

ความรู้ ทักษะ และความพร้อมของเภสัชกรชุมชนในประเทศไทย ในการให้บริการบำบัดแบบสั้นสำหรับผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

สุกัญญา หมวดทอง, หทัยรัตน์ สุขศรี, เพ็ญนภา ศรีหรั่ง

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อสำรวจความรู้ ทักษะ และความพร้อมของเภสัชกรชุมชนในการบำบัดแบบสั้นสำหรับผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (Alcohol Brief Intervention: ABI) และค้นหาปัจจัยที่มีผลต่อความพร้อมต่อ ABI **วิธีการ:** ตัวอย่างเป็นเภสัชกรชุมชนในร้านยาจำนวน 524 แห่งที่สุ่มเลือกมาอย่างง่ายมาจากประชากรร้านยาแผนปัจจุบันที่เป็นร้านยาเดี่ยวทั่วประเทศ การศึกษาส่งจดหมายเชิญชวนให้ร่วมการวิจัยผ่านทางไปรษณีย์ และรวบรวมข้อมูลต่างๆ ผ่านแบบสอบถามชนิดตอบเองได้แก่ ข้อมูลลักษณะทั่วไป ความรู้ ทักษะ ความพร้อมต่อการให้บริการ ABI และคำตอบแทนที่เหมาะสม **ผลการวิจัย:** ตัวอย่างตอบแบบสอบถามกลับจำนวน 263 ราย (ร้อยละ 50.2) และผู้วิจัยเก็บข้อมูลจากตัวอย่างรายใหม่เพิ่มเติมอีกจำนวน 30 รายเพื่อให้ครบจำนวนขนาดตัวอย่างขั้นต่ำที่ต้องการ 293 ราย ร้านยาที่ตัวอย่างปฏิบัติงานร้อยละ 23.5 ได้รับการขึ้นทะเบียนเป็นร้านยาคุณภาพโดยสภาเภสัชกรรม ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เกี่ยวกับ ABI เท่ากับ 4.42 (SD=2.78) (คะแนนเต็ม 12) ค่าเฉลี่ยของคะแนนทัศนคติต่อ ABI เท่ากับ 3.51 (SD=0.65) (คะแนนเต็ม 5) ค่าเฉลี่ยของคะแนนความพร้อมต่อ ABI เท่ากับ 1.80 (SD=1.66) (คะแนนเต็ม 5) โดยมีความพร้อมมากที่สุดในด้านระบบสารสนเทศ (ร้อยละ 48.1 ของตัวอย่าง) การอบรมออนไลน์ (ร้อยละ 47.8) และ การขึ้นทะเบียนบริการและเปิดบริการได้ทุกวัน (ร้อยละ 46.1) โดยมีพร้อมด้านความรู้เกี่ยวกับ ABI ร้อยละ 16.4 และด้านทักษะเกี่ยวกับ ABI ร้อยละ 21.5 ทั้งความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับ ABI เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความพร้อมต่อการให้บริการ ABI อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดย odds ratio ของความรู้เกี่ยวกับ ABI เท่ากับ 1.14 ($P=0.02$; 95%CI 1.02 - 1.27) และของทัศนคติเกี่ยวกับ ABI เท่ากับ 4.45 ($P<0.001$; 95%CI 2.56 - 7.92) **สรุป:** เภสัชกรชุมชนมีความรู้เกี่ยวกับ ABI ยังไม่เพียงพอและมีความพร้อมเกี่ยวกับ ABI ต่ำ แม้ว่าทัศนคติเกี่ยวกับ ABI จะเป็นบวก อีกทั้งความรู้และทัศนคติต่อ ABI เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมของเภสัชกรชุมชนในการให้บริการ ABI อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จึงจำเป็นต้องเสริมสร้างความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับ ABI เพื่อศักยภาพและความพร้อมให้เภสัชกรชุมชนสามารถให้บริการ ABI ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: เภสัชกรชุมชน การบำบัดแบบสั้นสำหรับผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พฤติกรรมการดื่ม

รับต้นฉบับ: 2 พ.ย. 2567, ได้รับบทความฉบับปรับปรุง: 26 ธ.ค. 2567, รับลงตีพิมพ์: 7 ม.ค. 2568

ผู้ประสานงานบทความ: เพ็ญนภา ศรีหรั่ง วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก 90/1 ถนนอนามัย ตำบลในเมือง อำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น 40000 E-mail: Pennapa@scphkk.ac.th

Knowledge, Attitudes, and Readiness of Thai Community Pharmacists Regarding the Provision of Alcohol Brief Intervention

Sukunta Muadthong, Hatairat Suksri, Pennapa Siring

Sirindhorn College of Public Health, Khon Kaen, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences,
Praboromarajchanok Institute

Abstract

Objective: To survey knowledge, attitudes, and readiness of the drugstore pharmacists regarding the provision of the alcohol brief intervention (ABI), and to identify factors affecting the readiness for providing the ABI. **Method :** The subjects consisted of 524 community pharmacists selected by simple random sampling from the population of independent community pharmacies all over the country. The study sent invitation letters for the study by post and collecting data using a self-administered questionnaire including the personal characteristics, knowledge, attitude, readiness regarding the provision of the ABI and reasonable reimbursement. **Results:** There were 263 respondents who completed the questionnaires (50.2%). The researchers collected data from an additional 30 new subjects to reach the required minimum sample size of 293. Community pharmacies where 23.5% of the respondents worked were listed by the Pharmacy Council as quality drug stores. Overall mean of knowledge regarding the ABI was 4.42 (SD=2.78) out of a full score of 12. Overall mean of attitude toward the ABI was 3.51 (SD=0.65) from a total score of 5. The mean of readiness to provide the ABI was 1.80 (SD=1.66) out of the full score of 5. Highest readiness score was found in the information system (48.1% of total sample), online training (47.8%), and officially registered for providing daily service (46.1%). However, only 16.4% were ready for knowledge regarding the ABI, and only 21.5% were ready for the skill in providing the ABI. Both knowledge and attitudes regarding the ABI were the statistically significant factors associated with the readiness for providing the ABI with adjusted odds ratio of knowledge at 1.14 (P = 0.02; 95%CI 1.02 - 1.27) and that of attitudes at 4.45 (P <0.001; 95%CI 2.56 – 7.92). **Conclusion :** Community pharmacists had insufficient knowledge regarding the ABI and were not ready to practice although they had a positive attitude toward the ABI. Knowledge and attitude were significantly associated with the readiness for providing the ABI. Therefore, it is crucial to promote knowledge and attitude regarding the ABI for the development of the capacity and readiness to effectively provide the ABI.

Keywords: community pharmacists, alcohol brief interventions, alcohol drinks, drinking behavior

บทนำ

ในประเทศต่าง ๆ ทุกภูมิภาคของโลกรวมทั้งในประเทศไทยหรืออเมริกาพบว่า ในช่วงเวลา 5 ปีมีการดื่มแอลกอฮอล์เพิ่มขึ้นร้อยละ 26.8 ในเพศชายและเพิ่มขึ้นร้อยละ 34.7 ในเพศหญิง (1, 2) สำหรับประเทศไทยมีรายงานว่า การเสียชีวิตที่เกี่ยวข้องจากการดื่มสุราคิดเป็นร้อยละ 7.4 ของการตายทั้งหมด โดยในเพศชายคิดเป็นร้อยละ 10 ของการตายทั้งหมด และ ในเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 0.9 (3) ประเทศไทยมีอัตราการดื่มแอลกอฮอล์เฉลี่ยประมาณ 5 ลิตรต่อปีต่อคน การดื่มแล้วขับคือ ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่ส่งผลให้เกิดอุบัติเหตุบนท้องถนน โดยพบว่า การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นสาเหตุของการเกิดอุบัติเหตุร้อยละ 39.1 และเป็นสาเหตุของการขับเร็วเกินกว่าที่กฎหมายกำหนดร้อยละ 23.6 (2) นอกจากนี้ยังพบแนวโน้มของการเสียชีวิตและการเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุราที่เพิ่มขึ้นทุกปี ได้แก่ โรคตับจากแอลกอฮอล์ โรคตับ โรคหลอดเลือดสมองแตก และภาวะแอลกอฮอล์เป็นพิษเฉียบพลัน (4)

จากผลกระทบดังกล่าวทำให้ประเทศไทยประกาศนโยบายและกำหนดเป้าหมายลดการดื่มแอลกอฮอล์ร้อยละ 10 ภายในปี พ.ศ. 2568 (5) ในช่วงเวลาเดียวกันนี้ประเทศไทยได้มีการพัฒนาร้านขายยาแผนปัจจุบัน (ข.ย.1) อย่างต่อเนื่อง รวมทั้งยกระดับบริการเป็นสถานบริการสาธารณสุขตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 โดยเริ่มจัดบริการตามโครงการ “ร้านยาชุมชนอบอุ่น” ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2562 เป็นต้นมา ส่งผลให้เภสัชกรที่ปฏิบัติหน้าที่ในร้านยาเริ่มมีบทบาทสำคัญในด้านการส่งเสริมสุขภาพ โดยทำหน้าที่คัดกรองความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรังที่ไม่มีความซับซ้อนได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคทางจิตเวช โรคทางเดินหายใจ และโรคหอบหืด ให้คำแนะนำเกี่ยวกับสุขอนามัยทางเพศ และการเลิกสูบบุหรี่ (6) ต่อมาในปี พ.ศ. 2565 ร้านยาเข้าร่วมให้บริการดูแลผู้มีสิทธิบัตรทองกรณีเจ็บป่วยเล็กน้อย 16 กลุ่มอาการ จนกระทั่งในปี พ.ศ. 2567 มีโครงการร้านยา 30 บาทรักษาทุกที่ ที่ให้บริการดูแลอาการเจ็บป่วยเล็กน้อย 32 อาการ (7) จากบริการด้านยาของร้านยาดังกล่าวประกอบกับผลเสียของการดื่มแอลกอฮอล์ในผู้ที่กำลังยารักษาโรคทำให้เภสัชกรสอบถามพฤติกรรมกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ร่วมด้วยในการทบทวนการใช้ยา การซักถามพฤติกรรมกรรมการดื่ม

แอลกอฮอล์นับเป็นประเด็นเปราะบางที่ต้องระมัดระวัง เพราะเป็นพฤติกรรมเชิงลบ (8)

อย่างไรก็ตาม ร้านยายังไม่มีบริการสำหรับปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ดื่มสุราหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่เป็นปัญหาด้านสุขภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจของผู้ดื่ม รวมถึงมีผลต่อครอบครัวและสังคมโดยรวม นอกจากนี้ยังทำให้ความสามารถในการทำหน้าที่ต่าง ๆ ลดลง โดยเฉพาะอย่างยิ่งทำให้ความสามารถในการขับขี่ยานพาหนะ ซึ่งอาจก่อให้เกิดอุบัติเหตุ จนเป็นสาเหตุหลักในการเสียชีวิต แม้ว่าการตรวจคัดกรองแอลกอฮอล์และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของประชาชนมีการดำเนินการในบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในหลายประเทศ เช่น คาซัคสถาน แต่การให้บริการขึ้นอยู่กับความเต็มใจและความสนใจของหน่วยบริการสุขภาพขั้นพื้นฐานและแพทย์ (9) ในสหราชอาณาจักร พบว่า การบริการคัดกรองและให้คำแนะนำเกี่ยวกับแอลกอฮอล์โดยเภสัชกรในร้านขายยาได้รับการยอมรับในระดับดี แต่การศึกษาต่าง ๆ มีเภสัชกรเข้าร่วมเป็นจำนวนที่น้อยเกินไป (10)

รัฐบาลของไทยมีมาตรการลดปัญหาจากการดื่มสุราแบบอันตรายโดยประกาศใช้พระราชบัญญัติการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 เพื่อควบคุมการขายและการบริโภคสุรา ตลอดจนมีการประเมินปัญหาจากการดื่มสุราโดยแบบประเมิน Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT) (11) และมีแนวทางการบำบัดแบบสั้นสำหรับผู้ดื่มแบบเสี่ยงและแบบอันตรายตามคู่มือที่พัฒนาจากแนวทางขององค์การอนามัยโลก (12) ซึ่งต่อมาได้มีการพัฒนาเป็นแบบคัดกรองประสิทธิภาพการดื่มสุรา การสูบบุหรี่ และการใช้สารเสพติด (Alcohol, Smoking and Substance involvement Screening Test: ASSIST) (13) และมีการพัฒนาแนวทางการบำบัดแบบสั้นตามผลคัดกรองสำหรับการใช้สารเสพติดแบบเสี่ยงและอันตราย (The ASSIST-linked brief intervention for hazardous and harmful substance use) (14) เพื่อใช้ค้นหาผู้ที่ใช้สารเสพติดจำนวน 9 ประเภทรวมทั้งสุราและบุหรี่แบบเสี่ยงหรือแบบอันตราย แล้วให้การบำบัดแบบสั้น หรือส่งต่อตามความเหมาะสม

งานวิจัยในต่างประเทศรายงานว่า เภสัชกรชุมชนในประเทศสหราชอาณาจักรและออสเตรเลียสามารถให้การบำบัดแบบสั้น (Alcohol Brief Intervention: ABI) ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และประชาชนที่รับบริการมีความพึงพอใจ

(15) ร้านยาในประเทศไทยเป็นสถานบริการปฐมภูมิตามกฎหมายและเภสัชกรชุมชนมีบทบาทให้บริการจ่ายยาสำหรับการรักษาโรคเบื้องต้น การส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรคผ่านการคัดกรองความเสี่ยง (16) ซึ่งผู้รับบริการมีความพึงพอใจ (17) ดังนั้น เภสัชกรในร้านขายยาแผนปัจจุบันน่าจะสามารถนำ ABI มาประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยในร้านยาได้ อย่างไรก็ตาม เนื่องจากการบริการนี้เป็นบทบาทใหม่ของเภสัชกรชุมชนซึ่งยังไม่เคยมีในประเทศไทยอย่างชัดเจน จึงยังขาดข้อมูลเกี่ยวกับความรู้ ทักษะ และความพร้อมของเภสัชกรชุมชนเกี่ยวกับ ABI ดังนั้นเพื่อสนับสนุนการผลักดัน ABI ไปสู่การปฏิบัติในร้านยา จึงจำเป็นต้องทำการวิจัยนี้โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจความรู้ ทักษะ ความพร้อมเกี่ยวกับ ABI ของเภสัชกรชุมชน และปัจจัยที่มีผลต่อความพร้อมดังกล่าว ผลการศึกษาที่ได้สามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการจัดทำหลักสูตรพัฒนาศักยภาพของเภสัชกร รวมทั้งจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายต่อการดำเนินงานการคัดกรองและ ABI สำหรับผู้มีปัญหาจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยเภสัชกรชุมชนในประเทศไทยต่อไป

วิธีการวิจัย

งานวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวางนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น เลขที่ HE6320145 การวิจัยดำเนินการระหว่างวันที่ 25 มกราคม พ.ศ. 2564 ถึงวันที่ 4 กุมภาพันธ์ 2565

ในการศึกษานี้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์หรือสุราหมายถึง เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ทุกชนิด เช่น เบียร์ เหล้า วิสกี้ สเปา ไวน์ สาโท กระแช่ รวมถึงยาน้ำที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ ส่วนการบำบัดแบบสั้นสำหรับผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หรือ ABI หมายถึง งานบริการเพื่อให้ผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ปรับพฤติกรรมโดยลดปริมาณหรือเลิกดื่มแอลกอฮอล์ วิธีการนี้ใช้เวลาประมาณ 10-20 นาที ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน คือ 1) การประเมินความเสี่ยงหรือประสบการณ์การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ด้วยแบบคัดกรอง ASSIST ซึ่งประกอบด้วยคำถามจำนวน 7 ข้อ (13) และ 2) การให้ความรู้ คำแนะนำ และคำปรึกษาแก่ผู้รับบริการถึงผลเสียของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ตั้งแต่การให้ความรู้ คำแนะนำอย่างง่าย และบำบัดแบบสั้นหรือให้คำปรึกษาแบบสั้น และ/หรือส่งต่อผู้เชี่ยวชาญ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ร้านยาที่ได้รับใบอนุญาตขายยาแผนปัจจุบันในปี พ.ศ. 2562 ซึ่งมีจำนวนเท่ากับ 13,906 ร้าน (18) แบ่งเป็นร้านยาเดี่ยว จำนวน 10,568 ร้าน (ร้อยละ 76 ของร้านยาทั้งหมด) และร้านยาที่มีหลายสาขา (chain store) จำนวน 3,338 ร้าน (ร้อยละ 24) (19) ประชากรในการศึกษา คือ เภสัชกรที่ปฏิบัติงานที่อยู่ในร้านยาเดี่ยวโดยไม่รวมถึงร้านยาที่มีหลายสาขาเนื่องจากร้านยาประเภทนี้มีการจัดบริการภายใต้การตัดสินใจของผู้บริหารซึ่งอาจไม่ใช่เภสัชกร จึงมีบริบทแตกต่างจากร้านยาเดี่ยวอย่างมากในการตัดสินใจให้บริการที่เกี่ยวกับแอลกอฮอล์

การคำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรสำหรับการประมาณค่าสัดส่วนของประชากรกลุ่มเดียว (20) การศึกษาของ McCaig และคณะในกรุงลอนดอน ประเทศอังกฤษเมื่อปี ค.ศ. 2011 พบว่าไม่มีพื้นที่ใดที่เภสัชกรชุมชนมากกว่าร้อยละ 25 มั่นใจอย่างเต็มที่ในการให้คำแนะนำเกี่ยวกับปัญหาจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (21) ในการศึกษาครั้งนี้จึงกำหนดให้สัดส่วนของเภสัชกรที่มีความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับ ABI เท่ากับร้อยละ 25 ระดับความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ร้อยละ 5 และระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 การคำนวณได้ขนาดตัวอย่างขั้นต่ำ 281 คน และมีการเผื่อกรณีการสูญเสียตัวอย่างเพราะแบบสอบถามไม่สมบูรณ์ร้อยละ 4 ดังนั้นจึงได้ขนาดตัวอย่างจำนวน 293 คน ผู้วิจัยเลือกตัวอย่างแบบสุ่มอย่างง่ายโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ รายชื่อร้านยาทั้งหมดได้จากฐานข้อมูลในเว็บไซต์ระบบประเมินคุณภาพร้านยาคุณภาพ สำนักงานรับรองคุณภาพร้านยา สมาเภสัชกรรมแห่งประเทศไทย (22)

เครื่องมือในงานวิจัย

ผู้วิจัยพัฒนาแบบสอบถามตามคู่มือขององค์การอนามัยโลก (13-14) แบบสอบถามประกอบด้วย 5 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของเภสัชกรและร้านขายยา ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ ระดับการศึกษา ภูมิภาค จังหวัดที่ตั้งของร้านยา วุฒิการศึกษา ประสบการณ์การปฏิบัติงานในร้านยา และการขอขึ้นทะเบียนเป็นร้านยาคุณภาพ ส่วนที่ 2 เป็นคำถาม 8 ข้อเพื่อวัดความรู้เกี่ยวกับการให้บริการ ABI มีจำนวน 12 ข้อ โดยมีตัวเลือก 3 ระดับ ได้แก่ ถูกต้อง ไม่ถูกต้อง และไม่ทราบหรือไม่แน่ใจ ส่วนที่ 3 เป็นคำถาม 10 ข้อเพื่อวัดทัศนคติต่อ ABI คำถามเป็นมาตรวัดประเมินค่าแบบ Likert 5 ระดับจาก ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง เท่ากับ (1) จนถึงเห็นด้วยอย่างยิ่ง (5) ส่วนที่ 4 เป็นคำถาม

วัดความพร้อมของเภสัชกรชุมชนต่อการให้บริการ ABI จำนวน 5 ข้อ มีตัวเลือก 3 ระดับได้แก่ พร้อม ไม่พร้อม และ ไม่แน่ใจ ส่วนที่ 5 เป็นคำถามวัดความพร้อมของเภสัชกรในการให้บริการตามมาตรฐานบริการเภสัชกรรมและคำตอบแทนที่เหมาะสมในการให้บริการเภสัชกรรม จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ การขอขึ้นทะเบียนเป็นร้านยาคุณภาพที่รับรองโดยสภาเภสัชกรรม จำนวนเภสัชกรผู้มีหน้าที่ปฏิบัติงานในร้านยา (ไม่รวมผู้ให้ข้อมูล) ลักษณะพื้นที่ให้คำปรึกษาด้านยา การเข้าร่วมหน่วยบริการด้านยาในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ การวางแผนขึ้นทะเบียน “ร้านยาอบอุ่น” ความเหมาะสมของเงินค่าตอบแทน 50 บาทที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) จ่ายให้เภสัชกรในการบริการส่งเสริมสุขภาพสำหรับ ABI และจำนวนเงินค่าตอบแทนที่เหมาะสมสำหรับการให้บริการ ABI ซึ่งเป็นคำถามปลายเปิด โดยให้ผู้ตอบเติมตัวเลขจำนวนเงิน

แบบสอบถามผ่านการทดสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน โดยพบ IOC (Item-objective congruence) ของคำถามแต่ละข้อมีค่าระหว่าง 0.60-1.00 การศึกษายังได้ทดลองแบบสอบถามโดยส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์ไปยังกลุ่มตัวอย่างที่เลือกแบบตามสะดวก จำนวน 75 ราย ผู้วิจัยได้รับการตอบกลับจากตัวอย่างจำนวน 42 ราย คิดเป็นอัตราการตอบกลับร้อยละ 56.0 ค่าความเที่ยง Cronbach's Alpha ของคำถามทัศนคติเท่ากับ 0.80 ผู้วิจัยปรับปรุงคำถามก่อนนำไปใช้สำรวจจริง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาส่งแบบสอบถามในรูปแบบกระดาษถึงตัวอย่างทางไปรษณีย์ โดยระบุให้เภสัชกรผู้มีหน้าที่

ปฏิบัติการในร้านยาตอบแบบสอบถามด้วยตนเองแล้วส่งกลับให้ผู้วิจัยตามชื่อและที่อยู่ที่กำหนดไว้ กรณีที่ตัวอย่างไม่สะดวกตอบแบบสอบถามที่เป็นกระดาษ สามารถสแกนคิวอาร์โค้ดในจดหมายที่นำส่งเพื่อตอบแบบสอบถามใน Google form หลังจากครบระยะเวลาที่กำหนด ผู้วิจัยส่งจดหมายติดตาม 1 ครั้งไปยังผู้ที่ยังไม่ตอบแบบสอบถาม หลังการสำรวจพบว่าผู้ตอบแบบสอบถามน้อยกว่า 293 ราย ซึ่งเป็นขนาดตัวอย่างขั้นต่ำที่คำนวณได้ ผู้วิจัยจึงได้สุ่มเลือกตัวอย่างสำรองเพิ่มเติมจากฐานข้อมูลรายชื่อร้านยาอื่นที่เหลืออยู่ (22) จนได้ขนาดตัวอย่างครบจำนวน 293 คน

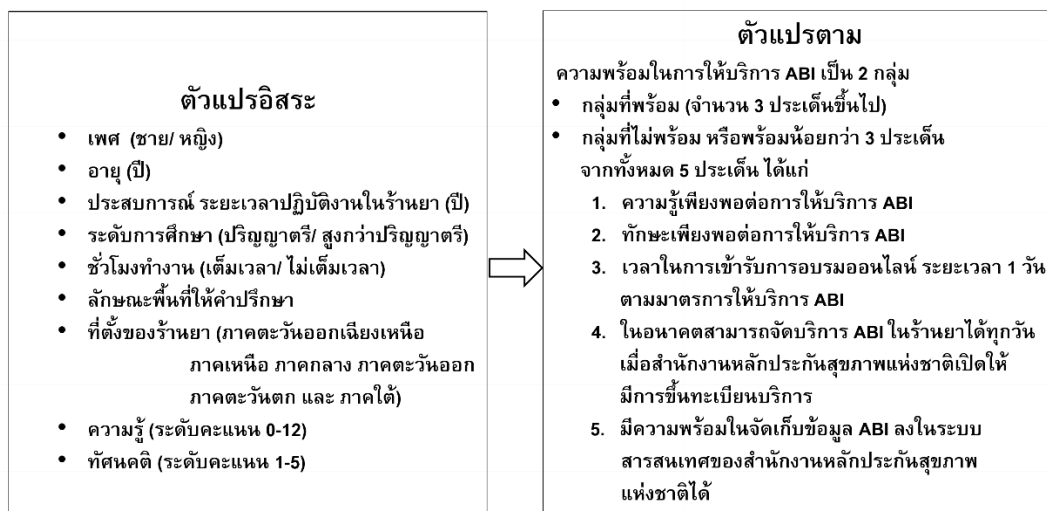
การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของเภสัชกรและร้านขายยาใช้สถิติเชิงพรรณนา การศึกษาแบ่งกลุ่มตัวอย่างตามความพร้อมในการให้บริการ ABI เป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มที่พร้อม (พร้อมในจำนวน 3 ประเด็นขึ้นไปจากทั้งหมด 5 ประเด็น) และกลุ่มที่ไม่พร้อม (พร้อมน้อยกว่า 3 ประเด็น) การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อความพร้อมใช้ binary logistic regression ตัวแปรอิสระที่ใช้ในการศึกษามีจำนวน 9 ตัวแปร ดังแสดงในกรอบแนวคิดของการวิจัย (รูปที่ 1) ได้แก่ ความรู้ ทัศนคติ อายุ (ปี) เพศ ภาคที่ตั้งของร้านยา ระดับการศึกษา ชั่วโมงทำงาน ประสบการณ์ปฏิบัติงานในร้านยา และลักษณะพื้นที่ให้คำปรึกษา แสดงในรูปที่ 1

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

จำนวนแบบสอบถามส่งออกไปในครั้งที่ 1 จำนวนทั้งหมด 524 ชุด มีผู้ตอบแบบสอบถามกลับจำนวน 263 คน



รูปที่ 1. กรอบแนวคิดของการวิจัย

คิดเป็นอัตราการตอบกลับร้อยละ 50.2 จากนั้นมีการทำ
จดหมายติดตามและมีการสุ่มจากกลุ่มตัวอย่างสำรอง
จนรวบรวมข้อมูลได้ครบตามขนาดตัวอย่างจำนวน 293 คน
จากตารางที่ 1 ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง
(ร้อยละ 66.2) อายุเฉลี่ย 38.7 ปี (SD= 9.77) ประสบการณ์

การปฏิบัติงานในร้านยาเฉลี่ย 9.62 ปี (SD=8.11) โดยมี
พิสัย 1-44 ปี การศึกษาสูงสุด คือ ปริญญาตรี (ร้อยละ 77.1)
ประมาณ 1 ใน 4 ของตัวอย่างปฏิบัติงานในร้านยาที่ขึ้น
ทะเบียนร้านยาคุณภาพแล้ว โดยประมาณ 1 ใน 5 เป็น
“ร้านยาอบอุ่น” ร้านยาของตัวอย่างมีพื้นที่ให้คำปรึกษาด้าน

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม (n= 293 คน)

ตัวแปร		จำนวน	ร้อยละ
เพศ	ชาย	99	33.8
	หญิง	194	66.2
อายุ	20-29 ปี	58	19.8
	30 - 39 ปี	97	33.1
	40-49 ปี	105	35.8
	50 ปี ขึ้นไป	33	11.2
ภูมิภาค	ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	120	41.0
	ภาคตะวันออก	81	27.6
	ภาคกลาง	34	11.6
	ภาคเหนือ	29	9.9
	ภาคใต้	24	8.2
	ภาคตะวันตก	5	1.7
จังหวัด	ขอนแก่น	57	19.5
	จันทบุรี	36	12.3
	ชลบุรี	25	8.5
	กรุงเทพมหานคร	14	4.8
	นครราชสีมา	14	4.8
	ร้อยเอ็ด	12	4.1
	เชียงใหม่	10	3.4
	ฉะเชิงเทรา สระแก้ว อุตรธานี จังหวัดละ 7 คน	21	7.2
	ระยอง	6	2.0
	สงขลา	5	1.7
	ตราด นครศรีธรรมราช พัทลุง ราชบุรี มหาสารคาม และสกลนคร จังหวัดละ 4 คน	24	8.2
	กาฬสินธุ์ ศรีสะเกษ อุบลราชธานี นครปฐม พิษณุโลก สมุทรปราการสมุทรสาคร	30	10.0
	สุพรรณบุรี สุราษฎร์ธานี นนทบุรีลำปาง จังหวัดละ 3 คน		
	ชุมพร นราธิวาส เชียงราย น่าน พะเยา พิจิตร พระนครศรีอยุธยา เพชรบูรณ์ สุรินทร์	18	6.3
	จังหวัดละ 2 คน		
	นครพนม บึงกาฬ มุกดาหาร ยโสธร เลย อำนาจเจริญ นนทบุรี แพร่ นครสวรรค์	16	5.5
	อุตรดิตถ์ สุโขทัย กระบี่ ตรัง ยะลา นครนายก เพชรบุรี จังหวัดละ 1 คน		
	ไม่ระบุชื่อจังหวัด	5	1.7
การศึกษา	ปริญญาตรี	226	77.1
	ปริญญาโท หรือสูงกว่า	67	22.9

