

## บทที่ 2

### การบริหารทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยโรค

การบริหารทางเภสัชกรรมเป็นแนวคิดที่ถูกนำเสนอโดย Hepler และ Strand ในปี 1990 เพื่อแก้ความไม่ชัดเจนของปรัชญา, มาตรฐานทางวิชาชีพในการปฏิบัติงาน และคุณประโยชน์ของเภสัชกรรมที่มีต่อสังคม (Hepler, 1987; Hepler and Strand, 1990; Penna, 1990; Strand et al., 1992) เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของวิชาชีพเภสัชกรรมภายในทศวรรษที่ 20 ได้ผ่านช่วงระยะการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ 3 ระยะ ได้แก่ ระยะแรกเป็นช่วงดั้งเดิม หรือช่วงการกระจายยา (Drug-Distribution Stage) ระยะที่ 2 เป็นช่วงระยะหัวเลี้ยวหัวต่อ หรือช่วงระยะของงานเภสัชกรรมคลินิก (Clinical-Pharmacy Stage) และระยะที่ 3 คือ ช่วงระยะของการมุ่งเน้นไปที่การดูแลผู้ป่วยโดยตรง หรือช่วงระยะของการบริหารทางเภสัชกรรม (Pharmaceutical-Care Stage) โดยแต่ละระยะของการเปลี่ยนแปลง มีความแตกต่างกันในด้านแนวคิดต่องานและบทบาทหน้าที่ของวิชาชีพเภสัชกรรม

ในช่วงระยะแรกเภสัชกรถูกกำหนดบทบาทให้เป็นผู้ปรุงยาและจัดเตรียมยา ต่อมาเมื่ออุตสาหกรรมเภสัชกรรมมีการพัฒนามากขึ้น มีการควบคุมคุณภาพและมีปริมาณการผลิตพอเพียง ดังนั้นบทบาทของผู้ปรุงยาและผู้กระจายยาจึงเป็นหน้าที่ของบริษัทยา ต่อมากลางทศวรรษ 1960 ได้เกิดงานเภสัชกรรมคลินิกขึ้น ซึ่งถือเป็นช่วงหัวเลี้ยวหัวต่อทางการเปลี่ยนแปลง งานเภสัชกรรมคลินิก อาจดูเหมือนเป็นงานที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับผู้ป่วย แต่กิจกรรมยังมุ่งเน้นที่ตัวผลิตภัณฑ์ หรือจำเป็นต้องรอคำสั่งจากแพทย์ หรือบุคลากรอื่นๆจึงสามารถดำเนินกิจกรรมได้ เช่น ระบบการจ่ายยาแบบยูนิตโดส, การเตรียมยาฉีด, ยาฉีดผสมทางหลอดเลือดดำ หรือการเตรียมสารอาหารให้ทางหลอดเลือดดำ แม้ว่าในช่วงทศวรรษที่ 1970 ได้มีการบริการด้านเภสัช-จลนศาสตร์, การติดตามอาการอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา หรือการติดตามผลการให้ยาอื่นๆ ทำให้เภสัชกรเข้าไปสู่ตัวผู้ป่วยมากขึ้น แต่กิจกรรมยังเป็นการปฏิบัติทางอ้อม ในลักษณะการเป็น

กิจกรรมที่เสริมการให้บริการของบุคลากรทางการแพทย์อื่นต่อผู้ป่วย ทำให้รู้สึกว่าเภสัชกรเป็นผู้ควบคุมติดตามกระบวนการใช้ยา ในเรื่องการใช้ยาให้ถูกต้องเหมาะสม ปลอดภัย และประหยัดมากกว่าที่จะเป็นผู้หนึ่งในทีมดูแลรักษาผู้ป่วย ดังนั้นแนวความคิดใหม่ได้ก้าวเข้าสู่ช่วงของการบริหารทางเภสัชกรรม โดยมีแนวความคิดเพื่อมุ่งเน้นไปที่ผลของการรักษาของผู้ป่วยแต่ละคน ให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์สูงสุดจากการใช้ยาและเกิดอันตรายจากการใช้ยา (Drug Misadventure) น้อยที่สุด โดยแนวความคิดนี้ได้เป็นที่ยอมรับจากกลุ่มและองค์กรที่สำคัญ ประกาศให้เป็นพันธกิจของเภสัชกรต่อสังคมรวมทั้งองค์การอนามัยโลก (WHO, 1993) และสมาคมเภสัชกรโรงพยาบาลแห่งสหรัฐอเมริกา (ASHP, 1993)

### คำนิยาม

Hepler และ Strand, 1990 ได้ให้ความหมายไว้ว่า "การบริหารทางเภสัชกรรม" (Pharmaceutical Care) เป็นการให้ความรับผิดชอบต่อการบำบัดรักษาด้วยยาเพื่อให้ได้ผลตามที่กำหนดในการเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (Hepler and Strand, 1990) และสมาคมเภสัชกรโรงพยาบาลแห่งสหรัฐอเมริกา ก็ได้ขยายคำนิยามนี้ว่าเป็นการให้ความรับผิดชอบดูแลปัญหาการใช้ยาต่อผู้ป่วยโดยตรง (ASHP, 1993) และถือเป็นพันธกิจของเภสัชกร

กล่าวในหลักการการให้บริหารทางเภสัชกรรม จะประกอบด้วยลักษณะที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาเป็นการดูแลโดยตรงต่อผู้ป่วย เป็นการให้การบริหารเพื่อให้เกิดผลที่กำหนด ซึ่งผลนั้นประสงค์จะทำให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นต่อผู้ป่วย โดยผู้ให้การบริหาร (เภสัชกร) ยอมรับว่าผลการรักษาด้วยยานั้นเป็นความรับผิดชอบของตน ดำเนินการโดยผสมผสานงานเภสัชกรรมทั้งในส่วนที่เป็นงานบริการต่อผู้ป่วยคือเภสัชกรรมคลินิกและงานอื่นๆที่ไม่ใช่งานเภสัชกรรมคลินิก ให้แต่ละงานมีความสัมพันธ์โดยตรงระหว่างเภสัชกรกับผู้ป่วย และยึดหลักว่าการบริหารนั้นเป็นไปเพื่อความจำเป็นหรือความต้องการของผู้ป่วยในกระบวนการใช้ยา (Smith and Benderev, 1991) หรือยึดถือผู้ป่วยเป็นเป้าหมายหลักในการปฏิบัติงานของเภสัชกร และควรปฏิบัติเช่นเดียวกันต่อผู้ป่วยทุกรายหรือผู้ใช้ยาทุกคนอย่างต่อเนื่อง (Lee and Ray, 1993) โดยปฏิบัติงานรวมในทีมดูแลผู้ป่วย นอกจากนี้องค์การอนามัยโลกได้ยอมรับการบริหารทางเภสัชกรรมเป็นปรัชญาของวิชาชีพ และเภสัชกรเป็นผู้ให้บริการทางสุขภาพสาขาหนึ่งที่มีส่วนร่วมส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค และเอื้อประโยชน์ให้แก่สาธารณชนได้เช่นเดียวกับบุคลากรทางการแพทย์อื่น ๆ

