

# รายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์ การประเมินผลเชิงพัฒนา (Developmental Evaluation) โครงการนำร่องผู้ป่วยรับยาที่ร้านยาเพื่อลดความแออัด ในโรงพยาบาลจังหวัดขอนแก่น

Developmental evaluation of the pilot program on drug-dispensing services  
in pharmacies to reduce hospital overcrowding, KhonKaen Province



โดย  
รศ.ดร.ภญ.นุศราพร เกษสมบูรณ์  
ผศ.ดร.ภญ.วรรณิ ชัยเฉลิมพงษ์  
ดร.ภญ.อรนุช ทองจันต์  
ภญ.สุกัญญา หมวดทอง  
ภญ.กิตติยา ปิยะศิลป์  
ภญ.นิสรา ศรีสุระ

# รายงานฉบับสมบูรณ์

การประเมินผลเชิงพัฒนา

โครงการนำร่องผู้ป่วยรับยาที่ร้านยาเพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาล

จังหวัดขอนแก่น

(Developmental evaluation of the pilot program on drug-dispensing services in pharmacies to reduce hospital overcrowding, KhonKaen Province)



โดย

รศ.ดร.ภญ.นุศราพร เกษสมบูรณ์

ผศ.ดร.ภญ.วรรณี ชัยเฉลิมพงษ์

ดร.ภญ.อรนุช ทองจันดี

ภญ.สุกัญญา หมาดทอง

ภญ.กิตติยา ปิยะศิลป์

ภญ.นิสรา ศรีสุระ

## บทนำ

การประเมินผลเชิงพัฒนาโครงการนำร่องผู้ป่วยรับยาที่ร้านยา เพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาล จังหวัดขอนแก่น เป็นส่วนหนึ่งของการประเมินผลโครงการนำร่องให้ผู้ป่วยรับยาที่ร้านขายยาเพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาล ซึ่งเป็นโครงการที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เริ่มดำเนินการทั่วประเทศในเดือนตุลาคม พ.ศ.2562 ในระยะแรกจะดำเนินการพัฒนาระบบบริการภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยนำร่องในโรงพยาบาล 50 แห่ง และเครือข่ายร้านขายยาคุณภาพ 500 แห่งทั่วประเทศ โดยจะเริ่มในโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลทั่วไปที่มีความพร้อมในเดือนตุลาคม 2562 เน้นจ่ายยาให้ผู้ป่วย 4 กลุ่มโรค คือ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคทางจิตเวช และหอบหืดหรือโรคเรื้อรังที่ไม่มีความซับซ้อนในการดูแล การดำเนินงานในรูปแบบเครือข่ายระหว่างโรงพยาบาลและร้านยาใน 3 รูปแบบโดยโรงพยาบาลเป็นผู้รับผิดชอบยาและได้รับการชดเชยค่ายา รูปแบบการดำเนินงานได้แก่

รูปแบบที่ 1 โรงพยาบาลเป็นผู้จัดยารายบุคคลและส่งยาไปที่ร้านยาเพื่อจ่ายยาให้กับผู้ป่วย

รูปแบบที่ 2 โรงพยาบาลนำยาไปสำรองไว้ที่ร้านยา และให้เภสัชกรร้านขายยาเป็นผู้จัดยารายบุคคลตามใบสั่งแพทย์

รูปแบบที่ 3 ร้านขายยาเป็นผู้จัดซื้อยาและสำรองยา และจ่ายยาให้กับผู้ป่วย โดย โรงพยาบาลเป็นผู้ตามจ่ายค่ายาให้ร้านยา (กำหนดราคายามาตรฐานที่โรงพยาบาลจะจ่ายให้กับร้านยา)

สำหรับจังหวัดขอนแก่น ที่ผ่านมาได้ดำเนินงานในรูปแบบที่ 1 และ 2 และการประเมินผลเชิงพัฒนาในครั้งนี้มีเป้าหมายการประเมิน เพื่อสนับสนุนให้การดำเนินงานให้การรับยาที่ร้านยาเป็นส่วนหนึ่งของการให้บริการของโรงพยาบาล

## บทคัดย่อ

การประเมินผลเชิงพัฒนา (Developmental Evaluation) เป็นการประเมินที่เน้นการเรียนรู้ การปรับตัว และสอดคล้องกับการนำไปใช้ เพื่อให้สามารถใช้ผลการประเมินเป็นแนวทางในการพัฒนา และการปรับตัวได้ทันที เป็นแนวทางที่ได้นำมาใช้มากขึ้นในการประเมินโครงการ โดยเฉพาะโครงการ ที่เกิดใหม่ ดังเช่นโครงการนำร่องให้ผู้ป่วยรับยาที่ร้านยาเพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาล ที่ดำเนินการใน จังหวัดขอนแก่น

การประเมินผลเชิงพัฒนาในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนากระบวนการดำเนินงานโครงการ นำร่องให้ผู้ป่วยรับยาที่ร้านยา จังหวัดขอนแก่น เพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาลภายใต้ระบบหลักประกัน สุขภาพถ้วนหน้าให้บรรลุตามเป้าหมายที่วางไว้ ใช้วิธีวิจัยแบบผสมผสานทั้งเชิงคุณภาพและปริมาณ (Mixed method) ดำเนินการประเมินในระหว่าง ตุลาคม 2562 – พฤศจิกายน 2563 ดำเนินการประเมิน อย่างต่อเนื่องผนวกไปกับการทำงานของคณะทำงานในระดับจังหวัดและระดับเขตสุขภาพ โดยทีมประเมิน เข้าร่วมสังเกตการณ์การดำเนินงานของคณะทำงานโครงการลดความแออัดโรงพยาบาลโดยใช้กลไก ร้านยาภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามนโยบายของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดขอนแก่น และร่วมให้ข้อเสนอแนะในฐานะคณะทำงานพัฒนาระบบบริการเพื่อลดความแออัด ในโรงพยาบาลโดยระบบบริการเภสัชกรรมชุมชนร่วมกับร้านยาแผนปัจจุบัน เขต 7 รวมทั้งการนำเสนอ ผลการประเมินจากพื้นที่ต่อคณะกรรมการระดับประเทศ (คณะกรรมการวิเคราะห์ข้อเสนอทางเลือกเชิง นโยบายและติดตามผลการดำเนินนโยบายให้ผู้ป่วยรับยาที่ร้านยาเพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาล)

เป้าหมายหลักของการประเมินคือ ให้การรับยาที่ร้านยาเป็นส่วนหนึ่งของการให้บริการของ โรงพยาบาล โดยมีตัวชี้วัดของเป้าหมาย ได้แก่ จำนวนผู้ป่วยที่มารับยาที่ร้านยาอย่างต่อเนื่อง จำนวน กลุ่มโรคที่เพิ่มขึ้น รูปธรรมที่พัฒนาจากการดำเนินโครงการนี้ที่สำคัญคือ การสร้างทีมงานร่วมร้านยา โรงพยาบาล เพื่อดูแลผู้ป่วยในเขตเมือง ผ่านโครงการนำร่องส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลมารับยาที่ร้านยา กระบวนการพัฒนาที่สำคัญคือ การจัดการปัญหาการสื่อสารและการพัฒนาระบบสารสนเทศระหว่าง ร้านยาและโรงพยาบาล

**คำสำคัญ:** การประเมินผลเชิงพัฒนา ร้านยา ลดความแออัด

## กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยใคร่ขอขอบคุณสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ซึ่งเป็นผู้สนับสนุนงบประมาณในการดำเนินโครงการประเมินผลเชิงพัฒนาโครงการนำร่องผู้ป่วยรับยาที่ร้านยาเพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาล

ขอขอบคุณโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพที่รับผิดชอบการประเมินส่วนกลางรวมทั้งช่วยประสานงาน อำนวยความสะดวกในด้านต่าง ๆ จนทำให้การประเมินฯ ในครั้งนี้สำเร็จลุล่วงเป็นอย่างดี

ขอขอบคุณ ผศ.ดร.ภญ.รุ่งแพ็ชร สกุลบำรุงศิลป์ ผศ.ดร.ภญ.กุลจิรา อุดมอักษร และ รศ.ดร.ภก.สุรศักดิ์ ไชยสงค์ ที่กรุณาร่วมพัฒนาแนวทางในการประเมินเชิงพัฒนาในภาพรวมของทีมงานประเมินผลเชิงพัฒนาส่วนกลาง

คณะผู้วิจัย  
ธันวาคม 2563

## สารบัญ

	หน้า
บทนำ	ก
บทคัดย่อ	ข
กิตติกรรมประกาศ	ค
สารบัญ	ง
สารบัญตาราง	ฉ
สารบัญภาพ	ช
บทสรุปผู้บริหาร	1
บทที่ 1 ความสำคัญ และการทบทวนวรรณกรรม	5
1.1 ความสำคัญ	5
1.2 การทบทวนวรรณกรรม: การประเมินผลเชิงพัฒนา	5
1.3 วัตถุประสงค์ของการวิจัย	9
1.4 กรอบแนวคิดการวิจัย	11
บทที่ 2 วิธีการดำเนินการประเมิน	12
2.1 ขั้นตอนการดำเนินการประเมิน	12
2.2 เป้าหมายหลักของการประเมิน	12
2.3 ตัวชี้วัดของเป้าหมาย	12
บทที่ 3 ผลการประเมินและอภิปราย	14
3.1 ผลการวิเคราะห์กระบวนการดำเนินโครงการฯ	14
3.1.1 ข้อมูลพื้นฐานโรงพยาบาลขอนแก่น	14
3.1.2 แนวทางการดำเนินงานโครงการรียา ร้านยาใกล้บ้านเพื่อลดความแออัด ในโรงพยาบาล	14
3.2 ผลลัพธ์จากการดำเนินโครงการฯ	18
3.2.1 การวิเคราะห์ความเสี่ยงในการดำเนินโครงการระยะแรก ระหว่าง วันที่ 8 ตุลาคม 2562 ถึงวันที่ 26 พฤศจิกายน 2563	18
3.2.2 กระบวนการดำเนินงาน: พัฒนาเครือข่ายอย่างต่อเนื่อง เกิดทีมงาน รพ. ร้านยา ร่วมดูแลผู้ป่วย	20

## สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
3.2.3 ผลลัพธ์การดำเนินงาน: แนวน้อมผู้ป่วยเข้าร่วมโครงการเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยพึงพอใจ	27

3.2.3.1	ผลลัพธ์การดำเนินงานเชิงปริมาณ เฉพาะเครือข่าย รพศ. ขอนแก่น	27
3.2.3.2	ผลลัพธ์การดำเนินงานเชิงคุณภาพ เฉพาะเครือข่าย รพศ. ขอนแก่น	28
3.2.3.3	ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อโครงการฯ	30
3.2.3.4	ความพึงพอใจของผู้ป่วย: กรณีศึกษา แผนที่การเดินทาง ของผู้ป่วยสูงอายุที่รับบริการจากร้านทันยา	46
3.2.3.5	การขยายบริการปฐมภูมิ: กรณีศึกษาแนวทางการทำ Telepharmacy ในกรณี fill prescription สำหรับ วัดหนองแวงพระอารามหลวง โรงพยาบาลขอนแก่น	52
3.3	การบูรณาการความคิดเห็นของผู้มีส่วนร่วมและขั้นตอนมาตรฐานของ สภาเภสัชกรรมในการให้บริการเภสัชกรรมทางไกล	62
3.4	สรุปผล	67
บทที่ 4	สรุปผลการศึกษา	68
4.1	การวิเคราะห์กระบวนการดำเนินโครงการนำร่องผู้ป่วยรับยาที่ร้านยา เพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาล	69
4.2	ผลลัพธ์จากการดำเนินโครงการนำร่องผู้ป่วยรับยาที่ร้านยาเพื่อลดความแออัด ในโรงพยาบาล	69
4.3	ความพึงพอใจต่อการดำเนินโครงการนำร่องผู้ป่วยรับยาที่ร้านยาเพื่อลด ความแออัดในโรงพยาบาลของผู้ป่วยในภาพรวม	72
4.4	ความพึงพอใจของผู้ป่วยกรณีศึกษา แผนที่การเดินทางของผู้ป่วยสูงอายุ ที่รับบริการจากร้านทันยา	72
4.5	การขยายบริการปฐมภูมิ: กรณีศึกษาแนวทางการให้บริการเภสัชกรรมทางไกล (Telepharmacy) ในกรณีรับยาต่อเนื่องจากร้านยา (fill prescription) สำหรับวัดหนองแวงพระอารามหลวง โรงพยาบาลขอนแก่น	72
4.6	ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย	73
ภาคผนวก		74

## สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	ตัวอย่าง ปัญหาที่พบ และมาตรการที่ปรับปรุง	22
2	ปัญหาจากการใช้ยา โดยการติดตามของเภสัชกรเครือข่ายร้านยา ณ กันยายน 2563	29
3	ประเด็นการให้คำปรึกษาของเภสัชกรเครือข่ายร้านยา ณ กันยายน 2563	29
4	มูลค่ายาเหลือใช้ จากการติดตามของเภสัชกรเครือข่ายร้านยา ณ กันยายน 2563	30
5	ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยรับยาที่โรงพยาบาลของโครงการนำร่องให้ผู้ป่วยรับยา ที่ร้านขายยาเพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาล	33
6	ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยรับยาที่ร้านขายยาของโครงการนำร่องให้ผู้ป่วยรับยา ที่ร้านขายยาเพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาล	35
7	ข้อมูลการเดินทางของผู้ป่วยรับยาที่ร้านยาก่อนเข้าร่วมโครงการนำร่อง ให้ผู้ป่วยรับยาที่ร้านยาเพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาล	36
8	ข้อมูลการเดินทางของผู้ป่วยรับยาที่ร้านยาหลังเข้าร่วมโครงการนำร่องให้ผู้ป่วย รับยาที่ร้านยาเพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาล	38
9	ต้นทุนในการรับบริการของผู้ป่วยรับยาที่ร้านยาก่อนเข้าร่วมและหลังเข้าร่วม โครงการนำร่องให้ผู้ป่วยรับยาที่ร้านยาเพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาล	39
10	ความพึงพอใจของผู้ป่วยรับยาที่โรงพยาบาลต่อโครงการนำร่องให้ผู้ป่วยรับยา ที่ร้านยาเพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาล	40
11	ความพึงพอใจของผู้ป่วยรับยาที่ร้านยาต่อโครงการนำร่องให้ผู้ป่วยรับยา ที่ร้านยาเพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาล	42
12	ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูลหลักจำนวน 3 คน	48
13	กลุ่มความคิดเห็นและกลุ่มคนที่แสดงความคิดเห็นกรณีให้คำแนะนำผ่าน Telepharmacy หลังการจ่ายยาทันที	57
14	กลุ่มความคิดเห็นและกลุ่มคนที่แสดงความคิดเห็นกรณีให้คำแนะนำผ่าน Telepharmacy กรณีติดตามการใช้ยา หรือให้คำแนะนำภายหลัง	61



## สารบัญภาพ

ภาพที่		หน้า
1	กรอบแนวคิดการวิจัย	11
2	ขั้นตอนการดำเนินงานโครงการรับยาร้านยาใกล้บ้านเพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น รูปแบบที่ 1 ในระยะแรก	17
3	วงรอบเหตุและผลของโครงการลดความแออัดโรงพยาบาลโดยใช้ใกล้ร้านยาภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	19
4	แสดงมาตรการดำเนินงานโครงการนำร่องโดยทีมงานขอนแก่น	21
5	Tuckman's stages of group development	23
6	การเชื่อมผสานของโครงการนำร่องร้านยาลดความแออัดในระบบสุขภาพ 6 เสาหลัก	24
7	โครงสร้างโปรแกรมการส่งต่อข้อมูล และการสื่อสารไปยังร้านยา	26
8	แสดงจำนวนผู้ป่วยสะสมตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2563 - กันยายน 2563	27
9	แสดงจำนวนใบสั่งยาสะสมตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2563 - กันยายน 2563	28
10	ขั้นตอนการเก็บข้อมูลความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อโครงการนำร่องให้ผู้ป่วยรับยาที่ร้านยาเพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาล	31
11	การประเมินความพึงพอใจในการรับบริการ	33
12	ประเด็นความคิดจากเสียงสะท้อนของผู้ป่วยรับยาที่ร้านยาต่อโครงการนำร่องให้ผู้ป่วยรับยาที่ร้านยาเพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาล	46
13	แผนที่การเดินทางของผู้ป่วย: กรณีศึกษาผู้ป่วยสูงอายุที่รับบริการจากร้านทันยา	49
14	กระบวนการสร้างแผนที่มโนทัศน์	54
15	แผนภาพจุดของการจัดกลุ่ม กรณีให้คำแนะนำผ่าน Telepharmacy หลังการจ่ายยาทันทีตัวเลขแสดงถึงลำดับของความคิดเห็นย่อยนั้น ๆ, ความคิดเห็นในวงกลมเส้นประเป็นความคิดเห็นที่มีการย้ายกลุ่มในการอภิปรายร่วมกัน, ลูกศรเส้นประแสดงถึงกลุ่มที่เหมาะสมสำหรับความคิดเห็นนั้น ๆ	57
16	คะแนนเฉลี่ยของความสำเร็จและความเป็นไปได้กรณีให้คำแนะนำผ่าน Telepharmacy หลังการจ่ายยาทันทีขั้นตอนการให้บริการ	59
17	กรณีให้คำแนะนำผ่าน Telepharmacy กรณีติดตามการใช้ยา หรือให้คำแนะนำภายหลังตัวเลขแสดงถึงลำดับของความคิดเห็นย่อยนั้น ๆ, ความคิดเห็นในวงกลมเส้นประเป็นความคิดเห็นที่มีการย้ายกลุ่มในการอภิปรายร่วมกัน, ลูกศรเส้นประแสดงถึงกลุ่มที่เหมาะสมสำหรับความคิดเห็นนั้น ๆ	60

## สารบัญตาราง (ต่อ)

ภาพที่		หน้า
18	คะแนนเฉลี่ยของความสำเร็จและความเป็นไปได้กรณีให้คำแนะนำผ่าน Telepharmacy กรณีติดตามการใช้ยา หรือให้คำแนะนำภายหลัง	62

19	แผนผังขั้นตอนการให้บริการ Telepharmacy	64
20	สรุปขั้นตอนการดำเนินโครงการ	68

## บทสรุปผู้บริหาร

### ที่มาและความสำคัญของปัญหา

ปัญหาที่มีความสำคัญมากอย่างหนึ่งของการบริการสุขภาพในระบบสาธารณสุขของประเทศไทย คือความแออัดของผู้ป่วยนอกที่ไปรับบริการที่โรงพยาบาลโดยเฉพาะอย่างยิ่งโรงพยาบาลของรัฐบาลขนาดใหญ่ ทำให้ผู้ป่วยต้องใช้เวลารอรับบริการนาน ซึ่งการรอรับบริการที่นานของโรงพยาบาลรัฐบาลนี้เป็นภาพคุ้นชินตาและความรู้สึกของประชาชนไทยโดยทั่วไป ความแออัดและการรอคิวเข้ารับการรักษาพยาบาลเป็นเวลานานของผู้ป่วยส่งผลต่อการเข้าถึงการตรวจรักษา คุณภาพการให้บริการ และความพึงพอใจของผู้รับบริการหรือผู้ป่วย ผลกระทบนี้นอกจากจะเกิดขึ้นกับตัวผู้ป่วยโดยตรงแล้วยังอาจส่งผลกระทบต่อญาติของผู้ป่วยอีกด้วย เช่น ทำให้เสียเวลาในการประกอบอาชีพ รายได้ในครอบครัวลดลง เป็นต้น ประกอบกับในสถานการณ์ปัจจุบันแนวโน้มของผู้ป่วยที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังมีจำนวนที่เพิ่มสูงขึ้นในแต่ละปี เนื่องจากจำนวนผู้ป่วยที่มากขึ้นนำมาสู่การเกิดความแออัดของโรงพยาบาลที่เพิ่มมากขึ้น อย่างไรก็ตามทางกระทรวงสาธารณสุขได้มีนโยบายการพัฒนาบริการปฐมภูมิหรืองานเวชปฏิบัติในการดูแลเป็นเครือข่ายในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถรับบริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิหรือสถานบริการใกล้บ้านในโครงการที่เรียกกันว่า “คลินิกใกล้บ้านใกล้ใจ” ซึ่งหากผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการรักษาที่ซับซ้อนมากขึ้นจะมีระบบส่งตัวต่อมายังโรงพยาบาล นโยบายศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองซึ่งมีการจัดตั้งขึ้นภายใต้นโยบายคลินิกหมอครอบครัว ซึ่งคลินิกหมอครอบครัว 1 ทีม จะทำการดูแลประชาชน 10,000 คนหรือประมาณ 3,000 ครัวเรือน โดยศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองมีการกระจายในพื้นที่ต่าง ๆ โดยเฉพาะในพื้นที่ตัวเมือง การจัดทำนโยบายดังกล่าวเหล่านี้เป็นการช่วยแก้ปัญหาในการลดความแออัด และลดการรอคอยในโรงพยาบาล นอกจากนี้ร้านยาซึ่งเป็นหน่วยร่วมบริการในเครือข่ายบริการสุขภาพในระบบสาธารณสุขจัดเป็นหน่วยบริการหนึ่งที่มีความสำคัญในช่วยแก้ปัญหาความแออัดของโรงพยาบาล เนื่องจากร้านยามีการจัดตั้งกระจายครอบคลุมพื้นที่ต่าง ๆ มากกว่าหน่วยงานของรัฐ ซึ่งสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) และสภาเภสัชกรรมได้มีการจัดตั้งโครงการพัฒนาร้านยาเพื่อเป็นร้านยาคุณภาพ ซึ่งเป็นร้านขายยาแผนปัจจุบัน (ข.ย.1) ที่ได้มาตรฐานหลักวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชน (Good Pharmacy Practice: GPP) ของสำนักงานคณะกรรมการอาหาร มีการประสานเป็นเครือข่ายกับโรงพยาบาล และมีเภสัชกรปฏิบัติงานตลอดเวลาไม่น้อยกว่า 8 ชั่วโมง เพื่อให้ร้านยาเหล่านี้สามารถกลั่นกรองและเฝ้าระวังความเจ็บป่วยในเบื้องต้นของผู้ป่วย การให้บริการเต็มยาในโรคเรื้อรัง การแบ่งเบาภาระงานด้านยา การติดตามผลการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง การลดความเสี่ยงด้านยา ซึ่งบทบาทเหล่านี้เป็นส่วนสำคัญที่จะสามารถทำให้ปัญหาความแออัดของโรงพยาบาลลดลงอย่างมีประสิทธิภาพ และทำให้เภสัชกรชุมชนนำความรู้ทางด้านการบริหารเภสัชกรรมมาขยายบทบาทในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยได้มากยิ่งขึ้น ในปี พ.ศ. 2560 กระทรวงสาธารณสุขได้ประกาศนโยบายลดความแออัดในโรงพยาบาลใหญ่โดยใช้ 3 ยุทธศาสตร์ ได้แก่ ลดการเจ็บป่วยของประชาชน เพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการ และพัฒนาศักยภาพสถานบริการ โดยนโยบายดังกล่าวมีวัตถุประสงค์ประสงค์เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยใช้เวลาอยู่ที่โรงพยาบาลน้อยลง ลดภาระการเดินทางและความแออัดของโรงพยาบาล รวมถึงได้รับคำแนะนำการใช้ยาตามใบสั่งแพทย์โดยเภสัชกร เพิ่มความปลอดภัยในการใช้ยา และลดการครอบครอง

ยาเกินความจำเป็น โดยหนึ่งในมาตรการลดความแออัด คือการที่ผู้ป่วยไม่ต้องรอรับยาภายในโรงพยาบาล โดยผู้ป่วยนำไปสั่งยาไปรับยาที่ร้านยาแผนปัจจุบัน (ข.ย.1) ที่ได้มาตรฐานหลักวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชนแทน ซึ่งผู้ป่วยจะต้องได้รับยาชนิดเดียวกับโรงพยาบาลที่ผู้ป่วยรับยาและไม่มีค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น แต่อย่างไรก็ตามการรับยารูปแบบนี้จะขึ้นอยู่กับความสมัครใจของผู้ป่วยเป็นสำคัญ และในปี 2562 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้จัดทำโครงการจ่ายยาที่ร้านยาเพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาลภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยเริ่มในโรงพยาบาลศูนย์ หรือโรงพยาบาลทั่วไปที่มีความพร้อม และเน้นจ่ายยาให้ผู้ป่วย 4 กลุ่มโรค คือ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคทางจิตเวช และหอบหืดหรือโรคเรื้อรังที่ไม่มีความซับซ้อนในการดูแล โดยดำเนินงานเป็นเครือข่ายระหว่างโรงพยาบาลและร้านยา ซึ่งโรงพยาบาลจะได้รับการชดเชยค่ายา ซึ่งโครงการดังกล่าวมีดำเนินงาน 3 รูปแบบ ได้แก่ รูปแบบที่ 1 โรงพยาบาลเป็นผู้จ่ายยาสำหรับผู้ป่วยรายบุคคลและส่งยาไปที่ร้านยาเพื่อจ่ายยาให้กับผู้ป่วย รูปแบบที่ 2 โรงพยาบาลนำยาไปสำรองไว้ที่ร้านยา และให้เภสัชกรร้านยาเป็นผู้จ่ายยาให้ผู้ป่วยรายบุคคลตามใบสั่งแพทย์ และรูปแบบที่ 3 ร้านยาเป็นผู้จัดซื้อยาและสำรองยา ทำการจ่ายยาให้กับผู้ป่วย และเบิกค่ายาจากโรงพยาบาล (โรงพยาบาลกำหนดราคายามาตรฐานที่จะจ่ายให้กับร้านยา) ซึ่งโครงการนำร่องให้ผู้ป่วยรับยาที่ร้านยาเพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาล เป็นโครงการที่เชื่อมโยงเครือข่ายการให้บริการสุขภาพในระบบบริการสุขภาพของประเทศเข้าไว้ด้วยกัน ทั้งในภาครัฐและเอกชน เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างมีคุณภาพ และยังช่วยลดความแออัดและลดการรอคอยในโรงพยาบาล นอกจากนี้โครงการจ่ายยาที่ร้านยาเพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาลภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นโครงการที่สะท้อนพลวัตของระบบบริการสุขภาพของประเทศได้เป็นอย่างดี และเนื่องจากโครงการนี้เป็นโครงการที่เกิดใหม่ ดังนั้นการประเมินผลเชิงพัฒนา (Developmental Evaluation) ซึ่งเป็นการประเมินที่เน้นการเรียนรู้ การปรับตัว และสอดคล้องกับการนำไปใช้ เพื่อให้สามารถใช้ผลการประเมินเป็นแนวทางในการพัฒนาและการปรับตัวได้ทันที จึงมีความเหมาะสมในการใช้ในการประเมินโครงการนี้ ดังนั้นการประเมินผลเชิงพัฒนาโครงการนำร่องผู้ป่วยรับยาที่ร้านยาเพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาล จังหวัดขอนแก่นในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนากระบวนการดำเนินงานโครงการนำร่องให้ผู้ป่วยรับยาที่ร้านยา จังหวัดขอนแก่น เพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาลภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้บรรลุตามเป้าหมายที่วางไว้

### ระเบียบวิธีวิจัยและผลการศึกษา

การประเมินผลเชิงพัฒนาในครั้งนี้ใช้วิธีวิจัยแบบผสมผสานทั้งเชิงคุณภาพและปริมาณ (Mixed method) ดำเนินการประเมินในระหว่าง ตุลาคม 2562 – พฤศจิกายน 2563 ดำเนินการประเมินอย่างต่อเนื่องผนวกไปกับการทำงานของคณะทำงานในระดับจังหวัดและระดับเขตสุขภาพ ในจังหวัดขอนแก่น โดยผลการวิจัยแบ่งเป็น 5 ส่วน ได้แก่

1. ผลการวิเคราะห์กระบวนการดำเนินโครงการเพื่อลดความแออัดและลดการรอคอยในโรงพยาบาลขอนแก่น มีการดำเนินงานดังนี้ การปิดการให้บริการผู้ป่วยนอกทั่วไป (OPD-GP) โดยผู้ป่วยไปรับบริการที่คลินิกหออกรอครบถ้วนใกล้บ้านแทน พบว่าระยะเวลาการรอคอยที่โรงพยาบาลและคลินิกหออกรอครบถ้วนมีค่าเฉลี่ยประมาณ 180 นาที และ 45 นาที ตามลำดับ ผู้ป่วยและญาติมีค่าใช้จ่ายในการมาพบแพทย์ลดลง และมีความพึงพอใจเพิ่มขึ้นร้อยละ 18.4 (จากร้อยละ 80 เพิ่มขึ้นร้อยละ 98.4)

มีการเปิดให้บริการคลินิกแพทย์เฉพาะทาง (Special medical clinic) เพื่อกระจายผู้ป่วยคลินิกเฉพาะทาง นอกเวลาราชการ พบว่ามีจำนวนผู้รับบริการเฉลี่ย 80 คนต่อวัน การให้บริการส่งยาทางไปรษณีย์ในรายที่แพทย์พิจารณาว่ามีอาการคงที่ (เริ่มดำเนินการเดือนมีนาคม 2561) พบว่ามีผู้รับบริการเฉลี่ย 800 รายต่อเดือน และการรับยาที่ร้านยาใกล้บ้าน พบว่าผู้ป่วยที่เข้าร่วมนำร่องผู้ป่วยรับยาที่ร้านยาเพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาลจำนวน 503 ราย

2. ผลลัพธ์จากการดำเนินโครงการนำร่องผู้ป่วยรับยาที่ร้านยาเพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาล พบว่าการวิเคราะห์ความเสี่ยงในการดำเนินโครงการระยะแรก มีปัจจัยและความสัมพันธ์ภายในเครือข่าย การดำเนินโครงการเป็นดังนี้ หากจำนวนผู้ป่วยเข้าโครงการนี้เพิ่มขึ้น และโครงการมีการดำเนินไปสักระยะ จะส่งผลให้เครือข่ายบริการปฐมภูมิ ที่ประกอบด้วยทีมบุคลากรโรงพยาบาลและเภสัชกรร้านยา มีความเข้มแข็งมากขึ้น ซึ่งจะส่งผลให้ระบบสุขภาพมีความพร้อมในการให้บริการเพิ่มขึ้น การบริการเภสัชกรรมชุมชนที่เพิ่มขึ้น ทำให้จำนวนคนไข้มาใช้บริการที่ร้านยาเพิ่มขึ้น และหากโรงพยาบาลมีระบบสารสนเทศ สถานะการเงิน ความเป็นผู้นำองค์กร และการบริหารงานที่มีเสถียรภาพและคล่องตัว จะส่งผลต่อความพร้อมของการบริการสุขภาพของโรงพยาบาลที่ดีขึ้น อย่างไรก็ตามประเด็นปัญหาที่สำคัญของการดำเนินงานในระยะแรกคือ ระบบสารสนเทศระหว่างโรงพยาบาล ร้านยา และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ยังไม่เชื่อมต่อและไม่เป็นระบบเดียวกัน ส่งผลให้ร้านยามีการบันทึกข้อมูลซ้ำ และไม่สามารถส่งข้อมูลผู้ป่วยจากร้านยาไปยังแพทย์ผู้ส่งต่อได้อย่างเป็นระบบ ในส่วนของการวิเคราะห์กระบวนการดำเนินงาน พบว่ามีการพัฒนาเครือข่ายอย่างต่อเนื่อง ทั้งทีมงาน โรงพยาบาล ร้านยา ในการร่วมดูแลผู้ป่วย และทีมงานพัฒนางานซึ่งประกอบด้วย เภสัชกรโรงพยาบาล เภสัชกรร้านยา แพทย์และพยาบาล และหน่วยงานสนับสนุนได้แก่ ผู้บริหารระดับเขต ระดับจังหวัด คณะจารย์คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น และเภสัชกรสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น เป็นต้น พบว่า มีมาตรการที่ทีมงานตกลงและหารือร่วมกันอย่างน้อย 31 มาตรการ และพบว่า มีกิจกรรมที่พัฒนาในระหว่างดำเนินโครงการดังกล่าว ได้แก่ กิจกรรมด้านความปลอดภัย กิจกรรมด้านการพัฒนาขั้นตอนการทำงาน กิจกรรมเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการ และกิจกรรมพัฒนาระบบการสนเทศ นอกจากนี้ในส่วนของผลลัพธ์การดำเนินงานเชิงปริมาณจากการดำเนินโครงการพบว่า ผู้ป่วยรับยาที่ร้านยา 35 ร้านจากร้านยาในเครือข่ายจำนวน 50 ร้าน คิดเป็น ร้อยละ 70 ผู้ป่วยรับยาที่ร้านยาใกล้บ้านจำนวน 503 ราย จากจำนวนผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ทั้งหมด 3,450 ราย (ข้อมูล ณ วันที่ 30 กันยายน 2563) คิดเป็นร้อยละ 14.6 และจำนวนใบสั่งยาสะสมทั้งหมด 821 ใบ จากโรงพยาบาลขอนแก่น 169 ใบ และจากคลินิกหมอครอบครัว 652 ใบ จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่เข้าร่วมโครงการส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่รับบริการที่คลินิกหมอครอบครัวใกล้บ้าน และในส่วนผลลัพธ์การดำเนินงานเชิงคุณภาพจากการดำเนินโครงการ พบว่าการดำเนินงานบริหารเภสัชกรรมของเภสัชกรร้านยาเครือข่าย พบปัญหาจากการใช้ยาซึ่งสามารถจัดการแก้ไขได้ทันท่วงทีก่อนที่จะเกิดความเสียหายต่อผู้ป่วย และมีการให้คำปรึกษาเพื่อปรับพฤติกรรมเสี่ยงของผู้ป่วย รวมถึงการพบยาเหลือใช้ซึ่งส่งผลให้เกิดการประหยัดค่าใช้จ่ายด้านยา (Cost saving)

3. ความพึงพอใจของผู้ป่วยภาพรวม จากการประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยรับยาที่โรงพยาบาลในโครงการทั้งก่อนมีนโยบายนำร่องรับยาที่ร้านยาและผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลในปัจจุบัน พบว่าผู้ป่วยมีความคาดหวังสูงต่อการรับบริการ และผลที่ได้รับดีอยู่ในเกณฑ์ดีในทุก ๆ ด้าน ได้แก่ ด้านความสะดวกสบายที่ได้รับ ลักษณะของผู้ให้บริการ การได้รับข้อมูลของยา และคุณภาพ

การบริการ ซึ่งถือว่าเป็นบริการที่เป็นจุดเด่น และในส่วนของความพึงพอใจของผู้ป่วยรับยาที่ร้านยาต่อโครงการพบว่า ผู้ป่วยรับยาที่ร้านยามีความคาดหวังสูงต่อการรับบริการและผลที่ได้รับดีในทุก ๆ ด้าน ซึ่งถือว่าเป็นบริการที่เป็นจุดเด่นในทุกด้าน แต่อย่างไรก็ตามในผู้ป่วยกลุ่มนี้ เมื่อประเมินผลความพึงพอใจต่อการรับยาที่โรงพยาบาล ส่วนใหญ่มีความคาดหวังต่อการรับบริการสูงและผลที่ได้รับดี ซึ่งถือว่าเป็นบริการที่เป็นจุดเด่นในเกือบทุกหัวข้อ ยกเว้นหัวข้อท่านใช้เวลาคอยรับยาไม่นาน ซึ่งผู้ป่วยมีความคาดหวังสูงต่อผลการทำงานของโรงพยาบาลแต่ผลที่ได้รับไม่ดี ดังนั้นการบริการนี้ควรได้รับการปรับปรุงก่อน นอกจากนี้ยังพบว่าความพึงพอใจต่อการทำงานของร้านยาในประเด็นท่านใช้เวลาคอยรับยาไม่นานมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าผลความพึงพอใจต่อการทำงานของโรงพยาบาลมากกว่า 2 เท่า และผลความพึงพอใจต่อการทำงานของร้านยาในประเด็นจุดให้บริการมีความสะดวกสบาย ท่านสามารถเดินทางมารับยาได้อย่างสะดวก และท่านใช้เวลาในการเดินทางมารับบริการไม่นานมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าผลความพึงพอใจต่อการทำงานของโรงพยาบาลมากกว่า 1.5 เท่า

4. ความพึงพอใจของผู้ป่วยกรณีศึกษา แผนที่การเดินทางของผู้ป่วยสูงอายุที่รับบริการจากร้านทันยา จากการศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วยจากกรณีศึกษาแผนที่การเดินทางของผู้ป่วยสูงอายุที่รับบริการจากร้านทันยาพบว่า ผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มเปราะบางมีความพึงพอใจในทุกขั้นตอนของบริการ

5. การขยายบริการปฐมภูมิ: กรณีศึกษาแนวทางการให้บริการเภสัชกรรมทางไกล (Telepharmacy) ในกรณี รับยาต่อเนื่องจากร้านยา (fill prescription) สำหรับวัดหนองแขวงพระอารามหลวง โรงพยาบาลขอนแก่น

จากการศึกษาการขยายบริการปฐมภูมิ กรณีศึกษาแนวทางการให้บริการเภสัชกรรมทางไกล ในกรณีรับยาต่อเนื่องจากร้านยา สำหรับวัดหนองแขวงพระอารามหลวง โรงพยาบาลขอนแก่น พบว่า ทีมงานร้านยา, ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง (Primary Care Cluster: PCC) และ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีความยินดีที่จะมาร่วมกันออกแบบการบริการแบบรับยาต่อเนื่องจากร้านยา ซึ่งนอกเหนือจากเดิมที่ทำเฉพาะแบบการเติมยา (Refill prescription)

### ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

โครงการนำร่องผู้ป่วยรับยาที่ร้านยาเพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาลอาจพิจารณาขยายสิทธิสำหรับผู้ป่วยที่อยู่ในสิทธิระบบประกันสังคม และระบบสวัสดิการข้าราชการ ให้ครอบคลุมผู้ป่วยทุกหลักประกันสุขภาพของประเทศไทย นอกเหนือจากระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (บัตรทอง) เพื่อให้ผู้ป่วยทุกคนสามารถเข้าถึงบริการ และยังเป็นการช่วยลดความแออัดและลดการรอคอยของผู้ป่วยในโรงพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

## บทที่ 1

### ความสำคัญ และการทบทวนวรรณกรรม

#### 1.1 ความสำคัญ

ระบบสุขภาพเป็นระบบที่มีความซับซ้อน มีขอบเขตและความหมายที่กว้าง มีเหตุและปัจจัยต่าง ๆ มากมายที่เกี่ยวข้อง เช่น ปัจจัยทางระบาดวิทยา ปัจจัยเชิงบุคคล ปัจจัยทางเศรษฐกิจ ปัจจัยทางการเมือง ปัจจัยทางสังคม และปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม วิธีชีวิตความเป็นอยู่ วัฒนธรรม ความเชื่อและทัศนคติ ในการประเมินระบบสุขภาพโดยใช้รูปแบบการประเมินที่ให้ความสำคัญกับผลลัพธ์เชิงรูปธรรมเชิงปริมาณ การหาความคุ้มค่ากับปัจจัยเข้าและออก ซึ่งเป็นการประเมินแบบกลไก แยกส่วน ลดทอนมองเฉพาะด้าน การคิดหาสาเหตุและผลแบบเส้นตรง รวมถึงขาดการมองปัญหาและความเชื่อมโยงกันของทั้งระบบ จึงยังเป็นข้อจำกัด<sup>1</sup>

ในปี 2560 พบว่า ผู้ป่วยเข้ารับการตรวจรักษาแผนกผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลศูนย์เฉลี่ยวันละ 3,152 ราย โรงพยาบาลทั่วไปขนาดใหญ่วันละ 1,709 ราย โรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็กวันละ 1,204 ราย ผู้ป่วยในในโรงพยาบาลศูนย์มีอัตราครองเตียงเกิน 100 เปอร์เซ็นต์ ขณะที่โรงพยาบาลชุมชนมีอัตราครองเตียงอยู่ที่ร้อยละ 70 ซึ่งจากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ผู้ป่วยที่นอนรักษาตัวในโรงพยาบาลศูนย์โรงพยาบาลทั่วไปกว่าครึ่งเป็นโรคที่โรงพยาบาลชุมชนสามารถให้การดูแลรักษาได้ และในเดือนตุลาคม 2561 ศาสตราจารย์คลินิก เกียรติคุณ นายแพทย์ปิยะสกล สกลสัตยาทร รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข มอบนโยบายลดความแออัดในโรงพยาบาลใหญ่ โดยใช้ 3 ยุทธศาสตร์ คือลดการเจ็บป่วยของประชาชน เพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการ และพัฒนาศักยภาพสถานบริการ<sup>2</sup>

โครงการนำร่องให้ผู้ป่วยรับยาที่ร้านยาเพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาล เป็นตัวอย่างโครงการที่สะท้อนพลวัตของระบบบริการสุขภาพของประเทศ เชื่อมโยงการเครือข่ายการให้บริการในภาครัฐและเอกชน เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการอย่างมีคุณภาพ การประยุกต์ใช้ “การประเมินผลเชิงพัฒนา (Developmental Evaluation)” จะช่วยพัฒนาและปรับปรุงการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง สอดรับกับการเปลี่ยนแปลงของระบบบริการสุขภาพที่มีความซับซ้อน ภายใต้กรอบแนวคิดของการประเมินผลแบบมีส่วนร่วม และการสะท้อนปัญหาแบบทันที่

#### 1.2 การทบทวนวรรณกรรม: การประเมินผลเชิงพัฒนา

การประเมินผลเชิงพัฒนาเป็นเครื่องมือชนิดหนึ่งที่มีการนำมาประยุกต์ใช้ในการประเมินงานด้านสุขภาพมากขึ้น โดย Patton (2008)<sup>3</sup> นิยามของการประเมินผลเชิงพัฒนา ดังนี้

<sup>1</sup> Guijt, Irene, Kusters, Cecile, Lont, Hotze et al. (2012). Developmental Evaluation: Applying complexity concepts to enhance innovation and use. Report from an Expert Seminar with Dr. Michael Quinn Patton on 22 March 2012.

