

## การประเมินผล “โครงการร้านยาชุมชนอบอุ่น” ในจังหวัดร้อยเอ็ดด้วยแบบจำลองชิปปี้

ประการัง ศรีวะสุทธิ์<sup>1</sup>, พยอม สุขเอนกนันท์ โอล์สัน<sup>2</sup>, พีรยา ศรีผ่อง<sup>3</sup>, จันท์ทิพย์ กาญจนศิลป์<sup>3</sup>, สายทิพย์ สุทธิรักษา<sup>2</sup>, ธีระพงษ์ ศรีศิลป์<sup>2</sup>, เปรมรินทร์ โพธิสาราช<sup>2</sup>, เพียงขวัญ ศรีมงคล<sup>2</sup>, กิตินันท์ จันทมาลี<sup>4</sup>, รัฐพงษ์ หล้ามูล<sup>4</sup>

<sup>1</sup>นิสิตระดับปริญญาโท หลักสูตรเภสัชกรรมคลินิก คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

<sup>2</sup>หน่วยปฏิบัติการวิจัยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมินานาชาติ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

<sup>3</sup>หน่วยปฏิบัติการวิจัยเภสัชกรรมคลินิก คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

<sup>4</sup>นิสิตระดับปริญญาตรี คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

### บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์ :** เพื่อประเมินผลโครงการร้านยาชุมชนอบอุ่นจังหวัดร้อยเอ็ด **วิธีการ:** งานวิจัยแบบผสมผสานครั้งนี้ ดำเนินการระหว่างกรกฎาคม-ธันวาคม 2563 การศึกษาเชิงคุณภาพเลือกผู้ให้บริการและผู้ป่วยแบบเจาะจง แบบสัมภาษณ์พัฒนาตามกรอบแนวคิดแบบจำลองชิปปี้ การวิจัยใช้การสัมภาษณ์แบบออนไลน์ แบบพบหน้า และทางโทรศัพท์จนข้อมูลถึงจุดอิ่มตัว การศึกษาใช้การวิเคราะห์แก่นสาระ แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยพัฒนาขึ้นในการศึกษานี้ การวิจัยเลือกผู้ป่วยโดยกำหนดโควตาและสุ่มอย่างง่ายเพื่อประเมินความพึงพอใจ **ผลการวิจัย :** ผู้เข้าร่วมสัมภาษณ์เชิงลึกจำนวน 42 คน เป็นกลุ่มผู้ให้บริการ 27 คน และผู้ป่วย 15 คน ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามความพึงพอใจจำนวน 80 คน การวิเคราะห์แก่นสาระพบว่า ด้านบริบทมี 3 แนวคิดหลัก คือ ระบบบริการสุขภาพ เป้าหมาย และความคาดหวังต่อโครงการ ด้านปัจจัยนำเข้ามี 4 แนวคิดหลัก คือ ทรัพยากรบุคคล รูปแบบการให้บริการ การประชาสัมพันธ์ และการเงิน ด้านกระบวนการมี 4 แนวคิดหลัก คือ ปัญหาด้านการรับรู้เป้าหมาย ด้านกำลังคน ด้านรูปแบบการให้บริการ และด้านการประชาสัมพันธ์ ด้านผลลัพธ์/ผลกระทบมี 5 แนวคิดหลัก คือ การยอมรับเภสัชกร จำนวนผู้ป่วยที่รับบริการจากร้านยา ความคุ้มค่า คุณภาพการให้บริการของเภสัชกร และความสะดวก ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า โครงการต้องการลดความแออัดในโรงพยาบาล แม้ว่าจำนวนการส่งผู้ป่วยออกไปรับบริการที่ร้านยายังมีปริมาณต่ำกว่าเป้าหมาย ผู้ป่วยพึงพอใจโดยเฉลี่ยต่อบริการของร้านยาในระดับมากที่สุด (9.7±0.7) ผู้ป่วยได้รับบริการที่สะดวกสบาย เภสัชกรร้านยาช่วยแก้ไขปัญหาการใช้ยา บทบาทวิชาชีพเภสัชกรรมชุมชนได้ถูกส่งเสริมมากขึ้น ผลการศึกษายังชี้ให้เห็นส่วนที่ควรพัฒนาเพื่อการดำเนินงานถึงเป้าหมาย เช่น วิธีการคัดเลือกผู้ป่วย ระบบการกระจายยาไปยังร้านยา การประชาสัมพันธ์ การขยายจำนวนร้านยาให้ครอบคลุมพื้นที่ต่างอำเภอ การสร้างการยอมรับของแพทย์ต่องานของเภสัชกรร้านยา **สรุป :** โครงการนี้ตอบสนองความต้องการของพื้นที่ ควรได้รับการสนับสนุนการดำเนินงานต่อเนื่องและควรมีการพัฒนาารูปแบบบริการให้ดีขึ้นต่อไป

**คำสำคัญ:** การประเมินผลโครงการ , แบบจำลองชิปปี้, ร้านยาชุมชนอบอุ่น, ความแออัดในโรงพยาบาล

รับต้นฉบับ: 10 ก.พ. 2565, ได้รับบทความฉบับปรับปรุง: 13 มี.ค. 2565, รับลงตีพิมพ์: 19 มี.ค. 2565

ผู้ประสานงานบทความ: พยอม สุขเอนกนันท์ โอล์สัน หน่วยปฏิบัติการวิจัยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมินานาชาติ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม 44150 E-mail: phayom.s@msu.ac.th

## Evaluation of the “Warm -Hearted Community Pharmacy Project” in Roi Et Province Using the CIPP Model

Pakarang Sriwasut<sup>1</sup>, Phayom Sookaneekun Olson<sup>2</sup>, Peeraya Sriphong<sup>3</sup>, Juntip Kanjanasilp<sup>3</sup>, Saithip Suttiruksa<sup>2</sup>,  
Theerapong Seesin<sup>2</sup>, Pemmarin Potisarach<sup>2</sup>, Piangkwan Srimongkhon<sup>2</sup>, Kitinun Janthamalee<sup>4</sup>, Rattapong Lhamoon<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Master of Pharmacy Program in Clinical Pharmacy, Faculty of Pharmacy, Mahasarakham University

<sup>2</sup>International Primary Care Practice Research Unit, Faculty of Pharmacy, Mahasarakham University

<sup>3</sup>Clinical Pharmacy Research Unit, Faculty of Pharmacy, Mahasarakham University

<sup>4</sup>Doctor of Pharmacy Program in Pharmaceutical Care, Faculty of Pharmacy, Mahasarakham University

### Abstract

**Objective:** To evaluate “the warm-hearted community pharmacy project” in Roi Et province. **Methods:** The research was a mixed method study undertaken from July to December 2020. In qualitative study, purposive sampling was employed to recruit health care providers and patients. In depth interview guides were constructed according to the CIPP framework. Data was collected by online, face-to-face, or telephone interviews until data saturation was reached. Data were analyzed using thematic analysis. Patient satisfaction questionnaire was developed in this study. Quota and simple random sampling were employed to select subjects for satisfaction measurement. **Results:** There were 42 participants enrolled in this study including 27 health care providers and 15 patients. Eighty patients responded to the patient satisfaction questionnaire. Thematic analysis revealed three main themes in context dimension, including health service systems, goals, and expectations for the project. Input dimension contained four main themes including human resources, arrangement of services, raising public awareness and finance. Process dimension consisted of four main themes, i.e., goal perception, workforce, service arrangement, and raising public awareness. Product/impact dimension included five dimensions i.e., acceptance of pharmacists, number of patients receiving service from community pharmacies, value, quality of care by the pharmacists, and convenience. The results indicated that the project aimed to reduce crowding in the hospital even though the number of patients referred to community pharmacies was still lower than the target. The patients were highly satisfied with the services from the community pharmacies (9.7±0.7). Patients received convenient services from community pharmacies. Pharmacists helped resolve drug related problems for patients. This project strengthened the role of community pharmacists. The results also pointed to the issues needing improvement in order to achieve the goal such as patient recruitment processes and drug distribution systems to the community pharmacies, raising public awareness, recruitment of more community pharmacists to cover more districts, and building the trust of physicians in community pharmacists. **Conclusion:** This project was able to respond to the need in the area, and should be encouraged to become ongoing service. Nevertheless, the service should be further improved.

**Keywords:** project evaluation, CIPP model, warm hearted community pharmacy project, hospital overcrowding

## บทนำ

ความแออัดในโรงพยาบาลรัฐเป็นปัญหาที่สำคัญทางสาธารณสุข ในปี พ.ศ. 2560 ผู้ป่วยนอกเข้ารับบริการในสถานบริการสาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุขทั่วประเทศ 220,063,238 ครั้ง/ปี ซึ่งเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องในทุกปี จำนวนผู้ป่วยในโรงพยาบาลรัฐมีอย่างน้อย 1,200 คนต่อวัน (1) จำนวนผู้ป่วยที่มากขึ้นส่งผลให้เกิดความแออัดและเพิ่มระยะเวลาการรอคอยของผู้ป่วย

การให้บริการภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่องเพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาล โดยพยายามส่งเสริมการจัดหาสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการสุขภาพใกล้บ้านเพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงการบริการที่สะดวกมากยิ่งขึ้น (2) รวมถึงการนำร้านยามาร่วมในการให้บริการ ในประเทศพัฒนาแล้วหลายประเทศได้มีการผนวกร้านยาเอกชนเข้ามาร่วมให้บริการด้านสุขภาพแก่ประชาชนภายใต้ระบบสุขภาพหลักของประเทศ เช่น ออสเตรเลีย (3) เยอรมัน (4) อังกฤษ (5) สวีเดน (6) เป็นต้น โดยทำหน้าที่บริบาลทางเภสัชกรรม เช่น จ่ายยาตามใบสั่งยาให้แก่ผู้ป่วย จ่ายยาที่ไม่ต้องใช้ใบสั่ง ให้คำแนะนำปรึกษาเรื่องยาและสุขภาพ เป็นต้น สำหรับประเทศไทยได้มีการศึกษาการให้บริการในร้านยาภายใต้หลักประกันสุขภาพแห่งชาติในช่วงปี พ.ศ.2544-2545 โดยมีงานวิจัยนาร่อง เช่น การทดลองให้ร้านยาจ่ายยาตามใบสั่งและทบทวนใบสั่งยา (7,8) การทดลองให้ร้านยาจ่ายยาต่อเนื่องตามใบสั่งยาสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (9) การให้ร้านยาทำหน้าที่คัดกรองหาผู้ที่เสี่ยงต่อโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง (10) การให้ร้านยาจ่ายยาแก่ผู้ป่วยที่เจ็บป่วยเล็กน้อยที่พบบ่อย (11,12) เป็นต้น จากการศึกษาพบว่า ผลสัมฤทธิ์ทางคลินิกของการให้บริการจ่ายยาต่อเนื่องตามใบสั่งแพทย์แก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยร้านยาไม่มีความแตกต่าง เมื่อเปรียบเทียบกับบริการโดยโรงพยาบาลหรือหน่วยบริการปฐมภูมิ (9) และร้านยายังช่วยลดต้นทุนการให้บริการและค่าใช้จ่ายของประชาชนหรือผู้ป่วยที่มาใช้บริการ โดยเฉพาะต้นทุนค่าเสียโอกาสจากการหยุดหรือลางาน รวมถึงการลดค่าใช้จ่ายในการเดินทางเพื่อรับบริการ

จากนโยบายของรัฐมนตรีกระทรวงสาธารณสุข เรื่องการลดความแออัดและลดระยะเวลาการรอคอยรับยาของผู้ป่วยที่โรงพยาบาล สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สภาเภสัชกรรม และสมาคมเภสัชกรรม

ชุมชน (ประเทศไทย) จึงได้เริ่มดำเนินโครงการนาร่องให้ผู้ป่วยรับยาที่ร้านขายยาใน 3 รูปแบบได้แก่ รูปแบบที่ 1 โรงพยาบาลคัดเลือกและจัดซื้อจัดหายา ส่งยาไปที่ร้านยาเพื่อจ่ายให้กับผู้ป่วย รูปแบบที่ 2 โรงพยาบาลนำยาไปสำรองที่ร้านยา และให้เภสัชกรร้านยาเป็นผู้จ่ายยารายบุคคลตามใบสั่งแพทย์ และรูปแบบที่ 3 คือร้านยาดำเนินการจัดการด้านยา (13)

จังหวัดร้อยเอ็ดเริ่มดำเนินโครงการร้านยาชุมชนอบอุ่น โดยมีโรงพยาบาลร้อยเอ็ดเป็นโรงพยาบาลแม่ข่าย ตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ. 2562 ดำเนินการในรูปแบบที่ 1 ครอบคลุมกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หอบหืด ปอดอุดกั้นเรื้อรัง และต่อมลูกหมากโต โดยในปี พ.ศ. 2563 มีร้านยาเข้าร่วมโครงการทั้งหมด 21 ร้าน ซึ่งการประชุมครั้งที่ 1/2563 เมื่อวันที่ 4 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2563 พบว่ามีผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการ 149 คนจากผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เข้าเกณฑ์ 1,785 คน (ร้อยละ 8.35) ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมายที่ตั้งไว้ร้อยละ 15 จากการสะท้อนข้อมูลของผู้ดำเนินงานพบว่ายังมีปัญหาและอุปสรรคขณะดำเนินโครงการ ได้แก่ มีการส่งผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการน้อย มีเพียงบางกลุ่มโรคที่มีผู้ป่วยไปรับยาที่ร้านยาเครือข่าย เป็นต้น

การประเมินโครงการโดยใช้แบบจำลองชิปปี้เหมาะสำหรับโครงการที่กำลังดำเนินการ เนื่องจากสามารถช่วยประเมินความก้าวหน้า บ่งชี้จุดเด่น และจุดด้อยของโครงการ เพื่อนำผลการประเมินไปปรับปรุงการดำเนินงานโครงการให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น (14) ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะประเมินผลโครงการร้านยาชุมชนอบอุ่น จังหวัดร้อยเอ็ดด้วยแบบจำลองชิปปี้ โดยประเมินผลจากมุมมองของผู้ให้บริการ ทั้งระดับบริหาร ได้แก่ ผู้บริหารโรงพยาบาล และผู้บริหารในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ระดับปฏิบัติการ ได้แก่ พยาบาล เภสัชกรโรงพยาบาล และเภสัชกรร้านยา และมุมมองของผู้ป่วย ทั้งนี้เพื่อเป็นข้อมูลให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องนำไปดำเนินการและขยายโครงการต่อไปอย่างต่อเนื่อง

## วิธีการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยภาคตัดขวางแบบผสมผสานวิธี ซึ่งได้ผ่านการรับรองโครงการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เลขที่การรับรอง 194/2563

### กลุ่มผู้ให้ข้อมูล

การศึกษาเชิงคุณภาพเป็นการสัมภาษณ์เชิงลึกในกลุ่มผู้ให้ข้อมูลที่เลือกด้วยวิธีเจาะจง ประกอบด้วย ผู้ให้บริการที่มีส่วนร่วมในการดำเนินโครงการร้านยาชุมชนอบอุ่นในจังหวัดร้อยเอ็ด (โครงการฯ) จำนวน 32 คน ได้แก่ ผู้บริหารโรงพยาบาล 1 คน ผู้บริหารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 1 คน เกษตรกรสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 1 คน แพทย์ 4 คน เกษตรกรโรงพยาบาล 2 คน พยาบาล 2 คน เกษตรกรร้านยา 21 คน และผู้ป่วยจำนวน 21 คน โดยเลือกจากร้านยาร้านละ 1 คน เกณฑ์การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูล ได้แก่ เป็นผู้ที่ดำเนินโครงการและหรือเข้าร่วมโครงการฯ ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป สามารถอ่าน ฟัง เขียน และสื่อสารให้ข้อมูลได้ สามารถติดต่อผ่านทางโทรศัพท์ และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยยุติการเก็บข้อมูลเมื่อข้อมูลอิ่มตัวเชิงคุณภาพ

งานวิจัยเชิงปริมาณประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อบริการที่ได้รับจากร้านยา กลุ่มเป้าหมายคือผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการฯ 251 คน โดยเกณฑ์คัดเลือกคือผู้ที่มีหมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้และยินยอมเข้าร่วมโครงการ การคำนวณขนาดตัวอย่างใช้สูตรสำหรับการประมาณค่าเฉลี่ยของประชากรกลุ่มเดียว (15) โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 กำหนดความคลาดเคลื่อนที่ 0.1 คะแนน การศึกษาในอดีตพบว่า ความพึงพอใจเฉลี่ยของผู้ป่วยที่มารับบริการการจัดการการรักษาด้วยยา (medication management program) ที่ร้านยา (16) มีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.4 และเพิ่มจำนวนตัวอย่างร้อยละ 30 เพื่อป้องกันการสูญหาย ได้จำนวนตัวอย่าง 80 คน ผู้วิจัยใช้การสุ่มอย่างง่ายเลือกตัวอย่างในแต่ละร้านตามสัดส่วนของจำนวนผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการในแต่ละร้าน

### เครื่องมือ

เครื่องมือในการวิจัย คือ แนวคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึกแบบกึ่งโครงสร้างที่พัฒนาขึ้นตามกรอบแนวคิดแบบจำลองชิปปี้ ประกอบด้วย การประเมินบริบท (context: C) หรือวัตถุประสงค์หรือความเป็นไปได้ของโครงการ ปัญหาก่อนเริ่มโครงการ และการค้นหาเป้าหมายในโครงการ ปัจจัยนำเข้า (input: I) เป็นการประเมินทรัพยากรการจัดรูปแบบการให้บริการ ได้แก่ ค่าตอบแทน การประสานงาน การติดตาม การนัดหมาย การประชาสัมพันธ์ฐานข้อมูล รูปแบบการจ่ายยา เพื่อพิจารณาถึงความพร้อมของทรัพยากร กระบวนการ (process: P) เป็นการประเมิน

กิจกรรมโครงการเพื่อหาข้อบกพร่อง เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการปรับปรุงการดำเนินโครงการให้มีประสิทธิภาพ ตั้งแต่กระบวนการก่อนเริ่มโครงการและกิจกรรมขณะดำเนินโครงการ และผลผลิต/ผลกระทบ (product/impact :P) ซึ่งเป็นการประเมินเพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับวัตถุประสงค์ของโครงการที่กำหนดไว้ ได้แก่ การลดความแออัด การยอมรับ ความพึงพอใจ ความคุ้มค่า และการแก้ปัญหาด้านยา

แบบสอบถามความพึงพอใจจำนวน 13 ข้อ พัฒนาขึ้นในการศึกษานี้ ประกอบด้วย 4 มิติ ได้แก่ ความพึงพอใจด้านขั้นตอนและความพร้อมในการให้บริการ (3 ข้อ) ด้านการให้บริการโดยเภสัชกร (3 ข้อ) ด้านเวลาและสถานที่ (4 ข้อ) และด้านผลลัพธ์และภาพรวม (3 ข้อ) โดยใช้มาตรวัดแบบมาตราส่วนประเมินค่า 1-10 คะแนน

แบบสัมภาษณ์ตามกรอบแบบจำลองชิปปี้และแบบสอบถามความพึงพอใจผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 4 ท่าน ได้แก่ อาจารย์คณะเภสัชศาสตร์ผู้เชี่ยวชาญเรื่องงานวิจัยทางด้านเภสัชศาสตร์ 2 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญทางด้านงานวิจัยเชิงคุณภาพ 2 ท่าน โดยตรวจสอบความสอดคล้องของข้อคำถามแต่ละข้อกับวัตถุประสงค์ของการศึกษาและความครอบคลุมของคำถามแบบสอบถามความพึงพอใจมีการทดสอบความเที่ยงในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 30 คนที่ไม่ได้อยู่ในการศึกษานี้ พบว่าได้ค่า Cronbach's alpha 0.89

### การดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยจัดประชุมชี้แจงโครงการฯ ก่อนเริ่มดำเนินงาน แก่เภสัชกรร้านยา ผู้บริหารโรงพยาบาล เกษตรกรโรงพยาบาล และเภสัชกรสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด (สสจ.) หลังจากนั้นรวบรวมเอกสารการดำเนินงานโครงการฯ และข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการจากผู้ประสานงานโรงพยาบาล

ผู้วิจัยประสานกับผู้เข้าร่วมโครงการเพื่อแจ้งรายละเอียดของโครงการวิจัยทางโทรศัพท์และส่งเอกสารชี้แจง และไปยินยอมเข้าร่วมวิจัย ซึ่งระบุรายละเอียดเรื่องการขออนุญาตอดเสียงขณะสัมภาษณ์ การทำลายเทปบันทึกเสียง และการปกปิดความลับของข้อมูล เพื่อประกอบการตัดสินใจก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย 1 สัปดาห์ การสัมภาษณ์ดำเนินการในห้องแยกที่เป็นสัดส่วนจากผู้อื่นในที่ทำงานหรือเป็นสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ โดยมีการบันทึกเสียงขณะสัมภาษณ์ ขณะสัมภาษณ์มีผู้ร่วมสัมภาษณ์

2 คน คือ ผู้สัมภาษณ์ 1 คน และผู้บันทึกข้อความสำคัญและตรวจสอบความครบถ้วนตามกรอบการสัมภาษณ์อีก 1 คน เทปที่อัดเสียงใช้รหัสในการตั้งชื่อ หลังจากนั้นดำเนินการถอดเทปบทสัมภาษณ์แบบคำต่อคำ (verbatim) โดยดำเนินการภายใน 1-2 สัปดาห์หลังจากที่สัมภาษณ์เสร็จสิ้น

สำหรับการประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อบริการที่ได้รับจากร้านยา ทำโดยส่งแบบสอบถามให้ผู้ป่วยที่บ้านและให้ตอบกลับทางไปรษณีย์หรือโทรศัพท์สอบถามให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยอ่านแบบสอบถามทีละข้อแล้วให้ผู้ป่วยให้คะแนนแต่ละข้อโดยนัดเวลาที่ผู้ป่วยสะดวกล่วงหน้า

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์เนื้อหาของข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลท่านแรกโดยใช้กรอบแนวคิดแบบจำลองชิปปี้ เพื่อจัดกลุ่มแนวคิดหลักและแนวคิดรองด้วย Microsoft excel หลังจากนั้นวิเคราะห์ความสมบูรณ์ของข้อมูลในการตอบคำถามการวิจัย และค้นหาสิ่งที่ต้องการเพิ่มเติมในผู้ให้สัมภาษณ์คนต่อไป การสัมภาษณ์

และการวิเคราะห์ข้อมูลเช่นนี้ดำเนินการจนข้อมูลถึงจุดอิ่มตัวหรือไม่มีแนวคิดใหม่เพิ่มเติม การศึกษากำหนดรหัสแก่ผู้ให้ข้อมูลดังนี้ แพทย์ (D) พยาบาล (N) เกษัชกรโรงพยาบาลและเภสัชกร สสจ. (PH) เกษัชกรร้านยา (P) และผู้ป่วย (PT)

การวิเคราะห์แก่นสาระเพื่อหาแนวคิดหลักและแนวคิดรองทำโดยผู้วิจัย 2 คนสรุปแนวคิดร่วมกัน หากไม่เห็นพ้อง จะประชุมร่วมกันกับผู้วิจัยอีก 3 คน การศึกษานี้ใช้การประเมินแบบสามเส้า (triangulation) โดยการเปรียบเทียบข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์กับเอกสารการประชุมของโรงพยาบาลเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรคและผลการดำเนินโครงการ การวิเคราะห์ความพึงพอใจใช้ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

### ผลการวิจัย

#### ข้อมูลพื้นฐานของผู้เข้าร่วมการศึกษา

การศึกษาเชิงคุณภาพมีผู้เข้าร่วมการศึกษาทั้งหมด 42 คน (จากเป้าหมาย 53 คน) รายละเอียดข้อมูลพื้นฐานแสดงอยู่ในตารางที่ 1 จำนวนผู้เข้าร่วมการศึกษามี

ตารางที่ 1. ข้อมูลพื้นฐานของผู้เข้าร่วมการศึกษาเชิงคุณภาพ

ข้อมูล	ผู้ให้บริการ (n=27)		ผู้ป่วย (n=15)	
	คุณลักษณะ	จำนวน	คุณลักษณะ	จำนวน
เพศ	ชาย	6	ชาย	11
	หญิง	21	หญิง	4
อายุ (ค่าเฉลี่ย $\pm$ SD) (ปี)		41.2 $\pm$ 8.5		58.5 $\pm$ 16.8
อาชีพ	แพทย์	4	ค้าขาย	4
	พยาบาล	3	เกษตรกร	4
	เภสัชกรโรงพยาบาล	2	ว่างงาน	3
	เภสัชกรร้านยา	17	อื่น ๆ ได้แก่ ชักรีด ขับรถส่งอาหาร	4
	เภสัชกร สสจ.	1	เย็บกระเป๋า สมาชิกสภาเทศบาล	
ประสบการณ์การทำงาน (ค่าเฉลี่ย $\pm$ SD) (ปี)		14.5 $\pm$ 10.2	n/a	n/a
หน่วยงาน	โรงพยาบาล	9	n/a	n/a
	ร้านยา	17		
	สสจ.	1		
โรคประจำตัว	n/a	n/a	ความดันโลหิตสูง	7
			ต่อมลูกหมากโต	3
			เบาหวาน	4
			ไซนัสอักเสบ	1

n/a ย่อมาจาก not applicable (ไม่มีข้อมูล), สสจ. ย่อมาจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

**ตารางที่ 2.** ข้อมูลทั่วไปของตัวอย่างในการศึกษาเชิงปริมาณ

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (n=80)
เพศ ชาย	54
หญิง	26
อายุ (ค่าเฉลี่ย ± SD)	64.9±11.7
โรคประจำตัว*	
ความดันโลหิตสูง	52
ต่อมลูกหมากโต	23
ความดันในลูกตาสูง	12
เบาหวาน	13
ไขมันในเลือดสูง	6
อื่นๆ (โรคพาร์กินสัน นิ้ว เก๊าท์)	5

\*ผู้ป่วยบางรายมีโรคประจำตัวร่วมมากกว่า 1 โรค

เป็นไปตามเป้าหมายเนื่องจากเภสัชกรร้านยา 4 คนและผู้บริหารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปฎิเสธการให้ข้อมูลข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยถึงจุดอิ่มตัวที่จำนวน 15 คน การศึกษาเชิงปริมาณมีผู้เข้าร่วมการศึกษา 80 คน ดังแสดงในตารางที่ 2

**ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อร้านยาชุมชนอบอุ่น**

ผู้ให้สัมภาษณ์จำนวน 80 คน พึงพอใจต่อการรับบริการที่ร้านยาชุมชนอบอุ่นอยู่ในระดับสูงมาก (9.7±0.7

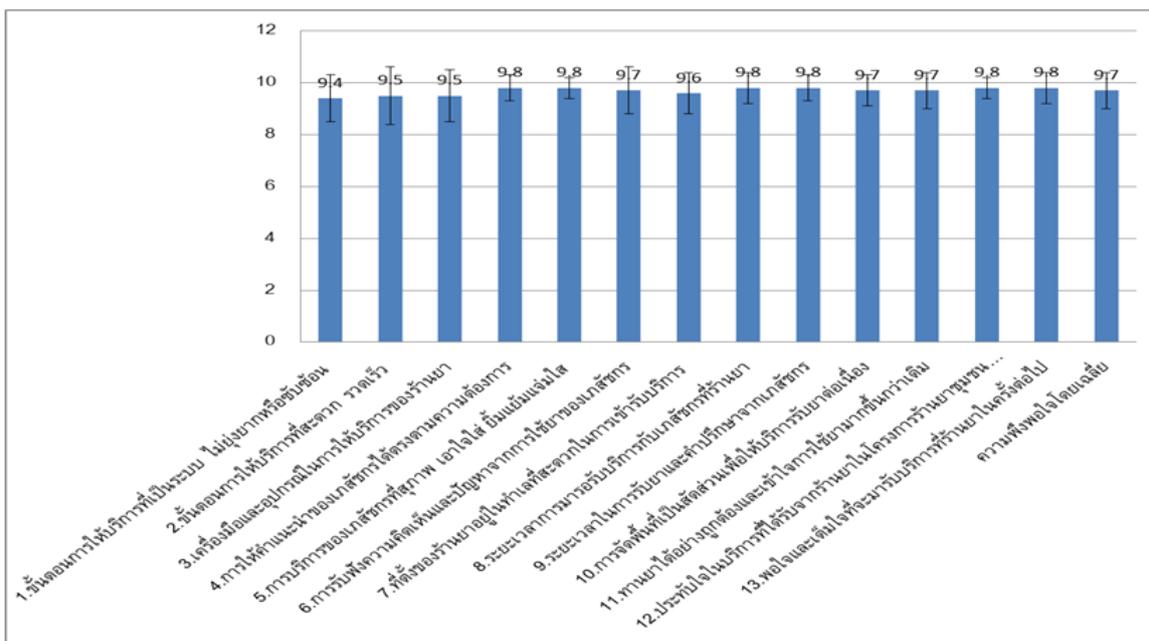
จากคะแนนเต็ม 10) คำถามทุกข้อมีคะแนนเฉลี่ย 9.4-9.8 ดังแสดงในรูปที่ 1 ส่วนในข้อ 2 (ขั้นตอนการให้บริการที่สะดวก รวดเร็ว) มีตัวอย่างให้คะแนนต่ำสุด คือ 3 คะแนน โดยในคำถามเปิดระบุว่าผู้ป่วยที่อาศัยในต่างอำเภอ ซึ่งระยะทางจากบ้านไปร้านยายังไกลมาก ทำให้ไม่สะดวกในการไปรับบริการ นอกจากนี้ ผู้ป่วยบางรายคิดว่า เครื่องมือในการตรวจโรคของร้านยาไม่ครบครันเหมือนที่โรงพยาบาลและไม่สะดวกในเรื่องที่จอดรถ

