

สมรรถนะทางวัฒนธรรมของเภสัชกรโรงพยาบาล สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

อัญญฤทัย อุ่นแก้ว*

พัทตร์วิภา สุวรรณพรหม†

ศิริตรี สุทธิจิตต์†

ผู้รับผิดชอบบทความ: ศิริตรี สุทธิจิตต์

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาสถานการณ์ของสมรรถนะทางวัฒนธรรมของเภสัชกรโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขในประเทศไทย เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับการวางแผนพัฒนาศักยภาพในมิติทางวัฒนธรรมแก่เภสัชกรไทยต่อไป **วิธีการ:** การศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง โดยใช้แบบประเมินสมรรถนะทางวัฒนธรรมของเภสัชกรไทย (Thai Pharmacists' Cultural Competency Self-Assessment Scale: TPCCS) สํารวจในกลุ่มเภสัชกรโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขทั่วประเทศไทย ในรูปแบบประเมินออนไลน์ ช่วงเดือนมีนาคม-สิงหาคม พ.ศ. 2564 ทำการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นตามเขตบริการสุขภาพ และขนาดโรงพยาบาล เภสัชกรกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 241 คน (อัตราตอบกลับร้อยละ 31.26) แบบประเมินประกอบด้วยสมรรถนะทางวัฒนธรรม 5 มิติ ได้แก่ 1. ความตระหนักรู้เกี่ยวกับวัฒนธรรม 2. ทักษะเกี่ยวกับวัฒนธรรม 3. ความรู้เกี่ยวกับวัฒนธรรม 4. ความสามารถในการเผชิญและการจัดการกับประเด็นทางวัฒนธรรม และ 5. ความปรารถนาที่จะมีสมรรถนะทางวัฒนธรรม รวม 16 ปัจจัย และ 92 ข้อคำถาม เป็นแบบมาตราส่วน 5 ระดับ ตามความสามารถในการปฏิบัติ โดยให้เภสัชกรเป็นผู้ประเมินตนเอง **ผลการวิจัย:** สมรรถนะทางวัฒนธรรมของเภสัชกรโดยเฉลี่ยยังอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยของแต่ละปัจจัยอยู่ระหว่าง 2.39-4.24 ในมิติการตระหนักรู้เกี่ยวกับวัฒนธรรมมีบางปัจจัยที่ค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำ ปัจจัยที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดอยู่ในมิติความปรารถนาที่จะมีสมรรถนะทางวัฒนธรรม **สรุปผล:** สมรรถนะทางวัฒนธรรมของเภสัชกรควรได้รับการส่งเสริมและพัฒนาให้มากขึ้น โดยเฉพาะในมิติความตระหนักรู้ทางวัฒนธรรม ส่วนมิติความปรารถนาที่จะมีสมรรถนะทางวัฒนธรรมมีค่าเฉลี่ยที่สูง อาจเป็นจุดเริ่มต้นที่ดีต่อการพัฒนามิติทางวัฒนธรรมของเภสัชกรต่อไป

คำสำคัญ: สมรรถนะทางวัฒนธรรม, สมรรถนะ, ข้ามวัฒนธรรม, วัฒนธรรม, เภสัชกรโรงพยาบาล

* โรงพยาบาลขุนยวม จังหวัดแม่ฮ่องสอน

† ภาควิชาบริหารเภสัชกรรม คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

Received 21 June 2022; Revised 5 June 2023; Accepted 31 August 2023

Suggested citation: Aunkaew A, Suwannaprom P, Suttajit S. Cultural competency of hospital pharmacists, under the Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. *Journal of Health Systems Research* 2023;17(3):409-28.

อัญญฤทัย อุ่นแก้ว, พัทตร์วิภา สุวรรณพรหม, ศิริตรี สุทธิจิตต์. สมรรถนะทางวัฒนธรรมของเภสัชกรโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข* 2566;17(3):409-28.



Cultural Competency of Hospital Pharmacists under the Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health

Auttakrit Aunkaew*, Puckwipa Suwannaprom†, Siritree Suttajit†

* Khunyuam Hospital, Mae Hong Son Province

† Department of Pharmaceutical Care, Faculty of Pharmacy, Chiang Mai University

Corresponding author: Siritree Suttajit, siritree.s@cmu.ac.th

Abstract

Objective: To study the cultural competency among hospital pharmacists, under the Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health, Thailand. The findings would serve as an input for cultural competency development plans for Thai pharmacists. **Method:** The researchers used the online Thai Pharmacists' Cultural Competency Self-Assessment Scale (TPCCS) developed by the researchers to perform a cross-sectional survey to hospital pharmacists under the Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health Thailand. Stratified sampling was carried out based on the health service region and the size of the facility. Between March and August 2021, 241 pharmacists responded to the survey (response rate 31.26%). The TPCCS had 16 factors, 92 questions and 5 cultural competency dimensions: 1. cultural awareness, 2. cultural skills, 3. cultural knowledge, 4. cultural encounter, and 5. cultural desire. On a 5-point Likert scale, pharmacists were asked to rate their ability to practice. **Results:** Thai hospital pharmacists had a moderate level of cultural competency. On the full scale of 5, the mean values for each dimension ranged from 2.39 to 4.24. On average, they had low scores on some cultural awareness dimension. They had the highest score on cultural desire. **Conclusion:** There was a need to improve pharmacists' cultural competency, particularly in terms of cultural awareness. A strong desire for cultural competency may be an excellent foundation for continuing growth.

Keywords: cultural competency, competency, cross-cultural, culture, hospital pharmacist

ภูมิหลังและเหตุผล

วัฒนธรรมเป็นองค์ประกอบสำคัญของสังคมมนุษย์ โดยเป็นตัวกำหนดลักษณะและแบบแผนในการปฏิบัติของคนในสังคม ซึ่งรวมถึงการให้ความหมายและการแสดงออกเป็นพฤติกรรมที่แตกต่างกันออกไปในแต่ละสังคม^(1,2) วัฒนธรรมจึงสามารถส่งผลต่อการเกิดโรค และพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการแสวงหาการรักษา การดูแลตนเองเพื่อป้องกัน หรือเพื่อทำให้หายจากโรคร้ายต่างๆ รวมถึงพฤติกรรมการใช้ยาด้วย⁽³⁾ สังคมไทยมีวัฒนธรรมที่หลากหลาย ทั้งจากความแตกต่างระหว่างภูมิภาคต่างๆ และจากการหลั่งไหลทางด้านวัฒนธรรมของคนกลุ่มต่างๆ ชาติต่างๆ⁽⁴⁾ ความหลากหลายทางวัฒนธรรมนี้ จึงกลายเป็น

เป็นความจำเป็นสำหรับคนในยุคปัจจุบันที่จะต้องเรียนรู้ และเข้าใจในความแตกต่าง เพื่อให้สามารถดำรงอยู่ร่วมกันในสังคมที่มีความซับซ้อนและมีความหลากหลายทางวัฒนธรรม

ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 โดยการขับเคลื่อนของสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ และภาคีเครือข่าย มีเป้าหมายมุ่งเน้นระบบสุขภาพที่เป็นธรรม และไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง มุ่งตอบโจทย์ความมั่นคงของมนุษย์ ซึ่งสะท้อนผ่านการมีสุขภาพที่ดี ที่ไม่ใช่เพียงแค่สุขภาพส่วนบุคคล (individual wellbeing) แต่ครอบคลุมสุขภาพะในการอยู่ร่วมกับผู้อื่น (collective wellbeing) ด้วย⁽⁵⁾ การให้บริการสุขภาพโดยขาดความเชื่อมโยงในมิติ

ทางวัฒนธรรม อาจทำให้ไม่เกิดการแก้ไขปัญหายั่งยืน⁽⁶⁾ ในทางตรงกันข้าม การให้บริการทางสุขภาพและยา ที่จะตอบสนองต่อความหลากหลายทางวัฒนธรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งถึง และเท่าเทียมนั้น จำเป็นต้องอาศัยบุคลากรทางสุขภาพที่ใส่ใจมิติทางวัฒนธรรม และสมรรถนะทางวัฒนธรรมนี้จำเป็นอย่างยิ่งสำหรับเภสัชกร เพื่อให้สามารถเข้าใจพฤติกรรมสุขภาพและพฤติกรรมการใช้ยาในสังคมให้ครอบคลุมและชัดเจนมากยิ่งขึ้น โดยเฉพาะในพื้นที่ซึ่งมีความซับซ้อนทางวัฒนธรรม ความเชื่อและวิถีชีวิตของผู้คนในสังคม

สมรรถนะทางวัฒนธรรม (cultural competency) เป็นความสามารถของบุคคลที่ส่งผลให้เกิดการทำงานอย่างมีประสิทธิภาพในสถานการณ์ที่มีความแตกต่างทางวัฒนธรรม เช่น การยอมรับและเคารพในความต่างทางวัฒนธรรม ความเข้าใจในวัฒนธรรมทั้งของตนเองและผู้ป่วย การมีความรู้เกี่ยวกับการบริการด้านสุขภาพของวัฒนธรรมอื่นๆ การที่บุคลากรทางการแพทย์มีสมรรถนะดังกล่าว มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการลดความแตกต่างทางสุขภาพ (health disparities)⁽⁷⁾ ซึ่งเป็นจุดอ่อนที่ทำให้เกิดความล้มเหลวของกระบวนการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย

แนวคิดเกี่ยวกับสมรรถนะทางวัฒนธรรมที่เป็นที่รู้จักแพร่หลาย และนำเสนอสมรรถนะทางวัฒนธรรมของผู้ให้บริการทางการแพทย์ คือ แนวคิดของ Campinha-Bacote ซึ่งครอบคลุมมิติทางปัญญา มิติทางอารมณ์ และมิติทางพฤติกรรม⁽⁸⁻¹¹⁾ ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบหลัก คือ 1. การตระหนักรู้เกี่ยวกับวัฒนธรรม (cultural awareness) 2. ทักษะเกี่ยวกับวัฒนธรรม (cultural skill) 3. ความรู้เกี่ยวกับวัฒนธรรม (cultural knowledge) 4. ความสามารถในการเผชิญและการจัดการกับประเด็นทางวัฒนธรรม (cultural encounter) และ 5. ความปรารถนาที่จะมีสมรรถนะทางวัฒนธรรม (cultural desire) ในวิชาชีพเภสัชกรรม การบริหารเภสัชกรรมได้ให้ความสำคัญต่อการเรียนรู้และพัฒนาสมรรถนะทางวัฒนธรรมเช่นกัน โดย American College of Clinical

Pharmacy ของสหรัฐอเมริกา⁽¹²⁾ ได้แนะนำกระบวนการพัฒนาสมรรถนะทางวัฒนธรรมในการบริหารเภสัชกรรมไว้ 7 องค์ประกอบ คือ 1. การประเมินด้านทัศนคติและความรู้ทางด้านวัฒนธรรม (assess cultural attitudes and knowledge) 2. การเรียนรู้และการเข้าใจในความหลากหลายทางวัฒนธรรม (learn about and understand views of diverse cultures) 3. การสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพกับความหลากหลายทางวัฒนธรรม (effectively communicate with diverse cultures) 4. การปรับแผนการรักษาตามวัฒนธรรมของผู้ป่วย (tailor treatment based on patient's culture) 5. การพัฒนาความสัมพันธ์อันดีในชุมชน (develop strong ties with community) 6. การสร้างความเข้าใจในการดูแลระดับสากลและวิชาชีพต่อความหลากหลายทางวัฒนธรรม (understand national and professional care initiatives on diversity) และ 7. การประเมินความก้าวหน้าสู่สมรรถนะทางวัฒนธรรม (evaluate progress toward cultural competency) เพื่อพัฒนาสมรรถนะทางวัฒนธรรมในเภสัชกร เภสัชกรจึงควรพัฒนาสมรรถนะทางวัฒนธรรมอย่างต่อเนื่อง

ในต่างประเทศมีการให้ความสำคัญในการพัฒนาสมรรถนะทางวัฒนธรรมอย่างมาก สังเกตได้จากการประชาสัมพันธ์การฝึกอบรมในรูปแบบต่างๆ มากมาย เช่น การอบรมเชิงปฏิบัติการ โมดูลการฝึกอบรม การเรียนรู้แบบ e-learning และการใช้เครื่องมือช่วยในการเรียนรู้ ในประเทศไทย หลายวิชาชีพได้ให้ความสำคัญต่อการพัฒนาสมรรถนะทางวัฒนธรรมเช่นกัน โดยมีการศึกษาเกี่ยวกับสมรรถนะทางวัฒนธรรม เช่น กลุ่มวิชาชีพพยาบาลที่ทำงานในโรงพยาบาล⁽¹³⁻¹⁴⁾ นักศึกษาพยาบาลและอาจารย์พยาบาล⁽¹⁵⁾ นักศึกษาแพทย์แผนไทย⁽¹⁶⁾ และกลุ่มอาชีพอื่นที่ไม่ใช่บุคลากรสาธารณสุข⁽¹⁷⁾ ทางวิชาชีพเภสัชกรรมยังพบว่ามีการศึกษาในด้านนี้ค่อนข้างน้อย โดยมีงานที่เน้นสมรรถนะทางวัฒนธรรมโดยตรง คือการศึกษาสถานการณ์การบริหารเภสัชกรรมอย่างมีสมรรถนะทางวัฒนธรรม ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550⁽¹⁸⁾ งานอื่นที่ใกล้เคียง ได้แก่ การ

