

บทที่ 2

การทบทวนวรรณกรรม

ในการพัฒนาแบบวัดสำหรับประเมินความไว้วางใจของผู้รับบริการที่มีต่อวิชาชีพ เกสัชกรชุมชนที่มีความตรงและเที่ยง การทบทวนวรรณกรรมมีความสำคัญอย่างยิ่ง โดยจะเป็นแนวทางในการพัฒนาแบบวัดและการวิจัยให้ เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ เนื้อหาในบทนี้ ประกอบด้วย ความหมายและรูปแบบการปฏิบัติงาน เกสัชกรชุมชน การประเมินความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยหรือผู้รับบริการกับ เกสัชกร คำนิยามของความไว้วางใจ (trust) ซึ่งจะรวมไปถึงการพัฒนาแบบประเมินความไว้วางใจ ตัวแปรที่สัมพันธ์กับความไว้วางใจ ประโยชน์ของการศึกษาความไว้วางใจ การประยุกต์ใช้กับบริบทของ เกสัชกร และสุดท้ายจะเป็นขั้นตอนในการพัฒนาแบบวัดในการประเมินทางจิตวิทยา

ความหมายและรูปแบบการปฏิบัติงาน เกสัชกรชุมชน

เกสัชกรชุมชน หมายถึง ผู้ที่ปฏิบัติหน้าที่ในร้านยา เพื่อให้บริการส่งมอบยา และให้คำแนะนำต่าง ๆ (วิษณุ ทรัพย์วิบูลย์ชัย, 2546) งานเภสัชกรรมชุมชนเป็นงานที่มีองค์ประกอบหลักแบ่งเป็น 2 ส่วนใหญ่ ๆ คือ professional หรือ fiduciary relationship และ business type หรือ pecuniary relationship ในแง่ของ professional หรือ fiduciary relationship คือการปฏิบัติงานที่ตั้งอยู่บนรากฐานของความเป็นวิชาชีพ คืองานบริการเป็นงานที่มีความสำคัญและประชาชนให้คุณค่า เช่น การรักษาโรคภัยไข้เจ็บให้แก่ประชาชน เป็นที่พึ่งเมื่อยามเจ็บไข้ ถือเป็นงานบริการที่มีคุณค่าและเป็นประโยชน์ต่อสังคม ในส่วนของ business type หรือ pecuniary relationship จะตั้งอยู่บนรากฐานของการให้บริการแก่ผู้รับบริการ เพื่อสร้างความพึงพอใจให้ลูกค้า โดยมีค่าตอบแทน (รุ่งเพชร เจริญวิสุทธีวงศ์, 2538)

การปฏิบัติงานของเภสัชกรชุมชนในประเทศไทยได้รับโอกาสอย่างกว้างขวางตามกฎหมายที่ให้เภสัชกรชุมชนมีอำนาจในการสั่งจ่ายยาหมวดยาอันตรายทั้งหมด และยังรวมถึงยาเสพติดให้โทษประเภท 3 และวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทบางส่วน อำนาจดังกล่าวมีมากกว่าเภสัชกรชุมชนในประเทศต่าง ๆ ที่มีการกำหนดอำนาจการสั่งจ่ายยา เกสัชกรชุมชนในประเทศไทยจึงสามารถเข้าถึงประชาชน และมีการเรียกหาจากความต้องการของผู้มาใช้บริการเอง เกสัชกรมีโอกาสดูแลสุขภาพเรื่องยาอย่างเต็มที่ในร้านยา ดังนั้นในการพัฒนาบทบาทของเภสัชกรในร้านยา

เมื่อเทียบกับต่างประเทศแล้ว โอกาสของเภสัชกรในการพัฒนาเพื่อให้ประชาชนเข้าใจถึงความสำคัญของงานบริการและเห็นประโยชน์และคุณค่าของการมีเภสัชกรจึงเปิดกว้างกว่าในต่างประเทศ (รุ่งเพชร เจริญวิสุทธิวงศ์, 2538) ปัจจุบันรูปแบบการทำงานของเภสัชกรชุมชนได้มีระบบแบบแผนมากขึ้น โดยสภาเภสัชกรรม ได้ประกาศใช้มาตรฐานร้านยา ในโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพร้านยาปี พ.ศ. 2546 ซึ่งกำหนดไว้เป็นมาตรฐานของการบริการเภสัชกรรมที่ดี โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการให้บริการเภสัชกรรมบนพื้นฐานมาตรฐานวิชาชีพเภสัชกรรมอย่างมีคุณภาพ และก่อให้เกิดความพึงพอใจเกินความคาดหวังของผู้รับบริการ ไม่ว่าจะเป็นด้านการบริหารเวชภัณฑ์ การเลือกสรรยา และผลิตภัณฑ์สุขภาพที่นำมาจำหน่าย การเก็บรักษา การมีบัญชีควบคุมและกำกับยาหมดอายุ การมีระบบควบคุมยาเสพติดให้โทษ วัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท และยาควบคุมพิเศษอื่น ๆ ที่รัดกุมและสามารถตรวจสอบได้ตลอดเวลา รวมถึงแนวทางการให้บริการทางเภสัชกรรม มีการส่งเสริมให้มีการใช้ยาอย่างเหมาะสม เช่น การไม่จำหน่ายยาชุด การซักถามอาการ ประวัติการใช้ยา รวมถึงศึกษาจากแฟ้มประวัติการใช้ยา (ถ้ามี) ก่อนการส่งมอบยาทุกครั้ง เพื่อให้เหมาะสมกับผู้ป่วยเฉพาะรายตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วย ติดตามผลการใช้ยาในผู้ป่วย ปรับปรุงและแนะนำกระบวนการใช้ยาตามหลักวิชาและภายใต้ขอบเขตของจรรยาบรรณ ทั้งนี้เพื่อมุ่งให้ผลการใช้ยาเกิดขึ้นโดยสูงสุด

แนวทางการให้บริการทางเภสัชกรรมในมาตรฐานร้านยาดังกล่าว เป็นการระบุหน้าที่เบื้องต้น เพื่อให้มีการดูแลเพิ่มขึ้นจากภาพที่เห็นโดยทั่วไป บทบาทต่าง ๆ ที่กำหนดขึ้นเป็นลักษณะอุดมคติ ในปัจจุบันความเป็นวิชาชีพของเภสัชกรชุมชน ยังถูกท้าทายจากระบบการค้า การทำธุรกิจที่แข่งขันกันในเรื่องราคามากกว่าในด้านบริการ ความเป็นอุดมคติจึงถูกกลดทอนลงเช่นเดียวกับจรรยาบรรณวิชาชีพ และกฎหมายที่ถูกสืม หากเภสัชกรจะยืนยันความเป็นวิชาชีพ คงไม่ใช่ด้วยใบประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม แต่ด้วยการปฏิบัติด้วยความเข้าใจความต่างของอาชีพกับวิชาชีพ ที่ต้องมีความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ในลักษณะเป็น ไปด้วยความไว้วางใจ (อภิฤดี همهจุกา, 2547) คุณภาพของความสัมพันธ์ดังกล่าวจะส่งผลต่อประสิทธิภาพในการรักษาพยาบาลได้ ทั้งในด้านการให้ความร่วมมือในการรักษา และการปฏิบัติตามคำแนะนำ (Hoglund et al., 2004) ซึ่งเป็นสิ่งที่จำเป็นและกำลังได้รับการสนใจมากในปัจจุบัน

การประเมินความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยหรือผู้รับบริการกับเภสัชกร

ในบริบทของเภสัชกรรมนั้นพบว่า การประเมินความสัมพันธ์ของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการกับเภสัชกรนั้นส่วนใหญ่จะเป็นการประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการให้บริการเภสัชกรรม ซึ่ง ให้ความสนใจอยู่ที่โครงสร้าง หมายถึงสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ ความสะดวกสบายและความสามารถในการเข้าถึงบริการ และในด้านกระบวนการ ได้แก่ทักษะในทางมนุษยสัมพันธ์ของผู้ให้บริการ การประสานงาน เช่น การรับบริการจัดยาตามใบสั่งยา มากกว่าที่จะให้ความสนใจกับผลที่ได้ของการให้บริการเภสัชกรรม ดังในการศึกษาของ Gagnon (1977) และการศึกษาของ Baldwin และคณะ (1979) เกี่ยวกับความพึงพอใจจากการดูแลของเภสัชกร ซึ่งเป็นช่วงก่อนที่ Hepler และ Strand จะบัญญัติศัพท์การบริหารเภสัชกรรมขึ้น จึงอาจเป็นไปได้ว่านักวิจัยก่อนหน้านี้ อาจจะยังไม่มีการอบแนวคิดของการบริหารเภสัชกรรม ซึ่งเห็นได้จากการที่ไม่ได้ศึกษาความพึงพอใจต่อผลลัพธ์การรักษา (Gourley et al., 2001)