<sup>2</sup> <https://pr.moph.go.th/index.php?url=pr/detail/2/04/117764/>

<sup>3</sup> Patton, Michael Quinn (2008). Utilization-Focused Evaluation. Sage Publication.

“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 จากการมีส่วนร่วมในการมองต่างมุม และการสะท้อนปัญหาแบบทันท่วงที ทำให้สามารถคลี่คลายความซับซ้อนของเหตุปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และช่วยให้เข้าใจถึงความเชื่อมโยง ตลอดจนมองเห็นช่องว่างในการพัฒนาต่อไป

การทบทวนวรรณกรรมการประเมินผลเชิงพัฒนา จากงานวิจัยทั้งภายในประเทศต่างประเทศ ได้ข้อสรุปดังต่อไปนี้

สุรศักดิ์ ไชยสงค์, กมลพัฒน์ มากแจ้ง และ โสภิต นาสืบ (2560)<sup>4</sup> ดำเนินการศึกษาการพัฒนา ระบบติดตามประเมินผลโครงการยุทธศาสตร์ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับจังหวัด: 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 นำไปสู่การเปิดกว้างของกระบวนการมีส่วนร่วม จากคณะทำงานทั้งจากภาควิชาการและภาคปฏิบัติที่สามารถหนุนเสริมการทำงานให้มีประสิทธิภาพดียิ่งขึ้น สามารถเติมเต็มข้อมูลซึ่งกันและกัน แต่อย่างไรก็ตามการศึกษาดังกล่าวยังมีข้อจำกัดที่สำคัญคือ การสนับสนุนโครงการยังมีความแตกต่างกันระหว่างนักวิชาการและนักประเมิน อาจจะเนื่องมาจากความเข้าใจเกี่ยวกับบทบาทของตนเองของแต่ละฝ่าย และช่วงเวลาที่สามารถดำเนินงานตามบทบาทของทั้งสองฝ่ายแตกต่างกัน

สำหรับการทบทวนวรรณกรรมต่างประเทศ จากการทบทวนอย่างรวดเร็ว (Rapid review) ดำเนินการโดยใช้การสืบค้นข้อมูลจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ MEDLINE ระหว่าง ปี ค.ศ. 1967 ถึง

<sup>4</sup> สุรศักดิ์ ไชยสงค์, กมลพัฒน์ มากแจ้ง, โสภิต นาสืบ. การศึกษาการพัฒนา ระบบติดตามประเมินผลโครงการยุทธศาสตร์ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับจังหวัด: การศึกษาจากพื้นที่ 25 จังหวัด. เอกสารเสนอต่อคณะกรรมการพิจารณาวิชาการฯ นโนบายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์, 2560.



วันที่ 7 ตุลาคม ค.ศ. 2019 โดยใช้คำสืบค้นข้อมูลดังนี้ 1) Developmental evaluation 2) Health systems และ Health services พบวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องจำนวน 212 เรื่อง เมื่อดำเนินการคัดเลือกโดยพิจารณาจากชื่อเรื่อง บทคัดย่อ และการเข้าเรื่องของวรรณกรรม พบว่ามีวรรณกรรมจำนวน 8 เรื่อง ที่มีศักยภาพและเหมาะสมในการทบทวนในเชิงลึก จากการทบทวนดังกล่าวสรุปได้ดังนี้

Shier and Turpin (2019)<sup>5</sup> ศึกษาวิธีประเมินนวัตกรรมเพื่อสังคมภายในองค์กรบริการมนุษย์ (Human service organisations) โดยศึกษากรณีตัวอย่างใน Preformative stage ของการประเมินผลเชิงพัฒนาในแคนาดา โดยผู้ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ผู้ใช้บริการ เจ้าหน้าที่ด้านหน้า Supervisor และ Managers โดยการศึกษาี้มีเป้าหมายเพื่อรับฟังเสียงสะท้อนและประสบการณ์ทั้งจากผู้รับบริการและผู้ให้บริการ โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกและใช้คำถามปลายเปิด โดยใช้เวลา 15 -70 นาที จากการศึกษาทำให้เข้าใจถึงบริบทของการส่งมอบบริการเกี่ยวกับข้อมูลที่เป็นขององค์กรบริการมนุษย์ที่จะนำไปพัฒนาการผลิตและกระบวนการของนวัตกรรมเพื่อสังคม

Blanchet-Cohen, Geoffroy and Hoyos (2018)<sup>6</sup> ประเมินผลเชิงพัฒนาในด้านความปลอดภัยทางวัฒนธรรมเพื่อสนับสนุนการเปลี่ยนบริการของเด็กพื้นเมืองในแคนาดา โดยเก็บข้อมูลจากกิจกรรมการประเมินผลเชิงพัฒนาในเจ้าหน้าที่ (Staff), ผู้เข้าร่วม และสมาชิกในชุมชน โดยกระบวนการการประเมินผลเชิงพัฒนามี 4 ขั้นตอนดังนี้ การสร้างความสัมพันธ์ (Relationship Building), การสร้างพื้นที่สำหรับการสะท้อนข้อมูลและสนทนา (Creating Spaces for Reflection and Dialogue), การสร้างคำถาม (Questioning Fundamentals), และ การสร้างสรรค์งานร่วมกันของชุมชนและเจ้าหน้าที่ (Co-Creating Among Community and Staff) จากการศึกษาดังกล่าวพบว่า การประเมินผลเชิงพัฒนาสร้างแรงกระตุ้นเจ้าของงาน การเรียนรู้ และการสร้างสรรค์งานต่อไป และจากกระบวนการการประเมินผลในสี่ขั้นตอนที่ได้กล่าวไปข้างต้น จัดได้ว่าเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของการประเมินผลเชิงพัฒนาที่สอดคล้องกับหลักการของ Patton (2011) ได้แก่ วางแผน (Framing), การสะท้อนข้อมูลทันที (Giving real-time feedback), การติดตามการพัฒนา (Tracking development) และการถามวิเคราะห (Critical questioning)

Woodhouse et al. (2015)<sup>7</sup> ประเมินการจัดการโรคหอบหืดในชุมชนในประเทศอเมริกา โดยใช้วิธีวิจัยแบบผสมผสานทั้งเชิงคุณภาพและปริมาณ (Mixed method) ในศูนย์ดูแลสุขภาพ 5 แห่ง และผู้รับบริการที่มีโปรแกรมการให้บริการแตกต่างกันไป โดยขั้นตอนการประเมินแบบเป็น 4 ระยะ ได้แก่ 1) การพัฒนาความเข้าใจในศูนย์ดูแลสุขภาพชุมชน 2) ช่วยให้โปรแกรมที่ให้บริการที่ศูนย์ดูแลสุขภาพชัดเจนเพื่อที่จะสะท้อนการวัดการทำงานเชิงประจักษ์โดยใช้โมเดลตรรกศาสตร์ 3) ร่วมกับศูนย์ดูแลสุขภาพ

<sup>5</sup> Micheal L. Shier & Aaron Turpin (2019) An Evaluative Approach to Identify Social Innovations within Human Service Organizations: Case Examples of a Preformative Stage of Developmental Evaluation. *Human Service Organizations: Management, Leadership & Governance*, 43 (3): 171-187.

<sup>6</sup> Blanchet-Cohen, Natasha, Geoffroy, Pascale & Hoyos, Luz Marina (2018). Seeking Culturally Safe Developmental Evaluation: Supporting the Shift in Services for Indigenous Children. *Journal of MultiDisciplinary Evaluation*, 14 (31): 19-31.

<sup>7</sup> 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.

ในการพิจารณาการเก็บข้อมูลเพื่อใช้ในการวัดการทำงานเชิงประจักษ์ และ 4) วิเคราะห์และแปลผล โดยในระยะที่ 1 และ 2 เป็นข้อมูลที่ได้จากการรายงานการประชุมของทีมประเมิน และทีมประเมินร่วมกับ ศูนย์ดูแลสุขภาพ ระยะที่ 3 เป็นการรายงานการประชุมของทีมประเมินร่วมกับศูนย์ดูแลสุขภาพ และการสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง ระยะที่ 4 เป็นการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้างและสรุปรายงาน การนำ การประเมินผลเชิงพัฒนาในชุมชน/โครงการที่มีความหลากหลายทำให้เกิดการพัฒนาทางผลลัพธ์ทาง สุขภาพ นอกจากนี้การประเมินผลเชิงพัฒนายังช่วยในการระบุ การนำไปใช้ และติดตามการดูแลผู้ป่วย หอบหืดในเชิงประจักษ์ อย่างไรก็ตามการศึกษานี้ยังมีข้อจำกัดในเรื่องของการขาดวิธีการที่เป็นมาตรฐาน ในการดูแลผู้ป่วยหอบหืด การเก็บข้อมูล และข้อมูลพื้นฐาน (baseline data)

Laycock et al. (2017)<sup>8</sup> ประเมินผลเชิงพัฒนาเพื่อส่งเสริมการทำงานของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ในโครงการปฏิสัมพันธ์ขนาดกว้างในการเผยแพร่ข้อมูลพัฒนาคุณภาพจากศูนย์สุขภาพปฐมภูมิของ ชาวอะบอริจินและชาวเกาะช่องแคบเทอร์เรสในประเทศออสเตรเลีย โดยใช้การวิจัยแบบวิธีวิจัย แบบผสมผสานทั้งเชิงคุณภาพและปริมาณ การเก็บรวบรวมข้อมูลใช้การวิเคราะห์เอกสาร การสำรวจ ออนไลน์ การสัมภาษณ์ผู้เข้าร่วม และกระบวนการวิเคราะห์ปฏิสัมพันธ์กับทีมวิจัย ซึ่งวิธีการนี้จะทำให้ สามารถสะท้อนกลับข้อมูลได้แบบทันทีเพื่อนำไปสู่การพิจารณาอย่างรอบคอบในการออกแบบงาน การรายงาน การใช้เครื่องมือ และปรับปรุงกระบวนการ สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์ และสำรวจจะถูกนำมาวิเคราะห์และแปลผลเพื่อให้เกิดความเข้าใจอย่างถ่องแท้เกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้อง กับสภาพงานและมุมมองของผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียของการใช้ข้อมูลการสร้างกลยุทธ์ในการพัฒนา ข้อมูล จากแหล่งต่าง ๆ จะถูกนำมาตรวจสอบแบบสามเส้าเพื่อให้ข้อมูลมีความครอบคลุมทุกมุมมอง และผสมผสานความเข้าใจของการพัฒนาโครงการ การนำไปใช้ ตลอดจนผลการศึกษา จากการศึกษาพบว่า การประเมินการผลเชิงพัฒนาสามารถใช้ในการทำการเผยแพร่เชิงโต้ตอบ ซึ่งสามารถเป็นทั้งการประเมิน และการปรับกระบวนการนำไปใช้ และสามารถรายงานผลตรงกับความต้องการของผู้วิจัย ผู้เข้าร่วม และออกแบบข้อมูลที่ต้องการเก็บ อย่างไรก็ตามการศึกษานี้ใช้ข้อจำกัดในเรื่องผู้ประเมินซึ่งทำงานเป็นทีม อาจทำให้ขาดความต่อเนื่องในการทำงาน ขาดความสามารถในการเข้าใจถึงนัย และการปรับเปลี่ยน โครงการให้เหมาะสมกับเวลา

Hudon et al. (2014)<sup>9</sup> ศึกษาการเป็นหุ้นส่วนของการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้ใช้ในการ บริการสุขภาพและสังคมในแคนาดาโดยใช้การประเมินผลเชิงพัฒนาในกรณีศึกษา ซึ่งการศึกษานี้ จะอธิบายและประเมินรูปแบบการจัดการปัญหาในศูนย์บริการสุขภาพและสังคมจำนวน 4 แห่งในรัฐ ควิเบก เพื่อที่จะทำให้ทราบถึงการพัฒนาในการสร้างองค์ความรู้ต่อการจัดการปัญหา ที่สามารถ นำไปประยุกต์ใช้ในบริบทอื่น ๆ ต่อไป ซึ่งการศึกษาโดยใช้การประเมินผลเชิงพัฒนาและกรณีศึกษา เป็นวิธีการที่สามารถปรับเปลี่ยนต่อสถานะที่มีความซับซ้อนและมีวิวัฒนาการ ซึ่งข้อจำกัดของการศึกษานี้ คือการศึกษาในภูมิภาคเดียว ดังนั้นการนำไปใช้อาจต้องประเมินว่าสามารถนำไปใช้กับบริบทอื่น ๆ หรือไม่

<sup>8</sup> Laycock, Alison, Bailie, Jodie, Matthews, Veronica 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.

<sup>9</sup> 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.

Landers, Price and Minyard (2018)<sup>10</sup> 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) การศึกษานี้แสดงให้เห็นถึงว่าการประเมินผลเชิงพัฒนาสามารถช่วยในการตัดสินใจ และช่วยในการเปิดมุมมองอย่างกว้าง ๆ ในกระบวนการทำงานร่วมกัน นอกจากนี้การประเมินผลในรูปแบบดังกล่าวยังเป็นการประเมินตามกรอบแนวคิดตามความเป็นจริงอีกด้วย

Langeveld, Stronks and Harting (2016)<sup>11</sup> ทำการศึกษาการใช้หน้าความรู้ (Knowledge broker) ในการสร้างนโยบายสาธารณสุขในตำบลเมืองในประเทศนอร์เวย์โดยใช้การประเมินผลเชิงพัฒนาซึ่งทำการศึกษาในการร่วมมือกันระหว่างมหาวิทยาลัย 2 แห่งในอัมสเตอร์ดัมและการบริการสาธารณสุขของเทศบาล การศึกษาพบว่าการใช้กลยุทธ์หน้าความรู้นำไปสู่โอกาสในการเลือกนโยบายที่หลากหลายของแต่ละคนและทำให้การกำหนดวาระทางสุขภาพเกิดความสำเร็จ นอกจากนี้ผลการศึกษายังบอกถึงปัจจัยสำคัญของกระบวนการดังกล่าว เช่น การสร้างความเชื่อ การแตกต่างอย่างชัดเจนของบทบาทหน้าความรู้ รวมถึงข้อมูลที่ทำให้เกิดการบริการจัดการอย่างเพียงพอ

Knesebeck et al. (2001)<sup>12</sup> ทำการศึกษาการประเมินนโยบายสุขภาพระดับชุมชนในเยอรมันนีโดยอาศัยทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงและใช้มุมมองการประเมินเชิงพัฒนาที่เน้นถึงความเชื่อมโยงระหว่างบริษัท กิจกรรม ผลผลิตของการริเริ่มงาน โดยการประเมินชนิดนี้ถูกนำมาใช้ในกรณีที่เป้าหมายยากที่จะระบุและมีแนวโน้มที่จะเกิดการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา การศึกษานี้ใช้วิธีวิจัยแบบผสมผสานทั้งเชิงคุณภาพและปริมาณ (Mixed methods)

จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้นสามารถสรุปได้ว่า การประเมินผลเชิงพัฒนามีความเหมาะสมในการตอบสนองและสนับสนุนการเรียนรู้แบบทันทีที่ ในสถานการณ์ที่ซับซ้อน สถานการณ์ที่เพิ่งเกิดขึ้นเป็นครั้งแรกและมีผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียเกี่ยวข้องหลากหลาย รวมถึงงานที่มีความไม่แน่นอนต้องการความยืดหยุ่นในการประเมิน (Dozois, Langlois and Blanchet-Cohen 2010)<sup>13</sup>

### 1.3 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อพัฒนากระบวนการดำเนินงานโครงการนำร่องให้ผู้ป่วยรับยาที่ร้านยาเพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาลภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้บรรลุตามเป้าหมายที่วางไว้

<sup>10</sup> Landers, G., Price, K., & Minyard, K. (2018). Developmental Evaluation of a Collective Impact Initiative: Insights for Foundations. *The Foundation Review*, 10 (2).

<sup>11</sup> Langeveld, Kirsten, Stronks, Karien & Harting, Janneke (2016). Use of a knowledge broker to establish healthy public policies in a city district: a developmental evaluation. *BMC Public Health*, 16: 271.

<sup>12</sup> 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.

<sup>13</sup> 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.



#### 1.4 กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

## บทที่ 2

### วิธีการดำเนินการประเมิน

การประเมินเชิงพัฒนาครั้งนี้เป็นการประเมินโดยใช้กระบวนการวิจัยแบบผสมผสานทั้งเชิงคุณภาพและปริมาณ (Mixed method)

#### 2.1 ขั้นตอนการดำเนินการประเมิน

ระยะเวลา 1 ปี ระหว่าง ตุลาคม 2562- พฤศจิกายน 2563 แบ่งการดำเนินงานเป็นวงรอบอย่างต่อเนื่อง เพื่อบรรลุเป้าหมายของโครงการ

#### 2.2 เป้าหมายหลักของการประเมิน

การรับยาที่ร้านยาเป็นส่วนหนึ่งของการให้บริการของโรงพยาบาล

#### 2.3 ตัวชี้วัดของเป้าหมาย

จำนวนผู้ป่วยที่มารับยาที่ร้านยาอย่างต่อเนื่อง จำนวนกลุ่มโรคที่เพิ่มขึ้น สิทธิประกันสุขภาพที่เพิ่มขึ้น

##### 1. Team training:

จัดประชุมทีมวิจัย เพื่อชี้แจงรายละเอียด เครื่องมือ และวางแผนการดำเนินงานร่วมกัน

##### 2. Identify and analyze risks

วิเคราะห์สถานการณ์การดำเนินงาน และ จัดระดมสมอง วิเคราะห์กระบวนการดำเนินการของโครงการฯ ในรูปแบบต่าง ๆ หาขั้นตอน หรือประเด็นที่เป็นความเสี่ยงซึ่งจะนำไปสู่การไม่บรรลุวัตถุประสงค์ของโครงการฯ โดยใช้ Causal loop diagram

##### 3. Evaluate and prioritize risks

ประชุมคณะทำงานที่เกี่ยวข้องเพื่อประเมิน และจัดลำดับความสำคัญของประเด็นความเสี่ยงที่มีความสำคัญ และออกแบบตัวชี้วัดและการเก็บข้อมูลที่สะท้อนระดับความเสี่ยงในประเด็นสำคัญ เพื่อติดตาม และสะท้อนกลับข้อมูลแก่ผู้ดำเนินโครงการ

##### 4. Risk analysis

ประเมินระดับความเสี่ยงจากข้อ 4 อาจเก็บข้อมูลจากข้อมูลทุติยภูมิ การสัมภาษณ์ และการประชุมกลุ่มย่อย เก็บข้อมูลประเด็นความเสี่ยงเพิ่มเติมจากการสัมภาษณ์ ออกแบบตัวชี้วัดเพื่อติดตามขนาดของความเสี่ยงเพิ่มเติม พร้อมทั้งรวบรวมรูปแบบกลยุทธ์ หรือมาตรการที่พื้นที่ต่าง ๆ ใช้ในการจัดการความเสี่ยงเหล่านั้น

##### 5. Identify strategy to manage risks

สะท้อนกลับผลการประเมินระดับความเสี่ยงตามชุดตัวชี้วัด และร่วมกับผู้ดำเนินโครงการฯ วิเคราะห์ และแลกเปลี่ยนเพื่อหากกลยุทธ์ หรือมาตรการลด หรือจัดการความเสี่ยง สำหรับพื้นที่ที่ยังไม่มีกลยุทธ์ หรือมาตรการในการจัดการ

##### 6. Monitor and update

ติดตาม และประเมินผลของมาตรการ เฝ้าระวังประเด็นความเสี่ยงที่สำคัญ และสะท้อนกลับเพื่อหากลยุทธ์ หรือมาตรการในการจัดการความเสี่ยงอย่างต่อเนื่องต่อไป

วิธีการประเมินใช้ข้อมูลจากฐานข้อมูลการให้บริการของเครือข่ายบริการตาม protocol ของโครงการประเมินส่วนกลาง วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหาจากรายงานการประชุม สัมภาษณ์ผู้เกี่ยวข้องตาม protocol ของโครงการประเมินส่วนกลาง และสอบถามความพึงพอใจของผู้รับบริการใน 2 ลักษณะ คือ ตาม protocol ของโครงการประเมินส่วนกลาง และ การใช้แผนที่เดินทางของผู้ป่วย (patient journey mapping)

#### 7. Team sharing

สรุปความก้าวหน้าในการดำเนินงาน ผ่านประชุมคณะกรรมการระดับจังหวัด เขตสุขภาพ และ คณะกรรมการระดับประเทศ ได้แก่

7.1 คณะทำงานโครงการลดความแออัดโรงพยาบาลโดยใช้กลไกร้านยาภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามนโยบายของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดขอนแก่น ประชุมเดือนละ 1 ครั้ง โดยเฉลี่ย

7.2 คณะทำงานพัฒนาระบบบริการเพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาลโดยระบบบริการเภสัชกรรมชุมชนร่วมกับร้านยาแผนปัจจุบัน เขต 7 ประชุมไตรมาสละ 1 ครั้ง โดยเฉลี่ย

7.3 คณะกรรมการวิเคราะห์ข้อเสนอทางเลือกเชิงนโยบายและติดตามผลการดำเนินการนโยบายให้ผู้ป่วยรับยาที่ร้านยาเพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาล ประชุมเดือนละ 1 ครั้ง โดยเฉลี่ย

หมายเหตุ การดำเนินงานในข้อ 3-6 ใช้รูปแบบการประชุมคณะกรรมการทั้งสองชุดในการสรุปติดตามผลการดำเนินงาน เสนอมาตรการปรับปรุง แก้ไข ปัญหา อุปสรรค ที่เกิดขึ้น อย่างต่อเนื่อง รวมทั้ง นำข้อเสนอจากพื้นที่ นำเสนอต่อคณะกรรมการวิเคราะห์ข้อเสนอทางเลือกเชิงนโยบายและติดตามผลการดำเนินการนโยบายให้ผู้ป่วยรับยาที่ร้านยาเพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาล ซึ่งเป็นคณะกรรมการส่วนกลางเพื่อร่วมให้ข้อคิดเห็น และกำหนดนโยบายในการพัฒนาโครงการต่อไป

### บทที่ 3

## ผลการประเมินและอภิปราย

ผลการวิจัย แบ่งเป็น 5 ส่วน ได้แก่ 1) ผลการวิเคราะห์กระบวนการดำเนินโครงการฯ 2) ผลลัพธ์จากการดำเนินโครงการฯ 3) ความพึงพอใจของผู้ป่วยภาพรวม 4) ความพึงพอใจของผู้ป่วยกรณีศึกษา แผนการเดินทางของผู้ป่วยสูงอายุที่รับบริการจากร้านทันยา 5) การขยายบริการปฐมภูมิ: กรณีศึกษา แนวทางการทำ Telepharmacy ในกรณี fill prescription สำหรับวัดหนองแขวงพระอารามหลวง โรงพยาบาลขอนแก่น

#### 3.1 ผลการวิเคราะห์กระบวนการดำเนินโครงการฯ

##### 3.1.1 ข้อมูลพื้นฐานโรงพยาบาลขอนแก่น

โรงพยาบาลขอนแก่นมีผู้ป่วยนอกที่มีใบสั่งยาเฉลี่ยวันละ 1,800 ใบ จำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉินวันละ 312 คน รับผู้ป่วย Refer in และ Refer back วันละ 158 คน จำนวนเตียง 1000 เตียง อัตราครองเตียงร้อยละ 110 มีห้องจ่ายยาผู้ป่วยนอกจำนวน 5 ห้อง ได้แก่

**ห้องที่ 1** รองรับผู้ป่วยอายุรกรรม ศัลยกรรมกระดูก ซึ่งเป็นห้องจ่ายยาที่มีปริมาณผู้ป่วยมากที่สุด

ห้องที่ 2 รองรับผู้ป่วยกุมารเวชกรรม ทันตกรรม สูตินรีเวชกรรม โสตศอนาสิก

ห้องที่ 3 รองรับผู้ป่วยจักษุ จิตเวช คลินิกพิเศษ

ห้องที่ 4 รองรับผู้ป่วยศัลยกรรม

ห้องที่ 5 รองรับผู้ป่วยรังสีรักษา

การบริการปฐมภูมิจำนวนคลินิกหมอครอบครัว 7 แห่ง และ โรงพยาบาลสาขา 1 แห่ง

ปัจจุบันมีการใช้มาตรการดำเนินงาน เพื่อลดความแออัด ลดรอคอย ในโรงพยาบาลขอนแก่น รวม 4 แนวทาง ได้แก่

1. การปิดบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป (OPD-GP) โดยไปรับบริการที่คลินิกหมอครอบครัวใกล้บ้าน ส่งผลให้ ระยะเวลารอคอยที่โรงพยาบาล 180 นาที ที่คลินิกหมอครอบครัว 45 นาที ผู้ป่วยและญาติ ลดค่าใช้จ่ายในการมาพบแพทย์และมีความพึงพอใจจากร้อยละ 80 เป็นร้อยละ 98.4

2. การเปิดบริการ Special medical clinic เพื่อกระจายผู้ป่วยคลินิกเฉพาะทางนอกเวลาราชการ โดยมีจำนวนผู้รับบริการเฉลี่ย 80 คนต่อวัน

3. การส่งยาทางไปรษณีย์ เริ่มดำเนินการเดือนมีนาคม 2561 ในผู้ป่วยที่แพทย์พิจารณาว่ามีอาการคงที่ และมีระบบการเติมยา โดยมีผู้รับบริการเฉลี่ย 800 รายต่อเดือน

4. การรับยาที่ร้านยาใกล้บ้าน เป้าหมายในผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ 3,450 ราย ณ วันที่ 30 กันยายน 2563 ผู้ป่วยสะสมดำเนินการแล้ว 503 ราย

##### 3.1.2 แนวทางการดำเนินงานโครงการรับยาร้านยาใกล้บ้านเพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาล

**วัตถุประสงค์** เพื่อลดความแออัดของโรงพยาบาลโดยขยายบริการด้าน เภสัชกรรมมารับยาที่ร้านยาแผนปัจจุบันประเภท 1 เพื่ออำนวยความสะดวกให้แก่ประชาชนผู้มีสิทธิในการรับยาที่ร้านยา



ใกล้บ้านโดยผู้มีสิทธิได้รับความปลอดภัยในการใช้ยาและการดูแลอย่างและต่อเนื่อง เพิ่มการเข้าถึงยา  
จำเป็นของผู้ป่วยอย่างปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ

#### หลักเกณฑ์การคัดเลือกร้านยาเข้าร่วมโครงการลดความแออัดโรงพยาบาลขอนแก่น

1. เป็นร้านยาคุณภาพหรือร้านยา GPP ที่แสดงความต้องการเข้าร่วมให้บริการ
2. มีเภสัชกรให้บริการมากกว่า 8 ชม ต่อวันที่เปิดให้บริการ
3. ร้านยาผ่านเกณฑ์ร้านยาสีขาว (พบเภสัชกรปฏิบัติการตลอดเวลาเปิดร้าน ไม่จำหน่ายยาให้กับร้านชำไม่เป็นร้านยาที่อยู่ระหว่างถูกดำเนินคดีหรือมีเรื่องร้องเรียนจากกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค)
4. ร้านยาอยู่ในพื้นที่ที่กำหนดเพื่อกระจายการทำงานของโครงการได้อย่างทั่วถึง
5. เภสัชกรร้านยาผ่านการอบรมเรื่องบริหารเภสัชกรรมเป็นหลักสูตรที่ได้รับการรับรองจากสถาบันการศึกษา การจัดประชุมวิชาการของเครือข่าย

#### กลุ่มโรคเกณฑ์การคัดเลือกเข้าโครงการ

1. ผู้ป่วยโรคเบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง
  - ระดับน้ำตาล FBS น้อยกว่า 200 mg% หรือ HbA1C น้อยกว่า 8
  - eGFR มากกว่า 60 ml/min
  - BP น้อยกว่า 140/90 mmHg
  - ตามความเห็นของแพทย์
2. ผู้ป่วยโรคหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรัง
  - ไม่มีอาการหอบกำเริบเฉียบพลันจนต้องเข้าห้องฉุกเฉินหรือนอนโรงพยาบาลในช่วง 1 ปี
  - ใช้ยาขยายหลอดลมเพื่อบรรเทาอาการ ไม่เกิน 2 ครั้งต่อสัปดาห์
  - ตามความเห็นของแพทย์
3. ผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพ
4. เงื่อนไขรายการยา ดังนี้
  - ไม่มีรายการยาแพ้เย็น
  - ไม่มีการเปลี่ยนรายการยา
  - ไม่มีการเปลี่ยนวิธีกินยา
  - ไม่มีรายการยาเสพติดหรือวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท
  - ไม่มีรายการยาที่เป็น Narrow therapeutic index หรือยาความเสี่ยงสูง
  - ผู้ป่วยมียาเหลือ อย่างน้อย 1-2 วัน

รูปแบบการดำเนินการ มี 2 รูปแบบ ได้แก่

**รูปแบบที่ 1** ยาจะถูกจัดเตรียม และตรวจสอบโดยเภสัชกร แล้วส่งจากโรงพยาบาลขอนแก่น  
ไปที่ร้านยาในเครือข่าย เมื่อยาไปถึงร้าน เภสัชกรร้านยาจะตรวจสอบอีกครั้งว่า มีปัญหาหรือ  
ความคลาดเคลื่อนหรือไม่ ถ้าไม่มีปัญหาก็จะจ่ายยาและให้คำแนะนำการใช้ยาแก่คนไข้ต่อไป

**รูปแบบที่ 2** คือ การกระจายยาจาก โรงพยาบาล หรือ คลินิกหมอครอบครัวไปที่ร้านยา โดย  
แพทย์จะพิจารณาส่งผู้ป่วยที่มีอาการคงที่ที่แพทย์สั่งยา 6 เดือน และแพทย์มีความประสงค์ให้ผู้ป่วยรับยา  
ที่ร้านยาต่อเนื่องทุก 1-2 เดือนจนถึงวันนัด โดยผู้ป่วยจะได้รับยาในครั้งแรกจากโรงพยาบาล หรือ  
คลินิกหมอครอบครัว จากนั้นในเดือนถัดไปสามารถนำไปรับยาที่ร้านยาได้เลย โดยเภสัชกรที่ร้านยา

จะตรวจสอบสุขภาพเบื้องต้นให้ เช่น วัดความดันทุกครั้งให้ผู้ป่วยไปรับยา หากมีอาการผิดปกติ เภสัชกรร้านยาจะประสานเพื่อให้ผู้ป่วยกลับไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาล

ขั้นตอนการดำเนินงานของร้านยา (flow chart) และกิจกรรมที่เภสัชกรร้านยาต้องทำ (ภาพที่ 2)

1. ขั้นตอน ก่อนส่งมอบยา

- ตรวจสอบใบสั่งยา 5R (5 Rights) ได้แก่ ถูกคน (Right Person) ถูกยา (Right Medication)
- ถูกวิธี (Right Route) ถูกขนาด (Right Dose) ถูกเวลา (Right Time)
- อันตรกิริยาระหว่างยา (Drug interaction)
- ปัญหาจากการใช้ยา (DRPs)
- ยาความเสี่ยงสูง (High Alert Drugs)
- อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (ADRs)
- ตรวจสอบยา ได้แก่ รายการยา จำนวน บรรจุภัณฑ์ ฉลากยา
- ตรวจสอบข้อมูลของผู้ป่วย
- ตรวจสอบประวัติการใช้ยาเดิม และปัจจุบัน
  - ซักถามประวัติการใช้ยาเดิมของผู้ป่วย
  - ติดต่อผู้ป่วยเรื่องเวลาเข้ารับบริการ
  - ยืนยันตัวผู้ป่วย หรือผู้ที่จะเข้ามารับยาแทน

