

ความต้องการพัฒนาสมรรถนะในการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของเภสัชกร

รักษาร ใจสะอาด¹, ทิพาพร กาญจนราช^{2*}

Received: 29 January 2014

Accepted: 18 March 2014

บทคัดย่อ

บทนำ: หน้าที่เภสัชกรในการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิยังไม่ชัดเจน การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อระบุ (1) ความคิดเห็นของเภสัชกรต่อกิจกรรมบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่เภสัชกรควรดำเนินการ (2) ความรู้ในการดำเนินกิจกรรม (3) ความเพียงพอของปัจจัยสนับสนุน (4) ความต้องการพัฒนาสมรรถนะ **วิธีดำเนินการวิจัย:** แบ่งเป็น 2 ระยะ ระยะที่ 1 สืบจากคัดขวางโดยใช้แบบสอบถามส่งทางไปรษณีย์ให้เภสัชกรผู้รับผิดชอบงานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง ในกระทรวงสาธารณสุขเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 275 คน เพื่อระบุกิจกรรมที่เภสัชกรควรปฏิบัติในระดับปฐมภูมิ และพิจารณาว่าเป็นกิจกรรมที่เภสัชกรต้องดำเนินการเองหรือกิจกรรมภายใต้การนิเทศงานของเภสัชกร ความรู้และความเพียงพอของปัจจัยสนับสนุนประเมินด้วยมาตรวัดระดับ 5 อันดับ ตั้งแต่ 1 (น้อยที่สุด) ถึง 5 (มากที่สุด) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ระยะที่ 2 ทำการประชุมระดมสมอง กลุ่มตัวอย่างคือเภสัชกรจำนวน 30 คน จากการคัดเลือกแบบเจาะจง ในผู้ที่มีประสบการณ์งานปฐมภูมิไม่น้อยกว่า 3 ปี และทำการวิเคราะห์เนื้อหา **ผลการวิจัย:** อัตราการตอบกลับจากการสำรวจ ร้อยละ 55.6 กลุ่มตัวอย่างมากกว่าร้อยละ 80 เห็นว่ากิจกรรมที่เภสัชกรควรปฏิบัติเอง มี 5 กิจกรรม คือ 1) การเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน เพื่อวิเคราะห์ปัญหาการเข้ายา 2) การเลือกวิธีการแก้ไขปัญหายา 3) การประเมินผลการแก้ไขปัญหายา 4) การดำเนินการตามกฎหมาย และ 5) การสร้างและพัฒนาระบบการเฝ้าระวังปัญหาจากผลิตภัณฑ์สุขภาพ ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัว และด้านการดูแลสุขภาพชุมชนเท่ากับ 3.6 ± 0.8 และ 3.7 ± 0.7 การสนับสนุนที่ได้รับน้อยที่สุดคือ ค่าตอบแทน ความต้องการพัฒนาสมรรถนะที่เภสัชกรระบุ คือความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวที่บ้าน สมุนไพรและผลิตภัณฑ์เสริมอาหารที่ผู้ป่วยนิยมบริโภค เทคนิคในการดูแลสุขภาพชุมชน **สรุปผลการวิจัย:** เพื่อพัฒนาคุณภาพบริการระดับปฐมภูมิ สภาเภสัชกรรมและกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นองค์กรที่มีอำนาจตามกฎหมายควรกำหนดหน้าที่ของเภสัชกรในการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิให้ชัดเจน ออกแบบการอบรมที่ตรงความต้องการของเภสัชกร และกำหนดกลยุทธ์ในการสนับสนุนการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

คำสำคัญ: บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ การดูแลสุขภาพผู้ป่วยและครอบครัว การดูแลสุขภาพชุมชน การพัฒนาสมรรถนะ

วารสารเภสัชศาสตร์อีสาน 2557; 10(1): 69-79

¹ วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์) ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาวิชาเภสัชศาสตร์สังคมและการบริหาร คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น และ ศูนย์วิจัยและพัฒนาผลิตภัณฑ์สุขภาพจากสมุนไพร มหาวิทยาลัยขอนแก่น อ.เมือง จ.ขอนแก่น 40002

² Ph.D. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาวิชาเภสัชศาสตร์สังคมและการบริหาร คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น และ ศูนย์วิจัยและพัฒนาผลิตภัณฑ์สุขภาพจากสมุนไพร มหาวิทยาลัยขอนแก่น อ.เมือง จ.ขอนแก่น 40002

* **ติดต่อผู้พิมพ์:** ทิพาพร กาญจนราช สาขาวิชาเภสัชศาสตร์สังคมและการบริหาร คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น หรือ ศูนย์วิจัยและพัฒนาผลิตภัณฑ์สุขภาพจากสมุนไพร มหาวิทยาลัยขอนแก่น อ.เมือง จ.ขอนแก่น 40002, โทรศัพท์ +66 4336 2090, Email: otipkan@kku.ac.th

Needs for competency improvement in pharmacy service at a primary care level

Raksaworn Jaisa-ard¹, Tipaporn Kanjanarach^{2*}

Abstract

Introduction: There is unclear on pharmacists' responsibilities at the primary care level. This study aimed to identify; (1) pharmacists' opinions towards their activities in primary care, (2) their knowledge on primary care activities, (3) the sufficiency of supports and (4) their needs for competency improvement. **Methods:** This study was divided into 2 phases; phase 1 was a cross-sectional survey using a postal self-administered questionnaire. Data were collected from 275 pharmacists who took a responsibility on primary care in community hospitals of the Ministry of Public Health, Northeastern region of Thailand. Potential activities providing by pharmacists were identified. Subjects were asked to determine whether those activities should be either performed by pharmacists or under pharmacist supervision. A self-assessment on knowledge and supporting factors were assessed by a 5-point rating scale ranging from 1 (the lowest) to 5 (the highest). Descriptive statistics were used. In phase 2, a brainstorm discussion was conducted with 30 purposively selected pharmacists. A criterion was pharmacist having at least 3 years experience on primary care. Content analysis was use. **Results:** The response rate of the survey was 55.6%. More than 80% of the respondents revealed 5 activities which should be performed by pharmacists were 1) visiting patients at home to identify drug-related problems 2) developing intervention to solve the drug-related problems 3) evaluating the developed intervention 4) enforcing laws and 5) establishing and improving health product surveillance systems. The mean scores of knowledge in patient and family care, and community care were 3.6 ± 0.8 and 3.7 ± 0.7 respectively. The least support in the respondents' viewpoint was work incentive. The needs for competency improvement were knowledge and skill in home health care and family care, knowledge on herbal and dietary supplements that commonly used by patients and the practical techniques for community care. **Conclusion:** To improve the quality of the health service at a primary care level, the Pharmacy council and Ministry of Public Health which are the legitimate organizations to establish and endorse pharmacist job descriptions should clearly specify pharmacists' responsibility at the primary care level, design training which address their needs and identify strategies to support the operation of pharmacy services at the primary care level.

Keywords: Primary Care, Patient and Family care, Community Care, Competency improvement, Pharmacy service

IJPS 2014; 10(1): 69-79

¹ M.Sc.(Public Health), Assistant Professor, Social and Administrative Pharmacy, Faculty of Pharmaceutical Sciences, Khon Kean University

² Ph.D., Assistant Professor, Social and Administrative Pharmacy, Faculty of Pharmaceutical Sciences, Khon Kean University

* **Corresponding Author:** Tipaporn Kanjanarach, Faculty of Pharmaceutical Sciences, Khon Kean University 40002, Tel +66 4336 2090, Email: otipkan@kku.ac.th

บทนำ

บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ (Primary Health Care) หมายถึง การให้บริการทางการแพทย์เชิงรุกที่จำเป็นให้กับบุคคล ครอบครัว และชุมชน ภายใต้บริบทและการยอมรับของชุมชน ประสานความร่วมมือกับชุมชนในท้องถิ่น เพื่อให้ประชาชนสามารถดูแลสุขภาพตนเอง และพึ่งพาตนเองได้เมื่อเจ็บป่วย โดยมีระบบส่งต่อที่เชื่อมโยงกับโรงพยาบาลได้อย่างเหมาะสม (WHO, 1978) โดยกระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้จัดหน่วยบริการปฐมภูมิ (Primary care Unit :PCU) ไว้บริการประชาชนภายใต้สโลแกน “ใกล้บ้านใกล้ใจ” ตั้งแต่ปี 2549 (Bureau of Service Quality Development, 2009)

เภสัชกรเป็นอีกวิชาชีพด้านสาธารณสุขที่ได้รับนโยบายให้มีบทบาทในการให้บริการในหน่วยบริการปฐมภูมิด้านยาโดยมีหน้าที่จัดหา จัดเก็บ จ่ายยา ให้มีคุณภาพและได้มาตรฐาน (Bureau of Service Quality Development, 2009) เนื่องจากการบริการระดับปฐมภูมิเป็นโอกาสที่จะเปิดบทบาทใหม่สำหรับเภสัชกร ในปี 2552 กลุ่มตัวแทนวิชาชีพเภสัชกรรมและองค์กรที่มีส่วนได้เสียจึงได้ร่วมกันเป็นคณะทำงานจัดทำคู่มือปฏิบัติงานเภสัชกรในหน่วยบริการปฐมภูมิ (Steering Committee for formulating primary care pharmacy practice guideline, 2010) และร่างข้อเสนองานเภสัชกรรมปฐมภูมิ (Steering committee for primary care pharmacy practice development, 2010) โดยกำหนดบทบาทหน้าที่ของเภสัชกรในการให้บริการปฐมภูมิครอบคลุมทั้งระดับผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชน แต่บทบาทที่ต้องให้บริการเชิงรุกในชุมชนที่ชัดเจนกว่าบทบาทอื่นๆ คืองานบริการดูแลต่อเนื่องด้านยาด้วยการเยี่ยมบ้านและการดูแลสุขภาพชุมชนด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ

อย่างไรก็ตามหน้าที่ของเภสัชกรในบริการปฐมภูมิในปัจจุบันยังไม่เป็นข้อบังคับของสภาเภสัชกรรมที่กำหนดเป็นแนวทางและตัวชี้วัดที่ชัดเจนในระดับประเทศ มีเพียงร่างข้อเสนองานเภสัชกรรมปฐมภูมิ และมีคู่มือปฏิบัติงานเภสัชกรในหน่วยบริการปฐมภูมิที่

แจกให้เฉพาะโรงพยาบาลนำร่องเพียง 200 แห่ง (Steering Committee for formulating primary care pharmacy practice guideline, 2010) ซึ่งยังไม่ครอบคลุมโรงพยาบาลทั้งหมดในประเทศ นอกจากนี้พบว่าพื้นที่ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือเภสัชกรต้องดูแลประชากรในสัดส่วน 1: 11,171 ซึ่งมากกว่าภาพรวมของประเทศ 1:7,810 (Bureau of Policy and Strategy, Ministry of Public Health, 2010) จึงเป็นพื้นที่ที่เหมาะสมในการศึกษาเพื่อพัฒนางานบริการระดับปฐมภูมิ

ดังนั้นการศึกษานี้จึงสนใจที่จะสำรวจความคิดเห็นของเภสัชกรต่อการดำเนินงานดูแลต่อเนื่องด้านยาด้วยการเยี่ยมบ้าน และงานดูแลสุขภาพชุมชนด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพว่า 1) เภสัชกรมีความรู้ในระดับใด 2) เภสัชกรควรดำเนินการในแต่ละกิจกรรมด้วยตนเองหรือไม่ 3) ความเพียงพอของปัจจัยสนับสนุนในการดำเนินงานอยู่ในระดับใด และ 4) ระบุความต้องการพัฒนาสมรรถนะเภสัชกรในงานบริการปฐมภูมิว่ามีอะไรบ้าง เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาสมรรถนะ เภสัชกรเพื่อให้บริการในระดับปฐมภูมิได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

วิธีดำเนินงานวิจัย

การศึกษานี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยขอนแก่น โดยแบ่งเป็น 2 ระยะ

