

## บทที่ 2

### ปริทัศน์เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

#### การบริหารยา (Pharmaceutical Care)

ด้วยพันธกิจของวิชาชีพเภสัชกร คือ เป็นผู้รับผิดชอบด้านยา แต่ในอดีตที่ผ่านมาบทบาทของเภสัชกรจะเกี่ยวข้องกับผลิตภัณฑ์ยาเป็นส่วนใหญ่ เภสัชกรได้ก้าวเข้าสู่ศตวรรษที่ 20 ในหน้าที่ของผู้ปรุงยา เตรียมขายยา การตรวจคุณภาพยา และเภสัชอุตสาหกรรม แต่เภสัชกรไม่สามารถใช้ความรู้ด้านยาในการรับผิดชอบต่อผู้ป่วยโดยตรงได้ ดังจะพบว่ามีรายงานการเกิดปัญหาจากการใช้ยาขึ้นมากมาย (Hepler และ Strand, 1990; Hatoum, 1992)

การพัฒนา ในช่วงปี ค.ศ. 1950-1980 เนื่องจากแรงผลักดันทั้งจากภายในและภายนอก ทำให้เภสัชกร ต้องหาแนวทางการปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการเภสัชกรที่แท้จริงของสังคม (Brodie, 1991; WHO, 1993) ซึ่งมีปัจจัยต่าง ๆ ดังนี้คือ

1. ด้านลักษณะประชากร มีผู้สูงอายุมากขึ้น มีการเปลี่ยนแปลงทางลักษณะและการระบาดของโรค มีการกระจายของประชากรในประเทศต่าง ๆ อย่างหลากหลาย
2. ด้านเศรษฐศาสตร์ มูลค่าของการรักษาพยาบาลเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว
3. ความก้าวหน้าของวิทยาการสมัยใหม่ มีการพัฒนา ยา ระบบการขนส่งยาแบบใหม่ ยาแต่ละชนิดมีความแรง และออกฤทธิ์ซับซ้อนมากขึ้น และพบปัญหาอาการไม่พึงประสงค์มากขึ้น
4. ปัจจัยทางสังคม เช่น การใช้ยาผิดวัตถุประสงค์ การติดยา การใช้ยาที่บ้าน
5. นโยบายของรัฐบาล มีการควบคุมการผลิตยา การเปลี่ยนปรัชญาการตลาดแบบใหม่ รายงานปัญหาหลักแห่งชาติที่เปลี่ยนแปลงไป
6. ทางด้านวิชาชีพ มีหลักสูตรการศึกษาแบบใหม่ การกระจายของบุคลากรทางเภสัชกรรม

ซึ่งปัจจัยต่างๆ เหล่านี้ทำให้เภสัชกรได้หาแนวทางการพัฒนาวิชาชีพตลอดมา (Lobas และ Armitstead, 1993) ภายในระยะเวลา 30 ปี มาจนถึงได้มีการเปลี่ยนแปลงเข้าสู่การรับผิดชอบต่อตัวผู้ใช้ยาอย่างชัดเจน (Patient-oriented) ซึ่งจะมีช่วงเวลาของการเปลี่ยนแปลงแนวปฏิบัติ 3 ช่วง คือ

1. การปฏิบัติแบบเก่า (Traditional Period) ซึ่งมุ่งเน้นที่ผลิตภัณฑ์ (Product-oriented)
2. ระยะการสร้างกิจกรรมการให้บริการเภสัชกรรมคลินิก

3. ระยะของการสร้างบทบาทในการดูแลผู้ป่วยโดยตรง(Patient-oriented) (Hepler และ Strand,1990)

ในช่วงของการเกิดเภสัชกรรมคลินิก ซึ่งเป็นช่วงหัวเลี้ยวหัวต่อของวิชาชีพที่มีการบทบาทเข้าสู่ตัวผู้ป่วยมากขึ้น มีผู้เสนอบทบาทการเตรียมยาและควบคุมการใช้ยา ซึ่งดูคล้ายเป็นการควบคุมการใช้ยาที่เข้มงวดเน้นที่ตัวผลิตภัณฑ์ยามากกว่า (Brodie,1991) มีการให้บริการทางเภสัชจลนศาสตร์แต่ยังคงเป็นภาระเน้นที่การให้ยาแก่ระบบชีวภาพมากกว่าการประเมินจากความต้องการของผู้ป่วยจริงๆ และมีการให้บริการข้อมูลข่าวสารด้านยา ซึ่งเป็นการให้ข้อมูลแก่บุคลากรทางการแพทย์หรือบุคคลอื่นๆ ต่อมา มีการคิดระบบการกระจายยาแบบหนึ่งหน่วยการใช้ยา ซึ่งคาดว่าหน้าที่เภสัชกรเป็นผู้ดูแลจัดเตรียมยาที่ให้กับผู้ป่วยจะลดความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยา จัดยาได้ (Black และ Nelson,1992)

นอกจากนั้นกิจกรรมที่มีการพัฒนาในช่วงต่อมา เช่น การติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา การตรวจวัดระดับยาในเลือดซึ่งแม้มีลักษณะเปลี่ยนไปจากบทบาทเดิม การปฏิบัติงานของเภสัชกรก็ยังเป็นเพียงผู้ให้ข้อมูลแก่ผู้ให้บริการโดยตรงต่อผู้ป่วย

อย่างไรก็ตาม การแยกปฏิบัติเป็นงานหลากหลายอย่างใดอย่างหนึ่ง ไม่สามารถทำให้เภสัชกรสามารถรับผิดชอบต่อการใช้ยาของผู้ป่วยได้อย่างแท้จริง ด้วยความรู้และทักษะของเภสัชกรทางด้านเภสัชกรรมคลินิก ไม่สามารถทำให้เกิดประสิทธิภาพของการบริการได้สูงสุด แต่ต้องมีหลักการปฏิบัติที่เหมาะสม ดังนั้นจึงเกิดแนวความคิดใหม่ขึ้นในปี 1990 บนหลักการว่า เภสัชกรต้องดูแลสุขภาพและความปลอดภัยของผู้ใช้ยา เพื่อป้องกันปัญหาจากการใช้ยาเพื่อให้ผลประโยชน์จากการใช้ยาสูงสุด (Hepler และ Strand,1990;Lee และ Ray,1993) เรียกปรัชญาของการปฏิบัติในลักษณะใหม่นี้ว่า การบริบาลผู้ใช้ยา (Pharmaceutical Care) ภายใต้การปฏิบัติงานดูแลโดยตรงของเภสัชกรในปรัชญาของการบริบาลผู้ใช้ยาโดยการประสานงานกันกับบุคลากรทางการแพทย์ ก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดกับผู้มาใช้บริการในระบบการบริการสาธารณสุขนั้น คือมีทั้งความปลอดภัยมีประสิทธิภาพ และมีมูลค่าที่สมเหตุสมผล (ASHP,1993)

ศูนย์วิทยุวิทยุ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## ค่านิยมของการบริหารผู้ใช้ยา

ได้มีผู้ให้คำจำกัดความของ การบริหารผู้ใช้ยาไว้ ดังนี้คือ

- Mikeal และคณะ (1976) : การให้การดูแลที่ให้กับผู้ป่วยเพื่อประกันว่าผู้ป่วยใช้ยาอย่างปลอดภัย และสมเหตุสมผล
- Brodie และคณะ (1980) : การดูแลการใช้ยาของผู้ป่วยและรวมถึงการตัดสินใจให้ยาแก่ผู้ป่วยตามความต้องการ และรวมไปถึงการบริการทางเภสัชกรรมอื่น ๆ ที่จำเป็น ทั้งก่อนระหว่าง และหลังการรักษาเพื่อประกันความปลอดภัย และประสิทธิภาพในการรักษา รวมถึงความต่อเนื่องในการบริการ
- Hepler (1987) : การสร้างความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและเภสัชกร โดยเภสัชกรจะทำหน้าที่ควบคุมการใช้ยา โดยมีความรู้และทักษะที่เหมาะสม โดยให้การเฝ้าระวังและเอาใจใส่ต่อผู้ใช้ยา
- Hepler และ Strand (1990) : การดูแลรับผิดชอบการรักษาด้วยยา เพื่อให้ได้ผลการรักษาที่ถูกต้อง ให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นซึ่งผลเหล่านี้ ได้แก่ ทำให้ผู้ป่วย
- 1) หลีกเลี่ยงโรค
  - 2) ลดหรือกำจัดอาการของโรค
  - 3) ชะลอหรือหยุดกระบวนการของโรค
  - 4) ป้องกันโรคหรืออาการของโรค
- Lee และ Ray (1993) : ได้ให้นิยามตามของ Hepler และ Strand (1990) และขยายความว่า การบริหารผู้ใช้ยา เป็นการบริการทางเภสัชกรรมที่ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย เช่นเดียวกับการดูแลของแพทย์ (Medical Care) และของพยาบาล (Nursing Care) โดยจะดูความต้องการในการใช้ยาทั้งหมดของผู้ป่วยแต่ละคน ดังนั้นเภสัชกรต้องมีความรู้กว้าง เพื่อให้สามารถทราบความต้องการของผู้ป่วย โดยเภสัชกรเป็นผู้รับผิดชอบต่อผลของยาที่เกิดกับผู้ป่วยโดยตรง
- ASHP (1993) : การบริหารผู้ใช้ยาเป็นการรับผิดชอบโดยตรงต่อการใช้ยาของผู้ป่วย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ได้ผลตามความต้องการเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