2. ขั้นตอน ระหว่างส่งมอบยา

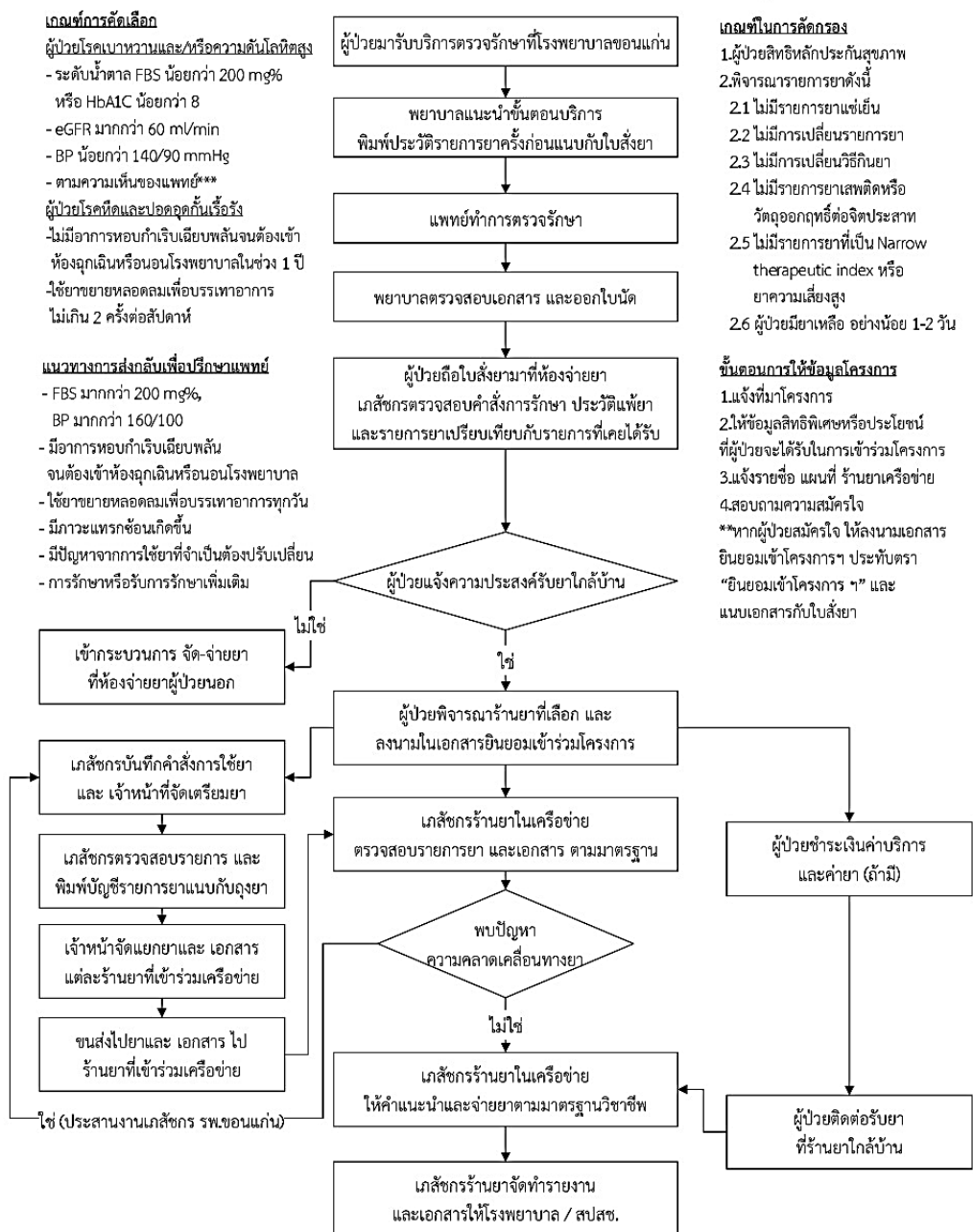
- ยืนยันตัวตนผู้ป่วย
- ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน ความรุนแรง สภาพของโรค (Stage of disease) ทิศนคติ

ต่อโรค

- ตรวจวัดความดัน ระดับน้ำตาล หรือสมรรถภาพปอดเพื่อติดตามผลการใช้ยา (ขึ้นกับโรคที่ผู้ป่วยเป็น)

- ประเด็นปัญหาที่พบ
- การควบคุมภาวะโรค
- ประวัติการใช้ยาในปัจจุบัน
  - อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (ADRs)
  - อันตรกิริยาระหว่างยา (Drug interaction)
  - ความร่วมมือในการใช้ยา ยาเหลือใช้
- สอบถามพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย
  - อาหาร ออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ ดื่มสุรา
- จัดการปัญหาเรื่องยาและสุขภาพ
- จ่ายยา พร้อมให้คำแนะนำการใช้ยาและการปรับพฤติกรรม

- บันทึกข้อมูลเข้าระบบแบบบันทึกของเภสัชกร
- 3. ขั้นตอน หลังส่งมอบยา
  - บันทึกการส่งมอบยา/ ผู้ป่วยเซ็นรับยา
  - ทำเอกสารเตรียมสำหรับการรับยาครั้งถัดไป ได้แก่ ผู้ป่วยที่จะกลับมารับยาที่ร้านยา และผู้ป่วยที่ครบกำหนดส่งกลับเข้าระบบ รพ. หรือ PCC เพื่อพบแพทย์ประจำ



ภาพที่ 2 ขั้นตอนการดำเนินงานโครงการรับยาร้านยาใกล้บ้านเพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น รูปแบบที่ 1 ในระยะแรก

## การจัดการสารสนเทศระหว่างโรงพยาบาล ร้านยา และ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)

คณะทำงานฯ จังหวัดขอนแก่น ได้กำหนดรายละเอียดข้อมูลสารสนเทศหรือเอกสารที่ต้องรับ-ส่งระหว่าง รพ.-ร้านยา-สปสช. ดังนี้

ข้อมูลจาก โรงพยาบาลสู่อร้านยา โดยเอกสาร ได้แก่

1. ใบยินยอมเข้าร่วมโครงการ ที่มีลายเซ็น ผู้ป่วย ละ พยาน จำนวน 2 คน (พยาน ได้แก่ เกสซ์กร 1 คน และ เจ้าหน้าที่จุดบริการ 1 คน)

2. สำเนาภาพถ่ายใบสั่งยาที่มีลายมือแพทย์ หรือ E-Prescription

3. ใบรายละเอียดข้อมูลผู้ป่วยเบื้องต้น 3 หลักได้แก่

- ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย ชื่อ-สกุล เลขประจำตัวโรงพยาบาล เลขบัตรประชาชน สิทธิการรักษา โรงพยาบาลที่รักษาหลัก

- แบบสรุปรายการยาที่โรงพยาบาลบันทึกผ่านโปรแกรมเฉพาะที่มารับบริการในครั้งนี้อยู่ ประกอบด้วย ชื่อยา รหัสTMT จำนวน หน่วยนับ และ วิธีรับประทานยาเป็นภาษาไทย

- ข้อมูลการรักษา ผลการตรวจวินิจฉัย (Diagnosis with ICD 10 code ) ผลทางห้องปฏิบัติการที่จำเป็น เฉพาะที่มารับบริการในครั้งนี้อยู่ ได้แก่ Fasting blood sugar (FBS), HbA1C, serum creatinine

ในกรณีที่ร้านยาต้องการข้อมูลเพิ่มเติมให้โทรสอบถามเกสซ์กรห้องจ่ายยาผู้ป่วยนอก หรือ เกสซ์กรประจำคลินิกหออครอบครัว

วิธีการส่งข้อมูลระหว่าง รพ.-ร้านยา-สปสช. แบ่งเป็น 2 ช่องทาง ได้แก่

1. การส่งข้อมูลผ่าน Web based ด้วยโปรแกรม Q-drug โดยร้านยาเครือข่ายต้องสมัครเข้าเป็นสมาชิกเพื่อขอรหัสเข้าถึงข้อมูล โดย ข้อมูลที่เข้าถึง ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป ชื่อ-สกุล เลขบัตรประชาชน เบอร์โทรศัพท์ ข้อมูลรายการยา วิธีใช้ จำนวน ข้อมูลการวินิจฉัย และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่จำเป็น และมีระบบรายงานสถานะของการรับและจ่ายยาของร้านยาต่อผู้ป่วย และระบบรายงานประจำเดือน

2. ปัจจุบันร้านยาบันทึกข้อมูลการบริการผ่าน Website สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อประกอบการตรวจสอบการบริการ และการเบิกจ่ายค่าบริการตามระบบ

สำหรับกลไกการกำกับดูแลร้านยาในเครือข่าย ทั้งด้านคุณภาพบริการ การตรวจสอบเวชภัณฑ์ยา ดำเนินการใน 2 รูปแบบ ได้แก่ รพศ.ขอนแก่นร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น ในการขอข้อมูลการตรวจประเมินคุณภาพร้านยา และจัดการประชุมติดตามความก้าวหน้า รายงานผลการดำเนินงาน ตลอดจนพิจารณาโอกาสพัฒนางานทุก 1-2 เดือน ในที่ประชุมคณะกรรมการพัฒนาระบบรับยาร้านยาใกล้บ้าน จังหวัดขอนแก่น และระดับเขต

### 3.2 ผลลัพธ์จากการดำเนินโครงการฯ

3.2.1 การวิเคราะห์ความเสี่ยงในการดำเนินโครงการระยะแรก ระหว่างวันที่ 8 ตุลาคม 2562 ถึงวันที่ 26 พฤศจิกายน 2563

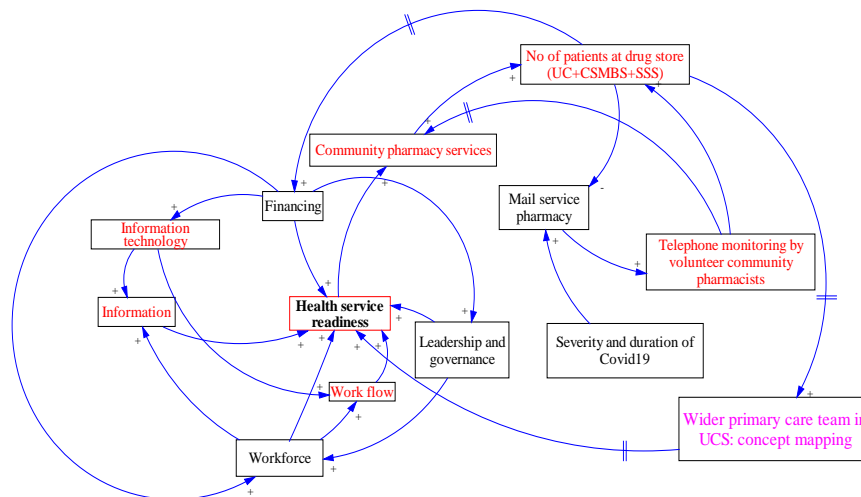
จากการประชุมผู้เกี่ยวข้องหลักในโครงการ ทีมประเมินสรุปแผนภูมิวงรอบเหตุและผล (Causal Loop Diagram) เพื่อแสดงถึงความสัมพันธ์ และปฏิสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่อาจเกิดขึ้นในการดำเนินโครงการนี้ รวมทั้งสรุปปัญหา และ แนวทางการพัฒนา

จากภาพที่ 3 แผนภูมิวงรอบเหตุและผลของโครงการลดความแออัดโรงพยาบาลโดยใช้กลไกร้านยาภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จังหวัดขอนแก่น จะเห็นว่า มีปัจจัยและความสัมพันธ์ภายในเครือข่ายการดำเนินโครงการลดความแออัด โดยส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลไปรับบริการที่ร้านยา (กล่อง No of patients at drug store) เป็นดังนี้

1. ถ้าจำนวนผู้ป่วยเข้าโครงการนี้เพิ่มขึ้น และโครงการดำเนินไปในช่วงเวลาหนึ่ง จะส่งผลให้ **เครือข่ายบริการปฐมภูมิ ที่ประกอบด้วยทีมบุคลากรโรงพยาบาล และเภสัชกรร้านยา** จะมีความเข้มแข็งมากขึ้น และงานบริการปฐมภูมิที่เข้มแข็งนี้จะส่งผลให้ระบบสุขภาพมีความพร้อมในการให้บริการเพิ่มขึ้น ในขณะที่ความพร้อมในการให้บริการเพิ่มขึ้นจะส่งผลต่อการบริการเภสัชกรรมชุมชนที่เพิ่มขึ้น ทำให้จำนวนคนเข้ามาใช้บริการที่ร้านยาเพิ่มขึ้น

2. การที่โรงพยาบาลมี **ระบบสารสนเทศ สถานะการเงิน ความเป็นผู้นำองค์กร** และการบริหารงานที่มีเสถียรภาพและคล่องตัว จะส่งผลต่อ **ความพร้อมของการบริการสุขภาพ** ของโรงพยาบาลที่ดีขึ้น

การดำเนินงานในระยะแรกนี้ ประเด็นปัญหาที่สำคัญคือ ระบบสารสนเทศระหว่าง รพ. ร้านยา และ สปสช. ยังไม่เชื่อมต่อและไม่เป็นหนึ่งเดียว ส่งผลให้ร้านยาจะต้องบันทึกข้อมูลซ้ำ และไม่สามารถส่งข้อมูลผู้ป่วยย้อนกลับจากร้านยาไปยังแพทย์ผู้ส่งต่อได้อย่างเป็นระบบ ทำให้ความสัมพันธ์ ความไว้วางใจระหว่างแพทย์ และ เภสัชกรร้านยา เกิดขึ้นอย่างค่อยเป็นค่อยไป ล่าช้ากว่าที่ควรจะเป็น



ภาพที่ 3 วงรอบเหตุและผลของโครงการลดความแออัดโรงพยาบาลโดยใช้กลไกร้านยาภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

หมายเหตุ: ปฏิสัมพันธ์เชิงบวก หมายถึงการที่แต่ละตัวแปรส่งผลเสริมแรงซึ่งกันและกัน

อย่างไรก็ตาม จากเหตุการณ์ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในระหว่างเดือนมีนาคม-กันยายน 2563 ส่งผลให้โรงพยาบาลมีการส่งยาทางไปรษณีย์เพิ่มขึ้น ดังนั้นเภสัชกรร้านยา

ในโครงการบางส่วนจึงอาสาให้การบริการเภสัชกรรมทางไกล โดยใช้โทรศัพท์สอบถามการรับยาและติดตามปัญหาการใช้ยาทางโทรศัพท์ ส่งผลให้คนไข้ได้รับรู้บทบาทของเภสัชกรร้านยา ทำให้คนไข้สมัครเข้าโครงการนี้เพิ่มขึ้น และคาดว่าจะส่งผลให้คนไข้รับยาทางไปรษณีย์น้อยลงในอนาคต

### 3.2.2 กระบวนการดำเนินงาน: พัฒนาเครือข่ายอย่างต่อเนื่อง เกิดทีมงาน รพ. ร้านยา รวมดูแลผู้ป่วย

ผลการวิจัยในส่วนนี้ วิเคราะห์จากรายงานการประชุมคณะทำงานระดับจังหวัด ระดับเขตและการเข้าร่วมสังเกตการณ์ประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ รายละเอียดดังนี้

1. รายงานการประชุมคณะทำงาน โครงการลดความแออัดโรงพยาบาลโดยใช้กลไกร้านยา ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามนโยบายของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดขอนแก่น ครั้งที่ 1 – 5 ระหว่างวันที่ 8 ธันวาคม 2562 ถึง วันที่ 23 กรกฎาคม 2563

2. รายงานการประชุมคณะทำงานพัฒนาระบบบริการเพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาล โดยระบบบริการเภสัชกรรมชุมชนร่วมกับร้านยาแผนปัจจุบัน เขต 7 ครั้งที่ 1 ถึงครั้งที่ 3 ระหว่างวันที่ 13 ธันวาคม 2562 ถึง วันที่ 23 มิถุนายน 2563

3. การเข้าร่วมประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้และทบทวนแนวทางการดำเนินงาน เพื่อขับเคลื่อนโครงการลดความแออัดในโรงพยาบาลโดยกลไกร้านยาคุณภาพ วันที่ 26 พฤศจิกายน 2563

จากภาพที่ 4 การดำเนินงานของทีมงานขอนแก่น ซึ่งประกอบด้วย เภสัชกรโรงพยาบาล เภสัชกรร้านยา แพทย์และพยาบาล และส่วนที่สนับสนุนได้แก่ ผู้บริหารระดับเขต ระดับจังหวัด คณาจารย์คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น และเภสัชกรสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น พบว่า การดำเนินงานของทีมงานขอนแก่นมีความเป็นพลวัตร เมื่อพิจารณาจำนวนมาตรการที่ทีมงานเสนอ พบว่า มีจำนวนอย่างน้อย 31 มาตรการ ดำเนินการแล้วเสร็จ 20 มาตรการ กำลังดำเนินการ 11 มาตรการ รายละเอียดตัวอย่างปัญหาที่พบในการดำเนินงาน และกิจกรรมที่ปรับปรุง ดูในตารางที่ 1



ตารางที่ 1 ตัวอย่าง ปัญหาที่พบ และมาตรการที่ปรับปรุง

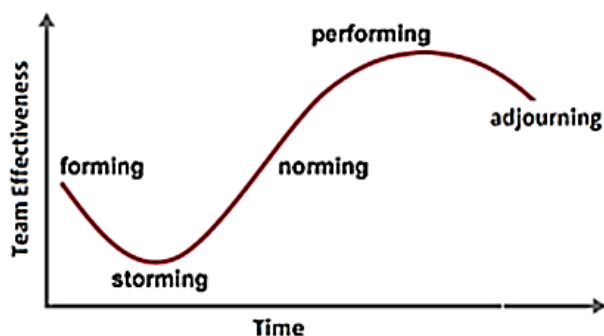
ปัญหาที่พบ	มาตรการที่ปรับปรุง
จำนวนผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการมีน้อย ไม่เป็นไปตามเป้าหมาย	<ul style="list-style-type: none"> <li>- เพิ่มการประชาสัมพันธ์ถึงประชาชนในหลากหลายช่องทาง โดยใช้แผ่นพับ, VDO clip, Digital billboard, Social media รวมถึงในเวทีประชุม อสม. และ การประชุมต่าง ๆ ได้แก่ ศูนย์แพทย์ชุมชน เทศบาล และ โรงพยาบาล</li> <li>- สร้างห้องจุดบริการรับยาใกล้บ้านให้เห็นเด่นชัดตรงข้ามห้องจ่ายยา</li> <li>- ขยายกลุ่มโรคที่รับบริการ จากเดิม เบาหวาน ความดัน โลหิตสูง หอบหืด จิตเวช ที่มีอาการคงที่ เพิ่มเติมโรคไขข้อ นิ้วในไต ไทรอยด์ ไขมันสูง ลมชัก</li> <li>- ติดตามผลการดำเนินงานในการประชุมของคณะทำงาน ทุกครั้ง พร้อมกับการระดมความเห็นเพื่อร่วมกันแก้ไขพัฒนาโปรแกรมในการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างร้านยาและโรงพยาบาลโดยร้านยามีช่องทางในการเข้าถึงข้อมูลผ่าน Web based ระบบ Line group</li> </ul>
การรับ ส่ง ข้อมูลระหว่างร้านยาและ โรงพยาบาล เป็นลักษณะการเขียน บันทึกลงในแบบฟอร์ม	พัฒนาโปรแกรมในการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างร้านยาและโรงพยาบาลโดยร้านยามีช่องทางในการเข้าถึงข้อมูลผ่าน Web based ระบบ Line group
การสื่อสารเพื่อจัดการปัญหาไม่ทันทั่วถึง	เปิดช่องทางสื่อสารผ่าน Line group ระหว่างร้านยากับโรงพยาบาล และผู้ป่วยกับโรงพยาบาล

เมื่อพิจารณาการดำเนินงานในมิติของการพัฒนาการทำงานเป็นทีมตามแนวคิดของ Tuckman<sup>14</sup> ในปี 1965 ที่ได้แบ่งระยะของการพัฒนาทีมเป็น 4 ระยะ (ดังภาพที่ 5) ได้แก่ forming (ขั้นก่อตัว)-storming (ระดมความคิด)-norming (ยอมรับบรรทัดฐาน มีความมุ่งมั่นในการทำงานเพื่อให้เกิดผลสำเร็จ ให้ทีมก้าวไปข้างหน้า)-performing (ผลการดำเนินงาน)<sup>15</sup> จะเห็นว่า การดำเนินงานของทีมงานขอนแก่นใช้เวลาประมาณ 8 เดือน ในการปรับแนวทางการดำเนินงาน จนเกิดแนวทางที่ทุกฝ่ายเห็นร่วมกัน (norming stage)

<sup>14</sup> Tuckman's stages of group development

<sup>15</sup> 1. Forming คือการรวมตัวกันของสมาชิกทีม 2. Storming คือการระดมความคิดเพื่อให้ทีมงานไปในทิศทางเดียวกัน กำหนดเป้าหมายและบทบาทของสมาชิก 3. Norming คือ การกำหนดบรรทัดฐานของทีม นำไปสู่ข้อตกลงร่วมกันที่ทุกฝ่ายสามารถแสดงบทบาทของตนเองอย่างราบรื่น เกิดการยอมรับซึ่งกันและกัน 4. Performing คือ การปฏิบัติงานร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพ 5. Adjourning คือ การทบทวนองค์กร หรือหน่วยงาน เมื่อทีมบรรลุเป้าหมาย





ภาพที่ 5 Tuckman's stages of group development

กล่าวได้ว่า ลักษณะการดำเนินงานของทีมขอนแก่น เมื่อวิเคราะห์ตามแนวทางการบริการโดยใช้ Six building blocks ของ องค์การอนามัยโลก<sup>16</sup>เป็นดังนี้จาก (ภาพที่ 6)

1. ทีมนำ (Leadership/governance) การมีคณะกรรมการที่ครอบคลุมผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ครอบคลุมทุกภาคส่วน ได้แก่ โรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เครือข่ายร้านยา คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น และมีการประชุมติดตามผลการดำเนินงานทุกเดือน รวมถึงการสนับสนุนของผู้บริหารในการติดตามผลลัพธ์การดำเนินงานในการประชุม คณะกรรมการนโยบายของโรงพยาบาล ขอนแก่น และระดับจังหวัด

2. ระบบบริการ (Service delivery) มีการดำเนินการใน 2 รูปแบบ ได้แก่

รูปแบบที่ 1 Fill prescription ยาจะถูกจัดเตรียม และตรวจสอบโดยเภสัชกร แล้วส่งจากโรงพยาบาลขอนแก่นไปที่ร้านยาในเครือข่าย เมื่อยาไปถึงร้าน เภสัชกรร้านยาจะตรวจสอบอีกครั้งว่ามีปัญหาหรือความคลาดเคลื่อนหรือไม่ ถ้าไม่มีปัญหาที่จะจ่ายยาและให้คำแนะนำการใช้ยาแก่คนไข้ต่อไป พื้นที่ดำเนินการ ผู้ป่วยนอกที่มารับบริการที่โรงพยาบาล อีกทั้งโรงพยาบาลขอนแก่นมีการดำเนินการในรูปแบบที่ 2 เพิ่มเติม

รูปแบบที่ 2 คือ Refill prescription การเติมยาในผู้ป่วยที่อาการคงที่โรงพยาบาลขอนแก่น และคลินิกหมอครอบครัว ไปรับยาที่ร้านยา โดยแพทย์จะพิจารณาส่งผู้ป่วยที่มีอาการคงที่ที่แพทย์สั่งยา 6 เดือน และแพทย์มีความประสงค์ให้ผู้ป่วยรับยาที่ร้านยาต่อเนื่องทุก 1-2 เดือนจนถึงวันนัดตาม การพิจารณาของแพทย์ โดยผู้ป่วยจะได้รับยาในครั้งแรกจาก โรงพยาบาลหรือคลินิกหมอครอบครัว จากนั้นในเดือนถัดไปสามารถนำไปรับยาที่ร้านยาได้เลย โดยเภสัชกรที่ร้านยาจะตรวจสอบคุณภาพเบื้องต้นให้ เช่น วัดความดันทุกครั้งผู้ป่วยไปรับยา หากมีอาการผิดปกติ เภสัชกรร้านยาจะประสาน เพื่อให้ผู้ป่วยกลับไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาล พื้นที่ดำเนินการ ผู้ป่วยนอกที่มารับบริการที่คลินิกหมอครอบครัว (Primary care clinic)

3. บุคลากร (Human resources) ในการให้บริการประกอบไปด้วยการมีส่วนร่วมของ สหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล และ เภสัชกร และรวมถึง เภสัชกรร้านยาในเครือข่าย โดยในช่วง

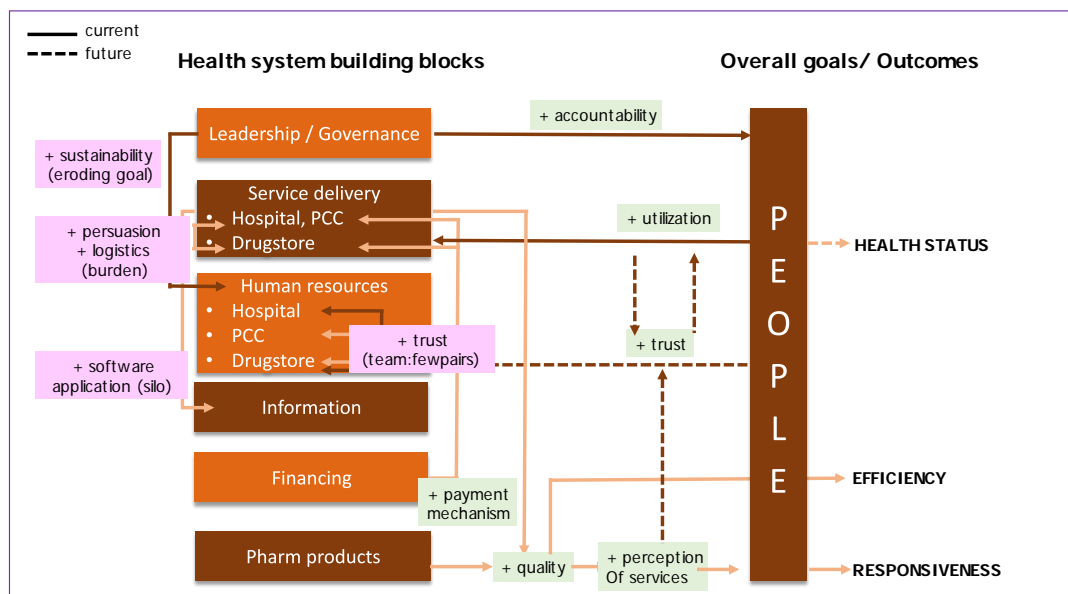
<sup>16</sup> Monitoring the building blocks of health systems: a handbook of indicators and their measurement strategies. 2010. <https://www.who.int/healthinfo/systems/monitoring/en/>

เตรียมการส่งผู้ป่วย โรงพยาบาลแม่ข่ายทุกแห่ง ได้มีจัดประชุมเพื่อทำความเข้าใจ เพิ่มศักยภาพ ความรู้ ความเข้าใจของเภสัชกรร้านยาในเครือข่ายเกี่ยวกับมาตรฐานการติดตามผู้ป่วยในกลุ่มโรคต่าง ๆ

4. ระบบข้อมูลข่าวสาร (Information) โรงพยาบาลขอนแก่น มีการพัฒนาโปรแกรมในการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างร้านยาและโรงพยาบาลโดยร้านยามีช่องทางในการเข้าถึงข้อมูลผ่าน Web based ระบบ Line group ในการสื่อสารข้อมูลระหว่างโรงพยาบาลและร้านยาเครือข่ายกรณีการเกิดปัญหา ทุกแห่งมีการสื่อสารข้อมูลถึงประชาชนผ่านแผ่นพับและการประชาสัมพันธ์ของผู้รับบริการในโรงพยาบาลและบุคลากรในโรงพยาบาล มีการสื่อสารในวงกว้างผ่าน VDO clip และ Social media รวมถึงในเวทีประชุม อสม. และประชุมศูนย์แพทย์ชุมชนและประชุมเทศบาล และทุกโรงพยาบาลวางแผนในการพัฒนาระบบการให้คำปรึกษาทางไกล Telepharmacy เพื่อติดตามการใช้จ่ายของผู้ป่วย กรณีส่งยาไปรษณีย์ไปบ้านผู้ป่วย

5. เวชภัณฑ์ (Pharmaceutical product) มีการระบบการตรวจสอบเวชภัณฑ์ที่จัดส่งไปร้านยาตามมาตรฐาน กรณีโรงพยาบาลขอนแก่นเพิ่มเติมระบบสำรองยาที่ร้านยาสำหรับรูปแบบที่ 2 มีระบบการควบคุมและติดตามการสำรองยาตามมาตรฐานเดียวกับโรงพยาบาลโดยมีเอกสาร Stock card และ เอกสารรับ-จ่ายที่ครบถ้วน โดยกำหนดเติมยาสำรองทุก 1 เดือน

6. งบประมาณ (Financial) ได้รับเงินสนับสนุนในการพัฒนาระบบบริการจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และร้านยาได้รับการเบิกชดเชยตามระเบียบ



ภาพที่ 6 การเชื่อมผสานของโครงการนำร่องร้านยาลดความแออัดในระบบสุขภาพ 6 สาขาหลัก

**สรุปกิจกรรมที่พัฒนาขึ้นระหว่างดำเนินโครงการฯ**

1. กิจกรรมด้านความปลอดภัย

1.1 การออกแบบระบบในการติดตามปัญหาจากการใช้ยา และการสอบถามความร่วมมือในการใช้ยา ผ่านระบบโปรแกรมของโรงพยาบาล และ โปรแกรมการบันทึกข้อมูลของเครือข่ายร้านยา

1.2 การออกแบบระบบการปรับพฤติกรรมสุขภาพโปรแกรมการบันทึกข้อมูลของเครือข่ายร้านยา โดยใช้เครื่องมือการบันทึกข้อมูลในโปรแกรมที่เครือข่ายร้านยาเป็นผู้บันทึก Medication therapy Management by Community Pharmacist ผ่านระบบ website online

1.3 การสำรวจความพึงพอใจของผู้รับบริการ

2. กิจกรรมด้านการพัฒนาขั้นตอนการทำงาน

2.1 การสร้างห้องจุดบริการรับยาใกล้บ้านให้เห็นเด่นชัดตรงข้ามห้องจ่ายยา

2.2 การลดขั้นตอนการขนส่งยาในร้านยาที่ใกล้โรงพยาบาลให้สามารถรับยาจากเดิม

2-3 วันทำการเป็น 1 วันทำการ

2.3 การพัฒนารูปแบบที่มีการสำรองยาที่ร้านยา

3. กิจกรรมเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการ

การขอขยายกลุ่มโรคที่รับบริการ เพิ่มโรคไขข้อ นิ้วในโต ไทรอยด์ ไขมันสูง ลมชัก ได้รับอนุมัติจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

4. กิจกรรมพัฒนาระบบการสนเทศ

4.1 โปรแกรมการส่งต่อข้อมูลการสั่งยา ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่จำเป็น การวินิจฉัย ไปยังร้านยาในเครือข่าย (ภาพที่ ZZ)

4.2 การให้คำปรึกษาทางไกล (Telepharmacy)

4.3 การสื่อสารผ่าน Line group กลุ่มร้านยาและโรงพยาบาล และ ผู้ป่วยกับโรงพยาบาล

นอกจากนี้ ในการประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ที่ประชุมกล่าวถึงตัวอย่างมาตรการที่ส่งผลให้จำนวนคนไข้เข้าร่วมโครงการเพิ่มขึ้นได้แก่ การคัดกรอง และเชิญชวนผู้ป่วยเข้าร่วมโครงการโดยแพทย์และพยาบาลที่จุดคัดกรอง และหน้าห้องตรวจของ PCC โดยมีข้อสรุปมาตรการที่ควรให้ความสำคัญในการเชิญชวนผู้ป่วยให้เข้าร่วมดำเนินโครงการต่อไป ดังนี้

1. การรับรู้และเข้าใจโครงการของผู้ป่วยถึงคุณภาพและการบริการ

การให้ข้อมูลแก่คนไข้โดยให้คนไข้รู้สึกว่าการเข้าร่วมโครงการนี้เป็นการได้รางวัล เนื่องจากคนไข้ไม่ต้องมาพบหมอ (refill ยา) สามารถพบหมอได้ตลอดเวลาเมื่อมีปัญหา และยาที่ได้รับเป็นยาของโรงพยาบาล และจะได้รับคำแนะนำจากเภสัชกรร้านยาเพิ่มขึ้น เนื่องจากเภสัชกรโรงพยาบาลไม่มีเวลาในการให้บริการ

2. การรับรู้และเข้าใจโครงการของบุคลากรผู้ปฏิบัติงาน

แพทย์ พยาบาล เภสัชกร และบุคลากรผู้ปฏิบัติงานทุกแผนก ต้องเข้าใจโครงการ และสามารถแนะนำเชิญชวนผู้ป่วยเข้าร่วมโครงการขณะปฏิบัติงานประจำ



ภาพที่ 7 โครงสร้างโปรแกรมการส่งต่อข้อมูล และการสื่อสารไปยังร้านยา

3. ทศนคติดต่อโครงการของบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาล การนำเสนอข้อมูล และเชิญชวนแพทย์ พยาบาล เภสัชกร และบุคลากรผู้ปฏิบัติงาน ให้เห็นประโยชน์ของโครงการนี้ต่อผู้ป่วย

4. ผู้บริหารมอบหมายให้พยาบาลช่วยคัดกรองผู้ป่วย แนะนำ  
โครงการ ในช่วงผู้ป่วยรอพบแพทย์

5. เทคนิคการเชิญชวน ควรปรับวิธีการพูดเชิญชวนที่ใช้ข้อความเชิงบวก เช่น “คนที่ไปร้านยาคือคนที่สุขภาพดี” หรือเชิญชวนให้คนไข้ทดลองใช้บริการดู

### 3.2.3 ผลลัพธ์การดำเนินงาน: แนวโน้มผู้ป่วยเข้าร่วมโครงการเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยพึงพอใจ

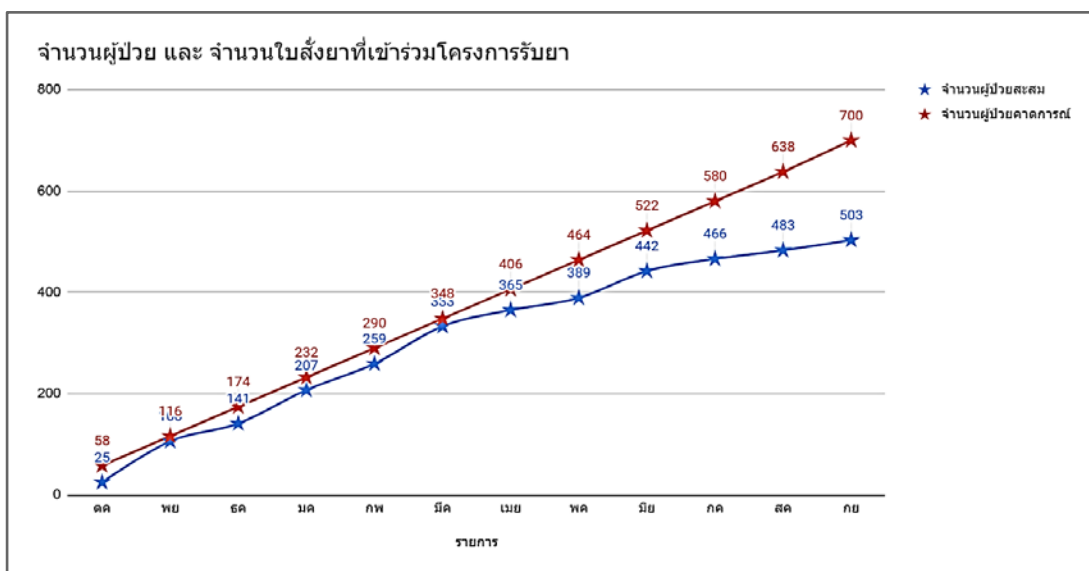
การเก็บข้อมูลผลการดำเนินงานเชิงปริมาณของโรงพยาบาลขอนแก่น ดำเนินการเก็บข้อมูลตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม ถึง 30 กันยายน 2563 โดยการสุ่มรายงานแบบตรวจราชการประเด็น เรื่อง การลดแออัดลดรอคอย ในโรงพยาบาลโดยการระบบยาที่ร้านยาใกล้บ้าน และวิเคราะห์ข้อมูลผลงานเชิงปริมาณ จำนวนผู้ป่วย และใบสั่งยาสะสม จากโปรแกรมระบบข้อมูลการส่งจ่ายยาของแพทย์ โดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และ การเก็บข้อมูลของห้องจ่ายยา และคลินิกหออกรบครัวโรงพยาบาลขอนแก่น ในโปรแกรม Microsoft Excel

การเก็บข้อมูลผลการดำเนินงานเชิงคุณภาพเป็นความร่วมมือของเครือข่ายร้านยา โดยใช้เครื่องมือการบันทึกข้อมูลในโปรแกรมที่เครือข่ายร้านยาเป็นผู้บันทึก Medication therapy Management by Community Pharmacist ผ่านระบบ website online (ณ กันยายน 2563)

#### 3.2.3.1 ผลลัพธ์การดำเนินงาน เชิงปริมาณ เฉพาะเครือข่าย รพศ. ขอนแก่น

1. จำนวนร้านยาในเครือข่าย 50 ร้าน มีการส่งผู้ป่วยรับยาร้านยา 35 ร้าน คิดเป็นร้อยละ 70
2. จำนวนผู้ป่วยที่ไปรับยาร้านยาใกล้บ้าน 503 ราย ผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ 3,450 ราย คิดเป็น ร้อยละ 14.57

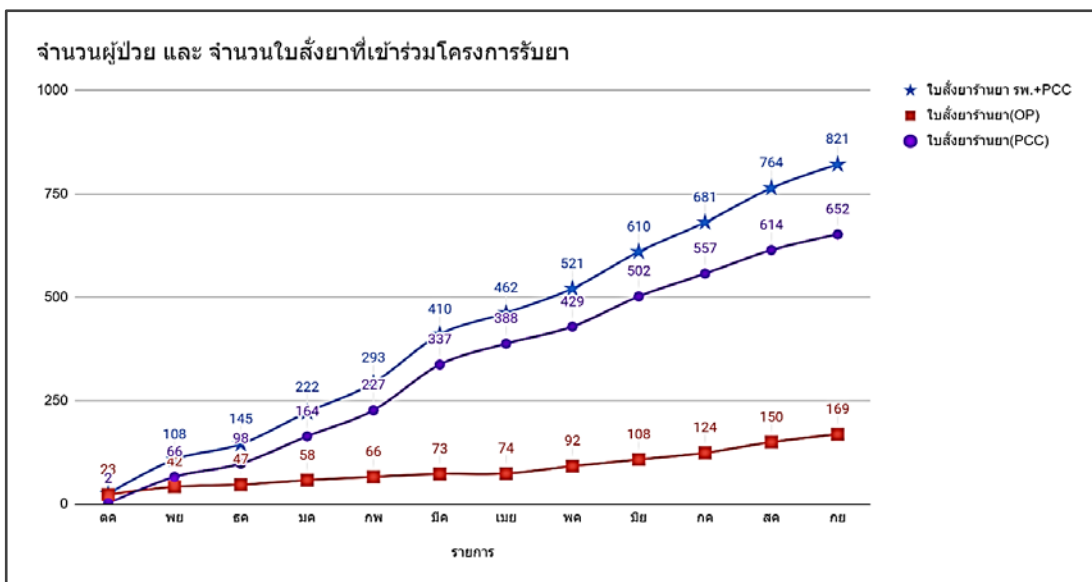
โดยในช่วงเดือนเมษายนจำนวนผู้ป่วยสะสมน้อยกว่าที่คาดการณ์เนื่องจากสถานการณ์โรค Covid-19 โรงพยาบาลมีนโยบายลดจำนวนการเข้ารับบริการผู้ป่วยนอก ส่งเสริมระบบเดมียาโดยให้ใช้ระบบส่งยาทางไปรษณีย์ แนวโน้มของผู้ป่วยสะสมโครงการร้านยา ดังแสดงในภาพที่ 8



ภาพที่ 8 แสดงจำนวนผู้ป่วยสะสมตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2563 - กันยายน 2563

3. จำนวนใบสั่งยาสะสม 821 ใบ เป็นใบสั่งยาจากโรงพยาบาลขอนแก่น 169 ใบ และจากคลินิกหออกรบครัว 652 ใบ จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่เข้าร่วมโครงการอยู่ที่คลินิกหออกรบครัว

เนื่องจากโรงพยาบาลขอนแก่นปิดบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป (OPD-GP) โดยไปรับบริการที่คลินิกหมอครอบครัวใกล้บ้านซึ่งกลุ่มเป้าหมายหลักตรงกับที่กำหนดในแนวทางการคัดเลือกผู้ป่วย ดังแสดงในภาพที่ 9



ภาพที่ 9 แสดงจำนวนใบสั่งยาสะสมตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2563 - กันยายน 2563

### 3.2.3.2 ผลลัพธ์การดำเนินงานเชิงคุณภาพ เฉพาะเครือข่าย รพศ. ขอนแก่น

ผลลัพธ์จากการดำเนินงานบริหารเภสัชกรรมของเภสัชกรร้านยาเครือข่าย พบปัญหาจากการใช้ยาซึ่งสามารถจัดการแก้ไขได้ทันก่อนที่จะเกิดความเสียหายต่อผู้ป่วย และมีการให้คำปรึกษาเพื่อปรับพฤติกรรมเสี่ยงของผู้ป่วย รวมทั้งพบยาเหลือใช้ส่งผลให้เกิด cost saving ในการบริการ ดังตารางที่ .. ถึง ..