## ความรับผิดชอบของเภสัชกรในการบริหารทางเภสัชกรรม

จุดมุ่งหมายในการให้การบริหารทางเภสัชกรรมนั้น เภสัชกรต้องรับผิดชอบต่อผลการรักษาด้วยยา ซึ่งหมายถึงผลที่ทำให้ผู้ป่วย 1. หายจากโรค 2. บำบัดหรือบรรเทา 3. ชะลอหรือยับยั้งการดำเนินของโรค 4. ป้องกันโรค การดำเนินการต้องอาศัยกระบวนการที่มีระบบและครอบคลุมให้สามารถปฏิบัติ หรือดูอาการของผู้ป่วยได้ เภสัชกรจะต้องมีหน้าที่หลัก 3 ประการ คือ (Hepler and Strand, 1990; Strand et al., 1992)

1. ป้องกันปัญหาที่เกิดขึ้นหรือมีโอกาสเกิดจากการใช้ยา
2. แก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นหลังจากการใช้ยา
3. ป้องกันปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้นจากการใช้ยา

## ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา (Medication-Related Problems)

ASHP (1993) ได้ให้คำจำกัดความของ ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา หมายถึง เหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่เกิดขึ้นเมื่อมีการใช้ยา และเหตุการณ์หรือสถานการณ์นั้นส่งผลกระทบต่อผลการรักษาที่เหมาะสมของผู้ป่วยเฉพาะราย

การแบ่งประเภทของปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา สามารถแบ่งได้หลายประเภท เช่น

Strand และ คณะ (1990) และ ASHP (1993) แบ่งประเภทปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาในแนวทางเดียวกัน ดังต่อไปนี้

1. ไม่ได้รับยาที่สมควรจะได้รับ (Untreated Indications) หมายถึงกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการหรือโรคที่สมควรจะได้รับการรักษาด้วยยา แต่แพทย์ไม่ได้สั่งยานั้นแก่ผู้ป่วย
2. การเลือกยาที่ไม่เหมาะสม (Improper Drug Selection) หมายถึงกรณีที่ผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยยา แต่การเลือกยาไม่เหมาะสมกับข้อบ่งใช้นั้น

3. การได้รับยาในขนาดที่ต่ำกว่าขนาดในการรักษา (Subtherapeutic Dosage) หมายถึง กรณีที่ผู้ป่วยได้รับยาในขนาดต่ำเกินไป ซึ่งอาจมีสาเหตุมาจากการกำหนดขนาด หรือการให้ยาด้วยช่วงเวลาห่างเกินไปในแต่ละครั้งของการให้ยา หรือให้ผิดวิถีทาง การจ่ายยาที่เสื่อมสภาพ การเลือกใช้ยาของบริษัทที่มีคุณภาพการถือประโยชน์ในร่างกายน้อย

4. การไม่ได้รับยาที่แพทย์สั่ง (Failure to Receive Medication) หมายถึงกรณีที่ผู้ป่วยไม่ได้รับยาที่ควรได้รับ ทั้ง ๆ ที่แพทย์ผู้ตรวจวินิจฉัยได้สั่งจ่ายยาถูกต้องแล้ว อาจมาจากสาเหตุทางรูปแบบของยา, ด้านสรีรวิทยา, เศรษฐกิจ และสังคมทางตัวผู้ป่วย หรือผู้ป่วยไม่ร่วมมือในการใช้ยา (Non-Compliance problem)

5. การได้รับยาในขนาดที่สูงเกินไป (Overdosage) หมายถึง การที่ผู้ป่วยได้รับยาในขนาดที่สูงเกินไป อาจมีสาเหตุมาจากการให้ยาด้วยอัตราที่เร็วเกินไป, ให้ยาด้วยช่วงห่างระหว่างการให้ยาสั้นเกินไป, มีการสะสมของยา, การให้ยาผิดวิถีทาง, หรือความผิดพลาดในการคำนวณขนาดยา

6. ปัญหาการเกิดอาการอันไม่พึงประสงค์ของยา (Adverse Drug Reaction) หมายถึงการเกิดอาการอันไม่พึงประสงค์หลังจากการใช้ยา

อาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดจากการใช้ยาอาจเกิดขึ้นได้ในหลายลักษณะคือ

6.1 เกิดอาการข้างเคียง (Side Effect)

6.2 พิษจากยา (Toxicity)

6.3 อาการแพ้ยา (Hypersensitivity)

6.4 อาการแพ้โดยไม่ทราบสาเหตุ (Idiosyncrasy)

7. การเกิดอันตรกิริยาของยา (Drug Interaction) ในกรณีนี้อาจเป็นอันตรกิริยาระหว่างยากับยา หรือระหว่างยากับอาหาร หรือระหว่างยากับการทดสอบทางห้องปฏิบัติการ ถ้าเป็นอันตรกิริยาที่เสริมฤทธิ์ในการรักษาไม่ถือเป็นปัญหาจากการใช้ยา แต่ถ้าเป็นอันตรกิริยาที่มีผลให้ยาออกฤทธิ์ได้น้อยลง หรือทำให้เกิดอาการอันไม่พึงประสงค์มากขึ้น ถือว่าเป็นปัญหาจากการใช้ยา

## 8. การใช้ยาโดยไม่มีข้อบ่งชี้ (Medication Use Without Indication)

หมายถึง การที่ผู้ป่วยใช้ยาซึ่งยังไม่มีผลหรือข้อมูลบ่งชี้ที่น่าเชื่อถือในการรักษา

The Omnibus Budget Reconciliation Act Of 1990 ได้เสนอการแบ่งประเภท ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา ไว้ 7 ประเภท ดังนี้