Smith และ Benderev (1991) : การบริหารผู้ใช้ยาเป็นผลรวมของการบริการเภสัชกรรม ทั้งที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโดยตรงและลักษณะอื่นๆ ซึ่งผู้ป่วยต้องการ และได้รับ เพื่อให้มั่นใจว่าสามารถได้ผลการรักษาด้วยยาตามต้องการ จากการใช้ยา โดยเภสัชกรเป็นผู้รับผิดชอบต่อผลของการใช้ยาในผู้ป่วยโดยตรง

WHO (1993) : การบริหารผู้ใช้ยา เป็นปรัชญาของการปฏิบัติโดย ที่ผู้ป่วยเป็นผู้ได้รับประโยชน์ โดยปฐมภูมิจากการกระทำของเภสัชกร การบริหารผู้ใช้ยาจะรวมทั้งทัศนคติ พฤติกรรมการกระทำ จริยธรรม หน้าที่ ความรู้ ความรับผิดชอบ และทักษะของเภสัชกรที่มีต่อการรักษาด้วยยา โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ได้ผลการรักษาตามต้องการเพื่อสุขภาพและ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

โดยสรุปแล้ว ความหมายของการบริหารผู้ใช้ยา คือ ความรับผิดชอบต่อการรักษาด้วยยา ของเภสัชกรต่อผู้ป่วยโดยตรง เพื่อให้ได้ผลการรักษาตามความต้องการ และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโดยผลที่ต้องการคือ

1. หายจากโรค
2. ชะลอหรือบรรเทาอาการเจ็บป่วยของผู้ป่วย
3. ชะลอหรือหยุดกระบวนการของโรค
4. ป้องกันโรคหรืออาการของโรค

และควรมีผลรวมไปถึง (Angaran,1991)

- ◆ การใช้เวลาในการดูแลที่เหมาะสม
- ◆ ให้ข้อมูลในการดูแลสุขภาพของตนเองแก่ผู้ป่วย
- ◆ ถูกต้องตามหลักของวิทยาศาสตร์
- ◆ ต้องพิจารณาถึงฐานะความเป็นอยู่ของผู้ป่วย
- ◆ มีการใช้เทคโนโลยีอย่างมีประสิทธิภาพ
- ◆ มีการบันทึกผลการดำเนินงานอย่างเพียงพอและเหมาะสมเพื่อความต่อเนื่องของการดูแลผู้

ป่วย

## หน้าที่และความรับผิดชอบของเภสัชกรในการบริหารผู้ใช้ยา

หน้าที่ของเภสัชกรในการบริหารผู้ใช้ยา เพื่อให้ผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องใช้ยา สามารถใช้ยาได้อย่างถูกต้องเหมาะสม และได้รับผลการรักษาตามวัตถุประสงค์ของการใช้ยา โดยไม่เกิดผลเสียจากการใช้ยามา มีดังนี้คือ (Hepler และ Strand, 1990; Hassan และ Gan, 1993)

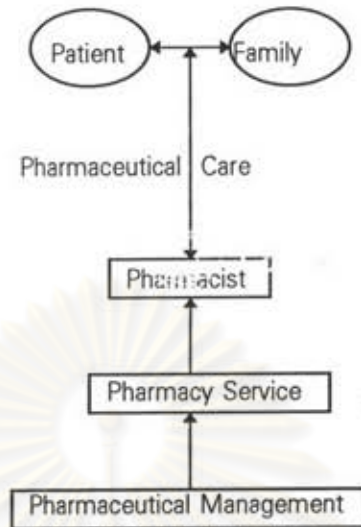
1. การระบุปัญหาจากการใช้ยาที่เกิดขึ้นหรืออาจเกิดขึ้นได้ (Identifying potential and actual drug-related problem)
2. การแก้ปัญหาจากการใช้ยาที่เกิดขึ้น (Resolving actual drug related problem)
3. การป้องกันการเกิดปัญหาจากการใช้ยา (Preventing potential drug related problem)

โดยที่เภสัชกรต้องสร้างความสัมพันธ์กับผู้ป่วย และทำงานประสานร่วมกับบุคลากรทางการแพทย์อื่นๆ ในการกำหนดวัตถุประสงค์ของการรักษา การวางแผนการรักษา ดำเนินการรักษา และติดตามผลการรักษาด้วยยา (Penna, 1990 Strand และ Cipolle, 1992) เพื่อผลการรักษาของผู้ป่วยแต่ละราย ต้องมีทักษะในการติดต่อสัมพันธ์กับผู้อื่น และมีมนุษยสัมพันธ์ในการปฏิบัติงาน (May, 1993 และ Mackowiak, 1992)

ในการบริหารผู้ใช้ยา เภสัชกรต้องทำหน้าที่ในขั้นตอน ทั้งเมื่อเริ่มต้นการรักษา และเพื่อติดตามผลการรักษา คือ เมื่อเริ่มการรักษา พิจารณาอาการของโรค การวินิจฉัยโรค แล้วตั้งวัตถุประสงค์ของการรักษา ออกแบบและเริ่มต้นแผนการรักษาซึ่งจะให้ผลการรักษาตามความต้องการ และเมื่อแพทย์สั่งยาแล้ว จ่ายยาและบริหารยาแก่ผู้ป่วย การติดตามการรักษา วางแผนและเฝ้าระวังและติดตามความก้าวหน้าของการรักษา ตัดสินใจว่าข้อมูลอะไรบ้างที่จำเป็นสำหรับการประเมินผลการรักษา และควรจะได้ผลเมื่อไร และรวบรวมและจัดบันทึกข้อมูลที่ได้ และระบุและป้องกันแก้ไขปัญหาจากการใช้ยา และถ้าจำเป็นต้องวางแผนเพื่อการดัดแปลงปรับเปลี่ยนการรักษา เภสัชกรต้องทบทวนวัตถุประสงค์ของการรักษา แผนการรักษา และผลการรักษาที่ให้ตัวผู้ป่วยทั้งทางด้านชีวภาพ, จิตวิทยา, ทางสังคม และเศรษฐกิจ (Hepler และ Grainger - Rousseau, 1992)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

การบริหารผู้ใช้ยามีส่วนประกอบในการปฏิบัติดังแผนภาพนี้ (Hassan และ Gan,1993 ; Smith และ Benderev,1991)



จะเห็นว่าการบริหารผู้ใช้ยาต้องอาศัยการบริหารจัดการของทางเภสัชกรรม ให้มีรูปแบบการบริการที่เอื้อต่อการดำเนินงานได้ ซึ่งประกอบด้วยองค์ประกอบ 4 อย่างคือ

1. มีความรู้และทักษะในทางเภสัชกรรมและทางเภสัชวิทยาคลินิก
2. ปรับปรุงระบบการกระจายยาให้สามารถมียาที่เหมาะสมเพียงพอสำหรับการตัดสินใจใช้ยา
3. ต้องพัฒนาการสร้างความสัมพันธ์ภาพระหว่างเภสัชกรกับผู้ป่วยและบุคลากรผู้ดูแลสุขภาพอื่น ๆ
4. มีจำนวนผู้ให้บริการที่เพียงพอ

เนื่องจากแนวความคิดในการบริหารผู้ใช้ยา เป็นแนวความคิดในการปฏิบัติงานแบบใหม่ การพัฒนาการบริหารผู้ใช้ยาขึ้นมา จึงต้องมีการเผยแพร่อธิบายแนวความคิด หาแรงจูงใจให้มีการเห็นด้วยกับแนวความคิดว่ามีประโยชน์ เหมาะสมกว่าแนวปฏิบัติเดิม และแสดงแนวทางปฏิบัติให้เห็นผลตามแนวความคิดได้ (Zellmer, 1993)

ศูนย์วิทยุทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

การบริหารลู่ใช้ยาเป็นกระบวนการปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับบุคคลหลายฝ่าย โดยมีเภสัชกรเป็นผู้ นำในการปฏิบัติ เพื่อให้ผู้ป่วยได้ผลประโยชน์จากการใช้ยาสูงสุด โดยอยู่บนพื้นฐานความต้องการ ของผู้ป่วยแต่ละราย ในการปฏิบัติงานของเภสัชกรในการบริหารลู่ใช้ยาต้องมีการเตรียมตัวต่างๆ ดังนี้ (Lee และ Ray, 1993 ; Ray, 1992 ; Zellmer, 1993)