1. การติดตามปัญหาจากการใช้ยา โดยการติดตามของเภสัชกรเครือข่ายร้านยา ณ กันยายน 2563 พบปัญหาจากการใช้ยาจำนวน 54 ปัญหา ดังนี้

ตารางที่ 2 ปัญหาจากการใช้ยา โดยการติดตามของเภสัชกรเครือข่ายร้านยา ณ กันยายน 2563

ปัญหาจากการใช้ยาที่พบ	จำนวน	ร้อยละ
Non-compliance	33	61.11
Adverse drug reaction	10	18.52
Need therapy	6	11.11
Unnecessary drug therapy	1	1.85
Medication error	3	5.56
Drug interaction	1	1.85
Total DRPs	54	100

2. การปรับพฤติกรรมสุขภาพ โดยการให้คำปรึกษาของเภสัชกรเครือข่ายร้านยา ณ กันยายน 2563

ตารางที่ 3 ประเด็นการให้คำปรึกษาของเภสัชกรเครือข่ายร้านยา ณ กันยายน 2563

พฤติกรรมสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
Diet	74	35.92
Exercise	58	28.16
Stress	28	13.59
Obesity	19	9.22
Alcohol	17	8.25
Smoking	10	4.86

### 3. มูลค่ายาเหลือใช้

ตารางที่ 4 มูลค่ายาเหลือใช้ จากการติดตามของเภสัชกรเครือข่ายร้านยา ณ กันยายน 2563

รายการยาเหลือใช้	มูลค่า
Budesonide 160 mcg+ formoterol fumarate 4.5 mcg Turbuhaler 120 puffs	3,466.00
Salmeterol 25 mcg +Fluticasone propionate 250 mcg MDI	1,134.00
Fluticasone furoate nasal spray	722.00
Budesonide 200 mcg MDI	262.00
Ipratropium 20 mcg+ fenoterol 50 mcg) MDI	189.00
Pioglitazone HCl 30mg	164.00
Isophane insulin (NPH; Isophane protamine insulin)	125.00

#### 3.2.3.3 ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อโครงการฯ

**วัตถุประสงค์** เพื่อประเมินผลลัพธ์ทางด้านเศรษฐศาสตร์ของผู้ป่วย (ต้นทุนในการรับบริการ) และผลลัพธ์ด้านความเป็นมนุษย์ (ความพึงพอใจในการรับบริการ)

1. กลุ่มประชากรในการศึกษา (Population): ผู้ป่วย 4 กลุ่มโรค คือ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคทางจิตเวช และหอบหืด หรือโรคเรื้อรังที่ไม่มีความซับซ้อนในการดูแล ที่เข้าตามเกณฑ์คัดเลือกของโรงพยาบาลที่เข้าร่วมและไม่เข้าร่วมโครงการให้ผู้ป่วยรับยาที่ร้านยาเพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาล นับตั้งแต่วันที่โรงพยาบาลเริ่มดำเนินโครงการ

2. กลุ่มตัวอย่าง (Sample): ผู้ป่วยที่เข้าตามเกณฑ์คัดเลือกของโรงพยาบาลและสมัครใจเข้าร่วมโครงการนำร่องให้ผู้ป่วยรับยาที่ร้านยาเพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาลจำนวน 30 ราย และผู้ป่วยที่เข้าตามเกณฑ์คัดเลือกของโรงพยาบาลแต่ไม่สมัครใจเข้าร่วมโครงการนำร่องให้ผู้ป่วยรับยาที่ร้านยาเพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาลจำนวน 30 ราย ซึ่งผู้วิจัยใช้วิธีการสุ่มเลือกอย่างง่าย (simple random sampling method) โดยแนวทางการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคั้งนี้มีดังต่อไปนี้

##### 2.1 เกณฑ์คัดเข้าและคัดออก

###### 2.1.1 เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria)

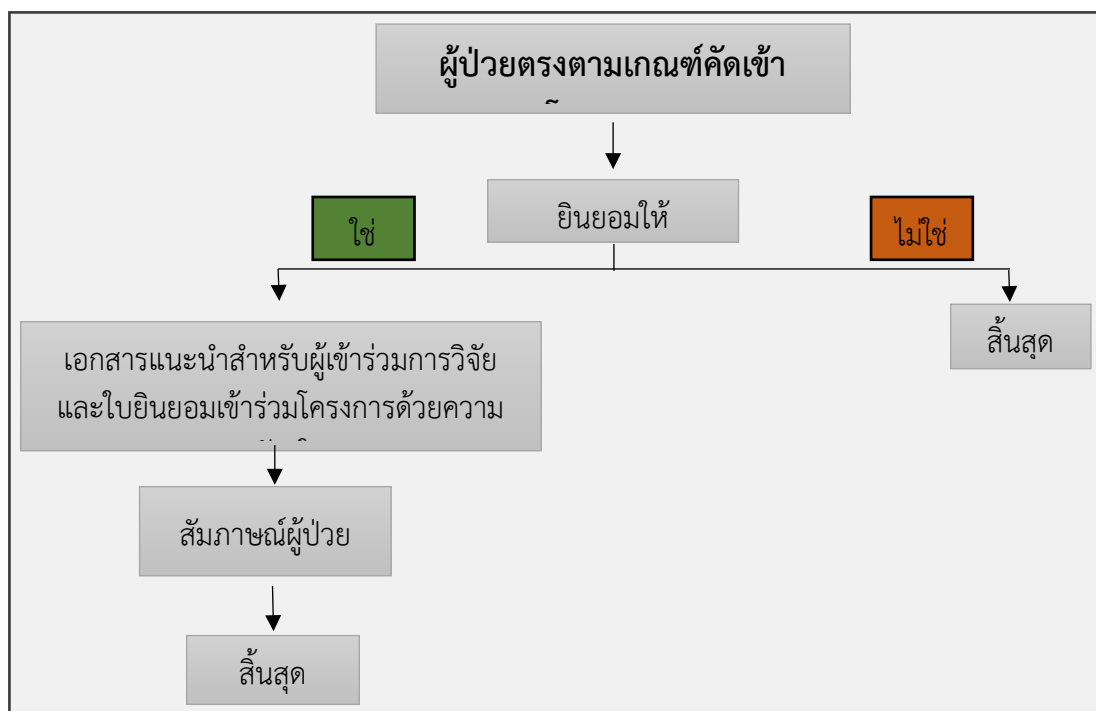
2.1.1.1 กลุ่มทดลอง คือ ผู้ป่วยที่เข้าตามเกณฑ์คัดเลือกของโรงพยาบาล (eligible criteria) และสมัครใจเข้าร่วมโครงการนำร่องให้ผู้ป่วยรับยาที่ร้านยาเพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาล

2.1.1.2 กลุ่มควบคุม ผู้ป่วยที่เข้าตามเกณฑ์คัดเลือกของโรงพยาบาล (eligible criteria) แต่ไม่เข้าร่วมโครงการนำร่องให้ผู้ป่วยรับยาที่ร้านยาเพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาล

###### 2.1.2 เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria)

2.1.2.1 ผู้ป่วยไม่ยินยอมให้ข้อมูล: รายละเอียดขั้นตอนการเก็บข้อมูล ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อโครงการนำร่องให้ผู้ป่วยรับยาที่ร้านยาเพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาล ดังแสดงในแผนภาพที่ 10





ภาพที่ 10 ขั้นตอนการเก็บข้อมูลความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อโครงการนำร่องให้ผู้ป่วยรับยาที่ร้านยาเพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาล

3. พื้นที่การศึกษา (Data settings): โรงพยาบาลขอนแก่น อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น และร้านยาที่เข้าร่วมโครงการนำร่องให้ผู้ป่วยรับยาที่ร้านยาเพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาล จังหวัดขอนแก่น

4. การเก็บรวบรวมข้อมูล (Data collection process): การศึกษาครั้งนี้เป็นการสัมภาษณ์ผู้ป่วยโดยตรง (Face-to-face interview) โดยใช้แบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นมาจากส่วนกลาง (โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ) ในการดำเนินโครงการนำร่องให้ผู้ป่วยรับยาที่ร้านยาเพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาล และดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 1 มิถุนายน – 15 กันยายน 2563

5. เครื่องมือที่ใช้ (Tools): การสัมภาษณ์ผู้ป่วยโดยตรงใช้แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง ซึ่งแบ่งเป็นแบบสัมภาษณ์ เป็น 2 แบบได้แก่

5.1 แบบสัมภาษณ์ผู้ป่วยรับยาที่โรงพยาบาลในโครงการนำร่องให้ผู้ป่วยรับยาที่ร้านยาเพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาล โดยส่วนประกอบหลักของแบบสัมภาษณ์นี้แบ่งเป็น 2 ส่วนหลัก ๆ ได้แก่

5.1.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

5.1.2 แบบสอบถามความสำคัญและความคิดเห็นเกี่ยวกับผลการดำเนินงานของแผนกเภสัชกรรม (ห้องจ่ายยา)

5.2 แบบสัมภาษณ์ผู้ป่วยรับยาที่ร้านยาในโครงการนำร่องให้ผู้ป่วยรับยาที่ร้านยาเพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาล โดยส่วนประกอบหลักของแบบสัมภาษณ์นี้แบ่งเป็น 5 ส่วน ได้แก่

5.2.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

5.2.2 ข้อมูลการเดินทางของผู้ป่วย

5.2.3 ต้นทุนที่เกิดกับผู้ป่วยและญาติในช่วงที่มารับยา

5.2.4 แบบสอบถามความสำคัญและความคิดเห็นเกี่ยวกับผลการทำงานของ  
การรับยาที่โรงพยาบาลและร้านยา

5.2.5 แบบสอบถามการได้รับบริการอื่น ๆ จากร้านยา

6. การทดสอบคุณภาพของเครื่องมือ (Assessment of study tools): การศึกษาครั้งนี้  
ได้นำเครื่องมือที่มีการพัฒนาและทดสอบคุณภาพของเครื่องมือมาจากส่วนกลาง (โครงการประเมิน  
เทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ) รายละเอียดการทดสอบเครื่องมือมีดังต่อไปนี้

6.1 Face validity และ Content validity จากผู้เชี่ยวชาญจากคณะเภสัชศาสตร์  
จำนวน 8 ท่าน

6.2 Internal consistency reliability จากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างจำนวน 31 คน  
จากการทดสอบคุณภาพของเครื่องมือดังกล่าวข้างต้นได้ผลการทดสอบดังนี้ ค่า  
Cronbach's alpha ของความสำคัญ 0.89 และค่า Cronbach's alpha ของผลการทำงาน 0.81

7. การวิเคราะห์ข้อมูล (Data analyses) การศึกษานี้วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิง  
พรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย (Mean) ร้อยละ (Percentage) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard  
deviation, SD) โดยใช้ Microsoft® Excel version 2013 ในการวิเคราะห์ข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้  
โดยการวิเคราะห์ข้อมูลแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่

7.1 ทางด้านเศรษฐศาสตร์ของผู้ป่วย (ต้นทุนในการรับบริการ) ประกอบด้วย  
ระยะเวลาการเดินทางของผู้ป่วย ค่าใช้จ่ายในการเดินทางของผู้ป่วย และต้นทุนค่าเสียโอกาสผู้ป่วยและญาติ

7.2 ผลลัพธ์ด้านความเป็นมนุษย์ (ความพึงพอใจในการรับบริการ) ซึ่งการศึกษานี้  
วิเคราะห์เกี่ยวกับความสำคัญและความคิดเห็นเกี่ยวกับผลการทำงาน โดยใช้เกณฑ์การประเมินดังนี้

ระดับความสำคัญ	ผลการทำงาน	ค่าประเมิน
สำคัญมากที่สุด	ผลการทำงานดีมาก (4 ดาว)	4
สำคัญมาก	ผลการทำงานดี (3 ดาว)	3
สำคัญปานกลาง	ผลการทำงานพอใช้ (2 ดาว)	2
สำคัญน้อย	ผลการทำงานแย่ (1 ดาว)	1
ไม่สำคัญ	ผลการทำงานแย่มาก (0 ดาว)	0

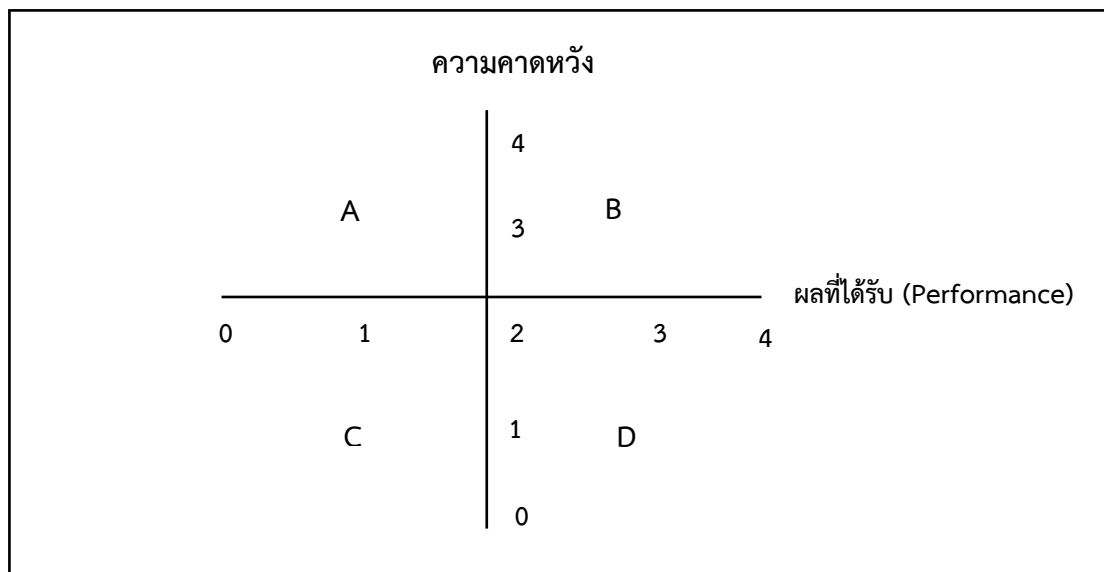
ในส่วนการประเมินความพึงพอใจในการรับบริการใช้การประเมินแบบ Value  
proposition (ภาพที่ 11) ได้แก่

A: ความคาดหวังสูงแต่ผลที่ได้รับไม่ดี เป็นบริการที่ควรปรับปรุงก่อน

B: ความคาดหวังสูงแต่ผลที่ได้รับดี เป็นบริการที่เป็นจุดเด่น

C: ความคาดหวังน้อยและผลที่ได้รับไม่ดี เป็นบริการที่สามารถปรับปรุงภายหลังได้

D: ความคาดหวังน้อยแต่ผลที่ได้รับดี เป็นบริการที่ผู้ป่วยไม่ต้องการ



ภาพที่ 11 การประเมินความพึงพอใจในการรับบริการ

ผลการศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อโครงการนำร่องให้ผู้ป่วยรับยาที่ร้านยาเพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาล จังหวัดขอนแก่น นำเสนอผลการศึกษาเป็น 3 ส่วน ได้แก่

**ส่วนที่ 1** ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยรับยาที่โรงพยาบาลและผู้ป่วยรับยาที่ร้านยาของโครงการนำร่องให้ผู้ป่วยรับยาที่ร้านยาเพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาล

จากการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยรับยาที่โรงพยาบาลของโครงการฯ พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 56.67 มีอายุเฉลี่ย 54.33 ปี (SD = 16.12) ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพหรือเป็นแม่บ้านหรือพ่อบ้าน ร้อยละ 36.67 รองลงมาทำอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 26.67 นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยใช้เวลาในการรับบริการรักษาตั้งแต่มาถึงโรงพยาบาลจนได้รับยาโดยเฉลี่ย 381.50 นาที (SD = 140.71) โดยผู้ป่วยเหล่านี้ใช้เวลาในการรอรับยาเฉลี่ย 65.00 นาที (SD = 27.51) และเภสัชกรใช้เวลาในการอธิบายวิธีการใช้ยาโดยเฉลี่ย 4.30 นาที (SD = 2.32) ต่อผู้ป่วยหนึ่งราย ในส่วนของเหตุผลหลัก ๆ ของผู้ป่วยในการตัดสินใจไม่เข้าร่วมโครงการฯ นี้ ได้แก่ ผู้ป่วยต้องการพบแพทย์ทุกครั้งที่มาใช้บริการ ร้อยละ 96.67 รองลงมาคือ ระยะเวลารอคอยรับยาที่โรงพยาบาลไม่นาน ร้อยละ 26.67 และเดินทางไปรับยาที่ร้านยาไม่สะดวก ร้อยละ 20.00 ตามลำดับ รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยรับยาที่โรงพยาบาลของโครงการนำร่องให้ผู้ป่วยรับยาที่ร้านยาเพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาล

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย	รับยาที่โรงพยาบาล (n = 30)
เพศ	
ชาย [n (%)]	17 (56.67%)
อายุ (ปี) [mean ± SD]	54.33 ± 16.12
อาชีพ	

ไม่ได้ประกอบอาชีพ/แม่บ้าน/พ่อบ้าน [n (%)]	11 (36.67%)
เกษตรกร (เช่น ทำนา ทำสวน ทำไร่ ประมง เลี้ยงสัตว์) [n (%)]	8 (26.67%)
ผู้ใช้แรงงาน (เช่น รับจ้างทั่วไป กรรมกร) [n (%)]	4 (13.33%)
ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย [n (%)]	3 (10.03%)
พนักงานเกษียณอายุ [n (%)]	0 (0.00%)
อื่น ๆ [n (%)]	4 (13.33%)
เวลาในการรับการรักษา (ตั้งแต่มาถึงโรงพยาบาลจนได้รับยา) (นาที) [mean ± SD]	381.50 ± 140.70
เวลาในการรอรับยา (นาที) [mean ± SD]	65.00 ± 27.51
ระยะเวลาที่เภสัชกรใช้เวลาในการอธิบายวิธีการใช้ยา (นาที) [mean ± SD]	4.30 ± 2.32

ตารางที่ 5 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย	รับยาที่โรงพยาบาล (n = 30)
เหตุผลในการตัดสินใจไม่เข้าร่วมโครงการรับยาที่ร้านยา	
เดินทางไม่สะดวก [n (%)]	6 (20.00%)
ค่าใช้จ่ายในการเดินทางสูง [n (%)]	0 (0.00%)
สถานที่ไม่สะดวกสบาย [n (%)]	2 (6.67%)
การรับยาไม่สามารถเสร็จสิ้นภายใน 1 วัน [n (%)]	4 (13.33%)
ระยะเวลารอคอยรับยาที่โรงพยาบาลไม่นาน [n (%)]	8 (26.67%)
ต้องการพบแพทย์ทุกครั้งที่มาใช้บริการ [n (%)]	29 (96.67%)
ไม่มั่นใจในคุณภาพการให้บริการ [n (%)]	1 (3.33%)
อื่น ๆ [n (%)]	0 (0.00%)

ในส่วนของผู้ป่วยรับยาที่ร้านยาของโครงการฯ พบว่า ผู้ป่วยเป็นเพศชาย ร้อยละ 50.00 มีอายุเฉลี่ย 53.67 ปี (SD = 12.75) โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพหรือเป็นแม่บ้านหรือพ่อบ้าน ร้อยละ 30.00 และประกอบอาชีพธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย ร้อยละ 30.00 รองลงมาเป็นผู้ใช้แรงงาน เช่น รับจ้างทั่วไปหรือกรรมกร ร้อยละ 16.67 โดยผู้ป่วยในกลุ่มนี้เดินทางมารับยาที่ร้านยาด้วยตนเอง ร้อยละ 86.67 และใช้เวลาในการรับการรักษาตั้งแต่มาถึงร้านยาจนได้รับยาเฉลี่ย 9.95 นาที (SD = 5.24) ระยะเวลาในการรอรับยาของผู้ป่วยเฉลี่ย 2.90 นาที (SD = 3.84) และเภสัชกรใช้เวลาในการอธิบายวิธีการใช้ยาเฉลี่ย 5.52 นาที (SD = 1.93) ต่อผู้ป่วยหนึ่งราย เหตุผลของผู้ป่วยกลุ่มนี้ในการตัดสินใจเข้าร่วมโครงการฯ ได้แก่ ระยะเวลารอคอยยาไม่นาน สะดวกในด้านเวลาที่มารับยา เดินทางสะดวก และสถานที่สะดวกสบาย ร้อยละ 100.00 รองลงมาคือ ประหยัดค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ร้อยละ 93.33 และมีโอกาสพูดคุยหรือสอบถามเกี่ยวกับการใช้ยาหรือความเจ็บป่วยมากขึ้น คิดเป็นร้อยละ

86.67 ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยที่รับยาที่ร้านยาจะเชิญชวนผู้อื่นเข้าร่วมโครงการฯ คิดเป็นร้อยละ 96.67 และผู้ป่วยมีการซื้อยาหรือผลิตภัณฑ์เสริมอาหารจากร้านยาเพื่อการรักษาหรือบรรเทาโรค ร้อยละ 10.00 รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยรับยาที่ร้านยาของโครงการนำร่องให้ผู้ป่วยรับยาที่ร้านยาเพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาล

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย	รับยาที่ร้านยา (n = 30)
เพศ	
ชาย [n (%)]	15 (50.00%)
อายุ (ปี) [mean ± SD]	53.67 ± 12.75
อาชีพ	
ไม่ได้ประกอบอาชีพ/แม่บ้าน/พ่อบ้าน [n (%)]	9 (30.00%)
เกษตรกร (เช่น ทำนา ทำสวน ทำไร่ ประมง เลี้ยงสัตว์) [n (%)]	3 (10.00%)
ผู้ใช้แรงงาน (เช่น รับจ้างทั่วไป กรรมกร) [n (%)]	5 (16.67%)
ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย [n (%)]	9 (30.00%)
พนักงานเกษียณอายุ [n (%)]	2 (6.67%)
อื่น ๆ [n (%)]	2 (6.67%)
การเดินทางมารับยาดด้วยตนเอง	
ผู้ป่วยเดินทางมารับยาดด้วยตนเอง [n (%)]	26 (86.67%)
เวลาในการรับบริการรับยา (ตั้งแต่มาถึงร้านยาจนได้รับยา) (นาที) [mean ± SD]	9.95 ± 5.24
เวลาในการรอรับยา (นาที) [mean ± SD]	2.90 ± 3.84
ระยะเวลาที่เภสัชกรใช้เวลาในการอธิบายวิธีการใช้ยา (นาที) [mean ± SD]	5.52 ± 1.93
เหตุผลในการตัดสินใจเข้าร่วมโครงการรับยาที่ร้านยา	
ระยะเวลารอคอยยาไม่นาน [n (%)]	30 (100.00%)
สะดวกในด้านเวลาที่มารับยา [n (%)]	30 (100.00%)
เดินทางสะดวก [n (%)]	30 (100.00%)
ประหยัดค่าใช้จ่ายในการเดินทาง [n (%)]	28 (93.33%)
มีโอกาสพูดคุยหรือสอบถามเกี่ยวกับการใช้ยาหรือความเจ็บป่วยมากขึ้น [n (%)]	26 (86.67%)
สถานที่สะดวกสบาย [n (%)]	30 (100.00%)
ได้รับคำแนะนำให้เข้าร่วมโครงการโดยแพทย์ [n (%)]	4 (13.33%)
ได้รับคำแนะนำให้เข้าร่วมโครงการโดยพยาบาล/เภสัชกร [n (%)]	25 (83.33%)
ได้รับการประชาสัมพันธ์ทางสื่อ (โทรทัศน์/สื่อออนไลน์) [n (%)]	9 (30.00%)

ได้รับคำแนะนำจากผู้ที่เคยเข้าร่วมโครงการ [n (%)]	2 (6.67%)
อื่น ๆ [n (%)]	0 (0.00%)

ตารางที่ 6 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย	รับยาที่ร้านยา (n = 30)
การเชิญชวนผู้อื่นเข้าร่วมโครงการ ใช่ [n (%)]	29 (96.67%)
การซื้อยาหรือผลิตภัณฑ์เสริมอาหารจากร้านยาเพื่อการรักษาหรือบรรเทาโรค ใช่ [n (%)]	3 (10.00%)

**ส่วนที่ 2** ข้อมูลทางด้านเศรษฐศาสตร์ของผู้ป่วย (ต้นทุนในการรับบริการ) ซึ่งประกอบด้วย ระยะเวลาการเดินทางของผู้ป่วย ค่าใช้จ่ายในการเดินทางของผู้ป่วย และต้นทุนค่าเสียโอกาสผู้ป่วยและญาติ ของผู้ป่วยรับยาที่ร้านยาของโครงการนำร่องให้ผู้ป่วยรับยาที่ร้านยาเพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาล

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการเดินทางของผู้ป่วยรับยาที่ร้านยาก่อนเข้าร่วมโครงการฯ พบว่าผู้ป่วยใช้เวลาในการเดินทางจากบ้านถึงโรงพยาบาลเฉลี่ย 21.17 นาที (SD = 12.84) ผู้ป่วยส่วนใหญ่เดินทางมาโรงพยาบาลด้วยตนเอง ร้อยละ 70.00 เดินทางมากับสามี-ภรรยา ร้อยละ 13.33 และเดินทางมากับลูก ร้อยละ 10.00 ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบว่าร้อยละ 60.00 ของผู้ป่วยขับรถมอเตอร์ไซด์มารับการรักษาที่โรงพยาบาล ร้อยละ 20.00 ของผู้ป่วยขับรถยนต์ และร้อยละ 10.00 ของผู้ป่วยมาด้วยรถประจำทาง รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ข้อมูลการเดินทางของผู้ป่วยรับยาที่ร้านยาก่อนเข้าร่วมโครงการนำร่องให้ผู้ป่วยรับยาที่ร้านยาเพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาล

ข้อมูลการเดินทางของผู้ป่วย	ก่อนเข้าร่วมโครงการ (n = 30)
ระยะเวลาจากบ้านถึงโรงพยาบาล (นาที) [mean ± SD]	21.17 ± 12.84
ท่านเดินทางไปโรงพยาบาลกับผู้ใด	
เดินทางมาด้วยตนเอง [n (%)]	21 (70.00%)
เดินทางมากับสามี-ภรรยา [n (%)]	4 (13.33%)
เดินทางมากับลูก [n (%)]	3 (10.00%)
เดินทางมากับญาติ [n (%)]	2 (6.67%)
เดินทางมากับเพื่อนบ้าน [n (%)]	0 (0.00%)
อื่น ๆ [n (%)]	0 (0.00%)

ตารางที่ 7 (ต่อ)

ข้อมูลการเดินทางของผู้ป่วย	ก่อนเข้าร่วมโครงการ (n = 30)
----------------------------	---------------------------------

ท่านเดินทางไปโรงพยาบาลด้วยวิธีการใด	
เดินเท้า [n (%)]	2 (6.67%)
ปั่นจักรยาน [n (%)]	0 (0.00%)
ขับรถมอเตอร์ไซด์ [n (%)]	18 (60.00%)
ขับรถยนต์ [n (%)]	6 (20.00%)
มาด้วยรถประจำทาง [n (%)]	3 (10.00%)
รถรับจ้าง [n (%)]	1 (3.33%)

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการเดินทางของผู้ป่วยรับยาที่ร้านยาหลังเข้าร่วมโครงการฯ พบว่า ผู้ป่วยใช้เวลาในการเดินทางจากบ้านถึงร้านยาโดยเฉลี่ย 8.20 นาที (SD = 6.92) ผู้ป่วยส่วนใหญ่เดินทางมาร้านยาด้วยตนเอง ร้อยละ 73.33 เดินทางมากับสามี-ภรรยา ร้อยละ 10.00 เดินทางมากับลูก ร้อยละ 10.00 และเดินทางมากับญาติ ร้อยละ 6.67 ตามลำดับ ในส่วนการเดินทางไปรับยาที่ร้านยาของผู้ป่วย เหล่านี้พบว่า ร้อยละ 60.00 ของผู้ป่วยขับรถมอเตอร์ไซด์ไปรับบริการ ร้อยละ 20.00 ของผู้ป่วยขับรถยนต์ และร้อยละ 10.00 ของผู้ป่วยเดินเท้าไปยังร้านยา

นอกจากนี้ยังพบว่าระยะเวลาเฉลี่ยจากโรงพยาบาลไปถึงร้านยาของผู้ป่วยเท่ากับ 16.70 นาที (SD = 8.75) โดยผู้ป่วยเดินทางจากโรงพยาบาลไปร้านยาด้วยตนเองร้อยละ 70.00 ผู้ป่วยเดินทางมากับสามี-ภรรยาคิดเป็นร้อยละ 13.33 ผู้ป่วยเดินทางมากับลูกคิดเป็นร้อยละ 10.00 ซึ่งการเดินทางจากโรงพยาบาลไปร้านยาพบว่า ร้อยละ 60.00 ของผู้ป่วยเดินทางโดยการขับรถมอเตอร์ไซด์ ร้อยละ 20.00 ของผู้ป่วยขับรถยนต์ และร้อยละ 10.00 ของผู้ป่วยเดินเท้า รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 8

ตารางที่ 8 ข้อมูลการเดินทางของผู้ป่วยรับยาที่ร้านยาหลังเข้าร่วมโครงการนำร่องให้ผู้ป่วยรับยาที่ร้านยาเพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาล

ข้อมูลการเดินทางของผู้ป่วย	หลังเข้าร่วมโครงการ (n = 30)
ระยะเวลาจากบ้านถึงร้านยา (นาที) [mean ± SD]	8.20 ± 6.92
ท่านเดินทางไปร้านยากับผู้ใด	
เดินทางมาด้วยตนเอง [n (%)]	22 (73.33%)
เดินทางมากับสามี-ภรรยา [n (%)]	3 (10.00%)
เดินทางมากับลูก [n (%)]	3 (10.00%)
เดินทางมากับญาติ [n (%)]	2 (6.67%)
เดินทางมากับเพื่อนบ้าน [n (%)]	0 (0.00%)
อื่น ๆ [n (%)]	0 (0.00%)
ท่านเดินทางไปร้านยาด้วยวิธีการใด	
เดินเท้า [n (%)]	5 (16.67%)
ปั่นจักรยาน [n (%)]	0 (0.00%)
ขับรถมอเตอร์ไซด์ [n (%)]	18 (60.00%)
ขับรถยนต์ [n (%)]	6 (20.00%)
มาด้วยรถประจำทาง [n (%)]	1 (3.33%)
รถรับจ้าง [n (%)]	0 (0.00%)
ระยะเวลาจากโรงพยาบาลไปถึงร้านยา (นาที) [mean ± SD]	16.70 ± 8.75
จากโรงพยาบาล ท่านเดินทางไปร้านยากับผู้ใด	
เดินทางมาด้วยตนเอง [n (%)]	21 (70.00%)
เดินทางมากับสามี-ภรรยา [n (%)]	4 (13.33%)
เดินทางมากับลูก [n (%)]	3 (10.00%)
เดินทางมากับญาติ [n (%)]	2 (6.67%)
เดินทางมากับเพื่อนบ้าน [n (%)]	0 (0.00%)
อื่น ๆ [n (%)]	0 (0.00%)
จากโรงพยาบาล ท่านเดินทางไปร้านยาด้วยวิธีการใด	
เดินเท้า [n (%)]	3 (10.00%)
ปั่นจักรยาน [n (%)]	0 (0.00%)
ขับรถมอเตอร์ไซด์ [n (%)]	18 (60.00%)
ขับรถยนต์ [n (%)]	6 (20.00%)
มาด้วยรถประจำทาง [n (%)]	1 (3.33%)
รถรับจ้าง [n (%)]	2 (6.67%)

การวิเคราะห์ต้นทุนในการรับบริการของผู้ป่วยรับยาที่ร้านยาก่อนเข้าร่วมและหลังเข้าร่วมโครงการฯ พบว่า ก่อนเข้าร่วมโครงการฯ ค่าเดินทางไป-กลับโรงพยาบาลโดยเฉลี่ยของผู้ป่วยที่เดินทางมาคนเดียวเท่ากับ 46.62 บาท (SD = 51.07) ค่าเดินทางไป-กลับโรงพยาบาลโดยเฉลี่ยของผู้ป่วยและญาติเดินทางพร้อมกันเท่ากับ 70.00 บาท (SD = 88.74) ค่าอาหารส่วนที่เพิ่มขึ้นจากปกติโดยเฉลี่ยอยู่ที่ 62.00 บาท (SD = 41.39) การมารับยาในแต่ละครั้งมีญาติพามารับยา ร้อยละ 30.00 อายุโดยเฉลี่ย



ของญาติเท่ากับ 44.89 ปี (SD = 18.39) ระยะเวลาทั้งหมดที่ญาติพาผู้ป่วยมารับยาเฉลี่ย 390.00 นาที (SD = 114.24) และมีค่าอาหารที่เพิ่มขึ้นในส่วนของญาติโดยเฉลี่ย 58.89 บาท (SD = 34.44) ขณะที่ข้อมูลหลังเข้าร่วมโครงการพบว่า ค่าเดินทางไป-กลับร้านยาโดยเฉลี่ยของผู้ป่วยที่เดินทางมาคนเดียวเท่ากับ 14.00 บาท (SD = 13.82) ค่าเดินทางของผู้ป่วยและญาติที่เดินทางพร้อมกันโดยเฉลี่ยเท่ากับ 21.88 บาท (SD = 13.08) การมารับยาในแต่ละครั้งมีญาติพามารับยา ร้อยละ 26.66 อายุเฉลี่ยของญาติเท่ากับ 43.75 ปี (SD = 19.32) ระยะเวลาทั้งหมดที่ญาติพาผู้ป่วยมารับยาเฉลี่ย 21.88 นาที (SD = 16.24) และในผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่มีค่าอาหารส่วนที่เพิ่มขึ้นจากปกติของทั้งผู้ป่วยและญาติ รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 9

ตารางที่ 9 ต้นทุนในการรับบริการของผู้ป่วยรับยาที่ร้านยาก่อนเข้าร่วมและหลังเข้าร่วมโครงการนำร่องให้ผู้ป่วยรับยาที่ร้านยาเพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาล

ข้อมูลต้นทุนของผู้ป่วย	ก่อนเข้าร่วมโครงการ (n = 30)	หลังเข้าร่วมโครงการ (n = 30)
ค่าเดินทางไป-กลับโรงพยาบาลหรือร้านยา		
ผู้ป่วยมาคนเดียว (บาท) [mean ± SD]	46.62 ± 51.07	14.00 ± 13.82
ผู้ป่วยและญาติเดินทางพร้อมกัน (บาท) [mean ± SD]	70.00 ± 88.74	21.88 ± 13.08
ค่าอาหารส่วนที่เพิ่มขึ้นจากปกติ (บาท) [mean ± SD]	62.00 ± 41.39	0.00 ± 0.00
ค่าที่พักที่มารับยา (บาท) [mean ± SD]	0.00 ± 0.00	0.00 ± 0.00
การมารับยา มีญาติพามารับยา		
ไม่มี [n (%)]	21 (70.00%)	22 (73.33%)
มี [n (%)]	9 (30.00%)	8 (26.66%)
อายุของญาติ [mean ± SD]	44.89 ± 18.39	43.75 ± 19.32
ระยะเวลาทั้งหมดที่ญาติพาผู้ป่วยมารับยา (นาที) [mean ± SD]	390.00 ± 114.24	21.88 ± 16.24
ค่าอาหารที่เพิ่มขึ้นของญาติ (บาท) [mean ± SD]	58.89 ± 34.44	0.00 ± 0.00

**ส่วนที่ 3** ผลลัพธ์ด้านความเป็นมนุษย์ (ความพึงพอใจในการรับบริการ) ได้แก่ ความคาดหวังและคุณภาพบริการในการรับบริการของผู้ป่วยรับยาที่โรงพยาบาลและผู้ป่วยรับยาที่ร้านยาของโครงการนำร่องให้ผู้ป่วยรับยาที่ร้านยาเพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาล

ผลการศึกษาความคาดหวังและคุณภาพบริการในการรับบริการของผู้ป่วยรับยาที่โรงพยาบาลแบ่งเป็น 4 ด้านดังนี้

1. ด้านความสะดวกสบายที่ได้รับ พบว่าผู้ป่วยให้ความสำคัญกับขั้นตอนการนัดหมายมีความชัดเจนเฉลี่ย 3.60 (SD = 0.56) ขณะที่ผลการทำางานของโรงพยาบาลก่อนมีนโยบายนำร่องรับยาที่ร้านยาเฉลี่ย 3.33 (SD = 0.71) ผลการทำางานของโรงพยาบาลปัจจุบันเฉลี่ย 3.37 (SD = 0.67) รองลงมาผู้ป่วยให้ความสำคัญกับประเด็นท่านสามารถเดินทางมารับยาได้อย่างสะดวกเฉลี่ย 3.40 (SD = 0.62) ซึ่งผลการทำางานของโรงพยาบาลก่อนมีนโยบายนำร่องรับยาที่ร้านยาเฉลี่ย 2.83 (SD = 0.75)

ผลการทำงานของโรงพยาบาลปัจจุบันเฉลี่ย 2.90 (SD = 0.80) และท่านใช้เวลาในการเดินทางมารับบริการไม่นานเฉลี่ย 3.37 (SD = 0.67) โดยผลการทำงานของโรงพยาบาลก่อนมีนโยบายนำร่องรับยาที่ร้านยาเฉลี่ย 2.23 (SD = 0.63) และผลการทำงานของโรงพยาบาลปัจจุบันเฉลี่ย 2.30 (SD = 0.65) ตามลำดับ

2. ด้านลักษณะของผู้ให้บริการ พบว่าผู้ป่วยให้ความสำคัญกับเภสัชกรมีความน่าเชื่อถือเฉลี่ย 3.47 (SD = 0.63) โดยผลการทำงานของโรงพยาบาลก่อนมีนโยบายนำร่องรับยาที่ร้านยาและการทำงานของโรงพยาบาลปัจจุบันมีค่าเฉลี่ยเท่ากันที่ 3.33 (SD = 0.61) รองลงมาผู้ป่วยให้ความสำคัญกับเภสัชกรใช้คำพูดและมีกิริยามารยาทที่เหมาะสมเฉลี่ย 3.43 (SD = 0.50) ซึ่งผลการทำงานของโรงพยาบาลก่อนมีนโยบายนำร่องรับยาที่ร้านยาและผลการทำงานของโรงพยาบาลปัจจุบันมีค่าเฉลี่ยเท่ากันที่ 3.33 (SD = 0.55) และผู้ป่วยให้ความสำคัญกับเภสัชกรมีความกระตือรือร้นและเอาใจใส่เฉลี่ย 3.30 (SD = 0.60) โดยผลการทำงานของโรงพยาบาลก่อนมีนโยบายนำร่องรับยาที่ร้านยาและผลการทำงานของโรงพยาบาลปัจจุบันมีค่าเฉลี่ยเท่ากันที่ 3.07 (SD = 0.69) ตามลำดับ

3. การได้รับข้อมูลของยา พบว่าผู้ป่วยให้ความสำคัญกับเภสัชกรอธิบายข้อมูลการใช้ยาจนท่านเข้าใจเฉลี่ย 3.77 (SD = 0.43) โดยผลการทำงานของโรงพยาบาลก่อนมีนโยบายนำร่องรับยาที่ร้านยาและการทำงานของโรงพยาบาลปัจจุบันมีค่าเฉลี่ยเท่ากันที่ 3.40 (SD = 0.62) รองลงมาผู้ป่วยให้ความสำคัญกับเภสัชกรให้คำแนะนำในการปฏิบัติตนเฉลี่ย 3.53 (SD = 0.57) ผลการทำงานของโรงพยาบาลก่อนมีนโยบายนำร่องรับยาที่ร้านยาเท่ากับผลการทำงานของโรงพยาบาลปัจจุบันเฉลี่ย 3.17 (SD = 0.70) ผู้ป่วยให้ความสำคัญกับประเด็นข้อมูลที่ได้มีประโยชน์มีค่าเฉลี่ย 3.50 (SD = 0.57) ซึ่งผลการทำงานของโรงพยาบาลก่อนมีนโยบายนำร่องรับยาที่ร้านยาเฉลี่ย 3.37 (SD = 0.49) ผลการทำงานของโรงพยาบาลปัจจุบันเฉลี่ย 3.40 (SD = 0.50) และผู้ป่วยให้ความสำคัญกับเภสัชกรตอบข้อซักถามเมื่อท่านมีปัญหาข้อข้องใจจนท่านหมดข้อสงสัยเฉลี่ย 3.50 (SD = 0.57) มีผลการทำงานของโรงพยาบาลก่อนมีนโยบายนำร่องรับยาที่ร้านยาเฉลี่ย 3.20 (SD = 0.66) ผลการทำงานของโรงพยาบาลปัจจุบันเฉลี่ย 3.17 (SD = 0.70) ตามลำดับ

4. คุณภาพของบริการ พบว่าผู้ป่วยให้ความสำคัญกับเภสัชกรจ่ายยาที่ถูกต้องตรงกับตัวผู้ป่วยเฉลี่ย 3.83 (SD = 0.38) โดยผลการทำงานของโรงพยาบาลก่อนมีนโยบายนำร่องรับยาที่ร้านยาและการทำงานของโรงพยาบาลปัจจุบันมีค่าเฉลี่ยเท่ากันที่ 3.80 (SD = 0.41) รองลงมาผู้ป่วยให้ความสำคัญกับเภสัชกรมีการให้ข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับยาและสุขภาพเฉลี่ย 3.40 (SD = 0.72) ซึ่งผลการทำงานของโรงพยาบาลก่อนมีนโยบายนำร่องรับยาที่ร้านยาและผลการทำงานของโรงพยาบาลปัจจุบันมีค่าเฉลี่ยเท่ากันที่ 3.07 (SD = 0.87) และผู้ป่วยให้ความสำคัญกับเภสัชกรติดตามผลการใช้ยาเฉลี่ย 3.40 (SD = 0.62) โดยผลการทำงานของโรงพยาบาลก่อนมีนโยบายนำร่องรับยาที่ร้านยาและผลการทำงานของโรงพยาบาลปัจจุบันมีค่าเฉลี่ยเท่ากันที่ 3.07 (SD = 0.78) ตามลำดับ รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 10

ตารางที่ 10 ความพึงพอใจของผู้ป่วยรับยาที่โรงพยาบาลต่อโครงการนำร่องให้ผู้ป่วยรับยาที่ร้านยา เพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาล

ข้อมูลความพึงพอใจของผู้ป่วย	ระดับ ความสำคัญ (n = 30)	ผลการทำงาน ของโรงพยาบาล (ก.ย.-ก.ย. 62) (n = 30)	ผลการทำงาน ของโรงพยาบาล ปัจจุบัน (n = 30)
<b>ด้านความสะดวกสบายที่ได้รับ</b>			
- ท่านใช้เวลาคอยรับยาไม่นาน [mean ± SD]	2.97 ± 0.76	2.57 ± 0.68	2.60 ± 0.72
- จุดให้บริการมีความสะดวกสบาย เช่น มีเก้าอี้นั่งรอรับยา [mean ± SD]	3.20 ± 0.66	2.57 ± 0.86	2.63 ± 0.89
- ขั้นตอนการนัดหมายมีความชัดเจน [mean ± SD]	3.60 ± 0.56	3.33 ± 0.71	3.37 ± 0.67
- ท่านสามารถเดินทางมารับยาได้อย่างสะดวก [mean ± SD]	3.40 ± 0.62	2.83 ± 0.75	2.90 ± 0.80
- ท่านใช้เวลาในการเดินทางมารับบริการไม่นาน [mean ± SD]	3.37 ± 0.67	2.23 ± 0.63	2.30 ± 0.65
<b>ลักษณะของผู้ให้บริการ</b>			
- เภสัชกรมีความกระตือรือร้นและเอาใจใส่ [mean ± SD]	3.30 ± 0.60	3.07 ± 0.69	3.07 ± 0.69
- เภสัชกรใช้คำพูดและมีกิริยามารยาทที่เหมาะสม [mean ± SD]	3.43 ± 0.50	3.33 ± 0.55	3.33 ± 0.55
- เภสัชกรแต่งกายสุภาพ เหมาะสม [mean ± SD]	3.27 ± 0.74	3.47 ± 0.51	3.50 ± 0.51
- เภสัชกรมีความน่าเชื่อถือ [mean ± SD]	3.47 ± 0.63	3.33 ± 0.61	3.33 ± 0.61
ตารางที่ 10 (ต่อ)			
ข้อมูลความพึงพอใจของผู้ป่วย	ระดับ ความสำคัญ (n = 30)	ผลการทำงาน ของโรงพยาบาล (ก.ย.-ก.ย. 62) (n = 30)	ผลการทำงาน ของโรงพยาบาล ปัจจุบัน (n = 30)
<b>การได้รับข้อมูลของยา</b>			
- เภสัชกรอธิบายข้อมูลการใช้ยาจนท่านเข้าใจ [mean ± SD]	3.77 ± 0.43	3.40 ± 0.62	3.40 ± 0.62
- ข้อมูลที่ได้มีประโยชน์ [mean ± SD]	3.50 ± 0.57	3.37 ± 0.49	3.40 ± 0.50
- เภสัชกรตอบข้อซักถามเมื่อท่านมีปัญหาข้อใจจนท่านหมดข้อสงสัย [mean ± SD]	3.50 ± 0.57	3.20 ± 0.66	3.17 ± 0.70
- เภสัชกรให้คำแนะนำในการปฏิบัติตน [mean ± SD]	3.53 ± 0.57	3.17 ± 0.70	3.17 ± 0.70
- เภสัชกรมีการให้ข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับยาและสุขภาพ เช่น มีแผ่นพับเกี่ยวกับยาและสุขภาพแจก [mean ± SD]	3.20 ± 0.61	2.60 ± 1.00	2.60 ± 1.00
<b>คุณภาพของบริการ</b>			
- เภสัชกรมีการให้ข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับยาและสุขภาพ เช่น มีแผ่นพับเกี่ยวกับยาและสุขภาพแจก [mean ± SD]	3.40 ± 0.72	3.07 ± 0.87	3.07 ± 0.87
- เภสัชกรติดตามผลการใช้ยา เช่น ปัญหาจากการใช้ยา จำนวนยาเหลือ [mean ± SD]	3.40 ± 0.62	3.07 ± 0.78	3.07 ± 0.78
- เภสัชกรจ่ายยาที่ถูกตรงกับตัวผู้ป่วย [mean ± SD]	3.83 ± 0.38	3.80 ± 0.41	3.80 ± 0.41

การวิเคราะห์ความคาดหวังและคุณภาพบริการในการรับบริการของผู้ป่วยรับยาที่ร้านยา แบ่งเป็น 4 ด้านดังนี้

1. ด้านความสะดวกสบายที่ได้รับ พบว่าผู้ป่วยให้ความสำคัญกับขั้นตอนการนัดหมาย มีความชัดเจนเฉลี่ย 3.83 (SD = 0.83) ขณะที่ผลการทำงาของโรงพยาบาลมีค่าเฉลี่ย 3.57 (SD = 0.63) ผลการทำงาของร้านยาเฉลี่ย 3.77 (SD = 0.50) รองลงมาผู้ป่วยให้ความสำคัญในประเด็นท่านสามารถเดินทางมารับยาได้อย่างสะดวกเฉลี่ย 3.73 (SD = 0.52) ซึ่งผลการทำงาของโรงพยาบาลมีค่าเฉลี่ย 2.37 (SD = 0.67) ผลการทำงาของร้านยาเฉลี่ย 3.80 (SD = 0.48) และผู้ป่วยให้ความสำคัญกับท่านใช้เวลาในการเดินทางมารับบริการไม่นานเฉลี่ย 3.70 (SD = 0.47) โดยผลการทำงาของโรงพยาบาลเฉลี่ย 2.00 (SD = 0.79) และผลการทำงาของร้านยาเฉลี่ย 3.73 (SD = 0.52) ตามลำดับ

2. ด้านลักษณะของผู้ให้บริการ พบว่าผู้ป่วยให้ความสำคัญกับเภสัชกรมีความกระตือรือร้น และเอาใจใส่เฉลี่ย 3.70 (SD = 0.60) โดยผลการทำงาของโรงพยาบาลมีค่าเฉลี่ย 3.00 (SD = 0.83) ผลการทำงาของร้านยาเฉลี่ย 3.70 (SD = 0.53) ผู้ป่วยให้ความสำคัญกับเภสัชกรมีความน่าเชื่อถือเฉลี่ย 3.70 (SD = 0.53) ผลการทำงาของโรงพยาบาลมีค่าเฉลี่ย 3.57 (SD = 0.73) ผลการทำงาของร้านยาเฉลี่ย 3.77 (SD = 0.50) รองลงมาผู้ป่วยให้ความสำคัญกับประเด็นเภสัชกรใช้คำพูดและมีกิริยามารยาทที่เหมาะสมเฉลี่ย 3.63 (SD = 0.56) ซึ่งผลการทำงาของโรงพยาบาลมีค่าเฉลี่ย 3.13 (SD = 0.78) และผลการทำงาของร้านยาเฉลี่ย 3.70 (SD = 0.53) ตามลำดับ

3. การได้รับข้อมูลของยา พบว่าผู้ป่วยให้ความสำคัญกับเภสัชกรอธิบายข้อมูลการใช้ยาจนท่านเข้าใจเฉลี่ย 3.80 (SD = 0.41) โดยผลการทำงาของโรงพยาบาลมีค่าเฉลี่ย 3.33 (SD = 0.71) ผลการทำงาของร้านยาเฉลี่ย 3.67 (SD = 0.55) รองลงมาผู้ป่วยให้ความสำคัญกับข้อมูลที่ได้มีประโยชน์มีค่าเฉลี่ย 3.70 (SD = 0.60) ซึ่งผลการทำงาของโรงพยาบาลเฉลี่ย 3.30 (SD = 0.88) ผลการทำงาของร้านยาเฉลี่ย 3.73 (SD = 0.58) และผู้ป่วยให้ความสำคัญกับเภสัชกรตอบข้อซักถามเมื่อท่านมีปัญหาข้อใจจนท่านหมดข้อสงสัยเฉลี่ย 3.67 (SD = 0.66) มีผลการทำงาของโรงพยาบาลเฉลี่ย 3.07 (SD = 0.78) ผลการทำงาของร้านยาเฉลี่ย 3.63 (SD = 0.61) ตามลำดับ

4. คุณภาพของบริการ พบว่าผู้ป่วยให้ความสำคัญกับเภสัชกรจ่ายยาที่ถูกต้องตรงกับตัวผู้ป่วยเฉลี่ย 3.83 (SD = 0.46) โดยผลการทำงาของโรงพยาบาลมีค่าเฉลี่ย 3.70 (SD = 0.53) ผลการทำงาของร้านยาเฉลี่ย 3.73 (SD = 0.52) รองลงมาผู้ป่วยให้ความสำคัญกับเภสัชกรมีการให้ข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับยาและสุขภาพเฉลี่ย 3.60 (SD = 0.67) ซึ่งผลการทำงาของโรงพยาบาลเฉลี่ยเท่ากับ 3.00 (SD = 1.05) และผลการทำงาของร้านยาเฉลี่ย 3.23 (SD = 0.86) และผู้ป่วยให้ความสำคัญกับเภสัชกรติดตามผลการใช้ยาเฉลี่ย 3.23 (SD = 0.94) โดยผลการทำงาของโรงพยาบาลเฉลี่ย 2.87 (SD = 0.94) ผลการทำงาของร้านยาเฉลี่ย 3.10 (SD = 0.88) ตามลำดับ รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 11

ตารางที่ 11 ความพึงพอใจของผู้ป่วยรับยาที่ร้านยาต่อโครงการนำร่องให้ผู้ป่วยรับยาที่ร้านยาเพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาล

ข้อมูลความพึงพอใจของผู้ป่วย	ระดับ ความสำคัญ	ผลการทำงาของ โรงพยาบาล	ผลการทำงา ของร้านยา
-----------------------------	--------------------	---------------------------	------------------------

	(n = 30)	(n = 30)	(n = 30)
<b>ด้านความสะดวกสบายที่ได้รับ</b>			
- ท่านใช้เวลาคอยรับยาไม่นาน [mean ± SD]	3.63 ± 0.56	1.77 ± 0.86	3.77 ± 0.50
- จุดให้บริการมีความสะดวกสบาย เช่น มีเก้าอี้นั่งรอรับยา [mean ± SD]	3.37 ± 0.81	2.37 ± 1.03	3.60 ± 0.62
- ขั้นตอนการนัดหมายมีความชัดเจน [mean ± SD]	3.83 ± 0.83	3.57 ± 0.63	3.77 ± 0.50
- ท่านสามารถเดินทางมารับยาได้อย่างสะดวก [mean ± SD]	3.73 ± 0.52	2.37 ± 0.67	3.80 ± 0.48
<b>ตารางที่ 11 (ต่อ)</b>			
ข้อมูลความพึงพอใจของผู้ป่วย	ระดับ	ผลการทำงานของ	ผลการทำงาน
	ความสำคัญ (n = 30)	โรงพยาบาล (n = 30)	ของร้านยา (n = 30)
- ท่านใช้เวลาในการเดินทางมารับบริการไม่นาน [mean ± SD]	3.70 ± 0.47	2.00 ± 0.79	3.73 ± 0.52
<b>ลักษณะของผู้ให้บริการ</b>			
- เภสัชกรมีความกระตือรือร้นและเอาใจใส่ [mean ± SD]	3.70 ± 0.60	3.00 ± 0.83	3.70 ± 0.53
- เภสัชกรใช้คำพูดและมีกิจกรรมรยาที่เหมาะสม [mean ± SD]	3.63 ± 0.56	3.13 ± 0.78	3.70 ± 0.53
- เภสัชกรแต่งกายสุภาพ เหมาะสม [mean ± SD]	3.17 ± 0.95	3.53 ± 0.63	3.57 ± 0.57
- เภสัชกรมีความน่าเชื่อถือ [mean ± SD]	3.70 ± 0.53	3.57 ± 0.73	3.77 ± 0.50
<b>การได้รับข้อมูลของยา</b>			
- เภสัชกรอธิบายข้อมูลการใช้ยาจนท่านเข้าใจ [mean ± SD]	3.80 ± 0.41	3.33 ± 0.71	3.67 ± 0.55
- ข้อมูลที่ได้มีประโยชน์ [mean ± SD]	3.70 ± 0.60	3.30 ± 0.88	3.73 ± 0.58
- เภสัชกรตอบข้อซักถามเมื่อท่านมีปัญหาข้องใจจนท่านหมดข้อสงสัย [mean ± SD]	3.67 ± 0.66	3.07 ± 0.78	3.63 ± 0.61
- เภสัชกรให้คำแนะนำในการปฏิบัติตน [mean ± SD]	3.60 ± 0.72	3.13 ± 1.01	3.50 ± 0.73
- เภสัชกรมีการให้ข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับยาและสุขภาพ เช่น มีแผ่นพับเกี่ยวกับยาและสุขภาพแจก [mean ± SD]	3.17 ± 0.95	2.63 ± 0.93	3.10 ± 0.92
<b>คุณภาพของบริการ</b>			
- เภสัชกรมีการให้ข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับยาและสุขภาพ เช่น มีแผ่นพับเกี่ยวกับยาและสุขภาพแจก [mean ± SD]	3.60 ± 0.67	3.00 ± 1.05	3.23 ± 0.86
- เภสัชกรติดตามผลการใช้ยา เช่น ปัญหาจากการใช้ยา จำนวนยาเหลือ [mean ± SD]	3.23 ± 0.94	2.87 ± 0.94	3.10 ± 0.88
- เภสัชกรจ่ายยาที่ถูกต้องตรงกับตัวผู้ป่วย [mean ± SD]	3.83 ± 0.46	3.70 ± 0.53	3.73 ± 0.52

สรุปผลการศึกษาและอภิปรายผล

จากการศึกษาโครงการนำร่องให้ผู้ป่วยรับยาที่ร้านยาเพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาลจังหวัดขอนแก่น สามารถสรุปผลการศึกษาตามวัตถุประสงค์ของการศึกษาได้ดังนี้

1. ทางด้านเศรษฐศาสตร์ของผู้ป่วย (ต้นทุนในการรับบริการ) ประกอบด้วย ระยะเวลาการเดินทางของผู้ป่วย ค่าใช้จ่ายในการเดินทางของผู้ป่วย และต้นทุนค่าเสียโอกาสผู้ป่วยและญาติ ระยะเวลาการเดินทางของผู้ป่วยในการเดินทางไปรับยาที่ร้านยา (หลังเข้าร่วมโครงการ) ใช้เวลาโดยเฉลี่ยน้อยกว่าขณะที่ผู้ป่วยไปรับยาที่โรงพยาบาล (ก่อนเข้าร่วมโครงการ) โดยมีค่าเฉลี่ยแตกต่างกันประมาณ 12.97 นาที (หลังเข้าร่วมโครงการ 8.20 นาที และก่อนเข้าร่วมโครงการ 21.17 นาที ตามลำดับ)

ค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยในการเดินทางไป-กลับโรงพยาบาลคนเดียว (ก่อนเข้าร่วมโครงการ) มากกว่าค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยในการเดินทางไป-กลับร้านยา (หลังเข้าร่วมโครงการ) ประมาณ 33 บาท (ก่อนเข้าร่วมโครงการ 46.62 บาท และหลังเข้าร่วมโครงการ 14.00 บาท ตามลำดับ) ค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยพร้อมญาติในการเดินทางไป-กลับโรงพยาบาล (ก่อนเข้าร่วมโครงการ) มากกว่าค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยพร้อมญาติในการเดินทางไป-กลับ ร้านยา (หลังเข้าร่วมโครงการ) ประมาณ 49 บาท (ก่อนเข้าร่วมโครงการ 70.00 บาท และหลังเข้าร่วมโครงการ 21.88 บาท ตามลำดับ)

ในกลุ่มผู้ป่วยที่รับยาที่ร้านยาก่อนเข้าร่วมโครงการ ซึ่งแต่เดิมผู้ป่วยรับยาที่โรงพยาบาล มีค่าอาหารที่เพิ่มขึ้นจากปกติของตัวผู้ป่วยเองและญาติประมาณ 62 บาท และ 59 บาท ตามลำดับ ส่วนกลุ่มผู้ป่วยที่รับยาที่ร้านยา (หลังเข้าร่วมโครงการ) ไม่มีค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับค่าอาหารที่เพิ่มขึ้น

นอกจากนี้จากการคำนวณต้นทุนทางอ้อมจากค่าเสียเวลาของผู้ป่วยและญาติในการขาดงาน ในกลุ่มผู้ป่วยที่รับยาที่โรงพยาบาล ค่าเสียเวลาของผู้ป่วยในการมารับยาที่โรงพยาบาล ประมาณ 144 บาทต่อคนต่อครั้งที่ผู้ป่วยมารับบริการ ส่วนในกลุ่มผู้ป่วยที่รับยาที่ร้านยา ค่าเสียเวลาของผู้ป่วยในการมารับยาที่ร้านยาประมาณ 4 บาทต่อคนต่อครั้งที่ผู้ป่วยมารับบริการ ค่าเสียเวลาของญาติในการพาผู้ป่วยมารับยาที่โรงพยาบาล (ก่อนเข้าร่วมโครงการ) ประมาณ 147 บาทต่อคนต่อครั้งที่ผู้ป่วยมารับบริการ และค่าเสียเวลาของญาติในการพาผู้ป่วยมารับยาที่ร้านยา (หลังเข้าร่วมโครงการ) มีค่าประมาณ 9 บาทต่อคนต่อครั้งที่ผู้ป่วยมารับบริการ (โดยอัตราค่าแรงรายชั่วโมง คำนวณจากรายได้ประชาชาติเฉลี่ยต่อหัวประชากรต่อปี หาดด้วย 52 สัปดาห์ต่อปีและเวลาทำงาน 48 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ แล้วคูณด้วยระยะเวลาทั้งหมดเป็นชั่วโมงที่ญาติพาผู้ป่วยมารับยา)

จากการศึกษาสรุปได้ว่าผู้ป่วยรับยาที่ร้านยาในโครงการนำร่องให้ผู้ป่วยรับยาที่ร้านยา เพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาล จังหวัดขอนแก่น ใช้ระยะเวลาการเดินทางไปรับยาที่ร้านยาน้อยกว่าผู้ป่วยไปรับยาที่โรงพยาบาล นอกจากนี้ภาระค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ในผู้ป่วยกลุ่มนี้ยังน้อยกว่าการไปรับยาที่โรงพยาบาล ได้แก่ ค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยในการเดินทางไป-กลับของตัวผู้ป่วยและญาติ ค่าอาหารที่เพิ่มขึ้นของตัวผู้ป่วยและญาติ ค่าเสียเวลาของผู้ป่วยและญาติในการขาดงาน เป็นต้น

## 2. ผลลัพธ์ด้านความเป็นมนุษย์ (ความพึงพอใจในการรับบริการ)

จากการประเมินความพึงพอใจโดยใช้ Value proposition ความพึงพอใจของผู้ป่วยรับยาที่โรงพยาบาลในโครงการนำร่องให้ผู้ป่วยรับยาที่ร้านยาเพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาลทั้งก่อนมีนโยบายนำร่องรับยาที่ร้านยาและผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลในปัจจุบัน ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความคาดหวังสูงต่อการรับบริการ และผลที่ได้รับดีอยู่ในเกณฑ์ดีในทุก ๆ ด้าน (Quadrant B) ได้แก่ ด้านความสะดวกสบายที่ได้รับ ลักษณะของผู้ให้บริการ การได้รับข้อมูลของยา และคุณภาพการบริการ ซึ่งถือว่าเป็นบริการที่เป็นจุดเด่น

ในส่วนความพึงพอใจของผู้ป่วยรับยาที่ร้านยาต่อโครงการนำร่องให้ผู้ป่วยรับยาที่ร้านยาเพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาล ผู้ป่วยรับยาที่ร้านยามีความคาดหวังสูงต่อการรับบริการและผลที่ได้รับ

ดีในทุก ๆ ด้าน (Quadrant B) ซึ่งถือว่าเป็นบริการที่เป็นจุดเด่นในทุกด้าน แต่อย่างไรก็ตามในผู้ป่วยกลุ่มนี้เมื่อประเมินผลความพึงพอใจต่อการรับยาที่โรงพยาบาล ส่วนใหญ่มีความคาดหวังต่อการรับบริการสูง และผลที่ได้รับดี (Quadrant B) ซึ่งถือว่าเป็นบริการที่เป็นจุดเด่นในเกือบทุกหัวข้อ ยกเว้นหัวข้อท่านใช้เวลาคอยรับยาไม่นาน ซึ่งผู้ป่วยมีความคาดหวังสูงต่อผลการทำงานของโรงพยาบาลแต่ผลที่ได้รับไม่ดี (Quadrant A) ดังนั้นการบริการควรได้รับการปรับปรุงก่อน

นอกจากนี้ผลความพึงพอใจต่อการทำงานของร้านยาในประเด็นท่านใช้เวลาคอยรับยาไม่นานมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าผลความพึงพอใจต่อการทำงานของโรงพยาบาลมากกว่า 2 เท่า และผลความพึงพอใจต่อการทำงานของร้านยาในประเด็นจุดให้บริการมีความสะดวกสบาย ท่านสามารถเดินทางมารับยาได้อย่างสะดวก และท่านใช้เวลาในการเดินทางมารับบริการไม่นานมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าผลความพึงพอใจต่อการทำงานของโรงพยาบาลมากกว่า 1.5 เท่า

จากการศึกษาสรุปได้ว่าผู้ป่วยรับยาที่ร้านยาในโครงการนำร่องให้ผู้ป่วยรับยาที่ร้านยาเพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาลมีความคาดหวังสูงต่อการรับบริการที่ร้านยาและผลที่ได้รับอยู่ในระดับที่ผู้ป่วยพึงพอใจดีในทุก ๆ ด้าน ได้แก่ ด้านความสะดวกสบายที่ได้รับ ลักษณะของผู้ให้บริการ การได้รับข้อมูลของยา และคุณภาพการบริการ ซึ่งถือได้ว่าเป็นบริการที่เป็นจุดเด่น และพบว่าผู้ป่วยรับยาที่ร้านยามีความพึงพอใจต่อผลการทำงานของร้านยามากกว่าผลการทำงานของโรงพยาบาลในทุกหัวข้อ

นอกจากนี้จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยรับยาที่ร้านยา พบว่าผู้ป่วยได้สะท้อนความคิดเห็นและข้อมูลที่มีต่อโครงการนำร่องให้ผู้ป่วยรับยาที่ร้านยาเพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาลดังนี้

“เภสัชกรแนะนำดี ค่อยดี เดินทางก็สะดวก ถามอียังเพิ่นกะตอบ...”

“โครงการนี้ดีมาก อยากให้มีต่อไป มันสะดวก เภสัชก็อธิบายดี เป็นกันเอง น่ารัก บางทีไม่ได้ไปรับยา แต่เรามีปัญหาเราก็เข้าไปถามเค้าที่ร้านได้เลย ค่อยบ่อยจนเหมือนพี่น้องกันไปแล้ว...”

“เภสัชที่ร้านยาดี ร้านยาอยู่ใกล้ ๆ นี้ ปากก็เดินไปรับยาเอา ไม่ต้องรีบ ได้ออกกำลังกายด้วย...”

“ดีกว่าโรงพยาบาลตรงที่ไม่ต้องเสียเวลารอนาน ๆ...”

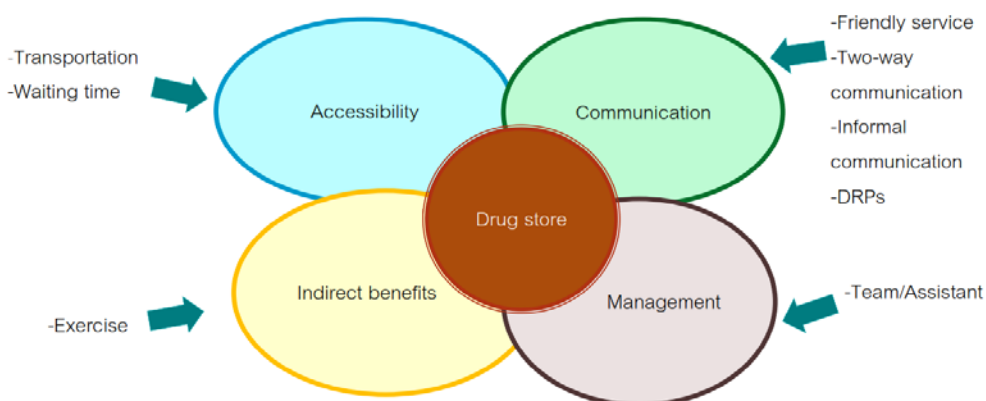
“ไปรับยาจะยังไงไป ใช้เวลาปัดโดน เภสัชเพิ่นเว้าดี รับยาแล้วเฮากะกลับมาทำงานต่อไปได้บ่เสียเวลาเปิดมือ...”

“เคยโทรไปถามว่ายามาถึงหรือยัง คนรับโทรศัพท์อยู่ร้านพูดไม่ค่อยดี แต่เภสัชคนที่อยู่ร้านเค้าดีนะ พูดดี แนะนำดี..”

“อยากให้เภสัชร้านยาเอาข้อมูลปัญหาที่ผู้ป่วยไปปรึกษาบอกกับทางโรงพยาบาล โดยเฉพาะหมอ เวลาไปพบหมอจะได้ไม่ต้องเสียเวลาเล่าให้ฟังอีก ไปร้านยาก็สะดวกดี เรามีเวลาพูดคุยถามปัญหาเราได้ เพราะมีเวลา ไม่ต้องรีบ มันใกล้บ้านด้วย...”