ศึกษาเพื่อพัฒนาคุณภาพแบบประเมินสมรรถนะเภสัชกรโรงพยาบาลชลบุรี ในปี พ.ศ. 2558 ซึ่งมีสมรรถนะ “จ่ายยาและให้คำแนะนำด้านยา โดยคำนึงถึงหลักทางศาสนา วัฒนธรรม ความเป็นอยู่ ความรู้ และปัจจัยพื้นฐานต่างๆ” เป็นสมรรถนะย่อยหนึ่งภายใต้สมรรถนะด้านการสร้างสัมพันธภาพและการสื่อสาร⁽¹⁹⁾ การศึกษาการปรับตัวข้ามวัฒนธรรมของนักศึกษาต่างชาติระดับบัณฑิตศึกษาที่เรียนในหลักสูตรของคณะเภสัชศาสตร์ ในปี พ.ศ. 2561⁽²⁰⁾ และการศึกษาความสัมพันธ์ของสมรรถนะข้ามวัฒนธรรมและประสิทธิภาพการทำงานของบุคลากรในอุตสาหกรรมยา ในปี พ.ศ. 2563⁽²¹⁾

โลกปัจจุบันที่ไร้ขอบเขตทำให้ผู้คนและข่าวสารเชื่อมโยงกันง่ายมากขึ้น ประกอบกับเสรีภาพในการแสดงความคิดเห็นและการแสดงออกที่แตกต่างกัน รวมถึงเภสัชกรที่มีโอกาสได้พบเจอผู้คนที่หลากหลายขึ้นจากระบบการให้บริการที่ปรับเปลี่ยนไปตามสถานการณ์โลก เช่น tele-health/telepharmacy ดังนั้นสมรรถนะทางวัฒนธรรมจึงยังมีความสำคัญสำหรับการทำงานในยุคปัจจุบัน การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ของสมรรถนะทางวัฒนธรรมของเภสัชกรโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการวางแผนพัฒนาศักยภาพในมิติทางวัฒนธรรม รวมไปถึงการพัฒนาความรู้และทักษะทางด้านสมรรถนะทางวัฒนธรรมแก่เภสัชกรและนักศึกษาเภสัชศาสตร์ต่อไป

ระเบียบวิธีศึกษา

รูปแบบการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional descriptive study) โดยใช้แบบประเมินสมรรถนะทางวัฒนธรรมของเภสัชกรไทย⁽²²⁾ (Thai Pharmacists' Cultural Competency Self-Assessment Scale: TPCCS) ที่นักวิจัยได้พัฒนาขึ้นมา สํารวจ

สมรรถนะทางวัฒนธรรมของเภสัชกรโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขทั่วประเทศไทย ในช่วงเดือนมีนาคม - สิงหาคม พ.ศ. 2564 ในรูปแบบประเมินออนไลน์ การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาโครงการศึกษาวิจัยในมนุษย์ เลขที่ 38/2563 จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา

เภสัชกรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ทั้งโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน ในเขตบริการสุขภาพที่ 1-12 ในปี พ.ศ. 2563 จำนวน 7,628 คน⁽²³⁾ โดยไม่นับรวมผู้ที่อยู่ระหว่างการลาศึกษาต่อ

กลุ่มตัวอย่าง

เภสัชกรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 380 คน จากการคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมด้วยสูตรการคำนวณของทาโร ยามาเน⁽²⁴⁾ โดยกำหนดความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 และความคลาดเคลื่อนไม่เกินร้อยละ 5 ทั้งนี้อัตราการตอบแบบสอบถามกลับของเภสัชกรโรงพยาบาลในการศึกษาก่อนหน้า พบว่าอยู่ระหว่างร้อยละ 30-60 จึงกำหนดจำนวนกลุ่มตัวอย่างเพื่อส่งแบบประเมินเพิ่มรวมเป็น 771 คน

วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น (stratified random sampling) โดยจัดสรรจำนวนเภสัชกร ตามเขตบริการสุขภาพ (12 เขต) และตามขนาดของโรงพยาบาล (โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน) นำมาคำนวณสัดส่วนจำนวนเภสัชกรตามเขตบริการสุขภาพ และขนาดโรงพยาบาลจนครบตามจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ หลังจากนั้นทำการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) โดยใช้คอมพิวเตอร์ทำการสุ่มโรงพยาบาลในแต่ละขนาดและเขตบริการสุขภาพจนกว่ากลุ่มตัวอย่าง

จะครบ ในกรณีที่ไม่สามารถติดตามแบบสอบถามจากกลุ่มตัวอย่างที่สุ่มได้ ภายหลังจากติดตามแล้ว 2 ครั้งตามกำหนด ผู้วิจัยจะสุ่มกลุ่มตัวอย่างโรงพยาบาลเป้าหมายในแต่ละขนาดและเขตบริการสุขภาพเพิ่มเติม

เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย

งานวิจัยนี้ใช้แบบประเมินสมรรถนะทางวัฒนธรรมของเภสัชกรไทย (Thai Pharmacists' Cultural Competency Self-Assessment Scale: TPCCS)⁽²²⁾ ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นมา เพื่อให้เหมาะสมกับบริบทเภสัชกรไทย โดยประยุกต์มาจากแนวคิดสมรรถนะทางวัฒนธรรมของผู้ให้บริการสาธารณสุขของ Campinha-Bacote ผสมผสานกระบวนการพัฒนาสมรรถนะทางวัฒนธรรมในการบริหารเภสัชกรรมของ American College of Clinical Pharmacy ประเทศสหรัฐอเมริกา นำมาทำการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยการทดสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) และความตรงเชิงปรากฏ (face validity) จากผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด 7 ท่าน โดยมีรายละเอียดการพัฒนาแบบประเมินในบทความวิจัยของ Aunkaew A และคณะ (2022)⁽²²⁾ ค่าความเชื่อมั่น (Cronbach alpha) ของแบบประเมินทั้งฉบับเท่ากับ 0.9383 โดยแบบประเมินประกอบด้วย 2 ตอน คือ

ตอนที่ 1: ข้อมูลภูมิหลังของผู้ตอบแบบประเมิน ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคลของเภสัชกร⁽²⁵⁻³⁰⁾ จำนวน 13 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ เชื้อชาติ ศาสนา ระดับการศึกษา ประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน ตำแหน่งทางวิชาการ ลักษณะการปฏิบัติงาน ประเภทของโรงพยาบาล การฝึกอบรม/สัมมนา/ประชุมวิชาการเกี่ยวกับทางวัฒนธรรม (เคยหรือไม่เคย) ความสามารถในการสื่อสารภาษาอื่น ช่องทางการรับรู้วัฒนธรรมอื่น และโอกาสในการปฏิสัมพันธ์กับคนต่างวัฒนธรรม คำถามเป็นแบบเลือกตอบ (checklist) และคำถามปลายเปิด

ตอนที่ 2: สมรรถนะทางวัฒนธรรมของเภสัชกร

แบบประเมินสมรรถนะทางวัฒนธรรมของเภสัชกรไทย (TPCCS)⁽²²⁾ ประกอบด้วยคำถาม 5 มิติ คือ ASKED รวม 16 ปัจจัย และ 92 ข้อคำถาม ดังนี้ A. การตระหนักรู้เกี่ยวกับวัฒนธรรม (cultural awareness) ประกอบด้วย 7 ปัจจัย 27 ข้อคำถาม (ค่าความเชื่อมั่น 0.9111) S. ทักษะเกี่ยวกับวัฒนธรรม (cultural skill) ประกอบด้วย 3 ปัจจัย 24 ข้อคำถาม (ค่าความเชื่อมั่น 0.8972) K. ความรู้เกี่ยวกับวัฒนธรรม (cultural knowledge) ประกอบด้วย 4 ปัจจัย 24 ข้อคำถาม (ค่าความเชื่อมั่น 0.9217) E. ความสามารถในการเผชิญและการจัดการกับประเด็นทางวัฒนธรรม (cultural encounter) ประกอบด้วย 3 ปัจจัย 12 ข้อคำถาม (ค่าความเชื่อมั่น 0.9032) และ D. ความปรารถนาที่จะมีสมรรถนะทางวัฒนธรรม (cultural desire) ประกอบด้วย 1 ปัจจัย 5 ข้อคำถาม (ค่าความเชื่อมั่น 0.8550) ข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ แบบมาตราส่วน 5 ระดับ (Likert scale) ตามความสามารถในการปฏิบัติ คือ 5=มากที่สุด 4=มาก 3=ปานกลาง 2=น้อย และ 1=น้อยที่สุด โดยให้เภสัชกรเป็นผู้ประเมินตนเอง (self-assessment)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1) ผู้วิจัยส่งหนังสือขอความอนุเคราะห์การเข้าร่วมวิจัย และเอกสารเพื่อชี้แจงข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมวิจัย ทางไปรษณีย์ ไปยังฝ่ายทรัพยากรบุคคลของโรงพยาบาลกลุ่มตัวอย่าง พร้อมกับ link และ QR code โดยขอให้หัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรมกระจายแบบประเมินแก่เภสัชกรให้มีความหลากหลายของลักษณะงานที่ปฏิบัติให้มากที่สุด

2) เภสัชกรที่เข้าร่วมงานวิจัยอ่านและทำความเข้าใจคำชี้แจง เพื่อประกอบการตัดสินใจเข้าร่วมงานวิจัย แต่ขอยกเว้นการเซ็นใบยินยอมในการเข้าร่วมงานวิจัย โดยให้ถือว่าการตอบแบบประเมินดังกล่าวเป็นการยินยอมเข้าร่วมงานวิจัยแล้ว หลังจากนั้นประเมินสมรรถนะทางวัฒนธรรมผ่าน link หรือ QR code โดยใช้เวลาประมาณ 30 นาที เมื่อแล้วเสร็จ จึงจัดส่งผลการประเมินดังกล่าวมายังผู้วิจัย

3) ระยะเวลาการตอบกลับแบบประเมินจะใช้เวลาทั้งหมด 15 วัน โดยมีการติดตามกรณีที่มีผู้ตอบกลับไม่ครบจำนวน ทั้งหมด 2 ครั้ง ได้แก่ ครั้งที่ 1 ติดตามทางโทรศัพท์ในระดับโรงพยาบาล ในสัปดาห์ที่ 3 ถ้ากลุ่มตัวอย่างไม่ได้รับแบบประเมินหรือเกิดการสูญหายระหว่างการดำเนินการ จะจัดส่งเอกสารชี้แจงใหม่อีก 1 ครั้ง และครั้งที่ 2 ผู้วิจัยติดตามกลุ่มตัวอย่างที่ยังไม่ได้รับการตอบกลับ จะใช้การติดตามกลุ่มตัวอย่างทางโทรศัพท์ในระดับโรงพยาบาล ในสัปดาห์ที่ 6 พร้อมกับส่งแบบประเมินไปให้อีกรอบทางไปรษณีย์หรือช่องทางอื่นตามที่โรงพยาบาลที่เข้าร่วมวิจัยสะดวก

การวิเคราะห์ข้อมูล

1) วิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคล ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ความถี่และร้อยละสำหรับตัวแปรกลุ่ม และมีช้อยส์หรือค่าเฉลี่ยและพิสัยควอไทล์หรือส่วนเบี่ยงเบนเฉลี่ยสำหรับตัวแปรต่อเนื่อง

2) วิเคราะห์ข้อมูลสมรรถนะทางวัฒนธรรม ดังนี้

- ข้อคำถามแต่ละข้อ (items) รายงานด้วยความถี่ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

- ปัจจัย (factors) รายงานด้วย ความถี่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน โดยแต่ละปัจจัยประกอบด้วยข้อคำถามที่มากน้อยต่างกันจึงรายงานเป็นร้อยละของค่าเฉลี่ย (mean score: %respondents) ของการตอบคำถาม แต่ละปัจจัยเป็น 3 ระดับ คือ ระดับต่ำ (น้อยกว่า 2.5) ระดับปานกลาง (2.5-3.5) และระดับสูง (มากกว่า 3.5)

ผลการศึกษา

ภูมิหลังของเภสัชกรกลุ่มตัวอย่าง

การสำรวจสมรรถนะทางวัฒนธรรมของเภสัชกรโรงพยาบาล สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ในช่วงเดือนมีนาคม-สิงหาคม พ.ศ. 2564 ในรูปแบบประเมินออนไลน์ มีการตอบแบบประเมินกลับมารวมทั้งหมด 241

ราย จากการส่งแบบสอบถามและติดตามรวม 3 รอบ คิดเป็นอัตราการตอบกลับร้อยละ 31.3 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อยู่ในช่วงอายุ 31-50 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย มีภูมิลำเนาออกกรุงเทพมหานคร เกือบครึ่งมีที่ตั้งของสถานที่ทำงานกระจายอยู่ในภาคเหนือ และนับถือศาสนาพุทธ เกสัชกรร้อยละ 61.8 สำเร็จการศึกษาจากหลักสูตรเภสัชศาสตร์บัณฑิต 5 ปี เกสัชกรเกินครึ่งจบการศึกษาปริญญาตรี ก่อนปี พ.ศ. 2554 และเกือบครึ่งมีการศึกษาต่อในระดับหลังปริญญาตรี (ตารางที่ 1)

ในด้านการปฏิบัติงาน พบว่าเภสัชกรส่วนใหญ่มีระยะเวลาการปฏิบัติงานเป็นเภสัชกรโรงพยาบาลตั้งแต่ 11 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 46.0) และเกินครึ่งของกลุ่มตัวอย่างเคยหรือกำลังทำงานในโรงพยาบาลชุมชน ส่วนใหญ่มีตำแหน่งทางวิชาการระดับชำนาญการ อยู่ในรุ่นที่ต้องปฏิบัติใช้ทุนในหน่วยงานรัฐ และลักษณะการปฏิบัติงานหลักส่วนใหญ่คือ งานบริการและบริหารเภสัชกรรมผู้ป่วยนอก (ตารางที่ 1) กลุ่มตัวอย่างกระจายตัวครบทั้ง 12 เขตบริการ ส่วนใหญ่ในเขตบริการสุขภาพที่ 1 และ 5 (ร้อยละ 39.8 และ 14.9 ตามลำดับ) ส่วนเขตบริการสุขภาพที่เหลือมีอัตราที่น้อยกว่าร้อยละ 10

ภาษาอื่นที่เภสัชกรกลุ่มตัวอย่างสามารถสื่อสารได้นอกจากภาษาไทยกลาง ได้แก่ ภาษาอังกฤษ (ร้อยละ 81.7) และภาษาไทยท้องถิ่น (ร้อยละ 49.0) ครึ่งหนึ่งของเภสัชกรใช้ภาษาไทยกลางเป็นภาษาหลักภาษาเดียวในการสื่อสาร (ร้อยละ 53.9) รองลงมาคือ ใช้ภาษาไทยกลางร่วมกับภาษาไทยท้องถิ่น (ร้อยละ 28.2) โอกาสในการพัฒนาสมรรถนะทางวัฒนธรรมของเภสัชกรกลุ่มตัวอย่างมาจากการปฏิบัติงานและการใช้ชีวิตประจำวัน โดยอาศัยการเรียนรู้หลายวิธีร่วมกัน เช่น การอ่าน ดูและสังเกต ฟัง สนทนา ประสบเหตุการณ์ด้วยตนเอง หรือสัมภาษณ์ แต่มีเพียงร้อยละ 7.1 ที่เคยได้รับการพัฒนาอย่างเป็นรูปแบบในลักษณะของการอบรมหรือประชุมวิชาการเกี่ยวกับวัฒนธรรม (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 1 ข้อมูลภูมิหลังของกลุ่มตัวอย่าง (n = 241)

ลักษณะทางประชากร	จำนวน (ราย)	ร้อยละ	การทำงานเป็นเภสัชกรโรงพยาบาล	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
เพศหญิง	190	78.8	การศึกษาต่อหลังปริญญาตรี		
อายุ			มี	115	47.7
ต่ำกว่า 31 ปี	47	19.5	ไม่มี	126	52.3
31-40 ปี	112	46.5	จำนวนปีที่ปฏิบัติงานโรงพยาบาล		
41-50 ปี	74	30.7	1 - 5 ปี	39	16.2
มากกว่า 50 ปี	8	3.3	6 - 10 ปี	91	37.8
เชื้อชาติ			11 ปี ขึ้นไป	111	46.0
ไทย	218	90.5	ระดับของโรงพยาบาลที่เคยทำงาน (ตอบได้ > 1)		
ไทย - จีน	22	9.1	โรงพยาบาลศูนย์	41	17.0
อื่น ๆ	1	0.4	โรงพยาบาลทั่วไป	41	17.0
สัญชาติ			โรงพยาบาลชุมชน	137	56.8
ไทย	241	100.0	อื่น ๆ	35	14.1
เป็นกลุ่มชาติพันธุ์	22	9.1	อยู่ในรุ่นที่ต้องปฏิบัติงานขอใช้ทุน	176	73.0
ภูมิลำเนา			ระดับตำแหน่ง		
นอกรุงเทพมหานคร	235	97.5	ปฏิบัติการ	61	25.3
กรุงเทพมหานคร	6	2.5	ชำนาญการ	166	68.9
หลักสูตรเภสัชศาสตรบัณฑิต			ชำนาญการพิเศษ	9	3.7
5 ปี	149	61.8	ไม่ใช่ตำแหน่งข้าราชการ	5	2.1
6 ปี	92	38.2	ลักษณะการปฏิบัติงานหลัก		
ศาสนา			งานบริการและบริหารเภสัชกรรม		
พุทธ	231	95.9	ผู้ป่วยนอก	141	58.5
อิสลาม	6	2.5	ผู้ป่วยใน	41	17.0
คริสต์	2	0.8	งานอื่น ๆ	35	14.5
ไม่นับถือศาสนาใด ๆ	2	0.8	ภูมิภาค		
สาขาที่จบ			เหนือ	124	51.5
บริหารเภสัชกรรม	144	59.8	ตะวันออกเฉียงเหนือ	46	19.1
เภสัชกรรมอุตสาหกรรม	42	17.4	กลาง	51	21.2
อื่นๆ	55	22.8	ใต้	20	8.3

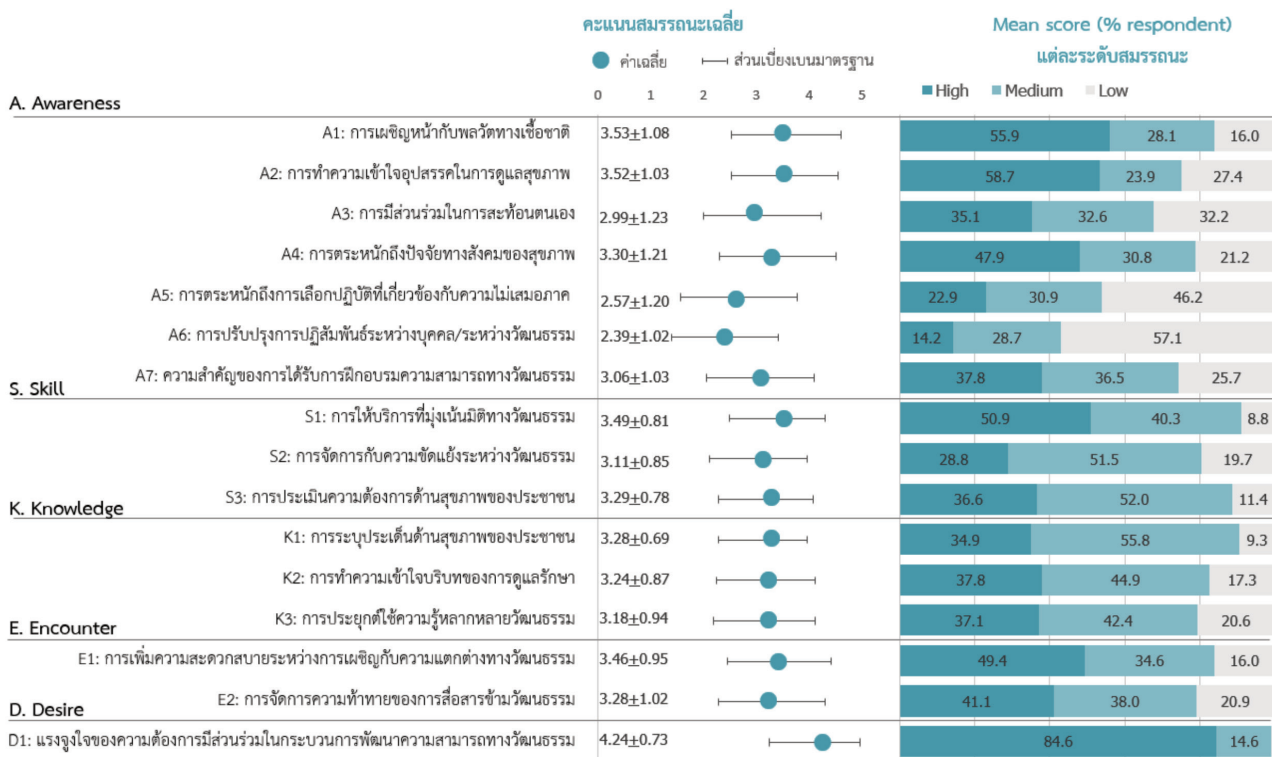
ตารางที่ 2 ความสามารถทางภาษาและการเรียนรู้เกี่ยวกับวัฒนธรรมของเภสัชกรกลุ่มตัวอย่าง (n = 241)

ความสามารถทางภาษา	จำนวน (ราย)	ร้อยละ	การเรียนรู้เกี่ยวกับวัฒนธรรม	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
ภาษาอื่นที่สื่อสารได้ นอกจากภาษาไทยกลาง			เคยอบรม/ประชุมเกี่ยวกับวัฒนธรรม	17	7.1
(ตอบได้ > 1)			เคยมีโอกาสปฏิสัมพันธ์กับคนต่าง	210	87.1
ภาษาอังกฤษ	197	81.7	วัฒนธรรม (ชีวิตประจำวัน+ทำงาน)		
ภาษาไทยท้องถิ่น	118	49.0	วิธีเรียนรู้วัฒนธรรม (ตอบได้ > 1)		
ภาษาอื่น ๆ	11	4.6	การอ่าน	69	28.6
ภาษาหลักที่ใช้สื่อสาร			การดู/สังเกต	91	37.8
ภาษาไทยกลาง	130	53.9	การฟัง	89	36.9
ภาษาไทยกลาง+ไทยท้องถิ่น	68	28.2	การสนทนา	76	31.5
ภาษาไทยท้องถิ่น	16	6.6	การประสบด้วยตนเอง	66	27.4
ภาษาไทย+ภาษาอังกฤษ	11	4.6	จำนวนวิธีที่ใช้เรียนรู้วัฒนธรรม		
ภาษาไทย+ภาษาอื่น ๆ	9	3.7	1 วิธี	10	4.1
ภาษาไทย+อังกฤษ+ท้องถิ่น	6	2.5	2 วิธี	17	7.1
			3 วิธี ขึ้นไป	214	88.8

สมรรถนะทางวัฒนธรรมของเภสัชกรกลุ่มตัวอย่าง

ในภาพรวมพบว่า เภสัชกรประเมินสมรรถนะทางวัฒนธรรมของตนในแต่ละปัจจัยแตกต่างกัน โดยมีค่าเฉลี่ยของทั้ง 16 ปัจจัย ระหว่าง 2.39-4.24 (ภาพที่ 1) ค่าเฉลี่ยต่ำสุดเป็นสมรรถนะในมิติ (A) การตระหนักรู้เกี่ยวกับวัฒนธรรม (cultural awareness) โดย 3 ปัจจัยที่ค่าเฉลี่ยต่ำกว่า 3.00 คือ ปัจจัยที่ A6 การปรับปรุงการปฏิสัมพันธ์

ระหว่างบุคคลและระหว่างวัฒนธรรม (2.39 ± 1.02), ปัจจัยที่ A5 การตระหนักถึงทางเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับความไม่เสมอภาค (2.57 ± 1.20) และ A3 การมีส่วนร่วมในการสะท้อนตนเอง (2.99 ± 1.23) ในขณะที่เภสัชกรส่วนใหญ่ประเมินว่าตนมีสมรรถนะที่สูงในมิติ (D) ความปรารถนาที่จะมีสมรรถนะทางวัฒนธรรม (cultural desire) สูงสุด (4.24 ± 0.73) (ภาพที่ 1)



ภาพที่ 1 คะแนนเฉลี่ยและค่า mean score สมรรถนะทางวัฒนธรรมของเภสัชกรกลุ่มตัวอย่าง

เมื่อแบ่งระดับสมรรถนะทางวัฒนธรรมแต่ละปัจจัยเป็น 3 ระดับ คือ สูง (ค่าเฉลี่ย mean score > 3.5), ปานกลาง (2.5-3.5) และต่ำ (< 2.5) พบว่าสมรรถนะทางวัฒนธรรมของเภสัชกรส่วนใหญ่มีระดับปานกลางขึ้นไป โดยเฉพาะสมรรถนะมิติ (D) แรงจูงใจ, (E) ความสามารถในการเผชิญและจัดการความแตกต่างทางวัฒนธรรม, (S)