ยาเป็นแบบแยกส่วนจากบริเวณจ่ายยา (ร้อยละ 73.0) ปฏิบัติงานที่ร้านขายยาในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมากที่สุด (ร้อยละ 40.9) รองลงมาคือ ภาคตะวันออก (ร้อยละ 27.6) ภาคกลาง (ร้อยละ 11.6) ภาคเหนือ (ร้อยละ 9.9) ภาคใต้ (ร้อยละ 8.2) และภาคตะวันตก (ร้อยละ 1.7) เมื่อแยกตามเขตจังหวัดพบว่า ผู้ตอบส่วนใหญ่อยู่จังหวัด

ขอนแก่น มากที่สุด (ร้อยละ 19.5) รองลงมาเป็นจังหวัด จันทบุรี (ร้อยละ 12.3) และชลบุรี (ร้อยละ 8.5) (ตารางที่ 1)

ความรู้เกี่ยวกับ ABI

ความรู้เกี่ยวกับ ABI ของเภสัชกรมีค่าเฉลี่ย 4.42 (SD=2.78) (จากคะแนนเต็ม 12 คะแนน) จากตารางที่ 2

ตารางที่ 2. จำนวน (ร้อยละ) ของเภสัชกรที่ตอบคำถามได้ถูกต้องเกี่ยวกับการบำบัดแบบสั้นสำหรับผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (n= 293 คน)

ข้อ	เนื้อหา	จำนวน (ร้อยละ)
1	การบำบัดแบบสั้นเป็นการชักจูง/จูงใจ ผู้ที่มีปัญหา หรือมีแนวโน้มที่จะมีปัญหาจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ให้ปรับพฤติกรรม การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	223 (76.1)
2	ทุกคนที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ควรได้รับการตรวจคัดกรองความเสี่ยงจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ปีละ 1 ครั้ง	186 (63.5)
3	การบำบัดแบบสั้นเป็นการแจ้งข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับผลการประเมินการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และให้คำแนะนำสั้นๆ ใช้เวลาประมาณ 3 -30 นาที	165 (56.3)
4	ขั้นตอนแรกของการแนะนำอย่างง่ายตามผลการคัดกรอง ASSIST ได้แก่ 1) asking ถามความสนใจทราบคะแนนประเมิน 2) feedback แจ้งข้อมูลแก่ผู้รับบริการ 3) advice แนะนำวิธีการลดความเสี่ยง 4) responsibility ผู้รับบริการตัดสินใจเลือก 5) concerned ถามความกังวลเกี่ยวกับคะแนน	159 (54.3)
5	ขั้นตอนหลังของการบำบัดแบบสั้น ได้แก่ 1) good things เปรียบเทียบข้อดีของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 2) less good things ข้อไม่ดีของการดื่ม 3) summarize and reflect สะท้อนข้อไม่ดี 4) concerned ถามความกังวลเกี่ยวกับข้อไม่ดี 5) take-home materials ให้คู่มือกลับบ้าน	154 (52.6)
6	การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ ซึ่งประกอบด้วย 6 ขั้นตอน เป็นวิธีบำบัดเพื่อช่วยให้ผู้รับบริการก้าวไปสู่แต่ละขั้นตอนของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	145 (49.5)
7	แบบคัดกรองหรือแบบประเมินความเสี่ยงจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test หรือ ASSIST) สามารถนำไปใช้คัดกรองผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ผู้สูบบุหรี่ รวมทั้งผู้ใช้สารเสพติดทุกชนิด	140 (47.8)
8	แบบคัดกรอง หรือแบบประเมินความเสี่ยงจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test หรือ ASSIST) แบ่งระดับความเสี่ยง และวิธีการดูแลด้วยการบำบัดแบบสั้นสำหรับผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็น 3 ระดับ	93 (31.7)
9	ผู้ที่มีผลการประเมินความเสี่ยงจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระดับสูงจะได้รับคำแนะนำให้เลิกดื่มแอลกอฮอล์ทันที*	88 (30.0)
10	ผู้ที่มีผลการประเมินความเสี่ยงจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับความเสี่ยงต่ำจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ควรได้รับการบำบัดแบบสั้น*	40 (13.7)
11	รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (model of stages of change) มี 4 แบบ คือ เมินเฉย ลังเลใจ เตรียมตัว ลงมือทำ*	18 (6.1)
12	การบำบัดแบบสั้นสำหรับผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นมาตรการที่องค์การอนามัยโลกระบุว่าควรดำเนินการมากที่สุด และมีความคุ้มค่าสูงในการลด หรือป้องกันผลกระทบจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (best buy interventions)*	4(1.4)

*คำตอบที่ถูกต้องคือ “ไม่ใช่”; Cronbach's Alpha 0.802

ตารางที่ 3. ทศนคติของเภสัชกรชุมชนต่อการให้บริการ ABI (n= 293 คน)

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น					ค่าเฉลี่ย (SD)
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด	
การให้บริการบำบัดแบบสั้นสำหรับผู้ดื่มแอลกอฮอล์เป็นงานที่มีคุณค่าสำหรับท่าน	3.4	4.4	23.9	35.5	32.8	3.90 (1.02)
ท่านยินดีชักชวน/จูงใจ ให้ผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ปฏิบัติตามคำแนะนำ	0.7	2.7	25.6	48.8	22.2	3.89 (0.80)
ท่านพร้อมที่จะรับฟังปัญหาที่เกิดจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของผู้รับบริการ	3.1	5.8	20.5	41.6	29.0	3.88 (1.00)
ท่านเต็มใจปฏิบัติตามแนวทางการแก้ไขปัญหที่เกิดจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่กำหนดไว้เมื่อเปิดบริการด้านนี้	1.7	6.1	30.4	43.7	18.1	3.70 (0.89)
ท่านคิดว่าเภสัชกรร้านยาควรพัฒนาบทบาทหน้าที่ในการให้บริการบำบัดแบบสั้นสำหรับผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	1.4	10.2	36.2	35.2	17.1	3.56 (0.94)
การสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้มารับบริการเป็นการปฏิบัติที่เหมาะสมสำหรับท่าน	4.1	9.9	36.9	36.2	13.0	3.44 (0.98)
ผลลัพธ์ที่ได้จากการให้บริการบำบัดแบบสั้นสำหรับผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีความคุ้มค่าสำหรับท่าน	3.8	11.9	37.5	34.8	11.9	3.39 (0.97)
ท่านรู้สึกสบายใจเมื่อต้องพูดคุยกับผู้รับบริการที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	6.5	15.0	36.2	30.4	11.9	3.26 (1.06)
การคัดกรอง การให้ความรู้คำแนะนำ และคำปรึกษาให้ผู้รับบริการเรื่องการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นงานที่ท่านสามารถทำให้เสร็จสิ้นตามกระบวนการได้	5.1	16.7	35.5	32.8	9.9	3.26 (1.02)
การให้บริการบำบัดแบบสั้นสำหรับผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นงานที่ง่าย	5.8	16.7	57.7	15.0	4.8	2.96 (0.86)

Cronbach's Alpha 0.871, คะแนนมีพิสัย 1-5

คำถามที่เภสัชกรตอบถูกต้องมากที่สุด 3 อันดับแรกตามลำดับ คือ “การบำบัดแบบสั้นเป็นการชักจูง/จูงใจ ผู้ที่มีปัญหา หรือมีแนวโน้มที่จะมีปัญหาจากการดื่มแอลกอฮอล์ ให้ปรับพฤติกรรมกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์” (ตอบได้ถูกต้องร้อยละ 76.1) รองลงมาคือ “ทุกคนที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ควรได้รับการตรวจคัดกรองความเสี่ยงจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ปีละ 1 ครั้ง” (ตอบได้ถูกต้องร้อยละ 63.5) และ “การบำบัดแบบสั้นเป็นการแจ้งข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับผลการประเมินการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และให้คำแนะนำสั้นๆ ใช้เวลาประมาณ 3-30 นาที” (ตอบได้ถูกต้องร้อยละ 56.3)

ส่วนคำถามเกี่ยวกับขั้นตอนแรกของการแนะนำและขั้นตอนแรกของการบำบัด มีผู้ตอบถูกประมาณครึ่งหนึ่งคำถามที่มีคำตอบที่ถูกต้องคือ “ไม่ใช่” เป็นคำถามที่มีผู้ตอบ

ถูกต้องน้อยที่สุด ได้แก่ “ผู้ที่มีผลการประเมินความเสี่ยงจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับความเสี่ยงต่ำจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ควรได้รับการบำบัดแบบสั้น” (ตอบได้ถูกต้องร้อยละ 13.7) อันดับถัดมา คือ “รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม” (ตอบได้ถูกต้องร้อยละ 6.1) และ “ความจำเป็นในการบำบัดแบบสั้นสำหรับผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นมาตรการที่องค์การอนามัยโลกระบุว่าควรดำเนินการมากที่สุด และมีความคุ้มค่าสูงในการลด หรือป้องกันผลกระทบจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์” (ตอบได้ถูกต้องร้อยละ 1.4) รายละเอียดดังตารางที่ 2

ทศนคติต่อการให้บริการ ABI

ทศนคติของเภสัชกรชุมชนต่อ ABI มีค่าเฉลี่ย 3.51 (SD=0.65) (จากคะแนนเต็ม 5) จากตารางที่ 3 ประเด็น

เกี่ยวกับ ABI ที่เภสัชกรมีทัศนคติที่ดีที่สุด 3 อันดับแรก คือ ด้านคุณค่าของการให้บริการบำบัดแบบสั้นสำหรับผู้ดื่มแอลกอฮอล์ (ค่าเฉลี่ย 3.9, SD=1.02) รองลงมาคือความยินดีชักชวน/จูงใจให้ผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ปฏิบัติตามคำแนะนำ (ค่าเฉลี่ย 3.89, SD=0.8) และ ความเต็มใจปฏิบัติตามแนวทางการแก้ไขปัญหที่เกิดจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่กำหนดไว้เมื่อเปิดบริการด้านนี้ (ค่าเฉลี่ย 3.88, SD=1.00) รวมทั้งคิดว่าเภสัชกรชุมชนควรพัฒนาบทบาทหน้าที่ในการให้บริการบำบัดแบบสั้นสำหรับผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (ค่าเฉลี่ย 3.70, SD=0.89)

ส่วนระดับทัศนคติที่น้อยที่สุด 3 อันดับพบในคำถาม ได้แก่ ความรู้สึกสบายใจเมื่อต้องพูดคุยกับผู้รับบริการที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (ค่าเฉลี่ย 3.26, SD=1.06) การคัดกรอง การให้ความรู้คำแนะนำ และ คำปรึกษาให้ผู้รับบริการเรื่องการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เป็นงานที่ท่านสามารถทำให้เสร็จสิ้นตามกระบวนการได้ (ค่าเฉลี่ย 3.26, SD=1.02) และ การให้บริการบำบัดแบบสั้นสำหรับผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นงานที่ง่าย (ค่าเฉลี่ย 2.96, SD= 0.86)

ความพร้อมของเภสัชกรต่อ ABI

ความพร้อมของเภสัชกรในการให้บริการ ABI มีค่าเฉลี่ยโดยรวมเท่ากับ 1.80 (SD=1.66) จากคะแนนเต็ม 5 จากตารางที่ 4 เภสัชกรมีความพร้อมมากที่สุดในด้านระบบสารสนเทศ (ร้อยละ 48.1 ของเภสัชกรมีความพร้อม) รองลงมาคือ การเข้ารับการอบรมออนไลน์ (ร้อยละ 47.8 มีความพร้อม) และการขึ้นทะเบียนบริการและเปิดบริการได้ทุกวัน (ร้อยละ 46.1 มีความพร้อม) ทั้งนี้ เภสัชกรส่วนใหญ่ยังไม่พร้อมในด้านความรู้และทักษะ เภสัชกรเพียง 48

คน (ร้อยละ 16.4) เห็นว่าตนเองมีความรู้เพียงพอต่อการให้บริการ ABI ซึ่งตรงกับผลการประเมินความรู้ของเภสัชกรในตารางที่ 2 คือ จากข้อคำถามทั้ง 12 ข้อ ไม่มีข้อคำถามใดที่เภสัชกรตอบได้ถูกต้องเกินร้อยละ 80 เภสัชกรส่วนน้อยเห็นว่า ตนเองมีทักษะเพียงพอต่อการให้บริการ ABI (63 คนหรือร้อยละ 21.5) ซึ่งใกล้เคียงกับจำนวนเภสัชกรที่มีความพร้อมด้านความรู้ อย่างไรก็ตามเภสัชกรครึ่งหนึ่งระบุว่าไม่มีเวลาในการเข้ารับการอบรมออนไลน์ที่ใช้เวลา 1 วัน และไม่พร้อมในการจัดเก็บข้อมูลลงในระบบสารสนเทศของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)

มาตรฐานบริการเภสัชกรรม

เภสัชกรส่วนใหญ่ (190 คนหรือร้อยละ 64.8) ไม่ขอขึ้นทะเบียนร้านยาคุณภาพ ปฏิบัติงานคนเดียวในร้านยา (184 คนหรือร้อยละ 62.8) และปฏิบัติงานร่วมกับเภสัชกรคนอื่น (65 คนหรือร้อยละ 22.2) ส่วนลักษณะพื้นที่การให้คำปรึกษาภายในร้านพบว่า ส่วนใหญ่เป็นแบบที่ 1 มีการจัดพื้นที่แยกส่วนจากบริเวณจ่ายยาเพื่อให้คำปรึกษาด้านยา (214 คนหรือร้อยละ 73.0) เป็นแบบที่ 2 คือ มีพื้นที่แยกส่วนจากบริเวณจ่ายยาและมีฉากกั้นเล็กน้อย จำนวน 69 แห่ง (ร้อยละ 23.5) ส่วนน้อยที่เป็นร้านยาแบบที่ 3 คือ มีห้องให้คำปรึกษาแยกเป็นส่วนตัว (5 ร้านหรือร้อยละ 1.7) มีร้านยาที่เข้าร่วมเป็นหน่วยบริการตามโครงการของ สปสช. จำนวน 51 ร้าน (ร้อยละ 17.4) โดยร้านยาสวนน้อยจำนวน 58 ร้าน (ร้อยละ 19.8) วางแผนขึ้นทะเบียน “ร้านยาอบอุ่น”

คำตอบแทนสำหรับการให้บริการ ABI

เภสัชกรประมาณครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 54.6) มีความเห็นว่า คำตอบแทนที่ สปสช. จ่ายจำนวน 50 บาทต่อ

ตารางที่ 4. จำนวน (ร้อยละ) ของเภสัชกรที่มีความพร้อมต่อการให้บริการ ABI (n= 293 คน)

ความพร้อม	พร้อม	ไม่พร้อม	ไม่แน่ใจ
ความรู้เพียงพอต่อการให้บริการ ABI	48 (16.4)	137 (46.8)	108 (36.9)
ทักษะเพียงพอต่อการให้บริการ ABI	63 (21.5)	129 (44.0)	101 (34.5)
เวลาในการเข้ารับการอบรมออนไลน์ ระยะเวลา 1 วัน ตามมาตรฐานการให้บริการ ABI	140 (47.8)	81 (27.6)	72 (24.6)
ในอนาคตสามารถจัดบริการ ABI ในร้านยาได้ทุกวัน เมื่อสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเปิดให้มีการขึ้นทะเบียนบริการ	135 (46.1)	66 (22.5)	92 (31.4)
มีความพร้อมในจัดเก็บข้อมูล ABI ลงในระบบสารสนเทศของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้	141 (48.1)	64 (21.8)	88 (30.0)

Cronbach's Alpha 0.716

ตารางที่ 5. odds ratio (OR) ของปัจจัยที่มีผลต่อเภสัชกรที่มีความพร้อมในการให้บริการบำบัดแบบสั้นสำหรับผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ซึ่งพบจาก multiple logistic regression (n= 293 คน)

ตัวแปร	crude OR	ช่วงเชื่อมั่น ร้อยละ 95	P	adjusted OR	ช่วงเชื่อมั่น ร้อยละ 95	P
ความรู้ (ค่าต่อเนื่อง)	1.23	1.12 - 1.35	<0.001	1.14	1.02 - 1.27	0.02
ทัศนคติ (ค่าต่อเนื่อง)	5.23	3.15 - 8.67	<0.001	4.45	2.56 - 7.92	<0.001
อายุ (ปี) (ค่าต่อเนื่อง)	0.96	0.94 - 0.99	0.002	0.98	0.93 - 1.03	0.50
เพศ (หญิง*/ชาย)	1.36	0.83 - 2.22	0.23	1.51	0.83 - 2.71	0.18
ประสบการณ์ในร้านยา (ปี)	0.95	0.92 - 0.99	0.004	1.00	0.94 - 1.06	0.93
ระดับการศึกษา (ปริญญาตรี*/สูงกว่าปริญญาตรี)	0.98	0.56 - 1.70	0.93	1.39	0.69 - 2.79	0.36
ชั่วโมงทำงาน	-	-	0.07	-	-	0.37
8 ชั่วโมงต่อวัน*	1.00	-	-	1.00	-	-
≥ 8 ชั่วโมงต่อวัน	2.01	1.01 - 3.99	0.045	1.66	0.75 - 3.68	0.21
< 8 ชั่วโมงต่อวัน	1.27	0.60 - 2.66	0.53	1.77	0.74 - 4.21	0.20
ลักษณะพื้นที่ให้คำปรึกษา	-	-	0.68	-	-	0.53
แบบที่ 1 แยกพื้นที่*	1.00	-	-	1.00	-	-
แบบที่ 2 แยกพื้นที่และมีฉากกั้น	2.01	1.01 - 3.99	0.45	1.05	0.53 - 2.03	0.88
แบบที่ 3 ห้องให้คำปรึกษา	1.27	0.60 - 2.66	0.53	3.44	0.40 - 29.9	0.26
ที่ตั้งของร้านยา	-	-	0.21	-	-	0.49
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*	1.00	-	-	1.00	-	-
ภาคเหนือ	1.22	0.53 - 2.83	0.64	1.03	0.38 - 2.77	0.96
ภาคกลาง ภาคตะวันออก และภาคตะวันตก	1.75	1.04 - 2.95	0.04	1.62	0.86 - 3.06	0.14
ภาคใต้	1.20	0.48 - 2.98	0.69	1.11	0.40 - 3.06	0.85

ตัวแปรตามคือ ระดับความพร้อม แบ่งเป็นกลุ่มที่มีความพร้อม 3- 5 กิจกรรม และกลุ่มที่พร้อมน้อยกว่า 3 กิจกรรม

* กลุ่มอ้างอิง

ครั้งให้แก่เภสัชกรชุมชนในการให้บริการส่งเสริมสุขภาพสำหรับ ABI มีความเหมาะสม แต่ก็มีผู้ที่ไม่เห็นด้วยคิดเป็นร้อยละ 42 นอกจากนี้ ยังมีเภสัชกรที่ตอบแบบสำรวจจำนวน 126 คน ได้ระบุจำนวนเงินที่เหมาะสมที่ควรได้รับต่อครั้งที่ให้บริการ โดยมีค่ามัธยฐาน เท่ากับ 100 บาท (เปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 25 และ 75 เท่ากับ 87.5 และ 100 บาท) พิสัยของคำตอบ คือ 0 - 400 บาท

ปัจจัยที่มีผลต่อความพร้อมเกี่ยวกับ ABI

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อความพร้อมในการให้บริการ ABI แสดงอยู่ในตารางที่ 5 พบว่า มีเพียง 2 ปัจจัยคือ ความรู้และทัศนคติต่อ ABI ที่มีผลต่อระดับความพร้อมต่อการให้บริการ ABI อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ค่า OR ที่ปรับค่าแล้วของความรู้ เท่ากับ 1.14 (P =0.02, 95%CI

1.02 ถึง 1.27) ระดับความรู้ ที่เพิ่มขึ้น 1 คะแนน มีความสัมพันธ์กับโอกาสที่เภสัชกรจะมีความพร้อมฯ เพิ่มขึ้น 1.14 เท่า ส่วนค่า OR ที่ปรับค่าแล้วของทัศนคติฯ เท่ากับ 4.45 (P <0.001, 95%CI 2.56 ถึง 7.92) ระดับคะแนนทัศนคติฯ ที่เพิ่มขึ้นทุก 1 คะแนน มีความสัมพันธ์กับโอกาสของความพร้อมฯ ที่เพิ่มขึ้น 4.65 เท่า ส่วนตัวแปรอื่น ๆ ได้แก่ อายุ (ปี) เพศ ที่ตั้งของร้านยา ระดับการศึกษา ชั่วโมงทำงาน ประสบการณ์ (ปี) ภาคซึ่งร้านยาตั้งอยู่ และลักษณะพื้นที่ให้คำปรึกษา ไม่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการให้บริการ ABI (P > 0.05)

การอภิปรายผล

เภสัชกรชุมชนเพียงส่วนน้อยที่มีความรู้เพียงพอและทักษะที่เหมาะสมเกี่ยวกับ ABI ค่าเฉลี่ยความรู้อยู่ใน

ระดับที่ต่ำ คือ 4.42 (SD=2.78) จากคะแนนเต็ม 12 คิดเป็นร้อยละ 36.8 ของคะแนนเต็ม ทั้งนี้ เนื่องจากการบริการ ABI เป็นบทบาทใหม่ที่ยังไม่มีร้านยาที่เป็นต้นแบบในประเทศไทย เมื่อพิจารณาเนื้อหาของหลักสูตรเภสัชศาสตรบัณฑิต และกิจกรรมวิชาการในศูนย์การศึกษาต่อเนื่องทางเภสัชศาสตร์ของสภาเภสัชกรรมของประเทศไทย พบว่ามีเนื้อหาที่เน้นด้านเภสัชอุตสาหกรรม เภสัชสาธารณสุข และเภสัชกรรมคลินิก โดยยังไม่มีการบรรจุหัวข้อ ABI นี้ในหลักสูตรและการศึกษาต่อเนื่อง (23) ทำให้ผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ยังเข้าไม่ถึงรับบริการ ABI จากร้านยาของประเทศไทย การศึกษาในอดีตพบว่า เภสัชกรชุมชนสามารถประเมินความเสี่ยงและจัดการภาวะที่พบในการเลิกสุราได้อย่างปลอดภัย (12, 24) ผลการวิจัยนี้คล้ายกับการวิจัยของ McCaig และคณะที่พบว่า เภสัชกรชุมชนของประเทศสกอตแลนด์ยังขาดความรู้ในการคัดกรองและการให้คำแนะนำแบบสั้นเพื่อปรับพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ (21) ดังนั้นสำหรับประเทศไทยควรจัดการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการให้กับเภสัชกรเพื่อเพิ่มทักษะในการให้บริการ ABI ต่อไป

เภสัชกรที่ปฏิบัติงานในร้านยาส่วนใหญ่มีทัศนคติที่ดีต่อการให้บริการ ABI โดยเห็นว่าเป็นงานที่มีคุณค่า ยินดีชักชวน/จูงใจให้ผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ปฏิบัติตามคำแนะนำ พร้อมทั้งจะรับฟังปัญหาที่เกิดจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของผู้รับบริการ และเต็มใจปฏิบัติตามแนวทางมาตรฐาน รวมทั้งคิดว่าเภสัชกรชุมชนควรพัฒนาบทบาทการให้บริการด้านนี้ แม้ว่าประมาณครึ่งหนึ่งยังมีความลังเลว่าเป็นการปฏิบัติหน้าที่ที่เหมาะสมสำหรับเภสัชกรหรือไม่ เนื่องจากคำนึงถึงผลลัพธ์และความคุ้มค่า ประกอบกับยังมีความรู้สึกไม่สบายใจ โดยคิดว่าเป็นงานที่ยุ่งยาก รวมทั้งไม่มั่นใจตนเองจะสามารถคัดกรอง ให้ความรู้คำแนะนำและคำปรึกษาแก่ผู้รับบริการในเรื่องนี้ได้จริงหรือไม่ เช่นเดียวกับการศึกษาของ McCaig และคณะที่พบว่า เภสัชกรชุมชนในร้านยาของประเทศสกอตแลนด์ร้อยละ 20 ไม่สบายใจในการให้บริการ ABI (21) อย่างไรก็ตาม ยังไม่พบการศึกษาอื่นในประเทศไทยที่สำรวจทัศนคติของเภสัชกรชุมชนต่องานบริการ ABI มีเพียงการศึกษาทัศนคติของเภสัชกรชุมชนต่อการปรับพฤติกรรมด้านสุขภาพ (25) และมีรายงานความคิดเห็นของเภสัชกรชุมชนในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าต่องานบริการเภสัชกรรมที่ระบุว่า เภสัชกรส่วนใหญ่เห็นด้วยกับการให้ความรู้ คำแนะนำ

และคำปรึกษาเรื่องยาคุมกำเนิด ภาวะทางอารมณ์ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงและอ้วนลงพุง รวมทั้งมีรายงานการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้เสพยาสูบ โดยครั้งหนึ่งของเภสัชกรชุมชนในจังหวัดพะเยาให้บริการคัดกรองและแนะนำการเลิกบุหรี่ในร้านยา (26) การพัฒนาความรู้ของเภสัชกรชุมชนจึงควรทำควบคู่กับการส่งเสริมทัศนคติเชิงบวกต่อการให้บริการ ABI

เภสัชกรมีความพร้อมโดยรวมในการให้บริการ ABI ในร้านยา ประมาณ 2 ใน 5 ด้าน ตัวอย่างประมาณร้อยละ 46-48 มีความพร้อมด้านระบบสารสนเทศ การเข้ารับการอบรมออนไลน์ และการให้บริการ ABI ได้ทุกวัน แต่ตัวอย่างยังไม่พร้อมด้านความรู้และทักษะ ซึ่งตรงกับผลการวิจัยของ ฐริดา เวียงทองและคณะ ในปี พ.ศ. 2560 ที่พบว่า เภสัชกรชุมชนมีเวลาจำกัด ไม่มีเวลาในการฝึกอบรม มีเวลาไม่เพียงพอในการบันทึกข้อมูลในระบบสารสนเทศ รวมทั้งไม่มีพื้นที่ให้คำปรึกษาแบบส่วนตัวในร้านยา (27) พื้นที่ให้คำปรึกษาเป็นองค์ประกอบที่สำคัญ โดยควรจัดให้มีความสะดวกต่อผู้เข้ารับบริการ แม้ว่า 3 ใน 4 ของร้านยาที่ตัวอย่างปฏิบัติงานมีการจัดพื้นที่การให้คำปรึกษาด้านยาแยกส่วนจากบริเวณจ่ายยา บางร้านมีการจัดพื้นที่เป็นส่วนตัวแบบมีฉากกั้น และส่วนน้อยที่มีห้องให้คำปรึกษาที่สะดวกต่อการนั่งพูดคุย ผลการสำรวจความพร้อมของเภสัชกรชุมชนในจังหวัดเชียงใหม่เกี่ยวกับพื้นที่ให้คำปรึกษา พบว่าร้อยละ 48.5 มีพื้นที่สำหรับให้คำปรึกษาตามมาตรฐานร้านยา (Good Pharmacy Practices) (28) เมื่อรวมกับพื้นที่ให้บริการต้องไม่น้อยกว่า 8 ตารางเมตร และด้านสิ้นสุดต้องไม่น้อยกว่า 2 เมตร กรณีต้องการพื้นที่ความเป็นส่วนตัวเพิ่มเติม ต้องมีฉากกั้นหรือมีห้องให้คำปรึกษา ดังนั้น การออกแบบพื้นที่ในการให้บริการ ABI ที่เหมาะสมจะช่วยสร้างความมั่นใจในบริการของเภสัชกรชุมชน และทำให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลที่เหมาะสมมากยิ่งขึ้น การศึกษาของสุกัญญา หมวดทองและคณะ (29) สำรวจความประสงค์ของผู้มารับบริการของร้านยาต่อลักษณะของพื้นที่สำหรับบริการ ABI ในจังหวัดขอนแก่น เมื่อปี พ.ศ. 2565 พบว่า ผู้มารับบริการมีความชอบลักษณะพื้นที่ซึ่งมีฉากกั้นมากกว่าพื้นที่ให้คำปรึกษาที่โล่งติดกับพื้นที่จ่ายยา ดังนั้น เภสัชกรชุมชนในร้านยาควรปรับปรุงสถานที่ให้เหมาะสมต่อการให้คำปรึกษาสำหรับงานบริการ ABI หรืองานบริการอื่น ๆ ที่ต้องการความเป็นส่วนตัวและปลอดภัย

ในการบริการเภสัชกรรมของร้านยาที่เป็นเครือข่ายกับโรงพยาบาลประกอบด้วยกิจกรรมการติดตามการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง การให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ การปฏิบัติตนที่ถูกต้อง และการบริโภคที่ถูกต้องเพื่อลดความเสี่ยงในการติดโรคติดต่อ ตลอดจนการออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วยในบางกลุ่มโรครวมถึงผู้เสพติดบุหรี่ (30-31) กิจกรรมดังกล่าวสะท้อนถึงศักยภาพของเภสัชกรชุมชนในประเทศไทยที่จะสามารถให้บริการ ABI ดังเช่นเภสัชกรในต่างประเทศ (32) ผลการวิจัยในการจัดบริการ ABI โดยบุคลากรสาธารณสุขอื่นที่ไม่ใช่เภสัชกรพบว่า สามารถลดอัตราการบริโภคแอลกอฮอล์ในกลุ่มเสี่ยงได้อย่างมีนัยสำคัญ (3) อย่างไรก็ตาม ร้านยาส่วนใหญ่ซึ่งมากถึง 3 ใน 5 มีเภสัชกรที่ปฏิบัติงานเพียงคนเดียว และยังไม่ได้ขอขึ้นทะเบียนร้านยาคุณภาพ โดยมีร้านยาน้อยกว่า 1 ใน 5 ที่ผ่านการขึ้นทะเบียนเป็นร้านยาคุณภาพและวางแผนขึ้นทะเบียน “ร้านยาอบอุ่น” ซึ่งเป็นอุปสรรคสำคัญในการดำเนินงาน ABI ให้มีประสิทธิภาพ ประเด็นนี้ถือเป็นข้อจำกัดเช่นเดียวกับในประเทศกำลังพัฒนาอื่นที่มีเภสัชกรไม่เพียงพอและยังขาดการสนับสนุนจากรัฐบาล (3)

คำตอบแทนการให้บริการ ABI มีความเชื่อมโยงกับความคุ้มค่าในการให้บริการ เภสัชกรชุมชนมากกว่าครึ่งหนึ่ง เห็นด้วยกับคำตอบแทนจำนวน 50 บาทต่อครั้งที่สปสข. จ่ายให้แก่เภสัชกรชุมชนที่ให้บริการส่งเสริมสุขภาพ เภสัชกรบางส่วนคาดหวังคำตอบแทน 100-400 บาทต่อครั้ง ร้านยาส่วนใหญ่ยังไม่เข้าร่วมหน่วยบริการในระบบบัตรทอง มีเพียงส่วนน้อยที่วางแผนจะขอขึ้นทะเบียน “ร้านยาอบอุ่น” สะท้อนถึงการคาดหวังต่อการให้บริการ ABI กับผลตอบแทนในงานบริการส่งเสริมสุขภาพที่แตกต่างกัน การเพิ่มคำตอบแทนที่เหมาะสมและสอดคล้องกับภาระงานจะช่วยเพิ่มแรงจูงใจในการขอขึ้นทะเบียนร้านยาอบอุ่น พร้อมกันนี้ สปสข. ควรแจ้งข้อมูลเกี่ยวกับขั้นตอนและประโยชน์ของการขึ้นทะเบียนร้านยาอบอุ่นที่ชัดเจน รวมถึงลดขั้นตอนทางเอกสาร และจัดอบรมเสริมความรู้เกี่ยวกับการให้บริการด้านสุขภาพในร้านยา

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมของเภสัชกรชุมชนในการให้บริการ ABI คือ ความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับ ABI ซึ่งเป็นปัจจัยที่สามารถพัฒนาได้ ผลการศึกษาพบว่า เภสัชกรตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ค่อนข้างน้อยในบางประเด็น เช่น ขั้นตอนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และวิธีการให้การบำบัดแบบสั้นในแต่ละระดับของความเสี่ยงที่

พบจากการประเมิน อีกทั้งเภสัชกรตัวอย่างเพียงประมาณครึ่งหนึ่งมีทัศนคติในการพัฒนาบทบาทการให้บริการ ABI ของเภสัชกรชุมชน ความลังเลในการนำ ABI มาใช้ในงานบริการของร้านยาอาจเกี่ยวข้องกับข้อจำกัดด้านเวลา ภาระงานที่สูง และการขาดความมั่นใจในทักษะการให้บริการบำบัด (33) อย่างไรก็ตาม งานวิจัยระบุว่า การฝึกอบรมอย่างต่อเนื่องและการสนับสนุนเชิงระบบ เช่น การกำหนดมาตรฐานร้านยาคุณภาพหรือการให้คำตอบแทนจากระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สามารถช่วยส่งเสริมความพร้อมและการมีส่วนร่วมของเภสัชกรได้ (31) ดังนั้นการสร้างความพร้อมของเภสัชกรในการให้บริการ ABI ในประเทศไทย ควรทำโดยจัดการอบรมพัฒนาความรู้และทักษะที่จำเป็น รวมถึงการปรับปรุงระบบสนับสนุนที่ช่วยเพิ่มความมั่นใจและลดข้อจำกัดในการให้บริการ

ในประเทศไทย เภสัชกรมีข้อจำกัดด้านเวลาและขาดประสบการณ์ในการใช้แบบคัดกรอง เช่นเดียวกับในประเทศอังกฤษและออสเตรเลีย (34) อีกทั้งมีความกังวลว่าอาจทำให้ผู้รับบริการรู้สึกไม่สบายใจ ประกอบกับข้อมูลเกี่ยวกับประสิทธิภาพของ ABI ที่ดำเนินการโดยเภสัชกรชุมชนต่อการลดปริมาณการดื่มของผู้ป่วยยังคงไม่แน่ชัด (15) การฝึกอบรมและการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องสำหรับพัฒนาเภสัชกรเป็นสิ่งสำคัญในการรักษาคุณภาพการให้บริการ ABI

ข้อเสนอแนะ

สภาเภสัชกรรมควรส่งเสริมความรู้และทักษะการบำบัดแบบสั้นสำหรับเภสัชกรชุมชน โดยพัฒนาโปรแกรมอบรมออนไลน์ เช่น วิดีโอ หรือ E-learning platform เพื่อให้เภสัชกรเข้าถึงได้ง่าย สามารถศึกษาด้วยตนเองได้ และควรเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาต่อเนื่องเพื่อต่ออายุใบประกอบวิชาชีพ นอกจากนี้สภาเภสัชกรรมและคณะเภสัชศาสตร์ในมหาวิทยาลัยต่าง ๆ ควรร่วมกันออกแบบเนื้อหาการบำบัดแบบสั้นสำหรับหลักสูตรเภสัชศาสตรบัณฑิต เพื่อให้เภสัชกรในอนาคตมีความรู้และความพร้อมในการให้บริการด้านนี้ ทั้งนี้ สภาเภสัชกรรมควรกำหนดแนวทางสำหรับร้านยาเกี่ยวกับพื้นที่ให้คำปรึกษาในร้านยา และส่งเสริมให้ร้านยาที่มีพื้นที่เหมาะสมเป็นต้นแบบสำหรับการให้คำปรึกษาและการบำบัดเกี่ยวกับพฤติกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

สปสข. ควรส่งเสริมการเข้าร่วมโครงการร้านยาอบอุ่น โดยกำหนดให้ ABI เป็นหนึ่งในบริการที่เบิกจ่ายได้ในโครงการร้านยาอบอุ่น ปรับเพิ่มอัตราคำตอบแทนในการ

ให้บริการนี้ให้เหมาะสม รวมถึงสนับสนุน สื่อ และอุปกรณ์ที่จำเป็นในการให้บริการด้านนี้ นอกจากนี้ สปสช. ควรกำหนดระบบการส่งต่อผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง โดยพัฒนาระบบเชื่อมโยงข้อมูลผู้ป่วยระหว่างร้านยาและโรงพยาบาล พร้อมทั้งกำหนดเกณฑ์และอัตราการเบิกจ่ายค่าบริการที่เกี่ยวข้อง เช่น ค่าใช้จ่ายในการประเมินความเสี่ยงและส่งต่อ

งานวิจัยนี้มีข้อจำกัด คือ ตัวอย่างกระจุกอยู่ในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมากกว่าภาคอื่น ข้อมูลที่ได้เป็นเพียงส่วนหนึ่งของตัวแทนเภสัชกรชุมชนในประเทศไทยที่ไม่ใช่ตัวแทนของประชากรทั้งหมด นอกจากนี้บริการ ABI เป็นบริการใหม่ในบริบทของร้านยาประเทศไทยที่ยังไม่มีต้นแบบบริการที่เป็นที่รู้จัก เภสัชกรจึงอาจยังไม่เข้าใจลักษณะการบริการและปัญหาอุปสรรคต่าง ๆ ข้อมูลคำตอบที่ได้จากการศึกษาจึงเป็นเพียงความเชื่อของผู้ตอบเท่านั้น การวิจัยในครั้งต่อไปควรเพิ่มตัวอย่างให้หลากหลายในเชิงพื้นที่และจำนวน และควรเพิ่มการสำรวจในเภสัชกรที่ทำงานในร้านยาที่มีหลายสาขาและในร้านยาที่มีเภสัชกรปฏิบัติงานจำนวนมากกว่า 1 คน รวมทั้งควรมีการทดลองให้บริการ ABI เพื่อศึกษาความเป็นไปได้ และศึกษาต้นทุนต่อหน่วยของการให้บริการเพื่อให้มีการจ่ายค่าตอบแทนแก่เภสัชกรชุมชนที่เหมาะสมต่อไป

สรุป

เภสัชกรชุมชนส่วนใหญ่ยังมีความรู้ไม่เพียงพอ และมีความไม่พร้อมในการให้บริการ ABI แต่เภสัชกรชุมชนมีทัศนคติเชิงบวกต่อการให้บริการ ABI ความรู้และทัศนคติเป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุดที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมของเภสัชกรในการให้บริการ ABI ในร้านยาของประเทศไทย

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้สำเร็จได้ด้วยความอนุเคราะห์จากผู้ให้ข้อมูลทุกท่าน สมาคมร้านยาแห่งประเทศไทย และขอขอบคุณวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น ที่ได้สนับสนุนทุนวิจัย เลขที่ 64R1N28

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Global status report on alcohol and health and treatment of substance use disorders [online]. 2024 [cited Oct 23, 2024]. Available

from: www.who.int/publications/i/item/9789240096745.

2. Esser MB. Deaths from excessive alcohol use—United States, 2016–2021. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2024; 73: 154–61.
3. World Health Organization. Global status report on alcohol and health 2018 [online]. 2023 [cited Mar 1, 2023]. Available from: www.who.int/publications/i/item/9789241565639
4. Nontarak J. Trends of alcohol related diseases in Thailand: 2015- 2019 [online]. 2023 [cited Mar 1, 2023]. Available from: cas.or.th/wp-content/uploads/2022/06/รายงานการศึกษาAAF-logo.pdf
5. Chaiyasong S, Gao J, Bundhamcharoen K. Estimated Impacts of alcohol control policies on NCD premature deaths in Thailand. *Int J Environ Res Public Health* 2022; 19: 9623.
6. Lertsinudom S, Nasatid A, Topark-ngarm A, Hansuri N, Tawinkan N. Results of screening people at risk of chronic diseases in community pharmacy organized by Faculty of Pharmaceutical Sciences Community Pharmacy, Khon Kaen University. *Isan Journal of Pharmaceutical Sciences* 2014; 9: 155–8.
7. National Health Security Office (NHSO). Strengthen primary care through pharmacies [online] 2021. [cited Oct 23, 2021]. Available from: eng.nhso.go.th/view/1/DescriptionNews/Strengthen-primary-care-through-pharmacies/480/EN-US
8. Madden M, Morris S, Ogden M, Lewis D, Stewart D, O'Carroll R, et al. Introducing alcohol as a drug in medicine reviews with pharmacists: Findings from a co-design workshop with patients. *Drug Alcohol Rev* 2021; 40: 1028-36.
9. Verthein U, Lahusen H, Martens M, Prilutskaya M, Yussopov O, Kaliyeva Z, et al. Alcohol screening and brief intervention in primary health care in Kazakhstan —Results of a cluster randomised pilot study. *Int J Public Health* 2022; 67: 1604803. doi: 10.3389/ijph.2022.1604803.

10. Brown S, Henderson E, Sullivan C. The feasibility and acceptability of the provision of alcohol screening and brief advice in pharmacies for women accessing emergency contraception: An evaluation study. *BMC Public Health* 2014; 14: 1139. doi: 10.1186/1471-2458-14-1139.
11. Babor TF, Higgins-Biddle JC, Saunders JB, Monteiro MG. The alcohol use disorders identification test (AUDIT) manual: Guidelines for use in primary care. Geneva: World Health Organization; 2001.
12. Babor TF, Higgins-Biddle JC. Brief intervention for hazardous and harmful drinking: a manual for use in primary care. Geneva: World Health Organization; 2001.
13. Humeniuk R. The alcohol, smoking and substance involvement screening test (ASSIST): Manual for use in primary care. Geneva: World Health Organization; 2010.
14. Humeniuk R. The ASSIST-linked brief intervention for hazardous and harmful substance use: A manual for use in primary care. Geneva: World Health Organization; 2010.
15. Dhital R, Whittlesea C, Norman I, Murrells T, Mccambridge J. Effectiveness of alcohol brief intervention delivered by community pharmacists: two-arm randomised controlled trial. *Addict Sci Clin Pract* 2013; 8(Suppl 1): A21.
16. Dhital R, Whittlesea C, Norman I, Milligan P. Community pharmacy service users' views and perceptions of alcohol screening and brief intervention. *Drug alcohol rev* 2010; 296: 596-602.
17. Kaner E, Beyer F, Muirhead C, Campbell F, Pienaar E, Bertholet N, et al. Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. *Cochrane Database Syst Rev* 2018, 2, CD004148. doi.org/10.1002/14651858.CD004148.pub4.
18. Medicines Regulation Division, Thai Food and Drug Administration. Pharmaceutical business license, B.E. 2562 [online]. 2020 [cited Oct 23, 2020]. Available from: drug.fda.moph.go.th/media.php?id=502053291623063552&name=Licensee-20190828.pdf
19. Bangkokbiznews. Transforming drug stores a 'sharing business' model: Thailand government budget allocated for private sector circulation [online]. 2019 [cite Oct 3, 2019]. Available from: www.bangkokbiznews.com/social/849462
20. Dhand NK, Khatkar MS. Statulator: An online statistical calculator. sample size calculator for estimating a single proportion 2014 [online]. 2020 [cite Oct 27, 2020] Available from: statulator.com/SampleSize/ss1P.html.
21. McCaig D, Fitzgerald N, Stewart D. Provision of advice on alcohol use in community pharmacy: a cross-sectional survey of pharmacists' practice, knowledge, views and confidence: alcohol advice in community pharmacy. *Int J Pharm Pract* 2011; 19: 171–8.
22. Office of Community Pharmacy Accreditation. Drug store [online]. 2020 [cited Oct 23, 2020]. Available from: www.acc-pharm.com/DrugStore
23. Chanakit T, Low B, Wongpoowarak P, Moolasarn S, Anderson C. A survey of pharmacy education in Thailand. *Am J Pharm Educ* 2014; 78: 161.
24. Humeniuk R. The ASSIST-linked brief intervention for hazardous and harmful substance use: Manual for use in primary care. Geneva: World Health Organization; 2010.
25. Chinanurak P, Sitthiworanan CH. Community Pharmacists' opinions on pharmacy services of independent pharmacies under the Universal Health Coverage. *Thai Journal of Pharm Practice*. 2017; 9: 406–21.
26. Parinyarux P, Umnuaypornlert A, Suesat J, Somna T, Pinta P. Attitude toward and practice of e-cigarette among community pharmacists in Phayao Province, Thailand. *Thai Pharmaceutical and Health Science Journal* 2024; 19: 58–64.
27. Vientong P, Chinawong D, Chinawong S, Watchara chaisurapon P, Dungjanutus O, Supakul S. Readiness

- of pharmacists in drug stores in Chiang Mai Province to comply with the Ministry's announcement on licensing and designating community pharmacy locations, equipment and practices. Thai Journal of Pharmacy Practice 2017; 9: 92–102.
28. Public Health Ministerial Rule in 2014 on the requirement of premises, instruments, and good pharmacy practice in selling establishments of modern drugs according to the Drug Act. Royal Gazette No. 131, Part 223D (supplement). (Nov 5, 2014).
 29. Muadthong S, Kessomboon N. Preferences for participating in a new community pharmacy alcohol brief intervention in Thailand: Discrete choice experiment with assessment of external validity. Trop J Pharm Res 2022; 21: 152–67.
 30. Poonphol P, Sripa S, Boonlue T, Chaiyon K, Nititham A. Outcomes of smoking cessation program by pharmacists in community pharmacy: a case study of a university's drugstore. Thai Journal of Pharmacy Practice 2022; 14: 44-53.
 31. National Health Security Office. Guidelines for developing warm pharmacies. Bangkok: NHSO; 2020.
 32. Baldwin J, Dole E. ASHP statement on the pharmacist's role in substance abuse prevention, education, and assistance. Am J Health Syst Pharm 2003; 60: 1995-8.
 33. Nygaard P, Aasland O. Barriers to implementing screening and brief interventions in general practice: Findings from a qualitative study. Alcohol Alcohol 2011; 46: 52-60.
 34. Smith A, Buchanan R, Parkes J, Stone H, Tan QY, Ibrahim K. Barriers and facilitators experienced in delivering alcohol screening and brief interventions in community pharmacy: a qualitative evidence synthesis. Int J Pharm Pract 2024; 32: 5–20.