- (1.) ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเพื่อศึกษา ทฤษฎีการปฏิบัติ, วิธีการปฏิบัติ
  - (2.) สร้างทีมการปฏิบัติงาน เน้น เพื่อการรับผิดชอบต่องานเป็นระบบ จัดหาผู้รับผิดชอบต่าง ๆ หา ผู้นำและผู้ปฏิบัติของทีมงาน รวมทั้งหาผู้เชี่ยวชาญทางด้านต่าง ๆ ร่วมในทีม
  - (3.) หาผู้ช่วยในการปฏิบัติงานในสวนอื่น เพื่อให้เภสัชกรสามารถมีอิสระที่จะปฏิบัติการ บริหารลู่ใช้ยา และพัฒนาต่อไปได้
  - (4.) อธิบายวิธีปฏิบัติที่จะทำให้การบริหารลู่ใช้ยาเป็นรูปเป็นร่างขึ้นมา
  - (5.) พัฒนาระบบที่มาส่งเสริมการปฏิบัติงาน เช่น ระบบคอมพิวเตอร์ เทคโนโลยีต่าง ๆ
  - (6.) ให้ผู้ป่วยเข้าร่วมในการปฏิบัติงานมากขึ้น
  - (7.) สอนแนวความคิด แนวทางปฏิบัติใช้แนวทางของการบริหารลู่ใช้ยาในการฝึกงานของนัก ศึกษาเภสัชศาสตร์ เพื่อให้มีความรู้และความชำนาญเมื่อจบมาทำงาน
  - (8.) วางนโยบายการใช้ยาโดยผ่านคณะกรรมการและบำบัด ให้สอดคล้องกับหลักการของการ บริหารลู่ใช้ยา
  - (9.) การประเมินแผนการจัดตั้งและกระบวนการติดตามผลการรักษา
  - (10.) หาแนวทางให้มีการวิจัยประยุกต์ของการบริหารลู่ใช้ยาที่เหมาะสม  
และควรมีการให้การบริหารลู่ใช้ยาแก่ผู้ป่วยทุกราย และมีความต่อเนื่องของการให้บริการ
- (Zellmer, 1993 ; Lee และ Ray, 1993)

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

### กระบวนการบริหารยา (Pharmaceutical Care Process)

จากแนวคิดสามารถสรุปกระบวนการในการบริหารยาได้ดังนี้ (Hepler และ Shad,1990; Hassan และ Gan,1993)

- ขั้นที่ 1: สร้างความสัมพันธ์ระหว่างเภสัชกรกับผู้ป่วยโดยเภสัชกรติดต่อและกระทำการกับผู้ป่วยโดยตรง
- ขั้นที่ 2: รวบรวมวิเคราะห์ และตีความข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย ยา และข้อมูลของโรค
- ขั้นที่ 3: แจกแจงปัญหาจากการใช้ยา พบแล้วเรียงลำดับความสำคัญของปัญหาเพื่อพิจารณาการป้องกันหรือแก้ไขปัญหานั้นว่าปัญหาใดมีความจำเป็นก่อนหลัง
- ขั้นที่ 4: ตั้งเป้าหมายของผลที่ต้องการสำหรับแต่ละปัญหาจากการใช้ยา
- ขั้นที่ 5: ให้แนวทางที่เป็นไปได้สำหรับทางเลือกอื่นของการรักษา แล้วแจกแจงรายการทางเลือกที่จะให้ผลการรักษาตามต้องการแก่ผู้ป่วยได้
- ขั้นที่ 6: เลือกแนวทางที่ดีที่สุดสำหรับการรักษานำบัด และวางแผนการรักษา โดยกำหนดขนาดยา รูปแบบยา แผนการให้ยา ตารางการให้ยา สำหรับผู้ป่วยแต่ละคน
- ขั้นที่ 7: ออกแบบการติดตามผลการใช้ยา พัฒนาแผนการติดตามให้ทราบว่าแผนการรักษาที่ให้สามารถทำให้ได้รับผลทางการรักษาตามต้องการหรือไม่ รวมทั้งการติดตามเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาด้วย
- ขั้นที่ 8: ดำเนินการตามแผนการรักษาและแผนการติดตามการใช้ยาสำหรับผู้ป่วยเฉพาะคน โดยมีผู้ป่วยและ บุคลากรทางการแพทย์ผู้รับผิดชอบตัวผู้ป่วยเป็นผู้ช่วยเหลือ และมีการจัดบันทึกการตัดสินใจที่เลือก
- ขั้นที่ 9: ติดตามผลวัดความสำเร็จ ตัดสินใจความสำเร็จของการบริหารยาจากตัวผู้ป่วยแต่ละคนและจากผลในระยะยาว

การใช้ขั้นตอนทั้ง 9 นี้ เภสัชกรต้องคิดและวางแผนอย่างรอบคอบเพื่อพัฒนาการปฏิบัติในการบริหารยา โดยเภสัชกรต้องมีหน้าที่พื้นฐาน คือ

- พัฒนาการใช้แฟ้มประวัติใช้ยาของผู้ป่วย (Patient Medication Profile)
- ตีความ ตั้งคำถามให้ความกระจ่างและแสดงคุณค่าของคำสั่งที่เกี่ยวกับยา
- ตั้งระบบการกระจายยาที่มีประสิทธิภาพและปลอดภัย
- ติดตามการรักษาเพื่อให้ปลอดภัยและได้ผลจากการรักษาที่มีประสิทธิภาพ
- การคัดกรองการเกิดอันตรกิริยาของยา
- ระบุและรายงานการเกิดการแพ้ยา และอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา



- สอนการใช้ยาแก่ผู้ป่วย
- สัมภาษณ์ผู้ป่วยเพื่อให้ได้ประวัติการใช้ยา
- เป็นผู้ช่วยเหลือในการเลือกยาในการรักษาและรูปแบบยา
- ทำการประเมินการใช้ยาเพื่อให้ได้ผลการรักษาตามความต้องการ

และเมื่อมีการคิดและตัดสินใจแล้ว อีกสิ่งหนึ่งที่สำคัญมากคือ วิธีการสื่อสาร ควรหลีกเลี่ยงในการสื่อสารแผนกบริหารบาลผู้ช้ยากับผู้ป่วย และสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วย และบุคลากรทางการแพทย์อื่นๆ แผนกการปฏิบัติควรระบุถึงวิธีการในการติดต่อประสานงานกับบุคคลต่างๆที่เกี่ยวข้อง และใช้คำพูด และการกระทำอย่างระมัดระวังเพื่อการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ และการปฏิบัติงานที่ประสบความสำเร็จ

และแม้ว่าการบริหารบาลผู้ช้ยาสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย มีลักษณะเฉพาะไปตามปัญหาจากการใช้ยา แต่การให้การบริหารบาลผู้ช้ยาก็ควรรวมสิ่งเหล่านี้เข้าไว้ด้วยคือ

1. มีระบบกระจายยาที่ถูกต้องและรวดเร็ว
2. มีข้อมูลผู้ป่วยที่สมบูรณ์และได้มาในเวลาที่เหมาะสม
3. มีข้อมูลทางยาขั้นสูงและเป็นปัจจุบัน
4. มีการจัดบันทึกการตัดสินใจและการแนะนำและการกระทำของเภสัชกร

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

### อุปสรรคของการจัดตั้งการบริหารผู้สูงอายุ (Penna,1990; Roberts,1992)

1. มีการเปลี่ยนแปลงบทบาทเดิมจากการจัดการกับตัวผลิตภัณฑ์ยามาเป็นการดูแลผู้ป่วย อาจมีบางส่วนต่อต้านการเปลี่ยนแปลงนี้
2. ในส่วนของการบริการ เกสเซอร์ซึ่งไม่เคยรับผิดชอบต่อผลที่ได้รับจากการรักษาโดยตรงอาจไม่เปิดกว้างสำหรับกรณีนี้
3. ในเรื่องขององค์การต้องปฏิบัติร่วมกับบุคคลากรทางการแพทย์อื่นในระยะเวลาแรกอาจมีความไม่คุ้นเคย ต้องสร้างความยอมรับขึ้น
4. ขาดแรงกระตุ้นต่าง ๆ เช่น ขาดนโยบายสนับสนุนของสถาบันที่อยู่ ขาดงบประมาณ
5. การประสานงานกับบุคลากรอื่น ๆ รวมทั้งผู้ป่วยในแง่ของข้อมูล และการติดต่อสื่อสาร ถ้าไม่ดี จะไม่สามารถให้การบริการผู้สูงอายุได้
6. เกสเซอร์ขาดการยอมรับในปรัชญา ไม่แสวงหาความรู้ และทักษะทำให้เกิดความล่าช้า