MacKeigan และ Larson (1989) ได้พัฒนาแบบวัดประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการบริการเภสัชกรชุมชนขึ้น โดยประยุกต์จากแบบวัดของ Ware และคณะ (1983) แบบวัดประกอบด้วยคำถาม 44 คำถาม ผู้วิจัยทำการประเมิน 3 ครั้งในกลุ่มตัวอย่าง 30, 313 และ 489 คน ตามลำดับ พบว่าความพึงพอใจของผู้ป่วยที่มีต่อเภสัชกรสามารถจำแนกเป็น 8 มิติคือ การอธิบาย การตัดสินใจ ความสามารถ ด้านการเงิน การเข้าถึงบริการ ความพอเพียงของยา ความสะดวกในการซื้อยาที่ไม่ต้องใช้ใบสั่งยา (over-the-counter drug) และคุณภาพของยา

Larson และ MacKeigan (1994) ได้ใช้แบบวัดของคนในอุดมคติ สัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างทางโทรศัพท์ 180 คน เพื่อประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการบริการของเภสัชกรชุมชน และเพื่อทดสอบผลที่ได้จากการจัดทำโครงการให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุโดยเภสัชกร ผู้วิจัยเปรียบเทียบคะแนนความพึงพอใจที่ประเมินได้ระหว่างผู้ป่วยที่มีสิทธิการรักษาพยาบาลต่าง ๆ พบว่าผู้ป่วยที่จ่ายเงินเองมีความพึงพอใจน้อยกว่ากลุ่มที่ใช้สิทธิประกันสุขภาพของรัฐบาล (Medicaid) แบบประเมินใหม่นี้ประกอบด้วยคำถาม 33 ข้อ แบ่งได้เป็น 7 มิติคือ การอธิบาย การตัดสินใจ ความสามารถ ด้านการเงิน การเข้าถึงบริการ ความพอเพียงของยา และความพึงพอใจโดยทั่วไป

Larson และคณะ (2002) ประยุกต์แบบสอบถามของ Larson และ MacKeigan (1994) เพื่อประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการบริหารเภสัชกรรมของเภสัชกรชุมชนเทียบกับความพึงพอใจจากการใช้บริการแบบเดิม แบบสอบถามประกอบด้วยคำถาม 20 ข้อ จำแนกเป็น 2 มิติ คือ ความเป็นมิตรในการอธิบายและ การดูแลรักษาผู้ป่วยซึ่งมิตินี้จะมีเนื้อหาสอดคล้องกับการบริหาร

เภสัชกรรม ทดสอบแบบวัดในกลุ่มตัวอย่าง 428 คน ได้ค่าความเที่ยง (Cronbach' s alpha coefficient) ในแต่ละมิติ เท่ากับ 0.962 และ 0.957 ตามลำดับ และมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง 2 มิติ เป็น 0.873

สำหรับประเทศไทย ได้มีการศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วยที่มีต่อเภสัชกรเช่นกัน โดยในปี 2544 แสวง วัชรชนกิจและคณะ ได้พัฒนาแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยต่องานบริการเภสัชกรรมผู้ป่วยนอก โดยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามของ Larson และ MacKeigan (1994) แบบวัดประกอบด้วยคำถาม 12 ข้อ พบว่าความพึงพอใจของผู้ป่วยที่มีต่อเภสัชกรสามารถจำแนกเป็น เป็น 5 ด้าน ได้แก่ การให้คำแนะนำ สถานที่ปฏิบัติงาน การปฏิบัติตัวของเจ้าหน้าที่ต่อผู้ป่วย ความเชื่อมั่นในการให้บริการ และเวลาในการรอรับยา ผู้วิจัยเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยที่มาใช้บริการ 257 คน ที่เลือกมาโดยวิธีการเลือกแบบตามความสะดวก ผลการศึกษาพบว่าแบบสอบถามที่ได้มีความเที่ยงค่าในด้านสถานที่และด้านความเชื่อมั่นในการให้บริการ และมีความเที่ยงในระดับปานกลางในด้านการให้คำแนะนำและด้านการปฏิบัติตัวของเจ้าหน้าที่ต่อผู้ป่วย

ปิยวรรณ ภูมิแดนดิน (2548) ได้พัฒนาแบบวัดการประเมินความพึงพอใจต่องานบริการเภสัชกรรมของผู้มารับบริการ และศึกษาหาปัจจัยต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยและบุคลากรที่เกี่ยวข้องคิดว่ามีความสำคัญ ที่จะทำให้ผู้มารับบริการ ที่งานบริการเภสัชกรรมผู้ป่วยนอกของทั้งสองโรงพยาบาลที่ศึกษา เกิดความพึงพอใจมากที่สุด รวมทั้งเปรียบเทียบความพึงพอใจของผู้มารับบริการระหว่างโรงพยาบาลภาครัฐกับโรงพยาบาลภาคเอกชน ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แบบวัดของ Larson และ MacKeigan (1994) ประกอบด้วยคำถาม 29 ข้อ จำแนกเป็น 5 ด้าน ได้แก่ การให้คำอธิบาย ศิลปะการให้บริการ ทักษะการให้บริการ สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ และผลลัพธ์ที่ได้จากการให้บริการ โดยผู้วิจัยสัมภาษณ์ตัวอย่างจากโรงพยาบาลละ 150 คน พบว่าความพึงพอใจต่อการใช้บริการของงานเภสัชกรรมผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลเอกชน (คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 55.3) มีสูงกว่าโรงพยาบาลของรัฐ (คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 50.8)

ศุภกิจ วงศ์วิวัฒนุกิจและคณะ (2548) ได้สร้างแบบวัดเพื่อใช้ประเมินความพึงพอใจของผู้มารับบริการในร้านยา โดยอ้างอิงกรอบแนวคิดจากมาตรฐานร้านยาเป็นเกณฑ์ในการสร้างแบบวัด ประกอบด้วยคำถาม 47 ข้อ จำแนกเป็น 3 ด้านคือความพึงพอใจต่อสถานที่และสิ่งสนับสนุนบริการ ความพึงพอใจต่อการให้บริการเภสัชกรรมและการบริหารจัดการ ความพึงพอใจต่อยาและเวชภัณฑ์ที่ได้รับ ผู้วิจัยทดสอบแบบวัดในกลุ่มตัวอย่างที่มาใช้บริการร้านยาที่ผ่านเกณฑ์ร้านยาคุณภาพ 5 แห่ง รวมทั้งสิ้น 366 คน ในแต่ละมิติได้ค่าความเที่ยง (Cronbach' s alpha coefficient) ระหว่าง 0.85-0.90

พัชรารักษ์ ปัญญาวุฒิไกร (2548) พัฒนาแบบวัดคุณภาพงานบริการเภสัชกรรมชุมชน ในมุมมองของผู้มารับบริการเพื่อการรับรองคุณภาพร้านยาในประเทศไทย โดยรวบรวมคำถามจากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการอภิปรายกลุ่มย่อยได้ทั้งสิ้น 150 ข้อ ให้ชื่อว่า PCPSQ-150 ปรับปรุงจนกระทั่งได้เป็น PCPSQ-30 จำนวนเป็น 7 ด้าน คือ ความสะอาดความเป็นระเบียบเรียบร้อย การบริการของเภสัชกร ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลตนเอง ข้อมูลและฉลากยา การให้คำปรึกษาแนะนำความน่าเชื่อถือและภาพพจน์ และความพึงพอใจโดยรวม แบบวัดที่ได้มีค่าความเที่ยง (Cronbach's alpha coefficient) อยู่ในช่วง 0.697-0.886

จากงานวิจัยที่ผ่านมา ความพึงพอใจของผู้รับบริการที่มีต่อบริการของเภสัชกร เป็นการประเมินบริการเภสัชกรรมที่ผู้ป่วยได้รับจากการใช้บริการที่ผ่านมา นอกจากการประเมินความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทางการแพทย์จากความพึงพอใจแล้ว ปัจจุบันได้มีการพัฒนาการวัดความไว้วางใจ (trust) เป็นตัวชี้วัดอีกตัวหนึ่ง เพื่อประเมินคุณภาพของความสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วย (Thom et al., 2004; Zheng et al., 2002)

ความไว้วางใจ

ความไว้วางใจของผู้ป่วยเป็นสิ่งที่ซับซ้อน มีโครงสร้างเป็นหลายมิติ สามารถอธิบายได้หลากหลาย เนื่องจากมีผู้ให้นิยามของความไว้วางใจแตกต่างกันไป ทั้งในด้านสังคมวิทยาและด้านรัฐศาสตร์ (Pearson and Raeke, 2000) ในปี 1990 Moorman และคณะได้นิยามความไว้วางใจไว้ว่าคือการยินยอมที่จะให้คนที่ตนเชื่อมั่นเป็นผู้ที่มีส่วนร่วมหรือตัดสินใจแทนได้ ส่วนในด้านการตลาดความไว้วางใจ คือ ความเชื่อถือ เชื่อมั่น หรือคาดหวังที่มีต่อหุ้นส่วนซึ่งเป็นผลมาจากความรู้ความชำนาญ ความน่าเชื่อถือหรือเจตนาของผู้ที่เป็นหุ้นส่วน (Anderson and Weitz, 1990; Schurr and Ozanne, 1985) ความไว้วางใจเป็นการเจตนาแสดงพฤติกรรมที่สะท้อนถึงความเชื่อที่มีต่อผู้ที่มีส่วนร่วม ซึ่งเกิดจากการที่ผู้ที่ไม่ไว้วางใจไม่สามารถพึ่งพาหรือช่วยเหลือตัวเองหรือขาดความรู้ (Moorman et al., 1993)

สำหรับทางการแพทย์นั้นพบว่าคำจำกัดความของความไว้วางใจส่วนใหญ่เป็นไปในบริบทของความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย โดยนักวิชาการบางท่านให้ความเห็นไว้ว่า ความไว้วางใจของผู้ป่วยเป็นความเชื่อหรือความคาดหวังว่าแพทย์จะช่วยในสิ่งที่ตนต้องการอย่างแน่นอน (Anderson and Dedrick, 1990; Gould, 2002; Thom and Campbell, 1997) แนวคิดอื่นนอกจากนี้จะให้ความสำคัญกับความรู้สึกโดยธรรมชาติของความไว้วางใจ ซึ่งอธิบายไว้ว่า ความไว้วางใจของผู้ป่วยเป็นความรู้สึกมั่นใจที่จะเชื่อมั่นหรือเชื่อถือในแพทย์และเจตนาของแพทย์ (Caterinicchio,

1979) ซึ่งโดยมากความรู้สึกไว้วางใจของผู้ป่วยจะอธิบายจากพฤติกรรมของแพทย์ที่กระทำต่อผู้ป่วย ได้แก่ ความสามารถ (competence) (Anderson and Dedrick, 1990; Caterinicchio, 1979; Emanuel and Dubler, 1995; Gray, 1997; Mechanic and Schlesinger, 1996; Thom and Campbell, 1997) ความเห็นอกเห็นใจ (compassion) (Emanuel and Dubler, 1995; Mechanic and Schlesinger, 1996; Thom and Campbell, 1997) การรักษาความลับ (confidentiality) (Anderson and Dedrick, 1990; Mechanic and Schlesinger, 1996) ความน่าเชื่อถือและพึ่งพาได้ (reliability and dependability) (Anderson and Dedrick, 1990) การสื่อสาร (communication) (Mechanic, 1998)

ถึงแม้ว่าการศึกษเกี่ยวกับความไว้วางใจระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยจะได้รับการสนใจมากขึ้น แต่พบว่ายังมีเพียงไม่กี่การศึกษาที่ศึกษาความไว้วางใจตามประสบการณ์ และจากมุมมองของผู้ป่วยจริง ๆ จากการศึกษาของ Thom และ Campbell (1997) ที่มีการจัดสนทนากลุ่มกับผู้ป่วย 29 คน โดยซักถามถึงเหตุการณ์ที่ทำให้ความไว้วางใจที่มีต่อแพทย์เพิ่มขึ้นและลดลง จากความคิดเห็นดังกล่าวผู้วิจัยแบ่งความไว้วางใจเป็น 2 มิติ คือความรู้ความสามารถของแพทย์ และความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลของแพทย์กับผู้ป่วย โดยส่วนใหญ่มิติเหล่านี้จะสัมพันธ์โดยตรงกับพฤติกรรมและการวางตัวของแพทย์ ความไว้วางใจเป็นสิ่งที่ได้มาจากการประเมิน สายสัมพันธ์ ความเห็นอกเห็นใจ ความเข้าใจและความซื่อสัตย์ของแพทย์ที่ผู้ป่วยได้รับ ซึ่งสามารถสรุปใจความสำคัญได้ว่า ความไว้วางใจ คือการเต็มใจหรือยินยอมที่จะให้ผู้ที่ได้รับความไว้วางใจทำในสิ่งที่ผู้ที่ไว้วางใจไม่สามารถช่วยเหลือตนเองหรือทำเองได้ (Thom et al., 2004)

ความไว้วางใจของผู้ป่วยสามารถแบ่งได้เป็น 2 รูปแบบคือ ความไว้วางใจระหว่างบุคคล (interpersonal trust) และความไว้วางใจต่อองค์กร (institutional trust/social trust) (Mechanic, 1996; Mechanic and Schlesinger, 1996) โดยความไว้วางใจระหว่างบุคคล เป็นความไว้วางใจที่สร้างขึ้นด้วยการมีปฏิสัมพันธ์ซ้ำ ๆ ผ่านสิ่งที่คาดว่าเป็นพฤติกรรมของคนที่น่าไว้วางใจ และสามารถตรวจสอบได้ถึงแม้เวลาจะผ่านไป ได้แก่ ความไว้วางใจระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วย ส่วนความไว้วางใจต่อองค์กรนั้นเกิดผ่านสื่อกลางและความเชื่อมั่น โดยทั่ว ๆ ไปของผู้ที่ไว้วางใจมีต่อองค์กรใดองค์กรหนึ่ง บางครั้งความไว้วางใจระหว่างบุคคลของผู้ป่วยที่มีต่อแพทย์จึงรวมอยู่ในความไว้วางใจทางสังคม ที่ผู้ที่ไว้วางใจมีต่อหน่วยงานทางด้านสุขภาพ ได้แก่ ความไว้วางใจที่ผู้ป่วยมีต่อโรงพยาบาล

ความไว้วางใจกับความพึงพอใจเป็นทัศนคติที่มีความหมายที่ใกล้เคียงกันและมีความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดกันมากในการประเมินความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Hall et al., 2001) ดังที่ได้กล่าวไว้ในบทนำ ความไว้วางใจสามารถแยกจากความพึงพอใจได้อย่างชัดเจน จากการที่ความไว้วางใจเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นเองได้ในแต่ละบุคคล โดยประเมินจากการมองถึงความสัมพันธ์ที่จะดำเนิน

ต่อไป ในขณะที่ความพึงพอใจเป็นการประเมินจากประสบการณ์ที่ผ่านมา เกิดขึ้นชั่วคราวในระยะเวลาอันสั้น และเปลี่ยนแปลงได้อย่างรวดเร็วขึ้นอยู่กับประสบการณ์ที่ผู้ประเมินได้รับในครั้งต่อมา (Murray and Holmes, 1997) หากผู้ป่วยมีความไว้วางใจต่อแพทย์ที่ยังไม่เคยให้การรักษาก่อน ผู้ป่วยก็อาจประเมินผลที่ได้ไปในทางบวก ซึ่งจะทำให้ความไว้วางใจคงอยู่ต่อไปและนำไปสู่ความคาดหวังและความพึงพอใจจากบริการที่ได้รับ มีการศึกษาพบว่าความไว้วางใจมีความสำคัญมากกว่าความพึงพอใจในการเพิ่มความร่วมมือของผู้ป่วยในการรักษาพยาบาลและยังแสดงให้เห็นว่าความไว้วางใจเป็นตัวทำนายที่ดีถึงการเข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่องกับแพทย์ของผู้ป่วย (Balkrishnan et al., 2004; Thom et al., 1999) ด้วยเหตุนี้ นักวิจัยหลาย ๆ ท่านจึงพยายามที่จะสร้างแบบวัดเพื่อประเมินความไว้วางใจของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ ที่มีความตรงและความเที่ยง สามารถนำมาใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การพัฒนาแบบประเมินความไว้วางใจ

แบบประเมินความไว้วางใจของผู้ป่วยที่มีต่อแพทย์ถูกพัฒนาขึ้นครั้งแรกในปี 1990 โดย Anderson และ Dedrick ชื่อว่า Trust in physician scale ผู้วิจัยจัดสนทนากลุ่มในผู้ป่วยและรวบรวมคำถามได้ทั้งสิ้น 25 คำถาม หลังจากนั้นจึงทำการเก็บข้อมูลแล้ววิเคราะห์จนกระทั่งเหลือคำถามที่ใช้สัมภาษณ์ในการเก็บข้อมูล 11 คำถาม จำแนกเป็น 3 มิติ คือ การเป็นที่พึ่งพาได้ (dependability) ความเชื่อมั่น (confidence) และการรักษาข้อมูลเป็นความลับ (confidentiality of information) มีรูปแบบคำตอบเป็น 5 ตัวเลือก คำถามที่ได้จะมีทั้งคำถามที่เป็นเชิงบวกและเชิงลบ โดยทำการศึกษาใน 2 กลุ่มตัวอย่าง 160 และ 106 คน พบว่า คำถามในแต่ละข้อมีความสอดคล้องกับคะแนนรวมของคำถามทั้งหมด (item to total correlation) ได้ค่าความสัมพันธ์ (r) มากกว่าหรือเท่ากับ 0.40 แบบสอบถามที่ได้ มีค่าความเที่ยง (Cronbach's alpha coefficients) มากกว่าหรือเท่ากับ 0.85 และผู้วิจัยทดสอบความตรงของโครงสร้าง (construct validity) พบว่าคะแนนที่ได้จากแบบวัด Trust in physician scale สัมพันธ์กับคะแนนที่ได้จากแบบวัดคุณภาพความสัมพันธ์ของแพทย์กับผู้ป่วยโดยทั่วไป แบบวัดในเชิงจิตวิทยาที่ได้นี้ถือเป็นจุดเริ่มต้นในการพัฒนาแบบวัดความไว้วางใจในเวลาต่อมา

Safran และคณะ (1998) พัฒนาแบบวัดชื่อว่า Primary care assessment survey (PCAS) เป็นแบบสอบถามที่ประเมินเกี่ยวกับประสิทธิภาพในระบบการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิ (primary care) ตามรูปแบบระบบการประกันสุขภาพแต่ละชนิด โดยเป็นแบบวัดที่ผู้ตอบแบบสอบถามตอบด้วยตนเอง ในส่วนของความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย มีการประเมินความไว้วางใจที่ผู้ป่วยมีต่อแพทย์รวมอยู่ด้วย แบบวัดดังกล่าวประกอบด้วยคำถามทั้งสิ้น 51 คำถาม แยกเป็นคำถามสำหรับ

ประเมินความไว้วางใจ 8 คำถาม มีรูปแบบคำตอบเป็น 5 ตัวเลือก จำแนกเป็น 3 มิติคือ ความซื่อสัตย์ และยึดหลักคุณธรรม (integrity) การเป็นตัวแทนของผู้ป่วย (agency) และความรู้ความสามารถของแพทย์ (competence) ได้ค่าความเที่ยง (Cronbach' s alpha coefficients) อยู่ในช่วง 0.81-0.95 ทั้ง Trust in physician scale และ Primary care assessment survey (PCAS) เป็นแบบวัดที่ใช้ความสำคัญกับความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและแพทย์โดยตรงซึ่งได้นำมาใช้อ้างอิงในการประเมินความสัมพันธ์รูปแบบอื่น ๆ ดังที่จะกล่าวต่อไป

Kao และคณะ (1998) ได้ประยุกต์แบบวัด Trust in Physician Scale ของ Anderson และ Dedrick เพื่อศึกษาผลจากการรับรู้ของผู้ป่วยถึงวิธีการจ่ายค่าตอบแทนแก่แพทย์ต่อความไว้วางใจของผู้ป่วย แบบวัดประกอบด้วยคำถามทั้งสิ้น 16 ข้อ ผู้วิจัยปรับและเพิ่มคำถามในมิติของการรักษาความลับ ความน่าเชื่อถือ (reliability) รวมถึงความไว้วางใจของผู้ป่วยที่มีต่อการรักษาที่เหมาะสมของแพทย์ภายใต้ระบบการบริหารจัดการแบบต่าง ๆ ผู้วิจัยได้ทดสอบนำร่องแบบวัดดังกล่าวในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 292 คน และปรับจนเหลือ 10 คำถาม ได้ค่าความเที่ยง Cronbach' s alpha coefficients เท่ากับ 0.94 ในปีเดียวกันนั้น Kao และคณะ ได้นำแบบสอบถามนี้มาใช้ประเมินความไว้วางใจของผู้ป่วยที่มีต่อแพทย์ ว่าขึ้นกับการรับรู้ของผู้ป่วยถึงวิธีการจ่ายค่าตอบแทนแก่แพทย์ในระบบประกันสุขภาพแบบต่าง ๆ อย่างไร

Hall และคณะ (2002) พัฒนาแบบวัดความไว้วางใจจากหลาย ๆ การศึกษาที่ผ่านมา เพื่อวัดความไว้วางใจของผู้ป่วยที่มีต่อแพทย์โดยทั่ว ๆ ไป เปรียบเทียบกับความไว้วางใจที่ผู้ป่วยมีต่อแพทย์ผู้ที่ทำให้การรักษา โดยเริ่มจากการรวบรวมคำถามจากการศึกษาที่ผ่านมาและจากการจัดสนทนากลุ่ม (focus groups) 2 กลุ่ม แล้วจึงนำคำถามที่ได้มาสร้างเป็นแบบสอบถามประกอบด้วยแบบประเมินความไว้วางใจ แบบประเมินความพึงพอใจ และคำถามที่เป็นการประเมินพฤติกรรมที่คาดว่าสัมพันธ์กับความไว้วางใจ ได้แก่ การปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้ป่วยจากการประเมินด้วยตนเอง ความคิดที่จะเปลี่ยนแพทย์ การมีข้อขัดแย้งกับแพทย์ แบบสอบถามดังกล่าวถูกประเมินความตรงของเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญก่อนที่จะนำไปทดสอบในกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็ก คำถามที่ใช้ประเมินความไว้วางใจที่ได้จำแนกเป็น 5 มิติได้แก่ความปรารถนาดี ความสามารถ ความซื่อสัตย์ การรักษาความลับ และความไว้วางใจโดยทั่ว ๆ ไป โดยมีมิติการรักษาความลับถูกแยกออกมาได้เป็นมิติสุดท้าย แบบวัดประกอบด้วยคำถามทั้งสิ้น 11 คำถาม มีค่าความเที่ยง (Cronbach' s alpha coefficients) เท่ากับ 0.89 พบว่าความไว้วางใจที่มีต่อวิชาชีพแพทย์โดยทั่ว ๆ ไปยังคงมีความสำคัญและแตกต่างจากความไว้วางใจที่มีต่อแพทย์ผู้ทำการรักษา โดยมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมและทัศนคติ รวมถึงการสร้าง ความไว้วางใจที่มีต่อความไว้วางใจที่มีต่อแพทย์ผู้ให้การรักษา

Shenolikar และคณะ (2004) พัฒนาแบบทดสอบที่ใช้ในการประเมินความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยในสภาวะวิกฤต ซึ่งเชื่อว่าความไว้วางใจจะเด่นชัดขึ้นเมื่ออยู่ในสภาวะดังกล่าว โดยประเมินความไว้วางใจของผู้ป่วยที่มีต่อแพทย์ที่ให้การรักษาและความไว้วางใจที่มีต่อวิชาชีพแพทย์ทั่ว ๆ ไป แบบวัดที่ได้ประยุกต์มาจากแบบประเมินความไว้วางใจ Physician trust scale และ Medical professional trust scale ของ Hall และคณะ (2002) คำถามมี 5 ตัวเลือก มีความเที่ยง (Cronbach' s alpha coefficients) เท่ากับ 0.92 และ 0.93 ตามลำดับ การศึกษาทั้งในกลุ่มตัวอย่างที่เคยมีประสบการณ์ดังต่อไปนี้ การพักรักษาตัวในโรงพยาบาล การเข้ารับการผ่าตัดขนาดเล็ก การเข้ารับการผ่าตัดขนาดใหญ่ เคยมีอาการข้างเคียงที่รุนแรงจากยาที่แพทย์สั่งจ่าย เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคร้ายแรงเช่นมะเร็ง และเคยได้รับการส่งตัวไปพบแพทย์เฉพาะทาง นอกจากนี้แบบวัดยังประกอบด้วย แบบประเมินความพึงพอใจและคำถามที่เกี่ยวกับพฤติกรรมที่เชื่อว่าสัมพันธ์กับความไว้วางใจได้แก่ การมีโอกาเลือกแพทย์ จำนวนปีที่เข้ารับการรักษา ความตั้งใจที่จะแนะนำแพทย์แก่ผู้อื่น การมีข้อขัดแย้งหรือไม่เห็นด้วยกับความคิดเห็นของแพทย์ และการตัดสินใจที่จะเปลี่ยนแพทย์ที่ให้การรักษา พบว่า การเกิดอาการข้างเคียงที่รุนแรงจากยาที่แพทย์สั่งจ่ายมีความสัมพันธ์ในทางลบกับระดับความไว้วางใจที่มีต่อแพทย์อย่างมีนัยสำคัญ ($P < 0.001$) และผู้ป่วยที่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคร้ายแรงเช่นมะเร็ง มีความสัมพันธ์ที่เป็นเชิงบวกกับความไว้วางใจที่มีต่อแพทย์อย่างมีนัยสำคัญ ($P < 0.01$) และผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์ที่เป็นเชิงบวกกับความไว้วางใจที่มีต่อวิชาชีพแพทย์อย่างมีนัยสำคัญ ($P < 0.01$)

Dugan และคณะ (2005) ได้พัฒนาแบบวัดที่ใช้ประเมินความไว้วางใจของผู้ป่วยที่มีต่อแพทย์ ระบบประกันสุขภาพและวิชาชีพแพทย์ จากการศึกษาก่อน ๆ โดยปรับให้ได้แบบวัดที่สั้น และได้ใจความที่สำคัญของความไว้วางใจและลดค่าใช้จ่าย ในการศึกษาผู้วิจัยประยุกต์แบบวัดความไว้วางใจของผู้ป่วยที่มีต่อแพทย์ของ Hall และคณะ (2002) แบบวัดความไว้วางใจของผู้ป่วยต่อระบบประกันสุขภาพของ Zheng และคณะ (2002) และแบบวัดความไว้วางใจของผู้ป่วยที่มีต่อวิชาชีพแพทย์ของ Hall และคณะ (2002) แบบวัดที่ได้ประกอบด้วยคำถาม 5 คำถามมีรูปแบบคำตอบเป็น 5 ตัวเลือก ได้ค่าความเที่ยง (Cronbach' s alpha coefficients) ของแบบวัดการประเมินความไว้วางใจที่มีต่อแพทย์ ระบบประกันสุขภาพและวิชาชีพทางการแพทย์เท่ากับ 0.87, 0.84 และ 0.77 ตามลำดับ

การวัดความไว้วางใจของผู้ป่วยที่มีต่อแพทย์มีแนวโน้มที่จะเป็นการวัดในมิติเดียวมากขึ้นซึ่งแตกต่างจากความไว้วางใจในรูปแบบอื่นอย่างเช่น ความไว้วางใจระหว่างบุคคลและเชิงธุรกิจ (Johnson-George and Swap, 1982; Larzelere and Huston, 1980; Mishra and Spreitzer, 1998) อาจเนื่องมาจากความจริงที่ว่า ผู้ป่วยไม่ได้แยกความไว้วางใจที่มีต่อแพทย์เป็นมิติต่าง ๆ Leisen และ

Hyman (2001) ได้แนะนำไว้ว่า ความไว้วางใจของผู้ป่วยที่มีต่อแพทย์เป็นโครงสร้างที่มีเพียง 1-2 มิติ ซึ่งสอดคล้องกับบทความของ Newcomer (1997) ที่กล่าวไว้ว่าคำถามที่ใช้ประเมินความไว้วางใจในระบบสุขภาพสามารถแบ่งได้เป็น 2 คำถามหลักคือ แพทย์มีความสามารถในการวินิจฉัยและให้การรักษาหรือไม่ และแพทย์แสดงบทบาทในการรักษาผลประโยชน์ของผู้ป่วยหรือไม่ ในปีเดียวกันนั้น Gray ได้ยืนยันว่า ผู้ป่วยจะยอมรับคำแนะนำและการบริการของแพทย์ที่ก่อให้เกิดความไว้วางใจโดยประเมินจากความสามารถและความรับผิดชอบของแพทย์ในการคำนึงถึงผลประโยชน์ของผู้ป่วยเหนือผลประโยชน์ของแพทย์เอง

ตัวแปรที่สัมพันธ์กับความไว้วางใจ

การวิจัยเชิงทดลองที่เกี่ยวกับความไว้วางใจยังคงมีน้อยมากที่จะช่วยให้เข้าใจความไว้วางใจของผู้ป่วยที่มีต่อบุคลากรทางการแพทย์ได้ชัดเจนขึ้น จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่าลักษณะของประชากรโดยส่วนใหญ่ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับระดับความไว้วางใจ (Anderson and Dedrick, 1990; Kao et al., 1998(b); Meit et al., 1997; Thom et al., 1999) แต่ในบางการศึกษา ตัวแปรเช่น อายุ เชื้อชาติ ก็มีความสัมพันธ์กับความไว้วางใจอย่างมีนัยสำคัญ (Wholey and Sommers, 2001) ซึ่งผลที่ได้ไม่แน่นอนเสมอไป และพบว่าข้อมูลของแพทย์ ได้แก่ ลักษณะประชากร และบุคลิกภาพของแพทย์ไม่ใช่ตัวทำนายที่สำคัญของระดับความไว้วางใจของผู้ป่วย (Hall et al., 2000; Kao et al., 1998(b); Meit et al., 1997; Thom et al., 1999) แต่พบว่าพฤติกรรมและลักษณะเฉพาะตัวของแพทย์เป็นตัวทำนายที่ดีของความไว้วางใจ เนื่องจากความไว้วางใจของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์มากกับรูปแบบการสื่อสารของแพทย์และทักษะในการปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย (Hall et al., 2002; Thom et al., 1999; Roberts and Aruguete, 2000) จากการศึกษาของ Safran และคณะ (1998) ที่ใช้แบบวัด Primary care assessment survey พบว่า ความไว้วางใจของผู้ป่วยสัมพันธ์มากที่สุดกับวิธีการสื่อสารของแพทย์ โดยมีค่าความสัมพันธ์ (r) เป็น 0.75 ระดับของการเจ็บป่วยมีค่าความสัมพันธ์ เป็น 0.73 ความรู้ของผู้ป่วยมีค่าความสัมพันธ์เป็น 0.68 และพบว่าความไว้วางใจสัมพันธ์กับความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยในระยะยาวเป็น 0.22 การให้คำปรึกษามีค่าความสัมพันธ์เป็น 0.25 และฐานะทางการเงินของผู้ป่วยในการเข้าถึงการรักษามีค่าความสัมพันธ์เป็น 0.29 ความสัมพันธ์และพฤติกรรมบางอย่างที่คาดว่าจะมีความสัมพันธ์กับความไว้วางใจ ได้แก่ ระยะเวลาของความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยหรือความถี่ในการไปพบแพทย์ กลับพบว่ามีความสัมพันธ์น้อยมากกับความไว้วางใจ (Hall et al., 2002; Kao, et al. 1998(a); Kao et al., 1998(b); Safran et al., 1998; Thom et al., 1999; Wholey and Sommers, 2001) นอกจากนี้ ชนิดของหลักประกันสุขภาพที่ผู้ป่วยใช้ก็ยังมีผลต่อความไว้วางใจของผู้ป่วยที่มีต่อ

แพทย์ โดยพบว่าผู้ป่วยจะมีระดับความไว้วางใจสูงกว่า หากระบบประกันสุขภาพนั้นเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเลือกแพทย์ได้อย่างเพียงพอ เมื่อเทียบกับระบบประกันสุขภาพที่มีข้อจำกัดในการเลือกแพทย์ที่ให้การรักษา (Hall et al., 2002; Reschovsky et al., 2000; Safran et al., 2000) จากสองการศึกษาของ Kao และ คณะ ในปี 1998 เกี่ยวกับผลจากการรับรู้ของผู้ป่วยถึงวิธีการจ่ายค่าตอบแทนแก่แพทย์ต่อความไว้วางใจของผู้ป่วย พบว่าหลาย ๆ ปัจจัยไม่มีความสัมพันธ์กับระดับความไว้วางใจของผู้ป่วย จากการศึกษาครั้งแรกในผู้ป่วย 292 คน พบว่าความไว้วางใจจะสูงในผู้ป่วยที่มีทางเลือกในการรักษากับแพทย์อย่างเพียงพอ ($p < 0.05$) ผู้ป่วยที่มีความสัมพันธ์กับแพทย์ ที่ยาวนานกว่า ($p < 0.1$) และผู้ป่วยที่ไว้วางใจต่อองค์กรหรือสถานพยาบาลของตนเอง นอกจากความไว้วางใจของผู้ป่วยที่สัมพันธ์กับระบบการดูแลสุขภาพจะได้รับความสนใจมากขึ้นแล้ว นักวิจัยยังให้ความสนใจกับการเปลี่ยนแปลงของระบบที่อาจก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความไว้วางใจต่อแพทย์ ดังเช่นในการศึกษาของ Grumbach และคณะ (1999) ซึ่งประเมินความไว้วางใจของผู้ป่วยที่มีต่อแพทย์กับระบบการทำงานแบบต่าง ๆ ของแพทย์ในแคลิฟอร์เนีย พบว่าผู้ป่วยกลุ่มที่รายงานว่ามีความยุ่งยากในการดูแลส่งต่อไปพบแพทย์เฉพาะทางมีความไว้วางใจต่อแพทย์ต่ำกว่าผู้ป่วยกลุ่มอื่น

อีกแห่งหนึ่งคือ โครงสร้างของการจ่ายเงิน มีความสัมพันธ์กับความไว้วางใจของผู้ป่วย ซึ่งพบว่าความสัมพันธ์ดังกล่าวจะลดลงอย่างรวดเร็ว เมื่อมีการเงินเข้ามาเกี่ยวข้องกับรูปแบบการปฏิบัติของบุคลากรทางการแพทย์ จากการศึกษาต่อมาของ Kao และคณะ (1998) เป็นการศึกษาในกลุ่มที่ใหญ่ขึ้น (2,086 คน) โดยใช้แบบสอบถามชุดที่ปรับปรุงแล้วจนเหลือ 10 คำถาม ในการศึกษา นี้พบว่าผู้ป่วยที่ใช้ระบบ fee-for-service indemnity ถึงร้อยละ 94 ให้คะแนนความไว้วางใจที่มีต่อแพทย์ที่ให้การรักษาสูงที่สุดในข้อคำถาม “คำนึงถึงสุขภาพและผลการรักษาที่ดีขึ้นเหนือค่าใช้จ่ายในระบบประกันสุขภาพ” มากกว่ากลุ่มที่ใช้ระบบ salary (ร้อยละ 77), capitation (ร้อยละ 83), หรือ fee-for-service managed care (ร้อยละ 85)

ถึงแม้หลาย ๆ การศึกษาจะเชื่อว่าพฤติกรรมของแพทย์และทักษะการสร้าง ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลของแพทย์เป็นสิ่งที่สำคัญในการประเมินความไว้วางใจของผู้ป่วย แต่พบว่ามีเพียงการศึกษาของ Thom และคณะ (1999) ที่เป็นการวิจัยถึงทดลองที่ได้รับการตีพิมพ์ การศึกษามีวัตถุประสงค์เพื่อปรับปรุงทักษะในการสร้างความไว้วางใจของแพทย์ โดยทำการศึกษาในผู้ป่วย 400 คน ที่เลือกจากผู้ป่วยของแพทย์ประจำบ้านในชุมชน 20 คน แพทย์เหล่านี้ถูกสุ่มเพื่อแบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มที่ได้รับการอบรม และฝึกตามหลักสูตรที่ออกแบบมาเพื่อปรับปรุง ทักษะในการสร้างและรักษาความไว้วางใจของผู้ป่วยที่มีต่อแพทย์เป็นเวลา 1 วัน โดยการ ประเมินผลในด้านพฤติกรรมของแพทย์ ความพึงพอใจของผู้ป่วย และความไว้วางใจของผู้ป่วยที่มี ต่อแพทย์ที่ประเมิน โดยใช้แบบวัด Trust in physician scale ของ Anderson และ Dedrick (1990) แต่

พบว่าผลที่ได้ไม่ได้มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มที่ได้รับการอบรม และไม่พบความแตกต่างของระดับความไว้วางใจก่อนและหลังการให้การอบรมได้ ในปี 2000 Thom ได้ทำการศึกษาอีกครั้งโดยมีการเก็บข้อมูลพฤติกรรมของแพทย์จากการรับรู้ของผู้ป่วยก่อนและหลังการอบรม แต่พบว่าผลที่ได้ยังคงไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ

ประโยชน์ของการศึกษาความไว้วางใจ

แม้ว่าจะทราบดีว่าความไว้วางใจเป็นสภาวะทางจิตวิทยาที่มีความสำคัญโดยตัวของมันเอง แต่นักวิจัยหลายคนได้พยายามที่จะศึกษาถึงคุณประโยชน์ของความไว้วางใจต่อพฤติกรรมและผลลัพธ์ของสุขภาพ พบว่าความไว้วางใจมีความสัมพันธ์ในเชิงบวกกับการปฏิบัติตามการรักษาอย่างเคร่งครัดของผู้ป่วย การไม่เปลี่ยนแพทย์ที่ให้การรักษา การตั้งใจที่จะแนะนำแพทย์แก่ผู้อื่น การไม่มีข้อขัดแย้งหรือความคิดเห็นที่ไม่ตรงกับแพทย์ การรับรู้ถึงประสิทธิภาพของการรักษาและผลการประเมินภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น (Caterinicchio, 1979; Hall et al., 2002; Safran et al., 1998; Thom et al., 1999) ความไว้วางใจเกี่ยวข้องกับแรงจูงใจและความตั้งใจ ดังนั้นหากประสิทธิภาพการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับแย่งลง ผู้ป่วยมีแนวโน้มจะให้อภัยความผิดพลาดของแพทย์หากผู้ป่วยเชื่อว่าแพทย์ได้พยายามจนถึงที่สุดแล้ว (Ben Sira, 1980) ดังนั้นการเต็มใจที่จะให้อภัยจึงเป็นตัวชี้วัดอีกตัวหนึ่ง จากการศึกษาของ Safran และคณะ (1998) โดยใช้ PCAS ในการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์ในระดับปฐมภูมิ พบว่าระดับความไว้วางใจสูงสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์จากการประเมินด้วยตนเอง และความพึงพอใจของผู้ป่วยที่มีต่อแพทย์ แต่ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างความไว้วางใจกับสถานะทางสุขภาพที่ดีขึ้น จากการที่ความไว้วางใจมีความสัมพันธ์ที่เหนียวแน่นกับความพึงพอใจที่ผู้ป่วยมีต่อแพทย์ และการให้ความร่วมมือในการรักษาก็อาจมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยมีสุขภาพที่ดีขึ้นได้ โดยพบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่มีระดับความไว้วางใจอยู่ที่ระดับ 95 เปอร์เซนต์ไทล์ เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือในการรับการรักษาร้อยละ 43.1 ในขณะที่ผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือในการรักษาร้อยละ 17.5 อยู่ในกลุ่มที่ระดับคะแนนความไว้วางใจอยู่ที่ระดับ 5 เปอร์เซนต์ไทล์ ถึงแม้ว่าผลที่ได้ไม่ได้สามารถพิสูจน์ความเชื่อมโยงกันอย่างแน่นอนระหว่างความไว้วางใจกับผลลัพธ์ที่ประเมินได้ แต่ผลการศึกษาดังกล่าวก็แสดงให้เห็นว่า ความไว้วางใจมีความสำคัญต่อความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์ที่นำไปประยุกต์ใช้ได้ เนื่องจากความไว้วางใจมีผลต่อทัศนคติและพฤติกรรมที่สำคัญ ไม่ว่าจะเป็นด้านประสิทธิภาพในการรักษาหรือการลดข้อขัดแย้งที่อาจจะเกิดขึ้นระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ (Hall et al., 2001)

การประยุกต์ใช้กับบริบทของเภสัชกร

จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้น แสดงให้เห็นว่า ความไว้วางใจเป็นสิ่งที่จะต้องประสิทธิภาพของการดูแลสุขภาพ การทำความเข้าใจกับความไว้วางใจของผู้ป่วยสามารถช่วยให้แพทย์และผู้ให้บริการทางสุขภาพสามารถนำมาปรับปรุงพฤติกรรมในการให้บริการของตน เพื่อให้การดูแลรักษามีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ซึ่ง ณ ขณะนี้การศึกษาเกี่ยวกับความไว้วางใจโดยมากเป็นการศึกษาถึงความไว้วางใจของผู้ป่วยที่มีต่อแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์ได้แก่พยาบาล โดยเป็นการพัฒนาเครื่องมือในการประเมินระดับความไว้วางใจของผู้ป่วย และการประยุกต์เครื่องมือไปใช้ในการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความไว้วางใจ (Hall et al., 2002; Hyman, 2001; Johns, 1996; Kao et al., 1998(a); Kao et al., 1998(b); Keating et al., 2002; Thom and Campbell, 1997) แต่ยังไม่มีการศึกษาความไว้วางใจของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการที่มีต่อเภสัชกรโดยตรง มีเพียง 2 การศึกษาที่มีการประเมินในด้านนี้ โดยให้ความไว้วางใจเป็นตัวแปรหนึ่งในการทำนายการรับรู้ของผู้รับบริการหรือความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการให้บริการเภสัชกรรมชุมชน

การศึกษาของ Schommer (2000) เพื่อหาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ของผู้รับบริการในด้านความพึงพอใจจากการให้บริการของเภสัชกรชุมชน คุณภาพของการบริการทั้งหมดและความไว้วางใจที่มีต่อเภสัชกรผู้ให้คำแนะนำ ประกอบด้วยคำถามทั้งสิ้น 18 ข้อ เครื่องมือวิจัยประกอบด้วยคำถามในส่วนของความพึงพอใจ 6 ข้อ การรับรู้คุณภาพการบริการ 6 ข้อ และความไว้วางใจต่อผู้ให้บริการ 6 ข้อ ซึ่งคำถามในส่วนของประเมินความไว้วางใจประยุกต์มาจากแบบวัดความไว้วางใจของลูกค้าต่อผู้ให้บริการของ Swan และคณะ (1985) หลังจากทดสอบในกลุ่มตัวอย่าง 960 คน แล้วทำการสกัดด้วยวิธี principal components และหมุนแกน โดยวิธี varimax พบว่าคำถามในด้านความไว้วางใจถูกคัดออกไป 3 ข้อ เนื่องจากมีค่า factor loading สูงในด้านความพึงพอใจต่อการให้บริการของเภสัชกรและคุณภาพของการบริการทั้งหมด สุดท้ายจึงเหลือคำถาม 15 ข้อ ได้ค่าความเที่ยง (Cronbach' s alpha coefficient) ในแต่ละมิติเป็น 0.98, 0.98 และ 0.90 ตามลำดับ

อีกตัวอย่างหนึ่งคือการศึกษาของ Volume และคณะในปี 2001 ที่ศึกษาผลลัพธ์ของการบริหารเภสัชกรรมต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำอย่างเคร่งครัด ความคาดหวัง ความพึงพอใจกับการบริการเภสัชกรรม และคุณภาพชีวิตในด้านสุขภาพ (Health-related quality of life, HRQOL) เครื่องมือวิจัยประกอบด้วยคำถามในด้านการปฏิบัติตามคำแนะนำอย่างเคร่งครัด 4 ข้อ การคาดหวัง 12 ข้อ ความพึงพอใจกับการบริการเภสัชกรรม 34 ข้อและแบบสอบถาม SF-36 โดยให้คำถามที่เกี่ยวกับความไว้วางใจเป็นมิติหนึ่งในแบบประเมินความพึงพอใจต่อการบริการเภสัชกรรม

เภสัชกรเป็นวิชาชีพที่มีส่วนสำคัญในกระบวนการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย เช่นเดียวกับวิชาชีพอื่น ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งวิชาชีพเภสัชกรรมชุมชนในประเทศไทย ที่ต้องทำหน้าที่วินิจฉัยโรคเบื้องต้นและจ่ายยาแก่ผู้ป่วย การให้ความร่วมมือของผู้ป่วย การกล้าที่จะปรึกษาปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพหรือการใช้ยากับเภสัชกร ตลอดจนการปฏิบัติตามคำแนะนำที่ได้รับ อันเกิดจากความไว้วางใจของผู้ป่วยจึงมีส่วนสำคัญในการช่วยให้ผู้ป่วยใช้ยาได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม เห็นได้ว่าเป็นการเหมาะสมอย่างยิ่งที่จะมีการพัฒนาแบบวัดสำหรับประเมินความไว้วางใจของผู้รับบริการที่มีต่อวิชาชีพเภสัชกรรมชุมชนที่มีความตรงและน่าเชื่อถือ ซึ่งจะช่วยให้เภสัชกรสามารถนำแบบวัดไปประยุกต์ใช้ในการประเมินความสัมพันธ์ระหว่างเภสัชกรกับผู้รับบริการและสามารถนำผลที่ได้ไปใช้ในการพัฒนาการบริการของเภสัชกรต่อไป

การพัฒนาแบบวัด

ขั้นตอนในการพัฒนาแบบวัดในการประเมินทางจิตวิทยา (ลูชีรา ภัทรายุทธวรรณ์, 2548; DeVellis, 1991) แบ่งเป็น 4 ขั้นตอน

ขั้นตอนที่ 1 การให้คำจำกัดความหรือนิยามการทดสอบทางจิตวิทยา การวัดทางจิตวิทยาจำเป็นต้องมีนิยามของตัวแปรที่ต้องการวัด ในปี 1991 Murphy และ Davidshofer ได้นิยามการวัดทางจิตวิทยาว่า หมายถึงลักษณะดังต่อไปนี้

- แบบทดสอบทางจิตวิทยา เป็นการวัดตัวอย่างพฤติกรรม (sample of behavior) ที่เป็นตัวแทนของพฤติกรรมที่ต้องการวัด
- ขบวนการวัดอยู่ในสภาวะการณ์ที่มีความเป็นมาตรฐาน (standardized conditions)
- การให้คะแนน (scoring) และการตีความหมายของคะแนนมีความเป็นปรนัย

นอกจากนี้การวัดต้องมีจุดมุ่งหมายที่ต้องการวัดอย่างจำเพาะเจาะจงคือ มีการกำหนดเป้าหมายและขอบเขตที่ต้องการวัด แต่ไม่ควรจำเพาะเจาะจงมากเกินไปจนกลายเป็นข้อจำกัดในการใช้แบบวัด ซึ่งแบบวัดที่ดีควรจะสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้ทั่วไป

ขั้นตอนที่ 2 การรวบรวมและสร้างคำถาม แบบวัดที่ดีควรจะเริ่มด้วยการรวบรวมคำถามให้ได้มากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ และสามารถเลือกคำถามได้อย่างเหมาะสม แต่ละคำถามควรจะประเมินในสิ่งเดียว แต่ประกอบด้วยคำถามหลายคำถามที่แตกต่างกัน ดังนั้นในขั้นตอนการสร้างคำถามในแต่ละมิติที่ต้องการวัดควรมีคำถาม การรวบรวมคำถามนั้นอาจได้มาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง การสัมภาษณ์เชิงลึกและการจัดสนทนากลุ่มกับกลุ่มตัวอย่าง ซึ่ง Spector (1992) ได้แนะนำถึงแบบวัดที่ดีไว้ว่า

- คำถามควรสื่อความหมายด้านเดียว
- ในแบบวัดควรมีความหมายทั้งในเชิงบวกและเชิงลบเพื่อลดการตอบแบบมีความลำเอียง
- ชัดเจน เข้าใจได้ง่ายและไม่มีศัพท์เทคนิค
- มีคำอธิบายการประเมินหรือตอบที่เข้าใจง่าย ชัดเจน

ขั้นตอนที่ 3 กำหนดมาตรฐานประมาณค่า มาตรฐานประเมินค่า เป็นการสร้างข้อคำถามให้อยู่ในรูปแบบของข้อความแล้วกำหนดค่าเป็นมาตร ให้ผู้ตอบทำการประเมิน มาตรฐานประมาณค่าที่นิยมใช้กันมี 3 ประเภท คือ

1. มาตรฐานประมาณค่าของ Thurstone-type ในปี ค.ศ. 1929 Thurstone ได้คิดมาตรฐานประมาณค่าแบบนี้ขึ้น ทำให้บางครั้งเรียกมาตรฐานนี้ว่า Thurstone scale แนวคิดของการวัดแบบนี้คือคุณลักษณะใด ๆ ในความรู้สึกของคนเรานั้น จะมีตั้งแต่เห็นด้วยน้อยที่สุดไปจนถึงเห็นด้วยมากที่สุดและช่วงความรู้สึกดังกล่าวนั้น จะถูกแบ่งออกเป็น 11 ช่วงเท่า ๆ กัน

2. มาตรฐานประมาณค่าของ Likert scale เนื่องจากวิธีของ Thurstone ค่อนข้างยุ่งยากในการสร้าง โดยเฉพาะขั้นตอนของการหาค่าประจำข้อ วิธีการของ Rensis Likert กำหนดค่าในการประมาณให้กับทุก ๆ ข้อที่เท่ากัน เช่น 5, 7, 11 มาตร เป็นต้น (แต่ที่นิยมใช้กันคือ 5 มาตร) โดยทำการประเมินจะมีตั้งแต่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง – ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (หรืออาจตรงข้ามกันก็ได้) พบว่ามาตรฐานประมาณค่าของ Likert ได้รับความนิยมใช้กันมากที่สุดในการวัดพฤติกรรมทางสังคมศาสตร์ เนื่องจากไม่ยุ่งยากในการสร้าง มีความสะดวก สร้างง่าย มีความเที่ยงสูง และสามารถได้คำตอบที่ครอบคลุม Likert ได้พัฒนามาตรวัดทัศนคติขึ้นในปี ค.ศ. 1932 ซึ่งเป็นมาตรวัดที่ประกอบด้วยชุดของข้อคำถามเกี่ยวกับเรื่องใดเรื่องหนึ่ง ที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อวัดความคิดเห็นของบุคคลต่อเรื่องใดเรื่องหนึ่ง มีจำนวนข้อคำถามทางบวกและทางลบ การตอบข้อคำถามอาจเป็นทั้งเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วยกับข้อความดังกล่าว และคะแนนรวมทั้งหมดที่ได้จากการวัดจะแสดงถึงทัศนคติของบุคคลต่อสิ่งนั้น

3. มาตรวัดจำแนก มาตรวัดจำแนกพัฒนาโดย Charles Osgood หรือเรียกว่า Semantic properties เดิมมีจุดประสงค์สร้างขึ้นเพื่อใช้เป็นเครื่องมือวัดความหมายของสิ่งเร้า การวัดความหมายของคำหรือมโนทัศน์นั้น Osgood มุ่งวัดจุดมุ่งหมายตามการรู้หรือความหมายเชิงปริยาย (connotative meaning) ของสิ่งเร้าที่กำหนด ณ จุดต่าง ๆ ที่อยู่ในกลุ่มของภาษา ต่อมาได้นำเทคนิคนี้จำแนก มาใช้เป็นเครื่องมือวัดทัศนคติ โดย Osgood กล่าวว่าทัศนคติของบุคคลต่อสิ่งหนึ่งนั้น จะสัมพันธ์กับความรู้สึกเกี่ยวกับความหมายด้านประเมินค่าต่อสิ่งนั้นนั่นเอง

ขั้นตอนที่ 4 การทดสอบแบบวัด

1. การทบทวนแบบวัด โดยผู้เชี่ยวชาญ ขั้นตอนนี้ช่วยยืนยันและตรวจสอบความตรงและสอดคล้องของนิยามกับเนื้อหาของคำถาม โดยผู้เชี่ยวชาญให้คะแนนตามระดับความสอดคล้องของคำถามที่เลือกมากับมิติที่ต้องการประเมิน หากคะแนนความสอดคล้องต่ำอาจพิจารณาตัดข้อคำถามนั้น ๆ ออก ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการสร้างแบบวัดที่มีโครงสร้างเป็นหลายมิติ นอกจากนี้ ข้อคิดเห็นที่ได้จากผู้เชี่ยวชาญอาจจะให้มุมมองใหม่ถึงวิธีการที่จะประเมินตัวแปร

2. การทดสอบแบบวัดก่อนนำไปใช้จริง ขั้นตอนนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบความเข้าใจของแต่ละคำถาม ความยากง่ายในการประเมิน รูปแบบของคำอธิบายการประเมิน และระยะเวลาที่ใช้ในการประเมิน ซึ่งอาจทดสอบในตัวอย่างจำนวน 10-30 คน ก่อนนำไปทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่หรือทดสอบจริง

3. การตรวจสอบความเที่ยง (reliability) ความเที่ยง ในแง่ของการวัดผลหมายถึง ความคงที่หรือความคงเส้นคงวา โดยเมื่อทำการวัดด้วยเครื่องมือใด ๆ 2 ครั้งแต่ละครั้งของการวัดมีความเป็นอิสระจากกัน ค่าทางสถิติที่ได้จากการวัดความเที่ยงเรียกว่าค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยง (reliability coefficient) ซึ่งมีค่าระหว่าง 0 ถึง 1 และมีค่าเป็นบวกเท่านั้น การวิเคราะห์ความเที่ยง เมื่อพิจารณาจำนวนครั้งของการทดสอบสามารถแบ่งออกได้เป็น 2 ประเภท คือ

3.1 การวัด 2 ครั้ง ซึ่งแยกย่อยออกเป็น

3.1.1 วิธีสอบซ้ำ (test-retest reliability)

เป็นการประมาณความเที่ยง โดยการหาความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนจากการสอบวัด 2 ครั้ง จากผู้ถูกทดสอบกลุ่มเดิม ด้วยแบบสอบถามชุดเดิม แต่ต่างเวลากัน มักเป็นแบบทดสอบที่วัดลักษณะทางกายภาพ วิธีการสอบซ้ำมักมีปัจจัยภายนอกเข้ามาเกี่ยวข้อง ทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนในการวัดขึ้น โดยอาจเกิดจากตัวผู้ถูกทดสอบ เช่น จำคำตอบได้ ไม่สามารถทำการประเมินครั้งที่ 2 ได้ วุฒิภาวะในตัวผู้สอบเปลี่ยนแปลงไป หรือจากปัจจัยจากตัวแบบทดสอบที่แตกต่างกันในการสอบแต่ละครั้ง

3.1.2. วิธีใช้แบบสอบแบบคู่ขนาน (alternate-form or parallel reliability)

จากข้อจำกัดของวิธีการสอบซ้ำ นักวัดผลจึงพัฒนาการหาความเที่ยงเพื่อหลีกเลี่ยงข้อจำกัดของวิธีการสอบซ้ำ โดยการใช้วิธีของแบบสอบแบบแทนที่กันได้ หรือแบบคู่ขนาน ลักษณะของแบบสอบที่มีความเทียบเคียงกันได้ โดยมี ค่าเฉลี่ย ความแปรปรวน ค่าความยาก ที่ใกล้เคียงกัน วิธีการหาค่าความเที่ยงแบบนี้พบว่าค่อนข้างยุ่งยาก เพราะต้องมีการสร้างแบบสอบให้มีคุณสมบัติดังกล่าว 2 ฉบับ นอกจากนี้ก็ยังมีปัจจัยภายนอกเข้ามาเกี่ยวข้องกับการสอบวัดอีกด้วย เช่น ความเหนื่อยล้า สมาธิในการทำข้อสอบ

3.2 การวัดครั้งเดียว แบ่งแยกย่อยออกได้เป็น

3.2.1 วิธีการสอบแบบแบ่งครึ่ง (split-half reliability)

วิธีการแบบแบ่งครึ่ง ยังคงมีกรอบแนวคิดที่ใกล้เคียงกับแบบสอบแบบเทียบเคียง กล่าวคือ ระดับความยากของข้อคำถามในแบบสอบจะมีความใกล้เคียงกัน รวมทั้งข้อคำถามจะต้องมีเนื้อหาที่วัดในโดเมน (domain) เดียวกัน การแบ่งครึ่งนิยมใช้การแบ่งเป็นข้อคู่และข้อคี่ ดังนั้นจากการสอบเพียงครึ่งเดียวในผู้สอบกลุ่มเดียว ก็จะได้คะแนนแบ่งเป็น 2 ชุด

3.2.2 วิธีวัดความสอดคล้องภายใน (internal consistency) ซึ่งแบ่งย่อยลงไปอีกได้ดังนี้

- วิธีของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson)

เป็นการหาความสอดคล้องภายใน ซึ่งทำการทดสอบครั้งเดียวโดยมีข้อตกลงเบื้องต้นของการทดสอบคือ ข้อคำถามเป็นการให้คะแนนแบบ dichotomized คือ 0, 1 คูเดอร์-ริชาร์ดสัน ได้พัฒนาสูตรขึ้นมาหลายสูตร แต่สูตรที่ได้รับความนิยมนำมาใช้ในการคำนวณหาค่าความเที่ยงคือ Kuder-Richardson formula-20 (KR-20) และ Kuder-Richardson formula-21 (KR-21)

- วิธีของครอนบัท (Cronbach' s Alpha)

วิธีของ ครอนบัท แอลฟา หรือที่นิยมเรียกว่า วิธีการแอลฟานั้น เป็นวิธีการหาความเที่ยงแบบวัดความคงที่ภายใน (internal consistency) อีกแบบหนึ่ง เนื่องจากการวัดความเที่ยงแบบนี้ มีพื้นฐานมาจากการคำนวณความแปรปรวนของแต่ละคำถามย่อยของแบบสอบ จึงนิยมใช้กับแบบสอบประเภทอัตนัยหรือความเรียง หรือถ้าเป็นทางจิตวิทยาจะเป็นแบบสอบที่วัดในหลาย ๆ มิติ

เกณฑ์การพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยงตามแนวคิด Williams ในปี 1994 มีดังนี้

ค่าความเที่ยง มีค่า 0.00-0.20	มีค่าความเที่ยงต่ำมาก
ค่าความเที่ยง มีค่า 0.21-0.40	มีค่าความเที่ยงค่อนข้างต่ำ
ค่าความเที่ยง มีค่า 0.41-0.70	มีค่าความเที่ยงพอประมาณ
ค่าความเที่ยง มีค่า 0.71-1.00	มีค่าความเที่ยงสูง

4. การตรวจสอบความตรง (validity)

ความตรง (validity) ของแบบสอบ หมายถึง แบบสอบนั้นสามารถวัดได้สอดคล้องกับสิ่งที่ต้องการวัด ดังนั้นแบบสอบจะมีความตรงหรือไม่นั้น ต้องมีการตรวจสอบกับจุดมุ่งหมายหรือวัตถุประสงค์เฉพาะของแต่ละแบบสอบที่สร้างขึ้น

ความตรง (validity) หมายถึง ความสามารถของเครื่องมือที่สามารถวัดในสิ่งที่ต้องการวัดได้อย่างแท้จริงเมื่อนำมาใช้กับแบบทดสอบ ซึ่งทำให้ผลการวัดตรงตามความต้องการหรือตามวัตถุประสงค์ สามารถวัดคุณลักษณะที่ต้องการวัดได้อย่างแท้จริง ทำให้ข้อมูลที่ได้จากการวัดแทนลักษณะของสิ่งที่วัด ได้อย่างถูกต้อง

ความตรงแบ่งออกเป็นหลายประเภท ตามเกณฑ์สมาคมวิจัยทางการศึกษาของชาวอเมริกัน สมาคมนักจิตวิทยาชาวอเมริกัน และคณะกรรมการการวัดผลการศึกษาระหว่างชาติ แบ่งความตรง ออกเป็น 3 ประเภท คือ ความตรงตามเนื้อหา ความตรงตามโครงสร้าง และความตรงตามเกณฑ์ สัมพันธ์ โดยในการศึกษานี้มีการทดสอบในด้านความตรงเชิงเนื้อหาและความตรงเชิงโครงสร้าง

- ความตรงตามเนื้อหา หมายถึงคุณสมบัติที่แสดงว่าเนื้อหาความรู้ในเครื่องมือวัดนั้น ครอบคลุมเนื้อหาที่ต้องการจะวัดทั้งหมด โดยเนื้อหาของคำถามในแบบวัดสามารถวัดได้ตรง มีความสอดคล้อง (relevance) และเป็นตัวแทนของเนื้อหา (representative) ของสิ่งที่ต้องการวัด

- ความตรงตามโครงสร้าง (construct validity) ความตรงชนิดนี้เกี่ยวข้องกับโครงสร้าง ทางจิตวิทยา คำว่า construct หมายถึงลักษณะทางจิตวิทยา (psychological traits) หรือสิ่งที่เป็นนามธรรมและไม่สามารถวัดได้โดยตรง ซึ่งสรุปมาจากทฤษฎีทางจิตวิทยา เช่น เชาวปัญญา ความวิตกกังวล ความซื่อสัตย์ ความถนัดทางการเรียน

- ความตรงตามเกณฑ์สัมพันธ์ (criterion related validity) หมายถึง ความตรงที่ใช้เทียบกับเกณฑ์ภายนอกที่เป็นอิสระ โดยแบ่งเป็น 2 ประเภทคือเทียบกับเกณฑ์ภายนอกที่เป็นปัจจุบัน เรียกว่าความตรงร่วมสมัย (concurrent validity) และเทียบกับเกณฑ์ภายนอกในอนาคตเพื่อการทำนายเรียกว่า (predictive validity) ความตรงร่วมสมัย (concurrent validity) คือความสามารถของแบบสอบที่จะชี้บ่งว่าผู้รับการทดสอบมีลักษณะหรือความสามารถที่ถูกวัดตรงตามเกณฑ์ภายนอกที่ตั้งขึ้นในปัจจุบันหรือไม่เพียงใด สำหรับเกณฑ์ภายนอกนั้นมักเป็นแบบทดสอบมาตรฐานซึ่งเป็นที่ยอมรับหรืออาจเป็นเกณฑ์อื่นที่ยอมรับ ส่วนความตรงเชิงทำนาย (predictive validity) เป็นความสามารถของแบบสอบที่บ่งบอกถึงผลการทดสอบกับสิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคต ซึ่งก็คือเป็นการใช้ผลการวัดเพื่อทำนายลักษณะหรือความสามารถหรือพฤติกรรมในอนาคตนั่นเอง

การศึกษานี้จะอาศัยข้อมูลที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม ทั้งจากเครื่องมือวัดความไว้วางใจของผู้ป่วยที่มีต่อแพทย์และหลักการในการพัฒนาเครื่องมือวัดมาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาแบบวัดความไว้วางใจของผู้รับบริการที่มีต่อเภสัชกรชุมชน ที่มีทั้งความตรงและความเที่ยง