



การประเมินผลโครงการร้านยาชุมชนอบอุ่น จังหวัดร้อยเอ็ดด้วย CIPP Model

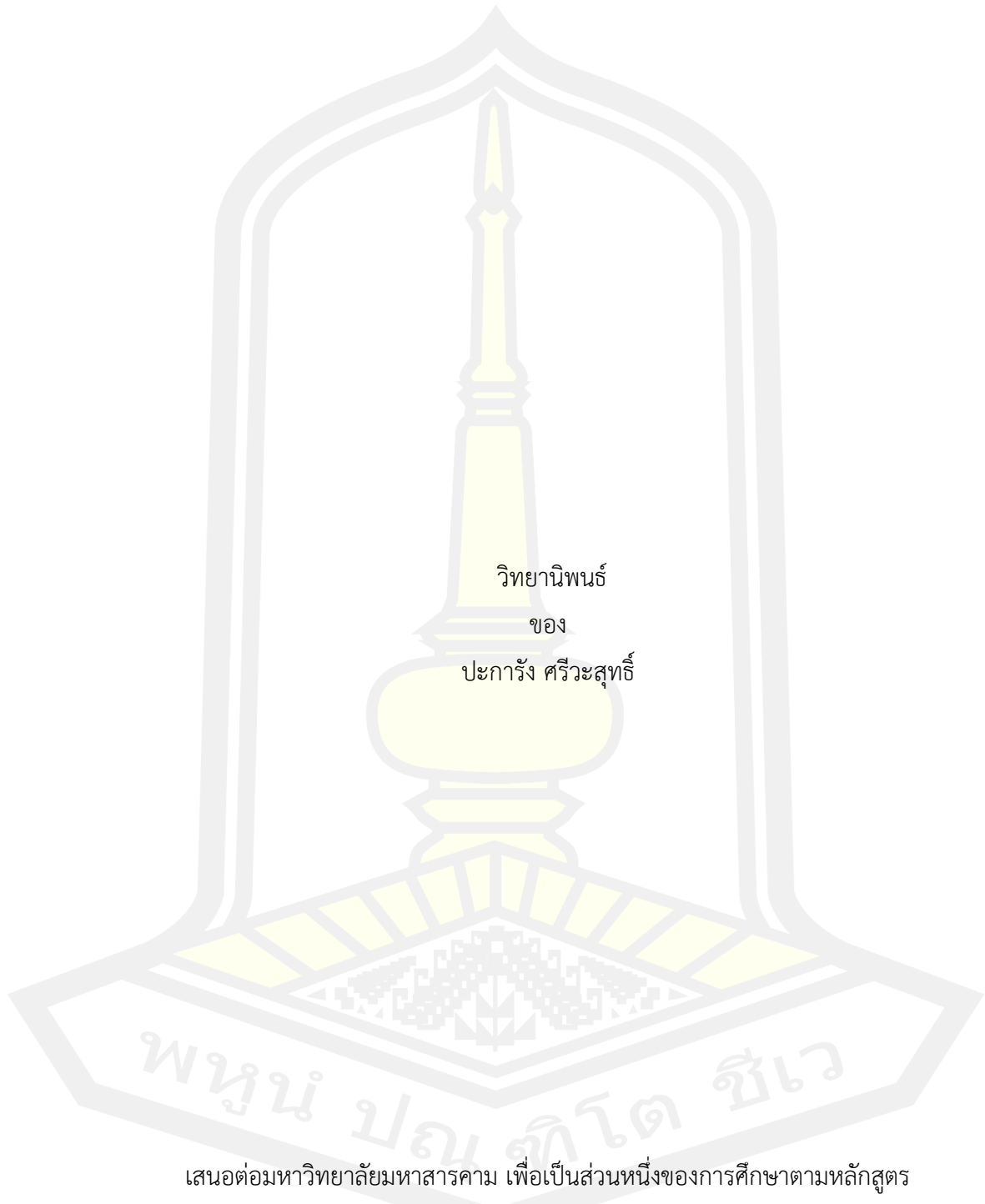
วิทยานิพนธ์
ของ
ปะการัง ศรีวะสุทธิ์

เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเภสัชกรรมคลินิก

มีนาคม 2565

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

การประเมินผลโครงการร้านยาชุมชนอบอุ่น จังหวัดร้อยเอ็ดด้วย CIPP Model

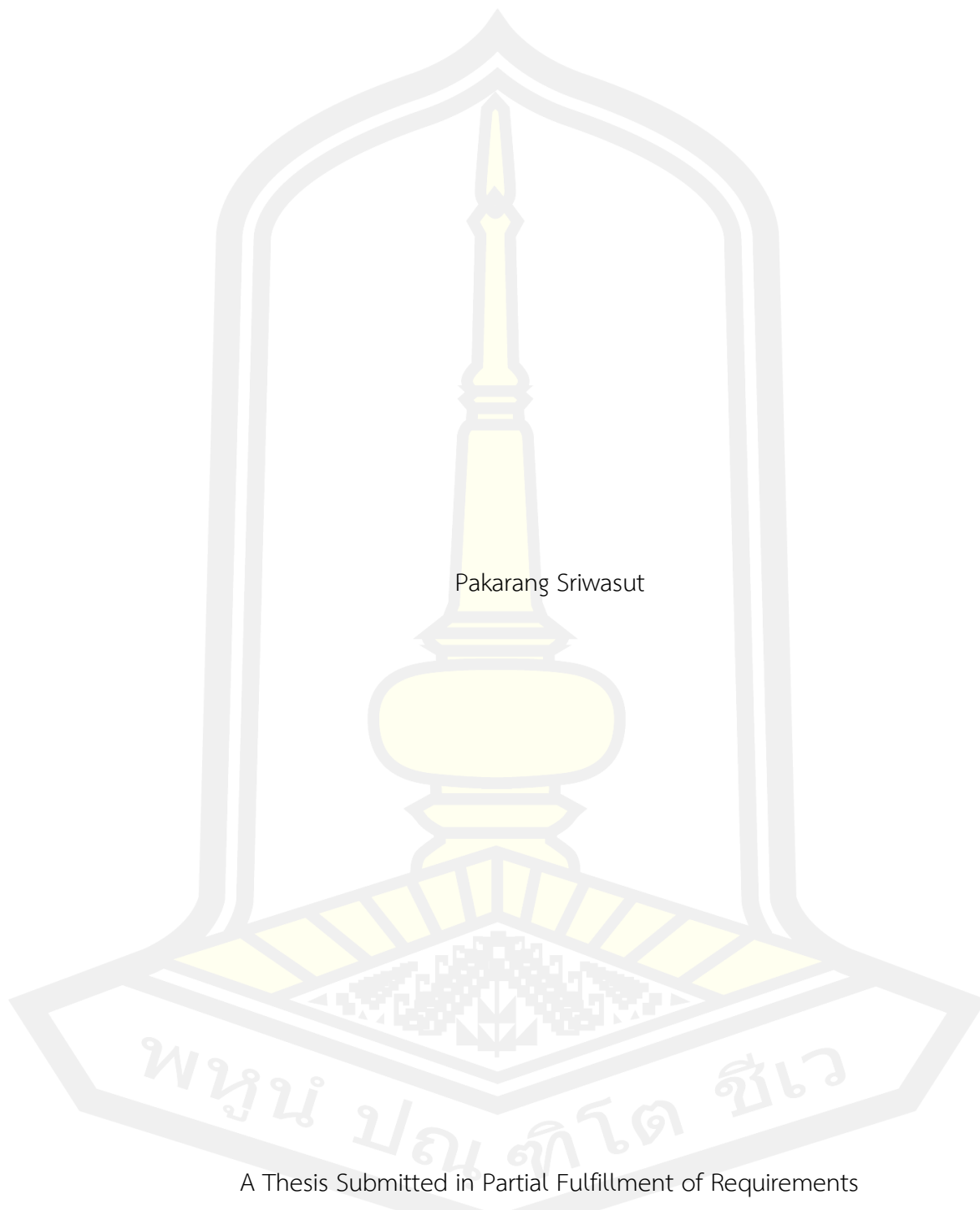


เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเภสัชกรรมคลินิก

มีนาคม 2565

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

Evaluation of Community Pharmacy Project in Roi Et Province Using CIPP Model



Pakarang Sriwasut

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of Requirements
for Master of Pharmacy (Clinical Pharmacy)

March 2022

Copyright of Mahasarakham University



คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณาวิทยานิพนธ์ของนางสาวปะการัง ศรีวะสุทธิ
แล้วเห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาเภสัชกรรมคลินิก ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ

(รศ. ดร. สัมมนา มูลสาร)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

(ผศ. ดร. พยอม สุขเอนกนันท์ โอล์สัน)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

(ผศ. ดร. จันท์ทิพย์ กาญจนศิลป์)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

(ผศ. ดร. สายทิพย์ สุทธิรักษา)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

(ผศ. ดร. พีรยา ศรีผ่อง)

.....กรรมการ

(ผศ. ดร. ภัทรินทร์ กิตติบุญญาคุณ)

.....กรรมการ

(ผศ. ดร. สมศักดิ์ อากาศรีทองสกุล)

มหาวิทยาลัยอนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญา เภสัชศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเภสัชกรรมคลินิก ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

.....
(ผศ. ดร. ชนตลา พลอยล้อมแสง)

.....
(รศ. ดร. กริสน์ ชัยมูล)

คณบดีคณะเภสัชศาสตร์

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย



ชื่อเรื่อง	การประเมินผลโครงการร้านยาชุมชนอบอุ่น จังหวัดร้อยเอ็ดด้วย CIPP Model		
ผู้วิจัย	ปะการัง ศรีวะสุทธิ์		
อาจารย์ที่ปรึกษา	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พยอม สุขเอนกนันท์ โอล์สัน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. จันท์ทิพย์ กาญจนศิลป์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สายทิพย์ สุทธิรักษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พิรยา ศรีผ่อง		
ปริญญา	เภสัชศาสตรมหาบัณฑิต	สาขาวิชา	เภสัชกรรมคลินิก
มหาวิทยาลัย	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม	ปีที่พิมพ์	2565

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลโครงการร้านยาชุมชนอบอุ่น จังหวัดร้อยเอ็ด โดยใช้กรอบแนวคิดชิปโมเดล (CIPP Model) ดำเนินการศึกษาวิจัยรูปแบบงานวิจัยแบบผสมผสาน (mixed method) ในระหว่าง เดือนกรกฎาคม - ธันวาคม 2563 การศึกษาเชิงคุณภาพใช้วิธีเลือกแบบเจาะจง ในกลุ่มผู้ดำเนินงานโครงการจำนวน 32 คน (รวมเภสัชกรร้านยา 21 ร้าน) และผู้ป่วยจำนวน 21 คน หรือเมื่อข้อมูลถึงจุดอิ่มตัว การศึกษาเชิงปริมาณดำเนินการสำรวจความพึงพอใจผู้ป่วยจำนวน 80 คน โดยสุ่มแบบกำหนดโควตาจากร้านยาที่ผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการรับยา แบบสัมภาษณ์เชิงลึกในการศึกษานี้พัฒนาขึ้นตามกรอบชิปโมเดล การสัมภาษณ์แบบออนไลน์ แบบหน้าต่อหน้า หรือโทรศัพท์ บันทึกเทปและแกะเทปแบบคำต่อคำ ใช้การวิเคราะห์แก่นสาระ (thematic analysis) ผลการศึกษาพบว่า ด้านบริบท มี 3 แนวคิดหลัก ได้แก่ ระบบบริการสุขภาพ เป้าหมายต่อโครงการและความคาดหวัง โครงการนี้ตอบความจำเป็นในพื้นที่ในเรื่องการลดความแออัด และบทบาทวิชาชีพเภสัชกรชุมชนได้ถูกส่งเสริมมากขึ้น ด้านปัจจัยนำเข้า มี 4 แนวคิดหลัก ได้แก่ ด้านบุคคล รูปแบบการให้บริการ การประชาสัมพันธ์ และการเงิน การลงทุนด้านการให้บริการมาจากโรงพยาบาลเป็นหลัก ด้านกระบวนการ มี 4 แนวคิดหลัก คือ การรับรู้เป้าหมาย กำลังคน รูปแบบการให้บริการ และการประชาสัมพันธ์ การประชาสัมพันธ์เพื่อขับเคลื่อนยังมีน้อย กระบวนการทำงานยังเป็นภาระอยู่ในโรงพยาบาลโดยเฉพาะการคัดเลือกผู้ป่วย และกระบวนการจัดส่งยา และด้านผลลัพธ์ มี 3 แนวคิดหลัก คือ จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับบริการที่ร้านยา คุณภาพของการให้บริการของเภสัชกร และความพึงพอใจต่อโครงการ พบว่าผู้ป่วยเข้าร่วมโครงการจำนวนน้อย เภสัชกรร้านยาให้คำแนะนำการใช้ยาและสุขภาพ ตรวจสอบยาตามใบสั่งให้กับผู้ป่วย ทั้งผู้ดำเนินงานและผู้ป่วยพึงพอใจต่อโครงการ ได้รับความสะดวกสบาย ไม่ต้องเสียเวลา ผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อโครงการในระดับมากที่สุด (9.7 ± 0.7) สรุปผลการศึกษาพบว่าโครงการนี้ตอบสนอง

ความต้องการของพื้นที่ เภสัชกรร้านยาสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้ดี ผู้ดำเนินโครงการและผู้ป่วย
พึงพอใจต่อโครงการ อย่างไรก็ตามโครงการยังต้องการการพัฒนาอย่างต่อเนื่องต่อไป

คำสำคัญ : การประเมินผลโครงการ, CIPP model, ร้านยาชุมชนอบอุ่น, รับยาต่อเนื่อง



TITLE	Evaluation of Community Pharmacy Project in Roi Et Province Using CIPP Model		
AUTHOR	Pakarang Sriwasut		
ADVISORS	Assistant Professor Phayom Sookaneknun Olson , Ph.D. Assistant Professor Juntip Kanjanasilp , Ph.D. Assistant Professor Saithip Suttiruksa , Ph.D. Assistant Professor Peeraya SripHong , Ph.D.		
DEGREE	Master of Pharmacy	MAJOR	Clinical Pharmacy
UNIVERSITY	Maharakham University	YEAR	2022

ABSTRACT

The objective of this study was to evaluate the community pharmacy project in Roi Et province using the CIPP model. The mixed method study was performed from July 2020 to December 2020. In the qualitative study, purposive sampling was done with 32 health care staff and 21 patients or until the data was saturated. In the quantitative study, 80 patients from urban and rural pharmacies were randomized by quota sampling. The interview questions were developed using the CIPP model as a framework. In-depth recorded interviews were done face to face, online, or over the phone. Verbatim transcriptions were analyzed using thematic analysis. Three main themes emerged from the context: health care system, goals of the project, and expectations. The project responded to community needs by reducing crowding in hospitals and strengthening the role of community pharmacists. Four main themes emerged from the input: manpower, service models, public relations, and finance. Four main themes emerged from the process: goal clarification, manpower, service models, and public relations. Most of the process was burdensome to the hospital staff especially patient selection and drug delivery systems. Three main themes emerged from the outcomes: the number of patients receiving service from pharmacies, the quality of services provided by pharmacists, and satisfaction with the project. Few patients participated in the project.

Pharmacists provided counseling on medicines and health, and double-checked prescriptions for patients. Both healthcare staff and patients were satisfied with the convenience of the project. The patients were satisfied with the program at the highest level (9.7 ± 0.7). In conclusion, the project meets the community needs. Pharmacists were able to effectively help the patients. Healthcare staff and patients were highly satisfied with the project. However, there is still room for improvement in the program.

Keyword : project evaluation, CIPP model, community pharmacy project, refill prescription



กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลร้อยเอ็ด หัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรมและ
คุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลร้อยเอ็ด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด และผู้อำนวยการ
โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเลิงนกทา ที่อนุญาตและสนับสนุนในการทำวิจัยครั้งนี้

ขอขอบพระคุณแพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลร้อยเอ็ด เภสัชกรสำนักงาน
สาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด เภสัชกรร้านยา และผู้ป่วยทุกคน ที่ให้ความร่วมมือและช่วยเหลือในการทำ
วิจัยจนสำเร็จลุล่วงด้วยดี

ขอขอบพระคุณ รศ.ดร.สัมพันธ์ มุลสาร ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ผศ.ดร.ภัทรินทร์
กิตติบุญญาคุณ และ ผศ.ดร.สมศักดิ์ อาภาศรีทองสกุล กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ที่
ปรึกษาทุกท่าน ผศ.ดร.พยอม สุขเอนกนันท์ โอล์สัน ผศ.ดร.สายทิพย์ สุทธิรักษา ผศ.ดร.พริยา
ศรีผ่อง และ ผศ.ดร.จันทร์ทิพย์ กาญจนศิลป์ ที่คอยให้กำลังใจ ให้คำแนะนำ ตรวจสอบแก้ไข และให้
คำปรึกษาตลอดการทำวิจัย

และขอขอบคุณครอบครัว เพื่อนๆ พี่น้องทุกท่าน ที่คอยให้กำลังใจและแบ่งเบาภาระงานเป็น
อย่างดี ระหว่างการทำวิจัยจนงานวิจัยสำเร็จด้วยดี

ปะการัง ศรีวะสุทธิ์

พหุบัณฑิต ชีวะ

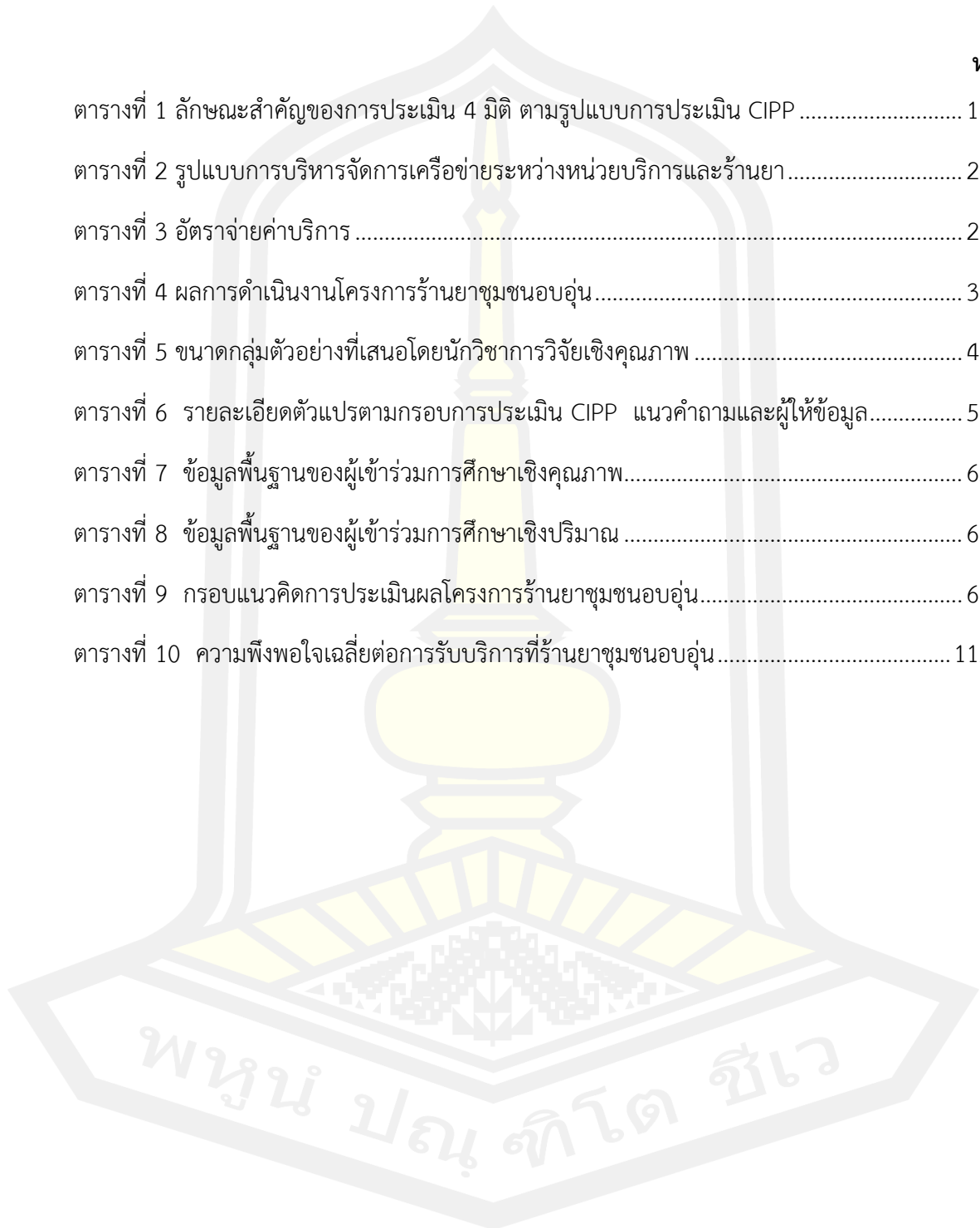
สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ฉ
กิตติกรรมประกาศ.....	ช
สารบัญ.....	ฅ
สารบัญตาราง.....	ฉ
สารบัญภาพประกอบ.....	ฅ
บทที่ 1 บทนำ	1
1.1 หลักการและเหตุผล	1
1.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย	3
1.3 คำถามการวิจัย	3
1.4 ขอบเขตของการวิจัย.....	3
1.5 กรอบแนวคิดการวิจัย	5
1.6 นิยามศัพท์เฉพาะ.....	6
1.7 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	6
บทที่ 2 ปริทัศน์เอกสารข้อมูล	7
2.1 แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับโครงการและการประเมินโครงการ.....	7
2.2 หลักการและแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับโครงการร้านยาชุมชนอบอุ่น	22
2.3 งานในประเทศอื่นที่เกี่ยวข้องกับระบบหลักประกันและร้านยา.....	31
2.4 งานวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative analysis).....	34
2.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	44
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	51

3.1 รูปแบบการวิจัย	51
3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	51
3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา.....	54
3.4 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย	55
3.5 การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติ.....	58
3.6 การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง.....	58
บทที่ 4 ผลการศึกษา.....	65
4.1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้เข้าร่วมการศึกษา.....	65
4.2 ผลการประเมินเชิงคุณภาพด้วยกรอบแนวคิด CIPP model	68
4.3 รายงานผลการศึกษาเชิงปริมาณ	112
บทที่ 5 สรุปและอภิปรายผลการศึกษา.....	114
5.1 สรุปผลการศึกษา	114
5.2 อภิปรายผลการศึกษา	115
5.3 ข้อจำกัดของการศึกษา.....	121
5.4 ข้อเสนอแนะ	122
บรรณานุกรม.....	123
ภาคผนวก.....	128
ภาคผนวก ก แบบสัมภาษณ์การประเมินผลโครงการร้านยาชุมชนอบอุ่น จังหวัดร้อยเอ็ดด้วย CIPP model.....	129
ภาคผนวก ข แบบสัมภาษณ์ความพึงพอใจต่อการเข้ารับบริการที่ร้านยาร่วมบริการ	133
ภาคผนวก ค เอกสารจริยธรรมวิจัย	136
ประวัติผู้เขียน.....	139

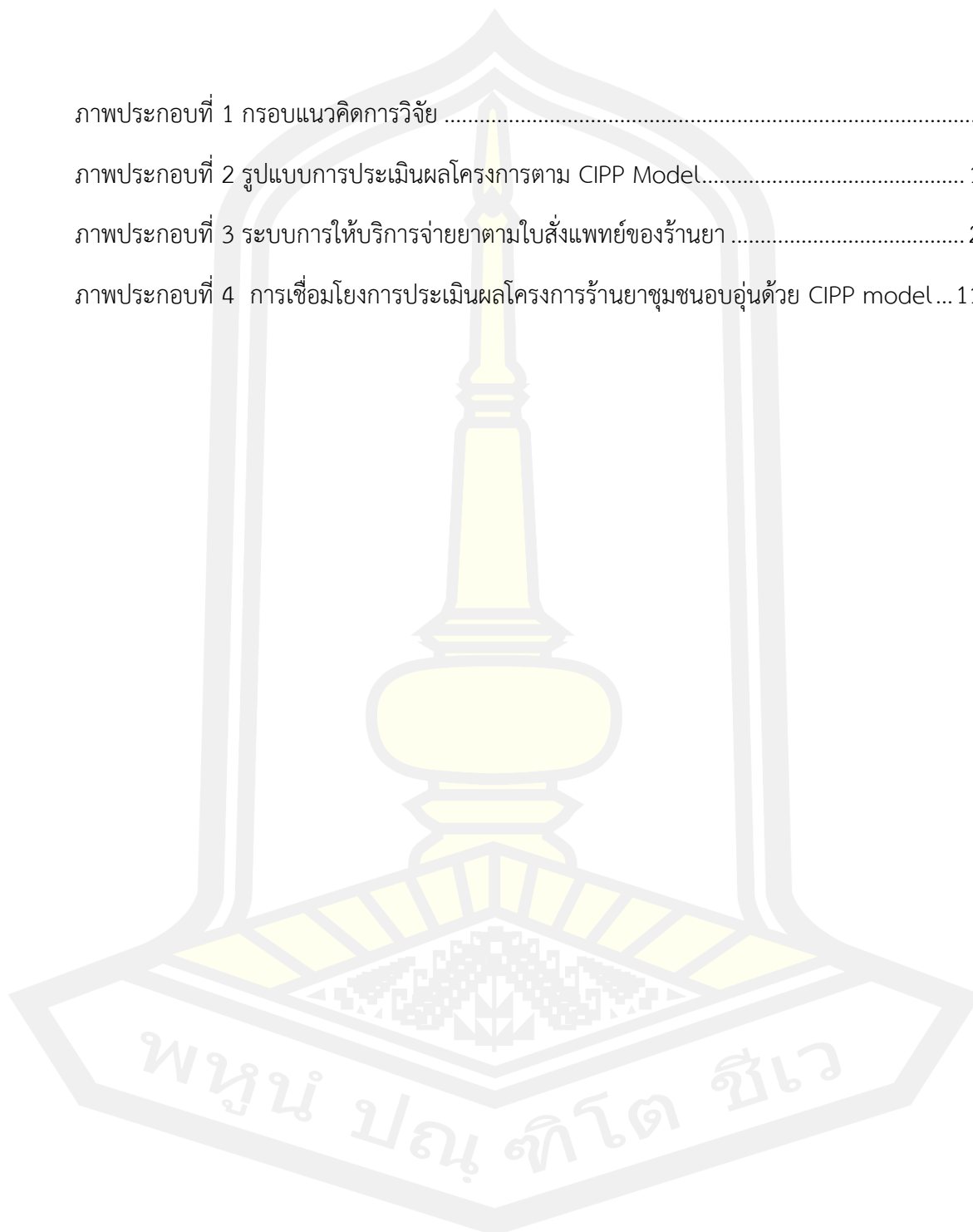
สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1 ลักษณะสำคัญของการประเมิน 4 มิติ ตามรูปแบบการประเมิน CIPP	14
ตารางที่ 2 รูปแบบการบริหารจัดการเครือข่ายระหว่างหน่วยบริการและร้านยา.....	24
ตารางที่ 3 อัตราจ่ายค่าบริการ	29
ตารางที่ 4 ผลการดำเนินงานโครงการร้านยาชุมชนอบอุ่น.....	31
ตารางที่ 5 ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่เสนอโดยนักวิชาการวิจัยเชิงคุณภาพ	43
ตารางที่ 6 รายละเอียดตัวแปรตามกรอบการประเมิน CIPP แนวคำถามและผู้ให้ข้อมูล.....	59
ตารางที่ 7 ข้อมูลพื้นฐานของผู้เข้าร่วมการศึกษาเชิงคุณภาพ.....	65
ตารางที่ 8 ข้อมูลพื้นฐานของผู้เข้าร่วมการศึกษาเชิงปริมาณ	67
ตารางที่ 9 กรอบแนวคิดการประเมินผลโครงการร้านยาชุมชนอบอุ่น.....	68
ตารางที่ 10 ความพึงพอใจเฉลี่ยต่อการรับบริการที่ร้านยาชุมชนอบอุ่น.....	112



สารบัญภาพประกอบ

	หน้า
ภาพประกอบที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย	5
ภาพประกอบที่ 2 รูปแบบการประเมินผลโครงการตาม CIPP Model.....	19
ภาพประกอบที่ 3 ระบบการให้บริการจ่ายยาตามใบสั่งแพทย์ของร้านยา	25
ภาพประกอบที่ 4 การเชื่อมโยงการประเมินผลโครงการร้านยาชุมชนอบอุ่นด้วย CIPP model ...	111



บทที่ 1

บทนำ

1.1 หลักการและเหตุผล

ความแออัดในโรงพยาบาลรัฐเป็นปัญหาที่สำคัญทางสาธารณสุขและเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อการตัดสินใจเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลรัฐบาลของผู้ป่วย [1] ในปี พ.ศ. 2560 จำนวนผู้ป่วยนอกที่เข้ารับบริการในสถานบริการสาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุขทั่วประเทศ อยู่ที่ 220,063,238 ครั้ง/ปี ซึ่งเพิ่มสูงขึ้นเรื่อย ๆ ในทุกปี โดยที่จำนวนผู้ป่วยในโรงพยาบาลรัฐมีอย่างน้อย 1,200 คนต่อวัน [2] จำนวนผู้ป่วยที่มากขึ้นส่งผลให้เกิดความแออัดและเพิ่มระยะเวลาการรอคอยของผู้ป่วย แม้ว่าผู้ป่วยจะมีปัญหาสุขภาพมากหรือน้อยเพียงใดก็ต้องใช้ระยะเวลาการรอคอยมากเช่นกัน แต่จากการศึกษาพบว่าในมุมมองของแพทย์ ผู้ป่วยที่มารับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาล มีแค่ประมาณ 2 ใน 5 เท่านั้นที่แพทย์พิจารณาว่าจำเป็นต้องมาจริง ๆ ที่เหลือเป็นอาการที่สามารถพึ่งพาตัวเองได้หรือสามารถรับบริการในศูนย์บริการสุขภาพปฐมภูมิ ซึ่งเป็นหน่วยบริการที่สามารถให้คำแนะนำด้านสุขภาพเบื้องต้นได้และใกล้ชิดผู้ป่วยมากกว่า [1] ปัจจุบันพบว่าผู้ป่วยให้ความสนใจในการรักษาพยาบาลเบื้องต้นด้วยตนเองหรือสถานบริการสุขภาพปฐมภูมิมากยิ่งขึ้น ประชากรที่เจ็บป่วยโดยไม่ต้องนอนโรงพยาบาลมีการดูแลตนเองโดยซื้อยาแผนปัจจุบันมารักษาตนเองโดยไม่ไปสถานบริการทางการแพทย์ร้อยละ 27.2 (3.3 ล้านคน) โดยสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเข้าไม่ถึงบริการในโรงพยาบาลคือ ไม่มีเวลาไปรับการรักษา ไม่สะดวกในการเดินทาง ไม่มีผู้พาไปรักษา ไม่มีค่าเดินทางไปรับการรักษา เป็นต้น [3]

การให้บริการภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้รับการพัฒนารูปแบบการบริการอย่างต่อเนื่องเพื่อลดความแออัดหรือจำนวนผู้ป่วยที่มาใช้บริการที่สถานพยาบาลลง โดยพยายามส่งเสริมการจัดหาสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการสุขภาพใกล้บ้านเพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงการบริการที่สะดวกมากยิ่งขึ้น ร่วมกับระบบการส่งต่อผู้ป่วย [4] รวมถึงการนำร้านยามาร่วมในการให้บริการในประเทศพัฒนาแล้วหลายประเทศได้มีการผนวกร้านยาเอกชนเข้ามาร่วมให้บริการด้านสุขภาพแก่ประชาชนภายใต้ระบบสุขภาพหลักของประเทศ เช่น ออสเตรเลีย ฟินแลนด์ เยอรมัน สวิตเซอร์แลนด์ เดนมาร์ก อังกฤษ เนเธอร์แลนด์ สวีเดน เป็นต้น โดยทำหน้าที่เกี่ยวกับระบบยาและการบริหารทางเภสัชกรรมต่างๆ เช่น จ่ายยาตามใบสั่งยาให้แก่ผู้ป่วย จ่ายยาที่ไม่ต้องมีใบสั่ง ให้คำแนะนำปรึกษาเรื่องยาและสุขภาพ ดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและป้องกันการเกิดโรค จัดการแก้ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับยา และบริหารจัดการเรื่องการชดเชยค่าเวชภัณฑ์และบริการคืนจากรัฐ สำหรับประเทศไทยได้มีการศึกษาการให้บริการในร้านยาภายใต้หลักประกันสุขภาพแห่งชาติเช่นกัน เช่น การทดลองให้ร้านยาจ่ายยาตามใบสั่งและทบทวนใบสั่งยา [5,6,39] การทดลองให้ร้านยาจ่ายยา

ต่อเนื่องตามใบสั่งยาสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง [7] การให้ร้านยาทำหน้าที่คัดกรองหาผู้ที่เสี่ยงการเป็นเบาหวาน ความดันโลหิตสูง [8,9] การให้ร้านยาจ่ายยาแก่ผู้ป่วยที่เจ็บป่วยเล็กน้อยที่พบบ่อย [10,11] เป็นต้น จากการศึกษาพบว่า ผลสัมฤทธิ์ทางคลินิกของการให้บริการจ่ายยาต่อเนื่องตามใบสั่งแพทย์แก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยร้านยาไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเปรียบเทียบกับการให้บริการโดยโรงพยาบาลหรือหน่วยบริการปฐมภูมิ แต่ร้านยาช่วยลดต้นทุนการให้บริการและค่าใช้จ่ายของประชาชนหรือผู้ป่วยที่มารับบริการ โดยเฉพาะต้นทุนค่าเสียโอกาสจากการหยุดหรือลางาน รวมถึงการลดค่าใช้จ่ายในการเดินทางเพื่อรับบริการ [7]

จากนโยบายรัฐมนตรีกระทรวงสาธารณสุข เรื่องการลดความแออัด ลดระยะเวลาการรอคอยรับยาของผู้ป่วยที่โรงพยาบาล สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สภาเภสัชกรรม และสมาคมเภสัชกรรมชุมชน (ประเทศไทย) จึงได้เริ่มดำเนินโครงการนำร่องให้ผู้ป่วยรับยาที่ร้านขายยาเพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาล ซึ่งเริ่มดำเนินการในเดือนตุลาคม 2562 ดำเนินงานโดยเครือข่ายระหว่างโรงพยาบาลและร้านยาใน 3 รูปแบบ ได้แก่ รูปแบบที่ 1 โรงพยาบาลคัดเลือกและจัดซื้อจัดหายาสำหรับให้บริการแก่ผู้ป่วย ส่งยาไปที่ร้านยาเพื่อจ่ายให้กับผู้ป่วย รูปแบบที่ 2 โรงพยาบาลนำยาไปสำรองที่ร้านยา และให้เภสัชกรร้านยาเป็นผู้จ่ายยารายบุคคลตามใบสั่งแพทย์ และรูปแบบที่ 3 คือร้านยาดำเนินการจัดการด้านยาโดยร้านยาเอง เพื่อลดความแออัดของโรงพยาบาล และอำนวยความสะดวกให้แก่ผู้มีสิทธิในการรับยาที่ร้านยาใกล้บ้าน โดยมีผู้มีสิทธิมีความปลอดภัยในการใช้ยา และได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง

จังหวัดร้อยเอ็ดดำเนินโครงการร้านยาชุมชนอบอุ่นโดยมีโรงพยาบาลร้อยเอ็ดเป็นโรงพยาบาลแม่ข่าย เริ่มต้นตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2562 มีร้านยาเครือข่าย 11 ร้านและปัจจุบันเข้าร่วมโครงการทั้งหมด 21 ร้าน ซึ่งการดำเนินโครงการยังไม่บรรลุตามเป้าหมาย มีผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการ 149 คน จากผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เข้าเกณฑ์ 1,785 คน (ร้อยละ 8.35) โดยมีเป้าหมายที่ร้อยละ 15 จากการประชุมโครงการร้านยาชุมชนอบอุ่น ครั้งที่ 1/2563 เมื่อวันที่ 4 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2563 พบว่ายังมีปัญหาและอุปสรรคขณะดำเนินโครงการ ได้แก่ จำนวนผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการน้อย กลุ่มโรคที่ส่งออกรับยาที่ร้านยาเครือข่ายน้อยเกินไป ผู้สนใจเข้าร่วมโครงการเป็นสิทธิการรักษาอื่น การสื่อสารข้อมูลผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาลและร้านยาไม่เป็นปัจจุบัน นอกจากนี้การดำเนินงานร้านยาชุมชนอบอุ่นไม่ได้มีการประเมินโครงการโดยการสอบถามความคิดเห็นเชิงลึกจากผู้ให้บริการและผู้รับบริการอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดมุมมองที่หลากหลายในการนำข้อมูลมาปรับปรุงและพัฒนาโครงการอย่างต่อเนื่อง ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะประเมินผลโครงการร้านยาชุมชนอบอุ่นจังหวัดร้อยเอ็ดด้วย CIPP model เพื่อเป็นข้อมูลให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องนำข้อมูลไปดำเนินการและขยายโครงการต่อไปอย่างต่อเนื่อง

1.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

วัตถุประสงค์หลัก

เพื่อประเมินผลโครงการร้านยาชุมชนอบอุ่น จังหวัดร้อยเอ็ดภายใต้กรอบแนวคิดของ CIPP Model และประเมินความพึงพอใจของผู้เข้ารับบริการในโครงการ

วัตถุประสงค์รอง

- 1) ประเมินโครงการร้านยาชุมชนอบอุ่น จังหวัดร้อยเอ็ด ใน 4 ด้าน
 - บริบทของโครงการร้านยาชุมชนอบอุ่น
 - ปัจจัยนำเข้าของโครงการร้านยาชุมชนอบอุ่น
 - กระบวนการดำเนินงานของโครงการร้านยาชุมชนอบอุ่น
 - ผลลัพธ์ของโครงการร้านยาชุมชนอบอุ่น
- 2) ประเมินความพึงพอใจของผู้เข้ารับบริการในโครงการ

1.3 คำถามการวิจัย

การดำเนินงานโครงการร้านยาชุมชนอบอุ่น จังหวัดร้อยเอ็ด มีสถานการณ์เป็นอย่างไร

1.4 ขอบเขตของการวิจัย

ขอบเขตด้านกลุ่มเป้าหมาย

กลุ่มเป้าหมายที่ศึกษาคือ ผู้ที่เกี่ยวข้องกับโครงการร้านยาชุมชนอบอุ่น ในระหว่างปี 2563 – 2564 ได้แก่ ผู้บริหารโรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด แพทย์ พยาบาล เภสัชกรในหน่วยบริการ เภสัชกรร้านยา และผู้ป่วยที่เข้ารับบริการที่ร้านยา ใช้การเลือกแบบเจาะจง (purposive sample) จำนวน 53 คน หรือจนได้ข้อมูลอิ่มตัว (data saturation)

ขอบเขตด้านเนื้อหา

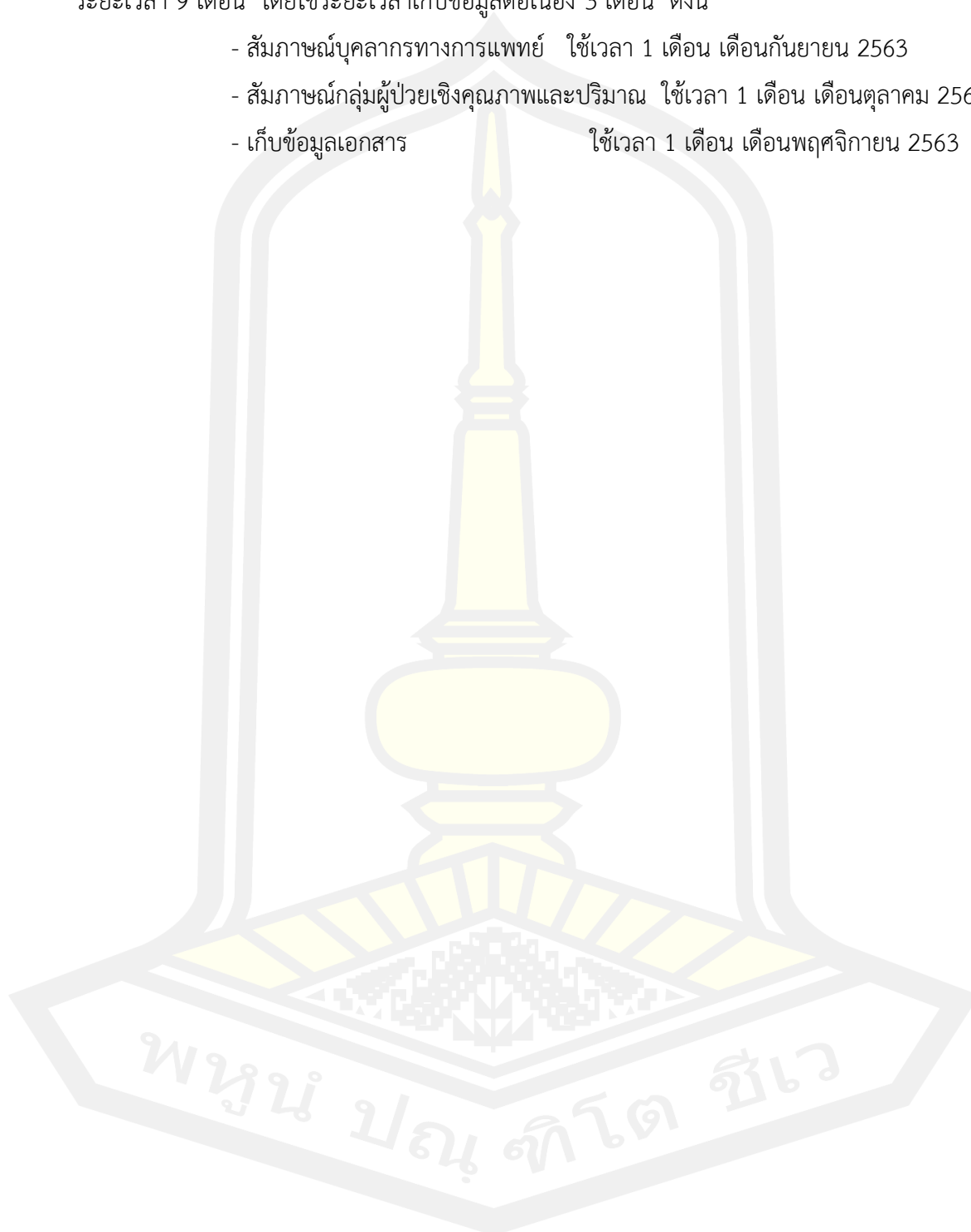
การประเมินผลโครงการร้านยาชุมชนอบอุ่น โดยใช้แบบสัมภาษณ์ที่พัฒนาขึ้นภายใต้กรอบแนวคิดของ CIPP Model ครอบคลุมเนื้อหา 4 ด้าน ได้แก่ ด้านบริบท (context) ด้านปัจจัยนำเข้า (input) ด้านกระบวนการ (process) และด้านผลลัพธ์ (product)

ขอบเขตด้านระยะเวลาและสถานที่

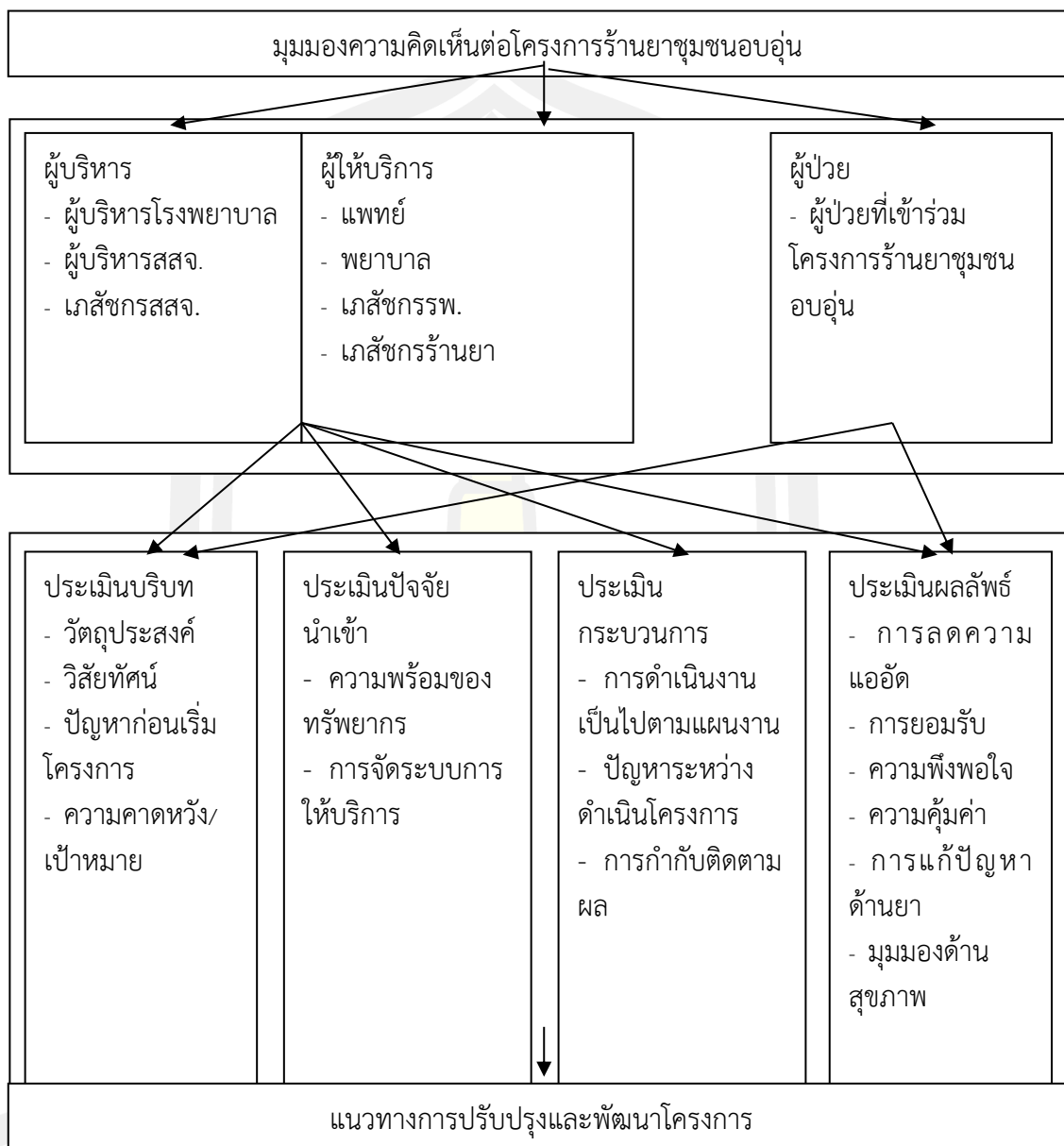
งานวิจัยนี้ดำเนินการภายในพื้นที่จังหวัดร้อยเอ็ด คือโรงพยาบาลและร้านยาที่ร่วมโครงการร้านยาชุมชนอบอุ่น เป็นการศึกษาข้อมูลจากบุคคลที่เกี่ยวข้อง คือบุคลากรทางการแพทย์

และผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการ ระหว่างเดือนสิงหาคม 2563 – เมษายน 2564 ทำการศึกษาเป็นระยะเวลา 9 เดือน โดยใช้ระยะเวลาเก็บข้อมูลต่อเนื่อง 3 เดือน ดังนี้

- สัมภาษณ์บุคลากรทางการแพทย์ ใช้เวลา 1 เดือน เดือนกันยายน 2563
- สัมภาษณ์กลุ่มผู้ป่วยเชิงคุณภาพและปริมาณ ใช้เวลา 1 เดือน เดือนตุลาคม 2563
- เก็บข้อมูลเอกสาร ใช้เวลา 1 เดือน เดือนพฤศจิกายน 2563



1.5 กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพประกอบที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

1.6 นิยามศัพท์เฉพาะ

1.6.1 โครงการร้านยาชุมชนอบอุ่น คือ โครงการลดความแออัดของหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยร้านยาแผนปัจจุบันประเภท 1 จำนวน 21 ร้านในจังหวัดร้อยเอ็ด

1.6.2 CIPP Model คือ รูปแบบการประเมินผลการดำเนินโครงการเพื่อการตัดสินใจ เป็นรูปแบบการประเมินโครงการที่อยู่ระหว่างการดำเนินงาน มีแนวทางการประเมิน 4 ด้าน คือ บริบท (context) ปัจจัยนำเข้า (input) กระบวนการ (process) และผลลัพธ์ (product)

1.6.3 การประเมินบริบท (context) คือ การประเมินวัตถุประสงค์หรือความเป็นไปได้ของโครงการ วิสัยทัศน์ ปัญหาก่อนเริ่มโครงการ ค้นหาถึงความคาดหวังหรือเป้าหมายที่มีต่อโครงการ รวมถึงปัญหาในระบบการให้บริการ เพื่อตรวจสอบว่าโครงการสนองปัญหาหรือความต้องการจำเป็นที่แท้จริงหรือไม่

1.6.4 การประเมินปัจจัยนำเข้า (input) คือ การประเมินทรัพยากรที่ใช้ในการดำเนินโครงการ การจัดระบบหรือรูปแบบการให้บริการในโครงการ ได้แก่ ค่าตอบแทน การประสานงาน การติดตาม การนัดหมาย การประชาสัมพันธ์ ฐานข้อมูล รูปแบบการจ่ายยา เพื่อพิจารณาถึงความพอเพียงและความพร้อมของทรัพยากรในโครงการ

1.6.5 การประเมินกระบวนการ (process) คือ การประเมินกิจกรรมโครงการเพื่อหาข้อบกพร่อง เป็นข้อมูลในการแก้ไข ปรับปรุงการดำเนินโครงการให้มีประสิทธิภาพ ตั้งแต่กระบวนการก่อนเริ่มโครงการ และกิจกรรมขณะดำเนินโครงการ และการกำกับติดตามผล

1.6.6 การประเมินผลลัพธ์ (product) คือ การประเมินเพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับวัตถุประสงค์ของโครงการที่กำหนดไว้ ได้แก่ การลดความแออัด การยอมรับ ความพึงพอใจ ความคุ้มค่า การแก้ปัญหาด้านยา และมุมมองด้านสุขภาพ

1.7 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

เป็นข้อมูลนำเข้าให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ร้านยาที่เข้าร่วมโครงการร้านยาชุมชนอบอุ่น โรงพยาบาลร้อยเอ็ด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ดและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต 7 เพื่อเป็นข้อมูลใช้สำหรับการวางแผนในการปรับปรุง พัฒนาและขยายโครงการต่อไป

บทที่ 2

ปริทัศน์เอกสารข้อมูล

การศึกษาวิจัยนี้ ผู้วิจัยได้ทบทวนข้อมูลวิชาการและเอกสารที่เกี่ยวข้อง โดยแบ่งเนื้อหาเป็น 5 ส่วน ได้แก่

1. แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับโครงการและการประเมินโครงการ
 - 1.1 ความหมายของโครงการ
 - 1.2 การประเมินโครงการ
 - 1.3 ประเภทการประเมินโครงการ
 - 1.4 รูปแบบในการประเมินโครงการ
 - 1.5 การประเมินโดยรูปแบบจำลองซิป (CIPP Model)
2. หลักการและแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับโครงการร้านยาชุมชนอบอุ่น
3. งานในประเทศอื่นที่เกี่ยวข้องกับระบบหลักประกันสุขภาพและร้านยา
4. งานวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative analysis)
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.1 แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับโครงการและการประเมินโครงการ

2.1.1 ความหมายของโครงการ

คำว่า โครงการ มีผู้ให้ความหมายหลากหลายต่างๆ ดังนี้

ราชบัณฑิตยสถาน [12] ได้ให้คำจำกัดความของโครงการว่า หมายถึง แผน หรือเค้าโครงการที่กำหนดไว้ โครงการเป็นศัพท์ตรงกับคำในภาษาอังกฤษว่า project ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งหรือระดับหนึ่งของแผนงาน (Plan) บางตำราถือว่ามีความหมายเช่นเดียวกันกับคำว่า program ซึ่ง หมายถึง แผนงานที่มีรายละเอียดในการปฏิบัติงานที่ชัดเจน

พิชญ์ พงศ์ศรี [13] ได้ให้คำจำกัดความคำว่า โครงการ มีลักษณะเฉพาะที่จัดทำขึ้นเพื่อเสริมการดำเนินงานในสภาพปกติ โดยมีจุดหมาย เป้าหมาย กิจกรรม และระยะเวลาสิ้นสุดที่แน่นอน และจะไม่ทำซ้ำซ้อนอีก ซึ่งอาจยกเว้นถ้ามีการปรับให้ต่างจากเดิม จึงสรุปได้ว่าโครงการไม่ใช่งานประจำตามปกติที่มีลักษณะเป็นโปรแกรมที่กำหนดไว้ตลอด แต่จะช่วยเสริมงานปกติให้บรรลุจุดมุ่งหมายได้

จากความหมายของโครงการดังกล่าวข้างต้นสรุปได้ว่า โครงการ หมายถึง แผนหรือแนวทางในการดำเนินงานกิจกรรมที่กำหนดไว้ให้ประสบผลสำเร็จ มีระยะเวลาในการดำเนินงานที่ชัดเจน มีผู้รับผิดชอบให้โครงการดำเนินไปตามกิจกรรมที่กำหนดไว้ให้บรรลุวัตถุประสงค์

2.1.2 ความหมายของการประเมินโครงการ

ได้มีผู้ให้ความหมายของการประเมินโครงการไว้หลายท่าน ดังนี้

Davis [14] ให้ความหมายของการประเมินโครงการว่า หมายถึง การตรวจสอบวัตถุประสงค์ของโครงการว่าเป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดไว้หรือไม่ และบรรลุถึงเป้าหมายนั้นด้วยดีมากน้อยเพียงใด

Katz [15] ให้ความหมายของการประเมินโครงการว่าเป็นกระบวนการในการพิจารณาวิเคราะห์ถึงคุณลักษณะและคุณภาพของโครงการ

Rutman [16] ให้ความหมายของการประเมินโครงการว่า หมายถึง การใช้กระบวนการทางวิทยาศาสตร์ หรือวิธีการวิจัยเพื่อหาข้อมูลที่เป็นจริงและมีความเชื่อถือได้ของโครงการ แล้วพิจารณาตัดสินว่าโครงการนั้นบรรลุถึงวัตถุประสงค์หรือไม่ และด้วยคุณภาพของความสำเร็จนั้นเป็นเช่นใด

โดยสรุปแล้วการประเมินโครงการ หมายถึง กระบวนการในการเก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูล ของการดำเนินโครงการและพิจารณาংশให้ทราบถึงจุดเด่นหรือจุดด้อยของโครงการอย่างมีระบบ แล้วตัดสินใจว่าจะปรับปรุงแก้ไขโครงการนั้นเพื่อการดำเนินงานต่อไป หรือจะยุติการดำเนินงานโครงการนั้นเสีย หรือนำข้อมูล ปัญหา อุปสรรคที่พบในการประเมินโครงการไปใช้เป็นแนวทางดำเนินโครงการที่มีลักษณะที่ใกล้เคียงกันต่อไป

2.1.3 ประเภทของการประเมินโครงการ

นักวิชาการหลายท่านได้แบ่งประเภทของการประเมินโครงการที่สำคัญ ดังนี้

กฤษดา กรุดทอง [17] จำแนกการประเมินโครงการออกเป็น 3 ประเภท คือ

- 1) การประเมินก่อนโครงการ (pre evaluation)
 - 1.1) การประเมินความจำเป็น (need assessment)
 - 1.2) การศึกษาความเป็นไปได้ (feasibility study)
- 2) การประเมินระหว่างโครงการ (on-going evaluation)
 - 2.1) การติดตามโครงการ (project monitoring)
 - 2.2) การประเมินผลงาน (performance evaluation)
 - 2.3) การประเมินการปฏิบัติงานตามโครงการ (implement evaluation)
- 3) การประเมินหลังโครงการ (ex-post evaluation)
 - 3.1) การประเมินผลระยะสั้น (intermediate evaluation)

3.2) การประเมินผลกระทบ (impact evaluation)

3.3) การประเมินผลตอบแทน (cost-benefit/cost effective evaluation)

สมหวัง พิธิยานุวัฒน์ และคณะ [18] ได้แบ่งประเภทของการประเมินโครงการ

ดังนี้

1) แบ่งตามจุดมุ่งหมายของการประเมิน แบ่งออกเป็น 2 ประเภท

1.1) การประเมินเพื่อปรับปรุงพัฒนา เรียกว่า การประเมินเพื่อความก้าวหน้า (formative evaluation) เป็นการประเมินขณะโครงการหรือกิจกรรมนั้นกำลังดำเนินอยู่ ซึ่งสามารถนำผลประเมินไปปรับปรุงการดำเนินงานให้ดีขึ้นอย่างทันท่วงที

1.2) การประเมินเพื่อการตัดสินผล (summative evaluation) เป็นการประเมินเพื่อบ่งชี้ระดับผลสัมฤทธิ์ของผลงานหรือโครงการ เป็นการประเมินหลังสิ้นสุดโครงการแล้ว

2) แบ่งตามหลักยึดในการประเมิน แบ่งเป็น 2 ประเภท

2.1) การประเมินที่ยึดเป้าหมายของโครงการหรืองานเป็นเกณฑ์ ซึ่งเรียกว่า goal based evaluation การประเมินตามแนวนี้นำผลการวัดมาเปรียบเทียบกับเป้าหมายเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพของโครงการ

2.2) การประเมินที่เป็นอิสระจากเป้าหมายของโครงการ (goal-free evaluation) การประเมินตามแนวทางนี้ ผู้ประเมินไม่จำเป็นต้องทราบเป้าหมายของโครงการ เป็นการประเมินผลทั้งหมดที่เกิดขึ้นทั้งผลโดยตรงและผลโดยอ้อมของโครงการ ตลอดจนการประเมินผลกระทบทั้งในทางบวกและทางลบของโครงการ

3) แบ่งตามลำดับเวลาที่ประเมิน โดยแบ่งการประเมินออกเป็น 3 ระยะ

3.1) การประเมินก่อนนำโครงการไปปฏิบัติ (intrinsic evaluation) โดยเฉพาะการวิเคราะห์ความเหมาะสมของแผนงานโครงการก่อนเสนอขออนุมัติให้ดำเนินการ กระบวนการดังกล่าว เรียกว่าการวิเคราะห์โครงการ (project appraisal or analysis)

3.2) การประเมินขณะดำเนินงานหรือโครงการ (ongoing evaluation) เพื่อพิจารณา ความก้าวหน้าของโครงการ ผลการประเมินในระยะนี้จะเป็นประโยชน์ต่อการปรับปรุงการดำเนินงาน

3.3) การประเมินเมื่อสิ้นสุดโครงการ (pay-off evaluation) เป็นการประเมินผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นทั้งหมดเมื่อสิ้นสุดโครงการ และหลังสิ้นสุดโครงการไประยะหนึ่ง กระบวนการประเมินหลังจากโครงการสิ้นสุดไประยะหนึ่งเรียกว่ากระบวนการติดตามผล (follow-up study หรือ tracer study)

2.1.4 รูปแบบในการประเมินโครงการ

ในการวิจัยเชิงประเมินโดยทั่วไปมีหลายรูปแบบ เช่น รูปแบบของสเตค (Stake) สตัฟเฟิลบาม (Stufflebam) ไทเลอร์ (Tyler) โพรวัส (Provous) เป็นต้น ซึ่งแต่ละรูปแบบจะแตกต่างกันออกไปตามความเหมาะสมของโครงการที่จะประเมิน ซึ่งนักประเมินจะเป็นผู้เลือกพิจารณา รูปแบบตามความต้องการ เพื่อให้ได้ผลการประเมินตามจุดประสงค์ที่ตั้งไว้ นอกจากนี้ยังขึ้นอยู่กับ ความรู้ความสามารถและความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้รูปแบบต่าง ๆ ของผู้ประเมินด้วย ได้มีผู้กล่าวถึง รูปแบบการประเมินโครงการไว้หลายท่าน ดังนี้

สมหวัง พิธิยานุวัฒน์ [18] กล่าวถึงรูปแบบการประเมินโครงการแนวทางเดียวกัน ว่า การประเมินสิ่งใดสิ่งหนึ่งผู้ประเมินจะต้องพิจารณาว่า จะประเมินได้อย่างไรจึงจะทำให้ผลประเมิน ถูกต้องตามสภาพความเป็นจริง ครอบคลุมและตอบสนองความต้องการของผู้ที่จะใช้ผลการประเมิน ซึ่งจะต้องทันเวลาด้วย จากการสังเคราะห์รายงานการประเมินทั้งหลายปรากฏการประเมิน 3 รูปแบบ คือ

1) แบบประเมินเชิงสำรวจ แบบประเมินแนวนี้จะเป็นการสำรวจสิ่งต่าง ๆ ที่จะช่วยในการประเมิน เช่น การวิเคราะห์ตัวโครงการเพื่อประเมินความสอดคล้องระหว่างจุดมุ่งหมาย ของโครงการกับกิจกรรมในโครงการ การวิเคราะห์เอกสารเป็นวิธีการหลักที่ใช้ในการประเมินตาม แนวการสำรวจจากความคิดเห็นของบุคคลที่เกี่ยวข้อง จุดอ่อนของการใช้รูปแบบการประเมินเชิงสำรวจก็คือ พยายามเก็บข้อมูลเชิงความคิดเห็นให้มีการตรวจสอบซึ่งกันและกัน และพยายามประเมิน จากหลักฐานหรือเอกสารที่มีอยู่เป็นสำคัญ

2) แบบประเมินเชิงทดลอง เป็นการประเมินโดยอาศัยแบบการทดลองในการ วิจัยแบบทดลองที่นิยมใช้กันมากเป็นแบบกลุ่มเดียว เพื่อศึกษาผลที่เกิดขึ้นโดยเปรียบเทียบผลที่ได้ ทดลอง การประเมินรูปแบบนี้มีจุดอ่อนค่อนข้างมาก ซึ่งอาจแก้ไขโดยอาศัยแบบทดลองที่มี 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม แต่ผลที่เกิดขึ้นก็ยังเป็นที่น่าสงสัยว่าเปรียบเทียบกันได้จริงหรือ ซึ่ง ต้องระมัดระวังปัญหาที่เกิดขึ้นด้วยการประเมินด้วยวิธีทดลอง ทำให้ผลการประเมินที่ได้เน้นผลการ ทดลองมากเกินไป ซึ่งผลการประเมินมีผลกระทบต่อปรับปรุงกิจกรรมและดำเนินการต่าง ๆ น้อย

3) แบบประเมินตามรูปแบบการประเมิน นักประเมินได้พัฒนารูปแบบการ ประเมินขึ้นเพราะ รูปแบบในการประเมินจะเป็นเครื่องชี้ทิศทางว่าการประเมินจะเกี่ยวข้องกับ อะไรบ้างและในการเลือก รูปแบบประเมิน จะต้องเลือกให้สอดคล้องกับความจำเป็นหรือความ ต้องการของผู้ใช้ผลประเมิน รูปแบบส่วนใหญ่มีความคล้ายคลึงกัน ซึ่งประกอบด้วย ปัจจัย กระบวนการและผลผลิต เป็นแก่นในการเสนอรูปแบบ

นักวิชาการด้านการประเมินหลายท่านจัดกลุ่มหรือประเภทของรูปแบบการประเมิน ออกเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

1) รูปแบบการประเมินที่เน้นวัตถุประสงค์ (objective-based model) เป็นรูปแบบการประเมินที่เน้นการตรวจสอบว่าผลที่เกิดจากโครงการเป็นไปตามวัตถุประสงค์ของโครงการนั้นหรือไม่ ได้แก่

รูปแบบการประเมินของไทเลอร์ (Tyler) แนวทางการประเมินของไทเลอร์มีความคิดเห็นว่าการประเมินผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักเรียนมีส่วนช่วยอย่างมากในการพัฒนาระบบการเรียนการสอน

รูปแบบการประเมินของครอนบาค (Cronbach) เป็นรูปแบบที่รวบรวมข้อมูลและการใช้สารสนเทศเพื่อการตัดสินใจเกี่ยวกับการจัดโปรแกรมการศึกษา โดยแบ่งเป็น 3 ประเภทคือ การตัดสินใจเพื่อปรับปรุงรายวิชา การตัดสินใจที่เกี่ยวข้องกับตัวนักเรียนเป็นรายบุคคล และการจัดการบริหารในโรงเรียน

2) รูปแบบการประเมินที่เน้นการตัดสินคุณค่า (Judgmental Evaluation Model) เป็นรูปแบบการประเมินที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลสารสนเทศสำหรับกำหนดและวินิจฉัยคุณค่าของโครงการนั้นๆ ได้แก่

รูปแบบการประเมินของสแตค (Stake) การประเมินรูปแบบนี้ใช้ได้ดีในการประเมินกิจกรรมและกระบวนการของโครงการต่างๆมากกว่าให้ความสำคัญเฉพาะผลลัพธ์ ลักษณะการประเมินเน้นรูปแบบไม่เป็นทางการและเน้นการสื่อสาร พูดคุยกันตามธรรมชาติมากกว่าเน้นรูปแบบที่เป็นทางการ เน้นข้อมูลเชิงพรรณนาหรือข้อมูลเชิงคุณภาพเกี่ยวกับโครงการมากกว่าข้อมูลเชิงปริมาณ

รูปแบบการประเมินของสคริฟเวน (Scriven) เป็นการประเมินที่เกี่ยวข้องกับการรวบรวมข้อมูล การตัดสินใจเลือกใช้เครื่องมือเพื่อเก็บข้อมูลและการกำหนดเกณฑ์ประกอบในการประเมิน เป้าหมายสำคัญคือการตัดสินคุณค่าให้กับกิจกรรมใดๆที่ต้องการจะประเมิน บทบาทการประเมินประกอบด้วยการประเมินระหว่างการดำเนินการ (formative evaluation) และการประเมินผลรวม (summative evaluation)

รูปแบบการประเมินของโพรวัส (Provus) เป็นการประเมินผลความแตกต่างหรือความสอดคล้องระหว่างการปฏิบัติกับมาตรฐาน ประกอบด้วยส่วนประกอบ 4 ส่วน ได้แก่ มาตรฐาน การปฏิบัติ การเปรียบเทียบการปฏิบัติจริงกับมาตรฐาน และการระบุความไม่สอดคล้องระหว่างการปฏิบัติจริงกับมาตรฐาน และมี 5 ขั้นตอน ตั้งแต่ขั้นออกแบบหลักสูตร ขั้นกำหนดปัจจัยนำเข้า ขั้นกระบวนการการใช้หลักสูตร ซึ่งจะทำให้ผู้บริหารหลักสูตรหรือโครงการตัดสินใจในแต่ละ

ขั้นตอนการประเมินว่าจะก้าวไปยังขั้นตอนต่อไปหรือปรับปรุงขั้นพื้นฐานนั้นๆก่อนหรือจะเลิกกลับไปตั้งแต่นั้น

3) รูปแบบการประเมินที่เน้นการตัดสินใจ (decision-oriented evaluation model) เป็นรูปแบบการประเมินที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลและข่าวสารต่างๆ เพื่อช่วยให้ผู้บริหารในการตัดสินใจเลือกทางเลือกต่างๆได้อย่างถูกต้อง ได้แก่

รูปแบบการประเมินของสตฟเฟิลบีม (Stufflebeam)

รูปแบบการประเมินของอัลคิน (Alkin) เป็นการประเมินเพื่อนำไปใช้ในการตัดสินใจ โดยมีนักประเมินทำหน้าที่เป็นผู้เชี่ยวชาญในการหาและเตรียมข้อมูล รวมทั้งสรุปข้อมูลและรายงานให้ผู้มีอำนาจในการตัดสินใจทราบ โดยประเมินการวางแผนโครงการ ประเมินการดำเนินโครงการ และประเมินเพื่อรับรองโครงการ แต่แนวคิดนี้ยังขาดแนวปฏิบัติที่ชัดเจน ยังไม่แพร่หลาย

2.1.5 การประเมินโดยรูปแบบจำลองชิปปี้ (CIPP Model)

แนวคิด การประเมินของสตฟเฟิลบีม (Stufflebeam's CIPP Model) ในปี ค.ศ. 1971 สตฟเฟิลบีม และคณะ ได้เขียนหนังสือทางการประเมินออกมาหนึ่งเล่ม ชื่อ "Educational evaluation and decision making" หนังสือเล่มนี้ได้เป็นที่ยอมรับกันอย่างกว้างขวาง เพราะให้แนวคิดและวิธีการทางการวัดและประเมินผลได้อย่างน่าสนใจและทันสมัยด้วย นอกจากนี้สตฟเฟิลบีมก็ได้เขียนหนังสือเกี่ยวกับการประเมินและรูปแบบของการประเมินอีกหลายเล่มอย่างต่อเนื่อง จึงกล่าวได้ว่าท่านผู้นี้เป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการพัฒนาทฤษฎีการประเมิน จนเป็นที่ยอมรับกันทั่วไปในปัจจุบันเรียกว่า CIPP Model เป็นการประเมินที่เป็นกระบวนการต่อเนื่อง มีจุดเน้นที่สำคัญคือใช้ควบคู่กับการบริหารโครงการเพื่อหาข้อมูลประกอบการตัดสินใจอย่างต่อเนื่องตลอดเวลา วัตถุประสงค์การประเมิน คือ การให้สารสนเทศเพื่อการตัดสินใจ เน้นการแบ่งแยกบทบาทของการทำงานระหว่างฝ่ายประเมินกับฝ่ายบริหารออกจากกันอย่างเด่นชัด กล่าวคือฝ่ายประเมินมีหน้าที่ระบุ จัดหาและนำเสนอสารสนเทศให้กับฝ่ายบริหาร ส่วนฝ่ายบริหารมีหน้าที่เรียกหาข้อมูลและนำผลการประเมินที่ได้ไปใช้ประกอบการตัดสินใจเพื่อดำเนินกิจกรรมใด ๆ ที่เกี่ยวข้องแล้วแต่กรณี ทั้งนี้เพื่อป้องกันการมีอคติในการประเมิน และได้แบ่งประเด็นการประเมินผล ออกเป็น 4 ประเภท คือ

1) การประเมินด้านบริบทหรือสภาวะแวดล้อม (context evaluation: C) เป็นการประเมินให้ได้ข้อมูลสำคัญเพื่อช่วยในการกำหนดวัตถุประสงค์ของโครงการ ความเป็นไปได้ของโครงการ เป็นการตรวจสอบว่าโครงการที่จะทำสนองปัญหาหรือความต้องการจำเป็นที่แท้จริงหรือไม่ วัตถุประสงค์ของ โครงการชัดเจน เหมาะสม สอดคล้องกับนโยบายขององค์กรหรือนโยบายหน่วยงานหรือไม่ เป็นโครงการที่มีความเป็นไปได้ในแง่ของโอกาสที่จะได้รับการสนับสนุนจากองค์กรต่าง ๆ หรือไม่ เป็นต้น

การประเมินสถานะแวดล้อมจะช่วยในการตัดสินใจเกี่ยวกับเรื่องโครงการควรจะทำในสภาพแวดล้อมใด ต้องการจะบรรลุเป้าหมายอะไร หรือต้องการบรรลุวัตถุประสงค์เฉพาะอะไร เป็นต้น

2) การประเมินปัจจัยเบื้องต้นหรือปัจจัยป้อน (input evaluation: I) เป็นการประเมินเพื่อพิจารณา ถึงความเป็นไปได้ของโครงการ ความเหมาะสม และความพอเพียงของทรัพยากรที่จะใช้ในการดำเนินโครงการ เช่น งบประมาณ บุคลากร วัสดุอุปกรณ์ เวลา รวมทั้งเทคโนโลยีและแผนการดำเนินงาน เป็นต้น การประเมินผลแบบนี้จะทำโดยใช้เอกสารหรืองานวิจัยที่มีผู้ทำไว้แล้ว หรือใช้วิธีการวิจัยนำร่องเชิงทดลอง (pilot experimental project) ตลอดจนอาจให้ผู้เชี่ยวชาญมาทำงานให้ อย่างไรก็ตาม การประเมินผลนี้จะต้องสำรวจสิ่งที่มีอยู่เดิมก่อนว่ามีอะไรบ้าง และตัดสินใจว่าจะใช้วิธีการใด ใช้แผนการดำเนินงานแบบไหน และต้องใช้ทรัพยากรจากภายนอกหรือไม่

3) การประเมินกระบวนการ (process evaluation: P) เป็นการประเมินระหว่าง การดำเนินงานโครงการเพื่อหาข้อบกพร่องของการดำเนินโครงการ ที่จะใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนา แก้ไข ปรับปรุงให้การดำเนินการช่วงต่อไปมีประสิทธิภาพมากขึ้นและเป็นการตรวจสอบกิจกรรม เวลา ทรัพยากรที่ใช้ในโครงการ ภาวะผู้นำ การมีส่วนร่วมของประชาชนในโครงการ โดยมีการบันทึกไว้เป็นหลักฐานทุกขั้นตอน การประเมินกระบวนการนี้ จะเป็นประโยชน์อย่างมากต่อการค้นหาจุดเด่น หรือ จุดแข็ง (strengths) และจุดด้อย (weakness) ของนโยบาย/แผนงาน/โครงการ มักจะไม่สามารถ ศึกษาได้ภายหลังจากสิ้นสุดโครงการแล้ว การประเมินกระบวนการจะมีบทบาทสำคัญในเรื่องการให้ ข้อมูลย้อนกลับเป็นระยะ ๆ เพื่อการตรวจสอบการดำเนินของโครงการโดยทั่วไป การประเมิน กระบวนการมีจุดมุ่งหมาย คือ

3.1) เพื่อการหาข้อบกพร่องของโครงการ ในระหว่างที่มีการปฏิบัติการ หรือการ ดำเนินงานตามแผนนั้น

3.2) เพื่อหาข้อมูลต่าง ๆ ที่จะนำมาใช้ในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดำเนินงาน ของโครงการ

3.3) เพื่อการเก็บข้อมูลต่าง ๆ ที่ได้จากการดำเนินงานของโครงการ

4) การประเมินผลผลิต (product evaluation: P) เป็นการประเมินเพื่อ เปรียบเทียบผลผลิตที่เกิดขึ้นกับวัตถุประสงค์ของโครงการ หรือความต้องการ/เป้าหมายที่กำหนดไว้ รวมทั้งการพิจารณาในประเด็นของการยุบ เลิก ขยาย หรือปรับเปลี่ยนโครงการและการประเมินผล เรื่องผลกระทบ (impact) และผลลัพธ์ (outcomes) ของนโยบาย / แผนงาน / โครงการ โดยอาศัย ข้อมูลจากการประเมินสถานะแวดล้อม ปัจจัยเบื้องต้นและกระบวนการร่วมด้วย จะเห็นได้ว่าการ ประเมินแบบ CIPP เป็นการประเมินที่ครอบคลุมองค์ประกอบของระบบทั้งหมด ซึ่งผู้ประเมินจะต้อง

กำหนดวัตถุประสงค์ของการประเมินที่ครอบคลุมทั้ง 4 ด้าน กำหนดประเด็นของตัวแปรหรือตัวชี้วัด กำหนดแหล่งข้อมูลผู้ให้ข้อมูล กำหนดเครื่องมือการประเมิน วิธีการที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล กำหนดแนวทางการวิเคราะห์ข้อมูลและเกณฑ์การประเมินที่ชัดเจน

จะเห็นว่าถ้าเป็นการนำรูปแบบการประเมิน CIPP มาใช้ในการประเมินเป็นระยะๆตาม มิติการประเมิน 4 ด้านนั้น เป็นการประเมินที่มุ่งพิจารณาไปข้างหน้าหรือคาดคะเนถึงสิ่งที่จะเกิดขึ้น และนำผลที่ได้ในแต่ละมิติไปใช้เพื่อการชี้แนะแนวทางการตัดสินใจสำหรับดำเนินการในแต่ละเรื่อง ทั้งนี้เพื่อก่อให้เกิดความมั่นใจได้ว่าโครงการ/แผนงานนั้นๆจะมีประสิทธิภาพคุ้มค่ากับทรัพยากรที่ต้องสูญเสียไป ตอบสนองความต้องการจำเป็นของกลุ่มเป้าหมายและสามารถแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นได้

การประเมินมิติ ด้านของรูปแบบการประเมิน CIPP มีลักษณะสำคัญแตกต่างกันออกไป ทั้งในแง่วัตถุประสงค์และวิธีการประเมิน รวมทั้งความสัมพันธ์ของการตัดสินใจในกระบวนการเปลี่ยนแปลง ซึ่งสรุปได้ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ลักษณะสำคัญของการประเมิน 4 มิติ ตามรูปแบบการประเมิน CIPP

ลักษณะสำคัญ	มิติของการประเมิน
วัตถุประสงค์	การประเมินบริบท <ul style="list-style-type: none"> ● เพื่อนิยามบริบทที่เกี่ยวข้อง ● เพื่อจำแนกประชากรเป้าหมายและประเมินความต้องการจำเป็นของประชากรดังกล่าว ● เพื่อจำแนกโอกาสสำหรับกำหนดความต้องการจำเป็น ● เพื่อวินิจฉัยปัญหาบนพื้นฐานความต้องการจำเป็น ● เพื่อตัดสินใจว่าเป้าหมายของโครงการตอบสนองความต้องการจำเป็นของกลุ่มเป้าหมายได้อย่างเพียงพอหรือไม่
	การประเมินปัจจัยนำเข้า <ul style="list-style-type: none"> ● เพื่อจำแนกและประเมินสมรรถวิสัยของระบบการทำงานหรือกิจกรรมต่างๆ ● เพื่อกำหนดกลยุทธ์ทางเลือกของโครงการ ● เพื่อกำหนดออกแบบแนวทางการนำโครงการไปใช้ ● เพื่อกำหนดแนวทางการใช้งบประมาณและตารางการปฏิบัติงาน

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ลักษณะสำคัญ	มิติของการประเมิน
	<p>การประเมินกระบวนการ</p> <ul style="list-style-type: none"> ● เพื่อค้นหาและคาดคะเนข้อจำกัดหรือข้อบกพร่องเกี่ยวกับแนวทางการดำเนินกิจกรรมหรือการนำโครงการไปใช้ ● เพื่อจัดหาสารสนเทศสำหรับการตัดสินใจเกี่ยวกับกิจกรรมหรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจากแนวทางการดำเนินงานของโครงการ <p>การประเมินผลผลิต</p> <ul style="list-style-type: none"> ● เพื่อค้นหาการบรรยายและตัดสินใจเกี่ยวกับผลลัพธ์ของโครงการโดยพิจารณาจากความสัมพันธ์กับสารสนเทศของวัตถุประสงค์ บริบท ปัจจัยนำเข้าและกระบวนการ ● ติความเกี่ยวกับคุณภาพ คุณประโยชน์ ความมีนัยสำคัญและความถูกต้องแม่นยำของโครงการ
วิธีการ	<p>การประเมินบริบท</p> <ul style="list-style-type: none"> ● การใช้วิธีการต่างๆ เช่น การวิเคราะห์ระบบ การสำรวจ การทบทวนเอกสาร การวิเคราะห์ข้อมูลทุติยภูมิ การรับฟังความคิดเห็น การสัมภาษณ์แบบทดสอบวินิจฉัยและเทคนิคเดลไฟ <p>การประเมินปัจจัยนำเข้า</p> <ul style="list-style-type: none"> ● สำรวจและวิเคราะห์การมีอยู่ของบุคคลและวัสดุอุปกรณ์ กลยุทธ์การแก้ไขปัญหาและแนวทางอื่นที่เกี่ยวข้อง ความเป็นไปได้ ต้นทุนและภาวะทางเศรษฐกิจ ● ใช้วิธีการบางอย่าง ได้แก่ การค้นหาเอกสาร ตรวจสอบเยี่ยมโครงการตัวอย่าง การโน้มน้าวทีมงานและการทดลองนำร่อง <p>การประเมินกระบวนการ</p> <ul style="list-style-type: none"> ● ควบคุมกำกับกิจกรรมต่างๆและกระตุ้นเตือนเกี่ยวกับการไม่ได้เข้าร่วมโครงการของบุคคลใดๆ บรรยายกระบวนการจริงที่เกิดขึ้น สร้างปฏิสัมพันธ์และทำการสังเกตอย่างจ่อเนื่องเกี่ยวข้องกับกิจกรรมต่างๆของทีมปฏิบัติงานในโครงการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอื่นๆ

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ลักษณะสำคัญ	มิติของการประเมิน
	<p>การประเมินผลผลิต</p> <ul style="list-style-type: none"> ● นิยามเชิงปฏิบัติการและวัดผลลัพธ์ตามเกณฑ์ รวบรวมการตัดสินใจเกี่ยวกับผลลัพธ์ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกับโครงการนั้นๆ โดยใช้การวิเคราะห์เชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ รวมทั้งเปรียบเทียบผลลัพธ์ทั้งหมดกับความต้องการจำเป็นในการได้รับการตอบสนองของกลุ่มเป้าหมาย
<p>ความสัมพันธ์กับการตัดสินใจในกระบวนการเปลี่ยนแปลง</p>	<p>การประเมินบริบท</p> <ul style="list-style-type: none"> ● สำหรับตัดสินใจกำหนดสิ่งต่างๆ ได้แก่ ความสัมพันธ์ของเป้าหมายกับความต้องการจำเป็นที่จะได้รับการบริการหรือการได้รับโอกาส ● การจัดลำดับความสำคัญเกี่ยวกับระยะเวลาการใช้งานและทรัพยากร ● ความสัมพันธ์ของวัตถุประสงค์กับการแก้ไขปัญหา ● การจัดทำแผนเปลี่ยนแปลงความต้องการจำเป็นและจัดเตรียมสารสนเทศพื้นฐานสำหรับการตัดสินใจผลลัพธ์
	<p>การประเมินปัจจัยนำเข้า</p> <ul style="list-style-type: none"> ● สำหรับเลือกแหล่งให้การสนับสนุนกลยุทธ์การแก้ปัญหาและการออกแบบแนวทางการดำเนินงานโครงการ การตัดสินใจปรับเปลี่ยนกิจกรรมงบประมาณและตารางเวลาการดำเนินกิจกรรม เป็นการจัดหาสารสนเทศเพื่อเป็นพื้นฐานการตัดสินใจนำโครงการไปใช้
	<p>การประเมินกระบวนการ</p> <ul style="list-style-type: none"> ● สำหรับการใช้และปรับการออกแบบโครงการ ควบคุมผลที่จะเกิดจากกระบวนการและจัดเตรียมคำอธิบายกระบวนการที่เกิดขึ้นจริงเพื่อใช้ตีความผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นในตอนท้าย
	<p>การประเมินผลผลิต</p> <ul style="list-style-type: none"> ● สำหรับการตัดสินใจเกี่ยวกับความต่อเนื่อง การยุติ การปรับแต่งหรือเปลี่ยนแปลงจุดเน้นของกิจกรรมและนำเสนอบันทึกรายงานที่ชัดเจนของผลที่เกิดขึ้นทั้งหมดจากกิจกรรมต่างๆ ทั้งที่ตั้งใจและไม่ตั้งใจ ทั้งเชิงบวกและเชิงลบ ● เปรียบเทียบผลการประเมินความต้องการจำเป็นที่ได้รับการตอบสนองกับวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้

นักการศึกษา นักวิชาการ และ นักวิจัย ได้กล่าวถึงรูปแบบจำลองซิปป์ (CIPP Model) ไว้หลายท่านดังนี้

จำเนียร สุขหลาย และคณะ [19] กล่าวว่า แบบจำลองซิปป์จะเป็นการประเมินในเรื่องต่าง ๆ ดังนี้ คือ

- 1) การประเมินสภาพแวดล้อม (context evaluation) ซึ่งจะช่วยในการตัดสินใจเกี่ยวกับการวางแผนในการกำหนดวัตถุประสงค์ (planning decisions)
- 2) การประเมินปัจจัยเบื้องต้น (input evaluation) เป็นการตัดสินใจเกี่ยวกับโครงการสร้างเพื่อกำหนดรูปแบบของโครงการ (structuring decisions)
- 3) การประเมินกระบวนการโครงการ (process evaluation) เป็นการตัดสินใจด้านการประยุกต์เพื่อควบคุมการดำเนินการของโครงการไปปฏิบัติ (implementing decisions)
- 4) การประเมินผลผลิต (product evaluation) จะช่วยในการตัดสินใจเพื่อตัดสินใจและดูแลความสำเร็จของโครงการหรือทบทวนโครงการ (recycling decisions)

สมคิด พรหมจ้อย [20] กล่าวว่า การประเมินโดยใช้แบบจำลองซิปป์ (CIPP Model) เป็นการประเมินที่เป็นกระบวนการต่อเนื่อง โดยมีจุดเน้นที่สำคัญ คือ ใช้ควบคู่กับการบริหารโครงการเพื่อหาข้อมูลประกอบการตัดสินใจอย่างต่อเนื่องตลอดเวลา ซึ่งแนวทางการประเมินในด้านต่าง ๆ มีรายละเอียด ดังนี้

- 1) การประเมินสภาพแวดล้อม (context evaluation) เป็นการประเมินเพื่อให้ได้ข้อมูลสำคัญเพื่อช่วยในการกำหนดวัตถุประสงค์ของโครงการความเป็นไปได้ของโครงการ
- 2) การประเมินปัจจัยเบื้องต้น (input evaluation) เป็นการประเมินเพื่อใช้ข้อมูลตัดสินใจปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับโครงการว่าเหมาะสมหรือไม่ โดยดูว่าปัจจัยที่ใช้จะมีส่วนช่วยให้บรรลุจุดมุ่งหมายของโครงการหรือไม่
- 3) การประเมินกระบวนการโครงการ (process evaluation) เป็นการประเมินระหว่างการดำเนินโครงการเพื่อหาข้อดีและข้อบกพร่องของการดำเนินงานตามขั้นตอนต่างๆ ที่กำหนดไว้และเป็นการรายงานผลการปฏิบัติการของโครงการนั้นด้วย
- 4) การประเมินผลผลิต (product evaluation) เป็นการประเมินเพื่อดูว่าผลที่เกิดขึ้นเมื่อสิ้นสุดโครงการเป็นไปตามวัตถุประสงค์หรือตามที่คาดหวังหรือไม่ โดยอาศัยข้อมูลจากรายงานผลที่ได้จากการประเมินสภาพแวดล้อมปัจจัยเบื้องต้นและกระบวนการร่วมด้วย

สมหวัง พิธิยานุวัฒน์ [18] กล่าวว่า การประเมินตามแบบจำลองซิปป์ (CIPP Model) สามารถแบ่งเป็น 4 ประเภท และเพื่อสอดคล้องกับการพัฒนาโครงการ ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ

1) การประเมินก่อนเริ่มโครงการ ซึ่งเป็นการประเมินเพื่อวางแผนโครงการ ซึ่งเป็นการกำหนดวัตถุประสงค์และวิธีการของโครงการ โดยเขียนในรูปเอกสารโครงการในแบบชิปปี้โมเดล การประเมินก่อนเริ่มโครงการ ประกอบด้วย

1.1) การประเมินสถานะแวดล้อมหรือการประเมินบริบท อันเป็นการประเมินความต้องการจำเป็นเพื่อกำหนดโครงการ การประเมินบริบทเป็นการประเมินสภาพเศรษฐกิจ สังคม การเมือง ตลอดจนปัญหา อุปสรรคต่าง ๆ อันนำไปสู่ทิศทางและวัตถุประสงค์ของโครงการ

1.2) การประเมินปัจจัยหรือทรัพยากร เป็นการตรวจสอบความพร้อมด้านทรัพยากร ทั้งด้านปริมาณและคุณภาพ ตลอดจนระบบบริหารจัดการ เพื่อวิเคราะห์และกำหนดทางเลือกที่เหมาะสมที่สุดที่จะทำให้บรรลุวัตถุประสงค์ที่กำหนด อีกทั้งมีความเป็นไปได้ทางด้านทรัพยากร

2) การประเมินขณะดำเนินโครงการซึ่งเป็นแบบชิปปี้โมเดล คือการประเมินกระบวนการ การประเมินกระบวนการเป็นการประเมินการดำเนินงานเมื่อนำโครงการที่วางไว้ไปสู่ปฏิบัติ ทั้งนี้เพื่อศึกษาจุดแข็งและจุดอ่อนตลอดจนปัญหาและอุปสรรคของการดำเนินโครงการ อะไรเป็นมูลเหตุที่ทำให้สามารถหรือไม่สามารถดำเนินโครงการได้อย่างทันท่วงที การประเมินในขั้นนี้จึงมีบทบาทสำคัญต่อความสำเร็จของการดำเนินโครงการ (formative evaluation) ด้วยการจัดระบบการกำกับงาน (monitoring system) เพื่อติดตามความก้าวหน้าและเร่งรัดการดำเนินโครงการให้บรรลุวัตถุประสงค์ภายในทรัพยากรและเวลาที่กำหนด

3) การประเมินหลังสิ้นสุดโครงการ เป็นการประเมินผลผลิตโครงการ เป็นการประเมินที่มุ่งตอบคำถามว่าโครงการประสบความสำเร็จตามแผนที่วางไว้หรือไม่ ผลผลิตของโครงการเป็นไปตามวัตถุประสงค์หรือไม่ ผลการดำเนินงานโครงการคุ้มค่าเพียงใด การประเมินหลังสิ้นสุดโครงการแบ่งเป็น 2 ขั้นตอน คือ ประเมินทันทีสิ้นสุดโครงการ ซึ่งเป็นผลลัพธ์และการประเมินผลกระทบของโครงการทั้งในทางบวกและทางลบ ซึ่งนิยมทำการประเมินด้วยเทคนิคการติดตามผล ผลการประเมินหลังสิ้นสุดโครงการจะให้สารสนเทศเพื่อตัดสินใจเกี่ยวกับอนาคตของโครงการว่าควรจะดำเนินการต่อไปอย่างไร ควรจะมีการปรับขยายแล้วดำเนินการต่อไปอีกระยะหนึ่งหรือควรจะสิ้นสุดโครงการไปตามเวลาที่กำหนดไว้

ข้อมูลเกี่ยวกับประเด็นการประเมินแบบ CIPP Model ทั้ง 4 ประการ และประเภทของการตัดสินใจดังกล่าวข้างต้น พอจะสรุปความสัมพันธ์ระหว่างประเภทของการประเมินกับการตัดสินใจ ซึ่ง Stufflebeam ได้เสนอแนวคิดในการสร้างแบบแผนการประเมินผลซึ่งสอดคล้องกับ CIPP Model อาจนำไปประยุกต์ใช้กับการประเมินผลในรูปแบบอื่น ๆ ได้ แบบแผนการประเมินผลมีดังนี้

1) การบรรยายจุดมุ่งหมาย และการกำหนดนโยบายในการปฏิบัติงาน ซึ่งประกอบด้วยขอบเขตความรับผิดชอบว่ามีขอบเขตระดับท้องถิ่น ระดับจังหวัด หรือระดับประเทศ

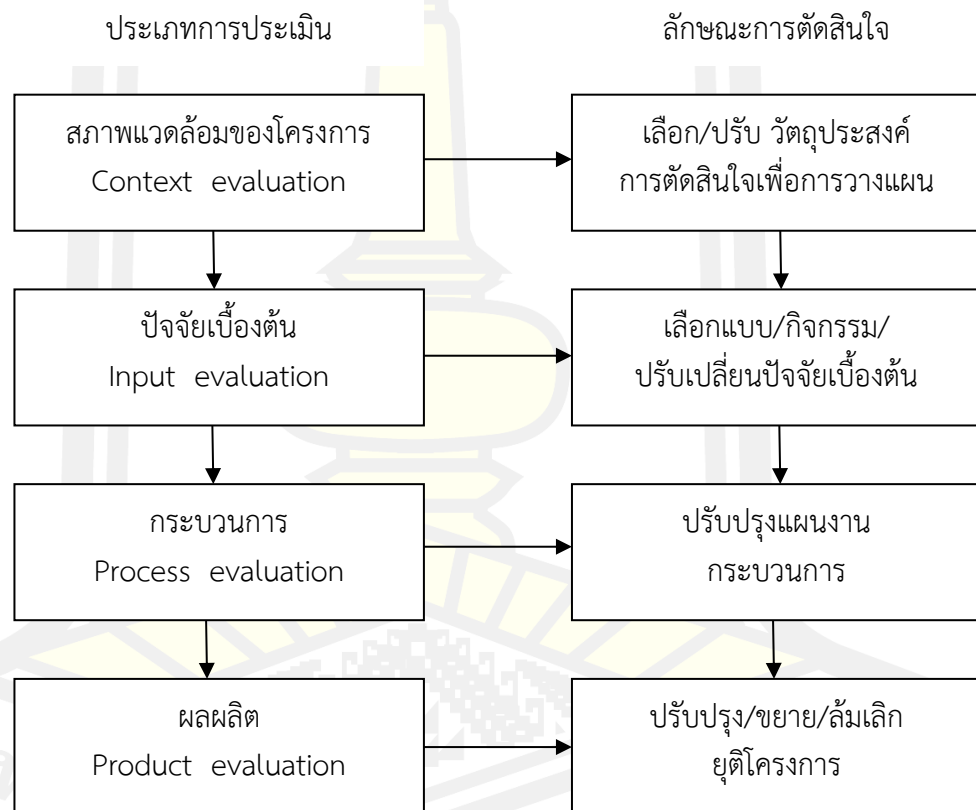
เวลาและแนวทางเลือกตัวแปรในการวัดและมาตรฐานที่ใช้ในการตัดสินใจ และนโยบายในการปฏิบัติงานของผู้ประเมินผล

2) การเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแหล่งข้อมูลที่จะเก็บรวบรวมข้อมูล วิธีการเครื่องมือ วิธีการสุ่มกลุ่มเป้าหมาย สภาพการณ์ในการเก็บข้อมูล

3) การวิเคราะห์ข้อมูล

4) การรายงานผลหรือสรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูล

5) การบริหารการประเมินผล เพื่อเตรียมแผนการดำเนินงานทั้งหมด ซึ่งประกอบด้วยขั้นตอน คือกำหนดโครงสร้าง กำหนดบุคลากรและทรัพยากร กำหนดวิธีการปฏิบัติ ประเมินผล ประสิทธิภาพของเครื่องมือ กำหนดวิธีการที่จะพัฒนาแบบแผนการประเมิน และการจัดทำงบประมาณที่ใช้ในการดำเนินการประเมินผลตลอดโครงการ ดังภาพประกอบที่ 1



ภาพประกอบที่ 2 รูปแบบการประเมินผลโครงการตาม CIPP Model

เกณฑ์และตัวชี้วัดความสำเร็จ

การประเมินผลโครงการนั้นต้องมีเกณฑ์และตัวชี้วัด (Indicator) ระดับความสำเร็จของโครงการให้ทราบ โดยทั่วไปแล้วเกณฑ์ที่ใช้ในการประเมินผลโครงการตามวาระฯ จันทรศร และไฟโรจน์ ภัทรนรากุล [21] มีดังนี้

- 1) เกณฑ์ประสิทธิภาพ (efficiency) มีตัวชี้วัด เช่น สัดส่วนของผลผลิตต่อค่าใช้จ่าย ผลผลิตต่อหน่วยเวลา ผลผลิตต่อกำลังคน ระยะเวลาในการให้บริการต่อผู้บริการ
- 2) เกณฑ์ประสิทธิผล (effectiveness) มีตัวชี้วัด เช่น ระดับการบรรลุเป้าหมาย ระดับการบรรลุตามเกณฑ์มาตรฐาน ระดับการมีส่วนร่วม ระดับความเสี่ยงของโครงการ
- 3) เกณฑ์ความพอเพียง (adequacy) ตัวชี้วัด เช่น ระดับความพอเพียงของทรัพยากร การขาดแคลนปัจจัยการผลิตและปัจจัยอื่น เป็นต้น
- 4) เกณฑ์ความพึงพอใจ (satisfaction) ตัวชี้วัด เช่น ระดับความพึงพอใจของโครงการ และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียของโครงการ เป็นต้น
- 5) เกณฑ์ความเป็นธรรม (equity) ตัวชี้วัด คือ การให้โอกาสกับผู้ด้อยโอกาส ความเป็นธรรมระหว่างเพศ ระหว่างกลุ่มอาชีพ ฯลฯ
- 6) เกณฑ์ความก้าวหน้า (progress) ตัวชี้วัด เช่น ผลผลิตเปรียบเทียบกับเป้าหมายรวม กิจกรรมที่ทำแล้วเสร็จ ทรัพยากรและเวลาที่ใช้ไปมีความเหมาะสมเพียงใด เป็นต้น
- 7) เกณฑ์ความยั่งยืน (sustainability) ตัวชี้วัด เช่น ความอยู่รอดของโครงการ ด้านเศรษฐกิจสมรรถนะด้านสถาบัน ความเป็นไปได้ในด้านการขยายผลของโครงการ
- 8) เกณฑ์ความเสียหายของโครงการ (externalities) ตัวชี้วัด เช่น ผลกระทบด้านสิ่งแวดล้อม ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ ผลกระทบด้านสังคมและวัฒนธรรม เป็นต้น

สำหรับตัวชี้วัด (indicators) ความสำเร็จของโครงการนั้น หมายถึง ตัวชี้วัดที่แสดงหรือระบุประเด็นที่ต้องการจะวัดหรือประเมินหรือตัวแปรทางเศรษฐกิจและสังคมที่ต้องทำการศึกษา โดยจะมีการระบุลักษณะที่ค่อนข้างเป็นรูปธรรม ทั้งส่วนที่มีลักษณะเชิงปริมาณและลักษณะเชิงคุณภาพ

หลักการสร้างตัวชี้วัดที่ดี

การสร้างตัวชี้วัดที่ดีจำเป็นจะต้องมีหลักการที่ใช้เป็นเป้าหมายในการดำเนินการ
ดังนี้

- 1) เลือกใช้/สร้างตัวชี้วัดที่เป็นตัวแทนที่สำคัญเท่านั้น
- 2) คำอธิบาย หรือการกำหนดตัวชี้วัดควรเป็นวลีที่มีความชัดเจน
- 3) ตัวชี้วัดอาจจะกำหนดได้ทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพก็ได้
- 4) ควรนำจุดประสงค์ของโครงการ หรือประเด็นการประเมินมากำหนด

ตัวชี้วัด

5) การเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับตัวชี้วัดควรรวบรวมข้อมูลทั้งจากแหล่งปฐมภูมิและทุติยภูมิ

การจำแนกประเภทของตัวชี้วัด

ตัวอย่าง การจำแนกประเภทของตัวชี้วัดตามลักษณะของสิ่งที่ได้รับการประเมินตามแบบจำลองการประเมินผลตาม CIPP Model คือ

ตัวชี้วัดด้านบริบท (context) ตัวชี้วัดสามารถพิจารณาได้จากสิ่งต่าง ๆ ดังนี้

- 1) สภาพแวดล้อมของก่อนมีโครงการ (ปัญหาวิกฤต)
- 2) ความจำเป็น หรือความต้องการขณะนั้นและอนาคต
- 3) ความเข้าใจร่วมกันของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องกับโครงการ

ตัวชี้วัดด้านปัจจัยนำเข้า (input) ตัวชี้วัดสามารถพิจารณาได้จากสิ่งต่าง ๆ

ดังนี้

- 1) ความชัดเจนของวัตถุประสงค์ของโครงการ
- 2) ความพร้อมของทรัพยากร เช่น งบประมาณคน วัสดุอุปกรณ์ เวลา และ ภาวะเปรียบเทียบ
- 3) ความเหมาะสมของขั้นตอนระหว่างปัญหา สาเหตุของปัญหา และกิจกรรม

กิจกรรม

ตัวชี้วัดด้านกระบวนการ (process) ตัวชี้วัดสามารถพิจารณาได้จากสิ่งต่าง ๆ

ดังนี้

- 1) การตรวจสอบกิจกรรม เวลา และทรัพยากรของโครงการ
- 2) ความยอมรับของประชาชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับโครงการในพื้นที่
- 3) การมีส่วนร่วมของประชาชน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับโครงการ
- 4) ภาวะผู้นำในโครงการ

ตัวชี้วัดด้านผลผลิต (product) ตัวชี้วัดสามารถพิจารณาได้จากสิ่งต่าง ๆ ดังนี้

- 1) อัตราการมีงานทำของประชาชนที่ยากจน
- 2) รายได้ของประชาชนที่เข้าร่วมโครงการ
- 3) ความพึงพอใจของประชาชนที่เข้าร่วมโครงการ

ตัวชี้วัดด้านผลลัพธ์ (outcomes) ตัวชี้วัดสามารถพิจารณาได้จากสิ่งต่าง ๆ

ดังนี้

- 1) คุณภาพชีวิตของตนเองและครอบครัวตามเกณฑ์มาตรฐาน
- 2) การไม่อพยพย้ายถิ่น

3) การมีส่วนร่วมในการพัฒนาชุมชน

ตัวชี้วัดด้านผลกระทบ (impact) ตัวชี้วัดสามารถพิจารณาได้จากสิ่งต่าง ๆ

ดังนี้

1) ผลกระทบทางบวก/เป็นผลที่คาดหวังจากการมีโครงการ

2) ผลกระทบทางลบ/เป็นผลที่ไม่คาดหวังจากโครงการ

เกณฑ์ และตัวชี้วัดดังกล่าวนี้สามารถใช้เป็นเครื่องมือในการประเมินผลโครงการได้ดี ซึ่งจะครอบคลุมมิติด้านเศรษฐกิจ สังคม ด้านบริหารจัดการ ด้านทรัพยากร และด้านสิ่งแวดล้อม เป็นต้น นอกจากนี้ยังสามารถวัดถึงความสำเร็จและความล้มเหลวของโครงการพัฒนาต่างๆ ของรัฐได้ ซึ่งในทางปฏิบัตินักประเมินผลจะต้องนำเกณฑ์และตัวชี้วัดดังกล่าวมาปรับใช้ให้เหมาะสมกับลักษณะและบริบทของโครงการด้วย ดังนั้นการประเมินทั้งระบบแบบ CIPP เป็นการประเมินที่ครอบคลุมองค์ประกอบทั้งหมด ซึ่งผู้ประเมินจะต้องกำหนดวัตถุประสงค์ของการประเมินที่ครอบคลุมทั้ง 4 ด้าน กำหนดประเด็นของตัวแปรหรือตัวชี้วัด กำหนดแหล่งข้อมูลผู้ให้ข้อมูล กำหนดเครื่องมือการประเมิน วิธีการที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล กำหนดแนวทางการวิเคราะห์ข้อมูลและเกณฑ์การประเมินที่ชัดเจน โดยข้อมูลที่ได้รับจากการประเมินนอกจากจะทำให้ทราบคุณค่าของโครงการแล้ว ยังช่วยให้สามารถค้นหาข้อบกพร่องที่เกิดขึ้นกับโครงการ รวมถึงนำไปใช้ในการปรับปรุงและพัฒนาโครงการให้สามารถดำเนินไปตามแผนที่วางไว้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

2.2 หลักการและแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับโครงการร้านยาชุมชนอบอุ่น [22]

2.2.1 นโยบายโครงการร้านยาชุมชนอบอุ่น

จากนโยบายรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเรื่องการลดความแออัด ลดระยะเวลาการรอคอย รับยาของผู้ป่วยที่โรงพยาบาลโดยให้มารับยาที่ร้านยาแผนปัจจุบันประเภท 1 คณะกรรมการหลักประกัน สุขภาพแห่งชาติมีมติเห็นชอบโครงการดังกล่าว ตามข้อเสนอดำเนินงานเพื่อรองรับนโยบายของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข (ประชุมครั้งที่ 9/2562 วันที่ 2 ก.ย. 2562) และกระทรวงสาธารณสุขได้แจ้งนโยบายดังกล่าวให้หน่วยงานทุกแห่งรับทราบและให้การสนับสนุนการดำเนินการเพื่อขับเคลื่อนนโยบาย (สธ.0207.05/ว598 วันที่ 18 ก.ย. 2562) ทั้งนี้กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สภาเภสัชกรรม และ สมาคมเภสัชกรรมชุมชน (ประเทศไทย) จึงได้เริ่มดำเนินโครงการลดความแออัด ของหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยร้านยาแผนปัจจุบันประเภท 1 ตามนโยบายรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข

วัตถุประสงค์

1) เพื่อลดความแออัดของหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามนโยบาย รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขโดยขยายบริการด้านเภสัชกรรมมาร้านยาแผนปัจจุบัน

2) อำนวยความสะดวกให้แก่ประชาชนผู้มีสิทธิในการรับยาที่ร้านยาใกล้บ้าน โดยผู้มีสิทธิได้รับความปลอดภัยในการใช้ยาและการดูแลอย่างต่อเนื่อง

3) เพิ่มการเข้าถึงยาจำเป็นของผู้ป่วยอย่างปลอดภัย และมีประสิทธิภาพ

คุณสมบัติของร้านยาแผนปัจจุบันที่จะเข้าร่วมโครงการ

1) เป็นร้านยาแผนปัจจุบัน (ข.ย.1) ที่มีคุณสมบัติครบถ้วนตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การกำหนดเกี่ยวกับสถานที่ อุปกรณ์ และวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชน ในสถานที่ขายยาแผนปัจจุบัน ตามกฎหมายว่าด้วยยา พ.ศ. 2557

2) มีคุณสมบัติครบถ้วนตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง เกณฑ์การตรวจ ประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2561

เงื่อนไขการเข้าร่วมเป็นหน่วยบริการร่วมให้บริการด้านเภสัชกรรม

1) ร้านยาแผนปัจจุบัน (ข.ย.1) เปิดให้บริการอย่างน้อย 8 ชั่วโมงต่อวันและมีเภสัชกรปฏิบัติงาน ตลอดเวลาที่เปิดบริการ

2) จัดบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ร่วมกับหน่วยบริการ

3) มีเภสัชกรผู้ให้บริการซึ่งมีความพร้อมและสมัครใจเข้าร่วมเป็นหน่วยบริการร่วมให้บริการและ ให้บริการส่งมอบยาตามมาตรฐานวิชาชีพเภสัชกรรมตามใบสั่งแพทย์

4) อื่น ๆ ตามที่ หน่วยบริการกำหนด โดยให้คำนึงถึงศักยภาพและความพร้อมในการจัดบริการ

แนวทางการบริหารจัดการระบบ

1) หน่วยบริการและร้านยาลงทะเบียนเข้าร่วมโครงการลดความแออัดฯ ตามระบบเครือข่ายหน่วย บริการ โดยมีหน่วยบริการที่รักษาเป็นแม่ข่าย และมีร้านยาเป็นเครือข่าย

2) รูปแบบการบริหารจัดการเครือข่ายระหว่างหน่วยบริการและร้านยา กำหนดเป็น 3 รูปแบบ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 รูปแบบการบริหารจัดการเครือข่ายระหว่างหน่วยบริการและร้านยา

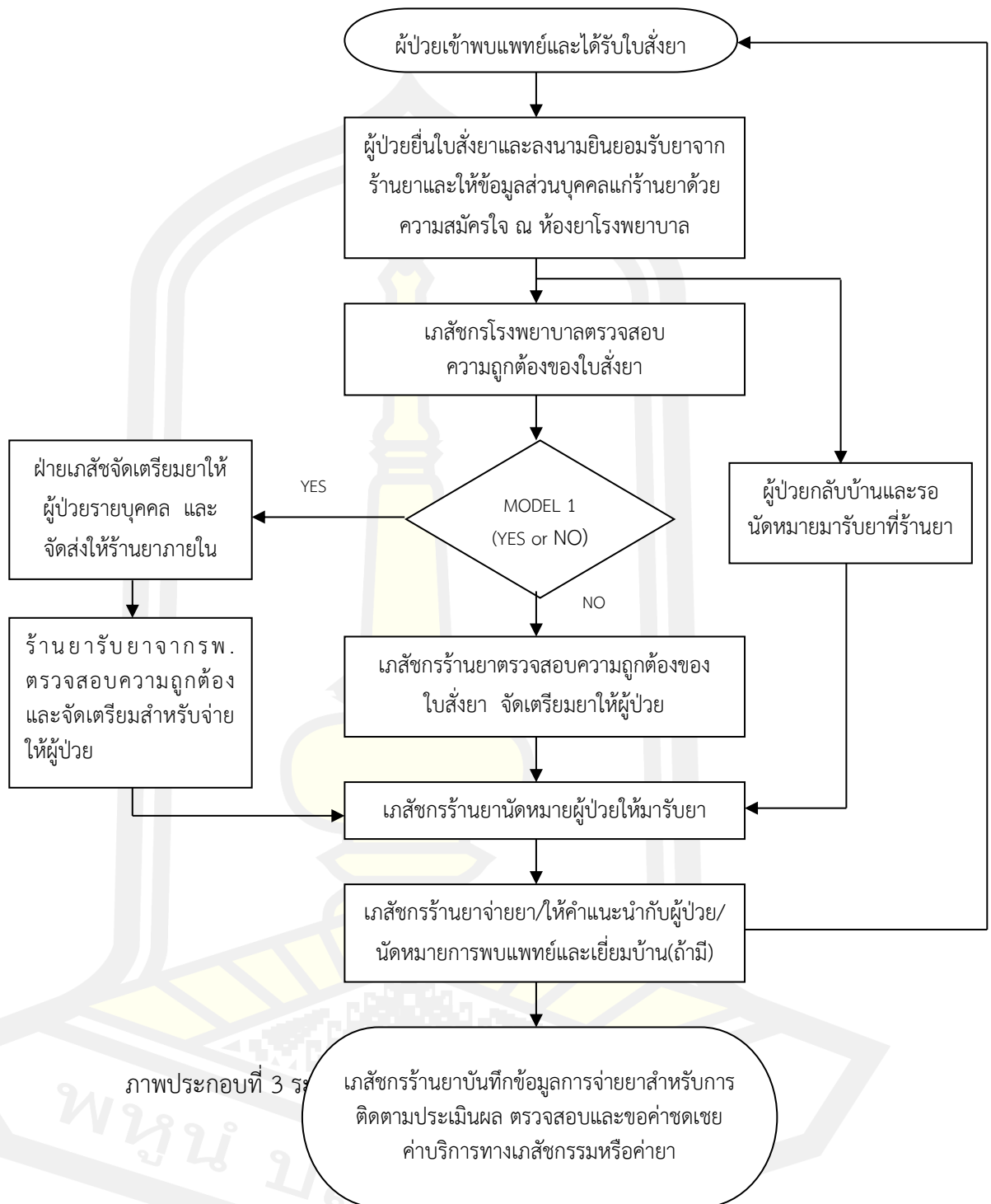
ลำดับ	กระบวนการ	รูปแบบที่ 1 รพ.จัดยารายบุคคล ส่งให้ร้านยา	รูปแบบที่ 2 รพ.จัดสำรองยาไว้ที่ ร้านยา	รูปแบบที่ 3 ร้านยาดำเนินการ จัดการด้านยาเอง
1.	การคัดเลือกและจัดซื้อ จัดหายาสําหรับ ให้บริการแก่ผู้ป่วย	หน่วยบริการ	หน่วยบริการ	ร้านยา
2.	การสำรองยาสำหรับ ผู้ป่วย (sub stock)	หน่วยบริการ	ร้านยา	ร้านยา
3.	การจัดเตรียมยาให้แก่ ผู้ป่วยรายบุคคล	หน่วยบริการ	ร้านยา	ร้านยา
4.	การจ่ายยาให้แก่ผู้ป่วย	ร้านยา	ร้านยา	ร้านยา

หน่วยบริการและร้านยา สามารถทำความเข้าใจเลือกระบบบริการรูปแบบใดก็ได้ โดยในหนึ่งเครือข่ายหน่วยบริการสามารถเลือกรูปแบบใดรูปแบบหนึ่งเท่านั้น ทั้งนี้ โรงพยาบาลสามารถเปลี่ยนแปลงรูปแบบได้ในปีงบประมาณถัดไป

เกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยในการมารับยาที่ร้านยา

- 1) ผู้ป่วยสมัครใจเข้าร่วมโครงการและมีความสะดวกในการมารับบริการที่ร้านยา ใกล้บ้านและใกล้ที่ทำงาน
- 2) ผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหอบหืด โรคจิตเวช หรือโรคเรื้อรัง ที่ไม่มีความซับซ้อนในการดูแล
- 3) เริ่มดำเนินการตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2562 เป็นต้นไป

พูน ปรุ ทิโต ชีเว



ภาพประกอบที่ 3

กิจกรรมให้บริการของร้านยาแผนปัจจุบันประเภท 1

รูปแบบที่ 1 ห้องยาโรงพยาบาลจัดยาให้แก่ผู้ป่วยแต่ละราย แบ่งขั้นตอนการทำงาน
แบ่งเป็น 4 ขั้นตอน ได้แก่

- 1) ขั้นตอนการรับใบสั่งยาและการรับยาจากโรงพยาบาล
 - 1.1) จัดระบบรับใบสั่งยาและรับยา รวมทั้งข้อมูลสุขภาพของผู้ป่วยแต่ละราย
 - 1.2) สอบทานข้อมูลยาให้ตรงกับใบสั่งยา และสอดคล้องกับข้อมูลโรคและอาการของผู้ป่วยที่ได้รับจาก โรงพยาบาล
 - 1.3) ดูแลและจัดเก็บยาเพื่อรอการจ่าย ณ วันนัดผู้ป่วย
- 2) ขั้นตอนผู้ป่วยมารับยาและบริการ ณ ร้านยา
 - 2.1) ยืนยันตัวตนผู้ป่วย
 - 2.2) ตรวจสอบ/ติดตามผลการตรวจร่างกายด้วยตนเองตามโรคและอาการของผู้ป่วย เช่น ค่าความดันโลหิต ฯลฯ
 - 2.3) ติดตามการใช้ยาของผู้ป่วยในรอบเดือนที่ผ่านมาในกรณีเป็นผู้ป่วยที่เคยรับยาจากร้านยาแล้ว
 - 2.4) ตรวจสอบความเหมาะสมของรายการยาก่อนจ่ายยา กรณีพบปัญหารายการยา ให้ปรึกษาเภสัชกรโรงพยาบาลเพื่อประสานกับแพทย์ผู้สั่งยา
 - 2.5) ส่งมอบยาให้แก่ผู้ป่วยพร้อมคำแนะนำการใช้ยา / ให้การปรึกษาด้านยาและสุขภาพ
 - 2.6) ออกใบนัดรับยา ณ ร้านยา ครั้งต่อไป หรือ แจ้งให้พบแพทย์ ณ โรงพยาบาล
 - 2.7) บันทึกการจ่ายยาในประวัติผู้ป่วย
- 3) ขั้นตอนการติดตามดูแลการใช้ยาของผู้ป่วย
 - 3.1) ตรวจสอบการใช้ยาของผู้ป่วยและข้อมูลสุขภาพที่ผ่านมา
 - 3.2) ประเมินปัญหาที่เกิดจากการใช้ยา (ถ้ามี)
 - 3.3) หาแนวทางการแก้ปัญหา พร้อมให้คำปรึกษาแนะนำ และวางแผนการติดตามเป็นระยะ ๆ เพื่อแก้ปัญหาที่อาจจะเกิดต่อเนื่องและป้องกันอาการไม่พึงประสงค์ที่อาจจะเกิดขึ้น และ/หรือ ส่งต่อผู้ป่วยกลับให้แพทย์ในกรณีที่เป็น
- 4) ขั้นตอนการเบิกจ่ายค่าตอบแทน
 - 4.1) จัดทำรายงานการให้บริการการจ่ายยาแก่ผู้ป่วยเพื่อประกอบการเบิกจ่ายค่าตอบแทนการจัดบริการ ด้านยา

4.2) จัดส่งข้อมูลการให้บริการพร้อมดำเนินการเบิกค่าตอบแทนการให้บริการ จากสปสช.

รูปแบบที่ 2 ร้านยาเป็นคลังย่าย่อยของโรงพยาบาล และทำหน้าที่จัดยาให้แก่ผู้ป่วย แต่ละรายตามใบสั่งยา แบ่งขั้นตอนการทำงานเป็น 4 ขั้นตอน ได้แก่

- 1) ขั้นตอนการบริหารจัดการคลังยาของร้านยา
 - 1.1) ร้านยาจัดทำระบบข้อมูลรายการยาที่ต้องมีไว้เพื่อการจ่ายยาให้แก่ผู้ป่วย
 - 1.2) ร้านยาจัดระบบบริหารคลังย่าย่อยที่แยกจากคลังยาปกติของร้านยา ซึ่งประกอบด้วย
 - 1.2.1) การกำหนดรายการยาที่ต้องมีไว้ในร้านยาและรอบระยะเวลาในการตั้งเบิก
 - 1.2.2) การคำนวณความต้องการจำนวนยาในแต่ละรอบการดำเนินการให้เพียงพอเพื่อไม่ให้เกิดการขาดครว
 - 1.2.3) การตั้งเบิกยาจากโรงพยาบาล
 - 1.2.4) การขนส่งยาจากโรงพยาบาลมายังร้านยา
 - 1.2.5) การตรวจสอบและรับยาเข้าคลัง
 - 1.2.6) การเบิกจ่ายและตัดสินค้าคงคลัง (stock)
 - 1.2.7) การตรวจสอบเวชภัณฑ์คงคลัง
 - 1.3) ร้านยาจัดให้มีวัสดุ/อุปกรณ์เพื่อการจัดและบรรจุยาให้แก่ผู้ป่วย
 - 1.4) ร้านยาจัดเตรียมฉลากยา ฉลากสำหรับคำแนะนำเพิ่มเติม และ/หรือเอกสารกำกับยา
 - 1.5) ร้านยาจัดทำระบบรายงานการรับ-จ่ายยาแต่ละรายการ
 - 2) ขั้นตอนการจัดยาตามใบสั่งแพทย์
 - 2.1) ใบสั่งยา / e-prescription ที่ถูกส่งมาให้ร้านยาก่อนเวลานัดที่ผู้ป่วยมารับยาที่ร้านยา
 - 2.1.1) ตรวจสอบ ชื่อ-นามสกุล พร้อมเลขบัตรประจำตัวประชาชน
 - 2.1.2) ตรวจสอบสิทธิผู้ป่วย
 - 2.1.3) ตรวจสอบความเหมาะสมของรายการยา
 - 2.1.4) จัดยาตามใบสั่งยา เตรียมฉลากและคำแนะนำ

3) ขั้นตอนการรับยาและบริการของผู้ป่วย ณ ร้านยา

3.1) กรณีผู้ป่วยมารับบริการพร้อมใบสั่งยา ขั้นตอนที่ 2 การจัดยาตามใบสั่งแพทย์ และขั้นตอนที่ 3 การรับยาและบริการจะดำเนินการพร้อมกัน

4) ขั้นตอนการติดตามดูแลการใช้ยาของผู้ป่วย

5) ขั้นตอนการเบิกจ่ายค่าตอบแทน

รูปแบบที่ 3 ร้านยาทำหน้าที่จัดซื้อยา และจัดยาให้แก่ผู้ป่วยแต่ละรายตามใบสั่งยา แบ่งขั้นตอนการทำงานเป็น 4 ขั้นตอน ได้แก่

1) ขั้นตอนการจัดซื้อยาและบริหารเวชภัณฑ์คงคลังให้เพียงพอ

1.1) กำหนดรายการยาที่ต้องจัดซื้อให้สอดคล้องกับรายการยาของ

โรงพยาบาล

1.2) จัดทำระบบข้อมูลสำหรับรายการยา

1.3) คำนวณความต้องการของยาแต่ละรายการ

1.4) จัดซื้อยาตามความต้องการ

1.5) บริหารจัดการเวชภัณฑ์คงคลังให้มีปริมาณเพียงพอต่อการใช้

1.6) ร้านยาจัดให้มีวัสดุ/อุปกรณ์เพื่อการจัดและบรรจุยาให้แก่ผู้ป่วย

1.7) ร้านยาจัดเตรียมฉลากยา ฉลากสำหรับคำแนะนำเพิ่มเติมและ/หรือ

เอกสารกำกับยา

2) ขั้นตอนการจัดยาตามใบสั่งแพทย์

3) ขั้นตอนการรับยาและบริการของผู้ป่วย ณ ร้านยา

4) ขั้นตอนการติดตามดูแลการใช้ยาของผู้ป่วย

5) ขั้นตอนการเบิกจ่ายค่ายาและค่าตอบแทน

5.1) จัดทำรายงานการให้บริการแก่ผู้ป่วยเพื่อประกอบการเบิกจ่ายค่าตอบแทนการจัดบริการด้านยา

5.2) คำนวณค่าใช้จ่ายในหมวดรายการเวชภัณฑ์ยาที่จัดจ่ายให้แก่ผู้ป่วย เพื่อส่งเบิกจากโรงพยาบาล

5.3) คำนวณค่าตอบแทนในการจ่ายและส่งเบิก สปสช. ดังเกณฑ์ในตารางที่

ตารางที่ 3 อัตราจ่ายค่าบริการ

รายการ	อัตราชุดเซย(บาท)	หมายเหตุ
ค่าจัดบริการด้านยาและ เวชภัณฑ์สำหรับร้านยา	70 บาทต่อใบสั่งยา	สปสช.จ่ายค่าจัดบริการด้านยา และเวชภัณฑ์สำหรับร้านยา ให้แก่ร้านยา
ค่าจัดบริการด้านยาและ เวชภัณฑ์ของหน่วยบริการ	33,000 บาทต่อร้านยา 1 แห่ง ต่อปี	สปสช.จ่ายค่าจัดบริการด้านยา และเวชภัณฑ์ของหน่วยบริการ ร่วมกับร้านยาให้แก่หน่วย บริการ

หมายเหตุ : กรณีรูปแบบที่ 3 หน่วยบริการจะต้องจ่ายค่ายาให้ร้านยาตามระบบและอัตราที่ตกลง
ร่วมกัน

2.2.2 การดำเนินการร้านยาชุมชนอบอุ่น จังหวัดร้อยเอ็ด

คณะกรรมการดำเนินงาน

- | | | |
|---------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------|
| 1) นายประวุฒิ ละครราช | เภสัชกรเชี่ยวชาญรอง นพ.สสจ.ร้อยเอ็ด | ประธานกรรมการ |
| 2) นายธนากร จิรชวลา | นายแพทย์เชี่ยวชาญ รอง ผอ.รพ.ร้อยเอ็ด | รองประธานฯ |
| 3) นางปรีญา เรืองวัฒน์โชติ | เภสัชกรชำนาญการพิเศษ รพ.ร้อยเอ็ด | กรรมการ |
| 4) นางกรองแก้ว อึ้งสำราญ | เภสัชกรชำนาญการพิเศษ รพ.ร้อยเอ็ด | กรรมการ |
| 5) น.ส. นันทนิจ มีสวัสดิ์ | เภสัชกรชำนาญการ รพ.ร้อยเอ็ด | กรรมการ |
| 6) นางวิมลวรรณ วุฒิจำนง | เภสัชกร | หจก.ห้างขายยาวิระเภสัช กรรมการ |
| 7) นางทาริกา จิรสวรรณกุล | เภสัชกร | ร้านเภสัชกรทาริกา กรรมการ |
| 8) นางจตุพร มีชำนาญ | เภสัชกร | ร้านยาเภสัชกร กรรมการ |
| 9) นางสุภลักษณ์ วัฒนจิรานนท์ | เภสัชกร | หจก.บ้านหมอยาเภสัช กรรมการ |
| 10) น.ส.เมษยา ตปนียากร | เภสัชกร | ร้านห้องยาเภสัชกร กรรมการ |
| 11) น.ส.สุทธิพรรณ ศิริไพบูรณ์ | เภสัชกร | ร้านยูมี แคร่ กรรมการ |
| 12) น.ส.ภัทรวรินทร์ ชามะรัตน์ | เภสัชกร | ร้านคลังยาดีเภสัช กรรมการ |
| 13) น.ส.ภัทราภรณ์ ประจันพล | เภสัชกร | ร้านสบายดีเภสัช กรรมการ |
| 14) น.ส.ณัฐมนพรรณ สุขินศักดิ์ | เภสัชกร | ร้านยาจริงใจ กรรมการ |
| 15) นายมานิตย์ ทวีหันท์ | เภสัชกรชำนาญการพิเศษ สสจ.ร้อยเอ็ด | กรรมการและเลขฯ |
| 16) นายธีรวิฑูมิ มีชำนาญ | เภสัชกรชำนาญการ สสจ.ร้อยเอ็ด | กรรมการและผู้ช่วยเลขฯ |
| 17) น.ส.ระพีตราภรณ์ พิพัฒน์มงคล | เภสัชกรปฏิบัติการ สสจ.ร้อยเอ็ด | กรรมการและผู้ช่วยเลขฯ |

โดยคณะกรรมการมีหน้าที่

- 1) กำหนดแนวทางการดำเนินงาน เพื่อให้โครงการฯบรรลุตามวัตถุประสงค์
- 2) ประสานการทำงานและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างโรงพยาบาลแม่ข่ายกับหน่วยบริการ
- 3) ติดตาม ประเมิน สรุปและรายงานผลการดำเนินงานของโครงการฯแก่ผู้บังคับบัญชา

บริบท

ตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดนโยบายบริหารจัดการลดความแออัดของโรงพยาบาล โดยมุ่งเน้นลดความแออัดจากการรอคอยรับยาในโรงพยาบาล ผู้ป่วยสามารถเลือกรับยาที่ร้านขายยาแผนปัจจุบัน (ขย.1) ใกล้บ้านได้ ภายใต้ระบบบริการที่ได้รับการสนับสนุนโดยสำนักหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) จังหวัดร้อยเอ็ดมีระบบบริการรับยาร้านยาที่ได้รับการพัฒนาและกำกับติดตามการให้บริการโดยมีโรงพยาบาลนำร่อง 1 โรงพยาบาล คือ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ซึ่งโรงพยาบาลร้อยเอ็ดได้มีการดำเนินโครงการ โดยใช้ model 1 หน่วยบริการจัดยารายบุคคลส่งให้ร้านยา โรงพยาบาลร้อยเอ็ดดำเนินการเป็นผู้จัดซื้อ ตรวจสอบ เบิกจ่าย และจัดยาสำหรับผู้ป่วยรายบุคคล และส่งมอบไปที่ร้านยาในเครือข่ายของโรงพยาบาลเพื่อจ่ายให้กับผู้ป่วย ผู้ป่วยของโรงพยาบาลร้อยเอ็ดสามารถรับยาตามใบสั่งแพทย์ได้ที่ร้านยาใกล้บ้าน เพื่อวัตถุประสงค์ ในการลดแออัด ลดรอคอย อำนวยความสะดวกให้แก่ประชาชน

การดำเนินการเริ่มตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2562 มีร้านยาคุณภาพในเครือข่ายที่ผู้ป่วยสามารถไปรับยาตามโครงการได้จำนวน 21 ร้านยา การดำเนินการของโรงพยาบาลร้อยเอ็ด ในระยะเริ่มต้นเป็นการจัดให้บริการแก่ผู้ป่วยใน 2 กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง คือ โรคความดันโลหิตสูง และโรคต่อมลูกหมากโต ซึ่งการดำเนินการจะคัดกรองผู้ป่วยที่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่มีอาการคงที่ สอบถามความสมัครใจไปรับยาที่ร้านยา และแพทย์วินิจฉัยให้ไปรับยาที่ร้านยาได้ โดยผู้ป่วยสามารถไปรับยาที่ร้านยาเครือข่ายโรงพยาบาลร้อยเอ็ดได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย

ผลการดำเนินโครงการ

การดำเนินงานโครงการร้านยาชุมชนอบอุ่น จังหวัดร้อยเอ็ด ในไตรมาสที่ 3 มีผู้ป่วยเข้าร่วมโครงการ 149 คน จากผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เข้าเกณฑ์ 1,785 คน คิดเป็นร้อยละ 8.35 ซึ่งยังไม่ผ่านเกณฑ์เป้าหมาย เป้าหมายคือร้อยละ 15 ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ผลการดำเนินงานโครงการร้านยาชุมชนอบอุ่น

โรค	จำนวนผู้ป่วย เข้าเกณฑ์	ไตรมาส 1		ไตรมาส 2		ไตรมาส 3	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
HT*	220	38	6.40	56	25.45	67	30.45
BPH*	718	17	2.37	69	9.61	81	11.28
DM*	594	-	-	-	-	-	-
Asthma	115	-	-	-	-	1	0.87-
COPD*	101	-	-	-	-	-	-
จิตเวช	37	-	-	-	-	-	-
รวม	1785	55	3.08	125	7.00	149	8.35

* HT คือโรคความดันโลหิตสูง BPH คือโรคต่อมลูกหมากโต DM คือโรคเบาหวาน COPD คือโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

2.3 งานในประเทศอื่นที่เกี่ยวข้องกับระบบหลักประกันและร้านยา

ประเทศเยอรมัน [23] ร้านยาแต่ละแห่งจะต้องมีเภสัชกรเป็นผู้ให้บริการตลอดเวลาที่เปิดบริการ โดยเภสัชกรร้านยาสามารถจ่ายยาและจำหน่ายผลิตภัณฑ์สุขภาพอื่นๆที่เกี่ยวข้อง การจัดประเภทของยาในประเทศเยอรมันถูกจัดเป็น 2 ประเภท ได้แก่ ยาที่ต้องจ่ายโดยใบสั่งแพทย์และยาที่ไม่ต้องงใช้ใบสั่งแพทย์ ซึ่งบางกรณีสามารถจำหน่ายในสถานที่อื่นนอกจากร้านยา อย่างไรก็ตามเภสัชกรสามารถจ่ายยาให้กับผู้ป่วยโดยไม่ใช้ใบสั่งแพทย์ตามความเหมาะสมและพิจารณาอนุญาตหรือในกรณีฉุกเฉิน การให้บริการทางเภสัชกรรมหรือ pharmaceutical care ของเภสัชกรร้านยาในประเทศเยอรมันได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่องและได้รับการพิสูจน์ถึงการให้บริการที่มีประสิทธิภาพ บทบาทและหน้าที่ของเภสัชกรของเยอรมันได้ปรับเปลี่ยนจากเพียงการจ่ายยาตามใบสั่งแพทย์มาสู่การบริการให้คำปรึกษาและการบริการแก่ผู้ป่วยในลักษณะของเภสัชกรประจำครอบครัว หรือ family pharmacists นอกจากนี้ได้มีการจัดทำสัญญาการให้บริการของร้านยาประจำครอบครัว (family pharmacy) ระหว่างตัวแทนของร้านยากับกองทุนการประกันสุขภาพของประเทศ ซึ่งในสัญญาดังกล่าวนั้นกำหนดให้เภสัชกรสามารถได้รับค่าตอบแทนจากการให้บริการทางเภสัชกรรม โดยทำงานร่วมกับแพทย์ประจำครอบครัวหรือ family doctor ในการดูแลผู้ป่วย

ร้านยาในประเทศโปรตุเกส [24] ถูกจำกัดจำนวนตามลักษณะของพื้นที่และจำนวนประชากรในพื้นที่นั้นๆ เกสซ์กรเท่านั้นที่สามารถเป็นเจ้าของร้านยา โดยยาที่ต้องจ่ายตามใบสั่งแพทย์จะถูกกระจายผ่านทางร้านยา ส่วนยาที่ไม่ต้องใช้ใบสั่งแพทย์นั้นผู้ป่วยสามารถซื้อได้จากสถานที่อื่นๆ นอกเหนือจากร้านยา หน้าที่ของเกสซ์กรและขั้นตอนในการจ่ายยาถูกกำหนดไว้อย่างชัดเจนในกฎหมาย โดยร้านยาทุกร้านจะจัดให้บริการพื้นฐานแก่ประชาชน เช่น บริการชั่งน้ำหนัก วัดความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือดและระดับไขมันในเลือด

นอกจากนี้ร้านยาหลายแห่งยังจัดบริการอื่นๆตามความต้องการของชุมชน ซึ่งประกอบด้วย การจัดการยาขยะหรือยาที่เกินความจำเป็นของผู้ป่วย (drug waste management) บริการเปลี่ยนเข็มฉีดยา บริการจ่ายยาทดแทนการติดยาเสพติด (methadone substitution) และบริการจัดการโรคในร้านยา (pharmacy-base disease management) โดยใช้หลักการบริหารทางเภสัชกรรม

บทบาทของร้านยาในประเทศออสเตรเลีย [25] ได้รับการพัฒนาอย่างรวดเร็วผ่านข้อตกลงร้านยา (the community pharmacy agreements) ซึ่งเป็นข้อตกลงระหว่าง The Pharmacy Guide of Australia ซึ่งเป็นตัวแทนของเจ้าของร้านยากับรัฐบาลออสเตรเลีย โดยมีระยะเวลา 5 ปี ซึ่งผ่านมาแล้ว 3 ฉบับ โดยข้อตกลงแต่ละฉบับได้เพิ่มบทบาทของร้านยาในการดูแลผู้ป่วยให้มากขึ้นตามลำดับ โดยร้านยาในประเทศออสเตรเลียจะทำหน้าที่บริการจ่ายยาและทบทวนใบสั่งแพทย์ โดยการตรวจสอบและแก้ไขปัญหาผ่านการติดต่อสื่อสารกับแพทย์ผู้สั่งใช้ยาและผู้ป่วย การให้คำแนะนำผู้ป่วยเฉพาะราย (counseling) เป็นแหล่งบริการข้อมูลด้านยา (drug information) ทั้งแก่ผู้ป่วยและผู้ประกอบวิชาชีพ บริการจ่ายยาที่ต้องจ่ายโดยเภสัชกร (pharmacist-only medicines) เพื่อรักษาโรคทั่วไป (minor ailments) ซึ่งเภสัชกรจะเข้ามามีส่วนร่วมเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับและใช้ยาอย่างถูกต้องเหมาะสม บริการการบริหารจัดการด้านยา (medication management service) ซึ่งเป็นการทบทวนยาที่ผู้ป่วยได้รับ (drug regimen review) ร่วมกับแพทย์ที่ทำการรักษาผู้ป่วย นอกจากนี้ร้านยายังมีบทบาทด้านบริการส่งเสริม ป้องกันโรค (preventive care service) สำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น การคัดกรองโรค การส่งเสริมสุขภาพ การติดตามความร่วมมือในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและการติดตามผลของการใช้ยา โดยเฉพาะผู้ป่วยเบาหวานและหอบหืด

การให้บริการของร้านยาในประเทศอังกฤษ [26] ซึ่งประเภทของยาถูกแบ่งเป็น 3 ประเภท ได้แก่ ประเภทที่ 1 ยาที่ต้องจ่ายตามใบสั่งแพทย์ (Prescription Only Medicines; POMs) ประเภทที่ 2 คือยาตามบัญชียาที่ขายได้ทั่วไป (General Sale List Medicines; GSLs) ซึ่งส่วนใหญ่เป็นยาที่มีความปลอดภัยของการใช้สำหรับการรักษาตนเองเบื้องต้นและเป็นยาบรรจุเสร็จและมีปริมาณของยาไม่มาก เช่น ยาลดกรดในกระเพาะอาหาร ยาแก้ปวด เป็นต้น และประเภทสุดท้ายคือ ยาที่ต้องจ่ายในร้านยา (Pharmacy medicines; Ps) ซึ่งเป็นกลุ่มยาที่ต้องจ่ายในร้านยาภายใต้การควบคุมดูแลของเภสัชกร ร้านยาของประเทศไทยได้รับการพัฒนาเป็นร้านยาปฐมภูมิหรือ primary care

pharmacy เป็นสถานบริการสุขภาพพื้นฐานสำหรับประชาชน นอกจากนี้เภสัชกรชุมชนสามารถให้บริการจ่ายยาต่อเนื่องแก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน (diabetes) โรคความดันโลหิตสูง (hypertension) โรคหอบ (asthma) ซึ่งทำให้ผู้ป่วยมีความสะดวกมากขึ้นในการใช้บริการ รวมถึงสามารถช่วยลดภาระงานของแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป (GP) หรือแพทย์ประจำบ้าน ทำให้แพทย์มีเวลาในการดูแลผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลจากแพทย์มากขึ้น โดยในทางปฏิบัติร้านยาที่จะเข้าให้บริการจ่ายยาต่อเนื่องตามใบสั่งแพทย์จะต้องเป็นร้านยาที่เป็นคู่สัญญาของหน่วยบริการสุขภาพแห่งชาติ (NHS) และจะต้องผ่านการฝึกอบรมทั้งด้านการบริหารจัดการระบบและด้านการให้บริการทางเภสัชกรรมเพื่อการติดตามและการจ่ายยาแก่ผู้ป่วยด้วย ซึ่งเป็นผลมาจากการศึกษาวิจัยและการขยายแนวคิดดังกล่าวขององค์กรวิชาชีพเภสัชกรรมของประเทศ

ร้านยาในประเทศแคนาดา [27] ส่วนใหญ่จะให้บริการจ่ายยาตามใบสั่งแพทย์เช่นเดียวกับประเทศอื่นๆ รวมทั้งการให้คำปรึกษาแนะนำแก่ผู้ป่วยเฉพาะรายหรือ counseling การทบทวนเพื่อประเมินใบสั่งยาที่ผู้ป่วยมารับบริการ นอกจากนี้ในช่วงที่ผ่านมาร้านยาเริ่มมีบทบาทที่สำคัญในระบบบริการสาธารณสุขของประเทศ เนื่องจากผู้ตัดสินใจในระดับนโยบายให้ความสนใจกับค่าใช้จ่ายด้านยาที่เพิ่มขึ้นจากยาใหม่ที่ยังออกสู่ท้องตลาดและค่าใช้จ่ายทางสุขภาพที่สูงขึ้น ซึ่งถือเป็นโอกาสที่สำคัญของร้านยาในการนำองค์ความรู้ด้านเภสัชกรรมมาใช้เพื่อส่งเสริมการใช้จ่ายให้เกิดประโยชน์สูงสุดและป้องกันค่าใช้จ่ายที่มากเกินไป นอกจากนี้ความต้องการเภสัชกรชุมชนในการให้บริการระดับปฐมภูมิที่เพิ่มมากขึ้น เนื่องจากการเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการส่งเสริมการดูแลและบริการสุขภาพโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน ดังนั้นสมาคมร้านยาเครือข่ายของแคนาดา (Canadian Association of chain drug stores; CACDS) ได้จัดทำข้อเสนอเพื่อให้ร้านยาเข้าร่วมเป็นส่วนหนึ่งของระบบบริการระดับปฐมภูมิของประเทศ

การพัฒนาร้านยาในฐานะผู้จัดการด้านโรค (disease management) [28] ในประเทศสหรัฐอเมริกาที่มีลักษณะเป็นองค์รวม (comprehensive approach) ของการป้องกัน (preventing) และการรักษา (treating disease) โดยเฉพาะการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง รวมทั้งการเลิกบุหรี่ เป็นต้น ซึ่งพบว่า เภสัชกรเป็นวิชาชีพที่เหมาะสมที่สุดในการเป็นผู้จัดการด้านโรค (disease management) เนื่องจากสามารถเข้าถึงได้อย่างทั่วถึงในชุมชนผ่านร้านยา และยังเป็นผู้ที่เกี่ยวข้องกับการใช้จ่ายของผู้ป่วยโดยตรง นอกจากนี้ยังมีการประเมินด้านเศรษฐศาสตร์ เมื่อเภสัชกรทำหน้าที่เป็น disease management พบว่าสามารถช่วยประหยัดค่าใช้จ่ายในการรักษาได้ นอกจากนี้ ประเทศสหรัฐอเมริกายังได้มีการกำหนดหน้าที่ของเภสัชกรในงานปฐมภูมิ (the statement on the pharmacist's role in primary care) ซึ่งประกาศโดยสมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาลของสหรัฐอเมริกา [29]

นอกจากนี้สหรัฐอเมริกาโดยองค์การอาหารและยาได้ริเริ่มแนวคิดในการแบ่งกลุ่มยาใหม่ จากเดิมที่มีเพียงยาที่ต้องจ่ายตามใบสั่งแพทย์ (prescription only) และยาสามัญทั่วไป (over the counter; OTC) โดยจะเพิ่มยากลุ่มที่สามารถจ่ายโดยเภสัชกร (behind the counter ; BTC) ซึ่งจะเป็นยาที่มีความปลอดภัยในการใช้ระดับหนึ่งแต่ยังไม่เพียงพอต่อการอนุญาตให้เป็นยาสามัญทั่วไป

2.4 งานวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative analysis) [30]

2.4.1 ความหมายของงานวิจัยเชิงคุณภาพ

งานวิจัยเชิงคุณภาพเป็นงานวิจัยที่สามารถรวบรวมข้อมูลให้ได้ภาพรวมทั้งหมด (holistic) การศึกษาปรากฏการณ์หรือสภาพของปัญหาทำความเข้าใจบริบทหรือสภาพแวดล้อมที่ปรากฏการณ์หรือสภาพของปัญหานั้นเกี่ยวข้องอยู่ งานวิจัยเชิงคุณภาพให้ความสำคัญกับแหล่งข้อมูล และความหมายของข้อมูลในทัศนะของผู้ให้ข้อมูล การมองปรากฏการณ์จากทัศนะของผู้ที่ข้างใน (inside) ย่อมช่วยให้เข้าใจความหมายและเหตุผลของการเกิดปรากฏการณ์หรือปัญหา ซึ่งบางครั้ง ข้อมูลอาจมีความหมายลึกซึ้งเกินกว่าสิ่งที่ปรากฏ จึงเป็นหน้าที่ของผู้วิจัยเชิงคุณภาพที่ต้องพยายามทำความเข้าใจปรากฏการณ์โดยการตีความให้คำอธิบายที่ลึกซึ้งจากความหมายที่ซ่อนอยู่ ดังนั้น ผู้วิจัยต้องทำตัวให้เป็นส่วนหนึ่งของชุมชนให้ได้มากที่สุดเท่าที่จะมากโดยอาศัยสัมพันธ์อันดีระหว่างตนกับชุมชนได้เพื่อศึกษาอย่างเจาะลึกลงในรายละเอียด เป็นการตีแผ่ให้เห็นแง่มุมที่หลากหลายด้าน มองเห็นความสัมพันธ์ของปรากฏการณ์นั้นในสิ่งแวดล้อมทั้งหมด [31]

2.4.2 ระเบียบวิธีวิจัยของงานวิจัยเชิงคุณภาพ

1) การเตรียมพร้อมทำงานในสนาม การวิจัยเชิงคุณภาพจะเรียกพื้นที่ที่ผู้วิจัยจะเข้าไปศึกษา รวบรวมข้อมูลซึ่งอาจเป็นชุมชน หมู่บ้านหรือกลุ่มคนกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งว่า “สนาม” ในการเลือกสนามนั้นผู้วิจัยต้องพิจารณาถึงความเหมาะสมของสนามว่าสามารถให้คำตอบในประเด็นที่ต้องการได้หรือไม่ พิจารณาความเป็นไปได้ว่าผู้วิจัยจะทำงานในสนามนั้นได้หรือไม่ โดยคำนึงถึงเรื่องที่พักอาศัยในสนาม การใช้เวลาในสนาม ซึ่งผู้วิจัยต้องมีการเตรียมตัวเตรียมใจเข้าสนาม เริ่มตั้งแต่การเตรียมภาษาท้องถิ่นเพื่อการสื่อสาร การแต่งกายที่ผสมกลมกลืนกับคนในชุมชนนั้นซึ่งจะทำให้ผู้นั้นได้อย่างกลมกลืน รวมทั้งเตรียมอุปกรณ์อื่นที่จำเป็น เช่น สมุดบันทึก ดินสอ กล้องถ่ายภาพ เทปบันทึกเสียง แผนที่ รวมถึงการสร้างความสัมพันธ์กับสมาชิกกับคนในชุมชนนั้นเพื่อให้เกิดความคุ้นเคยโดยอาศัยการเข้าร่วมกิจกรรมที่เกิดขึ้นในชุมชน การหาที่พักอาศัยที่ปลอดภัย การหาวิธีการสัญจรหรือพาหนะในการเดินทางในชุมชน และกำหนดระยะเวลาที่ใช้ในสนาม หลังจากนั้นจึงเริ่มทำงานอาจเริ่มต้นด้วยการทำแผนที่เดินดิน (mapping) ของชุมชนโดยการเดินสำรวจร่วมกับคนในชุมชน

2) การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูล การวิจัยเชิงคุณภาพจะไม่ถือว่าผู้ให้ข้อมูลเป็นกลุ่มตัวอย่าง และไม่เลือกผู้ให้ข้อมูลจากการสุ่มตัวอย่างเช่นเดียวกับงานวิจัยเชิงปริมาณ จึงไม่มีกลุ่มตัวอย่างและวิธีการสุ่มตัวอย่างในงานวิจัยเชิงคุณภาพ แต่ผู้วิจัยเชิงคุณภาพจะใช้การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (key informant) จากการทำงานในสนาม (field work) โดยเลือกผู้ให้ข้อมูลที่เป็นผู้ที่มีความรู้ในเรื่องที่ต้องการศึกษามากที่สุดและมี ความเหมาะสมที่จะให้ข้อมูลได้ ไม่จำเป็นต้องมีความเป็นตัวแทน (represent) ของประชากรเหมือนการวิจัยเชิงปริมาณ คล้ายการสุ่มตัวอย่างแบบสโนว์บอลล์ (snowball sampling) ที่เป็นการเลือกตัวอย่างอุปมาคล้ายการขว้างก้อนหิมะ เมื่อก้อนหิมะกระจายไปถูกบุคคลผู้รู้คนใดก็ใช้เป็นตัวอย่าง เพื่อรวบรวมข้อมูลเมื่อสัมภาษณ์แล้วเสร็จก็ถามต่อว่าจะสามารถเก็บข้อมูลเดียวกันได้จากคนได้อีกจึง ขว้างก้อนหิมะต่อไป เมื่อก้อนหิมะไปถูกบุคคลผู้รู้ได้อีกก็ใช้เป็นตัวอย่างต่อไปเรื่อยๆจนสามารถได้ข้อมูลครบถ้วนและอึดตัว แต่บุคคลที่ถูกเลือกนี้ต้องเป็นผู้ให้ข่าวสาร (key information) ในชุมชน โดยผู้วิจัยควรสัมภาษณ์ในประเด็นหรือเรื่องที่มีขอบเขตเดียวกันกับบุคคลที่มีการส่งต่อเพื่อเป็นการยืนยันตรวจทานข้อมูล ทั้งนี้ จำนวนของผู้ให้ข้อมูลไม่มีกฎเกณฑ์ว่าต้องจำนวนเท่าใดแต่ให้ รวบรวมข้อมูลจนทำให้ผู้วิจัยเห็นภาพรวม เห็นแง่มุมที่หลากหลายด้าน มองเห็นความสัมพันธ์ของปรากฏการณ์นั้นในสิ่งแวดล้อมทั้งหมด การวิจัยเชิงคุณภาพใช้รวบรวมข้อมูลจนข้อมูลถึงจุดอึดตัว กล่าวคือ แม้ว่าจะเพิ่มจำนวนผู้ให้ข้อมูลมากขึ้น ก็ไม่ทำให้ข้อมูลที่มีอยู่เปลี่ยนแปลงไปได้อีกจึง ถือว่าได้ข้อมูลครบถ้วนแล้ว ในการเขียนรายงานผู้วิจัยควรระบุการเข้าพื้นที่ว่าดำเนินการอย่างไร และระบุกลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญว่าเป็นบุคคลใด มีความสำคัญเกี่ยวข้องกับประเด็นที่ศึกษาอย่างไร

3) การรวบรวมข้อมูล เมื่อลงพื้นที่เพื่อทำการรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยควรพักการใช้แนวคิดหรือทฤษฎีที่ได้ศึกษามาไว้ชั่วคราวโดยนำตัวเองเข้าไปสัมผัสปรากฏการณ์และพยายามเข้าใจถึงวิธีอธิบายปรากฏการณ์แบบคน ใน (insider) ใช้การสังเกตจากบุคคล สัตว์ วัตถุ สภาพแวดล้อม การกระทำกิจกรรม ความสัมพันธ์ สภาพสังคม การมีส่วนร่วม โดยผู้วิจัยต้องรวบรวมข้อมูล บริบทของชุมชน แผนการดำเนินชีวิตประจำวัน วัฒนธรรม เรื่องราว ความรู้สึกนึกคิด สัญลักษณ์และความหมาย นอกจากนี้ ทวีศักดิ์ นพเกษร [32] กล่าวถึงข้อมูลเชิงคุณภาพ หมายถึง ความคิด ความเห็น ความเชื่อ เจตคติ คุณค่า โลกทัศน์ ความรู้ พฤติกรรม วิถีชีวิต ปฏิสัมพันธ์ โครงสร้างทางสังคม กระบวนการภายในกลุ่มหรือองค์กร ลักษณะกิจกรรม การรับรู้ อารมณ์ ความรู้สึก ซึ่งต้องอาศัยวิธีการสังเกตและการสัมภาษณ์เป็นหลักในการรวบรวมข้อมูล มีรายละเอียดดังนี้

3.1) การสังเกต (observation) การสังเกตในวิจัยเชิงคุณภาพมี 2 แบบ คือ

3.1.1) การสังเกตแบบมีส่วนร่วม (participation observation) เป็นการสังเกตที่ผู้สังเกตเข้าไปใช้ชีวิตร่วมกับกลุ่มบุคคลที่ศึกษา โดยมีการกระทำกิจกรรมด้วยกันจนเกิดความเข้าใจ

ในความรู้สึกนึกคิด สัญลักษณ์ เรื่องราวและความหมายที่คนเหล่านั้นแสดงต่อปรากฏการณ์ทางสังคมที่ผู้วิจัยศึกษา ซึ่งเมื่อสังเกตแล้วจะต้องมีการซักถามและการจดบันทึกข้อมูลร่วมด้วย

3.1.2) การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม (non-participation observation) เป็นการสังเกตที่ผู้สังเกตไม่ได้เข้าไปใช้ชีวิตร่วมหรือเข้าไปร่วมกิจกรรมกับกลุ่มบุคคลที่ศึกษา เนื่องจากไม่ต้องการให้ผู้ถูกสังเกตรู้สึกอึดอัดหรือทำอะไรให้พฤติกรรมที่แสดงนั้นผิดไปจากปกติได้ในระยะแรก ผู้วิจัยอาจใช้การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วมจากนั้นใช้การสังเกตแบบมีส่วนร่วมในระยะหลัง หลังจากที่กลุ่มบุคคลที่ศึกษาเริ่มรู้สึกคุ้นเคยกับผู้วิจัยโดยสนิทใจ

3.2) การสัมภาษณ์ (interview) การสัมภาษณ์เป็นการเจาะลึกประเด็นต่างๆ ที่ผู้วิจัยสนใจ อาจใช้สัมภาษณ์เป็นรายบุคคลหรือเป็นกลุ่มก็ได้ ซึ่งการสัมภาษณ์นี้มีได้เป็นเพียงการตั้งคำถาม แต่ผู้วิจัยต้องมีทักษะในการสื่อสารเพื่อสร้างความไว้วางใจและกระตุ้นให้ผู้ถูกสัมภาษณ์เล่าเรื่องมากกว่าเพียงแค่ตอบคำถามตามประเด็น ทั้งนี้การสัมภาษณ์มีหลายประเภท อาจแบ่งได้ดังนี้

3.2.1) การสัมภาษณ์แบบเป็นทางการ (formal interview) หรือการสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง เป็นการสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยได้เตรียมคำตอบและข้อกำหนดไว้แน่นอนตายตัว โดยปกติผู้วิจัยเชิงคุณภาพมักจะไม่ใช่วิธีการนี้เป็นหลักเพราะไม่ได้ช่วยให้ได้ข้อมูลที่ลึกซึ้งและครอบคลุมเพียงพอโดยเฉพาะในแง่ของวัฒนธรรม เรื่องราว ความรู้สึกนึกคิด และความหมาย

3.2.2) การสัมภาษณ์แบบไม่เป็นทางการ (informal interview) มักจะใช้ควบคู่ไปกับการสังเกตแบบมีส่วนร่วมเพื่อให้เห็นภาพและเข้าใจปรากฏการณ์ทางวัฒนธรรมโดยเตรียมแนวคำถามไว้ล่วงหน้า การสัมภาษณ์แบบนี้อาจแบ่งย่อยออกเป็น

- การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (in-depth interview) ในการสัมภาษณ์มีขั้นตอนสำคัญคือการแนะนำตัว การสร้างความสัมพันธ์ การบันทึกคำตอบ การใช้ภาษา ตลอดจนเวลาและสถานที่ที่ใช้สัมภาษณ์ โดยมีขั้นตอนเพื่อการเจาะลึกข้อมูล ทราบถึงเหตุ ที่มาของเรื่องราว ในประเด็นที่กำลังศึกษา 4 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 เริ่มต้นจากการกำหนดขอบเขตการวิจัยและประเด็นให้ชัดเจน ก่อนการสัมภาษณ์

ขั้นตอนที่ 2 การขออนุญาตผู้ให้สัมภาษณ์ การนัดหมายผู้ให้สัมภาษณ์ ให้เลือกช่วงเวลาที่เหมาะสมต่อการสนทนา ไม่ใช่ช่วงเวลาที่รีบร้อน ภาระงานกระวายเป็นความหิว ต่อหน้าที่ภารกิจ หรือมีสิ่งรบกวนจากภาวะแวดล้อม การกำหนดสถานที่สัมภาษณ์ ถ้าเลือกได้ควรให้อยู่ ณ สถานที่ที่สิ่งนั้นหรือบุคคลนั้นหรือ เหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นจริง และการเตรียมการเรื่องการบันทึกข้อมูลเหตุการณ์แวดล้อม

ขั้นตอนที่ 3 การเข้าสัมภาษณ์เจาะลึก ให้เริ่มต้นด้วยการทักทายและชี้แจงวัตถุประสงค์ จากนั้นจึงเข้าสู่คำถาม สร้างบรรยากาศของการสนทนาด้วยไมตรีจิต ไม่คาดหวัง ทำให้ผู้ให้สัมภาษณ์ตอบคำถามด้วยความสบายใจ สนิทใจ

ลักษณะคำถาม

- เริ่มพูดคุยแบบไม่เป็นทางการเพื่อเริ่มต้นและถามคำถามแนวกว้างก่อน เช่น

- ท่านคิดอย่างไรเกี่ยวกับ.....(ประเด็นที่ศึกษา)
- (ประเด็นที่ศึกษา)เกิดขึ้นได้อย่างไร อะไรเป็นสาเหตุ
- (ประเด็นที่ศึกษา)เกิดขึ้นบ่อยครั้งหรือไม่ เป็นต้น

- ถามเจาะลึกลงประเด็นย่อยโดยไม่พยายามบีบคั้น ให้มีความรู้สึกสบายใจเหมือนการพูดคุยธรรมดา เพื่อให้ทราบเหตุและผลของสิ่งหรือปรากฏการณ์ในทุกประเด็น ควรประกอบด้วย มีเหตุการณ์อะไร อะไรเป็นเหตุ ผลที่ตามคืออะไร พร้อมรายละเอียด เรื่องใครหรือองค์กรใด ทำอะไร ที่ไหน อย่างไร เมื่อไร ทำไม ผลเป็นอย่างไร เกิดกระทบ อะไรบ้างกับบุคคล หรือกับชุมชน มีผลให้เกิดความเปลี่ยนแปลงใด เช่น

- อะไรเป็นสาเหตุของ.... (ประเด็นที่ศึกษา)
- ... (ประเด็นที่ศึกษา)มีความสัมพันธ์กับ.....เพราะอะไร
- ถามให้ผู้ให้สัมภาษณ์เพิ่มเติมในประเด็นที่ต้องการพูดเกี่ยวกับสิ่ง

ที่ได้ พูดคุย กันมาหรือให้รายละเอียดเพิ่มเติม

ขั้นตอนที่ 4 ปิดการสนทนาและสิ้นสุดการสัมภาษณ์ ด้วยการกล่าวขอบคุณ

- การสนทนากลุ่ม (focus group discussion) เป็นการสัมภาษณ์กลุ่มเพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นอย่างมีระบบ ทั้งนี้เพื่อเป็นการรวบรวมทัศนคติ ความคิดเห็น ความรู้สึก ความเชื่อ ประสบการณ์ ปฏิบัติการของผู้เข้าร่วมสนทนา ด้วยแนวทางที่ยืดหยุ่นและมีความ เป็นไปได้ โดยการจัดกลุ่มสนทนา ประมาณ 8 - 12 คนที่มีคุณลักษณะบางประการคล้ายคลึงกันเช่น อาศัยอยู่ในชุมชนมากกว่า 10 ปี หรือกลุ่มเพศ กลุ่มอายุเดียวกัน หากต้องการได้ความหลากหลายของมุมมองการสนทนากลุ่มสามารถเลือกกลุ่มสนทนาที่มีคุณลักษณะบางประการแตกต่างกัน เช่น อาชีพ การศึกษา อายุ เป็นต้น การสนทนากลุ่ม มีขั้นตอนดำเนินการ ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การเลือกผู้เข้าร่วมสนทนา ถ้าต้องการความเห็นหลากหลายต้องเลือกผู้เข้าร่วมสนทนาหลากหลาย แต่ถ้าต้องการความสอดคล้องหรือยืนยันอาจจะเลือกกลุ่มคล้ายกันได้ แต่ต้องระวังเรื่องบุคคลที่มีอิทธิพลต่อกลุ่มมากเกินไป วิธีเลือกอาจจะใช้วิธีสุ่มหรือเจาะจงก็ได้

ขั้นตอนที่ 2 การดำเนินการสนทนา ผู้ดำเนินการควรมีประสบการณ์และผ่านการอบรมมาเป็นอย่างดีโดยสามารถเริ่มการสนทนา การคุมประเด็นการสนทนาให้ได้ประเด็นที่ต้องการอย่างชัดเจนและมีบรรยากาศที่ดี ในเวลาที่ไม่เกิน 1-2 ชั่วโมง และถ้ามีการเรียงลำดับประเด็นที่ดี สามารถสร้างการเรียนรู้และร่วมมือของกลุ่มได้อย่างต่อเนื่องจะร่นระยะเวลาของการสนทนาได้มาก การสนทนากลุ่มให้ดำเนินการ ดังนี้

- ชี้แจงวัตถุประสงค์
- ข้อตกลงเบื้องต้นที่ช่วยกระตุ้นการสนทนา เช่น การพูดทีละ

คน การเปิดโอกาสให้ทุกคนได้พูด

- การให้ความมั่นใจแก่ผู้สนทนาในความเป็นส่วนตัว การไม่นำเรื่องหรือสาระที่พูดคุยกันไปใช้ในทางเสื่อมเสีย หรือมีการระบุนามผู้พูด

- การแนะนำผู้ร่วมสนทนา เพื่อสร้างความคุ้นเคยกัน และผู้ช่วยดำเนินการควรทำฝั่งที่นั่งประกอบ

- การแจ้งขออนุญาตเกี่ยวกับการบันทึกเสียง หรือภาพ
- การดำเนินการสนทนา และปิดการสนทนา

- การประชุมระดมสมอง (brainstorming) เป็นการระดมความคิดที่นำไปสู่การสร้างสรรค การพัฒนา การแก้ปัญหาหรือการเข้าถึงประเด็นสาระที่ต้องการโดยผู้รู้จริงผู้เชี่ยวชาญในเรื่องนั้น การระดมสมอง มีขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การกำหนดตัวบุคคลผู้เชี่ยวชาญในเรื่องนั้นเพื่อเข้าร่วมการประชุม โดยมีการกำหนดวัน เวลา สถานที่ ในการประชุมระดมสมอง จำนวนคน และระยะเวลา ขึ้นอยู่กับความต้องการ และความจำเป็นของแต่ละกรณี หากจำนวนผู้เข้าร่วมประชุมมีมากในการระดมสมองอาจจะมีการแบ่งกลุ่มย่อย ขนาด 8-12 คน แต่ละกลุ่มต้องมีประธานและเลขานุการ

ขั้นตอนที่ 2 การเริ่มต้นประชุมควรชี้แจงถึงวัตถุประสงค์ของการประชุมระหว่างระดมสมองต้องละเว้นการวิพากษ์วิจารณ์ และการแสดงความคิดเห็นของแต่ละคนควรแสดงได้ครั้งเดียวในแต่ละรอบ และไม่เป็นการคาดคั้นให้แสดงความคิดเห็น นอกจากนี้ควรมีการบันทึกความคิดเห็นด้วยแผ่นพลิก (clip chart) ตลอดการประชุม

ขั้นตอนที่ 3 ขณะที่ความคิดเริ่มชะลอลง ประธานควรใช้เวลาในการใช้ความคิด

ขั้นตอนที่ 4 ช่วงท้ายควรมีการประเมินความคิด จัดกลุ่มเรียงลำดับความคิดหรือสาระที่ได้จากการประชุม

- วิธีการอื่น นอกจากการสังเกตและการสัมภาษณ์ซึ่งเป็นวิธีการหลักในการรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพแล้ว อาจใช้วิธีการอื่นร่วมด้วย เช่น การสำรวจ การสอบถาม การศึกษา

จากเอกสาร ในการรวบรวมข้อมูลในการวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยอาจใช้อุปกรณ์อำนวยความสะดวก เช่น กล้องถ่ายภาพ เทปบันทึกเสียง หรือกล้องบันทึกภาพเคลื่อนไหว เพื่อช่วยให้การรวบรวมข้อมูล เป็นไปได้อย่างสมบูรณ์

4) การตรวจสอบและการวิเคราะห์ข้อมูล การวิจัยเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์ข้อมูล ควบคู่ไปกับการเก็บรวบรวมข้อมูล ไม่ได้รอให้เก็บรวบรวมข้อมูลจนครบถ้วนแล้วจึงนำมาจัดหมวดหมู่ และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการทางสถิติเช่นเดียวกับการวิจัยเชิงปริมาณ กล่าวคือ เมื่อนักวิจัยรวบรวม ข้อมูลมาได้ระยะหนึ่งแล้วก็จะทำการวิเคราะห์ข้อมูลไปด้วยพร้อมกันเพื่อวางแผนการเก็บข้อมูลในครั้ง ต่อไป หากข้อมูลส่วนใดมีพอเพียงแล้วก็อาจปรับเปลี่ยนไปเป็นรวบรวมข้อมูลในส่วนอื่นแทน หลังจากที่ได้ผู้วิจัยได้รวบรวมข้อมูลแล้ว ขั้นตอนต่อไปที่จะต้องทำ คือ การตรวจสอบข้อมูลและการ วิเคราะห์ข้อมูลซึ่งอาจทำไปพร้อมกับการ รวบรวมข้อมูลก็ได้ การตรวจสอบข้อมูลในการวิจัยเชิง คุณภาพที่นิยมใช้กัน เรียกว่า “การตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า” (triangulation) ได้แก่ การ ตรวจสอบสามเส้าด้านข้อมูล โดยพิจารณาแหล่ง เวลา แหล่งสถานที่และแหล่งบุคคลที่แตกต่างกัน คือ ถ้าข้อมูลต่างเวลากันจะเหมือนกันหรือไม่ ถ้าข้อมูลต่างสถานที่จะเหมือนกันหรือไม่ และถ้า บุคคลผู้ให้ข้อมูลเปลี่ยนไปข้อมูลจะเหมือนเดิมหรือไม่ การตรวจสอบสามเส้าด้านผู้วิจัยโดยเปลี่ยนตัว ผู้สังเกตและการตรวจสอบสามเส้าด้านวิธีการรวบรวมข้อมูล โดยใช้วิธีเก็บรวบรวมข้อมูลต่าง ๆ กันเพื่อ รวบรวมข้อมูลเรื่องเดียวกัน เช่น ใช้วิธี สังเกตควบคู่ไปกับการซักถาม

วิธีการตรวจสอบสามเส้า เป็นวิธีการสำคัญในการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของ ข้อมูล triangulation เป็นศัพท์ซึ่งมีที่มาจากวิธีการสำรวจทางกายภาพโดยเฉพาะในกลุ่มนักเดินเรือ นักยุทธศาสตร์การทหาร และวิศวกรช่างสำรวจ ซึ่งกลุ่มคนดังกล่าวใช้เครื่องหมายบอกตำแหน่ง (marker) โดยการหาพิกัดของตำแหน่งที่ต้องการด้วยการวัดมุมระหว่างตำแหน่งที่อยู่กับจุดอ้างอิงที่ ทราบพิกัดอย่างน้อย 2 จุด จุดตัดมุมทั้งสองจะเป็นจุดพิกัดที่ทำให้เราทราบตำแหน่งที่อยู่ หาก จุดอ้างอิงทั้ง 2 จุด ไม่มีพิกัดตำแหน่งของจุดที่ต้องการเราจะไม่สามารถบอกจุดที่แน่นอนได้ บอกได้ เพียงความสัมพันธ์ของตำแหน่งที่ต้องการกับจุดอ้างอิงทั้งสองเท่านั้น

รูปแบบของการตรวจสอบสามเส้าที่นักวิชาการได้นำเสนอไว้ สามารถสรุปได้เป็น 6 รูปแบบ ดังนี้

1) การตรวจสอบสามเส้าด้านข้อมูล (data triangulation) หมายถึง การ ตรวจสอบว่าข้อมูลที่ผู้วิจัยได้มานั้นถูกต้องหรือไม่ จะเน้นการตรวจสอบข้อมูลที่ได้มาจากแหล่งต่าง ๆ นั้นมีความเหมือนกันหรือไม่ ซึ่งถ้าทุกแหล่งข้อมูลพบว่าได้ข้อค้นพบมาเหมือนกัน แสดงว่าข้อมูลที่ ผู้วิจัยได้มาถูกต้องต้อง เช่น เปรียบเทียบข้อมูลจากการสังเกตกับการสัมภาษณ์ เปรียบเทียบสิ่งที่พูด ในที่สาธารณะกับขณะพูดส่วนตัว ตรวจสอบความแน่นอนของคำพูดในเรื่องเดียวกันแต่คนละเวลา เปรียบเทียบมุมมองของผู้ที่เกี่ยวข้องต่างๆ ของปรากฏการณ์ที่ศึกษา เปรียบเทียบข้อมูลของ

ปรากฏการณ์เดียวกันที่มาจากแต่ละระยะเวลา เปรียบเทียบข้อมูลเรื่องเดียวกันที่มาจากผู้ให้ข้อมูลหลายๆ คนที่อยู่ในกลุ่มเดียวกัน เป็นต้น

2) การตรวจสอบสามเส้าด้านผู้วิจัยหรือผู้เก็บข้อมูล (investigator triangulation) หมายถึง การตรวจสอบจาก ผู้วิจัยหรือผู้เก็บข้อมูลต่างคนกันว่าได้ค้นพบที่เหมือนกันหรือแตกต่างกันอย่างไร ซึ่งถ้าผู้วิจัยหรือผู้เก็บข้อมูลทุกคนพบว่าข้อค้นพบที่ได้มามีความเหมือนกัน แสดงว่าข้อมูลที่ผู้วิจัยได้มามีความถูกต้อง

3) การตรวจสอบสามเส้าด้านผู้วิเคราะห์ข้อมูล (analyst triangulation) หมายถึง การใช้ผู้วิเคราะห์ข้อมูลที่เก็บมาจากภาคสนามตั้งแต่ 2 คน ขึ้นไป ต่างคนต่างวิเคราะห์ข้อมูลให้ได้ข้อค้นพบแล้วนำมาเปรียบเทียบกัน

4) การตรวจสอบสามเส้าโดยการทบทวนข้อมูล (review triangulation) หมายถึง การให้บุคคลต่างๆ ที่ไม่ใช่คณะนักวิจัยทำการทบทวนข้อค้นพบจากการวิเคราะห์ของผู้วิจัย ซึ่งอาจเป็นบุคคลหรือผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในสนามวิจัย ผลการตรวจสอบสามเส้าโดยวิธีนี้ทำให้ผู้วิจัยสามารถเรียนรู้ได้มากขึ้น ทั้งด้านความแม่นยำ ความสมบูรณ์ ความเป็นธรรม และ ความน่าเชื่อถือในการวิเคราะห์ข้อมูล รวมทั้งทำให้เกิดความคิดหรือการตีความใหม่ๆ เพิ่มเติม

5) การตรวจสอบสามเส้าด้านวิธีการเก็บข้อมูล (method triangulation) หมายถึง การเปรียบเทียบข้อมูลที่ได้มาจากวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลหลายวิธีการที่แตกต่างกันแล้วนำมาพิจารณาว่าข้อมูลที่ได้สอดคล้องกันหรือไม่ เช่น การนำข้อมูลประเด็นเดียวกันซึ่งเก็บโดยวิธีสนทนากลุ่มมาเปรียบเทียบกับข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก และการสังเกตหรือการเปรียบเทียบข้อมูลที่เก็บจากวิธีการเชิงปริมาณกับวิธีการเชิงคุณภาพ เพื่อดูลักษณะและความสอดคล้องของข้อมูล

6) การตรวจสอบสามเส้าด้านทฤษฎี (theory triangulation) หมายถึง การใช้มุมมองของทฤษฎีที่แตกต่างกันมาพิจารณาตีความข้อมูลชุดเดียวกัน เช่น ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ปัญหาด้านพฤติกรรมการเรียนรู้ของนักเรียน อาจใช้ทฤษฎีที่แตกต่างกันมาใช้เป็นแนวทางในการวิเคราะห์ข้อมูลก็ได้ เพื่อเปรียบเทียบข้อค้นพบเหล่านั้น จุดสำคัญคือการใช้วิธีการตรวจสอบสามเส้าด้านทฤษฎี คือ การทำให้เกิดความเข้าใจข้อสันนิษฐาน (assumption) และหลักทฤษฎีที่ใช้อ้างอิงว่ามีอิทธิพลต่อข้อค้นพบ (finding) และการตีความ (interpretation) ของงานวิจัยนั้น

2.4.3 ประเภทของการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

1) Content analysis การวิเคราะห์เนื้อหา คือเทคนิคการวิจัยที่พยายามจะบรรยายเนื้อหาของข้อความหรือเอกสาร โดยมีลักษณะสำคัญ 3 ประการ คือ ใช้วิธีการเชิงปริมาณอย่างเป็นระบบและเน้นความเป็นวัตถุวิสัย (objectivity) และอิงกรอบทฤษฎี การบรรยายนี้จะเน้นเนื้อหาตามที่ปรากฏ ไม่เน้นการตีความหรือการหาความหมายที่ซ่อนไว้เบื้องหลัง ทั้งนี้ผู้วิจัยต้องไม่มีอคติหรือใส่ความคิดความรู้สึกของตนเองเข้าไป

ขั้นตอนในการวิเคราะห์เนื้อหา

1.1) ผู้วิจัยจะต้องตั้งกฎเกณฑ์ขึ้นสำหรับคัดเลือกเอกสาร และหัวข้อที่จะทำการวิเคราะห์

1.2) ผู้วิจัยจะต้องวางเค้าโครงของข้อมูล โดยการทำรายชื่อ หรือข้อความที่จะถูกนำมาวิเคราะห์ แล้วแบ่งไว้เป็นประเภท (categories)

1.3) ผู้วิจัยจะต้องคำนึงถึงบริบท (context) หรือสภาพแวดล้อมประกอบของข้อมูลเอกสารที่นำมาวิเคราะห์ เช่น ใครเป็นผู้เขียน เขียนให้ใครอ่าน ช่วงเวลาที่เขียนเป็นอย่างไร เพื่อให้การวิเคราะห์เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ มีการบรรยายคุณลักษณะเฉพาะของเนื้อหาโดยเชื่อมโยงไปสู่ลักษณะของเอกสาร ผู้ส่งสารและผู้รับ

1.4) การวิเคราะห์เนื้อหาจะทำตามเนื้อหาที่ปรากฏ (manifest Content) ในเอกสารมากกว่ากระทำกับเนื้อหาที่ซ่อนอยู่ (latent content) การวัดความถี่ของคำหรือข้อความในเอกสารเป็นการวัดความถี่ของคำหรือข้อความที่ปรากฏอยู่ แต่ผู้วิจัยไม่ตีความคำหรือข้อความเหล่านั้น การตีความจะทำเฉพาะตอนที่สรุปเท่านั้น

1.5) การวัดความถี่ของการใช้ หรือการใช้การวิเคราะห์เชิงปริมาณ แล้วให้ได้คำตอบที่มีความหมายสัญลักษณ์กับสิ่งที่ต้องการค้นหา ซึ่งวิธีการนี้อาจจะได้รับการตอบที่ชัดเจนแต่ไร้ความหมาย

2) Thematic analysis การวิเคราะห์แก่นโครงเรื่องหรือการวิเคราะห์แก่นสาระ เป็นการจัดประเภทเรื่องเล่าหรือด้านต่างๆของเรื่องที่กำลังเล่า โดยมีกระบวนการวิเคราะห์ดังนี้

2.1) การวางแผนทางการวิเคราะห์เบื้องต้น โดยใช้ทฤษฎีที่หลากหลายที่มีความเกี่ยวข้องกับการวิจัย

2.2) การจัดระบบข้อมูลและแยกประเภทข้อมูลให้เป็นหมวดหมู่ เช่น การลดทอนข้อมูลลง (data reduction) การให้ดัชนีข้อมูล (ดัชนีเชิงบรรยาย ดัชนีเชิงตีความ ดัชนีเชิงอธิบาย)

2.3) การให้รหัส (code) สำหรับการอ้างอิงหรือค้นหาข้อมูล ควรจัดประเภทของข้อมูลหรือดัชนีให้เป็นระบบเดียวกัน วิธีการให้รหัสไม่มีกฎตายตัวแล้วแต่ความสะดวกของผู้วิจัยในการค้นหาข้อมูล

2.4) การตีความ (Interpret) คือการพยายามตีความหมายออกมาจากข้อมูลที่มีอยู่ โดยการหาความเชื่อมโยงของข้อมูล ดูความสัมพันธ์ต่างๆที่ปรากฏ การตีความมี 2 แบบคือแบบบรรยายและแบบสร้างความสัมพันธ์

2.5) การสร้างข้อสรุปจากกระบวนการตีความ ได้แก่ การสร้างข้อสรุปอย่างง่าย เป็นการสร้างข้อสรุปจากการนำข้อมูลที่แยกประเภทหรือจัดระบบจำแนกเป็นชุดๆ นำมาเปรียบเทียบกัน หรือ การสร้างข้อสรุปเชิงอุปนัย เป็นการสร้างข้อสรุปเชิงนามธรรมที่ได้จากการ

ตีความข้อมูลจากรูปธรรมหรือปรากฏการณ์ที่มองเห็น แล้วตั้งข้อสมมติฐานชั่วคราวหลายๆข้อเพื่อหาข้อสรุปและเชื่อมโยงความสัมพันธ์กับข้อสรุปย่อยอื่นๆ

3) Narrative analysis การวิเคราะห์แบบเล่าเรื่องราวหรือการวิเคราะห์เชิงบรรยาย เป็นการศึกษาชีวิตของกลุ่มคนหรือบุคคล แล้วถ่ายทอดออกมาตามลำดับเวลา เกี่ยวข้องกับการกำหนดรูปแบบในการนำเสนอเรื่องราวใหม่ที่คำนึงถึงบริบทในแต่ละกรณีและประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลสำคัญแต่ละรายที่แตกต่างกัน หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งเป็นการวิเคราะห์เนื้อหาแล้วนำมาเรียบเรียงบรรยายเพื่อนำเสนอหรือเล่าเรื่องใหม่อีกครั้งจากข้อมูลปฐมภูมิโดยนักวิจัย

4) Discourse analysis การวิเคราะห์ข้อความหรือวาทกรรมวิเคราะห์หรือการวิเคราะห์ข้อคิดเห็น เป็นการพยายามศึกษาและสืบค้นถึงกระบวนการ ขั้นตอน ลำดับเหตุการณ์และรายละเอียดปลีกย่อยต่างๆในการสร้างเอกลักษณ์และความหมายให้กับสิ่งต่างๆในสังคมในรูปของวาทกรรม และการปฏิบัติของวาทกรรมเรื่องนั้นมีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับบุคคล สถาบัน สถานการณ์เหตุการณือะไรบ้าง เป็นการวิเคราะห์การพูดคุยและข้อความที่เป็นลายลักษณ์อักษรทุกประเภทที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติ

5) Conversation analysis การวิเคราะห์การสนทนา คือวิธีการศึกษาปฏิสัมพันธ์ทางสังคม รวมทั้งพฤติกรรมการพูด (verbal) และพฤติกรรมแบบไม่ใช้ภาษาพูด (non-verbal) ในสถานการณ์ต่างๆในชีวิตประจำวัน การวิเคราะห์การสนทนาเริ่มจากการเน้นที่การสนทนาปกติ แต่วิธีการปรับปรุงการปฏิสัมพันธ์ การวิเคราะห์การสนทนาเริ่มจากการกำหนดปัญหาในการตั้งสมมติฐาน ข้อมูลได้มาจากการสนทนาด้วยวิดีโอหรืออัดเสียง รวบรวมสิ่งที่เกี่ยวข้องในขณะที่การสนทนาดำเนินการอยู่ นักวิจัยถอดข้อความจากที่อัดเสียงอย่างละเอียดและวิเคราะห์ข้อมูลนั้นโดยค้นหา รูปแบบของการปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้น ผลจากการวิเคราะห์ผู้วิจัยจะพัฒนาทฤษฎีระเบียบหรือรูปแบบที่อธิบายการเกิดขึ้นของรูปแบบนั้นเพิ่มเติมหรือปรับปรุงข้อมูลตามที่ได้ตั้งสมมติฐานไว้

6) Framework analysis หรือกรอบการวิเคราะห์ เป็นแนวคิดของวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพขั้นสูงที่ประกอบด้วยหลายขั้นตอน เช่น การทำความเข้าใจการสร้างเนื้อหาใจปรากฏการณ์ของนักวิจัย การระบุกรอบแนวคิดและขั้นตอนเพื่อใช้ในการวิเคราะห์ ได้แก่ การเข้ารหัส การสร้างแผนภูมิ การสร้างแผนภาพและการตีความ

7) Grounded theory การวิจัยแบบเน้นทฤษฎี มีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษาและสร้างทฤษฎีขึ้น โดยศึกษาจากสภาพที่เป็นธรรมชาติในสังคม เน้นที่การกระทำหรือปฏิสัมพันธ์ของมนุษย์ซึ่งมีผลและอิทธิพลซึ่งกันและกันระหว่างการทำและปฏิสัมพันธ์เหล่านั้น รวบรวมโดยการสัมภาษณ์หรือจากแหล่งข้อมูลที่เกี่ยวข้องอื่นๆทั้งภาคสนามและเอกสาร มีการทบทวน ตรวจสอบ ยืนยันข้อมูลในระหว่างการวิเคราะห์แล้วสร้างหลักการเชิงทฤษฎีขึ้น

2.4.4 การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยเชิงคุณภาพ [33]

วิธีการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยเชิงคุณภาพมีวิธีการสำคัญ 3 กลุ่มวิธีคือ กำหนดตามข้อเสนอของนักวิชาการวิจัยเชิงคุณภาพ กำหนดจากงานวิจัยในอดีตที่ปัญหาและการออกแบบการวิจัยคล้ายคลึงกัน และการกำหนดโดยการให้เหตุผลภายในโดยใช้สถิติแสดงจุดอิมในตัวในข้อมูล ดังต่อไปนี้

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจากข้อเสนอของนักวิชาการวิจัยเชิงคุณภาพ อาศัยข้อเสนอจากนักวิชาการวิจัยเชิงคุณภาพตามยุทธศาสตร์การวิจัย 5 แบบ ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่เสนอโดยนักวิชาการวิจัยเชิงคุณภาพ

ยุทธศาสตร์การวิจัย	นักวิชาการผู้เสนอ	ขนาดกลุ่มตัวอย่าง
1. การศึกษาชีวประวัติ/บรรยาย (Biography/narrative)	Creswell (2013)	1
2. การศึกษาปรากฏการณ์ (Phenomenology)	Denzin and Lincoln(1994) cited in Marshall et al. (2013)	ประมาณ 6
	Kuzel (1999) cited in Marshall et al. (2013)	6 - 8
	Morse (2000) cited in Marshall et al. (2013)	6 - 10
	Creswell (1998) ; Moser and Korstjens (2018)	ประมาณ 10
3. การศึกษาเพื่อสร้างทฤษฎี (Grounded theory)	Creswell (1998) ; Moser and Korstjens (2018) ; cited in Marshall et al. (2013)	20 - 30
	Creswell (2007,2013)	20 - 60
	Denzin and Lincoln (2005)	30 - 50
	Morse (1994) cited in Marshall et al. (2013)	30 - 50
4. การศึกษาวัฒนธรรม (ethnography)	Moser and Korstjens (2018)	25 - 50
5. การศึกษาแบบกรณีศึกษา (case study)	Yin, cited in Marshall et al. (2013)	แหล่งข้อมูลอย่างน้อย 6
	Creswell (2007)	4 หรือ 5 กรณี สัมภาษณ์ 3 - 5 ครั้งต่อกรณี

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจากงานวิจัยในอดีตที่ปัญหาและการออกแบบการวิจัย คล้ายคลึงกัน วิธีการนี้เป็นการศึกษาจากผลงานวิจัยในอดีตที่ทำการวิจัยในประเด็นปัญหาที่ คล้ายคลึงกันและมีการออกแบบการวิจัยที่คล้ายคลึงกันด้วย การศึกษาจากงานวิจัยที่ผ่านมาให้จุด อิมตัวของข้อมูลในงานวิจัยเหล่านั้นแล้วนำมาเป็นฐานในการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างในการ ออกแบบและวางแผนการวิจัย

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยการให้เหตุผลภายในโดยใช้สถิติแสดงจุดอิมตัวใน ข้อมูล วิธีการนี้เป็นการนำข้อมูลจากงานวิจัยเชิงคุณภาพตามยุทธศาสตร์แบบต่างๆมาคำนวณหาจุด อิมตัวของข้อมูลโดยใช้สถิติในการคำนวณ จุดเด่นของวิธีการนี้คือมีวิธีการคำนวณโดยใช้สถิติแสดงให้ เห็นความน่าเชื่อถือของการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างของการวิจัยเชิงคุณภาพ

2.4.5 วิธีการกำหนดจุดอิมตัวของข้อมูล

การอิมตัวของข้อมูลหมายถึงการที่นักวิจัยเชิงคุณภาพทำการเก็บข้อมูลและวิเคราะห์ ข้อมูลควบคู่กันไปจนถึงจุดหนึ่งที่ไม่มีการหาค่าใหม่ (new codes) หรือแนวคิดใหม่ (new concepts) เกิดขึ้นอีกจากการวิเคราะห์ข้อมูล การอิมตัวของข้อมูลใช้ในงานวิจัยเชิงคุณภาพตามยุทธศาสตร์การ วิจัยเพื่อสร้างทฤษฎี (grounded theory) อันเป็นการอิมตัวทางทฤษฎี ซึ่งไม่ได้หมายความว่า การ เก็บข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูลถึงจุดที่ไม่มีความคิดใหม่ (new ideas) เกิดขึ้นมา แต่หมายความว่า ข้อสรุปของความคิด (categories) มีครบถ้วนและความแปรปรวนต่างๆระหว่างข้อสรุปของความคิด ทั้งหลายได้มีการอธิบาย อีกทั้งความสัมพันธ์ของข้อสรุปของความคิดเหล่านี้ได้มีการทดสอบ ยืนยัน และก่อให้เกิดทฤษฎีขึ้น

วิธีการกำหนดการอิมตัวของข้อมูล ประกอบด้วย 2 วิธี วิธีการแรกทำโดยการเก็บข้อมูล และวิเคราะห์ข้อมูลอย่างต่อเนื่องจนถึงจุดอิมตัวของข้อมูล คือถึงจุดที่ไม่มีการหาค่าใหม่ แนวความคิดหรือแบบ แผนใหม่เกิดขึ้นจากข้อมูล วิธีที่สองเป็นการคำนวณหาจุดอิมตัวคล้ายกับการคำนวณหาขนาดกลุ่ม ตัวอย่างของการวิจัยเชิงคุณภาพ เช่น วิธีที่นำเสนอโดย Tran, Porcher, Tran and Ravaud [34] วิธีการนี้เป็นการคำนวณหาแนวคิดหลัก (theme) ที่จะเพิ่มขึ้นจากการวิเคราะห์ข้อมูลเมื่อเพิ่มจำนวน ตัวอย่าง ซึ่งช่วยให้สามารถทำนายจุดอิมตัวของข้อมูลได้

2.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.5.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับร้านยาในระบบหลักประกันสุขภาพ

วิวรรธน์ อัครวิเชียร และคณะ [35] ศึกษามุมมองของผู้บริหารต่อการนำร้านยาเข้า เชื่อมโยงกับระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก สัมภาษณ์ผู้บริหารที่จะนำร้านยามาร่วมในการให้บริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดย

เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบจำเพาะคือผู้บริหารที่เกี่ยวข้อง 7 ท่าน ได้แก่ รองเลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ผู้อำนวยการสำนักนโยบายและแผน (ผอ.สนผ.) สปสช. ผู้อำนวยการสปสช.สาขาเขตพื้นที่ขอนแก่น ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น นายกสภาคเภสัชกรรม นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น และหัวหน้ากลุ่มงานเวชกรรมสังคมรพ.ขอนแก่น ประเด็นในการสัมภาษณ์ ได้แก่ สถานภาพของร้านยาและความเป็นไปได้ในการนำร้านยาเข้าเชื่อมโยงกับระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ การพัฒนาเพื่อให้ ร้านยาสามารถเข้ามาร่วมให้บริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ คุณค่าที่จะได้จากการนำร้านยาเข้าสู่ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ผู้ที่จะมีบทบาทในการสร้างระบบการนำร้านยาเข้าสู่ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และปัจจัยแห่งความสำเร็จ ผลการศึกษาพบว่าผู้บริหารมีความคิดเห็นว่ามีความเป็นไปได้ที่จะนำร้านยาเอกชนมาร่วมให้บริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ แต่ต้องมีการพัฒนาให้ร้านยามีคุณภาพและมาตรฐานการบริการตามเกณฑ์ก่อน ร้านยาจะต้องวางตำแหน่งของตัวเองให้ชัดเจนว่าจะเข้ามาในฐานะอะไร เป็นส่วนไหนของโครงสร้างในระบบ และจะต้องมีคำตอบเรื่องการจ่ายคืนค่าตอบแทนบริการ ในประเด็นเรื่องคุณค่าผู้บริหารมีความคิดเห็นว่าการนำบริการภาคเอกชนที่มีอยู่แล้วในสังคมมาใช้จะเป็นการเพิ่มโอกาสการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชนได้ ซึ่งร้านยาคุณภาพเป็นทางเลือกหนึ่งที่สามารถเสริมส่วนขาดนี้ สำหรับเรื่องผู้มีบทบาทในการสร้างระบบใหม่และปัจจัยแห่งความสำเร็จนั้นทุกฝ่ายล้วนมีความสำคัญในฐานะและบทบาทต่าง ๆ กัน แต่ทุกฝ่ายต้องมีเงื่อนไขร่วมกันคือดำเนินการเพื่อให้เกิดระบบที่จะส่งผลดีต่อผู้ป่วยและประชาชนโดยยึดถือผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง

วิวรรธน์ อัครวิเชียร และคณะ [36] ศึกษาความเห็นในเรื่องบทบาท หน้าที่และกิจกรรมต่อบริการปฐมภูมิของร้านยาคุณภาพในระบบหลักประกันสุขภาพ ศึกษาโดยใช้เทคนิคเดลฟาย (Delphi technique) โดยให้ผู้เชี่ยวชาญในสาขานั้นๆ ทำนายภาพในอนาคตของเรื่องที่จะศึกษาแล้วสรุปเป็นภาพที่คาดว่าจะเป็น โดยกลุ่มผู้เชี่ยวชาญในการศึกษาได้แก่ ผู้อำนวยการสำนักงานโครงการพัฒนาร้านยา นักวิชาการในสำนักงานโครงการพัฒนาร้านยา ประธานกลุ่มฟาร์มาซีเน็ตเวิร์ค ประธานและรองประธานชมรมร้านขายยาแห่งประเทศไทย อดีตนายกสมาคมเภสัชกรรมชุมชนแห่งประเทศไทย กรรมการสมาคมเภสัชกรรมชุมชน รองเลขาธิการสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา เลขาธิการสภาเภสัชกรรมและนักวิชาการในคณะเภสัชศาสตร์มหาวิทยาลัยต่างๆ รวม 21 ราย เครื่องมือที่ใช้ศึกษาคือแบบสอบถามความคิดเห็นต่อเรื่องบทบาท หน้าที่และกิจกรรมของร้านยาคุณภาพในฐานะหน่วยร่วมให้บริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ผลการศึกษาพบว่าผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นว่ามีความเป็นไปได้มากที่ร้านยาจะมีบทบาททั้งด้านการรักษาพยาบาลและด้านการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค ในบทบาทด้านการรักษาพยาบาลร้านยาจะมีหน้าที่และกิจกรรมในการจ่ายยาแก่ผู้ที่เจ็บป่วยเล็กน้อย จ่ายยาตามใบสั่งยาของแพทย์สำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ให้ความรู้

และคำแนะนำแก่ผู้ป่วยที่ต้องใช้ยา ในด้านบทบาทการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค ร้านยาจะทำหน้าที่ในการคัดกรองหาผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรังเพื่อส่งต่อแพทย์ สร้างความตระหนักและส่งเสริมการใช้ยาอย่างถูกต้อง ให้คำแนะนำด้านโภชนาการและการออกกำลังกาย รณรงค์เรื่องการเลิกบุหรี่ แอลกอฮอล์ และร่วมมือกับชุมชนในการทำกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ

วิวรรณ อัครวิเชียร และคณะ [37] ศึกษามุมมองของผู้ใช้บริการต่อบริการทางเภสัชกรรมหากมีการนำร้านยาคุณภาพเข้าในเครือข่ายระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ การศึกษาแบ่งเป็น 2 ส่วนคือ ส่วนที่ 1 เป็นการศึกษาโดยใช้แบบสอบถามเพื่อเก็บข้อมูลจากผู้ที่มาใช้บริการในร้านยาคุณภาพ 6 จาก 12 ร้านในอำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น โดยวิธีการสุ่มตามความสะดวก (convenient sampling) จากผู้มาใช้บริการร้อยละ 2 ส่วนที่ 2 เป็นการศึกษาโดยใช้แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้างเพื่อสอบถามความคิดเห็นของผู้มาใช้บริการในร้านยาคุณภาพในเรื่องกิจกรรมที่ร้านยาคุณภาพควรจัดให้บริการ 36 ราย ผลการศึกษาพบว่า จากแบบสอบถามที่วิเคราะห์ข้อมูลได้ 298 ชุด มีมากกว่าร้อยละ 80 ของผู้ที่ตอบแบบสอบถาม ตอบว่าเห็นด้วยและจะมาใช้บริการ 7 ใน 11 กิจกรรมที่ร้านยาคุณภาพจะจัดให้บริการ ส่วนกิจกรรมเรื่องให้เภสัชกรคอยติดตามผลจากการใช้ยาในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เรื่องการให้ผู้รับบริการมาลงทะเบียนกับร้านยา เรื่องการให้ร้านยาจัดทำและเก็บประวัติการเจ็บป่วย และเรื่องการเยี่ยมบ้านโดยเภสัชกร มีผู้ตอบว่าเห็นด้วยและจะมาใช้บริการร้อยละ 78, 69, 62 และ 44 ตามลำดับ ในส่วนการสัมภาษณ์พบว่าผู้ใช้บริการคาดหวังบริการจากเภสัชกรที่จะก่อให้เกิดความสะดวกสบายและความรวดเร็ว รวมทั้งคาดหวังที่จะได้รับบริการของเภสัชกรชุมชนที่เพิ่มเติมจากเดิม

ระพีพรรณ ฉลองสุข และคณะ [7] ศึกษาเปรียบเทียบระบบบริการจ่ายยาตามใบสั่งแพทย์ให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่โรงพยาบาลกับร้านยาคุณภาพ การศึกษาใช้รูปแบบเชิงกึ่งทดลอง (quasi experimental design) และเชิงคุณภาพโดยการพัฒนากระบวนการจ่ายยาต่อเนื่องตามใบสั่งแพทย์ในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดัน และไขมัน การเก็บรวบรวมข้อมูลทางเวชกรรมของผู้ป่วยใช้แบบบันทึกการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม และการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ แบ่งผู้ป่วยเป็นกลุ่มที่ไปรับบริการจ่ายยาต่อเนื่องที่ร้านยา 27 คน และกลุ่มที่รับยาที่โรงพยาบาล 69 คน ทำการศึกษาเป็นเวลา 6 เดือน ผลการศึกษาพบว่า ระดับน้ำตาลในเลือด ระดับความดันโลหิตของทั้ง 2 กลุ่มไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p 0.875, 0.770, 0.706) และผู้ป่วยมีความพึงพอใจบริการโดยรวมในระดับมากถึงมากที่สุดร้อยละ 63.5 และผู้ป่วยทุกรายพึงพอใจในระดับมากถึงมากที่สุดต่อความสะดวกและความรวดเร็วของบริการจ่ายยาตามใบสั่งแพทย์

สุพรรณษา ใหม่เอี่ยม [38] ศึกษาผลลัพธ์ของการจัดการบำบัดด้านยาในผู้ป่วยโรคเบาหวานภายใต้รูปแบบเครือข่ายโรงพยาบาลและร้านยา เป็นการศึกษาเชิงทดลอง (experimental design) โดยศึกษาใน 5 ด้าน ได้แก่ ผลลัพธ์ทางคลินิก ปัญหาการใช้ยาที่เภสัชกร

แก้ไขได้ ความร่วมมือในการใช้ยา ความพึงพอใจของผู้ป่วย และต้นทุนในการดำเนินงาน แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 40 คน ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มได้รับการรักษาจากแพทย์เช่นเดียวกัน แต่กลุ่มศึกษาจะรับยาและคำแนะนำจากเภสัชกรที่ร้านยาคุณภาพ ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มศึกษาสามารถลดค่าเฉลี่ยของระดับ FBS และ HbA_{1c} ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) เภสัชกรพบปัญหาจากการใช้ยาในกลุ่มศึกษา 105 ครั้ง ซึ่งมากกว่ากลุ่มควบคุม 1.8 เท่า และแก้ไขปัญหาจากการใช้ยาได้ 91 ครั้ง (ร้อยละ 86.7) ผู้ป่วยพึงพอใจต่อการให้บริการ MTM ในระดับมากถึงมากที่สุด โดยเฉพาะการให้ข้อมูลเกี่ยวกับยาและโรคโดยเภสัชกร

พยอม สุขเอนกนันท์ และคณะ [39] ศึกษาเปรียบเทียบผลสัมฤทธิ์ของการให้บริการทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่รับยาต่อเนื่องระหว่างร้านยาคุณภาพและศูนย์แพทย์ชุมชน จังหวัดมหาสารคาม ทำการศึกษาแบบ Quasi experimental study ในผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงจำนวน 59 คน กลุ่มทดลองรับยาที่ร้านยาคุณภาพ 28 คน ส่วนกลุ่มควบคุมรับยาที่ศูนย์แพทย์ชุมชน 31 คน ทำการศึกษาเป็นระยะเวลา 5 เดือน โดยใช้เครื่องมือแบบสัมภาษณ์ข้อมูลผู้ป่วย แบบประเมินอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา และแบบประเมินความพึงพอใจ ผลการศึกษาพบว่าสัดส่วนของผู้ป่วยที่ควบคุมระดับความดันและระดับน้ำตาลได้ตามเป้าหมายในกลุ่มทดลองคิดเป็น 1.242 (OR 1.242; CI 0.458-4.312) และ 0.675 (OR 0.675; CI 0.175-2.653) เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม แต่ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เภสัชกรสามารถแก้ไขปัญหาที่สืบเนื่องจากการใช้ยาในเรื่องความไม่ร่วมมือในการใช้ยามากที่สุด (ร้อยละ 81.8) กลุ่มทดลองมีความพึงพอใจสูงสุดเรื่องความสบายใจที่ได้คุยกับเภสัชกร กลุ่มควบคุมมีความพึงพอใจสูงสุดคือความเต็มใจจะกลับมาพบแพทย์ในครั้งต่อไป

วิลาวัลย์ ทุนดี และคณะ [40] ศึกษาโครงการบริหารทางเภสัชกรรมและการจ่ายยาต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยเบาหวานในร้านยามหาวิทยาลัย เป็นการศึกษาเชิงกึ่งทดลอง (quasi experimental study) เพื่อศึกษาผลที่ได้จากการบริหารทางเภสัชกรรมในร้านยา กลุ่มทดลองและกลุ่มตัวอย่างจำนวนกลุ่มละ 59 คน เก็บข้อมูลทางคลินิก ข้อมูลทางเศรษฐศาสตร์ และข้อมูลทางด้านมานุษยวิทยา ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองมี HbA_{1c} สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากมีผู้ป่วยบางส่วนไม่สามารถมาตามนัดได้อย่างต่อเนื่อง ส่วนค่า BUN และ Cr ไม่แตกต่างกัน ผลการประเมินคุณภาพชีวิตพบว่า general health perception ของกลุ่มทดลองดีขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมี physical functioning, role-physical, mental health และ vitality ดีขึ้นกว่าเดิมเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนและหลัง และมีความพึงพอใจมากกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในด้านการบริการโดยทั่วไป สัมพันธภาพระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ การเข้าถึงบริการ และค่าใช้จ่ายด้านยาพบว่ากลุ่มทดลองมีค่าใช้จ่ายด้านยาน้อยกว่ากลุ่มควบคุม และมีจำนวนครั้งที่พบเภสัชกรมากกว่า

สมสุข สัมพันธ์ประทีป [41] ประเมินประสิทธิภาพของโครงการเดมยาเดมสุข ซึ่งเป็นโครงการที่ให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ที่ผ่านการพิจารณาจากแพทย์ตามเกณฑ์ที่กำหนดสามารถเลือกไปรับยาจากเภสัชกรร้านยาแทนการรับยาที่โรงพยาบาล เป็นการวิจัยเชิงสำรวจโดยศึกษาข้อมูลทั้งในด้านปริมาณและคุณภาพ แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดัน 275 คน กลุ่มเภสัชกรโรงพยาบาลรัฐ 57 คน และกลุ่มเภสัชกรร้านขายยา 32 คน สํารวจกลุ่มตัวอย่างโดยใช้เครื่องมือในการศึกษาคือแบบสอบถามและการสัมภาษณ์ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระดับความน่าเชื่อถือต่อการดำเนินโครงการเดมยาเดมสุขอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 3.40) โดยมีความน่าเชื่อถือเฉลี่ยมากที่สุดในระดับด้านยา/เวชภัณฑ์ที่ได้รับมีความเหมาะสม/ประสิทธิภาพ รองลงมาคือด้านบุคลากร/เภสัชกรผู้ให้คำแนะนำ และการดำเนินงานโครงการเดมยาเดมสุขโดยภาพรวมตามลำดับ ผู้ป่วยที่รู้จักโครงการส่วนใหญ่มีความสะดวกที่จะไปโรงพยาบาลมากกว่าร้านยา เนื่องจากไม่มีความเชื่อมั่นในการรักษาและระยะเวลาที่โรงพยาบาลนัดมารับยาไม่บ่อยเกินไป ส่วนกลุ่มเภสัชกรพบว่าส่วนใหญ่เห็นด้วยกับการดำเนินโครงการ (ค่าเฉลี่ย 3.81) มีความพร้อมด้านสถานที่อยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 3.05) เนื่องจากความแออัดของสถานที่ ระยะเวลาในการรอรับการรักษาและพื้นที่ให้บริการผู้ป่วย ส่วนด้านวิชาการ เภสัชกรส่วนใหญ่เห็นด้วยอย่างมาก (ค่าเฉลี่ย 3.83) ทั้งด้านความเพียงพอของยา/เวชภัณฑ์ ประสิทธิภาพของยา/เวชภัณฑ์ และความพร้อมต่อการให้คำแนะนำ โดยให้ข้อเสนอแนะว่าโครงการเดมยาเดมสุขเป็นโครงการที่ดีแต่ยังไม่เป็นที่รู้จัก จึงควรเพิ่มการประชาสัมพันธ์ ส่วนกลุ่มที่ 3 คือ เภสัชกรร้านยาส่วนใหญ่เห็นด้วยต่อการดำเนินโครงการ (ค่าเฉลี่ย 4.24) ทั้งด้านบุคลากร ร้านยามีเภสัชกรให้ความรู้ประจำร้านตลอดเวลา (ค่าเฉลี่ย 4.34) ด้านเวชภัณฑ์ ยามีมาตรฐานและคุณภาพที่เหมาะสมมากที่สุด (ค่าเฉลี่ย 4.34) รองลงมาคือความเพียงพอของเวชภัณฑ์ ส่วนด้านสถานที่เภสัชกรร้านยาเห็นว่าร้านยามีความรวดเร็วต่อการให้บริการมากที่สุด (ค่าเฉลี่ย 4.38) รองลงมาคือความสะดวกในการเดินทางมาร้านยาและความพร้อมของสถานที่ต่อการรองรับผู้ป่วยตามลำดับ

2.5.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับร้านยาในระบบหลักประกันสุขภาพในต่างประเทศ

Barnett [42] ศึกษาการเปลี่ยนแปลงของระบบ MTM ในสหรัฐอเมริกาช่วงระยะเวลา 7 ปีย้อนหลัง จากข้อมูลผู้ให้บริการ MTM จำนวน 23,798 ราย พบว่าแนวโน้มการให้บริการ MTM เน้นให้บริการในผู้ป่วยสูงอายุมากขึ้น โดยพบว่าอายุเฉลี่ยของผู้รับบริการเพิ่มขึ้นจาก 30.4 ปี เป็น 57.6 ปี และเน้นให้บริการในผู้ป่วยโรคเรื้อรังมากขึ้นจากร้อยละ 10.2 เป็น 43.7 เหตุผลของการให้บริการ MTM ในผู้ป่วยเหล่านี้ เช่น ผู้ป่วยได้รับการเปลี่ยนแปลงการรักษาร้อยละ 40 เพื่อบริหารจัดการต้นทุนและประสิทธิผลของยาให้เกิดความคุ้มค่าสูงสุดร้อยละ 18.2 และเพื่อลดปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาร้อยละ 11.8 จากการศึกษาพบว่าการให้บริการ MTM สามารถลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลได้มากขึ้นจากร้อยละ 9.6 เป็นร้อยละ 15 ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการ

ใช้ยาเพิ่มขึ้นจากเดิม 12 เท่า ลดการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลได้ 1.7 เท่า และลดการเข้ารับการรักษาที่แผนกฉุกเฉินได้ 2 เท่า

Moczygamba และคณะ [43] ทำการศึกษาเรื่องความพึงพอใจของผู้ป่วยที่ได้รับการให้บริการ MTM ทางโทรศัพท์ ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยพึงพอใจมากในด้านความง่ายในการเข้าถึงเภสัชกรเวลาที่เกิดคำถามด้านยา เนื่องจากเภสัชกรทำให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจเรื่องการใช้ยามากขึ้นและให้คำตอบซึ่งมีข้อมูลเพียงพอ ด้านที่มีความพึงพอใจน้อยคือเภสัชกรสามารถให้การดูแลสุขภาพในเชิงป้องกันโรคได้ และเภสัชกรสามารถส่งต่อผู้ป่วยไปยังบุคลากรทางการแพทย์อื่นได้

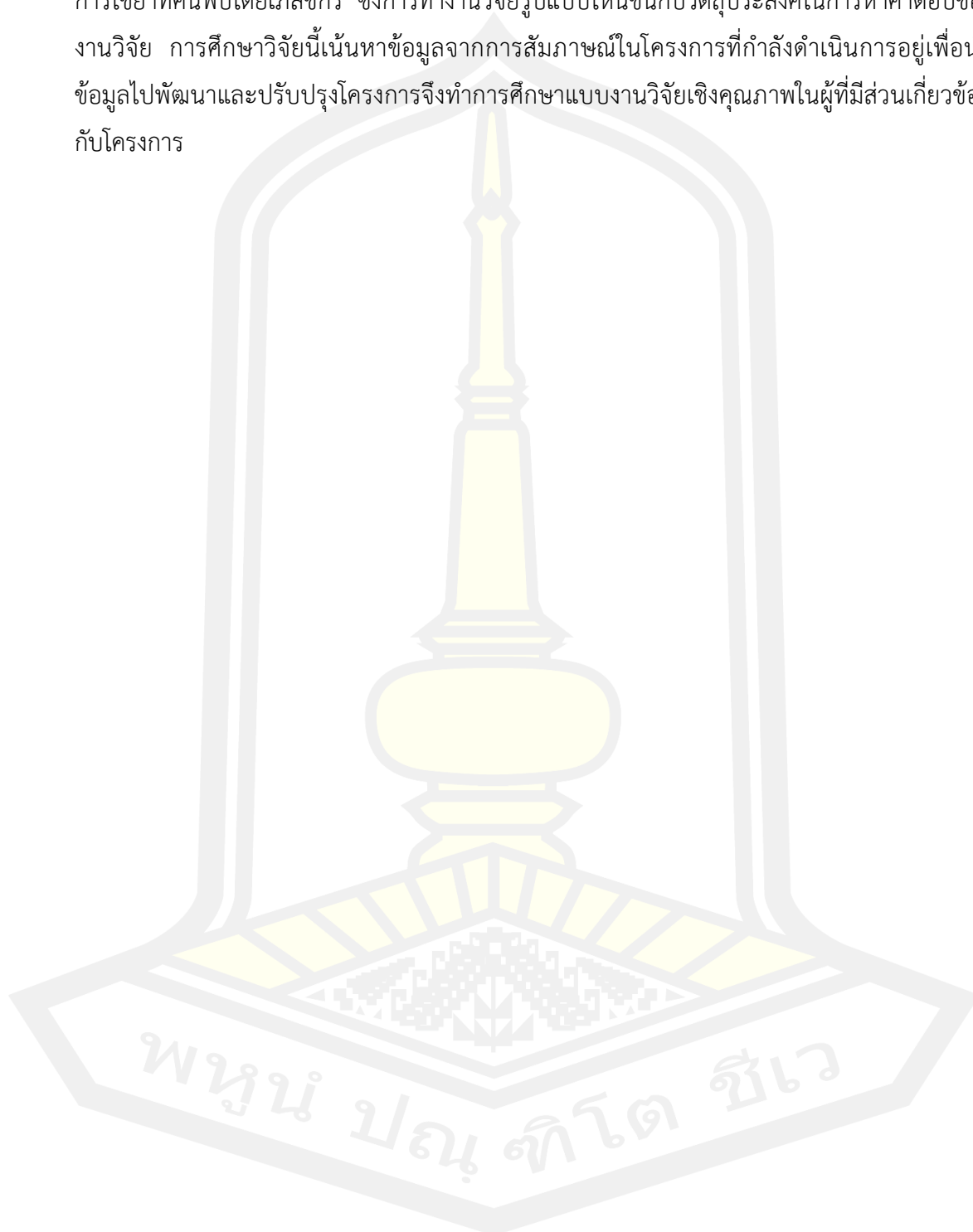
2.5.3 งานวิจัยที่ศึกษาโดยใช้ CIPP model

พัทยา หวังสุข [44] ประเมินโครงการเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยใช้ยาอาร์ฟารินในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโดยประยุกต์ใช้ CIPP model วิเคราะห์ โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้บริหาร 9 คน อาสาสมัครสาธารณสุข 9 คน ผู้ป่วย 16 คนและผู้ดูแล 1 คน ผลการศึกษาพบว่าผู้บริหารมองเห็นประโยชน์ที่ได้รับจากโครงการ การมีระบบเครือข่ายเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จของการดำเนินงาน เช่นเดียวกับบุคลากรทางการแพทย์ที่เห็นด้วยในการพัฒนาโครงการแต่ยังมีข้อจำกัดเรื่องจำนวนบุคลากรและความต่อเนื่องของการดำเนินงาน อาสาสมัครสาธารณสุขผู้ป่วยและผู้ดูแลเห็นว่าควรได้รับการฝึกอบรมความรู้ในการใช้ยาและการติดตามอาการข้างเคียง โดยสรุปปัจจัยสู่ความสำเร็จของโครงการมี 5 องค์ประกอบคือ ระบบบริการ ผู้ป่วย ญาติหรือผู้ดูแล กลุ่มเพื่อนและสังคมแวดล้อม

โชคเฉลิม รวียะวงศ์ [45] ประเมินผลโครงการพัฒนาการเชื่อมโยงร้านยากับระบบหลักประกันสุขภาพด้วย CIPP model เป็นการศึกษาเชิงปริมาณและคุณภาพโดยประเมินจากมุมมองผู้เข้ารับบริการ ร้านยาและผู้บริหาร โดยการใช้แบบสอบถามและการสัมภาษณ์รายบุคคล ผลการศึกษาพบว่า ผู้เข้าร่วมโครงการเต็มยาดูแลเนื่องเห็นด้วยกับบทบาทของเภสัชกรร้านยา ความคิดเห็นสูงสุดด้านความพร้อมของทรัพยากรคือเรื่องอุปกรณ์ในการประสานงานและงบประมาณจากโครงการสนับสนุน คะแนนความคิดเห็นเฉลี่ยในด้านวัตถุประสงค์ของโครงการและขั้นตอนการให้บริการรวมถึงผลจากการดำเนินกิจกรรมอยู่ในระดับเห็นด้วย ผู้บริหารและเภสัชกรร้านยาเห็นด้วยกับโครงการเต็มยาที่ร้านยาเนื่องจากเพิ่มความสะดวกและการเข้าถึงการใช้บริการของผู้ป่วย แต่ยังมีปัญหาในเชิงระบบ เช่น ระบบการบันทึกข้อมูล การติดตามไม่ต่อเนื่อง

การวิจัยเกี่ยวกับโครงการเชื่อมโยงร้านยากับหลักประกันสุขภาพในประเทศไทยยังมีไม่มากนัก งานวิจัยที่พบมีทั้งงานวิจัยเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ พบรูปแบบการศึกษาวิจัยด้วยการตอบแบบสอบถาม การสัมภาษณ์ผู้ที่เกี่ยวข้องกับโครงการ การให้บริการในร้านยาคุณภาพ/ศูนย์แพทย์ชุมชน/ร้านยามหาวิทยาลัย งานวิจัยเชิงคุณภาพเน้นการเก็บข้อมูลการสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อนำข้อมูลมาวิเคราะห์ นำไปพัฒนาและปรับปรุงโครงการ ส่วนงานวิจัยเชิงปริมาณศึกษาแบบเชิงกึ่งทดลองและ

การทดลอง เน้นการเก็บข้อมูลเชิงคลินิก เช่นการลดลงของค่า FBS HbA_{1c} และศึกษาปัญหาจากการใช้ยาที่ค้นพบโดยเภสัชกร ซึ่งการทำงานวิจัยรูปแบบใหม่ขึ้นกับวัตถุประสงค์ในการหาคำตอบของงานวิจัย การศึกษาวิจัยนี้เน้นหาข้อมูลจากการสัมภาษณ์ในโครงการที่กำลังดำเนินการอยู่เพื่อนำข้อมูลไปพัฒนาและปรับปรุงโครงการจึงทำการศึกษาแบบงานวิจัยเชิงคุณภาพในผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับโครงการ



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

3.1 รูปแบบการวิจัย

เป็นการศึกษาวิจัยไปข้างหน้าในรูปแบบงานวิจัยแบบผสมผสาน (mixed method) ประกอบด้วยงานวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative study) และงานวิจัยเชิงปริมาณ (quantitative study) เพื่อประเมินผลการดำเนินโครงการร้านยาชุมชนอบอุ่นในเขตจังหวัดร้อยเอ็ดด้วย CIPP model โดยประเมินผลจากมุมมองต่างๆ ได้แก่ ผู้บริหารโรงพยาบาล ผู้บริหารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด พยาบาล เภสัชกรโรงพยาบาลและร้านยาที่เกี่ยวข้อง รวมถึงมุมมองของผู้รับบริการและความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับ

3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

3.2.1 งานวิจัยเชิงคุณภาพ

ประชากรที่ศึกษา คือ บุคลากรทางการแพทย์ในเขตจังหวัดร้อยเอ็ด ครอบคลุมผู้บริหารโรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด แพทย์ เภสัชกร พยาบาล และผู้ป่วยในช่วงปี 2563

ผู้ให้ข้อมูล คือ ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับโครงการร้านยาชุมชนอบอุ่น จำนวน 53 คน ประกอบด้วย

1) บุคลากรทางการแพทย์ ใช้การคัดเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) บุคลากรทางการแพทย์ที่มีส่วนร่วมในการดำเนินโครงการ จำนวน 32 คน หรือจนกว่าข้อมูลจะถึงจุดอิ่มตัว (data saturation) ไม่เกิดแนวคิดใหม่ที่เกิดจากการสัมภาษณ์ ได้แก่

- 1.1) ผู้บริหารโรงพยาบาล จำนวน 1 คน
- 1.2) ผู้บริหารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จำนวน 1 คน
- 1.3) เภสัชกรสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จำนวน 1 คน
- 1.4) แพทย์ จำนวน 4 คน
- 1.5) เภสัชกรโรงพยาบาล จำนวน 2 คน
- 1.6) พยาบาล จำนวน 2 คน
- 1.7) เภสัชกรร้านยาที่เข้าร่วมโครงการ จำนวน 21 คน

2) ผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการร้านยาชุมชนอบอุ่น จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 21 คน โดยสุ่มจากผู้ป่วยทั้งหมดที่เข้าร่วมโครงการ จากร้านยาทั้งหมด 21 ร้าน จำนวนร้านละ 1 คน ตามเกณฑ์การคัดเข้าร่วมการศึกษา

เกณฑ์การคัดเข้าร่วมการศึกษา (inclusion criteria)

- 1) เข้าร่วมโครงการร้านยาชุมชนอบอุ่นในจังหวัดร้อยเอ็ด
- 2) อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป
- 3) สามารถอ่าน ฟัง เขียน และสื่อสารให้ข้อมูลได้
- 4) สามารถติดต่อผ่านทางโทรศัพท์
- 5) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria)

- 1) ไม่สะดวกหรือเลื่อนนัดหมายการให้ข้อมูล 3 ครั้ง
- 2) เป็นผู้เข้าร่วมในงานวิจัยเชิงปริมาณ

เกณฑ์ยุติงานวิจัย

- 1) เก็บข้อมูลครบตามจำนวนผู้ให้ข้อมูลที่คัดเลือก หรือ
- 2) ข้อมูลอิ่มตัวเชิงคุณภาพ

ร้านยามีจำนวน 21 ร้าน ได้แก่

- 1) ร้านยา บุชบา ฟาร์มาศี
- 2) บ้านยาไกล้มอ
- 3) สบายดีเภสัช
- 4) เภสัชกรทาริกา
- 5) หจก.บ้านหมอยาเภสัช
- 6) ห้องยาเภสัชกร
- 7) ยาเภสัชกร
- 8) หจก.ห้างขายยาวิระเภสัช
- 9) ยูมี แคร่
- 10) ร้านยาจริงใจ
- 11) ร้านคลังยาดีเภสัช
- 12) ร้านยาประสิทธิเภสัช
- 13) ร้านยาเฮลท็อฟ สาขาโรบินสัน
- 14) ร้านมิตรยาเภสัช

- 15) ร้านกนกวรรณ ฟาร์มา
- 16) ร้านธีระศักดิ์เภสัช2
- 17) ร้านบ้านยานิรชาเภสัช
- 18) ร้านบ้านยาอาจสามารถ
- 19) ร้านศูนย์รวมยาสุวรรณภูมิ
- 20) ร้านขายยากรนกเภสัช
- 21) ร้าน ณ บ้านยา

3.2.2 งานวิจัยเชิงปริมาณ

ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการร้านยาผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการร้านยาชุมชนอบอุ่น จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 251 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการร้านยาผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการร้านยาชุมชนอบอุ่น จังหวัดร้อยเอ็ด ในคลินิกโรคความดันโลหิตสูง โรคต่อมลูกหมากโต โรคต่อหีน และโรคอื่นๆ ที่มีเบอร์โทรศัพท์ติดต่อดี จำนวน 80 คน

การสุ่มกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มแบบแบ่งชั้น (stratified quota sampling) โดยแยกกลุ่มผู้ป่วยออกเป็นกลุ่มตามร้านยาที่ผู้ป่วยรับยาในโครงการ และคิดสัดส่วนของขนาดกลุ่มตัวอย่างในแต่ละร้าน แล้วสุ่มอย่างง่ายเพื่อให้ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 80 คน โดยจะไม่นำผู้ป่วยที่เป็นผู้ให้ข้อมูลในงานวิจัยเชิงคุณภาพมาเป็นกลุ่มตัวอย่าง

เกณฑ์การคัดเข้าร่วมการศึกษา (inclusion criteria)

- 1) เข้าร่วมโครงการร้านยาชุมชนอบอุ่นในจังหวัดร้อยเอ็ด
- 2) อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป
- 3) สามารถอ่าน ฟัง เขียน และสื่อสารให้ข้อมูลได้
- 4) สามารถติดต่อผ่านทางโทรศัพท์
- 5) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria)

- 1) ไม่สะดวกหรือเลื่อนนัดหมายการให้ข้อมูล 3 ครั้ง
- 2) เป็นผู้เข้าร่วมในงานวิจัยเชิงคุณภาพ

การคำนวณขนาดตัวอย่าง (n)

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง คำนวณโดยใช้สูตรการหาขนาดตัวอย่างเพื่อประมาณค่าเฉลี่ยของประชากร

$$n = \frac{Z\alpha^2\sigma^2}{d^2}$$

$Z\alpha$ = ระดับความเชื่อมั่น

σ = ความแปรปรวน (variance) ของตัวแปรที่ใช้คำนวณขนาดตัวอย่าง

d = ค่าความคลาดเคลื่อน (error interval of the estimate)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบการศึกษาความพึงพอใจเฉลี่ยของผู้ป่วยที่มารับบริการ MTM ที่ร้านยา ผลการศึกษาพบว่าโดยรวมแล้วผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อโครงการเครือข่ายโรงพยาบาลและ ร้านยา 4.8 ± 0.4 [38]

จากข้อมูลรายงานการศึกษาก่อนหน้า ความแปรปรวนมีค่า 0.4 กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 95% และค่าความกระชับ/ช่วงของความคลาดเคลื่อนร้อยละ 10

$$n = \frac{(1.96)^2(0.4)^2}{0.10^2}$$

$$n = 61.46$$

ดังนั้นควรใช้กลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 62 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายซึ่งมีประมาณร้อยละ 30 จึงต้องใช้กลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย $62 \times 130/100 = 80$ คน

3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

3.3.1 แบบสัมภาษณ์ที่พัฒนาขึ้นสำหรับการวิจัยเชิงคุณภาพ 1 ชุด โดยหัวข้อการประเมินพัฒนาตามกรอบแนวคิด CIPP Model ซึ่งประกอบด้วย 4 มิติ ได้แก่ บริบทของโครงการ ปัจจัยการนำเข้า กระบวนการดำเนินงาน และผลลัพธ์ ดังแสดงในตารางที่ 5

แบบสัมภาษณ์นำไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ 4 ท่าน แล้วนำมาแก้ไขปรับปรุงอีกครั้ง

3.3.2 แบบสัมภาษณ์ความพึงพอใจที่พัฒนาขึ้น

เครื่องมือที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นประกอบด้วย 4 ประเด็น ได้แก่ ขั้นตอนและความพร้อมในการให้บริการ การให้บริการโดยเภสัชกร เวลาและสถานที่ และผลลัพธ์ในภาพรวม โดยมีข้อคำถามทั้งหมด 13 ข้อ หลังจากพัฒนาขึ้นถูกนำไปทดสอบความตรง ความถูกต้อง (content validity)

โดยผู้เชี่ยวชาญ 4 ท่าน เมื่อทดสอบความตรงแล้วจะนำไปทดสอบความเที่ยง (reliability) ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังจำนวน 30 คน โดยใช้มาตรวัดแบบมาตราส่วนประเมินค่า (rating scale) 10 ระดับ คือ คะแนนความพึงพอใจ 0 หมายถึง ความพึงพอใจต่ำสุด และ 10 หมายถึง ความพึงพอใจสูงสุด

การแปลผลการวิจัยของลักษณะแบบสอบถามที่ใช้ระดับการวัดข้อมูลประเภทอัตราภาคขั้น (Interval Scale) ผู้วิจัยใช้เกณฑ์เฉลี่ยในการอภิปรายผล โดยการคำนวณดังนี้

$$\begin{aligned} \text{อัตราภาค} &= \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนขั้น}} \\ &= \frac{(10 - 0)}{5} = 2.0 \end{aligned}$$

เกณฑ์การแปลความหมายของคะแนน

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 0.0 – 2.0	หมายถึง พึงพ้อใจน้อยที่สุด
คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.1 – 4.0	หมายถึง พึงพ้อใจน้อย
คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 4.1 – 6.0	หมายถึง พึงพ้อใจปานกลาง
คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 6.1 – 8.0	หมายถึง พึงพ้อใจมาก
คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 8.1 – 10.0	หมายถึง พึงพ้อใจมากที่สุด

3.4 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

3.4.1 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัยเชิงคุณภาพ แบ่งการดำเนินงานเป็น 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นตอนเตรียมการ เป็นการรวบรวมข้อมูลเอกสารการดำเนินงานของโครงการกับองค์กรหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินโครงการระยะเวลาดำเนินการ 1 เดือน มีขั้นตอนการปฏิบัติงานดังนี้

- 1) ขออนุญาตโรงพยาบาลร้อยเอ็ดเพื่อดำเนินการรวบรวมข้อมูลและเข้าถึงข้อมูลผู้ป่วย
- 2) รวบรวมสรุปเอกสารและข้อมูลของการดำเนินการปฏิบัติงานตามโครงการ
- 3) ประสานงานกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด เพื่อการจัดการประชุมประสานชี้แจงการทำโครงการวิจัย เรื่องการประเมินผลโครงการร้านยาชุมชนอบอุ่น จังหวัดร้อยเอ็ดด้วย CIPP model ซึ่งที่ประชุมประกอบด้วยเภสัชกรประจำร้านยาที่เข้าร่วมโครงการจำนวน 21 ร้านยา และ ผู้บริหารโรงพยาบาล แพทย์/พยาบาล/เภสัชกรโรงพยาบาล/สสจ.
- 4) ประสานงานกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด เพื่อขอเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินโครงการร้านยาชุมชนอบอุ่น เอกสารสรุปผลการดำเนินงานโครงการ

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นตอนการเก็บข้อมูลเพื่อวิเคราะห์ประเมินผลโครงการ ระยะเวลาดำเนินการ 3 เดือน แบ่งเป็นการกำหนดหัวข้อการประเมินและวิธีในการประเมิน ตามวิธี CIPP Model โดยแบ่งกลุ่มในการประเมินตามบทบาทหน้าที่ มีขั้นตอนการปฏิบัติงานดังนี้

1) ประสานงานผู้เข้าร่วมโครงการเพื่อแจ้งรายละเอียดโครงการวิจัย โดยแจ้งข้อมูลทางโทรศัพท์และส่งเอกสารคำชี้แจงและใบยินยอมเข้าร่วมวิจัยเพื่อประกอบการตัดสินใจก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัยในระยะเวลา 1 สัปดาห์ หากได้รับการตอบตกลง ทำการนัดหมายวันสัมภาษณ์ในสถานที่ทำงานของแต่ละบุคคล โดยจัดเป็นห้องแยกที่เป็นสัดส่วนจากผู้อื่นในที่ทำงาน เช่น ห้องทำงานส่วนตัว ห้องประชุมย่อย หรือการนัดหมายวันสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ หรือ face time

2) ดำเนินการสัมภาษณ์ตามแบบสัมภาษณ์และใช้การบันทึกเสียง โดยมีผู้สัมภาษณ์ 1 คน และอีก 1 คนตรวจสอบความครบถ้วนในการสัมภาษณ์และบันทึกข้อความสำคัญ หากพบที่ยังไม่ครบถ้วนจะทำการสัมภาษณ์เพิ่มเติมในประเด็นนั้น เทปที่อัดเสียงใช้รหัส ในการบันทึกชื่อ

3) ดำเนินการการถอดเทปบทสัมภาษณ์แบบคำต่อคำ (verbatim) โดยจะดำเนินการภายใน 1-2 สัปดาห์หลังจากที่สัมภาษณ์เสร็จสิ้น

ขั้นตอนที่ 3 การสังเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ สังเคราะห์แนวคิดหลักและแนวคิดรอง (thematic analysis) ตามกรอบแนวคิด CIPP Model โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1) วางแนวทางการวิเคราะห์โดยวิเคราะห์ตามกรอบแนวคิด CIPP model ของ Stufflebeam ประกอบไปด้วย 4 ด้านคือ ด้านบริบทหรือสภาวะแวดล้อม (context) ด้านปัจจัยนำเข้า (input) ด้านกระบวนการ (process) และด้านผลลัพธ์ (product)

2) การตรวจสอบข้อมูล ผู้วิจัยใช้วิธีการตรวจสอบข้อมูลด้วยวิธีการตรวจสอบแบบสามเส้า (triangulation) เพื่อหาความเชื่อถือได้ของข้อมูลจากแหล่งที่แตกต่างกัน คือ ผู้วิจัยใช้การตรวจสอบด้านข้อมูล (data triangulation) โดยตรวจสอบว่าข้อมูลที่ได้มานั้นถูกต้องตรงกันหรือไม่ มีการเปรียบเทียบข้อมูลที่ได้จากวิธีที่แตกต่างกัน มีการทำวิจัยรูปแบบเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ โดยการตอบแบบสอบถามและสัมภาษณ์เชิงลึก เพื่อดูว่าข้อมูลที่ได้จากวิธีที่ต่างกัน ข้อมูลที่ได้จะเหมือนเดิมหรือไม่

3) จัดระบบของข้อมูลและแยกประเภทของข้อมูลให้เป็นหมวดหมู่ กำหนดประเด็นหลัก นำประเด็นหลักที่ได้มาจัดแยกตามเกณฑ์หัวข้อการประเมิน คือ บริบท (context) ปัจจัยนำเข้า (input) กระบวนการ (process) และผลลัพธ์ (product) และหาข้อความหรือประเด็นย่อยที่มีความหมายสอดคล้องกับประเด็นหลักเพื่อจัดให้เป็นหมวดหมู่เดียวกันในแต่ละกลุ่มผู้ให้ข้อมูลที่ได้สัมภาษณ์

โดยกำหนดรหัสสำหรับการถอดเทปและการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

แพทย์	D01,D02,D03,D04
พยาบาล	N01,N02,N03
เภสัชกรโรงพยาบาลและสสจ.	PH01,PH02,PH03
เภสัชกรร้านยา	P01,P02,P03,P04,P05,P06,P07,P08,P09,P10,P11, P12,P13,P14,P15,P16,P17
ผู้ป่วย	PT01,PT02,PT03,PT04,PT05,PT06,PT07,PT08,PT09, PT10,PT11,PT12,PT13,PT14,PT15

- 4) ให้รหัส (code) ข้อมูล กำหนดรหัสสำหรับแต่ละความหมายของข้อความ
- 5) การตีความ ตีความจากกรอบแนวคิดที่ได้ มีประเด็นใดที่เชื่อมโยงกันหรือมีความคิดเห็นที่ไปในทางเดียวกันหรือต่างกันอย่างไร มีการเขียนตัวอย่างคำพูดที่เป็นคำสำคัญ
- 6) การสร้างข้อสรุป

ขั้นตอนที่ 4 ขั้นตอนนี้เป็นการสรุปวิเคราะห์ผลการประเมินโครงการ หลังจากเก็บข้อมูลนำข้อมูลมาประเมินตาม CIPP Model จากมุมมองแต่ละฝ่ายได้แก่ มุมมองของผู้รับบริการ เภสัชกรประจำร้านยา แพทย์/พยาบาล/เภสัชกรประจำโรงพยาบาลและผู้บริหารหน่วยงาน และนำข้อมูลเชิงปริมาณมาวิเคราะห์ผลแล้ว หลังจากนั้นสรุปและวิเคราะห์ผลการประเมินโครงการร้านยาชุมชนอบอุ่นเพื่อปรับปรุงการดำเนินงานให้เหมาะสมกับการปฏิบัติการจริงในปีถัดไปตามประเด็นที่ได้จากการวิจัย

3.4.2 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัยเชิงปริมาณ แบ่งการดำเนินงานเป็น 5 ขั้นตอน ดังนี้

- 1) ประสานขอข้อมูลรายชื่อผู้ป่วย ที่อยู่ และเบอร์โทรศัพท์ที่เข้าร่วมโครงการร้านยาชุมชนอบอุ่น จากโรงพยาบาลร้อยเอ็ด
- 2) โทรศัพท์ประสานงาน ผู้เข้าร่วมโครงการเพื่อแจ้งรายละเอียดโครงการวิจัย โดยการโทรศัพท์แจ้งข้อมูลโครงการเพื่อประกอบการตัดสินใจล่วงหน้าและให้เวลาในการตัดสินใจยินยอมเข้าร่วมภายใน 1 สัปดาห์ หากผู้ป่วยตกลงเข้าร่วมงานวิจัยโทรศัพท์นัดสัมภาษณ์อีกครั้ง
- 3) ผู้วิจัยโทรศัพท์เพื่อสัมภาษณ์ความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่าง
- 4) บันทึกผลคะแนนความพึงพอใจ ลงในโปรแกรม Microsoft excel
- 5) วิเคราะห์ข้อมูลและเขียนรายงาน

3.5 การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์แนวคิดหลักและแนวคิดรอง ตามกรอบของ CIPP โดยผู้วิจัย 2 คน สรุบบแนวคิดร่วมกัน หากไม่เห็นพ้อง พิจารณาร่วมกับผู้วิจัยอีก 3 ท่านในการประชุมร่วมกัน

ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ ระดับความพึงพอใจ ใช้การวิเคราะห์แสดงผลในรูปของค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (mean \pm SD)

3.6 การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยเสนอเค้าโครงวิทยานิพนธ์พร้อมเครื่องมือการวิจัยต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ระดับบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อพิจารณาและตรวจสอบความเหมาะสม ซึ่งงานวิจัยนี้ได้จัดทำขึ้นภายใต้โครงการประเมินผลเชิงพัฒนา (developmental evaluation) โครงการนำร่องให้ผู้ป่วยรับยาที่ร้านขายยาเพื่อลดความแออัดโรงพยาบาลร้อยเอ็ด ได้รับเอกสารรับรองโครงการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เลขที่การรับรอง 194/2563

การดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ประโยชน์และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นของการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบ ผู้วิจัยอธิบายกลุ่มตัวอย่างให้เข้าใจว่า การเข้าร่วมในการศึกษาคั้งนี้ขึ้นกับความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยนี้ การปฏิเสธจะไม่มีผลต่อการได้รับบริการหรือการปฏิบัติงานของกลุ่มตัวอย่างหรือผู้ให้ข้อมูล ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาคั้งนี้จะเก็บเป็นความลับ โดยใช้รหัสแทนชื่อ-สกุลของกลุ่มตัวอย่าง ผลการวิจัยจะนำเสนอเป็นภาพรวมและนำมาใช้ประโยชน์ในโครงการต่อไป กลุ่มตัวอย่างสามารถขอยุติการเข้าร่วมการวิจัยก่อนครบกำหนดได้ตลอดเวลา และเมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย หลังจากเสร็จสิ้นการวิจัยข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะถูกทำลายภายใน 1 ปี ภายหลังจากที่ผลการวิจัยได้รับการเผยแพร่แล้ว ผู้วิจัยจะรวบรวมเอกสารที่เป็นกระดาษทั้งหมดนำเข้าเครื่องย่อยเอกสาร และลบไฟล์ข้อมูล รูปภาพ เสียง ในคอมพิวเตอร์ส่วนตัวทั้ง

ตารางที่ 6 รายละเอียดตัวแปรตามกรอบการประเมิน CIPP แนวคำถามและผู้ให้ข้อมูล

กรอบแนวคิด	CIPP framework	ตัวแปร	แนวคำถาม	ผู้ให้ข้อมูล
Context	<p>What? Environment & Needs</p> <p>Objective:</p> <ol style="list-style-type: none"> To define the institutional/service context: To identify the target population and assess its needs and opportunities in the context: Diagnose problems underlying the needs and opportunities: Judge whether goals are sufficiently responsive to the assessed needs <p>Method:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Using document review, interviews</i> <p>-By comparing the actual and the intended inputs and outputs:</p> <p>Relation to decision making:</p>	<ol style="list-style-type: none"> วิสัยทัศน์หน่วยงาน วัตถุประสงค์ของโครงการ ผู้ช่วยโรครีหรือมีความต้องการและได้รับประโยชน์จากโครงการคลินิกชุมชนอบอุ่นนี้อย่างไร รากของปัญหาที่อยู่ภายใต้ความต้องการและโอกาสของโครงการนี้คืออะไร ประเมินเป้าหมายได้มีการตอบรับเพียงพอต่อความต้องการหรือไม่ <p>วิธีดำเนินงาน</p> <ul style="list-style-type: none"> - การประเมินเอกสารโครงการและ การสัมภาษณ์ - เปรียบเทียบสถานการณ์ปัจจุบัน และการลงทุนของโครงการและ ผลลัพธ์ <p>ความสัมพันธ์เพื่อการตัดสินใจ</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ ตัดสินใจเลือกร้านยาเข้าร่วมโครงการ ○ เป้าหมายที่ทำได้ชัดเจน และลำดับความสำคัญของการมีร้านยาเข้าร่วม 	<ul style="list-style-type: none"> ● ทำนคิดอย่างไรกับโครงการลดความแออัดด้วยร้านยาชุมชนอบอุ่นของจังหวัดร้อยเอ็ด <ul style="list-style-type: none"> - วัตถุประสงค์ของโครงการ - วิสัยทัศน์ของหน่วยงาน (ทำเพื่อตอบโจทย์อะไร) ● อะไรเป็นสาเหตุที่ท่านตัดสินใจเข้าร่วมโครงการ <ul style="list-style-type: none"> - ความแออัดของโรงพยาบาล - ปัญหาในระบบการให้บริการผู้ป่วยอย่างไรบ้าง - ปัญหาอื่นๆ ● มีความคาดหวังหรือเป้าหมาย (ประโยชน์) อะไรภายหลังเข้าร่วมโครงการ <ul style="list-style-type: none"> - ผู้บริหาร/ผู้ให้บริการ - ผู้ป่วย ● การตั้งเป้าหมายของกรมดำเนินการเพื่อลดความแออัด จากร้านยาที่เข้าร่วมโครงการ เพียงพอต่อความ 	<ol style="list-style-type: none"> ผู้บริหารโรงพยาบาล เภสัชกรสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด แพทย์ เภสัชกรโรงพยาบาล พยาบาล เภสัชกรร้านยา ผู้ป่วย

ตารางที่ 6 (ต่อ)

กรอบแนวคิด	CIPP framework	ตัวแปร	แนวคำถาม	ผู้เกี่ยวข้อง
Input	<p>-For deciding upon settings to be served.</p> <p>-For defining goals and setting priorities</p> <p>-For surfacing and addressing potential barriers to success</p> <p>-For providing assessed needs as a basis for judging outcomes. *****</p> <p>needs for society, future technological developments</p> <p>-How? Procedural designs, strategies & resources</p> <p>Objective:</p> <p>-To identify and assess system capabilities and alternative service strategies</p> <p>-To closely examine planned procedures, budgets, and schedules for implementing the chosen strategies</p> <p>Method:</p> <p>-analysing available human and</p>	<p>โครงการ</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ ระบุ/พิจารณาถึงอุปสรรคที่จะทำให้ไปไม่ถึงเป้าหมาย ○ ประเมินความต้องการของรายนยา, การพัฒนาเทคโนโลยีในอนาคต ที่มีผลต่อผลลัพธ์ 	<p>ต้องการอย่างไรหรือหรือไม่ อย่างไร</p> <ul style="list-style-type: none"> ● มีปัญหาหรืออุปสรรคอะไรระหว่างดำเนินโครงการ 	
	<p>วัตถุประสงค์</p> <ul style="list-style-type: none"> - ระบุและประเมินความสามารถของระบบและกลยุทธ์สำรอง - ติดตามกระบวนการดำเนินงานตามแผนอย่างใกล้ชิด - งบประมาณ และกำหนดการดำเนินงานกิจกรรม <p>วิธีดำเนินการ</p> <ul style="list-style-type: none"> - วิเคราะห์จำนวนคนทั้งหมดในโครงการและวัสดุอุปกรณ์ต่างๆ 	<p>วัตถุประสงค์</p> <ul style="list-style-type: none"> - ระบุและประเมินความสามารถของระบบและกลยุทธ์สำรอง - ติดตามกระบวนการดำเนินงานตามแผนอย่างใกล้ชิด - งบประมาณ และกำหนดการดำเนินงานกิจกรรม <p>วิธีดำเนินการ</p> <ul style="list-style-type: none"> - วิเคราะห์จำนวนคนทั้งหมดในโครงการและวัสดุอุปกรณ์ต่างๆ 	<p>● การจัดระบบเพื่อรองรับโครงการนี้</p> <p>ทางรพ./สสจ./รายนยา จัดเตรียมอย่างไร</p> <ul style="list-style-type: none"> - ทุน - คน ผู้ประสานงาน ผู้กำกับติดตาม - เกณฑ์คัดเลือกรายนยา - การประสานงานภายใน - กำหนดการให้บริการ (การนัด 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้บริหารโรงพยาบาล 2. เกสเซอร์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 4. แพทย์ 5. เกสเซอร์โรงพยาบาล 6. พยาบาล 7. เกสเซอร์รายนยา

ตารางที่ 6 (ต่อ)

กรอบแนวคิด	CIPP framework	ตัวแปร	แนวคำถาม	ผู้เกี่ยวข้อง
	<p>material resources</p> <ul style="list-style-type: none"> -examine promising solution strategies -critiquing procedural designs for relevance, feasibility, cost, and economy <p>Relation to decision making: For selecting sources of support and solution strategies</p> <ul style="list-style-type: none"> - For explicating a sound procedural designs, including a budget, schedule, and staffing plan - For providing a basis for monitoring and judging implementation <p>*****</p>	<ul style="list-style-type: none"> - วิเคราะห์แนวทาง/กลยุทธ์ที่ได้มีการเตรียมไว้ก่อน - วิเคราะห์รูปแบบกระบวนการดำเนินงานที่เป็นไปได้ สะดวก ค่าใช้จ่าย และความคุ้มค่า <p>ความสัมพันธ์ต่อการตัดสินใจ เลือกพิจารณาการลงทุนและกลยุทธ์ในการแก้ปัญหา</p> <p>อธิบายรูปแบบของการดำเนินงานที่ดี ซึ่งรวมด้านการเงิน กำหนดต้นทุน และกำลังคน</p> <p>มีข้อมูลการติดตามและการตัดสินใจต่อการนำโครงการไปใช้</p>	<p>หมาย)</p> <ul style="list-style-type: none"> - ค่าตอบแทน - การประชาสัมพันธ์ - ฐานข้อมูลคนไข้และการตรวจสอบระหว่างรายนายและโรงพยาบาล - อื่นๆ <ul style="list-style-type: none"> ● รูปแบบการจ่ายยา ระบบการประกันการได้รับยา และระบบตรวจสอบ ทำอย่างไร ● รูปแบบที่จัดเตรียมอำนาจความสะดวก และคุ้มค่ากับการลงทุนหรือไม่ อย่างไร 	
Process	<p>Are we?</p> <p>Procedures in use, monitoring & implementation</p> <p>Objectives:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. To identify or predict defects in the procedural 	<p>วัตถุประสงค์</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ระบุปัญหาหรือประเมินความผิดปกติในรูปการดำเนินงานโครงการหรือนำมาใช้ 	<ul style="list-style-type: none"> ● ท่านมีส่วนร่วมในโครงการนี้อย่างไรบ้าง ● เกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ป่วย 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้บริหารโรงพยาบาล 2. เมสซิงเจอร์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

ตารางที่ 6 (ต่อ)

กรอบแนวคิด	CIPP framework	ตัวแปร	แนวคำถาม	ผู้ให้ข้อมูล
<p>design or its implementation:</p> <p>2. To provide information for the programmed decisions</p> <p>3. To record procedural events and activities for later analysis and judgment:</p> <p>Method:</p> <p>-By monitoring the activity's potential procedural barriers and remaining alert to unanticipated ones</p> <p>-By obtaining specified information for programmed decisions</p> <p>-By interviewing beneficiaries</p> <p>describing the actual process.</p> <p>Relation to decision making:</p> <p>-For implanting and refining the program design and procedure for effective process control.</p> <p>Feedback to judge:</p>	<p>2. เพื่อให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับ การตัดสินใจต่อโครงการ</p> <p>3. เพื่อบันทึกกิจกรรมและเหตุการณ์ สำหรับวิเคราะห์ในตอนท้าย</p> <p>วิธีการ</p> <ul style="list-style-type: none"> - การสัมภาษณ์ผู้ดำเนินการ ต่อปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน หรือการกระตุ้นให้เกิด การมีส่วนร่วมอย่างต่อเนื่อง <p>-การได้รับข้อมูลเฉพาะสำหรับการตัดสินใจโครงการ</p> <p>-สัมภาษณ์ประโยชน์ที่อธิบายถึง กระบวนการดำเนินงานโครงการ</p> <p>ความสัมพันธ์ต่อการตัดสินใจ</p> <ul style="list-style-type: none"> -สำหรับการเริ่มต้นและการพัฒนาในรูปแบบโครงการและกระบวนการเพื่อให้ได้การควบคุมกระบวนการที่มีประสิทธิภาพ 	<ul style="list-style-type: none"> • การดำเนินการโครงการเป็นไปตามแผนที่วางไว้หรือไม่ • พบปัญหา/อุปสรรคอะไรระหว่างดำเนินการ • หากผู้เกี่ยวข้องปฏิเสธการไปรับยาที่ร้านยามีวิธีแก้ไขอย่างไร • ข้อเสนอแนะอย่างไร • จำนวนผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการ เป็นไปตามเป้าหมายหรือไม่ • มีการติดตามการดำเนินงานโครงการ เช่นไร • กระบวนการส่งยาและเก็บรักษา ยาในทางปฏิบัติเป็นอย่างไร อธิบายให้ด้วยนะคะ • กระบวนการดำเนินงานตรงส่วนไหนที่ชอบ มีประโยชน์ และที่ยังต้องการปรับปรุง 	<ul style="list-style-type: none"> 4. แพทย์ 5. เกสเซอร์โรงพยาบาล 6. พยาบาล 7. เกสเซอร์ร้านยา 	

ตารางที่ 6 (ต่อ)

กรอบแนวคิด	CIPP framework	ตัวแปร	แนวคำถาม	ผู้ให้ข้อมูล
	-The effectiveness of the program -Utilization of physical facilities: -Effectiveness of system of evaluation of drug system:	Feedback to judge: -การใช้ทรัพยากรรายนยา -ระบบประเมินผลระบบการส่งยาและการเก็บรักษา ผลลัพธ์ - การได้รับการยอมรับในสหวิชาชีพ - การมีส่วนร่วมจากหลายภาคส่วน - จำนวนคนไข้ที่มีการส่งต่อ - ลักษณะการทำงานและการพัฒนางาน - ความพึงพอใจต่อการดำเนินงานโครงการ - ผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วย วัตถุประสงค์ 1. เก็บรายละเอียดของผลลัพธ์และประเมินผลลัพธ์ 2. ประเมินความสัมพันธ์ของผลลัพธ์และการตัดสินใจต่อผลลัพธ์ 3. ประเมินข้อมูลผลลัพธ์ สัมพันธ์กับ context, input, and process อย่างไม่	ทำความพึงพอใจต่อการดำเนินโครงการมากขึ้นโดยเฉพาะในส่วนที่ชอบ และส่วนไหนที่ควรปรับปรุง - การยอมรับร่วมกัน ให้บริการ - แต่ละภาคส่วนมีความร่วมมือกันอย่างไร (แพทย์ พยาบาล เภสัชกร ผู้ป่วย สารสนเทศ อื่นๆ) - ลักษณะการทำงานชัดเจน ตรวจสอบได้	1. ผู้บริหารโรงพยาบาล 2. เภสัชกรสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 4. แพทย์ 5. เภสัชกรโรงพยาบาล 6. พยาบาล 7. เภสัชกรรายนยา 8. ผู้ป่วย
Product	Have we? Attainments outcomes-both quality and significance Objectives: 1. To collect descriptions and judgment of outcomes 2. To relate outcomes and judgment of outcomes 3. To relate outcome information to objectives and to context, input, and process information 4. To interpret the effort's			

ตารางที่ 6 (ต่อ)

กรอบแนวคิด	CIPP framework	ตัวแปร	แนวคำถาม	ผู้เกี่ยวข้อง
<p>merit and worth</p> <p>Method:</p> <ul style="list-style-type: none"> -By measuring outcomes -By collecting judgments of outcomes from stakeholders -By comparing outcomes to assessed needs, goals, and other pertinent standards <p>Relation to decision making:</p> <ul style="list-style-type: none"> -For deciding to continue, terminate, modify, or refocus a change of activity. -For presenting a clear record of effects (intended and unintended, positive and negative) -For judging the effort's merit and worth. <p>*****</p>	<p>4. แปลผลของความพยายามในการสร้างคุณค่า และความดี</p> <p>วิธีดำเนินการ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. เก็บข้อมูลผลลัพธ์ 2. สอบถามความเห็นต่อการตัดสินใจผลลัพธ์จาก stakeholders 3. เปรียบเทียบผลลัพธ์ กับความต้องการที่ประเมินไว้ เป้าหมาย และ มาตรฐานอื่น <p>ประเด็นพิจารณา</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ประเมินเพื่อการปรับปรุง และการปรับจุดเน้นของโครงการ 2. ประเมินผลกระทบทั้งในเชิงบวก เชิงลบ ตั้งใจและไม่ตั้งใจ 			

บทที่ 4 ผลการศึกษา

4.1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้เข้าร่วมการศึกษา

4.1.1 การศึกษาเชิงคุณภาพ

ผู้เข้าร่วมการศึกษาเชิงคุณภาพทั้งหมด 42 คน จากกลุ่มเป้าหมาย 53 คน โดยเป็นบุคลากรทางการแพทย์ 27 คน (จากเป้าหมาย 32 คน) และผู้ป่วย 15 คน (จากเป้าหมาย 21 คน) จำนวนผู้เข้าร่วมการศึกษาไม่เป็นไปตามเป้าหมาย เนื่องจากบุคลากรทางการแพทย์ 3 คนปฏิเสธการให้ข้อมูลเนื่องจากร้านยาไม่ได้เข้าร่วมโครงการร้านยาชุมชนอบอุ่นแล้ว 2 คนและไม่สะดวกในการให้ข้อมูล 1 คน ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยถึงจุดอิ่มตัวที่จำนวน 15 คน

บุคลากรทางการแพทย์ที่ให้สัมภาษณ์ทั้งหมด 27 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 77.8 ประกอบอาชีพเภสัชกรร้านยา ร้อยละ 63.0 ผู้ป่วยที่ให้สัมภาษณ์เชิงคุณภาพทั้งหมด 15 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 73.3 อายุ 60 – 69 ปี ร้อยละ 33.3 ดังแสดงในตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ข้อมูลพื้นฐานของผู้เข้าร่วมการศึกษาเชิงคุณภาพ

ข้อมูลทั่วไป	บุคลากรทางการแพทย์ (n=27)		ผู้ป่วย (n=15)	
		จำนวน (ร้อยละ)		จำนวน (ร้อยละ)
เพศ	ชาย	6 (22.2)	ชาย	11 (73.3)
	หญิง	21 (77.8)	หญิง	4 (26.7)
อายุ (ค่าเฉลี่ย \pm SD)		41.2 \pm 8.5		58.5 \pm 16.8
อายุ	20 – 29 ปี	1 (3.7)	20 – 29 ปี	2 (13.3)
	30 – 39 ปี	11 (40.7)	30 – 39 ปี	0 (0.0)
	40 – 49 ปี	10 (37.0)	40 – 49 ปี	1 (6.7)
	50 – 59 ปี	5 (18.2)	50 – 59 ปี	4 (26.7)
	60 – 69 ปี	0 (0.0)	60 – 69 ปี	5 (33.3)
	70 – 79 ปี	0 (0.0)	70 – 79 ปี	3 (20.0)

ตารางที่ 7 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	บุคลากรทางการแพทย์ (n=27)		ผู้ป่วย (n=15)	
		จำนวน (ร้อยละ)		จำนวน (ร้อยละ)
อาชีพ	แพทย์	4 (14.8)	ค้าขาย	4 (26.7)
	พยาบาล	3 (11.1)	เกษตรกร	4 (26.7)
	เภสัชกร รพ.	2 (7.4)	ว่างงาน	3 (20.0)
	เภสัชกรร้านยา	17 (63.0)	อื่นๆ ได้แก่ ช่างรีด	4 (26.7)
	เภสัชกร สสจ.	1 (3.70)	ขับรถส่งอาหาร เย็บ กระเป๋า สมาชิกสภา เทศบาล	
ประสบการณ์การทำงาน	3 – 11 ปี	15 (55.6)	n/a	n/a
	12 – 20 ปี	5 (18.5)		
	21 – 29 ปี	3 (11.1)		
	30 – 38 ปี	4 (14.8)		
หน่วยงาน	โรงพยาบาล	9 (33.3)	n/a	n/a
	ร้านยา	17 (63.0)		
	สสจ.	1 (3.7)		
โรคประจำตัว	n/a	n/a	ความดันโลหิตสูง	7 (46.7)
			ต่อมลูกหมาก	3 (20.0)
			เบาหวาน	4 (26.7)
			ไขมันสูง	1 (6.7)

n/a ย่อมาจาก not applicable

พหุบัณฑิต ชีวะ

4.1.2 การศึกษาเชิงปริมาณ

ผู้ป่วยที่ตอบแบบสอบถามเชิงปริมาณทั้งหมด 80 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 67.5 โรคประจำตัวโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 65.0 ดังแสดงในตารางที่ 8

ตารางที่ 8 ข้อมูลพื้นฐานของผู้เข้าร่วมการศึกษาเชิงปริมาณ

ข้อมูลทั่วไป		จำนวน (ร้อยละ) (n=80)
เพศ	ชาย หญิง	54 (67.5) 26 (32.5)
อายุ (ค่าเฉลี่ย \pm SD)		64.9 \pm 11.7
อายุ	20 – 29 ปี 30 – 39 ปี 40 – 49 ปี 50 – 59 ปี 60 – 69 ปี 70 – 79 ปี 80 – 89 ปี	1 (1.3) 2 (2.5) 4 (5.0) 15 (18.8) 29 (36.3) 23 (28.8) 6 (7.5)
โรคประจำตัว	ความดันโลหิตสูง ต่อมลูกหมากโต ความดันในลูกตาสูง เบาหวาน พาร์กินสัน ไขมันในเลือดสูง นิ่วในกระเพาะปัสสาวะ เก๊าท์	52 (65.0) 23 (28.8) 12 (15.0) 13 (16.3) 1 (1.3) 6 (7.5) 2 (2.5) 2 (2.5)
อาการในปัจจุบัน	ควบคุมได้ แย่ง ดีขึ้น	61 (76.3) 7 (8.8) 12 (15.0)
เหตุผลในการเข้าร่วมโครงการ	แพทย์และพยาบาลอนุญาต อยากไปใช้บริการ คิดว่าสุขภาพตนเองควบคุมได้ รู้จักเภสัชกรร้านยา สะดวกในการเดินทางไปใช้บริการ	62 (77.5) 12 (15.0) 5 (6.3) 5 (6.3) 50 (62.5)

4.2 ผลการประเมินเชิงคุณภาพด้วยกรอบแนวคิด CIPP model

การประเมินผลโครงการร้านยาชุมชนอบอุ่น สามารถสรุปกรอบแนวคิดตาม CIPP model ได้ดังนี้ context ประกอบด้วย 3 กรอบแนวคิดหลัก คือบริบทแวดล้อม เป้าหมายต่อโครงการและความคาดหวัง input มีกรอบแนวคิดหลักคือการตอบรับนโยบาย รูปแบบการให้บริการ การประชาสัมพันธ์และการเงิน process คือปัญหาและอุปสรรค มีกรอบแนวคิดหลักคือกำลังคน รูปแบบการให้บริการและการประชาสัมพันธ์ และ product คือการประเมินผลลัพธ์ประกอบด้วย 5 กรอบแนวคิดหลัก ได้แก่ การได้รับการยอมรับการทำงานของเภสัชกรร้านยา จำนวนคนไข้ที่เข้ารับบริการที่ร้านยา ความคุ้มค่า คุณภาพการให้บริการของเภสัชกรและความสะดวก ดังตารางที่ 9

ตารางที่ 9 กรอบแนวคิดการประเมินผลโครงการร้านยาชุมชนอบอุ่น

CIPP	กรอบแนวคิดหลัก	กรอบแนวคิดรอง	
Context บริบท สิ่งแวดล้อม และความจำเป็น	C1 ระบบบริการสุขภาพ	C1-1 ความแออัด	
		C1-2 บริการของร้านยา	
		C1-3 นโยบาย	
	C2 เป้าหมายต่อโครงการ	C2-1 การลดภาระงาน	
		C2-2 การลดความแออัด	
	C3 ความคาดหวัง	C3-1 การร่วมโครงการของเภสัชกรร้านยา	
		C3-2 กลุ่มเป้าหมาย	
	Input รูปแบบการทำงาน	I1 บุคลากร (บุคคล)	I1-1 ทีมดำเนินงาน
			I1-2 การเตรียมตัวของผู้ป่วย
I2 รูปแบบการให้บริการ		I2-1 การคัดเลือกร้านยา	
		I2-2 ระบบการคัดเลือกผู้ป่วย	
		I2-3 รูปแบบการกระจายยา	
		I2-4 ระบบการสื่อสาร	
		I2-5 ระบบการนัดหมาย	
		I2-6 ระบบเอกสาร/ฐานข้อมูล	
		I2-7 การบริการของเภสัชกรร้านยา	
		I2-8 การติดตามและประเมินผล	
I3 การประชาสัมพันธ์		I3-1 โรงพยาบาล	
		I3-2 ร้านยา	
I4 การเงิน			

ตารางที่ 9 (ต่อ)

CIPP	กรอบแนวคิดหลัก	กรอบแนวคิดรอง	
Process ปัญหาและอุปสรรค	P1 การรับรู้เป้าหมาย		
	P2 กำลังคน		
	P3 รูปแบบการให้บริการ	P3-1 การกระจายตัวของร้านยา	
		P3-2 ผู้ป่วยปฏิเสธเข้าร่วมโครงการ	
		P3-3 รูปแบบการกระจายยา	
		P3-4 การติดต่อสื่อสารและการนัดหมาย	
		P3-5 การเข้าถึงข้อมูลผู้ป่วยที่เป็นปัจจุบัน	
P3-6 ข้อจำกัดในการให้บริการของเภสัชกรร้านยา			
P4 การประชาสัมพันธ์			
Product ผลลัพธ์	O1 จำนวนคนไข้ที่เข้ารับบริการที่ร้านยา	O1-1 การยอมรับการทำงานของเภสัชกรร้านยา	
		O2 คุณภาพการให้บริการของเภสัชกร	
	O3 ความพึงพอใจต่อการดำเนินโครงการ	O2-1 การแก้ไขปัญหาด้านยาของผู้ป่วยโดยเภสัชกรร้านยา	
		O2-2 การควบคุมอาการได้คงที่	
		O3-1 บริการประทับใจ ไม่แตกต่างจากโรงพยาบาล	
	O3-2 ความสะดวก		
O3-3 ความคุ้มค่า			

4.2.1 การประเมินผลด้านบริบท (context)

1) ระบบบริการสุขภาพ (C1) มีแนวคิดรองจำนวน 3 แนวคิด ได้แก่ ความแออัดบริการของร้านยา และนโยบาย

1.1) ความแออัด (C1-1) บุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วยมีมุมมองความคิดเห็นสอดคล้องกัน ต่อสภาพปัญหาในระบบการให้บริการผู้ป่วยในโรงพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอกคือมีจำนวนผู้ป่วยมาก แออัด ปริมาณผู้ป่วยที่สูงขึ้นเรื่อยๆ โรงพยาบาลให้บริการผู้ป่วยนอกในปริมาณที่มาก ประมาณ 2,000 – 3,000 คนต่อวัน แพทย์เริ่มออกตรวจ 9.30 น. หลังจากการตรวจผู้ป่วยใน

กระบวนการให้บริการมีความซับซ้อน ส่งผลให้เกิดความแออัดและระยะเวลาการรอคอยรับยาที่นานมากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยบางส่วนเกิดความไม่พอใจในการบริการ เป็นปัญหาที่ควรได้รับการแก้ไข นอกจากนี้ส่วนหนึ่งเกิดจากเรื่องโครงสร้าง ปัญหาด้านพื้นที่ที่มีขนาดจำกัดและจำนวนห้องตรวจที่ไม่มากพอ ไม่ได้ขยายให้เพียงพอต่อการรองรับผู้ป่วย อย่างไรก็ตามโรงพยาบาลได้มีการดำเนินการลดความแออัดโดยการส่งผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนไปรับยาต่อเนื่องที่รพสต. โดยแพทย์ส่งไปโดยไม่ต้องสอบถามความสมัครใจ ก่อนหน้าที่จะทำโครงการรับยาต่อเนื่องที่ร้านยา

“คนไข้โดยรวมทั้งหมดแต่ละชั้น มีห้องยานอก 4 ห้อง และห้องยามะเร็ง น่าจะประมาณ 2,000 ใบสั่งต่อวันนะคิดว่าโดยประมาณ OPD 5 ห้อง” (N01)

“เวลาที่คนไข้ไปรอแบบครึ่งวัน คือเราก็จะได้รับฟังจากคนไข้ที่มาหาเราที่ร้าน อย่างนี้ว่าเวลาไปโรงพยาบาลทีหนึ่ง เสียเวลาเป็นวัน ๆ รอรับยาก็นานอะไรอย่างนี้ก็ได้ยินมานานแล้ว” (P04)

“... ก็จะมีระยะเวลาการรอคอยของการรับยา ...ส่วนใหญ่มันก็จะนาน ส่วนหนึ่งคือพอเราทำแบบประเมินสอบถามความพึงพอใจก็จะไม่ได้ เพราะว่าต้องรอรับบริการนาน” (D01)

“ที่โรงพยาบาล...คนไข้เยอะทุกวันเลย บางทีคนไข้บ่นว่าคุณหมอทำไมมาช้าจัง อยากจะกลับบ้านแล้ว มีธุระ ก็แล้วแต่เขาจะบ่นกัน” (PT01)

“ก็ซ้านี้แหละอยากเอายานี้ก็ซ้า ก็เอายาก็เป็นเกือบชั่วโมงแล้วก็รอหมออีกรอซักประวัตีอะไรไหนจะต้องมารอคิวอีก... ไปโรงพยาบาล... แม่ต้องไปแต่เช้าขึ้นตี 5:00 น...ก็เสร็จบางทีถ้าคนไม่เยอะนะถ้าหมอมาช้าบางทีก็มาประมาณ 10:00 น บางทีก็มาเกือบเที่ยงขนาดไม่คิวที่ 10 กว่านะบางทีก็เสร็จเกือบเที่ยงนะแต่จะรอหมอดตรวจไหนจะรอยาอีกมันก็คนเยอะรอคิวยาวประมาณเที่ยงส่วนมากจะก่อนเที่ยงแหละถ้าไปเวลานั้นะแต่ถ้าไปสายๆหน่อยก็เสร็จ 13:00 น นั้นแหละ นั้นแหละนาน นานๆคนเยอะไปบางทีหมอนัดเยอะคนก็มาชนกันเยอะ” (PT02)

“มันรอนานครับที่รพ. ถ้าเราไปหกโมงเช้าจะได้กลับบ้านเร็ว ถ้าเราไปแปดโมงเช้าจะได้กลับบ้านเร็วเย็นครับ มันติดเรียนด้วยครับ ก็เลยไปรับยาที่ร้านยาดีกว่า” (PT14)

“...บางที่ชั้น 2 ของโรงพยาบาลจำนวนคนไข้เยอะมาก เพราะคลินิกพิเศษทุกคลินิกจะอยู่ตรงนี้หมด คลินิกของเราจะเป็นทุกวันศุกร์ เฉพาะอายุรกรรมก็ 300 เกือบ 400 Case ค่อนข้างเยอะ ถ้าตรงนี้มีคนลดได้จะดีมาก แล้วสถานที่มันค่อนข้างจะแออัด ก็คือคลินิกหอบหืดจะอยู่ห้อง 254 ซึ่งเป็นซอยเล็ก ๆ ถ้าวันนั้นคนไข้ประมาณ 60 คน ก็จะแออัดมาก” (N02)

“คือเราเป็นพยาบาล เวลาเรามองคนไข้ต้องมานั่งรอกระบวนการขั้นตอนการให้บริการของเรากระบวนการมันค่อนข้างจะซับซ้อน มันเยอะ แล้วที่นี้ก็จะเสร็จ แต่ละที่เราเห็นความทุกข์ทรมานที่เขาต้องมานั่งรอกว่าจะได้ตรวจ กว่าจะได้ยา กว่าที่จะซักประวัติเสร็จ เพราะกิจกรรมในคลินิกเราค่อนข้างเยอะ” (N02)

“... ตอนนี้ก็คือห้องตรวจสถานที่มันก็จะค่อนข้างเล็กเกินไป ...” (D01)

“ความแออัดคือสถานที่ของโรงพยาบาลร้อยเอ็ด ผู้รับบริการเยอะแต่ห้องตรวจน้อย เพราะว่ามันมีหลายคลินิก...หมอมที่ให้บริการเฉพาะทางเดินปัสสาวะที่คลินิกของเรามี 3 ท่าน พยาบาล 2 คน ผู้ช่วย 1 คน บันทึกข้อมูล 1 คน” (N03)

“... คือเนื้อที่มันจำกัดด้วย ไม่ค่อยกว้างเท่าไร โรงพยาบาลไม่ค่อยกว้างขวาง เมื่อเทียบกับปริมาณคนไข้ที่ไปรับบริการ และก็รู้สึกถึงความแออัด รู้สึกว่าทุกครั้งจะไปกระจุกอยู่ที่หน้าห้องตรวจ กับหน้าห้องยาที่คนไข้ต้องรอนาน ...” (P12)

“จำนวนคนไข้เยอะ วันนี้เกือบ 2,000 กว่า เกือบ 3,000 คน ...ถ้าเป็นอายุรกรรมจะอยู่คลินิกพิเศษ บางที่แพทย์เขาก็จะ Round Ward ก่อน กว่าที่จะออกมาตรวจก็ 09.30 ...กลุ่มเบาหวาน พวก NCD ความดันโลหิต ส่วนหนึ่งในกลุ่มคนไข้ที่มี Complication เราส่งออกไปแล้วรับยาที่ รพ.สต.” (D01)

“เนื่องจากว่าก่อนที่จะมีโครงการที่ไปร้านยา มันจะมีโครงการเป็น Extend ไปที่ รพ.สต. ของเราจะมีตรงนั้นที่ช่วยแบบลดความแออัดไประดับหนึ่งแล้ว คือจะมีการเวียนแพทย์และเภสัชกรไปจ่ายยาที่เป็น รพ.สต. ใหญ่ ๆ ...รพ.สต. ทั้งหมด ประมาณเกือบ 20 แห่ง ของอำเภอเมืองที่ต้องเวียนไป” (N01)

“ถ้าแพทย์พิจารณาแล้วว่าส่งออกไปรับยาที่ รพ.สต. นะอันนั้นไม่ต้องสมัครใจ ดูแล้วถ้าไม่มีอะไรก็คือครั้งต่อไปให้ไปรับยาที่ รพ.สต. เลย ถ้ามีปัญหาหรือมีอะไรภาวะแทรกซ้อนค่อย ส่งกลับมาประมาณนี้ เพราะนั้นไม่สมัครใจ เราอยากให้เราออกไปรับยา เป็นการ Refer อยู่แล้ว พวก คนไข้ที่ไม่มีอะไร ก็ไม่ต้องเข้ามาในโรงพยาบาล” (D01)

1.2) บริการของร้านยา (C1-2) ร้านยาทุกร้านมีเภสัชกรอยู่ประจำร้านเองตลอดเวลา ทำการ จำนวนเภสัชกรประจำร้านขึ้นกับขนาดของร้านยา ร้านยามีบริการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และการคัดกรองที่ดำเนินการก่อนเข้าร่วมโครงการ มีอุปกรณ์ในการให้บริการ และในบางร้านรับฝึก ปฏิบัติงานนักศึกษาเภสัชศาสตร์

“ปกติก็ไม่มี ก่อนหน้านั้นก็อาจจะมีช่วยรับน้องฝึกงานบ้างและก็หยุดไปพักใหญ่ ๆ ฟังกลับมาเมื่อปีที่แล้ว รับน้องก่อนที่จะมีโครงการ” (P04)

“จริง ๆ ตอนเย็นจะมีเภสัชกรและก็มีน้องชายที่อยู่โรงพยาบาลเข้ามาช่วย ถ้า กลางวันจะอยู่เอง แต่ตอนเย็นจะมีเภสัชกรมาอยู่ช่วยเพิ่มอีก 2 คน รวมเป็น 3 คนที่ดูแล” (P04)

“ค่อนข้างมั่นใจ เพราะอยู่ร้านยาเอง” (P05)

“ส่วนใหญ่กลุ่มที่ส่งมาจะเป็นกลุ่มโรคเรื้อรัง ซึ่งเราก็ค่อนข้างเข้าใจในกลุ่มโรค พวกนี้อยู่แล้วก็ดูแลเรื่อย ๆ ที่ร้านเราก็ดูแลอยู่แล้ว ก็คือว่าเราน่าจะพร้อมที่จะดูแล อุปกรณ์เครื่องมือ ต่าง ๆ ก็พร้อมแล้ว เราก็มีการคัดกรองโรคมาแต่แรกอยู่แล้วทั้งโรคเบาหวาน ความดัน ต่าง ๆ พวกนี้ ปกติก็ให้ห้อง ๆ นักศึกษาเขาทำกับคนไข้ที่เข้ามาในร้าน คิดว่ามีความพร้อมพอสมควร” (P12)

1.3) นโยบาย (C1-3) บุคลากรทางการแพทย์มีความเห็นว่าโครงการร้านยาชุมชน อบอุ่นเป็นนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขที่ดี เป็นนโยบายที่มุ่งลดความแออัดภายในโรงพยาบาล งานใดที่เป็นนโยบายมอบหมายให้ดำเนินงานก็ทำตามนโยบายและคำสั่งของผู้บริหาร ทั้งในส่วนของ โรงพยาบาลและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

“ของหน่วยงานที่ตัวเองมองก็รับนโยบายมาตามที่หัวหน้าแจ้งมาค่ะ ส่วนมากไม่ค่อยได้คิดอะไรที่ตัวเองว่าคำสั่งให้ทำก็ทำไปตามนั้น เหมือนเราไม่ค่อยแน่ใจอะไรเท่าไร แต่ก็ทำตามตามทีนโยบายที่เค้ามอบมา เค้าจะมี dialog มาให้ว่าให้เราทำอะไรบ้าง” (PH02)

“จริง ๆ มันเป็นนโยบายของรัฐมนตรีกระทรวงสาธารณสุขอยู่แล้วให้ทุกโรงพยาบาลทุกจังหวัด ทำก็คือเขาจะมีแบบให้เราทำ แบบ 1 2 3 เราเลือกทำแบบที่ 1 ที่เรามีโอกาสที่เราจะเป็นไปได้มากที่สุด คือเป็นนโยบายของกระทรวง เราก็ตอบสนองนโยบายของกระทรวงไปในการที่จะส่งคนไข้ออกไปรักษาที่ร้านยา” (D01)

“อย่างจังหวัดร้อยเอ็ดก็มีความมุ่งมั่น เช่น สสจ. ในการที่จะพยายามผลักดันพยายามให้ความร่วมมือในส่วนของตัวเองก็ชักชวนเพื่อนๆ ก็ดี ทุกคนต้องทำหน้าที่เต็มที่ ทุกคนก็ดูเหมือนจะเต็มที่อยู่” (P03)

2) เป้าหมายต่อโครงการ (C2) มีแนวคิดรอง 2 แนวคิด ได้แก่ การลดภาระงาน และการลดความแออัด

2.1) การลดภาระงาน (C2-1) แพทย์มีเป้าหมายต่อการเข้าร่วมโครงการคือต้องการลดภาระงาน และเภสัชกรร้านยายินดีช่วยแบ่งเบาการทำหน้าที่ของบุคลากรในโรงพยาบาล

“ก็เห็นว่ามันลดความแออัดก็โอเค เพราะว่าเราภาระงานเยอะอยู่แล้ว บางทีก็ว่า จะ round ward เสร็จ... มันน่าจะสะดวกคนไข้ด้วย และมีการนัดถี่ระดับหนึ่ง เพื่อเขาจะได้กระตุ้นตนเอง” (D02)

“อยากแบ่งเบาภาระของโรงพยาบาลให้ได้มากที่สุด ก็จะพยายามให้ความร่วมมือกับโครงการของโรงพยาบาลต่างๆที่มีให้ร้านยา” (P01)

“ถือว่าเป็นเรื่องที่ดีที่ได้ลดภาระงานในโรงพยาบาลด้วยส่วนหนึ่งและอีกส่วนหนึ่งคือคนไข้ได้ประโยชน์จากการที่เขาได้รับคำแนะนำในการใช้ยาที่ถูกต้องมากขึ้นประมาณนี้” (P10)

2.2) การลดความแออัด (C2-2) เป้าหมายของโครงการร้านยาชุมชนอบอุ่นจะอ้างอิงตามนโยบายที่กระทรวงกำหนด คือการลดความแออัดของโรงพยาบาล โดยกำหนดเป้าหมายเป็นระยะ นอกจากเป้าหมายในเรื่องการลดความแออัดแล้ว พยาบาลยังได้กล่าวถึงเป้าหมายในเชิงคุณภาพ เช่น อาการทางคลินิกของผู้ป่วย การค้นหาปัญหาที่เกิดจากการใช้ยา เป็นต้น

“เราจะวางไว้เป็นที่ละช่วง ช่วงแรกอาจจะประมาณ 10-15 และ 20 เป็นไตรมาส” (N01)

“ก็คงต้องดูเรื่องของความแออัดที่เราลดลงไหมแล้วเรื่องตัวชีวิตของเรา มันก็จะมีเชิงกระบวนการและอีกอันหนึ่งน่าจะเป็นเรื่องของ Outcome กับคนไข้ คือดูเรื่อง DRP แล้ว... ติดตามดูตรงนั้นว่าเขามีปัญหาในการใช้ยาอะไรไหม เมื่อเราให้ไปรักษาที่ร้านยา” (N01)

“คือเป้าหมายโครงการเป็นเป้าหมายที่เราได้รับ เป็นนโยบายบังคับมาเลยว่าขอ 40% ของคนไข้ ที่นั่นก็เป็นสิ่งที่เราต้องทำให้ถึงเป้าที่เราโดนตั้งมา เพราะเขาไม่ได้ตามเราว่าเป้าเราคือเท่าไร” (PH03)

“น่าจะลดความแออัด ผมก็เห็นด้วยนะ แต่ผมว่าก็เป็นโอเคทีเดียวที่ดีในการกระจายคนไข่ออกไปที่ stable จริง ๆ เรายังไม่ได้ใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ให้ เช่น โรงพยาบาลอำเภอก็มี” (D04)

สำหรับเป้าหมายของร้านยาในการเข้าร่วมโครงการร้านยาชุมชนอบอุ่นนั้นมีความแตกต่างกันในแต่ละร้าน บางร้านมีความต้องการการส่งต่อผู้ป่วยน้อย เนื่องจากมีข้อจำกัดบางประการ มีความไม่สะดวกในด้านพื้นที่ แต่บางร้านมีความพร้อมที่เพียงพอจะสามารถดูแลผู้ป่วยได้สูงถึง 50 รายต่อวัน

“ก็อยากให้บรรลุอย่างน้อยซัก 80% ก็คงจะแอบปึกกว่านี้ ไม่ต้องถึง 100 ก็น่าจะดี ซัก 70-80 ก็แอบปึกกว่านี้ เพราะอันนี้ก็รู้สึกว่ามันลดได้จริงหรือ...ก็น่าจะไม่ต่ำกว่า 50 ต่อร้านต่อเดือน” (P04)

“ก็น่าจะประมาณซัก 10-20% ขึ้นไปประมาณนี้ แต่ตอนนี้อยู่ไม่ถึง 10%” (D01)

“ถ้าเอาแคดูแลได้ ในการ Consult แต่ละครั้งใช้เวลาประมาณเกือบ 1 ชั่วโมง ในการให้บริการ ขออาทิตย์ละ 1-2 คนก็พอแล้ว เพราะเราเป็นร้านยาที่อยู่ในห้าง ถ้ามาเยอะมันก็จะมีปัญหาได้ คนไข้จะรู้สึกไม่สะดวก เพราะห้างก็จะปิดขายของและมีเกล็ชกรคนเดียว” (P09)

“เป้าหมายจริง ๆ อย่างน้อยก็ให้มี 10 คนขึ้นไป ต่อเดือนที่เขาจะกลับมาอยู่กับเราในแต่ละ Visit” (P15)

“วันหนึ่งอาจจะซักประมาณ 30-40 Case น่าจะได้ ถ้าเกิดว่าให้คุยกันแบบว่าหนัก ๆ ปกติร้านยาของผมจะมีลูกค้าที่วันเวียนเข้ามาใช้บริการอยู่ประมาณ 250 ราย เพราะว่ามีระบบ Computer ที่รองรับ แต่ทั้งนี้ทั้งนั้นผมก็จะมีผู้ช่วยคือพนักงานในร้าน ช่วยในการดูแลลูกค้า แต่ในกรณี Case ของโรงพยาบาลร้อยเอ็ดผมต้อง Services ต้องให้บริการด้วยตัวเอง เพราะฉะนั้นปริมาณที่รับได้ก็น่าจะอยู่ที่ 40-50-60 ประมาณนี้ น่าจะได้” (P17)

3) ความคาดหวัง (C3) มีแนวคิดรอง 2 แนวคิด ได้แก่ การร่วมโครงการของเภสัชกรร้านยา และกลุ่มเป้าหมาย

3.1) การร่วมโครงการของเภสัชกรร้านยา (C3-1) เภสัชกรร้านยามีความยินดีและเต็มใจเข้าร่วมโครงการเพื่อช่วยลดภาระงานของโรงพยาบาลและดูแลผู้ป่วยในชุมชน ต้องการให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงบทบาทของเภสัชกรร้านยามากขึ้น บุคลากรทางการแพทย์ต่างเห็นชอบกับโครงการร้านยาชุมชนอบอุ่นเนื่องจากการส่งเสริมบทบาทวิชาชีพเภสัชกรร้านยาและได้เรียนรู้โรคที่ซับซ้อนจากผู้ป่วยมากขึ้น อย่างไรก็ตามมีบุคลากรทางการแพทย์เสนอความคิดเห็นเกี่ยวกับเกณฑ์ในการคัดเลือกร้านยาว่าอยากให้เป็นร้านยาคุณภาพ เนื่องจากเกณฑ์ที่ตั้งคือการผ่าน GPP นั้นอาจไม่ได้ครอบคลุมถึงการให้บริการผู้ป่วยและการคุณภาพการดูแลผู้ป่วยของร้านยา

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

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

“จริง ๆ เห็นด้วยตั้งแต่เริ่มต้นโครงการ เพราะว่ามันมีการขยายบทบาทในร้านยาให้มันชัดเจนขึ้นและก็ทำให้งานเราเข้าไปดูแลผู้ป่วยได้ใกล้ชิดมากขึ้น ลดภาระของโรงพยาบาลเป็นไปตามวัตถุประสงค์ของโครงการ เราเห็นด้วยตั้งแต่แรกอยู่แล้ว อยากให้มีโครงการเกิดขึ้น” (P04)

“อยากให้ประชาชนหรือคนรู้ถึงความแตกต่างว่าร้านที่มีเภสัชกรและร้านที่ไม่มีมันแตกต่าง ให้เขารู้ไปเรื่อย ๆ ... คืออยากจะทำสร้างบทบาทให้เห็นว่ามีเภสัชกรแล้วเป็นยังไง” (P12)

“จริง ๆ ก็โอเค รู้สึกว่าการเข้าร่วมโครงการนี้ เราได้เจอคนไข้ที่รับยาที่โรงพยาบาลแล้วมารับยาที่ร้านยา เราได้เห็นโรคต่าง ๆ มากขึ้นและเห็นด้วย ได้มีโอกาสในการบริหารเภสัชกรรมมากขึ้นด้วย ตามที่เราได้เรียนมา เหมือนได้เจอโรคแปลก ๆ โรคภาวะ Syndrome ได้เจอโรคพันธุกรรมที่หายากได้ศึกษาโรคนี้และมีโอกาสได้คุยกับเขามากขึ้น เรื่องการกินยาด้วย” (P06)

“เค้าก็น่าจะเปิดบทบาทให้ร้านขายยาด้วย เพราะว่าให้เภสัชที่ร้ายขายยาที่มีเภสัชเป็นร้านยาคุณภาพ อันนี้ก็น่าจะเป็นอีกอย่างหนึ่งที่เค้าต้องการที่เสนอบทบาทของร้านยามากขึ้น” (PH02)

“ไม่ถึงกับฝัน ...แต่ผมก็คิดว่ามันจะช่วยเพิ่มบทบาทของเภสัชกร จะนำไปทางบทบาทเภสัช” (D03)

“ก็น่าจะเป็นที่เรายากทำตรงนี้ด้วย เหมือนจะเป็นความทุ่มเท คือ case ก็ไม่ได้เยอะอะไร ความเสี่ยสละก็ไม่มากเท่าไรแต่คือว่าการที่เราจะได้ถามคนไข้เหมือนกับการบริการที่เราจะให้เขากับคำแนะนำที่เรามีใจให้เขาเต็มที่ที่เราอยากทำตรงนี้มากกว่า” (P10)

“แล้วก็รู้สึกที่เราอยากจะทำอะไรให้มากขึ้นกว่าการที่อยู่ร้านยาและก็ให้คำแนะนำในเบื้องต้นตรงนี้ และอย่างที่บอก...”(P03)

“นอกจากลดความแออัดแล้วคุณภาพในการดูแลคนไข้ น่าจะได้คุณภาพมากขึ้น เพราะเขาได้นั่งคุยกับเราได้อย่างอิสระมากขึ้น และระหว่างที่เขาส่งยาให้เรา ส่วนใหญ่ก็จะส่งมาให้คนไข้ 2 เดือนต่อครั้ง เราได้คุยกับคนไข้ เพราะส่วนใหญ่เขาอยู่ชุมชนเราอยู่แล้ว มีความกังวลไม่สบายใจหรือความดันมันจะขึ้นช่วงไหนอย่างนี้ให้เขาเข้ามาร้านยาได้เลย เราก็บริการให้ ไม่เกี่ยวว่าเขาจะเข้ามารับแค่อายอย่างเดียว มีเรื่องปรึกษาที่เข้ามาได้เลย” (P04)

“เรามองภาพรวมถ้าเป็นเงื่อนไขคือเป็นร้านยาคุณภาพ แต่ว่าเขาใช้ร้านยา GPP ซึ่งอันนี้มันจะไม่สะท้อนเรื่องยาคุณภาพบริการ เหมือนกับ HA ที่ทำในโรงพยาบาล ...ถ้าหากว่าในเชิงมาตรฐานหรือว่าโครงสร้างร้านยาคุณภาพมันเป็นทางโครงสร้างในหลักการ GPP เช่น ร้านต้องขนาดยังไง พื้นที่เท่าไร มีฐานนโยบายก็อัน ซึ่งจริง ๆ ไม่ได้เกี่ยวกับคุณภาพบริการเลย ...ซึ่งจริงๆ เรื่องคุณภาพบริการ ยังไม่ชัด” (PH01)

3.2) กลุ่มเป้าหมาย (C3-2) ปัจจุบันมีกลุ่มผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการ 4 กลุ่ม ได้แก่ โรคต่อมลูกหมากโต โรคความดันโลหิตสูง โรคหอบหืด และโรคต่อ โดยคัดเลือกผู้ป่วยที่มีอาการคงที่ ไม่มีโรคร่วม จำนวนยาที่ทานไม่เยอะและสมัครใจเข้าร่วมโครงการ ผู้ป่วยบางกลุ่มไม่สามารถเข้าร่วมโครงการได้ เช่น ผู้ป่วยจิตเวชที่มีผลข้างเคียงการใช้ยาเยอะ กลุ่มผู้ป่วยที่ไม่แออัดในโรงพยาบาล เช่น วัณโรค เป็นต้น ผู้บริหารกำหนดสิทธิการรักษาสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเพียงสิทธิเดียวที่สามารถเข้าร่วมโครงการได้ แม้ว่าผู้ป่วยในสิทธิอื่นต้องการเข้ารับบริการที่ร้านยา

บุคลากรทางการแพทย์คาดหวังที่จะมีกลุ่มผู้ป่วยที่สามารถเข้าร่วมโครงการได้เพิ่มมากขึ้น โดยการเพิ่มจากกลุ่มโรคและขยายเพิ่มผู้ป่วยสิทธิการรักษาอื่นๆ เพื่อเพิ่มผลลัพธ์ในด้านการลดความแออัดให้ได้มากขึ้น

“ถ้ามันลดความแออัดได้ก็เพิ่มได้ ทั้งนี้ทั้งนั้นก็ขึ้นอยู่กับพิจารณาของคุณหมอด้วยเหมือนกันว่ากลุ่มโรคไหนที่จะส่งมาได้ อยากให้ยึดหลักความปลอดภัยของผู้ป่วยให้เยอะที่สุด” (P01)

“ตอนนี้ก็จะมีคลินิก BPH มี Hypertension มี Asthma ส่วนเบาหวานก็จะมีบ้างแต่ยังไม่เยอะ เพราะว่ามีส่วนหนึ่งที่เรากลับไปที่ รพ.สต. คือคนไข้เบาหวานที่อยู่ตามแต่ละตำบลที่อยู่ใกล้ รพ.สต. เรากระจายออกไปแล้ว ส่งส่วนหนึ่งออกไปตรงนั้น แล้วตอนนี้ที่เราทำล่าสุดก็คือของ glaucoma เพราะ glaucoma นาน ๆ หมอจะให้เยอะ เราก็เลยเหมือนกับเอาออกไปที่ร้านยาด้วย” (N01)

“ของจังหวัดร้อยเอ็ดก็จะมีความดันโลหิตสูง ต่อมลูกหมากที่หมอเขายอมปล่อยให้ออกมาและก็หอบหืดเพิ่งจะมี case เมื่อเดือนที่แล้ว เพราะว่า case ที่เขาปล่อยออกมาค่อนข้าง stable มาก ไม่ค่อยมีปัญหาอะไรเลย” (P04)

“เกณฑ์ก็ไม่ได้มีอะไร ก็คุมดี ความดันดี ไม่ได้เป็นโรคซับซ้อน และทานยาไม่เกิน 4 ตัว ยาเกินนิด ๆ หน่อย ๆ เขาก็ส่งไป ไม่เป็นโรคซับซ้อนอะไรก็ส่งได้อยู่ แต่เบาหวานเขาไม่ให้ส่ง เพราะว่ามันต้องเจาะเลือด คนไข้บางคนเขาก็อยากไปแต่ว่าน้ำตาลไม่ดี” (D02)

“คือก็มองว่ากลุ่มโรคที่เขาเลือกมา เขามองว่าเป็นโรคที่ไม่หนัก มี BPH และ Hypertension ซึ่ง 2 คลินิกนี้เขานำร่องไปก่อน คลินิกหอบหืดเพิ่งจะมาทำ” (N02)

“...แต่เขาก็เลือกเอาต่อมลูกหมากมาทำ เพราะคนไข้เยอะและกลุ่มนี้ค่อนข้างจะ Stable แค่มารับยาเฉย ๆ...ตอนนี้ที่เราทำเพิ่มคือกลุ่มพวกโรค COPD...ตอนนี้ก็จะมีคนไข้จิตเวชที่เรา กำลังจะส่งออกไปรับยาที่ร้านยา ก็จะได้ส่วนหนึ่งอยู่ในแง่ของการลดคนไข้ที่ต้องมารักษา” (D01)

“จิตเวชคือคุย concept เหมือนกัน แต่คนไข้เหมือนเราจะเลือกเฉพาะที่คุยกับ แพทย์นี้เขาจะเอาแค่จิตเวชที่เป็นพวกนอนไม่หลับ อะโรยอย่างนี้ซึ่ง case พวกนี้ไม่ค่อยเยอะ ... ซึ่งยา ทางจิตเวชที่ใช้มันค่อนข้างเยอะ และผลข้างเคียงก็เยอะด้วย แล้วหมอเขาก็ไม่ค่อยอยากปล่อย ออกไป” (N01)

“TB เรามีคลินิกเฉพาะอยู่แล้วก็จะยังไม่ได้ส่งเขาไป เพราะมันต้องตรวจ lab เพิ่มหลายด้าน แล้ว TB เวลามันก็รอไม่นาน เพราะว่ามันมีคลินิกเฉพาะแล้วเภสัชเราจะไป consult TB ตรงนั้น มันก็เลยเวลาไม่ค่อยนาน” (N01)

“คลินิก ortho คนไข้เยอะก็จริง ortho วันหนึ่งเราจะมีคนตรวจ 2 ห้อง และ แพทย์หญิงตรวจอีก 1 ห้อง ซึ่งคนไข้วันหนึ่งประมาณ 200 คน ก็เคลียได้เร็ว รอไม่นาน ถ้าคนไข้มา เข้า ก็จบภายในครึ่งเช้า บางคลินิกคือคนไข้ไม่ออกไป เพราะว่าเข้ามาเขาก็ได้รับยา เข้ามา 08.00 น. ประมาณ 09.00 – 10.00 น. เขาก็เสร็จแล้ว เขาก็รับยากลับไปเลย ไม่ต้องไปร้านยาอีกรอบ ... ต้อง เป็นบางคลินิกที่มันแออัดจริงๆ” (D01)

“...เป็นสิทธิ์ด้วย ยกเว้นสิทธิ์ส่งเบิกประกันสังคม ไม่ได้เข้าร่วม...เฉพาะบัตรทอง ...ระดับผู้บริหารกำหนด...สิทธิ์ส่งเบิกยังถามเลยบอกว่ามีโครงการไหม เขาก็ออกไปเอาเหมือนกัน เพราะเขาก็ยังไม่ให้พวกส่งเบิกไปเอา” (N03)

“ที่เราประชาสัมพันธ์ออกไปด้วย คนไข้หลายคนอยากออกมาเยอะ แต่เขามาไม่ได้ โดยสิทธิ์ข้าราชการและประกันสังคม” (P04)

“จริง ๆ ถ้าเอาเป้าหมายเริ่มต้นเลยก็คือเพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาล เรา จะต้องให้คนไข้ออกมามากขึ้น ถ้าทำได้พี่ก็คิดว่าเป็นเกณฑ์ในการคัดเลือกคนไข้ให้กว้างขึ้นและรวมทั้ง สิทธิต่าง ๆ ขยายสิทธิให้กว้างขึ้นก็จะมีคนไข้อีกหลายคนที่จะออกมา ขยายโรคด้วย เพราะมีหลายคนที่เป็น สิทธิข้าราชการ สิทธิประกันสังคมอยากออกมาแต่ออกมาไม่ได้” (P04)

“พี่ว่าโครงการนี้ดีมีประโยชน์ต่อเขา ถ้าเกิดสมมุติว่ามันเป็นไปได้ก็น่าจะเพิ่มโรค บางโรคที่มันเพิ่มได้ที่มีคนป่วยที่ต้องรอนาน ๆ ลดการแออัดได้เราคงที่แล้ว ควรเพิ่มจาก 4 โรคขึ้นไป” (P07)

“อาจจะเป็นเพราะว่าเขาจำกัดด้วยใหม่ว่ามันเป็นสิทธิ์บัตรของอะไรอย่างนี้ ถ้าเกิดว่ามันมีการขยายสิทธิ์เยอะขึ้น กลุ่มฐานคนไข้ก็จะเยอะขึ้นด้วย และอีกเรื่องหนึ่งคือการเพิ่มกลุ่มโรคที่จะเข้าร่วมโครงการ” (P16)

4.2.2 การประเมินผลด้านปัจจัยนำเข้า (Input)

1) บุคลากร (I1) มีแนวคิดรอง 2 แนวคิด ได้แก่ ทีมดำเนินงาน และการเตรียมตัวของผู้ป่วย

1.1) ทีมดำเนินงาน (I1-1) ในส่วนของโรงพยาบาล มีการแต่งตั้งคณะกรรมการทำงานหลักเพื่อติดตามการดำเนินโครงการ ในแต่ละกลุ่มงาน เช่น แพทย์ เภสัชกร พยาบาล ไม่ได้มีการจัดสรรอัตรากำลังคนเพิ่มเพื่อช่วยเหลือในการดำเนินโครงการ แต่ให้คนที่ทำหน้าที่ปฏิบัติงานเดิมอยู่แล้วดำเนินการต่อเนื่อง และเพิ่มขึ้นขั้นตอนของโครงการที่ต้องดำเนินการเพิ่มเติมไปด้วย เช่น โรงพยาบาลช่วยแพทย์คัดกรองผู้ป่วยเบื้องต้นเพื่อพิจารณาว่าใครสามารถเข้าร่วมโครงการได้บ้าง เป็นต้น

“ก็ไม่เชิงเป็นหนังสือแต่งตั้ง เพียงแต่จัดเป็นกลุ่มมากกว่า เช่น กลุ่มที่รับผิดชอบร้านยาแอดก็ก็จะเรียกน้องที่รับผิดชอบแต่ละชั้นมาชี้แจงนโยบายและก็ขั้นตอนกระบวนการแล้วก็ให้น้องหัวหน้าห้องแต่ละห้อง Cover ช่วยดูให้อีกที...ตั้งแต่เริ่มเข้าร่วมโครงการ ... จะช่วยในการ Manage น้อง และก็แบ่งน้องแต่ละห้องว่าใครจะรับผิดชอบตรงไหนอย่างนี้ เราก็จะจัดสรรให้มีผู้รับผิดชอบ เพราะว่าคลินิกมันกระจายหลายห้อง เราต้องมา Assign คนรับผิดชอบ” (N01)

“มีการเรียกประชุมคณะกรรมการร้านยา เราตั้งคณะกรรมการ ก็จะมีผมเป็นประธานและก็จะจะมีแพทย์ที่เป็นหัวหน้า OPD มีทั้งพยาบาล OPD มีประชาสัมพันธ์แล้วก็จะจะมีเภสัชกร และมีคณะกรรมการเราก็จะประชุมกัน” (D01)

“แต่ ณ ตอนนี่คือเราต้องทำทั้งหน้างานปัจจุบัน และก็ดูทั้งคนไข้ที่เข้าเกณฑ์” (N02)

“การจัดระบบคือทางฝั่งของห้องตรวจก็เอาระบบเดิมอยู่แล้ว ไม่ค่อยได้จัดอะไรเพิ่ม...ไม่มี ก็เอาเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบคลินิกนั้น ๆ มาทำเอง” (N03)

“สำหรับโครงการภาพรวมใช้ใหม่ ภาพรวมจะเป็น 2 คน จะให้ 2 คนโคลกัน เพราะตอนนี้เขาจะดูเรื่องวิชาการและอีกคนก็จะดูเรื่องการดูแลคนไข้ นอกนั้นก็เลยจะให้ 2 คนนี้เป็นคนติดตาม มีน้องเภสัชกรที่กำกับดูแลให้” (N01)

การเตรียมโครงการและประสานงานหลักจะเป็นหน้าที่ของสสจ. โดยทำหน้าที่ประสานงานเริ่มต้นโครงการระหว่างโรงพยาบาลและร้านยา สสจ.จะจัดประชุมและเตรียมความพร้อม ให้ข้อมูลและจัดอบรมให้กับร้านยา ก่อนเริ่มโครงการผู้รับผิดชอบจะมีการประชุมรับทราบนโยบายเพื่อดำเนินการต่อเนื่อง และจัดแบ่งหน้าที่ให้ผู้รับผิดชอบแต่ละส่วน

“ก่อนที่จะเริ่มโครงการก็คือ กระทรวงที่ไปประชุมก็จะมีหัวหน้ามีเภสัชกรไป มีผมไปและพอกลับมา ก่อนที่เราจะให้เริ่มโครงการ เราก็ให้ร้านยาสมัครและเรียกประชุมอีกทีหนึ่ง ประชุมร้านยาในครั้งแรกเกี่ยวกับการดำเนินโครงการว่าจะต้องทำอะไร ยังไง ต้องกรอกแบบฟอร์มอะไร ต้องเก็บอะไรให้เราบ้าง อะไรประมาณนี้ก็มีการประชุมกับร้านยาประจำ” (D01)

“ตอนแรกเราต้องบอกเลยว่าเรารันระบบก่อน โรงพยาบาลก็รับข้อมูลทางนโยบายแบบหนึ่ง ตอนนั้น สสจ. ก็ถูกตั้งเป็นตัวเก็ง เพราะต่างคนต่างไม่เกี่ยวข้องกัน ทั้งส่วนของโรงพยาบาล ส่วนของร้านยาที่มีนจะต้องมาจับคู่ทำงานด้วยกัน ซึ่งไม่มีความเกี่ยวข้องอะไรกันเลย ถึงต้องผ่าน สสจ. สสจ. เป็นระยะแรกที่ เป็นตัว Startter เป็นตัวที่ทำให้คนมองเห็นภาพที่มันจะต้องเป็นยังไง” (PH01)

“เขาจะมีการเรียกประชุมกันตั้งแต่ระดับผู้บริหารและก็อาจารย์แพทย์ หัวหน้าคนงาน หัวหน้าฝ่ายศัลยกรรมปัสสาวะและก็เภสัชกร ประชุมกันเสร็จแล้วเขาก็ให้หัวหน้ามาแจ้งแนวทางผู้รับผิดชอบคลินิกนั้น ๆ” (H08)

“จะเป็นห้องยา 2 ห้อง เป็นน้องห้องยาชั้น 2 คนหนึ่ง และชั้น 3 คนหนึ่ง คือถ้าคลินิกไหนอยู่ห้องไหน เราจะให้เภสัชกรที่อยู่ห้องนั้นเป็นคนประสาน” (H03)

ในส่วน of ร้านยา การดำเนินการในช่วงแรกจะมีการจัดอบรมให้ร้านยาเรื่องโรคอาการไม่พึงประสงค์จากยา แนวทางปฏิบัติ ขั้นตอนต่างๆของการรับส่งยาและผู้ป่วย ในส่วนของร้านยานั้นไม่ได้มีการเตรียมความพร้อมในเรื่องสถานที่และอุปกรณ์สำหรับบริการผู้ป่วย เช่น ยาพ่น

“เราจัดอบรมให้ร้านยา ตรงนี้ก็จะ เป็นให้เภสัชกรแต่ละคลินิกไปช่วยให้ความรู้เกี่ยวกับเรื่องยาในคลินิกของตัวเอง เพื่อที่ทางร้านยาที่จะได้รู้ว่าถ้าคนไข้มีอาการแบบนี้หรือจะมียาบางส่วนที่ร้านยาเราจะมีทั้งร้านเก่าและร้านใหม่” (PH03)

“ก็ไม่ได้เตรียมพร้อมอะไร ตอนนั้นทางโรงพยาบาลเขาจัดให้ความรู้อบรมเรื่องยา โรคเรื้อรังก็ไปฟังทบทวนความรู้ในด้านนี้” (P06)

“พ็อยู่ Full Time ตลอด ไม่ค่อยได้เตรียมอะไรมาก ก็รอรับยาจากโรงพยาบาล และก็ใช้ความียาเข้ามาก็คน ผู้ป่วยก็คน กลุ่มโรคอะไรบ้าง ประมาณนี้ และก่อนนั้นก็ไม่ได้เตรียมตัวอะไรมาก” (P01)

“ทางโรงพยาบาลเขาก็เรียกเข้าประชุมและเขาจะบอกว่าเขาจะให้คนไข้กลุ่มไหนออกมาบ้าง ยาที่คนไข้จะไข้มีกลุ่มไหนบ้าง เป็นการทำความเข้าใจเราทั้งหมดเลยว่าพวก ADR พวก side effect ของเราที่เราต้องดูให้เขา เพราะบางที่เราอยู่ตรงนี้ในจุดที่เป็นร้านยา ความละเอียดของยาที่อยู่ในโรงพยาบาล บางอย่างเราก็ปล่อยลง พี่เขาก็เข้าไปสอนใหม่ ก่อนที่จะปล่อยออกมา” (P08)

“ทาง สสจ. ผู้ที่ดำเนินโครงการที่รับผิดชอบโครงการ เขาก็จะมีการประชุมระหว่างร้านยาและโรงพยาบาล คือเราก็มีการอบรมด้วย เหมือนหาแนวทางร่วมกันว่าจะจะไปตามแนวทางไหน มี Case ไหนบ้าง ระหว่างโรงพยาบาลกับร้านยาและก็จะมีการจัดอบรมเกี่ยวกับเรื่องการดูแลผู้ป่วยในร้านยาด้วย” (P10)

“สสจ. ร่วมกับโรงพยาบาลก็จัดขึ้นมาแล้วเราก็ไปนั่งฟัง เขาอธิบายทุกขั้นตอนถามว่าควรทำอย่างไร ส่งไปยังไง การเข้าไปติดต่อทำอย่างไร คนไข้มารับยาทำอย่างไรประมาณนี้ เขาก็ประสานงานกันเรียบร้อย” (P14)

“สสจ. เป็นฝ่ายประสานงานเข้าร่วมโครงการว่าต้องทำอะไร และจัดอบรม ซึ่งผมก็เข้าไปฟังอยู่ว่า case อย่างนี้ต้องทำอะไร จัดเตรียมประชุมวิชาการและจัดให้ฝึกหัด พวกยาพ่น train ความรู้ขึ้นมาประมาณนี้” (P14)

1.2) การเตรียมตัวของผู้ป่วย (I1-2) ผู้ป่วยไม่มีการเตรียมการในส่วนของกระบวนการต่างๆ สามารถเข้าร่วมโครงการและรับยาที่ร้านยาได้เลย ไม่ได้มีแนวทางปฏิบัติเพิ่มเติมที่ทำให้รบกวนชีวิตประจำวันหรือเสียเวลา ไม่มีค่าใช้จ่าย

“ก็ไม่ได้เตรียมตัวอะไรหรอกทางโรงพยาบาลเขาก็บอกจะร่วมรับยาที่ร้านใหม่ ผมก็ว่ารับก็ได้ครับมันอยู่ใกล้บ้านดี วาจี้” (PT04)

“ก็ไม่ได้เตรียมตัวอะไรนะครับ ตอนนั้นผมไม่ทราบเลย เพราะว่าแบบคนป่วยไม่รู้ อะไรเลย” (PT11)

“ไม่ได้เตรียมตัวค่ะเขาก็สอบถามว่าสนใจจะเข้าร่วมโครงการไหมเราก็ตอบว่าสนใจค่ะ” (PT15)

2) รูปแบบการให้บริการ (I2) มีแนวคิดรอง 8 แนวคิด ได้แก่ การคัดเลือกร้านยา ระบบการคัดเลือกผู้ป่วย รูปแบบการกระจายยา ระบบการสื่อสาร ระบบการนัดหมาย ระบบเอกสาร/ฐานข้อมูล การบริการของเภสัชกรร้านยาและการติดตามและประเมินผล

2.1) การคัดเลือกร้านยา (I2-1) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) มีหน้าที่คัดเลือกร้านยาเข้าร่วมโครงการ ประชาสัมพันธ์ ติดต่อโดยตรงไปที่ร้านยา รวมถึงการเยี่ยมร้านยาที่เข้าเกณฑ์ โดยใช้เกณฑ์คัดเลือกร้านยาตามมาตรฐาน GPP มีเภสัชกรอยู่ประจำร้านยา นำร่องร้านยาในเขตอำเภอเมืองก่อนแล้วค่อยเพิ่มจำนวนและขยายเขตไปยังต่างอำเภอ การเลือกร้านยาเพื่อเข้ารับบริการของผู้ป่วยเป็นหน้าที่ของบุคลากรโรงพยาบาล โดยสอบถามจากความสมัครใจและความคิดเห็นของผู้ป่วย ร้านที่ผู้ป่วยเลือกจะเป็นร้านที่เคยไปใช้บริการ ร้านที่อยู่ในเขตใกล้บ้าน สะดวก และมีความพึงพอใจต่อการรับบริการเดิมอยู่แล้ว

“เบื้องต้นต้องเป็นร้านยาทั่วไป และมีเภสัชกรอยู่ตลอด... ก่อนเริ่มโครงการ สสจ. จะมีการประชาสัมพันธ์ตั้งแต่เดือนสิงหาคมว่ามีร้านไหนเข้าร่วมบ้าง...” (P09)

“ต้องมีเภสัชกรอยู่ประจำไม่น้อยกว่า 8 ชั่วโมง และต้องมี GPP ด้วย” (P11)

“ตอนแรกเราก็คุยในเขตอำเภอเมืองว่ามีร้านไหนสนใจ ถ้าเขาสนใจเขาจะสมัครเข้ามาเอง ถ้าจะเข้าร่วม พอเราทำเสร็จแล้วในส่วนของจังหวัด เราก็จะเริ่มออกไปตามอำเภอ เพราะเราก็จะดูตามคนไข้เราว่าคือกลุ่มจังหวัดร้อยเอ็ด จะแบ่งเป็น 4 โซน เพราะว่าเวลาไปส่งยาจะได้ส่งง่าย เพราะเลือกตัวแทนที่แบบแต่ละโซนดูซิว่ามีร้านไหนที่สนใจเข้าร่วม... ระยะแรกเฉพาะอำเภอเมือง พอ

ระยะ 2 เริ่มมีต่างอำเภอ เพราะเรามองว่ามันตอบโจทย์มากกว่าในต่างอำเภอ และคนใช้ที่มาจากต่างอำเภอ เขาจะได้ไม่ต้องเสียเวลาเข้ามาในเมืองเลย” (N01)

“ก่อนเริ่มโครงการ สสจ. เขาจะมีการประชาสัมพันธ์ตั้งแต่เดือนสิงหาคมว่ามีร้านไหนเข้าร่วมบ้าง แต่เขาจะมีปัญหาเล็กน้อย เขาอยากให้เป็นร้านยาสไตล์เจ้าของเป็นเภสัชกรเอง เขาจะกีดกันนิดหนึ่ง” (P09)

“เจ้าหน้าที่ สสจ. ที่ทำงานใน สสจ. เกี่ยวกับการคุ้มครองผู้บริโภค ท่านมาตรวจร้านของผม และมองว่าร้านผมมีความเหมาะสมที่จะให้บริการลูกค้าสำหรับโครงการนี้ เพราะมีองค์ประกอบภาพรวมโอเคตั้งแต่เขามาชวน ผมมองว่าความคิดเขาน่าสนใจและก็น่าจะเป็นประโยชน์กับคนในชุมชน จึงตอบตกลงเข้าร่วม สรุปก็คือจากการชักชวนของเภสัชกรใน สสจ.” (P17)

“บางคนก็อยู่เป็น 10 กว่ากิโล คนใช้เขาจะเลือกเองว่าเขาจะมารับกับเรา ของที่นี้อาจจะเป็นร้านเดิม เขาก็อาจจะคุ้นเคยก็เลือกมา” (P04)

“โรงพยาบาลคัดให้ ผู้ป่วยก็เลือกร้านยา ผู้ป่วยเป็นคนเลือกร้านยาว่ามาหาเรา” (P07)

“อันนี้โรงพยาบาลแนะนำมาบอกว่าร้านยานี้ خوبไหม ๆ ถามมา 2-3 ร้าน ผมจึงบอกว่าแล้วแต่คุณหมอมองจะเห็นดีเห็นงาม ก็บอกแบบนี้ ท่านจึงให้เลือกร้านยา มาเป็นร้านยาพอใจที่ตลาดหนองแคนร้อยเอ็ด” (PT01)

“เจ้าของร้านนี้คือรู้จักกันแล้วก็อยู่ใกล้ที่เราอยู่ด้วย” (PT05)

“เขาจะมี Choice ให้เลือกครีมีประมาณไม่ต่ำกว่า 6-7 ร้าน แต่เราเลือกร้านนี้ เพราะว่าเราคุ้นเคยกับร้านนี้ครับ ก็เป็นร้านขายส่งยาแล้วก็ไปซื้อยามาขายอยู่ที่ร้านด้วยครับเป็นยาสามัญประจำบ้าน” (PT07)

“เขาก็ถามมาบ้างว่าอยากได้ร้านยาตรงไหน ของอำเภอโพธิ์ทองไม่ได้เข้าโครงการซักร้านเลย แต่ในอำเภอเสลภูมิมี 2 ร้าน ที่เข้าโครงการ เขาจึงแนะนำมา ผมจึงเลือกร้านมิตรยาเสลภูมิ เขาก็บอกว่าอยู่ข้าง ๆ โรงพยาบาลอำเภอเสลภูมิ เขามีเอกสารให้มาว่าวันที่เท่าไร เวลาไหนไปรับยา ตามวันเวลา” (PT12)

"ก็มีให้เลือก 2 ร้านค้าที่อำเภอเสลภูมิแล้วก็ตำบลเกาะแก้ว บ้านอยู่ใกล้กับ ตำบลเกาะแก้วก็จะเลยเลือกเอาร้านนี้ ร้านเขาก็สะดวกสบายดีค่ะแล้วก็จองรถก็ได้อยู่" (PT15)

2.2) ระบบการคัดเลือกผู้ป่วย (I2-2) ขั้นตอนการคัดเลือกผู้ป่วยเริ่มจากพยาบาล เป็นคนคัดเลือกและคัดกรองผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์เพื่อให้แพทย์พิจารณาอีกที่ว่าสามารถเข้าร่วมโครงการ ได้หรือไม่ หากแพทย์ตรวจและพิจารณาแล้วว่าสามารถเข้าร่วมโครงการได้ก็จะมีพยาบาลและเภสัชกรให้ข้อมูลผู้ป่วย โดยเกณฑ์ในการส่งต่อผู้ป่วยแพทย์จะเป็นผู้จัดทำขึ้น

"เราจะตั้งต้นให้ก่อนแล้วเราก็จะลงไปหาหมอ และถ้าสมมุติกลุ่มโรคที่เป็นของ ส่วนกลางที่เขาบังคับมา เราก็จะคุยผ่านรองแพทย์ คือหมอเขายังไม่ค่อยสนใจ จึงให้รองแพทย์ช่วยอีก ที ดูซิว่าเพื่อเขาจะคุยกันได้มากขึ้น อะไรประมาณนี้" (N01)

"ตอนแรกก็จะดูคนไหนที่มีความสนใจ ถ้าคนไข้สมัครใจ ก็ลองคุยดูว่าคนไข้คนนี้เป็นยังไง อาการตั้มี ยาค่ามียาอะไรบ้าง ถ้าเค้ายาไม่ค่อยหลายรายการ แล้วยาที่ตัวเองดู ได้ยาซ้ำๆ มา เป็นอาการคงที่แล้ว ได้แต่ยาเดิมๆ ก็น่าจะออกไปร้านได้ อาการเค่าปกติดี" (PH02)

"พยาบาลจะดูเบื้องต้นก่อนว่าเข้าเกณฑ์โดยแบบฟอร์มแล้วเราจะส่งให้เภสัชกร คุยลงรายละเอียด ...ที่นี้เขาก็จะเลือกร้านยาที่เข้าร่วมว่าเขาสะดวกไปเอาตรงไหน มันจะมีร้านยาให้ คนไข้เลือกและก็บางอำเภอที่เข้าร่วมเท่านั้น ซึ่งอันนี้พยาบาลที่ทำบัตรนัดจะดูให้ก่อนอยู่แล้ว และเขาก็จะลงความเห็นนั้นนี้เพิ่ม สุดท้ายหมอมต้องเป็นคนลงนามว่า case นี้ไปได้" (N02)

"ตอนเข้าพอกคนไข้มาถึงคลินิกเราก็จะมีพยาบาลที่เขาจะคุยและมีเภสัชกรไป ร่วมจะคุยว่าตอนนี้เรามีโครงการแบบนี้ละ คนไข้คนไหนสนใจไหม เรามีร้านยาดังต่อไปนี้ อะไร ประมาณนี้ และก็ถ้าคนไข้ควบคุมได้ดี ไม่หอบเลย แล้วคุมได้ดี ถ้าสนใจก็แจ้งความประสงค์ไว้ แล้วเราก็จะรีวิวว่าอยากรับยาที่ร้านยานะ พอส่งไปให้แพทย์ตรวจเขาก็จะรู้ว่าเอาคนนี้เข้าพิจารณา ถ้าแพทย์อนุญาต ลงความเห็นออกมาเราก็จะมีขั้นตอนกระบวนการ มีพยาบาลกับเภสัชกรที่จะดูอีกที หนึ่ง ก็จะให้ข้อมูลคนไข้ว่าครั้งนี้จะให้ไปรับยาที่ร้านยาวันไหน ครั้งที่ 2 ครั้งที่ 3 เป็นวันไหน" (D01)

"เราจะมีเซต criteria อยู่ก็คือให้แพทย์เจ้าของคลินิกเป็นคนเซต criteria คนไข้ เข้าเกณฑ์ criteria แบบนี้ก็จะส่งออก แล้วถ้าคนไข้มาที่ร้านยา ถ้าเกิดอะไรขึ้นที่ไม่เป็นไปตาม ข้อตกลงไว้ก็ต้องส่งกลับมา" (D01)

2.3) รูปแบบการกระจายยา (I2-3) การขนส่งกระจายยาจากโรงพยาบาลไปร้านยาต่างๆ จะเป็นหน้าที่ของโรงพยาบาล โดยก่อนการส่งยา เภสัชกรโรงพยาบาลที่รับผิดชอบจะแจ้งโดยการโทรหรือไลน์กลุ่มว่ามีส่งยาที่ร้านไหนบ้าง การขนส่งจะแบ่งรอบตามเขตพื้นที่ มีกำหนดวันที่จะจัดส่งยา รูปแบบการส่งเป็นกล่องแยกร้านยาซึ่งบรรจุยาของผู้ป่วยแต่ละราย หากเป็นยาแช่เย็นจะใช้กล่องโฟมแยกต่างหาก โดยระบบการขนส่งในปัจจุบันจะใช้รูปแบบ 1 (model 1) คือโรงพยาบาลจัดซื้อจัดหาขายเอง และจัดยา/ขนส่งยาให้ร้านยา โดยที่ร้านยาไม่ได้มีการซื้อยาและสำรองยาเองที่ร้าน ในมุมมองของเภสัชกรร้านยา มีความพึงพอใจต่อรูปแบบการขนส่งนี้ เนื่องจากมีความสะดวกสบาย ไม่ต้องรับภาระเพิ่มเติมอย่างอื่น เช่น กระบวนการจัดซื้อจัดหาและการสำรองยา อย่างไรก็ตามเป็นรูปแบบการกระจายยาที่เพิ่มภาระงานของเภสัชกรโรงพยาบาล ส่วนในมุมมองของบุคลากรในโรงพยาบาล โดยเฉพาะห้องยา มีมุมมองว่ารูปแบบ model1 จะเป็นการเพิ่มภาระการทำงานของบุคลากร มีการเพิ่มงานแต่จำนวนคนยังเท่าเดิม นอกจากงานในห้องยาแล้ว ยังเพิ่มภาระของโรงพยาบาลคือต้องจัดหาคนเพื่อขนส่งยาไปยังร้านยาในแต่ละครั้ง

“เราจะมีใบนำส่งเลยว่ายาแต่ละรายการมีจำนวนเท่าไร อยู่ในกล่องคนใช้คนนั้นเลย น่องก็จะเปิดดูกล่องว่า 1 เดือน 2 เดือน เราเช็คข้างในก่อน แล้วเราก็จะมีเอกสารแนบไป พอน้องเอาไปส่งก็มีถ่ายรูปว่าของครบ แล้วร้านยาเขาก็ไปตรวจของเขาอีกที ...คือทุกร้านเราไปส่งทุกวันศุกร์ ทุกวันเขาก็จะฝากกลับมา ถ้าคนไข้ไม่มาในส่วนของแต่ละอำเภอ มันอาจจะต้องรอ หลายอาทิตย์หน่อย อาจจะครบรอบของร้านนั้น แล้วเขาค่อยฝากยากลับเข้ามาที่รถที่เราไปส่ง” (N01)

“ทางโรงพยาบาลก่อนที่จะส่งมา เหมือนอย่างวันนี้ก็โทรมาบอกว่าจะส่งยาพรั่งนี้ โดยจะมาส่งในช่วงเช้า พี่เขาก็จะบอกว่ามี case ส่งยาที่ร้านยาไหนบ้าง ให้เราเตรียมพร้อมว่าจะมียาไปส่งแล้วการส่งก็จะเป็นรถพยาบาลและเจ้าหน้าที่มาส่งแล้วก็ใส่กล่องให้เรา แต่ละกล่องแยกเป็นร้าน เช่น ร้านพี่จะมี 3 case ก็จะมีอยู่ในลังนั้น 3 case แต่ในลังของแต่ละcase มันก็จะมีกล่องพลาสติกใส่มาให้ คือแยกคนไปเลย ของคนไข้ ก็จะแยกเป็นกล่อง ๆ แต่ถ้าเป็นยาแช่เย็น เขาก็จะมัดกล่องโฟมใส่มา แล้วเขาก็ส่งต่อกับมือเรา และเราก็จัดเก็บต่อไป” (P10)

“เขาจะส่งก่อนที่คนไข้จะมารับประมาณ 1 เดือน กรอบที่คนไข้จะมาตามนัดประมาณ 1 เดือน แล้วก่อนที่จะส่งเขาจะแจ้งทาง line ผ่าน line group กลุ่มว่าพรั่งนี้จะมีการส่งยาที่ร้าน 1 2 3 4 5 ให้เตรียมตัวรับนะอะไรประมาณนี้” (P17)

“Model 1 คือเขาจัดมาให้ เราไม่ได้ Stock อะไร...สะดวก คือถ้าหากว่ามีการเปลี่ยนยา อย่างโรงพยาบาลชี้แจงมาก่อนเรามีแนะนำต่อ คนไข้จะเชื่อ ในบางคน ในส่วนตัวหนูคิดว่าเราเปลี่ยนยี่ห้อในบางครั้ง ถ้าหากว่าเราจัดเองคนไข้อาจจะมีคำถามในใจ แต่ว่าถ้าเป็นยาจากโรงพยาบาลก็จะไม่เปลี่ยนของเขาจะสบายใจกว่า หรือว่าเราก็สบายใจที่บริหารแบบนี้ จริงๆ แล้วถ้าร้านยาจัดหาเอง อาจจะได้ดีกว่าในความรู้สึกเรา จัดหาเองก็สามารถทำได้ ...แต่ถ้าจะให้บริหารจัดการเอง ก็คิดว่าได้อยู่” (P03)

“แบบที่ 1 ก็คือภาระงานก็ยังไม่ลดภาระงานของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล ต้องจัดยา ต้องนำยาออกไปส่งอยู่ดี แต่ถ้าเป็นแบบที่ 3 เราให้ใบสั่งยาคนไข้แล้วให้ถือไปร้านยาเลยแบบนั้นก็ถือไปรับยาทุกอย่างจะมีอยู่ที่ร้านยา ร้านยาก็มีหน้าที่ manage ยาขาด สั่งยามาแล้วก็จัดยาให้คนไข้ คือเราไม่ต้องรับผิดชอบในเรื่องของทั้ง stock ยา ทั้งการจัดยาในรูปแบบที่ 3 ถ้าเป็นไปได้ก็น่าจะดีกว่า” (D01)

“Model 1...คือจริง ๆ Model นี้ พูดถึงในส่วนร้านยาที่อาจจะรู้สึกดีกว่าดี เพราะเรามีหน้าที่จ่ายยาอย่างเดียว แต่ในส่วนโรงพยาบาลเราก็เห็นใจเขา เพราะเท่ากับว่าเขาต้อง overload งานมากขึ้นคือเขาจะต้องเอาใบสั่งยามานั่งจัด นั่งปริ้น นั่งแกะใส่กล่อง ต้องขับรถมาส่งให้เราอีก ในส่วนนี้ถ้ามันโคกันทั้ง 2 ฝ่ายคงจะดี” (P06)

“ถ้าในรูปแบบ Model 1 มันไม่มีคำถามนี้แน่ ถ้าส่งยามาผู้ป่วยรับ เช็คนกันได้ ได้รับยาหรือเปล่า แต่ถ้าเป็น 3 หรือ 4 อาจจะมีปัญหา เพราะตอนนี้มันยังไม่เกิด ยังไม่ได้ใช้” (PH01)

2.4) ระบบการสื่อสาร (I2-4) การสื่อสารระหว่างเภสัชกรร้านยาและโรงพยาบาล ส่วนใหญ่จะติดต่อผ่านไลน์กลุ่ม ซึ่งจะมีบุคลากรทางการแพทย์ที่เข้าร่วมโครงการและผู้รับผิดชอบโครงการอยู่ในกลุ่ม คอยตอบคำถามและให้คำแนะนำ แต่ถ้ากรณีเร่งด่วนเภสัชกรร้านยาจะโทรศัพท์ติดต่อกับเภสัชกรโรงพยาบาล ไม่ได้มีการติดต่อกับแพทย์โดยตรง ซึ่งการติดต่อสื่อสารผ่านไลน์กลุ่มก็มีความสะดวกและรวดเร็ว ไม่ได้เป็นปัญหา ส่วนการติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วย เภสัชกรร้านยาจำเป็นต้องติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วยที่ต้องมารับยาตามนัดอยู่เสมอ เพื่อแจ้งให้ผู้ป่วยมารับยาตามนัด หรือเพื่อติดตามผู้ป่วยในรายที่มีปัญหา การติดต่อสื่อสารจะใช้แนวทางเดียวกันคือการโทรศัพท์

“ถ้าร้านยามีคำถามเราจะมี line กับเบอร์โทรให้ ถ้าเรื่องด่วนส่วนใหญ่ก็บอกว่าให้โทรเอา บางที่ทำงานอยู่อาจจะไม่ได้ดู line ถ้าด่วนจะให้โทรหาเลย แต่ก็ line ทิ้งไว้ในห้อง line ก็ได้ เราก็จะคอยเข้ามาตอบช่วยกัน ถ้าเจอปัญหาที่ต้อง Link ไปหาแพทย์ เราจะมีเบอร์ติดต่อแพทย์ได้อยู่แล้ว จะถามไปที่แพทย์อีกทีหนึ่ง ก็คือเราจะเป็นคนเชื่อมกับแพทย์ให้” (PH03)

“ระหว่างเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลกับเรา ตอนนี่ก็เป็นช่องทาง line อย่างเดียวก็สะดวกรวดเร็วขึ้น แต่ทุกคนก็ไม่ค่อยมีปัญหา ก็มีเบอร์โทรด้วย ส่วนใหญ่จะเข้าไปใน line กลุ่ม” (P04)

“ไม่ได้สื่อสารกับแพทย์โดยตรง จะสื่อสารกับเภสัชกรในโรงพยาบาล เพราะของจังหวัดร้อยเอ็ดโครงการร้านยาชุมชนอบอุ่นมีเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลจัดยาและดูแลคนไข้ ถ้ามีปัญหาคือจะแจ้งไปในนั้นได้เลย และก็มีเจ้าหน้าที่คอยบอกตลอด” (P05)

“ก็มี 2 ช่องทาง คือโทรศัพท์ไปหาโดยตรงเลย และอีกช่องทางหนึ่งคือ line group เพราะว่าทาง สสจ. เขาทำ line group ขึ้นมาเป็น line ของร้านยาถ้ามีอะไรส่วนใหญ่เขาจะเข้าไปถามในนั้น” (P17)

“ติดต่อทางโทรศัพท์เป็นหลัก ...ช่องทางอื่นก็อาศัยทางผู้ใหญ่บ้าน ถ้าติดต่อไม่ได้จะติดต่อทางผู้ใหญ่บ้านส่วนมากจะถามคนไข้ว่าอยู่บ้านไหน เขาก็จะมีข้อมูลให้ทุกคน มีเบอร์โทร ถ้าติดต่อไม่ได้จริง ๆ ก็จะเป็นลักษณะนี้” (P14)

2.5) ระบบการนัดหมาย (I2-5) สำหรับผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการ โรงพยาบาลจะเป็นผู้นัดหมายและออกใบนัดให้ผู้ป่วย โดยใบนัดที่ออกให้จะประกอบไปด้วยใบนัดให้ผู้ป่วยไปรับยาที่ร้านยาและใบนัดให้ผู้ป่วยกลับไปรับยาที่โรงพยาบาลเมื่อครบกำหนดรับยาที่โรงพยาบาลแล้ว เมื่อถึงวันนัดหมายหากผู้ป่วยไม่มารับยาตามนัด เภสัชกรร้านยาก็จะโทรติดต่อกับผู้ป่วยโดยตรง เพื่อแจ้งให้มาติดต่อรับยาเพื่อจะได้จ่ายต่อเนื่อง หรือบางร้านอาจจะโทรแจ้งผู้ป่วยล่วงหน้า

“เขามีใบนัดประจำจากโรงพยาบาลมา แล้วเขาก็จะยื่นให้หนู แล้วหนูก็จะเช็คว่าคุณลุงอีก 3-4 เดือนหน้า ลุงก็รับกับหนูนะ แล้วเขาจะแยกใบเลย ใบรับจากร้านยาก็อีกใบหนึ่ง อีก 4-5 เดือนโล่งมาเลย แล้วก็อีกใบ 1 นัดของโรงพยาบาล” (P01)

“คือเราจะนัดคนไข้ทุก 6 เดือน แล้วจะให้ยาทุก 2 เดือน เพราะฉะนั้น ครั้งแรกคือเราจะจัดยาไป พอครั้งที่ 2 ถึงวันนัดครั้งต่อไป เราก็จะจัดยาออกไปส่งร้านยาก็จะวัดความดัน ถ้ามเกี่ยวกับทั่วไปต่าง ๆ แล้วก็จ่ายยาให้ครั้งที่ 3 ก็เหมือนกับจัดยาให้ หลังจากนั้นครั้งที่ 4 ครบ 6 เดือนคนไข้ก็จะกลับมาที่โรงพยาบาล” (D01)

“ระบบจะมาจากที่โรงพยาบาลจะออกใบนัดให้คนไข้มาว่าคุณอยู่ใน case ที่สามารถมารับยาได้แล้ว โดยที่ไม่ต้องมาโรงพยาบาล เป็นจำนวนเดือนเท่านี้ เขาก็จะมีบัตรนัดมาให้ว่า วันที่เท่านี้มารับนะ ก็จะมีครั้งที่ 1 2 3 ในบัตรนัดคนไข้เลย แล้วคนไข้ก็จะมีกระเป๋าทันทีที่โรงพยาบาลเขา แจกให้ที่เข้าร่วมโครงการนี้และมีจดหมายส่งตัวมาให้ที่ร้านเรา มีบัตรนัดให้เขา ก็จะเป็นการเตือนเขา ว่าแต่ละครั้งควรมาตามนัดอย่างไร เราก็ดูบัตรนัดให้เขาและบอกเขาว่าครั้งหน้า 2 เดือนมานะ คือที่ จะทำแฟ้มไว้ว่าคนไข้ก็คนเก็บข้อมูลไว้ที่เรา ไล่ส่งไปเรื่อย ๆ มารับวันที่เท่าไรแล้วบ้างประมาณนี้” (P10)

“พอถึงวันนัดก็จะโทรหาผู้ป่วย ถ้าสมมุติว่าตอนบ่ายยังไม่เห็นผู้ป่วยมาทางร้าน เราก็จะโทรตามผู้ป่วยนอกจะสะดวกมารับไหม ถ้าไม่มารับวันนั้นก็ไม่เกิน 1 สัปดาห์ ให้มารับ” (P01)

“ระบบการนัดจะมาตามวันของโรงพยาบาลแต่ก็จะโทรแจ้งคนไข้ก่อนว่า วันนี้ คนไข้ต้องมารับยาที่ร้านขายยาแล้วก็บอกเส้นทางแผนที่ร้าน ถ้าคนไข้ยังไม่เคยมา” (P05)

“ครับระบบการนัดหมายก็ ok ครับมันก็จะมีการนัดหมายเป็นรายปีนัดวันไหน วันที่เท่าไรเราก็สามารถทราบล่วงหน้าได้” (PT07)

2.6) ระบบเอกสาร/ฐานข้อมูล (I2-6) การส่งต่อข้อมูลระหว่างหน่วยงานคือร้าน ยาและโรงพยาบาล ไม่ได้มีการเชื่อมต่อข้อมูลออนไลน์ ข้อมูลผู้ป่วยที่ส่งต่อจะเป็นการส่งต่อข้อมูล ผ่านเอกสารไปส่งไปตามรอบขนส่งยา ข้อมูลที่ส่งต่อกันได้แก่ ข้อมูลทั่วไปผู้ป่วย ประวัติโรค ประจำตัวและประวัติการได้รับยา ส่วนร้านยาบางร้านที่มีโปรแกรมบันทึกการจ่ายยา ก็จะสามารถลง ข้อมูลผู้ป่วยในโปรแกรม ทำให้สามารถตรวจสอบข้อมูลย้อนหลังได้ง่าย

“เราส่งรายงานเป็นกระดาษอย่างเดียว คือเข้าดูของเขาไม่ได้ แต่ว่าได้แค่ ประสานกัน ถ้ามีปัญหาเราโทรไป เราก็บอกคนไข้ คนนี้ ๆ HN number เท่านี้ ๆ เขาก็จะคอยดูใน ระบบ คือส่วนใหญ่เราก็จะประสานเภสัชกรในโรงพยาบาล” (P02)

“ใช่ คือส่วนใหญ่เขาจะส่งข้อมูลมา 1 หน้ากระดาษ A4 เช่น มีชื่อ ที่อยู่ เบอร์ โทรศัพท์ ยาที่ใช้ ค่า lab ซึ่งเขาจะบอกค่า lab ล่าสุดเท่าไร คืออย่างที่แจ้งบางครั้งระหว่างรอบเรา ก็ไม่เห็นข้อมูลจริง ๆ ว่ามันเกิดอะไรขึ้น” (P06)

“ทุกครั้งที่ refer คนไข่ออกมาก็จะมีใบ lab คนไข้มาแค่นั้น แล้วก็ข้อมูล ใบสั่งยา มีข้อมูลยาที่แนบมาด้วย มีแค่ใบสั่งยากับใบ lab 2 ใบ...จริง ๆ ก็ฟังได้ง่ายยาคนไข้ ก็รวบรวมใบจ่าย ยาไว้ เพราะว่าใบที่ลงรายการว่าเราจ่ายอะไร เราซักอะไรคนไข้ไป เราต้องส่งกลับโรงพยาบาลร้อยเอ็ด เราต้องมีใบบันทึกว่าเราทำอะไรลงไปบ้าง...จะมีพนักงานขับรถมาส่งยาและก็มารับใบในคราวเดียวกัน แต่เรายังไม่กรอกเข้าไปในระบบข้อมูลใน computer” (P11)

“พี่กรอกเข้าโปรแกรมร้าน เพราะว่าไม่ได้ใช้ยาที่ร้าน เราก็จะแยกของ โรงพยาบาลกับของร้าน...บันทึกในกระดาษเป็นหลัก...ก็ xerox ไว้ 1 ชุด” (P02)

2.7) การบริการของเภสัชกรร้านยา (I2-7) เภสัชกรร้านยาต้องทำหน้าที่จ่ายยา และให้คำแนะนำผู้ป่วยเสมือนอยู่ที่โรงพยาบาล ช่วยตรวจสอบยาและแก้ไขปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วย โดยส่วนใหญ่แล้วเภสัชกรร้านยามีแนวทางปฏิบัติที่คล้ายกันในแต่ละร้าน ดังนี้ การตรวจรับยาจาก โรงพยาบาล การตรวจสอบข้อมูลผู้ป่วย ตรวจวัดสัญญาณชีพเบื้องต้น เช่น วัดความดันโลหิต จ่าย ยาและให้คำแนะนำผู้ป่วย บันทึกข้อมูลในฐานข้อมูลของสปสช. การบันทึกข้อมูลเพื่อส่งกลับ โรงพยาบาล

“มีรถส่งยามาให้เราก็ต้องเช็คก่อนว่ามีผู้ป่วยกี่คน ชื่ออะไรบ้าง ยาตรงกับผู้ป่วย นะ และเราก็รอเช็ควันที่แล้วเราก็วางแผนแล้วว่าวันที่เท่าไรบ้างที่ผู้ป่วยจะมารับยา เวลาช่วงไหน เราก็เตรียมตัว พอเตรียมเสร็จแล้ว จัดยาเสร็จแล้วแต่ละคนถ้าผู้ป่วยไม่มารับเราก็ต้องโทรตาม มันก็ จะเป็นแบบคอยตื้อ บอกว่าจะมาแต่ยังไม่มา ก็โทรอีก โทรซ้ำ ให้ผู้ป่วยมารับยาให้ได้ภายใน 1 สัปดาห์ เพื่อไม่ให้เขาขาดยา พอเขามารับยาก็แสดงบทบาทหน้าที่ในการจ่ายยาอธิบายยาให้เขาเข้าใจและก็ สอบถามปัญหาจากการใช้ยาของเขาว่ามีปัญหาอะไรบ้างไหม พอจบ 1 case ไป พี่เขาก็ลงข้อมูลใน เว็บไซต์ สปสช.” (P01)

“พี่ก็จะให้เขาออกแบบนึง แล้วพี่จะไปหายาของเขาและก็ดูโรค เริ่มจากวัดความ ดัน ชั่งน้ำหนักและก็อธิบายวิธีการกินยาและบอกว่าควรเลี่ยงอะไรบ้าง บางคนเป็นหอบเห็นยา 2-3 ตัว ก็ถามว่าอาการกำเริบไหม หายใจได้ไหม จะอธิบายคนไข้ประมาณนี้” (P07)

“ประมาณ 10 นาที เพราะต้องเขียนลอกยาว่ามีอะไรบ้าง ต้องซักประวัติ วัด ความดัน ชั่งน้ำหนัก แล้วก็ให้ข้อมูลยา ซักถามว่าใช้ยาถูกไหม” (P11)

2.8) การติดตามและประเมินผล (I2-8) โครงการร้านยาชุมชนอบอุ่นจะมีการนัดประชุมเพื่อติดตามโครงการ แต่ไม่ได้ทำเป็นประจำหรือสม่ำเสมอ ไม่ได้มีการประเมินโครงการที่ชัดเจน บุคลากรทางการแพทย์บางส่วนเสนอให้มีการติดตามต่อเนื่องทั้งสสจ.และโรงพยาบาล เพื่อให้เกิดการเรียนรู้และร่วมกันแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น ในส่วนของการติดตามเชิงคุณภาพ จะมีการติดตามจากข้อมูลการบันทึกของเภสัชกร ว่าเกิดปัญหาจากการใช้ยาอะไรบ้าง แต่ก็ยังไม่มีการบันทึกมากนัก

“เป็นเหมือนนัดประชุมมากกว่าค่ะ ยังไม่ได้มาติดตามที่ร้าน” (P01)

“ก็เวลาประชุมเขาก็สรุปให้เราเห็นว่าเราทำอะไรไปกันแค่ไหนบ้าง ...ก็ไม่ถึงกับบ่อย น่าจะซัก 3-4 ครั้งได้ต่อปีที่ผ่านมา” (P02)

“เภสัชกรก็คุยด้วยกันทุกวันถ้าไม่มีการประชุม ประชุมตั้งแต่ก่อนจะเริ่มงาน หลังจากนั้นยังไม่มี มีประสานงานกัน แต่ไม่ได้ประชุมแบบปรึกษาหารือว่าดีขึ้นยังงัย” (N03)

“ช่วงแรก ช่วงที่เริ่มใหม่ ๆ นัดทุกเดือนอยู่ ช่วงที่เริ่มว่ามีปัญหาอะไรใหม่ ดัดขัด หรือเปล่า พอมาดำเนินงานเราก็ห่างออกทุก 2 เดือน บางทีผมก็จะโทรถามที่หัวหน้าเภสัชกรโดยตรงว่ามีปัญหาอะไรใหม่ในช่วงนี้อะไรประมาณนี้” (D01)

“ส่วนใหญ่ก็มีแต่โรงพยาบาลติดตาม...ที่จริงถ้าได้มาคุยกันแบบครบรอบ ครึ่งปี หรือ 1 ปี ว่าเราเจออะไรบ้างก็คิดว่าดี เพราะทุกร้านคงเจอปัญหาในกรณีโครงการรับยา ถ้าโรงพยาบาลเขาได้ฟังและ สสจ. ได้ดูด้วย น่าจะดี” (P06)

“มีประเมิน DRP เราจะสรุปจาก DRP ที่ร้านยาเขา เพราะว่า DRP ที่ร้านยามาให้เรา ซึ่งมันก็ไม่ค่อยเยอะ” (H03)

3) การประชาสัมพันธ์ (I3) มีแนวคิดรอง 2 แนวคิด ได้แก่ การประชาสัมพันธ์ของโรงพยาบาล และการประชาสัมพันธ์ของร้านยา

3.1) การประชาสัมพันธ์ของโรงพยาบาล (I3-1) โรงพยาบาลมีการติดป้ายประชาสัมพันธ์โครงการขนาดใหญ่ที่รั้วโรงพยาบาล และมีการติดป้ายประชาสัมพันธ์ตามจุดบริการผู้ป่วยต่างๆ เช่น หน้าห้องตรวจ ห้องยา คลินิกเฉพาะ เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีการประชาสัมพันธ์ออกสื่อ เช่น สื่อวิทยุ เสียงตามสายเพื่อเพิ่มการรับรู้และเข้าถึงของผู้ป่วยในชุมชนมากขึ้น และมีการ

แจกโปสเตอร์ให้คนไข้ ในส่วนพยาบาลและเภสัชกรก็จะมีการประชาสัมพันธ์ขณะผู้ป่วยรอรับการตรวจและขณะรับยา การเข้าถึงการประชาสัมพันธ์ของผู้ป่วย สำหรับผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการส่วนใหญ่จะรับทราบข้อมูลโครงการจากโรงพยาบาล เช่น จากป้ายประชาสัมพันธ์ บุคลากรทางการแพทย์ แนะนำ

“ตอนเริ่มแรกก็คือจะมีติดป้าย แล้วก็มือออกทางสื่อ คือเราจะให้งานประชาสัมพันธ์จัดการให้เราเลย ออกสื่อ ออกทางวิทยุ หรืออะไร เขาจะมีหลาย part ในขณะเดียวกัน ก็จะมีห้องยาด้วย และก็จะมีประชาสัมพันธ์เวลามารับยา ...และหน้าห้องตรวจด้วย เราไปแจ้งพยาบาลที่หน้าห้องตรวจไว้ว่าเรามีโครงการแบบนี้ละ ถ้าคนไข้คนไหนสนใจก็คือให้ประชาสัมพันธ์ได้เลย” (N01)

“ส่วนมากที่เราได้ยินเขาจะมี poster ให้ความรู้คนไข้กลุ่มโรคต่อมลูกหมากโต ความดันโลหิตสูงและโรคหอบหืดสามารถไปรับยาที่ร้านขายยาได้” (N02)

“เป็นป้ายประกาศของโรงพยาบาลในเรื่องของการรับยา และก็ไว้นิลในโรงพยาบาล ไวนิลติดตามจุดที่เป็นจุดเด่น ๆ คนไข้ส่วนหนึ่งก็จะเห็นหน้าโรงพยาบาลก็จะติดอยู่ตอนนี้ รับยาร้านยาแล้วก็พอเข้ามาโรงพยาบาลแต่ละคลินิกเราก็จะมีพยาบาลที่เขาจะประชาสัมพันธ์ก่อนก็ โอเค...” (D01)

“ของโรงพยาบาลเขาใช้วิธีติดป้ายโฆษณาไว้ที่ข้าง ๆ รั้วโรงพยาบาล แล้วก็น่าจะมีทาง internet แล้วก็จะมีโบชัวร์ที่บอกว่ารับยาที่ร้านยา” (D02)

“เรามีการติดป้ายประชาสัมพันธ์ที่หน้าโรงพยาบาลแล้วก็ออกสื่อเสียงตามสาย แจ้งกำนัน ผู้ใหญ่บ้านในที่ประชุมฝ่ายปกครอง ก็ฝากทางประชาสัมพันธ์โรงพยาบาลให้ช่วยประชาสัมพันธ์ให้ แต่ว่าหลัก ๆ ที่เราได้ลูกค้าคือเป็นกลุ่มที่คนไข้อยู่ที่หน้าห้องตรวจ แล้วที่พยาบาลหน้าห้องกับเภสัชกรเราลงไปคุยด้วย” (PH03)

“คุณหมอทางโรงพยาบาลบอกว่าจะให้เข้าร่วมโครงการ...ไม่ต้องมารอนานห้า เป็นชั่วโมง หรือ 30 นาที อย่งที่โรงพยาบาลเขารอกัน ผมจึงตัดสินใจเข้าร่วมโครงการ... การประชาสัมพันธ์...มีเฉพาะที่ทางโรงพยาบาล” (PT01)

“รู้จักที่โรงพยาบาลนะเขาจะติดป้ายไว้เลยหน้าห้องที่เคยเข้าตรวจอะเขาก็จะติดป้ายไว้แล้วเขาก็จะแนะนำว่าให้ไปรับยาที่นี้แม่จะสะดวกไหมมี 3 ร้าน 4 ร้าน ก็เลยมีร้านยาที่อยู่ใกล้ตลาดฉัตรทองใกล้บ้านก็เลยเลือกที่นี้” (PT02)

“ผมยังไม่รู้โครงการนี้เขาเป็นคนบอกเอง ผมไปโรงพยาบาลพยาบาลที่ฝ่ายคัดกรองโรคเขาแนะนำให้มาหาเภสัชแล้วเภสัชก็แนะนำอีกทีหนึ่ง ก็ว่าเออดีเลยมันสะดวกคุยกับหมอไม่นานหมอก็ให้มารักษาแค่นั้น” (PT05)

“พอดีวันนั้น ที่โรงพยาบาลเขามีพยาบาลแจ้งว่า ถ้าท่านใดสนใจรับยาในร้านยาที่ใกล้บ้านนะครับ ให้แจ้งความประสงค์ครับ ผมก็เลยลองแจ้งไปดูครับ” (PT09)

3.2) การประชาสัมพันธ์ของร้านยา (I3-2) การประชาสัมพันธ์ของร้านยา ร้านยาจะได้รับการสนับสนุนป้ายไวโนลและสติ๊กเกอร์สำหรับติดหน้าร้าน จากสสจ. นอกจากนี้บางร้านได้มีการประชาสัมพันธ์ด้วยตนเองเพิ่มเติม เช่น การแนะนำลูกค้าที่มาร้านยาเพื่อบอกต่อ การโพสต์ประชาสัมพันธ์ในอินเทอร์เน็ต(เฟซบุ๊ก)

“ก็จะแนะนำลูกค้าผู้ป่วยที่เขามารับยาจะบอกผ่านไปด้วยว่าถ้ามีญาติพี่น้องคนที่รู้จักคนไหนไม่สะดวกรับยาที่โรงพยาบาล ... ลองปรึกษาพี่ที่โรงพยาบาลดู ... อันนี้ประชาสัมพันธ์ด้วยตัวเอง” (P01)

“ก็มีติดป้ายอยู่หน้าร้านและก็มีโพสต์ลง facebook” (P05)

“เขาก็จะมีป้ายมาให้ว่าร้านเราเป็นร้านยาที่เข้าร่วมตามนี้นะ แต่ในส่วนร้านเองพี่ก็ไม่ได้ประชาสัมพันธ์บอกคนไข้ได้มาก เพราะมันขึ้นอยู่กับ case ว่าคนไข้เขาโอเค แต่เราก็บอกเขาว่าสามารถทำแบบนี้ได้นะ ... สามารถถามคุณหมอได้... แต่ที่โรงพยาบาลเขาก็จะมีการถามคนไข้ที่ไม่พร้อมว่าสมัครใจหรือต้องการจะมาหรือเปล่า” (P10)

“จะมี 2 แบบ 1. คือเขาจะให้ sticker มาติดหน้าร้านว่าเป็นร้านยาชุมชนอบอุ่นของโรงพยาบาลร้อยเอ็ด 2. คือ สสจ. ทำป้ายไวโนลใหญ่ ๆ ให้มาติดว่าร้านเราเป็นส่วนร่วม ใครจะเข้าโครงการก็มีอย่างนี้ ๆ ซึ่ง สสจ. มีให้” (P14)

4) การเงิน (I4) การเข้าร่วมโครงการร้านยาชุมชนอบอุ่น ร้านยาจะได้รับค่าตอบแทนจากสปสช. จำนวนเงิน 70 บาทต่อครั้ง โรงพยาบาลจะได้รับค่าตอบแทน 33,000 บาทต่อร้านยา เกษีกรร้านยาส่วนใหญ่มีความคิดเห็นสอดคล้องกันคือไม่ได้คิดเรื่องค่าตอบแทนเป็นหลัก การให้บริการผู้ป่วย ได้ดูแลชุมชน เป็นส่วนสำคัญ คือกำไรที่ได้จากการเข้าร่วมโครงการ มีเกษีกรบางส่วนที่ไม่ทราบข้อมูลเรื่องค่าตอบแทน อาจเนื่องจากปัญหาการสื่อสาร การส่งต่อข้อมูล

“ได้ค่าตอบแทน 70 บาทต่อ case ต่อครั้ง คือหนูไม่ค่อยได้ดูบัญชีนี้เลย คือเราจะให้บัญชีเขาไปแล้วเขาจะโอนเข้ามาแต่ที่เราไม่ได้ไปตามว่าโอนมาเท่าไร แต่รู้ว่าต่อครั้งก็คือ 70 บาทประมาณนั้น ... ไม่ได้มองค่าตอบแทน แต่คิดว่าได้ทำแล้วรู้สึกสุขใจ เป็นสุข อันนี้พูดจริง ๆ” (P03)

“คือเนื่องจาก สปสช. เขามีให้งบประมาณมาร้านยาละ 33,000 บาท เพราะฉะนั้นเราก็ตั้งงบประมาณตามเงินโครงการเลย คือเริ่มต้นเรามีร้านเข้าโครงการตอนที่จัดหาเข้าโครงการ 9 ร้าน เพราะฉะนั้นเราก็ทำเรื่องขอใช้เงินตามโครงการที่เรามีอยู่ แต่ว่าก็ทำเป็นแผนของโรงพยาบาลว่าเราทำโครงการนี้ มีงบอยู่ประมาณเท่านี้และเวลาเราเสนอแผนก็ออกมาเป็นเงินที่เราได้มาเพื่อโครงการอยู่แล้ว” (PH03)

“รายละเอียดเรื่องจำนวนเงินการสนับสนุน หนูไม่รู้ เพราะอย่างที่หนูบอกไปว่า หนูไม่ได้เข้าโครงการตั้งแต่แรก ๆ” (P01)

4.2.3 การประเมินผลด้านกระบวนการ (process)

1) การรับรู้เป้าหมาย (P1) บุคลากรทางการแพทย์หลายคนไม่ทราบเป้าหมายของโครงการ ว่ากำหนดเท่าไร หรือมีเป้าหมายอะไรบ้าง ทั้งในส่วนของโรงพยาบาลและร้านยา อาจเกิดจากการขาดการสื่อสารข้อมูลโครงการที่ต่อเนื่อง และการส่งต่อข้อมูลให้ผู้ปฏิบัติงานรับทราบ ส่วนเกษีกรร้านยาเองบางคนก็ไม่ได้ตั้งเป้าหมายในร้านของตนเองไว้ว่าสามารถรับส่งต่อผู้ป่วยได้กี่คน

“ยอมรับตรง ๆ ว่า หนูไม่ทราบ เพราะไม่ได้รับการตั้งเป้าว่ากี่คน ๆ อย่างนี้เข้าใจว่าขึ้นอยู่กับผู้ป่วยด้วยว่าเขาสะดวกมารับที่นี้หรือเปล่า” (P01)

“ตอนนี้ก็คือของหน่วยงานเค้าจะกำหนดเป็นเปอร์เซ็นต์มาอยู่ณะคะ ต้องให้ได้เป็นไตรมาส จำไม่ได้แล้วเหมือนกัน เหมือนมันจะต้องให้เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ อยู่คะ กำหนดเป็นกัเปอร์เซ็นต์ที่เค้ากำหนดมา” (PH02)

“เป้าหมายก็คือลดความแออัด ผู้รับบริการพอใจว่าไม่ต้องมาเข้าคิว ไม่ต้องมารอ... ไม่ได้ตั้ง...ไม่ ๆ คือไม่เน้นว่าจะได้กี่ Case ก็แล้วแต่คนไข้สมัครใจ” (N03)

“ไม่รู้ทำไมเขาทำ จริง ๆ เป็นโครงการคือผู้อำนวยการเขียร์มาอีกทีหนึ่ง ซึ่งก็ยอมรับตรง ๆ ว่าไม่ได้เป็นผู้จัดการเซตระบบตรงนี้เลยไม่รู้ว่าเขาตั้งเป้าไว้เท่าไร เราก็ไม่ทราบด้วยว่ายอดเท่าไร เพราะว่าไม่ได้เป็นผู้ดำเนินการโดยตรง เป็นแต่ผู้ปฏิบัติซะมากกว่า” (D02)

“เขาก็จะมาเรื่อย ๆ จะให้ก็คนก็แล้วแต่ความสมัครใจ การประชาสัมพันธ์ ผมไม่ได้เน้นมาก เป็นการดูไปเรื่อย ๆ ก็ไม่ได้ตั้งเป้าหมายว่าเท่าไรถึงจะคิดว่ามันจะช่วยลดความแออัดให้เป็นไปตามธรรมชาติที่เขาสมัครใจ สร้างบทบาทของเภสัชกรในการมาช่วยตรงนี้...เขาก็ว่าลดความแออัด...ในความเห็นด้วย ผมตอบชี้ชัดตรงนี้ได้ แต่เป้าหมายเพื่อกระจายออกไป แต่ยังไม่ตอบไม่ได้ว่าผมเห็นด้วยทั้งหมดไหม แล้วมันจะดีไหมอย่างไร” (D03)

“ไม่ได้ตั้งเอาไว้ แต่คือสะดวกก็รับได้” (P05)

2) กำลังคน (P2) ในมุมมองของบุคลากรทางการแพทย์ การตั้งคณะกรรมการทำงานของโครงการไม่เพียงพอ ทำให้ทำงานได้ไม่เต็มที่ โดยแต่ละส่วนปฏิบัติงานก็มีความต้องการบุคลากรเพิ่ม หรือแบ่งเจ้าหน้าที่เป็นส่วนที่ปฏิบัติหน้างานประจำและปฏิบัติงานในส่วนของโครงการ ร้ายยาชุมชนอบอุ่นให้ชัดเจน บุคลากรในโรงพยาบาลมีปัญหาในเรื่องอัตรากำลัง ทำให้มีความต้องการบุคลากรเพิ่ม เพื่อให้สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ดียิ่งขึ้น ทั้งพยาบาลและเภสัชกร

“อัตรากำลัง เพราะอย่างที่บอกว่าหน้างานเราค่อนข้างจะวุ่นวาย ถ้าสมมุติว่าเรามีอัตรากำลังเพิ่ม ถ้านโยบายเรื่องนี้จะส่งเสริม เรามีเวลาที่จะมาทำตรงนี้ เราจะทำได้ดีกว่านี้ ถ้ามีคนมาทำงานประจำของเราให้แล้วเรามีเวลาตรงนี้ เราจะทำได้ดีกว่านี้... พยายามได้พยาบาลเพิ่มขึ้นอีก 1 คน ...แล้วพี่ก็จะใช้เวลาทำตรงนี้” (N02)

“ไม่ลด กลับเพิ่มภาระงานให้เขาด้วย เพราะต้องจัดยาเอาออกไปส่งตามร้ายยาประมาณนี้ กับเภสัชกรถ้าเป็น Model แบบที่ 1 ไม่ลดภาระงานลงกับเจ้าหน้าที่ กับพยาบาลก็ไม่ลดภาระงาน เขาต้องคุยกับคนไข้เยอะขึ้นแล้วเขาต้องมีขั้นตอนในการที่เขาจะประสานกับแพทย์ กับเภสัชกรอะไรประมาณนี้ก็ต้องอธิบายให้คนไข้เยอะขึ้น” (D01)

“ตอนนี้ก็รู้สึกอยากจะได้คนเพิ่ม ถ้าเป็นไปได้ ถ้าได้คนเพิ่ม เวลาเราออกมาทำตรงนี้แล้วมีคนมาซัพพอร์ตหน้างานของเรา เราก็จะทำอันนี้ได้ดีขึ้นอะค่ะ บางทีตอนนี้ยังเป็นปัญหาอยู่ว่ากำลังพลไม่เพียงพอ” (PH02)

“ก็อยากได้เจ้าหน้าที่เพิ่มขึ้น เพราะ 2 คนมันก็น้อยอยู่...อย่างเจ้าหน้าที่พยาบาลก็ให้ความรู้คนไข้เพิ่มมากขึ้น อันนี้เราก็ต้องทำอย่างอื่นด้วยคลินิกมันก็มีหลายอย่าง ...เจ้าหน้าที่น้อยก็ไม่ค่อยมีเวลา” (N03)

3) รูปแบบการให้บริการ (P3) มีแนวคิดตรง 6 แนวคิด ได้แก่ การกระจายตัวของร้านยา ผู้ป่วยปฏิเสธเข้าร่วมโครงการ รูปแบบการกระจายยา การติดต่อสื่อสารและการนัดหมาย การเข้าถึงข้อมูลผู้ป่วยที่เป็นปัจจุบัน และข้อจำกัดในการให้บริการของเภสัชกรร้านยา

3.1) การกระจายตัวของร้านยา (P3-1) จากการคัดเลือกร้านยาเข้าร่วมโครงการบุคลากรทางการแพทย์เห็นว่าจำนวนร้านยาที่เข้าร่วมโครงการยังไม่เพียงพอ และไม่ครอบคลุมให้ทั่วถึง บางอำเภอไม่มีร้านยาที่เข้าร่วมโครงการทำให้ไม่สามารถส่งผู้ป่วยออกไปรับยาที่ร้านยาได้ จึงเสนอให้มีการเพิ่มร้านยาให้ครอบคลุมในทุกอำเภอ นอกจากนี้แล้วการคัดเลือกร้านยาให้ผู้ป่วยแต่ละร้านควรจะเฉลี่ยจำนวนผู้ป่วยให้มีความเหมาะสม ไม่มากหรือน้อยเกินไป ในปัจจุบันบางร้านยามีจำนวนผู้ป่วยที่ส่งออกน้อยมาก ส่วนบางร้านได้รับผู้ป่วยเยอะมาก ควรทำให้เกิดความสม่ำเสมอ ซึ่งเป็นเรื่องที่ควรพิจารณาเพิ่มเติมเพื่อให้เกิดความสะดวกต่อผู้ป่วย

“จริงๆ จำนวนร้านนะมันเยอะแล้ว ในอำเภอเพราะคนไข้มันไม่ได้เยอะขนาดนั้นต่างอำเภอเนี่ยน่าจะเพิ่มอำเภอ เพราะมันยังมีไม่ครบทุกอำเภอ...แต่มีบางร้านที่เค้าไม่ได้เข้าร่วมแต่คนไข้ถามหาที่เยอะ อยากจะไปเสนอร้านนั้นมากกว่า ร้านที่คนไข้ถามถึง” (PH02)

“ก็อยากเห็นว่าอยากให้พัฒนามากยิ่งขึ้น อาจจะขยายจำนวนร้านยาเพื่อคนไข้จะได้ไม่ต้องมารอร้านเดียว บางทีคนไข้เขามารับยาที่ร้านยาเขาก็มาไกลเหมือนกัน อาจจะต้องหาที่ใกล้ ๆ บ้านเพื่อด้วย” (P05)

“ประเด็นที่ 3 ความที่มันกินแรง เป็นภาระเพื่อนร่วมงาน มันกระทบหลาย ๆ อย่าง ร้านยาได้รับการเฉลี่ยไม่เท่ากัน บางร้านได้น้อย ได้มาก เขาไม่ได้เลือกไป เกิดความไม่เท่าเทียม บางร้านเยอะมาก บางร้านก็ไม่ค่อยมี” (D03)

“คนไข้บอกว่าคนไข้เป็นคนคนเลือกจากโรงพยาบาลร้อยเอ็ด...เลือกจากใกล้บ้าน ...อย่างอำเภอโพหนอง ไม่มีร้านยาที่มีเภสัชกรเลย เขาก็ต้องข้ามเขตมาไกล จึงแนะนำให้เขาไปอำเภอเสลภูมิ จึงบอกว่าถ้ารับรอบที่ 2 เข้าไปโรงพยาบาลร้อยเอ็ดแล้วค่อยแจ้ง เราสามารถเปลี่ยนได้ตามสะดวก เพราะว่าบ้านเขาน่าจะใกล้อำเภอเสลภูมิมากกว่าอำเภอโพธิ์ชัย” (P11)

“ถ้าในมุมมองคนไข้เขาก็ยินดีและดีใจเขาอยากให้อาจารย์ในชุมชน หมายถึงว่าบางคนที่รับยาที่โรงพยาบาลอำเภอจตุรพักตรพิมาน เขาบอกว่าทำไมโครงการไม่เริ่มจากตรงนี้บ้าง อยากมาแต่โรงพยาบาลอำเภอไม่เข้าร่วมโครงการ ...” (P14)

3.2) ผู้ป่วยปฏิเสธเข้าร่วมโครงการ (P3-2) มีผู้ป่วยบางส่วนไม่สามารถเข้าร่วมโครงการได้จึงปฏิเสธการไปรับยาที่ร้านยาด้วยเหตุผลหลายประการ เช่น ผู้ป่วยบางรายสะดวกที่จะรับยาที่โรงพยาบาลมากกว่า เนื่องจากไม่ต้องมารับยาบ่อย ได้ยาไปจำนวนนานหลายเดือน ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นผู้ป่วยสูงอายุ และบางส่วนยังไม่คุ้นเคยกับระบบรับยาที่ร้านยา สะดวกที่จะมาพบแพทย์ที่โรงพยาบาลมากกว่า

“เขาปฏิเสธ เพราะว่าเขาสะดวกมารับที่โรงพยาบาลเหมือนเดิม การมานั่งรอของเขาไม่ใช่ปัญหา เขาทำได้เขาอยากมาเหมือนเดิม ถ้าเราให้ข้อมูลไปแล้ว สุดท้ายถ้าเขาไม่ไปก็แล้วแต่คนไข้คือจะเป็นกลุ่มที่มีอายุเยอะ ถึงเขายอมที่จะมาหาเรา 4 เดือนครั้งดีกว่า ถึงจะผ่านเกณฑ์ไปทุก 2 เดือน เหมือนไปหลายครั้ง เป็นปัญหากับเขามากกว่า” (N02)

“การให้บริการบางที่ส่วนมากคนไข้เขาเป็นผู้สูงอายุ เขาไม่มีญาติมาด้วย บางทีเขาก็ไม่เข้าใจเท่าไร บางทีเขาก็เคยมีอยู่ว่าเขามาโรงพยาบาลมันง่ายกว่าที่จะไปร้านยา คือโรงพยาบาลมันก็เป็นจุดศูนย์กลาง เขาก็มาได้เลยและเขาก็ไม่เอา...ผู้สูงอายุก็มี ส่วนมากก็ 50-60 ปี ขึ้น 80 ปีก็มี” (N03)

“ที่กังวล เพราะว่าปัญหาที่ผ่านมามันยังไม่มีคือคนไข้อาจจะมีส่วนหนึ่งที่ยังไม่ได้โยนออกไป เพราะว่าคนที่สามารถออกไป หมอดูแล้วคนไข้ Stable แล้วอะไรอย่างนี้ แต่บางทีคนไข้ก็ไม่อยากไป” (D04)

“คืออยากไปเจอหมอ อย่างน้อยก็มาเล่าให้หมอฟังหน่อยว่าดีไม่ดีอะไรอย่างนี้อาจจะยังไม่คุ้นเคยไม่มั่นใจในระบบ มันเป็นตัวเดียวกันหรือเปล่า หมอล้างผิดไหม จะได้ยาเหมือนที่เคยได้ไหม” (D04)

3.3) รูปแบบการกระจายยา (P3-3) การให้บริการร้านยาชุมชนอบอุ่นในปัจจุบัน ใช้รูปแบบการส่งยาไปร้านยาแบบ Model 1 ซึ่งในบุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลไม่ค่อยเห็นด้วยกับรูปแบบนี้ เนื่องจากทำให้เพิ่มภาระงาน ไม่สะดวกหรือง่ายต่อการปฏิบัติ เกษีกรร้านยาสวนน้อยเห็นว่าควรเปลี่ยนรูปแบบการบริหารจัดการยาโดยให้ร้านยาจัดหายาด้วยตนเอง

“รูปแบบการให้บริการในปัจจุบันที่ใช้แบบโมเดล 1(ที่) มันไม่ได้ลดงานใครเลย เมื่อมันเป็นอย่างนั้น ระยะยาวที่ยั่งยืน ก็อาจจะไม่ดีต่อระบบงาน เพราะว่ามันไม่ช่วย safe ใครเลย แต่มันดีที่มันเป็นจุดเริ่มต้น มันไม่ควรจะอยู่แค่นี้ มันต้องปรับเปลี่ยนรูปแบบให้เหมาะสมกับการทำงานจริง ๆ ให้มันสะดวกง่าย” (PH01)

“แต่เป้าหมายถ้าอยากจะช่วยแบ่งเบาภาระงานความแออัดจริง ๆ ก็น่าจะให้เราช่วยดูแลยาตัวนี้เลยก็ได้ ให้เราช่วยจัดยาให้เลย แต่ก็ไม่รู้ว่ามันจะจัดแบบไหน คือปกติเวลาเราจ่าย เราจะมีคนเช็ค คนจัด คนจ่าย แต่มีข้อจำกัดว่าเภสัชกรมีแค่คนเดียวอาจจะต้องมีพนักงานช่วยกัน แต่พนักงานความชำนาญการก็จะคนละแบบกับของโรงพยาบาล ถ้าเป็นอีก Model หนึ่ง มันก็มีความเสี่ยงอีกแง่มุมหนึ่ง ถ้าเป็นแบบนี้ก็ต้องหาแนวทางที่จะแก้ไขเพิ่มเติม” (P12)

3.4) การติดต่อสื่อสารและการนัดหมาย (P3-4) เกษีกรร้านยามักจะพบปัญหาด้านการติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วย ผู้ป่วยบางรายติดต่ออยาก ไม่รับโทรศัพท์หรือบางรายโทรไม่ติด ซึ่งจะทำให้เกิดปัญหากรณีไม่มารับยาตามนัด ซึ่งต้องติดต่อให้ผู้ป่วยมารับยาเพื่อใช้ต่อเนื่อง กรณีที่ไม่สามารถติดต่อผู้ป่วยได้ยังไม่มีแนวทางการแก้ไขปัญหาที่แน่นอน ปัญหาในระบบการนัดหมายบางส่วนเกิดจากการที่ผู้ป่วยไม่มาตามนัด ทำให้อาจส่งผลในการไม่ได้รับยาต่อเนื่อง ซึ่งยังไม่มีแนวทางการแก้ไขปัญหาหรือการติดตามที่ชัดเจน เกษีกรร้านยาที่พบปัญหาผู้ป่วยไม่มาตามนัด ก็จะโทรตามให้มารับยา หากผู้ป่วยไม่มารับยา ก็จะส่งยาคืนกลับไปโรงพยาบาล โดยไม่ได้มีการติดตามต่อเนื่องว่าผู้ป่วยได้รับยาที่โรงพยาบาลต่อหรือไม่

“ก็น่าจะเรื่องการตามคนไข้และคนไข้ติดต่อไม่ได้เลย แคะอยากมีเบอร์โทรลูกหลานเพื่อให้ติดต่อได้กว้างขวางมากขึ้นให้มีระบบการติดต่อเพิ่ม คือยาจะมาตั้งแต่ต้นเดือนแล้วเหมือนโรงพยาบาลเขาจะแจ้งคนไข้ว่ายาจะมาวันนัดในช่วงบ่าย คนไข้บางที่เขาไม่ได้วางวันนั้นเขาก็จะมาหลังจากนั้นจะมาไม่ตรงวันนัด ควรพูดให้ตรงกัน เพราะถ้าคนไข้มาวันนัดช่วงบ่ายที่โรงพยาบาลบอก ทั้งนี้ยามาอยู่ที่ร้านนานแล้ว คนไข้ก็จะถนัดวันไปอีกทีในการมารับยา” (P05)

“มันก็ยังมีปัญหาและอุปสรรคต่าง ๆ เช่น เบอร์โทรศัพท์คือทั้งการติดต่อกับคนไข้เอง เราก็อาจจะตามหรือติดต่อไม่ได้ และตัวคนไข้เอง ส่วนใหญ่บางครั้งเขาจะให้ญาติมารับแทน ซึ่งตัวเขาไม่มาเอง ก็รู้สึกว่ามันยังไม่ใช่ บางครั้งเขาก็บอกว่าโครงการนี้มาเพราะว่าโรงพยาบาลบอกให้มา” (P06)

“ถ้าอย่างเบอร์โทรก็หลายรายเหมือนกัน ที่เจอน่าจะ 4-5 ราย ที่เบอร์โทรไม่ Update เป็นเบอร์คนข้างบ้าน เพราะบางที่เขาแก่มาแล้ว โทรไปที่ไรก็เจอคนข้างบ้านก็จะส่งต่อ Case แบบนี้ที่ไม่รับยา โทรไปคนข้างบ้านรับ เขาบอกว่าจะบอกให้ บอกแล้วเขาก็ไม่มาอะไรอย่างนี้” (P10)

“ก็จะมีบ้างที่แบบติดต่อผู้ป่วยไม่ได้ ผู้ป่วยไม่สะดวกมาตามนัด” (P01)

“กรณีที่ผู้ป่วย อย่างเราโทรไปเขาไม่มารับยาตามนัด เราโทรไป 2-3 ครั้ง ก็ยังไม่มาซักที ล่าสุดเราก็เลยโทรและก็ถามปัญหาเขาว่าที่ไม่มารับยาเกิดจากอะไร ...อันนี้คือเราพยายามช่วยเขาที่สุด เพราะเราก็ไม่อยากให้เขาขาดยาแล้วก็ปรึกษากับพี่ที่โรงพยาบาลว่าประมาณ 1 สัปดาห์ที่แล้ว ผู้ป่วยยังไม่มารับยาเลย ...เกินกำหนดแล้ว ตามหมายนัด จะทำยังไงดี ให้หนูเอายาไปส่งที่ รพ. สต. ที่ใกล้บ้านเขาไหม...อันนี้เคยปรึกษาพี่เขา พี่เขาก็แบบแนะนำว่าถ้าเราสะดวกก็ยินดีมาก ๆ” (P01)

“ถ้าปัญหาใหญ่ไม่มี แต่มีปัญหาเล็กคือเรื่องสื่อสาร การนัดวัน” (PH01)

นอกจากนี้ในระบบการนัดหมายควรจะระบุเวลาที่ชัดเจน ผู้ป่วยบางรายไปรับยาร้านยาช่วงเช้า แต่ยายังไม่ได้ส่งไปจากโรงพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยต้องเสียเวลารอคอยนาน บุคลากรทางการแพทย์บางส่วนมีความคิดเห็นต่อระยะเวลาการนัดหมายว่าเร็วเกินไป ควรนัดผู้ป่วยนานขึ้นในรายที่ไม่ต้องติดตามการรักษามากนัก เพื่อเพิ่มความสะดวกให้กับผู้ป่วยและทำให้ผู้ป่วยสนใจเข้าร่วมโครงการร้านยาชุมชนอบอุ่นมากขึ้น ในมุมมองของผู้ป่วย คือปัญหาในการนัดหมายคือการลืมวันนัด เภสัชกรร้านยาบางร้านจะโทรไปแจ้งก่อนถึงวันนัด แต่บางร้านไม่ได้โทรแจ้งก่อน ดังนั้นควรมีระบบเพิ่มเติมเพื่อแก้ไขปัญหานี้ให้กับผู้ป่วยให้ปฏิบัติในแนวทางเดียวกัน

“การแจ้งผู้ป่วยในโรงพยาบาลกับการที่ผู้ป่วยมารับยา ความเข้าใจยังไม่ตรงกัน ซึ่งได้แจ้งผู้ป่วยเวลาที่ผู้ป่วยจะมารับยา ซึ่งจริง ๆ แล้วโรงพยาบาลไม่ส่งยามาให้ ซึ่งเป็นปัญหาเจอได้ทุก ๆ สัปดาห์อย่างนี้คือให้คนไข้มาก่อน แต่ยายังไม่มา ตอนนี่เราตกลงกันใหม่ ให้คนไข้มารับยาช่วงบ่าย เพื่อให้ทางโรงพยาบาลมีเวลาเตรียมยา” (PH01)

“คือหมายถึงรอบที่เราจะไปส่งยาแล้วคนไข้เขามาแต่เช้า บอกว่านี่นะคนไข้มา
รอแล้ว ก็จะเป็นในลักษณะอย่างนั้นมากกว่า คนไข้ก็อยากมาแต่ยายังมาไม่ถึง น้อง ๆ ก็อาจจะถ่ายรูป
มาให้ดู” (N01)

“สมมุติว่าเราเป็นคนไข้ ชี้แจงไปบ่อย ๆ แต่ไหน ๆ ก็ต้องมาก็ได้เจาะเลือด พบ
แพทย์ คุยกับแพทย์ไปด้วยเลย นัด 4 เดือน นาน ๆ ไปที แต่ถ้าร้านยา ให้ 3 เดือนเขาอาจจะเอาก็ได้
อาจจะให้ option เพิ่มให้ผู้ป่วยได้ไหม เพราะตอนนี้นั้นเป็น 2 เดือนมันเร็วไป” (D02)

“แบบบางที่เราอาจจะลืมไป ก็มีคนมาโทรมาแจ้งเตือนนะครับ ร้านยาเป็นคนโทร
มาครับ” (PT07)

“มีปัญหาก็คือ ลืมวันครบห้าๆ คุณหมอก็ต้องโทรมาถามว่าเราจะไปวันไหน ”
(PT14)

3.5) การเข้าถึงข้อมูลผู้ป่วยที่เป็นปัจจุบัน (P3-5) เนื่องจากระบบการรับยาที่ร้าน
ยาไม่ได้มีโปรแกรมคอมพิวเตอร์ที่สามารถเชื่อมต่อข้อมูลระหว่างโรงพยาบาลและร้านยา ทำให้
บุคลากรทางการแพทย์ส่วนใหญ่คิดว่าเป็นจุดบกพร่องของระบบ เนื่องจากไม่สามารถดูข้อมูลหรือ
เข้าถึงข้อมูลที่ต้องการได้อย่างเพียงพอ ซึ่งข้อมูลผู้ป่วยที่โรงพยาบาลส่งมาพร้อมกับยา บางครั้งอาจ
ไม่เพียงพอ

“เราไม่สามารถตรวจสอบได้โดยตรง แต่เราสอบถามได้ ทุกครั้งที่ยามาส่งเรา จะ
มีค่า Lab ของคนไข้แนบมาด้วยอยู่แล้ว เป็นข้อมูลคนไข้ แต่ว่าถ้าเราอยากตรวจสอบอย่างละเอียด
อาจจะไม่ได้” (P03)

“คือไม่ได้สื่อสารกลับมาทางหมอ ทางตัวเขาเองก็น่าจะรู้ว่าคนไข้เป็นอะไร แพทย์
ว่ามีโรคร่วมไหม แต่ว่ามันยังมีปัญหาในการสื่อสารเรื่องข้อมูลอย่างนี้ด้วย น่าจะได้สื่อสารกันมากกว่านี้
น่าจะเป็นการส่งข้อมูลคนไข้ระหว่างกันน่าจะดี มีอาการผิดปกติอย่างไร พอเจอต้องส่งกลับ
โรงพยาบาล ก็เป็นห่วง” (D03)

“โครงการที่ดี ทางโรงพยาบาลร้อยเอ็ดเองก็สามารถที่จะประสานงานกันได้ไว
คือสามารถติดต่อกันทาง Line ได้ แต่จริง ๆ อยากให้มีการเชื่อมข้อมูลมากขึ้นระหว่างโรงพยาบาล
ร้อยเอ็ดกับร้านยาร้อยเอ็ดนี้ด้วยกัน ก็คือจะดีมาก” (P06)

“อยากให้ทำ web ที่เป็น link เฉพาะโรงพยาบาลกับร้านยาที่ได้คือโรงพยาบาล เป็นหัวใหญ่ ให้สามารถเห็นข้อมูลได้หมดแต่อาจจะตั้งการมองเห็นข้อมูลให้ร้านยานี้เห็น case คนไข้คนนี้ ร้านยามีสิทธิ์อะไรประมาณนี้ คือไม่จำเป็นต้องแบบว่าทุกร้านยาเห็นหมด แต่ในส่วนของ โรงพยาบาลให้เขาเห็นหมดได้ และถ้าเป็นไปได้เมื่อเราเจอปัญหาเราสามารถที่จะพิมพ์และตอบกลับ ข้อมูลไปได้” (P06)

“ก็พออยู่ เพียงแต่บางทีมันจะไม่มีพวก CC เวลาที่คนไข้เขาไป monitor กับคุณ หมอ แต่ส่วนใหญ่ก็จะค่า Lab จะมีน้อย บางทีก็มีแค่ความดัน เหมือนเป็นข้อมูลเบื้องต้น ซึ่งคนไข้ที่มา ตรวจที่เราก็มีเหมือนกัน ถ้าอยากได้ข้อมูลเยอะกว่านี้ เราต้องซักประวัติคนไข้เพิ่มเติม” (P16)

“ในส่วนของค่า Lab นี้ตอบไม่ได้เลย เพราะทางร้านก็ไม่มีผล Lab อยู่แล้ว คือไม่มี ข้อมูลที่ต้องไปอิงหรือไปคานกับที่ทางโรงพยาบาลส่งมาให้ แต่ข้อมูลที่เขาส่งมาให้ก็เป็นข้อมูลค่า Lab หลังจากที่เราคนไข้ให้ข้อมูล update อยู่” (P16)

“พวกค่า Lab อื่น ๆ คือเราไม่สามารถจะตรวจได้อยู่แล้ว เพราะร้านยาไม่มี อยากรู้ข้อมูลอื่น ๆ เช่น ปัญหาที่เกี่ยวกับคนไข้ เพื่อเราจะต้องเน้นให้คนไข้อีกทีหนึ่งที่มาที่ร้านบางที เราไม่รู้เลยว่าคุณมีปัญหาอะไร มีแค่ความดันไข้ใหม่ เท่านั้น ๆ แต่อื่น ๆ เราก็ไม่ทราบ แต่พอเรามาคุยที่ ร้านก็รู้ว่าเขาเคยมีการล้ม ประสบอุบัติเหตุประมาณนี้ ซึ่งเราก็จะทราบทีหลัง” (P16)

3.6) ข้อจำกัดในการให้บริการของเภสัชกรร้านยา (P3-6) ในส่วนของเภสัชกร ร้านยามีความคิดเห็นสอดคล้องกันว่า มีความต้องการให้ผู้รับผิดชอบหลักช่วยจัดการอบรมวิชาการ ให้ความรู้เภสัชกรในโรคที่จำเป็น เพื่อพัฒนาองค์ความรู้และเพิ่มศักยภาพของเภสัชกร

“ก็ไม่ได้มั่นใจในตัวเอง 100% แต่ว่าทำให้ดีที่สุด เท่าที่จะทำได้ จะบริการให้ดีที่สุด ...ก็อยากเสนอว่าน่าจะมีการแบบจัดอบรมวิชาการในโรคที่ส่งผู้ป่วยมาร้านยา ... การแนะนำการ ปฏิบัติตัวให้เป็นไปในทางเดียวกัน จะได้มั่นใจมากขึ้น...และเป็นไปในแนวทางเดียวกันด้วย” (P01)

“ก็น่าจะต้องมีการอบรม เพราะบางที่เราไม่ได้ใช้ ใช้งานไม่คล่อง เพราะเราไม่ได้ ใช้ประจำ ก็น่าจะเป็นประโยชน์...ถ้าจะให้จัดอบรมก็ได้ ไม่มีปัญหา แต่ก็น่าจะมั่นใจในเภสัชกรทุกคน ถ้าเรา ไม่รู้ก็ถามข้อมูลเพื่อให้เรามั่นใจในการให้บริการคนไข้มากขึ้น คือเราก็มีศักยภาพของเราอยู่แล้วในการ ค้นหาค้นหาข้อมูลเพื่อมาช่วยเหลือคนไข้” (P12)

“เรื่ององค์ความรู้ เพราะโรคที่อยู่ในร้านยายังเป็นโรคพื้นฐาน เป็นโรคที่พบเจอได้ง่าย แต่ว่าโรคที่ทางโรงพยาบาลส่งมาให้ จะเป็นโรคเฉพาะของบุคคลนั้น ๆ อย่างเช่น โรคลมชัก ... จึงต้องพัฒนาองค์ความรู้ของตัวเองให้มากขึ้น ให้สามารถรับมือกับคนไข้ในโรคที่ทางโรงพยาบาลจะจ่ายมาเฉพาะ case” (P17)

ปัญหาในการให้บริการของเภสัชกรที่สำคัญที่ ผู้ป่วยไม่ได้มารับยาเอง ทำให้ไม่สามารถสอบถามการไต่ถามหรือค้นหาปัญหาในการใช้ยาของผู้ป่วยได้ ซึ่งเป็นปัญหาที่สำคัญในการรับบริการที่ร้านยา

“ข้อแรกเลย คือคนไข้ไม่ได้มาเองเราก็อาจจะไม่ได้ประเมินคนไข้ด้วย ไม่ได้วัดความดัน ไม่ได้ซักถาม อุปสรรคที่มันอาจจะจะเป็นภาพรวม ๆ รวมทั้งทำให้การดำเนินการได้ไม่เต็มที่ หรือว่าคนไข้” (P03)

“ปัญหาอีกอย่างคือ คนไข้ไม่ค่อยมาเองจะให้ญาติมารับแทน...ก็สะดวก เพราะว่า การตรวจประเมินร่างกายก็ไม่ได้ทำ ชั่งน้ำหนัก วัดความดัน วัดส่วนสูง การซักประวัติว่ากินยา ไต่ถาม ยังไง ก็ไม่ได้ทำ...เพราะว่าคนไข้บางคนนี่ คือเขาอายุเยอะ แล้วช่วงที่ตามนัด เขาเวียนหัวประมาณนี้จึงให้ลูกมา ถ้าสมมุติว่าไม่สะดวกก็แนะนำว่าให้ อสม. วัดความดันก็ได้ ถามการไต่ถามว่าคนไข้ใช้ยาอย่างไร มาด้วย ก็คือแก้ปัญหานี้ไปก่อน” (P11)

“แบ่งมีปัญหาคือคนไข้ไม่มารับยาเอง จะเป็นญาติมารับแทน เขาเป็นผู้ป่วยอัลไซเมอร์ จะดูแลตัวเองไม่ค่อยได้ คือเขาไม่รู้ว่ามียาอะไร แล้วเขาไม่ค่อยกินข้าวจึงไม่ได้กินยาหลังอาหาร เราก็ได้ให้คำแนะนำไป” (P15)

4) การประชาสัมพันธ์ (P4) บุคลากรทางการแพทย์ส่วนใหญ่เห็นว่าการประชาสัมพันธ์ยังไม่เพียงพอ ผู้ป่วยยังไม่สามารถเข้าถึงการประชาสัมพันธ์ได้มากนัก ส่งผลให้จำนวนผู้ป่วยที่ส่งออกร้านยายังมีจำนวนน้อย หลายคนเสนอให้เพิ่มการประชาสัมพันธ์รูปแบบต่างๆ ให้ทั่วถึง และอยากให้กระทรวงสาธารณสุขเข้ามามีส่วนร่วมในการประชาสัมพันธ์ทั่วประเทศ

“คือการประชาสัมพันธ์ด้วยที่พูดไป เราอยากให้ประชาสัมพันธ์ เพราะคนยังไม่รู้จักมากนัก” (P03)

“สงสัยจะยังไม่ค่อยเพียงพอ การประชาสัมพันธ์ บางทีคนไข้ง่ายยังไม่ค่อยรู้จัก คนไข้ก็เหมือนกับบางที่ยังไม่ค่อยโอเคเท่าไร อันนี้คือส่วนที่เราทำ คือให้ประชาสัมพันธ์เค้าไปแนะนำให้ ก็ไม่แน่ใจว่ามันเพียงพอไหม เหมือนเป็นการแนะนำเฉพาะจุดไป ก็เหมือนอาจจะยังไม่ค่อยโอเคเท่าไร จริงๆ ถ้าให้เค้าไปแนะนำอยู่ข้างนอกด้วยก็ดี” (PH02)

“ในแง่ของการประชาสัมพันธ์อาจจะยังไม่ครอบคลุม คือเนื่องจากเขาให้เราเริ่มเร็ว พอเรียกไปประชุมไม่นานก็ให้เริ่ม การประชาสัมพันธ์อะไรแบบนี้ จริง ๆ ส่วนกลางน่าจะออกมาให้เห็นมาให้ประชาชนทั่วประเทศได้รับทราบว่ามีโครงการแบบนี้ อะ อันนั้นน่าจะดีกว่า...สื่อจริง ๆ ถ้ามันออกสื่อเป็นของกระทรวงออกสื่อประชาสัมพันธ์ออกไปเลยอย่างนี้ มันน่าจะครอบคลุมได้ดีกว่า” (D01)

“ก็ก็ต้องเป็นส่วนกลางทำสื่อออกไปทั่วประเทศเลย ก็อย่างนี้นะกระทรวงสาธารณสุขมีโครงการนี้นะ ผู้ป่วยที่มีกลุ่มโรคดังกล่าวต่อไปนี้ อะไรประมาณนี้ ถ้าสนใจจะรับยาที่ร้านยากี่ให้ติดต่อกับโรงพยาบาลจังหวัดใกล้บ้านอะไรประมาณนี้จะมีคนเข้ามาถามเยอะ” (D01)

“ถ้ามี line โครงการก็จะดี หมายถึง เช่น คนไข้ที่สนใจเขาอาจจะอยากรู้แต่เขาไม่รู้จะหาข้อมูลที่ไหน ถามใคร แต่ถ้าเรามีช่องทาง social media คนส่วนใหญ่เล่น line เขาก็อาจจะเข้ามาถามว่าฉันสนใจโครงการนี้...อยากให้มีการประชาสัมพันธ์มาก ๆ มันดูเหมือนคนไม่รู้จัก ถ้าคนไม่มาโรงพยาบาลก็ไม่รู้เลย มันต้องได้ประชาสัมพันธ์กันมากขึ้นจริง ๆ เท่าที่เจอ” (P06)

“ก็ถือเป็นเรื่องการประชาสัมพันธ์ที่มันต่อเนื่องมันคง เพราะการเริ่มโครงการนี้มีปัญหา พอตอนหลัง ๆ เราจะเห็นว่ามันเริ่มคลาย ๆ ก็อยากให้มันเป็นที่น่าจดจำหรือว่ามันยังมีอันนี้อยู่ การประชาสัมพันธ์ต้องทำตลอด ไม่อยู่หนึ่ง เพราะตอนนี้คนก็อาจจะเริ่มลืม ๆ เลื่อน ๆ ไป” (P10)

“ในส่วนของการประชาสัมพันธ์ในโรงพยาบาล ทางโรงพยาบาลเขาก็แจ้งว่ามีการทำสื่อโฆษณาหน้าคลินิกและก็มีป้ายแล้วทางโรงพยาบาลเขาก็ทำป้ายไว้นิเทศหน้าร้านให้กับทุกร้านที่เข้าร่วมโครงการ แต่รู้สึกเหมือนผลตอบแทนของประชาชนทั่วไปก็ยังน้อยอยู่ คือยังไม่เพียงพอ” (P16)

4.2.4 การประเมินผลด้านผลลัพธ์ (Product)

1) จำนวนคนไข้ที่เข้ารับบริการที่ร้านยา (O1) มีแนวคิดรองคือการยอมรับการทำงานของเภสัชกรร้านยา (O1-1) ในมุมมองของเภสัชกรร้านยา จำนวนปริมาณคนไข้ที่ส่งไปรับยาที่ร้านยาแต่ละร้านยังน้อย ร้านยายังคงสามารถให้บริการเพิ่มขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพถ้าจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้น บุคลากรทางการแพทย์บางส่วนมีความคิดเห็นสอดคล้องกันคือเริ่มสามารถลดความแออัดในโรงพยาบาลได้บ้างบางคลินิก แต่โดยภาพรวมทั้งหมดยังไม่สามารถผ่านเกณฑ์เป้าหมายได้ โดยสาเหตุส่วนหนึ่งที่จำนวนผู้ป่วยยังน้อยเนื่องจากการยอมรับเภสัชกรร้านยาน้อย

“เป็นไปตามแผนทุกอย่างยกเว้นจำนวนผู้ป่วยที่มันไม่เข้าเป้า ยิ่งการส่ง แต่เราคิดว่ามันจะต้องมีวันละ 10 คน 20 คน แต่ตอนนี้มันเป็นวันละ 1 คน...มันไม่ได้ลดความแออัดลง” (PH01)

“ส่วนตัวคิดว่ายังไม่ถึงเป้า คิดว่าต่ำกว่าเป้า เรายังสามารถที่จะดูแลคนไข้ได้มากกว่านี้” (P03)

“(ผู้ป่วย 3 คน)รู้สึกว่ำน้อยมาก...ถ้าอาทิตย์ละ 1 case สำหรับร้านยานี้ก็ดีมากแล้ว ถ้าแบบนี้ก็เสียใจนิดหนึ่ง เพราะคนไข้ค่อยๆ ทำให้การบริการขาดช่วง” (P09)

“ได้ประมาณ 10% ของเป้าหมาย จริง ๆ เราคำนวณแล้วมันได้ประมาณ 17% แล้วเห็น อ. Subset โรคที่เรายังไม่ค่อยส่งออกไปเยอะ ให้เอาตัวจำนวนคนไข้ที่เป็นกลุ่มคัดกรองมารวมด้วย พอเราเอามารวม มันก็เลยทำให้ได้แค่ประมาณ 10% นิดๆ... ถ้ามันได้เป้าเยอะขึ้นหมายความว่าส่งออกเยอะขึ้นคิดว่ามันก็จะเห็นภาพชัดที่ความแออัดจะลดลง แต่ตอนนี้ก็อย่างที่บอกแค่ 10% กว่านิดเดียวเอง มันก็เลยยังไม่ค่อยชัด” (N01)

“ดีขึ้นในเรื่องที่แต่ก่อนคนไข้อาจารย์ 100 คนขึ้นไป ทุกวันที่มีคลินิก ตอนนี้อยู่ลดลงเหลือ 70-80คน...ก็ดี 70-80 ก็ดูแลได้ดี... ตอนนี้อยู่หลังจากที่มีโครงการนี้ก็ดีขึ้น คนไข้ก็ลดลง” (N03)

“แต่ถ้าเหมือนเขาต้องการลดความแออัด นโยบายนี้ก็น่าจะได้ผลในระดับหนึ่ง แต่มันมากไหมด้วยปริมาณที่ส่งไปมันก็ไม่เยอะอะไรมากมายที่ส่งออกน้อย” (D02)

บุคลากรทางการแพทย์ส่วนใหญ่มีความคิดเห็นว่ายังมีการยอมรับเภสัชกรร้านยาน้อย โดยเฉพาะแพทย์ สังเกตเห็นได้จากแพทย์บางคนยังไม่ส่งผู้ป่วยไปรับยาที่ร้านยา หรือยังส่งออกไปปริมาณน้อย ซึ่งทำให้ผลลัพธ์เชิงปริมาณไม่ถึงเป้าหมาย ในบางมุมมองความคิดเห็น ก็ยังมีการไม่ยอมรับกันระหว่างวิชาชีพเดียวกัน ซึ่งเป็นส่วนน้อย การไม่ยอมรับในสหวิชาชีพเป็นปัจจัยหนึ่งที่ขัดขวางต่อการเพิ่มผลลัพธ์เชิงปริมาณ ในมุมมองของบุคลากรทางการแพทย์ ผู้ป่วยหรือผู้เข้ารับบริการมีการยอมรับต่อบุคลากรร้านยาและไว้วางใจต่อการมารับบริการที่ร้านยา ในมุมมองของผู้ป่วยก็มีความยอมรับต่อการให้บริการของร้านยาเช่นเดียวกัน

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

“ปัญหาอุปสรรคใหญ่ คือแพทย์ไม่ค่อยยอมรับ ถ้าแพทย์เขายอมรับเขาจะก็จะปล่อยออกมามันก็จะดีกว่านี้...คือบางคนเขาต่อต้าน...ทั้งเก่าและทั้งใหม่ ยังไม่ยอมปล่อย ก็ไม่เข้าใจเหมือนกันว่าทำไมหมอเขาถึงไม่เปิดกว้าง ไม่เป็นไรเดี๋ยวเราค่อย ๆ ผลักกันไป” (P02)

“อย่างบางคลินิกที่ยังไม่เข้าร่วมเพราะว่าแพทย์ยังไม่เชื่อมั่น ... อันนี้ก็ยังเป็นปัญหาอยู่ค่ะ แต่เราก็พยายามเชิญแพทย์เข้าร่วมประชุมด้วย เหมือนบางที่เราไปเสนอ แล้วเค้าไม่เห็นด้วย บางทีคุยอยู่ตั้งนาน คุยเสนอร้านจนเสร็จแล้ว กลับไปแพทย์ไม่เซนต์” (PH02)

“ก็คือในแง่ของการสื่อสารข้อมูลกับแพทย์ เพราะแพทย์เขาก็กังไม่คอยไว้ใจ ไม่แน่ใจว่าเหตุใดเขาถึงยังไม่อยากส่งคนไข่ออกไป ด้วยความที่เขาอาจจะยังไม่มั่นใจหรือเปล่าประมาณนี้กับโครงการ เพราะเป็นโครงการใหม่ ปัญหาคือเรื่องของแพทย์เป็นหลัก” (D01)

“คุณหมอร่วมประชุมด้วย บางทีคุณหมอเขาก็บอกว่ายังไม่มั่นใจเท่าไร แต่เราก็ค่อย ๆ ปรับไป อันนี้เท่าที่ไปประชุมแล้วคุณหมอแจ้งมาในที่ประชุม แต่เราก็ค่อย ๆ ทำให้ท่านเห็นทำให้ท่านมั่นใจมากขึ้น อย่างที่บอกต้องใช้เวลา... หนูเชื่อว่าผู้ป่วยก็ต้องไปตามนัดของคุณหมออีกทีอยู่แล้ว คุณหมอเขาก็ต้องมีการสอบถามจากผู้ป่วยว่ารับยาที่ร้านยาไหม เป็นยังไงบ้าง ... หนูว่าเขาวัดจากตัวผู้ป่วยผลตอบแทนจากตัวผู้ป่วยเป็นคำตอบที่ดีที่สุดเลย” (P01)

“...แต่ถามว่าจำกัดหรือว่าไม่อยากให้ไปไหม ก็ไม่นะ คนไข้โดยส่วนตัวก็สนับสนุนไม่ได้ห้ามอะไร” (D02)

“ผู้ใช้บริการมีการยอมรับอยู่แล้ว ไม่มีคำถาม ... ที่ไม่ยอมรับจริง ๆ คือระบบของโรงพยาบาล... จริง ๆ ในความคิด การยอมรับของประชาชนคิดว่าไม่มีปัญหา...อุปสรรคคือ 1. ผู้ประกอบวิชาชีพด้วยกันเอง 2. ผู้ประกอบวิชาชีพที่อยู่คนละร้านต่างสาขา” (PH01)

“เชื่อถือร้านยา...เชื่อเพราะเป็นร้านยาที่คือตัวอย่างไหนที่มันไม่มีเขาก็จะเอายาที่ตัวยาคือเป็นแผงอะก็จะเอามาซื้อที่นี้เป็นร้านขายยาแบบส่งอะแบบเภสัชร้านอื่นเขาก็จะมาซื้อยาจากร้านยานี้ไปขายได้มีทั้งนมป่วยติดเตียงมีทั้งอาหารต่างๆอะไรนี้” (PT02)

“มันใจครับเพราะว่าตัวยาคือตัวเดียวกันกับที่เคยไปรับที่โรงพยาบาลครับแล้วร้านนี้เขาก็มีเภสัชกรเป็นร้านขายยาครับก็ไม่น่าจะมีปัญหาอะไร” (PT05)

“มันใจนะครับเพราะว่าร้านยาเขาก็จะมีเภสัช ไซ้ใหม่ครับที่มาจะจ่ายให้กับเรา เขาก็จะสอบถามแล้วก็แนะนำวิธีว่าให้ยาตัวนี้ทานยังไงอะไรอย่างนี้ เราก็พอจะรู้อยู่แล้วอะไรอย่างนี้ครับ แล้วก็ยากี่เป็นยาเดิมไม่ได้เปลี่ยนยาแล้วก็ทานยาต่อเนื่องตามปกติครับ” (PT07)

“มันใจอยู่จะ เขาเก็บยาไว้ให้เราดีจ้ะ เก็บในตู้แช่ แล้วก็แนะนำว่าให้ใช้ยาเท่าไร เก็บยาแบบไหน” (PT08)

“เชื่อถืออะเพราะว่าเขาก็แนะนำด้วยอะไรด้วยอะก็ชอบอยู่” (PT15)

“อีก Case หนึ่งที่มีปัญหาเรื่องการใช้จ่ายก่อนกำหนด ก็บอกแกร็บมาเลย แกร็บบอกอยู่ตรงนี้มีเวลาคุย กล้าที่จะบอก แกร็บบอกไปรับยาหลายครั้งที่โรงพยาบาลเวลาน้อยมาก ๆ เวลาที่จะคุยโดยตรงกับเภสัชกรที่นั่นน้อยมาก ๆ ก็เลยไม่กล้าบอก” (P01)

“คนไข้กลับมาแล้ว ก็มาแบบเป็นครอบครัว บางทีมาเหมือนเราเป็นเภสัชกรครอบครัวที่เขาจะมาปรึกษา เป็นรายใหม่ ๆ ที่ไม่ใช่รายเดิมในการส่งต่อก็คือรู้สึกดีใจที่มีคนไข้ที่เข้ามาที่ร้านยาเพิ่มมากขึ้น หมายถึงว่าเขาเชื่อมั่นที่จะมาปรึกษา แต่มันสัมพันธ์กับที่เราได้ดูแลคนไข้ไปก่อนหน้านี้ด้วย เป็นเครือญาติกันและเขาก็มาพบ” (P03)

2) คุณภาพการให้บริการของเภสัชกร (O2) มีแนวคิดรอง 2 แนวคิด ได้แก่ การแก้ไขปัญหาด้านยาของผู้ป่วยโดยเภสัชกรร้านยา และการควบคุมอาการได้คงที่

2.1) การแก้ไขปัญหาด้านยาของผู้ป่วยโดยเภสัชกรร้านยา (O2-1) การเข้าร่วมโครงการร้านยาชุมชนอบอุ่นของร้านยา ทำให้เภสัชกรร้านยาได้แสดงศักยภาพในการช่วยเหลือแก้ไขปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วยและแนะนำการใช้ยาให้แก่ผู้ป่วยได้อย่างเต็มที่ มีเภสัชกรร้านยาหลายร้านที่ได้ช่วยค้นหาปัญหาจากการใช้ยา (DRPs) และแก้ไขปัญหานั้นได้ เช่น การแก้ปัญหาการไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย เภสัชกรสามารถซักถามจนทราบปัญหาว่าผู้ป่วยไม่ทานยา มียาเหลือเยอะ มีการตรวจสอบการทานยาของผู้ป่วยโดยให้ผู้ป่วยนำยาเดิมมาด้วย ช่วยแก้ไขปัญหาลืมทานยาของผู้ป่วยด้วยการให้ข้อมูลข้อดี-ข้อเสียของการทานยาและการขาดยา และพูดคุยกับญาติให้ช่วยเน้นย้ำและดูแลผู้ป่วยเรื่องการทานยาให้มากขึ้น เป็นต้น

“คือขนาดคนไข้รับยามาเป็นปีแล้ว สงสัยว่าทำไมได้ยา 2 ตัว ทานวันละครึ่งเหมือนกัน แต่เหลือยาไม่เท่ากัน ก็เลยถามเขา เขาก็เลยบอกว่ายาตัวนี้เม็ดแบบนี้ เขากินไม่ได้ เขากลิ่นไม่ลง...พอเราแนะนำก็ลองสังเกตครั้งต่อไปเขาก็โอเคขึ้น” (P02)

“มีตาคนหนึ่งชอบมาผิดวันผิดเวลา เภสัชกรโรงพยาบาลตัดออกจากระบบ แกมาวันที่ไม่ใช่รอบของแก เราก็ต้องพาแกไปโรงพยาบาลไปปรึกษากับเภสัชกรให้จ่ายยาให้แกก่อนแล้วก็ค่อยเอาแกเข้าระบบใหม่” (P02)

“มีปัญหาการใช้ยาบ้าง คือคนไข้ไม่ทานยา พอมาแล้วยาจะเหลือมาด้วย หนูจะให้ถือยามาทุกครั้ง ก็ถือมาจริง ๆ เหลือเยอะเลย บางครั้ง ...บางครั้งเขาก็บอกว่าลืม ...กำชับในส่วนนี้ และก็ให้แนะนำคนที่พามาให้ช่วยดูแล พูดถึงข้อเสียของการไม่ได้รับยากลับไป ก็ช่วยแก้ปัญหาได้พยายามเต็มที่ ต้องรอดูว่าเขากลับมาแล้ว เป็นยังไงบ้าง” (P03)

“ก็เคยเจอ case ที่แบบมีคนไข้คนหนึ่งกินอาหารเสริมสมุนไพร แล้วเราก็ขอ line คนไข้ให้เขาส่งมาให้เราดู แล้วเราก็ทดสอบให้ว่าเป็นยังไง ถ้าทดสอบแล้วมันไม่มี อย. นะ ฟังตามที่คุณลุงบอกมา ลักษณะของตัวยานั้นไม่น่าเป็นยาที่ถูกต้องอะไรอย่างนี้ คนไข้ก็หยุดกินไป” (P10)

2.2) การควบคุมอาการได้คงที่ (O2-2) บุคลากรทางการแพทย์ส่วนใหญ่มีความคิดเห็นต่ออาการทางคลินิกของผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการในทิศทางที่ดี ผู้ป่วยสามารถควบคุมอาการได้ ไม่ได้เกิดปัญหาหรืออาการแย่งจนต้องส่งผู้ป่วยไปโรงพยาบาลก่อนถึงกำหนดนัดหมาย ในมุมมอง

ของผู้ป่วย ผู้ป่วยมีความพอใจกับสุขภาพของตนเอง คิดว่าอาการควบคุมได้และไม่เป็นปัญหากับการดำเนินชีวิตประจำวัน การเข้าร่วมโครงการทำให้ผลลัพธ์ทางคลินิกยังควบคุมได้

“คือที่ร้านจะมีแค่คนไข้หอบหืด คนไข้ Asthma และคนไข้ต่อมลูกหมากโต พวกความดัน เบาหวาน ยังไม่มี ถ้าติดตามก็จะเป็นการตามยามากกว่าว่าดีขึ้นไหม หรือคนไข้หอบหืดหรือเปล่า ก็ค่อนข้างดี แต่ถ้าไม่ดีก็จะเปลี่ยนยาไป ซึ่งที่ผ่านมาคนไข้ก็คุมได้” (P05)

“คนไข้ที่มารักษาก็เหมือนเดิมของเขา เพราะยามันเหมือนเดิมเป็นระบบโรคเรื้อรัง ที่ไม่ค่อยเจอCase ที่ความดันขึ้นเยอะหรือความดันกำเริบที่ต้องกลับไปโรงพยาบาล มันจะเป็นCase ต่อเนื่องที่มันคงที่แล้ว จึงไม่ค่อยเจอปัญหา” (P07)

“ก็ดีขึ้น เพราะว่าตอนนี้ปกติ ไม่มีอะไร เมื่อก่อนก็ไปแท่งจูน ออกกำลังแขนขากับเขา ก็สบายดี” (PT01)

“พอใจครับก็แต่ก่อนแกจะไม่แข็งแรงแบบนี้ แต่ว่าตอนนี้แกก็สุขภาพดีครับ” (PT03)

“ก็ดีครับหลังจากที่ไปรับยาแกก็กินยาต่อเนื่อง คุณหมอจะไม่ให้หยุดกินครับคุณหมอบอกว่าถ้ากินแล้วก็กลับมาเป็นอีกครั้งแล้วจะรักษายาก เขาจะกินยาความดันกับลดไขมันวันหนึ่งเช้า 2 เม็ดเย็น 2 เม็ด” (PT03)

3) ความพึงพอใจต่อการดำเนินโครงการ (O3) มีแนวคิดรอง 3 แนวคิด ได้แก่ บริการประทับใจไม่แตกต่างจากโรงพยาบาล ความสะดวก และความคุ้มค่า

3.1) บริการประทับใจไม่แตกต่างจากโรงพยาบาล (O3-1) การให้บริการที่ร้านยามีคุณภาพ มาตรฐาน เกสเซอร์ร้านยาให้คำแนะนำดี ไม่แตกต่างจากการมารับบริการที่โรงพยาบาล

“ประทับใจ ไม่มีอะไร คุณหมอมิมีมนุษยสัมพันธ์พูดจาดี และต้อนรับก็ดี...ชอบ ที่คุณหมอได้ให้บริการดีกับผู้ป่วย นอกจากนี้ก็อยากให้ไปดูแลคนไข้ที่บ้านไม่ต้องให้เขามาที่ร้านยาหรือโรงพยาบาล ชอบแบบนี้...การให้ข้อมูลเกี่ยวกับยาหรือความรู้คำแนะนำต่าง ๆ ร้านยา...ก็ให้คำแนะนำและข้อมูลที่อยู่ คุณหมอก็จะแนะนำ ชี้แนะมาเองว่าอย่างนั้นอย่างนี้” (PT01)

“หมอ (หมายถึงเภสัชกร) ก็เป็นกันเองนะเขาก็แนะนำให้กินข้าวกล้องไม่กินมัน ดูแลสุขภาพออกกำลังกายอะไรประมาณนี้” (PT02)

บุคลากรทางการแพทย์มีความพึงพอใจและสนับสนุนโครงการร้านยาชุมชนอบอุ่น เกิดประโยชน์ที่หลากหลายจากการเข้าร่วมโครงการ ทำให้เกิดความร่วมมือของบุคลากรทางการแพทย์หน่วยงานที่แตกต่างกัน ร้านยา โรงพยาบาล และสสจ. ส่งเสริมวิชาชีพซึ่งกันและกัน สร้างเครือข่ายของสหวิชาชีพ ในส่วนของเภสัชกรร้านยา มีความชอบและพึงพอใจกับโครงการร้านยาชุมชนอบอุ่น ทำให้เป็นการเพิ่มบทบาทวิชาชีพเภสัชกรในร้านยา ทำให้เกิดความน่าเชื่อถือของร้านยาเพิ่มมากขึ้น

“พอทำโครงการนี้ก็รู้สึกก็ดีนะ เหมือนกับได้โคลงกันระหว่างร้านยากับโรงพยาบาล รู้จักกันมากขึ้น มีอะไรก็จะได้แบบร่วมมือกันมากขึ้นอะไรอย่างนี้ มันดีในแง่วิชาชีพ” (N01)

“ก็ทำให้ได้เจอกันกับน้องๆ นีละ ปกติเราอยู่ร้านใครร้านมัน อาจจะได้รู้จักกับน้อง ๆ โรงพยาบาลได้มากขึ้น น้องที่อยู่ต่างอำเภอ อยู่ในจังหวัด บางที่ไม่รู้จักกันเลย เพราะว่าไม่รู้ว่าคุณนี่เภสัชกรอะไรอย่างนี้...ก็อย่างมีโครงการนี้ขึ้นมาทำให้พี่ ๆ น้อง ๆ ได้รู้จักกันมากขึ้น บางทีก็คุยกันใน line อย่างนี้ เป็นเครือข่ายกันช่วยเหลือกัน บางคนก็เห็นลูกค้าไปถามที่ร้านมียาตัวนี้ไหม เรามีเราก็ถามเข้าไปใน line ก็ช่วยเหลือกันได้” (P02)

“ชอบ ยังไม่โอ้อัดใจ ชอบในแนวคิดที่กระจายมาให้เห็นบทบาทของเภสัชกร รู้สึกตัวเองมีหน้าที่ มีความรู้ความสามารถที่จะเทศน์ใครคนไข้ได้ ชอบคนใช้เวลาเข้ามาแล้วบอกดีนะไม่ต้องเข้าไป เสียเวลาหมดวัน” (P13)

“ค่อนข้างดี เพราะว่าตอนนี้คือมีการ Review กลับมา ครบ 6 เดือนรอบหนึ่งแล้ว คนไข้ก็ยังขอไปต่อเหมือนเดิม” (PH03)

3.2) ความสะดวก (O3-2) การเข้าร่วมโครงการร้านยาชุมชนอบอุ่นทำให้ผู้ป่วยได้รับความสะดวกสบายในการไปรับบริการ ไม่ต้องรอนาน ไม่เสียเวลา ประหยัดค่าเดินทาง และไม่ต้องหยุดงาน ผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการรู้สึกดีใจและชื่นชอบที่ได้ไปรับยาที่ร้านยา ทำให้เกิดความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างร้านยาและชุมชน เกิดความไว้วางใจเภสัชกรร้านยา ร้านยามีการให้บริการและให้คำปรึกษาแนะนำดี

“แต่คนไข้บอกว่าง่ายต่อการไปรับที่นั่น ลดคาร์ถ ตัวคนไข้ไม่มาบ่นอะไร คนที่ไป เขาก็สะดวก สมัยครใจ เป็นห่วงเขาเรื่องความปลอดภัย แต่ก็ยังไม่มี Case ที่เป็นเชิงประจักษ์ว่ามี ปัญหาอะไร” (D03)

“...แม้ก็ว่ามันสะดวกดีแล้วแบบ 3 เดือน 4 เดือนเขานัดที่ก็เลยรับที่นั่นแล้วก็ไม่ต้องหยุดขายของไปรับเวลาไหนก็ได้ไม่ต้องรอนาน” (PT02)

“คิดว่าเราเองก็สะดวกนะครับ สามารถนัดเวลาที่เรสะดวกไปรับได้อย่างเช่นเขานัดเราวันศุกร์ถ้าเราไม่ว่างแล้วก็ไปวันเสาร์ได้ยังงี้ครับหรือว่าถ้ากลางวันไม่สะดวกก็อาจจะถามร้านปิดก็โหม่งไปตอนเย็นได้ไหมอะไรแบบนี้ครับ มันสะดวกครับ” (PT07)

“หุ่่มกว่าก็ไปเอาได้ เวลาไหนก็ได้ที่เค้าเปิดแค้โทรถามเค้าก่อนว่ายามาหรือยัง นอกจากวันอาทิตย์ที่ปิด” (PT11)

3.3) ความคุ้มค่า (O3-3) ในด้านความคุ้มค่า เนื่องจากไม่ได้มีการกำหนดตัวชี้วัดที่ชัดเจน และไม่ได้มีการเก็บผลลัพธ์ที่ชัดเจน จึงทำให้ไม่สามารถเปรียบเทียบกับเป้าหมายได้ บุคลากรทางการแพทย์เห็นว่าในส่วนของร้านยามีความคุ้มค่า เนื่องจากไม่ได้มีการลงทุนหรือเสียค่าใช้จ่าย แต่ในส่วนของโรงพยาบาลจะมีการลงทุนค่าใช้จ่ายในส่วนต่างๆ เช่น บุคลากร ค่าขนส่ง เป็นต้น

“มันต้องดูในเรื่องของสิ่งที่ลงทุนไปว่าเราเสียอะไรไปบ้าง เพราะว่าอันนี้บอกตรงๆ ว่าไม่ทราบ ทางโรงพยาบาลเขาจ่ายเงินมากขึ้นกว่าเดิมเพื่อที่จะให้คนไข้ไปรับยาเขาจะเสียเงินตรงนี้ไหม ค่ายาจะแพงขึ้นไป หมอไม่รู้เลย คงไม่สามารถบอกได้ว่าคุ้มไหม ...ถ้าไรลดลง คุณภาพชีวิตของเจ้าหน้าที่ดีขึ้น และสุขภาพคนไข้ดีขึ้น ก็อาจจะมองว่ามันคุ้มค่า ถึงจะจ่ายมากขึ้น ...เราก็ลดการใช้งานไปในตัว เช่น ค่าสัญญาเปล่า การใช้ไฟฟ้า เครื่องวัดความดันก็ลดการใช้งาน ลดแรงคน ลดทรัพยากร มันจะมีประโยชน์ตรงนี้มาก” (D02)

“ถ้าเป็นการดูแลประมาณ ถือว่าไม่คุ้ม เบื้องมาก ทั้งพลังงานทั้งบุคลากร ใช้ทรัพยากรค่อนข้างมาก” (P09)

“มันก็คุ้ม คือไม่คิดว่ามันคุ้มค่ากับการลงทุน เพราะเราไม่ได้เสียอะไรไป” (P05)

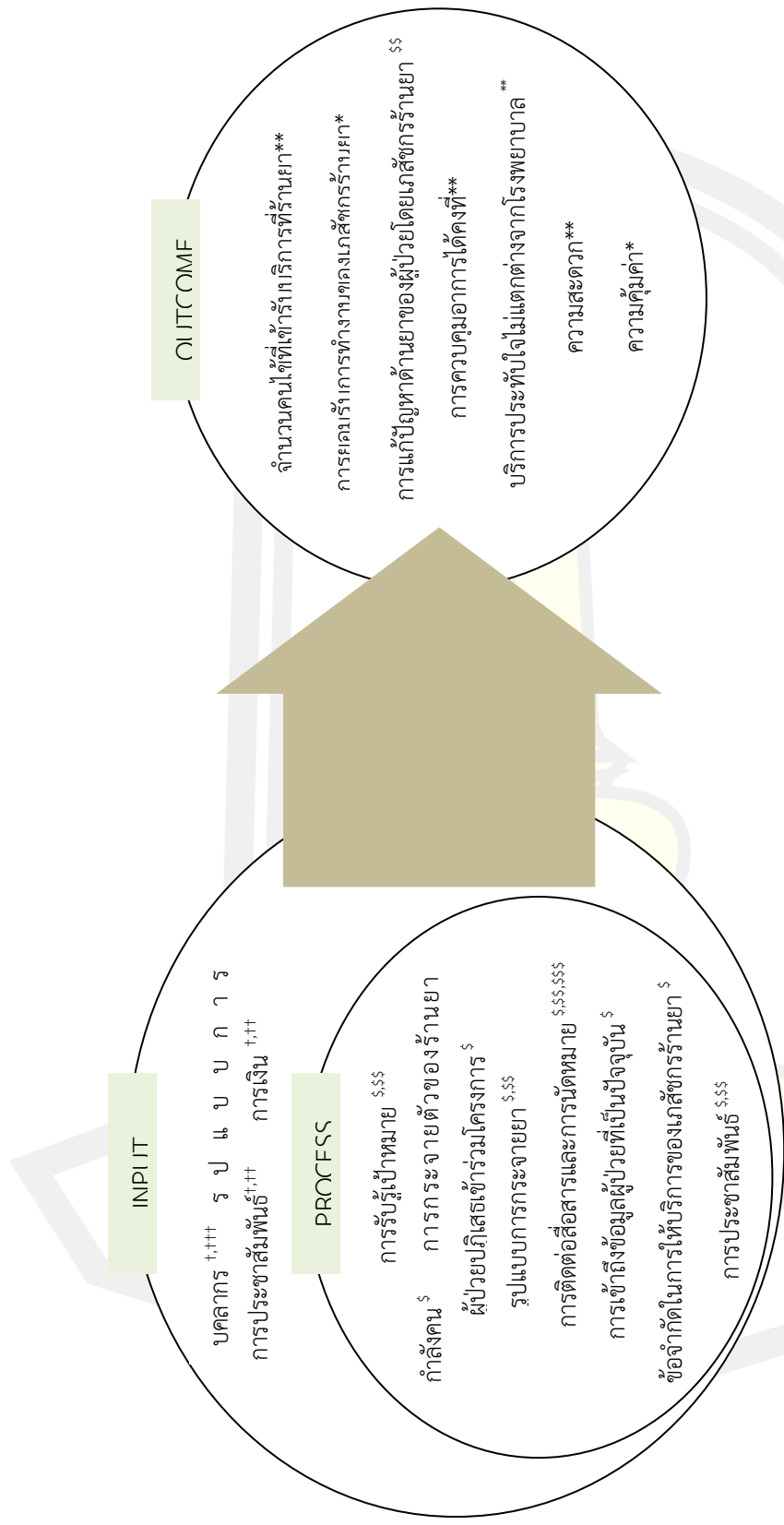
“ถ้าเป็นการดูแลงบประมาณ ถือว่าไม่คุ้ม เปลืองมาก ทั้งพลังงานทั้งบุคลากร ใช้ทรัพยากรค่อนข้างมาก” (P09)

“มันคุ้มค่ามาก เพราะร้านยาไม่ต้องรับผิดชอบอะไรเลย สบายมาก คือเหมือนเคยคุยกันในที่ประชุมว่าถ้าเป็นพื้นที่ในอำเภอเมืองอาจจะเป็นอะไร สามารถทำ Model ต่อได้ แต่ถ้าต่างอำเภอที่ไกล ๆ มาก ๆ กว่านี้ 70-80 กิโลเมตร ...ใช่ มันก็จะเป็นภาระให้โรงพยาบาลมากขึ้น และเป็นการลงทุนที่มากขึ้น” (P12)

“คุ้มค่ามาก ไม่ได้คิดถึงเรื่องเงินนะ คือคิดถึงโครงการอย่างน้อยก็ปูพื้นฐานไว้ให้กับรุ่นน้องต่อไป ได้เปิดบทบาทของเภสัชกร เรื่องเงินไม่เท่าไร... ที่ชอบคือมันเป็นโครงการที่ดี ได้ขยายบทบาทของเภสัชกรอย่างน้อยถึงจะเป็นเฉพาะโรงพยาบาลในจังหวัด แต่ถ้าสมมุติว่าเราทำดีในอนาคตเพื่อเขาขยายมาตามโรงพยาบาลชุมชนอำเภอในการส่งลูกค้าออกมาเราก็สามารถช่วยแบ่งเบาภาระในชุมชนใกล้บ้านเราได้มากขึ้น คิดว่าเป็นการเปิดบทบาทของเภสัชกรได้มากขึ้นนี่คือส่วนที่ชอบมาก” (P14)

จากการศึกษาพบว่าโครงการร้านยาชุมชนอบอุ่นเกิดจากปัญหาด้านบริบทขององค์กร สิ่งแวดล้อมขององค์กรทำให้เกิดความจำเป็นในด้านต่างๆ เกิดความแออัดของการให้บริการและความต้องการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการให้บริการของผู้ให้บริการ นำมาสู่กระบวนการในการเริ่มโครงการ การจัดทำรูปแบบการทำงานในส่วนต่างๆ เช่น การเตรียมบุคลากร การกำหนดรูปแบบการให้บริการ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ด้านเป้าหมาย คุณภาพการให้บริการและความพึงพอใจ

ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ในแต่ละแนวคิด ด้านปัจจัยนำเข้าแสดงให้เห็นถึงบทบาทในการดำเนินงานที่แตกต่างกันของแต่ละหน่วยงาน ด้านกระบวนการพบปัญหาของโครงการจากมุมมองที่หลากหลายทั้งบุคลากรในโรงพยาบาล ร้านยาและผู้ป่วย ส่วนผลลัพธ์ที่ได้พบว่าบางประเด็นมีความคิดเห็นที่สอดคล้องกันและบางประเด็นมีความคิดเห็นที่แตกต่างกัน ดังแสดงในภาพที่



([†] บทบาทรพ., ^{††} บทบาทร้านยา, ^{†††} บทบาทพลสตจ., * มุมมองแตกต่างกัน, ** มุมมองสอดคล้องกัน รพ.และร้านยา ร้านยาและผู้ป่วย , มุมมองรพ., ^{\$\$\$} มุมมองร้านยา, ^{\$\$\$} มุมมองผู้ป่วย)

ภาพประกอบที่ 4 การเชื่อมโยงการประเมินผลโครงการร้านยาชุมชนอบอุ่นด้วย CIPP model

4.3 รายงานผลการศึกษาเชิงปริมาณ

ผู้ให้สัมภาษณ์จำนวน 80 คน มีความพึงพอใจเฉลี่ยต่อการรับบริการที่ร้านยาชุมชนอบอุ่นในระดับมากที่สุด (9.69 ± 0.71) คะแนนสูงสุด 10 คะแนน โดยมีคะแนนต่ำสุด 3 คะแนนในข้อ 2 ขั้นตอนการให้บริการที่สะดวก รวดเร็ว ซึ่งมีผู้ป่วยเพียง 1 คนที่ให้คะแนนต่ำสุดเนื่องจากเป็นผู้ป่วยต่างอำเภอ ระยะทางจากบ้านไปร้านยายังไกลมาก ร้านยาและบ้านอยู่ต่างอำเภอทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่สะดวกในการไปรับบริการ และได้คะแนนต่ำสุด 5 คะแนน จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 3, 6 และ 11 โดยข้อ 3 เครื่องมือและอุปกรณ์ในการให้บริการของร้านยา เนื่องจากผู้ป่วยมีความคิดเห็นว่าการตรวจโรคของร้านยาไม่ครบครันเหมือนที่โรงพยาบาล ผู้ป่วยอยากให้มีการตรวจร่างกายเช่นไปโรงพยาบาล

ระดับคะแนนระหว่างร้านยาในอำเภอเมืองและร้านยาในต่างอำเภอ พบว่าคะแนนมีความใกล้เคียงกัน อย่างไรก็ตามร้านยาในต่างอำเภอมิทิศทางของระดับคะแนนสูงกว่าเล็กน้อยเป็นส่วนใหญ่ ยกเว้น ข้อ 2, 4, 6, 11

ตารางที่ 10 ความพึงพอใจเฉลี่ยต่อการรับบริการที่ร้านยาชุมชนอบอุ่น

หัวข้อประเมิน	ค่าเฉลี่ย \pm SD (n=80)		
	อำเภอเมือง (n=52)	ต่างอำเภอ (n=28)	รวม (n=80)
ความพึงพอใจต่อขั้นตอนและความพร้อมในการให้บริการ			9.47 \pm 0.97
1. ท่านพึงพอใจต่อขั้นตอนการให้บริการที่เป็นระบบ ง่ายหรือไม่ (min 5.00 , max 10.00)	9.38 \pm 0.12	9.50 \pm 0.21	9.43 \pm 0.97
2. ท่านพึงพอใจต่อขั้นตอนการให้บริการที่สะดวก รวดเร็ว (min 3.00 , max 10.00)	9.52 \pm 0.12	9.46 \pm 0.28	9.50 \pm 1.13
3. ท่านพึงพอใจต่อเครื่องมือและอุปกรณ์ในการให้บริการของร้านยา (min 5.00 , max 10.00)	9.46 \pm 0.14	9.50 \pm 0.21	9.48 \pm 1.02
ความพึงพอใจต่อการให้บริการโดยเภสัชกร			9.76 \pm 0.54
4. ท่านพึงพอใจต่อการให้คำแนะนำของเภสัชกรได้ตรงตามความต้องการ (min 8.00 , max 10.00)	9.81 \pm 0.06	9.71 \pm 0.11	9.78 \pm 0.50

ตารางที่ 10 (ต่อ)

หัวข้อประเมิน	ค่าเฉลี่ย \pm SD (n=80)		
	อำเภอเมือง (n=52)	ต่างอำเภอ (n=28)	รวม (n=80)
5. ท่านพึงพอใจต่อการบริการของเภสัชกรที่สุภาพ เอาใจใส่ ยิ้มแย้มแจ่มใส (min 8.00 , max 10.00)	9.81 \pm 0.06	9.89 \pm 0.08	9.84 \pm 0.43
6. ท่านพึงพอใจต่อการรับฟังความคิดเห็นและปัญหาจากการใช้ยาของเภสัชกร (min 5.00 , max 10.00)	9.73 \pm 0.10	9.57 \pm 0.20	9.68 \pm 0.87
ความพึงพอใจในด้านเวลาและสถานที่			9.74 \pm 0.53
7. ท่านพึงพอใจต่อที่ตั้งของร้านยาอยู่ในทำเลที่สะดวกในการเข้ารับบริการ (min 6.00 , max 10.00)	9.63 \pm 0.12	9.64 \pm 0.14	9.64 \pm 0.80
8. ท่านพึงพอใจต่อระยะเวลาการมารอรับบริการกับเภสัชกรที่ร้านยา (min 6.00 , max 10.00)	9.71 \pm 0.10	9.93 \pm 0.07	9.79 \pm 0.63
9. ท่านพึงพอใจต่อระยะเวลาในการรับยาและคำปรึกษาจากเภสัชกร (min 7.00 , max 10.00)	9.81 \pm 0.08	9.89 \pm 0.06	9.84 \pm 0.49
10. ท่านพึงพอใจต่อการจัดพื้นที่เป็นสัดส่วนเพื่อให้บริการรับยาต่อเนื่อง (min 7.00 , max 10.00)	9.60 \pm 0.10	9.86 \pm 0.07	9.69 \pm 0.63
ผลลัพธ์และภาพรวม			9.77 \pm 0.49
11. ท่านทานยาได้อย่างถูกต้องและเข้าใจการใช้ยามากขึ้นกว่าเดิม (min 5.00 , max 10.00)	9.73 \pm 0.08	9.68 \pm 0.19	9.71 \pm 0.75
12. ท่านประทับใจในบริการที่ได้รับจากร้านยาในโครงการร้านยาชุมชนอบอุ่น (min 8.00 , max 10.00)	9.83 \pm 0.07	9.89 \pm 0.08	9.85 \pm 0.49
13. ท่านพอใจและเต็มใจที่จะมารับบริการที่ร้านยาในครั้งต่อไป (min 8.00 , max 10.00)	9.75 \pm 0.08	9.79 \pm 0.11	9.76 \pm 0.58

บทที่ 5

สรุปและอภิปรายผลการศึกษา

5.1 สรุปผลการศึกษา

ผลการศึกษาเชิงปริมาณในผู้ป่วยรับยาต่อเนื่องที่ร้านยา มีความพึงพอใจเฉลี่ยต่อการรับบริการที่ร้านยาชุมชนอบอุ่นในระดับมากที่สุด มีผู้ป่วย 1 คนที่ให้คะแนนต่ำสุดในหลายข้อ เนื่องจากผู้ป่วยอยู่ต่างอำเภอที่ระยะทางไกลและไม่สะดวกในการไปรับบริการที่ร้านยา อย่างไรก็ตามร้านยาในต่างอำเภอมียุทธศาสตร์ของระดับคะแนนสูงกว่าเล็กน้อยเป็นส่วนใหญ่

ผลการประเมินเชิงคุณภาพใน 4 ด้านตาม CIPP model พบว่าด้านบริบท (context) บุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วยมีความคิดเห็นสอดคล้องกันทั้งในสภาพปัญหาความแออัดในปัจจุบัน เป้าหมายและความคาดหวังต่อโครงการร้านยาชุมชนอบอุ่นและยินดีเข้าร่วม โดยส่งเสริมบทบาทของเภสัชกรร้านยาในการดูแลผู้ป่วยในชุมชน ทำให้ผู้ป่วยได้เห็นถึงความสำคัญของการมีเภสัชกรร้านยา

ด้านปัจจัยนำเข้า (input) โครงการร้านยาชุมชนอบอุ่นได้มีการจัดตั้งคณะกรรมการการทำงานเพื่อให้เกิดการประสานงานและการติดตามการดำเนินงาน มีการจัดประชุมเตรียมความพร้อมก่อนเริ่มโครงการกับผู้เกี่ยวข้อง ในส่วนของร้านยามีการจัดอบรมเพื่อให้ความรู้ การเตรียมรูปแบบการให้บริการ ตั้งแต่การคัดเลือกร้านยา การคัดเลือกผู้ป่วย การกระจายยา การสื่อสาร ระบบการนัดหมายกับผู้ป่วย ระบบฐานข้อมูล บริการของเภสัชกรร้านยาและการติดตามประเมินผล นอกจากนี้โครงการได้เตรียมเรื่องการประชาสัมพันธ์ และการจัดการด้านการเงินของหน่วยบริการร่วมกับสปสช.

ด้านกระบวนการ (process) ได้สะท้อนปัญหาและอุปสรรคของโครงการตั้งแต่เรื่องการถ่ายทอดเป้าหมายการทำงาน ด้านอัตรากำลัง/บุคลากรที่ปฏิบัติหน้าที่ไม่เพียงพอ จำนวนร้านยาไม่ครอบคลุมทุกอำเภอ จำนวนผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการยังน้อย ปัญหาด้านการติดต่อสื่อสารและการนัดหมายกับผู้ป่วย การเชื่อมต่อข้อมูลที่เป็นปัจจุบัน นอกจากนี้ยังมีความจำกัดของการให้บริการของเภสัชกร รวมถึงความรู้ที่ต้องการพัฒนามากขึ้น และการให้บริการที่ไม่ได้พบผู้ป่วยโดยตรง

ด้านผลลัพธ์ (product) บุคลากรทางการแพทย์ส่วนใหญ่มีความคิดเห็นว่ายังมีการยอมรับเภสัชกรร้านยาน้อย โดยเฉพาะแพทย์ สังเกตเห็นได้จากแพทย์บางคนยังไม่ส่งผู้ป่วยไปรับยาที่ร้านยา หรือยังส่งออกไปปริมาณน้อย ซึ่งทำให้ผลลัพธ์เชิงปริมาณไม่ถึงเป้าหมาย การยอมรับของเภสัชกรในโครงการนี้ยังมีความไม่สอดคล้องในความเห็น การมองความคุ้มค่าของโครงการนี้ยังมีความหลากหลายในด้านความคุ้มค่า ในด้านคุณภาพของการให้บริการของเภสัชกรในหลายร้านที่ได้ช่วย

ค้นหาปัญหาที่สืบเนื่องจากการใช้ยา (drug related problems; DRPs) และแก้ไขปัญหา เภสัชกร และผู้ป่วยมีความเห็นสอดคล้องกันที่ผู้ป่วยควบคุมอาการได้คงที่ ผู้ป่วยประทับใจบริการที่ได้รับและบริการไม่ได้แตกต่างจากโรงพยาบาล บุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วยต่างก็มีความพึงพอใจต่อโครงการนี้ และในมุมมองของผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการรู้สึกดีใจและชื่นชอบที่ได้ไปรับยาที่ร้านยา ทำให้เกิดความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างร้านยาและชุมชน เกิดความไว้วางใจเภสัชกรร้านยา ร้านยามีการให้บริการ และให้คำปรึกษาแนะนำดี

5.2 อภิปรายผลการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาวิจัยไปข้างหน้าในรูปแบบงานวิจัยแบบผสมผสาน (mixed method) ที่ใช้ทั้งรูปแบบการศึกษาเชิงคุณภาพควบคู่กับการศึกษาเชิงปริมาณ เพื่อให้เกิดการตรวจสอบข้อมูลและเพิ่มความน่าเชื่อถือของข้อมูล โดยพิจารณาใช้รูปแบบการศึกษาเชิงคุณภาพกับกลุ่มตัวอย่างทั้งบุคลากรทางการแพทย์ ประกอบด้วย ผู้บริหารโรงพยาบาล แพทย์ พยาบาล เภสัชกรโรงพยาบาล เภสัชกรร้านยา เภสัชกรสสจ. และผู้ป่วยด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก ส่วนการศึกษาเชิงปริมาณเป็นการศึกษาความพึงพอใจในผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการร้านยาชุมชนอบอุ่น การศึกษาในรูปแบบผสมผสานทำให้ได้ข้อมูลที่มีความครอบคลุมมากยิ่งขึ้น นอกจากนี้การศึกษานี้ยังทำการศึกษาในกลุ่มเป้าหมายที่หลากหลาย ครอบคลุมผู้ที่เกี่ยวข้องกับโครงการทุกส่วน ตั้งแต่ผู้กำหนดนโยบาย คือผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติงาน คือแพทย์ พยาบาล เภสัชกร และผู้เข้าร่วมโครงการ คือผู้ป่วย ทำให้ได้ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ในความคิดเห็นที่ต่างมุมมองและครอบคลุมทุกระบวนการ

การดำเนินการสัมภาษณ์เชิงลึกในบุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการ ใช้การคัดเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) ในบุคลากรทางการแพทย์ที่มีส่วนร่วมในโครงการร้านยาชุมชนอบอุ่นและสุ่มผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการ สัมภาษณ์จนกว่าข้อมูลถึงจุดอิ่มตัว ไม่เกิดแนวคิดใหม่จากการสัมภาษณ์ ในบุคลากรทางการแพทย์ 27 คน และผู้ป่วย 15 คน จากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับโครงการร้านยาชุมชนอบอุ่น 53 คน

โครงการร้านยาชุมชนอบอุ่น จังหวัดร้อยเอ็ด ดำเนินตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้เนื่องจากปัญหาด้านความแออัดในโรงพยาบาล อาจเนื่องจากเป็นโครงการที่จัดตั้งขึ้นใหม่และเพิ่งเริ่มดำเนินการ ดังนั้น การประเมินผลโครงการในครั้งนี้โดยใช้รูปแบบ CIPP model ประเมินทั้ง 4 ด้าน ทำให้ได้รับรู้ผลของแต่ละด้าน ซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนาและดำเนินโครงการต่ออย่างสมบูรณ์ จากผลการศึกษาที่มีประเด็นที่น่าสนใจนำมาอภิปรายผล ดังนี้

5.2.1 บริบท (context) การประเมินบริบทมีจุดมุ่งหมายเพื่อกำหนดหลักการและเหตุผลรวมทั้งเพื่อพิจารณาความจำเป็นในการจัดทำโครงการ บุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วยมีความคิดเห็นสอดคล้องกันคือเห็นด้วยให้มีโครงการร้านยาชุมชนอบอุ่น มีความจำเป็นต้องดำเนินโครงการ เนื่องจากสภาพปัญหาปัจจุบันในด้านความแออัด จำนวนผู้ป่วยที่มาก ซึ่งเป็น การให้บริการร้านยาภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า สอดคล้องกับการศึกษาของวิวรรณ์ อัครวิเชียร และคณะ [35] ได้ศึกษามุมมองของผู้บริหารต่อการนำร้านยาเข้าเชื่อมโยงกับระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยผลการศึกษาพบว่าผู้บริหารมีความคิดเห็นว่ามีความเป็นไปได้ที่จะนำร้านยาเอกชนมาร่วมให้บริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ แต่ต้องมีการพัฒนาให้ร้านยา มีคุณภาพและมาตรฐานการบริการตามเกณฑ์ก่อน ซึ่งโครงการร้านยาชุมชนอบอุ่นได้นำมาตรฐาน GPP (Good Pharmacy Practice) มาเป็นเกณฑ์ในการคัดเลือกร้านยา ซึ่งเป็นมาตรฐานวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชนที่ร้านยาต้องปฏิบัติตามได้ประกาศกระทรวงสาธารณสุข ดังนั้นจึงค่อนข้างมั่นใจได้ว่าการดำเนินการโครงการร้านยาชุมชนอบอุ่นจะมีร้านยาที่เข้าร่วมโครงการที่ได้มาตรฐาน โดยมีเภสัชกรประจำร้านยาอย่างน้อย 8 ชั่วโมงต่อวัน บุคลากรทางการแพทย์โดยเฉพาะเภสัชกรร้านยายินดีเข้าร่วมโครงการและชอบที่มีโครงการนี้ เนื่องจากเป็นการส่งเสริมบทบาทของเภสัชกรชุมชน ทำให้ผู้ป่วยรู้จักเภสัชกรร้านยาและเชื่อมั่นในร้านยามากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของระพีพรรณ ฉลองสุข [7] และประภัสสร จินานุรักษ์ [46] ที่พบว่าเหตุผลของร้านยาในการสมัครเข้าร่วมโครงการร้านยาเดียวในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าคือเห็นว่าเป็นการสร้างความน่าเชื่อถือให้แก่ร้านยา (ร้อยละ 91) และเป็นการเพิ่มบทบาทใหม่แก่วิชาชีพเภสัชกรรมชุมชน (ร้อยละ 97.66) ช่วยแบ่งเบาภาระการทำงานของบุคลากรในโรงพยาบาล

ประเทศไทยได้มีการนำร้านยาเข้ามาร่วมในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีการให้บริการในบทบาทต่างๆ เช่น จ่ายยาตามใบสั่งยาของแพทย์ เต็มยาให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เป็นต้น โดยมีเป้าหมายเพื่อลดปัญหาเรื่องความแออัดในโรงพยาบาล เช่นเดียวกันกับโครงการร้านยาชุมชนอบอุ่น จากการศึกษาพบว่าความแออัดในโรงพยาบาลยังเป็นปัญหาต่อการให้บริการในโรงพยาบาล ทั้งจากมุมมองของบุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วย สภาพปัญหาที่พบคือผู้ป่วยต่อวันจำนวนมาก ปริมาณผู้ป่วยที่มากขึ้นส่งผลต่อระยะเวลาการรอคอย สอดคล้องกับการศึกษาของสุพัตรา ศรีวิณิชชากร [47] ที่ศึกษาระยะเวลาการรอคอยแยกตามรายแผนกและตามจุดบริการต่างๆ ซึ่งพบว่าการรอคอยและความแออัดเป็นปัญหาอย่างมาก ช่วงเวลาที่มีการรอคอยมากซึ่งเป็นจุดที่ต้องแก้ไขเร่งด่วนคือการรอตรวจกับแพทย์และการรอรับยา และเช่นเดียวกับสุรสิทธิ์ ล้อจิตรอำนาจ [48] ที่ได้ศึกษารูปแบบของร้านยาที่จะอยู่ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจากการสัมภาษณ์พบว่ารูปแบบการเชื่อมโยงที่เหมาะสมคือให้ร้านยาเป็นหน่วยร่วมให้บริการกับหน่วยบริการหลัก ซึ่งก็คือร้านยาร่วมกับโรงพยาบาลนั่นเอง

5.2.2 ปัจจัยนำเข้า (input) และกระบวนการ (process) การประเมินปัจจัยนำเข้า เป็นการตรวจสอบความพร้อมด้านทรัพยากรทั้งปริมาณและคุณภาพ ตลอดจนการจัดการเพื่อวิเคราะห์และกำหนดทางเลือกที่เหมาะสมที่สุดที่จะทำให้บรรลุวัตถุประสงค์ของโครงการ ซึ่งการประเมินผลการดำเนินงานโครงการร้านยาชุมชนอบอุ่น ได้มีการประเมินในเรื่องของความเหมาะสมและความเพียงพอของทรัพยากรที่ใช้ในการดำเนินโครงการ รวมถึงการกำหนดแนวทางปฏิบัติในขั้นตอนต่างๆ ว่ามีความเหมาะสมหรือไม่ จากการสัมภาษณ์ในประเด็นต่างๆพบว่าสิ่งหนึ่งที่เป็นอุปสรรคทำให้ยังไม่บรรลุเป้าหมายของโครงการคือในเรื่องการประชาสัมพันธ์ บุคลากรทางการแพทย์มีความคิดเห็นสอดคล้องกันว่าการประชาสัมพันธ์ยังไม่เพียงพอ ส่งผลให้ผู้ป่วยรับรู้โครงการไม่มากนัก เช่นเดียวกับการศึกษาของสมสุข สัมพันธ์ประทีป [41] ที่ประเมินประสิทธิภาพของโครงการเติมยาเติมสุขพบว่าเป็นโครงการที่ดีแต่ยังไม่เป็นที่รู้จักจึงควรเพิ่มการประชาสัมพันธ์และช่องทางสื่อประชาสัมพันธ์ให้มากยิ่งขึ้น โดยบุคลากรทางการแพทย์บางส่วนเสนออยากให้มีการประชาสัมพันธ์เพิ่มเติมโดยกระทรวงสาธารณสุขเพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือของโครงการ และโชคเฉลิมรวิวงศ์ [45] พบว่าปัญหาและอุปสรรคของการดำเนินโครงการคือการประชาสัมพันธ์ผู้เข้ารับบริการยังไม่เพียงพอ ดังนั้นควรเพิ่มการประชาสัมพันธ์โครงการเพิ่มขึ้นโดยให้ผู้ป่วยในชุมชนสามารถเข้าถึงข้อมูลได้ เช่น การใช้เสียงตามสายในหมู่บ้าน การประชาสัมพันธ์ในรพ.สต. หรือการประชาสัมพันธ์ผ่านอสม. นอกจากนี้เพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือของโครงการควรประชาสัมพันธ์โดยยึดถือข้อมูลจากกระทรวงสาธารณสุข หรือนำการประชาสัมพันธ์ที่กระทรวงได้ทำไว้มาอธิบายเพิ่มเติมให้ชุมชนเข้าใจ เป็นต้น

จากการศึกษาของวิจิตรา ชิมตระกูล [49] เป็นการประเมินผลโครงการคลินิกเติมยาโรคความดันโลหิตสูงพบว่าปัญหาจากการดำเนินโครงการที่พบคือทำให้เพิ่มภาระงานของเภสัชกรเพิ่มขึ้น เนื่องจากเภสัชกรจะได้รับการมอบหมายหน้าที่ให้ปฏิบัติงานในคลินิกเติมยาซึ่งเป็นงานที่เพิ่มขึ้นจากงานประจำ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่ามีปัญหาในเรื่องอัตรากำลังของผู้ปฏิบัติงานทั้งในส่วนพยาบาลและเภสัชกร ซึ่งผู้ให้บริการได้เสนอให้มีการเพิ่มอัตรากำลังในการปฏิบัติงานหรือแยกภาระงานให้ชัดเจนระหว่างงานประจำและคลินิกที่เพิ่มขึ้น โดยเฉพาะเภสัชกรที่มีมุมมองต่อระบบการขนส่งยาที่ปัจจุบันใช้รูปแบบที่ 1 (model1) ว่าเป็นการเพิ่มภาระการทำงานของบุคลากรในห้องยา และเพิ่มภาระของโรงพยาบาลที่ต้องจัดหาคนเพื่อขนส่งยาไปร้านยาในแต่ละครั้ง รวมถึงเภสัชกรร้านยาก็กังใจถึงภาระที่เพิ่มขึ้นของโรงพยาบาล เพื่อลดปัญหาเรื่องอัตรากำลังดังนั้นควรมีการจัดสรรหน้าที่ความรับผิดชอบต่อการดูแลโครงการให้แต่ละคนในหน่วยงานได้มีบทบาทในการปฏิบัติงานในโครงการร้านยาชุมชนอบอุ่นอย่างเหมาะสม และให้ทุกคนได้มีส่วนร่วมในการดำเนินโครงการ ไม่มอบหมายเฉพาะบุคคลใดคนหนึ่ง หรืออาจต้องประชุมหารือเพื่อหาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกันเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการทำงานมากที่สุด

ในด้านการขนส่งยา เพื่อเป็นการประกันคุณภาพของยาที่ใช้ในโครงการร้านยาชุมชนอบอุ่น รูปแบบการบริการใช้รูปแบบที่ 1 คือโรงพยาบาลเป็นฝ่ายจัดหาให้กับร้านยา และส่งยาให้ร้านยาทุกร้านตามรอบการขนส่ง ซึ่งจะเป็นการให้ความมั่นใจกับแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยและผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการว่ายาที่ใช้เป็นยาเหมือนกันกับที่โรงพยาบาลจ่ายให้กับผู้ป่วย โดยมีการตรวจสอบการขนส่งยาโดยเภสัชกรร้านยา ซึ่งเภสัชกรร้านยามั่นใจในคุณภาพยาที่ได้รับจากโรงพยาบาล

5.2.3 ผลลัพธ์ (product) จากการสัมภาษณ์เรื่องความพึงพอใจต่อโครงการและการรับบริการที่ร้านยาชุมชนอบอุ่น บุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วยต่างก็มีความพึงพอใจต่อโครงการนี้ ผู้ป่วยมีความพึงพอใจเฉลี่ยต่อการรับบริการที่ร้านยาชุมชนอบอุ่นในระดับมากที่สุด (9.69 ± 0.71) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของระพีพรรณ ฉลองสุข และคณะ [7] ได้ศึกษาเปรียบเทียบระบบบริการจ่ายยาตามใบสั่งแพทย์ให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่โรงพยาบาลกับร้านยาคุณภาพ ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมีความพึงพอใจบริการโดยรวมในระดับมากถึงมากที่สุดร้อยละ 63.5 และผู้ป่วยทุกรายพึงพอใจในระดับมากถึงมากที่สุดต่อความสะดวกและความรวดเร็วของบริการจ่ายยาตามใบสั่งแพทย์ และการศึกษาของสุพรรณษา ใหม่เอี่ยม [38] พบว่าผู้ป่วยพึงพอใจต่อการให้บริการ MTM ในระดับมากถึงมากที่สุด

การตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (triangulation) ใช้การตรวจสอบด้านข้อมูล (data triangulation) โดยการตรวจสอบว่าข้อมูลที่ได้มีความสอดคล้องกันหรือไม่ในเรื่องความพึงพอใจ จากการศึกษาเรื่องความพึงพอใจในผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการพบว่าผู้ป่วยต่างก็มีความพึงพอใจในการเข้าร่วมโครงการทั้งจากการศึกษาเชิงปริมาณและการศึกษาเชิงคุณภาพ จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยประทับใจในการไปรับยาที่ร้านยา สะดวก ง่าย ไม่เสียเวลา และให้บริการดี ซึ่งผลการศึกษาเป็นไปในทิศทางเดียวกัน

นอกจากนี้การศึกษาของสุพรรณษา ใหม่เอี่ยม [38] ยังพบว่าเภสัชกรสามารถแก้ไขปัญหาจากการใช้ยาได้ถึง 91 ครั้ง (ร้อยละ 86.7) เช่นเดียวกับการให้บริการร้านยาชุมชนอบอุ่น เภสัชกรร้านยาสามารถช่วยค้นหา DRPs และช่วยแก้ไขปัญหาได้ เช่น ช่วยแก้ปัญหายาหมดก่อนนัดให้กับผู้ป่วยโรคต่อหิน โดยการส่งข้อมูลปัญหากลับไปปรึกษาที่เภสัชกรโรงพยาบาล เภสัชกรโรงพยาบาลดำเนินการประสานแพทย์ผู้รักษาและช่วยแก้ปัญหาได้ ช่วยแก้ปัญหายาคนไข้ไม่ทานยา ยาเหลือเยอะ เป็นต้น แต่ไม่ได้มีการเก็บข้อมูลผลลัพธ์จำนวนครั้งและรายละเอียดที่ช่วยแก้ปัญหาได้ ดังนั้นโครงการร้านยาชุมชนอบอุ่นควรจะมีการติดตามและประเมินผลโครงการให้ครอบคลุมในประเด็นนี้ยิ่งขึ้นเพื่อส่งเสริมบทบาทวิชาชีพของเภสัชกรชุมชนให้ได้รับการยอมรับเพิ่มขึ้น

จากการสัมภาษณ์เภสัชกรร้านยาพบว่าเภสัชกรสามารถแก้ไขปัญหาด้านยาให้กับผู้ป่วยได้ เภสัชกรร้านยาได้แสดงศักยภาพในการช่วยเหลือแก้ไขปัญหาค้นหา DRPs เช่น การแนะนำให้ผู้ป่วยหยุดทานอาหารเสริมสมุนไพร ผู้ป่วยที่ไม่ทานยา มียาเหลือ ผู้ป่วยที่ไม่มาตามนัด เป็นต้น เช่นเดียวกับการศึกษาของวิจิตรา ชิมตระกูล [49] พบว่าเภสัชกรมีบทบาทในการดูแลปัญหาด้านยาของผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่างๆและดำเนินการแก้ไขปัญหาดังกล่าวด้วยการให้คำแนะนำอย่างเหมาะสม เช่นผู้ป่วยที่มีอาการไม่พึงประสงค์จากยาได้รับการส่งต่อพบแพทย์เพื่อเปลี่ยนชนิดยา ผู้ป่วยที่ใช้ยาผิดขนาดและผิดชนิด รวมถึงผู้ป่วยที่ไม่ใช้ยา

ในด้านการได้รับการยอมรับ จากการศึกษพบว่าบุคลากรทางการแพทย์บางส่วนยังไม่ยอมรับในโครงการร้านยาชุมชนอบอุ่น โดยเฉพาะแพทย์ซึ่งยังไม่ยอมรับในเภสัชกรร้านยา ทำให้มีการส่งผู้ป่วยไปรับยาที่ร้านยาน้อย ผู้ป่วยเข้าร่วมโครงการไม่ถึงเป้าหมาย จากการสัมภาษณ์พบว่าทั้งบุคลากรในโรงพยาบาลและเภสัชกรร้านยาเองที่เห็นว่าแพทย์ยังไม่เชื่อมั่นในร้านยา ดังนั้นเพื่อให้เกิดความมั่นใจในคุณภาพของร้านยาเพิ่มขึ้น ร้านยาควรมีการปรับปรุงพัฒนาทำคุณภาพและบทบาทของร้านยาให้ชัดเจนยิ่งขึ้น สำนักงานรับรองร้านยาคุณภาพได้มีการประเมินร้านยาเพื่อให้ได้ร้านยาคุณภาพ โดยร้านยาคุณภาพที่ผ่านการรับรองจากสภาเภสัชกรรมแล้ว จะให้บริการที่ดี มีคุณภาพ ในมาตรฐาน 5 ด้านคือ 1) ด้านสถานที่ อุปกรณ์ และสิ่งสนับสนุนบริการ 2) ด้านการบริหารจัดการเพื่อคุณภาพ 3) ด้านการบริการเภสัชกรรมที่ดี 4) ด้านการปฏิบัติตามกฎ ระเบียบ และจรรยาบรรณ จรรยาบรรณทางวิชาชีพ และ 5) ด้านการมีส่วนร่วมในชุมชนและสังคม

การให้บริการในร้านยาปัจจุบันได้ผ่านการรับรองมาตรฐานในบางเรื่องแล้ว เนื่องจากร้านยาทุกร้านที่เข้าร่วมโครงการต้องผ่านการประเมินตามหลักวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชน (GPP) ซึ่งเป็นเกณฑ์ในการคัดเลือกร้านยาเข้าร่วมโครงการ แต่มีมาตรฐานบางอย่างที่ร้านยาควรปฏิบัติเพิ่มเติมเพื่อให้ผ่านการประเมินร้านยาคุณภาพ คือการให้บริการตามแนวทางการให้บริการทางเภสัชกรรม เช่น มีการส่งเสริมการใช้ยาอย่างเหมาะสม จัดทำประวัติการใช้ยากรณีติดตามการใช้ยาต่อเนื่อง มีการให้บริการข้อมูลและให้คำปรึกษาเรื่องยาและสุขภาพให้กับชุมชน มีส่วนร่วมในการป้องกันปัญหาจากการใช้ยาไม่เหมาะสมในชุมชน เป็นต้น จากการศึกษานโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ทรวงสาธารณสุขและนิลวรรณ อยู่ภักดี [50] พบว่ากิจกรรมเชิงวิชาชีพที่เภสัชกรร้านยาปฏิบัติได้มากที่สุดคือการคัดเลือดยาที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วย การส่งมอบยาและการป้องกันการแพ้ยาซ้ำ ซึ่งเป็นกิจกรรมด้านบริการเภสัชกรรมขั้นพื้นฐาน ส่วนกิจกรรมที่ปฏิบัติได้น้อยที่สุดคือ การเยี่ยมบ้าน การให้คำแนะนำเกี่ยวกับการเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรคด้วยวัคซีนในเด็กอายุ 0 – 14 ปี และการผลิตยาตามใบสั่งยา กิจกรรมเหล่านี้ส่วนใหญ่เป็นกิจกรรมด้านบริการเสริม เช่นเดียวกับร้านยาที่เข้าร่วมโครงการร้านยาชุมชนอบอุ่นที่ส่วนใหญ่เน้นกิจกรรมการจ่ายยาขั้นพื้นฐาน ขาดกิจกรรมเชิงรุกที่ส่งเสริมบทบาทวิชาชีพเภสัชกรชุมชน ทำให้เกิดความไม่เชื่อมั่นจากแพทย์ ดังนั้นร้านยาจึงควรพัฒนาคุณภาพให้ได้ตามมาตรฐานและส่งเสริม

การปฏิบัติกิจกรรมอื่นๆนอกจากกิจกรรมขั้นพื้นฐานเกี่ยวกับยา ส่งเสริมกิจกรรมเชิงรุก เช่น การเยี่ยมบ้าน ติดตามการใช้ยาต่อเนื่อง เป็นต้น เพิ่มบทบาทวิชาชีพและความสัมพันธ์กับชุมชน เป็นต้น นอกจากนี้ควรมีการพัฒนาองค์ความรู้ในการรักษาและทักษะในการให้คำปรึกษา เพื่อเสริมสร้างความมั่นใจในการให้บริการยิ่งขึ้น นอกจากนี้จากการศึกษาของระพีพรรณ ฉลองสุข [7] ได้อธิบายถึงการให้บริการที่ร้านยาซึ่งโครงการร้านยาชุมชนอบอุ่นสามารถนำข้อมูลมาปรับใช้ได้ ดังนี้ มีการประเมินผลการรักษาโดยชั่งน้ำหนักตัว วัดความดันโลหิต กรณีผู้ป่วยเบาหวานเจาะเลือดตรวจน้ำตาลหลังงดอาหารด้วยเครื่องเจาะปลายนิ้ว สอบถามการใช้ยาของผู้ป่วย วิธีกินยา การลืมหืมยา จำนวนเม็ดยาที่เหลือ จำนวนครั้งที่ลืมหืม ซักถามรูปแบบการดำเนินชีวิตประจำวัน ได้แก่ การบริโภคอาหาร การทำงาน การออกกำลังกาย ซักถามผู้ดูแลถึงจิตใจ อารมณ์ของผู้ป่วยเพื่อใช้ประเมินสิ่งที่อาจมีผลต่อผู้ป่วย รวมถึงความร่วมมือในการใช้ยา ให้ความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับการใช้ยาและเกี่ยวกับโรค และได้มีการจัดทำมาตรฐานการให้บริการของร้านยากรณีโรคเรื้อรังและแนวทางการบริหารทางเภสัชกรรมและการส่งต่อผู้ป่วย เป็นต้น

การศึกษาผลลัพธ์ในการลดความแออัดพบว่าจำนวนผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการยังน้อย ไม่ถึงเป้าหมาย ไม่ว่าจะจากมุมมองของเภสัชกรร้านยาหรือจากบุคลากรโรงพยาบาล แม้ว่าจะสามารถเริ่มลดความแออัดได้แต่ก็ยังไม่สามารถลดลงได้อย่างตามเป้าหมายที่คาดการณ์ไว้ จากการสัมภาษณ์พบว่าอาจเกิดได้จากหลายสาเหตุ เช่น แพทย์ไม่ให้ความร่วมมือในการส่งผู้ป่วยไปรับยาที่ร้านยา กลุ่มผู้ป่วยที่ถูกคัดเลือกก็ยังน้อยและไม่ขยายกลุ่มสิทธิการรักษาอื่น การประชาสัมพันธ์ไม่เพียงพอ เป็นต้น เช่นเดียวกับการศึกษาของวิจิตรา ชิมตระกูล [49] ซึ่งประเมินผลโครงการคลินิกเด็มาโรคความดันโลหิตสูงโดยเภสัชกรได้เสนอว่าควรมีการเพิ่มจำนวนผู้ป่วยในคลินิกเด็มา ซึ่งจะช่วยลดความแออัดของผู้ป่วย ลดภาระงานของแพทย์และเภสัชกรได้มากขึ้น โดยมีการเสนอให้ปรับเกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยเข้าโครงการเพื่อเพิ่มจำนวนเป้าหมาย ทั้งนี้ให้อ้างอิงและสอดคล้องกับตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข

ในการดำเนินโครงการร้านยาชุมชนอบอุ่นเพื่อเพิ่มผลลัพธ์ด้านการลดความแออัดควรมีการประชุมคณะกรรมการการดำเนินงานและผู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อหาแนวทางในการแก้ปัญหาและเพิ่มผลลัพธ์ โดยอาจพิจารณาได้ดังนี้ 1) เพิ่มความร่วมมือของแพทย์โดยเพิ่มคุณภาพร้านยาเพื่อให้เกิดการยอมรับ 2) เพิ่มกลุ่มเป้าหมายเพื่อขยายโอกาสในการรับบริการโดยเพิ่มกลุ่มโรคหรือเพิ่มสิทธิการรักษา เพิ่มกลุ่มโรคที่มีอาการคงที่ สามารถไปรับยาที่ร้านยาได้เพิ่มขึ้น เพื่อขยายกลุ่มเป้าหมายโดยอิงตามที่นโยบายกำหนด เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคอ้วนลงพุง โรคหลอดเลือดสมองและหัวใจ โรคถุงลมโป่งพอง โรคหอบหืด โรคทางจิตเวช เป็นต้น อย่างไรก็ตามในปัจจุบันโรงพยาบาลมีการส่งผู้ป่วยบางกลุ่มโรคไปรับยาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) อยู่แล้ว ทำให้อาจเกิดความซ้ำซ้อนของการส่งผู้ป่วย ดังนั้นอาจต้องพิจารณาถึงกลุ่มโรคร่วมกันว่ากลุ่มโรค

ไหนที่สามารถรับยาที่ร้านยาหรือรพ.สต.ได้ หากมีกลุ่มโรคที่สามารถรับยาได้ทั้ง 2 แห่งควรกำหนดเป็นทางเลือกให้กับผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยสามารถเลือกเองได้ว่าสะดวกไปรับยาที่ไหน นอกจากนี้การบริหารจัดการภายในโรงพยาบาลควรมีการพิจารณาว่าช่วงเวลาใดหรือแผนกใดที่มีปัญหาความแออัดเพื่อเป็นข้อมูลในการนำเข้าสู่กลุ่มเป้าหมาย โดยสามารถทำการศึกษาและประเมินได้ดังตัวอย่างงานศึกษาของโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา [51] ที่มีการศึกษาระยะเวลารอคอยแยกตามรายแผนกและตามจุดบริการต่างๆ เช่น ห้องตรวจอายุรกรรม คลินิกเบาหวาน คลินิกโรคหัวใจและความดันโลหิตสูง จักษุวิทยา หูดอกจมูก เป็นต้น เพื่อให้เห็นว่าการรอคอยและความแออัดมีปัญหาในแผนกไหนที่จำเป็นต้องเร่งแก้ไข 3) การเพิ่มจำนวนร้านยาให้ครอบคลุมทุกอำเภอเพื่อเพิ่มการเข้าถึง จากการศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วยพบว่าผู้ป่วยที่ต้องไปรับยาที่ร้านยาต่างอำเภอ ทำให้ผู้ป่วยไม่สะดวกในการไปรับบริการ ดังนั้นหากมีการเพิ่มร้านยาให้ครอบคลุมทุกอำเภอ อาจทำให้เพิ่มความพึงพอใจในการเข้าร่วมโครงการร้านยาชุมชนอบอุ่นและเพิ่มจำนวนผู้ป่วยได้ 4) เพิ่มการประชาสัมพันธ์ให้ผู้ป่วยรับทราบข้อมูลอย่างทั่วถึง

จากผลลัพธ์การประเมินเรื่องมุมมองสุขภาพ ผลลัพธ์ที่ได้เป็นเพียงความคิดเห็นต่ออาการทางคลินิกของผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการ ซึ่งไม่สามารถนำมาเป็นข้อมูลเปรียบเทียบหรือแสดงเป็นผลลัพธ์ทางคลินิกเชิงประจักษ์ได้ แม้ว่าผู้ป่วยจะให้ข้อมูลว่าสามารถควบคุมอาการได้ดี ไม่มีอาการแทรกซ้อนกำเริบ แต่อย่างไรก็ตามควรมีการศึกษาผลลัพธ์ทางคลินิกให้ชัดเจนเพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือของข้อมูลและสามารถแสดงเป็นข้อมูลทางวิชาการได้ดังเช่นการศึกษาอื่นๆ เช่น วัดผลค่าความดันโลหิต [7] [39][49] วัดระดับน้ำตาลในเลือดโดยเฉลี่ย [7][39] เป็นต้น

5.3 ข้อจำกัดของการศึกษา

5.3.1 การศึกษานี้ศึกษาความพึงพอใจเชิงปริมาณในกลุ่มผู้ป่วยเท่านั้น ยังขาดการสอบถามในกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อให้เกิดการตรวจสอบข้อมูลอย่างครบถ้วนในทุกมุมมอง

5.3.2 การศึกษานี้ไม่ได้ศึกษาผลลัพธ์ทางคลินิก ซึ่งเป็นผลลัพธ์ที่บ่งบอกได้ว่าการให้บริการที่ร้านยาและโรงพยาบาลมีประสิทธิภาพที่ไม่แตกต่างกัน

5.4 ข้อเสนอแนะ

5.4.1 ข้อเสนอแนะในการนำผลการประเมินไปใช้

1) ควรมีการติดตามต่อเนื่องในระยะเวลาที่นานขึ้น รวมถึงการขยายสิทธิของผู้เข้าร่วมโครงการร้านยาชุมชนอบอุ่น เช่น สิทธิประกันสังคม สิทธิข้าราชการ ที่ต้องการซื้อความสะดวกรมากกว่าสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า

2) ควรมีแนวทางในการประเมินและติดตามผลโครงการอย่างชัดเจนและต่อเนื่อง

5.4.2 ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1) ควรนำประเด็นเรื่องปัญหาการใช้ยา (DRPs) มาประเมินเพิ่มเติม สร้างแนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อให้ได้ประเด็นการค้นหาปัญหาด้านยา เพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือและการยอมรับของเภสัชกรร้านยา

5.4.3 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1) ควรมีการดำเนินโครงการร้านยาชุมชนอบอุ่นต่อเนื่อง โดยมีการพัฒนาให้ครอบคลุมพื้นที่ในแต่ละอำเภอเพื่อเพิ่มการเข้าถึงของผู้ป่วย

2) ควรมีการวัดผลทางคลินิกให้ชัดเจน เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์หลังเข้าร่วมโครงการร้านยาชุมชนอบอุ่น

บรรณานุกรม

- 1 อุดมศักดิ์ แซ่โง้ว,อภิชัย วรรณะพิศิษฐ์,รัตติยา อักษรทอง.รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ โครงการ ความจำเป็นในการเข้ารับบริการรักษาพยาบาลจากมุมมองของผู้ป่วยและแพทย์. นครศรีธรรมราช:โรงพิมพ์ดีชัย ; 2560.
- 2 รัยาร้านยา ตัวช่วยลดความแออัดในโรงพยาบาล? [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 10 พฤษภาคม 2563]; เข้าถึงได้จาก : <http://www.hitap.net/176056>.
- 3 รังสรรค์ ศรีภิรมย์, ภาณุมาศ ภูมาศ, กรแก้ว จันทภาษา, กัญญา ดิษยาธิคม, วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, ธนรรจ์ รัตนโชติพานิช, และคณะ. การดูแลรักษาพยาบาลตนเองของประชาชนไทย โดยการซื้อยาจากร้านยาแผนปัจจุบัน. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2560; 3: 370–7.
- 4 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2553. นนทบุรี ; 2553.
- 5 ดวงทิพย์ หงส์สมุทร, วิวรรธน์ อัครวิเชียร, พิมลศรี แสงคาร์, ชาญชัย จารุภาชนัน. การวิเคราะห์ใบสั่งยาที่จ่ายโดยร้านยาที่เชื่อมกับคลินิกชุมชนภายใต้เครือข่ายประกันสุขภาพแห่งชาติ: กรณีศึกษาคลินิกชุมชนอบอุ่นมหาชัย นครราชสีมา.วารสารวิชาการสาธารณสุข 2552;18:251-61.
- 6 วิวรรธน์ อัครวิเชียร, ดวงทิพย์ หงส์สมุทร, พิมลศรี แสงคาร์, ชาญชัย จารุภาชนัน. กิจกรรมที่สะท้อนคุณภาพงานบริการเภสัชกรรมและความพึงพอใจต่อบริการร้านยาในเครือข่ายประกันสุขภาพ: กรณีศึกษาคลินิกชุมชนอบอุ่นมหาชัย นครราชสีมา. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2551; 17: 1810 – 1821.
- 7 ระพีพรรณ ฉลองสุข, สุรสิทธิ์ ล้อจิตรอำนาจ, วิชัย สันติมาลีวรกุล. การศึกษาเปรียบเทียบระบบบริการจ่ายยาตามใบสั่งแพทย์ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่โรงพยาบาลกับร้านยาคุณภาพ. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2550; 1: 249-61.
- 8 จิรัฐดา คำสีเขียว,วิวรรธน์ อัครวิเชียร, ดวงทิพย์ หงส์สมุทร, พิมลศรี แสงคาร์. การคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงโดยร้านยาคุณภาพ จังหวัดขอนแก่น ภายใต้โครงการนำร่องกับระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. ศรีนครินทร์เวชสาร 2552; 24: 215-23.
- 9 Sookaneknun P, Saramunee K, Rattarom R, Kongsri S, Senanok R, Pinitkit P et al. Economic analysis of the diabetes and hypertension screening collaboration between community pharmacies and a Thai government primary care unit. Primary Care Diabetes. 2010;4(3):155-164.
- 10 สุรศักดิ์ ไชยสงค์, สุนันทา โอศิริ, วิลาสินี หิรัญพานิช, สมศักดิ์ อภาศิริทองสกุล,พุดมพิงค์ สัตยวงศ์ทิพย์. การบริการปฐมภูมิของร้านยาในระบบหลักประกันสุขภาพ: กรณีศึกษาร้านยา มหาวิทยาลัยภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. รายงานการวิจัยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; พฤษภาคม 2548.

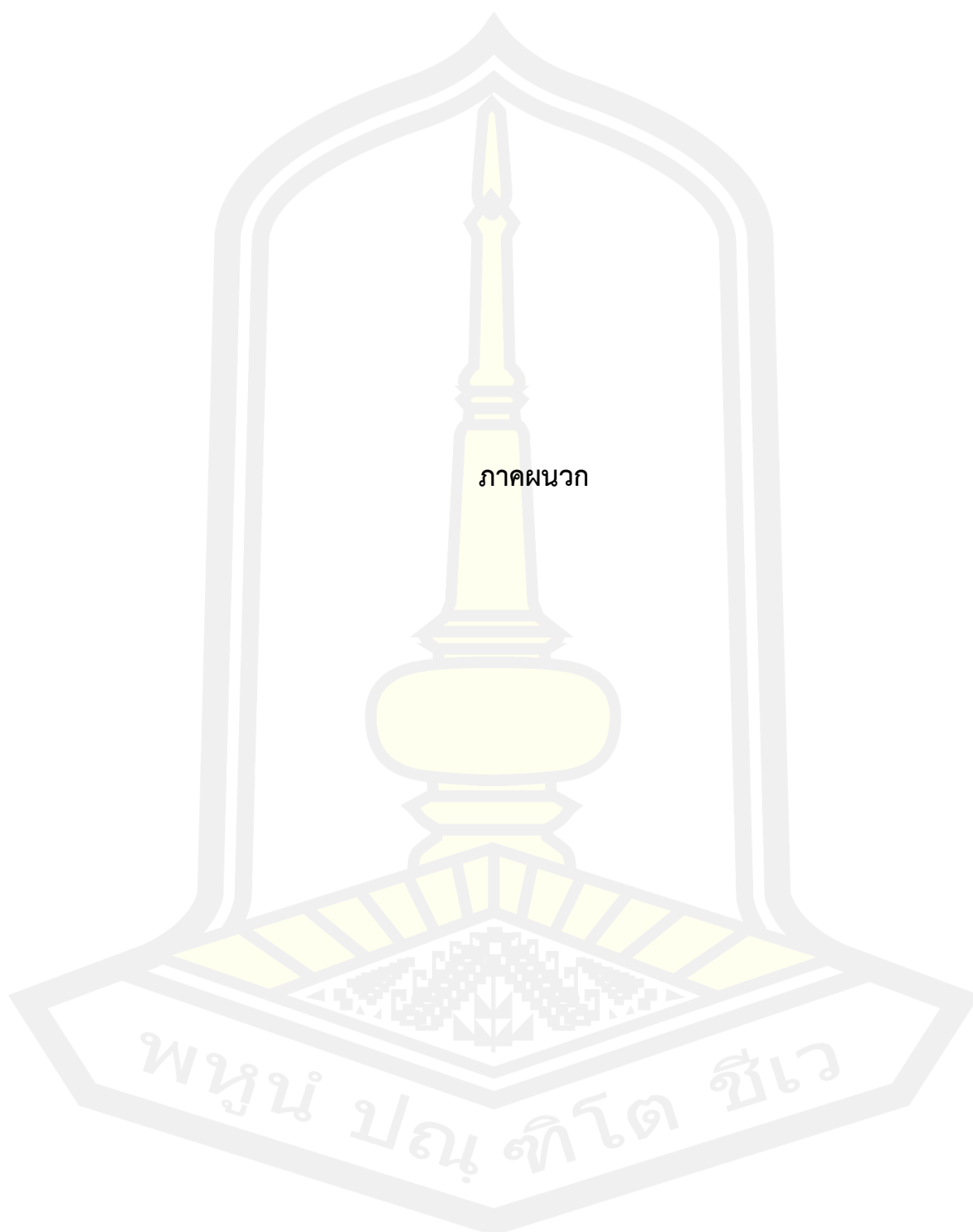
- 11 ระเบียบพรณ ฉลองสุข,สุรสิทธิ์ ล้อจิตรอำนวย.ความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อร้านยาในระบบ
ประกันสุขภาพถ้วนหน้า : กรณีศึกษา ณ ร้านยาเภสัชกรรมชุมชนของโรงพยาบาลสมเด็จพระ
ยุพราชสว่างแดนดิน.วารสารวิจัยวิทยาศาสตร์การแพทย์ 2549; 20:41-58.
- 12 ราชบัณฑิตยสถาน. พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542. กรุงเทพฯ: นานมีบุ๊คส์ ;
2546.
- 13 พิษณุ ฟองศรี. วิจัยทางการศึกษา . พิมพ์ครั้งที่ 4 . กรุงเทพฯ: บริษัทพอเพอร์ตี จำกัด ;
2550.
- 14 Davis, J. W., Jr. Introduction to public administration. New York: The Free Press
; 1974.
- 15 Katz,D. The Social Psychology of Organization. 2nd ed. New York : John Wiley
&Sons ; 1978.
- 16 Rutman,L. Evaluation Research Methods: A basic Guide. 7th ed. California : Sage
Publications ;1982.
- 17 กฤษดา กรุดทอง. หลักการประเมินโครงการ. ราชบุรี: ศูนย์การศึกษานอกโรงเรียนภาคกลาง
; 2541.
- 18 สมหวัง พิธิยานุวัฒน์. การประเมินโครงการประชุมหลักการและการประยุกต์ใช้. พิมพ์ครั้งที่ 2
.กรุงเทพฯ: โอเดียนสโตร์ ; 2524.
- 19 จำเนียร สุขหลาย, กรรณิการ์ แสนศักดิ์. แบบจำลอง CIPP. ใน: จำเนียร สุขหลาย
,บรรณาธิการ. รวมบทความทางการประเมินโครงการ. พิมพ์ครั้งที่ 9 .กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย ; 2558. หน้า 239 – 53.
- 20 สมคิด พรหมจ้อย. เทคนิคการประเมินโครงการ. นนทบุรี: สำนักพิมพ์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ; 2544.
- 21 วรเดช จันทรรุ,ไพโรจน์ ภัทรนรากุล. การประเมินผลในระบบเปิด.พิมพ์ครั้งที่ 8. กรุงเทพฯ :
สมาคมรัฐประศาสนศาสตร์ นิด้า ; 2546.
- 22 คู่มือการดำเนินงานโครงการลดความแออัดของหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพ
แห่งชาติ โดยร้านยาแผนปัจจุบันประเภท 1 ตามนโยบายรัฐมนตรีว่าการกระทรวง
สาธารณสุข . กระทรวงสาธารณสุข.
- 23 Eickhoff C, Schulz M. Pharmaceutical care in community pharmacies: practice
and research in Germany. Annals of Pharmacotherapy 2006 ; 40(4): 729-35.
- 24 Costa S, Santos C, Silveira J. Community pharmacy services in Portugal. Annals
of Pharmacotherapy 2006 ; 40(12) : 2228-34.
- 25 Benrimoj S , Roberts A. Providing patient care in community pharmacies in
Australia. Annals of Pharmacotherapy 2005; 39(9) : 1911- 7.
- 26 Silcock J, Raynor D, Petty D. The organisation and development of primary
care pharmacy in the United Kingdom. Health Policy 2004 ; 67(2) :207-14.
- 27 Jones E, Mackinnon N, Tsuyuki R. Pharmaceutical care in community

- pharmacies: practice and research in Canada. *Annals of Pharmacotherapy* 2005 ; 39(9) : 1527-33.
- 28 Holdford D, Kennedy DT, Bernadella P, Small R . Implementing disease management in community pharmacy practice. *Clinical Therapeutics* 1998 ; 20(2) : 328-39.
- 29 American Society of HealthSystem Pharmacists. ASHP Statement on the Pharmacist Role in Primary Care. *American Journal of Health-System Pharmacy* 1999 ; 56(16) : 1665-67
- 30 แนวคิดและระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 15 พฤษภาคม 2563]; เข้าถึงได้จาก : https://home.kku.ac.th/sompo_pu/spweb/230402/23040203.pdf.
- 31 อมรา พงศาพิชญ์. คู่มือการวิจัยเชิงคุณภาพเพื่องานพัฒนา. พิมพ์ครั้งที่ 4. ขอนแก่น : สถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยขอนแก่น ; 2546.
- 32 ทวีศักดิ์ นพเกษร. วิธีวิจัยเชิงคุณภาพเล่ม1: คู่มือปฏิบัติการวิจัยประยุกต์เพื่อพัฒนาคน อองค์กร ชุมชน สังคม. นครราชสีมา : ชมรมพยาบาลชุมชนแห่งประเทศไทย ; 2548.
- 33 จำเนียร จวงตระกูล . ปัญหาการกำหนดกลุ่มตัวอย่างและวิธีการสุ่มตัวอย่างในงานวิจัยเชิงคุณภาพ . *วารสารบริหารธุรกิจและสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง* 2561 ; 2 : 1-21.
- 34 Tran V, Porcher R, Tran V, Ravaud P. Predicting data saturation in qualitative surveys with mathematical models from ecological research. *Journal of Clinical Epidemiology*. 2017;82:71-78.
- 35 วิวรรณ อัครวิเชียร, จีรสุดา คำสีเชียว, ดวงทิพย์ หงส์สมุทร, พิมพ์ศรี แสงคาร์, พยอม สุขเอนกนันท์ . มุมมองของผู้บริหารต่อการนำร้านยาเข้าเชื่อมโยงกับระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ . *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข* 2552 ; 4 : 573 – 80.
- 36 วิวรรณ อัครวิเชียร, ธารินทร์ อัครวิเชียร, ชาญชัย จารุภาชน, ขนิษฐา เจริญชุนทด , พัทธวีภา เจริญธรรม . ความคิดเห็นในเรื่องบทบาท หน้าที่และกิจกรรมต่อบริการปฐมภูมิของร้านยาคุณภาพในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข* 2553; 1 : 101 – 7.
- 37 วิวรรณ อัครวิเชียร, นุติ ซาลีเชียงพิณ , กานติศา บุญเสริม , จิรัฐติ สุทธิโสม , วีระพันธ์ ปัตถา . มุมมองของผู้ใช้บริการต่อบริการทางเภสัชกรรมหากมีการนำร้านยาคุณภาพเข้าในเครือข่ายระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ . *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข* 2559 ; 2 : 176 – 89.
- 38 สุพรรณษา ใหม่เอี่ยม . ผลลัพธ์ของการจัดการการบำบัดด้านยาในผู้ป่วยโรคเบาหวานภายใต้รูปแบบเครือข่ายโรงพยาบาลและร้านยา [วิทยานิพนธ์ปริญญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ; 2554.
- 39 พยอม สุขเอนกนันท์ , ธนรรจ์ รัตนโชติพานิช , บุชบา ไทวรรณ , รัตนา เสนาหนอก , พิรยา สมสะอาด , อุกฤษฏ์ สนหอม, และคณะ. การเปรียบเทียบผลสัมฤทธิ์ของการบริการทางเภสัชกรรมผู้ป่วยเรื้อรังที่รับยาต่อเนื่องระหว่างร้านยาคุณภาพและศูนย์แพทย์ชุมชน จังหวัดมหาสารคาม . *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข* 2555 ; 1 : 100 – 11.

- 40 วิลาวัลย์ ทุนดี , ปวีตรา พูลบุตร, รจเรศ หาญรินทร์ . โครงการการบริหารทางเภสัชกรรม และจ่ายยาต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยเบาหวานประเภทที่ 2 ในร้านยามหาวิทยาลัย . โครงการวิจัย ร่วมระหว่างคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคามและโรงพยาบาลมหาสารคาม.
- 41 สมสุข สัมพันธ์ประทีป. การประเมินประสิทธิภาพโครงการเติมยาเติมสุข .วารสารวิชาการ แพทย์เขต 11 2559 ; 2 : 59 – 68.
- 42 Barnett M ,Frank J ,Wehring H , Newland B , VonMuenster S , Kumbera P , et al. Analysis of Pharmacist-provided Medication Therapy Management (MTM) Services in Community Pharmacies Over 7 Years. Journal of Managed Care Pharmacy 2009 ; 15 (1) : 18-31.
- 43 Moczygamba L, Barner J, Brown C, Lawson K, Gabrillo E, Godley P, et al. Patient satisfaction with a pharmacist-provided telephone medication therapy management program. Research in Social and Administrative Pharmacy 2010; 6(2) : 143 – 54.
- 44 พัทยา หวังสุข . การประเมินโครงการเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยใช้ยารักษาในโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอปทุมราชวงศา จังหวัดอำนาจเจริญ โดย CIPP Model [วิทยานิพนธ์ปริญญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต] . มหาสารคาม : มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ; 2557.
- 45 โชคเฉลิม รวิวงศ์ .การประเมินโครงการพัฒนาการเชื่อมโยงร้านยากับระบบหลักประกัน สุขภาพจังหวัดมหาสารคาม [วิทยานิพนธ์ปริญญาเภสัชศาสตรบัณฑิต] . มหาสารคาม : มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ; 2554.
- 46 ประภัสสร จินานุรักษ์, จันทรรัตน์ สิทธิธรรม. ความคิดเห็นของเภสัชกรชุมชนต่อการ ให้บริการทางเภสัชกรรมของร้านยาเดี่ยวในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. วารสารเภสัช กรรมไทย 2560 ; 2 : 406 – 21.
- 47 สุพัตรา ศรีวณิชชากร, ณัฐพร สุขพอดิ, เยาวรัตน์ ศุภกรรม, รัตนา เกลี้ยงจิตรแผ้ว. การ สืบเสาะภาวะของประชาชนที่มาใช้บริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา. พระนครศรีอยุธยา : โครงการวิจัยและพัฒนาระบบบริการเวชปฏิบัติทั่วไป สถาบันวิจัยระบบ สาธารณสุข ; 2541.
- 48 สุรสิทธิ์ ล้อจิตรอำนวย, สมเจตน์ ไวยาการณ์, เพชรรัตน์ พงษ์เจริญสุข, ชินเชียร โภณีอก, สิ้นธุ์ ชัย แก้วกิตติชัย. รูปแบบร้านยาภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทย. วารสารเภสัชกรรมโรงพยาบาล 2552; 19 : 110 – 22.
- 49 วิจิตรา ชิมตระกูล . การประเมินผลโครงการคลินิกเติมยาโรคความดันโลหิตสูงโดยเภสัชกรใน โรงพยาบาลศรีประจันต์ [วิทยานิพนธ์ปริญญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต]. นครปฐม : มหาวิทยาลัยศิลปากร ; 2557.
- 50 ณัฐภรณ์ ทรงสิริสุข, นิลวรรณ อยู่ภักดี. การสำรวจกิจกรรมการปฏิบัติงานเชิงวิชาชีพของ เภสัชกรในร้านขายยาแผนปัจจุบันทั่วประเทศไทย. วารสารเภสัชกรรมไทย 2560 ; 2: 307-20.

- 51 สุพัตรา ศรีวณิชชากร, ธีรพร สุขพอดี. การสำรวจสภาวะของประชาชนที่มาใช้บริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา. พระนครศรีอยุธยา : โครงการวิจัยและพัฒนา ระบบบริการเวชปฏิบัติทั่วไป สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ; 2541.







ภาคผนวก ก

แบบสัมภาษณ์การประเมินผลโครงการร้านยาชุมชนอบอุ่น จังหวัดร้อยเอ็ดด้วย CIPP model

แบบสัมภาษณ์

การประเมินผลโครงการร้านยาชุมชนอบอุ่น จังหวัดร้อยเอ็ดด้วย CIPP model
ภายใต้โครงการประเมินผลเชิงพัฒนา (Developmental Evaluation) โครงการนำร่อง
ให้ผู้ป่วยรับยาที่ร้านขายยาเพื่อลดความแออัดโรงพยาบาลร้อยเอ็ด

ขั้นที่ 1 ทักทายสร้างบรรยากาศ และแจ้งวัตถุประสงค์ของการศึกษาและลงนามยินยอมในแบบ
ยินยอม

- 1) เพศ ช/ญ อายุ ___ ปี สถานภาพสมรส.....
- 2) ตำแหน่งปัจจุบัน/ประสบการณ์การทำงาน _____
- 3) ระยะเวลาในการทำงานในตำแหน่ง ___ ปี

กรณีผู้ให้สัมภาษณ์เป็นเภสัชกรร้านยา

- 1) มีร้านยากี่สาขา.....
- 2) เข้าร่วมโครงการมาเป็นเวลา.....ปี
- 3) มีผู้ป่วยที่ให้บริการจำนวน.....คน
- 4) ท่านเป็นผู้ให้บริการเองหรือไม่.....
- 5) มีเภสัชกรกี่คนเป็นผู้ให้บริการ.....

ขั้นที่ 2 คำถาม

ข้อคำถาม	ผู้บริหาร	ผู้ให้บริการ	ผู้ป่วย
Context			
1. ท่านคิดอย่างไรกับโครงการร้านยาชุมชนอบอุ่นของจังหวัดร้อยเอ็ด			
○ วัตถุประสงค์ของโครงการ	*	**	
○ วิสัยทัศน์(ภาพฝัน/ภาพที่อยากเห็น)ของหน่วยงาน/ร้านยาของท่าน (ทำเพื่อตอบโจทย์อะไร)	*	**	
○ รู้จักโครงการนี้ได้อย่างไร / อะไรเป็นสาเหตุที่ท่านตัดสินใจเข้าร่วมโครงการ	*	**	***
○ ปัญหาในระบบการให้บริการผู้ป่วยอย่างไรบ้าง	*	**	***
○ ท่านคิดว่าความแออัดของโรงพยาบาลเป็นอย่างไร			
○ ปัญหาอื่นๆ			
2. ความมั่นใจต่อระบบบริการของร้านยาเพื่อการส่งต่อ (ถ้าเป็นเภสัชกรร้านยาให้ถามว่าท่านมีความมั่นใจที่จะรับการส่งต่อจากโรงพยาบาลหรือไม่)	*	**	***

ข้อความ	ผู้บริหาร	ผู้ให้บริการ	ผู้ป่วย
3. มีความคาดหวังหรือเป้าหมาย หรือประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับอะไรบ้าง ภายหลังจากเข้าร่วมโครงการ	*	**	***
4. การตั้งเป้าหมายของการโครงการร้านยาชุมชนอบอุ่น เพียงพอต่อความต้องการอย่างไรหรือไม่ อย่างไร	*	**	***
Input			
1. การจัดระบบเพื่อรองรับโครงการนี้ทางรพ./สสจ./ร้านยา จัดเตรียมอย่างไร (ทั้งโครงการเตรียมให้ และส่วนที่เตรียมเอง)	*	**	***
○ ทุน งบประมาณ	*	**	
○ คน ผู้ประสานงาน ผู้กำกับติดตาม การอบรม การพัฒนา	*	**	
○ เกณฑ์คัดเลือกร้านยา	*	**	***
○ การประสานงานภายใน	*	**	***
○ ค่าตอบแทน	*	**	
○ การประชาสัมพันธ์ (การรับรู้)	*	**	***
2. ฐานข้อมูลคนไข้และการตรวจสอบระหว่างร้านยาและโรงพยาบาล			
3. รูปแบบการจ่ายยา (Model 1-2-3) ระบบการประกันการได้รับยา และระบบตรวจสอบ	*	**	***
4. มีรูปแบบที่จัดเตรียมอำนวยความสะดวก และคุ้มค่ากับการลงทุนหรือไม่	*	**	
Process			
1. ก่อนเริ่มโครงการ ท่านได้มีการเตรียมความพร้อมอย่างไรบ้าง	*	**	***
2. ท่านมีส่วนร่วมในโครงการนี้อย่างไรบ้าง	*	**	
3. การดำเนินโครงการเป็นไปตามแผนที่วางไว้(ความคาดหวัง)หรือไม่	*	**	
○ กระบวนการคัดเลือก/เกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ป่วย	*	**	
○ กรณีผู้ป่วยปฏิเสธเข้าร่วมโครงการ (หรือไม่มารับยาต่อเนื่องตามกำหนด) แก้ไขอย่างไร	*	**	
○ การรับยาอย่างต่อเนื่อง (การคงอยู่ของผู้ป่วยในโครงการ)	*	**	***
○ ระบบการนัดหมาย	*	**	***
○ มีการติดตามการดำเนินโครงการ	*	**	***
○ ระบบข้อมูล และการเชื่อมต่อข้อมูล รพ.-ร้านยา ทำอย่างไรบ้าง	*	**	

ข้อความ	ผู้บริหาร	ผู้ให้บริการ	ผู้ป่วย
○ วิธีการสื่อสารกับผู้ป่วยเพื่อให้อยู่ในโครงการอย่างต่อเนื่อง (วาจา เอกสาร บันทึก แอปพลิเคชัน)	*	**	***
4. ช่องทางการสื่อสารระหว่างแพทย์และเภสัชกรร้านยา	*	**	
5. กระบวนการส่งยาและเก็บรักษา ในทางปฏิบัติเป็นอย่างไร	*	**	
6. รูปแบบการให้บริการของเภสัชกร เช่น เทคนิค อุปกรณ์ เวลาที่ใช้ เป็นอย่างไร (กรณีร้านยาให้ขอภาพถ่ายร้านยา)	*	**	***
Product			
1. การดำเนินโครงการมีส่วนไหนที่ชอบ ○ มารับบริการที่ร้านยากี่ครั้ง ○ มีความสะดวกในการมารับบริการหรือไม่ ○ ผลลัพธ์ทางคลินิกเป็นอย่างไร / อาการดีขึ้นไหม	*	**	*** *** *** ** ***
2. คิดว่าร้านยาได้รับการยอมรับร่วมให้บริการครั้งนี้มากน้อยอย่างไร ○ ความร่วมมือของแต่ละภาคส่วน (แพทย์ พยาบาล เภสัชกร ผู้ป่วย สารสนเทศ อื่นๆ) ○ ลักษณะการทำงานชัดเจน ตรวจสอบได้	*	**	***
3. การดำเนินโครงการมีส่วนไหนพบปัญหา/อุปสรรคอะไรระหว่าง ดำเนินโครงการ ปัญหาไหนที่คิดว่าสำคัญ 3 ลำดับแรก	*	**	***
4. จำนวนผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการเป็นไปตามเป้าหมายหรือไม่	*	**	
5. ถ้าให้คะแนนความพึงพอใจในภาพรวมของการให้บริการ / การมา รับบริการที่ร้านยา ให้คะแนน จาก 0 – 10 (0 คือไม่พึงพอใจอย่างยิ่ง 10 คือ พึงพอใจอย่างยิ่ง)		**	***
6. สุดท้ายนี้ท่านมีข้อเสนอแนะเพิ่มเติมอะไรบ้าง	*	**	***

ขั้นที่ 3 แสดงความขอบคุณสำหรับการให้ข้อมูลเพื่อการพัฒนางานเภสัชกรรมเพื่อประโยชน์ต่อสังคมต่อไป



ภาคผนวก ข

แบบสัมภาษณ์ความพึงพอใจต่อการเข้ารับบริการที่ร้านยาร่วมบริการ

พหุจน์ ปณฺ ทิโต ชีเว

ตอนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ความพึงพอใจของผู้รับบริการรับยาต่อเนื่องที่ร้านยา

หัวข้อประเมิน	คะแนน ความพึงพอใจ (0 – 10)
ความพึงพอใจต่อขั้นตอนและความพร้อมในการให้บริการ	
1. ท่านพึงพอใจต่อขั้นตอนการให้บริการที่เป็นระบบ ไม่ยุ่งยากหรือซับซ้อน	
2. ท่านพึงพอใจต่อขั้นตอนการให้บริการที่สะดวก รวดเร็ว	
3. ท่านพึงพอใจต่อเครื่องมือและอุปกรณ์ในการให้บริการของร้านยา	
ความพึงพอใจต่อการให้บริการโดยเภสัชกร	
4. ท่านพึงพอใจต่อการให้คำแนะนำของเภสัชกรได้ตรงตามความต้องการ	
5. ท่านพึงพอใจต่อการบริการของเภสัชกรที่สุภาพ เอาใจใส่ ยิ้มแย้มแจ่มใส	
6. ท่านพึงพอใจต่อการรับฟังความคิดเห็นและปัญหาจากการใช้ยาของเภสัชกร	
ความพึงพอใจในด้านเวลาและสถานที่	
7. ท่านพึงพอใจต่อที่ตั้งของร้านยาอยู่ในทำเลที่สะดวกในการเข้ารับบริการ	
8. ท่านพึงพอใจต่อระยะเวลาการมารอรับบริการกับเภสัชกรที่ร้านยา	
9. ท่านพึงพอใจต่อระยะเวลาในการรับยาและคำปรึกษาจากเภสัชกร	
10. ท่านพึงพอใจต่อการจัดพื้นที่เป็นสัดส่วนเพื่อให้บริการรับยาต่อเนื่อง	
ผลลัพธ์และภาพรวม	
11. ท่านทานยาได้อย่างถูกต้องและเข้าใจการใช้ยามากขึ้นกว่าเดิม	
12. ท่านประทับใจในบริการที่ได้รับจากร้านยาในโครงการร้านยาชุมชนอบอุ่น	
13. ท่านพอใจและเต็มใจที่จะมารับบริการที่ร้านยาในครั้งต่อไป	

ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

.....

.....

.....

.....

.....

.....



ภาคผนวก ค
เอกสารจริยธรรมวิจัย

พหุบัณฑิตวิทยาลัย



คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

เลขที่การรับรอง : 272/2563

ชื่อโครงการวิจัย (ภาษาไทย) การประเมินผลโครงการร้านยาชุมชนอบอุ่น จังหวัดร้อยเอ็ด ด้วย CIPP model
 ชื่อโครงการวิจัย (ภาษาอังกฤษ) Evaluation of Community pharmacy project in Roi Et Province using CIPP model.

ผู้วิจัย : นางสาวปะการัง ศรีวะสุทธิ์
 หน่วยงานที่รับผิดชอบ : คณะเภสัชศาสตร์
 สถานที่ทำการวิจัย : จังหวัดร้อยเอ็ด

ประเภทการพิจารณาแบบ : แบบเร่งรัด

วันที่รับรอง : 13 พฤศจิกายน 2563

วันหมดอายุ : 12 พฤศจิกายน 2564

ข้อเสนอการวิจัยนี้ ได้รับการพิจารณาและให้ความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคามแล้ว และอนุมัติในด้านจริยธรรมให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องข้างต้นได้ บนพื้นฐานของโครงการงานวิจัยที่คณะกรรมการฯ ได้รับและพิจารณา เมื่อเสร็จสิ้นโครงการแล้วให้ผู้วิจัยส่งแบบฟอร์มการปิดโครงการและรายงานผลการดำเนินงานมายังคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หรือ หากมีการเปลี่ยนแปลงใดๆ ในโครงการวิจัย ผู้วิจัยจักต้องยื่นขอรับการพิจารณาใหม่

.....*กมล สุวาทิต*.....

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เภสัชกรหญิงรাত্রี สุวางจิตร์)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)



MAHASARAKHAM UNIVERSITY ETHICS COMMITTEE FOR
RESEARCH INVOLVING HUMAN SUBJECTS

Certificate of Approval

Approval number: 272/2020

Title : Evaluation of Community pharmacy project in Roi Et Province using CIPP model.

Principal Investigator : Miss Pakarang Sriwasut

Responsible Department : Faculty of Pharmacy

Research site : Roi Et Province

Review Method : Expedited Review

Date of Manufacture : 13 November 2020

expire : 12 November 2021

This research application has been reviewed and approved by the Ethics Committee for Research Involving Human Subjects, Mahasarakham University, Thailand. Approval is dependent on local ethical approval having been received. Any subsequent changes to the consent form must be re-submitted to the Committee.

Ratree S.

(Asst. Prof. Ratree Sawangjit)

Chairman

Approval is granted subject to the following conditions: (see back of this Certificate)

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ	นางสาวปะการัง ศรีวะสุทธิ์
วันเกิด	วันที่ 15 มกราคม พ.ศ. 2533
สถานที่เกิด	อำเภอกุตุชุม จังหวัดยโสธร
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	บ้านเลขที่ 111 หมู่ 8 ตำบลกุตุชุม อำเภอกุตุชุม จังหวัดยโสธร รหัสไปรษณีย์ 35140
ตำแหน่งหน้าที่การงาน	เภสัชกรชำนาญการ
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเลิงนกทา เลขที่ 284 หมู่ 1 ถนนทยาป่าสา ตำบลสวาท อำเภอเลิงนกทา จังหวัดยโสธร รหัสไปรษณีย์ 35120
ประวัติการศึกษา	พ.ศ. 2552 มัธยมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนเบ็ญจะมะมหาราช จังหวัด อุบลราชธานี พ.ศ. 2559 ปริญญาเภสัชศาสตรบัณฑิต (ภ.บ.) สาขาวิชาบริหารเภสัชกรรม มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ พ.ศ. 2564 ปริญญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต (ภ.ม.) สาขาวิชาเภสัชกรรม คลินิก มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ทุนวิจัย	ทุนสนับสนุนการทำวิทยานิพนธ์ สำหรับนิสิตระดับบัณฑิตศึกษา คณะเภสัชศาสตร์ ประจำปีงบประมาณ 2564

พูนุ ปลูก ทัต ชีเว