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## ปัญหาจากการใช้ยา (Drug - related Problem)

มีผู้ให้นิยามของปัญหาจากการใช้ยาว่า 'เหตุการณ์ที่ไม่ต้องการให้เกิดขึ้น ที่เกิดกับผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องหรือคาดว่าเกี่ยวข้องกับการรักษาด้วยยา และผลมีรบกวนหรือมีแนวโน้มว่าจะรบกวนกับผลการรักษาที่ต้องการ' (Strand และ Cipolle, 1992)

ซึ่งอธิบายว่า ปัญหาจากการให้ยาต้องมีส่วนประกอบพื้นฐาน ดังนี้คือ

1. ผู้ป่วยมีประสิทธิผลการใช้ยาผลที่ไม่ต้องการ หรือทำให้เกิดความเสี่ยงขึ้น โดยจะมีหลายรูปแบบของอาการแสดง การวินิจฉัย โรค ความผิดปกติของหน้าที่ในร่างกาย การไร้ความสามารถของผู้ป่วยซึ่งอาจมีผลได้ทั้งทางกายภาพ ทางจิต ทางสังคม และทางเศรษฐศาสตร์
2. มีความเชื่อมโยงเกี่ยวข้องกันของเหตุการณ์ที่ไม่ต้องการ และการรักษาด้วยยา โดยอาจเกี่ยวข้องกันโดย

(1) เหตุการณ์เป็นผลของการรักษาด้วยยา (2) เหตุการณ์นั้นต้องการการรักษาด้วยยา

ปัญหาจากการใช้ยาเกิดได้มากมายหลายรูปแบบ แต่ได้มีผู้จัดกลุ่มปัญหาจากการใช้ยาเป็นประเภทๆ เพื่อความสะดวกในการทำงาน การติดตามผล และช่วยในการวิเคราะห์ผลการปฏิบัติงาน มีการแบ่งประเภทของปัญหาจากการใช้ยาไว้หลายแบบ ดังนี้

Hepler และ Strand (1990) แบ่งประเภทของปัญหาจากการใช้ยาไว้ 8 ประเภท คือ

1. ไม่ได้รับยาที่มีข้อบ่งชี้ว่าต้องให้ยา (Untreated indication)
2. การเลือกใช้ยาที่ไม่เหมาะสม (Improper drug selection)
3. การให้ยาโดยขนาดยาคต่ำกว่าขนาดของการรักษา (Subtherapeutic dosage)
4. ไม่ได้รับยา (Failure to receive medication) ด้วยเหตุผลต่าง ๆ
5. ได้รับยาเกินขนาด (Over dose)
6. เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (Adverse drug reaction)
7. เกิดอันตรกิริยาระหว่างกันของยา-ยา, ยา-อาหาร, ยา-ผลทางห้องปฏิบัติการ
8. มีการใช้ยาโดยไม่มีข้อบ่งชี้ (Medication use without indication)

ซึ่งสมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาลของสหรัฐอเมริกา (ASHP) ก็กำหนดตามแบบนี้เช่นกัน

HassanและGan(1993) ได้แบ่งประเภทของปัญหาจากการใช้ยาไว้ 9 ประเภท ดังนี้

1. มีข้อบ่งชี้ที่ต้องการใช้ยา แต่ไม่ได้รับยา (Untreated indication)
2. การเลือกใช้ยาไม่เหมาะสม (Improper drug selection)
3. ได้รับยาที่ถูกต้องน้อยเกินไป (Too little of correct drug)
4. ได้รับยาที่ถูกต้องมากเกินไป (Too much of correct drug)
5. ไม่ได้รับยาที่แพทย์สั่ง (Failure to receive prescribed drug)
6. เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (Problem secondary to ADR)
7. เกิดอันตรกิริยาระหว่างกันของยา-ยา หรือ ยา-อาหาร หรือ ยา-ผลทางห้องปฏิบัติการ (Drug Interaction)
8. การสั่งใช้ยาที่ไม่มีข้อบ่งชี้ซึ่งพิสูจน์แล้ว (Invalid indication)
9. อื่น ๆ (Miscellaneous) เช่น การสั่งยาซ้ำซ้อน การให้ยาในรูปแบบไม่เหมาะสม การติดยา คำสั่งใช้ยาที่ไม่ชัดเจน การมีคลังสำรองยาที่ไม่เหมาะสม

The Omnibus Budget Reconciliation Act off 1990 ได้แบ่งปัญหาจากการใช้ยาไว้ 7 ประเภทคือ (Canaday และ Yarborough,1994)

1. การสั่งยาที่มีฤทธิ์การรักษาเหมือนกัน ซ้ำซ้อนกัน (Therapeutic duplication)
2. การสั่งใช้ยาที่มีข้อห้ามใช้ของยากับโรค (Drug-Disease contraindication)
3. การใช้ยาที่เกิดอันตรกิริยาต่อกัน (Drug-Drug interaction) ทั้งจากยาที่แพทย์สั่งและยาที่ผู้ป่วยซื้อใช้เอง
4. มีขนาดของยาไม่ถูกต้อง (Incorrect drug dosage)
5. ช่วงเวลาในการให้ยาไม่ถูกต้อง (Incorrect duration of treatment)
6. เกิดการแพ้ยา (Drug-Allergy interaction)
7. การใช้ยาในทางที่ผิด (Clinical abuse/misuse)

Borgsdorf (1994) ได้แบ่งประเภทของปัญหาจากการใช้ยาเป็น 9 ประเภทคือ

1. มีการใช้ยาอย่างไม่เหมาะสม (Not take appropriately) หมายถึง การไม่ได้รักษาตามแผนการใช้ยาของแพทย์

2. การใช้ยาที่สามารถหยุดใช้ได้ (Could be discontinued) หมายถึง การใช้ยากรณีที่ไม่จำเป็นต้องใช้ยาแล้ว
3. การเลือกยาที่สามารถเลือกใช้ตัวอื่นที่ราคาถูกกว่า (Less expensive alternative available)
4. ไม่มีการติดตามผลทางห้องปฏิบัติการ (Not monitored)
5. ไม่ได้รับการรักษาที่ช่วยเสริมการรักษาด้วยยา (Without ancillary therapy)
6. เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (Adverse effect)
7. การเกิดอันตรกิริยาของยา (Drug interaction)
8. มีการใช้ยาที่มีฤทธิ์การรักษาเดียวกันซ้ำซ้อน (Duplication)
9. อาจเกิดพิษจากยาได้ (Potential toxicity)

Lobas (1992) แบ่งประเภทของปัญหาจากการใช้ยาที่เกิดขึ้นเป็น 17 ประเภทคือ

1. ยาไม่สามารถควบคุมสถานะของโรคได้ (Disease state not controlled)
2. เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (Existing drug-induced adverse effect)
3. ขาดการติดตามตรวจระดับยาในเลือดเพื่อประเมินสถานะป่วยของผู้ป่วย (Serum drug concentration needed for patient assessment)
4. สั่งยาเพื่อควบคุมสถานะของโรคมากเกินไป (Too many drug prescribed to control disease state)
5. ผู้ป่วยไม่พอใจกับแผนการบริหารยา (Patient dissatisfaction with therapeutic regimen)
6. มีการสั่งยาขนาดสูงเกินไปในการควบคุมสถานะโรค (Too many drug dose prescribed to control disease state)
7. ผู้ป่วยมีอาการและอาการแสดงของสถานะโรคที่จำเป็นต่อการใช้ยา แต่ยังไม่ได้รับยา (Patient perceives signs and symptoms of disease state)
8. การสั่งยาที่มีฤทธิ์ทางการรักษาซ้ำซ้อนกัน (Therapeutic duplication)
9. มีการรักษาอื่นที่เหมาะสมกว่า โดยมีหลักฐานในวรรณกรรม (More optimal therapy documented in literature)
10. ผู้ป่วยไม่ร่วมมือในการใช้ยา (Patient noncompliance)
11. มีแนวโน้มอาจเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (Potential for adverse drug effect)
12. มีผลทางห้องปฏิบัติการผิดปกติ (Abnormal laboratory result)
13. ความล้มเหลวในการรักษา (Therapeutic failure)
14. ความเข้มข้นของยาอยู่นอกขอบเขตการรักษา (Drug concentration outside therapeutic range)
15. การใช้ยาที่มีข้อห้ามใช้ (Drug contraindication)

16. เกิดอันตรกิริยาระหว่างกันของยาที่สำคัญ (Existing significant drug interaction)
17. มีแนวโน้มจะเกิดอันตรกิริยาระหว่างกันของยาที่สำคัญ (Potential for significant drug interaction)

จากการแบ่งได้หลายแบบนี้ ได้มีผู้แบ่งประเภททางปัญหาจากการใช้ยาใหม่ โดยจัดกลุ่มให้กว้าง และรวบรัดขึ้นเพื่อช่วยให้ง่ายในการปฏิบัติ โดยใช้ตัวย่อ "PRIME" (Canaday และ Yarborough, 1994)

1. ด้านเภสัชกรรม (Pharmaceutical, "p") หมายถึง ความไม่ถูกต้องของ
  - ขนาดยา
  - เวลาในการให้ยา
  - รูปแบบยา
  - ช่วงระยะเวลาในการให้ยา
  - วิธีการให้ยา
  - ความถี่ของการให้ยา
2. มีความเสี่ยงต่อผู้ป่วย (Risk to patient, "R") หมายถึง กรณีที่
  - ใช้ยาที่มีข้อห้ามใช้ในผู้ป่วยนั้น
  - ใช้ยาไม่เหมาะสมในแง่ของการใช้ในทางที่ผิด
  - ใช้ยาที่ผู้ป่วยแพ้
  - เกิดอาการไม่พึงประสงค์ทั้งแบบทั่วไปและแบบรุนแรง
  - ยาทำให้เกิดปัญหาขึ้น
  - มีความคลาดเคลื่อนในการใช้ยา
3. เกิดอันตรกิริยาระหว่างกันของยา (Interactions, "I") จาก
  - ยา - ยา
  - ยา - อาหาร
  - ยา - โรค/สภาวะของผู้ป่วย
  - ยา - ผลทางห้องปฏิบัติการ
4. ความไม่เข้ากันระหว่างยากับข้อบ่งใช้ หรือสภาวะโรค (Mismatch between medications and indications /conditions, "M") หมายถึงกรณีที่
  - การสั่งใช้ยาที่ไม่มีข้อบ่งใช้
  - มีข้อบ่งใช้หรือสภาวะที่ไม่ได้ รับการรักษา
5. ปัญหาในแง่ของประสิทธิผลจากการใช้ยา (Efficacy issue, "E") หมายถึง กรณีที่
  - มีการเลือกใช้ยาที่ให้ผลในการรักษาน้อยเกินไปหรือมากเกินไป
  - ไม่มีหลักฐานว่ายามีประสิทธิภาพในการรักษากรณีที่เลือกใช้
  - มีการใช้ยามากหรือน้อยเกินไป เช่น ผู้ป่วยเคยเกิดผลที่ไม่ต้องการจากการใช้ยา หรือไม่เชื่อในประสิทธิภาพของยา ทำให้ผู้ป่วยไม่ยอมใช้ยา, ผู้ป่วยไม่ได้รับยาจากการไม่ได้บริหารยา, ไม่มียา ให้ผู้ป่วย

## ระบบการดำเนินงานการบริบาลผู้ช้ยา

การบริบาลผู้ช้ยาต้องมีระบบการบันทึกข้อมูล การตัดสินใจ และการกระทำของเภสัชกร มิฉะนั้น จะไม่สามารถดำเนินการให้บริบาลผู้ช้ยาได้ ซึ่งตลอดเวลาที่ผ่านมายังไม่มีแบบแผนว่าจะบันทึกอย่างไร เพราะมีความแตกต่างหลายอย่างกับ 'การบันทึกการทำกิจกรรมของเภสัชกร' จึงได้มีผู้พยายามหา ระบบการบันทึกมาใช้ในการดำเนินงาน

ในช่วงแรกที่พบการบันทึกคือ ในช่วงปลาย ค.ศ.1960 เป็นบันทึกการปฏิบัติของเภสัชกรรรม คลินิก มีการบันทึกชนิดการบริการที่ให้ และการอธิบายรายละเอียดของงาน เช่น ของ Solomon (1978), Czajka (1979), Hatoum (1986) ในช่วงปี 1970 ได้เพิ่มการบันทึกให้กว้างขึ้นครอบคลุมไปถึงด้าน การเงิน แต่ก็พบว่าการบันทึกเช่นนี้ใช้เพื่อเป็นรายงานการบริหารงาน การแสดงผลการปฏิบัติงาน และ แสดงการประหยัดเงินเป็นส่วนใหญ่ ไม่สามารถแสดงข้อมูลทางคลินิก ที่จำเป็นสำหรับการเชื่อมโยง การดูแลผู้ป่วยรายต่อราย สำหรับเภสัชกรในการใช้ความสามารถเฉพาะวิชาชีพในการให้ได้ผลที่ ต้องการของผู้ป่วย

ความต้องการการบันทึกสำหรับการปฏิบัติกรบริบาลผู้ช้ยา ต่างไปจากการบันทึกดังกล่าว คือ การบันทึกในการบริบาลผู้ช้ยา ต้องการข้อมูลสำหรับการระบุ แก่ไขหรือป้องกันปัญหาจากการช้ ยาเพื่อประโยชน์ของผู้ป่วย การบันทึกในการบริบาลผู้ช้ยาควรมีลักษณะดังนี้

1. มีข้อมูลที่ช่วยในการตัดสินใจเพื่อกรปฏิบัติงาน
2. บันทึกการตัดสินใจของเภสัชกร เกี่ยวกับกรช้ยาในการรักษาที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วย เฉพาะคน
3. บันทึกการกระทำของเภสัชกร เพื่อได้มาซึ่งผลการรักษาที่ต้องการจากยาสำหรับผู้ป่วย เฉพาะคน

การบันทึกของการบริบาลผู้ช้ยาที่เหมาะสมจะมีข้อมูลอธิบายลักษณะผู้ป่วย ลักษณะของยา และโรค การตัดสินใจกับการเลือกช้ยา ขนาดยา วิธีและวิถีการให้ยา มาตรฐานและวิธีการในการติดตามผู้ป่วย และผลที่ได้รับของผู้ป่วยในแง่ของประสิทธิผล ระยะเวลาของการเจ็บป่วย อาการข้างเคียง การเกิดพิษและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับยาอย่างอื่น ซึ่งการบันทึกแบบนี้มีประโยชน์ต่อเภสัชกรในการดูแลผู้ป่วย เพราะทำให้สามารถวางแผนการปฏิบัติงานไปพร้อมกับกิจกรรมที่ทำ และสามารถมีการแก้ไขและปรับเปลี่ยนได้ตามสภาวะที่เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย (Strand และ Cipolle, 1992)

## ระบบการบันทึกกระบวนการบริบาลผู้ช้ยา

### 1. Pharmacist work up of Drug Therapy

ได้มีการพัฒนาระบบการบันทึกเพื่อการติดตามและระบุปัญหาจากการใช้ยา และเพื่อบันทึกการบริบาลที่ให้แก่เภสัชกรในปัญหาจากการใช้นั้น ซึ่งเรียกว่า "Pharmacist's Workup of Drug Therapy" (PWDT) โดย Strand และคณะในปี 1988 (strand,1988)

โดย PWDT จะรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วย โรค ยา เพื่อให้ใช้ในการระบุปัญหาจากการใช้ยาของผู้ป่วยแต่ละคนและบันทึกการตัดสินใจของเภสัชกรเกี่ยวกับการรักษาด้วยยา และกิจกรรมที่เภสัชกรทำคล้ายกับการบันทึกของแพทย์และพยาบาลที่บันทึกการดูแลผู้ป่วยประจำวันตามปัญหาที่เกิดขึ้นของผู้ป่วย PWDT ก็เป็นการบันทึกของเภสัชตามปัญหาที่เกิดขึ้น (Problem-oriented format) PWDT ช่วยเภสัชกรในการกำหนดลำดับการแก้ปัญหาจากยา อภิปรายผลที่ต้องการ แนวทางการรักษาอื่น ๆ การแนะนำโดยเภสัชกร และแนวทางและตัววัดสำหรับแผนการติดตามการปฏิบัติงานของเภสัชกร

### 2. SOAP system

เป็นแบบการบันทึกความก้าวหน้าทางการรักษาในลักษณะเช่นเดียวกับวิชาชีพแพทย์ ซึ่งเสนอโดย Weed ใน ค.ศ.1968 (Canaday และ Yarborough,1994) เป็นการบันทึกตามปัญหาที่เกิดขึ้น (Problem-Oriented Medical Record) โดยที่

S (Subjective evidence) หมายถึง ผู้ป่วยต้องบอกเล่าให้ฟัง

O (Objective evidence) หมายถึง สิ่งที่ตรวจวัดได้จากตัวผู้ป่วย

A (Assessment) หมายถึง การประเมินปัญหาของผู้ป่วยจาก 'S' และ 'O' ที่พบ

P (Plan) หมายถึง การวางแผนเพื่อการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น

เภสัชกรได้ประยุกต์ใช้ระบบนี้เป็นบางส่วนในการบริบาลผู้ช้ยา (Hepler และ Grainger-Rousseau, 1995)