**ผลการประเมินคุณภาพด้วย CIPP model**

แนวคิดหลักและแนวคิดรองตามกรอบ CIPP model สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์แสดงในตารางที่ 3 ด้านบริบท มีแนวคิดหลัก 3 แนวคิด ด้านปัจจัยนำเข้ามี 4 แนวคิดหลัก ด้านกระบวนการมี 4 แนวคิดหลัก และด้านผลลัพธ์/ผลกระทบ มี 5 แนวคิดหลัก

**การประเมินผลด้านบริบท**

**ระบบบริการสุขภาพ (C1):** ด้านระบบบริการสุขภาพประกอบด้วย 3 แนวคิดรอง คือความแออัด บริการของร้านยา และนโยบาย ผู้ให้บริการและผู้ป่วยมีมุมมองสอดคล้องกันต่อปัญหาในแผนกผู้ป่วยนอก คือ จำนวนผู้ป่วยมากทำให้เกิดความแออัดในโรงพยาบาล การให้บริการมีความซับซ้อน ระยะเวลารอคอยรับยานาน เภสัชกรร้านยามีความพร้อมและมีประสบการณ์ในกลุ่มผู้ป่วยโรค



รูปที่ 1. ความพึงพอใจต่อการรับบริการที่ร้านยาชุมชนอบอุ่น

ตารางที่ 3. กรอบแนวคิดการประเมินผลโครงการร้านยาชุมชนอบอุ่น

การประเมินผล	กรอบแนวคิดหลัก	กรอบแนวคิดรอง
บริบท (context)	C1 ระบบบริการสุขภาพ	C1-1 ความแออัด C1-2 บริการของร้านยา C1-3 นโยบาย
	C2 เป้าหมายต่อโครงการ	C2-1 การลดความแออัด C2-2 การลดภาระงาน
	C3 ความคาดหวัง	C3-1 การร่วมโครงการของเภสัชกรร้านยา C3-2 กลุ่มเป้าหมาย
ปัจจัยนำเข้า (input)	I1 ทรัพยากรบุคคล	I1-1 การเตรียมทีมดำเนินงาน I1-2 การเตรียมตัวของผู้ป่วย
	I2 รูปแบบการให้บริการ	I2-1 การคัดเลือกร้านยา I2-2 ระบบการคัดเลือกผู้ป่วย I2-3 รูปแบบการกระจายยา I2-4 ระบบการสื่อสารและการนัดหมาย I2-5 ระบบเอกสาร/ฐานข้อมูล I2-6 การบริการของเภสัชกรร้านยา I2-7 การติดตามและประเมินผล
	I3 การประชาสัมพันธ์	I3-1 โรงพยาบาล I3-2 ร้านยา
	I4 การเงิน	
กระบวนการ (process)	P1 ปัญหาด้านการรับรู้เป้าหมาย	
	P2 ปัญหาด้านกำลังคน	
	P3 ปัญหาด้านรูปแบบการให้บริการ	P3-1 การกระจายตัวของร้านยา P3-2 ผู้ป่วยปฏิเสธเข้าร่วมโครงการ P3-3 รูปแบบการกระจายยา P3-4 อุปสรรคของการติดต่อสื่อสารและการนัดหมาย P3-5 การเข้าถึงข้อมูลผู้ป่วยที่เป็นปัจจุบัน P3-6 ข้อจำกัดของการบริการของเภสัชกรร้านยา
	P4 ปัญหาด้านการประชาสัมพันธ์	
ผลลัพธ์/ ผลกระทบ (product/impact)	O1 การยอมรับการทำงานของเภสัชกรร้านยา	
	O2 จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับบริการที่ร้านยา	
	O3 ความคุ้มค่า	
	O4 คุณภาพการให้บริการของเภสัชกร	O4-1 การแก้ไขปัญหาด้านยา O4-2 การควบคุมอาการได้คงที่ O4-3 การบริการไม่แตกต่างจากโรงพยาบาล O4-4 ความพึงพอใจต่อการดำเนินโครงการ
	O5 ความสะดวก	

เรื้อรัง โครงการร้านยาชุมชนอบอุ่นเป็นนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขที่ดี สอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาล ดังคำกล่าว

“...บางทีชั้น 2 ของโรงพยาบาลจำนวนคนไข้เยอะมาก... แล้วสถานที่มันค่อนข้างจะแออัด.” (N02)

“ที่โรงพยาบาล...คนไข้เยอะทุกวันเลย บางทีคนไข้บ่นว่าคุณหมอทำไมมาช้าจัง ...” (PT01)

“จริง ๆ มันเป็นนโยบายของรัฐมนตรีกระทรวงสาธารณสุขอยู่แล้วให้ทุกโรงพยาบาลทุกจังหวัด ... คือเป็นนโยบายของกระทรวง เราก็ตอบสนองนโยบายของกระทรวงไปในการที่จะส่งคนไข้ออกไปรับยาที่ร้านยา” (D01)

**เป้าหมายต่อโครงการ (C2):** ด้านเป้าหมายต่อโครงการประกอบด้วย 2 แนวคิดรอง คือ การลดความแออัดและการลดภาระงาน ผู้ให้บริการเห็นว่า เป้าหมายของโครงการ อิงตามนโยบายที่กระทรวงกำหนดคือการลดความแออัดของโรงพยาบาล จากการศึกษาเอกสารพบว่าโครงการได้ตั้งเป้าหมายหรือตัวชี้วัด คือ ร้อยละการลดแออัดโดยกลไกร้านยาในไตรมาส 2 ที่ร้อยละ 10 ไตรมาส 3 ร้อยละ 15 และไตรมาส 4 คือร้อยละ 20 นอกจากนี้พยาบาลยังได้กล่าวถึงเป้าหมายในเชิงคุณภาพ เช่น อาการทางคลินิกของผู้ป่วย การค้นหาปัญหาที่เกิดจากการใช้ยา ส่วนแพทย์มีเป้าหมายเพื่อลดภาระงาน

“ก็คงต้องดูเรื่องของความแออัดที่เราลดลงไหม แล้วเรื่องตัวชี้วัดของเรา ...อีกอันหนึ่งน่าจะเป็นเรื่องของ outcome กับคนไข้ คือ ดูเรื่อง DRP...เรามีปัญหาในการใช้ยาอะไรไหม เมื่อเราให้ไปรับยาที่ร้านยา” (N01)

“ก็เห็นว่ามันลดความแออัดก็โอเค เพราะว่าเราภาระงานเยอะอยู่แล้ว บางทีก็ว่าจะ round ward เสร็จ...” (D02)

**ความคาดหวัง (C3):** ความคาดหวังประกอบด้วย 2 แนวคิดรอง คือ การร่วมโครงการของเภสัชกรร้านยาและกลุ่มเป้าหมาย เภสัชกรร้านยามีความยินดีเข้าร่วมโครงการเพื่อช่วยลดภาระงานของโรงพยาบาลและดูแลผู้ป่วยในชุมชน ตลอดจนคาดหวังให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงบทบาทของเภสัชกรร้านยามากขึ้น กลุ่มเป้าหมายคือผู้ป่วยใน 4 กลุ่มโรคที่มีอาการคงที่ และใช้สิทธิการรักษาหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งเป็นเพียงสิทธิเดียวที่สามารถเข้าร่วมโครงการได้

“...คือก็เห็นเป็นโอกาสดีที่แบบเภสัชกรร้านยาจะได้ทำงานเกี่ยวกับวิชาชีพโดยตรงที่แบบว่า ไม่ใช่เราอยู่

ร้านเฉย ๆ คือเราก็จะได้ช่วยลดภาระของโรงพยาบาลด้วย และก็ช่วยจ่ายยาตามใบสั่งแพทย์...” (P04)

“...แต่เขาก็เลือกเอาต่อมลูกหมากมาทำ เพราะคนไข้เยอะและกลุ่มนี้ค่อนข้างจะ stable...ตอนที่ที่เราทำเพิ่มคือกลุ่มพวกโรค COPD...ตอนนี้ก็จะมีคนไข้จิตเวชที่เรากำลังจะส่งออกไปรับยาที่ร้านยา ...” (D01)

“ตอนนี้เป้าหมายของเขา คือเขาให้บริการผู้ป่วยใน 4 โรคและกับบัตรทอง ซึ่งจริง ๆ แล้วมันน้อยมาก...” (PH01)

### การประเมินผลด้านปัจจัยนำเข้า

**ทรัพยากรบุคคล (I1):** ด้านทรัพยากรบุคคลประกอบด้วย 2 แนวคิดรอง คือ การเตรียมทีมดำเนินงานและการเตรียมตัวของผู้ป่วย ในประเด็นการเตรียมทีมดำเนินงาน โรงพยาบาลมีการแต่งตั้งคณะกรรมการทำงานหลักเพื่อติดตามการดำเนินโครงการ เช่น แพทย์ เภสัชกร พยาบาล การประสานงานระหว่างโรงพยาบาลและร้านยา เป็นหน้าที่ของ สสจ. โดยมีการจัดประชุมและเตรียมความพร้อมให้กับร้านยา

“ทางโรงพยาบาลเขาก็เรียกเข้าประชุมและเขาจะบอกว่าเขาจะให้คนไข้กลุ่มไหนออกมาบ้าง ยาที่คนไข้จะใช้มีกลุ่มไหนบ้าง ...” (P08)

ในด้านการเตรียมตัวของผู้ป่วย ผู้ป่วยสามารถเข้าร่วมโครงการได้โดยไม่ต้องเตรียมความพร้อมและไม่มีค่าใช้จ่าย

“ไม่ได้เตรียมตัวคะเขาก็สอบถามว่าสนใจจะเข้าร่วมโครงการไหม เราก็ตอบว่าสนใจคะ” (PT15)

**รูปแบบการให้บริการ (I2):** ในด้านนี้ประกอบด้วย 7 แนวคิดรองดังนี้

การคัดเลือกร้านยา: สสจ. เป็นผู้คัดเลือกร้านยาโดยใช้เกณฑ์ตามมาตรฐานการตรวจประเมินวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชนสำหรับร้านขายยาแผนปัจจุบัน โดยตรวจนำร่องในเขตอำเภอเมืองและขยายไปเขตต่างอำเภอ

“เจ้าหน้าที่ สสจ. ... ท่านมาตรวจร้านของผม และมองว่า ร้านผมมีความเหมาะสมที่จะให้บริการลูกค้าสำหรับโครงการนี้ ...ผมมองว่าความคิดเขาน่าสนใจและก็น่าจะเป็นประโยชน์กับคนในชุมชน จึงตอบตกลงเข้าร่วม ...” (P17)

ระบบการคัดเลือกผู้ป่วย: พยาบาลเป็นผู้คัดกรองผู้ป่วยส่งต่อแพทย์ หากแพทย์ตรวจแล้วว่าสามารถเข้าร่วมโครงการได้ พยาบาลและเภสัชกรจะให้ข้อมูลเพื่อให้ผู้ป่วยเลือกร้านยาที่จะไปรับบริการซึ่งมีให้เลือกบางอำเภอ

“พยาบาลจะดูเบื้องต้นก่อนว่าเข้าเกณฑ์...ส่งให้เภสัชกรคุยลงรายละเอียด...ที่นี้เขาก็จะเลือกร้านยา... มันจะมีร้านยาให้คนไข้เลือกและก็บางอำเภอที่เข้าร่วมเท่านั้น... สุดท้ายหมอต้องเป็นคนลงนามว่า case นี้ไปได้” (N02)

รูปแบบการกระจายยา: เภสัชกรโรงพยาบาลจะแจ้งในไลน์กลุ่มก่อนการส่งยา การขนส่งจะแบ่งรอบตามเขตพื้นที่ โดยมีกำหนดวันที่จัดส่งยา รูปแบบการส่งจะจัดยาเป็นกล่องแยกตามร้านยาซึ่งภายในบรรจุยาของผู้ป่วยแต่ละราย หากเป็นยาแช่เย็นจะใช้กล่องโฟมแยก ระบบการขนส่งใช้รูปแบบที่ 1 คือโรงพยาบาลจัดซื้อยา จัดยา และขนส่งยาให้ร้านยา

“เราจะมีใบนำส่งเลยว่า ยาแต่ละรายการมีจำนวนเท่าไร อยู่ในกล่องคนไข้คนนั้นเลย น้องก็จะเปิดดูกล่องว่า 1 เดือน 2 เดือน เราเช็คข้างในก่อน แล้วเราก็จะมีเอกสารแนบไป พอน้องเอาไปส่ง ก็มีถ่ายรูปรูปของครบ...” (N01)

ระบบการสื่อสารการนัดหมาย: โรงพยาบาลเป็นผู้นัดหมายและออกใบนัด ได้แก่ ใบนัดให้ผู้ป่วยไปรับยาที่ร้านยาและใบนัดให้กลับไปรับยาที่โรงพยาบาล เมื่อถึงวันนัดหมายหากผู้ป่วยไม่มารับยาตามนัด เภสัชกรร้านยาจะโทรศัพท์ติดต่อกับผู้ป่วยโดยตรงหรือบางร้านอาจโทรศัพท์แจ้งผู้ป่วยล่วงหน้าให้มารับยา ส่วนการสื่อสารระหว่างผู้ให้บริการจะใช้ไลน์กลุ่มเป็นหลัก ถ้ากรณีเร่งด่วนเภสัชกรร้านยาจะโทรศัพท์ติดต่อกับเภสัชกรโรงพยาบาล แต่ไม่ได้ติดต่อกับแพทย์โดยตรง

“คือเราจะนัดคนไข้ทุก 6 เดือน แล้วจะให้ยาทุก 2 เดือน เพราะฉะนั้น ครั้งแรกคือเราจะจัดยาไป พอครั้งที่ 2 ถึงวันนัดครั้งต่อไป เราก็จะจัดยาออกไปส่งร้านยา...ครบ 6 เดือนคนไข้ก็จะกลับมาที่โรงพยาบาล” (D01)

ระบบเอกสาร/ฐานข้อมูล: โรงพยาบาลและร้านยาไม่มีการเชื่อมต่อข้อมูลออนไลน์ การส่งข้อมูลผู้ป่วยต่อไปนี้จัดส่งเป็นเอกสารไปกับรถส่งยา ได้แก่ ข้อมูลทั่วไปผู้ป่วย ประวัติโรคประจำตัว และประวัติการได้รับยา ส่วนร้านยาที่มีโปรแกรมบันทึกการจ่ายยาก็จะลงข้อมูลผู้ป่วยในโปรแกรม ช่วยให้สามารถตรวจสอบข้อมูลย้อนหลังได้ง่าย

“ทุกครั้งที่ refer คนไข้ออกมา ก็จะมีใบ lab คนไข้มาแค่นั้น แล้วก็ข้อมูลใบสั่งยามีข้อมูลยาที่แนบมาด้วย มีแค่ใบสั่งยากับใบ lab 2 ใบ... เราต้องมีใบบันทึกว่า เราทำอะไรลงไปบ้าง... จะมีพนักงานขับรถมาส่งยาและก็มารับใบในคราวเดียวกัน แต่เรายังไม่กรอกเข้าในระบบข้อมูลใน computer” (P11)

การบริการของเภสัชกรร้านยา: เภสัชกรร้านยาทำหน้าที่จ่ายยา ให้คำแนะนำ ตรวจสอบยา และแก้ไขปัญหาการใช้ยา โดยมีแนวทางปฏิบัติ ได้แก่ การตรวจรับยาจากโรงพยาบาล การตรวจสอบข้อมูลผู้ป่วย การวัดความดันโลหิต การจ่ายยาและให้คำแนะนำผู้ป่วย การบันทึกข้อมูลในฐานข้อมูลของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และการบันทึกข้อมูลเพื่อส่งกลับโรงพยาบาล โรงพยาบาลสนับสนุนอุปกรณ์ที่ต้องใช้ในร้านยาให้ เช่น peak flow meter แต่อุปกรณ์ส่วนใหญ่ร้านยาจะมีอยู่แล้ว จึงไม่ต้องจัดหาเพิ่มเติม เช่น เครื่องวัดความดันโลหิต

“พี่ก็จะให้เขารอแปบหนึ่ง แล้วพี่จะไปหายาของเขาและก็ดูโรค เริ่มจากวัดความดัน ชั่งน้ำหนักและก็อธิบายวิธีการกินยาและบอกว่าควรระวังอะไรบ้าง บางคนเป็นหอบเห็นยา 2-3 ตัว ก็ถามว่าอาการกำเริบไหม...” (P07)

“ไม่ได้เพิ่มมาก เพราะเป็นอุปกรณ์ที่ร้านมีอยู่แล้ว เช่น พวกเครื่องวัดความดันอย่างนี้ แต่ว่าตัวพีคโพล คือทางโรงพยาบาลเขามีสนับสนุนให้เฉพาะร้านที่มี case ส่งต่อ...” (P16)

การติดตามและประเมินผล: โครงการร้านยาชุมชนอบอุ่นไม่ได้มีการนัดติดตามประเมินโครงการที่ชัดเจน เภสัชกรร้านยาเสนอให้มีการติดตามต่อเนื่องเพื่อให้เกิดการเรียนรู้และร่วมกันแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น ส่วนการติดตามเชิงคุณภาพทำโดยการตรวจสอบข้อมูลจากการบันทึกของเภสัชกรว่าเกิดปัญหาจากการใช้ยาอะไรบ้าง แต่ก็ยังไม่มีการบันทึกข้อมูลมากนัก

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

การประชาสัมพันธ์ (I3): ประเด็นนี้มี 2 แนวคิด รอง คือโรงพยาบาลและร้านยา โรงพยาบาลติดป้ายประชาสัมพันธ์ที่รั้วและจุดบริการต่าง ๆ เช่น หน้าห้องตรวจห้องยา คลินิกเฉพาะ เป็นต้น มีการประชาสัมพันธ์ออกสื่อ เช่น สื่อวิทยุ เสียงตามสาย และแจกโปสเตอร์ให้คนไข้ มีการประชาสัมพันธ์ขณะผู้ป่วยรอรับการตรวจและขณะรับยา ส่วนร้านยามีป้ายไว้นิลและสติ๊กเกอร์สำหรับติดหน้าร้าน บางร้านมีการประชาสัมพันธ์ด้วยตนเองเพิ่มเติม เช่น การแนะนำลูกค้าที่มาร้านยาเพื่อบอกต่อ การโพสต์ประชาสัมพันธ์ในอินเทอร์เน็ต (facebook)

**การเงิน (I4):** ร้านยาได้รับค่าตอบแทนจาก สปสช. 70 บาทต่อครั้ง โรงพยาบาลได้รับค่าตอบแทน 33,000 บาทต่อร้านยา สิ่งที่เภสัชกรร้านยาเห็นสอดคล้องกัน คือ ไม่ได้คิดเรื่องค่าตอบแทนเป็นหลัก การให้บริการผู้ป่วยและดูแลชุมชนคือกำไรที่ได้จากการเข้าร่วมโครงการฯ มีเภสัชกรบางส่วนที่ไม่ทราบข้อมูลเรื่องค่าตอบแทน อาจเนื่องจากปัญหาการสื่อสารและการส่งต่อข้อมูล

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

### การประเมินผลด้านกระบวนการ

**ปัญหาด้านการรับรู้เป้าหมาย (P1):** บุคลากรทางการแพทย์หลายคนไม่ทราบเป้าหมายของโครงการฯ ทั้งนี้อาจเกิดจากการขาดการสื่อสารและการส่งต่อข้อมูลให้ผู้ปฏิบัติงานรับทราบ ส่วนเภสัชกรร้านยาบางคนก็ไม่ได้ตั้งเป้าหมายในร้านของตนเองไว้ว่าสามารถรับส่งต่อผู้ป่วยได้กี่คน

“ไม่รู้ที่มันไหนเขาทำ จริง ๆ เป็นโครงการคือผู้อำนวยการเชียร์มาอีกทีหนึ่ง ซึ่งก็ยอมรับตรง ๆ ว่าไม่ได้เป็นผู้จัดการเซตระบบตรงนี้ เลยไม่รู้ว่าเขาตั้งเป้าไว้เท่าไรเราก็ก็น่าสงสัยว่ายอดเท่าไร...” (D02)

**ปัญหาด้านกำลังคน (P2):** บุคลากรในโรงพยาบาลมีปัญหาเรื่องอัตรากำลัง ทั้งพยาบาลและเภสัชกรต้องการบุคลากรเพิ่ม เพื่อให้สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ดียิ่งขึ้น

“อัตรากำลัง เพราะอย่างที่บอกว่า หน่วยงานเราก่อนข้างจะวุ่นวาย ... ถ้ามีคนมาทำงานประจำของเราให้แล้ว เรามีเวลาตรงนี้ เราจะทำได้ดีกว่านี้... พี่อยากได้พยาบาลเพิ่มขึ้นอีก 1 คน...” (N02)

“ตอนนี้ก็รู้สึกอยากจะได้คนเพิ่ม ถ้าเป็นไปได้... บางทีตอนนี้ยังเป็นปัญหาอยู่ว่ากำลังพลไม่เพียงพอ” (PH02)

**ปัญหาด้านรูปแบบการให้บริการ (P3):** ในประเด็นนี้มี 6 แนวคิดตรง ดังนี้

การกระจายตัวของร้านยา: ผู้ให้บริการเห็นว่าจำนวนร้านยาที่เข้าร่วมโครงการฯ ยังไม่เพียงพอและไม่ครอบคลุม จึงเสนอให้เพิ่มร้านยาให้ครอบคลุมในทุกอำเภอ นอกจากนี้แล้วควรเฉลี่ยจำนวนผู้ป่วยให้มีความเหมาะสมกับร้านยา

“... ต่างอำเภอที่น่าจะเพิ่มอำเภอ เพราะมันยังมีไม่ครบทุกอำเภอ... แต่มีบางร้านที่เค้าไม่ได้เข้าร่วม แต่คนไข้ถามหา ก็เยอะ อยากจะไปเสนอร้านนั้นมากกว่า ร้านที่คนไข้ถามถึง” (PH02)

ผู้ป่วยปฏิเสธเข้าร่วมโครงการ: ผู้ป่วยบางรายปฏิเสธการไปรับยาที่ร้านยา แต่สะดวกที่จะรับยาที่โรงพยาบาลมากกว่า เนื่องจากในแต่ละครั้ง แพทย์สั่งยาให้พอใช้ไปจำนวนหลายเดือน จึงไม่ต้องมารับยาบ่อย และบางส่วนยังไม่คุ้นเคยกับระบบรับยาที่ร้านยา

“เขาปฏิเสธ เพราะว่าเขาสะดวกมารับที่โรงพยาบาลเหมือนเดิม การมานั่งรอของเขาไม่ใช่ปัญหาเขาได้รับได้ เขาอยากมาเหมือนเดิม ... สุดท้ายถ้าเขาไม่ไปก็แล้ว แต่คนไข้คือจะเป็นกลุ่มที่มีอายุเยอะ...” (N02)

รูปแบบการกระจายยา: การส่งยาเป็นรูปแบบที่ 1 บุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลไม่ค่อยเห็นด้วยกับรูปแบบนี้เนื่องจากทำให้เพิ่มภาระงาน

“แบบโมเดล 1... มันไม่ได้ลดงานใครเลย ...แต่มันดีที่มันเป็นจุดเริ่มต้น มันไม่ควรจะอยู่แค่นี้ มันต้องปรับเปลี่ยนรูปแบบให้เหมาะสมกับการทำงานจริง ๆ ให้มันสะดวกง่าย” (PH01)

อุปสรรคของการติดต่อสื่อสารและการนัดหมาย: เภสัชกรร้านยาพบปัญหาการติดต่อกับผู้ป่วย กรณีที่ไม่สามารถติดต่อผู้ป่วยได้ ยังไม่มีแนวทางการแก้ไขปัญหาที่แน่นอน หากผู้ป่วยไม่มารับยา ก็จะส่งยาคืนกลับไปโรงพยาบาลโดยไม่ได้มีการติดตามว่า ผู้ป่วยได้รับยาที่โรงพยาบาลต่อหรือไม่

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

การเข้าถึงข้อมูลผู้ป่วยที่เป็นปัจจุบัน: ร้านยาไม่ได้มีโปรแกรมคอมพิวเตอร์ที่สามารถเชื่อมต่อข้อมูลกับโรงพยาบาล จึงไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลที่ต้องการได้อย่างเพียงพอ

“อยากให้ทำ web ที่เป็น link เฉพาะโรงพยาบาลกับร้านยา... ให้สามารถเห็นข้อมูลได้หมด แต่อาจจะตั้งการมองเห็นข้อมูลให้ร้านยานี้เห็น case คนไข้คนไหน ร้านยามีสิทธิ์อะไรประมาณนี้” (P06)

ข้อจำกัดของการบริการของเภสัชกรร้านยา: เภสัชกรร้านยาต้องการการอบรมวิชาการเพิ่มเติมในโรคที่จำเป็นเพื่อพัฒนาองค์ความรู้ และมีข้อจำกัดในด้านการบริการเมื่อผู้ป่วยไม่ได้มารับยาเอง ทำให้ไม่สามารถสอบถามการใช้ยาหรือค้นหาปัญหาในการใช้ยาของผู้ป่วยได้

“ปัญหาอีกอย่างคือ คนไข้ไม่ค่อยมาเองจะให้ญาติมารับแทน...ก็สะดวก เพราะว่าการตรวจประเมินร่างกายก็ไม่ได้ทำ...” (P11)

**ปัญหาด้านการประชาสัมพันธ์ (P4):** ผู้ให้บริการมีความเห็นว่า การประชาสัมพันธ์ยังไม่เพียงพอผู้ป่วยยังไม่สามารถเข้าถึงการประชาสัมพันธ์ได้มากนักหลายคนเสนอให้เพิ่มการประชาสัมพันธ์รูปแบบต่าง ๆ ให้ทั่วถึง และอยากให้กระทรวงสาธารณสุขเข้ามามีส่วนร่วมในการประชาสัมพันธ์ทั่วประเทศ

“ก็คือเป็นเรื่องการประชาสัมพันธ์ที่มันต่อเนื่อง มันคงเพราะการเริ่มโครงการนี้มีปัญหา พอตอนหลัง ๆ เราจะเห็นว่ามันเริ่มคลาย ๆ ...การประชาสัมพันธ์ต้องทำตลอดไม่อยู่นิ่ง” (P10)

“ในแง่ของการประชาสัมพันธ์อาจจะยังไม่ครอบคลุม ... ถ้ามันออกสื่อเป็นของกระทรวง ออกสื่อประชาสัมพันธ์ออกไปเลยอย่างนี้ มันน่าจะครอบคลุมได้ดีกว่า” (D01)

#### การประเมินผลด้านผลลัพธ์ผลกระทบ

##### การยอมรับการทำงานของเภสัชกรร้านยา

**(O1):** ผู้ให้บริการเห็นว่า การยอมรับเภสัชกรร้านยายังน้อยอยู่ เห็นได้จากแพทย์บางคนยังไม่ส่งผู้ป่วยไปรับยาที่ร้านยาหรือส่งออกไปปริมาณน้อย ส่วนผู้ป่วยมีการยอมรับต่อเภสัชกรร้านยาและไว้วางใจต่อการมารับบริการที่ร้านยา

“ปัญหาอุปสรรคใหญ่ คือแพทย์ไม่ค่อยยอมรับ ถ้าแพทย์เขายอมรับ เขาจะก็จะปล่อยออกมา มันก็จะดีกว่านี้...คือบางคนเขาต่อต้าน... ยังไม่ยอมปล่อย ก็ไม่เข้าใจเหมือนกันว่า ทำไมหมอเขาถึงไม่เปิดกว้าง ...” (P02)

**จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับบริการที่ร้านยา (O2):** จำนวนผู้ป่วยที่ไปรับยาที่ร้านยายังมีน้อย ร้านยายังสามารถให้บริการได้อย่างมีประสิทธิภาพถ้าจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นโครงการฯ สามารถลดความแออัดในโรงพยาบาลได้บ้างในบางคลินิก แต่โดยภาพรวมทั้งหมดยังไม่สามารถบรรลุเกณฑ์เป้าหมายได้ จากการศึกษาเอกสารพบว่า จำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีอาการคงที่และสามารถส่งไปรับยาที่ร้าน

ยาได้ คือ 1,785 คน แต่ในไตรมาสที่ 3 มีผู้ป่วยเข้าร่วมโครงการจำนวน 149 คน คิดเป็นร้อยละ 8.35 (ผู้ป่วยเข้าร่วมในไตรมาสที่ 1 ร้อยละ 3.1 และไตรมาสที่ 2 ร้อยละ 7.0) ซึ่งยังไม่ถึงเกณฑ์ที่กำหนดไว้

“ได้ประมาณ 10% ของเป้าหมาย ... ถ้ามันได้เป้าเยอะขึ้น หมายความว่าส่งออกเยอะขึ้น คิดว่ามันก็จะเห็นภาพชัดที่ความแออัดจะลดลง แต่ตอนนี้ก็อย่างที่บอก แค่ 10% กว่านิดเดียวเอง มันก็เลยยังไม่ค่อยชัด” (N01)

**ความคุ้มค่า (O3):** ผู้ให้บริการเห็นว่า ในส่วนของร้านยาที่มีความคุ้มค่าเนื่องจากไม่ได้มีการลงทุนหรือเสียค่าใช้จ่าย แต่ในส่วนของโรงพยาบาลมีการลงทุนค่าใช้จ่ายในส่วนต่าง ๆ เช่น บุคลากร ค่าขนส่ง เป็นต้น

“ถ้าเป็นการดูแลงบประมาณ ถือว่าไม่คุ้ม เปลี่ยนมากทั้งพลังงาน บุคลากร ใช้ทรัพยากรค่อนข้างมาก” (P09)

“มันคุ้มค่ามาก เพราะร้านยาไม่ต้องรับผิดชอบอะไรเลยสบายมาก” (P12)

