

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาของปัญหา

การใช้ยา (drug therapy) มีบทบาทสำคัญในการป้องกันและรักษาโรค ในปัจจุบัน ความซับซ้อนของการใช้ยาเพื่อรักษามีมากขึ้น ก่อให้เกิดปัญหาต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา (drug-related problems; DRP) ซึ่งอาจนำไปสู่การรักษาที่ไม่ได้ผล อาการไม่พึงประสงค์ต่างๆ นอกจากนี้ยังก่อให้เกิดต้นทุนที่สูงขึ้นในการดูแลผู้ป่วยอีกด้วย [1]

รายงานการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า DRP มีความชุกสูงในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาหลายรายการ หรือจากแพทย์หลายท่าน ตัวอย่างเช่น ในประเทศสหรัฐอเมริกา มีการศึกษาพบว่า ร้อยละ 87 ของผู้ป่วยนอกที่ได้รับการรักษาด้วยการใช้ยาเกิด DRP ขึ้นอย่างน้อย 1 อย่าง โดยพบการใช้ยาซ้ำซ้อน (therapeutic duplication) ร้อยละ 54.6 การใช้รูปแบบยา (dosage form) ที่ไม่เหมาะสม ร้อยละ 29.7 โดยมีต้นทุนการใช้ยาที่สูงกว่าในกลุ่มผู้ป่วยที่ตรวจพบ DRP เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ไม่พบ DRP [2] การศึกษาในประเทศไต้หวันในกลุ่มผู้ป่วยนอกสูงอายุ (อายุมากกว่า 65 ปี) และได้รับยาจำนวน 8 รายการขึ้นไป หรือ ได้รับการรักษาจากแพทย์ 3 รายขึ้นไป พบว่า ร้อยละ 87 ของผู้ป่วยกลุ่มนี้เกิด DRP ขึ้นอย่างน้อย 1 รายการ [3] ในประเทศไทย มีการศึกษาในผู้ป่วยนอกที่ได้รับการรักษาจากโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย พบว่า ร้อยละ 27.9 ของใบสั่งยาที่ศึกษาเกิดอันตรกิริยาระหว่างยา โดยมีนัยสำคัญของการเกิดอันตรกิริยาในระดับ 1 และ 2 รวมกัน ร้อยละ 11.8 [4]

ความรับผิดชอบในการป้องกันและแก้ไข DRP เป็นหน้าที่ความรับผิดชอบของบุคลากรทางการแพทย์ทุกสาขา เกษัชกร ในฐานะบุคลากรทางการแพทย์สาขาหนึ่ง จึงมีหน้าที่สำคัญในการป้องกันและแก้ไขปัญหาค่าที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาที่อาจเกิดขึ้นได้ ในประเทศไทย สมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล ได้กำหนดมาตรฐานวิชาชีพเภสัชกรรมโรงพยาบาล โดยระบุว่าเภสัชกรจะต้องร่วมมือกับบุคลากรทางการแพทย์อื่นๆ เพื่อให้เกิดการใช้ยาอย่างสมเหตุผลมากที่สุด (optimizing medication therapy) และส่งเสริมให้เกิดกระบวนการสั่งใช้ยาที่มุ่งเน้นความปลอดภัย โดยการสื่อสารอย่างเหมาะสม เกษัชกรต้องมีการให้ข้อเสนอการปฏิบัติ (intervention) แก่ผู้ที่เกี่ยวข้อง หากพบว่ามีความเสี่ยงที่จะเกิดอาการอันไม่พึงประสงค์ด้านยา [5]

เช่นเดียวกัน แนวทางปฏิบัติของสมาคมเภสัชกรในระบบสาธารณสุขแห่งประเทศสหรัฐอเมริกา (American Association of Health-System Pharmacy) กำหนดให้เภสัชกรต้องมีการสื่อสารทั้งโดยวาจาหรือการเขียนกับบุคลากรทางการแพทย์อื่นๆ เกี่ยวกับการเลือกใช้และบริหารจัดการยา เพื่อป้องกันการเกิด DRP ที่อาจเกิดขึ้นได้และให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วย [6]

เมื่อเภสัชกรพบว่าเกิด DRP ขึ้น ในบางสถานการณ์ เภสัชกรสามารถแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้ด้วยตนเอง เช่น แนะนำวิธีการรับประทานยาที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วย หากพบว่าผู้ป่วยรับประทานยาไม่ถูกต้องตามแพทย์สั่ง แต่ในหลายๆ สถานการณ์ เภสัชกรจำเป็นต้องปรึกษากับแพทย์ผู้ดูแลผู้ป่วย (physician consultation) เพื่อได้มาซึ่งวิธีการแก้ไขที่เหมาะสม การศึกษาที่ผ่านมาในเภสัชกรชุมชน พบว่า การติดต่อกับแพทย์เพื่อแก้ไขปัญหามาจากการใช้ยาและหรือแนะนำการใช้ยาที่เหมาะสม เป็นกิจกรรมที่เภสัชกรรายงานการปฏิบัติค่อนข้างน้อย ตัวอย่างเช่น การศึกษาของ Nelson และคณะ [7] พบว่า เภสัชกรชุมชนเพียงร้อยละ 11 รายงานการติดต่อและแนะนำการแก้ไขปัญหามาการใช้ยาแก่แพทย์ผู้สั่งจ่ายเป็นประจำ อย่างไรก็ตาม ไม่พบการศึกษาที่รายงานอัตราการปรึกษากับแพทย์เมื่อพบปัญหาจากการใช้ยาในสถานการณ์ต่างๆ โดยเภสัชกรในประเทศไทย

เพื่อให้เกิดผลประโยชน์จากการใช้ยาสูงสุดโดยผู้ป่วย การทำงานร่วมกันระหว่างแพทย์และเภสัชกร (physician-pharmacist collaboration) ในหลายๆ ด้าน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การที่เภสัชกรติดต่อสื่อสารกับแพทย์ผู้ทำการรักษาผู้ป่วยเมื่อพบ DRP เป็นสิ่งที่จำเป็นต้องมีการส่งเสริมให้เกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ เป็นที่น่าเสียดายว่าการศึกษาวิจัยเพื่อเข้าใจปัจจัยที่มีผลพฤติกรรมและความตั้งใจของเภสัชกรในการสื่อสารกับแพทย์นั้นมีอยู่ค่อนข้างน้อย และมักจะเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาความตั้งใจของเภสัชกรในการให้บริการทางเภสัชกรรม (pharmaceutical care) แก่ผู้ป่วยเพื่อแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้นจากการใช้ยา ตัวอย่างเช่น การศึกษาของ Farris และ Kirking [8] เป็นต้น ซึ่งผลการศึกษาไม่สามารถทำให้ทราบถึงแรงจูงใจหรือปัจจัยใดบ้างที่มีผลต่อพฤติกรรมของเภสัชกรในการตัดสินใจสื่อสารหรือปรึกษาแพทย์เมื่อค้นพบ DRP ขึ้น ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาถึงปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวเนื่องกับตัวเภสัชกรเอง ที่ส่งผลให้เภสัชกรทำการสื่อสารกับแพทย์เมื่อเกิดปัญหาจากการใช้ยาขึ้น

ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Theory of Planned Behavior; TPB) ถูกนำมาใช้เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษานี้ ตามกรอบแนวคิดของ TPB เสนอโดย Ajzen กล่าวไว้ว่า ความตั้งใจในการกระทำพฤติกรรม (behavioral intention) เป็นปัจจัยสำคัญในการกำหนดการกระทำพฤติกรรม โดยปัจจัยที่มีผลกำหนดความตั้งใจในการกระทำพฤติกรรม ได้แก่ ทศนคติต่อ

พฤติกรรม (behavioral attitude) บรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิง (subjective norms) และ การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม (perceived behavioral control) [9] ทฤษฎี TPB ถูกนำมาใช้เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาพฤติกรรมและความตั้งใจของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ (health behavior) รวมทั้งพฤติกรรมของบุคลากรทางการแพทย์ต่อการแสดงพฤติกรรมต่างๆ จำนวนมาก เช่น การสั่งจ่ายยาต้านจุลชีพ การสั่งตรวจวินิจฉัย และการตัดสินใจเลือกจ่ายยาของเภสัชกร เป็นต้น [10-14] นอกจากนี้ ผู้วิจัยเลือก TPB มาใช้เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาเนื่องจากการปรึกษาปัญหาด้านยากับแพทย์เป็นพฤติกรรมที่ใช้เหตุผล ไม่ใช่พฤติกรรมที่เกิดขึ้นแบบอัตโนมัติ โดยการตัดสินใจสื่อสารกับแพทย์นั้น เภสัชกรย่อมต้องประเมินถึงผลที่จะเกิดขึ้นรวมทั้งปัจจัยที่เป็นอุปสรรคหรือเอื้อต่อการปรึกษาแพทย์ เช่น การเข้าถึงข้อมูลผู้ป่วย ภาวะที่เกิดขึ้นจากการมีผู้ป่วยจำนวนมาก เป็นต้น นอกจากนี้การรับรู้ถึงบรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิง เช่น จากผู้ป่วย เภสัชกรอื่นๆ และองค์วิชาชีพอื่นๆ ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ อาจมีผลต่อความตั้งใจและพฤติกรรม การสื่อสารหรือปรึกษากับแพทย์ผู้ดูแลผู้ป่วยได้

ขอบเขตของงานวิจัยนี้ จะทำการศึกษาถึงปัจจัยต่างๆ ตามกรอบแนวคิด TPB ได้แก่ทัศนคติ บรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม และความตั้งใจในการปรึกษาปัญหาด้านยาของเภสัชกรในแผนกรักษาผู้ป่วยนอก สถานการณ์แผนกผู้ป่วยนอกโรคหัวใจและหลอดเลือดถูกนำมาศึกษาในงานวิจัยนี้ เนื่องจากผู้ป่วยนอกโรคความดันโลหิตสูงโรคหัวใจขาดเลือด และโรคหลอดเลือดสมอง เป็น 3 ใน 5 โรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาสุขภาพของประเทศไทยที่สำนักกระบาดวิทยาต้องดำเนินการเฝ้าระวัง ซึ่งตั้งแต่ พ.ศ. 2551 ถึง พ.ศ. 2555 อัตราการป่วยทั้ง 3 โรค มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี โดยผู้ป่วยในกลุ่มอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป เป็นกลุ่มที่มีอัตราการป่วยสูงสุด [15] และมีการศึกษาที่พบว่า ผู้ป่วยนอกโรคหัวใจและหลอดเลือดเกิด DRP ต่างๆ เช่น การไม่ได้รับยาที่สมควรจะได้รับ การไม่ใช้ยาตามสั่ง (nonadherence) และการได้รับยาในขนาดที่ต่ำเกินไป [16-18] ในขณะที่ผู้ป่วยจะมารับยาจากฝ่ายเภสัชกรรมที่จ่ายยาเพียงแห่งเดียวทำให้เภสัชกรผู้ป่วยนอกอาจพบปัญหาต่างๆ ได้ง่าย นอกจากนี้เภสัชกรยังซักถามผู้ป่วยเกี่ยวกับการใช้ยาโดยละเอียดก่อนการจ่ายยา ทำให้มีโอกาสมากที่จะพบปัญหาต่างๆ ที่เกิดจากการใช้ยาไม่ถูกต้อง หรือ การไม่ใช้ยาตามสั่งได้อีกด้วย ดังนั้น เภสัชกรที่ทำงานในแผนกผู้ป่วยนอกจึงน่าจะพบ DRP ได้บ่อย แต่การติดต่อสื่อสารกับแพทย์ในแผนกผู้ป่วยนอกอาจทำได้ยาก เนื่องจากพื้นที่ในการทำงานแยกจากกันชัดเจนระหว่างห้องยาและห้องตรวจ นอกจากนี้ด้วยเวลาที่จำกัด จำนวนผู้ป่วยที่จำเป็นต้องดูแลค่อนข้างมากทั้งในส่วนของแพทย์และเภสัชกรเอง ดังนั้น จึงเป็นที่น่าสนใจว่า ปัจจัยใดบ้างที่มีผลต่อความตั้งใจในการปรึกษาปัญหาด้านยากับแพทย์ เพื่อนำผลการศึกษาไป

เป็นข้อมูลในการส่งเสริมพฤติกรรมของเภสัชกรในการปรึกษา สื่อสาร หรือ ทำงานร่วมกับแพทย์ เพื่อให้การทำงานร่วมกันระหว่างเภสัชกรและแพทย์มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น นำไปสู่การลดปัญหาที่เกิดขึ้นจากการใช้ยา และพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในที่สุด

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาทัศนคติ บรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม และความตั้งใจของเภสัชกรในการปรึกษาปัญหาด้านยากับแพทย์
2. เพื่อศึกษาลักษณะความแตกต่างของทัศนคติ บรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม ระหว่างเภสัชกรที่มีความตั้งใจในการปรึกษาปัญหาด้านยากับแพทย์ในระดับที่แตกต่างกัน
3. เพื่อศึกษาปัจจัยที่ทำนายความตั้งใจของเภสัชกรในการปรึกษาปัญหาด้านยากับแพทย์ตามทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน

ขอบเขตของงานวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ เภสัชกรที่ทำงานในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลศูนย์ในเขตภาคเหนือตอนล่าง ได้แก่ พิษณุโลก ตาก เพชรบูรณ์ สุโขทัย อุตรดิตถ์ นครสวรรค์ พิจิตร กำแพงเพชร และอุทัยธานี

ตัวแปรต้นที่ทำการศึกษาได้แก่ ทัศนคติ บรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมของเภสัชกรในการปรึกษาปัญหาด้านยากับแพทย์

ตัวแปรตามที่ทำการศึกษาได้แก่ ความตั้งใจของเภสัชกรในการปรึกษาปัญหาด้านยากับแพทย์

นิยามศัพท์เฉพาะ

เภสัชกรผู้ป่วยนอก หมายถึง เภสัชกรที่มีหน้าที่จ่ายยา หรือดูแล หรือให้คำปรึกษาด้านยาแก่ผู้ป่วยที่มารับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาล แล้วผู้ป่วยสามารถกลับบ้านได้โดยไม่ต้องนอนรักษาตัวไว้ในหอผู้ป่วย

ความตั้งใจในการรักษาปัญหาด้านยากับแพทย์ หมายถึง ความตั้งใจของเภสัชกรที่จะให้คำแนะนำ หรือขอเสนอแนะแก่แพทย์ ผ่านทางโทรศัพท์ เฟซบุ๊กหน้า หรือเขียนเป็นลายลักษณ์อักษร เพื่อแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น เมื่อเภสัชกรอ่านกรณีศึกษาผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดที่กำหนดให้ในแบบสอบถาม วัดด้วยแบบสอบถามที่สร้างขึ้นในงานวิจัยนี้

ทัศนคติต่อการรักษาปัญหาด้านยากับแพทย์ หมายถึง ความเชื่อของเภสัชกรในผลดีและผลเสียของผลการรักษาปัญหาด้านยา และความรู้สึกต่อผลลัพธ์จากการรักษาปัญหาด้านยากับแพทย์ วัดด้วยแบบสอบถามที่สร้างขึ้นในงานวิจัยนี้

บรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิง หมายถึง ความเชื่อของเภสัชกรที่มีต่อบุคคลที่เภสัชกรให้ความสำคัญ ซึ่งเภสัชกรเชื่อว่าบุคคลเหล่านี้เห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วยในการที่เขาจะรักษาปัญหาด้านยากับแพทย์ และแรงจูงใจของเภสัชกรที่จะทำตามบุคคลที่เภสัชกรให้ความสำคัญในการรักษาปัญหาด้านยากับแพทย์ วัดด้วยแบบสอบถามที่สร้างขึ้นในงานวิจัยนี้

การรับรู้ความสามารถในการควบคุม หมายถึง ความเชื่อของเภสัชกรว่าปัจจัยใดเป็นปัจจัยที่สนับสนุนหรือเป็นอุปสรรคในการรักษาปัญหาด้านยากับแพทย์ เช่น เวลา เครื่องมือ ความรู้ สิ่งแวดล้อม และเภสัชกรรับรู้ถึงความยากง่ายในการควบคุมปัจจัย ทั้งที่เป็นปัจจัยสนับสนุนหรือเป็นอุปสรรค ในการรักษาปัญหาด้านยากับแพทย์ วัดด้วยแบบสอบถามที่สร้างขึ้นในงานวิจัยนี้

สมมติฐานของการวิจัย

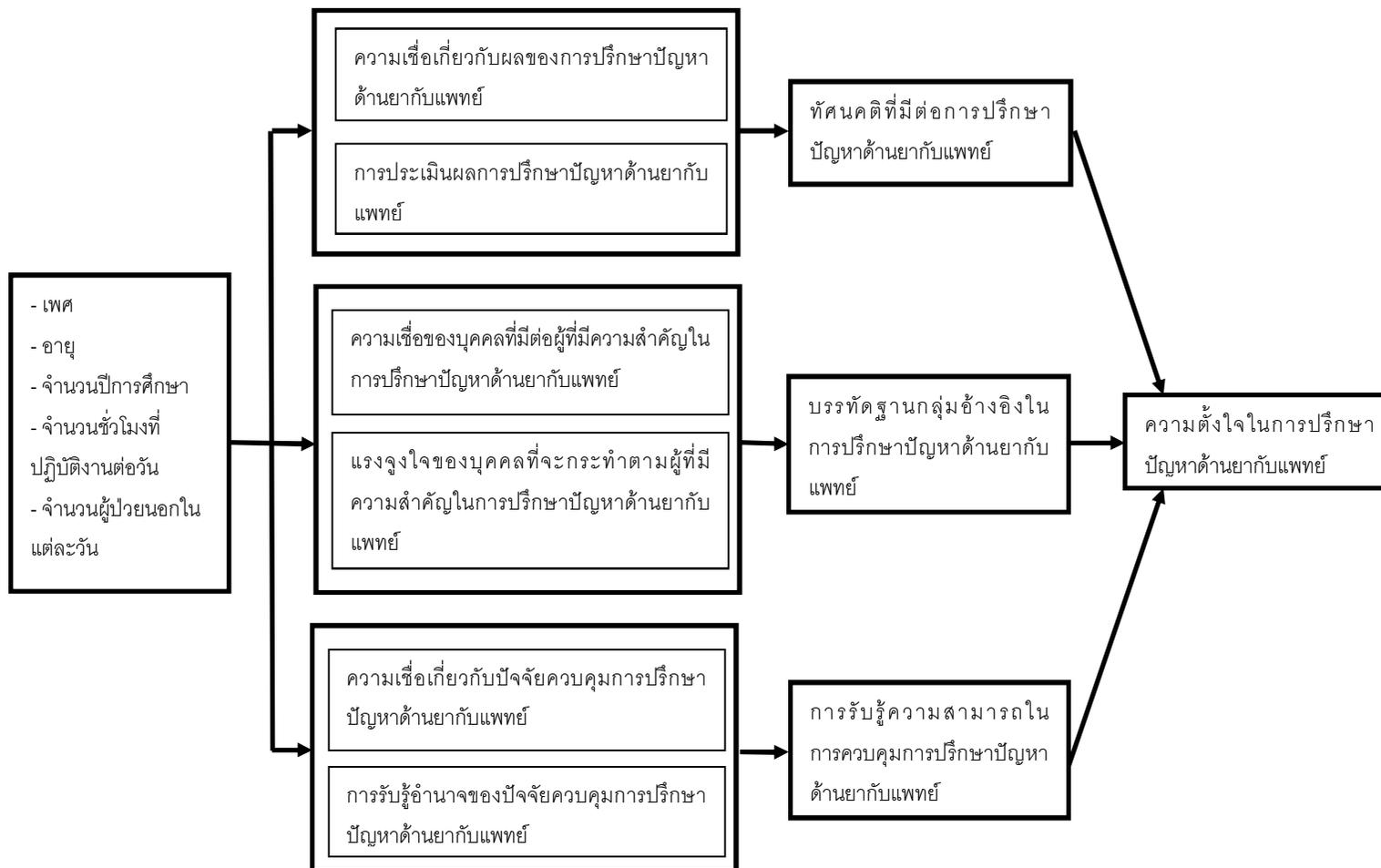
1. เกสซ์กรที่มีความตั้งใจในการรักษาปัญหาด้านยากับแพทย์ในระดับที่แตกต่างกัน มีทัศนคติ บรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมที่แตกต่างกัน

2. ทัศนคติในการรักษาปัญหาด้านยากับแพทย์วัดทางตรงและทางอ้อม บรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิงในการรักษาปัญหาด้านยากับแพทย์วัดทางตรงและทางอ้อม และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมการรักษาปัญหาด้านยากับแพทย์วัดทางตรงและทางอ้อม เป็นปัจจัยที่ทำนายความตั้งใจของเกสซ์กรในการรักษาปัญหาด้านยากับแพทย์

ในงานวิจัยครั้งนี้มีสมมติฐานว่า ลักษณะทั่วไปของเกสซ์กร ได้แก่ เพศ อายุ จำนวนปีการศึกษา จำนวนชั่วโมงที่ปฏิบัติงานต่อวัน และจำนวนผู้ป่วยนอกในแต่ละวันอาจมีผลทางอ้อมต่อความตั้งใจในการรักษาปัญหาด้านยากับแพทย์ โดยมีผลผ่านทาง ทัศนคติในการรักษาปัญหาด้านยากับแพทย์วัดทางตรงและทางอ้อม บรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิงในการรักษาปัญหาด้านยากับแพทย์วัดทางตรงและทางอ้อม และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมการรักษาปัญหาด้านยากับแพทย์วัดทางตรงและทางอ้อม ซึ่งเป็นตัวแปรควบคุมในงานวิจัยนี้

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

นำข้อมูลไปใช้ในการวางแผนเพื่อปรับเปลี่ยนปัจจัยทาง ทัศนคติ บรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมของเกสซ์กรในการรักษาปัญหาด้านยากับแพทย์ ทำให้ผู้ป่วยมีผลลัพธ์ทางการรักษาดีขึ้น



ภาพ 1 กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการวิจัยนี้ ผู้วิจัยได้ทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และได้นำเสนอตามหัวข้อดังต่อไปนี้

1. แนวคิดการบริหารทางเภสัชกรรมและการรักษาปัญหาด้านยากับแพทย์
2. แนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (theory of planned behavior)
3. ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนกับพฤติกรรมทำให้บริหารทางเภสัชกรรม

1. แนวคิดการบริหารทางเภสัชกรรมและการรักษาปัญหาด้านยากับแพทย์

เฉลิมศรี ภูมิมางกูร [19] ได้รวบรวมคำนิยามการบริหารทางเภสัชกรรมไว้ดังนี้

Cipolle และคณะ ได้ให้คำนิยามไว้ครั้งแรกๆ ดังนี้ “การบริหารทางเภสัชกรรม (pharmaceutical care) เป็นการปฏิบัติที่มีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ผู้ปฏิบัติต้องมีความรับผิดชอบต่อความต้องการทางยาของผู้ป่วย จัดเป็นภารกิจของผู้ปฏิบัติที่พึงกระทำ”

Cipolle และคณะ ได้ให้คำนิยามในปี พ.ศ. 2547 อีก และเพิ่มความชัดเจนมากขึ้น ดังนี้ “การปฏิบัติที่ให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ดังนั้น ผู้ปฏิบัติจำเป็นต้องวางแผนตาม que ผู้ป่วยมีความต้องการจริง และต้องมั่นใจว่าผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตามได้ การกระทำดังกล่าวจำเป็นต้องทราบถึงปัญหาจากยาพร้อมหาวิธีป้องกัน และ/หรือ แก้ไขปัญหาจากการรักษานั้น”

เฉลิมศรี ภูมิมางกูร ได้ให้คำนิยามดังนี้ “เป็นความรับผิดชอบในเรื่องยาของผู้ใช้ยาทั้งทางตรงและทางอ้อม ซึ่งนับเป็นการบริการที่สำคัญต่อผู้ใช้ยา เพื่อป้องกันการใช้ยาที่ไม่มีประสิทธิภาพ”

Mikeal และคณะ ให้คำนิยามว่า “การบริหารทางเภสัชกรรมเป็นการดูแลผู้ป่วยตามที่ต้องการเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาที่ตนเองแน่ใจว่าสมเหตุสมผลและปลอดภัย”

Brodie และคณะ กล่าวเสริมว่า “การบริหารทางเภสัชกรรมนั้น นอกจากจะต้องครอบคลุมถึงยาที่ผู้ป่วยต้องการจริงแล้ว ยังต้องให้การบริการแก่ผู้ป่วยทั้งก่อนและหลังการใช้ยาด้วย เพื่อให้ผู้ป่วยมั่นใจว่าตนได้รับยาที่มีคุณภาพ ประสิทธิภาพและปลอดภัย”

เฉลิมศรี ภูมมางกูร [19] ได้ประมวลแนวคิดของการบริหารทางเภสัชกรรมไว้ดังนี้

1. การบริหารทางเภสัชกรรม จัดเป็นการปฏิบัติแนวใหม่ เน้นการดูแลผู้ป่วยเป็นสำคัญ
2. ผู้ปฏิบัติงานด้านการบริหารทางเภสัชกรรมต้องรับผิดชอบเรื่องการใช้ยาของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์ทางการรักษาสูงสุด
3. ผู้ปฏิบัติงานด้านการบริหารทางเภสัชกรรมต้องมั่นใจในเรื่องต่างๆ ดังนี้
 - 3.1 ยาทุกตัวที่ผู้ป่วยได้รับต้องเหมาะสมกับสภาพของผู้ป่วย
 - 3.2 ผู้ป่วยต้องได้รับยาที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด
 - 3.3 ผู้ป่วยต้องได้รับยาที่ปลอดภัยมากที่สุด
 - 3.4 ผู้ป่วยต้องเต็มใจ และสามารถใช้จ่ายตามกำหนดได้อย่างเสรี
4. ผู้ปฏิบัติงานด้านการบริหารทางเภสัชกรรม ต้องมีความสามารถในการสืบค้น แก้ไข หรือป้องกันปัญหาทางการรักษาด้วยยาได้อย่างมีประสิทธิภาพ
5. การบริหารทางเภสัชกรรม เน้นการปฏิบัติด้านยาทางการรักษาทั่วไป จึงสามารถนำไปประยุกต์ได้ทุกหน่วยงานทางสาธารณสุข (เช่น ชุมชน โรงพยาบาล คลินิก สถานือนามัย ร้านยา) ผู้ป่วยทุกประเภท ทุกโรค ที่จำเป็นต้องใช้ยาในการรักษา
6. ผู้ปฏิบัติงานด้านการบริหารทางเภสัชกรรม จำเป็นต้องใช้ศัพท์ทางวิชาการร่วมกับบุคลากรทางสาธารณสุขอื่นๆ เช่น แพทย์ พยาบาล เป็นต้น เพื่อความเข้าใจตรงกัน

ปรีชา มณฑกานติกุล [20] กล่าวว่า การบริหารผู้ป่วยนอก (ambulatory care) คือ การให้บริการทางสุขภาพใดๆ แก่ประชาชนที่เข้ามาใช้บริการโดยไม่ได้เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล การให้บริการทางสุขภาพนี้รวมถึงห้องฉุกเฉิน คลินิกแพทย์ คลินิกของผู้ให้บริการสุขภาพเบื้องต้น ศูนย์สุขภาพชุมชน หรือร้านยา ซึ่งให้ทั้งบริการทางการแพทย์ (medical care) บริหารทางเภสัชกรรม (pharmaceutical care) บริการทางการพยาบาล (nursing care) และบริการทางสุขภาพอื่นๆ โดยมีแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลเป็นรูปแบบของการบริหารผู้ป่วยนอกที่ครบถ้วนที่สุด เนื่องจากมีแพทย์ เภสัชกร พยาบาล และบุคลากรสาธารณสุขอื่นๆ ร่วมกันในรูปแบบของทีมสหสาขาวิชา

(multidisciplinary team หรือ patient care team) ให้บริการทั้งระดับปฐมภูมิ (primary care) เช่น การรักษาโรคเบื้องต้น การส่งเสริมสุขภาพ และให้บริการระดับทุติยภูมิและตติยภูมิที่ต้องการการดูแลจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะโรค เช่น การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง

เภสัชกรมีบทบาท 2 ด้านในการบริบาลผู้ป่วยนอก คือ บทบาทในฐานะของผู้ให้บริการปฐมภูมิ (primary care provider) เช่น เภสัชกรร้านยาที่ประเมินและจ่ายยารักษาโรคหรือความเจ็บป่วยเบื้องต้น หรือ เภสัชกรโรงพยาบาลที่ให้บริการการเติมยาแก่ผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะของโรคคงที่ แต่ยังมีปัญหาที่เกี่ยวกับการใช้ยาที่ต้องการเภสัชกรดูแล เช่น เทคนิคการใช้ยาสูดพ่นยังไม่ถูกต้อง และบทบาทในฐานะของผู้ให้บริการทางเภสัชกรรม (pharmaceutical care provider) ซึ่งแก่นแท้ของบทบาทนี้คือกระบวนการคิดอย่างเป็นขั้นตอนเป็นระบบ โดยเริ่มจากเภสัชกรอ่านยาที่แพทย์สั่งจ่าย จากนั้นคิดถึงรายการปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและนึกถึงเป้าหมายในการรักษา ต่อมาเภสัชกรจะค้นหาปัญหาที่เกี่ยวกับการใช้ยาโดยใช้หลัก IESAC (I = indication, E = efficacy, S = safety, A = adherence, C = cost) ซึ่งจะช่วยหาปัญหาได้ครบถ้วนและเป็นระบบ จากนั้นจะทำการวินิจฉัยปัญหาเกี่ยวกับยานั้นว่าเป็นปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วยหรือไม่ หรือมีความสำคัญเร่งด่วนที่อาจมีผลกระทบต่อเป้าหมายในการรักษาหรือไม่ โดยอาศัยกระบวนการที่เป็นระบบ ที่นิยมใช้คือ SOAP (S=subjective data, O= objective data, A = assessment และ P = plan) หลังจากนั้นก็เภสัชกรวินิจฉัยปัญหาที่เกี่ยวกับการใช้ยาได้แล้ว ขั้นตอนต่อไปคือ การแก้ไขและป้องกันปัญหาที่เกี่ยวกับการใช้ยา [16]

Carter และ Helling [21] ได้นำเสนอมาตรฐานการปฏิบัติงานของเภสัชกรแก่ผู้ป่วยนอกไว้ดังนี้

1. สร้างความสัมพันธ์ที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยากับผู้ป่วย และรับผิดชอบในการวินิจฉัย แก้ไข และป้องกันปัญหาที่เกี่ยวข้องกับยา
2. สัมภาษณ์การใช้ยาของผู้ป่วยและอธิบายผลที่ได้จากการสัมภาษณ์นั้น
3. ทำการตรวจร่างกายของผู้ป่วยเมื่อจำเป็น
4. ระบุและอธิบายค่าพารามิเตอร์ที่ต้องติดตามและเป้าหมายของการรักษาในด้านประสิทธิภาพและความปลอดภัยในการใช้ยาแต่ละชนิดของผู้ป่วย

5. ติดตามปฏิกิริยาระหว่างยากับยา ยากับผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ยากับอาหาร ยา กับสมุนไพร ยากับโรค และยากับสภาวะร่างกายของผู้ป่วย เพื่อแก้ไขหรือป้องกันอันตรายจากปฏิกิริยา นั้น

6. สัมภาษณ์ ประเมินผู้ป่วย และแปลผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อติดตามผลสำเร็จ และอาการไม่พึงประสงค์จากการรักษา

7. สัมภาษณ์ประวัติการใช้ยาของผู้ป่วย ประเมินทัศนคติของผู้ป่วยในแง่การใช้ยาตามสั่ง และประเมินทัศนคติของผู้ป่วยในแง่การใช้ยาตามสั่ง และประเมินผลกระทบต่อการตอบสนองต่อยา รวมถึงการใช้กลยุทธ์ต่างๆ ในการเพิ่มการใช้ยาตามสั่ง

8. ให้คำแนะนำปรึกษาเรื่องการใช้อา และเป้าหมายของการรักษาแก่ผู้ป่วย

9. เป็นส่วนหนึ่งของทีมสหสาขาวิชาชีพในการให้การดูแลผู้ป่วยแบบปฐมภูมิและการให้ คำปรึกษา

10. กำหนดวิธีการใช้ยาที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย ตามวัตถุประสงค์ของการใช้ยา โรคประจำตัว และ ยาที่ใช้รักษา เกสซ์ซจลนศาสตร์ของยาและสภาวะของผู้ป่วย

11. ปรับเปลี่ยนวิธีการใช้ยาให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย ตามผลตอบสนองต่อการรักษา

12. อธิบายถึงอาการและอาการแสดงของพิษที่อาจเกิดขึ้นจากยาที่ผู้ป่วยใช้ ประเมิน ความสำคัญของพิษนั้น และแนะนำวิธีการแก้ไข

13. ประเมินวรรณกรรมในแง่ของการออกแบบงานวิจัย การประเมินความถูกต้องของ ผลลัพธ์ที่ได้ และการประยุกต์ใช้ทางคลินิก

14. ติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วย แพทย์ พยาบาลและบุคลากรสาธารณสุขอื่นๆ อย่างมี ประสิทธิภาพ

15. บริหารจัดการการใช้ยารักษาโรคของผู้ป่วยโดยการออกแบบแผนการรักษา และแนะนำ แพทย์ให้รักษาตามมาตรฐานการรักษาที่ถูกกำหนดขึ้น

16. พัฒนาเกณฑ์สำหรับการใช้ยาอย่างมีประสิทธิภาพและปลอดภัย และมีส่วนร่วมใน การประเมินการใช้ยา (drug use review)

สำหรับประเทศไทย สภาเภสัชกรรมได้กำหนดสมรรถนะของเภสัชกรในการให้บริการทาง เภสัชกรรมไว้ในเกณฑ์มาตรฐานผู้ประกอบการวิชาชีพเภสัชกรรมด้านการบริหารทางเภสัชกรรม 2554 [22] ดังนี้ เภสัชกรในภาคบริการต้องทำงานที่ครอบคลุมเกี่ยวข้องกับการใช้ยาและสุขภาพของ

ประชาชน ชุมชนและสังคมโดยการให้การบริบาลทางเภสัชกรรม สามารถร่วมทีมด้านสาธารณสุขในการสร้างประสิทธิภาพและเพิ่มความปลอดภัยในการใช้ยา สามารถป้องกันและแก้ปัญหาที่เกิดจากยานั้นได้ ติดตามและประเมินผลการใช้ยาว่าเป็นไปตามความมุ่งหวังของแผนการรักษาหรือไม่ เภสัชกรจะต้องร่วมรับผิดชอบต่อผลการรักษาด้วยยา ต้องช่วยติดตามความก้าวหน้าทางด้านการรักษาปรึกษาหารือกับผู้สั่งใช้ยา ให้ข้อมูลคำแนะนำและความร่วมมือกับทีมบุคลากรสุขภาพอื่นในอันที่จะทำให้การใช้ยาในผู้ป่วยมีประสิทธิภาพและปลอดภัยสูงสุด รวมถึงความสามารถที่จะลดค่าใช้จ่ายทางด้านยาและสุขภาพโดยรวมของผู้ป่วย

ปัญหาด้านยา (Drug-related problem) ตามที่ Hepler และ Strand [23] ได้ให้ความหมายไว้คือ เหตุการณ์ที่ไม่ต้องการให้เกิดขึ้นกับผู้ป่วยอันเป็นผลเนื่องมาจากการรักษาด้วยยา ซึ่งเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจริงหรืออาจจะเกิดขึ้นได้ ปัญหาด้านยาแบ่งได้เป็น 8 กลุ่ม เป็นการแบ่งปัญหาด้านยาที่เกิดขึ้นจริงกับผู้ป่วยหรือมีแนวโน้มที่เกิดขึ้นแต่สามารถป้องกันได้ และเน้นปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยมากกว่าเน้นที่ตัวยา [23, 24] ดังนี้

1. ผู้ป่วยมีภาวะที่ต้องได้รับการรักษาด้วยยา แต่ผู้ป่วยไม่ได้รับยาสำหรับภาวะนั้น (Untreated indications)
2. ผู้ป่วยได้รับการเลือกใช้ยาที่ไม่เหมาะสม (Improper drug selection)
3. ผู้ป่วยได้รับยาในขนาดต่ำเกินไป (Subtherapeutic dosage)
4. ผู้ป่วยได้รับยาในขนาดสูงเกินไป (Overdosage)
5. ผู้ป่วยมีอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (Adverse drug reactions)
6. ผู้ป่วยได้รับยาที่มีอันตรกิริยาระหว่างยา อาหาร หรือการตรวจผลทางห้องปฏิบัติการ (Drug interactions)
7. ผู้ป่วยไม่ได้รับยาตามที่แพทย์สั่งใช้ (Failure to receive drugs)
8. ผู้ป่วยได้รับยาที่ไม่มีข้อบ่งชี้ (Drug use without indication)

Van Mill และคณะ [25] ได้ทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับการแบ่งประเภทปัญหาด้านยา พบว่ามีการจัดแบ่งประเภทปัญหาด้านยาหลายแบบ และใช้เกณฑ์ 5 ข้อ เพื่อประเมินความเหมาะสมของการแบ่งประเภทปัญหาด้านยาที่เหมาะสมกับการรายงานปัญหาด้านยาในการให้บริบาลทางเภสัชกรรม ซึ่งเกณฑ์มีดังนี้ 1) การแบ่งประเภทปัญหาด้านยา ควรมีการนิยามถึงปัญหาด้านยาโดยทั่วไป และให้คำนิยามแต่ละประเภทปัญหา 2) การแบ่งประเภทปัญหาควรทำการทดสอบความถูกต้องที่ได้รับการตีพิมพ์ 3) การแบ่งประเภทปัญหาควรจะสามารถนำมาใช้ได้จริงในทางปฏิบัติ (มีการใช้การวิจัยที่ได้รับการตีพิมพ์) 4) การแบ่งประเภทควรมีโครงสร้างที่เปิดที่สามารถเพิ่มปัญหาใหม่ๆ ได้ และมีการแบ่งเป็นหัวข้อหลัก หัวข้อรอง เป็นลำดับขั้นกันไป 5) การแบ่งประเภทปัญหาควรมุ่งไปที่กระบวนการการใช้ยาและผลลัพธ์ของผู้ป่วย และควรแยกปัญหาด้านยาออกจากสาเหตุ ซึ่งผลการประเมินพบว่า การแบ่งประเภทปัญหาด้านยาแบบ Pharmaceutical Care Network Europe (PCNE) version 4 มีความใกล้เคียงกับเกณฑ์ทั้ง 5 ข้อมากที่สุด การแบ่งปัญหาด้านยาแบบ PCNE ในปัจจุบันเป็น version 6.2 แบ่งปัญหาด้านยาที่พบออกเป็น 4 กลุ่มหลัก คือ ปัญหาด้านยา

(Problems; P) สาเหตุของปัญหา (Causes; C) วิธีการแก้ไขปัญหา (Intervention; I) และผลลัพธ์ของการแก้ไขปัญหา (Outcome; O) รายละเอียดของแต่ละกลุ่มเป็นดังนี้

1. กลุ่มปัญหาด้านยา (Problems; P) แบ่งเป็น 4 กลุ่มรองคือ ปัญหาด้านยาเกี่ยวกับประสิทธิภาพในการรักษา (treatment effectiveness; P1) อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (adverse reactions; P2) ค่าใช้จ่ายในการรักษาด้วยยา (treatment cost; P3) และปัญหาด้านยาอื่นๆ (others; P4)

2. กลุ่มสาเหตุของปัญหา (Causes; C) แบ่งเป็น 8 กลุ่มรองคือ ปัญหาที่มีสาเหตุเกิดจากการเลือกใช้ตัวยา (drug selection; C1) การเลือกใช้รูปแบบยา (drug form; C2) การเลือกใช้ขนาดยา (dose selection; C3) ระยะเวลาที่ใช้ยาในการรักษา (treatment duration; C4) กระบวนการบริหารยา (drug use/administration process; C5) กระบวนการกระจายยาในขั้นตอนสั่งใช้ยาและจ่ายยา (logistics; C6) พฤติกรรมหรือนิสัยของผู้ป่วย (patient; C7) และอื่นๆ (other; C8)

3. กลุ่มวิธีการแก้ไขปัญหา (Intervention; I) แบ่งเป็น 5 กลุ่มรองคือ ไม่มีการแก้ไข (no intervention; I0) แก้ไขที่ผู้สั่งใช้ยา (at prescriber level; I1) แก้ไขที่ผู้ป่วยหรือผู้ที่ดูแลผู้ป่วย (at patient or carer level; I2) แก้ไขที่ตัวยา (at drug level; I3) และอื่นๆ (other; I4)

4. ผลลัพธ์ของการแก้ไขปัญหา (Outcome; O) แบ่งเป็น 4 กลุ่มรองคือ ไม่ทราบผลลัพธ์ (not known; O0) แก้ไขปัญหาได้ทั้งหมด (solved; O1) แก้ไขปัญหาได้บางส่วน (partially solved; O2) แก้ไขปัญหาไม่ได้ (not solved; O3)

มีงานวิจัยที่รายงานว่า ปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาจนเป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พบอุบัติการณ์ปัญหาด้านยาร้อยละ 3.31- 24.1 [26-29] ลักษณะปัญหาที่พบส่วนใหญ่ คือ เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (adverse drug reactions) และ การไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยา (noncompliance) นอกจากนี้พบว่าร้อยละ 46.5-78.0 เป็นปัญหาที่สามารถป้องกันไม่ให้เกิดขึ้นได้ เภสัชกรที่ทำงานบริหารเภสัชกรรมสามารถประเมินปัญหาด้านยา และพบว่าคำแนะนำของเภสัชกรที่ให้แก่ผู้สั่งใช้ยา เพื่อป้องกันหรือแก้ไขปัญหานั้น เป็นที่ยอมรับและปฏิบัติตามจากผู้สั่งใช้ยา อัตราการยอมรับที่มีรายงานคือร้อยละ 46.3-69.0 [30-32]

สำหรับการศึกษาในประเทศไทย เพียงเพ็ญ ชนาเทพาพร [33] ได้ประเมินการบริหารทางเภสัชกรรมบนหอผู้ป่วยหญิงอายุรกรรมในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ในส่วนของการศึกษาผลการตอบสนองของแพทย์ พยาบาล และผู้ป่วยต่อการให้ข้อเสนอแนะเภสัชกรเพื่อป้องกันหรือแก้ไข

ปัญหาการรักษาด้วยยา พบว่าแพทย์เป็นบุคลากรที่เภสัชกรให้ข้อเสนอแนะมากที่สุด (ร้อยละ 86.23) และเมื่อแบ่งผลการตอบสนองของแพทย์ต่อการให้บริบาลทางเภสัชกรรมออกเป็น 3 แบบ คือ 1) ยอมรับและปฏิบัติตาม 2) ยอมรับแต่ปรับเปลี่ยนบางส่วน และ 3) ไม่ยอมรับ พบว่าแพทย์ให้การตอบสนองแบบยอมรับและปฏิบัติตามต่อการให้บริบาลทางเภสัชกรรมของเภสัชกร ร้อยละ 89.58

การบริหารทางเภสัชกรรมที่เภสัชกรเข้าไปมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังการใช้ยาในรายโรค เช่น การศึกษาของ อูไรลักษณะ เทพวัลย์ และคณะ [34] ที่ทำการศึกษามีผลการศึกษาผลการศึกษาของการส่งเสริมการนำแนวทางปฏิบัติการใช้ยารักษาภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันลงสู่การปฏิบัติทางคลินิก รูปแบบการศึกษาเป็นการศึกษาชนิดไปข้างหน้าก่อน/หลังการมีส่วนร่วม พบว่าหลังจากเภสัชกรเข้ามามีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังการใช้ยานหรือผู้ป่วย ด้วยการปรึกษาแพทย์ในกรณีมีการใช้ยาไม่สอดคล้องกับแนวทางปฏิบัติ ผลคือ อัตราการสั่งใช้ยากลุ่ม beta-blockers, ACEIs และ statins เพิ่มขึ้นในผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการเฝ้าระวัง เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการบริการตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และทำให้การใช้ยาในผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวสอดคล้องกับแนวทางการปฏิบัติการใช้ยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) นอกจากนี้การศึกษาที่ทำนหรือผู้ป่วยที่แสดงให้เห็นถึงประโยชน์ในการปรึกษาปัญหาด้านยากับแพทย์โดยเภสัชกรแล้ว พบว่าการศึกษาที่ทำในผู้ป่วยนอกให้ผลที่สอดคล้องเช่นเดียวกัน ดังในการศึกษาของ ปาจารย์ ศรีอุทธา และคณะ [18] ศึกษาสาเหตุและประเมินผลการให้บริบาลทางเภสัชกรรมเพื่อแก้ไขปัญหาผู้ป่วยนอกที่มีการควบคุมการรักษาของยารักษาโรคไม่คงที่ ในส่วนของผลการให้ข้อเสนอแนะแก่แพทย์ของเภสัชกร แบ่งผลเป็น 3 แบบ คือ 1) ได้รับการยอมรับทั้งหมด 2) ได้รับการยอมรับบางส่วน และ 3) ไม่ได้รับการยอมรับ พบว่าแพทย์ให้การตอบสนองแบบการยอมรับทั้งหมดมากที่สุดจำนวน 67 ครั้ง (ร้อยละ 66.3) อย่างไรก็ตาม มีการวิจัยที่แสดงให้เห็นว่า การแก้ไขปัญหาการใช้ยาโดยเภสัชกรแล้วทำให้จำนวนปัญหาลดลงได้นั้น แพทย์อาจไม่ใช่เป็นบุคลากรที่เภสัชกรประสานงานมากที่สุด เนื่องจากปัญหาที่เภสัชกรค้นพบมากเป็นปัญหาที่ผู้ป่วยไม่ใช้ยาตามแพทย์สั่ง ดังนั้น เภสัชกรจึงแก้ไขปัญหาด้วยการประสานงานกับผู้ป่วยโดยตรง ดังงานวิจัยของ นลินี พูลทรัพย์ และปัญญา อุษะประเสริฐ [35] ที่ทำการศึกษารวมของการให้การบริหารทางเภสัชกรรมที่มีต่อจำนวนปัญหาการใช้ยาและระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวาน เปรียบเทียบกับการให้คำแนะนำการใช้ยาก่อนกลับบ้านที่เป็นการบริการปกติ พบว่าการแก้ไขปัญหาจากการใช้ยา เภสัชกรมีการประสานงานกับแพทย์หรือพยาบาลเพียงร้อยละ 6 แม้ว่าจะมีอัตราการปรึกษาแพทย์ที่น้อย แต่ผลการให้การบริหารทางเภสัชกรรมของ

การศึกษานี้ ทำให้จำนวนปัญหาจากการใช้ยาและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยในกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$ และ $P = 0.013$ ตามลำดับ)

แม้จะมีการศึกษาที่แสดงให้เห็นว่า การที่เภสัชกรให้บริบาลเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยสามารถแก้ไขปัญหาการใช้ยาได้และได้รับการยอมรับจากแพทย์ แต่จากงานวิจัยของธนนรรจ์ รัตนโชติพิพานิช และคณะ [36] ที่ได้ทำการสำรวจการปฏิบัติงานและปริมาณงานบริการเภสัชกรรมในโรงพยาบาลชุมชน ได้แบ่งงานบริบาลเภสัชกรรมออกเป็น 3 กลุ่มตามลักษณะของกิจกรรม คือ 1) กิจกรรมติดตามดูแล แก้ไขปัญหาการใช้ยาในผู้ป่วย 2) กิจกรรมการให้คำปรึกษาแนะนำการใช้ยา และ 3) กิจกรรมการประเมินอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา พบว่ากิจกรรมติดตามการดูแลแก้ไขปัญหาการใช้ยาในผู้ป่วยเป็นกิจกรรมที่ทำน้อยที่สุด คือ ร้อยละ 45.8 ซึ่งเป็นสัดส่วนที่น้อยเมื่อเทียบกับจำนวนผู้ป่วยที่มาใช้บริการทั้งหมด และพบว่าเมื่อเปรียบเทียบกับโรงพยาบาลที่มีขนาดจำนวนเตียงเท่ากัน มีปริมาณการให้บริการติดตามดูแล แก้ไขปัญหาการใช้ยาที่แตกต่างกันค่อนข้างมาก

McDonough และ Doucette [37] ได้อธิบายรูปแบบการพัฒนาความสัมพันธ์ในการทำงานร่วมกัน (Collaborative Working Relationships; CWRs) ของแพทย์และเภสัชกร ซึ่งการสร้างความสัมพันธ์ของแพทย์และเภสัชกรในการทำงานร่วมกันมี 5 ระยะ (ระยะ 0 ถึง 4) ระยะ 0 คือ การตระหนักถึงความเป็นวิชาชีพ (professional awareness) เป็นระยะที่แพทย์และเภสัชกรมีปฏิสัมพันธ์กันเล็กน้อย เช่น เภสัชกรโทรศัพท์หาแพทย์เกี่ยวกับการเติมยาให้ผู้ป่วย (refill requests) หรือแจ้งเตือนแพทย์เกี่ยวกับอาการไม่พึงประสงค์จากยา หรือปรึกษาปัญหาด้านยาที่พบในกระบวนการจ่ายยา ซึ่งปฏิสัมพันธ์เหล่านี้เป็นแบบสั้นๆ ไม่ได้มีการพัฒนาความสัมพันธ์กันเท่าไรนัก หรือความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้น ไม่ได้เสริมการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยเท่าไรนัก ส่วนระยะ 1 คือ การยอมรับการปฏิบัติงานตามวิชาชีพ (professional recognition) เป็นระยะที่เริ่มมีการแลกเปลี่ยนกัน โดยเภสัชกรมักเป็นผู้เริ่มการสื่อสารก่อน เช่น เภสัชกรเปิดงานให้บริการใหม่และร้องขอแพทย์ช่วยส่งผู้ป่วยไปทำงานบริการที่เปิดใหม่นี้ ซึ่งในระยะนี้ เภสัชกรเห็นความสำคัญของแพทย์ เนื่องจากมีผลต่อความสำเร็จของงานบริการที่เปิดใหม่ ในขณะที่แพทย์อาจไม่เห็นความสำคัญหรือความจำเป็นที่จะสร้างความสัมพันธ์ในการทำงานโดยตรงกับเภสัชกร เมื่อความสัมพันธ์ก้าวหน้าไปแต่ละระยะ ทั้งสองฝ่ายจะมีความพยายามที่จะคงความสัมพันธ์ไว้ และเมื่อถึงระยะที่ 4 เป็นระยะที่มีความร่วมมือกันในการทำงานตาม CWR คือ ต่างฝ่ายต่างสนใจที่จะคงความสัมพันธ์ในการทำงาน มีการสื่อสารเป็นแบบสองทาง และเกิดความไว้วางใจและเชื่อมั่นกันและกัน ซึ่งตัวแปรลักษณะ (characteristics) ที่มีผลต่อ

การสร้าง CWR มีอยู่ 3 กลุ่มตัวแปร คือ หนึ่งคือลักษณะบุคคล (individual characteristics) เช่น การศึกษา และอายุ สองคือลักษณะสิ่งแวดล้อม (context characteristics) เช่น ระดับของสถานที่ทำงาน และสิ่งอำนวยความสะดวกในการทำงาน และ สามคือลักษณะการแลกเปลี่ยน (exchange characteristics) เช่น การสื่อสาร และอำนาจในการปฏิบัติงาน

Doucette, Nevins และ McDonough [38] ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือกันของแพทย์และเภสัชกร โดยใช้รูปแบบความสัมพันธ์ในการทำงานร่วมกัน (Collaborative Working Relationships; CWRs) ของแพทย์และเภสัชกรเป็นแนวทางการศึกษา พบว่าลักษณะบุคคล (individual characteristics) ลักษณะสิ่งแวดล้อม (context characteristics) และ ลักษณะการแลกเปลี่ยน (exchange characteristics) ร่วมกันทำนายความร่วมมือกันของแพทย์และเภสัชกรได้ร้อยละ 80.5 ($R^2=0.805$, $P<0.01$) โดยปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิชาชีพ (professional interaction) ซึ่งเป็นตัวแปรหนึ่งในลักษณะสิ่งแวดล้อม ความไว้วางใจกันและกัน (trustworthiness) และบทบาทเฉพาะของบุคคล (role specification) ซึ่งทั้งสองเป็นตัวแปรในลักษณะการแลกเปลี่ยน สามารถทำนายความร่วมมือกันของแพทย์และเภสัชกรได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta=0.134$, $\beta=0.401$ และ $\beta=0.418$ ที่ระดับนัยสำคัญ $P=0.04$, $P<0.001$ และ $P<0.001$ ตามลำดับ)

Holden, Watts และ Walker [39] ได้ศึกษาการสื่อสารและความร่วมมือกันในการปฏิบัติงานของแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ พยาบาลเวชปฏิบัติ และเภสัชกร โดยให้แต่ละวิชาชีพตอบแบบสอบถามพบว่าแต่ละวิชาชีพประเมินการสื่อสารและความร่วมมือกันในการปฏิบัติงานของตนสูงกว่าที่วิชาชีพอื่นๆ ประเมิน แพทย์และพยาบาลให้การประเมินการสื่อสารและความร่วมมือกันในการปฏิบัติงานของวิชาชีพอื่นๆ อยู่ในระดับสูงถึงสูงมากพอๆ กับระดับที่ประเมินตนเอง โดยแพทย์ร้อยละ 85.7 ได้ประเมินการสื่อสารและความร่วมมือกันในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพอยู่ในระดับสูงถึงสูงมาก และพบว่าเภสัชกรร้อยละ 60 ได้ให้การประเมินการสื่อสารและความร่วมมือกันในการปฏิบัติงานของแพทย์อยู่ในระดับสูงถึงสูงมาก แต่ก็เป็นอัตราที่น้อยกว่าวิชาชีพอื่นๆ เป็นผู้ประเมิน นอกจากนี้ทั้งแพทย์และเภสัชกรเอง ประเมินการสื่อสารและความร่วมมือกันในการปฏิบัติงานของกันและกันอยู่ในระดับที่ต่ำกว่าที่ให้การประเมินวิชาชีพอื่นๆ

Briggs และ Smith [40] ได้สำรวจการปรึกษากันเกี่ยวกับข้อมูลด้านยา (drug consultation) ของแพทย์และเภสัชกร ในโรงพยาบาลที่เป็นโรงเรียนแพทย์ ขนาด 680 เตียง เก็บข้อมูลจากแบบบันทึกการปรึกษาด้านยาที่บันทึกโดยเภสัชกร ระยะเวลาที่ทำการศึกษาคือ 93 วัน ในการศึกษา

นี้ ได้ให้คำจำกัดความของข้อมูลด้านยา (drug information) ว่าเป็นข้อมูลด้านยาที่เภสัชกรให้แก่บุคคลากรทางการแพทย์หรือผู้ป่วย จุดประสงค์ของการให้ข้อมูลด้านยานี้เพื่อทำให้ปัญหาที่เกิดจากการรักษาด้วยยานั้นเกิดขึ้นน้อยที่สุด ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดีที่สุด จากการศึกษาพบว่าแพทย์และเภสัชกรปรึกษากันเกี่ยวกับความถี่ของการให้ยา (dose schedule) มากที่สุด รองลงมาคือ การเลือกใช้ยาที่ดีที่สุด (drug of choice) และ การมียาในสถานพยาบาล (drug availability) ตามลำดับ เรื่องที่ปรึกษากันน้อยที่สุด คือ ยาที่มีผลรบกวนการวิเคราะห์ผลทางห้องปฏิบัติการ (drug-lab test interference) อันตรกิริยาระหว่างยา (drug-drug interaction) และ ความคงตัวและความเข้ากันได้ของยา (stability/incompatibility) ตามลำดับ กลุ่มยาที่ปรึกษากันมากที่สุดคือกลุ่มยาต้านการติดเชื้อ (anti-infective drugs) ร้อยละ 60-66 ของจำนวนครั้งที่ปรึกษากันเกี่ยวกับข้อมูลด้านยานั้น แพทย์เป็นผู้เริ่มการปรึกษา สำหรับปัญหาด้านยาที่มีแนวโน้มว่าจะเกิด (potential problems) และ ปัญหาด้านยาที่เกิดขึ้นจริง (actual problems) นั้น พบว่า เภสัชกรเป็นผู้เริ่มการปรึกษามากกว่าแพทย์ และไม่ว่าใครเป็นผู้เริ่มการปรึกษาก่อนกัน เมื่อเภสัชกรให้คำแนะนำได้รับการยอมรับจากแพทย์สูงถึงร้อยละ 88

2. แนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (theory of planned behavior)

ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน เป็นทฤษฎีที่เสนอขึ้นโดย Ajzen [41] โดยพัฒนาต่อจาก ทฤษฎีพฤติกรรมที่มีเหตุผล (Theory of Reasoned Action; TRA) ของ Fishbein และ Ajzen [42]

ตามกรอบแนวคิดของทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (ภาพ 2) ปัจจัยที่กำหนดการแสดงออกซึ่งพฤติกรรม ได้แก่ เจตนา หรือ ความตั้งใจในการกระทำพฤติกรรมหนึ่งๆ (behavioral intention) เนื่องจากความตั้งใจเป็นตัวบ่งชี้ถึงระดับความพยายามของบุคคลที่จะกระทำพฤติกรรมนั้น หากมีความตั้งใจสูง โอกาสของการแสดงพฤติกรรมย่อมสูงขึ้นไปด้วย โดย Ajzen ได้กล่าวว่าความตั้งใจเป็นแรงจูงใจ (motivation) ที่ก่อให้เกิดพฤติกรรม [41]

ตามทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน ปัจจัยที่กำหนดความตั้งใจในการแสดงพฤติกรรม ประกอบด้วย 3 ตัวแปร ได้แก่

- ทัศนคติต่อพฤติกรรม (attitude toward behavior; A) หมายถึง ระดับความชอบหรือไม่ชอบ ที่มีต่อพฤติกรรมของบุคคล หลังจากการประเมินผลที่เกิดขึ้นจากการกระทำพฤติกรรมเป้าหมาย โดยตามแนวคิดของทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน ทัศนคติต่อพฤติกรรมเกิดจากบุคคลมีความเชื่อต่อพฤติกรรม (behavioral belief) โดยความเชื่อนี้นำไปสู่การประเมินถึงผลลัพธ์ (outcome evaluation) ที่เกิดขึ้นจากการกระทำพฤติกรรม ซึ่งอาจมีคุณค่าไปในทางบวก (เป็นที่ปรารถนา) หรือ ลบ (ไม่เป็นที่ปรารถนา) ตามการประเมินของบุคคลก็ได้ ด้วยเหตุนี้ การมีความเชื่อหนึ่งๆ เกี่ยวกับพฤติกรรมใดๆ ก็จะทำให้เกิดทัศนคติต่อพฤติกรรมนั้นๆ อย่างไรก็ตาม เนื่องจากบุคคลมีความเชื่อเกี่ยวกับพฤติกรรมได้หลากหลายความเชื่อ Ajzen [41] ได้เสนอว่า ความเชื่อที่จะมีผลต่อการแสดงพฤติกรรมต้องเป็นความเชื่อที่เด่นชัด (salient belief) ที่บุคคลเข้าถึง (accessible belief) เมื่อตัดสินใจที่จะกระทำพฤติกรรม โดยทัศนคติต่อพฤติกรรมมีค่าเท่ากับ ผลรวมของผลคูณระหว่างระดับความแรงของความเชื่อ (belief strength; b) จำนวน n ความเชื่อ กับ การประเมินถึงผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการกระทำพฤติกรรม (outcome evaluation; e) ตามความเชื่อหนึ่งๆ ดังสมการ

$$A \propto \sum_{i=1}^n b_i e_i$$

ในการวัดทัศนคติต่อพฤติกรรมในลักษณะเช่นนี้ Ajzen [41] กล่าวว่าเป็นการวัดทัศนคติบนพื้นฐานความเชื่อ (belief-based measure of attitude) ตามทฤษฎีความคาดหวัง-คุณค่า (expectancy-value model) โดยเป็นการวัดโดยอ้อม (indirect measurement) แต่ผลที่วัดได้ควรมีสหสัมพันธ์สูงกับทัศนคติจากการวัดโดยตรง (direct measurement) ซึ่งเป็นกรวัดทัศนคติต่อพฤติกรรมโดยรวม (global attitude) ที่ทำกันโดยทั่วไป ซึ่งมีการศึกษาอยู่หลายการศึกษาที่สนับสนุน สหสัมพันธ์ของทัศนคติจากการวัดทั้งสองแบบ เช่น การศึกษาของ Ajzen [43], Fishbein [44] และ Fishbein และ Ajzen [45] เป็นต้น อย่างไรก็ตาม ขนาดของสหสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติที่วัดได้จากสองวิธีมักจะไม่สูงนัก ทั้งนี้ Ajzen ให้เหตุผลว่า นอกเหนือจากความเชื่อต่อพฤติกรรมแล้ว ปัจจัยอื่นๆ อาจมีผลต่อการสร้างทัศนคติต่อพฤติกรรมได้อีกด้วย ทำให้การวัดทัศนคติจากความเชื่อเพียงอย่างเดียวมีความสัมพันธ์กับทัศนคติจากการวัดโดยตรงได้ นอกจากนี้ การวัดทัศนคติจากพฤติกรรมความเชื่อนี้ จำเป็นต้องวัดจากความเชื่อที่เป็น salient belief ซึ่งอาจมาจากการสอบถามตัวอย่างที่มีลักษณะเช่นเดียวกับประชากรที่ศึกษา แต่หากความเชื่อที่นำมาวัดทัศนคตินั้นไม่ได้เป็น salient belief สหสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติที่วัดได้จากความเชื่อจะมีสหสัมพันธ์กับทัศนคติที่วัดโดยตรงค่อนข้างต่ำ ดังนั้น ในการวัดทัศนคติตามพฤติกรรมตามแผนนั้น Ajzen [41] แนะนำให้มีการวัดทัศนคติทั้งโดยทางตรงและทางอ้อม

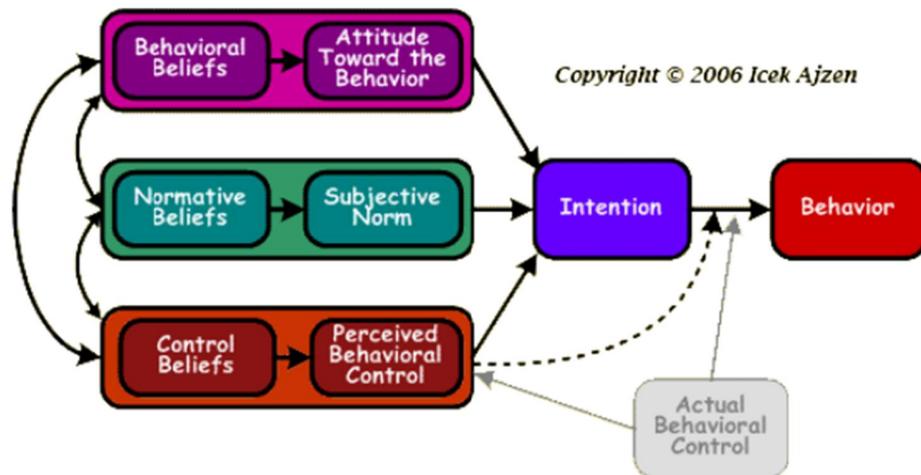
2. บรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิง (subjective norms; SN) หมายถึง การที่บุคคลต้องการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง (referent groups) ซึ่งเป็นบุคคลอื่นๆ ที่มีความสำคัญต่อตน (important others) ที่อาจเห็นด้วย (approve) หรือ ไม่เห็นด้วย (disapprove) ต่อการแสดงพฤติกรรมเป้าหมาย สามารถวัดบรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิงทั้งโดยการวัดโดยตรง ซึ่งเป็นกรวัดบรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิงโดยรวม (global subjective norms) ด้วยการให้บุคคลประเมินว่า บุคคลที่มีความสำคัญต่อตนนั้นโดยรวม เห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วย อย่างไรก็ตามการกระทำพฤติกรรม หรือ อาจทำการวัดบรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิงโดยอ้อมด้วยการวัดตัวแปร 2 ตัวแปร คือ ความเชื่อเกี่ยวกับกลุ่มอ้างอิง (normative belief; n) ซึ่งบุคคลประเมินว่า บุคคลซึ่งมีความสำคัญต่อตนแต่ละกลุ่ม (แยกแต่ละกลุ่มอ้างอิง) เห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วยต่อการกระทำพฤติกรรม และ แรงจูงใจที่จะทำตามกลุ่มอ้างอิง (motivation to comply; m) แต่ละกลุ่มนั้นมากน้อยในระดับใด โดยผลคูณของตัวแปรทั้งสองสำหรับกลุ่มอ้างอิงแต่ละกลุ่ม (n กลุ่ม) เมื่อนำมาบวกรวมกันจะเป็น บรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิง เขียนเป็นสมการได้ดังต่อไปนี้

$$SN \propto \sum_{i=1}^n n_i m_i$$

Ajzen [41] พบว่า บรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิงที่วัดจากการวัดโดยตรงกับโดยอ้อมมีค่าสหสัมพันธ์อยู่ในช่วง 0.40 ถึง 0.80 ซึ่งไม่สูงนัก ในลักษณะเช่นเดียวกับการวัดทัศนคติ การวัดบรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิงโดยอ้อมนั้น กลุ่มอ้างอิงที่มีความสำคัญต่อบุคคลแต่ละกลุ่มนั้นต้องทำการศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นตัวแทนของประชากรเสียก่อน กลุ่มอ้างอิงแต่ละกลุ่มนี้ควรเป็น กลุ่มอ้างอิงเด่นชัด (salient referent) ลักษณะเช่นเดียวกับ ความเชื่อต่อพฤติกรรมที่เด่นชัด (salient belief) ในการวัดทัศนคติทางอ้อม

3. การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม (perceived behavioral control; PBC) หมายถึง การรับรู้ของบุคคลถึงความยากง่ายต่อการกระทำพฤติกรรมเป้าหมาย เมื่อพิจารณาถึงการมีหรือไม่มีทรัพยากรหรือโอกาสที่มีผลต่อการกระทำพฤติกรรม เช่น เวลา เครื่องมือ ทักษะ เป็นต้น นอกจากนี้เป็นตัวกำหนดความตั้งใจในการกระทำพฤติกรรมแล้ว ตัวแปรความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมนี้ยังมีอิทธิพลต่อการกระทำพฤติกรรมโดยตรงอีกด้วย (ภาพ 2) การวัดความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม สามารถทำได้ทั้งการวัดโดยตรงและโดยอ้อม การวัดโดยตรง บุคคลจะประเมินถึงความมั่นใจ, การรับรู้ความยากง่าย หรือ ความสามารถในการควบคุม (controllability) ในการกระทำพฤติกรรมของตน สำหรับการวัดโดยอ้อมต้องทำการวัดตัวแปร 2 ตัว โดยให้บุคคลประเมินถึงความเชื่อเกี่ยวกับการควบคุม (control belief; c) ซึ่งเป็นความเชื่อในโอกาสของการมีปัจจัยที่เอื้อหรือ ขัดขวางการกระทำพฤติกรรม เช่น เครื่องมือ เวลา ทักษะ เป็นต้น และการรับรู้อำนาจ (perceived power; p) ของปัจจัยเหล่านั้นในการเพิ่ม หรือ ลด โอกาสของบุคคลที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นๆ เนื่องจากปัจจัยที่เอื้อหรือขัดขวางการกระทำพฤติกรรมได้หลายปัจจัย (n ปัจจัย) ดังนั้น ตัวแปรความสามารถในการควบคุมจึงวัดจากผลรวมของผลคูณระหว่าง ความเชื่อเกี่ยวกับการควบคุม และการรับรู้อำนาจของแต่ละปัจจัย แสดงได้ดังสมการต่อไปนี้

$$PBC \propto \sum_{i=1}^n c_i p_i$$



ภาพ 2 โครงสร้างของทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (theory of planned behavior)

ที่มา: <http://people.umass.edu/~ajzen/pdf/tpb.measurement.pdf>

การวัดพฤติกรรม

การวัดพฤติกรรมที่ต้องการศึกษา Ajzen [46] ได้เสนอแนะไว้ดังนี้ ก่อนที่จะเริ่มทำการศึกษาคควรจะให้คำจำกัดความพฤติกรรมที่มีองค์ประกอบ 4 อย่าง คือ การกระทำ (action) เป้าหมาย (target) สภาวะแวดล้อม (context) และ เวลา (time) และพบว่าความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติกับพฤติกรรมที่ต่ำและไม่สอดคล้องกันนั้นเป็นผลมาจากคำจำกัดความของทัศนคติและพฤติกรรมมีความเข้ากันได้ที่ต่ำหรือเข้ากันได้เพียงบางส่วน ในการที่จะทำนายพฤติกรรมที่ต้องการศึกษาด้วยตัวแปรทัศนคติ ผู้วิจัยจะต้องมั่นใจว่ามีความเข้ากันได้ อย่างน้อยควรเข้ากันได้ในส่วน ของ เป้าหมาย และการกระทำ

การวัดความตั้งใจ

การวัดความตั้งใจมี 3 วิธี [47] คือ 1) Intention performance วิธีนี้ในบางสถานการณ์ สเกลที่ใช้วัดความตั้งใจเป็นสเกลเดียวที่ใช้วัดการกระทำที่แท้จริงได้ เช่น การวัดพฤติกรรมสุขภาพส่วนบุคคล

เช่น การสุบบุหรี การออกกำลังกาย ข้อคำถามเป็นคำถามเดียว ที่ถามจำนวนความถี่ที่แสดงถึงความตั้งใจ คำตอบที่ได้จะบอกถึงคะแนนความตั้งใจโดยตรง 2) Generalized intention เป็นวิธีที่นิยมกันมากที่สุด เป็นการวัดความตั้งใจ ลักษณะชุดคำถามจะสอบถามถึงความตั้งใจในภาพรวมของผู้ตอบแบบสอบถาม เช่น “ฉันคาดว่าจะส่งผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังไปเอ็กซเรย์” “ฉันต้องส่งผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังไปเอ็กซเรย์” และ “ฉันตั้งใจส่งผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังไปเอ็กซเรย์” ซึ่งชุดคำถามต้องมีความสอดคล้องภายในด้วย 3) Intention simulation เป็นวิธีที่อาจวัดถึงพฤติกรรมที่แท้จริงได้ถูกต้องมากขึ้น เนื่องจากเป็นวิธีการสร้างสถานการณ์ขึ้นมาให้คล้ายสถานการณ์จริง โดยทั่วไปแล้ว วิธีที่เลือกใช้ในการวัดความตั้งใจควรมาจากการตัดสินใจของผู้วิจัยว่าคำถามแบบใดเหมาะสมกับพฤติกรรมและกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษา

การวัดตัวแปรทางตรง (Standard direct measures) [48]

การวัดทัศนคติทางตรงต่อการทำพฤติกรรม (Attitude toward the behavior)

สร้างมาตรวัดทัศนคติทั่วไป เช่น ลิเคิร์ต สเกล (Likert scal) หรือ เฮอร์สโตน สเกล (Thurstone scal) สามารถนำมาใช้ในการประเมินพฤติกรรมของผู้ให้ข้อมูลได้ แต่ส่วนใหญ่มักจะใช้การสร้างมาตรวัดแบบการจำแนกความหมาย (semantic differential scale) เนื่องจากสะดวกในการสร้างมาตรวัดอย่างมาก คำคุณศัพท์ที่มีความหมายตรงกันข้าม (bipolar adjective) ที่ใช้ในมาตรวัดแบบนี้เลือกมาจากการประเมินลักษณะพฤติกรรมและประชากรที่ศึกษา เริ่มแรกผู้วิจัยควรทำประมาณ 10-12 มาตรวัด คำคุณศัพท์ชุดแรกสามารถนำมาจากคำคุณศัพท์ต่างๆ ที่ใช้กันอย่างแพร่หลาย ตรงตามแนวคิดและประชากรที่ศึกษา และมีแนวโน้มเป็นค่าที่ประเมินค่าได้ จากนั้นเลือกมาตรวัดที่มีความสอดคล้องภายในสูงมาเป็นเครื่องมือวัดทัศนคติ มาตรวัดที่เลือกมานี้มีความเชื่อถือได้โดยวัดจากค่า item-total correlation เช่น Likert's criterion of internal consistency) หรือการวิเคราะห์ความเชื่อมั่น เช่น ค่าครอนบาค แอลฟา (Cronbach's alpha) ถ้าทำการวิเคราะห์ปัจจัย (factor analysis) มาตรวัดควรประกอบไปด้วยคำคุณศัพท์คำคู่ต่างๆ ที่แนวโน้มมีน้ำหนักสูงๆ

เกณฑ์ที่สองสำหรับการเลือกข้อคำถาม คือ นอกจากข้อคำถามที่มีคำคุณศัพท์คำคู่ที่ประเมินทัศนคติโดยรวมที่มีต่อพฤติกรรมได้โดยอัตโนมัติ เช่น มีคุณค่า-ไร้คุณค่า และ เป็นอันตราย-เป็นประโยชน์ แล้ว ควรมีข้อคำถามรูปแบบที่ผู้ตอบได้ใช้ประสบการณ์ในการประเมินโดยใช้คำคุณศัพท์คำคู่ เช่น พึงพอใจ-ไม่พึงพอใจ และ ไม่สนุก-สนุก ข้อคำถามที่ได้คัดเลือกมาจากการศึกษานำร่อง (pilot

study) ควรประกอบไปด้วยทั้งสองแบบ รวมถึงใช้ ดี-ไม่ดี ซึ่งจะทำให้สามารถประเมินทัศนคติโดยรวมที่มีต่อพฤติกรรมที่ศึกษาได้เป็นอย่างดี นอกจากนี้การเลือกคุณศัพท์คำคู่ที่แสดงออกทางลบและทางบวก ควรจะให้ความเท่าเทียมกัน

การวัดบรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิงทางตรง (Subjective norm)

ข้อคำถามจะถามผู้ตอบว่ากลุ่มอ้างอิงคิดว่าเขาควรหรือไม่ควรทำพฤติกรรม (injunctive quality) ซึ่งเป็นไปตามการวัดบรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิง (subjective norm) อย่างไรก็ตามคำตอบของข้อคำถามแบบนี้มักให้ผลที่มีความเชื่อมั่นต่ำ เนื่องจากผู้ตอบมักรับรู้ได้ว่ากลุ่มอ้างอิงมักจะเห็นชอบกับพฤติกรรมที่ควรกระทำ และไม่เห็นชอบกับพฤติกรรมที่ไม่ควรกระทำอยู่แล้ว เพื่อทำให้ปัญหานี้ลดลง ชุดข้อคำถามควรมีคำถามว่ากลุ่มอ้างอิงที่สำคัญของผู้ตอบได้ทำพฤติกรรมนั้นหรือไม่ (descriptive norms)

การวัดการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมทางตรง (Perceived behavioral control)

การวัดการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมด้วยวิธีทางตรงควรจะวัดความมั่นใจของบุคคลว่าสามารถทำพฤติกรรมที่ผู้วิจัยสนใจได้หรือไม่ ในการวัดนี้จะมีข้อคำถามต่างๆ ซึ่งต้องมีคำถามที่ถามความยากในการการทำพฤติกรรม หรือถามความเป็นไปได้ที่จะทำพฤติกรรม

ข้อคำถามอื่นๆ ที่นำมาใช้ประเมินการรับรู้ความสามารถในการควบคุมคือ ข้อคำถามที่ประเมิน การควบคุม (controllability) พฤติกรรม ข้อคำถามชนิดนี้จะถามความเชื่อของบุคคลว่าเขาเชื่อว่าเขาสามารถควบคุมพฤติกรรมนั้นได้ เชื่อว่าการจะทำพฤติกรรมหรือไม่นั้นขึ้นอยู่กับเขา

การวัดตัวแปรทางอ้อม (วัดผ่านความเชื่อ; Belief composites)

การวัดตัวแปรทางตรงจำเป็นต้องมีความสอดคล้องภายในที่สูง (Internal consistency) ทั้งเครื่องมือวัดพฤติกรรม ความตั้งใจ ทัศนคติ บรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้ความสามารถในการควบคุม เพื่อมั่นใจได้ว่าแต่ละข้อคำถามวัดในเรื่องเดียวกัน แต่สำหรับการวัดตัวแปรทางอ้อมโดยวัดผ่านความเชื่อนั้น เครื่องมือวัด ทัศนคติ บรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้ความสามารถในการควบคุม ไม่จำเป็นต้องมีความสอดคล้องภายในสูง เนื่องจากทัศนคติของบุคคลสามารถตรงกันข้ามกับสิ่งที่เขาเชื่อได้ ถ้าหากเขาเชื่อว่าผลของพฤติกรรมจะส่งผลไปในทางบวกหรือทางลบ ซึ่งรวมถึงกลุ่ม

ข้อคำถามที่วัดความเชื่อเกี่ยวกับกลุ่มอ้างอิง และกลุ่มข้อคำถามที่วัดความเชื่อเกี่ยวกับปัจจัยควบคุม ด้วยเช่นกันที่ไม่จำเป็นต้องมีความสอดคล้องภายใน

ความคงที่เมื่อเวลาผ่านไปของเครื่องมือวัด (Temporal stability)

ความสอดคล้องภายในเป็นวิธีหนึ่งที่ใช้ประเมินความเชื่อมั่นของเครื่องมือวัด ซึ่งเป็นวิธีที่เหมาะสมสำหรับการประเมินเครื่องมือที่วัดตัวแปรทางตรงตามทฤษฎี แต่ไม่เหมาะสมที่จะวัดตัวแปรทางอ้อมที่วัดผ่านความเชื่อ ดังนั้นการวัดความเชื่อมั่นของเครื่องมือวัดตัวแปรทางอ้อม คือ การวัดความคงที่ของเครื่องมือด้วยวิธีทดสอบซ้ำ (test-retest reliability) ซึ่งวิธีนี้สามารถวัดความเชื่อมั่นของเครื่องมือวัดตัวแปรทางตรงได้ด้วย ความคงที่เมื่อเวลาผ่านไปของเครื่องมือวัด เป็นลักษณะที่สำคัญของการศึกษาแบบไปข้างหน้าที่พยายามจะทำนายพฤติกรรม ถ้าเครื่องมือวัดขาดคุณสมบัติความคงที่เมื่อเวลาผ่านไป เครื่องมือนั้นจะไม่สามารถทำนายพฤติกรรมที่จะเกิดขึ้นในเวลาต่อมาได้