แต่ก็พบว่าระบบ SOAP มีข้อจำกัดสำหรับเป็นแบบบันทึกบริบาลผู้ช้ยามีปัญหาว่าจะขาดขั้นตอนบางส่วนไป เช่น ในส่วนของการวางแผนและแม้ว่าในส่วนของ 'Plan' ได้รวมเอาการให้คำแนะนำปรึกษาการรักษา และการติดตามผลการรักษา แต่จะพบว่าไม่ค่อยมีความสัมพันธ์ของส่วนของการจะติดตามผลการรักษาและการติดตามผู้ป่วย (Monitoring/Follow up) ระบบ SOAP นี้เหมาะสมสำหรับการวางแผนการรักษาของแพทย์ มากกว่าการใช้สำหรับการบริบาลผู้ช้ยา



### 3. FARM system

เพื่อเป็นการหารูปแบบการบันทึกเฉพาะของเภสัชกร โดยมีการวางแผนการรักษาด้วยยา และการระบุการเกิดปัญหาจากการใช้ยา และต้องการการบันทึกนี้แสดงให้เห็นปัญหาจากยาอย่างชัดเจน และกระบวนการคิดที่นำไปสู่การตัดสินใจของเภสัชกรในการเลือกให้คำแนะนำหรือการกระทำ และคำแนะนำหรือการกระทำนั้น

ระบบ FARM มีส่วนประกอบในการเป็นแบบบันทึกการปฏิบัติการบริหารผู้ใช้ยา ดังนี้

F (Finding)	หมายถึง	สิ่งที่พบจากข้อมูลโดยรวบรวมอย่างครบถ้วนและชัดเจน และสิ่งที่ แสดงให้เห็นว่าอาจเกิดปัญหาจากการใช้ยา
A (Assessment)	หมายถึง	การตีความวิเคราะห์ข้อมูลที่เก็บ หากลักษณะของปัญหา ความสำคัญทางคลินิกของปัญหา แยกปัญหาที่เกิดขึ้นแล้วจากปัญหาที่ คาดว่าอาจเกิดขึ้น และแยกปัญหาที่มีความสำคัญทางคลินิกออก จากปัญหาทั่ว ๆ ไป
R (Resolution	หมายถึง	การให้คำแนะนำแก่บุคลากรทางการแพทย์อื่น ๆ หรือกิจกรรมที่ ทำโดย
รวมทั้ง Prevention)	หมายถึง	เภสัชกรในการป้องกันหรือแก้ปัญหาจากการใช้ยา เช่น การตัดสินใจ การประเมินใหม่ การติดตามผล การให้ข้อมูล และคำแนะนำ แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วย
M (Monitoring and Follow up)	หมายถึง	การติดตามการรักษาตามความจำเป็น พารามิเตอร์ที่ใช้ ในการติดตามการวัดผล ในแง่ของประสิทธิผลและความปลอดภัย และผู้ติดตาม

โดยที่ในระบบการบันทึกแบบ FARM นี้ ในส่วนของการวางแผนการรักษาใช้การวางแผนแบบ CORE ซึ่งเภสัชกรจะเป็นผู้วางแผนเมื่อได้ติดต่อกับผู้ป่วย ซึ่งมีความหมายแต่ละคำ ดังนี้

C (Condition)	หมายถึง	สภาวะหรือความต้องการของผู้ป่วย
O (Desired Outcome)	หมายถึง	ผลที่ต้องการสำหรับสภาวะนั้น ๆ ของผู้ป่วย
R (Regimen)	หมายถึง	การเลือกแผนการให้ยาสำหรับให้ได้ผลการรักษา
E (Evaluate)	หมายถึง	การประเมินผลที่ได้รับ

และในระบบที่จะระบุปัญหาจากการใช้ยาที่พบด้วยระบบ PRIME ดังได้กล่าวมาแล้ว ระบบนี้เรียก การวางแผน/ปัญหา/การบันทึก รวมกันว่า ระบบ CORE-PRIME-FARM ซึ่งเป็นอีกแนวความคิดหนึ่งของระบบการปฏิบัติงานบริหารผู้ใช้ยา (Canaday และ Yarborough, 1994)

## การประเมินผลการบริหารผู้ป่วย

การประเมินผลของการบริหารผู้ป่วยมีการประเมินแบ่งได้เป็น 3 ระดับ คือ โครงสร้างกระบวนการ และผลที่ได้รับ ตามแนวทาง Donabedian (1988) ในการกำหนดการประเมินการดูแลผู้ป่วย (Farris และ Kirking, 1993; Enright และ Flagstad, 1991) ซึ่งเชื่อมโยงเป็นผลต่อเนื่องกัน

การประเมินแต่ละระดับมีดังนี้ (Farris และ Kirking, 1993; Gouveia, 1991)

1. โครงสร้าง (Structure) เป็นการประเมินการจัดตั้งการให้บริการและสิ่งที่จะทำให้การบริการเกิดขึ้นได้ ได้แก่ แหล่งวัตถุดิบ วัสดุอุปกรณ์ งบประมาณ โครงสร้างขององค์กร การประเมินในส่วนจำเป็นเพราะ การให้การดูแลผู้ป่วยที่ดีจะเกิดขึ้นได้โดยผู้รับผิดชอบที่ดี และลักษณะทางกายภาพที่เอื้ออำนวย
2. กระบวนการ (Process) เป็นการประเมินการปฏิบัติการบริหารผู้ป่วย ประเมินกิจกรรมที่เภสัชกร กระทำซึ่งมักจะวัดระดับการบริหารจัดการกับตัวผู้ป่วยเมื่อเทียบกับมาตรฐาน
3. ผลที่ได้รับ (Outcome) เป็นการประเมินผลทางสภาวะของสุขภาพของผู้ป่วยและประชากรซึ่งรวมไปถึงความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยและพฤติกรรมของผู้ป่วย และความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการดูแล

มีบางการประเมินในการวัดผลของการบริหารผู้ป่วย วัดออกมาในเชิงคุณภาพ (Quantitative) และเชิงปริมาณ (Quantitative) และอาจเป็นในแง่ ของคุณภาพ และมูลค่าเงิน (Lobas, 1992; Bjornson, 1993; Mehl, 1993) หรือวัดผลเป็นประสิทธิภาพ (Efficiency) ประสิทธิภาพ (Efficacy) การยอมรับ (Acceptability) ความเหมาะสม (Optimality) ความเสมอภาค (Equity) การยอมรับตามกฎหมาย (Legitimacy) และมูลค่า (Cost) (Farris และ M. Kirking, 1993)

การประเมินผลในด้านต่างๆ ทั้งในเรื่องของโครงสร้าง กระบวนการและผลที่ได้รับ เพื่อให้สุดท้ายแล้วได้ผลจากการให้การบริหารผู้ป่วยทั้งในแง่ของประสิทธิภาพ ความปลอดภัยและมูลค่าการใช้จ่ายที่สมเหตุสมผล หรือการวัดผลรวมด้านต่างๆของผู้ป่วย ทั้งในทางเป้าหมายทางคลินิกในแง่ของอาการ อาการแสดง ค่าทางห้องปฏิบัติการ การตาย สภาวะของหน้าที่ของร่างกาย จิตใจ ทางสังคม บทบาทหน้าที่ของผู้ป่วย ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยทางความยอมรับในสุขภาพ ความแข็งแรงของร่างกาย ความเจ็บป่วย ความพอใจในชีวิตของตน ความประทับใจต่อการดูแลที่ได้รับในแง่ของความสะดวกสบาย ราคา คุณภาพและเรื่องต่างๆไป (Gouveia, 1991)

สำหรับการประเมินในด้านต่างๆ ทั้งทางโครงสร้าง กระบวนการ และผลที่ได้รับนั้นได้มีการพัฒนา ตัวชี้วัดสำหรับประเมินขึ้นมา (Farris และ Kirking,1993; Nadzam,1991) ซึ่งในการพัฒนาตัวชี้วัด จะพิจารณาจาก

- 1) ขอบเขตของการดูแลผู้ป่วย
- 2) พัฒนาตัวชี้วัดที่สามารถประเมินการกระทำได้
- 3) สำหรับแต่ละตัวชี้วัด ระบุทั้งข้อมูลที่เก็บได้และแหล่งข้อมูลที่เก็บ
- 4) ระบุถึงปัจจัยที่สัมพันธ์กับตัวชี้วัด

#### ตัวอย่างของตัวชี้วัดของโครงสร้างการบริหารผู้ใช้ยา

- มีแหล่งข้อมูลทางยาที่เพียงพอ
- มีคลังยาที่เพียงพอต่อการใช้
- มีการออกแบบสถานที่ที่เหมาะสม
- มีผู้ช่วยที่มีประสิทธิภาพและได้รับการฝึกอบรมเหมาะสม
- สถานะทางการเงิน
- บริเวณการให้คำแนะนำปรึกษาเป็นส่วนตัว

#### ตัวอย่างของตัวชี้วัดของกระบวนการบริหารผู้ใช้ยา

- ทางด้านเทคนิค
  - การเก็บรวบรวมข้อมูลการสั่งยา
  - ทบทวนแฟ้มประวัติการใช้ยาสำหรับระบุค้นหาปัญหาจากการใช้ยา
  - ติดตามยาอย่างถูกต้อง และมีการตรวจเช็คซ้ำ
  - เกณฑ์การอธิบาย ชื่อยา ข้อบ่งใช้ ขนาดการใช้ยา แผนการใช้ยา อาการไม่พึงประสงค์
  - จากการใช้ยาแก่ผู้ป่วย
  - จัดบันทึกการใช้ยาในแฟ้มบันทึกการใช้ยาของผู้ป่วย
  - การติดตามการใช้ยา
  - ตอบคำถามด้านยาแก่บุคลากรทางการแพทย์
- ด้านการติดต่อระหว่างบุคคล :
  - ตั้งใจรับฟังผู้อื่น
  - มีความเป็นมิตร

- สนใจในหน้าที่ที่ปฏิบัติ
- มีวิจารณ์งานในการทำงาน

#### ตัวอย่างของตัวชี้ของผลที่ได้รับของผู้ป่วย

- หายจากโรค
- บำบัดหรือบรรเทาอาการของโรค
- ชะลอกระบวนการของโรค
- ป้องกันโรคและอาการของโรค
- เพิ่มความรู้ด้านยาแก่ผู้ป่วย
- ลดการเกิดอันตรกิริยาของยาที่ใช้
- ลดการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา

ในสหรัฐอเมริกา The Joint Commission on the Accreditation of Health Care Organization (1989) ได้กำหนดตัวชี้วัดตามกระบวนการใช้ยาเพื่อให้เกิดความปลอดภัยมีประสิทธิภาพในการรักษา และมีการใช้ยาเหมาะสม ดังนี้

#### 1. การสั่งยา

- ประเมินความต้องการสำหรับการใช้ยาที่ถูกต้อง
- วางแผนการให้ยาเฉพาะผู้ป่วยแต่ละคน
- ตั้งเป้าหมายผลการรักษาที่ต้องการ

#### 2. การจ่ายยา

- ทบทวนคำสั่งแพทย์
- จัดยาตามคำสั่งแพทย์
- เตรียมยา/ผสมยาถ้าจำเป็น
- จ่ายยาในเวลาที่เหมาะสม

#### 3. การบริหารยา

- จ่ายยาอย่างถูกต้องให้กับผู้ป่วยถูกคน
- จ่ายยาเมื่อมีข้อบ่งชี้
- ให้ข้อมูลด้านยาแก่ผู้ป่วย
- ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการบริหารยา

#### 4. การติดตามการใช้ยา

- ติดตามการตอบสนองต่อยาของผู้ป่วย

- ระบุและรายงานปัญหาจากการใช้ยา
- ประเมินการเลือกยาใหม่ รวมทั้งแผนการให้ยา ความถี่และช่วงเวลาการบริหารยา

#### 5. การควบคุมระบบและการบริหารจัดการ

- ประสานงานและติดต่อกับบุคลากรทางการแพทย์อื่น ๆ
- ทบทวนและจัดการทำแผนการรักษาที่สมบูรณ์ของผู้ป่วยแต่ละคน

#### การวางรูปแบบบริการรับยาผู้ใช้ในโรงพยาบาล

สำหรับในประเทศไทยก็มีความสนใจปรับบทบาทวิชาชีพเภสัชกรโดยเฉพาะอย่างยิ่งในโรงพยาบาล มีการทดลองปฏิบัติกิจกรรมใหม่ที่มีส่วนในการดูแลผู้ป่วยเช่นกัน เช่น การให้บริการข้อมูลข่าวสารด้านยา การติดตามอาการอันไม่ประสงค์จากยา การประเมินการใช้ยา การวัดระดับยาในเลือด การให้คำแนะนำปรึกษาปัญหาเรื่องการใช้ยา ซึ่งเป็นส่วนของเภสัชกรรมคลินิก โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ

1. ให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจด้านยา
2. ให้ผู้ป่วยสามารถใช้ยาตามสั่ง
3. เกิดการดำเนินการเพื่อให้เกิดการใช้ยาที่เหมาะสม (Rational use of Drug) ขึ้น

และมีการกำหนดบทบาทด้านเภสัชกรรมคลินิกโดย กองโรงพยาบาลภูมิภาค กระทรวงสาธารณสุข (พ.ศ.2536) ดังต่อไปนี้คือ

1. การบริการข้อมูลข่าวสารด้านยา (Drug Information Service)
2. การให้การศึกษาเรื่องยา (Patient Education)
3. การให้คำปรึกษาด้านยาแก่ผู้ป่วย (Patient Counseling)
4. การจัดเตรียมผลิตภัณฑ์ปราศจากเชื้อให้ทางหลอดเลือดดำ แก่ผู้ป่วยเฉพาะราย (Aseptic Dispensary)
5. ระบบการกระจายยาผู้ป่วยในแบบหนึ่งหน่วยการใช้ (Unit Dose System)
6. การตรวจติดตามระดับยาในเลือดของผู้ป่วย (Therapeutic Drug Monitoring)
7. การประเมินการใช้ยา (Drug Use Evaluation)

ต่อมาในส่วนของโรงพยาบาลชุมชน กองสาธารณสุขภูมิภาค กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งรับผิดชอบดูแลได้กำหนดกรอบกิจกรรมตามแนวคิดของการรับยา โดยกำหนดเป็นงานเภสัชกรรมคลินิก 6 งาน (พ.ศ.2538) คือ

1. งานคัดกรองและให้ปรึกษาด้านยาแก่ผู้ป่วย
2. งานบริการข้อมูลข่าวสารด้านยา
3. ระบบกระจายในโรงพยาบาล

4. งานติดตามการใช้จ่ายในผู้ป่วยใน
5. งานเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้จ่าย
6. งานประเมินการใช้จ่าย

ซึ่งในระยะแรก ๆ มีปัญหาอุปสรรคต่าง ๆ ในการปฏิบัติงาน ดังนี้

- 1) ขาดนโยบายในการสนับสนุนที่ชัดเจน
- 2) เกสเซอร์ส่วนใหญ่ยังไม่ตื่นตัวเท่าที่ควร
- 3) เกสเซอร์ยังขาดความรู้ทางด้านเภสัชกรรมคลินิก
- 4) เกสเซอร์ยังขาดทักษะและประสบการณ์ในการปฏิบัติ
- 5) อาจารย์ผู้สอนยังขาดประสบการณ์ในการปฏิบัติงานจริง

ในระยะตั้งแต่ ปี 2536 เป็นต้นมาเริ่มมีการวิจัยในประเทศไทยในเรื่องของการบริหารเภสัชยา และกระทรวงสาธารณสุขเองก็ได้สนับสนุนและได้วางนโยบายกำหนดเป็นลายลักษณ์อักษรในปี 2536 (กิตติ พิทักษ์นิตินันท์, 2536) โดยทางกองโรงพยาบาลภูมิภาคได้พยายามหาทางแก้ไขปัญหาอุปสรรค โดยมีการดำเนินการดังนี้

### 1. ด้านนโยบาย ทางกลุ่มงานเภสัชกรรมได้ผลักดันให้มี

- 1.1 การกำหนดบทบาทหน้าที่ของเภสัชกรโรงพยาบาลใหม่ โดยมีกิจกรรมทางด้านที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยหรืองานเภสัชกรรมคลินิกเพิ่มเข้ามา และกระทรวงสาธารณสุขได้อนุมัติการปรับปรุงบทบาทหน้าที่ดังกล่าว และถึงปฏิบัติแล้วตั้งแต่เดือน ตุลาคม 2536
- 1.2 ได้ทำการปรับปรุงมาตรฐาน พัฒนางานบริการสาธารณสุข(พบส.) งานเภสัชกรรมใหม่ โดยมีการกำหนดมาตรฐานงานและเครื่องชี้วัดงานทางเภสัชกรรมที่ชัดเจน
- 1.3 นำเสนอเป็นเกณฑ์ในการประเมินโรงพยาบาลที่จะเข้าเครือข่ายประกันสังคม

### 2. ด้านการประชาสัมพันธ์งานเภสัชกรรมคลินิก

- 2.1 ได้มีการนำเสนอในการประชุมของเภสัชกรต่าง ๆ
- 2.2 ได้มีการจัดทำวารสารเภสัชกรรมคลินิกขึ้น เพื่อเผยแพร่งานและกระตุ้นให้เกิดการสนใจในงานการบริหารเภสัชยามากขึ้น

### 3. ด้านการเสริมความรู้

- 3.1 ประสานงานกับคณะเภสัชศาสตร์ภูมิภาค 4 แห่ง ในการประชุมเชิงปฏิบัติการงานทางด้านเภสัชกรรมคลินิกด้านต่างๆ ตั้งแต่ปี 2535 เป็นต้นมา รวมถึงการร่วมมือที่จะจัดหลัก

สูตรการศึกษาระดับปริญญาโท สาขาเภสัชกรรมคลินิก เพื่อเปิดโอกาสให้เภสัชกรโรงพยาบาลทุกคนได้ศึกษาเพื่อเพิ่มเติมความรู้

3.2 จัดศึกษาดูงานด้านเภสัชกรรมคลินิกทั้งภายในประเทศ และต่างประเทศ

4. ด้านการเสริมทักษะและประสบการณ์ในการปฏิบัติ มีการจัดอบรมและฝึกปฏิบัติขึ้น



ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ของเภสัชกรในโรงพยาบาลขนาดต่าง ๆ โดยสำนักงานปลัดกระทรวงสำหรับในโรงพยาบาลชุมชน ได้กำหนดหน้าที่ของเภสัชกรเป็น 7 ด้าน คือ

1. ด้านเภสัชกรรมบริการ
2. ด้านเภสัชกรรมการผลิต
3. ด้านบริหารเวชภัณฑ์
4. ด้านเภสัชกรรมชุมชน
5. ด้านคุ้มครองผู้บริโภค:ด้านสาธารณสุข
6. ด้านบริการวิชาการเภสัชกรรม
7. ด้านบริหารงานทั่วไป

และโดยนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขแล้วสนับสนุน และผลักดันแนวความคิดของการบริหารผู้ขายยาแต่ยังได้แยกการปฏิบัติงานเป็นงานด้านเภสัชกรรมคลินิกเป็นงาน ๆ ไป ซึ่งสำหรับในการบริหารผู้ขายยานั้น จะคำนึงถึงตัวผู้ป่วยเป็นหลัก ไม่ได้คำนึงว่าจะต้องอยู่ในส่วนไหนของงานเภสัชกรรมคลินิก ซึ่งโดยทางปฏิบัติแล้ว เป็นการผสมผสานงานทุกอย่างเข้าไว้ด้วยกัน

ได้มีการกำหนดเกณฑ์มาตรฐานงานเภสัชกรรมในโรงพยาบาลชุมชน สำหรับงานทุกงานและได้มีการแยกงานการบริหารผู้ขายออกมาอย่างชัดเจนมีการตั้งเกณฑ์มาตรฐาน และเครื่องชี้วัดขึ้น ซึ่งเป็นเครื่องชี้วัดในชั้นของโครงสร้างและกระบวนการปฏิบัติดังตารางที่ 1

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ตารางที่ 1 เกณฑ์มาตรฐานของงานด้านการบริบาลผู้ใช้ยาในโรงพยาบาลชุมชนของ  
กระทรวงสาธารณสุข

กิจกรรม	เกณฑ์มาตรฐาน	เครื่องชี้วัด
การจ่ายยา (Dispensing) เป็นไปอย่างถูกต้องและรวดเร็ว	มีการคัดกรอง และ ตีความ ใบสั่งยาโดยเภสัชกรเมื่อพบปัญหา จะต้องรายงานให้แพทย์ทราบ และแก้ไข มีการตรวจสอบยาก่อนส่งมอบถ้าพบความผิดพลาดให้แก้ไข และส่งมอบยาพร้อมให้ข้อมูล การใช้ยาเพิ่มเติมจากข้อมูลที่เหมาะสมบนฉลากยา โดยใช้เวลาไม่เกิน 20 นาที	1. แบบบันทึกปัญหาที่เกิดจากการสั่งใช้ยา 2. แบบปรึกษาปัญหาที่เกิดจากการใช้ยา (Medication Consultation Form) 3. ชลากช่วยตามเกณฑ์พัฒนา งานบริการสาธารณสุข(พบส.) 4. ระบุชื่อสามัญทางยาบนของยา
การให้คำปรึกษาแนะนำด้านยา (Drug Counselling)	ระดับ 1: ให้คำแนะนำด้านยาเพื่อป้องกันการไม่ใช้ยาตามสั่ง (Non Compliance) หรือป้องกันปัญหาการใช้ยาที่ไม่ถูกต้อง (Drug - Related Problems) บางกลุ่มโรค เช่น เบาหวาน ระดับ 2 : ให้คำปรึกษาแนะนำด้านยากับปัญหาเกี่ยวกับยา (Drug - Related Problems) ทุกปัญหาโดยมีแบบบันทึกการใช้ยาของผู้ป่วยกับแบบฟอร์มเป็นเครื่องมือ และมีการติดตามประเมินผลการให้บริการกับผู้ป่วยเรื้อรังในกลุ่มโรคต่าง ๆ เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด เบาหวาน หอบหืด เป็นต้น	มีแบบฟอร์มบันทึกการให้บริการให้คำปรึกษาหรือคำแนะนำ 1 1. มี แบบบันทึกการใช้ยาของผู้ป่วย กับแบบฟอร์ม 2. แบบฟอร์มบันทึกการให้บริการผู้ป่วยเรื้อรังของทุกกลุ่มโรค

กิจกรรม	เกณฑ์มาตรฐาน	เครื่องชี้วัด
<p>การติดตามอาการอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (Adverse Drug Reaction Monitoring)</p>	<p>ระดับ 1 : สัมภาษณ์และประเมินความเชื่อมั่นของ อาการอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ที่เกิดขึ้น โดยเป็นหน่วยรับรายงานผู้ป่วยใน ซึ่งแพทย์หรือพยาบาลสงสัย เพื่อให้เภสัชกรวิเคราะห์ความเป็นไปได้ของ อาการอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ที่เกิดขึ้นพร้อมกับบันทึก และทำบัตรแพ้ยาให้ผู้ป่วย ตลอดจนรายงาน ให้ศูนย์อาการอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาทราบ</p> <p>ระดับ 2 : ติดตามอาการอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาแบบเข้มงวด (Intensive Monitoring) ในกลุ่มยาที่มีความเสี่ยงสูงหรือผู้ป่วยแพ้ง่าย มีประวัติเป็นโรคตับ โรคไต เป็นต้น</p>	<p>1. แบบบันทึกอาการอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา</p> <p>2. บัตรแพ้ยา</p> <p>3. แบบสรุปข้อมูล อาการอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ที่พบในโรงพยาบาล</p> <p>1. เกณฑ์ในการเลือกผู้ป่วยที่จะติดตาม</p> <p>2. แบบบันทึกการติดตามในลักษณะเข้มงวด (Intensive Monitoring)</p>
<p>การติดตามการใช้ยาในผู้ป่วยใน (Inpatient Drug Monitoring)</p>	<p>ระดับ 1: ติดตามการใช้ยาในผู้ป่วยในที่คัดเลือกบางกลุ่ม ได้แก่ ผู้ป่วยที่ใช้ยา ปฏิชีวนะ ยากลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด ให้คำแนะนำปรึกษาแก่ผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน</p> <p>ระดับ 2 : ติดตามการใช้ยาและประเมินการใช้ยาในผู้ป่วยทุกคน</p>	<p>1. มีแบบบันทึกการใช้ยาของผู้ป่วย</p> <p>2. แบบบันทึกการติดตามการใช้ยา แบบเก็บข้อมูลการประเมินการใช้ยา</p>

จะเห็นว่าตามมาตรฐานนี้ไม่ได้รวมเอาการให้บริการข้อมูลข่าวสารด้านยาและการประเมินการใช้ยาไว้ในการบริหารบาลผู้ช้ยาด้วย

ต่อมาในปี 2538 ได้มีการคิดหาการวางรูปแบบที่เหมาะสมของการบริหารผู้ช้ยาในโรงพยาบาลชุมชน โดยมีการประชุมร่วมกันของโรงพยาบาลชุมชนในโครงการ 33 โรงพยาบาล และได้กำหนดขอบเขตงานด้านเภสัชกรรมคลินิกในโรงพยาบาลชุมชนใหม่โดยมีงานดังต่อไปนี้

1. การคัดกรอง/ให้คำแนะนำปรึกษาด้านยา
2. การบริการข้อมูลข่าวสารด้านยา
3. ระบบการกระจายยาที่เหมาะสม
4. งานติดตามการใช้ยาในผู้ป่วยรักษาตัวในโรงพยาบาล
5. การติดตามการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา
6. การประเมินการใช้ยา

ซึ่งจะเป็นงานทางเภสัชกรรมคลินิกที่สอดคล้องและสนับสนุนการบริหารผู้ช้ยาได้มากขึ้น ซึ่งในทางปฏิบัติแล้ว จะมุ่งรับผิดชอบต่อตัวผู้ป่วยแต่ละรายเป็นหลัก ซึ่งทำให้มีการผสมผสานของงานเภสัชกรรมคลินิกต่าง ๆ ไปด้วยกัน

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย