

**การพัฒนาคุณภาพบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิสำหรับผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
โดยใช้ชุมชนเป็นฐานร่วมกับการดำเนินงานของทีม 3 หมอ
อำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง**

**Development of Primary Care Pharmaceutical Services for
Patients with Chronic Non-Communicable Diseases through
a Community-Based Approach and Collaboration with
a Team of Three Doctors in Maetha District, Lampang Province.**

นุชนางค์ มณีวงศ์

Nuchnapang Maneewong

โรงพยาบาลแม่ทะ จังหวัดลำปาง

Maetha Hospital, Lampang

Received: 6 Nov, 2024

Revised: 14 Dec ,2024

Accepted: 20 Dec ,2024

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาคุณภาพบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิสำหรับผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยใช้ชุมชนเป็นฐานร่วมกับการดำเนินงานของทีม 3 หมอ ในเขตพื้นที่อำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง และ ประเมินผลการพัฒนา กลุ่มตัวอย่าง คือ ทีม 3 หมอจากหน่วยบริการปฐมภูมิ 14 แห่ง จำนวน 34 คน และผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำนวน 300 คน จากการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (multi-stage sampling) เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลผู้รับบริการและสมุดประจำตัวผู้ป่วยโรคเรื้อรัง แบบเก็บข้อมูลการแก้ไขปัญหาด้านยา แบบเก็บข้อมูลมูลค่ายาสำรองคลังหน่วยบริการปฐมภูมิ และแบบสอบถามที่ใช้วัดระดับความคาดหวังและการรับรู้ต่อคุณภาพบริการ ผลการศึกษาพบว่า การพัฒนารูปแบบบริการจากการให้บริการรายบุคคลในหน่วยบริการ เป็นการจัดเตรียมยารายบุคคลจากโรงพยาบาลและเภสัชกรออกดำเนินงานเชิงรุกในชุมชนรายหมู่บ้านร่วมกับการดำเนินงานของทีม 3 หมอ ทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการเพิ่มขึ้น สามารถแก้ไขและป้องกันปัญหาด้านยาได้ มีความรุนแรงของโรคตามระบบป้องกัน 7 สี่ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.013$) โดยไม่มีความแตกต่างของจำนวนรายการยาที่ใช้ในการรักษาโรค ($p=0.866$) ทำให้มูลค่ายาสำรองคลังลดลง เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความคาดหวังและการรับรู้ของผู้ให้บริการและผู้รับบริการต่อคุณภาพบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิ พบว่า ระดับการรับรู้และความคาดหวังมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระดับการรับรู้มีค่าเฉลี่ยสูงกว่าความคาดหวังในทุกด้านของการบริการ (4.63 ± 0.52 vs 4.50 ± 0.63 , $p < 0.001$) คุณภาพบริการที่ระดับการรับรู้เกินกว่าความคาดหวังน้อย ควรจะได้นำมาแก้ไข ปรับปรุง คือ การสร้างความเชื่อมั่นว่ายาที่ได้รับมีมาตรฐานและปลอดภัย การสร้างเจตคติของเภสัชกรในการแสดงความเห็นอกเห็นใจเข้าใจผู้ป่วย และพยายามทำความเข้าใจผู้ป่วย สรุปได้ว่า การพัฒนาคุณภาพบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิ สำหรับผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยใช้ชุมชนเป็นฐานร่วมกับการดำเนินงานของทีม 3 หมอ เป็นรูปแบบที่เพิ่มการเข้าถึงบริการ ให้ผลการรักษาที่ดี ลดมูลค่ายาสำรองคลัง และเป็นรูปแบบบริการที่มีคุณภาพในมุมมองทั้งผู้รับบริการและผู้ให้บริการ

คำสำคัญ: บริการเภสัชกรรมปฐมภูมิ, การใช้ชุมชนเป็นฐาน, ทีมบริการสุขภาพ, โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

Abstract

This research aimed to develop the quality of primary care pharmaceutical services for patients with chronic non-communicable diseases through a community-based approach and collaboration with a team of three doctors (3-Healthcare Team) in Maetha District, Lampang Province and to evaluate the development results. The sample involved 34 healthcare workers from 14 primary care units and 300 patients with chronic non-communicable diseases, selected by multi-stage sampling. The instruments used were a patient data record form and chronic disease patient ID book, a drug problem solving data collection form, a primary care unit drug inventory value collection form, and a questionnaire to measure expectations and perceptions of service quality. The results of the study found that the development of the service model from individual service in the service unit to individual drug preparation from the hospital and pharmacists to proactively work in the village community collaborated with a team of three doctors resulted in increased patient access to services, drug problem resolution and prevention, and significantly reduced severity of disease according to the 7-color ping-pong system ($p=0.013$) with no difference in the number of drugs used to treat the disease ($p=0.866$), resulting in a decrease in the drug inventory value. Comparing the mean level of expectation and perception of service providers and service recipients towards the quality of primary pharmacy services, it was found that the level of perception and expectation was significantly different. The level of perception was higher than the expectation in all aspects of the service (4.63 ± 0.52 vs 4.50 ± 0.63 , $p < 0.001$). The service quality that was slightly higher than the expectation should be revised and improved, namely, building confidence that the medicine received was up to standard and safe, creating the attitude of pharmacists to show empathy and understanding to patients, and trying to get to know patients. In conclusion, the development of the quality of primary pharmacy services for patients with chronic non-communicable diseases through a community-based approach and collaboration with a team of three doctors is a model that increases access to services, provides good treatment results, reduces the value of drug inventory, and is a quality service model from the perspective of both service recipients and service providers.

Keywords: Primary care pharmaceutical services, Community-based approach, Healthcare team, Chronic Non-Communicable Diseases.

บทนำ

กลุ่มโรคไม่ติดต่อ (Non-Communicable Diseases) หรือโรค NCDs เป็นปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่งของโลกทั้งในมิติของจำนวนการเสียชีวิตและภาระโรคโดยรวม ปี พ.ศ.2565 องค์การอนามัยโลก รายงานข้อมูลประชากรทั่วโลกเสียชีวิตจากโรค NCDs 41 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 74 ของการเสียชีวิตของประชากรทั่วโลก ในประเทศไทยโรค NCDs เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญที่ส่งผลกระทบต่อพัฒนาประเทศอย่างมากเนื่องจากเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตคนไทย ที่ก่อให้เกิดภาระโรคจากการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร คนไทยเสียชีวิตจากโรค NCDs ปีละกว่า 400,000 ราย คิดเป็นร้อยละ 81 ของสาเหตุการเสียชีวิตทั้งหมดในประเทศ (กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2567) สถานการณ์โรคไม่ติดต่อกจากฐานข้อมูล Health Data Center (HDC) อำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง พบอุบัติการณ์การเกิดโรค NCDs มีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในปี 2563 - 2565 มีจำนวนผู้ป่วย NCDs ที่ขึ้นทะเบียนเท่ากับ 13,147 คน 13,348 คน และ 13,579 คน แต่แนวโน้มอัตราผู้ป่วยขึ้นทะเบียนและรับการรักษาต่อเนื่องกลับลดลง โดยร้อยละของผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนและรับการรักษาต่อเนื่อง เท่ากับ 67.60 , 63.67, 61.15 ร้อยละของผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนและรับการรักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาล เท่ากับ 88.19, 87.24, 83.72 และร้อยละของผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนและรับการรักษาต่อเนื่องที่ NPCU เท่ากับ 64.89, 60.52, 58.11 ตามลำดับ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการพัฒนารูปแบบการให้บริการเพื่อให้ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อดีขึ้นได้รับการรักษาและรับยาต่อเนื่องของ NPCU เนื่องจากมีผู้ป่วยรับการรักษาที่ NPCU ร้อยละ 83 ของผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียน แต่ปี 2565 รับการรักษาต่อเนื่องเพียงร้อยละ 58.11

อำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง แบ่งเขตการปกครองเป็น 10 ตำบล 95 หมู่บ้าน เครือข่ายบริการสุขภาพภาครัฐประกอบด้วยโรงพยาบาลชุมชน (รพช.) 30 แห่ง จำนวน 1 แห่ง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) จำนวน 13 แห่ง มีการจัดตั้งและขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิ (primary care unit ; PCU) และเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (network primary care unit; NPCU) รวม 5 เครือข่าย

ตามนโยบายการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัว (Primary Care Cluster; PCC) พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 และแผนยุทธศาสตร์ชาติด้านสาธารณสุขด้านการพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการได้สะดวกใกล้บ้าน ลดระยะเวลารอคอย และพัฒนาระบบบริการเชิงรุก ต่อมาในปี 2564 มีนโยบายให้คนไทยทุกคนมีหมอประจำตัว 3 คน (ทีม 3 หมอ) เป็นการต่อยอดทีมหมอครอบครัวโดยให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีบทบาทชัดเจนในระบบสุขภาพ เป็นหมอคนที่ 1 ดูแลประชาชน กับทีมบุคลากรการแพทย์ผู้ให้บริการในหน่วยบริการปฐมภูมิ เป็นหมอคนที่ 2 และมีแพทย์ด้านเวชศาสตร์ครอบครัว เป็นหมอคนที่ 3 จากสถานการณ์อัตราผู้ป่วยขึ้นทะเบียนและรับการรักษาต่อเนื่องของอำเภอแม่ทะมีแนวโน้มลดลง อำเภอแม่ทะ จึงได้ปรับรูปแบบการให้บริการผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจากการให้บริการลักษณะการตั้งรับโดยใช้สถานบริการเป็นฐานการทำงานซึ่งผู้ป่วยหลายรายมีปัญหาเรื่องการเข้าถึง ไม่สามารถมารับบริการได้อย่างต่อเนื่อง รวมทั้งการให้บริการที่เน้นการตั้งรับทำให้หมอคนที่ 1 และหมอคนที่ 2 ไม่ทราบข้อมูลของพื้นที่ ทีม 3 หมอ อำเภอแม่ทะได้ปรับการให้บริการเป็นรายหมู่บ้านใช้ชุมชนเป็นฐานการทำงานแทนเพื่อให้เอื้อต่อกระบวนการให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแล ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาบริการเภสัชกรรม ปฐมภูมิ เพื่อให้ประชาชนปลอดภัยจากการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ ผู้ป่วยเข้าถึงยาอย่างต่อเนื่อง ครอบครัวสามารถพึ่งตนเองและจัดการตนเองด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพได้อย่างถูกต้อง รวมถึงชุมชนมีความตระหนักรู้และพึ่งตนเองในการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพได้อย่างเหมาะสมและปลอดภัย โดยมุ่งเน้นให้เกิดการให้บริการเภสัชกรรมที่ตอบสนองหรือส่งเสริมให้เกิดระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ และเป็นบริการที่อยู่ใกล้บ้านใกล้ใจของประชาชน (คู่มือสำหรับเภสัชกรในการดำเนินงานเภสัชกรรมในหน่วยบริการปฐมภูมิ, 2560 แนวทางปฏิบัติเภสัชกรรมปฐมภูมิ, 2566) โดยใช้ชุมชนเป็นฐานร่วมกับการดำเนินงานของทีม 3 หมอ และศึกษาผลของการพัฒนา

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาคุณภาพบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิสำหรับผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยใช้ชุมชนเป็นฐานร่วมกับการดำเนินงานของ ทีม 3 หมอ ในเขตพื้นที่อำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง

2. เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพการบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิก่อนและหลังในด้านการเพิ่มการเข้าถึงการบริการ การแก้ไขปัญหาการใช้ยา การควบคุมโรค การลดมูลค่ายาสำรองคงคลังในหน่วยบริการปฐมภูมิ

3. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างระดับความคาดหวังและระดับการรับรู้ต่อการบริการของผู้ให้บริการและผู้รับบริการ

วิธีการศึกษา

การวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาคุณภาพบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิ โดยศึกษาสถานการณ์ลักษณะการดำเนินงานให้บริการเภสัชกรรมของเครือข่ายบริการปฐมภูมิ อำเภอแม่ทะ จากนั้นพัฒนารูปแบบการบริการ การติดตามการบันทึกข้อมูล การได้รับยาและการใช้ยา การแก้ปัญหาและป้องกันปัญหาการใช้ยา รวมถึงวิธีการในการจัดเตรียมยารายบุคคลให้สอดคล้องกับแผนการรักษา และประเมินผลการพัฒนา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ ใช้ข้อมูลจากสรุปผลการดำเนินงานบริการปฐมภูมิ อำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง ปีงบประมาณ 2566 ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ผู้รับบริการ คือ ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่รับยาในพื้นที่รับผิดชอบของหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอแม่ทะ ทั้ง 5 เครือข่าย จำนวน 6,204 คน และทีม 3 หมอ ผู้ให้บริการอันได้แก่ แพทย์ เภสัชกร พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุขอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่ปฏิบัติงานในพื้นที่รับผิดชอบ จำนวน 120 คน

การคำนวณหากกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนผู้รับบริการคำนวณจากประชากรทั้งหมด โดยใช้โปรแกรม G*power version 3.1.9.7 กำหนดความน่าจะเป็นของความคลาดเคลื่อนในการทดสอบ (α err prob) ที่ 0.05 อำนาจการทดสอบ (Power of test: $1-\beta$ err prob) เท่ากับ 0.95 ค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ 0.2 คำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 285 คน เพื่อป้องกันการสูญเสียข้อมูล ผู้วิจัยจึงใช้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างเป็น 300 คน

ส่วนผู้ให้บริการ ผู้วิจัยใช้ทีม 3 หมอของ 14 หมู่บ้าน จากทั้งหมด 95 หมู่บ้าน ตามที่เลือกได้จากขั้นตอนที่ 2 ของการสุ่มตัวอย่างผู้รับบริการ โดยผู้ให้บริการจะประกอบด้วยแพทย์ 3 คน เภสัชกร 3 คน เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบหมู่บ้าน 14 คน และ อสม.เชี่ยวชาญด้านควบคุมโรคไม่ติดต่อ 14 คน รวม 34 คน

วิธีการสุ่มตัวอย่าง

การคัดเลือกตัวอย่างผู้รับบริการจากผู้ป่วยที่รับบริการรักษาโรคเรื้อรังในพื้นที่รับผิดชอบของหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง ทั้ง 5 เครือข่าย ปีงบประมาณ 2566 โดยทำการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (multi-stage sampling) และการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (simple random sampling) ดังนี้

ขั้นที่ 1 แบ่งพื้นที่ตามการจัดตั้ง NPCU เป็นทั้งหมด 5 เครือข่าย 14 หน่วยบริการ

ขั้นที่ 2 ผู้วิจัยจัดเก็บข้อมูลรายหมู่บ้านจากทุกหน่วยบริการ โดยจับฉลากสุ่มชื่อหมู่บ้านเลือก แต่ละหน่วยบริการละ 1 ชื่อ รวม 14 หมู่บ้าน

ขั้นที่ 3 สุ่มตัวอย่างผู้ป่วยในแต่ละหมู่บ้านโดยการสุ่มตัวเลขจากเลขลำดับของผู้ป่วยในทะเบียนผู้รับบริการทั้ง 14 หมู่บ้านที่ได้จากขั้นตอนที่ 2 โดยกระจายสัดส่วนตัวอย่างตามจำนวนผู้ป่วยของแต่ละหมู่บ้านจนครบจำนวนตัวอย่าง 300 คน โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือกเข้าร่วม (Inclusion criteria) และแยกออก (Exclusion criteria) ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกเข้าร่วมงานวิจัย (Inclusion criteria) สำหรับผู้รับบริการ

- 1.เป็นผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่รับยาในพื้นที่รับผิดชอบของหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอแม่ทะ ภายในระยะเวลาที่ทำการวิจัย
2. เป็นผู้มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไปที่สามารถสื่อสาร มองเห็น พูดคุยถามตอบได้มีความยินดีและยินยอมเข้าร่วมวิจัยด้วยความสมัครใจไม่ใช่เป็นการบังคับจากผู้หนึ่งผู้ใด

เกณฑ์การแยกออกจากการงานวิจัย (Exclusion criteria) สำหรับผู้รับบริการ

- 1.เป็นผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ย้ายถิ่นที่อยู่อาศัยออกจากอำเภอแม่ทะ

2. เป็นผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงจำเป็นต้องรักษาตัวและต้องรักษาตัวในโรงพยาบาลภายในระยะเวลาที่กำหนด

3. เป็นผู้ป่วยเสียชีวิตระหว่างการทำวิจัย

4. เป็นผู้ที่ไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้ครบถ้วน

เกณฑ์การคัดเลือกเข้าร่วมงานวิจัย (Inclusion criteria) สำหรับผู้ให้บริการ

1. เป็นผู้ให้บริการทีม 3 หมอของเครือข่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิ อำเภอแม่ทะ

2. เป็นผู้ที่สามารถสื่อสารได้มีความยินดีและยินยอมเข้าร่วมวิจัยด้วยความสมัครใจไม่เป็นการบังคับจากผู้หนึ่งผู้ใด

เกณฑ์การแยกออกจากงานวิจัย (Exclusion criteria) สำหรับผู้ให้บริการ

1. เป็นทีม 3 หมอผู้ให้บริการที่ย้ายถิ่นที่อยู่ทำงานออกจากอำเภอแม่ทะ

2. เป็นผู้ที่ไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้ครบถ้วน

เครื่องมือที่ใช้

1. แบบบันทึกข้อมูลผู้รับบริการและสมุดประจำตัวผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

2. แบบเก็บข้อมูลการแก้ไขปัญหาด้านยา

3. แบบเก็บข้อมูลมูลค่ายาสำรองคลังหน่วยบริการปฐมภูมิ

4. แบบสอบถามที่ใช้วัดระดับความคาดหวังและการรับรู้ต่อคุณภาพบริการ มีลักษณะเป็น มาตรฐานประเมินค่า 5 ระดับ จำนวน 5 ด้าน 26 ข้อ ผ่านการทดสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้ค่าความสอดคล้อง (Index of consistency : IOC) เท่ากับ 0.667 ค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตร Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.76

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เก็บข้อมูลในเดือนตุลาคม 2564-กันยายน 2565 เป็นข้อมูลก่อนพัฒนา และข้อมูลในเดือนตุลาคม 2565 -กันยายน 2566 เป็นข้อมูลหลังพัฒนา โดยเก็บข้อมูลการเข้ารับบริการ รายการยา ระดับสีความรุนแรงของโรค การแก้ไขปัญหาป้องกันปัญหาด้านยา จากแบบบันทึกข้อมูลผู้รับบริการ สมุดประจำตัวผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และแบบเก็บข้อมูลการแก้ไขปัญหาด้านยา และใช้แบบเก็บข้อมูลมูลค่ายาสำรองคลังหน่วยบริการปฐมภูมิลบรวมข้อมูลจากใบเบิกเวชภัณฑ์รายเดือนของแต่ละหน่วยบริการปฐมภูมิ

2. เก็บรวบรวมผลการประเมินคุณภาพบริการโดยการส่งแบบสอบถาม ไปถึงกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้แบบสอบถามเป็นเอกสารกระดาษในกลุ่มผู้รับบริการ กรณีที่ผู้รับบริการอ่านหนังสือไม่ออกจะใช้การอ่านให้ฟังและเลือกคำตอบแทน และใช้แบบสอบถามเป็น google form ในกลุ่มผู้ให้บริการ โดยดำเนินการในเดือน เมษายน 2567

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การพัฒนาคุณภาพบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิสำหรับผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยใช้ชุมชนเป็นฐานร่วมกับการดำเนินงานของทีม 3 หมอ ในเขตพื้นที่อำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ (Content Analysis)

2. เปรียบเทียบคุณภาพบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิก่อนและหลังในด้านการเพิ่มการเข้าถึงการบริการ การแก้ไขปัญหาการใช้ยา การควบคุมโรค การลดมูลค่ายาสำรองคลังในหน่วยบริการปฐมภูมิ ใช้สถิติเชิงพรรณนา ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และใช้สถิติอนุมานเปรียบเทียบความแตกต่างของระดับการควบคุมโรคและจำนวนรายการยาก่อนและหลังการพัฒนาด้วย Wilcoxon Matched-Pairs Signed-Ranks Test

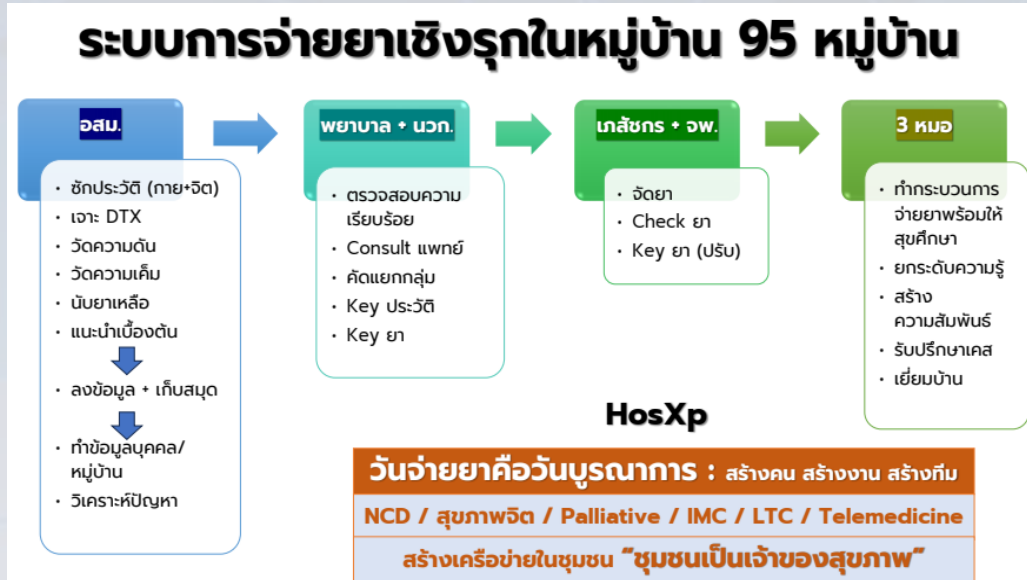
3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความคาดหวังและระดับการรับรู้ของผู้ให้บริการและผู้รับบริการต่อคุณภาพบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิ ด้วย Paired t-test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

การพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ได้รับใบรับรองจริยธรรมการวิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ โรงพยาบาลลำปาง เลขที่โครงการ EC009/67วันที่รับรอง 24 มกราคม 2567 หมดอายุ 23 มกราคม 2568

ผลการศึกษา

1. การพัฒนาคุณภาพบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิสำหรับผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยใช้ชุมชนเป็นฐานร่วมกับการดำเนินงานของทีม 3 หมอ ในเขตพื้นที่อำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง เป็นการปรับปรุงแบบการบริการจากเดิมที่ให้บริการในหน่วยบริการเป็นการจัดเตรียมยาบุคคลจากโรงพยาบาลเพียงจุดเดียวและเภสัชกรร่วมทีมออกดำเนินงานเชิงรุกร่วมกับการดำเนินงานของทีม 3 หมอ โดย อสม. หมอคนที่ 1 จะติดตามผู้ป่วย ชักประวัติ วัดความดัน เจาะเลือดปลายนิ้ว ทวนสอบวิธีใช้ยา นัยยา แล้วรายงานข้อมูลให้กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหมอคนที่ 2 เพื่อพิจารณาการรักษาและปรึกษา

ประจำทีมหมอครอบครัว หมอคนที่ 3 ดำเนินการส่งการรักษาก่อนวันนัดหมายจ่ายยาในหมู่บ้านประมาณ 5 - 7 วัน เพื่อให้กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลแม่ทะ จัดเตรียมยารายบุคคลนำไปส่งมอบให้กับผู้ป่วยในวันนัด มีฝั่งภาพแสดงขั้นตอนการให้บริการดังนี้



2. ผลการเปรียบเทียบคุณภาพบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิ ก่อนและหลังในด้านการเพิ่มการเข้าถึงการบริการ การแก้ไขปัญหาการใช้ยา การควบคุมโรค การลดมูลค่ายาสำรองคงคลังในหน่วยบริการ

การพัฒนาารูปแบบการบริการเป็นเชิงรุกในชุมชนแทนการตั้งรับในที่ตั้งหน่วยบริการ พบว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังกลุ่มตัวอย่างทั้ง 300 ราย สามารถเข้าถึงบริการ ได้รับการรักษาและรับยาต่อเนื่องตามนัดทุก 3 เดือน ร้อยละ 100 สูงกว่าข้อมูลเดิมในปีงบประมาณ 2565 ที่ได้รับการรักษาต่อเนื่องเพียงร้อยละ 58.11 โดยพบว่าการมารับยาในวันนัดนั้น เป็นผู้ป่วยมารับเอง 169 ราย (ร้อยละ 56.33) เป็นญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยมารับ 77 ราย (ร้อยละ 25.67) เป็น อสม.รับแทน 54 ราย (ร้อยละ 18.00)

ผลการแก้ไขและป้องกันปัญหาการใช้ยา จากเดิมที่ไม่มีระบบในการติดตามปัญหาการใช้ยา ได้พัฒนาแบบบันทึกเพื่อใช้ติดตามข้อมูลการได้รับยาและการใช้ยา และแบบเก็บข้อมูลการแก้ไขปัญหาด้านยา พบปัญหาการใช้ยา 25 ราย (ร้อยละ 8.33) เป็นปัญหาที่มีสาเหตุจากตัวของผู้ป่วยมากที่สุด โดยพบผู้ป่วยเก็บรักษายาไม่เหมาะสม 9 ราย (ร้อยละ 36) ผู้ป่วยใช้ยาน้อยกว่าที่แพทย์สั่ง 3 ราย (ร้อยละ 12) ผู้ป่วยใช้ยามากกว่าที่แพทย์สั่ง 3 ราย (ร้อยละ 12) ผู้ป่วยใช้ยาหรือผลิตภัณฑ์สุขภาพอื่นที่ไม่จำเป็น 3 ราย (ร้อยละ 12) ผู้ป่วยใช้ยาหรือบริหารยาผิด

วิธี 4 ราย (ร้อยละ 16) ผู้ป่วยเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา 2 ราย (ร้อยละ 8) การสั่งใช้ยาเลือกขนาดยาไม่เหมาะสม 1 ราย (ร้อยละ 4) วิธีการแก้ไข คือ ให้คำแนะนำเรื่องการใช้ยาโดยวาจาแก่ผู้ป่วย แก้ไขที่แพทย์ผู้สั่งใช้ยาโดยเสนอต่อผู้สั่งใช้ยาและผู้สั่งใช้ยาตอบรับข้อเสนอ

ส่วนผลของการควบคุมโรคพิจารณาจากระดับความรุนแรงของโรคตามระบบป้องกัน 7 สีของผู้ป่วย โดยการศึกษาที่แบ่งระดับจากการให้ค่าสีเขียว-เหลือง-ส้ม-แดง-ดำ เป็น 5-4-3-2-1 พบว่าหลังการพัฒนาารูปแบบบริการ ผู้ป่วยมีระดับสีความรุนแรงของโรคคงเดิม 287 ราย (ร้อยละ 95.66) สามารถลดระดับสีความรุนแรงของโรค 11 ราย (ร้อยละ 3.67) ระดับสีความรุนแรงของโรคเพิ่มขึ้น 2 ราย (ร้อยละ 0.67) โดยจำนวนรายการยาโรคเรื้อรังที่ผู้ป่วยได้รับในการรักษา มีจำนวนรายการยาไม่เปลี่ยนแปลง 271 ราย (ร้อยละ 90.33) มีจำนวนรายการยาลดลง 14 ราย (ร้อยละ 4.67) มีจำนวนรายการยาเพิ่มขึ้น 15 ราย (ร้อยละ 5) เปรียบเทียบความแตกต่างการควบคุมระดับความรุนแรงของโรคของผู้ป่วย และจำนวนรายการยา ก่อนและหลังพัฒนาารูปแบบ โดยใช้ Wilcoxon Matched-Pairs Signed-Ranks Test พบว่าระดับความรุนแรงของโรคหลังการพัฒนาดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยไม่มีความแตกต่างของจำนวนรายการยาที่ใช้ในการรักษาโรค (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างการควบคุมระดับความรุนแรงของโรคของผู้ป่วย และจำนวนรายการยา ก่อนและหลังพัฒนารูปแบบ โดยใช้ Wilcoxon Matched-Pairs Signed-Ranks Test

	n	Z	p-value
ค่าระดับสีความรุนแรงของโรคก่อนพัฒนา - ค่าระดับสีความรุนแรงของโรคหลังพัฒนา	300	-2.496 ^a	0.013
จำนวนรายการยาที่ได้รับก่อนพัฒนา- จำนวนรายการยาที่ได้รับหลังพัฒนา	300	-0.168 ^a	0.866

a: based on positive ranks

การปรับรูปแบบบริการจัดเตรียมยารายบุคคลจากโรงพยาบาลเพียงจุดเดียวสามารถลดมูลค่าคงคลังสำรอง ณ สิ้นเดือน ของกลุ่มรายการยาที่ใช้รักษาผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อ 3 กลุ่มโรค ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคไขมันในเลือดสูงในหน่วยบริการปฐมภูมิ รวมมูลค่าเฉลี่ย 165,314 บาทต่อเดือน

3.ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างระดับความคาดหวังและการรับรู้ต่อคุณภาพบริการต่อการพัฒนารูปแบบบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิสำหรับผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยใช้ชุมชนเป็นฐานร่วมกับการดำเนินงานของทีม 3 หมอ ในเขตพื้นที่อำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง

ผลการประเมินคุณภาพของบริการ (Service Quality Model) ด้วยเครื่องมือ SERVQUAL โดยการกระจายแบบสอบถามจำนวน 334 ฉบับ ตอบกลับและมีข้อมูลสมบูรณ์ 334 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 100 นำมาวิเคราะห์ข้อมูลได้ตั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 241 คน (ร้อยละ 72.16) อายุเฉลี่ย 61±11 ปี พบว่าการบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิ

สำหรับผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยใช้ชุมชนเป็นฐานร่วมกับการดำเนินงานของทีม 3 หมอ ในเขตพื้นที่อำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง เป็นการบริการที่มีคุณภาพ ไม่มีบริการในด้านใดที่การรับรู้คุณภาพบริการต่ำกว่าความคาดหวังอันจัดเป็นบริการที่มีปัญหาเกี่ยวกับคุณภาพการบริการ โดยมีค่าเฉลี่ยระดับความคาดหวัง ด้านความปลอดภัย/การให้ความเชื่อมั่นแก่ผู้รับบริการมากที่สุด (4.57±0.62) และด้านความเป็นรูปธรรมของการบริการน้อยที่สุด (4.44±0.70) ค่าเฉลี่ยระดับการรับรู้ ด้านการตอบสนองต่อผู้รับบริการ มากที่สุด (4.70±0.55) และด้านความเป็นรูปธรรมของการบริการน้อยที่สุด (4.56±0.58) ส่วนข้อคำถามที่มีค่าเฉลี่ยระดับความคาดหวังมากที่สุดคือ ท่านเชื่อมั่นว่ายาที่ได้รับมีมาตรฐานและปลอดภัย (4.63±0.62) และความคาดหวังน้อยที่สุดคือ ความสะอาดโดยรวมของสถานที่ให้บริการ (4.28±0.85) ข้อคำถามที่มีระดับค่าเฉลี่ยการรับรู้มากที่สุด คือ ท่านรู้สึกมั่นใจต่อการให้บริการ (4.71±0.59) และการรับรู้น้อยที่สุดคือ เภสัชกรสามารถจำชื่อผู้ป่วยได้ (4.44±0.75) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างระดับความคาดหวังและการรับรู้ต่อคุณภาพบริการต่อการพัฒนารูปแบบบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิสำหรับผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยใช้ชุมชนเป็นฐานร่วมกับการดำเนินงานของทีม 3 หมอ ในเขตพื้นที่อำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง โดยใช้ Paired t-test

คุณภาพบริการ	ความคาดหวัง	การรับรู้	คุณภาพบริการ	p-value
	(Expectation,E)	(Perception,P)	(P-E)	
	Mean± SD	Mean± SD	Mean± SD	
ความเป็นรูปธรรมของการบริการ	4.44±0.70	4.56±0.58	0.15±0.47	<0.001
1. ความสะอาดโดยรวมของสถานที่ให้บริการ	4.28±0.85	4.49±0.72	0.21±0.61	<0.001
2. ไม่มีความแออัดบริเวณจุดให้บริการ	4.38±0.85	4.52±0.71	0.15±0.64	<0.001
3. สถานที่ให้บริการ เหมาะสมชัดเจน เข้าถึงได้ง่าย	4.50±0.75	4.61±0.67	0.11±0.50	<0.001

วารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคเหนือ)

ปีที่ 34 ฉบับที่ 3 เดือนกันยายน - ธันวาคม 2567

คุณภาพบริการ	ความคาดหวัง (Expectation,E) Mean± SD	การรับรู้ (Perception,P) Mean± SD	คุณภาพบริการ (P-E) Mean± SD	p-value
4. มีเภสัชกรให้บริการจ่ายยาสม่ำเสมอ	4.47±0.77	4.61±0.63	0.14±0.59	<0.001
5. มีเภสัชกรติดตามเยี่ยมบ้านสม่ำเสมอ	4.29±0.93	4.46±0.78	0.17±0.65	<0.001
6. การแต่งกายของเภสัชกรมีความเหมาะสม	4.54±0.73	4.67±0.59	0.12±0.53	<0.001
ความน่าเชื่อถือไว้ใจได้	4.53±0.70	4.65±0.54	0.13±0.46	<0.001
1. เภสัชกรให้คำปรึกษาในเรื่องการดูแลสุขภาพได้	4.55±0.75	4.67±0.60	0.13±0.50	<0.001
2. เภสัชกรให้คำปรึกษาในเรื่องการใช้ยาได้	4.54±0.75	4.69±0.60	0.14±0.49	<0.001
3. เภสัชกรมีความน่าเชื่อถือไว้ใจได้	4.54±0.78	4.70±0.57	0.17±0.58	<0.001
4. มีช่องทางสื่อสารของเภสัชกรที่สามารถติดต่อได้	4.43±0.82	4.54±0.71	0.12±0.60	<0.001
5. ท่านได้รับยาที่ถูกต้องตามแพทย์สั่ง	4.58±0.74	4.70±0.60	0.12±0.53	<0.001
6. เภสัชกรให้บริการตรงเวลานัดหมาย	4.53±0.80	4.62±0.66	0.09±0.60	0.007
ด้านการตอบสนองต่อลูกค้า	4.54±0.67	4.70±0.55	0.12±0.41	<0.001
1. เภสัชกรมีความพร้อมในการให้บริการ	4.55±0.72	4.66±0.65	0.11±0.50	<0.001
2. เภสัชกรเต็มใจให้บริการ	4.57±0.72	4.68±0.59	0.11±0.50	<0.001
3. เภสัชกรมีการสื่อสารที่ดี	4.57±0.71	4.68±0.59	0.11±0.48	<0.001
4. เภสัชกรตอบคำถามได้ชัดเจน	4.54±0.73	4.70±0.58	0.16±0.46	<0.001
5. เภสัชกร หน้าที่ ทำทางที่ยิ้มแย้ม ต้อนรับอย่างดี	4.58±0.71	4.69±0.59	0.11±0.49	<0.001
6. ระยะเวลาในการเข้ารับบริการไม่นานเกินไป	4.39±0.80	4.54±0.70	0.15±0.63	<0.001
ด้านความปลอดภัย/การให้ความเชื่อมั่นแก่ผู้รับบริการ	4.57±0.62	4.66±0.56	0.09±0.44	<0.001
1. ท่านเชื่อมั่นว่ายาที่ได้รับมีมาตรฐานและปลอดภัย	4.63±0.62	4.69±0.60	0.06±0.50	0.039
2. เภสัชกรรักษาความลับผู้ป่วย	4.55±0.70	4.64±0.61	0.09±0.53	0.002
3. เภสัชกรมีอุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้อโรคเหมาะสม	4.48±0.73	4.60±0.64	0.13±0.49	<0.001
4. ท่านรู้สึกมั่นใจต่อการให้บริการ	4.61±0.70	4.71±0.59	0.10±0.45	<0.001
ด้านความเข้าใจลูกค้า	4.48±0.71	4.59±0.58	0.11±0.46	<0.001
1. เภสัชกรมีความเห็นอกเห็นใจเข้าใจผู้ป่วย	4.57±0.71	4.65±0.63	0.08±0.52	0.004
2. เภสัชกรพยายามทำความรู้จักผู้ป่วย	4.54±0.75	4.63±0.60	0.09±0.52	0.001
3. เภสัชกรสามารถจำชื่อผู้ป่วยได้	4.31±0.88	4.44±0.75	0.13±0.57	<0.001
4. เภสัชกรมีความเอื้ออาทรต่อผู้ป่วย	4.51±0.76	4.65±0.63	0.13±0.52	<0.001
ภาพรวม	4.50±0.63	4.63±0.52	0.12±0.37	<0.001

