



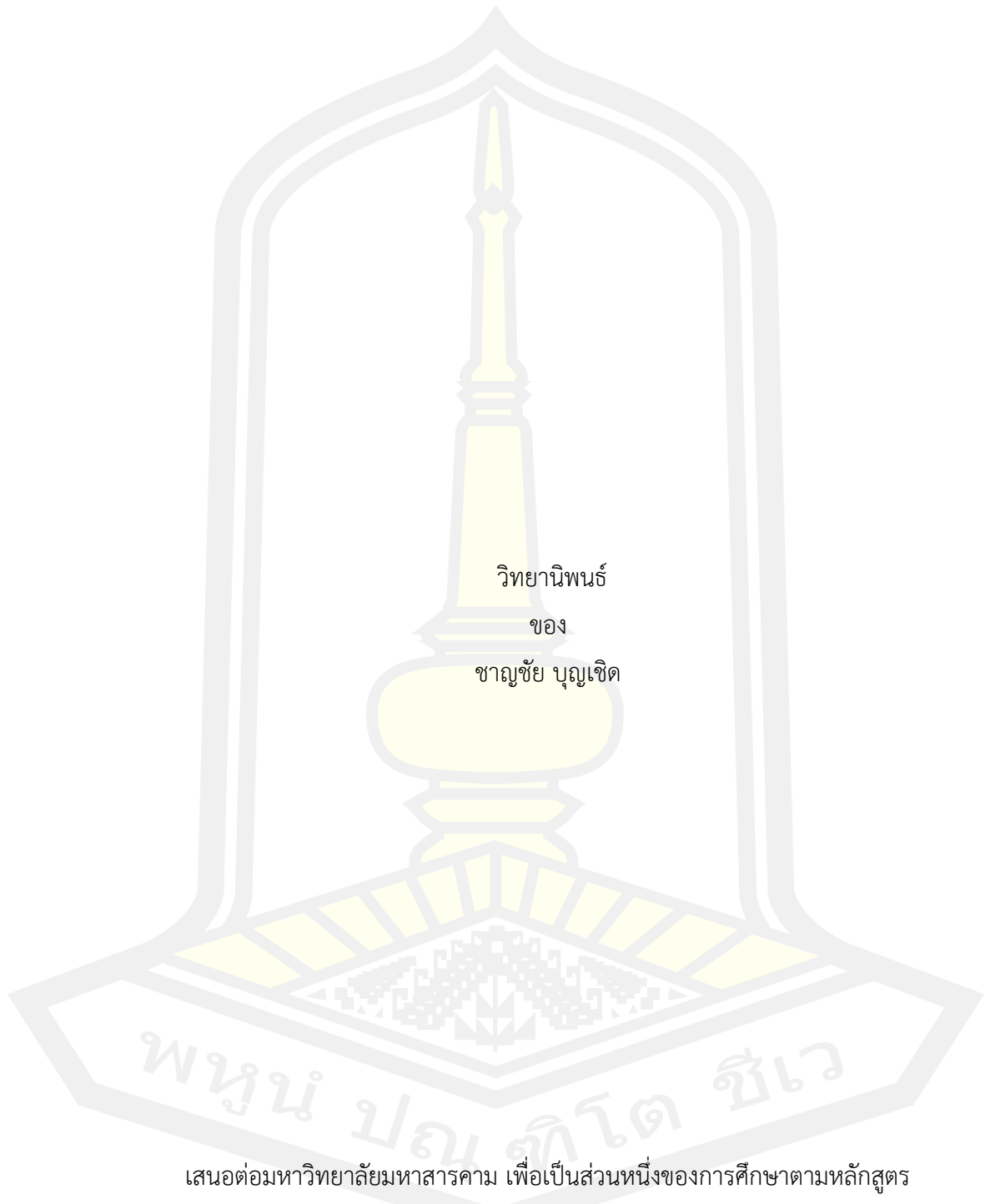
การรับรู้บทบาทเภสัชกรรมปฐมภูมิของสาขาชีพในเขตบริการสุขภาพที่ 10

วิทยานิพนธ์
ของ
ชาญชัย บุญเชิด

เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเภสัชกรรมปฐมภูมิ
มิถุนายน 2565

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

การรับรู้บทบาทเภสัชกรรมปฐมภูมิของวิชาชีพในเขตบริการสุขภาพที่ 10



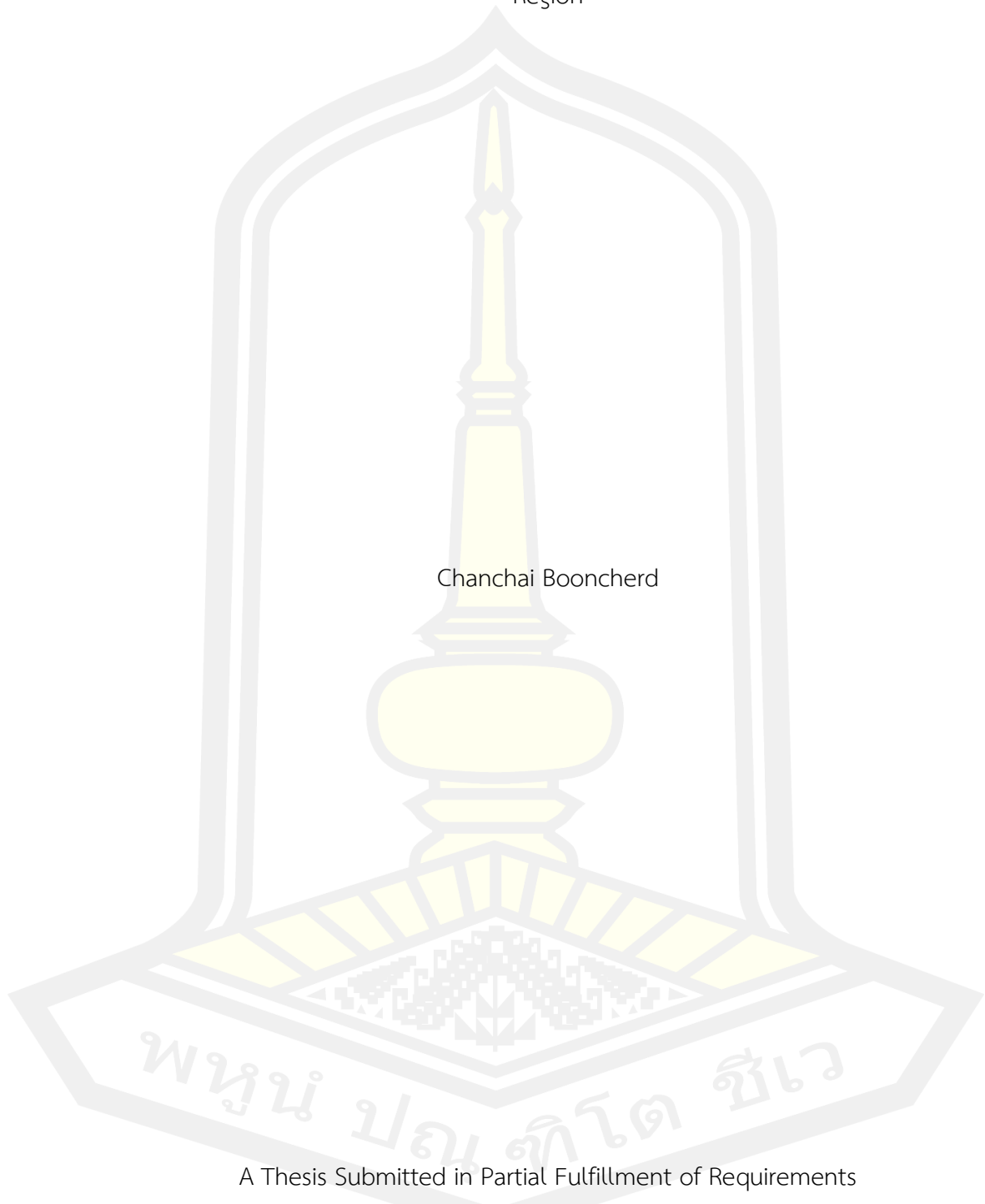
เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเภสัชกรรมปฐมภูมิ

มิถุนายน 2565

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

Perception of multidisciplinary towards Primary Care Pharmacy of the 10th Health
Region

Chanchai Booncherd



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

June 2022

Copyright of Mahasarakham University



คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณาวิทยานิพนธ์ของนายชาญชัย บุญเชิด แล้ว เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเภสัชกรรมปฐมภูมิ ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการ

(ผศ. ดร. อุษาวดี สุตะภักดิ์)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

(ผศ. ดร. กฤษณี สระมูณี)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

(รศ. วีระพล ภิมาลย์)

..... กรรมการ

(ผศ. ดร. ธนนรงค์ รัตน์โชติพานิช)

..... กรรมการ

(ผศ. ดร. ชนิตตา พลอยเลื่อมแสง)

มหาวิทยาลัยขอนแก่นให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา เภสัชศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเภสัชกรรมปฐมภูมิ ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

.....
(ผศ. ดร. ชนิตตา พลอยเลื่อมแสง)

คณบดีคณะเภสัชศาสตร์

.....
(รศ. ดร. กิริสน์ ชัยมูล)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

| | | | |
|------------------|---|------------|------------------|
| ชื่อเรื่อง | การรับรู้บทบาทเภสัชกรรมปฐมภูมิของสหวิชาชีพในเขตบริการสุขภาพที่ 10 | | |
| ผู้วิจัย | ชาญชัย บุญเชิด | | |
| อาจารย์ที่ปรึกษา | ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. กฤษณี สระมุณี รองศาสตราจารย์ วิระพล ภิมาลย์ | | |
| ปริญญา | เภสัชศาสตรมหาบัณฑิต | สาขาวิชา | เภสัชกรรมปฐมภูมิ |
| มหาวิทยาลัย | มหาวิทยาลัยมหาสารคาม | ปีที่พิมพ์ | 2565 |

บทคัดย่อ

บทนำ: เภสัชกรรมปฐมภูมิเป็นบทบาทของเภสัชกรที่มีความจำเป็นต้องทำงานร่วมกับสหวิชาชีพ การรับรู้บทบาทหน้าที่ซึ่งกันและกันจะช่วยเพิ่มคุณภาพของการดูแลผู้ป่วย การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการรับรู้และวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อการรับรู้บทบาทเภสัชกรรมปฐมภูมิของสหวิชาชีพ วิธีการศึกษา: เป็นการศึกษาเชิงสำรวจในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 10 สหวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในระดับปฐมภูมิ ได้แก่ แพทย์ ทันตแพทย์ นักวิชาการสาธารณสุข พยาบาล แพทย์แผนไทย ทันตภิบาล เจ้าพนักงานเภสัชกรรม และนักกายภาพ สุ่มตัวอย่างแบบ stratified random sampling ตามสัดส่วนของสหวิชาชีพของพื้นที่ศึกษา จดหมายเชิญถูกส่งไปทางไปรษณีย์ และขอให้ผู้ตอบได้ตอบแบบสอบถามทางออนไลน์ บทบาทเภสัชกรรมปฐมภูมิมิ 4 ด้านรวม 11 บทบาท แบบสอบถามมีคำถามสำคัญ 3 ข้อ คือ การรับรู้บทบาทเภสัชกรรมปฐมภูมิ การรับรู้ถึงประโยชน์ของงานเภสัชกรรมปฐมภูมิ และการรับรู้ผลการปฏิบัติงานของเภสัชกรปฐมภูมิ ได้ผ่านการทดสอบเชิงเนื้อหาและความเที่ยงแล้ว วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์แบบพหุผลการศึกษา: มีผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมด 237 คน คิดเป็นอัตราตอบกลับร้อยละ 59.25 สหวิชาชีพส่วนใหญ่มีการรับรู้บทบาทเภสัชกรรมปฐมภูมิ (\geq ร้อยละ 90) สหวิชาชีพมีความเห็นว่าเภสัชกรปฐมภูมิทำงานด้านการบริหารเภสัชกรรมที่บ้านและการจัดการปัญหาในชุมชนได้ไม่ดีมากนัก (คะแนนเฉลี่ย 2.35 ± 0.66 และ 2.36 ± 0.68 ตามลำดับ) สหวิชาชีพมีความเห็นว่างานเภสัชกรรมปฐมภูมิมิประโยชน์มาก (คะแนนเฉลี่ยมากกว่า 2.50) ผลการวิเคราะห์แบบพหุพบว่า การประชุมเพื่อพัฒนาระบบการใช้ยากับรพ.สต. (OR 2.99 95%CI 1.45-6.15) และการเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามจัดการปัญหา ยาแก่ผู้ป่วย (OR 2.46 95%CI 1.19-5.06) เป็นปัจจัยเสริมการรับรู้บทบาทหน้าที่เภสัชกรได้อย่างมีนัยสำคัญ การมีงบประมาณสนับสนุน (Coefficient 2.96 95%CI 0.72-5.19) ความถี่ในการปฏิบัติงานของเภสัชกร (Coefficient 3.13 95%CI 1.28-4.98) เป็นปัจจัยที่ช่วยเพิ่มคะแนนความคิดเห็นที่มีต่อการปฏิบัติงานของเภสัชกรอย่างมีนัยสำคัญ และการมีงบประมาณสนับสนุน (Coefficient 2.96 95%CI 0.72-5.19) เป็นปัจจัยที่ช่วยเพิ่มคะแนนความคิดเห็นที่มีต่อประโยชน์ของ

งานเภสัชกรรมปฐมภูมิอย่างมีนัยสำคัญ สรุป: การรับรู้บทบาทหน้าที่ของเภสัชกรในงานเภสัชกรรมปฐมภูมิของสาขาวิชาชีพอยู่ในระดับสูง และสาขาวิชาชีพเห็นว่างานนี้มีประโยชน์ แต่เภสัชกรควรเพิ่มการปฏิบัติงานให้มากขึ้น โดยเฉพาะในด้านงานเชิงรุกและการทำงานกับชุมชน

คำสำคัญ : การรับรู้, เภสัชกรรมปฐมภูมิ, เภสัชกรปฐมภูมิ, สาขาวิชาชีพ, เขตสุขภาพที่ 10



| | | | |
|-------------------|---|--------------|-----------------------|
| TITLE | Perception of multidisciplinary towards Primary Care Pharmacy of the 10th Health Region | | |
| AUTHOR | Chanchai Booncherd | | |
| ADVISORS | Assistant Professor Kritsanee Saramunee , Ph.D. Associate Professor Wiraphol Phimarn , M.Sc. | | |
| DEGREE | Master of Pharmacy | MAJOR | Primary Care Pharmacy |
| UNIVERSITY | Maharakham University | YEAR | 2022 |

ABSTRACT

Introduction: Primary care pharmacy is a role of pharmacist that need a collaborative work with multidisciplinary. Recognizing the roles of each other is important to enhancing quality of patient care. This study was to explore perception of multidisciplinary towards roles of primary care pharmacy (PCP) and identify factors associated with them. Methods: A cross-sectional survey was conducted in the 10th health region. Primary care multidisciplinary team composed of eight practitioners: doctors, dentists, public health, nurses, traditional therapists, dental assistants, pharmacy assistants and physio therapists. Sample was randomly stratified based on area size and proportion of disciplinary team. Invitation was sent by post requesting respondents to complete the online questionnaire. Four domains of primary care pharmacy with eleven roles were included. Three key questions were used: perception towards roles of PCP; perception towards how primary care pharmacist perform their work; perception towards benefit of PCP. Questions were validated and tested for reliability. Descriptive statistics and multivariate regression were used for analysis. Results: There were 237 responses (59.25% of response rate). Multidisciplinary team perceived the work of primary care pharmacists in all roles (>90%). Multidisciplinary viewed that primary care pharmacist performed home pharmaceutical care and solving drug problem in community at moderate level (mean 2.35±0.66 and 2.36±0.68 respectively). They view PCP work being of high benefit (mean > 2.50) Multiple logistic regression shows that the meeting with

primary care staff to improve drug system (OR 2.99 95%CI 1.45-6.15) and medication problem management at patient's home (OR 2.46 95%CI 1.19-5.06) are factors influence perceptions toward pharmacist roles. Linear regression shows that financial support (Coefficient 2.96 95%CI 0.72-5.19) and frequent work in primary care of pharmacist (Coefficient 3.13 95%CI 1.28-4.98) are factors significantly associated with views towards pharmacist's performance. Also, financial support (Coefficient 2.96 95%CI 0.72-5.19) is a factor significantly associated with views towards benefit of primary care pharmacy Conclusion: Perception multidisciplinary in the 10th health region towards PCP is high and such roles are viewed of high benefit. However, pharmacist need to improve their performance, especially the proactive activity and working in the community.

Keyword : perception, primary care pharmacy, primary care pharmacist, multidisciplinary, the 10th health region



กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้ศึกษาทำขึ้นด้วยความตั้งใจและพยายาม จนสำเร็จได้ด้วยดีเพราะได้รับความกรุณาเป็นอย่างสูงจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภญ.กฤษณี สระมุณี และรองศาสตราจารย์ ภก.วีระพล ภิมาลย์ ที่ได้กรุณาให้คำปรึกษา แนะนำ แก้ไข ปรับปรุงข้อบกพร่องต่างๆ รวมทั้งกระบวนการวิจัย และข้อเสนอแนะการวิจัยในการทำวิจัยตั้งแต่ต้นตลอดจนเสร็จสมบูรณ์ ผู้ศึกษาขอกราบขอบพระคุณอย่างสูง

ความสำเร็จในการทำงานวิจัยฉบับนี้ผู้วิจัยขอน้อมรำลึกถึง พระคุณบิดามารดาที่ได้ส่งเสริมสนับสนุน และได้รับกำลังใจจากครอบครัว ตลอดจนเพื่อนร่วมรุ่นหลักสูตรเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเภสัชกรรมปฐมภูมิมาโดยตลอด และขอรำลึกถึงคุณของครูอาจารย์ทุกท่านที่ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ให้แก่ผู้ศึกษาตั้งแต่อดีตถึงปัจจุบัน

ขอขอบพระคุณเครือข่ายสหวิชาชีพ แพทย์ ทันตแพทย์ นักวิชาการสาธารณสุข พยาบาล แพทย์แผนไทย เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข เจ้าพนักงานเภสัชกรรม และนักกายภาพบำบัดในหน่วยบริการปฐมภูมิในเขตสุขภาพที่ 10 ตลอดจนผู้ที่เกี่ยวข้องทุกท่านที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี และยอมสละเวลาในการตอบแบบสอบถาม รวมถึงผู้ทรงคุณวุฒิสำหรับคำแนะนำการปรับปรุงและพัฒนาทางด้านเภสัชกรรมปฐมภูมิ

ท้ายที่สุดคุณประโยชน์ที่ได้จากงานวิจัยฉบับนี้ ผู้ศึกษาขออุทิศแด่ผู้มีพระคุณทุกท่านและขอขอบพระคุณ เจ้าของแนวคิด และทฤษฎีต่างๆของวิทยานิพนธ์ งานวิจัย วารสาร และบทความ ที่ผู้ศึกษานำมาอ้างอิงในการทำวิจัยฉบับนี้ไว้ ณ โอกาสนี้ด้วย

ชาญชัย บุญเชิด

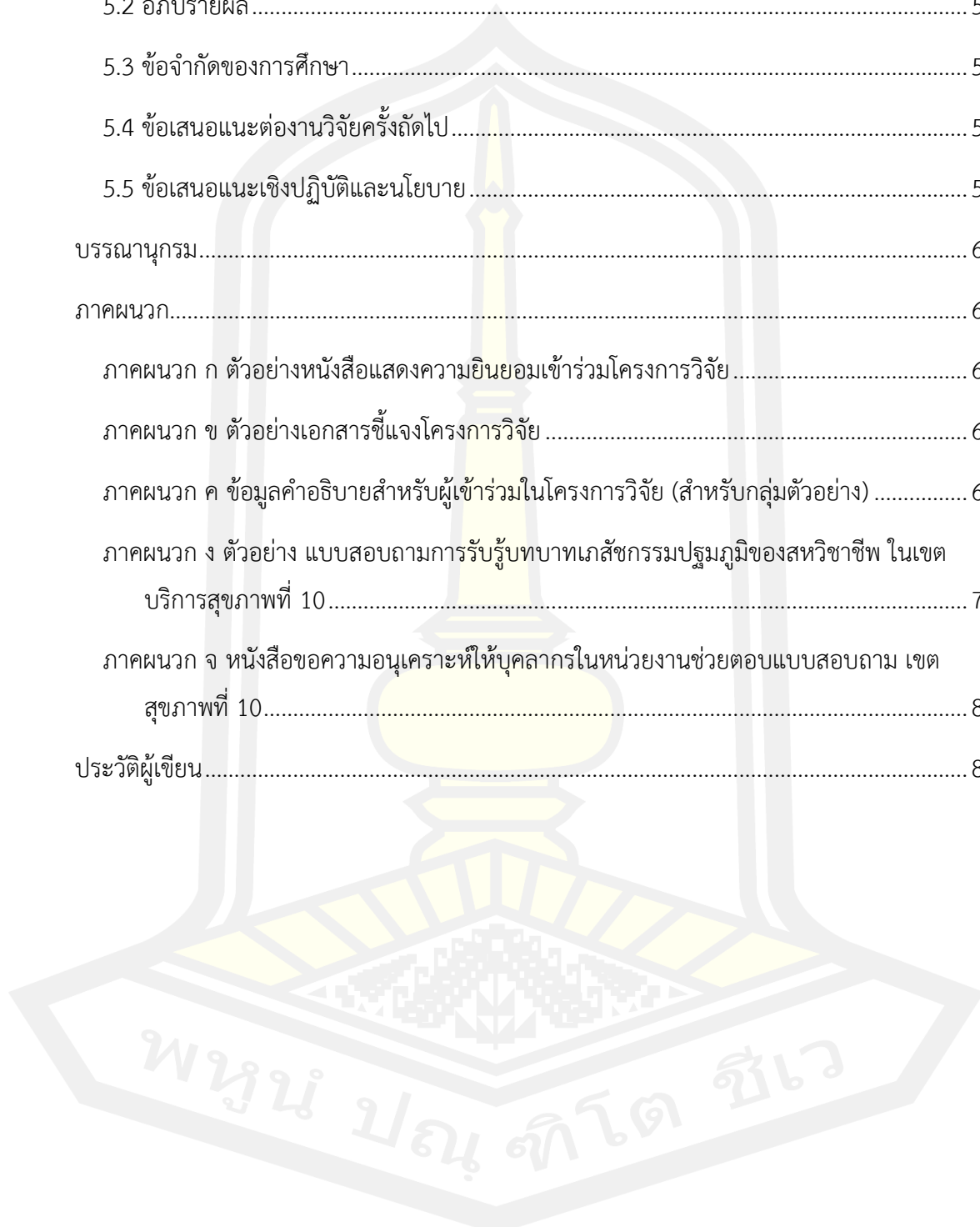
พหุบัณฑิต โศภิต ชีวะ

สารบัญ

| | หน้า |
|---|------|
| บทคัดย่อภาษาไทย..... | ง |
| บทคัดย่อภาษาอังกฤษ..... | ฉ |
| กิตติกรรมประกาศ..... | ช |
| สารบัญ..... | ฌ |
| สารบัญตาราง..... | ฉ |
| สารบัญภาพประกอบ..... | ฐ |
| บทที่ 1 ที่มาและความสำคัญ..... | 1 |
| 1.1 ที่มาและความสำคัญ..... | 1 |
| 1.2 วัตถุประสงค์..... | 3 |
| 1.3 กรอบแนวคิด..... | 4 |
| 1.4 ขอบเขตของการศึกษา..... | 5 |
| 1.5 นิยามศัพท์เฉพาะ..... | 6 |
| บทที่ 2 แนวคิด ทฤษฎี และ งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง..... | 8 |
| 2.1 แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้..... | 8 |
| 2.1.1 ความหมายเกี่ยวกับการรับรู้..... | 8 |
| 2.1.2 กระบวนการรับรู้..... | 9 |
| 2.1.3 กระบวนการรับรู้และเลือกสรร..... | 11 |
| 2.1.4 องค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้..... | 12 |
| 2.1.5 ประเภทของการรับรู้..... | 12 |
| 2.1.6 การวัดการรับรู้..... | 13 |
| 2.2 แนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลเกี่ยวกับการปฏิบัติงานและการรับรู้..... | 14 |

| | |
|---|----|
| 2.3 สหวิชาชีพด้านสาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิ..... | 16 |
| 2.4 บทบาทหน้าที่ของเภสัชกรรมปฐมภูมิ..... | 17 |
| 2.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง..... | 21 |
| บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย..... | 24 |
| 3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง | 24 |
| 3.1.1 ตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา | 25 |
| 3.1.2 วิธีการสุ่มตัวอย่าง | 26 |
| 3.1.3 เครื่องมือที่ใช้และตัวแปรที่ศึกษา | 27 |
| 3.1.4 การเก็บรวบรวมข้อมูล | 30 |
| 3.2 การวิเคราะห์ข้อมูล | 30 |
| 3.3 ข้อพิจารณาด้านจริยธรรมและพิทักษ์สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมวิจัย..... | 33 |
| บทที่ 4 ผลการศึกษา..... | 34 |
| 4.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม..... | 34 |
| 4.2 การรับรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติงานของเภสัชกรปฐมภูมิ | 36 |
| 4.3 คุณสมบัติและบุคลิกลักษณะของเภสัชกรปฐมภูมิ | 37 |
| 4.4 การรับรู้เกี่ยวกับบทบาทเภสัชกรรมปฐมภูมิ | 38 |
| 4.4.1 การรับรู้บทบาทเภสัชกรรมปฐมภูมิ..... | 38 |
| 4.4.2 การรับรู้เกี่ยวกับผลการปฏิบัติงานของเภสัชกรปฐมภูมิ..... | 40 |
| 4.4.3 การรับรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของงานเภสัชกรรมปฐมภูมิ | 41 |
| 4.5 การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีส่งผลต่อการรับรู้และความคิดเห็นของสหวิชาชีพ | 43 |
| 4.5.1 ปัจจัยที่ส่งผลต่อการรับรู้บทบาทเภสัชกรรมปฐมภูมิ | 43 |
| 4.5.2 ปัจจัยที่ส่งผลต่อความคิดเห็นต่อการปฏิบัติงานของเภสัชกรปฐมภูมิ..... | 48 |
| 4.5.3 ปัจจัยที่ส่งผลต่อความคิดเห็นที่มีต่อประโยชน์ของงานเภสัชกรรมปฐมภูมิ..... | 51 |
| บทที่ 5 สรุปและอภิปรายผล | 55 |

| | | |
|-----|---|----|
| 5.1 | สรุปผล..... | 55 |
| 5.2 | อภิปรายผล..... | 55 |
| 5.3 | ข้อจำกัดของการศึกษา..... | 58 |
| 5.4 | ข้อเสนอแนะต่องานวิจัยครั้งถัดไป..... | 59 |
| 5.5 | ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติและนโยบาย..... | 59 |
| | บรรณานุกรม..... | 60 |
| | ภาคผนวก..... | 64 |
| | ภาคผนวก ก ตัวอย่างหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย..... | 65 |
| | ภาคผนวก ข ตัวอย่างเอกสารชี้แจงโครงการวิจัย..... | 67 |
| | ภาคผนวก ค ข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย (สำหรับกลุ่มตัวอย่าง)..... | 69 |
| | ภาคผนวก ง ตัวอย่าง แบบสอบถามการรับรู้บทบาทเภสัชกรรมปฐมภูมิของสหวิชาชีพ ในเขต บริการสุขภาพที่ 10..... | 74 |
| | ภาคผนวก จ หนังสือขอความอนุเคราะห์ให้บุคลากรในหน่วยงานช่วยตอบแบบสอบถาม เขต สุขภาพที่ 10..... | 82 |
| | ประวัติผู้เขียน..... | 88 |

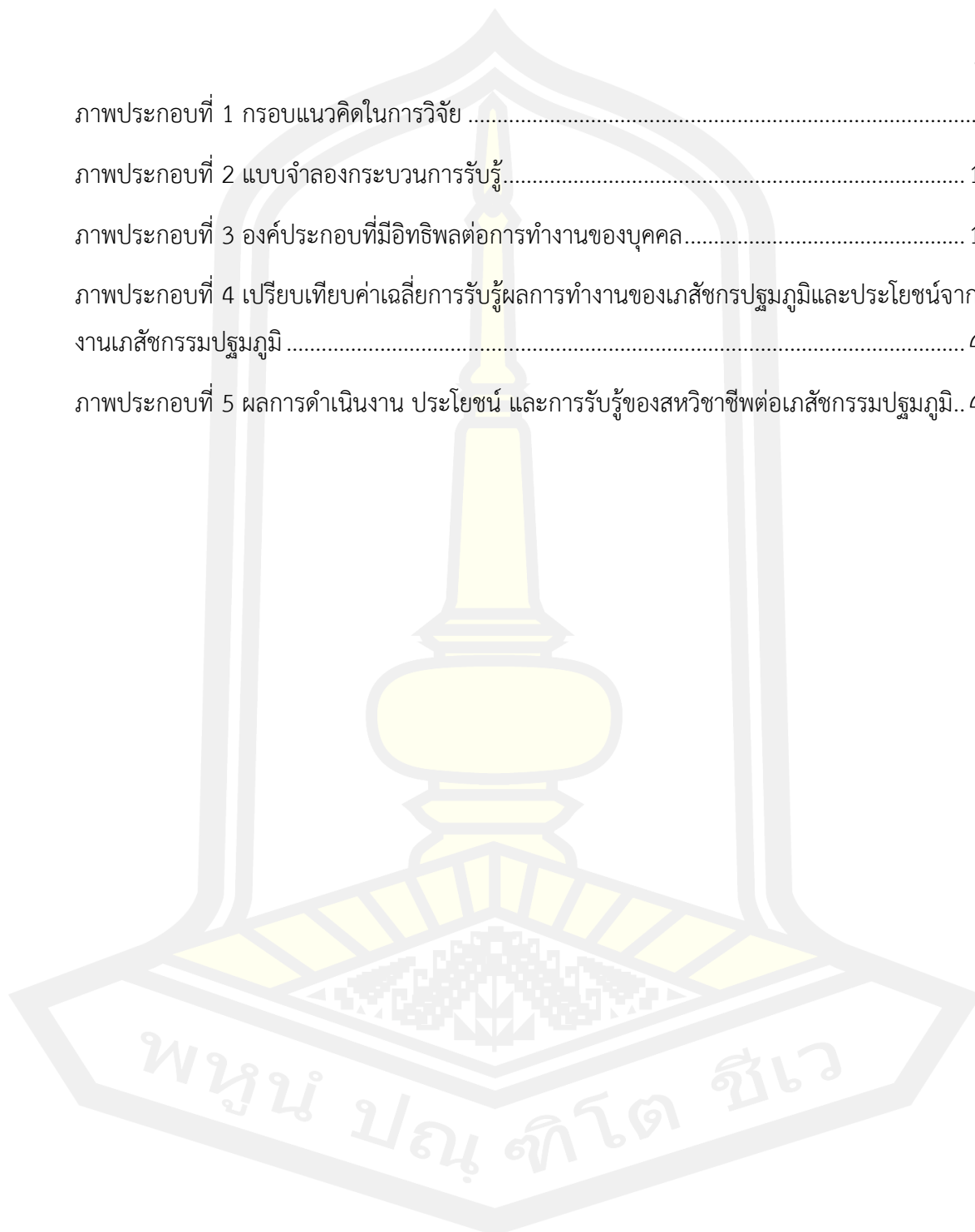


สารบัญตาราง

| | หน้า |
|--|------|
| ตารางที่ 1 สัดส่วนบุคลากรวิชาชีพในคลินิกหมอบรรอบครัวตามประชากร | 25 |
| ตารางที่ 2 จำนวนอำเภอที่ต้องการจากแต่ละจังหวัด..... | 26 |
| ตารางที่ 3 โควตาของสาขาวิชาชีพที่ต้องการจากแต่ละอำเภอ | 27 |
| ตารางที่ 4 ตัวแปรที่ใช้ในงานวิจัย..... | 29 |
| ตารางที่ 5 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม..... | 35 |
| ตารางที่ 6 การรับรู้เกี่ยวกับเภสัชกรรมปฐมภูมิ..... | 36 |
| ตารางที่ 7 คุณสมบัตินและบุคลิกลักษณะของเภสัชกรปฐมภูมิ..... | 38 |
| ตารางที่ 8 การรับรู้บทบาทเภสัชกรรมปฐมภูมิ..... | 39 |
| ตารางที่ 9 การรับรู้เกี่ยวกับผลการปฏิบัติงานของเภสัชกรปฐมภูมิ | 40 |
| ตารางที่ 10 การรับรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของงานเภสัชกรปฐมภูมิ..... | 41 |
| ตารางที่ 11 ผลการวิเคราะห์ Logistic regression แบบตัวแปรเดียว..... | 44 |
| ตารางที่ 12 ผลการวิเคราะห์ Logistic regression ของ initial model..... | 46 |
| ตารางที่ 13 ผลการวิเคราะห์ Logistic regression ของ adjusted model..... | 47 |
| ตารางที่ 14 ผลการวิเคราะห์ Logistic regression ของ final model..... | 48 |
| ตารางที่ 15 ผลการวิเคราะห์ Linear regression แบบตัวแปรเดียว | 48 |
| ตารางที่ 16 ผลการวิเคราะห์ Linear regression ของ initial model..... | 50 |
| ตารางที่ 17 ผลการวิเคราะห์ Linear regression ของ adjusted model และ final model..... | 51 |
| ตารางที่ 18 ผลการวิเคราะห์ Linear regression แบบตัวแปรเดียว | 51 |
| ตารางที่ 19 ผลการวิเคราะห์ Linear regression ของ initial model..... | 53 |
| ตารางที่ 20 ผลการวิเคราะห์ Linear regression ของ adjusted model และ final model..... | 54 |

สารบัญภาพประกอบ

| | หน้า |
|---|------|
| ภาพประกอบที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย | 5 |
| ภาพประกอบที่ 2 แบบจำลองกระบวนการรับรู้..... | 10 |
| ภาพประกอบที่ 3 องค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อการทำงานของบุคคล..... | 15 |
| ภาพประกอบที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการรับรู้ผลการทำงานของเภสัชกรปฐมภูมิและประโยชน์จาก งานเภสัชกรรมปฐมภูมิ..... | 42 |
| ภาพประกอบที่ 5 ผลการดำเนินงาน ประโยชน์ และการรับรู้ของสาขาวิชาชีพต่อเภสัชกรรมปฐมภูมิ.. | 43 |



บทที่ 1

ที่มาและความสำคัญ

1.1 ที่มาและความสำคัญ

ระบบบริการปฐมภูมิ (Primary care) หมายถึง บริการด้านแรกของระบบสาธารณสุขที่ให้บริการกับบุคคล ครอบครัว และชุมชน ภายใต้บริบทและการยอมรับของชุมชนเพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดี (สุพัตรา ศรีวณิชชากร, 2553) ระบบบริการปฐมภูมิ (Primary Care) เป็นบริการด้านแรกของระบบบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ และช่วยลดช่องว่างการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชน (van Doorslaer et al, 2004 ; vanDoorslaer et al, 2006) จากผลการพัฒนาระบบบริการสุขภาพทั่วโลกพบว่า ประเทศที่ให้ความสำคัญและจัดระบบให้มีระบบบริการด้านสุขภาพปฐมภูมิที่เข้มแข็ง จะมีผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ดีกว่าประเทศที่มีระบบบริการปฐมภูมิไม่เข้มแข็งโดยดูจากดัชนีสุขภาพหลาย ๆ ด้าน เช่น อัตราการตายทารก เด็กแรกเกิดน้ำหนักน้อย อัตราการตายของประชากร ค่าใช้จ่ายสุขภาพต่อประชากร (Macinko et al, 2003)

ประเทศไทยมี “สถานอนามัย” ที่ทำหน้าที่เป็นหน่วยบริการด้านแรกหรือหน่วยบริการปฐมภูมิของระบบบริการสาธารณสุขมาเป็นระยะเวลาอันยาวนาน ต่อมาเมื่อมีการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2544 โดยกระทรวงสาธารณสุขได้ออกระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการประกันสุขภาพถ้วนหน้า พ.ศ. 2544 และพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 (คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ, 2550) ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในระบบสุขภาพโดยเกิดการเปลี่ยนแปลงจากมิติด้านการดูแลรักษาสุขภาพเชิงรับมาสู่มิติเชิงรุกด้านการส่งเสริม ป้องกันโรคและการฟื้นฟูสุขภาพ (แนวทางการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, 2553) ช่วงของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมฉบับที่ 10 พ.ศ.2550-2554 ได้เน้นการสร้างระบบสุขภาพในสังคม การสร้างสุขภาพเชิงรุกการให้บริการกับประชาชนให้สามารถเข้าถึงบริการได้ง่ายและสะดวก มีการจัดตั้งหน่วยบริการพื้นฐานเพื่อให้บริการชุมชน เรียกว่าหน่วยบริการปฐมภูมิหรือศูนย์สุขภาพชุมชน (primary care unit: PCU) (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2556) แต่ต่อมาได้ปรับชื่อเรียกของ PCU เป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) โดยคาดหวังไว้ว่าจะช่วยเพิ่มศักยภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่ได้มากขึ้น

ปี พ.ศ. 2552 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้เล็งเห็นถึงความสำคัญของบทบาทเภสัชกรในหน่วยบริการปฐมภูมิ เนื่องจากเป็นโอกาสที่จะช่วยเพิ่มให้การจัดการด้านยาในหน่วยบริการปฐมภูมิมีประสิทธิภาพ (รักษเกียรติ จิรันธร และคณะ, 2549) โดยมีนโยบายส่งเสริมการพัฒนา

ระบบงานเภสัชกรรมปฐมภูมิเริ่มทดลองจากโรงพยาบาลชุมชนที่เข้าร่วมการนำร่องกว่า 200 แห่งทั่วประเทศ (คณะทำงานจัดทำคู่มือเภสัชกรรมปฐมภูมิ, 2553) หลังจากนั้นในปี พ.ศ. 2553 มีการจัดทำคู่มือสำหรับเภสัชกรในการดำเนินงานเภสัชกรรมในหน่วยบริการปฐมภูมิ (แนวทางการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, 2553) เภสัชกรรมปฐมภูมิเป็นบทบาทใหม่ในวิชาชีพเภสัชกรรมที่ถูกกำหนดขึ้นครั้งแรกในปี พ.ศ. 2553 โดยมีการเผยแพร่ “คู่มือสำหรับเภสัชกรในการดำเนินงานเภสัชกรรมในหน่วยบริการปฐมภูมิ” คู่มือเล่มนี้ได้ให้ความหมายของคำว่าเภสัชกรรมปฐมภูมิว่าหมายถึง “การประยุกต์ความเชี่ยวชาญด้านวิชาชีพเภสัชกรรม ได้แก่ ความเชี่ยวชาญด้านยา และการคุ้มครองผู้บริโภค เข้ากับบริบทด้านปฐมภูมิ ที่เน้นองค์รวม ผสมผสาน” และได้กำหนดไว้ว่าบทบาทงานเภสัชกรรมปฐมภูมิมียุทธศาสตร์ 5 ด้าน ได้แก่ การบริหารเวชภัณฑ์ การส่งมอบยาและให้คำแนะนำการใช้ยา การจัดการระบบดูแลต่อเนื่องด้านยาในชุมชน การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข และการส่งเสริมการพึ่งพาตนเองด้านสมุนไพรและสุขภาพ(คณะทำงานจัดทำคู่มือเภสัชกรรมปฐมภูมิ, 2553) การทำงานเภสัชกรรมปฐมภูมินี้มุ่งเน้นการทำงานโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (community-based) ซึ่งหมายรวมถึงการทำงานในหน่วยบริการสุขภาพในระดับชุมชน เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล (รพ.สต.) การทำงานที่บ้านผู้ป่วย เช่น การจัดการปัญหาที่บ้าน หรือการจัดโครงการรณรงค์ส่งเสริมการใช้ยาที่ปลอดภัยในชุมชน บทบาทนี้ทำให้เภสัชกรได้มีโอกาสทำงานเชิงรุกในพื้นที่มากขึ้น และได้ทำงานร่วมกับสหวิชาชีพหลากหลายสาขา

การรับรู้ (perception) หมายถึง การตระหนัก (recognition) และการตีความ (interpretation) ถึงบุคคล วัตถุ หรือสิ่งของจากการกระตุ้นโดยสิ่งเร้าทางประสาทสัมผัสทั้งห้า การรับรู้บทบาทหน้าที่ซึ่งกันและกันนั้นเป็นปัจจัยหนึ่งที่จะช่วยให้การให้บริการสุขภาพดำเนินไปได้อย่างราบรื่น เช่น เราทราบว่าแพทย์มีหน้าที่ตรวจและวินิจฉัยอาการของผู้ป่วย หรือคนทั่วไปรับรู้ถึงเภสัชกรในโรงพยาบาลมีหน้าที่จ่ายยา เป็นต้น มิงานวิจัยของ Nancarrow และคณะ ที่ได้รวบรวมผลการศึกษาของงานวิจัยประเภทการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและได้สรุปว่าคุณลักษณะที่สำคัญของการทำงานแบบสหวิชาชีพที่ดีนั้นมี 10 ประการ หนึ่งในนั้น คือ การรับรู้บทบาทหน้าที่ซึ่งกันและกันและให้เกียรติกับเพื่อนร่วมงานต่างสาขา โดยให้รายละเอียดว่าบุคลากรในทีมสหวิชาชีพจะต้องรับรู้บทบาทหน้าที่ของตนเองและสมาชิกในทีมและรับรู้ขอบเขตว่าใครทำอะไรได้มากน้อยแค่ไหน (Nancarrow และคณะ, 2013) การรับรู้เรื่องนี้จะช่วยทำให้เกิดการทำงานเป็นทีมที่เข้มแข็งมากขึ้นและส่งผลต่อการดูแลผู้ป่วยที่ดี สำหรับบทบาทเภสัชกรรมปฐมภูมิเนื่องจากเป็นบทบาทใหม่ของเภสัชกร จึงเป็นที่น่าสนใจศึกษาว่าบุคลากรสาขาอื่น ๆ ในทีมนั้นมีการรับรู้บทบาทแล้วหรือไม่ จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีการศึกษาของ ชูติมา วรณทอง และสุรสิทธิ์ ล้อจิตรอำนาจ ที่ได้ศึกษาความคิดเห็นเกี่ยวกับบทบาทเภสัชกรรมปฐมภูมิจากมุมมองของแพทย์และพยาบาลที่ปฏิบัติหน้าที่ในงานปฐมภูมิของโรงพยาบาลภาครัฐ 3 ระดับ (ชุมชน ทวีไป ศูนย์) ผลการศึกษาพบว่า แพทย์

และพยาบาลเห็นด้วยในระดับมากกับบทบาทการพัฒนาระบบยา แต่เห็นด้วยในระดับปานกลางถึงมากต่อบทบาทการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง การคุ้มครองผู้บริโภค และการส่งเสริมการพึ่งพาตนเองด้านสมุนไพรและสุขภาพ และเป็นที่น่าสังเกตว่าระดับความคิดเห็นนี้มีความแตกต่างกันระหว่างแพทย์และพยาบาล รวมถึงมีความแตกต่างกันตามระดับของโรงพยาบาลด้วย (ชุตินา วรณทอง และสุรสิทธิ์ ล้อจิตรอำนวย, 2560) อย่างไรก็ตามการศึกษานี้เป็นมุมมองของสหวิชาชีพที่อยู่ในโรงพยาบาลจึงเป็นไปได้ว่าผู้ตอบแบบสอบถามในการศึกษานี้จะเป็นบุคลากรที่ไม่เคยร่วมงานกับเภสัชกรรม

การพัฒนาบริการเภสัชกรรมประเภทใหม่ ๆ ในต่างประเทศมักจะมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับความคิดเห็นหรือการรับรู้ของกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียของบริการนั้น ๆ ควบคู่ด้วยเสมอ ในที่นี้ผู้วิจัยขอยกตัวอย่างบริการ “การสั่งยาโดยเภสัชกร” (pharmacy prescribing) ในสหราชอาณาจักรนั้นเพิ่งเริ่มต้นให้เภสัชกรสามารถสั่งยาเองได้เมื่อปี ค.ศ. 2006 มีรายงานการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบโดย Jebara และคณะ ที่ได้รวบรวมการศึกษาที่เกี่ยวกับมุมมองของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่มีต่อการสั่งยาของเภสัชกร พบว่ามีการศึกษาที่เข้าข่ายจำนวนมากถึง 65 การศึกษา ในจำนวนนี้เป็น การรวบรวมการศึกษาจากมุมมองของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหลายกลุ่ม เช่น ประชาชนทั่วไป ผู้ป่วย แพทย์ เภสัชกร เป็นต้น ผลการศึกษาพบว่าอุปสรรคของบริการการสั่งยาโดยเภสัชกรมีหลายประการหนึ่งในนั้นคือ การที่ผู้เกี่ยวข้องขาดการรับรู้ว่าเภสัชกรสามารถทำบทบาทนี้ได้ (Jebara และคณะ, 2018)

จากวรรณกรรมที่ทบทวนมาข้างต้นชี้ให้เห็นว่าการรับรู้บทบาทหน้าที่ซึ่งกันและกันมีความสำคัญ และเป็นปัจจัยที่ช่วยสนับสนุนให้บทบาทเภสัชกรสามารถขับเคลื่อนไปได้ สำหรับงานเภสัชกรรมปฐมนั้นเป็นบทบาทใหม่จึงยังมีความสำคัญที่เพื่อนร่วมงานหรือสหวิชาชีพควรเกิดการรับรู้ถึงเภสัชกรมีบทบาทหน้าที่อะไรบ้าง ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาว่าสหวิชาชีพที่ทำงานในระดับปฐมนั้นมีการรับรู้เกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ของเภสัชกรรมปฐมน้อยอย่างไร ข้อมูลที่ได้จะเป็นประโยชน์ในการส่งเสริมการรับรู้บทบาทเภสัชกรรมปฐมน้อยต่อไป

1.2 วัตถุประสงค์

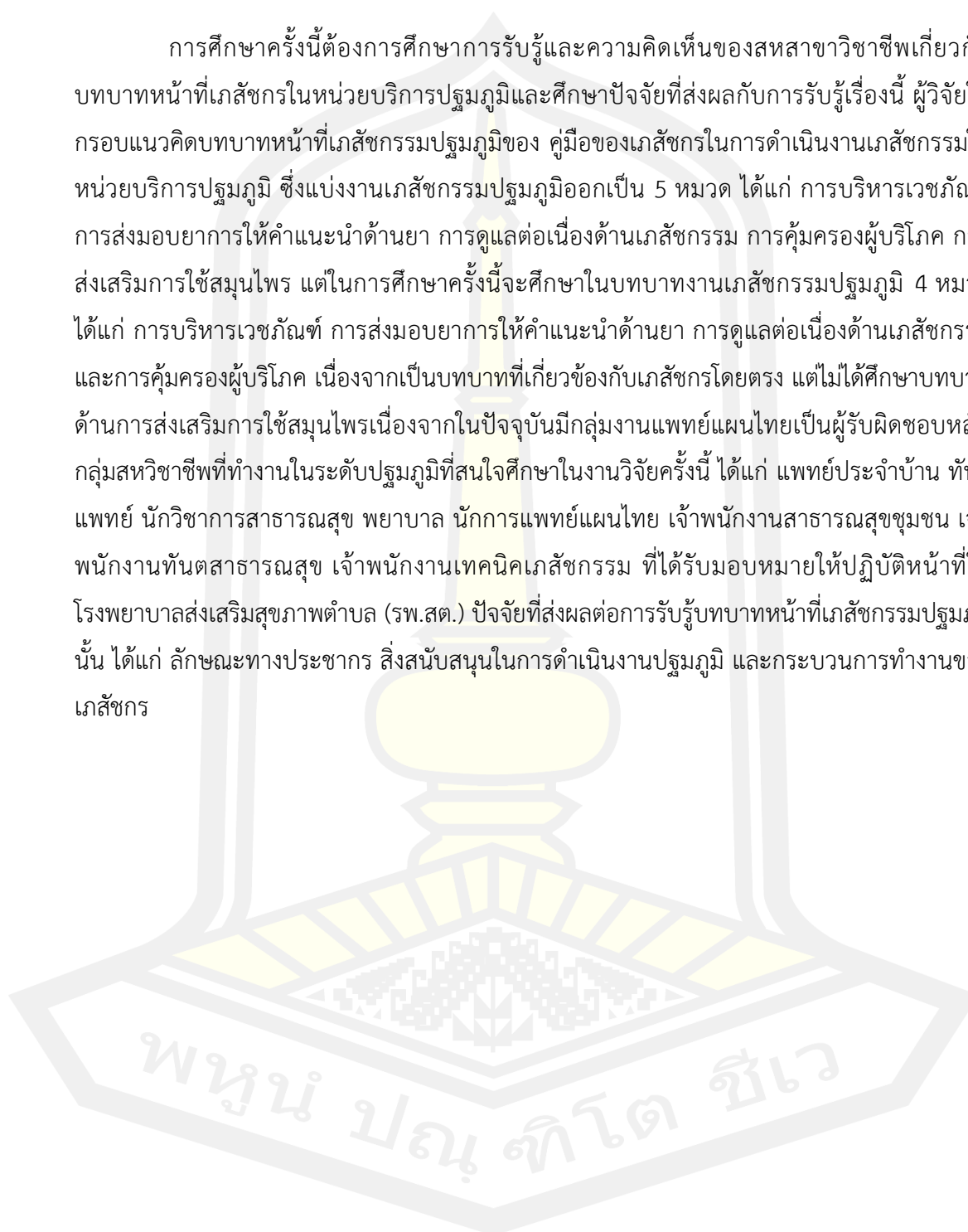
1.2.1 เพื่อศึกษาการรับรู้ของสหวิชาชีพเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่เภสัชกรในงานเภสัชกรรมปฐมน้อย

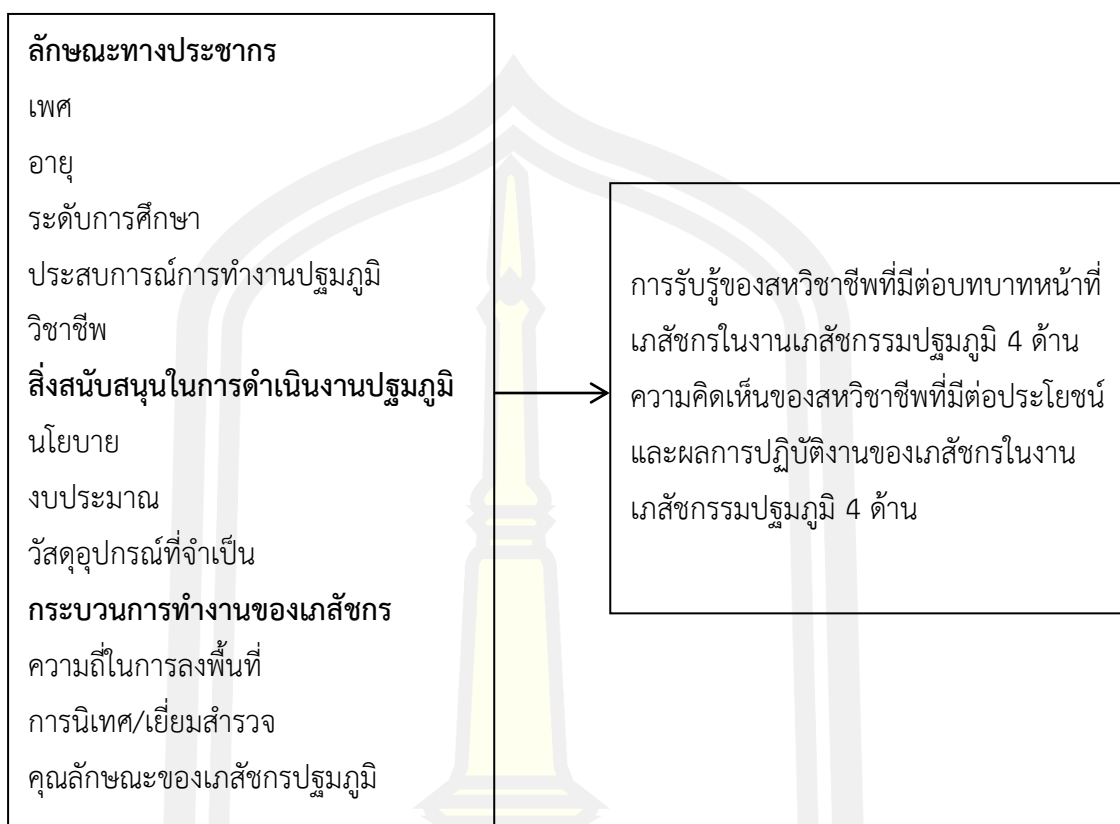
1.2.2 เพื่อศึกษาความคิดเห็นของสหวิชาชีพเกี่ยวกับประโยชน์และผลการปฏิบัติงานของงานเภสัชกรรมปฐมน้อย

1.2.3 เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้และความคิดเห็นของสหสาขาวิชาชีพเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่เภสัชกรในงานเภสัชกรรมปฐมน้อย

1.3 กรอบแนวคิด

การศึกษาคั้งนี้ต้องการศึกษาการรับรู้และความคิดเห็นของสหสาขาวิชาชีพเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่เภสัชกรในหน่วยบริการปฐมภูมิและศึกษาปัจจัยที่ส่งผลกับการรับรู้เรื่องนี้ ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดบทบาทหน้าที่เภสัชกรรมปฐมภูมิของ คู่มือของเภสัชกรในการดำเนินงานเภสัชกรรมในหน่วยบริการปฐมภูมิ ซึ่งแบ่งงานเภสัชกรรมปฐมภูมิต่อออกเป็น 5 หมวด ได้แก่ การบริหารเวชภัณฑ์ การส่งมอบยาการให้คำแนะนำด้านยา การดูแลต่อเนื่องด้านเภสัชกรรม การคุ้มครองผู้บริโภค การส่งเสริมการใช้สมุนไพร แต่ในการศึกษาคั้งนี้จะศึกษาในบทบาทงานเภสัชกรรมปฐมภูมิ 4 หมวด ได้แก่ การบริหารเวชภัณฑ์ การส่งมอบยาการให้คำแนะนำด้านยา การดูแลต่อเนื่องด้านเภสัชกรรม และการคุ้มครองผู้บริโภค เนื่องจากเป็นบทบาทที่เกี่ยวข้องกับเภสัชกรโดยตรง แต่ไม่ได้ศึกษาบทบาทด้านการส่งเสริมการใช้สมุนไพรเนื่องจากในปัจจุบันมีกลุ่มงานแพทย์แผนไทยเป็นผู้รับผิดชอบหลัก กลุ่มสหวิชาชีพที่ทำงานในระดับปฐมภูมิที่สนใจศึกษาในงานวิจัยคั้งนี้ ได้แก่ แพทย์ประจำบ้าน ทันตแพทย์ นักวิชาการสาธารณสุข พยาบาล นักการแพทย์แผนไทย เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข เจ้าพนักงานเทคนิคเภสัชกรรม ที่ได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติหน้าที่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ปัจจัยที่ส่งผลต่อการรับรู้บทบาทหน้าที่เภสัชกรรมปฐมภูมินั้น ได้แก่ ลักษณะทางประชากร สิ่งสนับสนุนในการดำเนินงานปฐมภูมิ และกระบวนการทำงานของเภสัชกร





ภาพประกอบที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

1.4 ขอบเขตของการศึกษา

เพื่อศึกษาการรับรู้และความคิดเห็นของสหวิชาชีพเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่เกสซ์กรในหน่วยบริการปฐุมภูมิ เขตบริการสุขภาพที่ 10 โดยเก็บข้อมูลบุคลากรทางด้านสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับงานเกสซ์กรกรมปฐุมภูมิกับสหวิชาชีพ 8 วิชาชีพ ดังนี้ แพทย์ประจำบ้านที่ออกตรวจในหน่วยบริการปฐุมภูมิ ทันตแพทย์ นักวิชาการสาธารณสุข พยาบาล นักการแพทย์แผนไทย เจ้าพนักงานสาธารณสุข ชุมชน เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข เจ้าพนักงานเทคนิคเกสซ์กรกรม โดยเป็นการวิจัยแบบสำรวจ (Survey Research) และเก็บข้อมูลสหวิชาชีพดังกล่าว ที่ทำงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เขตสุขภาพที่ 10 5 จังหวัด ได้แก่ อุบลราชธานี ศรีสะเกษ ยโสธร อำนาจเจริญ และมุกดาหาร เก็บข้อมูลในระหว่างเดือนมกราคม – พฤศจิกายน 2564

1.5 นิยามศัพท์เฉพาะ

การรับรู้ของสหวิชาชีพเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่เภสัชกรในงานเภสัชกรรมปฐมภูมิ หมายถึง การที่สหสาขาวิชาชีพ หรือรับทราบ เกี่ยวกับหน้าที่ของเภสัชกรในการทำงานเภสัชกรรมปฐมภูมิ

บทบาทหน้าที่ของเภสัชกรในงานเภสัชกรรมปฐมภูมิ หมายถึง การให้บริการสุขภาพโดยเภสัชกร ในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชนซึ่งในการศึกษารั้งนี้สนใจบทบาทหน้าที่ของเภสัชกร 4 ด้าน ได้แก่ การบริหารเวชภัณฑ์ การส่งมอบยาและการให้คำแนะนำด้านยา การดูแลต่อเนื่องด้านเภสัชกรรม และการคุ้มครองผู้บริโภค

การบริหารเวชภัณฑ์ หมายถึง การดูแลระบบจัดหาและจัดเก็บยาของสถานหน่วยบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงยาที่จำเป็นได้อย่างเสมอภาค ปลอดภัย และเพียงพอ

การส่งมอบยาการให้คำแนะนำด้านยา หมายถึง กระบวนการจ่ายยาและการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการใช้ยา ให้กับผู้ป่วยให้ถูกต้องเหมาะสม และปลอดภัยมากที่สุด โดยมีความถูกต้องเหมาะสมทุกกระบวนการ ตั้งแต่การสั่งใช้ ตรวจสอบ การจ่ายยา ไปจนถึงผู้ป่วยได้รับยา

การดูแลต่อเนื่องด้านเภสัชกรรม หมายถึง กระบวนการบริหารทางเภสัชกรรมที่บ้าน เพื่อแก้ปัญหาการใช้ยาใน ระดับบุคคล และครอบครัว ที่มีประสิทธิภาพ ป้องกันปัญหาที่เกี่ยวกับยา ประเมินและติดตามผลการใช้ยา

การคุ้มครองผู้บริโภค หมายถึง กระบวนการเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพและยาในชุมชน รวมถึงออกแบบระบบการเฝ้าระวังปัญหาดังกล่าว และบังคับใช้กฎหมาย เพื่อให้ผู้บริโภคในชุมชนปลอดภัยจากการบริโภคยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพที่จัดจำหน่ายในชุมชน

สหวิชาชีพ หมายถึง กลุ่มบุคคลที่ได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับการทักษะ ความรู้ เครื่องมือ และความสามารถเฉพาะด้านที่แตกต่างกันมาทำงานร่วมกัน ได้แก่ แพทย์ประจำบ้าน ทันตแพทย์ นักวิชาการสาธารณสุข พยาบาล นักการแพทย์แผนไทย เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข เจ้าพนักงานเทคนิคเภสัชกรรม เพื่อมุ่งแก้ไขปัญหาร่วมกันอย่างมีระบบ และเป็นกระบวนการ โดยอยู่บนพื้นฐานของเป้าหมาย และวัตถุประสงค์เดียวกันในการปฏิบัติงาน โดยจะมีการติดต่อสื่อสารระหว่างกันอย่างต่อเนื่องเพื่อการประเมินสภาพการณ์ของปัญหา และมีความรับผิดชอบร่วมกันทั้งกระบวนการ

1.6 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1.6.1 นำข้อมูลการรับรู้บทบาทหน้าที่ของสหสาขาวิชาชีพต่อการทำงานของเภสัชกร
ในหน่วยบริการปฐมภูมิมาใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อวิชาชีพเภสัชกรรมในอนาคต

1.6.2 เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการปรับปรุงพัฒนาการทำงานของเภสัชกรให้เป็นไปตามที่
มาตรฐานกำหนด

1.6.3 เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการออกแบบวิธีการกระตุ้นการรับรู้ให้สหสาขาวิชาชีพรู้จัก เข้าใจ
บทบาทของเภสัชกรในหน่วยบริการปฐมภูมิให้มากขึ้น



บทที่ 2

แนวคิด ทฤษฎี และ งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาการรับรู้และความคิดเห็นของสหวิชาชีพเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่เภสัชกรในงานเภสัชกรรมปฐมภูมิ เขตบริการสุขภาพที่ 10 ครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรม แนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังนี้

- 2.1 แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้
- 2.2 แนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลเกี่ยวกับการปฏิบัติงานและการรับรู้
- 2.3 สหวิชาชีพด้านสาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิ
- 2.4 บทบาทหน้าที่ของเภสัชกรรมปฐมภูมิ
- 2.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.1 แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้

2.1.1 ความหมายเกี่ยวกับการรับรู้

การรับรู้เป็นกระบวนการที่คนเราจะเข้าใจสิ่งเร้าสิ่งหนึ่งที่ปรากฏขึ้นกับประสาทสัมผัสส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกายเรา การรับสัมผัสเป็นเพียงข้อมูลดิบ แต่ข้อสรุปที่ได้จากการรวบรวมข้อมูลทั้งหมดจากอวัยวะรับสัมผัสเข้าด้วยกันนั้นเป็นการรับรู้ แต่ข้อสรุปที่ได้จากการรวบรวมข้อมูลทั้งหมดจากอวัยวะรับสัมผัสเข้าด้วยกันนั้นเป็นการรับรู้ นอกจากนี้การรับรู้ยังเป็นสิ่งที่กำหนดความต้องการแรงจูงใจ และทัศนคติของผู้รับสารอีกด้วย (ชนัญชิตา คำมินเศก, 2552)

การรับรู้เป็นกระบวนการในการตีความข่าวสาร เพื่อให้เกิดความเข้าใจ (เสรี วงษ์มณฑา, 2542)

มนุษย์มีสิ่งกระตุ้นต่างๆ อยู่ตลอดเวลา มีสิ่งที่ย้อนเข้าสู่การรับรู้ของมนุษย์อยู่ตลอดเวลา ซึ่งสิ่งกระตุ้นต่างๆ จำนวนมากขึ้นอาจก่อให้เกิดความสับสนหรือความเข้าใจผิดต่อสิ่งแวดล้อมของเราได้ อย่างไรก็ตามปัญหาดังกล่าวมีแนวโน้มว่าจะไม่เกิดขึ้น เนื่องจากการรับรู้ไม่ได้มีหน้าที่ของการเปิดรับข้อมูลทางความรู้สึกทุกอย่างที่ผ่านเข้ามาทั้งหมดแต่เพียงอย่างเดียวเท่านั้น (Schiffman and Kanuk, 2004)

นวลศิริ เปาโรหิตย์ ให้ความหมายการรับรู้ว่า การรับรู้หมายถึงขบวนการแปลความหมายของสิ่งเร้าที่เข้ามากระทบกับประสาทสัมผัสต่างๆ ของเราและในการแปลความหมาย

อย่างนั้นขึ้นอยู่กับประสบการณ์ในอดีตของเรา และสภาพจิตใจในปัจจุบัน เป็นการสร้างความหมายเกี่ยวกับโลกภายนอกให้กับเราเอง (นวลศิริ เปาโรหิตย์, 2535)

ณัฐวุฒิ สง่างาม ให้ความหมายว่า การรับรู้ หมายถึง กระบวนการที่ผู้บริโภคลือเลือกที่จะรับรู้ สรุปลงและตีความหมายจากการรับรู้สิ่งใดสิ่งหนึ่งที่สัมผัส เพื่อที่จะสร้างภาพในสมองให้เป็นภาพที่มีความหมายและมีความกลมกลืน (ณัฐวุฒิ สง่างาม, 2554)

จากความหมายของการรับรู้ที่กล่าวมา สรุปได้ว่า การรับรู้คือการแสดงออกถึงความรู้สึกนึกคิด ความรู้ ความเข้าใจในเรื่องต่างๆ ซึ่งเกิดขึ้นในใจของแต่ละบุคคล โดยผ่านกระบวนการตีความหมายหรือแปลความหมายของข้อมูลที่เราจากอวัยวะรับความรู้สึกแล้วจึงแสดงออกถึงความรู้ความเข้าใจจากการตีความหมายนั้น แล้วนำไปสู่การตอบสนองต่อไป

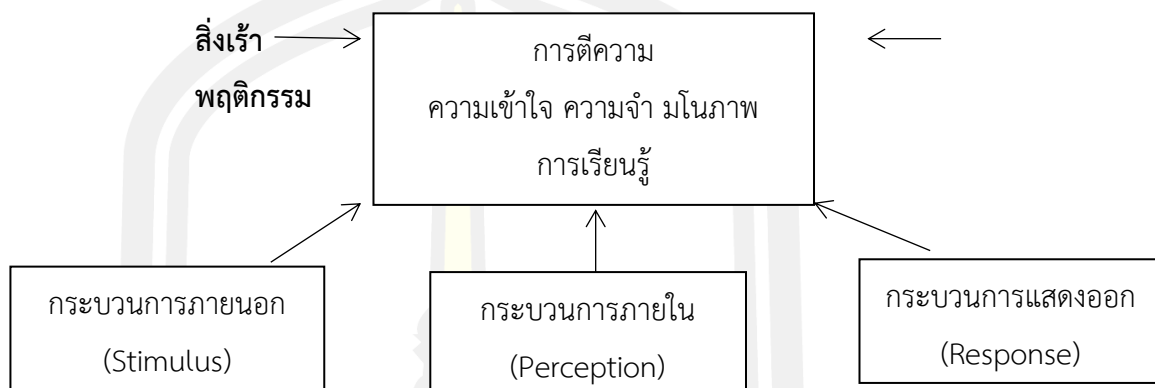
2.1.2 กระบวนการรับรู้

พีชนี เชยจรรยา และคณะ กล่าวว่า กระบวนการรับรู้ หมายถึง การรับรู้เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นโดยไม่รู้ตัวหรือตั้งใจ และมักเกิดตามประสบการณ์และการสังมทางสังคมโดยที่เราไม่สามารถให้ความสนใจกับสิ่งต่างๆ รอบตัวต่างกัน เมื่อได้รับสารเดียวกัน ผู้รับสารสองคนอาจให้ความสนใจและรับรู้สารเดียวกันต่างกัน โดยทั่วไปการรับรู้ที่แตกต่างกันเกิดจากอิทธิพลหรือตัวกรอง (Filler) ดังนี้

1. แรงผลักดันหรือแรงจูงใจ (Motives) เรามักเห็นในสิ่งที่เราต้องการเห็นและได้ยินในสิ่งที่เราต้องการได้ยิน เพื่อสนองความต้องการของตนเอง
2. ประสบการณ์เดิม (Past Experiences) คนเราต่างเติบโตขึ้นในสภาพแวดล้อมต่างกันหรือถูกเลี้ยงดูด้วยวิธีต่างกันและคบหาสมาคมกับคนต่างกัน จึงมีการรับรู้ที่แตกต่างกันตามประสบการณ์เดิมที่ต่างกัน
3. กรอบอ้างอิง (Frame of Reference) ซึ่งเกิดจากการสังมอบรมทางครอบครัวและสังคม ดังนั้นคนต่างศาสนากันจึงมีความเชื่อและทัศนคติในเรื่องต่างๆ กันได้
4. สภาพแวดล้อม เช่นคนที่อยู่ในสภาพแวดล้อมต่างกัน อุณหภูมิ บรรยากาศ สถานที่ ฯลฯ จะตีความสารที่ได้รับนั้นแตกต่างกัน
5. สภาวะจิตใจและอารมณ์ ได้แก่ ความโกรธ ความกลัว ฯลฯ คนเราสภาพจิตใจและอารมณ์ที่แตกต่างกันก็จะมีมุมมองที่จะรับรู้สารแตกต่างกัน

กล่าวโดยสรุป การรับรู้ของบุคคลเป็นผลมาจากสภาพร่างกายหรือความสามารถทางกายภาพของบุคคล (Individual Biology or Physical Ability) การเรียนรู้ทางสังคมและวัฒนธรรม (Cultural Training) และลักษณะทางจิตวิทยาของบุคคล (Personal Psychology) ดังนั้น การรับรู้ของบุคคลจะแตกต่างกันไปตามลักษณะภูมิหลังของแต่ละบุคคล(พีชนี เชยจรรยา และคณะ, 2543)

สมภพ สุขกลัด กล่าวไว้ว่า กระบวนการรับรู้เป็นกระบวนการที่คาบเกี่ยวกันระหว่างความเข้าใจ ความรู้สึก ความจำ การเรียนรู้ การตัดสินใจ และการแสดงพฤติกรรม(สมภพ สุขกลัด, 2543) ดังภาพที่ 2.3 ดังนี้



ภาพประกอบที่ 2 แบบจำลองกระบวนการรับรู้

จำเนียร โชติช่วง กล่าวไว้ว่า กระบวนการของการรับรู้จะเกิดขึ้นได้ต้องประกอบด้วย

1. อาการสัมผัส หมายถึงอาการที่อวัยวะรับสัมผัสสิ่งเร้า หรือสิ่งเร้าผ่านเข้ามากระทบกับอวัยวะรับสัมผัสต่างๆ เพื่อให้เรารับรู้ภาวะแวดล้อมรอบตัว
2. การแปลความหมายจากอาการ ส่วนสำคัญที่จะช่วยทำให้การแปลความตี หรือถูกต้องเพียงใดนั้นต้องอาศัยองค์ประกอบคือ (1)สติปัญญาหรือความเฉลียวฉลาด (2) การสังเกตหรือพิจารณา (3) ความสนใจหรือความตั้งใจ (4) คุณภาพของจิตใจขณะนั้น
3. ความรู้เดิม หรือประสบการณ์เดิม ได้แก่ ความคิด ความรู้ และการกระทำที่ได้เคยปรากฏแก่ผู้นั้นมาแล้วในอดีต มีความสำคัญมากสำหรับช่วยในการตีความ หรือแปลความหมายของการสัมผัสได้แจ่มชัด ความรู้เดิมและประสบการณ์เดิมที่ได้สะสมไว้ สำหรับช่วยในการแปลความหมายของการสัมผัสได้แจ่มชัด ความรู้เดิมและประสบการณ์เดิมและประสบการณ์เดิมที่ได้สะสมไว้ สำหรับช่วยในการแปลความหมายได้ดีนั้น จะต้องมีคุณสมบัติคือ (1) เป็นความรู้ที่แน่นอน ถูกต้อง ชัดเจน (2) ต้องมีปริมาณมาก กล่าวคือ รู้หลายอย่างจึงจะช่วยแปลความหมายต่างๆ ได้สะดวกและถูกต้อง

สรุปได้ว่า การรับรู้เป็นกระบวนการเบื้องต้นที่แสดงออกถึงความรู้สึกนึกคิด และนำผู้รับสารไปสู่การมีความรู้จนไปสู่การเปลี่ยนแปลงทัศนคติและพฤติกรรม มักเกิดขึ้นตามประสบการณ์ และการสั่งสมทางสังคมของผู้รับสาร กระบวนการรับรู้มีความแตกต่างกันทั้งในลักษณะของผู้รับสารและทางจิตวิทยาของผู้รับสาร (จำเนียร โชติช่วง, 2523)

2.1.3 กระบวนการรับรู้และเลือกสรร

ด้วยความสามารถที่จำกัดของมนุษย์จึงทำให้ต้องเลือกสรรข่าวสารที่จะเปิดรับ การเลือกเปิดรับนี้แตกต่างกันออกไปตามประสบการณ์ ความเชื่อ ลักษณะทางประชากร ฯลฯ ของผู้รับสาร และมีแนวโน้มที่จะเปิดรับหรือปฏิเสธข่าวสารที่ขัดแย้งกับระบบความเชื่อ ค่านิยม ประสบการณ์ และข่าวสารที่สะสมไว้ดั้งเดิม ผ่านกระบวนการคัดเลือกข่าวสารแต่ละขั้น ทำให้ปริมาณข่าวสารที่รับรู้จดจำ และเรียกออกมาขึ้นอยู่กับกระบวนการคัดเลือกเพื่อนำมาใช้แล้วแต่สิ่งแวดล้อมและประสบการณ์ของแต่ละคน ซึ่ง Klapper อธิบายกระบวนการเลือกสรร (Selectivity Process) ของมนุษย์มีขั้นตอน ดังนี้

1. การเลือกรับ (Selective Exposure) เป็นขั้นตอนแรกของการเลือกสรรในกระบวนการสื่อสารของมนุษย์ ซึ่งจะแปรเปลี่ยนไปตามทักษะและความชำนาญในการรับรู้และการทำความเข้าใจข่าวสารของบุคคลนั้น รูปแบบสารที่รับก็แตกต่างกันไป บางคนนัดเขียนมากกว่านัดพูด หรือนัดฟังมากกว่านัดอ่าน สิ่งเหล่านี้เป็นตัวกำหนดการเลือกรับสื่อและข่าวสารต่างๆ ของมนุษย์ บางคนจึงเลือกที่จะอ่านหนังสือในขณะที่บางคนเลือกที่จะดูโทรทัศน์

2. การเลือกให้ความสนใจ (Selective Attention) จากข้อจำกัดในระบบความจำของมนุษย์ ซึ่งมีความสามารถในการรับรู้ของข้อมูลเพียง 500 ส่วนใน 1 วินาทีเท่านั้น แต่ในเวลาหนึ่งๆ สมองคนเราถูกกระตุ้นจากสิ่งเร้าและข่าวสารมากมาย ทั้งจากภายในและภายนอก จึงต้องคัดเลือกข่าวสารที่เข้ามาระทบประสาทสัมผัสตลอดเวลา และกรองเฉพาะที่เกี่ยวข้อง ตรงกับความสนใจ และตรงกับความต้องการของตน

3. การเลือกรับรู้และตีความหมาย (Selective Perception and Interpretation) เมื่อมีการเปิดรับข่าวสาร บุคคลต้องเลือกรับรู้และตีความหมายข่าวสาร เนื่องจากไม่สามารถจดจำข่าวสารได้ทั้งหมดแม้ว่าจะคัดเลือกมาแล้วในระดับหนึ่ง โดยตีความหมายของข่าวสารนั้นให้สอดคล้องตรงกับประสบการณ์ อารมณ์ ความรู้สึกนึกคิด ทศนคติ ค่านิยมเดิมของตน แล้วทิ้งหรือปรับข่าวสารที่ไม่สอดคล้องกับข่าวสารเดิมในตอนนี้ ด้วยการปรับสารและตีความหมายสารให้สอดคล้องกับความคิด ความเชื่อ และประสบการณ์เดิมนี ทำให้ผู้รับสารแต่ละคนตีความสารเดียวกันแตกต่างกันออกไป จึงเป็นขั้นตอนที่ทำให้การสื่อสารล้มเหลวได้

4. การเลือกจดจำ (Selective Retention) เมื่อตีความหมายแล้ว คนเรายังเลือกจดจำสารไว้ในระบบความจำ โดยจัดระเบียบข่าวสารให้สามารถเรียกกลับมาใช้ได้ในอนาคต ซึ่งข่าวสารที่มนุษย์เลือกจดจำไว้ มักเป็นข่าวสารที่ช่วยเสริม ช่วยย้ำ และสนับสนุนความรู้สึก ความคิด ทศนคติ ค่านิยม ของแต่ละคนที่มีอยู่แล้วให้ชัดเจนยิ่งขึ้น เมื่อต้องการแก้ปัญหา ตัดสินใจ หรือเกิดความขัดแย้ง ระหว่างข่าวสารเก่ากับข่าวสารใหม่ก็เรียกข่าวสารนั้นออกมาใช้งานได้ (Klapper, 1960)

ในส่วนของการรับรู้ที่เกี่ยวข้องกับทัศนคติของสทวิชาชีพนั้น เป็นกระบวนการซึ่งสิ่งเร้าที่มากระทบต่อประสาทสัมผัสได้รับการเลือกสรร จัดระเบียบ และตีความไปในทางใดทางหนึ่ง การศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้จึงเน้นศึกษาว่า งานเภสัชกรรมปฐมภูมิเพิ่มหรือลดค่าของสิ่งเร้า (ในที่นี้คือแบบสอบถามการรับรู้บทบาทหน้าที่ของเภสัชกรในงานเภสัชกรรมปฐมภูมิ) ในด้านใดบ้าง ซึ่งปรากฏการณ์ดังกล่าว เป็นผลจากการที่สทวิชาชีพเลือกตีความหมาย บทบาทหน้าที่ของเภสัชกรในงานเภสัชกรรมปฐมภูมิไปในทางใดทางหนึ่ง

2.1.4 องค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้

นวลศิริ เปาโรหิตย์ ได้กล่าวว่า สิ่งที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ในจิตใจของผู้รับรู้ คือ การที่บุคคลเลือกรับรู้สิ่งใดก่อนหลังมากน้อยอย่างไรนั้นขึ้นอยู่กับลักษณะของผู้รับรู้ ปัจจัยเกี่ยวกับลักษณะของผู้รับรู้แบ่งเป็น 4 ด้าน คือความสนใจ ความคาดหวัง ความต้องการ และการเห็นคุณค่า คุณสมบัติของสิ่งเร้าภายนอกที่มีต่อความสนใจ คุณสมบัติภายนอกที่ทำให้คนเราเกิดความสนใจที่จะรับรู้ หรือทำให้การรับรู้ของคนเรากลายเคลื่อนไปจากความเป็นจริง ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงสิ่งเร้า ขนาดสิ่งเร้า การเคลื่อนไหวของสิ่งเร้า และการเกิดซ้ำๆ กันของสิ่งเร้า(นวลศิริ เปาโรหิตย์, 2544)

ในขณะที่ Assael ได้แบ่งกระบวนการรับรู้ออกเป็น 3 ขั้นตอนใหญ่ๆ คือ

1. การเลือกหรือคัดสรรทางการรับรู้(Perceptual Selection)
2. การจัดระเบียบทางการรับรู้(Perceptual Organization)
3. การตีความทางการรับรู้(Perceptual Interpretation) (Assael, 1998)

สรุปได้ว่า องค์ประกอบที่มีอิทธิพลทำให้การรับรู้ของบุคคลแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับปัจจัยสองประการคือ องค์ประกอบอันเนื่องมาจากบุคคล และองค์ประกอบจากภายนอก

2.1.5 ประเภทของการรับรู้

กมลรัตน์ หล้าสูงษ์ ได้แบ่งการรับรู้แบ่งเป็น 4 ประเภท คือ

1. การรับรู้ทางอารมณ์ หมายถึง การรับรู้ความรู้สึกที่เกิดขึ้นภายในจิตใจ เช่น ความรู้สึกดีใจ ตื่นเต้น รัก เสียใจ เป็นต้น
2. การรับรู้ลักษณะของบุคคล ต้องอาศัยการแปลข้อมูล 3 ประการคือ ลักษณะทางกายภาพ เช่น รูปร่าง หน้าตา สีผิว พฤติกรรม เช่น การยิ้ม การหัวเราะ การพูดคุย การเดิน คำบอกเล่าจากผู้ใกล้ชิด เช่น ญาติพี่น้อง เพื่อน
3. การรับรู้ภาพพจน์ของกลุ่มบุคคล หมายถึง มโนภาพ หรือมโนคติของสิ่งต่างๆ ตามที่บุคคลรับรู้ เป็นภาพที่อยู่ในความคิด หรือจินตนาการของบุคคล หรือการที่บุคคลสามารถบอกลักษณะของภาพเหล่านั้นให้ผู้อื่นรับทราบได้

4. การรับรู้ปรากฏการณ์ทางสังคม เป็นการตีความ หรือการแปลความหมายสิ่งต่างๆ หรือเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในสังคมตามความเชื่อของตนเองเพื่อให้เข้าใจ และสามารถอธิบายสิ่งต่างๆ เหล่านั้นได้ การรับรู้ปรากฏการณ์ทางสังคมนั้นขึ้นอยู่กับสาเหตุสำคัญคือ

ระดับความรู้ หมายถึง การที่บุคคลมีความรู้ ความสามารถประสบการณ์เชิงวิชา ปัญญา หรือความเฉลียวฉลาด เมื่อต่างกันย่อมมีผลในการตีความต่อสิ่งต่างๆ ได้แตกต่างกันด้วย

การเปลี่ยนการรับรู้ คือ ถ้าผู้มีความรู้ต่ำเมื่อได้มีโอกาสสนทนาหรืออภิปรายกับผู้ที่มีการรับรู้สูง ก็อาจถูกผู้มีการรับรู้สูงเปลี่ยนแนวคิดหรือเปลี่ยนแนวทางการรับรู้ได้ (กมลรัตน์ หล้าสูงษ์, 2524)

2.1.6 การวัดการรับรู้

กมลรัตน์ หล้าสูงษ์ กล่าวว่า การวัดการรับรู้ในส่วนใหญ่นั้นแล้วใช้วิธีการที่คล้ายคลึงกับการวัดเจตคติ การวัดค่านิยมและการวัดบุคลิกภาพ ทั้งนี้ก็เพราะว่าการรับรู้เป็นส่วนหนึ่งของเจตคติการวัดค่านิยม และการวัดบุคลิกภาพ การวัดการรับรู้จึงรวบรวมได้ ดังนี้

1. การสังเกต (observation)

1.1 สังเกตที่ใบหน้าของบุคคลว่ามีการแสดงออกทางหน้าตาอย่างไร

1.2 สังเกตที่แววตา หรือสายตา

1.3 พิจารณาที่บุคลิกภาพ ท่าทางของร่างกาย เช่น การวางตัว อากา

ตืนเต้นมากน้อยเพียงใด

1.4 พิจารณาที่เจตนาารมณ์ของบุคคลว่าพฤติกรรมที่แสดงออกมาเป็นอย่างไร

2. การใช้แบบสอบถาม(questionnaire) ดังนี้

2.1 แบบสอบถามที่มีคำถามเป็นข้อความที่มีเพียงความคิดเดียว โดยให้เลือกตอบว่า เห็นด้วย-ไม่เห็นด้วย ใช่-ไม่ใช่ ถูก-ผิด ซึ่งในบางครั้งอาจมีคำว่า ไม่แน่ใจ อยู่ด้วยก็ได้

2.2 แบบสอบถามที่คำถามมีหลายตัวเลือกเป็นมาตรวัด (Scaling) เป็นคำถามที่มีประโยคคำถามและมีคำตอบที่เป็นระดับการรับรู้ว่า มากน้อยเพียงใด โดยแบ่งออกเป็น 2 ระดับ คือ ปฏิบัติ ไม่ปฏิบัติ หรือ 3 ระดับ คือ ปฏิบัติ ปฏิบัติบางครั้ง ไม่ได้ปฏิบัติ หรือ 5 ระดับ เช่น ปฏิบัติมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด

การใช้แบบทดสอบเครื่องมือทางจิตวิทยาและแบบทดสอบ โดยผู้ทำการทดสอบเสนอสิ่งเร้า แก่ผู้ถูกทดสอบ เพื่อให้แสดงพฤติกรรมหรือคำตอบออกมา สิ่งเร้าเหล่านั้นอาจเป็นรูปภาพหรือสิ่งอื่นก็ได้(กมลรัตน์ หล้าสูงษ์, 2524)

2.2 แนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลเกี่ยวกับการปฏิบัติงานและการรับรู้

มีผู้ให้เหตุผลเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงาน แตกต่างกันดังนี้

เซอร์เมอร์ฮอร์น และคณะ ระบุว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานของบุคคล (Individual Performance Factor) ประกอบด้วย 3 ส่วน คือลักษณะส่วนบุคคล ความพยายามในการทำงานและการสนับสนุนจากองค์กร รายละเอียดดังนี้

1. ลักษณะส่วนบุคคล (Individual Attributes)

1.1 ลักษณะประชากร (Demographic Characteristic) ได้แก่ เป็นตัวแปรที่ช่วยให้เห็นถึงภูมิหลังของบุคคล เช่น เพศ อายุ เชื้อชาติ สถานะทางเศรษฐกิจ สังคม สถานที่อยู่อาศัย ขนาดของครอบครัว ตลอดจนสิ่งอื่น ๆ ที่คล้ายคลึงกัน อย่างไรก็ตาม ลักษณะประชากรอย่างเดียวยังเป็นไม่เพียงพอที่จะแสดงถึงผลการปฏิบัติงานที่ดี ทั้งนี้ยังมีสิ่งที่เกี่ยวข้อง คือ ความรู้ ความสามารถ และหรือลักษณะทางจิตวิทยา

1.2 ความรู้ ความสามารถ (Competency Characteristic) ได้แก่ เป็นสิ่งหนึ่งที่สำคัญในการพิจารณาเลือกคนเพื่อมาปฏิบัติงาน ความรู้ความสามารถเป็นแรงจูงใจอย่างหนึ่งที่สมารถกระตุ้นให้เกิดความพยายามในการทำงานเป็น

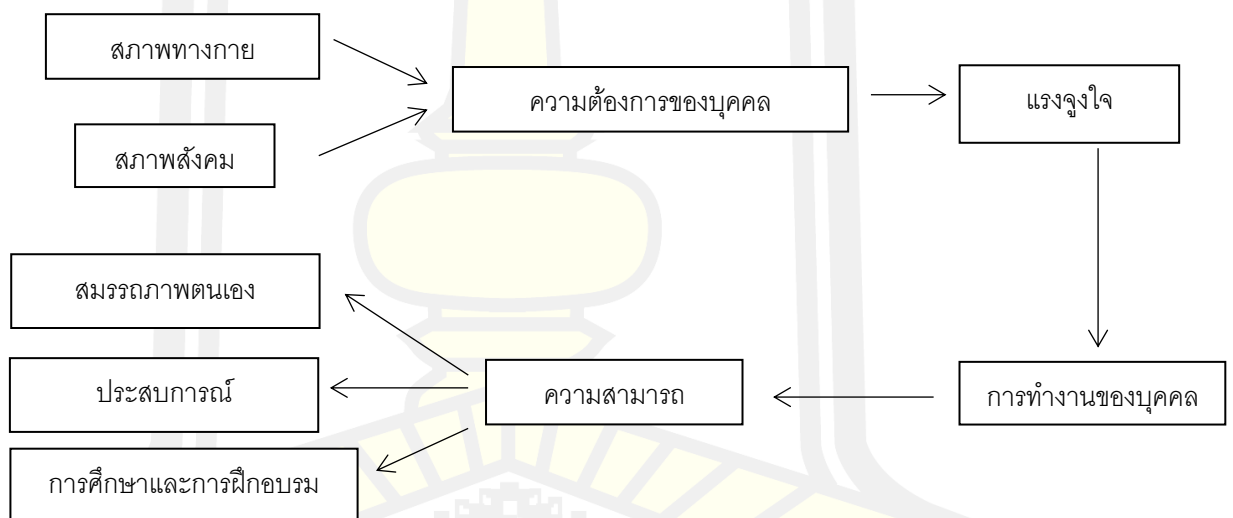
2. ความพยายามในการทำงาน (Work Effort) คุณลักษณะของบุคคลที่มีความเหมาะสมกับความจำเป็นของงานนั้น ยังไม่สามารถที่ทำให้บุคคลมีผลการปฏิบัติงานในระดับที่สูงได้ โดยต้องมีอีกตัวแปรที่สำคัญ คือ ความพยายามในการทำงาน ซึ่งเป็นสิ่งที่แสดงถึงความปรารถนาที่จะปฏิบัติงาน นั่นคือ ต้องมีแรงจูงใจที่จะทำงาน (Motivation to work) เป็นแรงผลักดันภายในตัวบุคคลที่มีผลโดยตรง และคงไว้ซึ่งความพยายามในการทำงาน คนที่มีแรงจูงใจในระดับสูงจะทำงานอย่างจริงจัง แรงจูงใจจึงเป็นสิ่งหนึ่งที่สำคัญที่จะช่วยกำหนดความพยายามในการทำงาน

3. การสนับสนุนจากองค์กร (Organization Support) ในการปฏิบัติงานของบุคคล จึงจำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนจากองค์กรที่ปฏิบัติอยู่ บุคคลที่มีลักษณะบุคคลีตรงกับความต้องการของงานและได้รับการจูงใจในระดับสูง อาจไม่เป็นผู้ปฏิบัติงานที่ดี หากได้รับการสนับสนุน ที่ไม่เพียงพอจากหน่วยงาน หรือที่เรียกว่าข้อจำกัดด้านสถานการณ์ (Situation Coustraint) เช่น ขาดเวลาที่จะทำงาน งบประมาณ เครื่องมือเครื่องใช้ และวัสดุอุปกรณ์ไม่เพียงพอ ข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวกับการทำงานไม่ชัดเจน ระดับความคาดหวังของผลการปฏิบัติงานที่ไม่เหมาะสม ขาดอำนาจหน้าที่เกี่ยวกับงาน ขาดการช่วยเหลือจากผู้ที่เกี่ยวข้องและขั้นตอนการปฏิบัติงานที่ไม่ยืดหยุ่น เป็นต้น สิ่งเหล่านี้มีผลต่อการปฏิบัติงานของบุคคลทั้งสิ้น (Schermerhorn et al, 1991)

พอร์เตอร์และลอว์เลอร์ กล่าวว่า การรับรู้บทบาท เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงาน ถ้าหากการรับรู้บทบาทไม่ถูกต้องแล้วผลของการปฏิบัติงานจะเท่ากับศูนย์ ถึงแม้ว่าความสามารถและแรงจูงใจจะอยู่ในระดับสูงก็ตาม (Porter and Lawler, 1968)

สเทียร์และพอร์เตอร์ กล่าวว่า ความสามารถ(Ability) การรับรู้บทบาท(Role perception) และการจูงใจ(Motivation) ทำให้ผลการปฏิบัติงานของบุคคลต่างกัน (Steer and Porter, 1979)

เสริมศักดิ์ วิศาลาภรณ์ กล่าวว่า ในการทำงานของมนุษย์ (Job performance) ขึ้นอยู่กับสิ่งที่สำคัญ 2 ประการคือ แรงจูงใจ (Motivation) และความสามารถ(Ability) ซึ่งแรงจูงใจของมนุษย์ขึ้นอยู่กับความต้องการของบุคคลและความต้องการนี้เป็นผลทางสภาพกาย(Physical Condition) สภาพของสังคมที่บุคคลที่บุคคลอาศัยอยู่ (Social condition) ส่วนความสามารถของมนุษย์เป็นผลมาจากสิ่งสำคัญ 3 ประการ คือ ความสามารถทางสมอง ประสบการณ์ การศึกษา และการฝึกอบรม(เสริมศักดิ์ วิศาลาภรณ์, 2525)



ที่มา : เสริมศักดิ์ วิศาลาภรณ์, พฤติกรรมผู้นำทางการศึกษา (กรุงเทพมหานคร: ไทยวัฒนาพานิช, 2525, 132)

ภาพประกอบที่ 3 องค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อการทำงานของบุคคล

ธงชัย สันติวงษ์ และชัยยศ สันติวงษ์ กล่าวว่า ปัจจัยด้านลักษณะส่วนบุคคลที่สำคัญ ได้แก่ อายุ เพศ ประสบการณ์ สถานภาพสมรส และระดับการศึกษา ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงาน (ธงชัย สันติวงษ์ และชัยยศ สันติวงษ์, 2535)

จากที่กล่าวมาข้างต้นสรุปได้ว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของบุคคล ประกอบด้วย ลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สภาพสมรส วุฒิการศึกษา ระยะเวลาในการปฏิบัติงานใน ตำแหน่ง ความพยายามในการทำงาน การสนับสนุนจากองค์กร ได้แก่ กำลังคน วัสดุอุปกรณ์ งบประมาณและการบริหารจัดการภายในหน่วยงาน รวมถึงผู้ปฏิบัติงานต้องรับรู้ถึงบทบาทที่ถูกต้อง ในการปฏิบัติงานของตนเองด้วย

2.3 สหวิชาชีพด้านสาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิ

เรารู้และยอมรับกันทั่วโลกว่าการร่วมกันดูแลสุขภาพประชาชนเป็นทีมสหวิชาชีพจะ ดีกว่าทุกอย่างที่ต้องเริ่มและจบลงที่แพทย์ โดยเฉพาะประเทศไทยที่มีอัตราส่วนแพทย์ต่อประชากร น้อยกว่าในประเทศอังกฤษ (ปี 2553 ไทยมีอัตราแพทย์ต่อประชากร 1:2,893 อังกฤษ 1:357) ไม่ เฉพาะแพทย์รวมทั้งบุคลากรด้านอื่น ๆ ไทยก็ยังน้อยกว่าด้วย ทำให้เราไม่สามารถมีแพทย์ประจำ ครอบครัว ให้การดูแลสุขภาพที่อาศัยใกล้ ๆ กับคลินิกได้แบบประเทศอังกฤษ แต่การขาดแคลน กลับเป็นข้อดีเพราะทำให้หน่วยงานปฐมภูมิต้องเริ่มต้นดูแลสุขภาพประชาชนในพื้นที่จากทีมสหวิชาชีพที่ต้อง ร่วมช่วยเหลือกันเป็นทีม การดูแลด้วยสหวิชาชีพในท้องถิ่นไกลทุรกันดารโดยไม่จำเป็นต้องเดินทางไกลเป็นการลดภาระค่าใช้จ่ายของประชาชน หากเจ็บป่วยหนักมีบริการส่งต่อคนไข้ เมื่อเจ็บป่วย เรื้อรังเดินทางไม่ได้ระบบที่ดีควรจะมีที่ปรึกษากับญาติและผู้ดูแลโดยออกติดตามเยี่ยมถึงบ้าน โดย เรียกการทำงานด้านสาธารณสุขแบบนี้ว่า “ทีมหมอครอบครัว” (ทีมหมอครอบครัวประชาชนอุ่นใจมี ญาติทั่วไทยเป็นหมอครอบครัว; 2557)

ทีมหมอครอบครัว หมายถึง ทีมสหวิชาชีพด้านการแพทย์และการสาธารณสุขรวมตัวกันทั้ง ในหน่วยบริการใกล้บ้านและในโรงพยาบาลรวมถึง อาสาสมัคร (อสม.) องค์กรส่วนปกครองท้องถิ่น (อปท.) ชุมชน ภาคประชาชน ร่วมกันดูแลสุขภาพของประชาชน เพื่อดูแลปัญหาด้านกาย จิตใจ สังคม บรรเทาทุกข์ พัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน ได้อย่างใกล้ชิด เข้าใจ เข้าถึง (รัชตะ รัช ตะนาวิณ, 2557)

หมอครอบครัว หมายถึง บุคลากรสาธารณสุขที่สำเร็จการศึกษาระดับประกาศนียบัตรชั้น ไปโดยปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับด้านสาธารณสุขในพื้นที่ที่รับผิดชอบของ รพ.สต. /ศสมช.(ศูนย์ สาธารณสุขมูลฐานชุมชน)ท้องถิ่น และหน่วยบริการปฐมภูมิทุกสังกัดโดยรับผิดชอบประชากร

ประมาณ 1,250 - 2,500 คนต่อหมอครอบครัว ร่วมกับทีมหมอครอบครัวในโรงพยาบาล (ทีมหมอครอบครัวประชาชนอุ่นใจมีญาติทั่วไทยเป็นหมอครอบครัว; 2557)

ดังนั้นจากความหมายดังกล่าว สหวิชาชีพในหน่วยบริการปฐมภูมิ จึงหมายถึง บุคลากรสาธารณสุขที่สำเร็จการศึกษาระดับประกาศนียบัตรขึ้นไปโดยปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ศูนย์ใกล้บ้าน ศูนย์สุขภาพชุมชน ได้แก่ แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร เทคนิคการแพทย์ พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข นักการแพทย์แผนไทย นักโภชนากร เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข เจ้าพนักงานเทคนิคเภสัชกรรม แต่ในงานวิจัยนี้ จะขอทำการเก็บข้อมูลกับสหวิชาชีพ 8 วิชาชีพ เท่านั้นคือ แพทย์ ทันตแพทย์ พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข นักการแพทย์แผนไทย เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข เจ้าพนักงานเทคนิคเภสัชกรรม โดยคำนึงถึงการทำงานบริบทของพื้นที่และการติดต่อประสานกับเภสัชกร เช่น

แพทย์ ทันตแพทย์ พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข ต้องเข้าใจบทบาทหน้าที่ของเภสัชกรในหน่วยบริการปฐมภูมิ เนื่องจาก แพทย์เป็นหัวหน้าทีม มีการสั่งจ่ายยาในคนไข้ เภสัชกรมีบทบาทหน้าที่จัดและจ่ายยา รวมทั้งติดตามปัญหาในการใช้ยา ทันตแพทย์ อาจมีการสั่งจ่ายยาและวัสดุทางการแพทย์ทันตกรรมในรพ.สต.ส่วนวิชาชีพอื่น ๆ นั้นมีโอกาที่จะสั่งจ่ายบางรายการตามสิทธิ์ที่กำหนดไว้

2.4 บทบาทหน้าที่ของเภสัชกรรมปฐมภูมิ

งานเภสัชกรรมปฐมภูมิ คือการประยุกต์ใช้ความเชี่ยวชาญด้านวิชาชีพเภสัชกรรม ได้แก่ ความเชี่ยวชาญด้านยา และการคุ้มครองผู้บริโภค เข้ากับบริบทด้านปฐมภูมิ ที่เน้นองค์รวม ผสมผสานต่อเนื่อง โดยการจัดบริการขั้นพื้นฐานแก่ประชาชน และกิจกรรมเชิงรุกด้านการส่งเสริม ป้องกัน เพื่อให้ชุมชนเข้มแข็ง มีภูมิคุ้มกันต่อปัจจัยเสี่ยงสุขภาพ การทำความเข้าใจแนวคิดต่างๆ ที่เกี่ยวกับบริการปฐมภูมิ จะช่วยให้เภสัชกรสามารถประยุกต์ความเชี่ยวชาญวิชาชีพ สู่บริบทปฐมภูมิได้อย่างสอดคล้อง ผสมผสาน เพื่อเป้าหมายสูงสุดของวิชาชีพคือประชาชนมีความปลอดภัยจากการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ (ภานุโชติ ทองยัง, 2553)

บทบาทหน้าที่ของเภสัชกรรมปฐมภูมิ จึงหมายถึง การบริหารจัดการด้านยาให้มีมาตรฐาน เพื่อให้ได้ยาที่มีคุณภาพในปริมาณที่เหมาะสมทั้งในภาวะที่ปกติและฉุกเฉิน การจัดช่องทางให้ผู้บริโภคเข้าถึงยาอย่างเท่าเทียม และผู้ป่วยได้รับบริการส่งมอบยาและให้คำแนะนำในการใช้ยาจากเภสัชกรอย่างมีมาตรฐานตามบทบาท วิชาชีพเภสัชกรรม การเชื่อมโยงข้อมูลพื้นฐานที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ประวัติการใช้ยา ประวัติการแพ้ยา ปัญหาที่เกิดจากยารวมถึงความเจ็บป่วยในปัจจุบัน และความเจ็บป่วยในอดีตเพื่อให้สามารถวางแผนการดูแลร่วมกันระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ การออก

ติดตามเยี่ยมบ้านร่วมกับทีมสหวิชาชีพเพื่อช่วยในการติดตามแก้ไขปัญหาจากยาในผู้ป่วยระยะ ประคับประคอง(Palliative care)ที่บ้าน โดยมุ่งเน้นการสร้างทักษะให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถ พึ่งตนเองด้านยาเพื่อมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น รวมทั้งการจัดการด้านยาโดยเสริมสร้างศักยภาพการเรียนรู้ ของชุมชนให้เข้ามามีส่วนร่วมการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง มีการเผยแพร่ความรู้ด้านยาและผลิตภัณฑ์ สุขภาพที่ถูกต้อง และจำเป็น การจัดกระบวนการเพื่อให้ภาคีเครือข่าย ตลอดจนประชาชน ในชุมชนมี ความเข้มแข็ง การพัฒนาผู้ประกอบการและสถานประกอบการชุมชนให้ได้มาตรฐาน โดย กระบวนการเกษตรกรรมปฐมนุฎ ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ การบริหารเวชภัณฑ์ การให้บริการส่ง มอบยาและ ให้คำแนะนำในการใช้ยา การบริหารเภสัชกรรมอย่างต่อเนื่อง(เยี่ยมบ้าน) การคุ้มครอง ผู้บริโภคด้าน สาธารณสุข

การบริหารเวชภัณฑ์

การบริหารเวชภัณฑ์เป็นงานที่สำคัญในระบบยาของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล การบริหารเวชภัณฑ์ที่มีประสิทธิภาพและให้ผลลัพธ์ที่ดี จะทำให้หน่วยบริการปฐมนุฎมีประหยัด บประมาณด้านยา ผู้รับบริการได้รับยาที่มีคุณภาพในการดูแลตนเอง ในบริบทของงานเภสัชกรรม ปฐมนุฎงานบริหารเวชภัณฑ์ให้ความสำคัญกับการจัดระบบทั้งภายในสถานบริการ และชุมชน เพื่อให้ ประชาชนเข้าถึงบริการด้านยาที่จำเป็นได้อย่างปลอดภัยและเสมอภาค

ยาเป็นสิ่งที่แตกต่างจากเวชภัณฑ์อย่างอื่น เนื่องจากยาเป็นหนึ่งในปัจจัยสี่ที่จำเป็นต่อ สุขภาพและชีวิตของผู้ป่วยโดยตรง ยาเป็นวัสดุที่มีอายุการใช้งานและเสื่อมสภาพได้ง่าย ยาชนิด เดียวกันอาจมีคุณภาพแตกต่างกัน จึงจำเป็นต้องมีการบริหารจัดการยาที่เหมาะสมจะช่วยให้ยามี คุณภาพ โดยอยู่บนพื้นฐานวิชาการและอาศัยผู้ดำเนินการที่มีความรู้ ความชำนาญเพื่อจัดหายามี คุณภาพดีและราคาเหมาะสมมาใช้ในการให้บริการชุมชน รวมทั้งการจัดระบบในหน่วยบริการปฐมนุฎ มิเพื่อให้ผู้บริโภคเข้าถึงยาเหล่านั้นได้โดยยาไม่เสื่อมคุณภาพและกระจายได้อย่างเหมาะสม

การให้บริการส่งมอบยาและการให้คำแนะนำการใช้ยา

ผู้มารับบริการ ได้รับยาและให้คำแนะนำการใช้ยาโดยเภสัชกร ถือเป็นสิทธิของ ประชาชนที่พึงได้รับตามกฎหมาย ดังนั้นควรสนับสนุนให้มีการได้รับบริการส่งมอบและให้คำแนะนำ การใช้ยาโดยเภสัชกรให้ครอบคลุมเป็นการคุ้มครองสิทธิของประชาชนอีกด้านหนึ่งที่ต้องให้ ความสำคัญ ผู้บริโภคต้องได้รับการคุ้มครองสิทธิในการได้รับบริการด้านยาโดยเป็นไปตามหลักการ ของมาตรฐานวิชาชีพในทุกระดับบริการที่มี ในหน่วยบริการ แต่เนื่องด้วยข้อจำกัดด้านอัตรากำลังคน แต่สถานการณ์ปัจจุบันทำให้การดำเนินงานตามเป้าหมายดังกล่าวมีข้อจำกัดตามไปด้วย การพัฒนา มาตรฐานวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการส่งมอบและให้คำแนะนำการใช้ยาในงานบริการปฐมนุฎ จึงมีหลักการส่งมอบและการให้คำแนะนำการใช้ยา เป็นดังนี้

1. กรณีมีอัตรากำลังเภสัชกรเพียงพอในการให้บริการ เภสัชกรควรเป็นผู้ส่งมอบและให้คำแนะนำการใช้ยาในสถานบริการทางการแพทย์ในทุกระดับ

2. กรณีมีข้อจำกัดด้านอัตรากำลังคน และ/หรือภาระงาน เภสัชกรไม่สามารถส่งมอบด้วยตนเอง ต้องมีระบบเพื่อช่วยรองรับ เพื่อช่วยให้เกิดการส่งมอบยาและให้คำแนะนำการใช้ยาให้ได้ตามมาตรฐาน ผู้มารับบริการได้รับยาอย่างถูกต้องและเข้าใจการใช้ยาโดยเภสัชกรเข้ามาควบคุมระบบและประกันคุณภาพการส่งมอบยาให้เป็นไปตามมาตรฐานอย่างใกล้ชิด โดย

- กำหนดกรอบบัญชีรายการยาของรพ.สต.ให้สอดคล้องกับศักยภาพของผู้ส่งใช้ยาหรือมีกาควบคุมการส่งใช้ยา โดยการกำหนดขอบเขตการส่งใช้ยาให้เหมาะสมกับศักยภาพของผู้ส่งใช้ เช่น กรณีมีแพทย์เป็นผู้ส่งใช้ยาหรือสหวิชาชีพเป็นผู้ส่งใช้ยา ขอบเขตการส่งใช้ยาของบุคลากรทางการแพทย์ทั้งสองจะแตกต่างกัน เป็นต้น

- การสร้างระบบเพื่อประกันว่าผู้ป่วยได้รับยาอย่างถูกต้อง เช่น มีการจัดชุดความรู้เป็นเอกสารควบคู่กับการส่งมอบและให้คำแนะนำการใช้ยา เภสัชกรมีการจัดอบรมให้ความรู้แก่ผู้ป่วย/กลุ่มผู้ป่วยที่มีแบบแผนการรักษาด้วยยาแบบเดียวกัน อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง หรือจัดให้มีกระบวนการเรียนรู้ในการทบทวนคำสั่งใช้ยา และการส่งมอบยาโดยกระบวนการสนับสนุนให้เกิดองค์ความรู้ และทักษะของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งหมดในการส่งใช้ยา และการส่งมอบยา

- ระบบการให้คำปรึกษาโดยเภสัชกร กรณีมีการส่งมอบยาและให้คำแนะนำการใช้ยาโดยบุคลากรอื่นๆ แทนเภสัชกร ควรมีระบบในการขอคำปรึกษาจากเภสัชกร กรณีพบปัญหาในการส่งมอบและให้คำแนะนำการใช้ยา โดยมาตรฐานการส่งมอบและให้คำแนะนำการใช้ยาที่เป็นไปตามหลักการของมาตรฐานวิชาชีพเภสัชกรรมเป็นมาตรฐานขั้นสูงที่ใช้กับสถานบริการทางการแพทย์ในทุกระดับ การนำมาอ้างอิงใช้ในงานบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิภายใต้ข้อจำกัดด้านอัตรากำลังของเภสัชกรอาจทำได้ยาก อย่างไรก็ตามเภสัชกรปฐมภูมิควรประยุกต์มาตรฐานดังกล่าวให้สอดคล้องกับบริบทของสถานบริการแต่ละแห่ง โดยมุ่งเน้นในการรักษาไว้ซึ่งคุณภาพการบริการด้านยาให้ดีที่สุด โดยกระบวนการดังกล่าว เภสัชกรควรมีการฝึกฝนเจ้าหน้าที่ในสถานบริการปฐมภูมิให้มีความรู้เรื่องยาและสร้างความตระหนักในการเฝ้าระวังความเสี่ยงด้านยาร่วมกัน เพื่อป้องกันอุบัติเหตุจากยาให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้

การบริหารเภสัชกรรมอย่างต่อเนื่อง

เพื่อให้เกิดการทำงาน การวางรากฐาน การแก้ไขปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน ที่มีประสิทธิภาพ การบริหารทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยที่บ้าน (เยี่ยมบ้าน) โดยเภสัชกรครอบครัว การบริหารทางเภสัชกรรมอย่างต่อเนื่อง (Continuous pharmaceutical care) ทั้งนี้เพื่อให้เกิดกระบวนการทางเภสัชกรรมแบบไร้รอยต่อ (Seamless pharmaceutical care) การดำเนินงานเภสัชกรรมครอบครัว เน้นการดูแลด้านยาแบบองค์รวม ผสมผสาน ทั้งโรคทาง

กาย จิตใจ สังคม อารมณ์ ทั้งของผู้ป่วย คนดูแล และสมาชิกในครอบครัว การประยุกต์ใช้ของเภสัชกร ครอบครัว สามารถนำกรอบแนวคิดการดำเนินงานในบริบทความเป็นเภสัชกรครอบครัวไปใช้ในงาน บริการ และบริหารทางเภสัชกรรมในส่วนอื่นได้ เช่น งานบริหารด้านยาผู้ป่วยที่บ้าน ร้านยาแผนกผู้ป่วยนอก แผนกผู้ป่วยใน โดยเภสัชกรครอบครัว ต้องมีทักษะในการดำเนินงานแบบผสมผสาน (Skill mixed) ทั้งในด้านการทำงานเป็นทีมร่วมกับสหวิชาชีพ ทักษะการสื่อสาร ทักษะทางคลินิก การประเมินผู้ป่วย การค้นหาและจัดการปัญหาที่เกี่ยวกับยา การวางแผนและลงมือปฏิบัติเพื่อแก้ไข ช่วยเหลือ ป้องกันปัญหาที่เกี่ยวกับยา การประเมินและติดตามผลการดำเนินงาน รวมทั้งการคืนข้อมูล ปัญหาจากเพื่อสะท้อนให้เกิดการมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาและเกิดความยั่งยืน

สิ่งสำคัญของการดำเนินงานการบริหารทางเภสัชกรรมที่บ้าน (เยี่ยมบ้าน) ไม่ใช่แต่เพียง การลงไปแก้ไขปัญหาผู้ป่วยเฉพาะราย หรือดูแลครอบครัวของผู้ป่วยเท่านั้น แต่มุ่งเน้นการดำเนินงานเชิงระบบ รวมทั้งการจัดการส่งต่อข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ โดยมีเป้าหมายเพื่อพัฒนาระบบยาให้เกิด ความปลอดภัยเหมาะสม ตามเป้าหมายความต้องการของครอบครัวหรือบริบทของพื้นที่

การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข

ในปัจจุบันมีการกระจายข้อมูลของผลิตภัณฑ์สุขภาพ เช่น ยา เครื่องสำอาง อาหาร เครื่องมือแพทย์รวมถึงสถานบริการเข้าถึงได้อย่างง่ายดาย สะดวก รวดเร็ว เข้าถึงประชาชน ผ่านได้ หลากหลายช่องทาง ส่งผลต่อการตัดสินใจต่อการบริโภคผลิตภัณฑ์เหล่านั้น หากประชาชนขาดการ ตัดสินใจในการเลือกซื้อ หรือผลิตภัณฑ์สุขภาพมีความเสี่ยงอันอาจทำให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพของ ประชาชน จะทำให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนได้ ซึ่งในหลายๆพื้นที่มีประชาชนที่ได้รับ อันตรายจากการบริโภคยาชุด ยาลูกกลอนที่ปลอมปนสเตียรอยด์ น้ำหมักชีวภาพ ผลิตภัณฑ์เสริม อาหารที่อวดอ้างสรรพคุณรักษาโรค เครื่องสำอางที่มีสารห้ามใช้ หลายรายก่อให้เกิดอันตรายถึงชีวิต ก่อให้เกิดผลเสียต่อโรคที่เป็นอยู่ ก่อให้เกิดความสูญเสียโอกาสในการรักษาที่ถูกต้อง รวมถึงการ สูญเสียทรัพย์สินจากการซื้อผลิตภัณฑ์ราคาแพงๆมาบริโภค โดยมีการนำมาจำหน่าย ผ่านรถเร่ ร้านชำ ตลาด ตลาดคลองถม มีการจัดจำหน่ายผ่านสถานีวิทยุกระจายเสียง เคเบิลทีวี ตัวแทนจำหน่าย ใน ส่วนของเภสัชกรรมปฐมภูมิเป็นบทบาทและหน้าที่สำคัญทำทนาย ในการดำเนินงานจัดการปัญหา เพื่อให้ผู้บริโภคหรือคนชุมชนปลอดภัยจากปัญหาเหล่านี้ เพราะฉะนั้นเภสัชกรรมปฐมภูมิควรมีการระ บบบทบาทหน้าที่การดำเนินงานมีกระบวนการเพื่อทำให้คนในชุมชนจะมีความเข้าใจไม่น่ายาและ ผลิตภัณฑ์ที่ผิดกฎหมายมาจำหน่ายให้คนในชุมชนหรือกระจายออกไปนอกชุมชน มีกระบวนการหรือ กลไกในการส่งเสริมความรู้ความเข้าใจต่อยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ การดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภค ด้านสาธารณสุขในชุมชน จะสำเร็จและยั่งยืนได้นั้น เภสัชกรที่ดำเนินงานเภสัชกรรมปฐมภูมิควรมี กิจกรรมที่ทำให้เกิดการมีส่วนร่วมของคนในชุมชนเพื่อชี้ให้เห็นความสำคัญ มีความตระหนักรู้ว่ายาและ ผลิตภัณฑ์กลุ่มเสี่ยงมีผลกระทบต่อสุขภาพและทำให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์ต่อคนในชุมชน มีการ ร่วมลงมือวางแผน จัดทำกิจกรรมแก้ไขปัญหา เพื่อให้ชุมชนมีความปลอดภัยด้านยาและผลิตภัณฑ์ สุขภาพ

2.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ไพยม วงศ์ภูวรักษ์ และคณะ ได้ศึกษาทัศนคติของผู้รับบริการและบุคลากรสาธารณสุขต่อบทบาทของเภสัชกรโรงพยาบาลตามเกณฑ์มาตรฐานงานเภสัชกรรมโรงพยาบาล เพื่อสำรวจความคิดเห็นของผู้รับบริการและบุคลากรสาธารณสุขต่อบทบาทเภสัชกรตามเกณฑ์มาตรฐาน เภสัชกรรมของกระทรวงสาธารณสุขไทยปี พ.ศ.2539 ซึ่งกำหนดงานหลักของเภสัชกรโรงพยาบาลไว้ 4 ด้านคือ 1) เภสัชกรรมบริการ 2) บริหารเภสัชภัณฑ์และเภสัชสนเทศ 3) เภสัชกรรมการผลิต และ 4) เภสัชกรรมชุมชน โดยเก็บข้อมูลที่โรงพยาบาลศูนย์หาดใหญ่ โรงพยาบาลสงขลา และโรงพยาบาลสงขลา นครินทร์ ผลการศึกษาพบว่า แพทย์เห็นด้วยต่อระบบงานเภสัชกรรมตามเกณฑ์มาตรฐานในการปฏิบัติงานต่อไปนี้เป็น การตรวจสอบความถูกต้องของใบสั่งยาก่อนจ่ายยา การจัดให้มีข้อมูลบนฉลากยาอย่างครบถ้วนการส่งมอบยาและอธิบายการใช้ยาเพิ่มเติม การทบทวนและประเมินความเหมาะสมในการใช้ยาการให้คำปรึกษาแนะนำการใช้ยาผู้ป่วยนอก การมีหน่วยให้บริการเภสัชสนเทศ และด้านเภสัชกรรมการผลิต พยาบาลเห็นด้วยในระบบงานเภสัชกรรมทุกด้าน ยกเว้นการจัดให้มีหน่วยจ่ายยา ย่อยบนหอผู้ป่วยและระบบการกระจายยาแก่ผู้ป่วยในแบบหนึ่งหน่วย เภสัชกรเห็นด้วยในด้านต่างๆ ยกเว้นการมีหน่วยจ่ายยาบนหอผู้ป่วย การมีระบบกระจายยาแบบหนึ่งหน่วยการใช้ การตรวจติดตามการรักษาจากการวัดระดับยาในเลือด ผู้รับบริการต้องการให้เภสัชกรปฏิบัติงานตามเกณฑ์ มาตรฐานงานเภสัชกรรมโรงพยาบาลทุกด้าน ยกเว้นด้านการผลิตยาหรือน้ำเกลือ(ไพยม วงศ์ภูวรักษ์ และคณะ , 2539)

วันนิตา สังข์ศักดิ์ ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ศักยภาพของตนเองกับสถานะด้านการทำงานต่อประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของเภสัชกรโรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่าง คือ เภสัชกรที่ปฏิบัติงานประจำในโรงพยาบาลรัฐบาล และเอกชน ในเขตอำเภอเมืองจังหวัดสระบุรี ลพบุรี นครนายก และนครราชสีมา จำนวน 180 คน พบว่า เภสัชกรส่วนใหญ่ มีการรับรู้ศักยภาพของตนเองในระดับสูง โดยรับรู้ศักยภาพของตนเองด้านความอดทนได้สูงสุด และรองลงมา คือ ด้านความรับผิดชอบ เภสัชกรรับรู้ในศักยภาพของตนเองด้านความเชื่อมั่นในตนเองต่ำที่สุด สำหรับการรับรู้ของเภสัชกรเกี่ยวกับสถานะด้านการทำงานพบว่า เภสัชกรส่วนใหญ่ รู้รู้ว่าตนเองมีอิสระในการทำงานหรือหน้าที่การงาน โดยเภสัชกรจำนวนมากรับรู้ว่างานที่ทำอยู่นั้นเป็นงานที่ต้องการความรู้ความสามารถหลายด้านประกอบกัน แต่มีเภสัชกรบางส่วนที่รับรู้ว่ามีโอกาสเข้ารับการฝึกอบรมมีไม่บ่อยครั้ง และผลกาวิจัยยังพบว่าเภสัชกรส่วนใหญ่ มีประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับสูง เภสัชกรบางส่วนมีประสิทธิภาพการปฏิบัติงานในระดับปานกลาง และไม่พบว่ามีเภสัชกรคนใดที่มีประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานต่ำ สำหรับความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ศักยภาพของตนเองกับสถานะทางด้านการงานต่อประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของเภสัชกรโรงพยาบาล พบว่า หากเภสัชกรมีการรับรู้ศักยภาพของตนเองสูง และรับรู้สถานะด้านการทำงานสูงจะส่งผลให้เกิดประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ(วันนิตา สังข์ศักดิ์, 2550)

สุนันทา ยอดเนตร ศึกษาความแตกต่างระหว่างความคาดหวังกับการรับรู้ของผู้รับบริการงานเภสัชกรรม ในสถานบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิในกรุงเทพฯ ในกลุ่มตัวอย่าง 408 คน พบว่าผู้รับบริการมีความคาดหวังและการรับรู้ต่อคุณภาพบริการ ในด้านความเป็นรูปธรรมของการให้บริการ ด้านความน่าเชื่อถือ ด้านความมั่นใจและเอาใจใส่ในการบริการ ความสามารถในการตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ โดยคุณภาพการบริการอยู่ในระดับต่ำกว่าความคาดหวัง โดยด้านการรักษาความลับของผู้ป่วยมีความแตกต่างของความคาดหวังกับการรับรู้มากที่สุด (สุนันทา ยอดเนตร, 2551)

ยอดหทัย หิรัญสาย และคณะ ทำการศึกษาเชิงสำรวจการทำหน้าที่ของเภสัชกรในหน่วยบริการปฐมภูมิในเภสัชกรทั่วประเทศ พบว่าเภสัชกรมีการปฏิบัติหน้าที่ส่วนใหญ่ใกล้เคียงมาตรฐานที่กำหนดในคู่มือสำหรับเภสัชกรในการดำเนินงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ ยกเว้นในส่วนคลัง เวชภัณฑ์ที่เภสัชกรปฏิบัติในระดับน้อยไม่เพียงพอสำหรับหน่วยบริการปฐมภูมิ มีบางหน้าที่ยังไม่มีมีการปฏิบัติ ได้แก่ การจัดการกองทุนยา การสร้างเครือข่ายดูแลผู้ป่วย การกระจายยาสามัญประจำบ้านในชุมชน และการสนับสนุนให้มีการปลูกและกระจายพันธุ์สมุนไพร โดยปัจจัยด้านจำนวนเภสัชกรมีผลมากที่สุดสำหรับงานบริหารเวชภัณฑ์ งานส่งมอบยาพร้อมการให้คำแนะนำ และงานส่งเสริมการพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพและสมุนไพร สรุป เภสัชกรส่วนใหญ่มีความคิดเห็นว่าการพัฒนางานจัดระบบดูแลต่อเนื่องด้านยาในชุมชนและการสื่อสารกับบุคลากรการแพทย์มากที่สุด (ยอดหทัย หิรัญสาย และคณะ, 2560)

ชุตินา วรณทอง และ สุรสิทธิ์ ล้อจิตรอำนวย ศึกษาความคิดเห็นของแพทย์และพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิระดับของโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์กับความเห็นของโรงพยาบาลในงานพัฒนาระบบยาโดยเปรียบเทียบความเห็นด้วยระหว่างแพทย์และพยาบาลในงานด้านต่าง ๆ เช่น ระดับการศึกษาและประสบการณ์ในการทำงาน ระยะเวลาการทำงาน สถานที่ปฏิบัติงานมีผลต่อความคิดเห็นต่องานบทบาทเภสัชกรเภสัชกรรมที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิทั่วประเทศพบว่าแพทย์และพยาบาลเห็นด้วยในระดับมาก (4.07 ± 0.76 จากคะแนนเต็ม 5) กับบทบาทของเภสัชกรในก้า่นการพัฒนาระบบยาในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ เห็นด้วยในระดับปานกลางถึงมากกับบทบาทในด้านการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องในระดับบุคคลและครอบครัว ด้านการคุ้มครองผู้บริโภคและด้านการส่งเสริมการพึ่งพาสมุนไพรและสุขภาพ (3.45-3.54 จากคะแนนเต็ม 5) โรงพยาบาลศูนย์ให้ความสำคัญกับงานพัฒนาระบบยาของเภสัชกรสูงกว่าโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชน ($p=0.043$) แพทย์เห็นด้วยมากกว่าพยาบาลกับบทบาทของเภสัชกรในด้านการดูแลต่อเนื่องและงานส่งเสริมการพึ่งพาตนเองด้วยสมุนไพร ($p=0.007$ และ 0.009 ตามลำดับ) ระดับการศึกษาและประสบการณ์ในการทำงานปฐมภูมิไม่มีความสัมพันธ์กับความเห็นด้วยต่อบทบาทของเภสัชกรในงานทั้ง 4 ด้าน ส่วนด้านบุคลิกลักษณะ ความรู้และทักษะที่เหมาะสมของเภสัชกรปฐมภูมิ คือ มนุษย

สัมพันธ์ดี ปรับตัวเข้ากับผู้อื่น และความสามารถในการทำงานร่วมกับทีมสุขภาพ สรุปรูป แพทย์และพยาบาลเห็นว่า เกสัชกรควรให้ความสำคัญกับการพัฒนางานเภสัชกรรมปฐมภูมิ นอกจากนี้ เกสัชกรควรเพิ่มทักษะและความรู้ในการทำงานร่วมกับทีมสหวิชาชีพ(ชุตติมา วรณทอง และ สุรสิทธิ์ ล้อจิตร อำนวน, 2562)

Bardet และคณะ ทำการศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อการทำงานร่วมกันของแพทย์และเภสัชกรปฐมภูมิแบบทบทวนวรรณกรรม โดยศึกษาวัตถุประสงค์ส่วนบุคคลวัดความสัมพันธ์และวัดปฏิสัมพันธ์ของแพทย์และเภสัชกรในการทำงานร่วมกัน พบว่ามีการศึกษาที่เข้าข่ายมากถึง 16 การศึกษาแพทย์เชื่อมั่นต่อการมีความรู้เภสัชกรในการทำงานร่วมกัน แพทย์รับรู้และคาดหวังบทบาทของเภสัชกรต่อการจัดการด้านยา ทักษะเภสัชกรควรมีทักษะการทำงานร่วมกันกับวิชาชีพอื่น สรุปรูป การทำงานร่วมกันของแพทย์และเภสัชกรมีส่วนช่วยการจัดการองค์กรและการเข้าใจบทบาทเป็นสิ่งที่จำเป็นต่อกระบวนการทำงาน(Bardet et al, 2015)

Eltorki และคณะ ทำการศึกษาการรับรู้และความคาดหวังของสหวิชาชีพต่อการทำงานของการทำหน้าที่เภสัชกรรมคลินิกในโรงพยาบาลจิตเวช โดยศึกษาหาปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ในด้านเพศ อายุ ประสบการณ์การทำงาน ระดับการศึกษา สัญชาติ ประเทศที่จบการศึกษา ความชำนาญ (แพทย์ พยาบาล) ความสัมพันธ์ของการมีส่วนร่วมต่อการทำงานของเภสัชกร พบว่าประสบการณ์การทำงานและอายุการทำงานของเภสัชกรคลินิกมีความจำเป็นต่องานHAของโรงพยาบาล แพทย์มีการรับรู้มากกว่าพยาบาลมีการรับรู้ต่อการทำงานของเภสัชกรรมคลินิกด้านคุณภาพ และการให้บริการด้านยาในโรงพยาบาลจิตเวช แพทย์พยาบาลรับรู้และคาดหวังบทบาทเภสัชกรเป็นส่วนมากในด้านการจ่ายยา และการจัดการด้านยา(Eltorki et al, 2019)

Tahaineh และคณะ ทำการศึกษาการรับรู้และความคาดหวังของแพทย์ต่อความชำนาญเภสัชกรรมคลินิกต่อปัจจัยที่ส่งผลต่อการทำงานร่วมกัน ในปี 2017 โดยศึกษาความสัมพันธ์ด้านสถานที่ทำงานของแพทย์ ความชำนาญของแพทย์ ประสบการณ์การทำงานร่วมกันของแพทย์และเภสัชกรคลินิก ความถี่ของการทำงานร่วมกัน เหตุผลของการทำงานร่วมกัน เช่น การปรึกษาเรื่องยา ในประเด็นต่างๆเช่น การจัดหา ยา ผลข้างเคียงจากยา ยาทางเลือก การปรับขนาดยา ปฏิบัติต่อกันระหว่างยา เป็นต้น พบว่าความคาดหวังของแพทย์ต่อบทบาทของเภสัชกรรมคลินิก มี 5 ด้านที่พัฒนาในปี 2017ดีกว่ามากกว่าปี 2006/2007 สรุปรูป ผล การรับรู้ ความคาดหวัง ต่อประสบการณ์ของความเชี่ยวชาญต่อบทบาทของเภสัชกรดีขึ้น โดยการทำงานร่วมกันแต่ละวิชาชีพเข้าใจบทบาทของแต่ละวิชาชีพ การช่วยเหลือกันในการทำงานและการเสริมสร้างกำลังใจจะทำให้งานประสบผลสำเร็จ (Tahaineh et al, 2009)

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) เพื่อศึกษาการรับรู้และความคิดเห็นของสหวิชาชีพเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่เภสัชกรในงานเภสัชกรรมปฐมภูมิ เขตบริการสุขภาพที่ 10 และศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้และความคิดเห็นนี้ โดยมีระเบียบวิธีดำเนินการวิจัย ดังนี้

1. ประชากร
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
3. การสร้างและพัฒนาเครื่องมือ
4. วิธีดำเนินงานวิจัย
5. การเก็บรวบรวมข้อมูล
6. การวิเคราะห์ข้อมูล
7. ข้อพิจารณาด้านจริยธรรมและพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย

3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้มีประชากร คือ สหวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล (รพ.สต.) เนื่องจากเป็นกลุ่มวิชาชีพที่มีโอกาสได้ทำงานร่วมกับเภสัชกรปฐมภูมิ โดยสาขาที่อยู่ในขอบเขตของคำว่าสหวิชาชีพนั้นได้ใช้ขอบเขตตามแนวทางการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัวสำหรับหน่วยบริการ และมีประสบการณ์ทำงานในระดับปฐมภูมิอย่างน้อย 1 ปี ได้แก่ แพทย์ ทันตแพทย์ พยาบาลวิชาชีพหรือพยาบาลเวชปฏิบัติ ทันตภิบาล เจ้าหน้าที่งานเภสัชกรรม นักวิชาการสาธารณสุขหรือเจ้าหน้าที่งานสาธารณสุขชุมชน แพทย์แผนไทย และนักกายภาพบำบัด ซึ่งกำหนดให้สัดส่วนบุคลากรวิชาชีพในคลินิกหมอครอบครัวตามประชากรดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 สัดส่วนบุคลากรวิชาชีพในคลินิกหมอครอบครัวตามประชากร

| วิชาชีพ | สัดส่วนบุคลากรวิชาชีพ 1 คน: ประชากร |
|--|--|
| แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว | 1:10,000 |
| ทันตแพทย์ | 1:30,000 |
| พยาบาลวิชาชีพ/พยาบาลเวชปฏิบัติ | 1:2,500 |
| ทันตภิบาล | 1:10,000 |
| เจ้าพนักงานเภสัชกรรม | 1:10,000 |
| นักวิชาการสาธารณสุข/เจ้าพนักงานสาธารณสุข | 1:2,500 |
| แพทย์แผนไทย | 1:10,000 |
| กายภาพบำบัด | 1:30,000 |

3.1.1 ตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา

เขตสุขภาพที่ 10 ครอบคลุมพื้นที่ 5 จังหวัด ได้แก่ อุบลราชธานี ศรีสะเกษ ยโสธร อำนาจเจริญ และมุกดาหาร มีประชากรที่ต้องดูแลประมาณ 4.5 ล้านคน หากคำนวณสัดส่วนบุคลากรวิชาชีพที่ต้องมีในคลินิกหมอครอบครัวตามตารางที่ 3.1 แล้วจะพบว่าพื้นที่เขตสุขภาพที่ 10 จำเป็นต้องมีสหวิชาชีพรวมประมาณ 5,700 คน ผู้วิจัยจึงใช้จำนวนนี้เป็นประชากรของการศึกษา

ผู้วิจัยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างตามสูตรคำนวณ estimate population proportion (Cochran, 1977) สูตรที่ใช้คือ

$$n = \frac{Z_{\alpha}^2 P(1-P)}{e^2}$$

โดยที่ n คือ ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

Z_{α} คือ ค่า Z ที่ระดับความเชื่อมั่นหรือระดับนัยสำคัญเท่ากับ α

(กำหนดให้ระดับความเชื่อมั่นที่ 95% หรือระดับนัยสำคัญ 0.05 มีค่า $Z_{\alpha} = 1.96$)

P คือ สัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากร ซึ่งในการศึกษานี้ผู้วิจัยกำหนดให้ใช้ค่าสัดส่วนที่ 0.50 เพื่อให้ได้ขนาดตัวอย่างจำนวนมากที่สุดเนื่องจากยังไม่พบว่ามีการศึกษาที่คล้ายกันนี้มาก่อน

e คือ ค่าคลาดเคลื่อนที่ยอมให้ค่าสัดส่วนจากการศึกษาแตกต่างไปจากค่าสัดส่วนประชากร ผู้วิจัยกำหนดที่ร้อยละ 5

$$n = \frac{1.96^2 \times 0.50(1 - 0.50)}{0.05^2}$$

$$n = 384 \text{ คน}$$

จากการคำนวณจะได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 384 คน แต่เนื่องจากมีประชากรสหวิชาชีพ ประมาณ 5700 คน จึงปรับ n ที่คำนวณได้ตามขนาดของประชากร (N) จะได้ขนาดตัวอย่างใหม่ คือ n' จากสูตร

$$n' = \frac{n}{1 + \frac{n}{N}}$$

$$n' = \frac{384}{1 + \frac{384}{5,700}}$$

$$n' = 360$$

ดังนั้นในการเก็บข้อมูลครั้งนี้ผู้วิจัยจะตั้งเป้าหมายว่าควรได้แบบสอบถามที่ตอบกลับมา จำนวนอย่างน้อย 360 คน แต่ผู้วิจัยขอสำรองขนาดตัวอย่างเผื่อไว้อีกร้อยละ 10 จึงตั้งเป้าหมาย ตัวอย่างไว้เท่ากับ 400 คน

3.1.2 วิธีการสุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) แบ่งเป็น ขั้นตอน ได้แก่ การเลือกอำเภอที่จะศึกษา และการกำหนดโควตาของสหวิชาชีพที่ต้องการจากแต่ละ อำเภอ

การเลือกอำเภอ

ผู้วิจัยกำหนดให้สุ่มเลือกอำเภอที่จะศึกษามาประมาณ 1 ใน 3 ของอำเภอทั้งหมด จากนั้นใช้วิธีการสุ่มอย่างง่ายด้วยโปรแกรม Excel เพื่อให้ได้รายชื่ออำเภอที่จะใช้เป็นพื้นที่ในการเก็บ ข้อมูล จำนวนอำเภอที่ต้องการจากแต่ละจังหวัดแสดงดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนอำเภอที่ต้องการจากแต่ละจังหวัด

| จังหวัด | จำนวนอำเภอทั้งหมด | จำนวนอำเภอที่เลือก |
|-------------|-------------------|--------------------|
| อุบลราชธานี | 25 | 9 |
| ศรีสะเกษ | 21 | 9 |
| ยโสธร | 9 | 3 |
| อำนาจเจริญ | 7 | 3 |
| มุกดาหาร | 7 | 3 |
| รวม | 69 | 27 |

การกำหนดโควตาของสาขาวิชาชีพที่ต้องการจากแต่ละอำเภอ

ผู้วิจัยประมาณการณ์จำนวนสาขาวิชาชีพที่คาดว่าจะมีใน 27 อำเภอที่เลือกได้โดยคำนวณตามสัดส่วนประชากรในตารางที่ 1 ซึ่งจาก 27 อำเภอที่เลือกมาได้นั้นมีจำนวนประชากรสาขาวิชาชีพทั้งหมดประมาณ 2,205 คน จากนั้นเทียบบัญญัติไตรยางค์เพื่อหาสัดส่วนของสาขาวิชาชีพแต่ละวิชาชีพที่ต้องการสำหรับตัวอย่าง 400 คน จากนั้นจึงกำหนดเป็นสัดส่วนของสาขาวิชาชีพที่ต้องการจากแต่ละอำเภอดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 โควตาของสาขาวิชาชีพที่ต้องการจากแต่ละอำเภอ

| วิชาชีพ | สัดส่วนสาขาวิชาชีพต่อจำนวนประชากร | จำนวนประชากรสหวิชาชีพ | จำนวนตัวอย่างสหวิชาชีพที่ต้องการ |
|--|-----------------------------------|-----------------------|----------------------------------|
| แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว | 1:10,000 | 174 | 32 |
| ทันตแพทย์ | 1:30,000 | 58 | 11 |
| พยาบาลวิชาชีพ/พยาบาลเวชปฏิบัติ | 1:2,500 | 696 | 126 |
| ทันตภิบาล | 1:10,000 | 174 | 32 |
| เจ้าพนักงานเภสัชกรรม | 1:10,000 | 174 | 32 |
| นักวิชาการสาธารณสุข/เจ้าพนักงานสาธารณสุข | 1:2,500 | 696 | 126 |
| แพทย์แผนไทย | 1:10,000 | 174 | 32 |
| กายภาพบำบัด | 1:30,000 | 58 | 11 |
| รวม | | 2,205 | 400 |

3.1.3 เครื่องมือที่ใช้และตัวแปรที่ศึกษา

ผู้วิจัยได้พัฒนาแบบสอบถามเรื่อง การรับรู้บทบาทเภสัชกรต่องานเภสัชกรรมปฐมภูมิในมุมมองของสาขาวิชาชีพ เขตบริการสุขภาพที่ 10 ไว้เป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลในครั้งนี้ แบบสอบถามแบ่งออกเป็น 5 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ลักษณะทางประชากรของสาขาวิชาชีพ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา และสาขาวิชาชีพ เป็นคำถามปลายปิดแบบมีตัวเลือกให้ตอบ

ส่วนที่ 2 ลักษณะทั่วไปของ รพ.สต. ได้แก่ ที่ตั้ง ขนาด การผ่านการรับรองเป็น รพ.สต.ติดดาว และ primary care cluster และสิ่งสนับสนุนการจัดบริการ เป็นคำถามปลายเปิดแบบมีตัวเลือกให้ตอบ

ส่วนที่ 3 ข้อมูลทั่วไปของเภสัชกรรมปฐมภูมิ ได้แก่ ที่ตั้ง ขนาด การผ่านการรับรองเป็น รพ.สต.ติดดาว และ primary care cluster และสิ่งสนับสนุนการจัดบริการ เป็นคำถามปลายเปิดแบบมีตัวเลือกให้ตอบ

ส่วนที่ 4 บุคลิกลักษณะของเภสัชกรปฐมภูมิ เช่น การประสานงาน การสื่อสาร มนุษยสัมพันธ์ เป็นต้น มีทั้งหมด 9 ลักษณะ ใช้มาตรวัดแบบ Likert scale คำตอบมี 5 ระดับ คือ มากที่สุด (5 คะแนน) มาก (4 คะแนน) ปานกลาง (3 คะแนน) น้อย (2 คะแนน) และน้อยที่สุด (1 คะแนน)

ส่วนที่ 5 บทบาทหน้าที่ของเภสัชกรในงานเภสัชกรรมปฐมภูมิ 4 หมวด ได้แก่ งานบริหารเวชภัณฑ์ การส่งมอบยาและให้คำแนะนำการใช้ยา การบริหารเภสัชกรรมผู้ป่วยที่บ้าน และงานคุ้มครองผู้บริโภค โดยมีมาตรวัดแบบ 3 ระดับ ดังนี้

- a. ท่านได้ร่ำรู้ว่าเภสัชกรทำสิ่งเหล่านี้หรือไม่ คำตอบมี 2 ตัวเลือก คือ รับรู้ (1 คะแนน) ไม่รับรู้ (0 คะแนน)
- b. ท่านเห็นว่าเภสัชกรทำสิ่งเหล่านี้ได้ดีระดับใด คำตอบมี 3 ตัวเลือก คือ ดีมาก (3 คะแนน) พอใช้ (2 คะแนน) และควรปรับปรุง (1 คะแนน)
- c. ท่านเห็นว่าบทบาทเหล่านี้ของเภสัชกรมีประโยชน์ในระดับใดต่อ รพ.สต. คำตอบมี 3 ตัวเลือก คือ มาก (3 คะแนน) ปานกลาง (2 คะแนน) และน้อย (1 คะแนน)

บทบาทหน้าที่ของเภสัชกรในงานเภสัชกรรมปฐมภูมิมี่ 4 ด้าน รวม 11 บทบาท มีดังนี้
งานบริหารเวชภัณฑ์ (2 บทบาท)

1. กำหนดกรอบรายการยาจำเป็นสำหรับ รพ.สต.
2. เป็นพี่เลี้ยงออกแบบระบบการจัดการคลังยา

การส่งมอบยาและให้คำแนะนำการใช้ยา (4 บทบาท)

3. เป็นพี่เลี้ยงให้ รพ.สต. จ่ายยาได้ตามมาตรฐาน
4. เป็นพี่เลี้ยงช่วยออกแบบระบบการจัดการปัญหาสำหรับ รพ.สต.
5. เป็นพี่เลี้ยงช่วยออกแบบระบบส่งต่อเมื่อได้รับผลกระทบด้านยา
6. เตรียมสิ่งสนับสนุนยาเทคนิคพิเศษ

การบริหารเภสัชกรรมผู้ป่วยที่บ้าน (2 บทบาท)

7. เยี่ยมบ้านร่วมกับสหวิชาชีพเพื่อติดตามการใช้ยา
8. จัดการปัญหาให้แก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่พบขณะเยี่ยมบ้าน

งานคุ้มครองผู้บริโภค (3 บทบาท)

9. จัดการปัญหาภายในชุมชน
10. พัฒนาศักยภาพประชาชนและผู้ประกอบการ
11. ตรวจร้านค้าในชุมชนเพื่อระวังความเสี่ยง

ก่อนนำเครื่องมือดังกล่าวไปใช้ ผู้วิจัยจะทดสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ของเครื่องมือโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน จากนั้นผู้วิจัยจะปรับแก้ตามที่คุณเชี่ยวชาญแนะนำ จากนั้นได้นำแบบสอบถามไปทดลองใช้ในตัวอย่างของอำเภอ กุดชุม ซึ่งไม่ได้อยู่ในพื้นที่ของการศึกษา ได้ผลการทดสอบความเที่ยงได้ค่า Cronbach's alpha เท่ากับ 0.95 อยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้

ผู้วิจัยกำหนดให้มีตัวแปรต้นและตัวแปรตามของงานวิจัยครั้งนี้ตามตารางที่ 4 ตัวอย่างแบบสอบถามได้แสดงไว้ในภาคผนวก ง

ตารางที่ 4 ตัวแปรที่ใช้ในงานวิจัย

| ตัวแปร | ประเด็นคำถามข้อที่ |
|---|--------------------|
| ตัวแปรต้น | |
| ลักษณะทางประชากรของสหวิชาชีพ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา และสาขาวิชาชีพ | คำถามข้อที่ 1-4 |
| ลักษณะทั่วไปของ รพ.สต. ได้แก่ ที่ตั้ง ขนาด การผ่านการรับรองเป็น รพ.สต.ติดดาว และ primary care cluster และสิ่งสนับสนุนการจัดบริการ | คำถามข้อที่ 5-11 |
| การทำงานของเภสัชกรปฐมภูมิ ได้แก่ ความถี่ที่เภสัชกรทำงานในระดับปฐมภูมิ ประสิทธิภาพที่ได้ร่วมงานกับเภสัชกรปฐมภูมิ | คำถามข้อที่ 12-19 |
| คุณลักษณะของเภสัชกรปฐมภูมิ เช่น การประสานงาน การสื่อสาร มนุษยสัมพันธ์ | คำถามข้อที่ 20-28 |
| ตัวแปรตาม | |
| การรับรู้บทบาทด้านการบริหารเวชภัณฑ์ | คำถามข้อที่ 29-34 |
| การรับรู้บทบาทด้านการส่งมอบยาการให้คำแนะนำด้านยา | คำถามข้อที่ 35-46 |
| การรับรู้บทบาทด้านการดูแลต่อเนื่องด้านเภสัชกรรม | คำถามข้อที่ 47-52 |
| การรับรู้บทบาทด้านการคุ้มครองผู้บริโภค | คำถามข้อที่ 53-61 |

3.1.4 การเก็บรวบรวมข้อมูล

(1) ผู้วิจัยจัดเตรียมแบบสอบถามตามภาคผนวก จ ในรูปแบบออนไลน์โดยใช้ Google form พร้อมทั้งแนบบนชี้แจงโครงการวิจัย (ภาคผนวก ข) และมีปุ่มให้กดเลือกยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (ภาคผนวก ก) จากนั้นสร้างเป็น QR code แนบไปพร้อมจดหมายขอความอนุเคราะห์ (ภาคผนวก ค) จัดส่งไปยังสาขาวิชาชีพประจำอำเภอต่าง ๆ ที่คัดเลือกได้ทางไปรษณีย์ โดยขอให้ผู้ตอบแบบสอบถามสแกน QR code เพื่อทำแบบสอบถาม โดยจดหมายได้ถูกส่งไปยังโรงพยาบาลประจำอำเภอสำหรับกลุ่มวิชาชีพ แพทย์ ทันตแพทย์ และนักกายภาพบำบัด ขอความอนุเคราะห์ให้วิชาชีพดังกล่าวอย่างละ 1 คนช่วยตอบแบบสอบถาม และจดหมายอีกส่วนหนึ่งได้ถูกส่งไปยังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สำหรับวิชาชีพ พยาบาลวิชาชีพหรือพยาบาลเวชปฏิบัติ ทันตภิบาล เจ้าพนักงานเภสัชกรรม นักวิชาการสาธารณสุขหรือเจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน และแพทย์แผนไทย ขอความอนุเคราะห์ให้วิชาชีพดังกล่าวอย่างละ 1 คนช่วยตอบแบบสอบถาม

(2) ผู้วิจัยให้ระยะเวลาทำแบบสอบถาม 2 สัปดาห์

(3) หากไม่ได้รับการตอบกลับจะจัดส่งเอกสารตามข้อ (1) ไปทางไปรษณีย์อีกครั้ง

(4) ในการสำรวจรอบแรกหากได้รับการตอบกลับไม่ถึงร้อยละ 60-70 ของจำนวนตัวอย่างที่ตั้งเป้าไว้ ผู้วิจัยได้ประสานงานกับผู้ประสานในแต่ละอำเภอช่วยประชาสัมพันธ์และขอความอนุเคราะห์ให้บุคคลที่มีคุณสมบัติตามที่ต้องการช่วยตอบแบบสอบถามเพิ่มเติม

3.2 การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยประมวลผล และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติเพื่อคำนวณหาค่าสถิติต่าง ๆ ของตัวแปรต้นและตัวแปรตามดังนี้

ตัวแปรต้น

ข้อมูลส่วนที่ 1-3 การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 1-3 นี้เป็นข้อมูลทั่วไปของสาขาวิชาชีพ รพ.สต. และงานเภสัชกรรมปฐมภูมิ ผู้วิจัยจะวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ข้อมูลส่วนที่ 4 การคำนวณคะแนนคุณลักษณะของเภสัชกร

ส่วนที่ 4 เป็นข้อมูลคุณลักษณะเภสัชกรปฐมภูมิมีทั้งหมด 9 ประการ ผู้วิจัยจะหาค่าเฉลี่ยคะแนนคุณลักษณะเป็นรายข้อพร้อมแสดงส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และคำนวณค่าเฉลี่ยคุณลักษณะภาพรวมโดยนำคะแนนที่ได้จากแต่ละข้อมารวมกันแล้วหารด้วย 9 พร้อมแสดงส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ตัวแปรตาม

ส่วนที่ 5 การคำนวณคะแนนการรับรู้และความคิดเห็น

ส่วนที่ 5 เป็นการถามการรับรู้บทบาทเภสัชกรต่องานเภสัชกรรมปฐมภูมิ ผลการทำงานของเภสัชกรปฐมภูมิ และประโยชน์ของงานเภสัชกรรมปฐมภูมิที่มีต่อ รพ.สต. จากบทบาทงาน 11 อย่าง

การรับรู้การรับรู้บทบาทหน้าที่เภสัชกร: คำถามการรับรู้บทบาทหน้าที่เภสัชกรนั้น คำตอบมี 2 ตัวเลือก คือ รับรู้ (1 คะแนน) ไม่รับรู้ (0 คะแนน) ผู้วิจัยนำเสนอคะแนนเป็นรายชื่อด้วยจำนวนและร้อยละ จากนั้นนำคะแนนการรับรู้มารวมกันแล้วแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่รับรู้ทั้งหมด 11 บทบาท (11 คะแนน) และกลุ่มที่รับรู้ไม่ครบ 11 บทบาท (น้อยกว่า 11 คะแนน) นำเสนอผลด้วยจำนวนและร้อยละ

ความคิดเห็นต่อผลการปฏิบัติงานของเภสัชกรปฐมภูมิ: คำถามเกี่ยวกับความคิดเห็นต่อผลการปฏิบัติงานมี 3 ตัวเลือก คือ ดีมาก (3 คะแนน) พอใช้ (2 คะแนน) และควรปรับปรุง (1 คะแนน) ผู้วิจัยหาค่าเฉลี่ยการรับรู้ผลการทำงานโดยนำคะแนนผลการทำงานมารวมกันแล้วหารด้วย 11 พร้อมแสดงส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จากนั้นแบ่งคะแนนความคิดเห็นออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่เห็นว่าเภสัชกรปฏิบัติงานได้ดีมาก และกลุ่มที่เห็นว่าทำงานได้พอใช้และควรปรับปรุง นำเสนอผลแบบกลุ่มด้วยความถี่และร้อยละ

ความคิดเห็นต่อประโยชน์ของงานเภสัชกรรมปฐมภูมิ: คำถามเกี่ยวกับความคิดเห็นต่อประโยชน์ของงานเภสัชกรรมปฐมภูมิ มี 3 ตัวเลือก คือ มาก (3 คะแนน) ปานกลาง (2 คะแนน) และน้อย (1 คะแนน) ผู้วิจัยหาค่าเฉลี่ยการรับรู้ประโยชน์ของงานเภสัชกรรมปฐมภูมิโดยนำคะแนนประโยชน์มารวมกันแล้วหารด้วย 11 พร้อมแสดงส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จากนั้นแบ่งคะแนนความคิดเห็นออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่เห็นว่างานเภสัชกรรมปฐมภูมิมีประโยชน์มาก และกลุ่มที่เห็นว่าไม่มียุทธประโยชน์ปานกลางและน้อย นำเสนอผลแบบกลุ่มด้วยความถี่และร้อยละ

การวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อการรับรู้บทบาทเภสัชกรรมปฐมภูมิ

การวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อการรับรู้บทบาทเภสัชกรรมปฐมภูมินั้นเริ่มจากการวิเคราะห์แบบตัวแปรเดียวก่อน แล้วจึงตามด้วยการวิเคราะห์แบบพหุ มีรายละเอียดดังนี้

การเตรียมข้อมูลตัวแปรตาม

การศึกษาครั้งนี้มีตัวแปรตาม 3 ตัวแปร ได้แก่ การรับรู้การรับรู้บทบาทหน้าที่เภสัชกร ความคิดเห็นต่อผลการปฏิบัติงานของเภสัชกรปฐมภูมิ ความคิดเห็นต่อประโยชน์ของงานเภสัชกรรมปฐมภูมิ เพื่อให้สามารถวิเคราะห์แบบพหุได้ ผู้วิจัยต้องเตรียมข้อมูลตัวแปรตามดังต่อไปนี้

การรับรู้การรับรู้บทบาทหน้าที่เภสัชกร ใช้ผลการวิเคราะห์แบบกลุ่ม ซึ่งแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่รับรู้ทั้งหมด 11 บทบาท (11 คะแนน) และกลุ่มที่รับรู้ไม่ครบ 11 บทบาท (น้อยกว่า 11 คะแนน)

ความคิดเห็นต่อผลการปฏิบัติงานของเภสัชกรปฐมภูมิ ใช้ผลคะแนนความคิดเห็นรวม โดยนำคะแนนที่ตอบแต่ละข้อมารวมกัน ทำให้คะแนนความคิดเห็นมีค่าระหว่าง 11-33 คะแนน

ความคิดเห็นต่อประโยชน์ของงานเภสัชกรรมปฐมภูมิ ใช้ผลคะแนนความคิดเห็นรวม โดยนำคะแนนที่ตอบแต่ละข้อมารวมกัน ทำให้คะแนนความคิดเห็นมีค่าระหว่าง 11-33 คะแนน

การวิเคราะห์แบบตัวแปรเดียว

ผู้วิจัยได้คัดเลือกตัวแปรต้นที่มีโอกาสส่งผลต่อการรับรู้และความคิดเห็น ได้แก่ ลักษณะทางประชากร ข้อมูลการสนับสนุนการจัดบริการ กระบวนการทำงานของเภสัชกร นำมาจับคู่กับตัวแปรตามทั้ง 3 ตัวแปรตามที่กล่าวข้างต้น วิเคราะห์ด้วยสถิติ Logistic regression สำหรับตัวแปรตามเรื่องการรับรู้ และวิเคราะห์ด้วย Linear regression สำหรับตัวแปรตามเรื่องความคิดเห็นต่อผลการปฏิบัติงานและประโยชน์ของงานเภสัชกรรมปฐมภูมิ ตัวแปรต้นที่มีความสัมพันธ์กับตัวแปรตามที่มี $p < 0.02$ จะถือว่าเป็นตัวแปรที่มีโอกาสเป็นปัจจัยที่สำคัญสูง

การวิเคราะห์แบบพหุ

ขั้นที่ 1 การสร้าง Initial model

นำตัวแปรต้นที่มีค่า $p < 0.20$ จากขั้นตอนการวิเคราะห์แบบตัวแปรเดียว เพื่อนำมาเข้าโมเดลการวิเคราะห์แบบพหุ สังเกตค่า p ที่ได้จาก Initial model หากตัวแปรใดมีค่า $p < 0.05$ จะถือว่าเป็นตัวแปรที่มีโอกาสเป็นปัจจัยที่สำคัญสูง

ขั้นที่ 2 การสร้าง adjusted model

นำตัวแปรต้นที่มีค่า $p < 0.05$ จากการ adjusted model เพื่อนำมาเข้าโมเดลการวิเคราะห์แบบพหุครั้งที่ 2 (เรียกว่า adjusted model) สังเกตค่า p ที่ได้จาก adjusted model หากตัวแปรใดมีค่า $p < 0.05$ จะถือว่าเป็นตัวแปรที่เป็นปัจจัยที่สำคัญสูง

ขั้นที่ 3 การสร้าง final model

นำตัวแปรต้นที่มีค่า $p < 0.05$ จากการ adjusted model เพื่อนำมาเข้าโมเดลการวิเคราะห์แบบพหุครั้งที่ 3 (เรียกว่า final model) สังเกตค่า p ที่ได้จาก final model ตัวแปรต้นทุกตัวควรต้องมีค่า $p < 0.05$ หากตัวแปรใดมีค่า $p < 0.05$ จะถือว่าเป็นตัวแปรที่เป็นปัจจัยที่มีนัยสำคัญทางสถิติ

3.3 ข้อพิจารณาด้านจริยธรรมและพิทักษ์สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมวิจัย

การศึกษาวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ ก่อนเข้าร่วมการศึกษากลุ่มตัวอย่างจะได้รับเอกสารชี้แจงข้อมูลการวิจัยเพื่อประกอบการตัดสินใจในการเข้าร่วม ผู้เข้าร่วมสามารถติดต่อผู้วิจัยเพื่อขอยกเลิกการเข้าร่วมได้ตลอดเวลาก่อนสิ้นสุดการศึกษา ข้อมูลของผู้เข้าร่วมการศึกษ将被เก็บเป็นความลับ ไม่มีการเปิดเผยชื่อหรือข้อมูลของผู้เข้าร่วมวิจัยต่อสาธารณะ การวิเคราะห์และนำเสนอผลวิจัยจะทำเป็นภาพรวมไม่ระบุเป็นรายบุคคล และข้อมูลที่ศึกษาจะถูกเก็บไว้ในที่ปลอดภัย และจะใช้เพื่อวิจัยเท่านั้น การศึกษาครั้งนี้จะขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม (หมายเลขรับรอง 072-371/2021) และจากหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง



บทที่ 4

ผลการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาการรับรู้เกี่ยวกับบทบาทหน้าที่เภสัชกรรมปฐมภูมิของสหวิชาชีพ และเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้เกี่ยวกับบทบาทหน้าที่เภสัชกรรมปฐมภูมิของสหวิชาชีพ ผลการศึกษาประกอบด้วยข้อมูล 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถามและข้อมูลเกี่ยวกับรพ.สต.ที่ตอบแบบสอบถาม

ส่วนที่ 2 ข้อมูลการรับรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติงานของเภสัชกรปฐมภูมิ

ส่วนที่ 3 คุณสมบัติและบุคลิกลักษณะของเภสัชกรปฐมภูมิ

ส่วนที่ 4 การรับรู้เกี่ยวกับบทบาทเภสัชกรรมปฐมภูมิ

ส่วนที่ 5 ปัจจัยที่ส่งผลต่อการรับรู้เภสัชกรรมปฐมภูมิ

4.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

จากการส่งแบบสอบถามไปยังกลุ่มสหวิชาชีพในเขตบริการสุขภาพที่ 10 ตอบกลับมา 237 ชุด คิดเป็นการตอบกลับร้อยละ 59.25 ผู้ตอบส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 77.22) อายุเฉลี่ย 37.94 ± 10.29 ปี มีประสบการณ์ทำงานเฉลี่ย 14.93 ± 10.45 ปี วิชาวชิพที่ตอบแบบสอบถามมากที่สุด ได้แก่ นักวิชาการสาธารณสุข (ร้อยละ 46.84) รองลงมาคือ พยาบาลวิชาชีพ (ร้อยละ 32.07) ตามลำดับ จังหวัดที่ตอบแบบสอบถามมากที่สุด ได้แก่ จังหวัดอุบลราชธานี (ร้อยละ 34.76) รองลงมาคือ ศรีสะเกษ (ร้อยละ 27.90)

ในด้านการสนับสนุนการจัดการบริการสำหรับการทำงานปฐมภูมิพบว่า หน่วยงานของกลุ่มตัวอย่างเป็น รพ.สต.ที่ผ่านการประเมินเป็น รพ.สต.ดีดดาว ร้อยละ 86.13 และ ผู้บริหารในอำเภอมีนโยบายสนับสนุนการทำงานด้านการทำงานด้านเภสัชกรรมปฐมภูมิ ร้อยละ 84.39 และมีการสนับสนุนเครื่องมือด้านการแพทย์ที่จำเป็นในการดำเนินงานเภสัชกรรมปฐมภูมิถึงร้อยละ 94.09 แต่พบว่ามีเพียงร้อยละ 66.82 ของกลุ่มตัวอย่างที่ รพ.สต. ที่สังกัดเป็นสมาชิกในเครือข่าย PCC และร้อยละ 69.96 ที่มีงบประมาณสนับสนุนงานเภสัชกรรมปฐมภูมิ รายละเอียดอื่น ๆ ดังแสดงใน ตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

| ลักษณะทางประชากร | จำนวน | ร้อยละ |
|---|-------------------|--------|
| เพศ (n=237) | | |
| ชาย | 54 | 22.78 |
| หญิง | 183 | 77.22 |
| อายุเฉลี่ย \pm ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (ปี) (n=235) | 37.94 \pm 10.29 | |
| ประสบการณ์ทำงานเฉลี่ย \pm ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (ปี) (n=221) | 14.93 \pm 10.45 | |
| ระดับการศึกษา (n=237) | | |
| ประกาศนียบัตร 2 ปี | 8 | 3.78 |
| ปริญญาตรี | 209 | 87.82 |
| ปริญญาโท | 18 | 7.56 |
| อื่น ๆ | 2 | 0.84 |
| วิชาชีพ (n=237) | | |
| แพทย์ | 5 | 2.10 |
| ทันตแพทย์ | 3 | 1.27 |
| พยาบาล | 76 | 32.07 |
| ทันตภิบาล | 21 | 8.86 |
| เจ้าพนักงานเภสัชกรรม | 5 | 2.11 |
| แพทย์แผนไทย | 12 | 5.06 |
| นักวิชาการสาธารณสุข | 111 | 46.84 |
| นักกายภาพ | 4 | 1.69 |
| จังหวัด (สถานที่ทำงานของผู้ตอบ) (n=233) | | |
| มุกดาหาร | 26 | 11.11 |
| ยโสธร | 42 | 18.03 |
| ศรีสะเกษ | 65 | 27.90 |
| อำนาจเจริญ | 19 | 8.15 |
| อุบลราชธานี | 81 | 34.76 |

ตารางที่ 5 (ต่อ)

| ลักษณะทางประชากร | จำนวน | ร้อยละ |
|--|-------|--------|
| การสนับสนุนการจัดบริการ (n=237) | | |
| รพ.สต.ที่ท่านสังกัดเป็น รพ.สต. ติดดาว | 204 | 86.08 |
| รพ.สต.ที่ท่านสังกัดเป็นสมาชิกใน Primary care cluster | 155 | 65.40 |
| ผู้บริหารในอำเภอของท่านมีนโยบายสนับสนุนการทำงานเภสัชกรรมปฐมภูมิ | 200 | 84.39 |
| งานเภสัชกรรมปฐมภูมิในอำเภอของท่านมีงบประมาณสนับสนุน | 164 | 69.20 |
| ในอำเภอของท่านมีการสนับสนุนเครื่องมือด้านการแพทย์ที่จำเป็นในการดำเนินงานเภสัชกรรมปฐมภูมิ | 223 | 94.09 |

4.2 การรับรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติงานของเภสัชกรปฐมภูมิ

มีสหวิชาชีพที่ตอบแบบสอบถามร้อยละ 84.39 เคยได้ยินคำว่า “เภสัชกรรมปฐมภูมิ” และร้อยละ 83.12 เป็น รพ.สต.ที่มีการดำเนินงานด้านเภสัชกรรมปฐมภูมิ ด้านการปฏิบัติงานของเภสัชกรปฐมภูมิพบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามมีเพียงร้อยละ 27.35 เท่านั้นที่มีเภสัชกรปฐมภูมิที่ปฏิบัติงานอยู่ประจำใน รพ.สต. ที่สังกัด เมื่อคิดเป็นจำนวนคนโดยเฉลี่ยพบว่าใน 1 รพ.สต. มีจำนวนเภสัชกร 1.65 ± 1.26 คน และมากกว่าร้อยละ 50 ของกลุ่มตัวอย่างตอบว่า ความถี่ในการปฏิบัติงานด้านเภสัชกรรมปฐมภูมิของเภสัชกรปฐมภูมิปฏิบัติงาน 1 ครั้งต่อเดือน (ตารางที่ 6)

ตารางที่ 6 การรับรู้เกี่ยวกับเภสัชกรรมปฐมภูมิ

| ประเด็นทั่วไป | จำนวน | ร้อยละ |
|---|-----------------|--------|
| รับรู้หรือเคยได้ยินคำว่า “เภสัชกรรมปฐมภูมิ” (n=237) | 200 | 84.39 |
| รพ.สต. ที่ท่านสังกัดมีการดำเนินงานเภสัชกรรมปฐมภูมิ (n=237) | 197 | 83.12 |
| การปฏิบัติงานของเภสัชกรปฐมภูมิ | | |
| มีเภสัชกรปฐมภูมิทำงานอยู่ประจำใน รพ.สต. ที่ท่านสังกัด (n=237) | 65 | 27.43 |
| จำนวนเภสัชกรปฐมภูมิที่ปฏิบัติงานใน รพ.สต. ที่ท่านสังกัด (คน) (n=65) | 1.61 ± 1.26 | |

ตารางที่ 6 (ต่อ)

| ประเด็นทั่วไป | จำนวน | ร้อยละ |
|--|-------|------------|
| ระยะเวลาที่เภสัชกรปฐมภูมิทำงานด้านเภสัชกรรมปฐมภูมิ (ชั่วโมง/สัปดาห์) (n=134) | | 4.84± 5.47 |
| ความถี่ในการปฏิบัติงานด้านเภสัชกรรมปฐมภูมิของเภสัชกรปฐมภูมิ (n=236) | | |
| ไม่เคยเลย | 51 | 21.61 |
| น้อยกว่า 1 ครั้งต่อเดือน | 10 | 4.24 |
| 1 ครั้งต่อเดือน | 129 | 54.66 |
| 1 ครั้งต่อสัปดาห์ | 25 | 10.59 |
| 1-3 ครั้งต่อสัปดาห์ | 21 | 8.90 |
| การกำหนดกรอบบัญชียาพ.สต. (n=228) | 116 | 50.88 |
| การให้คำปรึกษาด้านยาแก่พ.สต. (n=228) | 184 | 80.70 |
| การประชุมเพื่อพัฒนาระบบการใช้ยากับพ.สต. (n=227) | 144 | 63.44 |
| การเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามจัดการปัญหาแก่ผู้ป่วย (n=161) | 161 | 70.61 |
| การอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพ (n=228) | 145 | 63.60 |

4.3 คุณสมบัติและบุคลิกลักษณะของเภสัชกรปฐมภูมิ

ในส่วนนี้ผู้วิจัยต้องการศึกษาบุคลิกลักษณะของเภสัชกรปฐมภูมิในเขตบริการสุขภาพที่ 10 ซึ่งทำงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและโรงพยาบาลว่าสหวิชาซีพีมีการรับรู้และพบเห็นบุคลิกลักษณะของเภสัชกรว่ามีลักษณะอย่างไร พบว่า คุณลักษณะที่ได้คะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ เภสัชกรสามารถให้คำปรึกษาด้านยาต่อทีมสหวิชาชีพอื่นได้ (คะแนนเฉลี่ย 4.14±0.67) รองลงมา คือ เภสัชกรมีความเชื่อมั่นในตนเอง กล้าคิดกล้าแสดงออก (คะแนนเฉลี่ย 4.07±0.66) ส่วนลักษณะที่ได้คะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ เภสัชกรรู้จักปรับตัวให้เข้ากับบริบทในงานปฐมภูมิได้ (คะแนนเฉลี่ย 3.79±0.78) อย่างไรก็ตามคะแนนเฉลี่ยที่ได้ส่วนใหญ่มีค่าต่ำกว่า 4 คะแนน

ตารางที่ 7 คุณสมบัติและบุคลิกลักษณะของเกษตรกรปฐมภูมิ

| คุณสมบัติและบุคลิกลักษณะของเกษตรกรปฐมภูมิ | ค่าเฉลี่ย | ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน |
|---|-----------|----------------------|
| 1. เกษตรกรสามารถทำงานร่วมกับสหวิชาชีพอื่นได้ (n=237) | 3.96 | 0.76 |
| 2. เกษตรกรมีความสามารถในการประสานงานและติดต่อสื่อสารกับสหวิชาชีพอื่นได้ (n=237) | 3.94 | 0.73 |
| 3. เกษตรกรมีความรู้หลากหลายผสมผสานด้านยาต่อทีมสหวิชาชีพอื่นได้ (n=237) | 3.99 | 0.66 |
| 4. เกษตรกรสามารถให้คำปรึกษาด้านยาต่อทีมสหวิชาชีพอื่นได้ (n=237) | 4.14 | 0.67 |
| 5. เกษตรกรรู้จักปรับตัวให้เข้ากับบริบทในงานปฐมภูมิได้ (n=237) | 3.79 | 0.78 |
| 6. เกษตรกรมีมนุษยสัมพันธ์ที่ดีต่อสหวิชาชีพ (n=237) | 3.88 | 0.74 |
| 7. เกษตรกรมีการยอมรับความคิดเห็นของทีมสหวิชาชีพ (n=237) | 3.82 | 0.74 |
| 8. เกษตรกรมีมุมมองแง่บวก ยิ้มแย้มแจ่มใส ต่อผู้อื่น (ทั้งต่อคนไข้และสหวิชาชีพ) (n=237) | 3.89 | 0.71 |
| 9. เกษตรกรมีความเชื่อมั่นในตนเอง กล้าคิดกล้าแสดงออก (n=236) | 4.07 | 0.66 |

หมายเหตุ คำนวณจากค่าเฉลี่ยของ 5 ระดับ คือ มากที่สุด (5 คะแนน) มาก (4 คะแนน) ปานกลาง (3 คะแนน) น้อย (2 คะแนน) และน้อยที่สุด (1 คะแนน)

4.4 การรับรู้เกี่ยวกับบทบาทเกษตรกรปฐมภูมิ

4.4.1 การรับรู้บทบาทเกษตรกรปฐมภูมิ

ด้านการรับรู้บทบาทเกษตรกรปฐมภูมิพบว่า มีสหวิชาชีพมากกว่าร้อยละ 90 รับรู้บทบาทเกษตรกรปฐมภูมิทั้ง 11 บทบาท แต่บทบาทที่มีการรับรู้มากที่สุด (มากกว่าร้อยละ 90) คือ บทบาทด้านงานบริหารเวชภัณฑ์และงานคุ้มครองผู้บริโภค ส่วนบทบาทที่รับรู้้น้อยลงมา (น้อยกว่าร้อยละ 90) คือ บทบาทด้านการส่งมอบยาและให้คำแนะนำการใช้ยาและการบริหารเภสัชกรรมผู้ป่วยที่บ้าน จากตารางการรับรู้บทบาทเกษตรกรปฐมภูมิพบว่า สหวิชาชีพรับรู้ถึงงานคุ้มครองผู้บริโภคมากที่สุด โดยเฉพาะในประเด็นการตรวจรักษาในชุมชนและเฝ้าระวังความเสี่ยงจากผลิตภัณฑ์สุขภาพมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 94.51 ของผู้ตอบแบบสอบถาม ในด้านการบริหารผู้ป่วยที่บ้านแม้สหวิชาชีพจะรับรู้อยู่ในเกณฑ์มาก แต่ยังเป็นประเด็นการรับรู้ที่ต่ำกว่าประเด็นอื่น ๆ และยังเป็นประเด็น

ที่ต้องดำเนินงานร่วมกับสหวิชาชีพอื่น ในการร่วมดำเนินกิจกรรมคือ การเยี่ยมบ้านร่วมกับสหวิชาชีพ เพื่อติดตามการใช้ยา (ร้อยละ 89.45) และ การจัดการปัญหาด้านยาให้แก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังขณะเยี่ยมบ้าน (ร้อยละ 89.03)

ตารางที่ 8 การรับรู้บทบาทเภสัชกรรมปฐมภูมิ

| การรับรู้บทบาทเภสัชกรรมปฐมภูมิ | จำนวนผู้ตอบ (n=237) | คิดเป็นร้อยละ |
|--|------------------------|---------------|
| <i>งานบริหารเวชภัณฑ์</i> | | |
| 1. กำหนดกรอบรายการยาจำเป็นสำหรับ รพ.สต. | 221 | 93.25 |
| 2. เป็นพี่เลี้ยงออกแบบระบบการจัดการคลังยา | 219 | 92.41 |
| <i>การส่งมอบยาและให้คำแนะนำการใช้ยา</i> | | |
| 3. เป็นพี่เลี้ยงให้ รพ.สต. จ่ายยาได้ตามมาตรฐาน | 222 | 93.67 |
| 4. เป็นพี่เลี้ยงช่วยออกแบบระบบการจัดการปัญหาสำหรับ รพ.สต. | 215 | 90.72 |
| 5. เป็นพี่เลี้ยงช่วยออกแบบระบบส่งต่อเมื่อได้รับผลกระทบด้านยา | 213 | 89.87 |
| 6. เตรียมสิ่งสนับสนุนยาเทคนิคพิเศษ | 213 | 89.87 |
| <i>การบริหารเภสัชกรรมผู้ป่วยที่บ้าน</i> | | |
| 7. เยี่ยมบ้านร่วมกับสหวิชาชีพเพื่อติดตามการใช้ยา | 212 | 89.45 |
| 8. จัดการปัญหาให้แก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่พบขณะเยี่ยมบ้าน | 211 | 89.03 |
| <i>งานคุ้มครองผู้บริโภค</i> | | |
| 9. จัดการปัญหาในชุมชน | 222 | 93.67 |
| 10. พัฒนาศักยภาพประชาชนและผู้ประกอบการ | 222 | 93.67 |
| 11. ตรวจร้านชำในชุมชนเฝ้าระวังความเสี่ยง | 224 | 94.51 |

4.4.2 การรับรู้เกี่ยวกับผลการปฏิบัติงานของเภสัชกรปฐมภูมิ

การรับรู้เกี่ยวกับผลการปฏิบัติงานของเภสัชกรปฐมภูมิแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ดีมาก (3 คะแนน) พอใช้ (2 คะแนน) ควรปรับปรุง (1 คะแนน) พบว่า สหวิชาชีพมีความเห็นว่าผลการปฏิบัติงานด้านบริหารเวชภัณฑ์และการส่งมอบยาและให้คำแนะนำการใช้ยามีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่า 2.5 คะแนน (คือทำได้ค่อนข้างไปทางดีมาก) แต่เห็นว่างานด้านการบริหารเภสัชกรผู้ป่วยที่บ้านและงานคุ้มครองผู้บริโภคมีคะแนนเฉลี่ยต่ำกว่า 2.5 คะแนน (คือทำได้ค่อนข้างไปทางพอใช้ (ตารางที่ 9)

ตารางที่ 9 การรับรู้เกี่ยวกับผลการปฏิบัติงานของเภสัชกรปฐมภูมิ

| การรับรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของงานเภสัชกรรมปฐมภูมิ | ค่าเฉลี่ย | SD |
|--|-----------|------|
| <i>งานบริหารเวชภัณฑ์</i> | | |
| 1. กำหนดกรอบรายการยาจำเป็นสำหรับ รพ.สต. | 2.59 | 0.55 |
| 2. เป็นพี่เลี้ยงออกแบบระบบการจัดการคลังยา | 2.58 | 0.53 |
| <i>ค่าเฉลี่ยด้านงานบริหารเวชภัณฑ์</i> | 2.59 | 0.94 |
| <i>การส่งมอบยาและให้คำแนะนำการใช้ยา</i> | | |
| 3. เป็นพี่เลี้ยงให้ รพ.สต. จ่ายยาได้ตามมาตรฐาน | 2.54 | 0.57 |
| 4. เป็นพี่เลี้ยงช่วยออกแบบระบบการจัดการปัญหาสำหรับ รพ.สต. | 2.51 | 0.58 |
| 5. เป็นพี่เลี้ยงช่วยออกแบบระบบส่งต่อเมื่อได้รับผลกระทบด้านยา | 2.51 | 0.56 |
| 6. เตรียมสิ่งสนับสนุนยาเทคนิคพิเศษ | 2.50 | 0.61 |
| <i>ค่าเฉลี่ยด้านการส่งมอบยาและให้คำแนะนำการใช้ยา</i> | 2.52 | 2.05 |
| <i>การบริหารเภสัชกรผู้ป่วยที่บ้าน</i> | | |
| 7. เยี่ยมบ้านร่วมกับสหวิชาชีพเพื่อติดตามการใช้ยา | 2.35 | 0.66 |
| 8. จัดการปัญหาให้แก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่พบขณะเยี่ยมบ้าน | 2.36 | 0.68 |
| <i>ค่าเฉลี่ยด้านการบริหารเภสัชกรผู้ป่วยที่บ้าน</i> | 2.36 | 1.29 |
| <i>งานคุ้มครองผู้บริโภค</i> | | |
| 9. จัดการปัญหาในชุมชน | 2.44 | 0.58 |
| 10. พัฒนาศักยภาพประชาชนและผู้ประกอบการ | 2.43 | 0.59 |
| 11. ตรวจจรรยาบรรณในชุมชนเฝ้าระวังความเสี่ยง | 2.43 | 0.64 |
| <i>ค่าเฉลี่ยด้านคุ้มครองผู้บริโภค</i> | 2.43 | 1.70 |

หมายเหตุ คำนวณจากค่าเฉลี่ยของ 3 ระดับ คือ ดีมาก (3 คะแนน) พอใช้ (2 คะแนน) ควรปรับปรุง (1 คะแนน)

4.4.3 การรับรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของงานเภสัชกรรมปฐมภูมิ

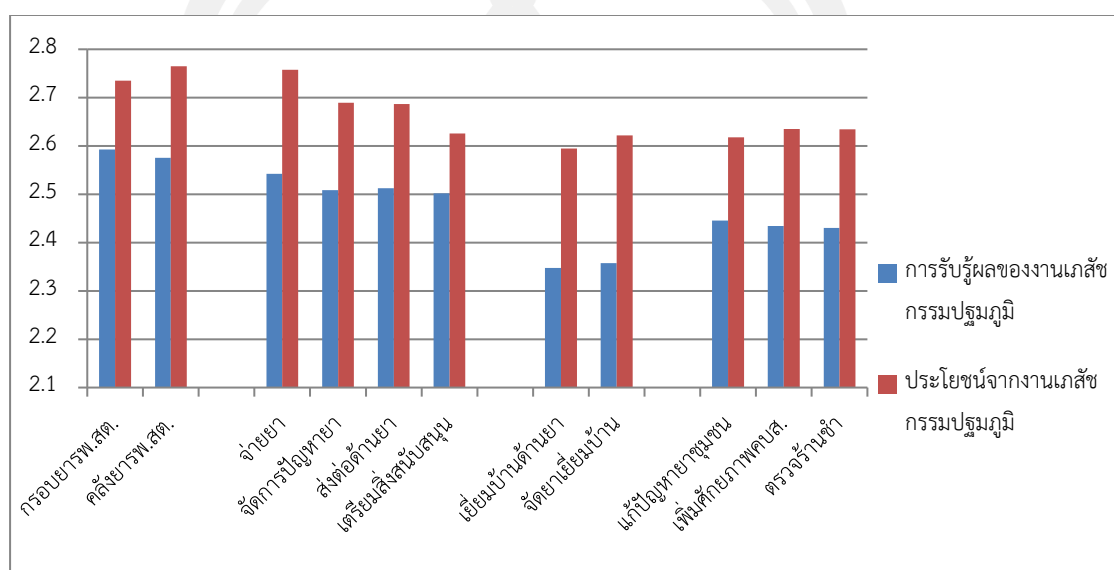
การรับรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของงานเภสัชกรรมปฐมภูมิแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ มาก (3 คะแนน) ปานกลาง (2 คะแนน) น้อย (1 คะแนน) พบว่า สหวิชาชีพมีความเห็นว่าบทบาทงานเภสัชกรรมปฐมภูมิทั้ง 11 ด้านมีคะแนนเฉลี่ยสูงมากกว่า 2.5 คะแนน (คือค่อนข้างไปทางมีประโยชน์มาก) (ตารางที่ 10)

ตารางที่ 10 การรับรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของงานเภสัชกรรมปฐมภูมิ

| การรับรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของงานเภสัชกรรมปฐมภูมิ | ค่าเฉลี่ย | SD |
|--|-----------|-------|
| <i>งานบริหารเวชภัณฑ์</i> | | |
| 1. กำหนดกรอบรายการยาจำเป็นสำหรับ รพ.สต. | 2.73 | 0.513 |
| 2. เป็นพี่เลี้ยงออกแบบระบบการจัดการคลังยา | 2.76 | 0.46 |
| <i>ค่าเฉลี่ยด้านงานบริหารเวชภัณฑ์</i> | 2.75 | 0.85 |
| <i>การส่งมอบยาและให้คำแนะนำการใช้ยา</i> | | |
| 3. เป็นพี่เลี้ยงให้ รพ.สต. จ่ายยาได้ตามมาตรฐาน | 2.76 | 0.45 |
| 4. เป็นพี่เลี้ยงช่วยออกแบบระบบการจัดการปัญหาสำหรับ รพ.สต. | 2.69 | 0.53 |
| 5. เป็นพี่เลี้ยงช่วยออกแบบระบบส่งต่อเมื่อได้รับผลกระทบด้านยา | 2.69 | 0.50 |
| 6. เตรียมสิ่งสนับสนุนยาเทคนิคพิเศษ | 2.63 | 0.54 |
| <i>ค่าเฉลี่ยด้านการส่งมอบยาและให้คำแนะนำการใช้ยา</i> | 2.69 | 1.91 |
| <i>การบริหารเภสัชกรผู้ป่วยที่บ้าน</i> | | |
| 7. เยี่ยมบ้านร่วมกับสหวิชาชีพเพื่อติดตามการใช้ยา | 2.59 | 0.57 |
| 8. จัดการปัญหาให้แก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่พบขณะเยี่ยมบ้าน | 2.62 | 0.58 |
| <i>ค่าเฉลี่ยด้านการบริหารเภสัชกรผู้ป่วยที่บ้าน</i> | 2,61 | 1.10 |
| <i>งานคุ้มครองผู้บริโภค</i> | | |
| 9. จัดการปัญหาในชุมชน | 2.62 | 0.57 |
| 10. พัฒนาศักยภาพประชาชนและผู้ประกอบการ | 2.63 | 0.56 |
| 11. ตรวจร้านชำในชุมชนเฝ้าระวังความเสี่ยง | 2.63 | 0.58 |
| <i>ค่าเฉลี่ยด้านคุ้มครองผู้บริโภค</i> | 2.63 | 1.61 |

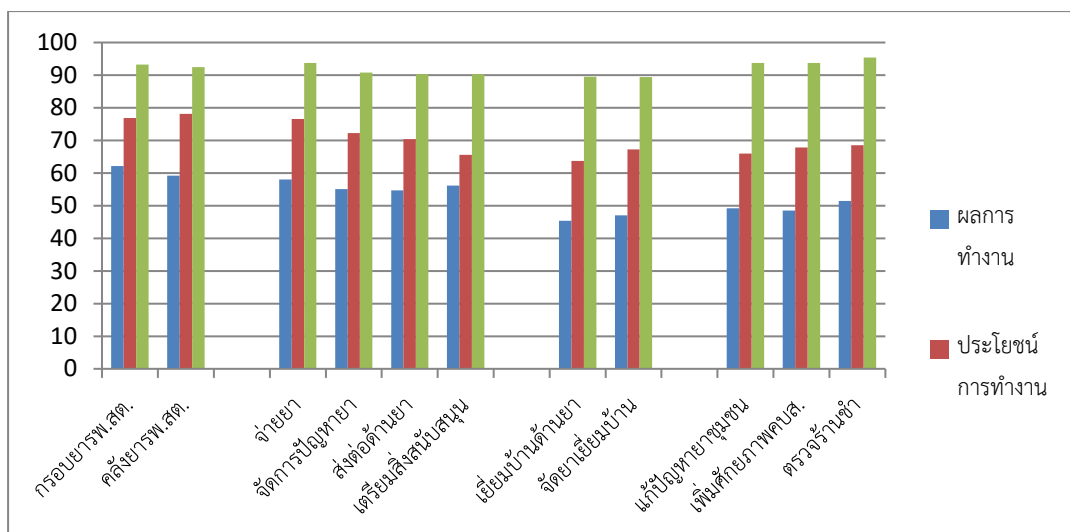
หมายเหตุ คำนวณจากค่าเฉลี่ยของ 3 ระดับ คือ มาก (3 คะแนน) ปานกลาง (2 คะแนน) และน้อย (1 คะแนน)

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยที่ได้จากคะแนนความคิดเห็นต่อผลการปฏิบัติงานของเภสัชกรปฐมภูมิและประโยชน์ของงานเภสัชกรรมปฐมภูมิ ทำให้เห็นแนวโน้มว่า สหวิชาชีพเห็นว่างานเภสัชกรรมปฐมภูมิทั้ง 11 ด้านมีประโยชน์ค่อนข้างไปทางมาก (แท่งสีแดง) ซึ่งงานด้านบริหารเวชภัณฑ์ และการส่งมอบยาและให้คำแนะนำการใช้ยามีคะแนนสูงสุด แต่สหวิชาชีพเห็นว่าเภสัชกรยังทำงานได้ในระดับค่อนข้างไปทางปานกลาง (แท่งสีฟ้า) (ภาพประกอบ 4.1)



ภาพประกอบที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการรับรู้ผลการทำงานของเภสัชกรปฐมภูมิและประโยชน์จากงานเภสัชกรรมปฐมภูมิ

เมื่อเปรียบเทียบสัดส่วนระหว่างความคิดเห็นที่มีต่อผลการปฏิบัติงานในระดับที่ดีมาก ความคิดเห็นต่อประโยชน์ของงานเภสัชกรรมปฐมภูมิในระดับมาก และการรับรู้บทบาทเภสัชกรรมปฐมภูมิทั้ง 11 ด้าน พบว่าสหวิชาชีพรับรู้บทบาทหน้าที่ของเภสัชกรในงานเภสัชกรรมปฐมภูมิทั้ง 11 ประเด็น มีค่าเฉลี่ยร้อยละรวม 91.90 ในผลของการทำงานทำได้ดีในระดับดีมากเฉลี่ยร้อยละรวม 53.35 และในด้านประโยชน์ต่อโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลระดับมากเฉลี่ยร้อยละรวม 70.27 (ภาพประกอบ 5)



ภาพประกอบที่ 5 ผลการดำเนินงาน ประโยชน์ และการรับรู้ของสทวิชาชีพต่อเภสัชกรรมปฐมภูมิ

4.5 การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีส่งผลต่อการรับรู้และความคิดเห็นของสทวิชาชีพ

4.5.1 ปัจจัยที่ส่งผลต่อการรับรู้บทบาทเภสัชกรรมปฐมภูมิ

เมื่อวิเคราะห์ด้วย Logistic regression แบบตัวแปรเดียว โดยมีตัวแปรตามเป็นการรับรู้บทบาทเภสัชกรรมปฐมภูมิทั้ง 11 ด้าน และใช้ตัวแปรต้นดังแสดงในตารางที่ 4.7 พบว่า มีตัวแปรต้นที่มีค่า $p < 0.200$ ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์ทำงาน พยาบาล แพทย์แผนไทยประยุกต์ นักวิชาการสาธารณสุข การเป็น รพ.สต. ติดตาม การมีนโยบายสนับสนุน การมีงบประมาณสนับสนุน การมีเภสัชกรอยู่ประจำ การกำหนดกรอบบัญชีรพ.สต. การให้คำปรึกษาด้านยาแก่รพ.สต. การประชุมเพื่อพัฒนาระบบการใช้ยากับรพ.สต. การเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามจัดการปัญหาแก่ผู้ป่วย และการอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพ จึงนำตัวแปรต้นเหล่านี้เข้าสู่การวิเคราะห์ใน initial model

พหุ ประสิทธิภาพ

ตารางที่ 11 ผลการวิเคราะห์ Logistic regression แบบตัวแปรเดียว

| ปัจจัยที่สนใจ | OR | Lower 95% CI | Upper 95% CI | p-value | |
|-------------------------------------|------|-----------------|-----------------|---------|---------|
| ลักษณะทางประชากรของผู้ตอบ | | | | | |
| เพศชาย | 1.27 | 0.61 | 2.68 | 0.522 | |
| อายุ (ปี) | 1.02 | 0.99 | 1.05 | 0.152 | initial |
| ระดับการศึกษา | 0.56 | 0.31 | 1.03 | 0.060 | initial |
| ประสบการณ์ทำงาน (ปี) | 1.03 | 1.00 | 1.06 | 0.059 | initial |
| วิชาชีพ | | | | | |
| แพทย์ | 0.46 | 0.07 | 2.79 | 0.395 | |
| ทันตแพทย์ | 0.61 | 0.05 | 6.91 | 0.693 | |
| พยาบาล | 1.77 | 0.88 | 3.53 | 0.107 | initial |
| ทันตภิบาล | 0.59 | 0.22 | 1.53 | 0.277 | |
| เจ้าพนักงานเภสัชกรรม | 1.24 | 0.14 | 11.35 | 0.847 | |
| แพทย์แผนไทยประยุกต์ | 0.20 | 0.06 | 0.65 | 0.008 | initial |
| นักวิชาการสาธารณสุข | 1.65 | 0.89 | 3.05 | 0.111 | initial |
| นักกายภาพ | n/a | n/a | n/a | n/a | |
| ลักษณะของ รพ.สต. | | | | | |
| ระดับ รพ.สต. | n/a | n/a | n/a | n/a | |
| การเป็น รพ.สต. ติดดาว | 2.12 | 0.84 | 5.34 | 0.111 | initial |
| การเป็น Primary care cluster | 1.25 | 0.61 | 2.55 | 0.549 | |
| ระบบสนับสนุนการทำงาน | | | | | |
| การมีนโยบายสนับสนุน | 2.56 | 0.88 | 7.47 | 0.086 | initial |
| การมีงบประมาณสนับสนุน | 2.65 | 1.03 | 6.84 | 0.043 | initial |
| การมีเครื่องมือสนับสนุนการดำเนินงาน | 0.87 | 0.09 | 7.92 | 0.898 | |
| การทำงานของเภสัชกร | | | | | |
| การมีเภสัชกรอยู่ประจำ | 2.34 | 1.07 | 5.10 | 0.033 | initial |

ตารางที่ 16 (ต่อ)

| ปัจจัยที่สนใจ | OR | Lower 95% CI | Upper 95% CI | p-value | |
|---|------|-----------------|-----------------|---------|---------|
| ความถี่ในการปฏิบัติงานของเภสัชกร | 0.85 | 0.41 | 1.79 | 0.675 | |
| การกำหนดกรอบบัญชียา รพ.สต. | 1.87 | 0.98 | 3.56 | 0.058 | initial |
| การให้คำปรึกษาด้านยาแก่ รพ.สต. | 1.99 | 0.95 | 4.14 | 0.067 | initial |
| การประชุมเพื่อพัฒนาระบบการใช้ ยากับ รพ.สต. | 4.17 | 2.15 | 8.11 | 0.000 | initial |
| การเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามจัดการ ปัญหาแก่ผู้ป่วย | 3.80 | 1.97 | 7.37 | 0.000 | initial |
| การอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับ ผลิตภัณฑ์สุขภาพ | 3.01 | 1.57 | 5.75 | 0.001 | initial |

หมายเหตุ: OR = Odds ratio, CI = Confidence interval, n/a = วิเคราะห์ไม่ได้, initial = เป็นตัวแปรที่จะนำเข้าสู่ initial model

เมื่อนำตัวแปรต้นที่เลือกไว้จากตารางที่ 4.7 นำเข้าสู่การวิเคราะห์แบบพหุของ initial model ผลการวิเคราะห์แสดงดังตารางที่ 4.8 พบว่าตัวแปรต้นที่มีค่า p-value < 0.05 มี 3 ตัวแปร ได้แก่ การเป็น รพ.สต. ติดตาม การประชุมเพื่อพัฒนาระบบการใช้ยากับ รพ.สต. และการเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามจัดการปัญหาแก่ผู้ป่วย จึงนำตัวแปรต้นทั้งสามตัวนี้เข้าสู่การวิเคราะห์ใน adjusted model

พหุ ประสิทธิภาพ

ตารางที่ 12 ผลการวิเคราะห์ Logistic regression ของ initial model

| ปัจจัยที่สนใจ | OR | Lower 95% CI | Upper 95% CI | p-value | |
|---|------|-----------------|-----------------|---------|----------|
| ลักษณะทางประชากรของผู้ตอบ | | | | | |
| อายุ | 1.07 | 0.96 | 1.20 | 0.237 | |
| ระดับการศึกษา | 1.90 | 0.37 | 9.82 | 0.443 | |
| อายุการทำงาน | 0.94 | 0.84 | 1.06 | 0.313 | |
| วิชาชีพ | | | | | |
| พยาบาล | 0.98 | 0.17 | 5.52 | 0.980 | |
| แพทย์แผนไทยประยุกต์ | n/a | n/a | n/a | n/a | |
| นักวิชาการสาธารณสุข | 1.09 | 0.20 | 5.83 | 0.919 | |
| ลักษณะของ รพ.สต. | | | | | |
| การเป็นรพ.สต.ติดดาว | 6.00 | 1.26 | 28.55 | 0.024 | adjusted |
| ระบบสนับสนุนการทำงาน | | | | | |
| มีนโยบายสนับสนุน | 0.47 | 0.05 | 4.62 | 0.515 | |
| มีงบประมาณสนับสนุน | 3.52 | 0.64 | 19.23 | 0.146 | |
| การทำงานของเภสัชกร | | | | | |
| การมีเภสัชกรอยู่ประจำ | 3.20 | 0.81 | 12.74 | 0.098 | |
| การกำหนดกรอบบัญชีารพ.สต. | 0.33 | 0.10 | 1.08 | 0.067 | |
| การให้คำปรึกษาด้านยาแกรพ. สต. | 0.43 | 0.11 | 1.65 | 0.220 | |
| การประชุมเพื่อพัฒนาระบบการ ใช้ยากับรพ.สต. | 5.96 | 1.57 | 22.64 | 0.009 | adjusted |
| การเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามจัดการ ปัญหาแก่ผู้ป่วย | 4.35 | 1.30 | 14.52 | 0.017 | adjusted |
| การอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับ ผลิตภัณฑ์สุขภาพ | 0.56 | 0.18 | 1.79 | 0.327 | |

หมายเหตุ: OR = Odds ratio, CI = Confidence interval, n/a = วิเคราะห์ไม่ได้, adjusted = เป็นตัวแปรที่จะนำเข้าสู่ adjusted model

เมื่อนำตัวแปรต้นที่เลือกไว้จากตารางที่ 4.8 นำเข้าสู่การวิเคราะห์แบบพหุของ adjusted model ผลการวิเคราะห์แสดงดังตารางที่ 4.9 พบว่าตัวแปรต้นที่มีค่า p-value < 0.05 มี 1 ตัวแปร ได้แก่ การเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามจัดการปัญหาแก่ผู้ป่วย แต่ตัวแปรต้นการประชุมเพื่อพัฒนาระบบการใช้อายักบรพ.สต.ก็มีค่า p-value ที่ใกล้เคียง 0.05 ผู้วิจัยจึงนำตัวแปรต้นทั้งสองตัวนี้เข้าสู่การวิเคราะห์ใน final model

ตารางที่ 13 ผลการวิเคราะห์ Logistic regression ของ adjusted model

| | OR | Lower 95% CI | Upper 95% CI | P | |
|---|------|-----------------|-----------------|-------|-------|
| ลักษณะของ รพ.สต. | | | | | |
| การเป็นรพ.สต.ติดตาม | 2.31 | 0.78 | 6.86 | 0.131 | |
| การทำงานของเภสัชกร | | | | | |
| การประชุมเพื่อพัฒนาระบบการใช้อายักบรพ.สต. | 2.12 | 0.98 | 4.56 | 0.055 | final |
| การเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามจัดการปัญหาแก่ผู้ป่วย | 3.34 | 1.53 | 7.27 | 0.002 | final |

หมายเหตุ: OR = Odds ratio, CI = Confidence interval, n/a = วิเคราะห์ไม่ได้, final = เป็นตัวแปรที่จะนำเข้าสู่ final model

เมื่อนำตัวแปรต้นที่เลือกไว้จากตารางที่ 4.9 นำเข้าสู่การวิเคราะห์แบบพหุของ final model ผลการวิเคราะห์แสดงดังตารางที่ 4.10 พบว่าตัวแปรต้นที่มีค่า p-value < 0.05 มี 2 ตัวแปร ได้แก่ การประชุมเพื่อพัฒนาระบบการใช้อายักบรพ.สต. (OR 2.99 95%CI 1.45-6.15) การเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามจัดการปัญหาแก่ผู้ป่วย (OR 2.46 95%CI 1.19-5.06) จึงสรุปได้ว่าปัจจัยทั้งสองนี้ส่งผลต่อการรับรู้บทบาทหน้าที่ของเภสัชกรทั้ง 11 ด้านอย่างมีนัยสำคัญ อธิบายได้ว่า การประชุมเพื่อพัฒนาระบบการใช้อายักบรพ.สต. และ การเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามจัดการปัญหาแก่ผู้ป่วย ช่วยเพิ่มการรับรู้บทบาทหน้าที่ของเภสัชกรได้ถึง 2-3 เท่าเมื่อเทียบกับการไม่มีกิจกรรมดังกล่าว

ตารางที่ 14 ผลการวิเคราะห์ Logistic regression ของ final model

| | OR | Lower 95% CI | Upper 95% CI | P | |
|---|------|-----------------|-----------------|-------|-------------|
| การทำงานของเภสัชกร | | | | | |
| การประชุมเพื่อพัฒนาระบบการใช้ยาที่รพ.สต. | 2.99 | 1.45 | 6.15 | 0.003 | significant |
| การเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามจัดการปัญหาแก่ผู้ป่วย | 2.46 | 1.19 | 5.06 | 0.015 | significant |

หมายเหตุ: OR = Odds ratio, CI = Confidence interval, n/a = วิเคราะห์ไม่ได้, significant = เป็นตัวแปรที่มีนัยสำคัญจากการ final model

4.5.2 ปัจจัยที่ส่งผลต่อความคิดเห็นต่อการปฏิบัติงานของเภสัชกรปฐมภูมิ

เมื่อวิเคราะห์ด้วย Linear regression แบบตัวแปรเดียว โดยมีตัวแปรตามเป็นความคิดเห็นต่อการปฏิบัติงานของเภสัชกรปฐมภูมิ และใช้ตัวแปรต้นดังแสดงในตารางที่ 15 พบว่า มีตัวแปรต้นที่มีค่า $p < 0.200$ ได้แก่ แพทย์ ทันตแพทย์ แพทย์แผนไทยประยุกต์ นักวิชาการสาธารณสุข การเป็น Primary care cluster การมีนโยบายสนับสนุน การมีงบประมาณสนับสนุน การมีเครื่องมือสนับสนุนการดำเนินงาน การมีเภสัชกรอยู่ประจำ และ ความถี่ในการปฏิบัติงานของเภสัชกร จึงนำตัวแปรต้นเหล่านี้เข้าสู่การวิเคราะห์ใน initial model

ตารางที่ 15 ผลการวิเคราะห์ Linear regression แบบตัวแปรเดียว

| ปัจจัยที่สนใจ | Coefficient | Lower | Upper | P | |
|-------------------------|-------------|-------|-------|-------|--|
| ลักษณะทางประชากร | | | | | |
| เพศชาย | -0.46 | -2.06 | 1.14 | 0.574 | |
| อายุ | -0.01 | -0.08 | 0.06 | 0.780 | |
| ระดับการศึกษา | -0.48 | -2.07 | 1.12 | 0.557 | |
| อายุการทำงาน | -0.04 | -0.10 | 0.03 | 0.255 | |

ตารางที่ 15 (ต่อ)

| ปัจจัยที่สนใจ | Coefficient | Lower | Upper | P | |
|---|-------------|--------|-------|-------|---------|
| วิชาชีพ | | | | | |
| แพทย์ | 1.17 | -3.46 | 5.80 | 0.620 | |
| ทันตแพทย์ | 5.82 | -0.09 | 11.72 | 0.054 | initial |
| พยาบาล | 0.04 | -1.41 | 1.48 | 0.960 | |
| ทันตภิบาล | 1.23 | -1.11 | 3.57 | 0.300 | |
| เจ้าพนักงานเภสัชกรรม | 1.98 | -2.64 | 6.61 | 0.399 | |
| แพทย์แผนไทยประยุกต์ | -1.42 | -4.58 | 1.74 | 0.378 | |
| นักวิชาการสาธารณสุข | -1.01 | -2.35 | 0.33 | 0.139 | initial |
| นักกายภาพ | 5.14 | -0.78 | 11.06 | 0.088 | initial |
| ลักษณะของ รพ.สต. | | | | | |
| การเป็นรพ.สต.ติดดาว | -0.27409 | -2.588 | 2.040 | 0.816 | |
| เป็น Primary care cluster | -0.27 | -1.90 | 1.35 | 0.741 | |
| ระบบสนับสนุนการทำงาน | | | | | |
| มีนโยบายสนับสนุน | 2.07 | -0.56 | 4.70 | 0.122 | initial |
| มีงบประมาณสนับสนุน | 2.88 | 0.64 | 5.13 | 0.012 | initial |
| การมีเครื่องมือสนับสนุนการดำเนินงาน | 3.82 | -1.34 | 8.97 | 0.146 | initial |
| การทำงานของเภสัชกร | | | | | |
| การมีเภสัชกรอยู่ประจำ | 2.30 | 0.82 | 3.79 | 0.002 | initial |
| ความถี่ในการปฏิบัติงานของเภสัชกร | 3.00 | 1.35 | 4.64 | 0.000 | initial |
| การกำหนดกรอบบัญชีรายการพ.สต. | 0.29 | -1.07 | 1.65 | 0.677 | |
| การให้คำปรึกษาด้านยาแก่รพ.สต. | -0.19 | -1.90 | 1.52 | 0.828 | |
| การประชุมเพื่อพัฒนาระบบการใช้ยากับรพ.สต. | 0.49 | -0.93 | 1.90 | 0.500 | |
| การเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามจัดการปัญหาแก่ผู้ป่วย | 2.18 | 0.71 | 3.64 | 0.004 | initial |
| การอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพ | 0.78 | -0.63 | 2.19 | 0.279 | |

หมายเหตุ: CI = Confidence interval, n/a = วิเคราะห์ไม่ได้, initial = เป็นตัวแปรที่จะนำเข้าสู่ initial model

เมื่อนำตัวแปรต้นที่เลือกไว้จากตารางที่ 15 นำเข้าสู่การวิเคราะห์แบบพหุของ initial model ผลการวิเคราะห์แสดงดังตารางที่ 16 พบว่าตัวแปรต้นที่มีค่า p-value < 0.05 มี 2 ตัวแปร ได้แก่ การมีงบประมาณสนับสนุน และ ความถี่ในการปฏิบัติงานของเภสัชกร จึงนำตัวแปรต้นทั้งสองตัวนี้เข้าสู่การวิเคราะห์ใน adjusted model

ตารางที่ 16 ผลการวิเคราะห์ Linear regression ของ initial model

| ปัจจัยที่สนใจ | Coefficient | Lower 95% CI | Upper 95% CI | P | |
|---|-------------|-----------------|-----------------|-------|----------|
| วิชาชีพ | | | | | |
| ทันตแพทย์ | 2.73 | -6.96 | 12.42 | 0.579 | |
| นักวิชาการสาธารณสุข | -0.92 | -2.36 | 0.52 | 0.210 | |
| นักกายภาพ | n/a | n/a | n/a | n/a | |
| ระบบสนับสนุนการทำงาน | | | | | |
| การมีนโยบายสนับสนุน | -0.08 | -4.36 | 4.20 | 0.970 | |
| การมีงบประมาณสนับสนุน | 2.80 | 0.12 | 5.48 | 0.040 | adjusted |
| การมีเครื่องมือสนับสนุนการดำเนินงาน | 2.33 | -4.40 | 9.05 | 0.495 | |
| การทำงานของเภสัชกร | | | | | |
| การมีเภสัชกรอยู่ประจำ | 1.36 | -0.24 | 2.96 | 0.096 | |
| ความถี่ในการปฏิบัติงานของเภสัชกร | 2.61 | 0.74 | 4.47 | 0.006 | adjusted |
| การเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามจัดการปัญหา ยาแก่ผู้ป่วย | 1.38 | -0.30 | 3.05 | 0.106 | |

หมายเหตุ: CI = Confidence interval, n/a = วิเคราะห์ไม่ได้, adjusted = เป็นตัวแปรที่จะนำเข้าสู่ adjusted model

เมื่อนำตัวแปรต้นที่เลือกไว้จากตารางที่ 16 นำเข้าสู่การวิเคราะห์แบบพหุของ adjusted model ผลการวิเคราะห์แสดงดังตารางที่ 17 พบว่าตัวแปรต้นที่มีค่า p-value < 0.05 มี 2 ตัวแปร ได้แก่ การมีงบประมาณสนับสนุน และความถี่ในการปฏิบัติงานของเภสัชกร ผู้วิจัยจึงนำตัวแปรต้นทั้งสองตัวนี้เข้าสู่การวิเคราะห์ใน final model พบว่าตัวแปรต้นทั้งสองตัวนี้มีค่า p-value < 0.05 ได้แก่ การมีงบประมาณสนับสนุน (Coefficient 2.96 95%CI 0.72-5.19) ความถี่ในการปฏิบัติงานของเภสัชกร (Coefficient 3.13 95%CI 1.28-4.98) (ตารางที่ 4.13) จึงสรุปได้ว่าปัจจัยทั้งสองนี้ส่งผลต่อความคิดเห็นที่มีต่อการปฏิบัติงานของเภสัชกรอย่างมีนัยสำคัญ

ตารางที่ 17 ผลการวิเคราะห์ Linear regression ของ adjusted model และ final model

| | Coefficient | Lower 95% CI | Upper 95% CI | P | |
|--------------------------------------|-------------|-----------------|-----------------|-------|-------|
| การมีงบประมาณสนับสนุน | 2.96 | 0.72 | 5.19 | 0.010 | final |
| ความถี่ในการปฏิบัติงานของ เภสัชกร | 3.13 | 1.28 | 4.98 | 0.001 | final |

หมายเหตุ: CI = Confidence interval, n/a = วิเคราะห์ไม่ได้, final = เป็นตัวแปรที่จะนำเข้าสู่ final model

4.5.3 ปัจจัยที่ส่งผลต่อความคิดเห็นที่มีต่อประโยชน์ของงานเภสัชกรรมปฐมภูมิ

เมื่อวิเคราะห์ด้วย Linear regression แบบตัวแปรเดียว โดยมีตัวแปรตามเป็นความคิดเห็นต่อการปฏิบัติงานของเภสัชกรปฐมภูมิ และใช้ตัวแปรต้นดังแสดงในตารางที่ 18 พบว่า มีตัวแปรต้นที่มีค่า $p < 0.200$ ได้แก่ แพทย์ ทันตแพทย์ แพทย์แผนไทยประยุกต์ นักวิชาการสาธารณสุข การเป็นเครือข่าย Primary care cluster การมีนโยบายสนับสนุน การมีงบประมาณสนับสนุน การมีเครื่องมือสนับสนุนการดำเนินงาน การมีเภสัชกรอยู่ประจำ ความถี่ในการปฏิบัติงานของเภสัชกร จึงนำตัวแปรต้นเหล่านี้เข้าสู่การวิเคราะห์ใน initial model

ตารางที่ 18 ผลการวิเคราะห์ Linear regression แบบตัวแปรเดียว

| ปัจจัยที่สนใจ | Coefficient | Lower | Upper | P | |
|-------------------------|-------------|-------|-------|-------|---------|
| ลักษณะทางประชากร | | | | | |
| เพศชาย | -0.55 | -1.90 | 0.80 | 0.424 | |
| อายุ | 0.02 | -0.03 | 0.08 | 0.415 | |
| ระดับการศึกษา | -0.56 | -1.71 | 0.59 | 0.339 | |
| อายุการทำงาน | 0.01 | -0.04 | 0.07 | 0.655 | |
| วิชาชีพ | | | | | |
| แพทย์ | 3.39 | -0.50 | 7.29 | 0.087 | initial |
| ทันตแพทย์ | 3.57 | -1.45 | 8.58 | 0.163 | initial |

ตารางที่ 18 (ต่อ)

| ปัจจัยที่สนใจ | Coefficient | Lower | Upper | P | |
|--|-------------|-------|-------|-------|---------|
| พยาบาล | 0.76 | -0.46 | 1.98 | 0.222 | |
| ทันตภิบาล | 0.95 | -1.07 | 2.98 | 0.355 | |
| เจ้าพนักงานเภสัชกรรม | -0.29 | -4.21 | 3.63 | 0.885 | |
| แพทย์แผนไทยประยุกต์ | -2.26 | -4.82 | 0.29 | 0.082 | initial |
| นักวิชาการสาธารณสุข | -1.13 | -2.26 | 0.01 | 0.051 | initial |
| นักกายภาพ | 3.23 | -1.79 | 8.25 | 0.206 | |
| ลักษณะของ รพ.สต. | | | | | |
| การเป็นรพ.สต.ติดดาว | 0.39 | -1.58 | 2.35 | 0.699 | |
| เป็นเครือข่าย Primary care cluster | -1.28 | -2.67 | 0.11 | 0.070 | initial |
| ระบบสนับสนุนการทำงาน | | | | | |
| การมีนโยบายสนับสนุน | 2.30 | 0.00 | 4.60 | 0.050 | initial |
| การมีงบประมาณสนับสนุน | 3.53 | 1.59 | 5.47 | 0.000 | initial |
| การมีเครื่องมือสนับสนุนการดำเนินงาน | 3.46 | -0.93 | 7.85 | 0.122 | initial |
| การทำงานของเภสัชกร | | | | | |
| การมีเภสัชกรอยู่ประจำ | 1.02 | -0.25 | 2.29 | 0.114 | initial |
| ความถี่ในการปฏิบัติงานของเภสัชกร | 1.84 | 0.43 | 3.25 | 0.011 | initial |
| การกำหนดรอบบัญชียา รพ.สต. | -0.47 | -1.63 | 0.68 | 0.421 | |
| การให้คำปรึกษาด้านยาแก่ รพ.สต. | -0.20 | -1.67 | 1.27 | 0.785 | |
| การประชุมเพื่อพัฒนาระบบการใช้ยากับ รพ.สต. | -0.15 | -1.36 | 1.06 | 0.810 | |
| การเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามจัดการปัญหา ยาแก่ผู้ป่วย | 0.41 | -0.87 | 1.70 | 0.529 | |
| การอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพ | 0.14 | -1.07 | 1.35 | 0.820 | |

หมายเหตุ: CI = Confidence interval, n/a = วิเคราะห์ไม่ได้, initial = เป็นตัวแปรที่จะนำเข้าสู่ initial model

เมื่อนำตัวแปรต้นที่เลือกไว้จากตารางที่ 18 นำเข้าสู่วิเคราะห์แบบพหุของ initial model ผลการวิเคราะห์แสดงดังตารางที่ 19 พบว่าตัวแปรต้นที่มีค่า p-value < 0.05 มี 1 ตัวแปร ได้แก่ การมีงบประมาณสนับสนุน จึงนำตัวแปรต้นตัวนี้เข้าสู่วิเคราะห์ใน adjusted model

ตารางที่ 19 ผลการวิเคราะห์ Linear regression ของ initial model

| ปัจจัยที่สนใจ | Coefficient | Lower 95% CI | Upper 95% CI | P | |
|-------------------------------------|-------------|--------------|--------------|-------|----------|
| วิชาชีพ | | | | | |
| แพทย์ | 0.87 | -7.82 | 9.55 | 0.844 | |
| ทันตแพทย์ | 0.87 | -7.82 | 9.55 | 0.844 | |
| แพทย์แผนไทยประยุกต์ | -1.77 | -5.15 | 1.60 | 0.30 | |
| นักวิชาการสาธารณสุข | -1.03 | -2.39 | 0.33 | 0.135 | |
| ลักษณะ รพ.สต. | | | | | |
| เป็นเครือข่าย Primary care cluster | -1.06 | -2.62 | 0.50 | 0.180 | |
| ระบบสนับสนุนการทำงาน | | | | | |
| การมีนโยบายสนับสนุน | 0.79 | -2.94 | 4.52 | 0.677 | |
| การมีงบประมาณสนับสนุน | 3.24 | 0.70 | 5.77 | 0.013 | adjusted |
| การมีเครื่องมือสนับสนุนการดำเนินงาน | 1.36 | -4.60 | 7.32 | 0.653 | |
| การทำงานของเภสัชกร | | | | | |
| การมีเภสัชกรอยู่ประจำ | 0.94 | -0.56 | 2.44 | 0.217 | |
| ความถี่ในการปฏิบัติงานของเภสัชกร | 1.66 | -0.08 | 3.40 | 0.062 | |

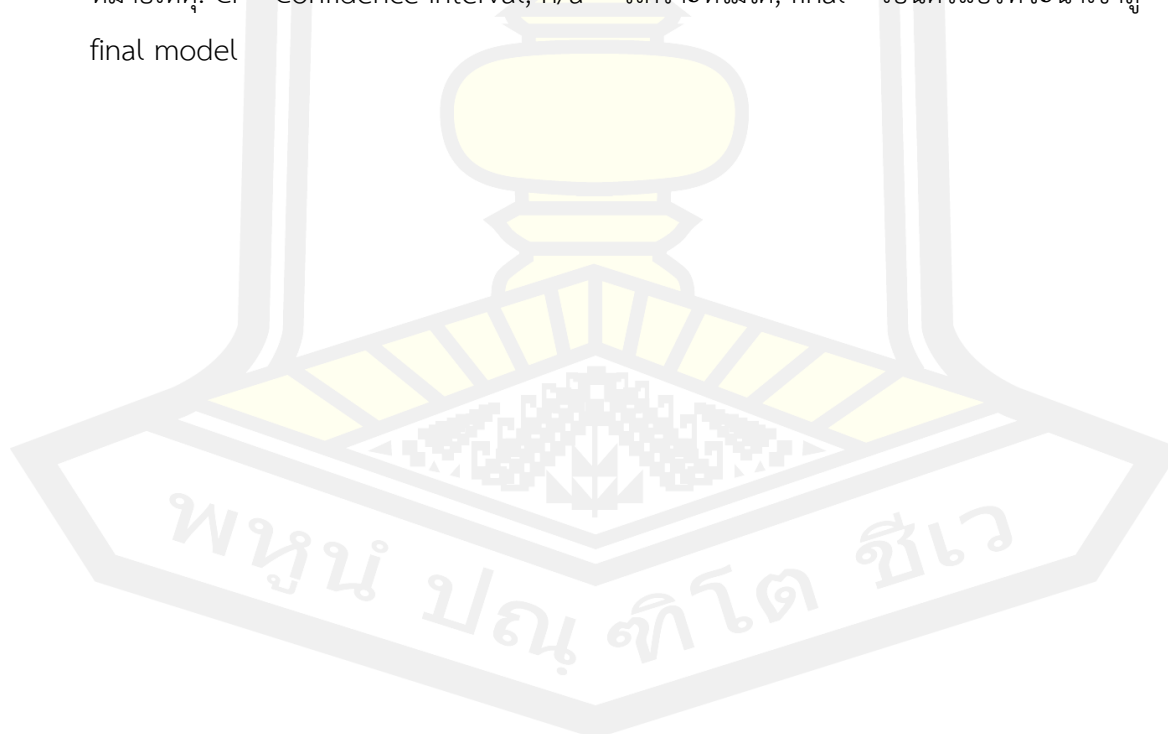
หมายเหตุ: CI = Confidence interval, n/a = วิเคราะห์ไม่ได้, adjusted = เป็นตัวแปรที่จะนำเข้าสู่ adjusted model

เมื่อนำตัวแปรต้นที่เลือกไว้จากตารางที่ 19 นำเข้าสู่การวิเคราะห์แบบพหุของ adjusted model ผลการวิเคราะห์แสดงดังตารางที่ 20 พบว่าตัวแปรต้นที่มีค่า p-value < 0.05 มี 2 ตัวแปร ได้แก่ การมีงบประมาณสนับสนุน ผู้วิจัยจึงนำตัวแปรต้นดังกล่าวเข้าสู่การวิเคราะห์ใน final model พบว่า การมีงบประมาณสนับสนุน (Coefficient 2.96 95%CI 0.72-5.19) มี p-value < 0.05 (ตารางที่ 20) จึงสรุปได้ว่าปัจจัยนี้ส่งผลต่อความคิดเห็นที่มีต่อประโยชน์ของงานเภสัชกรรมปฐมภูมิ อย่างมีนัยสำคัญ

ตารางที่ 20 ผลการวิเคราะห์ Linear regression ของ adjusted model และ final model

| | Coefficient | Lower 95% CI | Upper 95% CI | P | |
|--------------------------------------|-------------|-----------------|-----------------|-------|-------|
| การมีงบประมาณสนับสนุน | 2.96 | 0.72 | 5.19 | 0.010 | final |
| ความถี่ในการปฏิบัติงานของ เภสัชกร | 3.13 | 1.28 | 4.98 | 0.001 | final |

หมายเหตุ: CI = Confidence interval, n/a = วิเคราะห์ไม่ได้, final = เป็นตัวแปรที่จะนำเข้าสู่ final model



บทที่ 5

สรุปและอภิปรายผล

5.1 สรุปผล

การรับรู้เกี่ยวกับเภสัชกรรมปฐมภูมิของสาขาชีพในเขตบริการสุขภาพที่ 10 พบว่ามีสาขาชีพมากกว่าร้อยละ 80 เคยได้ยินคำว่าเภสัชกรรมปฐมภูมิ และ รพ.สต.ที่สังกัดอยู่ มีการดำเนินงานด้านเภสัชกรรมปฐมภูมิ ด้านการปฏิบัติงานของเภสัชกรปฐมภูมิพบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามมีเพียงร้อยละ 27.35 เท่านั้นที่มีเภสัชกรปฐมภูมิที่ปฏิบัติงานอยู่ประจำใน รพ.สต.ที่สังกัด เมื่อคิดเป็นจำนวนคนโดยเฉลี่ยพบว่าใน 1 รพ.สต.มีจำนวนเภสัชกร 1.61 ± 1.26 คน และมากกว่าร้อยละ 50 ของกลุ่มตัวอย่างตอบว่า ความถี่ในการปฏิบัติงานด้านเภสัชกรรมปฐมภูมิของเภสัชกรปฐมภูมิปฏิบัติงาน 1 ครั้งต่อเดือน ด้านการรับรู้บทบาทเภสัชกรรมปฐมภูมิพบว่า มีสาขาชีพมากกว่าร้อยละ 90 รับรู้บทบาทเภสัชกรรมปฐมภูมิทั้ง 11 บทบาท แต่บทบาทที่มีการรับรู้มากที่สุด (มากกว่าร้อยละ 90) คือ บทบาทด้านงานบริหารเวชภัณฑ์และงานคุ้มครองผู้บริโภค ส่วนบทบาทที่รับรู้น้อยลงมา (น้อยกว่าร้อยละ 90) คือบทบาทด้านการส่งมอบยาและให้คำแนะนำการใช้ยาและการบริหารเภสัชกรรมผู้ป่วยที่บ้าน ผลการวิเคราะห์แบบพหุพบว่า การประชุมเพื่อพัฒนาระบบการใช้ยากับรพ.สต. (OR 2.99 95%CI 1.45-6.15) และการเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามจัดการปัญหาแก่ผู้ป่วย (OR 2.46 95%CI 1.19-5.06) เป็นปัจจัยเสริมการรับรู้บทบาทหน้าที่เภสัชกรได้อย่างมีนัยสำคัญ การมีงบประมาณสนับสนุน (Coefficient 2.96 95%CI 0.72-5.19) ความถี่ในการปฏิบัติงานของเภสัชกร (Coefficient 3.13 95%CI 1.28-4.98) เป็นปัจจัยที่ช่วยเพิ่มความถี่ในการปฏิบัติหน้าที่ต่อการปฏิบัติงานของเภสัชกรอย่างมีนัยสำคัญ และการมีงบประมาณสนับสนุน (Coefficient 2.96 95%CI 0.72-5.19) เป็นปัจจัยที่ช่วยเพิ่มความถี่ในการปฏิบัติหน้าที่ต่อประโยชน์ของงานเภสัชกรรมปฐมภูมิอย่างมีนัยสำคัญ

5.2 อภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้สำรวจการรับรู้ของสาขาชีพต่อบทบาทงานเภสัชกรรมปฐมภูมิ โดยมุ่งเน้นศึกษาในกลุ่มเป้าหมายที่เป็นสาขาชีพที่ทำงานในทีมปฐมภูมิของโรงพยาบาลต่าง ๆ ในเขตสุขภาพที่ 10 ผลการศึกษาโดยสรุปพบว่า สาขาชีพประมาณร้อยละ 90 หรือมากกว่ามีการรับรู้บทบาทงานเภสัชกรรมปฐมภูมิทั้ง 11 บทบาท แต่มีสาขาชีพเพียงประมาณครึ่งหนึ่งที่เห็นว่าเภสัชกรปฐมภูมิปฏิบัติงานได้ดีมาก ในขณะที่มีสาขาชีพประมาณ 3 ใน 4 ส่วนที่เห็นว่างานเภสัชกรรมปฐมภูมิ

ประโยชน์มาก ก่อนหน้านี้งานวิจัยของ ชูติมา วรรณทอง และสุรสิทธิ์ ล้อจิตรอำนาจ ที่ศึกษาความคิดเห็นของแพทย์และพยาบาลพยาบาลต่อบทบาทของเภสัชกรในงานปฐมภูมิ (ชูติมา วรรณทอง และสุรสิทธิ์ ล้อจิตรอำนาจ, 2562) แต่มีความแตกต่างกันตรงที่การศึกษาครั้งนี้สนใจการรับรู้ของสหวิชาชีพที่ปฏิบัติงานร่วมกับเภสัชกรปฐมภูมิ แต่การศึกษาก่อนหน้านั้นได้เน้นสำรวจความคิดเห็นของแพทย์และพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ดังนั้นการศึกษานี้จึงให้ข้อมูลการรับรู้จากมุมมองของสหวิชาชีพที่ได้ทำงานร่วมกับเภสัชกรปฐมภูมิ

ในด้านการปฏิบัติงานของเภสัชกรปฐมภูมิพบว่า สหวิชาชีพรับรู้ว่ามีเภสัชกรปฐมภูมิที่ปฏิบัติงานที่ รพ.สต. โดยประมาณ 1-2 คน (ค่าเฉลี่ย 1.61 ± 1.26 คน) และส่วนใหญ่มีความถี่ในการเข้าไปปฏิบัติงานที่ รพ.สต. เดือนละ 1 ครั้ง (ร้อยละ 54.66) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ยอดหทัย หิรัญสาย และคณะ พบว่าในหน่วยบริการปฐมภูมิมีเภสัชกรปฏิบัติงานค่อนข้างน้อยกล่าวคือปฏิบัติงานเดือนละ 1-2 ครั้ง (ยอดหทัย หิรัญสาย และคณะ, 2560) ส่วน ชูติมา วรรณทอง และสุรสิทธิ์ ล้อจิตรอำนาจ ก็พบว่าแพทย์และพยาบาลเห็นว่าเภสัชกรนั้นปฏิบัติงานด้านเภสัชกรรมปฐมภูมิเป็นบางเวลาและส่วนมากมักไม่มีเภสัชกรประจำด้านนี้โดยเฉพาะ (ชูติมา วรรณทอง และสุรสิทธิ์ ล้อจิตรอำนาจ, 2562) อย่างไรก็ตามความถี่ในการปฏิบัติงานของเภสัชกรที่ระดับ 1 ครั้งต่อเดือนนี้ยังไม่เป็นไปตามมาตรฐานที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนดไว้สำหรับการดำเนินงานของหน่วยบริการปฐมภูมิที่เป็นคู่สัญญา โดยได้กำหนดไว้ว่าจะต้องมีเภสัชกรอยู่ประจำที่หน่วยบริการปฐมภูมิหรืออย่างน้อยควรอยู่เป็นบางเวลาที่ 4 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2559) ทั้งนี้อาจเนื่องจากข้อจำกัดด้านจำนวนเภสัชกรในโรงพยาบาลชุมชนที่มีไม่เพียงพอ โดยการศึกษาของ นางลักขณ์ พะโกยะ และคณะ ได้พยากรณ์ไว้ว่าระบบบริการสุขภาพของประเทศไทยยังคงมีความต้องการกำลังคนเพิ่มเติมในทุกสาขาเพื่อจัดบริการระดับปฐมภูมิ โดยในปี 2569 ควรมีเภสัชกรเพิ่มขึ้นอีกจำนวน 1,997-2,441 คน (นางลักขณ์ พะโกยะ และคณะ, 2561) ดังนั้นเพื่อให้การจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิมีความเข้มแข็งและดูแลผู้ป่วยสูงอายุในอนาคตได้ตามเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุขนั้น จึงควรมีการพิจารณาทบทวนและวางแผนด้านกำลังคนในระดับปฐมภูมิอย่างเร่งด่วน

ในด้านการรับรู้บทบาทเภสัชกรรมปฐมภูมิ พบว่าสหสาขาวิชาชีพมีการรับรู้บทบาทเภสัชกรรมปฐมภูมิในระดับสูง โดยเฉพาะด้านงานบริหารงานเวชภัณฑ์ และในด้านงานคุ้มครองผู้บริโภค ทั้งนี้อาจเป็นเพราะบทบาทงานทั้งสองอย่างนี้ถูกดำเนินการโดยเภสัชกรมาแล้วอย่างยาวนาน จึงอาจทำให้เกิดการรับรู้ที่สูงในกลุ่มสหวิชาชีพ อย่างไรก็ตาม รักขวร ใจสะอาด และทิพาพร กาญจนราช (รักขวร ใจสะอาดและทิพาพร กาญจนราช, 2557) และ กฤษณี สระมุณี และคณะ (กฤษณี สระมุณี และคณะ, 2560) ได้สำรวจพบว่าเภสัชกรส่วนใหญ่ระบุว่ามีความรู้ไม่มากนักในการบริหารเวชภัณฑ์ในหน่วยบริการปฐมภูมิและการจัดการความปลอดภัยด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชน ในประเด็นการ

รับรู้ต่อผลการปฏิบัติงานของเภสัชกรปฐมภูมิว่าสามารถทำได้ดีไม่น้อยแค่นั้นในบทบาทต่าง ๆ ก็พบว่าสหสาขาวิชาชีพเห็นว่าเภสัชกรยังทำได้ไม่ดีมากนักทั้ง 11 บทบาท ในขณะที่สหวิชาชีพส่วนใหญ่เห็นว่าบทบาทดังกล่าวนั้นมีประโยชน์มาก โดยเฉพาะบทบาทที่ต้องทำงานเชิงรุกและลงพื้นที่ในชุมชน เช่น การออกเยี่ยมบ้านร่วมกับสหวิชาชีพเพื่อติดตามการใช้ยาในผู้ป่วยโรคเรื้อรังหรือผู้ป่วยระยะท้าย จัดการปัญหาให้แก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังหรือผู้ป่วยระยะท้ายขณะออกเยี่ยมบ้านร่วมกับสหวิชาชีพ และการค้นหาและจัดการปัญหาและผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชนร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีสหวิชาชีพเกินกว่าครึ่งที่เห็นว่าเภสัชกรยังทำได้ในระดับพอใช้ถึงควรปรับปรุง ผลการศึกษาส่วนนี้มีความสำคัญต่อการพัฒนาหลักสูตรด้านเภสัชกรรมปฐมภูมิ โดยควรมีการออกแบบหลักสูตรหรือการเรียนการสอนที่จะช่วยเสริมทักษะการทำงานเชิงรุกหรือการทำงานในชุมชนให้มากขึ้น การศึกษาของพจนมาลย์ บุญกลาง และคณะ พบว่าเภสัชกรยังขาดความรู้ด้านการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องด้านยาเมื่อออกเยี่ยมบ้าน (พจนมาลย์ บุญกลาง และคณะ, 2556) ทั้งนี้อาจเกิดจากหลักสูตรเภสัชศาสตร์บัณฑิตส่วนมากยังไม่ได้มุ่งเน้นการดูแลผู้ป่วยที่บ้านและจากการศึกษาเชิงสำรวจของ กฤษณี สระมุณี และคณะ (กฤษณี สระมุณี และคณะ, 2560) พบว่าความรู้ที่เภสัชกรที่ทำงานด้านเภสัชกรรมปฐมภูมิต้องการการพัฒนามากคือ ความรู้พื้นฐานด้านเวชศาสตร์ครอบครัวและการดูแลสุขภาพตามวัย นอกจากนี้เภสัชกรควรแสดงบทบาทและดำเนินกิจกรรมเยี่ยมบ้านร่วมกับสหสาขาวิชาชีพเพื่อวิเคราะห์ปัญหาและสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา (รักษวร ใจสะอาดและทิพาพร กาญจนราช, 2557) จากการศึกษาในอดีตพบว่าปัญหาการใช้ยาในผู้ป่วยในชุมชนมีสัดส่วนที่สูง การออกเยี่ยมบ้านโดยเภสัชกรสามารถช่วยแก้ปัญหาที่อาจเกิดจากการใช้ยาจึงเป็นการเน้นย้ำความสำคัญในการแก้ไขปัญหากลับมาโดยเภสัชกร (สมทรง ราชนิยมและกฤษณี สระมุณี, 2559)

การรับรู้บทบาทหน้าที่ซึ่งกันและกันนั้นเป็นปัจจัยหนึ่งที่จะช่วยให้การให้บริการสุขภาพดำเนินไปได้อย่างราบรื่น Nancarrow และคณะ ได้สรุปว่าการรับรู้บทบาทหน้าที่ซึ่งกันและกันและให้เกียรติกับเพื่อนร่วมงานต่างสาขานั้นมีความสำคัญต่อการทำงานของสหวิชาชีพ (Nancarrow et al., 2013) การศึกษาครั้งนี้พบว่ามีหลายปัจจัยที่ช่วยสนับสนุนให้เกิดการรับรู้บทบาทเภสัชกรรมปฐมภูมิคือ ความถี่ของการปฏิบัติงานใน รพ.สต. ของเภสัชกรปฐมภูมินั้นหากไปได้บ่อยมากกว่าสัปดาห์ละ 1 ครั้ง จะช่วยกระตุ้นให้เกิดการรับรู้ทั้งด้านผลการปฏิบัติงานและประโยชน์ของงานเภสัชกรรมปฐมภูมิที่มากขึ้น Haggerty และคณะ ได้อธิบายไว้ว่า การพบเจอกันอย่างสม่ำเสมอ (regular contact) เป็นคุณสมบัติข้อหนึ่งของการดูแลต่อเนื่อง (continuity of care) ซึ่งจะช่วยให้การดูแลผู้ป่วยบรรลุเป้าหมายตามที่ตั้งไว้ (Haggerty et al., 2003) รวมถึงช่วยสร้างการรับรู้บทบาทหน้าที่ของเภสัชกรให้สหวิชาชีพสาขาอื่น ๆ ได้รับทราบมากขึ้นอีกด้วย นอกจากนี้การศึกษาครั้งนี้ยังพบว่า การมีงบประมาณสนับสนุนงานเภสัชกรรมปฐมภูมิ และการมีเภสัชกรปฐมภูมิปฏิบัติงานอยู่ที่ รพ.สต. นั้นเป็นปัจจัยที่ช่วยกระตุ้นการรับรู้ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติด้วยเช่นกัน

จุดเด่นของการศึกษาคั้งนี้ คือ เป็นการสำรวจจากมุมมองของสวิชาชีพที่ทำงานร่วมกับเภสัชกรปฐมภูมิ ข้อมูลที่ได้จึงมีความสำคัญต่อการพัฒนางานด้านนี้ การศึกษาคั้งนี้มีอัตราตอบร้อยละ 59.5 ซึ่งสูงกว่าการศึกษาในอดีต ที่ศึกษาความคิดเห็นของแพทย์และพยาบาลที่ปฏิบัติหน้าที่ในสถานบริการปฐมภูมิในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขซึ่งมีอัตราการตอบกลับที่ร้อยละ 25.77 (ชุดิมา วรณทอง และ สุรสิทธิ์ ล้อจิตรอำนาจ, 2562) และการศึกษาที่สำรวจหน้าที่ของเภสัชกรในหน่วยบริการปฐมภูมิมิมีอัตราการตอบกลับร้อยละ 47.48 (Jebara et al., . 2018) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการศึกษาคั้งนี้ใช้วิธีการสำรวจโดยส่ง QR code ให้กลุ่มตัวอย่างทางไปรษณีย์และให้ตอบกลับแบบออนไลน์ และมีการเสริมให้ตอบกลับทางไปรษณีย์ด้วย จึงเป็นการช่วยอำนวยความสะดวกในการตอบแบบสอบถามมากขึ้น จากการศึกษาของ Saramunee และคณะได้ศึกษาพบว่า การใช้วิธีการเก็บข้อมูลแบบผสมจะช่วยเพิ่มอัตราการตอบกลับได้ (Saramunee et al., 2016) อย่างไรก็ตามการศึกษาคั้งนี้มีข้อจำกัด คือ จำนวนตัวอย่างของบางวิชาชีพมีน้อยทำให้ไม่สามารถวิเคราะห์ความแตกต่างของการรับรู้แยกตามวิชาชีพได้ อย่างไรก็ตามประเด็นนี้ไม่ส่งผลกระทบต่อความน่าเชื่อถือของผลการศึกษาเนื่องจากการศึกษาคั้งนี้สนใจการรับรู้เป็นภาพรวมของสวิชาชีพซึ่งผู้วิจัยได้คำนวณขนาดตัวอย่างตามสัดส่วนของสวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในระดับปฐมภูมิตามจริง ข้อจำกัดอีกประการหนึ่ง คือ การศึกษาคั้งนี้ได้ค้นพบว่าสวิชาชีพยังเห็นว่าเภสัชกรปฐมภูมินั้นยังปฏิบัติงานได้ไม่ดีนักแต่ยังขาดข้อมูลเชิงลึกว่าสาเหตุและสิ่งที่ควรปรับปรุงคืออะไร ดังนั้นการศึกษาคั้งถัดไปควรทำการศึกษาเชิงคุณภาพในประเด็นดังกล่าว เพื่อให้ทราบสาเหตุที่ชัดเจนขึ้นและนำไปพัฒนาบทบาทงานด้านนี้ต่อไป

โดยสรุป สวิชาชีพที่ทำงานในทีมปฐมภูมิในเขตสุขภาพที่ 10 มีการรับรู้บทบาทงานเภสัชกรรมปฐมภูมิทั้ง 11 บทบาทในระดับสูง ถึงแม้ว่ามีสวิชาชีพในสัดส่วนสูงที่เห็นว่าบทบาทเภสัชกรรมปฐมภูมินั้นมีประโยชน์มากแต่มีความเห็นว่าเภสัชกรปฐมภูมียังปฏิบัติงานได้ในระดับพอใช้ถึงควรปรับปรุง โดยเฉพาะบทบาทที่ต้องทำงานเชิงรุกและลงพื้นที่ในชุมชน ปัจจัยที่ช่วยสนับสนุนการรับรู้ด้านผลการปฏิบัติงานและประโยชน์ของงานเภสัชกรรมปฐมภูมิ คือ ความถนัดในการปฏิบัติงานใน รพ.สต. ของเภสัชกรปฐมภูมิ

5.3 ข้อจำกัดของการศึกษา

1. การศึกษาคั้งนี้มีอัตราตอบกลับของแบบสอบถามที่ร้อยละ 30.82 โดยจากการส่งแบบสอบถามไปยังกลุ่มสวิชาชีพในเขตบริการสุขภาพที่ 10 จำนวน 159 แห่ง มีการตอบกลับมาตอบกลับมา 49 แห่ง (กรณีคิดเป็นรูปแบบการส่งทางไปรษณีย์) ทำให้ส่งผลต่ออำนาจการทำนายผลการศึกษาไปยังประชากร

2. เนื่องจากการจัดส่งแบบสอบถามนั้นเป็นจดหมายที่ส่งไปถึงสาธารณสุขอำเภอ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนเพื่อให้ประสานงานให้สหวิชาชีพ เป็นผู้ตอบแบบสอบถาม เนื่องจากในสำนักงานสาธารณสุขบางแห่งไม่มีผู้รับผิดชอบในการประสานงานกับ รพ.สต. โดยตรง ซึ่งในขั้นตอนนี้อาจส่งผลลต้อตราตอบกลับด้วย ส่วนในโรงพยาบาลชุมชนนั้น สหวิชาชีพที่เป็น แพทย์ ทันตแพทย์ และนักกายภาพบำบัดยังตอบแบบสอบถามมาเป็นจำนวนน้อย อาจเนื่องมาจากยังขาดผู้ประสานงานส่งต่อแบบสอบถามในโรงพยาบาล

5.4 ข้อเสนอแนะต่องานวิจัยครั้งถัดไป

จากผลการศึกษาครั้งนี้ที่พบว่า การรับรู้บทบาทหน้าที่เภสัชกรในงานเภสัชกรรมปฐมภูมินั้น มีค่อนข้างสูง และสหวิชาชีพส่วนใหญ่เห็นว่างานนี้มีประโยชน์มาก แต่เห็นว่าผลการปฏิบัติงานของเภสัชกรนั้นอยู่ในระดับปานกลางถึงควรปรับปรุง การศึกษาครั้งถัดไปควรศึกษาเกี่ยวกับความคิดเห็นหรือมุมมองเชิงคุณภาพที่สหวิชาชีพมีต่อเภสัชกรที่ปฏิบัติงานด้านนี้ และอาจต้องศึกษาเกี่ยวกับกลยุทธ์ใหม่ ๆ ที่จะช่วยสนับสนุนการทำงานให้แก่เภสัชกรสามารถทำงานได้ดีขึ้น

5.5 ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติและนโยบาย

จากผลการวิเคราะห์พบว่า การมีการประชุมเพื่อพัฒนาระบบการใช้ยากับรพ.สต. นั้นเป็นปัจจัยที่ช่วยส่งผลให้การดำเนินงานเภสัชกรรมปฐมภูมิเป็นไปได้ดี และควรมีการอบรมอย่างต่อเนื่อง และสม่ำเสมอเพื่อให้เกิดการรับรู้ต่องานเภสัชกรรมปฐมภูมิ จึงควรมีการกำหนดให้กิจกรรมนี้เป็นตัวชี้วัดที่สำคัญของการดำเนินงาน

จากการศึกษาเชิงสำรวจในครั้งนี้ในด้านการปฏิบัติงานของเภสัชกรปฐมภูมิพบว่า สหวิชาชีพรับรู้ว่ามีเภสัชกรปฐมภูมิที่ปฏิบัติงานที่ รพ.สต. โดยประมาณ 1-2 คน (ค่าเฉลี่ย 1.61 ± 1.25 คน) และส่วนใหญ่มีความถี่ในการเข้าไปปฏิบัติงานที่ รพ.สต. เดือนละ 1 ครั้งเท่านั้น ในอนาคตอาจพิจารณาทบทวนทิศทางการปฏิบัติงานของเภสัชกรและอัตรากำลังคนเนื่องจากน่าจะเป็นกำลังสำคัญในการพัฒนาระบบยาของ รพ.สต. ได้

บรรณานุกรม

- กมลรัตน์ หล้าสุวงษ์. จิตวิทยาการศึกษา. คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, กรุงเทพฯ:2524
- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. รายงานการวิจัย โครงการส่งเสริมและพัฒนาการให้ สมุนไพรเบื้องต้น สำหรับประชาชนเพื่อการพึ่งตนเอง ระยะที่ 2 ปีที่ 1 2552.
- กระทรวงสาธารณสุข ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พ.ศ. 2544:1-18.
- กระทรวงสาธารณสุข. พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545
- กฤษณี สระมณี และคณะ. การสำรวจความต้องการการพัฒนาความรู้และทักษะสำหรับงานเภสัชกรรมปฐมภูมิ. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยมหาสารคาม. 2560;36(5):543-52.
- การพัฒนาเกณฑ์การจัดการกำลังคนของสหวิชาชีพ พ.ศ.2555 สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงาน ปลัดกระทรวง พิมพ์ครั้งที่ 1; 2556
- คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ. แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติในช่วงแผนพัฒนา เศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ 2550; ฉบับที่ 10:37-43
- คณะทำงานจัดทำคู่มือเภสัชกรรมปฐมภูมิ คู่มือสำหรับเภสัชกรในการดำเนินงานเภสัชกรรมในหน่วยบริการ ปฐมภูมิ: สำนักงานแผนงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ, 2553.
- จำเนียร ช่วงโชติ และคณะ. จิตวิทยาการรับรู้และการเรียนรู้. ภาควิชาจิตวิทยา มหาวิทยาลัยรามคำแหง, กรุงเทพฯ:2523
- ชนัญชิตา คำมินเศก . การรับรู้สื่อรณรงค์ Quit Line 1600 สายเลิกบุหรี่และความคิดเห็นของข้าราชการ ทหาร กองบัญชาการกองทัพไทย. กรุงเทพมหานคร : มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต; 2553. น. 23
- ชุตินา วรณทอง และ สุรสิทธิ์ ล้อจิตรอำนวยการ. ความคิดเห็นของแพทย์และพยาบาลต่อบทบาทของเภสัชกร ในงานปฐมภูมิ. วารสารเภสัชกรรม. 2017;9(1):118-29.
- ณัฐวุฒิ สง่างาม การสร้างแบรนด์ด้วยการตลาดสีเขียวของกระดาศไอเดีย กรีนด์.(วิทยานิพนธ์ ปริญญา มหาบัณฑิต). กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต; 2553.
- ดร.ณิ คัลังศรี, รัตนภรณ์ อารีพันธ์ และพัชร์วิภา สุวรรณพรหม. การมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่หน่วยบริการ ปฐมภูมิในกระบวนการพัฒนาระบบงานบริการส่งมอบยาและให้คำแนะนำ. วารสารเภสัชกรรม ไทย 2556:97-107
- ทัศนีย์ ญาณะ, สุพัตรา ศรีวิชชากร และบำรุง ชลเขตช, สถานการณ์ระบบบริการปฐมภูมิในประเทศไทย พ.ศ.2553 2553:9-10

ทิมหมอครอบครัว ประชาชนอ่อนใจมีญาติทั่วไทยเป็นหมอครอบครัว สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงาน

ปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2557 :หน้า 15-18

ธงชัย สันติวงษ์ และชัยยศ สันติวงษ์. พฤติกรรมบุคคลในองค์กร. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์เจริญพัฒนา, 2546.

นงลักษณ์ พะโกยะ และคณะ. ความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพสำหรับระบบบริการ ปฐมภูมิในปี พ.ศ.

2569. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2561;12(2):189-204.

นวลศิริ เปาโรหิตย์ การรับรู้จิตวิทยาทั่วไป มหาวิทยาลัยรามคำแหง กรุงเทพฯ 2535 หน้า 14

เนาวรัตน์ ทิพย์อุทัย, รุ่งทิวา หมื่นปา, ภาวดี พลอดภัยและคณะ. คู่มืองานเภสัชกรรมในหน่วยบริการปฐมภูมิ

2553

ปัญญาท เมธีอภิรักษ์ การวิเคราะห์ผลการดำเนินงานตามมาตรฐานงานเภสัชกรรมปฐมภูมิ ในหน่วยบริการ

ปฐมภูมิในอำเภอหนึ่งในจังหวัดสงขลา. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุข

ภาคใต้ ปีที่ 4 ฉบับที่ 1; 2560

พจมาลย์ บุญกลาง, ทิพาภรณ์ การจนราช, รักขวร ใจสะอาด. ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะสำหรับงาน

ดูแลต่อเนื่องด้านยาด้วยการเยี่ยมบ้านโดยเภสัชกร: การประชุมวิจัยเภสัชกรรมภาค

ตะวันออกเฉียงเหนือ ประจำปี ครั้งที่ 5 . 2556.

พัชนี เขยจรรยา และคณะ. แนวคิดหลักนิเทศศาสตร์ เจริญผล: กรุงเทพฯ 2534(หน้า 70)

ภาณุโชติ ทองยัง และคณะ. คู่มือสำหรับเภสัชกรในการดำเนินงานด้านเภสัชกรรมในหน่วยบริการปฐมภูมิ

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 2560

ภาณุโชติ ทองยัง. คู่มือสำหรับเภสัชกรในการดำเนินเภสัชกรรมในหน่วยบริการปฐมภูมิ. สำนักงานส่งเสริม

สุขภาพแห่งชาติ 2553

ภาณุโชติ ทองยัง. แนวทางปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล. สำนักงาน

หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 2553

ยอดหทัย หิรัญสาย และคณะ การสำรวจหน้าที่ของเภสัชกรในหน่วยบริการปฐมภูมิ. เวชสารแพทย์ทหารบก

ปีที่ 70 ฉบับที่ 3 กรกฎาคม-กันยายน; 2560

ระพีพรรณ ฉลองสุข, สุรสิทธิ์ ล้อจิตระอำนวย, น้ำฝน ศรีบัณฑิต และ สุวิดา ตั้งตระกูลธรรม. ระบบงานเภสัช

กรรมปฐมภูมิ กรณีศึกษาในพื้นที่รับผิดชอบของสำนักงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแห่งชาติ

เขต 5 ราชบุรี. วารสารไทยเภสัชชนิพนธ์ 2558;10(2):46-67

รักษ์เกียรติ จิรันธร, ณรงค์ศักดิ์ สิงห์ไพบูลย์พร, ปรัชชา โลหะนวกุล และปิ่นฤดี ตรีรัตน์ไพบูลย์. ปัจจัยที่มีผล

ต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของเภสัชกรประจำหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ(PCU)

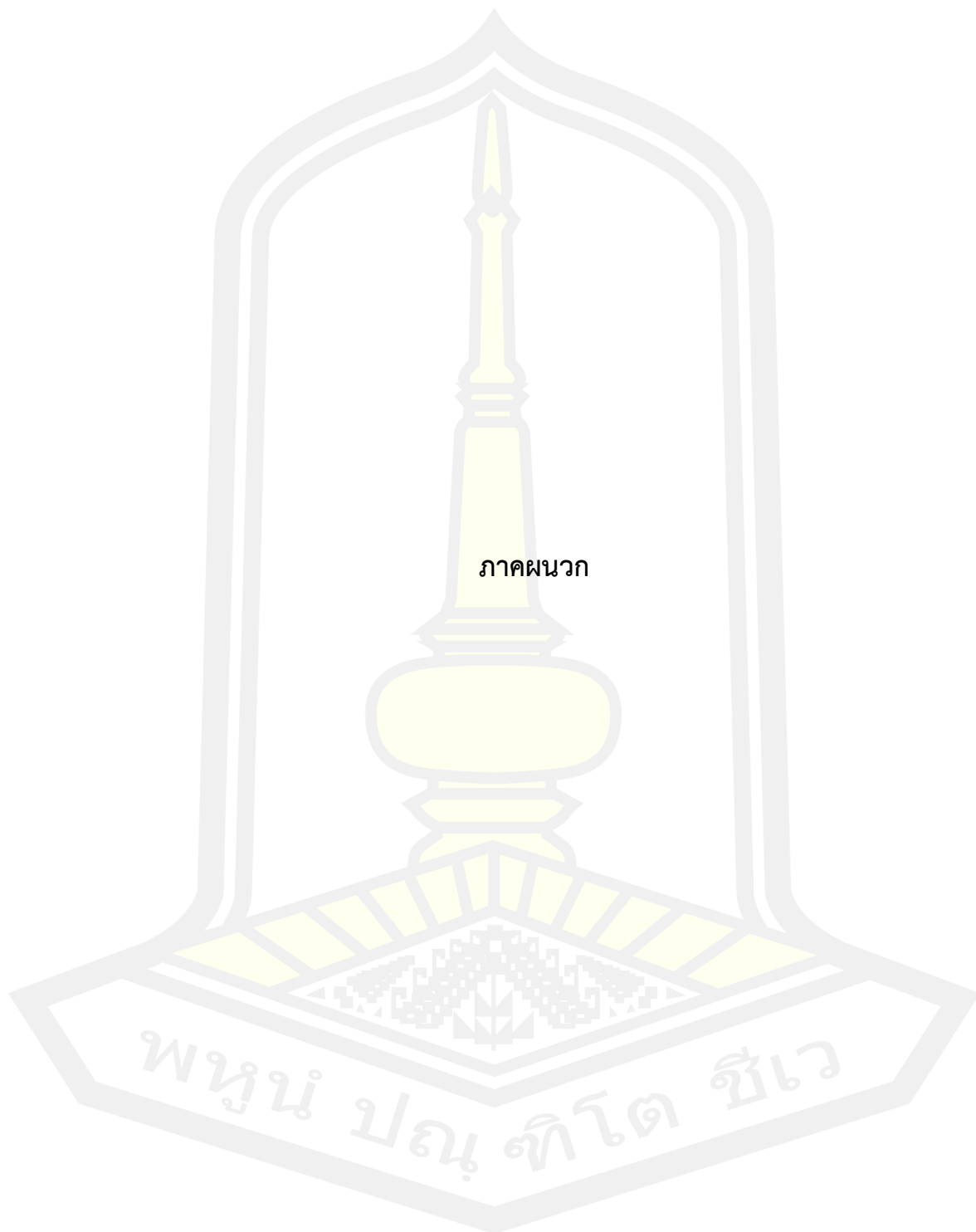
กรณีศึกษาในภาคใต้ตอนบน. สงขลานครินทร์เวชสาร 2549;24(6):505-16

รักขวร ใจสะอาดและทิพาพร กาญจนราช. ความต้องการพัฒนาสมรรถนะในการให้บริการสุขภาพระดับปฐม

ภูมิของเภสัชกร. วารสารเภสัชศาสตร์อีสาน 2557;10(1):69-79

- รัชตะ รัชตะนาวิน ทีมหมอครอบครัว ประชาชนอุ่นใจมีญาติทั่วไทยเป็นหมอครอบครัว สำนักบริหารการ
สาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2557 :หน้า 15-18
- วรรณภา ศรีวิริยานุภาพ, สุนทรี ทคชโชทภูมิสัยช, ปรุฬ รุจนธำรงและคณะ. ประมวลกฎหมายสำหรับเภสัชกร
เพื่อการประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม. พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545,
2555:20-1
- สมทรง ราชนิมและกฤษณี สระมณี. การจัดการปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่บ้านโดย เภสัชกร
ครอบครัวในเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอกระนวน: วารสารเภสัชกรรมไทย. 2559 ;8(1):169–
81.
- สมภพ สุขกลัด. การรับรู้ของข้าราชการครูจังหวัดกาญจนบุรีที่มีต่อพระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ.
2542. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. . กรุงเทพฯ : 2543
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มาตรฐานการจ้างทะเบียนบริการสุขภาพภายใต้สำนักงาน
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ นนทบุรี: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2559.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. ฐานข้อมูลเภสัชกรที่มีการดำเนินงานด้านเภสัชกรรมปฐมภูมิในปี
2554.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. แนวทางการพัฒนากำลังคนด้านเภสัชกรรมปฐมภูมิ. เอกสาร
ประกอบการประชุมแนวทางการพัฒนากำลังคนด้านเภสัชกรรมปฐมภูมิ 2556. 30 สิงหาคม
2556:3-4
- สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. การพัฒนาเกณฑ์การจัดการกำลังคน
ของสหวิชาชีพ พ.ศ.2555 2556
- สำเร็จ แหียงกระโทก. การดำเนินงานตามมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิ. เอกสารประกอบการประชุมการ
พัฒนาสถานบริการด่านแรกในอุดมคติ 2543.
- สุพัตรา ศรีวณิชชากร. สาธารณสุขมูลฐาน ระบบบริการปฐมภูมิ และเวชศาสตร์ครอบครัว นิยาม ความหมาย
และความเชื่อมโยง. สถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน. 2015;1(1):11–5.
- สุมาลี ลารังสิต และประจักษ์ บัวผัน. การปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ใน
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น วารสารวิจัยมหาวิทยาลัยขอนแก่น
2557;14(3):67-80
- เสริมศักดิ์ วิชาลาภรณ์. พฤติกรรมผู้นำทางการศึกษา ไทยวัฒนาพานิช, กรุงเทพมหานคร: 2525
- เสรี วงษ์มณฑา. การวิเคราะห์พฤติกรรมผู้บริโภค. กรุงเทพฯ : บริษัท อีระฟิล์มและไซเท็กซ์ จำกัด. 2542
- Assael. Consumer behavior and marketing action. Ohio: SouthWestern. 1998
- Bardet et al. Physicians and community pharmacists collaboration in primary care: A review
of specific models: Research in Social and Administrative Pharmacy. 2015

- Cochran, Sampling techniques (3rd ed.). New York: John Wiley & Sons. 1977
- Haggerty JL, Reid RJ, Freeman GK, Starfield BH, Adair CE, McKendry R. Continuity of care: A multidisciplinary review. *Br Med J.* 2003;327(7425):1219–21.
- Jebara T, Cunningham S, MacLure K, Awaisu A, Pallivalapila A, Stewart D. Stakeholders' views and experiences of pharmacist prescribing: a systematic review. *Br J Clin Pharmacol.* 2018;84(9):1883–905
- Klapper. The effects of mass communication. New York: The Free Press. 1960
- Macinko et al. : A Critical Review of the Literature. *Medical Care Research and Review.* 2003;60(4):407-452
- Nancarrow SA, Booth A, Ariss S, Smith T, Enderby P, Roots A. Ten principles of good interdisciplinary team work. *Hum Resour Health.* 2013;11(1):1.
- Porter and Lawler. Model of Motivation: Hypes and Realities. 1968
- Saramunee K, Mackridge A, Phillips-Howard P, Richards J, Suttajit S, Krska J. Methodological and economic evaluations of seven survey modes applied to health service research. *J Pharm Heal Serv Res.* 2016;7(1):43–52.
- Schermerhorn et al. Organizational behavior 1991 [internet site from]
https://www.academia.edu/23478353/SCHERMERHORN_Jr_John_R_HUNT_James_G_and_OSBOURN_Richard_N_Organizational_Behavior
- Schiffman & Kanuk, Consumer behavior (8th ed.). New Jersey: Pearson Education International. 2004
- Steers and Porter. The measurement of organizational commitment. *Journal of Vocational Behavior.* Volume 14, Issue 2, April 1979, Pages 224-247
- Stephen P. Robbins. Organizational Behavior : Concepts Controversics and Applications. York : Prentice – Hall Inc.1993
- van Doorslaer et al. Income-related inequality in the use of medical care in 21 OECD countries. Paris: OECD, 2004:109-166
- van Doorslaer et al. Inequalities in access to medical care by income in developed countries. *CMAJ,* 2006



ภาคผนวก

พหุณํ ปณฺ ทิโต ชีเว



ภาคผนวก ก

ตัวอย่างหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

พหุณ ปณฺ ทิโต สีเว

| | |
|---|--|
|  <p>Mahasarakham University Institutional Review Board</p> | <p>หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย (Informed Consent Form)</p> |
|---|--|

การวิจัยเรื่อง การรับรู้บทบาทเภสัชกรรมปฐมภูมิของวิชาชีพในเขตบริการสุขภาพที่ 10
Perception of multidisciplinary towards primary care pharmacy in the
10th health region

วันให้คำยินยอม วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว..... ที่อยู่.....

..... ได้อ่านรายละเอียดจากเอกสารข้อมูลสำหรับ
ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยวิจัยที่แนบมาฉบับวันที่.....และข้าพเจ้ายินยอมเข้าร่วม
โครงการวิจัยโดยสมัครใจ

ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยที่ข้าพเจ้าได้ลงนาม
และ วันที่ พร้อมด้วยเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ทั้งนี้ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอม
ให้ทำการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงลักษณะและวัตถุประสงค์ของการวิจัย
ระยะเวลาของการทำวิจัย วิธีการวิจัย ความเสี่ยงและความไม่สบายที่จะได้รับการวิจัย รวมทั้ง
ประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด ข้าพเจ้ามีเวลาและโอกาสเพียงพอในการซักถามข้อ
สงสัยจนมีความเข้าใจอย่างดีแล้ว โดยผู้วิจัยได้ตอบคำถามต่าง ๆ ด้วยความเต็มใจไม่ปิดบังซ่อนเร้นจน
ข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกเข้าร่วมในโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล
และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะเมื่อ
ได้รับการยินยอมจากข้าพเจ้าเท่านั้น

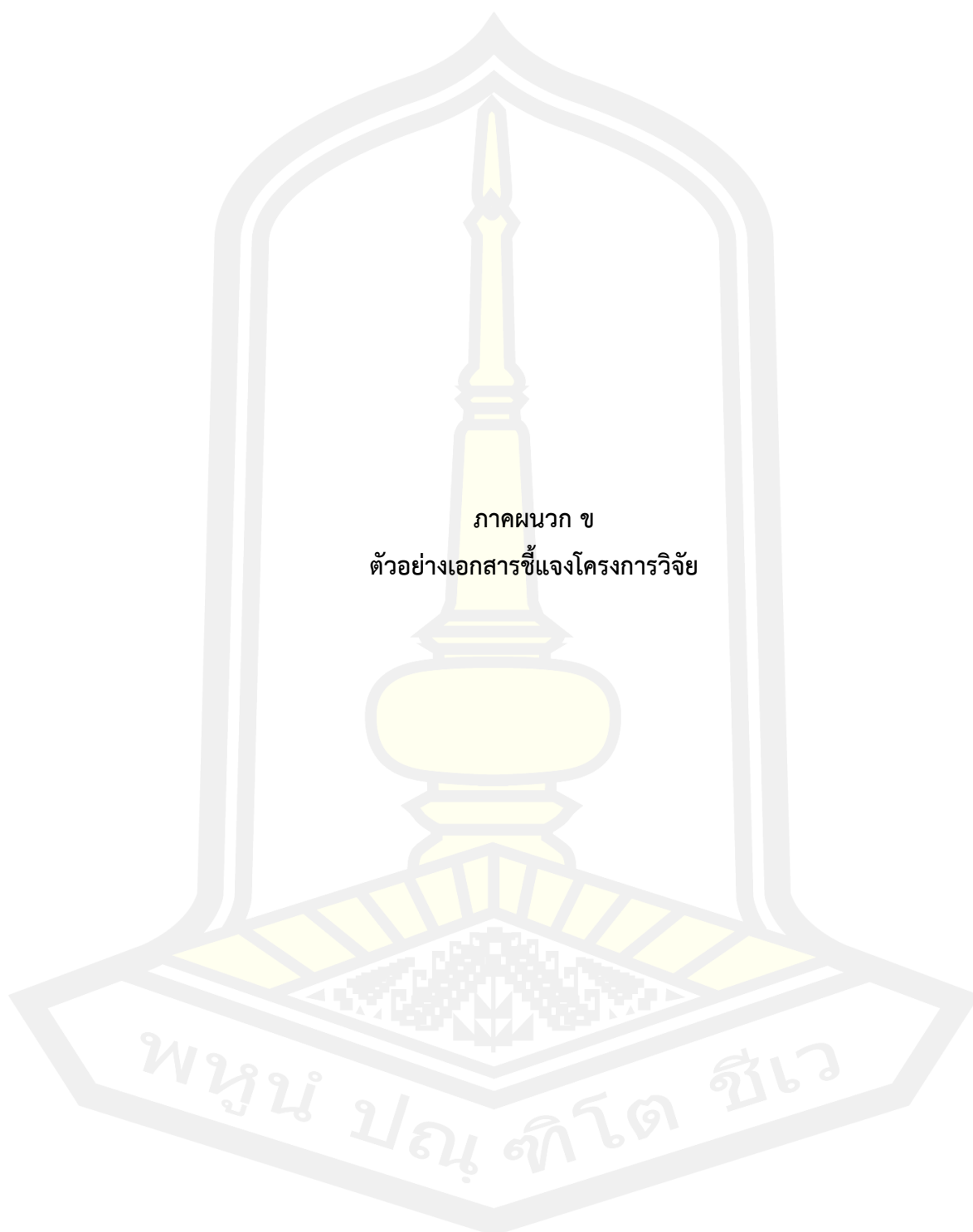
ผู้วิจัยรับรองว่าจะไม่มีการเก็บข้อมูลใด ๆ เพิ่มเติม หลังจากที่ข้าพเจ้าขอยกเลิกการเข้าร่วม
โครงการวิจัยและต้องการให้ทำลายเอกสารและ/หรือ ตัวอย่างที่ใช้ตรวจสอบทั้งหมดที่สามารถสืบค้น
ถึงตัวข้าพเจ้าได้

ข้าพเจ้าเข้าใจว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิ์ที่จะตรวจสอบหรือแก้ไขข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าและ
สามารถยกเลิกการให้สิทธิในการใช้ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าได้ โดยต้องแจ้งให้ผู้วิจัยรับทราบ
ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นและมีความเข้าใจดีทุกประการแล้ว ยินดีเข้าร่วมในการวิจัยด้วยความ
เต็มใจ จึงได้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมนี้

.....ลงนามผู้ให้ความยินยอม

(.....) ชื่อผู้ยินยอมตัวบรรจง

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....



ภาคผนวก ข
ตัวอย่างเอกสารชี้แจงโครงการวิจัย

พหุณฺ์ ปณฺุ ทิโต สีเว

ตัวอย่างเอกสารชี้แจงโครงการวิจัย

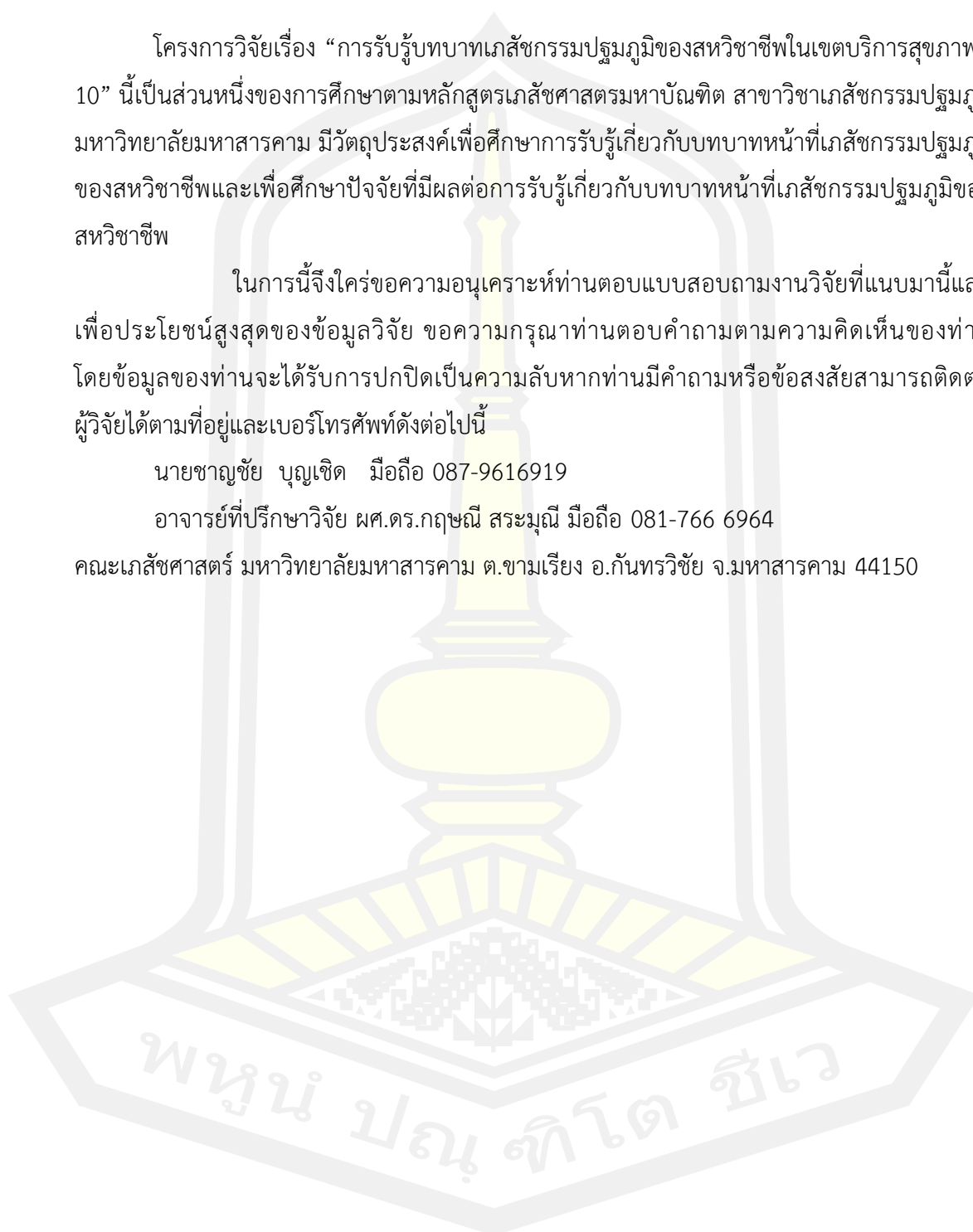
โครงการวิจัยเรื่อง “การรับรู้บทบาทเภสัชกรรมปฐมภูมิของสหวิชาชีพในเขตบริการสุขภาพที่ 10” นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเภสัชกรรมปฐมภูมิ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการรับรู้เกี่ยวกับบทบาทหน้าที่เภสัชกรรมปฐมภูมิของสหวิชาชีพและเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้เกี่ยวกับบทบาทหน้าที่เภสัชกรรมปฐมภูมิของสหวิชาชีพ

ในการนี้จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์ท่านตอบแบบสอบถามงานวิจัยที่แนบมานี้และเพื่อประโยชน์สูงสุดของข้อมูลวิจัย ขอความกรุณาท่านตอบคำถามตามความคิดเห็นของท่าน โดยข้อมูลของท่านจะได้รับการปกปิดเป็นความลับหากท่านมีคำถามหรือข้อสงสัยสามารถติดต่อผู้วิจัยได้ตามที่อยู่และเบอร์โทรศัพท์ดังต่อไปนี้

นายชาญชัย บุญเชิด มือถือ 087-9616919

อาจารย์ที่ปรึกษาวิจัย ผศ.ดร.กฤษณี สระมุณี มือถือ 081-766 6964


คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ต.ขามเรียง อ.กันทรวิชัย จ.มหาสารคาม 44150





ภาคผนวก ค

ข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย (สำหรับกลุ่มตัวอย่าง)

| | |
|---|---|
|  <p>Mahasarakham University Institutional Review Board</p> | <p>ข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย (Information Sheet for Research Participant)</p> |
|---|---|

ชื่อโครงการวิจัย การรับรู้บทบาทเภสัชกรรมปฐมภูมิของวิชาชีพในเขตบริการสุขภาพที่ 10

ผู้สนับสนุนการวิจัย โครงการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา หลักสูตรเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาเภสัชกรรมปฐมภูมิ

ผู้ทำวิจัย

ชื่อ นายชาญชัย บุญเชิด

ที่อยู่ 31/1 หมู่ 13 ถ.วารัราชเดช ต.คำเตย อ.ไทยเจริญ จ.ยโสธร 35120

เบอร์โทรศัพท์ 087-9616919(มือถือ)

ผู้ร่วมในโครงการวิจัย

ชื่อ ผศ.ดร.กฤษณี สระมุณี

ที่อยู่ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เลขที่ 2202 ตำบลขามเรียง

อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม 44150

เบอร์โทรศัพท์ 043-754360, 081-7666964

ชื่อ รศ.วิระพล ภิมาลย์

ที่อยู่ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เลขที่ 2202 ตำบลขามเรียง

อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม 44150

เบอร์โทรศัพท์ 085-8536528

เรียน ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เนื่องจากท่านมีประสบการณ์ในการรับรู้บทบาทหน้าที่ของเภสัชกรในหน่วยบริการปฐมภูมิ ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยดังกล่าว ขอให้ท่านอ่านเอกสารฉบับนี้อย่างถี่ถ้วน เพื่อให้ท่านได้ทราบถึงเหตุผลและรายละเอียดของการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ หากท่านมีข้อสงสัยใดๆ เพิ่มเติม กรุณาซักถามจากทีมงานของผู้ทำวิจัย หรือผู้ร่วมทำวิจัยซึ่งจะเป็นผู้สามารถตอบคำถามและให้ความกระจ่างแก่ท่านได้

ท่านสามารถขอคำแนะนำในการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้จากหัวหน้าหน่วยงานของท่านได้ ท่านมีเวลาอย่างเพียงพอในการตัดสินใจโดยอิสระ ถ้าท่านตัดสินใจแล้วว่า จะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ขอให้ท่านลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมของโครงการวิจัยที่แนบมานี้

เหตุผลความเป็นมา

การรับรู้ (perception) หมายถึง การตระหนัก (recognition) และการตีความ (interpretation) ถึงบุคคล วัตถุ หรือสิ่งของจากการกระตุ้นโดยสิ่งเร้าทางประสาทสัมผัสทั้งห้า การรับรู้บทบาทหน้าที่ซึ่งกันและกันนั้นเป็นปัจจัยหนึ่งที่จะช่วยให้การให้บริการสุขภาพดำเนินไปได้อย่างราบรื่น เช่น เราทราบว่าแพทย์มีหน้าที่ตรวจและวินิจฉัยอาการของผู้ป่วย หรือคนทั่วไปรู้ว่าเภสัชกรในโรงพยาบาลมีหน้าที่จ่ายยา เป็นต้น งานเภสัชกรรมปฐมภูมินั้นเป็นบทบาทใหม่จึงยิ่งมีความสำคัญที่เพื่อนร่วมงานหรือสมาชิกควรเกิดการรับรู้ถึงบทบาทหน้าที่ของเภสัชกรมีบทบาทหน้าที่อะไรบ้าง ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาว่าสมาชิกที่ทำงานในระดับปฐมภูมิมีการรับรู้เกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ของเภสัชกรรมปฐมภูมิอย่างไร ข้อมูลที่ได้จะเป็นประโยชน์ในการส่งเสริมการรับรู้บทบาทเภสัชกรรมปฐมภูมิต่อไป

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อศึกษาการรับรู้เกี่ยวกับบทบาทหน้าที่เภสัชกรรมปฐมภูมิของสมาชิก และเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้เกี่ยวกับบทบาทหน้าที่เภสัชกรรมปฐมภูมิของสมาชิก

วิธีการที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

หลังจากท่านให้ความยินยอมที่จะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะขอให้ท่านตอบแบบสอบถามที่แนบมาพร้อมกันนี้ โดยขอให้ตอบตามความคิดเห็นของท่าน แล้วบรรจุแบบสอบถามที่ทำเสร็จแล้วในซองจดหมายและส่งกลับมายังผู้วิจัย

ความรับผิดชอบของอาสาสมัครผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย

เพื่อให้งานวิจัยนี้ประสบความสำเร็จ ผู้ทำวิจัยใคร่ขอความความร่วมมือจากท่าน โดยจะขอให้ท่านปฏิบัติตามคำชี้แจงในการทำแบบสอบถามที่ระบุไว้อย่างเคร่งครัด

ความเสี่ยงที่อาจได้รับ

การเข้าร่วมงานวิจัยนี้มีความเสี่ยงในระดับน้อย (Minimal risks) โดยท่านอาจเสียเวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 15-20 นาที และคำถามบางข้ออาจส่งผลกระทบต่อจิตใจหรือความรู้สึกของท่านได้ แต่การวิจัยนี้ไม่มีส่งผลให้เกิดความเสี่ยงต่อชีวิตหรือสิทธิสวัสดิการใด ๆ ที่ท่านมีอยู่ และจะไม่ส่งผลกระทบต่อความก้าวหน้าในหน้าที่การงานของท่านแต่อย่างใด

ประโยชน์ที่อาจได้รับ

การเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้จะทำให้ท่านได้รับทราบระดับการรับรู้บทบาทเภสัชกรรมปฐมภูมิของสหวิชาชีพในภาพรวมของเขตสุขภาพที่ 10 ซึ่งสามารถนำไปใช้ออกแบบแนวทางในการกระตุ้นการรับรู้บทบาทนี้ในกลุ่มสหวิชาชีพเพื่อให้เกิดการทำงานร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

การเข้าร่วมและการสิ้นสุดการเข้าร่วมโครงการวิจัย

การเข้าร่วมในโครงการวิจัยครั้งนี้เป็นไปโดยความสมัครใจ หากท่านไม่สมัครใจจะเข้าร่วมการศึกษาแล้วท่านสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลา การขอลงตัวออกจากโครงการวิจัยนี้จะไม่ส่งผลให้เกิดความเสี่ยงต่อชีวิตหรือสิทธิสวัสดิการใด ๆ ที่ท่านมีอยู่ และจะไม่ส่งผลกระทบต่อความก้าวหน้าในหน้าที่การงานของท่านแต่อย่างใด หากท่านประสงค์จะขอลงตัวท่านสามารถแจ้งผู้วิจัยตามหมายเลขโทรศัพท์ที่แจ้งไว้

ผู้ทำวิจัยอาจถอนท่านออกจากการเข้าร่วมการวิจัยได้ในกรณีที่แบบสอบถามของท่านมีความไม่สมบูรณ์ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของผู้วิจัย

ค่าใช้จ่ายของท่านในการเข้าร่วมการวิจัย

ไม่มี

ค่าตอบแทนสำหรับผู้เข้าร่วมวิจัย

ไม่มี

การปกป้องรักษาข้อมูลความลับของอาสาสมัคร

ข้อมูลนี้อาจนำไปสู่การเปิดเผยตัวท่าน จะได้รับการปกปิดและจะไม่เปิดเผยแก่สาธารณชน ในกรณีที่ผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์ ชื่อและที่อยู่ของท่านจะต้องได้รับการปกปิดอยู่เสมอ โดยจะใช้เฉพาะรหัสประจำโครงการวิจัยของท่าน ทั้งนี้ข้อมูลของท่านจะถูกจัดเก็บเป็นเวลา 5 ปี ที่คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม และจะทำลายภายในสิ้น ปี พ.ศ. 2568

หากท่านขอยกเลิกการให้คำยินยอมหลังจากที่ท่านได้เข้าร่วมโครงการวิจัยแล้วข้อมูลส่วนตัวของท่านจะไม่ถูกบันทึกเพิ่มเติม อย่างไรก็ตามข้อมูลอื่นๆ ของท่านอาจถูกนำมาใช้เพื่อประเมินผลการวิจัยและท่านจะไม่สามารถกลับมาเข้าร่วมในโครงการนี้ได้อีก ทั้งนี้เนื่องจากข้อมูลของท่านที่จำเป็นสำหรับใช้เพื่อการวิจัยไม่ได้ถูกบันทึก

สิทธิของผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย

ในฐานะที่ท่านเป็นผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านจะมีสิทธิดังต่อไปนี้

1. ท่านจะได้รับทราบถึงลักษณะและวัตถุประสงค์ของการวิจัยในครั้งนี้
2. ท่านจะได้รับการอธิบายเกี่ยวกับระเบียบวิธีการของการวิจัยครั้งนี้
3. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงความเสี่ยงและความไม่สบายที่จะได้รับจากการวิจัย
4. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงประโยชน์ที่ท่านอาจจะได้รับจากการวิจัย
5. ท่านจะมีโอกาสได้ซักถามเกี่ยวกับงานวิจัยหรือขั้นตอนที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย
6. ท่านจะได้รับทราบว่ากรยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ท่านสามารถขอลถอน

ตัวจากโครงการเมื่อไรก็ได้ โดยผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยสามารถขอลถอนตัวจากโครงการโดยไม่ได้รับผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น

7. ท่านจะได้รับเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยและสำเนาเอกสารยินยอมที่มีทั้งลายเซ็นและวันที่

8. ท่านจะได้รับเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยและสำเนาเอกสารยินยอมที่มีทั้งลายเซ็นและวันที่

หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามที่ปรากฏในเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในการวิจัย ท่านสามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หมายเลขโทรศัพท์ 043-754416 โทรสาร 043-754416 ในเวลาราชการ

ขอขอบคุณในการร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้





แบบสอบถาม

เรื่อง การรับรู้บทบาทเภสัชกรรมปฐมภูมิของสหวิชาชีพในเขตบริการสุขภาพที่ 10

คำชี้แจง ขอความอนุเคราะห์ท่านช่วยตอบแบบสอบถามเพื่อใช้เป็นข้อมูลในการศึกษาวิจัยเรื่อง การรับรู้บทบาทเภสัชกรรมปฐมภูมิของสหวิชาชีพในพื้นที่เขตบริการสุขภาพที่ 10 แบบสอบถามชุดนี้ ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

- ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม
- ส่วนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับ รพ.สต. ที่ท่านปฏิบัติงาน
- ส่วนที่ 3 ข้อมูลทั่วไปของเภสัชกรรมปฐมภูมิ
- ส่วนที่ 4 คุณสมบัติของเภสัชกรปฐมภูมิ
- ส่วนที่ 5 การรับรู้ต่อบทบาทเภสัชกรรมปฐมภูมิ

วิธีการตอบ ขอให้ท่านทำเครื่องหมาย ✓ หน้าข้อความหรือช่องที่ตรงตามความเห็นของท่านมากที่สุด หรือเขียนเติมข้อความลงในช่องว่างที่ให้ไว้ แบบสอบถามชุดนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาหลักสูตรเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต สาขาเภสัชกรรมปฐมภูมิ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม โดยข้อมูลที่ได้นำไปใช้ประโยชน์เพื่อการศึกษาเท่านั้น เพื่อความถูกต้องของผลการศึกษาขอความกรุณาท่านช่วยตอบคำถามตามความจริงเพื่อให้สามารถนำข้อมูลชุดนี้ไปใช้ประโยชน์ในการส่งเสริมการรับรู้บทบาทเภสัชกรรมปฐมภูมิต่อไป

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

2. เพศ ชาย หญิง
3. อายุ ปี
4. ระดับการศึกษา
 - ประกาศนียบัตร 2 ปี สาขา..... ปริญญาตรี
 - ปริญญาโท สาขา..... วุฒิบัตร
 - ปริญญาเอก อื่น ๆ โปรดระบุ.....
5. วิชาชีพ
 - แพทย์ ทันตแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ/พยาบาลเวชปฏิบัติ
 - ทันตภิบาล เภสัชกร เจ้าพนักงานเภสัชกรรม
 - นักวิชาการสาธารณสุข/เจ้าพนักงานสาธารณสุข แพทย์แผนไทย
 - นักกายภาพ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับ รพ.สต. ที่ท่านปฏิบัติงาน

6. รพ.สต.ของท่านตั้งอยู่อยู่ในตำบล อำเภอ จังหวัด
..... (หากท่านได้ปฏิบัติงานที่ รพ.สต. หลายแห่ง โปรดระบุตำบลที่ท่านปฏิบัติงานเป็นหลัก)
7. รพ.สต. ของท่านจัดอยู่ในระดับ
 - รพ.สต.ระดับ P1
 - รพ.สต.ระดับ P2
 - สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ
 - ไม่ทราบ
8. รพ.สต.ที่ท่านปฏิบัติงานอยู่เป็น รพ.สต. ติดดาวหรือไม่
 - ใช่ ไม่ใช่ ไม่ทราบ
9. รพ.สต.ที่ท่านปฏิบัติงานอยู่เป็นสมาชิกอยู่ภายใต้ Primary care cluster หรือไม่
 - ใช่ ไม่ใช่ ไม่ทราบ
10. ผู้บริหารในอำเภอของท่านมีนโยบายให้การสนับสนุนการทำงานเภสัชกรรมปฐมภูมิ
 - มี ไม่มี ไม่ทราบ
11. การดำเนินงานเภสัชกรรมปฐมภูมิในอำเภอของท่านมีงบประมาณสนับสนุน (มีมากหรือน้อยก็ถือว่ามีการสนับสนุน)
 - มี ไม่มี ไม่ทราบ
12. การดำเนินงานเภสัชกรรมปฐมภูมิในอำเภอของท่านมีเครื่องมือด้านการแพทย์ที่จำเป็น เช่น ยา และเวชภัณฑ์ เครื่องเจาะน้ำตาล เครื่องวัดความดัน ยานพาหนะ เป็นต้น
 - มี ไม่มี ไม่ทราบ

ส่วนที่ 3 การรับรู้ต่อบทบาทเภสัชกรรมปฐมภูมิ

13. ท่านเคยได้ยินคำว่า “เภสัชกรรมปฐมภูมิ” หรือไม่
 - เคย ไม่เคย
14. ท่านรับรู้หรือไม่ว่า รพ.สต. ที่ท่านปฏิบัติงานอยู่มีการดำเนินงานเภสัชกรรมปฐมภูมิ
 - รู้ ไม่รู้
15. ใน รพ.สต. ที่ท่านปฏิบัติงานอยู่มีเภสัชกรปฐมภูมิทำงานอยู่หรือไม่
 - มี ไม่มี (ข้ามไปตอบข้อ 17)
16. ใน รพ.สต. ที่ท่านปฏิบัติงานอยู่มีเภสัชกรปฐมภูมิ จำนวน.....คน

17. ท่านคิดว่าจำนวนเภสัชกรปฐมภูมิที่ท่านระบุในข้อ 12 เพียงพอต่อการดำเนินงานหรือไม่

- เพียงพอ ไม่เพียงพอ

18. กิจกรรมใดที่ทำให้ท่านได้ทำงานร่วมกับเภสัชกรปฐมภูมิ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

| |
|--|
| <input type="radio"/> การประชุมเพื่อกำหนดกรอบบัญชียาสำหรับ รพ.สต. |
| <input type="radio"/> ขอคำปรึกษาเกี่ยวกับการจัดการปัญหาการใช้ยาให้แก่ผู้ป่วยในระดับ รพ.สต. เช่น อาการข้างเคียงของยา ขนาดยา ยาที่ใช้ทดแทนยาหลัก เป็นต้น |
| <input type="radio"/> การประชุมเพื่อพัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วยและข้อมูลการใช้ยาของผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาลกับ รพ.สต. |
| <input type="radio"/> การเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามและจัดการปัญหาให้แก่ผู้ป่วย |
| <input type="radio"/> การอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพแก่ประชาชนหรือบุคลากรสาธารณสุข |
| <input type="radio"/> ท่านได้ร่วมงานในกิจกรรมอื่น ๆ โปรดระบุ |

19. จากประสบการณ์ของท่าน โดยเฉลี่ยแล้วเภสัชกรปฐมภูมิปฏิบัติงานด้านเภสัชกรรมปฐมภูมิ (ให้รวมทั้งเวลาในการบริหารจัดการ/สนับสนุน/ติดตามประเมินผลงาน) กี่ชั่วโมงต่อสัปดาห์

- โปรดระบุ (เฉลี่ย).....ชั่วโมง/สัปดาห์ ไม่ทราบ

20. จากประสบการณ์ของท่าน โดยเฉลี่ยแล้วเภสัชกรปฐมภูมิได้ปฏิบัติงานด้านเภสัชกรรมปฐมภูมิที่ รพ.สต บ่อยแค่ไหน

- 1 ครั้งต่อสัปดาห์ มากกว่า 1 ครั้งแต่ไม่เกิน 3 ครั้งต่อสัปดาห์
 1 ครั้งต่อเดือน ไม่เคยออกปฏิบัติงานเลย

ส่วนที่ 4 บุคลิกลักษณะของเภสัชกรปฐมภูมิ

ในส่วนนี้ผู้วิจัยต้องการศึกษาบุคลิกลักษณะของเภสัชกรปฐมภูมิที่ทำงานในอำเภอของท่านว่ามีลักษณะอย่างไร คำตอบมี 5 ระดับ คือ มากที่สุด (5 คะแนน) มาก (4 คะแนน) ปานกลาง (3 คะแนน) น้อย (2 คะแนน) และน้อยที่สุด (1 คะแนน)

21. เภสัชกรสามารถทำงานร่วมกับสหวิชาชีพอื่นได้

- น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก มากที่สุด

22. เภสัชกรมีความสามารถในการประสานงานและติดต่อสื่อสารกับสหวิชาชีพอื่นได้

- น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก มากที่สุด

23. เภสัชกรมีความรู้หลากหลายผสมผสาน ด้านยาต่อที่มสหวิชาชีพอื่นได้

- น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก มากที่สุด

24. เภสัชกรมีสามารถให้คำปรึกษาด้านยาต่อที่มสหวิชาชีพอื่นได้

- น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก มากที่สุด

25. เกสซ์กรรู้จักปรับตัว ให้เข้ากับบริบทในงานปฐมภูมิได้

น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก มากที่สุด

26. เกสซ์กรมีมนุษยสัมพันธ์ที่ดีต่อสหวิชาชีพ

น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก มากที่สุด

27. เกสซ์กรมีการยอมรับความคิดเห็น ของทีมสหวิชาชีพ

น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก มากที่สุด

28. เกสซ์กรมีมุมมองแง่บวก ยิ้มแย้มแจ่มใส ต่อผู้อื่น(ทั้งต่อคนไข้ และสหวิชาชีพ)

น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก มากที่สุด

29. เกสซ์กรมีความเชื่อมั่นในตนเอง กล้าคิดกล้าแสดงออก

น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก มากที่สุด

ส่วนที่ 5 การรับรู้ต่อบทบาทเกสซ์กรมปฐมภูมิ

ในส่วนนี้ผู้วิจัยต้องการศึกษาบทบาทเกสซ์กรมปฐมภูมิ 4 หมวด ได้แก่ งานบริหารเวชภัณฑ์ การส่งมอบยาและให้คำแนะนำการใช้ยา การบริบาลเกสซ์กรรผู้ป่วยที่บ้าน และงานคุ้มครองผู้บริโภค ขอให้ท่านช่วยพิจารณาข้อความต่อไปนี้และให้ความเห็นว่า

- ท่านได้รู้ว่าเกสซ์กรทำอะไรเหล่านี้หรือไม่ คำตอบมี 2 ตัวเลือก คือ รับรู้ ไม่รับรู้
- ท่านเห็นว่าเกสซ์กรทำอะไรเหล่านี้ได้ดีระดับใด คำตอบมี 3 ตัวเลือก คือ ดีมาก พอใช้ และ ควรปรับปรุง
- ท่านเห็นว่าบทบาทเหล่านี้ของเกสซ์กรมีประโยชน์ในระดับใดต่อ รพ.สต. คำตอบมี 3 ตัวเลือก คือ มาก ปานกลาง และน้อย

ข้อมูลส่วนนี้เป็นส่วนสำคัญของการศึกษา ขอความกรุณาท่านช่วยให้ข้อมูลตามประสภการณ์ที่ท่านเคยได้เห็นหรือพบเจอ

งานบริหารเวชภัณฑ์

บทบาทที่ 1: กำหนดกรอบรายการยาจำเป็นสำหรับ รพ.สต.

30. ท่านรับรู้ว่ามีหน้าหน้าที่ตามบทบาทที่ 1 หรือไม่

รับรู้ ไม่รับรู้ ไม่ทราบ

31. ท่านเห็นว่าเกสซ์กรทำหน้าที่ตามบทบาทที่ 1 ได้ดีระดับใด

ควรปรับปรุง พอใช้ ดีมาก

32. ท่านเห็นว่าบทบาทที่ 1 ของเกสซ์กรมีประโยชน์ในระดับใดต่อ รพ.สต.

น้อย ปานกลาง มาก

บทบาทที่ 2: เป็นพี่เลี้ยงช่วยออกแบบระบบการควบคุมการจัดการคลังยาและเวชภัณฑ์ให้มียาและเวชภัณฑ์ที่มีคุณภาพใช้อย่างเพียงพอ (เป็นพี่เลี้ยง หมายถึง อบรมให้ความรู้ ช่วยเหลือ และสนับสนุนให้ทำกิจกรรมนี้ได้)

33. ท่านรับรู้ว่าเภสัชกรมีหน้าที่ตามบทบาทที่ 2 หรือไม่
- รับรู้ ไม่รับรู้ ไม่ทราบ
34. ท่านเห็นว่าเภสัชกรทำหน้าที่ตามบทบาทที่ 2 ได้ดีระดับใด
- ควรปรับปรุง พอใช้ ดีมาก
35. ท่านเห็นว่าบทบาทที่ 2 ของเภสัชกรมีประโยชน์ในระดับใดต่อ รพ.สต.
- น้อย ปานกลาง มาก

การส่งมอบยาและให้คำแนะนำการใช้ยา

บทบาทที่ 3: เป็นพี่เลี้ยงช่วยให้เจ้าหน้าที่ รพ.สต. จ่ายยาได้ตามมาตรฐานการจ่ายยา (เป็นพี่เลี้ยง หมายถึง อบรมให้ความรู้ ช่วยเหลือ และสนับสนุนให้ทำกิจกรรมนี้ได้)

36. ท่านรับรู้ว่าเภสัชกรมีหน้าที่ตามบทบาทที่ 3 หรือไม่
- รับรู้ ไม่รับรู้ ไม่ทราบ
37. ท่านเห็นว่าเภสัชกรทำหน้าที่ตามบทบาทที่ 3 ได้ดีระดับใด
- ควรปรับปรุง พอใช้ ดีมาก
38. ท่านเห็นว่าบทบาทที่ 3 ของเภสัชกรมีประโยชน์ในระดับใดต่อ รพ.สต.
- น้อย ปานกลาง มาก

บทบาทที่ 4: เป็นพี่เลี้ยงช่วยออกแบบระบบการค้นหาและจัดการปัญหาสำหรับ รพ.สต. (เป็นพี่เลี้ยง หมายถึง อบรมให้ความรู้ ช่วยเหลือ และสนับสนุนให้ทำกิจกรรมนี้ได้)

39. ท่านรับรู้ว่าเภสัชกรมีหน้าที่ตามบทบาทที่ 4 หรือไม่
- รับรู้ ไม่รับรู้ ไม่ทราบ
40. ท่านเห็นว่าเภสัชกรทำหน้าที่ตามบทบาทที่ 4 ได้ดีระดับใด
- ควรปรับปรุง พอใช้ ดีมาก
41. ท่านเห็นว่าบทบาทที่ 4 ของเภสัชกรมีประโยชน์ในระดับใดต่อ รพ.สต.
- น้อย ปานกลาง มาก

บทบาทที่ 5: เป็นพี่เลี้ยงช่วยออกแบบระบบการจัดการหรือส่งต่อผู้ป่วยที่ได้รับผลกระทบจากการใช้ยา (เป็นพี่เลี้ยง หมายถึง อบรมให้ความรู้ ช่วยเหลือ และสนับสนุนให้ทำกิจกรรมนี้ได้)

42. ท่านรับรู้ว่ายาลี้ขกรมีหน้าทที่ตามบทบาทที่ 5 หรือไม่

- รั้รั้ ไม่รั้รั้ ไม่ทราบ

43. ท่านเห็นว่ายาลี้ขกรทำหน้าทที่ตามบทบาทที่ 5 ได้ดีระดับใด

- ควรปรับปรุ้ พอใช้ ดีมาก

44. ท่านเห็นว่าบทบาทที่ 5 ของยาลี้ขกรมีประโยชน์ในระดับใดต่อ รพ.สต.

- น้อย ปานกลาง มาก

บทบาทที่ 6: จัดเตรียมสิ่งสนับสนุน (เช่น คู่มือ ฉลากเสริม) ให้ รพ.สต. สามารถจ่ายยาเทคนิคพิเศษหรือจ่ายยาในกลุ่มผู้ป่วยพิเศษ เช่น เด็ก หญิงตั้งครรภ์ เป็นต้น (เป็นพี่เลี้ยง หมายถึง อบรมให้ความรู้ ช่วยเหลือ และสนับสนุนให้ทำกิจกรรมนี้ได้)

45. ท่านรับรู้ว่ายาลี้ขกรมีหน้าทที่ตามบทบาทที่ 6 หรือไม่

- รั้รั้ ไม่รั้รั้ ไม่ทราบ

46. ท่านเห็นว่ายาลี้ขกรทำหน้าทที่ตามบทบาทที่ 6 ได้ดีระดับใด

- ควรปรับปรุ้ พอใช้ ดีมาก

47. ท่านเห็นว่าบทบาทที่ 6 ของยาลี้ขกรมีประโยชน์ในระดับใดต่อ รพ.สต.

- น้อย ปานกลาง มาก

การบริหารยาลี้ขกรรผู้ป่วยที่บ้าน

บทบาทที่ 7: ออกเยี่ยมบ้านร่วมกับสทวิชาชีพเพื่อติดตามการใช้ยาในผู้ป่วยโรคเรื้อรังหรือผู้ป่วยระยะท้าย

48. ท่านรับรู้ว่ายาลี้ขกรมีหน้าทที่ตามบทบาทที่ 7 หรือไม่

- รั้รั้ ไม่รั้รั้ ไม่ทราบ

49. ท่านเห็นว่ายาลี้ขกรทำหน้าทที่ตามบทบาทที่ 7 ได้ดีระดับใด

- ควรปรับปรุ้ พอใช้ ดีมาก

50. ท่านเห็นว่าบทบาทที่ 7 ของยาลี้ขกรมีประโยชน์ในระดับใดต่อ รพ.สต.

- น้อย ปานกลาง มาก

บทบาที่ 8: จัดการปัญหาให้แก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังหรือผู้ป่วยระยะท้ายขณะออกเยี่ยมบ้านร่วมกับสหวิชาชีพ

51. ท่านรับรู้ว่เกสัชกรมีหน้าท่ตามบทบาที่ 8 หรือไม่
 ร้บรู้ ไม่ร้บรู้ ไม่ทราบ
52. ท่านเห็นว่เกสัชกรทำหน้าท่ตามบทบาที่ 8 ได้ดีระดับใด
 ควรร้บปร้บรู่ พอใช้ ดีมาก
53. ท่านเห็นว่บทบาที่ 8 ของเกสัชกรมีประโยชน์ในระดับใดต่อ รพ.สต.
 น้อย ปานกลาง มาก

งานค้บครองผู้บรีโรค

บทบาที่ 9: ค้บหาและจัดการปัญหาและผลิดกัณท์สุขภาพในชุมชนร้บกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้บ

54. ท่านรับรู้ว่เกสัชกรมีหน้าท่ตามบทบาที่ 9 หรือไม่
 ร้บรู้ ไม่ร้บรู้ ไม่ทราบ
55. ท่านเห็นว่เกสัชกรทำหน้าท่ตามบทบาที่ 9 ได้ดีระดับใด
 ควรร้บปร้บรู่ พอใช้ ดีมาก
56. ท่านเห็นว่บทบาที่ 9 ของเกสัชกรมีประโยชน์ในระดับใดต่อ รพ.สต.
 น้อย ปานกลาง มาก

บทบาที่ 10: พัฒนาศักยภาพประชาชนและผู้ประกอบการให้มีความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาและผลิดกัณท์สุขภาพที่ปลอดภัย โดยทำงานร้บกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้บ

57. ท่านรับรู้ว่เกสัชกรมีหน้าท่ตามบทบาที่ 10 หรือไม่
 ร้บรู้ ไม่ร้บรู้ ไม่ทราบ
58. ท่านเห็นว่เกสัชกรทำหน้าท่ตามบทบาที่ 10 ได้ดีระดับใด
 ควรร้บปร้บรู่ พอใช้ ดีมาก
59. ท่านเห็นว่บทบาที่ 10 ของเกสัชกรมีประโยชน์ในระดับใดต่อ รพ.สต.
 น้อย ปานกลาง มาก

บทบาที่ 11: ออกตรวจร้านค้ร้านข้บในชุมชนเพื่อเฝ้าระวังความเสี่ยงเกี่ยวกับการใช้และผลิดกัณท์สุขภาพที่ไม่ปลอดภัย โดยทำงานร้บกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้บ

60. ท่านรับรู้ว่เกสัชกรมีหน้าท่ตามบทบาที่ 11 หรือไม่
 ร้บรู้ ไม่ร้บรู้ ไม่ทราบ
61. ท่านเห็นว่เกสัชกรทำหน้าท่ตามบทบาที่ 11 ได้ดีระดับใด
 ควรร้บปร้บรู่ พอใช้ ดีมาก
62. ท่านเห็นว่บทบาที่ 11 ของเกสัชกรมีประโยชน์ในระดับใดต่อ รพ.สต.
 น้อย ปานกลาง มาก



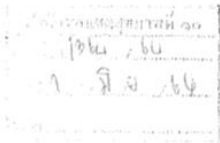
ภาคผนวก จ

หนังสือขอความอนุเคราะห์ให้บุคลากรในหน่วยงานช่วยตอบแบบสอบถาม เขตสุขภาพที่ 10



ที่ อว 0605.12/๒๐

คณะเภสัชศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม 44150



๒๑ พฤษภาคม 2564

เรื่อง ขออนุญาตลงพื้นที่เก็บข้อมูล

เรียน ผู้อำนวยการเขตบริการสุขภาพที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี

ด้วย นายชาญชัย บุญเชิด นิสิตระดับปริญญาโท หลักสูตรเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเภสัชกรรมปฐมภูมิ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้จัดทำวิทยานิพนธ์เรื่อง "การรับรู้บทบาทเภสัชกรรมปฐมภูมิของสหวิชาชีพในเขตบริการสุขภาพที่ 10" (ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เลขที่รับรอง : 072-371/2021) โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กฤษณี สระมณี เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

ในกรณี คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ใคร่ขออนุญาตให้นิสิตดังกล่าวลงพื้นที่เก็บข้อมูล กลุ่มตัวอย่างเป็น สหวิชาชีพ เก็บข้อมูล ระหว่างเดือน พฤษภาคม - กรกฎาคม 2564 ณ เขตบริการสุขภาพที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างสามารถตอบแบบสอบถาม โดยสแกน QR code ที่แนบมาพร้อมนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา จะเป็นพระคุณยิ่ง

เรียน ผู้อำนวยการ สำนักงาน เขตสุขภาพที่ 10
- อ.ชาญชัย บุญเชิด นิสิตระดับปริญญาโท
คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ได้จัดทำวิทยานิพนธ์เรื่อง การรับรู้ของสหวิชาชีพ
ที่มีต่อเภสัชกรรมปฐมภูมิในเขตสุขภาพที่ 10
- ในกรณี ส่งงานอนุญาตให้ นิสิต ลงพื้นที่
เก็บข้อมูล ระหว่างเดือน พ.ค. - ก.ค. 2564
ส่งแฟ้มมาเพื่อทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เกสัชกรหญิงชนัดดา พลอยเลื่อมแสง)
คณบดีคณะเภสัชศาสตร์



QR code แบบเก็บข้อมูล

งานบัณฑิตศึกษา สำนักงานเลขานุการคณะ
โทรศัพท์/โทรสาร 0-4375-4360
ผู้ประสานงาน: นายชาญชัย บุญเชิด
โทร. 0-8796-16919

อนุญาต

(นายสุวิทย์ วัฒนศักดิ์โสธร)
ผู้อำนวยการสำนักงานเขตสุขภาพที่ ๑๐
- 2 ส.ย. 2564

ที่ สธ ๐๒๓๕/ว ๗๕๒



สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๑๐
บ้านท่าบ่อ หมู่ ๒ ถ.แจ้งสนิท
ต.แจระแม อ.เมือง
จ.อุบลราชธานี ๓๔๐๐๐

๗ มิถุนายน ๒๕๖๔

เรื่อง ตอบรับการขอเข้าพื้นที่ในการเก็บข้อมูล

เรียน คณะบดีคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

สิ่งที่ส่งมาด้วย สำเนาหนังสือ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ที่ อว.๐๖๐๕.๑๒/๖๖๐

ลงวันที่ ๒๑ พฤษภาคม ๒๕๖๔

จำนวน ๑ ฉบับ

ตามที่ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้ขออนุญาตให้ นายชาญชัย บุญเชิด
นิสิตนักศึกษาปริญญาโท คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ในการลงพื้นที่เก็บข้อมูล ซึ่งกลุ่ม
ตัวอย่างเป็น สหวิชาชีพ เก็บข้อมูล ระหว่าง เดือน พฤษภาคม - สิงหาคม ๒๕๖๔ ณ โรงพยาบาลส่งเสริม
สุขภาพตำบล ในเขตสุขภาพที่ ๑๐ นั้น

ในการนี้ เขตสุขภาพที่ ๑๐ อนุญาตให้นิสิตนักศึกษาดังกล่าว ลงพื้นที่เก็บข้อมูลในเขตสุขภาพที่ ๑๐
ตามรายละเอียดที่แนบมาพร้อมนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และแจ้งผู้เกี่ยวข้องต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(นายสุวิทย์ โรจนศักดิ์โสธร)

ผู้อำนวยการสำนักงานเขตสุขภาพที่ ๑๐

กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์และสารสนเทศ

โทร. ๐๔๕ ๔๓๕๑๓๔ โทรสาร ๐๔๕ ๔๓๕๑๓๓

ผู้ประสานงาน : นางสาวรัตน์ ญาวงศ์ โทร. ๐๖๑ ๕๔๒๙๓๙๕

ว่าที่ ร.ต.หญิง วีนารินทร์ ดอกรักษ์ โทร ๐๙๙ ๒๐๑๔๕๒๒



MAHASARAKHAM UNIVERSITY ETHICS COMMITTEE FOR
RESEARCH INVOLVING HUMAN SUBJECTS

Certificate of Approval

Approval number: 072-371/2021

Title : Perception of multidisciplinary towards primary care pharmacy in the 10thhealth region.

Principal Investigator : Mr. Chanchai Booncherd

Responsible Department : Faculty of Pharmacy

Research site : Faculty of Pharmacy Maharakham University

Review Method : Expedited Review

Date of Manufacture : 18 February 2021 expire : 17 February 2022

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

.....*Ratree S.*.....

(Asst. Prof. Ratree Sawangjit)

Chairman

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

ที่ อว 0605.12/๑๖๖



คณะเภสัชศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ท่าบ่อเขื่อนร้อย อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม 44150

28 มิถุนายน 2564

เรื่อง ขออนุญาตลงพื้นที่เก็บข้อมูล

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาล.....

สิ่งที่ส่งมาด้วย QR Code แบบสอขตาม

จำนวน 1 ฉบับ

ด้วย นายชาญชัย บุญเจ็ด นิสิตระดับปริญญาโท หลักสูตรเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเภสัชกรรมปฐมนุฎิ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้จัดทำวิทยานิพนธ์เรื่อง "การรับรู้บทบาทเภสัชกรรมปฐมนุฎิของสหวิชาชีพในเขตบริการสุขภาพที่ 10" (ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เลขที่รับรอง : 072-371/2021) โดยมีผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กฤษณี สระมณี และรองศาสตราจารย์วิระพล ภิมาภรณ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ในกรณี คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ใ้ขออนุญาตให้นิสิตดังกล่าว ลงพื้นที่เก็บข้อมูล กลุ่มตัวอย่างเป็น สหวิชาชีพ เก็บข้อมูล ระหว่างเดือน กรกฎาคม - สิงหาคม 2564 ณ เขตบริการสุขภาพที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างสามารถตอบแบบสอบถาม โดยสแกน QR code ที่แนบมาพร้อมนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา จะเป็นประโยชน์ยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เกษิกรหญิงชนิดา พงษ์เอี่ยมแสง)
คณบดีคณะเภสัชศาสตร์

งานบัณฑิตศึกษา สำนักงานเลขาธิการคณะ
โทรศัพท์/โทรสาร 0-4375-4360
ผู้ประสานงาน: นายชาญชัย บุญเจ็ด
โทร. 0-8796-16919

QR Code แบบสอบถาม

เรื่อง การรับรู้บทบาทเภสัชกรรมปฐมภูมิของสหวิชาชีพต่อเขตสุขภาพที่ 10



ผู้ประสานงาน นายชาญชัย บุญเชิด

โทร. 0-8796-16919



ประวัติผู้เขียน

| | |
|----------------------|---|
| ชื่อ | นายชาญชัย บุญเขต |
| วันเกิด | วันที่ 20 เมษายน 2522 |
| สถานที่เกิด | อำเภอศีขรภูมิ จังหวัดสุรินทร์ |
| สถานที่อยู่ปัจจุบัน | บ้านเลขที่ 31/1 หมู่ 13 ถนนวารีราชเดช ตำบลคำเตย อำเภอไทยเจริญ จังหวัดยโสธร รหัสไปรษณีย์ 35120 |
| ตำแหน่งหน้าที่การงาน | เภสัชกรชำนาญการ (ด้านเภสัชสาธารณสุข) |
| สถานที่ทำงานปัจจุบัน | โรงพยาบาลกุดชุม เลขที่ 6 หมู่ 14 ถนนกุดชุม-เลิงนกทา ตำบลกุดชุม อำเภอกุดชุม จังหวัดยโสธร รหัสไปรษณีย์ 35140 |
| ประวัติการศึกษา | พ.ศ. 2538 มัธยมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนสุรวิทยาคาร จังหวัดสุรินทร์ พ.ศ. 2544 ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูงสาธารณสุขศาสตร์ (ปวส.ส.ศ.) สาขาวิชาเทคนิคเภสัชกรรม วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี พ.ศ. 2546 ปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต (วท.บ.) สาขาวิชาสุขศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏสุรินทร์ พ.ศ. 2552 ปริญญาเภสัชศาสตรบัณฑิต (ภ.บ.) สาขาวิชาเภสัชกรรมปฏิบัติ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี พ.ศ. 2565 ปริญญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต (ภ.ม.) สาขาวิชาเภสัชกรรม ปฐมภูมิ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม |

พูน บุญจิต ชีวะ