1. การสั่งยาที่มีฤทธิ์ทางการรักษาซ้ำซ้อน (Therapeutic Duplication)
2. การสั่งยาที่มีข้อห้ามใช้ในโรคนั้นๆ (Drug-Disease Contraindications)
3. การสั่งยาที่มีอันตรกิริยาระหว่างกัน (Drug-Drug Interactions) รวมทั้ง การเกิดอันตรกิริยาระหว่างยาที่แพทย์สั่ง และยาที่ผู้ป่วยซื้อมาใช้เอง
4. ขนาดใช้ยาไม่ถูกต้อง (Incorrect Drug Dosage)
5. ระยะเวลาการใช้ยาตามแผนการรักษาไม่ถูกต้อง (Incorrect Duration Of Treatment)
6. การเกิดอันตรกิริยา, แพ้ยา (Drug- Allergy Interactions)
7. ใช้ยามิควัตถุประสงค์ (Clinical Abuse/ Misuse)

นอกจากนี้ยังมีผู้จัดแบ่งปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาอีกหลายแบบ โดยขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ ตลอดจนกิจกรรมที่ทำ และวัตถุประสงค์ของการค้นหาปัญหาในการดำเนินการนั้นๆ

Hepler และ Grainger-Rousseau (1995) ได้เสนอกิจกรรมหลักที่จำเป็นต้องดำเนินการ ในการบริหารทางเภสัชกรรมไว้ 3 กิจกรรมหลัก ได้แก่

1. เมื่อเริ่มต้นการรักษา เภสัชกรต้องร่างผลการรักษาที่ต้องการ
2. เภสัชกรต้องติดตามผลการรักษา เพื่อติดตามผลการรักษาว่าได้ตามที่ต้องการหรือไม่ โดยมีการบันทึกอย่างเป็นระบบ เพื่อให้ง่ายต่อการสืบค้น วิเคราะห์ วางแผน และกำหนดเป้าหมายของผู้ป่วยแต่ละราย ได้มีผู้เสนอรูปแบบการบันทึกการปฏิบัติงาน (Documentation) ไว้หลายรูปแบบ ได้แก่ Strand และคณะ (1988) ได้เสนอวิธีการที่เรียกว่า Pharmacists Workup Of Drug Therapy (PWDT) ประกอบด้วยการดำเนินการ 6 ขั้นตอน ได้แก่ บันทึกประวัติของผู้ป่วย, ค้นหาปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยา, กำหนดผลการรักษาที่ต้องการ, ลำดับผลการรักษาอื่นที่อาจ

เป็นไปได้, ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วย และวางแผนติดตามผลการรักษา นอกจากนี้ Canaday และ Yarborough (1994) ได้เสนอ รูปแบบการบันทึกการปฏิบัติงาน ในรูปของ "FARM" (F = Finding, A = Assessment, R = Resolution (including Prevention), M = Monitoring) ซึ่งดัดแปลงมาจาก ระบบ SOAP (S = Subjective, O = Objective, A = Assessment, P = Plan) ของแพทย์ แต่ในปัจจุบันยังไม่มีมาตรฐานของการบันทึกการปฏิบัติงานทางเภสัชกรรม

3. เภสัชกรต้องดำเนินการแก้ไขและจัดการปัญหาที่พบ เพื่อให้ได้ผลการรักษาที่ต้องการ และเหมาะสมกับผู้ป่วยทั้งทางชีวภาพ, จิตใจ, เศรษฐกิจและสังคม

โดยกิจกรรมการติดตามผลการรักษา การดำเนินการแก้ไขและจัดการปัญหา เป็นขั้นตอนที่สำคัญในการป้องกันปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการรักษา และการบริหารทางเภสัชกรรม สามารถดำเนินการได้ทุกระดับของการบริการ (ASHP, 1993) เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดจากการรักษา

#### การบริหารเภสัชกรรมในผู้ป่วยนอก

Smith และ Benderev (1991) ได้เสนอการให้การบริหารทางเภสัชกรรมในคลินิกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล โดยพิจารณาปัจจัย ได้แก่สถานะทางการแพทย์ของผู้ป่วย, การรักษาทางยาที่ผู้ป่วยได้รับ, ระดับของการปฏิบัติงานโดยเภสัชกรที่ต้องการ, ความสัมพันธ์ระหว่างวิชาชีพระหว่างเภสัชกรและบุคลากรทางการแพทย์อื่น เป็นงานบริหารทางเภสัชกรรมในระดับต้น เนื่องจากผู้ป่วยโรคเรื้อรังไม่มีความรุนแรง การรักษาไม่ซับซ้อนและการตอบสนองต่อยาสามารถติดตามได้ง่าย และมีการติดต่อประสานงานระหว่างแพทย์และเภสัชกรไม่มากนัก Smith และ Benderev (1991) เสนอกิจกรรมที่ควรดำเนินการในระดับนี้คือ

1. ติดตามความร่วมมือและการรักษาที่ถูกต้องของผู้ป่วย
2. จ่ายยาพร้อมกับฉลากที่เหมาะสม
3. ให้คำแนะนำผู้ป่วยเกี่ยวกับการรักษาอื่น ๆ
4. ให้คำแนะนำการเก็บรักษาที่บ้าน
5. ช่วยแพทย์ในการเลือกยาและเสนอเกณฑ์การรักษาอื่น ๆ ในการรักษาผู้ป่วย

## การประเมินคุณภาพของการบริหารเภสัชกรรมในคลินิกผู้ป่วยนอก

American Medical Association Council on Medical Service ได้กำหนดคุณภาพของการบริหาร (Quality Care) ควรอยู่ในเงื่อนไขดังต่อไปนี้

1. มีการปรับปรุงสุขภาพของผู้ป่วยอย่างเหมาะสม
2. ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค
3. มีการดูแลที่ถูกต้องตามเวลา
4. บอกผู้ป่วยให้มีส่วนร่วมในกระบวนการดูแลสุขภาพของตนเอง
5. ยอมรับหลักการทางวิทยาศาสตร์
6. คำนึงถึงความยุติกันดีของผู้ป่วย
7. มีการใช้เทคโนโลยีที่มีประสิทธิภาพ
8. มีการบันทึกอย่างเพียงพอเพื่อการดูแลที่ต่อเนื่อง และมีการประเมินผล

Farris และ Kirking (1993) ได้เสนอการประเมินคุณภาพของการบริหารทางเภสัชกรรมของคลินิกผู้ป่วยนอก โดยใช้กรอบแนวคิดของ Donabedian ซึ่งได้เสนอในปี 1966 โดยทำการประเมิน โครงสร้าง-กระบวนการที่ได้ดำเนินการ-ผลที่ได้ (Structure-Process-Outcome)