จากเสียงสะท้อนจากผู้ป่วยดังกล่าว ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มารวบรวมและจัดข้อมูลเป็นหมวดหมู่ในประเด็น

ที่สำคัญหลัก ๆ ได้แก่ การเข้าถึงบริการ (Accessibility) การสื่อสาร (Communication) การได้รับผลประโยชน์ทางอ้อมของผู้ป่วย (Indirect benefit) และการจัดการของโครงการ (Management) ดังแสดงในแผนภาพที่ 3



ภาพที่ 12 ประเด็นความคิดจากเสียงสะท้อนของผู้ป่วยรับยาที่ร้านยาต่อโครงการนำร่องให้ผู้ป่วยรับยาที่ร้านยาเพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาล

อย่างไรก็ตาม ในการศึกษาครั้งนี้มีข้อจำกัดเกี่ยวกับการจับคู่ผู้ป่วยกลุ่มที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการนำร่อง และผู้ป่วยกลุ่มที่ไม่สมัครใจเข้าร่วมโครงการนำร่องแบบรายบุคคล (individual matching) เนื่องจากเกณฑ์ในการพิจารณาจากปัจจัยร่วมหลายอย่าง เช่น เพศ อายุ ระดับความรุนแรงของโรค (ควบคุมได้/ควบคุมไม่ได้ หรือ มี/ไม่มีภาวะแทรกซ้อน) และระยะเวลาการเป็นโรค

### 3.2.3.4 ความพึงพอใจของผู้ป่วย: กรณีศึกษา แผนที่การเดินทางของผู้ป่วยสูงอายุที่รับบริการจากร้านทันยา

แผนที่การเดินทางของผู้ป่วย (Patient journey mapping) ช่วยแสดงให้เห็นถึงประสบการณ์ของผู้ป่วย (patient experience) เช่น กิจกรรม ความรู้สึก และความคิดเห็นของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นจากการรับบริการ สามารถนำข้อมูลที่ได้มาใช้ในการออกแบบระบบบริการให้มีลักษณะที่ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางได้มากขึ้น ผู้ป่วยสูงอายุมักจะมีปัญหาความเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่ต้องดูแลรักษาต่อเนื่องในขณะเดียวกัน ผู้ป่วยสูงอายุส่วนหนึ่งก็มักจะมีปัญหาความไม่สะดวกในการเดินทางเข้ารับบริการ การใช้ยา และการดูแลสุขภาพสภาพ เนื่องด้วยข้อจำกัดของร่างกาย และปัจจัยอื่น ๆ จึงจำเป็นต้องทำความเข้าใจถึงประสบการณ์การรับบริการของผู้ป่วยสูงอายุที่ไปรับยาที่ร้านยา เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาพัฒนาการให้บริการกับผู้ป่วยโดยเฉพาะผู้ป่วยสูงอายุต่อไป

**วัตถุประสงค์** เพื่ออธิบายประสบการณ์ของผู้ป่วยสูงอายุที่รับบริการจากร้านทันยา โดยนำเสนอเป็นแผนที่การเดินทางของผู้ป่วย (Patient journey mapping)

**ผู้ให้ข้อมูลหลัก** เลือกผู้ให้ข้อมูลหลักด้วยวิธีเจาะจง (purposive sampling) โดยเลือกผู้ป่วยที่รับบริการจากร้านทันยา มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 70 ปี มีเบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้ ยินดีให้ข้อมูล และมีลักษณะอย่างใดอย่างหนึ่งต่อไปนี้

1. พบปัญหาการใช้ยา เช่น ใช้ยาไม่ครบ ได้รับยาในขนาดสูงจำเป็นต้องปรับยา มีปัญหาความร่วมมือในการใช้ยา
2. มีประวัติแพ้ยา หรือมีผลข้างเคียงจากการใช้ยา
3. เคยสูบบุหรี่ หรือดื่มสุรา หรือยังสูบบุหรี่/ดื่มสุราอยู่ในปัจจุบัน
4. ใช้ หรือเคยใช้ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร หรือสมุนไพรเพื่อรักษาหรือบำรุงร่างกาย
5. เมื่อคัดเลือกและติดต่อผู้ป่วยตามลักษณะข้างต้น ได้ผู้ให้ข้อมูลหลักจำนวน 3 คน



### **เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล**

แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง (semi-structure interview) สร้างแบบสัมภาษณ์ตามองค์ประกอบที่มีในแผนที่การเดินทางของผู้ป่วย ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน (อาจารย์คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2 ท่าน และเภสัชกรผู้ให้บริการในร้านทันยา)

### **การเก็บข้อมูล**

เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ ติดต่อบริษัทผู้ป่วยในเบื้องต้นโดยการโทรศัพท์สอบถามความสมัครใจ ในกรณีที่ผู้ป่วยปฏิเสธ หรือแสดงถึงความอึดอัดใจ ผู้วิจัยไม่รีบร้อนหรือกดดันให้ตอบรับ นัดสัมภาษณ์ในเวลาและสถานที่ที่ผู้ให้ข้อมูลสะดวก ระหว่างสัมภาษณ์ ไม่กดดันให้ต้องตอบคำถามหากไม่สะดวกที่จะตอบ ก่อนสัมภาษณ์ผู้วิจัยแนะนำตัวอีกครั้ง แจ้งวัตถุประสงค์ของการสัมภาษณ์ ขออนุญาตบันทึกเสียง โดยจะทำลายไฟล์บันทึกเสียงหลังจากทำรายงานการศึกษาเสร็จสิ้น ผู้วิจัยชวนผู้ให้ข้อมูลหลักสนทนาในเรื่องทั่ว ๆ ไปก่อนเพื่อสร้างความคุ้นเคย ทำการสัมภาษณ์ 2 ครั้ง โดยการสัมภาษณ์ครั้งแรกใช้เวลาประมาณ 30-45 นาที สัมภาษณ์ครั้งที่สอง เพื่อสอบถามเพิ่มเติมในเรื่องที่ขาดไป หรือเรื่องต้องการความชัดเจนมากขึ้น โดยใช้เวลาประมาณ 15-30 นาที

### **การวิเคราะห์ข้อมูล**

วิเคราะห์ข้อมูล โดยการวิเคราะห์เนื้อหาตามประเด็นที่เป็นองค์ประกอบในแผนที่การเดินทางของผู้ป่วย ได้แก่ กิจกรรมสำคัญ จุดสัมผัส (touch point) ความรู้สึก ประสบการณ์เชิงบวก และประสบการณ์เชิงลบ

### **ผลการศึกษา**

#### **ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูลหลัก**

ผู้ให้ข้อมูลหลักเป็นผู้ป่วยสูงอายุที่รับบริการจากร้านทันยา 3 คน มีคุณลักษณะดัง

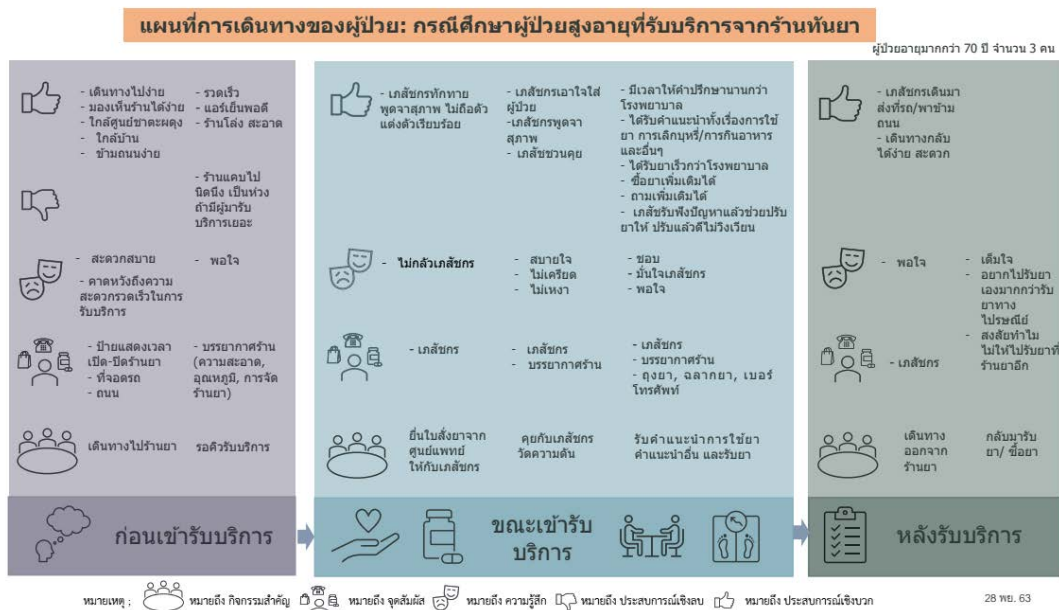
ตารางที่ 12

ตารางที่ 12 ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูลหลักจำนวน 3 คน

ลำดับ ที่	อายุ (ปี)	อาชีพ	โรคประจำตัว	จำนวน รายการยา	ปัญหา การใช้ยา	จำนวน ครั้งที่รับ ยาจาก ร้านทันยา	ร้านยา ประจำ	ประวัติแพ้ยา/ ผลข้างเคียง	ประวัติการดื่ม สุรา/สูบบุหรี่	การใช้ยา/ ผลิตภัณฑ์เสริม อาหาร/ สมุนไพรอื่น
1	75	ไม่ได้ประกอบ อาชีพ	ความดันโลหิตสูง	6	-	2	ร้านทันยา	เพนนิซิลลิน	-	ถึงเข้า น้ำมันปลา เฮโมวิต
2	77	ไม่ได้ประกอบ อาชีพ	ความดันโลหิตสูง (รักษาที่ PCC ชาตะผดุง) หอบหืด (รักษาที่ รพ. ขอนแก่น)	2 (ไม่มีข้อมูลยาที่ รับจาก รพ. ขอนแก่น)	ไม่ได้ใช้ยาพน ตามหมอสั่ง (เป็นยาที่รับจาก รพ.ขอนแก่น)	2	ไม่ซื้อยา ทานเอง	Enapril (ไอ)	ไม่สูบบุหรี่ เลิกดื่มสุราเมื่อ 24 ปีที่แล้ว	-
3	74	รับเหมาเป็น บางเวลา	เบาหวาน	2	มีอาการวิงเวียน หลังทานยา	1	ไม่แน่นอน	-	สูบบุหรี่ตั้งแต่ อายุ 18 ปี	เคยใช้ใบขนุน ต้มน้ำดื่มเพื่อ ลดน้ำตาล

### แผนที่การเดินทางของผู้ป่วย

เมื่อพิจารณาประสบการณ์ของผู้ป่วยสูงอายุที่รับบริการจากร้านทันยา จำนวน 3 คน สามารถนำเสนอเป็นแผนที่การเดินทางของผู้ป่วย โดยแบ่งขั้นตอนการรับบริการหลักเป็น 3 ขั้นตอนตามลักษณะกิจกรรมของผู้ป่วย ได้แก่ ก่อนเข้ารับบริการ ขณะรับบริการ และ หลังรับบริการ ดังภาพที่ 13



ภาพที่ 13 แผนที่การเดินทางของผู้ป่วย: กรณีศึกษาผู้ป่วยสูงอายุที่รับบริการจากร้านทันยา

#### 1. ก่อนเข้ารับบริการ

1.1 เดินทางไปร้านยา: เป็นช่วงเดินทางจากศูนย์แพทย์ฯ ไปยังร้านทันยา หลังจากพบแพทย์เรียบร้อยแล้ว (ไปร้านยาครั้งที่ 1) หรือเดินทางจากบ้านไปร้านทันยา (ไปร้านยาครั้งที่ 2) โดยผู้ป่วยทั้งสามคนให้ข้อมูลว่า ร้านทันยาอยู่ใกล้บ้าน อยู่ใกล้ศูนย์แพทย์ฯ สามารถเดิน หรือใช้รถจักรยาน หรือมอเตอร์ไซค์ไปจากบ้านได้ รวมถึงถนนจากบ้านที่ไม่ค่อยมีรถ ทำให้รู้สึกสะดวกสบายที่จะไปรับบริการจากร้านดังกล่าว ในช่วงของการเดินทางไปร้านยา มีความคาดหวังถึงความสะดวกรวดเร็วที่จะได้รับบริการจากร้านยาด้วย

1.2 รอคิวรับบริการ: เมื่อเดินทางถึงร้านยาแล้ว ผู้ป่วยมีความเห็นว่าร้านยามีลักษณะโล่งสะอาด ไม่ร้อน จัดยาเป็นระเบียบ อย่างไรก็ตามมีผู้ป่วยคนหนึ่งแสดงความเป็นห่วงว่าร้านอาจจะแคบไปหากมีผู้มารับบริการจำนวนมาก ในส่วนของการรอคิวรับบริการนั้นไม่ได้ใช้เวลานานนัก ผู้ป่วยรู้สึกพอใจในความรวดเร็ว

#### 2. ขณะเข้ารับบริการ

2.1 ยื่นใบสั่งยาจากศูนย์แพทย์ฯ ให้เกสเซอร์: เมื่อถึงคิวรับบริการ ผู้ป่วยส่งใบสั่งยาที่ได้รับจากศูนย์แพทย์ฯ ให้กับเกสเซอร์ ซึ่งเกสเซอร์ก็มีการต้อนรับทักทายอย่างเป็นกันเอง ไม่ถือตัว ผู้ป่วย

คนหนึ่งสังเกตเห็นว่าเภสัชกรแต่งตัวเรียบร้อย ผู้ป่วยอีกคนหนึ่งบอกความรู้สึกว่าไม่กลัวเภสัชกร เนื่องจากตนเองมีความรู้สึกคุ้นเคยกับบุคลากรทางการแพทย์อยู่แล้วเป็นเบื้องต้น

2.2 ค่อยกับเภสัชกร วัดความดัน: หลังจากนั้น เภสัชกรจะทำการวัดความดันให้กับผู้ป่วยทั้งสามคน มีการชวนพูดคุย และซักถามประวัติความเจ็บป่วยด้วยความปลอดภัยและเอาใจใส่ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายใจ ไม่เครียด ผู้ป่วยคนหนึ่งแสดงความรู้สึกเพิ่มเติมด้วยว่าทำให้ไม่เหงา

“ช่วงนั้นคุณหมอยามีตั้ง 3-4 คน มานั่งคุยด้วยไม่เหงาด้วยนั่งคุยนั่งวัดความดันให้ใหม่ด้วย...ผมอยากไปรักษาที่ร้านยาด้วย เพราะผมว่ามันง่ายดี แล้วก็คุณหมอยา 3-4 คน\* คุยดีทุกคนเลย นั่งคุยเป็นเพื่อน”

(หมายเหตุ – หมายถึงนักศึกษาฝึกปฏิบัติงานวิชาชีพด้านเภสัชกรรมชุมชน)

2.3 รับคำแนะนำการใช้ยา และคำแนะนำอื่น รักษา: หลังจากที่เภสัชกรสอบถามประวัติความเจ็บป่วยแล้ว ผู้ป่วยก็ได้รับคำแนะนำการใช้ยา รวมถึงคำแนะนำอื่น ๆ ตามลักษณะความเจ็บป่วยที่ได้เล่าให้เภสัชกรฟังก่อนหน้านี้ เช่น ผู้ป่วยเบาหวานที่มีการรับประทานอาหารไม่เป็นเวลา ผู้ป่วยก็จะได้รับคำแนะนำเรื่องการรับประทานอาหาร ผู้ป่วยที่ต้องการจะเลิกบุหรี่ ก็จะได้รับคำแนะนำเรื่องการเลิกบุหรี่ นอกจากนั้นแล้ว ยังมีผู้ป่วยที่บอกเล่าเรื่องราวของตนเองเพิ่มเติม เช่น ผู้ป่วยคนหนึ่งได้เล่าให้เภสัชกรฟังถึงปัญหาวิงเวียนหลังรับประทานยา ซึ่งผู้ป่วยได้แจ้งแพทย์และได้รับการปรับยาแล้วทำให้อาการดีขึ้น ผู้ป่วยอีกคนหนึ่งเล่าให้ฟังว่า นอกจากการรับยาตามใบสั่งยาของศูนย์แพทย์แล้ว หากต้องการซื้อยาอย่างอื่น ก็สามารถซื้อจากร้านได้ด้วย

ผู้ป่วยทั้งสามคนมีความเห็นว่าได้รับยาด้วยความรวดเร็ว และเภสัชกรมีเวลาให้คำแนะนำเรื่องการใช้ยา รวมถึงคำแนะนำในเรื่องอื่นมากกว่าที่โรงพยาบาล ทำให้โดยรวมแล้วผู้ป่วยรู้สึกเชื่อใจ มั่นใจเภสัชกร และพร้อมที่จะตอบคำถาม รู้สึกชอบและมีความพอใจในบริการที่ได้รับ

“ก็เชื่อค่ะ เคื่อบอกแล้วก็อธิบายให้เข้าใจว่าทำไมถึงควรกินหรือไม่ควร มันจะตีกับยาอื่นมั้ย แบบนี้”

“ถาม (เภสัชกร) ว่าฮือไมวิทกับน้ำมันปลากินกับยาได้ไหมว่าจะเป็นอันตรายไหม”

“แกก็แนะนำดี แบบนั้นแบบนี้ จะเป็นแบบไหน กินยาแบบไหน แกบอกแบบนี้ครับ แล้วให้ผมปรับ เพราะผมกินยา ข้าวเช้าผมไม่กิน แกแนะนำกินแบบนี้ๆน้ำ แกแนะนำดีครับ”

“แกให้ความรู้ดีครับ แล้วก็เป็นอย่างเอง เขาถามผมเหมือนกัน ผมก็พูดตามความจริง เพราะว่าผมก็มาหาแกครั้งแรก ก็เห็นแกพูดดีอยู่”

### 3. หลังรับบริการ

3.1 เดินทางออกจากร้านยา: เมื่อผู้ป่วยรับบริการเสร็จแล้ว ผู้ป่วยจึงออกจากร้านยา ผู้ป่วยที่ซื้อรถจักรยาน และผู้ป่วยที่ซื้อบรมอเตอร์ไซด์มา เล่าว่าเภสัชกรเดินมาส่งที่รถด้วย โดยผู้ป่วยทั้ง 3 คน มีความเห็นว่าการรับบริการที่ร้านยามีความรวดเร็ว การเดินทางกลับบ้านก็ยังคงมีความสะดวกสบาย เช่นเดียวกับการเดินทางมาที่ร้าน ทำให้รู้สึกพึงพอใจในบริการที่ได้รับ

“ให้คะแนนเต็ม 5 ค่ะ”

“พอรับยาเสร็จยังเดินไปส่งผมที่จักรยานจอดจักรยานไว้ข้างๆ”

“เร็วกว่าจริง ๆ ครับดีกว่าเยอะครับ”

3.2 กลับมารับยา/ซื้อยา: หลังจากได้รับบริการในครั้งแรกแล้ว มีผู้ป่วย 2 คน ที่ได้มารับยาตามกำหนดอีก 2 ครั้ง ในขณะที่ผู้ป่วย 1 คน ได้มารับยาเพียงครั้งเดียว ทั้งนี้เนื่องจากทั้ง 3 คน ถึงกำหนดที่ต้องพบแพทย์ ผู้ป่วยทั้ง 3 คน มีความเต็มใจที่มารับยาจากร้านทันยาในอนาคต มีผู้ป่วย 1 คน ที่กล่าวชัดเจนถึงความยินดีที่จะไปรับยาที่ร้านยามากกว่าการรับยาทางไปรษณีย์ นอกจากนั้นแล้วยังมีผู้ป่วยอีก 1 คนที่สงสัยว่าทำไมครั้งล่าสุดที่ผ่านมา ทำไมตนเองไม่ได้รับการแจ้งให้ไปรับยาที่ร้านยา และมีผู้ป่วยอีก 1 คน ที่กลับมาซื้อยาอื่นจากร้านทันยา

“อยากไปรับเองมากกว่าเพราะว่าอันนี้มันได้แค่ยาเฉยเฉย อันนั้นมันได้รู้ได้คุยกับเภสัช”

“หลังสุดไปรับที่อนามัย ผมก็ไม่ทราบจะทำอะไรไม่จัดให้ผมไปรับที่ร้านยา ผมชอบร้านยาแล้วเพราะว่ามันง่ายดีและเร็วด้วย”

“ถ้าตรวจผมต้องให้หมอจริง ๆ ถ้ารับยาผมจะเลือกร้านยาผมสะดวกแบบนี้ นอกจากจะไม่สะดวกผมพูดเอง”

“อยากกรับร้านนี้เพราะมันใกล้กว่า ออกจากตรงนี้เดี๋ยวก็มานี่เลย”

#### สรุปผลการศึกษา

ผู้ป่วยสูงอายุทั้ง 3 คน มีประสบการณ์ที่ดีจากการรับบริการที่ร้านทันยา เนื่องจากเดินทางง่าย ได้รับบริการที่รวดเร็ว เภสัชกรสุภาพ เอาใจใส่ มีเวลาให้กับผู้ป่วย ให้บริการด้านยาและคำแนะนำดี รวมถึงยินดีตอบคำถามเพิ่มเติม ร้านมีบรรยากาศดี ในภาพรวมแล้วผู้ป่วยรู้สึกพอใจและเต็มใจที่จะเข้ารับบริการในครั้งต่อไป

#### อภิปรายผล

กรณีศึกษาผู้ป่วยสูงอายุ 3 คนที่รับบริการจากร้านทันยานี้ แสดงให้เห็นว่า การเข้าร่วมโครงการลดความแออัดโดยรับยาใกล้บ้านนั้นช่วยเพิ่มความรวดเร็วในการให้บริการให้กับผู้ป่วยได้ ทั้งนี้ น่าจะเป็นเพราะเป็นร้านที่อยู่ใกล้บ้านรวมถึงมีการเดินทางที่สะดวก นอกจากความรวดเร็วแล้ว ยังได้เห็นถึงลักษณะการให้บริการของเภสัชกรที่สะท้อนถึงการบริการอย่างมีคุณภาพอีกด้วย

ในส่วนของประสบการณ์ที่ได้รับจากบริการนั้น พบว่าผู้ป่วยสูงอายุทั้ง 3 คน แสดงให้เห็นถึงการได้รับประสบการณ์ที่ดีทั้งจากคุณลักษณะของเภสัชกร บรรยากาศร้าน และคำแนะนำการใช้ยารวมถึงคำแนะนำอื่นไม่ว่าจะเป็นเรื่องการเลิกบุหรี่ การใช้ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารอื่น หรือปัญหาจากการใช้ยา ทั้งนี้ สำนักงานเพื่อการวิจัยและคุณภาพในการรักษาพยาบาล (Agency for Healthcare Research and Quality: AHRQ) ได้กล่าวถึงความสำคัญของประสบการณ์ผู้ป่วยว่า มีความเชื่อมโยงกับผลลัพธ์ทางคลินิก<sup>17</sup> จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบโดย Doyle และคณะ (2013)<sup>18</sup> ได้พบความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างประสบการณ์ผู้ป่วย ความปลอดภัยของผู้ป่วย ประสิทธิภาพเชิงคลินิก ความร่วมมือในการรักษา และการใช้ยา

<sup>17</sup> Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). (2017). The CAHPS Ambulatory care improvement guide: Practical strategies for improving patient experience. Section 2: why improve patient experience?. Retrieve from: <https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/cahps/quality-improvement/improvement-guide/2-why-improve/cahps-section-2-why-improve-patient-experience.pdf> 27 July 2020

<sup>18</sup> Doyle, C., Lennox, L., & Bell, D. (2013). A systematic review of evidence on the links between patient experience and clinical safety and effectiveness. *BMJ Open*, 3(1), e001570. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2012-001570>

ดังนั้น จึงเป็นแนวโน้มที่น่าจะได้รับการสนับสนุนส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีประสบการณ์เชิงบวกจากการรับบริการด้านสุขภาพให้มากขึ้นต่อไปในอนาคต

### 3.2.3.5 การขยายบริการปฐมภูมิ: กรณีศึกษาแนวทางการทำ Telepharmacy ในกรณี fill prescription สำหรับวัดหนองแขวงพระอารามหลวง โรงพยาบาลขอนแก่น วัตถุประสงค์

เพื่อเสนอแนวทางการทำ Telepharmacy ในกรณี fill prescription สำหรับ primary care unit ด้วยเทคนิคการสร้างผังมโนทัศน์ (concept mapping)

#### วิธีวิจัย

การสนทนากลุ่ม 3 ครั้ง เพื่อหากระบวนการให้บริการ Telepharmacy ที่เหมาะสมกับ PCC วัดหนองแขวง จากมุมมองของผู้มีส่วนร่วมที่เกี่ยวข้อง โดยแบ่งเป็น 2 กรณี ได้แก่ กรณีที่ 1 การให้คำแนะนำผ่าน Telepharmacy หลังการจ่ายยาทันที และกรณีที่ 2 การให้คำแนะนำผ่าน Telepharmacy กรณีติดตามการใช้ยา หรือให้คำแนะนำภายหลัง

### ผู้เข้าร่วมการวิจัย

การคัดเลือกผู้มีส่วนร่วม จะทำการคัดเลือกผู้ที่อยู่ในกระบวนการทำงานของ Telepharmacy ทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ซึ่งแบ่งเป็น แพทย์ 1 คน เภสัชกร 2 คน พยาบาล 1 คน เจ้าหน้าที่เภสัชกรรม 1 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) 5 คน รวมเป็น 10 คน

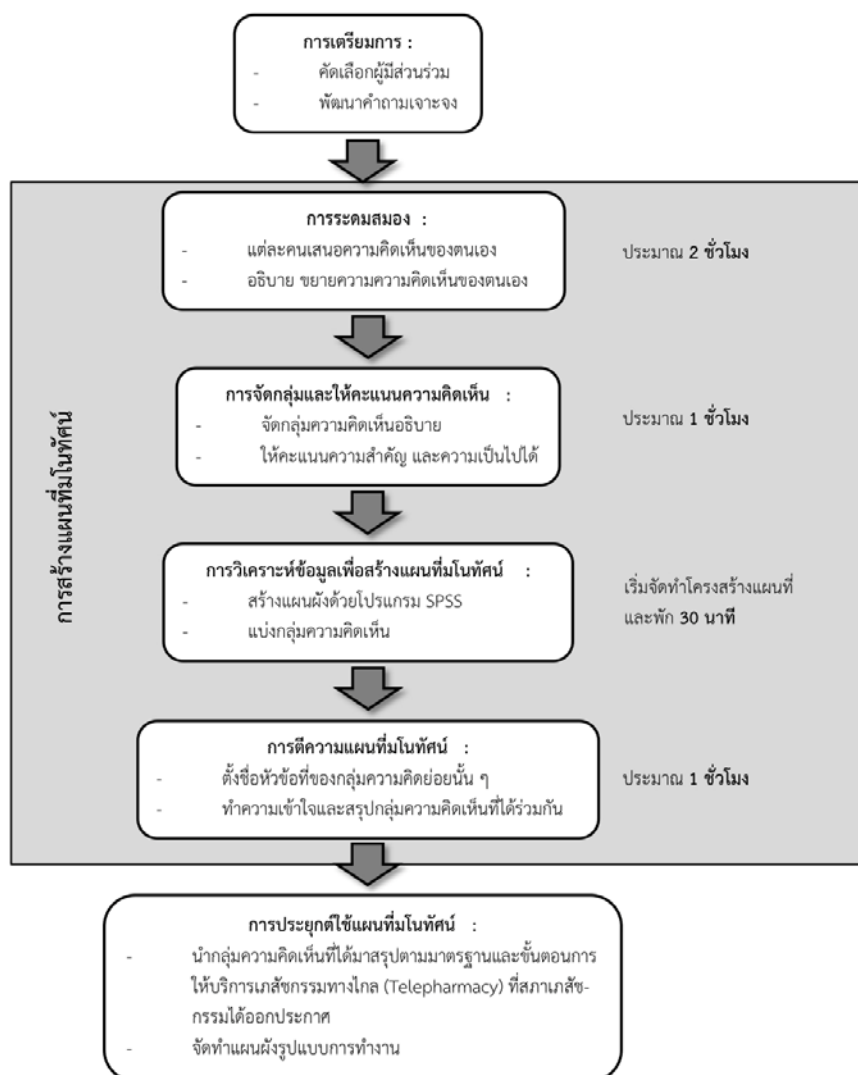
### การเก็บข้อมูล

ในการสร้างแผนที่มโนทัศน์จะประกอบไปด้วยขั้นตอนดังภาพที่ 1 โดยจะเริ่มจากการตั้งคำถามเจาะจงร่วมกันในการระดมสมอง การแสดงความคิดเห็นของผู้มีส่วนร่วม การอภิปรายข้อมูลเหล่านั้นไม่คำนึงถึงตัวตนของแต่ละคน ขั้นตอนต่อไป แต่ละคนจะให้คะแนนความสำคัญและความเป็นไปได้ แต่ละความคิดเห็นนั้น ๆ โดยจะนำข้อมูลเหล่านี้ไปวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมเพื่อให้แผนที่มโนทัศน์ เพื่อที่จะได้นำไปตีความและประยุกต์ใช้ต่อไป (ภาพที่ 14)

ขั้นตอนการดำเนินงาน 5 ขั้นตอนมีดังนี้

#### 1. การเตรียมการ

ในการนัดหมายการสนทนากลุ่มครั้งที่ 1 ผู้มีส่วนร่วมทุกคนจะร่วมกันพัฒนาคำถามเจาะจง โดยมีการบรรยายถึงความหมายของ “Telepharmacy” ตัวอย่างการทำ Telepharmacy และ Telepharmacy guideline ในต่างประเทศ และทำความเข้าใจประกาศสภาเภสัชกรรม เรื่อง การกำหนดมาตรฐานและขั้นตอนการให้บริการเภสัชกรรมทางไกล (Telepharmacy) ร่วมกันก่อนเพื่อให้ผู้ร่วมการสนทนากลุ่มมีความเข้าใจใน Telepharmacy ไปในทิศทางเดียวกัน จากนั้นจะมีการพัฒนาคำถามร่วมกันเพื่อให้ได้คำถามที่ชัดเจนและตรงกับวัตถุประสงค์มากที่สุด



ภาพที่ 14 กระบวนการสร้างแผนที่โน้ต

## 2. การระดมสมอง

ผู้มีส่วนร่วมแต่ละคนจะเสนอความคิดเห็นของตนเองโดยการกรอกกล่อง Google forms หรือเขียนลงกระดาษโดยไม่จำกัดจำนวนความคิดเห็น และทำการรวบรวมความคิดเห็นฉายขึ้นจอโปรเจคเตอร์ แล้วให้ผู้มีส่วนร่วมอธิบาย ขยายความความคิดเห็นของตนเอง และร่วมกันเพิ่มเติมข้อความให้สมบูรณ์ความเพื่อให้มีความเข้าใจตรงกัน จากนั้นจะนำความคิดเห็นมาใส่ตัวเลขจัดเรียงตามลำดับ

## 3. การจัดกลุ่มและให้คะแนนความคิดเห็น

นัดหมายการสนทนากลุ่มครั้งที่ 2 โดยมีดำเนินการตามลำดับ ดังนี้



### 3.1 จัดกลุ่มความคิดเห็น

นำหมายเลขข้อที่ได้จากขั้นตอนที่ 2 มาจัดเรียงในตาราง excel โดยทั้งแถวและคอลัมน์เป็นหมายเลขข้อ จากนั้นให้ผู้มีส่วนร่วมจัดกลุ่ม โดยข้อที่อยู่กลุ่มเดียวกันให้ใส่เลข 1 ส่วนข้อที่ไม่ได้อยู่ในกลุ่มเดียวกันให้ใส่เลข 0 ในช่องที่ตรงกับหมายเลขนั้น ๆ

### 3.2 ให้คะแนนความสำคัญ

ความสำคัญ คือ ระดับผลกระทบของกระบวนการต่อคุณภาพในการทำ Telepharmacy การให้คะแนนเริ่มจากการนำข้อความทั้งหมดมาเรียงข้อในตาราง excel โดยให้แถวเป็นความคิดเห็นทั้งหมด และคอลัมน์เป็นระดับความสำคัญ ซึ่งแบ่งช่วงคะแนนเป็น 5 ช่วง ได้แก่ 1 คือ ระดับความสำคัญที่มีความสำคัญน้อยที่สุดหรือไม่จำเป็นต้องมี 2 คือ ระดับความสำคัญที่มีผลน้อย มีหรือไม่มีก็ได้ 3 คือ ระดับความสำคัญที่มีผลปานกลาง ควรมีเพื่อเพิ่มคุณภาพในการให้บริการ 4 คือ ระดับความสำคัญที่มีผลมากจำเป็นต้องมี ส่งผลต่อคุณภาพการให้บริการ 5 คือ ระดับความสำคัญที่มีผลมากที่สุดจำเป็นต้องมี ส่งผลต่อมาตรฐานการให้บริการ

### 3.3 การให้คะแนนความเป็นไปได้

ความเป็นไปได้คือ คือ ระดับความยากง่ายที่จะสามารถเกิดขึ้นได้ในการปฏิบัติงานจริงต่อกระบวนการการให้บริการ Telepharmacy การให้คะแนนเริ่มจากการนำข้อความทั้งหมดมาเรียงข้อในตาราง excel โดยให้แถวเป็นความคิดเห็นทั้งหมด และคอลัมน์เป็นระดับความเป็นไปได้ ซึ่งแบ่งช่วงคะแนนเป็น 5 ช่วง ได้แก่ 1 คือ เป็นไปไม่ได้ 2 คือ เป็นไปได้ยาก 3 คือ น่าจะเป็นไปได้ 4 คือ เป็นไปได้ง่าย 5 คือ เป็นไปได้ง่ายที่สุด

## 4. การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ทางสถิติ โดยใช้การวิเคราะห์แบบ Multidimensional scaling และ Hierarchical cluster Analysis โดยมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

### 4.1 การแบ่งกลุ่มความคิดเห็น

การวิเคราะห์ผลจะเริ่มจากการนำคะแนนที่ได้ในข้อ 3.1 มาคำนวณหาค่าเฉลี่ย จากนั้นนำค่าเฉลี่ยที่ได้ย้ายไปที่โปรแกรม SPSS และวิเคราะห์ผลโดยใช้คำสั่ง multidimensional scaling (PROXSCALE) ขั้นตอนนี้จะได้ข้อมูลเป็นแผนที่จุด (point map) พร้อมค่าสถิติ Final Coordinations ถ้าพิกัดของแต่ละจุดแผนที่จุด ซึ่งเราจะนำข้อมูลไปวิเคราะห์ในขั้นตอนของ Hierarchical cluster analysis หลังการวิเคราะห์จะได้ Dendrogram ซึ่งจะแสดงจำนวนของกลุ่มย่อยว่ามีกี่กลุ่มย่อย จากนั้นเลือกจำนวนกลุ่มย่อยตาม Dendrogram แล้วเลือกคำสั่ง Ward method จะปรากฏการแบ่งกลุ่มย่อยบนแผนที่จุด แล้วจึงใช้โปรแกรม Microsoft Paint หรือโปรแกรมวาดรูปอื่น ๆ ในการวาดและลงสีกลุ่มย่อย

### 4.2 การสร้างแผนผังความคิดและระดับความสำคัญ

นำข้อมูลจากข้อ 3.2 มาหาค่าเฉลี่ยกลุ่มย่อยตามการแบ่งกลุ่มในข้อที่ 4.1 จากนั้นให้นำค่าเฉลี่ยที่มากที่สุดลบกับค่าเฉลี่ยที่น้อยที่สุดหาร 5 (เนื่องจากการแบ่งช่วงคะแนนเป็น 5 ช่วง) จากนั้นนำมาบวกกับคะแนนเฉลี่ยกลุ่มย่อยที่น้อยที่สุดติดต่อกัน 5 ครั้ง จะได้ช่วงชั้นทั้งหมด 5 ชั้น แล้วพิจารณาคะแนนเฉลี่ยของแต่ละกลุ่มย่อยว่ามีกี่ชั้น ให้วาดจำนวนชั้นลงในแผนภาพในข้อที่ 4.2 ซึ่งหากกลุ่มย่อยใดมีชั้นมากก็แปลว่ามีความสำคัญมาก

### 4.3. การสร้างแผนผังความคิดและระดับความเป็นไปได้

นำข้อมูลจากข้อ 3.3 มาหาค่าเฉลี่ยกลุ่มย่อยตามการแบ่งกลุ่มในข้อที่ 4.1 จากนั้นให้นำค่าเฉลี่ยที่มากที่สุดลบกับค่าเฉลี่ยที่น้อยที่สุดหาร 5 (เนื่องจากการแบ่งช่วงคะแนนเป็น 5 ช่วง) จากนั้นนำมาบวกกับคะแนนเฉลี่ยกลุ่มย่อยที่น้อยที่สุดติดต่อกัน 5 ครั้ง จะได้ช่วงชั้นทั้งหมด 5 ชั้น แล้วพิจารณาคะแนนเฉลี่ยของแต่ละกลุ่มย่อยว่ามีกี่ชั้น ให้อ่านจำนวนชั้นลงในแผนภาพในข้อที่ 4.2 ซึ่งหากกลุ่มย่อยใดมีชั้นมากก็แปลว่ามีความเป็นไปได้มาก

#### 5. การตีความจากแผนที่มโนทัศน์

นัดหมายการสนทนากลุ่มครั้งที่ 3 ให้ผู้มีส่วนร่วมได้ร่วมกันอภิปรายกลุ่มความคิดในแผนที่กลุ่มความคิด (cluster map) ถูกจัดกลุ่มไว้จากการวิเคราะห์ข้อมูลที่จัดกลุ่มมา จากนั้นให้ผู้มีส่วนร่วมตั้งชื่อหัวข้อที่สอดคล้องกับกลุ่มความคิดย่อยนั้น ๆ และนำมาแสดงและให้ความคิดเห็นร่วมกันว่าชื่อใดเหมาะสมที่สุด หากมีบางกลุ่มความคิดที่มีความหลากหลาย อาจแก้ปัญหาโดยการแยกออกเป็น 2 กลุ่ม หรือการผนวกคำเข้าด้วยกัน โดยใช้คำเชื่อมว่า “และ” หรือมีบางความคิดย่อย ๆ ที่มีตำแหน่งบนแผนที่ใกล้กัน อาจถูกนำมารวมกันได้ตามความเหมาะสม เมื่อได้ชื่อหัวข้อของทุกกลุ่มย่อยความคิด ที่ทำการตกลงกันแล้วก็ทำการสรุป ทั้งนี้ชื่อกลุ่มย่อย ๆ นั้น สามารถที่จะทบทวนและแก้ไขใหม่ได้อีกตามความเหมาะสม

เมื่อได้แผนที่สุดท้ายที่มีชื่อหัวข้อของกลุ่มย่อยแล้ว ควรชี้แจงเพื่อเตือนความจำแก่สมาชิกกลุ่มทุกท่านว่า แผนที่นี้เกิดจากการมีส่วนร่วมของทุกคนที่ได้เสนอความคิดเห็น เพราะฉะนั้นแผนที่นี้จึงถือเป็นของสมาชิกทุกคน

จากนั้นจะนำแต่ละความคิดมาให้คะแนน โดยนำเสนอเป็นแผนที่จุดแสดงลำดับคะแนน และแผนที่กลุ่มแสดงลำดับคะแนน ให้ผู้มีส่วนร่วมพิจารณาว่ามีความเหมาะสมหรือไม่ ซึ่งจะนำมาใช้ในการพิจารณาการนำแผนที่มโนทัศน์ไปใช้ หากกลุ่มความคิดย่อยใดที่มีลำดับคะแนนสูงก็จะถูกให้ความสำคัญก่อนในการนำไปประยุกต์ใช้หรือวางแผนการ

#### 6. การประยุกต์ใช้แผนที่มโนทัศน์: การบูรณาการแผนภาพของความคิดเห็นหลัก และขั้นตอนมาตรฐานของสภาเภสัชกรรมในการให้บริการเภสัชกรรมทางไกล (Telepharmacy)

นำกลุ่มความคิดเห็นที่ได้มาสรุปตามมาตรฐานและขั้นตอนการให้บริการเภสัชกรรมทางไกล (Telepharmacy) ที่สภาเภสัชกรรมได้ออกประกาศ และจัดทำแผนผังรูปแบบการทำงาน Telepharmacy ของ PCC วัดหนองแขงฯ

#### ผลการศึกษา

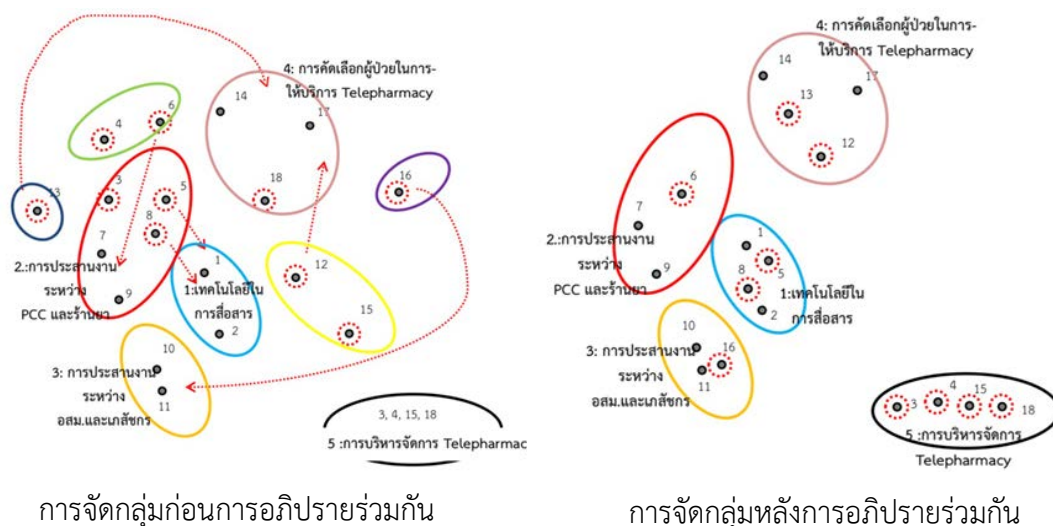
จากการสนทนากลุ่มสามารถจัดกลุ่มความคิดเห็น และ ให้คะแนนความสำคัญได้ดังนี้

**กรณีที่ 1** การให้คำแนะนำผ่าน Telepharmacy หลังการจ่ายยาทันที

#### การจัดกลุ่ม

จากการลงความเห็นในการสนทนากลุ่มครั้งที่ 1 มีความเห็นทั้งหมด 26 ความคิดเห็น โดยมีการตัดความคิดเห็นที่ซ้ำซ้อนกันได้ทั้งหมด 18 ความคิดเห็น จากนั้นนำไปจัดกลุ่มด้วยโปรแกรม SPSS จากการวิเคราะห์ผลด้วยโปรแกรม SPSS โดยการนำค่าเฉลี่ยคะแนนที่ได้มาวิเคราะห์ผล โดยใช้คำสั่ง multidimensional scaling (PROXSCALE) และ Hierarchical cluster analysis จะได้แผนภาพจุดดังภาพที่ 15 ที่แสดงการแบ่งกลุ่มความคิดเห็นได้ทั้งหมด 8 กลุ่มย่อย และจากการสนทนากลุ่มอภิปราย

กลุ่มร่วมกันเพื่อความเหมาะสมในการปฏิบัติงานจริง จึงสามารถจัดกลุ่มได้ 5 กลุ่ม ดังตารางที่ 13 ที่แสดงถึงความคิดเห็นในแต่ละกลุ่ม และกลุ่มคนที่แสดงความคิดเห็นในข้อนั้น ๆ



ภาพที่ 15 แผนภาพจุดของการจัดกลุ่ม กรณีให้คำแนะนำผ่าน Telepharmacy หลังการจ่ายยาทันที ตัวเลขแสดงถึงลำดับของความคิดเห็นย่อยนั้น ๆ, ความคิดเห็นในวงกลมเส้นประเป็นความคิดเห็นที่มีย้ายกลุ่มในการอภิปรายร่วมกัน, ลูกศรเส้นประแสดงถึงกลุ่มที่เหมาะสมสำหรับความคิดเห็นนั้น ๆ

ตารางที่ 13 กลุ่มความคิดเห็นและกลุ่มคนที่แสดงความคิดเห็นกรณีให้คำแนะนำผ่าน Telepharmacy หลังการจ่ายยาทันที

กลุ่มความคิดเห็น	คนที่เสนอความคิดเห็น
<b>กลุ่มที่ 1 เทคโนโลยี</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>เภสัชกรควรใช้โทรศัพท์ในการทำ Telepharmacy</li> <li>เภสัชกรใช้ Line กลุ่มเภสัชชุมชนในการทำ Telepharmacy</li> <li>ถ้าผู้ป่วยเรื้อรังที่ควบคุมโรคได้ให้อสม.มารับยาได้จากนั้นรับคำแนะนำจากเภสัชกรผ่าน Telepharmacy ภายหลัง</li> <li>ถ้าผู้ป่วยเรื้อรังที่ควบคุมโรคได้ให้อสม.มารับยาได้จากนั้นรับคำแนะนำจากเภสัชกรผ่าน Telepharmacy ภายหลัง</li> </ul>	2, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10
<b>กลุ่มที่ 2 หาประสานงานระหว่าง PCC และร้านยา</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>เภสัชกรประจำศูนย์แพทย์และร้านยาจัดทำตารางเวรร่วมกันเพื่อเตรียมพร้อมสำหรับการให้คำปรึกษาทันที</li> <li>เภสัชกรศูนย์แพทย์สร้างเครือข่ายร่วมกับเภสัชกรประจำร้านยาเพื่อทำ Telepharmacy</li> <li>เภสัชกรควรจัดอบรมร่วมกันเพื่อเตรียมความพร้อมในการให้บริการ Telepharmacy</li> </ul>	1, 2, 3, 4, 9
<b>กลุ่มที่ 3 การประสานงานระหว่าง อสม. และเภสัชกร</b>	5, 6, 7, 8, 9

- อสม. มารับยาแทนผู้ป่วยเรื้อรังที่ควบคุมโรคได้ จากนั้นจะได้รับคำแนะนำจากเภสัชกรผ่าน Telepharmacy
- อสม. ตรวจน้ำตาลและความดันสำหรับผู้ป่วยเรื้อรังที่ไม่สามารถมารับยาเองได้ หากผู้ป่วยมีปัญหาด้านยาจะติดต่อเภสัชกรผ่านทางโทรศัพท์

---

#### กลุ่มที่ 4 การคัดเลือกผู้ป่วยในการรับบริการ Telepharmacy

1, 2, 3, 4, 6, 7

- การทำ Telepharmacy จะต้องได้รับคำยินยอมจากผู้ป่วยก่อนเสมอ
- เภสัชกรประจำศูนย์แพทย์จะทำ Telepharmacy ในผู้ป่วยเรื้อรังรายใหม่ที่จำเป็นที่ต้องได้รับคำแนะนำด้านยา
- เกณฑ์ในการทำ Telepharmacy คือ เมื่อมีผู้ป่วยแพ้ยา
- เกณฑ์ในการทำ Telepharmacy คือ เมื่อผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคอง เช่น ผู้ป่วยโรคมะเร็ง

---

#### กลุ่มที่ 5 การบริหารจัดการ Telepharmacy

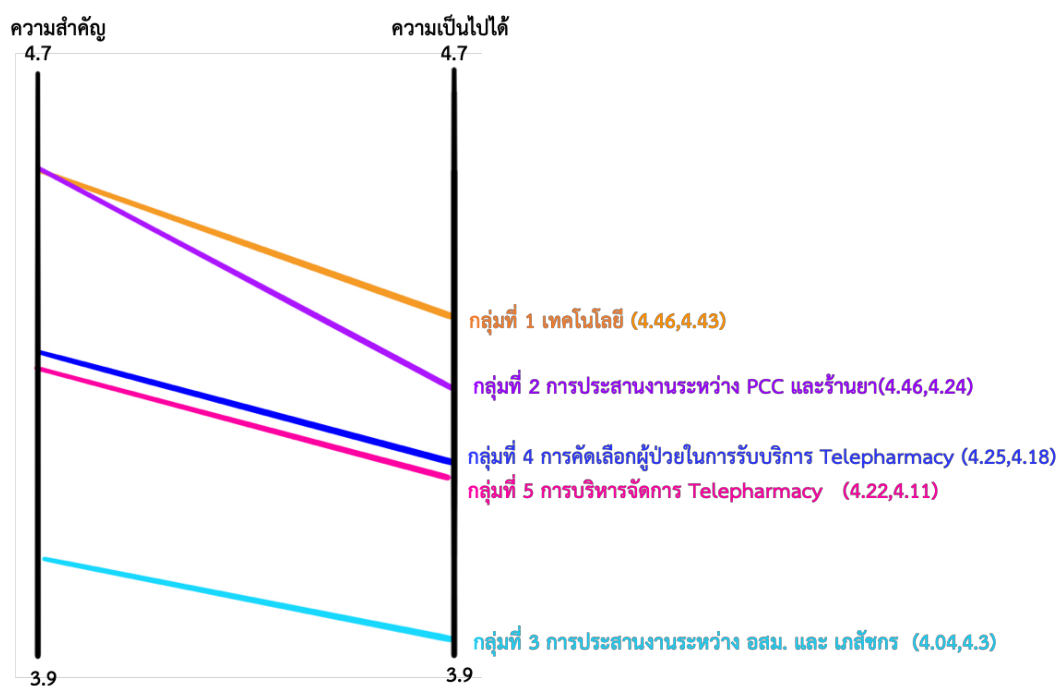
1,2,4,5

- เภสัชกรร้านยาคุณภาพจะให้บริการ Telepharmacy ในกรณีที่เภสัชกรประจำศูนย์แพทย์ไม่อยู่ประจำการ
- เภสัชกรร้านยาคุณภาพให้บริการ Telepharmacy ในช่วงเวลาราชการและเวลาทำการของร้านยา
- เกณฑ์ในการทำ Telepharmacy คือ เมื่อผู้รับบริการจำนวนมาก
- เกณฑ์ในการทำ Telepharmacy คือ เมื่อบุคลากรทางการแพทย์ต้องการคำปรึกษาเร่งด่วน

---

#### ความสำคัญและความเป็นไปได้

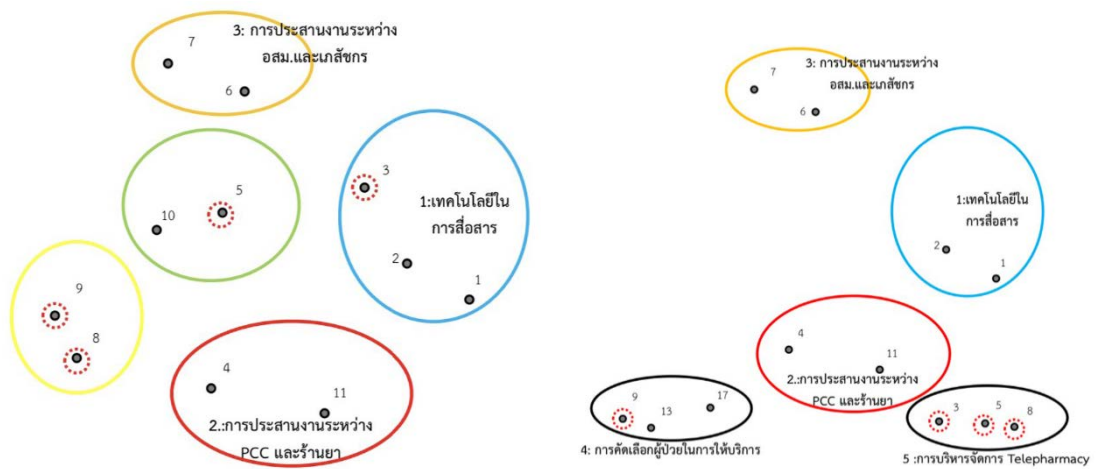
เมื่อนำผลการให้คะแนนความสำคัญและความเป็นไปได้ของแต่ละกลุ่มมาจัดทำเป็นกราฟแนวนั่ง โดยกำหนดให้ค่าคะแนนสูงสุด และ คะแนนต่ำสุดทั้งสองแกนเป็นค่าเดียวกัน โดยมีค่าเท่ากับ 4.7 และ 3.9 ตามลำดับ เพื่อให้สามารถเปรียบเทียบความสำคัญและความเป็นไปได้ของแต่ละกลุ่มได้ชัดเจน โดยมีเขียนชื่อกลุ่มจากบนลงล่างเรียงตามคะแนนเฉลี่ยของความสำคัญและความเป็นไปได้ในแต่ละกลุ่มจากมากไปน้อย ซึ่งสามารถสรุปได้คะแนนความสำคัญและความเป็นไปได้ในแต่ละกลุ่มเป็นไปในทิศทางเดียวกัน คือกลุ่มที่มีคะแนนเฉลี่ยความสำคัญสูงจะมีคะแนนความเป็นไปได้สูงด้วย โดยมีลำดับคะแนนเฉลี่ยดังนี้ ลำดับที่ 1) กลุ่มที่ 1 เทคโนโลยีในการสื่อสาร ลำดับที่ 2) กลุ่มที่ 2 กลุ่มการประสานงานระหว่าง PCC และ ร้านยา ลำดับที่ 3) กลุ่มที่ 5 การคัดเลือกผู้ป่วยในการให้บริการ Telepharmacy มีคะแนนความสำคัญเท่ากับ 4.25 และ ลำดับที่ 4) กลุ่มที่ 5 การบริหารจัดการ Telepharmacy มีทั้งหมด 4 กลุ่มมีความสำคัญในระดับ สำคัญ ถึง สำคัญที่สุด และมีความเป็นไปได้ในระดับ เป็นไปได้ถึง เป็นไปได้ที่สุด แต่ลำดับที่ 5) กลุ่มที่ 3 การประสานงานระหว่างอสม.และเภสัชกร มีความสำคัญในระดับ สำคัญ ถึงสำคัญที่สุด แต่มีความเป็นไปได้ในระดับ อาจจะเป็นไปได้ถึงเป็นไปไม่ได้ ได้ โดยแสดงระดับความสำคัญและความเป็นไปได้ของแต่ละกลุ่มดังภาพที่ 16



ภาพที่ 16 คะแนนเฉลี่ยของความสำคัญและความเป็นไปได้กรณีให้คำแนะนำผ่าน Telepharmacy หลังการจ่ายยาทันทีขั้นตอนการให้บริการ

**กรณีที่ 2** การให้คำแนะนำผ่าน Telepharmacy กรณีติดตามการใช้ยา หรือให้คำแนะนำภายหลังการจัดกลุ่ม

จากการวิเคราะห์ผลด้วยโปรแกรม SPSS โดยการนำค่าเฉลี่ยคะแนนที่ได้มาวิเคราะห์ผลโดยใช้คำสั่ง multidimensional scaling (PROXSCALE) และ Hierarchical cluster analysis จะได้แผนภาพจุดดังภาพที่ 17 ที่แสดงการแบ่งกลุ่มความคิดเห็นได้ทั้งหมด 5 กลุ่มย่อย และจากการสนทนา กลุ่มอภิปรายกลุ่มร่วมกันเพื่อความเหมาะสมในการปฏิบัติงานจริง จึงสามารถจัดกลุ่มได้ 5 กลุ่ม (ตารางที่ 14)



### การจัดกลุ่มก่อนการอภิปราย

### การจัดกลุ่มหลังการอภิปราย

ภาพที่ 17 กรณีให้คำแนะนำผ่าน Telepharmacy กรณีติดตามการใช้ยา หรือให้คำแนะนำภายหลัง ตัวเลขแสดงถึงลำดับของความคิดเห็นย่อยนั้น ๆ, ความคิดเห็นในวงกลมเส้นประเป็นความคิดเห็นที่มีการย้ายกลุ่มในการอภิปรายร่วมกัน, ลูกศรเส้นประแสดงถึงกลุ่มที่เหมาะสมสำหรับความคิดเห็นนั้น ๆ

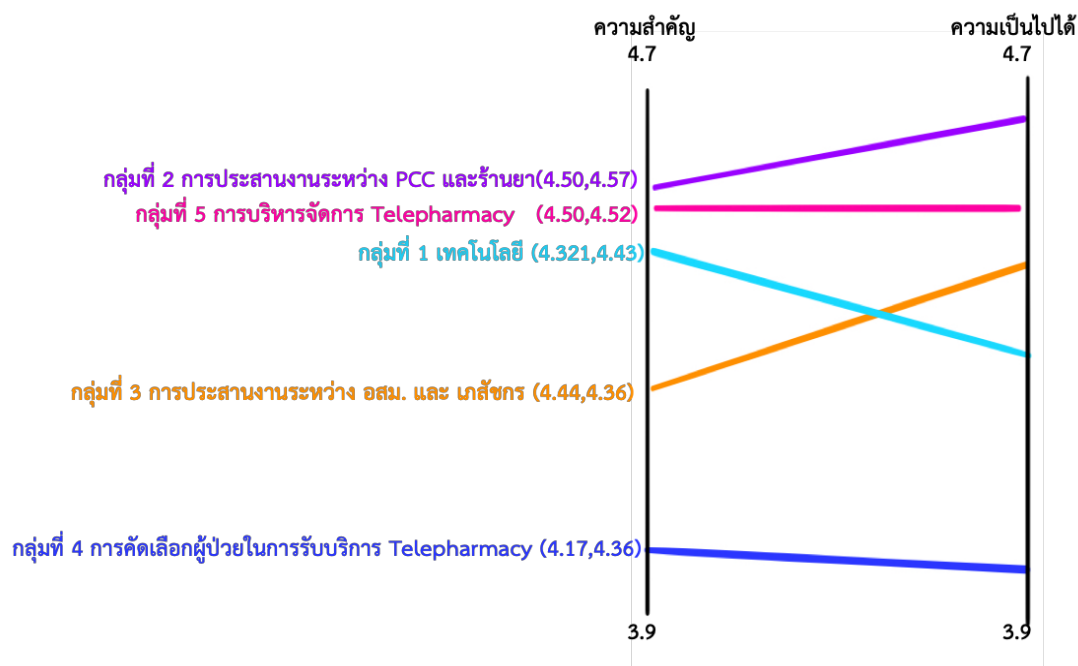
ตารางที่ 14 กลุ่มความคิดเห็นและกลุ่มคนที่แสดงความคิดเห็นกรณีให้คำแนะนำผ่าน Telepharmacy กรณีติดตามการใช้ยา หรือให้คำแนะนำภายหลัง

กลุ่มความคิดเห็น	คนที่เสนอ ความคิดเห็น
<b>กลุ่มที่ 1 เทคโนโลยี</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>เภสัชกรควรใช้ Line ในการทำ Telepharmacy เพื่อให้คำแนะนำด้านยา</li> <li>เภสัชกรควรใช้โทรศัพท์ในการทำ Telepharmacy เพื่อให้คำแนะนำด้านยา</li> </ul>	2, 5, 8, 9
<b>กลุ่มที่ 2 หาประสานงานระหว่าง PCC และร้านยา</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>เภสัชกรจัดทำตารางเวรในการให้บริการ Telepharmacy</li> <li>เกณฑ์ในการทำ Telepharmacy คือ เมื่อมีการเยี่ยมบ้านของทีมสหวิชาชีพในผู้ป่วยที่มีปัญหาการใช้ยา</li> </ul>	1, 2
<b>กลุ่มที่ 3 การประสานงานระหว่าง อสม. และ เภสัชกร</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>อสม. เป็นผู้ส่งยาให้แก่ผู้ป่วย ในกรณีของผู้ป่วยติดเตียง/พิการ จากนั้นเภสัชกรจะติดตามและแนะนำการใช้ยาผ่าน Telepharmacy</li> <li>อสม. เป็นผู้นำส่งยาในกรณีผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เป็นผู้สูงอายุที่สามารถควบคุมโรคได้ดี จากนั้นเภสัชกรจะให้คำแนะนำผ่าน Telepharmacy</li> </ul>	4, 3, 5
<b>กลุ่มที่ 4 การคัดเลือกผู้ป่วยในการรับบริการ Telepharmacy</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>ผู้ป่วยมีการลงทะเบียนเพื่อรับบริการ Telepharmacy</li> <li>เภสัชกรประจำศูนย์แพทย์จะทำ Telepharmacy ในผู้ป่วยเรื้อรังรายใหม่ที่ต้องได้รับคำแนะนำด้านยา</li> <li>เกณฑ์ในการทำ Telepharmacy คือเมื่อผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคอง เช่น ผู้ป่วยโรคมะเร็ง</li> </ul>	1, 4, 5, 8, 9
<b>กลุ่มที่ 5 การบริหารจัดการ Telepharmacy</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>ผู้ป่วยสามารถโทรศัพท์มาที่ศูนย์แพทย์เพื่อรับคำแนะนำจากเภสัชกรในกรณีที่มีข้อสงสัยด้านยา</li> <li>เกณฑ์ในการทำ Telepharmacy คือ เมื่อคนไข้เดิมยาที่มีสภาวะของโรคคงที่แล้ว</li> <li>เจ้าหน้าที่ห้องยาเป็นผู้จ่ายยาพร้อมให้คำแนะนำเบื้องต้นแก่ผู้ป่วย จากนั้นเภสัชกรจะทำการ Telepharmacy เพื่อแนะนำการใช้ยาอย่างถูกต้องครบถ้วนอีกครั้ง</li> </ul>	1, 3, 4, 5

#### ความสำคัญและความเป็นไปได้

เมื่อนำผลการให้คะแนนความสำคัญและความเป็นไปได้ของแต่ละกลุ่มมาจัดทำเป็นกราฟแนวตั้ง โดยกำหนดให้ค่าคะแนนสูงสุด และคะแนนต่ำสุดทั้งสองแกนเป็นค่าเดียวกัน โดยมีค่าเท่ากับ 4.7 และ 3.9 ตามลำดับ เพื่อให้สามารถเปรียบเทียบความสำคัญและความเป็นไปได้ของแต่ละกลุ่มได้ชัดเจน โดยมีเขียนชื่อกลุ่มจากบนลงล่างเรียงตามคะแนนเฉลี่ยของความสำคัญและความเป็นไปได้ในแต่ละกลุ่ม จากมากไปน้อย ซึ่งสามารถสรุปได้คะแนนความสำคัญและความเป็นไปได้ในแต่ละกลุ่มเป็นไปในทิศทางเดียวกัน คือกลุ่มที่มีคะแนนเฉลี่ยความสำคัญสูงจะมีคะแนนความเป็นไปได้สูงด้วย โดยมีลำดับคะแนนเฉลี่ยดังนี้ลำดับที่ 1) กลุ่มที่ 2 การประสานงานระหว่าง PCC และร้านยา ลำดับที่ 2) กลุ่มที่ 5 การบริหารจัดการ Telepharmacy ลำดับที่ 3) กลุ่มที่ 3 การประสานงานระหว่างอสม.และเภสัชกร ลำดับที่ 4) กลุ่มที่ 1 เทคโนโลยีในการสื่อสาร ลำดับที่ 5) กลุ่มที่ 4 การคัดเลือกผู้ป่วยในการให้บริการ Telepharmacy โดยทั้ง

5 กลุ่ม มีความสำคัญในระดับ สำคัญ ถึง สำคัญที่สุด และ มีความเป็นไปได้ในระดับเป็นไปได้ ถึงเป็นไปได้ที่สุด ดังนั้นจะเห็นได้ว่าทุกกลุ่มมีความสำคัญและเป็นไปได้ที่ควรทำร่วมกัน โดยแสดงระดับความสำคัญและความเป็นไปได้ของแต่ละกลุ่มดังภาพที่ 18



ภาพที่ 18 คะแนนเฉลี่ยของความสำคัญและความเป็นไปได้กรณีให้คำแนะนำผ่าน Telepharmacy กรณีติดตามการใช้ยา หรือให้คำแนะนำภายหลัง

### 3.3 การบูรณาการความคิดเห็นของผู้มีส่วนร่วมและขั้นตอนมาตรฐานของสภาเภสัชกรรมในการให้บริการเภสัชกรรมทางไกล

#### ขั้นตอนการให้บริการ

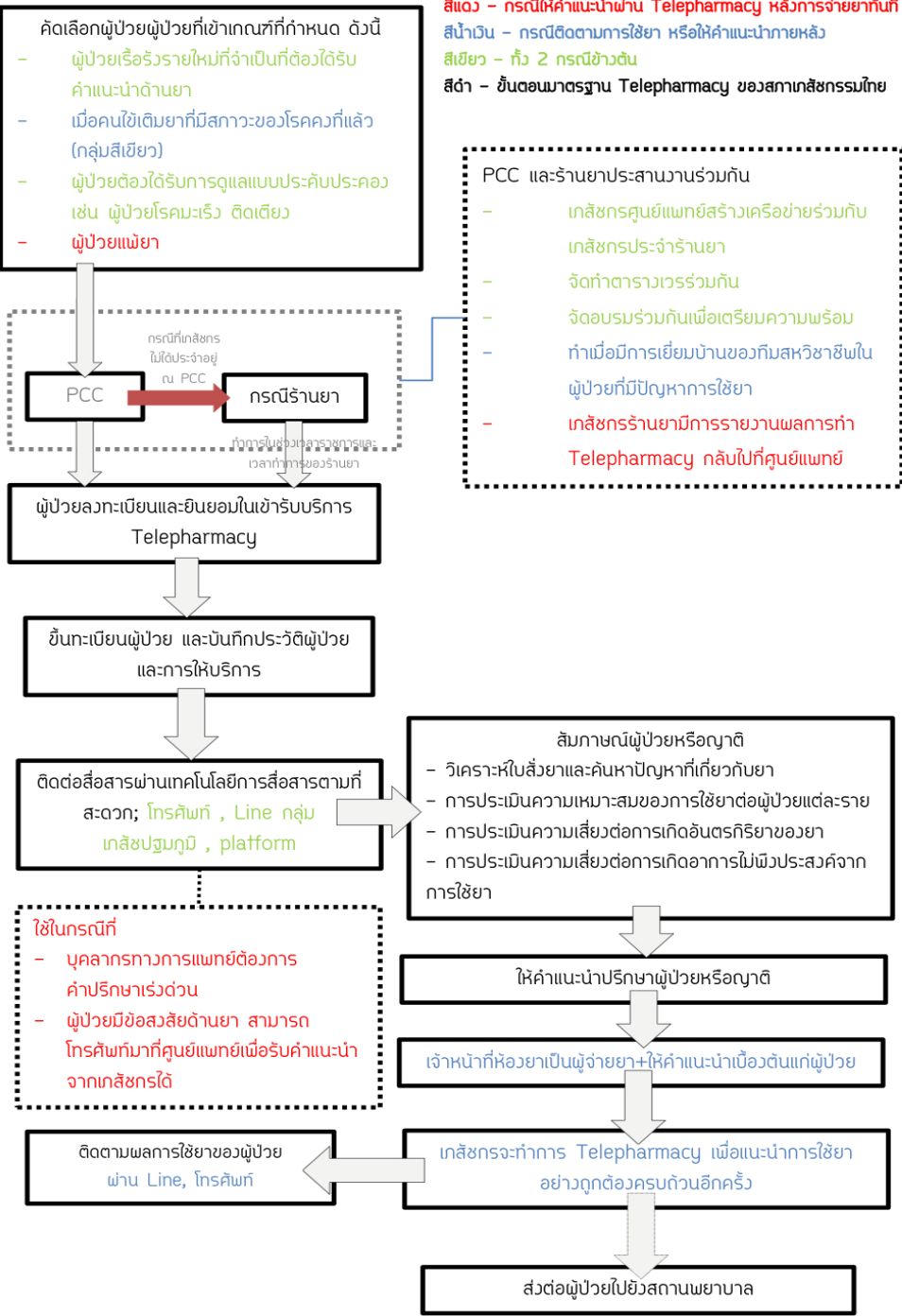
จากการสนทนากลุ่มทั้ง 3 ครั้งทางคณะผู้จัดทำได้นำความคิดเห็นต่าง ๆ ที่ได้จากการสนทนากลุ่มอภิปรายร่วมกันมาปรับใช้ตามมาตรฐานและขั้นตอนการให้บริการเภสัชกรรมทางไกล (Telepharmacy) ที่สภาเภสัชกรรมได้ออกประกาศมา จึงสามารถสรุปได้ดังภาพที่ 19 โดยเกณฑ์การให้บริการกรณีให้คำแนะนำผ่าน Telepharmacy หลังการจ่ายยาทันทีนั้น จะใช้เมื่อมีผู้รับบริการจำนวนมาก หรือเป็นผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ที่กำหนด ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังรายใหม่ที่ต้องได้รับคำแนะนำด้านยา ผู้ป่วยแพ้ยา ผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคอง เช่น ผู้ป่วยโรคมะเร็ง เป็นต้น จากนั้นจะได้รับบริการ Telepharmacy จากเภสัชกรที่ประจำอยู่ที่ PCC หรือในกรณีที่เภสัชกรที่ประจำอยู่ที่ PCC ติดภารกิจอื่นไม่สามารถให้บริการได้ เภสัชกรร้านจะเป็นผู้ให้บริการโดยจะให้บริการในช่วงเวลาราชการและเวลาทำการของร้านยาเท่านั้น ต่อจากนั้นผู้ป่วยจะเป็นผู้ลงทะเบียนเพื่อแสดงความยินยอมในการเข้ารับบริการ Telepharmacy เมื่อขึ้นทะเบียนผู้ป่วย และ บันทึกประวัติผู้ป่วยในการให้บริการเรียบร้อยแล้ว ผู้ป่วยจะได้รับการติดต่อสื่อสารผ่านเทคโนโลยีการสื่อสารตามที่สะดวก ผ่านโทรศัพท์, Line กลุ่มเภสัชชปฐมภูมิ, platform เพื่อทำการสัมภาษณ์ผู้ป่วยหรือญาติในประเด็นด้านยาดังต่อไปนี้ การวิเคราะห์ใบสั่งยาและ



ค้นหาปัญหาที่เกี่ยวข้องกับยา การประเมินความเหมาะสมของการใช้ยาต่อผู้ป่วยแต่ละราย การประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดอันตรกิริยาของยา และการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา จากนั้นเภสัชกรจะเป็นผู้ให้คำแนะนำแก่หรือญาติ หรือ หากอาการของผู้ป่วยไม่สามารถทำการรักษาต่อได้ที่ PCC จะทำการส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาล นอกจากนี้ยังมีการใช้ Telepharmacy ในกรณีที่บุคลากรทางการแพทย์ต้องการคำปรึกษาเร่งด่วน และ ผู้ป่วยมีข้อสงสัยด้านยา สามารถโทรศัพท์มาที่ศูนย์แพทย์เพื่อรับคำแนะนำจากเภสัชกรได้อีกด้วย และสำหรับกรณีผู้ป่วยเรื้อรังที่ควบคุมโรคได้ที่ไม่สามารถมารับยาเองได้ อสม. มารับยาแทน จากนั้นจะได้รับคำแนะนำจากเภสัชกรผ่าน Telepharmacy ต่อไป

สำหรับกรณีให้คำแนะนำผ่าน Telepharmacy กรณีติดตามการใช้ยา หรือให้คำแนะนำ ภายหลังจากนั้นก็มีขั้นตอนที่ใกล้เคียงกัน โดยมีเกณฑ์สำหรับผู้ป่วยที่เพิ่มเติมมา คือ ผู้ป่วยเดิมยาที่มีสถานะของโรคคงที่แล้ว (กลุ่มสีเขียว) จากนั้นจะเข้าสู่กระบวนการที่เหมือนกัน โดยต่อจากการให้คำแนะนำปรึกษาผู้ป่วยหรือญาติแล้ว ต่อมาเจ้าหน้าที่ห้องยาเป็นผู้จ่ายยาและให้คำแนะนำเบื้องต้นแก่ผู้ป่วย จากนั้นเภสัชกรจะทำการ Telepharmacy เพื่อแนะนำการใช้ยาอย่างถูกต้องครบถ้วนอีกครั้ง และจะมีการติดตามผลการใช้ยาของผู้ป่วยผ่าน Line, โทรศัพท์ในภายหลัง หรือหากมีกรณีที่อาการของผู้ป่วยไม่สามารถทำการรักษาต่อได้ที่ PCC จะทำการส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาล

## แผนผังขั้นตอนการให้บริการ Telepharmacy



\*กรณีผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เป็นผู้สูงอายุที่สามารถควบคุมโรคได้ดี หรือผู้ป่วยตีบตบ/พิการ อสม.จะมารับยาแทน จากนั้นจะได้รับคำแนะนำจากเภสัชกรผ่าน telepharmacy สำหรับ PCC เท่านั้น

ภาพที่ 19 แผนผังขั้นตอนการให้บริการ Telepharmacy

ผลจากการสนทนากลุ่มเพื่อหาแนวทางในการให้บริการ Telepharmacy ด้วยเทคนิคการสร้างผังมโนทัศน์ โดยแบ่งเป็น 2 กรณี สำหรับกรณีที่ 1 การให้คำแนะนำผ่าน Telepharmacy หลังการจ่ายยาทันที เมื่อนำความคิดเห็นที่ได้ไปวิเคราะห์ผลด้วยโปรแกรม SPSS จะสามารถจัดกลุ่มความคิดเห็นได้ 8 กลุ่ม และ เพื่อความเหมาะสมในการปฏิบัติงานจริงจึงมีการอภิปรายร่วมกันอีกครั้ง จึงสามารถจัดกลุ่มใหม่ได้ 5 กลุ่ม ดังนี้ กลุ่มที่ 1) เทคโนโลยีในการสื่อสาร ซึ่งจะประกอบไปด้วยความเห็นที่ว่า ควรใช้โทรศัพท์ หรือ Line กลุ่มเภสัชปฐมภูมิในการทำ Telepharmacy ซึ่งเป็นกลุ่มที่คณะทำงานใช้ในการติดต่อสื่อสารกันในปัจจุบัน นอกจากนี้ยังเสนอให้ เภสัชกรประจำศูนย์แพทย์และเภสัชกรร้านยา มีการจัดทำช่องทางการติดต่อสื่อสารที่เป็นระบบ (platform) ร่วมกัน เนื่องจากจำเป็นต้องมีการบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยที่ชัดเจนเพื่อลดความคลาดเคลื่อนของข้อมูล การมี platform จะช่วยให้สามารถเรียกดูข้อมูลผู้ป่วยได้สะดวกรวดเร็วและแม่นยำมากยิ่งขึ้น อีกทั้งเภสัชกรร้านยาควรมีการรายงานผลการทำ telepharmacy กลับไปที่ศูนย์แพทย์เพื่อที่จะได้มีการปรับปรุงการให้บริการให้ดียิ่งขึ้น กลุ่มที่ 2) การประสานงานระหว่าง PCC และร้านยา ประกอบไปด้วยความคิดเห็นว่า เภสัชกรทั้ง 2 หน่วยงาน ควรสร้างเครือข่าย และมีการจัดอบรมให้มีมาตรฐานในการให้บริการที่ชัดเจน เพื่อความสะดวกของผู้ให้บริการและผู้รับบริการ และจัดทำตารางเวรร่วมกันเพื่อเตรียมความพร้อมในการให้บริการ Telepharmacy กลุ่มที่ 3) การประสานงานระหว่างอสม.และเภสัชกร สำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ควบคุมโรคได้ ไม่สามารถมารับยาได้เอง อสม.จะรับยาแทนผู้ป่วย หากผู้ป่วยมีปัญหาด้านยาจะติดต่อเภสัชกรผ่าน Telepharmacy เพื่อรับคำแนะนำการใช้ยา กลุ่มที่ 4) การคัดเลือกผู้ป่วยในการให้บริการ Telepharmacy การทำ Telepharmacy จะต้องได้รับคำยินยอมจากผู้ป่วยก่อนเสมอ ซึ่งเกณฑ์ในการทำ Telepharmacy คือ เมื่อมีผู้ป่วยแพ้ยาลูก ผู้ป่วยเรื้อรังรายใหม่ที่ต้องได้รับคำแนะนำด้านยา และ ผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคอง เช่น ผู้ป่วยโรคมะเร็ง ติดเตียง เป็นต้น และกลุ่มที่ 5) การบริหารจัดการ Telepharmacy จะใช้ในกรณีที่เภสัชกรประจำศูนย์แพทย์ไม่อยู่ประจำการที่ PCC ซึ่งโดยปกติแล้วเภสัชกรจะต้องออกหน่วยให้บริการตาม รพสต.ในเขตรับผิดชอบทำให้บางวันไม่มีเภสัชกรประจำที่ PCC และเมื่อมีผู้รับบริการจำนวนมากไม่เพียงพอต่อการให้บริการ หรือเมื่อบุคคลากรทางการแพทย์ต้องการคำปรึกษาเร่งด่วน ในกรณีนี้เภสัชกรร้านยาคุณภาพจะเป็นผู้ให้บริการผ่าน Telepharmacy ซึ่งจะให้บริการในช่วงเวลาราชการและเวลาทำการของร้านยาเท่านั้น

สำหรับกรณีที่ 2 การให้บริการ Telepharmacy กรณีให้คำแนะนำผ่าน Telepharmacy กรณีติดตามการใช้ยา หรือให้คำแนะนำภายหลัง เมื่อนำความคิดเห็นที่ได้ไปวิเคราะห์ผลด้วยโปรแกรม SPSS จะสามารถจัดกลุ่มความคิดเห็นได้ 5 กลุ่ม และเพื่อความเหมาะสมในการปฏิบัติงานจริง จึงมีการอภิปรายร่วมกันอีกครั้ง ซึ่งได้มีการย้ายกลุ่มในบางความคิดเห็นแต่ยังคงมีความคิดเห็น 5 กลุ่มเท่าเดิม ดังนี้ กลุ่มที่ 1) เทคโนโลยีในการสื่อสาร ควรใช้โทรศัพท์ หรือ Line กลุ่มเภสัชปฐมภูมิในการทำ Telepharmacy กลุ่มที่ 2) การประสานงานระหว่าง PCC และร้านยา คือ เมื่อมีการเยี่ยมบ้านของทีมสหวิชาชีพในผู้ป่วยที่มีปัญหาการใช้ยาสามารถที่จะทำ Telepharmacy ติดต่อกับเภสัชกรที่ร้านยาได้ เนื่องจากบางครั้งในการเยี่ยมบ้านเภสัชกรอาจไม่ได้ลงเยี่ยมบ้านด้วย ในกรณีนี้ผู้ป่วยมีปัญหาด้านยา จึงจำเป็นที่จะต้องมียช่องทางที่สามารถติดต่อเภสัชกรได้อย่างสะดวกและรวดเร็ว และควรจัดทำตารางเวรในการให้บริการ Telepharmacy เพื่อความสะดวกรวดเร็วในการให้บริการ กลุ่มที่ 3) การประสานงานระหว่างอสม.และ เภสัชกร จะใช้ Telepharmacy ในกรณีของผู้ป่วยติดเตียง/พิการ และผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

ที่เป็นผู้สูงอายุที่สามารถควบคุมโรคได้ดี เนื่องจากผู้ป่วยเหล่านี้ใช้ยาเดิมในการรักษา การให้ อสม. มารับยาแทนจะเพิ่มความสะดวกสบายให้แก่ผู้ป่วยมากยิ่งขึ้น ลดปัญหาที่ผู้ป่วยขาดยาได้ จากนั้นเภสัชกรจะติดตามและแนะนำการใช้ยา กลุ่มที่ 4) การคัดเลือกผู้ป่วยในการให้บริการ Telepharmacy ซึ่งเกณฑ์ในการทำ Telepharmacy คือ เมื่อคนไข้เดิมยาที่มีสถานะของโรคคงที่แล้ว (กลุ่มสีเขียว) ผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคอง เช่น ผู้ป่วยโรคมะเร็ง ติดเตียง และผู้ป่วยเรื้อรังรายใหม่ ที่จำเป็นต้องได้รับคำแนะนำด้านยาจากเภสัชกร และ กลุ่มที่ 5) การบริหารจัดการ Telepharmacy ผู้ป่วยจะมีการลงทะเบียนเพื่อรับบริการ Telepharmacy ในการส่งมอบยานั้น เจ้าหน้าที่ห้องยาเป็นผู้จ่ายยาพร้อมให้คำแนะนำเบื้องต้นแก่ผู้ป่วย จากนั้นเภสัชกรจะทำ Telepharmacy เพื่อแนะนำการใช้ยาอย่างถูกต้องครบถ้วนอีกครั้ง นอกจากนี้ ผู้ป่วยยังสามารถโทรศัพท์มาที่ศูนย์แพทย์เพื่อรับคำแนะนำจากเภสัชกรในกรณีที่มีข้อสงสัยด้านยา

จากการสรุปในการสนทนากลุ่ม พบว่า มีความสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมในเรื่องของ Telepharmacy หรือการให้บริการเภสัชกรรมทางไกลที่ถูกนำไปประยุกต์ใช้ในการให้บริการทางเภสัชกรรมในหลายประเทศ หลายประเด็น ไม่ว่าจะเป็นการใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสมกับผู้ป่วยหรือที่มีการรองรับจากประเทศนั้น ๆ ซึ่งในที่นี้ได้มีความเห็นว่าควรใช้โทรศัพท์ หรือข้อความผ่านแอปพลิเคชันบนมือถือที่ได้รับความนิยมในประเทศ คือ แอปพลิเคชัน Line และ มีบริการส่งยาถึงบ้านโดยมี อสม. เป็นผู้นำส่งยา หรือการรับยาที่ร้านยาใกล้บ้านโดยที่ไม่ต้องเดินทางไป PCC จากนั้นจะมีการนำ Telepharmacy มาใช้ในการให้คำปรึกษาและคำแนะนำด้านยา สำหรับการเตรียมความพร้อมก่อนการให้บริการนั้น ควรมีการฝึกอบรมเภสัชกร มีการวางระบบในการสื่อสารและระบบการส่งต่อข้อมูล มีระบบรักษาความลับของผู้ป่วย มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลเมื่อได้รับคำสั่งยาจากผู้ป่วยเพื่อขอคำแนะนำจากเภสัชกรที่ร้านยาจะให้บริการผ่าน Telepharmacy และมีการจัดการบริการสำหรับการแบ่งเบาภาระงานใน PCC ช่วงที่มีผู้มารับบริการจำนวนมาก และรูปแบบการให้บริการในที่ได้สรุปจากการสนทนากลุ่มจะอยู่ภายใต้มาตรฐานการให้บริการเภสัชกรรมทางไกลตามที่ประกาศสภาเภสัชกรรมของประเทศไทยได้ประกาศไว้ คือ ผู้ให้บริการต้องเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม มีระบบการขึ้นทะเบียนผู้ป่วย มีการให้คำแนะนำปรึกษาการใช้ยาของผู้ป่วย และในการศึกษา ทางคณะผู้จัดทำพบว่ามีจุดแข็งและจุดอ่อนที่สอดคล้องกันกับงานวิจัยเรื่อง The use of concept mapping in measurement development and evaluation ในประเด็นดังต่อไปนี้ แผนที่มีโน้ตค้น สามารถกำหนดกรอบแนวคิดในการทำงานที่ชัดเจน ช่วยอำนวยความสะดวกในการตัดสินใจเกี่ยวกับแนวคิดที่มีความซับซ้อน รวบรวมมุมมองที่มีความหลากหลายไว้ด้วยกัน และประเมินผลข้อมูลเกี่ยวกับมุมมองของกลุ่มเป้าหมายได้ และพบข้อจำกัด คือ ขาดการเชื่อมโยงระหว่างผลลัพธ์ที่สังเกตได้ และผลลัพธ์ทางทฤษฎี และขาดการทดสอบทางด้านจิตวิทยา<sup>19</sup>

เนื่องจากในการปฏิบัติงานจริงมีการทำงานร่วมกันของบุคคลจากหลากหลายสาขาวิชาชีพที่อาจมีความรู้ ความเข้าใจ รวมถึงวิธีการในการทำงานที่แตกต่างกัน จึงจำเป็นที่จะต้องมีการมีขั้นตอนที่เป็นแนวทางที่ชัดเจนในการทำงานร่วมกัน และจากการทบทวนวรรณกรรมเพิ่มเติมได้มีการใช้แนวคิดการพัฒนาทีมของ Tuckman ในการสร้างทีม 4 ขั้นตอน โดยขั้นตอนแรก Forming เป็นการสร้างกลุ่มเครือข่าย

<sup>19</sup> Rosas, S. R., & Ridings, J. W. (2017). The use of concept mapping in measurement development and evaluation: Application and future directions. *Evaluation and Program Planning*, 60, 265–276. doi:10.1016/j.evalprogplan.2016.08.016

เพื่อให้สมาชิกมีความคุ้นเคยกัน เพื่อให้ผู้เข้าร่วมความกล้าในการแสดงความคิดเห็น ขั้นที่ 2 Storming เป็นขั้นตอนที่ทำให้ทุกคนได้เสนอแนวความคิดของตนเอง และปัญหาที่ตนเองเจอ ทำให้ต่างคนต่างเห็นแนวทางการทำงานของแต่ละคนได้ชัดเจนขึ้น และรู้ขอบเขตการทำงานของตนเอง ขั้นที่ 3 Norming ในขั้นตอนนี้เป็นการนำความคิดเห็นที่แตกต่างกันของแต่ละคนมารวมกลุ่มกัน ทำให้เห็นว่าแต่ละคนสามารถทำงานร่วมกันในส่วนไหนได้บ้าง ซึ่งจะช่วยให้เห็นภาพของความเป็นทีมชัดเจนขึ้น และขั้นตอนสุดท้าย Performing เป็นขั้นตอนที่มีความชัดเจนในด้านระยะเวลา ขอบเขตของงาน รายละเอียดของงาน และผู้รับผิดชอบ เป็นการลงมือปฏิบัติจริงซึ่งจะนำไปสู่การหาเป้าหมายที่วางไว้

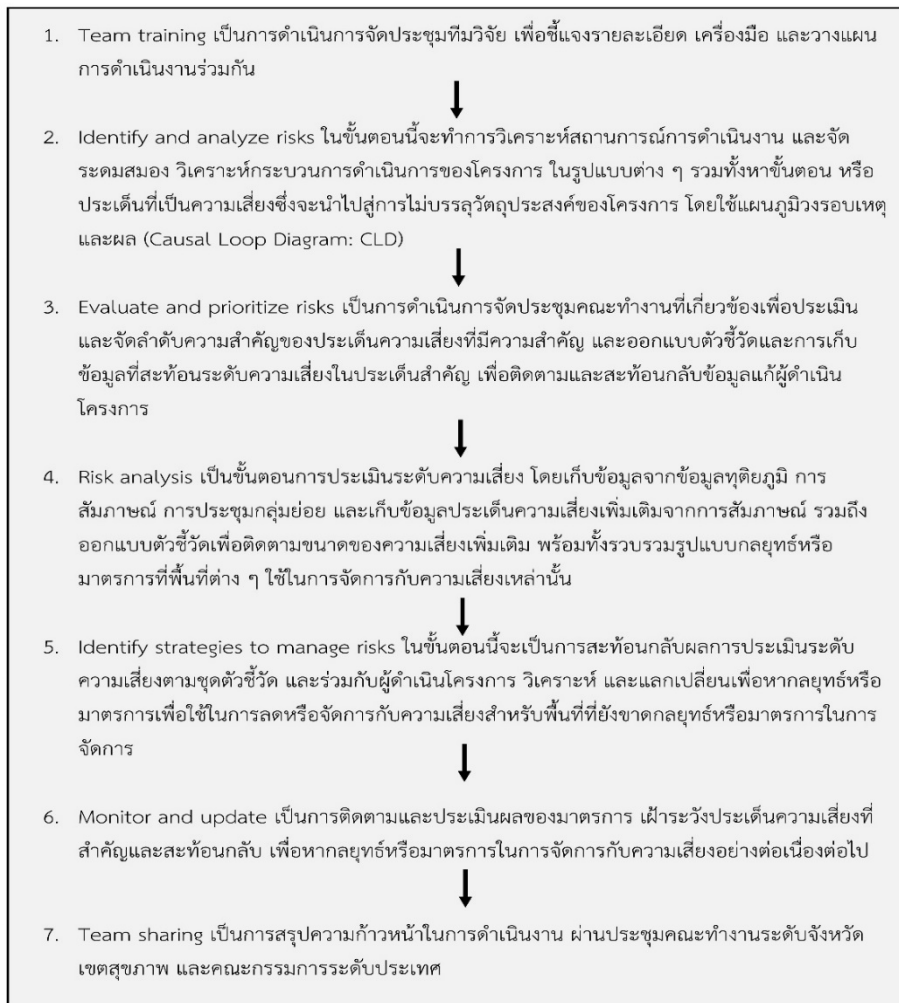
### 3.4 สรุปผล

ผลจากการสนทนากลุ่มในหัวข้อการให้บริการ Telepharmacy ในกรณีที่ 1 ให้คำแนะนำผ่าน Telepharmacy หลังการจ่ายยาทันที และ กรณีที่ 2 ให้คำแนะนำผ่าน Telepharmacy กรณีติดตามการใช้ยา หรือให้คำแนะนำภายหลัง สามารถจัดแบ่งกลุ่มที่ผ่านการวิเคราะห์ด้วยโปรแกรม SPSS และการอภิปรายร่วมกันตามความเหมาะสมของการปฏิบัติงานจริงและอิงตามประกาศของสภาเภสัชกรรม เรื่อง การกำหนดมาตรฐานและขั้นตอนการให้บริการเภสัชกรรมทางไกล (Telepharmacy) หัวข้อที่ 1 มาตรฐานการให้บริการเภสัชกรรมทางไกล และการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับมาตรฐานการให้บริการ Telepharmacy ของประเทศสหรัฐอเมริกา และสิงคโปร์ สามารถแบ่งกลุ่มความคิดเห็นได้ 5 กลุ่มเหมือนกันทั้งสองกรณี ดังนี้ กลุ่มที่ 1) เทคโนโลยีในการสื่อสาร กลุ่มที่ 2) การประสานงานระหว่าง PCC และร้านยา กลุ่มที่ 3) การประสานงานระหว่าง อสม.และเภสัชกร กลุ่มที่ 4) การคัดเลือกผู้ป่วยในการให้บริการ Telepharmacy และ กลุ่มที่ 5) การบริหารจัดการ Telepharmacy และจากการจัดลำดับความสำคัญ ความเป็นไปได้ พบว่าทุกความคิดเห็นมีความสำคัญและความเป็นไปได้ใกล้เคียงกัน คือมีความสำคัญในระดับสำคัญ ถึง สำคัญที่สุดและมีความเป็นไปได้ในระดับเป็นไปได้ ถึง เป็นไปได้ที่ สุด เว้นแต่กลุ่มที่ 3) การประสานงานระหว่าง อสม.และเภสัชกร กรณีที่ 1 มีความเป็นไปได้ในระดับ อาจจะ เป็นไปได้ ถึงเป็นไปได้ ในการให้บริการ telepharmacy ใน PCC วัดหนองแขงพระอารามหลวง จึงจำเป็นต้องมีการนำความคิดเห็นทุกกลุ่มมาใช้ในการปฏิบัติงานจริง โดยได้มีการนำกลุ่มความคิดเห็นเพื่อเป็นรายละเอียดที่เหมาะสมสำหรับ PCC วัดหนองแขง ในขั้นตอนการปฏิบัติงานเภสัชกรรมทางไกลของเภสัชกรหัวข้อที่ 2 ตามประกาศของสภาเภสัชกรรม ดังแสดงเป็นแผนผังขั้นตอนที่ได้กล่าวไว้ข้างต้นแล้ว

## บทที่ 4

### สรุปผลการศึกษา

การประเมินผลเชิงพัฒนาโครงการนำร่องผู้ป่วยรับยาที่ร้านยาเพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาล จังหวัดขอนแก่นในครั้งนี้ ใช้วิธีวิจัยแบบผสมผสานทั้งเชิงคุณภาพและปริมาณ (Mixed method) โดยระยะเวลาในการดำเนินการประเมินคือ 1 ปี (ระหว่างเดือนตุลาคม 2562 – พฤศจิกายน 2563) การประเมินโครงการดังกล่าวมีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องโดยผนวกการประเมินเข้ากับการทำงานของคณะทำงานในระดับจังหวัดและระดับเขตสุขภาพ จังหวัดขอนแก่น ซึ่งเป้าหมายหลักของการประเมินครั้งนี้คือ การรับยาที่ร้านยาเป็นส่วนหนึ่งของการให้บริการของโรงพยาบาล และมีตัวชี้วัดของเป้าหมายคือ จำนวนผู้ป่วยที่มารับยาที่ร้านยาอย่างต่อเนื่อง จำนวนกลุ่มโรคที่ผู้ป่วยสามารถไปรับยาที่ร้านยาเพิ่มขึ้น และสิทธิประกันสุขภาพของผู้ป่วยที่สามารถไปรับยาที่ร้านยาเพิ่มขึ้น โดยขั้นตอนการดำเนินโครงการสามารถสรุปดังรูปต่อไปนี้



ภาพที่ 20 สรุปขั้นตอนการดำเนินโครงการ

โดยการนำเสนอผลวิจัยการประเมินผลเชิงพัฒนาโครงการนำร่องผู้ป่วยรับยาที่ร้านยาเพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาล จังหวัดขอนแก่นในครั้งนี้ แบ่งเป็น 5 ส่วน ได้แก่

1. การวิเคราะห์กระบวนการดำเนินการนำร่องผู้ป่วยรับยาที่ร้านยาเพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาล
2. ผลลัพธ์จากการดำเนินการนำร่องผู้ป่วยรับยาที่ร้านยาเพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาล
3. ความพึงพอใจต่อการดำเนินการนำร่องผู้ป่วยรับยาที่ร้านยาเพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาลของผู้ป่วยในภาพรวม
4. ความพึงพอใจของผู้ป่วยกรณีศึกษา: แผนที่การเดินทางของผู้ป่วยสูงอายุที่รับบริการจากร้านทันยา
5. การขยายบริการปฐมภูมิ: กรณีศึกษาแนวทางการให้บริการเภสัชกรรมทางไกล (Telepharmacy) ในกรณีรับยาต่อเนื่องจากร้านยา (fill prescription) สำหรับวัดหนองแขงพระอารามหลวง โรงพยาบาลขอนแก่น

#### 4.1 การวิเคราะห์กระบวนการดำเนินการนำร่องผู้ป่วยรับยาที่ร้านยาเพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาล

ผลการวิเคราะห์กระบวนการดำเนินการนำร่องเพื่อลดความแออัดและลดการรอคอยในโรงพยาบาลขอนแก่น สรุปได้ดังนี้

1. การปิดการให้บริการผู้ป่วยนอกทั่วไป (OPD-GP) โดยผู้ป่วยไปรับบริการที่คลินิกหมอครอบครัวใกล้บ้านแทน โดยพบว่าระยะเวลาการรอคอยที่โรงพยาบาลและคลินิกหมอครอบครัวมีค่าเฉลี่ยประมาณ 180 นาที และ 45 นาที ตามลำดับ
2. ผู้ป่วยและญาติมีค่าใช้จ่ายในการมาพบแพทย์ลดลง และมีความพึงพอใจเพิ่มขึ้นร้อยละ 18.4 (จากร้อยละ 80 เพิ่มขึ้นร้อยละ 98.4)
3. มีการเปิดให้บริการคลินิกแพทย์เฉพาะทาง (Special medical clinic) เพื่อกระจายผู้ป่วยคลินิกเฉพาะทางนอกเวลาราชการ พบว่ามีจำนวนผู้รับบริการเฉลี่ย 80 คนต่อวัน
4. การให้บริการส่งยาทางไปรษณีย์ในรายที่แพทย์พิจารณาว่ามีอาการคงที่ (เริ่มดำเนินการเดือนมีนาคม 2561) พบว่ามีผู้รับบริการเฉลี่ย 800 รายต่อเดือน และการรับยาที่ร้านยาใกล้บ้านพบว่าผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการนำร่องผู้ป่วยรับยาที่ร้านยาเพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาลจำนวน 503 ราย

#### 4.2 ผลลัพธ์จากการดำเนินการนำร่องผู้ป่วยรับยาที่ร้านยาเพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาล

จากการศึกษาสรุปได้ว่าการวิเคราะห์ความเสี่ยงในการดำเนินการระยะแรก มีปัจจัยและความสัมพันธ์ภายในเครือข่ายการดำเนินการครั้งนี้ หากจำนวนผู้ป่วยเข้าโครงการนี้เพิ่มขึ้นและโครงการมีการดำเนินไปสักระยะ จะส่งผลให้เครือข่ายบริการปฐมภูมิที่ประกอบด้วยทีมบุคลากรโรงพยาบาลและเภสัชกรร้านยา มีความเข้มแข็งมากขึ้น และจะส่งผลให้ระบบสุขภาพมีความพร้อมในการให้บริการเพิ่มขึ้น การบริการเภสัชกรรมชุมชนเพิ่มขึ้น ทำให้จำนวนผู้ป่วยมาใช้บริการที่ร้านยาเพิ่มขึ้น และหากโรงพยาบาลมีระบบสารสนเทศ สถานะการเงิน ความเป็นผู้นำองค์กร และการบริหารงานที่มีเสถียรภาพ

และคล่องตัว จะส่งผลต่อความพร้อมของการบริการสุขภาพของโรงพยาบาลที่ดีขึ้น อย่างไรก็ตามประเด็นปัญหาที่สำคัญของการดำเนินงานในระยะแรกคือ ระบบสารสนเทศระหว่างโรงพยาบาล ร้านยา และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ยังไม่เชื่อมต่อและไม่เป็นระบบเดียวกัน ส่งผลให้ร้านยามีการบันทึกข้อมูลซ้ำ และไม่สามารถส่งข้อมูลผู้ป่วยจากร้านยาไปยังแพทย์ผู้ส่งต่อได้อย่างเป็นระบบ

ในส่วนของการวิเคราะห์กระบวนการดำเนินงานสรุปได้ว่าการพัฒนาเครือข่ายอย่างต่อเนื่องทั้งทีมงานในการร่วมดูแลผู้ป่วย ได้แก่ โรงพยาบาล ร้านยา และทีมงานในการพัฒนางาน ซึ่งประกอบด้วยเภสัชกรโรงพยาบาล เภสัชกรร้านยา แพทย์ และพยาบาล และหน่วยงานสนับสนุนได้แก่ ผู้บริหารระดับเขต ระดับจังหวัด คณาจารย์คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น และเภสัชกรสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น ซึ่งทีมงานดังกล่าวมีการหารือและตกลงมาตรการร่วมกันอย่างน้อย 31 มาตรการ มีมาตรการที่ดำเนินการแล้วเสร็จ 20 มาตรการ และมีมาตรการที่กำลังดำเนินการ 11 มาตรการ ตัวอย่างของปัญหาที่ค้นพบและมาตรการในการปรับปรุงมีดังต่อไปนี้

1. ปัญหาจำนวนผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการมีน้อยไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ มีการปรับปรุงเพื่อแก้ปัญหาดังกล่าวโดยการเพิ่มช่องทางการประชาสัมพันธ์ที่หลากหลาย เช่น ใช้แผ่นพับ VDO clip Digital billboard Social media เวทีการประชุมและการประชุมต่าง ๆ เป็นต้น การสร้างห้องสมุดบริการรับยาใกล้บ้านให้เห็นเด่นชัด การขยายกลุ่มโรคในการให้บริการจากเดิม และมีการติดตามผลการดำเนินงานในการประชุมของคณะกรรมการทุกครั้งที่รวมทั้งการระดมความเห็นเพื่อแก้ไขปัญหาร่วมกัน

2. ปัญหาการรับ-ส่งข้อมูลระหว่างร้านยาและโรงพยาบาลในลักษณะการเขียนบันทึกลงในแบบฟอร์ม มีการปรับปรุงเพื่อแก้ปัญหาดังกล่าวโดยการพัฒนาโปรแกรมในการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างร้านยาและโรงพยาบาลโดยร้านยามีช่องทางในการเข้าถึงข้อมูลผ่าน Web based และระบบ Line group เป็นต้น

เมื่อวิเคราะห์การดำเนินงานในมิติของการพัฒนาการทำงานเป็นทีมของการประเมินผลเชิงพัฒนาโครงการนำร่องผู้ป่วยรับยาที่ร้านยาเพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาล จังหวัดขอนแก่นตามแนวทางการบริการโดยใช้ Six building blocks ขององค์การอนามัยโลกสรุปได้ว่า

3. ทีมนำในการดำเนินงานโครงการนำร่องของจังหวัดขอนแก่นประกอบด้วยคณะกรรมการผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ที่ครอบคลุมจากทุกภาคส่วน มีการประชุมติดตามผลการดำเนินงานทุกเดือน รวมถึงการสนับสนุนของผู้บริหารในการติดตามผลลัพธ์ของการดำเนินงานในการประชุม

4. มีระบบบริการในการดำเนินงาน 2 รูปแบบ ได้แก่ Fill prescription และ Refill prescription

5. บุคลากรในการให้บริการประกอบด้วยการมีส่วนร่วมของสหสาขาวิชาชีพ

6. ระบบข้อมูลข่าวสาร ในส่วนของโรงพยาบาลขอนแก่นได้มีการพัฒนาโปรแกรมในการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างร้านยาและโรงพยาบาล ร้านยามีช่องทางในการเข้าถึงข้อมูลผ่าน Web based ระบบ Line group ในการสื่อสารข้อมูลกับโรงพยาบาลหากพบปัญหา และประชาชนสามารถเข้าถึงโครงการได้หลากหลายช่องทาง

7. ระบบเวชภัณฑ์มีการตรวจสอบเวชภัณฑ์ที่จ่ายไปยังร้านยาตามมาตรฐาน การจัดให้มีระบบการควบคุมและติดตามการสำรองยาตามมาตรฐานเดียวกับโรงพยาบาล เช่น มีเอกสาร Stock card และเอกสารรับ-จ่ายเวชภัณฑ์ยาที่ครบถ้วนโดยกำหนดเติมยาสำรองทุก 1 เดือนสำหรับการให้บริการในรูปแบบที่ 2



8. ในส่วนงบประมาณ มีการได้รับเงินสนับสนุนในการพัฒนาระบบบริการจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และร้านยาได้รับการเบิกชดเชยตามระเบียบ

นอกจากนี้ยังมีกิจกรรมที่มีการพัฒนาในระหว่างการดำเนินโครงการซึ่งสามารถสรุปได้ดังนี้

1. กิจกรรมด้านความปลอดภัย ได้แก่ การออกแบบระบบในการติดตามปัญหาจากการใช้ยา และการสอบถามความร่วมมือในการใช้ยา การออกแบบระบบการปรับพฤติกรรมสุขภาพ โปรแกรมการบันทึกข้อมูลของเครือข่ายร้านยา และการสำรวจความพึงพอใจของผู้รับบริการ

2. กิจกรรมด้านการพัฒนาขั้นตอนการทำงาน ได้แก่ การสร้างห้องจุดบริการรับยาใกล้บ้าน ให้เห็นเด่นชัด การลดระยะเวลาการขนส่งยาไปยังร้านยาที่ใกล้โรงพยาบาลจากเดิม 2-3 วันทำการเป็น 1 วันทำการ และการพัฒนารูปแบบที่มีการสำรองยาที่ร้านยา

3. กิจกรรมเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการ ได้แก่ การขยายกลุ่มโรคในการให้บริการ เช่น โรคไขข้อ นิ้วในโต ไทรอยด์ ไขมันสูง และลมชัก ซึ่งการขยายกลุ่มโรคเหล่านี้ได้รับอนุมัติจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

4. กิจกรรมพัฒนาระบบสารสนเทศ ได้แก่ โปรแกรมการส่งต่อข้อมูลการสั่งยา ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่จำเป็น การวินิจฉัย ไปยังร้านยาในเครือข่าย และการให้บริการเภสัชกรรมทางไกล (Telepharmacy)

นอกจากนี้จากการประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับมาตรการที่ส่งผลให้จำนวนคนผู้ป่วยเข้าร่วมโครงการเพิ่มขึ้นสามารถสรุปได้ว่า การคัดกรองและเชิญชวนผู้ป่วยเข้าร่วมโครงการโดยแพทย์และพยาบาลที่จุดคัดกรอง และหน้าห้องตรวจของศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง (Primary Care Cluster: PCC) ควรให้ความสำคัญในการเชิญชวนและอธิบายผู้ป่วยเพื่อให้เข้าร่วมโครงการในประเด็นดังนี้ การรับรู้และเข้าใจโครงการของผู้ป่วยถึงคุณภาพและการบริการ และการรับรู้และเข้าใจโครงการของบุคลากรผู้ปฏิบัติงาน

จากการประเมินผลเชิงพัฒนาโครงการนำร่องผู้ป่วยรับยาที่ร้านยาเพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาล จังหวัดขอนแก่น สามารถสรุปได้ว่า การประเมินผลเชิงพัฒนาที่นำมาใช้ในงานที่มีผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเกี่ยวข้องหลากหลาย งานที่มีความไม่แน่นอนและงานที่ต้องการความยืดหยุ่น ทำให้เกิดการเรียนรู้ การปรับตัว และสามารถแก้ปัญหาได้อย่างทันท่วงที ตรงจุด และสอดคล้องต่อการนำไปใช้ในสถานการณ์นั้น ๆ

ในด้านผลลัพธ์การดำเนินงานเชิงปริมาณจากการดำเนินโครงการสรุปได้ว่า ผู้ป่วยรับยาที่ร้านยา 35 ร้านจากร้านยาในเครือข่ายจำนวน 50 ร้าน คิดเป็น ร้อยละ 70 ผู้ป่วยรับยาที่ร้านยาใกล้บ้านจำนวน 503 ราย จากจำนวนผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ทั้งหมด 3,450 ราย (ข้อมูล ณ วันที่ 30 กันยายน 2563) คิดเป็น ร้อยละ 14.6 และจำนวนใบสั่งยาสะสมทั้งหมด 821 ใบ จากโรงพยาบาลขอนแก่น 169 ใบ และจากคลินิกหมอครอบครัว 652 ใบ จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่เข้าร่วมโครงการส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่รับบริการที่คลินิกหมอครอบครัวใกล้บ้าน

ผลลัพธ์การดำเนินงานเชิงคุณภาพจากการดำเนินโครงการสรุปได้ว่า การดำเนินงานบริหารเภสัชกรรมของเภสัชกรร้านยาเครือข่าย พบปัญหาจากการใช้ยา เช่น Non-compliance (ร้อยละ 61.1), Adverse drug reaction (ร้อยละ 18.5), Need therapy (ร้อยละ 11.1), Unnecessary drug therapy (ร้อยละ 1.9), Medication errors (ร้อยละ 5.6) และ Drug interactions (ร้อยละ 1.9) ซึ่งปัญหาจากการใช้ยาเหล่านี้สามารถจัดการแก้ไขได้ทันท่วงทีก่อนที่จะเกิดความเสียหายต่อผู้ป่วย นอกจากนี้ยังมี

การให้คำปรึกษาเพื่อปรับพฤติกรรมเสี่ยงของผู้ป่วย เช่น การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย ความเครียด ภาวะอ้วน การดื่มแอลกอฮอล์ และการสูบบุหรี่ รวมถึงการพบยาเหลือใช้ซึ่งส่งผลให้เกิดการประหยัดค่าใช้จ่ายด้านยา (Cost saving) รวมมูลค่าประมาณ 6,100 บาท

#### 4.3 ความพึงพอใจต่อการดำเนินโครงการนำร่องผู้ป่วยรับยาที่ร้านยาเพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาลของผู้ป่วยในภาพรวม

จากการประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยรับยาที่โรงพยาบาลในโครงการทั้งก่อนมีนโยบายนำร่องรับยาที่ร้านยาและผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลในปัจจุบัน สรุปได้ว่าผู้ป่วยมีความคาดหวังสูงต่อการรับบริการ และผลที่ได้รับดีอยู่ในเกณฑ์ดีในทุก ๆ ด้าน ได้แก่ ด้านความสะดวกสบายที่ได้รับ ลักษณะของผู้ให้บริการ การได้รับข้อมูลของยา และคุณภาพการบริการ ซึ่งถือว่าเป็นบริการที่เป็นจุดเด่น และในส่วนความพึงพอใจของผู้ป่วยรับยาที่ร้านยาต่อโครงการสรุปได้ว่า ผู้ป่วยรับยาที่ร้านยามีความคาดหวังสูงต่อการรับบริการและผลที่ได้รับดีในทุก ๆ ด้าน ซึ่งถือว่าเป็นบริการที่เป็นจุดเด่นในทุกด้าน แต่อย่างไรก็ตามในผู้ป่วยกลุ่มนี้ เมื่อประเมินผลความพึงพอใจต่อการรับยาที่โรงพยาบาล ส่วนใหญ่มีความคาดหวังต่อการรับบริการสูงและผลที่ได้รับดี ซึ่งถือว่าเป็นบริการที่เป็นจุดเด่นในเกือบทุกหัวข้อ ยกเว้นหัวข้อท่านใช้เวลาคอยรับยาไม่นาน ซึ่งผู้ป่วยมีความคาดหวังสูงต่อผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลแต่ผลที่ได้รับไม่ดี ดังนั้นการบริการนี้ควรได้รับการปรับปรุงก่อน

นอกจากนี้ยังสรุปได้ว่าความพึงพอใจต่อการดำเนินงานของร้านยาในประเด็นท่านใช้เวลาคอยรับยาไม่นานมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าผลความพึงพอใจต่อการดำเนินงานของโรงพยาบาลมากกว่า 2 เท่า และผลความพึงพอใจต่อการดำเนินงานของร้านยาในประเด็นจุดให้บริการมีความสะดวกสบาย ท่านสามารถเดินทางมารับยาได้อย่างสะดวก และท่านใช้เวลาในการเดินทางมารับบริการไม่นานมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าผลความพึงพอใจต่อการดำเนินงานของโรงพยาบาลมากกว่า 1.5 เท่า

#### 4.4 ความพึงพอใจของผู้ป่วยกรณีศึกษา แผนกที่การเดินทางของผู้ป่วยสูงอายุที่รับบริการจากร้านทันยา

จากการศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วยจากกรณีศึกษาแผนกที่การเดินทางของผู้ป่วยสูงอายุที่รับบริการจากร้านทันยาสรุปได้ว่า ผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มเปราะบางมีความพึงพอใจต่อโครงการนำร่องผู้ป่วยรับยาที่ร้านยาเพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาลในทุกขั้นตอนของบริการ ซึ่งเป็นการเน้นย้ำว่าการพัฒนาทางด้านเภสัชกรรมชุมชน (Community pharmacy) มีบทบาทสำคัญต่อการลดความแออัดและลดระยะเวลารอคอยของผู้ป่วยที่โรงพยาบาล

#### 4.5 การขยายบริการปฐมภูมิ: กรณีศึกษาแนวทางการให้บริการเภสัชกรรมทางไกล (Telepharmacy) ในกรณีรับยาต่อเนื่องจากร้านยา (fill prescription) สำหรับวัดหนองแขวงพระอารามหลวง โรงพยาบาลขอนแก่น

จากการศึกษาการขยายบริการปฐมภูมิ กรณีศึกษาแนวทางการให้บริการเภสัชกรรมทางไกล ในกรณีรับยาต่อเนื่องจากร้านยาสำหรับวัดหนองแขวงพระอารามหลวง โรงพยาบาลขอนแก่น สรุปได้ว่า ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ได้แก่ทีมงานจากโรงพยาบาล ทีมงานจากร้านยา เจ้าหน้าที่ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง

และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีการทำงานเป็นทีมเครือข่าย รวมทั้งการมีส่วนร่วมในการคิดวางแผน และออกแบบการบริการของการรับยาต่อเนื่องจากร้านยา ซึ่งการให้บริการเภสัชกรรมทางไกลนี้เป็นการพัฒนางานบริหารทางเภสัชกรรมของเภสัชกรรมชุมชนและเป็นการต่อยอดการให้บริการดูแลผู้ป่วยในรูปแบบที่หลากหลายขึ้นของงานเภสัชกรรม นอกเหนือจากเดิมที่ทำเฉพาะการให้บริการในรูปแบบการเติมยา (Refill prescription)

#### 4.6 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

โครงการนำร่องผู้ป่วยรับยาที่ร้านยาเพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาลอาจพิจารณาขยายสิทธิสำหรับผู้ป่วยที่อยู่ในสิทธิระบบประกันสังคม และระบบสวัสดิการข้าราชการ ให้ครอบคลุมผู้ป่วยทุกหลักประกันสุขภาพของประเทศไทย นอกเหนือจากระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (บัตรทอง) เพื่อให้ผู้ป่วยทุกคนสามารถเข้าถึงบริการ และยังเป็น การช่วยลดความแออัดและลดการรอคอยของผู้ป่วยในโรงพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

ภาคผนวก



## บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลขอนแก่น โทร. ๑๖๐๒

ที่ ขก ๐๐๓๒.๑๘๖/๑๑๗๒

วันที่ ๑๒ ธันวาคม ๒๕๖๒

เรื่อง การแจ้งผลการพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

เรียน ดร.รุ่งนภา คำผาง สังกัด: โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ

ตามที่ ท่านเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เรื่อง การประเมินผลโครงการนำร่องการรับยาที่ร้านขายยาแผนปัจจุบันเพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาลขอนแก่น (An evaluation of the pilot program on drug-dispensing how to reduce hospital overcrowding) หมายเลขสำคัญโครงการ KEXM๖๒๐๐๕ นั้น

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ฯ ได้พิจารณาแล้วว่าเป็นโครงการที่เข้าข่ายการยกเว้นขอรับรองด้านจริยธรรมการวิจัย ตามประกาศโรงพยาบาลขอนแก่น ฉบับวันที่ ๑๖ มีนาคม ๒๕๕๓ เนื่องจาก เป็นโครงการสำรวจ โครงสร้างสชาติ หรือโครงการประเมินระบบงานการวิจัยบริหารจัดการ และการวิจัยสถาบัน ซึ่งเป็นโครงการที่ได้รับอนุญาตจากหัวหน้าผู้รับผิดชอบหน่วยงานหรือองค์กร และมีจุดประสงค์เพื่อพัฒนาระบบหรือนโยบาย โดยการศึกษา ทดสอบ หรือประเมินระบบการให้บริการ ประโยชน์ต่อสาธารณชน วิธีการรับผลประโยชน์หรือบริการ รวมทั้งความเป็นไปได้หรือทางเลือกของโครงการ ทั้งนี้ได้บรรจุในวาระการประชุมคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยฯ ครั้งที่ ๑/๒๕๖๓ วันที่ ๗ มกราคม ๒๕๖๒ วาระ ๓.๓.๐๑ เพื่อรับทราบแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

(นางสาวทুমวดี ตั้งศิริวัฒนา)

นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลขอนแก่น