**คุณภาพการให้บริการของเภสัชกร (O4):** ประเด็นนี้มี 4 แนวคิดตรง

การแก้ไขปัญหาด้านยา: เภสัชกรร้านยาช่วยค้นหาปัญหาที่สืบเนื่องจากการใช้ยาและแก้ไขปัญหาได้ เช่น ช่วยแก้ปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย ปัญหาการลืมทานยาของผู้ป่วยและพูดคุยกับญาติให้ช่วยเน้นย้ำและดูแลผู้ป่วยเรื่องการทานยาให้มากขึ้น เป็นต้น

“มีปัญหาการใช้ยาบ้าง คือคนไข้ไม่ทานยา พอมาแล้ว ยาจะเหลือนิดหน่อย หนูจะให้ถือยามาทุกครั้ง ก็ถือมาจริง ๆ เหลือเยอะเลย...บางครั้งเขาก็บอกว่าลืม ...ถ้าขับในส่วนนี้ และก็ให้แนะนำคนที่พามาให้ช่วยดูแล พูดถึงข้อเสียของการไม่ได้รับยากลับไป ก็ช่วยแก้ปัญหาได้ พยายามเต็มที่...” (P03)

การควบคุมอาการได้คงที่: ผู้ให้บริการและผู้ป่วยมีความเห็นสอดคล้องกันว่า สุขภาพของผู้ป่วยมีแนวโน้มดี ผู้ป่วยสามารถควบคุมอาการได้ ไม่ได้เกิดปัญหาหรืออาการแย่ลงจนต้องส่งผู้ป่วยไปโรงพยาบาลก่อนถึงกำหนดนัดหมาย ผู้ป่วยมีความพอใจกับสุขภาพของตนเองและเห็นว่าปัญหาสุขภาพไม่เป็นอุปสรรคในการดำเนินชีวิตประจำวัน

“ก็ดีขึ้น เพราะว่าตอนนี้ปกติ ไม่มีอะไร เมื่อก่อนก็ไปแท่งหิน ออกกำลังแขนขากับเขา ก็สบายดี” (PT01)

“...ก็ค่อนข้างดี แต่ถ้าไม่ดีก็จะเปลี่ยนยาไป ซึ่งที่ผ่านมากคนไข้ก็คุมได้” (P05)

การบริการไม่แตกต่างจากโรงพยาบาลและความพึงพอใจต่อการดำเนินโครงการ: การให้บริการที่ร้านยาามีคุณภาพและมาตรฐาน เภสัชกรร้านยาให้คำแนะนำดี ไม่แตกต่างจากการมารับบริการที่โรงพยาบาล บุคลากรทางการแพทย์มีความพึงพอใจโครงการร้านยาชุมชนอบอุ่น เพราะถือเป็นการส่งเสริมวิชาชีพและสร้างเครือข่ายของสหวิชาชีพ

*“ประทับใจ...คุณหมอมิมนุชสัมพันธ์พูดจาดีและต้อนรับก็ดี... การให้ข้อมูลเกี่ยวกับยาหรือความรู้คำแนะนำต่าง ๆ ...ให้ 10 เลย เพราะมันก็ไม่มียะไรแตกต่างจากโรงพยาบาล มันเหมือน ๆ กัน” (PT01)*

**ความสะดวก (O5):** ผู้ป่วยได้รับความสะดวกในการไปรับบริการ ไม่เสียเวลา ประหยัดค่าเดินทาง ทำให้เกิดความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างร้านยาและชุมชน และเกิดความไว้วางใจเภสัชกรร้านยา

*“...แม้ว่ามันสะดวกดี...แล้วก็ไม่ต้องหยุดขายของไปรับเวลาไหนก็ได้ ไม่ต้องรอนาน” (PT02)*

*“คิดว่าเราเองก็สะดวกนะครับ ...เขานัดเรารวันศุกร์ ถ้าเราไม่ว่างแล้วก็ไปวันเสาร์ได้ยังครับ...” (PT07)*

## การอภิปรายและสรุปผล

การประเมินโครงการฯ ตามกรอบแนวคิด CIPP พบว่า ในด้านบริบทมี 3 แนวคิดหลัก ด้านปัจจัยนำเข้ามี 4 แนวคิดหลัก ด้านกระบวนการมี 4 แนวคิดหลัก และด้านผลลัพธ์มี 5 แนวคิดหลัก ผู้ป่วยพึงพอใจต่อการบริการของร้านยาในระดับมากที่สุด ผลการดำเนินงานยังไม่บรรลุถึงเป้าหมาย โดยยังมีอุปสรรคที่ควรได้รับการปรับปรุง เช่น การหารูปแบบที่ลดภาระงาน สิทธิการรักษาที่เข้าร่วมโครงการฯ ได้ และการสื่อสารข้อมูล เป็นต้น

โรงพยาบาลร้อยเอ็ดได้เริ่มโครงการร้านยาชุมชนอบอุ่นตั้งแต่ตุลาคม พ.ศ. 2562 เนื่องจากความแออัดที่เกิดจากจำนวนผู้ป่วยมากและพื้นที่ให้บริการที่มีจำกัด ตลอดจนระยะเวลาารอคอยบริการที่นาน โครงการนี้ตอบสนองความต้องการของพื้นที่และรูปแบบการทำงานเกิดจากนโยบายจากบนลงล่าง (top-down policy) อย่างไรก็ตามนโยบายจำกัดการบริการแก่เฉพาะผู้ป่วยในสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งยังไม่ได้รับการตอบรับอย่างกว้างขวาง ผู้ใช้สิทธิประกันสุขภาพอื่นต้องการเข้าร่วมในโครงการฯ แต่ไม่สามารถทำได้ ผลในส่วนบริบทนี้สอดคล้องกับการศึกษาในจังหวัดอื่น (17)

ในด้านปัจจัยนำเข้า สสจ. เป็นผู้คัดเลือกร้านยาที่เข้าเกณฑ์โดยมีโรงพยาบาลเป็นผู้ดูแลการให้บริการเป็นหลัก ผลการศึกษาพบว่า ร้านยาที่เข้าร่วมโครงการไม่ครอบคลุมพื้นที่ในทุกอำเภอ ส่งผลให้ผู้ป่วยบางรายยังคงต้องเดินทางไปรับยาที่ร้านยาในต่างอำเภอ การมีส่วนร่วมของร้านยาและความครอบคลุมเป็นอีกประเด็นที่ควรอยู่ในแผนการพัฒนาต่อเนื่อง ในเรื่องการประชาสัมพันธ์พบว่ายังไม่เพียงพอและทั่วถึง ซึ่งส่งผลให้การรับรู้ของผู้ป่วยต่อโครงการฯ มีไม่มากนัก เช่นเดียวกับการศึกษาของสมสุขสัมพันธ์ประทีป (18) ที่พบว่า บุคลากรทางการแพทย์บางส่วนเสนอให้มีการประชาสัมพันธ์เพิ่มเติมโดยกระทรวงสาธารณสุขเพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือของโครงการ

การศึกษานี้พบปัญหาในเรื่องอัตรากำลังของผู้ปฏิบัติงานทั้งพยาบาลและเภสัชกร ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนถึงภาระงานที่เพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของวิจิตรรา ชิมตระกูล (19) ที่พบว่า เภสัชกรได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติงานในคลินิกเต็มยาศึ่งเป็นงานที่เพิ่มขึ้นจากงานประจำ อย่างไรก็ตามโรงพยาบาลในจังหวัดกาฬสินธุ์ได้นำเทคโนโลยีมาใช้ในการเลือกผู้ป่วยที่มารับบริการตั้งแต่ห้องบัตร ทำให้คัดกรองคนได้ง่ายขึ้น ลดภาระงานของพยาบาล (17) และการกระจายยาแบบที่ 3 ที่ให้การจ่ายยาทำโดยร้านยา เป็นทางเลือกหนึ่งที่จะช่วยลดภาระงานของเภสัชกรโรงพยาบาลสำหรับเภสัชกรร้านยาพบปัญหาเรื่องการเข้าถึงข้อมูลเนื่องจากไม่มีฐานข้อมูลที่เชื่อมโยงระหว่างร้านยาและโรงพยาบาล โดยบุคลากรบางท่านได้เสนอให้ทำเว็บไซต์ข้อมูลผู้ป่วยเฉพาะราย เพื่อให้สามารถเข้าถึงข้อมูลเพิ่มเติมและตรวจสอบข้อมูลย้อนหลังได้ง่าย

การศึกษาผลลัพธ์พบว่า ผู้ป่วยพึงพอใจมากต่อความสะดวกและบริการที่ได้รับ ได้มีโอกาสคุยเรื่องอื่น ๆ กับเภสัชกร บางรายสามารถจ่ายยาได้ตามปกติโดยไม่ต้องหยุดงานเพื่อรับยา ผู้ป่วยบางคนสูงวัย ก็สามารถให้ญาติมารับยาแทนได้ ผู้ป่วยบางคนไม่มาตามนัด เภสัชกรในร้านยาแห่งหนึ่งได้โทรศัพท์ติดตามและหารือกับเภสัชกรโรงพยาบาลเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วย เภสัชกรในร้านยาอีกแห่งหนึ่งได้ตรวจสอบพบว่า มีการจ่ายยาไม่ครบจำนวนตามวันนัดสำหรับผู้ป่วย จึงได้ประสานกับโรงพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาครบจำนวน สอดคล้องกับการศึกษาของสุพรรณษาใหม่เอี่ยม (16) ที่พบว่า เภสัชกรสามารถแก้ไขปัญหาจากการใช้ยาได้ถึง 91 ครั้ง (ร้อยละ 86.7) เช่นเดียวกับการศึกษาชุมชนอบอุ่น เภสัชกรสามารถช่วยแก้ไขปัญหาด้าน

ยาได้ แต่ไม่ได้มีการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณอย่างเป็นระบบ ดังนั้นโครงการร้านยาชุมชนอบอุ่นควรได้รับการประเมินให้ครอบคลุมในประเด็นนี้เพื่อส่งเสริมบทบาทของเภสัชกรชุมชน ในการศึกษาของระพีพรรณ ฉลองสุข (9) ได้อธิบายถึงการให้บริการที่ร้านยา ซึ่งโครงการร้านยาชุมชนอบอุ่นสามารถนำข้อมูลมาปรับใช้ได้เพื่อให้เกิดแนวทางการให้บริการที่ชัดเจน ดังนี้ สอบถามการใช้ยาของผู้ป่วย ซักถามรูปแบบการดำเนินชีวิตประจำวัน จิตใจ อารมณ์ของผู้ป่วย รวมถึงความร่วมมือในการใช้ยา เป็นต้น แต่ปัญหาสำคัญคือผู้ป่วยบางรายไม่ได้มารับยาเอง ทำให้เภสัชกรไม่สามารถสอบถามการใช้ยาของผู้ป่วยได้ ดังนั้นโครงการควรเน้นย้ำและส่งเสริมให้ผู้ป่วยรับยาด้วยตนเองเพื่อเพิ่มโอกาสในการบริหารเภสัชกรรมในชุมชน

การศึกษาพบว่า โครงการตอบสนองความต้องการของพื้นที่จังหวัดร้อยเอ็ด แม้ว่าผลการดำเนินงานยังต่ำกว่าเป้าหมายมาก คือ ยังไม่สามารถลดความแออัดได้ตามตัวชี้วัด ทั้งนี้อาจเกิดจากปัจจัยนำเข้าที่ยังไม่มากพอ โดยเฉพาะอย่างยิ่งความร่วมมือของแพทย์ในการส่งผู้ป่วยไปรับยาที่ร้านยา จากการสัมภาษณ์มีเพียงผู้บริหารที่เข้าร่วมในที่ประชุมเพื่อรายงานผลการดำเนินการ ซึ่งจะทำให้เห็นถึงความตั้งใจและเชื่อมั่นในการทำงานของเภสัชกร แต่แพทย์บางท่านไม่ได้เข้าร่วม โดยให้เหตุผลถึงภาระงานที่มากและความจำกัดเรื่องเวลา การพัฒนาโครงการนี้ให้ดีขึ้นเป็นเรื่องท้าทาย สำหรับการปรับเปลี่ยนรูปแบบการกระจายยาโดยให้ร้านยาเป็นผู้ดำเนินการจัดหาได้เอง (รูปแบบที่ 3) ซึ่งเป็นแผนการดำเนินงานของภาครัฐในขั้นตอนต่อไป น่าจะทำให้ภาระงานของเภสัชกรโรงพยาบาลลดลงได้ อย่างไรก็ตามการมีระบบการประเมินผลเชิงพัฒนาอย่างต่อเนื่อง อาจเป็นเครื่องมือหนึ่งที่จะช่วยให้งานพัฒนาไปถึงเป้าหมายและช่วยให้เกิดการพัฒนานวัตกรรม

การศึกษานี้มีจุดเด่น คือ เป็นการสัมภาษณ์ความเห็นของผู้ให้ข้อมูลที่ครอบคลุมผู้ที่เกี่ยวข้องกับโครงการฯ ทุกส่วน ตั้งแต่ผู้กำหนดนโยบาย ผู้ปฏิบัติงานและผู้เข้าร่วมโครงการ ทั้งยังใช้การสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อประเมินการดำเนินงานของโครงการในเชิงคุณภาพ และได้ประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยในเชิงปริมาณ ข้อมูลที่ได้จากการศึกษานี้ถูกส่งกลับไปยังผู้บริหารโรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุข และร้านยาผ่านการประชุมแบบออนไลน์ จำนวน 2 ครั้ง และได้ร่วมกันจัดทำแผนความเสี่ยงตามแนวคิดหลักและแนวคิดรองที่ได้จากการศึกษานี้

อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้ดำเนินการในระหว่างการระบาดของโรคโควิด-19 ทำให้การสัมภาษณ์แบบพบหน้าสามารถทำได้เฉพาะตัวอย่างที่โรงพยาบาลและร้านยาบางแห่ง การศึกษานี้ไม่ได้ส่งคำสัมภาษณ์ที่ถอดเทปกลับไปให้ผู้ให้สัมภาษณ์ยืนยันข้อมูล อย่างไรก็ตาม การถอดเทปทำแบบคำต่อคำ รวมถึงมีการสังเกตอารมณ์ที่ผู้ให้สัมภาษณ์แสดงออก ข้อจำกัดอีกอย่างหนึ่ง คือ งานวิจัยนี้ได้ข้อมูลหลักจากการสัมภาษณ์เชิงลึก แต่ไม่ได้ประเมินผลลัพธ์ทางคลินิก เนื่องจากโครงการเพิ่งเริ่มดำเนินการและยังไม่ได้รอกการติดตามผู้ป่วยที่โรงพยาบาล อีกทั้งยังไม่มีผลลัพธ์ที่วัดประสิทธิภาพ เช่น ค่าใช้จ่าย ระยะเวลารอรับบริการในโรงพยาบาล เป็นต้น และไม่ได้วิเคราะห์จำนวนผู้ป่วยกับจำนวนร้านยาหรือการกระจายตัวของร้านยาในแต่ละพื้นที่ หรือประเมินความพึงพอใจของเภสัชกรร้านยาและผู้ให้บริการในโรงพยาบาล อย่างไรก็ตามผู้วิจัยได้ออกแบบประเมินผลความพึงพอใจของผู้ป่วยของร้านยา

งานวิจัยเสนอแนะให้มีการประเมินผลเชิงพัฒนาอย่างต่อเนื่อง และมีการประเมินความเสี่ยงเพื่อการวางแผนในการพัฒนางานร่วมกันในพื้นที่ งานวิจัยครั้งต่อไปควรนำประเด็นปัญหาที่สืบเนื่องจากการใช้ยามาประเมินเพิ่มเติมเพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือและการยอมรับของเภสัชกรร้านยา และควรมีการวัดผลทางคลินิกให้ชัดเจนเพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์หลังเข้าร่วมโครงการร้านยาชุมชนอบอุ่น

## กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณสำนักงานพัฒนาโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (HITAP) ภายใต้โครงการ “การประเมินผลโครงการนำร่องให้ผู้ป่วยรับยาที่ร้านขายยาเพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาล ระยะที่ 2” ทูสนับสนุนจาก ผศ.ดร. รุ่งเพชร สกุลบำรุงศิลป์ คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคามที่ให้ทุนสนับสนุนสำหรับกรวิจัย และขอบคุณสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด โรงพยาบาลร้อยเอ็ด เภสัชกรร้านยาและผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูล

## เอกสารอ้างอิง

1. Anon. Get medicine at the drugstore. Help reduce congestion in the hospital? [online]. 2020 [cited May 10, 2020]. Available from: [www.hitap.net/176056](http://www.hitap.net/176056).

2. National Health Security Office. National Health Security Handbook 2010. Nonthaburi; 2010.
3. Upakdee N, Dhippayom T. Community pharmacy service under the national health insurance in Australia. *Journal of Health Science* 2015; 24: 182-94.
4. Eickhoff C, Schulz M. Pharmaceutical care in community pharmacies: practice and research in Germany. *Ann Pharmacother* 2006; 40: 729-35.
5. Noyce PR. Providing patient care through community pharmacies in the UK: policy, practice and research. *Ann Pharmacother* 2007; 41: 861-68.
6. Westerlund LOT, Bjork HT. Pharmaceutical care in community pharmacies: practice and research in Sweden. *Ann Pharmacother* 2006; 40: 1162-69.
7. Hongsamut D, Arkaravichien W, Sangkar P, Jarupach C. Prescription review by community pharmacy joining community caring clinic under the National Health Security Scheme: A case study of Mahachai Community Caring Clinic Nakhon Ratchasima. *Journal of Health Science* 2009; 18: 251-61.
8. Arkaravichien, W., Hongsamout, D., Jarupach, C., & Sangkar, P. Activities reflecting quality of pharmacy services and satisfaction with the services: A case study of Maha Chai Community Caring Clinic Nakhon Ratchasima. *Journal of Health Science* 2018; 17: 1810-21.
9. Chalongsuk R, Lochind-amnuay S, Suntimaleewolagun W. A study of a refill prescription service system comparing a hospital pharmacy and an accredited pharmacy. *Journal of Health Systems Research* 2007; 1: 249-61.
10. Khumsikiew, J., Arkaravichien, W., Hongsamoot, D., Sangkar, P. Diabetes and hypertension screening by accredited community pharmacy in Khon Kaen under a pilot project with the National Health Security Scheme. *Srinagarind Medical Journal* 2009; 24: 215-23.
11. Sookaneknun P, Saramunee K, Rattarom R, Kong sri 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. *Prim Care Diabetes* 2010; 4: 155-64.
12. Chaisong S, Osiri S, Hiranpanich W, Aphasrithong sakul S, Satyawongthip P. Primary care of pharmacies in the health insurance system: a case study of university pharmacies. Nonthaburi: Institute for Health Systems Research; 2005.
13. Ministry of Health. Congestion reduction project operation manual of service units in the National Health Security System by current type 1 drug stores [online]. 2019 [cited May 10, 2020]. Available from: [www.pharcpa.com/index.php?page=news\\_detail&id=442](http://www.pharcpa.com/index.php?page=news_detail&id=442)
14. Phithianuwat S. Meeting project evaluation: Principles and applications. 2nd ed. Bangkok: Odeonstore; 1981.
15. Desu MM, Raghavarao D. Sample size methodology. Academic press: New York; 1990.
16. Maieiam S. Outcomes of medication therapy management in diabetic patients under hospital and community [master thesis]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2011.
17. Piyasin K, Srisura N, Kessomboon N, Lertsinudom S. Outcomes of the project "Taking Medications Close to Your Home with Your Closed Pharmacists": Khon Kaen Model. *Thai Journal of Pharmacy Practice* 2022; 14: 229-41.
18. Sumpnprateep, S. Evaluation the effectiveness of "Termya Termsuk" (Fill Pills, Fill Happiness) Project. *Region 11 Medical Journal* 2016; 2: 59-68.
19. Simtrakul W. Project evaluation of antihypertensive medication refill clinic by pharmacist at Si Prachan hospital [master thesis]. Nakhon Pathom: Silpakorn University; 2014.