### 1. การประเมินโครงสร้าง (Structure)

เป็นการประเมินด้านการจัดการองค์กร, สิ่งอำนวยความสะดวก และทรัพยากร อันได้แก่ ทรัพยากรด้านวัตถุ, กำลังคน, การเงิน เป็นต้น ที่จำเป็นสำหรับการจัดให้บริการดูแลสุขภาพ การประเมินโครงสร้างจะบอกถึงศักยภาพในการให้การบริการแก่ผู้ป่วย Farris และ Kirking (1993) ได้เสนอตัวอย่างเกณฑ์ในการประเมินโครงสร้างของการบริหารทางเภสัชกรรมในคลินิกผู้ป่วยนอก ได้แก่

- ❖ มีศูนย์เภสัชสนเทศที่เหมาะสม
- ❖ มีคลังยาที่เพียงพอ
- ❖ มีความสามารถในการจัดเก็บข้อมูล เช่น มีการนำคอมพิวเตอร์เข้ามาใช้
- ❖ มีระบบคอมพิวเตอร์ของกลุ่มงาน
- ❖ มีผู้ช่วยเภสัชกรที่ผ่านการอบรมมาเป็นอย่างดี
- ❖ มีพื้นที่เป็นสัดส่วนในการให้คำปรึกษาด้านยา
- ❖ มีพื้นที่ในการผสมยา เป็นต้น

## 2. การประเมินกระบวนการที่ได้ดำเนินการ (Process)

เป็นการประเมินกิจกรรมที่เกิดขึ้นระหว่างผู้ให้บริการกับผู้ป่วย หรือผู้ดูแลผู้ป่วย การจัดหรือการประเมิน จะรวมถึงวิธีการดำเนินงาน หรือขั้นตอนที่ปฏิบัติในการให้บริการสุขภาพ การประเมินจากขั้นตอนต่าง ๆ เหล่านี้ เป็นการวัดคุณภาพในแต่ละขั้นตอน เพราะเป็นการประเมินคุณภาพที่ตรงที่สุด โดยมีข้อสมมติที่ว่ากระบวนการให้บริการที่ดีจะนำไปสู่ผลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยในทางที่ดี

การประเมินกิจกรรมในการบริหารทางเภสัชกรรม Farris และ Kirking (1993) เสนอให้ประเมินใน 2 หัวข้อ คือ **เทคนิคการดูแลผู้ป่วยทางเภสัชกรรม** ซึ่งต้องเป็นกิจกรรมที่สามารถตรวจสอบ, แก้ไข และป้องกันปัญหาที่เกี่ยวข้องกับใช้ยาได้ และ **สัมพันธภาพระหว่างเภสัชกรและผู้ป่วย** ตัวอย่างเกณฑ์ที่ได้เสนอ ได้แก่

### เทคนิคการดูแลผู้ป่วยทางเภสัชกรรม

- ❖ รวบรวมข้อมูลทำใบสั่งยา
- ❖ ส่งข้อมูลเข้าสู่ระบบคอมพิวเตอร์
- ❖ ทบทวน ประวัติของผู้ป่วยเพื่อหาปัญหาจากการใช้ยา
- ❖ ผู้ป่วยได้รับยาที่เหมาะสมจากห้องยา
- ❖ มีฉลากอย่างเหมาะสม
- ❖ ตรวจสอบฉลากยา, ขวดยา และใบสั่งยา



❖ การมอบยาตามแพทย์สั่งแก่ผู้ป่วย

เภสัชกรเป็นผู้มอบยาแก่ผู้ป่วย

เภสัชกรอธิบายชื่อยา, ข้อบ่งใช้, แผนการรักษา และอาการ

อันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาที่อาจเกิดขึ้น

เภสัชกรให้เอกสารเกี่ยวกับข้อบ่งใช้ แผนการรักษา, ความถี่

ของการใช้ยา

มีเอกสารบันทึกการทบทวนการใช้ยาของผู้ป่วย

- ❖ มีการติดตามผลการรักษาด้านยา
- ❖ ติดตามการมาตามนัด
- ❖ มีการบันทึกตรวจสอบการไม่ใช้ยาตามสั่ง
- ❖ มีการสอบถามถึงปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยา
- ❖ โทรติดต่อประสานงานกับแพทย์เมื่อพบความผิดปกติ หรือ

เมื่อมีข้อแนะนำพิเศษ

- ❖ ตอบคำถามผู้ป่วย เมื่อมีคำถาม
- ❖ ตอบคำถามแพทย์ เมื่อมีคำถาม

สัมพันธภาพระหว่างเภสัชกรกับผู้ป่วย

- ❖ เภสัชกรเต็มใจที่จะรับฟังปัญหา
- ❖ มีความเห็นอกเห็นใจ
- ❖ เต็มไปด้วยความเป็นมิตร
- ❖ เภสัชกรให้ความสนใจปัญหาของผู้ป่วย
- ❖ เภสัชกรให้การยอมรับปัญหาของผู้ป่วย

### 3. การประเมินผลที่ได้ (Outcome)

การประเมินผลที่ได้ โดยทั่วไปผลที่ได้จะเป็นผลของการทำกิจกรรมการดำเนินงาน ในการประเมินผลของงานบริหารทางเภสัชกรรมนั้น มุ่งถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเป็นสำคัญ

Hepler และ Strand (1990) ได้เสนอผลทางการบริหารทางเภสัชกรรม คือ 1. หายจากโรค 2. บำบัดหรือบรรเทา 3. ชะลอหรือยับยั้งการดำเนินของโรค 4. ป้องกันโรค Farris และ

Kirking (1993) มองว่า Hepler และ Strand (1990) มองเพียงผลปัจจัยทางกายภาพโดยไม่ได้พิจารณาปัจจัยทางการดำเนินชีวิต, ทางจิตใจ, ทางเศรษฐกิจ และสังคม Farris และ Kirking (1993) ได้เสนอให้เพิ่มเติมการประเมินผลเหล่านี้ด้วย

นอกจากนี้ Farris และ Kirking (1993) ได้เสนอตัววัดผลในการดำเนินการบริหารทางเภสัชกรรมเพิ่มเติมอีกดังนี้

- ❖ หายจากโรค
- ❖ ลดหรือกำจัดอาการของโรค
- ❖ ชะลอการดำเนินของโรค
- ❖ ป้องกันโรคหรืออาการ
- ❖ ความรู้ผู้ป่วยในการรักษาด้วยยาดีขึ้น
- ❖ การไม่ใช้ยาตามสั่งของผู้ป่วยดีขึ้น
- ❖ การบำบัดรักษาด้วยยาของผู้ป่วยดีขึ้น
  - การสั่งยาของแพทย์ดีขึ้น
  - การจ่ายยาของเภสัชกรดีขึ้น
  - การบริหารยาของผู้ป่วยดีขึ้น
  - การติดตามผลการใช้ยาดีขึ้น
  - ลดอันตรกิริยาระหว่างยากับยา, ยากับอาหาร, ยากับโรค
  - ลดอาการอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา
  - ลดการได้ยาที่ต่ำกว่าขนาดการรักษา
  - มีการค้นหาปัญหาการแพ้ยาของผู้ป่วยเพิ่มขึ้น
  - มีการค้นหาปัญหาการทนยาไม่ได้ของผู้ป่วยเพิ่มขึ้น
  - ลดการทนยาไม่ได้ของผู้ป่วย
  - ลดการติดยา/ใช้ยาในทางที่ผิด
- ❖ ผู้ป่วยมีความพึงพอใจ

การมองผลที่ได้รับเพียงอย่างเดียวอาจบอกไม่ได้ว่า ผลที่ได้กระทำเป็นผลที่เกิดจากการบริหารทางเภสัชกรรม ดังนั้นกระบวนการด้านเทคนิคการดูแลผู้ป่วยทางเภสัชกรรม และความสัมพันธ์ระหว่างเภสัชกรและผู้ป่วยจะแยกเภสัชกรออกจากบุคลากรอื่น ซึ่งเป็นข้อบ่งชี้ให้เห็นว่าเภสัชกรมีคุณสมบัติและมีส่วนในการรับผิดชอบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

### การดำเนินการบริหารทางเภสัชกรรมในคลินิกผู้ป่วยนอก

มีรายงานการดำเนินการบริหารทางเภสัชกรรมและผลสำเร็จของการดำเนินการในคลินิกผู้ป่วยนอก ดังนี้

Lobas, Penny และ Abramowitz (1992) ได้รายงานถึงความสำเร็จของการดำเนินการบริหารทางเภสัชกรรมในคลินิกผู้ป่วยนอก โดยใช้เกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ป่วย คือ

1. ผู้ป่วยมีการใช้ยาตั้งแต่ 5 ชนิดหรือมากกว่า
2. ความถี่ในการใช้ยามากกว่า 12 ครั้งต่อวัน
3. เปลี่ยนแผนการรักษามากกว่า 4 ครั้งต่อปี
4. ผู้ป่วยมีโรคตั้งแต่ 3 โรค หรือมากกว่า
5. มีประวัติไม่ใช้ยาตามสั่ง
6. มียาที่ต้องติดตามผลการรักษา
7. แพทย์, พยาบาลส่งให้คำปรึกษา
8. อื่น ๆ ได้แก่ มีการใช้ยาซ้ำซ้อน, ผู้ป่วยขอคำปรึกษา

การดำเนินการบริหารทางเภสัชกรรม เภสัชกรได้ทำการค้นหาปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา เมื่อพบปัญหาทำการแก้ไขโดยให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วย และประสานงานกับแพทย์ผู้รักษา มีการบันทึกประวัติของผู้ป่วยและติดตามผลที่ได้รับ จากการดำเนินการพบว่าสามารถลดค่าใช้จ่ายด้านรักษาพยาบาลของผู้ป่วย และเพิ่มคุณภาพการดูแลผู้ป่วย

Mitchell (1993) ได้รายงานถึงความสำเร็จของการดำเนินการบริหารทางเภสัชกรรมในคลินิกผู้ป่วยนอก โดยเภสัชกรเข้าไปค้นหาปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาของผู้ป่วยในคลินิก ทำงานร่วมกับแพทย์ในการรักษา และให้คำแนะนำปรึกษาเกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วย การดำเนินกิจกรรมได้รับการยอมรับเป็นอย่างดี โดยเภสัชกรได้เข้าไปดำเนินการในคลินิกต่างๆ ได้แก่ คลินิกอายุรกรรม, คลินิกโรคไต, คลินิกต่อมไร้ท่อ, คลินิกความผิดปกติด้านเมตาบอลิซึม, คลินิกโรคไต, คลินิกโรคเลือด, คลินิกโรคกระดูก, การจัดการด้านความเจ็บปวด (pain management) เข้าร่วมในคลินิกคัดกรองผู้ป่วยที่มารับยาต่อ และคลินิกของผู้ป่วยที่ใช้ยาต้านการแข็งตัวของเลือด

Ellenor และ Dishman (1995) ได้รายงานการดำเนินการบริหารทางเภสัชกรรมในคลินิกโรคจิต โดยให้บทบาทของเภสัชกรในการดำเนินการดังนี้

1. ประเมินอาการทางคลินิกของผู้ป่วย
2. ประเมินอาการอื่นไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา
3. ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อประเมินผลทางคลินิก ค้นหาอาการอื่นไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา และวัดระดับยาในเลือด
4. เภสัชกรสามารถหยุดหรือเปลี่ยนแปลงขนาดการรักษา แต่การเพิ่มขนาดการใช้ยาหรือเปลี่ยนการรักษาใหม่ จำเป็นต้องได้รับการสั่งใช้ยาจากแพทย์ผู้รักษา
5. ประเมินการไม่ใช้ยาตามสั่ง
6. มีการบันทึกการปฏิบัติการ
7. เภสัชกรจ่ายยาให้แก่ผู้ป่วย
8. เภสัชกรให้การศึกษาแก่ผู้ป่วย
9. เภสัชกรนัดผู้ป่วยให้มารับการรักษาครั้งต่อไป

ซึ่งผลการดำเนินการพบว่าสามารถลดภาระของแพทย์ในการดูแลผู้ป่วย ทำให้แพทย์มีเวลาในการดูแลผู้ป่วยหนักมากขึ้น และมีการยอมรับบทบาทของเภสัชกรในการสั่งยาต่อตามแผนการรักษาเดิมของผู้ป่วย

รูปแบบและแนวทางการดำเนินการบริหารทางเภสัชกรรมยังไม่มีมาตรฐานและแนวทางอย่างชัดเจน แต่แนวคิดการบริหารทางเภสัชกรรมได้รับการยอมรับว่าเป็นพันธกิจของเภสัชกรทุกคน ที่จำเป็นต้องเข้าไปดูแลผลการรักษาของผู้ป่วย และการบริหารทางเภสัชกรรม Farris และ Kirking (1993) เสนอว่าการบริหารทางเภสัชกรรมคืองานคุณภาพของงานเภสัชกรรมซึ่งมีความเป็นวิชาชีพและมุ่งเน้นถึงผู้ป่วย ต้องอาศัยการประสานงานและร่วมทำงานกับวิชาชีพอื่นๆโดยมิได้มุ่งหวังผลทางคลินิกเท่านั้น แต่ต้องรวมถึงให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตได้เป็นปกติและเหมาะสมกับสภาวะทั้งร่างกาย, จิตใจ, เศรษฐกิจและสังคม ในสถานการณ์ที่วัณโรคกลับมาระบาดในปัจจุบัน การรักษาวัณโรคต้องใช้ยาเป็นหลักในการรักษา และยังคงจำเป็นต้องมีทีมการรักษาที่ดีเพื่อสามารถประสานงานแก้ไขปัญหาให้แก่ผู้ป่วย และทำให้เกิดมีแรงจูงใจในการรักษาติดต่อกันจนครบแผนการรักษา ดังนั้นจึงเป็นบทบาทหน้าที่ของวิชาชีพเภสัชกรรมในการดูแลผู้ป่วยด้านการใช้ยาเพื่อมุ่งหวังให้ผู้ป่วยมีคุณภาพการรักษาที่ดี และส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของผู้ป่วย

#### การบริหารทางเภสัชกรรมในคลินิกวัณโรค

วัณโรคยังคงเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขทั้งในระดับประเทศและในระดับโลก ในปัจจุบันวัณโรคกลับมามีความรุนแรงมากขึ้น เนื่องจากการแพร่ระบาดของโรคเอดส์และเชื้อวัณโรคมีการดื้อยามากขึ้น (บัญญัติ ปริชญานนท์ และชัยเวช นุชประยูร, 2536; Taylor, 1992; Spinacci, 1992; Barnes and Barrows, 1993; Cantwell et al., 1994, Peloquin and Berning, 1994; Raviglione, 1994; Ruben, 1994) ผู้ป่วยวัณโรค 3.1 ล้านคนติดเชื้อ HIV ร่วมด้วยและเป็นวัยแรงงานของประเทศและอยู่ในประเทศที่กำลังพัฒนา (Spinacci, 1992; Barnes and Barrows, 1993) หลักการควบคุมวัณโรคไม่แตกต่างจากการควบคุมโรคติดต่อทั่วไป กล่าวคือต้องพยายามตัดการแพร่เชื้อจากผู้ป่วยมิให้ถ่ายทอดไปยังบุคคลอื่น วิธีการหลักในการควบคุมวัณโรคที่ประเทศไทยนำมาใช้ ได้แก่ การฉีดวัคซีนบีซีจี เพื่อป้องกันการติดเชื้อวัณโรคตั้งแต่แรกเกิด, การตรวจหาผู้ป่วยวัณโรคและการรักษาด้วยยาแบบผู้ป่วยนอก เพื่อกำจัดเชื้อและลดอันตรายจากการแพร่เชื้อวัณโรค และการให้สุศึกษา (สมบุญ ผ่องอักษร, 2535; กองวัณโรค, 2537)

การรักษาวัณโรค ถ้าผู้ป่วยไม่มีอาการแทรกซ้อนหรือมีภาวะฉุกเฉินไม่จำเป็นต้องรับไว้รักษาในโรงพยาบาล ซึ่งประหยัดค่าใช้จ่ายในการดำเนินการของโรงพยาบาล โดยได้จัดตั้งคลินิกวัณโรคขึ้น โดยคลินิกวัณโรคต้องมียารักษาวัณโรคจำนวนเพียงพอที่จะจ่ายผู้ป่วยที่ตรวจพบโดยไม่คิดมูลค่า และมีการจัดระบบบริการจ่ายยา และติดตามผู้ป่วยให้มารับการรักษาได้อย่างสม่ำเสมอจนครบระยะเวลาที่ต้องการ ระบบยามาตรฐานได้ถูกนำมาใช้ในการควบคุมวัณโรคเป็นเวลานานเกือบ 20 ปี คือระบบยา Isoniazid ร่วมกับ Thiacetazone โดยให้ Streptomycin, Isoniazid และ Thiacetazone ในระยะ 2 เดือนแรก ตามด้วย Isoniazid และ Thiacetazone (2SHT/ HT) เวลาที่ใช้ในการรักษานานถึง 18 - 24 เดือน ซึ่งถึงแม้ว่าระบบยานี้จะมีราคาถูก การบริหารง่ายและให้ผลดีพอสมควร แต่เนื่องจากเป็นระบบยาที่ทำให้เกิดอาการข้างเคียงและแพ้ได้มากจนต้องเปลี่ยนยาอื่นแทน Thiacetazone ถึงร้อยละ 20 และเวลาที่ใช้ในการรักษานานจึงเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยมารับการรักษาอย่างสม่ำเสมอจนครบตามกำหนดเพียงร้อยละ 55 - 60 เท่านั้น ดังนั้นตั้งแต่ปี พ.ศ. 2528 ได้นำแผนการให้ยารักษาระยะสั้น (Short-Course Chemotherapy) โดยประกอบด้วยยา Isoniazid, Rifampicin และ Pyrazinamide ในผู้ป่วยที่ตรวจพบเชื้ออาจเพิ่มยาอีก 1 ชนิด คือ Streptomycin, Ethambutol หรือ Cycloserine ทุกวันในระยะ 2 เดือนแรก และตามด้วย Isoniazid และ Rifampicin ทุกวัน หรือ สัปดาห์ละ 2 ครั้ง อีก 4 เดือน โดยใช้เวลารักษาเป็นระยะเวลารวม 6 - 8 เดือน ระบบยารักษาระยะสั้นเป็นระบบที่มีประสิทธิภาพในการรักษาผู้ป่วยให้พ้นระยะแพร่เชื้ออย่างรวดเร็วและมีอัตรากลับกำเริบได้น้อย ตลอดจนระยะเวลาในการรักษาล้นลง (นัคตา ศรียาภย์, 2535) แม้ว่าจะระบบยารักษาระยะสั้นจะดีเพียงไรก็ตาม วัณโรคยังเป็นโรคที่ต้องใช้เวลาในการรักษาและต้องอาศัยความร่วมมือของผู้ป่วยเป็นสำคัญ

## ปัญหาที่พบในการให้บริการผู้ป่วยวัณโรค

### 1. ปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย (Non-Compliance)

ปัญหาที่สำคัญของการรักษาวัณโรค คือผู้ป่วยไม่ร่วมมือในการใช้ยา (Davidson and Le, 1992; Pozsik, 1993; ASHP, 1994; Reichman, 1994) ในปี 1990 Centers For Disease Control (CDC) ของประเทศสหรัฐอเมริกา รายงานผู้ป่วยวัณโรคในรัฐและเมืองใหญ่ของสหรัฐอเมริกาที่รักษาไม่ครบตามแผนการรักษาในระยะเวลา 12 เดือนเท่ากับร้อยละ 24.2 และในบางพื้นที่อาจสูงถึงร้อยละ 55 ประชา เชี่ยววิทย์และคณะ (2532) รายงานผู้ป่วยมารับการรักษาไม่

ครบตามแผนการรักษาโดยใช้ยารักษาระยะสั้นของกonganโรคเมื่อปี 2528 พบว่าผู้ป่วยใหม่ที่มา รับการรักษาครั้งแรกขาดการรักษาเท่ากับร้อยละ 29.06 และใช้ยาไม่ถูกต้อง (ขนาดการใช้ยามากเกินไป, น้อยเกินไป, ชนิดยาไม่ครบตามแพทย์สั่ง, ระยะเวลายาวไป, ระยะเวลาสั้นไป) ของ กonganโรค/ศูนย์วัดโรคเขตเท่ากับร้อยละ 6.43 และโรงพยาบาลชุมชนเท่ากับร้อยละ 23.72

สาเหตุของการขาดการรักษามาจากหลายสาเหตุร่วมกันที่สำคัญ ได้แก่ ปัญหา ด้านเศรษฐกิจและการขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับวัณโรค (อำนาจ หนูจ้อย และวัชรินทร์ จันโต, 2531; สายัณห์ แก้วเกตุ, 2537) นอกจากนี้กลุ่มผู้ป่วยที่มีประวัติความล้มเหลวในการรักษา มาก่อน, ผู้ป่วยที่ติดยา, ติดเหล้า และผู้ป่วยที่มีความบกพร่องทางร่างกายและจิต เป็นกลุ่มผู้ป่วย ที่มีความเสี่ยงสูงที่จะไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยา (Pozsik, 1993) ซึ่งการป้องกันไม่ให้ผู้ป่วย ขาดการรักษาควรมีการให้รู้ถึงผลเสียที่จะเกิดขึ้นต่อตนเองและครอบครัว และติดตามผู้ป่วย ทันที ตลอดจนให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยด้านเศรษฐกิจและด้านสังคม ตามความเหมาะสมและ ความจำเป็น นอกจากนี้สัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์, การลดความ ยุ่งยากในการมารับบริการ และการใช้ยาที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อน จะมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยมารับการ รักษาอย่างต่อเนื่อง (สายัณห์ แก้วเกตุ, 2537; Reichman, 2537; Pozsike, 1993)

ในการประเมินปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย (Non-Compliance) อาจใช้วิธีการนับเม็ดยาแต่ก็ไม่ค่อยถูกต้อง วิธีที่ถูกต้องมากกว่าคือการตรวจทางชีวภาพ ได้แก่ ตรวจปัสสาวะเพื่อหาเมตาบอลไลท์ของยา, การตรวจระดับยาในเลือด ซึ่งเป็นวิธีที่สิ้นค่าใช้จ่าย มาก หรือวิธีการเข้าไปสังเกตโดยตรงในการบริหารยา (Directly Observe Therapy - DOT) เป็น มาตรการหนึ่งในการดูแลการบริหารยาของผู้ป่วยวัณโรค โดยให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเข้าไป ติดตามการรักษาที่บ้าน 2-3 ครั้งต่อสัปดาห์ ในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่าได้ผลดี (Pozsile, 1993; Weis et al., 1994)

## 2. ปัญหาอันตรกิริยาของยากับยาอื่น

ผู้ป่วยวัณโรคบางกลุ่ม เช่น ผู้สูงอายุหรือกลุ่มที่ติดเชื้อ HIV ร่วม อาจจำเป็นต้อง ใช้ยากกลุ่มอื่นร่วมด้วย อันตรกิริยาของยารักษาวัณโรคกับยาอื่นที่ใช้ร่วมอาจเกิดขึ้นและก่อให้เกิด อันตรายได้ ที่สำคัญได้แก่

Isoniazid ลดผลการควบคุมการชักของ Phenytoin อาจทำให้ควบคุมการชักไม่ได้ Rifampicin ซึ่งเป็นยาหลักในระบบยาระยะสั้น โดยฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาของ Rifampicin เป็น enzyme inducer จะเกิดอันตรกิริยากับยาหลายตัวที่สำคัญ ได้แก่ Warfarin, Sulfonylurea ซึ่งเป็นยาในกลุ่ม Hypoglycemic Agent, Digoxin, Oral Contraceptive ซึ่งทำให้ฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาของยาเหล่านี้ลดลง Rifampicin ทำให้ระดับยาในเลือดของยา Ketoconazole และ Itraconazole ลดลง ซึ่งยาเหล่านี้เป็นยาที่อาจต้องใช้ร่วมกับผู้ป่วยโรคเอดส์ เพื่อควบคุมการติดเชื้อราของผู้ป่วย และพบว่า Rifampicin ยังลดระดับยาของ Didanosine (DDI) ด้วยเช่นกัน ซึ่งอันตรกิริยาที่เกิดขึ้นอาจทำให้ไม่สามารถควบคุมอาการของโรคของโรคเอดส์ได้ (Tatro, 1992; Dutt and Stead, 1993; Quinn and Day, 1995) นอกจากนี้กลุ่มยารักษาวัณโรคยังมีรายงานการเสริมฤทธิ์การกดไขกระดูกเมื่อมีการใช้ร่วมกับ Zidovudine (AHFS, 1994) ดังนั้นเมื่อมีการใช้ยารักษาวัณโรคร่วมกับยาอื่นๆจึงควรติดตามการใช้ยาอย่างใกล้ชิด

### 3. อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา

ปัญหาสำคัญอีกประการหนึ่งของการรักษาวัณโรคคือ อาการอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยไม่ยอมรับการรักษา อาการอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาที่สำคัญของระบบยารักษาวัณโรค ได้แก่ การเกิดความเป็นพิษต่อตับ (Spinacci, 1992; Barnes and Barrows, 1993) ซึ่งยา Isoniazid, Rifampicin และ Pyrazinamide เป็นสาเหตุสำคัญซึ่งพบมากในผู้สูงอายุและผู้ที่มีเมลาเป็นประจำ แต่อุบัติการณ์ในการเกิดไม่มากนัก (Girling, 1982) ส่วนอาการตับอักเสบมักมีสาเหตุมาจาก Isoniazid และ Pyrazinamide

นอกจากนี้ Isoniazid ทำให้เกิดความเป็นพิษต่อระบบประสาท (Neurological toxicity) Rifampicin ทำให้เกิดอาการทางระบบทางเดินอาหาร มีรายงานถึงการเกิดท่อน้ำดีอักเสบ (Barnes and Barrows, 1993) ในผู้ป่วยที่ใช้ Rifampicin ผู้ที่กินยาไม่สม่ำเสมอหรือใช้การรักษาแบบเว้นระยะซึ่งมีการให้ยาในขนาดที่สูงกว่าการรับประทานยาทุกวัน อาจทำให้เกิดอาการไข้, หายใจหอบ, โลหิตจางเฉียบพลัน และไตวาย ซึ่งพบน้อยมากแต่เป็นอันตรายต่อชีวิต จำเป็นต้องหยุดการใช้ยาทันทีและห้ามใช้ต่ออีก Pyrazinamide ทำให้เกิดปวดตามข้อ Ethambutol ในขนาดที่สูง (มากกว่า 25 มิลลิกรัมต่อกิโลกรัมต่อวัน) อาจเป็นสาเหตุให้เกิดอาการประสาทตาอักเสบ ซึ่งเป็นอาการอันไม่พึงประสงค์ที่ขึ้นอยู่กับการใช้ยา อาการอันไม่พึงประสงค์ที่มี



อาการเล็กน้อย อาจหายได้เองหรือให้การรักษาตามอาการ ดังนั้นยาวัณโรคจำเป็นต้องมีการติดตามอย่างใกล้ชิด (Girling, 1982; Spinacci, 1992; Barnes and Barrow, 1993)

ในผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อ HIV พบอาการอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาได้บ่อยมาก มีรายงานถึงร้อยละ 18 - 26 ของผู้ป่วยทั้งหมด (Barnes et al., 1993) โดยมักพบอาการผื่นคัน, ตับอักเสบ และอาการผิดปกติทางเดินอาหาร ยาที่เป็นสาเหตุสำคัญคือ Rifampicin และ ในบางรายอาจมีอาการที่เกิดขึ้นรุนแรงจนต้องหยุดยา ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งทำให้ผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อ HIV ไม่ยอมรับการรักษาต่อ

ในประเทศไทยจากการติดตามอาการอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาในคลินิกวัณโรคโดย พรรณี นัลภาค และคณะ (2536) ในศูนย์วัณโรคเขต 12 ยะลา และกรรณิการ์ วิสุทธิวรรณ และคณะ (2537) ในศูนย์วัณโรคเขต 3 ชลบุรี พบว่าอาการอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาที่พบเป็นอาการเล็กน้อยๆ ที่พบมากที่สุดได้แก่ อาการผื่นคัน และจากรายงานอาการอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาของคณะกรรมการอาหารและยา (2538) พบว่ามีรายงานอาการอันไม่พึงประสงค์ที่รุนแรง ได้แก่ Toxic Epidermal Necrolysis (TEN) จากยา Isoniazid ร่วมกับ Rifampicin และ Pyrazinamide

ในประเทศไทยได้มีรายงานการดำเนินการด้านเภสัชกรรมคลินิก ในผู้ป่วยกลุ่มต่างๆ ได้แก่

ปรามินทร์ วีระอนันตวัฒน์ (2534) ได้จัดตั้งรายงานการติดตามผลการใช้ยากลับโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยติดตามปัญหาการไม่ใช้ยาตามสั่ง ปัญหาที่เกี่ยวกับยา และอาการอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ร่วมกับการให้บริการแนะนำการใช้ยาแก่ผู้ป่วย พบว่า สามารถลดปัญหาของการไม่ใช้ยาตามสั่งได้อย่างมีประสิทธิภาพ ในการสอบถามความคิดเห็นของบุคลากรทางการแพทย์ เภสัชกรควรเข้าไปมีบทบาทในโรคเรื้อรังอื่นๆ โรคที่ได้รับการเสนอแนะมากที่สุดคือ วัณโรค

ชบาไพโร ยะแสง (2538) ได้รายงานการเข้าไปติดตามปัญหาการใช้ยาเคมีบำบัด ในผู้ป่วยโรคมะเร็ง ที่โรงพยาบาลราชวิถี จันทน์ ฉัตรวิริยวงศ์ (2538) และ สุชาติดา ภัทรธนกัน

(2538) ได้ให้การดำเนินการบริหารผู้สูงอายุกลุ่มโรคระบบทางเดินหายใจ และผู้ป่วยกลุ่มหลอดเลือดและหัวใจในหอผู้ป่วยโรงพยาบาลราชวิถี พบว่าสามารถค้นหาป้องกัน และแก้ไขปัญหาค่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาได้ แต่ยังไม่มีการนำแนวคิดการบริหารทางเภสัชกรรมเข้าไปทำในคลินิกผู้ป่วยนอก และยังไม่มีการรายงานกิจกรรมของเภสัชกรอย่างเป็นทางการเข้าไปดูแลผู้ป่วยในคลินิกวัณโรค

ดังนั้นการวิจัยครั้งนี้จึงหารูปแบบแนวทางในการดำเนินการบริหารทางเภสัชกรรมในคลินิกของผู้ป่วยนอก โดยมีผู้ป่วยวัณโรคเป็นเป้าหมาย และเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งของงานคลินิกวัณโรค ดำเนินการติดตามผู้ป่วยวัณโรคตั้งแต่เริ่มเข้าคลินิกโดยติดตามทุกขั้นตอน มีการจัดทำประวัติการใช้ยาของผู้ป่วย, ติดตามการสั่งใช้ยาของแพทย์, การจ่ายยาของกลุ่มงานเภสัชกรรม การไม่ใช้ยาตามสั่ง, ติดตามอาการอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา และอันตรายต่อกันของยารักษาวัณโรคกับยาอื่น ตลอดจนแนะนำผู้ป่วยเกี่ยวกับการใช้ยา โดยทำการค้นหา, ติดตาม, เผาระวัง และแก้ไขปัญหาค่ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับคุณภาพการรักษาที่ดีขึ้น, ได้รับประโยชน์สูงสุดจากการใช้ยา และยอมรับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นผลเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโดยตรง และส่งผลถึงการลดการเป็นแหล่งแพร่เชื้อของชุมชนทำให้การควบคุมโรคดีขึ้น การดำเนินงานมุ่งหวังให้เกิดการยอมรับว่าเภสัชกรเป็นบุคลากรหนึ่งในทีมการรักษา และมีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคอย่างแท้จริง

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย