



การบริหารალผู้ช้ยา (The Pharmaceutical Care)

งานเภสัชกรรม จัดเป็นงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแล (Care) ผู้ช้ยามาโดยตลอด นับจากในยุคอดีต บทบาทของการดูแลผู้ช้ยาของเภสัชกรจะเกี่ยวข้องกับผลิตภัณฑ์ยา (Product-Oriented) เป็นส่วนใหญ่ ตั้งแต่ประมาณทศวรรษ 1950 เภสัชกรเป็นผู้ทำหน้าที่ในการควบคุมการผลิตยาให้ได้ผลิตภัณฑ์ที่ดี มีคุณภาพ สวยงามน่าใช้ (Koda-Kimble ,1994) ต่อมาประมาณช่วงกลางทศวรรษ 1960 ได้มีการประกาศจุดมุ่งหมายของวิชาชีพ ให้มีความรับผิดชอบในส่วนของการควบคุมและบริหารจัดการเกี่ยวกับการช้ยา (Lipman ,1992) นับได้ว่าเป็นการเริ่มต้นบทบาทในการควบคุมการช้ยาของเภสัชกรได้เกิดการเปลี่ยนแปลงระบบการกระจายยา เข้าสู่ยุคของระบบจ่ายยาแบบหนึ่งหน่วย (Unit Dose System) โดยมีแนวคิดที่ว่า เภสัชกรควรเป็นผู้เตรียมยาให้กับผู้ป่วยทุกมือ (Black and Nelson ,1992) ซึ่งบทบาทในการดูแลผู้ป่วยในจุดนี้ จัดเป็นการช่วยขจัดปัญหาในเรื่องความคลาดเคลื่อนในการช้ยา เช่น การสั่งช้ยา การเตรียมยา การบริหารยา ช่วยให้มั่นใจได้ว่า ผู้ป่วยได้รับยาอย่างถูกต้องครบถ้วน นอกจากนี้ ยังช่วยลดปัญหาเรื่องการมียาค้างบนหอพผู้ป่วย ทำให้ช่วยลดความสูญเสียทางเศรษฐกิจได้ (Kleinmann ,1994) ซึ่งทำให้เภสัชกรมีโอกาสในการขยายบทบาทของวิชาชีพเข้าสู่การบริการผู้ป่วยที่เรียกว่า งานเภสัชกรรมคลินิก มากขึ้น และได้เกิดงานใหม่ ๆ หลายงาน อาทิเช่น การให้บริการเภสัชสนเทศ (Drug Information Services) การติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการช้ยา (Adverse Drug Reaction Monitoring) การตรวจปรับระดับยาในเลือด (Therapeutic Drug Monitoring) การประเมินคุณค่าของการช้ยา (Drug Use Evaluation) เภสัชกรได้มีโอกาสในการเข้าร่วมกับคณะแพทย์ในการตรวจเยี่ยมผู้ป่วยประจำวัน บนหอพผู้ป่วย (Lee and Ray ,1993) ซึ่งเป็นการดูแลผู้ป่วยได้ใกล้ชิดมากยิ่งขึ้น เป็นต้น (Keith and Foster ,1992) ซึ่งบริการต่าง ๆ เหล่านี้มักเป็นการให้บริการกับบุคลากรผู้ดูแลผู้ป่วย เช่น แพทย์ พยาบาล ให้สามารถช้ยาได้อย่างถูกต้อง ปลอดภัย มากกว่าให้บริการแก่ผู้ป่วยโดยตรง อย่างไรก็ตาม การให้บริการต่าง ๆ ดังกล่าวข้างต้น ก็ยังคงจัดเป็นการดูแลผู้ช้ยาให้เกิดความปลอดภัยมากขึ้น

จนกระทั่งในช่วงทศวรรษ 1980 กิจกรรมต่าง ๆ ที่เป็นงานด้านคลินิกได้แพร่หลายมากขึ้น เภสัชกรมีโอกาสได้ดูแลผู้ป่วยในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการช้ยาได้ใกล้ชิดกว่าเดิม ทำให้พบปัญหาต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการช้ยา (Drug Related Problems) ซึ่งปัญหาต่าง ๆ เหล่านี้ สามารถพบได้ในทุกขั้นตอนของกระบวนการช้ยา (Drug Therapy Process) นั่นคือ ตั้งแต่เริ่มมีการสั่งช้ยาจนถึงการตอบ

สนองต่อการใช้ยาของผู้ป่วยแต่ละราย และได้มีการศึกษาและรวบรวมปัญหาต่าง ๆ โดยจัดแบ่งปัญหาไว้หลายประเด็น แต่โดยรวมแล้ว พบว่าปัญหาเหล่านั้น บางส่วนจัดเป็นปัญหาที่สามารถแก้ไขหรือป้องกันได้ (Melmon ,1971; Lakshmanan et al.,1986) ถ้ามีบุคลากรที่มีความชำนาญในเรื่องยา ซึ่งก็คือเภสัชกร ได้มีโอกาสเข้าไปมีส่วนร่วมรับผิดชอบต่อผลดังกล่าว

จากการศึกษาในช่วงประมาณ 30 ปี ที่ผ่านมา จะเห็นได้ว่ามีรายงานที่เกี่ยวข้องกับปัญหาความคลาดเคลื่อนในการใช้ยา หรือปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยามากกว่า 100 รายงาน ซึ่งส่วนใหญ่เกี่ยวข้องกับปัญหาในประเด็นต่าง ๆ ดังตัวอย่างเช่น

1. ปัญหาความคลาดเคลื่อนในการใช้ยา เช่น

1.1. ปัญหาความคลาดเคลื่อนในการใช้ยา จากรายงานของ Anderson ในปี 1971 สรุปว่า ทั้งในประเทศสหรัฐอเมริกา และประเทศอังกฤษ พบอัตราความคลาดเคลื่อนในการใช้ยา ถึงร้อยละ 13 - 18 (Anderson,1971)

1.2. จากรายงานของ Davis and Cohen พบว่ามีอัตราความคลาดเคลื่อนในระบบการเตรียมยา การจ่ายยา และการบริหารยา ประมาณร้อยละ 12 (Manssse ,1989)

1.3. Allan and Barker พบว่าใน 1 วันมีอัตราความคลาดเคลื่อนในการใช้ยา 1 ครั้งต่อผู้ป่วย 1 รายและพบว่ามีคลาดเคลื่อนในการจ่ายยาสำหรับผู้ป่วยใน ร้อยละ 0.87 - 2.9

1.4. ปัญหาความคลาดเคลื่อนของระบบกระจายยาในประเทศออสเตรเลีย สำหรับผู้ป่วยใน พบว่าในระบบกระจายยาแบบเดิมมีความคลาดเคลื่อนร้อยละ 17 - 18 และในระบบกระจายยาแบบหนึ่งหน่วย พบความคลาดเคลื่อนร้อยละ 8.3 (Thornton and Koller ,1994)

1.5. ปัญหาความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยาสำหรับผู้ป่วยนอก พบในอัตราร้อยละ 12.5 และมีอัตราร้อยละ 1.6 ที่จัดเป็นความคลาดเคลื่อนที่รุนแรง (Kistner et al.,1994)

1.6. ปัญหาความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา พบในอัตราร้อยละ 0.4 ถึง ร้อยละ 24.7 (สัมมนา มูลสาร ,2537 ;Allan and Barker ,1990 ; Clifford et al.,1994)

2. ปัญหาอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ได้แก่

2.1. ปัญหาการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ในปี 1987 คณะกรรมการอาหารและยาของประเทศไทยได้รวบรวมและรายงานอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา พบว่ามีผู้ป่วยถึง 15,000 รายที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (Hepler and Strand ,1990) และจากการรวบรวมรายงานปัญหาการใช้ยาของ Manasse ในปี 1989 สรุปได้ว่า มีผู้ป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยอัตราประมาณร้อยละ 2.9 ถึง 20 ของจำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่รักษาในโรงพยาบาล

2.2. จากรายงานของ Koch พบว่ามีอัตราการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ในประเทศสหรัฐอเมริกา ในช่วงร้อยละ 1 ถึง 44 ของผู้ป่วยทั้งหมด และต้องเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลประมาณ ร้อยละ 0.5 ถึงร้อยละ 37.8 (Koch ,1992)

2.3. Einarson ได้รวบรวมข้อมูลในช่วงปี 1966 ถึงปี 1989 พบว่ามีอัตราการเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลจากอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาประมาณอัตราร้อยละ 0.2 ถึง 21.7 (Einarson ,1993)

3. ปัญหาการเกิดอันตรกิริยาของยา ได้แก่

3.1. Manasse และคณะ ได้รวบรวมรายงานปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา พบว่าในประเทศออสเตรเลีย มีการสั่งใช้ยาที่เกิดอันตรกิริยาต่อกันในอัตรา 1 อันตรกิริยา ต่อผู้ป่วย 7.5 ราย หรืออัตราร้อยละ 13.33 (Manasse ,1989)

4. ปัญหาความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย

4.1. ปัญหาความร่วมมือในการบริหารยา พบว่ามีผู้ป่วยมากกว่าร้อยละ 50 ที่มีปัญหาไม่ใช้ยาตามแพทย์สั่ง และมีผลทำให้สูญเสียค่าใช้จ่ายไม่ต่ำกว่าหนึ่งร้อยล้านเหรียญสหรัฐต่อปี

(Hvizdos ,1993) และพบว่าประมาณร้อยละ 40 ของจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล เป็นเพราะไม่ใช้ยาตามแพทย์สั่ง (Willson and Kabat ,1971)

4.2. Drummond , Peterson and Kaye ได้รายงานปัญหาผู้ป่วยเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลจากการได้รับยาที่มากเกินไป ในช่วงปี 1992 - 1993 มีอัตราประมาณร้อยละ 0.3 ของจำนวนผู้ป่วยทั้งหมดของโรงพยาบาล Royal Hobert

จากปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นเนื่องจากการใช้ยา ก่อให้เกิดผลเสียต่าง ๆ สรุปได้ดังต่อไปนี้

1. ทำให้มีอัตราการเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลมากขึ้น
2. ทำให้ต้องใช้เวลาในการรักษานในโรงพยาบาลนานขึ้น
3. ทำให้เพิ่มอัตราการเกิดโรค และอัตราการตายของประชากร
4. ทำให้เพิ่มค่าใช้จ่ายในการแก้ปัญหาที่เกิดตามมาข้างต้น

ดังนั้น ทุก ๆ ฝ่ายที่เกี่ยวข้องต้องร่วมกันในการแก้ไขหรือป้องกันปัญหาที่เกี่ยวข้องกับความคลาดเคลื่อนในการใช้ยา โดยเฉพาะในส่วนของงานเภสัชกรรม ซึ่งนับได้ว่าเป็นผู้ที่มีหน้าที่รับผิดชอบโดยตรงเกี่ยวกับยา ประกอบกับในปัจจุบันได้มีวิวัฒนาการของวิชาชีพ โดยมีการปรับเปลี่ยน

ปรัชญาแห่งวิชาชีพตลอดจนบทบาทและทิศทางของงาน โดยให้ความสนใจกับการดูแลผู้ป่วยให้ใกล้ชิดมากขึ้นและเป็นส่วนหนึ่งในคณะผู้ดูแลผู้ป่วย (Ivey ,1993) ซึ่งบทบาทดังกล่าว จะเป็นการผนวกกิจกรรมทางด้านคลินิกต่าง ๆ เข้าด้วยกัน ซึ่งจัดเป็นการดูแลด้านการรักษาของผู้ป่วยโดยตรง

นับตั้งแต่ประมาณปลายทศวรรษ 1970 ได้มีผู้เสนอแนวทางการป้องกันและแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวกับการใช้ยา โดยเภสัชกรเป็นผู้ทำหน้าที่รับผิดชอบต่อผลของการใช้ยาโดยตรง โดยเรียกกิจกรรมใหม่นั้นว่า Pharmaceutical Care แต่ยังไม่เป็นที่แพร่หลายมากนัก ต่อมาในช่วงต้นทศวรรษ 1990 Hepler & Strand ได้เสนอแนวคิดเรื่องพันธกิจแห่งวิชาชีพ (Mission) ขึ้น เพื่อให้สอดคล้องกับงานที่เกิดขึ้น และเป็นไปในแนวเดียวกับวิชาชีพอื่น ๆ ในสายงานเดียวกัน โดยใช้คำว่า Pharmaceutical Care เช่นเดียวกัน และกำหนดให้เป็นพันธกิจแห่งวิชาชีพ ทำให้มีการเผยแพร่แนวคิดนี้อย่างกว้างขวาง ต่อมาในปี ค.ศ. 1993 สมาคมเภสัชกรโรงพยาบาลแห่งสหรัฐอเมริกา (American Society of Hospital Pharmacists, ASHP) ได้ประกาศให้ Pharmaceutical Care เป็นเป้าหมายหลักแห่งวิชาชีพ ในการช่วยให้ผู้ป่วยหรือผู้ใชยามีความปลอดภัย และได้รับประโยชน์สูงสุดจากการใช้ยามากยิ่งขึ้น (Enright and Fragstad ,1991: ASHP,1993) สำหรับในการบัญญัติศัพท์ภาษาไทยนั้น ยังไม่มีการกำหนดเป็นทางการ ในวิทยานิพนธ์ฉบับนี้จึงใช้คำว่า การบริบาลผู้ช้ยา ไปก่อน

คำนิยามของการบริบาลผู้ช้ยา (Pharmaceutical Care : The Definition)

ในการให้นิยามหรือคำจำกัดความของคำว่า Pharmaceutical Care ได้มีผู้ให้คำจำกัดความไว้ต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

Mikeal et al. ,1975 Pharmaceutical Care หมายถึง การดูแลด้านการใช้ยา ซึ่งเกิดจากความต้องการของผู้ป่วย และทำให้เกิดความมั่นใจได้ว่าผู้ป่วยมีความปลอดภัยในการใช้ยา และมีการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล

Brodie et al. ,1980 Pharmaceutical Care หมายถึง การดูแลเรื่องความจำเป็นในการใช้ยาของผู้ป่วย และงานบริการด้านเภสัชกรรมอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องและจำเป็นสำหรับผู้ป่วย กล่าวคือ เป็นการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่กระบวนการก่อนการรักษา ระหว่างการรักษา และหลังการรักษา เพื่อให้เกิดความมั่นใจได้ว่าการใช้ยาอย่างปลอดภัย เหมาะสม และได้ผลการรักษาที่ดี รวมทั้งกลไกสนองกลับอันเป็นวิธีที่ช่วยให้มีการดูแลดังกล่าวจากผู้ให้บริการอย่างต่อเนื่อง

Hepler, 1987 Pharmaceutical Care หมายถึง ความสัมพันธ์ในลักษณะข้อตกลงระหว่างเภสัชกรและผู้ป่วย ที่จะให้เภสัชกรทำหน้าที่ในการควบคุมการใช้ยา โดยใช้ความรู้และความชำนาญที่เหมาะสม ซึ่งการกระทำทั้งหลายดำเนินไปตามการตกลงใจและรับทราบถึงผลประโยชน์ของผู้ป่วย

Hepler and Strand, 1990 Pharmaceutical Care หมายถึง ความรับผิดชอบต่อการดูแลผู้ป่วย ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา โดยมีเป้าหมายหลักเพื่อให้เกิดผลการรักษาที่ดี และเป็นการช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย โดยผลการรักษาหมายถึง

1. การหายจากโรค
2. ช่วยขจัดหรือบรรเทาอาการของโรค
3. ช่วยลดความรุนแรงของโรค
4. ป้องกันโรคหรืออาการที่อาจเกิดขึ้น

Smith and Benderev, 1991 Pharmaceutical Care หมายถึง งานเภสัชกรรมบริการโดยรวม ทั้งที่เป็นงานคลินิกและไม่ใช่งานคลินิก ซึ่งเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการหรือจำเป็น และได้รับเพื่อให้แน่ใจว่าการใช้ยาจะก่อให้เกิดผลการรักษาที่เป็นไปตามความต้องการ นั่นก็คือการให้บริการด้านการบริหารยา หมายถึงเภสัชกรจะเป็นผู้รับผิดชอบให้การใช้ยาของผู้ป่วยมีผลทางคลินิกดังประสงค์ และได้เสนอการจัดระดับของการให้บริการด้านการบริหารยา ตามปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความจำเป็นในการดูแลผู้ป่วย ได้แก่

1. สภาวะหรือความจำเป็นในการใช้ยาของผู้ป่วยแต่ละราย
2. การใช้ยาในการรักษา
3. ระดับความต้องการการดูแลจากเภสัชกร
4. ความจำเป็นในการติดต่อประสานงานกับฝ่ายอื่น ๆ

โดยแบ่งได้เป็น 3 ระดับดังต่อไปนี้

1. การบริหารยาผู้ป่วยระดับปฐมภูมิ (Primary Pharmaceutical Care)
2. การบริหารยาผู้ป่วยระดับทุติยภูมิ (Secondary Pharmaceutical Care)
3. การบริหารยาผู้ป่วยระดับตติยภูมิ (Tertiary Pharmaceutical Care)

Strand et al., 1991 Pharmaceutical Care หมายถึง ความรับผิดชอบต่อการดูแลผู้ป่วยในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา โดยมีเป้าหมายหลักคือได้ผลการรักษาที่ดี และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย โดยเกี่ยวข้องกับกระบวนการที่เภสัชกรติดต่อกับผู้ป่วย และประสานงานกับบุคลากรอื่น ๆ ที่ทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยร่วมกันในการวางแผนการรักษา ดำเนินการตามแผน และติดตามผลการรักษา

เพื่อให้เกิดผลการรักษาตามต้องการ และได้มีการแบ่งระดับของการการบริบาลผู้ช้ยา โดยพิจารณาจากปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ของผู้ป่วยคือ

1. ปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวกับลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วย เช่น อายุ เพศ เชื้อชาติ สภาวะทั่วไปของผู้ป่วย เช่น การตั้งครรภ์ ระดับการทำงานของอวัยวะที่สำคัญ เช่น ตับ ไต ระบบหายใจ หัวใจ สภาวะทางโภชนาการ เป็นต้น
2. ปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับระดับความรุนแรงของสภาวะโรคของผู้ป่วย ซึ่งมีความสัมพันธ์กับการเลือกช้ยาในการรักษา
3. ปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับยาที่ผู้ป่วยได้รับ เช่น การช้ยาที่มีดรชนีการรักษาที่แคบ การใช้เคมีบำบัด เป็นต้น

Baumgartner , 1991 Pharmaceutical Care หมายถึง การผนวดยาที่ช้รักษาและการให้บริการของเภสัชกรร่วมกัน เพื่อสร้างกระบวนการที่มีการผสมผสานในลักษณะช้เหตุผลอันเป็นหนึ่งเดียว โดยมีเป้าหมายเฉพาะ คือคุณภาพที่ดีของการผลดูแลรักษาด้านสุขภาพของผู้ป่วย

Strand et al., 1992 Pharmaceutical Care หมายถึง การปฏิบัติงานด้านเภสัชกรรม ซึ่งมีความสัมพันธ์โดยตรงระหว่างเภสัชกรกับผู้ป่วย โดยมีเป้าหมายในการดูแลผู้ป่วยในส่วนของความจำเป็นในการช้ยา ซึ่งประกอบด้วยส่วนสำคัญ 2 ส่วนคือ เภสัชกรให้บริการตามความต้องการ หรือความจำเป็นของผู้ป่วยที่มีต่อสุขภาพของตนเอง และ เมื่อเริ่มมีการดูแลผู้ป่วยแล้ว ต้องปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง

Lee and Ray ,1993 ได้ขยายความนิยามของ Hepler and Strand,1990 ใ้ว่า Pharmaceutical Care หมายถึงการดูแลด้านสุขภาพของผู้ป่วย โดยมีลักษณะที่เหมือนกับการดูแลผู้ป่วยในส่วนอื่น ๆ เช่น การดูแลของแพทย์ ทันตแพทย์ หรือพยาบาล โดยมีประเด็นหลักที่สำคัญดังนี้

1. เภสัชกรดูแลผู้ป่วยโดยขึ้นกับความต้งการทั้งหมดของผู้ป่วย
2. เภสัชกรที่ทำหน้าที่บริบาลผู้ป่วย ต้องปฏิบัติต่อกับผู้ป่วยทุกราย และมีลักษณะการดูแลด้านการช้ยาทั่วไป ไม่เฉพาะเจาะจงกับโรคใดโรคหนึ่ง (Generalist)
3. กลุ่มเป้าหมายหลักของการปฏิบัติงานคือผู้ป่วย
4. เภสัชกรจะรับผิดชอบต่อผลของการช้ยาโดยตรง (Cutcome) ซึ่งจะต่างจากงานเภสัชกรรมคลินิกคือ เภสัชกรคลินิกจะเกี่ยวข้องกับกระบวนการช้ยา โดยการให้ข้อมูลหรือคำแนะนำแก่แพทย์ หรือบุคลากรผู้ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยเป็นหลัก

WHO ,1994 Pharmaceutical Care หมายถึง ปรัชญาของการปฏิบัติงานของเภสัชกร ซึ่งกำหนดให้ผู้ป่วยและสาธารณสุขเป็นผู้รับประโยชน์แห่งการกระทำของเภสัชกร ซึ่งมีประเด็นสำคัญเกี่ยวกับทัศนคติ พฤติกรรม การกระทำ จริยธรรม หน้าที่ ความรู้ ทักษะ และ ความรับผิดชอบของเภสัชกร ในการที่จะทำให้การใช้ยาได้ผลตามต้องการ โดยมีเป้าหมายคือ สุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วย หรือทำให้เกิดประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วย โดยพยายามให้เกิดภาพพจน์ของเภสัชกรในฐานะผู้ดูแลและรับผิดชอบต่อสุขภาพของประชาชน ตลอดจนเป็นผู้ที่มีส่วนร่วมในการป้องกันโรค และส่งเสริมสุขภาพของประชาชนเช่นเดียวกับบุคลากรทางการแพทยสาขาอื่น ๆ

หน้าที่ของเภสัชกรในการให้การบริบาลผู้ใช้ยา

โดยสรุปแล้ว ในการบริบาลผู้ใช้ยา เภสัชกรจะต้องรับผิดชอบต่อในผลการใช้ยาตรงกับผู้ป่วย และติดต่อประสานงานกับบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยสาขาอื่น ๆ คือ แพทย์ และพยาบาล เพื่อร่วมกำหนดวัตถุประสงค์ของการรักษา วางแผนการรักษา ดำเนินการตามแผน และติดตามผลการรักษาเพื่อให้ได้ผลการรักษาตามเป้าหมาย สำหรับผู้ป่วยแต่ละราย (Penna,1990) ซึ่งบทบาทดังกล่าวข้างต้น เภสัชกรจะต้องมีหน้าที่หลักที่สำคัญ 3 ประการด้วยกันคือ

1. บ่งชี้ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา
2. แก้ไขปัญหาที่พบ
3. ป้องกันปัญหาที่อาจเกิดขึ้นเนื่องมาจากการใช้ยา

ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา (Drug - Related Problems, DRPs)

จะเห็นได้ว่าหน้าที่หลักของเภสัชกรดังกล่าว จะมีความเกี่ยวข้องกับปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาทั้งสิ้น ดังนั้นจึงได้มีผู้รวบรวมและจัดแบ่งประเภทของปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา ซึ่งจะเป็นเครื่องกำหนดกรอบของงานที่ให้ทราบที่กำลังค้นหาสิ่งใด และช่วยในการวิเคราะห์ข้อมูลเป็นประเภทได้อย่างเหมาะสมไว้หลายลักษณะ โดยสามารถจัดประเภทของวิธีการแสดงปัญหาได้ 3 วิธี คือ

1. แบ่งตามความคลาดเคลื่อนในขั้นตอนของกระบวนการใช้ยา
2. แบ่งตามเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาที่อาจมีผลเสียต่อการรักษาผู้ป่วย
3. แบ่งตามปัญหาของการรักษาด้วยยา

1. การแบ่งประเภทปัญหาตามความคลาดเคลื่อนของการใช้ยาที่พบในขั้นตอนการใช้ยา

ความคลาดเคลื่อนหรือความผิดพลาดในขั้นตอนใด ๆ ของการใช้ยา มักเป็นสาเหตุสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อผลการรักษาด้วยยา ความคลาดเคลื่อนเหล่านี้อาจเป็นปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา ความคลาดเคลื่อนในขั้นตอนต่าง ๆ ของการใช้ยา สรุปได้ดังนี้ (Allan and Barker, 1990 ; ASHP,1993)

1. ความคลาดเคลื่อนในการสั่งยา
 - 1.1 ชื่อยาไม่ถูกต้อง
 - 1.2 วิธีทางบริหารยาไม่ถูกต้อง
 - 1.3 ขนาดยาไม่ถูกต้อง
 - 1.4 ความแรงของยาไม่ถูกต้อง
 - 1.5 รูปแบบยาที่สั่งไม่ถูกต้อง
 - 1.6 ข้อมูลในคำสั่งใช้ยาไม่ครบถ้วน
 - 1.7 การสั่งใช้ยาที่มีข้อบ่งใช้เหมือนกันซ้ำซ้อน
 - 1.8 การเลือกใช้ยาไม่เหมาะสมในแง่ของ ข้อบ่งใช้ ข้อห้ามใช้ การสั่งใช้ยาที่ผู้ป่วยแพ้ การเกิดอาการไม่พึงประสงค์ เป็นต้น
 - 1.9 การสั่งใช้ยาที่เกิดอันตรกิริยา
 - 1.10 การลืมนั่งใช้ยา
 - 1.11 การเขียนคำสั่งใช้ยาที่ทำให้เกิดการเข้าใจผิด หรือลายมือที่อ่านยาก
2. ความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา
 - 2.1 การลืมนั่งบริหารยาตามแพทย์สั่ง
 - 2.2 การบริหารยามืดเวลา
 - 2.3 การบริหารยามืดขนาดจากที่แพทย์สั่ง หรือการบริหารยาซ้ำซ้อน
 - 2.4 การบริหารยาที่แพทย์ไม่ได้สั่ง
 - 2.5 การบริหารยามืดรูปแบบจากที่แพทย์สั่ง
 - 2.6 การใช้ยาที่เสื่อมสภาพ หรือหมดอายุ
 - 2.7 การบริหารยาที่มีการเตรียมผิดสูตร
 - 2.8 การบริหารยาด้วยเทคนิคหรือขั้นตอนที่ไม่เหมาะสม
3. ความคลาดเคลื่อนในการติดตามผลการรักษา เช่น ไม่มีการสั่งติดตามผลการตรวจรักษาหรือผลตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เกี่ยวข้อง หรือ ความคลาดเคลื่อนในการทบทวนการสั่งใช้ ยา หรือการปรับ regimen ตามสภาวะของผู้ป่วย

- 4 ความคลาดเคลื่อนในการใช้ยาด้วยตนเองของผู้ป่วย หมายถึงพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาอย่างไม่เหมาะสมของผู้ป่วย
- 5 อื่น ๆ คือคลาดเคลื่อนในการใช้อื่น ๆ ที่ไม่ได้ระบุไว้ข้างต้น
- 6 ความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยา (Allan and Barker, 1990) ได้แก่
 - 6.1 การจ่ายยาผิดชนิด ผิดขนาด ผิดรูปแบบ ลืมจ่ายยา หรือซ้ำซ้อนหรือจ่ายยาที่แพทย์สั่งหยุดใช้
 - 6.2 การเก็บรักษายาไม่เหมาะสม
 - 6.3 การเตรียมยาหรือผสมยาผิดไม่เหมาะสม

2. การแบ่งประเภทตามอาการหรือเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาที่อาจรบกวนผลการรักษาของผู้ป่วย (Strand et al., 1988; Hepler and Strand, 1990 ; Hanssan and Gan, 1993)

1. ผู้ป่วยไม่ได้รับยาที่สมควรจะได้รับ (Untreated Indication)
 - 1.1 ไม่ได้รักษาอาการหรือภาวะที่นำผู้ป่วยมาพบแพทย์
 - 1.2 ไม่ได้รักษาอาการหรือภาวะที่เกิดขึ้นใหม่ซึ่งเกิดขึ้นหลังได้รับการรักษาไประยะหนึ่ง
 - 1.3 หยุดสั่งใช้ยาที่ผู้ป่วยต้องใช้ในการควบคุมหรือรักษาอาการหรือโรคที่เป็นขณะนั้น
 - 1.4 แพทย์ลืมสั่งยาที่เสริมฤทธิ์ในการรักษา
 - 1.5 ผู้ป่วยไม่ได้รับยาที่ใช้สำหรับป้องกันอาการหรือโรค
2. การเลือกใช้ยาที่ไม่เหมาะสม (Improper Drug Selection)
 - 2.1 การเลือกใช้ยาที่ไม่มีประสิทธิภาพในการรักษา ไม่เหมาะสมกับโรค
 - 2.2 การเลือกใช้ยาที่ไม่ได้ให้ผลดีที่สุด
 - 2.3 การเลือกใช้ยาที่เป็นข้อห้ามใช้
 - 2.4 การเลือกใช้ยาที่ทำให้ผู้ป่วยแพ้
 - 2.5 การใช้ยาที่มีประสิทธิภาพ แต่ไม่ใช่ยาที่ปลอดภัยสำหรับผู้ป่วย
 - 2.6 การเลือกใช้ยาที่มีประสิทธิภาพ แต่ไม่คุ้มค่าในทางเศรษฐกิจ
 - 2.7 การเลือกใช้ยาปฏิชีวนะที่เชื้อดื้อต่อยานั้น
3. ผู้ป่วยได้รับยาที่ถูกต้องแต่ขนาดน้อยเกินไป (Too Little of Correct Drug)
 - 3.1 การใช้ยาในขนาดที่ต่ำเกินไป
 - 3.2 ความเข้มข้นของยาด่ำกว่าระดับที่ได้ผลในการรักษา
 - 3.3 ระยะเวลาระหว่างมือของยา ห่างกันมากเกินไป
 - 3.4 การเลือกบริหารยาด้วยวิถีทางที่ไม่เหมาะสม
 - 3.5 การเลือกใช้รูปแบบยาที่ไม่เหมาะสม ทำให้ผู้ป่วยได้รับยาน้อยเกินไป

- 3.6 ปัญหาเรื่องการเปลี่ยนแปลงสูตรตำรับยา หรือเปลี่ยนยี่ห้อยา
- 3.7 ปัญหาเรื่อง ชีวประโยชน์ของยา (Bioavailability)
- 3.8 ปัญหาการใช้ยาเสื่อมสภาพ หรือยาที่หมดอายุ
4. การใช้ยาที่เหมาะสมแต่ปริมาณมากเกินไป (Too Much of Correct Drug)
 - 4.1 การใช้ยาในขนาดที่สูงเกินไป
 - 4.2 ระดับยาในเลือดสูงจนถึงระดับที่ก่อให้เกิดภาวะพิษ
 - 4.3 การบริหารยาดด้วยอัตราเร็วมากเกินไป
 - 4.4 ระยะเวลาในการบริหารยาแต่ละมือห่างกันน้อยเกินไป
 - 4.5 เกิดการสะสมของยา ทำให้ระดับยาในเลือดสูงเกินไป
 - 4.6 การบริหารยาดด้วยวิธีทางที่ไม่เหมาะสม
 - 4.7 ปัญหาเรื่องการเปลี่ยนแปลงสูตรตำรับยา หรือเปลี่ยนบริษัท
 - 4.8 การเลือกรูปแบบยาที่ไม่เหมาะสมทำให้ผู้ป่วยได้รับยามากเกินไป
5. การไม่ได้รับยาที่แพทย์สั่ง (Failure to Receive Prescribed Drug)
 - 5.1 แพทย์ลืมสั่งยา
 - 5.2 เภสัชกรจ่ายยาให้ผู้ป่วยไม่ครบตามแพทย์สั่ง
 - 5.3 พยาบาลลืมบริหารยาให้กับผู้ป่วย
 - 5.4 ความไม่ร่วมมือของตัวผู้ป่วยเอง
6. การเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (Adverse Drug Reaction)
 - 6.1 การเกิดอาการข้างเคียงจากการใช้ยา
 - 6.2 การแพ้ยา
 - 6.3 การเกิดอาการพิษของยา
 - 6.4 ผู้ป่วยมีปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์
 - 6.5 การเกิดโดยไม่สามารถคาดเดาได้ (Idiosyncrasy)
 - 6.6 การบริหารยาดด้วยอัตราเร็วไม่เหมาะสม ทำให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์
7. การเกิดอันตรกิริยาของยา (Drug Interaction)
 - 7.1 การเกิดอันตรกิริยาระหว่างยากับยา
 - 7.2 การเกิดอันตรกิริยาระหว่างยากับอาหาร
 - 7.3 การเกิดอันตรกิริยาระหว่างยากับผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ
8. การใช้ยาโดยไม่มีข้อบ่งชี้ หรือไม่มีข้อมูลยืนยันถึงข้อบ่งชี้ (Invalid Indication)
 - 8.1 การใช้ยาในทางที่ผิด (Drug abuse)
 - 8.2 การใช้ยาในข้อบ่งชี้ที่ไม่ได้รับการรับรอง

8.3 การใช้ยาโดยไม่มีข้อบ่งชี้ หรือใช้ยาโดยไม่มีควมจำเป็น

9. ปัญหาจากการใช้ยาในลักษณะอื่น ๆ (Miscellaneous)

- 9.1 ปัญหาความไม่ชัดเจนในการสั่งใช้ยา
- 9.2 ปัญหาการสั่งยาซ้ำซ้อน
- 9.3 ปัญหาการคัดลอกคำสั่งผิด
- 9.4 ปัญหาการไม่ให้ข้อมูลการบริหารยาที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วย
- 9.5 ความคลาดเคลื่อนการติดตามผลการรักษา

3. การแบ่งประเภทของปัญหาตามการรักษาด้วยยา (PRIME Pharmacotherapy Problems)

Canaday and Yarborough, 1994 ได้เสนอแนวทางการกำหนดประเภทปัญหาโดยนำลักษณะปัญหาที่อาจพบ มาจัดใหม่ให้จำง่าย และเป็นลักษณะปัญหาที่อาจพบในการปฏิบัติงานของเภสัชกร โดยเฉพาะ ซึ่งกำหนดเป็น 5 ลักษณะดังนี้

1. **P หมายถึง Pharmaceutical** คือ ความคลาดเคลื่อนในทางเภสัชกรรม โดยประเมินความผิดพลาดที่เกี่ยวข้องกับ

1. รูปแบบยา
2. ขนาดยา
3. วิธีทางบริหารยา
4. เวลาในการบริหารยา
5. ระยะเวลาในการรักษา
6. ความถี่ของการบริหารยา

2. **R หมายถึง Risk to patient** คือโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาของผู้ป่วยโดยประเมินในแง่ของ

1. ข้อห้ามใช้ของยา
2. การแพ้ยาของผู้ป่วย
3. ปัญหาที่ยาเป็นสาเหตุให้เกิดความเจ็บป่วย
4. การใช้ยาไม่เหมาะสม
5. อาการไม่พึงประสงค์
6. ความคลาดเคลื่อนในการใช้ยา

3. I หมายถึง Interaction คือ การเกิดอันตรกิริยาของยา โดยประเมินในแง่ของ

1. การเกิดอันตรกิริยาของยากับยา
2. การเกิดอันตรกิริยาของยากับอาหาร
3. การเกิดอันตรกิริยาของยากับผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ
4. การเกิดอันตรกิริยาของยากับโรค หรือสภาวะของผู้ป่วย

4. M หมายถึง Mismatch between medication and indications/conditions คือ การใช้ยาโดยไม่สัมพันธ์กับโรคหรือสภาวะของผู้ป่วย โดยประเมินในแง่ของ

1. การใช้ยาโดยไม่มีข้อบ่งชี้
2. ข้อบ่งชี้ หรือสภาวะของโรคที่ไม่ได้รับการรักษา

5. E หมายถึง Efficacy issues คือ ประสิทธิภาพของการรักษา โดยประเมินในแง่ของ

1. การเลือกยาที่ให้ผลในการรักษาสภาวะโรคของผู้ป่วย แต่ไม่ใช่ยาที่มีประสิทธิภาพหรือให้ผลในการรักษาได้ดีที่สุด
2. การใช้ยาที่ไม่มีหลักฐานหรือมีผลในการรักษาน้อย
3. ผู้ป่วยไม่ได้รับยาตรงตามที่แพทย์สั่ง เช่น
 - 3.1. ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยาหรือบริหารยา เช่น ผู้ป่วยไม่สามารถจ่ายค่ายาได้หรือผู้ป่วยไม่สามารถบริหารยาได้ถูกต้อง
 - 3.2. การพิจารณาเลือกของผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยเคยเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา หรือผู้ป่วยไม่เชื่อว่ายาที่ได้รับจะใช้ได้ผล
 - 3.3. ปัญหาจากการไม่มียาใช้ เช่น ไม่สามารถเข้าถึงหรือไม่สามารถได้รับยา

สาเหตุของการเกิดปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา

ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา โดยเฉพาะความคลาดเคลื่อนในการใช้ยา ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดปัญหาอื่น ๆ ตามมาอีกหลายประการนั้น ทำให้ผู้ป่วยเกิดความไม่มั่นใจในระบบการรักษา และทำให้เพิ่มค่าใช้จ่ายสำหรับการดูแลด้านสุขภาพและการรักษาพยาบาล รวมทั้งอาจมีผลมาจากประเด็นต่าง ๆ ดังต่อไปนี้ (Zellmer ,1993)

1. สาเหตุของการเกิดปัญหา เกิดจากหลายๆ ฝ่ายที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยและเกิดจากหลายองค์ประกอบร่วมกัน

2. ปัญหาอาจเกิดจาก การขาดความรู้ การปฏิบัติงานที่ไม่ได้มาตรฐาน ความไม่เอาใจใส่ต่อหน้าที่เท่าที่ควร หรืออาจเกิดจากความผิดพลาดหรือความไม่พร้อมของระบบการดูแลรักษา

3 ปัญหาที่พบอาจเกิดจากการกระทำของบุคลากรที่มีประสบการณ์ หรือไม่มีประสบการณ์ เช่นแพทย์ เภสัชกร พยาบาล ผู้ช่วยฝ่ายต่าง ๆ นักเรียนหรือนักศึกษาฝึกงาน เสมียน บริษัทผู้ผลิตยา ผู้ป่วยหรือญาติผู้ดูแล เป็นต้น

จากสาเหตุต่าง ๆ ของการเกิดปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา สามารถสรุปสาเหตุของปัญหาดังกล่าวได้ดังนี้

1. ASHP ได้สรุปปัจจัยเสี่ยงที่ควรคำนึงถึงในการพิจารณาและประเมินปัญหาความคลาดเคลื่อนของการใช้ยาไว้ดังต่อไปนี้ (ASHP ,1993)

- 1.1 การส่งต่องาน โดยเฉพาะในช่วงที่มีการส่งต่องานแต่ละวันจะเกิดความคลาดเคลื่อนได้มากกว่าปกติ
- 1.2 บุคลากรที่ไม่ได้รับการฝึกฝนที่ดี หรือมีประสบการณ์มากพอ
- 1.3 จำนวนขนานยาต่อผู้ป่วยแต่ละรายที่เพิ่มขึ้น
- 1.4 ปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม เช่น เสียงรบกวน แสงสว่างที่ไม่เพียงพอ ความถี่ของสิ่งรบกวน
- 1.5 ปริมาณงานของบุคลากร และความกระตือรือร้นของบุคลากร
- 1.6 กลุ่มผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลเป็นพิเศษ เช่น ผู้สูงอายุ เด็ก ผู้ป่วยโรคมะเร็ง
- 1.7 การติดต่อประสานงานระหว่างบุคลากรที่เกี่ยวข้อง
- 1.8 รูปแบบยาเตรียม โดยเฉพาะยาฉีด ซึ่งเมื่อเกิดปัญหามักจะเป็นปัญหาที่รุนแรงมากกว่ารูปแบบยาอื่น ๆ
- 1.9 ระบบการกระจายยาแบบดั้งเดิม จะพบปัญหามากกว่าระบบยูนิตโดส
- 1.10 การเก็บรักษายาที่ไม่เหมาะสม
- 1.11 วิธีการคำนวณ หรือวิธีการชั่งตวง
- 1.12 ความสับสนในเรื่องชื่อยา ขนาดบรรจุ ฉลาก
- 1.13 ประเภท หรือกลุ่มยา
- 1.14 การเขียนคำสั่งด้วยลายมือที่อ่านเข้าใจยาก
- 1.15 การใช้คำสั่งโดยวาจา
- 1.16 นโยบายและแผนที่ไม่มีประสิทธิภาพ
- 1.17 คณะกรรมการที่เกี่ยวข้องไม่มีประสิทธิภาพ ไม่สามารถทำงานได้เต็มที่

2. สาเหตุหรือปัจจัยที่มีผลกับความร่วมมือในการใช้ยา

2.1 Hvizdos, 1993 ได้กล่าวถึงอุปสรรคหรือปัจจัยที่มีผลกับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยทั่วไปไว้ 3 ประเด็น คือ

2.1.1 ความกังวลของผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการแก้ไข โดยเฉพาะความสงสัยหรือความข้องใจในเรื่องของการวินิจฉัย สภาวะโรค หรือการใช้ยาที่แพทย์สั่ง ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีโอกาสถามแพทย์โดยตรง ประกอบกับแพทย์เองไม่มีเวลามากพอ ทำให้ผู้ป่วยกลับไปด้วยความไม่เข้าใจหรือด้วยความรู้สึกข้องใจกับปัญหาของตนเอง ซึ่งทำให้มีผลกับความร่วมมือในการใช้ยา

2.1.2 การสื่อสารที่ไม่ชัดเจน โดยเฉพาะการสื่อสารระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย เมื่อมีความไม่ชัดเจน หรือมีความคลุมเครือ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจผิด และมีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาได้ค่อนข้างสูง

2.1.3 ความซับซ้อนของแผนการรักษา โดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่ได้รับยาที่มีวิธีการบริหารที่ซับซ้อน จะยิ่งเป็นการเสริมให้เกิดความไม่ร่วมมือในการใช้ยาได้

2.2 นอกเหนือจากข้อสรุปดังกล่าวข้างต้น Shaw และคณะ, 1995 ได้กล่าวถึงปัจจัยที่มีส่วนสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญไว้ดังต่อไปนี้

2.2.1 อายุ พบว่าในผู้ป่วยที่อายุมาก พบปัญหาเรื่องความร่วมมือในการใช้ยามากกว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อย

2.2.2 การทำงาน ในผู้ป่วยที่ต้องทำงานประจำ มีปัญหาความร่วมมือในการใช้ยามากกว่าผู้ป่วยที่ไม่มียานประจำ

2.2.3 ระดับความเข้าใจในความสำคัญของการใช้ยา ผู้ป่วยที่ตระหนักในความสำคัญในการใช้ยาพบปัญหาความร่วมมือในการใช้ยาน้อยกว่าผู้ป่วยที่ไม่สนใจเรื่องความสำคัญของการใช้ยา

2.2.4 การใช้ยาเองที่บ้าน

2.2.5 อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา

2.2.6 ราคา

3. สาเหตุของการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (จุฑามณี สุธีสีสังข์, 2537)

3.1 อาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดจากฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาของยานั้น ๆ ซึ่งสามารถคาดเดาอาการอันไม่พึงประสงค์ของยาเหล่านั้นได้จากฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาของยา และเมื่อเพิ่มขนาดยาขึ้นจะทำให้อาการไม่พึงประสงค์รุนแรงขึ้นได้

3.2 อาการไม่พึงประสงค์ที่ไม่เกี่ยวข้องกับฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาของยา ไม่ขึ้นกับขนาดยา อาการในลักษณะนี้จะเกิดกับผู้ใช้ยาบางคนเท่านั้น เช่น การแพ้ยา

3.3 อาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดจากการใช้ยาเป็นเวลานาน อาจเป็นอาการที่เกิดจากการใช้ยาติดต่อกันเป็นเวลานาน และอาการไม่พึงประสงค์ที่รุนแรงขึ้นจากการหยุดใช้ยาทันที (เกิด Rebound effects)

3.4 อาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นหลังหยุดใช้ยามาเป็นเวลานานแล้ว เช่น การเกิด มะเร็ง, การเกิด Terratogenesis เป็นต้น

จากปัญหาต่าง ๆ ดังกล่าวข้างต้น พบว่าปัญหาบางส่วนสามารถหลีกเลี่ยงได้ ซึ่ง Hepler and Grainger-Rousseau รายงานว่าปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น ประมาณร้อยละ 12 ถึง ร้อยละ 76 ของปัญหาที่พบ จัดเป็นปัญหาที่สามารถหลีกเลี่ยงได้ (Hepler and Grainger-Rousseau , 1995) ดังนั้นจึงได้เกิดแนวคิดในเรื่องการดูแลผู้ป่วยในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาเพื่อให้เกิดความปลอดภัยและผู้ใช้ยามีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ได้ผลการรักษาตามต้องการ ซึ่งผู้ที่มีหน้าที่รับผิดชอบและเป็นผู้เกี่ยวข้องต่อผลการรักษา จะต้องอาศัยประสบการณ์ ความรู้ และทักษะ ของแต่ละวิชาชีพในการช่วยกันแก้ไข หรือป้องกันปัญหาที่พบ สำหรับวิชาชีพเภสัชกรรมก็ได้มีการกำหนดบทบาทและพันธกิจแห่งวิชาชีพ ในการดูแลผู้ป่วยดังกล่าวไปแล้วข้างต้น ซึ่งเภสัชกรต้องสามารถบ่งชี้ปัญหาของการใช้ยาได้ โดยอาศัยทักษะและความรู้ ตลอดจนเครื่องมือที่เหมาะสม และในการทำงานด้านนี้ เภสัชกรจะต้องอุทิศตนเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่เป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วย ซึ่งจัดเป็นส่วนประกอบที่สำคัญของการบริหารยา ซึ่งงานนี้จัดเป็นพื้นฐานงานด้านเภสัชกรรมในยุคปัจจุบัน

ส่วนประกอบพื้นฐานในการพัฒนาให้เกิดการบริหารยา

ในการให้บริการด้านการบริหารยา อันเป็นปรัชญาใหม่แห่งวิชาชีพ เภสัชกรจะต้องมีการเตรียมความพร้อมก่อนที่จะดำเนินการให้บริการ สามารถสรุปส่วนประกอบพื้นฐานที่ควรพิจารณาได้ดังนี้

1. คุณสมบัติของเภสัชกร (Penna,1990 ;White,1993)

1.1 เภสัชกรต้องมีความรู้ และทักษะในทางเภสัชกรรม และทางเภสัชวิทยาคลินิก

(Clinical Pharmacology) ที่เหมาะสม

- ความรู้เกี่ยวกับพยาธิวิทยาของโรค
- ความรู้เกี่ยวกับพื้นฐานทางเภสัชวิทยา และเภสัชจลนศาสตร์ของยาในคนปกติและ ในผู้ป่วย
- มีความสามารถในการใช้ความรู้สำหรับดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

- สามารถคาดการณ์ถึงความสัมพันธ์ของประสิทธิภาพของยาที่อาจเกิดขึ้นร่วมกันได้อย่างมีเหตุผล
- สามารถวางแผนการรักษาให้เกิดประสิทธิภาพ และแผนการแก้ไขปัญหากรณีเกิดพิษจากการใช้ยา

- 1.2 เป็นผู้ที่สามารถแก้ไขและจัดการกับปัญหาโดยใช้หลักวิทยาศาสตร์
- 1.3. เป็นผู้ที่มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี
- 1.4. เป็นผู้ที่สามารถให้ความรู้กับผู้อื่นได้
- 1.5. เป็นผู้ที่ต้องเรียนรู้อยู่เสมอ
2. การจัดระบบการกระจายยา เพื่อให้เกิดการใช้ยาอย่างเหมาะสม ถูกต้อง และตรงเวลา
3. กระบวนการในการได้มาซึ่งข้อมูลของผู้ป่วย ระบบการบันทึกและการใช้ข้อมูลเหล่านั้นในการดูแลผู้ป่วย
4. ระบบบันทึกกิจกรรมการให้การบริบาลผู้สูงอายุ และผลที่ได้รับ
5. แหล่งข้อสนเทศทางยาที่เข้าใจง่าย ใช้สะดวก และทันสมัย
6. จำนวนบุคลากรในหน่วยงานที่เพียงพอสำหรับการให้บริการด้านการบริบาลผู้ป่วย

ในการวางแผนที่จะเริ่มงานบริบาลผู้ป่วยในทางเภสัชกรรม Lee and Ray ได้ให้ข้อเสนอแนะว่าควรมีการกำหนดปรัชญาของการทำงาน หรือ ทิศทางของการให้บริการด้านการบริบาลผู้สูงอายุไว้ดังนี้ (Lee and Ray ,1993)

1. การบริบาลผู้สูงอายุ เป็นกระบวนการที่ต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง เป็นการทำงานร่วมกัน
2. การบริบาลผู้สูงอายุไม่ได้เป็นการปฏิบัติงานในทางเภสัชกรรม แต่จัดเป็นงานที่ตั้งอยู่บนพื้นฐานของความต้องการของผู้ป่วยเป็นหลัก (Patient-focused care) และเป็นทิศทางในทางปฏิบัติงานด้านเภสัชกรรมต่อไป
3. การบริบาลผู้สูงอายุ มีเป้าหมายโดยรวมคือ การทำให้ผู้ป่วยมีสุขภาพดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้โดยการใช้ยาอย่างเหมาะสม
4. การบริบาลผู้สูงอายุ จะอาศัยวิธีการหลาย ๆ วิธีร่วมกันในการป้องกันหรือแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา รวมทั้งความล้มเหลวของการรักษา
5. ในการปฏิบัติงานดังกล่าว จะต้องทำอย่างต่อเนื่อง กับผู้ป่วยทุกคน

วิธีการตรวจสอบปัญหาการใช้ยาอย่างมีระบบ

การเข้าสู่ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาเป็นสิ่งที่ต้องการการพัฒนาสำหรับวิชาชีพเภสัชกรรม ซึ่งเป็นส่วนประกอบที่สำคัญในการดำเนินการตามแนวทางหรือขั้นตอนต่าง ๆ ซึ่งจะเป็นการช่วยเภสัชกรให้สามารถบ่งชี้ปัญหาและจัดลำดับความสำคัญของปัญหา และยังเป็นเครื่องมือที่สำคัญในการวางแผนและกำหนดเป้าหมายของการรักษา, กำหนดทางเลือกอื่น ๆ เมื่อไม่สามารถใช้วิธีการแรกได้ ตลอดจนเป็นเครื่องมือที่ใช้ในการกำหนดแนวทางในการติดตามผลการรักษาและบันทึกข้อแนะนำต่าง ๆ หรือการแก้ไขปัญหาลำหรับผู้ป่วยแต่ละรายโดยเภสัชกร (Isletts , 1992) รวมทั้งการมีเครื่องมือสำหรับการดำเนินการที่เหมาะสม ได้แก่ ระบบการบันทึกการปฏิบัติงาน และแบบฟอร์มสำหรับบันทึกการดำเนินงาน ได้มีการนำเสนอในรูปแบบของวิธีการตรวจสอบปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยาอย่างมีระบบ Strand et al. 1988 ได้เสนอวิธีการซึ่งเรียกว่า Patient Workup of Drug Therapy (PWDT) เป็นกระบวนการซึ่งเภสัชกรใช้เพื่อเป็นเครื่องช่วยและเป็นแนวทางในการระบุและดำเนินการต่อปัญหาที่เกี่ยวข้องกับยา โดยมีกระบวนการรวบรวมข้อมูลในลักษณะเช่นเดียวกับการดำเนินการรักษาด้วยยาของแพทย์ แต่ในส่วนการบันทึกข้อมูลยังไม่ีรูปแบบที่เป็นมาตรฐาน แต่ได้มีการกำหนดขั้นตอนการดำเนินการไว้สำหรับการติดตามและระบุปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยาและบันทึกข้อมูลเพื่อการตัดสินใจดำเนินการกับปัญหาที่พบในลักษณะ Problem - oriented medical record โดยมีขั้นตอนการดำเนินงานบริหารการใช้ยาสามารถสรุปได้ดังต่อไปนี้ (Strand et al.,1988)

- ขั้นตอนที่ 1 การสร้างความคุ้นเคยกับผู้ป่วย เช่น การสัมภาษณ์ พูดคุย กับผู้ป่วย
- ขั้นตอนที่ 2 การเก็บรวบรวมข้อมูล การประเมินข้อมูลและการแปลผลข้อมูลที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับโรคของผู้ป่วย ข้อมูลประวัติความเจ็บป่วย การใช้ยา และประเมินความจำเป็นในการใช้ยาของผู้ป่วย
- ขั้นตอนที่ 3 การจดบันทึกและจัดลำดับความสำคัญของปัญหาการใช้ยาที่พบ
- ขั้นตอนที่ 4 กำหนดเป้าหมายของการใช้ยาสำหรับการรักษา สำหรับปัญหาแต่ละปัญหา
- ขั้นตอนที่ 5 กำหนดแนวทางเลือกอื่น ๆ ในกรณีที่ไม่สามารถใช้ยาที่เป็นแนวทางเลือกแรกได้และกำหนดแนวทางการรักษาเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ต้องการ
- ขั้นตอนที่ 6 เลือกแนวทางการแก้ไขปัญหายาอย่างเหมาะสม สำหรับปัญหาการใช้ยาแต่ละปัญหา
- ขั้นตอนที่ 7 กำหนดแผนการติดตามผลการรักษา และปรับแผนเพื่อให้สามารถติดตามหรือตรวจสอบผลการรักษาได้ รวมทั้งแผนการติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา

ขั้นตอนที่ 8 ดำเนินการตามแนวทางที่กำหนด และจัดบันทึกการตัดสินใจหรือการเลือก
แนวทางในการดำเนินการในขั้นตอนต่าง ๆ

ขั้นตอนที่ 9 ติดตามผลหลังดำเนินการตามแนวทางที่กำหนดต่างๆ เพื่อประเมินความสำเร็จ
ของการดำเนินการ

ในส่วนของข้อมูลที่บันทึก ประกอบด้วย

1. การรวบรวมข้อมูลต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยและการรักษา ได้แก่
 - 1.1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย
 - อายุ เพศ เชื้อชาติ (อาจมีผลต่อการกำจัดยา หรือเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ในบางกรณี)
 - ความสูง (ใช้ในการคำนวณน้ำหนักจริงของผู้ป่วย)
 - น้ำหนักตัว (ใช้ในการคำนวณขนาดยา)
 - 1.2. การวินิจฉัย หรือปัญหาของผู้ป่วย
 - 1.3. ประวัติความเจ็บป่วย หรือประวัติการรักษา
 - 1.4. การใช้ยาในปัจจุบัน
 - 1.5. ประวัติการใช้ยา
 - 1.6. การแพ้ต่าง ๆ เช่น แพ้ยา แพ้อาหาร เป็นต้น
 - 1.7. ประวัติ การสูบบุหรี่ การดื่มเหล้า การใช้ยาเพื่อคลายความวิตกกังวลต่างๆ
 - 1.8. ความร่วมมือในการใช้ยา
 - 1.9. การตรวจร่างกาย
 - สัญญาณชีพ (Vital Sign) เช่น อุณหภูมิร่างกาย อัตราการเต้นของหัวใจ ความดันโลหิต อัตราการหายใจ
 - หน้าทีไต (ผู้ป่วยอาจได้รับยาที่มีผลเปลี่ยนแปลงหน้าที่ไต หรือหน้าที่ไตที่ผิดปกติจะมีผลต่อการกำจัดยาบางชนิด ซึ่งจำเป็นต้องมีการปรับขนาด และระยะเวลาในการบริหารยา)
 - 1.10. ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ
 - ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ใช้สำหรับประเมินผลของการใช้ยา
 - ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ใช้สำหรับติดตามภาวะพิษที่เกิดจากยา
 - ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการก่อนเริ่มใช้ยา เพื่อใช้เป็นค่าเปรียบเทียบกับผลการรักษา หรือการเกิดพิษ หรืออาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา



2. ลำดับปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาของผู้ป่วยแต่ละราย ได้แก่
 - 2.1. ปัญหาที่เกิดขึ้นแล้วและกำลังจะแก้ไข
 - 2.2. ปัญหาที่คาดว่าจะเกิดขึ้น และการป้องกัน
3. กำหนดผลการรักษาที่ต้องการ (Desired Therapeutic outcome)
4. ระบุทางเลือกอื่น ๆ ที่สามารถใช้รักษาได้ (Therapeutic Alternatives)
5. เลือกการแก้ปัญหาในการรักษาด้วยยาที่เหมาะสมที่สุดสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย และกำหนดแผนการรักษาของผู้ป่วยรายนั้น
6. วางแผนการติดตามผลการรักษาที่กำหนด
 - 6.1. บันทึกข้อมูลที่แสดงให้เห็นว่า คำแนะนำการใช้ยาทำให้เกิดผลการรักษาที่ดี
 - 6.2. ช่วงเวลาหรือความถี่ของการเก็บข้อมูลที่ใช้ในการติดตามการรักษา
7. เริ่มดำเนินการใช้แผนการรักษาที่กำหนดในข้อ 5

Problem - oriented approach

1. การบันทึกการปฏิบัติงานโดยระบบการบันทึกแบบ SOAP

ระบบ SOAP เป็นแนวทางในการจัดบันทึกการประเมินการรักษาผู้ป่วยโดยเภสัชกรซึ่งพัฒนาระบบมาจากระบบการบันทึกเพื่อดูแลผู้ป่วยของแพทย์ การจัดบันทึกการดำเนินงานในระบบ SOAP ได้แบ่งเป็น 2 ระยะ ดังมีรายละเอียดดังต่อไปนี้ (Naumann and Tsuyuki , 1994)

ระยะที่ 1 ระยะการวางแผนงาน โดยเภสัชกรมีหน้าที่รับผิดชอบดังนี้

1. เก็บข้อมูลของผู้ป่วยภายใน 24 ชั่วโมงเมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล
2. ทบทวนการสั่งใช้ยาทุกวันโดยใช้แบบบันทึกการใช้ยาของผู้ป่วยแต่ละราย
3. เข้าร่วมกับคณะแพทย์ ตรวจสอบผู้ป่วยประจำวัน ทุกวัน เพื่อตรวจสอบว่าผู้ป่วยมีความจำเป็นที่จะต้องได้รับการดูแลหรือต้องมีการอภิปรายปัญหาของการรักษาหรือไม่ นอกจากนี้จะรวมถึงการสัมภาษณ์ผู้ป่วยถึงปัญหาหรือ อาการที่มีความสัมพันธ์กับยาที่ใช้รักษา
4. รวบรวมปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาที่พบ และบันทึกข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการรักษาประจำวัน

5. อภิปรายปัญหาของผู้ป่วย เป้าหมายของการรักษา ตลอดจนข้อแนะนำ สำหรับผู้ป่วยแต่ละราย
6. จัดบันทึกงานต่าง ๆ ตั้งแต่ข้อ 1 - 4 โดยใช้ระบบ SOAP
7. ติดตามผลการรักษาของผู้ป่วยทุกวัน โดยจัดทำแบบบันทึกประจำวัน สำหรับผู้ป่วยแต่ละราย

หมายเหตุ ระบบการบันทึกการดำเนินงานแบบ SOAP มีรายละเอียดดังนี้

- S หมายถึง Subjective finding เป็นอาการที่พบทางอัตนัยของผู้ป่วย เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ปวดศีรษะ เป็นต้น โดยวิธีการสัมภาษณ์ผู้ป่วย หรือดูจากบันทึกของพยาบาล
- O หมายถึง Objective finding เป็นข้อมูลซึ่งได้จากการดำเนินการของเภสัชกร รวมถึงประวัติการรักษาผู้ป่วย ประวัติการแพ้ยา ประวัติการไ้ยาในอดีต การประเมินค่าทางเภสัชจลนศาสตร์ การคำนวณค่า Creatinine Clearance การตรวจระดับยาในเลือด ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เกี่ยวข้องกับการติดตามผลการรักษาหรือการเกิดอาการพิษจากยา โดยเภสัชกรจะดำเนินการหาข้อมูลที่เกี่ยวข้องด้วยตนเอง
- A/P หมายถึง Assessment/ Planning สองส่วนนี้อาจรวมไว้ในหัวข้อเดียวกัน เพื่อความสะดวก เป็นขั้นตอนที่มีการประเมินปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการไ้ยา โดยใช้ข้อความสั้น ๆ ในการอธิบายปัญหา และแนวทางการแก้ไข หรือป้องกันปัญหาดังกล่าว รวมถึงอาการของโรคหรืออาการไม่พึงประสงค์จากการไ้ยา และสภาวะต่าง ๆ ที่ต้องมีการปรับระดับยา เป็นต้น โดยอาศัยแนวทางการแบ่งประเภทของปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการไ้ยาของ Strand et al,1990

ระยะที่ 2 เริ่มดำเนินงาน โดยมีเป้าหมายที่สำคัญ 3 ประการคือ

1. เพื่อพัฒนาและปรับปรุงมาตรฐานของแบบบันทึกของการบริหารผู้ไ้ยา ซึ่งควรมีข้อความและรูปแบบที่กระชับ อ่านงาน และมีข้อมูลครบถ้วน
2. เป็นการฝึกฝนในเรื่องของการเขียนบันทึก ซึ่งจัดเป็นเครื่องมือที่สำคัญในการสื่อสารกับบุคลากรในสาขาอื่นๆ ซึ่งทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน
3. เพื่อใช้ในการจับเวลาที่เภสัชกรใช้ในการจัดบันทึกงานต่าง ๆ ข้างต้น

2. การบันทึกการปฏิบัติงานโดยระบบการบันทึกงานแบบ CORE - PRIME - FARM

จากที่มีผู้เสนอแนวทางในการจัดบันทึกงานของเภสัชกรผู้ทำหน้าที่บริบาลผู้สูงอายุ เพื่อให้เกิดความเข้าใจในขั้นตอนการปฏิบัติงานยิ่งขึ้น และประกอบกับมาตรฐานในการจัดบันทึกงานบริบาลผู้สูงอายุ ตลอดจนแบบบันทึกต่าง ๆ ยังคงไม่เป็นระบบที่ได้มาตรฐาน ในอดีต มีการยอมรับและใช้ระบบการบันทึกแบบ SOAP ซึ่งในบางการศึกษามีความเห็นว่าระบบการบันทึกแบบ SOAP เป็นระบบที่ดีและเหมาะสม และสามารถนำมาปรับใช้กับการบันทึกงานบริบาลผู้สูงอายุในทางเภสัชกรรมได้ แต่อย่างไรก็ตาม ระบบดังกล่าวก็ยังคงมีปัญหาเช่นกัน เช่นปัญหาในการแยกความต่างระหว่าง Subjective กับ Objective ซึ่งในอนาคตอาจมีข้อขัดแย้งในการแก้ไขปัญหของผู้ป่วยต่อไป นอกจากนี้ระบบดังกล่าวน่าจะเป็นระบบที่ใช้สำหรับการบันทึกการวินิจฉัยและการรักษาขั้นพื้นฐาน ไม่ได้ใช้เป็นเครื่องมือในการบ่งชี้ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาโดยตรง ดังนั้นระบบดังกล่าวจึงไม่เหมาะสมสำหรับความต้องการที่เฉพาะของงานเภสัชกรรม ซึ่งต่างกับลักษณะงานของแพทย์ หรือพยาบาล ทั้งนี้อาจเนื่องจากงานบริบาลผู้สูงอายุในทางเภสัชกรรม จัดเป็นงานที่ค่อนข้างใหม่ และยังอยู่ในระหว่างการค้นหารูปแบบของงานที่เหมาะสม รวมทั้งการพัฒนาารูปแบบของการเข้าสู่ปัญหาและการจัดบันทึก เพื่อให้ได้มาตรฐานและเป็นเอกลักษณ์ของงานเภสัชกรรมเอง Canaday and Yarborough (1994) ได้เสนอวิธีที่ประยุกต์จากวิธีที่กล่าวมาแล้วข้างต้น โดยมีส่วนประกอบสำคัญสามส่วนคือ

1. วิธีการมาตรฐานและเป็นระบบในการเข้าสู่ปัญหา ซึ่งใช้ระบบการวางแผนแบบ “CORE”
2. ประเภทของปัญหาการใช้ยา ซึ่งใช้ระบบการกำหนดปัญหาแบบ “PRIME”
3. การบันทึกความก้าวหน้าในการรักษา (Note) ใช้วิธีบันทึกระบบ “FARM”

รายละเอียดของขั้นตอนต่างๆ สรุปได้ดังนี้

1. วิธีการวางแผนแบบ CORE ซึ่งเป็นขั้นตอนที่สำคัญของการให้บริการและเก็บข้อมูลอย่างมีระบบ ที่จะแสดงส่วนประกอบสำคัญของกระบวนการและการวางแผนการรักษาด้วยยา ซึ่งจะนำไปสู่การวิเคราะห์ปัญหาการใช้ยาและเสนอการเปลี่ยนแปลงที่เหมาะสม โดยเภสัชกรต้องมีความรู้และทักษะ ตลอดจนแหล่งข้อมูลที่หลากหลาย เช่น จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยหรือญาติ จากการอ่านและแปลผลหรือตัวชี้วัดผลของการรักษา เป็นต้น วิธีการวางแผนแบบ CORE ประกอบด้วย

- C หมายถึง specifying the Condition or need of the patient คือ การระบุหรือค้นหาสภาวะหรือความจำเป็นของผู้ป่วยที่ต้องได้รับการรักษา
- O หมายถึง the desired Outcome คือ การกำหนดเป้าหมายของการรักษา

R หมายถึง Regimen selected to achieve that outcome คือการเลือกแผนการรักษา เพื่อให้ได้ผลตามที่กำหนด

E หมายถึง follow-up parameters to Evaluate outcome achievement คือ การกำหนดตัวชี้วัดที่ใช้ในการติดตามผลการรักษา

2. ประเภทของปัญหาในการรักษาด้วยยาแบบ PRIME (PRIME Pharmacotherapy Problem Types) เป็นการบ่งชี้ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา ทั้งที่เป็นปัญหาที่พบหรือคาดว่าจะพบ โดยอาศัยการกำหนดประเภทของปัญหาแบบ “PRIME” ซึ่งจะต้องมีการจัดแบ่งประเภทของปัญหาที่เป็นระบบ ที่จะช่วยให้นำไปใช้ได้ในทุกสถานการณ์ และมั่นใจได้ว่าเภสัชกรคำนึงถึงปัญหาที่เกิดขึ้น หรืออาจเกิดขึ้นทุกประเภท และยังช่วยให้ง่ายต่อการวิเคราะห์ผลต่อไป

การกำหนดประเภทของปัญหาแบบ PRIME ประกอบด้วย

P หมายถึง Pharmaceutical error คือปัญหาความคลาดเคลื่อนในทางเภสัชกรรม

R หมายถึง Risk to patient คือโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาของผู้ป่วย

I หมายถึง Interaction คือ การเกิดอันตรกิริยาของยา

M หมายถึง Mismatch between medication and indications/conditions คือ การใช้ยาโดยไม่สัมพันธ์กับโรคหรือสภาวะของผู้ป่วย

E หมายถึง Efficacy issues คือ ประสิทธิภาพของการรักษา

หมายเหตุ รายละเอียดของการกำหนดปัญหาแบบ PRIME ได้แสดงในหน้า 16 และ 17

3. การบันทึกความก้าวหน้าในการรักษา (Pharmacist's Progress Note) เป็นการบันทึกปัญหาการใช้ยาที่พบทั้งที่เกิดขึ้นแล้วหรือมีโอกาสเกิด รวมทั้งการแก้ไขปัญหาในสถานการณ์นั้น โดยบันทึกข้อมูลที่ได้จากกระบวนการขั้นต้น ในการจดบันทึกความก้าวหน้าในการรักษาของเภสัชกร มีเป้าหมายในการให้ข้อมูลที่ชัดเจนและกระชับดังต่อไปนี้

- 3.1. ข้อมูลที่เภสัชกรพบ และควรคำนึงถึงในการรักษา
- 3.2. ข้อมูลการประเมินสิ่งที่พบหรือปัญหาที่คาดว่าจะเกิดของเภสัชกร
- 3.3. สิ่งที่เภสัชกรกระทำ หรือเสนอแนะในการแก้ไขหรือป้องกันปัญหาที่พบ
- 3.4. เป้าหมายในการติดตามผลการแก้ปัญหา อาจติดตามผลร่วมกับบุคลากรที่เกี่ยวข้องท่านอื่น ๆ เช่น แพทย์ เพื่อให้มั่นใจว่าปัญหาเหล่านั้นได้รับการแก้ไข และให้ผลตามเป้าหมาย

ในการบันทึกความก้าวหน้าในการรักษาของเภสัชกร จะอาศัยระบบการบันทึกแบบ FARM ซึ่งประกอบด้วย

- F หมายถึง Finding คือ สิ่งที่ค้นพบทั้งในลักษณะ Subjective และ Objective ซึ่งทำให้เห็นปัญหาหรือชี้ให้เห็นปัญหา รวมทั้งข้อมูลที่รวบรวมเพิ่มเติมเพื่อทำให้เห็นประเภทหรือชนิดของปัญหา ขอบเขตและความสำคัญทางคลินิกของปัญหาที่คาดว่าจะเกิดจากการรักษาด้วยยา
- A หมายถึง Assessment คือ การวิเคราะห์หรือแปลผลจากข้อมูลต่าง ๆ ที่พบจากขั้นแรก เพื่อตรวจสอบประเภท , ขอบเขต และความสำคัญของปัญหา แยกความแตกต่างของปัญหาที่เกิดขึ้นจากปัญหาที่คาดว่าจะเกิด และแยกแยะปัญหาที่สำคัญหรือรุนแรงจากปัญหาที่ไม่สำคัญ
- R หมายถึง Resolution คือ ข้อเสนอแนะที่ให้แก่บุคลากรอื่น ๆ หรือกิจกรรมที่เภสัชกรเป็นผู้ปฏิบัติในการแก้ไขหรือป้องกันปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา เช่น การตัดสินใจที่จะสังเกตหรือประเมินปัญหาใหม่ หรือการติดตามผลการรักษาต่อไป (เป็นการเฝ้าระวังไม่มีการดำเนินการใด ๆ) หรือ การแจ้งให้แพทย์ทราบ และการให้คำแนะนำกับผู้ป่วย หรือผู้ดูแลผู้ป่วยแต่ละราย
- M หมายถึง Monitoring and follow-up คือ การให้คำแนะนำสำหรับติดตามผลการรักษาว่าใครควรเป็นผู้ติดตามผลหรือตัวชี้วัดใดที่ใช้ในการประเมินประสิทธิภาพและความปลอดภัยของผลการรักษา และเวลาใดที่เหมาะสมในการดำเนินการดังกล่าว

ผลการบริหารผู้ใช้ยา

จากการศึกษาการให้บริการในทางเภสัชกรรมในรูปแบบของการบริหารผู้ใช้ยา ซึ่งเป็นการดูแลผู้ป่วยและร่วมรับผิดชอบต่อผลของการใช้ยาของผู้ป่วยโดยตรง และจากตัวอย่างที่มีการเผยแพร่ในต่างประเทศ พบว่าผลของการให้บริการในรูปแบบดังกล่าว ทำให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัยในการใช้ยามากขึ้น มีการลดจำนวนยานายาสำหรับผู้ป่วย ช่วยลดอุบัติการณ์เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ลดระยะเวลาที่ผู้ป่วยต้องรักษาตัวในโรงพยาบาล นั่นคือเป็นผลในด้านบวกของการบริหารผู้ใช้ยา และเป็นการช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ใช้ยา ตลอดจนช่วยประหยัดค่าใช้จ่าย และช่วยลดความสูญเสียในทางเศรษฐกิจได้อีกด้วย ซึ่งตรงกับวัตถุประสงค์ของการบริหารผู้ใช้ยา คือการช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของประชาชน ยกตัวอย่างเช่น

Lobas, Lepinski, Abramowitz, 1992 ได้ศึกษาผลของการบริบาลผู้ช้ำยา ในส่วนของค่าใช้จ้ำยและคุณภาพของการใช้ยา พบว่าเมื่อเภสัชกรได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยและร่วมรับผิดชอบต่อผลการรักษาโดยตรงแล้ว ทำให้ช่วยลดค่าใช้จ้ำยและเพิ่มคุณภาพของการรักษาได้อย่างชัดเจน ทำให้ลดค่าใช้จ้ำยไปได้ 19,076 เหรียญสหรัฐในช่วงเวลาที่ทำการศึกษาคือ 14 เดือน และพบว่าร้อยละ 82.5 ของการยอมรับข้อเสนอและข้อคิดเห็นของเภสัชกร นอกจากนี้พบว่า ร้อยละ 16 ของปัญหาที่แพทย์ไม่ยอมรับข้อเสนอหรือข้อคิดเห็นของเภสัชกร ทำให้สภาวะของผู้ป่วยเลวลง

Bjornson et al.,1993 ได้ทำการศึกษาคผลของการดูแลผู้ป่วยโดยเภสัชกรเปรียบเทียบกับกรณีที่ไม่มีเภสัชกรดูแลโดยตรง ในช่วงเวลา 1 ปี พบว่าในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลจากเภสัชกรโดยตรง จะมีระยะเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาลและค่าใช้จ้ำยในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลน้อยกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ไม่มีเภสัชกรดูแลโดยตรงอย่างชัดเจน แต่ไม่มีความแตกต่างในส่วนของการอัตราการตาย โดยเจเลียพบว่าสามารถลดค่าใช้จ้ำยของการรักษาในโรงพยาบาลได้ ประมาณ 377 เหรียญสหรัฐ ต่อผู้ป่วยหนึ่งราย

Chase and Bainbridge ,1993 ได้รายงานผลของการมีเภสัชกรเข้าไปดูแลด้านการใช้ยา และมีการติดตามการรักษาอย่างใกล้ชิด สามารถช่วยป้องกันการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา และการเกิดอันตรกิริยาของยาได้

Golightly et al.,1993 ได้ศึกษาผลการปฏิบัติงานของเภสัชกรในการดูแลผู้ป่วยโรคไต ในช่วงเวลา 3 ปี พบว่ามีผู้ป่วยร้อยละ 37.2 ที่ต้องปรับเปลี่ยนขนาดยาอันเป็นผลมาจากการให้ข้อเสนอแนะของเภสัชกรและประสานงานกับแพทย์ และจากการสุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่เภสัชกรดูแล ไม่พบเกิดอาการพิษหรือเกิดความล้มเหลวในการรักษาแต่อย่างใด

William ,1993 ได้ศึกษาผลการดูแลผู้ป่วยโดยเภสัชกร พบว่าทำให้ลดค่าใช้จ้ำยในการรักษาในโรงพยาบาล ปีละประมาณ 416,000 เหรียญสหรัฐ โดยมีค่าใช้จ้ำยในส่วนของค่าจ้างเภสัชกรเฉลี่ยประมาณปีละ 140,000 เหรียญสหรัฐ

Cameron ,1994 ได้ศึกษาผลการวางแผนในการดูแลผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน พบว่าสามารถลดค่าใช้จ้ำยทั้งทางตรงและทางอ้อม ตลอดจนลดภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยา หรืออัตราการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ แต่จากการศึกษาเรื่องกำลังคนหรือภาระการทำงาน พบว่ามีความต้องการอัตรากำลังของเภสัชกรเพิ่มขึ้น

McKee ,1994 ได้รายงานผลการปฏิบัติงานของเภสัชกรคลินิก ทำให้มีการลดจำนวนขนานยาต่อเดือนและลดค่าใช้จ่าย ตลอดจนเวลาในการทำงานด้านการจ่ายยาและบริหารยาของเภสัชกรและพยาบาลได้อย่างชัดเจน

Shah et al.,1994 ได้รายงานผลของการที่มีเภสัชกรดูแลผู้ป่วยโดยตรง หรือการบริหารเภสัชกรผู้ช่วย มีผลลดอุบัติการณ์เกิดความคลาดเคลื่อนในการใช้ยาได้ประมาณร้อยละ 63

Slaughter , Erickson , and Thomson ,1994 ได้สรุปผลการดูแลผู้ป่วยโดยเภสัชกร พบว่าหลังจากมีการให้ข้อเสนอหรือข้อคิดเห็นของเภสัชกรแก่แพทย์ ทำให้มีการปรับเปลี่ยนการใช้ยาร้อยละ 63.5 โดยมีอัตราการยอมรับข้อเสนอของเภสัชกรประมาณ ร้อยละ 78.7 ของจำนวนข้อเสนองทั้งหมด และจากการประเมินความสำคัญทางคลินิกของการปฏิบัติงานของเภสัชกร พบว่าให้ผลคะแนนเป็นบวก นั่นคือ มีผลเพิ่มคุณภาพในการใช้ยา และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่เภสัชกรดูแล

Stanislav et al.,1994 ได้ศึกษาผลของการที่เภสัชกรทำหน้าที่เป็นที่ปรึกษาและดูแลผู้ป่วยทางจิตเวช พบว่ามีการยอมรับข้อเสนอของเภสัชกรร้อยละ 60 และร้อยละ 79 ของผู้ป่วยที่เภสัชกรดูแล และแพทย์ยอมรับข้อเสนอหรือข้อคิดเห็นของเภสัชกร เกิดผลในเชิงบวกหรือได้ผลที่ดีและเพิ่มคุณภาพของการใช้ยา ในขณะที่กลุ่มผู้ป่วยที่แพทย์ไม่ยอมรับข้อเสนอของเภสัชกร เกิดผลในด้านบวกจากการรักษาร้อยละ 14 นั่นคือ การที่เภสัชกรดูแลผู้ป่วยและมีการยอมรับข้อเสนอหรือข้อคิดเห็นจากแพทย์ จะมีส่วนช่วยให้เกิดผลในการรักษาที่ดีขึ้นหรือเป็นการช่วยเพิ่มคุณภาพของการรักษาได้อย่างชัดเจน

โดยสรุป การบริหารเภสัชกรผู้ช่วยจะมีความแตกต่างจากกระบวนการในงานบริการเภสัชกรรมในอดีต ทั้งนี้เนื่องจากการศึกษาต่าง ๆ ที่ผ่านมาพบว่าการบริหารเภสัชกรผู้ช่วยให้ผลการใช้ยาในการรักษาดีขึ้น และมีลักษณะของการทำงานร่วมกันอย่างเป็นระบบ ทำให้มีผลต่อการรักษาที่ดีขึ้น ซึ่งนอกจากจะมีผลโดยตรงต่อการรักษาแล้ว ยังมีผลกับชีวิตประจำวันของประชาชนผู้ใช้ยา และในด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชาชนอีกด้วย การป้องกันหรือการตรวจสอบและการแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาก่อนที่จะเกิดผลอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา จะเป็นการช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของการใช้ยาได้อย่างเด่นชัด ดังนั้นจึงอาจจะสรุปได้ว่าการให้บริการทางเภสัชกรรมในด้านการติดตามการรักษาในหลักการของการบริหารเภสัชกรผู้ช่วย จัดเป็นแนวทางที่ช่วยให้เกิดการใช้ยาได้อย่างมีประสิทธิภาพและปลอดภัยที่สุดในปัจจุบัน และนับเป็นแนวทางที่ได้รับการปรับให้เหมาะสมกับสภาพความเป็นจริงในส่วนของความต้องการของผู้ป่วยและการปฏิบัติงานของเภสัชกรในปัจจุบันมากกว่าระบบเดิม