



ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพการบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิในผู้ป่วยเบาหวานในจังหวัดสระบุรี



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาเภสัชศาสตร์สังคมและการบริหาร แผน ก แบบ ก 2 ปริญญาโทมหาบัณฑิต

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร

ปีการศึกษา 2564

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยศิลปากร

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพการบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิในผู้ป่วยเบาหวานในจังหวัด
สระบุรี



โดย
นายทรงวุฒิ สารจันทิก

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาเภสัชศาสตร์สังคมและการบริหาร แผน ก แบบ ก 2 ปริญญามหาบัณฑิต

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร

ปีการศึกษา 2564

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยศิลปากร

FACTORS RELATING THE SERVICE QUALITY OF PRIMARY PHARMACEUTICAL
SERVICE AMONG DIABETES MELLITUS PATIENTS IN SARABURI PROVINCE.



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for Master of Pharmacy (SOCIAL AND ADMINISTRATIVE PHARMACY)
Graduate School, Silpakorn University
Academic Year 2021
Copyright of Silpakorn University

| | |
|----------------------|---|
| หัวข้อ | ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพการบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิในผู้ป่วย เบาหวานในจังหวัดสระบุรี |
| โดย | ทรงวุฒิ สารจันทิก |
| สาขาวิชา | เภสัชศาสตร์สังคมและการบริหาร แผนก ก แบบ ก 2 ปริญญา มหาบัณฑิต |
| อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก | เภสัชกรหญิง ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. น้ำฝน ศรีบัณฑิต |

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร ได้รับพิจารณาอนุมัติให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต

..... คนบดีบัณฑิตวิทยาลัย
(รองศาสตราจารย์ ดร.จุไรรัตน์ นันทานิช)

พิจารณาเห็นชอบโดย

..... ประธานกรรมการ
(เภสัชกร รองศาสตราจารย์วิวัฒน์ ถาวรวิวัฒน์ยงค์)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก
(เภสัชกรหญิง ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.น้ำฝน ศรีบัณฑิต)

..... ผู้ทรงคุณวุฒิภายใน
(เภสัชกร ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภาณุพัฒน์ พุ่มพฤษ)

..... ผู้ทรงคุณวุฒิภายใน
(เภสัชกรหญิง ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วารณี บุญช่วยเหลือ)

..... ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก
(เภสัชกรหญิง ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ผกามาศ ไมตรีมิตร)

60362203 : เกสัชศาสตร์สังคมและการบริหาร แผน ก แบบ ก 2 ปริญญาโทบัณฑิต

คำสำคัญ : ความคาดหวัง, การรับรู้, คุณภาพการให้บริการ, เกสัชกรรมปฐมภูมิ, ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

นาย ทรงวุฒิ สารจันทิก: ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพการบริการเกสัชกรรมปฐมภูมิในผู้ป่วยเบาหวานในจังหวัดสระบุรี อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก : เกสัชกรหญิง ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. น้ำฝน ศรีบัณฑิต

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพการบริการเกสัชกรรมปฐมภูมิและปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพการบริการเกสัชกรรมปฐมภูมิในผู้ป่วยเบาหวานในจังหวัดสระบุรี รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยเชิงสำรวจ ประชากรคือผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่รับบริการ ณ คลินิกโรคเรื้อรังหน่วยบริการปฐมภูมิในจังหวัดสระบุรี กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยมีจำนวน 182 คน เครื่องมือในการวิจัยคือแบบสอบถามคุณภาพการบริการในด้านความเป็นรูปธรรมของบริการ (Tangibles) ด้านความน่าเชื่อถือไว้วางใจได้ (Reliability) ด้านการให้ความเชื่อมั่นแก่ผู้รับบริการ (Assurance) ด้านการตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ (Responsiveness) ด้านความเห็นอกเห็นใจผู้รับบริการ (Empathy) และสถิติที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติเปรียบเทียบความแตกต่างของระดับความคาดหวังและระดับการรับรู้การบริการด้วยหรือ Paired t-test หรือ Wilcoxon Matched-Pairs Signed-Ranks Test และวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพการบริการด้านต่างๆ จะใช้สถิติ chi-square ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง 145 คน (ร้อยละ 79.70) ส่วนใหญ่คืออายุ 60-69 ปี (ร้อยละ 29.70) ระดับการศึกษาส่วนใหญ่คือประถมศึกษาจำนวน 128 คน (ร้อยละ 70.30) ค่า HbA1c เฉลี่ย 8.02 ± 2.02 ความถี่ในการนัดรับยาโรคเรื้อรังที่หน่วยบริการปฐมภูมิ โดยเฉลี่ย 8.16 ± 5.08 ครั้งต่อปี เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างความคาดหวังและการรับรู้ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ต่อการบริการเกสัชกรรมปฐมภูมิพบว่า ด้านการตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ (Responsiveness) และด้านความเห็นอกเห็นใจผู้รับบริการ (Empathy) มีค่าเฉลี่ยระดับความคาดหวังสูงกว่าระดับการรับรู้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p value < 0.001 และ < 0.001 ตามลำดับ) ส่วนด้านความเป็นรูปธรรมของบริการ (Tangibles) ด้านความน่าเชื่อถือไว้วางใจได้ (Reliability) และด้านการให้ความเชื่อมั่นแก่ผู้รับบริการ (Assurance) ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพการบริการคือระดับการศึกษา จำนวนครั้งที่เข้ามาใช้บริการ ความถี่ในการเยี่ยมบ้าน การคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ สรุปและข้อเสนอแนะ การบริการเกสัชกรรมปฐมภูมิพบว่า ยังมีช่องว่างคุณภาพการให้บริการในด้านการตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ (Responsiveness) และด้านความเห็นอกเห็นใจผู้รับบริการ (Empathy) ดังนั้น แนวทางการพัฒนางานเกสัชกรรมปฐมภูมิควรเน้นการฝึกอบรมเกสัช

กรปฐมภูมิเกี่ยวกับแนวคิดเสด็จกรรมครอบครัวและทักษะการเยี่ยมบ้านให้มากขึ้น



60362203 : Major (SOCIAL AND ADMINISTRATIVE PHARMACY)

Keyword : expectation, perceptions, quality of service, primary pharmaceutical, Type 2 Diabetes Mellitus

MR. SONGWUT SARNJANTHUK : FACTORS RELATING THE SERVICE QUALITY OF PRIMARY PHARMACEUTICAL SERVICE AMONG DIABETES MELLITUS PATIENTS IN SARABURI PROVINCE. THESIS ADVISOR : ASSOCIATE PROFESSOR DR. NAMFON SRIBUNDIT

The purpose of this research was to study the quality of primary pharmaceutical care services and factors related to the quality of primary pharmaceutical care services in diabetic patients in Saraburi Province. This study is a survey research under which the sample group included 182 patients diagnosed with Diabetic Type 2 who received pharmaceutical care services at the chronic diseases clinic of primary care unit in Saraburi province. The research tool was the service quality questionnaire on tangibles, reliability, assurance, responsiveness and empathy. The statistics used in the study were percentage, mean, standard deviation and the Wilcoxon Matched-Pairs Signed-Ranks Test or Paired t-test and Chi-square or Fisher's exact test. The results showed that the sample group was 145 females (79.70 percent), mostly aged 60-69 years (29.70%). The majority of their education was primary school with 128 subjects (70.30 percent), mean HbA1c 8.02 ± 2.02 , median chronic disease drug appointments at primary care units 8.16 ± 5.08 times per year. When comparing the differences between the expectations and perceptions of type 2 diabetic patients towards primary pharmaceutical care services, it was found that responsiveness and empathy were statistically significantly higher than the level of expectation (p value < 0.001 and < 0.001 , respectively). The tangible aspect, reliability aspect and assurance aspect to the service recipient was not significantly different in terms of statistical difference. The factor related to service quality were the level of education, frequency of times receiving home visit, controlling blood sugar levels. Conclusion and recommendations of primary pharmaceutical care services found that there is still a gap in service quality in terms of responsiveness and empathy. Therefore, guidelines for developing primary care pharmacists should focus more on training primary care pharmacists on family pharmacy concepts and

home visiting skills.



กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จสมบูรณ์ได้ด้วยดีโดยได้รับความอนุเคราะห์และเอาใจใส่ให้คำปรึกษาจาก อาจารย์ ญญ.ผศ.ดร.น้ำฝน ศรีบัณฑิต อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ได้ให้คำปรึกษาแนะนำแก้ไขปรับปรุงข้อบกพร่อง และแนวทางในการศึกษาค้นคว้ามาโดยตลอด ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณ อาจารย์ ภก.ผศ.ดร.บุรินทร์ ต. ศรีวงษ์ ภก.วิฑูรย์ ชัยธีระศักดิ์ ญญ.จันทร์จรรย์ ดอกบัว ผู้เชี่ยวชาญ ที่กรุณาตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นอย่างดี

ขอขอบพระคุณ ผู้อำนวยการและบุคลากรของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่งในจังหวัดสระบุรี ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูลการทำวิจัย

ขอขอบพระคุณ นพ.เอกภพ สะเดา ผู้อำนวยการโรงพยาบาลวังม่วงสีหธรธรรม ผู้บังคับบัญชาที่สนับสนุนและคอยให้กำลังใจการทำวิจัยมาโดยตลอด

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงด้วยดี ขอขอบพระคุณ อาจารย์ ภก.รศ.วิวัฒน์ ถาวรวัฒนยงค์ อาจารย์ ญญ.ผศ.ดร.ผกามาศ ไผ่ตรีมิตร อาจารย์ ภก.ผศ.ดร.ภาณุพัฒน์ พุ่มพฤษ และอาจารย์ ญญ.ผศ.ดร.วารณี บุญช่วยเหลือ ที่กรุณาเป็นเกียรติเป็นกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ ผู้วิจัยมีความซาบซึ้งในความกรุณาของทุกท่านที่ได้กล่าวถึงและผู้ที่ไม่ได้เอ่ยนามในที่นี้ ได้มีส่วนช่วยเหลือในการสนับสนุนให้กำลังใจด้วยดีตลอดมา จึงขอกราบขอบพระคุณทุกท่านด้วยความจริงใจ และขอมอบคุณประโยชน์อันเกิดจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นกตเวทิตาคุณแด่ บิดามารดา ครู อาจารย์ และผู้เกี่ยวข้องทุกท่านที่ให้การสนับสนุนและเป็นกำลังใจด้วยดีเสมอมา ขอน้อมคารวะแด่ผู้เขียนตำราวิชาการที่ได้ศึกษาค้นคว้าและใช้อ้างอิงทุกท่าน

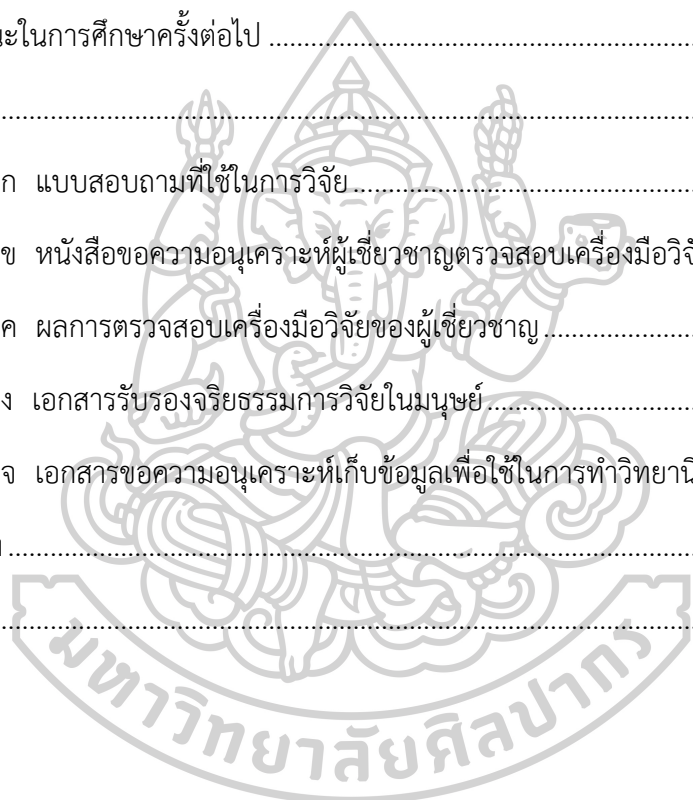
นาย ทรงวุฒิ สารจันทิก

สารบัญ

| | หน้า |
|---|------|
| บทคัดย่อภาษาไทย..... | ง |
| บทคัดย่อภาษาอังกฤษ..... | ฉ |
| กิตติกรรมประกาศ..... | ช |
| สารบัญ..... | ฅ |
| สารบัญตาราง..... | ฉ |
| สารบัญภาพ..... | ณ |
| บทที่ 1 บทนำ..... | 1 |
| ความมุ่งหมายและวัตถุประสงค์ของการศึกษา..... | 5 |
| ผลที่คาดว่าจะได้รับ..... | 5 |
| ขอบเขตการศึกษา..... | 5 |
| กรอบแนวคิดในการศึกษา..... | 6 |
| นิยามศัพท์เฉพาะ..... | 6 |
| บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง..... | 8 |
| 1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคเบาหวาน..... | 8 |
| 2. บทบาทของเภสัชกรรมปฐมภูมิและประสิทธิผลของงานเภสัชกรรมปฐมภูมิ..... | 11 |
| 3. คุณภาพการบริการ..... | 16 |
| 4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง..... | 23 |
| บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย..... | 31 |
| รูปแบบการวิจัย..... | 31 |
| ประชากรและกลุ่มตัวอย่างของการศึกษา..... | 31 |
| ประชากร..... | 31 |

| | |
|--|----|
| เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) | 31 |
| วิธีการสุ่มตัวอย่าง..... | 32 |
| เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย | 37 |
| การทดสอบเครื่องมือ..... | 39 |
| วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล | 40 |
| บทที่ 4 ผลการวิจัย | 44 |
| ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลด้านสุขภาพและข้อมูลการรับบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิ | 44 |
| ส่วนที่ 2 คุณภาพการบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิ..... | 49 |
| 2.1 ด้านความเป็นรูปธรรมของบริการ (Tangibles)..... | 49 |
| 2.2 ด้านความน่าเชื่อถือไว้วางใจได้ (Reliability) | 51 |
| 2.3 ด้านการตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ (Responsiveness)..... | 53 |
| 2.4 ด้านการให้ความเชื่อมั่นแก่ผู้รับบริการ (Assurance)..... | 55 |
| 2.5 ด้านความเห็นอกเห็นใจผู้รับบริการ (Empathy) | 56 |
| 2.6 ระดับคุณภาพบริการในภาพรวมจำแนกตามมิติต่าง ๆ..... | 57 |
| 2.7 ความคาดหวังต่อบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิ | 58 |
| 2.8 การรับรู้ระดับการบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิ..... | 59 |
| ส่วนที่ 3 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิ..... | 60 |
| 3.1 ความสัมพันธ์ระหว่างเพศและคุณภาพบริการ..... | 61 |
| 3.2 ความสัมพันธ์ระหว่างอายุและคุณภาพบริการ..... | 62 |
| 3.3 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษาและคุณภาพบริการ | 63 |
| 3.4 ความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนยาที่ได้รับและคุณภาพบริการ | 65 |
| 3.5 ความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนครั้งที่เข้ารับบริการและคุณภาพบริการ | 67 |
| 3.6 ความสัมพันธ์ระหว่างการใช้อินซูลินและคุณภาพบริการ..... | 68 |
| 3.7 ความสัมพันธ์ระหว่างความถี่การเยี่ยมบ้านและคุณภาพบริการ | 70 |

| | |
|--|-----|
| 3.8 ความสัมพันธ์ระหว่างการคุมระดับน้ำตาลในเลือดและคุณภาพบริการ | 71 |
| 3.9 ความสัมพันธ์ระหว่างพื้นที่ที่รับบริการและคุณภาพบริการ | 73 |
| บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ | 77 |
| สรุปผลการวิจัย..... | 77 |
| อภิปรายผล..... | 77 |
| ข้อเสนอแนะ | 80 |
| ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป | 81 |
| ภาคผนวก..... | 82 |
| ภาคผนวก ก แบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัย..... | 83 |
| ภาคผนวก ข หนังสือขอความอนุเคราะห์ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือวิจัย | 91 |
| ภาคผนวก ค ผลการตรวจสอบเครื่องมือวิจัยของผู้เชี่ยวชาญ | 96 |
| ภาคผนวก ง เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ | 101 |
| ภาคผนวก จ เอกสารขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลเพื่อใช้ในการทำวิทยานิพนธ์ | 103 |
| รายการอ้างอิง | 105 |
| ประวัติผู้เขียน..... | 110 |



สารบัญตาราง

| | หน้า |
|--|------|
| ตารางที่ 1 แสดงผลค่าความน่าเชื่อถือ | 40 |
| ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไป | 44 |
| ตารางที่ 3 ข้อมูลสุขภาพ ข้อมูลการเจ็บป่วยทั่วไป..... | 46 |
| ตารางที่ 4 ข้อมูลการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน | 48 |
| ตารางที่ 5 การรับบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิ..... | 49 |
| ตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ย ความคาดหวัง การรับรู้ และระดับคุณภาพบริการด้านความเป็นรูปธรรมของ บริการ (Tangibles) | 50 |
| ตารางที่ 7 ค่าเฉลี่ย ความคาดหวัง การรับรู้ และระดับคุณภาพบริการด้านความน่าเชื่อถือไว้วางใจได้ (Reliability)..... | 52 |
| ตารางที่ 8 ค่าเฉลี่ย ความคาดหวัง การรับรู้ และระดับคุณภาพบริการด้านการตอบสนองความ ต้องการของผู้รับบริการ (Responsiveness)..... | 54 |
| ตารางที่ 9 ค่าเฉลี่ย ความคาดหวัง การรับรู้ และระดับคุณภาพบริการด้านการให้ความเชื่อมั่นแก่ ผู้รับบริการ (Assurance)..... | 55 |
| ตารางที่ 10 ค่าเฉลี่ย ความคาดหวัง การรับรู้ และระดับคุณภาพบริการ ด้านความเห็นอกเห็นใจ ผู้รับบริการ (Empathy)..... | 57 |
| ตารางที่ 11 เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างระดับคุณภาพบริการจำแนกคุณภาพบริการรายมิติ | 58 |
| ตารางที่ 12 แสดงระดับความคาดหวังของผู้รับบริการ 3 ลำดับแรกและ 3 ลำดับสุดท้าย..... | 59 |
| ตารางที่ 13 แสดงการรับรู้ของผู้รับบริการ 3 ลำดับแรกและ 3 ลำดับสุดท้าย..... | 60 |
| ตารางที่ 14 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพการบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิในผู้ป่วย เบาหวานในจังหวัดสระบุรี ด้านความเป็นรูปธรรมของบริการ(Tangibles) ด้านความน่าเชื่อถือ ไว้วางใจได้ (Reliability) ด้านการให้ความเชื่อมั่นแก่ผู้รับบริการ(Assurance) กับเพศ | 61 |

ตารางที่ 15 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพการบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิในผู้ป่วย
เบาหวานในจังหวัดสระบุรี ด้านการตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ (Responsiveness) ด้าน
ความเห็นอกเห็นใจผู้รับบริการ (Empathy) กับเพศ..... 62

ตารางที่ 16 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพการบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิในผู้ป่วย
เบาหวานในจังหวัดสระบุรี ด้านความเป็นรูปธรรมของบริการ (Tangibles) ด้านความน่าเชื่อถือ
ไว้วางใจได้ (Reliability) ด้านการให้ความเชื่อมั่นแก่ผู้รับบริการ (Assurance) กับอายุ..... 62

ตารางที่ 17 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพการบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิในผู้ป่วย
เบาหวาน ในจังหวัดสระบุรี ด้านการตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ ความเห็นอกเห็นใจ
ผู้รับบริการ กับอายุ..... 63

ตารางที่ 18 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพการบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิในผู้ป่วย
เบาหวานในจังหวัดสระบุรี ด้านความเป็นรูปธรรมของบริการ(Tangibles) ด้านความน่าเชื่อถือ
ไว้วางใจได้(Reliability)ด้านการให้ความเชื่อมั่นแก่ผู้รับบริการ(Assurance) กับระดับการศึกษา..... 64

ตารางที่ 19 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพการบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิในผู้ป่วย
เบาหวานในจังหวัดสระบุรี ด้านการตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ(Responsiveness) ด้าน
ความเห็นอกเห็นใจผู้รับบริการ (Empathy) จำแนกตามระดับการศึกษา..... 65

ตารางที่ 20 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพการบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิในผู้ป่วย
เบาหวานในจังหวัดสระบุรี ด้านความเป็นรูปธรรมของบริการ (Tangibles) ด้านความน่าเชื่อถือ
ไว้วางใจได้ (Reliability) ด้านการให้ความเชื่อมั่นแก่ผู้รับบริการ (Assurance) กับจำนวนยาที่ได้รับ65

ตารางที่ 21 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพการบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิในผู้ป่วย
เบาหวานในจังหวัดสระบุรี ด้านการตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ (Responsiveness)
ด้านความเห็นอกเห็นใจผู้รับบริการ (Empathy)กับจำนวนยาที่ได้รับ 66

ตารางที่ 22 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพการบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิในผู้ป่วย
เบาหวานในจังหวัดสระบุรี ด้านความเป็นรูปธรรมของบริการ (Tangibles) ด้านความน่าเชื่อถือ
ไว้วางใจได้ (Reliability) ด้านการให้ความเชื่อมั่นแก่ผู้รับบริการ (Assurance) กับจำนวนครั้งที่เข้า
มารับบริการ..... 67

ตารางที่ 23 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพการบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิในผู้ป่วย
เบาหวานในจังหวัดสระบุรี ด้านการตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ ความเห็นอกเห็นใจ
ผู้รับบริการ กับจำนวนครั้งที่เข้ามารับบริการ 68

| | |
|---|----|
| ตารางที่ 24 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพการบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิในผู้ป่วย เบาหวานในจังหวัดสระบุรี ด้านความเป็นรูปธรรมของบริการ (Tangibles) ด้านความน่าเชื่อถือ ไว้วางใจได้ (Reliability) ด้านการให้ความเชื่อมั่นแก่ผู้รับบริการ (Assurance) กับการใช้อินซูลิน ... | 68 |
| ตารางที่ 25 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพการบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิในผู้ป่วย เบาหวานในจังหวัดสระบุรี ด้านการตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ (Responsiveness) ด้าน ความเห็นอกเห็นใจผู้รับบริการ (Empathy) กับการใช้อินซูลิน | 69 |
| ตารางที่ 26 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพการบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิในผู้ป่วย เบาหวานในจังหวัดสระบุรี ด้านความเป็นรูปธรรมของบริการ (Tangibles) ด้านความน่าเชื่อถือ ไว้วางใจได้ (Reliability) ด้านการให้ความเชื่อมั่นแก่ผู้รับบริการ (Assurance) กับการเยี่ยม บ้าน..... | 70 |
| ตารางที่ 27 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพการบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิในผู้ป่วย เบาหวานในจังหวัดสระบุรี ด้านการตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ(Responsiveness) ความเห็นอกเห็นใจผู้รับบริการ (Empathy) กับการเยี่ยมบ้าน..... | 71 |
| ตารางที่ 28 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพการบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิในผู้ป่วย เบาหวานในจังหวัดสระบุรี ด้านความเป็นรูปธรรมของบริการ (Tangibles) ด้านความน่าเชื่อถือ ไว้วางใจได้ (Reliability) ด้านการให้ความเชื่อมั่นแก่ผู้รับบริการ (Assurance) กับการคุมระดับ น้ำตาลในเลือด | 71 |
| ตารางที่ 29 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพการบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิในผู้ป่วย เบาหวานในจังหวัดสระบุรี ด้านการตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ (Responsiveness) ด้าน ความเห็นอกเห็นใจผู้รับบริการ (Empathy) กับการคุมระดับน้ำตาลในเลือด..... | 72 |
| ตารางที่ 30 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพการบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิในผู้ป่วย เบาหวานในจังหวัดสระบุรี ด้านความเป็นรูปธรรมของบริการ (Tangibles) ด้านความน่าเชื่อถือ ไว้วางใจได้ (Reliability) ด้านการให้ความเชื่อมั่นแก่ผู้รับบริการ (Assurance) กับการที่รับบริการ | 73 |
| ตารางที่ 31 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพการบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิในผู้ป่วย เบาหวานในจังหวัดสระบุรี ด้านการตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ (Responsiveness) ด้าน ความเห็นอกเห็นใจผู้รับบริการ (Empathy) กับการที่รับบริการ | 74 |

ตารางที่ 32 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพการบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิในผู้ป่วย
เบาหวานในจังหวัดสระบุรี ความเป็นรูปธรรมของบริการ ความน่าเชื่อถือไว้วางใจได้ การให้ความ
เชื่อมั่นแก่ผู้รับบริการ การตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ ความเห็นอกเห็นใจผู้รับบริการ
จำแนกตามปัจจัยที่ศึกษา 75

ตารางที่ 33 ข้อเสนอแนะ 76



สารบัญภาพ

| | หน้า |
|--|------|
| ภาพที่ 1 จำนวนผู้ป่วยเบาหวานของจังหวัดสระบุรี แยกตามอำเภอ ปี 2562..... | 4 |
| ภาพที่ 2 กรอบแนวคิดในการศึกษา..... | 6 |
| ภาพที่ 3 ความสัมพันธ์ของคุณภาพการบริการกับความพึงพอใจและการตั้งใจปฏิบัติพฤติกรรม | 17 |
| ภาพที่ 4 The Five Key Service Dimensions of the SERVQUAL model | 18 |
| ภาพที่ 5 ทฤษฎีคุณภาพการบริการของ Parasuraman และคณะ ปี1985 | 20 |



บทที่ 1

บทนำ

ร่างรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2559 มาตรา 258 ได้กำหนดให้มีระบบการแพทย์ปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดูแลประชาชน ในสัดส่วนที่เหมาะสม จากทิศทางดังกล่าวจะส่งผลให้เกิดการพัฒนาาระบบบริการปฐมภูมิอย่างเป็นด้านความเป็นรูปธรรมของบริการ และส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงกระบวนทัศน์ใหม่ทางสุขภาพ จากมิติด้านการรักษาพยาบาล ดูแลรักษาสุขภาพของผู้เจ็บป่วย ซึ่งเป็นบริการสุขภาพเชิงรับไปสู่มิติ ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟู โดยพิจารณาปัญหาอย่างเป็นองค์รวม เน้นบทบาทการให้บริการสุขภาพเชิงรุก เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการเพิ่มศักยภาพการพึ่งตนเองของประชาชน ร่วมดูแลสุขภาพกับประชาชนอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ก่อนป่วย ขณะป่วย และช่วงฟื้นฟูสภาพ พร้อมกับจัดทำระบบข้อมูลของประชาชน ตั้งแต่เกิดจนเสียชีวิต การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ส่งผลต่อการปฏิบัติงานของบุคลากรทางการแพทย์ทุกสาขา รวมถึงเภสัชกร ซึ่งแต่เดิมมีบทบาทหลักในการจ่ายยาให้แก่ผู้ป่วยในโรงพยาบาลและร้านยา เน้นความรับผิดชอบที่งานบริหาร เวชภัณฑ์ ตั้งแต่การจัดซื้อ การเก็บรักษา การตรวจสอบคุณภาพ และการเตรียมยา และการบริหารเภสัชกรรม แก่ผู้ป่วย ซึ่งเป็นการทำงานที่เชิงรับ จึงมักเกิดคำถามว่า งานเชิงรุกของเภสัชกรควรมีลักษณะเป็นอย่างไร จากการเปลี่ยนแปลงด้านวิชาชีพของเภสัชกร ประกอบกับมีการเปลี่ยนแปลงแนวคิดในการรักษาพยาบาลที่เน้นให้ผู้ป่วยดูแลส่งเสริมสุขภาพตนเองได้มากขึ้น จึงเสมือนเป็นงานที่ทำทลายความสามารถของเภสัชกรในการปรับเปลี่ยนวิชาชีพให้สอดคล้องกับการปฏิรูประบบสุขภาพที่ผ่านมารูปแบบการให้บริการเภสัชกรรมในหน่วยบริการปฐมภูมิยิ่งขึ้นอยู่กับ แต่ละพื้นที่ กิจกรรมที่เกิดขึ้นจึงมีความแตกต่างกันหลากหลาย นับตั้งแต่มีเภสัชกรที่ทำหน้าที่ดูแลระบบการจัดการ จัดเก็บ และบริหารเวชภัณฑ์ หรือการทำงานบริการเภสัชกรรมที่ครอบคลุมตั้งแต่งานบริหารเวชภัณฑ์ งานบริหารเภสัชกรรมในหน่วยบริการปฐมภูมิ งานบริหารเภสัชกรรมผู้ป่วยที่บ้าน (เยี่ยมบ้าน) บริการจ่ายยา งานดูแลผู้ป่วยที่บ้านและชุมชน งานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข และงานส่งเสริมการพึ่งตนเองด้านสมุนไพรและสุขภาพ [1]

เภสัชกรรมปฐมภูมิ คือ การบริการสุขภาพโดยเภสัชกร ซึ่งจะเป็นการดูแลคนทั้งคนเป็นองค์รวม ทั้งกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ไม่แยกเป็นโรคใดโรคหนึ่ง โดยเภสัชกรจะเข้าไปดูแลครอบคลุมทั้ง 4 มิติ [2] ได้แก่ ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันภาวะแทรกซ้อน การรักษา และการฟื้นฟูสภาพ ซึ่งจะไม่ใช่เพียงแค่ดูแลการใช้ยาของผู้ป่วย หรือเฝ้าระวังอาการข้างเคียงจากการใช้ยา แต่จะมีการตรวจร่างกายเบื้องต้น เช่น ความดันโลหิต วัตถุประสงค์ วิตามิน เกล็ดเลือด น้ำตาลในเลือด ประเมินภาวะชีวิต

และภาวะบวม ตลอดจนประเมินสุขภาพจิตใจ และสังเกตสภาวะแวดล้อมรอบๆบ้านผู้ป่วย อีกทั้งให้บริการคัดกรองโรคเรื้อรังต่าง ๆ ให้กับผู้ที่ร่างกายแข็งแรงไม่เจ็บป่วยดั่งนั้น เกสซ์กรจำเป็นต้องมีความชำนาญ ความรู้ และทักษะที่จำเป็นต่อการปฏิบัติงาน และต้องมีเครื่องมือในการทำงานที่เหมาะสม เพื่อที่จะสามารถสื่อสารกับชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อการให้ข้อมูล คำแนะนำกับผู้ป่วยและชุมชน ตลอดจนสามารถเข้าใจบริบทของชุมชน ซึ่งสามารถเรียนรู้จากผังเครือญาติ แผนที่ชุมชน ประวัติชุมชน ปฏิทินกิจกรรมของชุมชน ซึ่งจะช่วยให้งานของเกสซ์กร หรือผู้ปฏิบัติงาน เกสซ์กรรมปฐมภูมิสามารถดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น [3]

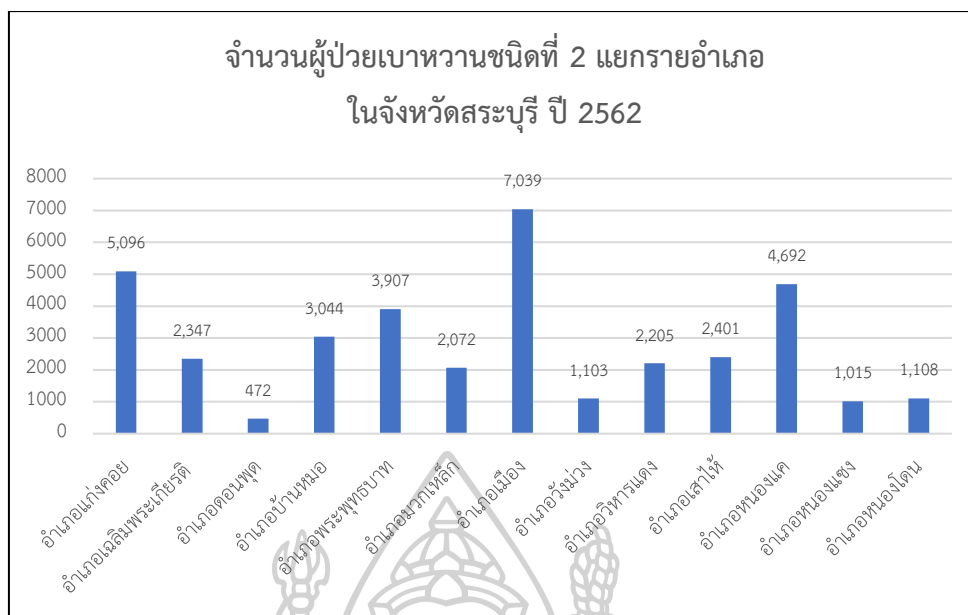
ดังนั้น เกสซ์กรและผู้ปฏิบัติงานด้านเกสซ์กรรมปฐมภูมิ จำเป็นต้องมีการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง และปรับปรุงแบบการดำเนินงานด้านการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิได้อย่างเหมาะสม ซึ่งสามารถเรียนรู้และศึกษาข้อมูลต่าง ๆ ได้จากการศึกษางานวิจัยหรือเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงาน เกสซ์กรรมปฐมภูมิในด้านการดูแล รักษาและการให้บริการสุขภาพในชุมชนหรือในระดับปฐมภูมิที่ผ่านกระบวนการรวบรวมและศึกษาอย่างเป็นระบบ ในมิติที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานด้านการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงในระดับปฐมภูมิหรือในชุมชน จึงเป็นอีกแนวทางหนึ่งที่จะช่วยให้เกสซ์กร และผู้ปฏิบัติงานด้านเกสซ์กรรมปฐมภูมิได้เข้าใจถึงบริบท ปัจจัย ตลอดจนองค์ประกอบต่างๆ ที่มีประโยชน์ และเอื้อต่อการพัฒนาระบบงาน ที่จะนำไปสู่การกำหนดมาตรการหรือแนวทางในการดำเนินงานเพื่อให้เกิดการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงแบบองค์รวม และสอดคล้องกับความต้องการ สภาพปัญหา และบริบททางสังคมโดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางร่วมกับสาขาวิชาชีพด้านสาธารณสุขได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อสามารถดูแลรักษา และควบคุมโรคให้บรรลุเป้าหมายยิ่งขึ้นต่อไป [1]

การจัดบริการเกสซ์กรรมเป็นบทบาทหลักของเกสซ์กรโดยมุ่งเน้นผลลัพธ์ให้เกิดบริการที่มีคุณภาพตามมาตรฐานวิชาชีพเกสซ์กรรมอันเป็นคุณภาพที่ผู้รับบริการยากที่จะประเมินได้ในขณะที่สิ่งที่ผู้รับบริการรับรู้ (perception) และสามารถประเมินได้คือบริการที่ได้รับจากเกสซ์กรนั้นตรงกับ ความคาดหวัง (expectation) ของตนหรือไม่บริการที่ผู้รับบริการรับรู้เทียบกับความคาดหวังต่อบริการนั้นเป็นสิ่งที่บอกถึงคุณภาพบริการ (Service Quality) อธิบายด้วยตัวแบบที่ใช้อธิบายคุณภาพของการบริการ (Service Quality Model) ในการประเมินคุณภาพบริการนั้นมีเครื่องมือที่นิยมใช้คือ SERVQUAL [4] โดยจะมีการพิจารณาบริการ 5 ด้านได้แก่ ด้านความเป็นรูปธรรมของบริการ (Tangibles) ด้านความน่าเชื่อถือไว้วางใจได้ (Reliability) ด้านการให้ความเชื่อมั่นแก่ผู้รับบริการ (Assurance) ด้านการตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ (Responsiveness) ด้านความเห็นอกเห็นใจผู้รับบริการ (Empathy) หากได้รับตรงตามความคาดหวังหรือมากกว่า สามารถแปลผลได้ว่าเป็นบริการที่มีคุณภาพระดับสูงทั้งนี้มีการนำ SERVQUAL มาประยุกต์ใช้ในการประเมินคุณภาพบริการทางการแพทย์รวมถึงงานบริการเกสซ์กรรมในหลายการศึกษาทั้งในและต่างประเทศซึ่งมีผล

แตกต่างกันไปในแต่ละบริบท อย่างไรก็ตาม การให้บริการเภสัชกรรมควรให้ความสำคัญกับคุณภาพบริการที่ผู้รับบริการรับรู้ร่วมกันกับการพัฒนาคุณภาพการให้บริการที่เป็นไปตามมาตรฐานของวิชาชีพ เนื่องจากเมื่อผู้รับบริการตัดสินใจว่าบริการที่ตนได้รับนั้นมีคุณภาพจะนำมาซึ่งความพึงพอใจและนำไปสู่การเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาและพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วย เช่น การฉีดอินซูลิน การเลือกรับประทานอาหาร การดูแลสุขภาพเท้า การพบแพทย์อย่างสม่ำเสมอ เมื่อผู้ป่วยปฏิบัติตัวอย่างถูกต้องแล้วจะนำไปสู่ผลลัพธ์การรักษาเบาหวานที่ดี สามารถคุมระดับน้ำตาลได้ และลดภาวะแทรกซ้อนจากเบาหวานได้

เครื่องมือ SERVQUAL ได้ถูกนำมาประยุกต์ใช้ในการประเมินคุณภาพบริการทางการแพทย์อย่างแพร่หลายทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ การศึกษาของปัทสรา วรรณทอง ปี 2562 [5] ในปี พ.ศ. 2562 พบว่าระดับคุณภาพมีตั้งแต่คุณภาพบริการดีในทุกด้านแต่คุณภาพบริการต่ำกว่าความคาดหวังในทุกด้านโดยด้านความเห็นอกเห็นใจ (empathy) ต่อผู้มารับบริการมีคะแนนต่ำสุด สำหรับคุณภาพงานเภสัชกรรมปฐมภูมิ สุนันทา ยอดเนตร ปี 2551 [6] ผลการศึกษาพบว่าคุณภาพบริการของงานเภสัชกรรมในสถานบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ มีคุณภาพที่ไม่ดีในทุกด้าน โดยด้านที่มีความแตกต่างระหว่างความคาดหวังและการรับรู้สูงที่สุดคือ ด้านความมั่นใจในการรับบริการ รองลงมาคือด้านความเป็นรูปธรรมของบริการ (Tangibles) ด้านความน่าเชื่อถือไว้วางใจได้ (Reliability) และด้านความเห็นอกเห็นใจผู้รับบริการ (Empathy) การตอบสนองต่อผู้รับบริการ ตามลำดับ ปัจจัยที่ทำให้ระดับการรับรู้และความคาดหวังมีความแตกต่างกันได้แก่ ระดับการศึกษา ระยะทางเดินทางมาสถานพยาบาล จำนวนครั้งในการเข้ารับการรักษาพยาบาล ส่วนปัจจัยที่ไม่ได้ทำให้ระดับการรับรู้และความคาดหวังแตกต่างกัน คือ เพศ อายุ สถานภาพการสมรส อาชีพ รายได้

จังหวัดสระบุรีเป็นจังหวัดนำร่องในการดำเนินงานเภสัชกรรมปฐมภูมิ โดยเริ่มมีการดำเนินงานเภสัชกรรมปฐมภูมิอย่างเป็นทางการเป็นรูปธรรมตั้งแต่ปี 2552 จนถึงปัจจุบัน โดยเป็นนโยบายระดับจังหวัดในการดำเนินงานเภสัชกรรมปฐมภูมิในการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ รวมถึงผู้ป่วยติดเชื้อ ครอบคลุมทั้งจังหวัดโดยเป็นนโยบายระดับจังหวัดในการดำเนินงานเภสัชกรรมปฐมภูมิครอบคลุมทั้งจังหวัด อัตราการป่วยด้วยโรคเบาหวานจังหวัดสระบุรีในปี 2560, 2561, และ 2562 เป็นร้อยละ 5.26, 5.58 และ 5.72 ตามลำดับ โดยมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นทุกปี โดยมีจำนวนผู้ป่วยสะสมปี 2562 ทั้งสิ้น 36,501 คน อำเภอที่มีจำนวนผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 สูงสุดคือ อำเภอเมืองสระบุรี จำนวน 7,039 คน รองลงมาอำเภอแก่งคอย จำนวน 5,096 คนและอำเภอหนองแค จำนวน 4,692 คน ตามลำดับ ดังภาพที่ 1 [7]



ภาพที่ 1 จำนวนผู้ป่วยเบาหวานของจังหวัดสระบุรี แยกตามอำเภอ ปี 2562

จากรายละเอียดตัวชี้วัดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ระดับประเทศของกระทรวงสาธารณสุข (HAD) พบว่าจังหวัดสระบุรียังไม่บรรลุตัวชี้วัด ในส่วนของร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ปี 2560, 2561, 2562 เท่ากับ 18.99, 19.53 และ 19.55 ตามลำดับ โดยที่เป้าหมายตัวชี้วัดร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี ≥ 40 จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานจึงยังเป็นปัญหาสำคัญจังหวัดสระบุรี [7]

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในการบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิของจังหวัดสระบุรีจะดำเนินการในรูปแบบการจัดคลินิกโรคเรื้อรังหน่วยบริการปฐมภูมิเดือนละ 1 ครั้ง ผู้ป่วยโรคเบาหวานจะต้องมารับยาที่หน่วยบริการปฐมภูมิ โดยมีเภสัชกรและเจ้าพนักงานเภสัชกรรมให้บริการเภสัชกรรมจ่ายยา แนะนำการใช้ยา ค้นหาปัญหาและแก้ไขปัญหาการใช้ของผู้ป่วย รวมถึงเภสัชกรและทีมสหวิชาชีพจะติดตามผู้ป่วยโดยการเยี่ยมบ้านในช่วงบ่ายหลังจากให้บริการผู้ป่วยที่หน่วยบริการปฐมภูมิเสร็จในช่วงเช้า เกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยที่ไปเยี่ยมบ้าน ได้แก่ ผู้ป่วยที่ไม่สามารถคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้และรับประทานยาไม่ถูกต้อง ผู้ป่วยที่มียาหลายรายการและรับประทานยาไม่ถูกต้อง ผู้ป่วยสูงอายุที่ไม่มีผู้ดูแลและมีแนวโน้มว่ารับประทานยาไม่ถูกต้อง ผู้ป่วยติดเตียง เป็นต้น กรณีที่ผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนยา เภสัชกรจะเป็นผู้โทรศัพท์เพื่อขอคำปรึกษาจากแพทย์ที่อยู่ในโรงพยาบาลเพื่อให้พิจารณาปรับเปลี่ยนยา หรือปรับเปลี่ยนวิธีการรักษา ผู้ป่วยที่เข้ารับบริการคลินิกโรคเรื้อรังจะได้พบแพทย์เพื่อตรวจรักษา ปรับเปลี่ยนยา แจ้งผลตรวจเลือดเพียงปีละ 1 ครั้ง ดังนั้นเภสัชกรปฐมภูมิจึงมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน

การจัดบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิของจังหวัดสระบุรีได้เริ่มดำเนินการมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2552 มีการประเมินผลลัพธ์การดำเนินการโดยตัวชี้วัดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ระดับประเทศของกระทรวงสาธารณสุข (HDC) แต่ยังไม่เคยมีประเมินระดับคุณภาพการบริการในมุมมองของผู้รับบริการ ด้วยเหตุนี้ทำให้ผู้วิจัยสนใจทำการศึกษาคุณภาพบริการและปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพการให้บริการเภสัชกรรมปฐมภูมิในผู้ป่วยเบาหวานในจังหวัดสระบุรี โดยงานวิจัยครั้งนี้จะมีส่วนสำคัญที่จะช่วยพัฒนาบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิให้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้นในแง่ของการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมโดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางร่วมกับสาขาวิชาชีพด้านสาธารณสุข จะเพิ่มความสามารถในการเข้าถึงปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยได้มากยิ่งขึ้น นำมาสู่ความร่วมมือที่ดีขึ้นในการรักษาโรคของผู้ป่วย และส่งผลให้การควบคุมโรคบรรลุเป้าหมายยิ่งขึ้น

ความมุ่งหมายและวัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อศึกษาคุณภาพการบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิในผู้ป่วยเบาหวานในจังหวัดสระบุรี
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพการบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิในผู้ป่วยเบาหวานในจังหวัดสระบุรี

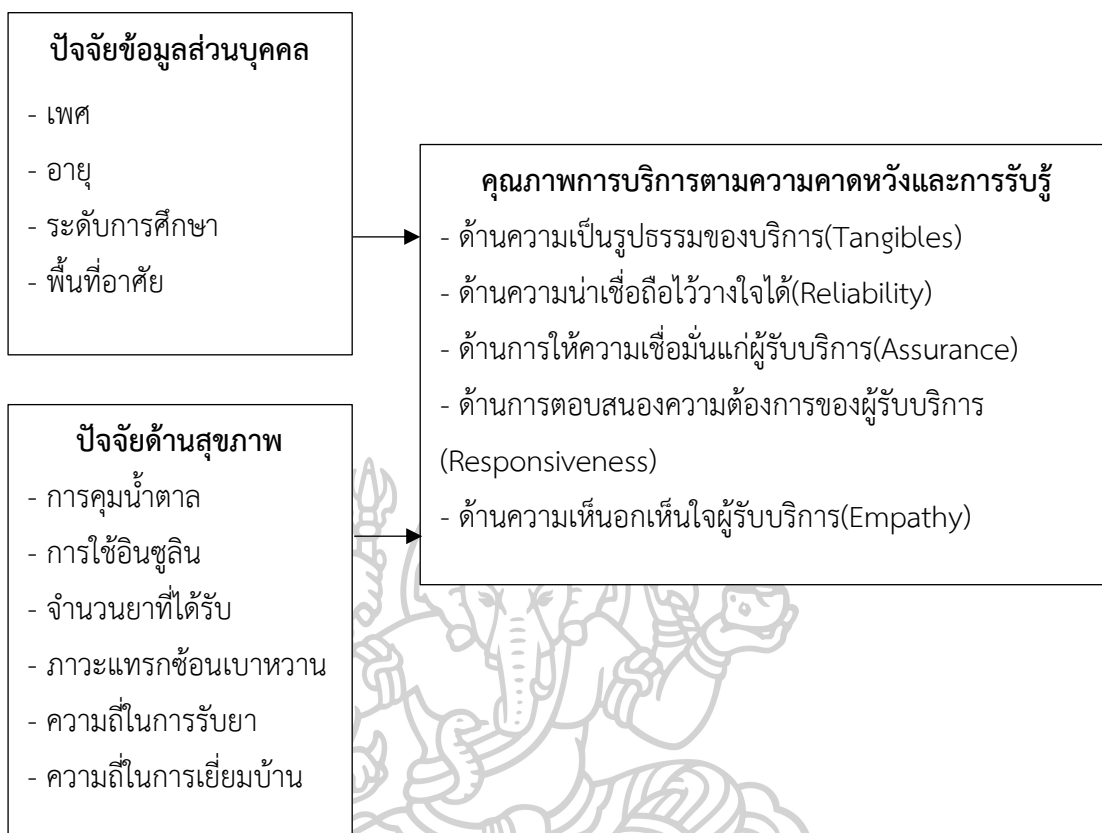
ผลที่คาดว่าจะได้รับ

เพื่อเป็นแนวทางปรับปรุงการดำเนินงานเภสัชกรรมปฐมภูมิในชุมชนในพื้นที่จังหวัดสระบุรีให้ตอบสนองต่อความคาดหวังของผู้รับบริการ

ขอบเขตการศึกษา

การศึกษานี้ทำการศึกษาคุณภาพบริการและปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพการให้บริการเภสัชกรรมปฐมภูมิของผู้ป่วยเบาหวานที่รับบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิ จังหวัดสระบุรี เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามในช่วงเดือน ธันวาคม พ.ศ. 2563 ถึง กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2564

กรอบแนวคิดในการศึกษา



ภาพที่ 2 กรอบแนวคิดในการศึกษา

นิยามศัพท์เฉพาะ

พื้นที่อาศัย หมายถึง หน่วยบริการรักษาคลินิกโรคเรื้อรังหน่วยบริการปฐมภูมิในจังหวัดสระบุรี และเคยได้รับการเยี่ยมบ้านโดยเภสัชกร ปีงบประมาณ 2562 โดยแบ่งเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิในเขตเทศบาลกับหน่วยบริการปฐมภูมิก่อนเขตเทศบาล

การคุมน้ำตาล หมายถึง ความสามารถของผู้ป่วยเบาหวานในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดพิจารณาจากค่า HbA1c เฉลี่ย (มก./ดล.) หากต่ำกว่า 6.5% หมายถึงผู้ป่วยเบาหวานมีความสามารถในการคุมน้ำตาลได้ แต่หากสูงกว่าหรือเท่ากับ 6.5% หมายถึงผู้ป่วยเบาหวานไม่มีความสามารถในการคุมน้ำตาลได้

จำนวนยาที่ได้รับ หมายถึง จำนวนชนิดยาที่ผู้ป่วยเบาหวานได้รับที่คลินิกโรคเรื้อรังหน่วยบริการปฐมภูมิในจังหวัดสระบุรีในครั้งล่าสุด

ความถี่ในการรับยา หมายถึง จำนวนครั้งที่ผู้ป่วยเบาหวานเข้ามารับยาที่คลินิกโรคเรื้อรังหน่วยบริการปฐมภูมิในจังหวัดสระบุรีในปี 2562

ความถี่ในการเยี่ยมบ้าน หมายถึง จำนวนครั้งที่ผู้ป่วยเบาหวานที่เคยได้รับการเยี่ยมบ้านในปี 2562

คุณภาพบริการ หมายถึง ความต่างของคะแนนการรับรู้ และคะแนนความคาดหวัง แบ่งได้เป็น 3 ระดับ หากคะแนนการรับรู้ มากกว่า คะแนนความคาดหวัง นั่นคือคุณภาพการบริการอยู่ในระดับดี หาก คะแนนการรับรู้ เท่ากับคะแนนความคาดหวัง นั่นคือคุณภาพการบริการอยู่ในระดับพอใช้ และ คะแนนการรับรู้ น้อยกว่าคะแนนความคาดหวัง นั่นคือคุณภาพการบริการอยู่ในระดับต่ำ

ด้านความเป็นรูปธรรมของบริการ (Tangibles) หมายถึง ความสะอาด ความแออัด สถานที่ให้บริการของหน่วยบริการปฐมภูมิเหมาะสมชัดเจน มีเภสัชกรเพียงพอในการให้บริการจ่ายยา ติดตามเยี่ยมบ้านสม่ำเสมอ การแต่งกายของเภสัชกรขณะให้บริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิตลอดจนขณะติดตามเยี่ยมบ้านมีความเหมาะสม

ด้านความน่าเชื่อถือไว้วางใจได้ (Reliability) หมายถึง เภสัชกรให้คำปรึกษาในเรื่องการดูแลสุขภาพ การใช้ยามีความน่าเชื่อถือไว้วางใจได้ถูกต้องตามแพทย์สั่งรวมถึงเภสัชกรให้บริการที่หน่วยบริการตรงเวลา(ไม่มาสาย)สามารถติดต่อได้ตลอด

ด้านการตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ (Responsiveness) หมายถึง เภสัชกรมีความพร้อมในการให้บริการเต็มใจให้บริการ สื่อสารที่ดี อธิบายรายละเอียดในให้บริการทุกครั้งตอบคำถามได้ชัดเจนมีหน้าตาท่าทางที่ยิ้มแย้มตอนรับผู้ป่วยเป็นอย่างดี

ด้านการให้ความเชื่อมั่นแก่ผู้รับบริการ (Assurance) หมายถึง เชื่อมั่นว่ายาที่ได้รับมีมาตรฐานและปลอดภัย เภสัชกรรักษาความลับผู้ป่วย มีอุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้อโรค รู้สึกมั่นใจและปลอดภัยต่อการให้บริการ

ด้านความเห็นอกเห็นใจผู้รับบริการ (Empathy) หมายถึง เภสัชกรมีความเห็นอกเห็นใจเข้าใจผู้ป่วย ทำความรู้จักผู้ป่วย จำชื่อผู้ป่วยได้ มีความเอื้ออาทรต่อผู้ป่วย

บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

ผู้วิจัยได้ดำเนินการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย ดังหัวข้อต่อไปนี้

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคเบาหวาน
2. บทบาทของเภสัชกรรมปฐมภูมิและประสิทธิผลของงานเภสัชกรรมปฐมภูมิ
3. คุณภาพการบริการ
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคเบาหวาน

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่เกิดจากการมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงเป็นเวลานานเนื่องจากความผิดปกติในการหลั่งอินซูลิน หรือความผิดปกติในการออกฤทธิ์ของอินซูลินหรือทั้งสองประการ ซึ่งจะก่อให้เกิดความผิดปกติต่อโครงสร้างและการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ได้แก่ ไต ตา เส้นประสาท หลอดเลือด และหัวใจ (American Diabetes Association ปี 2021) [8] อ้างถึงในรินจิต เพชรชิต ปี 2558 [9]

1.1 ประเภทชนิดของเบาหวาน

การระบุชนิดของโรคเบาหวานส่วนใหญ่จะอาศัยลักษณะทางคลินิกเป็นหลัก หากไม่สามารถระบุได้ชัดเจนในระยะแรก ให้วินิจฉัยตามความโน้มเอียงที่จะเป็นมากที่สุด (provisional diagnosis) และระบุชนิดของโรคเบาหวาน ตามข้อมูลที่มีเพิ่มเติมภายหลัง ในกรณีที่จำเป็นและ/หรือสามารถทำได้ อาจยืนยันชนิดของโรคเบาหวานด้วย ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ โดยโรคเบาหวานแบ่งเป็น 4 ชนิดตามสาเหตุของการเกิดโรค (สารัช สนทรโยธิน และธิตี สนับบุญ ปี 2554) [10] ดังนี้

1.1.1 โรคเบาหวานชนิดที่ 1 (type 1 diabetes mellitus, T1DM) เป็นผลจากการทำลายเบต้าเซลล์ที่ตับอ่อนจากภูมิคุ้มกันของร่างกายโดยผ่านขบวนการ cellular –mediated ส่วนใหญ่พบในคนอายุน้อย รูปร่างไม่อ้วน มีอาการปัสสาวะมาก กระหายน้ำ ตื่นน้ำมาก อ่อนเพลีย น้ำหนักลด อาจเกิดขึ้นได้อย่างรวดเร็วและรุนแรง (มักพบในวัยเด็ก)

1.1.2 โรคเบาหวานชนิดที่ 2 (type 2 diabetes mellitus, T2DM) เป็นชนิดที่พบบ่อยที่สุดในคนไทย พบประมาณร้อยละ 95 ของผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมด เป็นผลจากการมีภาวะดื้อต่ออินซูลิน (insulin resistance) ร่วมกับความบกพร่องในการผลิตอินซูลินที่เหมาะสม (relative insulin deficiency) มักพบในคนอายุ 30 ปีขึ้นไป รูปร่างท้วมหรืออ้วน

1.1.3 โรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (gestational diabetes mellitus, GDM) โรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ เกิดจากการที่มีภาวะดื้อต่ออินซูลินมากขึ้นในระหว่างตั้งครรภ์ จากปัจจัยจากรก หรืออื่น ๆ และตับอ่อนของมารดาไม่สามารถผลิตอินซูลินให้เพียงพอกับความต้องการได้

1.1.4 โรคเบาหวานที่มีสาเหตุจำเพาะ (specific types of diabetes due to other causes) เป็นโรคเบาหวานที่มีสาเหตุชัดเจน ได้แก่ โรคเบาหวานที่เกิดจากความผิดปกติทางพันธุกรรม เช่น MODY (Maturity – Onset Diabetes of the Young) โรคเบาหวานที่เกิดจากโรคของตับอ่อน จากความผิดปกติของ ต่อมไร้ท่อ จากยาจากการติดเชื้อ จากปฏิกิริยาภูมิคุ้มกัน หรือโรคเบาหวานที่พบร่วมกับกลุ่มอาการต่าง ๆ ผู้ป่วยจะมีลักษณะจำเพาะของโรคหรือกลุ่มอาการนั้น ๆ หรือมีอาการและอาการแสดงของโรคที่ทำให้เกิดเบาหวาน

1.2 สาเหตุของโรคเบาหวาน

สมาคมเบาหวานแห่งประเทศไทย กล่าวถึงสาเหตุของโรคเบาหวานดังนี้ (เทพ หิมะทองคำ และคณะ ปี 2548) [11]

1.2.1 กรรมพันธุ์ โรคเบาหวานส่วนหนึ่งเกิดจากกรรมพันธุ์ ประวัติครอบครัวมีผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวาน เช่น พ่อ แม่ พี่น้อง ปู่ ย่า ตา ยาย เป็นต้น

1.2.2 โรคอ้วน ความอ้วนเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดโรคเบาหวาน ไขมันส่วนเกินจะทำให้เกิดการตอบสนองต่อฮอร์โมนอินซูลินลดน้อยลง เกิดภาวะดื้อต่ออินซูลิน

1.2.3 ผู้สูงอายุ เมื่ออายุมากขึ้นตับอ่อนก็จะเสื่อมลงทำให้เกิดการหลั่งอินซูลินลดลงทำให้เกิดโรคเบาหวาน

1.2.4 โรคของตับอ่อน ตับอ่อนได้รับการกระทบกระเทือนหรือเป็นโรคที่มีสาเหตุทำให้ตับอ่อนไม่สมบูรณ์ เช่น ภาวะตับอ่อนอักเสบเรื้อรังจากการดื่มสุราเป็นประจำ หรือไขมันไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูง

1.2.5 การติดเชื้อไวรัสบางชนิดเมื่อยังเด็ก เชื้อไวรัสบางชนิดเมื่อเข้าสู่ร่างกายก็จะทำให้เกิดผลข้างเคียง เช่น หัดเยอรมัน คางทูม ทำให้มีโอกาสเป็นโรคเบาหวานได้เมื่ออายุมากขึ้น

1.2.6 การได้รับยาบางชนิด เช่น ยาสเตียรอยด์ ยาขับปัสสาวะ ยาคุมกำเนิดบางชนิดมีผลทำให้ตับอ่อนสร้างน้ำตาลจำนวนมาก ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูง

1.2.7 การตั้งครรภ์ เนื่องจากมีการสร้างฮอร์โมนจากรกหลายชนิดทำให้มีผลยับยั้งการทำงานของอินซูลิน

1.3 อาการและอาการแสดงของโรคเบาหวาน

เทพ หิมะทองคำและคณะ ปี 2548 [11] กล่าวถึงอาการและอาการแสดงของโรคเบาหวานที่สำคัญ 4 อย่าง ดังนี้

1.3.1 ถ่ายปัสสาวะจำนวนมาก (Polyuria) เมื่อระดับน้ำตาลในเลือดสูงเกินขีดจำกัดของไต (ปกติประมาณ 180 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร) ร่างกายจะขับน้ำตาลออกทางปัสสาวะทำให้แรงดันออสโมติก (Osmotic) ของปัสสาวะสูงขึ้น ท่อไตไม่สามารถดูดซึมน้ำเข้าสู่ร่างกายได้ผู้ป่วยจึงถ่ายปัสสาวะออกมาจำนวนมากและบ่อยครั้ง

1.3.2 ดื่มน้ำมาก (Polydipsia) เนื่องจากร่างกายเสียน้ำทางปัสสาวะจำนวนมาก จึงทำให้ร่างกายขาดน้ำอย่างรุนแรง และมีอาการกระหายน้ำมาก ดื่มน้ำบ่อยจำนวนมาก

1.3.3 รับประทานอาหารจุ (Polyphagia) จากการที่ร่างกายมีการสลายเอาเนื้อเยื่อส่วนต่างๆ มาใช้จึงทำให้ภาวะการขาดอาหารเกิดขึ้นเพื่อชดเชยต่อภาวะนี้ ผู้ป่วยจะมีอาการหิวบ่อย กินอาหารจุ

1.3.4 น้ำหนักลด (Weight Loss) เมื่อเซลล์ไม่สามารถนำกลูโคสไปใช้เป็นพลังงานได้ร่างกายก็จะสลายไขมันและโปรตีนที่เก็บสะสมไว้มาใช้เป็นพลังงานแทนเกิดการสูญเสียเนื้อเยื่อร่วมกับภาวะที่ร่างกายขาดน้ำ จึงทำให้น้ำหนักตัวลดลงอย่างรวดเร็ว นอกจากนี้ยังเกิดภาวะความไม่สมดุลของไนโตรเจนและเกิดภาวะคีโตซิส (Ketosis) ได้

1.4 ภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยเบาหวาน

ภาวะแทรกซ้อนของเบาหวานแบ่งได้เป็น 2 ชนิดคือ ภาวะแทรกซ้อนชนิดเฉียบพลันและภาวะแทรกซ้อนชนิดเรื้อรัง ภาวะแทรกซ้อนชนิดเฉียบพลันเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว ซึ่งถ้าไม่ได้รับการช่วยเหลืออย่างทันท่วงทีจะมีอันตรายถึงเสียชีวิตได้ เช่น ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ภาวะคีโตนคั่งในเลือดสำหรับภาวะแทรกซ้อนชนิดเรื้อรัง พบได้ในอวัยวะเกือบทุกส่วนของร่างกาย โดยการเปลี่ยนแปลงชนิดนี้จะเกิดขึ้นอย่างค่อยเป็นค่อยไป เช่น การเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดที่ตา ไต ประสาท เท้า และหัวใจ ความผิดปกติที่ตา คือ สายตามัวจาก การเป็นต้อกระจก เบาหวานลูกกลม ขึ้นตา ความผิดปกติที่หัวใจ คือ หลอดเลือดที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ จะตีบและทำให้เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดกล้ามเนื้อหัวใจตายและหัวใจหยุดเต้นกะทันหัน (ฉวีวรรณ ทองสาร ปี 2550) [12]

1.5 การติดตามและการประเมินผลการรักษาทั่วไป

การติดตามผลการรักษาขึ้นอยู่กับ ความรุนแรงของโรคและวิธีการรักษาในระยะแรกอาจจะต้องนัด ผู้ป่วยทุก 1-4 สัปดาห์ เพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ ติดตามระดับน้ำตาล ในเลือด และปรับขนาดของยาจนควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ตามเป้าหมาย ภายใน 3-6 เดือน ระยะต่อไปติดตาม ทุก 1-3 เดือน เพื่อประเมินการควบคุมว่ายังคงได้ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ ควรประเมินระดับน้ำตาล ในเลือดทั้งก่อนและหลังอาหาร และ/หรือ ระดับ A1C ตรวจสอบว่ามีปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างสม่ำเสมอและถูกต้องหรือไม่ หรือมีอุปสรรคในการรักษาอย่างไร การปฏิบัติในการติดตามการรักษาประกอบด้วย ชั่งน้ำหนักตัว วัดความดันโลหิต และตรวจระดับน้ำตาลในเลือดทุกครั้งที่พบแพทย์ (ระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารและ/หรือหลัง

อาหาร) ประเมินและทบทวนการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการใช้ยา(ถ้ามี) ตรวจ A1C ทุก 3–6 เดือน หรืออย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ตรวจระดับไขมันในเลือด (lipid profiles) ในครั้งแรกและถ้าครั้งแรกปกติ ควรตรวจซ้ำปีละ 1 ครั้ง ควรได้รับการฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่ปีละ 1 ครั้ง (American Diabetes Association ปี 2021) [8]

2. บทบาทของเภสัชกรรมปฐมภูมิและประสิทธิผลของงานเภสัชกรรมปฐมภูมิ

เภสัชกรรมเป็นวิชาชีพที่อาศัยการมีส่วนร่วมในการดูแลและปกป้องสุขภาพของประชาชน ผ่านองค์ความรู้ ทักษะ และการสื่อสาร ด้านยา ลักษณะการให้บริการของงานเภสัชกรรมมีความเป็นพลวัตที่ต้องพร้อมปรับเปลี่ยนไปตามการเปลี่ยนแปลงของสภาพแวดล้อมสังคม เพื่อให้การปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีความคุ้มค่า รวมถึงบทบาทของเภสัชกรในงานปฐมภูมิเริ่มมีการดำเนินการเพิ่มมากขึ้นโดยเฉพาะการปฏิบัติงานในร้านยาที่ขยายบทบาทจากการดูแลการเจ็บป่วยของประชาชน เป็นการดูแลสุขภาพของประชาชนตลอดเวลา ไม่เฉพาะเมื่อเกิดอาการเจ็บป่วยแล้วเท่านั้น งานเภสัชกรรมปฐมภูมิเป็นงานที่มีความสำคัญในการดูแลสวัสดิภาพและความปลอดภัยด้านยาสำหรับประชาชนในชุมชน เพื่อช่วยพัฒนาระบบบริการสุขภาพโดยพิจารณาองค์รวม ทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และ จิตวิญญาณ มีความต่อเนื่องของการดูแลตั้งแต่เกิดจนตาย มีการบูรณาการสร้างความเสมอภาคในการได้รับการดูแลผู้ป่วยด้วยการมีส่วนร่วม เพื่อสร้างความเข้มแข็งต่อเนื่องและยั่งยืน

คณะทำงานจัดทำคู่มือเภสัชกรรมปฐมภูมิ ปี 2553 [1] กล่าวว่างานบริการเภสัชกรรมในหน่วยบริการปฐมภูมิ จัดเป็นงานหนึ่งของงานเภสัชกรรมในโรงพยาบาล เป็นการประยุกต์ความเชี่ยวชาญด้านยาและคุ้มครองผู้บริโภค เข้ากับบริบทด้านปฐมภูมิที่เน้นองค์รวม ผสมผสาน และต่อเนื่อง งานเภสัชกรรมปฐมภูมิ ประกอบด้วย งานบริหารเวชภัณฑ์ งานบริการส่งมอบยา และให้คำแนะนำในการใช้ยานดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง และงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข รูปแบบของการ ให้บริการยังมีความแตกต่างหลากหลายขึ้นอยู่กับแต่ละ พื้นที่ แต่งานที่ยังเป็นหน้าที่หลักของเภสัชกร คือ งานบริการส่งมอบยาและให้คำแนะนำการใช้ยา นอกจากนี้ ยังเป็นสิทธิของประชาชนในการได้รับบริการดังกล่าวโดย เภสัชกรตามมาตรฐานวิชาชีพ แต่มาตรฐานการส่ง มอบยาและให้คำแนะนำการใช้ยาดังกล่าวนั้น เป็น มาตรฐานขั้นสูงที่ใช้กับสถานบริการระดับทุติยภูมิหรือตติยภูมิ การนำมามาตรฐานดังกล่าวมาใช้ในงานบริการเภสัช กรรมปฐมภูมิซึ่งมีข้อจำกัดด้านอัตราค่าจ้างของผู้ปฏิบัติงาน จึงต้องมีการประยุกต์มาตรฐานดังกล่าวให้สอดคล้องกับบริบทของสถานบริการแต่ละแห่งโดยยังคงรักษาไว้ซึ่งคุณภาพการบริการด้านยาที่ดีที่สุด

เภสัชกรรมปฐมภูมิ (Primary pharmaceutical service)

กรอบการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิมิมีบทบาทในการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิครอบคลุม โดยเฉพาะการปฏิบัติงานในร้านยา ที่ขยายบทบาทจากการดูแลการเจ็บป่วยของประชาชน เป็นการ

ดูแลสุขภาพของประชาชนตลอดเวลา (wellness movement) ไม่จำเพาะเมื่อเกิดอาการเจ็บป่วยแล้วเท่านั้น อาทิเช่น ระพีพรรณ ฉลองสุข สุรสิทธิ์ ล้อจิตรอำนาจ, น้ำฝน ศรีบัณฑิต และภาณุพัฒน์ พุ่มพฤษ์ ปี 2556 [13]

1. บทบาทในการดูแลผู้บำบัดการติดยาเสพติด ในหลายประเทศได้ให้ผู้ที่เข้ารับการบำบัดยาเสพติดมารับยาที่ร้านยาแทนการไปรับจากสถานพยาบาล ทำให้การบำบัดการติดยามีประสิทธิภาพมากขึ้น การให้บริการแลกเปลี่ยนยาดียา เป็นต้น

2. การให้คำแนะนำในการใช้ยาเพื่อลดอันตรายจากการใช้ยาผิด หรือการใช้ยาไม่เหมาะสม โดยเฉพาะในกลุ่มยาสามัญที่ประชาชนสามารถซื้อใช้เองได้

3. บทบาทในการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค เช่น การให้ความรู้ข้อมูลต่าง ๆ สำหรับการดูแลสุขภาพ การให้บริการวัคซีน การคัดกรองโรค

4. การให้บริการข้อมูลเกี่ยวกับการแพทย์ทางเลือก หรือ การใช้ยาสมุนไพร

5. การดูแล/ติดตามการใช้ยาของผู้ป่วยที่บ้าน โดยเฉพาะการใช้ยาของผู้ป่วยสูงวัย ผู้ป่วยวัยโรค ผู้ป่วยเอดส์ และผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่าง ๆ เพื่อให้มีการใช้ยาอย่างถูกต้องและสม่ำเสมอ

ร้านยาในประเทศไทยเริ่มมีการให้บริการงานดังกล่าวบ้างแล้ว เช่น การคัดกรองโรคเรื้อรัง การติดตามการใช้ยาของผู้ป่วยที่บ้าน การให้บริการเลิกบุหรี่ งานบริการระดับปฐมภูมิที่เน้นงานบริการเภสัชกรรมนั้นยังเป็นการดูแลเฉพาะรายโดยมีจุดมุ่งหมายถึงการเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของผู้มารับบริการ ดังนั้นหากขยายบทบาทของเภสัชกรรมให้ครอบคลุมงานตามหลักการของงานสาธารณสุขมูลฐาน เรียกว่า “งานบริการเภสัชสาธารณสุข” (pharmaceutical public health service) หรือ “งานเภสัชกรรมสังคม” (social pharmaceutical service) จะเป็นแนวทางการพัฒนาวิชาชีพเภสัชกรรมให้บริการเชิงรุกที่เป็นประโยชน์แก่สังคมมากขึ้น ทั้งนี้ งานบริการเภสัชสาธารณสุข (Pharmaceutical public health service) หมายถึง การประยุกต์องค์ความรู้และทักษะด้านเภสัชศาสตร์ เพื่อใช้ในการป้องกันโรค การช่วยให้ประชาชนมีชีวิตที่ยืนยาว ส่งเสริมสนับสนุนการมีสุขภาพที่ดีของประชาชนด้วยความร่วมมือของสมาชิกในสังคม

ดังนั้นสรุปได้ว่างานบริการเภสัชสาธารณสุขเป็นการให้บริการผู้ป่วยโดยผสมผสานความรู้ ทักษะ และทัศนคติความเป็นวิชาชีพ เพื่อช่วยประสิทธิภาพการใช้ยาโดยให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (patient-centered care) ร่วมกับการประสานงานกับวิชาชีพอื่น ๆ ให้ชุมชนให้มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้ป่วย และสร้างความเข้มแข็งในชุมชน อาทิเช่น ผู้ป่วยเบาหวานในหมู่บ้านรวมตัวกัน เพื่อดูแลการกินยาและการฉีดยาซึ่งกันและกัน โดยมีเภสัชกรเป็นผู้ให้คำปรึกษาและสนับสนุนข้อมูลการใช้ยา ดังนั้นงานบริการเภสัชสาธารณสุขจึงเป็นรูปแบบใหม่ที่ขยายบทบาทของเภสัชกรเพิ่มจากงานเภสัชกรรมปฐมภูมิ ซึ่งนอกจากจะทำให้ประชาชน/ผู้ป่วยได้รับบริการที่ดี มีประสิทธิภาพมากขึ้น

ผลการวิจัยที่ผ่านมา ด้านเภสัชกรรมปฐมภูมิ โดยปัญญาถ เมธีภักดิ์ ปี 2560 [14] พบว่าการพัฒนางานด้านเภสัชกรรมปฐมภูมิ ในระดับบุคคลนั้นคือการส่งมอบยาให้ผู้ป่วยและมาตรฐานความปลอดภัย ระดับครอบครัว คือทักษะการเยี่ยมบ้านร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ เช่น ต้องการเรียนรู้และพัฒนาทักษะไปพร้อมกับการปฏิบัติจริงระดับชุมชนด้วยการค้นหาปัญหาด้านการคุ้มครองผู้บริโภคทางด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ ทักษะการทำงานเป็นทีมร่วมกับภาคีเครือข่ายและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ระเบียบพรณ ฉลองสุข สุรสิทธิ์ ล้อจิตรอำนาจ, น้ำฝน ศรีบัณฑิต และภาณุพัฒน์ พุ่มพฤษ์ ปี 2556 [13] กล่าวว่างานบริการระดับปฐมภูมิที่เน้นบริบาลเภสัชกรรมนั้นยังเป็นการดูแลที่ให้ความสำคัญไปยังผู้มารับบริการเฉพาะราย หากเภสัชกรขยายบริการปฐมภูมิด้วยการนำหลักการสาธารณสุขมูลฐานมาปรับใช้ในการบริการระดับปฐมภูมิ โดยเน้นให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เพิ่มการประสานกับวิชาชีพอื่น ๆ รวมทั้งชุมชนให้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยและสร้างความเข้มแข็งในการดูแลสุขภาพของสมาชิกในชุมชน เพื่อช่วยเพิ่มคุณภาพของการใช้ยา บทบาทในลักษณะนี้อาจเรียกว่างานบริการ เภสัชสาธารณสุขหรืองานเภสัชกรรมสังคม เป็นบทบาทเชิงรุกของเภสัชกรซึ่งนอกจากจะทำให้ประชาชนหรือผู้ป่วยได้รับบริการที่ดี มีประสิทธิภาพมากขึ้นแล้ว ยังจะทำให้ประชาชนรับทราบและเข้าใจบทบาทของเภสัชกรเพิ่มขึ้นด้วย

การบริหารทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยที่บ้าน (เยี่ยมบ้าน)

ขั้นตอนการดำเนินงานบริหารทางเภสัชกรรมผู้ป่วยที่บ้าน ประกอบด้วย(คณะทำงานจัดทำคู่มือสำหรับเภสัชกรในการดำเนินงานเภสัชกรรมในหน่วยบริการปฐมภูมิ ปี 2560) [1]

1. การดำเนินงานก่อนออกเยี่ยมบ้าน

1.1 การคัดกรองผู้ป่วยเพื่อเข้ารับการบริหารทางเภสัชกรรมที่บ้าน (เยี่ยมบ้าน)

แนวทางการดำเนินงานนั้นคือ เภสัชกรต้องจัดทำเกณฑ์คัดกรองผู้ป่วยก่อนเข้ารับการบริหารทางเภสัชกรรมที่บ้านโดยพิจารณาจากสภาพหรือปัญหาที่พบในโรงพยาบาล หรือสถานที่ปฏิบัติงาน โดยมีตัวอย่างเกณฑ์การคัดกรอง ได้แก่

| เกณฑ์ | รายละเอียด |
|-------------------------------|--|
| กำหนดตามกลุ่มโรค | เป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีการใช้ยาจำนวนมาก เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไตเรื้อรัง โรคทางจิตเวช เป็นต้น |
| กำหนดตามกลุ่มผู้ป่วย | ผู้ป่วยเด็ก ผู้ป่วยสูงอายุ ผู้ป่วยพิการ หรือมีความผิดปกติด้านการเคลื่อนไหว ผู้ป่วยติดเตียง ผู้ป่วยที่ต้องให้ยาทางสายให้อาหาร |
| กำหนดตามรายการยาที่ผู้ป่วยได้ | พิจารณารายการยาที่ต้องเฝ้าระวังหรืออาจมีแนวโน้มเกิดปัญหาจากการใช้ยา เช่น กลุ่มยาที่มีวิธีการใช้เฉพาะหรือยาที่ต้องระมัดระวังสูง |
| กำหนดตามสภาพปัญหาที่พบและ | ผู้ป่วยขาดนัด ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมโรคหรืออาการผิดปกติ |

| เกณฑ์ | รายละเอียด |
|---|------------|
| จำเป็นต้องได้รับการเยี่ยมบ้านโดยเภสัชกร | |

1.2. ข้อมูลที่ควรศึกษาและรวบรวมก่อนออกเยี่ยมบ้าน ประกอบด้วย

| เกณฑ์ | รายละเอียด |
|---|--|
| ข้อมูลพื้นฐานผู้ป่วย | ชื่อ นามสกุล เพศ อายุ วันเดือนปีเกิด อาชีพ เชื้อชาติ |
| ข้อมูลด้านความเจ็บป่วย | โรคเรื้อรัง โรคเฉียบพลัน อาการเจ็บป่วยปัจจุบัน ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น ผลการตรวจเลือด ตรวจปัสสาวะ |
| ข้อมูลด้านยา | รายการยา สมุนไพร และผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร ที่ผู้ป่วยได้รับจากสถานพยาบาล และ ผู้ป่วยซื้อใช้เอง |
| ข้อมูลด้านพฤติกรรมและการดำเนินชีวิต | การบริโภคอาหาร การแพ้อาหาร การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์หรือคาเฟอีน รวมถึงประวัติการใช้สารเสพติด (ถ้ามี) |
| ข้อมูลด้านสังคม เศรษฐศาสตร์ และการดำรงชีวิต | สภาพความเป็นอยู่ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลหรือสมาชิกในครอบครัว ฐานะทางการเงินและรายได้ สิทธิด้านการรักษาพยาบาล |

2. การดำเนินงานขณะออกเยี่ยมบ้าน

การสร้างความสัมพันธ์และการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์: เพื่อให้เภสัชกรมีความรู้ความเข้าใจในการสร้างสัมพันธ์และสื่อสารกับผู้ป่วย

แนวทางการดำเนินงาน:

2.1 กรณีออกเยี่ยมบ้าน ควรแนะนำตัวเองว่าเป็น “เภสัชกร” อยู่หน่วยงานใด ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการมาเยี่ยมบ้าน ว่ามาเพื่อดูแลด้านยา ติดตามผลการใช้ยาทั้งประสิทธิภาพและความปลอดภัย รวมถึงปัญหาด้านยา

2.2 ควรพูดคุยสร้างความสัมพันธ์จนเกิดความสนิทสนมคุ้นเคย จึงค่อยนำไปสู่การขอดูยาหรือ สอบถามข้อมูลยาที่ต้องการ

2.3 กรณีที่เป็นการออกเยี่ยมบ้านซ้ำเภสัชกรต้องสอบถามถึงสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นจากการเยี่ยมบ้านครั้งที่ผ่านมา ว่ามีการเปลี่ยนแปลงไปในลักษณะใด ดีขึ้น หรือ แย่ลง เพื่อติดตามผลการบริหารทางเภสัชกรรมที่ผ่านมา

2.4 ควรระวังเพียงการได้ยินในสิ่งที่ผู้ป่วยพูด ออกมานั้น สื่อถึง การคิด อารมณ์ ความรู้สึก หรือคาดหวังอย่างไรต่อสิ่งที่พูดออกมา

2.5 เกสซ์กรควรให้ความรู้ การอบรม การให้ข้อมูลเพื่อให้ผู้ป่วยแสดงความรู้สึกต่อข้อมูลที่ได้รับ ควรใช้รูปแบบการสื่อสารสองทางตลอดระยะเวลาการพูดคุย

2.6 เกสซ์กร ควรจดข้อมูลเท่าที่จำเป็น เช่น ข้อมูลรายการยาที่ ผู้ป่วยได้รับ ส่วนข้อมูลอื่น อาจจดสั้นๆ แล้วนำมาลงรายละเอียดภายหลัง

2.7 เกสซ์กรต้องสอบถามความเข้าใจและความถูกต้องขององค์ความรู้และทักษะในการใช้ยาของผู้ป่วย ญาติ ผู้ดูแล หรือ สมาชิกในครอบครัว

2.8 ก่อนสิ้นสุดการเยี่ยมควรใช้คำถามเปิด เพื่อให้ ผู้ป่วย ญาติ ผู้ดูแลหรือสมาชิกในครอบครัวได้ถามในประเด็นที่ไม่เข้าใจ หรือ ต้องการคำอธิบายเพิ่มเติม เช่น “คุณป้ามีอะไรที่ไม่เข้าใจจะถามอีกหรือไม่” หรือ “มีอะไรอยากถามเกสซ์กรไหมครับ”

จากการทบทวนวรรณกรรมและการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า มีการศึกษาเกี่ยวกับงาน เกสซ์กรรมปฐมภูมิที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานเพื่อส่งเสริมการดำเนินงานด้านการดูแล รักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน ซึ่งสามารถสะท้อนให้เห็นแนวทางในการปฏิบัติงานของเกสซ์กร และผู้ปฏิบัติงาน เกสซ์กรรมปฐมภูมิในระบบบริการสุขภาพในระดับชุมชนได้ ตลอดจนสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีได้แม้ต้องเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน ซึ่งเป็นประเด็นที่น่าสนใจที่สามารถสะท้อนถึงองค์ประกอบที่อาจเชื่อมโยงไปถึงการพัฒนาประสิทธิภาพของด้านด้านการดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานดังนี้

ปัญญา เมธีอภิรักษ์ ปี 2560 [14] กล่าวว่า การพัฒนางานด้านเกสซ์กรรมปฐมภูมิตามความคิดเห็นของผู้ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ ระดับบุคคล ระดับครอบครัว และ ระดับชุมชน ระบุว่า งานเกสซ์กรรมปฐมภูมิควรต้องพัฒนาวิธีการค้นหาปัญหา ด้านการคุ้มครองผู้บริโภคทางด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ ทักษะการทำงานเป็นทีมร่วมกับภาคี เครือข่ายและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นพบว่า 1) ระดับบุคคล ระบุว่า ต้องการยาที่มีคุณภาพ หลากหลายรูปแบบ ฉลากยาที่ชัดเจน บนฉลากยาประกอบด้วยสรรพคุณ ข้อควรระวังและวันหมดอายุการส่งมอบยาด้วยภาษาท้องถิ่นที่เข้าใจง่าย 2) ระดับครอบครัว ระบุว่า ต้องการให้เกสซ์กร เข้าถึงชุมชน ให้ความรู้เรื่องความปลอดภัยในการใช้ยา การใช้ยาเทคนิคพิเศษ ยาที่ต้องให้คนไข้กุ่ม เฉพาะ และ 3) ระดับชุมชน ต้องการให้มีการตรวจรับซ้ำ แก้ปัญหาการจำหน่ายยาชุดในชุมชนและ เฝ้าระวังยาสมุนไพรที่ผสมยา สเตียรอยด์คืนข้อมูลสู่ชุมชน

ปริญญา ฤมอดุทา และคณะ ปี 2560 [15] พบว่าการเยี่ยมบ้านของเกสซ์กรร่วมกับทีมสหวิชาชีพ จะช่วยการแก้ไขปัญหาจากยา และวางแผนหากต้องติดตามต่อสามารถแก้ไขจัดการปัญหาที่เกิดจาก ยาของผู้ป่วยที่พบขณะเยี่ยมบ้านได้ และสมทรง ราชนิยม และกฤษณี สระมุณี ปี 2558 [16] การ

เยี่ยมบ้านของ เกษีษกรครอบครัวเป็นส่วนหนึ่งที่จะช่วยแก้ไขปัญหาการใช้ยาในผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน

นรินทรา นุตาดี และกฤษณี สระมุณี ปี 2559 [17] พบว่า การเยี่ยมบ้านโดยทีมสหวิชาชีพที่มีเภสัชกรร่วมอยู่ด้วยช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย คือ สามารถทำให้ปัญหาการใช้ยาลดลงและช่วยให้ผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยดีขึ้นผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อการเยี่ยมบ้าน

สุณี เลิศสินอุดม และคณะ ปี 2551 [18] สรุปว่าการให้การบริหารทางเภสัชกรรมโดยการออกเยี่ยมบ้านของเภสัชกรประจำครอบครัว สร้างความพึงพอใจให้กับผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว และสามารถค้นพบปัญหาของผู้ป่วย และนำไปสู่การส่งต่อเพื่อปรับเปลี่ยนการรักษาให้เหมาะสมส่งผลต่อผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีขึ้น

ศลิษา สะพลอย ปี 2559 [19] พบว่าการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยมีแนวโน้มจัดการเรื่องยาและดูแลตนเองได้ดีขึ้น ดังนั้นควรจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามขั้นของพฤติกรรมของผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยมีแนวโน้มการปรับเปลี่ยนสู่ขั้นตอนที่ดีขึ้น

จากการศึกษางานวิจัยต่าง ๆ สามารถสรุปได้ว่า การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยเภสัชกรจะสามารถช่วยให้จัดการกับปัญหาหรือแก้ไขปัญหาค้นคว้าได้สอดคล้องกับลักษณะของปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพและเอื้อให้สามารถดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรังในด้านการใช้ยา และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมได้ และยังสะท้อนให้เห็นว่ากระบวนการเยี่ยมบ้านของเภสัชกร และผู้ปฏิบัติงานเภสัชกรรมปฐมภูมิในการดำเนินงานให้บริการสุขภาพในชุมชน ควรมีขั้นตอนและเป็นระบบอย่างชัดเจน โดยมีความเชื่อมโยงกับระบบข้อมูลสุขภาพ และผู้ปฏิบัติงานในสหวิชาชีพในทีมสุขภาพ โดยมีชุมชนเป็นฐานและผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางในการดำเนินกิจกรรมการเยี่ยมบ้านซึ่งจะต้องมีรูปแบบเฉพาะสำหรับของเภสัชกรหรือผู้ปฏิบัติงานด้านเภสัชกรรมปฐมภูมิดังนั้นกิจกรรมการเยี่ยมบ้านของเภสัชกรซึ่งถือว่าเป็นปัจจัยสำคัญหนึ่งในการสนับสนุนให้ทีมสหวิชาชีพสามารถให้การดูแลรักษา และช่วยเหลือให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนและเพิ่มระดับความรุนแรงของโรค ตลอดจนสามารถช่วยสนับสนุนให้ชุมชนสามารถดูแลตนเองได้

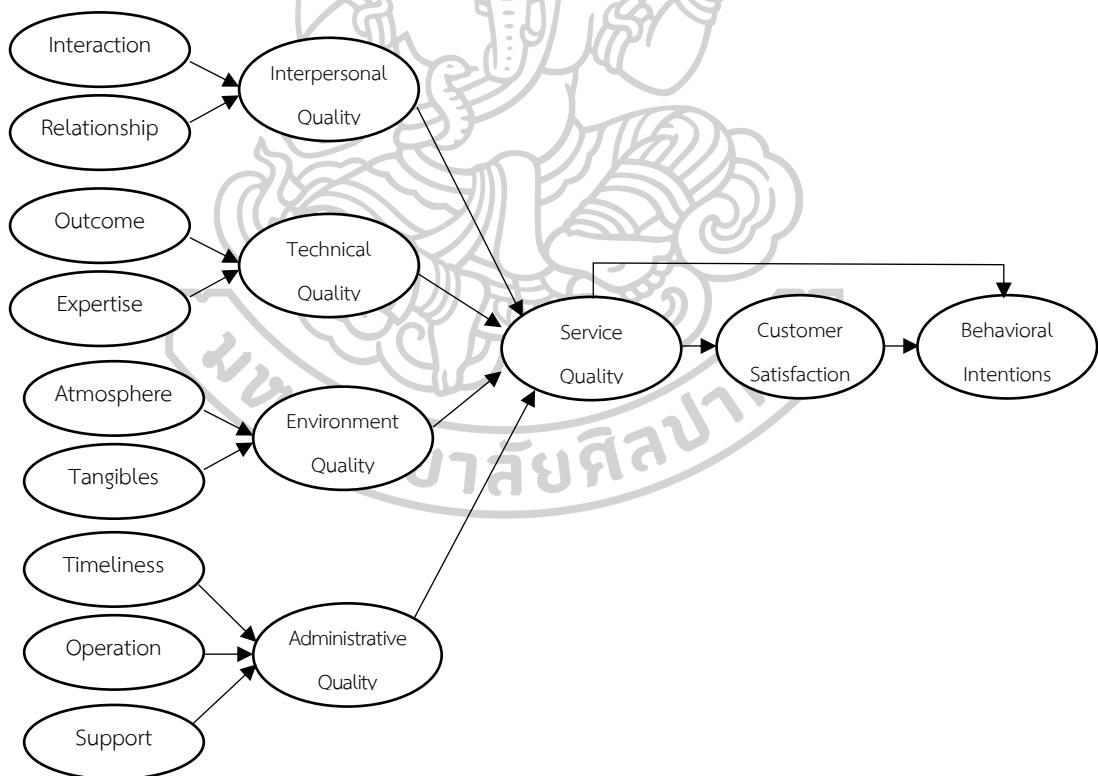
3. คุณภาพการบริการ

3.1 ความสำคัญของคุณภาพการบริการ

การจัดการงานบริการสิ่งจำเป็นที่ผู้ให้บริการต้องให้ความสนใจคือคุณภาพของงานบริการแต่ในการประเมินคุณภาพการให้บริการนั้นทำได้ยากเนื่องจากเป็นสิ่งที่จับต้องไม่ได้ต่างจากการประเมินคุณภาพสินค้าที่เป็นรูปร่างสามารถสัมผัสได้และสามารถตรวจสอบคุณภาพได้ดังนั้นการประเมินคุณภาพการบริการมักมีการนำความพึงพอใจของผู้รับบริการภายหลังรับบริการแล้วมาประเมินซึ่งอาจจะทำในรูปแบบของแบบสอบถามให้ผู้รับบริการแสดงความเห็นต่อบริการแต่การประเมินเพียงความพึง

พอใจหลังได้รับบริการนั้นไม่เท่ากับการประเมินคุณภาพบริการเพียงแต่มีความสัมพันธ์ไปในทิศทางเดียวกันเท่านั้นเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินคุณภาพบริการเช่น Nordic model หรือ Gronroos model, SERVQUAL, SERPERF และ Hierarchical model ซึ่งเครื่องมือที่ได้รับความนิยมและถูกนำมาใช้มากที่สุดคือ SERVQUAL ดังนั้นจะเห็นว่าคุณภาพบริการ มีส่วนสำคัญอย่างยิ่งในการดูแลผู้ป่วย เนื่องจากคุณภาพการบริการที่ดีจะนำมาซึ่งความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการจัดบริการ ผู้ให้บริการทั้งเภสัชกรและทีมสหวิชาชีพ และนำไปสู่ความตั้งใจในพฤติกรรมมารุดูแลสุขภาพ ไม่ว่าจะเป็นความร่วมมือในการใช้ยา การดูแลอาหารที่เหมาะสมกับผู้ป่วยเบาหวาน [20]

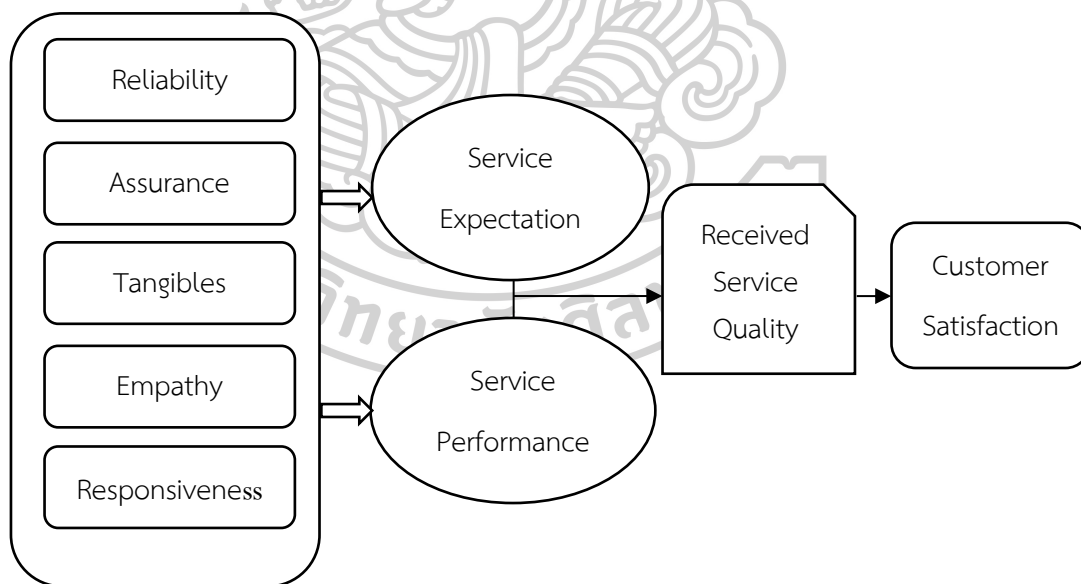
คุณภาพบริการ มีส่วนสำคัญอย่างยิ่งในการดูแลผู้ป่วย เนื่องจากคุณภาพการบริการที่ดีจะนำมาซึ่งความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการจัดบริการ และส่งผลต่อความตั้งใจในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย ดังแสดงได้จากภาพที่ 2 ซึ่งจากภาพจะเห็นว่าคุณภาพบริการ (service quality) ส่งผลต่อความพึงพอใจ (customer satisfaction) และความพึงพอใจจะส่งผลต่อความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรม นอกจากนี้คุณภาพบริการยังส่งผลโดยตรงต่อความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมอีกด้วย



ภาพที่ 3 ความสัมพันธ์ของคุณภาพการบริการกับความพึงพอใจและการตั้งใจปฏิบัติพฤติกรรม

ดังนั้น หากการให้บริการด้านเภสัชกรรมปฐมภูมิของจังหวัดสระบุรีมีคุณภาพการบริการที่ดี ผู้รับบริการจะมีความพึงพอใจในการรับบริการและจะนำไปสู่ความตั้งใจในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน เช่นความร่วมมือในการใช้ยา การเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับผู้ป่วยเบาหวาน การดูแลสุขภาพอย่างเหมาะสม

การประเมินคุณภาพบริการ (Service quality) จะประเมินจากที่การบริการที่ได้ผู้รับบริการได้รับหรือได้รับรู้ระหว่างการรับบริการนั้นตรงกับความคาดหวังของตนหรือไม่ โดยตัวแบบที่ใช้คือ SERVQUAL [4] โดยจะมีการพิจารณาคุณภาพของการบริการใน 5 ด้าน ได้แก่ ด้านความเชื่อถือไว้วางใจ (Reliability), ด้านการให้ความมั่นใจในบริการ (Assurance), ด้านรูปธรรมของการบริการ (Tangibles), ด้านความเห็นอกเห็นใจต่อผู้รับบริการ (Empathy) และด้านการตอบสนองต่อผู้รับบริการ (Responsiveness) โดยเครื่องมือ SERVQUAL จะเปรียบเทียบระดับบริการที่ได้รับกับระดับความคาดหวัง หากผู้รับบริการได้รับบริการตรงตามที่ความคาดหวังหรือมากกว่าความคาดหวัง จะจัดได้ว่าเป็นบริการที่มีคุณภาพ หากผู้รับบริการได้รับบริการไม่ตรงตามที่ความคาดหวังหรือบริการที่ได้รับต่ำกว่าความคาดหวังจะจัดได้ว่าเป็นบริการที่ไม่มีคุณภาพ และจะต้องมีการปรับปรุงคุณภาพการบริการในส่วนนั้นๆ เพื่อตอบสนองต่อความคาดหวังของผู้รับบริการ ดังภาพที่ 4



ภาพที่ 4 The Five Key Service Dimensions of the SERVQUAL model

3.2 องค์ประกอบของคุณภาพบริการ

Parasuraman และคณะ ในปี 1985 [4] ได้เสนอแนวคิดทฤษฎีคุณภาพการบริการ ประกอบด้วย 10 ด้าน(ดังภาพที่ 5) ประกอบด้วย

1) การเข้าถึงบริการ (Accessibility) คือ ความง่ายในการเข้าถึง และการติดต่อในการให้บริการ ลูกค้าจะต้องเข้าถึงบริการได้ง่าย และได้รับความสะดวกจากการมาใช้บริการ มีขั้นตอนในการให้บริการที่ไม่ซับซ้อน การให้บริการกระจายทั่วถึง เช่น การคมนาคมสะดวก การบริการเป็นระเบียบ รวดเร็ว ไม่เสียเวลาในการรอนาน เวลาที่ใช้บริการเป็นเวลาที่เหมาะสมสำหรับลูกค้าด้วยความเสมอภาพ

2) การติดต่อสื่อสาร (Communications) คือ สามารถสื่อสารให้ลูกค้าเข้าใจได้ง่ายและรับฟังปัญหาจากลูกค้าเสมอ การสื่อสารมีความสำคัญมากต่อคุณภาพการบริการ เพราะนอกจากเป็นขั้นตอนหนึ่งของกระบวนการให้บริการแล้ว ยังจัดว่าเป็นบริการอีกลักษณะหนึ่ง ดังนั้นผู้ให้บริการจึงควรมีการให้ข้อมูลต่างๆ ที่เกี่ยวข้องแก่ผู้มาใช้บริการและหลีกเลี่ยงศัพท์เทคนิคในการสื่อสารแก่ลูกค้า

3) สมรรถนะ (Competence) คือ บุคลากรมีทักษะความรู้ความเชี่ยวชาญในการปฏิบัติงาน การที่ผู้ให้บริการมีทักษะ ความรู้ ความสามารถในการบริการ สามารถแสดงให้ลูกค้าเห็นชัดเจน และตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการได้

4) ความสุภาพ (Courtesy) คือ พนักงานที่ให้บริการมีความสุภาพอ่อนน้อม อธิษาศัยดีและการเอาใจใส่ต่อลูกค้า บุคคลที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการจะต้องมีความสุภาพ มีความเอาใจใส่ รวมทั้งมีกริยามารยาท การแต่งกายสุภาพ ใช้คำพูดที่เหมาะสม และมีบุคลิกภาพดี

5) ความเชื่อถือในผู้ให้บริการ (Credibility) คือ บุคลากรที่ให้บริการจะต้องมีความซื่อสัตย์ น่าเชื่อถือ และมีความจริงใจแก่ลูกค้า การบริการที่ได้รับนั้นมีความถูกต้อง แม่นยำ และเหมาะสม และมีความสม่ำเสมอ ให้การบริการตรงตามเวลา มีการติดตามผล

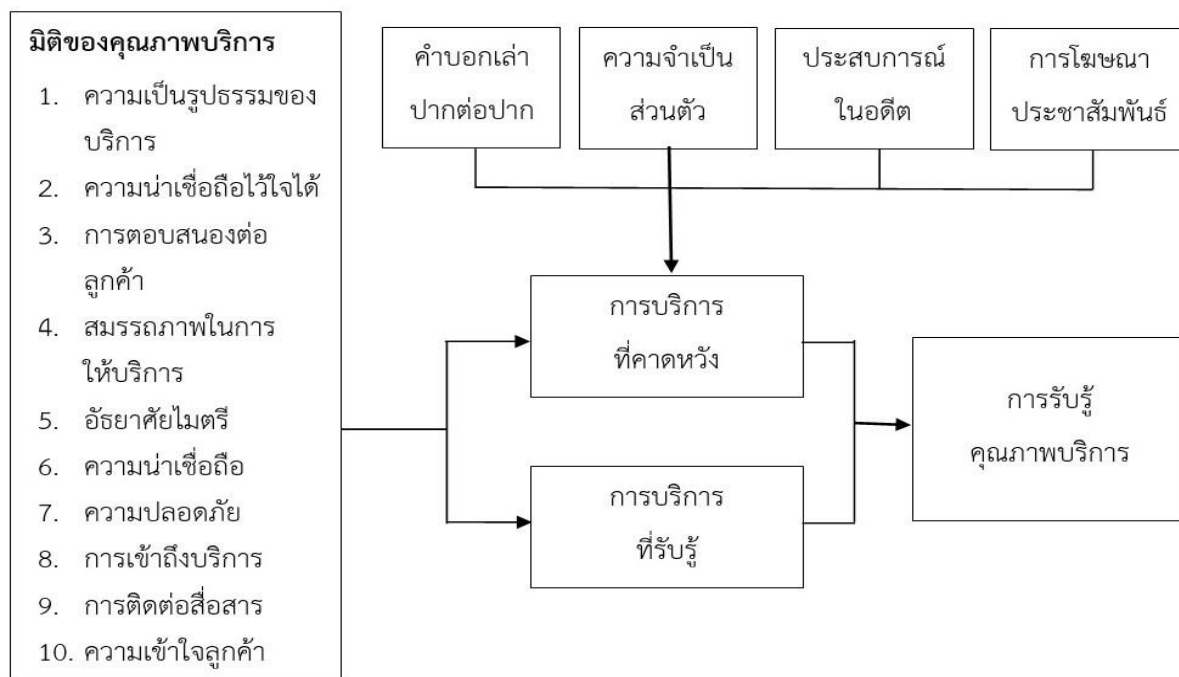
6) ความเชื่อถือได้ (Reliability) คือ บุคลากรมีความสามารถในการปฏิบัติงานได้อย่างน่าเชื่อถือในมาตรฐานการบริการและความถูกต้อง ความน่าเชื่อถือที่เกิดขึ้นจากความซื่อสัตย์ ความจริงใจ ความสนใจอย่างจริงใจ ซึ่งถือเป็นส่วนสำคัญมากที่สุดอย่างหนึ่ง ที่จะส่งผลให้ผู้มาใช้บริการของบริษัทสายการบินมากขึ้น มีการพูดปากต่อปาก จนอาจเกิดปัจจัยเสริมร่วมด้วย

7) การตอบสนอง (Responsiveness) คือ บุคลากรมีความเต็มใจที่จะให้ความช่วยเหลือแก่ลูกค้าและบริการได้อย่างรวดเร็ว ผู้ให้บริการจะต้องมีความพร้อม และเต็มใจที่จะให้บริการ สามารถตอบสนองความต้องการในด้านต่าง ๆ ของลูกค้าได้ทันที มีการสื่อสารที่ดีในการชี้แจงรายละเอียดก่อนให้บริการทุกครั้ง

8) ความปลอดภัย (Security) คือ ลูกค้ามีความปลอดภัยไม่มีความเสี่ยงในการเข้ามาใช้บริการ ความปลอดภัยจากภาวะเสี่ยงอันตราย หรือข้อสงสัยต่าง ๆ ในเรื่องของการรักษาความลับของลูกค้า การรักษาความปลอดภัย เพื่อให้ลูกค้ารู้สึกมั่นใจว่ามีความปลอดภัยในชีวิต และทรัพย์สินรวมทั้งชื่อเสียงของตน

9) ลักษณะทางกายภาพ (Tangible) คือ สิ่งอำนวยความสะดวกที่สามารถจับต้องได้

10) ความเข้าใจในลูกค้า (Understanding) คือ ความเห็นอกเห็นใจและความใส่ใจลูกค้า การที่ผู้ให้บริการพยายามทำความรู้จักกับลูกค้าเพื่อให้ทราบความต้องการของลูกค้า เช่น ผู้ให้บริการสามารถจำชื่อลูกค้าได้ หรือมีระบบการรักษาข้อมูลในอดีตของลูกค้า



ภาพที่ 5 ทฤษฎีคุณภาพการบริการของ Parasuraman และคณะ ปี1985

ในปี 1998 Parasuraman และคณะ [4] ได้พัฒนาทฤษฎีคุณภาพการบริการโดยปรับมิติการวัดคุณภาพบริการลดลงเป็น 5 มิติประกอบด้วย -ด้านความเป็นรูปธรรมของบริการ (Tangibles) ด้านความน่าเชื่อถือไว้วางใจได้ (Reliability) ด้านการให้ความเชื่อมั่นแก่ผู้รับบริการ (Assurance) ด้านการตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ (Responsiveness) ด้านความเห็นอกเห็นใจผู้รับบริการ (Empathy) เรียกเครื่องมือนี้ว่า SERVQUAL Dimensions โดยทั่วไปนักวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับการวัดคุณภาพบริการทั้งการบริการของธนาคาร โรงแรม โรงพยาบาล หรือร้านอาหารได้นำ SERVQUAL มาใช้ศึกษาด้วยกันทั้งนั้น Hirmukhe ปี 2012 [21] สำหรับ Gap Model เป็นการประเมินตามมิติคุณภาพบริการของ 5 ด้านทั้งความคาดหวังและการรับรู้ แล้วคำนวณหาคะแนนความต่างระหว่างความคาดหวังกับการรับรู้ต่อคุณภาพบริการแล้วทำให้ทราบถึงคุณภาพบริการของงานบริการนั้นซึ่งช่องว่างระหว่างความคาดหวังและการรับรู้นี้อาจทำให้เกิดผลต่อความพึงพอใจและทัศนคติได้เช่นกัน Seth และคณะ ปี 2005 [22] ด้วยประเด็นจุดอ่อนนี้เองทำให้ Cronin and Taylor ปี 1992 [23] ได้พัฒนา Performance only model ซึ่งเป็นแนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพบริการ อีกแนวคิดหนึ่ง โดยแนวคิดนี้เป็นการวัดเกี่ยวกับการรับรู้ต่อคุณภาพบริการของผู้ใช้บริการ โมเดลนี้มี

ความสัมพันธ์กับความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ (consumer satisfaction) และความตั้งใจซื้อ (purchase intention) อีกด้วย และเครื่องมือของโมเดลนี้คือ SERVPERF ซึ่งจะประเมินจากการรับรู้คุณภาพบริการเท่านั้น และเครื่องมือ SERVPERF เป็นการวัดคุณภาพบริการ 5 มิติเช่นเดียวกับเครื่องมือ SERVQUAL (Fogarty, Forlin, & Catts ในปี 2000) [24] ซึ่งเกณฑ์ในการวัดคุณภาพบริการให้เหลือเพียง 5 ด้าน และได้กำหนดความหมายไว้ดังนี้

1. ความเป็นรูปธรรมของบริการ (Tangibles) หมายถึง ลักษณะทางกายภาพที่ปรากฏให้เห็นถึงสิ่งอำนวยความสะดวกต่าง ๆ อันได้แก่ บุคลากร อุปกรณ์ เครื่องมือ เอกสารที่ใช้ในการติดต่อสื่อสารและสัญลักษณ์ รวมทั้งสภาพแวดล้อมที่ทำให้ลูกค้ารู้สึกว่าการบริการดูแลห่วงใยและความตั้งใจจากผู้ให้บริการนั้น ๆ ได้ชัดเจน

2. ความน่าเชื่อถือไว้วางใจได้ (Reliability) หมายถึง ความสามารถในการให้บริการให้ตรงกับสัญญาที่ให้ไว้กับลูกค้า บริการที่ให้ไว้ทุกครั้งจะต้องมีความถูกต้อง เหมาะสม และได้ผลออกมาเช่นเดิมในทุกจุดของการบริการ ความสม่ำเสมอนี้จะทำให้ลูกค้ารู้สึกว่าการบริการที่ได้รับนั้นมีความน่าเชื่อถือสามารถให้ความไว้วางใจได้

3. การตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ (Responsiveness) หมายถึง ความพร้อมและความเต็มใจที่จะให้บริการ โดยสามารถตอบสนองความต้องการของลูกค้าได้อย่างทันท่วงที ลูกค้าสามารถเข้ารับบริการได้ง่ายและได้รับความสะดวกจากการมาใช้บริการ รวมทั้งจะต้องการกระจ่ายการให้บริการไปอย่างทั่วถึง รวดเร็ว

4. การให้ความเชื่อมั่นแก่ผู้รับบริการ (Assurance) หมายถึง ความสามารถให้เกิดความเชื่อมั่นให้เกิดขึ้นแก่ลูกค้า ผู้ให้บริการจะต้องแสดงถึงทักษะความรู้ ความสามารถในการให้บริการและตอบสนองความต้องการของลูกค้าด้วยความสุภาพ นุ่มนวล มีกิริยามารยาทที่ดี ใช้การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพและให้ความเชื่อมั่นว่าลูกค้าจะได้รับบริการที่ดีที่สุด

5. ความเห็นอกเห็นใจผู้รับบริการ (Empathy) หมายถึง ความสามารถในการดูแลเอาใจใส่ลูกค้า ตามความต้องการที่แตกต่างกันของลูกค้าแต่ละคน

การเกิดช่องว่างของการบริการจะส่งผลให้บริการที่ธุรกิจต้องการส่งมอบให้แก่ลูกค้าด้วยคุณภาพหรือไม่เป็นไปตามที่ลูกค้าได้คาดหวังไว้ โดยมีแนวทางที่ธุรกิจสามารถลดช่องว่างในการให้บริการ เพื่อสร้างความสมดุลระหว่างบริการที่ลูกค้าคาดหวังและบริการที่ลูกค้าได้รับจริง โดยการปิดช่องว่างหรือต้องลดให้มีช่องว่างแคบที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ ดังนี้

การปิดช่องว่างที่ 1 ศึกษาและทำความเข้าใจในความคาดหวังของลูกค้า

การปิดช่องว่างที่ 2 กำหนดมาตรฐานการบริการให้สอดคล้องกับความคาดหวังของลูกค้า

การปิดช่องว่างที่ 3 ให้บริการแก่ลูกค้าได้ตามมาตรฐานที่กำหนดขึ้น

การปิดช่องว่างที่ 4 และ 5 ต้องให้บริการได้ตามที่สัญญาไว้กับลูกค้า

เมื่องานบริการสามารถปิดช่องว่างที่ 1 ถึงช่องว่างที่ 5 หรือ ความแตกต่างระหว่างการบริการที่ลูกค้าคาดหวังกับการบริการที่ลูกค้าได้รับจริงก็จะไม่เกิดขึ้น ซึ่งจะส่งผลให้ลูกค้าได้รับความพึงพอใจจากการใช้บริการ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าเป็นการบริการที่มีคุณภาพในสายตาของลูกค้า

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาที่มีการใช้ SERVQUAL ในการประเมินคุณภาพบริการทางการแพทย์ในต่างประเทศ เช่น Fan L-h, Gao L, Liu X, Zhao S-h, Mu H-t, Li Z และคณะ ในปี 2017 [25] ศึกษาการรับรู้การศึกษารับรู้คุณภาพบริการของผู้ป่วยในประเทศจีน กลุ่มตัวอย่างคือผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอก ใน 27 โรงพยาบาล (n=1,303) คุณภาพบริการไม่ดีในทุกด้าน (Total GAP=-0.388)

Al Fraihi KJ, FAMCO D, Latif SA ปี 2016 [26] การประเมินคุณภาพบริการในแผนกผู้ป่วยนอกในประเทศซาอุดีอาระเบีย พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนของการรับรู้ต่ำกว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความคาดหวังทุกด้าน (Total GAP=-1.2, $p<0.001$) โดยที่ด้านรูปธรรมบริการเป็นด้านที่มีความแตกต่างมากที่สุด (Gap=-1.42, $p<0.001$)

Papanikolaou V, Zygiaris S. ปี 2017 [27] ศึกษาการรับรู้คุณภาพบริการในงานบริการปฐมภูมิในประเทศกรีซจาก ผู้ป่วยที่เข้ารับบริการปฐมภูมิ (n=450) ผลการศึกษาพบว่าช่องว่างระหว่างบริการที่รับรู้กับบริการที่คาดหวังติดลบในทุกด้าน แสดงถึงคุณภาพบริการที่ไม่ดีโดยมีด้านความเห็นอกเห็นใจต่อผู้รับบริการ (Empathy) เป็นด้านที่มีความแตกต่างมากที่สุด (Gap=1.30, $p<0.001$)

Norazah Mohd Suki, Jennifer Chiam Chwee Lian, Norbayah Mohd Suki ปี 2011 [28] ศึกษาการรับรู้บริการของผู้ป่วยเกินความคาดหวังหรือไม่ ในโรงพยาบาลเอกชนมาเลเซีย โดยประเมินบริการ 5 ด้านตาม SERVQUAL และเพิ่มด้านความสุภาพ การสื่อสาร และการเข้าใจความต้องการผู้ป่วย ผลการศึกษาพบว่าคุณภาพบริการไม่ดีในทุกด้าน

Seema Mehta, Tarika Singh, Yogesh Kumar, Kalpana Yadav ปี 2014 [29] การประยุกต์ใช้ Quality Gap Model ในการประเมินคุณภาพบริการของเภสัชกรในร้านยา ผู้รับบริการร้านยา (n=157) ในประเทศอินเดีย ผลการศึกษาพบว่าคุณภาพบริการโดยรวมของเภสัชกรอยู่ในระดับต่ำโดยผู้รับบริการมีความคาดหวังต่อบริการสูงกว่าบริการที่ได้รับ คะแนนด้านการตอบสนองต่อผู้รับบริการ (Responsiveness) มีช่องว่างมากที่สุด

Hossein D, Staffan B ปี 2012 [30] การปรับปรุงคุณภาพบริการที่จุดบริการสุดท้ายเพื่อสร้างความแตกต่าง : กรณีศึกษาในร้านยาประเทศอิหร่าน จากผู้รับบริการร้านยา (n=127) ผลการศึกษาพบว่าคุณภาพบริการไม่ดีในทุกด้าน

สำหรับผลการวิจัยในประเทศไทยพบว่า Yousapronpaiboon K. and Phondej W. ปี 2014 [31] การประเมินคุณภาพบริการเภสัชกรรมในโรงพยาบาลรัฐบาลผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอก ผลการศึกษาคุณภาพบริการเภสัชกรรมไม่ดีในทุกด้าน

ภัทรจารินทร์ คุณารูป ปี 2557 [32] ศึกษาความคาดหวังการรับรู้และความพึงพอใจของประชาชนต่อคุณภาพบริการของโรงพยาบาลชุมชนตาบลดอนแก้ว อำเภอแม่ริม จังหวัดเชียงใหม่ ผู้รับบริการจำนวน (n=372) ผลการศึกษาพบว่าคุณภาพบริการไม่ดีในทุกด้าน

กนกพร ลีสาเทพินท์, พัชญา มาลือศรี และปรารณา ปุณณกิติเกษม ปี 2554 [33] การประเมินระดับคุณภาพการบริการของโรงพยาบาลรัฐบาลในกรุงเทพฯ กลุ่มตัวอย่างคือผู้มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลรัฐบาลแห่งหนึ่งในกรุงเทพฯ (n=421) ผลการศึกษาพบว่าคุณภาพบริการไม่ดีในทุกด้าน

วิภาวี ชาดิษฐ์ ปี 2559 [34] การศึกษาความพึงพอใจของผู้มารับบริการต่อคุณภาพบริการแผนกจ่ายยาผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราช จังหวัดสุพรรณบุรี ผลการศึกษาพบว่า คุณภาพบริการเภสัชกรรมดีในทุกด้าน (Gap=0.91)

สุนันทา ยอดเนร ปี 2551 [6] ศึกษาการประเมินคุณภาพการบริการจากความแตกต่างระหว่างความคาดหวังกับการรับรู้ของผู้รับบริการงานเภสัชกรรมในสถานบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ ในกรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาพบว่าคุณภาพการบริการเภสัชกรรมไม่ดีในทุกด้าน

4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

4.1 การวิจัยที่ประเมินระดับความพึงพอใจ คุณภาพการบริการ

ปภัสรา วรรณทอง ปี 2562 [5] การศึกษาการประเมินคุณภาพบริการเภสัชกรรมในโรงพยาบาลรัฐบาลประเทศไทย ทำการศึกษาในปี พ.ศ. 2557 พบว่า ทั้ง 5 ด้านของบริการมีค่าคะแนนเฉลี่ยของความคาดหวังต่ำกว่าการรับรู้ นั่นคือบริการเภสัชกรรมโดยรวมมีคุณภาพบริการต่ำ เมื่อพิจารณาที่ช่องว่างระหว่างความคาดหวัง และการรับรู้ที่มากที่สุดคือด้านการให้ความเชื่อมั่นแก่ผู้รับบริการ (Assurance) และน้อยที่สุดคือด้านความน่าเชื่อถือไว้วางใจได้ (Reliability)

รัชนิทย์ ราชกิจ เนตรสุวรรณ และชิตชนก เรือนก้อน ปี 2562 [35] ผลการประเมินตนเองและผลการประเมินโดยเภสัชกร ผลการประเมินด้านเภสัชกรรมมีความสอดคล้องน้อยถึงปานกลาง ประเด็นที่มีความสอดคล้องน้อย ได้แก่ บัญชีรายการยา เวชภัณฑ์ การมีเภสัชกรและเจ้าหน้าที่รับผิดชอบยา ความรู้ด้านยา การมีระบบเชื่อมโยงข้อมูลผู้ป่วยแพทย์และผู้ป่วยที่ใช้ยาเสี่ยงสูง สถานที่เก็บยาและเวชภัณฑ์ และการใช้ยาอย่างปลอดภัยสมเหตุผล ผลการประเมินด้านการคุ้มครองผู้บริโภคมีความสอดคล้องในระดับน้อยทุกประเด็น สรุป: ผลการประเมินตามเกณฑ์ รพสต. ตีติดดาวด้านเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภคระหว่าง เจ้าหน้าที่ รพสต. กับเภสัชกรในพื้นที่ มีระดับน้อยถึงปาน

กลาง ทั้งนี้อาจเกิดจากความไม่ชัดเจนของเกณฑ์และความเข้าใจของผู้ประเมินต่อเกณฑ์การประเมิน ดังนั้นควรมีการทบทวนเกณฑ์การประเมินให้มีวิธีการให้คะแนนที่ชัดเจน ตลอดจนถ่ายทอดวิธีการประเมินให้ทุกฝ่ายเข้าใจตรงกัน

นรินทรา นูตาคี และ กฤษณี สระมุณี ปี 2559 [17] การประเมินผลการเยี่ยมบ้านโดยทีมสหวิชาชีพที่มีเภสัชกรร่วมทีมเพื่อจัดการปัญหาการใช้ยาในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลน้ำพองจังหวัดขอนแก่น พบว่าในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง อาการไม่ดี หรือมีปัญหาการใช้ยา การเยี่ยมบ้านมีทั้งหมด 3 ครั้งในผู้ป่วยแต่ละราย (เดือน 0, 3, 6) เภสัชกรทำหน้าที่ติดตามปัญหาการใช้ยา บันทึกความดันโลหิตที่วัดได้ ระดับน้ำตาลหลังอาหารและระดับน้ำตาลสะสมจากสมุดของผู้ป่วย และประเมินความพึงพอใจด้วยการสัมภาษณ์ ผลการศึกษา ผู้ป่วยทั้งหมด 90 รายได้รับการเยี่ยมบ้าน ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 80.0 เป็นโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูงโดยมีหรือไม่มีโรคอื่นร่วมด้วย (ร้อยละ 84.4) มีอายุเฉลี่ย 68.9 ± 7.0 และได้รับยา ≥ 5 รายการ (ร้อยละ 61.1) ปัญหาการใช้ยาส่วนใหญ่คือความไม่ร่วมมือในการใช้ยา ซึ่งพบทั้งหมด 175 เหตุการณ์ (ร้อยละ 98.3 ของปัญหาทั้งหมด) หลังเยี่ยมบ้านปัญหานี้ลดลงเหลือ 33 เหตุการณ์ (ลดลงร้อยละ 81.1) ค่ามัธยฐานระดับน้ำตาลในเลือด สะสม ($n=76$) ลดลงจากร้อยละ 9.9 เป็นร้อยละ 9.0 ($p < 0.001$) ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและคลายตัว ($n=55$) ลดลงจาก 140.0 และ 90.0 มิลลิเมตรปรอทเป็น 130.0 และ 85.0 มิลลิเมตรปรอทตามลำดับ ($p < 0.001$) ผู้ป่วยมากกว่าร้อยละ 65 มีความพึงพอใจระดับมากหรือมากที่สุดต่อการร่วมทีมเยี่ยมบ้านของเภสัชกรในด้านกระบวนการเยี่ยมบ้าน ตัวเภสัชกร สรุปการเยี่ยมบ้านโดยทีมสหวิชาชีพที่มีเภสัชกรร่วมทีมช่วยลดปัญหาการใช้ยาและเพิ่มผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง บริการนี้เป็นความพึงพอใจควรสนับสนุนต่อไป

วิภาวี ชาดิษฐ์ ปี 2559 [34] ได้ศึกษาความพึงพอใจของผู้มารับบริการต่อคุณภาพบริการแผนกจ่ายยาผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราช จังหวัดสุพรรณบุรี ผลการวิจัยพบว่า ผู้มารับบริการส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 62.82) อายุ 46-60 ปี (ร้อยละ 44.23) สมรส (ร้อยละ 61.65) การศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 52.24) รายได้ต่อเดือน 35,001-45,000 บาท (ร้อยละ 33.41) อาชีพรับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ (ร้อยละ 48.94) โรคที่มารับการรักษาคือส่วนใหญ่เป็น โรคเรื้อรัง (ร้อยละ 81.88) โดยในกลุ่มนี้พบโรคปวดอักเสบที่เอ็นและกล้ามเนื้อมากที่สุด (ร้อยละ 13.41) ส่วนกลุ่มโรคเฉียบพลัน (ร้อยละ 18.12) พบโรคไข้หวัดมากที่สุด (ร้อยละ 4.94) รับการรักษาที่แผนกอายุรกรรมมากที่สุด (ร้อยละ 37.41) ใช้สิทธิประโยชน์การรักษาพยาบาลประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ร้อยละ 29.41) จำนวนรายการยาที่ได้รับ 1-2 รายการ (ร้อยละ 46.82) รับบริการ ณ แผนกจ่ายยามากที่สุดระหว่าง เวลา 8.00-10.00 น. (ร้อยละ 63.5) ส่วนใหญ่เคยใช้บริการที่แผนกจ่ายยาผู้ป่วยนอกมานาน 1-5 ปี (ร้อยละ 61.18) ผลต่างระหว่างคะแนนการรับรู้กับค่าความคาดหวังเฉลี่ยของผู้มา

รับบริการ เท่ากับ 0.91 ผลต่างราย ด้านมีค่าเป็นบวกทุกด้าน ความคาดหวังของผู้มารับบริการต่อคุณภาพบริการแผนกจ่ายยาผู้ป่วยนอกมี ค่าเฉลี่ยคะแนนรวมและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานรวมทุกด้านในระดับมากที่สุด (3.85 ± 0.59) ส่วนการรับรู้มี ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานรวมทุกด้านอยู่ในระดับมากที่สุดแต่มีค่าสูงกว่า (4.76 ± 0.37) ผู้มารับบริการคาดหวังลักษณะภายนอกที่เห็นเป็นรูปธรรมมากกว่าด้านอื่น แต่เมื่อได้รับบริการแล้วจะรับรู้คุณภาพ บริการในส่วนที่เกิดจากตัวผู้ให้บริการมากกว่า

ศลิษา สะพลอย ปี 2559 [19] พบว่าปัญหาที่พบจากการเยี่ยมบ้าน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ จัดการปัญหาที่เกี่ยวข้อง กับผู้ป่วยโดยตรงและจัดการปัญหาที่ต้องประสานงานกับหน่วยงานอื่นๆที่เกี่ยวข้อง พบว่าการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยมี แนวโน้มจัดการเรื่องยาและดูแลตนเองได้ดีขึ้น ที่ปัญหาต่างๆ ที่ส่งผลกระทบต่อการใช้ยาหรือสุขภาพของผู้ป่วยลดลง ผลการประเมินขั้นของพฤติกรรมของผู้ป่วยและการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามขั้นของพฤติกรรมของ ผู้ป่วยพบว่าผู้ป่วยมีแนวโน้มการปรับเปลี่ยนสู่ขั้นตอนที่ดีขึ้น กระบวนการที่ใช้ในการเยี่ยมบ้านในการศึกษานี้สามารถใช้ได้ จริงและควรเพิ่มการพัฒนาทักษะสำคัญที่เภสัชกรจำเป็นต้องใช้ในการเยี่ยมบ้าน ดังนั้นควรมีการพัฒนาแบบหรือช่องทางการสื่อสารระหว่างวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดระบบการสื่อสารข้อมูลระหว่างกันอย่างต่อเนื่องและเหมาะสมต่อไป

ปริญา ฤมอดุทา และคณะ ปี 2559 [15] พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการเคลื่อนไหวที่ลำบาก ร้อยละ 66.67 มีลักษณะการรับประทานอาหารไม่เหมาะสม ร้อยละ 55.55 ปัญหาที่พบส่วนใหญ่คือผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยา (ร้อยละ 51.02) สาเหตุที่ทำให้ทำให้เกิดปัญหาจากยาส่วนใหญ่คือการได้รับรายการยาจำนวนมากเกินร้อยละ 24.49 เภสัชกรเข้าไปมีบทบาทในเรื่องของการทบทวนและตรวจสอบความร่วมมือในการใช้ยาสูงถึงร้อยละ 49.07 การบริหารเภสัชกรรมที่ให้แก่ผู้ป่วยสามารถแก้ไขปัญหาการใช้ยาได้ทั้งหมดสูงถึงร้อยละ 91.66 สรุป: การศึกษานี้สามารถเพิ่มการบริหารเภสัชกรรมได้ครอบคลุมกลุ่มผู้ป่วยที่คัดเลือกเพื่อคัดกรองผู้ป่วยที่มีปัญหาการใช้ยาที่บ้านและเภสัชกรสามารถแก้ไขจัดการปัญหาที่เกิดจากยาของผู้ป่วย

วรัชกร ธนะฐากรกุล ปี 2558 [36] ศึกษาเรื่องการให้บริบาลทางเภสัชกรรมสำหรับชาวพม่า ในร้านขายยา อำเภอทองผาภูมิจังหวัดกาญจนบุรี พบว่าการจ่ายยาหรือผลิตภัณฑ์รักษาตามอาการมากที่สุด (ร้อยละ 70.27) รองลงมา คือ การให้บริการผลิตภัณฑ์/ยาตามที ลูกค้านำมา และให้คำแนะนำเพิ่มเติม (ร้อยละ 27.22) การบริบาลด้านการคัดกรองโรคเรื้อรัง (ร้อยละ 1.11) โดยทั้งหมดเป็นคัดกรองโรคความดันโลหิต และมีการส่งต่อเพื่อไปรับการรักษาจากแพทย์(ร้อยละ 0.83) การประเมินปัญหาเกี่ยวกับยาในครั้งแรก ณ วันที่มารับบริการ และวันที่ติดตามผล 1 สัปดาห์หลังรับบริการ พบปัญหาการร่วมมือในการใช้ยามากที่สุด ณ วันที่มารับบริการ ร้อยละ 9.72 และ ณ วันที่ติดตามผลร้อยละ 7.22 ตามลำดับ รองลงมาคือ ได้รับยาที่ไม่มีความจำเป็นสำหรับโรคหรืออาการที่

เป็นอยู่ ณ วันที่มารับบริการ ร้อยละ 9.44 และ ณ วันที่ติดตามผลร้อยละ 3.34ตามลำดับ ปัญหาที่พบ เช่น การใช้ยาคุมกำเนิดผิดวิธี การใช้น้ำเกลือ ทางหลอดเลือดเมื่ออ่อนเพลีย การใช้ยาชุด และการใช้ ยาปฏิชีวนะไม่ครบขนาดและใช้ยาไม่สอดคล้องกับอาการที่ เป็นการบริบาลที่ใช้แก้ไขปัญหาที่พบ คือ การให้คำแนะนำเกี่ยวกับการใช้ยา พร้อมทั้งใช้ฉลากช่วยที่เป็นภาษาพม่า ที่พัฒนาขึ้น ผลการให้บริบาลทางเภสัชกรรมติดตามหลังวันที่รับบริการ 1 สัปดาห์ ติดตามได้ร้อยละ 70.27 โดย ร้อยละ 45.83 ติดตามทางโทรศัพท์ และร้อยละ 24.44 ติดตามผลเมื่อกลับมาใช้บริการที่ร้านผลการให้บริบาลฯ พบกลุ่มที่หายเป็นปกติและไม่พบปัญหาการใช้ยามากที่สุด (ร้อยละ 29.72) รองลงมา คือ กลุ่มที่มีอาการดีขึ้นแต่ด้วย ความรุนแรงของโรคต้องทานยาต่อเนื่อง (ร้อยละ 16.38) และกลุ่มการเรียกหาผลิตภัณฑ์ ได้รับการบริการ ผลิตภัณฑ์ ตามต้องการและไม่พบปัญหาการใช้ยา (ร้อยละ 9.72) ตามลำดับ และในผู้ที่ติดตามได้ มีความพึงพอใจในการรับบริการทุกราย การจ่ายยา การให้คำปรึกษา และแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา เป็นบทบาทที่สำคัญในการ บริบาลเภสัชกรรมสำหรับชาวพม่าในร้านขายยา การใช้ฉลากช่วยภาษาพม่า การติดตามผลการบริบาลทางโทรศัพท์ สามารถนำมาใช้ช่วยในการให้บริบาลในร้านขายยาได้จริง

ภัทรจารินทร์ คุณารูป, สายหยุด มูลเพชร และจิตติมา กัตติญญ ปี 2558 [32] พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้มากกว่าคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังต่อคุณภาพบริการในทุกด้าน แสดงว่า ผู้รับบริการมีความพึงพอใจกับบริการที่ได้รับ และด้านที่มีความแตกต่างของการรับรู้ และความคาดหวังต่อบริการมากที่สุดคือ ด้านการเห็นอกเห็นใจ (Gap=0.34, $p<0.001$) และการตอบสนองต่อผู้รับบริการ (Gap=0.34, $p<0.001$) การประเมินระดับคุณภาพการบริการของโรงพยาบาลรัฐบาลในกรุงเทพฯ ฯ ด้วยแบบจำลอง SERVQUAL ทำการศึกษาในปี 2554 โดยประเมินคุณภาพบริการของผู้มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกใน โรงพยาบาลรัฐบาลแห่งหนึ่งในกรุงเทพฯ ทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 421 ราย โดยใช้แบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นตามแนวคิด SERVQUAL ในลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความคาดหวังมากกว่าค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ต่อบริการ แสดงให้เห็นว่าผู้รับบริการไม่พึงพอใจต่อบริการที่ได้รับ ทั้งนี้เมื่อพิจารณาในบริการแต่ละด้านพบว่าในด้านความเป็นรูปธรรมของบริการ (Tangibles)มีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ต่อบริการสูงกว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความคาดหวัง แต่ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Gap=0.0226, $p=0.45$) ส่วนอีก 4 ด้านพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความคาดหวังมากกว่าค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ต่อบริการ

สมทรง ราชนิยม และ กฤษณี สระมุณี ปี 2558 [16] พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 65.14) อายุเฉลี่ย 65.21 ± 12.74 ปี โรคเรื้อรัง 3 อันดับแรก ได้แก่ เบาหวาน (ร้อยละ 77.98) ความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 62.39) และโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด (ร้อยละ 28.44) ผู้ป่วยได้รับการเยี่ยมบ้านเฉลี่ยคน ละ 2.11 ± 1.92 ครั้ง(สูงสุด=14, ต่ำสุด=1) ปัญหาการใช้ยาที่พบมากที่สุด คือ ผู้ป่วยไม่รับประทานยาหรือไม่ใช้ยาในทุกกรณี (ร้อยละ 53.06) สาเหตุของปัญหาส่วนใหญ่ คือการใช้

ผลิตภัณฑ์สุขภาพอื่นร่วมด้วย (ร้อยละ 18.87) วิธีการแก้ปัญหาที่ใช้บ่อย คือ การให้คำแนะนำโดย วาจาแก่ผู้ป่วย (ร้อยละ 30.77) และวิธีการอื่นๆ (ร้อยละ 33.03) เช่น การเสริมศักยภาพผู้ดูแล การ จัดหาอุปกรณ์ที่ช่วยในการใช้ยา อย่างไรก็ตามปัญหาการใช้ยาบางส่วนก็ไม่สามารถจัดการได้อย่าง สมบูรณ์ทั้งนี้อาจเกิดจาก ข้อจำกัดของตัวผู้ป่วยเองและผู้ดูแล สรุป: ปัญหาการใช้ยาในผู้ป่วยโรค เรื้อรังในชุมชนมีสัดส่วนที่สูงการเยี่ยมบ้านของเภสัชกร ครอบครัวเป็นส่วนหนึ่งที่จะช่วยแก้ไขปัญหานี้ ได้

Peprah and Atara ปี 2557 [37] พบว่า ความพึงพอใจ โดยรวมของคุณภาพบริการ โรงพยาบาลอยู่ในระดับดี แต่เมื่อพิจารณาจากช่องว่างระหว่างความ คาดหวัง และการรับรู้มีผลต่าง เป็นลบ 4 ด้าน ได้แก่ ด้านความน่าเชื่อถือ ด้านการติดต่อสื่อสารหรือ ความสัมพันธ์ระหว่างกัน ด้าน ความมั่นใจ และด้านการตอบสนอง ส่วนด้านความเป็นรูปธรรมของบริการ (Tangibles) และ ด้าน ความเห็นอกเห็นใจผู้รับบริการ (Empathy) เป็นด้านที่ช่องว่างระหว่างความคาดหวังและการรับรู้เป็น บวก คือ ผู้มารับ บริการมีความประทับใจในการบริการ

Arsanam P. ปี 2557 [37] การศึกษาความสัมพันธ์ของคุณภาพบริการกับความพึงพอใจของ ผู้รับบริการเภสัชกรรมในแผนกจ่ายยาผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลรัฐบาล พบว่าผู้รับบริการมีคะแนนการ รับรู้เฉลี่ยมากกว่าค่าเฉลี่ยบริการที่คาดหวัง เท่ากับ 0.03 แต่ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P=0.393$) โดยเมื่อพิจารณาแต่ละด้าน พบว่ามีด้านการให้ความมั่นใจแก่ผู้รับบริการเป็นด้านที่มีความ แตกต่างระหว่างคะแนนการรับรู้ และคะแนนความคาดหวังมากที่สุด ($Gap=0.23$, $p<0.001$) ทั้งนี้ พบว่าด้านที่สัมพันธ์กับความพึงพอใจของผู้ให้บริการได้แก่ ด้านความเป็นรูปธรรมของบริการ (Tangibles), ด้านความน่าเชื่อถือไว้วางใจได้ (Reliability) และด้านการตอบสนองความต้องการของ ผู้รับบริการ (Responsiveness)

ปราโมทย์ ศุภพงศ์ ปี 2556 [38] การศึกษาคุณภาพบริการแผนกจ่ายยา โดยการประยุกต์ใช้ SERVQUAL MODEL กรณีศึกษาแผนกจ่ายยาโรงพยาบาล ABC พบว่าคุณภาพการบริการอยู่ใน ระดับต่ำกว่าความคาดหวัง เนื่องจากค่าเฉลี่ยของคุณภาพการบริการตามการรับรู้ของผู้รับบริการมีค่า ต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของคุณภาพบริการตามความคาดหวัง ทั้ง 5 ด้าน โดยด้านการรักษาความลับของ ผู้รับบริการเป็นด้านที่มีช่องว่างความแตกต่างระหว่างความคาดหวังและการรับรู้มากที่สุด

ปาริชาติ แก้วอ่อน, สงวน ลือเกียรติบัณฑิต และวรรณุช แสงเจริญ ปี 2555 [39] ร้านยา คุณภาพแยกอุปกรณ์นับเม็ดยาเพื่อป้องกันการปนเปื้อนมากกว่าร้านทั่วไป ($p=0.005$) ร้านยา คุณภาพมีผู้ ให้บริการที่เป็นเภสัชกร (8 ใน 9 ร้าน) มากกว่าร้านทั่วไป (5 ใน 14 ร้าน) ($p=0.001$) ร้านยาคุณภาพ (4 ร้าน) และร้านยาทั่วไป (6 ร้าน) จ่ายยาสแตียรอยด์โดยไม่มีใบสั่งแพทย์พอกๆกัน ($p=1.00$) ในการขอซื้อยาแก้ไอเสบสำหรับอาการเจ็บคอ ร้านยาคุณภาพ เกือบทุกร้านถามอาการ ประกอบการวินิจฉัยและจ่ายยาและถามมากกว่าร้านยาทั่วไป ร้านยาคุณภาพซึ่งผ่านการรับรองจาก

สภาเภสัชกรรมให้บริการที่มีคุณภาพตามเกณฑ์ที่คัดเลือกในการศึกษานี้ มากกว่าร้านยาแผนปัจจุบันทั่วไปในหลายประเด็นผู้เกี่ยวข้องควรเผยแพร่ข้อมูลนี้แก่ประชาชนและผู้ประกอบการเพื่อให้ตระหนักถึงคุณภาพของบริการ จากร้านยาที่แตกต่างกัน

ประสพโชค เจริญวิริยะภาพ ปี 2554 [40] พบว่า ด้านความสะดวก จะได้รับการให้บริการมีคุณภาพการบริการอยู่ในระดับพอใช้ ด้านการประสานงานของบริการ มีคุณภาพให้บริการอยู่ในระดับพอใช้ ด้านอรรถยาศัยตามความสนใจของผู้ให้บริการ มีคุณภาพการบริการในระดับควรปรับปรุง ส่วนข้อมูลที่ได้รับจากผู้ให้บริการมีคุณภาพการบริการอยู่ในระดับพอใช้ และค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นเมื่อมาใช้บริการอยู่ในระดับค่อนข้างดี

ตรีนุช จำปาทอง ปี 2553 [41] พบว่า ผู้ใช้บริการมีการรับรู้คุณภาพการบริการก่อนและหลังการใช้ บริการโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับสูง และความคาดหวังต่อคุณภาพการบริการโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับสูง ยกเว้นด้านความน่าเชื่อถือที่อยู่ในระดับสูงมาก และเปรียบเทียบ 2 กรณีคือ ระหว่างการรับรู้คุณภาพการบริการก่อนและหลังใช้บริการของผู้ใช้บริการ โดยรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และระหว่างความคาดหวังกับการรับรู้คุณภาพการบริการหลังใช้บริการของผู้ใช้บริการ โดยรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สุนันส บุญมี ปี 2553 [42] พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถาม ให้ความสำคัญกับเรื่องพนักงานชี้แจง/ตอบข้อซักถามได้ชัดเจน ต่อมาพนักงานให้บริการมีความ น่าเชื่อถือได้และวางใจได้ พนักงานให้บริการอย่างครบถ้วนถูกต้อง พนักงานให้บริการตรงตามความต้องการ พนักงานมีความชำนาญในการให้บริการ และพนักงานให้บริการโดยคำนึงถึงผู้รับบริการเป็นหลักส่วนคุณภาพการให้บริการผู้ช่วยนอกของโรงพยาบาลศูนย์การแพทย์ ด้านการเอาใจใส่ลูกค้า เป็นรายบุคคล ด้านสิ่งที่สัมผัสได้ ด้านการรับประกัน และด้านความรวดเร็วมีคุณภาพการให้บริการอยู่ ในระดับสูง

จิตติมา อีร์พันธุ์เสถียร ปี 2549 [43] พบว่าเมื่อผู้มารับบริการต้องการพบแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะมาทำการรักษาแต่ไม่มีแพทย์คอย ให้บริการอาจส่งผลให้ผู้รับบริการไม่พึงพอใจ และทำให้ผู้บริการเกิดความเครียดต่อคุณภาพ บริการด้านความน่าเชื่อถือและไว้วางใจได้

4.2 การวิจัยที่มุ่งเน้นการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระดับความพึงพอใจ คุณภาพการบริการ

อนัญญา สองเมือง ปี 2560 [44] พบว่าจากผู้ป่วยทั้งหมด 509 ราย พบเป็นเพศหญิง ร้อยละ 65.4 มีอายุเฉลี่ยและระยะเวลาเฉลี่ยในการเป็นเบาหวานเท่ากับ 58.62 ± 10.52 และ 9.90 ± 5.43 ปี ตามลำดับร้อยละ 61.9 ได้รับความ metformin ร่วมกับ sulfonylurea ปัญหาจากการใช้ยาถูกค้นพบเป็นจำนวน 228 และ 568 ครั้งระหว่างปี พ.ศ. 2557 และ 2558 ตามลำดับ ทุกปัญหามีสัดส่วนการถูกค้นพบมากขึ้น ($p < 0.05$) ยกเว้น ผู้ป่วยไม่ได้รับการสั่งใช้ยาที่ควรได้รับ และผู้ป่วยมี

ปัญหาความร่วมมือในการใช้ยา การปรึกษาแพทย์โดยเภสัชกรได้รับการยอมรับร้อยละ 91.6 การติดตามผู้ป่วยที่มีปัญหาความร่วมมือในการใช้ยา เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 40.6 เป็น 92.4 สัดส่วนผู้ป่วยที่มีระดับ HbA1c และ FBS อยู่ในเกณฑ์เป้าหมายเพิ่มขึ้น ($p < 0.001$) การบริบาลทางเภสัชกรรมแบบเชิงรุก ทำให้เภสัชกรค้นพบและติดตามแก้ไขปัญหามาจากการใช้ยาในผู้ป่วยเบาหวานได้มากขึ้น และช่วยให้ผู้ป่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์เป้าหมายได้มาก

ศิริพร เจริญศรีวิริยะกุล ปี 2554 [45] พบว่า สถานภาพระดับ การศึกษา เพศ อายุ และอาชีพ มีผลต่อคุณภาพในการบริการด้านสิ่งที่สัมผัสได้แตกต่างกัน ระดับการศึกษา อายุและอาชีพ มีผลต่อคุณภาพการให้บริการด้านการเอาใจใส่และด้านตอบสนองต่างกัน ส่วนอาชีพ มีผลต่อคุณภาพการให้บริการด้านความเชื่อถือและไว้วางใจต่างกันระดับการศึกษาและอายุ มีผลต่อคุณภาพการให้บริการ ด้านการให้ความมั่นใจแตกต่างกันพฤติกรรมของผู้ที่มาใช้บริการได้แก่ ลักษณะการมาใช้บริการและวิธีการจ่ายค่ารักษาพยาบาล มีผลต่อคุณภาพการให้บริการใน ภาพรวมแตกต่างกัน เมื่อได้พิจารณารายละเอียด พบว่า ลักษณะการมาใช้บริการมีผลต่อคุณภาพการ ให้บริการด้านสิ่งที่สัมผัสได้ ด้านความเชื่อถือและไว้วางใจ ด้านการเอาใจใส่ ด้านการให้ความมั่นใจ และด้านการตอบสนองแตกต่างกัน

เอี่ยมพร เกษมสุข ปี 2552 [46] พบว่า 1. ลักษณะส่วนบุคคลของผู้มารับบริการ เรื่อง เพศ อายุ อาชีพ รายได้ ที่อยู่ และค่ารักษา ไม่มีความสัมพันธ์กันกับการเลือกใช้บริการของโรงพยาบาล และยังไม่สามารถบอกเหตุผลของการเลือกใช้ได้ 2. ปัจจัยด้านส่วนประสมทางการตลาด พบว่า บุคลากร มีผลต่อการเลือกใช้บริการ โรงพยาบาลสำโรงมากที่สุด 3. ด้านลักษณะทางกายภาพ ในเรื่อง สถานที่ สภาพแวดล้อมสวยงาม เรื่องความพร้อมของ สถานที่ และสิ่งอำนวยความสะดวกมีความสัมพันธ์ต่อการเลือกใช้บริการในโรงพยาบาลด้วยค่าสัมประสิทธิ์ 0.172

ก้องเกียรติ สำอางศรี และคณะ ปี 2551 [47] ศึกษาเรื่องผลของการบริบาลทางเภสัชกรรม โดยการออกเยี่ยมบ้านในผู้ป่วยโรคเบาหวาน พบว่า กลุ่มศึกษานี้มีระดับความรู้เรื่องโรคเบาหวานสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) สำหรับดัชนีชี้วัดผลทางคลินิกของทั้งสองกลุ่ม ได้แก่ค่า FBS, HbA1C, โคเลสเตอรอล, ไตรกลีเซอไรด์, LDL-C และ HDL-C พบว่า ไม่แตกต่างกัน ($p > 0.05$) เมื่อประเมินผลด้านคุณภาพชีวิต พบว่า กลุ่มศึกษามีระดับคุณภาพชีวิตดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.014$) และผู้ดูแลมีระดับทัศนคติที่ดีและมีความรู้ที่ถูกต้องเพิ่มมากขึ้นในทุกด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) การบริบาลทางเภสัชกรรมมีผลทำให้จำนวนผู้ป่วยในกลุ่มศึกษาที่สัมผัสประทานยา และหยุดรับประทานยาเองลดลง เมื่อประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยต่องานบริบาลทางเภสัชกรรม พบว่า ความพึงพอใจอยู่ในระดับดีในทุกด้านจากผลการศึกษายืนยันได้ว่า การให้การบริบาลทางเภสัชกรรมโดยการออกเยี่ยมบ้าน ช่วยทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความรู้

และทัศนคติที่ถูกต้องในการดูแลตนเอง ให้ความร่วมมือในการรักษาเพิ่มขึ้นและผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น

บุญถม ปาปะแพ ปี 2551 [48] พบว่าผลการศึกษาในแต่ละการศึกษามีความแตกต่างกันในแต่ละบริบท และขึ้นอยู่กับความสอดคล้องระหว่างบริการที่กลุ่มตัวอย่างได้รับจากผู้ให้บริการ และความต้องการของผู้รับบริการ ระดับคุณภาพบริการเป็นสิ่งที่บ่งบอกได้ถึงการที่ผู้ให้บริการมีแนวทางการให้บริการเป็นไปตามความคาดหวังของผู้รับบริการได้มากหรือน้อยเพียงใด ดังนั้นการประเมินจึงจำเป็นต้องอาศัยทั้งส่วนของความคาดหวังต่อบริการ และส่วนการรับรู้ต่อบริการนั้น ทั้งนี้แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพบริการในมุมมองผู้รับบริการที่ได้รับความนิยม และใช้กันอย่างกว้างขวาง คือแนวคิดตามตัวแบบที่ใช้อธิบายคุณภาพของการบริการ (Service Quality Model) ซึ่งพัฒนาเป็นเครื่องมือคือ SERVQUAL ใช้ในการประเมินคุณภาพบริการ การพิจารณาคุณภาพบริการตาม SERVQUAL จะพิจารณาทั้งสิ้น 5 ด้าน ได้แก่ -ด้านความเป็นรูปธรรมของบริการ (Tangibles) ด้านความน่าเชื่อถือไว้วางใจได้ (Reliability) ด้านการให้ความเชื่อมั่นแก่ผู้รับบริการ (Assurance) ด้านการตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ (Responsiveness) ด้านความเห็นอกเห็นใจผู้รับบริการ (Empathy) ดังนั้นเราสามารถนำหลักการ และแนวคิดนี้มาประยุกต์ใช้ประเมินคุณภาพงานบริการเภสัชกรรมในแต่ละบริบทได้ เพื่อให้เกิดการจัดบริการที่มีคุณภาพ และสอดคล้องกับความคาดหวังของผู้รับบริการ



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Cross Sectional Survey Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างของการศึกษา

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือผู้ป่วยเบาหวานที่รับบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิ ณ คลินิกโรคเรื้อรังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดสระบุรี และเคยได้รับการเยี่ยมบ้านโดยเภสัชกรจำนวน 334 คน (สถิติการเยี่ยมบ้านโดยเภสัชกรในจังหวัดสระบุรี, 2563) [49]

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria)

1. เป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ผู้ป่วยที่รับบริการรักษาคคลินิกโรคเรื้อรังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดสระบุรีอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 6 เดือน เคยได้รับการเยี่ยมบ้านโดยเภสัชกร
2. อายุ มากกว่า 18 ปีขึ้นไป
3. สื่อสารด้วยภาษาไทยได้
4. มีความยินดี และยินยอมเข้าร่วมวิจัยด้วยความสมัครใจไม่ใช่เป็นการบังคับจากผู้หนึ่งผู้ใด

กลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้คำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่าง (Sample size) ด้วยการใช้สูตร Yamane [50] ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% และมีความคลาดเคลื่อนหรือค่าความผิดพลาดที่ยอมรับได้ในระดับ 5%

สูตรที่ใช้คือ

$$n = \frac{N}{1 + N(e)^2}$$

โดย n = จำนวนของกลุ่มตัวอย่าง
 N = จำนวนทั้งหมดของประชากรที่ใช้ในการศึกษา = 334 คน
 e = ค่าความผิดพลาดที่ยอมรับได้ (กำหนดให้มีค่า = 0.05)

แทนค่าในสูตร

$$N = \frac{334}{1 + 334(0.05)^2}$$

$$= 182.02$$

ดังนั้น ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ ขึ้นต่ำจำนวน 182 คน

วิธีการสุ่มตัวอย่าง

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง จะคัดเลือกตัวอย่างจากผู้ป่วยเบาหวานที่รับบริการรักษาศัลยกรรมโรคเรื้อรังหน่วยบริการปฐมภูมิในจังหวัดสระบุรี และเคยได้รับการเยี่ยมบ้านโดยเภสัชกร ปีงบประมาณ 2562 โดยทำการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (multi-stage sampling) ดังนี้

ขั้นที่ 1 แบ่งพื้นที่ตามเขตการปกครองแยกรายอำเภอเป็นทั้งหมด 11 อำเภอ (ยกเว้นอำเภอวิหารแดงเนื่องจากไม่มีการบริการเภสัชกรปฐมภูมิ)

ขั้นที่ 2 แบ่งชั้นหน่วยบริการปฐมภูมิแต่ละอำเภอออกเป็นหน่วยบริการในเขตเทศบาลและหน่วยบริการปฐมภูมินอกเขตเทศบาล และผู้วิจัยจับฉลากเลือกกว่าแต่ละอำเภอจะเก็บข้อมูลในหน่วยบริการในเขตหรือนอกเขตเทศบาล โดยจับฉลากได้หน่วยปฐมภูมิในเขตเทศบาล 5 อำเภอ และนอกเขตเทศบาล 6 อำเภอ

ขั้นที่ 3 เลือกหน่วยบริการปฐมภูมิในเขตเทศบาลหรือนอกเขตเทศบาลตามขั้นที่ 2 โดยวิธีการจับฉลากชื่อหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่นั้นๆ 1 ชื่อ

| ลำดับ | อำเภอ | หน่วยบริการปฐมภูมิ ในเขตเทศบาล | หน่วยบริการปฐมภูมินอก เขตเทศบาล | หน่วยบริการปฐมภูมิที่ เลือก (ขั้น 2 และ 3) |
|-------|---------|---|--|---|
| 1 | วังม่วง | รพสต.แสงพัน รพสต.ปึกสำโรง รพสต.ปากน้ำ รพสต.ท่าฤทธิ รพสต.ป่าลานหินดาด รพสต.สวนมะเดื่อ | รพสต.ปึกสำโรง รพสต.ปากน้ำ รพสต.ท่าฤทธิ รพสต.ป่าลานหินดาด รพสต.สวนมะเดื่อ รพสต.โป่งแก้ง | นอกเขตเทศบาล- รพสต.สวนมะเดื่อ |

| ลำดับ | อำเภอ | หน่วยบริการปฐมภูมิ ในเขตเทศบาล | หน่วยบริการปฐมภูมินอก เขตเทศบาล | หน่วยบริการปฐมภูมิที่ เลือก (ชั้น 2 และ 3) |
|-------|----------|---|---|---|
| | | รพสต.โป่งแก้ง | | |
| 2 | แก่งคอย | เทศบาลตำบลทับ กวาง-รพสต.ทับกวาง เทศบาลเมืองแก่งคอย -ไม่มีหน่วยบริการ ปฐมภูมิ(เขต รพ.) | รพสต.หนองผักบุ้ง รพสต.ตาลเดี่ยว รพสต.ห้วยแห้ง รพสต.หนองสองห้อง รพสต.หาดสองแคว รพสต.ท่าคล้อ รพสต.หินซ้อน รพสต.บ้านธาตุ รพสต.บ้านป่า รพสต.ท่าตูม รพสต.ชะอม รพสต.สองคอน รพสต.พระพุทธบาทน้อย รพสต.เตาปูน รพสต.ดอนจาน รพสต.ชำผักแพว รพสต.ท่ามะปราง รพสต.โป่งก้อนเส้า | นอกเขตเทศบาล- รพสต.ตาลเดี่ยว |
| 3 | มวกเหล็ก | เทศบาลตำบล มวกเหล็ก - ไม่มี หน่วยบริการปฐมภูมิ (เขต รพ.) | รพสต.หินลับ รพสต.หลังเขา รพสต.สาวน้อย รพสต.มิตรภาพ รพสต.คลองไทร รพสต.หนองย่างเสือ รพสต.ลำสมพุง รพสต.โป่งไทร รพสต.หนองโป่ง รพสต.เฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษาฯ รพสต.ลำพญากลาง | นอกเขตเทศบาล- รพสต.ซับสนุ่น |

| ลำดับ | อำเภอ | หน่วยบริการปฐมภูมิ ในเขตเทศบาล | หน่วยบริการปฐมภูมิกน เขตเทศบาล | หน่วยบริการปฐมภูมิที่ เลือก (ชั้น 2 และ 3) |
|-------|--|--|--|---|
| | | | รพสต.ซับสนุ่น รพสต.วังยาง | |
| 4 | พระพุทธบาท | เทศบาลตำบลนายาว- รพสต.นายาว เทศบาลเมืองพระ พุทธบาท- ศูนย์สุขภาพชุมชนรพ. พระพุทธบาท เทศบาลตำบลหนอง แก- รพสต.หนองแก เทศบาลตำบลธาร เกษม- รพสต.ธารเกษม เทศบาลตำบลห้วยป่า ห้วย- รพสต.ห้วยป่าห้วย | รพสต.พระพุทธบาท รพสต.ซับชะอม รพสต.ตรีโสภณ รพสต.พุดำจาน รพสต.เขาวง รพสต.หนองคณชี | ในเขตเทศบาล- ศูนย์สุขภาพชุมชนรพ. พระพุทธบาท |
| 5 | เส้าไห้เฉลิม พระเกียรติ 80 พรรษา | เทศบาลตำบลต้น ตาล-พระยาทต- รพสต.ต้นตาล รพสต.พระยาทต เทศบาลตำบลหัว ปลวก- รพสต.หัวปลวก เทศบาลตำบลเมือง เก่า-รพสต.เมืองเก่า เทศบาลตำบลสวน ดอกไม้- รพสต.สวนดอกไม้ เทศบาลตำบลเส้าไห้ - ไม่มีหน่วยบริการปฐม | รพสต.เขาดินใต้ รพสต.จี้ งาม รพสต.ศาลารัไทย รพสต.ต้นตาล รพสต.ท่าช้าง รพสต.พระยาทต รพสต.ม่วงงาม รพสต.เชิงรอก รพสต.เริงราง | ในเขตเทศบาล-เทศบาล ตำบลหัวปลวก |

| ลำดับ | อำเภอ | หน่วยบริการปฐมภูมิ ในเขตเทศบาล | หน่วยบริการปฐมภูมिनอก เขตเทศบาล | หน่วยบริการปฐมภูมิที่ เลือก (ชั้น 2 และ 3) |
|-------|--------------|---|--|---|
| | | ภูมิ(เขต รพ.) เทศบาลตำบลบ้าน ยาง- รพสต.บ้านยาง | | |
| 6 | เมืองสระบุรี | เทศบาลตำบลกุดนก เปล้า- รพสต.กุดนกเปล้า เทศบาลเมืองสระบุรี- ศูนย์บริการ สาธารณสุข 2(เขาคู บา) คลินิกหมอ ครอบครัวรพ.เทศบาล เครือข่ายรพ.สระบุรี ศูนย์บริการ สาธารณสุขเชิงเขา เทศบาลตำบลตะกุด- รพสต.ตะกุด | รพสต.ดาวเรือง รพสต.โคกสว่าง รพสต.หนองโน รพสต.หนองยาว รพสต.ปากข้าวสาร รพสต.หนองปลาไหล รพสต.ตลิ่งชัน | นอกเขตเทศบาล- รพสต.ดาวเรือง |
| 7 | หนองโดน | เทศบาลตำบลหนอง โดน - ไม่มีหน่วย บริการปฐมภูมิ(เขต รพ.) | รพสต.บ้านกล้วย รพสต.ดอนทอง รพสต.บ้านโป่ง | นอกเขตเทศบาล- รพสต.บ้านกล้วย |
| 8 | หนองแขง | เทศบาลตำบลหนอง แขง - ไม่มีหน่วย บริการปฐมภูมิ(เขต รพ.) | รพสต.หนองความโช รพสต.หนองหัวโพ รพสต.หนองสีดา รพสต.หนองกบ รพสต.โคกสะอาด รพสต.ม่วงหวาน รพสต.เขาดิน | นอกเขตเทศบาล- รพสต.หนองสีดา |
| 9 | หนองแค | เทศบาลตำบลไผ่ต่า- รพสต.ไผ่ต่าเทศบาล | รพสต.กุ่มหัก รพสต.โคกตูม รพสต.โคกแย้ รพสต.บัวลอย | ในเขตเทศบาล-เทศบาล ตำบลไผ่ต่า |

| ลำดับ | อำเภอ | หน่วยบริการปฐมภูมิ ในเขตเทศบาล | หน่วยบริการปฐมภูมินอก เขตเทศบาล | หน่วยบริการปฐมภูมิที่ เลือก (ชั้น 2 และ 3) |
|-------|---------|---|--|--|
| | | ตำบลคชสิทธิ์- รพสต.คชสิทธิ์ เทศบาลตำบลหนอง แค-ศูนย์สุขภาพ ชุมชนรพ.หนองแค สาขา 2 | รพสต.โพนทอง รพสต.ห้วยขมิ้น รพสต.ห้วยทราย รพสต.ไชน้ำ รพสต.หนองแถม รพสต.หนองจิก รพสต.หนองจรเข้ รพสต.หนองนาก รพสต.หนองปลาหมอ รพสต.หนองปลิง รพสต.หนองโรง รพสต.ศรีปทุม | |
| 10 | บ้านหมอ | เทศบาลตำบลบ้าน หมอ-ไม่มีหน่วย บริการปฐมภูมิ(เขต รพ.) เทศบาลตำบลสร้าง โคก-รพสต.สร้างโคก เทศบาลตำบลตลาด น้อย- รพสต.ตลาดน้อย เทศบาลตำบลบาง โขมด- รพสต.บางโขมด เทศบาลตำบลหนอง บัว-รพสต.หนองบัว | รพสต.หรรเทพ รพสต.โคกใหญ่ รพสต.ไผ่ขวาง รพสต.บ้านครัว | ในเขตเทศบาล-เทศบาล ตำบลบางโขมด |
| 11 | ดอนพุด | เทศบาลตำบลดอน พุด-ศูนย์สุขภาพ ชุมชนตำบลดอนพุด | รพสต.ไผ่หลิว รพสต.บ้านรี รพสต.บ้านหลวง รพสต.บ้านหนองมน | ในเขตเทศบาล-ศูนย์ สุขภาพชุมชนตำบลดอน พุด |

| ลำดับ | อำเภอ | หน่วยบริการปฐมภูมิ ในเขตเทศบาล | หน่วยบริการปฐมภูมินอก เขตเทศบาล | หน่วยบริการปฐมภูมิที่ เลือก (ชั้น 2 และ 3) |
|-------|-------|-----------------------------------|------------------------------------|---|
| | | | รพสต.ดงตะงาว | |

ขั้นที่ 4 เลือกตัวอย่างในการวิจัยโดย สุ่มตัวอย่างแบบ accidental sampling ภายในหน่วยบริการปฐมภูมิ จนครบจำนวนกลุ่มตัวอย่าง ที่กำหนดจำนวนตัวอย่างในแต่ละหน่วยบริการปฐมภูมิดังนี้

| รพสต. | จำนวนตัวอย่าง |
|-------------------------------|---------------|
| รพสต.สวนมะเดื่อ | 16 |
| รพสต.ตาลเดี่ยว | 16 |
| รพสต.ชัยสนุ่น | 16 |
| ศูนย์สุขภาพชุมชนรพ.พระพุทธบาท | 16 |
| เทศบาลตำบลหัวปลวก | 16 |
| รพสต.ดาวเรือง | 17 |
| รพสต.บ้านกล้วย | 17 |
| รพสต.หนองสีดา | 17 |
| เทศบาลตำบลไผ่ต่ำ | 17 |
| เทศบาลตำบลบางโขมด | 17 |
| ศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลดอนพุด | 17 |
| รวม | 182 |

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยได้สร้างแบบสอบถามเพื่อเป็นเครื่องมือในการศึกษา โดยแบ่งคำถามออกเป็น 4 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลประกอบด้วย เพศ อายุระดับการศึกษา

ส่วนที่ 2 ข้อมูลสุขภาพ(ผู้วิจัยเป็นผู้ลงข้อมูลโดยสืบค้นจากเวชระเบียนของอาสาสมัคร) ประกอบด้วย ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน น้ำหนัก ส่วนสูง รอบเอว โรคประจำตัว/โรคร่วม ยาที่รับประทานในปัจจุบัน ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติ เช่น Total Cholesterol LDL Cholesterol HDL Cholesterol Triglyceride Uric acid ภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน

ภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานแบบเฉียบพลัน ภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานแบบเรื้อรัง
 ความถี่ในการนัดรับยาโรคเรื้อรังที่หน่วยบริการปฐมภูมิ ความถี่ในการได้รับการเยี่ยมบ้าน

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามระดับความคาดหวังและระดับการรับรู้ต่อคุณภาพการบริการงาน
 เกสัชกรรมระดับปฐมภูมิ ประกอบด้วย

1) ด้านความเป็นรูปธรรมของบริการ (Tangibles) จำนวน 7 ข้อเกี่ยวกับ ความสะอาด
 โดยรวมบริเวณจุดจ่ายยาคลินิกโรคเรื้อรังของหน่วยบริการปฐมภูมิ ความแออัดบริเวณจุดจ่ายยา
 คลินิกโรคเรื้อรังของ หน่วยบริการปฐมภูมิ มีสถานที่ให้บริการของหน่วยบริการปฐมภูมิเหมาะสม
 ชัดเจน มีเกสัชกรที่ให้บริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิเพียงพอในการให้บริการจ่ายยา มีเกสัชกรติดตาม
 เยี่ยมบ้านสม่ำเสมอ การแต่งกายของเกสัชกรขณะให้บริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิมีความเหมาะสม
 การแต่งกายของเกสัชกรขณะติดตามเยี่ยมบ้านมีความเหมาะสม

2) ด้านความน่าเชื่อถือไว้วางใจได้ (Reliability) จำนวน 6 ข้อ เกี่ยวกับ เกสัชกรให้คำปรึกษา
 ในเรื่องการดูแลสุขภาพได้ เกสัชกรให้คำปรึกษาในเรื่องการใช้จ่ายได้ เกสัชกรมีความน่าเชื่อถือไว้วางใจได้
 มีเบอร์โทรศัพท์ของเกสัชกรสามารถติดต่อได้ตลอด ท่านได้รับยาที่ถูกต้องตามแพทย์สั่ง เกสัชกร
 ให้บริการที่หน่วยบริการตรงเวลา (ไม่มาสาย)

3) ด้านการตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ (Responsiveness) จำนวน 6 ข้อ
 เกสัชกรมีความพร้อมในการให้บริการ เกสัชกรเต็มใจให้บริการ เกสัชกรมีการสื่อสารที่ดี เกสัชกร
 สามารถอธิบายรายละเอียดในให้บริการทุกครั้ง เกสัชกรตอบคำถามได้ชัดเจน เกสัชกรมีหน้าตา
 ท่าทางที่ยิ้มแย้มต้อนรับผู้ป่วยเป็นอย่างดี

4) ด้านการให้ความเชื่อมั่นแก่ผู้รับบริการ (Assurance) จำนวน 5 ข้อ ท่านเชื่อมั่นว่ายาที่
 ได้รับมีมาตรฐานและปลอดภัย เกสัชกรรักษาความลับผู้ป่วย เกสัชกรมีอุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้อโรค
 ท่านรู้สึกมั่นใจต่อการให้บริการ ท่านรู้สึกปลอดภัยเมื่อได้รับบริการ

5) ด้านความเห็นอกเห็นใจผู้รับบริการ (Empathy) จำนวน 4 ข้อ เกสัชกรมีความเห็นอกเห็น
 ใจเข้าใจผู้ป่วย เกสัชกรพยายามทำความรู้จักผู้ป่วย เกสัชกรสามารถจำชื่อผู้ป่วยได้ เกสัชกรมีความ
 เอื้ออาทรต่อผู้ป่วย

เป็นการให้ตอบ เรียงจาก 1- 5 ตามความหมายได้ดังนี้โดยลักษณะของแบบสอบถามเป็น
 แบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) รวมทั้งหมด 25 ข้อซึ่งกำหนดความคาดหวังและการ
 รับรู้เป็น 5 ระดับโดยมีเกณฑ์การเลือกตอบและให้คะแนนดังนี้

คะแนน 1 หมายถึงระดับบริการที่ผู้มารับบริการคาดหวังไว้ก่อนมารับบริการหรือระดับ
 บริการที่ผู้มารับบริการได้รับรู้ต่อบริการน้อยที่สุด

คะแนน 2 หมายถึงระดับบริการที่ผู้มารับบริการคาดหวังไว้ก่อนมารับบริการหรือระดับ
 บริการที่ผู้มารับบริการได้รับรู้ต่อบริการน้อย

คะแนน 3 หมายถึงระดับบริการที่ผู้มารับบริการคาดหวังไว้ก่อนมารับบริการหรือระดับบริการที่ผู้มารับบริการได้รับรู้ต่อบริการปานกลาง

คะแนน 4 หมายถึงระดับบริการที่ผู้มารับบริการคาดหวังไว้ก่อนมารับบริการหรือระดับบริการที่ผู้มารับบริการได้รับรู้ต่อบริการมาก

คะแนน 5 หมายถึงระดับบริการที่ผู้มารับบริการคาดหวังไว้ก่อนมารับบริการหรือระดับบริการที่ผู้มารับบริการได้รับรู้ต่อบริการมากที่สุด

ส่วนที่ 4 ข้อเสนอแนะ

ลักษณะเป็นคำถามปลายเปิดให้แสดงความคิดเห็นต่อคุณภาพการบริการงานเภสัชกรรมปฐมภูมิ

การทดสอบเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) จะใช้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ประกอบด้วยเภสัชกรที่มีประสบการณ์ด้านปฐมภูมิงานมากกว่า 10 ปี 2 ท่าน และอาจารย์มหาวิทยาลัยภาควิชาเภสัชกรรมชุมชนที่มีความเชี่ยวชาญและมีประสบการณ์ด้านเภสัชกรรมปฐมภูมิ 1 ท่าน ในการพิจารณาข้อคำถามแต่ละข้อ โดยให้คะแนนของแบบสอบถามแต่ละข้อ ดังนี้

+1 แทน แน่ใจว่าข้อนั้นมีความตรงตามวัตถุประสงค์ที่ระบุไว้

0 แทน ไม่แน่ใจว่าข้อนั้นมีความตรงตามวัตถุประสงค์ที่ระบุไว้

-1 แทน แน่ใจว่าข้อนั้นไม่มีความตรงตามวัตถุประสงค์ที่ระบุไว้

หลังจากนั้นก็ใช้วิธีคำนวณหาค่า Item Objective Congruence; IOC โดยใช้สูตรการคำนวณดังนี้

$$IOC = (\sum R)/N$$

เมื่อ IOC หมายถึง ดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามกับเนื้อหาหรือวัตถุประสงค์

$\sum R$ หมายถึง ผลรวมของคะแนนการตัดสินข้อคำถามของผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด

N หมายถึง จำนวนผู้เชี่ยวชาญ

โดยเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นมาจะมีคะแนนดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามกับเนื้อหาหรือวัตถุประสงค์ เท่ากับหรือมากกว่า 0.5 ขึ้นไปจำนวน 31 ข้อจากทั้งหมด 43 ข้อ ข้อที่คะแนนดัชนีความสอดคล้องต่ำกว่า 0.5 ผู้วิจัยได้ปรับปรุงข้อคำถามให้มีความสมบูรณ์สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ

การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) กับผู้ป่วยที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคเบาหวาน รพสต.ลำสมพุง และรพสต.ลำพญากลาง อำเภอมวกเหล็ก จังหวัดสระบุรี จำนวน 30 คน จากนั้นนำมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือด้วยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) โดยกำหนดให้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคซึ่งในระดับที่เหมาะสมควรจะไม่ต่ำกว่า 0.7 [51] จากการทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือพบว่ามีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.751 ดังนี้

ตารางที่ 1 แสดงผลค่าความน่าเชื่อถือ

| หัวข้อประเมิน | N of Items | Cronbach's Alpha |
|---|------------|------------------|
| ด้านความเป็นรูปธรรมของบริการ(Tangibles) | 7 | 0.843 |
| ด้านความน่าเชื่อถือไว้วางใจได้(Reliability) | 6 | 0.869 |
| ด้านการให้ความเชื่อมั่นแก่ผู้รับบริการ(Assurance) | 6 | 0.724 |
| ด้านการตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ (Responsiveness) | 5 | 0.840 |
| ด้านความเห็นอกเห็นใจผู้รับบริการ(Empathy) | 4 | 0.776 |
| ภาพรวม | 28 | 0.751 |

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้ใช้วิธีการวิจัยเชิงปริมาณโดยใช้แบบสอบถามในการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยมีวิธีการเก็บข้อมูลดังนี้

1. ผู้วิจัยใช้การลงพื้นที่ ณ หน่วยบริการปฐมภูมิ เพื่อเก็บข้อมูลด้วยตนเอง ร่วมด้วยผู้ช่วยวิจัย ได้แก่ เจ้าหน้าที่ธุรการ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อช่วยเหลือในการเก็บข้อมูลเนื่องจากช่วงเวลาที่เก็บข้อมูลสถานการณ์โควิด 19 กำลังระบาดในจังหวัดสระบุรี ทำให้ผู้วิจัยไม่สามารถหมดด้วยตัวเองครบทุกราย ดังนั้น รพสต.ตาลเดี่ยว รพสต.ซับสนุ่น ศูนย์สุขภาพชุมชนรพ.พระพุทธบาท เทศบาลตำบลหัวปลวก รพสต.ดาวเรือง รพสต.บ้านกลับ รพสต.หนองสีดา เทศบาลตำบลไผ่ดำ เทศบาลตำบลบางโหนด ศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลดอนพุด จึงมีทั้งผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยในแต่ละหน่วยรับบริการเป็นผู้ช่วยในการเก็บข้อมูล แต่ยกเว้นพื้นที่ในเครือข่ายโรงพยาบาลวังม่วงสหธรรม คือ รพสต.สวนมะเดื่อ เนื่องจากผู้วิจัยเป็นเภสัชกรปฐมภูมิประจำเครือข่ายแห่งนี้ เพื่อเป็นการลดอคติในการวิจัย ในพื้นที่เครือข่ายโรงพยาบาลวังม่วงสหธรรมจะใช้ผู้ช่วยวิจัยที่ได้ซักซ้อมความเข้าใจในการเก็บข้อมูล 3 ครั้ง

และทดสอบกับผู้วิจัยว่าเข้าใจกระบวนการเก็บข้อมูลและสามารถเก็บข้อมูลได้อย่างถูกต้องตามวิธีการที่กำหนดไว้

2. เก็บข้อมูลระหว่างการให้บริการคลินิกโรคเรื้อรังของหน่วยบริการปฐมภูมิในช่วงเวลาเช้า ตั้งแต่ 07.00-12.00 น. โดยเก็บข้อมูลในผู้ป่วยที่ที่ได้รับการเรียบร้อยแล้ว

3. ขั้นตอนการเก็บข้อมูล เริ่มต้นจากแนะนำตัว และนำโครงการวิจัย จากนั้นขอความยินยอม การเข้าร่วมวิจัย รวมถึงตรวจสอบคุณสมบัติผู้เข้าร่วมวิจัย ถ้าเข้าเกณฑ์ก็จะดำเนินการแจกแบบสอบถาม หรืออ่านแบบสอบถามให้ฟัง กรณีที่มีปัญหาด้านสายตา

4. ก่อนการเก็บข้อมูลผู้วิจัยจะอธิบายเพื่อการสร้างความเข้าใจต่อผู้ป่วยก่อนว่าการบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิที่จะประเมิน คือ การบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิสำหรับโรคเบาหวานมีการให้บริการได้แก่ การรับยา การเยี่ยมบ้าน การนับเม็ดยา การสอนฉีดอินซูลิน การดูแลการเก็บรักษายาที่บ้าน การเอายาไปให้ที่บ้าน การตรวจเท้า การสอนดูแลเท้า โดยให้ผู้ป่วยประเมินการคาดหวังไว้ก่อนมารับบริการหรือระดับบริการที่ผู้มารับบริการได้รับรู้ต่อบริการว่ามีความรู้สึกอย่างไรต่อการบริการครั้งนี้

5. ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ได้กลับมาตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์หากมีข้อผิดพลาดจะทำการเก็บข้อมูลใหม่เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วนและสมบูรณ์ก่อนนำข้อมูลไปวิเคราะห์ประมวลผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การประมวลผลข้อมูลตามจุดมุ่งหมายของการศึกษาใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

1. สถิติพรรณนา (Descriptive Statistics) ใช้การวิเคราะห์ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percentage) สำหรับข้อมูลในส่วนข้อมูลทั่วไปและข้อมูลความเจ็บป่วย คะแนนการรับรู้และความคาดหวังจะวิเคราะห์โดยค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) และแบบสอบถามตอนที่ 4 วิเคราะห์โดยการนำมาจัดระเบียบลักษณะคำตอบที่มีความคล้ายคลึงกันอยู่ในหมวดหมู่เดียวกันในลักษณะความถี่ (Frequency)

เกณฑ์ในการวิเคราะห์หาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเพื่อแปลความหมายของการรับรู้และความคาดหวังผู้วิจัยได้กำหนดช่วงคะแนนดังนี้

ค่าเฉลี่ยระหว่าง 4.21 - 5.00 หมายถึง การรับรู้และความคาดหวังระดับมากที่สุด

ค่าเฉลี่ยระหว่าง 3.41 - 4.20 หมายถึง การรับรู้และความคาดหวังระดับมาก

ค่าเฉลี่ยระหว่าง 2.61 - 3.40 หมายถึง การรับรู้และความคาดหวังระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ยระหว่าง 1.81 - 2.60 หมายถึง การรับรู้และความคาดหวังระดับน้อย

ค่าเฉลี่ยระหว่าง 1.00 - 1.80 หมายถึง การรับรู้และความคาดหวังน้อยที่สุด

2. สถิติอนุมาน(Inferential Statistics)

2.1 การทดสอบความแตกต่างระหว่างคะแนนการรับรู้ในแต่ละด้านของคุณภาพบริการกับความคาดหวังในแต่ละด้านของคุณภาพบริการมี จะใช้การวิเคราะห์ ด้วยสถิติ Paired t-test กรณีข้อมูลกระจายแบบปกติ หรือ Wilcoxon Matched-Pairs Signed-Ranks Test หากข้อมูลกระจายไม่ปกติ โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

การแปลผลคุณภาพคุณภาพการบริการ (Service Quality) จากต่างของคะแนนการรับรู้ (Perception หรือ P) และคะแนนความคาดหวัง (Expectation หรือ E) แบ่งได้เป็น 3 ระดับ

คะแนนการรับรู้ > คะแนนความคาดหวัง แสดงว่า คุณภาพการบริการอยู่ในระดับดี

คะแนนการรับรู้ = คะแนนความคาดหวัง แสดงว่า คุณภาพการบริการอยู่ในระดับพอใช้

คะแนนการรับรู้ < คะแนนความคาดหวัง แสดงว่าคุณภาพการบริการอยู่ในระดับต่ำ

เนื่องจากผลเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างระดับคุณภาพบริการตามความคาดหวังและการรับรู้ของผู้รับบริการ ของผู้ป่วยเบาหวานต่อการบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิในผู้ป่วยเบาหวานในจังหวัดสระบุรี ด้านความเป็นรูปธรรมของบริการ (Tangibles) ด้านความน่าเชื่อถือไว้วางใจได้ (Reliability) ด้านการให้ความเชื่อมั่นแก่ผู้รับบริการ (Assurance) ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 แต่สำหรับด้านการตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ (Responsiveness) กับ ด้านความเห็นอกเห็นใจผู้รับบริการ (Empathy) พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ทำให้ผู้วิจัยดำเนินการจัดกลุ่มแตกต่างกันดังนี้

ด้านความเป็นรูปธรรมของบริการ (Tangibles) ด้านความน่าเชื่อถือไว้วางใจได้ (Reliability) ด้านการให้ความเชื่อมั่นแก่ผู้รับบริการ (Assurance)

กลุ่มที่ 1 ผลต่างของคะแนนการรับรู้ (Perception หรือ P) และคะแนนความคาดหวัง (Expectation หรือ E) ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 0 หมายถึง การบริการที่ได้รับต่ำกว่าความคาดหวัง

กลุ่มที่ 2 ผลต่างของคะแนนการรับรู้ (Perception หรือ P) และคะแนนความคาดหวัง (Expectation หรือ E) มากกว่า 0 หมายถึง การบริการที่ได้รับเท่าหรือสูงกว่าความคาดหวัง

ด้านการตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ (Responsiveness) กับ ด้านความเห็นอกเห็นใจผู้รับบริการ (Empathy)

กลุ่มที่ 1 ผลต่างของคะแนนการรับรู้ (Perception หรือ P) และคะแนนความคาดหวัง (Expectation หรือ E) น้อยกว่า -0.26 หมายถึง การบริการที่ได้รับต่ำกว่าความคาดหวัง

กลุ่มที่ 2 ผลต่างของคะแนนการรับรู้ (Perception หรือ P) และคะแนนความคาดหวัง (Expectation หรือ E) มากกว่าหรือเท่ากับ -0.26 หมายถึง การบริการที่ได้รับเท่าหรือสูงกว่าความคาดหวัง

2.2 การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพการบริการด้านต่างๆ จะใช้สถิติ chi-square หรือ Fisher's exact test โดยปัจจัยที่เป็นตัวแปรต้นที่ใช้วิเคราะห์ความสัมพันธ์ได้แก่ ข้อมูลส่วนตัวประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา ปัจจัยด้านสุขภาพที่สำคัญ เช่น การคุมน้ำตาล การใช้อินซูลิน จำนวนยาที่ได้รับ ความถี่ในการรับยา ความถี่ในการเยี่ยมบ้าน โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

โดยได้รับการรับรองโครงการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลสระบุรี กระทรวงสาธารณสุข เลขที่หนังสือรับรอง EC049/2563



บทที่ 4

ผลการวิจัย

การศึกษานี้จะแบ่งการนำเสนอผลการวิจัยออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลด้านสุขภาพและการรับบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิ

ส่วนที่ 2 คุณภาพการบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิ

ส่วนที่ 3 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลด้านสุขภาพและข้อมูลการรับบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิ

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 145 คน คิดเป็นร้อยละ 79.70 และเพศชาย จำนวน 37 คน คิดเป็นร้อยละ 20.30 ช่วงอายุส่วนใหญ่คืออายุ 60-69 ปี จำนวน 54 คน คิดเป็นร้อยละ 29.70 รองลงมา 70-79 ปี จำนวน 46 คน คิดเป็นร้อยละ 25.30 และช่วงอายุ 50-59 ปี จำนวน 42 คน คิดเป็นร้อยละ 23.10 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ ประถมศึกษาจำนวน 128 คน คิดเป็นร้อยละ 70.30 รองลงมา มัธยมศึกษา และปริญญาตรีหรือสูงกว่า จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 9.9 เท่ากัน และไม่ได้รับการศึกษา 10 คน คิดเป็นร้อยละ 5.5 และระดับอนุปริญญา 8 คน คิดเป็นร้อยละ 4.4 พื้นที่อยู่อาศัยส่วนใหญ่อยู่หน่วยบริการปฐมภูมิก่อนเขตเทศบาลจำนวน 99 คน คิดเป็นร้อยละ 54.40 และ หน่วยบริการในเขตเทศบาลจำนวน 83 คน คิดเป็นร้อยละ 45.60 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไป

| ข้อมูลส่วนทั่วไป | จำนวน(ร้อยละ) | Mean±SD |
|------------------|---------------|-------------|
| เพศ | | |
| ชาย | 37(20.30) | |
| หญิง | 145(79.70) | |
| อายุ | | |
| อายุเฉลี่ย (ปี) | | 63.47±12.06 |
| 30-39 ปี | 9(4.90) | |
| 40-49 ปี | 15(8.20) | |
| 50-59 ปี | 42(23.10) | |
| 60-69 ปี | 54(29.70) | |
| 70-79 ปี | 46(25.30) | |

| ข้อมูลส่วนทั่วไป | จำนวน(ร้อยละ) | Mean±SD |
|---------------------------------|---------------|---------|
| 80-89 ปี | 16(8.80) | |
| การศึกษา | | |
| ไม่ได้รับการศึกษา | 10(5.50) | |
| ประถมศึกษา | 128(70.30) | |
| มัธยมศึกษา | 18(9.90) | |
| อนุปริญญา | 8(4.40) | |
| ปริญญาตรีหรือสูงกว่า | 18(9.90) | |
| พื้นที่อาศัย | | |
| หน่วยบริการในเขตเทศบาล | 83(45.60) | |
| หน่วยบริการปริมณูมินอกเขตเทศบาล | 99(54.40) | |

ข้อมูลสุขภาพและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เกี่ยวข้องของกลุ่มตัวอย่างพบว่า BMI เฉลี่ย 27.08 ± 4.51 (กก./ม²) โดยส่วนใหญ่ มีน้ำหนักเกิน ($BMI \geq 23$ กก./ม²) 162 คนคิดเป็นร้อยละ 89.00 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เกี่ยวข้อง พบว่ามีค่า Total Cholesterol เฉลี่ย 182.24 ± 41.27 ซึ่งโดยส่วนใหญ่มีค่า Total Cholesterol ต่ำกว่าค่าปกติ (≤ 200 มก./ดล.) จำนวน 188 คนคิดเป็นร้อยละ 64.80 ค่า LDL Cholesterol เฉลี่ย 98.37 ± 36.74 ซึ่งโดยส่วนใหญ่มีค่า LDL Cholesterol ต่ำกว่าค่าปกติ (100-129 มก./ดล.) ค่า HDL Cholesterol เฉลี่ย 51.96 ± 13.39 ซึ่งโดยส่วนใหญ่มีค่า HDL Cholesterol สูงกว่าค่าปกติ (≥ 40 มก./ดล.) ค่า Triglyceride เฉลี่ย 164.54 ± 101.52 ซึ่งโดยส่วนใหญ่มีค่า Triglyceride สูงกว่าค่าปกติ (150-199 มก./ดล.) ค่า Uric acid เฉลี่ย 4.60 ± 2.30 ซึ่งโดยส่วนใหญ่มีค่า Uric acid สูงกว่าค่าปกติ (2.5-8 มก./ดล.)

ข้อมูลการเจ็บป่วยทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าส่วนใหญ่มีโรครวม จำนวน 174 คน คิดเป็นร้อยละ 95.60 และไม่มี 8 คน คิดเป็นร้อยละ 4.40 ส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูง 147 คน คิดเป็นร้อยละ 80.80 รองลงมาเป็นโรคไขมันในเลือดสูงจำนวน 119 คน คิดเป็นร้อยละ 65.40 โรคหัวใจ จำนวน 66 คน คิดเป็นร้อยละ 36.30 โรคไต จำนวน 36 คน คิดเป็นร้อยละ 19.80 และโรคเก๊าท์ 6 คน คิดเป็นร้อยละ 3.30 ตามลำดับ ยาที่รับประทานปัจจุบันส่วนใหญ่จำนวน 3 ชนิด จำนวน 46 คน คิดเป็นร้อยละ 25.30 รองลงมา 4 ชนิด จำนวน 41 คน คิดเป็นร้อยละ 22.50 จำนวนยา 5 ชนิด จำนวน 36 คน คิดเป็นร้อยละ 19.80 จำนวนยา 6 ชนิดจำนวน 29 คน คิดเป็นร้อยละ 15.90 จำนวนยา 2 ชนิดจำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 7.10 จำนวนยา 8 ชนิดจำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 4.90 จำนวนยา 7 ชนิด จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 3.30 และ จำนวนยา 1 ชนิด กับ 9 ชนิด 1 คน คิดเป็นร้อยละ 0.50 เท่ากันตามลำดับ ดังตาราง 3

ตารางที่ 3 ข้อมูลสุขภาพ ข้อมูลการเจ็บป่วยทั่วไป

| ข้อมูลสุขภาพ | จำนวน(ร้อยละ) | Mean±SD |
|--|---------------|---------------|
| น้ำหนักเฉลี่ย (กก.) | | 67.95±11.06 |
| ส่วนสูงเฉลี่ย (ซม.) | | 158±6.62 |
| BMI เฉลี่ย (กก./ม ²) | | 27.08±4.51 |
| น้ำหนักปกติ (BMI 18.50-22.99 กก./ม ²) | 20(11.0) | |
| น้ำหนักเกิน (BMI≥23 กก./ม ²) | 162(89.00) | |
| Pre-obese (BMI 23.00-24.99 กก./ม ²) | 49(26.90) | |
| อ้วนระดับ 1 (BMI 25.00-29.99 กก./ม ²) | 14(7.70) | |
| อ้วนระดับ 1 (BMI≥30.00 กก./ม ²) | 99(54.40) | |
| รอบเอวเฉลี่ย (ซม.) | | 93.99±12.89 |
| ชายรอบเอวเกิน (>90 ซม.) n=37 คน | 22(59.50) | |
| หญิงรอบเอวเกิน (>80 ซม.) n=145 คน | 133(91.70) | |
| Total Cholesterol เฉลี่ย (มก./ดล.) | | 182.24±41.27 |
| Total Cholesterol สูงกว่าค่าปกติ (>200 มก./ดล.) | 64(35.20) | |
| Total Cholesterol ต่ำกว่าค่าปกติ (≤200 มก./ดล.) | 118(64.80) | |
| LDL Cholesterol เฉลี่ย (มก./ดล.)ค่าปกติ(100-129 มก./ดล.) | | 98.37±36.74 |
| HDL Cholesterol เฉลี่ย (มก./ดล.)ค่าปกติ(≥40 มก./ดล.) | | 51.96±13.39 |
| Triglyceride เฉลี่ย (มก./ดล.) ค่าปกติ (150-199 มก./ดล.) | | 164.54±101.52 |
| Uric acid เฉลี่ย (มก./ดล.) ค่าปกติ (2.5-8 มก./ดล.) | | 4.60±2.30 |
| โรคประจำตัว/โรคร่วม | | |
| ไม่มี | 8(4.40) | |
| มี | 174(95.60) | |
| โรคความดันโลหิตสูง | 147(80.80) | |

| ข้อมูลสุขภาพ | จำนวน(ร้อยละ) | Mean±SD |
|--|---------------|-----------|
| ระยะเวลาที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงเฉลี่ย (ปี) | | 2.79±2.43 |
| โรคหัวใจ | 66(36.30) | |
| ระยะเวลาที่เป็นโรคหัวใจเฉลี่ย (ปี) | | 1.69±2.95 |
| โรคเก๊าท์ | 6(3.30) | |
| ระยะเวลาที่เป็นโรคเก๊าท์เฉลี่ย (ปี) | | 0.10±0.69 |
| โรคไขมันในเลือดสูง | 119(65.40) | |
| ระยะเวลาที่เป็นไขมันในเลือดสูงเฉลี่ย (ปี) | | 2.43±2.70 |
| โรคไต | 36(19.80) | |
| ระยะเวลาที่เป็นโรคไตเฉลี่ย (ปี) | | 0.76±1.91 |
| ยาที่รับประทานในปัจจุบัน | | |
| จำนวนรายการยาที่ได้รับ | | |
| 1 รายการ | 1(0.50) | |
| 2 รายการ | 13(7.10) | |
| 3 รายการ | 46(25.30) | |
| 4 รายการ | 41(22.50) | |
| 5 รายการ | 36(19.80) | |
| 6 รายการ | 29(15.90) | |
| 7 รายการ | 6(3.30) | |
| 8 รายการ | 9(4.90) | |
| 9 รายการ | 1(0.50) | |

ข้อมูลการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานพบว่า มีค่า HbA1c เฉลี่ย (มก./ดล.) 8.02 ± 2.02 ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่ม HbA1c เฉลี่ย (มก./ดล.) สูงกว่าหรือเท่ากับ 6.5% จำนวน 148 คนคิดเป็นร้อยละ 81.3 และ HbA1c เฉลี่ย ต่ำกว่า 6.5% (มก./ดล.) จำนวน 34 คนคิดเป็นร้อยละ 18.7 มีระยะเวลา 7.99 ± 5.09 ปีที่เจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน การรับประทานยาเบาหวานส่วนใหญ่ 2 ชนิดจำนวน 96 คนคิดเป็นร้อยละ 52.7 รองลงมา 1 ชนิด จำนวน 75 คนคิดเป็นร้อยละ 41.2 และจำนวนยา 3 ชนิด จำนวน 10 คนคิดเป็นร้อยละ 5.50 ส่วนใหญ่ ไม่ใช้อินซูลิน จำนวน 153 คน คิดเป็นร้อยละ 84.10 และใช้อินซูลิน 29 คน คิดเป็นร้อยละ 15.90 ภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานแบบเรื้อรัง ส่วนใหญ่ เป็นปัญหาทางด้านสายตา และขาชา 5 คน คิดเป็นร้อยละ 2.70 และ แผลเน่าโดยเฉพาะบริเวณเท้า 4 คน คิดเป็นร้อยละ 2.20 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ข้อมูลการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน

| ข้อมูลการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน | จำนวน (ร้อยละ) | Mean±SD |
|--|----------------|-----------|
| HbA1c เฉลี่ย (มก./ดล.) | | 8.02±2.02 |
| - ต่ำกว่า 6.5% | 34(18.7) | |
| - สูงกว่าหรือเท่ากับ 6.5% | 148(81.3) | |
| ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานเฉลี่ย (ปี) | 7.99±5.09 | |
| จำนวนยาเบาหวานที่ได้รับเฉลี่ย (รายการ) | 1.65±0.60 | |
| 1 รายการ | 75(41.30) | |
| 2 รายการ | 96(52.70) | |
| 3 รายการ | 10(5.50) | |
| 4 รายการ | 1(0.50) | |
| การใช้อินซูลิน | | |
| ไม่ใช้ | 153(84.10) | |
| ใช้ | 29(15.90) | |
| ภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานแบบเรื้อรัง | | |
| ปัญหาด้านสายตา | 5(2.70) | |
| ขาชา | 5(2.70) | |
| แผลเน่า โดยเฉพาะบริเวณเท้า | 4(2.20) | |

ข้อมูลการรับบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิ พบว่า ความถี่ในการนัดรับยาโรคเรื้อรังที่หน่วยบริการปฐมภูมิ โดยเฉลี่ย 8.16±5.08 ส่วนใหญ่ นัดรับยาโรคเรื้อรังที่หน่วยบริการปฐมภูมิ 6 ครั้ง/ปี จำนวน 108 คน คิดเป็นร้อยละ 59.30 รองลงมา นัดรับยาโรคเรื้อรังที่หน่วยบริการปฐมภูมิ 4 ครั้ง/ปี จำนวน 24 คน คิดเป็นร้อยละ 13.20 นัดรับยาโรคเรื้อรังที่หน่วยบริการปฐมภูมิ 10 ครั้ง/ปี จำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 11.50 ความถี่ในการได้รับการเยี่ยมบ้าน 1 ครั้ง/ปี จำนวน 108 คน คิดเป็นร้อยละ 59.30 และจำนวน 2 ครั้ง/ปี 74 คน คิดเป็นร้อยละ 40.70 ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 การรับบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิ

| ความถี่ในการนัดรับยาโรคเรื้อรังที่หน่วยบริการปฐมภูมิ | จำนวน(ร้อยละ) | Mean±SD |
|--|---------------|---------|
| ความถี่ในการนัดรับยาโรคเรื้อรังที่หน่วยบริการปฐมภูมิ | | |
| 4 ครั้ง/ปี | 24(13.20) | |
| 6 ครั้ง/ปี | 108(59.30) | |
| 10 ครั้ง/ปี | 21(11.50) | |
| 12 ครั้ง/ปี | 10(5.50) | |
| 20 ครั้ง/ปี | 11(6.00) | |
| 24 ครั้ง/ปี | 8(4.40) | |
| ความถี่ในการได้รับการเยี่ยมบ้าน | | |
| 1 ครั้ง/ปี | 108(59.30) | |
| 2 ครั้ง/ปี | 74(40.70) | |

ส่วนที่ 2 คุณภาพการบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิ

ผลการศึกษาในส่วนนี้จะแสดงระดับคุณภาพการบริการ ระดับคุณภาพการบริการจะประเมินจากความแตกต่าง (Gap) ของความคาดหวังก่อนการมารับบริการ (Expectation) และระดับการรับรู้หลังรับบริการ (Perception) ในการประเมินในแต่ละด้าน หากการบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิในด้านใดที่มีระดับการรับรู้มากกว่าหรือเท่ากับความคาดหวังแสดงว่าเป็นการบริการนั้นๆมีคุณภาพที่ดีและไม่มีปัญหาคุณภาพการบริการตามลำดับ หากการบริการด้านใดที่ระดับการรับรู้หลังการรับบริการน้อยกว่าความคาดหวังก่อนบริการ แสดงว่าบริการนั้นๆ มีระดับคุณภาพที่ไม่ดี

2.1 ด้านความเป็นรูปธรรมของบริการ (Tangibles)

เมื่อพิจารณาคะแนนรวมระดับความคาดหวังและการรับรู้ในด้านความเป็นรูปธรรมของบริการ (Tangibles) ของการให้บริการเภสัชกรรมปฐมภูมิพบว่าค่าเฉลี่ยของระดับความคาดหวังเท่ากับ 4.26 ± 0.43 และค่าเฉลี่ยของระดับการรับรู้เท่ากับ 4.27 ± 0.40 พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.919$) แสดงว่าในภาพรวม ความเป็นรูปธรรมของบริการไม่มีปัญหาคุณภาพการบริการ

ส่วนประเด็นที่มีปัญหาในคุณภาพบริการ หรือคะแนนความคาดหวังมากกว่าการรับรู้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติมี 2 ประเด็นเรียงตามคะแนนความแตกต่าง ได้แก่

(1) ความสะอาดโดยรวมบริเวณจุดจ่ายยาคลินิกโรคเรื้อรังของหน่วยบริการปฐมภูมิ ผู้รับบริการมีความคาดหวังโดยเฉลี่ยเท่ากับ 4.45 ± 0.49 และมีการรับรู้โดยเฉลี่ยเท่ากับ 4.36 ± 0.28 พบว่ามีความแตกต่าง 0.88 ± 0.28 โดยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

(2) การมีเภสัชกรติดตามเยี่ยมบ้านสม่ำเสมอ ผู้รับบริการมีความคาดหวังโดยเฉลี่ยเท่ากับ 3.85 ± 0.77 และมีการรับรู้โดยเฉลี่ยเท่ากับ 3.67 ± 0.84 พบว่ามีความแตกต่าง 0.18 ± 1.11 โดยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.005$)

ประเด็นที่มีคุณภาพการบริการที่ดีเกินความคาดหวังของผู้รับบริการ ได้แก่

(1) สถานที่ให้บริการของหน่วยบริการปฐมภูมิเหมาะสมชัดเจน ผู้รับบริการมีความคาดหวังโดยเฉลี่ยเท่ากับ 4.29 ± 0.56 และมีการรับรู้โดยเฉลี่ยเท่ากับ 4.45 ± 0.60 พบว่ามีความแตกต่าง 0.16 ± 0.37 โดยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

(2) การแต่งกายของเภสัชกรขณะติดตามเยี่ยมบ้าน ผู้รับบริการมีความคาดหวังโดยเฉลี่ยเท่ากับ 4.35 ± 0.58 และมีการรับรู้โดยเฉลี่ยเท่ากับ 4.48 ± 0.50 พบว่ามีความแตกต่าง 0.13 ± 0.55 โดยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.002$)

ส่วนประเด็นของความแออัดบริเวณจุดจ่ายยา ความเพียงพอของเภสัชกรที่ให้บริการในหน่วยบริการปฐมภูมิ การแต่งกายของเภสัชกร ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.447, 0.345$ และ 0.637 ตามลำดับ) แสดงว่าไม่มีปัญหาคุณภาพบริการในประเด็นดังกล่าว ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ย ความคาดหวัง การรับรู้ และระดับคุณภาพบริการด้านความเป็นรูปธรรมของบริการ (Tangibles)

| ความคาดหวัง การรับรู้ และระดับคุณภาพบริการของผู้ป่วยเบาหวานต่อการดำเนินงานเภสัชกรรมปฐมภูมิ | ความคาดหวัง (Expectation,E) | การรับรู้ (Perception,P) | ระดับคุณภาพบริการ (ระดับ P-ระดับ E) | P value |
|--|-----------------------------|--------------------------|-------------------------------------|-------------|
| | Mean±SD | Mean±SD | Mean±SD | |
| 1. ความสะอาดโดยรวมบริเวณจุดจ่ายยาคลินิกโรคเรื้อรังของหน่วยบริการปฐมภูมิ | 4.45 ± 0.49 | 4.36 ± 0.48 | -0.88 ± 0.28 | $< 0.001^*$ |
| 2. ความแออัดบริเวณจุดจ่ายยาคลินิกโรคเรื้อรังของหน่วย | 4.16 ± 0.81 | 4.20 ± 0.41 | 0.04 ± 0.92 | 0.477 |

| ความคาดหวัง การรับรู้ และระดับคุณภาพบริการ ของผู้ป่วยเบาหวานต่อการ ดำเนินงานเภสัชกรรม ปฐมภูมิ | ความคาดหวัง (Expectation,E) | การรับรู้ (Perception,P) | ระดับคุณภาพ บริการ (ระดับ P- ระดับ E) | P value |
|---|--------------------------------|-----------------------------|--|---------|
| | Mean±SD | Mean±SD | Mean±SD | |
| บริการปฐมภูมิ | | | | |
| 3. มีสถานที่ให้บริการของ หน่วยบริการปฐมภูมิ เหมาะสมชัดเจน | 4.29±0.56 | 4.45±0.60 | 0.16±0.37 | <0.001* |
| 4. มีเภสัชกรที่ให้บริการที่ หน่วยบริการปฐมภูมิ เพียงพอในการให้บริการจ่าย ยา | 4.27±0.67 | 4.31±0.58 | 0.04±0.55 | 0.345 |
| 5. มีเภสัชกรติดตามเยี่ยม บ้านสม่ำเสมอ | 3.85±0.77 | 3.67±0.84 | -0.18±1.11 | 0.005* |
| 6. การแต่งกายของเภสัชกร ขณะให้บริการที่หน่วย บริการปฐมภูมิมีความ เหมาะสม | 4.45±0.50 | 4.46±0.50 | 0.01±0.32 | 0.637 |
| 7. การแต่งกายของเภสัชกร ขณะติดตามเยี่ยมบ้านมี ความเหมาะสม | 4.35±0.58 | 4.48±0.50 | 0.13±0.55 | 0.002* |
| ภาพรวม | 4.26±0.43 | 4.27±0.40 | 0.02±0.43 | 0.919 |

a: pair t-test, b: Wilcoxon Matched-Pairs Signed-Ranks Test

2.2 ด้านความน่าเชื่อถือไว้วางใจได้ (Reliability)

เมื่อพิจารณาคะแนนรวมระดับความคาดหวังและการรับรู้ในด้านความน่าเชื่อถือไว้วางใจได้ (Reliability) ของการให้บริการเภสัชกรรมปฐมภูมิพบว่าค่าเฉลี่ยของระดับความคาดหวังเท่ากับ 4.40 ± 0.49 และค่าเฉลี่ยของระดับการรับรู้เท่ากับ 4.30 ± 0.41 พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.148$) แสดงว่าในภาพรวม การบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิในด้านความน่าเชื่อถือไว้วางใจได้ไม่มีปัญหาคุณภาพการบริการ

ส่วนประเด็นที่มีปัญหาในคุณภาพบริการ หรือคะแนนความคาดหวังมากกว่าการรับรู้โดยมีนัยสำคัญทางสถิติมี 3 ประเด็นเรียงตามคะแนนความแตกต่าง ได้แก่

(1) การมีเบอร์โทรศัพท์ของเภสัชกรที่สามารถติดต่อได้ตลอด ผู้รับบริการมีความคาดหวังโดยเฉลี่ยเท่ากับ 3.86 ± 0.95 และมีการรับรู้โดยเฉลี่ยเท่ากับ 3.48 ± 0.92 พบว่ามีความแตกต่าง 0.38 ± 0.28 โดยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

(2) เภสัชกรให้คำปรึกษาในเรื่องการดูแลสุขภาพได้ ผู้รับบริการมีความคาดหวังโดยเฉลี่ยเท่ากับ 4.57 ± 0.50 และมีการรับรู้โดยเฉลี่ยเท่ากับ 4.43 ± 0.50 พบว่ามีความแตกต่าง 0.13 ± 0.34 โดยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

(3) เภสัชกรให้บริการตรงเวลาไม่มาสาย ผู้รับบริการมีความคาดหวังโดยเฉลี่ยเท่ากับ 4.24 ± 0.78 และมีการรับรู้โดยเฉลี่ยเท่ากับ 4.04 ± 0.83 พบว่ามีความแตกต่าง 0.11 ± 0.45 โดยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.002$)

ส่วนประเด็นอื่นๆ คือเภสัชกรสามารถให้คำปรึกษาในเรื่องการใช้ยาได้ เภสัชกรมีความน่าเชื่อถือไว้ใจได้ ความถูกต้องของการได้รับยาตามที่แพทย์สั่งไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.491, 0.637$ และ 1.000 ตามลำดับ) แสดงว่าไม่มีปัญหาคุณภาพบริการในประเด็นดังกล่าว ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ค่าเฉลี่ย ความคาดหวัง การรับรู้ และระดับคุณภาพบริการด้านความน่าเชื่อถือไว้ใจได้ (Reliability)

| ความคาดหวัง การรับรู้ และระดับคุณภาพบริการของผู้ป่วยเบาหวานต่อการดำเนินงานเภสัชกรรมปฐมภูมิ | ความคาดหวัง (Expectation,E) | การรับรู้ (Perception,P) | ระดับคุณภาพบริการ (ระดับ P-ระดับ E) | P value |
|--|-----------------------------|--------------------------|-------------------------------------|-------------|
| | Mean±SD | Mean±SD | Mean±SD | |
| 1. เภสัชกรให้คำปรึกษาในเรื่องการดูแลสุขภาพได้ | 4.57 ± 0.50 | 4.43 ± 0.50 | -0.13 ± 0.34 | $< 0.001^*$ |
| 2. เภสัชกรให้คำปรึกษาในเรื่องการใช้ยาได้ | 4.60 ± 0.49 | 4.62 ± 0.49 | 0.16 ± 0.32 | 0.491 |
| 3. เภสัชกรมีความน่าเชื่อถือไว้ใจได้ | 4.6 ± 0.59 | 4.63 ± 0.49 | 0.01 ± 0.31 | 0.637 |
| 4. มีเบอร์โทรศัพท์ของเภสัชกรสามารถติดต่อได้ | 3.86 ± 0.95 | 3.48 ± 0.92 | -0.38 ± 1.15 | $< 0.001^*$ |

| ความคาดหวัง การรับรู้ และระดับคุณภาพบริการ ของผู้ป่วยเบาหวานต่อการ ดำเนินงานเภสัชกรรม ปฐมภูมิ | ความคาดหวัง (Expectation,E) | การรับรู้ (Perception,P) | ระดับคุณภาพ บริการ (ระดับ P- ระดับ E) | P value |
|---|--------------------------------|-----------------------------|--|---------|
| | Mean±SD | Mean±SD | Mean±SD | |
| ตลอด | | | | |
| 5. ท่านได้รับยาที่ถูกต้องตาม แพทย์สั่ง | 4.56±0.50 | 4.58±0.49 | 0.20±0.16 | 1.000 |
| 6. เภสัชกรให้บริการที่หน่วย บริการตรงเวลา(ไม่มาสาย) | 4.24±0.78 | 4.04±0.83 | -0.11±0.45 | 0.002* |
| ภาพรวม | 4.40±0.49 | 4.30±0.41 | -0.11±0.45 | 0.148 |

a: pair t-test, b: Wilcoxon Matched-Pairs Signed-Ranks Test

2.3 ด้านการตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ (Responsiveness)

เมื่อพิจารณาคะแนนรวมระดับความคาดหวังและการรับรู้ในการตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ (Responsiveness) ของการให้บริการเภสัชกรรมปฐมภูมิพบว่าค่าเฉลี่ยของระดับความคาดหวังเท่ากับ 4.58 ± 0.41 และค่าเฉลี่ยของระดับการรับรู้เท่ากับ 4.30 ± 0.49 พบว่ามีความแตกต่างเท่ากับ 0.28 ± 0.43 โดยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) แสดงว่าในภาพรวม การบริการด้านการตอบสนองต่อผู้รับบริการมีปัญหาคุณภาพบริการ

ประเด็นย่อยทุกข้อในการตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการพบว่ามีปัญหาในคุณภาพบริการ หรือคะแนนความคาดหวังมากกว่าการรับรู้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติมีทั้ง 6 ประเด็นเรียงตามคะแนนความแตกต่าง ได้แก่

(1) เภสัชกรตอบคำถามได้ชัดเจน ผู้รับบริการมีความคาดหวังโดยเฉลี่ยเท่ากับ 4.66 ± 0.48 และมีการรับรู้โดยเฉลี่ยเท่ากับ 4.36 ± 0.66 พบว่ามีความแตกต่าง 0.43 ± 0.71 โดยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

(2) เภสัชกรสามารถอธิบายรายละเอียดในการให้บริการทุกครั้ง ผู้รับบริการมีความคาดหวังโดยเฉลี่ยเท่ากับ 4.55 ± 0.50 และมีการรับรู้โดยเฉลี่ยเท่ากับ 4.30 ± 0.58 พบว่ามีความแตกต่าง 0.30 ± 0.55 โดยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

(3) เภสัชกรมีความพร้อมในการให้บริการ ผู้รับบริการมีความคาดหวังโดยเฉลี่ยเท่ากับ 4.51 ± 0.50 และมีการรับรู้โดยเฉลี่ยเท่ากับ 4.23 ± 0.52 พบว่ามีความแตกต่าง 0.28 ± 0.53 โดยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

(4) เกสซ์กรมีหน้าตาท่าทางที่ยิ้มแย้ม ต้อนรับผู้ป่วยเป็นอย่างดี ผู้รับบริการมีความคาดหวังโดยเฉลี่ยเท่ากับ 4.73 ± 0.45 และมีการรับรู้โดยเฉลี่ยเท่ากับ 4.29 ± 0.69 พบว่ามีความแตกต่าง 0.27 ± 0.42 โดยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

(5) เกสซ์กรมีการสื่อสารที่ดี ผู้รับบริการมีความคาดหวังโดยเฉลี่ยเท่ากับ 4.56 ± 0.50 และมีการรับรู้โดยเฉลี่ยเท่ากับ 4.32 ± 0.47 พบว่ามีความแตกต่าง 0.24 ± 0.43 โดยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

(6) เกสซ์กรเต็มใจให้บริการ ผู้รับบริการมีความคาดหวังโดยเฉลี่ยเท่ากับ 4.49 ± 0.50 และมีการรับรู้โดยเฉลี่ยเท่ากับ 4.35 ± 0.59 พบว่ามีความแตกต่าง 0.15 ± 0.36 โดยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ดังตารางที่ 8

ตารางที่ 8 ค่าเฉลี่ย ความคาดหวัง การรับรู้ และระดับคุณภาพบริการด้านการตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ (Responsiveness)

| ความคาดหวัง การรับรู้ และระดับคุณภาพบริการของผู้ป่วยเบาหวานต่อการดำเนินงานเกสซ์กรรวมภูมิ | ความคาดหวัง (Expectation,E) | การรับรู้ (Perception,P) | ระดับคุณภาพบริการ (ระดับ P-ระดับ E) | P value |
|--|-----------------------------|--------------------------|-------------------------------------|---------|
| | Mean \pm SD | Mean \pm SD | Mean \pm SD | |
| 1. เกสซ์กรมีความพร้อมในการให้บริการ | 4.51 \pm 0.50 | 4.23 \pm 0.52 | -0.28 \pm 0.53 | <0.001* |
| 2. เกสซ์กรเต็มใจให้บริการ | 4.49 \pm 0.50 | 4.35 \pm 0.59 | -0.15 \pm 0.36 | <0.001* |
| 3. เกสซ์กรมีการสื่อสารที่ดี | 4.56 \pm 0.50 | 4.32 \pm 0.47 | -0.24 \pm 0.43 | <0.001* |
| 4. เกสซ์กรสามารถอธิบายรายละเอียดในให้บริการทุกครั้ง | 4.55 \pm 0.50 | 4.30 \pm 0.58 | -0.30 \pm 0.55 | <0.001* |
| 5. เกสซ์กรตอบคำถามได้ชัดเจน | 4.66 \pm 0.48 | 4.36 \pm 0.66 | -0.43 \pm 0.71 | <0.001* |
| 6. เกสซ์กรมีหน้าตาท่าทางที่ยิ้มแย้มต้อนรับผู้ป่วยเป็นอย่างดี | 4.73 \pm 0.45 | 4.29 \pm 0.69 | -0.27 \pm 0.42 | <0.001* |
| ภาพรวม | 4.58 \pm 0.41 | 4.30 \pm 0.49 | -0.28 \pm 0.43 | <0.001* |

a: pair t-test, b: Wilcoxon Matched-Pairs Signed-Ranks Test

2.4 ด้านการให้ความเชื่อมั่นแก่ผู้รับบริการ (Assurance)

เมื่อพิจารณาคะแนนรวมระดับความคาดหวังและการรับรู้ในด้านการให้ความเชื่อมั่นแก่ผู้รับบริการ (Assurance) ของการให้บริการเภสัชกรรมปฐมภูมิพบว่าค่าเฉลี่ยของระดับความคาดหวังเท่ากับ 4.57 ± 0.40 และค่าเฉลี่ยของระดับการรับรู้เท่ากับ 4.56 ± 0.38 พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.201$) แสดงว่าในภาพรวม การให้ความเชื่อมั่นแก่ผู้รับบริการ (Assurance) มีระดับคุณภาพบริการที่พอใช้

ประเด็นที่มีคุณภาพการบริการที่ดีเกินความคาดหวังของผู้รับบริการ ได้แก่

(1) ความเชื่อมั่นในยาที่ได้รับว่ามีมาตรฐานและความปลอดภัย ผู้รับบริการมีความคาดหวังโดยเฉลี่ยเท่ากับ 4.45 ± 0.50 และมีการรับรู้โดยเฉลี่ยเท่ากับ 4.53 ± 0.50 พบว่ามีความแตกต่าง 0.08 ± 0.27 โดยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

(2) เภสัชกรมีอุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้อโรค ผู้รับบริการมีความคาดหวังโดยเฉลี่ยเท่ากับ 4.57 ± 0.50 และมีการรับรู้โดยเฉลี่ยเท่ากับ 4.62 ± 0.49 พบว่ามีความแตกต่าง 0.05 ± 0.22 โดยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.003$)

ส่วนการรักษาความลับของผู้ป่วย ความมั่นใจต่อการให้บริการและความปลอดภัยเมื่อได้รับบริการ ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.639, 0.796$ และ 0.144 ตามลำดับ) แสดงว่าไม่มีปัญหาคุณภาพบริการในประเด็นดังกล่าว ดังตารางที่ 9

ตารางที่ 9 ค่าเฉลี่ย ความคาดหวัง การรับรู้ และระดับคุณภาพบริการด้านการให้ความเชื่อมั่นแก่ผู้รับบริการ (Assurance)

| ความคาดหวัง การรับรู้ และระดับคุณภาพบริการของผู้ป่วยเบาหวานต่อการดำเนินงานเภสัชกรรมปฐมภูมิ | ความคาดหวัง (Expectation,E) | การรับรู้ (Perception,P) | ระดับคุณภาพบริการ (ระดับ P-ระดับ E) | P value |
|--|-----------------------------|--------------------------|-------------------------------------|------------|
| | Mean±SD | Mean±SD | Mean±SD | |
| 1. ท่านเชื่อมั่นว่ายาที่ได้รับมีมาตรฐานและปลอดภัย | 4.45 ± 0.50 | 4.53 ± 0.50 | 0.08 ± 0.27 | $<0.001^*$ |
| 2. เภสัชกรรักษาความลับผู้ป่วย | 4.46 ± 0.60 | 4.47 ± 0.50 | 0.02 ± 0.48 | 0.639 |
| 3. เภสัชกรมีอุปกรณ์ป้องกัน | 4.57 ± 0.50 | 4.62 ± 0.49 | 0.049 ± 0.22 | 0.003^* |

| ความคาดหวัง การรับรู้ และระดับคุณภาพบริการ ของผู้ป่วยเบาหวานต่อการ ดำเนินงานเภสัชกรรม ปฐมภูมิ | ความคาดหวัง (Expectation,E) | การรับรู้ (Perception,P) | ระดับ คุณภาพ บริการ (ระดับ P- ระดับ E) | P value |
|---|-----------------------------|--------------------------|--|---------|
| | Mean±SD | Mean±SD | Mean±SD | |
| การติดเชื้อโรค | | | | |
| 4. ท่านรู้สึกมั่นใจต่อการ ให้บริการ | 4.66±0.47 | 4.65±0.47 | -0.01±0.29 | 0.796 |
| 5. ท่านรู้สึกปลอดภัยเมื่อ ได้รับบริการ | 4.62±0.48 | 4.66±0.47 | 0.04±0.35 | 0.144 |
| ภาพรวม | 4.57±0.40 | 4.56±0.38 | -0.01±0.15 | 0.201 |

a: pair t-test, b: Wilcoxon Matched-Pairs Signed-Ranks Test

2.5 ด้านความเห็นอกเห็นใจผู้รับบริการ (Empathy)

เมื่อพิจารณาคะแนนรวมระดับความคาดหวังและการรับรู้ในด้านความเห็นอกเห็นใจผู้รับบริการ (Empathy) ของการให้บริการเภสัชกรรมปฐมภูมิพบว่าค่าเฉลี่ยของระดับความคาดหวังเท่ากับ 4.40 ± 0.44 และค่าเฉลี่ยของระดับการรับรู้เท่ากับ 4.13 ± 0.63 พบว่ามีความแตกต่างเท่ากับ 0.26 ± 0.68 โดยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) แสดงว่าในภาพรวม ความเห็นอกเห็นใจผู้รับบริการ ยังมีปัญหาคุณภาพบริการ

ประเด็นย่อยทุกข้อในความเห็นอกเห็นใจผู้รับบริการ พบว่ามีปัญหาในคุณภาพบริการ หรือคะแนนความคาดหวังมากกว่าการรับรู้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติมีทั้ง 4 ประเด็นเรียงตามคะแนนความแตกต่าง ได้แก่

(1) เภสัชกรพยายามทำความรู้จักผู้ป่วย ผู้รับบริการมีความคาดหวังโดยเฉลี่ยเท่ากับ 4.35 ± 0.48 และมีการรับรู้โดยเฉลี่ยเท่ากับ 4.04 ± 0.70 พบว่ามีความแตกต่าง 0.31 ± 0.05 โดยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

(2) เภสัชกรสามารถจำชื่อผู้ป่วยได้ ผู้รับบริการมีความคาดหวังโดยเฉลี่ยเท่ากับ 4.31 ± 0.465 และมีการรับรู้โดยเฉลี่ยเท่ากับ 4.00 ± 0.84 พบว่ามีความแตกต่าง 0.30 ± 0.86 โดยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

(3) เกสัชกรมีความเอื้ออาทรต่อผู้ป่วย ผู้รับบริการมีความคาดหวังโดยเฉลี่ยเท่ากับ 4.57 ± 0.50 และมีการรับรู้โดยเฉลี่ยเท่ากับ 4.31 ± 0.69 พบว่ามีความแตกต่าง 0.26 ± 0.68 โดยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

(4) เกสัชกรมีความเห็นอกเห็นใจผู้ป่วย ผู้รับบริการมีความคาดหวังโดยเฉลี่ยเท่ากับ 4.35 ± 0.48 และมีการรับรู้โดยเฉลี่ยเท่ากับ 4.18 ± 0.48 พบว่ามีความแตกต่าง 0.18 ± 0.48 โดยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ดังตารางที่ 10

ตารางที่ 10 ค่าเฉลี่ย ความคาดหวัง การรับรู้ และระดับคุณภาพบริการ ด้านความเห็นอกเห็นใจ ผู้รับบริการ (Empathy)

| ความคาดหวัง การรับรู้ และระดับคุณภาพบริการ ของผู้ป่วยเบาหวานต่อการดำเนินงานเภสัชกรรม ปฐมภูมิ | ความคาดหวัง (Expectation,E) | การรับรู้ (Perception,P) | ระดับคุณภาพบริการ (ระดับ P- ระดับ E) | P value |
|--|-----------------------------|--------------------------|--------------------------------------|---------|
| | Mean \pm SD | Mean \pm SD | Mean \pm SD | |
| 1. เกสัชกรมีความเห็นอกเห็นใจเข้าใจผู้ป่วย | 4.35 \pm 0.48 | 4.18 \pm 0.48 | -0.18 \pm 0.48 | <0.001* |
| 2. เกสัชกรพยายามทำความเข้าใจผู้ป่วย | 4.35 \pm 0.48 | 4.04 \pm 0.70 | -0.31 \pm 0.05 | <0.001* |
| 3. เกสัชกรสามารถจำชื่อผู้ป่วยได้ | 4.31 \pm 0.46 | 4.00 \pm 0.84 | -0.30 \pm 0.86 | <0.001* |
| 4. เกสัชกรมีความเอื้ออาทรต่อผู้ป่วย | 4.57 \pm 0.50 | 4.31 \pm 0.69 | -0.26 \pm 0.68 | <0.001* |
| ภาพรวม | 4.40 \pm 0.44 | 4.13 \pm 0.63 | -0.26 \pm 0.68 | <0.001* |

a: pair t-test, b: Wilcoxon Matched-Pairs Signed-Ranks Test

2.6 ระดับคุณภาพบริการในภาพรวมจำแนกตามมิติต่าง ๆ

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างระดับคุณภาพบริการตามความคาดหวังและการรับรู้ของผู้รับบริการ จำแนกคุณภาพบริการตามมิติต่าง ๆ พบว่าด้านที่พบปัญหาคุณภาพบริการเนื่องจากระดับการรับรู้ต่ำกว่าความคาดหวังในภาพรวม ในด้าน

(1) ด้านการตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ (Responsiveness) และด้านความเห็นอกเห็นใจผู้รับบริการ (Empathy) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$ และ $p < 0.001$ ตามลำดับ)

(2) ด้านความเป็นรูปธรรมของบริการ (Tangibles) ด้านความน่าเชื่อถือไว้วางใจได้ (Reliability) ด้านการให้ความเชื่อมั่นแก่ผู้รับบริการ (Assurance) พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.919, 0.148$ และ 0.201 ตามลำดับ) ดังตารางที่ 11

ตารางที่ 11 เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างระดับคุณภาพบริการจำแนกคุณภาพบริการรายมิติ

| มิติของคุณภาพบริการ | ความคาดหวัง (Expectation,E) | การรับรู้ (Perception,P) | ระดับ คุณภาพ บริการ (ระดับ P- ระดับ E) | P value |
|--|--------------------------------|-----------------------------|--|---------|
| | Mean±SD | Mean±SD | Mean±SD | |
| ด้านความเป็นรูปธรรมของ บริการ (Tangibles) | 4.26±0.43 | 4.27±0.40 | 0.02±0.43 | 0.919 |
| ด้านความน่าเชื่อถือไว้วางใจได้ (Reliability) | 4.40±0.49 | 4.30±0.41 | -0.11±0.45 | 0.148 |
| ด้านการให้ความเชื่อมั่นแก่ ผู้รับบริการ (Assurance) | 4.57±0.40 | 4.56±0.38 | -0.01±0.15 | 0.201 |
| ด้านการตอบสนองความ ต้องการของผู้รับบริการ (Responsiveness) | 4.58±0.41 | 4.30±0.49 | -0.28±0.43 | <0.001* |
| ด้านความเห็นอกเห็นใจ ผู้รับบริการ (Empathy) | 4.40±0.44 | 4.13±0.63 | -0.26±0.68 | <0.001* |

a: pair t-test, b: Wilcoxon Matched-Pairs Signed-Ranks Test

2.7 ความคาดหวังต่อบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิ

ผลการศึกษาพบว่าผู้รับบริการมีความคาดหวังต่อบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิที่สำคัญในระดับมาก 5 ลำดับแรก คือ เภสัชกรมีหน้าตาท่าทางที่ยิ้มแย้ม ($4.73±0.45$) ความมั่นใจต่อการให้บริการ

(4.66±0.47) ความปลอดภัยเมื่อได้รับบริการ (4.66±0.47) และเภสัชกรตอบคำถามได้ชัดเจน (4.66±0.48) เท่ากัน และเภสัชกรมีความน่าเชื่อถือไว้ใจได้ (4.63±0.49) ตามลำดับ

ระดับคุณภาพตามความคาดหวังของผู้รับบริการ 3 ลำดับสุดท้าย พบว่า เภสัชกรมีการติดตามเยี่ยมบ้านสม่ำเสมอ (3.85±0.77) รองลงมา มีเบอร์โทรศัพท์ของเภสัชกรสามารถติดต่อได้ตลอด (3.86±0.95) และความแออัดบริเวณจุดจ่ายยาคลินิกโรคเรื้อรังของหน่วยบริการปฐมภูมิ (4.16±0.81) ตามลำดับ โดย 3 ลำดับสุดท้ายเป็นความคาดหวังในระดับมาก ดังตารางที่ 12

ตารางที่ 12 แสดงระดับความคาดหวังของผู้รับบริการ 3 ลำดับแรกและ 3 ลำดับสุดท้าย

| ลำดับที่ | ความคาดหวังของผู้รับบริการ | ความคาดหวัง | แปลผล |
|----------------|--|-------------|-----------|
| | | Mean±SD | |
| 3 ลำดับแรก | | | |
| 1 | เภสัชกรมีหน้าตาทำทางที่ยิ้มแย้ม | 4.73±0.45 | มากที่สุด |
| 2 | ท่านรู้สึกมั่นใจต่อการให้บริการ | 4.66±0.47 | มากที่สุด |
| | ท่านรู้สึกปลอดภัยเมื่อได้รับบริการ | 4.66±0.47 | มากที่สุด |
| | เภสัชกรตอบคำถามได้ชัดเจน | 4.66±0.48 | มากที่สุด |
| 3 | เภสัชกรมีความน่าเชื่อถือไว้ใจได้ | 4.63±0.49 | มากที่สุด |
| 3 ลำดับสุดท้าย | | | |
| 1 | เภสัชกรมีการติดตามเยี่ยมบ้านสม่ำเสมอ | 3.85±0.77 | มาก |
| 2 | มีเบอร์โทรศัพท์ของเภสัชกรสามารถติดต่อได้ตลอด | 3.86±0.95 | มาก |
| 3 | ความแออัดบริเวณจุดจ่ายยาคลินิกโรคเรื้อรังของหน่วยบริการปฐมภูมิ | 4.16±0.81 | มาก |

2.8 การรับรู้ระดับการบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิ

การให้บริการเภสัชกรรมปฐมภูมิที่ผู้รับบริการให้คะแนนการรับรู้สูง 6 ลำดับแรก คือ ท่านรู้สึกปลอดภัยเมื่อได้รับบริการ (4.66±0.47) ท่านรู้สึกมั่นใจต่อการให้บริการ (4.66±0.48) เภสัชกรมีความเอื้ออาทรต่อผู้ป่วย (4.66±0.48) เภสัชกรมีความน่าเชื่อถือไว้ใจได้ (4.63±0.49) เภสัชกรให้คำปรึกษาในเรื่องการใช้จ่ายได้ (4.62±0.49) และเภสัชกรมีอุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้อโรค (4.62±0.49)

การให้บริการเภสัชกรรมปฐมภูมิที่ผู้รับบริการให้คะแนนการรับรู้ร้อยละ 3 ลำดับสุดท้ายพบว่า มีเบอร์โทรศัพท์ของเภสัชกรสามารถติดต่อได้ตลอด (3.48 ± 0.92) มีเภสัชกรติดตามเยี่ยมบ้านสม่ำเสมอ (3.67 ± 0.84) มีเภสัชกรติดตามเยี่ยมบ้านสม่ำเสมอและเภสัชกรสามารถจำชื่อผู้ป่วยได้ (4.00 ± 0.84) ตามลำดับ ดังตารางที่ 13

ตารางที่ 13 แสดงการรับรู้ของผู้รับบริการ 3 ลำดับแรกและ 3 ลำดับสุดท้าย

| ลำดับที่ | การรับรู้ของผู้รับบริการ | การรับรู้ | แปลผล |
|----------------|--|-----------------|-----------|
| | | Mean \pm SD | |
| 3 ลำดับแรก | | | |
| 1 | ท่านรู้สึกปลอดภัยเมื่อได้รับการบริการ | 4.66 \pm 0.47 | มากที่สุด |
| | ท่านรู้สึกมั่นใจต่อการให้บริการ | 4.66 \pm 0.48 | มากที่สุด |
| | เภสัชกรมีความเอื้ออาทรต่อผู้ป่วย | 4.66 \pm 0.48 | มากที่สุด |
| 2 | เภสัชกรมีความน่าเชื่อถือไว้วางใจได้ | 4.63 \pm 0.49 | มากที่สุด |
| 3 | เภสัชกรให้คำปรึกษาในเรื่องการเข้ายาได้ | 4.62 \pm 0.49 | มากที่สุด |
| | เภสัชกรมีอุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้อโรค | 4.62 \pm 0.49 | มากที่สุด |
| 3 ลำดับสุดท้าย | | | |
| 1 | มีเบอร์โทรศัพท์ของเภสัชกรสามารถติดต่อได้ตลอด | 3.48 \pm 0.92 | มาก |
| 2 | มีเภสัชกรติดตามเยี่ยมบ้านสม่ำเสมอ | 3.67 \pm 0.84 | มาก |
| | มีเภสัชกรติดตามเยี่ยมบ้านสม่ำเสมอ | 3.67 \pm 0.84 | มาก |
| 3 | เภสัชกรสามารถจำชื่อผู้ป่วยได้ | 4.00 \pm 0.84 | มาก |

ส่วนที่ 3 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิ

ในการศึกษาปัจจัยข้อมูลทั่วไปและข้อมูลสุขภาพที่สัมพันธ์กับคุณภาพการบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิ ผู้วิจัยจะแบ่งระดับคุณภาพการบริการเป็นกลุ่มเพื่อทดสอบความสัมพันธ์ตามข้อกำหนดของสถิติไคสแควร์ สำหรับการทดสอบความสัมพันธ์ของคุณภาพบริการในด้านรูปธรรมของการบริการ ความน่าเชื่อถือไว้วางใจ การให้ความเชื่อมั่นแก่ผู้รับบริการจะแบ่งระดับคุณภาพการบริการออกเป็น 2 กลุ่มคือกลุ่มการบริการที่ได้รับเท่าหรือสูงกว่าความคาดหวัง และกลุ่มการบริการที่ได้รับต่ำกว่าความคาดหวัง สำหรับการทดสอบความสัมพันธ์ของคุณภาพบริการในด้านการตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ และด้านความเห็นอกเห็นใจผู้รับบริการ จะแบ่งระดับคุณภาพการบริการเป็น 2 กลุ่มคือกลุ่มที่มีระดับคุณภาพการบริการเท่ากับหรือมากกว่าค่าเฉลี่ย และกลุ่มคุณภาพการบริการน้อยกว่าค่าเฉลี่ย

3.1 ความสัมพันธ์ระหว่างเพศและคุณภาพบริการ

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรเพศ กับคุณภาพการบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิ ในผู้ป่วยเบาหวานในจังหวัดสระบุรี ด้านความเป็นรูปธรรมของบริการ ความน่าเชื่อถือไว้วางใจได้ การให้ความเชื่อมั่นแก่ผู้รับบริการ พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กัน ดังตารางที่ 14

ตารางที่ 14 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพการบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิในผู้ป่วยเบาหวานในจังหวัดสระบุรี ด้านความเป็นรูปธรรมของบริการ(Tangibles) ด้านความน่าเชื่อถือไว้วางใจได้ (Reliability) ด้านการให้ความเชื่อมั่นแก่ผู้รับบริการ(Assurance) กับเพศ

| เพศ | การบริการที่ได้รับต่ำกว่าความคาดหวัง | การบริการที่ได้รับเท่าหรือสูงกว่าความคาดหวัง | P value |
|--|--------------------------------------|--|--------------------|
| ด้านความเป็นรูปธรรมของบริการ (Tangibles) | | | |
| เพศชาย | 30 (16.50) | 7(3.80) | 0.615 ^a |
| เพศหญิง | 112(61.50) | 33(18.20) | |
| ด้านความน่าเชื่อถือไว้วางใจได้ (Reliability) | | | |
| เพศชาย | 25(13.70) | 12(6.60) | 0.870 ^a |
| เพศหญิง | 100(54.90) | 45(24.80) | |
| ด้านการให้ความเชื่อมั่นแก่ผู้รับบริการ (Assurance) | | | |
| เพศชาย | 32(17.60) | 5(2.70) | 0.585 ^a |
| เพศหญิง | 120(65.90) | 25(13.80) | |

* มีความสัมพันธ์กันอย่างน้อยมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

a = Pearson Chi-Square b= Fisher's Exact Test

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรเพศ กับคุณภาพการบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิ ในผู้ป่วยเบาหวานในจังหวัดสระบุรี ด้านการตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ (Responsiveness) ด้านความเห็นอกเห็นใจผู้รับบริการ(Empathy) พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กัน ดังตารางที่ 15

ตารางที่ 15 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพการบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิในผู้ป่วยเบาหวานในจังหวัดสระบุรี ด้านการตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ (Responsiveness) ด้านความเห็นอกเห็นใจผู้รับบริการ (Empathy) กับเพศ

| เพศ | คุณภาพบริการต่ำกว่าค่าเฉลี่ย | คุณภาพการบริการเท่ากับหรือสูงกว่าค่าเฉลี่ย | P value |
|---|------------------------------|--|--------------------|
| ด้านการตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ (Responsiveness) | | | |
| เพศชาย | 10(5.50) | 27(14.80) | 0.816 ^a |
| เพศหญิง | 42(23.10) | 103(56.60) | |
| ด้านความเห็นอกเห็นใจผู้รับบริการ (Empathy) | | | |
| เพศชาย | 3(1.60) | 34(18.7) | 0.217 ^a |
| เพศหญิง | 5(2.80) | 140(76.90) | |

* มีความสัมพันธ์กันอย่างน้อยมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

a = Pearson Chi-Square b= Fisher's Exact Test

3.2 ความสัมพันธ์ระหว่างอายุและคุณภาพบริการ

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง อายุกับคุณภาพการบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิในผู้ป่วยเบาหวานในจังหวัดสระบุรี ด้านความเป็นรูปธรรมของบริการ (Tangibles) ด้านความน่าเชื่อถือไว้วางใจได้ (Reliability) ด้านการให้ความเชื่อมั่นแก่ผู้รับบริการ (Assurance) พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กัน ดังตารางที่ 16

ตารางที่ 16 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพการบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิในผู้ป่วยเบาหวานในจังหวัดสระบุรี ด้านความเป็นรูปธรรมของบริการ (Tangibles) ด้านความน่าเชื่อถือไว้วางใจได้ (Reliability) ด้านการให้ความเชื่อมั่นแก่ผู้รับบริการ (Assurance) กับอายุ

| อายุ | คุณภาพการบริการอยู่ในระดับพอใช้ | คุณภาพการบริการอยู่ในระดับดี | P value |
|--|---------------------------------|------------------------------|--------------------|
| ด้านความเป็นรูปธรรมของบริการ (Tangibles) | | | |
| อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 50 ปี | 24(13.20) | 6(3.3) | 0.775 ^a |
| อายุมากกว่า 50 ปี | 118(64.80) | 34(18.70) | |
| ด้านความน่าเชื่อถือไว้วางใจได้ (Reliability) | | | |

| อายุ | คุณภาพการบริการอยู่ในระดับพอใช้ | คุณภาพการบริการอยู่ในระดับดี | P value |
|--|---------------------------------|------------------------------|--------------------|
| อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 50 ปี | 18(9.9) | 12(6.6) | 0.262 ^a |
| อายุมากกว่า 50 ปี | 107(58.80) | 45(24.70) | |
| ด้านการให้ความเชื่อมั่นแก่ผู้รับบริการ (Assurance) | | | |
| อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 50 ปี | 26(14.30) | 4(2.2) | 0.611 ^a |
| อายุมากกว่า 50 ปี | 126(69.20) | 26(14.30) | |

* มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

a = Pearson Chi-Square b= Fisher's Exact Test

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับคุณภาพการบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิในผู้ป่วยเบาหวานในจังหวัดสระบุรี – ด้านการตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ (Responsiveness) ด้านความเห็นอกเห็นใจผู้รับบริการ (Empathy) พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กัน ดังตารางที่ 17

ตารางที่ 17 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพการบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิในผู้ป่วยเบาหวาน ในจังหวัดสระบุรี ด้านการตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ ความเห็นอกเห็นใจผู้รับบริการ กับอายุ

| อายุ | คุณภาพการบริการอยู่ในระดับต่ำมาก | คุณภาพการบริการอยู่ในระดับต่ำ | P value |
|---|----------------------------------|-------------------------------|--------------------|
| ด้านการตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ (Responsiveness) | | | |
| อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 50 ปี | 7(3.80) | 23(12.60) | 0.487 ^a |
| อายุมากกว่า 50 ปี | 45(24.70) | 107(58.90) | |
| ด้านความเห็นอกเห็นใจผู้รับบริการ (Empathy) | | | |
| อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 50 ปี | 3(1.60) | 27(14.80) | 0.101 ^a |
| อายุมากกว่า 50 ปี | 5(2.80) | 147(80.80) | |

* มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

a = Pearson Chi-Square b= Fisher's Exact Test

3.3 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษาและคุณภาพบริการ

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษาคุณภาพการบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิในผู้ป่วยเบาหวานในจังหวัดสระบุรี ด้านความเป็นรูปธรรมของบริการ ความน่าเชื่อถือไว้วางใจได้ การให้ความเชื่อมั่นแก่ผู้รับบริการพบว่าไม่มีความสัมพันธ์กัน ดังตารางที่ 18

ตารางที่ 18 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพการบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิในผู้ป่วยเบาหวานในจังหวัดสระบุรี ด้านความเป็นรูปธรรมของบริการ(Tangibles) ด้านความน่าเชื่อถือไว้วางใจได้(Reliability)ด้านการให้ความเชื่อมั่นแก่ผู้รับบริการ(Assurance) กับระดับการศึกษา

| ระดับการศึกษา | คุณภาพการบริการ อยู่ในระดับพอใช้ | คุณภาพการบริการ อยู่ในระดับดี | P value |
|--|-------------------------------------|----------------------------------|--------------------|
| ด้านความเป็นรูปธรรมของบริการ (Tangibles) | | | |
| ไม่มีการศึกษาและระดับประถมศึกษา | 107(58.80) | 31(17.00) | 0.779 ^a |
| สูงกว่าประถมศึกษา | 35(19.30) | 9(4.90) | |
| ด้านความน่าเชื่อถือไว้วางใจได้ (Reliability) | | | |
| ไม่มีการศึกษาและระดับประถมศึกษา | 97(53.30) | 41(22.50) | 0.407 ^a |
| สูงกว่าประถมศึกษา | 28(15.40) | 16(8.80) | |
| ด้านการให้ความเชื่อมั่นแก่ผู้รับบริการ (Assurance) | | | |
| ไม่มีการศึกษาและระดับประถมศึกษา | 115(63.20) | 23(12.60) | 0.906 ^a |
| สูงกว่าประถมศึกษา | 37(20.40) | 7(3.80) | |

* มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

a = Pearson Chi-Square b= Fisher's Exact Test

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษากับคุณภาพการบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิในผู้ป่วยเบาหวานในจังหวัดสระบุรี ด้านการตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการกับระดับการศึกษา พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กัน ด้านความเห็นอกเห็นใจผู้รับบริการ พบว่ามีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p=0.01$ ดังตารางที่ 19

ตารางที่ 19 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพการบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิในผู้ป่วยเบาหวานในจังหวัดสระบุรี ด้านการตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ (Responsiveness) ด้านความเห็นอกเห็นใจผู้รับบริการ (Empathy) จำแนกตามระดับการศึกษา

| ระดับการศึกษา | คุณภาพการบริการอยู่ในระดับต่ำมาก | คุณภาพการบริการอยู่ในระดับต่ำ | P value |
|---|----------------------------------|-------------------------------|--------------------|
| ด้านการตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ (Responsiveness) | | | |
| ไม่มีการศึกษาและระดับประถมศึกษา | 35(19.20) | 103(56.70) | 0.09 ^a |
| สูงกว่าประถมศึกษา | 17(9.30) | 27(14.80) | |
| ด้านความเห็นอกเห็นใจผู้รับบริการ (Empathy) | | | |
| ไม่มีการศึกษาและระดับประถมศึกษา | 3(1.60) | 135(74.20) | 0.01* ^a |
| สูงกว่าประถมศึกษา | 5(2.70) | 39(21.50) | |

* มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

a = Pearson Chi-Square b= Fisher's Exact Test

3.4 ความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนยาที่ได้รับและคุณภาพบริการ

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนยาที่ได้รับ กับคุณภาพการบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิในผู้ป่วยเบาหวานในจังหวัดสระบุรี ด้านความเป็นรูปธรรมของบริการ (Tangibles) ด้านความน่าเชื่อถือไว้วางใจได้ (Reliability) ด้านการให้ความเชื่อมั่นแก่ผู้รับบริการ (Assurance) พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กันดังตารางที่ 20

ตารางที่ 20 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพการบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิในผู้ป่วยเบาหวานในจังหวัดสระบุรี ด้านความเป็นรูปธรรมของบริการ (Tangibles) ด้านความน่าเชื่อถือไว้วางใจได้ (Reliability) ด้านการให้ความเชื่อมั่นแก่ผู้รับบริการ (Assurance) กับจำนวนยาที่ได้รับ

| จำนวนยาที่ได้รับ | การบริการที่ได้รับต่ำกว่าความคาดหวัง | การบริการที่ได้รับเท่าหรือสูงกว่าความคาดหวัง | P value |
|--|--------------------------------------|--|--------------------|
| ด้านความเป็นรูปธรรมของบริการ (Tangibles) | | | |
| น้อยกว่า 4 ชนิด | 47(25.80) | 13(7.20) | 0.943 ^a |

| จำนวนยาที่ได้รับ | การบริการที่ได้รับต่ำกว่าความคาดหวัง | การบริการที่ได้รับเท่าหรือสูงกว่าความคาดหวัง | P value |
|--|--------------------------------------|--|--------------------|
| มากกว่าหรือเท่ากับ 4 ชนิด | 95(52.20) | 27(14.80) | |
| ด้านความน่าเชื่อถือไว้วางใจได้ (Reliability) | | | |
| น้อยกว่า 4 ชนิด | 37(20.30) | 23(12.60) | 0.152 ^a |
| มากกว่าหรือเท่ากับ 4 ชนิด | 88(48.40) | 34(18.70) | |
| ด้านการให้ความเชื่อมั่นแก่ผู้รับบริการ (Assurance) | | | |
| น้อยกว่า 4 ชนิด | 47(25.80) | 13(7.20) | 0.186 ^a |
| มากกว่าหรือเท่ากับ 4 ชนิด | 105(57.70) | 17(9.30) | |

* มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

a = Pearson Chi-Square b= Fisher's Exact Test

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนยาที่ได้รับ กับคุณภาพการบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิในผู้ป่วยเบาหวานในจังหวัดสระบุรี ด้านการตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ ความเห็นอกเห็นใจผู้รับบริการ พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กัน ดังตารางที่ 21

ตารางที่ 21 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพการบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิในผู้ป่วยเบาหวานในจังหวัดสระบุรี ด้านการตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ (Responsiveness) ด้านความเห็นอกเห็นใจผู้รับบริการ (Empathy) กับจำนวนยาที่ได้รับ

| จำนวนยาที่ได้รับ | คุณภาพบริการต่ำกว่าค่าเฉลี่ย | คุณภาพการบริการเท่ากับหรือสูงกว่าค่าเฉลี่ย | P value |
|---|------------------------------|--|--------------------|
| ด้านการตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ (Responsiveness) | | | |
| น้อยกว่า 4 ชนิด | 46(25.30) | 14(7.70) | 0.273 ^a |
| มากกว่าหรือเท่ากับ 4 ชนิด | 84(46.20) | 38(20.80) | |
| ด้านความเห็นอกเห็นใจผู้รับบริการ (Empathy) | | | |
| น้อยกว่า 4 ชนิด | 50(27.50) | 10(5.50) | 0.820 ^a |
| มากกว่าหรือเท่ากับ 4 ชนิด | 100(54.90) | 22(12.10) | |

* มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

a = Pearson Chi-Square b= Fisher's Exact Test

3.5 ความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนครั้งที่เข้ารับบริการและคุณภาพบริการ

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนครั้งที่เข้ารับบริการกับคุณภาพการบริการ เกสซ์กรรมปฐมภูมิในผู้ป่วยเบาหวานในจังหวัดสระบุรี ด้านความเป็นรูปธรรมของบริการ การให้ความเชื่อมั่นแก่ผู้รับบริการ พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กัน ความน่าเชื่อถือไว้วางใจได้พบว่ามี ความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.001$ ดังตารางที่ 22

ตารางที่ 22 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพการบริการเกสซ์กรรมปฐมภูมิในผู้ป่วยเบาหวานในจังหวัดสระบุรี ด้านความเป็นรูปธรรมของบริการ (Tangibles) ด้านความน่าเชื่อถือไว้วางใจได้ (Reliability) ด้านการให้ความเชื่อมั่นแก่ผู้รับบริการ (Assurance) กับจำนวนครั้งที่เข้ามาใช้บริการ

| จำนวนครั้งที่เข้ามาใช้บริการ | การบริการที่ได้รับต่ำกว่าความคาดหวัง | การบริการที่ได้รับเท่าหรือสูงกว่าความคาดหวัง | P value |
|--|--------------------------------------|--|----------------------|
| ด้านความเป็นรูปธรรมของบริการ (Tangibles) | | | |
| น้อยกว่า 10 ครั้งต่อปี | 104(57.10) | 28(15.40) | 0.685 |
| มากกว่าหรือเท่ากับ 10 ครั้งต่อปี | 38(20.90) | 12(6.60) | |
| ด้านความน่าเชื่อถือไว้วางใจได้ (Reliability) | | | |
| น้อยกว่า 10 ครั้งต่อปี | 107(58.80) | 25(13.70) | <0.001* ^a |
| มากกว่าหรือเท่ากับ 10 ครั้งต่อปี | 18(9.90) | 32(17.60) | |
| ด้านการให้ความเชื่อมั่นแก่ผู้รับบริการ (Assurance) | | | |
| น้อยกว่า 10 ครั้งต่อปี | 107(58.80) | 25(13.70) | 0.147 ^a |
| มากกว่าหรือเท่ากับ 10 ครั้งต่อปี | 45(24.70) | 5(2.80) | |

* มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

a = Pearson Chi-Square b= Fisher's Exact Test

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนครั้งที่เข้ามาใช้บริการ กับคุณภาพการบริการ เกสซ์กรรมปฐมภูมิในผู้ป่วยเบาหวานในจังหวัดสระบุรี ด้านการตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ (Responsiveness) พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กัน ด้านความเห็นอกเห็นใจผู้รับบริการ (Empathy) พบว่ามีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p = 0.012$ ดังตารางที่ 23

ตารางที่ 23 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพการบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิในผู้ป่วยเบาหวานในจังหวัดสระบุรี ด้านการตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ ความเห็นอกเห็นใจผู้รับบริการ กับจำนวนครั้งที่เข้ามาใช้บริการ

| จำนวนครั้งที่เข้ามาใช้บริการ | คุณภาพบริการต่ำกว่าค่าเฉลี่ย | คุณภาพการบริการเท่ากับหรือสูงกว่าค่าเฉลี่ย | P value |
|---|------------------------------|--|---------------------|
| ด้านการตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ (Responsiveness) | | | |
| น้อยกว่า 10 ครั้งต่อปี | 91(50.00) | 41(22.60) | 0.227 ^a |
| มากกว่าหรือเท่ากับ 10 ครั้งต่อปี | 39(21.40) | 11(6.00) | |
| ด้านความเห็นอกเห็นใจผู้รับบริการ (Empathy) | | | |
| น้อยกว่า 10 ครั้งต่อปี | 103(56.60) | 29(15.90) | 0.012* ^a |
| มากกว่าหรือเท่ากับ 10 ครั้งต่อปี | 47(25.80) | 3(1.70) | |

* มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

a = Pearson Chi-Square b= Fisher's Exact Test

3.6 ความสัมพันธ์ระหว่างการใช้อินซูลินและคุณภาพบริการ

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพการบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิในผู้ป่วยเบาหวานในจังหวัดสระบุรี ด้านความเป็นรูปธรรมของบริการ (Tangibles) ด้านความน่าเชื่อถือไว้วางใจได้ (Reliability) ด้านการให้ความเชื่อมั่นแก่ผู้รับบริการ (Assurance) กับการใช้อินซูลินพบว่าไม่มีความสัมพันธ์กัน ดังตารางที่ 24

ตารางที่ 24 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพการบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิในผู้ป่วยเบาหวานในจังหวัดสระบุรี ด้านความเป็นรูปธรรมของบริการ (Tangibles) ด้านความน่าเชื่อถือไว้วางใจได้ (Reliability) ด้านการให้ความเชื่อมั่นแก่ผู้รับบริการ (Assurance) กับการใช้อินซูลิน

| การใช้อินซูลิน | การบริการที่ได้รับต่ำกว่าความคาดหวัง | การบริการที่ได้รับเท่าหรือสูงกว่าความคาดหวัง | P value |
|--|--------------------------------------|--|--------------------|
| ด้านความเป็นรูปธรรมของบริการ (Tangibles) | | | |
| ไม่ใช้อินซูลิน | 117(64.30) | 36(19.80) | 0.246 ^a |
| ใช้อินซูลิน | 25(13.70) | 4(2.20) | |

| การใช้อินซูลิน | การบริการที่ได้รับต่ำกว่าความคาดหวัง | การบริการที่ได้รับเท่าหรือสูงกว่าความคาดหวัง | P value |
|--|--------------------------------------|--|--------------------|
| ด้านความน่าเชื่อถือไว้วางใจได้ (Reliability) | | | |
| ไม่ใช้อินซูลิน | 104(57.10) | 49(26.90) | 0.636 ^a |
| ใช้อินซูลิน | 21(11.50) | 8(4.50) | |
| ด้านการให้ความเชื่อมั่นแก่ผู้รับบริการ (Assurance) | | | |
| ไม่ใช้อินซูลิน | 129(70.90) | 24(13.20) | 0.506 ^a |
| ใช้อินซูลิน | 23(12.60) | 6(3.30) | |

* มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

a = Pearson Chi-Square b= Fisher's Exact Test

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการใช้อินซูลินกับคุณภาพการบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิในผู้ป่วยเบาหวานในจังหวัดสระบุรี ด้านการตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ (Responsiveness) ด้านความเห็นอกเห็นใจผู้รับบริการ (Empathy) พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กันดังตารางที่ 25

ตารางที่ 25 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพการบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิในผู้ป่วยเบาหวานในจังหวัดสระบุรี ด้านการตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ (Responsiveness) ด้านความเห็นอกเห็นใจผู้รับบริการ (Empathy) กับการใช้อินซูลิน

| การใช้อินซูลิน | คุณภาพบริการต่ำกว่าค่าเฉลี่ย | คุณภาพการบริการเท่ากับหรือสูงกว่าค่าเฉลี่ย | P value |
|---|------------------------------|--|--------------------|
| ด้านการตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ (Responsiveness) | | | |
| ไม่ใช้อินซูลิน | 108(59.30) | 45(24.70) | 0.564 ^a |
| ใช้อินซูลิน | 22(12.20) | 7(3.80) | |
| ด้านความเห็นอกเห็นใจผู้รับบริการ (Empathy) | | | |
| ไม่ใช้อินซูลิน | 126(69.20) | 27(14.80) | 0.958 ^a |
| ใช้อินซูลิน | 24(13.30) | 5(2.70) | |

* มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

a = Pearson Chi-Square b= Fisher's Exact Test

3.7 ความสัมพันธ์ระหว่างความถี่การเยี่ยมบ้านและคุณภาพบริการ

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความถี่การเยี่ยมบ้าน กับคุณภาพการบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิในผู้ป่วยเบาหวานในจังหวัดสระบุรี ด้านความเป็นรูปธรรมของบริการกับตามความถี่การเยี่ยมบ้าน พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กัน ความน่าเชื่อถือไว้วางใจได้ และการให้ความเชื่อมั่นแก่ผู้รับบริการ พบว่ามีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.001$ และ $p = 0.003$ ตามลำดับ ดังตารางที่ 26

ตารางที่ 26 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพการบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิในผู้ป่วยเบาหวานในจังหวัดสระบุรี ด้านความเป็นรูปธรรมของบริการ (Tangibles) ด้านความน่าเชื่อถือไว้วางใจได้ (Reliability) ด้านการให้ความเชื่อมั่นแก่ผู้รับบริการ (Assurance) กับความถี่การเยี่ยมบ้าน

| ความถี่การเยี่ยมบ้าน | การบริการที่ได้รับต่ำกว่าความคาดหวัง | การบริการที่ได้รับเท่าหรือสูงกว่าความคาดหวัง | P value |
|--|--------------------------------------|--|----------------------|
| ด้านความเป็นรูปธรรมของบริการ (Tangibles) | | | |
| 1 ครั้งต่อปี | 80(44.00) | 28(15.40) | 0.120 ^a |
| 2 ครั้งต่อปี | 62(34.00) | 12(6.60) | |
| ด้านความน่าเชื่อถือไว้วางใจได้ (Reliability) | | | |
| 1 ครั้งต่อปี | 86(47.30) | 22(12.10) | <0.001 ^{*b} |
| 2 ครั้งต่อปี | 39(21.40) | 35(19.20) | |
| ด้านการให้ความเชื่อมั่นแก่ผู้รับบริการ (Assurance) | | | |
| 1 ครั้งต่อปี | 83(45.60) | 25(13.80) | 0.003 ^{*a} |
| 2 ครั้งต่อปี | 69(37.90) | 5(2.70) | |

* มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

a = Pearson Chi-Square b= Fisher's Exact Test

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความถี่การเยี่ยมบ้าน กับคุณภาพการบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิในผู้ป่วยเบาหวานในจังหวัดสระบุรี ด้านการตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ (Responsiveness) กับความถี่การเยี่ยมบ้าน พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กัน ด้านความเห็นอกเห็นใจผู้รับบริการ (Empathy) พบว่ามีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p = 0.048$ ดังตารางที่ 27

ตารางที่ 27 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพการบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิในผู้ป่วยเบาหวานในจังหวัดสระบุรี ด้านการตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ (Responsiveness) ความเห็นอกเห็นใจผู้รับบริการ (Empathy) กับความถี่การเยี่ยมบ้าน

| ความถี่การเยี่ยมบ้าน | คุณภาพบริการต่ำกว่าค่าเฉลี่ย | คุณภาพการบริการเท่ากับหรือสูงกว่าค่าเฉลี่ย | P value |
|---|------------------------------|--|---------------------|
| ด้านการตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ (Responsiveness) | | | |
| 1 ครั้งต่อปี | 82(45.10) | 26(14.30) | 0.133 ^b |
| 2 ครั้งต่อปี | 48(26.40) | 26(14.30) | |
| ด้านความเห็นอกเห็นใจผู้รับบริการ (Empathy) | | | |
| 1 ครั้งต่อปี | 94(51.60) | 14(7.70) | 0.048 ^{*a} |
| 2 ครั้งต่อปี | 56(30.80) | 18(9.90) | |

* มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

a = Pearson Chi-Square b= Fisher's Exact Test

3.8 ความสัมพันธ์ระหว่างการคุมระดับน้ำตาลในเลือดและคุณภาพบริการ

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการคุมระดับน้ำตาลในเลือด กับคุณภาพการบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิในผู้ป่วยเบาหวานในจังหวัดสระบุรี ด้านความเป็นรูปธรรมของบริการ (Tangibles) ด้านความน่าเชื่อถือไว้วางใจได้ (Reliability) พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กัน ด้านการให้ความเชื่อมั่นแก่ผู้รับบริการ (Assurance) พบว่ามีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p=0.001$ ดังตารางที่ 28

ตารางที่ 28 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพการบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิในผู้ป่วยเบาหวานในจังหวัดสระบุรี ด้านความเป็นรูปธรรมของบริการ (Tangibles) ด้านความน่าเชื่อถือไว้วางใจได้ (Reliability) ด้านการให้ความเชื่อมั่นแก่ผู้รับบริการ (Assurance) กับการคุมระดับน้ำตาลในเลือด

| การคุมน้ำตาล | การบริการที่ได้รับต่ำกว่าความคาดหวัง | การบริการที่ได้รับเท่าหรือสูงกว่าความคาดหวัง | P value |
|--|--------------------------------------|--|--------------------|
| ด้านความเป็นรูปธรรมของบริการ (Tangibles) | | | |
| การคุมน้ำตาลได้ | 27(14.80) | 7(3.90) | 0.828 ^a |

| การคุมน้ำตาล | การบริการที่ได้รับต่ำกว่าความคาดหวัง | การบริการที่ได้รับเท่าหรือสูงกว่าความคาดหวัง | P value |
|--|--------------------------------------|--|---------------------|
| การคุมน้ำตาลไม่ได้ | 115(63.20) | 33(18.10) | |
| ด้านความน่าเชื่อถือไว้วางใจ ได้ (Reliability) | | | |
| การคุมน้ำตาลได้ | 23(12.60) | 11(6.10) | 0.885 ^a |
| การคุมน้ำตาลไม่ได้ | 102(56.00) | 46(25.30) | |
| ด้านการให้ความเชื่อมั่นแก่ผู้รับบริการ (Assurance) | | | |
| การคุมน้ำตาลได้ | 22(12.10) | 12(6.60) | 0.001* ^a |
| การคุมน้ำตาลไม่ได้ | 130(71.40) | 18(9.90) | |

* มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

a = Pearson Chi-Square b= Fisher's Exact Test

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการคุมระดับน้ำตาลในเลือด กับคุณภาพการบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิในผู้ป่วยเบาหวานในจังหวัดสระบุรี ด้านการตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ ความเห็นอกเห็นใจผู้รับบริการ พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กันดังตารางที่ 29

ตารางที่ 29 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพการบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิในผู้ป่วยเบาหวานในจังหวัดสระบุรี ด้านการตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ (Responsiveness) ด้านความเห็นอกเห็นใจผู้รับบริการ (Empathy) กับการคุมระดับน้ำตาลในเลือด

| การคุมน้ำตาล | คุณภาพบริการต่ำกว่าค่าเฉลี่ย | คุณภาพการบริการเท่ากับหรือสูงกว่าค่าเฉลี่ย | P value |
|---|------------------------------|--|--------------------|
| ด้านการตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ (Responsiveness) | | | |
| การคุมน้ำตาลได้ | 22(12.10) | 12(6.60) | 0.336 ^a |
| การคุมน้ำตาลไม่ได้ | 108(59.30) | 40(22.00) | |
| ด้านความเห็นอกเห็นใจผู้รับบริการ (Empathy) | | | |
| การคุมน้ำตาลได้ | 27(14.80) | 7(3.80) | 0.610 ^a |
| การคุมน้ำตาลไม่ได้ | 123(67.70) | 25(13.70) | |

* มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

a = Pearson Chi-Square b= Fisher's Exact Test

3.9 ความสัมพันธ์ระหว่างพื้นที่ที่รับบริการและคุณภาพบริการ

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างพื้นที่ที่รับบริการกับคุณภาพการบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิในผู้ป่วยเบาหวานในจังหวัดสระบุรี ด้านความเป็นรูปธรรมของบริการ ความน่าเชื่อถือไว้วางใจได้ ด้านการให้ความเชื่อมั่นแก่ผู้รับบริการ พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กัน ดังตารางที่ 30

ตารางที่ 30 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพการบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิในผู้ป่วยเบาหวานในจังหวัดสระบุรี ด้านความเป็นรูปธรรมของบริการ (Tangibles) ด้านความน่าเชื่อถือไว้วางใจได้ (Reliability) ด้านการให้ความเชื่อมั่นแก่ผู้รับบริการ (Assurance) กับพื้นที่ที่รับบริการ

| พื้นที่ที่รับบริการ | การบริการที่ได้รับต่ำกว่าความคาดหวัง | การบริการที่ได้รับเท่าหรือสูงกว่าความคาดหวัง | P value |
|--|--------------------------------------|--|--------------------|
| ด้านความเป็นรูปธรรมของบริการ (Tangibles) | | | |
| หน่วยบริการในเขตเทศบาล | 78(42.90) | 21(11.5) | 0.785 ^a |
| หน่วยบริการปฐมภูมินอกเขตเทศบาล | 64(35.2) | 19(10.4) | |
| ด้านความน่าเชื่อถือไว้วางใจได้ (Reliability) | | | |
| หน่วยบริการในเขตเทศบาล | 70(38.50) | 29(15.90) | 0.520 ^a |
| หน่วยบริการปฐมภูมินอกเขตเทศบาล | 55(30.20) | 28(15.40) | |
| ด้านการให้ความเชื่อมั่นแก่ผู้รับบริการ (Assurance) | | | |
| หน่วยบริการในเขตเทศบาล | 82(45.10) | 17(9.30) | 0.785 ^a |
| หน่วยบริการปฐมภูมินอกเขตเทศบาล | 70(38.50) | 13(7.10) | |

* มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

a = Pearson Chi-Square b= Fisher's Exact Test

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างพื้นที่ที่รับบริการ กับคุณภาพการบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิในผู้ป่วยเบาหวานในจังหวัดสระบุรี ด้านการตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ ความเห็นอกเห็นใจผู้รับบริการ พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กันดังตารางที่ 31

ตารางที่ 31 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพการบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิในผู้ป่วยเบาหวานในจังหวัดสระบุรี ด้านการตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ (Responsiveness) ด้านความเห็นอกเห็นใจผู้รับบริการ (Empathy) กับพื้นที่ที่รับบริการ

| พื้นที่ที่รับบริการ | คุณภาพบริการต่ำกว่าค่าเฉลี่ย | คุณภาพการบริการเท่ากับหรือสูงกว่าค่าเฉลี่ย | P value |
|---|------------------------------|--|--------------------|
| ด้านการตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ (Responsiveness) | | | |
| หน่วยบริการในเขตเทศบาล | 73(40.10) | 26(14.30) | 0.511 ^b |
| หน่วยบริการปฐมภูมิก่อนเขตเทศบาล | 57(31.30) | 26(14.30) | |
| ด้านความเห็นอกเห็นใจผู้รับบริการ (Empathy) | | | |
| หน่วยบริการในเขตเทศบาล | 82(45.10) | 17(9.30) | 0.874 ^a |
| หน่วยบริการปฐมภูมิก่อนเขตเทศบาล | 68(37.40) | 15(8.20) | |

* มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

a = Pearson Chi-Square b= Fisher's Exact Test

ผลสรุปการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพการบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิในผู้ป่วยเบาหวานในจังหวัดสระบุรี พบว่า จำนวนครั้งที่เข้ามาใช้บริการ และความถี่การเยี่ยมบ้านมีความสัมพันธ์กับด้านความน่าเชื่อถือไว้วางใจได้ (Reliability) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ความถี่การเยี่ยมบ้านและการคุมน้ำตาลมีความสัมพันธ์กับด้านการให้ความเชื่อมั่นแก่ผู้รับบริการ (Assurance) กับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระดับการศึกษา จำนวนครั้งที่เข้ามาใช้บริการ และความถี่การเยี่ยมบ้านมีความสัมพันธ์กับ ด้านความเห็นอกเห็นใจผู้รับบริการ (Empathy) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนปัจจัยอื่นๆ ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพการบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิในผู้ป่วยเบาหวานในจังหวัดสระบุรีด้านต่างๆ ดังตารางที่ 32

ตารางที่ 32 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพการบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิในผู้ป่วยเบาหวานในจังหวัดสระบุรี ความเป็นรูปธรรมของบริการ ความน่าเชื่อถือไว้วางใจได้ การให้ความเชื่อมั่นแก่ผู้รับบริการ การตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ ความเห็นอกเห็นใจผู้รับบริการ จำแนกตามปัจจัยที่ศึกษา

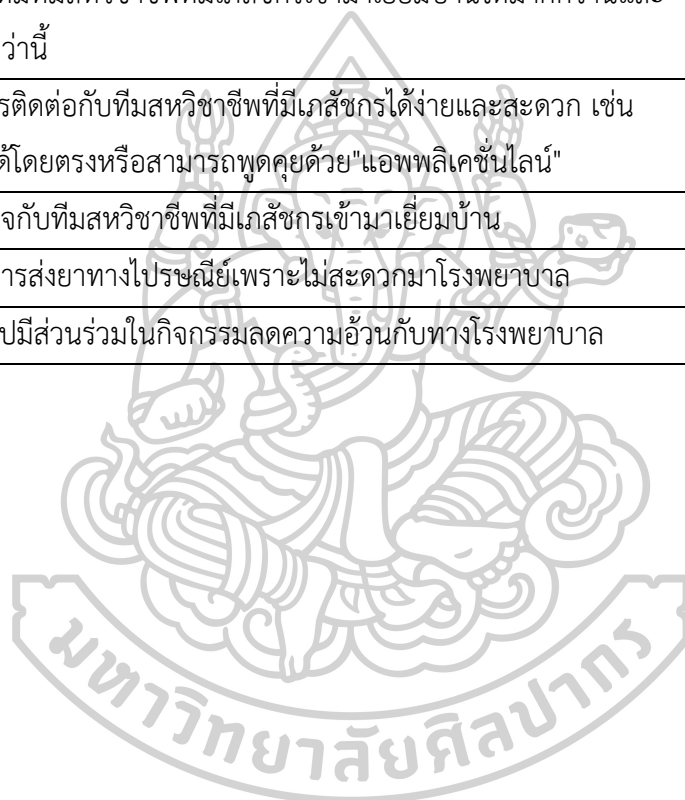
| ปัจจัยที่ศึกษา | ด้านความเป็นรูปธรรมของบริการ (Tangibles) | ด้านความน่าเชื่อถือไว้วางใจได้ (Reliability) | ด้านการให้ความเชื่อมั่นแก่ผู้รับบริการ (Assurance) | ด้านการตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ (Responsiveness) | ด้านความเห็นอกเห็นใจผู้รับบริการ (Empathy) |
|------------------------------|--|--|--|---|--|
| เพศ | 0.615 | 0.870 | 0.585 | 0.816 | 0.217 |
| อายุ | 0.775 | 0.262 | 0.611 | 0.487 | 0.101 |
| การศึกษา | 0.779 | 0.407 | 0.906 | 0.090 | 0.010* |
| จำนวนยาที่ได้รับ | 0.943 | 0.152 | 0.186 | 0.273 | 0.820 |
| จำนวนครั้งที่เข้ามารับบริการ | 0.685 | <0.001* | 0.147 | 0.227 | 0.012* |
| การใช้อินซูลิน | 0.246 | 0.636 | 0.506 | 0.564 | 0.958 |
| ความถี่การเยี่ยมบ้าน | 0.120 | <0.001* | 0.003* | 0.133 | 0.048* |
| การคุมน้ำตาล | 0.828 | 0.885 | 0.001* | 0.336 | 0.610 |
| พื้นที่อยู่อาศัย | 0.785 | 0.520 | 0.785 | 0.511 | 0.874 |

ข้อเสนอแนะจากผู้ตอบแบบสอบถามมีผู้ให้ข้อเสนอแนะจำนวน 17 คนคิดเป็นร้อยละ 8.34 จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ส่วนใหญ่มีข้อเสนอแนะว่าอยากให้มีให้มีทีมสหวิชาชีพที่มีเภสัชกรเข้ามาเยี่ยมบ้านให้มากกว่านี้และบ่อยครั้งมากกว่านี้จำนวน 10 คนคิดเป็นร้อยละ 58.82 จากผู้ให้ข้อเสนอแนะในแบบสอบถาม รองลงมา อยากให้การติดต่อกับทีมสหวิชาชีพที่มีเภสัชกรได้ง่ายและสะดวก เช่นการโทรศัพท์ ได้โดยตรงหรือสามารถพูดคุยด้วย"แอปพลิเคชันไลน์" จำนวน 8 คนคิดเป็นร้อยละ 47.06 จากผู้ให้ข้อเสนอแนะในแบบสอบถาม รู้สึกพึงพอใจกับทีมสหวิชาชีพที่มีเภสัชกรเข้ามาเยี่ยมบ้าน จำนวน 7 คนคิดเป็นร้อยละ 41.18 จากผู้ให้ข้อเสนอแนะในแบบสอบถาม อยากให้มีการส่งยาทางไปรษณีย์เพราะไม่สะดวกมาโรงพยาบาล จำนวน 4 คนคิดเป็นร้อยละ 23.53 และ

จากผู้ให้ข้อเสนอแนะในแบบสอบถาม อยากออกไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมลดความอ้วนกับทางโรงพยาบาล จำนวน 3 คนคิดเป็นร้อยละ 17.65 จากผู้ให้ข้อเสนอแนะในแบบสอบถาม ดังตารางที่ 31

ตารางที่ 33 ข้อเสนอแนะ

| ข้อเสนอแนะ | จำนวน (n=17) | ร้อยละ |
|--|-----------------|--------|
| 1. อยากให้มีทีมสหวิชาชีพที่มีเภสัชกรเข้ามาเยี่ยมบ้านให้มากกว่านี้และบ่อยครั้งมากกว่านี้ | 10 | 58.82 |
| 2. อยากให้การติดต่อกับทีมสหวิชาชีพที่มีเภสัชกรได้ง่ายและสะดวก เช่น การโทรศัพท์ได้โดยตรงหรือสามารถพูดคุยด้วย"แอปพลิเคชันไลน์" | 8 | 47.06 |
| 3. รู้สึกพึงพอใจกับทีมสหวิชาชีพที่มีเภสัชกรเข้ามาเยี่ยมบ้าน | 7 | 41.18 |
| 4. อยากให้มีการส่งยาทางไปรษณีย์เพราะไม่สะดวกมาโรงพยาบาล | 4 | 23.53 |
| 5. อยากออกไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมลดความอ้วนกับทางโรงพยาบาล | 3 | 17.65 |



บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษานี้จะแบ่งการนำเสนอเป็น 3 ส่วน ดังนี้

สรุปผลการวิจัย

อภิปรายผล

ข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 182 คน กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง 145 คน (ร้อยละ 79.70) ส่วนใหญ่คืออายุ 60-69 ปี (ร้อยละ 29.70) ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ ประถมศึกษาจำนวน 128 คน (ร้อยละ 70.30) ค่า HbA1c เฉลี่ย 8.02 ± 2.02 ความถี่ในการนัดรับยาโรคเรื้อรังที่หน่วยบริการปฐมภูมิ โดยเฉลี่ย 8.16 ± 5.08 ครั้งต่อปี ภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานแบบเรื้อรัง ส่วนใหญ่เป็นปัญหาด้านสายตา และขาชา ร้อยละ 2.70 ความถี่ในการนัดรับยาโรคเรื้อรังที่หน่วยบริการปฐมภูมิ โดยเฉลี่ย 8.16 ± 5.08 ครั้ง/ปี

คุณภาพการบริการด้านความเป็นรูปธรรมของบริการ (Tangibles) ด้านความน่าเชื่อถือไว้วางใจได้ (Reliability) ด้านการให้ความเชื่อมั่นแก่ผู้รับบริการ (Assurance) ไม่มีปัญหาคุณภาพการบริการ ส่วนคุณภาพการบริการด้านการตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ (Responsiveness) และด้านความเห็นอกเห็นใจผู้รับบริการ (Empathy) มีระดับคุณภาพการบริการที่ไม่ดี ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพการบริการคือระดับการศึกษา จำนวนครั้งที่เข้ามาใช้บริการ ความถี่ในการเยี่ยมบ้าน การคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้

อภิปรายผล

การบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิในผู้ป่วยเบาหวานในจังหวัดสระบุรีดำเนินการในรูปแบบการจัดคลินิกโรคเรื้อรังหน่วยบริการปฐมภูมิเดือนละ 1 ครั้ง ผู้ป่วยโรคเบาหวานจะต้องมารับยาที่หน่วยบริการปฐมภูมิ โดยมีเภสัชกรและเจ้าพนักงานเภสัชกรรมให้บริการเภสัชกรรม จ่ายยา แนะนำการใช้ยา ค้นหาปัญหาและแก้ไขปัญหาการใช้ของผู้ป่วย รวมถึงเภสัชกรและทีมสหวิชาชีพจะติดตามผู้ป่วยโดยการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย ที่ไม่สามารถคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ผู้ป่วยที่รับประทานยาไม่ถูกต้อง ผู้ป่วยที่มียาหลายรายการ ผู้ป่วยสูงอายุที่ไม่มีผู้ดูแล ผู้ป่วยติดเตียง ผู้ป่วยที่เข้ารับบริการคลินิกโรคเรื้อรังจะได้พบแพทย์เพื่อตรวจรักษา ปรับเปลี่ยนยา แจ้งผลตรวจเลือดเพียงปีละ 1 ครั้ง ดังนั้นเภสัชกรจึงมีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นหลักการประเมินคุณภาพการบริการเภสัชกรรม

ปฐมภูมิจึงเป็นสิ่งที่จำเป็น คุณภาพการบริการที่ดีจะนำมาซึ่งความพึงพอใจของผู้ป่วย และนำไปสู่ความตั้งใจในพฤติกรรมดูแลสุขภาพ ไม่ว่าจะเป็นความร่วมมือในการใช้ยา การดูแลอาหารที่เหมาะสมกับผู้ป่วยเบาหวาน ดังจะเห็นได้จากการศึกษาของก้องเกียรติ สำอางศรี และคณะ [47] ที่พบว่าทำให้การบริหารทางเภสัชกรรมโดยการออกเยี่ยมบ้าน ช่วยทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความรู้และทัศนคติที่ถูกต้องในการดูแลตนเอง ให้ความร่วมมือในการรักษาเพิ่มขึ้นและผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น

ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิ มีความเชื่อมั่นในการรับบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิของจังหวัดสระบุรีอย่างมากในมาตรฐานและความปลอดภัยของยาที่ได้รับ มั่นใจว่าเภสัชกรมีอุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้อโรคเป็นอย่างดี การประเมินด้านรูปธรรมของการให้บริการพบว่าเภสัชกรมีการแต่งกายเหมาะสม สถานที่ให้บริการเภสัชกรรมปฐมภูมิมีความเหมาะสมดี

ระดับคุณภาพบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิในผู้ป่วยเบาหวานที่ยังคงเป็นปัญหาอยู่พอสมควรคือคุณภาพการบริการในด้านการตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ สำหรับในด้านการตอบสนองความต้องการต่อผู้รับบริการ การศึกษานี้พบว่าผู้รับบริการมีความคาดหวังเกี่ยวกับความพร้อมและความเต็มใจในการให้บริการ การบริการด้วยท่าทางที่ยิ้มแย้ม ต้อนรับผู้ป่วย และด้านการสื่อสารของเภสัชกร รวมถึงการตอบคำถามต่างๆด้านสุขภาพ การอธิบายรายละเอียดต่างๆในการให้บริการ

นอกจากด้านการตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการแล้ว ยังพบปัญหาเกี่ยวกับคุณภาพบริการด้านความเห็นอกเห็นใจผู้รับบริการ ผลการศึกษาสะท้อนว่า ผู้ป่วยมีความคาดหวังให้เภสัชกรทำความรู้จักกับผู้ป่วยมากกว่านี้ อยากให้ผู้ป่วยจำชื่อได้ การปฏิบัติงานด้านเภสัชกรรมปฐมภูมิที่ผ่านมาเภสัชกรยังทำความรู้จักผู้ป่วยไม่ถี่ ทำให้ผู้ป่วยอาจจะยังไม่เชื่อใจในตัวเภสัชกร และอาจจะกระทบต่อการให้ข้อมูลข้อเท็จจริงต่างๆที่เป็นประโยชน์ต่อแผนการรักษา นอกจากนี้ผู้ป่วยยังต้องการให้เภสัชกรมีความเอื้ออาทรต่อผู้ป่วย มีความเห็นอกเห็นใจผู้ป่วยมากขึ้น ดังจะเห็นได้ว่าประเด็นต่างๆเหล่านี้ผู้รับบริการมีความคาดหวังในระดับสูงและยังไม่ได้รับบริการในระดับที่คาดหวัง

ดังนั้นจะเห็นได้ว่าแนวทางส่งเสริมและสนับสนุนให้เภสัชกรที่ปฏิบัติงานด้านเภสัชกรรมปฐมภูมิเข้ารับการอบรมหลักสูตรเภสัชกรครอบครัว (Family Pharmacy Training) ที่จัดโดยสภาเภสัชกรรมหรือองค์กรวิชาชีพต่างๆ เนื่องจากจะช่วยทำให้เภสัชกรที่ปฏิบัติงานด้านเภสัชกรรมปฐมภูมิเข้าใจบทบาทของในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม ซึ่งครอบคลุมทั้งสภาพร่างกาย สภาพจิตใจ และสภาพสังคมแวดล้อม เพื่อให้เกิดความรู้ความชำนาญในการบริหารทางเภสัชกรรมแบบองค์รวม (Holistic Pharmaceutical Care) โดยอาศัยโดยอาศัยกิจกรรมการเยี่ยมบ้านที่มีการจัดการระบบการดูแลติดตามการใช้ยาของผู้ป่วยในชุมชน [52] ทั้งนี้เพื่อให้เกิดความปลอดภัยในการใช้ยา ตลอดจนติดตามแก้ไขและสะท้อนปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วย ด้วยความเห็นอกเห็นใจ และด้วยหัวใจของความเป็นเพื่อนมนุษย์ ซึ่งนอกจากเภสัชกรครอบครัวจะให้ความห่วงใยใส่ใจ

ในการใช้ยาของผู้ป่วยแล้วยังครอบคลุมถึงการดูแลในระดับครอบครัวและชุมชนอีกด้วย นอกจากนี้ควรนำแนวทางการประเมินตาม INHOMESSS เพื่อประเมินปัญหาผู้ป่วยวินิจฉัยปัญหาใหม่อาจที่จะเกิดขึ้น วางแผนและให้การช่วยเหลือร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัวควรมีการเก็บข้อมูลและให้การช่วยเหลือเป็นเทคนิคในการเยี่ยมบ้าน ได้แก่ การสัมภาษณ์ ควรใช้คำถามปลายเปิด ฟังด้วยความตั้งใจ อยู่ยาร้อนหรือขัดจังหวะ การสังเกต ในสิ่งที่ผู้ป่วยและครอบครัวทำ สังเกตสภาพสิ่งแวดล้อมบ้าน และเพื่อนบ้าน การให้คำแนะนำและให้คำปรึกษา รวมถึง การใช้จิตบำบัด กรณีที่แพทย์ไม่มีเวลา การใช้เวลาประมาณ 15 นาทีในการสัมภาษณ์ และบำบัดจิตใจผู้ป่วยไปในเวลาเดียวกัน เช่น การใช้แบบประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Barthel ADL Index) โดยในแบบประเมินนี้ได้นำ 10 กิจวัตรประจำวันพื้นฐานมาแปลงเป็นคะแนนเพื่อให้ง่ายต่อการติดตามความก้าวหน้า ได้แก่ การกินอาหาร (Feeding) สุขอนามัยส่วนบุคคล (Grooming) การเคลื่อนย้าย (Transfer) การใช้ห้องสุขา (Toilet use) การเคลื่อนที่ (Motility) การแต่งตัว (Dressing) การขึ้นลงบันได 1 ชั้น (Stairs) การอาบน้ำ (Bathing) การกลั้นอุจจาระ (Bowels) การกลั้นปัสสาวะ (Bladder) ซึ่งสามารถคำนวณคะแนนเพื่อแปลผลเป็นระดับในการช่วยเหลือตัวเอง การต้องพึ่งพิงผู้อื่น แพทย์สามารถสังเกตกิจวัตรประจำวันได้หรือขอร่องให้ผู้ป่วยทำให้อ่าน หากพบว่ามีปัญหาในการฟังฟังสูงจะให้การแนะนำเพื่อแก้ไขปัญหให้กับผู้ป่วยและครอบครัวต่อไป

นอกจากนั้นการพูดคุย สื่อสาร และให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วย นอกเหนือจากการใช้ยาอย่างถูกต้องเหมาะสม และปลอดภัยแล้ว เกสซ์กรควรวิเคราะห์ในด้านอื่น ๆ ด้วย เช่น การฟังให้ได้ IFFE (Idea, Feeling, Function, Expectation) ยกตัวอย่างเช่น I – Idea (ความคิด) ผู้ป่วยคิดอย่างไรกับยาตัวที่ได้รับ, F – Feeling (อารมณ์และความรู้สึก) ผู้ป่วยรับประทานยาหรือใช้ยาแล้วรู้สึกอย่างไรบ้าง, F – Function (สมรรถภาพทั่วไป) เมื่อผู้ป่วยรับประทานยาหรือใช้ยาไปแล้วเป็นอย่างไร และ E – Expectation (ความคาดหวัง) ผู้ป่วยมีความคาดหวังอย่างไรเกี่ยวกับการรับประทานยาหรือใช้ยา ควรปฏิบัติตามหลักการแนวทางการเยี่ยมบ้าน เกสซ์กรปฐมภูมิควรมีความเข้าใจมุมมองและวิธีการใช้ชีวิตของผู้ป่วยซึ่งส่งผลกระทบต่อการใช้ยา รวมถึงต้องสามารถสร้างความสัมพันธ์ที่ดี (Therapeutic Relationship) เพื่อให้ผู้ป่วยมีความเชื่อใจซึ่งกันและกัน มีความสบายใจ และสามารถตัดสินใจร่วมกับเกสซ์กรได้ ก่อให้เกิดการยอมรับ แล้วตัวผู้ป่วยเองก็จะพร้อมที่จะเปลี่ยนแปลงหรือปรับปรุงพฤติกรรมด้วยความเต็มใจตามคำแนะนำของเกสซ์กร

ระบบการให้บริการเกสซ์กรปฐมภูมิของจังหวัดสระบุรี จะมีเกณฑ์ในการเลือกผู้ป่วยที่มีแนวโน้มจะมีปัญหาการใช้ยา เช่น ผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ผู้ป่วยที่มียาจำนวนรายการมาก ผู้ป่วยติดเตียง แต่จากผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมีความคาดหวังให้เกสซ์กรติดตามเยี่ยมบ้านสม่ำเสมอ รวมถึงมีความคาดหวังที่จะสามารถติดต่อเกสซ์กรได้ตลอดทางโทรศัพท์ ผลการศึกษาคุณภาพบริการในส่วนนี้อาจนำมาวางแผนในการจัดการการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเพื่อให้เกิดความต่อเนื่อง (Continuity)

ความสม่ำเสมอในการให้บริการ แต่เนื่องจากภาระงานของเภสัชกรและจำนวนเภสัชกรอาจเป็นข้อจำกัดต่อการติดตามเยี่ยมบ้านอย่างสม่ำเสมอ ทำให้ต้องมีการพัฒนาวิธีการสื่อสารกับผู้ป่วยช่องทางอื่นๆ เช่น ระบบเภสัชกรรมทางไกล (telepharmacy) หรือการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยผ่านวิดีโอคอลหรือแอปพลิเคชัน

นอกจากนี้ ผลการศึกษายังนำมาพัฒนาปรับปรุงคุณภาพบริการในส่วนการให้บริการเภสัชกรรมที่คลินิกผู้ป่วยเรื้อรัง โดยระบุระยะเวลาการให้บริการเภสัชกรรมปฐมภูมิของเภสัชกรให้ชัดเจน เนื่องจากผู้ป่วยไม่ทราบถึงช่วงเวลาการให้บริการด้านเภสัชกรรมที่แตกต่างจากการมาเจาะเลือดที่เริ่มเปิดบริการก่อนการบริการเภสัชกรรม

ผลการศึกษาในครั้งนี้ เมื่อเปรียบเทียบกับงานวิจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวกับการให้บริการเภสัชกรรมปฐมภูมิพบว่ามีความสอดคล้องกับงานวิจัยของ สุนันทา ยอดเนร ปี 2551 [6] ที่พบว่า ความคาดหวังกับการรับรู้คุณภาพการบริการหลังใช้บริการของผู้ใช้บริการ แตกต่างกันในด้านการตอบสนองต่อผู้ที่มารับบริการ และด้านความเข้าใจผู้ที่มารับบริการ และสอดคล้องกับ ภัทธจารินทร์ คุณารูป, สายหยุด มุลเพ็ชร และจิตติมา กัตัญญู [32] พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความคาดหวังมากกว่าค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ต่อบริการ แสดงให้เห็นว่าผู้รับบริการไม่พึงพอใจต่อบริการที่ได้รับ เนื่องจากผู้ป่วยต้องการให้เภสัชกรมีความพร้อมในการให้บริการ เต็มใจให้บริการ มีการสื่อสารที่ดี สามารถอธิบายรายละเอียดในให้บริการทุกครั้ง ตอบคำถามได้ชัดเจน มีหน้าตาท่าทางที่ยิ้มแย้มต้อนรับผู้ป่วยเป็นอย่างดี เป็นต้น

ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพการบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิในผู้ป่วยเบาหวานในจังหวัดสระบุรี สอดคล้องกับงานวิจัยของ สุนันทา ยอดเนร ปี 2551 [6] ที่พบว่าปัจจัยที่ทำให้ระดับการรับรู้และความคาดหวังมีความแตกต่างกันได้แก่ ระดับการศึกษา ระยะทางเดินทางมาสถานพยาบาล จำนวนครั้งในการเข้ารับการรักษาพยาบาล เนื่องจากปัจจัยเหล่านี้มีผลต่อการเยี่ยมบ้านของเภสัชกร แต่ปัจจัยอื่นๆ ผู้วิจัยไม่นำมารายงานผลเนื่องจากทดสอบสถิติแล้วไม่พบความสัมพันธ์ สำหรับตัวแปรการศึกษาผู้วิจัยพบว่าผู้ที่มีการศึกษาระดับต่ำต้องการความเข้าใจต้องการความเอาใจใส่มากกว่าคนมีการศึกษาสูง ตัวแปรจำนวนครั้งที่เข้ามาใช้บริการและความถี่การเยี่ยมบ้านผู้วิจัยพบว่าในกลุ่มที่ได้รับ การเยี่ยมบ้านบ่อยครั้งและมาพบแพทย์สม่ำเสมอเนื่องจากผู้ป่วยได้รับคำปรึกษาในเรื่องการดูแลสุขภาพได้ มีเบอร์โทรศัพท์ของเภสัชกรสามารถติดต่อได้ทำให้เกิดการตอบสนองความรู้สึกได้ตามที่คาดหวังไว้

ข้อเสนอแนะ

1. การบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิพบว่ายังมีช่องว่างว่าคุณภาพการให้บริการ ด้านการตอบสนองต่อผู้ที่มารับบริการ และด้านความเข้าใจผู้ที่มารับบริการ ดังนั้นควรหาวิธีการเพื่อลดช่องว่างนี้ เช่น ให้

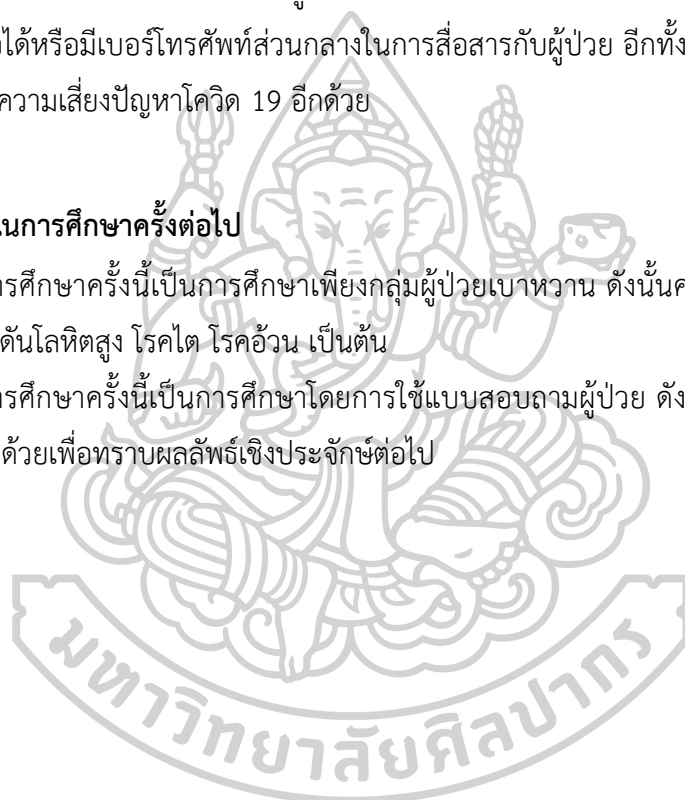
เบอร์ติดต่อเภสัชกรไว้ ควรมีการเยี่ยมบ้านบ่อยและจำนวนมากครั้ง เภสัชกรควรแสดงความเป็นมิตร การเอาใจใส่ การจำชื่อผู้ป่วย เป็นต้น

2. ระดับคุณภาพตามความคาดหวังของผู้รับบริการ 3 ลำดับสุดท้าย พบว่า เภสัชกรมีการติดตามเยี่ยมบ้านสม่ำเสมอ รองลงมา มีเบอร์โทรศัพท์ของเภสัชกรสามารถติดต่อได้ตลอด และ ความแออัดบริเวณจุดจ่ายยาคลินิกโรคเรื้อรังของหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามลำดับ นั้นแสดงให้เห็นว่าจำนวนครั้งในการติดตามเยี่ยมบ้านยังน้อยอยู่ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยว่าความถี่ในการได้รับการเยี่ยมบ้าน 1 ครั้ง/ปี ร้อยละ 59.30 ดังนั้นควรมีส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการออกเยี่ยมผู้ป่วยมากขึ้นเพื่อรับฟังปัญหาของผู้ป่วยและให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยได้ทันที่ รวมถึงควรให้เบอร์โทรศัพท์ของเภสัชกรสามารถติดต่อได้หรือมีเบอร์โทรศัพท์ส่วนกลางในการสื่อสารกับผู้ป่วย อีกทั้งควรมีการจัดระเบียบจุดจ่ายยาเพื่อลดความเสี่ยงปัญหาโควิด 19 อีกด้วย

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเพียงกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน ดังนั้นควรศึกษาโรคเรื้อรังอื่นๆ เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคไต โรคอ้วน เป็นต้น

2. การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาโดยใช้แบบสอบถามผู้ป่วย ดังนั้นควรมีการวัดผลลัพธ์ทางคลินิกร่วมด้วยเพื่อทราบผลลัพธ์เชิงประจักษ์ต่อไป





ภาคผนวก



ภาคผนวก ก
แบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามเพื่อการวิจัย

เรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพการให้บริการเภสัชกรรมปฐมภูมิในผู้ป่วยเบาหวานในจังหวัดสระบุรี

คำชี้แจง

แบบสอบถามฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการทำวิทยานิพนธ์ในระดับปริญญาโท หลักสูตรเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร

แบบสอบถามมีทั้งหมด 3 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป จำนวน 3 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลสุขภาพ จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้ ความคาดหวัง ของผู้ป่วยเบาหวานต่อการบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิในผู้ป่วยเบาหวานในจังหวัดสระบุรี จำนวน 28 ข้อ

ส่วนที่ 4 ข้อเสนอแนะอื่น ๆ

ขอบคุณทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

นายทรงวุฒิ สารจันทิก

นักศึกษาหลักสูตรเภสัชศาสตร์มหาบัณฑิต

สาขาเภสัชศาสตร์สังคมและการบริหาร มหาวิทยาลัยศิลปากร



ID.....

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง โปรดเติมเครื่องหมาย ✓ ลงใน หรือเติมข้อความในช่องว่างตามความเป็นจริง

1. เพศ

1. ชาย

2. หญิง

2. อายุ.....ปี

3. การศึกษา

1. ไม่ได้รับการศึกษา 2. ประถมศึกษา 3. มัธยมศึกษา

4. อนุปริญญา 5. ปริญญาตรีหรือสูงกว่า

ส่วนที่ 2 ข้อมูลสุขภาพ

คำชี้แจง โปรดเติมเครื่องหมาย ✓ ลงใน หรือเติมข้อความในช่องว่างตามความเป็นจริง
(ข้อ 1-7 ผู้วิจัยกรอกข้อมูลจากแฟ้มประวัติผู้ป่วย)

1. ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน ปี

2. น้ำหนักกิโลกรัม

3. ส่วนสูงเซนติเมตร

4. รอบเอว.....เซนติเมตร

5. โรคประจำตัว/โรคร่วม 1. ไม่มี 2. มี

1. โรคความดันโลหิตสูงปี 2. โรคหัวใจปี

3. โรคเก๊าท์.....ปี

4. ไขมันในเลือดสูงปี 5. อื่น ๆ (โปรดระบุ).....

6. ยาที่รับประทานในปัจจุบัน (ผู้วิจัยกรอกข้อมูลจากแฟ้มประวัติผู้ป่วย)

1. Glibenclamide ขนาดยา.....mg. วิธีรับประทานยา.....
2. Losartan ขนาดยา.....mg. วิธีรับประทานยา.....
3. Gliclazide ขนาดยา.....mg. วิธีรับประทานยา.....
4. Simvastatin ขนาดยา.....mg. วิธีรับประทานยา.....
5. Glipizide ขนาดยา.....mg. วิธีรับประทานยา.....
6. Aspirin ขนาดยา.....mg. วิธีรับประทานยา.....
7. Metformin ขนาดยา.....mg. วิธีรับประทานยา.....
8. Enalapril ขนาดยา.....mg. วิธีรับประทานยา.....
9. อื่นๆ (โปรดระบุ).....

7. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เกี่ยวข้อง (ผู้วิจัยกรอกข้อมูลจากแฟ้มประวัติผู้ป่วย)

Total Cholesterol.....mg/dl

LDL Cholesterol.....mg/dl

HDL Cholesterol.....mg/dl

Triglyceride.....mg/dl

Uric acid.....mg/dl

8. ภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน

1. ไม่มี 2. มี (ตอบได้หลายข้อ)

8.1. ภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานแบบเฉียบพลัน

1. ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ เช่น อาการสั่นและอ่อนเพลีย (เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล)
.....ครั้ง/ปี

2. ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง เช่น มีอาหารเหนียว หรืออ่อนล้าผิดปกติ หิวโหย ออยากทานอาหารมากขึ้น กระจายน้ำบ่อย ปัสสาวะบ่อย สายตาพร่ามัว ตาลาย ปวดมวนในท้อง อย่างไรก็ตามสาเหตุ ผิวแห้ง และคัน ปวดศีรษะ ปวดเมื่อยตัว เหมือนคนเป็นไข้หวัด (เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล).....ครั้ง/ปี

8.2. ภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานแบบเรื้อรัง

1. ปัญหาด้านสายตา 2. ไตวาย 5. ขาชา 4. อัมพาต
5. แผลเน่า โดยเฉพาะบริเวณเท้า 7. อื่น ๆ ระบุ.....

9. ความถี่ในการนัดรับยาโรคเรื้อรังที่หน่วยบริการปฐมภูมิ..... ครั้ง/ปี

10. ความถี่ในการรับการเยี่ยมบ้านครั้ง/ปี

ส่วนที่ 3 การรับรู้ ความคาดหวัง ของผู้ป่วยเบาหวานต่อการบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิ ในผู้ป่วยเบาหวานในจังหวัดสระบุรี

คำชี้แจง : โปรดพิจารณาข้อความต่อไปนี้ที่ท่านคาดหวังและได้รับรู้จากการบริการคลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดสระบุรีและโปรดทำเครื่องหมาย ลงใน ช่องว่างข้อความที่สอดคล้องกับที่ตรงกับความคาดหวังและการรับรู้ของท่านมากที่สุดเพียงหนึ่งหมายเลขเท่านั้นโดยแต่ละหมายเลขมีความหมายดังต่อไปนี้

คำนิยาม:

ความคาดหวังหมายถึงบริการเภสัชกรรมที่ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการคลินิกโรคเบาหวานในหน่วยบริการปฐมภูมิในจังหวัดสระบุรีคาดหวังว่าจะได้รับจากการมารับบริการ ด้านรูปธรรมของการบริการ (Tangibles)ด้านความเชื่อถือไว้วางใจ (Reliability) ด้านการตอบสนองต่อผู้รับบริการ (Responsiveness) ด้านการให้ความมั่นใจในบริการ (Assurance) ด้านความเห็นอกเห็นใจต่อผู้รับบริการ (Empathy)

การรับรู้หมายถึง บริการเภสัชกรรมที่ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการคลินิกโรคเบาหวานในหน่วยบริการปฐมภูมิในจังหวัดสระบุรีรับรู้ได้ซึ่งได้มาจากด้านรูปธรรมของการบริการ (Tangibles) ด้านความเชื่อถือไว้วางใจ (Reliability) ด้านการตอบสนองต่อผู้รับบริการ (Responsiveness) ด้านการให้ความมั่นใจในบริการ (Assurance) ด้านความเห็นอกเห็นใจต่อผู้รับบริการ (Empathy)

| การรับรู้ ความคาดหวัง และความพึงพอใจของผู้ป่วย เบาหวานต่อการดำเนินงานเภสัชกรรมปฐมภูมิ | ความพึงพอใจต่อคุณภาพบริการ | | | | | | | | | |
|--|--------------------------------------|---|---|---|---|---------------------------------------|---|---|---|---|
| | ระดับความคาดหวัง ก่อนได้รับบริการ | | | | | ระดับการรับรู้ ภายหลังได้รับบริการ | | | | |
| | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 2. เภสัชกรพยายามทำความรู้จักผู้ป่วย | | | | | | | | | | |
| 3. เภสัชกรสามารถจำชื่อผู้ป่วยได้ | | | | | | | | | | |
| 4. เภสัชกรมีความเอื้ออาทรต่อผู้ป่วย | | | | | | | | | | |

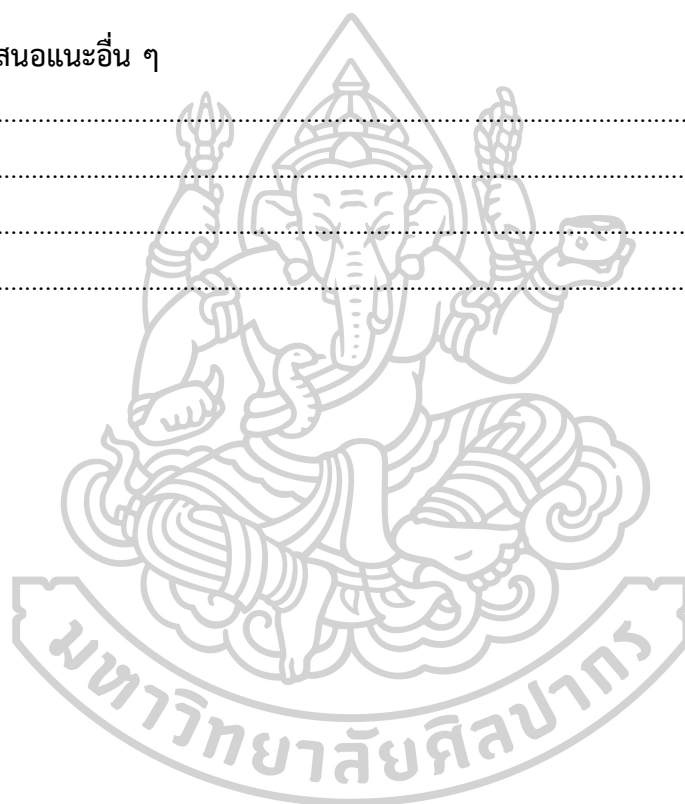
ส่วนที่ 4 ข้อเสนอแนะอื่น ๆ

.....

.....

.....

.....





รายนามผู้เชี่ยวชาญในการตรวจแบบสอบถาม

| รายชื่อ | สถานที่ทำงาน |
|--------------------------------|---|
| 1. ภก.ผศ.ดร.บุรินทร์ ต ศรีวงษ์ | คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร วิทยาเขตพระราชวังสนามจันทร์ |
| 2. ภก.วิฑูรย์ ชัยธีรศักดิ์ | กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลมวกเหล็ก |
| 3. ภญ.จันทร์จรรย์ ดอกบัว | กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลปทุมราชวงศา |





บันทึกข้อความ

ส่วนงาน ฝ่ายบัณฑิตศึกษา คณะเภสัชศาสตร์

โทร. 208252

ที่ อว 8614/ 2217

วันที่ 30 ตุลาคม 2563

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เรียน ภก.มศ.ดร.บุรินทร์ ต.ศรีวงษ์

ด้วย นายทรงวุฒิ สารจันทิก รหัสนักศึกษา 60362203 นักศึกษาหลักสูตรเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเภสัชศาสตร์สังคมและการบริหาร คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร ได้รับอนุมัติให้ทำวิทยานิพนธ์เรื่อง "ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพการบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิในผู้ป่วยเบาหวานในจังหวัดสระบุรี" ซึ่งงานวิจัยอยู่ในขั้นตอนการตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย โดยมี ภก.มศ.ดร.ภานุพัฒน์ ทุ่มพุกษ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ในการนี้ คณะวิชา ขอความอนุเคราะห์จากท่านในการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา ความเหมาะสมของภาษาของแบบสอบถาม และให้ข้อเสนอแนะต่างๆ เพื่อใช้เป็นแนวทางการปรับปรุงเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเพื่อทำการวิจัยต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ คณะวิชา หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านด้วยดี จึงขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

วาทะ บุญช่วยเหลือ.

(เภสัชกรหญิง ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วราณี บุญช่วยเหลือ)

ผู้ช่วยคณบดีฝ่ายวิชาการ (บัณฑิตศึกษา)



ที่ อว 8614/ 2 265

คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร
วิทยาเขตพระราชวังสนามจันทร์
อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม ๗๓๐๐๐

30 ตุลาคม 2563

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เรียน เภสัชกรวิฑูรย์ ชัยธีรศักดิ์

ด้วย นายทรงวุฒิ สารจันทิก รหัสนักศึกษา 60362203 นักศึกษาหลักสูตรเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเภสัชศาสตร์สังคมและการบริหาร คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร ได้รับอนุมัติให้ทำวิทยานิพนธ์เรื่อง “ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพการบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิในผู้ป่วยเบาหวานในจังหวัดสระบุรี” ซึ่งงานวิจัยอยู่ในขั้นตอนการตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย โดยมี ภก.ศศ.ดร.ภานุพัฒน์ พุ่มพฤกษ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ในการนี้ คณะวิชา ใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่านในการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาความเหมาะสมของภาษาของแบบสอบถาม และให้ข้อเสนอแนะต่างๆ เพื่อใช้เป็นแนวทางการปรับปรุงเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเพื่อทำการวิจัยต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ คณะวิชา หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านด้วยดี จึงขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

วาทะ บุญช่วยเหลือ

(เภสัชกรหญิง ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วาทะ บุญช่วยเหลือ)
ผู้ช่วยคณบดีฝ่ายวิชาการ (บัณฑิตศึกษา)
ปฏิบัติการแทน คณบดีคณะเภสัชศาสตร์

สำนักงานคณบดี
งานบริหารและพัฒนาวิชาการ (คุณชลลดา อากานูร์กี)
โทรศัพท์ 034-253910-19 ต่อ 208252
มือถือ 089-9185250 , 089-9185028
โทรสาร 034-255801



ที่ อว 8614/ 22๒๒

คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร
วิทยาเขตพระราชวังสนามจันทร์
อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม ๗๓๐๐๐

๓๐ ตุลาคม 2563

เรื่อง ขออนุญาตตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
เรียน เภสัชกรหญิงจันทร์จรรย์ ดอกบัว

ด้วย นายทรงวุฒิ สารจันทิก รหัสนักศึกษา 60362203 นักศึกษาหลักสูตรเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเภสัชศาสตร์สังคมและการบริหาร คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร ได้รับอนุมัติให้ทำวิทยานิพนธ์เรื่อง "ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพการบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิในผู้ป่วยเบาหวานในจังหวัดสระบุรี" ซึ่งงานวิจัยอยู่ในขั้นตอนการตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย โดยมี ภก.ศศ.ดร.ภานุพัฒน์ พุ่มพฤษช์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ในการนี้ คณะวิชา ใคร่ขออนุญาตจากท่านในการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาความเหมาะสมของภาษาของแบบสอบถาม และให้ข้อเสนอแนะต่างๆ เพื่อใช้เป็นแนวทางการปรับปรุงเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเพื่อทำการวิจัยต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ คณะวิชา หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านด้วยดี จึงขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

วราณี บุญช่วยเหลือ

(เภสัชกรหญิง ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วราณี บุญช่วยเหลือ)
ผู้ช่วยคณบดีฝ่ายวิชาการ (บัณฑิตศึกษา)
ปฏิบัติกรแทน คณบดีคณะเภสัชศาสตร์

สำนักงานคณบดี
งานบริหารและพัฒนาวิชาการ (คุณชลลดา อานานุรักษ์)
โทรศัพท์ 034-253910-19 ต่อ 208252
มือถือ 089-9185250 , 089-9185028
โทรสาร 034-255801



| | ผู้เชี่ยวชาญคนที่ 1 | ผู้เชี่ยวชาญคนที่ 2 | ผู้เชี่ยวชาญคนที่ 3 | IOC |
|---|---------------------|---------------------|---------------------|------|
| ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล | | | | |
| 1. เพศ | 1 | 1 | 1 | 1.00 |
| 2. อายุ.....ปี | 1 | 1 | 1 | 1.00 |
| 3. การศึกษา | 1 | 1 | 1 | 1.00 |
| ส่วนที่ 2 ข้อมูลสุขภาพ | | | | |
| 1. ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน.....ปี | 1 | 1 | 1 | 1.00 |
| 2. น้ำหนัก.....กิโลกรัม ดัชนีมวลกาย..... | 0 | 0 | 1 | 0.33 |
| 3. ส่วนสูงเซนติเมตร | 1 | 1 | 1 | 1.00 |
| 4. รอบเอว.....เซนติเมตร | 1 | 1 | 1 | 1.00 |
| 5. โรคประจำตัว o 1. ไม่มี o 2. มี | 0 | 1 | 1 | 0.67 |
| 1. โรคความดันโลหิตสูง.....ปี | | | | |
| 2. โรคหัวใจ.....ปี | | | | |
| 3. โรคเก๊าท์.....ปี | | | | |
| 4. โรคไขมันในเลือดสูง.....ปี | | | | |
| 5. อื่น ๆ (โปรด ระบุ)..... | | | | |
| 6. ยาที่รับประทานในปัจจุบัน | 0 | 0 | 0 | 0.00 |
| 1.) Glibenclamide | | | | |
| 2.) Losartan | | | | |
| 3.) Gliclazide | | | | |
| 4.) Simvastatin | | | | |
| 5.) Glipizide | | | | |
| 6.) Aspirin | | | | |
| 7.) Metformin | | | | |

| | ผู้เชี่ยวชาญคนที่ 1 | ผู้เชี่ยวชาญคนที่ 2 | ผู้เชี่ยวชาญคนที่ 3 | IOC |
|---|---------------------|---------------------|---------------------|-------|
| 8.) Enalapril | | | | |
| 9.) อื่น ๆ (โปรด ระบุ)..... | | | | |
| 7. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เกี่ยวข้อง | | | | |
| Total Cholesterolmg/dLHDL | 0 | 0 | 1 | 0.33 |
| Cholesterol.....mg/dLHDL | 0 | 0 | 1 | 0.33 |
| Cholesterol.....mg/dLLDL | 0 | 0 | 1 | 0.33 |
| Triglyceride.....mg/dLLDL | 0 | 0 | 1 | 0.33 |
| Uric acid.....mg/dLLDL | 0 | 0 | 1 | 0.33 |
| 8. โรคร่วม ๐ 1. ไม่มี ๐ 2. มี (ตอบได้หลายข้อ) | -1 | 0 | -1 | -0.67 |
| 1.) โรคความดันโลหิตสูง | | | | |
| 2.) โรคหัวใจ | | | | |
| 3.) โรคซีมีเสร์รา | | | | |
| 4.) โรคไขมันในเลือดสูง | | | | |
| 5.) อื่น ๆ (โปรด ระบุ)..... | | | | |
| 9. ความถี่ในการรับบริการรับยา หน่วยบริการปฐมภูมิครั้ง/ปี | 0 | 1 | 1 | 0.67 |
| 10. ความถี่ในการรับการเยี่ยม บ้านครั้ง/ปี | 0 | 0 | 1 | 0.33 |
| ส่วนที่ 3 การรับรู้ ความคาดหวัง และความพึงพอใจของผู้ป่วยเบาหวานต่อการดำเนินงานเภสัชกรรมปฐมภูมิ | | | | |
| ความเป็นรูปธรรมของการบริการ | | | | |
| 1. ความสะอาดโดยรวมบริเวณ จุดจ่ายยาคลินิกโรคเรื้อรังของ หน่วยบริการปฐมภูมิ | 1 | 1 | 1 | 1.00 |
| 2. ความแออัดบริเวณจุดจ่ายยา คลินิกโรคเรื้อรังของหน่วยบริการ ปฐมภูมิ | 1 | 1 | 1 | 1.00 |
| 3. มีสถานที่ให้บริการเหมาะสม | 1 | 1 | 1 | 1.00 |

| | ผู้เชี่ยวชาญคนที่ 1 | ผู้เชี่ยวชาญคนที่ 2 | ผู้เชี่ยวชาญคนที่ 3 | IOC |
|--|---------------------|---------------------|---------------------|------|
| ชัดเจน | | | | |
| 4. มีเภสัชกรเพียงพอในการให้บริการจ่ายยาและติดตามเยี่ยมบ้าน | 0 | 1 | 1 | 0.67 |
| 5. การแต่งกายของเภสัชกรมีความเหมาะสม | 1 | 1 | 1 | 1.00 |
| 6. ความพร้อมของยาที่เภสัชกรเตรียมไปเมื่อจำเป็นต้องมีการปรับเปลี่ยนชนิดยา/ตัวยา | -1 | 1 | 1 | 0.33 |
| ความน่าเชื่อถือไว้ใจได้ | | | | |
| 1. มีเภสัชกรให้คำแนะนำการใช้ยา | 0 | 1 | 1 | 0.67 |
| 2. เภสัชกรมีความน่าเชื่อถือไว้ใจได้ | 1 | 1 | 1 | 1.00 |
| 3. มีเภสัชกรโทร/ติดต่อไปหาเพื่อติดตามผลการรักษา | 0 | 1 | 1 | 0.67 |
| 4. ได้รับยาที่ถูกต้องทั้ง ชนิดยา จำนวนยา และวิธีรับประทานยา | 0 | 1 | 1 | 0.67 |
| 5. เภสัชกรให้บริการตรงตามเวลา | 0 | 1 | 1 | 0.67 |
| ด้านการตอบสนองต่อลูกค้า | | | | |
| 1. เภสัชกรมีความพร้อมในการให้บริการ | 1 | 1 | 1 | 1.00 |
| 2. เภสัชกรเต็มใจให้บริการ | 1 | 1 | 1 | 1.00 |
| 3. เภสัชกรมีการสื่อสารที่ดีและอธิบายรายละเอียดในให้บริการทุกครั้ง | -1 | 1 | 1 | 0.33 |
| 4. เภสัชกรตอบคำถามถูกต้องและชัดเจน | 0 | 1 | 1 | 0.67 |
| 5. เภสัชกรมีหน้าตาท่าทางที่ยิ้มแย้มตอนรับผู้ป่วยเป็นอย่างดี | 1 | 1 | 1 | 1.00 |
| ด้านความปลอดภัย/การให้ความเชื่อมั่นแก่ผู้รับบริการ | | | | |

| | ผู้เชี่ยวชาญคนที่ 1 | ผู้เชี่ยวชาญคนที่ 2 | ผู้เชี่ยวชาญคนที่ 3 | IOC |
|---|---------------------|---------------------|---------------------|------|
| 1. กระบวนการจ่ายยามีมาตรฐานปลอดภัย | -1 | 1 | 1 | 0.33 |
| 2. เกสซ์กรปกป้องความลับผู้ป่วย | 1 | 1 | 1 | 1.00 |
| 3. เกสซ์กรมีอุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้อโรค | 1 | 1 | 1 | 1.00 |
| 4. รู้สึกมั่นใจต่อการให้บริการ | 1 | 1 | 1 | 1.00 |
| 5. รู้สึกปลอดภัยเมื่อได้รับบริการ | 1 | 1 | 1 | 1.00 |
| ด้านความเข้าใจลูกค้า | | | | |
| 1. เกสซ์กรมีความเห็นอกเห็นใจเข้าใจผู้ป่วย | 1 | 1 | 1 | 1.00 |
| 2. เกสซ์กรพยายามทำความรู้จักผู้ป่วย | 1 | 1 | 1 | 1.00 |
| 3. เกสซ์กรสามารถจำชื่อผู้ป่วยได้ | 1 | 1 | 1 | 1.00 |
| 4. เกสซ์กรมีความเข้าใจผู้ป่วยเป็นอย่างดี | 0 | 1 | 1 | 0.67 |
| ส่วนที่ 4 ข้อเสนอแนะอื่น ๆ | | | | |
| ข้อเสนอแนะอื่น ๆ | 1 | 1 | 1 | 1.00 |
| สรุป ค่า IOC = 0.71 | | | | 0.71 |





คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลสระบุรี กระทรวงสาธารณสุข
18 ถนนเทศบาล 4 อำเภอเมือง จังหวัดสระบุรี โทร. 036-343500 ต่อ 1551

เอกสารรับรองโครงการวิจัยแบบเร็ว

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลสระบุรี ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับคนที่เป็นมาตรฐานสากล ได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP

ชื่อโครงการ: ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพการให้บริการเภสัชกรรมปฐมภูมิในผู้ป่วยเบาหวานในจังหวัดสระบุรี

เลขที่โครงการวิจัย : SRBR63-047

เลขที่หนังสือรับรอง : EC049/2563

ผู้วิจัยหลัก: เภสัชกรทรงวุฒิ สารจันทิก

สังกัดหน่วยงาน : โรงพยาบาลวังม่วงสัทธิธรรม จังหวัดสระบุรี

ส่งรายงานความก้าวหน้า : รายงานความก้าวหน้าทุก 6 เดือน หรือเมื่อสิ้นสุดโครงการ

เอกสารรับรอง :

1. โครงร่างงานวิจัย
2. เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล
3. Inform Consent Form

ลงนาม :

(นายแพทย์ณรงค์ศักดิ์ วัชรโรทน)
ประธานกรรมการ

ลงนาม :

(นางสมศิริ พันธุ์ศักดิ์ศิริ)
กรรมการและเลขานุการ

วันที่รับรอง : 22 ตุลาคม 2563

วันหมดอายุ : 22 ตุลาคม 2564

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)



ภาคผนวก จ

เอกสารขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลเพื่อใช้ในการทำวิทยานิพนธ์



ที่ อว 8614/ ๑.๖๗๔

คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร
พระราชวังสนามจันทร์
อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม 73000

๑๗ ธันวาคม 2563

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ข้อมูลเพื่อใช้ในการทำวิทยานิพนธ์
เรียน

ด้วย นายทรงวุฒิ สารจันทิก รหัสนักศึกษา 60362203 นักศึกษาหลักสูตรเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเภสัชศาสตร์สังคมและการบริหาร คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร ได้รับอนุมัติให้ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพการบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิในผู้ป่วยเบาหวานในจังหวัดสระบุรี" โดยมี ญ.ศ.ดร.น้ำฝน ศรีบัณฑิต เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ซึ่งมีวัตถุประสงค์ของงานวิจัย คือ

1. เพื่อศึกษาคุณภาพการบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิในผู้ป่วยเบาหวานในจังหวัดสระบุรี
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพการบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิในผู้ป่วยเบาหวาน จังหวัดสระบุรี

ในการนี้ คณะวิชา ขอความอนุเคราะห์ให้ นายทรงวุฒิ สารจันทิก ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในวันที่มีการให้บริการคลินิกโรคเรื้อรังในหน่วยงานของท่าน รายละเอียด 10 นาที ในช่วงเดือนธันวาคม 2563 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2564 เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการจัดทำวิทยานิพนธ์ต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา คณะวิชา หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านด้วยดี
จึงขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(เภสัชกร ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปริญทร์ เจริญสุขใส)

ผู้ช่วยคณบดีฝ่ายบัณฑิตศึกษา ปฏิบัติการแทน

คณบดีคณะเภสัชศาสตร์

สำนักงานคณบดี

งานบริหารและพัฒนานิชาการ (คุณชลลดา อากานูรักษ์)

โทรศัพท์ 034-253910-19 ต่อ 208252

มือถือ 089-9185250 , 089-9185028

โทรสาร 034-255801

รายการอ้างอิง

1. คณะทำงานจัดทำคู่มือสำหรับเภสัชกรในการดำเนินงานเภสัชกรรมในหน่วยบริการปฐมภูมิ. คู่มือสำหรับเภสัชกรในการดำเนินงานเภสัชกรรมในหน่วยบริการปฐมภูมิ. กรุงเทพฯ: บริษัท ศรีเมืองการพิมพ์ จำกัด; 2560.
2. สมาคมเบาหวานแห่งประเทศไทย. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน พ.ศ. 2560. กรุงเทพฯ: ศรีเมืองการพิมพ์; 2563.
3. วิวัฒน์ ถาวรวัฒนยงค์. การสำรวจยาเหลือใช้และปัจจัยที่เป็นสาเหตุกรณีศึกษาผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ตำบลหนองปากโลง อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2559. 21(1):1-12.
4. Parasuraman A, Zeithaml VA, and Berry LL, Conceptual Model of Service Quality and its Implication for Future Research (SERVQUAL) Journal of Marketing. 49 (Fall 1985):41-50.
5. ปกัสร่า วรรณทอง และบุรินทร์ ต.ศรีวงษ์. การประเมินคุณภาพบริการเภสัชกรรมในโรงพยาบาลรัฐบาลประเทศไทย. ศูนย์การศึกษาต่อเนื่องทางเภสัชศาสตร์ สภาเภสัชกรรม [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 20 มิถุนายน 2564]; เข้าถึงได้จาก : https://ccpe.pharmacycouncil.org/index.php?option=article_detail&subpage=article_detail&id=471.
6. สุนันทา ยอดแฉกร. การประเมินคุณภาพการบริการจากความแตกต่างระหว่างความคาดหวังกับการรับรู้ของผู้รับบริการงานเภสัชกรรมในสถานบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิในกรุงเทพมหานคร. [ปริญญานิพนธ์บริหารธุรกิจมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการองค์กร เภสัชกรรม]. มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ: กรุงเทพฯ; 2551.
7. จำนวนผู้ป่วยเบาหวานของจังหวัดสระบุรี แยกตามอำเภอ ปี 2562. ข้อมูลพื้นฐานจาก HDC กระทรวงสาธารณสุข [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 20 มิถุนายน 2564]; เข้าถึงได้จาก: http://https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index_pk.php.
8. American Diabetes Association. 2. Classification and Diagnosis of Diabetes: Standards of Medical Care in Diabetes-2021. Diabetes Care 2021;44(Suppl.1): S15-S33.
9. รื่นจิต เพชรชิต. พฤติกรรมการดูแลตนเองและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลเคียนซา จังหวัดสุราษฎร์ธานี. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ 2558;2(2):15-28.

10. สารัช สุนทรโยธิน, ธิติ สนับบุญ. ตำราโรคเบาหวาน 2554. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2554.
11. เทพ หิมะทองคำ, รัชตะ รัชตะนาวัน, ธิดา นิงสานนท์. ความรู้เรื่องโรคเบาหวานฉบับสมบูรณ์. ฉบับพิมพ์ที่ 3 พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2548.
12. ฉวีวรรณ ทองสาร. การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการจัดการตนเองในการบริโภคอาหารของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด. [ปริญญาานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติ]. นครศรีธรรมราช: มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์; 2550.
13. ระพีพรรณ ฉลองสุข, สุรสิทธิ์ ล้อจิตรอำนวยการ, น้ำฝน ศรีบัณฑิต, ภาณุพัฒน์ พุ่มพุกกษ. เกสัชกรรมปฐมภูมิ. ไทยโภชนาการ 2556;8(2):81-96.
14. ปัญญา เมธีอภิรักษ์, การวิเคราะห์ผลการดำเนินงานตามมาตรฐานงานเภสัชกรรมปฐมภูมิ ในหน่วยบริการปฐมภูมิในอำเภอหนึ่งในจังหวัดสงขลา. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ 2560;4(1):153-70.
15. ปริญญา ฤมอดุทา. ผลของการบริการเภสัชกรรมผู้ป่วยต่อเนื่องในชุมชนโดยการออกเยี่ยมบ้านในเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม. ศรีนครินทร์เวชสาร 2560; 32(3):1-12.
16. สมทรง ราชนิยม, กฤษณี สระมณี. การจัดการปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่บ้านโดยเภสัชกรครอบครัวในเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอกะนวน วารสารเภสัชกรรมไทย 2558; 8(1):1-13.
17. นรินทรา นุตาดี, กฤษณี สระมณี. การประเมินผลการเยี่ยมบ้านโดยทีมสหวิชาชีพที่มีเภสัชกรร่วมทีมเพื่อจัดการปัญหาการใช้ยา ในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น. วารสารเภสัชกรรมไทย 2559;8(1):20-30.
18. สุณี เลิศสินอุดม, กรแก้ว จันทภาษา, สมศักดิ์ เทียมเก่า, อภรณ์ ไชยาคำ. การศึกษาสาเหตุของความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคลมชัก. วารสารอายุรศาสตร์อีสาน 2551;7(1): 37-45.
19. ศลิษา สะพลอย. การพัฒนาแนวทางการเยี่ยมบ้านสำหรับเภสัชกร โรงพยาบาลสมุทรสาคร. [ปริญญาานิพนธ์เภสัชศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข]. นครปฐม: มหาวิทยาลัยศิลปากร; 2559.
20. Dagger TS, Sweeney JC, Johnson LW. A Hierarchical Model of Health Service Quality: Scale Development and Investigation of an Integrated Model. Journal of Service Research 2007;10(2):123-42.
21. Hirmukhe J. Measuring Internal Customers' Perception on Service Quality using

- SERVQUAL in Administrative Services. *International Journal of Scientific and Research Publications* 2012;2(3):1-6.
22. Seth N, Deshmukh SG, Vrat P. Service quality models: a review. *International Journal of Quality & Reliability Management* 2005;22(9):913-49.
 23. Cronin JJ Jr, Taylor SA. Measuring Service Quality: A Reexamination and Extension. *Journal of Marketing* 1992;56(3):55-68.
 24. Fogarty G, Catts R, Forlin C. Identifying shortcomings in the measurement of service quality. *Journal of Outcome Measurement* 2000;4(1):425-47.
 25. Fan L-h, G. L, Liu X, Zhao S-h, Mu H-t, Li Z, et al. Patients' perceptions of service quality in China: An investigation using the SERVQUAL model. *PloS one* 2017;12(12):100-23.
 26. Al Fraihi KJ, Latif SA. Evaluation of outpatient service quality in Eastern Saudi Arabia: Patient's expectations and perceptions. *Saudi medical journal* 2016;37(4):420-28.
 27. Papanikolaou V, Zygiaris S. Service quality perceptions in primary health care centres in Greece. *Health expectations* 2017;17(2):197-207.
 28. Suki NM, Lian JCC, Suki NM. Do patients' perceptions exceed their expectations in private healthcare settings?. *International journal of health care quality assurance* 2011;24(1):42-56.
 29. Mehta S, Singh T, Kumar Y, Yadav K. Application of quality GAP Model to measure quality of pharmacist's service in retail pharmaceutical setting. *Prestige International Journal of Management & IT- Sanchayan* 2014;3(1):62-74.
 30. Hossein D, Staffan B. Differentiation by improving quality of services at the last touch point: The case of Tehran pharmacies. *International Journal of Quality and Service Sciences* 2012;4(4):345-63.
 31. Yousapronpaiboon K, Phondej W. Measuring pharmacy service quality of public hospitals in Thailand. 9th Annual London Business Research Conference; 2014 August 4-5; Imperial College, London.
 32. ภัทรจารินทร์ คุณารูป. ความคาดหวังการรับรู้และความพึงพอใจของประชาชนต่อคุณภาพบริการโรงพยาบาลชุมชนตำบลดอนแก้ว ฮาเภอแม่ริม จังหวัดเชียงใหม่. *พินเนศวร์สาร* 2558; 11(2):13-23.

33. กนกพร ลีลาเทพินทร์, พัชญา มาลือศรี, ปรรณนา ปุณณกิติเกษม. การประเมินระดับคุณภาพการบริการของโรงพยาบาลรัฐบาลในกรุงเทพฯ ด้วยแบบจำลอง SERVQUAL วารสารวิจัยและพัฒนา มจร 2554;34(4):443-56.
34. วิภาวี ซาดิษฐ์. การศึกษาความพึงพอใจของผู้มารับบริการต่อคุณภาพบริการแผนกจ่ายยาผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราช จังหวัดสุพรรณบุรี. [ปริญญานิพนธ์เภสัชศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข]. นครปฐม: มหาวิทยาลัยศิลปากร; 2559.
35. รัชนิทย์ ราชกิจ เนตรสุวรรณ, ชิตชนก เรือนก้อน. ความสอดคล้องระหว่างการประเมินตนเองและการประเมินโดยเภสัชกรตามเกณฑ์โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวด้านเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุขในจังหวัดเชียงราย. วารสารเภสัชกรรมไทย 2562;11(2):318-32.
36. วรัชกร ธนะฐากรกุล. การให้บริหารทางเภสัชกรรมสำหรับชาวพม่าในร้านขายยา อำเภอทองผาภูมิจังหวัดกาญจนบุรี. [ปริญญานิพนธ์เภสัชศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข]. นครปฐม: มหาวิทยาลัยศิลปากร; 2558.
37. Peprah AA, Atara BA. Assessing Patient's Satisfaction Using SERVQUAL Model: A Case of Sunyani Regional Hospital, Ghana. International. Journal of Business and Social Research (IJBSR) 2014;4(2):133-43.
38. ปราโมทย์ ศุภพงศ์. การศึกษาคุณภาพบริการแผนกจ่ายยาโดยการประยุกต์ใช้ SERVQUAL MODEL กรณีศึกษาแผนกจ่ายยาโรงพยาบาล ABC. [ปริญญานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาการบริหารเทคโนโลยี]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2556.
39. ปาริชาติ แก้วอ่อน, สงวน ลือเกียรติบัณฑิต, วรนุช แสงเจริญ. ร้านยาที่ได้รับการรับรองจากสภาเภสัชกรรมและร้านยาแผนปัจจุบันทั่วไปมีคุณภาพแตกต่างกันหรือไม่. วารสาร เภสัชกรรมไทย 2555;4(2):39-64.
40. ประสบโชค เจริญวิริยะภาพ. คุณภาพการให้บริการของโรงพยาบาลบ้านโป่ง อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี. [การค้นคว้าอิสระปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต (นโยบายสาธารณะ)]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา; 2554.
41. ตรีนุช จำปาทอง. ความคาดหวังและการรับรู้คุณภาพบริการก่อนและหลังใช้บริการของผู้ใช้บริการของผู้ป่วยนอก คลินิกพิเศษนอกเวลาราชการโรงพยาบาลศิริราช กรณีศึกษาโรงพยาบาลศิริราช. [ปริญญานิพนธ์บริหารธุรกิจมหาบัณฑิต]. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2553.
42. สุมันต์ บุญมี. คุณภาพการให้บริการผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลของ โรงพยาบาลศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี. [การค้นคว้าอิสระปริญญาบริหารธุรกิจ

- มหาบัณฑิต]. ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี; 2553.
43. จิตติมา ธีรพันธุ์เสถียร. การศึกษาคุณภาพบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบ้านแพ้ว [องค์การมหาชน] สาขาพร้อมมิตร. [ปริญญาานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิทยาการสังคมและการจัดการระบบสุขภาพ]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศิลปากร; 2549.
 44. อนัญญา สองเมือง. ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยเบาหวานด้วยการบริหารทางเภสัชกรรมแบบเชิงรุก. ศรีนครินทร์เวชสาร 2560;32(2):236-43.
 45. ศิริพร เจริญศรีวิริยะกุล. คุณภาพการให้บริการโรงพยาบาลทั่วไปของรัฐบาลในเขตจังหวัดปทุมธานี. [ปริญญาานิพนธ์บริหารธุรกิจมหาบัณฑิต เอกการจัดการทั่วไป]. ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี; 2554.
 46. เอี่ยมพร เกษมสุข. ปัจจัยที่มีผลต่อการเลือกใช้บริการโรงพยาบาลสำโรง. [การศึกษาค้นคว้าอิสระปริญญาบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการ แขนงวิชาบริหารธุรกิจ]. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; 2552.
 47. ก้องเกียรติ สำอางศรี, เอกราช เย็นวิจิตรโสภา, จีริสุดา โอรสรัมย์, พุทธางกูร ใจเป็น, สัมมนา มูลสาร, อุไลลักษณ์ เทพวัลย์. ผลของการบริหารทางเภสัชกรรมโดยการออกเยี่ยมบ้านในผู้ป่วยโรคเบาหวาน. วารสารเภสัชกรรมโรงพยาบาล 2551;8(1):39-51.
 48. บุญถม ปาปะแพ. ความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อบริการทางเภสัชกรรม โรงพยาบาลวาปีปทุม. วารสารไทยเภสัชศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ 2551;3(2):255-8.
 49. สถิติการเยี่ยมบ้านโดยเภสัชกรในจังหวัดสระบุรี, 2563.
 50. Yamane T, Statistics: An Introductory Analysis. 3rded. New York: Harper and Row Publications. 1973.
 51. กัลยา วานิชย์บัญชา. การวิเคราะห์สถิติ: สถิติสำหรับบริหารและวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2545.
 52. สุพัตรา ศรีวณิชชากร. การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ. สถาบันพัฒนาและวิจัยระบบสุขภาพชุมชน (สพช.). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์โน้มน พรีนติ้งแอนด์พับบลิชชิง; 2551.

ประวัติผู้เขียน

| | |
|-------------------|--|
| ชื่อ-สกุล | นาย ทรงวุฒิ สารจันทิก |
| วัน เดือน ปี เกิด | 5 ธันวาคม 2514 |
| สถานที่เกิด | ตำบลซับสนุ่น อำเภอมวกเหล็ก จังหวัดสระบุรี |
| วุฒิการศึกษา | สำเร็จการศึกษาเภสัชศาสตรบัณฑิต (ภ.บ.) สาขาเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ |
| ที่อยู่ปัจจุบัน | 130 หมู่ที่ 12 ตำบลซับสนุ่น อำเภอมวกเหล็ก จังหวัดสระบุรี |
| ผลงานตีพิมพ์ | ทรงวุฒิ สารจันทิก. ผลการประเมินปัญหาการใช้ยาและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยการเยี่ยมบ้านแบบ INHOMESSS ในเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอวังม่วง จังหวัดสระบุรี. วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา 2564;7(2):233-47. |