ในส่วนข้อคำถามการตัดสินใจเลือกรูปแบบที่จะใช้บริการในกรณีที่ท่านสามารถเลือกการเข้ารับบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิ ท่านจะเลือกรับบริการในรูปแบบใด พบว่ากลุ่มตัวอย่างตัดสินใจเลือกรับบริการที่จุดบริการในหมู่บ้าน 283 ราย (ร้อยละ 84.73) รับบริการที่โรงพยาบาลหรือ รพ.สต. 51 ราย (ร้อยละ 15.27)

อภิปรายผล

การพัฒนาคุณภาพบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิ สำหรับผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยใช้ชุมชนเป็นฐานร่วมกับการดำเนินงานของ ทีม 3 หมอ อำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง ในรูปแบบการให้บริการเชิงรุกในชุมชนแทนการตั้งรับในที่ตั้งหน่วยบริการ โดยพัฒนา อสม. หมอคนที่ 1 ให้มีบทบาทดำเนินการ เป็นรูปแบบการพัฒนางานปฐมภูมิตามนโยบายตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 และนโยบายกระทรวงสาธารณสุขที่ให้คนไทยทุกคนครอบคลุมมีหมอประจำตัว 3 คน เป็นการจัดทีมร่วมกันดูแลสุขภาพของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบเชื่อมโยงกันทั้งทีม ส่งผลให้ประชาชนลดค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้รับการรักษาและรับยาต่อเนื่อง ลดภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดกับผู้ป่วยที่เป็นปัญหาสำคัญของสาธารณสุขและเป็นสาเหตุการตายและความพิการที่เพิ่มขึ้นต่อไป การพัฒนารูปแบบบริการโดยใช้ชุมชนเป็นฐานจึงเป็นอีกหนึ่งรูปแบบที่สามารถใช้ในการปรับปรุงบริการสุขภาพปฐมภูมิ จากการศึกษาสถานการณ์ที่แสดงมูลค่าเฉลี่ยการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิมิมีคะแนนน้อยที่สุด และอยากให้ปรับปรุงบริการของทีม 3 หมอ (เพ็ญญา ศรีหรั่ง และคณะ , 2566)

การเปรียบเทียบคุณภาพบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิก่อนและหลังพัฒนา ในด้านการเพิ่มการเข้าถึงบริการและการรักษาต่อเนื่อง ร้อยละ 100 แตกต่างจากข้อมูลในระบบ Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2563-2565 ที่อำเภอแม่ทะมีร้อยละของผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนและรับการรักษาต่อเนื่องที่ NPCU เพียง 64.89, 60.52, 58.11 ตามลำดับ ในด้านการแก้ไขป้องกันปัญหาการใช้ยา จากการพัฒนาแบบบันทึกติดตามการใช้ยาสามารถแก้ไขปัญหาด้านยาที่เกิดจากผู้ป่วย 24 ราย และป้องกันปัญหาการใช้ยาจากผู้สั่งใช้ยา 1 ราย สามารถนำข้อมูลที่ได้ใช้วางแผนงานในการป้องกันปัญหาการใช้ยาต่อไป ในด้านผลของการควบคุมโรคโดยพิจารณาแบ่งระดับความรุนแรงของโรคตามระบบป้องกัน 7 สีสอดคล้องกับการศึกษาที่กล่าวว่าสัญลักษณ์ป้องกัน 7 สีเป็นเครื่องมือที่มีความสำคัญในระดับปฏิบัติการ โดยใช้สีที่

ประชาชนคุ้นเคยนำมาจัดเรียงตามลำดับความรุนแรงของโรคเป็นเครื่องมือที่สื่อสารแล้วเข้าใจง่าย สามารถลดระดับความรุนแรงของโรคได้(วิชัย เทียนถาวร,2560) ทั้งนี้ผลจากการเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างก่อนและหลังการพัฒนาพบว่าระดับความรุนแรงของโรคหลังการพัฒนาดังกล่าวมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.013$) โดยไม่มีความแตกต่างของจำนวนรายการยาที่ใช้ในการรักษาโรคก่อนและหลังการพัฒนา ($p=0.866$) ด้านการลดมูลค่ายาสำรองคงคลังในหน่วยบริการปฐมภูมิจากการปรับรูปแบบโดยจัดยาจากโรงพยาบาลเพียงจุดเดียวสามารถลดมูลค่ายาสำรองคงคลังในหน่วยบริการปฐมภูมิตามมูลค่าเฉลี่ย 165,314 บาทต่อเดือน ทำให้ลดมูลค่าการจัดซื้อยาประหยัดงบประมาณได้ส่วนหนึ่ง

การเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างระดับความคาดหวังและการรับรู้ต่อคุณภาพบริการต่อการพัฒนารูปแบบบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิสำหรับผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยใช้ชุมชนเป็นฐานร่วมกับการดำเนินงานของทีม 3 หมอ ในเขตพื้นที่อำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง พบว่า ความคาดหวัง (Expected Service) และการรับรู้ (Perceived Service) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยการรับรู้มีค่าเฉลี่ยสูงกว่าความคาดหวังในทุกๆด้านของการบริการ สามารถแปลผลได้ว่าคุณภาพบริการอยู่ในระดับดี หรือ ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจ ในรูปแบบบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิสำหรับผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยใช้ชุมชนเป็นฐานร่วมกับการดำเนินงานของทีม 3 หมอ ผลจากการวิจัยนี้แตกต่างจากการศึกษาอื่นๆที่ความคาดหวังมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าการรับรู้ในทุกๆด้านของการบริการ (สุนันทา ยอดเนตร ,2551 ปัทสรา วรรณทอง และบุรินทร์ ต.ศรีวงษ์ ,2561 ทรงวุฒิ สารจันทิก ,2564) โดยในการศึกษาอื่น ๆ นั้นเป็นการประเมินคุณภาพบริการที่จัดในหน่วยบริการ แสดงว่าการใช้ชุมชนเป็นฐานการทำงานให้คุณภาพบริการที่ดีมีการรับรู้ได้มากกว่าความคาดหวัง โดยคุณภาพบริการที่มีระดับการรับรู้เกินกว่าความคาดหวังน้อยควรจะได้นำมา ปรับปรุง พัฒนาคุณภาพบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิให้ดีขึ้น คือ การสร้างความเชื่อมั่นว่ายาที่ได้รับมีมาตรฐานและปลอดภัย การสร้างเจตคติของเภสัชกรในการแสดงความเห็นอกเห็นใจเข้าใจผู้ป่วย และพยายามทำความเข้าใจผู้ป่วย

สรุปผล

การพัฒนาคุณภาพบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิ สำหรับผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยใช้ชุมชนเป็นฐานร่วมกับการดำเนินงานของทีม 3 หมอ โดยปรับรูปแบบใช้ชุมชนเป็นฐาน

การทำงาน พัฒนาศักยภาพ อสม.หมอมคนที่ 1 ให้สามารถชักชวน ประวัติ วัดความดัน เจาะเลือด ในหมู่บ้านแล้วนำข้อมูลมาแปลผล ส่งการรักษา โดยหมอมคนที่ 2 และหมอมคนที่ 3 จัดเตรียมยา รายบุคคลที่หน่วยบริการ แล้วเภสัชกรนำยาที่จัดเตรียม รายบุคคลไปจ่ายยาในหมู่บ้านร่วมกับทีม 3 หมอ เป็นรูปแบบที่ เพิ่มการเข้าถึงการบริการผู้ป่วยเข้าถึงได้สะดวกสามารถรับการรักษา ด้รับยาต่อเนื่องสม่ำเสมอ ให้ผลการรักษาที่ดีสามารถ ควบคุมระดับความรุนแรงของโรคได้โดยไม่มี ความแตกต่างของ จำนวนรายการยาที่ใช้ในการรักษาโรคก่อนและหลังการพัฒนา สามารถลดมูลค่ายาสำรองคงคลังในหน่วยบริการปฐมภูมิ และ เป็นบริการที่มีคุณภาพ

ข้อเสนอแนะ

การพัฒนา รูปแบบบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิ สำหรับผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยใช้ชุมชน เป็นฐานร่วมกับการ ดำเนินงานของทีม 3 หมอ เป็นรูปแบบที่ให้ผลในการรักษาที่ดี และเป็นบริการที่มีคุณภาพ ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงได้สะดวก ประหยัดค่าเดินทาง อสม.หมอมคนที่ 1 มีบทบาทและพัฒนา

เอกสารอ้างอิง

- กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2567). แผนปฏิบัติการด้านการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อของประเทศไทย (พ.ศ.2566-2570). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิกแอนด์ดีไซน์.
- พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562. (2562, 30 เมษายน). ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม 136 ตอนที่ 56 ก. หน้า 165 – 185 .
- สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2557). ทีมหมอครอบครัว (Family care team). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
- คณะทำงานจัดทำคู่มือสำหรับเภสัชกรในการดำเนินงานเภสัชกรรมในหน่วยบริการปฐมภูมิ. (2560). คู่มือสำหรับเภสัชกรในการดำเนินงานเภสัชกรรมในหน่วยบริการปฐมภูมิ. กรุงเทพฯ: ศรีเมืองการพิมพ์ จำกัด.
- กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข . (2566). แนวทางปฏิบัติเภสัชกรรมปฐมภูมิ . กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
- เพ็ญญา ศรีหรั่ง และคณะ. (2566). การจัดการบริการสุขภาพปฐมภูมิยุคนโยบายสามหมอในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข ,17(3), 388-408
- วิชัย เทียนถาวร. (2560). ระบบและผลการดำเนินงานเฝ้าระวัง ควบคุม ป้องกัน โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ในประเทศไทยด้วยปิงปองจราจรชีวิต 7 สี. พิมพ์ครั้งที่ 8 . พะเยา : พิมพ์ดี เซ็นเตอร์ พลัส.
- สุนันทา ยอดเณร. (2551). การประเมินคุณภาพการบริการจากความแตกต่างระหว่างความคาดหวังกับ การรับรู้ของผู้รับบริการงานเภสัชกรรมในสถานบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิในกรุงเทพมหานคร. [ปริญญาานิพนธ์บริหารธุรกิจมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- ปภัศรา วรรณทอง และบุรินทร์ ต.ศรีวงษ์. (2561). การประเมินคุณภาพบริการเภสัชกรรมใน โรงพยาบาลรัฐบาลประเทศไทย. ศูนย์การศึกษาต่อเนื่องทางเภสัชศาสตร์ สภาเภสัชกรรม. https://ccpe.pharmacycouncil.org/index.php?option=article_detail&subpage= article_detail&id=471.
- ทรงวุฒิ สารจันทิก.(2564). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพการบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิในผู้ป่วยเบาหวานในจังหวัดสระบุรี. [ปริญญาานิพนธ์เภสัชศาสตรมหาบัณฑิต]. นครปฐม: มหาวิทยาลัยศิลปากร.

ศักยภาพในการทำงานได้เป็นอย่างดี เป็นอีกหนึ่งรูปแบบที่สามารถใช้ในการปรับปรุงบริการสุขภาพปฐมภูมิ แต่ก่อให้เกิดภาระ ค่าใช้จ่ายการจัดบริการในส่วนของหน่วยบริการเพิ่มขึ้น ทั้งในการประสานงาน การเดินทาง การส่งต่อข้อมูล รวมถึงการปรับทัศนคติของทีมในการปฏิบัติงานเชิงรุกในชุมชนแทนการตั้งรับในหน่วยบริการ ควรจะได้มีการสนับสนุนงบประมาณเพิ่มเติมสำหรับสร้างแรงจูงใจการจัดบริการปฐมภูมิในชุมชน เช่นเดียวกับการให้บริการจัดส่งยาถึงบ้านและการให้บริการเภสัชกรรมทางไกล

การศึกษาครั้งนี้ คัดเลือกตัวอย่างเพื่อนำเสนอข้อมูลที่ได้รับเป็นภาพรวมในการประเมินคุณภาพบริการ ไม่ได้แยกหรือทำการเปรียบเทียบข้อมูลความแตกต่างของผลการประเมินคุณภาพบริการระหว่างผู้รับบริการและผู้ให้บริการ รวมถึงความแตกต่างของพื้นที่ให้บริการ ปัจจัยส่วนบุคคล ซึ่งอาจมีผลต่อความคาดหวังและการรับรู้คุณภาพบริการได้ จึงควรมีการศึกษาถึงความสัมพันธ์ในตัวแปรต่างๆ รวมถึงการศึกษาเพื่อประเมินความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์สำหรับการจัดบริการในรูปแบบนี้ต่อไป