ทักษะ และ (K) ความรู้ โดยมีมิติ (A) การตระหนักรู้เป็นด้านที่มีสัดส่วนของผู้ประเมินตนเองระดับต่ำมากกว่ามิติอื่นอย่างชัดเจน โดยเฉพาะปัจจัยความตระหนักรู้ที่ A5 และ A6 (ภาพที่ 1) ตารางที่ 3 แสดงรายละเอียดค่าคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะในแต่ละข้อคำถาม

ตารางที่ 3 คะแนนเฉลี่ยสมรรถนะทางวัฒนธรรมของกลุ่มตัวอย่าง (n=241)

มิติ A. การตระหนักรู้เกี่ยวกับวัฒนธรรม (cultural awareness)	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	มิติ A. การตระหนักรู้เกี่ยวกับวัฒนธรรม (cultural awareness)	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
A1: การเผชิญหน้ากับพลวัตทางเชื้อชาติ	3.53	1.08	A5: การตระหนักถึงการเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับความไม่เสมอภาค	2.57	1.20
- การตระหนักถึงการเหยียดเชื้อชาติ	3.62	1.02	- ความไม่เสมอภาคทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับอายุ	2.81	1.14
- การรับรู้สิทธิพิเศษของชนผิวขาว	4.01	0.95	- ความไม่เสมอภาคทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการกีดกันทางเพศ	2.22	1.12
- การตระหนักการกำหนดคุณค่าของตนเองต่อผู้ป่วย	2.96	0.99	- ความไม่เสมอภาคทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการรักเพศเดียวกัน	2.53	1.14
A2: การทำความเข้าใจอุปสรรคในการดูแลสุขภาพ	3.52	1.03	- ความไม่เสมอภาคทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการเหยียดสีผิว	2.97	1.24
- การตระหนักคุณค่าของตนเอง	3.49	0.99	- ความไม่เสมอภาคทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการแข่งขันชั้น	2.78	1.20
- การรับรู้ทัศนคติและความเชื่อของตนเอง	3.39	1.10	- ความไม่เสมอภาคทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับความสามารถ	2.21	1.17
- การตระหนักถึงอุปสรรคของชนบทรอบมณฑล	3.68	0.99	A6: การปรับปรุงการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล/ระหว่างวัฒนธรรม	2.39	1.02
- การตระหนักถึงอุปสรรคในการใช้บริการด้านสุขภาพของคนกลุ่มน้อย	3.53	1.02	- การปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย*	2.38	1.05
A3: การมีส่วนร่วมในการสะท้อนตนเอง	2.99	1.23	- การปฏิสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงาน (ระหว่างกลุ่มงาน)	2.32	0.99
- การรับรู้อัตลักษณ์ความหลากหลายของตนเอง*	3.14	1.16	- การปฏิสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมชั้น (ภายในกลุ่มงาน)	2.34	0.95
- การรับรู้แบบแผนของตนเอง [แบบแผนทางเชื้อชาติ วัฒนธรรม กลุ่มบุคคล และเพศ]	2.49	1.02	- การปฏิสัมพันธ์กับสตาฟ (ทีมบริหาร)	2.52	1.07
- การตระหนักถึงอคติและความลำเอียงของตนเอง	3.34	1.01	A7: ความสำคัญของการได้รับการฝึกอบรมความสามารถทางวัฒนธรรม*	3.06	1.03
A4: การตระหนักถึงปัจจัยทางสังคมของสุขภาพ	3.3	1.21			
- ความสำคัญของพันธกรรมในการเอื้อต่อความไม่เสมอภาคทางสุขภาพ*	2.37	1.03			
- การมีส่วนร่วมของวิถีชีวิตต่อความไม่เสมอภาคทางสุขภาพ	3.29	1.01			
- การมีส่วนร่วมของสิ่งแวดล้อมต่อความไม่เสมอภาคทางสุขภาพ	3.42	1.01			
- การมีส่วนร่วมของความยากจนต่อความไม่เสมอภาคทางสุขภาพ	3.63	1.06			
- การมีส่วนร่วมของการศึกษาต่อความไม่เสมอภาคทางสุขภาพ	3.52	1.05			
- การมีส่วนร่วมของการไม่รู้หนังสือต่อความไม่เสมอภาคทางสุขภาพ	3.59	1.04			



ตารางที่ 3 คะแนนเฉลี่ยสมรรถนะทางวัฒนธรรมของกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

มิติ S. การมีทักษะเกี่ยวกับวัฒนธรรม (cultural skill)	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	มิติ K. การมีองค์ความรู้เกี่ยวกับวัฒนธรรม (cultural knowledge)	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
S1: การให้บริการที่มุ่งเน้นมิติทางวัฒนธรรม	3.49	0.81	K1: การระบุประเด็นด้านสุขภาพของประชาชน	3.28	0.69
- การทักทายผู้ป่วยที่มีความละเอียดอ่อนทางวัฒนธรรม	3.94	0.80	- ความรู้เรื่องการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกัน	3.86	0.68
- การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพและการเจ็บป่วย	3.9	0.74	- ความรู้เรื่องอนามัยเจริญพันธุ์	3.07	0.68
- การรับรู้เกี่ยวกับการใช้วิธีการรักษาพื้นบ้านและ/หรือวิธีการรักษาอื่น ๆ	3.49	0.91	- ความรู้เรื่องสุขภาพเด็ก	3.05	0.68
- การรับรู้เกี่ยวกับการใช้วิธีการรักษาพื้นบ้านและ/หรือผู้ปฏิบัติงานอื่น ๆ	3.45	0.87	- ความรู้เรื่องสุขภาพวัยรุ่น	3.15	0.66
- การตรวจร่างกาย	3.55	0.61	- ความรู้เรื่องสุขภาพผู้ใหญ่	3.45	0.64
- การวางแผนการรักษา	3.53	0.68	- ความรู้เรื่องสุขภาพผู้สูงอายุ	3.48	0.66
- การให้ความรู้และการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วย	3.67	0.64	- ความรู้เรื่องสุขภาพของผู้หญิง	3.4	0.70
- การให้บริการป้องกันทางคลินิก	3.5	0.61	- ความรู้เรื่องสุขภาพของผู้ชาย	3.29	0.70
- การดูแลระยะสุดท้าย*	2.98	0.90	K2: การทำความเข้าใจบริบทของการดูแลสุขภาพ	3.24	0.87
- การประเมินความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วย	3.27	0.73	- ข้อมูลด้านประชากร	3.39	0.69
- การทำงานกับล่ามทางการแพทย์*	3.13	0.92	- ลักษณะทางสังคมและวัฒนธรรม	3.25	0.75
S2: การจัดการกับความขัดแย้งระหว่างวัฒนธรรม	3.11	0.85	- ความเสี่ยงต่อสุขภาพ	3.17	0.82
- การจัดการกับปัญหาในการให้ความยินยอม	2.82	0.75	- ความแตกต่างด้านสุขภาพ	3.19	0.91
- การจัดการกับปัญหาในการวินิจฉัย/การรักษา	2.83	0.75	- ขาดพื้นฐานวิทยา	3.02	0.87
- การจัดการกับปัญหาความร่วมมือการให้ยา*	3.31	0.73	- ประเพณีการรักษาที่แตกต่างกัน	2.89	0.93
- การให้บริการป้องกันโรค	2.87	0.80	- ผลกระทบของการเลือกปฏิบัติในการดูแลสุขภาพ	3.1	0.92
- การขอโทษในความเข้าใจผิดหรือข้อผิดพลาดข้ามวัฒนธรรม*	3.71	0.83	- พรบ.สิทธิพลเมือง*	3.66	0.83
S3: การประเมินความต้องการด้านสุขภาพของประชาชน	3.29	0.78	- มาตรฐานทางวัฒนธรรม/ภาษา*	3.51	0.84
- ประเมินความต้องการของคนที่พิการ	3.27	0.80	K3: การประยุกต์ใช้ความรู้หลากหลายวัฒนธรรม	3.18	0.94
- ประเมินความต้องการของเด็กและวัยรุ่น	3.12	0.78	- ความสามารถในการใช้เครื่องมือที่หลากหลายทางวัฒนธรรม*	3.44	0.77
- ประเมินความต้องการของผู้สูงอายุ	3.58	0.76	- ความสามารถในการสื่อสารกับผู้ป่วยที่หลากหลาย*	3.41	0.82
- ประเมินความต้องการของผู้ชาย	3.23	0.73	- ความสามารถระบุความเชื่อแบบตายตัว	3.44	0.80
- ประเมินความต้องการของผู้หญิง	3.24	0.74	- ความสามารถในการตระหนักถึงรูปแบบการปรับตัว	3.62	0.78
- ประเมินความต้องการของ LGBTQ	3.41	0.71	- ความสามารถในการวิจารณ์งานวิจัยหลากหลายวัฒนธรรม	2.79	0.93
- ประเมินความต้องการของคนยากจน	3.29	0.78	- ความสามารถพูดคุยเกี่ยวกับความแตกต่างระหว่างกลุ่มต่าง ๆ	2.79	0.94
- ประเมินความต้องการของคนกลุ่มน้อย	3.12	0.81	- ความสามารถหาหรือเกี่ยวกับการวิจัยหลากหลายวัฒนธรรม	2.78	1.02

ตารางที่ 3 คะแนนเฉลี่ยสมรรถนะทางวัฒนธรรมของกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

มิติ E. ความสามารถในการเผชิญและการจัดการกับประเด็นทางวัฒนธรรม (cultural encounter)	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	มิติ D. ความปรารถนาที่จะมีสมรรถนะทางวัฒนธรรม (cultural desire)	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
E1: การเพิ่มความสะดวกรสสบายระหว่างการเผชิญกับความแตกต่างทางวัฒนธรรม	3.46	0.95	D1: แรงจูงใจของความต้องการในกระบวนการพัฒนาความสามารถทางวัฒนธรรม	4.24	0.73
- การดูแลผู้ป่วยจากภูมิหลังที่หลากหลาย	3.61	0.83	- การเอาใจใส่และความรัก	4.34	0.68
- การดูแลผู้ป่วยที่มีความสามารถทางภาษาอังกฤษที่จำกัด	3.44	1.03	- การเสียสละ	4.05	0.75
- ผู้ป่วยที่ใช้ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร	3.33	0.97	- ความยุติธรรมทางสังคม	4.27	0.74
E2: การจัดการความท้าทายของการสื่อสารข้ามวัฒนธรรม	3.28	1.02	- ความอ่อนน้อม & ความเห็นอกเห็นใจ	4.22	0.75
- การระบุความเชื่อที่ซ่อนอยู่ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อการรักษา	3.2	0.95	- การเผชิญหน้าต่อความกลัว/สิ่งศักดิ์สิทธิ์	4.31	0.72
- การทำความเข้าใจกับการสื่อสารที่ไม่ใช่คำพูด	3.5	0.88			
- การตีความการแสดงออกของความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมาน	3.47	0.88			
- การให้คำปรึกษาการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมหรือการปฏิบัติ	3.5	0.89			
- การพูดในทางอ้อมมากกว่าการพูดแบบตรง ๆ*	3.48	0.90			
- การแจ้งข่าวร้ายให้กับครอบครัวของผู้ป่วย	2.92	1.08			
- การทำงานร่วมกับผู้เชี่ยวชาญสุขภาพจากภูมิหลังที่หลากหลายทางวัฒนธรรม	3.8	0.91			
- การทำงานกับเพื่อนร่วมงานที่แสดงความคิดเห็นที่เสื่อมเสีย	2.79	1.12			
- การปฏิบัติต่อผู้ป่วยที่แสดงความคิดเห็นที่เสื่อมเสีย	2.87	1.05			

