

ความสอดคล้องต่อการปฏิบัติงานจริงของกรอบสมรรถนะด้านเภสัชสาธารณสุขสำหรับเภสัชกรไทย

ธนายุต อุ้ยเมฆากล^{1,2}, ศิริตรี สุทธจิตต์^{2,3}, พักตร์วิภา สุวรรณพรหม^{2,3}

¹กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่

²หลักสูตรเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการจัดการเภสัชกรรม คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

³ภาควิชาบริหารเภสัชกรรม คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อตรวจสอบความสอดคล้องต่อการปฏิบัติงานจริงของกรอบสมรรถนะด้านเภสัชสาธารณสุขสำหรับเภสัชกรไทยที่ถูกพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างมีขอบเขตและผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงโดยผู้เชี่ยวชาญในงานวิจัยก่อนหน้า **วิธีการ:** การศึกษาเชิงวิเคราะห์ภาคตัดขวางในเภสัชกรทั่วประเทศไทยตลอดห่วงโซ่อุปทานยา จำนวน 394 คน เก็บข้อมูลด้วยแบบประเมินออนไลน์ในช่วงเดือนเมษายน - กรกฎาคม พ.ศ.2566 กลุ่มตัวอย่างประเมินความสอดคล้องต่อการปฏิบัติงานจริงของกรอบสมรรถนะด้านเภสัชสาธารณสุขบนมาตราวัด 4 ระดับจาก 1 (ไม่สอดคล้อง) ถึง 4 (สอดคล้องอย่างยิ่ง) กรอบสมรรถนะประกอบด้วย 5 กลุ่มสมรรถนะ 17 สมรรถนะ และ 54 สมรรถนะเชิงพฤติกรรม การศึกษาวิเคราะห์กลุ่มย่อยเพื่อหาความแตกต่างของผลการประเมินระหว่างเภสัชกรที่มีลักษณะงานต่างกัน **ผลการวิจัย:** คะแนนรวมของกรอบสมรรถนะด้านเภสัชสาธารณสุขมีความสอดคล้องต่อการปฏิบัติงานจริงในระดับปานกลาง 2.90 ± 0.67 (จากคะแนนเต็ม 4) กลุ่มสมรรถนะที่มีความสอดคล้องเรียงลำดับจากมากที่สุดไปน้อยที่สุด ได้แก่ การสื่อสารเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ (3.48 ± 0.70) การสร้างเสริมสุขภาพระดับบุคคลและครอบครัว (2.89 ± 0.74) การจัดการข้อมูลและหลักฐานเชิงประจักษ์ (2.78 ± 0.86) ระบาดวิทยาด้านเภสัชศาสตร์และการสนับสนุนภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขและโรคระบาด (2.70 ± 0.95) และ การเสริมพลังชุมชนเพื่อชุมชนมีสุขภาพ (2.68 ± 0.85) กลุ่มเภสัชกรที่ลักษณะงานเน้นผลิตภัณฑ์ยามีค่าเฉลี่ยคะแนนความสอดคล้องน้อยกว่าลักษณะงานอื่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สมรรถนะเชิงพฤติกรรมส่วนใหญ่ถูกประเมินว่าเป็นสมรรถนะสำหรับเภสัชกรทั้งระดับเริ่มต้นและระดับสูง (ร้อยละ 94.44 ของสมรรถนะเชิงพฤติกรรมทั้งหมด) **สรุป:** ความสอดคล้องต่อการปฏิบัติงานจริงของกรอบสมรรถนะด้านเภสัชสาธารณสุขที่พัฒนาขึ้นมีความแตกต่างกันไปตามแต่ละลักษณะงาน ผลการศึกษาครั้งนี้เป็นข้อมูลเพื่อใช้ในการออกแบบสมรรถนะเภสัชกรไทยให้ตอบสนองต่อระบบสาธารณสุขไทยอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

คำสำคัญ: กรอบสมรรถนะ สมรรถนะ เภสัชกร เภสัชสาธารณสุข สาธารณสุขชุมชน

รับต้นฉบับ: 30 เม.ย. 2567, ได้รับบทความฉบับปรับปรุง: 20 มิ.ย. 2567, รับผิดชอบพิมพ์: 24 มิ.ย. 2567

ผู้ประสานงานบทความ: ศิริตรี สุทธจิตต์ ภาควิชาบริหารเภสัชกรรม คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ 50200

E-mail: siritree.s@cmu.ac.th

Relevance to Practice of Pharmaceutical Public Health Competency Framework for Thai Pharmacists

Thanayut Auimekhakul^{1,2}, Siritree Suttajit^{2,3}, Puckwipa Suwannaprom^{2,3}¹Health Consumer Protection and Public Health Pharmacy Department, Chiang Mai Provincial Public Health Office²Master's Degree Program in Pharmacy Management, Faculty of Pharmacy, Chiang Mai University³Department of Pharmaceutical Care, Faculty of Pharmacy, Chiang Mai University

Abstract

Objective: To assess the relevance to real world practice of the pharmaceutical public health competency framework for Thai pharmacists developed in previous study through scoping review of literature and expert review for its validity. **Methods:** A cross-sectional analytical study in 394 pharmacists across Thailand's pharmaceutical supply chain was conducted using online questionnaires between April and July 2023. The subjects rated the relevance to real practice of the pharmaceutical public health competency framework on 4-point scale from 1 (non-relevant) to 4 (very relevant). The framework consists of five competency groups, 17 competencies, and 54 behavioral competencies. Subgroup analysis among pharmacists with different work focus was conducted to determine their differences in relevancy rating. **Results:** Overall rating of the pharmaceutical public health framework demonstrated moderate relevance with mean score of 2.90 ± 0.67 out of the full score of 4. The most relevant competency group was "communication for health promotion" (3.48 ± 0.70), followed by "individual and family health promotion" (2.89 ± 0.74), "information and evidence-based practice" (2.78 ± 0.86), "pharmacoepidemiology and support for public health emergencies and epidemics" (2.70 ± 0.95), and "community empowerment for well-being" (2.68 ± 0.85). Pharmacists with a product focus in their job had significantly lower mean of relevance scores than the other groups. Most behavioral competencies were judged as relevant for both entry and advance-level pharmacists (94.44% of behavioral competencies). **Conclusion:** The relevance to the practice of the developed pharmaceutical public health competency framework varies depending on practice focus. Results from this study provides input for formulating competency for Thai pharmacists to engage effectively with the Thai public health system.

Keywords: competency framework, competencies, pharmacists, pharmaceutical public health, community public health

บทนำ

เภสัชกรเป็นบุคลากรที่สำคัญในห่วงโซ่อุปทานยาของประเทศไทย บทบาทสำคัญของเภสัชกรในปัจจุบันได้ขยายจากการให้คำปรึกษาด้านยาแก่ผู้ป่วยไปสู่การบริหารชุมชนอย่างเป็นองค์รวมและมุ่งเน้นการจัดการระบบสุขภาพระดับประชากร (1-3) ทำให้เกิดบทบาทเภสัชกรที่หลากหลายในชุมชน เช่น “เภสัชกรรมปฐมภูมิ” ที่ทำหน้าที่บริหารเภสัชกรรมผู้ป่วยที่บ้านและชุมชนในด้านที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาเป็นหลัก (4, 5) “เภสัชกรคุ้มครองผู้บริโภค” ที่ทำหน้าที่คุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพและบูรณาการความร่วมมือเพื่อจัดการปัญหาและผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชน (6, 7) “เภสัชกรรมชุมชน” หรือร้านยา ไม่เพียงแต่ทำหน้าที่ให้คำปรึกษาด้านยาแก่ผู้ป่วยในร้านยาแต่รวมไปถึงการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชน เช่น การคัดกรองผู้ป่วยโรคเรื้อรัง การให้บริการเลิกบุหรี่ (8-10) บทบาทของเภสัชกรไทยในชุมชนในปัจจุบันยังรวมไปถึงการมีส่วนร่วมของเภสัชกรในหลากหลายภาคส่วนเพื่อจัดการปัญหาในชุมชน เช่น การใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน (Rational Drug Use Community: RDU community) (11)

การขยายบทบาทของเภสัชกรไปสู่ชุมชนของวิชาชีพเภสัชกรรมไทยตั้งอยู่บนพื้นฐานของกระบวนการทัศน์สุขภาพโลกที่มุ่งเน้นการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การควบคุมโรค และวิถีชีวิตเพื่อสุขภาพดี แนวคิดเหล่านี้เป็นไปในทิศทางเดียวกันกับการมีส่วนร่วมของชุมชนและการใช้ชุมชนเป็นฐานรากในการสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี (12) เพื่อให้สอดคล้องกับกระบวนการทัศน์ดังกล่าว วิชาชีพเภสัชกรรมไทยจึงต้องเตรียมความพร้อมเพื่อสอดคล้องกับบริบทที่เปลี่ยนไปโดยคำนึงถึงบทบาทหน้าที่เภสัชกรที่เหมาะสม

กรอบสมรรถนะเภสัชกรเป็นเครื่องมือในการพัฒนากำลังคนให้มีคุณภาพและตอบสนองกับแต่ละบริบทประกอบไปด้วยความรู้ ทักษะ และเจตคติ (13) ตามแนวคิดโครงสร้างกรอบสมรรถนะของ Whiddett และ Hollyforde ในปี ค.ศ. 2003 สมรรถนะเชิงพฤติกรรม (หน่วยย่อยที่สุดของกรอบสมรรถนะ) จะถูกรวมกับสมรรถนะเชิงพฤติกรรมที่มีความหมายใกล้เคียงกันเป็นสมรรถนะ สมรรถนะที่ใกล้เคียงกันจะถูกรวมเป็นกลุ่มสมรรถนะและกรอบสมรรถนะ ตามลำดับ (14-16) ในปี ค.ศ. 2020 สมาพันธ์เภสัชกรรมนานาชาติได้นำเสนอกรอบสมรรถนะเภสัชกรในระดับสากล (International Pharmaceutical Federation

Global Competency Framework: FIP-GbCF) เพื่อเป็นแนวทางการประกอบวิชาชีพของเภสัชกรในขั้นพื้นฐาน โดยนำเสนอในลักษณะกรอบสมรรถนะทั่วไป (generic frameworks) ที่เภสัชกรจำเป็นต้องมี (16) FIP-GbCF ประกอบด้วย 4 กลุ่มสมรรถนะ คือ 1) สมรรถนะเภสัชสาธารณสุข 2) สมรรถนะองค์กรและการจัดการ 3) สมรรถนะการบริหารเภสัชกรรม และ 4) สมรรถนะเชิงวิชาชีพและสมรรถนะส่วนบุคคล (17, 18) กรอบสมรรถนะดังกล่าวได้รับความนิยมในการนำไปอ้างอิงในหลายประเทศ เช่น ญี่ปุ่น (19) คูเวต (20) อินโดนีเซีย (21) ซาอุดีอาระเบีย (22) ประเทศหมู่เกาะแปซิฟิก (23) แอฟริกาใต้ (24) โครเอเชีย (25) ฯลฯ รวมถึงได้รับการกล่าวถึงในงานวิจัยเกี่ยวกับสมรรถนะในประเทศไทย (26)

ประเทศไทยโดยสภาเภสัชกรรมได้กำหนดสมรรถนะร่วมของเภสัชศาสตรบัณฑิตทุกสาขา ประกอบด้วยสมรรถนะ 7 มิติ (พ.ศ.2555) (27) และสมรรถนะเฉพาะอีก 3 สาขา ได้แก่ 1) การบริหารทางเภสัชกรรม (พ.ศ. 2554) (28) 2) เภสัชกรรมอุตสาหกรรม (พ.ศ.2556) (29) และ 3) การคุ้มครองผู้บริโภคด้านยาและสุขภาพ (พ.ศ.2558) (6) งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสมรรถนะเภสัชกรไทยส่วนใหญ่เป็นการศึกษาสมรรถนะเฉพาะภาคส่วน เช่น การศึกษาของ Yongpradern และคณะ ในปี ค.ศ. 2017 (30) และ Parinyarux และคณะ ในปี ค.ศ. 2020 (31) ศึกษาสมรรถนะของเภสัชกรปฐมภูมิและเภสัชกรรมชุมชน ตามลำดับ ในปี ค.ศ. 2020 Suwannaprom และคณะ ได้พัฒนากรอบสมรรถนะสำหรับเภสัชกรไทยด้วยงานวิจัยเชิงคุณภาพโดยการสังเคราะห์ผลการสัมภาษณ์เภสัชกรในตำแหน่งงานต่าง ๆ ตลอดห่วงโซ่อุปทานของยา ผลการศึกษาพบว่าสมรรถนะสำหรับเภสัชกรไทยประกอบด้วยสมรรถนะ 5 ด้าน คือ 1) ด้านมุ่งเน้นผลิตภัณฑ์ 2) ด้านมุ่งเน้นผู้ป่วย 3) ด้านมุ่งเน้นระบบการดูแลสุขภาพ 4) ด้านมุ่งเน้นชุมชน และ 5) สมรรถนะส่วนบุคคล งานวิจัยดังกล่าวได้นำเสนอกรอบสมรรถนะทั่วไปในลักษณะที่ยืดหยุ่นและมีสัดส่วนความสำคัญแตกต่างกันเป็นพลวัตตามแต่ละสาขาเฉพาะงาน (1, 2, 26, 27)

จากที่กล่าวมาข้างต้น งานวิจัยในประเทศไทยยังไม่ได้กล่าวถึงรายละเอียดของสมรรถนะด้านเภสัชสาธารณสุขอย่างชัดเจนและเป็นรูปธรรม โดยเฉพาะอย่างยิ่งการศึกษาเชิงปริมาณที่เกี่ยวข้องกับสมรรถนะด้านเภสัชสาธารณสุข การศึกษาครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อวัดความ

สอดคล้องของกรอบสมรรถนะด้านเภสัชสาธารณสุขต่อการปฏิบัติงานจริงของเภสัชกรไทย โดยใช้กรอบสมรรถนะที่พัฒนามาก่อนหน้า (32) เพื่อเป็นประโยชน์ในการศึกษาความเป็นไปได้ในการนำกรอบสมรรถนะด้านเภสัชสาธารณสุขไปประยุกต์ใช้ในระบบสาธารณสุขไทยต่อไป

วิธีการวิจัย

รูปแบบงานวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบตัดขวาง โดยเก็บข้อมูลในช่วงเดือนเมษายน - กรกฎาคม พ.ศ.2566 โครงร่างงานวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยของคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เลขที่ 036/2564/E เมื่อวันที่ 15 ธันวาคม พ.ศ.2564

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ เภสัชกรในประเทศไทยที่ยังคงปฏิบัติงานในวิชาชีพเภสัชกรรม ซึ่งข้อมูลในปี พ.ศ. 2559 ระบุว่ามียังรวม 26,077 คน (2) กลุ่มตัวอย่างได้แก่ เภสัชกรในห่วงโซ่อุปทานของยาทั่วประเทศไทย จำนวน 394 คน การคำนวณขนาดตัวอย่างใช้สูตรของ Yamane (33) โดยกำหนดค่าความผิดพลาดไม่เกินร้อยละ 5 การเลือกตัวอย่างใช้การเลือกเป็นสัดส่วนแบบกำหนดโควตา (quota sampling) ตามจำนวนเภสัชกรในสาขาต่าง ๆ ได้แก่ 1. เภสัชกรโรงพยาบาล (ร้อยละ 44) แบ่งออกเป็นเภสัชกรโรงพยาบาลรัฐ (ร้อยละ 37 โดยสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ร้อยละ 30 และสังกัดกระทรวงอื่น ร้อยละ 7) และเภสัชกรโรงพยาบาลเอกชน (ร้อยละ 8) 2. เภสัชกรร้านยา (ร้อยละ 31) 3. เภสัชกรการตลาดและอุตสาหกรรม (ร้อยละ 17) 4. เภสัชกรคุ้มครองผู้บริโภค (ร้อยละ 4) และ 5. เภสัชกรในสถาบันการศึกษา (ร้อยละ 4)

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบ่งออกเป็น 3 รูปแบบตามสถานที่ทำงานของเภสัชกร 1. ในหน่วยงานของรัฐและโรงพยาบาลเอกชน ผู้วิจัยใช้การเลือกตัวอย่างแบบแบ่งกลุ่ม (cluster sampling) โดยใช้คอมพิวเตอร์สุ่ม 5 เขตสุขภาพ จาก 13 เขตสุขภาพ เลือกจังหวัดในเขตสุขภาพที่ถูกสุ่มทุกจังหวัด โดยเลือกหน่วยงานต่อไปในจังหวัดเหล่านั้นทั้งหมด ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลรัฐ และโรงพยาบาลเอกชน 2. สถาบันการศึกษา ใช้วิธีการเลือกตัวอย่างแบบสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) โดยใช้คอมพิวเตอร์สุ่มเลือกคณะเภสัชศาสตร์ที่สภาเภสัชกรรมให้การรับรองปริญญาเภสัชศาสตรบัณฑิต (34)

จำนวน 6 สถาบันจาก 19 สถาบัน และ 3. หน่วยงานเอกชนอื่น ผู้วิจัยประสานองค์กรวิชาชีพเพื่อขอความอนุเคราะห์ประชาสัมพันธ์ให้ตอบแบบประเมินออนไลน์ เช่น สภาเภสัชกรรม สมาคมเภสัชกรรมชุมชน (ประเทศไทย) สมาคมเภสัชกรรมการตลาด (ประเทศไทย) สมาคมเภสัชกรอุตสาหกรรม (ประเทศไทย)

เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย

เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบประเมินออนไลน์ ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ 1. ข้อมูลภูมิหลังของผู้ตอบแบบประเมิน ได้แก่ เพศ อายุ (ปี) จำนวนปีที่จบ จำนวนปีที่ทำงาน หลักสูตรที่จบการศึกษา ระดับการศึกษาสูงสุด การศึกษาเพิ่มเติมหลังปริญญาตรี สถานที่ปฏิบัติงาน เขตสุขภาพ และลักษณะงาน (1, 2, 26) และ 2. การประเมินความสอดคล้องของกรอบสมรรถนะต่อการปฏิบัติงานจริง โดยกรอบสมรรถนะในงานวิจัยชิ้นนี้ใช้กรอบสมรรถนะด้านเภสัชสาธารณสุขสำหรับเภสัชกรไทยที่พัฒนามาก่อนหน้า (32) ซึ่งมีโครงสร้างตามแนวคิดของ Whiddett และ Hollyforde (14) กรอบสมรรถนะดังกล่าวพัฒนาด้วยวิธีการทบทวนวรรณกรรมอย่างมีขอบเขต (scoping review) ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) ด้วยเทคนิคเดลฟายแบบปรับปรุง (modified Delphi approach) โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 20 ท่าน ค่าความตรงเชิงเนื้อหา (scale-level content validity index: S-CVI) เท่ากับ 0.93 (32) กรอบสมรรถนะประกอบด้วย 5 กลุ่มสมรรถนะ ได้แก่ A: กลุ่มสมรรถนะการสร้างเสริมสุขภาพระดับบุคคลและครอบครัว (3 สมรรถนะ, 10 สมรรถนะเชิงพฤติกรรม) B: กลุ่มสมรรถนะการเสริมพลังชุมชนเพื่อชุมชนมีสุขภาพ (6 สมรรถนะ, 23 สมรรถนะเชิงพฤติกรรม) C: กลุ่มสมรรถนะการจัดการข้อมูลและหลักฐานเชิงประจักษ์ (3 สมรรถนะ, 10 สมรรถนะเชิงพฤติกรรม) D: กลุ่มสมรรถนะการสื่อสารเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ (3 สมรรถนะ, 6 สมรรถนะเชิงพฤติกรรม) และ E: กลุ่มสมรรถนะระบาดวิทยาต้านเภสัชศาสตร์และการสนับสนุนภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขและโรคระบาด (2 สมรรถนะ, 5 สมรรถนะเชิงพฤติกรรม) ดังแสดงในภาคผนวก

แบบประเมินเป็นแบบออนไลน์ กลุ่มตัวอย่างต้องประเมินสมรรถนะเชิงพฤติกรรม (หน่วยย่อยที่สุดของกรอบสมรรถนะ) และนิยามของกรอบสมรรถนะ ใน 2 มิติ คือ 1) มิติความสอดคล้องต่อการปฏิบัติงาน คำถามที่ใช้ถาม คือ “ข้อความต่อไปนี้สอดคล้องกับงานที่ท่านปฏิบัติมากน้อย

เพียงใด?” ตัวเลือกระดับความสอดคล้องต่อการปฏิบัติงาน เป็นมาตราวัด Likert scale 4 ระดับ ตามการศึกษาของ Bruno ในปี ค.ศ.2011 (16) คือ 4 = สอดคล้องอย่างยิ่ง, 3 = สอดคล้องปานกลาง, 2 = สอดคล้องน้อย, 1 = ไม่สอดคล้อง หรือเลือก n/a กรณีที่ไม่สามารถประเมินได้ และ 2) มิติ ระดับการปฏิบัติงาน คำถามที่ใช้ถาม คือ “กรุณาประเมินว่า ข้อความต่อไปนี้ควรเป็นสมรรถนะสำหรับเภสัชกรระดับใด?” โดยมี 3 ตัวเลือกตอบ ได้แก่ (1) ระดับเริ่มต้น คือ ระยะแรกที่เข้าสู่การทำงาน เป็นสมรรถนะที่ผสมผสานเพื่อตอบสนองภาระงานหลากหลาย (0-4 ปีแรกของการทำงาน) (2) ระดับสูง คือ ระยะที่เริ่มมีความเชี่ยวชาญในงาน ใช้สมรรถนะที่เฉพาะทางมากขึ้น (เวลาทำงาน 4 ปีขึ้นไป) และ (3) ระดับที่เหมาะสมสำหรับทั้งระดับเริ่มต้นและระดับสูง นอกจากนี้ยังมีคำถามปลายเปิดในประเด็นข้อคิดเห็นและข้อสมรรถนะที่ผู้ตอบแบบประเมินคิดว่าจำเป็นต่อการปฏิบัติงานของเภสัชกรที่ควรบรรจุเป็นสมรรถนะด้านเภสัชสาธารณสุขเพิ่มเติมด้วย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยกระจายแบบประเมินออนไลน์ผ่าน 2 ช่องทาง ได้แก่ การกระจายอย่างเป็นทางการผ่านหนังสือขอความอนุเคราะห์และเอกสารประชาสัมพันธ์สำหรับหน่วยงานราชการ โรงพยาบาลเอกชน ภาคการศึกษา และภาคเอกชน (ผ่านองค์กรวิชาชีพ) ตามรายละเอียดข้างต้น และผ่านช่องทางการกระจายอย่างไม่เป็นทางการทางสื่อสังคมออนไลน์ เช่น เฟซบุ๊ก ไลน์กลุ่มของเภสัชกร เพื่อเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงแบบประเมิน กลุ่มตัวอย่างต้องอ่านทำความเข้าใจเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยก่อนกดยืนยันเข้าร่วมตอบแบบประเมินออนไลน์ที่ใช้เวลาการตอบประมาณ 30 นาที

ผู้วิจัยติดตามการตอบแบบสอบถามกลับ 2 ครั้ง ได้แก่ หลังการส่งแบบประเมินที่สัปดาห์ที่ 5 และ 8 โดยการส่งเอกสารซ้ำ ติดตามด้วยไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์และทางโทรศัพท์ (ตามลำดับ) ส่วนในช่องทางการกระจายแบบประเมินออนไลน์อย่างไม่เป็นทางการ ผู้วิจัยติดตามแบบประเมินเพิ่มโดยการประชาสัมพันธ์ขอความร่วมมือในการตอบแบบประเมินผ่านช่องทางการสื่อสารที่ใช้ในการกระจายแบบประเมิน

การวิเคราะห์ผล

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรม STATA Version 14 การสรุปข้อมูลภูมิหลังและความสอดคล้องของกรอบ

สมรรถนะต่อการปฏิบัติงานของเภสัชกรและนิยาม ใช้สถิติเชิงพรรณนา ค่าเฉลี่ยของสมรรถนะเชิงพฤติกรรมในแต่ละหัวข้อถูกรวมเพื่อหาค่าเฉลี่ยของสมรรถนะนั้น กลุ่มสมรรถนะ และกรอบสมรรถนะโดยรวมตามแนวคิดของ Whiddett และ Hollyforde (14) การสรุปผลความสอดคล้องพิจารณาตามค่าเฉลี่ยของคะแนน ได้แก่ 1.00 - 2.00 คือ ไม่สอดคล้อง 2.00 - 3.00 คือ สอดคล้องปานกลาง 3.00 - 4.00 คือ สอดคล้องมาก ผู้วิจัยวิเคราะห์กลุ่มย่อยตามลักษณะการปฏิบัติงาน 5 กลุ่ม (1, 2, 26) โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา การวิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างลักษณะงานใช้สถิติเชิงวิเคราะห์ One-way ANOVA หรือ Kruskal-Wallis test การทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่โดยใช้สถิติ Bonferroni กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ < 0.05 การวิเคราะห์ข้อมูลจากการประเมินว่าสมรรถนะเชิงพฤติกรรมนั้น ๆ เหมาะสมสำหรับระดับเริ่มต้น ระดับสูง หรือทั้งสองระดับ โดยใช้ค่าสัดส่วน หากสัดส่วนของระดับใดมากกว่าจะสรุปเป็นระดับนั้น

ผลการวิจัย

ข้อมูลภูมิหลังของผู้ตอบแบบประเมิน

จากผู้ตอบแบบประเมินออนไลน์ทั้งหมด 394 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 60.15) กลุ่มตัวอย่างมีความหลากหลายตั้งแต่เพิ่งเริ่มเข้าสู่การวิชาชีพไปจนถึงเภสัชกรผู้มีประสบการณ์การทำงานยาวนาน ประสบการณ์การทำงานอยู่ในช่วงเริ่มต้นทำงานถึง 5 ปี จำนวนเกินกว่าครึ่ง (ร้อยละ 53.95) ส่วนใหญ่จบการศึกษาสูงสุดระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 74.87) และเกือบครึ่งของกลุ่มตัวอย่างจบหลักสูตร 6 ปี สาขาวิชาเภสัชกรรม (ร้อยละ 46.95) เกินกว่าครึ่งของกลุ่มตัวอย่างปฏิบัติงานในโรงพยาบาล (ร้อยละ 56.81) โดยในกลุ่มนี้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน (รพช.) มากที่สุด (ร้อยละ 28.53 ของตัวอย่างทั้งหมด) ลักษณะเน้นของงานที่ปฏิบัติมีความแตกต่างกันไป รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 1

ความสอดคล้องกับการปฏิบัติงาน

จากการสำรวจความเห็นของเภสัชกร พบว่า นิยามของกรอบสมรรถนะมีความสอดคล้องต่อการปฏิบัติงานจริงในระดับมาก (3.20 ± 0.79 จากคะแนนเต็ม 4) ค่าเฉลี่ยคะแนนรวมของกรอบสมรรถนะมีความสอดคล้องต่อการปฏิบัติงานจริงระดับปานกลาง (2.90 ± 0.67)

ตารางที่ 1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (ร้อยละ) หรือ ค่ากลางและการเบี่ยงเบน
เพศ (n = 394)	
ชาย	109 (27.67)
หญิง	237 (60.15)
LGBTQ+	42 (10.66)
ไม่ระบุ	6 (1.52)
อายุ (ปี) ค่าเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน, (ค่าต่ำสุด - ค่าสูงสุด) (n = 394)	33.22 $\pm$ 6.97, (25 - 59)
จำนวนปีที่จบการศึกษาระดับปริญญาตรีเภสัชศาสตร์ (n = 394)	6 (6), (1 - 35)
มัธยมศึกษา (ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์), (ค่าต่ำสุด - ค่าสูงสุด)	
จำนวนปีที่ทำงานในสาขางานปัจจุบัน (n = 380)	
น้อยกว่า 5 ปี	205 (53.95)
5 - 10 ปี	96 (25.26)
มากกว่า 10 ปี	79 (20.79)
มัธยมศึกษา (ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์), (ค่าต่ำสุด - ค่าสูงสุด)	5 (6), (1 - 35)
หลักสูตรที่จบการศึกษาระดับปริญญาตรีเภสัชศาสตร์ (n = 394)	
5 ปี	109 (27.67)
6 ปี สาขาบริหารทางเภสัชกรรม	185 (46.95)
6 ปี สาขาเภสัชกรรมอุตสาหกรรม	98 (24.87)
6 ปี สาขาคุ้มครองผู้บริโภคด้านยาและสุขภาพ	2 (0.51)
ระดับการศึกษาสูงสุด (n = 394)	
ปริญญาตรี	295 (74.87)
ปริญญาโท	75 (19.04)
ปริญญาเอก	9 (2.28)
วุฒิบัตร (Board) หรือประกาศนียบัตรวิชาชีพเภสัชกรรมระยะสั้น (short course)	15 (3.81)
สาขาที่จบการศึกษาเพิ่มเติมหลังได้รับปริญญาตรี (n = 87)	
การจัดการเภสัชกรรม บริหารเภสัชกิจ เภสัชศาสตร์สังคม คุ้มครองผู้บริโภค หรือเภสัชชุมชน	21 (24.14)
เภสัชกรรมคลินิก	13 (14.94)
บริหารธุรกิจ	10 (11.49)
สาธารณสุขศาสตร์	8 (9.20)
วิทยาศาสตร์เภสัชกรรม เภสัชเวท เภสัชกรรมอุตสาหกรรม หรือวิศวกรรมอุตสาหกรรม	8 (9.20)
ประกาศนียบัตรวิชาชีพเภสัชกรรมระยะสั้นปฐมนูมิ	7 (8.04)
วุฒิบัตรหรือประกาศนียบัตรวิชาชีพเภสัชกรรมอื่น ๆ	8 (9.20)
นิติศาสตร์	2 (2.30)
อื่น ๆ	10 (11.49)
สถานที่ปฏิบัติงานหลัก (n = 389)	
โรงพยาบาล	221 (56.81)
โรงพยาบาลชุมชน (สังกัดกระทรวงสาธารณสุข)	111 (28.53)

ตารางที่ 2. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (ร้อยละ) หรือ ค่ากลางและการเบี่ยงเบน
สถานที่ปฏิบัติงานหลัก (n = 389) (ต่อ)	
โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์ (สังกัดกระทรวงสาธารณสุข)	66 (16.97)
โรงพยาบาลรัฐนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข	28 (7.20)
โรงพยาบาลเอกชน	16 (4.11)
ร้านยา	81 (20.82)
บริษัทยาและโรงงานผลิตยา	58 (14.91)
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด	21 (5.40)
สถาบันการศึกษา	8 (2.06)
เขตสุขภาพ (n = 393)	
1. เชียงใหม่ เชียงราย แพร่ น่าน พะเยา ลำปาง ลำพูน แม่ฮ่องสอน	173 (44.02)
2. ตาก เพชรบูรณ์ พิษณุโลก อุตรดิตถ์ สุโขทัย	18 (4.58)
3. กำแพงเพชร พิจิตร นครสวรรค์ ชัยนาท อุทัยธานี	9 (2.29)
4. สระบุรี นนทบุรี ลพบุรี อ่างทอง นครนายก สิงห์บุรี พระนครศรีอยุธยา ปทุมธานี	30 (7.64)
5. เพชรบุรี สมุทรสาคร สมุทรสงคราม ประจวบคีรีขันธ์ สุพรรณบุรี นครปฐม ราชบุรี กาญจนบุรี	14 (3.56)
6. สระแก้ว ปราจีนบุรี ฉะเชิงเทรา สมุทรปราการ ชลบุรี จันทบุรี ระยอง ตราด	23 (5.85)
7. กากะปิ่นบุรี ขอนแก่น มหาสารคาม ร้อยเอ็ด	18 (4.58)
8. อุตรดิตถ์ สกลนคร นครพนม เลย หนองคาย หนองบัวลำภู บึงกาฬ	3 (0.76)
9. ชัยภูมิ นครราชสีมา บุรีรัมย์ สุรินทร์	9 (2.29)
10. อุบลราชธานี ศรีสะเกษ มุกดาหาร อำนาจเจริญ	5 (1.27)
11. นครศรีธรรมราช สุราษฎร์ธานี ภูเก็ต กระบี่ พังงา ระนอง ชุมพร	31 (7.89)
12. สงขลา สตูล ตรัง พัทลุง ปัตตานี ยะลา นราธิวาส	6 (1.53)
13. กรุงเทพมหานคร	54 (13.74)
ลักษณะเห็นของงานที่ปฏิบัติ (n = 392)	
เน้นผลิตภัณฑ์ เช่น ตั้งแต่วิจัยและพัฒนา ยา ผลิตยา การขึ้นทะเบียน (รวมการอนุมัติและอนุญาตทะเบียน)	49 (12.50)
เน้นระบบยา เช่น การตลาด สนับสนุนข้อมูลด้านยา บริหารคลังเวชภัณฑ์ พัฒนาระบบยา	46 (11.73)
เน้นผู้ป่วย เช่น บริบาลทางเภสัชกรรม	129 (32.91)
แบบผสมผสาน เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้งเภสัชกรรมปฐมภูมิและบริหารคลังและเวชภัณฑ์ยา	37 (9.44)
เน้นชุมชน เช่น เภสัชปฐมภูมิ คัดกรองผู้บริโภค เภสัชกรรมชุมชน (ร้านยา)	131 (33.42)

กลุ่มสมรรถนะที่สอดคล้องต่อการปฏิบัติงานมากที่สุด คือ ด้าน การสื่อสารเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ (3.48 ± 0.70) กลุ่มสมรรถนะที่สอดคล้องน้อยที่สุด คือ การเสริมพลังชุมชนเพื่อชุมชนมีสุขภาพ (2.68 ± 0.85) สรุปความสอดคล้องต่อการปฏิบัติงานจริงของแต่ละกลุ่มสมรรถนะแสดงในตารางที่ 2

การเปรียบเทียบความสอดคล้องต่อการปฏิบัติงาน

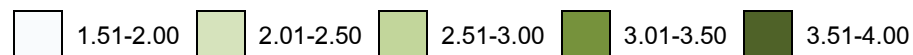
จริงของเภสัชกรในลักษณะงานต่าง ๆ แสดงอยู่ใน ตารางที่ 2 พบว่า เภสัชกรที่มีลักษณะงานเน้นชุมชนเห็นว่านิยามของกรอบสมรรถนะมีความสอดคล้องต่อการปฏิบัติงานมากกว่าเภสัชกรกลุ่มอื่น (3.48 ± 0.64) เภสัชกรที่ลักษณะงานเป็นแบบผสมมีคะแนนรวมของความสอดคล้องของกรอบสมรรถนะกับการปฏิบัติงานมากที่สุด (3.08 ± 0.52)

ตารางที่ 3. แผนภาพความร้อนแสดงความสอดคล้องของกรอบสมรรถนะด้านเภสัชสาธารณสุขต่อการปฏิบัติงานจริงจำแนกตามลักษณะงาน

กลุ่มสมรรถนะและนิยามกรอบสมรรถนะ	ค่าเฉลี่ย $\pm$ SD	ลักษณะงาน					P
		เน้นผลิตภัณฑ์ (n=49)	เน้นระบบยา (n=46)	เน้นผู้ป่วย (n=129)	แบบผสมผสาน (n=37)	เน้นชุมชน (n=131)	
นิยามของกรอบสมรรถนะ	3.20 $\pm$ 0.79	2.43 $\pm$ 0.92	3.00 $\pm$ 0.90	3.23 $\pm$ 0.69	3.36 $\pm$ 0.59	3.48 $\pm$ 0.64	<0.01 ¹
คะแนนรวมของกรอบสมรรถนะ (คะแนนเฉลี่ยของ 5 กลุ่มสมรรถนะ)	2.90 $\pm$ 0.67	2.17 $\pm$ 0.78	2.96 $\pm$ 0.61	2.94 $\pm$ 0.55	3.08 $\pm$ 0.52	3.07 $\pm$ 0.61	<0.01 ¹
การสร้างเสริมสุขภาพระดับบุคคลและครอบครัว (3 สมรรถนะ, 10 สมรรถนะเชิงพฤติกรรม)	2.89 $\pm$ 0.74	2.09 $\pm$ 0.87	2.85 $\pm$ 0.68	2.95 $\pm$ 0.59	3.07 $\pm$ 0.74	3.09 $\pm$ 0.65	<0.01 ¹
การเสริมพลังชุมชนเพื่อชุมชนมีสุขภาพ (6 สมรรถนะ, 23 สมรรถนะเชิงพฤติกรรม)	2.68 $\pm$ 0.85	1.97 $\pm$ 0.86	2.70 $\pm$ 0.84	2.61 $\pm$ 0.78	2.89 $\pm$ 0.77	2.92 $\pm$ 0.80	<0.01 ²
การจัดการข้อมูลและหลักฐานเชิงประจักษ์ (3 สมรรถนะ, 10 สมรรถนะเชิงพฤติกรรม)	2.78 $\pm$ 0.86	2.18 $\pm$ 0.94	3.05 $\pm$ 0.78	2.79 $\pm$ 0.82	2.79 $\pm$ 0.71	2.88 $\pm$ 0.83	<0.01 ²
การสื่อสารเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ (3 สมรรถนะ, 6 สมรรถนะเชิงพฤติกรรม)	3.48 $\pm$ 0.70	2.71 $\pm$ 1.04	3.55 $\pm$ 0.56	3.56 $\pm$ 0.56	3.67 $\pm$ 0.45	3.60 $\pm$ 0.59	<0.01 ¹
ระบาดวิทยาด้านเภสัชศาสตร์และการสนับสนุน ภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขและโรคระบาด (2 สมรรถนะ, 5 สมรรถนะเชิงพฤติกรรม)	2.70 $\pm$ 0.95	1.88 $\pm$ 0.88	2.70 $\pm$ 1.07	2.80 $\pm$ 0.82	3.00 $\pm$ 0.82	2.82 $\pm$ 0.95	<0.01 ²

1: Kruskal-Wallis test, 2: One-way ANOVA

ค่าเฉลี่ยคะแนนความสอดคล้องของสมรรถนะต่อการปฏิบัติงาน



ในทางตรงกันข้ามเภสัชกรที่ลักษณะงานเน้นผลิตภัณฑ์เห็นว่าสอดคล้องน้อยกว่าเภสัชกรกลุ่มอื่น ๆ และเป็นไปในทิศทางเดียวกันกับกลุ่มสมรรถนะทั้ง 5 กลุ่ม เมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบด้วยสถิติ one-way ANOVA พบว่า เภสัชกรในกลุ่มงานลักษณะที่แตกต่างกันประเมินความสอดคล้องของนิยามของกรอบสมรรถนะ คะแนนรวมของกรอบสมรรถนะ และคะแนนของกลุ่มสมรรถนะทุกกลุ่มแตกต่างกันอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) (ตารางที่ 2) การเปรียบเทียบความสอดคล้องต่อการปฏิบัติงานจริงของเภสัชกรในลักษณะงานต่าง ๆ เป็นรายคู่ แสดงในตารางที่ 3 – 6 พบว่า ค่าเฉลี่ยความสอดคล้องของนิยาม คะแนนรวม และคะแนนในทุกกลุ่มสมรรถนะ ของเภสัชกรที่มีลักษณะงานเน้นผลิตภัณฑ์น้อยกว่าเภสัชกรที่มีลักษณะงานอื่น ๆ ทุกกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ค่าเฉลี่ยความสอดคล้องของนิยามของ

ตารางที่ 3. ความแตกต่างค่าเฉลี่ย (95%CI) ระหว่างเภสัชกรที่มีลักษณะงานต่าง ๆ: คะแนนความสอดคล้องของนิยามกรอบสมรรถนะกับการปฏิบัติงาน (ครึ่งบนของตาราง) และคะแนนรวมความสอดคล้องของกรอบสมรรถนะการปฏิบัติงาน (ครึ่งล่างของตาราง)

นิยาม	เน้นผลิตภัณฑ์	เน้นระบบ	เน้นผู้ป่วย	งานผสม	เน้นชุมชน
คะแนนรวม					
เน้นผลิตภัณฑ์		0.56 (0.27, 0.86)**	0.80 (0.55, 1.04)**	0.92 (0.61, 1.24)**	1.04 (0.80, 1.28)**
เน้นระบบ	0.79 (0.54, 1.04)**		0.23 (-0.01, 0.48)	0.36 (0.04, 0.68)	0.48 (0.23, 0.73)**
เน้นผู้ป่วย	0.77 (0.57, 0.97)**	-0.02 (-0.23, 0.19)		0.13 (-0.14, 0.48)	0.25 (0.07, 0.43)
งานผสม	0.91 (0.65, 0.18)**	0.12 (-0.15, 0.39)	0.14 (-0.08, 0.36)		0.12 (-0.14, 0.39)
เน้นชุมชน	0.90 (0.70, 1.10)**	0.10 (-0.11, 0.31)	0.12 (-0.02, 0.27)	-0.02 (-0.24, 0.20)	

*Bonferroni test: $P < 0.05$, **Bonferroni test: $P < 0.01$

กรอบสมรรถนะในกลุ่มเภสัชกรที่มีลักษณะงานเน้นชุมชนมากกว่าเภสัชกรที่มีลักษณะงานเน้นระบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ความสอดคล้องของกลุ่มสมรรถนะการเสริมพลัง

ชุมชนเพื่อชุมชนมีสุขภาวะของเภสัชกรที่มีลักษณะงานเน้นชุมชนมากกว่าเภสัชกรที่มีลักษณะงานเน้นผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 4. ความแตกต่างค่าเฉลี่ย (95%CI) ระหว่างเภสัชกรที่มีลักษณะงานต่าง ๆ: คะแนนความสอดคล้องของกลุ่มสมรรถนะการสร้างเสริมสุขภาพระดับบุคคลและครอบครัว (กลุ่มสมรรถนะ A ครึ่งบนของตาราง) และกลุ่มสมรรถนะการเสริมพลังชุมชนเพื่อชุมชนมีสุขภาวะ (กลุ่มสมรรถนะ B ครึ่งล่างของตาราง)

กลุ่มสมรรถนะ A	เน้นผลิตภัณฑ์	เน้นระบบ	เน้นผู้ป่วย	งานผสม	เน้นชุมชน
กลุ่มสมรรถนะ B					
เน้นผลิตภัณฑ์		0.76 (0.48, 1.03)**	0.87 (0.64, 1.09)**	0.98 (0.69, 1.27)**	1.00 (0.78, 1.23)**
เน้นระบบ	0.72 (0.39, 1.05)**		0.11 (-0.12, 0.34)	0.22 (-0.08, 0.52)	0.24 (0.01, 0.48)
เน้นผู้ป่วย	0.64 (0.37, 0.90)**	-0.09 (-0.36, 0.19)		0.11 (-0.14, 0.36)	0.13 (-0.03, 0.30)
งานผสม	0.91 (0.57, 1.26)**	0.19 (-0.16, 0.54)	0.28 (-0.02, 0.57)		0.02 (-0.22, 0.27)
เน้นชุมชน	0.95 (0.68, 1.22)**	0.22 (-0.05, 0.50)	0.31 (0.11, 0.51)*	0.03 (-0.26, 0.33)	

*Bonferroni test: $P < 0.05$, **Bonferroni test: $P < 0.01$

ตารางที่ 5. ความแตกต่างค่าเฉลี่ย (95%CI) ระหว่างเภสัชกรที่มีลักษณะงานต่าง ๆ: คะแนนความสอดคล้องของกลุ่มสมรรถนะการจัดการข้อมูลและหลักฐานเชิงประจักษ์ (กลุ่มสมรรถนะ C ครึ่งบนของตาราง) และกลุ่มสมรรถนะการสื่อสารเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ (กลุ่มสมรรถนะ D ครึ่งล่างของตาราง)

กลุ่มสมรรถนะ C \ กลุ่มสมรรถนะ D	เน้นผลิตภัณฑ์	เน้นระบบ	เน้นผู้ป่วย	งานผสม	เน้นชุมชน
เน้นผลิตภัณฑ์		0.87 (0.53, 1.21)**	0.61 (0.33, 0.88)**	0.61 (0.26, 0.97)**	0.70 (0.43, 0.98)**
เน้นระบบ	0.84 (0.58, 1.01)**		-0.26 (-0.55, 0.02)	-0.26 (-0.62, 0.10)	-0.17 (-0.45, 0.11)
เน้นผู้ป่วย	0.85 (0.64, 1.06)**	0.01 (-0.21, 0.23)		0.01 (-0.30, 0.31)	0.10 (-0.11, 0.30)
งานผสม	0.96 (0.69, 1.24)**	0.12 (-0.16, 0.40)	0.11 (-0.13, 0.34)		0.09 (-0.21, 0.39)
เน้นชุมชน	0.89 (0.68, 1.10)**	0.05 (-0.17, 0.27)	0.04 (-0.12, .019)	-0.07 (-0.31, 0.16)	

*Bonferroni test: $P < 0.05$, **Bonferroni test: $P < 0.01$

ระดับของแต่ละสมรรถนะเชิงพฤติกรรม

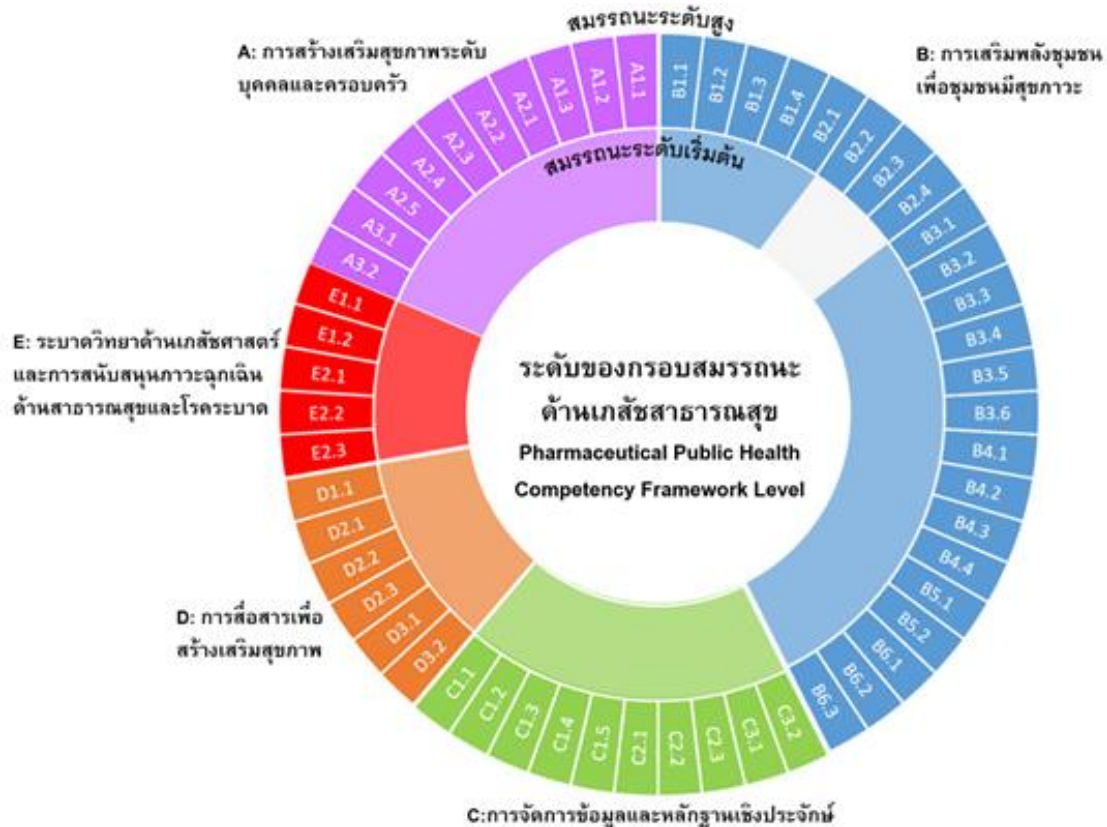
นิยามของกรอบสมรรถนะเหมาะสำหรับเภสัชกรทั้งในระดับเริ่มต้นและระดับสูง สมรรถนะเชิงพฤติกรรมทุกข้อถูกประเมินว่าสอดคล้องต่อการปฏิบัติงานของเภสัชกรทั้งระดับเริ่มต้นและระดับสูง จำนวน 51 ข้อจากทั้งหมด 54 ข้อ (ร้อยละ 94.44 ของสมรรถนะเชิงพฤติกรรมทั้งหมด)

ยกเว้นสมรรถนะเชิงพฤติกรรม จำนวน 3 ข้อ ได้รับการประเมินว่าสอดคล้องต่อการปฏิบัติงานจริงของเภสัชกรในระดับสูง (ร้อยละ 5.56 ของสมรรถนะเชิงพฤติกรรมทั้งหมด) ได้แก่ สมรรถนะเชิงพฤติกรรมข้อ B2.2, B2.3 และ B2.4 ซึ่งเป็นสมรรถนะเชิงพฤติกรรมในสมรรถนะข้อ B2: ออกแบบกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพและแนวทางการแก้ไขปัญหา

ตารางที่ 6. ความแตกต่างค่าเฉลี่ย (95%CI) ระหว่างเภสัชกรที่มีลักษณะงานต่าง ๆ: คะแนนความสอดคล้องของกลุ่มสมรรถนะระบาดวิทยาด้านเภสัชศาสตร์และการสนับสนุนภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขและโรคระบาด (กลุ่มสมรรถนะ E ครึ่งบนของตาราง)

กลุ่มสมรรถนะ E	เน้นผลิตภัณฑ์	เน้นระบบ	เน้นผู้ป่วย	งานผสม	เน้นชุมชน
เน้นผลิตภัณฑ์		0.83 (0.45, 1.20)**	0.92 (0.62, 1.22)**	1.12 (0.73, 1.51)**	0.95 (0.64, 1.25)**
เน้นระบบ			0.09 (-0.22, 0.40)	0.29 (-0.01, 0.69)	0.12 (-0.19, 0.43)
เน้นผู้ป่วย				0.20 (-0.13, 0.53)	0.03 (-0.19, 0.25)
งานผสม					-0.17 (-0.50, 0.16)
เน้นชุมชน					

*Bonferroni test: $P < 0.05$, **Bonferroni test: $P < 0.01$



รูปที่ 1. แผนภาพแสดงผลการประเมินระดับสมรรถนะเชิงพฤติกรรมในกรอบสมรรถนะด้านเภสัชสาธารณสุขเป็นระดับต้น (วงใน) และระดับสูง (วงนอก)

ทางสุขภาพในชุมชน ดังแสดงในรูปที่ 1 โดยวงนอกสุดคือสมรรถนะที่ถูกประเมินว่าเป็นสมรรถนะขั้นสูง และวงรองลงมาคือสมรรถนะที่ถูกประเมินว่าเป็นสมรรถนะเริ่มต้น

การอภิปรายผล

ความเชื่อมโยงกรอบสมรรถนะต่อสากล เภสัชกรรมไทย และสหสาขาวิชาชีพ

การศึกษาครั้งนี้ใช้กรอบสมรรถนะที่สอดคล้องกับกรอบสมรรถนะทั่วไปที่นานาชาตินิยมใช้ และต่อยอดด้วยระเบียบวิธีวิจัยที่เหมาะสมในบริบทประเทศไทย (32) เพื่อสร้างความเชื่อมโยงระหว่างวิชาชีพเภสัชกรรมไทยกับนานาชาติ (13, 15, 19-26, 32, 35-37) ซึ่งจากผลการศึกษาพบว่า คะแนนรวมของกรอบสมรรถนะด้านเภสัชสาธารณสุขของ Auimekhakul และคณะ ในปี ค.ศ.2024 มีความสอดคล้องต่อการปฏิบัติงานของเภสัชกรไทยในระดับปานกลาง

จากคะแนนความสอดคล้องของทุกกลุ่มสมรรถนะที่มีคะแนนความสอดคล้องมากกว่า 2 (คะแนนเต็ม 4 คะแนน) ของเภสัชกรทุกกลุ่มลักษณะงานยกเว้นเภสัชกร

ลักษณะงานเน้นผลิตภัณฑ์ สอดคล้องกับแนวคิดเรื่องยากับชุมชนของ Chungsaithiansap และคณะ ที่ระบุว่า ทุกภาคส่วนมีผลต่อการใช้ยาในชุมชน ตั้งแต่ระบบการกระจายยา การกำกับดูแลของรัฐ รวมไปถึงภาคเอกชน (38) และแนวคิดของกรอบสมรรถนะ FIP-GbCF ที่พัฒนากรอบสมรรถนะสำหรับเภสัชกรในทุกลักษณะงาน (17, 18, 35) จากผลการศึกษานี้ พบว่า ทิศทางความสอดคล้องของกรอบสมรรถนะด้านเภสัชสาธารณสุข เป็นไปในทิศทางเดียวกันกับการศึกษาเชิงคุณภาพของ Suwannaprom และคณะ ซึ่งพบว่า ความสอดคล้องของกรอบสมรรถนะด้านมุ่งเน้นชุมชนมีความสอดคล้องเป็นสัดส่วนตามความเกี่ยวข้องกับงานในชุมชน (2, 26)

จากผลการศึกษา สังเกตได้ว่ากลุ่มสมรรถนะ B: การเสริมพลังชุมชนเพื่อชุมชนมีสุขภาวะ เป็นกลุ่มสมรรถนะที่มีคะแนนน้อยกว่ากลุ่มอื่น ๆ สมรรถนะกลุ่มดังกล่าวมีพื้นฐานแนวคิดมาจากกรอบสมรรถนะหลักของสมาพันธ์นานาชาติด้านการสร้างเสริมสุขภาพและการศึกษา (the International Union of Health Promotion and Education: IUPHE) (39) และเป็นกลุ่มสมรรถนะที่คล้ายคลึงกับส่วน

หนึ่งของสมรรถนะวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน (นักวิชาการสาธารณสุข) คือ การดูแลสุขภาพอนามัย การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และการจัดการโครงการในชุมชนในภาพรวม (40) กลุ่มสมรรถนะจึงมีมุมมองที่ค่อนข้างแตกต่างจากบทบาทดั้งเดิมของเภสัชกร คือ การบริหารเภสัชกรรมหรือเภสัชกรรมอุตสาหกรรม (3, 41) ทำให้คะแนนความสอดคล้องอาจต่ำกว่ากลุ่มอื่น ๆ การขยายบทบาทสมรรถนะไปสู่การทำงานในชุมชนเป็นการขยายขอบเขตจากวิชาชีพ “เภสัชกรรม” เชื่อมโยงสู่ “สาธารณสุข” (32)

สมรรถนะด้านเภสัชสาธารณสุขของไทยและนานาชาติ

งานวิจัย ของ Bruno ในปี ค.ศ. 2011 ซึ่งเป็นที่มาของกรอบสมรรถนะของ FIP-GbCF ใช้มาตรวัด 4 ระดับ และแบ่งสมรรถนะออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ “สอดคล้อง” และ “ไม่สอดคล้อง” (แบ่งเชิงทวิภาค) ความสอดคล้องต่อการปฏิบัติงาน หมายถึง มีผลการประเมินว่าสอดคล้อง (ผลประเมินเป็น “สอดคล้องอย่างยิ่ง” “สอดคล้องปานกลาง” หรือ “สอดคล้องน้อย”) มากกว่าร้อยละ 90 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด พบว่า ความสอดคล้องของกรอบสมรรถนะเท่ากับร้อยละ 96.55 (16) แม้ว่าการศึกษานี้จะไม่ได้นำเสนอผลการประเมินความสอดคล้องเป็นข้อมูลเชิงทวิภาคตามแนวทางของ Bruno (16) เนื่องจากยังไม่พบหลักฐานถึงข้อดีของการใช้เกณฑ์การแบ่งดังกล่าว แต่เพื่อเปรียบเทียบผลการศึกษานี้กับการศึกษานานาชาติได้อย่างเป็นรูปธรรม จึงได้นำเสนอข้อมูลเชิงทวิภาคไว้ในส่วนนี้ เมื่อเปรียบเทียบการศึกษาที่ใช้มาตรวัดและเกณฑ์การแบ่งระดับความสอดคล้องเดียวกัน พบความสอดคล้องของกรอบสมรรถนะด้านเภสัชสาธารณสุขของประเทศต่าง ๆ ดังต่อไปนี้ การศึกษาในประเทศซาอุดีอาระเบียของ Alfaihi และคณะ ในปี ค.ศ. 2022 ร้อยละ 91.4 (22) และการศึกษาในประเทศคูเวตของ Al-Haqan ในปี ค.ศ. 2020 และคณะ ร้อยละ 90.6 (20) และการศึกษาในประเทศญี่ปุ่น โดย Arakawa และคณะ ในปี ค.ศ. 2020 ร้อยละ 89.6 (19) เมื่อใช้เกณฑ์การแบ่งกลุ่มของ Bruno การศึกษานี้มีความสอดคล้อง ร้อยละ 97.28 ซึ่งสูงกว่าประเทศอื่น ๆ แม้ว่าการสรุปผลการศึกษาเป็นข้อมูลเชิงทวิภาคดังกล่าวอาจจะเลयरละเอียดปลีกย่อย อาทิ ไม่ได้แสดงค่ากลางของข้อมูล อีกทั้งการที่ไม่แสดงเหตุผลของการแบ่งเกณฑ์ดังกล่าว ซึ่งอาจเป็นอคติในการแปลผลข้อมูลได้ แต่ในอีกแง่หนึ่งการแปลผล

ข้อมูลเชิงทวิภาคทำให้เห็นภาพรวม ง่ายต่อการสรุปผลการศึกษา และสามารถเปรียบเทียบกับผลการศึกษานานาชาติได้ (19, 20, 22)

การที่คะแนนความสอดคล้องในภาพรวมของการศึกษานี้สูงกว่าประเทศอื่นอาจมาจากสาเหตุดังต่อไปนี้

1. กรอบสมรรถนะขั้นนี้ถูกพัฒนาให้จำเพาะต่อบริบทไทย
2. กรอบสมรรถนะนี้รวมสมรรถนะที่เกี่ยวข้องกับบทบาทเภสัชกรต่าง ๆ ในชุมชน โดยใช้คำว่าเภสัชสาธารณสุขแทน
3. สัดส่วนเภสัชกรโรงพยาบาลที่สูงกว่าระดับสากล ดังจะกล่าวรายละเอียดต่อไปนี้

การศึกษาความสอดคล้องต่อการปฏิบัติงานจริงของกรอบสมรรถนะด้านเภสัชสาธารณสุขสำหรับเภสัชกรไทยขั้นนี้ต่อยอดมาจากกระบวนการพัฒนารอบสมรรถนะในงานวิจัยก่อนหน้า ซึ่งใช้วิธีการทบทวนวรรณกรรมอย่างมีขอบเขตเพื่อหากรอบสมรรถนะในประเทศไทยและนานาชาติเข้าไว้ด้วยกัน อีกทั้งยังผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยการหาฉันทามติของผู้เชี่ยวชาญเพื่อปรับให้เหมาะสมกับบทบาทหน้าที่ แนวคิด และนโยบายของประเทศไทยในปัจจุบันแล้ว (32) ในขณะที่การศึกษานี้ใช้วิธีการแปลกรอบสมรรถนะต้นแบบ (generic model) (19, 20, 22)

บทบาทที่เกี่ยวข้องกับชุมชนถูกกระจายไปในเภสัชกรไทยสาขาต่าง ๆ ตั้งแต่การบริหารทางเภสัชกรรมในโรงพยาบาล ครอบคลุมมิติการให้คำแนะนำเพื่อสร้างเสริมสุขภาพบุคคล รวมไปถึงการจัดกิจกรรมเพื่อสร้างเสริมสุขภาพชุมชน (28) เภสัชกรรมปฐมภูมิ ครอบคลุมการบริหารครอบครัวและชุมชน (42) เภสัชกรคุ้มครองผู้บริโภค เกี่ยวข้องกับการวิเคราะห์สถานการณ์และการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในชุมชน (6) ในการศึกษาของ Suwannaprom และคณะ คำว่า “ชุมชน” มีนัยเดียวกันกับคำว่า “สาธารณสุข” ของ FIP-GbCF (17, 18, 26) บทบาทต่าง ๆ ข้างต้น อาจถูกเรียกด้วยคำที่แตกต่างกันไปตามแต่วัตถุประสงค์ กรอบสมรรถนะด้านเภสัชสาธารณสุขจากงานก่อนหน้าหาสมรรถนะของเภสัชกรที่เกี่ยวข้องกับชุมชนในบทบาทงานต่าง ๆ และใช้คำว่าเภสัชสาธารณสุขแทนสมรรถนะด้านนี้ (32) ซึ่งอาจเป็นคำที่ยังไม่แพร่หลายและยังไม่ถูกใช้มากนักในวิชาชีพเภสัชกรรมไทย จึงอาจส่งผลให้เภสัชกรในทุกลักษณะงานมีแนวโน้มให้คะแนนความสอดคล้องต่อการปฏิบัติงานจริงสูงกว่าประเทศอื่น ๆ

การที่ประเทศไทยมีส่วนเภสัชกรโรงพยาบาลที่สูงกว่าระดับสากล คือ ประมาณร้อยละ 44 ของเภสัชกรทั่วประเทศ (ในงานวิจัยนี้เป็นร้อยละ 56.81) ในขณะที่ระดับสากลมีเภสัชกรโรงพยาบาลประมาณร้อยละ 21 (43) ประกอบกับบทบาทหน้าที่ของเภสัชกรไทยในโรงพยาบาลได้ขยายไปสู่การทำงานในชุมชนมากยิ่งขึ้น อาทิ แนวทางการใช้ยาอย่างสมเหตุผลที่เชื่อมโยงทั้งสถานบริการสุขภาพทุกระดับสู่ชุมชน (Rational Drug Use Community: RDU community) (11, 41, 44) ความคุ้นชินต่อนโยบายและบทบาทหน้าที่เหล่านี้ อาจมีส่วนทำให้ได้ผลการประเมินความสอดคล้องสูงกว่าประเทศอื่น ๆ

การวิเคราะห์กลุ่มย่อยตามลักษณะงาน

ผลการศึกษานี้ช่วยยืนยันสัดส่วนความสอดคล้องของสมรรถนะด้านเภสัชสาธารณสุข (ด้านมุ่งเน้นชุมชน) กับการปฏิบัติงานในการศึกษาของ Suwannaprom และคณะ (26) โดยจากการศึกษาครั้งนี้พบว่า เภสัชกรในทุกลักษณะงานให้คะแนนความสอดคล้องกับการปฏิบัติงานโดยประมาณมากกว่า 2 (คะแนนเต็ม 4 คะแนน) ข้อมูลดังกล่าวช่วยสนับสนุนว่า ถึงแม้เภสัชกรภาคส่วนที่ไม่ได้รับผิดชอบต่อระบบสุขภาพชุมชนโดยตรง ก็ยังอาจต้องคำนึงถึงสมรรถนะด้านเภสัชสาธารณสุขตามสัดส่วนความเหมาะสม

ผลการวิเคราะห์กลุ่มย่อย พบว่า ค่าเฉลี่ยของนิยาม คะแนนรวมของความสอดคล้องระหว่างกรอบสมรรถนะและกลุ่มสมรรถนะทุกกลุ่มกับการปฏิบัติงานของเภสัชกรลักษณะงานเน้นผลิตภัณฑ์ยาน้อยกว่ากลุ่มอื่น ๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการศึกษาดังกล่าวอาจเนื่องมาจากลักษณะงานผลิตภัณฑ์ เกี่ยวข้องกับการวิจัย การผลิต การควบคุมคุณภาพ และการประกันคุณภาพผลิตภัณฑ์เป็นหลัก (29) ซึ่งอาจมีความสอดคล้องต่องานที่เกี่ยวข้องกับชุมชน เช่น การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การควบคุมโรค และวิถีชีวิตเพื่อสุขภาพดี น้อยกว่ากลุ่มอื่น ๆ

ค่าเฉลี่ยคะแนนความสอดคล้องกับการปฏิบัติงานของกลุ่มสมรรถนะการสร้างเสริมสุขภาพระดับบุคคลและครอบครัวสูงรองจากกลุ่มสมรรถนะการสื่อสารเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ เมื่อพิจารณาเนื้อหาของสมรรถนะกลุ่มนี้พบว่า กลุ่มสมรรถนะนี้ถูกแยกออกมาจากกลุ่มสมรรถนะด้านการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อเน้นจุดเด่นในระดับบุคคลและครอบครัว โดยรวมเกี่ยวข้องกับการให้คำแนะนำและ

สร้างเสริมสุขภาพรายบุคคลและครอบครัว อันเป็นสมรรถนะที่เกี่ยวข้องกับทฤษฎีเชิงพฤติกรรมศาสตร์หรือจิตวิทยาเชิงพฤติกรรมเป็นหลัก (45-47) อาจพบสมรรถนะดังกล่าวในกรอบสมรรถนะเภสัชกรในประเทศไทย เช่น สมรรถนะร่วมของหลักสูตรเภสัชศาสตรบัณฑิตและเกณฑ์มาตรฐานผู้ประกอบการวิชาชีพเภสัชกรรมด้านการบริหารเภสัชกรรม พ.ศ.2554 (27, 28) ในอนาคตอาจพิจารณาแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพหรือการบริหารผู้ป่วยแบบไม่ใช้ยาเพิ่มเติม เพื่อให้การรอบมีความเข้มแข็งและตอบรับกับการประกอบวิชาชีพต่อไป เช่น Health Belief Model, Transtheoretical Model (Stages of Change) หรือ Social Cognitive Theory

ในประเด็นความสอดคล้องของกลุ่มสมรรถนะการสร้างเสริมพลังชุมชนฯ กับการปฏิบัติงานพบว่า เภสัชกรลักษณะงานเน้นชุมชนเห็นว่ามีค่าความสอดคล้องมากกว่าเภสัชกรลักษณะเน้นผู้ป่วย อาจเนื่องจากนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เรื่อง การเข้าถึงการบริหารเภสัชกรรมในทุกระดับสถานบริการมีความครอบคลุม ทำให้เภสัชกรที่ทำงานลักษณะเน้นชุมชนที่มีบทบาทหน้าที่ใกล้ชิดกับชุมชนมีความเห็นว่า สมรรถนะกลุ่มนี้สอดคล้องกับการทำงานของตนมากกว่า ประกอบกับแนวนโยบายที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาในชุมชน เช่น แนวคิดการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยยึดชุมชนเป็นฐาน (48) และ RDU community (11) รวมถึงบทบาทหน้าที่การทำงานในชุมชน ตั้งแต่การรณรงค์การสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค การคัดกรองโรคเบื้องต้น การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยในชุมชน ไปจนถึงการจัดการปัญหาและผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชน บทบาทหน้าที่เหล่านี้อาจมีส่วนทำให้เภสัชกรใช้สมรรถนะด้านเภสัชสาธารณสุขในการปฏิบัติงานประจำวันของเภสัชกรกลุ่มเหล่านี้้อยู่เป็นทุนเดิมและทำให้คะแนนความสอดคล้องสูงกว่ากลุ่มเน้นผู้ป่วย ซึ่งอาจมุ่งเน้นการบริหารผู้ป่วย การประเมินความเหมาะสมและผลข้างเคียงของการใช้ยาในผู้ป่วยแต่ละรายเป็นหลักมากกว่าการปฏิบัติงานในชุมชน

กลุ่มสมรรถนะการจัดการข้อมูลและหลักฐานเชิงประจักษ์ เกี่ยวข้องกับการสังเคราะห์หลักฐานและการตัดสินใจตามหลักฐานเชิงประจักษ์ (evidence synthesis and evidence-based decision-making) โดยประสานการใช้ข้อมูลและงานวิจัยทั้งทางคลินิกและทางเศรษฐศาสตร์ในการตัดสินใจดำเนินการด้านยาและสุขภาพ (49) สมรรถนะ

กลุ่มนี้ถูกกล่าวถึงโดยตรงในกรอบสมรรถนะ FIP - GbCF ทั้งฉบับที่ 1 และ 2 (17, 18) กลุ่มสมรรถนะนี้มีความเป็นกลางสามารถประยุกต์ใช้กับงานได้หลากหลาย ไม่ได้ผูกติดเพียงการประเมินยาหรือผลิตภัณฑ์สุขภาพเท่านั้น อาจรวมไปถึงนโยบายสาธารณสุขอื่น ๆ ตามแนวทางการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (50) ดังนั้นสมรรถนะดังกล่าวจึงเกี่ยวข้องกับเภสัชกรที่มีลักษณะงานเน้นผู้ป่วยหรือเน้นระบบยาด้วยเช่นกัน แต่อาจสอดคล้องกับการปฏิบัติงานของเภสัชกรที่มีลักษณะงานเน้นผลิตภัณฑ์น้อย ปัจจุบันแนวโน้มการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ทางการแพทย์มีทิศทางที่เชื่อมโยงไปสู่ปัจจัยส่วนบุคคลมากขึ้น ดังปรากฏในแนวคิดความแตกต่างในการดูแลรักษาของแต่ละบุคคล (interpersonal medicine) ซึ่งวางรากฐานการบริหารผู้ป่วยโดยคำนึงถึงทั้งการใช้ความรู้ที่อ้างอิงจากหลักฐานเชิงประจักษ์ทางการแพทย์ประสานเข้ากับบริบทแวดล้อมของผู้ป่วยแต่ละบุคคล ในอนาคตอาจพิจารณาปรับใช้แนวคิดเหล่านี้เพื่อให้เหมาะสมกับกลุ่มสมรรถนะที่เกี่ยวข้องกับการใช้ข้อมูลเพื่อพัฒนาสุขภาพระดับประชากร (51)

กลุ่มสมรรถนะการสื่อสารเพื่อสร้างเสริมสุขภาพมีความสอดคล้องต่อการปฏิบัติงานจริงมากที่สุด กลุ่มสมรรถนะนี้ได้ผสานสมรรถนะด้านการสื่อสารที่ปรากฏในเอกสารต่าง ๆ รวมไปถึงสมรรถนะด้านการสื่อสารที่แฝงอยู่ในกลุ่มสมรรถนะอื่น ๆ เช่น สมรรถนะการทำงานร่วมกัน สมรรถนะเชิงวิชาชีพ/สมรรถนะส่วนบุคคล (16, 52) ดังนั้นภาพรวมของสมรรถนะจึงมีความเป็นกลางและไม่ได้เป็นสมรรถนะเภสัชสาธารณสุขโดยแท้เหมือนกลุ่มสมรรถนะสร้างเสริมสุขภาพชุมชนหรือสมรรถนะด้านภาวะฉุกเฉินและโรคระบาด ที่มักได้รับการกล่าวถึงในสมรรถนะด้านเภสัชสาธารณสุขเป็นส่วนใหญ่ (18-25) ทำให้สมรรถนะนี้ได้รับความสนใจมากกว่ากลุ่มสมรรถนะอื่น ๆ

คะแนนความสอดคล้องของกลุ่มสมรรถนะระบอบวิทยา ในเภสัชกรที่มีลักษณะงานเน้นผลิตภัณฑ์มีความแตกต่างจากกลุ่มอื่น ๆ เมื่อพิจารณาบทบาทวิชาชีพเภสัชกรรมหลังเผชิญการระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สมรรถนะการตอบสนองต่อภาวะฉุกเฉินเริ่มมีความสำคัญและจำเป็นมากขึ้น ดังเห็นได้จาก FIP - GbCF ฉบับที่ 2 ปี ค.ศ. 2020 (18) กรอบสมรรถนะดังกล่าวมุ่งตอบสนองต่อบทบาทเภสัชกรในการตอบสนองภาวะฉุกเฉินและโรคระบาดที่หลากหลาย เช่น การจัดหายาที่จำเป็นและชุด

อุปกรณ์ฉุกเฉินทางการแพทย์ การบริหารจัดการยามสภาวะขาดแคลนยาโรคเรื้อรัง รวมไปถึงการบริหารเภสัชกรรมผู้ป่วยในสภาวะขาดแคลน การจัดให้มีการบริหารเภสัชกรรมทางไกล การตอบสนองต่อนโยบายฉุกเฉินทางสาธารณสุข เช่น นโยบายการเว้นระยะห่างทางสังคม (social distancing) (53) กลุ่มสมรรถนะนี้โดยเฉพาะอย่างยิ่งสมรรถนะการสนับสนุนการจัดการภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขและโรคระบาด สอดคล้องกับแนวทาง Prevention, Preparedness, Response, and Recovery (PPRR) model ซึ่งเป็นแนวทางที่ใช้ในการตอบสนองภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข (54, 55) ในประเทศไทยมีแนวโน้มว่าบทบาทงานที่กล่าวมาข้างต้นถูกกระจายไปยังเภสัชกรในทุกลักษณะงาน จึงทำให้เภสัชกรในทุกกลุ่มลักษณะงานเห็นว่าสอดคล้องการปฏิบัติงานของตน ยกเว้นกลุ่มลักษณะงานเน้นผลิตภัณฑ์ ที่ภาวะโรคระบาดไม่ได้ส่งผลกระทบต่อการทำงานมากนัก (56-58)

สมรรถนะกับเส้นทางความก้าวหน้าในวิชาชีพด้านเภสัชสาธารณสุข

จากผลการศึกษาพบว่า สมรรถนะส่วนใหญ่ถูกประเมินว่าเป็นสมรรถนะของเภสัชกรทั้งระดับเริ่มต้นและระดับสูง หากพิจารณาตามระบบราชการไทย ระยะเวลาในการเปลี่ยนจากระดับปฏิบัติการไปเป็นระดับชำนาญการต้องดำรงตำแหน่งมาไม่น้อยกว่า 4-6 ปี ขึ้นอยู่กับหลักสูตรที่สำเร็จการศึกษา (59) ซึ่งถือว่าสูงเมื่อเทียบกับประเทศอื่น ๆ เช่น กรอบสมรรถนะ FIP-GbCF แบ่งสมรรถนะสำหรับเภสัชกรระดับเริ่มต้น (entry level) ในระยะเวลาประมาณ 3 ปีแรกของการเริ่มทำงาน (17, 18, 60) ประเทศอังกฤษกำหนดระยะเวลาของเภสัชกรระดับเริ่มต้น ใช้เวลา 1,000 วัน หรือเทียบเท่ากับ 2 ปีกว่า (61) ไอร์แลนด์กำหนดระยะเวลาสมรรถนะหลักสำหรับเภสัชกรขั้นต้นไว้ 3 ปี (62) ญี่ปุ่นกำหนดให้เภสัชกรระดับทั่วไปอยู่ในช่วงเวลา 4 ปี (19) เนื่องจากระยะเวลาการเปลี่ยนผ่านที่ยาวนานกว่า อาจทำให้กลุ่มเภสัชกรไทยคาดหวังให้สมรรถนะเชิงพฤติกรรมสำหรับเภสัชกรในระดับสูงมีความเชี่ยวชาญหรือซับซ้อนมากกว่าสมรรถนะเชิงพฤติกรรมในกรอบสมรรถนะนี้

กลุ่มสมรรถนะการเสริมพลังชุมชน มีแนวโน้มจะถูกพิจารณาเป็นสมรรถนะสำหรับเภสัชกรในระดับสูง อีกทั้งเมื่อพิจารณาการวิเคราะห์กลุ่มย่อยจะพบว่าสมรรถนะกลุ่มดังกล่าวสอดคล้องกับลักษณะงานบางประเภทมากกว่า เช่น B2: ออกแบบกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพและแนว

ทางการแก้ไขปัญหาทางสุขภาพในชุมชน ดังนั้น อาจใช้ข้อมูลดังกล่าวไปปรับปรุงเพิ่มเติมในกรอบสมรรถนะระดับสูงต่าง ๆ เช่น ระดับวุฒิบัตรหรืออนุมัติบัตร เพื่อให้เกิดความเชื่อมโยงกันในทุกระดับ ตามแนวคิดเส้นทางความก้าวหน้าในวิชาชีพเภสัชกรรม (career path) สอดคล้องกับแนวคิดการพัฒนาวิชาชีพขั้นสูงระดับโลกในปี ค.ศ. 2020 (The FIP Global Advanced Development Framework: FIP - GADF) (60)

กรอบสมรรถนะนี้สอดคล้องกับบริบทในปัจจุบันเท่านั้น ในอนาคตอาจปรับเปลี่ยนให้สอดคล้องต่อบริบทชุมชนที่เปลี่ยนแปลงไป เช่น การถ่ายโอนการบริหารจัดการระบบสุขภาพปฐมภูมิจากกระทรวงสาธารณสุขไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ที่อาจส่งผลต่อการทำงานของเภสัชกรปฐมภูมิ (4, 5, 30, 63) ลักษณะของชุมชนที่เปลี่ยนแปลงไปจากชุมชนชนบทและชุมชนเมือง เปลี่ยนแปลงไปสู่ชุมชนเสมือน (virtual community) ซึ่งอาจนำมาสู่การปรับตัวของเภสัชกร เช่น การเยี่ยมบ้านออนไลน์ หรือการกระจายยาไม่เหมาะสมในอินเทอร์เน็ต (64-66) การขยายบทบาทในชุมชนของเภสัชกรชุมชน (ร้านยา) เพื่อรองรับการจ่ายยาในผู้ป่วยเจ็บป่วยเล็กน้อย 16 อาการ และโครงการรับยาใกล้บ้านในกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง (10, 67) เหล่านี้อาจนำมาสู่การปรับเปลี่ยนกรอบสมรรถนะเป็นระยะเพื่อให้สอดคล้องกับชุมชนในรูปแบบต่าง ๆ และตอบสนองต่อบทบาทของเภสัชกรที่เปลี่ยนแปลงไป

กรอบสมรรถนะขั้นนี้สอดคล้องกับการขยายขอบเขตบทบาทหน้าที่ของเภสัชกรไทยภายใต้กระบวนการทัศน์สุขภาพโลกอันมุ่งเน้นการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การควบคุมโรค และวิถีชีวิตเพื่อสุขภาพดี และเน้นย้ำว่าสุขภาพของปัจเจกอาจไม่ได้ผูกพันยึดโยงเพียงแค่พฤติกรรมหรือการสร้างเสริมสุขภาพของแต่ละบุคคลเท่านั้น หากแต่ต้องคำนึงถึงปัจจัยกำหนดสุขภาพที่มีบทบาทสำคัญ คือ ชุมชน ระบบสุขภาพประชากร หรือสาธารณสุขชุมชน (68, 69) ดังนั้นเภสัชกรจำเป็นต้องมีสมรรถนะที่เหมาะสมในการบริหารไม่ใช่เพียงแต่ผู้ป่วย แต่รวมถึงบุคคล ครอบครัว และชุมชน ความสอดคล้องต่อการปฏิบัติงานจริงในการศึกษาคครั้งนี้ช่วยยืนยันความเป็นไปได้ในการนำกรอบสมรรถนะด้านเภสัชสาธารณสุขไปใช้ออกแบบกรอบสมรรถนะของเภสัชกรไทยโดยองค์กรนโยบายที่เกี่ยวข้องต่อไป

การศึกษานี้มีข้อจำกัดบางประการ ประการแรกกรอบสมรรถนะในการศึกษานี้มีจำนวนข้อและความ

ซับซ้อนมาก อาจทำให้ผู้ตอบแบบประเมินเหนื่อยล้า และอาจหมดความสนใจในการตอบแบบประเมินอย่างไตร่ตรอง การศึกษาในอนาคตอาจพิจารณาปรับลดเนื้อหาให้ลดลงและกระชับมากขึ้น เพื่อให้สะดวกต่อการนำไปใช้งานจริงมากขึ้น นอกจากนี้ การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ได้รวมเภสัชกรตลอดห่วงโซ่อุปทานยา ซึ่งอาจไม่ได้ทำงานเกี่ยวข้องกับการใช้ยาในชุมชนโดยตรง เช่น เภสัชกรโรงงานผลิตยาหรือเภสัชกรการตลาด และรวมเภสัชกรในทุกระดับประสบการณ์ ซึ่งมีข้อดี คือ ผลการศึกษาที่ได้ช่วยยืนยันความสอดคล้องของแต่ละลักษณะงานและทุกระดับประสบการณ์ แต่อาจมีข้อจำกัดในแง่ความเกี่ยวข้องกับการทำงานในชุมชนและประสบการณ์ของเภสัชกร เภสัชกรบางกลุ่มอาจยังไม่เห็นภาพรวมการทำงานหรือสมรรถนะที่อาจจำเป็นต่อการประกอบวิชาชีพในชุมชน มุมมองดังกล่าวอาจส่งผลต่อการประเมินความสอดคล้อง งานวิจัยในอนาคตอาจพิจารณาต่อยอดกรอบสมรรถนะขั้นนี้ประกอบกับกรอบสมรรถนะด้านอื่น ๆ และพัฒนาเป็นกรอบสมรรถนะเฉพาะกลุ่ม เพื่อใช้สำหรับประเมินความสอดคล้องต่อการปฏิบัติงานของกลุ่มนั้น ๆ ต่อไป

การศึกษาขั้นนี้ยังมีข้อจำกัดเนื่องจากกรอบสมรรถนะอาจยังไม่ครอบคลุมเนื้อหารายละเอียดของสมรรถนะเฉพาะในเชิงลึก เช่น รายละเอียดกฎหมายในการคุ้มครองผู้บริโภคด้านยาและสุขภาพ รายละเอียดสมรรถนะการบริหารเภสัชกรรมรายบุคคล ซึ่งอาจถูกกล่าวถึงในสมรรถนะเฉพาะสาขา) sector/role-related6) (, (70 อีกทั้งไม่ครอบคลุมการวัดและประเมินผลสมรรถนะของเภสัชกรแต่ละบุคคลด้วยระดับของสมรรถนะที่วัดประเมินได้) proficiency scales) (24, 71-73) ในอนาคตอาจพิจารณาพัฒนามาตรวัดที่เป็นรูปธรรมมากยิ่งขึ้น เพื่อให้ง่ายต่อการวัดผลและประเมินผลสมรรถนะของเภสัชกร

ข้อเสนอแนะ

คะแนนความสอดคล้องของการศึกษาขั้นนี้เป็นข้อมูลที่ช่วยสนับสนุนว่าสมรรถนะด้านเภสัชสาธารณสุขเป็นสมรรถนะที่อาจจำเป็นต้องจัดให้มีในเภสัชกรทุกตำแหน่งงาน ถึงแม้เภสัชกรภาคส่วนที่ไม่ได้รับผิดชอบต่อระบบสุขภาพชุมชนโดยตรงก็ยังคงต้องพิจารณาตามสัดส่วนความเหมาะสม ดังนั้นสภาเภสัชกรรม อาจใช้ข้อมูลเหล่านี้เพื่อปรับปรุงและเพิ่มเติมกรอบสมรรถนะร่วมของเภสัชศาสตร์บัณฑิตที่มีอยู่ในปัจจุบัน เพื่อเพิ่มความชัดเจน

ของกรอบสมรรถนะด้านเภสัชสาธารณสุข หรืออาจพิจารณาให้กรอบสมรรถนะร่วมเป็นไปในทิศทางเดียวกันกับกรอบสากล (17, 18) สถาบันการศึกษาเภสัชศาสตร์อาจเพิ่มเติมสมรรถนะด้านเภสัชสาธารณสุขในการออกแบบหลักสูตรโดยมีสมรรถนะเป็นฐาน (competency-based curriculum) เพื่อให้บัณฑิตศึกษาเภสัชศาสตร์บัณฑิตมีสมรรถนะที่พร้อมต่อการทำงานในชุมชนยิ่งขึ้น

องค์กรวิชาชีพเฉพาะสาขาที่เกี่ยวข้องกับการทำงานในชุมชน อาจพิจารณาใช้กรอบสมรรถนะนี้ไปประกอบเป็นข้อมูลในการปรับปรุงเพิ่มเติมกรอบเฉพาะสาขาต่าง ๆ เช่น การคุ้มครองผู้บริโภคด้านยาและสุขภาพ ซึ่งมีส่วนที่เกี่ยวข้องกับการจัดการปัญหาด้านยาในชุมชน (6, 74) การบริหารทางเภสัชกรรมหรือเภสัชกรครอบครัว และชุมชน ซึ่งมีเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพระดับบุคคลและครอบครัว (28, 42) การบริหารเภสัชกิจที่เกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการระดับชุมชน (75)

เพื่อประยุกต์ใช้กรอบสมรรถนะขั้นนี้ สามารถนำรายละเอียดสมรรถนะไปผสมรวมกับสมรรถนะด้านอื่น ๆ และปรับสัดส่วนความเหมาะสมตามแต่ละลักษณะงาน เช่น เภสัชกรการตลาด อาจเน้นสมรรถนะกลุ่มระบาดวิทยาต้านเภสัชศาสตร์ เพื่อเข้าใจการกระจายยาในชุมชนในเบื้องต้นนำไปสู่การลดการกระจายยาที่ไม่เหมาะสมในชุมชน เภสัชกรชุมชนที่ทำงานในร้านยาคุณภาพ อาจจำเป็นต้องมีกลุ่มสมรรถนะการสร้างเสริมสุขภาพระดับบุคคลและครอบครัว เภสัชกรปฐมภูมิควรจัดให้มีสมรรถนะด้านเภสัชสาธารณสุขครบทุกกลุ่มสมรรถนะ เพื่อมีส่วนร่วมในระบบสุขภาพระดับชุมชนได้อย่างเต็มรูปแบบ การจัดให้มีสมรรถนะในทิศทางเดียวกันทั้งองค์การจะช่วยให้การทำงานชุมชนมีประสิทธิภาพและเชื่อมโยงกันเป็นระบบมากขึ้น

สรุป

ผลการตรวจสอบความสอดคล้องของกรอบสมรรถนะด้านเภสัชสาธารณสุขต่อการปฏิบัติงานจริงของเภสัชกรไทยตลอดห่วงโซ่อุปทานยา เป็นจุดเริ่มต้นที่ดีในการพัฒนากรอบสมรรถนะสำหรับวิชาชีพเภสัชกรรมไทยให้มีคุณภาพและตอบสนองต่อบริบทโดยเฉพาะอย่างยิ่งในการทำงานกับชุมชนและระบบสาธารณสุข คณะแนวความคิดโดยรวมของกรอบสมรรถนะอยู่ในระดับปานกลาง กลุ่มสมรรถนะที่สอดคล้องมากที่สุด คือ การสื่อสารเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ และกลุ่มสมรรถนะที่สอดคล้องน้อยที่สุด

คือ การเสริมพลังชุมชนเพื่อชุมชนมีสุขภาพะ เมื่อวิเคราะห์กลุ่มย่อย พบว่า คะแนนเฉลี่ยความสอดคล้องโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างลักษณะงานเน้นผลิตภัณฑ์ยาน้อยกว่ากลุ่มลักษณะงานอื่น ๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สมรรถนะเชิงพฤติกรรมส่วนใหญ่ถูกประเมินว่าเป็นสมรรถนะสำหรับเภสัชกรในทั้งระดับเริ่มต้นและระดับสูง กรอบสมรรถนะด้านเภสัชสาธารณสุขมีความเป็นไปได้ที่จะนำไปใช้ในบริบทเภสัชกรไทยเป็นสัดส่วนตามแต่ละลักษณะงานที่มุ่งเน้นเพื่อเป็นพื้นฐานเบื้องต้นในการรองรับการเปลี่ยนแปลงและพัฒนาให้ผู้ประกอบวิชาชีพมีมาตรฐานการประกอบวิชาชีพที่เป็นมาตรฐานเดียวกันสำหรับการทำงานในระบบสาธารณสุขชุมชนต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณสำหรับการสละเวลาในการทำแบบประเมินออนไลน์จากพี่น้องวิชาชีพเภสัชกรรมทุกท่าน และขอขอบคุณคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ที่สนับสนุนทุนการศึกษาวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. Suttajit S, Suwannaprom P, Eakanunkul S. On account of manpower: pharmacy workforce in the complexity of healthcare systems. Chiang Mai: Faculty of Pharmacy, Chiang Mai University; 2018.
2. Thailand Drug System Report Committee. Thai drug system 2020. Bangkok: Thanaaroon Kampim; 2020.
3. Walker R. Pharmaceutical public health: the end of pharmaceutical care. *Pharma J* 2000; 264: 340-1.
4. Yongpradern S, Sornlertlumvanich K. Roles of primary care pharmacists in public sector: a qualitative study in Thailand. *Thai Journal of Pharmacy Practice* 2018; 10: 276-90.
5. The Working Group. Guide for pharmacists in primary care pharmaceutical operations. Nonthaburi: Bureau of Drug and Medical Service System Support, National Health Security Office; 2017.
6. Pharmacy Council of Thailand. Pharmacy Council of Thailand Announcement 20/2015: Pharmacy competency standard in pharmaceutical and health

- consumer protection [online]. 2015. [cited Jun 7, 2024]. Available from: www.pharmacycouncil.org/index.php?option=content_detail&menuid=68&itemid=671&catid=0.
7. Natha P, Suwanphrom P, Awiphan R. Integrating pharmacist's roles in health consumer protection into community health system. *Thai Journal of Pharmacy Practice* 2019; 11: 61-76.
8. Chaiyakunapruk N, Jones S, Dhippayom T, Sumpradit N. Pharmacy practice in Thailand. In: Fathelrahman AI, Ibrahim MIM, Wertheimer AI, editors. *Pharmacy practice in developing countries*. Amsterdam: Elsevier; 2016. p. 3-22.
9. Hfocus. Health workforce as workers: problems and solutions of the Thai health system. [online]. 2016. [cited Jul 31, 2021]. Available from: www.hfocus.org/content/2016/04/12004.
10. National Health Security Office (NHSO). Pharmacies vital to primary care [online]. 2022. [cited Feb 26, 2024]. Available from: eng.nhso.go.th/view/1/DescriptionNews/Pharmacies-vital-to-primary-care/475/EN-US.
11. Health Administration Division Office of the Permanent Secretary. Operational guidelines and system development of rational drug use community: RDU community. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2020.
12. Binagwaho A, Ghebreyesus TA. Primary healthcare is cornerstone of universal health coverage. *BMJ* 2019; 365: I2391.
13. Udoh A, Bruno-Tomé A, Ernawati DK, Galbraith K, Bates I. The development, validity and applicability to practice of pharmacy-related competency frameworks: a systematic review. *Res Social Adm Pharm* 2021; 17: 1697-718.
14. Whiddett S, Hollyforde S. A practical guide to competencies: how to enhance individual and organisational performance. London: CIPD Publishing; 2003.
15. Rasamithammachote S. Guidelines for developing human competency with competency based learning. 3rd ed. Bangkok: Se-ed Education; 2005.
16. Bruno AF. The feasibility, development and validation of a global competency framework for pharmacy education [dissertation]. London: University College London; 2011.
17. International Pharmaceutical Federation (FIP). A Global Competency Framework version 1. [online]. 2012. [cited Feb 2, 2024]. Available from: www.fip.org/files/fip/PharmacyEducation/GbCF_v1.pdf.
18. International Pharmaceutical Federation (FIP). A Global Competency Framework version 2 [online]. 2020. [cited Feb 2, 2024]. Available from: www.fip.org/file/4805.
19. Arakawa N, Yamamura S, Duggan C, Bates I. The development of a foundation-level pharmacy competency framework: An analysis of country-level applicability of the Global Competency Framework. *Res Social Adm Pharm* 2020; 16: 396-404.
20. Al-Haqan A, Smith F, Bader L, Bates I. Competency development for pharmacy: Adopting and adapting the Global Competency Framework. *Res Social Adm Pharm* 2021; 17: 771-85.
21. Meilianti S, Bates I, Falah N, Budiarti E, Sudjianto T, Bader L, et al. Using the FIP Global Competency Framework (GbCF) to develop a foundational competency framework for early careers pharmacists in Indonesia [online]. 2024. [cited Feb 2, 2024]. Available from: [www.academia.edu/41519513/Using_the_FIP_Global_Competency_Framework_\(GbCF\)_to_develop_a_Foundational_Competency_Framework_for_Early_Careers_Pharmacists_in_Indonesia](http://www.academia.edu/41519513/Using_the_FIP_Global_Competency_Framework_(GbCF)_to_develop_a_Foundational_Competency_Framework_for_Early_Careers_Pharmacists_in_Indonesia).
22. Alfaifi S, Arakawa N, Bridges S. The relevance of the International Pharmaceutical Federation Global Competency Framework in developing a country-level competency framework for pharmacists: A cross-sectional study. *Explor Res Clin Soc Pharm* 2022; 5: 100095.

23. Brown AN, Gilbert BJ, Bruno AF, Cooper GM. Validated competency framework for delivery of pharmacy services in Pacific-Island countries. *J Pharm Pract Res* 2012; 42: 268-72.
24. The South African Pharmacy Council. 2018 Competency standards for pharmacists in South Africa [online]. 2018. [cited Feb 2, 2024]. Available from: www.gov.za/sites/default/files/gcis_document/201805/41621bn59.pdf.
25. Mucalo I, Hadziabdic MO, Govorcinovic T, Saric M, Bruno A, Bates I. The development of the Croatian competency framework for pharmacists. *Am J Pharm Educ* 2016; 80: 134.
26. Suwannaprom P, Suttajit S, Eakanunkul S, Supapaan T, Kessomboon N, Udomaksorn K, et al. Development of pharmacy competency framework for the changing demands of Thailand's pharmaceutical and health services. *Pharm Pract* 2020; 18: 2141.
27. Pharmacy Council of Thailand. Pharmacy Council Announcement No. 18/2012: Professional core competency of Doctor of Pharmacy Program [online]. 2012 [cited Jun 7, 2024]. Available from: www.pharmacycouncil.org/index.php?option=content_detail&menuid=68&itemid=1492&catid=0.
28. Pharmacy Council of Thailand. Pharmacy Council Announcement No. 8/2011: Standards for pharmacy practitioners in pharmaceutical care [online]. 2011 [cited Jun 7, 2024]. Available from: www.pharmacycouncil.org/share/file/file_260.pdf.
29. Pharmacy Council of Thailand. Pharmacy Council of Thailand. Pharmacy Council Announcement No. 13/2013: Pharmacy competency standard in industrial pharmacy [online]. 2013 [cited Jun 7, 2024]. Available from: www.pharmacycouncil.org/index.php?option=content_detail&menuid=0&itemid=287.
30. Yongpradern S. Exploring competencies of primary care pharmacists practicing in public sector: a qualitative study. *Thai Journal of Pharmacy Practice* 2018; 10: 276-90.
31. Parinyarux P, Wongpoowarak P, Dhippayom T, Laophokhin V, Kitikannakorn N. Community pharmacy competency: systematic review. *Thai Journal of Pharmacy Practice* 2020; 12: 1168-78.
32. Auimekhakul T, Suttajit S, Suwannaprom P. Pharmaceutical public health competencies for Thai pharmacists: a scoping review with expert consultation. *Explor Res Clin Soc Pharm* 2024; 14: 100444.
33. Yamane T. Statistics: an introductory analysis. 3 ed. New York: Harper & Row; 1973.
34. Pharmacy Council of Thailand. Pharmacy Council Announcement No. 59/2019: Bachelor of Pharmacy Degree Accredited by the Pharmacy Council. Academic year 2020 [online]. 2019 [cited Jun 7, 2024]. Available from: www.pharmacycouncil.org/index.php?option=content_detail&menuid=68&itemid=1492&catid=0.
35. Udoh A, Bruno-Tomé A, Ernowati DK, Galbraith K, Bates I. The effectiveness and impact on performance of pharmacy-related competency development frameworks: a systematic review and meta-analysis. *Res Social Adm Pharm* 2021; 17: 1685-96.
36. Parrott A. Performance tests in human psychopharmacology (2): content validity, criterion validity, and face validity. *Hum Psychopharmacol* 1991; 6: 91-8.
37. Bruno A, Bates I, Brock T, Anderson C. Towards a global competency framework. *Am J Pharm Educ* 2010; 74: 56.
38. Chungsathiansap K, Paonil W, Sringenyuang L. Medicine and community: sociocultural dimensions. Nonthaburi: Office of Social and Health Research; 2007.
39. UK Public Health Register. The IUHPE core competencies and professional standards for health promotion [online]. 2016 [cited 15 January, 2022]. Available from: www.ukphr.org/wp-content/uploads/2017/02/Core_Competencies_Standards_linkE.pdf.

40. Community Public Health Profession Act B.E. 2556. Royal Gazette No. 130, Part 118A (Dec 16, 2013).
41. Ploylearmsang C, Kanjanasilp J, Kessomboon N, Suttajit S, Suwannaprom P, Sripa S, et al. Hospital pharmacy practice and the way forward for pharmacy education in Thailand. *Can J Hosp Pharm* 2019; 72: 34-41.
42. Center for Continuing Pharmaceutical Education. Primary pharmacy training course: Family and community pharmacist Fiscal year 2023 [online]. 2023 [cited Feb 18, 2024]. Available from: www.pharmacycouncil.org/ccpe/index.php?option=sseminar_detail&subpage=seminar_detail&id=4568.
43. Chan XH, Wuliji T. Global pharmacy workforce and migration report: a call for action [online]. 2010 [cited Jul 25, 2021]. Available from: www.hrhresourcecenter.org/node/1326.html.
44. Phueanpinit P, Jarernsiripornkul N, Pongwecharak J, Krska J. Hospital pharmacists' roles and attitudes in providing information on the safety of non-steroidal anti-inflammatory drugs in Thailand. *Int J Clin Pharm* 2014; 36: 1205-12.
45. Pender NJ, Murdaugh CL, Parsons MA. Health promotion in nursing practice. New Jersey: Peason Education; 2006.
46. Gibson CH. The process of empowerment in mothers of chronically ill children. *J Adv Nurs* 1995; 21: 1201-10.
47. Waldron T, Carr T, McMullen L, Westhorp G, Duncan V, Neufeld S-M, et al. Development of a program theory for shared decision-making: A realist synthesis. *BMC Health Serv Res* 2020; 20: 59. doi.org/10.1186/s12913-019-4649-1
48. Chronic Non-Communicable Disease Group Bureau of Noncommunicable Diseases. Manual for community-based prevention and control of chronic non-communicable diseases: community risk reduction reduce chronic non-communicable diseases (CBI NCDs) for public health personnel: person responsible for chronic non-communicable diseases in 2018. Bangkok: Department of Disease Control, Ministry of Public Health; 2018.
49. Teutsch SM, Berger ML. Evidence synthesis and evidence-based decision making: Related but distinct processes. *Med Decis Making* 2005; 25: 487-9. doi.org/10.1177/0272989X05281156
50. Tantivess S, Teerawattananon Y, Mills A. Strengthening cost-effectiveness analysis in Thailand through the establishment of the health intervention and technology assessment program. *Pharmacoeconomics* 2009; 27: 931-45.
51. Chang S, Lee TH. Beyond evidence-based medicine. *N Engl J Med* 2018; 379: 1983-5.
52. National Association of Pharmacy Regulatory Authorities. Model standards of practice for Canadian pharmacists [online]. 2009 [cited Jun 7, 2024]. Available from: napra.ca/sites/default/files/2017-09/Model_Standards_of_Prac_for_Cdn_Pharm_March09_layout2017_Final.pdf.
53. Parajuli DR, Khanal S, Wechkunanukul KH, Ghimire S, Poudel A. Pharmacy practice in emergency response during the covid-19 pandemic: lessons from Australia. *Res Social Adm Pharm* 2022; 18: 3453-62.
54. Aburas W, Alshammari TM. Pharmacists' roles in emergency and disasters: covid-19 as an example. *Saudi Pharm J* 2020; 28: 1797-816.
55. Aruru M, Truong H-A, Clark S. Pharmacy emergency preparedness and response (pepr): a proposed framework for expanding pharmacy professionals' roles and contributions to emergency preparedness and response during the covid-19 pandemic and beyond. *Res Social Adm Pharm* 2021; 17: 1967-77.
56. Somchan P. Development of a pharmaceutical care model for the care of patients infected with coronavirus 2019 in Nachaluai hospital, Ubon Ratchathani province. *UBRU Journal for Public Health Research* 2023; 12: 99-108.

57. Dawvongyad N. Satisfaction of mail service pharmacy and viral suppression of hiv infected patients in situation of covid-19 pandemic. *Thai Journal of Hospital Pharmacy* 2023; 33: 144-53.
58. Thongim C. The role of pharmacists after the covid-19 outbreak. *Journal of Primary Care and Family Medicine*. 2020; 3: 7-9.
59. Human resources management division. Office of the Permanent Secretary. Document no. PH0208.08/C1377 24 March 2024: Criteria, methods, and conditions for performance evaluation for promotion and appointment to expert and specialist positions under the Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health [online]. 2022 [cited Jun 7, 2024]. Available from: dmsic.moph.go.th/index/detail/8946.
60. Galbraith K, Udoh A, Ernawati DK, Bates IP, Bader LR, Meilanti S. FIP global advanced development framework handbook version 1: supporting advancement of the profession [online]. 2020 [cited Jan 16, 2022]. Available from: www.fip.org/gadf.
61. Kopelman P, Bates I, Ward E, Duggan C. The RPS roadmap to advanced practice: supporting the development and assessment of advanced practitioners, both specialist and generalist. London: The Royal Pharmaceutical Society; 2016.
62. The Pharmaceutical Society of Ireland. Core competency framework for pharmacists [online]. 2013 [cited Jan 22, 2022]. Available from: www.thepsi.ie/Libraries/Pharmacy_Practice/PSI_Core_Comp_Framework_Web_Version_Final.sflb.ashx.
63. Rutjanathamrong P, Singweratham N, Techakehakij W, Boontiam N, Kaewsing P, Bunpean A. Development of management guideline for the Health security Funds to allocate budget for the District Health Promoting Hospitals transferred to the Local Administrative Organizations. Nonthaburi: Health Systems Research; 2022.
64. Insorn T. Illegal advertising of supplementary food among facebook and law enforcement guideline for officer. *Research and Development Health System Journal* 2019; 12: 40-8.
65. Phuengsaran P. Business plan: Moblie application "PHARMA NEAR" for telepharmacy. Bangkok: Mahidol University; 2021.
66. Wattana K, Yongpraderm S, Sottiyotin T, Adulyarat N, Suntonchainugul C, Chinakrapong N, et al. Desires and attitudes towards telepharmacy medicine delivery. *Int J Environ Res Public Health* 2022; 19: 13571.
67. National Health Security Office (NHSO). UCS beneficiaries to get free NCDs screening tests. [online]. 2022 [cited Feb 2, 2024]. Available from: eng.nhso.go.th/view/1/DescriptionNews/UCS-beneficiaries-to-get-free-NCDs-screening-tests-/494/EN-US.
68. Jamison DT, Summers LH, Alleyne G, Arrow KJ, Berkley S, Binagwaho A, et al. Global health 2035: a world converging within a generation [online]. 2013 [cited Jun 6, 2024]. Available from: www.thelancet.com/commissions/global-health-2035.
69. Dahlgren G, Whitehead M. Levelling up. part 2: European strategies for tackling social inequities in health. WHO Collaborative Center for Policy Research on Social Determinants of Health. University of Liverpool studies on economic determinants of population health no. 3. Copenhagen: World Health Organization. 2006.
70. Pharmacy Council of Thailand. Pharmacy Council Announcement No. 24/2024: Standard criteria for pharmaceutical professionals in primary Pharmacy 2023 [online]. 2024 [cited Jun 7, 2024]. Available from: www.pharmacycouncil.org/index.php/index.php?option=content_detail&menuid=68&itemid=3388&catid=0.
71. Tutlys V, Winterton J, Tacconi G. Competency proficiency scaling. *Handbook of vocational education and training: developments in the changing world of work*. Cham: Springer Cham; 2019. p. 1219-38.

72. Croft H, Gilligan C, Rasiah R, Levett-Jones T, Schneider J. Current trends and opportunities for competency assessment in pharmacy education—a literature review. *Pharmacy* 2019; 7: 67.
73. Saseen JJ, Ripley TL, Bondi D, Burke JM, Cohen LJ, McBane S, et al. ACCP clinical pharmacist competencies. *Pharmacotherapy* 2017; 37: 630-6.
74. Pharmacy Council of Thailand. College of Pharmaceutical and Health Consumer Protection of Thailand Announcement No. 11/2023: Recruitment to take the examination for Board certified in pharmaceutical and health consumer protection [online]. 2023 [cited Jun 7, 2024]. Available from: www.pharmacycouncil.org/index.php?option=content_search&menuid=68.
75. Pharmacy Council of Thailand. Pharmacy Council Announcement No. 45/2023: Structure of the training curriculum for persons with knowledge and expertise in the profession of pharmacy. Pharmacy Administration branch [online]. 2023 [cited Jun 7, 2024]. Available from: pharmacycouncil.org/index.php?option=content_detail&menuid=35&itemid=3176&catid=0.

ภาคผนวก

กรอบสมรรถนะด้านเภสัชสาธารณสุขสำหรับเภสัชกรไทย

นิยาม สมรรถนะด้านเภสัชสาธารณสุข (pharmaceutical public health competency) หมายถึง พฤติกรรมการทำงานที่พึงมีของเภสัชกรที่เกิดจากการประยุกต์ใช้ความรู้ทางเภสัชศาสตร์ในการปฏิบัติงานในระบบสุขภาพชุมชน¹ เพื่อสร้างเสริมสุขภาพ² และความเข้มแข็งด้านยา ผลิตภัณฑ์ และบริการสุขภาพ ในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน ทั้งในสถานการณ์ปกติและฉุกเฉิน โดยการจัดการปัจจัยกำหนดสุขภาพ³ และสร้างสิ่งแวดล้อมในการสร้างเสริมสุขภาพให้เหมาะสมกับแต่ละบริบทชุมชน การสนับสนุนการเข้าถึงยา ผลิตภัณฑ์ และบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิที่ปลอดภัยและสมเหตุสมผล เพื่อให้เภสัชกรปฏิบัติงานด้านเภสัชสาธารณสุข⁴ และสามารถสนับสนุนระบบสุขภาพชุมชนโดยรวมให้เข้มแข็งมากขึ้น
A: สมรรถนะการสร้างเสริมสุขภาพระดับบุคคลและครอบครัว (Individual and family health promotion)
A1: ประเมินความจำเป็นทางสุขภาพและปัจจัยกำหนดสุขภาพระดับบุคคลและครอบครัวเพื่อออกแบบกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพที่เหมาะสม
A1.1 ประเมินความรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) เพื่อใช้ในการออกแบบการสร้างเสริมสุขภาพที่เหมาะสมกับแต่ละบุคคลและครอบครัว A1.2 ประเมินความจำเป็นทางสุขภาพโดยการวิเคราะห์บริบทของแต่ละบุคคล เพื่อค้นหาปัจจัยที่สนับสนุนและปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการสร้างเสริมสุขภาพ เช่น เศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม สภาพแวดล้อม และอื่นๆ

¹ หมายถึง ระบบสุขภาพที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยและครอบครัวที่สุดก่อนที่จะเชื่อมโยงกับระบบบริการสุขภาพลำดับถัดไป หมายรวมหน่วยบริการทั้งภาครัฐและภาคเอกชน

² คำว่าสร้างเสริมสุขภาพในงานวิจัยนี้ หมายรวมถึง การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และกิจกรรมที่เอื้อให้ประชาชนวิถีชีวิตเพื่อสุขภาพดี

³ คือ ปัจจัยแวดล้อมที่ส่งผลต่อสุขภาพของบุคคล ครอบครัว และชุมชน เช่น สภาพแวดล้อมทางสังคมและเศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ ลักษณะและพฤติกรรมส่วนบุคคลของบุคคลนั้น

⁴ เช่น การกระจายยาในชุมชนอย่างเหมาะสม การให้สุศึกษาและความรู้ด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ การจ่ายยาระดับเบื้องต้นตามความต้องการของชุมชน การคุ้มครองผู้บริโภคด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชน รวมถึงการวิเคราะห์และจัดการปัญหาที่เกี่ยวข้องกับยา ผลิตภัณฑ์ และบริการสุขภาพในชุมชน

A1.3 ออกแบบกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพที่เหมาะสมกับบริบทของแต่ละบุคคลและครอบครัว โดยสังเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการประเมินและการวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องข้างต้น
A2: ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและเพิ่มศักยภาพการสร้างเสริมสุขภาพระดับบุคคลและครอบครัว
A2.1 เสริมศักยภาพ ⁵ และเสริมพลังอำนาจ ⁶ ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่นำไปสู่การสร้างเสริมสุขภาพด้วยการให้ข้อมูลที่เหมาะสม
A2.2 ให้คำแนะนำและสนับสนุนให้บุคคลและครอบครัวเกิดการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การควบคุมโรค และมีวิถีชีวิตเพื่อสุขภาพดี (healthy lifestyle)
A2.3 ค้นหาปัญหา แก้ไขปัญหา และให้คำปรึกษาการใช้ยาหรือผลิตภัณฑ์สุขภาพ ⁷ เพื่อเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาอย่างปลอดภัยและสมเหตุผล การปฏิบัติตามแนวทางการรักษา และการมีวิถีชีวิตที่มีสุขภาพดี
A2.4 เสริมพลัง และสร้างแรงจูงใจต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลและประชาชน
A2.5 ส่งเสริมและพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ โดยเสริมสร้างความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ ถูกต้องและเชื่อถือได้ และวางระบบที่เอื้อต่อการตัดสินใจดูแลสุขภาพของบุคคลและครอบครัว
A3: สนับสนุนการมีส่วนร่วมเพื่อสร้างความยั่งยืนในการสร้างเสริมสุขภาพของบุคคลและครอบครัว
A3.1 สร้างเครือข่ายความร่วมมือระหว่างครอบครัว ชุมชน สหสาขาวิชาชีพ และภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้บริการสุขภาพร่วมกัน รักษาความสัมพันธ์และการสื่อสารเพื่อรับรู้ร่วมกันอย่างสม่ำเสมอ
A3.2 ออกแบบสร้างสรรค์เชิงนวัตกรรมการสร้างเสริมสุขภาพร่วมกันโดยกำหนดแนวทางการพัฒนาร่วมกันอย่างต่อเนื่องระหว่างวิชาชีพและ/หรือภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง บนหลักการที่มีประชาชนเป็นศูนย์กลาง (people-centered approach)
B: สมรรถนะการเสริมพลังชุมชนเพื่อชุมชนมีสุขภาวะ (Community empowerment for well-being)
B1: วิเคราะห์สถานการณ์ยาและสุขภาพของชุมชน
B1.1 รวบรวมข้อมูลโดยการรับฟังความคิดเห็นของทุกฝ่ายด้วยความเคารพ โปร่งใส และตรงไปตรงมา เพื่อออกแบบกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน
B1.2 วิเคราะห์ปัจจัยกำหนดสุขภาพโดยใช้หลักคิดเชิงระบบ (systems thinking) ที่คำนึงถึงปัจจัยต่าง ๆ แบบองค์รวมเพื่อวิเคราะห์ปฏิสัมพันธ์ของปัจจัยในระบบที่ซับซ้อน เช่น เศรษฐกิจ สังคม สภาวะแวดล้อม บริบททางวัฒนธรรม เป็นต้น
B1.3 วิเคราะห์ปัจจัยและบริบททางวัฒนธรรม เช่น ภูมิหลังชาติพันธุ์ ภาษา อัตลักษณ์ ค่านิยม ความเชื่อ และบรรทัดฐานของแต่ละชุมชนที่อาจมีอิทธิพลต่อสุขภาพ โดยหลีกเลี่ยงแนวคิดแบบเหมารวม ⁸
B1.4 ร่วมกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและภาคีเครือข่ายชุมชนในการประเมินข้อเท็จจริงจากข้อมูลเพื่อกำหนดประเด็นสำคัญต่อการสร้างเสริมสุขภาพที่สอดคล้องกับบริบทของชุมชน

⁵ เช่น การเสริมศักยภาพตามแนวคิดของ Pender's คือการสนับสนุนให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงความรู้สึกและความสามารถของตนเอง ประโยชน์และอุปสรรคของพฤติกรรมสุขภาพ เป็นต้น

⁶ เช่น การเสริมพลังอำนาจตามแนวคิดของ Gibson's คือ การค้นพบสถานการณ์จริง สะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ ตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติ และคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ เป็นต้น

⁷ รวมถึงผลิตภัณฑ์สุขภาพอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร ยาจากสมุนไพร เครื่องมือแพทย์ เป็นต้น ในทุกขั้นตอนตั้งแต่ขั้นตอนการเลือกใช้ไปจนถึงผลข้างเคียงหลังการใช้

⁸ แนวคิดเหมารวม (stereotyping) หมายถึง แนวคิดที่รวบคนเข้าไว้เป็นกลุ่มเดียวโดยไม่คำนึงถึงความหลากหลาย (diversity) ของคนในกลุ่ม ทำให้ขาดความตระหนักเรื่องความแตกต่างและเกิดการปฏิบัติโดยอคติคิดว่าสังคมเดียวกันมีลักษณะนิสัยเหมือนกัน เช่น ชาวอังกฤษหยิ่งยโสและไม่ค่อยเป็นมิตร ในขณะที่ชาวอเมริกันตรงไปตรงมา คนจนเป็นคนไม่รักสุขภาพ เป็นต้น

B2: ออกแบบกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพและแนวทางการแก้ไขปัญหาทางสุขภาพในชุมชน
B2.1 ค้นข้อมูล สะท้อนสถานการณ์ สร้างพลวัตการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ปัญหาและความจำเป็นทางสุขภาพที่วิเคราะห์ได้ผ่านเวทีต่างๆ เช่น ประชาคมหรือสมัชชาสุขภาพ เพื่อสร้างความตระหนักรู้ ความตื่นตัวและเกิดการมีส่วนร่วมในการจัดการประเด็นสุขภาพ B2.2 พัฒนานโยบายสู่การปฏิบัติและผลักดันเชิงกลยุทธ์ จัดเตรียมโครงการพัฒนาสุขภาพชุมชนที่เหมาะสมตามปัจจัยกำหนดสุขภาพ มีหลักฐานเชิงประจักษ์รองรับ (evidence-based practice) ทันสมัย และเป็นไปตามนโยบายระดับชาติ B2.3 วางแผนการจัดการปัญหาโดยใช้แนวคิดและการจัดการเชิงระบบ (systematic thinking and systematic approaches) ในการออกแบบแผนกิจกรรม B2.4 พัฒนาโครงการ ออกแบบแผนงานโครงการที่เหมาะสมกับบริบททางสังคมและวัฒนธรรมของชุมชนและสอดคล้องกับความต้องการของชุมชน โดยประยุกต์ใช้ความรู้ทางเภสัชศาสตร์และศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง⁹ ตลอดจนแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการคุ้มครองผู้บริโภคด้านยาและสุขภาพ เพื่อเพิ่มคุณค่าและความเข้มแข็งของกิจกรรมเภสัชสาธารณสุข
B3: ดำเนินกิจกรรมตามแผนงานโครงการ
B3.1 กำหนดผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย วางกลยุทธ์ ออกแบบแผนการดำเนินงาน และดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค สุขศึกษา และวิถีชีวิตเพื่อสุขภาพดีของชุมชน B3.2 สนับสนุนให้ชุมชนมีส่วนร่วมในกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันโรคและภัยสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์อย่างเป็นองค์รวม เช่น การจัดการความเสี่ยง การคุ้มครองผู้บริโภค และการควบคุมกำกับยา และผลิตภัณฑ์สุขภาพ การส่งเสริมการใช้ยาในชุมชนอย่างสมเหตุผล เป็นต้น B3.3 ผลักดันกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพและส่งเสริมแนวคิดนโยบายห่วงใยสุขภาพ¹⁰ ผ่านการทำงานร่วมกับทุกภาคส่วน และสนับสนุนให้ผู้มีส่วนได้เสียทุกฝ่ายมีส่วนร่วมในกิจกรรม B3.4 พัฒนา กระตุ้น และหนุนศักยภาพที่จำเป็นแก่ประชาชน สหสาขาวิชาชีพและองค์กรที่เกี่ยวข้องเพื่อเพิ่มขีดความสามารถในการดำเนินกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพของชุมชน B3.5 ปรับเปลี่ยนกลยุทธ์ในการดำเนินกิจกรรม โดยคำนึงถึงความแตกต่างระหว่างวัฒนธรรม¹¹ อันส่งผลต่อการดูแลสุขภาพเพื่อตอบสนองต่อสถานการณ์ที่เปลี่ยนไป B3.6 สร้างความสัมพันธ์อันดีกับเครือข่ายการดูแลสุขภาพในชุมชนอย่างต่อเนื่อง และสร้างความเป็นเจ้าของร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (stakeholder ownership) เพื่อความยั่งยืนของโครงการในระยะยาว
B4: ประเมินผลกิจกรรมในชุมชนอย่างมีมาตรฐานเพื่อการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง
B4.1 ออกแบบวิธีการประเมินผลลัพธ์ทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพที่เป็นองค์รวม เช่น การเข้าถึง และความพึงพอใจของประชากรเป้าหมาย เป็นต้น เหมาะสมกับศักยภาพและบริบทของชุมชน เป็นที่ยอมรับ สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของแผนงานโครงการ และเหมาะสมกับตัวชี้วัดระดับจังหวัดและระดับชาติ B4.2 ออกแบบ วางแผนการเก็บข้อมูล และจัดเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างเป็นระบบเพื่อการประเมินผลที่มีประสิทธิภาพและสนับสนุนการทำงานวิจัยจากฐานข้อมูลในพื้นที่