ระยะที่ 1 เป็นการสำรวจความคิดเห็นและความรู้ในการดำเนินงานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของเภสัชกร ใช้วิธีวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional survey study) โดยเก็บข้อมูลจากเภสัชกรผู้รับผิดชอบหลักในงานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง สังกัดกระทรวงสาธารณสุขในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โรงพยาบาลละ 1 คน รวมทั้งสิ้น 275 คน การส่งแบบสอบถามดำเนินการโดย ส่งทางไปรษณีย์ให้หัวหน้าฝ่ายเภสัชกรรมเพื่อมอบให้กับเภสัชกรผู้รับผิดชอบหลักในงานบริการระดับปฐมภูมิ

เครื่องมือที่ใช้คือแบบสอบถามที่สร้างขึ้นเอง ประกอบด้วยข้อคำถาม 4 ส่วน (1) ข้อมูลส่วนบุคคล, (2) ความคิดเห็นต่อกิจกรรมที่เภสัชกรควรปฏิบัติ ใน 2 งาน คืองานดูแลต่อเนื่องด้านยาด้วยการเยี่ยมบ้าน จำนวน 7 กิจกรรม และงานดูแลสุขภาพชุมชนด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ จำนวน 11 กิจกรรม (3) ความคิดเห็นต่อระดับความรู้ของตนเองในการปฏิบัติแต่ละกิจกรรม (4) ความคิดเห็นต่อความเพียงพอของปัจจัยสนับสนุนในการปฏิบัติงาน โดยแบ่งเป็นการสนับสนุนจากหน่วยงานตนเอง และการสนับสนุนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง แบบสอบถามในส่วนที่ 2 และ 3 พัฒนามาจากกิจกรรมในคู่มือสำหรับเภสัชกรในการดำเนินงานเภสัชกรรมในหน่วยบริการปฐมภูมิ และกรอบแนวคิดงานบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิในร่างข้อเสนองานเภสัชกรรมปฐมภูมิ และแบบสอบถามส่วนที่ 3 และ 4 ใช้มาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 อันดับ จาก 1 น้อยที่สุด จนถึง 5 มากที่สุด ก่อนนำไปใช้จริงแบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วยเภสัชกร นักวิชาการ 2 ท่าน และเภสัชกรผู้ที่เป็นกรรมการสภาเภสัชกรรม 1 ท่าน และตรวจสอบความชัดเจนของภาษา และความสั้นไหลของข้อคำถามรวมทั้งโครงสร้างของข้อคำถามเพื่อให้ง่ายต่อการตอบ โดยนักศึกษาปริญญาโท หลักสูตรการจัดการงานเภสัชกรรม มหาวิทยาลัยขอนแก่น ซึ่งเป็นเภสัชกรที่ร่วมปฏิบัติงานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิแต่ไม่ใช่ผู้รับผิดชอบหลัก จำนวน 7 คน

เก็บข้อมูลโดยส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์ ไปยังหัวหน้าฝ่ายเภสัชกรรมของโรงพยาบาล และขอความอนุเคราะห์ส่งชุดเอกสารให้กับผู้รับผิดชอบหลักในการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ชุดเอกสารนี้ประกอบด้วย หนังสือเชิญเข้าร่วมให้ข้อมูลงานวิจัยแบบสอบถาม ของเปล่าที่เจ้าหน้าที่และติดตามแล้ว โดยให้เวลาตอบแบบสอบถาม 1 เดือน ผู้วิจัยได้ติดตามแบบสอบถามรวม 2 ครั้ง เพื่อเพิ่มอัตราการตอบกลับ (Isreal, 1992) โดยทั้ง 2 ครั้งได้ส่งแบบสอบถามและของ

เปล่าติดตามไปยังผู้ที่ยังไม่ได้ตอบ เก็บข้อมูลในช่วง มกราคม-มีนาคม 2555

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ข้อมูลส่วนบุคคล กิจกรรมบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่เภสัชกรควรปฏิบัติ ระดับความรู้ของตนเองในแต่ละรายการกิจกรรม, ความคิดเห็นต่อความเพียงพอของปัจจัยสนับสนุนในการปฏิบัติงาน นำเสนอด้วยร้อยละ ภาพรวมระดับความรู้ นำเสนอด้วย ค่าเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ระยะที่ 2 เป็นการระบุข้อเสนอแนะกิจกรรมในงานเภสัชกรรมของบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ และระบุความต้องการพัฒนาสมรรถนะของเภสัชกรผู้ให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพโดยใช้วิธีการจัดประชุมกลุ่มระดมสมอง ผู้ให้ข้อมูล คือ เภสัชกรที่เป็นผู้รับผิดชอบหลักและมีประสบการณ์ในงานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิไม่น้อยกว่า 3 ปี เนื่องจากเภสัชกรเพิ่งจะเริ่มให้บริการระดับปฐมภูมิอย่างจริงจังในปี 2553 การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลใช้วิธีเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) การคัดเลือกทำโดยพิจารณาร่วมกันระหว่างผู้วิจัยและเภสัชกรสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดซึ่งมีบทบาทในการติดตามนิเทศงานโรงพยาบาล การประชุมระดมสมองทำโดย แบ่งผู้เข้าร่วมประชุมออกเป็น 4 กลุ่ม กลุ่มละ 7-8 คน เนื่องจากต้องการให้สมาชิกทุกคนในกลุ่มมีโอกาสแสดงความคิดเห็น แต่ละกลุ่มมีการกระจายของคุณลักษณะของสมาชิกในด้านเพศ และระยะเวลาในการปฏิบัติงาน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ประเด็นการสนทนาที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนา สมรรถนะเภสัชกร โดยนำผลการศึกษาระยะที่ 1 เป็นข้อมูลนำเข้า และผู้ให้ข้อมูลร่วมกันระดมความคิดเห็นว่า นอกเหนือจากกิจกรรมที่ระบุในแบบสอบถามระยะที่ 1 แล้ว ยังมีกิจกรรมใดที่ควรดำเนินการเพิ่มเติม โดยเภสัชกร รวมทั้งหัวข้อและรูปแบบการฝึกอบรมควรเป็นอย่างไร เพื่อพัฒนาสมรรถนะของเภสัชกรในการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ในแต่ละกลุ่มจะมีผู้ดำเนินการ 1 คนที่มีประสบการณ์ด้านการจัดประชุมระดมสมอง มีความรู้เรื่องงานบริการระดับปฐมภูมิ

และมีผู้จัดบันทึกการประชุม กลุ่มละ 1 คน เป็นผู้ผ่าน การอบรมเทคนิคในการจดบันทึก ในตอนท้ายให้แต่ละ กลุ่มนำเสนอผลการระดมสมองของกลุ่มตนเองต่อที่ ประชุมทั้งหมด เพื่อให้สมาชิกทุกคนมีส่วนร่วมในการ ให้ข้อคิดเห็นเพิ่มเติม วิเคราะห์ข้อมูลในการศึกษาระยะนี้ ใช้วิธีการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content Analysis) เก็บข้อมูลในช่วงเดือนมกราคม 2556

ผลการวิจัย

หลังเสร็จสิ้นการเก็บข้อมูลแบบสอบถามถูก ส่งกลับมายังผู้วิจัยทางไปรษณีย์จำนวน 153 จาก 275 ฉบับ คิดเป็นอัตราตอบกลับ ร้อยละ 55.6 ผลการศึกษา ระยะที่ 2 เภสัชกรจำนวน 30 คน ที่ได้รับการติดต่อเพื่อ ให้ข้อมูล ทุกคนยินดีเข้าร่วมให้ข้อมูล ลักษณะประชากร ของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 ระยะ แสดงใน (ตาราง 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะประชากร	กลุ่มตัวอย่างที่สำรวจ (n=153) n (%)	กลุ่มตัวอย่างที่ระดมสมอง (n=30) n
เพศหญิง	99 (64.7)	24
หัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรม	80 (52.3)	21
จบการศึกษาสูงสุดในระดับปริญญาตรี	122 (79.7)	28
อายุงาน ≥ 10 ปี	71 (46.4)	13
ชอบงานเชิงรุก	57 (37.3)	ระบุไม่ได้
รับทำงานเภสัชกรรมปฐมภูมิด้วยความสมัครใจ	56 (36.6)	17

ในส่วนของงานดูแลต่อเนื่องด้านยาด้วยการ เยี่ยมบ้าน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (>80%) เห็นว่า 3 กิจกรรม ได้แก่ การเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านเพื่อวิเคราะห์ ปัญหาการใช้ยา การเลือกวิธีการแก้ไขปัญหาการใช้ ยา และการประเมินผลการแก้ไขปัญหาการใช้ยา เป็น กิจกรรมที่เภสัชกรควรปฏิบัติเอง สำหรับงานดูแล สุขภาพชุมชนด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพนั้น กลุ่ม ตัวอย่างส่วนใหญ่ (>80%) เห็นว่าเภสัชกรควรปฏิบัติเอง ใน 2 กิจกรรม ได้แก่ การดำเนินการทางกฎหมายกรณี พบการกระทำความผิด และ การสร้างและพัฒนาระบบ

การติดตามและเฝ้าระวังปัญหาจากผลิตภัณฑ์สุขภาพ (ตาราง 2)

ผลจากการสำรวจความรู้พบว่าเภสัชกรเพียง ร้อยละ 23.5 ถึง 66.7 ที่มีความรู้ระดับมากถึงมากที่สุด ในการดำเนินงานดูแลต่อเนื่องด้านยาด้วยการเยี่ยมบ้าน และการดูแลสุขภาพชุมชนด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ โดยภาพรวมของระดับความรู้ทั้ง 2 หมวดงาน อยู่ใน ระดับปานกลาง (Mean: 3.6, SD: 0.8 และ Mean: 3.7, SD: 0.7 ตามลำดับ) (ตาราง 2)

ตารางที่ 2 ความคิดเห็นของเภสัชกรในการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ และความรู้ในการปฏิบัติงาน (n=153)

กิจกรรม	เภสัชกร ปฏิบัติเอง %	ความรู้ระดับ มากและมากที่สุด %
งานดูแลต่อเบื้องต้นด้านยาด้วยการเยี่ยมบ้าน (Mean: 3.6, SD: 0.8)		
- ด้านฐานข้อมูลในการดูแลต่อเบื้องต้นด้านยา		
กิจกรรม 1: สร้างและพัฒนาฐานข้อมูลของผู้ป่วย	71.9	47.7
กิจกรรม 2: สร้างและพัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานบริการใกล้บ้าน	68.0	51.0
- ด้านการค้นหาค้นหาปัญหาและการจัดการปัญหา		
กิจกรรม 3: การเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านเพื่อวิเคราะห์ปัญหาและสาเหตุที่เกี่ยวกับการใช้ยา	90.2	63.4
กิจกรรม 4: เลือกวิธีการแก้ไขปัญหาค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยที่ได้รับการเยี่ยม	89.5	66.7
กิจกรรม 5: ประเมินผลการแก้ไขปัญหาค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยที่ได้รับการเยี่ยม	82.4	61.4
- ด้านการสร้างมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย		
กิจกรรม 6: สื่อสารผลการแก้ไขปัญหาค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยที่ได้รับการเยี่ยมให้กับผู้ดูแล	75.2	51.0
กิจกรรม 7: การพัฒนาศักยภาพครอบครัวในการดูแลค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยเรื้อรัง	45.1	35.3
งานดูแลสุขภาพชุมชนด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ (Mean: 3.7, SD: 0.7)		
- ด้านการจัดการความปลอดภัยด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชน		
กิจกรรม 1: สร้างและพัฒนาระบบฐานข้อมูลผู้ประกอบกิจการในพื้นที่รับผิดชอบ	54.2	52.9
กิจกรรม 2: สร้างและพัฒนาระบบการติดตามและเฝ้าระวังปัญหาผลิตภัณฑ์สุขภาพ	81.7	41.2
กิจกรรม 3: วินิจฉัยสาเหตุของปัญหาผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชน	79.7	32.0
กิจกรรม 4: จัดลำดับความสำคัญของปัญหาผลิตภัณฑ์สุขภาพเพื่อการแก้ไขและเฝ้าระวัง	65.4	37.3
กิจกรรม 5: กำหนดแนวทางและกิจกรรมในการจัดการปัญหาผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชน	76.5	33.3
กิจกรรม 6: ให้ความรู้เรื่องประโยชน์และอันตรายจากผลิตภัณฑ์สุขภาพ	70.6	54.9
กิจกรรม 7: ดำเนินการทางกฎหมายกรณีพบการกระทำผิด	94.1	23.5
- ด้านส่งเสริมการพึ่งตนเองด้วยยาสามัญประจำบ้านและสมุนไพร		
กิจกรรม 8: สร้างและพัฒนาระบบการกระจายยาสามัญประจำบ้านในชุมชน	68.0	48.4
กิจกรรม 9: สร้างและพัฒนาฐานข้อมูลด้านสมุนไพรในชุมชน	43.1	37.9
กิจกรรม 10: ให้ความรู้เรื่องสมุนไพรเพื่อการพึ่งพาตนเอง	47.7	48.4
กิจกรรม 11: สร้างศักยภาพให้กับชุมชนเพื่อการพึ่งพาตนเอง (Community Empowerment)	56.9	38.6

ในส่วนของความคิดเห็นต่อความเพียงพอของปัจจัยสนับสนุนในการปฏิบัติงานเภสัชกรรมปฐมภูมิ จำนวนผู้ตอบแบบสอบถามเพียงร้อยละ 8.0 ถึง 37.3 เห็นว่าปัจจัยสนับสนุนการดำเนินกิจกรรมงานดูแลต่อเบื้องต้นด้านยาด้วยการเยี่ยมบ้านมีความเพียงพอมากถึงมากที่สุด ในขณะที่จำนวนกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ

18.3 ถึง 84.7 เห็นว่าปัจจัยสนับสนุนในงานดูแลสุขภาพชุมชน ด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพมีความเพียงพอมากถึงมากที่สุด โดยเฉพาะค่าตอบแทนที่กลุ่มตัวอย่างจำนวนน้อยเพียงร้อยละ 8 และ 15.4 เห็นว่าเพียงพอมากถึงที่สุดในงานดูแลต่อเบื้องต้นด้านยา และงานดูแลสุขภาพชุมชนตามลำดับ (ตาราง 3)

ตารางที่ 3 ความเพียงพอของปัจจัยสนับสนุนในการปฏิบัติงานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ (n=153)

ประเด็น	ความคิดเห็นต่อความเพียงพอของปัจจัยสนับสนุนในระดับมากหรือมากที่สุด (%)	
	งานดูแลต่อเนื่องด้านยาด้วยการเยี่ยมบ้าน	งานดูแลสุขภาพชุมชนด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ
การสนับสนุนจากโรงพยาบาล (หน่วยงานตนเอง)		
การสนับสนุนของผู้บริหารโรงพยาบาล	37.3	48.3
วัสดุ อุปกรณ์	15.7	67.8
งบประมาณ	13.1	55.6
กำลังคน	13.1	84.7
ค่าตอบแทน	8.0	15.4
การสนับสนุนของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง		
บุคลากรสาธารณสุขอื่น ๆ	28.8	79.6
เครือข่ายในชุมชน ได้แก่ กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน, กลุ่มแม่บ้าน, กลุ่มผู้สูงอายุ	ไม่ได้ประเมิน	26.1
องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	ไม่ได้ประเมิน	18.3

ข้อเสนอแนะกิจกรรมของงานเภสัชกรรมในบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่ได้จากการประชุมระดมสมอง แสดงใน ตาราง 4 และ ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับ

หัวข้อและรูปแบบการฝึกอบรมเพื่อพัฒนาสมรรถนะของ เภสัชกรในบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ที่ได้จากการประชุมระดมสมองแสดงในตาราง 5

ตารางที่ 4 ข้อเสนอแนะกิจกรรมของงานเภสัชกรรมในบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ (n=30)

ระดับในการบริการ	กิจกรรม
การดูแลผู้ป่วยรายบุคคล (Patient care)	- การจัดทำฐานข้อมูลผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการติดตามต่อเนื่องด้านยาด้วยการเยี่ยมบ้าน - ร่วมในการประชุมกลุ่มเพื่อปรึกษาปัญหากรณี (case conference) เพื่อพิจารณาความจำเป็นในการดูแลต่อเนื่องด้านยาด้วยการเยี่ยมบ้าน - การจัดทำแผนการดูแลสุขภาพ (care plan) และ ปรับปรุงข้อมูลให้ทันสมัยจากการดูแลต่อเนื่องด้านยาด้วยการเยี่ยมบ้าน
การดูแลสุขภาพครอบครัว (Family health care)	- การสำรวจยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพที่สมาชิกครอบครัวใช้ (เช่น คัดยาที่หมดอายุทิ้ง หรือให้ความรู้เรื่องยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพที่พบ) - ค้นหาความทุกข์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจากวิธีการบริหารยา และดำเนินการแก้ไข
การดูแลสุขภาพชุมชน (Community health care)	- การพัฒนาศักยภาพของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลด้านจัดการความปลอดภัยด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชน - ร่วมออกตรวจสอบผลิตภัณฑ์สุขภาพ หรือกรณีชาวบ้านร้องทุกข์ - การพัฒนาความรู้เรื่องพืชสมุนไพรให้เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ตารางที่ 5 หัวข้อและรูปแบบการฝึกอบรมเพื่อพัฒนาสมรรถนะของเภสัชกรในการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ (n=30)

