

บทที่ 2

การบริหารทางเภสัชกรรมระดับต้น

ความเป็นมา

จากการทำงานของเภสัชกรได้เปลี่ยนลักษณะงานทางวิชาชีพ จากการเน้นเฉพาะด้านผลิตภัณฑ์ยา มาเป็นงานที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาของผู้ป่วย ได้มีการพัฒนาตั้งแต่ระบบดั้งเดิมหรือระบบของการจ่ายยา (Drug Distribution) แล้วเข้าสู่ระบบของงานเภสัชกรรมคลินิก (Clinical Pharmacy) จนกระทั่งในยุคปัจจุบัน จึงก้าวเข้าสู่การเข้าไปดูแลผู้ป่วยโดยตรงทางด้านยาหรือการบริหารทางเภสัชกรรม (Pharmaceutical Care) นั่นเอง

จากแนวคิดที่นำเสนอไว้มากมาย ล้วนแต่มุ่งเน้นการปฏิบัติงาน เพื่อมาตรฐานทางวิชาชีพ และคุณประโยชน์ที่มีต่อสังคมทางด้านเภสัชกรรม (Hepler 1987 ; Hepler and Strand, 1990 ; Penna, 1990 ; Strand et al., 1992)

คำนิยาม

การบริหารทางเภสัชกรรม (Pharmaceutical Care, PC) เป็นการให้ความรับผิดชอบต่อการบำบัด การรักษาด้วยยา เพื่อให้ได้ผลตามที่กำหนด เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (Hepler and Strand, 1990)

การบริหารทางเภสัชกรรมกับผู้ป่วย เป็นพันธกิจทางวิชาชีพของเภสัชกร ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโดยตรงที่รวมการใช้ยาและผลิตภัณฑ์ (Penna, 1990, Hepler, 1993) การให้มีความสัมพันธ์โดยตรงระหว่างเภสัชกรกับผู้ป่วยแต่ละราย ในกระบวนการใช้ยา โดยคาดว่าเภสัชกรเป็นผู้มีความรู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับยาเป็นอย่างดี (Hatoum et al., 1988 ; Brodie, 1967)

ความรับผิดชอบของเภสัชกรในการบริหารทางเภสัชกรรม

จุดมุ่งหมาย ในการบริหารทางเภสัชกรรมนั้น เภสัชกรต้องรับผิดชอบต่อผลการรักษาด้วยยา ซึ่งหมายถึง การที่ผู้ป่วย (Hepler and Strand, 1990; American Society of Health-System Pharmacist [ASHP], 1993; Strand et al., 1991; Isetts, 1992)

1. หลีกเลี่ยงโรคหรืออาการที่เป็น
2. บำบัดหรือบรรเทาจากโรคที่เป็น
3. ชลอหรือยับยั้งการดำเนินของโรคที่เป็น
4. ป้องกันโรคหรืออาการของโรค

โดยสรุปแล้ว ตามแนวคิดของ Hepler และ Strand เภสัชกรมีหน้าที่หลัก 3 ประการ คือ (Hepler and Strand 1990; Strand, 1992)

1. บ่งชี้ปัญหาที่เกิดขึ้นหรือมีโอกาที่จะเกิดจากการใช้ยา
2. แก้ไขปัญหาที่เกิดจากการใช้ยา
3. ป้องกันปัญหาที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้ยา

ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับ (Drug Related Problems, DRPS)

ตามคำจำกัดความของปัญหาที่เกี่ยวข้องกับ (ASHP, 1993) หมายถึง เหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่เกิดขึ้นเมื่อมีการใช้ยา และเหตุการณ์และสถานการณ์นั้นส่งผลกระทบต่อผลการใช้ยาที่เหมาะสมของผู้ป่วยเฉพาะราย

ประเภทของปัญหาที่เกิดจากการใช้ยา

การแบ่งประเภทของปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา มีผู้ให้คำจำกัดความไว้หลากหลาย แต่ในที่นี้จะขกกล่าวเฉพาะแนวทางของ Strand และคณะ (1990) และ ASHP (1993) ซึ่งสอดคล้องกัน ดังนี้

1. **ไม่ได้รับยาที่สมควรจะได้รับ (Untreated Indications)** หมายถึง กรณีที่ผู้ป่วยมีอาการหรือโรคที่สมควรจะได้รับยารักษาด้วยยา แต่แพทย์ไม่ได้สั่งยานั้นให้แก่ผู้ป่วย
2. **การเลือกยาที่ไม่เหมาะสม (Improper Drug Selection)** หมายถึงกรณีที่ผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องรับการรักษาด้วยยา แต่การเลือกยาไม่เหมาะสมกับข้อบ่งใช้นั้น

3. การได้รับยาในขนาดที่ต่ำกว่าขนาดในการรักษา (Subtherapeutic Dosage) หมายถึง กรณีที่ผู้ป่วยได้รับยาในขนาดที่ต่ำเกินไป ซึ่งอาจมีสาเหตุมาจากการกำหนดขนาด หรือการให้ยาด้วยช่วงเวลาห่างเกินไปในแต่ละครั้งของการให้ยา หรือให้ผิดวิธีทาง การจ่ายยาที่เสื่อมคุณภาพ การเลือกใช้ยาของบริษัทที่มีคุณภาพในการเอื้อประโยชน์ในร่างกายต่ำ

4. การไม่ได้รับยา (Failure to Receive Medication) หมายถึง กรณีที่ผู้ป่วยไม่ได้รับยาที่ควรได้รับ ทั้งๆ ที่แพทย์ผู้ตรวจวินิจฉัยได้สั่งให้ยาถูกต้องแล้ว อาจมาจากสาเหตุทางรูปแบบของยา, ด้านสรีรวิทยา, เศรษฐกิจและสังคมของตัวผู้ป่วย หรือผู้ป่วยเองไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยา (Non-Compliance Problem)

5. การได้รับยาในขนาดที่สูงเกินไป (Overdosage) หมายถึง การที่ผู้ป่วยได้รับยาในขนาดที่สูงเกินไป อาจมีสาเหตุจากการให้ยาด้วยอัตราเร็วเกินไป ให้ยาด้วยช่วงห่างระหว่างการให้ยาสั้นเกินไป, มีการสะสมของยา, การให้ยาผิดวิธีทาง หรือความผิดพลาดในการคำนวณขนาดของยา

6. ปัญหาการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ของยา (Adverse Drug Reaction) หมายถึง การเกิดอาการไม่พึงประสงค์หลังจากการใช้ยา ซึ่งมีหลายลักษณะดังนี้

- 6.1 เกิดอาการข้างเคียง (Side Effect)
- 6.2 พิษจากยา (Toxicity)
- 6.3 อาการแพ้ยา (Hypersensitivity)
- 6.4 อาการแพ้ยาโดยไม่ทราบสาเหตุ (Idiosyncrasy)

7. การเกิดอันตรกิริยาของยา (Drug Interaction) ในกรณีนี้ อาจเป็น อันตรกิริยาระหว่างยากับยา หรือระหว่างยากับอาหาร หรือระหว่างยากับผลการทดสอบทางห้องปฏิบัติการ

8. การใช้ยาโดยไม่มีข้อบ่งชี้ (Medication Use Without Indication) หมายถึง การที่ผู้ป่วยใช้ยา ซึ่งยังไม่มีผลหรือข้อมูลการบ่งชี้ที่น่าเชื่อถือในการรักษา

กิจกรรมหลักในการดำเนินการบริหารทางเภสัชกรรม (Hepler and Grainger-Rousseau, 1995)

1. เภสัชกรจะต้องทราบผลการรักษาที่ต้องการตั้งแต่เริ่มการรักษา
2. เภสัชกรต้องติดตามผลการรักษา เพื่อจะได้ทราบว่าได้ผลหรือไม่ โดยมีการบันทึกอย่างเป็นระบบ เพื่อง่ายต่อการสืบค้น วิเคราะห์ วางแผน และกำหนดเป้าหมายของผู้ป่วยแต่ละราย ได้มีการเสนอรูปแบบ การบันทึก การปฏิบัติงาน ไว้หลายรูปแบบ ที่แพร่หลายได้แก่ ของ

Strand และ คณะ (1988) ได้เสนอวิธีการที่เรียกว่า Pharmacists Workup on Drug Therapy (PWDT) ประกอบด้วย การดำเนินการ 6 ขั้นตอน ได้แก่ บันทึกประวัติของผู้ป่วย, ค้นหาปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยา, กำหนดผลการรักษาที่ต้องการ, ลำดับผลการรักษาอื่นที่อาจเป็นไปได้, ให้คำแนะนำผู้ป่วย และวางแผน ติดตามผลจากการใช้ยา นอกจากนี้ Canaday และ Yarborough (1994) ได้เสนอรูปแบบการบันทึก การปฏิบัติงาน ในรูปของ "FARM" (F-Finding, A = Assessment, R = Resolution (including Prevention), M = Monitoring) ซึ่งเป็นระบบที่ดัดแปลงมาจาก SOAP (S = Subjective, O = Objective, A = Assessment, P = Plan) ที่แพทย์นำมาใช้อยู่

3. เกษัชกรต้องดำเนินการแก้ไข และจัดการกับปัญหาที่พบ เพื่อให้ได้ผลการรักษาที่ต้องการ และเหมาะสมกับผู้ป่วยทั้งทางด้านชีวภาพ, จิตใจ เศรษฐกิจ และสังคม

รูปแบบและระดับของการบริหารทางเภสัชกรรม

Lee and Ray (1993) ได้ให้ข้อเสนอแนะว่า ควรมีการกำหนดปรัชญาของการทำงาน หรือทิศทางของการให้บริการด้านการบริหารทางเภสัชกรรม ไว้ดังนี้

1. การบริหารทางเภสัชกรรม เป็นกระบวนการที่ต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องเป็นการทำงานร่วมกันเป็นทีม
2. การบริหารทางเภสัชกรรม ไม่ได้เป็นการปฏิบัติงานในทางเภสัชกรรมเท่านั้น แต่จัดเป็นงานที่ตั้งบนพื้นฐานของความต้องการของผู้ป่วยเป็นหลัก (Patient-Focused Care) และเป็นทิศทางในทางปฏิบัติด้านเภสัชกรรมที่ต้องประสานกับส่วนอื่นต่อไป
3. การบริหารทางเภสัชกรรม มีเป้าหมายโดยรวมคือ การทำให้ผู้ป่วยที่ใช้ยามีสุขภาพดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ โดยการใช้ยาอย่างเหมาะสม
4. การบริหารทางเภสัชกรรม จะอาศัยวิธีการหลากหลายวิธีร่วมกันในการป้องกันหรือแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาและความล้มเหลวของการรักษาด้วยยา
5. การปฏิบัติงานดังกล่าว จะต้องกระทำอย่างต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วยทุกคน

Strand และคณะ (1991) ได้เสนอหน้าที่ของเภสัชกรที่ให้การบริบาลทางเภสัชกรรม ไม่ว่าจะเป็นที่สถานที่ปฏิบัติงานใด ว่าควรมีหน้าที่ในระดับต้นที่เหมือนกัน โดยให้กำหนดความจำเป็นของผู้ป่วยเป็นสิ่งที่บ่งชี้ระดับของการบริบาลทางเภสัชกรรม และอาศัยความเสี่ยงต่อการใช้ยาของผู้ป่วยเองเป็นเครื่องแสดงความจำเป็น

Smith และ Benderev (1991) ได้เสนอการแบ่งระดับการบริบาลทางเภสัชกรรม อาศัยปัจจัยต่อไปนี้คือ

1. สภาวะทางการแพทย์ของผู้ป่วย
2. การรักษาทางยาที่ผู้ป่วยได้รับ
3. ระดับของการปฏิบัติงานโดยเภสัชกรที่ต้องการ
4. ความสัมพันธ์ระหว่างวิชาชีพ ระหว่างเภสัชกรและบุคลากรทางการแพทย์

และแบ่งลักษณะการให้บริการไว้ 3 ระดับคือ

1. การบริบาลทางเภสัชกรรมระดับต้น
2. การบริบาลทางเภสัชกรรมระดับที่สอง
3. การบริบาลทางเภสัชกรรมระดับที่สาม

ส่วนรายละเอียดของลักษณะการบริหารทางเภสัชกรรมทั้ง 3 ระดับ แสดงในตาราง
ที่ 1

ตารางที่ 1 แนวคิดในเรื่องระดับการบริหารทางเภสัชกรรม

ลักษณะ	ระดับของการบริหารผู้ช้ยา		
	ระดับต้น	ระดับที่ 2	ระดับที่ 3
1. ปัจจัยที่ชี้วัด ความจำเป็น ของการบริหาร ทางเภสัชกรรม 1.1 สภาวะ ทางการแพทย์	ไม่เจ็บพลงัน, เลื้อร้ง คร้งคราว	จำเป็นต้องรักษาตัวใน โรงพยาบาล	จำเป็นต้องรักษาตัวใน โรงพยาบาล, สภาวะ ทางการแพทย์ เจ็บ พลงันสูง, สภาวะผู้ป่วย เปลี่ยนแปลงบ่อยใน 24 ชม., เกี่ยวข้องกับ ระบบอวัยวะหลาย ระบบ
1.2 การรักษา ด้วยยา	ไม่ซับซ้อน, การตอบ สนองของผู้ป่วย สังเกตได้ง่าย	ใช้ยาหลายชนิด ทั้งยา ฉีดและไม่ใช้ยาฉีด ซึ่ง ต้องติดตามทางห้อง ปฏิบัติการ	ต้องใช้ยาหลายชนิด การบริหารยาโดยการ ฉีด เป็นหลัก, จำเป็น ต้องใช้ยาบ่อย, ซึ่งยามี โอกาสก่อให้เกิด อันตรายสูง
1.3 ระดับของ การปฏิบัติงาน ที่ต้องการ	ความจำเป็นในการใช้ เภสัชกรคลินิกปฏิบัติ งานน้อย, การติดตาม ทางห้องปฏิบัติการ และทางเภสัช	จำเป็นต้องใช้เภสัชกร ติดตามการใช้ยา ต้อง ติดตามผลทางห้อง ปฏิบัติการ หรือทางเภสัช จลนศาสตร์เป็นประจำ,	จำเป็นอย่างมากในการ ใช้เภสัชกรติดตาม, จำ เป็นต้องติดตามผลทาง ห้องปฏิบัติการและทาง เภสัชจลนศาสตร์

ลักษณะ	ระดับของการบริหารผู้สูงอายุ		
	ระดับต้น	ระดับที่ 2	ระดับที่ 3
	จลนศาสตร์จำเป็นในบางครั้ง	จำเป็นต้องใช้ข้อมูลยาหรือการบริการทางเภสัชจลนศาสตร์	จำเป็นต้องใช้ข้อมูลยาหรือการบริการทางเภสัชจลนศาสตร์
1.4 การติดต่อประสานงาน	การติดต่อประสานงานระหว่างแพทย์และเภสัชกรไม่บ่อย	มีการติดต่อประสานงานระหว่างแพทย์และเภสัชกรเป็นประจำ	มีการติดต่อประสานงานระหว่างแพทย์และเภสัชกรบ่อยครั้ง
2. หน้าที่พิเศษของเภสัชกร	ติดตามความร่วมมือและการใช้ยาที่ถูกต้องของผู้ป่วย จ่ายยาพร้อมกับฉลากที่เหมาะสม แนะนำผู้ป่วยเกี่ยวกับการใช้ยาที่ถูกต้องด้วยตนเอง การเก็บรักษายาช่วยแพทย์ในการเลือกยาและขนาดยา	เลือกยาที่ใช้ในการรักษาโดยใช้นโยบายที่รับรองแล้ว จัดการส่งมอบยาจัดให้มีแบบติดตามทางเภสัชจลนศาสตร์ ตอบคำถามเกี่ยวกับยาแก่พยาบาล ช่วยแพทย์ในการเลือกยาและขนาดยา และช่วยในการรักษา	เหมือนระดับที่ 2
3. สถานที่ปฏิบัติงาน	ห้องจ่ายยาผู้ป่วยนอก ร้านยา คลินิก การดูแลสุขภาพที่บ้าน	โรงพยาบาล, สถานพยาบาล, การดูแลสุขภาพที่บ้าน, โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยเฉพาะทาง (โรคมะเร็ง ผู้ป่วยเด็ก ผู้ป่วยที่ต้องควบคุมความเจ็บปวด)	ในสถานพยาบาลซึ่งมีการดูแลผู้ป่วยชั้นวิกฤติ

การจัดระดับการบริหารดังกล่าว มีการอ้างอิงระดับการดูแลผู้ป่วยทางการแพทย์เป็นสำคัญ รวมทั้งต้องพิจารณาประกอบกับปัจจัยซึ่งพิจารณาจากความเสี่ยงต่อยา และความต้องการดูแลด้านยา ของผู้ป่วยเป็นสำคัญ แต่ยังมีปัจจัยอีกหลายประการที่จะเป็นเครื่องกำหนดระดับการให้บริหารทางเภสัชกรรม ซึ่งจำเป็นต้องพิจารณาร่วมกันไป

สำหรับในประเทศไทย ก็ได้เริ่มดำเนินงานทางด้านการบริหารของเภสัชกรรมต่อผู้ป่วย โดยเริ่มจากการดูแลการใช้ยาเฉพาะโรค หรือเฉพาะผลอันไม่พึงประสงค์ต่อการใช้ยา (ปรมินทร์ วีระอนันต์วัฒน์, 2534) ซึ่งพบว่าสามารถลดปัญหาของการใช้ยาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ต่อมาก็มีการดำเนินการบริหารทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยโรคระบบทางเดินหายใจ (จันทนีย์ ฉัตรวิริยวาศ์, 2538) การบริหารต่อผู้ป่วยกลุ่มหลอดเลือดและหัวใจ (สุชาติดา ภัทรธนกวิณ, 2538) ที่โรงพยาบาลราชวิถี ต่อมาก็มีการบริหารทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยวัณโรคที่โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร์ (สมพร เมฆอรุณรุ่งเจริญ, 2539) ซึ่งผลที่ได้ล้วนแต่ได้ผลดีทั้งการแก้ปัญหา และการป้องกันปัญหาที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ใช้ยา และบุคลากรทางการแพทย์ก็เห็นด้วยกับงานดังกล่าวเป็นส่วนใหญ่

ในการค้นหาปัญหาและป้องกันปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยา ที่ทำการทดลองปฏิบัติกันมาดังได้กล่าวแล้วนั้น นับเป็นการกระทำเฉพาะบางกลุ่มโรคหรือกลุ่มยาเท่านั้น และเป็นการทำงานลักษณะตรวจสอบขั้นตอนของการใช้ยา พบว่าขั้นตอนที่พบปัญหาการใช้ยาที่ยังมีผู้อื่นในที่ปรึกษาให้การดูแลผู้ป่วยน้อย และขณะเดียวกันยังได้พบปัญหาการใช้ยามาก ได้แก่ ขั้นตอน

1. ประเมินปัญหาการใช้ยาในอดีต
2. การนำยากลับไปใช้เองที่บ้าน
3. การติดตามปัญหาเกี่ยวกับยาขณะผู้ป่วยรักษาตัวในโรงพยาบาล

ยังไม่มีแนวคิดในการบริหารผู้ป่วยทุกโรคทุกรายในระดับต้นทางเภสัชกรรมที่เน้นเฉพาะบทบาทที่มีผลต่อตัวผู้ป่วยโดยตรงทางด้านยาทุกคนทุกโรค จึงนำมาเป็นข้อพิจารณาในการเริ่มปฏิบัติงานการบริหารทางเภสัชกรรมในระดับต้น ที่สอดคล้องกับสถานะการณ์ปัจจุบัน และความสามารถ ทักษะ ความชำนาญของเภสัชกร จึงทำการทดลองวางแผนการบริหารทางเภสัชกรรมระดับต้นที่โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า เพื่อเป็นแนวทางที่จะนำไปสู่การบริหารทางเภสัชกรรมในระดับต่อไปในอนาคต