การค้นหาความเชื่อที่เด่นชัดของผลการทำพฤติกรรมออกมา (Eliciting salient behavioral outcomes)

การศึกษานำร่องเป็นสิ่งที่จะต้องทำเพื่อให้ได้ความเชื่อที่เข้าถึงได้ทั้งความเชื่อเกี่ยวกับพฤติกรรม ความเชื่อเกี่ยวกับกลุ่มอ้างอิง และความเชื่อเกี่ยวกับปัจจัยควบคุม ข้อมูลที่ได้จากผู้ตอบคำถามจะนำมาใช้ในการระบุความเชื่อที่เด่นชัดส่วนบุคคล (personal salient beliefs) เช่น ความเชื่อของผู้เข้าร่วมการศึกษาแต่ละคน หรือ เพื่อสร้างความเชื่อเด่นชัดที่มีความถี่มาก (modal salient beliefs) เช่น ความเชื่อที่เรียงลำดับแล้วเป็นความเชื่อที่มีมากที่สุดจากผู้เข้าร่วมการศึกษาทั้งหมด

ในการค้นหาความเชื่อเกี่ยวกับพฤติกรรม ผู้เข้าร่วมในการศึกษานำร่องจะมีเวลาเล็กน้อยในการทำรายการคำตอบจากคำถามต่างๆ ดังนี้

คุณเชื่อว่าผลดีจากการที่คุณเดินบนลู่วิ่งเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 30 นาที ทุกวัน ตลอดเดือนหน้าคืออะไร

คุณเชื่อว่าผลเสียจากการที่คุณเดินบนลู่วิ่งเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 30 นาที ทุกวัน ตลอดเดือนหน้าคืออะไร

มีอะไรเพิ่มเติมอีกหรือไม่เกี่ยวกับการที่คุณเดินบนลู่วิ่งเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 30 นาที ทุกวัน ตลอดเดือนหน้า

การวัดความเชื่อเกี่ยวกับพฤติกรรม (Measuring behavioral beliefs)

ไม่ว่าจะเป็นการให้ได้ว่าซึ่งความเชื่อที่เด่นชัดส่วนบุคคล หรือ ความเชื่อเด่นชัดที่มีความถี่มาก มี 2 คำถามที่ต้องถามคือ การถามถึงความเข้มข้นของความเชื่อที่มีต่อพฤติกรรม (behavioral belief strength; b) และ การประเมินผลของการกระทำ (outcome evaluation; e)

การค้นหากลุ่มอ้างอิงที่เด่นชัด (Eliciting salient normative referents)

ในการศึกษานำร่องเพื่อค้นหากลุ่มอ้างอิงที่เกี่ยวข้องกระทำโดยถามคำถามต่อไปนี้
มีใครหรือกลุ่มบุคคลใดที่สนับสนุนคุณให้เดินบนลู่วิ่งเป็นเวลาอย่างน้อย 30 นาที ทุกวัน ตลอดเดือนหน้า

มีใครหรือกลุ่มบุคคลใดที่ไม่สนับสนุนให้คุณเดินบนลู่วิ่งเป็นเวลาอย่างน้อย 30 นาที ทุกวัน ตลอดเดือนหน้า

มีใครหรือกลุ่มบุคคลใดที่คุณนึกถึงเมื่อคุณคิดเกี่ยวกับการเดินบนลู่วิ่งเป็นเวลาอย่างน้อย 30 นาที ทุกวันตลอดเดือนหน้า

การวัดความเชื่อเกี่ยวกับเกี่ยวกับกลุ่มอ้างอิง (Measuring normative beliefs)

การประเมินความเชื่อเกี่ยวกับเกี่ยวกับกลุ่มอ้างอิงนั้นทำคล้ายกับการสร้างมาตรวัดความเชื่อเกี่ยวกับผลของการกระทำ โดยสร้างคำถามที่ถามเกี่ยวกับ ความเข้มข้นของความเชื่อเกี่ยวกับกลุ่มอ้างอิง (Normative belief strength; n) และแรงจูงใจที่จะคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง (Motivation to comply)

การค้นหาความเชื่อที่เด่นชัดเกี่ยวกับปัจจัยควบคุม (Eliciting of salient control factors)

ในการศึกษานำร่องเพื่อค้นหาความเชื่อที่เด่นชัดเกี่ยวกับปัจจัยควบคุมจะทำโดยถามคำถามดังนี้

มีปัจจัยหรือสภาวะแวดล้อมใดที่ทำให้คุณสามารถเดินบนลู่วิ่งได้อย่างน้อย 30 นาที ทุกวัน ตลอดเดือนหน้า

มีปัจจัยหรือสภาวะแวดล้อมใดที่ทำให้คุณไม่สามารถเดินบนลู่วิ่งได้อย่างน้อย 30 นาที ทุกวัน ตลอดเดือนหน้า

มีประเด็นอื่นอีกหรือไม่ที่คุณนึกถึงเมื่อคุณคิดเกี่ยวกับการเดินบนลู่วิ่งได้อย่างน้อย 30 นาที ทุกวัน ตลอดเดือนหน้า

การวัดความเชื่อเกี่ยวกับปัจจัยควบคุม (Measuring control beliefs)

คำถามที่ใช้ประเมินความเชื่อเกี่ยวกับการควบคุมมี 2 แบบ คือ คำถามที่ประเมินความเข้มข้นของความเชื่อเกี่ยวกับปัจจัยควบคุมและคำถามที่ประเมินอำนาจของปัจจัยควบคุม

ประสิทธิภาพการทำนายความตั้งใจและพฤติกรรมของทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน

Amitage และ Conner [49] ทำการวิเคราะห์ห่อภินาน (meta-analysis) เพื่อศึกษาถึงประสิทธิภาพของตัวแปรตามทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนในการทำนายความตั้งใจและการกระทำพฤติกรรม โดยรวมการศึกษาทั้งหมดจำนวน 185 การศึกษา ที่ได้รับการตีพิมพ์จนถึงปี พ.ศ. 2540 ผลการศึกษาพบว่า เมื่อพิจารณาจากทุกๆ พฤติกรรม ตัวแปรความตั้งใจและการรับรู้ความสามารถในการควบคุม มีค่าสหสัมพันธ์พหุ (multiple correlation) กับพฤติกรรมโดยเฉลี่ยเท่ากับ 0.52 และสามารถอธิบายความแปรปรวนในพฤติกรรมได้ร้อยละ 27 โดยตัวแปรการรับรู้ความสามารถในการควบคุม สามารถอธิบายความแปรปรวนเพิ่มเติมจากความตั้งใจได้อีกร้อยละ 2 นอกจากนี้ ผู้วิจัยยังพบว่า ตัวแปรทั้งสองยังอธิบายถึงความแปรปรวนของพฤติกรรมได้ทั้งที่วัดจากการรายงานด้วยตนเอง (self-report behavior) และการสังเกต (observed behavior) เท่ากับร้อยละ 31 และ 20 ตามลำดับ ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.01$) ซึ่งชี้ให้เห็นว่าตัวแปรทั้งสองสามารถอธิบายพฤติกรรมจริง (actual behavior) ได้ถึงแม้ว่าจะอธิบายความแปรปรวนได้น้อยกว่าพฤติกรรมที่มาจากการรายงานด้วยตนเองก็ตาม

เมื่อศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อความตั้งใจในการกระทำพฤติกรรม พบว่า ทศนคติต่อพฤติกรรม บรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้ความสามารถในการควบคุม มีค่าสหสัมพันธ์พหุกับความตั้งใจ โดยเฉลี่ยเท่ากับ 0.63 และทั้งสามตัวแปรสามารถอธิบายความตั้งใจในการกระทำพฤติกรรม ได้เท่ากับร้อยละ 39 หากแยกพิจารณาทีละตัวแปร พบว่า ทศนคติต่อพฤติกรรม บรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้ความสามารถในการควบคุม สามารถอธิบายถึงความแปรปรวนของความตั้งใจกระทำพฤติกรรมได้ ร้อยละ 24, 12 และ 18 ตามลำดับ ดังนั้น บรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิงจึงอธิบายความแปรปรวนของความตั้งใจในการกระทำพฤติกรรมได้น้อยที่สุด และ เมื่อควบคุมตัวแปรทศนคติและบรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิงที่มีต่อความแปรปรวนของความตั้งใจกระทำพฤติกรรมแล้ว ตัวแปรการรับรู้ความสามารถในการควบคุมสามารถอธิบายถึงความแปรปรวนในความตั้งใจได้อีกร้อยละ 6 ซึ่งชี้ให้เห็นว่า ตัวแปรการรับรู้ความสามารถในการควบคุมนั้น นอกเหนือจากการมีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมแล้วยังมีผลต่อพฤติกรรมโดยอ้อมผ่านความตั้งใจได้อีกด้วย

ตัวแปรอื่นๆ ที่อาจมีผลต่อความตั้งใจและพฤติกรรม

Ajzen [41] ได้กล่าวถึงทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนว่า ยังสามารถเพิ่มตัวแปรอื่นๆ ที่สามารถทำนายความแปรปรวนของความตั้งใจและพฤติกรรมได้เพิ่มขึ้นจากตัวแปรเดิมที่มีอยู่ในทฤษฎีอยู่แล้ว อย่างมีนัยสำคัญ Armitage และ Conner [49] แนะนำว่า ตัวแปรที่จะเพิ่มเข้ามาในการอธิบายความตั้งใจและพฤติกรรมนี้ จะต้องอธิบายได้ว่าตัวแปรใหม่มีผลต่อความตั้งใจและพฤติกรรมผ่านกลไกใด ความสัมพันธ์ของตัวแปรใหม่กับตัวแปรเดิมในทฤษฎี และ ในภาวะการณ์แบบใด (range of conditions) ที่ตัวแปรใหม่เหล่านี้มีผลต่อความตั้งใจและพฤติกรรม ในการทบทวนวรรณกรรมนี้จะครอบคลุมตัวแปร พฤติกรรมในอดีต (past behavior), บรรทัดฐานจริยธรรม (moral norms) และ อัตลักษณ์แห่งตน (self-identity)

พฤติกรรมในอดีต (past behavior)

มีผลการศึกษาอยู่หลายการศึกษาที่ชี้ให้เห็นว่า ความถี่ของการกระทำพฤติกรรมในอดีต (frequency of past behavior) สามารถทำนายความตั้งใจและการกระทำพฤติกรรมในอนาคตได้ เช่น พฤติกรรมการบริโภค การสูบบุหรี่ และการออกกำลังกาย เป็นต้น การศึกษาหลายๆ การศึกษาใช้แนวคิดของการวัดนิสัย (habit) แทนพฤติกรรมในอดีต ทั้งนี้การกระทำพฤติกรรมในอดีตโดยซ้ำอาจทำให้การกระทำพฤติกรรมนั้นเกิดเป็นนิสัยได้ แต่ไม่จำเป็นเสมอไป ถึงแม้ในทางทฤษฎี ตัวแปรพฤติกรรมในอดีตและนิสัย มีมโนทัศน์แตกต่างกันอย่างชัดเจน ในงานวิจัยเกี่ยวกับการวัดพฤติกรรมในอดีตพบว่า ผู้วิจัยมักสร้างมโนทัศน์ของตัวแปรทั้งสองในลักษณะเดียวกัน ทำให้ในการวัดสองตัวแปรนี้ไม่เกิดความแตกต่างอย่างชัดเจน

Armitage และ Conner [49] ทำการทบทวนวรรณกรรมที่มีการศึกษาถึงความสัมพันธ์ของพฤติกรรมในอดีตกับความตั้งใจและพฤติกรรมจำนวน 11 การศึกษา ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังจากการควบคุมผลของตัวแปรทัศนคติ บรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมที่มีต่อความแปรปรวนของความตั้งใจแล้ว ตัวแปรพฤติกรรมในอดีตสามารถอธิบายความแปรปรวนในความตั้งใจได้เพิ่มเติมอีกร้อยละ 7.2 และ อธิบายความแปรปรวนในพฤติกรรมได้อีก ร้อยละ 13 เพิ่มเติมจากตัวแปรความตั้งใจและการรับรู้ความสามารถในการควบคุม จึงอาจอธิบายได้ว่า พฤติกรรมในอดีตมีผลทำนายพฤติกรรมในอนาคตได้จริง หรือ ทั้งตัวแปรพฤติกรรมในอดีตและในอนาคตมีตัวแปรอื่นอธิบายความแปรปรวนของตัวแปรทั้งสองร่วมกัน เช่น อัตลักษณ์แห่งตน (self-

identity) เป็นต้น อย่างไรก็ตาม กระบวนการหรือกลไกที่พฤติกรรมในอดีตมีผลต่อการกระทำพฤติกรรมในอนาคตยังไม่สามารถอธิบายได้อย่างชัดเจน

บรรทัดฐานทางจริยธรรม (moral norms)

บรรทัดฐานทางจริยธรรม หมายถึง การรับรู้ของบุคคลถึงความถูกต้องหรือไม่ถูกต้องในทางจริยธรรมหรือค่านิยมของสังคมต่อการกระทำพฤติกรรม จึงเป็นความรู้สึกส่วนบุคคลต่อความรับผิดชอบ (responsibility) ที่จะกระทำหรือปฏิเสธที่จะกระทำพฤติกรรมหนึ่งๆ โดยเป็นผลจากความเชื่อของบุคคลต่อสิ่งที่เป็นค่านิยมของสังคมหรือเป็นสิ่งที่สังคมยอมรับว่าถูกต้อง บรรทัดฐานทางจริยธรรมอาจมีอิทธิพลต่อการกระทำพฤติกรรมที่มีความถูกต้องดีงาม หรือจริยธรรมเข้ามาเกี่ยวข้องด้วย และมีผลต่อความตั้งใจแสดงพฤติกรรมโดยตรงในลักษณะที่คู่ขนานกับทัศนคติ บรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้ความสามารถในการควบคุม [49]

Beck และ Ajzen [50] ศึกษาพฤติกรรมของความไม่ซื่อสัตย์ โดยเพิ่มตัวแปรบรรทัดฐานจริยธรรมเข้าไปในทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน ผลการศึกษา พบว่า ตัวแปรบรรทัดฐานจริยธรรมสามารถอธิบายความแปรปรวนในความตั้งใจกระทำพฤติกรรมที่ไม่ซื่อสัตย์ได้อีก ร้อยละ 3-6 ในอีกการศึกษาหนึ่ง Kurland [51] ศึกษาถึงความตั้งใจในการบอกกับลูกค้าถึงความจริงเกี่ยวกับข้อเท็จจริงในข้อตกลงของการทำประกัน (insurance deals) ผลการศึกษา พบว่า ตัวแปรบรรทัดฐานจริยธรรมสามารถทำนายความตั้งใจได้ดีกว่าตัวแปรทัศนคติ และการเพิ่มตัวแปรบรรทัดฐานจริยธรรมเข้าไปทำให้ตัวแปรบรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิงไม่นัยสำคัญในการทำนายความตั้งใจอีกต่อไป Armitage และ Conner [49] ทำการวิเคราะห์หรือภิกฐานของการศึกษาจำนวน 11 การศึกษา เพื่อศึกษาถึงผลของบรรทัดฐานจริยธรรมกับตัวแปรอื่นๆ ในทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน ผู้วิจัยพบว่า ตัวแปรบรรทัดฐานจริยธรรมมีสหสัมพันธ์กับตัวแปรอื่นๆ ค่อนข้างสูง โดยเฉพาะอย่างยิ่งกับทัศนคติต่อพฤติกรรม และสามารถทำนายความตั้งใจกระทำพฤติกรรมได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติใน 9 การศึกษา เมื่อรวมทุกๆ การศึกษา พบว่า บรรทัดฐานจริยธรรมสามารถอธิบายความแปรปรวนในความตั้งใจกระทำพฤติกรรมได้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญร้อยละ 4 ดังนั้น การศึกษาเหล่านี้จึงสนับสนุนการเพิ่มตัวแปรบรรทัดฐานจริยธรรมเข้าไปในทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าเป็นพฤติกรรมที่อาจมีผลต่อบุคคลอื่นๆ ในสังคม เป็นเรื่องของจริยธรรมความถูกต้องในการกระทำพฤติกรรมที่มีค่านิยมของสังคมเข้ามาเกี่ยวข้องด้วย

อัตลักษณ์แห่งตน (self-identity)

อัตลักษณ์แห่งตน หมายถึง ความเด่นชัดของบุคคลต่อตนเองเกี่ยวกับการกระทำพฤติกรรมหนึ่งๆ ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความคิดของบุคคลว่าตนมีบทบาทอย่างไรในสังคม ตัวอย่างเช่น บุคคลอาจมองว่าตนเองเป็นผู้รักสิ่งแวดล้อม มีบทบาทหน้าที่ต่อต้านการกระทำที่ก่อให้เกิดภาวะโลกร้อน คำอื่นๆที่มีความหมายเดียวกัน เช่น มโนทัศน์แห่งตน (self-concept) หรือ บทบาทแห่งอัตลักษณ์ (role identity) เป็นต้น ตามทฤษฎีอัตลักษณ์ (Identity Theory) บุคคลจะกล่าวถึงตนเองว่าอยู่ในกลุ่มใดของสังคม (social category) เมื่อถูกถามว่า “คุณเป็นใคร” โดยอาจกล่าวถึงตนเองตามบทบาททางสังคม (social roles) เช่น เป็น บิดา หรือ มารดา, ตามรูปแบบใช้ชีวิตในสังคม (social types) เช่น เป็นผู้สูบบุหรี่ เป็นผู้ออกกำลังกาย เป็นผู้บริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ หรือ ตามบุคลิกภาพแห่งตน เช่น เป็นคนซื่อสัตย์ เป็นผู้มองโลกในแง่ดี เป็นต้น ซึ่งการมีอัตลักษณ์แห่งตนนี้ เชื่อว่าบุคคลได้ยอมรับเอาความหมาย ความคาดหวัง และมาตรฐานการปฏิบัติ (identity standards) ของกลุ่มที่ตนมีอัตลักษณ์ร่วมด้วยเข้ามากำหนดการแสดงออกซึ่งพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับอัตลักษณ์แห่งตนด้วย

Sparks และ Shepherd [52] ศึกษาถึงผลของอัตลักษณ์แห่งตนต่อความตั้งใจที่จะบริโภคผักอินทรีย์ (organically grown vegetables) ผลการศึกษาพบว่า อัตลักษณ์แห่งตนสามารถทำนายความตั้งใจได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่ Theodorakis [53] พบว่า บทบาทแห่งอัตลักษณ์มีผลทำนายพฤติกรรมการออกกำลังกายได้อย่างมีนัยสำคัญเช่นเดียวกัน จากการวิเคราะห์ห่อถักของ 6 การศึกษา Armitage และ Conner [49] พบว่า ตัวแปรอัตลักษณ์แห่งตนมีสหสัมพันธ์กับตัวแปรอื่นๆ ในทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนไม่สูงมากนัก อย่างไรก็ตาม จากทุกๆ การศึกษาโดยเฉลี่ย ตัวแปรอัตลักษณ์แห่งตนสามารถอธิบายความแปรปรวนในความตั้งใจได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 1 หลังจากควบคุมผลจากตัวแปรอื่นๆ ในทฤษฎีแล้ว ซึ่งชี้ให้เห็นว่า ตัวแปรอัตลักษณ์แห่งตนมีประโยชน์ในการทำนายความตั้งใจได้เพิ่มเติมจากตัวแปรอื่นๆ ในทฤษฎี

ในการวิเคราะห์ห่อถักซึ่งได้รับการตีพิมพ์ล่าสุด Rise และคณะ [54] ศึกษาถึงผลของตัวแปรอัตลักษณ์แห่งตนในการอธิบายความแปรปรวนของความตั้งใจและพฤติกรรม จากการศึกษาทั้งหมด 33 การศึกษา ผู้วิจัยพบว่า โดยเฉลี่ยจากทุกการศึกษา ตัวแปรอัตลักษณ์แห่งตนมีสหสัมพันธ์กับความตั้งใจกระทำพฤติกรรมในระดับปานกลาง ($r = 0.47$) โดยมีสหสัมพันธ์กับทัศนคติ บรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้ความสามารถแห่งตนไม่สูงนัก ($r = 0.37, 0.29$ และ 0.25 ตามลำดับ) เมื่อทำการวิเคราะห์ห่อถักถอยพหุแบบเชิงชั้น (hierarchical regression) เพื่ออธิบายความแปรปรวนใน

ความตั้งใจกระทำพฤติกรรม หลังจากควบคุมความแปรปรวนจากตัวแปรทัศนคติ บรรทัดฐานกลุ่ม อ้างอิง และ การรับรู้ความสามารถแห่งตนแล้ว ตัวแปรอัตลักษณ์แห่งตนสามารถอธิบายความแปรปรวนในความตั้งใจกระทำพฤติกรรมได้อีกร้อยละ 6 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (R^2 ของ model เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 35 เป็นร้อยละ 41; $p < 0.001$) ผู้วิจัยสรุปว่า ตัวแปรอัตลักษณ์สามารถเพิ่มการทำนายความตั้งใจได้ดียิ่งขึ้นเมื่อนำเข้าสู่ทฤษฎี และควรจัดเป็นแปรหนึ่งที่สำคัญในทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน อย่างไรก็ตาม กลไกที่อัตลักษณ์แห่งตนมีผลต่อความตั้งใจเป็นอย่างไรจำเป็นต้องมีการศึกษาต่อไป

ปัจจัยสภาพภูมิหลัง (background factors)

Ajzen [55] ได้กล่าวถึง ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล (personal nature) เช่น บุคลิกภาพ (personality) และค่านิยมทั่วไป (broad live value) ตัวแปรทางประชากรศาสตร์ (demographic variables) เช่น การศึกษา อายุ เพศ รายได้ การเปิดรับสื่อและข้อมูลจากแหล่งต่างๆ เป็นปัจจัยที่คาดว่าจะมีผลทางอ้อมต่อพฤติกรรมและความตั้งใจ โดยมีผลผ่านทางตัวแปรเชิงเหตุตามทฤษฎี TBP งานวิจัยเชิงประจักษ์ (empirical study) ส่วนมากมีการประเมินคุณลักษณะทางประชากร (demographic characteristics) เพียงเล็กน้อย โดยพิจารณาเป็นตัวแปรควบคุม (control factors) อย่างไรก็ตาม บางการศึกษาได้พิจารณาตัวแปรปัจจัยสภาพภูมิหลังเพียงหนึ่งตัวแปรหรือบางตัวแปรว่ามีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมที่ต้องการศึกษาด้วยเหตุผลที่เกิดขึ้นเอง (intuitive reasons) หรือด้วยเหตุผลตามทฤษฎี (theoretical reasons) จากงานวิจัยของ Herbert และคณะ [56] พบว่า ปัจจัยทางประชากรศาสตร์ ได้แก่ เพศ จำนวนปีที่ปฏิบัติงาน ระดับการศึกษา ไม่มีผลโดยตรงต่อความตั้งใจของเภสัชกรในการให้บริบาลทางเภสัชกรรม อย่างไรก็ตาม Godin และคณะ [57] ได้ทำการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อความตั้งใจและพฤติกรรมของบุคลากรทางการแพทย์ โดยรวบรวมงานวิจัยที่ใช้ทฤษฎีทางสังคม (social theory) ต่างๆ เป็นกรอบแนวคิดในการทำนายหรืออธิบายความตั้งใจหรือพฤติกรรมของบุคลากรทางการแพทย์ พบว่า มีงานวิจัยส่วนน้อยที่รายงานว่ ปัจจัยส่วนบุคคลเป็นตัวแปรที่ส่งผลต่อความตั้งใจของบุคลากรทางการแพทย์

3. ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนกับพฤติกรรมกรให้บริบาลทางเภสัชกรรม

การศึกษาที่ผ่านมามีการนำทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนอธิบายหรือทำนายการบริหารทางเภสัชกรรมของเภสัชกร เช่น Odedina และคณะ [58] ศึกษาความตั้งใจและพฤติกรรมการบริหารทางเภสัชกรรมของเภสัชกรที่ปฏิบัติงานในร้านยา พบว่าทัศนคติ และ บรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิง ร่วมกัน

ทำนายความแปรปรวนในความตั้งใจในการบริหารทางเภสัชกรรมได้ร้อยละ 38 ($R^2=0.38$, $P=0.0001$) เมื่อเพิ่มการรับรู้ความสามารถในการควบคุมเข้าไปในสมการถดถอยสามารถเพิ่มการทำนายความตั้งใจได้ มีค่าสัมประสิทธิ์การตัดสินใจเท่ากับ 0.44 ($P=0.0001$) โดยทัศนคติ บรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้ถึงความสามารถในการควบคุม สามารถทำนายความตั้งใจในการบริหารทางเภสัชกรรมได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta=0.38$, $\beta=0.14$ และ $\beta=0.29$ ที่ระดับนัยสำคัญ $P<0.05$) ในการศึกษาที่มีการเสริมปัจจัยพฤติกรรมในอดีตที่เพิ่งเกิดขึ้น (past behavior recency) เข้าไปในทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนเพื่อทำนายพฤติกรรมการบริหารทางเภสัชกรรม ผลคือ การรับรู้ความสามารถในการควบคุม ความตั้งใจในการให้บริหารเภสัชกรรม และ พฤติกรรมในอดีตที่เพิ่งเกิดขึ้น ร่วมกันทำนายความแปรปรวนในพฤติกรรมการบริหารทางเภสัชกรรมได้ ร้อยละ 57 ($R^2=0.57$, $P=0.001$) โดยการรับรู้ความสามารถในการควบคุม ความตั้งใจในการบริหารทางเภสัชกรรม และ พฤติกรรมในอดีตที่เพิ่งเกิดขึ้น สามารถทำนายพฤติกรรมการบริหารทางเภสัชกรรมได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta=0.13$, $\beta=0.15$ และ $\beta=0.65$ $P<0.05$) จากผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าพฤติกรรมในอดีตที่เพิ่งเกิดขึ้นเป็นตัวแปรทำนายพฤติกรรมการบริหารทางเภสัชกรรมที่สำคัญที่สุด

นอกจากมีการศึกษาที่นำปัจจัยพฤติกรรมในอดีตที่เพิ่งเกิดขึ้นเสริมเข้ามาในทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนในการทำนายการบริหารทางเภสัชกรรมแล้ว ยังมีการศึกษาที่นำบุคลิกภาพ (personality) 5 ลักษณะ ได้แก่ การเข้าสังคม (extraversion) ความรู้สึกผิดชอบชั่วดี (conscientiousness) ความเอนเอียงของอารมณ์ (neuroticism) ความจริงใจตรงไปตรงมา (openness) และ ความยอมรื้อกันและกัน (agreeableness) เสริมเข้ามาในทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน ดังที่ปรากฏในการศึกษาของ Kittisopee [59] พบว่าความตั้งใจในการบริหารทางเภสัชกรรมเป็นผลจาก ความยอมรื้อกันและกัน ทัศนคติ บรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้ถึงความสามารถในการควบคุม มีสัมประสิทธิ์การตัดสินใจ ร้อยละ 78.3 ($P<0.05$) โดย ความยอมรื้อกันและกัน ทัศนคติ บรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้ความสามารถในการควบคุม สามารถทำนายความตั้งใจในการบริหารทางเภสัชกรรมได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta=0.083$, $\beta=0.53$, $\beta=0.178$ และ $\beta=0.275$ ตามลำดับ $P<0.05$) สำหรับพฤติกรรมการบริหารทางเภสัชกรรมพบว่าเป็นผลมาจาก ความตั้งใจ การรับรู้ถึงความสามารถในการควบคุม การมีทรัพยากรที่เพียงพอ (adequacy of resource) และ ลักษณะของร้านยา มีสัมประสิทธิ์การตัดสินใจร้อยละ 44.7 โดยตัวแปรความตั้งใจ การรับรู้ความสามารถในการควบคุม การมีทรัพยากรที่เพียงพอ และลักษณะของร้านยา สามารถทำนายพฤติกรรมการบริหารทาง

เภสัชกรรมได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta=0.356$, $\beta=0.253$, $\beta=0.110$ และ $\beta=-0.226$ ตามลำดับ $P<0.05$) เป็นที่น่าสังเกต คือ ในการทำนายพฤติกรรมไม่พบว่าปัจจัยบุคลิกภาพทั้ง 5 ลักษณะมีผลต่อพฤติกรรมการบริหารทางเภสัชกรรม

จากการศึกษาของ Odedina และคณะ [58] และ Kittisopee [59] พบว่าทัศนคติเป็นตัวทำนายความตั้งใจในการบริหารทางเภสัชกรรมที่สำคัญที่สุด แต่เมื่อพิจารณาการศึกษาที่ทำนายพฤติกรรม พบว่าทัศนคติไม่ใช่ตัวทำนายพฤติกรรมการบริหารทางเภสัชกรรมที่สำคัญที่สุด มีการศึกษาเรื่องที่เกี่ยวข้องกันที่แสดงให้เห็นว่า บรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิง เป็นตัวทำนายความตั้งใจในการให้บริหารทางเภสัชกรรมที่สำคัญที่สุด ดังในการศึกษาของ Herbert และคณะ [56] ที่ศึกษาความตั้งใจในการบริหารทางเภสัชกรรมในระบบประกันสุขภาพ Medicare partD ในรัฐไอโอวา พบว่าทัศนคติ บรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถในการควบคุม ร่วมกันทำนายความแปรปรวนในความตั้งใจในการบริหารทางเภสัชกรรมได้ร้อยละ 63.2 ($R^2=0.38$, $P<0.05$) โดยทัศนคติ บรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้ความสามารถในการควบคุม สามารถทำนายความตั้งใจในการบริหารทางเภสัชกรรมได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta=0.191$, $\beta=0.408$ และ $\beta=0.268$ ตามลำดับ $P<0.05$)

การศึกษาของ Walker และคณะ [13] ที่ศึกษาความตั้งใจในการจ่ายยาต้านเชื้อราเพื่อรักษาโรคเชื้อราในช่องคลอด (vulvovaginal candidiasis) ด้วยการวัดทัศนคติ บรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมทั้งทางตรงและทางอ้อม และวัดความตั้งใจในการจ่ายยาต้านเชื้อราด้วยการสร้างกรณีศึกษาผู้ป่วย ผลการศึกษาพบว่า ทัศนคติที่วัดด้วยวิธีทางตรงและทางอ้อมสามารถทำนายความแปรปรวนความตั้งใจในการจ่ายยาต้านเชื้อราร้อยละ 14 และ 19 ($R^2=0.14$, $P=0.017$ และ $R^2=0.19$, $P=0.03$ ตามลำดับ) ทัศนคติที่วัดด้วยวิธีทางตรงและทางอ้อมสามารถทำนายความตั้งใจในการจ่ายยาต้านเชื้อราอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta=0.28$, $P=0.017$ และ $\beta=0.28$, $P=0.02$ ตามลำดับ) ในการศึกษาที่เภสัชกรมีความตั้งใจสูงที่จะจ่ายยาต้านเชื้อรา ชัดแย้งกับกับการศึกษาของ Saengcharoen [14] พบว่าเภสัชกรมีความตั้งใจต่ำที่จะจ่ายยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน แต่สิ่งที่เหมือนกันคือทัศนคติเป็นตัวทำนายพฤติกรรมที่สำคัญที่สุด โดยในการศึกษาของ Saengcharoen และคณะ [14] พบว่าทัศนคติเป็นตัวแปรเชิงเหตุที่มีสัมประสิทธิ์อิทธิพลสูงสุดเท่ากับ 0.89

การศึกษาของ พนิดา นนทสิทธิ์, ศीलจิต อินทรพงษ์ และ ภิญญา เปลิยนบางช้าง [60] ได้ศึกษาพฤติกรรมกาเขียนฉลากยาของเภสัชกรชุมชนในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล จำนวน

52 คน พบว่าความตั้งใจในการเขียนฉลากยาที่ถูกต้องเป็นผลจากการรับรู้ความสามารถในการควบคุม และบรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิงต่อการเขียนฉลากยา โดยมีสัมประสิทธิ์การตัดสินใจเท่ากับร้อยละ 21.5

การศึกษาของ Pradel, Obeidat และ Tsoukleris [61] ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการให้คำปรึกษาของเภสัชกรในการใช้ยาเสพติดในผู้ป่วยเด็กโรคหืดและผู้ปกครองของผู้ป่วย พบว่าความตั้งใจในการให้คำปรึกษาเป็นตัวทำนายที่สำคัญในการให้คำปรึกษาการใช้ยาเสพติดแก่ผู้ป่วยเด็กและผู้ปกครอง (odds ratio [OR] = 3.95 และ 3.09 ตามลำดับ $P < 0.05$) และเมื่อกำหนดให้ตัวแปรตามเป็นความตั้งใจในการให้คำปรึกษา พบว่าความตั้งใจในการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยเด็กเป็นผลมาจากความง่ายในการให้คำปรึกษา และ บรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิง (OR=1.480 และ 1.89 ตามลำดับ $P < 0.05$) ส่วนความตั้งใจในการให้คำปรึกษาแก่ผู้ปกครองเป็นผลมาจาก ความง่ายในการให้คำปรึกษา (OR=1.455, $P < 0.05$)

ผลการศึกษามาก่อนหน้านี้ที่นำทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนมาอธิบายหรือทำนาย ความตั้งใจในการให้บริบาลทางเภสัชกรรมของเภสัชกร หรือความตั้งใจในการทำกิจกรรมต่างๆ ในงานบริบาลทางเภสัชกรรมพบว่าทัศนคติจะเป็นตัวทำนายความตั้งใจได้มากที่สุด แต่การศึกษาที่วัดพฤติกรรมที่แท้จริงมีจำนวนน้อย

4. ทฤษฎีอื่นๆ กับการทำนายการป้องกันแก้ไขปัญหาด้านยา

Farris และ Kirking [8] ศึกษาความตั้งใจของเภสัชกรชุมชนที่พยายามป้องกันและแก้ไขปัญหาด้านยา โดยใช้ทฤษฎีการทดลอง (theory of trying) เป็นกรอบแนวคิด พบว่าทัศนคติ และ บรรทัดฐานทางสังคม ร่วมกันทำนายความตั้งใจที่จะทดลองป้องกันและแก้ไขปัญหาด้านยาได้ร้อยละ 17.9 ($R^2=0.179$, $P < 0.001$) ทัศนคติ และบรรทัดฐานทางสังคม สามารถทำนายความตั้งใจที่จะทดลองป้องกันและแก้ไขปัญหาด้านยาได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta=0.17$, $P < 0.05$, $\beta=0.26$, $P < 0.01$ ตามลำดับ)

Farris และ Kirking [62] ได้ทำการศึกษาการเลือกวิธีที่จะป้องกันและแก้ไขปัญหาด้านยาที่สำคัญทางคลินิกของเภสัชกรชุมชน โดยใช้การทำนายพฤติกรรมที่มีจุดมุ่งหมาย (predicting goal-directed behaviors) เป็นกรอบแนวคิด พบว่า เมื่อแบ่งวิธีการแก้ปัญหาคือการแก้ปัญหาคือการใช้ความพยายามมาก ปานกลาง และน้อย ส่วนมากเภสัชกรเลือกวิธีที่ใช้ความพยายามปานกลาง (ร้อยละ 31.7) ซึ่ง

ประกอบด้วย วิธีถามผู้ป่วยว่าได้พูดคุยกับแพทย์เกี่ยวกับปัญหาด้านยาบ้างหรือไม่ วิธีให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยว่าจะจัดการกับปัญหาด้านยาอย่างไร แนะนำผู้ป่วยให้ไปพูดคุยปัญหาด้านยากับแพทย์ และ วิธีติดต่อเจ้าหน้าที่คนอื่นๆ ในสถานที่ทำงาน และวิธีที่เภสัชกรเลือกรองลงมา คือ วิธีที่ใช้ความพยายามมาก (ร้อยละ 23.9) ซึ่งประกอบด้วยวิธีการปรึกษาปัญหาด้านยากับแพทย์โดยตรงและวิธีการแนะนำการแก้ไขปัญหาด้านยากับแพทย์ จากผลการวิเคราะห์ห้ถดถอยพหุคูณพบว่า self efficacy instrumental belief และ affect toward means ร่วมกันทำนายความแปรปรวนในการเลือกวิธีที่ใช้ความพยายามปานกลางได้ร้อยละ 66.2 โดย self efficacy instrumental belief และ affect toward means สามารถทำนายการเลือกวิธีที่ใช้ความพยายามปานกลางได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta=0.34$, $\beta=0.32$ และ $\beta=0.25$ ตามลำดับ $P < 0.001$) และพบว่า self efficacy และ instrumental belief ร่วมกันทำนายความแปรปรวนในการเลือกวิธีที่ใช้ความพยายามมากได้ร้อยละ 72.8 โดย self efficacy และ instrumental belief สามารถทำนายการเลือกวิธีที่ใช้ความพยายามมากได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta=0.66$ และ $\beta=0.26$ ตามลำดับ $P < 0.0001$)

บทที่ 3

วิธีดำเนินงานวิจัย

รูปแบบการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional study) มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจทัศนคติ บรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม และความตั้งใจของเภสัชกรในการรักษาปัญหาด้านยากับแพทย์ โดยใช้สถานการณ์ผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดทำการสำรวจโดยใช้แบบสอบถามที่ส่งถึงกลุ่มตัวอย่างทางไปรษณีย์ ในเขต 9 จังหวัดภาคเหนือตอนล่าง ข้อมูลที่ได้นำมาทำการวิเคราะห์เพื่อหาความแตกต่างของทัศนคติ บรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม ระหว่างกลุ่มเภสัชกรที่มีความตั้งใจในการรักษาปัญหาด้านยาในระดับแตกต่างกัน นอกจากนี้เพื่อวิเคราะห์หาปัจจัยที่สามารถอธิบายความแปรปรวนในระดับความตั้งใจของเภสัชกรในการรักษาปัญหาด้านยากับแพทย์ เพื่อนำไปใช้ประโยชน์ในการส่งเสริมพฤติกรรมการรักษาปัญหาด้านยากับแพทย์ของเภสัชกรต่อไปในอนาคต

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ผลการศึกษานี้ต้องการนำไปประยุกต์ใช้ คือ เภสัชกรที่ทำงานในแผนกผู้ป่วยนอกในประเทศไทย แต่เนื่องจากข้อจำกัดในงบประมาณการวิจัย ผู้วิจัยจึงกำหนดขอบเขตการสุ่มตัวอย่างเป็นเภสัชกรที่ทำงานในแผนกรักษาผู้ป่วยนอกในเขต 9 จังหวัดภาคเหนือตอนล่าง ได้แก่ เภสัชกรที่ทำงานในโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ในเขตจังหวัดพิษณุโลก ตาก เพชรบูรณ์ สุโขทัย อุตรดิตถ์ นครสวรรค์ พิจิตร กำแพงเพชร และอุทัยธานี

ใช้วิธีการคำนวณขนาดตัวอย่างสำหรับการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณของ Cohen [63] โดยกำหนดให้ effect size = 0.15 ซึ่งกำหนดจากงานวิจัยใกล้เคียงที่เกี่ยวข้องกับทัศนคติและบรรทัดฐานทางสังคม ร่วมกันทำนายความตั้งใจที่จะทดลองป้องกันและแก้ไขปัญหาด้านยาได้ร้อยละ 17.9 ($R^2=0.179$, $p<0.001$) โดยทัศนคติ และบรรทัดฐานทางสังคม สามารถทำนายความตั้งใจที่จะทดลอง

ป้องกันและแก้ไขปัญหาด้านยาได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta=0.17$, $P<0.05$, $\beta=0.26$, $P<0.01$ ตามลำดับ) [8] ระดับนัยสำคัญ 0.05 และ power ร้อยละ 80 โดยมีจำนวนตัวแปรต้น 8 ตัวแปร ได้แก่ เพศ อายุ จำนวนปีการศึกษา จำนวนชั่วโมงที่ปฏิบัติงานต่อวัน และจำนวนผู้ป่วยนอกในแต่ละวัน ทศนคติ บรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้ความสามารถในการควบคุม คำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 107 คน เมื่อคำนึงถึงอัตราการตอบกลับแบบสอบถามทางไปรษณีย์ (response rate) ของงานวิจัยที่คล้ายคลึงกันในด้าน เป็นการศึกษาที่รายงานความตั้งใจของเภสัชกรในประเทศไทย โดยใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนเป็นกรอบแนวคิด เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความตั้งใจเภสัชกรในการปฏิบัติงาน [60] มีอัตราการตอบกลับประมาณร้อยละ 30 ดังนั้น จึงทำการสุ่มตัวอย่างเภสัชกรทั้งหมด 356 คน

ทำการสุ่มตัวอย่างแบบโควตา (quota sampling) โดยสุ่มเภสัชกรจากโรงพยาบาลในเขต 9 จังหวัดภาคเหนือตอนล่าง ซึ่งมีทั้งหมด 88 โรงพยาบาล โดยเลือกโรงพยาบาลชุมชน 76 โรงพยาบาล โรงพยาบาลทั่วไป 8 โรงพยาบาล โรงพยาบาลศูนย์ 3 โรงพยาบาล และโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย 1 โรงพยาบาล จากนั้นกำหนดจำนวนแบบสอบถามที่ส่งให้แต่ละโรงพยาบาลตามจำนวนของเภสัชกรที่ได้รับการรายงานจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดของแต่ละจังหวัดที่โรงพยาบาลนั้นๆ ตั้งอยู่

แบบสอบถามถูกนำส่งทางไปรษณีย์ถึงหัวหน้าฝ่ายหรือกลุ่มงานเภสัชกรรม พร้อมหนังสือชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย โดยแจ้งว่าผู้ตอบแบบสอบถามควรเป็นเภสัชกรที่ทำงานในแผนกผู้ป่วยนอก โดยอาจทำงานเต็มเวลาหรือบางช่วงเวลา มีการแนบซองเปล่าติดแสตมป์เจ้าหน้าที่ของถึงผู้วิจัย โดยให้ส่งกลับมาที่คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร เมื่อผ่านไป 2 สัปดาห์แล้วยังไม่ได้รับแบบสอบถามกลับคืนจะมีการส่งจดหมายเพื่อขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามอีกครั้ง

ในการศึกษานี้ มีจำนวนแบบสอบถามที่ส่งไปยังโรงพยาบาลชุมชน 277 ฉบับ โรงพยาบาลทั่วไป 56 ฉบับ โรงพยาบาลศูนย์ 27 ฉบับ และโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย 6 ฉบับ รวม 366 ฉบับ

การพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยนี้เป็นแบบสอบถาม (แบบสอบถามแสดงในภาคผนวก ก) วิธีการสร้างแบบสอบถามดัดแปลงจากแนวทางของ Francis และคณะ [47] ในแบบสอบถาม 1 ชุด แบ่งเป็น 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของเภสัชกร ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่มีประสบการณ์ทำงานในโรงพยาบาล ระดับสถานที่ทำงาน ระยะเวลาเฉลี่ยที่ทำงานในแผนกผู้ป่วยนอกในแต่ละวัน (ในเวลาราชการ) จำนวนผู้ป่วยนอกที่มารับยาในแต่ละวัน (ในเวลาราชการ) วิธีการที่ใช้ในการรักษาปัญหาด้านยากับแพทย์ จำนวนผู้ป่วยด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดที่เภสัชกรได้รักษาปัญหาด้านยากับแพทย์ใน 1 เดือนที่ผ่านมา

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเพื่อวัดความตั้งใจของเภสัชกรในการรักษาปัญหาด้านยากับแพทย์ เป็นการสร้างกรณีศึกษาที่เกี่ยวข้องกับปัญหาการรักษาด้วยยาที่สามารถพบได้ทั่วไปในผู้ป่วยนอกโรคหัวใจและหลอดเลือดจำนวน 6 กรณีศึกษา และมีตัวเลือกให้เลือกตอบ 7 ตัวเลือก ตั้งแต่ 1 ถึง 7 โดย 1 คือ ตั้งใจน้อยที่สุด และ 7 คือ ตั้งใจมากที่สุด สถานการณ์เกี่ยวข้องกับปัญหาการใช้ยาทั้ง 6 สถานการณ์ จำแนกได้เป็น ปัญหาผู้ป่วยไม่ได้รับยาที่มีข้อบ่งชี้ (untreated indication) ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยา (noncompliance) ผู้ป่วยได้รับยาในขนาดต่ำเกินไป (subtherapeutic dosage) ผู้ป่วยได้รับยาที่มีอันตรกิริยาระหว่างยา (drug interaction) ผู้ป่วยเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (adverse drug interaction) และ ผู้ป่วยได้รับยาที่ไม่มีข้อบ่งชี้ (medication use with no indication)

ตัวอย่างของข้อคำถามในสถานการณ์ ปัญหาการไม่ได้รับยาที่มีข้อบ่งชี้ เช่น “ชายไทยอายุ 67 ปี เป็นโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง ยังไม่เคยได้รับยา aspirin เพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด” เป็นข้อคำถามในสถานการณ์ผู้ป่วยไม่ได้รับยาที่มีข้อบ่งชี้

ในการแปลผลคะแนนความตั้งใจของเภสัชกรในการรักษาปัญหาด้านยากับแพทย์โดยรวม (overall intention) ผู้วิจัยนำคะแนนจากทั้ง 6 สถานการณ์มารวมกัน และ แบ่งระดับความตั้งใจโดยรวมแบบอิงเกณฑ์ที่ได้จากการนำคะแนนสูงสุดที่เป็นไปได้ ลบคะแนนต่ำสุดที่เป็นไปได้ แล้วหารด้วยจำนวนระดับขั้น ที่กำหนดเป็น 3 ระดับ คือ ต่ำ ปานกลาง และ สูง โดยมีเกณฑ์การแปลผลคะแนน ดังนี้ 6.00-18.00 คะแนน ความตั้งใจอยู่ในระดับต่ำ, 18.01-30.00 ความตั้งใจอยู่ในระดับปานกลาง และ 30.01-42.00 ความตั้งใจอยู่ในระดับสูง

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเพื่อวัดตัวแปรทัศนคติทางตรงและทางอ้อม บรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิงทางตรงและทางอ้อม และ การรับรู้ความสามารถในการควบคุมทั้งทางตรงและทางอ้อม โดย ข้อคำถามในแบบสอบถามต่างๆ จัดเรียงแบบคละกันแบบสุ่ม เพื่อป้องกันอคติจากลำดับของข้อคำถามในแบบสอบถาม ดังนี้

ข้อคำถามเพื่อวัดทัศนคติทางตรง คือ ข้อที่ 1, 27, 29 และ 49

ข้อคำถามเพื่อวัดบรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิงทางตรง คือ ข้อที่ 16, 35 และ 43

ข้อคำถามเพื่อวัดการรับรู้ความสามารถในการควบคุมทางตรง คือ ข้อที่ 2, 18 และ 37

ข้อคำถามเพื่อวัดความเชื่อเกี่ยวกับผลของการรักษาปัญหาด้านยากับแพทย์ คือ ข้อที่ 3, 8, 9, 10, 17, 23, 26, 31, 34, 36, และ 38

ข้อคำถามเพื่อวัดการประเมินผลการรักษาปัญหาด้านยากับแพทย์ คือ ข้อที่ 47, 22, 30, 21, 24, 44, 11, 50, 45, 13 และ 19

ข้อคำถามเพื่อวัดความเชื่อของบุคคลที่มีต่อผู้ที่มีความสำคัญในการรักษาปัญหาด้านยากับแพทย์ คือ ข้อที่ 28, 40, และ 48

ข้อคำถามเพื่อวัดแรงจูงใจของบุคคลที่จะกระทำตามผู้ที่มีความสำคัญในการรักษาปัญหาด้านยากับแพทย์คือ ข้อที่ 39, 32 และ 12

ข้อคำถามเพื่อวัดความเชื่อเกี่ยวกับปัจจัยควบคุมการรักษาปัญหาด้านยากับแพทย์ คือ ข้อที่ 7, 14, 15, 20, 41 และ 46

ข้อคำถามเพื่อวัดการรับรู้อำนาจของปัจจัยควบคุมการรักษาปัญหาด้านยากับแพทย์ คือ ข้อที่ 25, 6, 5, 4, 33 และ 42

การสร้างแบบสอบถามเพื่อวัดตัวแปรทางตรง

ข้อคำถามวัดทัศนคติทางตรง (Direct attitude measurement) เป็นการสร้างข้อคำถามเพื่อวัดความรู้สึกโดยรวมของผู้ตอบแบบสอบถามต่อการรักษาปัญหาด้านยากับแพทย์ โดยคัดเลือกคุณศัพท์ที่แสดงถึงความคิดเห็นได้ทั้งในทางบวกหรือลบ เช่น เป็นสิ่งที่ดี มีคุณค่า หรือ ไร้ประโยชน์ ในแบบวัดนี้มีข้อคำถามจำนวน 4 ข้อ เป็นข้อคำถามแบบ 2 ขั้ว คือ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง และ เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยมีมาตรวัดให้เลือกตอบ 7 ระดับ ตั้งแต่ 1 ถึง 7 (1 คือ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง และ 7 คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง) ตัวอย่างข้อคำถาม เช่น การรักษาปัญหาด้านยากับแพทย์เป็นสิ่งที่ดี

การแปลผลคะแนนทัศนคติโดยรวมของเกสซกรในการรักษาปัญหาด้านยากับแพทย์ ผู้วิจัยนำคะแนนจากทั้ง 4 ข้อคำถามมารวมกัน และแปลผลระดับคะแนนตามเกณฑ์ที่ได้จากการนำคะแนนสูงสุดที่เป็นไปได้ ลบคะแนนต่ำสุดที่เป็นไปได้ แล้วหารด้วยจำนวนระดับขั้น งานวิจัยนี้ ผู้วิจัยกำหนดระดับขั้นเป็น 3 ระดับ คือ ต่ำ ปานกลาง และ สูง โดยระดับคะแนนที่สูงกว่า หมายถึง การมีทัศนคติใน

ทางบวกต่อการรักษาปัญหาด้านยากับแพทย์ มากกว่ากลุ่มที่มีระดับคะแนนต่ำกว่า และทำให้มีความตั้งใจต่อการรักษาปัญหาด้านยากับแพทย์ในระดับที่สูงกว่า โดยมีเกณฑ์ระดับคะแนนดังนี้ 4.00 – 12.00 คะแนน ทศนคติต่อการรักษาปัญหาด้านยาอยู่ในระดับต่ำ, 12.01 – 20.00 คะแนน หมายถึง ทศนคติในการรักษาปัญหาด้านยากับแพทย์อยู่ในระดับปานกลาง และ 20.01 – 28.00 คะแนน หมายถึง ทศนคติในการรักษาปัญหาด้านยาอยู่ในระดับสูง

ข้อคำถามวัดบรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิงทางตรง (Direct subjective norm measurement)

เป็นการสร้างข้อคำถามเพื่อวัดว่าผู้ตอบแบบสอบถามเชื่อว่าบุคคลที่มีความสำคัญต่อผู้ตอบแบบสอบถามมีความต้องการให้ผู้ตอบมีพฤติกรรมในการรักษาปัญหาด้านยากับแพทย์อย่างไร ในแบบวัดนี้มีข้อคำถามจำนวน 3 ข้อ เป็นข้อคำถามแบบ 2 ขั้ว คือ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง และ เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยมีมาตรวัดให้เลือกตอบ 7 ระดับ ตั้งแต่ 1 ถึง 7 (1 คือ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง และ 7 คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง) ตัวอย่างข้อคำถาม เช่น “บุคคลที่มีความสำคัญกับฉัน คิดว่าฉันควรรักษาปัญหาด้านยากับแพทย์”

การแปลผลระดับบรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิงของเกษตรกรที่มีต่อการรักษาปัญหาด้านยากับแพทย์โดยรวม ผู้วิจัยนำคะแนนจากข้อคำถามทั้งหมด 3 ข้อ มารวมกัน และ แปลผลระดับคะแนนตามเกณฑ์ที่ได้จากการนำคะแนนสูงสุดที่เป็นไปได้ ลบคะแนนต่ำสุดที่เป็นไปได้ แล้วหารด้วยจำนวนระดับขั้น งานวิจัยนี้ ผู้วิจัยกำหนดระดับขั้นเป็น 3 ระดับ คือ ต่ำ ปานกลาง และ สูง โดยระดับคะแนนที่สูงกว่า หมายถึง การมีบรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิงในระดับที่สูงกว่า และ ทำให้มีระดับความตั้งใจต่อการรักษาปัญหาด้านยากับแพทย์สูงกว่า โดยมีเกณฑ์คะแนนดังนี้ 3.00 – 9.00 คะแนน หมายถึง บรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิงต่อการรักษาปัญหาด้านยากับแพทย์อยู่ในระดับต่ำ, 9.01 – 15.00 คะแนน หมายถึง บรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิงต่อการรักษาปัญหาด้านยากับแพทย์อยู่ในระดับปานกลาง และ 15.01 – 21.00 หมายถึง บรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิงต่อการรักษาปัญหาด้านยากับแพทย์อยู่ในระดับสูง

ข้อคำถามวัดการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมทางตรง (Direct perceived behavioral control measurement)

เป็นการสร้างข้อคำถามที่วัดการรับรู้ของผู้ตอบแบบสอบถามต่อความยากง่ายหรือระดับความมั่นใจของผู้ตอบต่อการรักษาปัญหาด้านยากับแพทย์ ในแบบวัดนี้มีข้อคำถามจำนวน 3 ข้อ เป็นข้อคำถามแบบ 2 ขั้ว คือ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง และ เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยมีมาตรวัดให้เลือกตอบ 7 ระดับ ตั้งแต่ 1 ถึง 7 (1 คือ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง และ 7 คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง) ตัวอย่าง เช่น “การรักษาปัญหาด้านยากับแพทย์เป็นสิ่งที่ฉันกระทำได้โดยยาก”

การแปลผลระดับการรับรู้ความสามารถในการควบคุมโดยรวม ผู้วิจัยนำคะแนนจากข้อคำถามทั้งหมด 3 ข้อ มารวมกัน และ แปลผลระดับคะแนนตามเกณฑ์ที่ได้จากการนำคะแนนสูงสุดที่เป็นไปได้ ลบคะแนนต่ำสุดที่เป็นไปได้ แล้วหารด้วยจำนวนระดับขั้น งานวิจัยนี้ ผู้วิจัยกำหนดระดับขั้นเป็น 3 ระดับ คือ ต่ำ ปานกลาง และ สูง โดยระดับคะแนนที่สูงกว่า หมายถึง การมีการรับรู้ความสามารถในการควบคุมในระดับที่สูงกว่า และทำให้มีความตั้งใจต่อการรักษาปัญหาด้านยากับแพทย์ในระดับที่สูงกว่า โดยมีเกณฑ์คะแนนดังนี้ คะแนน 3.00 – 9.00 หมายถึง การรับรู้ความสามารถในการควบคุมอยู่ในระดับต่ำ, คะแนน 9.01 – 15.00 หมายถึง การรับรู้ความสามารถในการควบคุมอยู่ในระดับปานกลาง และ คะแนน 15.01 – 21.00 หมายถึง มีการรับรู้ความสามารถในการควบคุมในระดับสูง

การสร้างแบบสอบถามเพื่อวัดตัวแปรทางอ้อม

ในการสร้างแบบสอบถามเพื่อวัดทัศนคติทางอ้อม แบบสอบถามบรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิงทางอ้อม และแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในการควบคุมทางอ้อม ทำโดยสำรวจความเชื่อที่เด่นชัด (salient beliefs) จากเภสัชกรที่ทำงานในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลต่างๆ จำนวน 25 คน แบ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชน 9 คน โรงพยาบาลทั่วไป 8 คน และโรงพยาบาลศูนย์ 8 คน ทำการสัมภาษณ์ที่โรงพยาบาลที่ผู้ให้สัมภาษณ์ทำงานอยู่ ในการนี้ผู้วิจัยได้ส่งหนังสือขอความอนุเคราะห์ให้ข้อมูลเพื่อประกอบการทำวิจัยไปยังผู้อำนวยการโรงพยาบาลต่างๆ (หนังสือขอความอนุเคราะห์ให้ข้อมูลเพื่อประกอบการทำวิจัย แสดงในภาคผนวก ข) ในการสร้างข้อคำถามมีขั้นตอนการสร้าง 2 ขั้นตอน คือ

ขั้นตอนที่ 1 สำรวจความเชื่อเกี่ยวกับพฤติกรรม (behavioral beliefs) ความเชื่อเกี่ยวกับกลุ่มอ้างอิง (normative referents) และ ความเชื่อเกี่ยวกับปัจจัยควบคุม (control beliefs) ที่เด่นชัดของเภสัชกรกลุ่มตัวอย่างซึ่งมีลักษณะเช่นเดียวกับเภสัชกรกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาขนาดใหญ่ โดยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก ใช้แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง (semi-structured interview)

คำถามหลักที่ใช้ในการสัมภาษณ์เพื่อสำรวจความเชื่อเกี่ยวกับพฤติกรรม
ได้แก่

1. ท่านคิดว่าการรักษาปัญหาด้านยาที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดกับแพทย์นั้น จะก่อให้เกิดผลดีอย่างไรบ้าง

2. ท่านคิดว่า การปรึกษาปัญหาด้านยาที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดกับแพทย์นั้น จะก่อให้เกิดผลเสียอย่างไรบ้าง

3. ท่านรู้สึกอย่างไรบ้างเกี่ยวกับการปรึกษาปัญหาด้านยาที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดกับแพทย์

คำถามหลักที่ใช้ในการสัมภาษณ์เพื่อสำรวจความเชื่อเกี่ยวกับกลุ่มอ้างอิงได้แก่

1. ท่านคิดว่ามีใครหรือกลุ่มบุคคลใดซึ่งมีความสำคัญกับท่าน ที่เห็นด้วยหรือสนับสนุนให้ท่านปรึกษาปัญหาด้านยาที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดกับแพทย์

2. ท่านคิดว่ามีใครหรือกลุ่มบุคคลใดซึ่งมีความสำคัญกับท่าน ที่ไม่เห็นด้วยหรือไม่สนับสนุนให้ท่านปรึกษาปัญหาด้านยาที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดกับแพทย์

3. ท่านคิดว่ามีความเห็นของบุคคลอื่นๆ อีกหรือไม่ที่มีความสำคัญกับท่าน เมื่อท่านจะปรึกษาปัญหาด้านยาที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดกับแพทย์

คำถามหลักที่ใช้ในการสัมภาษณ์เพื่อสำรวจความเชื่อเกี่ยวกับปัจจัยควบคุมได้แก่

1. ท่านคิดว่ามีปัจจัยหรือสภาวะแวดล้อมอะไรบ้าง ที่ทำให้การปรึกษาปัญหาด้านยาที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดกับแพทย์ เป็นสิ่งที่ทำได้ง่าย

2. ท่านคิดว่ามีปัจจัยหรือสภาวะแวดล้อมอะไรบ้าง ที่ทำให้การปรึกษาปัญหาด้านยาในผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดกับแพทย์ เป็นสิ่งที่ทำได้ยาก

3. ท่านคิดว่ามีปัจจัยอะไรอื่นๆ อื่นอีกหรือไม่ ที่ทำให้การปรึกษาปัญหาด้านยาที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดกับแพทย์ ทำได้ง่ายลง หรือ ยากขึ้น

เพื่อให้ได้รายละเอียดที่ครบถ้วนในการสนทนา ผู้วิจัยได้บันทึกการสนทนาด้วยเครื่องบันทึกเสียง ระยะเวลาที่สัมภาษณ์ใช้เวลาประมาณครึ่งชั่วโมงถึงหนึ่งชั่วโมง เมื่อกระบวนการสัมภาษณ์เสร็จแล้ว ผู้วิจัยได้ถอดเทป และวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) เพื่อหาความเชื่อต่างๆ ที่ถูกกล่าวขึ้นมาในระหว่างสัมภาษณ์เภสัชกรกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นจัดความเชื่อที่มีเนื้อหาเหมือนกันเข้าด้วยกันภายใต้ตัวแปรของ TPB จากนั้นเรียงลำดับความเชื่อจากที่มีความถี่มากไปน้อย ในการสร้างแบบสอบถามเพื่อวัดตัวแปรทางอ้อม ผู้วิจัยจะคัดเลือกความเชื่อที่มีการกล่าวถึงโดยเภสัชกรมาเรียงลำดับตามความถี่ที่มีการกล่าวถึงจากมากที่สุดไปน้อยสุด จากนั้นคัดเลือกเฉพาะความเชื่อที่

ครอบคลุมปริมาณความเชื่อร้อยละ 75 ของความเชื่อทั้งหมด ตามแนวทางที่แนะนำของ Francis และคณะ [47] มาใช้ในการสร้างข้อคำถามสำหรับแต่ละตัวแปรที่วัดทางอ้อม

ในการทำวิจัยนี้ ได้ผ่านการพิจารณาและรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร (เอกสารรับรองโครงการวิจัยในมนุษย์ แสดงในภาคผนวก ค)

ความถี่ของความเชื่อที่เด่นชัดเกี่ยวกับผลของการรักษาปัญหาด้านยากับแพทย์
ในผู้ป่วยนอกโรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นดังนี้

ผลดี	ความถี่	ผลเสีย	ความถี่
1. ผู้ป่วยได้รับยาที่ถูกต้องเหมาะสม	22	1. ผู้ป่วยเสียเวลารอรับยานานขึ้น	15
2. เภสัชกรรู้สึกดีที่ได้ช่วยเหลือผู้ป่วย	17	2. เกิดความขัดแย้งกับแพทย์	12
3. ผู้ป่วยปลอดภัยจากการใช้ยา	10	3. เภสัชกรเสียเวลา	10
4. ส่งเสริมการทำงานร่วมกับแพทย์	7	4. เภสัชกรหงุดหงิด	3
5. ช่วยป้องกันโรคแทรกซ้อนให้กับผู้ป่วย	6	5. แพทย์เสียเวลา	3
6. ส่งเสริมบทบาทของเภสัชกร	5	6. ผู้ป่วยหงุดหงิด	3
7. ได้รับความรู้และประสบการณ์	5	7. เภสัชกรเสียความน่าเชื่อถือ	2
8. ลดค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาให้กับ โรงพยาบาล	4	8. เพิ่มงานเภสัชกร	2
9. แพทย์ระมัดระวังการสั่งใช้ยามากขึ้น	3	9. เภสัชกรกังวล	2
10. ลดการมานอนโรงพยาบาลของผู้ป่วย	3	10. เกิดความขัดแย้งกับพยาบาล	1
11. ป้องกันความเสี่ยงจากการถูกฟ้องร้อง	2	11. ผู้ป่วยได้รับยามากเกิน	1
12. แพทย์สบายใจ	1	12. เภสัชกรเสียความมั่นใจ	1
13. ผู้ป่วยสบายใจ	1	13. เพิ่มงานพยาบาล	1
14. เภสัชกรเกิดความภาคภูมิใจ	1	14. ลำบากผู้ป่วยที่ต้องเดิน	1
15. ส่งเสริมภาพพจน์ที่ดีของโรงพยาบาล	1	15. เภสัชกรรู้สึกผิดหวัง	1
		16. พยาบาลเสียเวลา	1
รวม	88	รวม	59

รวมความถี่ทั้งหมดเท่ากับ 147 ร้อยละ 75 ของความถี่ทั้งหมดคือ 110.25 ดังนั้นจึง
คัดเลือกข้อความในข้อที่ 1-8 และ 1-3 ในด้านผลดี และ ผลเสียตามลำดับ รวมความถี่ทั้งสองด้านได้
113 ความถี่

ความถี่ของกลุ่มอ้างอิงที่เด่นชัดต่อการรักษาปัญหาด้านยากับแพทย์ในผู้ป่วย
นอกโรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นดังนี้

กลุ่มหรือบุคคลที่สนับสนุน	ความถี่	กลุ่มหรือบุคคลที่ไม่สนับสนุน	ความถี่
1. เภสัชกร	20	1. แพทย์	20
2. ผู้ป่วย	15	2. ผู้ป่วย	13
3. แพทย์	12	3. เภสัชกร	4
4. พยาบาล	8	4. พยาบาล	4
5. เจ้าพนักงานเภสัชกรรม	3	5. ญาติผู้ป่วย	1
6. ญาติผู้ป่วย	2		
7. คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด (Pharmacy and Therapeutic Committee ;PTC)	2		
8. ทีมนำทางคลินิก (Patient care team ;PCT)	2		
9. อาจารย์	1		
10. คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล	1		
11. ผู้ช่วยเภสัชกร	1		
รวม	67	รวม	42

รวมความถี่ทั้งหมดเท่ากับ 109 ร้อยละ 75 ของความถี่ทั้งหมดคือ 81.75 ดังนั้นจึง
คัดเลือกข้อความในข้อที่ 1-3 และ 1-3 ในด้านกลุ่มหรือบุคคลที่สนับสนุนและด้านกลุ่มหรือบุคคลที่เป็น
อุปสรรคตามลำดับ รวมความถี่ทั้งสองด้านได้ 84 ความถี่

ความถี่ของปัจจัยความคุมที่เด่นชัดเกี่ยวกับการปรึกษาปัญหาด้านยากับแพทย์ในผู้ป่วยนอกโรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นดังนี้

ปัจจัยที่ทำให้ง่าย	ความถี่	ปัจจัยที่ทำให้ยาก	ความถี่
1. มีความสัมพันธ์อันดีกับแพทย์ที่ตรวจรักษาผู้ป่วย	13	1. มีผู้ป่วยจำนวนมาก	15
2. มีความรู้ ทักษะ และประสบการณ์	10	2. การติดต่อกับแพทย์ที่ตรวจรักษาผู้ป่วยได้ลำบาก	14
3. ติดต่อกับแพทย์ที่ตรวจรักษาผู้ป่วยได้สะดวก	8	3. ความรู้ ทักษะ และ ประสบการณ์ไม่เพียงพอ	13
4. เข้าถึงข้อมูลการรักษาผู้ป่วยได้สะดวก	6	4. การเข้าถึงข้อมูลการรักษาของผู้ป่วยได้ลำบาก	6
5. ผู้ป่วยจำนวนน้อย	5	5. เร่งรีบจ่ายยาให้เสร็จ	4
6. มีการทำงานในคลินิกที่เกี่ยวกับโรคหัวใจและหลอดเลือด	3	6. มีความสัมพันธ์ไม่ค่อยดีกับแพทย์ที่ตรวจรักษาผู้ป่วย	4
7. มีศูนย์ให้บริการข้อมูลทางบา	2	7. สถานที่ไม่เอื้ออำนวย	3
8. มีแนวทางการรักษาร่วมกัน	2	8. แพทย์มีความรู้ไม่เพียงพอ	2
9. ไม่เร่งรีบ	2	9. ผู้ช่วยเภสัชกรไม่อยู่	1
10. ผู้ป่วยสนใจยา	2	10. นโยบายด้านยาที่ไม่ชัดเจน	1
11. แพทย์มีความรู้	2	11. เภสัชกรอารมณ์ไม่ดี	1
12. สถานที่เอื้ออำนวย	1	12. แพทย์อารมณ์ไม่ดี	1
13. มีเจ้าหน้าที่ช่วยเหลือ	1	13. ผู้ป่วยเร่งรับยา	1
14. ผู้ป่วยมีความรู้	1	14. ราคาแพง	1
15. แพทย์มีความต้องการให้เภสัชกรเข้าไปทำงานในคลินิกพิเศษ	1	15. สภาวะแวดล้อมที่เสียงดัง	1
16. ทักษะของแพทย์และเภสัชกร	1		

ปัจจัยที่ทำให้ง่าย	ความถี่	ปัจจัยที่ทำให้ยาก	ความถี่
17. ภาระงานของแพทย์น้อย	1		
18. สภาวะแวดล้อมที่ไม่เสียงดัง	1		
รวม	62	รวม	68

รวมความถี่ทั้งหมดเท่ากับ 130 ร้อยละ 75 ของความถี่ทั้งหมดคือ 97.5 ดังนั้นจึงคัดเลือกข้อความในข้อที่ 1-5 และ 1-6 ในด้านปัจจัยที่ทำให้ง่ายและด้านปัจจัยที่ทำให้ยากตามลำดับ รวมความถี่ทั้งสองด้านได้ 98 ความถี่

ขั้นตอนที่ 2 นำความเชื่อที่มีความถี่สูงมาสร้างมาตรวัดทัศนคติทางอ้อม บรรทัดฐานกลุ่ม อ้างอิงทางอ้อม การรับรู้ความสามารถในการควบคุมทางอ้อม

2.1 การสร้างมาตรวัดทัศนคติทางอ้อม แบ่งเป็น 2 ขั้นตอนคือ

2.1.1 สร้างข้อคำถามเพื่อวัดระดับความเชื่อ (behavioral beliefs) ที่มีต่อการรักษาปัญหาด้านยา โดยนำความเชื่อที่มีความถี่สูงมาสร้างคำถาม โดยใช้มาตรวัดแบบให้เลือกตอบ 7 ระดับ ตั้งแต่ “ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง” ถึง “เห็นด้วยอย่างยิ่ง” ตัวอย่างข้อคำถาม เช่น “การรักษาปัญหาด้านยากับแพทย์ทำให้ผู้ป่วยได้รับยาที่ถูกต้องเหมาะสม”

2.1.2 สร้างข้อคำถามเพื่อวัดการประเมินผล (outcome evaluation) ของการรักษาปัญหาด้านยาตามความเชื่อจากข้อคำถามในขั้นตอน 2.1.1 โดยใช้มาตรวัดแบบให้เลือกตอบ 7 ระดับ ตั้งแต่ “ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง” ถึง “เห็นด้วยอย่างยิ่ง” ตัวอย่างข้อคำถาม เช่น “การที่ผู้ป่วยได้รับยาถูกต้องเหมาะสมเป็นสิ่งที่มีความสำคัญต่อฉัน”

การวัดทัศนคติด้วยเครื่องมือวัดทางอ้อม มีข้อคำถามที่วัดความเชื่อ (behavioral beliefs) เกี่ยวกับการรักษาปัญหาด้านยากับแพทย์ จำนวน 11 ข้อ และมีข้อคำถามที่วัดการประเมินผลลัพธ์ (outcome evaluation) ของการรักษาปัญหาด้านยากับแพทย์ จำนวน 11 ข้อ

ผู้วิจัยทำการแปลผลคะแนนทัศนคติโดยรวมของเภสัชกรในการรักษาปัญหาด้านยากับแพทย์ที่วัดด้วยเครื่องมือวัดทางอ้อม โดยหาผลรวมของ ผลคูณระหว่างคะแนนระดับความเชื่อที่มีต่อการรักษาปัญหาด้านยากับแพทย์ และ คะแนนการประเมินผลของการรักษาปัญหาด้าน

ยากับแพทย์ จากทุกข้อมารวมกัน (ค่าต่ำสุด 11.00, ค่าสูงสุด 539.00) แล้วนำมาแบ่งระดับ โดยการนำคะแนนสูงสุดที่เป็นไปได้ลบคะแนนต่ำสุดที่เป็นไปได้หารด้วยจำนวนระดับขั้น งานวิจัยนี้ ผู้วิจัยกำหนดระดับขั้นเป็น 3 ระดับ มีเกณฑ์การแปลผลคะแนนดังนี้ 11.00 – 187.00 คะแนน หมายถึง มีทัศนคติในการรักษาปัญหาด้านยากับแพทย์อยู่ระดับต่ำ, 187.01 – 363.00 หมายถึง มีทัศนคติในการรักษาปัญหาด้านยากับแพทย์อยู่ระดับปานกลาง, 363.01 – 539.00 มีทัศนคติในการรักษาปัญหาด้านยากับแพทย์อยู่ระดับสูง

2.2 การสร้างมาตรวัดบรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิงทางอ้อม แบ่งเป็น 2 ขั้นตอนคือ

2.2.1 สร้างข้อคำถามที่ประเมินระดับความเชื่อเกี่ยวกับบุคคลที่มีความสำคัญ (normative beliefs) ต่อการรักษาปัญหาด้านยากับแพทย์ ทำโดยนำความเชื่อที่มีความถี่สูงมาสร้างคำถามโดยใช้มาตรวัดแบบให้เลือกตอบ 7 ระดับ ตั้งแต่ “ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง” ถึง “เห็นด้วยอย่างยิ่ง” ตัวอย่างข้อคำถาม เช่น “ผู้ป่วยคิดว่าฉันควรรักษาปัญหาด้านยากับแพทย์”

2.2.2 สร้างข้อคำถามเพื่อประเมินแรงจูงใจในการปฏิบัติตามกลุ่มอ้างอิง (motivation to comply) ต่อการรักษาปัญหาด้านยากับแพทย์ โดยใช้กลุ่มอ้างอิงที่ใช้ในการตั้งคำถามในขั้นตอน 2.2.1 โดยใช้มาตรวัดแบบให้เลือกตอบ 7 ระดับ ตั้งแต่ “ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง” ถึง “เห็นด้วยอย่างยิ่ง” ตัวอย่างข้อคำถาม เช่น “การรักษาปัญหาด้านยากับแพทย์ตามความคาดหวังของผู้ป่วยมีความสำคัญต่อฉัน”

การวัดบรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิงด้วยเครื่องมือวัดทางอ้อม มีข้อคำถามที่วัดความเชื่อเกี่ยวกับกลุ่มอ้างอิง (normative referents) จำนวน 3 ข้อ ได้แก่ แพทย์ ผู้ป่วย และ เกสัชกร และมีข้อคำถามที่วัดแรงจูงใจที่จะทำตามกลุ่มอ้างอิง (motivation to comply) จำนวน 3 ข้อ

ผู้วิจัยทำการแปลผลคะแนนบรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิงโดยรวมของเกสัชกรในการรักษาปัญหาด้านยากับแพทย์ที่วัดด้วยเครื่องมือวัดทางอ้อม โดยหาผลบวกของผลคูณระหว่างคะแนนความเชื่อเกี่ยวกับบุคคลที่มีความสำคัญต่อการรักษาปัญหาด้านยากับแพทย์ และ คะแนนแรงจูงใจในการทำตามกลุ่มอ้างอิง จากทุกข้อมารวมกัน (ค่าต่ำสุด 3.00, ค่าสูงสุด 147.00) จากนั้นนำมาแบ่งระดับแบบอิงเกณฑ์ โดยการนำคะแนนสูงสุดที่เป็นไปได้ลบคะแนนต่ำสุดที่เป็นไปได้หารด้วยจำนวนระดับขั้น งานวิจัยนี้ ผู้วิจัยกำหนดระดับขั้นเป็น 3 ระดับ โดยมีเกณฑ์การแปลผลคะแนนดังนี้ 3.00 – 51.00 คะแนน หมายถึง บรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิงในการรักษาปัญหาด้านยากับแพทย์อยู่ระดับต่ำ, 51.01 – 99.00 คะแนน หมายถึง บรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิงในการรักษาปัญหาด้านยากับแพทย์อยู่

ระดับปานกลาง และ 99.01 – 147.00 คะแนน หมายถึง บรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิงในการปรึกษาปัญหา ด้านยากับแพทย์อยู่ระดับสูง

2.3 การสร้างมาตรวัดการรับรู้ความสามารถในการควบคุมการทางอ้อม
แบ่งเป็น 2 ขั้นตอนคือ

2.3.1 สร้างข้อคำถามที่ประเมินระดับความเชื่อเกี่ยวกับปัจจัยที่ควบคุม (control beliefs) ต่อการปรึกษาปัญหาด้านยากับแพทย์ โดยนำความเชื่อที่มีความถี่สูงมาสร้างคำถาม โดยใช้มาตรวัดแบบให้เลือกตอบ 7 ระดับ ตั้งแต่ “ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง” ถึง “เห็นด้วยอย่างยิ่ง” ตัวอย่างข้อคำถาม เช่น “ฉันมีความสัมพันธ์อันดีกับแพทย์ที่ตรวจรักษาผู้ป่วย”

2.3.2 สร้างข้อคำถามที่ประเมินการรับรู้อำนาจของปัจจัยควบคุม (perceived power) ต่อการปรึกษาปัญหาด้านยากับแพทย์ของปัจจัยที่ใช้ในการตั้งคำถามในขั้นตอน 2.3.1 โดยใช้มาตรวัดแบบให้เลือกตอบ 7 ระดับ ตั้งแต่ “ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง” ถึง “เห็นด้วยอย่างยิ่ง” ตัวอย่างข้อคำถาม เช่น “การมีความสัมพันธ์อันดีกับแพทย์ที่ตรวจรักษาทำให้การปรึกษาปัญหาด้านยากับแพทย์ทำได้ง่าย”

การวัดการรับรู้ความสามารถในการควบคุม ด้วยเครื่องมือวัดทางอ้อม มีข้อคำถามที่วัดความเชื่อความเชื่อเกี่ยวกับปัจจัยควบคุม (control beliefs) จำนวน 6 ข้อ และมีข้อคำถามที่วัดการรับรู้อำนาจของปัจจัยควบคุม (perceived power) จำนวน 6 ข้อ

ผู้วิจัยทำการแปลผลคะแนนการรับรู้ความสามารถในการควบคุมโดยรวมของ เกสซ์กรในการปรึกษาปัญหาด้านยากับแพทย์ที่วัดด้วยเครื่องมือวัดทางอ้อม โดยหาผลบวกของ ผลคูณระหว่างคะแนนความเชื่อเกี่ยวกับปัจจัยที่ควบคุมการปรึกษาปัญหาด้านยากับแพทย์ และ คะแนนอำนาจของปัจจัยที่ควบคุมการปรึกษาปัญหาด้านยากับแพทย์ จากทุกข้อมารวมกัน (ค่าต่ำสุด 6.00, ค่าสูงสุด 294.00) จากนั้นนำมาแบ่งระดับแบบอิงเกณฑ์ โดยการนำคะแนนสูงสุดที่เป็นไปได้ลบคะแนนต่ำสุดที่เป็นไปได้หารด้วยจำนวนระดับขั้น งานวิจัยนี้ ผู้วิจัยกำหนดระดับขั้นเป็น 3 ระดับ โดยมีเกณฑ์การแปลผลคะแนนดังนี้ 6.00 – 102.00 คะแนนหมายถึง การรับรู้ความสามารถในการควบคุมอยู่ในระดับต่ำ, 102.01 – 198.00 คะแนน หมายถึง การรับรู้ความสามารถในการควบคุมอยู่ในระดับปานกลาง และ 198.01 – 294.00 หมายถึง การรับรู้ความสามารถในการควบคุมอยู่ในระดับสูง

ขั้นตอนที่ 3 การหาคุณภาพเครื่องมือ

3.1 นำแบบสอบถามที่ได้ไปให้เภสัชกรที่ทำงานในแผนกผู้ป่วยนอกจำนวน 5 คน ซึ่งเป็นเภสัชกรจากโรงพยาบาลชุมชน 2 คน โรงพยาบาลทั่วไป 1 คน โรงพยาบาลศูนย์ 1 คน และโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย 1 คน ประเมินความชัดเจน ความเข้าใจ ในแบบสอบถาม และได้ปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ

3.2 การหาความเชื่อมั่น (reliability) ของเครื่องมือ ผู้วิจัยทำการหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งการคำนวณหา **ความสอดคล้องภายใน (internal consistency)** ในส่วนของแบบสอบถามในมิติต่างๆ ที่วัดตัวแปรทางตรง และ หาความเชื่อมั่นจาก **การทำแบบทดสอบซ้ำ (test-retest reliability)** ในส่วนของแบบสอบถามในมิติต่างๆ ที่วัดตัวแปรทั้งทางตรงและทางอ้อม มีขั้นตอนดังนี้ นำแบบสอบถามที่ผ่านการปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดสอบกับกลุ่มเภสัชกรที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ได้แก่ เภสัชกรที่ทำงานในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลชุมชน 19 คน โรงพยาบาลทั่วไป 7 คน และโรงพยาบาลศูนย์ 4 คน และทำการทดสอบซ้ำที่ระยะเวลา 2 อาทิตย์กับเภสัชกรกลุ่มเดิม

สำหรับข้อคำถามที่วัดตัวแปรทางตรง ได้แก่ แบบสอบถามวัดทัศนคติทางตรง บรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิงทางตรง การรับรู้ความสามารถในการควบคุม ได้นำไปวิเคราะห์ความสอดคล้องภายในด้วยวิธีสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient)

แบบสอบถามที่วัดตัวแปรทางอ้อมไม่ได้วิเคราะห์ความสอดคล้องภายใน เนื่องจากบุคคลที่สามารถที่จะมีความเชื่อทั้งด้านลบและด้านบวกเกี่ยวกับการรักษาด้านยากับแพทย์ บุคคลที่มีความสำคัญ และปัจจัยควบคุมได้ และเช่นเดียวกัน บุคคลสามารถที่จะประเมินผลของการรักษาปัญหาด้านยา แรงจูงใจที่จะทำตามบุคคลที่มีความสำคัญ และ การรับรู้อำนาจของปัจจัยควบคุม เป็นไปในทางบวกหรือลบได้ ดังนั้นในเครื่องมือวัดตัวแปรทางอ้อมจึงไม่เหมาะสมที่จะวัดความสอดคล้องภายใน แต่นำผลจากการทดสอบทั้งสองครั้งห่างกัน 2 สัปดาห์ มาคำนวณหาความสัมพันธ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's correlation) ทั้งในส่วนเครื่องมือที่วัดตัวแปรทางตรงและทางอ้อม เพื่อหาความเชื่อมั่นจากการทดสอบซ้ำ

ผลที่ได้จากการวิเคราะห์ความสอดคล้องภายใน และ วิธีทดสอบซ้ำ ได้ผลดังตาราง 1

ตาราง 1 ความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม วัดด้วยวิธีวิเคราะห์ความสอดคล้องภายใน และ
วิธีการทดสอบซ้ำ

เครื่องมือ	จำนวน ข้อ	ความสอดคล้องภายใน (สัมประสิทธิ์แอลฟา ของครอนบาค)	วิธีทดสอบซ้ำ (สัมประสิทธิ์ สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน)
เครื่องมือวัดตัวแปรทางตรง			
- ทัศนคติ	4	0.757	0.755
- บรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิง	3	0.691	0.820
- การรับรู้ความสามารถในการควบคุม	3	0.422	0.653
เครื่องมือวัดตัวแปรทางอ้อม			
- ทัศนคติ	22	-*	0.740
- บรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิง	6	-*	0.822
- การรับรู้ความสามารถในการควบคุม	12	-*	0.803
ความตั้งใจในการรักษาปัญหาด้าน ยากับแพทย์	6	-*	0.813
เครื่องมือทั้งฉบับ	56	-*	0.798

*ไม่ได้วิเคราะห์

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์ไปยังโรงพยาบาลต่างๆ ในเขตจังหวัดพิษณุโลก ตาก เพชรบูรณ์ สุโขทัย อุตรดิตถ์ นครสวรรค์ พิจิตร กำแพงเพชร และอุทัยธานี ในช่วง 3 สัปดาห์แรกของเดือนพฤศจิกายน 2554 จำนวน 366 ฉบับ ในการตอบแบบสอบถามของงานวิจัยนี้ ตัวอย่างเป็นผู้ที่ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ในการส่งแบบสอบถามคืน ผู้วิจัยได้แนบซองเปล่าพร้อมติดแสตมป์เพื่อความสะดวกในการส่งคืน และขอความร่วมมือให้ส่งแบบสอบถามคืนภายในเวลา 2 สัปดาห์ เมื่อครบ 2 สัปดาห์แล้วผู้วิจัยได้ทำจดหมายขอความร่วมมือส่งแบบสอบถามคืนไปยังกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด (จดหมายขอความร่วมมือให้ตัวอย่างในงานวิจัยส่งแบบสอบถามคืน แสดงในภาคผนวก ง) ในงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยได้รับแบบสอบถามกลับคืนจำนวน 236 ฉบับ คิดเป็นอัตราการตอบกลับร้อยละ 64.48 จาก 366 ฉบับ

2. ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามทุกฉบับ คัดออก 4 ฉบับ เนื่องจากแต่ละฉบับมีข้อมูลสูญหายเป็นจำนวนมากกว่าร้อยละ 10 ของข้อมูลทั้งหมด ได้แบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์เพื่อนำไปวิเคราะห์ต่อไปจำนวน 232 ฉบับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ การทดสอบทางสถิติใดๆ กำหนดระดับนัยสำคัญไว้ที่ $\alpha=0.05$ โดยใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถามด้วยการคำนวณความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ตามความเหมาะสม
2. คำนวณค่าสถิติพื้นฐานของตัวแปรต่างๆ ตามทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน โดยใช้ค่าเฉลี่ย ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน และค่าฐานนิยม ตามความเหมาะสม และนำเสนอค่าการกระจายของความถี่ในการตอบแบบสอบถาม
3. วิเคราะห์หาความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างที่มีความตั้งใจในการปรึกษาปัญหาด้านยากับแพทย์ระหว่างกลุ่มที่มีความตั้งใจสูงกว่าและต่ำกว่า แบ่งกลุ่มระดับความตั้งใจโดยใช้ค่ามัธยฐานของคะแนนผลรวมความตั้งใจในการปรึกษาปัญหาด้านยากับแพทย์จากทั้งหมด 6 สถานการณ์ (กลุ่มที่มีความตั้งใจสูงกว่าคือกลุ่มที่มีคะแนนความตั้งใจมากกว่าคะแนนมัธยฐาน

เท่ากับ 32.5 คะแนน และกลุ่มที่มีความตั้งใจน้อยกว่าคือกลุ่มที่มีคะแนนความตั้งใจน้อยกว่า 32.5 คะแนน) โดยใช้สถิติ independent T-test

4. วิเคราะห์หาสหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่างๆ ทั้งที่วัดทางตรงและทางอ้อม และ ผลรวมความตั้งใจในการปรึกษาปัญหาด้านยากับแพทย์ โดยใช้การวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's correlation coefficient)

5. วิเคราะห์ถดถอยเชิงเส้นพหุคูณ (Multiple linear regression analysis) ในการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความตั้งใจในการปรึกษาปัญหาด้านยากับแพทย์ตามทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน โดยใส่ชุดตัวแปรลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ จำนวนปีการศึกษา จำนวนผู้ป่วยนอกในแต่ละวัน จำนวนชั่วโมงในการทำงานในแผนกห้องจ่ายยาผู้ป่วยนอก เข้าสู่สมการถดถอยก่อนเป็นชุดที่ 1 จากนั้นจึงนำตัวแปร ชุดที่ 2 ได้แก่ ทศนคติต่อการปรึกษาปัญหาด้านยากับแพทย์ บรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม เข้าสู่สมการ

บทที่ 4

ผลการวิจัย

ลักษณะทั่วไปของตัวอย่าง

จากจำนวนแบบสอบถามที่ส่งออกไปทั้งสิ้น 366 ฉบับ ได้รับกลับคืนในช่วงระยะเวลาทั้งสิ้น 1 เดือน จำนวน 236 ฉบับ คิดเป็นอัตราการส่งแบบสอบถามกลับคืนเป็นร้อยละ 64.48 พบว่าแบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์มากกว่าร้อยละ 90 มีอยู่ทั้งสิ้น 232 ฉบับ คิดเป็น ร้อยละ 63.39 ของแบบสอบถามที่ส่งออกไปทั้งหมด

จากกลุ่มตัวอย่างเภสัชกรทั้งหมด 232 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 73.3) อายุเฉลี่ย 32.20 ± 4.83 ปี ระดับการศึกษาสูงสุดส่วนใหญ่จบปริญญาตรี (ร้อยละ 60.77) ทำงานที่โรงพยาบาลชุมชน (ร้อยละ 69.4) ร้อยละ 38.8 มีประสบการณ์การทำงานในงานเภสัชกรรมผู้ป่วยนอกมากกว่า 10 ปี ส่วนใหญ่มีจำนวนชั่วโมงที่ทำงานบริการในแผนกผู้ป่วยนอกในเวลาราชการต่อวันมากกว่า 5 ชั่วโมง (ร้อยละ 81) และจำนวนผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดที่เภสัชกรได้ปรึกษาปัญหาด้านยากับแพทย์ใน 1 เดือนที่ผ่านมา น้อยกว่า 10 คน (ร้อยละ 64.2) แสดงดังตาราง 2

ตาราง 2 ลักษณะทั่วไปของตัวอย่าง (N=232)

ลักษณะของเภสัชกร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	62	26.7
หญิง	170	73.3
อายุ (Mean = 32.20, SD = 4.83)		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 30 ปี	81	34.9
31-40	143	61.6
มากกว่า 40 ปี	8	3.4
ระดับการศึกษา		
ปริญญาตรี	141	60.77
ปริญญาโท หรือ Pharm.D.	90	38.79
ปริญญาเอก	1	0.43
ระดับโรงพยาบาลที่ทำงาน		
โรงพยาบาลชุมชน	161	69.4
โรงพยาบาลทั่วไป	50	21.6
โรงพยาบาลศูนย์	16	6.9
โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย	5	2.2

ตาราง 2 (ต่อ)

ลักษณะของเกษตรกร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ประสบการณ์การทำงานในงานเกษตรกรรมผู้ปวยนอก (ปี) *		
(Mean = 8.32, SD = 5.03)		
< 5	68	29.3
5-10	74	31.9
> 10	90	38.8
จำนวนชั่วโมงที่ทำงานบริการในแผนกผู้ปวยนอกในเวลาราชการ ต่อวัน ** (Mean = 6.49, SD = 1.85)		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 4 ชั่วโมง	44	19
ตั้งแต่ 5 ชั่วโมงขึ้นไป	188	81
จำนวนผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดที่เกษตรกรได้ปรึกษาปัญหา ด้านยากับแพทย์ใน 1 เดือนที่ผ่านมา (คน) ***		
(Mean = 13.24, SD = 31.76)		
< 10	149	64.2
11-30	67	28.9
> 30	16	6.9

* มีข้อมูลสูญหาย 4 ค่า, ** มีข้อมูลสูญหาย 5 ค่า, *** มีข้อมูลสูญหาย 2 ค่า

ความตั้งใจของเภสัชกรที่มีต่อการปรึกษาปัญหาด้านยากับแพทย์

จาก ตาราง 3 ข้อคำถามที่วัดความตั้งใจมีจำนวนทั้งหมด 6 ข้อ โดยเป็นสถานการณ์ปัญหาที่เกิดขึ้นจากการใช้ยาทั้งสิ้น 6 สถานการณ์ ได้แก่ ข้อ 1 การไม่ได้รับยาที่มีข้อบ่งใช้ ข้อ 2 ผู้ป่วยไม่ใช้ยาตามแพทย์สั่ง ข้อ 3 ขนาดยาที่ได้รับยังไม่เหมาะสม ข้อ 4 เกิดอันตรกิริยา ข้อ 5 เกิดผลไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา และข้อ 6 การได้รับยาที่ไม่ทราบข้อบ่งใช้ แต่ละข้อมีตัวเลือกให้เลือกตอบตั้งแต่ 1-7 (1 เท่ากับ ความตั้งใจน้อยที่สุด และ 7 เท่ากับ ความตั้งใจมากที่สุด) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า เภสัชกรมีระดับคะแนนเฉลี่ยสูงสุดในข้อ 2 (5.81 ± 1.50 จากคะแนนสูงสุด 7 คะแนน) คือ ปัญหาการไม่รับประทานยาตามสั่งของผู้ป่วย และ ระดับคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดในข้อ 1 (4.83 ± 1.83) คือ ปัญหาการไม่ได้รับยาที่มีข้อบ่งใช้

ในการแปลผลคะแนนความตั้งใจของเภสัชกรในการปรึกษาปัญหาด้านยากับแพทย์โดยรวม (overall intention) ผู้วิจัยนำคะแนนจากทั้ง 6 สถานการณ์มารวมกัน และ แบ่งระดับความตั้งใจโดยรวมแบบอิงเกณฑ์ที่ได้จากการนำคะแนนสูงสุดที่เป็นไปได้ ลบคะแนนต่ำสุดที่เป็นไปได้ แล้วหารด้วยจำนวนระดับชั้น ที่กำหนดเป็น 3 ระดับ คือ ต่ำ ปานกลาง และ สูง โดยมีเกณฑ์การแปลผลคะแนน ดังนี้ 6.00-18.00 คะแนน ความตั้งใจอยู่ในระดับต่ำ, 18.01-30.00 ความตั้งใจอยู่ในระดับปานกลาง และ 30.01-42.00 ความตั้งใจอยู่ในระดับสูง ดังตาราง 4

จากตาราง 4 พบว่า เภสัชกร ร้อยละ 62.1 มีความตั้งใจในการปรึกษาปัญหาด้านยากับแพทย์อยู่ในระดับสูง โดยมีคะแนนเฉลี่ยรวมของคำถามทั้ง 6 ข้อเท่ากับ 31.29 ± 6.53 (ตาราง 3)

ตาราง 3 การกระจายความถี่ ค่าเฉลี่ย และมัธยฐานของข้อคำถามความตั้งใจของเภสัชกรที่มีต่อการปรึกษาปัญหาด้านยากับแพทย์ (N=232)

คำถาม	จำนวนคน (ร้อยละ) ที่ตอบในแต่ละตัวเลือก							Mean±SD	Median
	1	2	3	4	5	6	7		
1. ชายไทยอายุ 67 ปี เป็นโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง ยังไม่เคยได้รับยา aspirin เพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด	14 (6.0)	20 (8.6)	23 (9.9)	30 (12.9)	45 (19.4)	48 (20.7)	52 (22.4)	4.83±1.83	5
2. ชายไทยอายุ 60 ปี เป็นโรคหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง แพทย์สั่งใช้ยา furosemide วันละ 2 ครั้ง แต่ผู้ป่วยเปลี่ยนเป็นรับประทานวันละครั้งด้วยตนเอง	3 (1.3)	9 (3.9)	9 (3.9)	21 (9.1)	34 (14.7)	46 (19.8)	110 (47.4)	5.81±1.50	6
3. ชายไทยอายุ 65 ปี มีประวัติเป็นโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง ผลวัดความดันโลหิต 3 ครั้งที่ผ่านมามากกว่า 150/90 มิลลิเมตรปรอท ยังไม่ได้รับการปรับเพิ่มขนาดยาลดความดันโลหิตสูง	6 (2.6)	8 (3.4)	14 (6.0)	29 (12.5)	59 (25.4)	59 (25.4)	57 (24.6)	5.29±1.50	5.5

หมายเหตุ: ระดับคะแนน 1 = ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง และ 7 = เห็นด้วยอย่างยิ่ง, * มีข้อมูลสูญหาย 1 ค่า

ตาราง 3 (ต่อ)

คำถาม	จำนวนคน (ร้อยละ) ที่ตอบในแต่ละตัวเลือก							Mean±SD	Median
	1	2	3	4	5	6	7		
4. ชายไทยอายุ 58 ปี เพิ่งได้รับยา simvastatin 40 มก. ต่อวัน ร่วมกับ gemfibrozil 600 มก.ต่อวัน ยาทั้งสองมีอันตรกิริยาต่อกัน ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดอาการปวดกล้ามเนื้อ	10 (4.3)	16 (6.9)	22 (9.5)	25 (10.8)	44 (19.0)	42 (18.1)	73 (31.5)	5.13±1.80	5
5. ชายไทยอายุ 55 ปี เป็นโรคความดันโลหิตสูง หลังรับประทานยา amlodipine ได้ 2 อาทิตย์ มีอาการปวดศีรษะ*	5 (2.2)	10 (4.3)	12 (5.2)	33 (14.2)	69 (29.7)	50 (21.6)	52 (22.4)	5.20±1.47	5
6. ชายไทยอายุ 70 ปี เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด เพิ่งได้รับการสั่งจ่ายยา digoxin โดยที่ไม่ทราบว่า มีข้อบ่งใช้เป็นอะไร	12 (5.2)	16 (6.9)	18 (7.8)	24 (10.3)	57 (24.6)	48 (20.7)	57 (24.6)	5.03±1.75	5
	รวม							31.29±6.53	

หมายเหตุ: ระดับคะแนน 1 = ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง และ 7 = เห็นด้วยอย่างยิ่ง, * มีข้อมูลสูญหาย 1 ค่า

ตาราง 4 จำนวนคนและร้อยละ แบ่งตามระดับความตั้งใจของเภสัชกรที่มีต่อการปรึกษา
ปัญหาด้านยากับแพทย์ (N=232)

ระดับความตั้งใจของเภสัชกร ที่มีต่อการปรึกษาปัญหาด้านยากับแพทย์ (ช่วงคะแนนความตั้งใจของเภสัชกร ที่มีต่อการปรึกษาปัญหาด้านยากับแพทย์)	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ต่ำ (6.00 – 18.00)	10	4.3
ปานกลาง (18.01 – 30.00)	78	33.6
สูง (30.01 – 42.00)	144	62.1
รวม	232	100

ทัศนคติของเภสัชกรที่มีต่อการรักษาปัญหาด้านยากับแพทย์ (วัดทางตรง)

ในการวัดทัศนคติด้วยเครื่องมือวัดทางตรง มีข้อความจำนวน 4 ข้อ แต่ละข้อมีตัวเลือกให้เลือกตอบตั้งแต่ 1-7 (1 เท่ากับ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง และ 7 เท่ากับ เห็นด้วยอย่างยิ่ง) จาก ตาราง 5 พบว่า เภสัชกรมีคะแนนเฉลี่ยของคำถามแต่ละข้อที่ใช้วัดทัศนคติในการรักษาปัญหาด้านยากับแพทย์มากกว่า 6 ในทุกข้อความ แสดงถึงเภสัชกรมีทัศนคติที่เห็นด้วยต่อการรักษาปัญหาด้านยากับแพทย์

การแปลผลคะแนนทัศนคติโดยรวมของเภสัชกรในการรักษาปัญหาด้านยากับแพทย์ ผู้วิจัยนำคะแนนจากทั้ง 4 ข้อคำถามมารวมกัน และ แปลผลระดับคะแนนตามเกณฑ์ที่ได้จากการนำคะแนนสูงสุดที่เป็นไปได้ ลบคะแนนต่ำสุดที่เป็นไปได้ แล้วหารด้วยจำนวนระดับชั้น งานวิจัยนี้ ผู้วิจัยกำหนดระดับชั้นเป็น 3 ระดับ คือ ต่ำ ปานกลาง และ สูง โดยระดับคะแนนที่สูงกว่า หมายถึง การมีทัศนคติในทางบวกต่อการรักษาปัญหาด้านยากับแพทย์ มากกว่ากลุ่มที่มีระดับคะแนนต่ำกว่า และทำให้มีความตั้งใจต่อการรักษาปัญหาด้านยากับแพทย์ในระดับที่สูงกว่า โดยมีเกณฑ์ระดับคะแนนดังนี้ 4.00 – 12.00 คะแนน ทัศนคติต่อการรักษาปัญหาด้านยาอยู่ในระดับต่ำ, 12.01 – 20.00 คะแนน หมายถึง ทัศนคติในการรักษาปัญหาด้านยากับแพทย์อยู่ในระดับปานกลาง และ 20.01 – 28.00 คะแนน หมายถึง ทัศนคติในการรักษาปัญหาด้านยาอยู่ในระดับสูง ดังตาราง 6

จากตาราง 6 เภสัชกรส่วนใหญ่ (ร้อยละ 94) มีทัศนคติต่อการรักษาปัญหาด้านยากับแพทย์ในระดับสูง โดยมีระดับคะแนนเฉลี่ยรวมของคำถามทั้ง 4 ข้อเท่ากับ 25.54 ± 2.66 (ตาราง 5)

ตาราง 5 การกระจายความถี่ ค่าเฉลี่ย และมัธยฐานของข้อความทัศนคติโดยรวมของ
เภสัชกรที่มีต่อการศึกษาด้านยากับแพทย์ (วัดทางตรง)

ข้อความ	จำนวนเภสัชกรที่ตอบในแต่ละตัวเลือก (ร้อยละ)							Mean±SD	Median
	1	2	3	4	5	6	7		
1. การศึกษาปัญหาด้านยากับแพทย์เป็นสิ่งที่ดี**	0 (0.0)	1 (0.4)	2 (0.9)	10 (4.3)	21 (9.1)	47 (20.3)	150 (64.7)	6.43±0.94	7
27. การศึกษาปัญหาด้านยากับแพทย์เป็นสิ่งที่ไร้คุณค่า*	0 (0.0)	1 (0.4)	5 (2.2)	5 (2.2)	11 (4.7)	38 (16.4)	172 (74.1)	6.57±0.90	7
29. การศึกษาปัญหาด้านยากับแพทย์เป็นสิ่งที่ควรส่งเสริม	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (0.4)	12 (5.2)	28 (12.1)	87 (37.5)	104 (44.8)	6.21±0.88	6
49. การศึกษาปัญหาด้านยากับแพทย์เป็นสิ่งที่ประโยชน์**	1 (0.4)	0 (0.0)	2 (0.9)	8 (3.4)	15 (6.5)	86 (37.1)	119 (51.3)	6.33±0.89	7
	รวม							25.54±2.66	

หมายเหตุ: ข้อความเชิงบวก ระดับคะแนน 1 = ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง และ 7= เห็นด้วยอย่างยิ่ง

* ข้อความเชิงลบ จึงมีการกลับคะแนนของคำตอบ (1 = เห็นด้วยอย่างยิ่ง, 7= ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง)
ดังนั้น คะแนนน้อย หมายถึง เห็นด้วยกับข้อความมากกว่าเมื่อคะแนนสูง และส่งผลต่อความตั้งใจในการกระทำพฤติกรรม, ** มีข้อมูลสูญหาย 1 ค่า

ตาราง 6 จำนวนคนและร้อยละ แบ่งตามระดับทัศนคติของเภสัชกรที่มีต่อการรักษาปัญหา
ด้านยากับแพทย์ (วัดทางตรง)

ระดับทัศนคติของเภสัชกร ที่มีต่อการรักษาปัญหาด้านยากับแพทย์ (ช่วงคะแนนทัศนคติของเภสัชกร ที่มีต่อการรักษาปัญหาด้านยากับแพทย์)	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ต่ำ (4.00 – 12.00)	0	0
ปานกลาง (12.01 – 20.00)	14	6
สูง (20.01 – 28.00)	218	94
รวม	232	100

บรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิงของเภสัชกรที่มีต่อการรักษาปัญหาด้านยากับแพทย์ (วัดทางตรง)

ในการวัดบรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิงด้วยเครื่องมือวัดทางตรง มีข้อคำถาม 3 ข้อ แต่ละข้อมีตัวเลือกให้เลือกตอบตั้งแต่ 1-7 (1 เท่ากับ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง และ 7 เท่ากับ เห็นด้วยอย่างยิ่ง) จากตาราง 7 พบว่า เภสัชกรมีคะแนนมัธยฐานของคำถามแต่ละข้อที่ใช้วัดบรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิงในการรักษาปัญหาด้านยากับแพทย์เท่ากับ 5 ในทุกข้อคำถาม

การแปลผลระดับบรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิงของเภสัชกรที่มีต่อการรักษาปัญหาด้านยากับแพทย์โดยรวม ผู้วิจัยนำคะแนนจากข้อคำถามทั้งหมด 3 ข้อ มารวมกัน และ แปลผลระดับคะแนนตามเกณฑ์ที่ได้จากการนำคะแนนสูงสุดที่เป็นไปได้ ลบคะแนนต่ำสุดที่เป็นไปได้ แล้วหารด้วยจำนวนระดับชั้น งานวิจัยนี้ ผู้วิจัยกำหนดระดับชั้นเป็น 3 ระดับ คือ ต่ำ ปานกลาง และ สูง โดยระดับคะแนนที่สูงกว่า หมายถึง การมีบรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิงในระดับที่สูงกว่า และ ทำให้มีระดับความตั้งใจต่อการรักษาปัญหาด้านยากับแพทย์สูงกว่า โดยมีเกณฑ์คะแนนดังนี้ 3.00 – 9.00 คะแนน หมายถึง บรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิงต่อการรักษาปัญหาด้านยากับแพทย์อยู่ในระดับต่ำ, 9.01 – 15.00 คะแนน หมายถึง บรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิงต่อการรักษาปัญหาด้านยากับแพทย์อยู่ในระดับปานกลาง, 15.01 – 21.00 หมายถึง บรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิงต่อการรักษาปัญหาด้านยากับแพทย์อยู่ในระดับสูง ดังตาราง 8

จาก ตาราง 8 เภสัชกร ร้อยละ 47.4 มีบรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิงต่อการรักษาปัญหาด้านยากับแพทย์โดยรวมในระดับสูง โดยมีระดับคะแนนเฉลี่ยรวมของคำถามทั้ง 3 ข้อเท่ากับ 15.10 ± 3.36 (ตาราง 7)

ตาราง 7 การกระจายความถี่ ค่าเฉลี่ย และมัธยฐานของข้อความบรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิงของ
 เกสซ์กรที่มีต่อการปรึกษาปัญหาด้านยากับแพทย์ (วัดทางตรง)

ข้อความคำถาม	จำนวนเกสซ์กรที่ตอบในแต่ละตัวเลือก (ร้อยละ)							Mean±SD	Median
	1	2	3	4	5	6	7		
16. เป็นที่คาดหวังว่าฉันควรปรึกษาปัญหาด้านยากับแพทย์*	1 (0.4)	4 (1.7)	7 (3.0)	50 (21.6)	59 (25.4)	70 (30.2)	39 (16.8)	5.30±1.20	5
35. บุคคลที่มีความสำคัญกับฉัน คิดว่าฉันควรปรึกษาปัญหาด้านยากับแพทย์	9 (3.9)	16 (6.9)	13 (5.6)	48 (20.7)	45 (19.4)	60 (25.9)	41 (17.7)	4.93±1.62	5
43. บุคคลที่มีความสำคัญกับฉัน ต้องการให้ฉันปรึกษาปัญหาด้านยากับแพทย์**	4 (1.7)	12 (5.2)	13 (5.6)	64 (27.6)	54 (23.3)	55 (23.7)	29 (12.5)	4.87±1.40	5
	รวม							15.10±3.36	

หมายเหตุ: 1= ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง และ 7= เห็นด้วยอย่างยิ่ง

* มีข้อมูลสูญหาย 2 ค่า, ** มีข้อมูลสูญหาย 1 ค่า

ตาราง 8 จำนวนคนและร้อยละ แบ่งตามระดับบรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิงของเภสัชกรที่มีต่อการปรึกษาปัญหาด้านยากับแพทย์ (วัดทางตรง)

ระดับบรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิงของเภสัชกร ที่มีต่อการปรึกษาปัญหาด้านยากับแพทย์ (ช่วงคะแนนบรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิงของเภสัชกร ที่มีต่อการปรึกษาปัญหาด้านยากับแพทย์)	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ต่ำ (3.00 – 9.00)	13	5.6
ปานกลาง (9.01 – 15.00)	109	47.0
สูง (15.01 – 21.00)	110	47.4
รวม	232	100

การรับรู้ความสามารถในการควบคุมของเกษตรกรที่มีต่อการปรึกษาปัญหาด้านยากับแพทย์ (วัดทางตรง)

การวัดการรับรู้ความสามารถในการควบคุมด้วยเครื่องมือวัดทางตรง มีข้อคำถาม 3 ข้อ แต่ละข้อมีตัวเลือกให้เลือกตอบตั้งแต่ 1-7 (1 เท่ากับ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง และ 7 เท่ากับ เห็นด้วยอย่างยิ่ง) จาก ตาราง 9 พบว่า ระดับคะแนนเฉลี่ยสูงสุด (5.31 ± 1.17) ในข้อคำถาม “ฉันมีความมั่นใจในการปรึกษาปัญหาด้านยากับแพทย์” และระดับคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด (4.69 ± 1.80) ในข้อคำถาม “การปรึกษาปัญหาด้านยากับแพทย์เป็นสิ่งที่ฉันกระทำได้โดยยาก”

การแปลผลระดับการรับรู้ความสามารถในการควบคุมโดยรวม ผู้วิจัยนำคะแนนจากข้อคำถามทั้งหมด 3 ข้อ มารวมกัน และ แปลผลระดับคะแนนตามเกณฑ์ที่ได้จากการนำคะแนนสูงสุดที่เป็นไปได้ ลบคะแนนต่ำสุดที่เป็นไปได้ แล้วหารด้วยจำนวนระดับชั้น งานวิจัยนี้ ผู้วิจัยกำหนดระดับชั้นเป็น 3 ระดับ คือ ต่ำ ปานกลาง และ สูง โดยระดับคะแนนที่สูงกว่า หมายถึง การมีการรับรู้ความสามารถในการควบคุมในระดับที่สูงกว่า และทำให้มีความตั้งใจต่อการปรึกษาปัญหาด้านยากับแพทย์ในระดับที่สูงกว่า โดยมีเกณฑ์คะแนนดังนี้ คะแนน 3.00 – 9.00 หมายถึง การรับรู้ความสามารถในการควบคุมอยู่ในระดับต่ำ, คะแนน 9.01 – 15.00 หมายถึง การรับรู้ความสามารถในการควบคุมอยู่ในระดับปานกลาง และ คะแนน 15.01 – 21.00 หมายถึง มีการรับรู้ความสามารถในการควบคุมในระดับสูง ดังตาราง 10

จาก ตาราง 10 เกษตรกรร้อยละ 52.6 มีการรับรู้ความสามารถในการควบคุมต่อการปรึกษาปัญหาด้านยากับแพทย์อยู่ในระดับปานกลาง โดยมีคะแนนเฉลี่ยรวมของคำถามทั้ง 3 ข้อ เท่ากับ 15.18 ± 2.95 (ตาราง 9)

ตาราง 9 การกระจายความถี่ ค่าเฉลี่ย และมัธยฐานของข้อความการรับรู้ความสามารถในการควบคุมของเภสัชกรที่มีต่อการรักษาปัญหาด้านยากับแพทย์ (วัดทางตรง)

ข้อความ	จำนวนเภสัชกรที่ตอบในแต่ละตัวเลือก (ร้อยละ)							Mean±SD	Median
	1	2	3	4	5	6	7		
2. การรักษาปัญหาด้านยากับแพทย์เป็นสิ่งที่ฉันกระทำได้โดยยาก*	12 (5.2)	22 (9.5)	31 (13.4)	36 (15.5)	34 (14.7)	55 (23.7)	42 (18.1)	4.69±1.80	5
18. ฉันมีความมั่นใจในการรักษาปัญหาด้านยากับแพทย์	0 (0.0)	4 (1.7)	14 (6.0)	33 (14.2)	70 (30.2)	76 (32.8)	35 (15.1)	5.31±1.17	5
37. การรักษาปัญหาด้านยากับแพทย์อยู่ภายใต้การตัดสินใจของฉัน	4 (1.7)	11 (4.7)	13 (5.6)	41 (17.7)	49 (21.1)	71 (30.6)	43 (18.5)	5.18±1.46	5
	รวม							15.18±2.95	

หมายเหตุ: 1= ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง และ 7= เห็นด้วยอย่างยิ่ง

* ข้อความเชิงลบ จึงมีการกลับคะแนนของคำตอบ (1 = เห็นด้วยอย่างยิ่ง, 7= ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง) ดังนั้น คะแนนน้อย หมายถึง เห็นด้วยกับข้อความมากกว่าเมื่อคะแนนสูง และส่งผลลดความตั้งใจในการกระทำพฤติกรรม

ตาราง 10 จำนวนคนและร้อยละ แบ่งตามระดับการรับรู้ความสามารถในการควบคุมของ
เภสัชกรที่มีต่อการปรึกษาปัญหาด้านยากับแพทย์ (วัดทางตรง)

ระดับการรับรู้ความสามารถในการควบคุมของเภสัชกร ที่มีต่อการปรึกษาปัญหาด้านยากับแพทย์ (ช่วงคะแนนการรับรู้ความสามารถในการควบคุมของเภสัชกร ที่มีต่อการปรึกษาปัญหาด้านยากับแพทย์)	จำนวนคน	ร้อยละ
ต่ำ (3.00 – 9.00)	6	2.6
ปานกลาง (9.01 – 15.00)	122	52.6
สูง (15.01 – 21.00)	104	44.8
รวม	232	100

ทัศนคติของเภสัชกรที่มีต่อการรักษาปัญหาด้านยากับแพทย์ (วัดทางอ้อม)

การวัดทัศนคติด้วยเครื่องมือวัดทางอ้อม มีข้อคำถามที่วัดความเชื่อ (behavioral beliefs) เกี่ยวกับการรักษาปัญหาด้านยากับแพทย์ จำนวน 11 ข้อ และมีข้อคำถามที่วัดการประเมินผลลัพธ์ (outcome evaluation) ของการรักษาปัญหาด้านยากับแพทย์ จำนวน 11 ข้อ แต่ละข้อมีตัวเลือกให้เลือกตอบตั้งแต่ 1-7 (1 เท่ากับ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง และ 7 เท่ากับ เห็นด้วยอย่างยิ่ง)

จาก ตาราง 11 พบว่า เภสัชกรมีความเชื่อสูงสุด 3 อันดับแรก คือ การรักษาปัญหาด้านยากับแพทย์ทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากการใช้ยา (6.43 ± 0.84) เป็นการส่งเสริมบทบาทของเภสัชกร (6.43 ± 0.81) และ ทำให้ผู้ป่วยได้รับยาที่ถูกต้องเหมาะสม (6.39 ± 0.82) สำหรับการประเมินผลลัพธ์ พบว่า เภสัชกรให้การประเมินผลทางบวกของการรักษาปัญหาด้านยากับแพทย์สูงสุด 3 อันดับแรก คือ การที่ผู้ป่วยได้รับยาถูกต้องเหมาะสม (6.65 ± 0.66) มีความปลอดภัยจากการใช้ยา (6.64 ± 0.60) การรู้สึกดีที่ได้ช่วยเหลือผู้ป่วย (6.43 ± 0.72) เป็นสิ่งที่มีความสำคัญต่อตัวเภสัชกร

เมื่อพิจารณาจากค่าเฉลี่ยของผลคูณระหว่างข้อคำถามความเชื่อเกี่ยวกับการรักษาปัญหาด้านยากับแพทย์และการประเมินผลลัพธ์ พบว่า “การรักษาปัญหาด้านยากับแพทย์ทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากการใช้ยา” และ “การที่ผู้ป่วยปลอดภัยจากการใช้ยามีความสำคัญต่อฉัน” มีคะแนนมากที่สุด คือ 42.88 ± 7.73 (เห็นด้วยมากที่สุด)

ผู้วิจัยทำการแปลผลคะแนนทัศนคติโดยรวมของเภสัชกรในการรักษาปัญหาด้านยากับแพทย์ที่วัดด้วยเครื่องมือวัดทางอ้อม โดยหาผลรวมของ ผลคูณระหว่างคะแนนระดับความเชื่อที่มีต่อการรักษาปัญหาด้านยากับแพทย์ และ คะแนนการประเมินผลของการรักษาปัญหาด้านยากับแพทย์ จากทุกข้อมารวมกัน (ค่าต่ำสุด 11.00, ค่าสูงสุด 539.00) แล้วนำมาแบ่งระดับ โดยการนำคะแนนสูงสุดที่เป็นไปได้ลบคะแนนต่ำสุดที่เป็นไปได้หารด้วยจำนวนระดับชั้น งานวิจัยนี้ ผู้วิจัยกำหนดระดับชั้นเป็น 3 ระดับ มีเกณฑ์การแปลผลคะแนนดังนี้ 11.00 – 187.00 คะแนน หมายถึง มีทัศนคติในการรักษาปัญหาด้านยากับแพทย์อยู่ระดับต่ำ, 187.01 – 363.00 หมายถึง มีทัศนคติในการรักษาปัญหาด้านยากับแพทย์อยู่ระดับปานกลาง, 363.01 – 539.00 มีทัศนคติในการรักษาปัญหาด้านยากับแพทย์อยู่ระดับสูง ดังตาราง 12

จากตาราง 12 พบว่า เภสัชกร ร้อยละ 52.2 มีทัศนคติโดยรวมต่อการรักษาปัญหาด้านยากับแพทย์อยู่ในระดับสูง โดยมีคะแนนเฉลี่ยของผลคูณรวมของคำถามทั้ง 22 ข้อเท่ากับ 366.14 ± 66.99 (ตาราง 11)

ตาราง 11 การกระจายความถี่ ค่าเฉลี่ย และค่าเฉลี่ยผลคูณของข้อคำถามทัศนคติของเภสัชกรที่มีต่อการรักษาปัญหาด้านยากับแพทย์ (วัดทางอ้อม)

ข้อคำถาม	จำนวนเภสัชกรที่ตอบในแต่ละตัวเลือก (ร้อยละ)							Mean±SD	Mean±SD ของผลคูณ
	1	2	3	4	5	6	7		
38. การรักษาปัญหาด้านยากับแพทย์ทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากการใช้ยา	0 (0.0)	1 (0.4)	0 (0.0)	8 (3.4)	20 (8.6)	64 (27.6)	139 (59.9)	6.43±0.84	42.88±7.73
19. การที่ผู้ป่วยมีความปลอดภัยจากการใช้ยามีความสำคัญต่อฉัน	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (0.4)	12 (5.2)	57 (24.6)	162 (69.8)	6.64±0.60	
36. การรักษาปัญหาด้านยากับแพทย์ทำให้ผู้ป่วยได้รับยาที่ถูกต้องเหมาะสม**	0 (0.0)	1 (0.4)	0 (0.0)	4 (1.7)	28 (12.1)	67 (28.9)	131 (56.5)	6.39±0.82	42.74±7.62
13. การที่ผู้ป่วยได้รับยาถูกต้องเหมาะสมเป็นสิ่งที่มีความสำคัญต่อฉัน	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (0.9)	0 (0.0)	12 (5.2)	49 (21.1)	169 (72.8)	6.65±0.66	
9. การรักษาปัญหาด้านยากับแพทย์ทำให้ฉันรู้สึกดีที่ได้ช่วยเหลือผู้ป่วย	1 (0.4)	0 (0.0)	0 (0.0)	10 (4.3)	26 (11.2)	71 (30.6)	124 (53.4)	6.31±0.91	40.89±8.56
30. การรู้สึกดีที่ได้ช่วยเหลือผู้ป่วยมีความสำคัญต่อฉัน	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (0.4)	3 (1.3)	16 (6.9)	86 (37.1)	126 (54.3)	6.43±0.72	

ตาราง 11 (ต่อ)

ข้อคำถาม	จำนวนเกษตรกรที่ตอบในแต่ละตัวเลือก (ร้อยละ)							Mean±SD	Mean±SD ของผลคูณ
	1	2	3	4	5	6	7		
34. การรักษาปัญหาด้านยากับแพทย์เป็นการส่งเสริมบทบาทของเกษตรกร	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (0.4)	6 (2.6)	24 (10.3)	63 (27.2)	138 (59.5)	6.43±0.81	
45. การส่งเสริมบทบาทของเกษตรกรโดยการรักษาปัญหาด้านยากับแพทย์เป็นสิ่งที่มีความสำคัญ	0 (0.0)	2 (0.9)	0 (0.0)	14 (6.0)	31 (13.4)	80 (34.5)	105 (45.3)	6.16±0.97	40.06±9.36
31. การรักษาปัญหาด้านยากับแพทย์ทำให้ฉันได้รับความรู้และประสบการณ์	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	11 (4.7)	37 (15.9)	76 (32.8)	108 (46.6)	6.21±0.88	
50. การที่ได้รับความรู้และประสบการณ์จากการรักษาปัญหาด้านยากับแพทย์เป็นสิ่งที่มีความสำคัญ**	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	19 (8.2)	27 (11.6)	86 (37.1)	99 (42.7)	6.15±0.92	38.69±9.63
17. การที่ฉันรักษาปัญหาด้านยากับแพทย์จะช่วยป้องกันโรคแทรกซ้อนให้กับผู้ป่วย**	0 (0.0)	1 (0.4)	2 (0.9)	15 (6.5)	40 (17.2)	97 (41.8)	76 (32.8)	5.98±0.95	
24. การป้องกันโรคแทรกซ้อนให้กับผู้ป่วยเป็นสิ่งที่มีความสำคัญ	1 (0.4)	1 (0.4)	2 (0.9)	8 (3.4)	16 (6.9)	79 (34.1)	125 (53.9)	6.34±0.94	38.20±9.41

ตาราง 11 (ต่อ)

ข้อคำถาม	จำนวนเกสท์ซกรที่ตอบในแต่ละตัวเลือก (ร้อยละ)							Mean±SD	Mean±SD ของผลคูณ
	1	2	3	4	5	6	7		
3. การที่ฉันปรึกษาปัญหาด้านยากับแพทย์จะ ช่วยส่งเสริมให้มีการทำงานร่วมกับแพทย์	1 (0.4)	2 (0.9)	9 (3.9)	27 (11.6)	36 (15.5)	70 (30.2)	87 (37.5)	5.81±1.25	
47. การส่งเสริมให้มีการทำงานร่วมกับแพทย์ โดยการปรึกษาปัญหาด้านยาเป็นสิ่งที่มีความสำคัญ	0 (0.0)	0 (0.0)	3 (1.3)	15 (6.5)	33 (14.2)	79 (34.1)	102 (44.0)	6.13±0.97	36.17±11.07
26. การที่ฉันปรึกษาปัญหาด้านยากับแพทย์ช่วย ลดค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาให้กับโรงพยาบาล	2 (0.9)	5 (2.2)	9 (3.9)	45 (19.4)	61 (26.3)	69 (29.7)	41 (17.7)	5.28±1.27	29.05±12.24
11. การลดค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาให้กับ โรงพยาบาลเป็นสิ่งที่มีความสำคัญ	3 (1.3)	6 (2.6)	16 (6.9)	46 (19.8)	40 (17.2)	52 (22.4)	69 (29.7)	5.35±1.49	
8. การปรึกษาปัญหาด้านยากับแพทย์ทำให้ฉัน เสียเวลา*	4 (1.7)	9 (3.9)	16 (6.9)	24 (10.3)	32 (13.8)	57 (24.6)	90 (38.8)	5.59±1.57	27.44±14.55
22. การทำให้ฉันเสียเวลาเป็นสิ่งที่ไม่ต้องการ*	15 (6.5)	19 (8.2)	30 (12.9)	41 (17.7)	27 (11.6)	53 (22.8)	46 (19.8)	4.68±1.84	

ตาราง 11 (ต่อ)

ข้อความคำถาม	จำนวนเกสรที่ตอบในแต่ละตัวเลือก (ร้อยละ)							Mean±SD	Mean±SD ของผลคูณ
	1	2	3	4	5	6	7		
23. การปรึกษาปัญหาด้านยากับแพทย์ทำให้ผู้ป่วยเสียเวลารอรับยานานขึ้น*	24 (10.3)	43 (18.5)	48 (20.7)	52 (22.4)	22 (9.5)	26 (11.2)	17 (7.3)	3.65±1.72	15.34±10.93
44. การทำให้ผู้ป่วยเสียเวลารอรับยานานขึ้นเป็นสิ่งที่ควรหลีกเลี่ยง** **	17 (7.3)	26 (11.2)	44 (19.0)	64 (27.6)	28 (12.1)	34 (14.7)	18 (7.8)	4.01±1.65	
10. การปรึกษาปัญหาด้านยากับแพทย์ทำให้ฉันเกิดความขัดแย้งกับแพทย์*	1 (0.4)	9 (3.9)	16 (6.9)	49 (21.1)	32 (13.8)	72 (31.0)	53 (22.8)	5.28±1.43	14.66±10.42
21. การก่อให้เกิดความขัดแย้งกับแพทย์เป็นสิ่งที่ควรหลีกเลี่ยง** **	67 (28.9)	61 (26.3)	36 (15.5)	36 (15.5)	10 (4.3)	11 (4.7)	11 (4.7)	2.74±1.69	
รวม									366.14± 66.99

หมายเหตุ: ข้อคำถามเชิงบวก ระดับคะแนน 1 = ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง และ 7= เห็นด้วยอย่างยิ่ง

* ข้อคำถามเชิงลบ จึงมีการกลับคะแนนของคำตอบ (1 = เห็นด้วยอย่างยิ่ง, 7= ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง) ดังนั้น คะแนนน้อย หมายถึง เห็นด้วยกับข้อความมากกว่าเมื่อคะแนนสูง และส่งผลลดความตั้งใจในการกระทำพฤติกรรม, ** มีข้อมูลสูญหาย 1 ค่า

ตาราง 12 จำนวนคนและร้อยละ แบ่งตามระดับทัศนคติของเภสัชกรที่มีต่อการรักษาปัญหา
ด้านยากับแพทย์ (วัดทางอ้อม)

ระดับทัศนคติของเภสัชกร ที่มีต่อการรักษาปัญหาด้านยากับแพทย์ (ช่วงคะแนนทัศนคติของเภสัชกร ที่มีต่อการรักษาปัญหาด้านยากับแพทย์)	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ต่ำ (11.00 – 187.00)	1	0.4
ปานกลาง (187.01 – 363.00)	110	47.4
สูง (363.01 – 539.00)	121	52.2
รวม	232	100

บรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิงของเภสัชกรที่มีต่อการปรึกษาปัญหาด้านยากับแพทย์ (วัดทางอ้อม)

การวัดบรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิงด้วยเครื่องมือวัดทางอ้อม มีข้อคำถามที่วัดความเชื่อเกี่ยวกับกลุ่มอ้างอิง (normative referents) จำนวน 3 ข้อ ได้แก่ แพทย์ ผู้ป่วย และ เภสัชกร และมีข้อคำถามที่วัดแรงจูงใจที่จะทำตามกลุ่มอ้างอิง (motivation to comply) จำนวน 3 ข้อ โดยแต่ละข้อคำถามมีตัวเลือกให้เลือกตอบตั้งแต่ 1-7 (1 เท่ากับ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง และ 7 เท่ากับ เห็นด้วยอย่างยิ่ง)

จาก ตาราง 13 พบว่า เภสัชกรเป็นกลุ่มอ้างอิงที่เภสัชกรรับรู้ถึงการสนับสนุนให้กลุ่มตัวอย่างปรึกษาปัญหาด้านยากับแพทย์มากที่สุด และแรงจูงใจของกลุ่มตัวอย่างที่จะปรึกษาปัญหาด้านยากับแพทย์นั้นมาจากแพทย์มากที่สุด (4.98 ± 1.42) แต่เมื่อพิจารณาจากค่าเฉลี่ยของผลคูณของคะแนนระหว่างข้อคำถามความเชื่อเกี่ยวกับกลุ่มอ้างอิงและแรงจูงใจในการทำตามกลุ่มอ้างอิง พบว่า แพทย์เป็นกลุ่มอ้างอิงที่มีผลคูณสูงสุด (27.50 ± 10.90) ตามด้วย เภสัชกร (26.54 ± 12.34) และ ผู้ป่วย (26.11 ± 11.44) ตามลำดับ

ผู้วิจัยทำการแปลผลคะแนนบรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิงโดยรวมของเภสัชกรในการปรึกษาปัญหาด้านยากับแพทย์ที่วัดด้วยเครื่องมือวัดทางอ้อม โดยหาผลบวกของผลคูณระหว่างคะแนนความเชื่อเกี่ยวกับบุคคลที่มีความสำคัญต่อการปรึกษาปัญหาด้านยา และ คะแนนแรงจูงใจในการทำตามกลุ่มอ้างอิง จากทุกข้อมารวมกัน (ค่าต่ำสุด 3.00, ค่าสูงสุด 147.00) จากนั้นนำมาแบ่งระดับแบบอิงเกณฑ์ โดยการนำคะแนนสูงสุดที่เป็นไปได้ลบคะแนนต่ำสุดที่เป็นไปได้หารด้วยจำนวนระดับชั้นงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยกำหนดระดับชั้นเป็น 3 ระดับ โดยมีเกณฑ์การแปลผลคะแนนดังนี้ 3.00 – 51.00 คะแนน หมายถึง บรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิงในการปรึกษาปัญหาด้านยากับแพทย์อยู่ระดับต่ำ, 51.01 – 99.00 คะแนน หมายถึง บรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิงในการปรึกษาปัญหาด้านยากับแพทย์อยู่ระดับปานกลาง และ 99.01 – 147.00 คะแนน หมายถึง บรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิงในการปรึกษาปัญหาด้านยากับแพทย์อยู่ระดับสูง ดังตาราง 14

จาก ตาราง 14 พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 59.5 มีบรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิงต่อการปรึกษาปัญหาด้านยากับแพทย์ในระดับปานกลาง โดยมีคะแนนเฉลี่ยของผลคูณรวมของคำถามทั้ง 6 ข้อ เท่ากับ 80.15 ± 28.21 (ตาราง 13)

ตาราง 13 การกระจายความถี่ ค่าเฉลี่ย และค่าเฉลี่ยผลคูณของข้อความบรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิงของเภสัชกรที่มีต่อการปรึกษา
ปัญหาด้านยากับแพทย์ (วัดทางอ้อม)

คำถาม	จำนวนเภสัชกร (ร้อยละ) ที่ตอบในแต่ละตัวเลือก							Mean±SD	Mean±SD ของผลคูณ	
	1	2	3	4	5	6	7			
48. แพทย์คิดว่าฉันควรปรึกษาปัญหาด้านยากับแพทย์*	1 (0.4)	13 (5.6)	24 (10.3)	64 (27.6)	40 (17.2)	57 (24.6)	30 (12.9)	4.83±1.42	27.50±10.90	
12. ความคิดเห็นของแพทย์ต่อการปรึกษาปัญหาด้านยาโดยเภสัชกรมีความสำคัญต่อฉัน	1 (0.4)	4 (1.7)	6 (2.6)	26 (11.2)	64 (27.6)	68 (29.3)	63 (27.2)	5.60±1.21		
28. ผู้ป่วยคิดว่าฉันควรปรึกษาปัญหาด้านยากับแพทย์**	4 (1.7)	11 (4.7)	25 (10.8)	69 (29.7)	48 (20.7)	42 (18.1)	31 (13.4)	4.72±1.44	26.11±11.44	
39. การปรึกษาปัญหาด้านยากับแพทย์ตามความคาดหวังของผู้ป่วยมีความสำคัญต่อฉัน	2 (0.9)	7 (3.0)	13 (5.6)	34 (14.7)	46 (19.8)	78 (33.6)	52 (22.4)	5.40±1.36		
40. เภสัชกรคนอื่นๆ คิดว่าฉันควรปรึกษาปัญหาด้านยากับแพทย์**	5 (2.2)	12 (5.2)	8 (3.4)	56 (24.1)	60 (25.9)	54 (23.3)	35 (15.1)	4.98±1.42	26.54±12.34	
32. การปรึกษาปัญหาด้านยากับแพทย์ตามความคาดหวังของเภสัชกรคนอื่นๆ มีความสำคัญต่อฉัน	5 (2.2)	10 (4.3)	12 (5.2)	49 (21.1)	49 (21.1)	67 (28.9)	40 (17.2)	5.10±1.46		
									รวม	80.15±28.21

หมายเหตุ: 1 = ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง และ 7= เห็นด้วยอย่างยิ่ง, * มีข้อมูลสูญหาย 3 ค่า, ** มีข้อมูลสูญหาย 2 ค่า

ตาราง 14 จำนวนคนและร้อยละ แบ่งตามระดับบรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิงของเภสัชกรที่มีต่อการปรึกษาปัญหาด้านยากับแพทย์ (วัดทางอ้อม)

ระดับบรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิงของเภสัชกร ที่มีต่อการปรึกษาปัญหาด้านยากับแพทย์ (ช่วงคะแนนบรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิงของเภสัชกร ที่มีต่อการปรึกษาปัญหาด้านยากับแพทย์)	จำนวนคน	ร้อยละ
ต่ำ (3.00 - 51.00)	34	14.7
ปานกลาง (51.01 - 99.00)	138	59.5
สูง (99.01 - 147.00)	60	25.8
รวม	232	100

การรับรู้ความสามารถในการควบคุมต่อการปรึกษาปัญหาด้านยากับแพทย์ (วัดทางอ้อม)

การวัดการรับรู้ความสามารถในการควบคุม ด้วยเครื่องมือวัดทางอ้อม มีข้อความที่วัดความเชื่อความเชื่อเกี่ยวกับปัจจัยควบคุม (control beliefs) จำนวน 6 ข้อ และมีข้อความที่วัดการรับรู้อำนาจของปัจจัยควบคุม (perceived power) จำนวน 6 ข้อ แต่ละข้อมีตัวเลือกให้เลือกตอบตั้งแต่ 1-7 (1 เท่ากับ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง และ 7 เท่ากับ เห็นด้วยอย่างยิ่ง)

จาก ตาราง 15 พบว่า เกสซ์กรมีความเชื่อเกี่ยวกับปัจจัยควบคุมที่มีระดับคะแนนสูงสุด 3 ลำดับแรก คือ มีความสัมพันธ์อันดีกับแพทย์ที่ตรวจรักษาผู้ป่วย (5.27 ± 1.25) การติดต่อกับแพทย์ที่ตรวจรักษาผู้ป่วยได้สะดวก (4.85 ± 1.45) และการมีผู้ป่วยมารับบริการจำนวนมากในแต่ละวัน (2.19 ± 1.24 ; เนื่องจากเป็นข้อความเชิงลบ คะแนนน้อยจึงแปลผลในทางเห็นด้วยมากกว่าคะแนนที่สูงกว่า ซึ่งในข้อนี้เทียบเท่ากับระดับคะแนน 4.81 หากเป็นคำถามเชิงบวก)

สำหรับการรับรู้อำนาจของปัจจัยควบคุมที่มีระดับคะแนนสูงสุด 3 ลำดับแรก คือ การมีความสัมพันธ์อันดีกับแพทย์ที่ตรวจรักษาทำให้การปรึกษาปัญหาด้านยากับแพทย์ทำได้ง่าย (6.39 ± 1.00) และการติดต่อกับแพทย์ที่ตรวจรักษาผู้ป่วยได้สะดวกจะทำให้ปรึกษาปัญหาด้านยากับแพทย์ได้ง่ายขึ้น (6.39 ± 1.06) และการที่มีความรู้ไม่เพียงพอเกี่ยวกับการใช้ยาในโรคหัวใจและหลอดเลือด ทำให้ปรึกษาปัญหาด้านยากับแพทย์ได้ยาก (2.28 ± 1.21 ; เนื่องจากเป็นข้อความเชิงลบ คะแนนน้อยจึงแปลผลในทางเห็นด้วยมากกว่าคะแนนที่สูงกว่า ซึ่งในข้อนี้เทียบเท่ากับระดับคะแนน 4.72 หากเป็นคำถามเชิงบวก)

เมื่อพิจารณาจากค่าเฉลี่ยของผลคูณระหว่างปัจจัยควบคุมและการรับรู้อำนาจของปัจจัยควบคุม ซึ่งบ่งบอกถึงปัจจัยที่มีผลการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมได้มากที่สุด พบว่า ผลคูณระหว่างข้อความ “มีผู้ป่วยมารับบริการจำนวนมากในแต่ละวัน” และ “การมีผู้ป่วยมารับบริการจำนวนมากทำให้ปรึกษาปัญหาด้านยากับแพทย์ได้ยาก” เป็นปัจจัยที่มีผลมากที่สุด (คะแนน 7.22 คะแนน เนื่องจากเป็นคำถามเชิงลบ ในข้อนี้จึงเทียบเท่ากับ 41.78 คะแนน หากเป็นคำถามเชิงบวก)

ผู้วิจัยทำการแปลผลคะแนนการรับรู้ความสามารถในการควบคุมโดยรวมของเกสซ์กรในการปรึกษาปัญหาด้านยากับแพทย์ที่วัดด้วยเครื่องมือวัดทางอ้อม โดยหาผลบวกของ ผลคูณระหว่างคะแนนความเชื่อเกี่ยวกับปัจจัยที่ควบคุมการปรึกษาปัญหาด้านยากับแพทย์ และ คะแนนอำนาจของปัจจัยที่ควบคุมการปรึกษาปัญหาด้านยากับแพทย์ จากทุกข้อมารวมกัน (ค่าต่ำสุด 6.00, ค่าสูงสุด 294.00) จากนั้นนำมาแบ่งระดับแบบอิงเกณฑ์ โดยการนำคะแนนสูงสุดที่เป็นไปได้ลบคะแนนต่ำสุดที่

เป็นไปได้หารด้วยจำนวนระดับชั้น งานวิจัยนี้ ผู้วิจัยกำหนดระดับชั้นเป็น 3 ระดับ โดยมีเกณฑ์การแปลผลคะแนนดังนี้ 6.00 – 102.00 คะแนนหมายถึง การรับรู้ความสามารถในการควบคุมอยู่ในระดับต่ำ, 102.01 – 198.00 คะแนน หมายถึง การรับรู้ความสามารถในการควบคุมอยู่ในระดับปานกลาง และ 198.01 – 294.00 หมายถึง การรับรู้ความสามารถในการควบคุมอยู่ในระดับสูง ดังตาราง 16

จาก ตาราง 16 พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 57.8 มีการรับรู้ความสามารถในการควบคุมระดับปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ยของผลคูณรวมของคำถามทั้ง 12 ข้อ เท่ากับ 116.21 ± 37.24 (ตาราง 15)

ตาราง 15 การกระจายความถี่ ค่าเฉลี่ย และค่าเฉลี่ยผลคูณของข้อคำถามการรับรู้ความสามารถในการควบคุมของเภสัชกรที่มีต่อการรักษาปัญหาด้านยากับแพทย์ (วัดทางอ้อม)

คำถาม	จำนวนคน (ร้อยละ) ที่ตอบในแต่ละตัวเลือก							Mean±SD	Mean±SD ของผลคูณ
	1	2	3	4	5	6	7		
7. ฉันมีความสัมพันธ์อันดีกับแพทย์ที่ตรวจรักษาผู้ป่วย**	1 (0.4)	3 (1.3)	10 (4.3)	54 (23.3)	59 (25.4)	58 (25.0)	46 (19.8)	5.27±1.25	34.05±10.38
25. การมีความสัมพันธ์อันดีกับแพทย์ที่ตรวจรักษาทำให้การ รักษาปัญหาด้านยากับแพทย์ทำได้ง่าย	1 (0.4)	2 (0.9)	1 (0.4)	8 (3.4)	23 (9.9)	52 (22.4)	145 (62.5)	6.39±1.00	
14. ฉันติดต่อกับแพทย์ที่ตรวจรักษาผู้ป่วยได้สะดวก	5 (2.2)	11 (4.7)	20 (8.6)	53 (22.8)	64 (27.6)	46 (19.8)	33 (14.2)	4.85±1.45	31.18±11.25
6. การติดต่อกับแพทย์ที่ตรวจรักษาผู้ป่วยได้สะดวกจะทำให้ รักษาปัญหาด้านยากับแพทย์ได้ง่ายขึ้น	2 (0.9)	1 (0.4)	3 (1.3)	8 (3.4)	20 (8.6)	49 (21.1)	149 (64.2)	6.39±1.06	
15. ฉันเข้าถึงข้อมูลการรักษาของผู้ป่วยได้ลำบาก*	6 (2.6)	14 (6.0)	21 (9.1)	45 (19.4)	28 (12.1)	62 (26.7)	56 (24.1)	5.09±1.66	20.78±15.34
5. การเข้าถึงข้อมูลของผู้ป่วยได้ลำบาก ทำให้รักษาปัญหา ด้านยากับแพทย์ได้ยาก*	43 (18.5)	40 (17.2)	41 (17.7)	20 (8.6)	16 (6.9)	41 (17.7)	31 (13.4)	3.75±2.11	

ตาราง 15 (ต่อ)

คำถาม	จำนวนคน (ร้อยละ) ที่ตอบในแต่ละตัวเลือก							Mean±SD	Mean±SD ของผลคูณ
	1	2	3	4	5	6	7		
20. ฉันรู้สึกว่าการต้องเร่งรีบในการจ่ายยาให้เสร็จในแต่ละวัน*	42 (18.1)	44 (19.0)	47 (20.3)	33 (14.2)	25 (10.8)	31 (13.4)	10 (4.3)	3.38±1.80	12.80±11.20
4. การที่ต้องเร่งรีบในการจ่ายยาให้เสร็จในแต่ละวัน ทำให้ ปรึกษาปัญหาด้านยากับแพทย์ได้ยาก***	44 (19.0)	49 (21.1)	45 (19.4)	29 (12.5)	20 (8.6)	24 (10.3)	20 (8.6)	3.36±1.91	
46. ฉันมีความรู้ไม่เพียงพอเกี่ยวกับการใช้ยาในโรคหัวใจและ หลอดเลือด*	12 (5.2)	34 (14.7)	48 (20.7)	57 (24.6)	31 (13.4)	37 (15.9)	13 (5.6)	3.97±1.59	9.64±7.46
42. การที่มีความรู้ไม่เพียงพอเกี่ยวกับการใช้ยาในโรคหัวใจและ หลอดเลือด ทำให้ปรึกษาปัญหาด้านยากับแพทย์ได้ยาก*	70 (30.2)	75 (32.3)	58 (25.0)	19 (8.2)	4 (1.7)	4 (1.7)	2 (0.9)	2.28±1.21	
41. มีผู้ป่วยมารอรับบริการจำนวนมากในแต่ละวัน*	82 (35.3)	77 (33.2)	36 (15.5)	26 (11.2)	7 (3.0)	2 (0.9)	2 (0.9)	2.19±1.24	7.75±6.92
33.การมีผู้ป่วยมารอรับบริการจำนวนมากทำให้ปรึกษาปัญหา ด้านยากับแพทย์ได้ยาก*	35 (15.1)	52 (22.4)	49 (21.1)	46 (19.8)	19 (8.2)	18 (7.8)	13 (5.6)	3.29±1.69	
	รวม								116.21±37.24

หมายเหตุ: ข้อคำถามเชิงบวก ระดับคะแนน 1 = ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง และ 7= เห็นด้วยอย่างยิ่ง, * ข้อคำถามเชิงลบ จึงมีการกลับคะแนนของคำตอบ (1 = เห็นด้วยอย่างยิ่ง, 7= ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง) ดังนั้น คะแนนน้อย หมายถึง เห็นด้วยกับข้อคำถามมากกว่าเมื่อคะแนนสูง และส่งผลลดความตั้งใจในการกระทำพฤติกรรม,
** มีข้อมูลสูญหาย 1 ค่า

ตาราง 16 จำนวนคนและร้อยละ แบ่งตามระดับการรับรู้ความสามารถในการควบคุมของ
เกษตรกรที่มีต่อการรักษาปัญหาด้านยากับแพทย์ (วัดทางอ้อม)

ระดับการรับรู้ความสามารถในการควบคุมของเกษตรกร ที่มีต่อการรักษาปัญหาด้านยากับแพทย์ (ช่วงคะแนนการรับรู้ความสามารถในการควบคุมของเกษตรกร ที่มีต่อการรักษาปัญหาด้านยากับแพทย์)	จำนวนคน	ร้อยละ
ต่ำ (6.00 – 102.00)	92	39.6
ปานกลาง (102.01 – 198.00)	134	57.8
สูง (198.01 – 294.00)	6	2.6
รวม	232	100

เปรียบเทียบความแตกต่างของทัศนคติ บรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิง และ การรับรู้ความสามารถ ในการควบคุมของเกษตรกรที่มีต่อการรักษาปัญหาด้านยากับแพทย์ (วัดทางอ้อม) ระหว่าง กลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนความตั้งใจต่ำกว่าและสูงกว่า

เพื่อทราบถึงรายละเอียดความเชื่อที่มีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่มที่มีระดับคะแนน ความตั้งใจแตกต่างกัน ผู้วิจัยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น กลุ่มที่มีระดับความตั้งใจต่ำกว่า และ กลุ่มที่มี ความตั้งใจสูงกว่า โดยใช้ค่ามัธยฐานของระดับคะแนนความตั้งใจโดยรวม (ระดับคะแนนต่ำสุดถึง สูงสุด คือ 6-42) ซึ่งได้แก่ ระดับคะแนน 32.50 ทำให้แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม โดยแต่ละกลุ่มมี จำนวนตัวอย่างเท่ากับ 116 คน จากนั้นเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยผลคูณของระดับ คะแนนทัศนคติ บรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิง และ การรับรู้ความสามารถในการควบคุม จากการวัดทางอ้อม โดยใช้สถิติ independent t-test ผลการวิเคราะห์แสดงใน ตาราง 17 18 และ 19 ตามลำดับ

จากตาราง 17 พบว่า ค่าเฉลี่ยผลคูณของความเชื่อเกี่ยวกับพฤติกรรม และ การประเมิน ผลลัพธ์ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.000$ ถึง $p=0.045$) ในเกือบทุกข้อที่ทำการวัด ยกเว้นเพียง ค่าเฉลี่ยผลคูณของ การรักษาปัญหาด้านยากับแพทย์ทำให้ผู้ป่วยเสียเวลารับ ยานานขึ้น และการทำให้ผู้ป่วยเสียเวลารับยานานขึ้นเป็นสิ่งที่ควรหลีกเลี่ยง

จากตาราง 18 พบว่า ค่าเฉลี่ยผลคูณของความเชื่อเกี่ยวกับกลุ่มอ้างอิง และ แรงจูงใจใน การทำตามกลุ่มอ้างอิง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกข้อที่ทำการวัด ($p=0.000$, $p=0.002$ และ $p=0.000$)

จากตาราง 19 พบว่า ค่าเฉลี่ยผลคูณของความเชื่อเกี่ยวกับปัจจัยควบคุม และ การรับรู้ อำนาจของปัจจัยควบคุม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.000$) เพียง 2 ข้อ คือ การมีความสัมพันธ์อันดีกับแพทย์ ทำให้รักษาปัญหาด้านยากับแพทย์ได้ง่าย และ การติดต่อกับ แพทย์ที่รักษาได้สะดวกทำให้รักษาปัญหาด้านยากับแพทย์ได้ง่าย

ตาราง 17 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยผลคุณคะแนนทัศนคติ จากการวัดทางอ้อม ระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนความตั้งใจต่ำกว่าและสูงกว่า

ข้อคำถาม	กลุ่มที่มีความตั้งใจต่ำกว่า	กลุ่มที่มีความตั้งใจสูงกว่า	กลุ่มที่มีความตั้งใจต่ำกว่า	กลุ่มที่มีความตั้งใจสูงกว่า	ค่า t	p-value**
	Mean±SD	Mean±SD	Mean±SD	Mean±SD		
	(n=116)	(n=116)	(n=116)	(n=116)		
38. การปรึกษาปัญหาด้านยากับแพทย์ทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากการใช้ยา	6.21± 0.97	6.65±0.62	40.55±8.57	45.22 ± 5.98	4.807	0.000
19. การที่ผู้ป่วยมีความปลอดภัยจากการใช้ยามีความสำคัญต่อฉัน	6.49±0.69	6.78±0.45				
36. การปรึกษาปัญหาด้านยากับแพทย์ทำให้ผู้ป่วยได้รับยาที่ถูกต้องเหมาะสม	6.22± 0.87	6.56± 0.74	41.16±8.10	44.32±6.79	3.227	0.001
13. การที่ผู้ป่วยได้รับยาถูกต้องเหมาะสมเป็นสิ่งที่มีความสำคัญต่อฉัน	6.57±0.76	6.73±0.53				
9. การปรึกษาปัญหาด้านยากับแพทย์ทำให้ฉันรู้สึกดีที่ได้ช่วยเหลือผู้ป่วย	6.08± 0.92	6.55± 0.84	38.36±8.70	43.42±7.66	4.702	0.000
30. การรู้สึกดีที่ได้ช่วยเหลือผู้ป่วยมีความสำคัญต่อฉัน	6.27±0.77	6.60±0.62				

ตาราง 17 (ต่อ)

ข้อความคำถาม	กลุ่มที่มีความตั้งใจต่ำกว่า	กลุ่มที่มีความตั้งใจสูงกว่า	กลุ่มที่มีความตั้งใจต่ำกว่า	กลุ่มที่มีความตั้งใจสูงกว่า	ค่า t	p-value**
	Mean±SD (n=116)	Mean±SD (n=116)	Mean±SD (n=116)	Mean±SD (n=116)		
34. การปรึกษาปัญหาด้านยากับแพทย์เป็นการส่งเสริมบทบาทของเภสัชกร	6.27± 0.92	6.59± 0.66				
45. การส่งเสริมบทบาทของเภสัชกรโดยการปรึกษาปัญหาด้านยากับแพทย์เป็นสิ่งที่มีความสำคัญ	5.85±1.02	6.47±0.81	37.25±9.96	42.87±7.81	4.784	0.000
31. การปรึกษาปัญหาด้านยากับแพทย์ทำให้ฉันได้รับความรู้และประสบการณ์	5.91±0.91	6.51± 0.74				
50. การที่ได้รับความรู้และประสบการณ์จากการปรึกษาปัญหาด้านยากับแพทย์เป็นสิ่งที่มีความสำคัญ	5.83±0.96	6.47±0.76	35.00±9.67	42.38±8.09	6.303	0.000
17. การที่ฉันปรึกษาปัญหาด้านยากับแพทย์จะช่วยป้องกันโรคแทรกซ้อนให้กับผู้ป่วย	5.74± 0.98	6.22± 0.87				
24. การป้องกันโรคแทรกซ้อนให้กับผู้ป่วยเป็นสิ่งที่มีความสำคัญ	6.18±0.97	6.49±0.89	35.83±9.45	40.58±8.78	3.967	0.000

ตาราง 17 (ต่อ)

ข้อคำถาม	กลุ่มที่มีความ	กลุ่มที่มีความตั้งใจ	กลุ่มที่มีความตั้งใจ	กลุ่มที่มีความตั้งใจ	ค่า t	p-value**
	ตั้งใจต่ำกว่า	สูงกว่า	ต่ำกว่า	สูงกว่า		
	Mean±SD (n=116)	Mean±SD (n=116)	Mean±SD (n=116)	Mean±SD (n=116)		
3. การที่ฉันปรึกษาปัญหาด้านยากับแพทย์ จะช่วยส่งเสริมให้มีการทำงานร่วมกับแพทย์	5.43± 1.32	6.20± 1.05				
47. การส่งเสริมให้มีการทำงานร่วมกับ แพทย์โดยการปรึกษาปัญหาด้านยาเป็นสิ่งที่ มีความสำคัญ	5.86±1.06	6.40±0.79	32.36±11.35	39.98±9.40	5.571	0.000
26. การที่ฉันปรึกษาปัญหาด้านยากับแพทย์ ช่วยลดค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาให้กับ โรงพยาบาล	4.98± 1.36	5.58± 1.10	26.38±12.20	31.72±11.73	3.395	0.001
11. การลดค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาให้กับ โรงพยาบาลเป็นสิ่งที่มีความสำคัญ	5.16±1.53	5.55±1.42				
8. การปรึกษาปัญหาด้านยากับแพทย์ทำให้ ฉันเสียเวลา*	5.34± 1.59	5.85± 1.51	24.68±13.78	30.22±14.82	2.948	0.004
22. การทำให้ฉันเสียเวลาเป็นสิ่งที่ไม่ ต้องการ*	4.44±1.85	4.93±1.82				

ตาราง 17 (ต่อ)

ข้อคำถาม	กลุ่มที่มีความ	กลุ่มที่มีความตั้งใจ	กลุ่มที่มีความตั้งใจ	กลุ่มที่มีความ	ค่า t	p-value**
	ตั้งใจต่ำกว่า	สูงกว่า	ต่ำกว่า	ตั้งใจสูงกว่า		
	Mean±SD (n=116)	Mean±SD (n=116)	Mean±SD (n=116)	Mean±SD (n=116)		
23. การปรึกษาปัญหาด้านยากับแพทย์ทำให้ผู้ป่วยเสียเวลารับยานานขึ้น*	3.56± 1.71	3.74± 1.75	14.15±10.03	16.54±11.69	1.677	0.095
44. การทำให้ผู้ป่วยเสียเวลารับยานานขึ้นเป็นสิ่งที่ควรหลีกเลี่ยง*	3.77±1.55	4.26±1.72				
10. การปรึกษาปัญหาด้านยากับแพทย์ทำให้ฉันเกิดความขัดแย้งกับแพทย์*	4.94± 1.37	5.63± 1.42	13.29±9.56	16.03±11.10	2.016	0.045
21. การก่อให้เกิดความขัดแย้งกับแพทย์เป็นสิ่งที่ควรหลีกเลี่ยง*	2.64±1.63	2.83±1.76				

หมายเหตุ: * ข้อคำถามเชิงลบ คะแนนยิ่งน้อย หมายถึงเห็นด้วยกับข้อคำถาม เนื่องจากมีการกลับคะแนนแล้ว ** ระดับนัยสำคัญที่ p < 0.05

ตาราง 18 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยผลคุณคะแนนบรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิง จากการวัดทางอ้อม ระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนความตั้งใจต่ำกว่าและสูงกว่า

ข้อคำถาม	กลุ่มที่มีความตั้งใจ		กลุ่มที่มีความตั้งใจ		ค่า t	p-value**
	ต่ำกว่า	สูงกว่า	ต่ำกว่า	สูงกว่า		
	Mean ± SD (n=116)	Mean ± SD (n=116)	Mean ± SD (n=116)	Mean ± SD (n=116)		
48. แพทย์คิดว่าฉันควรปรึกษาปัญหา ด้านยากับแพทย์	4.49±1.32	5.18±1.43				
12. ความคิดเห็นของแพทย์ต่อ การปรึกษาปัญหาด้านยาโดยเภสัชกรมี ความสำคัญต่อฉัน	5.35±1.29	5.86±1.06	24.22±9.83	30.78±10.97	4.799	0.000
28. ผู้ป่วยคิดว่าฉันควรปรึกษาปัญหา ด้านยากับแพทย์	4.53±1.40	4.91±1.47				
39. การปรึกษาปัญหาด้านยากับแพทย์ ตามความคาดหวังของผู้ป่วยมี ความสำคัญต่อฉัน	5.14±1.32	5.66±1.36	23.84±10.74	28.39±11.72	3.082	0.002

ตาราง 18 (ต่อ)

ข้อความ	กลุ่มที่มีความตั้งใจ		กลุ่มที่มีความตั้งใจ		ค่า t	p-value**
	ต่ำกว่า	สูงกว่า	ต่ำกว่า	สูงกว่า		
	Mean ± SD (n=116)	Mean ± SD (n=116)	Mean ± SD (n=116)	Mean ± SD (n=116)		
40. เกสัชกรคนอื่นๆ คิดว่าฉันควรปรึกษา ปัญหาด้านยากับแพทย์	4.69±1.42	5.28±1.38				
32. การปรึกษาปัญหาด้านยากับแพทย์ ตามความคาดหวังของเกสัชกรคนอื่นๆ มี ความสำคัญต่อฉัน	4.74±1.33	5.47±1.50	23.23±10.68	29.84±13.02	4.228	0.000

หมายเหตุ; * ข้อคำถามเชิงลบ คะแนนยิ่งน้อย หมายถึงเห็นด้วยกับข้อคำถาม เนื่องจากมีการกลับคะแนนแล้ว ** ระดับนัยสำคัญที่ p < 0.05

ตาราง 19 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยผลคุณคะแนนการรับรู้ความสามารถในการควบคุม จากการวัดทางอ้อม ระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนความตั้งใจต่ำกว่าและสูงกว่า

ข้อคำถาม	กลุ่มที่มีความตั้งใจ	กลุ่มที่มีความตั้งใจ	กลุ่มที่มีความตั้งใจ	กลุ่มที่มีความตั้งใจ	ค่า t	p-value**
	ต่ำกว่า	สูงกว่า	ต่ำกว่า	สูงกว่า		
	Mean ± SD (n=116)	Mean ± SD (n=116)	Mean ± SD (n=116)	Mean ± SD (n=116)		
7. ฉันมีความสัมพันธ์อันดีกับแพทย์ที่ ตรวจรักษาผู้ป่วย	4.90±1.25	5.65±1.14				
25. การมีความสัมพันธ์อันดีกับแพทย์ที่ ตรวจรักษาทำให้การปรึกษาปัญหาด้าน ยากับแพทย์ทำได้ง่าย	6.22±1.14	6.55±0.81	30.92±10.36	37.18±9.45	4.810	0.000
14. ฉันติดต่อกับแพทย์ที่ตรวจรักษา ผู้ป่วยได้สะดวก	4.53±1.44	5.18±1.39				
6. การติดต่อกับแพทย์ที่ตรวจรักษา ผู้ป่วยได้สะดวกจะทำให้ปรึกษาปัญหา ด้านยากับแพทย์ได้ง่ายขึ้น	6.18±1.12	6.60±0.96	27.99±10.80	34.38±10.81	4.503	0.000

ตาราง 19 (ต่อ)

ข้อคำถาม	กลุ่มที่มีความตั้งใจ		กลุ่มที่มีความตั้งใจ		ค่า t	p-value**
	ต่ำกว่า	สูงกว่า	ต่ำกว่า	สูงกว่า		
	Mean ± SD (n=116)	Mean ± SD (n=116)	Mean ± SD (n=116)	Mean ± SD (n=116)		
15. ฉันเข้าถึงข้อมูลการรักษาของผู้ป่วย ได้ลำบาก*	4.98±1.59	5.20±1.72				
5. การเข้าถึงข้อมูลของผู้ป่วยได้ลำบาก ทำให้รักษาปัญหาด้านยากับแพทย์ได้ ยาก*	3.84±1.97	3.66±2.25	20.76±14.43	20.81±16.26	0.026	0.980
20. ฉันรู้สึกที่ต้องเร่งรีบในการจ่ายยาให้ เสร็จในแต่ละวัน*	3.17±1.78	3.59±1.81				
4. การที่ต้องเร่งรีบในการจ่ายยาให้เสร็จ ในแต่ละวัน ทำให้รักษาปัญหาด้านยาก กับแพทย์ได้ยาก*	3.12±1.73	3.61±2.05	11.48±10.44	14.12±11.81	1.799	0.073

ตาราง 19 (ต่อ)

ข้อคำถาม	กลุ่มที่มีความตั้งใจ		กลุ่มที่มีความตั้งใจ		ค่า t	p-value**
	ต่ำกว่า	สูงกว่า	ต่ำกว่า	สูงกว่า		
	Mean ± SD (n=116)	Mean ± SD (n=116)	Mean ± SD (n=116)	Mean ± SD (n=116)		
46. ฉันมีความรู้ไม่เพียงพอเกี่ยวกับการ ใช้ยาในโรคหัวใจและหลอดเลือด*	3.65±1.52	4.28±1.61				
42. การที่มีความรู้ไม่เพียงพอเกี่ยวกับ การใช้ยาในโรคหัวใจและหลอดเลือด ทำให้ ปรึกษาปัญหาด้านยากับแพทย์ได้ ยาก*	2.33±1.25	2.22±1.17	9.28±7.58	9.99±7.36	0.721	0.472
41. มีผู้ช่วยมารอรับบริการจำนวนมาก ในแต่ละวัน*	2.29±1.26	2.10±.23				
33.การมีผู้ช่วยมารอรับบริการจำนวน มากทำให้ปรึกษาปัญหาด้านยากับแพทย์ ได้ยาก*	3.05±1.51	3.53±1.83	7.55±6.45	7.96±7.38	0.445	0.657

หมายเหตุ; * ข้อคำถามเชิงลบ คะแนนยิ่งน้อย หมายถึงเห็นด้วยกับข้อคำถาม เนื่องจากมีการกลับคะแนนแล้ว ** ระดับนัยสำคัญที่ p < 0.05

การวิเคราะห์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่าง ๆ ที่วัดในการวิจัยแบบ bivariate analysis

จาก ตาราง 20 พบว่าทัศนคติในการปรึกษาปัญหาด้านยากับแพทย์วัดทางตรงและทางอ้อม บรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิงวัดทางตรงและทางอ้อม และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมวัดทางตรงและทางอ้อม มีความสัมพันธ์กันทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.000$, $p=0.000$ และ $p=0.000$ ตามลำดับ) มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันเท่ากับ 0.738, 0.643 และ 0.419 ตามลำดับ และพบว่า ทัศนคติและความตั้งใจในการปรึกษาปัญหาด้านยากับแพทย์ บรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิงและความตั้งใจในการปรึกษาปัญหาด้านยากับแพทย์ และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมและความตั้งใจในการปรึกษาปัญหาด้านยากับแพทย์ที่วัดทางตรง มีความสัมพันธ์กันทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.000$, $p=0.002$ และ 0.001 ตามลำดับ) มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันเท่ากับ 0.234 0.203 และ 0.221 ตามลำดับ เช่นเดียวกับการวัดทางอ้อมที่พบว่า ทัศนคติและความตั้งใจในการปรึกษาปัญหาด้านยากับแพทย์ บรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิงและความตั้งใจในการปรึกษาปัญหาด้านยากับแพทย์ และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมและความตั้งใจในการปรึกษาปัญหาด้านยากับแพทย์ มีความสัมพันธ์กันทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.000$, $p=0.000$ และ $p=0.005$ ตามลำดับ) มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันเท่ากับ 0.351 0.285 และ 0.185 ตามลำดับ

ตาราง 20 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างความตั้งใจในการปรึกษาปัญหาด้านยากับแพทย์กับตัวแปรที่ใช้ในการทดสอบสมมติฐาน

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1. เพศ	1.00											
2. อายุ	-0.050	1.00										
3. จำนวนปีการศึกษา	0.043	0.062	1.00									
4. จำนวนชั่วโมงที่ปฏิบัติงานต่อวัน	0.103	-0.205**	-0.009	1.00								
5. จำนวนผู้ป่วยนอกในแต่ละวัน	0.204**	-0.049	0.032	0.298**	1.00							
6. ทักษะคติ (วัดทางตรง)	0.060	-0.146*	0.032	-0.091	-0.070	1.00						
7. บรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิง (วัดทางตรง)	0.020	-0.114	-0.027	-0.022	-0.074	0.301**	1.00					
8. การรับรู้ความสามารถในการควบคุม (วัดทางตรง)	-0.003	-0.020	0.061	-0.007	0.037	0.328**	0.250**	1.00				
9. ทักษะคติ (วัดทางอ้อม)	0.104	-0.107	-0.057	-0.058	-0.063	0.738**	0.342**	0.387**	1.00			
10. บรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิง (วัดทางอ้อม)	0.046	-0.019	-0.070	-0.049	-0.046	0.430**	0.643**	0.345**	0.476**	1.00		
11. การรับรู้ความสามารถในการควบคุม (วัดทางอ้อม)	-0.052	-0.031	-0.032	-0.116	-0.263**	0.356**	0.066	0.419**	0.483**	0.251**	1.00	
12. ความตั้งใจในการปรึกษาปัญหาด้านยากับแพทย์	0.106	-0.112	0.112	-0.043	-0.045	0.234**	0.203**	0.221**	0.351**	0.285**	0.185**	1.00

** = $p < 0.01$, * = $p < 0.05$

การวิเคราะห์เพื่อหาปัจจัยทำนายความตั้งใจในการรักษาปัญหาด้านยากับแพทย์

เพื่อหาปัจจัยทำนายความตั้งใจของเภสัชกรในการรักษาปัญหาด้านยากับแพทย์ ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุแบบเชิงชั้น (Hierarchical multiple regression analysis) แบ่งออกเป็น 2 ลำดับชั้น

วิเคราะห์ลำดับชั้นที่ 1

นำเฉพาะตัวแปรลักษณะทั่วไปของเภสัชกร จำนวน 5 ตัวแปร ได้แก่ เพศ อายุ จำนวนปีการศึกษา จำนวนชั่วโมงที่ปฏิบัติงานต่อวัน และจำนวนผู้ป่วยนอกในแต่ละวัน เข้าสู่สมการถดถอยทำนายความตั้งใจในการรักษาปัญหาด้านยากับแพทย์ พบว่า ตัวแปรทั้ง 5 ตัว ร่วมกันทำนายความตั้งใจของเภสัชกรได้ร้อยละ 2.4 แต่ไม่มีตัวแปรใดที่ส่งผลต่อความตั้งใจของเภสัชกรในการรักษาปัญหาด้านยากับแพทย์ แสดงดังตาราง 21

วิเคราะห์ลำดับชั้นที่ 2

เพิ่มตัวแปรอิสระตามทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน 3 ตัวแปร ได้แก่ ทัศนคติ บรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้ความสามารถในการควบคุม ที่วัดด้วยเครื่องมือวัดตัวแปรทางอ้อม เข้าไปในสมการถดถอยจากการวิเคราะห์ในลำดับชั้นที่ 1 รวมเป็น 8 ตัวแปร พบว่า ตัวแปรต่างๆ สามารถร่วมกันทำนายความตั้งใจในการรักษาปัญหาด้านยากับแพทย์ได้ร้อยละ 14.5 โดยมี 3 ตัวแปร ที่ทำนายความตั้งใจในการรักษาด้านยากับแพทย์ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p \leq 0.05$) ได้แก่ จำนวนปีการศึกษา ทัศนคติ และบรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิง มีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยมาตรฐานเท่ากับ 0.141, 0.253, และ 0.162 ตามลำดับ แสดงดังตาราง 21

ตาราง 21 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณเพื่อทำนายความตั้งใจของเภสัชกรในการรักษาปัญหาด้านยากับแพทย์

โมเดล		B	SE	Beta	t	Sig.	Adjusted R ²	F	F sig
1	(ค่าคงที่)	31.095	4.642		6.699	0.000	0.024	2.120	0.064
	เพศ	1.668	0.981	0.113	1.700	0.090			
	อายุ	-0.175	0.090	-0.129	-1.942	0.053			
	จำนวนปีการศึกษา	0.877	0.493	0.116	1.778	0.077			
	จำนวนชั่วโมงที่ปฏิบัติงานต่อวัน	-0.222	0.245	-0.063	-0.903	0.367			
	จำนวนผู้ป่วยนอกในแต่ละวัน	-0.001	0.002	-0.059	-0.853	0.394			
2	(ค่าคงที่)	16.374	5.098		3.212	0.002	0.145	5.899	0.000
	เพศ	1.066	.927	.072	1.150	0.251			
	อายุ	-0.129	0.085	-0.095	-1.518	0.130			
	จำนวนปีการศึกษา	1.068	0.463	0.141	2.307	0.022			
	จำนวนชั่วโมงที่ปฏิบัติงานต่อวัน	-0.126	0.230	-0.036	-0.547	0.585			
	จำนวนผู้ป่วยนอกในแต่ละวัน	-0.001	0.002	-0.031	-0.457	0.648			
	ทัศนคติ (วัดทางอ้อม)	0.025	0.008	0.253	3.247	0.001			
	บรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิง (วัดทางอ้อม)	0.038	0.016	0.162	2.343	0.020			
	การรับรู้ความสามารถในการควบคุม (วัดทางอ้อม)	0.003	0.013	0.015	0.210	0.834			

บทที่ 5

อภิปรายและสรุปผลการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผลการทดสอบความเชื่อมั่น ด้วยวิธีการทดสอบความสอดคล้องภายใน โดยใช้วิธีสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ของเครื่องมือวัดทัศนคติทางตรง บรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิงทางตรง และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมทางตรง พบว่า เครื่องมือวัดทัศนคติทางตรง และบรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิงทางตรง มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคที่ค่อนข้างสูง คือ 0.757 และ 0.691 ตามลำดับ แต่สำหรับเครื่องมือวัดการรับรู้ความสามารถในการควบคุมทางตรง มีค่า 0.422 ซึ่งจัดอยู่ในระดับค่อนข้างปานกลาง เมื่อพิจารณา ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเมื่อตัดข้อคำถาม (Cronbach's alpha if item deleted) พบว่า หากตัดข้อคำถามที่ 37 ออก จะทำให้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเพิ่มขึ้นเป็น 0.662 แต่ผู้วิจัยไม่ได้ตัดออก เนื่องจากเป็นคำถามที่มีความสำคัญ และตั้งคำถามตรงตามคู่มือการสร้างแบบสอบถามแล้ว [47] แต่ได้ปรับแก้คำในข้อคำถาม เนื่องจากข้อคำถามอาจยังไม่ชัดเจนทำให้คำตอบไม่สอดคล้องกับข้อคำถามอื่นๆ ในมิติเดียวกัน ผู้วิจัยได้ทำการปรับแก้ข้อคำถามจาก “การตัดสินใจปรึกษาปัญหาด้านยากับแพทย์อยู่ภายใต้การควบคุมของฉัน” เป็น “การปรึกษาปัญหาด้านยากับแพทย์อยู่ภายใต้การตัดสินใจของฉัน” เนื่องจากผู้วิจัยไม่ได้ทดสอบซ้ำว่าหลังจากรับแก้ไขข้อคำถาม จึงไม่ทราบค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคหลังปรับแก้ นอกจากนี้ การทดสอบความเชื่อมั่นด้วยวิธีการทดสอบซ้ำ โดยใช้วิธีสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน พบว่าเครื่องมือการรับรู้ความสามารถในการควบคุมทางตรงมีค่าอยู่ในระดับปานกลาง คือ 0.653 ซึ่งมีค่าน้อยกว่าที่ทดสอบได้ในเครื่องมือวัดทัศนคติทางตรงและบรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิงทางตรง (ค่าแอลฟาเท่ากับ 0.755 และ 0.820 ตามลำดับ) เช่นเดียวกับการทดสอบความสอดคล้องภายใน แม้ผลการทดสอบความเชื่อมั่นทั้งสองวิธีของเครื่องมือวัดการรับรู้ความสามารถในการควบคุมจะอยู่ในระดับปานกลาง แต่ผู้ที่ให้นำเครื่องมือวัดการรับรู้ความสามารถในการควบคุมทางตรงในงานวิจัยนี้ไปใช้ในการทำนายพึงระลึกว่าอาจจะให้ผลการทำนายที่ไม่แน่นอน ดังนั้น ก่อนนำไปใช้อาจทำการปรับปรุงเครื่องมือนี้ให้มีความเชื่อมั่นมากยิ่งขึ้น เช่น การเพิ่มข้อคำถามให้มากขึ้นและทดสอบด้วยวิธีสัมประสิทธิ์อัลฟา

ของครอบครัว จากนั้นพิจารณาตัดข้อคำถามบางข้อออก โดยพิจารณาจากค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอบครัวเมื่อตัดข้อคำถาม

ความตั้งใจของเภสัชกรในการปรึกษาปัญหาด้านยากับแพทย์

เมื่อพบ DRP เภสัชกรจำเป็นต้องทำงานเป็นทีมอย่างใกล้ชิดร่วมกับแพทย์ (physician-pharmacist collaboration) เพื่อส่งเสริมการใช้ยาที่สมเหตุสมผล (rationale drug use) และ ป้องกันปัญหาที่อาจเกิดขึ้นจากการรักษาด้วยยา การทำงานร่วมกันระหว่างแพทย์และเภสัชกรก่อให้เกิดผลลัพธ์ในการรักษาที่ดีขึ้น มีรายงานการวิจัยสนับสนุนแนวคิดดังกล่าว โดยผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า การทำงานร่วมกันระหว่างแพทย์และเภสัชกรนั้น ทำให้ผลลัพธ์ในการรักษาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยดีขึ้น ตัวอย่างเช่น การรักษาภาวะความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไชมันในเลือดสูง ภาวะซึมเศร้า [38] เป็นต้น นอกจากนี้ในการศึกษาอื่นๆ ยังพบว่าการสื่อสารระหว่างแพทย์และเภสัชกรเพื่อร่วมมือกันในการดูแลผู้ป่วย สามารถส่งเสริมความปลอดภัยให้แก่ผู้ป่วย ลดข้อผิดพลาดจากการสั่งใช้ยา และ ลดต้นทุนการรักษาได้ [64] ในงานวิจัยครั้งนี้ ศึกษาความตั้งใจของเภสัชกรในการปรึกษาปัญหาด้านยากับแพทย์ ซึ่งเป็นการสื่อสารระหว่างแพทย์และเภสัชกรเพื่อร่วมมือกันในการป้องกันและแก้ไขปัญหาด้านยาให้แก่ผู้ป่วย ตามกรอบแนวคิดของทฤษฎี TPB หากมีความตั้งใจที่สูง โอกาสที่จะเกิดพฤติกรรมจริงก็จะสูงตามไปด้วย [9]

การศึกษานี้ใช้สถานการณ์ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาในโรคหัวใจและหลอดเลือด จำนวน 6 สถานการณ์ เพื่อวัดระดับความตั้งใจของเภสัชกรกลุ่มตัวอย่างในการปรึกษาปัญหาด้านยากับแพทย์ โดยในแบบสอบถามได้ชี้แจงแก่กลุ่มตัวอย่างว่า การปรึกษากับแพทย์นี้อาจเป็นได้ทั้งการพูดคุยกับแพทย์โดยตรง หรือ การเขียนบันทึกเพื่อสื่อสารกับแพทย์ จากตาราง 4 พบว่า เภสัชกรกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 62.1 รายงานความตั้งใจในการปรึกษาปัญหากับแพทย์โดยรวมอยู่ในระดับสูง (ค่อนข้างไปทางปานกลาง) โดยมีคะแนนเฉลี่ยจากทั้ง 6 สถานการณ์เท่ากับ 31.29 ± 6.53 คะแนน จากคะแนนเต็ม 42.00 คะแนน (ตาราง 3)

ผู้วิจัยไม่พบการศึกษาที่มีมาก่อนหน้าในการวัดระดับความตั้งใจของเภสัชกรในการปรึกษาปัญหาด้านยากับแพทย์ในประเทศไทย ทำให้ผู้วิจัยไม่สามารถเปรียบเทียบความคล้ายคลึงหรือแตกต่างกับการศึกษาที่คล้ายคลึงกันได้ อย่างไรก็ตาม ในต่างประเทศ พบการศึกษาของ Farris และ Kirking [62] ซึ่งวัดความตั้งใจของเภสัชกรในสถานปฏิบัติการเภสัชกรรมชุมชนในการเลือกวิธีที่จะ

ป้องกันและแก้ไขปัญหาด้านยา ได้แก่ การได้รับยาซ้ำซ้อน (duplication) และ อันตรกิริยาระหว่างยา (drug interaction) ซึ่งผู้วิจัยแบ่งวิธีการเป็น 3 ระดับ คือ ใช้ความพยายามสูง ได้แก่ การปรึกษากับแพทย์ผู้สั่งจ่าย ระดับกลาง คือ สื่อสารกับผู้ป่วยหรือบุคคลอื่นที่ไม่ใช่แพทย์ และ ระดับต่ำ คือ การไม่ติดต่อกับผู้ใดเลย โดยเชื่อว่าแพทย์ผู้สั่งจ่ายน่าจะตัดสินใจมาก่อนแล้ว ซึ่งผู้วิจัยพบว่า เกสซกรในการศึกษารายงานระดับความตั้งใจที่จะอธิบายปัญหาด้านยากับแพทย์ผู้สั่งจ่ายโดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 5.8 (จากคะแนนเต็ม 7 คะแนน) และแนะนำการวิธีการแก้ไขแก่แพทย์ผู้สั่งจ่ายโดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 5.3 คะแนน (จากคะแนนเต็ม 7 คะแนน) ซึ่งระดับคะแนนสูงกว่าระดับความตั้งใจในการศึกษานี้เล็กน้อย (ระดับความตั้งใจโดยเฉลี่ย คือ 5.1) อย่างไรก็ตาม การศึกษาของ Farris และ Kirking เป็นการศึกษาในสถานปฏิบัติการเภสัชกรรมชุมชนในประเทศสหรัฐอเมริกา ดังนั้นสภาพแวดล้อม (context) ของการปฏิบัติงานที่แตกต่างกัน อาจทำให้การเปรียบเทียบผลกับการศึกษาปัจจุบันทำได้ยาก

ในอีกการศึกษาหนึ่ง รายงานโดย Odedina และ Segal [65] ผู้วิจัยทำการสร้างแบบวัดการให้บริบาลทางเภสัชกรรม (pharmaceutical care scales) เพื่อวัดกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มเภสัชกรที่ทำงานในสถานปฏิบัติการเภสัชกรรมชุมชนในประเทศสหรัฐอเมริกา โดยในมิติหนึ่งของกิจกรรม คือ การปรึกษากับแพทย์หรือบุคลากรอื่น ๆ ที่ดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับปัญหาการใช้ยา (consultation) หรือ ส่งต่อผู้ป่วยแก่แพทย์หากจำเป็น (referral) ประกอบด้วยคำถาม 9 ข้อ ผู้วิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับคะแนนเฉลี่ย 23.5 ± 8.0 คะแนน (ช่วงคะแนนที่เป็นไปได้ คือ 9-45 คะแนน) ซึ่งหากแบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับ ต่ำ (9.0-21.0) กลาง (20.1-33.0) และ สูง (33.1-45.0) เช่นเดียวกับในงานวิจัยนี้ จะจัดได้ว่ากลุ่มตัวอย่างในการศึกษาของ Odedina และ Segal รายงานการให้บริบาลทางเภสัชกรรมโดยการติดต่อสื่อสารกับแพทย์ผู้ดูแลผู้ป่วยในระดับปานกลาง (ค่อนข้างต่ำ) เมื่อพิจารณารายชื่อ ข้อคำถามที่กล่าวว่า “ท่านจะทำการปรึกษากับแพทย์เมื่อท่านเชื่อว่าผู้ป่วยกำลังประสบปัญหาด้านการใช้ยา หรือ อาจจะประสบปัญหาด้านการใช้ยา” (ข้อคำถามที่ 26 ในการศึกษาของ Odedina และ Segal) พบว่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.4 ± 1.5 (จากคะแนนเต็ม 5.0 คะแนน) ซึ่งเห็นว่ากลุ่มตัวอย่างเภสัชกรชุมชนในการศึกษานี้มีการสื่อสารกับแพทย์ในระดับปานกลาง เช่นเดียวกัน เนื่องจากการศึกษาของ Odedina และ Segal เป็นการศึกษาในกลุ่มเภสัชกรชุมชน การนำผลการศึกษามาเปรียบเทียบกับการศึกษาในแผนกรักษาผู้ป่วยนอกอาจทำได้ยาก เนื่องจากสภาพแวดล้อมค่อนข้างแตกต่างกัน นอกจากนี้ ในการศึกษาปัจจุบันใช้การรายงานความตั้งใจใน

การกระทำพฤติกรรม (behavioral intention) ซึ่งอาจไม่สามารถนำไปเปรียบเทียบกับกรรายงานพฤติกรรมได้

Briggs และ Smith [40] ทำการศึกษาแบบพรรณนา โดยเก็บข้อมูลการปรึกษากับแพทย์โดยเภสัชกรในสถานการณผู้ป่วยใน โดยเภสัชกรเป็นผู้เก็บข้อมูลหากมีการติดต่อสื่อสารระหว่างแพทย์และเภสัชกร พบว่าจากจำนวนการสื่อสารระหว่างแพทย์และเภสัชกรทั้งสิ้น 2933 ครั้ง ในช่วงเวลา 93 วัน โดยร้อยละ 81 เป็นสื่อสารเพื่อแก้ไขปัญหาให้กับผู้ป่วยเฉพาะราย เมื่อพิจารณาต่อวันคิดเป็นการสื่อสาร 31.6 ครั้งต่อวัน และพบว่า แพทย์เป็นผู้เริ่มการติดต่อสื่อสาร 19.8 ครั้งต่อวัน โดยเภสัชกรเป็นผู้เริ่มการสื่อสาร 11.8 ครั้งต่อวัน ซึ่งชี้ให้เห็นว่าแพทย์เป็นผู้เริ่มการสื่อสารมากกว่าเภสัชกรเกือบ 2 เท่าของการติดต่อสื่อสารระหว่างแพทย์และเภสัชกร โดยการสื่อสารระหว่างแพทย์และเภสัชกรเป็นเรื่องเกี่ยวกับความถี่ของการให้ยา (dosing schedule) ร้อยละ 28, การเลือกยาที่ดีที่สุด (drug of choice) ร้อยละ 18, การมียาในสถานพยาบาล (drug availability) ร้อยละ 11 และผลไม่พึงประสงค์ของยา (adverse drug reaction) ร้อยละ 10 ผลการศึกษาของ Briggs และ Smith ชี้ให้เห็นว่าการติดต่อสื่อสารเพื่อปรึกษาเรื่องยาในสถานการณผู้ป่วยในนั้น เกิดขึ้นด้วยความถี่สูง และมีการริเริ่มการสื่อสารทั้งโดยแพทย์และเภสัชกร แต่เนื่องจากการศึกษานี้ไม่ได้ทำการศึกษการติดต่อสื่อสารระหว่างแพทย์และเภสัชกรในสถานการณที่เกิดปัญหาด้านยาแต่เพียงอย่างเดียว ทำให้เป็นการยากที่จะประเมินพฤติกรรมหรือความตั้งใจของเภสัชกรในการปรึกษาแพทย์เพื่อพบปัญหาเกี่ยวกับยาได้นอกจากนี้ ในสภาวะแวดล้อมผู้ป่วยใน อาจมีปัจจัยอื่นๆ ที่มีผลต่อการสื่อสารระหว่างแพทย์และเภสัชกรที่แตกต่างไปจากสถานการณผู้ป่วยนอกได้ ตัวอย่างเช่น ความเร่งรีบของการให้บริการเนื่องจากแผนกรักษาผู้ป่วยนอกนั้นมักมีจำนวนผู้ป่วยปริมาณมากกว่า เป็นต้น

การศึกษาหนึ่งซึ่งอาจจะสะท้อนปัญหาในการสื่อสารหรือปรึกษาปัญหาของการรักษาระหว่างวิชาชีพ เป็นการศึกษาที่รายงานโดย Holden และคณะ [39] ซึ่งศึกษาการรับรู้ถึงระดับความร่วมมือ (collaboration) และ การสื่อสาร (communication) ระหว่างแพทย์ พยาบาล และเภสัชกร ในสถานการณแผนกรักษาผู้ป่วยนอกภายในโรงพยาบาลเครือข่ายกองทัพอากาศ 4 แห่งในประเทศสหรัฐอเมริกา โดยใช้แบบสอบถาม Safety Attitude Questionnaire ซึ่งเป็นแบบสอบถามที่มีมาตรวัดแบบ Likert ตั้งแต่ 1 (ไม่เห็นด้วยที่สุด) ถึง 5 (เห็นด้วยที่สุด) โดยข้อความให้ผู้ตอบแบบสอบถามให้ระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับคุณภาพในการร่วมมือและสื่อสารระหว่างวิชาชีพเดียวกันและวิชาชีพอื่นๆ ผลการศึกษาพบว่า ในขณะที่ทั้งแพทย์และพยาบาลให้ระดับคะแนนคุณภาพของ

ความร่วมมือและการสื่อสารระหว่างทั้งสองวิชาชีพในระดับสูงขึ้นไปร้อยละ 85 ของการติดต่อสื่อสารทั้งหมด แพทย์และพยาบาลให้ระดับคะแนนคุณภาพของความร่วมมือและติดต่อสื่อสารกับเภสัชกรในระดับสูงขึ้นไปเพียงร้อยละ 75 ของการติดต่อสื่อสารทั้งหมด เช่นเดียวกัน เภสัชกรให้ระดับคะแนนคุณภาพของความร่วมมือและการสื่อสารในระดับสูงขึ้นไปแก่แพทย์และพยาบาล ร้อยละ 60 และ 70 ตามระดับ ให้ระดับคะแนนแพทย์ในระดับสูงขึ้นไปเพียงร้อยละ 60 ผู้วิจัยจึงสรุปว่า ในสถานการณ์แผนกผู้ป่วยนอกที่ทำการศึกษา การสื่อสารระหว่างเภสัชกรกับแพทย์และพยาบาลนั้นยังไม่จัดอยู่ในระดับที่ดีนัก ทั้งนี้ผู้วิจัยได้อธิบายว่า จากการสัมภาษณ์เภสัชกร พบว่า เภสัชกรนั้นมักถูกมองเป็นตำรวจ (police) มากกว่าเพื่อนร่วมงาน (colleagues) เนื่องจากจากลักษณะงานของเภสัชกรที่คอยตรวจสอบความถูกต้องใบสั่งยา และมักจำเป็นต้องสื่อสารกับวิชาชีพอื่นเมื่อพบปัญหาจากการสั่งใช้ยาทำให้เกิดความขัดแย้งระหว่างวิชาชีพได้ นอกจากนี้ โดยลักษณะที่ตั้งของฝ่ายเภสัชกรรม ซึ่งแยกออกมาจากคลินิกที่ตรวจผู้ป่วย ทำให้ปัญหาในเรื่องการทำงานร่วมมือเป็นทีมและการประสานงานระหว่างสาขาวิชาชีพอาจเกิดขึ้นได้จากการห่างไกลของที่ทำงานเภสัชกรและวิชาชีพอื่นๆ

ในการวิจัยครั้งนี้ เภสัชกรรายงานระดับความตั้งใจในระดับสูง (ค่อนข้างไปทางระดับปานกลาง) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างเภสัชกรที่ทำการศึกษามีประสบการณ์ที่ดีในการติดต่อสื่อสารเพื่อแก้ไขปัญหาด้านยากับแพทย์ ทำให้รายงานระดับความตั้งใจค่อนข้างสูง หรือ อาจเป็นเพราะรูปแบบของการศึกษาที่เป็นการศึกษาวิจัยโดยใช้แบบสอบถาม อาจทำให้เกิดการตอบแบบสอบถามในลักษณะตอบคำถามในลักษณะที่เป็นไปตามความต้องการของสังคม (social desirability) ซึ่งเป็นจุดอ่อนของการศึกษาในลักษณะนี้ อย่างไรก็ตาม ผู้วิจัยได้ปิดปิดการระบุตัวตนของผู้ตอบแบบสอบถามในการศึกษานี้ จึงน่าจะทำให้ปัญหาของการตอบแบบสอบถามตามความต้องการของสังคมลดน้อยลง

ทัศนคติของเภสัชกรต่อการรักษาปัญหาด้านยากับแพทย์

ในการวัดทัศนคติทางตรง พบว่าเภสัชกรในการศึกษานี้รายงานทัศนคติโดยรวมต่อการรักษาปัญหาด้านยากับแพทย์อยู่ในระดับสูง (คะแนนรวม 25.54 ± 2.66 คะแนน จากคะแนนเต็ม 28.00 คะแนน) และสอดคล้องกับผลการศึกษาที่วัดทัศนคติทางอ้อม (366.14 ± 66.99 คะแนนจากคะแนนเต็ม 539.00 คะแนน)

การวิเคราะห์สหสัมพันธ์ของตัวแปรทัศนคติวัดทางตรงและทางอ้อม พบว่ามีความสัมพันธ์กัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ค่า Pearson correlation coefficient เท่ากับ 0.738; $p=0.000$) ซึ่งชี้ให้เห็นว่า การสร้างแบบสอบถามเพื่อวัดทัศนคติทางอ้อมนั้นได้เลือกข้อคำถามที่เป็นตัวแทนที่ดีในการวัดทัศนคติของกลุ่มตัวอย่างต่อการรักษาปัญหาด้านยากับแพทย์ และสามารถนำความเชื่อเกี่ยวกับพฤติกรรม และการประเมินผลลัพธ์ รายชื่อนั้นมาพิจารณาในรายละเอียดเพื่อหาความแตกต่างระหว่างกลุ่มที่มีความตั้งใจมากน้อยแตกต่างกันได้

เมื่อเปรียบเทียบกลุ่มที่มีระดับความตั้งใจในการรักษาปัญหาด้านยากับแพทย์แตกต่างกัน โดยใช้ค่ามัธยฐานเป็นเกณฑ์ในการแบ่งกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ค่าเฉลี่ยผลคูณของความเชื่อเกี่ยวกับพฤติกรรม และการประเมินผลลัพธ์ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.000$ ถึง $p=0.045$) ในเกือบทุกข้อที่ทำการวัด (ตาราง 17) ยกเว้นเพียง ค่าเฉลี่ยผลคูณของ การรักษาปัญหาด้านยากับแพทย์ทำให้ผู้ป่วยเสียเวลารับยานานขึ้น และการทำให้ผู้ป่วยเสียเวลารับยานานขึ้น เป็นสิ่งที่ควรหลีกเลี่ยง

นอกจากนี้ ผู้วิจัยยังพบว่าเภสัชกรยังมีทัศนคติในเชิงลบต่อการรักษาปัญหาด้านยากับแพทย์ คือ ทำให้เสียเวลาของตนเอง และ ทำให้ผู้ป่วยรอรับยานานขึ้น (ตารางที่ 11 มีค่าค่าเฉลี่ยผลคูณใน 2 ข้อนี้ค่อนข้างน้อย คือ 24.44 ± 14.55 และ 15.34 ± 10.93 ตามลำดับ) ซึ่งสาเหตุของทัศนคติดังกล่าวอาจเกิดขึ้นเนื่องจาก เภสัชกรมีภาระงานในการให้บริการผู้ป่วยโดยใช้เวลาน้อยที่สุด ทำให้เกิดความรู้สึกเร่งรีบในการจ่ายยา จึงทำให้คาดเดาได้ว่า ในสถานการณ์ที่มีผู้ป่วยจำนวนมาก เภสัชกรอาจลดระดับความตั้งใจในการรักษาปัญหาด้านยากับแพทย์ลง ซึ่งในการศึกษานี้ผู้วิจัยไม่สามารถที่จะควบคุมปัจจัยดังกล่าวได้ เภสัชกรจึงอาจไม่ได้คำนึงปัจจัยด้านเวลาและจำนวนผู้ป่วยเมื่อตอบข้อคำถามเพื่อวัดระดับความตั้งใจในการรักษาปัญหาด้านยา ทำให้ระดับความตั้งใจคลาดเคลื่อนจากความเป็นจริง

บรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิงของเภสัชกรต่อการรักษาปัญหาด้านยากับแพทย์

ในการวัดบรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิงทางตรง พบว่าเภสัชกรมีระดับบรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิงโดยรวมในระดับปานกลาง และ สูง มีจำนวนใกล้เคียงกัน คิดเป็น ร้อยละ 47.0 และ ร้อยละ 47.4 ตามลำดับ สำหรับการวัดบรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิงทางอ้อม พบว่าเภสัชกรมีระดับบรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิงโดยรวมในระดับปานกลาง และ สูง ร้อยละ 59.5 และ 25.8 ตามลำดับ จากการวัดทางตรงและทางอ้อม แสดงให้เห็นว่าเภสัชกรประมาณร้อยละ 50 มีบรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิงอยู่ในระดับปานกลาง

การวิเคราะห์สหสัมพันธ์ของตัวแปรบรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิงวัดทางตรงและทางอ้อม พบว่ามีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ค่า Pearson correlation coefficient เท่ากับ 0.643; $p=0.000$) ซึ่งชี้ให้เห็นว่า การสร้างแบบสอบถามเพื่อวัดบรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิงทางอ้อมนั้นได้เลือกข้อคำถามที่เป็นตัวแทนที่ดีในการวัดบรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิงของกลุ่มตัวอย่างต่อการรักษาปัญหาด้านยากับแพทย์ และสามารถนำความเชื่อบรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิงรายชื่อนั้นมาพิจารณาในรายละเอียดเพื่อหาความแตกต่างระหว่างกลุ่มที่มีความตั้งใจมากน้อยแตกต่างกันได้

เมื่อเปรียบเทียบกลุ่มที่มีระดับความตั้งใจในการรักษาปัญหาด้านยากับแพทย์แตกต่างกัน พบว่า ค่าเฉลี่ยผลคูณของความเชื่อเกี่ยวกับกลุ่มอ้างอิง และ แรงจูงใจในการทำตามกลุ่มอ้างอิง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกข้อที่ทำการวัด ($p=0.000$, $p=0.002$ และ $p=0.000$ ดังตาราง 18) ดังนั้น การปรับเปลี่ยนบรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิงทั้งสามข้อ จึงควรเป็นเป้าหมายที่สำคัญในการเพิ่มระดับความตั้งใจรักษาปัญหาด้านยากับแพทย์ในกลุ่มเภสัชกรที่มีระดับความตั้งใจต่ำ โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากเภสัชกรรับรู้ว่ามีแพทย์มีความต้องการให้เภสัชกรรักษาปัญหาด้านยากับแพทย์

การศึกษาวิจัยเพิ่มเติมในสวนความคิดเห็นของแพทย์ (physician's perspective) ในเรื่องดังกล่าว อาจมีส่วนช่วยทำให้เกิดความเข้าใจปฏิสัมพันธ์ระหว่างสองวิชาชีพในด้านการทำงานร่วมกัน และอาจนำผลการศึกษามาปรับเปลี่ยนบรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิงโดยเภสัชกรได้อีกด้วย การศึกษาที่มีมาก่อนหน้าโดย Sellors และคณะ [32] เป็นการศึกษาแบบ randomized controlled trial ในคลินิกเวชศาสตร์ครอบครัว (family medicine) ในประเทศแคนาดา โดยเปรียบเทียบกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับและไม่ได้รับการดูแลโดยเภสัชกร โดยหน้าที่ของเภสัชกร คือ ทำการทบทวนรายการยาที่ผู้ป่วยได้รับและติดต่อกับแพทย์หากพบปัญหาที่เกิดจากการใช้ยา โดยเฉพาะผู้ป่วยได้รับยาประมาณ 12 รายการ ผลการศึกษาพบว่า เกิดปัญหาจากการใช้ยาโดยเฉลี่ย 2.5 รายการต่อผู้ป่วย 1 รายการมีเภสัชกรไม่มีผลต่อต้นทุนในการรักษา ระหว่าง 2 กลุ่ม แต่พบว่าแพทย์รับฟังคำแนะนำในการแก้ไข

ปัญหาด้านยาจากเภสัชกรในระดับพอสมควร โดยยอมรับคำแนะนำร้อยละ 72 ซึ่งชี้ให้เห็นว่า แพทย์มีการยอมรับบทบาทของเภสัชกรในการรักษาปัญหาด้านยาในระดับหนึ่ง

การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมของเภสัชกรต่อการรักษาปัญหาด้านยากับแพทย์

ในการวัดการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมทางตรงและทางอ้อม พบว่าเภสัชกรร้อยละ 52.6 มีการรับรู้ในการควบคุมพฤติกรรมโดยรวมในระดับปานกลาง ซึ่งใกล้เคียงกับการวัดการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมทางอ้อม ที่พบว่าเภสัชกรร้อยละ 57.8 มีการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมโดยรวมในระดับปานกลาง

การวิเคราะห์สหสัมพันธ์ของตัวแปรการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมวัดทางตรงและทางอ้อม พบว่ามีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ค่า Pearson correlation coefficient เท่ากับ 0.419; $p=0.000$) ซึ่งชี้ให้เห็นว่า การสร้างแบบสอบถามเพื่อวัดการรับรู้ความสามารถในการควบคุมทางอ้อมนั้นได้เลือกข้อคำถามที่เป็นตัวแทนที่ดีในการวัดการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่างต่อการรักษาปัญหาด้านยากับแพทย์ และสามารถนำความเชื่อการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมรายข้อนั้นมาพิจารณาในรายละเอียดเพื่อหาความแตกต่างระหว่างกลุ่มที่มีความตั้งใจมากน้อยแตกต่างกันได้

เมื่อเปรียบเทียบกลุ่มที่มีระดับความตั้งใจในการรักษาปัญหาด้านยากับแพทย์แตกต่างกัน พบว่า ค่าเฉลี่ยผลคูณของความเชื่อเกี่ยวกับปัจจัยควบคุม และการรับรู้อำนาจของปัจจัยควบคุม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.000$) เพียง 2 ข้อ คือ การมีความสัมพันธ์อันดีกับแพทย์ ทำให้รักษาปัญหาด้านยากับแพทย์ได้ง่าย และการติดต่อกับแพทย์ที่รักษาได้สะดวกทำให้รักษาปัญหาด้านยากับแพทย์ได้ง่าย (ตาราง 19) ซึ่งชี้ให้เห็นว่า การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการรักษาปัญหาด้านยากับแพทย์ โดยการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม ควรมุ่งเป้าหมายไปที่การรับรู้ใน 2 ข้อที่กล่าวมาแล้วนี้ เพื่อให้ระดับความตั้งใจในการรักษาปัญหาด้านยากับแพทย์สูงขึ้น

เมื่อพิจารณาระดับคะแนนค่าเฉลี่ยผลคูณของความเชื่อเกี่ยวกับปัจจัยควบคุม และการรับรู้อำนาจของปัจจัยควบคุม ข้อที่ไม่มีความแตกต่างกันระหว่าง 2 กลุ่ม ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลของผู้ป่วยทำได้ลำบาก, การต้องเร่งรีบจ่ายยาให้เสร็จในแต่ละวัน, ความรู้ไม่เพียงพอเกี่ยวกับการใช้ยาใน

โรคหัวใจและหลอดเลือด และมีผู้ป่วยมารับบริการจำนวนมากในแต่ละวัน จะพบว่าทั้ง 4 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงลบ (เป็นอุปสรรค) ต่อความตั้งใจในการรักษาปัญหาด้านยากับแพทย์ โดยเภสัชกรที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งที่มีระดับความตั้งใจสูงและต่ำให้คะแนนทั้ง 4 ประเด็นค่อนข้างไปในทางเห็นด้วย (คำถามเชิงลบ คะแนนยิ่งน้อย หมายถึง เห็นด้วยกับข้อคำถาม เนื่องจากมีการกลับคะแนนแล้ว) ในระดับคะแนนที่ใกล้เคียงกัน เช่น ในข้อ การมีความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจและหลอดเลือดไม่เพียงพอ กลุ่มที่มีความตั้งใจสูงได้คะแนนค่าเฉลี่ยผลคูณเท่ากับ 9.99 ± 7.36 และในกลุ่มที่มีระดับความตั้งใจต่ำได้คะแนนค่าเฉลี่ยผลคูณเท่ากับ 9.28 ± 7.58 เช่นกัน ในข้อการเข้าถึงข้อมูลผู้ป่วยได้ลำบาก กลุ่มที่มีความตั้งใจสูงได้คะแนนค่าเฉลี่ยผลคูณเท่ากับ 20.81 ± 16.26 ในกลุ่มที่มีความตั้งใจต่ำได้คะแนนค่าเฉลี่ยผลคูณเท่ากับ 20.76 ± 14.43 ซึ่งชี้ให้เห็นว่า หากต้องการที่ปรับเปลี่ยนระดับความตั้งใจของเภสัชกรต่อการรักษาปัญหาด้านยากับแพทย์ให้สูงขึ้น การเปลี่ยนแปลงการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมทั้ง 4 ด้าน น่าจะมีผลเพิ่มระดับความตั้งใจในการรักษาปัญหาด้านยาให้สูงขึ้นได้ ทั้งนี้ตามกรอบแนวคิด TPB ที่ว่า เมื่อระดับการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมสูงขึ้นจะทำให้ความตั้งใจและการแสดงพฤติกรรมสูงขึ้นตามไปด้วย [9]

การพบว่าการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมของเภสัชกรอยู่ในระดับปานกลาง (ค่อนข้างต่ำ) นั้น อาจมีนัยสำคัญอีกประการหนึ่ง คือ ตามกรอบแนวคิดของ TPB นั้น การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมมีผลปรับเปลี่ยน (effect moderation) ต่อการแสดงออกซึ่งพฤติกรรมโดยตรงอีกด้วย ดังนั้น ถึงแม้ว่าเภสัชกรจะมีความตั้งใจในการรักษาปัญหาด้านยาในระดับสูง แต่หากมีการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมในระดับต่ำอาจส่งผลให้เภสัชกรไม่แสดงพฤติกรรมการรักษาปัญหาด้านยากับแพทย์อีกด้วย ซึ่งในการศึกษานี้ไม่ได้ทำการวัดระดับพฤติกรรมการรักษาที่แท้จริงของเภสัชกร จึงไม่สามารถทราบได้ว่าการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมมีผลต่อพฤติกรรมของเภสัชกรจริงหรือไม่ ซึ่งเป็นประเด็นที่น่าทำการศึกษาต่อไปในระดับพฤติกรรม

อย่างไรก็ตาม เนื่องจากระดับคะแนนการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมแตกต่างกันเพียง 2 ข้อจากทั้งหมด 6 ข้อ ในกลุ่มที่มีระดับความตั้งใจแตกต่างกัน ชี้ให้เห็นว่าการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมอาจไม่ใช่ปัจจัยหลักที่มีผลต่อความตั้งใจรักษาปัญหาด้านยากับแพทย์โดยเภสัชกรในการศึกษานี้ ซึ่งสอดคล้องกับการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายระดับความตั้งใจโดยใช้การวิเคราะห์การถดถอยแบบพหุคูณที่จะกล่าวในลำดับต่อไป

ปัจจัยที่ทำนายความตั้งใจของเภสัชกรในการรักษาปัญหาด้านยากับแพทย์ตามทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน

ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์สมการถดถอยเชิงเส้นพหุคูณแบบเชิงชั้น (hierarchical multiple linear regression) โดยนำตัวแปรที่เป็นลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ จำนวนปีการศึกษา จำนวนชั่วโมงที่ปฏิบัติงานต่อวัน และจำนวนผู้ป่วยนอกในแต่ละวัน เข้าสู่สมการถดถอยก่อนเป็นลำดับแรก (ตาราง 21) โดยตัวแปรต้นเหล่านี้จัดเป็นตัวแปรควบคุมในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทัศนคติ บรรทัดฐานการรับรู้ของบุคคล และ การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม กับ ระดับความตั้งใจในการรักษาปัญหาด้านยากับเภสัชกร จาก ตาราง 21 จะพบว่า ไม่มีตัวแปรลักษณะทั่วไปของตัวอย่างใดเลยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความตั้งใจในการรักษาปัญหาด้านยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่เมื่อนำตัวแปรทัศนคติ บรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้ความสามารถในการควบคุม ซึ่งได้จากการวัดทางอ้อมทั้งสามตัวแปรเข้าสู่สมการ พบว่า ตัวแปรทัศนคติ ($\beta = 0.253, t=3.247, p=0.001$) และ บรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิง ($\beta = 0.162, t=2.343, p=0.020$) เป็นตัวแปรที่ทำนายระดับความตั้งใจได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ตัวแปรการรับรู้ความสามารถในการควบคุมไม่พบว่าสามารถทำนายระดับความตั้งใจได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ในการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายความตั้งใจของเภสัชกรในการศึกษานี้ ผู้วิจัยไม่ได้นำตัวแปรตัวแปรทัศนคติ บรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม จากการวัดทางตรงนำเข้าสู่วิเคราะห์ในสมการถดถอยเชิงเส้นพหุคูณ เนื่องจากตัวแปรดังกล่าวที่ได้จากการวัดโดยตรง มีลักษณะการแจกแจงไม่เป็นปกติ ทำให้ไม่เป็นไปตามเงื่อนไขของการวิเคราะห์สมการถดถอยเชิงเส้น

ผลการวิเคราะห์สมการถดถอยเชิงเส้นแบบพหุคูณ มีความสอดคล้องกับการวิเคราะห์แบบ bivariate โดยใช้ independent t-test ในการหาความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มที่มีระดับความตั้งใจแตกต่างกัน โดยใช้ค่ามัธยฐานของระดับความตั้งใจทำการแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม ซึ่งพบว่าเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ มีความแตกต่างของระดับค่าเฉลี่ยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.000$ ถึง $p=0.045$) ในการวัดทัศนคติเกือบทุกข้อ (ยกเว้นเพียงข้อเดียว) และ แตกต่างกันทุกข้อ สำหรับบรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิง ในขณะที่พบมีความแตกต่างกันเพียง 2 ข้อ (จากทั้งหมด 6 ข้อ) สำหรับตัวแปรการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม ดังนั้น ผลการวิเคราะห์สมการถดถอยพหุคูณ และการวิเคราะห์แบบ bivariate จึงสอดคล้องกัน

ถึงแม้ว่าผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณจะไม่พบว่า ตัวแปรความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมสามารถทำนายระดับความตั้งใจในการรักษาปัญหาด้านยาได้ โดยพบว่าระดับการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมของเภสัชกรทั้งในกลุ่มที่มีความตั้งใจสูงและต่ำไม่แตกต่างกัน โดยการรับรู้ความสามารถในการรักษาปัญหาด้านยาอยู่ในระดับปานกลาง (ค่อนข้างต่ำ) ตามที่ได้กล่าวมาแล้วเบื้องต้นว่า ตามกรอบแนวคิด TPB ตัวแปรการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมอาจส่งผลต่อพฤติกรรมได้โดยตรง ถึงแม้ว่าผู้วิจัยไม่ได้ออกแบบงานวิจัยเพื่อแสดงถึงความสัมพันธ์ดังกล่าวในการศึกษานี้ ผู้วิจัยเชื่อว่าการส่งเสริมให้เภสัชกรมีความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม การรักษาปัญหาด้านยาเพิ่มขึ้น อาจส่งผลให้เภสัชกรแสดงพฤติกรรมรักษาปัญหาด้านยากับแพทย์มากขึ้น การส่งเสริมการรับรู้ความสามารถในการรักษาปัญหาด้านยาอาจทำได้หลายวิธี เช่น การส่งเสริมการฝึกทักษะในการสื่อสารกับบุคลากรทางการแพทย์ การส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับการจัดการปัญหาด้านการใช้ยา โดยอาจพิจารณาส่งเสริมจากการปรับปรุงหลักสูตรเภสัชศาสตร์ในมหาวิทยาลัยต่างๆ รวมทั้งการจัดฝึกอบรมเพิ่มเติมในลักษณะการศึกษาต่อเนื่องให้แก่เภสัชกรที่จบการศึกษาแล้ว งานวิจัยในอนาคตเพื่อศึกษาประเด็นความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมกับพฤติกรรมรักษาปัญหาด้านยากับแพทย์ อาจมีประโยชน์ในการยืนยันความสำคัญของปัจจัยดังกล่าวได้ในอนาคต

ข้อค้นพบในการศึกษานี้มีทั้งความสอดคล้องและแตกต่างจากการศึกษาที่ใกล้เคียงกัน รายงานโดย Farris และ Kirking [62] ซึ่งศึกษาปัจจัยทำนายการเลือกวิธีการป้องกันและแก้ไขปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาโดยเภสัชกรชุมชน ผู้วิจัยพบว่า ปัจจัยที่กำหนดความตั้งใจในการเลือกที่จะรักษาและแนะนำวิธีการแก้ไขกับแพทย์ผู้ส่งจ่ายยา ได้แก่ การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม ซึ่งวัดโดยใช้การรับรู้ประสิทธิภาพแห่งตน (perceived self-efficacy) และทัศนคติต่อการรักษาปัญหาด้านยากับแพทย์ อย่างไรก็ตาม เนื่องจากการศึกษาทั้งสองทำในกลุ่มเภสัชกรที่มีความแตกต่างกันทั้งในสถานะแวดล้อม ได้แก่ สถานปฏิบัติการณ์เภสัชกรชุมชน และ แผนกผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาล การเปรียบเทียบผลการศึกษาจึงอาจทำได้ยากนัก

จากผลการวิเคราะห์สมการถดถอยพหุคูณที่พบว่า ตัวแปรในชุดสมการทั้งหมดรวมกันสามารถอธิบายความแปรปรวนของระดับความตั้งใจในการรักษาปัญหาด้านยากับแพทย์ได้ร้อยละ 14.5 (adjusted $R^2 = 0.145$, $F=5.899$, $p=0.000$) ซึ่งเห็นว่าอาจมีปัจจัยอื่นๆ ที่ไม่ได้ทำการศึกษาที่เป็นปัจจัยกำหนดระดับความตั้งใจของเภสัชกร ตัวอย่างเช่น ตัวแปรสถานะแวดล้อมอื่นๆ ปฏิสัมพันธ์

ระหว่างแพทย์และเภสัชกรในที่ทำงาน และลักษณะบุคลิกหรืออัตลักษณ์แห่งตนของเภสัชกรเองอาจมีผลต่อระดับความตั้งใจได้อีกด้วย ดังการศึกษาของ Doucette, Nevins และ McDonough [38], Rise และคณะ [54] และ Kittisopee [59] ตามลำดับ

การนำผลการศึกษาไปใช้ประโยชน์

ผลการวิจัยในการศึกษานี้ พบว่าทัศนคติและบรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิง เป็นปัจจัยทำนายระดับความตั้งใจในการรักษาปัญหาด้านยากับแพทย์ ดังนั้น การส่งเสริมให้มีการรักษาปัญหาด้านยากับแพทย์มากขึ้น อาจทำได้โดยการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ และ บรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิงของเภสัชกร กลยุทธ์ที่อาจนำมาใช้ ได้แก่ การรณรงค์ให้เภสัชกรรับทราบถึงข้อดีของการรักษาปัญหาด้านยากับแพทย์ เช่น การยกตัวอย่างเภสัชกรที่ประสบความสำเร็จในการปฏิบัติงานร่วมกับแพทย์ การเผยแพร่ผลดีของการทำงานร่วมกันระหว่างแพทย์และเภสัชกร เช่น การลดลงของค่าใช้จ่ายด้านยาที่ไม่จำเป็น การเกิดผลไม่พึงประสงค์ต่อผู้ป่วย เป็นต้น การสื่อสารกับเภสัชกรถึงการยอมรับของแพทย์ต่อบทบาทของเภสัชกรที่มีมากขึ้นในปัจจุบัน นอกจากนี้ การรณรงค์โดยองค์กรวิชาชีพให้ผู้ป่วยและแพทย์ทราบถึงบทบาทของเภสัชกรในการจัดการปัญหาด้านยา อาจทำให้บรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิงมีระดับสูงขึ้น ส่งผลเพิ่มความตั้งใจและพฤติกรรมในการรักษาปัญหาด้านยาของเภสัชกรได้

แม้ว่าการรับรู้ความสามารถในการควบคุมจะไม่ใช่อุปสรรคที่สามารถทำนายความตั้งใจในการรักษาปัญหาด้านยากับแพทย์ แต่จากผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบกลุ่มที่มีระดับความตั้งใจในการรักษาปัญหาด้านยากับแพทย์แตกต่างกัน พบว่าค่าเฉลี่ยผลคูณของข้อคำถามการมีความสัมพันธ์อันดีกับแพทย์ ทำให้รักษาปัญหาด้านยากับแพทย์ได้ง่าย และ ค่าเฉลี่ยผลคูณของข้อคำถามการติดต่อกับแพทย์ที่รักษาได้สะดวกทำให้รักษาปัญหาด้านยากับแพทย์ได้ง่าย มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.000$) ดังนั้นการที่จะเพิ่มระดับความตั้งใจในการรักษาปัญหาด้านยากับแพทย์ อาจปรับเปลี่ยนโดยการเปลี่ยนแปลงการมีความสัมพันธ์อันดีกับแพทย์ และ การติดต่อกับแพทย์ที่รักษาได้สะดวก เช่น การจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับเภสัชกร และ การที่เภสัชกรมีหมายเลขโทรศัพท์ส่วนตัวของแพทย์ เป็นต้น

ข้อจำกัดของการศึกษาและข้อแนะนำในการวิจัยในอนาคต

1. กลุ่มตัวอย่างของการศึกษานี้อาจไม่ใช่ตัวแทนที่ดีของประชากรที่เป็นเป้าหมายของการศึกษา ซึ่งได้แก่เภสัชกรที่ทำงานในแผนกผู้ป่วยนอกในประเทศไทย เนื่องจากข้อจำกัดในงบประมาณการวิจัย ทำให้ผู้วิจัยไม่สามารถเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างให้ครอบคลุมทุกภาคของประเทศ และไม่สามารถเพิ่มจำนวนเภสัชกรแต่ละระดับโรงพยาบาลให้มีจำนวนเท่าๆ กันได้ การวิจัยในอนาคตควรทำการสุ่มตัวอย่างให้ครอบคลุมมากขึ้น ทั้งในขั้นตอนการสัมภาษณ์ การทดลองใช้เครื่องมือ และการส่งแบบสอบถาม นอกจากนี้ อาจเกิดอคติจากการสุ่มตัวอย่างได้ เนื่องจากเภสัชกรที่ส่งแบบสอบถามกลับทางไปรษณีย์อาจมีลักษณะที่ไม่เป็นตัวแทนของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดได้อย่างไรก็ตาม อคติจากการไม่ตอบสนอง (response bias) เป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงได้ยากในการทำการศึกษาวิจัยเชิงสำรวจเช่นการศึกษานี้ ผู้วิจัยไม่สามารถเปรียบเทียบความเหมือนหรือแตกต่างของกลุ่มตัวอย่างและประชากรได้ เนื่องจากไม่พบข้อมูลทางประชากรศาสตร์เพื่อนำมาเปรียบเทียบ อย่างไรก็ตาม ในการศึกษาของ รัตนภรณ์ อภิพันธ์ และ อัญชลี ธาดาภาคย์ [66] ซึ่งทำการศึกษากิจกรมการให้บริบาลเภสัชกรรมของเภสัชกรทั่วประเทศที่สมัครเข้าร่วมในงานประชุมทางวิชาการ จัดขึ้นโดยคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล และ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีลักษณะคล้ายคลึงในด้านสัดส่วนของเพศหญิงมากกว่าเพศชาย แต่มีความแตกต่างกันในด้านอายุและระดับการศึกษา โดยการศึกษาของ รัตนภรณ์ อภิพันธ์ และ อัญชลี ธาดาภาคย์ กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 60 มีอายุอยู่ในช่วง 25-35 ปี และร้อยละ 90 จบการศึกษาระดับปริญญาตรี แต่ในการศึกษานี้กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 60 มีอายุอยู่ในช่วง 30-40 ปี และร้อยละ 40 จบการศึกษา Doctor of Pharmacy หรือ ปริญญาโท ดังนั้น การขยายผลการศึกษาไปใช้กับเภสัชกรทั่วไปจึงต้องพิจารณาถึงลักษณะของประชากรด้วย

2. การศึกษานี้พบการมีสหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ ทักษะการตัดสินใจของกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม ในระดับปานกลางเมื่อพิจารณาจากค่าสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ซึ่งอาจทำให้เกิดปัญหาในการวิเคราะห์หาปัจจัยทำนายระดับความตั้งใจของเภสัชกรได้ อย่างไรก็ตาม เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีขนาดใหญ่ และค่าสหสัมพันธ์ไม่สูงนัก จึงไม่น่าส่งผลกระทบต่อค่าสัมประสิทธิ์การถดถอย (regression coefficient) และการทดสอบนัยสำคัญของตัวแปรต้นที่ทำการทดสอบ

3. ชุดของตัวแปรต้นสามารถทำนายความแปรปรวนระดับความตั้งใจได้เพียงร้อยละ 14.5 ซึ่งมีค่าไม่สูงนัก ทั้งนี้อาจเกิดขึ้นได้จากหลายสาเหตุ เช่น แบบสอบถามที่สร้างขึ้นอาจไม่สามารถวัดตัวแปรที่ต้องการวัดได้ตรงตามวัตถุประสงค์ และสำหรับแบบสอบถามวัดมิติการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมมีความเชื่อมั่น (reliability) ต่ำกว่ามิติอื่นๆ ซึ่งอาจทำให้ตัวแปรที่วัดได้มีความสามารถในการทำนายระดับความตั้งใจได้ไม่แน่นอน อย่างไรก็ตาม ผู้วิจัยได้สร้างข้อคำถามในแต่ละมิติด้วยการสัมภาษณ์เภสัชกรกลุ่มตัวอย่างจำนวน 25 ราย เพื่อให้ได้มาซึ่งความเชื่อที่เด่นชัดเกี่ยวข้องกับตัวแปรที่ต้องการวัด ดังนั้น ข้อคำถามที่สร้างขึ้นจึงน่าจะครอบคลุมความเชื่อของแต่ละมิติ อย่างไรก็ตามการวัดความตรงตามโครงสร้างของแต่ละตัวแปรที่ทำการวัดนั้นไม่สามารถทำได้เนื่องจากมีความสัมพันธ์แต่ละข้อคำถามจากแต่ละมิติเมื่อพิจารณาจากค่าสหสัมพันธ์ของแต่ละตัวแปร

4. การศึกษานี้เป็นการศึกษาที่วัดระดับความตั้งใจ โดยไม่ได้วัดพฤติกรรมที่เกิดขึ้นจริง ดังนั้น การตอบแบบสอบถามอาจก่อให้เกิดอคติจากการตอบตามความต้องการของสังคม ทำให้ผลการศึกษาคำนึงต้องมีการศึกษายืนยันว่าระดับความตั้งใจที่รายงาน มีความสอดคล้องกับพฤติกรรมที่เกิดขึ้นจริงหรือไม่ นอกจากนี้ระดับความตั้งใจที่รายงานมีระดับค่อนข้างสูง ส่วนหนึ่งอาจมาจากกรณีศึกษาปัญหาด้านยาที่มีลักษณะที่เภสัชกรควรปรึกษาปัญหาด้านยากับแพทย์มากกว่าไม่ควรปรึกษา แม้ว่าการไม่ปรึกษาปัญหาด้านยากับแพทย์ อาจไม่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและเภสัชกรอย่างชัดเจน จึงอาจทำให้เภสัชกรรายงานความตั้งใจอยู่ในระดับสูง อย่างไรก็ตาม ผู้วิจัยต้องการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการปรึกษาปัญหาด้านยากับแพทย์ใน สถานการณ์ปัญหาที่มียาที่มีลักษณะดังกล่าว ซึ่งกรณีศึกษาปัญหาด้านยาทั้ง 6 ข้อ เป็นสถานการณ์ที่ใกล้เคียงกับสถานการณ์ที่ต้องการศึกษามากที่สุด

5. การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง ซึ่งเป็นการวัดความสัมพันธ์ของตัวแปร ณ จุดหนึ่งของเวลา ทำให้วัดระดับของตัวแปรต้นก่อนการวัดระดับความตั้งใจเป็นสิ่งที่ไม่สามารถประเมินได้จากการศึกษานี้ จึงทำให้การอ้างอิงความเป็นเหตุและผลของตัวแปรต้นและตัวแปรตามทำได้อย่างจำกัด ดังนั้นการศึกษาต่อไปควรจะวัดตัวแปรต้นและตัวแปรตามมากกว่าจุดหนึ่งของเวลา

6. ในงานวิจัยนี้ ศึกษาความตั้งใจของเภสัชกรในการปรึกษาปัญหาด้านยากับแพทย์ใน สถานการณ์ของผู้ป่วยนอกโรคหัวใจและหลอดเลือด ดังนั้น การนำผลการศึกษาไปใช้กับสถานการณ์โรคอื่นๆ อาจมีข้อจำกัด ซึ่งต้องระมัดระวังหลักความเข้ากันได้ (compatibility) ของความตั้งใจในการทำพฤติกรรม กับตัวแปรทำนายตามทฤษฎีที่ต้องการศึกษาตามทฤษฎี TPB [47] ซึ่งเสนอแนะว่า

การศึกษาความตั้งใจและการแสดงพฤติกรรมใดๆ ควรมีความสอดคล้องกันทั้ง 4 อย่าง คือ เป้าหมาย (Target) การกระทำ (Action) สภาวะแวดล้อม (Context) และ เวลา (Time)

บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

1. Cipolle, R.J., Strans, L.M. and Morley P.C. (1998). **Pharmaceutical care practice**. New York: McGeaw-Hill.
2. LaFleur, J., McBeth, C. Gunning, K. Oderda, L. Steinvoot, C. and Oderda, G. M. (2006). Prevalence of drug-related problems and cost-savings opportunities in medicaid high utilizers identified by a pharmacist-run drug regimen review center. **J Manag Care Pharm**, 12(8), 677-685.
3. Chan, D. C., Chen, J. H., Kuo, H. K., We, C. J., Lu, I. S., Chiu, L. S., et al. (2012). Drug-related problems (DRPs) identified from geriatric medication safety review clinics. **Arch Gerontol Geriatr**, 54(1), 168-174.
4. Janchawee, B., Wongpoowarak, W., Owatranporn, T., and Chongsuvivatwong, V. (2005). Pharmacoepidemiologic study of potential drug interactions in outpatients of a university hospital in Thailand. **J Clin Pharm Ther**, 30(1), 13-20.
5. สมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล (ประเทศไทย). (2540). **มาตรฐานวิชาชีพเภสัชกรรมโรงพยาบาล**. สืบค้นเมื่อ 16 กุมภาพันธ์ 2555, จาก <http://www.thaihp.org/index.php?option=contentpage&sub=29&lang=th>.
6. ASHP guidelines: minimum standard for pharmacies in hospitals. (2013) **Am J Health Syst Pharm**, 70(18), 1619-1630.
7. Nelson, A. A., Jr., Zelnio, R. N. and Beno, C. E. (1983). Clinical pharmacy services for the chronically-ill patient in the community practice environment. **J Health Care Mark**, 3(1), 29-45.
8. Farris, K. and Kirking, D. (1995). Predicting community pharmacists' intention to try to prevent and correct drug therapy problems. **J Soc Adm Pharm**, 12, 64-79.
9. Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. **Organizational Behavior and Human Decision Processes**, 50, 179-211.

10. Walker, A.E., Grimshaw, J.M. and Armstrong, E.M. (2001). Salient beliefs and intentions to prescribe antibiotics for patients with a sore throat. *Br J Health Psychol*, 6(Part 4), 347-360.
11. Grimshaw, J. M., Eccles, M. P., Steen, N., Johnston, M., Pitts, N. B., Glidewell, L. et al. (2011). Applying psychological theories to evidence-based clinical practice: identifying factors predictive of lumbar spine x-ray for low back pain in UK primary care practice. *Implement Sci*, 6:55.(doi): p. 10.1186/1748-5908-6-55.
12. Godin, G., Boyer, R., Duval, B., Fortin, C. and Nadeau, D. (1992). Understanding physicians' decision to perform a clinical examination on an HIV seropositive patient. *Med Care*, 30(3), 199-207.
13. Walker, A., Watson, M., Grimshaw, J. and Bond, C. (2004). Applying the theory of planned behaviour to pharmacists' beliefs and intentions about the treatment of vaginal candidiasis with non-prescription medicines. *Fam Pract*, 21(6), 670-676.
14. Saengcharoen, W., Chongsuvivatwong, V., Lerkiatbundit, S., Wongpoowarak, P. (2008). Factors influencing dispensing of antibiotics for upper respiratory infections among Southern Thai community pharmacists. *J Clin Pharm Ther*, 33(2), 123-129.
15. อมรา ทองหงส์ กมลชนก เทพสิทธิ์ และ ภาคภูมิ จงพิริยะอนันต์. (2555). สำนักกระบวนวิชา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข รายงานการเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พ.ศ. 2555. สืบค้นเมื่อ 23 มีนาคม 2557, จาก http://www.boe.moph.go.th/files/report/20140109_40197220.pdf
16. Boonyapiphat T, Panchavinnin P and Udol K. (2005). Use of statin for primary prevention in the out-patient clinic of the department of medicine, Siriraj hospital. *Thai Heart Journal*, 18(1), 1-7.
17. เนาวคุณ อริยพิมพ์ เนติ สุขสมบุญรัตน์ ไชยสิทธิ์ วงศ์วิภาพร และ อุษา ฉายเกียรติแก้ว. (2550). การใช้ยาตามแนวทางการรักษาแบบพหุติยภูมิในผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน. *วารสารเภสัชกรรมโรงพยาบาล*, 17(เสริม), S68-S76.

18. ปาจารย์ ศรีอุทธา, วันวิภา เทพารักษ์, ชิดชนก เรือนก้อน, และ กนกพร นิวัฒน์นันท์. (2552). การบริหารทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยนอกที่มีการควบคุมการรักษาของยาอาร์ฟารินไม่คงที่. **วารสารเภสัชกรรมโรงพยาบาล**, 19(2),123-135.
19. เฉลิมศรี ภูมมางกูร. (2551). Pharmaceutical care: concept and practice for today pharmacists. ใน เฉลิมศรี ภูมมางกูร (บรรณาธิการ), **Contemporary reviews in pharmacotherapy 2008** (หน้า 1-7). กรุงเทพฯ: ประชาชน.
20. ปรีชา มนทกานติกุล. (2546). บทบาทใหม่ของเภสัชกรในการบริหารผู้ป่วยนอก. ใน นุชบา จินดาวิจักษณ์ (บรรณาธิการ), **ก้าวใหม่ของเภสัชกรในงานบริหารผู้ป่วยนอก** (หน้า 2-11). กรุงเทพฯ: สมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล (ประเทศไทย)
21. Carter, B.L. and Helling, D.K. (2003). Ambulatory care pharmacy services: has the agenda changed? *Ann Pharmacother*, 34, 772-787.
22. สมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล(ประเทศไทย). (2554). **เกณฑ์มาตรฐานผู้ประกอบการวิชาชีพเภสัชกรรมด้านการบริหารเภสัชกรรม พ.ศ. 2554**. สืบค้นเมื่อ 10 มีนาคม 2556, จาก http://www.thaihp.org/index.php?option=other_detail&lang=th&id=200&sub=-1&layout=0.
23. Hepler, C.D. and Strand, L.M. (1990). Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. *Am J Hosp Pharm*, 47, 533-543.
24. Strand, L.M., Morley, P.C., Cipolle, R.J., Ramsey, R. and Lamsam, G.D. (1990). Drug-related problems: Their structure and function. *DICP*,. **Annals of Pharmacotherapy**, 24(11), 1093-1097.
25. Van Mil, J. W. F., Westerlund, L. O. T., Hersberger, K. E. and Schaefer, M. A. (2004). Drug-Related Problem Classification Systems. **Annals of Pharmacotherapy**, 38(5), 859-867.
26. Hallas, J., Gram, L. F., Grodum, E., Damsbo, N., Brosen, K., Haghfelt, T. et al. (1992). Drug related admissions to medical wards: A population based survey. **British Journal of Clinical Pharmacology**, 33(1), 61-68.

27. Leendertse, A.J., Egberts, A.C., Stoker, L.J., and van den Bemt, P. M. (2008). Frequency of and risk factors for preventable medication-related hospital admissions in the Netherlands. *Arch Intern Med*, 168(17), 1890-1896.
28. Samoy, L.J., Zed, P.J., Wilbur, K., Balen, R.M., Abu-Laban, R.B., and Roberts, M. (2006). Drug-related hospitalizations in a tertiary care internal medicine service of a Canadian hospital: a prospective study. *Pharmacotherapy*, 26(11), 1578-1586.
29. Singh, H., Kumar, B.N., Sinha, T. and Dulhani, N. (2011). The incidence and nature of drug-related hospital admission: A 6-month observational study in a tertiary health care hospital. *J Pharmacol Pharmacother*, 2(1), 17-20.
30. Gillespie, U., Alassaad, A., Henrohn, D., Garmo, H., Hammarlund-Udenaes, M., Toss, H. et al. (2009). A comprehensive pharmacist intervention to reduce morbidity in patients 80 years or older: a randomized controlled trial. *Arch Intern Med*, 169(9), 894-900.
31. Mannheimer, B., Ulfvarson, J., Eklof, S., Bergqvist, M., Andersen-Karlsson, E., Pettersson, H. et al. (2006). Drug-related problems and pharmacotherapeutic advisory intervention at a medicine clinic. *Eur J Clin Pharmacol*, 62(12), 1075-1081.
32. Sellors, J., Kaczorowski, J., Sellors, C., Dolovich, L., Woodward, C., Willan, A. et al. (2003). A randomized controlled trial of a pharmacist consultation program for family physicians and their elderly patients. *CMAJ*, 169(1), 17-22.
33. เพียงเพ็ญ ชนาเทพพร. (2549). การประเมินการบริหารทางเภสัชกรรมบนหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิงในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 21(4), 282-288.
34. อุไรลักษณ์ เทพวัลย์, จินดา ประจักษ์ศาสน์, นัฐกานต์ แกมกล้า และ ณัฐกานต์ ทศนาวิวัฒน์. (2552). การมีส่วนร่วมของเภสัชกรในการส่งเสริมการนำแนวทางปฏิบัติการใช้ยารักษาภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันลงสู่การปฏิบัติทางคลินิก. *วารสารเภสัชกรรมโรงพยาบาล*, 19(3), 210-218.

35. นลินี พูลทรัพย์ และ ปัญญา ชุ่มประเสริฐ. (2548). ผลการให้การบริการทางเภสัชกรรมต่อจำนวนปัญหาจากการใช้ยาและระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวาน. **ไทยเภสัชศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ**, 10(1), 10-16.
36. ธนนรงค์ รัตนโชติพานิช, สุกพล ลิ้มวัฒนานนท์, จุฬารัตน์ ลิ้มวัฒนานนท์ และ กิตติ พิทักษ์นิตินันท์. (2551). การสำรวจการปฏิบัติงานและปริมาณงานบริการเภสัชกรรมในโรงพยาบาลชุมชน. **วารสารเภสัชกรรมโรงพยาบาล**, 18(3), 265-277.
37. McDonough, R.P. and Doucette, W.R. (2001). Dynamics of Pharmaceutical Care: Developing Collaborative Working Relationships Between Pharmacists and Physicians. **J Am Pharm Assoc**, 41(5).
38. Doucette, W.R., Nevins, J., and McDonough, R.P. (2005). Factors affecting collaborative care between pharmacists and physicians. **Res Social Adm Pharm**, 1(4), 565-578.
39. Holden, L.M., Watts, D.D., and Walker, P.H. (2010). Communication and collaboration: it's about the pharmacists, as well as the physicians and nurses. **Qual Saf Health Care**, 19(3), 169-172.
40. Briggs, G.G. and Smith, W.E. (1974). Pharmacist-physician drug consultations in a community hospital. **Am J Hosp Pharm**, 31(3), 247-253.
41. Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. **Organizational Behavior and Human Decision Processes**, 50(2), 179-211.
42. Fishbein, M. and Ajzen, I., (1975). **Belief, attitude, intention and behavior: An introduction to theory and research**. Reading, MA: Addison-Wesley.
43. Ajzen, I. (1974). Effects of information on interpersonal attraction: similarity versus affective value. **J Pers Soc Psychol**, 29(3), 374-380.
44. Fishbein, M. (1963). An investigation of the relationship between beliefs about an object and the attitude toward that object. **Human Relations**, 16(3), 233-239.
45. Fishbein, M. and Ajzen, I. (1981). Attitudes and Voting Behaviour. An Application of the Theory of Reasoned Action. in Stephenson, G. and Davis, J. (Eds.), **Progress in Applied Social Psychology** (p. 253-313). John Wiley & Sons.

46. Ajzen, I. and Fishbein, M. (1977). Attitude-Behavior Relations: A Theoretical Analysis and Review of Empirical Research. *Psychological Bulletin*, 84(5), 888-918.
47. Francis, J.J., Eccles, M.P., Johnson, M. Walker, A. Grimshaw, J., Foy, R. et al. (2004). **Constructing Questionnaires based on the Theory of Planned Behavior: A manual for health services researchers**. Centre for Health Services Research, University of Newcastle: United Kingdom.
48. Ajzen, I. (2006). **Constructing a TpB Questionnaire: Conceptual and Methodological Considerations**. Retrieved March 16, 2013, from <http://www.uni-bielefeld.de/ikg/zick/ajzen%20construction%20a%20tpb%20questionnaire.pdf>.
49. Armitage, C.J. and Conner, M. (2001). Efficacy of the Theory of Planned Behaviour: a meta-analytic review. *Br J Soc Psychol*, 40(4), 471-499.
50. Beck, L. and Ajzen, I. (1991). Predicting dishonest actions using the theory of planned behavior. *Journal of Research in Personality*, 25(3), 285-301.
51. Kurland, N.B. (1995). Ethical Intentions and the Theories of Reasoned Action and Planned Behavior1. *Journal of Applied Social Psychology*, 25(4), 297-313.
52. Sparks, P. and Shepherd, R. (1992). Self-Identity and the Theory of Planned Behavior: Assessing the Role of Identification with "Green Consumerism". *Social Psychology Quarterly*, 55(4), 388-399.
53. Theodorakis, Y. (1994). Planned behavior, attitude strength, role identity, and the prediction of exercise behavior. *The Sport Psychologist*, 8(2), 149-165.
54. Rise, J., Sheeran, P. and Hukkelberg, S. (2010). The Role of Self-identity in the Theory of Planned Behavior: A Meta-Analysis. *Journal of Applied Social Psychology*, 40(5), 1085-1105.
55. Ajzen, I. (2011). The theory of planned behaviour: reactions and reflections. *Psychol Health*, 26(9), 1113-1127.

56. Herbert, K.E., Urmie, J.M., Newland, B.A., and Farris, K.B. (2006). Prediction of pharmacist intention to provide Medicare medication therapy management services using the theory of planned behavior. *Res Social Adm Pharm*, 2(3), 299-314.
57. Godin, G. Bélanger-Gravel, A. Eccles, M. Grimshaw, J. (2008). Healthcare professionals' intentions and behaviours: A systematic review of studies based on social cognitive theories. *Implementation Science*, 3(1).
58. Odedina, F.T., Hepler, C.D., Segal, R. and Miller, D. (1997). The Pharmacists' Implementation of Pharmaceutical Care (PIPC) model. *Pharm Res*, 14(2),135-144.
59. Kittisopee, T., (2001). The influences of personality, social cognition, and enviromental factors on pharmaceutical care. In *Dissertation Abstracts International* (Volume: 62-07, Section: B, page: 3150). Iowa: The University of Iowa.
60. พนิดา นนทลีรักษ์, ศीलจิต อินทรพงษ์ และ ภิญญา เป็ี่ยนบางช้าง (2006). พฤติกรรมการเขียนฉลากยาของเภสัชกรชุมชนในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล. *Naresuan University Journal*,14(3), 27-34.
61. Pradel, F.G., Obeidat, N.A. and Tsoukleris, M.G. (2003). Factors affecting pharmacists' pediatric asthma counseling. *J Am Pharm Assoc*, 47(6), 737-746.
62. Farris, K. and Kirking, D. (1998). Predicting community pharmacists' choice among means to prevent and correct clinically significant drug-therapy problems. *J Soc Adm Pharm*, 15, 69-82.
63. Cohen, J. (1992). A Power Primer. *Psychological Bullitin*, 112(1), 155-159.
64. Kallail, K.J. and Stanton, S.R. (2003). Pharmacy-physician communications: potential to reduce medication errors. *J Am Pharm Assoc*, 46(5), 618-620.
65. Odedina, F.T. and Segal, R. (1996). Behavioral pharmaceutical care scale for measuring pharmacists' activities. *Am J Health Syst Pharm*, 53(8), 855-865.
66. รัตนาภรณ์ อาวิพันธ์ และ อัญชลี ธาดาภาคย์ (2546). แบบวัดการบริหารเภสัชกรรมและทัศนคติต่องานบริหารเภสัชกรรมของเภสัชกรโรงพยาบาลในประเทศไทย. *ไทยเภสัชสาร*, 27, 59-71.