งการเก็บข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล มีขั้นตอนดังนี้ 1) การทบทวนเอกสาร(Document review) 2) การสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key informant interviews) 3) การโหวต (Polling) 4) การสังเกตการณ์ผู้เข้าร่วม (Participant observation) 5) การสะท้อนกลับข้อมูล (Feedback loop) 6) การเข้าใจถึงนัย(Sense-making) การศึกษานี้แสดงให้เห็นถึงการประเมินผลเชิงพัฒนาสามารถช่วยในการตัดสินใจ และช่วยในการเปิดมุมมองอย่างกว้างๆในกระบวนการทำงานร่วมกัน นอกจากนี้การประเมินผลในรูปแบบดังกล่าวยังเป็นการประเมินตามกรอบแนวคิดตามความเป็นจริงอีกด้วย

Langeveld, Stronks and Harting [19] ทำการศึกษาการใช้หน้าความรู้ (Knowledge broker) ในการสร้างนโยบายสาธารณสุขในตำบลเมืองในประเทศนอร์เวย์โดยใช้การประเมินผลเชิงพัฒนา ซึ่งทำการศึกษาในการร่วมมือกันระหว่างมหาวิทยาลัย 2 แห่งในอัมสเตอร์ดัมและการบริการสาธารณสุขของเทศบาล การศึกษาพบว่าการใช้กลยุทธ์หน้าความรู้นำไปสู่โอกาสในการเลือกนโยบายที่หลากหลายของแต่ละคนและทำให้การกำหนดวาระทางสุขภาพเกิดความสำเร็จ นอกจากนี้ผลการศึกษายังบอกถึงปัจจัยสำคัญของกระบวนการดังกล่าว เช่น การสร้างความเชื่อ การแตกต่างอย่างชัดเจนของบทบาทหน้าความรู้ รวมถึงข้อมูลที่ทำให้เกิดการบริการจัดการอย่างเพียงพอ

Knesebeck et al. [20] ทำการศึกษาการประเมินนโยบายสุขภาพระดับชุมชนในเยอรมันนี โดยอาศัยทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงและใช้มุมมองการประเมินเชิงพัฒนาที่เน้นถึงความเชื่อมโยงระหว่างบริบทกิจกรรม ผลผลิตของการริเริ่มงาน โดยการประเมินชนิดนี้ถูกนำมาใช้ในกรณีศึกษาที่เป้าหมายยากที่จะระบุและมีแนวโน้มที่จะเกิดการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา การศึกษานี้ใช้วิธีวิจัยแบบผสมผสานทั้งเชิงคุณภาพและปริมาณ (Mixed methods)

จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้นสามารถสรุปได้ว่า การประเมินผลเชิงพัฒนาที่มีความเหมาะสมในการตอบสนองและสนับสนุนการเรียนรู้แบบทันทั่วทั้งที่ ในสถานการณ์ที่ซับซ้อน สถานการณ์ที่เพิ่งเกิดขึ้นเป็นครั้งแรกและมีผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียเกี่ยวข้องหลากหลาย รวมถึงงานที่มีความไม่แน่นอนต้องการความยืดหยุ่นในการประเมิน [21]

กรอบแนวคิดการวิจัย

เป้าหมาย	กระบวนการ
<p>ผู้บริหารโรงพยาบาล ผู้ปฏิบัติในส่วนของโรงพยาบาล (แพทย์พยาบาล เภสัชกร)</p>	<p>การบริหารจัดการของโรงพยาบาล</p> <ul style="list-style-type: none"> - ระบบการจัดส่งยา - นโยบายการสนับสนุน ได้แก่ การมีผู้รับผิดชอบโครงการ มี protocol การฝึกอบรมบุคลากร (training) - การถ่ายทอดนโยบายสู่ผู้ปฏิบัติ - มีระบบการติดตามความก้าวหน้าของโครงการของทั้งภายในและภายนอก - การกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วย การขยายสิทธิ์และกลุ่มโรค - จำนวนผู้ป่วย จำนวนร้านยาที่ตั้งเป้าหมาย - เกณฑ์การคัดเลือกร้านยา <p>ความเห็นของแพทย์ พยาบาล ต่อโครงการ</p> <ul style="list-style-type: none"> - ความมั่นใจต่อระบบบริการของร้านยาเพื่อการส่งต่อ (ความเห็นแพทย์ผู้ปฏิบัติ) - ประโยชน์ของโครงการ - ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา จุดแข็ง จุดอ่อน
<p>ผู้ป่วย</p>	<ul style="list-style-type: none"> - การประชาสัมพันธ์ทั้งในองค์กรและประชาชน - ระบบการคัดเข้า - การคงอยู่ของผู้ป่วยในโครงการ - ระบบนัดหมายบริการ <p>ความคิดเห็นของผู้ป่วยต่อโครงการ</p> <ul style="list-style-type: none"> - ประโยชน์ของโครงการ - ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา จุดแข็ง จุดอ่อน
<p>เภสัชกรร้านยา</p>	<ul style="list-style-type: none"> - ตำแหน่งที่ตั้งร้านยา ระบบการบันทึกข้อมูลร้านยา - ระบบการส่งยา - ช่องทางการสื่อสารระหว่างแพทย์และเภสัชกรร้านยา - รูปแบบการบริหารทางเภสัชกรรมของเภสัชกรประจำร้าน เช่น เทคนิค อุปกรณ์ เวลาที่ใช้ - ความครอบคลุมของจำนวนโรคที่ให้บริการ - การฝึกอบรมของเภสัชกร - ระบบนัดหมายบริการ <p>ความคิดเห็นของเภสัชกรต่อโครงการ</p> <ul style="list-style-type: none"> - ประโยชน์ของโครงการ - ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา จุดแข็ง จุดอ่อน
<p>ประเมินเชิงปริมาณ</p>	<p>แบบประเมินความพึงพอใจต่อโครงการของผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติในโรงพยาบาล เภสัชกรร้านยา ผู้ป่วย</p>

รูปแบบงานวิจัย เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ ในการสัมภาษณ์เชิงลึก และเชิงกลุ่ม

ขอบเขตการวิจัย

งานวิจัยนี้จะดำเนินการในพื้นที่จังหวัดร้อยเอ็ด และ ร้านยาที่เข้าร่วมโครงการร้านยาชุมชนอบอุ่น

ระเบียบวิธีวิจัยและการดำเนินงาน

งานวิจัยนี้ใช้วิธีประเมินผลเชิงคุณภาพในการเก็บและวิเคราะห์ข้อมูล

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง เป็นการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ครอบคลุมผู้บริหารโรงพยาบาล จำนวน 1 คน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จำนวน 2 คน บุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง จำนวน 5 คน เภสัชกรร้านยา จำนวน 21 คน และผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการ จำนวน 21 คน จำนวน 50 คน

เกณฑ์การคัดเลือก (inclusion criteria)

1. ผู้ให้ข้อมูลที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการกำหนดนโยบายในส่วนกลาง ผู้บริหารโรงพยาบาล
2. ผู้ให้ข้อมูลที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดำเนินโครงการนำร่องและให้บริการในพื้นที่เภสัชกรที่โรงพยาบาล และร้านขายยาที่
3. ยินยอมและเต็มใจเข้าร่วมการศึกษา ลงชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

- แบบสัมภาษณ์ที่พัฒนาขึ้นสำหรับกรวิจัยนี้ 1 ชุด โดยใช้กรอบแนวคิด CIPP model และส่งผู้เชี่ยวชาญประเมินความตรงของเนื้อหาจำนวน 3 ท่าน
- แนวทางการประชุมแบบมีส่วนร่วม 1 ชุด โดยมีคำถาม 4 ข้อ ตามกรอบแนวคิดการประชุมอย่างมีส่วนร่วมแบบ ORID methods
- เกณฑ์ประเมินความเสี่ยง โดยประยุกต์เกณฑ์ของการประเมินความเสี่ยงและการควบคุมภายในของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม โดยเกณฑ์ประเมินโอกาสจะเกิดเหตุการณ์ มีรายละเอียดดังแสดงในตาราง 1 และความรุนแรงของผลกระทบต่อองค์กร ดังแสดงในตารางที่ 2 และประมวลคะแนนเป็นคะแนนความเสี่ยงแบ่งเป็น 4 ระดับ ดังแสดงในภาพที่ 1

ตารางที่ 1 โอกาสที่จะเกิดเหตุการณ์ที่เป็นความเสี่ยง (L)

โอกาสที่จะเกิดความเสี่ยง	ระดับคะแนน	ประเด็น/องค์ประกอบที่พิจารณาโอกาสที่จะเกิดความเสี่ยง (L)				
		ความถี่จะเกิดข้อผิดพลาดในการปฏิบัติงาน (เฉลี่ย:เดือน/ครั้ง)	โอกาสที่จะเกิดเหตุการณ์	การทบทวนการปฏิบัติงาน/สอนงาน/การฝึกอบรม	มีการควบคุม/ติดตามและตรวจสอบ โดยผู้บังคับบัญชา/หน่วยงานอื่น	มีระเบียบ/แนวปฏิบัติ
สูงมาก	5	1 วันต่อครั้งหรือมากกว่าต่อวัน	เกิดขึ้นเกือบแน่นอน (almost certain)	มากกว่า 1 ปี	มากกว่า 1 เดือน	ไม่มีทั้ง 2 อย่างและไม่ถือปฏิบัติ
สูง	4	1-6 วันต่อครั้ง แต่ไม่เกิน 5 ครั้ง	น่าจะเกิดเหตุการณ์ (likely)	ทุก 1 ปี	ทุก 1 เดือน	มีอย่างใดอย่างหนึ่งแต่ไม่ถือปฏิบัติ
ปานกลาง	3	1 เดือนต่อครั้ง	เป็นไปได้ที่จะเกิดเหตุการณ์ (possible)	ทุก 6 เดือน	ทุก 3 สัปดาห์	มี 2 อย่าง แต่ปฏิบัติตามอย่างใดอย่างหนึ่งหรือไม่ถือปฏิบัติ
น้อย	2	2-3 เดือนต่อครั้ง	ไม่น่าเป็นไปได้ (unlikely)	ทุก 3 เดือน	ทุก 2 เดือน	มีอย่างใดอย่างหนึ่ง และมีการปฏิบัติตาม
น้อยมาก	1	4-5 เดือนต่อครั้งหรือมากกว่า	เกิดขึ้นได้ยาก (rare)	ทุกเดือน	ทุกสัปดาห์	มีทั้ง 2 อย่าง และมีการปฏิบัติตาม

ตารางที่ 2 ความรุนแรงของผลกระทบต่อองค์กร (C)

ผลกระทบ ต่อองค์กร	ระดับ คะแนน	ผลกระทบ		
		เหตุการณ์ (นโยบาย)	สูญเสียผลการปฏิบัติงาน	ผลกระทบต่อภาพลักษณ์ หน่วยงาน โดยพิจารณาผลการ สำรวจทัศนคติที่ได้รับ
สูงมาก	5	เสียหายมากที่สุด ไม่ เป็นไปตามเป้าหมาย	มีผลแตกต่างจากตัวชี้วัด >50%	ความพึงพอใจ $\leq 20\%$
สูง	4	บรรลุเป้าหมายต่ำกว่า มาก	มีผลแตกต่างจากตัวชี้วัด 20-50%	ความพึงพอใจ > 20-40%
ปานกลาง	3	บรรลุนโยบายต่ำกว่า เป้าหมายปานกลาง	มีผลแตกต่างจากตัวชี้วัด 10-25%	ความพึงพอใจ >40-60%
น้อย	2	บรรลุนโยบายต่ำกว่า เป้าหมายเล็กน้อย	มีผลแตกต่างจากตัวชี้วัด 5-10%	ความพึงพอใจ >60-80%
น้อยมาก	1	นโยบายบรรลุเป้าหมาย/ บรรลุเกินเป้าหมาย	มีผลแตกต่างจากตัวชี้วัด ไม่เกิน 5%	ความพึงพอใจ >80%

ภาพที่ 1 แผนภูมิความเสี่ยง (Risk Map)

ผลกระทบ (Impact/Consequences)	5	16	17	23	24	25
	4	9	14	15	21	22
	3	5	8	13	19	20
	2	3	4	7	12	18
	1	1	2	6	10	11
			1	2	3	4
		โอกาส (Likelihood/Frequency)				

ความหมายของแผนภูมิความเสี่ยง

สีแดง	สูงมาก 18-25
สีน้ำตาล	สูง 10-17
สีเหลือง	ปานกลาง 6-9
สีเขียว	ต่ำ 1-5

วิธีการเก็บข้อมูล

- เขียนโครงร่างงานวิจัยและยื่นขอจริยธรรมงานวิจัยในมนุษย์
- จัดประชุมทีมวิจัย และทีมวิจัยส่วนกลาง เพื่อการวางแผนการดำเนินงานและการประสานงานในพื้นที่
- ประสานงานกับสสจ.จังหวัดร้อยเอ็ด เพื่อชี้แจงรายละเอียด เครื่องมือ และวางแผนการดำเนินงานร่วมกัน
- จัดประชุมร่วมกับพื้นที่ ครั้งที่ 1** เพื่อ Identify and analyze risks นักวิจัยลงพื้นที่จัดระดมสมอง วิเคราะห์กระบวนการดำเนินการของโครงการฯ ในรูปแบบต่างๆ หาขั้นตอน หรือประเด็นที่เป็นความเสี่ยง ซึ่งจะนำไปสู่การไม่บรรลุวัตถุประสงค์ของโครงการฯ โดยสัมภาษณ์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ดังต่อไปนี้ 1) ผู้บริหารโรงพยาบาล เกี่ยวกับการบริหารจัดการของโรงพยาบาล 2) ผู้ปฏิบัติในส่วนของโรงพยาบาล (แพทย์ พยาบาล เภสัชกร) เกี่ยวกับความเห็นของแพทย์ พยาบาล ต่อโครงการ 3) เภสัชกรร้านยา เกี่ยวกับกระบวนการส่งต่อผู้ป่วย การให้บริบาลทางเภสัชกรรมในร้านยา รวมทั้งความคิดเห็นของเภสัชกรต่อโครงการ 4) ผู้ป่วย เกี่ยวกับการรับรู้โครงการ ระบบการให้บริการ และ ความคิดเห็นของผู้ป่วยต่อโครงการ
- จัดประชุมครั้งที่ 2 กับพื้นที่** เพื่อประเมินและเรียงลำดับความเสี่ยง (evaluate and prioritize risks) ประชุมกลุ่มย่อยร่วมกับผู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อประเมิน และจัดลำดับความสำคัญของประเด็นความเสี่ยงที่มีความสำคัญ และออกแบบตัวชี้วัดและการเก็บข้อมูลที่สะท้อนระดับความเสี่ยงในประเด็นสำคัญ เพื่อติดตามและสะท้อนกลับข้อมูลแก่ผู้ดำเนินโครงการ วิธีการจัดลำดับความสำคัญ อาจพิจารณาให้ ความสำคัญกับความเสี่ยงที่ส่งผลโดยตรงต่อเป้าหมาย วิเคราะห์ขนาดของความเสี่ยง ความรุนแรงหรือผลกระทบ
- ลงพื้นที่เพื่อวิเคราะห์ความเสี่ยง (risk analysis)** ประเมินระดับความเสี่ยงจากข้อ 3 อาจเก็บข้อมูลจาก ข้อมูลทุติยภูมิ การสัมภาษณ์ และการประชุมกลุ่มย่อย เก็บข้อมูลประเด็นความเสี่ยงเพิ่มเติมจากการ สัมภาษณ์ ออกแบบตัวชี้วัดเพื่อติดตามขนาดของความเสี่ยงเพิ่มเติม พร้อมทั้งรวบรวมรูปแบบกลยุทธ์ หรือ มาตรการที่พื้นที่ต่างๆ ใช้ในการจัดการความเสี่ยงเหล่านั้น เช่น อาจใช้ root cause analysis หรือ 5Whys เพื่อวิเคราะห์สาเหตุราก

7. **จัดประชุมกับพื้นที่ครั้งที่ 3** เพื่อระบุแนวทางการจัดการความเสี่ยง (Identify strategy to manage risks) สะท้อนกลับผลการประเมินระดับความเสี่ยงตามชุดตัวชี้วัด และร่วมกับผู้ดำเนินโครงการฯ วิเคราะห์และแลกเปลี่ยนเพื่อหากกลยุทธ์ หรือมาตรการลด หรือจัดการความเสี่ยง สำหรับพื้นที่ที่ยังไม่มีกลยุทธ์ หรือมาตรการในการจัดการ
8. **ลงพื้นที่** เพื่อติดตามการดำเนินงาน (Monitor and update) และปรับปรุงข้อมูลตามชุดตัวชี้วัดที่ออกแบบไว้ เพื่อประเมินผลของมาตรการ เฝาระวังประเด็นความเสี่ยงที่สำคัญ และสะท้อนกลับเพื่อหากกลยุทธ์ หรือมาตรการในการจัดการความเสี่ยงอย่างต่อเนื่องต่อไป
9. **จัดประชุมครั้งที่ 4** (team sharing) สรุปความก้าวหน้าในการดำเนินงานทุกเดือน ผ่าน google drive และ teleconference ในการแลกเปลี่ยน ร่วมกับจัดประชุมทีมวิจัยส่วนกลางหลังจากวิเคราะห์ข้อมูลแล้ว

การวิเคราะห์ข้อมูล

หลังจากได้ข้อมูลตามกระบวนการข้างต้น จะนำข้อมูลมาวิเคราะห์โดยใช้การวิเคราะห์แนวคิดหลักและแนวคิดรอง (thematic analysis)

ระยะเวลาการดำเนินงาน

ระยะเวลาที่จะดำเนินการทั้งสิ้นประมาณ 7 เดือน เริ่มดำเนินการเดือน มิถุนายน 2563 และคาดว่าจะแล้วเสร็จในเดือนธันวาคม 2563

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

- ผู้ป่วยรู้จักบทบาทของเภสัชกรร้านยาที่มากขึ้น
- เป็นข้อมูลนำเข้าให้แก่โครงการร้านยาชุมชนอบอุ่นในระดับประเทศ เพื่อการขยายการให้บริการและการพัฒนาต่อไป

ผลการดำเนินงาน

ทีมผู้วิจัยได้มีการจัดประชุมเพื่อเตรียมงาน 3 ครั้ง โดยเป็นครั้งที่ 1 ในวันที่ 2 มิถุนายน 2563 โดยใช้การประชุมออนไลน์ ครั้งที่ 2 ในวันที่ 11 มิถุนายน 2563 ห้องประชุมลานไม้หอม (ภาคผนวก) และครั้งที่ 3 ในวันที่ 15 กรกฎาคม 2563 ห้องประชุมลานไม้หอม (ภาคผนวก) ก่อนลงพื้นที่ครั้งที่ 1 ในวันที่ 24 กรกฎาคม 2563 ห้องประชุมสสจ จังหวัดร้อยเอ็ด และลงพื้นที่ครั้งที่ 2 ในวันที่ 3 กันยายน 2563 ในการเยี่ยมร้านยา และสัมภาษณ์แพทย์ พยาบาล และเภสัชกร ที่โรงพยาบาลร้อยเอ็ด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด

ส่วนที่ 1 ผลการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เชิงกลุ่มจากการทำงานของเภสัชกรร้านยา

ในการจัดประชุมอย่างมีส่วนร่วม วันที่ 24 กรกฎาคม 2563 ทีมนักวิจัยได้ใช้เทคนิค ORID method เพื่อให้เกิดการประชุมอย่างมีส่วนร่วม มีผู้เข้าร่วมประชุม 23 คน โดยประกอบด้วยแพทย์ 1 คน เภสัชกรสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 2 คน เภสัชกรร้านยา 13 คน และอาจารย์จำนวน 7 คน ได้ร่วมประเมินผลการทำงานกับเป้าหมายการดำเนินงาน

แนวคิด 1 โครงการร้านยาชุมชนอบอุ่นของจังหวัดร้อยเอ็ดดำเนินการและการไปถึงเป้าหมาย

ผลการแลกเปลี่ยนได้มีผู้ตอบจำนวน 15 ความคิดเห็น โดยการตอบสอดคล้องกันทั้งหมด ว่าการดำเนินโครงการร้านยาชุมชนอบอุ่นเป็นการเปิดบทบาทวิชาชีพ อย่างไรก็ตามโครงการยังไม่ถึงเป้าหมายในเรื่องจำนวนคนไข้ที่เข้าร่วมโครงการยังมีน้อย โดยมีอาการเกี่ยวข้องกับช่วงเวลาของการเริ่มต้น เงื่อนไขของการให้บริการมีความซับซ้อน อย่างไรก็ตามการประสานงานระหว่าง สสจ รพ. และร้านยา นั้นทำได้บรรลุวัตถุประสงค์

“ยังไม่ถึงเป้าหมาย จำนวนคนไข้ที่เข้าร่วมยังน้อย และส่วนใหญ่เป็นคนไข้เดิม” “ยังคง เพราะเพิ่งเริ่มทำ ต้องใช้เวลาเรียนรู้เพิ่มขึ้นค่ะ” “ยังครับเพราะผมยังไม่มอบายให้คนไข้เลยครับ ยังไม่ถึงนัด” “ยังคง เพิ่งเริ่ม 2 เคส เคส 1 ไม่มา อีกเคส ติดต่อกันไม่ได้ค่ะ” “กำลังเริ่มเตาะแตะเหมือนเด็กหัดเดิน” “คนไข้เริ่มเปิดใจ มีเคสเยอะขึ้นก็ดีใจมาก คิดว่าคนไข้ที่อยากรับยาที่ร้านมีเยอะ แต่เงื่อนไขการให้บริการค่อนข้างวุ่นวาย” “ยังไม่ถึงเป้าหมาย แต่แต่เป็นการเริ่มต้นที่ดีเปิดบทบาทวิชาชีพของเรา” “ยังไม่ถึงเป้าหมาย” (5) “ยังไม่ถึงเป้าหมาย จำนวนร้านยาและคนไข้ที่เข้าร่วมโครงการยังน้อย” “การดำเนินการยังไม่บรรลุเป้าหมายตามตัวชี้วัด แต่ในแง่การทำงาน คิดว่าการที่สามารถประสานงานทำงานร่วมกันระหว่างรพ. ร้านยา และสสจ. ได้ดีมาตลอด นั่นก็คือการบรรลุวัตถุประสงค์อย่างหนึ่งเช่นกัน” “อยากมีเคสจังเลย อยากล่อล่อคนไข้”

แนวคิดที่ 2 ความรู้สึกหรือทัศนคติต่อโครงการนี้

มีผู้ตอบคำถามนี้ 18 ความคิดเห็น โดย 17 ความคิดเห็นที่รู้สึกในเชิงบวกกับโครงการนี้ และมี 1 คนที่รู้สึกในเชิงลบ ในความรู้สึกเชิงบวกแสดงให้เห็นถึงความสุข ความตื่นเต้น เป็นโครงการที่ดี ที่ประกอบด้วยเหตุผลครอบคลุม เป็นการเริ่มงานใหม่ เป็นช่องทางที่สะดวกให้คนไข้ ทำงานใกล้ชิดกับผู้ป่วย ลดความแออัดของโรงพยาบาล เป็นการทำงานระหว่างภาครัฐกับเอกชนแพร่หลายไปด้วยกัน เป็นการเปิดบทบาทวิชาชีพ

เภสัชกรรมชุมชน (ร้านยา) ในการดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด เป็นการทำงานร่วมกับเครือข่ายมากขึ้น ได้รู้จักกันมากขึ้นในพื้นที่

“ดีได้ทำงานใหม่ๆที่ไม่เคยมีใครทำมาก่อนมาบุกเบิกร่วมกันและได้p4pเพิ่มด้วย” “ลองดู.. อาจจะได้” “ดี เป็นช่องทางที่คนไข้มารับยาได้สะดวกและสามารถสอบถามการใช้ยาหรือการปฏิบัติตัวกับเภสัชกรได้อย่างใกล้ชิด” “ดี ครับ ทำให้เภสัชกร ร้านยาได้ทำงานใกล้ชิดกับลูกค้าและเรียนรู้แนวทางการทำงานของระบบ ใหม่ ที่มีนอกจากที่ร้านยามี อีกทั้งได้พัฒนาวิชาชีพด้วย”

“เป็นโครงการที่ดีในการให้ภาคเอกชน เช่นร้านยา มาร่วมเป็นส่วนหนึ่งของภาครัฐ ช่วยแชร์ทรัพยากรระหว่างกัน แต่ข้อจำกัดในการดำเนินการยังมีหลายประเด็น รวมทั้งการเปิดใจยอมรับซึ่งกันและกันระหว่างวิชาชีพ” “เป็นโครงการที่ดีมาก ชุมชนได้รับรู้บทบาทของเภสัชกรชุมชนที่ทำงานในร้านขายยามากขึ้น และ คนไข้รู้สึกว่าสะดวกกว่ารับที่โรงพยาบาลมาก” “รู้สึกดีมาก ได้ร่วมงานกับพี่น้องเก่งๆร่วมวิชาชีพ” “เป็นโครงการที่ดี อยากให้มีต่อไป เปิดบทบาทวิชาชีพเราให้คนทั่วไปและคนไข้รับรู้ สัมผัสได้ถึงความแข็งแกร่งของวิชาชีพที่มากขึ้น” “ดีค่ะ ได้เปิดบทบาทเภสัชเพิ่มขึ้น” “รู้สึกดีที่ได้ช่วยเปิดบทบาทวิชาชีพของเรา” “รู้สึกชื่นชอบและอยากสนับสนุนโครงการนี้เต็มที่ค่ะ เพราะโครงการนี้ช่วยส่งเสริมบทบาทหน้าที่เภสัชกรร้านยาทำให้เภสัชกรร้านยาดูแลใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากขึ้นค่ะ”

“แอบปี๊ดๆ กับพี่น้องร่วมโครงการ นั้บถือพี่ทีม รพ. สสจ. ทั้งร้านยาที่เคยมองเป็นคู่แข่งทางการค้า ก็มองใหม่เลย สำหรับคนไข้ ถ้านัดแล้วไม่มาก็อยากจะตามหาถึงบ้าน หอบไปทิ้งเครื่องวัดความดันนี้แหละ 5555” “ได้เรียนรู้การทำงานนอกห้องยา ได้ประสานงานกับทั้งเพื่อนร่วมวิชาชีพ และหน่วยงานอื่น ได้รู้จักเพื่อนใหม่เพิ่มขึ้น สนุกและมีสีสัน มีปัญหาให้คอยแก้ไขเป็นระยะ”

“เป็นโครงการที่ดีค่ะ ลดความแออัดใน รพ. ผู้ป่วยได้รับ medical services ที่มีคุณภาพยิ่งขึ้น”

“เป็นโครงการที่ดี มีประโยชน์กับคนไข้โดยตรง ลดการแออัด ลดเวลา แต่โดยส่วนใหญ่คนไข้ยังไม่ค่อยรู้จัก เพราะบางคนก็ไม่ได้ไปตามนัดเพราะเสียเวลาทั้งวัน เลยเลือกที่จะเอาตัวอย่างไปหาซื้อกินเอง”

“ดีค่ะช่วยให้ความสะดวกกับผู้ป่วยและช่วยลดความแออัดในรพ” “ลดปัญหาแออัดในรพ”

“ค่อนข้างยุ่งยาก มีขั้นตอน/ต้องประสานงานหลายทาง และภาครัฐต้องเป้่าไว้สูงเกินไป”

แนวคิดที่ 3 ความหมายของโครงการต่อผู้ดำเนินงาน

โครงการรับยาต่อเนื่องที่ร้านยามีความหมายและความสำคัญ อยู่ 4 ประเด็นหลัก คือ 1) คนไข้ได้รับความสะดวก เภสัชกรมีเวลาคุยกับคนไข้มากขึ้น 2) เป็นตัวชี้วัดผลลัพธ์ในการลดความแออัดในการรอรับยา

หน้าห้องยาในโรงพยาบาล 3) เกสซ์กรร้านยามีความภูมิใจ และรู้สึกถึงคุณค่าในบทบาทของเกสซ์กรร้านยา เมื่อประชาชนเห็นบทบาทของเกสซ์กรในการช่วยเติมยาต่อเนื่อง 4) เกสซ์กรมีการพัฒนาขึ้นในด้านองค์ความรู้ การทำงานร่วมกันเป็นทีม และเห็นบทบาทของเกสซ์กรในโครงสร้างสาธารณสุขระดับประเทศที่มีความยั่งยืน

“คนไข้ที่มาจากต่างอำเภอจะมีความสะดวกมากขึ้นลดภาระที่คนไข้ต้องเสียค่ารถมารับยาในจังหวัดซึ่งเป็นภาระพอสมควร” “ได้มีการสอบถามคนไข้ในโครงการ พบว่า ส่วนใหญ่ชอบและพึงพอใจมาก” “ผลด้านบวกของประชาชนต่อเกสซ์กรชุมชน” “ก็น่าจะต้องรันต่อไปตามโครงการจนกว่าแพทย์และผู้ป่วยจะเห็นว่าเราช่วยแบ่งเบาภาระของ รพ ได้ และผู้ป่วยได้รับความสะดวกมากขึ้น” “เราได้คุยและมีเวลาคู่กับคนไข้มากขึ้น เช่น วัดความดัน สอบถามการกินยา อาหารเสริม สมุนไพรเพราะเคยเจอค่าไขมันคนไข้ขึ้น สอบถามได้ว่ากินน้ำมันรำข้าวที่ลูกชายซื้อมาให้ แล้วประสานแจ้งไปทางรพ เพิ่มเติมค่ะ”

“แสดงถึงผลลัพธ์ในการทำงานว่าองค์กรผ่านตัวชี้วัดในการประเมิน และลดความแออัดที่รอรับยาหน้าห้องยา”

“ทำให้ประชาชนเห็นบทบาทของเกสซ์กรชุมชนมากขึ้น” “ทำให้เกิดความรู้สึกภูมิใจในบทบาทวิชาชีพเกสซ์กรของตัวเองค่ะ” “รู้สึกว่าคุณค่ามีประโยชน์มากขึ้น” “รู้สึกมีคุณค่าในฐานะเกสซ์กรมากขึ้น เวลาเมื่อ 5555 แล้วก็ต้องตื่นตัวอัพเดทตัวเองตลอดเวลา เป็นประโยชน์ทั้งต่อโครงการ และคนไข้หน้าร้าน ลูกน้องที่ร้านเกรงใจมากขึ้น 55555” “เป็นการเปิดบทบาทของวิชาชีพ” “ดีค่ะ ได้เปิดบทบาทของเกสซ์กร “เกิดความรู้สึกภูมิใจในวิชาชีพ ดีใจที่ช่วยลดความยากลำบากของคนไข้ในการเข้าถึงบริการสุขภาพ” “ประชาชนได้เห็นบทบาทเกสซ์กรร้านยามากขึ้น” “จะพยายามแสดงบทบาทของตนเองให้มากขึ้น เต็มที่ยิ่งขึ้น และแนะนำคนไข้ที่มารับการรักษาเรื่องอื่นอย่างสม่ำเสมอ” “เป็นที่รู้จักมากขึ้นจากการประชาสัมพันธ์ จากป้าย จากสื่อ โครงการนี้กระตุ้น จรรยาบรรณวิชาชีพ วิถีปฏิบัติ ขั้นตอนการดำเนินงาน ทำให้เรานำไปใช้กับลูกค้าท่านอื่นในรูปแบบเดียวกัน. ภูมิใจ ดีใจ และอยากพัฒนา ต่อไป”

“เปิดบทบาทเกสซ์กรในร้านขายยาให้ชุมชนได้เข้าถึงและรับรู้ว่ามีร้านขายยาที่มีวิชาชีพเกสซ์กรมาให้บริการให้ความรู้อย่างใกล้ชิดเข้าถึงได้ง่ายขึ้น มีเวลาทำความเข้าใจให้ลึกซึ้งได้มากขึ้น เกสซ์กรร้านยาได้อัพเดทงานวิชาการมากขึ้น” “บทบาทวิชาชีพเกสซ์กรทั้งกับเพื่อนร่วมงานและกับผู้ป่วยมีความใกล้ชิดกันมากขึ้น ประสานงานกันง่ายขึ้น ในการทำโครงการร้านยานี้” “รู้สึกว่าคุณค่าฝ่ายต้องช่วยกันมากยิ่งขึ้น เพื่อให้ชุมชนยอมรับโครงการนี้ และบอกต่อคนที่รัก” “ความสำคัญของโครงการก่อนโควิดมา คือ 1. เป็นงานสามัคคีชุมชนวิชาชีพ กว้างขวางขึ้น เวลามีปัญหาไม่รู้สึกโดดเดี่ยว มีพี่มี

น้องให้ปรึกษา รู้สึกเป็นพลังวิชาชีพ ที่มองเห็นอนาคตที่จะสามารถมีบทบาทกับโครงสร้างสาธารณสุขระดับประเทศได้” “ทำให้เรารู้สึกว่าอยากจะทำโครงการนี้ให้ยั่งยืน”

แนวคิดที่ 4 การตัดสินใจที่จะดำเนินการต่อในระดับบุคคลหลังการประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้

หลังประชุมแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกันแล้ว เกสซ์กรที่เข้าร่วมมีแนวคิดในการตัดสินใจเกี่ยวกับโครงการร้านยาชุมชนอบอุ่น แบ่งได้เป็น 4 แนวคิด ดังนี้ 1) การจัดทำแผนที่ร้านยาที่เข้าร่วมเพื่อแนะนำและให้ผู้ป่วยมีตัวเลือกร้านยาที่ต้องการไปรับบริการ 2) ต้องการมีส่วนร่วมในการร่วมคิดร่วมวางแผนในการพัฒนาโมเดล 3 ที่กำลังจะเกิดขึ้น หรือรูปแบบในช่วงโควิดที่ผู้ป่วยต้องการบริการส่งปณ ถึงบ้าน 3) ร่วมมือกัน รวมพลัง ในการทำงาน การติดตามข่าวสารและการพัฒนาตนเองของเกสซ์กรเพื่อรองรับการให้บริการ

“จะพกแผนที่ร้านยาต่างๆที่ร่วมโครงการ หรือ แปะติดไว้ใกล้พื้นที่จ่ายยา เวลาแนะนำโครงการให้คนไข้ทราบ คนไข้จะได้มีตัวเลือก และเฟื่อรีเฟอร์ไปซื้อยาที่ร้านตัวเองไม่มี”

“ยอมรับว่าทีมเกสซ์โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ทำงานหนักมาก...ดังนั้นก็ขอทุ่มเท ช่วยทุกอย่างที่ทำได้” “สงสาร รพ. ทั้งคู่กับหมอ สกรีนคนไข้ จัดยาส่ง ประเมิน ทำรายงาน อยากให้ระบบมันง่ายขึ้นนะ” “ไปต่อโมเดล 3 เพื่อพัฒนางานให้สมบูรณ์ที่สุด. เพื่อสร้างมาตรฐานที่ดีให้กับร้าน และสร้างความไว้วางใจกับทางโรงพยาบาล และคนไข้เพื่อจะได้ปล่อยเคสมาเรื่อยๆๆๆๆขึ้น” “สู้ต่อไปคะ ระดมความคิดเห็นกับทีมเพื่อทำโมเดล 3 คู่กับคีย์แมน(แพทย์)เพื่อส่งคนไข้ออกมากขึ้นนนนน” “ดีใจที่ได้ยินว่าหลังโควิดยังมีโครงการนี้อยู่ เพราะเท่าที่สอบถามมา คนไข้อยากให้ส่งยามาน ปณ ถึงหน้าบ้านเลย ไม่อยากไป รพ แล้วก็ไม่อยากไปร้านยาด้วย”

“ติดตามข่าวสารใหม่ๆ ตามสถานการณ์ พัฒนาบทบาทของวิชาชีพ ประชาสัมพันธ์งานร่วมกับพยาบาลประจำคลินิก” “จะทำหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายให้ดีที่สุด ศึกษาหาความรู้เพิ่มเติมเพื่อแนะนำจ่ายยาให้คนไข้ ติดตามข่าวสารและสนับสนุนโครงการร้านยาอบอุ่นอย่างเต็มที่คะ” “รวมกันแสดงพลังของวิชาชีพเกสซ์กรเราให้ประชาชนยอมรับ รู้สึกว่าสิ่งที่ทำคือความสุขที่ได้ทำ” “อยากจะทำร่วมมือกัน” “เป็นกำลังใจให้ร้านยาทุกร้านคะ คุณคือหัวใจของโครงการ” “พัฒนาความรู้และศักยภาพตนเอง. พชสให้ประชาชนเข้าร่วมโครงการมากขึ้น พชสให้มีร้านยาโดยเฉพาะตามอำเภอมากขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยมีตัวเลือกร้านที่ใกล้มากขึ้น พชสให้แพทย์ส่งคนไข้ออกไปรับยาที่ร้านยามากขึ้น” “ก็ต้องทำต่อไปให้ดีขึ้น ทั้งพัฒนาตัวเองและทีมงานจังหวัด” “พัฒนาตัวเอง และแนะนำคนไข้ในพื้นที่ให้ทราบถึงโครงการ” “ตั้งใจจะทำโครงการนี้ไปเรื่อยคะชอบ และรู้สึกมีความสุขทุกครั้งที่มีเวลาได้จ่ายยา ชักถาม

การใช้ยา ประวัติการใช้ยา สมุนไพร อาหารเสริม” “พัฒนาความรู้และทักษะเพิ่มขึ้น” “พัฒนาตัวเอง
เกาะติดสถานการณ์โครงการ ช่วยประชาสัมพันธ์โครงการ”

ส่วนที่ 2 ผลการลงเยี่ยมรื้อยาและการสัมภาษณ์

บุคลากรทางการแพทย์ที่ให้สัมภาษณ์ทั้งหมด 27 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 77.78 ประกอบ
อาชีพเภสัชกรรื้อยา ร้อยละ 62.96 ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 คุณลักษณะของบุคลากรทางการแพทย์ที่ให้การสัมภาษณ์

ข้อมูลทั่วไป		บุคลากรทางการแพทย์ (27 คน)	ผู้รับบริการ (2 คน)
		จำนวน (ร้อยละ)	
เพศ	ชาย	6 (22.2)	1 (50.0)
	หญิง	21 (77.8)	1 (50.0)
อายุ	27 – 36 ปี	10	-
	37 – 46 ปี	10	-
	47 – 56 ปี	6	1 (50.0)
	มากกว่า 56 ปี		1 (50.0)
อาชีพ	แพทย์	4 (14.81)	-
	พยาบาล	3 (11.11)	-
	เภสัชกร	2 (7.41)	-
	โรงพยาบาล		-
	เภสัชกรรื้อยา	17 (62.96)	-
	เภสัชกรสสจ.	1 (3.70)	
	ค้าขาย		1 (50.0)
ประสบการณ์การทำงาน	ว่างงาน		1 (50.0)
	3 – 11 ปี	15	-
	12 – 20 ปี	4	-
	21 – 29 ปี	3	-
	30 – 38 ปี	4	-
หน่วยงาน	โรงพยาบาล	9 (33.33)	-
	รื้อยา	17 (62.96)	-
	สสจ.	1 (3.70)	-
โรคประจำตัว	ความดันโลหิตสูง	0	2 (100.0)

กรอบแนวคิดที่ได้จากการประเมิน แบ่งเป็นกรอบแนวคิดหลัก และกรอบแนวคิดรอง ในบริบทของโครงการร้านยาชุมชนอบอุ่น (context) ปัจจัยนำเข้า ขั้นตอนการทำงาน และผลลัพธ์ ดังแสดงในตารางที่ 4 ตารางที่ 4 กรอบแนวคิดหลักและแนวคิดรองจากการประเมินความคิดเห็นของผู้ให้บริการและคนไข้ ตามกรอบของ CIPP model

CIPP	กรอบแนวคิดหลัก	กรอบแนวคิดรอง
บริบท (context)	C1 สิ่งแวดล้อม (Environment)	01 บริบทขององค์กร 02 ความคาดหวัง 03 เป้าหมาย 04 กลุ่มผู้ป่วยที่ถูกเลือกตามความต้องการและโอกาสในบริบทนี้
	C2 ความจำเป็น (needs)	01 ปัญหาเกิดจากพื้นฐานความต้องการและโอกาส 02 นโยบายระดับประเทศ
ปัจจัยนำเข้า (input)	I1 รูปแบบการทำงาน	01 ความสามารถของระบบ 02 การติดตาม ประเมิน 03 ระบบบริการทางเลือก 04 กระบวนการวางแผนการเงิน 05 การคัดเลือกร้านยา
	I2 แหล่งทุน (resources)	01 การสนับสนุนด้านคน 02 การสนับสนุนด้านอุปกรณ์ 03 งบประมาณ
Process	P1 กระบวนการทำงาน	01 การประชาสัมพันธ์ 02 กระบวนการคัดเลือกผู้ป่วย 03 ระบบการนัดหมาย 04 ระบบเอกสาร ฐานข้อมูล 05 ระบบการสื่อสาร 06 ระบบการขนส่ง 07 การปฏิบัติงานของเภสัชกรร้านยา
	P2 ปัญหาและอุปสรรค	01 เภสัชกร 02 การติดต่อสื่อสาร
Product/ outcome	O1 การบรรลุเป้าหมาย	01 ผลลัพธ์เชิงคุณภาพ 02 ผลลัพธ์เชิงปริมาณ

บริบท (context)

1) **สิ่งแวดล้อม** (environment) มีแนวคิดย่อยจำนวน 4 แนวคิด ได้แก่ บริบทขององค์กร ความคาดหวัง เป้าหมาย และกลุ่มผู้ป่วยที่ถูกเลือกความต้องการและโอกาสในบริบทนี้

1.1) บริบทองค์กร (C101)

มีแนวคิดย่อย 2 แนวคิด ได้แก่ ความแออัด และบทบาทของเภสัชกร โดยบุคลากรทางการแพทย์มีมุมมองความคิดเห็นสอดคล้องกัน กล่าวคือสภาพปัญหาในระบบการให้บริการผู้ป่วยในโรงพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอกคือมีจำนวนผู้ป่วยมาก ปริมาณผู้ป่วยที่สูงขึ้นเรื่อยๆ ส่งผลให้เกิดความแออัดและระยะเวลาการรอคอยรับยาที่นานมากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยบางส่วนเกิดความไม่พอใจในการบริการ เป็นปัญหาที่ควรได้รับการแก้ไขและจัดการ

“คนไข้โดยรวมทั้งหมด... น่าจะประมาณ 2,000 ใบสั่งต่อวันนะคิดว่าโดยประมาณ OPD 5 ห้อง” (H03)

“เวลาที่คนไข้ไปรอแบบครึ่งวัน คือเราก็จะได้รับฟังจากคนไข้ที่มาหาเราที่ร้านอย่างนี้ว่าเวลาไปโรงพยาบาลที่หนึ่ง เสียเวลาเป็นวัน ๆ รอรับยาก็นานอะไรอย่างนี้ก็ได้ยินมานานแล้ว” (P04)

“จำนวนคนไข้เยอะ วันนี้เกือบ 2,000 กว่า เกือบ 3,000 คน ตอนนี่ก็คือห้องตรวจสถานที่มันก็จะค่อนข้างเล็กเกินไป ... ก็จะมีระยะเวลาการรอคอยของการรับยา ... ส่วนใหญ่มันก็จะนาน ส่วนหนึ่งคือพอเราทำแบบประเมินสอบถามความพึงพอใจก็จะไม่ได้ เพราะว่าต้องรอรับบริการนาน” (H09)

นอกจากความแออัด จะเกิดจากปัญหาด้านจำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มมากขึ้นแล้ว ส่วนหนึ่งเกิดจากเรื่องโครงสร้าง ปัญหาด้านพื้นที่ที่มีขนาดจำกัดและจำนวนห้องตรวจที่ไม่มากพอ ไม่ได้ขยายให้เพียงพอต่อการรองรับผู้ป่วย

“...บางที่ชั้น 2 ของโรงพยาบาลจำนวนคนไข้เยอะมาก เพราะคลินิกพิเศษทุกคลินิกจะอยู่ตรงนี้หมด คลินิกของเราจะเป็นทุกวันศุกร์ เฉพาะอายุรกรรมก็ 300 เกือบ 400 Case ค่อนข้างเยอะ ถ้าตรงนี้นั้นลดได้จะดีมาก แล้วสถานที่มันค่อนข้างจะแออัด ก็คือคลินิกหอบหืดจะอยู่ห้อง 254 ซึ่งเป็นซอยเล็ก ๆ ถ้าวันนั้นนัดคนไข้ประมาณ 60 คน ก็จะแออัดมาก” (H07)

“ความแออัดคือสถานที่ของโรงพยาบาลร้อยเอ็ด ผู้รับบริการเยอะแต่ว่าห้องตรวจน้อย เพราะว่ามันมีหลายคลินิก...หมอมัทำให้บริการเฉพาะทางเดินปัสสาวะที่คลินิกของเรามี 3 ท่าน พยาบาล 2 คน ผู้ช่วย 1 คน บันทึกข้อมูล 1 คน” (H08)

“... คือเนื้อที่มันจำกัดด้วย ไม่ค่อยกว้างเท่าไร โรงพยาบาลไม่ค่อยกว้างขวางเมื่อเทียบกับปริมาณคนไข้ที่ไปรับบริการ และก็รู้สึกถึงความแออัด รู้สึกว่าทุกครั้งจะไปกระจุกอยู่ที่หน้าห้องตรวจ กับหน้าห้องยาที่คนไข้ต้องรอนาน ...” (P24)

ในอีกมุมมองของผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ก็เห็นพ้องและเห็นด้วยกับการดำเนินโครงการ เนื่องจากสภาพปัญหาด้านบริบทของความแออัด จำนวนผู้ป่วยที่มากขึ้นส่งผลต่อการตรวจรักษาของแพทย์ ผู้ป่วยต้องรอพบแพทย์นานมากขึ้น และแพทย์ต้องเร่งรีบในการรักษา มีเวลาให้ผู้ป่วยในแต่ละรายน้อยลง

“จริงๆ ของชั้น 3 ไม่ค่อยมีปัญหาหรอก ได้ยาเร็วอยู่แล้ว แต่ที่มาช่วยจริงๆ น่าจะมาช่วยแพทย์มากกว่า จะได้เอาคนไข้ออกไป เพราะคนไข้เยอะ” (H06)

“... ปัญหาคือถ้ามีความแออัดมากเราก็มีเวลาคุยกับคนไข้ที่มีปัญหาน้อยลง รีบ ๆ ด่วน ๆ ... ถ้าปริมาณผู้ป่วยเยอะมาก เร่งตรวจเร็ว ๆ ประสิทธิภาพจะต้องลดลง ... อาจารย์บางคนเสร็จเกือบาย ข้าวก็ไม่ได้กิน งานมัน Load เกินไป” (H10)

“ที่โรงพยาบาล...คนไข้เยอะทุกวันเลย บางทีคนไข้บ่นว่าคุณหมอทำไมมาช้าจัง อยากจะกลับบ้านแล้ว มีธุระ ก็แล้วแต่เขาจะบ่นกัน” (PA01)

“ก็ข้านี้แหละอยากเอายานี้ก็ช้า ก็เอายาก็เป็นเกือบชั่วโมงแล้วก็รอหมออีกรอซักประวัตินะไรไหนจะต้องมารอคิวอีก... ไปโรงพยาบาล... แม่ต้องไปแต่เช้าขึ้น 5:00 น...ก็เสร็จบางทีถ้าคนไม่เยอะนะถ้าหมอมาช้าบางทีก็มาประมาณ 10:00 น บางทีก็มาเกือบเที่ยงนะขนาดไม่คิวที่ 10 กว่านะบางทีก็เสร็จเกือบเที่ยงนะแต่จะรอหมอตตรวจไหนจะรออยู่อีกมันก็คนเยอะรอคิวยาวประมาณเที่ยงส่วนมากจะก่อนเที่ยงแหละถ้าไปเวลานี้นะแต่ถ้าไปสายๆ หน่อยก็เสร็จ 13:00 น นั่นแหละ นั่นแหละนาน นานๆ คนเยอะไปบางทีหมอนัดเยอะคนก็มาชนกันเยอะ” (PA02)

บทบาทของเภสัชกร บุคลากรทางการแพทย์ต่างเห็นชอบกับโครงการร้านยาชุมชนอบอุ่น เนื่องจากการส่งเสริมบทบาทวิชาชีพเภสัชกร โดยเฉพาะเภสัชกรที่ปฏิบัติงานที่ร้านยา ทำให้ผู้ป่วยได้เห็นถึงความสำคัญของการมีเภสัชกรร้านยา เภสัชกรมีความยินดีและเต็มใจเข้าร่วมโครงการเพื่อช่วยลดภาระงานของโรงพยาบาลและดูแลผู้ป่วยในชุมชน

“ที่รู้สึกชอบ เพราะว่ามันจะได้แสดงบทบาทของตัวเองได้ชัดเจนมากขึ้น ...ที่ผ่านมาก็เหมือนแบบขายยา ใครจะขายก็ได้ลูกค้าบางที่เขาไม่รู้ว่าเป็นเภสัชกร ...ที่รู้สึกเป็นการจ่ายยาแนะนำการใช้ยามากกว่าการที่จะเป็นแบบคนขายยา แสดงบทบาทตัวเองได้มากขึ้น” (P01)

“ก็อยากเปิดโลกทัศน์อาชีพเรา...คือก็เห็นเป็นโอกาสดีที่แบบเภสัชกรร้านยาจะได้ทำงานเกี่ยวกับวิชาชีพโดยตรงที่แบบว่าไม่ใช่เราอยู่ร้านเฉย ๆ คือเราก็จะได้ช่วยลดภาระของโรงพยาบาลด้วยและก็ได้ช่วยจ่ายยาตามใบสั่งแพทย์... คือถ้าทำได้จริง ๆ มันก็คงช่วยให้วิชาชีพเราดูดีขึ้นเยอะ” (P04)

“จริง ๆ เห็นด้วยตั้งแต่เริ่มต้นโครงการ เพราะว่ามันมีการขยายบทบาทในร้านยาให้มันชัดเจนขึ้นและก็ทำให้งานเราเข้าไปดูแลผู้ป่วยได้ใกล้ชิดมากขึ้น ลดภาระของโรงพยาบาลเป็นไปตามวัตถุประสงค์ของโครงการ เราเห็นด้วยตั้งแต่แรกอยู่แล้ว อยากให้มีโครงการเกิดขึ้น” (P12)

“อยากให้ประชาชนหรือคนรู้ถึงความแตกต่างว่าร้านที่มีเภสัชกรและร้านที่ไม่มีมันแตกต่างกันให้เขารับรู้ไปเรื่อย ๆ ... คืออยากจะทำบทย่างให้เห็นว่ามีเภสัชกรแล้วเป็นยังไง” (P24)

“ก็น่าจะเป็นที่เราอยากทำตรงนี้ได้ เหมือนจะเป็นความทุ่มเท คือ case ก็ไม่ได้เยอะอะไร ความเสียสละก็ไม่มากเท่าไรแต่คือว่าการที่เราจะได้ถามคนไข้เหมือนกับการบริการที่เราจะให้เขากับคำแนะนำที่เรามีใจให้เขาเต็มที่ที่เราอยากทำตรงนี้มากกว่า” (P21)

“แล้วก็รู้สึกที่เราอยากจะทำอะไรให้มากขึ้นกว่าการที่อยู่ร้านยาและก็ให้คำแนะนำในเบื้องต้นตรงนี้ และอย่างที่บอก หนูรู้สึกดีขึ้นที่ได้มีการ contact กับโรงพยาบาล คนไข้ก็จะรู้สึกว่าได้ช่วยเหลือ คือจริงๆ แล้วตรงนี้หนูเพิ่งมาเปิดประมาณปีกว่า ๆ ก็เป็นร้านใหม่ ๆ ในละแวกนี้ คนก็จะมีความเชื่อมั่นในตัวเรามากขึ้นด้วย” (P05)

1.2) **ความคาดหวัง (C102)** มีแนวคิดย่อย 3 แนวคิด ได้แก่ ความคาดหวังในผู้ป่วย ความคาดหวังในตัวเอง และความคาดหวังเชิงระบบ

ความคาดหวังในผู้ป่วย ในมุมมองของบุคลากรทางการแพทย์ มีความคาดหวังต่อผู้ป่วยที่แตกต่างกันออกไป แต่โดยรวมแล้วคือเพื่อประโยชน์ของผู้ป่วย อยากให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์จากการเข้าร่วมโครงการ เช่น ความสะดวกสบาย คาดหวังต่อการปฏิบัติตัว เช่นการทานยาของผู้ป่วยเพื่อควบคุมอาการของโรค

“ประโยชน์ที่จะนึกถึงแบบผู้ป่วยเป็นอันดับแรกเลย ...คำนึงถึงผู้ป่วยที่สะดวกที่สุด เขาสะดวกมารับยาและเขาจะได้ทานยา ไม่ขาดยา และเขาจะกล้าพูดกล้าถามเรามากขึ้น... บางที่เป็นกลุ่มลูกค้าประจำเราอยู่แล้ว เขาก็กล้าจะบอกเรา จะเปิดใจกับเรา อันนั้นคือประโยชน์ที่ผู้ป่วยจะได้รับ” (P01)

“คือพี่บอกไม่ได้ว่าเขาไปรับไหม แต่ว่าคนไข้เขาต้องไปรับยาอยู่แล้ว เพราะถ้าเขาไม่ได้กินเขาจะอยู่ไม่ได้ คนไข้ที่ผ่าน ๆ มา รับยาตรงมาก บางทีถ้าเขาไม่กินเขาก็ปัสสาวะไม่ดีขึ้น คือเขาไม่ยอมมาดยาอยู่แล้ว” (H08)

“ก็คาดว่าคนไข้จะสะดวกมากขึ้น แต่มันจะมีปัญหาอย่างหนึ่งคือบางทีคนไข้ไม่ได้มารับยาเองก็จะไม่ได้ตรวจ เช่น ตรวจพวกความดัน การชั่งประวัติประมาณนี้” (P16)

ความคาดหวังในตัวเอง บุคลากรทางการแพทย์ต่างก็มีความคาดหวังต่อตัวเองและความตั้งใจจริงที่อยากจะช่วยดูแลผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยเชื่อใจและมั่นใจในการรับบริการ

“อยากให้เป็นร้านยาที่คนไข้ไวใจเวลามีปัญหาสุขภาพหรือปัญหาการใช้ยาก็เข้ามาปรึกษาให้เขาเชื่อมั่นว่ามาร้านยาเราได้เลย” (P20)

“เหมือนเราได้มีส่วนร่วมกับชุมชนที่เราอยู่ ได้ช่วยเหลือคนไข้ ได้แนะนำวิธีการใช้ยากับเขาที่ถูกต้อง ได้เข้าถึงมากขึ้น เพราะในการที่เราทำร้านยาทั้งเรื่องเวลาด้วยกับเรื่องตรงนี้ด้วย เราแสดงให้เห็นว่าร้านยาไม่ได้เป็นที่แบบเหมือนขายของ จริง ๆ แล้วเภสัชกรมีหน้าที่มากกว่านั้น แสดงออกมาให้เขาได้เห็นและเราก็ได้ช่วยเหลือเขาอย่างนี้” (P21)

“ก็เป็นร้านยาที่สามารถให้ความรู้กับคนไข้ได้มากกว่า หมายถึงว่าให้คำแนะนำคำปรึกษาได้มากกว่าการที่ไปโรงพยาบาลมากขึ้น แนะนำการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องได้และข้อมูลยาได้ละเอียดขึ้น คือเรามีเวลาให้เขามากกว่า” (P23)

“...คนไข้ที่มารับยาที่เราเขาก็สามารถสอบถามข้อมูลได้มากขึ้น มีเวลาคุยกับเภสัชกรได้มากขึ้น แม้กระทั่งเราก็สามารถหาความคลาดเคลื่อน ความผิดพลาดของการใช้ยาได้เพิ่มขึ้น” (P27)

ความคาดหวังเชิงระบบ บุคลากรทางการแพทย์มีความคิดเห็นไปในทิศทางเดียวกัน คือมีความคาดหวังให้มีการดำเนินการโครงการต่อเนื่อง มีผู้ป่วยเข้าร่วมโครงการมากขึ้น อยากให้โครงการบรรลุเป้าหมายเชิงปริมาณ

“ความคาดหวังเดียวก็คือต้องมีผู้ใช้บริการ ก็เหมือนสถานบริการเปิดบริการแล้วก็ต้องมีผู้ใช้บริการ เพราะฉะนั้นถ้าทำขึ้นมาแล้วไม่มีผู้ใช้บริการมันก็ไม่ได้ประโยชน์” (H02)

“ก็อยากให้บรรลุอย่างน้อยซัก 80% ก็คงจะแฮปปี้กว่านี้ ไม่ต้องถึง 100 ก็น่าจะดี ซัก 70-80 ก็แฮปปี้กว่านี้ เพราะอันนี้ก็รู้สึกว่ามันลดได้จริงหรือ” (P04)

“อยากให้โครงการมันเดินหน้าและก็พัฒนามากกว่านี้ เพราะยังรู้สึกว่าคุณใช้ที่ส่งออกมา ยังไม่สามารถลดความแออัดในโรงพยาบาลได้เลยก็อาจจะมีข้อจำกัดหลายอย่าง ซึ่งเราก็คิดว่ามีอีกหลายกลุ่มโรคที่สามารถส่งออกมาได้ยังไม่ได้ตามเป้าคือยังน้อยอยู่” (P12)

สำหรับในมุมมองของผู้ป่วย ไม่ได้มีความคาดหวังหรือการตั้งเป้าหมายกับโครงการมากนัก อาจจะเป็นเรื่องมาจากยังเป็นโครงการใหม่ที่ยังไม่คุ้นเคย และยังไม่รู้ว่าต้องทำอะไรบ้าง เพียงแต่เป็นการให้ความร่วมมือกับบุคลากรทางการแพทย์หากให้เข้าร่วมโครงการ

“คาดหวัง...ไม่คาดหวังนะมันก็สะดวกกับแม่ก็มานอนไปโรงพยาบาลบ้างไปนี้บ้าง”

(PA02)

“ทางโรงพยาบาล ท่านแนะนำมาว่าจะเข้าโครงการนี้ใหม่ ผมจึงตอบว่าเข้า ผมให้ความร่วมมือทุกอย่าง ร้านยาผมก็ไปรับได้ โรงพยาบาลผมก็ไปรับได้ ไม่มีปัญหาสะดวกสบาย ผมจึงเข้าโครงการกับคุณหมอที่โรงพยาบาลร้อยเอ็ด” (PA01)

1.3) เป้าหมาย (C103) มีแนวคิดย่อย 2 แนวคิด ได้แก่ เป้าหมายเชิงปริมาณและเป้าหมายเชิงคุณภาพ

เป้าหมายเชิงปริมาณ บุคลากรทางการแพทย์ส่วนใหญ่ไม่ทราบข้อมูลเป้าหมายที่ตั้งไว้และการกำหนดตัวชี้วัด โดยเฉพาะเภสัชกรร้านยา แพทย์ บางส่วนเกิดจากการไม่ได้เข้าร่วมประชุม การส่งต่อข้อมูลไม่ทั่วถึง รวมถึงการเข้าร่วมโครงการในภายหลังทำให้ไม่ทราบข้อมูลเบื้องต้น ผู้รับผิดชอบโครงการหลักเพียงไม่กี่คนเป็นผู้ทราบข้อมูลและให้ข้อมูลได้ แต่อย่างไรก็ตามบุคลากรทางการแพทย์ต่างมีความคิดเห็นตรงกันว่าเป้าหมายคือการลดความแออัด

“ยอมรับตรง ๆ ว่า หนูไม่ทราบ เพราะไม่ได้รับการตั้งเป้าว่ากี่คน ๆ อย่างนี้ เข้าใจว่าขึ้นอยู่กับผู้ป่วยด้วยว่าเขาสะดวกมารับที่นี้หรือเปล่า” (P01)

“ไม่รู้ทีมไหนเขาทำ จริง ๆ เป็นโครงการคือผู้อำนวยการเชียร์มาอีกทีหนึ่ง ซึ่งก็ยอมรับตรง ๆ ว่าไม่ได้เป็นผู้จัดการเซตระบบตรงนี้เลยไม่รู้ว่าเขาตั้งเป้าไว้เท่าไร เราก็ไม่ทราบด้วยว่ายอดเท่าไร เพราะว่าไม่ได้เป็นผู้ดำเนินการโดยตรง เป็นแต่ผู้ปฏิบัติซะมากกว่า” (H10)

“คือดูตามของกระทรวง เพราะเขาอยากให้ออกถึง 20 แต่มันก็เป็นไปไม่ได้ เราก็เลยขอเป็นที่ละไตรมาสเราจะวางไว้เป็นที่ละช่วง ช่วงแรกอาจจะประมาณ 10-15 และ 20 เป็นไตรมาส” (H03)

“ตอนนี้ก็คือของหน่วยงานเค้าจะกำหนดเป็นเปอร์เซ็นต์มาอยู่นะคะ ต้องให้ได้เป็น ไตรมาส จำไม่ได้แล้วเหมือนกัน เหมือนมันจะต้องให้เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ อยู่ค่ะ กำหนดเป็นกี่ เปอร์เซ็นต์ที่เค้ากำหนดมา” (H06)

“ก็น่าจะประมาณซัก 10-20% ขึ้นไปประมาณนี้ แต่ตอนนี้ยังไม่ถึง 10%” (H09)

“คือเป้าหมายโครงการเป็นเป้าหมายที่เราได้รับ เป็นนโยบายบังคับมาเลยว่าขอ 40% ของคนไข้ ที่น้ำมันก็เป็นสิ่งที่เราต้องทำให้ถึงเป้าที่เราโดนตั้งมา เพราะเขาไม่ได้ตามเราว่าเป้า เราคือเท่าไร” (H11)

ในส่วนของเภสัชกรร้านยา ก็มีเป้าหมายคือจำนวนผู้ป่วยที่สามารถให้บริการที่ร้านยาได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อช่วยลดภาระความแออัดของโรงพยาบาล ซึ่งแต่ละร้านก็มีเป้าหมายที่แตกต่างกันออกไป ขึ้นกับความพร้อมในการให้บริการ พื้นที่

“เขาก็จะมาเรื่อย ๆ จะให้ก็คนก็แล้วแต่ความสมัครใจ การประชาสัมพันธ์ ผมไม่ได้เน้นมาก เป็นการดูไปเรื่อย ๆ ก็ไม่ได้ตั้งเป้าหมายว่าเท่าไรถึงจะคิดว่ามันจะช่วยลดความแออัด ให้เป็นไปตามธรรมชาติที่เขาสมัครใจ สร้างบทบาทของเภสัชกรในการมาช่วยตรงนี้” (H13)

“ถ้าเอาแค่ดูแลได้ ในการ Consult แต่ละครั้งใช้เวลาประมาณเกือบ 1 ชั่วโมง ในการให้บริการ ขออาทิตย์ละ 1-2 คนก็พอแล้ว เพราะเราเป็นร้านยาที่อยู่ในห้าง ถ้ามาเยอะมันก็จะ มีปัญหาได้ คนไข้จะรู้สึกไม่สะดวก เพราะห้างก็จะปิดขายของและมีเภสัชกรคนเดียว” (P20)

“เป้าหมายจริง ๆ อย่างน้อยก็ให้มี 10 คนขึ้นไป ต่อเดือนที่เขาจะกลับมารับกับเราในแต่ละ Visit” (P27)

เป้าหมายเชิงคุณภาพ ไม่ได้มีการกำหนดเป้าหมายเชิงคุณภาพไว้อย่างชัดเจน รวมถึงตัวชี้วัดต่างๆ ที่นำไปสู่การประเมินผล บุคลากรทางการแพทย์มีมุมมองถึงเป้าหมายเชิงคุณภาพที่แตกต่างกัน เช่น การวัดความพึงพอใจ การติดตามปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วย ความปลอดภัย เป็นต้น

“คิดว่า (ช่วยลดความแออัด) ได้จริงและก็วัดจากความพึงพอใจของผู้ป่วยผู้มารับยา เขาก็เป็นไปในทางที่ดี บางคนมาก่อนนัดด้วยซ้ำ เขาดีใจ สมมุติว่าเดือนนี้นัดวันที่ 7 เขามาวันที่ 1 เขาจะรีบมา เขาบอกว่าดี ได้รับยาใกล้บ้าน ไม่ต้องไปไกล ๆ อย่างนี้ ...ล่าสุดผู้ป่วยบอกว่าไปลำบาก” (P01)

“...อีกอันหนึ่งน่าจะเป็นเรื่องของ outcome กับคนไข้ คือดูเรื่อง DRP แล้ว...ติดตามดูตรงนั้นว่าเรามีปัญหาในการใช้ยาอะไรไหม เมื่อเราให้ไปรับยาที่ร้านยา” (H03)

“...แต่ถ้ามาที่ร้านยาใช้เวลา 15-20 นาที เขาก็มีเวลาคุยกับเราได้เยอะขึ้น เกล็ดกรก็มีหน้าที่คุยกับเขาได้เยอะขึ้น ค้นหาปัญหาได้เยอะขึ้น เพราะคิดว่าน่าจะเป็นตัวช่วยคัดกรองได้อีกครั้งหนึ่ง” (P24)

“เราก็จะคุยก่อนที่จะปล่อยคนไข้ออกไปอยู่แล้วว่าคุณมั่นใจได้ในความปลอดภัย เอาความปลอดภัยของคนไข้เป็นหลัก” (H07)

“... เราให้ความไว้วางใจเป็นศูนย์บริการเพื่อดูแลสุขภาพตัวเองคือไม่ใช่แค่ขายยาอย่างเดียว ให้การดูแลอย่างอื่นด้วย ไม่ต้องกังวลใจให้เขามาใช้บริการได้เลย เป็นเป้าหมายแบบนั้น” (P20)

1.4) กลุ่มผู้ป่วยที่ถูกเลือกตามความต้องการของบริบทในโครงการ (C104) ปัจจุบันมีกลุ่มผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการ 4 กลุ่ม ได้แก่ โรคต่อมลูกหมากโต โรคความดันโลหิตสูง โรคหอบหืด และโรคต้อ โดยคัดเลือกผู้ป่วยที่มีอาการคงที่ ไม่มีโรคร่วม จำนวนยาที่ทานไม่เยอะและสมัครใจเข้าร่วมโครงการ โดยจะมีเกณฑ์กำหนดของแต่ละโรคว่าใครสามารถเข้าร่วมโครงการได้ซึ่งผ่านการพิจารณาโดยแพทย์ประจำคลินิก หากไม่เข้าเกณฑ์ก็ต้องมารับบริการที่โรงพยาบาลเช่นเดิม

“ตอนนี้ก็จะมีคลินิก BPH มี hypertension มี asthma ส่วนเบาหวานก็จะมีบ้างแต่ยังไม่เยอะ เพราะว่ามีส่วนหนึ่งที่เรากลับไปที่ รพ.สต. คือคนไข้เบาหวานที่อยู่ตามแต่ละตำบลที่อยู่ใกล้ รพ.สต. เรากระจายออกไปแล้ว ส่งส่วนหนึ่งออกไปตรงนั้น แล้วตอนนี้ที่เราทำล่าสุดก็คือของ glaucoma เพราะ glaucoma นาน ๆ หมอจะให้เยอะ เราก็เลยเหมือนกับเอาออกไปที่ร้านยาด้วย” (H03)

“ของจังหวัดร้อยเอ็ดก็มีความดันโลหิตสูง ต่อมลูกหมากที่หมอเขาอมปล่อยออกมาและก็หอบหืดเพิ่งจะมี case เมื่อเดือนที่แล้ว เพราะว่า case ที่เขาปล่อยออกมาค่อนข้างสลับเบิ้ลมาก ไม่ค่อยมีปัญหาอะไรเลย” (P04)

“คนที่ตั้งเกณฑ์ก็คือแพทย์และพยาบาลประจำคลินิกเราปรึกษากันก่อนว่าอาจารย์มีร้านยา เอาเกณฑ์อะไรบ้าง อาจารย์ก็จะให้เกณฑ์เรามา ก็จะปรับค่อนข้างหลายครั้ง กว่าจะมาเป็นแบบฟอร์มตรงนี้” (H07)

“เกณฑ์ก็ไม่ได้มีอะไร ก็คุมดี ความดันดี ไม่ได้เป็นโรคซับซ้อน และทานยาไม่เกิน 4 ตัว ยาเกินนิด ๆ หน่อย ๆ เขาก็ส่งไป ไม่เป็นโรคซับซ้อนอะไรก็ส่งได้อยู่ แต่เบาหวานเขาไม่ให้ส่ง เพราะว่ามันต้องเจาะเลือด คนไข้บางคนเขาก็อยากไปแต่ว่าน้ำตาลไม่ดี” (H10)

เหตุผลในการคัดเลือกกลุ่มผู้ป่วย คือเป็นกลุ่มโรคที่อาการไม่หนักมาก มีพื้นที่แออัดหรือผู้ป่วยต้องรอรับบริการนาน ซึ่งผู้ที่คัดเลือกกลุ่มผู้ป่วยจะเป็นบุคลากรทางการแพทย์ของโรงพยาบาล เป็นคนตัดสินใจ

“คือก็มองว่ากลุ่มโรคที่เขาเลือกมา เขามองว่าเป็นโรคที่ไม่หนัก มี BPH และ hypertension ซึ่ง 2 คลินิกนี้เขานำร่องไปก่อน คลินิกหอบหืดฟังจะมาทำ” (H07)

“...แต่เขาก็เลือกเอาต่อมลูกหมากมาทำ เพราะคนไข้เยอะและกลุ่มนี้ค่อนข้างจะ stable แค่มารับยาเฉย ๆ...ตอนนี้ที่เราทำเพิ่มคือกลุ่มพวกโรค COPD...ตอนนี้ก็จะมีคนไข้จิตเวชที่เรากำลังจะส่งออกไปรับยาที่ร้านยา ก็จะได้ส่วนหนึ่งอยู่ในแง่ของการลดคนไข้ที่ต้องมารอรับยา” (H09)

มีบางกลุ่มโรคที่ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการได้ เนื่องจากข้อจำกัดบางอย่างและบางโรคไม่ได้ใช้ระยะเวลาในการรอคอยนาน ไม่แออัด จึงไม่จำเป็นต้องเข้าร่วมโครงการ เช่น ผู้ป่วยจิตเวช โรควัณโรค เป็นต้น

“จิตเวชคือคุย concept เหมือนกัน แต่คนไข้เหมือนเราจะเลือกเฉพาะที่คุยกับแพทย์นี่เขาจะเอาแค่จิตเวชที่เป็นพวกนอนไม่หลับ อะไรอย่างนี้ซึ่ง case พวกนี้ไม่ค่อยเยอะ ... ซึ่งยาทางจิตเวชที่ใช้มันค่อนข้างเยอะ และผลข้างเคียงก็เยอะด้วย แล้วหมอเขาก็ไม่ค่อยอยากปล่อยออกไป case” (H03)

“TB เรามีคลินิกเฉพาะอยู่แล้วก็จะยังไม่ได้ส่งเขาไป เพราะมันต้องตรวจ Lab เพิ่มหลายด่าน แล้ว TB เวลามันก็รอไม่นาน เพราะว่ามันมีคลินิกเฉพาะแล้วเภสัชเราจะไป Consult TB ตรงนั้น มันก็เลยเวลาไม่ค่อยนาน” (H03)

“คลินิก ortho คนไข้เยอะก็จริง ortho วันหนึ่งเราจะมีคนตรวจ 2 ห้อง และแพทย์หญิงตรวจอีก 1 ห้อง ซึ่งคนไข้วันหนึ่งประมาณ 200 คน ก็เคลียได้เร็ว รอไม่นาน ถ้าคนไข้มาเช้า ก็จบภายในครึ่งเช้า บางคลินิกคือคนไข้ไม่ยอมไป เพราะว่าเข้ามาเขาก็ได้รับยา เข้ามา 08.00 น. ประมาณ 09.00 – 10.00 น. เขาก็เสร็จแล้ว เขาก็รับยากลับไปเลย ไม่ต้องไปร้านยาอีกรอบ ... ต้องเป็นบางคลินิกที่มันแออัดจริงๆ” (H09)

ในส่วนสิทธิการรักษา ผู้ป่วยที่สามารถเข้าร่วมโครงการจะเป็นผู้ป่วยที่ใช้สิทธิการรักษาบัตรทองหรือสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเพียงสิทธิเดียว สิทธิอื่นๆ ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการได้ ซึ่งเป็นการจำกัดปริมาณคนไข้ที่สามารถเข้าร่วมโครงการได้ ผู้ป่วยสิทธิการรักษาอื่นที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการจึงไม่เข้าเกณฑ์ทำให้ไม่สามารถเข้าร่วมได้

“...เป็นสิทธิ์ด้วย ยกเว้นสิทธิ์ส่งเบิกประกันสังคม ไม่ได้เข้าร่วม...เฉพาะบัตรทอง...ระดับผู้บริหารกำหนด...สิทธิ์ส่งเบิกยังถามเลยบอกว่ามีโครงการใหม่ เขาก็อยากไปเอาเหมือนกัน เพราะเขาก็ยังไม่ให้พวกส่งเบิกไปเอา” (H08)

“ที่เราประชาสัมพันธ์ออกไปด้วย คนใช้หลายคนอยากออกมามาก แต่เขามาไม่ได้โดยสิทธิ์ข้าราชการและประกันสังคม” (P12)

บุคลากรทางการแพทย์บางส่วนมีข้อเสนอแนะเพิ่มกลุ่มผู้ป่วยที่สามารถเข้าร่วมโครงการได้ เช่น เพิ่มกลุ่มโรคที่ผู้ป่วยไม่ต้องได้รับการตรวจติดตามบ่อย เพิ่มผู้ป่วยสิทธิการรักษาอื่นๆ เพื่อเป็นการเพิ่มผลลัพธ์ในด้านการลดความแออัดให้ได้มากขึ้น โดยเน้นประโยชน์เรื่องความปลอดภัยร่วมด้วย

“ถ้ามันลดความแออัดได้ก็เพิ่มได้ ทั้งนี้ทั้งนั้นก็ขึ้นอยู่กับพิจารณาของคุณหมอด้วยเหมือนกันว่ากลุ่มโรคไหนที่จะส่งมาได้ ยากให้ยึดหลักความปลอดภัยของผู้ป่วยให้เยอะที่สุด” (P01)

“จริง ๆ ถ้าเอาเป้าหมายเริ่มต้นเลยก็คือเพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาล เราจะต้องให้คนไข้ออกมามากขึ้น ถ้าทำได้ก็คิดว่าเป็นเกณฑ์ในการคัดเลือกคนไข้ให้กว้างขึ้นและรวมทั้งสิทธิต่าง ๆ ขยายสิทธิให้กว้างขึ้นก็จะมีคนไข้อีกหลายคนที่ออกมา ขยายโรคด้วย เพราะมีหลายคนที่เป็นสิทธิ์ข้าราชการ สิทธิประกันสังคมอยากออกมาแต่ออกมาไม่ได้” (P12)

“ที่ว่าโครงการนี้ดีมีประโยชน์ต่อเขา ถ้าเกิดสมมุติว่ามันเป็นไปได้ก็น่าจะเพิ่มโรคบางโรคที่มันเพิ่มได้ที่มีคนป่วยที่ต้องรอนาน ๆ ลดการแออัดได้เราคงที่แล้ว ควรเพิ่มจาก 4 โรคขึ้นไป” (P18)

“อาจจะเป็นเพราะว่าเขาจำกัดด้วยใหม่ว่ามันเป็นสิทธิ์บัตรทองอะไรอย่างนี้ ถ้าเกิดว่ามันมีการขยายสิทธิ์เยอะขึ้น กลุ่มฐานคนไข้ก็จะเยอะขึ้นด้วย และอีกเรื่องหนึ่งคือการเพิ่มกลุ่มโรคที่จะเข้าร่วมโครงการ” (P28)

2) **ความจำเป็น (C2)** มีแนวคิดย่อยจำนวน 3 แนวคิด ได้แก่ ปัญหาเกิดจากพื้นฐานความต้องการและโอกาส และนโยบาย

2.1) **ปัญหาเกิดจากพื้นฐานความต้องการและโอกาส (C201)** ในมุมมองของบุคลากรทางการแพทย์ซึ่งเป็นผู้ให้บริการ คิดเห็นว่าโครงการสามารถแบ่งเบาภาระและลดภาระงานของบุคลากรในโรงพยาบาล และเพิ่มคุณภาพการให้บริการ มีเวลาในการพูดคุยและการให้คำแนะนำการใช้ยาที่ถูกต้อง

“อยากแบ่งเบาภาระของโรงพยาบาลให้ได้มากที่สุด ก็จะพยายามให้ความร่วมมือกับโครงการของโรงพยาบาลต่างๆ ที่มีให้ร้านยา” (P01)

“ถือว่าเป็นเรื่องที่ดีที่ได้ลดภาระงานในโรงพยาบาลด้วยส่วนหนึ่งและอีกส่วนหนึ่งคือคนไข้ได้ประโยชน์จากการที่เขาได้รับคำแนะนำในการใช้ยาที่ถูกต้องมากขึ้นประมาณนี้” (P21)

“นอกจากลดความแออัดแล้วคุณภาพในการดูแลคนไข้ น่าจะได้คุณภาพมากขึ้น เพราะเขาได้นั่งคุยกับเราได้อย่างอิสระมากขึ้น และระหว่างที่เขาส่งยาให้เรา ส่วนใหญ่ก็จะส่งมาให้คนไข้ 2 เดือนต่อครั้ง เราได้คุยกับคนไข้ เพราะส่วนใหญ่เขาอยู่ชุมชนเราอยู่แล้ว มีความกังวลไม่สบายใจหรือความดันมันจะขึ้นช่วงไหนอย่างนี้ให้เขาเข้ามาร้านยาได้เลย เราก็บริการให้ ไม่เกี่ยวว่าเขาจะเข้ามารับแค่อายอย่างเดียว มีเรื่องปรึกษาก็เข้ามาได้เลย” (P12)

ปัญหาการให้บริการในโรงพยาบาลที่ซับซ้อน (C2012) ถูกสะท้อนผ่านมุมมองของบุคลากรทางการแพทย์ เป็นปัญหาที่ทำให้ผู้ให้บริการมีความต้องการที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยที่ได้รับผลกระทบ “คือเราเป็นพยาบาล เวลาเรามองคนไข้ต้องมานั่งรอกระบวนการขั้นตอนการให้บริการของเรากระบวนการมันค่อนข้างจะซับซ้อน มันเยอะ แล้วทีนี้ก็จะเสร็จ แต่ละที่เราเห็นความทุกข์ทรมานที่เขาต้องมานั่งรอกว่าจะได้ตรวจ กว่าจะได้ยา กว่าจะซักประวัติเสร็จ เพราะกิจกรรมในคลินิกเราค่อนข้างเยอะ” (H07)

2.2) นโยบาย (C202)

บุคลากรทางการแพทย์มีความเห็นว่าโครงการร้านยาชุมชนอบอุ่นเป็นนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขที่ดี เป็นนโยบายที่มุ่งลดความแออัดภายในโรงพยาบาล งานใดที่เป็นนโยบายมอบหมายให้ดำเนินงานก็ทำตามนโยบายและคำสั่งของผู้บริหาร

“ของหน่วยงานที่ตัวเองมองก็รับนโยบายมาตามที่หัวหน้าแจ้งมาอะค่ะ ส่วนมากไม่ค่อยได้คิดอะไรที่ตัวเองว่าคำสั่งให้ทำก็ทำไปตามนั้น เหมือนเราไม่ค่อยแน่ใจอะไรเท่าไร แต่ก็ทำตามทีนโยบายที่เค้ามอบมา เค้ามามี dialog มาให้ว่าให้เราทำอะไรบ้าง” (H06)

“เขาจะมีการเรียกประชุมกันตั้งแต่ระดับผู้บริหารและก็อาจารย์แพทย์ หัวหน้าคนงาน หัวหน้าฝ่ายคลังกรรมปัสสาวะและก็เภสัชกร ประชุมกันเสร็จแล้วเขาก็ให้หัวหน้ามาแจ้งแนวทางผู้รับผิดชอบคลินิกนั้น ๆ” (H08)

“จริง ๆ มันเป็นนโยบายของรัฐมนตรีกระทรวงสาธารณสุขอยู่แล้วให้ทุกโรงพยาบาลทุกจังหวัด ทำก็คือเขาจะมีแบบให้เราทำ แบบ 1 2 3 เราเลือกทำแบบที่ 1 ที่เรามีโอกาสที่เรา

จะเป็นไปได้มากที่สุด คือเป็นนโยบายของกระทรวง เราก็ตอบสนองนโยบายของกระทรวงไป ในการที่จะส่งคนไข้ออกไปรับยาที่ร้านยา” (H09)

3.2 ปัจจัยนำเข้า (Input)

1) **รูปแบบการทำงาน (I1)** มีแนวคิดย่อยจำนวน 5 แนวคิด ได้แก่ ความสามารถของระบบ (I101) การติดตาม ประเมิน (I102) ระบบบริการทางเลือก (I103) กระบวนการวางแผนการเงิน (I104) และการคัดเลือกร้านยา (I105)

1.1) **ความสามารถของระบบ (I101)** ในมุมมองของบุคลากรทางการแพทย์โครงการร้านยาชุมชนอบอุ่นสามารถให้บริการผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจากร้านยาที่เข้าร่วมโครงการผ่านการคัดเลือกมาแล้วโดยเป็นร้านที่ผ่าน GPP และมีเภสัชกรอยู่ประจำร้าน

“ที่อยู่ full Time ตลอด ไม่ค่อยได้เตรียมอะไรมาก ก็รอรับยาจากโรงพยาบาลและก็เชื่อว่ามียาเข้ามาที่คน ผู้ป่วยที่คน กลุ่มโรคอะไรบ้าง ประมาณนี้ และก่อนนั้นก็ไม่ได้เตรียมตัวอะไรมาก” (P01)

“คิดว่ามันใจ เพราะทุกร้านเป็นร้านที่มีเภสัชกรอยู่และต้องเป็นเภสัชกรที่ full Time เพราะฉะนั้นก็มองว่ามันจะต้องมีคุณภาพ พอ ๆ กับโรงพยาบาลนั้นละ เพราะว่าน้องทุกคนเป็นเภสัชกรแล้วน้องทุกคนก็มีความตั้งใจอยากจะทำเพื่อให้เกิดประโยชน์กับคนไข้” (H03)

1.2) **การติดตาม ประเมิน (I102)** โครงการร้านยาชุมชนอบอุ่นจะมีการนัดประชุมเพื่อติดตามโครงการ แต่ไม่ได้ทำเป็นประจำหรือสม่ำเสมอ ไม่ได้มีการประเมินโครงการที่ชัดเจน

“เป็นเหมือนนัดประชุมมากกว่าค่ะ ยังไม่ได้มาติดตามที่ร้าน” (P01)

“ก็เวลาประชุมเขาก็สรุปให้เราทราบว่าเราทำอะไรไปกันแค่ไหนบ้าง ...ก็ไม่ถึงกับบ่อย น่าจะซัก 3-4 ครั้งได้ต่อปีที่ผ่านมา” (P04)

“เภสัชกรก็ดูด้วยกันทุกวันถ้าไม่มีการประชุม ประชุมตั้งแต่ก่อนจะเริ่มงาน หลังจากนั้นก็ยังไม่ มีประสานงานกัน แต่ไม่ได้ประชุมแบบปรึกษาหารือว่าดีขึ้นยังง” (H08)

1.3) **ระบบบริการทางเลือก (I103)** เนื่องจากโครงการร้านยาชุมชนอบอุ่นนี้เป็นโครงการให้ผู้ป่วยไปรับยาที่ร้านยาใกล้บ้าน ซึ่งการจัดการและแลผู้ป่วยจะเป็นหน้าที่ของร้านยา มีบุคลากรทางการแพทย์บางส่วนเสนอความคิดเห็นว่าหากมีผู้ป่วยที่ไม่สะดวกมารับยาที่ร้านยา น่าจะมีการประสานงานกับรพสต. เพื่อส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยและช่วยในการจัดการด้านยาให้กับผู้ป่วย

“ถ้าติดต่อไม่ได้จริงๆ ไม่สะดวกมารับจริงๆ เราจะส่งต่อให้ไปปรึกษากับ รพ.สต. อีกที่หนึ่งที่อยู่ในเขตดูแลเพื่อจะประสานส่งต่อผู้ป่วย อันนี้เคยวางแผนไว้ แต่ว่ายังไม่เคยเจอเหตุการณ์นี้” (P01)

1.4) กระบวนการวางแผนการเงิน (I104) การเข้าร่วมโครงการร้านยาชุมชนอบอุ่น ร้านยาจะได้รับค่าตอบแทนจากสปสช. จำนวนเงิน 70 บาทต่อครั้ง โรงพยาบาลจะได้รับค่าตอบแทน 33,000 บาทต่อร้านยา เกษีชรร้านยาส่วนใหญ่มีความคิดเห็นสอดคล้องกันคือไม่ได้คิดเรื่องค่าตอบแทนเป็นหลัก การได้บริการผู้ป่วย ได้ดูแลชุมชน เป็นส่วนสำคัญ คือกำไรที่ได้จากการเข้าร่วมโครงการ อย่างไรก็ตามมีเกษีชรบางส่วนที่ไม่ทราบข้อมูลเรื่องค่าตอบแทน อาจเนื่องจากปัญหาการสื่อสาร การส่งต่อข้อมูล

“ตอนนี้เห็นว่ามีค่าตอบแทนแต่ก็ยังไม่ได้รับอะไร เรื่องนั้นเป็นเรื่องรอง เพราะผมเน้นเรื่องการบริการลูกค้ามากกว่า คิดว่าตัวเองได้กำไรจากการเข้าร่วมโครงการคือเรื่องของแพลนนิ่งและการพัฒนาคุณภาพร้านยาของตัวเอง” (P29)

“ได้ค่าตอบแทน 70 บาทต่อ Case ต่อครั้ง คือหนูไม่ค่อยได้บุญซินี้อยู่ คือเราจะให้บุญซีเขาไปแล้วเขาจะโอนเข้ามาแต่เราไม่ได้ไปตามว่าโอนมาเท่าไร แต่รู้ว่าต่อครั้งก็คือ 70 บาทประมาณนั้น ... ไม่ได้มองค่าตอบแทน แต่คิดว่าได้ทำแล้วรู้สึกสุขใจ เป็นสุข อันนี้พูดจริงๆ” (P05)

“คือเนื่องจาก สปสช. เขามีให้งบประมาณมาร้านยาละ 33,000 บาท เพราะฉะนั้นเราก็ตั้งงบประมาณตามเงินโครงการเลย คือเริ่มต้นเรามีร้านเข้าโครงการตอนที่จัดหาเข้าโครงการ 9 ร้าน เพราะฉะนั้นเราก็ทำเรื่องขอใช้เงินตามโครงการที่เราได้อยู่ แต่ว่าก็ทำเป็นแผนของโรงพยาบาลว่าเราทำโครงการนี้ มีงบอยู่ประมาณเท่านี้และเวลาเราเสนอแผนก็ออกมาเป็นเงินที่เราได้มาเพื่อโครงการอยู่แล้ว” (H11)

“รายละเอียดเรื่องจำนวนเงินการสนับสนุน หนูไม่รู้ เพราะอย่างที่หนูบอกไปว่าหนูไม่ได้เข้าโครงการตั้งแต่แรก ๆ” (P01)

1.5) การคัดเลือกร้านยา (I105) สสจ.มีหน้าที่คัดเลือกร้านยา โดยเกณฑ์ที่ใช้คัดเลือกร้านยาจะต้องผ่านมาตรฐาน GPP และมีเกษีชรอยู่ประจำร้านยา โดยสสจ.จะมีการประชาสัมพันธ์โครงการและติดต่อไปยังร้านยาที่เข้าเกณฑ์ โดยนำร่องที่ร้านยาในเขตอำเภอเมืองก่อนแล้วค่อยเพิ่มจำนวนและขยายเขตไปยังต่างอำเภอ

“เบื้องต้นต้องเป็นร้านยาทั่วไป และมีเภสัชกรอยู่ตลอด... ก่อนเริ่มโครงการ สสจ. เขาจะมีการประชาสัมพันธ์ตั้งแต่เดือนสิงหาคมว่ามีร้านไหนเข้าร่วมบ้าง...” (P20)

“ต้องมีเภสัชกรอยู่ประจำไม่น้อยกว่า 8 ชั่วโมง และต้องมี GPP ด้วย” (P23)

มีบุคลากรทางการแพทย์เสนอความคิดเห็นเกี่ยวกับเกณฑ์ในการคัดเลือกร้านยา (I105) ว่าอยากให้เป็นร้านยาคุณภาพ เนื่องจากเกณฑ์ที่ตั้งคือการผ่าน GPP นั้นอาจไม่ได้ครอบคลุมถึงการให้บริการผู้ป่วยและการคุณภาพการดูแลผู้ป่วยของร้านยา

“เรามองภาพรวมถ้าเป็นเงื่อนไขคือเป็นร้านยาคุณภาพ แต่ว่าเขาใช้ร้านยา GPP ซึ่งอันนี้มันจะไม่สะท้อนเรื่องยาคุณภาพบริการ เหมือนกับ HA ที่ทำในโรงพยาบาล ...ถ้าหากว่าในเชิงมาตรฐานหรือว่าโครงสร้างร้านยาคุณภาพมันเป็นทางโครงสร้างในหลักการ GPP เช่นร้านต้องขนาดยังไง พื้นที่เท่าไร มีฐานนัทยาอีกอัน ซึ่งจริง ๆ ไม่ได้เกี่ยวกับคุณภาพบริการเลย ...ซึ่งจริงๆ เรื่องคุณภาพบริการ ยังไม่ชัวร์” H02

2) แหล่งทุน (resources) มีแนวคิดย่อยจำนวน 5 แนวคิด ได้แก่ การสนับสนุนด้านคน (I201) การสนับสนุนด้านอุปกรณ์ (I202) และงบประมาณ (I203)

2.1) การสนับสนุนด้านคน (I201) ในส่วนของร้านยา จะเป็นการจัดอบรมเพื่อเตรียมความพร้อมในการดำเนินโครงการซึ่งจัดอบรมโดยสสจ.

“อบรมตอนเราทำระยะเริ่มต้น ทำอยู่ 3 รอบ ส่วนใหญ่จะอบรมให้ ก็เป็นงบสนับสนุนของ สสจ. แต่ก็จะเป็นเรื่องของการเตรียมความพร้อมเป็นหลัก ส่วนเรื่องคุณภาพจริง ๆ เราไม่ได้ทำ” (H02)

“ก็ไม่ได้เตรียมพร้อมอะไร ตอนนั้นทางโรงพยาบาลเขาจัดให้ความรู้อบรมเรื่องยาโรคเรื้อรังก็ไปฟังทบทวนความรู้ในด้านนี้” (P17)

“สสจ. เป็นฝ่ายประสานงานเข้าร่วมโครงการว่าต้องทำอะไร และจัดอบรม ซึ่งผมก็เข้าไปฟังอยู่ว่า case อย่างนี้ต้องทำอะไร จัดเตรียมประชุมวิชาการและจัดให้ฝึกหัด พวกยาพ่น train ความรู้ขึ้นมาประมาณนี้” (P26)

ในส่วนของโรงพยาบาล มีการแต่งตั้งคณะกรรมการทำงานหลักเพื่อติดตามการดำเนินโครงการ ในแต่ละกลุ่มงาน เช่น แพทย์ เภสัชกร พยาบาล ไม่ได้มีการจัดสรรอัตรากำลังคนเพิ่มเพื่อช่วยเหลือในการดำเนินโครงการ แต่ให้คนที่ทำหน้าที่ปฏิบัติเดิมอยู่แล้วดำเนินการต่อเนื่อง และเพิ่ม

ขั้นตอนของโครงการที่ต้องดำเนินการเพิ่มเติมไปด้วย เช่น พยาบาลช่วยแพทย์คัดกรองผู้ป่วยเบื้องต้น เพื่อพิจารณาว่าใครสามารถเข้าร่วมโครงการได้บ้าง เป็นต้น

“ก็ไม่เชิงเป็นหนังสือแต่งตั้ง เพียงแต่ว่าจัดเป็นกลุ่มมากกว่า เช่น กลุ่มที่รับผิดชอบ ร้ายยาแอดก็จะมีเรียกน้องที่รับผิดชอบแต่ละชั้นมาชี้แจงนโยบายและก็ขั้นตอนกระบวนการ แล้วก็ให้น้องหัวหน้าห้องแต่ละห้อง Cover ช่วยดูให้อีกที...ตั้งแต่เริ่มเข้าร่วมโครงการ ...จะ ช่วยในการ Manage น้อง และก็แบ่งน้องแต่ละห้องว่าใครจะรับผิดชอบตรงไหนอย่างนี้ เราก็ จะจัดสรรให้มีผู้รับผิดชอบ เพราะว่าคลินิกมันกระจายหลายห้อง เราต้องมา Assign คน รับผิดชอบ” (H03)

“มีการเรียกประชุมคณะกรรมการร้านยา เราตั้งคณะกรรมการ ก็จะมีผมเป็น ประธานและก็จะมีแพทย์ที่เป็นหัวหน้า OPD มีทั้งพยาบาล OPD มีประชาสัมพันธ์แล้วก็มี เกสเซอร์ และมีคณะกรรมการเราก็จะประชุมกัน” (H09)

ซึ่งในส่วนของบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลได้เสนอแนะเกี่ยวกับอัตรากำลัง เนื่องจากจำนวนคนปฏิบัติงานมีเท่าเดิมแต่ปริมาณงานเพิ่มขึ้น ทำให้ต้องเร่งรีบในการทำงานแต่ละ ขั้นตอน บางครั้งประสิทธิภาพในการทำงานอาจจะไม่ดี จึงอยากได้การสนับสนุนด้านกำลังคน เพิ่มเติม

“ตอนนี้ก็รู้สึกอยากจะได้คนเพิ่ม ถ้าเป็นไปได้ ถ้าได้คนเพิ่ม เวลาเราออกมาทำตริงนี้ แล้วมีคนมาช่วยพอดหน้างานของเรา เราก็จะทำอันนี้ได้ดีขึ้นอะคะ บางทีตอนนี้ยังเป็นปัญหา อยู่ว่ากำลังพลไม่เพียงพอ” (H06)

“ก็อยากได้เจ้าหน้าที่เพิ่มขึ้น เพราะ 2 คนมันก็น้อยอยู่...อย่างเจ้าหน้าที่พยาบาลก็ให้ ความรู้คนไข้เพิ่มมากขึ้น อันนี้เราก็ต้องทำอย่างอื่นด้วยคลินิกมันก็มีหลายอย่าง ...เจ้าหน้าที่ น้อยก็ไม่ค่อยมีเวลา” (H08)

2.2) การสนับสนุนด้านอุปกรณ์ (I202) ในส่วนของร้านยาไม่ได้มีการสนับสนุนอุปกรณ์ใน การให้ความรู้ผู้ป่วยจากโรงพยาบาลและสสจ. อุปกรณ์ที่ใช้จะเป็นอุปกรณ์ที่ร้านยามีอยู่แล้วและไม่ให้ จัดหาเพิ่มเติม เนื่องจากผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการเป็นผู้ป่วยที่มีอาการคงที่และไม่ได้เป็นโรคร้ายแรง แต่จะมีบางร้านที่ได้รับการสนับสนุนอุปกรณ์ peek flow meter สำหรับใช้ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้น เรื้อรัง

“...แบบวัดเครื่องชั่งน้ำหนัก วัดความดัน ตามเอกสารค่า lab ที่เราทำได้ แต่ว่าบาง กลุ่มโรค...การสอนการใช้ที่เป่า...มีสนับสนุนให้ ทางร้านไม่ได้เตรียมเอง” (P01)

“ตอนนี้ที่เป็นพิเศษจริง ๆ เช่น การ Monitor เบาหวานเราไม่ได้ทำ ที่จังหวัดเราไม่มีแม้ว่าวัดความดันเท่านั้น และมันก็ไม่ได้มีความซับซ้อนอะไร แล้วอุปกรณ์ทุกร้านก็ต้องมีตามจริงอยู่แล้ว” (H02)

“(ตัววัดสมรรถภาพปอด) ...เขาให้มาด้วยในอาทิตย์นั้น ใช้เสร็จก็เอาคืนในอาทิตย์ถัดไป เพื่อให้เขาเอาไปฆ่าเชื้อ ก็จะวนไป...เครื่องวัดความดัน เครื่องชั่งน้ำหนักต่างๆ ในร้านเรามีเอง” (P04)

นอกจากอุปกรณ์ที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วย (I202) สสจ.ได้สนับสนุนป้ายโปสเตอร์สำหรับประชาสัมพันธ์ให้ร้านยา สำหรับติดที่ร้านเพื่อเพิ่มการรับรู้ของผู้ป่วย

“มีสนับสนุนเป็นป้าย เป็นโปสเตอร์ โดย สสจ. เวลาประชุมก็อัปเดตความรู้กัน ส่วนกลางอัปเดตให้ฟรีไม่เสียตัง” (P05)

“ทาง สสจ. จะจัดเตรียมเกี่ยวกับสื่อประชาสัมพันธ์ โบว์ชัวร์ ป้าย” (P20)

2.3) **งบประมาณ** (I203) ในส่วนของร้านยาไม่ได้รับการสนับสนุนด้านงบประมาณ เนื่องจากไม่ได้มีการปรับปรุงหรือซื้ออุปกรณ์เพิ่มเติม ใช้อุปกรณ์เดิมที่มีอยู่แล้วเนื่องจากร้านยาที่เข้าร่วมจะเป็นร้านที่ผ่าน GPP ทำให้มีความพร้อมในการให้บริการ

“ก็ไม่ได้ใช้งบประมาณอะไรนะ ใช้จ่ายอย่างเดียว อันนี้ที่เข้าโครงการตั้งแต่เริ่มแรกเลย ก็คือประมาณ วันที่ 1 ตุลาคม 2562” (P04)

“ไม่มี คือไม่ได้ใช้งบประมาณอะไรเพิ่มเติม” (P27)

3.3 กระบวนการ (process)

1) **กระบวนการทำงาน** มีแนวคิดย่อยจำนวน 7 แนวคิด ได้แก่ การประชาสัมพันธ์ (P101) กระบวนการคัดเลือกผู้ป่วย (P102) ระบบการนัดหมาย (P103) ระบบเอกสารฐานข้อมูล (P104) ระบบการสื่อสาร (P105) ระบบการขนส่ง (P106) การปฏิบัติงานของเภสัชกร (P107)

1.1) การประชาสัมพันธ์ (P101)

การประชาสัมพันธ์ของร้านยา ร้านยาจะได้รับการสนับสนุนป้ายไวโนลและสติ๊กเกอร์สำหรับติดหน้าร้าน จากสสจ. นอกจากนี้บางร้านได้มีการประชาสัมพันธ์ด้วยตนเองเพิ่มเติม เช่น การแนะนำลูกค้าที่มาร้านยาเพื่อบอกต่อ การโพสต์ประชาสัมพันธ์ในอินเทอร์เน็ต (เฟสบุ๊ก)

“ก็จะแนะนำลูกค้าผู้ป่วยที่เขามารับยาจะบอกผ่านไปด้วยว่าถ้ามีญาติพี่น้องคนที่รู้จัก คนไหนไม่สะดวกรับยาที่โรงพยาบาล ... ลองปรึกษาพี่ที่โรงพยาบาลดู ... อันนี้ประชาสัมพันธ์ ด้วยตัวเอง” (P01)

“ก็มีติดป้ายอยู่หน้าร้านและก็มีโพสต์ลง Facebook” (P16)

“เขาก็จะมีป้ายมาให้ว่าร้านเราเป็นร้านยาที่เข้าระบบตามนี้ละ แต่ในส่วนร้านเองพี่ก็ไม่ได้ประชาสัมพันธ์บอกคนไข้ได้มาก เพราะมันขึ้นอยู่กับ Case ว่าคนไข้เขาโอเค แต่เราก็บอกเขาว่าสามารถทำแบบนี้ได้นะ ... สามารถถามคุณหมอได้... แต่ที่โรงพยาบาลเขาก็จะมีการถามคนไข้ที่ไม่พร้อมว่าสมัครใจหรือต้องการจะมาหรือเปล่า” (P21)

“จะมี 2 แบบ 1. คือเขาจะให้ Sticker มาติดหน้าร้านว่าเป็นร้านยาชุมชนอบอุ่นของ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด 2. คือ สลจ. ทำป้ายไวน์ลใหญ่ ๆ ให้มาติดว่าร้านเราเป็นส่วนร่วม ใครจะเข้าโครงการก็มีอย่างนี้ ๆ ซึ่ง สลจ. มีให้” (P26)

การประชาสัมพันธ์ของโรงพยาบาล โรงพยาบาลมีการติดป้ายประชาสัมพันธ์โครงการขนาดใหญ่ที่รั้วโรงพยาบาล และมีการติดป้ายประชาสัมพันธ์ตามจุดบริการผู้ป่วยต่างๆ เช่น หน้าห้องตรวจ ห้องยา คลินิกเฉพาะ เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีการประชาสัมพันธ์ออกสื่อ เช่น สื่อวิทยุ เสียงตามสาย เพื่อเพิ่มการรับรู้และเข้าถึงของผู้ป่วยในชุมชนมากขึ้น และมีการแจกโปสเตอร์ให้คนไข้ ในส่วนพยาบาลและเภสัชกรก็จะมีประชาสัมพันธ์ขณะผู้ป่วยรอรับการตรวจและขณะรับยา

“ตอนเริ่มแรกก็จะมีติดป้าย แล้วก็มือออกทางสื่อ คือเราจะให้งานประชาสัมพันธ์ จัดการให้เราเลย ออกสื่อ ออกทางวิทยุ หรืออะไร เขาก็มีหลาย Part ในขณะเดียวกันก็จะมีห้องยาด้วย และก็จะมีการประชาสัมพันธ์เวลามารับยา ...และหน้าห้องตรวจด้วย เราไปแจ้งพยาบาลที่หน้าห้องตรวจไว้ว่าเรามีโครงการแบบนี้ละ ถ้าคนไข้คนไหนสนใจก็คือให้ประชาสัมพันธ์ได้เลย” (H03)

“ส่วนมากที่เราได้ยินเขาจะมี Poster ให้ว่าคนไข้กลุ่มโรคต่อมลูกหมากโต ความดันโลหิตสูงและโรคหอบหืดสามารถไปรับยาที่ร้านขายยาได้” (H07)

“เป็นป้ายประกาศของโรงพยาบาลในเรื่องของการรับยา และก็มีไวน์ลในโรงพยาบาล ไวน์ลติดตามจุดที่เป็นจุดเด่น ๆ คนไข้ส่วนหนึ่งก็จะเห็นหน้าโรงพยาบาลก็จะติดอยู่ตอนนี้รับยาร้านยาแล้วก็พอเข้ามาโรงพยาบาลแต่ละคลินิกเราก็จะมีพยาบาลที่เขาจะประชาสัมพันธ์ ก่อนก็โอเค ...” (H09)

“ของโรงพยาบาลเขาใช้วิธีติดป้ายโฆษณาไว้ที่ข้าง ๆ รั้วโรงพยาบาล แล้วก็น่าจะมีทาง Internet แล้วก็จะมีโบชัวร์ที่บอกว่ารับยาที่ร้านยา” (H10)

บุคลากรทางการแพทย์บางส่วนมีความคิดเห็นว่าการประชาสัมพันธ์ยังไม่เพียงพอ อยากให้ ผู้รับผิดชอบหลักช่วยประชาสัมพันธ์เพิ่มเติมเพื่อเพิ่มโอกาสการเข้าถึงของผู้ป่วยมากขึ้น

“สงสัยจะยังไม่ค่อยเพียงพอ ...บางทีคนไข้ยังไม่ค่อยรู้จัก คนไข้ก็เหมือนกับบางทียังไม่ค่อยโอเคเท่าไร อันนี้คือส่วนที่เราทำ คือให้ประชาสัมพันธ์เค้าไปแนะนำให้ ก็ไม่แน่ใจว่า มันเพียงพอมั้ย เหมือนเป็นการแนะนำเฉพาะจุดไป ก็เหมือนอาจจะยังไม่ค่อยโอเคเท่าไร จริงๆ ถ้าให้เค้าไปแนะนำอยู่ข้างนอกด้วยก็ดี” (H06)

“ในแง่ของการประชาสัมพันธ์อาจจะยังไม่ครอบคลุม คือเนื่องจากเขาให้เราเริ่มเร็ว พอเรียกไปประชุมไม่นานก็ให้เริ่ม การประชาสัมพันธ์อะไรแบบนี้ จริง ๆ ส่วนกลางน่าจะ ออกมาให้เห็นมาให้ประชาชนทั่วประเทศได้รับทราบว่ามีโครงการแบบนี้ อันนั้นน่าจะดีกว่า ...สื่อจริง ๆ ถ้ามันออกสื่อเป็นของกระทรวงออกสื่อประชาสัมพันธ์ออกไปเลยอย่างนี้ มันน่าจะ ครอบคลุมได้ดีกว่า” (H09)

“ถ้ามี Line โครงการก็จะดี หมายถึง เช่น คนไข้ที่สนใจเขาอาจจะอยากรู้แต่เขาไม่รู้ จะหาข้อมูลที่ไหน ถามใคร แต่ถ้าเรามีช่องทาง Social Media คนส่วนใหญ่เล่น Line เขาก็ อาจจะเข้ามาถามว่าฉันสนใจโครงการนี้ ...อยากให้มีการประชาสัมพันธ์มาก ๆ มันดูเหมือนคน ไม่รู้จัก ถ้าคนไม่มาโรงพยาบาลก็ไม่รู้เลย มันต้องได้ประชาสัมพันธ์กันมากขึ้นจริง ๆ เท่าที่ เจอ” (P17)

การเข้าถึงการประชาสัมพันธ์ของผู้ป่วย สำหรับผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการส่วนใหญ่จะรับทราบ ข้อมูลโครงการจากโรงพยาบาล เช่น จากป้ายประชาสัมพันธ์ บุคลากรทางการแพทย์แนะนำ

“คุณหมอมหาวิทยาลัยบอกว่าจะให้เข้าร่วมโครงการ...ไม่ต้องมารอนานเข้าเป็น ชั่วโมง หรือ 30 นาที อย่างที่โรงพยาบาลเขารอกัน ผมจึงตัดสินใจเข้าร่วมโครงการ... การ ประชาสัมพันธ์...มีเฉพาะที่ทางโรงพยาบาล” (PA01)

“รู้จักที่โรงพยาบาลนะเขาจะติดป้ายไว้เลยหน้าห้องที่เคยเข้าตรวจอะเขาก็จะติดป้าย ไว้แล้วเขาก็จะแนะนำว่าให้ไปปรึกษาที่นี่แม่จะสะดวกใหม่มี 3 ร้าน 4 ร้าน ก็เลยมีร้านยาที่อยู่ ใกล้ตลาดฉัตรทองใกล้บ้านก็เลยเลือกที่นี่” (PA02)

1.2) กระบวนการคัดเลือกผู้ป่วย (P102) ขั้นตอนการคัดเลือกผู้ป่วยเริ่มประสานแพทย์ที่ ดูแลคลินิกในกลุ่มโรคที่ส่วนกลางบังคับมา พยาบาลเป็นคนคัดเลือกและคัดกรองผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ เพื่อให้แพทย์พิจารณาอีกทีว่าสามารถเข้าร่วมโครงการได้หรือไม่ หากแพทย์ตรวจและพิจารณาแล้วจึง

สามารถเข้าร่วมโครงการได้ พยาบาลและเภสัชกรทำหน้าที่เป็นผู้ให้ข้อมูลโครงการกับผู้ป่วย และผู้ป่วยเป็นคนตัดสินใจเข้าร่วมโครงการ

“เราจะตั้งต้นให้ก่อนแล้วเราก็จะลงไปหาหมอ และถ้าสมมุติกลุ่มโรคที่เป็นของ ส่วนกลางที่เขาบังคับมา เราก็จะคุยผ่านรองแพทย์ คือหมอเขายังไม่ค่อยสนใจ จึงให้รอง แพทย์ช่วยอีกที ดูซิว่าเมื่อเขาจะคุยกันได้มากขึ้น อะไรประมาณนี้” (H03)

“ตอนแรกก็จะดูคนไหนที่มีความสนใจ ถ้าคนไข้สมัครใจ ก็ลองคุยดูว่าคนไข้คนนี้เป็น ยังไง อาการดีมี ยาค่ามียาอะไรบ้าง ถ้าค่ายาไม่ค่อยหลายรายการ แล้วยาที่ตัวเองดู ได้ยา ช้ำๆ มา เป็นอาการคงที่แล้ว ได้แต่ยาเดิมๆ ก็น่าจะออกไปร้านได้ อาการแค่นี้” (H06)

“พยาบาลจะดูเบื้องต้นก่อนว่าเข้าเกณฑ์โดยแบบฟอร์มแล้วเราจะส่งให้เภสัชกรคุยลง รายละเอียด ... ที่นี้เขาก็จะเลือกร้านยาที่เข้าร่วมว่าเขาสะดวกไปเอาตรงไหน มันจะมีร้านยาให้ คนไข้เลือกและก็บางอำเภอที่เข้าร่วมเท่านั้น ซึ่งอันนี้พยาบาลที่ทำบัตรนัดจะดูให้ก่อนอยู่แล้ว และเขาก็จะลงความเห็นนั้นนี้เพิ่ม สุดท้ายหมอต้องเป็นคนลงนามว่า Case นี้ไปได้” (H07)

“ตอนเข้าพบคนไข้มาถึงคลินิกเราก็จะมีพยาบาลที่เขาจะคุยและก็มีเภสัชกรไปร่วมจะ คุยว่าตอนนี้เรามีโครงการแบบนี้ละ คนไข้คนไหนสนใจไหม เรามีร้านยาดังต่อไปนี้ อะไร ประมาณนี้ และก็ถ้าคนไข้ควบคุมได้ดี ไม่หอบเลย แล้วคุมได้ดี ถ้าสนใจก็แจ้งความประสงค์ไว้ แล้วเราก็จะรีวิว่าอยากรับยาที่ร้านยานะ พอส่งไปให้แพทย์ตรวจเขาก็จะรู้ว่าเอาคนไหนเข้า พิจารณา ถ้าแพทย์อนุญาต ลงความเห็นออกมาเราก็จะมีขั้นตอนกระบวนการ มีพยาบาลกับ เภสัชกรที่จะดูอีกทีหนึ่ง ก็จะให้ข้อมูลคนไข้ว่าครั้งนี้จะให้ไปรับยาที่ร้านยาวันไหน ครั้งที่ 2 ครั้งที่ 3 เป็นวันไหน” (H09)

1.3) ระบบการนัดหมาย (P103)

สำหรับผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการ โรงพยาบาลจะเป็นผู้นัดหมายและออกใบนัดให้ผู้ป่วย (P1031) โดยใบนัดที่ออกให้ประกอบไปด้วยใบนัดให้ผู้ป่วยไปรับยาที่ร้านยาและใบนัดให้ผู้ป่วยกลับไป รับยาที่โรงพยาบาลเมื่อครบกำหนดรับยาที่โรงพยาบาลแล้ว

“เรามีใบนัดประจำจากโรงพยาบาลมา แล้วเขาก็จะยื่นให้หนู แล้วหนูก็จะเช็คว่าคุณ ลุงอีก 3-4 เดือนหน้า ลุงก็รับกับหนูนะ แล้วเขาจะแยกใบเลย ใบรับจากร้านยาอีกใบหนึ่ง อีก 4-5 เดือนไต่ลงมาเลย แล้วก็อีกใบ 1 นัดของโรงพยาบาล” (P01)

“คือเราจะนัดคนไข้ทุก 6 เดือน แล้วจะให้ยาทุก 2 เดือน เพราะฉะนั้น ครั้งแรกคือ เราจะจัดยาไป พอครั้งที่ 2 ถึงวันนัดครั้งต่อไป เราก็จะจัดยาออกไปส่งร้านยาที่จะวัดความดัน

ถามเกี่ยวกับทั่วไปต่าง ๆ แล้วก็จ่ายยาให้ครั้งที่ 3 ก็เหมือนกับจ่ายยาให้ หลังจากนั้นครั้งที่ 4 ครบ 6 เดือนคนไข้ก็จะกลับมาที่โรงพยาบาล” (H09)

“ระบบจะมาจากที่โรงพยาบาลจะออกใบนัดให้คนไข้มาว่าคุณอยู่ใน case ที่สามารถมารับยาได้แล้ว โดยที่ไม่ต้องมาโรงพยาบาล เป็นจำนวนเดือนเท่านี้ เขาก็จะมีบัตรนัดมาให้ว่าวันที่เท่านี้มารับนะ ก็จะมีครั้งที่ 1 2 3 ในบัตรนัดคนไข้เลย แล้วคนไข้ก็จะมีกระเป่าที่โรงพยาบาลเขาแจกให้ที่เข้าร่วมโครงการนี้และมีจดหมายส่งตัวมาให้ที่ร้านเรา มีบัตรนัดให้เขา ก็จะเป็นการเตือนเขาว่าแต่ละครั้งควรมาตามนัดอย่างไร เราก็คูบัตรนัดให้เขาและบอกเขาว่าครั้งหน้า 2 เดือนมานะ คือที่จะทำแฟ้มไว้ว่าคนไข้ก็เก็บข้อมูลไว้ที่เรา ไล่ส่งไปเรื่อย ๆ มารับวันที่เท่าไรแล้วบ้างประมาณนี้” (P21)

เมื่อถึงวันนัดหมายหากผู้ป่วยไม่มารับยาตามนัด เภสัชกรร้านยาก็จะโทรติดต่อกับผู้ป่วยโดยตรง เพื่อแจ้งให้มาติดต่อรับยาเพื่อจะได้ใช้ยาต่อเนื่อง หรือบางร้านอาจจะโทรแจ้งผู้ป่วยล่วงหน้า

“พอถึงวันนัดก็จะโทรหาผู้ป่วย ถ้าสมมุติว่าตอนบ่ายยังไม่เห็นผู้ป่วยมาทางร้านเราก็จะโทรตามผู้ป่วยนอกจะสะดวกมารับไหม ถ้าไม่มารับวันนั้นก็ไม่เกิน 1 สัปดาห์ ให้มารับ” (P01)

“ระบบการนัดจะมาตามวันของโรงพยาบาลแต่ก็จะโทรแจ้งคนไข้ก่อนว่า วันนี้นัดคนไข้ต้องมารับยาที่ร้านขายยาแล้วก็บอกเส้นทางแผนที่ร้าน ถ้าคนไข้ยังไม่เคยมา” (P16)

1.4) ระบบเอกสารฐานข้อมูล (P104) การส่งต่อข้อมูลระหว่างหน่วยงานคือร้านยาและโรงพยาบาล ไม่ได้มีการเชื่อมต่อข้อมูลออนไลน์ ข้อมูลผู้ป่วยที่ส่งต่อจะเป็นการส่งต่อข้อมูลผ่านเอกสารไปส่งไปตามรถขนส่งยา ข้อมูลที่ส่งต่อกันได้แก่ ข้อมูลทั่วไปผู้ป่วย ประวัติโรคประจำตัวและประวัติการได้รับยา ส่วนร้านยาบางร้านที่มีโปรแกรมบันทึกการจ่ายยาจะสามารถลงข้อมูลผู้ป่วยในโปรแกรม ทำให้สามารถตรวจสอบข้อมูลย้อนหลังได้ง่าย

“เราส่งรายงานเป็นกระดาษอย่างเดียว คือเข้าดูของเขาไม่ได้ แต่ว่าได้แค่ประสานกัน ถ้ามีปัญหาเราโทรไป เราก็บอกคนไข้ คนนี้ ๆ HN Number เท่านี้ ๆ เขาก็จะคีย์ดูในระบบคือส่วนใหญ่เราก็จะประสานเภสัชกรในโรงพยาบาล” (P04)

“ใช่ คือส่วนใหญ่เขาจะส่งข้อมูลมา 1 หน้ากระดาษ A4 เช่น มีชื่อ ที่อยู่ เบอร์โทรศัพท์ ยาที่ใช้ ค่า Lab ซึ่งเขาจะบอกค่า Lab ล่าสุดเท่าไร คืออย่างที่แจ้งบางครั้งระหว่างรอบเราก็ไม่เห็นข้อมูลจริง ๆ ว่ามันเกิดอะไรขึ้น” (P17)

“ทุกครั้งที่ Refer คนไข่ออกมาก็จะมีใบ Lab คนไข้มาแค่นั้น แล้วก็ข้อมูล ใบสั่งยามี ข้อมูลยาที่แนบมาด้วย มีแคใบสั่งยากับใบ Lab 2 ใบ...จริง ๆ ก็พึ่งได้จ่ายยาคนไข้ ก็รวบรวม ใบจ่ายยาไว้ เพราะว่าใบที่ลงรายการว่าเราจ่ายอะไร เราช้กอะไรคนไข้ไป เราต้องส่งกลับ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด เราต้องมีใบบันทึกว่าเราทำอะไรลงไปบ้าง...จะมีพนักงานขับรถมาส่งยา และก็มีมารับใบในคราวเดียวกัน แต่เรายังไม่กรอกเข้าในระบบข้อมูลใน Computer” (P23)

1.5) ระบบการสื่อสาร (P105)

การสื่อสารระหว่างเภสัชกรร้านยาและโรงพยาบาล ส่วนใหญ่จะติดต่อผ่านไลน์กลุ่ม ซึ่งจะมี บุคลากรทางการแพทย์ที่เข้าร่วมโครงการและผู้รับผิดชอบโครงการอยู่ในกลุ่ม คอยตอบคำถามและให้ คำแนะนำ แต่ถ้ากรณีเร่งด่วนเภสัชกรร้านยาจะโทรศัพท์ติดต่อกับเภสัชกรโรงพยาบาล ไม่ได้มีการ ติดต่อกับแพทย์โดยตรง ซึ่งการติดต่อสื่อสารผ่านไลน์กลุ่มก็มีความสะดวกและรวดเร็ว ไม่ได้เป็น ปัญหา

“ถ้าร้านยามีคำถามเราจะมี Line กับเบอร์โทรให้ ถ้าเรื่องด่วนส่วนใหญ่ก็บอกว่าให้ โทรเอา บางที่ทำงานอยู่อาจจะไม่ได้ดู Line ถ้าด่วนจะให้โทรหาเลย แต่ก็ Line ทิ้งไว้ในห้อง Line ก็ได้ เราก็จะคอยเข้ามาตอบช่วยกัน ถ้าเจอปัญหาที่ต้อง Link ไปหาแพทย์ เราจะมีเบอร์ ติดต่อแพทย์ได้อยู่แล้ว จะถามไปที่แพทย์อีกทีหนึ่ง ก็คือเราจะเป็นคนเชื่อมกับแพทย์ให้” (H11)

“ระหว่างเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลกับเรา ตอนนี้ก็เป็นช่องทาง Line อย่างเดียวก็สะดวก รวดเร็วขึ้น แต่ละคนก็ไม่ค่อยมีปัญหา ก็มีเบอร์โทรด้วย ส่วนใหญ่จะเข้าไปใน Line กลุ่ม” (P12)

“ไม่ได้สื่อสารกับแพทย์โดยตรง จะสื่อสารกับเภสัชกรในโรงพยาบาล เพราะของ จังหวัดร้อยเอ็ดโครงการร้านยาชุมชนอบอุ่นมีเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลจัดยาและดูแลคนไข้ ถ้ามี ปัญหาคือจะแจ้งไปในนั้นได้เลย และก็มีเจ้าหน้าที่คอยบอกตลอด” (P16)

“ก็มี 2 ช่องทาง คือโทรศัพท์ไปหาโดยตรงเลย และอีกช่องทางหนึ่งคือ Line Group เพราะว่าทาง สสจ. เขาทำ Line Group ขึ้นมาเป็น Line ของร้านยาถ้ามีอะไรส่วนใหญ่เขาจะ เข้าไปถามในนั้น” (P29)

การติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วย เภสัชกรร้านยาติดต่อสื่อสารจะใช้แนวทางเดียวกันคือการโทรศัพท์ และช่องทางผู้ใหญ่บ้านกรณีไม่สามารถติดต่อผู้ป่วยได้

“ติดต่อทางโทรศัพท์เป็นหลัก ...ช่องทางอื่นก็อาศัยทางผู้ใหญ่บ้าน ถ้าติดต่อไม่ได้จะติดต่อทางผู้ใหญ่บ้านส่วนมากจะถามคนไข้ว่าอยู่บ้านไหน เขาก็จะมีข้อมูลให้ทุกคน มีเบอร์โทร ถ้าติดต่อไม่ได้จริง ๆ ก็จะเป็นลักษณะนี้” (P26)

1.6) ระบบการขนส่ง (P106)

การขนส่งกระจายยาจากโรงพยาบาลไปร้านยาต่างๆ จะเป็นหน้าที่ของโรงพยาบาล โดยก่อนการส่งยา เภสัชกรโรงพยาบาลที่รับผิดชอบจะแจ้งไปยังไลน์กลุ่มว่ามีส่งยาที่ร้านไหนบ้าง การขนส่งจะแบ่งรอบตามเขตพื้นที่ โดยไม่ได้กำหนดวันที่จะจัดส่งยาไว้แน่นอน บุคลากรทางการแพทย์มีความเห็นสอดคล้องกันว่ากระบวนการขนส่งยามีความปลอดภัย ตรวจสอบง่าย ขนส่งได้ตามมาตรฐานยาไม่ชำรุดแตกหักหรือเสียหาย

“เราจะมีใบนำส่งเลยว่ายาแต่ละรายการมีจำนวนเท่าไร อยู่ในกล่องคนไข้นั้นเลย น้องก็จะเปิดดูกล่องว่า 1 เดือน 2 เดือน เราเช็คข้างในก่อน แล้วเราก็จะมีเอกสารแนบไป พอน้องเอาไปส่งก็มีถ่ายรูปรูปว่าของครบ แล้วร้านยาเขาก็ไปตรวจของเขาอีกที ...คือทุกร้านเราไปส่งทุกวันศุกร์ ทุกวันเขาก็จะฝากกลับมา ถ้าคนไข้ไม่มาในส่วนของต่างอำเภอ มันอาจจะต้องรอ หลายอาทิตย์หน่อย อาจจะมีครบรอบของร้านนั้น แล้วเขาค่อยฝากยากลับเข้ามาที่รถที่เราไปส่ง” (H03)

“ทางโรงพยาบาลก่อนที่จะส่งมา เหมือนอย่างวันนี้ก็โทรมาบอกว่าจะส่งยาพรุ่งนี้ โดยจะมาส่งในช่วงเช้า พี่เขาก็จะบอกว่ามี Case ส่งยาที่ร้านยาไหนบ้าง ให้เราเตรียมพร้อมว่าจะมียาไปส่งแล้วการส่งก็จะเป็นรถโรงพยาบาลและเจ้าหน้าที่มาส่งแล้วก็ใส่กล่องให้เรา แต่ละกล่องแยกเป็นร้าน เช่น ร้านพี่จะมี 3 Case ก็จะถูกอยู่ในลังนั้น 3 Case แต่ในลังของแต่ละ Case มันก็จะมีกล่องพลาสติกใส่มาให้ คือแยกคนไปเลย ของคนไข้ ก็จะแยกเป็นกล่อง ๆ แต่ถ้าเป็นยาแชนัน เขาก็จะมัดกล่องโฟมใส่มา แล้วเขาก็ส่งต่อกับมือเรา และเราก็จัดเก็บต่อไป” (P21)

“เขาจะส่งก่อนที่คนไข้จะมาประมาณ 1 เดือน กรอบที่คนไข้จะมาตามนัด ประมาณ 1 เดือน แล้วก่อนที่จะส่งเขาจะแจ้งทาง Line ผ่าน Line Group กลุ่มว่าพรุ่งนี้จะมีการส่งยาที่ร้าน 1 2 3 4 5 ให้เตรียมตัวรับนะอะไรประมาณนี้” (P29)

ระบบการขนส่งในปัจจุบันจะใช้รูปแบบ 1 (model 1) คือโรงพยาบาลจัดซื้อจัดหายาเอง และจัดยา/ขนส่งยาให้ร้านยา โดยที่ร้านยาไม่ได้มีการซื้อยาและสำรองยาเองที่ร้าน ในมุมมองของเภสัชกรร้านยา มีความพึงพอใจต่อรูปแบบการขนส่งนี้ เนื่องจากมีความสะดวกสบาย ไม่ต้องรับภาระในเรื่องกระบวนการจัดซื้อจัดหายาและการสำรองยา

“Model 1 คือเขาจัดมาให้เราไม่ได้ Stock อะไร...สะดวก คือถ้าหากว่ามี การเปลี่ยนยา อย่างโรงพยาบาลซีแองมาก่อนเรามีแนะนำต่อ คนไข้จะเชื่อ ในบางคน ใน ส่วนตัวหนูคิดว่าเราเปลี่ยนยี่ห้อในบางครั้ง ถ้าหากว่าเราจัดเองคนไข้อาจจะมีความเข้าใจ แต่ ว่าถ้าเป็นยาจากโรงพยาบาลก็จะไม่เปลี่ยนของเขาจะสบายใจกว่า หรือว่าเราก็สบายใจที่ บริหารแบบนี้ จริงๆ แล้วถ้าร้านยาจัดหาเอง อาจจะดีกว่าในความรู้สึกเรา จัดหาเองก็สามารถ ทำได้ ...แต่ถ้าจะให้บริหารจัดการเอง ก็คิดว่าได้อยู่” (P05)

ส่วนในมุมมองของบุคลากรในโรงพยาบาล โดยเฉพาะห้องยา มีมุมมองว่ารูปแบบ model1 จะเป็นการเพิ่มภาระการทำงานของบุคลากร มีการเพิ่มงานแต่จำนวนคนยังเท่าเดิม นอกจากงานใน ห้องยาแล้ว ยังเพิ่มภาระของโรงพยาบาลคือต้องจัดหาคนเพื่อขนส่งยาไปยังร้านยาในแต่ละครั้ง

“แบบที่ 1 ก็คือภาระงานก็ยังไม่ลดภาระงานของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล ต้องจัดยา ต้องนำยาออกไปส่งอยู่ดี แต่ถ้าเป็นแบบที่ 3 เราให้ใบสั่งยาคนไข้แล้วให้ถือไปร้านยาเลยแบบ นั้นก็คือไปรับยาทุกอย่างจะมีอยู่ที่ร้านยา ร้านยาก็มีหน้าที่ manage ยาขาด สั่งยามาแล้วก็จัด ยาให้คนไข้ คือเราไม่ต้องรับผิดชอบในเรื่องของทั้ง stock ยา ทั้งการจัดยาในรูปแบบที่ 3 ถ้า เป็นไปได้ก็น่าจะดีกว่า” (H09)

“Model 1...คือจริง ๆ Model นี้ พูดถึงในส่วนร้านยาก็อาจจะรู้สึกดีกว่าดี เพราะเรามี หน้าที่จ่ายยาอย่างเดียว แต่ในส่วนโรงพยาบาลเราก็เห็นใจเขา เพราะเท่ากับว่าเขาต้อง overload งานมากขึ้นคือเขาจะต้องเอาใบสั่งยามานั่งจัด นั่งปรีน นั่งแปะใส่กล่อง ต้องขับรถ มาส่งให้เราอีก ในส่วนนี้ถ้ามันโคกันทั้ง 2 ฝ่ายคงจะดี” (P17)

1.7) **กระบวนการปฏิบัติงานของเภสัชกร (P107)** เภสัชกรร้านยาต้องทำหน้าที่จ่ายยาและ ให้คำแนะนำผู้ป่วยเสมือนอยู่ที่โรงพยาบาล ช่วยตรวจสอบยาและแก้ไขปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วย โดยส่วนใหญ่แล้วเภสัชกรร้านยามีแนวทางปฏิบัติที่คล้ายกันในแต่ละร้าน ดังนี้ การตรวจรับยาจาก โรงพยาบาล การตรวจสอบข้อมูลผู้ป่วย ตรวจวัดสัญญาณชีพเบื้องต้น เช่น วัดความดันโลหิต จ่ายยา และให้คำแนะนำผู้ป่วย บันทึกข้อมูลในฐานข้อมูลของสปสช. การบันทึกข้อมูลเพื่อส่งกลับ โรงพยาบาล

“มีรถส่งยามาให้เราก็ต้องเช็คก่อนว่ามีผู้ป่วยกี่คน ชื่ออะไรบ้าง ยาตรงกับผู้ป่วยนะ และเราก็รอเช็ควันที่แล้วเราก็วางแผนแล้วว่าวันที่เท่าไรบ้างที่ผู้ป่วยจะมารับยา เวลาช่วง ไหน เราก็เตรียมตัว พอเตรียมเสร็จแล้ว จัดยาเสร็จแล้วแต่ละคนถ้าผู้ป่วยไม่มารับเราก็ต้อง โทรตาม มันก็จะเป็นแบบคอยตื้อ บอกว่าจะมาแต่ยังไม่มา ก็โทรอีก โทรซ้ำ ให้ผู้ป่วยมารับยา

ให้ได้ภายใน 1 สัปดาห์เพื่อไม่ให้เขาขาดยา พอเขามารับยาก็แสดงบทบาทหน้าที่ในการจ่ายยา อธิบายยาให้เขาเข้าใจและก็สอบถามปัญหาจากการใช้ยาของเขาว่ามีปัญหาอะไรบ้างไหม พอจบ 1 case ไป พี่เขาก็ลงข้อมูลในเว็บไซต์ สปสช.” (P01)

“พี่ก็จะให้เขารอแปบหนึ่ง แล้วพี่จะไปหาเขาของเขาและก็ดูโรค เริ่มจากวัดความดัน ชั่งน้ำหนักและก็อธิบายวิธีการกินยาและบอกว่าควรเลี่ยงอะไรบ้าง บางคนเป็นหอบเห็นยา 2-3 ตัว ก็ถามว่าอาการกำเริบไหม หายใจได้ไหม จะอธิบายคนไข้ประมาณนี้” (P18)

“ประมาณ 10 นาที เพราะต้องเขียนลอกยาว่ามีอะไรบ้าง ต้องซักประวัติ วัดความดัน ชั่งน้ำหนัก แล้วก็ให้ข้อมูลยา ซักถามว่าใช้ยาถูกไหม” (P23)

2) **ปัญหาและอุปสรรค** มีแนวคิดย่อยจำนวน 3 แนวคิด ได้แก่ เกสัชกร (P201) และการติดต่อสื่อสาร (P202)

2.1) **เกสัชกร** (P201) ในส่วนของเกสัชกรร้านยามีความคิดเห็นสอดคล้องกันว่า มีความต้องการให้ผู้รับผิดชอบหลักช่วยจัดการอบรมวิชาการ ให้ความรู้เกสัชกรในโรคที่จำเป็น เพื่อพัฒนาองค์ความรู้และเพิ่มศักยภาพของเกสัชกร

“ก็ไม่ได้มั่นใจในตัวเอง 100% แต่ว่าทำให้ดีที่สุด เท่าที่จะทำได้ จะบริการให้ดีที่สุด ... พี่อยากเสนอว่าน่าจะมีการแบบจัดอบรมวิชาการในโรคที่ส่งผู้ป่วยมาร้านยา ... การแนะนำการปฏิบัติตัวให้เป็นไปในทางเดียวกัน จะได้มั่นใจมากขึ้น...และเป็นไปในแนวทางเดียวกันด้วย” (P01)

“ก็น่าจะต้องมีการอบรม เพราะบางที่เราไม่ได้ใช้ ใช้งานไม่คล่อง เพราะเราไม่ได้ใช้ประจำ ก็น่าจะเป็นประโยชน์...ถ้าจะให้จัดอบรมก็ได้ ไม่มีปัญหา แต่ก็น่าสนใจในเกสัชกรทุกคน ถ้าเราไม่รู้ก็ถามข้อมูลเพื่อให้เรามั่นใจในการให้บริการคนไข้มากขึ้น คือเราก็มีศักยภาพของเราอยู่แล้วในการค้นหาข้อมูลเพื่อมาช่วยเหลือคนไข้” (P24)

“เรื่ององค์ความรู้ เพราะโรคที่อยู่ในร้านยายังเป็นโรคพื้นฐาน เป็นโรคที่พบเจอได้ง่าย แต่ว่าโรคที่ทางโรงพยาบาลส่งมาให้ จะเป็นโรคเฉพาะของบุคคลนั้น ๆ อย่างเช่น โรคลมชัก ... จึงต้องพัฒนาองค์ความรู้ของตัวเองให้มากขึ้น ให้สามารถรับมือกับคนไข้ในโรคที่ทางโรงพยาบาลจะจ่ายมาเฉพาะ Case” (P29)

2.2) **การติดต่อสื่อสาร** (P202) เกสัชกรร้านยามักจะพบปัญหาด้านการติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วย ผู้ป่วยบางรายติดต่ออยาก ไม่รับโทรศัพท์หรือบางรายโทรไม่ติด ซึ่งจะทำให้เกิดปัญหากรณีไม่

มารับยาตามนัด ซึ่งต้องติดต่อให้ผู้ป่วยมารับยาเพื่อใช้ต่อเนื่อง กรณีที่ไม่สามารถติดต่อผู้ป่วยได้ยังไม่
มีแนวทางการแก้ไขปัญหาที่แน่นอน

“ก็น่าจะเรื่องการตามคนไข้และคนไข้ติดต่อไม่ได้เลย แคะอยากมีเบอร์โทรลูกหลาน
เพื่อให้ติดต่อได้กว้างขวางมากขึ้นให้มีระบบการติดต่อเพิ่ม คือยาจะมาตั้งแต่ต้นเดือนแล้ว
เหมือนโรงพยาบาลเขาจะแจ้งคนไข้ว่ายาจะมาวันนัดในช่วงบ่าย คนไข้บางที่เขาไม่ได้วางวัน
นั้นเขาก็จะมาหลังจากนั้นจะมาไม่ตรงวันนัด ควรพูดให้ตรงกัน เพราะถ้าคนไข้มาวันนัดช่วง
บ่ายที่โรงพยาบาลบอก ทั้งนี้ยามาอยู่ที่ร้านนานแล้ว คนไข้ก็จะถนัดวันไปอีกที่ในการมารับยา”
(P16)

“มันก็ยังปัญหาและอุปสรรคต่าง ๆ เช่น เบอร์โทรศัพท์คือทั้งการติดต่อกับคนไข้เอง
เราก็อาจจะตามหรือติดต่อไม่ได้ และตัวคนไข้เอง ส่วนใหญ่บางครั้งเขาจะให้ญาติมารับแทน
ซึ่งตัวเขาไม่มาเอง ก็รู้สึกว่ามันยังไม่ใช่ บางครั้งเขาก็บอกว่าโครงการนี้มาเพราะว่าโรงพยาบาล
บอกให้มา” (P17)

“ถ้าอย่างเบอร์โทรก็หลายรายเหมือนกัน ที่เจอน่าจะ 4-5 ราย ที่เบอร์โทรไม่
update เป็นเบอร์คนข้างบ้าน เพราะบางที่เขาแก่มากแล้ว โทรไปที่ไรก็เจอคนข้างบ้านก็จะ
ส่งต่อ case แบบนี้ที่ไม่รับยา โทรไปคนข้างบ้านรับ เขาบอกว่าจะบอกให้ บอกแล้วแกก็ไม่มา
อะไรอย่างนี้” (P21)

3.4 ผลลัพธ์ (product)

1) การบรรลุเป้าหมาย (O1) มีแนวคิดย่อยจำนวน 3 แนวคิด ได้แก่ ผลลัพธ์เชิงคุณภาพ ผลลัพธ์
เชิงปริมาณและผลลัพธ์เชิงคลินิก

1.1) ผลลัพธ์เชิงคุณภาพ มีแนวคิดย่อย 4 แนวคิด ได้แก่ ความพึงพอใจ ความสะดวก
การยอมรับ และความคุ้มค่า

ความพึงพอใจ บุคลากรทางการแพทย์มีความพึงพอใจและสนับสนุนโครงการร้าน
ยาชุมชนอบอุ่น เกิดประโยชน์ที่หลากหลายจากการเข้าร่วมโครงการ ทำให้เกิดความร่วมมือของ
บุคลากรทางการแพทย์หน่วยงานที่แตกต่างกัน ร้านยา โรงพยาบาล และสสจ. ส่งเสริมวิชาชีพซึ่งกัน
และกัน สร้างเครือข่ายของสหวิชาชีพ

“พอทำโครงการนี้ก็รู้สึกก็ดีนะ เหมือนกับได้โคลงกันระหว่างร้านยากับโรงพยาบาล
รู้จักกันมากขึ้น มีอะไรก็ได้แบบร่วมมือกันมากขึ้นอะไรอย่างนี้ มันดีในวิชาชีพ” (H03)

“ก็ทำให้ได้เจอกันกับน้องๆ นี้ละ ปกติเราอยู่ร้านใครร้านมัน อาจจะารู้จักกับน้อง ๆ
โรงพยาบาลได้มากขึ้น น้องที่อยู่ต่างอำเภอ อยู่ในจังหวัด บางที่ไม่รู้จักกันเลย เพราะว่าไม่รู้ว่

คนนี้เภสัชกรอะไรอย่างนี้...ก็อย่างมีโครงการนี้ขึ้นมาทำให้พี่ ๆ น้อง ๆ ได้รู้จักกันมากขึ้น บางทีก็คุยกันใน Line อย่างนี้ เป็นเครือข่ายกันช่วยเหลือกัน บางคนก็เห็นลูกค้าไปถามที่ร้านมี ยาตัวนี้ไหม เราไม่มีเราก็ถามเข้าไปใน Line ก็ช่วยเหลือกันได้” (P04)

นอกจากนี้ ในส่วนของเภสัชกรร้านยา มีความชอบและพึงพอใจกับโครงการร้านยาชุมชน อปอุ่น ทำให้เป็นการเพิ่มบทบาทวิชาชีพเภสัชกรในร้านยา ทำให้เกิดความน่าเชื่อถือของร้านยาเพิ่ม มากขึ้น

“ชอบ ยังไม่โอ้อัดใจ ชอบในแนวคิดที่กระจายมาให้เห็นบทบาทของเภสัชกร รู้สึกตัว เองมีหน้าที่ มีความรู้ความสามารถที่จะเทศแครงค์คนไข้ได้ ชอบคนใช้เวลาเข้ามาแล้วบอกดีนะ ไม่ต้องเข้าไป เสียเวลาหมดวัน” (P25)

“คุ้มค่ามาก ไม่ได้คิดถึงเรื่องเงินนะ คือคิดถึงโครงการอย่างน้อยก็ปูพื้นฐานไว้ให้กับ รุ่นน้องต่อไป ได้เปิดบทบาทของเภสัชกร เรื่องเงินไม่เท่าไร... ที่ชอบคือมันเป็นโครงการที่ดี ได้ขยายบทบาทของเภสัชกรอย่างน้อยถึงจะเป็นเฉพาะโรงพยาบาลในจังหวัด แต่ถ้าสมมุติว่า เราทำดีในอนาคตเมื่อเขาขยายมาตามโรงพยาบาลชุมชนอำเภอในการส่งลูกค้าออกมาเราก็ สามารถช่วยแบ่งเบาภาระในชุมชนใกล้บ้านเราได้มากขึ้น คิดว่าเป็นการเปิดบทบาทของเภสัช กรได้มากขึ้นนี่คือส่วนที่ชอบมาก” (P26)

ในมุมมองของบุคลากรทางการแพทย์ ผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการก็ดีใจและชื่นชอบที่ได้ไปรับยา ที่ร้านยา ทำให้เกิดความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างร้านยาและชุมชน เกิดความไว้วางใจเภสัชกรร้านยา

“อีก case หนึ่งที่มีปัญหาเรื่องการใช้จ่ายก่อนกำหนด ก็บอกแกร็บมาเลย แกร็บบอกอยู่ ตรงนี้มีเวลาคุย กล้าที่จะบอก แยกออกไปรับยาหลายครั้งที่โรงพยาบาลเวลาน้อยมาก ๆ เวลาที่ จะคุยโดยตรงกับเภสัชกรที่นั่นน้อยมาก ๆ ก็เลยไม่กล้าบอก” (P01)

“คนไข้กลับมาแล้ว ก็มาแบบเป็นครอบครัว บางทีมาเหมือนเราเป็นเภสัชกร ครอบครัวที่เขาจะมาปรึกษา เป็นรายใหม่ ๆ ที่ไม่ใช่รายเดิมในการส่งต่อก็คือรู้สึกดีใจที่มีคนไข้ ที่เข้ามาที่ร้านยาเพิ่มมากขึ้น หมายถึงว่าเขาเชื่อมั่นที่จะมาปรึกษา แต่มันสัมพันธ์กับที่เราได้ ดูแลคนไข้ไปก่อนหน้านี้ด้วย เป็นเครือญาติกันและเขาก็มาพบ” (P05)

“ค่อนข้างดี เพราะว่าตอนนี้คือมีการ review กลับมา ครบ 6 เดือนรอบหนึ่งแล้ว คนไข้ก็ยังขอไปต่อเหมือนเดิม” (H11)

“ประทับใจทุก case เพราะว่าคนที่มาจะมาด้วยรอยยิ้ม คือบางคนด้วยความที่เราเป็นผู้ให้บริการ ยามันอยู่กับเราและก็นั่นน้อย แต่ลูกค้ามารอตั้งแต่ 06.00 น. บ้านเขาก็ไม่ได้อยู่ไกลด้วย” (P29)

ในมุมมองของผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการเองก็ประทับใจและพอใจกับการไปรับยาที่ร้านยา ที่ร้านยามีการให้บริการ และให้คำปรึกษาแนะนำดี

“ประทับใจ ไม่มีอะไร คุณหมอมีนุชชสัมพันธ์พุดจาดิ และต้อนรับก็ดี...ชอบ ที่คุณหมอได้ให้บริการดีกับผู้ป่วย นอกจากนี้ก็อยากให้ไปดูแลคนไข้ที่บ้านไม่ต้องให้เขามาที่ร้านยาหรือโรงพยาบาล ชอบแบบนี้...การให้ข้อมูลเกี่ยวกับยาหรือความรู้คำแนะนำต่าง ๆ ร้านยา...ก็ให้คำแนะนำและข้อมูลดีอยู่ คุณหมอก็จะแนะนำ ชี้แนะมาเองว่าอย่างนั้นอย่างนี้” (PA01)

“หมอ (หมายถึงเภสัชกร)ก็เป็นกันเองนะเขาก็แนะนำให้กินข้าวกล้องไม่กินมันดูแลสุขภาพออกกำลังกายอะไรประมาณนี้” (PA02)

“ให้ 10 เลย (เต็ม 10) เพราะมันก็ไม่มีอะไรแตกต่างจากโรงพยาบาล มันเหมือน ๆ กัน”(PA01)

“จันให้สัก 9 ดีไหม...สถานที่มันแคบ” (PA02)

ความสะดวก บุคลากรทางการแพทย์ต่างมีความคิดเห็นสอดคล้องกันคือ โครงการร้านยาชุมชนอบอุ่นเพิ่มความสะดวกสบายให้กับผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยสามารถรับยาที่ร้านยาใกล้บ้าน ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ไม่ต้องเสียเวลาและไม่ต้องรอรับบริการนาน

“ลูกค้าที่ไม่เคยรู้จักร้านหมูก่อนเลยเป็นคุณตา ลูกหลานมาพา ... คุณตาบอกว่าอ่านหนังสือไม่ออก ฟังรู้ว่าร้านยาแบบนี้ด้วย ดีจังเลย อะโรยแบบนี้ ตาจะได้มาใกล้ ๆ ไม่ต้องไปไกล ๆ แล้ว หนูก็สัมผัสได้” (P01)

“คนไข้ประทับใจในเรื่องของการเข้าถึงความสะดวกมากขึ้นและก็มีเวลาพูดคุยกับคนไข้มากขึ้น มีเวลาดูแลเทคนิคให้คำแนะนำมากกว่า นี่คือนี่ที่คนไข้สะท้อน” (P05)

“พอเราเริ่มมีคนเข้าสู่โครงการ พอเราบอกคนไข้ก็เริ่มแฮปปี้ที่เขาจะไป เพราะเขารู้ว่าไม่ต้องกลางมา เขาสามารถแวะไปเอายาตอนไหนก็ได้ แต่ว่าคนไข้สมมุติในใบนัดเราเขียนว่ารับยา 13.00 น. พอ 13.00 น. คนไข้ก็รับมาถึงที่ร้านเลย คือจริง ๆ เขาไม่จำเป็นต้องหยุดงานมาในช่วงนั้นเพื่อที่จะมารับยาที่ร้านยา เพราะเราจะมีแบบให้ที่นี้ใช้วิธีส่งยาทุกวันศุกร์ เพราะฉะนั้นเขาจะมีข้อมูลว่าจากวันศุกร์นี้ถึงวันศุกร์หน้า เขาติดต่อเราเสอาอาทิตย์ก็ได้ หลังเลิกงานก็ได้ เพราะร้านยาส่วนใหญ่ก็จะปิด 2-4 ทุ่ม” (H10)

“แต่คนไข้บอกว่าง่ายต่อการไปรับที่นั่น ลดคาร์ด ตัวคนไข้ไม่มาบ่นอะไร คนที่ไปเขาก็สะดวก สบายใจ เป็นห่วงเขาเรื่องความปลอดภัย แต่ก็ยังไม่มี Case ที่เป็นเชิงประจักษ์ว่ามีปัญหาอะไร” (H13)

“ผลตอบลัพธ์ดีอยู่แล้ว เขาได้รับผลประโยชน์เต็ม ๆ เลย เพราะการเดินทางจากอำเภอหนองพอกไปจังหวัดร้อยเอ็ดค่อนข้างลำบากและอย่างที่บอกว่ามันแออัดด้วย บางคนไม่สามารถไปเองได้ต้องอาศัยญาติพี่น้องพาไป พอมีโครงการนี้ประโยชน์ตกที่เขาเต็ม ๆ หลายคนบอกว่าขอให้มีการนี้ไปนานๆ” (P29)

ในมุมมองของผู้ป่วย มีความคิดเห็นสอดคล้องกับบุคลากรทางการแพทย์ การเข้าร่วมโครงการร้านยาชุมชนอบอุ่นทำให้ผู้ป่วยมีความสะดวกสบายในการมารับบริการ ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายหรือเสียเวลามากนัก

“ผมคิดว่ามันอยู่ใกล้บ้าน..เดินทางสะดวก.. เข้าโครงการนี้ก็ดี เพราะว่าคุณหมอส่งไปถึงบ้านเลย สะดวกสบายไปอีกอย่างหนึ่ง ผมคิดว่าอย่างนั้น ไม่มีปัญหา” (PA01)

“...แม้ที่ว่ามันสะดวกดีแล้วแบบ 3 เดือน 4 เดือนเขานัดที่ก็เลยรับที่นั่นแล้วก็ไม่ต้องหยุดขายของไปรับเวลาไหนก็ได้ไม่ต้องรอนาน” (PA02)

การยอมรับ บุคลากรทางการแพทย์ส่วนใหญ่มีความคิดเห็นว่ายังมีการยอมรับเภสัชกรร้านยาน้อย โดยเฉพาะแพทย์ สังเกตเห็นได้จากแพทย์บางคนยังไม่ส่งผู้ป่วยไปรับยาที่ร้านยา หรือยังส่งออกไปปริมาณน้อย ซึ่งทำให้ผลลัพธ์เชิงปริมาณไม่ถึงเป้าหมาย

“คุณหมอร่วมประชุมด้วย บางทีคุณหมอเขาก็บอกว่ายังไม่มั่นใจเท่าไร แต่ว่าก็ค่อย ๆ ปรับไป อันนี้เท่าที่ไปประชุมแล้วคุณหมอแจ้งมาในที่ประชุม แต่เราก็ค่อย ๆ ทำให้ท่านเห็นทำให้ท่านมั่นใจมากขึ้น อย่างที่บอกต้องใช้เวลา” (P01)

“ปัญหาอุปสรรคใหญ่ คือแพทย์ไม่ค่อยยอมรับ ถ้าแพทย์เขายอมรับเขาจะก็จะปล่อยออกมามันก็จะดีกว่านี้...คือบางคนเขาต่อต้าน...ทั้งเก่าและทั้งใหม่ ยังไม่ยอมปล่อย ก็ไม่เข้าใจเหมือนกันว่าทำไมหมอเขาถึงไม่เปิดกว้าง ไม่เป็นไรเดี๋ยวเราค่อย ๆ ผลักกันไป” (P04)

“อย่างบางคลินิกที่ยังไม่เข้าร่วมเพราะว่าแพทย์ยังไม่เชื่อมั่น...อันนี้ก็ยังเป็นปัญหาอยู่อะค่ะ แต่เราก็พยายามเชิญแพทย์เข้าร่วมประชุมด้วย เหมือนบางที่เราไปเสนอ แล้วเค้าไม่เห็นด้วย บางทีคุยอยู่ตั้งนาน คุยเสนอร้านจนเสร็จแล้ว กลับไปแพทย์ไม่เซนต์” (H06)

ในบางมุมมองความคิดเห็น ก็ยังมีการไม่ยอมรับกันระหว่างวิชาชีพเดียวกัน ซึ่งเป็นส่วนน้อย ซึ่งการไม่ยอมรับเป็นปัจจัยที่ขัดขวางต่อการเพิ่มผลลัพธ์เชิงปริมาณ

“ผู้ใช้บริการมีการยอมรับอยู่แล้ว ไม่มีคำถาม ... ที่ไม่ยอมรับจริง ๆ คือระบบของ โรงพยาบาล... จริง ๆ ในความคิด การยอมรับของประชาชนคิดว่าไม่มีปัญหา...อุปสรรคคือ 1. ผู้ประกอบวิชาชีพด้วยกันเอง 2. ผู้ประกอบวิชาชีพที่อยู่คนละร้านต่างสาขา” (H02)

ในมุมมองของบุคลากรทางการแพทย์ ผู้ป่วยหรือผู้เข้ารับบริการมีการยอมรับต่อบุคลากรรายนยาและไว้วางใจต่อการมารับบริการที่ร้านยา ในมุมมองของผู้ป่วยก็มีความยอมรับต่อการให้บริการของร้านยาเช่นเดียวกัน

“ถ้าในมุมมองคนไข้เขาก็ยินดีและดีใจเขาอยากให้อายุยืนยาว หมายถึงว่าบางคนที่รับ ยาที่โรงพยาบาลอำเภอจตุรพักตรพิมาน เขาบอกว่าทำไมโครงการไม่เริ่มจากตรงนี้บ้าง อยาก มาแต่โรงพยาบาลอำเภอไม่เข้าร่วมโครงการ ...” (P26)

“เชื่อถือร้านยา...เชื่อเพราะเป็นร้านยาที่คือตัวอย่างไหนที่มันไม่มีเขาก็จะเอายาที่ตัวยายเป็นแผงอะก็จะเอามาซื้อที่นี้เป็นร้านขายยาแบบส่งอะแบบเภสัชกรอื่นเขาก็จะมาซื้อยาจากร้านยานี้ไปขายได้มีทั้งนมป่วยติดเตียงมีทั้งอาหารต่างๆ อะไรนี้” (PA02)

ในด้านความคุ้มค่า เนื่องจากไม่ได้มีการกำหนดตัวชี้วัดที่ชัดเจน และไม่ได้มีการเก็บผลลัพธ์ที่ชัดเจน จึงทำให้ไม่สามารถเปรียบเทียบกับเป้าหมายได้

“มันต้องดูในเรื่องของสิ่งที่ลงทุนไปว่าเราเสียอะไรไปบ้าง เพราะว่าอันนี้บอกตรง ๆ ว่าไม่ทราบ ทางโรงพยาบาลเขาจ่ายเงินมากขึ้นกว่าเดิมเพื่อที่จะให้คนไข้ไปรับยาเขาจะเสียเงินตรงนี้ใหม่ ค่ายาจะแพงขึ้นไป หมอไม่รู้เลย คงไม่สามารถบอกได้ว่าคุ้มไหม ...ถ้าไรลดลง คุณภาพชีวิตของเจ้าหน้าที่ดีขึ้น และสุขภาพคนไข้ดีขึ้น ก็อาจจะมองว่ามันคุ้มค่า ถึงจะจ่ายมากขึ้น ...เราก็ลดการใช้งานไปในตัว เช่น ค่าสัญญาเปล่า การใช้ไฟฟ้า เครื่องวัดความดันก็ลดการใช้งาน ลดแรงคน ลดทรัพยากร มันจะมีประโยชน์ตรงนี้มาก” (H15)

ประสิทธิภาพ ผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการมีมุมมองว่าโครงการร้านยาชุมชนอบอุ่น การไปรับยาที่ร้านยามีประสิทธิภาพดี ไม่เกิดความผิดพลาด ประสิทธิภาพของระบบการจัดการด้านยา การเข้าร่วมโครงการร้านยาชุมชนอบอุ่นของร้านยา ทำให้เภสัชกรร้านยาได้แสดงศักยภาพในการช่วยเหลือแก้ไข

ปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วยและแนะนำการใช้ยาให้แก่ผู้ป่วยได้อย่างเต็มที่ มีเภสัชกรร้านยาหลายร้านที่ได้ช่วยค้นหา DRPs และแก้ไขปัญหามาได้

“ความผิดพลาด... ไม่มี ให้มาตรงเปะเลย ถูกต้องทุกอย่าง” (PA01)

“คือขนาดคนไข้รับยามาเป็นปีแล้ว สงสัยว่าทำไม่ได้ยา 2 ตัว ทานวันละครึ่งเหมือนกัน แต่เหลือยาไม่เท่ากัน ก็เลยถามเขา เขาก็เลยบอกว่ายาตัวนี้เม็ดค่อน่างนี้ เขากินไม่ได้ เขากินไม่ลง...พอเราแนะนำก็ลองสั่งเกิดครั้งต่อไปเขาก็โอเคขึ้น” (P04)

“มีตาคนหนึ่งชอบมาผิดวันผิดเวลา เภสัชกรโรงพยาบาลตัดออกจากระบบ แกมาวันที่ไม่ใช่รอบของแก เราก็คงพาแกไปโรงพยาบาลไปปรึกษากับเภสัชกรให้จ่ายยาให้แกก่อน แล้วก็ค่อยเอาแกเข้าระบบใหม่” (P04)

“มีปัญหาการใช้ยาบ้าง คือคนไข้ไม่ทานยา พอมาแล้วอาจจะเหลือมาด้วย หนูจะให้ถือยามาทุกครั้ง ก็ถือมาจริง ๆ เหลือเยอะเลย บางครั้ง ...บางครั้งเขาก็บอกว่าลืม ...กำชับในส่วนนี้ และก็ให้แนะนำคนที่พามาให้ช่วยดูแล พูดถึงข้อเสียของการไม่ได้รับยากลับไป ก็ช่วยแก้ปัญหาได้ พยายามเต็มที่ ต้องรอดูว่าเขากลับมาแล้ว เป็นยังไงบ้าง” (P05)

“ก็เคยเจอ case ที่แบบมีคนไข้คนหนึ่งกินอาหารเสริมสมุนไพร แล้วเราก็ขอ Line คนไข้ให้เขาส่งมาให้เราดู แล้วเราก็ทดสอบให้ว่าเป็นยังไง ถ้าทดสอบแล้วมันไม่มี ยะ พัง ตามที่คุณลุงบอกมา ลักษณะของตัวยามันไม่น่าเป็นยาที่ถูกต้องอะไรอย่างนี้ คนไข้ก็หยุดกินไป” (P21)

1.2) ผลลัพธ์เชิงปริมาณ

ในมุมมองของเภสัชกรร้านยา จำนวนปริมาณคนไข้ที่ส่งไปรับยาที่ร้านยาแต่ละร้านยังน้อย ร้านยายังคงสามารถให้บริการเพิ่มขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพถ้าจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้น

“เป็นไปตามแผนทุกอย่างยกเว้นจำนวนผู้ป่วยที่มันไม่เข้าเป้า ยิ่งการส่ง แต่เราคิดว่ามันจะต้องมีวันละ 10 คน 20 คน แต่ตอนนี้มันเป็นวันละ 1 คน...มันไม่ได้ลดความแออัดลง” (H02)

“ส่วนตัวคิดว่ายังไม่ถึงเป้า คิดว่าต่ำกว่าเป้า เรายังสามารถที่จะดูแลคนไข้ได้มากกว่านี้” (P05)

“(ผู้ป่วย 3 คน) รู้สึกว่าน้อยมาก...ถ้าอาทิตย์ละ 1 Case สำหรับร้านยานี้ก็ดีมากแล้ว ถ้าแบบนี้ก็เสียใจนิดหนึ่ง เพราะคนไข้น้อย ทำให้การบริการขาดช่วง” (P20)

บุคลากรทางการแพทย์บางส่วนมีความคิดเห็นสอดคล้องกันคือเริ่มสามารถลดความแออัดในโรงพยาบาลได้บ้างบางคลินิก แต่โดยภาพรวมทั้งหมดยังไม่สามารถผ่านเกณฑ์เป้าหมายได้

“ได้ประมาณ 10% ของเป้าหมาย จริง ๆ เราคำนวณแล้วมันได้ประมาณ 17% แล้วเห็น อ. subset โรคที่เรายังไม่ค่อยส่งออกไปเยอะ ให้เอาตัวจำนวนคนไข้ที่เป็นกลุ่มคัดกรองมารวมด้วย พอเราเอามารวม มันก็เลยทำให้ได้แค่ประมาณ 10% นิดๆ... ถ้ามันได้เข้าเยอะขึ้นหมายความว่าส่งออกเยอะขึ้นคิดว่ามันก็จะเห็นภาพชัดที่ความแออัดจะลดลง แต่ตอนนี้ก็อย่างที่บอก แค่ 10% กว่านิดเดียวเอง มันก็เลยยังไม่ค่อยชัด” (H03)

“ดีขึ้นในเรื่องที่แต่ก่อนคนไข้อาจารย์ 100 คนขึ้นไป ทุกวันที่มีคลินิก ตอนนี้อัตราลดลงเหลือ 70-80คน...ก็ดี 70-80 ก็ดูแลได้ดี... ตอนนี่ก็หลังจากที่มีโครงการนี้ก็ดีขึ้น คนไข้ก็ลดลง” (H08)

“แต่ถ้าเหมือนเขาต้องการลดความแออัด นโยบายนี้ก็อาจจะได้ผลในระดับหนึ่ง แต่มันมากไหมด้วยปริมาณที่ส่งไปมันก็ไม่เยอะอะไรมากมายที่ส่งออกน้อย แต่ถามว่าจำกัดหรือว่าไม่อยากจะไปไหน ก็ไม่นะ คนไข้โดยส่วนตัวก็สนับสนุนไม่ได้ห้ามอะไร” (H10)

1.3) ผลลัพธ์เชิงคลินิก บุคลากรทางการแพทย์ส่วนใหญ่มีความคิดเห็นต่ออาการทางคลินิกของผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการในทิศทางที่ดี ผู้ป่วยสามารถควบคุมอาการได้ ไม่ได้เกิดปัญหาหรืออาการแย่งจนต้องส่งผู้ป่วยไปโรงพยาบาลก่อนถึงกำหนดนัดหมาย

“คือที่ร้านจะมีแค่คนไข้หอบหืด คนไข้ asthma และคนไข้ต่อมลูกหมากโต พวกความดัน เบาหวาน ยังไม่มี ถ้าติดตามก็จะเป็นการตามยามากกว่าว่าดีขึ้นไหม หรือคนไข้หอบหืดหรือเปล่า ก็ค่อนข้างดี แต่ถ้าไม่ดีก็จะเปลี่ยนยาไป ซึ่งที่ผ่านมาคนไข้ก็คุมได้” (P16)

“คนไข้ที่มารักษาก็เหมือนเดิมของเขา เพราะยามันเหมือนเดิมเป็นระบบโรคเรื้อรัง พี่ไม่ค่อยเจอ case ที่ความดันขึ้นเยอะหรือความดันกำเริบที่ต้องกลับไปโรงพยาบาล มันจะเป็น case ต่อเนื่องที่มันคงที่แล้ว จึงไม่ค่อยเจอปัญหา” (P18)

ในมุมมองของผู้ป่วย ผู้ป่วยมีความพอใจกับสุขภาพของตนเอง คิดว่าอาการควบคุมได้และไม่เป็นปัญหากับการดำเนินชีวิตประจำวัน การเข้าร่วมโครงการทำให้ผลลัพธ์ทางคลินิกยังควบคุมได้

“กินยาสม่ำเสมอ ตอนเช้าตื่นขึ้นมาก็กินหลังอาหารเช้าทุกวันแค่นั้น ทานตามที่คุณหมอบอก แนะนำและสั่ง อ้อ แค่ว่าที่ให้นี้ก็ถือว่าดีแล้ว เราก็ควบคุมโรคที่เราเป็นได้อยู่.. ไม่ได้ซื้อ เพราะมารับมาจากโรงพยาบาลแล้วก็แล้วเลย” (PA01)

ส่วนที่ 3 การประเมินผลความเสี่ยงของการดำเนินงานโครงการเพื่อให้ถึงเป้าหมายเพื่อลดความแออัด

เนื่องด้วยโครงการดำเนินการโครงการได้เริ่มต้นตั้งแต่ปีเดือนตุลาคม 2562 จนถึงช่วงการประเมินระหว่าง กรกฎาคม 2563-ธันวาคม 2563 ได้ประเมินความเสี่ยงและผลกระทบโดยการเทียบโอกาสการไปถึงเป้าหมายของโครงการ ตามกรอบแนวคิด CIPP โดยประเมินแนวคิดหลักและแนวคิดรอง ร่วมกันระหว่างผู้วิจัย ตัวแทนสสจ. และตัวแทนเภสัชกรโรงพยาบาล เพื่อวิเคราะห์ความเสี่ยง การเรียงลำดับความเสี่ยง พร้อมแผนการดำเนินงานเพื่อลดความเสี่ยง ผลดังแสดงในตารางที่ 3 พบว่าโครงการมีความเสี่ยงหลายจุดที่อยู่ในระดับความเสี่ยงสูงมาก (สีแดง) ประกอบด้วย 3 ประเด็น 1) ความแออัดในโรงพยาบาล 2) การติดตามประเมินผล และ 3) ผลลัพธ์เชิงปริมาณ จำนวนผู้เข้ารับบริการที่ร้านยา ระดับความเสี่ยงในระดับสูง ประกอบด้วย 8 ประเด็น (สีน้ำตาล) ได้แก่ 1) กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการคัดเลือก 2) การตอบสนองนโยบายของกระทรวง 3) การสนับสนุนด้านคน 4) การสนับสนุนด้านอุปกรณ์ 5) การสนับสนุนด้านงบประมาณ 6) กระบวนการคัดเลือกผู้ป่วย 7) การยอมรับระหว่างวิชาชีพ และ 8) ผลลัพธ์ทางคลินิก และระดับเสี่ยงปานกลาง (สีเหลือง) มี 7 ประเด็น และเล็กน้อย (ไม่ระบายสี) 16 ประเด็น รายละเอียดดังตารางที่ 5

การวางแผนการควบคุมความเสี่ยงตามกรอบแนวคิด CIPP ได้มีการประชุมเพื่อประเมินระดับความเสี่ยง การควบคุมที่มีอยู่และมาตรการควบคุมเพิ่มเติม ในความเสี่ยงตามกรอบแนวคิดหลัก โดยความเสี่ยงลำดับแรกคือ ผลลัพธ์ของโครงการ (15 คะแนน) ลำดับ 2 คือ บริบทของโรงพยาบาลต่อการดำเนินโครงการ (13 คะแนน) ลำดับ 3 คือ กระบวนการดำเนินงาน (8 คะแนน) ลำดับ 4 คือกลุ่มผู้ป่วยที่ถูกเลือก (7 คะแนน) และลำดับ 5 คือ ปัจจัยนำเข้าต่อการดำเนินโครงการ (4 คะแนน) ดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 5 การประเมินความเสี่ยงตามกรอบแนวคิดรอง 1 และ 2 ของการดำเนินโครงการร้านยาชุมชนอบอุ่นเพื่อให้ถึงเป้าหมายการทำงานเพื่อลดความแออัดของโรงพยาบาล

ลำดับความเสี่ยง	กรอบแนวคิดรอง1	กรอบแนวคิดรอง2	ความเสี่ยง	โอกาส	เกณฑ์ประกอบ	ผลกระทบ	เกณฑ์ประกอบ	ระดับความรุนแรง
1	C101 บริบทขององค์กร	C1011 ความแออัด	คนไข้เยอะ พื้นที่รพ.จำกัด หมอมาช้า การนัดหมายคนไข้เยอะ ช้า ตอนเอายา ใช้เวลาเป็นวัน	5	เกิดขึ้น เกือบ แน่นอน	4	ผลจากการ สัมภาษณ์ ทำได้ 10%	22
12		C1012 บทบาทของเภสัชกร	เห็นพ้อง	1		1		1
11	C102 ความคาดหวัง	C1021 ความคาดหวังในผู้ป่วย	ความสะดวก การปฏิบัติตัว การทานยา ความร่วมมือของผู้ป่วย	2		1		2
12		C1022 ความคาดหวังในตัวเอง	ความตั้งใจอยากช่วยดูแลผู้ป่วย ความเชื่อมั่นในบริการต่อผู้ป่วย	1		1		1
9		C1023 ความคาดหวังเชิงระบบ	ความต่อเนื่อง การบรรลุเป้าหมายเชิง ปริมาณ อย่างน้อย 80%	1		3	ต้องให้ ความสำคัญ	5
9	C103 เป้าหมาย	C1031 เป้าหมายเชิงปริมาณ	ไม่ทราบเป้าหมาย และตัวชี้วัด การสื่อสารทราบเพียงบางคน	1		3	ต้องให้ ความสำคัญ	5
9		C1032 เป้าหมายเชิงคุณภาพ	ไม่ได้กำหนดเป้าหมาย หรือตัวชี้วัด มีความ หลากหลาย ตั้งแต่ความพึงพอใจ การ ติดตามปัญหาการใช้ยา ความปลอดภัย	1		3	ต้องให้ ความสำคัญ	5
3	C104 กลุ่มผู้ป่วยที่ถูกเลือกตามความต้องการและโอกาสในบริบทนี้	C1041 กลุ่มโรคที่เข้าร่วมได้ C1042 กลุ่มโรคที่เข้าร่วมไม่ได้ C1043 สิทธิการรักษา	อาการคงที่ ไม่มีโรคร่วม จำนวนยาไม่เกิน 4 ตัว จำกัดสิทธิการเข้าร่วม	3	เป็นไปได้ที่ จะเกิด	4	บรรลุ เป้าหมายต่ำ กว่ามาก	15
6	C201 ปัญหาเกิดจากพื้นฐานความต้องการและโอกาส	C2011 ภาระงานของโรงพยาบาลและคุณภาพการให้บริการ C2012 ระบบบริการที่ซับซ้อน		2	ไม่น่า เป็นไปได้	3	ต้องให้ ความสำคัญ	8

ตารางที่ 5 (ต่อ)

ลำดับ ความเสี่ยง	กรอบแนวคิดตรง1	กรอบแนวคิดตรง2	ความเสี่ยง	โอกาส	เกณฑ์ ประกอบ	ผลกระทบ	เกณฑ์ ประกอบ	ระดับความ รุนแรง
4	C202 นโยบาย ระดับประเทศ		การตอบสนองนโยบายของกระทรวง	2	ไม่น่า เป็นไปได้	4	บรรลุ เป้าหมายต่ำ กว่ามาก	14
12	I101 ความสามารถ ของระบบ		GPP เกสักรเต็มเวลา	1		1		1
2	I102 การติดตาม ประเมิน		ไม่ได้ทำประจำ ไม่มีการประเมินโครงการที่ ชัดเจน	4	น่าจะเกิด เหตุการณ์	4	บรรลุ เป้าหมายต่ำ กว่ามาก	21
6	I103 ระบบบริการ ทางเลือก		กรณีไม่สะดวกที่ร้านยา—รพสต.	4	น่าจะเกิด เหตุการณ์	2	1-2 ราย	8
7	I104 กระบวนการ วางแผนการเงิน		ไม่ทราบข้อมูล	3	เป็นไปได้ที่ จะเกิด	2	1-2 ราย	7
10	I105 การคัดเลือกร้าน ยา		GPP -คุณภาพการดูแลผู้ป่วย	2	ไม่น่า เป็นไปได้	2	น้อย	4
5	I201 การสนับสนุน ด้านคน			3	เป็นไปได้ที่ จะเกิด	3	ต้องให้ความ สนใจ	13
5	I202 การสนับสนุน ด้านอุปกรณ์			3	เป็นไปได้ที่ จะเกิด	3	ต้องให้ความ สนใจ	13
5	I203 งบประมาณ			3	เป็นไปได้ที่ จะเกิด	3	ต้องให้ความ สนใจ	13
10	P101 การ ประชาสัมพันธ์		ยังไม่เพียงพอ	2	ไม่น่า เป็นไปได้	2	1-2 ราย	4

ตารางที่ 5 (ต่อ)

ลำดับความ เสี่ยง	กรอบแนวคิดรอง1	กรอบแนวคิดรอง2	ความเสี่ยง	โอกาส	เกณฑ์ ประกอบ	ผลกระทบ	เกณฑ์ ประกอบ	ระดับความ รุนแรง
3	P102 กระบวนการ คัดเลือกผู้ป่วย		มีหลายขั้นตอน	3	เป็นไปได้ที่ จะเกิด เหตุการณ์	4	มีผล แตกต่าง จากตัวชี้วัด 20-50%	15
11	P103 ระบบการนัด หมาย	P1031 ออกใบนัด P1032 กรณีไม่มาตามนัด		2	ไม่น่า เป็นไปได้	1	1-2 ราย	2
8	P104 ระบบเอกสาร ฐานข้อมูล		ไม่มีการเชื่อมต่อข้อมูลออนไลน์	3	เป็นไปได้ที่ จะเกิด เหตุการณ์	1	เล็กน้อย	6
10	P105 ระบบการ สื่อสาร	P1051 ระหว่างเภสัชกรร้านยา และโรงพยาบาล P1052 ระหว่างเภสัชกรร้านยา และผู้ป่วย	เภสัชกรร้านยาไม่ได้ติดต่อแพทย์โดยตรง การประสานผู้ใหญ่บ้าน	2	ไม่น่า เป็นไปได้	2	1-2 ราย	4
6	P106 ระบบการ ขนส่ง	P1061 กระบวนการส่งยา P1062 รูปแบบการ	ไม่กำหนดวันส่งยาที่แน่นอน ภาระงานมาก Model 1	2	ไม่น่า เป็นไปได้	3	ต้องให้ความ สนใจ	8
10	P107 การปฏิบัติงาน ของเภสัชกรร้านยา		คล้ายคลึงกันแต่ละร้าน	2	ไม่น่า เป็นไปได้	2	น้อย	4
6	P201 เภสัชกร		ต้องการอบรมวิชาการ	2	ไม่น่า เป็นไปได้	3	ต้องให้ความ สนใจ	8
6	P202 การ ติดต่อสื่อสาร		ยังไม่มีแนวปฏิบัติหากติดต่อผู้ป่วยไม่ได้	2	ไม่น่า เป็นไปได้	3	ต้องให้ความ สนใจ	8

ตารางที่ 5 การประเมินความเสี่ยงตามกรอบแนวคิดรอง 1 และ 2 ของการดำเนินโครงการร้านยาชุมชนอบอุ่นเพื่อให้ถึงเป้าหมายการทำงานเพื่อลดความแออัดของโรงพยาบาล

ลำดับความเสี่ยง	กรอบแนวคิดรอง1	กรอบแนวคิดรอง2	ความเสี่ยง	โอกาส	เกณฑ์ประกอบ	ผลกระทบ	เกณฑ์ประกอบ	ระดับความรุนแรง
9	O101 ผลลัพธ์เชิงคุณภาพ	O101 ความพึงพอใจ		1	เกิดได้ยาก	3	ต้องให้ความสนใจ	5
9		O102 ความสะดวก		1	เกิดได้ยาก	3	ต้องให้ความสนใจ	5
3		O103 การยอมรับ	ยังน้อยระหว่างวิชาชีพ	3	เป็นไปได้ที่จะเกิดเหตุการณ์	4	บรรลุเป้าหมายต่ำกว่ามาก	15
9		O104 ความคุ้มค่า	ไม่ได้กำหนดตัวชี้วัด	1	เกิดได้ยาก	3	ต้องให้ความสนใจ	5
9		O105 ประสิทธิภาพ		1	เกิดได้ยาก	3	ต้องให้ความสนใจ	5
1	O102 ผลลัพธ์เชิงปริมาณ	O101 จำนวนผู้ป่วยไปรับยาน้อย	ได้ต่ำกว่าเป้าหมาย	5	เกิดขึ้นเกือบแน่นอน	4	บรรลุเป้าหมายต่ำกว่ามาก	22
3		O102 ผลลัพธ์ทางคลินิก	ยังไม่มีกรวัดผลอย่างเป็นระบบ	3	เป็นไปได้ที่จะเกิด	4	บรรลุเป้าหมายต่ำกว่ามาก	15

ตารางที่ 6 การประเมินความเสี่ยง ผลกระทบ และการควบคุมความเสี่ยงตามกรอบ CIPP

ขั้นตอนหลัก/ กระบวนการ ทำงานหลัก/ กิจกรรมหลัก (1)	ความเสี่ยง (2)	ปัจจัยเสี่ยง (3)	ประเภท ปัจจัย (4)	ประเภทความเสี่ยง SOFC			ระดับความเสี่ยง			การควบคุมความเสี่ยง ที่มีอยู่ (12)	ผลการควบคุม			ความเสี่ยง ที่เหลืออยู่ (16)	มาตรการควบคุม เพิ่มเติม (17)	ลำดับ ความ เสี่ยง (18)	
				ด้านนโยบาย (S) (5)	ด้านการปฏิบัติงาน (O) (6)	ด้านทรัพยากร (F) (7)	ข้อบังคับ (C) (8)	โอกาส (9)	ผลกระทบ (10)		ระดับความเสี่ยง (11)	เพียงพอ (13)	ไม่เพียงพอ (14)				เพียงพอแต่ไม่ปฏิบัติตาม (15)
บริบทของรพ. ร้อยเอ็ด ต่อ การดำเนิน โครงการร้าน ยาชุมชนอบอุ่น	คณะทำงานยังไม่ สามารถทำให้ทุก ภาคส่วนใน โรงพยาบาล เห็น เป้าหมาย มี ความคาดหวัง	รูปแบบการสื่อสาร ในองค์กร ยังไม่ ทั่วถึง	(✓) ปัจจัย ภายใน (. .) ปัจจัย ภายนอก (. .) ปัจจัยที่ไม่ สามารถ ควบคุมได้	✓				3	3	13	การประชุมติดตามใน กลุ่มงานเภสัชกรรม และรองแพทย์ (ให้ความรู้ในการให้บริการ สำหรับโรคเรื้อรัง และ ติดตามเป้าหมายในทุก เดือน)			✓	บุคลากร ทาง การแพทย์ ยังไม่ทราบ เป้าหมาย ร่วมกัน	1.เชิงนโยบาย— การเพิ่ม งบประมาณ ในการ เพิ่มความมั่นใจในการ ส่งออก 2.การลงหน้างาน OPD 4 ชั้น แต่ละ คลินิก (ยังไม่ได้ให้ เป้าหมายและความ คาดหวังร่วมกัน--การ ประเมินผล) การขยายไปยัง คลินิกเบาหวาน (ยัง มีเงื่อนไขเรื่องค่า strip- การตรวจทาง ห้องปฏิบัติการ)	2

ขั้นตอนหลัก/ กระบวนการ ทำงานหลัก/ กิจกรรมหลัก (1)	ความเสี่ยง (2)	ปัจจัยเสี่ยง (3)	ประเภท ปัจจัย (4)	ประเภทความเสี่ยง SOFC			ระดับความเสี่ยง			การควบคุมความเสี่ยง ที่มีอยู่ (12)	ผลการควบคุม			ความเสี่ยง ที่เหลืออยู่ (16)	มาตรการควบคุม เพิ่มเติม (17)	ลำดับ ความ เสี่ยง (18)	
				ด้านนโยบาย (S) (5)	ด้านการปฏิบัติงาน (O) (6)	ด้านทรัพยากร (F) (7)	ด้านกฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับ (C) (8)	โอกาส (9)	ผลกระทบ (10)		ระดับความเสี่ยง (11)	เพียงพอ (13)	ไม่เพียงพอ (14)				เพียงพอแต่ไม่ปฏิบัติตาม (15)
	ผู้ป่วยสิทธิบัตร ทองยังไม่เข้าร่วม ในโครงการอย่าง เต็มที่ ผู้ที่ต้องการเข้า ร่วมโครงการอยู่ ในสิทธิอื่น	การกำหนดโรคยังไม่กว้างมากพอ ระเบียบและ ข้อตกลงยังไม่ รองรับการทำงาน	(✓) ปัจจัย ภายใน (.✓.) ปัจจัย ภายนอก (. .) ปัจจัยที่ไม่ สามารถ ควบคุมได้				✓	3	2	7	1. ร้ายยาเข้าระบบ ประกันสังคมโดยไม่รับ ค่าตอบแทน 2. ประชุม feedback ของร้านยาไปยัง คณะทำงาน (เหมือน feedback ให้ผู้ตรวจ ราชการ)		✓		1.จำนวน ผู้ป่วยยัง น้อยในกลุ่ม UC 2. ยังไม่เกิด การ เปลี่ยนแปลง เรื่องการ ขยายสิทธิ	1.เพิ่มโรคอื่น เช่น เบาหวาน เป็นต้น 2. นำเสนอผู้ตรวจ ราชการ เพื่อนำเข้า พิจารณา ในภาพ ของนโยบาย ระดับประเทศ ปีละ 2 ครั้ง ในปี 64	4
ปัจจัยนำเข้า ต่อการดำเนิน โครงการ	ความต้องการ ของเภสัชกรต่อ การ update ความรู้ในผู้ป่วย โรคเรื้อรัง ไม่มีรูปแบบการ ติดตาม ประเมินผล	การขาด ประสบการณ์ใน การให้บริการผู้ป่วย โรคเรื้อรัง ขาดรูปแบบความ ต่อเนื่องในการ ติดตามของผลการ ดำเนินการ	(✓) ปัจจัย ภายใน (. .) ปัจจัย ภายนอก (. .) ปัจจัยที่ไม่ สามารถ ควบคุมได้	✓		✓		2	2	4	1.ให้ญาติรับยาแทนได้ ในกรณีผู้ป่วยไม่ สามารถเดินทางไปรับ 2.การปรับเป็น Model 3 (รอรอบของค์การ— ร้านยาเภสัชกร และอีก ร้านยกเลิก) 3.การขยายเพิ่มจำนวน ร้านยาไปต่างอำเภอ 4.การจัดอบรมเตรียม ความพร้อมโดย สสจ	✓			การ ประเมินผล อย่างมีส่วน ร่วม	1.ประชุมร้านยา เข้ามาประชุม ความรู้ประจำปี 2.ความต่อเนื่อง ของการประชุมเพื่อ การประเมิน ติดตามผล 3.การลงหน้างาน OPD 4 ชั้น แต่ละ คลินิก (ยังไม่ให้ เป้าหมายและความ	5

ขั้นตอนหลัก/ กระบวนการ ทำงานหลัก/ กิจกรรมหลัก (1)	ความเสี่ยง (2)	ปัจจัยเสี่ยง (3)	ประเภท ปัจจัย (4)	ประเภทความเสี่ยง SOFC				ระดับความเสี่ยง			การควบคุมความเสี่ยง ที่มีอยู่ (12)	ผลการควบคุม			ความเสี่ยง ที่เหลืออยู่ (16)	มาตรการควบคุม เพิ่มเติม (17)	ลำดับ ความ เสี่ยง (18)
				ด้านนโยบาย (S) (5)	ด้านการปฏิบัติงาน (O) (6)	ด้านทรัพยากร (F) (7)	ข้อบังคับ (C) (8)	ด้านกฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับ (C) (8)	โอกาส (9)	ผลกระทบ (10)		ระดับความเสี่ยง (11)	เพียงพอ (13)	ไม่เพียงพอ (14)			
	ยังไม่มีรูปแบบ ทางเลือกกรณีไม่ สะดวกไปรับยาที่ ร้านยา	รูปแบบการ ให้บริการ Model 1									และรพ.จัดอบรม วิชาการเรื่องการพ่นยา				คาดหวังร่วมกัน--การ ประเมินผล)		
กระบวนการ ดำเนินงาน โครงการ	1.การ ประชาสัมพันธ์ ยังจำกัด ยังไม่ กว้าง 2.การคัดเลือก ผู้ป่วยหลาย ขั้นตอน 3.การเชื่อมต่อ ข้อมูลออนไลน์ 4.การสื่อสาร เภสัชกรร้านยา ยังไม่ตรงถึง แพทย์ 5.ภาระงานรพ. มาก Model 1	รูปแบบการสื่อสาร ยังไม่ชัดเจน ภาระงานใน โรงพยาบาลมาก ต้องการคนเพิ่ม	(✓) ปัจจัย ภายใน (. .) ปัจจัย ภายนอก (. .) ปัจจัยที่ไม่ สามารถ ควบคุมได้	✓	✓			2	3	8	1.การประสานงานผ่าน ไลน์และโทรศัพท์ ระหว่างเภสัชกรรพ. และร้านยา 2.การนัดหมายด้วย เอกสาร 3.รพ.ดูแลระบบการจัด การกระจายยา และ การประสานงานกับ ร้านยาในทุกขั้นตอน 4.หากติดต่อผู้ป่วยไม่ได้ แจ้งกลับรพ.เพื่อ ประสานอสม ในการ ติดตามผู้ป่วย	✓			ภาระงานที่ มากใน โรงพยาบาล ใน model 1	เริ่ม Model 3 เพื่อ การปรับเปลี่ยน รูปแบบการทำงาน (รอดูนำร่อง)	3

ขั้นตอนหลัก/ กระบวนการ ทำงานหลัก/ กิจกรรมหลัก (1)	ความเสี่ยง (2)	ปัจจัยเสี่ยง (3)	ประเภท ปัจจัย (4)	ประเภทความเสี่ยง SOFC				ระดับความเสี่ยง			การควบคุมความเสี่ยง ที่มีอยู่ (12)	ผลการควบคุม			ความเสี่ยง ที่เหลืออยู่ (16)	มาตรการควบคุม เพิ่มเติม (17)	ลำดับ ความ เสี่ยง (18)	
				ด้านนโยบาย (S) (5)	ด้านการปฏิบัติงาน (O) (6)	ด้านทรัพยากร (R) (7)	ข้อบังคับ (C) (8)	ด้านกฎหมายระเบียบ ข้อบังคับ (C) (8)	โอกาส (9)	ผลกระทบ (10)		ระดับความเสี่ยง (11)	เพียงพอ (13)	ไม่เพียงพอ (14)				เพียงพอแต่ไม่ปฏิบัติตาม (15)
	6.ยังไม่มีแนวปฏิบัติหากติดต่อผู้ป่วยไม่ได้																	
ผลลัพธ์	จำนวนผู้ป่วยเข้าร่วมยังต่ำกว่าเป้าหมาย ยังไม่มีรูปแบบการวัดผลอย่างเป็นระบบ	การรับรู้ผลการดำเนินงานและการสื่อสารเพื่อเพิ่มความมั่นใจให้กับแพทย์ต่อการดำเนินงานที่ร้านยา	(✓) ปัจจัยภายใน (. .) ปัจจัยภายนอก (. .) ปัจจัยที่ไม่สามารถควบคุมได้	✓	✓				3	4	15	1.มีการประเมินความพึงพอใจ โทรติดตามผู้ป่วย (สุ่ม) ระดับดีมาก-ดี ร้อยละ 90% (ไตรมาสที่ 2 ปี 63) 2.ญาติมารับแทนโดยให้เป็นญาติที่สามารถให้ข้อมูลได้ (จากรายงานของร้านยาในระบบ) 3.ข้อมูลของร้านยาได้ลง hosxp ทุกราย 4.ประเมินและติดตามรายเดือน เรื่องการเข้า ER/admit ในระหว่างการเข้าโครงการ	✓			แพทย์อยากทราบข้อมูลย้อนกลับไปหาแพทย์ว่าคนไข้เป็นอย่างไร	คณะกรรมการลดความแออัดโดยกลไกร้านยา--ทำ feedback กลับให้แพทย์ เรื่องคุณภาพการให้บริการ รายเดือน (แจ้งพร้อมยอดผู้เข้าร่วมโครงการ)	1

สรุปและอภิปรายผล

ผลการดำเนินโครงการนำร่องให้ผู้ป่วยรับยาที่ร้านยาเพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด ได้มีการดำเนินกิจกรรมอย่างมีส่วนร่วมกับพื้นที่ จำนวน 3 ครั้ง การจัดกิจกรรมกลุ่มกับเภสัชกร พบว่าโครงการนี้เปิดบทบาทวิชาชีพ ได้รับการยอมรับจากชุมชนมากขึ้น เภสัชกรได้ทำงานประสานในพื้นที่ที่รู้จักกันมากขึ้น ยินดีและพร้อมให้บริการอย่างเต็มที่และเห็นความยั่งยืนของโครงการนี้ การระบุความเสี่ยงจากปัจจัยตามกรอบการวิเคราะห์ CIPP พบว่าความเสี่ยงในระดับสูงมาก (สีแดง) มี 3 ประเด็นคือ ประเด็น 1) ความแออัดในโรงพยาบาล 2) การติดตามประเมินผล และ 3) ผลลัพธ์เชิงปริมาณ จำนวนผู้เข้ารับบริการที่ร้านยา ระดับความเสี่ยงในระดับสูง ประกอบด้วย 8 ประเด็น (สีน้ำตาล) ได้แก่ 1) กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการคัดเลือก 2) การตอบสนองนโยบายของกระทรวง 3) การสนับสนุนด้านคน 4) การสนับสนุนด้านอุปกรณ์ 5) การสนับสนุนด้านงบประมาณ 6) กระบวนการคัดเลือกผู้ป่วย 7) การยอมรับระหว่างวิชาชีพ และ 8) ผลลัพธ์ทางคลินิก การวางแผนการควบคุมและติดตามความเสี่ยง ครอบคลุม การประสานงานตัวชีวิตในระดับผู้ปฏิบัติงานในคลินิก การปรับรื้อนโยบายการสนับสนุน การขยายจำนวนโรคเพื่อคัดเลือกคนไข้มากขึ้น กำหนดวาระการนำเสนอปัญหาอุปสรรคให้กับผู้ตรวจปีละ 2 ครั้ง การเริ่มปรับโมเดลเป็นโมเดล 3 เพื่อการลดภาระงานในโรงพยาบาลมากขึ้น และการ feedback คุณภาพการให้บริการของร้านยาต่อแพทย์ผู้รักษา

จุดเด่นของการศึกษานี้คือ เป็นการศึกษาอย่างมีส่วนร่วมกับพื้นที่เพื่อค้นหาความเสี่ยงและการวางแผนในการควบคุมความเสี่ยงเพื่อพัฒนาโครงการนี้ให้ไปถึงเป้าหมายที่ตั้งไว้ อย่างไรก็ตามการดำเนินงานมีความจำกัดจากแผนการดำเนินงานของโครงการที่ได้วางแผนในการลงพื้นที่เดือนละ 1 ครั้ง เนื่องด้วยการศึกษาอยู่ในช่วงของการระบาดของโรค COVID-19 การสัมภาษณ์ส่วนใหญ่จึงเป็นการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ อย่างไรก็ตามข้อดีของการให้ข้อมูลอย่างไม่เผชิญหน้าคือ ผู้ถูกสัมภาษณ์สามารถแสดงความคิดเห็นได้อย่างเต็มที่ และอีกหนึ่งข้อจำกัดคือ จำนวนผู้ป่วยที่สัมภาษณ์ได้มีจำนวน 2 คน อย่างไรก็ตามได้ข้อมูลที่ສາມາດສະທ້ອນถึงโครงการสอดคล้องกับความต้องการของพื้นที่และผลลัพธ์ที่ดีสำหรับผู้ป่วย

ในบริบทของโครงการต่อโรงพยาบาลร้อยเอ็ด ซึ่งทำให้สัมภาษณ์ได้แสดงให้เห็นความแออัดทั้งจำนวนคนไข้ที่มาก พื้นที่คลินิกที่แบ่งย่อยมีพื้นที่จำกัด การรอคอยการรับยาของผู้ป่วยที่ใช้เวลาตั้งแต่เช้ามีต้อออกจากบ้าน จนได้ยากกลับบ้าน และนโยบายของการดำเนินงานเป็นแบบ top-down policy แสดงให้เห็นการตอบสนองต่อนโยบายนี้ทั้งระบบการทำงาน อย่างไรก็ตามเนื่องด้วยนโยบายจำกัดเฉพาะสิทธิ UC ซึ่งมีผู้ยังไม่ได้รับการตอบรับอย่างกว้างขวางและสิทธิการรักษาอื่นแสดงความสนใจแต่ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการได้ ซึ่งผลในส่วนบริบทแสดงให้เห็นว่าโครงการนี้ตอบสนองความต้องการของพื้นที่สอดคล้องกับการศึกษาในจังหวัดอื่น [22] และการขนาดสิทธิเพื่อการเข้าถึงของผู้ป่วยควรได้รับการพิจารณาร่วมกับผู้ตรวจราชการต่อไป

ในปัจจุบันนำเข้า รูปแบบของระบบได้ออกแบบให้ร้านยาที่ปฏิบัติตามหลัก Good Pharmacy Practice (GPP) เข้าร่วมให้บริการจ่ายยาต่อเนื่องให้กับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งเภสัชกรร้านยาต้องการการอบรมเพื่อเพิ่มประสบการณ์และความรู้เพื่อการพัฒนาการให้บริการที่ดีขึ้น ซึ่งได้วางแผนลดความเสี่ยงในเรื่องนี้โดยมีแผนการจัดประชุมประจำปีเพื่อเพิ่มพูนความรู้ให้กับเภสัชกรอย่างต่อเนื่อง ในการประเมินผลเชิงระบบยังไม่มีรูปแบบชัดเจนในเรื่องความต่อเนื่องในการติดตามประเมินผล และการถ่ายทอดตัวชี้วัดหรือเป้าหมายของการดำเนินโครงการร่วมกัน ซึ่งได้บรรจุในแผนลดความเสี่ยงในปี 2664 นี้ และระบบได้ออกแบบทางเลือกสำหรับผู้ป่วยที่ไม่สะดวกไปรับยาที่ร้านยา สามารถให้ญาติที่สามารถให้ข้อมูลผู้ป่วยได้ไปรับยาแทน ซึ่งได้มีการดำเนินการเพื่ออำนวยความสะดวกแล้ว

ในกระบวนการดำเนินงาน โรงพยาบาลร้อยเอ็ดได้มีการตั้งกรรมการที่ชัดเจน มีการประชุมติดตามงาน และการประสานงานหลายภาคส่วนในพื้นที่ การตั้งเกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ป่วย การประสานงานเชิงนโยบาย และการประสานงานในระดับบุคคล การเริ่มต้นจากความพร้อมของแต่ละคลินิก ความเสี่ยงที่อยู่ในแผนการควบคุมเกี่ยวข้องกับรูปแบบการจ่ายยาที่จะปรับจากแบบที่ 1 เป็นแบบที่ 3 ที่เชื่อว่าจะทำให้ภาระงานของบุคลากรในโรงพยาบาลลดลง ในการจัดหา จัดเตรียม และการกระจายยาไปยังร้านยา เนื่องด้วยจำนวนคนไข้ที่ยังไม่ถึงเป้าหมาย ระบบการทำงานยังเป็นระบบ manual ในการค้นหาผู้ป่วย ซึ่งแตกต่างกับจังหวัดอื่น เช่น กาลสินธุ์ ที่มีระบบการคัดกรองผู้ป่วยที่สามารถเข้าเกณฑ์ตั้งแต่เดินเข้ามาในคลินิกนั้น การกำหนดและการถ่ายทอดเป้าหมายของโครงการไม่ได้มีการส่งผ่านไปยังผู้ปฏิบัติ อาจส่งผลทำให้การดำเนินงานค่อยๆ ดำเนินงานไปตามระบบ ยังไม่สร้างความท้าทายสำหรับผู้ปฏิบัติในแต่ละส่วนที่เกี่ยวข้อง และรูปแบบการประเมินผลดำเนินงานยังขาดการมีส่วนร่วมระหว่างผู้เกี่ยวข้อง

ผลลัพธ์ของการดำเนินงาน พบว่าจำนวนผู้ป่วยเข้ารับบริการยังน้อยซึ่งมีประมาณร้อยละ 10 และยังไม่ถึงเป้าหมายที่ผู้ดำเนินโครงการตั้งไว้ ผลจากการสัมภาษณ์ผู้เข้ารับบริการพบว่าอยู่ในระดับดีมาก ในเรื่องความสะดวก ความพึงพอใจ อาจจะมีความเห็นเรื่องร้านยามีความคับแคบในบางร้าน ซึ่งควรเป็นประเด็นที่ไม่ควรละเลยในการพัฒนาต่อเนื่อง ในการควบคุมความเสี่ยงเห็นสอดคล้องกันในเรื่องการให้ feedback แพทย์ประจำคลินิกในเรื่องผลลัพธ์ของผู้ป่วยและคุณภาพของการให้บริการที่ร้านยา

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย เนื่องด้วยการศึกษานี้ได้เสร็จสิ้นการประเมินความเสี่ยงและการควบคุมความเสี่ยงจากตัวแทนซึ่งสามารถใช้เป็นข้อมูลนำเข้าเพื่อการจัดทำการประเมินความเสี่ยงการควบคุมความเสี่ยงอย่างมีส่วนร่วมกับผู้ดำเนินการที่เกี่ยวข้องร่วมกันต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. จำนวนผู้ป่วยนอกจำแนกตามกลุ่มสาเหตุป่วย 21 โรค จากสถานบริการสาธารณสุข ของกระทรวงสาธารณสุข ทัวราชอาณาจักร พ.ศ. 2552 - 2560 [Internet]. [cited 5 กันยายน 2562]. Available from:
<http://statbbi.nso.go.th/staticreport/page/sector/th/05.aspx>.
2. สำนักสารนิเทศ ก. สธ. ใช้ 3 ยุทธศาสตร์ลดแออัดโรงพยาบาลใหญ่ 2561 [Available from:
<https://pr.moph.go.th/index.php?url=pr/detail/2/04/117764/>].
3. สุรศักดิ์ ไชยสงค์, กมลพัฒน์ มากแจ้ง, โสภิต นาสืบ. การศึกษาการพัฒนาาระบบติดตามประเมินผลโครงการยุทธศาสตร์ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับจังหวัด การศึกษาจากพื้นที่ 25 จังหวัด. เอกสารเสนอต่อคณะกรรมการพิจารณาวิชาการฯ นโยบายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 2560.
4. Shier ML and Turpin A. (2019). An evaluative approach to identify social innovations within human service organizations: Case examples of a performative stage of developmental evaluation. *Human Service Organizations: Management, Leadership & Governance*. 43(3): 171-187.
5. Blachet-Cohen N, Geoffroy P, Hoyos LM. (2018). Seeking culturally safe developmental evaluation. Supporting the shift in services for indigenous children. *Journal of Multidisciplinary evaluation*, 14(31): 19-31.
6. Landers G, Price K, Minyard K. (2018). Developmental evaluation of a collective impact initiative: insights for foundations. *The Foundation Review*, 10(2).
7. วิลาวัลย์ ทุนดี, ปวีตรา พูลบุตร, สายทิพย์ สุทธิรักษา, ภัทรินทร์ กิตติบุญญาคุณ, ปาริโมก เกิดจันทิก, สมคิด เจนกลาง, et al. การบริหารทางเภสัชกรรมและจ่ายยาต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยเบาหวานประเภทที่ 2 ใน รานยามหาวิทยาลัย. *วารสารเภสัชกรรมไทย*. 2560;9(1):192-203.
8. ระพีพรรณ ฉลองสุข, สุรสิทธิ์ ล้อจิตรอำนวย วส. การศึกษาเปรียบเทียบระบบบริการจ่ายยาตามใบสั่งแพทย์ให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ที่โรงพยาบาลกับที่ร้านยาคุณภาพ. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*. 2550;1(3-4):249-61.

9. พยอม สุขเอนกนันท์, บุษบา ไทวรรณ, พีรยา สมสะอาด, อภิสรา คำวัฒน์, ธนนรงค์ รัตน์โชติพานิช, รัตนา เสนาหนอก, et al. การเปรียบเทียบผลสัมฤทธิ์ของการบริหารทางเภสัชกรรมผู้ป่วยเรื้อรังที่รับยา
ต่อเนื่องระหว่างร้านยาคุณภาพ และศูนย์แพทย์ชุมชน จังหวัดมหาสารคาม. วารสารวิจัยระบบ
สาธารณสุข. 2555;6(1):100-11.
10. ชวนชม ธนานิธิศักดิ์, ศุจีรัตน์ ถาดิ, สุพิชฌาย์ อังกาบสุวรรณ, เหมยเสียน พงศ์วิไลรัตน์, ธีรพล ทิพย์
พยอม. การสำรวจความต้องการช่องทางการเติมยาของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง. วารสารเภสัชกรรมไทย.
2562;11(3):504-14.
11. วราภรณ์ เขมโชติกูร, เพ็ญพิศ นุกูลสวัสดิ์. การพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิเครือข่ายแบบมีส่วนร่วม
เพื่อลดความแออัดโรงพยาบาลบุรีรัมย์. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์.
2554;26(2):319-29.
12. วชิรญา จีงเจริญรสสุข. ประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในคลินิกในฝัน.
วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์. 2556;28(3):183-96.
13. วิวรรธน์ อัครวิเชียร, จิรัฐดา คำสีเขียว, ดวงทิพย์ หงษ์สมุทร, พิมลศรี แสงคาร์, พยอม สุขเอนกนันท์.
มุมมองของผู้บริหารต่อการนำร้านยาเข้าเชื่อมโยงกับระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. วารสารวิจัย
ระบบ
สาธารณสุข. 2552;3(4):573-80.
14. วิวรรธน์ อัครวิเชียร, ดวงทิพย์ หงษ์สมุทร, ชาญชัย จารุภาชนัน, พิมลศรี แสงคาร์. การนำร้านยาเอกชน
เข้าร่วมเครือข่ายเพื่อให้บริการเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยคลินิกชุมชนอบอุ่น: ปัจจัยที่จำเป็น. วารสารวิชาการ
สาธารณสุข. 2551;17(5):706-11.
15. Patton, Michael Quinn (2008). Utilization-Focused Evaluation. Sage Publication.
16. Woodhouse LD, Livingood WC, Toal R, et al. (2015). Evaluation of Diverse Community
Asthma Interventions: Balancing Health Outcomes with Developing Community
Capacity for Evidence-Based Program Measurement. *Popul Health Manag*, 18 (5): 342-
50.

17. Laycock A, Bailie J, Matthews V, et al. (2017). A developmental evaluation to enhance stakeholder engagement in a wide-scale interactive project disseminating quality improvement data: Study protocol for a mixed-methods study. *BMJ Open*, 7(7): e016341.
18. Hudon C, Chouinard M-C, Couture M, et al. (2014). Partners for the optimal organisation of the healthcare continuum for high users of health and social services: protocol of a developmental evaluation case study design. *BMJ Open*, 4: e006991.
19. Langeveld K, Stronks K, Harting J. (2016). Use of a knowledge broker to establish healthy public policies in a city district: a developmental evaluation. *BMC Public Health*, 16: 271.
20. Knesebeck, O von dem, Joksimovic L, Badura B, et al. (2002). Evaluation of a community-level health policy intervention. *Health Policy*, 61 (1): 111-22.
21. Dozois, Elizabeth, Langlois Marc & Blanchet-Cohen Natasha (2010). A Practitioner's Guide to Developmental Evaluation. The J.W. McConnell Family Foundation and the International Institute for Child Rights and Development.
22. นุศราพร เกษสมบูรณ์, วรณิ ชัยเฉลิมพงษ์, อรณูช ทองจันดี, สุกัญชา หมวดทอง, กิตติยา ปิยะศิลป์, นิสรา ศรีสุระ. รายงานฉบับสมบูรณ์ การประเมินผลเชิงพัฒนาโครงการนำร่องผู้ป่วยรับยาที่ร้านยาเพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาลจังหวัดขอนแก่น.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก ใบรับรองจริยธรรมงานวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม



คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

เลขที่การรับรอง : 194/2563

ชื่อโครงการวิจัย (ภาษาไทย) การประเมินผลเชิงพัฒนา (Developmental Evaluation) โครงการนำร่องให้ผู้ป่วย
รับยาที่ร้านขายยาเพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด

ชื่อโครงการวิจัย (ภาษาอังกฤษ) Developmental evaluation of a pilot program to reduce
overcrowding at Roi Et Hospital by allowing patients to receive medications from nearby
pharmacies.

ผู้วิจัย : ผู้ช่วยศาสตราจารย์พริษา ศรีเมือง

หน่วยงานที่รับผิดชอบ : คณะเภสัชศาสตร์

สถานที่ทำการวิจัย : คณะเภสัชศาสตร์ และ เขตจังหวัดร้อยเอ็ด

ประเภทการพิจารณาแบบ : แบบเร่งรัด

วันที่รับรอง : 24 กรกฎาคม 2563

วันหมดอายุ : 23 กรกฎาคม 2564

ข้อเสนอการวิจัยนี้ ได้รับการพิจารณาและให้ความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
มหาวิทยาลัยมหาสารคามแล้ว และอนุมัติในด้านจริยธรรมให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องข้างต้นได้ บนพื้นฐานของ
โครงร่างงานวิจัยที่คณะกรรมการฯ ได้รับและพิจารณา เมื่อเสร็จสิ้นโครงการแล้วให้ผู้วิจัยส่งแบบฟอร์มการปิด
โครงการและรายงานผลการดำเนินงานมายังคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หรือ
หากมีการเปลี่ยนแปลงใดๆ ในโครงการวิจัย ผู้วิจัยจักต้องยื่นขอรับการพิจารณาใหม่

.....ภรณ์ สว่างจิตร์.....

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เกษียรหญิงรัตริ์ สว่างจิตร์)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)

ภาคผนวก ข แบบสัมภาษณ์

โครงการประเมินผลเชิงพัฒนา (Developmental Evaluation) โครงการนำร่องให้ผู้ป่วยรับยาที่ร้านขายยาเพื่อลดความแออัดโรงพยาบาลร้อยเอ็ด

ขั้นที่ 1 ทักทายสร้างบรรยากาศ และแจ้งวัตถุประสงค์ของการศึกษาและลงนามยินยอมในแบบยินยอม

เพศ _____ ช/ญ อายุ _____ ปี สถานภาพสมรส.....

ตำแหน่งปัจจุบัน/ประสบการณ์การทำงาน _____

ระยะเวลาในการทำงานในตำแหน่ง _____ ปี

กรณีผู้ให้สัมภาษณ์เป็นเภสัชกรร้านยา

มีร้านยาก็สาขา.....

เข้าร่วมโครงการมาเป็นเวลา.....ปี

มีผู้ป่วยที่ให้บริการจำนวน.....คน

ท่านเป็นผู้ให้บริการเองหรือไม่.....

มีเภสัชกรที่คนเป็นผู้ให้บริการ.....

ขั้นที่ 2 คำถาม

ข้อคำถาม	ผู้บริหาร	ผู้ให้บริการ	ผู้ป่วย
Context			
1. ท่านคิดอย่างไรกับโครงการลดความแออัดด้วยร้านยาชุมชนอบอุ่นของจังหวัดร้อยเอ็ด			
○ วัตถุประสงค์ของโครงการ	*	**	
○ วิสัยทัศน์(ภาพฝัน/ภาพที่อยากเห็น)ของหน่วยงาน/ร้านยาของท่าน (ทำเพื่อตอบโจทย์อะไร)	*	**	
○ รู้จักโครงการนี้ได้อย่างไร / อะไรเป็นสาเหตุที่ท่านตัดสินใจเข้าร่วมโครงการ	*	**	***
○ ปัญหาในระบบการให้บริการผู้ป่วยอย่างไรบ้าง	*	**	***
○ ท่านคิดว่าความแออัดของโรงพยาบาลเป็นอย่างไร			
○ ปัญหาอื่นๆ			
2. ความมั่นใจต่อระบบบริการของร้านยาเพื่อการส่งต่อ (ถ้าเป็นเภสัชกรร้านยาให้ถามว่าท่านมีความมั่นใจที่จะรับการส่งต่อจากโรงพยาบาลหรือไม่)	*	**	***
3. มีความคาดหวังหรือเป้าหมาย (ประโยชน์) อะไรบ้าง ภายหลังเข้าร่วมโครงการ	*	**	***
4. การตั้งเป้าหมายของการดำเนินการเพื่อลดความแออัด จากร้านยาที่เข้าร่วมโครงการเพียงพอต่อความต้องการอย่างไรหรือไม่ อย่างไร	*	**	***
Input			
1. การจัดระบบเพื่อรองรับโครงการนี้ทางรพ./สสจ/ร้านยา จัดเตรียมอย่างไร (ทั้งโครงการเตรียมให้ และส่วนที่เตรียมเอง)	*	**	***
○ ทุน งบประมาณ	*	**	
○ คน ผู้ประสานงาน ผู้กำกับติดตาม การอบรม การพัฒนา	*	**	

○ เกณฑ์คัดเลือกร้านยา	*	**	***
○ การประสานงานภายใน	*	**	***
○ ค่าตอบแทน	*	**	
○ การประชาสัมพันธ์ (การรับรู้)	*	**	***
2. ฐานข้อมูลคนไข้และการตรวจสอบระหว่างร้านยาและโรงพยาบาล			
3. รูปแบบการจ่ายยา (Model 1-2-3) ระบบการประกันการได้รับยา และระบบตรวจสอบ	*	**	***
4. มีรูปแบบที่จัดเตรียมอำนวยความสะดวก และคุ้มค่ากับการลงทุนหรือไม่	*	**	
Process			
1. ท่านมีส่วนร่วมในโครงการนี้อย่างไรบ้าง	*	**	
2. การดำเนินโครงการเป็นไปตามแผนที่วางไว้หรือไม่	*	**	
○ จำนวนผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการเป็นไปตามเป้าหมายหรือไม่	*	**	
○ กระบวนการคัดเลือก/เกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ป่วย	*	**	
○ กรณีผู้ป่วยปฏิเสธเข้าร่วมโครงการ (หรือไม่มารับยาต่อเนื่องจากตามกำหนด) แก้ไขอย่างไร	*	**	
○ การรับยาอย่างต่อเนื่อง (การคงอยู่ของผู้ป่วยในโครงการ)	*	**	***
○ ระบบการนัดหมาย	*	**	***
○ มีการติดตามการดำเนินโครงการ	*	**	***
○ ระบบข้อมูล และการเชื่อมต่อข้อมูล รพ.-ร้านยา ทำอย่างไรบ้าง	*	**	
○ วิธีการสื่อสารกับผู้ป่วยเพื่อให้อยู่ในโครงการอย่างต่อเนื่อง (วาจา เอกสาร บันทึก แอปพลิเคชัน)	*	**	***
3. ช่องทางการสื่อสารระหว่างแพทย์และเภสัชกรร้านยา	*	**	
4. กระบวนการส่งยาและเก็บรักษา ยา ในทางปฏิบัติเป็นอย่างไร	*	**	
5. รูปแบบการให้บริการของเภสัชกร เช่น เทคนิค อุปกรณ์ เวลาที่ใช้ เป็นอย่างไร (กรณีร้านยาให้ขอภาพถ่ายร้านยา)	*	**	***
Product			
1. การดำเนินโครงการมีส่วนไหนที่ชอบ	*	**	***
2. การดำเนินโครงการมีส่วนไหนพบปัญหา/อุปสรรคอะไรระหว่างดำเนินโครงการ ปัญหาไหนที่คิดว่าสำคัญ 3 ลำดับแรก	*	**	***
3. คิดว่าร้านยาได้รับการยอมรับร่วมให้บริการครั้งนี้มากน้อยอย่างไร			
○ ความร่วมมือของแต่ละภาคส่วน (แพทย์ พยาบาล เภสัชกร ผู้ป่วย สารสนเทศ อื่นๆ)	*	**	***

○ ลักษณะการทำงานชัดเจน ตรวจสอบได้	*	**	***
4. สุดท้ายนี้ท่านขอเสนอแนะเพิ่มเติม	*	**	***

ขั้นที่ 3 แสดงความขอบคุณสำหรับการให้ข้อมูลเพื่อการพัฒนางานเภสัชกรรมเพื่อประโยชน์ต่อสังคมต่อไป