หัวข้อที่เสนอให้จัดอบรม	รูปแบบการฝึกอบรม
- สมุนไพรและผลิตภัณฑ์เสริมอาหารที่พบและมีการใช้บ่อยในผู้ป่วยเรื้อรัง - ความรู้เรื่องอาหารและโภชนาการ - ความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อรังที่พบบ่อยในชุมชน ได้แก่ อาการ การตรวจโรคเบื้องต้น ลักษณะทางคลินิก - ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการปฐมพยาบาล และการปฐมพยาบาลเบื้องต้น ทักษะการตรวจร่างกายเบื้องต้น - การประเมินผลลัพธ์การบริการอื่นๆ นอกจากผลลัพธ์ทางคลินิก เพื่อการพัฒนาบริการด้านยา - การประยุกต์เทคนิค หรือวิธีบริบาลในหอผู้ป่วยไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน - การสร้างทีมงานสุขภาพและการทำงานเป็นทีม การผลักดันทีมให้ดำเนินงานให้สำเร็จ และการสร้างพันธมิตรสหสาขาวิชาชีพ - ทักษะการสื่อสารกับชุมชนและผู้ป่วย - การทำงานกับชุมชน การสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดการความปลอดภัยด้านยา - เทคนิค หรือองค์ความรู้ใหม่ๆ ในการทำงาน โดยเฉพาะ การประเมินความต้องการด้านสุขภาพของชุมชน (community health need assessment), การวางแผนและประเมินโครงการด้านสุขภาพ (Health program planning and evaluation) ที่นำมาประยุกต์ใช้ในการจัดการความปลอดภัยด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชน	- เป็นการประชุมเชิงปฏิบัติการ (workshop) ที่มีการฝึกปฏิบัติสลับกับการบรรยาย ไม่ใช่ บรรยายอย่างเดียว - เครื่องมือ หรือสิ่งต่างๆ ที่ได้จากการฝึกทำในการอบรม สามารถนำไปใช้ในการทำงานได้เลยทันที - ฝึกภาคสนาม ฝึกกับกรณีศึกษาจริง ชุมชนจริง สถานการณ์จริง - นำเอากรณีศึกษาที่เป็นปัญหาจริง มาอภิปรายหาทางออก - มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ระหว่างผู้เข้าอบรม - สอนเฉพาะเนื้อหา เทคนิค วิธีการที่สามารถไปประยุกต์ใช้กับบริบทบริการระดับปฐมภูมิไทยได้จริง - มีระบบพี่เลี้ยง (Mentoring) หรือติดตามผู้เข้าอบรมหลังจากสิ้นสุดการอบรม - สอดแทรก เสริมสร้างทัศนคติเชิงบวกในการทำงานเชิงรุก - สามารถนับเป็นคะแนนการศึกษาต่อเนื่องทางเภสัชศาสตร์(Continuing Pharmaceutical Education :CPE) ได้

อภิปราย และสรุปการวิจัย

จากการสำรวจกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวพบว่า กิจกรรมที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เห็นว่าเภสัชกรควรปฏิบัติเองนั้นเป็นกิจกรรมที่ต้องอาศัยความรู้เชิงลึกในวิชาชีพเภสัชกรรมที่เกี่ยวข้องกับการจัดการด้านยาให้กับผู้ป่วย ได้แก่ การวิเคราะห์ปัญหาและสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับยา การเลือกวิธีการแก้ไขปัญหาคายา การใช้ยา การประเมินผลการแก้ไขปัญหาคายา มีกลุ่มตัวอย่างประมาณร้อยละ 60 ที่เห็นว่าตนเองมีความรู้ในระดับมาก หรือ มากที่สุด ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับความรู้ในด้านอื่นที่ทำการสำรวจ สะท้อนว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เห็นว่าตนเองมีความรู้ในด้านการค้นหาปัญหา

และการจัดการปัญหาด้านยามากกว่าด้านอื่นๆ อย่างไรก็ดีตามเภสัชกรในฐานะผู้เชี่ยวชาญด้านยาทุกคน ควรมีความรู้ในระดับดี ถึง ดีมากในเรื่องการค้นหาปัญหา และจัดการปัญหาที่เกี่ยวข้องกับยา

ในส่วนของการดูแลสุขภาพชุมชน กิจกรรมที่เภสัชกรส่วนใหญ่เห็นว่าควรปฏิบัติเอง ได้แก่ กิจกรรมการดำเนินการทางกฎหมายกรณีพบการกระทำความผิด การสร้างและพัฒนาระบบการติดตามเฝ้าระวังปัญหาจากผลิตภัณฑ์สุขภาพซึ่งเป็นบทบาทหน้าที่โดยตรงของเภสัชกรที่เป็นพนักงานเจ้าหน้าที่ตามกฎหมายในการควบคุมผลิตภัณฑ์สุขภาพ ในขณะที่เภสัชกรส่วนใหญ่ไม่คิดว่าต้องปฏิบัติเองในงานสร้างและพัฒนาระบบ

ฐานข้อมูลด้านสมุนไพรในชุมชน และการให้ความรู้เรื่องสมุนไพรเพื่อการพึ่งพาตนเอง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก ในปัจจุบันภารกิจของงานแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลส่วนใหญ่ได้ถูกแยกออกมาเป็นเอกเทศไม่ขึ้นตรงกับฝ่ายเภสัชกรรม (Department for Development of Thai Traditional and Alternative Medicines, 2013)

การประเมินระดับความรู้ของเภสัชกรในการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาการรับรู้ต่อความรู้ของตนเอง (Perceived knowledge) ไม่ได้ศึกษาความรู้ที่แท้จริง (Actual knowledge) เนื่องจากการวัดความรู้ที่แท้จริงควรเป็นแบบทดสอบที่ต้องวัดหลายข้อคำถาม อาจทำให้เครื่องมือมีจำนวนข้อคำถามมากเกินไป ซึ่งมีผลต่ออัตราการตอบกลับได้ แม้การศึกษาความสัมพันธ์ของความรู้ที่แท้จริง กับการรับรู้ต่อความรู้ของตนเอง ไม่มีข้อสรุปที่ชัดเจน แต่ถ้การที่เภสัชกรไม่ถึงครึ่งหนึ่งของผู้ตอบแบบสอบถามเห็นว่าตนเองมีความรู้ในระดับดีหรือดีมาก แสดงให้เห็นว่าความรู้ที่ตนเองมีอยู่นั้นยังไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติงานบริการปฐมภูมิ และเภสัชกรยังต้องการเพิ่มพูนความรู้ของตนเองอีก ซึ่งการมีความรู้ที่เพียงพอทำให้เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติงาน และส่งผลต่อประสิทธิภาพของงานได้ (Athamana, 2002)

ผลจากการสำรวจในระยะที่ 1 และการประชุมระดมสมองระยะที่ 2 ซึ่งไปในทิศทางเดียวกันว่า เภสัชกรต้องการพัฒนาสมรรถนะของตนเองในด้านการเพิ่มพูนความรู้เกี่ยวกับโรคและอาการของโรคเรื้อรังที่พบบ่อยในชุมชน อาหารและสมุนไพรที่ผู้ป่วยเรื้อรังมักบริโภค รวมทั้งการประเมินผลลัพธ์ในการให้บริการ นอกจากนี้ยังต้องการเพิ่มพูนทักษะที่จำเป็น ได้แก่ ทักษะการสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัว ทักษะการทำงานเป็นทีมสุขภาพ ซึ่งเป็นความรู้และทักษะที่เกี่ยวกับการให้บริการดูแลสุขภาพผู้ป่วยและครอบครัว นอกจากนี้ในงานดูแลสุขภาพชุมชน เภสัชกรต้องการเทคนิคใหม่ๆ ที่นำมาใช้ในการสืบค้นและจัดการปัญหาสุขภาพในชุมชน คณะเภสัชศาสตร์ในฐานะผู้ผลิตบัณฑิตและจัดการศึกษาต่อเนื่องสามารถเข้ามามีส่วนร่วมในการสนองความต้องการของเภสัชกรผู้ปฏิบัติหน้าที่ให้บริการระดับ

ปฐมภูมิ โดยการจัดการศึกษาต่อเนื่องให้แก่เภสัชกรที่อยู่ระหว่างประจำการ (In-service Training) รวมทั้งทบทวนเนื้อหาในหลักสูตรเภสัชศาสตร์ เพื่อให้บัณฑิตจบใหม่สามารถปฏิบัติงานบริการระดับปฐมภูมิได้ทันที สำหรับรูปแบบในการให้ความรู้ เภสัชกรต้องการให้มีลักษณะของการประชุมเชิงปฏิบัติการ (Workshops) เน้นการบรรยายร่วมกับฝึกปฏิบัติ มีการฝึกทำกรณีศึกษาที่มีอยู่จริงในชุมชน แล้วนำมาอภิปรายแลกเปลี่ยนกันระหว่างผู้เข้าอบรม ทั้งนี้การจัดอบรมควรนับเป็นหน่วยกิตในการศึกษาต่อเนื่องได้ (Continuing Pharmacy Education: CPE) ซึ่งให้เห็นว่าเภสัชกรไม่ต้องการความรู้อย่างเดียว แต่ต้องการเทคนิคในการไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงานด้วย ซึ่งในปัจจุบันมีการอบรมเภสัชกรในรูปแบบโมดูล (Module) ซึ่งร่วมกันจัดขึ้นโดยคณะเภสัชศาสตร์ 4 สถาบันซึ่งเป็นอีกทางเลือกหนึ่ง

ข้อเสนอแนะกิจกรรมในการดูแลสุขภาพระดับครอบครัว (Family health care) จากการประชุมระดมสมองระบุว่าควรให้เภสัชกรสำรวจและผลิตภัณฑ์สุขภาพที่สมาชิกในครอบครัวใช้ และค้นหาความทุกข์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจากการบริหารยา และดำเนินการแก้ไข ซึ่งเป็นข้อมูลที่ผู้วิจัยไม่พบในการทบทวนวรรณกรรม แต่ตรงกับแนวคิดของการให้บริการปฐมภูมิที่ว่า การจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิเน้นการดูแลแบบองค์รวมและครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายทุกระดับตั้งแต่ ระดับบุคคล ระดับครอบครัวและ ระดับชุมชน (World Health Organization, 2003) ดังนั้นองค์กรที่รับผิดชอบในการกำหนดบทบาทวิชาชีพเภสัชกร หรือ สมาเภสัชกรรมควรกำหนดบทบาทหน้าที่ของเภสัชกรในการดูแลสุขภาพครอบครัวให้ชัดเจน

ผลการสำรวจพบว่าปัจจัยสนับสนุนในการปฏิบัติงานบริการระดับปฐมภูมิมีความเพียงพอในระดับต่ำทั้งงานดูแลต่อเนื่องด้านยาด้วยการเยี่ยมบ้าน และงานดูแลสุขภาพชุมชนด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ คือ เรื่องค่าตอบแทน ซึ่งตรงกับการศึกษาของ (Chirunthorn, 2006) ดังนั้นผู้บริหารควรพิจารณาจัดสรรสิ่งตอบแทนให้กับเภสัชกรที่ปฏิบัติงานบริการระดับ

ปฏุมุมิทั้งที่เป็นตัวเงิน เช่น การขึ้นเงินเดือน หรือสิ่งตอบแทนที่ไม่ใช่ตัวเงินได้แก่ การได้รับการยอมรับ การมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบาย การสร้างความภูมิใจในการให้บริการแก่สังคม ซึ่งเป็นการสร้างแรงจูงใจในการทำงานระบบราชการ (Public Service motivation) เพื่อให้เกิดความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน และนำไปสู่การเพิ่มประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน (Perre and Wise, 1990; Houston, 2000)

นอกจากนี้การขาดแคลนบุคลากรในงานดูแลต่อเนื่องด้านยาด้วยการเยี่ยมบ้านนั้น ชี้ให้เห็นว่าอัตรากำลังของเภสัชกรไม่เพียงพอต่อภาระงานที่ได้รับ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา (Atsavapak,2009; Chirunthorn,2006) อาจเนื่องมาจากงานนี้เป็นงานใหม่ที่เภสัชกรยังไม่รู้ถึงบทบาทที่ชัดเจน ไม่มีการกำหนดเกณฑ์ในการเยี่ยมผู้ป่วย มีแต่ฐานข้อมูลผู้ป่วยเรื้อรังในชุมชน ดังนั้นถ้าจัดทำฐานข้อมูลผู้ป่วยเรื้อรังที่จำเป็นต้องเยี่ยมโดยเภสัชกร และกำหนดเกณฑ์การเยี่ยมบ้านโดยเภสัชกรอาจทำให้บทบาทของเภสัชกรที่ดูแลต่อเนื่องด้านยาด้วยการเยี่ยมบ้านมีความชัดเจนมากขึ้น ดังนั้นองค์กรในระดับนโยบาย หรือ สภาเภสัชกรรมควรกำหนดเกณฑ์ในการเยี่ยมบ้านโดยเภสัชกรที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่ของตนเองได้ ในขณะที่งานดูแลสุขภาพชุมชนด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ เภสัชกรส่วนใหญ่คิดว่าไม่มีปัญหาด้านกำลังคนอาจเนื่องมาจากงานนี้มีส่วนคล้ายกับงานคุ้มครองผู้บริโภคซึ่งเป็นงานที่เภสัชกรทำมานานพอสมควรแล้ว ทราบบทบาทที่ชัดเจน และการปฏิบัติงานอาศัยการประสานงานและร่วมมือกับเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน ดังนั้นชุมชนจึงมีส่วนร่วมในการทำงานสอดคล้องกับการศึกษาของ Pripem et al, 2005

สำหรับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่เภสัชกรคิดว่าให้การสนับสนุนระดับน้อยในงานดูแลสุขภาพชุมชนด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ อาจเป็นเพราะหลายสาเหตุ ได้แก่ คณะผู้บริหารในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นขาดความรู้ในเรื่องงานสาธารณสุข หรือมี

งบประมาณไม่เพียงพอในการจ้างบุคลากรสาธารณสุขเพื่อมาดูแลสุขภาพชุมชน ความไม่ชัดเจนในการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทำให้เกิดการทับซ้อนในงาน ดังนั้นกระทรวงสาธารณสุขและกรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่นกระทรวงมหาดไทยควรมีนโยบายในการสร้างกลไกความร่วมมือของทั้งสองหน่วยงานในเรื่องนี้ให้มากขึ้น และกำหนดบทบาทหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้มีความชัดเจนมากขึ้น รวมทั้งมีนโยบายในการพัฒนาศักยภาพบุคลากรที่มีหน้าที่ดูแลสุขภาพชุมชนในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นด้วย ซึ่งตรงกับงานวิจัยของ (Wongthanavasud and Sudhipongpracha, 2013) จุดเด่นของการศึกษานี้คือ การใช้วิธีการศึกษา 2 แบบ ทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ส่งผลให้มีความเข้าใจการปฏิบัติงานเภสัชกรรมปฏุมุมิของเภสัชกรมากขึ้น การศึกษานี้มีข้อจำกัดบางประการ ได้แก่ 1) การประเมินความรู้ด้วยวิธีประเมินตนเองอาจไม่สะท้อนความรู้ที่แท้จริง 2) กลุ่มตัวอย่างระยะที่ 2 ได้มาด้วยวิธีการแบบเฉพาะเจาะจง ข้อคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มนี้อาจไม่สะท้อนถึงความต้องการของเภสัชกรที่ปฏิบัติงานปฏุมุมิในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ การนำผลการศึกษาไปใช้จึงต้องทำด้วยความระมัดระวัง

โดยสรุปการศึกษานี้เภสัชกรส่วนใหญ่เห็นว่าหลายกิจกรรมในการให้บริการระดับปฏุมุมิเภสัชกรควรเป็นผู้ปฏิบัติเอง ในขณะที่เภสัชกรส่วนใหญ่มีความรู้ระดับปานกลางและต้องการพัฒนาสมรรถนะของตนเอง นอกจากนี้เภสัชกรยังต้องการปัจจัยสนับสนุนในการดำเนินงานโดยเฉพาะงานดูแลต่อเนื่องด้านยาด้วยการเยี่ยมบ้าน ดังนั้นคณะเภสัชศาสตร์ หรือ หน่วยงานการศึกษาต่อเนื่องสำหรับเภสัชกรควรจัดอบรมระหว่างประจำการให้กับเภสัชกรที่ให้บริการระดับปฏุมุมิ และผลักดันให้หน่วยงานสาธารณสุขและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในเขตพื้นที่กำหนดแนวทางการดำเนินงานที่ชัดเจนเพื่อสนับสนุนงานบริการปฏุมุมิให้มีประสิทธิภาพ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัย
ขอนแก่นที่ให้ทุนสนับสนุนการวิจัยในครั้งนี้

References

- Attamana S. Organization Behavior: Theory and Application. 3rd ed. Bangkok: Thammasat University Press. 2002.
- Atsavapak W. Health service system reform project. Health System Research Institute research report.1999.
- Bureau of Policy and Strategy, Ministry of Public Health. Number and Pharmacist between Pharmacist and Population, separate by province zone and region 2010 [Online]. 2012 Jul 3 [cited 2013 Dec 3]. Available from :<http://hrm.moph.go.th/res53/res-rep2553.html>
- Bureau of Service Quality Development, National Health Security Office. Assessment guideline for registration of primary care unit. [Online]. 2009 Jun 18 [cited 2012 Jul 4]; [98 screens]. Available from : <http://www.nhso.go.th>.
- Chirunthorn R, Singpaiboonporn N, Lohanavakul P, et al. Factor affecting the role performance of pharmacists in primary care unit (PCU): a case study in the upper southern region of Thailand. Songkla Med J 2006; 24(6): 505-516.
- Department for Development of Thai Traditional and Alternative Medicines. Strategic Plan 2012-2016 [Online]. 2011 Nov 11 [cited 2012 Jul 4]; [8 screens]. Available from:<http://www.dtam.moph.go.th>.
- Houston DJ. Public service motivation: A multivariate test. Jnl. of Public Admin. Research and Theory 2000, 10(4): 713-727.
- Isreal, G. D. Determining sample size. Program evaluation and organizational development University of Florida. 1992.
- Perry JL, and Wise LR. The motivational bases of public service. Publ Admin Rev 1990, 50(3): 367-373.
- Pripem A, Arpasritongsakul S, Johns RJ. Status of community participation in primary health care: a case study at Mahasarakham. IJPS 2005,1(2): 1-14.
- Steering Committee for formulating primary care pharmacy practice guideline. Guideline for pharmacists in pharmacy operation in primary care unit. Bangkok: Office of Health Consumer Protection Program. 2010.
- Steering committee for primary care pharmacy practice development. Draft of recommendations for primary care pharmacy practice. Thai Pharmacy Council. 2010.
- Wongthanavasus S, Sudhipongpracha T. Analysis of the Capacity and Preparedness of Local Administrative Organizations and Citizens in Health Management. Research report of Health Systems Research Institute.2013.
- World Health Organization. Declaration of Alma-Ata International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978.
- World Health Organization. Chapter7: Health Systems: principled integrated care. In The World Health Report 2003: shaping the future. Geneva Switzerland, 2000.