

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้า และรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องต่างๆ จากแหล่งข้อมูล เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงาน มีหัวข้อดังต่อไปนี้

2.1 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

- 2.1.1 ความเป็นมาของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
- 2.1.2 ขอบเขตการทำงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
- 2.1.3 การสนับสนุนจากโรงพยาบาลแม่ข่าย

2.2 การบริหารเวชภัณฑ์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

- 2.2.1 นโยบายที่เกี่ยวข้องกับการบริหารเวชภัณฑ์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
- 2.2.2 กระบวนการบริหารเวชภัณฑ์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
- 2.2.3 ตัวชี้วัดประสิทธิภาพในการบริหารเวชภัณฑ์ ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
- 2.2.4 การประเมินประสิทธิภาพงานบริหารเวชภัณฑ์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอสรรพยา

2.3 แนวคิดเกี่ยวกับการบริหารจัดการยา

- 2.3.1 กรอบแนวคิดระบบยา และ กระบวนการต่างๆที่เกี่ยวข้องกับระบบยา
- 2.3.2 รูปแบบการบริหารเวชภัณฑ์ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

อำเภอสรรพยา ปีงบประมาณ 2554

2.4 แนวคิดเกี่ยวกับการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

- 2.4.1 ประเภทของการวิจัย
- 2.4.2 ความหมายของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

2.4.3 ลักษณะของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

2.4.4 การจัดกลุ่มแนวคิด และหลักการของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

2.4.5 แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในงานวิจัยเชิงปฏิบัติการ

2.4.6 กระบวนการของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

2.4.7 เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.5.1 ความสำคัญของการพัฒนาระบบบริหารเวชภัณฑ์

2.5.2 ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานบริหารเวชภัณฑ์ในโรงพยาบาล
ส่งเสริมสุขภาพตำบล

2.5.3 งานวิจัยเชิงปฏิบัติการ

2.6 กรอบแนวคิดการวิจัย

2.1 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เป็นหน่วยงานบริการที่มุ่งเน้นการบริการระดับปฐมภูมิ ในลักษณะที่เป็นเครือข่ายทั้งในแนวราบและแนวดิ่ง (กระทรวงสาธารณสุข, 2552) ที่จำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนจากโรงพยาบาลแม่ข่าย ในการดำเนินงานทั้งด้านส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมและป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ โดยมีจุดเน้นคือการดำเนินการเชิงรุก การให้บริการอย่างต่อเนื่อง และมีความเชื่อมโยงกับบริการสุขภาพระดับอื่นในการดูแลผู้ป่วยรายกรณีอย่างมีประสิทธิภาพ

2.1.1 ความเป็นมาของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ประเทศไทยมีการพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เป็นระยะเวลากว่า 30 ปีแล้ว โดยให้มีสถานอนามัยกระจายไปสู่ระดับตำบลทั่วประเทศ ทั้งนี้ในระยะสิบปีที่ผ่านมาความต้องการบริการสุขภาพมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามจำนวน และโครงสร้างประชากรที่เปลี่ยนแปลงไป รวมทั้งการมีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในขณะที่เดียวกันสถานอนามัยส่วนใหญ่มียังมีข้อจำกัดในด้านศักยภาพ ซึ่งทำให้ไม่สามารถให้บริการเชิงรุกเพื่อสร้างสุขภาพ และบริการรักษาพยาบาลที่มี

ประสิทธิภาพเพียงพอ รัฐบาลจึงมีนโยบายปรับปรุงระบบบริการสุขภาพของภาครัฐทุกระดับให้ได้มาตรฐาน โดยยกระดับสถานีอนามัย เป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล ในปี พ.ศ. 2552 (สำนักงานโครงการสนับสนุนนโยบายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, 2552)

2.1.2 ขอบเขตการทำงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีขอบเขตการดำเนินการบริการสาธารณสุขผสมผสาน ทั้งด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การควบคุมและป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ รวมทั้งการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชนและสังคมในพื้นที่ที่รับผิดชอบ โดยมีจุดเน้นดังนี้ (กระทรวงสาธารณสุข, 2552)

2.1.2.1 **คำนิยามเชิงรุก** โดยมุ่งเข้าหาประชาชนและชุมชนเพื่อสร้างสุขภาพเป็นหลัก รวมทั้งมุ่งจัดการกับปัจจัยเสี่ยงที่เป็นต้นเหตุของปัญหาสุขภาพ เช่น การดูแลทำกายภาพบำบัดที่บ้านผู้ป่วย เพื่อให้สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ลดภาระของครอบครัว การเยี่ยมบ้านสำรวจผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (เบาหวาน ความดันโลหิตสูง) เพื่อการป้องกันโรคแทรกซ้อน การสำรวจหญิงมีครรภ์เพื่อให้มาฝากครรภ์ให้ครบ ก่อนคลอดเป็นการป้องกันทารกขาดธาตุเหล็กและสารไอโอดีน ร่วมกับอบต. ดูแลพัฒนาการเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กกอบต. (มีเด็กเล็กประมาณ 8 แสนคนทั่วประเทศ) ร่วมกับชุมชนรณรงค์ป้องกันไข้เลือดออก เป็นต้น

2.1.2.2 **มีความเชื่อมโยงระบบบริการ** โดยที่สามารถปรึกษาแพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลแม่ข่าย หรือ ส่งต่อผู้ป่วยได้ตลอดเวลา ทั้งนี้อาจมีบริการเตียงนอนเพื่อสังเกตอาการโดยไม่รับผู้ป่วยไว้นอนค้างคืน และหากมีกรณีฉุกเฉิน ก็สามารถประสานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในการออกไปรับผู้ป่วยและให้การปฐมพยาบาลก่อนส่งต่อ

2.1.2.3 **ชุมชนมีส่วนร่วม** โดยการมีส่วนร่วมอย่างเข้มแข็ง ในการดำเนินงานของประชาชน ชุมชน และองค์กรปกครองท้องถิ่นให้สามารถร่วมกันดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชน อย่างยั่งยืน

2.1.3 การสนับสนุนจากโรงพยาบาลแม่ข่าย

ปัจจัยแห่งความสำเร็จที่สำคัญ ในการดำเนินงานบริการสาธารณสุขของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนั้น คือการสนับสนุนจากโรงพยาบาลแม่ข่ายที่มีศักยภาพมากกว่า โดยเฉพาะ

ในเรื่องของขีดความสามารถในการตรวจวินิจฉัย การรักษาโรค รวมถึงด้านการเงินการคลัง บุคลากร และวิชาการ โดยมีรายละเอียด (กระทรวงสาธารณสุข, 2552) ดังนี้

2.1.3.1 การสนับสนุนด้านการตรวจวินิจฉัยและรักษาโรค ประกอบด้วย การให้คำปรึกษาทางไกลแบบ Online ซึ่งเป็นระบบที่ควรจัดให้มีเพื่อขอคำปรึกษาในการดูแลผู้ป่วยที่ถูกต้องกับแพทย์ หรือเจ้าหน้าที่ที่โรงพยาบาลแม่ข่ายได้ มีการสนับสนุนเวชภัณฑ์และเวชภัณฑ์ที่มีใช้ขาดคล้องกับโรงพยาบาลแม่ข่าย โดยควรเพิ่มรายการยาที่สามารถให้จ่ายได้ ตามแนวทางการรักษาของโรงพยาบาลแม่ข่าย ไปจนถึงการพัฒนาระบบส่งต่อให้เกิดความพร้อม สะดวก เพื่อดูแล ติดตามการเยี่ยมบ้านต่อเนื่อง

2.1.3.2 การสนับสนุนด้านการเงินการคลัง โดยโรงพยาบาลแม่ข่าย เป็นผู้สนับสนุนด้านการเงินในการดำเนินการเป็นหลัก โดยระบบการจัดสรรงบประมาณ

2.1.3.3 การสนับสนุนบุคลากร ตั้งแต่แพทย์ไปจนถึงบุคลากรสาธารณสุขอื่นๆ โดยอาจเป็นการส่งไปช่วยแบบถาวรในช่วงเวลาหนึ่งหรือหมุนเวียนไปตามวันเวลาที่เหมาะสม

2.2 การบริหารเวชภัณฑ์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

การบริหารเวชภัณฑ์ หมายถึง กระบวนการทั้งหมดที่เกี่ยวกับเวชภัณฑ์ตั้งแต่ การกำหนดนโยบายและการวางแผน การสำรวจความต้องการ การจัดหา การตรวจรับ การเก็บรักษา การควบคุม การเบิกจ่าย การตรวจสอบ การรายงาน และการจำหน่าย (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2530) ในส่วนของสถานพยาบาลของรัฐนั้น สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (2542) ได้จัดทำแนวทางการพัฒนาประสิทธิภาพระบบบริหารเวชภัณฑ์ไว้ภายใต้แผนแม่บทการพัฒนาสุขภาพที่ดีด้วยต้นทุนต่ำ (Good Health at Low Cost) ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2542 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ระบบบริหารเวชภัณฑ์ในสถานพยาบาลทุกระดับ ดำเนินการในระบบยา ได้แก่ การคัดเลือก (selection) การจัดหา (Procurement) การกระจาย (Distribution) และ การใช้ (Use) ให้มีประสิทธิภาพ คือ ได้ยาคือ มีคุณภาพ ราคาประหยัด และมีการสั่งซื้ออย่างสมเหตุสมผล มีการกำหนดให้สถานีอนามัยต้องมีรายการยา ซึ่งต้องเป็นยาที่อยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติเท่านั้น โดยให้

เภสัชกรในกลุ่มงานหรือฝ่ายเภสัชกรรม ของโรงพยาบาลแม่ข่าย เป็นผู้รับผิดชอบในการบริหารจัดการด้านยา และให้โรงพยาบาลชุมชนเป็นคลังสำรองยาของสถานีนามัยในเขตอำเภอ

การบริหารเวชภัณฑ์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จึงเป็นการบริหารจัดการที่อยู่บนพื้นฐานหลักการทางเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข และการบริหารจัดการที่ดี เพื่อให้ได้ยาที่มีคุณภาพ มีการสำรองยาในปริมาณที่เหมาะสมทั้งในภาวะปกติและฉุกเฉิน มีการจัดการเพื่อเก็บรักษาให้มีคุณภาพดี และการจัดช่องทางเพื่อผู้บริโภคเข้าถึงยาอย่างเท่าเทียม รวมทั้งการจัดระบบสนับสนุนให้ผู้ป่วยเก็บรักษาในสภาวะที่เหมาะสม เพื่อคงคุณภาพยาที่ติดต่อดการรักษาด้วยยา (คณะทำงานจัดทำคู่มือเภสัชกรรมปฐมภูมิ, 2553)

2.2.1 นโยบายที่เกี่ยวข้องกับการบริหารเวชภัณฑ์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล การกำหนดนโยบายด้านการบริหารเวชภัณฑ์ เป็นกระบวนการทำงานหลักที่จะมีผลต่อภาพรวมการบริหารเวชภัณฑ์ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และมีผลต่อผลลัพธ์ด้านการบริหารเวชภัณฑ์ นโยบายที่เกี่ยวข้องกับการบริหารเวชภัณฑ์ (คณะทำงานจัดทำคู่มือเภสัชกรรมปฐมภูมิ, 2553) มีดังนี้

2.2.1.1 นโยบายในการกำหนดกรอบบัญชีรายการยา และการกำหนดอำนาจในการสั่งใช้ยาของหน่วยบริการปฐมภูมิ ทั้งนี้เนื่องจากหน่วยบริการแต่ละแห่งมีบริบทแตกต่างกัน การอนุญาตให้หน่วยบริการปฐมภูมิสำรองรายการยาที่มีความซับซ้อนในการใช้ ต้องมีการกำหนดกระบวนการในการควบคุมและติดตามลงไปด้วยเสมอ การกำหนดกรอบบัญชียาที่เหมาะสมมีปัจจัยหลักที่ต้องคำนึงถึงคือ ความรู้และศักยภาพของบุคลากรที่มีหน้าที่รับผิดชอบหลักในการสั่งใช้ยาของสถานบริการนั้นๆ เนื่องจากการสั่งใช้ยาที่ไม่เหมาะสมมีผลโดยตรงต่อผู้ป่วยทั้งในด้านผลการรักษาและความปลอดภัย ทั้งนี้ควรคำนึงถึงความจำเป็นด้านสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ที่ต้องใช้ยาแต่ละรายการ โดยทั่วไปการกำหนดกรอบบัญชียาของหน่วยบริการปฐมภูมิจะดำเนินงานในระดับอำเภอหรือจังหวัด และหน่วยบริการปฐมภูมินำไปปรับใช้ให้สอดคล้องกับบริบทของตนเอง

2.2.1.2 นโยบายในการบริหารจัดการ ให้ได้มาซึ่งยาของหน่วยบริการปฐมภูมิ เป็นนโยบายที่สัมพันธ์กับการบริหารจัดการด้านงบประมาณของสถานบริการโดยตรง เนื่องจากมี

รูปแบบการบริหารจัดการให้ได้มาซึ่งยาที่หลากหลาย ที่พบมากคือการจัดซื้อจัดหาเอง การได้รับสนับสนุนโดยสถานบริการแม่ข่าย(โรงพยาบาล) และการบริหารจัดการในลักษณะเครือข่าย (มีหน่วยบริการปฐมภูมิหลักในการจัดซื้อและกระจายไปยังเครือข่าย) แต่ละรูปแบบมีข้อดีข้อเสียแตกต่างกัน การพิจารณาเลือกรูปแบบใดมีปัจจัยที่ต้องคำนึงคือ ศักยภาพของบุคลากรที่รับผิดชอบงาน ศักยภาพด้านการเงินการคลัง และมาตรฐานด้านคุณภาพฯ ทั้งนี้การบริหารจัดการในลักษณะเครือข่าย (ทั้งการสนับสนุนโดยโรงพยาบาลแม่ข่ายและการสร้างเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ) จะช่วยลดปัญหาด้านงบประมาณและปัญหามาตรฐานและคุณภาพยาลงไปได้มาก

2.2.2 กระบวนการบริหารเวชภัณฑ์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (คณะทำงานจัดทำคู่มือ เกณฑ์กรมปฐมภูมิ, 2553)

2.2.2.1 การกำหนดความต้องการ และการประมาณการจำนวนสำรอง

- การกำหนดความต้องการ (รายการยาและปริมาณการใช้) ของพื้นที่ ซึ่งจะต้องกำหนดให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ ได้แก่ สถานะสุขภาพของประชาชน ปัจจัยเสี่ยงหรือภาวะคุกคามด้านสุขภาพที่อาจเกิดขึ้น (เพื่อสำรองยาฉุกเฉิน) ลักษณะทางภูมิศาสตร์ และข้อมูลที่เป็นในการกำหนดความต้องการ คือข้อมูลปัญหาด้านสุขภาพ (จากสถิติการเจ็บป่วยในพื้นที่) ข้อมูลรายการ และปริมาณการหมุนเวียนใช้ของยาแต่ละรายการ ปริมาณการใช้ประมาณการจากข้อมูลการใช้ย้อนหลัง (โดยทั่วไปย้อนหลัง 3 ปี) ประกอบกับข้อมูลจำนวนผู้รับบริการ สถิติการเจ็บป่วยของประชาชนในพื้นที่ ประมวลออกมาเป็นปริมาณความต้องการใช้ยาของสถานบริการเป็นรายปี

- การประมาณการจำนวนสำรองยา เป็นการประมาณการความต้องการใช้ยาในช่วงเวลาหนึ่ง (อัตราคงคลัง) การกำหนดอัตราคงคลังขึ้นกับปัจจัยด้านความต้องการ และลักษณะทางภูมิศาสตร์ (พื้นที่ที่มีปัญหาด้านการคมนาคม มักพบปัญหาความล่าช้าในการส่งมอบยา) ทั้งนี้ต้องระมัดระวังการสำรองเกินความจำเป็น และยาหมดอายุ ซึ่งจะทำให้หน่วยงานเสียค่าใช้จ่ายด้านยาโดยไม่จำเป็น

2.2.2.2 การจัดหาและเวชภัณฑ์ การดำเนินงานเพื่อให้ได้มาซึ่งยา สามารถดำเนินการได้หลายรูปแบบ ได้แก่

- การจัดซื้อและจัดหาเองโดยหน่วยบริการปฐมภูมิ หน่วยบริการปฐมภูมิจะดำเนินการจัดซื้อและจัดหาเองทั้งหมด เกสซ์กรทำหน้าที่เป็นเจ้าหน้าที่พัสดุ และดำเนินงานตั้งแต่ขั้นตอนการประมาณการปริมาณการจัดซื้อแต่ละงวด คัดเลือกบริษัทผู้ผลิตหรือจำหน่าย (อาจอ้างอิงตามโรงพยาบาลแม่ข่าย) การขออนุมัติจัดซื้อจัดจ้าง ข้อดีของรูปแบบนี้คือความคล่องตัวในการดำเนินงานที่หน่วยบริการสามารถกำหนดความต้องการ และปริมาณการจัดซื้อให้เหมาะสมกับบริบทของตนเอง แต่ข้อเสียของรูปแบบนี้คือ ภาระงานและราคาขายที่อาจจะสูงกว่าการจัดซื้อในลักษณะเครือข่าย เนื่องจากปริมาณการจัดซื้อน้อย อำนาจในการต่อรองจึงน้อย รูปแบบนี้เหมาะกับหน่วยบริการปฐมภูมิตัวใหญ่ที่สามารถบริหารจัดการงบประมาณด้วยตนเอง การคมนาคมสะดวก และ ไม่มีปัญหาด้านการขนส่งยา

- การเบิกจ่ายจากโรงพยาบาลแม่ข่าย โดยให้โรงพยาบาลแม่ข่ายเป็นศูนย์กลางในการจัดซื้อยาเป็นรูปแบบการดำเนินงานที่ได้รับความนิยมอย่างแพร่หลาย ด้วยมีข้อดีหลายประการตั้งแต่อำนาจในการต่อรองราคา ลดปัญหาการสำรองยาจำนวนมากซึ่งทำให้อัตรากาลังสูง และลดภาระงานของเกสซ์กรในหน่วยบริการปฐมภูมิ เนื่องจากขั้นตอนตั้งแต่การประมาณการจัดซื้อในแต่ละงวด การคัดเลือกบริษัทผู้ผลิตหรือผู้จำหน่าย และการดำเนินการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารคลัง ดำเนินงานโดยโรงพยาบาลแม่ข่ายทั้งหมด หน่วยบริการปฐมภูมิมีหน้าที่ในการกำหนดความต้องการใช้เป็นรายปี และถือเป็นแผนการใช้ยาของหน่วยบริการนั้นๆ ส่วนอัตรากาลังขึ้นกับข้อตกลงระหว่างหน่วยบริการปฐมภูมิและโรงพยาบาลแม่ข่าย โดยทั่วไปจะเท่ากันทั้งเครือข่ายเพื่อให้ง่ายในการบริหารจัดการ หน่วยบริการปฐมภูมิมีหน้าที่ในการบริหารคลังยา สำรวจความต้องการใช้ในแต่ละรอบการเบิกและเบิกยาจากโรงพยาบาลแม่ข่ายมาสำรอง การจัดสรรงบประมาณด้านยาเป็นไปตามสัดส่วนที่หน่วยบริการเบิกมาจากโรงพยาบาลแม่ข่าย ข้อดีของรูปแบบนี้คือ ลดภาระงานของเกสซ์กรในหน่วยบริการปฐมภูมิด้านการบริหารเวชภัณฑ์ไปได้มาก และลดการสำรองยาครั้งละมากๆ ลดความสูญเสียจากการสำรองยาเกินความจำเป็น แต่ข้อเสียของระบบนี้คือความคล่องตัว โดยเฉพาะกรณีฉุกเฉินที่ขาดรายการมีอัตรากาลังไม่สม่ำเสมอ การจัดซื้อและเบิกจ่ายจากโรงพยาบาลแม่ข่ายอาจมีความล่าช้า

- การจัดหาโดยเครือข่ายปฐมภูมิ เป็นแนวทางการดำเนินงานเพื่อแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นใน 2 รูปแบบข้างต้น คือปัญหาด้านอำนาจต่อรองกับบริษัทฯและบริษัทขนส่งฯ และปัญหาความคล่องตัวในการบริหารจัดการ รูปแบบการดำเนินงานคือหน่วยบริการปฐมภูมิจะรวมกันเป็นเครือข่าย กำหนดแนวทางการดำเนินงาน ทั้งการจัดซื้อ จัดหา การเบิกจ่าย และเงื่อนไขอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องร่วมกัน โดยให้หน่วยปฐมภูมิตั้งเป็นศูนย์กลางในการดำเนินงาน ในการจัดซื้อจัดหา สรรองยาให้เพียงพอกับความต้องการของเครือข่าย และกระจายยาไปยังหน่วยปฐมภูมิในเครือข่าย ลักษณะเดียวกับการสร้างเครือข่ายร่วมกับโรงพยาบาลแม่ข่าย เพียงแต่เป็นการดำเนินงานภายในกลุ่มของหน่วยปฐมภูมิ รูปแบบการดำเนินงานนี้เหมาะกับหน่วยบริการปฐมภูมิที่ตั้งอยู่ในภูมิศาสตร์ที่ห่างไกลที่สามารถรวมกลุ่มเป็นเครือข่ายได้ ทั้งนี้เพื่อให้มีอำนาจต่อรองกับบริษัทจัดส่งยา นอกจากนี้ยังเหมาะกับเครือข่ายปฐมภูมิที่มีศักยภาพสูง มีบุคลากรที่มีความพร้อม และมีสถานะทางการเงินมั่นคง

2.2.2.3 การบริหารจัดการคลังเวชภัณฑ์

การบริหารจัดการคลังเวชภัณฑ์ในหน่วยบริการปฐมภูมิ มีวัตถุประสงค์เพื่อให้มีการเก็บรักษาให้มีคุณภาพดี จำนวนเพียงพอสำหรับการหมุนเวียนให้บริการผู้รับบริการในหน่วยบริการนั้นๆ วิธีการเป็นการนำระบบบริหารจัดการคลังเวชภัณฑ์ในโรงพยาบาล มาประยุกต์ให้เข้ากับบริบทของหน่วยบริการปฐมภูมิ เนื่องจากหน่วยบริการปฐมภูมิจะมีข้อจำกัดทั้งในด้านสถานที่ ภาระงาน และเครื่องมือที่ใช้ในการบริหารจัดการคลัง จึงจำเป็นต้องมีการประยุกต์ปัจจัยด้านต่างๆ ให้เป็นไปตามมาตรฐานด้านการบริหารเวชภัณฑ์ ดังนี้

1) สถานที่และการเก็บรักษา

เนื่องจากอาคารของหน่วยบริการปฐมภูมิ ไม่ได้ออกแบบมาสำหรับให้มีคลังเวชภัณฑ์โดยตรง จึงต้องมีการปรับปรุงห้องต่างๆ ให้สามารถใช้เป็นคลังเวชภัณฑ์ โดยมีข้อกำหนดที่ต้องพิจารณาให้เป็นไปตามมาตรฐาน ดังนี้

- สถานที่แยกจากกันเป็น 2 ส่วน คือ คลังยาและเวชภัณฑ์ และห้องจ่ายยาประจำวัน โดยมีผู้รับผิดชอบแยกจากกัน ทั้งนี้เพื่อให้แต่ละส่วนมีการตรวจสอบและเฝ้า

ระวังความคลาดเคลื่อนที่อาจเกิดขึ้นในการบริหารเวชภัณฑ์ คือ การสำรองยาเกินความจำเป็น ยาเสื่อมสภาพ หรือยาหมดอายุ โดยมีการจัดทำบัญชีควบคุมการรับจ่ายที่สอดคล้องสัมพันธ์กัน

- คลังเวชภัณฑ์ ต้องเป็นพื้นที่เฉพาะสำหรับเก็บยาและเวชภัณฑ์เท่านั้น และรวมไว้ในที่แห่งเดียวกันทั้งหมด ไม่ควรแยกเก็บเป็นหลายห้องหรือหลายอาคาร มีความสะอาด ป้องกันฝุ่นละออง ความชื้น และแสงแดด ปลอดภัยจากแมลงและสัตว์กัดแทะเข้าไปทำลายยาและเวชภัณฑ์

- หากใช้พื้นที่ที่มีได้กำหนดไว้ในแบบแปลนของหน่วยปฐมภูมิ เพื่อให้เป็นคลังเวชภัณฑ์ เช่น บ้านพักเจ้าหน้าที่ ต้องทำบันทึกเป็นหนังสือขออนุมัติผ่านผู้อำนวยการโรงพยาบาลเมื่อย้ายเพื่อขอดำเนินการก่อน

- ควรมีระบบปรับอากาศในคลังเวชภัณฑ์ แต่หากไม่สามารถดำเนินการได้ ห้องที่ใช้เป็นคลังเวชภัณฑ์ต้องเป็นห้องที่มีการหมุนเวียนอากาศที่ดี ควรมีพัดลมดูดอากาศ เพื่อป้องกันความชื้น อยู่ในทิศที่ไม่ถูกแสงแดด เพื่อป้องกันไม่ให้อุณหภูมิสูงเกินไป และลดการสำรองยาด้วยอัตราคงคลังที่สูง (สำรองยาให้น้อยที่สุด ด้วยอัตราคงคลังต่ำเพื่อให้ยาหมุนเวียนออกจากคลังยาเร็วที่สุด)

- มีระบบป้องกันการโจรกรรมลื้อคด้วยกุญแจชนิดคีย์อย่างน้อย 2 ชุด อาจจะติดตั้งสัญญาณป้องกันการโจรกรรม มีเครื่องดับเพลิง และสามารถเคลื่อนย้ายยาและเวชภัณฑ์ออกได้โดยสะดวกเมื่อเกิดอัคคีภัย

- มีผู้เฝ้าสำหรับเก็บยาและเวชภัณฑ์ที่ต้องควบคุมอุณหภูมิต่ำหรือแช่แข็ง เช่น ยาฉีด อินซูลิน วัคซีน และมีเทอร์โมมิเตอร์สำหรับวัดเพื่อควบคุมอุณหภูมิให้อยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน และต้องบันทึกการตรวจสอบอุณหภูมิของผู้เฝ้าสม่ำเสมออย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง ในช่วงเช้าและบ่าย

- มีชั้นสำหรับเก็บยาและเวชภัณฑ์ที่ยกสูงจากพื้น มีความแข็งแรง และมีจำนวนเพียงพอ

2) การเก็บรักษา

ยาแต่ละรายการมีคุณสมบัติทางเคมีและฟิสิกส์แตกต่างกัน ทำให้ความไวของยาต่อความชื้น แสงสว่าง และอุณหภูมิแตกต่างกัน การเก็บยาจึงอยู่บนพื้นฐานสำคัญคือต้องเก็บยาโดยป้องกันยาจากสภาวะต่างๆเหล่านั้นให้มากที่สุด เพื่อป้องกันการเสื่อมสภาพของยา โดยทั่วไปการเก็บรักษายาในหน่วยบริการปฐมภูมิสามารถควบคุมสภาวะต่างๆ ให้เหมาะสมกับการเก็บยาได้โดยการจัดการด้านโครงสร้างตามที่อธิบายในหัวข้อข้างต้น สิ่งที่สำคัญของการบริหารเวชภัณฑ์ คือต้องให้ความสำคัญกับการทำให้ผู้ป่วยที่ได้รับยาไปนั้น สามารถเก็บรักษายาให้มีคุณภาพดี ตลอดเวลาที่ผู้ป่วยใช้นั้นดูแลรักษาตนเอง แนวทางการดำเนินงาน มีดังนี้

- การจัดระบบสนับสนุน เพื่อเอื้อให้ผู้ป่วยเก็บยาให้มีคุณภาพตลอดการใช้ยา เช่น การทำฉลากช่วยประกอบการส่งมอบและให้คำแนะนำการใช้ยา การใช้ซองสีชาบรรจุยาที่ต้องป้องกันแสง

- การผนวกหลักทางวิชาการเข้าไป ในกระบวนการดูแลผู้ป่วยแบบต่างๆ เช่น การให้คำปรึกษาผู้ป่วย การติดตามดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยถึงฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาที่จะมีผลต่อผู้ป่วย การส่งมอบยาที่บรรจุในซองที่เหมาะสม และให้ความรู้เพิ่มเติมถึงวิธีการเก็บรักษายา

3) เครื่องมือที่ใช้ควบคุมคลังเวชภัณฑ์

เครื่องมือที่ใช้ในการควบคุมคลังเวชภัณฑ์ ควรประยุกต์ใช้ให้มีความสอดคล้องกับภาระงาน ควรลดความซ้ำซ้อนในขั้นตอนการดำเนินงานและยังคงไว้ในหลักการความโปร่งใสและตรวจสอบได้ แนวทางการดำเนินงานเพื่อควบคุมคลังเวชภัณฑ์ โดยการทำบัญชีหรือทะเบียนควบคุมการรับจ่าย และแสดงการหมุนเวียนของยาและเวชภัณฑ์แต่ละรายการ เนื่องจากมียาและเวชภัณฑ์ที่ต้องเก็บรักษาเป็นจำนวนมาก

4) ขั้นตอนและวิธีการบริหารจัดการคลังเวชภัณฑ์

การประยุกต์ขั้นตอนการบริหารเวชภัณฑ์ มาใช้ในหน่วยบริการปฐมภูมิอยู่บนแนวคิดในการลดขั้นตอนที่ไม่จำเป็น แต่ยังคงผลลัพธ์ที่หน่วยบริการปฐมภูมิต้องการ โดยทั่วไปในโรงพยาบาลเนื่องจากการหมุนเวียนใช้ยาปริมาณมาก จึงจำเป็นต้องมีการสำรองยาใน

คลังยาย่อย (sub stock) เพื่อให้สะดวกในการเบิกใช้ยา แต่ในหน่วยบริการปฐมภูมิ อัตราการหมุนเวียนใช้ยาไม่รวดเร็วเหมือนในโรงพยาบาล จึงไม่จำเป็นต้องมีคลังยาย่อย แต่ต้องมีระบบในการควบคุมคลังยาให้มีความโปร่งใส ตรวจสอบได้ ขั้นตอนในการเบิกจ่ายยาและเวชภัณฑ์จากคลังยาในหน่วยบริการปฐมภูมิ มีแนวปฏิบัติดังนี้

- กำหนดบุคลากรผู้รับผิดชอบในการเบิกจ่ายยาและเวชภัณฑ์
- กำหนดกรอบการเบิกจ่าย
- กำหนดแบบฟอร์มที่ใช้ในการเบิก
- กำหนดขั้นตอนการจ่ายเวชภัณฑ์จากคลังเวชภัณฑ์ เช่น จ่ายเวชภัณฑ์ให้เป็นไปตามหลักการ รุนผลิตที่วันหมดอายุ ก่อนให้ใช้รุนนั้นก่อน

- การจัดซื้อจัดหายามาทดแทนในคลังยา โดยให้บุคลากรที่ดูแลควบคุมคลังเวชภัณฑ์ ตรวจสอบจำนวนคงคลังของยาแต่ละรายการ หากรายการใดถึงจุดต้องสั่งยามาสำรอง ให้ดำเนินการเพื่อจัดซื้อ จัดหาามาสำรองให้สอดคล้องกับอัตราคงคลังของยาโดยวิธีการต่างๆ ตามรูปแบบการบริหารจัดการของหน่วยบริการปฐมภูมิ

2.2.2.4 การจำหน่ายยาและเวชภัณฑ์

การจำหน่ายยาและเวชภัณฑ์ของหน่วยบริการปฐมภูมิ หมายถึง การตัดยอดจำนวนยาที่ยังคงเหลือออกจากคลังเวชภัณฑ์ ด้วยเหตุผลที่เกิดจากความเสื่อมสภาพของยา เช่น ยาหมดอายุ หรือยาเสื่อมสภาพจากการเก็บรักษาที่ไม่ดีพอ หรือเกิดภัยพิบัติที่สร้างความเสียหายแก่คลังยา

2.2.2.5 การบริหารจัดการเพื่อให้ประชาชนเข้าถึงยา

การดำเนินงานเพื่อให้ประชาชนเข้าถึงยา เป็นกระบวนการทำงานด้านบริหารเวชภัณฑ์ในหน่วยบริการปฐมภูมิ ที่มุ่งเน้นให้ประชาชนเข้าถึงยาพื้นฐานที่ใช้ในการดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างสะดวก และปลอดภัย เงื่อนไขที่สำคัญของกระบวนการนี้คือ การลดอุปสรรคในการเข้าถึงยาที่เป็นยาพื้นฐาน ทั้งที่ต้องสั่งจ่ายโดยบุคลากรทางการแพทย์และยาที่ประชาชนสามารถใช้ได้ด้วยตนเอง (ยาสามัญประจำบ้าน) ให้เหลือน้อยที่สุด ทั้งนี้ต้องอยู่บนพื้นฐานความปลอดภัยใน

การใช้ยาด้วยนอกจากนี้ ต้องมีการบริหารจัดการให้ผู้ป่วยสามารถใช้จ่ายได้อย่างถูกต้องและปลอดภัย แนวทางการดำเนินงาน มีดังนี้

การกำหนดกรอบบัญชียาพื้นฐาน และแนวทางการสั่งจ่าย เป็นการกำหนด กรอบบัญชีเพื่อให้เจ้าหน้าที่ระดับต่างๆ สามารถสั่งจ่ายยาให้ผู้รับบริการได้ เช่น กรณีมีแพทย์ประจำ กรอบบัญชีจะมากที่สุด และลดหลั่นลงมาตามประเภทบุคลากรที่ประจำ หลักการดังกล่าวเป็นการ เอื้อให้บุคลากรทางการแพทย์ สามารถสั่งจ่ายยาให้ผู้รับบริการได้อย่างปลอดภัย และยังเป็น หลักประกันว่า ผู้ป่วยจะได้รับยาที่ปลอดภัยตลอดเวลาที่สถานบริการเปิดให้บริการ ทั้งนี้ต้องมีการ พัฒนาศักยภาพบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องอย่างสม่ำเสมอเพื่อให้สั่งจ่ายยาได้อย่างถูกต้อง

การกระจายยาสามัญประจำบ้านสู่ชุมชน ด้วยวิธีการต่างๆ เพื่อให้ชุมชน สามารถใช้ยาสามัญประจำบ้านซึ่งเป็นยาที่ประชาชนสามารถใช้ได้ทันทีเมื่อมีความเจ็บป่วย การ กระจายยาสู่ชุมชนทำได้หลากหลายรูปแบบ เช่น การจัดการในลักษณะกองทุนยา ร้านขายของชำ ทั้งนี้สิ่งที่ต้องทำความเข้าใจคือการให้ความรู้แก่ทั้งผู้ใช้และผู้ส่งมอบยา เพื่อให้ประชาชนใช้ยาได้ ถูกต้อง ปลอดภัย

2.2.2.6 การส่งเสริมการจัดการยาของผู้ป่วยและครอบครัว

เป็นกระบวนการทำงานที่นำความรู้ด้านการบริหารเวชภัณฑ์ สู่ผู้ป่วยและญาติ เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถจัดการยาด้วยตัวเองได้ กระบวนการนี้มีความมุ่งหมายเพื่อให้ ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถเก็บรักษา ยา ทิ้งยา เผ่าระวังยาของตนเองเพื่อให้ยามีคุณภาพดีตลอด การรักษาของผู้ป่วย การบริหารจัดการที่ดียังทำให้ลดความสูญเสียด้านยาลงไปได้มาก

2.2.2.7 การรายงานและการประเมินภายใน

1) การประเมินภายใน

การประเมินภายในเป็นกระบวนการคู่ขนานกับขั้นตอนต่างๆ ในงาน บริหารเวชภัณฑ์ ตั้งแต่การจัดซื้อจัดหา จนถึงการเบิกจ่ายยาไปให้บริการแก่ผู้รับบริการตามหลักการ ความโปร่งใส ตรวจสอบได้ โดยใช้การสุ่มตรวจเป็นระยะ

2) การรายงานข้อมูลด้านการบริหารเวชภัณฑ์

ข้อมูลที่หน่วยบริการ ปฐมภูมิจะต้องดำเนินการให้มีและเก็บไว้เป็นหลักฐาน มีดังนี้

- รายงานรายการและมูลค่าเวชภัณฑ์คงคลังประจำเดือน ให้ดำเนินการให้เสร็จสิ้นภายใน 30 วัน ตามหลักการและมาตรการปฏิรูประบบบริหารเวชภัณฑ์และการพัฒนาประสิทธิภาพระบบบริหารเวชภัณฑ์กระทรวงสาธารณสุข ปี 2542 และให้หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ลดการสำรองยาและเวชภัณฑ์ในคลังเวชภัณฑ์ของหน่วยงานให้คงเหลือไม่เกิน 3 เดือน ข้อมูลที่รายงานประกอบด้วย มูลค่ายาคงเหลือยกมาจากระยะก่อนหน้า, มูลค่าการจัดซื้อ จัดหาประจำเดือน, มูลค่าการเบิกจ่ายยาประจำเดือน และมูลค่าคงคลังประจำเดือน (คงเหลือยกไป)

- รายงานรายการและมูลค่าคงคลังประจำปี ให้ดำเนินการเสร็จสิ้นหลังจากสิ้นเดือนกันยายนของทุกปีไม่เกิน 30 วัน ทั้งนี้ให้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการตรวจสอบคงคลังประจำปี และทำบันทึกรายงานผลการตรวจให้ผู้บังคับบัญชาทราบด้วย

2.2.3 ตัวชี้วัดประสิทธิภาพในการบริหารเวชภัณฑ์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ระบบบริหารเวชภัณฑ์ในหน่วยบริการที่มีประสิทธิภาพ หมายถึง การดำเนินการ เพื่อไม่

ไม่ให้มีเวชภัณฑ์ที่เสื่อมคุณภาพ ซึ่งพิจารณาจากวันหมดอายุของยา และลักษณะทางกายภาพของยา มีการบริหารคลังเวชภัณฑ์ที่โปร่งใสและตรวจสอบได้ มีการบันทึกข้อมูลการรับยาเข้าคลัง และการเบิกจ่ายที่เป็นปัจจุบัน โดยจำนวนรับและเบิกจ่ายสัมพันธ์กับปริมาณการใช้ที่สมเหตุสมผล มีการจัดเก็บเวชภัณฑ์ในสถานที่ที่เหมาะสมเป็นไปตามมาตรฐาน และมีการรายงานข้อมูลด้านการบริหารเวชภัณฑ์ตามกำหนด (คณะทำงานจัดทำคู่มือเกณฑ์กรมปฐมภูมิ, 2553) โดยตัวชี้วัดประสิทธิภาพในการบริหารเวชภัณฑ์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 4 ข้อ ประกอบด้วย

2.2.3.1 อัตราคงคลัง

- 1) วัดดูประสงค์ เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของการบริหารเวชภัณฑ์
- 2) สูตรการคำนวณ

$$\text{อัตราคงคลัง} = \frac{\text{มูลค่าเวชภัณฑ์คงเหลือ ณ จุดเวลา}}{\text{มูลค่าเวชภัณฑ์รวมที่เบิกจากคลังยา ณ จุดเวลา}}$$

- 3) หน่วย คือ เดือน
- 4) ข้อมูลและแหล่งข้อมูล

- มูลค่ายา และเวชภัณฑ์ คงเหลือประจำเดือนที่คลังเวชภัณฑ์ จากทะเบียนควบคุมคลังเวชภัณฑ์

- มูลค่ายา และเวชภัณฑ์ ที่เบิกจากคลังเวชภัณฑ์ประจำเดือนจาก
บัญชีการเบิกจ่ายเวชภัณฑ์จากคลังเวชภัณฑ์

5) เกณฑ์มาตรฐาน

โรงพยาบาลแม่ข่ายร่วมกับหน่วยปฐมภูมิ กำหนดร่วมกันตามความ
เหมาะสม อยู่บนหลักการพื้นฐานคือ ยังมีการสำรองยาในปริมาณคงคลังน้อยเท่าใด โดยที่มีการ
หมุนเวียนใช้เพียงพอ ยังมีประสิทธิภาพเท่าที่นั่น ซึ่งสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (2542)
ได้กำหนดไว้ให้มีการสำรองยาในคลังเวชภัณฑ์ ไม่เกิน 3 เดือน

2.2.3.2 จำนวนรายการยาขาด

1) วัตถุประสงค์ เพื่อประเมินประสิทธิภาพของการบริหารเวชภัณฑ์

2) สูตรการคำนวณ

จำนวนรายการยาขาด = จำนวนรายการยาที่หน่วยปฐมภูมิไม่มีบริการ
ให้ผู้ป่วยเมื่อมีการสั่งใช้ยาในช่วงเวลา

3) หน่วย คือ รายการ

4) ข้อมูลและแหล่งข้อมูล

รายงานอุบัติการณ์รายการยาขาดที่ไม่มีให้บริการผู้ป่วย ข้อมูลควร
ประกอบด้วย ชื่อสามัญทางยา รูปแบบ ความแรง วันที่เกิดอุบัติการณ์ สาเหตุที่ทำให้ยาขาด

5) เกณฑ์มาตรฐาน

โดยทั่วไประบบบริหารเวชภัณฑ์ที่มีประสิทธิภาพ จำนวนรายการยา
ขาดควรมีน้อยที่สุดหรือไม่เกิดขึ้น อาจยกเว้นเฉพาะกรณีฉุกเฉิน โดย ธิดา นิงสานนท์ และ
เสาวคนธ์ รัตนวิจิตราศิลป์ (2551) ได้กำหนดให้ จำนวนรายการยาขาดเป็นศูนย์

2.2.3.3 ร้อยละของความคลาดเคลื่อนของจำนวนคงคลังยาและเวชภัณฑ์

1) วัตถุประสงค์ เพื่อประเมินประสิทธิภาพของการบริหารเวชภัณฑ์

2) สูตรการคำนวณ

ร้อยละของความคลาดเคลื่อนของจำนวนคงคลังยาและเวชภัณฑ์ =

$$\frac{\text{จำนวนรายการยาและเวชภัณฑ์ที่คลาดเคลื่อนไปจากบัญชีควบคุมคลัง} \times 100}{\text{จำนวนรายการยาและเวชภัณฑ์ทั้งหมดที่ตรวจ}}$$

3) ข้อมูลที่เกี่ยวข้อง แหล่งข้อมูล และข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการเก็บข้อมูล

- จำนวนรายการยาและเวชภัณฑ์ที่คลาดเคลื่อนไปจากบัญชีควบคุมคลัง
- จำนวนรายการยาและเวชภัณฑ์ที่ตรวจนับตามแผน
- ข้อมูลทั้งหมดจากรายงานการตรวจรับยา และเวชภัณฑ์คงคลัง ประจำ

ช่วงเวลา เช่น ประจำไตรมาส ประจำปี

4) เกณฑ์มาตรฐาน

โรงพยาบาลแม่ข่ายร่วมกับหน่วยปฐมภูมิ กำหนดเป้าหมายร่วมกัน

ตามความเหมาะสม

2.2.3.4 อัตรามูลค่ายาหมดอายุหรือเสื่อมสภาพ

1) วัตถุประสงค์

เพื่อประเมินความสูญเสียของระบบการบริหารเวชภัณฑ์ ที่เกิดจากยา
หมดอายุหรือเสื่อมสภาพ

2) สูตรการคำนวณ

อัตรามูลค่ายาหมดอายุหรือเสื่อมสภาพ =
$$\frac{\text{มูลค่ายาหมดอายุและเสื่อมสภาพ ณ จุดเวลา}}{\text{มูลค่าคงคลัง ณ ช่วงเวลา}}$$

3) ข้อมูลและแหล่งข้อมูล

- รายการและมูลค่ายาหมดอายุ หรือเสื่อมสภาพในคลังยาและเวชภัณฑ์ ณ

ช่วงเวลาที่กำหนด

- รายการและมูลค่ายาคลัง ณ ช่วงเวลาที่กำหนด

- แหล่งข้อมูลจากรายงานการตรวจสอบจำนวนคงคลังประจำช่วงเวลา ที่

กำหนด และรายงานอุบัติการณ์ยาหมดอายุหรือเสื่อมสภาพในคลังยา

4) เกณฑ์มาตรฐาน

โรงพยาบาลแม่ข่ายร่วมกับหน่วยปฐมภูมิ เป็นผู้กำหนดเป้าหมาย ร่วมกันตามความเหมาะสม อยู่บนพื้นฐานหลักการว่า ควรลดลงให้เหลือน้อยที่สุดหรือไม่เกิดขึ้น

2.2.4 การประเมินประสิทธิภาพงานบริหารเวชภัณฑ์ ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบล อำเภอ สรรพยา

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอ สรรพยา จังหวัดชัยนาท ทั้ง 12 แห่ง จะได้รับการตรวจประเมินเป็นการภายใน จากโรงพยาบาลแม่ข่ายคือโรงพยาบาลสรรพยา เป็นประจำทุกปี ในรูปของคณะกรรมการตรวจสอบภายในหน่วยงานสาธารณสุขอำเภอ สรรพยา และ คณะกรรมการตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ และเครือข่ายหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า อำเภอ สรรพยา ซึ่งงานบริหารเวชภัณฑ์ เป็นหัวข้อสำคัญหนึ่งในการตรวจประเมินโดย เกสัชกรของโรงพยาบาลสรรพยาที่ได้รับคำสั่งแต่งตั้งเป็นผู้ตรวจประเมิน สรุปผล และรายงานผลต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยนาท รายละเอียดการตรวจประเมินมีดังนี้

2.2.4.1 การตรวจสอบภายในหน่วยงานสาธารณสุข ของคณะกรรมการตรวจสอบภายในหน่วยงานสาธารณสุข อำเภอ สรรพยา ด้านงานบริหารเวชภัณฑ์ ประกอบด้วย 5 ประเด็น (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยนาท, 2553) ดังนี้

ประเด็นที่ 1 มีแผนการจัดซื้อยา/เวชภัณฑ์มิใช่ยา

ประเด็นที่ 2 การขออนุมัติ หรือขอก่อหนี้ผูกพัน

- รายงานการขอซื้อเวชภัณฑ์

- แต่งตั้งกรรมการตรวจรับ/มีการตรวจรับถูกต้อง

- ราคายา/เวชภัณฑ์มิใช่ยา ต้องไม่เกินราคากลาง

- มิใช่รับรองผลวิเคราะห์ทุกรุ่นที่ส่งมอบ และ GMP

- ซื้อยาที่องค์การเภสัชกรรมผลิตทุกรายการ

ประเด็นที่ 3 การควบคุมคลังเวชภัณฑ์

- คลังเวชภัณฑ์ มียาคงคลังไม่เกิน 3 เดือน

- ไม่พบยาหมดอายุ

- ผู้รับผิดชอบชัดเจน
 - สุ่มตรวจสอบบัญชีคุม / จำนวนยา / เวชภัณฑ์มิใช่ยา
- ประเด็นที่ 4 การจำหน่ายยาและเวชภัณฑ์มิใช่ยา
- มีการตรวจสอบยา/เวชภัณฑ์ที่มิใช่ยา คงเหลือประจำปี
- ประเด็นที่ 5 ปริมาณการจัดซื้อ/ปริมาณการใช้ยาและเวชภัณฑ์มิใช่ยา สอดคล้องกัน

2.2.4.2 เกณฑ์ขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิ

ในหัวข้อ ม2.6 บริการเภสัชกรรม ได้มีการกำหนดให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ มีระบบการจัดการ การจัดเก็บ และการจ่าย รวมทั้งการกำกับคุณภาพและมาตรฐานยาและเวชภัณฑ์ที่ได้มาตรฐาน และ/หรือ มีระบบเครือข่ายการให้บริการ ใน 3 ประเด็น ดังนี้

ประเด็นที่ 1 มีการจัดหายาและเวชภัณฑ์เป็นมาตรฐานเดียวกันภายในเครือข่ายหน่วยบริการประจำและไม่มีการขาดยา หรือมียามากเกินไปตามเกณฑ์ stock ยาของมาตรฐานเภสัชกรรม (90วัน)

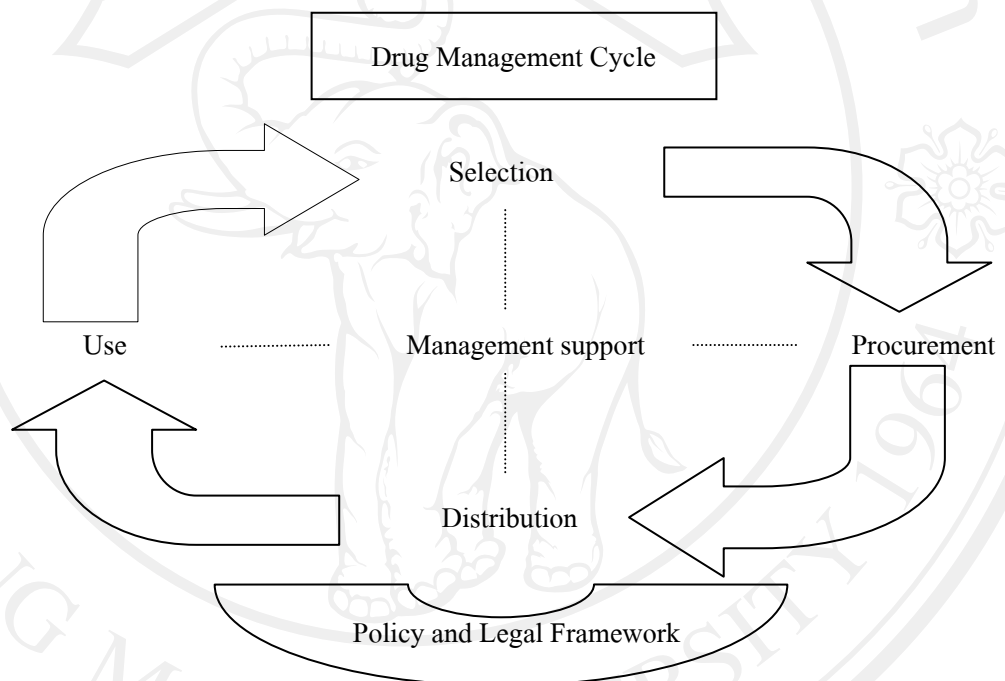
ประเด็นที่ 2 การจัดเก็บ มีระบบการเก็บรักษาแยกเป็นสัดส่วน เช่น ยาเม็ด ยาภายนอก มีการเก็บยาแบบ first-expire first-out และไม่มียาหมดอายุหรือเสื่อมสภาพ มีการแยกเก็บยาที่ต้องควบคุมอุณหภูมิไว้ในที่ที่เหมาะสม

ประเด็นที่ 3 การจ่ายยา มีการให้ข้อมูลบนฉลากยา/ซองยา อย่างครบถ้วน (ชื่อคนไข้ วันที่ ชื่อยา วิธีใช้ คำเตือน) มีการตรวจสอบยาก่อนจ่าย และมีการให้ข้อมูลที่จำเป็นด้วยวาจาขณะส่งมอบยา

2.3 แนวคิดเกี่ยวกับการบริหารจัดการยา

เนื่องจากยามีความสำคัญกับสุขภาพของผู้ป่วย ขณะเดียวกันยาก็เป็นทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัด ซึ่งควรจะมีการบริหารจัดการที่เหมาะสมเพื่อให้มียาคุณภาพใช้อย่างเพียงพอ มีความเหมาะสมและปลอดภัย (Islam, M., ed. 2007) การบริหารเวชภัณฑ์ที่มีประสิทธิภาพ และมีผลลัพธ์ที่ดี จะทำให้หน่วยงานประหยัดงบประมาณด้านยา ลดการสูญเสีย และทำให้ผู้รับบริการเข้าถึงยาที่ดีมีคุณภาพ (World Health Organization, 2004) จึงมีความจำเป็นที่จะต้องมีการศึกษาแนวคิดต่างๆ เปรียบเทียบกับการปฏิบัติงานจริง เพื่อนำไปสู่การจัดระบบยาให้มีประสิทธิภาพ ดังนี้

2.3.1 กรอบแนวคิดระบบยา และ กระบวนการต่างๆที่เกี่ยวข้องกับระบบยา
การบริหารเวชภัณฑ์ ซึ่งเป็นกระบวนการทำงานที่สำคัญในระบบยาของสถานบริการ
สาธารณสุข (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2542) ซึ่งได้แก่การคัดเลือก (selection) การ
จัดหา (Procurement) การกระจาย (Distribution) และ การใช้ (Use) ให้มีประสิทธิภาพนั้น
จำเป็นต้องมีการบริหารจัดการที่ดีในทุกกระบวนการ โดยมีลักษณะเป็นวงจรการจัดการด้านยา
(Drug Management Cycle) มีที่ความเชื่อมโยงกัน ดังภาพที่ 1



ภาพ 1 Components of the Pharmaceutical Management cycle

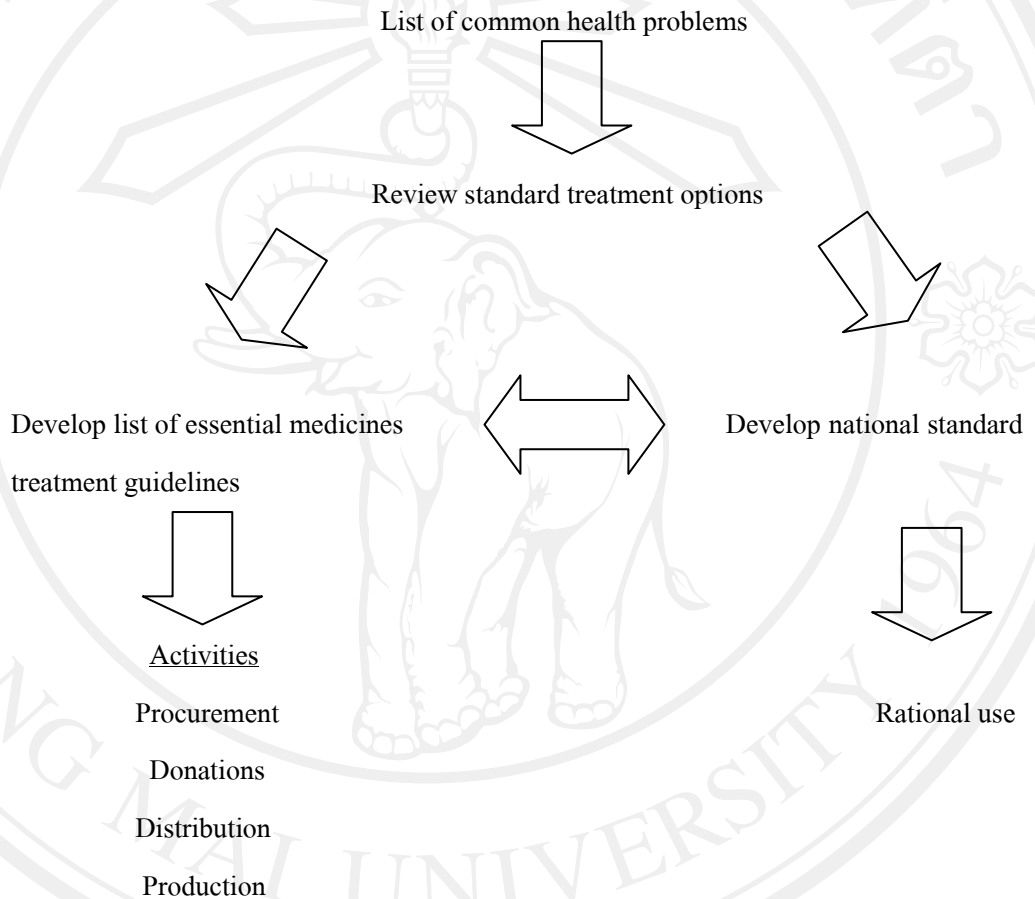
ที่มา : Quick, J.D. et al. (1997). **Managing Drug Supply: The Selection, Procurement, Distribution and Use of Pharmaceuticals**. 2nd ed. Kumarian Press USA.

จากภาพที่ 1 จะเห็นได้ว่า วงจรการจัดการยา ประกอบด้วย 4 กระบวนการสำคัญที่มีความสัมพันธ์กันเป็นวงกลม คือ การคัดเลือกยา (Selection) ต้องใช้ข้อมูลจากการใช้ยา (Use) การจัดหา (Procurement) ก็ใช้ข้อมูลอ้างอิงจากการตัดสินใจในกระบวนการคัดเลือกยา เมื่อมียาพร้อมแล้วทั้งรายการและจำนวน จึงสามารถกระจายยา (Distribution) ไปสู่ผู้ใช้ได้ เป็นต้น ส่วนตรงกลางของวงจรมี คือ ระบบที่สนับสนุนการจัดการยา ซึ่งประกอบด้วย การจัดองค์การ การเงิน

การจัดการข้อมูล และ การจัดการทรัพยากรมนุษย์ และทั้งหมดนี้ตั้งอยู่บนนโยบายและกฎเกณฑ์ที่สร้างขึ้นเพื่อส่งเสริมการจัดการยา (Quick,J.D.et al.,1997)

โดยทั้ง 4 กระบวนการ มีรายละเอียดขั้นตอนการดำเนินงาน ดังนี้

1) วงจรการคัดเลือกยา (The Selection Cycle)



ภาพ 2 Components of the Selection Process for a Public Health System

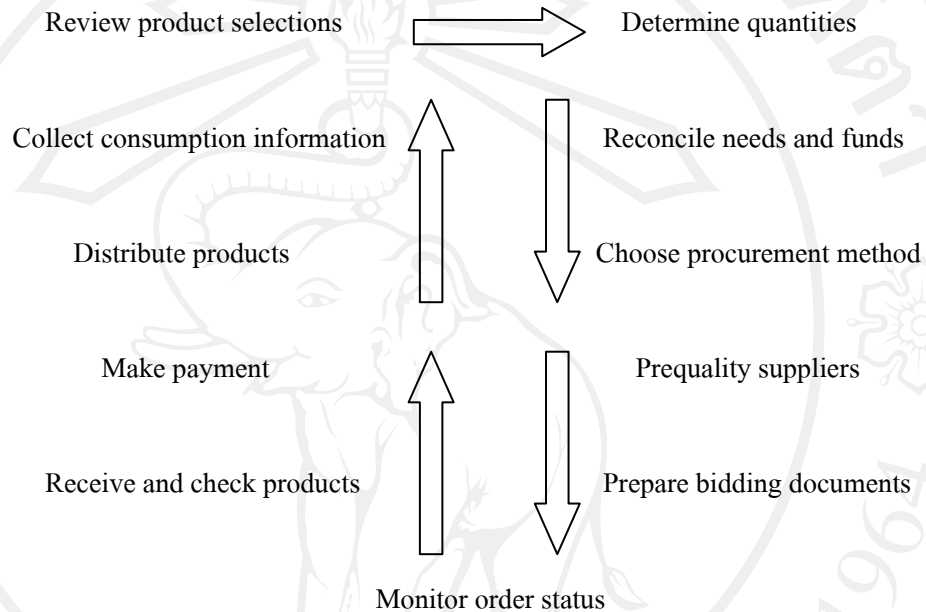
ที่มา : Islam, M., ed. (2007). **Health Systems Assessment Approach : A How-To Manual.**

Rational Pharmaceutical Management Plus Center for Pharmaceutical Management
Management Sciences for Health.

จากภาพที่ 2 พบว่าขั้นตอนแรกของการคัดเลือกยา (Selection) คือการทำรายการปัญหา ด้านสุขภาพในพื้นที่เสียก่อน จากนั้นจึงพิจารณาคัดเลือกยาที่เหมาะสมและจำเป็นต้องใช้สำหรับ ปัญหาสุขภาพนั้นๆ โดยมักจะร่วมกันพิจารณาในรูปแบบของคณะกรรมการ (Management

Sciences for Health, 2012) จึงจะนำไปสู่การสร้างรายการยา และแนวทางปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับยานั้นๆต่อไป

2) วงจรการจัดหายา (The Procurement Cycle)



ภาพ 3 Steps in the Procurement Cycle

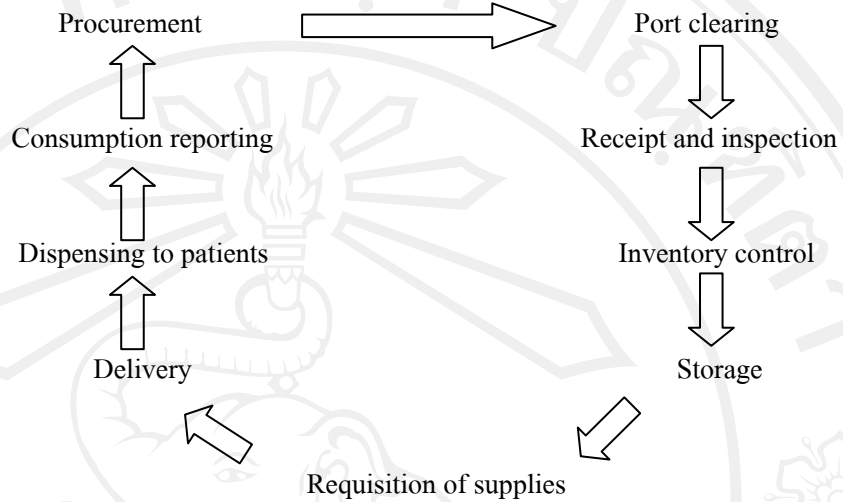
ที่มา : Islam, M., ed. (2007). **Health Systems Assessment Approach : A How-To Manual.**

Rational Pharmaceutical Management Plus Center for Pharmaceutical Management

Management Sciences for Health.

จากภาพที่ 3 จะเห็นได้ว่า การจัดหา (Procurement) เป็นกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับการจัดซื้อ จัดหา ด้วยวิธีใดๆ เพื่อให้ได้มาซึ่งยาตามปริมาณ ราคา และคุณภาพที่กำหนด (Management Sciences for Health, 2012) เริ่มตั้งแต่การทบทวนยาที่ต้องจัดหา จากข้อมูลการบริโภคยา กำหนดปริมาณยา เลือกวิธีการ จัดซื้อ จัดหา จัดทำเอกสาร ติดตามการสั่งซื้อ ตรวจสอบยา ชำระเงิน แล้วจึงกระจายยาสู่ผู้ใช้ยา

3) วงจรการกระจายยา (The Distribution Cycle)



ภาพ 4 The Distribution Cycle

ที่มา : Islam, M., ed. (2007). **Health Systems Assessment Approach : A How-To Manual**.
Rational Pharmaceutical Management Plus Center for Pharmaceutical Management
Management Sciences for Health.

จากภาพที่ 4 สามารถอธิบายกระบวนการต่างๆ ของการกระจายยา (Distribution) ตั้งแต่เตรียมความพร้อมของยา การจัดส่งยาสู่ผู้รับ การตรวจรับและควบคุมคลังยา การเก็บรักษาอย่างเหมาะสม การเบิกจ่ายจากคลัง ส่งผ่านไปยังหน่วยให้บริการ เพื่อส่งมอบไปยังผู้ป่วย และรายงานการใช้เพื่อเป็นข้อมูลในการเตรียมความพร้อมของยาต่อไป กระบวนการต่างๆ มีรายละเอียดดังนี้ (Management Sciences for Health, 2012)

1. Drug procurement เป็นกระบวนการที่เชื่อมต่อการจัดซื้อ จัดหาฯ คือเป็นช่วงที่มียาพร้อมขนส่งให้กับหน่วยบริการสุขภาพ
2. Port Clearing เป็นการขนถ่าย จัดส่งยาจากแหล่งผลิตไปสู่ผู้จัดซื้อ จัดหา โดยมีการจัดเก็บยาอย่างเหมาะสม
3. Receipt and inspection เป็นการรับ และ ตรวจสอบภาพบรรจุภัณฑ์ ชนิด จำนวน รูปแบบ และราคาว่ามีสภาพสมบูรณ์ถูกต้องและตรงตามเวลาที่กำหนด
4. Inventory control คือการควบคุมยาคลังคลัง หมายถึงตั้งแต่การบันทึกและขั้นตอนการควบคุมยาคลังที่มีประสิทธิภาพ โดยระบบการควบคุมสินค้าคงคลังจะพิจารณาความต้องการยา

การบัญชีการเงินปริมาณยาที่ใช้ไป และรายงานจุดสมดุลของคลังยา เพื่อเป็นข้อมูลในการจัดหา การติดตามและตรวจสอบ

5. Storage คือ การเก็บรักษายาให้ปลอดภัย และคงสภาพ ไม่เกิดการเสียหายหรือเสื่อมสภาพ

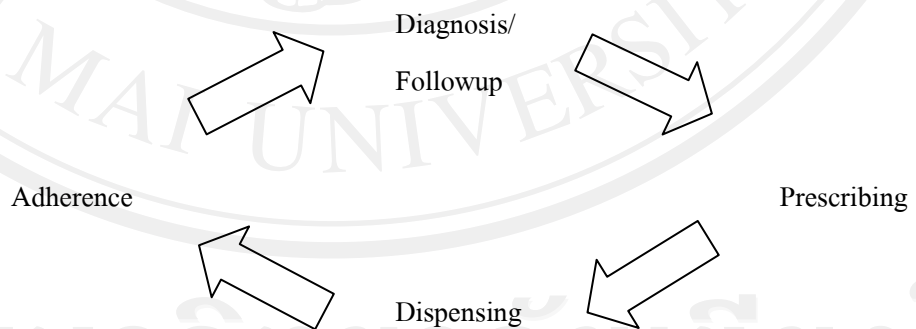
6. Requisition of supplies เป็นการจัดหาให้เพียงพอกับความต้องการ โดยใช้ระบบการจัดส่งยา ซึ่งรูปแบบและกระบวนการจัดส่งยาเป็นส่วนที่สำคัญในระบบการบริหารยาคลัง ซึ่งมีหลายรูปแบบ ไม่ว่าจะเป็นอาจจะใช้คอมพิวเตอร์หรือทำด้วยมือ ก็ควรจะหา รูปแบบการกระจายยาที่ง่าย และเหมาะสมที่สุด

7. Delivery ในด้านการขนส่งยาควรมีการกำหนดสถานะการจัดเก็บเป็นพิเศษ ควรจะเลือกวิธีการขนส่งยาอย่างระมัดระวังต้องมีวิธีการปฏิบัติเพื่อสร้างความมั่นใจว่าคุณภาพยา จะไม่ถูกกระทบ ควรกำหนดการจัดส่งรวมทั้งแผนการ และเส้นทางการขนส่งควรเป็นระบบ และสอดคล้องกับสภาพความเป็นจริง

8. Dispensing to patients คือการส่งมอบยาไปยังผู้ป่วย

9. Consumption reporting เป็นระบบการรายงาน ประมวลผลอัตราการใช้การบริโภคยา ซึ่งเป็นข้อมูลที่จะใช้ส่งต่อไปยังผู้จัดหา

4) กระบวนการใช้ยา (The Medicine-Use Process)



ภาพ 5 The Medicine Use Process

ที่มา : Management Sciences for Health. (2012). **MDS-3: Managing Access to Medicines and Health Technologies**. Arlington, VA:Management Sciences for Health.

จากภาพที่ 5 สามารถอธิบายได้ว่า กระบวนการส่งมอบยาให้กับผู้ป่วยมีความสำคัญตั้งแต่การวินิจฉัย การสั่งยา และการจ่ายยา ที่ต้องพิจารณาถึงประสิทธิภาพ ความปลอดภัย และราคา รวมไปถึงข้อมูลการใช้ยาที่ถูกต้องซึ่งผู้ป่วยควรได้รับ เพื่อนำไปปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง

เนื่องจากโรงพยาบาลแม่ข่าย มีหน้าที่สำคัญคือเป็นคลังสำรองยาให้กับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จึงมีหน้าที่หลักคือ การคัดเลือกและจัดหายาให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนำไปใช้รักษาพยาบาลให้แก่ผู้มารับบริการ โดยผ่านกระบวนการกระจายยา ซึ่งถือได้ว่าเป็นกระบวนการสำคัญ ที่ต้องอาศัยการประสานงานระหว่างโรงพยาบาลแม่ข่าย และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในทุกขั้นตอนที่เกี่ยวข้อง ในการดำเนินการที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ และภายใต้ข้อจำกัดด้านทรัพยากร

2.3.2 รูปแบบการบริหารเวชภัณฑ์ ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอสรรพยา ปังบประมาณ 2554

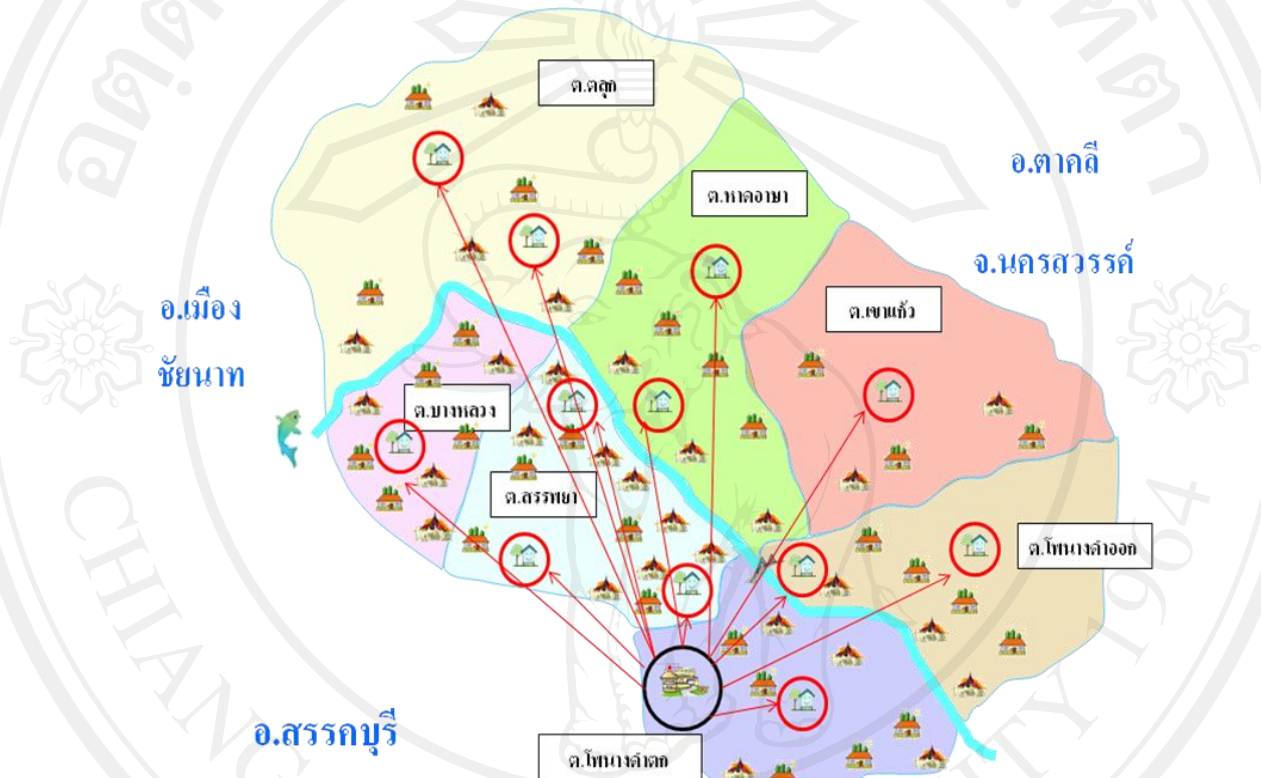
อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 12 แห่ง และมีโรงพยาบาลสรรพยา ซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชน ขนาด 30 เตียง เป็นโรงพยาบาลแม่ข่าย ถึงแม้จะมีการแบ่งโซนตามระยะทางจากโรงพยาบาลสรรพยาถึงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ออกเป็น 3 โซน ๆ ละ 4 แห่งแล้วก็ตาม แต่ในด้านการบริหารเวชภัณฑ์ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอสรรพยา โดยรวมนั้นมีกระบวนการเดียวกัน ดังนี้

2.3.2.1 *การคัดเลือกยา* : รายการยาของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้งหมด ถูกคัดเลือกโดยคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ ซึ่งจะเลือกยาจากบัญชียาของโรงพยาบาลสรรพยา โดยพิจารณาจากศักยภาพในการสั่งใช้ยาของบุคลากร โดยมีกรอบรายการยาที่ถูกกำหนดให้เป็นรายการยาเดียวกันทุกแห่ง

2.3.2.2 *การจัดหายา* : จัดหายาโดยให้โรงพยาบาลแม่ข่าย (โรงพยาบาลสรรพยา) เป็นศูนย์กลางในการจัดซื้อยา ให้พร้อมต่อการกระจายยา โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีหน้าที่จัดทำประมาณการใช้จ่ายประจำปี เพื่อเป็นข้อมูลในการจัดซื้อ จัดหายา

2.3.2.3 *การกระจายยา* : กำหนดรอบการเบิกยาจากโรงพยาบาลสรรพยา ทุก 3 เดือน โดยให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทั้ง 12 แห่ง ส่งใบเบิกด้วยแบบฟอร์มที่กำหนด ณ โรงพยาบาลสรรพยา ภายในวันที่ 5 ของเดือน ซึ่งเริ่มตั้งแต่เดือนพฤศจิกายนของทุกปี ดังนั้นในปีงบประมาณหนึ่งๆ จะมีการเบิกยาจำนวน 4 ครั้ง บุคลากรที่ได้รับมอบหมายให้รับผิดชอบงานบริหารเวชภัณฑ์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เป็นผู้ประมาณความต้องการสำรองยาในการเบิกยาแต่ละครั้ง โดยใช้อัตราการใช้ยาย้อนหลัง และจำนวนยาคงคลัง ณ ปัจจุบัน เป็นข้อมูลในการ

ประมาณการเบิก เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมารับยาเอง ภายในวันที่ 15 ของเดือนที่ทำการเบิก (ดังภาพที่ 6) เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตรวจสอบความถูกต้องของยา และรับเข้าบัญชีคุมเวชภัณฑ์ยา จัดเก็บยาในคลัง แล้วจึงเบิกยาจากคลังมายังจุดบริการ เพื่อให้พร้อมสำหรับส่งมอบยาให้ผู้ป่วยต่อไป



ภาพ 6 การเคลื่อนย้ายผลิตภัณฑ์ยาจากโรงพยาบาลสรรพยา ไปสู่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในเขตรับผิดชอบ 12 แห่ง

2.3.2.4 การใช้ยา : เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เป็นผู้วินิจฉัยสั่งยา จ่ายยา รวมไปถึงการให้ข้อมูลการใช้ยาที่ถูกต้อง เพื่อให้ผู้ป่วยนำไปปฏิบัติได้อย่างถูกต้องในแต่ละปี มีกำหนดการตรวจประเมินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่งเป็นการภายใน ตามเกณฑ์การตรวจสอบภายใน และเกณฑ์ขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิ หัวข้อสำคัญหนึ่งในการตรวจประเมินคือ การบริหารเวชภัณฑ์

งานวิจัยนี้ เน้นศึกษาความเชื่อมโยงงานระหว่างโรงพยาบาลแม่ข่ายและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในอำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท ในด้านการสนับสนุนเวชภัณฑ์ ซึ่งในที่นี้

หมายถึงการกระจายยาจากโรงพยาบาลสรรพยาไปสู่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอ สรรพยา โดยบุคลากรที่เกี่ยวข้องเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบกระจายยาให้มีความเหมาะสม ตามบริบทของพื้นที่

2.4 แนวคิดเกี่ยวกับการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

2.4.1 ประเภทของการวิจัย

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542 ให้ความหมายของ “การวิจัย” ว่าเป็นการ ค้นคว้าเพื่อหาข้อมูลอย่างถี่ถ้วนตามหลักวิชา ในปัจจุบันการวิจัยจึงมีบทบาทในการพัฒนาสิ่งต่างๆ และเป็นประโยชน์ต่อการกำหนดนโยบาย การวางแผน และการแก้ปัญหาอย่างตรงประเด็น นอกจากนี้ยังช่วยเสริมสร้างความรู้ทางวิชาการอีกด้วย ทั้งนี้ การวิจัยสามารถแบ่งออกได้ หลากหลายประเภท หากจะจำแนกตามประโยชน์ของการวิจัยแล้ว สามารถแบ่งได้ดังนี้ (ชไมพร กาญจนกิจสกุล, 2555)

2.4.1.1 การวิจัยพื้นฐาน (Basic research)

เป็นการวิจัยที่มีความมุ่งหมาย เพื่อแสวงหาข้อเท็จจริงหรือเพิ่มพูนความรู้ใน ศาสตร์นั้นๆ โดยเฉพาะการสร้างหรือทดสอบทฤษฎี ทั้งนี้มิได้มีวัตถุประสงค์ที่จะนำข้อค้นพบที่ได้ จากการศึกษามาใช้ประโยชน์ในชีวิตประจำวัน หรือแก้ปัญหาโดยทันที ซึ่งอาจเรียกอีกชื่อว่า การ วิจัยบริสุทธิ์ อย่างไรก็ตาม การวิจัยพื้นฐานหรือการวิจัยบริสุทธิ์นี้จะเป็นรากฐานสำคัญของการวิจัย ประยุกต์ต่อไป

2.4.1.2 การวิจัยประยุกต์ (Applied research)

เป็นการวิจัยที่มีความมุ่งหมายเพื่อนำข้อค้นพบที่ได้จากการศึกษา ไปประยุกต์ใช้ ในการปรับปรุงและแก้ไขปัญหาดังกล่าว ในชีวิตประจำวัน

2.4.1.3 การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research)

เป็นการวิจัยที่มีความมุ่งหมาย เพื่อนำข้อค้นพบที่ได้จากการศึกษาไปใช้ได้ ในทันที เพื่อการปรับปรุงและแก้ปัญหาในงานอันเกี่ยวข้องกับวิธีการในภาคปฏิบัติ กล่าวคือ เป็น การวิจัยเพื่อค้นหาแนวทางที่ให้ผลสัมฤทธิ์มากที่สุด ในการที่จะเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ให้เป็นไป ตามทิศทางที่ต้องการ

2.4.2 ความหมายของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

Sagor (1998) ให้ความหมายว่า เป็นกระบวนการสืบค้นหาความรู้ ความจริง ที่กระทำ โดยบุคคลผู้ปฏิบัติงานและเพื่อบุคคลผู้ปฏิบัติงาน เหตุผลสำคัญสำหรับการทำวิจัยเชิงปฏิบัติการคือ เพื่อช่วยในการปรับปรุง และ/หรือ ทำให้การดำเนินงานของผู้ปฏิบัติดีขึ้น

Brien (1998) ให้ความหมายของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ว่ามีลักษณะเป็นการเรียนรู้โดยการทำงาน (Learning by doing) โดยการกำหนดปัญหาที่ต้องการแก้ไขโดยกลุ่มบุคคลที่เกี่ยวข้อง ผู้ซึ่งจะดำเนินการแก้ไขปัญหานั้น วิเคราะห์ผลสำเร็จ หรือปรับปรุงแก้ไขในครั้งต่อไป

Baskerville and Myers (2004) กล่าวว่า จุดประสงค์หลักของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ คือ การแก้ไขปัญหาองค์กร โดยอาศัยการเรียนรู้ร่วมกันของผู้วิจัยและผู้ปฏิบัติงานในองค์กร ภายใต้บริบทขององค์กร

ดังนั้น การวิจัยเชิงปฏิบัติการ จึงหมายถึง การวิจัยที่ดำเนินการโดยนักวิจัย และบุคคลผู้ปฏิบัติงานตามภาระหน้าที่รับผิดชอบในหน่วยงาน เน้นการปรับปรุง พัฒนางาน ในลักษณะของการเรียนรู้โดยการทำงาน โดยมีจุดมุ่งหมายหลักเพื่อนำข้อสรุปผลของการวิจัยไปใช้ปรับปรุงแก้ไขปัญหา ซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนาที่มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นอย่างสอดคล้องกับบริบทของหน่วยงาน

2.4.3 ลักษณะของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

2.4.3.1 การวิจัยเชิงปฏิบัติการ ประกอบด้วยคุณลักษณะ 6 ประการ (นงนภัศ กุर्वัญญู เทียงกมล, 2554) ดังนี้

- 1) การร่วมมือประสานงานระหว่างนักวิจัยและนักปฏิบัติ
- 2) การแก้ปัญหาในลักษณะของการปฏิบัติ คือการแก้ปัญหาร่วมกันระหว่างนักวิจัยและนักปฏิบัติ
- 3) การเปลี่ยนแปลงวิธีการปฏิบัตินั้น กระบวนการเปลี่ยนแปลงขึ้นอยู่กับกระบวนการเปลี่ยนแปลงจะขึ้นอยู่กับการปฏิบัติการแทรกแซง (Intervention) ที่ใส่เข้าไป
- 4) การพัฒนาทฤษฎีจากการปฏิบัติ เป้าหมายสุดท้ายของการวิจัยอาจจะสร้างทฤษฎีใหม่ หรือขยายทฤษฎีเก่าให้กว้างขวางออกไป
- 5) มีประชาธิปไตยในการดำเนินการวิจัย เป็นการวิจัยที่เกิดจากความร่วมมือระหว่างนักวิจัยและนักปฏิบัติ
- 6) ไม่มีการตั้งวัตถุประสงค์ และเป้าหมายในการวิจัยล่วงหน้า เพราะเป็นการวิจัยที่แก้ปัญหตามสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจริงในขณะนั้น

จากลักษณะของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ที่เน้นการแก้ปัญหาในลักษณะของการปฏิบัติร่วมกัน ระหว่างนักวิจัยและนักปฏิบัติ ถูกนำไปพัฒนาสู่การวิจัยเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม ซึ่งกลุ่มเป้าหมายจะต้องเข้ามามีส่วนร่วมตลอดกระบวนการวิจัยทุกขั้นตอนของการทำวิจัย ซึ่ง ชีรวุฒิ เอกะกุล (2553) ได้เปรียบเทียบความแตกต่างของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ และการวิจัยเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วมไว้ ดังนี้

ตาราง 1 เปรียบเทียบความแตกต่างของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ และการวิจัยเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม

ประเด็น	การวิจัยเชิงปฏิบัติการ	การวิจัยเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม
1.ปัญหาในการวิจัย	เป็นปัญหาที่นักวิจัยได้ประสบด้วยตนเอง หรือเตรียมไว้แล้ว หรือสนใจ	เป็นปัญหาที่กลุ่มเป้าหมายในการวิจัยร่วมกันคิด ร่วมกันพิจารณากับนักวิจัย
2.สภาพปัญหาในการวิจัย	เหมาะกับการแก้ไขปัญหาในองค์กร หรือหน่วยงาน เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการทำงาน	เหมาะกับการแก้ไขปัญหาในชุมชน หรือหน่วยหนึ่งในสังคม
3.นักวิจัย	ผู้เตรียมการหรือผู้มีความชำนาญการ	ผู้ให้คำแนะนำหรือผู้อำนวยความสะดวก
4.กลุ่มเป้าหมายในการวิจัย	มีหน้าที่ปฏิบัติตามสิ่งที่นักวิจัยกำหนดเอาไว้	มีหน้าที่ร่วมทำวิจัยกับนักวิจัยทุกขั้นตอนของการวิจัย
5.หลักการศึกษา	หลักการเป็นผู้ตามที่ดี	หลักประชาธิปไตย
6.กระบวนการวิจัย	ใช้รูปแบบการวิจัยตามวงจรการปฏิบัติการที่นักวิจัยกำหนดให้	ใช้รูปแบบการวิจัยตามวงจรการปฏิบัติที่นักวิจัยกับกลุ่มเป้าหมายในการวิจัยร่วมกันพิจารณา
7.ผลกระทบ	นักวิจัย เป็นผู้มีบทบาทสำคัญ	กลุ่มเป้าหมายในการวิจัยเป็นผู้มีบทบาทสำคัญ

สอดคล้องกับ นงนภัส คู่ขวัญ เทียงกมล (2554) ที่อธิบายถึงการวิจัยเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม ว่าผู้ร่วมวิจัยจะต้องมีส่วนร่วมตลอดกระบวนการวิจัย นับแต่การตัดสินใจว่า ควรจะต้องมีการริเริ่มศึกษาวิจัยในชุมชนนั้นๆหรือไม่ การประมวลเหตุการณ์ หลักฐานและข้อมูลเพื่อกำหนดปัญหาวิจัย การเลือกระบุประเด็นปัญหา การสร้างเครื่องมือ การเก็บข้อมูล การวิเคราะห์และการเสนอสิ่งที่ค้นพบ จนกระทั่งการกระจายความรู้ที่ได้จากการวิจัยไปสู่การลงมือปฏิบัติ

2.4.3.2 ข้อดีและข้อจำกัดของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (องอาจ นัยวัฒน์, 2554)

- ข้อดีของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

1) ได้คำถามการวิจัยที่มีความหมาย และตรงความสนใจของผู้เกี่ยวข้อง เนื่องจากมีบุคคลผู้ทำงานอยู่ในระดับปฏิบัติการ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และ/หรือผู้เชี่ยวชาญจากภายนอก เข้าไปมีส่วนเกี่ยวข้องกับกระบวนการทำวิจัยเชิงปฏิบัติการ จึงทำให้ประเด็นคำถามการวิจัยที่กำหนดขึ้นร่วมกัน มีความหมายเชื่อมโยงกับวิธีการทำงาน และการดำเนินชีวิตประจำวัน รวมทั้งตรงกับความสนใจของนักวิจัยปฏิบัติการและกลุ่มบุคคลอื่นๆที่เกี่ยวข้อง

2) สนับสนุนการนำผลของการวิจัยไปใช้ประโยชน์เพิ่มมากขึ้น ข้อสรุปผลของการศึกษาวิจัยที่ได้ค้นพบหรือสรรค์สร้างขึ้น จากการรวมพลังทำกิจกรรมการวิจัยของผู้ปฏิบัติการ “หน้างาน” และ กลุ่มบุคคลอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง มีแนวโน้มสูง ต่อการได้รับความสนใจและการประยุกต์ไปใช้เปลี่ยนแปลง/แก้ไขปัญหาในหน่วยงานหรือชุมชน ทั้งนี้เพราะการมีความรู้ลึกเป็นเจ้าของผลงานการวิจัยที่ได้กระทำขึ้น

3) ส่งเสริมความเสมอภาค และความเป็นประชาธิปไตยในหมู่นักวิจัย เนื่องจากโดยหลักการแล้ว การทำวิจัยเชิงปฏิบัติการอยู่ภายใต้บรรยากาศของการมีส่วนร่วม การร่วมมือร่วมใจ การเชื่อถือและไว้วางใจ รวมทั้งการมีความอิสระและความเสมอภาคในการแสดงความคิดเห็นในหมู่นักวิจัยต่างๆ โดยไม่คำนึงถึงระดับของการศึกษา สถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคม หรือปัจจัยอื่นๆ จึงทำให้ “นักวิจัยท้องถิ่น” หรือ “นักวิจัยปฏิบัติการที่หน้างาน” ที่อาจสำเร็จการศึกษาหรือมีสถานภาพทางสังคมในระดับไม่สูงมากนัก แต่เป็นผู้ “สัมผัส” หรือมีประสบการณ์ตรงกับปัญหาที่ต้องการปรับปรุงแก้ไข มีความรู้ลึกภาคภูมิใจและเห็นคุณค่าในตนเองขณะปฏิบัติการวิจัยร่วมกับ “นักวิจัยวิชาการ” ผู้มีการศึกษาสูงและมีความเชี่ยวชาญพิเศษ ซึ่งสิ่งสำคัญนี้ส่งเสริมความเป็นประชาธิปไตยและความเสมอภาคทางความคิดเห็นในหมู่นักวิจัย

4) ส่งเสริมวัฒนธรรมทางวิชาชีพและชุมชนของผู้เรียนรู้ เมื่อนักวิจัยเข้าไปเกี่ยวข้องกับกระบวนการทำวิจัยเชิงปฏิบัติการ นักวิจัยจะค่อยๆ เกิดทักษะการวิจัย โดยเฉพาะทักษะด้านการสะท้อนและวิพากษ์การคิดและผลการคิดของตนเอง และของเพื่อนนักวิจัยปฏิบัติการในกลุ่ม เมื่อนักวิจัยปฏิบัติการแต่ละคนที่อยู่ในวิชาชีพเดียวกันและต่างกัน “ร่วมมือและร่วมพลัง” กัน พัฒนาทักษะดังกล่าวอย่างต่อเนื่อง ก็จะก่อให้เกิดวัฒนธรรมทางวิชาชีพและชุมชนของผู้เรียนรู้ขึ้นในสถานที่ทำงานขององค์กรใดๆ

- ข้อจำกัดของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

1) ใช้เวลา และพลังร่างกายแรงใจในการทำวิจัยค่อนข้างมาก เนื่องจากสัมฤทธิ์ผลของการทำวิจัยเชิงปฏิบัติการ ขึ้นอยู่กับพลังความร่วมมือร่วมใจและการมีส่วนร่วม “ที่พร้อมเพียงและแข็งขัน” ของนักวิจัยปฏิบัติการจากหลายกลุ่ม โดยเฉพาะกลุ่มผู้ปฏิบัติการ “หน้างาน” และ/หรือ ผู้เชี่ยวชาญภายนอกสถานที่ทำการวิจัยที่เข้ามาให้คำปรึกษาหรืออำนวยความสะดวกในการทำวิจัย จึงทำให้จำเป็นต้องใช้เวลาและความทุ่มเทพลังร่างกายแรงใจในการทำกิจกรรมการวิจัยจากนักวิจัยค่อนข้างมาก

2) อาศัยภาวะผู้นำ และทักษะการทำวิจัยของนักวิจัยและผู้เชี่ยวชาญสูง การทำวิจัยเชิงปฏิบัติการได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล นักวิจัยปฏิบัติการจะต้องมีภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง และทักษะการทำวิจัยในระดับสูง ในกรณีที่นักวิจัยขอคำปรึกษาด้านวิชาการ หรือรับการฝึกฝนทักษะ การทำวิจัยจากผู้เชี่ยวชาญภายนอกสถานที่ทำการวิจัย ผู้เชี่ยวชาญจะต้องมีคุณสมบัติทั้ง 2 ประการนี้ด้วย ซึ่งในทางปฏิบัติโดยทั่วไป มักพบว่านักวิจัยปฏิบัติการจำนวน ไม่มากนัก ที่มีคุณสมบัติสำคัญทั้ง 2 ประการ นี้อย่างครบถ้วนสมบูรณ์

2.4.4 การจัดกลุ่มแนวคิด และหลักการของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

กลุ่มแนวคิดของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ สามารถจัดออกเป็น 4 ประเภท คือ เป้าหมายการวิจัย วิธีการวิจัย การปฏิสัมพันธ์การวิจัย และมาตรฐานการวิจัย โดยแต่ละประเภทจะมีองค์ประกอบของแนวคิด ดังนี้

2.4.4.1 เป้าหมายการวิจัย (Research Focus) มีแนวคิดเกี่ยวกับการเพิ่มพูนความเข้าใจของมนุษย์ มุ่งเน้นการปรับปรุงคุณภาพของการกระทำและการปฏิบัติของมนุษย์ รวมทั้งมีเป้าหมายเกี่ยวกับปัญหาของนักปฏิบัติอย่างเป็นหน่วยเดียว

2.4.4.2 วิธีการวิจัย (Research Methods) เป็นแนวคิดเกี่ยวกับความร่วมมือ (Collaborative) ของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ซึ่งควรจะร่วมกันหาคำตอบ การทดลองในสภาพจริงที่ปัญหาเกิดขึ้น โดยมีผู้วิจัยเป็นผู้สังเกตมากกว่าที่จะควบคุมตัวแปร โดยการลงมือควบคุม

2.4.4.3 การปฏิสัมพันธ์การวิจัย (Research Interactivity) แนวคิดนี้อยู่บนพื้นฐานว่า ไม่มีวิธีการวิจัยเพียงวิธีเดียวที่เหมาะสมกับทุกสถานการณ์ ดังนั้น การใช้วิธีการตรวจสอบวิธีการวิจัยที่มากกว่าหนึ่งวิธี เช่น วิธีการตรวจสอบสามเส้า (Triangulation Method) จึงเป็นที่นิยม

2.4.4.4 มาตรฐานการวิจัย (Research Standards) แนวคิดนี้มีความเกี่ยวข้องกับ การวิจัยเชิงปฏิบัติการที่เป็นการวิจัยแบบวิทยาศาสตร์ มีการตั้งปัญหา สมมติฐาน วางแผน วิเคราะห์ผล นักวิจัยจึงต้องเข้าร่วมประเมินทุกขั้นตอนของกระบวนการวิจัย

นงนภัส คำรัฐญญ เทียงกมล (2554) ยังระบุอีกว่า หลักการการวิจัยปฏิบัติการประกอบไปด้วยความสัมพันธ์ การสื่อสาร การมีส่วนร่วม และองค์รวมของการปฏิบัติการ ดังนั้น การวิจัยเชิงปฏิบัติการ จึงเป็นการเสริมพลังอำนาจ (Empowerment) ให้แก่กลุ่มผู้วิจัย ในการแสดงความรับผิดชอบในการตัดสินใจ การเสริมพลังอำนาจจึงเป็นจุดหมายสำคัญของการวิจัยปฏิบัติการ

2.4.5 แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในงานวิจัยเชิงปฏิบัติการ

หากพิจารณาในบริบทของการพัฒนาที่ต้องมีการสื่อสารแบบมีส่วนร่วมนั้น เกี่ยวข้องกับหลักการสำคัญ 7 ประการ (ปาริชาติ สถาปิตานนท์ และคณะ, 2549) คือ ความหลากหลายของผู้เข้าร่วม การเข้าถึงสื่อ ความเชื่อมั่นในศักยภาพของมนุษย์ ความโดดเด่นของสาร การปรึกษาหารือร่วมกัน การสนับสนุน และ กระบวนการเชิงประชาธิปไตย การวิจัยเชิงปฏิบัติการถูกนำมาให้เพื่อเป็นเครื่องมือในการดำเนินการในด้านการสนับสนุน (Facilitation) โดยผู้วิจัยทำหน้าที่รวบรวมข้อมูลเบื้องต้น เข้าถึงกลุ่มบุคคลในพื้นที่ สนับสนุนให้เกิดการพัฒนาของกลุ่มบุคคลในพื้นที่ให้มีส่วนร่วมกับการบวนการวิจัย และแก้ไขปัญหา ซึ่งจากมุมมองของสถาบันวิจัยสังคม และสถาบันวิจัยสถานะแวดล้อม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้จัดประเภทของการมีส่วนร่วม ประกอบไปด้วยภารกิจสำคัญ 5 ประการ ดังนี้

ภารกิจที่ 1 การมีส่วนร่วมในการวางแผน ได้แก่ การวิเคราะห์ปัญหา การกำหนดลำดับความสำคัญของปัญหา การกำหนดเป้าหมาย การกำหนดแนวทางในการดำเนินงาน การกำหนดแนวทางในการติดตามและประเมินผลโครงการ

ภารกิจที่ 2 การมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรม ได้แก่ การสนับสนุนด้านทรัพยากรต่างๆ และการประสานความร่วมมือในการจัดกิจกรรมต่างๆ

ภารกิจที่ 3 การมีส่วนร่วมในการใช้ประโยชน์ ได้แก่ การนำเอากิจกรรมต่างๆ มาใช้ให้เกิดประโยชน์ โดยเฉพาะในด้านการเพิ่มระดับการพึ่งตนเอง และการควบคุมทางสังคม

ภารกิจที่ 4 การมีส่วนร่วมในการได้รับผลประโยชน์ ได้แก่ การแจกจ่ายประโยชน์ต่างๆ ในการพัฒนาอย่างยุติธรรม

ภารกิจที่ 5 การมีส่วนร่วมในการประเมินผล ได้แก่ การได้รับทราบถึงสภาพปัญหาและอุปสรรคต่างๆ เพื่อร่วมกันแก้ไขในลำดับต่อไป

นอกจากนี้ ระดับการมีส่วนร่วม อาจแบ่งออกเป็นระดับต่างๆ ได้ 5 ระดับ ดังนี้ (สถาบันวิจัยสังคม มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2547)

ระดับที่ 1 การให้ และ รับ ข่าวสาร (Inform) เพื่อสร้างความตระหนักและให้ความรู้

ระดับที่ 2 การปรึกษาหารือ (Consult) เพื่อให้ได้ข้อมูลอย่างกว้างขวาง

ระดับที่ 3 การร่วมคิดร่วมทำ (Involve) เพื่อให้เกิดสนทนาแลกเปลี่ยนความคิดอย่างเต็มที่
 ระดับที่ 4 การเป็นหุ้นส่วนหรือภาคี (Collaborate) เพื่อสร้างฉันทานุมัติ
 ระดับที่ 5 การเสริมพลังอำนาจ (Empower) เพื่อสร้างเวทีการตัดสินใจ

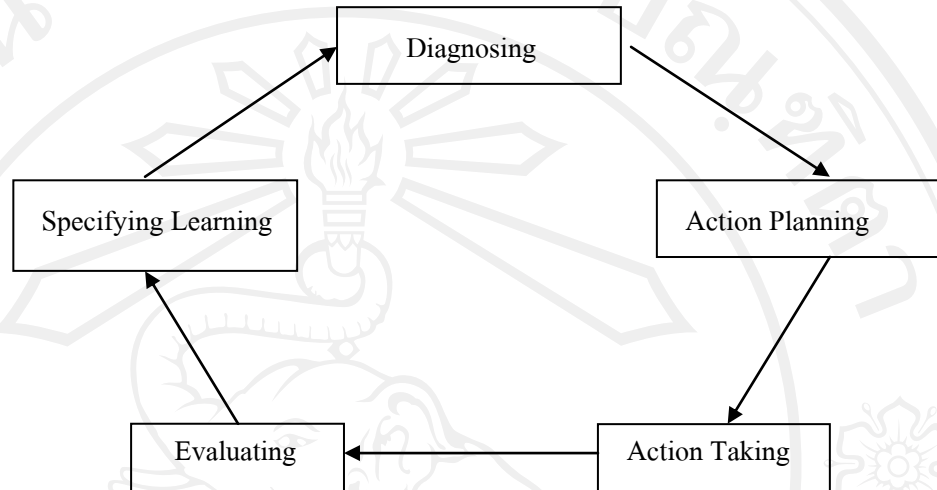
ดังนั้น การวิจัยเชิงปฏิบัติการในระยะหลัง เน้นที่กระบวนการมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติในการร่วมกันวางแผน ร่วมดำเนินการและร่วมตัดสินใจในการแก้ปัญหาองค์กร กลุ่มชุมชน และสังคม ซึ่งแนวคิดนี้เป็นที่มาของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม และมีหลักการคล้ายคลึงกับการวิจัยฐานชุมชน (Community-Based Research) ซึ่งเป็นการวิจัยประยุกต์ที่ใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพเป็นส่วนใหญ่ ดำเนินการโดยความร่วมมือระหว่างสมาชิกชุมชน นักวิจัย และหุ้นส่วนอื่นๆ เน้นการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างสมาชิกชุมชนและนักวิจัยระหว่างดำเนินการวิจัย นักวิจัยได้เรียนรู้เกี่ยวกับท้องถิ่นของสมาชิกชุมชน ส่วนสมาชิกชุมชนได้รับความรู้และได้ปฏิบัติอย่างมีส่วนร่วมในทุกกระบวนการวิจัย (วัชรพร เษยสุวรรณ, 2556)

งานวิจัยนี้ ผู้วิจัยมีความสนใจศึกษาการพัฒนากระบวนการกระจายยา จากโรงพยาบาลสรรพยา
 คู่มือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ด้วยวิธีวิทยาวิจัยการวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยผู้วิจัยซึ่งมีบทบาท
 ในการดูแลงานบริหารเวชภัณฑ์ทั้งของโรงพยาบาลสรรพยา และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
 จึงเป็นผู้กำหนดรูปแบบการวิจัย มีผู้ปฏิบัติงานด้านบริหารเวชภัณฑ์โดยตรงของโรงพยาบาลสรรพ
 ยา สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสรรพยา และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่ง เป็นผู้ให้
 ข้อมูล และมีส่วนร่วมในระดับการร่วมคิด ร่วมทำ กับผู้วิจัยในการระบุประเด็นปัญหาอุปสรรค
 เสนอแนะแนวทางการแก้ไขปัญหา นำแนวทางสู่การปฏิบัติ ส่วนผู้วิจัยมีบทบาทสำคัญในการ
 วางแผน ติดตามและประเมินผล สรุปผล นำไปสู่การนำเสนอรูปแบบการกระจายยาที่เหมาะสม
 ต่อไป

2.4.6 กระบวนการของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

Checkland and Holwell (1998) ได้กล่าวถึงกระบวนการของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดย
 เริ่มจากนักวิจัยกำหนดกรอบแนวคิดหรือทฤษฎี และกระบวนการแก้ปัญหา แล้วทำงานกับผู้ปฏิบัติ
 ในองค์กรเพื่อแก้ปัญหานั้น นักวิจัยจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องบันทึกกระบวนการต่างๆอย่างละเอียด เพื่อสรุป
 เป็นบทเรียนได้

Susman and Evered (1978) แบ่งกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็น 5 ขั้นตอน โดยมี
 ลักษณะเป็นวงจร ดังนี้



ภาพ 7 The Cyclical Process of Action Research

ที่มา: Susman, G. I., & Evered, R. D. (1978). **An Assessment of the Scientific Merits of Action Research**. *Administrative Science Quarterly*, 23(4), 588.

จากภาพที่ 7 สามารถอธิบายรายละเอียดการดำเนินงานแต่ละขั้นตอนได้ ดังนี้

1) การวินิจฉัยปัญหา (*Problem Diagnosing*)

ข้อมูลจะถูกรวบรวมเพื่อเป็นรายละเอียดสำหรับการกำหนด หรือการระบุปัญหา (Problem Identification) และมีหลักการวางคำตอบที่เป็นไปได้จากแผนปฏิบัติการเดียวที่เกิดขึ้น ซึ่งจากขั้นตอนนี้อาจเรียกว่าเป็นการกำหนดหัวข้อของการวิจัยได้ชัดเจน รวมทั้งสามารถกำหนดวัตถุประสงค์การวิจัยได้อีกด้วย อันเป็นการสอดคล้องกับปัญหาวิจัยที่วินิจฉัย หรือกำหนดได้

2) การวางแผนปฏิบัติการ (*Action Planning*)

โดยการพิจารณาทางเลือกการปฏิบัติก่อนมีการดำเนินการ ซึ่งในการวางแผนปฏิบัติการก่อนการดำเนินการลงมือปฏิบัติ จะช่วยให้การวิจัยที่จะดำเนินการต่อไปมีแนวทางที่ชัดเจนมากยิ่งขึ้น อีกทั้งมีการวางแผนการประเมินการวิจัยได้ในขณะเดียวกันอีกด้วย

3) ลงมือปฏิบัติการ (*Action Taking*)

ด้วยการเลือกแนวทางการปฏิบัติที่เหมาะสมที่ได้จากการวางแผนในขั้นต้น ซึ่งเป็นการสนับสนุนการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่มีแนวทางการปฏิบัติที่ชัดเจนมากยิ่งขึ้น

4) ประเมินการปฏิบัติ (Evaluating)

โดยการศึกษาลำดับขั้นตอนการปฏิบัติ แล้วนำแนวทางการประเมินที่เตรียมไว้มาทำการกลั่นกรองอีกครั้งก่อนนำไปใช้ประเมินจริง

5) กำหนดการเรียนรู้ (Specifying Learning)

ด้วยการระบุสิ่งที่ค้นพบทั่วไป หลังจากนั้นข้อมูลจะถูกรวบรวมเพื่อวิเคราะห์ และมีการตีความสิ่งที่ค้นพบว่ามีความสำเร็จประการใดที่เกิดจากการปฏิบัติดังกล่าว ณ จุดนี้ปัญหาจะถูกนำมาประเมินอีกครั้ง และกระบวนการจะเริ่มต้นวงจรใหม่อีกครั้ง กระบวนการนี้จะมีต่อเนื่องจนกว่าปัญหาจะได้รับการแก้ไข

งานวิจัยนี้ใช้กระบวนการศึกษา 5 ขั้นตอนตามแนวคิดของ Susman and Evered (1978) เป็นแนวทางหลักในการดำเนินการ อีกทั้งผู้วิจัยยังได้แบ่งระยะการดำเนินงานวิจัยออกเป็น 3 ระยะเพื่อความชัดเจนในการควบคุมระยะเวลาของการดำเนินงานวิจัย (ดังภาพที่ 7) คือ

ระยะที่ 1 วางแผนปฏิบัติการ ประกอบด้วย ขั้นตอนวินิจฉัยปัญหาและวางแผนปฏิบัติการ

ระยะที่ 2 ปฏิบัติการ ประกอบด้วย ขั้นตอนลงมือปฏิบัติการ

ระยะที่ 3 ประเมินผลการปฏิบัติการ ประกอบด้วย ขั้นตอนประเมินการปฏิบัติการและกำหนดการเรียนรู้

2.4.7 เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการวิจัยนั้น ผู้วิจัยจะต้องอาศัยเครื่องมือในการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลสำหรับการนำไปวิเคราะห์ และการแสวงหาคำตอบให้กับคำถามหรือปัญหาการวิจัยต่อไป เครื่องมือที่ใช้สำหรับเก็บรวบรวมข้อมูลนั้นมีอยู่หลายประเภท ซึ่งอาจจำแนกได้ตามวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล เช่น การสังเกต การสัมภาษณ์ การสอบถาม และการทดสอบ เป็นต้น (ชไมพร กาญจนกิจสกุล, 2555) ทั้งนี้ผู้วิจัยจะเลือกใช้เครื่องมือประเภทใดในการวิจัย ย่อมขึ้นอยู่กับคุณลักษณะของข้อมูลที่ต้องการเป็นสำคัญ เนื่องจากงานนี้ใช้วิธีวิทยาวิจัยเชิงปฏิบัติการ และเครื่องมือที่สำคัญและใช้ในงานวิจัยนี้ คือ

2.4.7.1 แบบสังเกต

เป็นเครื่องมือในการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่นิยมใช้มากที่สุดในการเก็บข้อมูล ซึ่งต้องใช้ตัวบุคคลมาทำหน้าที่สังเกตพฤติกรรมของกลุ่มที่ทำการศึกษาวิจัย หรือสังเกตในสิ่งที่ทำการศึกษาวิจัย ด้วยการใช้ตาและหู เป็นเครื่องมือสำคัญ ในการเฝ้าติดตามดูพฤติกรรมของบุคคลหรือกลุ่มคนที่ใช้ในการศึกษาวิจัย เมื่อได้พฤติกรรมที่สังเกตแล้วจึงใช้วิธีการจดบันทึกข้อมูลต่อไป

การสังเกตที่ใช้ในการวิจัยเชิงปฏิบัติการ แบ่งเป็น 2 ประเภท ดังนี้ (ธีรวุฒิ เอกะกุล, 2553)

1) การสังเกตโดยเข้าไปมีส่วนร่วม (Participant observation) หรือเรียกว่า การสังเกตเชิงคุณภาพ เป็นการสังเกตที่ผู้สังเกตเข้าไปอยู่ร่วมในกลุ่มในสถานการณ์ที่ถูกสังเกต โดย ผู้สังเกตเป็นสมาชิกผู้หนึ่งของกลุ่ม เพื่อจะได้สังเกตหรือเพื่อเข้าถึงจุดยืนและโลกทรรศน์ของผู้อื่นด้วยวิธีใดวิธีหนึ่ง ดังนี้

- วิธีการพยายามให้สมาชิกของกลุ่มเป้าหมายนั้น รับนักวิจัยเป็นสมาชิกของกลุ่มด้วย แต่ก็จะทำให้แก่นักวิจัยไม่มีโอกาสทำงานวิจัยเต็มที่นัก

- วิธีการที่นักวิจัยแสดงตัวเป็นนักวิจัย ซึ่งต้องการเก็บข้อมูลเพื่อการศึกษา แต่นักวิจัยต้องพยายามสร้างภาพพจน์ที่ดี ให้เป็นที่ยอมรับของสมาชิกกลุ่มนั้นให้ได้ การสังเกตแบบมีส่วนร่วม มีวิธีการศึกษา 3 ขั้นตอน คือ การสังเกต การซักถาม หรือการสัมภาษณ์อย่างไม่เป็นทางการ และการจดบันทึก

2) การสังเกตโดยไม่เข้าไปมีส่วนร่วม (Non-participant observation) เป็นการสังเกตที่ผู้สังเกตอยู่ภายนอกสถานการณ์หรือกิจกรรม โดยที่ผู้ถูกสังเกตรู้ตัวหรือไม่รู้ตัวก็ได้ เป็นการเก็บข้อมูล ในระยะเวลาที่สั้นกว่าการสังเกตแบบมีส่วนร่วม แต่ไม่อาจเก็บข้อมูลได้ละเอียดสมบูรณ์เท่ากับการสังเกตแบบมีส่วนร่วม

นักวิจัยสามารถใช้วิธีการสังเกตทั้ง 2 แบบ ในการวิจัยหนึ่งก็ได้ แต่ควรจะมีจุดมุ่งหมายชัดเจนว่าจะศึกษาอะไร คนกลุ่มใด แล้วเลือกใช้วิธีการสังเกตที่เหมาะสม แต่ปัญหาของนักวิจัย ส่วนใหญ่คือ ความสับสนว่าจะสังเกตอะไรในพื้นที่การวิจัยบ้าง การยอมรับของผู้ถูกสังเกต ไม่มีโอกาสที่จะสังเกต หรือบางครั้งมีเหตุการณ์เกิดขึ้นพร้อมๆกัน ไปจนถึงความไม่สะดวกในการจดบันทึก ดังนั้นเพื่อให้มีการสังเกตที่เป็นระบบ ควรมีวิธีการที่ใช้ในการสังเกต ดังนี้ (สุภางค์ จันทวานิช, 2545)

1) การสอบถาม

เป็นการสนทนาพูดคุยกับสมาชิกในพื้นที่การวิจัย ไม่ใช่หมายถึงการใช้แบบสอบถาม แต่เป็นการสนทนาอย่างเป็นกันเอง เพื่อให้เกิดความสนิทสนมไว้วางใจ

2) การทำบันทึกภาคสนาม

การสังเกตที่ใช้ในการวิจัยเชิงปฏิบัติการ นิยมใช้การจดบันทึกภาคสนาม (Field note) มากที่สุด เพื่อป้องกันการลืม ช่วยตั้งสมมติฐานชั่วคราวในการวิเคราะห์

ข้อมูลในพื้นที่การวิจัย ช่วยเรียบเรียงความคิดในการวางแผนงานต่อไป และเพื่อช่วยสรุปข้อมูลเป็นระยะๆ โดยมีรูปแบบที่แบ่งออกได้เป็น 3 ส่วน ดังนี้

- บันทึกข้อมูลการสังเกต (Observation note : ON) เป็นการจดบันทึก สิ่งที่สังเกตได้ตามความเป็นจริง เป็นการบรรยายอย่างละเอียดถึงสิ่งแวดล้อม สถานที่ บุคคล เหตุการณ์ คำพูดของบุคคล สรุปรวมว่า ใคร ทำอะไร ที่ไหน เมื่อไร อย่างไร กับใคร และทำไม ดังนั้นข้อมูลในส่วนนี้จะไม่มีการตีความ

- บันทึกการตีความของผู้วิจัย (Theoretical note : TN) เป็นส่วนที่ตีความเบื้องต้นโดยใช้แนวคิดทฤษฎีของนักวิจัย ประกอบการแสดงความคิดเห็น เน้นความหมายให้ชัดเจนและสร้างสมมติฐานชั่วคราว บางครั้งต้องใช้ข้อมูลในส่วนที่หนึ่งหลายๆเรื่อง สรุปเป็นส่วนนี้

- บันทึกรายละเอียดของการสังเกต (Methodological note : MN) เป็นการกล่าวถึงระเบียบวิธีวิจัย ซึ่งผู้สังเกตจะบันทึกถึงวิธีการที่ตนเองได้ประสบความสำเร็จ หรือความบกพร่อง ในการสังเกตความรู้สึกร่วมตัวของผู้สังเกต ปฏิกริยาของผู้ถูกสังเกต ตลอดจนข้อมูลที่ขาดหายไป บันทึกส่วนนี้เป็นส่วนที่ช่วยเตือนความจำ และช่วยประเมินคุณภาพของข้อมูลที่ได้มา

หัวข้อ	วัน/เวลา/สถานที่
.....	
ON	สิ่งที่สังเกตตามความเป็นจริง.....
TN	ตีความเบื้องต้น.....
MN	ระเบียบวิธี.....

ภาพ 8 ตัวอย่างการบันทึกภาคสนาม

โดยการที่จะทำให้ได้ข้อมูลครอบคลุมและละเอียดที่สุดนั้น สุธงค์ จันทวานิช (2545) ได้เสนอกรอบ 6 ประการ ไว้ดังนี้

1) ฉากและบุคคล (Setting)

ฉาก หมายถึง สถานที่และลักษณะทางกายภาพอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรม และเหตุการณ์ที่นักวิจัยกำลังสังเกต ส่วนบุคคล ก็คือผู้คนที่ปรากฏอยู่ในกิจกรรมนั้นๆ การ

สังเกตต้องสังเกตทั้งจำนวน ลักษณะทั่วไป และลักษณะเฉพาะ ตลอดจนข้อมูลทางสังคมของบุคคลเหล่านั้น ข้อมูลฉากและบุคคลคือการตอบคำถาม *ใคร และที่ไหน*

2) การกระทำ (Acts)

นักวิจัยต้องสังเกตการกระทำ ในลักษณะของพฤติกรรมสังคมที่เกิดขึ้น หรือการกระทำระหว่างกันของบุคคลขณะสังเกต ข้อมูลจากการสังเกตการกระทำคือการตอบคำถามว่า *ทำอะไร*

3) แบบแผนพฤติกรรม (Pattern of activities)

เป็นการนำข้อมูลการกระทำมาร้อยเรียง ให้เห็นความเกี่ยวเนื่องกันอย่างมีหลักการและเหตุผล ตามข้อเท็จจริงที่ได้จากการสังเกตและการสนทนาขณะสังเกต เป็นการตอบคำถามว่า *อย่างไร*

4) ความสัมพันธ์ (Relationship)

เป็นส่วนที่นักวิจัยต้องสังเกตว่าการกระทำที่เฝ้าดูอยู่นั้นใครทำกับใคร ในบทบาทและสถานภาพอย่างไร ซึ่งเป็นการตอบคำถามว่า *ใครกับใคร*

5) การมีส่วนร่วม (Participation)

เป็นการมองขยายความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลซึ่งเป็นคู่การกระทำ ออกไปสู่ภาพรวมของปรากฏการณ์ทั้งหมด เป็นการตอบคำถามเพิ่มเติมจาก *ใครกับใคร เป็นใครบ้าง*

6) ความหมาย (Meaning)

เป็นการรับรู้เหตุการณ์หนึ่งๆของบุคคลที่เป็นสมาชิกในกลุ่มนั้นๆ เป็นการตอบคำถาม *อย่างไร และ ทำไม* จึงมีพฤติกรรมหรือการกระทำนั้นๆเกิดขึ้น

นอกจากนี้ เครื่องมือที่ใช้ในการสังเกตอื่นๆที่นิยมใช้ คือ แบบรายการสำรวจ (Check list) และแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) การใช้เครื่องมือชนิดใดในการสังเกตนั้น ขึ้นอยู่กับจุดมุ่งหมายในการวิจัย และสภาพการณ์ที่ทำการสังเกตหรืออาจใช้หลายวิธีผสมกัน (ธีรวุฒิ เอกะกุล, 2553)

2.4.7.2 การสัมภาษณ์ (Interview method) เป็นการสนทนาอย่างมีจุดมุ่งหมาย

ระหว่างผู้สัมภาษณ์และผู้ให้สัมภาษณ์ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลที่ถูกต้องเที่ยงตรง (ชไมพร กาญจนกิจสกุล, 2555) โดยทั่วไปแล้วการสัมภาษณ์ มักจะถูกแบ่งเป็น 2 ประเภท (ศิริพร จิรวัดน์กุล, 2552) คือ

1) การสัมภาษณ์แบบเป็นทางการหรือกึ่งทางการ ซึ่งใช้การสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง (Structured interview) เป็นการสัมภาษณ์โดยใช้แบบสอบถามซึ่งมีการเตรียมชุดคำถามไว้ล่วงหน้า

2) การสัมภาษณ์แบบไม่เป็นทางการ ซึ่งคล้ายกับการพูดคุยสนทนาอย่างไม่มีการเตรียมตัว มักมีเพียงแนวคำถามกว้างๆ และยังสามารถแยกวิธีการสัมภาษณ์นี้ได้อีก 2 ชนิด คือ

- การสนทนาตามธรรมชาติ (Natural conversation) มักเกิดขึ้นเมื่อนักวิจัยดำเนินการสังเกตและเห็นสถานที่ บุคคล หรือการกระทำต่างๆ แล้วต้องการข้อมูลเพิ่มเติม

- การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) เป็นการสนทนาซักถามผู้ให้ข้อมูลหลักบางคน เนื่องจากบุคคลนั้นมีคุณสมบัติพิเศษที่จะให้ข้อมูลเฉพาะเจาะจงที่นักวิจัยต้องการได้ หรือมีประสบการณ์พิเศษที่แตกต่างไปจากคนอื่นๆ

2.4.7.3 การสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion)

เป็นอีกเครื่องมือหนึ่งในการการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความรู้สึกนึกคิด จิตใจ และพฤติกรรมของมนุษย์ รวมทั้งปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมนั้นๆ คำถามในการสนทนากลุ่ม จะเป็นคำถามที่ถามถึงความรู้สึก การตัดสินใจ การให้เหตุผล แรงจูงใจ หรือสถานการณ์ต่างๆ ตลอดจนความประทับใจ เป็นต้น การสนทนากลุ่ม มีลักษณะเป็นการพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกันอย่างกว้างขวาง ของผู้เข้าร่วมสนทนากับนักวิจัย การถกประเด็นสนทนามีความเป็นอิสระในการแสดงความคิดเห็น ตลอดจนการโต้แย้งปัญหาหรือหัวข้อของการสนทนาถูกกำหนดโดยนักวิจัย หรือผู้สนใจทำการศึกษาต่างๆ แล้วเลือกสรรบุคคลที่คิดว่าสามารถให้คำตอบได้ตรงประเด็นที่สุดเข้าร่วมการสนทนา (ธีรวิมล เอกะกุล, 2553)

ศิริพร จิรวัดน์กุล (2552) ได้ให้ความเห็นว่า การสนทนากลุ่มใช้ได้ดีในกรณีที่นักวิจัยต้องการประเมินความเห็น ประเมินความต้องการ พัฒนาเครื่องมือหรือผลิตภัณฑ์บางอย่างหรือทำความเข้าใจอย่างลึกซึ้งต่อการตีความบางประการที่ได้จากผลการศึกษาวิจัย ผู้เข้าร่วมกลุ่มสนทนาควรประกอบด้วยสมาชิกซึ่งเป็นผู้ให้ข้อมูล จำนวน 6-12 คน ซึ่งเป็นผู้ที่นักวิจัยคัดเลือกกว่าเป็นผู้มีข้อมูล มีประสบการณ์ในประเด็นที่กำลังศึกษา และเป็นผู้ที่ยินดีในการพูดคุยในกลุ่ม นักวิจัยเป็นผู้ดำเนินการสนทนา (moderator) มีผู้ช่วยวิจัยทำหน้าที่บันทึกกลุ่มและดูแลการบันทึกเทปการสนทนากลุ่ม โดยไม่ต้องเข้าร่วมอยู่ในวงสนทนา

โดยขั้นตอนในการสนทนากลุ่ม มีดังนี้ศิริพร จิรวัดน์กุล (2552)

1) ชั้นเตรียมการ

สิ่งที่ต้องเตรียมลำดับแรก คือ แนวทางการสนทนากลุ่ม ซึ่งเป็นรายการประเด็นหรือคำถามที่นักวิจัยใช้จุดประเด็นการสนทนา คำถามควรเป็นคำถามปลายเปิด และเจาะลึกประเด็นไปเรื่อยๆ โดยประเด็นคำถามแรกๆควรเป็นเรื่อง ไกลตัวหรือพูดถึงคนอื่นมากกว่าพูดถึงตนเอง แล้วคำถามหลังๆจึงดึงประเด็นให้เข้าใกล้ตัวผู้ร่วมสนทนา

นอกจากนักวิจัยและผู้ช่วย จะต้องเตรียมตัวให้พร้อมในประเด็นที่ศึกษาแล้ว การเตรียมอุปกรณ์ต่างๆก็เป็นสิ่งจำเป็น เช่น เครื่องบันทึกเสียง สมุด ปากกา กล้องถ่ายรูป เตรียมของรับประทาน เตรียมสถานที่ที่ก่อให้เกิดความสบายใจ ผ่อนคลายและเป็นกันเอง

2) ชั้นดำเนินการสนทนากลุ่ม

หลังจากนักวิจัยซึ่งเป็นผู้ดำเนินการสนทนา ผู้ช่วยนักวิจัย และผู้ร่วมวงสนทนา มาพบกัน ก็เริ่มด้วยการทำความรู้จักกัน รับประทานอาหารของว่างและเครื่องดื่มร่วมกันให้ผ่อนคลายและคุ้นเคยกันแล้ว จึงเริ่มดำเนินการสนทนากลุ่ม โดยเริ่มจากการแจ้งเป้าหมายของการสนทนา กล่าวขอบคุณที่มาร่วมสนทนา ขอให้ทุกคนพูดได้โดยไม่กังวลเรื่องถูกผิด การรักษาความลับ การนำข้อมูลไปใช้ และการขออนุญาตให้ผู้ช่วยนักวิจัยบันทึกกลุ่มพร้อมบันทึกเทปการสนทนา หลังจากนั้นนักวิจัยจึงจุดประเด็นการสนทนาตามแนวทางการสนทนา โดยนักวิจัยต้องพยายามให้ผู้ร่วมวงสนทนาทุกคนได้ร่วมแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในทุกประเด็นให้มากที่สุด โดยไม่จำเป็นต้องมีข้อสรุปที่เห็นพ้องกันในแต่ละประเด็น

การดำเนินการสนทนากลุ่มแต่ละครั้ง ควรใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง ถึง 1 ชั่วโมง 30 นาที เมื่อได้ประเด็นต่างๆแล้ว นักวิจัยผู้ดำเนินการสนทนากลุ่มจึงกล่าวสรุปด้วยการขอบคุณผู้ร่วมวงสนทนาอีกครั้ง ยืนยันถึงคุณค่าและประโยชน์ของสิ่งที่ได้จากการสนทนา แล้วปิดการสนทนากลุ่ม

3) ชั้นสรุปหลังการสนทนากลุ่ม

ภายหลังเสร็จสิ้นการดำเนินการสนทนากลุ่มทุกครั้ง นักวิจัยและผู้ช่วยวิจัยต้องตรวจสอบว่าการสนทนาได้บันทึกไว้ในเทปเรียบร้อยดีหรือไม่ นักวิจัยร่วมกันสรุปบรรยากาศโดยรวม บริบทของกลุ่ม และปฏิภณียาลงในบันทึกกลุ่ม จากนั้นผู้ช่วยนักวิจัยถอดเทปการสนทนากลุ่มคำต่อคำ โดยบันทึกลงในกระดาษตลอดการสนทนาเพื่อนำไปสู่ขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

2.4.7.4 ข้อมูลเอกสาร

ข้อมูลที่ได้จากการสังเกต และการสนทนากลุ่ม แม้จะเป็นข้อมูลที่สำคัญในการวิจัยเชิงปฏิบัติการ แต่ข้อมูลจากเอกสารหลักฐานต่างๆก็เป็นสิ่งที่มาเติมเต็มให้ข้อมูลสมบูรณ์ขึ้นได้ เพราะข้อมูลบางอย่างก็ไม่สามารถได้จากเพียงการสังเกต สัมภาษณ์ และ สนทนากลุ่ม เท่านั้น

เอกสารเป็นแหล่งข้อมูลที่สำคัญ ที่ผู้วิจัยจะต้องเลือกว่าจะนำเอกสารใดมาใช้ประโยชน์ให้มากที่สุด ประเภทของเอกสาร มีดังตัวอย่างต่อไปนี้ (ศิริพร จิรวัดน์กุล, 2552)

1) เอกสารขั้นต้น

- เอกสารทางการ เช่น จดหมายเหตุ ประกาศ กฎหมาย สถิติของหน่วยงานต่างๆ บันทึกทางการบริหาร บันทึกทางการแพทย์ เป็นต้น

- เอกสารกึ่งทางการ เช่น บทความในหนังสือพิมพ์ แบบเรียนต่างๆ หนังสือ รายงานวิจัย เป็นต้น

- เอกสารไม่เป็นทางการ เช่น บันทึกส่วนตัว จดหมายโต้ตอบระหว่างบุคคล บันทึกความคิดเห็นส่วนตัว เป็นต้น

2) เอกสารขั้นรอง เป็นข้อมูลหลักฐานที่ไม่ได้มาโดยตรงจากเหตุการณ์หรือสถานการณ์ หนึ่งๆ แต่ได้มาจากแหล่งเอกสารขั้นต้นอื่นๆ แล้วนำมาอ้างอิง

2.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.5.1 ความสำคัญของการพัฒนาระบบบริหารเวชภัณฑ์

จากผลการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่าการมีระบบงานบริหารเวชภัณฑ์ที่ดี นอกจากจะทำให้หน่วยงานประหยัดงบประมาณด้านยาแล้ว ผู้รับบริการก็จะได้รับยาที่ดีมีคุณภาพตลอดการรักษาด้วยยาอีกด้วย ซึ่งกระบวนการกระจายยาเป็นกระบวนการสำคัญหนึ่งที่สำคัญ และมีผลต่อระบบงานบริหารเวชภัณฑ์ในภาพรวม ซึ่งจะเห็นได้จากการถูกกำหนดให้เป็นหัวข้องานวิจัยระดับหน่วยงานของเครือข่ายวิจัยระบบยา ในขณะที่งานวิจัยเกี่ยวกับระบบการกระจายยาในประเทศไทยยังไม่ค่อยมีผู้ทำการศึกษา ดังนั้นภายใต้ประเด็นนโยบายด้านยา การกระจายยา จึงเป็นประเด็นที่ควรทำการวิจัยเร่งด่วนที่สุด (เครือข่ายวิจัยระบบยา, 2552) สอดคล้องกับนโยบายแห่งชาติด้านยา พ.ศ. 2554 และยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบยาแห่งชาติ พ.ศ. 2554-2559 ได้ระบุให้เรื่องการควบคุมการกระจายและการเข้าถึงยาและเคมีภัณฑ์ อยู่ในยุทธศาสตร์ด้านที่ 2 การใช้ยาอย่างสมเหตุผล (แผนงานสร้างกลไกเฝ้าระวังและพัฒนาาระบบยา, 2554)

2.5.2 ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานบริหารเวชภัณฑ์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

การศึกษาของจิรภญา เข็มสวัสดิ์ (2546) ซึ่งศึกษาการประเมินคุณภาพระบบบริหารจัดการในหน่วยบริการปฐมภูมิอำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง รวมถึงปัญหาและอุปสรรคของการดำเนินงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ หรือศูนย์สุขภาพชุมชน (ศสช.) จากมุมมองของผู้ให้บริการ พบว่า ศสช.ที่ทำการศึกษาทุกแห่งสามารถดำเนินการได้ผ่านเกณฑ์ในเกณฑ์ที่เกี่ยวข้องกับโครงสร้างพื้นฐาน และเกณฑ์ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานที่เจ้าหน้าที่ต้องปฏิบัติเป็นประจำอย่างต่อเนื่อง ศสช.ส่วนใหญ่จะไม่ผ่านเกณฑ์ที่มีการปรับปรุงหรือกำหนดขึ้นมาใหม่ในภายหลัง ในด้านของเกณฑ์ที่ใช้พบว่ามีการเน้นปัจจัยนำเข้ามากกว่าผลลัพธ์ และเกณฑ์บางตัวไม่เหมาะสมกับบริบทของอำเภอสรรพยา และอุปสรรคที่พบมากที่สุดคือ ขาดทีมงานที่มีทัศนคติที่ดีและมีศักยภาพในการให้บริการที่เป็นองค์รวมอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง ขาดระบบข้อมูลข่าวสาร ขาดการเชื่อมต่อการดำเนินงานระหว่าง ศสช.กับโรงพยาบาล ดังนั้นผู้บริหารควรเห็นความสำคัญของการพัฒนาบุคลากรให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้ปฏิบัติ ทิศทางการประเมินควรเปลี่ยนทิศทางไปในการประเมินผลลัพธ์มากขึ้น ควรแยกเกณฑ์ที่ใช้ประเมิน ศสช.ที่พัฒนามาจากสถานีอนามัย และศสช.ในโรงพยาบาล

การศึกษาของวรรณพร อุดรพงศ์ (2551) ซึ่งศึกษาระบบบริหารเวชภัณฑ์ของหน่วยบริการปฐมภูมิในเขตอำเภอเมืองลำพูน โดยศึกษาอุปสรรคในการดำเนินงาน และความรู้ ทัศนคติของบุคลากรสาธารณสุขต่อระบบงานบริหารเวชภัณฑ์ของหน่วยบริการปฐมภูมิ พบว่า หน่วยบริการปฐมภูมิมีระบบบริหารจัดการทั้งในเรื่องการกำหนดแผนการเบิกเวชภัณฑ์ล่วงหน้า กำหนดรอบการเบิก การจัดส่งเวชภัณฑ์ให้กับหน่วยบริการปฐมภูมิอย่างชัดเจน แต่ยังพบปัญหาการเบิกฉุกเฉินในจำนวนสูง และไม่สามารถเบิกเวชภัณฑ์ได้ครบตามจำนวนเนื่องจากปริมาณยาจากคลังโรงพยาบาลแม่ข่ายไม่เพียงพอ หรืออัตราผู้รับบริการไม่คงที่ อีกทั้งพบปัญหาด้านการเก็บรักษาที่พบว่าห้องเก็บยามีจำกัดและอุณหภูมิสูง นอกจากนี้บุคลากรที่มีน้อย ขณะที่ภาระงานหลายด้านและขาดงบประมาณ เป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาระบบงานบริหารเวชภัณฑ์ แต่อย่างไรก็ตามได้มีการให้ความเห็นว่า การประสานความร่วมมือกับโรงพยาบาลแม่ข่ายและหน่วยงานอื่น ทั้งในเรื่องงบประมาณ สื่อความรู้ และด้านการเพิ่มกำลังคนจะช่วยให้พัฒนาระบบงานบริหารเวชภัณฑ์ได้

2.5.3 งานวิจัยเชิงปฏิบัติการ

สำหรับประเทศไทย การวิจัยเชิงปฏิบัติการที่ได้ถูกนำมาใช้อย่างกว้างขวางในสาขา ครุศาสตร์ บริหารธุรกิจ รัฐกิจ และเทคโนโลยีสารสนเทศ ในขณะที่ในด้านสาธารณสุขโดย

เฉพาะงานเกศักรมณั้ยังมีจำนวนน้อย ยกตัวอย่างงานวิจัยภายในประเทศที่มีการใช้วิจัยเชิงปฏิบัติการมาประยุกต์ใช้ในสาขาต่างๆ ดังนี้

กิตติศักดิ์ นิวัฒน์ (2546) พัฒนาโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำหรับระบบเครือข่าย ในการช่วยสอนวิชาปฏิบัติไฟฟ้าเบื้องต้น พบว่าการพัฒนาโปรแกรมดังกล่าวโดยใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการ ทำให้ได้โปรแกรมที่เหมาะสมกับนักเรียนดีขึ้น

สมพงษ์ ผ่องคน (2549) ได้ทำวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาการทำงานร่วมกัน ของบุคลากรครู โดยส่งเสริมให้เกิดการทำงานร่วมกันด้วยวิธีต่างๆ 3 วิธี คือ การสั่งการ การแนะนำ และการให้อิสระ แล้วเปรียบเทียบผลโดยจำแนกตาม การร่วมคิด การร่วมมือ การร่วมใจ และการร่วมพัฒนา พบว่า กลุ่มบุคลากรที่ได้รับการส่งเสริมการทำงานร่วมกันโดยการแนะนำ และการให้อิสระ มีการทำงานร่วมกันโดยรวมและโดยจำแนกดีขึ้น ส่วนกลุ่มบุคลากรที่ได้รับการส่งเสริมการทำงานร่วมกันโดยการสั่งการ มีการทำงานร่วมกันโดยรวมลดลง

ณัฐวุฒิ บุญโรจน์วงศ์ (2554) จัดทำซอฟต์แวร์สำหรับการวิจัยเชิงปฏิบัติการขึ้น เพื่ออำนวยความสะดวกให้แก่กวิจัยที่จะดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ทั้งในด้านการบันทึก เก็บรวบรวมข้อมูลให้อยู่ที่เดียวกัน สามารถลดความสับสนในการค้นหาข้อมูลและป้องกันข้อมูลสูญหายได้ รวมไปถึงการคำนวณทางสถิติพื้นฐานอีกด้วย แม้เป็นการวิจัยระยะสั้น แต่ก็พบว่าซอฟต์แวร์สามารถใช้งานได้เป็นอย่างดี

ตัวอย่างงานวิจัยด้านเกศักรมณั้ของต่างประเทศ ที่นำการวิจัยเชิงปฏิบัติการมาใช้ เช่น Sorensen & Haugballe (2008) ใช้กระบวนการ วินิจฉัยปัญหา วางแผนปฏิบัติการ ลงมือปฏิบัติการ และ ประเมินการปฏิบัติ ซึ่งศึกษาการให้บริการเกศักรมณั้ในกลุ่มโรคต่างๆ ของนักศึกษาฝึกงาน เกศักรมณั้ในร้านขายยาของประเทศเดนมาร์ก เพื่อเผยแพร่ประสบการณ์จากการใช้วิจัยเชิงปฏิบัติการในการพัฒนาความรู้ด้านการบริการเกศักรมณั้ และอภิปรายผลลัพธ์ที่มีต่อผู้เข้าร่วมวิจัย ทั้งทีมผู้วิจัย นักศึกษาฝึกงาน และผู้ฝึกสอน โดยใช้การวิเคราะห์เอกสารที่เกี่ยวข้อง การสัมภาษณ์ และ แบบสอบถาม เป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล พบว่านักศึกษาได้ฝึกทักษะในด้าน เกศักรมณั้คลินิกในกลุ่มโรคต่างๆเพิ่มขึ้น และทีมผู้ฝึกสอนประสบความสำเร็จ ในการนำการวิจัยเชิงปฏิบัติการมาใช้ในการพัฒนาความรู้ด้านบริการเกศักรมณั้

2.6 กรอบแนวคิดการวิจัย งานวิจัยนี้ เป็นการพัฒนารูปแบบการกระจายยา อย่างสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ ภายใต้การสนับสนุนด้านบริหารจัดการ ด้วยความร่วมมือจากบุคลากรที่เกี่ยวข้อง โดยใช้วิธีวิทยาวิจัยการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารเวชภัณฑ์ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอสรรพยา ดังภาพ



ภาพ 9 กรอบแนวคิดการวิจัย