

ความรู้ด้านการจัดการในการประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม
MANAGEMENT KNOWLEDGE IN PHARMACY PRACTICE

ระพีพรรณ ฉลองสุข

ภาควิชาเภสัชกรรมชุมชน คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร พระราชวังสนามจันทร์ นครปฐม
 ติดต่อผู้พิมพ์ : chalongsuk_r@su.ac.th

RAPEEPUN CHALONGSUK

Department of Community Pharmacy, Faculty of Pharmacy, Silpakorn University,
 Sanamchandra Palace, Nakhon Pathom

Corresponding Author: chalongsuk_r@su.ac.th

บทคัดย่อ

คุณค่าของเภสัชกรต่อสังคม คือ การดูแลสังคมบนพื้นฐานความรู้ด้านเภสัชศาสตร์ เพื่อให้ประชาชนได้รับประโยชน์จากการใช้ยา และลดความเสี่ยงการเกิดอันตรายจากยา นับตั้งแต่ พ.ศ. 2533 เภสัชกรปรับรูปแบบการให้บริการตามแนวคิดงานบริหารเภสัชกรรม ที่เน้นการดูแลผู้ป่วยในด้านการใช้ยา โดยเภสัชกรในสถานบริการสุขภาพ เช่น โรงพยาบาลและร้านยา รับผิดชอบเกี่ยวกับความจำเป็นในการใช้ยาของผู้ป่วย แต่ปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลผู้ป่วย เช่น รูปแบบการเจ็บป่วยที่เปลี่ยนไป ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเพิ่มมากขึ้น การปรับโครงสร้างองค์การบริหารงานสาธารณสุข ความก้าวหน้าของเทคโนโลยีทางการแพทย์ ทำให้งานบริการเภสัชกรรมในสถานพยาบาลไม่เพียงพอที่จะดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องโดยเฉพาะเมื่อผู้ป่วยอยู่ในชุมชน ดังนั้นแม้องค์ความรู้พื้นฐานทางด้านเภสัชกรรมและทักษะการสื่อสารจะเป็นปัจจัยสำคัญในการให้บริการเภสัชกรรม แต่การให้บริการจกบรรลุดตุประสงค้อย่างมีประสิทธิภาพ จำเป็นต้องมีการประยุกต์ความรู้ด้านการจัดการ เช่น การวางระบบการให้บริการ การบริหารการเปลี่ยนแปลง ภาวะผู้นำ การบริหารทรัพยากรมนุษย์ การตลาด การทำงานเป็นทีม เข้ามาช่วย เพื่อให้ผู้ป่วยและสังคมโดยรวมได้รับประโยชน์จากการใช้ยาอย่างคุ้มค่า

คำสำคัญ : เภสัชกร, งานบริการเภสัชกรรม, ความรู้ด้านการจัดการ

Abstract

Social care by cognitive pharmaceutical services is pharmacist's core value. These services provide drug utilization benefit and reducing risk from drug use. Since 1990, pharmaceutical care, patient oriented practice, has provided by hospital pharmacists and community pharmacists. These practices are pharmacists' responsibility for the need of patients. But now, there have a change of many factors such as disease pattern, increasing health cost, mobilizing of health organization structure, progressing of health technology. So pharmaceutical care in health institution is not cover for continuing caring of patient in

community. Cognitive pharmaceutical services which base on Pharmaceutical knowledge and communication skill, will meet the efficiency goal of care by application of management knowledge e.g. work system design, change management, leadership, human resource management, marketing, team management.

Keywords: pharmacists, pharmaceutical services, management knowledge

บทนำ

เภสัชกรเป็นผู้ที่ได้รับการอบรม และฝึกฝนความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับยา¹ ดังนั้นคุณค่าของเภสัชกรต่อสังคมตลอดเวลาที่ผ่านมามีเป็นบทบาทดูแลสังคมบนพื้นฐานความรู้ด้านเภสัชศาสตร์ (cognitive pharmaceutical services: CPS) เพื่อให้ประชาชนได้รับประโยชน์จากการใช้ยา และลดความเสี่ยงการเกิดอันตรายจากยา ผ่านกิจกรรมต่าง ๆ อาทิ เช่น การเตรียมยาในรูปแบบที่เหมาะสมสำหรับผู้ที่ต้องใช้ยา การตรวจสอบขนาดยาที่เหมาะสมกับผู้ใช้นายแต่ละคน การติดตามการใช้ยาเพื่อป้องกันอันตรายจากยา การประเมินผลการใช้ยาในการรักษาโรคของประชาชน แต่ปัจจุบันภายใต้สภาวะของสังคมที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ประกอบกับทรัพยากรของแต่ละหน่วยงานที่มีจำกัด การประกอบวิชาชีพเภสัชกรรมจำเป็นต้องมีการประยุกต์ใช้องค์ความรู้ด้านการจัดการมาใช้มากขึ้น เพื่อให้การปฏิบัติงานสามารถรองรับการเปลี่ยนแปลงของปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา อันจะส่งผลถึงประโยชน์ที่คุ้มค่าของประชาชนที่พึงได้รับจากการให้บริการของเภสัชกร

สภาวะการเปลี่ยนแปลงที่มีผลกระทบต่อ การประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม

จากวิเคราะห์รายจ่ายสาธารณสุขด้านสาธารณสุขประเทศไทย ตั้งแต่ พ.ศ. 2525 –

พ.ศ. 2549 ในระดับประเทศพบว่า ปัจจัยที่มีผลเชิงบวกต่อสถานะสุขภาพ ได้แก่ การขยายตัวของชุมชนเมือง การขยายตัวของประชากรสูงอายุ และจำนวนแพทย์ ปัจจัยที่มีผลเชิงลบ ได้แก่ การพัฒนาอุตสาหกรรม ส่วนในระดับจังหวัด และปัจจัยที่มีผลต่อสถานะสุขภาพ คือ ปัจจัยด้านนโยบาย ได้แก่ รายจ่ายสาธารณสุขด้านสาธารณสุขระดับจังหวัด ปัจจัยด้านสังคม ได้แก่ การขยายตัวของผู้อยู่อาศัย และปัจจัยด้านการดำรงชีวิต ได้แก่ การสูบบุหรี่² ซึ่งการเปลี่ยนแปลงสถานะสุขภาพเหล่านี้ย่อมเกี่ยวเนื่องถึงการประกอบวิชาชีพเภสัชกรรมดังนี้

1. รูปแบบการเจ็บป่วย (Disease pattern)

จากรายงานของสำนักงานปลัดกระทรวงคมนาคม พบว่าใน พ.ศ. 2554 ประเทศไทยมีอุบัติเหตุทางถนน 68,583 ครั้ง มีผู้เสียชีวิต 9,205 คน และบาดเจ็บ 21,916 คน³ และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เพราะข้อมูลครึ่งปี (ณ วันที่ 4 พฤษภาคม พ.ศ. 2556) ของศูนย์รับแจ้งเหตุปริศทกกลางคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ จำกัดและเครือข่ายรับแจ้ง พบว่ามีผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนจำนวน 210,101 ราย เสียชีวิต 2,737 รายรวมทั้งสิ้น 212,838 ราย⁴ นอกจากนี้ผลการสำรวจระดับประเทศ พ.ศ. 2554 พบว่า ผู้ที่สูบบุหรี่เป็นประจำทุกกลุ่มอายุมีอายุเฉลี่ยที่เริ่มสูบบุหรี่ 17.9 ปี ซึ่งลดลงเมื่อ

เทียบกับผลสำรวจ พ.ศ. 2550 (18.5 ปี) สำหรับกลุ่มเยาวชน (15-24 ปี) เริ่มสูบบุหรี่เมื่ออายุเกือบ 17 ปี (พ.ศ. 2550) แต่พบว่ากลุ่มนี้เริ่มสูบบุหรี่ในอายุลดน้อยลงใน พ.ศ. 2554 (16.2 ปี) สำหรับพฤติกรรมการดื่มสุรพบว่าประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป เป็นผู้ดื่มสุรร้อยละ 31.5 ของประชากร และกลุ่มวัยทำงาน (25-59 ปี) มีอัตราการดื่มสูงกว่ากลุ่มอื่น คือร้อยละ 37.3 ผู้ที่มีพฤติกรรมการดื่มก่อนขับรถ ร้อยละ 5.3 ล้านคน เป็นผู้ที่ดื่มเป็นประจำก่อนขับรถ ร้อยละ 18.2 และดื่มเป็นบางครั้งก่อนขับรถ ร้อยละ 81.8⁵ ทั้งนี้อัตราการเสียชีวิตของคนไทย 5 อันดับแรก ในช่วงปี พ.ศ. 2550 – 2554 คือ มะเร็ง อุบัติเหตุและการตายเป็นพิษ หัวใจ (รู้หมัดิต หัวใจขาดเลือด โรคหัวใจอื่น ๆ) ปอดอักเสบและโรคอื่น ๆ ของปอด โรคหลอดเลือดในสมอง⁶ ซึ่งทั้ง 5 กลุ่มล้วนมีความสัมพันธ์กับเรื่องของพฤติกรรม อาทิ เช่น พฤติกรรมการบริโภค พฤติกรรมเสี่ยง พฤติกรรมการสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ แสดงให้เห็นถึงสาเหตุการเจ็บป่วยหรือการตายที่สำคัญของมนุษย์ได้เปลี่ยนจากโรคติดต่อหรือโรคติดเชื้อมาเป็น โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง หรือ โรคที่เกิดจากพฤติกรรมเสี่ยง (risk behavior) รวมทั้งโรคที่เกิดเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมทั้งทางกายภาพและ

ด้านชีวภาพ^{7,8} เช่น การเปลี่ยนแปลงสภาพบรรยากาศชั้นโอโซน ทำให้มีแสงยูวีมายังโลกเพิ่มขึ้น มีผลต่อการเกิดมะเร็งผิวหนังมากขึ้น

ดังนั้นรูปแบบการเจ็บป่วยในอนาคตมีแนวโน้มเป็นการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ซึ่งต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด โดยเฉพาะการใช้ยาเพื่อป้องกันสภาวะการเกิดโรคแทรกซ้อนหรือความรุนแรงที่เพิ่มมากขึ้น การเพิ่มจำนวนเภสัชกร เพื่อรองรับสถานการณ์เช่นนี้เป็นแนวทางหนึ่งในการแก้ไขปัญหา หรือการจัดระบบการจัดการเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของเภสัชกรก็เป็นแนวทางที่น่าสนใจภายใต้ข้อจำกัดด้านทรัพยากร

2. ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเพิ่มมากขึ้น

ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพในแต่ละประเทศมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น⁹ โดยเฉพาะประเทศกำลังพัฒนา ประชาชนต้องรับภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพมากกว่าประเทศที่พัฒนาแล้ว¹⁰ ทำให้เป็นอุปสรรคอย่างหนึ่งของการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพของประชาชน สำหรับประเทศไทย ค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจัดสรรให้หน่วยบริการในช่วงปีงบประมาณ พ.ศ. 2546 – 2553 มีอัตราการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วแบบก้าวกระโดด (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 รายได้-รายจ่ายของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2546 – 2553

ปีงบประมาณ	รายได้จาก งบประมาณ (บาท)	ร้อยละของการ เพิ่มจากปี พ.ศ. 2546	ค่าบริการทาง การแพทย์ที่จัดสรรให้ หน่วยบริการ (บาท)	ร้อยละของการ เพิ่มจากปี พ.ศ. 2546
2546	30,058,000,217.76		31,454,538,743.40	
2547	33,572,866,400.00	11.69	33,255,875,302.69	5.73
2548	40,889,952,000.00	36.04	40,894,731,027.41	30.01
2549	54,428,628,878.00	81.08	54,442,629,878.00	73.08
2551	76,598,800,000.00	154.84	77,626,325,749.97	146.79
2552	80,597,692,800.00	168.14	81,451,372,900.82	158.95
2553	89,384,768,000.00	197.37	89,835,545,392.61	185.6

แหล่งข้อมูล งบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2546 - 2553 ที่ผ่านการรับรองของสำนักงานตรวจเงินแผ่นดิน

เนื่องจากยาเป็นปัจจัยที่สำคัญอย่างหนึ่งในการป้องกันและการรักษาโรค ดังนั้นมูลค่าการใช้จ่ายจึงส่งผลต่อมูลค่าโดยรวมของการดูแลสุขภาพของทั้งในระดับปัจเจก และระดับสังคมโดยรวม ในสหรัฐอเมริกา พ.ศ. 2554 มีค่าใช้จ่ายยาตามใบสั่งแพทย์ รวม 263.0 พันล้านเหรียญสหรัฐ โดยมีอัตราการเพิ่มขึ้นร้อยละ 2.9 เมื่อเปรียบเทียบกับ พ.ศ. 2553 ซึ่งมีอัตราการเพิ่มของมูลค่ายาเพียงร้อยละ 0.4¹¹ ทั้งนี้พบว่ามูลค่าการบริโภคยามีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นอย่างรวดเร็วในทุกประเทศ โดยเฉพาะการใช้จ่ายในกลุ่มผู้สูงอายุ¹² แต่อย่างไรก็ดี การบริโภคยาที่เพิ่มขึ้นมิได้ส่งผลให้อุบัติการเจ็บป่วยลดลง นอกจากนี้อัตราการอนามัยโลกประมาณการว่าร้อยละ 20 - 40 ของค่าใช้จ่ายสุขภาพเป็นการสูญเสียที่ไม่ก่อให้เกิดประโยชน์¹³ ดังนั้นเภสัชกรจึงจำเป็นต้องทบทวนบทบาทตนเอง เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ หรือคุณค่าของ

การใช้จ่ายของผู้ป่วย ซึ่งจะช่วยลดค่าใช้จ่ายด้านยาของผู้ป่วยและของประเทศโดยรวม

3. โครงสร้างองค์การบริหารงานสาธารณสุข และการกระจายโครงสร้างพื้นฐานของระบบบริการสาธารณสุขทั้งภาครัฐและภาคเอกชน ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการของประชาชน และความคาดหวังของประชาชนที่มีต่อการให้บริการด้านสุขภาพเพิ่มมากขึ้น ปัจจุบันในระบบสุขภาพแห่งชาติของไทย มีองค์กรจำนวนมากที่ดำเนินการด้านสุขภาพ ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวง/หน่วยงานอื่นที่ดำเนินงานเกี่ยวข้องกับสุขภาพ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นทุกประเภท สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ และสถาบันวิชาการด้านสุขภาพ/องค์กร/เครือข่ายวิชาชีพ

ด้านสุขภาพ องค์การพัฒนาสาธารณสุขประโยชน์ เอกชน เครือข่าย ประชาสังคมที่ทำงานเกี่ยวกับสุขภาพ ฯลฯ โดยองค์กรเหล่านี้ ดำเนินงานอย่างอิสระ แม้หน่วยงานเหล่านี้ไม่อยู่ในสายบังคับบัญชาซึ่งกันและกันโดยตรง แต่จำเป็นต้องมีการประสานเชื่อมโยง เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างสอดคล้องกัน และสอดคล้องกับทิศทางของระบบสุขภาพแห่งชาติที่พึงประสงค์¹⁴ แต่อย่างไรก็ดีการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของคนไทยยังพบว่าเป็นปัญหา¹² เพราะจำนวนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขไม่เพียงพอ ระบบบริการปฐมภูมิขาดคุณภาพและไม่เข้มแข็ง แม้ว่าในสวนคลินิกเอกชนเริ่มมีบางส่วนให้บริการอย่างรอบด้านตามแนวคิดบริการสาธารณสุขปฐมภูมิภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า แต่คลินิกส่วนใหญ่ยังเน้นให้บริการรักษาพยาบาลเป็นหลัก นอกจากนี้ประชาชนยังไม่เข้าใจและขาดความเชื่อมั่นต่อระบบบริการสาธารณสุขปฐมภูมิ ประการสำคัญศักยภาพของบุคลากรยังมีจำกัดในการจัดการกับปัญหาสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไป มีความซับซ้อนมากขึ้นและต้องการความร่วมมือจากภาคส่วนอื่น ๆ และชุมชน ดังนั้นเภสัชกรต้องปรับเปลี่ยนบทบาทจากเดิมที่ดูแลยาที่เหมาะสมกับผู้ป่วย เป็นการคำนึงถึงปัจจัยอื่น ๆ ที่มีผลต่อการใช้ยาของผู้ป่วย รวมถึงเพิ่มความร่วมมือกับบุคลากรด้านอื่น ๆ ในการดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะด้านการใช้ยาของผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพ และต่อเนื่อง ตั้งแต่การใช้ยาในหน่วยบริการสุขภาพจนถึงการใช้ยาที่บ้าน

4. ความก้าวหน้าของเทคโนโลยีทางการแพทย์

การพัฒนาเทคโนโลยีทางการแพทย์ รวมถึงยารักษาโรคใหม่ ๆ ทำให้เพิ่มประสิทธิผล

ในการดูแลสุขภาพของประชาชน ประชาชนมีอายุขัยเฉลี่ยเพิ่มขึ้น อัตราการเกิดลดลง ส่งผลให้โครงสร้างประชากรของคนไทยเปลี่ยนเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ⁸ ซึ่งนอกจากจะส่งผลต่อรูปแบบการเจ็บป่วยของผู้ป่วยดังที่กล่าวในข้อ 1 แล้ว ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีทางการแพทย์ยังสามารถที่จะนำมาใช้ในการดูแลความเจ็บป่วยของประชาชนได้ เช่น อุปกรณ์ตรวจน้ำตาลในเลือดที่ใช้ได้ง่าย สะดวก ทำให้คัดกรองผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานเพื่อให้การดูแลรักษาแต่เนิ่น ๆ ก่อนที่โรคจะลุกลามมากขึ้น หรืออุปกรณ์วินิจฉัยโรคแบบพกพาที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถวินิจฉัยโรคได้สะดวก ดังนั้นเภสัชกรจำเป็นต้องเรียนรู้เทคโนโลยีทางการแพทย์ใหม่ ๆ เพื่อให้คำแนะนำในการใช้ หรืออธิบายประโยชน์ของเทคโนโลยีทางการแพทย์ต่าง ๆ รวมถึงเทคโนโลยีทางด้านเภสัชกรรมที่ทำให้ผลผลิตยาในรูปแบบใหม่ เช่น ยาที่ออกฤทธิ์เนิ่นต่าง ๆ หรือยาที่ควบคุมการปลดปล่อยยาตามที่กำหนด ที่ทำให้ผู้ป่วยสะดวกในการใช้ ส่งผลต่อความร่วมมือที่ดีในการใช้ยาของผู้ป่วย

การประกอบวิชาชีพเภสัชกรรมในประเทศไทย

ระบบบริการเภสัชกรรม เป็นส่วนหนึ่งของระบบสุขภาพ โดยมีเป้าหมาย คือ การจัดหาผลิตภัณฑ์ที่มีคุณภาพ เพียงพอสำหรับผู้ที่ต้องการใช้ยา และจัดบริการทางด้านเภสัชกรรมที่มีความปลอดภัย ความเหมาะสม ประสิทธิภาพ¹⁵ ทั้งนี้งานบริการเภสัชกรรมรวมถึง การพิจารณาความเหมาะสมของการใช้ยาของประชาชน การติดตามการใช้ยาเพื่อป้องกันและ/หรือแก้ไขปัญหาที่เกิดจากการใช้ยา

นับตั้งแต่ พ.ศ. 2533 Hepler and Strand¹⁶ ได้นำเสนอแนวคิดงานบริหารเภสัช

กรรม (pharmaceutical care) ที่เน้นการดูแลผู้ป่วยในด้านการใช้ยา (patient oriented practice) คือผู้ป่วยมีการใช้ยาอย่างเหมาะสม และเภสัชกรรับผิดชอบเกี่ยวกับความจำเป็นในการใช้ยาของผู้ป่วย ทำให้มีการปฏิรูปบทบาทของเภสัชกรในประเทศต่าง ๆ รวมทั้งประเทศไทยโดยปรับจากบทบาทเดิม (การจ่ายยา การจัดซื้อยา การผลิตยา) ที่เน้นในด้านผลิตภัณฑ์ (patient oriented practice) เป็นสำคัญ กล่าวคือ

เภสัชกรให้ความใส่ใจว่าผู้ป่วยต้องได้รับยาถูกต้องตรงตามใบสั่งยาทั้งชนิดและจำนวนของยาที่ผู้ป่วยต้องได้รับ ปรับเปลี่ยนมาเป็นการบริการเภสัชกรรมที่เน้นความสำคัญของความจำเป็นในการใช้ยาของผู้ป่วย การใช้ยาที่ตรงกับอาการของโรค ขนาดและความถี่ของการใช้ยา หรือ รวมถึงอาการข้างเคียงจากการใช้ยา (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ความแตกต่างของการให้บริการที่ให้ความสำคัญกับผู้ป่วย และผลิตภัณฑ์

ลักษณะการให้บริการ	การให้บริการบริบาลเภสัชกรรม	การให้บริการที่เน้นในด้านผลิตภัณฑ์
กระบวนการ	การดูแลผู้ป่วย (care)	การจ่ายยา (dispensing process)
จุดสำคัญ	ผู้ป่วย	ตัวยา/ใบสั่งยา
จุดเริ่มการให้บริการ	คนไข้เป็นโรคอะไร	มียาที่รายการ อะไรบ้าง
ลำดับของการประเมินที่พิจารณา	ต้องใช้นานี้ไหม ขนาดที่ใช้เหมาะสมกับคนไข้ไหม มีข้อควรระวัง คนไข้มียาอื่นที่ต้องกินหรือไม่ ยาอะไร ยาที่ได้รับใหม่จะเกิดอาการกับยาที่กำลังใช้อยู่หรือไม่	ความแรงของยาที่จ่ายเท่าไร ต้องจ่ายจำนวนเท่าไร ห้อยยามีหรือไม่ ถ้าไม่มีจะใช้อย่างใดแทนได้ ยานี้จะเกิดอาการกับยาอะไรบ้าง

อย่างไรก็ดีงานบริบาลเภสัชกรรมสามารถดำเนินการได้ดีในสถานบริการสุขภาพ เช่น โรงพยาบาลและร้านยา แต่เภสัชกรในสถานบริการสุขภาพไม่สามารถนำหลักการของงานบริบาลเภสัชกรรมไปปฏิบัติในชุมชนให้แพร่หลายได้ เนื่องจากเป็นการเพิ่มของภาระที่ไม่สอดคล้องกับอัตรากำลังของสถานพยาบาล รวมทั้งภาระงานในชุมชนนี้ยังไม่มีกำหนดมาตรฐานค่าตอบแทนสำหรับผู้ปฏิบัติงานที่ชัดเจน อย่างไรก็ดีจำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ประกอบกับการใช้ยาของ

ผู้ป่วยมีความซับซ้อนมากขึ้น ดังนั้นการให้บริการงานเภสัชกรรม ณ สถานบริการสุขภาพ จึงไม่เพียงพอที่จะทำให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์จากการใช้ยาอย่างคุ้มค่า ดังจะเห็นได้จากปัญหาการใช้ยาที่ไม่ถูกต้องของผู้ป่วยในชุมชนยังมีจำนวนมาก¹⁷⁻²² รวมถึงโอกาสเสี่ยงการเกิดอันตรายจากการใช้ยาของผู้ป่วยมีเพิ่มขึ้น ดังนั้นจึงมีการนำเสนอแนวความคิดพัฒนางานบริบาลเภสัชกรรมผนวกกับการจัดการ เป็นการให้บริการทางด้านยาที่มีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (patient-centered practice)

ซึ่งเป็นการจัดการด้านยาที่คำนึงถึงความจำเป็นในการใช้ยาของผู้ป่วยตามบริบทของผู้ป่วย เพื่อผู้ป่วยจักได้รับประโยชน์จากการใช้ยามากขึ้น เช่น การวางแผนในการใช้ยาพร้อมกับผู้ป่วย การประสานงานร่วมมือในการติดตามการใช้ยาของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เพื่อให้มีการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง และลดความเสี่ยงของยาเหลือใช้ โดยเป้าประสงค์คือผลลัพธ์ที่เหมาะสมของการรักษา และผู้ป่วยได้รับการดูแลการใช้ยาอย่างมีคุณภาพ และอย่างต่อเนื่อง ตัวอย่างโครงการให้บริการทางด้านยาที่มีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางในประเทศต่าง ๆ เช่น การจัดการบำบัดโรคด้วยยา (Medication Therapy Management; MTM) (สหรัฐอเมริกา) system-wide chronic disease management (แคนาดา)²³ Medicine use reviews (MURs) (อังกฤษ)²⁴ Chronic disease self management programs (ออสเตรเลีย)²⁵⁻²⁷ โครงการเหล่านี้เภสัชกรต้องนำหลักการบริหารจัดการ (Plan-Do-Check-Act) และการวิเคราะห์บริบทของผู้ป่วยแต่ละคนมาประกอบกับการบริหารเภสัชกรรม เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์ของการใช้ยาเพิ่มขึ้น ลดความเสี่ยงของการเกิดอาการข้างเคียงและอันตรกิริยาระหว่างยากับยา ยากับอาหาร ยากับสมุนไพร ยากับอาหารเสริม ผู้ป่วยมีความรู้ ความร่วมมือในการใช้ยาเพิ่มขึ้น ลดค่าใช้จ่ายด้านยา ลดความถี่ของการต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (ที่ไม่ได้กำหนดนัดล่วงหน้า) ลดระยะเวลานอนพักรักษาในโรงพยาบาล (ลดโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อในโรงพยาบาล) และลดค่าใช้จ่ายสุขภาพโดยรวม²⁸⁻³⁰

หลักของการให้บริการที่เน้นผู้ป่วยเป็นสำคัญ ที่ต้องใช้การจัดการร่วมมือ 5 ประการ³¹ คือ

1. การให้บริการทุกครั้งต้องตระหนักว่าผู้มารับบริการคือมนุษย์ที่มีศักดิ์ศรีของความเป็น

คน มีความรู้สึก มีจิตใจ มีศักยภาพในการตัดสินใจ เพราะฉะนั้นเภสัชกรต้องวิเคราะห์ความต้องการของผู้ป่วยในการมารับบริการแต่ละครั้ง มิใช่มุ่งเน้นเพียงการจ่ายยาอย่างเดียว

2. การให้บริการต้องมีการจัดสรรอำนาจและกรอบความรับผิดชอบระหว่างผู้ให้บริการและผู้ให้บริการทั้งหมด ในประเด็นต่าง ๆ ซึ่งเป็นที่ยอมรับของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ผู้ป่วย แพทย์ ผู้ที่ดูแลผู้ป่วย (พยาบาล/ญาติ) ดังนั้นเภสัชกรจึงต้องมีความสามารถในการประสานกับทุกฝ่ายเพื่อให้รับทราบตรงกันในวัตถุประสงค์ของการใช้ยาของผู้ป่วย

3. การให้บริการต้องคำนึงถึงการเข้าถึงและความยืดหยุ่นของรูปแบบบริการที่ผู้มารับบริการพึงได้รับ และสอดคล้องกับบริบทของผู้รับบริการ ดังนั้นเภสัชกรจึงต้องเลือกสรรรูปแบบยาที่ผู้ป่วยใช้ได้สะดวกโดยเฉพาะเมื่อต้องนำกลับไปใช้ด้วยตนเองที่บ้าน บทบาทนี้รวมถึงการออกแบบผลิตภัณฑ์ยา เช่นรูปแบบยาสำหรับผู้สูงอายุ

4. การให้บริการเป็นการร่วมมือระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ และการผสมผสานการบริการของผู้ให้บริการทุกคนที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ไม่สามารถใช้ยาด้วยตนเองได้ หรือผู้ป่วยที่ใช้ยา สมุนไพรรวมถึงอาหารเสริมอื่น ๆ นอกเหนือจากที่แพทย์สั่งให้ใช้ ดังนั้นเภสัชกรต้องสามารถจัดระบบการประสานการใช้ยา (medication reconciliation) เพื่อให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัยในการใช้ยา

5. การให้บริการนอกจากผู้ให้บริการและผู้รับบริการแล้ว ยังต้องมีบรรยากาศโดยรวม เช่นงานสนับสนุนอื่น ๆ นโยบายที่นำไปสู่การดูแลที่เน้นคนเป็นศูนย์กลาง ดังนั้นเภสัชกรต้องปรับบทบาทจากการเป็นผู้ปฏิบัติงาน โดยเพิ่มบทบาท

ในการมีส่วนร่วมกำหนดนโยบายต่าง ๆ มากขึ้น โดยเฉพาะนโยบายที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา เพื่อให้เกิดสภาพแวดล้อมที่ดีในการส่งเสริมการใช้ยาที่ถูกต้อง ลดความเสี่ยงของอันตรายจากการใช้ยาของผู้ป่วย

การจัดการด้านยาที่เป็นการให้บริการที่เน้นผู้ป่วยเป็นสำคัญนั้น ต้องคำนึงถึงปัจจัยนำเข้าที่สำคัญ³¹ ดังนี้

1. เกสัชกรต้องมีความกระตือรือร้นในการให้บริการ มีความรู้ และมีทักษะ โดยเฉพาะทักษะการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ

2. เกสัชกรต้องประสานความร่วมมือกับผู้ป่วย ผู้ดูแลผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชนให้มีโอกาสเข้าร่วมในกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย ซึ่งนอกจากจะทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดแล้ว เกสัชกรต้องช่วยให้คนใกล้ชิดผู้ป่วยเข้าใจภาวะการเจ็บป่วยของผู้ป่วยมากขึ้น เพื่อผลของความร่วมมือที่ดีในการดูแลผู้ป่วย

3. เกสัชกรต้องผลักดันให้สถานบริการสุขภาพมีนโยบายให้การสนับสนุนในการดูแลที่มีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางอย่างชัดเจน

4. เกสัชกรต้องสร้างความร่วมมือระหว่างบุคลากรทางการแพทย์อื่น ๆ และผู้ป่วย เพราะการจัดการด้านยาที่ดีต้องอยู่ในสภาพแวดล้อมของความไว้วางใจ และความนับถือซึ่งกันและกันระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ

5. การมีความร่วมมือที่ดีระหว่างผู้ให้บริการทั้งหมดที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย ทั้งในสถานพยาบาลและในชุมชน รวมถึงการส่งต่อข้อมูลต่าง ๆ ในการดูแลผู้ป่วยอย่างสมบูรณ์ โดยเฉพาะข้อมูลการใช้ยาที่เกสัชกรต้องจัดทำระบบส่งต่อระหว่างผู้ให้บริการในระดับต่าง ๆ ในประเด็นนี้ รวมถึงการกำหนดลักษณะรูปแบบของผลิตภัณฑ์ยาที่เป็นเอกลักษณ์เฉพาะที่ผู้ป่วย

สามารถจำแนกชนิดของยาได้อย่างง่าย ๆ อันจะทำให้ลดความเสี่ยงจากการใช้ยาซ้ำซ้อน หรือป้องกันการแพ้ยาซ้ำของผู้ป่วย

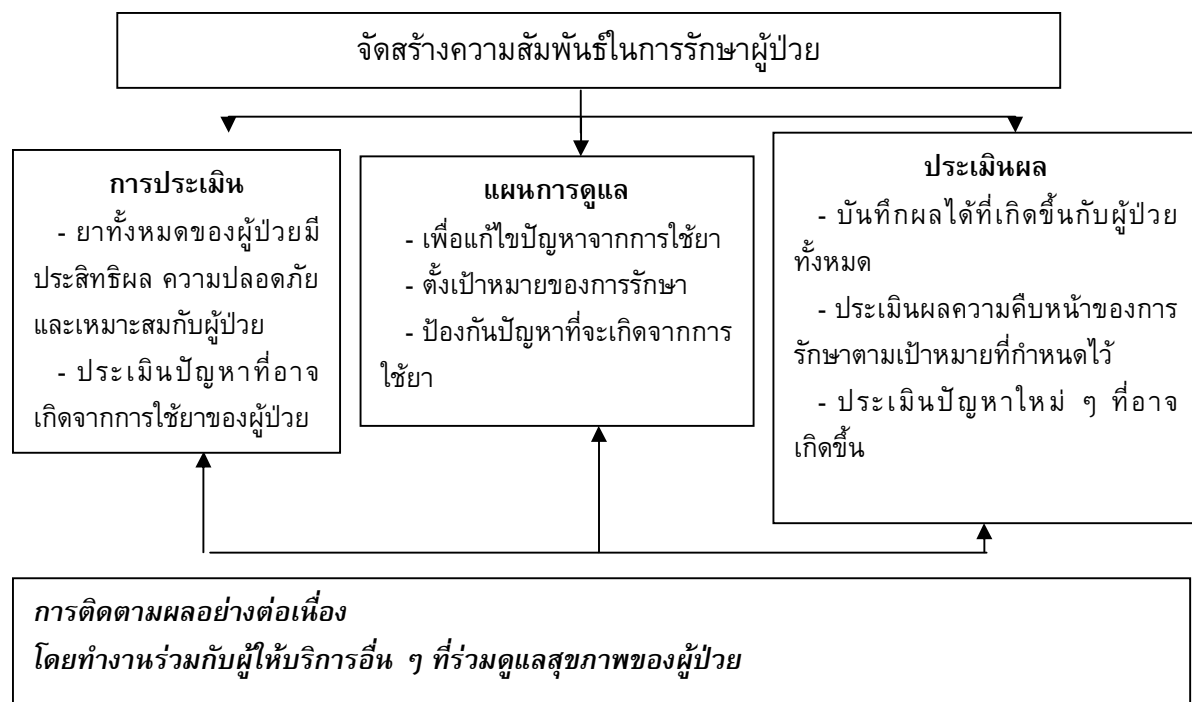
ผลได้ (outcome) ของการให้บริการที่เน้นผู้ป่วยเป็นสำคัญ

การให้บริการจัดการบำบัดโรคด้วยยา (Medication Therapy Management; MTM)²⁹ ซึ่งเป็นรูปแบบหนึ่งของการให้บริการที่เน้นผู้ป่วยเป็นสำคัญ โดยใช้การจัดการมาช่วยให้การบริการบรรลุเป้าหมายของการรักษา และช่วยเพิ่มคุณค่าจากการใช้ยา ทั้งในมุมมองของผู้ป่วยและของสังคมโดยรวม กล่าวคือ นอกจากผลได้ทางด้านคลินิกที่ผู้ป่วยได้รับแล้ว ผลได้ที่สำคัญ^{24,32-34} คือผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง (continuity of care) อย่างมีคุณภาพ และความปลอดภัยจากอันตรายหรือโรคแทรกซ้อนจากการใช้ยา ผู้ป่วยได้ใช้ยาอย่างคุ้มค่า ลดค่าใช้จ่ายด้านยาของผู้ป่วย ผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยมีความรู้เพิ่มขึ้นเกี่ยวกับยาที่ผู้ป่วยใช้ ความร่วมมือในการใช้ยาเพิ่มขึ้น (medication adherence) ผู้ป่วยสามารถดูแลการใช้ยาของตนเอง (medication self-management) และมีการใช้บริการสุขภาพอย่างเหมาะสม นอกจากนี้ในส่วนของผู้ให้บริการสุขภาพสามารถบริหารทรัพยากรสุขภาพ (Utilization Management) ของหน่วยงานได้อย่างคุ้มค่า และในภาพรวมสามารถลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศได้³⁵⁻³⁷

การจัดการบำบัดโรคด้วยยา คือ การจัดการทางเภสัชกรรมเกี่ยวกับการใช้ยาที่เกสัชกรดำเนินการให้กับผู้ป่วยโดยตรง หรือดำเนินการกับผู้ประกอบวิชาชีพอื่นที่มีส่วนร่วมให้การรักษากับผู้ป่วย (interdisciplinary teams) หลักสำคัญของการให้บริการ MTM คือ การผนวกการจัดการเพิ่มขึ้นจากฐานของการบริหารเภสัชกรรมที่เกสัช

การค้นเคยมานี้ตั้งแต่ พ.ศ. 2533 แต่ MTM เน้นกลุ่มที่มีความเสี่ยงของการใช้ยาไม่ได้ผล เช่น กลุ่มผู้สูงอายุ MTM ไม่ใช้การให้คำปรึกษา (patient counseling) ที่เกี่ยวข้องกับการจ่ายยาเดี่ยว หรือการให้ความรู้ และการจัดการเฉพาะโรค แต่เป้าหมายของ MTM (รูปที่ 1) คือ การจัดการใช้ยาของผู้ป่วยให้ได้ผลลัพธ์ที่เหมาะสม ตามความจำเป็นของผู้ป่วย นั่นคือการให้บริการที่เน้นผู้ป่วยเป็นสำคัญ ดังนั้นเภสัชกรจึงต้องเข้าใจประสบการณ์การใช้ยา ลักษณะการใช้ยา (drug regimen) ของผู้ป่วยเป็นอย่างดี ด้วยการทำการทบทวนการใช้ยาของผู้ป่วยอย่างครบถ้วน

(Comprehensive Medication Review, CMR) ต้องหาความคาดหวังจากการใช้ยาของผู้ป่วยและผลการรักษาด้วยยาในปัจจุบัน มาประกอบการวางแผนในการจัด การใช้ยาสำหรับผู้ป่วย และทำการติดตามประเมินผลการใช้ยาของผู้ป่วย หากพบปัญหาจากการใช้ยา ต้องหารือร่วมกับผู้ป่วยและแพทย์ เพื่อแก้ไขปัญหาเหล่านั้น การจัดทำเอกสารการให้คำแนะนำ ติดตามการให้บริการและช่วยในการวางแผนการดูแลผู้ป่วย (Medication Action Plan) รวมถึงการสื่อสารข้อมูลการใช้ยากับบุคลากรทางการแพทย์ ที่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย³⁸ (ตารางที่ 3)



ภาพที่ 1 กระบวนการให้บริการจัดการบำบัดโรคด้วย (MTM)

ตารางที่ 3 ความแตกต่างระหว่าง การให้คำปรึกษา และการจัดการบำบัดโรคด้วยยาของเภสัชกร³⁸

ลักษณะของบริการ	การให้คำปรึกษา (Patient counseling)	การจัดการบำบัดโรคด้วย (MTM)
จุดเน้น	ข้อมูลเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์ยา	การจัดยารักษาผู้ป่วย (Patient drug therapy regimen)
การสื่อสารระหว่าง ผู้ให้บริการกับผู้รับบริการ	สื่อสารทางเดียว	การสื่อสาร 2 ทาง
เอกสาร	ข้อมูลการให้บริการจัดเก็บไว้ใช้ ที่งานเภสัชกรรม	ต้องทำการบันทึกข้อมูลที่ให้บริการ ผู้ป่วย เพื่อใช้ในการแบ่งปันให้กับ ผู้ให้บริการคนอื่น ๆ
การติดตามผลของผู้ให้บริการ	ไม่ได้มีการติดตามผลอย่างชัดเจน	ต้องมีการติดตามที่ชัดเจน

การให้บริการจัดการบำบัดโรคด้วยยา ซึ่งเป็นการประกอบวิชาชีพเภสัชกรรมที่ผนวกความรู้ด้านการจัดการและการบริหารเภสัชกรรม เข้าด้วยกัน ประกอบด้วยกิจกรรมสำคัญ ๆ 5 กิจกรรม³⁰ คือ

1. การทบทวนการรักษาโรคด้วยยา ทั้งหมดของผู้ป่วย (medication therapy review, MTR) เป็นกระบวนการที่เภสัชกร ทบทวนรายการยาทั้งหมดที่ผู้ป่วยใช้ (ยาตามใบสั่งแพทย์ ยาที่ผู้ป่วยซื้อกินเอง ยาสมุนไพร อาหารเสริม) โดยการสอบถามข้อมูลจากผู้ป่วย และผู้ดูแลผู้ป่วย (care giver) นอกจากนี้ใน ขั้นตอนนี้เภสัชกรสามารถสังเกตผู้ป่วยว่ามี อาการทางคลินิก หรืออาการข้างเคียงของการ ใช้ยาปรากฏให้เห็นหรือไม่ การให้บริการ MTR นั้นต้องขึ้นกับสถานะผู้ป่วยแต่ละราย นอกจากนี้ ในกระบวนการนี้ยังรวมถึง

1) การประเมินวัฒนธรรมความชอบ ของผู้ป่วย ระดับการศึกษา อุปสรรคด้านภาษา และความสามารถในการสื่อสารที่อาจเป็น อุปสรรคต่อผลลัพธ์ในการรักษา

2) การสัมภาษณ์ผู้ป่วย/ผู้ดูแล เกี่ยวกับปัจจัยที่อาจเป็นสาเหตุ/อาการข้างเคียง ของปัญหาการใช้ยาในปัจจุบัน

3) ประเมินปัญหาที่เกิดจากการใช้ยา ในการรักษา รวมถึงแนวทางแก้ไข เช่น ความเหมาะสมในการใช้ยาแต่ละตัวของผู้ป่วย ความเหมาะสมของขนาด รูปแบบการบริหารยา (dosing regimen) มีรายการยาที่ผู้ป่วยไม่ จำเป็นต้องใช้ การใช้ยาซ้ำซ้อน ระดับความร่วมมือในการใช้ยา อาการเจ็บป่วยที่ยังไม่ได้ รักษา ค่าใช้จ่ายด้านยา ระยะเวลาในการ ติดตามหรือการได้ข้อมูลผลลัพธ์ย้อนกลับมา การติดตามความปลอดภัย และประสิทธิผลของยา

2. การจัดทำบันทึกเกี่ยวกับยาของ ผู้ป่วยแต่ละราย (personal medication record, PMR) เป็นเอกสารเกี่ยวกับยา และความเห็น/ ข้อเสนอแนะของเภสัชกรเกี่ยวกับการใช้ยาของ ผู้ป่วยที่เป็นปัจจุบัน เป้าหมายของ PMR คือ ต้องการให้ผู้ป่วยใช้สำหรับการจัดการบริหารยา ด้วยตนเอง (medication self-management) และแบ่งปันข้อมูลกับบุคลากรทางการแพทย์ที่

เกี่ยวข้องเพื่อการดูแลที่ต่อเนื่อง โดยทุกครั้งที่ผู้ป่วยพบผู้ให้บริการทางการแพทย์ ผู้ป่วยต้องแสดง PMR เพื่อให้แน่ใจว่าผู้ให้บริการได้ตระหนักถึงปัญหาจากการใช้ยาของผู้ป่วยในปัจจุบัน

3. การวางแผนการใช้ยาของผู้ป่วย (medication action plan, MAP) เป็นการกำหนดแนวทางการปฏิบัติสำหรับผู้ป่วยเพื่อช่วยให้การใช้ยารักษาโรคด้วยตนเองของผู้ป่วยดีขึ้น ทั้งนี้การกำหนดแนวทางปฏิบัตินี้จำเป็นต้องได้รับความเห็นชอบและร่วมมือกันแก้ไขจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ผู้ป่วย เภสัชกร แพทย์ที่ดูแล ผู้ป่วยจะได้รับสำเนา MAP ติดตัวไปทุกครั้งที่ได้รับบริการรักษา เพื่อการบันทึกอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้เภสัชกรมีบทบาทสูงมากในการช่วยกระตุ้นให้เกิดความสมบูรณ์ของ MAP

4. การเสนอแนะ การแก้ไขปัญหให้กับผู้ป่วย และการส่งต่อ(intervention and referral) การแก้ไขปัญหการใช้ยาของผู้ป่วยเป็นบทบาทหนึ่งของเภสัชกร นอกเหนือจากการจ่ายยา หากเภสัชกรพบว่าปัญหาของผู้ป่วยควรได้รับการดูแลจากผู้เชี่ยวชาญเพื่อประโยชน์ของผู้ป่วย เภสัชกรต้องทำการส่งต่อ ตัวอย่างเงื่อนไขสำหรับการส่งต่อ เช่น

- จากการให้บริการ MTR แก่ผู้ป่วยแล้วพบปัญหาสุขภาพใหม่ที่ต้องการให้แพทย์วินิจฉัย

- ผู้ป่วยต้องการความรู้เพิ่มเติม เพื่อใช้ในการดูแลตนเองจากโรคเรื้อรังที่เป็น

- ผู้ป่วยต้องการการติดตามอย่างใกล้ชิดจากการได้รับยาที่มีความเสี่ยงสูง(high-risk medications) เช่น warfarin จึงควรส่งต่อให้เภสัชกรผู้เชี่ยวชาญด้านนี้ติดตามต่อไป

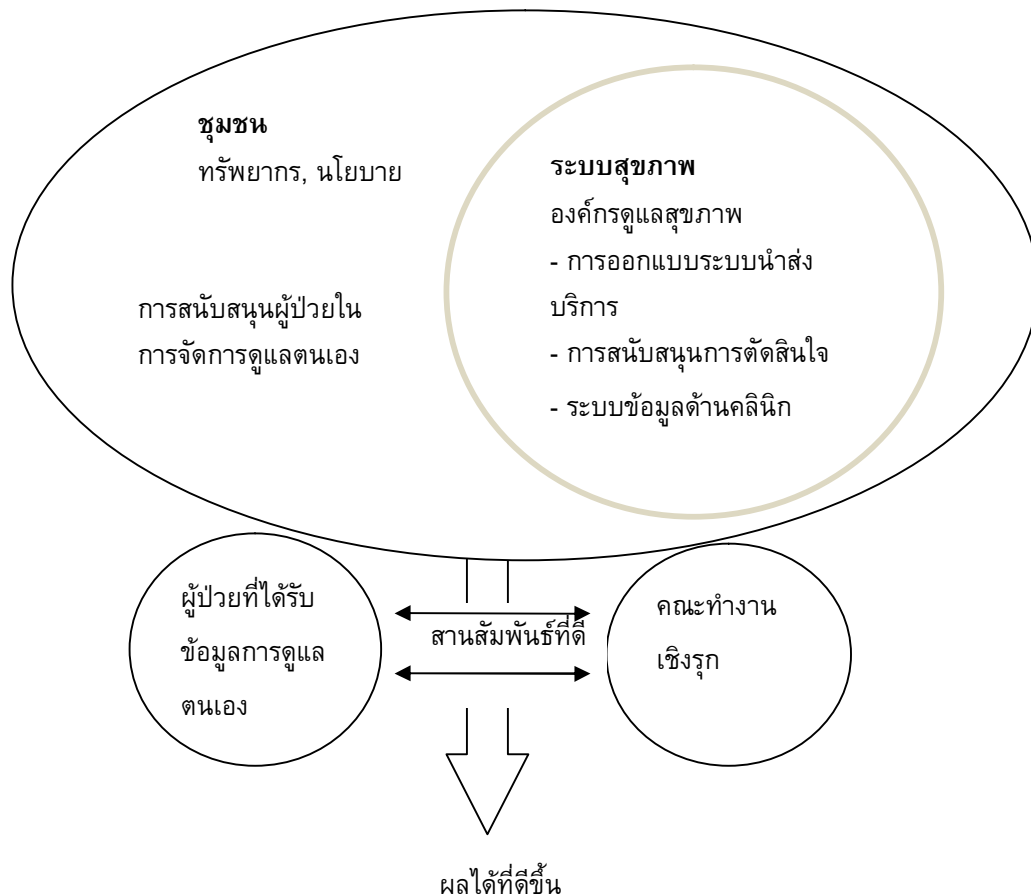
วัตถุประสงค์ของการเสนอแนะ การแก้ไขปัญหให้กับผู้ป่วย และการส่งต่อ คือการดูแลผู้ป่วยให้มีการใช้ยาอย่างเหมาะสม ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยได้ใช้บริการดูแลสุขภาพอย่างเต็มที่เพื่อป้องกันผลเสีย (ทั้งด้านคลินิก ด้านความเป็นมนุษย์ หรือด้านเศรษฐกิจ) ที่อาจจะเกิดขึ้นในอนาคต

5. การจัดทำเอกสารและติดตามผลการให้คำแนะนำ (documentation and follow-up) การจัดทำเอกสารรายงานที่ชัดเจน เพื่อใช้ในการประเมินการให้บริการและการคิดต้นทุนการให้บริการ และการดูแลผู้ป่วยเป็นไปอย่างต่อเนื่อง จากบุคลากรทางการแพทย์สาขาอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนการเป็นหลักฐานในการดำเนินการตามกฎหมาย

การดำเนินกิจกรรม MTM ทั้ง 5 กิจกรรมนั้น สามารถให้บริการได้ทั้งในสถานบริการสุขภาพ และขยายการให้บริการโดยสร้างความร่วมมือกับชุมชน³⁹ ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลด้านยาอย่างต่อเนื่อง ด้วยการนำ MTM มาประยุกต์กับรูปแบบการดูแลเรื้อรัง (Chronic Care Model, CCM, planned collaborative model) ซึ่งเป็นกลยุทธ์สำหรับการพัฒนาคุณภาพการดูแลอย่างต่อเนื่อง CCM เป็นการจัดระบบดูแลที่เน้นความสัมพันธ์ของทีมดูแลสุขภาพ คนไข้ ระบบสุขภาพ และชุมชนในการดูแลโรคเรื้อรัง⁴⁰ เพราะกรอบการทำงานของ CCM (รูปที่ 2) เน้นการปฏิบัติงานที่มีคนเป็นศูนย์กลาง ด้วยการวางแผนการดูแลสุขภาพ การส่งต่อบริการสุขภาพทั้งในบริบทของสถานพยาบาลและชุมชนอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยไม่ใช่เพียงผู้คอยรับบริการการดูแลเท่านั้น (passive recipient of care) CCM เน้นให้ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวเข้ามาเป็น

สมาชิกของคณะทำงานในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย เพื่อให้เกิดความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ระหว่างบริบทในชุมชนของแต่ละ

คน และผู้ให้บริการสุขภาพหลัก ความต่อเนื่องของการดูแลเป็นหัวใจของการพัฒนาการดูแลอย่างยั่งยืน^{41,42}



ภาพที่ 2 รูปแบบการดูแลเรื้อรัง (The Chronic Care)

ความสำคัญขององค์ความรู้ด้านบริหารจัดการกับการประกอบวิชาชีพ

แนวโน้มการพัฒนา รูปแบบการให้บริการงานเภสัชกรรมในปัจจุบันและอนาคต ทั้ง MTM และ CCM เป็นการขยายกรอบการทำงานจากการให้บริการงานเภสัชกรรม จากที่มุ่งเน้นผลิตภัณฑ์ยาเพียงอย่างเดียว ไปเน้นที่ผู้มารับบริการเป็นสำคัญ ทั้งนี้กระบวนการทำงานในการให้ผู้ป่วยเป็นสำคัญนี้ เภสัชกรต้องสร้างความร่วมมือกับผู้ป่วย บุคลากรด้านสุขภาพสาขาอื่น ๆ รวมทั้งสมาชิกในชุมชนของ

ผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์จากการใช้ยาอย่างคุ้มค่า และผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งกรอบการให้บริการรูปแบบใหม่นี้จะสอดคล้องกับวัฒนธรรมในอดีตของไทยที่ชุมชนและสมาชิกในครอบครัวช่วยกันดูแลผู้ป่วยและผู้สูงอายุ มิใช่ปล่อยให้ป็นหน้าที่หรือภาระของบุคลากรทางการแพทย์เพียงฝ่ายเดียวเท่านั้น และแนวคิดระบบสุขภาพอำเภอ (District Health System; DHS) ของกระทรวงสาธารณสุข⁴³ ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อให้เกิดการบริหารจัดการเครือข่ายสุขภาพที่มีความร่วมมือ

จากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง ในการจัดการปัญหาสุขภาพอย่างเป็นเอกภาพในแต่ละอำเภอ อันจะนำมาซึ่งคุณภาพของการดูแลผู้ป่วย

จากการพัฒนารูปแบบการประกอบวิชาชีพเภสัชกรรมทั้งในประเทศต่าง ๆ ตลอดเวลาที่ผ่านมา สามารถแบ่งได้เป็น 3 ช่วง โดยในแต่ละช่วงมีการใช้องค์ความรู้ที่ใช้ในการประกอบวิชาชีพ ดังนี้

ช่วงแรก Pharmaceutical science knowledge เป็นช่วงที่เริ่มพัฒนาองค์ความรู้ด้านเภสัชกรรม การประกอบวิชาชีพจึงเน้นการใช้องค์ความรู้ที่เกี่ยวกับเภสัชภัณฑ์ ทั้งความรู้ด้านเทคโนโลยีเภสัชกรรม เภสัชเคมี และเภสัชวิทยา เพื่อมุ่งเน้นการผลิตยาใหม่ ๆ สำหรับการรักษาอาการเจ็บป่วย

ช่วงที่สอง Pharmaceutical care knowledge เป็นช่วงที่มีการพัฒนาองค์ความรู้ที่เกี่ยวกับเภสัชภัณฑ์อย่างมาก ทำให้มียาที่มีประสิทธิภาพในการรักษาอาการเจ็บป่วย แต่ผลการรักษาและการป้องกันอุบัติเหตุการเจ็บป่วย ยังไม่ได้เป็นไปตามเป้าหมาย การประกอบวิชาชีพเภสัชกรรมในช่วงนี้จึงมีการเน้นนำความรู้ด้านสังคมศาสตร์ อาทิเช่น พฤติกรรมศาสตร์ การสื่อสาร มาประยุกต์ใช้กับองค์ความรู้เภสัชกรรมเป็นการบริหารเภสัชกรรม (Pharmaceutical care) เพื่อดูแลการใช้ยาของผู้ป่วย

ช่วงที่สาม Pharmacy management knowledge ในปัจจุบันแม้ว่าเภสัชกรรมจะให้บริหารเภสัชกรรมดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลหรือร้านยาเป็นอย่างดี แต่ลักษณะการดูแลยังมีรูปแบบที่ผู้ป่วยเป็นฝ่ายรับการดูแลอย่างเดียว ไม่มีการจัดทำระบบการใช้ข้อมูลย้อนกลับจากผู้ป่วยเพื่อนำมาประกอบการดูแลผู้ป่วย รวมทั้ง

ระบบการประสานข้อมูลด้านยาระหว่างผู้ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยที่ชัดเจน ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยกลับบ้านการดูแลการใช้ยาของผู้ป่วยจึงขาดความต่อเนื่องส่งผลให้เกิดปัญหาจากการใช้ยา โดยเฉพาะผู้ป่วยสูงอายุ หรือผู้ป่วยที่มีการใช้ยาหลายชนิดต่อเนื่องกันเป็นเวลานาน ด้วยเหตุนี้การบริหารเภสัชกรรมในช่วงนี้จึงต้องมีการประยุกต์องค์ความรู้และทักษะในด้านการจัดการ (management) มาใช้ร่วมกับองค์ความรู้เภสัชกรรม เพื่อสร้างระบบการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการสร้างเสริมความเข้มแข็งให้ผู้ป่วยสามารถดูแลการใช้ยาด้วยตนเองได้^{44,45} องค์ความรู้ด้านการจัดการที่นำมาใช้กับการบริหารเภสัชกรรม อาทิเช่น การวางระบบการให้บริการ^{46,47} การบริหารการเปลี่ยนแปลง (change management) ภาวะผู้นำ (leadership) การบริหารทรัพยากรมนุษย์ (human resource management) การตลาด (marketing) การทำงานเป็นทีม (Team management)⁴⁸ และทักษะที่สำคัญ คือ ทักษะการสื่อสารที่ต้องใช้สร้างสัมพันธภาพที่ดีทั้งกับผู้ป่วย และผู้ให้บริการคนอื่น ๆ ที่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย อันเป็นกระบวนการที่สำคัญในการให้บริการที่มุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นสำคัญ^{49,50} ดังนั้นจึงควรมีการปรับมาตรฐานการประกอบวิชาชีพเภสัชกรรมเพื่อให้สอดคล้องกับภาระงานที่แท้จริงต่อไป

บทสรุป

ในภาวะที่จำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว โอกาสเสี่ยงเกิดอันตรายจากการใช้ยาของผู้ป่วยก็มีมากขึ้นเช่นกัน เภสัชกรจึงต้องพัฒนารูปแบบการให้บริการเพื่อให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงของบริบทที่มีผลต่อสุขภาพของประชาชน เพื่อให้ผู้ป่วยและสังคมโดยรวมได้รับประโยชน์จากการใช้ยาอย่างคุ้มค่า

ดังนั้นแม้องค์ความรู้พื้นฐานทางด้านเภสัชกรรม และทักษะการสื่อสารจะเป็นปัจจัยสำคัญในการให้บริการเภสัชกรรม แต่การให้บริการจกบรรล วัตถุประสงค้อย่างมีประสิทธิภาพจำเป็นต้องมี การประยุกต์ความรู้ด้านการจัดการ เช่น การ วางระบบการให้บริการ การบริหารการ เปลี่ยนแปลง ภาวะผู้นำ การบริหารทรัพยากร มนุษย์ การตลาด การทำงานเป็นทีม เข้ามา ช่วย เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยโดยเฉพาะผู้ป่วยโรค เรื้อรังมีคุณภาพ และมีความต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

1. ระพีพรรณ ฉลองสุข, ปลื้มจิตต์ ไรจนพันธ์. การพัฒนาวิชาชีพเภสัชกรรมในประเทศไทยบนพื้นฐานแนวคิดแบบสหวิทยาการ ใน สหวิทยาการเพื่อการวิจัยและพัฒนา ปี 2553 พิมพ์ครั้งที่ 1 กรุงเทพฯ ราชบัณฑิตยสถาน 2554:51
2. ดร.ฉนวนรณ สมใจ. วิเคราะห์นโยบาย งบประมาณรายจ่ายสาธารณสุขและการ กระจายตามพื้นที่จังหวัดในประเทศไทย. วิทยานิพนธ์หลักสูตรรัฐประศาสนศาสตร ดุษฎีบัณฑิต คณะรัฐประศาสนศาสตร สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์ 2552
3. ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงคมนาคม. สถิติการ เกิดอุบัติเหตุของแต่ละภาคการขนส่ง จำแนกตามสาเหตุ [cited 2013 May 4] available from: <http://www.news.mot.go.th/motc/portal/graph/Transport%20Safety.pdf>.
4. ศูนย์รับแจ้งเหตุปรัษัทกลางคุ้มครอง ผู้ประสบภัยจากรถจำกัดและเครือข่าย รับแจ้ง. ข้อมูลรับแจ้งอุบัติเหตุทางถนน. [cited 2013 May 4] Available from: <http://www.thairsc.com/>
5. สำนักสถิติสังคมสำนักงานสถิติแห่งชาติ การสำรวจพฤติกรรม การสูบบุหรี่ และการ ดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2554. บริษัท เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชั่น จำกัด, 2555
6. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวง สาธารณสุข รายงานสถิติสาธารณสุข [cited 2013 June] available from: http://social.nesdb.go.th/SocialStat/StatReport_Final.aspx?reportid=367&template=1R2C&yeartype=M&subcatid=15.
7. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวง สาธารณสุข. กรอบยุทธศาสตร์งานสร้าง เสริมสุขภาพและป้องกันโรค ระดับชาติ ปี 2554-2558. พิมพ์ครั้งที่ 1 บริษัท สาม เจริญพาณิชย์ (กรุงเทพ) จำกัด กรุงเทพฯ 2554:17.
8. ปราโมทย์ ประสาทกุล, ปัทมา ว่าพัฒน์วงศ์. การเจ็บป่วยและการตาย ใน: ชื่นฤทัย กาญจนะจิตรา, บรรณาธิการ. สุขภาพคน ไทย 2555: ความมั่นคงทางอาหาร เงิน ทองของมายา ข้าวปลาสิขของจริง... สถาบันวิจัย ประชากร และสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล 2555. น.14-5.
9. World Health Organization. The Financial Crisis and Global Health. Information note/2009/1. Report of a High-Level Consultation World Health Organization, 2009 January 19; Geneva[cited 2013 Nov 13]. Available from <http://www.who.int/mediacentre/events/>

- meetings/2009_financial_crisis_report_en_.pdf
10. Hopkins S. Health Expenditure Comparisons: Low, Middle and High Income Countries. Open Health Services and Policy Journal, 2010;3:111-7.
 11. Centers for Medicare & Medicaid Services. National Health Expenditures 2011 Highlights [cited 2013 Nov 13] Available from: <http://www.cms.gov/Research-Statistics-Data-and-Systems/Statistics-Trends-and-Reports/NationalHealthExpendData/downloads/highlights.pdf>
 12. สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย. ปัญหาสุขภาพคนไทยและระบบบริการสุขภาพ. 11 ธันวาคม 2552. [cited 2013 Nov 13]. Available from: <http://www.hisro.or.th/main/?name=knowledge&file=readknowledge&id=19>.
 13. World Health Organization. The world health report 2010: health systems financing: the path to universal coverage. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2010.
 14. สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. กรอบยุทธศาสตร์งานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ระดับชาติ ปี 2554-2558. พิมพ์ครั้งที่ 1 กรุงเทพฯ: บริษัท สามเจริญพาณิชย์ (กรุงเทพ) จำกัด; 2554. น.18.
 15. สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล. ระบบการจัดการด้านยา. ใน: มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี. 2549:56-61.
 16. Hepler CD, Strand LM. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. Am J Hosp Pharm. 1990;47(3):533-43.
 17. ชัญญิก พุฒิเลอพงศ์, วิสารท์ มะโนมะยา, ศิวพร พงศ์พรอนันต์, อัจฉริยา คุณากรวงศ์, อัญมณี ปิ่นน้อย. การประเมินการใช้ยา อริโคนาโซล ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. Thai Pharm Health Sci J. 2009;4(4):481-9.
 18. สายันต์ ศรีชมภู, อัจฉรา อุทิศวรรณกุล. การใช้ยาเพื่อการจัดการภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดหัวใจ ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในโรงพยาบาลชุมชน. Thai Pharm Health Sci J. 2009;4(4):471-80.
 19. นิตยา ภาพสมุทร, บุษรา วาจาจำเริญ, อาทิตยา ไทพาณิชย์, อรรถยา เปล่งสงวน, จิราพร คำแก้ว และ มยุรี พงศ์เพชรดิถ. การใช้กระบวนการประสานรายการยาร่วมกับการให้คำแนะนำด้านยา ในการดูแลผู้ป่วยนอกโรคเบาหวาน. Thai Pharm Health Sci J. 2012;7(2):73-7.
 20. ประรณนา ชามพูนท, หทัยกาญจน์ เชาวนพูนผล, และ พัทธวีภา สุวรรณพรหม. ยาเหลือใช้และพฤติกรรมการใช้ยาของประชาชนในจังหวัดเชียงใหม่. Thai Pharm Health Sci J. 2011;6(2):105-11.
 21. วิธนี เกตุพุก, ศศิธร มามีชัย, วราภรณ์ ภูมิอภิรัตน์. การพัฒนากระบวนการประสานรายการยาสำหรับผู้ป่วยใน. Thai Pharma Health Sci J. 2011;6(2):100-4.

22. ศิระยา เล็กเจริญ, ภูรี อนันตโชติ. การประเมินผลลัพธ์ของการให้คำแนะนำโดยเภสัชกรแก่ผู้ป่วย ที่รับประทานยา-warfarin ณ โรงพยาบาลสมุทรปราการ. *Thai Pharm Health Sci J.* 2011;6(2):91-9.
23. Every B.. Chronic Disease Management in Primary Care Networks. *Healthcare Quarterly* 2007;10(3):70-4.
24. McDonald R, Cheraghi-Sohi S, Sanders C, Ashcroft D. Professional status in a changing world: The case of medicines use reviews in English community pharmacy. *Soc Sci Med.* 2010;71(3):451-8.
25. Gowan J, Roller L. The pharmacist and patient-focused care. *Australian Journal of Pharmacy.* 2004;85(1009):275-9.
26. Edvardsson D, Nay R. Acute care and older people: challenges and ways forward. *Australian Journal of Advanced Nursing.* 2009-2010; 27(2):63-9.
27. Iyngkaran P, Majoni V, Nadarajan K, Haste M, Battersby M, Ilton M, et.al. Australian indigenous chronic Disease Optimisation study (AUSI-CDS) prospective observational cohort study to determine if an established chronic disease health care model can be used to deliver better heart failure care among remote indigenous australians: proof of concept-study rationale and protocol. *Heart Lung Circ.* 2013 ;22(11):930-9.
28. American Pharmacists Association; National Association of Chain Drug stores foundation. medication therapy management in community pharmacy practice: core elements of an mtm service. *J Am Pharm Assoc* (2003). 2005;45(5):573-9.
29. Ramalho de Oliveira D, Brummel AR, Miller DB. Medication therapy management: 10 years of experience in a large integrated health care system. *J Manag Care Pharm.* 2010;16(3):185-95.
30. Lin YY. Evolution of Pharm D education and patient service in the USA.. *J Exp Clin Med.* 2012;4(4): 227-30
31. Metropolitan health and aged care services division, victorian government department of human services. Leading the way in continuing care: Improving care for older people initiative - A report on Victoria's achievements: January 2005–December 2007. Melbourne; 2008:11 [cited 2013 Nov 13] available from: www.health.vic.gov.au/subacute
32. Bunting BA, Cranor CW. The Asheville Project: long-term clinical, humanistic, and economic outcomes of a community-based medication therapy management program for asthma. *J Am Pharm Assoc* (2003). 2006;46(2):133-47.
33. Carter SR, Moles RJ, White L, Chen TF. Consumers' willingness to use a medication management service: The

- effect of medication-related worry and the social influence of the general practitioner. *Res Social Adm Pharm.* 2013;9(4):431-45.
34. Institute of medicine (US) committee on the future health care workforce for older Americans. Retooling for an aging America: Building the health care workforce. Washington (DC): National Academies Press (US); 2008. Available from: http://www.nap.edu/openbook.php?record_id=12089.
 35. Ward MA., Xu Y. Pharmacist-Provided telephonic medication therapy management in an MAPD Plan. *Am J Manag Care.* 2011;17(10):e399-409.
 36. Barnett MJ, Frank J, Wehring H, Newland B, VonMuenster S, Kumbera P, et. al. Analysis of pharmacist-provided medication therapy management (MTM) services in community pharmacies over 7 years. *J Manag Care Pharm.* 2009;15(1):18-31.
 37. Pudlo A. Financial analysis of MTM services from pharmaceutical care providers perspective community pharmacy foundation. 2011 [cited 2013 Oct 25]. Available from: http://www.communitypharmacyfoundation.org/grants/details.asp?grants_id=70448
 38. McGivney M, Meyer SM, Duncan-Hewitt W, Hall DL, Goode JV, Smith RB. Medication therapy management: Its relationship to patient counseling, disease management, and pharmaceutical care. *J Am Pharm Assoc* (2003). 2007;47(5):620-8.
 39. Hickman L, Newton P, Halcomb EJ, Chang E, Davidson P. Best practice interventions to improve the management of older people in acute care settings: A literature review. *J Adv Nurs.* 2007;60(2):113-26.
 40. Wagner EH, Austin BT, Davis C, Hindmarsh M, Schaefer J, Bonomi A. Improving chronic illness care: Translating evidence into action. *Health Aff (Millwood).* 2001;20(6):64-78.
 41. Hickman LD, , Rolley JX, Davidson PM.. Can principles of the chronic care model be used to improve care of the older person in the acute care sector? *Collegian.* 2010;17(2):63-9.
 42. World Health Organization. Innovative care for chronic conditions: Building Blocks for Action. Geneva. World Health Organization. 2002.
 43. มหาวิทยาลัยนเรศวร, คณะสาธารณสุขศาสตร์. แลงข่าว โครงการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอเพื่อมุ่งสู่อำเภอสร้างเสริมสุขภาพ [cited 2013 Nov 15]. Available from: <http://phnumis.health.nu.ac.th/phnu/news?id=40>
 44. Ottewill R, Jennings PL, Magirr P. Management competence development for professional service SME's: the case of community pharmacy. *Educ Train.* 2000;42(4):246-54.

45. Bond CM. Evolution and change in community pharmacy. department of general practice and primary care and department of management studies, University of Aberdeen. London: Royal Pharmaceutical Society of Great Britain, 2003.
46. Carayon P, Schoofs Hundt A, Karsh BT, Gurses AP, Alvarado CJ, Smith M, et al. Work system design for patient safety: the SEIPS model. *Qual Saf Health Care*. 2006;15 Suppl 1:i50-8.
47. Vincent C, Taylor-Adams S, Stanhope N. Framework for analysing risk and safety in clinical medicine. *BMJ* 1998;316 (7138):1154-7.
48. Kotler P, Shalowitz J, Stevens RJ. Strategic marketing for health care organizations: building a customer-driven health system. 1st ed. Jossey-Bass A Wiley Imprint CA 2008.
49. Snyder ME, Zillich AJ, Primack BA, Rice KR, Somma McGivney MA, Pringle JL, et al. Exploring successful community pharmacist-physician collaborative working relationships using mixed methods. *Res Social Adm Pharm*. 2010;6(4):307-323.
50. Bradley F, Ashcroft DM, Noyce PR. Integration and differentiation: A conceptual model of general practitioner and community pharmacist collaboration. *Res Social Adm Pharm*. 2012;8(1):36-4.