

ดัชนีชี้วัดคุณภาพสำหรับร้านยา

อภิชาต วงศ์ประทีป, วิวรรณ อัครวิเชียร*, สุณี เลิศสินอุดม

ภาควิชาเภสัชกรรมคลินิก คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ขอนแก่น 40002

Quality Indicators for Community Pharmacy

Apichaya Wongprat, Wiwat Arkaravichien*, Sunee Lertsinudom

Division of Clinical Pharmacy, Faculty of Pharmaceutical Sciences, Khon Kaen University, Khon Kaen 40002

วัตถุประสงค์ : บทความนี้วัตถุประสงค์นี้มีจุดมุ่งหมายให้ผู้่านได้เข้าใจในแนวคิดและวิธีในการสร้างและพัฒนาดัชนีชี้วัดคุณภาพที่จะนำมาใช้กับร้านยา และให้ได้มีโอกาสเห็นตัวอย่างของการสร้าง การพัฒนาดัชนี และการนำดัชนีชี้วัดคุณภาพไปใช้งานจริงในร้านยา

สาระสำคัญ : ดัชนีชี้วัดคุณภาพสำหรับร้านยาเป็นเครื่องมือชนิดหนึ่งที่ใช้สำหรับการวัดประเมินเพื่อบอกว่าการดำเนินงานกิจกรรมหรือการให้บริการของร้านยาทำได้ดีเพียงใด และมีโอกาสสำหรับการพัฒนาในประเด็นใด การมองคุณภาพของการบริการในร้านยาสามารถมองได้หลายมิติ และมองได้หลายมุมมอง ดัชนีชี้วัดคุณภาพที่ดีจะต้องมีความตรง มีความเที่ยง มีความไว เป็นที่ยอมรับของผู้ที่เกี่ยวข้อง และใช้งานได้จริงในสถานการณ์ที่เป็นจริง การดำเนินการสร้างดัชนีชี้วัดคุณภาพอาจจะด้วยวิธีการที่เป็นแบบไม่เป็นระบบ หรือดำเนินการอย่างเป็นระบบ การนำดัชนีชี้วัดคุณภาพร้านยาไปใช้อาจทำได้หลายลักษณะ เช่น ด้วยการสังเกตแล้วให้คะแนนตามดัชนีชี้วัด การสัมภาษณ์ผู้เกี่ยวข้องเพื่อหาข้อมูลเรื่องวิธีการดำเนินการ การสอบถามผู้รับบริการเข้าไปดูวิธีการดำเนินการของร้านยา หรือหลายๆ วิธีร่วมกัน รวมไปถึงจนถึงการให้เภสัชกรนำไปประเมินด้วยตนเอง

สรุป : การเรียนรู้แนวคิดเรื่องการวัดประเมินคุณภาพของบริการร้านยา การเรียนรู้ขั้นตอนการสร้างและพัฒนาดัชนีชี้วัดคุณภาพ รวมถึงการได้เห็นตัวอย่างของการนำดัชนีชี้วัดไปใช้งาน จะทำให้เกิดแนวทางของการพัฒนาคุณภาพบริการของร้านยาได้

คำสำคัญ : ดัชนีชี้วัดคุณภาพ, ร้านยา, มิติของคุณภาพ

Objective : This review article aims to increase the understanding of a reader about concept of quality indicator, how to develop quality indicator for community pharmacy. Examples of creating, developing and applying quality indicator in community pharmacies are given

Contents : Quality indicator for community pharmacy is a tool for evaluating the quality of services provided by community pharmacy. It can points out the area for quality improvement. There are several domains of quality indicator and quality can be viewed in various perspectives. Good quality indicator must be valid, reliable, sensitive, acceptable and feasible in real situation. Method for quality indicator development can be by non systematic approach and by systematic approach. To assess quality by quality indicator, various techniques can be used: observation, interview, mystery drug shopper, combination of these techniques and self determining method.

Conclusion : Understanding the concept of quality indicator, steps of creating and developing quality indicator and having seen examples of applying quality indicator in real situations could enable us to improve the quality of community pharmacy services.

Keywords : Quality Indicators, Community Pharmacy, Domain of quality indicator

ศรีนครินทร์เวชสาร 2559; 31 (1): 125-138. ♦ Srinagarind Med J 2016; 31 (1): 125-138.

*Corresponding author : วิวรรณ อัครวิเชียร ภาควิชาเภสัชกรรมคลินิก คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

E-mail : wiat@kku.ac.th

บทนำ

การประเมินคุณภาพในการให้บริการเป็นเรื่องที่มีความสำคัญมากขึ้นในสังคมปัจจุบันที่การบริการต้องมุ่งเน้นให้ผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง (client centered) ในเรื่องของการบริการสุขภาพและการบริการทางเภสัชกรรมก็เช่นเดียวกันที่จะต้องใส่ใจในเรื่องการให้การบริการที่มีคุณภาพ มีการยกระดับคุณภาพบริการ และการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง วิธีการในการประเมินคุณภาพของการให้บริการมีหลากหลายวิธี แต่วิธีหนึ่งที่นิยมดำเนินการคือการสร้างดัชนีชี้วัดคุณภาพ (quality indicator) ขึ้นมา แล้วใช้ดัชนีชี้วัดคุณภาพนี้เป็นเกณฑ์ในการพิจารณาว่าการบริการของผู้ให้บริการรายนั้นๆ มีคุณภาพดีเพียงใด มีประเด็นใดของการให้บริการหรือมิติใดของการให้บริการที่ยังไม่ดีหรือไม่เป็นที่น่าพึงพอใจและควรได้รับการปรับปรุงแก้ไข^{1, 2}

การดำเนินงานของร้านยาเป็นบริการต่อชุมชนและสังคมชนิดหนึ่ง บริการของร้านยา มีความใกล้ชิดกับชุมชนและประชากรเกือบทุกคนได้มีโอกาสใช้บริการจากร้านยา อีกทั้งบริการจากร้านยาเป็นบริการที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับสุขภาพและความปลอดภัยของประชาชนผู้ใช้บริการเป็นอย่างดีจึงมีความสำคัญและมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่เราและผู้ที่เกี่ยวข้องจะต้องให้ความสนใจต่อการประเมินคุณภาพการให้บริการของร้านยา แต่ทว่าที่ผ่านมา ไทยยังไม่ได้ใส่ใจหรือให้ความสำคัญกับเรื่องนี้มากเท่าที่ควร บทความนี้จึงมีจุดประสงค์ขึ้นนี้ต้องการให้แนวคิดในเรื่องดัชนีชี้วัดคุณภาพ การสร้างและพัฒนาดัชนีชี้วัดคุณภาพ วิธีการประเมินให้คะแนนการบริการด้วยดัชนีชี้วัดคุณภาพ ตัวอย่างของการใช้ดัชนีชี้วัดคุณภาพเพื่อมาประเมินคุณภาพการให้บริการในร้านยา ซึ่งการเข้าใจในเรื่องดังกล่าวนี้จะเป็นรากฐานที่เกี่ยวข้องกับการยกระดับคุณภาพการให้บริการในร้านยาของประเทศไทยต่อไป

ดัชนีชี้วัดคุณภาพ (Quality indicators) คืออะไร

ดัชนีชี้วัดคุณภาพเป็นเครื่องมือชนิดหนึ่งที่ใช้เพื่อวัดประเมินคุณภาพของการดำเนินการ หรือการบริการให้ออกมาเป็นหน่วยวัดในเชิงปริมาณ ดัชนีชี้วัดคุณภาพเป็นเครื่องมือที่มีประโยชน์ในการติดตาม กำกับกับการดำเนินการ มีประโยชน์ในการบ่งชี้ถึงระดับคุณภาพของการดำเนินการและการบริการว่าได้ตามเกณฑ์ที่กำหนดหรือตามเกณฑ์มาตรฐานที่ควรจะเป็นมากน้อยเพียงใด ดัชนีชี้วัดคุณภาพสามารถสะท้อนให้เห็นถึงความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ รวมไปถึงมีประโยชน์เพื่อระบุถึง

ประเด็นที่ต้องการการปรับปรุงพัฒนาเพื่อให้การดำเนินการและการบริการดีขึ้นหรือดียิ่งๆ ขึ้นต่อไป³⁻⁵

มิติของดัชนีชี้วัดคุณภาพ (Domain of quality indicator)

การกำหนดมิติของดัชนีชี้วัดคุณภาพจะขึ้นอยู่กับว่าใครเป็นผู้มองในเรื่องคุณภาพ หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งคือจะขึ้นอยู่กับว่าเป็นเรื่องคุณภาพในมุมมองของใคร นั่นคือความใส่ใจในเรื่องคุณภาพในแต่ละมุมมองอาจจะแตกต่างกัน ยกตัวอย่างเช่นในเรื่องคุณภาพการบริการของร้านยาในมุมมองของวิชาชีพ (professional perspective) จะสนใจว่าการให้บริการเภสัชกรรมในร้านยาเป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพเภสัชกรรมหรือไม่ ในมุมมองของผู้บริโภคหรือผู้ใช้บริการ (consumer perspective) จะสนใจว่าได้รับการที่ตรงความต้องการของตน บริการที่รวดเร็ว ราคาสมเหตุสมผลหรือไม่ เป็นต้น ในมุมมองของนักเศรษฐศาสตร์หรือในมุมมองด้านการเงิน (financial perspective) จะสนใจว่าคุณค่าที่เกิดขึ้นจากการจ่ายเงินไปนั้นคุ้มค่าหรือไม่ ในมุมมองของผู้ให้บริการสุขภาพ (health care provider) จะสนใจว่าบริการในร้านยาถูกต้องเหมาะสม มีหลักฐานวิชาการสนับสนุนหรือไม่ เป็นบริการที่ปลอดภัยหรือไม่ ในมุมมองของนักการเมืองหรือผู้บริหารระบบ หรือผู้ซื้อบริการสุขภาพเพื่อให้แก่ประชาชน (policy maker or health care purchaser perspective) จะสนใจว่าการให้บริการจากร้านยาจะสร้างคุณค่าหรือสร้างความแตกต่างอะไรขึ้น ผลกระทบที่จะเกิดขึ้นจากการพัฒนากิจกรรมหรือจากการดำเนินการในเรื่องนั้นคืออะไร เป็นต้น^{1, 5} ในทางปฏิบัติแล้วดัชนีชี้วัดคุณภาพชุดหนึ่งๆ อาจจะเป็นตัวชี้วัดที่เป็นหลายๆ มุมมองรวมๆ กันแต่นำหนักในการกำหนดตัวชี้วัดของแต่ละมุมมองจะมากน้อยต่างกันไปขึ้นกับว่าเครื่องมือนี้จะเน้นวัดคุณภาพด้านใด หากจะกล่าวให้เห็นเป็นรูปธรรมในเรื่องมิติของดัชนีชี้วัดคุณภาพสำหรับร้านยา ก็จะขอยกตัวอย่างมิติของดัชนีชี้วัดคุณภาพดังนี้

มิติโครงสร้าง (structure) – กระบวนการ (process) - ผลลัพธ์ (outcome) ตัวอย่างเช่นจะมีกำหนดการประเมินในเรื่องทางกายภาพ (เช่น เนื้อที่ให้บริการ การแยกส่วนเนื้อที่ให้บริการ การมีตู้เย็นเก็บยา ฯลฯ) มีการกำหนดการโครงสร้างการทำงาน (เช่น เภสัชกรรับผิดชอบอะไร ผู้ช่วยมีสิทธิ์ให้บริการอะไรได้บ้าง ฯลฯ) มีการกำหนดการประเมินกระบวนการของขั้นตอนการให้บริการที่สะท้อนถึงคุณภาพและมาตรฐาน (เช่น ชักประวัติ ให้คำแนะนำปรึกษา ส่งต่อผู้ป่วย บันทึกการให้การปรึกษา ฯลฯ) มีการกำหนดการประเมินกระบวนการ

เพื่อให้มั่นใจว่าผลิตภัณฑ์ที่ใช้ในการให้บริการมีคุณภาพดี (เช่น กระบวนการจัดซื้อจัดหา ตรวจสอบคุณภาพ เก็บรักษาลำดับการจัดเวชภัณฑ์ออกมาจำหน่าย การคืนเวชภัณฑ์ ฯลฯ) มีการกำหนดการประเมินผลลัพธ์ทั้งผลลัพธ์ที่เกิดจากการให้บริการ (clinical outcome) ผลลัพธ์ในการดำเนินการตามขั้นตอนที่กำหนด (functional outcome) และผลลัพธ์ในเรื่องความพึงพอใจของผู้รับบริการ (complaint and satisfaction) เป็นต้น การประเมินตามโครงสร้าง – กระบวนการ – ผลลัพธ์นี้มีชื่อเรียกทางเทคนิคว่า Donabedian model^{3, 4}

มิติของผลิตภัณฑ์ (product) – บริการที่ให้ (service) – การบริบาลผู้ป่วย (care) – ผลกระทบ (impact) ตัวอย่างเช่นมิติผลิตภัณฑ์อาจจะประเมินว่ามีผลิตภัณฑ์หลากหลายตามความต้องการใช้งานเพียงใด ผลิตภัณฑ์มีแหล่งที่มาและคุณภาพเป็นอย่างไร ฯลฯ มิติการบริการอาจจะประเมินเรื่องความสะดวกรวดเร็วของผู้รับบริการ เวลาที่เปิดทำการ เวลาในการรอรับบริการ บริการเสริมที่มี (เช่น บริการจัดส่งยาถึงบ้าน) ฯลฯ มิติการบริบาลผู้ป่วยอาจจะประเมินเรื่อง การมีบันทึกผู้ป่วยและการดึงข้อมูลบันทึกมาใช้ประโยชน์ บริการตอบคำถามเภสัชสนเทศ บริการให้คำแนะนำปรึกษา (pharmacy counselling) การติดตามผลการให้บริการ (follow up) การทบทวนการใช้

ยาของผู้ป่วย (medication review) เป็นต้น ส่วนมิติผลกระทบก็จะประเมินในเรื่องจำนวนผู้รับบริการที่เพิ่มขึ้น คะแนนความพึงพอใจจากผู้รับบริการ การเพิ่มขึ้นของสัดส่วนผู้รับบริการที่มีผลลัพธ์ทางคลินิกออกมาแล้วดี เป็นต้น

มิติด้านสถานที่และสิ่งอำนวยความสะดวก (premise and facility) – ด้านบุคลากร (personnel) – ด้านการบริหารเวชภัณฑ์และคลังเวชภัณฑ์ (procurement and inventory management) – ด้านการจ่ายยา (dispensing) – ด้านการบริการแก่ผู้บริโภค (service) – ด้านความพึงพอใจผู้ใช้บริการ (satisfaction) การกำหนดมิติลักษณะนี้ก็จะคล้ายๆ กับที่ได้กล่าวแล้วข้างต้น เช่นมิติสถานที่และสิ่งอำนวยความสะดวกอาจประเมินเรื่อง ความสะอาด ความเป็นระเบียบ การควบคุมอุณหภูมิบริเวณบริการและบริเวณที่จัดเก็บยา ฯลฯ มิติการจ่ายยาอาจประเมินขั้นตอนการจ่ายยาทั้งที่มีใบสั่งและไม่ใบสั่ง ประเมินโอกาสในการเกิดความคลาดเคลื่อนจากการจ่ายยา (dispensing error) เป็นต้น

ตารางที่ 1 เป็นตารางที่รวบรวมตัวอย่างของการมองเรื่องการวัดคุณภาพการบริการของร้านยาในมิติต่างๆ ที่มีการศึกษาไว้ในบริบทของหลายๆ ประเทศ

ตารางที่ 1 ตัวอย่างการศึกษาที่ดัชนีชี้วัดคุณภาพมีมิติต่างๆ และตัวอย่างของดัชนีชี้วัดคุณภาพในมิตินั้นๆ

หัวข้อที่ศึกษาและผู้ศึกษา	มิติคุณภาพ	ตัวอย่างของดัชนีชี้วัดคุณภาพ
คุณภาพการให้บริการของร้านยารัฐบาลและร้านยาเอกชนในเมือง Kragujevac ประเทศยูโกสลาเวีย (Jankovic et al., 2001) ¹⁶	การดูแลผู้ป่วย (patient care)	ระยะเวลาเฉลี่ยในการการจ่ายยาให้ผู้ป่วย
	สิ่งที่มีให้ใช้ (facility)	สัดส่วนของรายการยาจำเป็นต่อรายการยาทั้งหมด
คุณภาพการบริบาลทางเภสัชกรรมของร้านยารัฐบาลและร้านยาเอกชน จ. สุวรรณเขต สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว (Syhakhang et al. 2001) ¹⁷	สิ่งที่มีให้ใช้ (facility)	ความสะอาดของร้าน, การเก็บรักษาที่ดี, การมีรายการยาจำเป็น, การมีอุปกรณ์อำนวยความสะดวกที่จำเป็น
	การดูแลผู้ป่วย (patient care)	การอธิบายทำความเข้าใจกับผู้รับบริการ, การมีฉลากยา, การไม่จัดยาชุด
	การสั่งจ่ายยา (prescribing)	ร้อยละของยาที่จ่ายเป็นชื่อยาสามัญ, ร้อยละของยาที่เป็นยาตามบัญชียาจำเป็น

ตารางที่ 1 ตัวอย่างการศึกษาที่ดัชนีชี้วัดคุณภาพมีมิติต่างๆ และตัวอย่างของดัชนีชี้วัดคุณภาพในมิตินั้นๆ (ต่อ)

หัวข้อที่ศึกษาและผู้ศึกษา	มิติคุณภาพ	ตัวอย่างของดัชนีชี้วัดคุณภาพ
เครื่องมือตัวชี้วัดคุณภาพแบบใหม่สำหรับประเมินและรายงานตามหลักปฏิบัติที่ดีทางเภสัชกรรม (Trap et al., 2010) ¹⁸	ระบบ (system)	มีคอมพิวเตอร์ใช้งาน มีระบบเก็บใบสั่งยา มีระบบบริหารจัดการคลังยา
	การเก็บเวชภัณฑ์ (storage)	การเก็บยาพ่นที่แสดงถึง มีการควบคุมอุณหภูมิที่เก็บยา มีตู้เย็นเก็บยา มีการเก็บยาหมดอายุแยกไว้ต่างหาก
	การบริการผู้ป่วย (service)	มีบริการตรวจไขมันในเลือด น้ำตาลในเลือด มีบริการเลิกบุหรี่ มีบริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค
	การจ่ายยา (dispensing)	เวลาที่ใช้ในการจ่ายยา มีการตรวจสอบซ้ำก่อนการจ่ายยา มีอุปกรณ์ที่จำเป็นสำหรับการจ่ายยา
	การใช้ยาอย่างสมเหตุ สมผล (rational drug use)	สัดส่วนการจ่ายยาชื่อสามัญ / ชื่อการค้า การจ่ายยาชื่อสามัญทดแทนการจ่ายยาชื่อการค้า
การพัฒนาตัวชี้วัดคุณภาพสำหรับการให้การบริบาลทางเภสัชกรรมชุมชน (De Bie et al., 2011) ²	การให้คำแนะนำปรึกษา (patient counseling)	การได้รับคำอธิบายวิธีใช้ยาสุดพ่นเข้าหลอดลมในผู้ป่วยที่ใช้ยาครั้งแรก การได้รับคำเตือนสำหรับผู้ป่วยที่เริ่มใช้ยาครั้งแรกในกรณีที่ได้รับยาที่จะทำให้ง่วงซึม และยาที่มีโอกาสติดยาหากใช้นานๆ
	การบริหารความเสี่ยงทางคลินิก (clinical risk management)	มีการตรวจสอบหาว่าผู้ป่วยมีข้อห้ามในการใช้ยานั้นก่อนที่จะสั่งใช้ยา มีการดำเนินการเกี่ยวกับการเกิดอันตรกิริยาระหว่างยา
	การเตรียมผสมยา (compounding)	มีการประเมินเหตุผล ความจำเป็นที่จะต้องมีการเตรียมยาเพื่อใช้เฉพาะรายให้ผู้ป่วย
	การจ่ายยา (dispensing of medication)	จำนวนวันที่ไม่ได้มีการตรวจสอบการจ่ายยาที่อยู่ในบัญชียาที่ต้องเฝ้าระวังเป็นพิเศษ (high alert drugs)
	การเฝ้าติดตามผลการใช้ยา (monitoring of medication use)	ร้อยละของผู้ป่วยสูงอายุที่ใช้ยากลุ่ม benzodiazepine แล้วได้รับการเฝ้าติดตาม ร้อยละของผู้ป่วยสูงอายุที่ใช้ยากลุ่ม NSAID แล้วได้รับยาป้องกันการเกิดแผลทางเดินอาหาร
	การจัดการเชิงคุณภาพ (quality management)	จำนวนครั้งของการถูกตำหนิ หรือการได้รับการปนจากผู้รับบริการ จำนวนครั้งของการรายงานผลไม่พึงประสงค์จากยาไปยังศูนย์รวบรวม การรายงานผลไม่พึงประสงค์จากยา

ตารางที่ 1 ตัวอย่างการศึกษาที่ดัชนีชี้วัดคุณภาพมีมิติต่างๆ และตัวอย่างของดัชนีชี้วัดคุณภาพในมิตินั้นๆ (ต่อ)

หัวข้อที่ศึกษาและผู้ศึกษา	มิติคุณภาพ	ตัวอย่างของดัชนีชี้วัดคุณภาพ
คุณภาพของการบริหารในร้านยาในแคว้นควิเบก ประเทศแคนาดา (Winslade et al., 2011) ¹⁹	ด้านความปลอดภัย (safety)	การใช้ non selective beta blocker ในผู้ป่วยโรคหืด การใช้ยากลุ่ม benzodiazepines ในผู้ป่วยสูงอายุ
	ด้านประสิทธิผลของยา (effectiveness)	การใช้ยา beta agonist ที่ออกฤทธิ์สั้นเกินขนาด เพราะต้องใช้อย่างน้อยสำหรับผู้ป่วยโรคหืดที่ไม่ค่อยตอบสนอง การได้รับยาลดความดันไม่เพียงพอ ซึ่งทำให้ควบคุมความดันไม่ได้
ดัชนีชี้วัดคุณภาพการจ่ายยาของร้านยาในสาธารณรัฐตุรกี (Gokcekus et al., 2012) ²⁰	การดำเนินการเหมาะสมซึ่งประยุกต์จากดัชนีขององค์การอนามัยโลก (appropriate)	เวลาเฉลี่ยที่ใช้ในการจ่ายยา รายการยาที่มีไว้บริการ
	การจ่ายยา (dispensing)	การอธิบายและให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วย การเขียนฉลากที่ให้ข้อมูลที่จำเป็น
ดัชนีชี้วัดความพึงพอใจในการรับบริการจากร้านยาของประเทศไทยสำหรับเอมิเรต (Hassan et al., 2013) ²¹	ความพึงพอใจด้านการรับข้อมูล (information)	การรับข้อมูลเกี่ยวกับอาการไม่พึงประสงค์จากยา ที่อาจเกิดขึ้น การรับข้อมูลคำแนะนำเพื่อการมีสุขภาพที่ดี
	ความพึงพอใจด้านสัมพันธภาพกับเภสัชกร (relationship)	เวลาที่เภสัชกรให้กับผู้ป่วย ความเชื่อมั่นต่อความรู้ ความชำนาญของเภสัชกร ความใส่ใจของเภสัชกรที่มีต่อผู้ป่วย
	ความพึงพอใจด้านการเข้าถึง (accessibility)	ทำเลที่ตั้งของร้านยา ความพึงพอใจต่อราคา เวชภัณฑ์ การเข้าถึงในเรื่องการปรึกษาที่เป็นส่วนตัว
	ความพึงพอใจต่อสิ่งบริการที่มีอยู่ (availability)	การมียาตามใบสั่งแพทย์ไว้บริการ การมียาที่ไม่ต้องใช้ใบสั่งแพทย์ไว้บริการ

วิธีการในการสร้างและพัฒนาดัชนีชี้วัดคุณภาพ

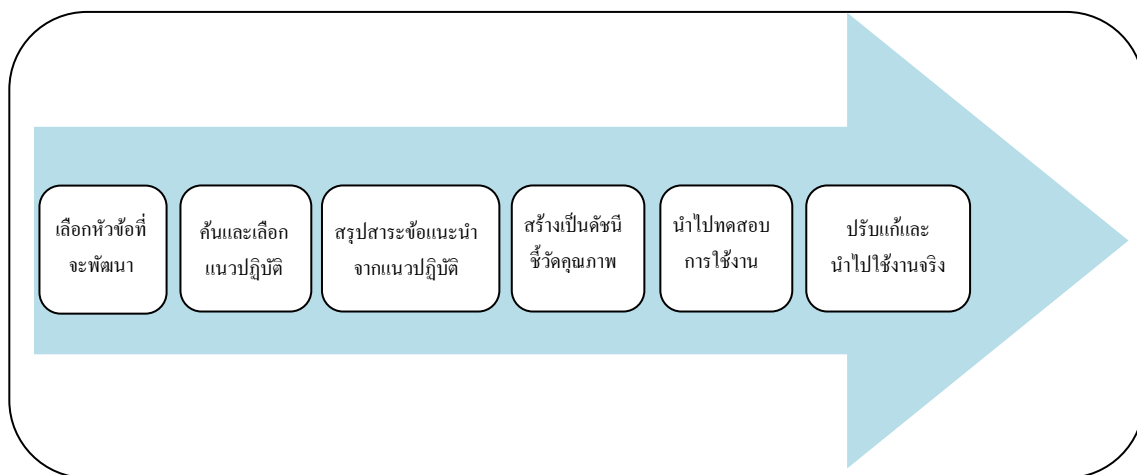
การสร้างดัชนีชี้วัดคุณภาพทำได้โดย 2 วิธีการใหญ่ คือ การสร้างด้วยวิธีการที่ดำเนินการอย่างไม่เป็นระบบ (non systematic method) และการสร้างด้วยวิธีการที่ดำเนินการอย่างเป็นระบบ (systematic method)⁶

การสร้างด้วยวิธีการที่ดำเนินการอย่างไม่เป็นระบบ เป็นการสร้างดัชนีขึ้นหลังจากมีเหตุการณ์สำคัญบางอย่างเกิดขึ้นอันทำให้เกิดการตระหนักว่ามีความจำเป็นที่จะต้องมิดัชนีอะไรบางอย่างมากำกับเพื่อให้การบริการเกิดคุณภาพขึ้น วิธีการแบบนี้ไม่ได้ต้องอาศัยข้อมูลหรือหลักฐานเชิงประจักษ์

ที่หนักแน่นมาเป็นข้อมูลเพื่ออธิบายสนับสนุนการสร้างดัชนีชี้วัด แต่ก็ไม่ได้หมายความว่าดัชนีที่สร้างด้วยวิธีนี้เชื่อถือไม่ได้ หรือไม่มีประโยชน์สำหรับการประเมินคุณภาพหรือยกระดับคุณภาพ ยกตัวอย่างเช่น มีเหตุการณ์ที่เด็กหญิงวัย 13 ปี เกิดการตั้งครรภ์และต้องทำแท้งเกิดขึ้น เหตุการณ์นี้ถูกนำมาอภิปราย ซึ่งมีประเด็นการอภิปรายหลายประเด็น เช่น การสอนหรือแนะนำเด็กเรื่องเพศศึกษาที่เหมาะสม การจ่าย - ไม่จ่ายยาคุมกำเนิดแก่ผู้ที่มารับบริการ ผลจากการอภิปรายได้รับการพัฒนาต่อมาจนเป็นดัชนีชี้วัดคุณภาพเรื่องการบริหารจัดการป้องกันความเสี่ยงในการตั้งครรภ์ซึ่งรวมทั้งเรื่องการทำคำแนะนำปรึกษาแก่วัยรุ่นที่มีความเสี่ยง เป็นต้น⁶

การสร้างดัชนีชี้วัดด้วยวิธีการที่ดำเนินการอย่างเป็นระบบเป็นการสร้างดัชนีที่ดำเนินการโดยอาศัยข้อมูลที่มีหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ที่มีคุณภาพมาสนับสนุน ซึ่งอาจเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ใด ๆ หรืออาจเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ร่วมกับความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญที่ได้เป็นฉันทามติ (evidence based combine with consensus) ทั้งนี้ฉันทามติอาจได้จากการประชุมแล้วให้ผู้เชี่ยวชาญออกความเห็น (conference consensus) อาจได้จากการใช้เทคนิคเดลฟายเพื่อรวบรวมความเห็นผู้เชี่ยวชาญ อาจได้จากการให้สมาชิก

ประชุมพร้อมหน้าและแสดงความคิดเห็นบนกระดานและนำความคิดเห็นทั้งหมดมาให้สมาชิกทุกท่านอ่าน และเลือกความคิดเห็นที่สมาชิกเห็นด้วยมากที่สุด (nominal group technique) หรืออาจได้จากการรวบรวมมาจากแนวปฏิบัติที่ดี (practice guideline) ก็ได้^๘ หากเป็นการสร้างดัชนีชี้วัดคุณภาพโดยการพัฒนาจากข้อแนะนำของแนวปฏิบัติที่ดีแล้ว Kotter และคณะ^๙ ได้เสนอแนะลำดับขั้นของการพัฒนาดัชนีชี้วัดจากแนวปฏิบัติที่ดี (รูปที่ 1)



รูปที่ 1 ขั้นตอนการพัฒนาดัชนีชี้วัดเชิงคุณภาพจากแนวปฏิบัติที่ดีตามข้อเสนอของ Kotter และคณะ (2012)^๙

คุณสมบัติที่ดีของดัชนีชี้วัดคุณภาพและการตรวจสอบคุณสมบัติดัชนีก่อนนำไปใช้งาน

โดยทั่วไปแล้ว เครื่องมือที่ดีจะต้องมีคุณสมบัติที่จะตอบโจทย์ได้ตามวัตถุประสงค์การใช้งาน เช่นเดียวกันดัชนีชี้วัดคุณภาพที่ดีก็ต้องมีคุณสมบัติที่เหมาะกับการจะนำไปใช้แล้วตอบโจทย์ที่ต้องการวัด กล่าวคือดัชนีชี้วัดคุณภาพที่ดีควรมีคุณสมบัติที่ มีความตรง (validity) มีความเที่ยง (reliability) มีความไว (sensitivity or responsiveness) เป็นที่ยอมรับจากผู้ที่เกี่ยวข้อง (acceptability) ใช้ได้จริง (feasibility)^{4,6} ดังนั้นตามทฤษฎีแล้ว หลังจากการสร้างดัชนีชี้วัดคุณภาพขึ้นมาจะต้องมีขั้นตอนของการตรวจสอบคุณสมบัติของดัชนีนั้น แต่เนื่องจากการตรวจสอบเครื่องมือตัวชี้วัดคุณภาพมีความซับซ้อน ดังนั้นในความเป็นจริงจึงพบมีการตรวจสอบคุณภาพของดัชนีชี้วัดคุณภาพค่อนข้างน้อย¹⁰

ดัชนีชี้วัดคุณภาพควรได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงประจักษ์ (face validity) และความตรงตามเนื้อหา

(content validity) โดยการตรวจสอบความตรงหรือความแม่นยำจะเป็นการยืนยันว่าคะแนนที่ได้จากการใช้ดัชนีมาวัดมีความสัมพันธ์ทางตรงกับสิ่งสำคัญที่เป็นจริง คะแนนที่ได้จากการวัดต้องสามารถแยกระหว่างคุณภาพที่ดีและคุณภาพที่ไม่ดีระหว่างผู้ที่ถูกประเมินได้ รวมทั้งผลลัพธ์จากการใช้ดัชนีนั้นต้องสอดคล้องกับผลลัพธ์ที่วัดได้จากการวัดด้วยเครื่องมืออื่นที่มีความตรง สำหรับการตรวจสอบความเที่ยง เป็นการตรวจสอบเพื่อยืนยันว่าเครื่องมือนี้จะให้ผลลัพธ์การวัดที่เท่าเดิมหรือใกล้เคียงค่าเดิมเมื่อทำการวัดซ้ำ การตรวจสอบความไวเป็นการตรวจสอบเพื่อดูว่าเครื่องมือสามารถแยกคุณภาพที่ต่างกันเล็กน้อยของผู้ที่ถูกประเมินได้หรือไม่ ดัชนีชี้วัดคุณภาพที่สามารถบอกความแตกต่างได้แม้มีความแตกต่างเพียงเล็กน้อยจะเป็นดัชนีที่มีความไวสูง การตรวจสอบความยอมรับเป็นการค้นหาการยอมรับของผู้ใช้เครื่องมือและของผู้ถูกประเมินที่มีต่อดัชนีชี้วัดคุณภาพนั้นๆ ข้อเสนอแนะและความคิดเห็นจากผู้ถูกทดสอบและผู้ใช้เครื่องมือจะเป็นข้อมูลที่สามารถ

นำไปพัฒนาปรับปรุงเพื่อให้ได้เครื่องมือที่มีความเหมาะสมยิ่งขึ้นต่อไป สำหรับการตรวจสอบเรื่องการใช้งานได้จริงมีข้อควรตระหนักคือ การตรวจสอบนั้นต้องดำเนินการในสถานการณ์ที่เหมือนชีวิตจริง หรือต้องนำดัชนีที่สร้างใหม่นี้ไปลองใช้ในสถานการณ์จริง ๆ นอกจากที่กล่าวแล้วนี้ การตรวจสอบเครื่องมือยังจะรวมไปถึงการวิเคราะห์องค์ประกอบของเครื่องมือ (factor analysis) โดยการวิเคราะห์องค์ประกอบจะทำให้สามารถจัดตัวชี้วัดคุณภาพที่อยู่ในมิติเดียวกันหรือมีความสัมพันธ์กันมาไว้อยู่ด้วยกัน^{6, 10}

วิธีการประเมินด้วยดัชนีชี้วัดคุณภาพและการให้คะแนนตามดัชนีชี้วัดคุณภาพ

วิธีการนำดัชนีชี้วัดคุณภาพไปประเมินคุณภาพร้านยานั้น สามารถดำเนินการได้หลายวิธี เช่น (1) การให้ผู้ประเมินเข้าไปสังเกตการณ์ที่ร้านยาโดยตรง เพื่อดูโครงสร้างและดูการดำเนินการจากหลักฐานที่มีการบันทึกไว้ (record review) (2) การให้ผู้ประเมินเข้าไปสังเกตการณ์ร่วมกับสัมภาษณ์ผู้เกี่ยวข้องทั้งจากผู้ให้บริการและผู้รับบริการ (3) การให้ผู้ประเมินสวมบทบาทเป็นผู้ให้บริการเข้าไปประเมิน ทั้งนี้ผู้สวมบทบาทจะต้องได้รับการฝึกฝนมาก่อนเพื่อให้ไม่เป็นที่ผิดสังเกตเมื่อเข้าไปประเมิน (4) ใช้วิธีการสังเกตการณ์ร่วมกับการสวมบทบาทเข้าไปรับบริการ (5) ใช้วิธีการสังเกตการณ์ร่วมกับการสัมภาษณ์ และร่วมกับการให้ผู้สวมบทบาทเข้าไปขอรับบริการ (6) ใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม และ (7) การให้ผู้ให้บริการเป็นผู้ประเมินตนเอง เป็นต้น

การให้คะแนนคุณภาพตามตัวชี้วัดคุณภาพจะขึ้นอยู่กับเกณฑ์การประเมินและการให้คะแนนของแต่ละเครื่องมือ โดยทั้งนี้เครื่องมือแต่ละชิ้นจะมีหลักการในการให้คะแนนเป็นลักษณะใหญ่ๆ คือ (1) ให้คะแนนจากการประเมินว่ามี หรือไม่มีตามตัวชี้วัดนั้น (2) ให้คะแนนเป็นระดับ 1-2-3-4 หรือเป็นเกรด A-B-C-D (3) ให้คะแนนเป็นค่าคะแนน 1-2-3-4-5 ตามผลของการดำเนินการ (หรืออาจถึง 10 แล้วแต่ลักษณะการสร้างของนักวิจัย) (4) ให้คะแนนตามสัดส่วนหรือตามร้อยละที่มีการดำเนินการจริงในเรื่องนั้นๆ⁹

ความพยายามในการพัฒนาดัชนีชี้วัดคุณภาพเพื่อใช้ประเมินร้านยาของประเทศไทย

แม้ที่ผ่านมา ประเทศไทยจะมีการพัฒนาเครื่องมือที่จะประเมินคุณภาพของการให้บริการในร้านยาไม่มากนัก

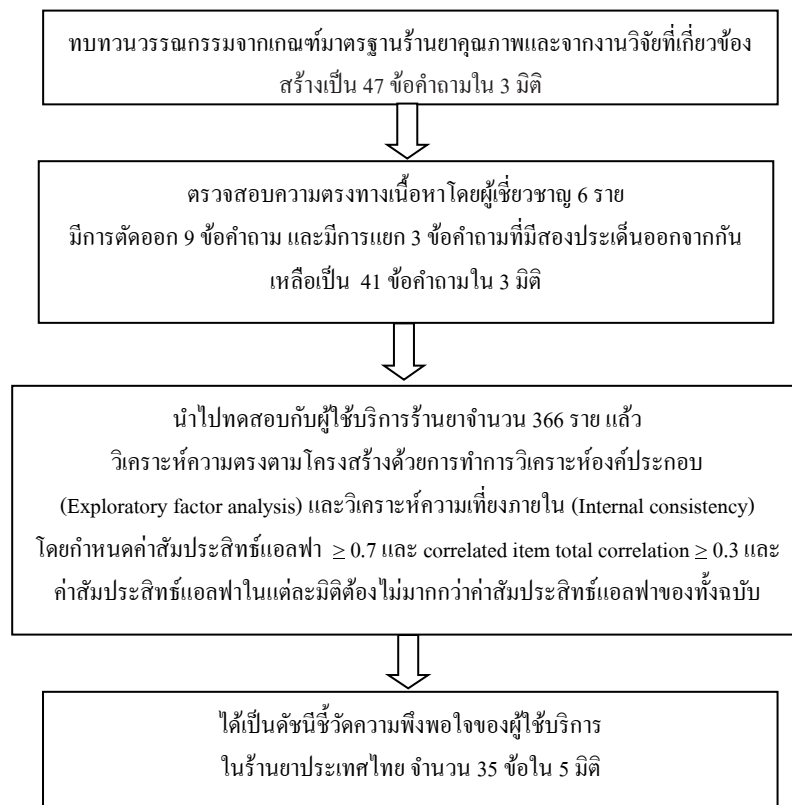
แต่ก็พอมีให้เห็นบ้าง ในที่นี้จะขอเสนอเพื่อให้เห็นเป็นตัวอย่างของการพัฒนาดัชนีชี้วัดคุณภาพของร้านยาในประเทศไทย 3 ตัวอย่าง

ศุภกิจ วงศ์วิวัฒนกิจ และคณะ¹ ได้พัฒนาเครื่องมือเพื่อใช้ประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการในร้านยา โดยเริ่มจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับมาตรฐานร้านยาคุณภาพของสภาเภสัชกรรมและทบทวนจากการศึกษาที่เกี่ยวข้อง แล้วสร้างเป็นข้อคำถามเพื่อวัดความพึงพอใจของผู้รับบริการในร้านยา เมื่อสร้างเสร็จก็ผ่านขั้นตอนการตรวจสอบเครื่องมือโดยการทดสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) จากผู้เชี่ยวชาญ 6 คน หลังจากนั้นก็ผ่านขั้นตอนการตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้าง (structure validity) และความเที่ยงเชิงความสอดคล้องภายใน (internal consistency) โดยการทดสอบเครื่องมือกับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้เข้ารับบริการในร้านยา 5 แห่ง ในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล สุดท้ายจึงได้เครื่องมือที่ใช้วัดความพึงพอใจของผู้รับบริการในร้านยา 35 ข้อ 5 มิติ คือ (1) ลักษณะการบริการ (2) บุคลิกและความสามารถของเภสัชกร (3) ลักษณะของร้านยา (4) การตอบสนองความต้องการของผู้มารับบริการ และ (5) คุณภาพยา รูปที่ 2 เป็นรูปแสดงขั้นตอนการพัฒนาเครื่องมือดังกล่าว

ตัวอย่างที่สองคือการพัฒนาดัชนีชี้วัดคุณภาพโดย ปาริชาติ แก้วอ่อน และคณะ¹² ซึ่งนักวิจัยทำการสร้างดัชนีชี้วัดคุณภาพจากการนำเกณฑ์การตรวจประเมินร้านยาคุณภาพ 54 ข้อใน 5 มิติ และ ร่างประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง วัฏปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชน (good pharmacy practice) สำหรับร้านยาขายปลีก 32 ข้อใน 4 มิติ มารวบรวมเป็นดัชนีชี้วัดคุณภาพร้านยาได้ 75 ข้อ 7 มิติ เสร็จแล้วส่งให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบให้คะแนนความสำคัญของดัชนีชี้วัดทั้ง 75 ข้อ และนำมาหาค่าเฉลี่ยแต่ละข้อ แล้วคัดเอาเฉพาะข้อที่มีคะแนนเฉลี่ย ≥ 4.5 จากคะแนนเต็ม 5 คะแนน ซึ่งทำให้เหลือดัชนีที่มีความสำคัญจริงๆ ในการบอกถึงคุณภาพของร้านยา 29 ข้อ 7 มิติ คือมิติด้าน (1) สถานที่ อุปกรณ์ และสิ่งสนับสนุนบริการจำนวน 4 ข้อ (จากเดิม 21 ข้อ) ซึ่งเน้นในเรื่องอุปกรณ์ป้องกันการปนเปื้อน อุปกรณ์เก็บรักษา และสุขลักษณะในร้าน (2) ด้านผู้ให้บริการ 4 ข้อ (จากเดิม 11 ข้อ) ซึ่งเน้นในเรื่องการมีเภสัชกรปฏิบัติงาน การทำงานของผู้ช่วยเภสัชกรต้องอยู่ในการควบคุมของเภสัชกร และสุขอนามัยของเภสัชกรและผู้ช่วยฯ (3) ด้านกระบวนการคุณภาพจำนวน 1 ข้อ (จากเดิม 7 ข้อ) ซึ่งเน้นในเรื่องการบริหารทางเภสัชกรรมที่เหมาะสม

(4) ด้านการจัดหา การควบคุมยาและเวชภัณฑ์ 5 ข้อ (จากเดิม 8 ข้อ) ซึ่งเน้นในเรื่องการควบคุมยาหมดอายุหรือยาที่อาจถูกนำไปใช้ในทางที่ผิด และการเก็บรักษายาให้มีคุณภาพ (5) ด้านการให้บริการ 8 ข้อ (จากเดิม 15 ข้อ) ซึ่งเน้นในเรื่องการใช้อย่างสมเหตุสมผล การส่งมอบยาโดยเภสัชกร ความสมบูรณ์ของฉลากยาและคำแนะนำ และการส่งมอบยาแก่เด็กอายุน้อยกว่า 12 ปี (6) ด้านการปฏิบัติตามกฎ ระเบียบ และจริยธรรม (6 ข้อ จาก 7 ข้อ) ซึ่งเน้นในเรื่องการปฏิบัติตามกฎหมายและการรักษา

ความลับผู้ป่วยและ (7) ด้านการให้บริการและการมีส่วนร่วมในชุมชนและสังคม (1 ข้อจากเดิม 6 ข้อ) คือ การไม่จำหน่ายผลิตภัณฑ์ที่บั่นทอนต่อสุขภาพ เช่น บุหรี่ ฯลฯ เมื่อได้ดัชนีทั้ง 29 ข้อแล้วนักวิจัยได้นำดัชนีตัวที่สามารถประเมินได้ด้วยการสวมบทบาทและสังเกตการณ์ไปประเมินเปรียบเทียบการให้บริการระหว่างร้านยาคุณภาพและร้านยาทั่วไป ซึ่งผลปรากฏว่าดัชนีนี้สามารถแยกความแตกต่างระหว่างร้านยาคุณภาพกับร้านยาทั่วไปได้จริง



รูปที่ 2 ขั้นตอนการพัฒนาเครื่องมือเพื่อใช้ในการประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการในร้านยา

สมาคมเภสัชกรรมชุมชน (ประเทศไทย) ได้พัฒนาดัชนีชี้วัดคุณภาพร้านยาเพื่อเอาไว้ให้เภสัชกรชุมชนนำไปใช้ประเมินร้านยาด้วยตนเองและหาโอกาสในการพัฒนาจุดที่ยังมีปัญหา โดยเริ่มจากการนำเกณฑ์การตรวจประเมินเป็นร้านยาคุณภาพใน 5 มิติ มาสร้างเป็นดัชนี แล้วผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาโดยการตรวจสอบของผู้เชี่ยวชาญทั้งจากในประเทศ และจากผู้เชี่ยวชาญที่เป็นกรรมการสมาคมเภสัชกรรมชุมชนของสมาพันธ์เภสัชกรรมสากล (Community Pharmacy Section of International Pharmacy Federation) หลังจากมีการแก้ไขปรับปรุง ดัชนีชี้วัดคุณภาพดังกล่าวได้ถูกส่งออกไปทางไปรษณีย์เพื่อให้ร้านยาคุณภาพทดลองใช้

ประเมินตนเอง¹³ สุดท้ายหลังการทดลองใช้กับร้านยาคุณภาพสมาคมเภสัชกรรมชุมชน (ประเทศไทย) ได้นำมาปรับแก้แล้วเผยแพร่ดัชนีชี้วัดคุณภาพร้านยาไว้ที่เว็บไซต์ของสมาคมเภสัชกรรมชุมชน (ประเทศไทย)¹⁴ ทั้งนี้ดัชนีชี้วัดคุณภาพร้านยานี้ประกอบด้วย 40 ข้อคำถาม ใน 5 มิติ (ตารางที่ 2) อภิษญา วงศ์ประทัต และคณะ¹⁵ ได้ทำการตรวจสอบความเที่ยง (reliability) ของเครื่องมือตัวนี้ ซึ่งพบว่ามีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.87 ซึ่งถือว่ามีความเที่ยงดี และเครื่องมือนี้สามารถชี้ให้เห็นคะแนนที่แตกต่างระหว่างร้านยาคุณภาพและร้านยาทั่วไปได้จริง (feasibility)

ตารางที่ 2 ดัชนีชี้วัดคุณภาพร้านยาที่พัฒนาโดยเภสัชกรรมชุมชน (ประเทศไทย)

มิติที่ 1 สถานที่

1. มีการแสดงชื่อรูปถ่ายเลขที่ใบประกอบวิชาชีพอย่างชัดเจนของเภสัชกรผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการตลอดจนเวลาที่ปฏิบัติหน้าที่
2. สถานที่ รวมถึงอุปกรณ์ มีความสะอาด ปลอดภัยและเป็นระเบียบเรียบร้อยเหมาะสมต่อการประกอบวิชาชีพ
3. มีพื้นที่เพียงพอ และ มีการแบ่งพื้นที่ในการให้บริการอย่างเหมาะสม
4. มีป้ายระบุกลุ่มของยาบนชั้นวางยาแสดงให้ประชาชนเห็นได้ชัดเจน
5. มีการจัดการที่ดี เพื่อป้องกันไม่ให้ผู้ที่ไม่ได้รับอนุญาตเข้าถึง กลุ่มยาอันตราย ยาควบคุมพิเศษ ยาเสพติด วัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท
6. การบริหารจัดการสิ่งแวดล้อมเพื่อการรักษาคุณภาพของเวชภัณฑ์: มีการบันทึกการตรวจวัดอุณหภูมิของบริเวณที่เก็บยาอย่างสม่ำเสมอ
7. มีอุปกรณ์เสริมเพื่อให้ได้ข้อมูลที่จำเป็นในการประกอบการบริการทางเภสัชกรรม อย่างวิชาชีพ

มิติที่ 2 บุคลากร

8. เภสัชกร ผู้ช่วยเภสัชกร และ ผู้ให้บริการมีสุขภาพดีมีความพร้อมในการปฏิบัติหน้าที่
9. การจ่ายหรือส่งมอบยา อันตราย ยาควบคุมพิเศษ ยาเสพติด วัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท ต้องดำเนินการโดยเภสัชกรเท่านั้น
10. การพัฒนาตนเองของเภสัชกร: เภสัชกรเข้ารับการอบรม / ประชุมวิชาการ หรือ การทำการศึกษาต่อเนื่องแบบต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับเภสัชกรรมชุมชน
11. ผู้ช่วยที่ไม่ใช่เภสัชกร ต้องไม่แต่งกายเลียนแบบ หรือ แต่งกายที่ทำให้เกิดความเข้าใจผิดได้ว่าเป็นเภสัชกร
12. เภสัชกรต้องควบคุมกำกับไม่ให้ผู้ช่วยเภสัชกรปฏิบัติหน้าที่เกินขอบเขต หรือ ล่วงล้ำในหน้าที่ของเภสัชกร

มิติที่ 3 การจัดซื้อ จัดหาเวชภัณฑ์

13. มีกระบวนการในการคัดเลือกยาเข้าร้าน และเก็บยาออกจากร้าน
14. เวชภัณฑ์ที่จัดหามาใช้บริการ มาจากแหล่งที่น่าเชื่อถือ ถูกต้องตามกฎหมาย และมีมาตรฐาน GMP
15. มีการดำเนินการเพื่อป้องกันการมียาคงเหลือที่ไม่ได้จำหน่ายจำนวนมาก หรือการสำรองยาเกินจำเป็น
16. ไม่พบยาที่ผิดกฎหมาย จำหน่ายในร้าน
17. มีการตรวจสอบและลงบันทึกทุกครั้งเมื่อได้รับเวชภัณฑ์
18. มีการป้องกัน ไม่ให้ผู้รับบริการได้รับยาหมดอายุ - ยาเสื่อมสภาพ
19. ยาถูกเก็บไว้ในภาชนะบรรจุเดิมที่บรรจุมาจากโรงงานและมีฉลากครบถ้วน

มิติที่ 4 การจ่ายยาและการบริหารทางเภสัชกรรม

20. ก่อนจ่ายยาจะต้องทำการซักถามประวัติ หาข้อมูลผู้ป่วยก่อน โดยการตัดสินใจจ่ายยาและการเลือกจ่ายยา พึงคำนึงถึงประสิทธิภาพในการรักษาและความปลอดภัยของคนไข้เป็นสำคัญ
21. การจ่ายยาคำนึงถึงมาตรฐานแนวปฏิบัติที่ดีในการจ่ายยา โดยสนับสนุนการใช้ยาอย่างสมเหตุผล
22. มีภาชนะบรรจุยาที่จะจ่ายให้ผู้รับบริการที่เหมาะสม ซึ่งสามารถป้องกันผลกระทบจากสิ่งแวดล้อมที่จะทำให้ยาเสื่อมสภาพโดยเร็ว
23. ฉลากยา / ซองยา / ภาชนะบรรจุยา มีข้อมูลที่จำเป็น (ระบุชื่อร้าน, ที่อยู่และเบอร์โทรศัพท์วันที่จ่าย ชื่อผู้จ่าย ชื่อยาและความแรง จำนวนจ่าย)
24. ฉลาก / ซองบรรจุยา มีการระบุวิธีการใช้ยาอย่างชัดเจน
25. มีการใช้ฉลากช่วย เพื่อเตือน แนะนำ ผู้ป่วย

ตารางที่ 2 ดัชนีชี้วัดคุณภาพร้านยาที่พัฒนาโดยเภสัชกรรมชุมชน (ประเทศไทย) (ต่อ)

26. เมื่อจ่ายยาที่มีโอกาสเกิดอาการไม่พึงประสงค์ที่รุนแรง / อันตราย เภสัชกรได้ให้คำเตือน / คำแนะนำ / ข้อควรปฏิบัติ ที่เหมาะสม
27. เภสัชกรตรวจสอบอันตรกิริยาระหว่างยาเมื่อจ่ายยาหลายตัวพร้อมๆ กัน
28. มีการทำประวัติผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มารับบริการประจำ และได้ทำการบันทึกติดตามผลการให้การบริบาลทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
29. มีการดำเนินการคัดกรองหาความคลาดเคลื่อนของการสั่งยา (prescribing error) ในกรณีที่มีใบสั่งยา
30. มีหลักฐานการเก็บใบสั่งยาอย่างเป็นระบบ (หากมีใบสั่งมาที่ร้าน)
31. มีบริการตอบข้อมูลสนเทศทางยาในร้าน
32. มีการส่งต่อผู้ป่วย (ที่ควรได้รับการส่งต่อ) อย่างเป็นระบบ
33. มีหลักฐานการติดตามผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อ(กรณีจำเป็นต้องติดตาม)
34. มีหลักฐานการรายงานอาการไม่พึงประสงค์จากผลิตภัณฑ์ที่ได้ส่งหน่วยงานที่รับผิดชอบ
35. มีการออกบัตรแพทย์ให้ผู้ป่วย ในกรณีมีข้อมูลเชื่อได้ว่าผู้ป่วยแพ้ยานั้นจริงทุกครั้ง และควรบันทึกเป็นหลักฐาน
36. มีการวิเคราะห์เหตุการณ์ของการเกิดความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยา

มิติที่ 5 ความพึงพอใจ และการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค

37. มีการประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยในด้านเรื่องการบริการ คุณภาพผลิตภัณฑ์ที่ได้รับและประสิทธิภาพโดยรวมที่ได้รับจากร้านยาเป็นระยะๆ
38. มีกิจกรรมที่เป็นการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค
39. ไม่จำหน่ายผลิตภัณฑ์ที่บั่นทอนสุขภาพในร้านยา
40. มีสื่อให้ความรู้ด้านสุขภาพและยาไว้เผยแพร่และแจกจ่าย ทั้งนี้ต้องไม่ใช่สื่อส่งเสริมการขาย / สื่อที่ให้ข้อมูลไม่จริง / ไม่มีข้อมูลวิชาการยืนยันว่าจริง

สรุป

ดัชนีชี้วัดคุณภาพร้านยาเป็นเครื่องมือที่สามารถนำมาใช้เพื่อส่งเสริมคุณภาพของการให้บริการด้านการดูแลสุขภาพของผู้รับบริการร้านยา ข้อมูลที่ได้จากการประเมินสามารถบอกได้ถึงประเด็นหรือมิติของการให้บริการที่ทำได้ดีแล้วและที่ยังทำได้ไม่ดี ซึ่งเภสัชกรประจำร้านยาหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถนำข้อมูลที่ได้ไปพิจารณาดำเนินการปรับปรุง ส่งเสริม รณรงค์ หรือจัดกิจกรรมเพื่อให้ได้คุณภาพของการบริการที่ดีอย่างต่อเนื่อง รวมถึงให้เกิดการพัฒนาของคุณภาพในร้านยาให้สูงขึ้น ซึ่งการกระตุ้นสามารถทำได้ผ่าน 3 วิธีการใหญ่ๆ คือ กระตุ้นผ่านการควบคุม (regulation) โดยการตั้งเป็นกฎหรือมาตรฐานเพื่อให้คนปฏิบัติ กระตุ้นผ่านการรายงานให้ชุมชนหรือสังคมรับรู้ (public reporting) และกระตุ้นผ่านระบบการจ่ายค่าตอบแทนสำหรับร้านที่มีคุณภาพที่ดี (Financial incentive) การเรียนรู้แนวคิดของการมีดัชนีชี้วัด

คุณภาพ ขั้นตอนการพัฒนาดัชนี มิติของการประเมินคุณภาพ ตัวอย่างของการสร้าง – ทดสอบคุณสมบัติและการนำไปใช้จริง จะทำให้เรามีแนวทางเดินในการพัฒนาคุณภาพร้านยาได้ง่ายขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. Campbell SM, Roland MO, Buetow SA. Defining quality of care. Soc Sci Med 2000; 51: 1611-25.
2. De Bie J, Kijlstra NB, Daemen B JG, Bouvy ML. The development of quality indicators for community pharmacy care. BMJ Qual Saf 2011; 20: 666-71.
3. Brook RH, McGlynn EA, Shekelle PG. Defining and measuring quality of care: a perspective from US researchers. Int J Qual Health Care 2000; 12: 281-95.

4. Mainz J. Defining and classifying clinical indicators for quality improvement. *Int J Qual Health Care* 2003; 15: 523-30.
5. Vuk T. Quality indicators: A tool for quality monitoring and improvement. *ISBT Science Series* 2012; 7: 24-8.
6. Campbell SM, Braspenning J, Hutchinson A, Marshall MN. Research methods used in developing and applying quality indicators in primary care. *BMJ* 2003; 326: 816-9.
7. Morris CJ, Rodgers S, Hammersley VS, Avery AJ, Cantrill JA. Indicators for preventable drug related morbidity: application in primary care. *Qual Safe Health Care* 2004; 13: 181-5.
8. Rubin HR, Pronovost P, Diette GB. From a process of care to a measure: the development and testing of quality indicator. *Int J Qual Health Care* 2001; 13: 489 – 96.
9. Kötter T, Blozik E, Scherer M. Methods for the guideline-based development of quality indicators: a systematic review. *Implement Sci* 2012; 7: 21-43.
10. Kimberlin C L, Winterstein AG. Validity and reliability of measurement instruments used in research. *Am J Health Syst Pharm* 2008; 65: 2276-84.
11. ศุภกิจ วงศ์วิวัฒน์นุกิจ, ธิติมา วัฒนวิจิตรกุล, คทาชัย เหล่าศรีมงคล, ทรงพล บุญธรรมจินดา, ศิระ เฉลียวจิตติกุล. การสร้างและทดสอบความตรงของเครื่องมือเพื่อใช้วัดความพึงพอใจของผู้รับบริการในร้านยา. *วารสารวิจัยวิทยาศาสตร์การแพทย์* 2548; 19: 87-104.
12. ปาริชาติ แก้วอ่อน, สงวน ลือเกียรติบัณฑิต, วรณัฐ แสงเจริญ. ร้านยาที่ได้รับการรับรองจากสมาคมเภสัชกรรมและร้านยาแผนปัจจุบันทั่วไปมีคุณภาพแตกต่างกันหรือไม่. *วารสารเภสัชกรรมไทย* 2555; 4: 39 - 64.
13. สมาคมเภสัชกรรมชุมชน (ประเทศไทย) ตัวชี้วัดคุณภาพและแบบประเมินตนเองเพื่อหาโอกาสในการ พัฒนาของร้านยา (ฉบับเดือน เมษายน พ.ศ. 2555). 2555; [ค้นเมื่อ 29 เมษายน 2558] จาก http://www.pharcpa.com/files/20120422_GPP_Quality_Indicator.doc.
14. สมาคมเภสัชกรรมชุมชน (ประเทศไทย). GPP Quality Indicators ตัวชี้วัดคุณภาพและแบบประเมินตนเองเพื่อหาโอกาสในการพัฒนาของร้านยา เพื่อการให้บริการเภสัชกรรม ในร้านยามีลักษณะของการประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม. 2555; [ค้นเมื่อ 29 เมษายน 2558] , จาก http://www.pharcpa.com/files/2555/0812_03_GPP_Quality_Indicators.pdf.
15. อภิษฎา วงศ์ประทัด, วิวรรณ อัครวิเชียร, สุณี เลิศสินอุดม. คุณภาพของการให้บริการตามตัวชี้วัดคุณภาพร้านยาที่พัฒนาโดยสมาคมเภสัชกรรมชุมชน (ประเทศไทย) ระหว่างร้านยาคุณภาพและร้านยาแผนปัจจุบันทั่วไปในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. *วารสารเภสัชศาสตร์อีสาน* 2558; 11: 99-112.
16. Jankovic SM, Maksimovic MR, Vusanovic A, Kostic IR, Kovacevic ZN, Mitric M. Service quality in public and private pharmacies in the city of Kragujevac, Yugoslavia. *Croat Med J* 2001; 42: 88-91.
17. Syhakhang L, Stenson B, Wahlström R, Tomson G. The quality of public and private pharmacy practices. A cross sectional study in the Savannakhet province, Lao PDR. *Eur J Clin Pharmacol* 2001; 57: 221- 7.
18. Trap B, Hansen EH, Trap R, Kahsay A, Simoyi T, Oteba MO, et al. A new indicator based tool for assessing and reporting on good pharmacy practice. *Southern Med Review* 2010; 3: 4-11.
19. Winslade N, Taylor L, Shi S, Schuwirth L, Van der Vleuten C, Tamblyn R. Monitoring Community Pharmacist's Quality of Care: A feasibility study of using pharmacy claims data to assess performance. *BMC Health Services Research* 2011; 11:12. <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/11/12>
20. Gokcekus L, Toklu HZ, Demirdamar R, Gumusel B. Dispensing practice in the community pharmacies in the Turkish Republic of Northern Cyprus. *Int J Clin Pharm* 2012; 34: 312-24.
21. Hasan S, Sulieman H, Stewart K, Chapman CB, Hasan MY. Assessing patient satisfaction with community pharmacy in the UAE using a newly-validated tool. *Research in Social and Administrative Pharmacy* 2013; 9: 841-50.