⁹ เช่น จิตวิทยา สังคมวิทยาและมานุษยวิทยาการแพทย์ และพฤติกรรมศาสตร์ เป็นต้น

¹⁰ ทูกันโยบายห่วงใยสุขภาพ (Health in All Policies) เป็นแนวทางการดำเนินงานที่บูรณาการและเชื่อมโยงข้อพิจารณาด้านสุขภาพเข้ากับนโยบายในภาคส่วนต่างๆ โดยทุกภาคส่วนทำงานร่วมกันเพื่อพิจารณาตัดสินใจ หลีกเลี่ยงผลกระทบที่จะเป็นอันตรายต่อสุขภาพ"

¹¹ ความแตกต่างระหว่างวัฒนธรรม หมายถึง ความแตกต่างของวิถีชีวิตระหว่างสังคม อันเป็นความแตกต่างของพฤติกรรมหรือวัฒนธรรมระหว่างหมู่พวกต่างๆ ซึ่งความแตกต่างเหล่านี้อาจส่งผลต่อพฤติกรรมทางตรงหรือทางอ้อมต่อการดูแลสุขภาพ เช่น วัฒนธรรมการรับประทานอาหารที่ส่งผลต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ภาษาและความเชื่อของผู้ป่วยในแต่ละชาติพันธุ์ที่อาจส่งผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพ เป็นต้น

B4.3 ส่งเสริมให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมีส่วนร่วมในกระบวนการประเมินและติดตามผล ใช้ข้อมูลที่ได้จากการประเมินในการปรับปรุงและพัฒนากิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ B4.4 ติดตาม เฝ้าระวัง วิเคราะห์และประเมินสถานะสุขภาพและปัจจัยกำหนดสุขภาพ ด้วยการค้นหาปัญหาเชิงรุกด้านยาผลิตภัณฑ์สุขภาพ และสุขภาพของชุมชนอย่างต่อเนื่อง เพื่อระบุความจำเป็นด้านสาธารณสุขที่เป็นปัจจุบันและควบคุมกำกับอย่างเหมาะสม
B5: ทำงานร่วมกับชุมชนและบริหารโครงการตามแผน
B5.1 ใช้ทักษะการจัดการได้อย่างเหมาะสมกับสถานการณ์ เช่น การสร้างแรงจูงใจ การเจรจาต่อรอง การแก้ปัญหาความขัดแย้ง การทำงานเป็นทีม เป็นต้น B5.2 ขับเคลื่อนกิจกรรมสาธารณสุขอย่างมีกลยุทธ์ เช่น การสร้างความมีส่วนร่วมของสหสาขาวิชาชีพ การสานพลังเครือข่ายชุมชน เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง (change agent) เพื่อสร้างเสริมสุขภาพ การใช้มาตรการทางสังคม¹² เป็นต้น เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกัน และแก้ไขปัญหาสุขภาพในชุมชน รวมถึงประยุกต์และบังคับใช้กฎหมายเพื่อการคุ้มครองผู้บริโภค
B6: ส่งเสริมกิจกรรมที่สนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพในบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิ¹³ อย่างปลอดภัยและสมเหตุผล
B6.1 ส่งเสริมกิจกรรมที่สนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในสถานบริการปฐมภูมิ เช่น การจัดหาและวัดซีนไว้ใช้ในบริการสุขภาพปฐมภูมิ การตรวจสุขภาพ คัดกรองโรคเบื้องต้น กิจกรรมการสร้างภูมิคุ้มกันโรคด้วยวัคซีน การคุมกำเนิดและยาคุมกำเนิด เป็นต้น รวมถึงจัดให้มีบริการยาจำเป็นที่ตอบสนองต่อความจำเป็นทางสุขภาพของชุมชน B6.2 ให้ความช่วยเหลือการดูแลสุขภาพเบื้องต้นด้วยตนเอง (self-care) ในชุมชน เช่น การให้คำแนะนำวิธีการประเมินอาการตนเอง การจัดการอาการ การดูแลรักษาสุขภาพและการใช้ยาเบื้องต้นเมื่อมีอาการเจ็บป่วยเล็กน้อย เป็นต้น B6.3 สนับสนุนและเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง (continuity of care) การส่งต่อผู้ป่วยตามระบบสาธารณสุขเมื่อจำเป็น การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย และการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน
C: สมรรถนะการจัดการข้อมูลและหลักฐานเชิงประจักษ์ (Information and evidence-based practice)
C1: จัดการข้อมูลเภสัชสาธารณสุขและแบ่งปันข้อมูลเพื่อการร่วมตัดสินใจตามหลักฐานเชิงประจักษ์ (evidence-based decision making)
C1.1 ทราบแหล่งงานวิจัยและข้อมูลทางการแพทย์และเภสัชศาสตร์ สืบค้น รวบรวมข้อมูลและหลักฐานเชิงประจักษ์ (evidence-based information) ที่เกี่ยวข้อง¹⁴ เพื่อใช้ในการดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

¹² มาตรการทางสังคม หมายถึง วิธีการกระบวนการทางสังคม เพื่อสร้างการควบคุมและสร้างบทลงโทษทางสังคม โดยยึดถือจากหลักศีลธรรมหรือจารีตประเพณีอันดีงามของสังคม

¹³ บริการเภสัชกรรมปฐมภูมิ (Primary Care Pharmacy Service) ในงานวิจัยนี้หมายถึง การบริการระดับแรกที่อยู่ใกล้ชิดชุมชนมากที่สุด ดูแลสุขภาพประชาชน ในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชนอย่างใกล้ชิด ตั้งแต่ก่อนป่วย ดูแลเบื้องต้นเมื่อเจ็บป่วย และหลังเจ็บป่วย รวมหน่วยบริการทั้งภาครัฐและภาคเอกชน เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลชุมชน ร้านขายยา (เภสัชกรรมชุมชน) เป็นต้น

¹⁴รวมถึงกำหนด ชนิด ประเภท หมวดหมู่ ของข้อมูลและหลักฐานเชิงประจักษ์ที่จำเป็นด้านเภสัชสาธารณสุข ทั้งแหล่งข้อมูลจากฐานข้อมูลทางวิชาการ และหลักฐานที่ได้จากการจัดเก็บในพื้นที่ดำเนินการ เช่น ภาพถ่าย ตัวอย่างยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ เป็นต้น

C1.2 ทบทวน ประเมิน จัดระเบียบข้อมูลและหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยใช้ระบบข้อมูลสารสนเทศสุขภาพ ¹⁵ (health informatics) อย่างเหมาะสม และตรวจสอบคุณภาพข้อมูลตามแนวทางมาตรฐานการกลั่นกรองและการประกันคุณภาพข้อมูลที่นำเสนอ
C1.3 จัดการความรู้ในชุมชน (knowledge management) โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (evidence-based advice) เพื่อเป็นประโยชน์ต่อการสร้างเสริมสุขภาพ
C1.4 สังเคราะห์ข้อมูลและหลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อจัดทำสื่อสารสาธารณะ เผยแพร่และแบ่งปันข้อมูลให้เหมาะสมกับความต้องการของกลุ่มเป้าหมายด้วยทักษะการสื่อสารที่เหมาะสม เข้าใจง่าย สร้างสรรค์ เพื่อสนับสนุนกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพและเพิ่มการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (shared decision making)
C1.5 ปฏิบัติตามมาตรฐานจริยธรรมและกฎหมายที่เกี่ยวข้อง เช่น จรรยาบรรณแห่งวิชาชีพเภสัชกรรม กฎหมายการเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล (Personal Data Protection Act: PDPA) เป็นต้น เคารพสิทธิผู้ป่วยและให้อิสระในการตัดสินใจเรื่องสุขภาพ (autonomy) ความแตกต่างในการดูแลรักษาของแต่ละบุคคล ¹⁶ (Interpersonal medicine)
C2: วิจัย (research)
C2.1 ทำวิจัยตามหลักวิชาการ ใช้ความรู้และทักษะการวิจัยเพื่อค้นหาข้อเท็จจริงและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง รวมถึงทิศทางสุขภาพชุมชนและแนวทางที่เป็นไปได้ เพื่อประยุกต์ใช้แนวทางการแก้ปัญหาสุขภาพที่เป็นปัจจุบัน
C2.2 วิจัยหรือพัฒนานวัตกรรมเพื่อพัฒนา เผยแพร่ สร้างแนวคิดริเริ่ม หรือสร้างนวัตกรรมที่เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพและเภสัชสาธารณสุข
C2.3 ประยุกต์ใช้ผลการวิจัย นวัตกรรม และหลักฐานเชิงประจักษ์ในการแก้ปัญหาและปรับปรุงกระบวนการทำงานอย่างมีประสิทธิภาพด้วยการพัฒนางานประจำสู่งานวิจัย (Routine to research: R2R) หรือการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research)
C3: ใช้ข้อมูลเภสัชเศรษฐศาสตร์ในการตัดสินใจอย่างมีประสิทธิภาพ
C3.1 ประเมินความคุ้มค่าคุ้มทุนโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ทางเภสัชเศรษฐศาสตร์ (Pharmacoeconomics) เพื่อตัดสินใจดำเนินการกิจกรรมสุขภาพ การใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพในงานสาธารณสุข และประเมินความเหมาะสมของการใช้ยาตามภาระโรคของแต่ละชุมชน
C3.2 นำเสนอกิจกรรม โครงการ หรือผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มีข้อมูลเภสัชเศรษฐศาสตร์และหลักวิชาการสนับสนุน ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศกลั่นกรองข้อมูลเพื่อสนับสนุนการตัดสินใจอย่างมีประสิทธิภาพ
D: สมรรถนะการสื่อสารเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ (communication for health promotion)
D1: สื่อสารเชิงวิชาชีพ
D1.1 สื่อสารอย่างมีคุณภาพ เป็นที่ยอมรับเชิงวิชาชีพ บุคลิกลักษณะน่าเชื่อถือ ทั้งวัจนภาษา ¹⁷ และอวัจนภาษา ¹⁸ เพื่อสนับสนุนกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ
D2: ใช้เทคนิคการสื่อสารได้อย่างเหมาะสมกับเนื้อหาและกลุ่มเป้าหมาย
D2.1 พัฒนาเป้าหมายและเลือกเทคนิคการสื่อสารที่เหมาะสม สอดคล้องกับความต้องการของผู้รับสาร เพื่อนำเสนอสื่อสารเสริมสุขภาพที่ตอบโจทย์ความต้องการของกลุ่มเป้าหมายอย่างมีประสิทธิภาพ

¹⁵ ข้อมูลสารสนเทศ (health informatics) คือ สารสนเทศที่เกี่ยวกับสุขภาพอนามัยของประชาชน รวมถึงข้อมูลด้านทรัพยากรสาธารณสุข และกิจกรรมสาธารณสุข เป็นฐานข้อมูลที่ทันสมัยและเพียงพอต่อการบริการเภสัชสาธารณสุขเพื่อการรองรับข้อมูลจากทั้งส่วนกลางและพื้นที่ชุมชน

¹⁶ ความแตกต่างในการดูแลรักษาของแต่ละบุคคล (Interpersonal medicine) หมายถึง การบริบาลผู้ป่วยโดยคำนึงถึงทั้งการใช้ความรู้ที่อ้างอิงจากหลักฐานเชิงประจักษ์ทางการแพทย์ประสานเข้ากับบริบทแวดล้อมของผู้ป่วยแต่ละบุคคล

¹⁷ วัจนภาษา หมายถึง ภาษาถ้อยคำ ได้แก่ การฟัง การพูด การเขียน

¹⁸ อวัจนภาษา หมายถึง การสื่อสารโดยไม่ใช้ถ้อยคำ เช่น กริยา ท่าทาง การเจียบ เป็นต้น

D2.2 สื่อสารโดยใช้เทคโนโลยีสารสนเทศที่เป็นปัจจุบัน เพื่อสนับสนุนและเพิ่มช่องทางการสื่อสารให้ครอบคลุม เช่น สื่ออิเล็กทรอนิกส์ และการสื่อสารดิจิทัล เป็นต้น
D2.3 ประเมินผลลัพธ์ของการสื่อสารเทียบกับวัตถุประสงค์ของการสื่อสาร
D3: สื่อสารอย่างเหมาะสมกับบริบท
D3.1 สื่อสารเนื้อหาที่เหมาะสมกับบริบทของผู้รับสาร ¹⁹ เพื่อสร้างความสัมพันธ์ที่ดีและความมีส่วนร่วม
D3.2 ปรับใช้รูปแบบวิธีการสื่อสารให้เหมาะสมกับแต่ละวัฒนธรรม และสถานการณ์การสื่อสารที่ทำนายต่าง ๆ เช่น การสื่อสารในสภาวะความขัดแย้ง การสื่อสารกับกลุ่มผู้ป่วยที่มีอุปสรรคด้านการสื่อสาร ความแตกต่างทางวัฒนธรรมและการสื่อสารเรื่องความรู้ทางสุขภาพ
E: ระบาดวิทยาด้านเภสัชศาสตร์และการสนับสนุนภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขและโรคระบาด (Pharmacoepidemiology and support for public health emergencies and epidemics)
E1: ระบาดวิทยาด้านเภสัชศาสตร์ (Pharmacoepidemiology)
E1.1 ประยุกต์ใช้การออกแบบการศึกษาทางระบาดวิทยา (epidemiological study designs) เพื่อติดตามการใช้ การกระจายยา รวมถึงการติดตามความปลอดภัยด้านยา (Pharmacovigilance) อาการไม่พึงประสงค์ และความปลอดภัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาในกลุ่มประชากรในชุมชน เช่น การระบาดของยาที่ไม่เหมาะสมในชุมชน
E1.2 สร้างระบบในการตอบสนองต่อภาวะฉุกเฉินหรือความท้าทายใหม่ (emerging challenges) ด้วยการใช้ข้อมูลทางเภสัชระบาดวิทยาและป้องกันไม่ให้เกิดเหตุการณ์ดังกล่าวซ้ำ
E2: สนับสนุนการจัดการภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขและโรคระบาด
E2.1 เตรียมแผน สนับสนุน และช่วยเหลือทีมสหสาขาวิชาชีพ ²⁰ ในการจัดทำแผนการรับมือภาวะฉุกเฉินและโรคระบาด
E2.2 สนับสนุนสหสาขาวิชาชีพในการตอบสนองภาวะฉุกเฉินและโรคระบาดตามบทบาทวิชาชีพเภสัชกรรม เช่น จัดให้มียาและเวชภัณฑ์ในยามฉุกเฉินที่จำเป็นตามบริบทของแต่ละชุมชน
E2.3 ร่วมถอดบทเรียนและเตรียมรับมือเหตุการณ์ในรูปแบบเดียวกันในอนาคต ด้วยการระบุแนวโน้ม ความเสี่ยง และผสมผสานแนวคิดที่เป็นปัจจุบันในการปรับปรุงแนวทางการตอบสนองอย่างต่อเนื่อง

¹⁹บริบทในที่นี้ หมายถึง สภาพแวดล้อมที่เกี่ยวข้องที่มีผลต่อความสำเร็จของการสื่อสารทางสุขภาพ เช่น ความตระหนักรู้และความอ่อนไหวทางวัฒนธรรมเป็นการคำนึงถึงบริบทแวดล้อมทางวัฒนธรรม หลีกเลี่ยงการใช้คำศัพท์ทางการแพทย์โดยไม่จำเป็นเพื่อสื่อสารกับกลุ่มบุคคลที่ไม่มีบุคลากรทางการแพทย์ เป็นต้น

²⁰ ทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขและโรคระบาด เช่น ทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (Situation Awareness Team: SAT) ทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (Surveillance and Rapid Response Team : SRRT) เป็นต้น