

4.2.2 ด้านทัศนคติ แนวความคิด และ ความสมัครใจ ของเภสัชกร (Pharmacists' attitude, perception, willingness) พบงานวิจัยทั้งหมด 59 เรื่อง ตามตารางที่ 4-4

มาตรฐานร้านยา ในโครงการรับรองมาตรฐานร้านยาคุณภาพ มาตรฐานของสภาเภสัชกรรม และการเป็นแหล่งฝึกปฏิบัติงานของนิสิตเภสัชศาสตร์ จัดกลุ่มได้ดังนี้

#### 1) มาตรฐานร้านยา/ร้านยาคุณภาพ

การศึกษาที่ประเมินการปฏิบัติได้ตามเกณฑ์มาตรฐาน มี 3 การศึกษาดำเนินการก่อนมีการใช้เกณฑ์มาตรฐานร้านยา ในโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพร้านยา ในปี 2546 และพบ 6 การศึกษาที่มีการประเมินการปฏิบัติตามเกณฑ์ หลังจากปี 2546 ทั้งในผู้ประกอบการทั่วไป และร้านยาคุณภาพ ผลแสดงให้เห็นว่า เกณฑ์มาตรฐานข้อ 2 และ 3 ร้านยาส่วนใหญ่ยังไม่สามารถปฏิบัติได้ ดังแสดงในตารางที่ 4-4

นอกจากนี้ยังมีการ ที่แสดงความคิดเห็นของเภสัชกรต่อโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพร้านยา การศึกษาของวิรัตน์ (2546) เภสัชกรชุมชนเห็นด้วยต่อการพัฒนาและประโยชน์ของเกณฑ์มาตรฐาน แต่เห็นผลเสียต่อการแข่งขันทางธุรกิจ ผลสัมฤทธิ์หลังเข้าร่วมโครงการพบว่าการเปลี่ยนแปลงเล็กน้อย เช่น ยอดขายเพิ่ม จำนวนลูกค้าเพิ่ม (สกล และคณะ, 2548) การเข้าร่วมโครงการเป็นการพัฒนามาตรฐานวิชาชีพและเพิ่มความเชื่อมั่นให้ผู้ป่วย เภสัชกรหลายท่านมีความภูมิใจในตนเอง เป็นที่รู้จักในชุมชนมากขึ้น (กอบกุล และคณะ, 2548) ถึงแม้ว่าเภสัชกรต้องทำงานมากขึ้น ยังขาดการประชาสัมพันธ์โครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพร้านยา (ณฤศศักดิ์ และคณะ, 2549) และผลทางธุรกิจยังไม่ได้รับผลดีมากเท่าที่คาดหวัง (กอบกุล และคณะ, 2548) ดังแสดงในตารางที่ 4-4

อย่างไรก็ตามถึงแม้ว่าร้านยาส่วนใหญ่รับทราบข้อมูลมาตรฐานร้านยาและร้านยาคุณภาพ พบว่าร้านยาส่วนใหญ่ไม่ต้องการเข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพร้านยา (ธีรวรรณ และคณะ, 2549) ทัศนคติของเภสัชกรเป็นตัวกำหนดการเข้าร่วมโครงการ (จุฬาลักษณ์ และคณะ, 2547) และปัจจัยด้านการจัดหาให้มีเภสัชกรประจำตลอดเวลาที่เปิดร้านยายังเป็นปัจจัยหลัก (ระพีพรรณ และคณะ, 2550) ดังแสดงในตารางที่ 4-4

#### 2) มาตรฐานบทบาทหน้าที่ของเภสัชกรโดยสภาเภสัชกรรม

พบ 1 การศึกษา ของณัฐศิริ (2542) ได้ศึกษาเกณฑ์ของสภาเภสัชกรรม พบว่าเภสัชกรเห็นด้วยกับร่างมาตรฐานนี้ในระดับปานกลางและมาก บทบาทที่ทำได้ในระดับต่ำคือ การผสมยาตามใบสั่งยา เหตุผลที่ไม่สามารถปฏิบัติได้เนื่องจากทัศนคติและความรู้ของผู้มารับบริการ ดังแสดงในตารางที่ 4-4

### 3) มาตรฐานการเป็นแหล่งฝึกเรียนยา

เขมวดี (2543) ได้สร้างและพัฒนาเกณฑ์ 7 ข้อพร้อมตัวชี้วัดสำหรับการเป็นแหล่งฝึกจากร้านยา 15 ร้าน ดังแสดงในตารางที่ 4-4

การพัฒนาร้านยาเข้าเชื่อมต่อกับระบบหลักประกันสุขภาพและระบบประกันสังคม พบการศึกษาที่สอบถามความคิดเห็นของเภสัชกรร้านยา ผู้ให้บริการเห็นว่าไม่เห็นด้วยที่ร้านยาจะเข้าเชื่อมกับโครงการประกันสังคม เพราะร้านยาไม่มีเภสัชกรประจำ และควบคุมคุณภาพได้ยาก (พุทธพล และคณะ, 2541) อย่างไรก็ตาม การเชื่อมร้านยาเข้าสู่หลักประกันสุขภาพ เภสัชกร เห็นเป็นเอกฉันท์ต่อการใช้บัญชียาเดียวกัน ให้บริการหลัก จ่ายยาตามใบสั่ง ให้คำปรึกษา มีเภสัชกรประจำตลอดเวลาทำการ เหมาะจ่ายค่าบริการต่อครั้ง และมีการส่งข้อมูลผู้ป่วยระหว่างเครือข่าย พบร้อยละ 46.3 ต้องการเข้าร่วมโครงการ (จันทิมา, 2547) นอกจากนี้ยังเภสัชกรมีความเห็นว่าร้านยามีความพร้อมในการเป็นส่วนหนึ่งของหลักประกันสุขภาพ ในเรื่องอุปกรณ์ สื่อ และควรได้รับการตรวจประเมินเป็นหน่วยบริการ (วรรณิศา และคณะ, 2550) โดยแรงจูงใจที่สำคัญ คือการสร้างคุณค่าของการให้บริการเภสัชกรรมที่ดี (วิวรรณ, 2550) ดังแสดงในตารางที่ 4-4

เภสัชกรให้ความเห็นว่านโยบาย 30 บาทรักษาทุกโรค ไม่มีผลกระทบต่อร้านยา (เนรัญชลา และคณะ, 2545 และ ธนวัต และคณะ, 2544) เพราะผู้รับบริการสะดวกในการเดินทางมาที่ร้านยา และเชื่อถือตัวเภสัชกร (เนรัญชลา ประสิทธิ์พงษ์และคณะ, 2545) ในนครปฐม พบผลกระทบต่อร้านยา โดยลูกค้าประเภทเรียกหยาาลดลง (ร้อยละ 54.7) โดยการเรียกหาเภสัชกรมีเท่าเดิม (ร้อยละ 87.5) (ธิดารัตน์ นาทอรรณกรและคณะ, 2548) อุปสรรคที่พบคือร้านยาส่วนใหญ่ไม่ต้องการเข้าร่วมโครงการ และร้านยายังไม่สามารถ ปฏิบัติตามเกณฑ์มาตรฐานของสภาเภสัชกรรม (ขวัญหทัย และคณะ, 2545) ดังแสดงในตารางที่ 4-4

ในด้านการใช้เครื่องมือและเทคโนโลยี เภสัชกรส่วนใหญ่ใช้คอมพิวเตอร์ช่วยเก็บข้อมูลผู้ป่วย เพราะต้องการความเป็นวิชาชีพเภสัชกรรม (อภิรักษ์, 2549, ฌัก และคณะ, 2549) อย่างไรก็ตาม พบร้านยาต้องการใช้คอมพิวเตอร์เพียงร้อยละ 30.0 (กันยา และคณะ, 2540) นอกจากนี้ความเป็นไปได้ในการนำอินเทอร์เน็ตมาใช้ในร้านยาที่เป็นไปได้มากพบเพียงร้อยละ 35.6 (กมลพันธ์ และคณะ, 2542) ในทางกลับกันเภสัชกรส่วนใหญ่เห็นด้วยกับการทำแบบบันทึกประวัติการใช้ยา ที่ใช้เวลาน้อย ยึดหยุ่น ค้นหาได้เร็วและถูกต้อง (พิบูลย์ และคณะ, 2547) ดังแสดงในตารางที่ 4-4

ถึงแม้ว่าจะมีการพัฒนาโปรแกรม ช่วยงานบริหารทางเภสัชกรรมเล็กน้อย โปรแกรมช่วยการจัดเก็บข้อมูลผู้ป่วยในร้านยามหาวิทยาลัย โปรแกรมฐานข้อมูลยาสมุนไพรในร้านยา และพบว่า เภสัชกรพอใจการใช้งานในภาพรวมระดับมาก (พัฒน์, 2550, เมธารัชต์, 2550 และคุณฉวี,

2551) อย่างไรก็ตามปัญหาส่วนใหญ่เภสัชกรคือ ขาดทักษะในการใช้งานคอมพิวเตอร์ (อภิรักษ์, 2549) เป็นการเพิ่มภาระงาน ไม่มีความรู้คอมพิวเตอร์ ไม่มีบุคลากรเพียงพอ ขาดเงินลงทุน (กันยา และคณะ, 2540) ร้านยาส่วนมากไม่ใช่โปรแกรมคอมพิวเตอร์เพราะเห็นว่าไม่จำเป็น (นัชพร และคณะ, 2546) ดังแสดงในตารางที่ 4-4

### ผลิตภัณฑ์

พบการศึกษาที่เภสัชกรให้ความคิดเห็นเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์ในร้านยา 4 ประเภท คือ ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร บูห์รี ยาสมุนไพร และ non-prescription drugs

ความรู้เกี่ยวกับผลิตภัณฑ์เสริมอาหารเภสัชกรได้รับมากที่สุดจากผู้แทนขาย (มูทิตา ศรีวาทีและคณะ, 2544) ทักษะในการให้คำแนะนำการใช้ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารพบในร้านยาถูกไข่มากกว่าร้านยาเดี่ยว (วิญญู และคณะ, 2545) การศึกษาถึงการมีผลิตภัณฑ์บูห์รีในร้านยา พบ 10 ร้าน จาก 96 ร้าน เหตุผลที่มีจำหน่ายเพราะ การแยกกิจการดำเนินงาน ลูกค้านำมาหา ถึงแม้ว่าความเห็นของประชาชนไม่เห็นด้วยต่อการมีบูห์รีจำหน่ายในร้านยา เพราะแย่งกับภาพลักษณ์ของร้านยา (วิญญูชัย และคณะ, 2537) การศึกษาสมุนไพรในร้านยา ส่วนใหญ่พบปัญหาเรื่องการจัดเก็บ อายุสั้น ขายได้ยาก นอกจากนี้คือไม่สามารถให้คำแนะนำได้ดี และไม่ค่อยมีความรู้ (ศฤงฆ์ และคณะ, 2539) และในยากลุ่ม non-prescription เจ้าหน้าที่อ้อย. และผู้ประกอบการเห็นว่าเป็นกลุ่มยาแผนปัจจุบัน บรรลุเสร็จที่ไม่ใช่ยาอันตรายหรือยาควบคุมพิเศษ (81.3% และ 83.5%) แต่เภสัชกรคิดว่าควรเป็นยาสามัญประจำบ้าน(95.2%) อย่างไรก็ตามทุกส่วนเห็นว่าควรสนับสนุนประชาชนในการใช้ยาอย่างถูกต้องปลอดภัย ไม่เกิดการใช้ยาเกินความจำเป็น (อนงค์ และคณะ, 2540) ดังแสดงในตารางที่ 4-4

ลักษณะของเภสัชกรชุมชนหลายการศึกษาแสดงให้เห็นว่าเภสัชกรที่ควรจะเป็นคือ มีจิตใจหนักแน่น จริยธรรม มีการพัฒนาตนเอง ต้องมีใจรักสนใจและเต็มใจที่ในงานบริการ และต้องมีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี (อรวรรณ และคณะ, 2544) ชื่อสัตย์ต่อวิชาชีพ มีจรรยาบรรณ คุณธรรม ศึกษาข้อมูลเพิ่มเติมอยู่เสมอ สามารถนำความรู้มาประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยได้ (อรวรรณ และคณะ, 2544 และ พรจิตติมา และคณะ, 2544) ลักษณะเด่นของเภสัชกรชุมชน คือ ด้านมิตรภาพ ด้านความสัมพันธ์กับผู้อื่น ความหลากหลายของงาน เอกลักษณะของงาน และความเป็นอิสระ (โสฬส และคณะ, 2548) นอกจากนี้ยังพบว่าคุณภาพชีวิตของเภสัชกรชุมชนมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับเภสัชกรอาชีพอื่นๆ (กัญจณี, 2548) ดังแสดงในตารางที่ 4-4

การประชามขของเภสัชกรและหลายวิชาชีพ เห็นว่ายังมีความไม่เป็นธรรมในระบบบริการ ประชาชนยังขาดหลักประกันสุขภาพ รวมถึงประชาชนไม่พึงตนเองด้านสุขภาพ บุคลากรทางการแพทย์มุ่งรักษาโรค ทำงานแยกส่วน ไม่คำนึงถึงการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ ลืมภูมิ

ปัญหาท้องถิ่น บางครั้งไม่นึกถึงจรรยาบรรณวิชาชีพ และการบริหารจัดการยังไม่มีประสิทธิภาพในระบบราชการ (คทา และคณะ, 2543) การปรับตัวของร้านยาต่อสถานการณ์ปัจจุบัน เจ้าของร้านยาเห็นว่า การส่งเสริมการขายจำเป็นต้องปรับปรุง โดยการทำป้ายชื่อให้ใหญ่ พิมพ์ชื่อที่อยู่ที่ถุงพลาสติก การขายสินค้าต่ำกว่าราคาป้าย การสร้างความสัมพันธ์กับลูกค้า รวมถึงการมีสินค้าครบและใหม่อยู่เสมอ (วัลยา และคณะ, 2540) ดังแสดงในตารางที่ 4-4

ความเข้าใจเกี่ยวกับงานบริหารทางเภสัชกรรม ระหว่างเภสัชกรร้านยาและโรงพยาบาลสอดคล้องกันคือ ทำให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยจากการใช้ยามากขึ้น ได้รับยาที่เหมาะสมทั้งในเรื่องประสิทธิภาพและราคา (อริษา และคณะ, 2548) ปัจจัยที่มีผลต่อการทำงานบริหารทางเภสัชกรรม คือ จำนวนปีหลังจบการศึกษาที่น้อย ความพร้อมด้านความรู้มาก เภสัชกรที่พบปัญหาจากผู้ป่วยมาก มีผลต่อทัศนคติต่องานบริหารทางเภสัชกรรมที่มากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (วิทยา และคณะ, 2544) และเกี่ยวข้องกับปัจจัยภายในและภายนอกของร้านยาสัมพันธ์กับในทิศทางเดียวกันกับเจตคติต่อการให้บริการทางเภสัชกรรม (ศุภฎี และคณะ, 2545) ดังแสดงในตารางที่ 4-4

บริการที่พบในร้านยาของเภสัชกรมีหลากหลายบริการ เช่นการให้คำปรึกษาการใช้สมุนไพร (นริศรา และคณะ, 2545) การพัฒนาสื่อช่วยให้คำปรึกษาด้านสมุนไพร (พัชรวดี และคณะ, 2546) การให้คำแนะนำการเก็บยา (อภิรักษ์ และคณะ, 2551) การปฏิบัติในการส่งต่อผู้ป่วย (ชญกรพรวิเศษศิริกุล และคณะ, 2549) การจ่ายยาและให้คำแนะนำตามมาตรฐาน (ชีวิต คงสุขและคณะ, 2547) เช่นในโรคหวัดและโรคท้องเสีย (ศิริพร กฤตธรรมากุล, 2549) การบริการตอบคำถามด้านยา (ณัฐนันท์ วิประเสริฐและคณะ, 2548) และการเป็นต้นแบบบริการสร้างเสริมสุขภาพในร้านยาเช่นคลินิกอดบุหรี่ ลดสุรา และการเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาเป็นต้น (พงษ์นรินทร์ จินดา และคณะ, 2548) อย่างไรก็ตามการบริหารทางเภสัชกรรมยังต้องการการพัฒนา เช่นการให้บริบาลในโรคหนองในเทียม (นิสาชล และคณะ, 2548) และโรคความดันโลหิตสูง (ประทีป และคณะ, 2545) เป็นต้น ดังแสดงในตารางที่ 4-4