^a Range 1 to 5, ^b Score > 3.5, ^c Score between 2.5 and 3.5, ^d Score < 2.5

* ข้อคำถามที่ถูกตัดออกในขั้นตอนการพัฒนาคุณภาพของแบบประเมิน TPCCS⁽²²⁾

วิจารณ์และข้อยุติ

การสำรวจสมรรถนะทางวัฒนธรรมของเภสัชกรโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ในรูปแบบประเมินออนไลน์ มีกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 241 ราย ซึ่งต่ำกว่าขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้คือ 380 คน อัตราการตอบกลับคิดเป็นร้อยละ 31.3⁽³¹⁻³²⁾ อย่างไรก็ตาม กลุ่มตัวอย่างที่ตอบกลับแบบประเมินนี้ ครอบคลุมเภสัชกรโดยมีช่วงอายุการปฏิบัติงานที่กว้าง ครอบคลุมลักษณะการปฏิบัติงานที่หลากหลาย ครอบคลุมโรงพยาบาลระดับต่างๆ และครอบคลุมทุกเขตบริการสุขภาพ (ตารางที่ 1) รวมถึงมีลักษณะพื้นฐานโดยเฉพาะปัจจัยที่อาจมีผลต่อสมรรถนะทางวัฒนธรรม คล้ายคลึงกับกลุ่มประชากรเภสัชกรโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (อ้างอิงข้อมูลจากฐานข้อมูลกระทรวงสาธารณสุข ปี 2563) ซึ่งส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 75.3) อายุ 31-50 ปี (ร้อยละ 69.1) ครึ่งหนึ่งมีตำแหน่งทางวิชาการในระดับชำนาญการ (ร้อยละ 50.8) ร้อยละ 100 มีสังกัดอยู่นอกกรุงเทพมหานคร และการศึกษาสูงสุดคือจบการศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 83.5) เป็นต้น

การสำรวจพบว่า โดยรวมสมรรถนะทางวัฒนธรรมของเภสัชกรโดยเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยของแต่ละปัจจัยอยู่ระหว่าง 2.39-4.24 ปัจจัยที่มีค่าเฉลี่ยน้อยกว่า 3.00 มีทั้งหมด 3 ปัจจัย ซึ่งล้วนอยู่ในมิติ A. การตระหนักรู้เกี่ยวกับวัฒนธรรม สะท้อนให้เห็นว่าเภสัชกรกลุ่มตัวอย่างให้ความสำคัญถึงมิติการตระหนักรู้ เกี่ยวกับวัฒนธรรมอยู่ในระดับปานกลางและบางปัจจัยอยู่ในระดับต่ำ ปัจจัยดังกล่าวคือ การมีส่วนร่วมในการสะท้อนตนเอง การตระหนักถึงการเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับความไม่เสมอภาค และการปรับปรุงการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล/ระหว่างวัฒนธรรม ปัจจัยที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด มีค่าเฉลี่ย 4.24 จัดอยู่ในมิติ D. ความปรารถนาที่จะมีสมรรถนะทางวัฒนธรรม เภสัชกรกลุ่มตัวอย่างมีความปรารถนาที่จะมีสมรรถนะทางวัฒนธรรม ซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นที่ดีต่อการพัฒนาสมรรถนะทางวัฒนธรรมในทุกมิติของเภสัชกรต่อไป

สมรรถนะในมิติ A. การตระหนักรู้เกี่ยวกับวัฒนธรรมที่เภสัชกรกลุ่มตัวอย่างประเมินตนเองว่าอยู่ในระดับปานกลางและบางปัจจัยอยู่ในระดับต่ำนั้น สอดคล้องกับการศึกษาของ กรแก้ว จันทภาษา⁽¹⁸⁾ ที่ศึกษาสถานการณ์การให้บริบาลเภสัชกรรมอย่างมีสมรรถนะทางวัฒนธรรมของเภสัชกร ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550 และพบว่าเภสัชกรยังขาดความตระหนักรู้และองค์ความรู้เกี่ยวกับประเด็นวัฒนธรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ในการศึกษาของวิชาชีพอื่น เช่น พยาบาล⁽²⁹⁾ ก็พบว่าแม้ในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างจะมีสมรรถนะทางวัฒนธรรมที่อยู่ในระดับสูง แต่มีติด้านการตระหนักรู้ทางวัฒนธรรมต่ำกว่าสมรรถนะด้านอื่นเช่นกัน

บทบาทการทำงานของเภสัชกรโรงพยาบาลนั้น มีโอกาสให้บริการแก่ผู้ป่วยที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรมในทุกวัน รวมถึงยังมีโอกาสเผชิญกับความหลากหลายของบุคลากรสุขภาพที่ต้องร่วมงานด้วย ในบริบทสิ่งแวดล้อมเหล่านี้ของเภสัชกรโรงพยาบาลอาจมีส่วนให้กลุ่มตัวอย่างมีความตระหนักในระดับหนึ่ง แต่ในขณะเดียวกันก็ประเมินว่าตนยังไม่สามารถเข้าใจความแตกต่างหลากหลายของวัฒนธรรมอันเป็นวิถีชีวิตของแต่ละบุคคลได้ทั้งหมด ทั้งนี้สมรรถนะมิติการตระหนักรู้ก็ยังรวมถึงการตรวจสอบความอคติของตนเองต่อวัฒนธรรมอื่นๆ และการสำรวจเชิงลึก (in-depth exploration) ถึงเบื้องหลังวัฒนธรรมตนเอง ซึ่งเป็นกระบวนการหลักที่จะนำไปสู่ความเข้าใจอย่างลึกซึ้งถึงวัฒนธรรมของตนเอง หากเภสัชกรยังไม่เข้าใจลึกซึ้งในวัฒนธรรมตนเอง ก็มีโอกาที่จะเกิดพฤติกรรมบริการที่ไม่เหมาะสมต่อผู้ใช้บริการต่างวัฒนธรรมได้

เมื่อสมรรถนะมิติการตระหนักรู้ของเภสัชกรยังอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง อาจส่งผลให้สมรรถนะมิติอื่นยังมีค่าเฉลี่ยไม่สูงมากนัก (ต่ำกว่า 3.5) ทั้งสมรรถนะด้านความรู้ ทักษะ และการเผชิญหน้าและจัดการกับประเด็นทางวัฒนธรรม และมีผลให้กลุ่มตัวอย่างต้องการพัฒนาตนเอง ค่าเฉลี่ยของระดับความปรารถนาที่จะมีสมรรถนะทางวัฒนธรรม (cultural desire) จึงอยู่ในระดับสูง ภาพรวมของระดับสมรรถนะทางวัฒนธรรมในมิติต่างๆ ของ

เภสัชกรกลุ่มตัวอย่างนี้ อาจเทียบได้กับระยะ incapacity ตามแนวคิดของเทอร์รี่ ครอสและคณะ (1989)⁽³³⁾ ซึ่งเป็นระยะที่ 2 จาก 6 ระยะของการพัฒนาสมรรถนะทางวัฒนธรรม นับเป็นจุดเริ่มต้นที่ดีมากต่อการพัฒนาสมรรถนะทางวัฒนธรรมในทุกมิติของเภสัชกรต่อไป

ครอสและคณะ เสนอว่าสมรรถนะทางวัฒนธรรมเป็นกระบวนการเรียนรู้ที่พัฒนาอย่างต่อเนื่อง (continuum) 6 ระยะ คือ 1) ระยะการทำลายวัฒนธรรม (cultural destructiveness) บุคคลคิดว่าวัฒนธรรมของตนเหนือกว่าวัฒนธรรมอื่น แบ่งแยกบุคคลที่มาจากต่างวัฒนธรรม และเหมารวมว่าคนจากพื้นเพวัฒนธรรมเดียวกันจะเหมือนกันหมด, 2) ระยะที่ไม่มีสมรรถนะทางวัฒนธรรม (cultural incapacity) มีความตระหนักว่ามีความหลากหลายของวัฒนธรรม แต่ยังไม่รู้ว่าจะปฏิบัติตนอย่างไรในการพูดคุย ซักถาม หรือให้บริการบุคคลจากต่างวัฒนธรรม มีความรู้สึกที่ตนยังไม่มีความรู้หรือทักษะที่เพียงพอ และอาจแสวงหาการอบรมเพิ่มเติม, 3) ระยะที่ไม่รู้ไม่เข้าใจเกี่ยวกับวัฒนธรรม (cultural blindness) ละเลยความสำคัญของวัฒนธรรม หรือตั้งสมมุติฐานว่าทุกคนเหมือนกันหมด, 4) ระยะก่อนการมีสมรรถนะทางวัฒนธรรม (cultural pre-competence) เริ่มเรียนรู้ความแตกต่างทางวัฒนธรรม เริ่มสอบถามผู้รับบริการถึงพื้นฐานทางวัฒนธรรม และนำประเด็นดังกล่าวไปพิจารณาร่วมในการให้บริการที่เหมาะสม, 5) ระยะมีสมรรถนะทางวัฒนธรรม (cultural competency) ประยุกต์ใช้ความรู้เกี่ยวกับความหลากหลายทางวัฒนธรรมในการปฏิบัติงานได้อย่างเหมาะสม และ 6) ระยะของการใช้สมรรถนะทางวัฒนธรรม (cultural proficiency) เห็นว่าสมรรถนะทางวัฒนธรรมเป็นส่วนสำคัญของความเป็นตัวตนและการปฏิบัติงานของตน มุ่งมั่นเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง เป็นต้นแบบและพร้อมแบ่งปันความรู้และทักษะของตนแก่ผู้อื่น⁽³³⁾ ระยะของการพัฒนาสมรรถนะทั้ง 6 ระยะนี้ ไม่มีเส้นแบ่งที่ชัดเจน ไม่ได้เป็นการพัฒนาในเชิงเส้นตรง แต่กลับไปมาระหว่างแต่ละระยะได้ และบุคคลอาจมีสมรรถนะอยู่ในหลายระยะพร้อมกันได้

ในขณะเดียวกัน

ทั้งนี้ มีประเด็นที่นักวิจัยและผู้ใช้ผลการประเมินสมรรถนะด้านวัฒนธรรมพึงตระหนัก คือ ลักษณะสมรรถนะทางวัฒนธรรมนั้น เป็นลักษณะที่ไม่ได้หยุดนิ่งตายตัว สามารถเกิดการพัฒนาและเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลาความสามารถในประเด็นวัฒนธรรมนี้จึงขึ้นอยู่กับระดับบุคคลมากกว่ากลุ่มหรือองค์กร และการหาความสัมพันธ์ในเชิงกลุ่มหรือองค์กรจึงทำได้ค่อนข้างยากและมีความแตกต่างกันไปตามลักษณะของบุคคล⁽³⁴⁾ งานวิจัยครั้งนี้ซึ่งประเมินระดับสมรรถนะทางวัฒนธรรมในช่วงเวลาหนึ่งของกลุ่มตัวอย่าง จึงไม่ได้สะท้อนว่าเภสัชกรโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขสมรรถนะทางวัฒนธรรม แต่จากข้อมูลและบริบทที่เกี่ยวข้อง อาจพิจารณาว่าเภสัชกรกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระยะเริ่มต้น และมีแนวโน้มที่จะเกิดการพัฒนาสมรรถนะจนเห็นการเปลี่ยนแปลงของสถานการณ์ในการประเมินครั้งต่อไป สิ่งที่สำคัญของการประเมิน คือ ควรให้บุคคลได้ทราบว่าตนมีสมรรถนะอยู่ในระยะใด และมีโอกาสในการพัฒนาเพิ่มเติมอีกบ้าง

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสามารถทางวัฒนธรรม เช่น เพศ (เพศหญิง)⁽²⁵⁾ อายุ (สูง)⁽²⁹⁾ ระดับการศึกษา (สูง)^(25,30) ประสบการณ์การทำงาน⁽²⁹⁾ ประสบการณ์การฝึกการอบรมด้านวัฒนธรรม⁽³⁵⁾ ภาษา (สื่อสารได้หลายภาษา)^(26,28) รายได้ (สูง)⁽²⁹⁾ สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ (ทรัพยากร เครื่องมือ อุปกรณ์ที่เพียงพอ)⁽²⁷⁾ ผู้ร่วมงาน (เก่ง อัจฉริยะดี ช่วยเหลือเกื้อกูล)⁽²⁷⁻²⁸⁾ และการรับรู้นโยบายเกี่ยวกับวัฒนธรรม ค่านิยมและเจตคติ⁽²⁹⁻³⁰⁾ ซึ่งในภาพรวม จากข้อมูลพื้นฐานของเภสัชกรกลุ่มตัวอย่าง (ตารางที่ 1 และ 2) อาจกล่าวได้ว่าส่วนใหญ่มีปัจจัยที่เอื้อต่อการมีสมรรถนะทางวัฒนธรรมที่ดีหลายปัจจัย เช่น จัดว่าเป็นกลุ่มที่มีการศึกษา มีประสบการณ์การทำงานโรงพยาบาลเกินสิบปี สื่อสารได้หลายภาษา และมีโอกาสให้ได้ปฏิสัมพันธ์กับคนต่างวัฒนธรรมในชีวิตประจำวันและการทำงาน ทั้งนี้ จากข้อสังเกตระหว่างการวิเคราะห์ข้อมูล

พบว่ามีโอกาสที่เภสัชกรโรงพยาบาลที่มีปัจจัยด้านต่างๆ แตกต่างกัน จะมีสมรรถนะทางวัฒนธรรมในแต่ละมิติแตกต่างกันได้ เช่น หากจำแนกกลุ่มตัวอย่างตามภูมิภาคของภูมิลำเนา และลักษณะการปฏิบัติงานหลัก พบว่าเภสัชกรที่มีภูมิลำเนาในภาคเหนือ และเภสัชกรที่ปฏิบัติงานทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก มีแนวโน้มจะมีสมรรถนะมิติความตระหนักรู้และมิติความปรารถนาที่จะมีสมรรถนะทางวัฒนธรรม สูงกว่ากลุ่มอื่น ในขณะที่เภสัชกรที่มีภูมิลำเนาในภาคใต้ และเภสัชกรที่ปฏิบัติงานผู้ป่วยนอกเป็นหลัก มีแนวโน้มจะมีสมรรถนะมิติความรู้และมิติทักษะสูงกว่ากลุ่มอื่น อย่างไรก็ตาม เนื่องจากการศึกษานี้ไม่ได้มีวัตถุประสงค์ในการวิเคราะห์หาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสมรรถนะทางวัฒนธรรมของเภสัชกร ผู้ที่สนใจสามารถใช้ข้อสังเกตนี้เป็นสมมติฐานสำหรับการศึกษาค้างต่อไปได้ โดยควรเก็บรวบรวมปัจจัยทางประชากรและปัจจัยที่สนใจเพิ่มเติมด้วยตนเองด้วย เนื่องจากข้อมูลด้านอัตรากำลังเภสัชกรของไทย ยังไม่มีการเก็บรวบรวมข้อมูลปัจจัยที่เกี่ยวข้องเหล่านี้ และการเข้าถึงข้อมูลพื้นฐานด้านอัตรากำลังเภสัชกรที่กระจายตามหน่วยงานต่างๆ ยังมีข้อจำกัด การพัฒนาให้มีฐานข้อมูลด้านอัตรากำลังเภสัชกรที่ครอบคลุมข้อมูลพื้นฐานต่างๆ ของลักษณะทางประชากรและข้อมูลคุณลักษณะอื่นๆ ให้ผู้สนใจเข้าถึงได้ง่าย จะเป็นประโยชน์ต่อการวิจัยด้านกำลังคนและการวางแผนพัฒนาอัตรากำลังเภสัชกรได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น โดยเฉพาะในยุคปัจจุบันที่เภสัชกรมีความชำนาญในสาขาต่างๆ มากขึ้น เช่นเดียวกับระบบยาและบริบทของระบบสุขภาพก็มีความซับซ้อนมากขึ้น การมีข้อมูลด้านสมรรถนะของกำลังคนจึงเป็นทรัพยากรที่จำเป็นอย่างยิ่งเพื่อพัฒนาระบบบริการให้ตอบสนองต่อสังคมที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว^(36,37)

การที่มีเภสัชกรกลุ่มตัวอย่างถึงร้อยละ 92.9 ไม่เคยอบรมหรือประชุมวิชาการเกี่ยวกับวัฒนธรรมมาก่อน นอกจากจะสะท้อนถึงทั้งระดับความตระหนักของปัจเจกบุคคลที่อาจไม่สูงมากนัก ยังอาจสะท้อนถึงระบบการพัฒนาสมรรถนะทางวัฒนธรรมของเภสัชกรที่ยังไม่

เพียงพอได้ด้วย ทั้งในระดับการผลิตบัณฑิตเภสัชศาสตร์และระบบสนับสนุนการพัฒนาทางวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ในระดับการผลิตบัณฑิตเภสัชศาสตร์ของไทย “สมรรถนะทางวัฒนธรรม” ไม่ถูกระบุโดยตรงในสมรรถนะร่วมของหลักสูตรเภสัชศาสตร์บัณฑิต หรือของหลักสูตรเฉพาะสาขาของสภาเภสัชกรรม รวมถึงหลักสูตรเภสัชศาสตร์บัณฑิตของมหาวิทยาลัยต่างๆ หรือในงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แต่ผนวกมากับสมรรถนะอื่นหรือแนวคิดอื่นที่สอดคล้องกัน ได้แก่ 1) สมรรถนะข้ามวัฒนธรรม (cross-cultural competency) หรือสมรรถนะระหว่างวัฒนธรรม (intercultural competency) ซึ่งเป็นหนึ่งสมรรถนะจำเป็นสำหรับการทำงานร่วมกับผู้อื่นตามแนวคิด 21st century skills⁽³⁵⁾ ที่มีถูกผูกเข้ากับสมรรถนะการสื่อสาร โดยมีหลากหลายรูปแบบ ตั้งแต่การกำหนดเป็นผลลัพธ์การเรียนรู้ของหลักสูตร (program learning outcome, PLO) อย่างชัดเจน เช่น คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์⁽³⁸⁾, กำหนดเป็นวิชาที่ต้องเรียนในกลุ่มวิชาศึกษาทั่วไปหรือวิชาด้านภาษาและวัฒนธรรม (เช่น คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา กำหนดให้หนีตปี 1 เรียนวิชาสังคมพหุวัฒนธรรมในกลุ่มวิชาศึกษาทั่วไป)⁽³⁹⁾ และการกำหนดเป็นหนึ่งในหัวข้อของรายวิชาที่เกี่ยวข้องของสถาบันส่วนใหญ่ และ 2) แนวคิดการให้บริการที่คำนึงถึงผู้รับบริการเป็นสำคัญ (patient-centered healthcare) หรือการให้บริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ (humanized healthcare) เช่น ในเกณฑ์สมรรถนะร่วมของหลักสูตรเภสัชศาสตร์บัณฑิต มิติด้านวิชาชีพ คุณธรรม จรรยาบรรณ และมิติด้านการบริหารทางเภสัชกรรมเบื้องต้นและการใช้สมุนไพรร⁽⁴⁰⁾ และหลักสูตรหรือเนื้อหาการเรียนการสอนของคณะเภสัชศาสตร์ต่างๆ

ในระดับการพัฒนาทางวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง (continuing professional development) ก็เช่นเดียวกันกับระดับการผลิตเภสัชกร ที่สมรรถนะทางวัฒนธรรมยังไม่ถูกกล่าวถึงโดยตรง แต่แทรกอยู่กับส่วนอื่น เช่น ความแวดไวทางวัฒนธรรม (cultural sensitivity)⁽⁴¹⁾ ซึ่งสำนึก

ปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีประเมินผลพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติราชการหรือสมรรถนะเพิ่มเติมเฉพาะตามลักษณะงานที่ปฏิบัติ สำหรับข้าราชการและพนักงานราชการ ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (ราชการบริหารส่วนกลาง) กำหนดความเข้าใจข้อแตกต่างทางวัฒนธรรม⁽⁴²⁾ (cultural sensitivity) เป็น 1 ใน 16 สมรรถนะเฉพาะตามลักษณะงานที่ปฏิบัติ ภายใต้ยุทธศาสตร์ 20 ปี (people excellence)⁽⁴³⁾ อย่างไรก็ตามในการกำหนดสมรรถนะเฉพาะตามลักษณะงานที่ปฏิบัติของสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่กำหนดไว้ตำแหน่งละสามสมรรถนะ⁽⁴⁴⁾ ไม่มีตำแหน่งวิชาชีพใดถูกกำหนดให้ต้องมีสมรรถนะทางวัฒนธรรมเลย ซึ่งสามสมรรถนะเฉพาะของเภสัชกรถูกกำหนดให้เป็นการมองภาพองค์รวม การดำเนินการเชิงรุก และศิลปะสื่อสารการจูงใจ แสดงให้เห็นว่าสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุขตระหนักถึงประเด็นนี้ แต่ไม่ได้ถูกนำไปประยุกต์ใช้ในการเป็นกรอบให้พัฒนาบุคลากร ในขณะเดียวกัน แม้ในมาตรฐานวิชาชีพของสมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล (ประเทศไทย) จะมีการระบุถึงคำว่า “วัฒนธรรม” แต่เป็นนัยของวัฒนธรรมองค์กรของผู้ให้บริการเพื่อความปลอดภัยของผู้รับบริการ ยังไม่ได้ครอบคลุมถึงสมรรถนะทางวัฒนธรรมระดับบุคคลของเภสัชกร⁽⁴⁵⁾ ส่วนการจัดอบรมที่เกี่ยวข้องโดยตรง มีไม่มากนัก โดยเฉพาะเมื่อเทียบกับเนื้อหาอื่นด้านเภสัชกรรมปฏิบัติ เช่น มิโมดูลในโครงการประชุมเชิงปฏิบัติการเภสัชกรรม⁽⁴⁶⁾ เรื่อง การสื่อสารข้ามวัฒนธรรมในงานด้านเภสัชกรรมปฏิบัติ โดยคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ในปี 2564 และการฝึกอบรมโดยหน่วยงานอื่นที่เน้นเรื่องวัฒนธรรมในเชิงประเพณี ชาติพันธุ์ และความต่างวัฒนธรรมในเชิงพื้นที่ และเป็นการฝึกอบรมร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อการพัฒนาความสามารถทางวัฒนธรรมในบุคลากรทางการแพทย์⁽⁴⁷⁾

หน่วยงานหลักสองแห่งในประเทศไทยที่ให้ความสำคัญกับสมรรถนะทางวัฒนธรรมกับสุขภาพ โดยมีแหล่ง

เรียนรู้และจัดอบรมที่เภสัชกรสามารถใช้เพื่อพัฒนาตนเองได้ คือ สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข และศูนย์มานุษยวิทยาสิรินธร ได้มีการเผยแพร่หนังสือเกี่ยวกับวัฒนธรรมและสุขภาพ เมื่อปี 2550 เรื่องวัฒนธรรมสุขภาพและการเยียวยา เนื้อหาเป็นแนวคิดทางสังคมและมานุษยวิทยาทางการแพทย์⁽⁴⁸⁾ ในช่วงปี 2556–2557 สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพได้จัดประชุมเชิงปฏิบัติการเกี่ยวกับสมรรถนะทางวัฒนธรรมในระบบบริการสุขภาพ หัวข้อเรื่อง แนวรบสุขภาพ: พรหมแดนวัฒนธรรมกับการรุกของทุน⁽⁴⁹⁾ และโครงการประชุมเชิงปฏิบัติการหัวข้อเรื่อง สมรรถนะทางวัฒนธรรมในระบบสุขภาพ: องค์กรความรู้สู่การวิจัยเชิงคุณภาพ⁽⁴⁷⁾ ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ช่วยปรับเปลี่ยนมิติทางวัฒนธรรมในด้านความตระหนักทางวัฒนธรรม แต่การประชุมดังกล่าวเน้นกิจกรรมกลุ่มขนาดเล็ก และไม่ได้มีการจัดกิจกรรมให้มีความต่อเนื่อง ในปี 2565 ศูนย์มานุษยวิทยาสิรินธร ได้มีการจัดกิจกรรมเชิงปฏิบัติการหัวข้อทักษะวัฒนธรรม โดยให้คนที่สนใจร่วมกันตามหาและสร้างความหมายในเรื่องการศึกษาและการเรียนรู้ที่จะอยู่ในโลกของความแตกต่างหลากหลาย โดยการเรียนรู้ผ่านการแลกเปลี่ยน ชวนคิด และร่วมทดลองออกแบบการเรียนรู้หรือการสื่อสารโดยใช้แนวคิดทักษะวัฒนธรรมไปประยุกต์บทเรียนและตัวอย่างจากต่างประเทศ มีหลายด้านที่ไทยเรียนรู้และสามารถนำมาประยุกต์ใช้ได้ เช่น Accreditation Council for Pharmacy Education (ACPE) ของสหรัฐอเมริกา กำหนดในปี ค.ศ. 2016 ให้หลักสูตรเภสัชศาสตร์ต้องสอนและประเมินสมรรถนะทางวัฒนธรรมทั้งในการบรรยายและการฝึกงาน โดยเป็นเกณฑ์ในการประเมินรับรองสถาบัน⁽⁵⁰⁾ การจัดการเรียนการสอนในหลักสูตร⁽⁵¹⁾ การพัฒนาเครื่องมือประเมินที่หลากหลายต่อการใช้งาน⁽⁵⁰⁾ การติดตามประเมินสมรรถนะผู้เรียนอย่างสม่ำเสมอ^(34,52) เช่น ก่อนและหลังเรียนในรายวิชาที่เกี่ยวข้องหรือก่อนออกฝึกประสบการณ์วิชาชีพ รวมถึงการประเมินผู้สอน⁽⁵³⁾ การมีแหล่งเรียนรู้ออนไลน์หลากหลายหัวข้อ

และหลายรูปแบบ เช่น โมดูลการฝึกอบรม การเรียนรู้แบบ e-learning และการใช้เครื่องมือช่วยในการเรียนรู้ รวมถึง การฝึกอบรมเกี่ยวกับวัฒนธรรม พบว่าสามารถเพิ่มความตระหนักรู้เกี่ยวกับวัฒนธรรมและช่วยให้การสื่อสารระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วยดีขึ้น ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญของการดูแลสุขภาพที่มีคุณภาพ⁽³³⁾

การผลักดันมิติเชิงวัฒนธรรมระดับบุคคลไปสู่กรอบสมรรถนะและเกณฑ์มาตรฐานวิชาชีพของเภสัชกรกรมไทยจะเป็นก้าวสำคัญในการพัฒนาสมรรถนะทางวัฒนธรรมของเภสัชกร ซึ่งจะมีผลต่อเรื่องอื่นๆ ในทางที่ดีขึ้น เช่น การสนับสนุนให้มีการอบรมทางวัฒนธรรม การติดตามประเมินผลการอบรมทางวัฒนธรรม การสนับสนุนการพัฒนากรอบสมรรถนะและเครื่องมือประเมิน เพื่อใช้ในการติดตามสถานการณ์เป็นระยะๆ การประกาศนโยบายที่ชัดเจนเพื่อสร้างสิ่งแวดล้อมสนับสนุนในองค์กร นับได้ว่าเป็นโอกาสที่ดีในการส่งเสริมในทางมิติวัฒนธรรม ทั้งจากค่านิยมในสังคมไทยที่เปิดกว้างในเรื่องต่างๆ มากขึ้น ประกอบกับทิศทางของธรรมเนียมสุขภาพฉบับใหม่ที่มุ่งเน้นระบบสุขภาพที่เป็นธรรม และไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง มุ่งตอบโจทย์ความมั่นคงของมนุษย์⁽⁵⁾ ผู้บริหารหรือผู้กำหนดนโยบายทั้งระดับโรงพยาบาล องค์กรสภาวิชาชีพเภสัชกรรม และกระทรวงสาธารณสุข จำเป็นที่จะต้องส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพของเภสัชกรในมิติทางวัฒนธรรม เช่น การอบรม/ประชุมวิชาการเกี่ยวกับวัฒนธรรม พัฒนาหลักสูตรเพื่อเพิ่มสมรรถนะทางวัฒนธรรม นำไปสู่การพัฒนาในมิติด้านต่างๆ โดยเฉพาะมิติการตระหนักรู้เกี่ยวกับวัฒนธรรม เพื่อประโยชน์ในการให้บริการที่เหมาะสมกับผู้ป่วยที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรมมากที่สุดต่อไป

สรุปผลการศึกษา

สมรรถนะทางวัฒนธรรมของเภสัชกรโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โดยเฉลี่ยยังอยู่ในระดับปานกลาง แม้จะมีความปรารถนาที่จะมีสมรรถนะทางวัฒนธรรมที่สูง แต่มิติการตระหนักรู้เกี่ยวกับวัฒนธรรม

มีบางปัจจัยที่ค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำ และมีสมรรถนะมีความรู้ มิติทักษะ และมิติการเผชิญหน้าและการจัดการประเด็นทางวัฒนธรรมที่ยังค่อนข้างต่ำ ดังนั้นการส่งเสริมและสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อให้เภสัชกรได้พัฒนาสมรรถนะทางวัฒนธรรมในทุกมิติจึงมีความสำคัญและควรเร่งดำเนินการ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยและผู้บริโภคที่มีความซับซ้อนทางวัฒนธรรม ในสังคมแห่งความหลากหลายเช่นปัจจุบัน

ข้อจำกัด และข้อเสนอแนะสำหรับงานวิจัยครั้งต่อไป

1. แม้ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างจะเทียบเคียงได้กับกลุ่มประชากรที่เป็นเภสัชกรโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข แต่จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถามมีจำนวนต่ำกว่าที่คำนวณได้ การแปลผลการศึกษาจึงควรทำด้วยความระมัดระวัง เพราะอาจไม่สามารถเป็นตัวแทนประชากรที่ดีได้ ทั้งนี้ อัตราการตอบกลับร้อยละ 31.26 ซึ่งใกล้เคียงเมื่อเทียบกับการสำรวจด้วยแบบสอบถามออนไลน์อื่น⁽⁵⁴⁾ เป็นผลจากการติดตามอย่างน้อย 2 ครั้ง ร่วมกับการสุ่มตัวอย่างเพิ่มในกรณีที่ไม่สามารถติดตามแบบสอบถาม ในการศึกษาครั้งต่อไป หากใช้แบบประเมินสมรรถนะแบบออนไลน์เพื่อความสะดวกของผู้ประเมิน อาจมีการติดตามที่เพิ่มมากขึ้นในกรณีที่อัตราการตอบกลับยังไม่มากพอ เพิ่มกระบวนการแจ้งเตือนด้วยวิธีต่างๆ ล่วงหน้าก่อนถึงกำหนดเวลาการตอบแบบประเมิน และพิจารณาการให้สิ่งจูงใจในการทำแบบประเมิน เป็นต้น การมีกลุ่มตัวอย่างที่มากเพียงพอ ร่วมกับการมีข้อมูลลักษณะปัจจัยที่เกี่ยวข้องของกลุ่มตัวอย่าง จะเอื้อให้ผู้สนใจสามารถวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยและสมรรถนะทางวัฒนธรรมของเภสัชกรได้ด้วย

2. สถานการณ์ของสมรรถนะทางวัฒนธรรมในการศึกษาครั้งนี้เป็นสมรรถนะทางวัฒนธรรมของเภสัชกรโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ณ เวลาที่ได้ทำการสำรวจ (เดือนมีนาคม - สิงหาคม พ.ศ. 2564) ซึ่งในอนาคตระดับของสมรรถนะทางวัฒนธรรมของ

เภสัชกรอาจจะมีการเปลี่ยนแปลงได้ อย่างไรก็ตาม ข้อมูลนี้เป็นข้อมูลพื้นฐานที่สามารถนำไปอภิปรายเปรียบเทียบกับ การสำรวจในอนาคตได้

3. เภสัชกรกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 51.5 ทำงานใน เขตภาคเหนือ ซึ่งอาจสะท้อนได้ว่าภาคเหนือเป็นภูมิภาค ที่เภสัชกรมีโอกาสได้ทำงานบนความหลากหลายทาง วัฒนธรรมที่ค่อนข้างสูง เภสัชกรกลุ่มตัวอย่างจึงมีการเข้า ถึงและสนใจในประเด็นสมรรถนะทางวัฒนธรรมได้ง่าย และ อาจมาจากหลายสาเหตุ เช่น โอกาสในการติดตามการตอบ กลัฟที่มากกว่าภูมิภาคอื่น ทั้งนี้เพื่อให้งานวิจัยสามารถเป็น ตัวแทนประชากรที่ดี งานวิจัยในอนาคตควรมีการกระจาย ของกลุ่มตัวอย่างที่ครอบคลุมทุกภูมิภาคต่อไป

4. เภสัชกรกลุ่มตัวอย่างไม่ครอบคลุมเภสัชกรโรง พยาบาลในหน่วยงานอื่นทั้งภาครัฐและเอกชน และไม่ ครอบคลุมเภสัชกรโรงพยาบาลที่อยู่ในกรุงเทพมหานคร ซึ่งอาจมีบริบทและมีสมรรถนะทางวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน การศึกษาเพิ่มเติมในเภสัชกรโรงพยาบาลสังกัดอื่น รวมถึง เภสัชกรที่ปฏิบัติงานในสาขาอื่นๆ เช่น เภสัชกรร้านยา เภสัชกรอุตสาหกรรม และผู้แทนยา จะช่วยให้เกิดความ เข้าใจต่อสถานการณ์ของสมรรถนะทางวัฒนธรรมของ เภสัชกรในภาพรวมได้ชัดเจนยิ่งขึ้น อันจะเป็นประโยชน์ต่อ การวางแผนพัฒนาสมรรถนะทางวัฒนธรรมของเภสัชกรที่ เหมาะสมต่อไป

5. แบบประเมินสมรรถนะทางวัฒนธรรมของเภสัชกร ไทย (Thai Pharmacists' Cultural Competency Self-Assessment Scale: TPCCS) ได้รับการพัฒนาและ ตรวจสอบคุณภาพมาแล้ว แต่มีจำนวนข้อคำถามที่มาก อาจส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างล่าและกระทบต่อความถูกต้อง ในการทำแบบประเมินได้ ในระดับสากล ยังมีเครื่องมือ ประเมินสมรรถนะทางวัฒนธรรมหลายเครื่องมือ และบาง เครื่องมือมีจำนวนข้อคำถามไม่มาก ผู้สนใจอาจพิจารณา เลือกใช้แบบประเมินอื่นในการศึกษาครั้งต่อไปได้ อย่างไรก็ตาม แบบประเมินที่มีจำนวนข้อคำถามน้อยก็มีข้อจำกัด

ของความครบถ้วนในมิติที่ประเมิน และยังไม่มีความประเมิน เฉพาะอื่นสำหรับเภสัชกรที่เป็นภาษาไทย การพิจารณา เลือกใช้เครื่องมือใดเครื่องมือหนึ่ง ควรพิจารณาถึงบริบท ของกลุ่มตัวอย่าง และวัตถุประสงค์ของการประเมิน แล้ว เลือกให้เหมาะสมกับการนำไปใช้ นอกจากนี้ การให้กลุ่ม ตัวอย่างตอบแบบประเมินด้วยตนเอง เช่น แบบประเมิน ออนไลน์ดังในการศึกษานี้ อาจพิจารณาเพิ่มเติมคำชี้แจง และคำอธิบายศัพท์ที่ไม่เป็นที่คุ้นชิน เพื่อให้มั่นใจว่ากลุ่ม ตัวอย่างจะเข้าใจและประเมินสมรรถนะของตนได้อย่างถูก ต้องและน่าเชื่อถือ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. สมรรถนะทางวัฒนธรรมเป็นสิ่งที่บุคลากรสุขภาพ ให้ความสนใจมากขึ้นและจำเป็นต้องพัฒนาสมรรถนะด้าน นี้อย่างต่อเนื่อง เนื่องจากความหลากหลายทางวัฒนธรรม และปัญหาสุขภาพที่ไม่สามารถแก้ไขได้ด้วยองค์ความ รู้ทางวิทยาศาสตร์เพียงอย่างเดียว เภสัชกรยังขาดการ เปิดมุมมองในมิติทางวัฒนธรรมทำให้ส่งผลต่อการพัฒนา สมรรถนะทางวัฒนธรรมที่ดีขึ้นได้ การปรับกระบวนการ วิคิด ของเภสัชกรให้เปิดใจยอมรับและเข้าใจในความต่างทาง วัฒนธรรมของผู้รับบริการ จะสามารถสร้างระบบบริการ สุขภาพที่ตอบสนองต่อความต่างทางวัฒนธรรม อย่างมี คุณภาพ ทั้งถึง และเท่าเทียมได้

2. ผู้รับผิดชอบด้านการบริหารทรัพยากรบุคคลใน โรงพยาบาล สภาเภสัชกรรม องค์กรวิชาชีพเภสัชกรรม และกระทรวงสาธารณสุข สามารถนำผลการประเมินนี้ไป ใช้เพื่อดูสถานการณ์ว่าเภสัชกรมีสมรรถนะทางวัฒนธรรม เป็นอย่างไร มีประเด็นใดที่จำเป็นต้องได้รับการพัฒนาส่งเสริมให้ดีขึ้น อาจเริ่มต้นจากผลการศึกษาค้นคว้าที่พบว่ามี ความตระหนักรู้ทางวัฒนธรรมของเภสัชกรยังอยู่ในระดับ ต่ำ ควรส่งเสริมและพัฒนาในมิติด้านความตระหนักรู้ทาง วัฒนธรรมดังกล่าวมากขึ้น เพื่อให้เภสัชกรเปิดใจและเปิด มุมมองทางด้านวัฒนธรรม สามารถเข้าใจและยอมรับความ

แตกต่างทางวัฒนธรรมของผู้รับบริการให้ได้มากที่สุด การพัฒนาส่งเสริมให้มีติดดังกล่าวนี้ให้มีระดับที่ดีขึ้น ย่อมส่งผลให้มิติอื่นๆ มีเกณฑ์ที่ดีขึ้นตามไปด้วย

3. ผู้บริหารหรือผู้กำหนดนโยบายทั้งระดับโรงพยาบาล สภาเภสัชกรรม องค์กรวิชาชีพ และกระทรวงสาธารณสุข ควรผลักดันมิติเชิงวัฒนธรรมระดับบุคคลไปสู่กรอบสมรรถนะและเกณฑ์มาตรฐานวิชาชีพของเภสัชกรรมไทย ซึ่งถือเป็นก้าวสำคัญในการพัฒนาสมรรถนะทางวัฒนธรรมของเภสัชกร ทั้งนี้จะมีส่วนช่วยในการสนับสนุนให้เกิดการพัฒนาศักยภาพของเภสัชกรในมิติทางวัฒนธรรม เช่น การส่งเสริมให้มีการอบรม/ประชุมวิชาการเกี่ยวกับวัฒนธรรม การสนับสนุนการพัฒนากรอบสมรรถนะและเครื่องมือประเมินเพื่อใช้ในการติดตามสถานการณ์เป็นระยะอย่างต่อเนื่อง การพัฒนาหลักสูตรเพื่อเพิ่มสมรรถนะทางวัฒนธรรม เช่น โมดูลการพัฒนาสมรรถนะทางวัฒนธรรม และ e-learning

4. การพัฒนาหลักสูตรเภสัชศาสตรบัณฑิตให้มีการจัดการเรียนการสอนที่เกี่ยวข้องกับวัฒนธรรมสุขภาพ และสมรรถนะทางวัฒนธรรมให้เพิ่มมากขึ้น จะช่วยให้นักศึกษามีองค์ความรู้ทางด้านมิติวัฒนธรรมที่มากขึ้น เพื่อมุ่งเน้นให้เกิดการให้บริการอย่างมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ซึ่งสิ่งสำคัญคือการเคารพในตัวของผู้ป่วย เคารพในสิ่งที่เขาสนใจ เคารพในความต่างทางวัฒนธรรม และเคารพในความต้องการของผู้ป่วย ซึ่งนำไปสู่การพัฒนาสมรรถนะทางวัฒนธรรมที่ดีขึ้นต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้เชี่ยวชาญและเภสัชกรโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขทุกท่านที่มีส่วนร่วมในการศึกษาครั้งนี้ และขอขอบคุณคณะเภสัชศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ที่สนับสนุนทุนในการดำเนินงานวิจัยครั้งนี้

References

1. Kleinman A, Eisenberg L, Good B. Culture, illness and care. Clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research. *Annals of Internal Medicine*. 1978;88(2):251-8.
2. Conrad P, Barker KK. The social construction of illness: key insights and policy implications. *Journal of Health and Social Behavior*. 2010;51(1):67-79.
3. Turner BS. Encounters with aging: mythologies of menopause in Japan and North America by Margaret Lock. *Body & Society*. 1996;2(3):141-2.
4. Bureau of Social and Health Research. Local knowledge, culture, health and ASEAN society. Nonthaburi: Health Systems Research Institute; 2013. (in Thai)
5. The National Health Commission Office. Statute on the National Health System, No. 3, the compass determining the future of the countrys health policy-strategy. [Internet]. [accessed 2022 Dec 30]. Available from: https://www.nationalhealth.or.th/sites/default/files/upload_files/Thamnoon20Dec2022.pdf. (in Thai)
6. Wassana K. Health paradigms and cultural ecology: domains of holistic health care among ethnic groups. Surin: Surin Rajabhat University Press; 2008. (in Thai)
7. American College of Clinical Pharmacy, O'Connell MB, Korner EJ, Rickles NM, Sias JJ. Cultural competence in health care and its implications for pharmacy: part 1. overview of key concepts in multicultural health care. *American College of Clinical Pharmacy*. 2007;27(7):1062-79.
8. Campinha-Bacote J. The process of cultural competence in the delivery of health care services: a model of care. *Journal of Transcultural Nursing*. 2002;13(3):181-4.
9. Candel-Mora M. Attitudes towards intercultural communicative competence of English for specific purposes students. *Procedia Social and Behavioral Sciences*. 2015;178:26-31.
10. Hoffman E, Verdooren A. Diversity competence: cultures don't meet, people do. Wallingford: Centre for Agriculture and Biosciences International; 2019.
11. Purnell L. The Purnell Model for cultural competence. *Journal of Multicultural Nursing & Health*. 2005;11(2):7-15.
12. O'Connell M, Rickles N, Sias J, Korner E. Part 2. Emphasis on pharmacy systems and practice: cultural competency in health care and its implications for pharmacy. *American College of Clinical Pharmacy*. 2009;29(3):14-34.
13. Phusomta J, Krairiksh M. Cultural competency of professional nurses in hospitals affiliated with centers Ministry of Health Northeast. *Journal of Nursing and Health Care*.

- 2019;37(2):113-22. (in Thai)
14. Leekamnerdthai M, Cheevakasemsook A. Cultural competence of professional nurses at Pathumthani Hospital. *Journal of Health Science Research of Health Science Research*. 2015;9(2):32-8. (in Thai)
 15. Jirarode A. Study of cultural competency of lecturers and students in Faculty of Nursing, Thammasat University. *Thai Science and Technology Journal*. 2015:1006-22. (in Thai)
 16. Ruangdej K, Chaosuansreecharoen P, Rodkhem R, Ochao-pawon K. Effectiveness of community-based learning on cultural competence among first year Thai traditional medicine students. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health*. 2013;22(3):12-25. (in Thai)
 17. Chamnan K, Ruenstragul A. The scales development and analysis of teachers' cultural competencies. *An Online Journal of Education*. 2014;9(2):534-48. (in Thai)
 18. Chanthapasa K. The situation analysis of cultural competency of pharmacist on pharmaceutical care services. Bangkok: Ministry of Science and Technology; 2007. (in Thai)
 19. Khamkaew S. Development of competency appraisal form for pharmacist at Chonburi Hospital (Master of Public Administration). Chonburi: Burapha University; 2015. (in Thai)
 20. Chuwijitra L, Boonsamai W, Tonput P. Factors affecting cross-cultural adaptation of international graduate students in the Faculty of Pharmaceutical Sciences, Chulalongkorn University. *Mahidol R2R e-Journal*. 2018;5(2):83-94. (in Thai)
 21. Srimarut T, Mekhum W. The relationship between cross-cultural competency and employee performance in the organization: a case of Thailand's pharmaceutical industry. *Systematic Reviews in Pharmacy*. 2020;11(2):595-602. (in Thai)
 22. Aunkaew A, Suwannaprom P, Suttajit S. The development of a cultural competency scale for pharmacists. *Thai Journal of Pharmaceutical Sciences*. 2022;46(6):747-58.
 23. Strategy and Planning Division, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health, Thailand. Health resources geographic information system. [Internet]. [accessed 2020 Jan 26]. Available from: <http://gishealth.moph.go.th/healthmap/gmap.php>. (in Thai)
 24. Yamane T. *Statistics: an introductory analysis*. 3rd ed. New York: HarperCollins Publishers; 1973.
 25. Hee KD, Eun KS. Cultural competence and factors influencing cultural competence in nursing students. *Journal of Korean Academy of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2013;22(3):159-68.
 26. Okoro ON, Odedina FT, Reams RR, Smith WT. Clinical cultural competency and knowledge of health disparities among pharmacy students. *American Journal of Pharmaceutical Education*. 2012;76(3):1-9.
 27. Chanrat P, Champamon A. Factors influencing cross-cultural nursing competency of registered nurses working at Srinagarind Hospital, Khon Kaen University. *Journal of Nursing and Health Care*. 2018;36(3):23-32. (in Thai)
 28. Yuwattana P, Chaosin K. Relationship between personal factors, work environment, change leadership of head nurses and cross-cultural nursing competency of professional nurses in private hospitals, Bangkok. *Journal of the Royal Thai Army Nursing*. 2017;18:175-84. (in Thai)
 29. Khaengsarikit S. Factors predicting cultural competency of registered nurses. *Eastern Asia University Academic Journal Science and Technology*. 2015;9(2):99-110. (in Thai)
 30. Cholcharoen H, Kongwattananon P, Thongbai W. Factors related to cross-cultural nursing competency of community practitioner nurses in caring for Muslim patients. *Faculty of Nursing Journal Burapha University*. 2018;26(1):69-78. (in Thai)
 31. Rattanamanee N, Phasunon P. Response rate in quantitative research. *Journal of Humanities and Social Sciences Thonburi University*. 2562;13(3):181-8. (in Thai)
 32. Draugalis JR, Coons SJ, Plaza CM. Best practices for survey research reports: a synopsis for authors and reviewers. *American Journal of Pharmaceutical Education*. 2008;72(1):11.
 33. Cross T. Cultural competence continuum. *Journal of Child and Youth Care Work*. 2012;24:83-5.
 34. Echeverri M, Unni E, Harpe SE, Kavookjian J, Alkhateeb F, Ekong G, et al. A multi-school validation of a revised scale for assessing cultural competence in pharmacy students. *American Journal of Pharmaceutical Education*. 2019;83(3):412-21.
 35. Partnership for 21st century learning a network of battelle for kids. *Framework for 21st century learning definitions*. Ohio: Columbus Office; 2019.
 36. Suttajit S, Suwannaprom P, Eakanunkul S. On account of manpower: pharmacy workforce in the complexity of health-care system. 2nd edition. Chiang Mai: Center for Community Drug System Research and Development, Faculty of Pharmacy, Chiang Mai University; 2018. ISBN 978-616-398-336-7. (in Thai)
 37. Srisuphan V, Suwannaprom P, Suttajit S, Plodpai P, Prapaso N, Anuratpanich L, et al. Chapter 11 Health workforce in drug systems. In: Chokwiwat W, Tantivess S, Jamniandamrongkarn S, editors. *Thai drug system 2020*. Nonthaburi: Health Systems Research Institute; 2020. p 506-63. (in Thai)
 38. Faculty of Pharmacy, Prince of Songkla University. Bachelor of Pharmacy Program in Pharmaceutical Care, Revised



- curriculum 2020. Hat Yai: Faculty of Pharmacy, Prince of Songkla University; 2020. (in Thai)
39. Faculty of Pharmacy, University of Phayao. Bachelor of Pharmacy Program, Doctor of Pharmacy Program in Pharmaceutical Care, Revised curriculum 2019. Phayao: Faculty of Pharmacy, University of Phayao; 2019. (in Thai)
40. Pharmacy Council of Thailand. Pharmacy Council Announcement No. 18/2012 Professional core competency of Doctor of Pharmacy Program. Nonthaburi: Pharmacy Council of Thailand; 2012. (in Thai)
41. Waree S. Anthropology and cultural competence: Sirindhorn Anthropology Center. [Internet]. [accessed 2020 Jun 2]. Available from: <https://www.sac.or.th/portal/th/article/detail/289>. (in Thai)
42. Office of the Civil Service Commission. Handbook on the determination of competence in the civil service: a handbook of specific competencies according to the job responsibilities. Nonthaburi: Office of the Civil Service Commission 2010. (in Thai)
43. Pokpermddee P. Twenty-year national strategic plan for public health 2018-2037. *Journal of Health Science*. 2020;29(1):173-86. (in Thai)
44. Division of Health Economics and Health Security Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. Specific competencies according to the job responsibilities (additions) for each position, 3 competencies for bureaucrat and government employees under the Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health (Central administration and central administration with offices located in the region). Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2019. (in Thai)
45. Hospital Pharmacy Association (Thailand). Hospital pharmacy professional standards 2012-2018. Bangkok: Hospital Pharmacy Association (Thailand); 2018. (in Thai)
46. Faculty of Pharmacy, Khon Kaen University. Pharmacy workshop module No. 15/2021: effective cross-cultural communication in pharmacy practice 2021. [Internet]. [accessed 2020 Jun 2]. Available from: https://pharm.kku.ac/en/psthai/index.php/newsmanager/pharm_news/809. (in Thai)
47. Bureau of Social and Health Research. Cultural competence in health systems: knowledge into qualitative research. Workshop Project Cultural competence in health systems by Health Systems Research Institute (HSRI); 2013 Nov 18-21; Nonthaburi, Thailand. Nonthaburi: Suksala Publishing House; 2013. (in Thai)
48. Muksong C. Culture, health and healing: social concepts and medical anthropology. Nonthaburi: Office of Social and Health Research; 2007. (in Thai)
49. Office of Social and Health Research. Social and Health Workshop “Frontiers of health: cultural borders and the dominance of capital”. Nonthaburi: Office of Social and Health Research; 2013. (in Thai)
50. Medina MS, Maerten-Rivera J, Zhao Y, Henson B. A systematic review of assessment tools measuring cultural competence outcomes relevant to pharmacy education. *American Journal of Pharmaceutical Education*. 2022;86(3):207-16.
51. Patel I, Gadwal T, Shrestha S, Khieri S, Miller MK, Guy JW, et al. Cultural competency education in pharmacy curricula-need and implementation. *Indian Journal of Pharmacy Practice*. 2020;13(2):97-112.
52. Echeverri M, Brookover C, Kennedy K. Assessing pharmacy students’ self-perception of cultural competence. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*. 2013;24(10):64.
53. Mukhalalati B, Shahrour Ma, Rabie S, Awaisu A, Elshami S, Alali F. Cultural awareness and competence of pharmacy educators and learners from the perspective of pharmacy students at Qatar University: a mixed-methods approach. *Plos One*. 2020;15(12):e0243095.
54. Yingkitwivat R, Prapaso N, Boonyarit P. Situations of drug system management and opportunities for improvement, a survey of public hospitals and provincial public health offices under the Ministry of Public Health. *Thai Journal of Clinical Pharmacy*. 2022;28(1)27-41. (in Thai)