



## กระบวนการติดตามการเฝ้ารักษาโรคหัดในผู้ป่วยนอก

การเฝ้ารักษาโรคหรือภาวะอาการผิดปกติของผู้ป่วยนอก ความสำคัญไม่ได้ขึ้นอยู่กับผู้ตั้งเฝ้า คือฝ่ายแพทย์ หรือผู้จัดจ่ายยา คือฝ่ายเภสัชกรรม หรือผู้บริหารโรคหัด คือผู้ป่วยเอง เพียงฝ่ายหนึ่งฝ่ายใดเท่านั้น แต่การเฝ้ารักษาเป็นกระบวนการที่ประกอบด้วยขั้นตอนต่างๆ 4 ดังต่อไปนี้

1. การตั้งเฝ้าของแพทย์
2. การจัดจ่ายยาโดยฝ่ายเภสัชกรรม
3. การบริหารยาของผู้ป่วย
4. ผลการเฝ้า

โดยมีทั้งสามฝ่ายดังกล่าวข้างต้นเป็นผู้ปฏิบัติที่สำคัญที่จะทำให้กระบวนการเฝ้ารักษาเป็นไปอย่างถูกต้องและเหมาะสม หากขั้นตอนใดขั้นตอนหนึ่งมีปัญหาเกิดขึ้นย่อมส่งผลกระทบต่อขั้นตอนอื่นๆ ผิดพลาด หรือมีปัญหาต่อเนื่องกันไปด้วย เช่น หากขั้นตอนในการตั้งเฝ้าโดยแพทย์มีความคลาดเคลื่อนในการตั้งเฝ้าเกิดขึ้น อาจทำให้การจัดจ่ายยาโดยฝ่ายเภสัชกรรมผิดพลาดด้วยทั้งที่ได้จัดจ่ายยาตามที่แพทย์ระบุทุกประการ หรือเกิดความคลาดเคลื่อนในการจัดจ่ายยาโดยทั้งสองขั้นตอนนี้อาจมีผลต่อเนื่องไปยังการบริหารยาของผู้ป่วย ทำให้การรักษาไม่ได้ผลเต็มที่ ผู้ป่วยเกิดปัญหาไม่เฝ้าตามแพทย์สั่ง เกิดอาการอันไม่พึงประสงค์จากการเฝ้ารักษา หรือเกิดอันตรายจากการเฝ้ารักษาได้ เช่นเดียวกันหากในขั้นตอนการบริหารยาของผู้ป่วยเกิดปัญหาไม่เฝ้าตามสั่ง ซึ่งเกิดขึ้นเองหรือเนื่องจากมีปัญหาอาการอันไม่พึงประสงค์จากการเฝ้ารักษาในขั้นตอนผลการเฝ้ารักษา แม้จะได้รับการตั้งเฝ้าและการจัดจ่ายยาที่ถูกต้องเหมาะสมแล้วก็ตาม ย่อมไม่สามารถทำให้เกิดประโยชน์ในการรักษาได้อย่างเต็มที่ ปัญหาในขั้นตอนต่างๆ ในกระบวนการเฝ้ารักษา ได้แก่ ปัญหาความคลาดเคลื่อนในขั้นตอนการตั้งเฝ้าของแพทย์ และการจัดจ่ายยา ปัญหาการไม่เฝ้าตามแพทย์สั่งในขั้นตอนการบริหารยาของผู้ป่วย ปัญหาอาการอันไม่พึงประสงค์จากการเฝ้ารักษาในขั้นตอนผลการเฝ้ารักษา ดังแสดงในแผนภาพที่ 1 หน้า 3 ไปแล้วนั่นเอง

การที่จะติดตามการเฝ้ารักษาให้เป็นไปอย่างถูกต้องและเหมาะสม มีแนวทางในการปฏิบัติแนวทางหนึ่ง คือ การทบทวนการเฝ้ารักษา (drug use review) ซึ่งส่วนใหญ่จะมีการตรวจสอบและแก้ไขหรือกำจัดปัญหาในการตั้งเฝ้ารักษา อย่างเช่น ความคลาดเคลื่อนในการตั้งเฝ้ารักษา และปัญหาในการจัด

จ่ายยา เช่นความคลาดเคลื่อนในการจัดจ่ายยา มักไม่ครอบคลุมไปถึงกระบวนการใช้ยาทั้งหมด โดยเฉพาะ 2 ขั้นตอนสุดท้ายของกระบวนการใช้ยา คือ การบริหารยาของผู้ป่วยและผลของการใช้ยา ดังที่กล่าวแล้วข้างต้นว่าหากมีปัญหาในขั้นตอนของกระบวนการใช้ยา ขั้นตอนใดขั้นตอนหนึ่งย่อมมีผลกระทบทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับยาหรือผลของการรักษาที่ต้องการ จึงจำเป็นต้องมีกิจกรรมอื่นๆ มาเสริมในการติดตามดูแลการใช้ยาใน 2 ขั้นตอนดังกล่าว นั่นคือการติดตามและให้คำปรึกษาปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาแก่ผู้ป่วย เพื่อติดตามแก้ไขและลดปัญหาการไม่ใช้ยาตามแพทย์สั่งและอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา โดยมุ่งหวังให้เกิดการใช้ยาที่ถูกต้อง เหมาะสม มีประสิทธิภาพและเกิดความต่อเนื่องในการดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างแท้จริง

### การทบทวนการใช้ยา (Drug Use Review)

การทบทวนการใช้ยาเป็นกระบวนการของการเก็บรวบรวม วิเคราะห์ และประเมินการใช้ยาโดยอาศัยเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดขึ้นและมีการปฏิบัติเพื่อแก้ไข เปลี่ยนแปลงการใช้ยา โดยมีเป้าหมายหลัก 2 ประการ (Knapp, et al, 1973) คือ

1. สนับสนุนการใช้ยาอย่างเหมาะสม
2. ให้การรักษาด้วยยามีคุณภาพและประหยัดเท่าที่จะเป็นไปได้

แต่เดิมยังมีความสับสนของผู้ปฏิบัติระหว่างคำว่า การศึกษาการทบทวนการใช้ยา และโปรแกรมการทบทวนการใช้ยา จนกระทั่ง ในปี 1978 Stolar ได้ให้ความหมายที่แตกต่างกันของคำทั้งสองดังนี้

### การศึกษาการทบทวนการใช้ยา (Drug Use Review Studies)

แบ่งออกเป็น 2 ชนิด คือ

1. การศึกษาเชิงปริมาณ
2. การศึกษาเชิงคุณภาพ

#### 1. การศึกษาการทบทวนการใช้ยาเชิงปริมาณ

ผลของกิจกรรมในการศึกษานี้จะอยู่ในรูปของข้อมูลเชิงปริมาณแบบค่าสมบูรณ์หรือค่าเปรียบเทียบ พรรณนาการใช้ยาต่างๆ ในกรอบเฉพาะของเวลาและยา กลุ่มผู้ป่วย และ/หรือแพทย์ผู้สั่ง ตัวอย่างข้อมูลของการศึกษาเชิงปริมาณนี้ ได้แก่ ผู้ป่วยในหน่วยศัลยกรรมที่ศึกษาได้รับยา กลุ่ม เซฟาโลสปอริน มูลค่า 9,000 ดอลลาร์ ในเดือนที่ผ่านมา หรือ ร้อยละ 70 ของใบสั่งยาที่

เขียนในคลินิกที่ศึกษา เป็นยากลุ่ม เบนโซไดอะซีปีน เป็นต้น ข้อมูลเหล่านี้มักใช้ในการตัดสินใจในการจัดซื้อ หรือกิจกรรมด้านการเงินอื่นๆ เช่น คำนวณประมาณ มากกว่า อย่างไรก็ตาม ข้อมูลเหล่านี้ช่วยกระตุ้นให้มีความสนใจต่อคุณภาพหรือความเหมาะสมของการใช้ยาได้เช่น มีการใช้ยาบางกลุ่มมากเกินไปหรือมีการใช้ผิดปกติไป และมีความจำเป็นต้องควบคุมอยู่แล้ว การใช้ข้อมูลจากการศึกษาในแง่นี้มักไม่ได้รับการรับรอง ยกเว้นว่าอยู่ในสถานการณ์ของการใช้ยาอย่างผิดปกติที่เห็นอย่างชัดเจน จึงควรใช้ในการพิจารณาในแง่ให้แนวทางชี้แนะมากกว่าเป็นการให้ข้อสรุปถึงคุณภาพของการใช้ยา การศึกษาการทบทวนการใช้ยาเชิงปริมาณนี้อาจจะเป็นหรือไม่เป็นกิจกรรมที่ต่อเนื่องก็ได้ และส่วนมากมักจะเป็นหน้าที่ของฝ่ายเภสัชกรรมแต่เพียงฝ่ายเดียว ตัวอย่างการศึกษานิดนี้ ได้แก่ การศึกษาของ Simon, et al (1975), Jacinto, Kleinmann, และ Margolin (1974) และ Ebel (1972) เป็นต้น

## 2. การศึกษาการทบทวนการใช้ยาเชิงคุณภาพ

การศึกษานิดนี้จะมีการเก็บข้อมูล การจัดการ การวิเคราะห์และรายงานข้อมูลเกี่ยวกับความเหมาะสมในการใช้ยา โดยทั่วไปการศึกษานิดนี้จะทำการทดสอบเพียงหนึ่งครั้งกับการใช้ยาในขอบเขตที่กำหนด ซึ่งมักจะเป็นยาเฉพาะกลุ่ม เฉพาะชนิด หรือในบางครั้งเฉพาะโรคหรือผลการวินิจฉัย ความแตกต่างระหว่างการศึกษานิดนี้และการศึกษาการทบทวนการใช้ยาเชิงปริมาณคือ แนวคิดเกี่ยวกับเกณฑ์ที่กำหนดซึ่งจะเปรียบเทียบเกี่ยวกับคุณภาพ ความจำเป็นทางการแพทย์ และความเหมาะสมของการใช้ยา เกณฑ์ดังกล่าวนี้ได้แก่ ขนาดการใช้ยาต่อวัน ระยะเวลาในการรักษา และข้อบ่งชี้ของยา เป็นต้น สิ่งเหล่านี้เป็นเครื่องมือในการวัดคุณภาพของการใช้ยาและสามารถพัฒนาผ่านความร่วมมือของฝ่ายเภสัชกรรมและฝ่ายแพทย์ ตัวอย่างการศึกษานิดนี้ ได้แก่ การศึกษาของ Kelly, White, และ Miller (1976), Wareham และ Deliganis (1976) และ Gibbs, Gibson, และ Newton (1973) เป็นต้น

มีความเป็นไปได้ที่จะนำตัวแปรของการศึกษาการทบทวนการใช้ยาทั้ง 2 มารวมเป็นวิธีการเดียวกันเพื่อให้ได้ข้อมูลเกี่ยวกับแบบแผนและปริมาณการใช้ยาพร้อมกับคุณภาพของการใช้ยานั้นด้วย

การศึกษาการทบทวนการใช้ยา มีลักษณะเฉพาะและแนวคิดที่สำคัญ คือ

1. มักจะไม่ทำเป็นงานประจำแต่จะเป็นโครงการที่กระทำเพียงหนึ่งครั้ง และผลกระทบของโครงการจะหายไปอย่างรวดเร็ว

2. ให้ผลสะท้อนกลับไปยังผู้ปฏิบัติงานน้อยที่สุด และไม่มีขั้นตอนการติดตามผลที่ให้ความมั่นใจว่ามีความเปลี่ยนแปลงในการใช้ยาเกิดขึ้น
3. มักไม่เป็นส่วนหนึ่งของระบบการทบทวนการดูแลผู้ป่วยทั้งหมด

### โปรแกรมทบทวนการใช้ยา (Drug Use Review Program)

โปรแกรมทบทวนการใช้ยา เป็นระบบต่อเนื่องซึ่งได้รับมอบหมายอำนาจ และมีโครงสร้างประกอบขึ้นมาเพื่อปรับปรุงคุณภาพของการใช้ยา ภายในองค์กรที่ให้การดูแลสุขภาพ โดยวิธีการประเมินด้วยมาตรฐานที่กำหนดไว้ และเป็นการเริ่มความพยายามที่จะแก้ไขแบบแผนการใช้ยา ซึ่งไม่ตรงกับมาตรฐานเหล่านั้น ซึ่งจะรวมไปถึงกลไกของการวัดประสิทธิภาพของการปฏิบัติการแก้ไขต่าง ๆ นั้นด้วย

จะเห็นได้ว่าเป้าหมายหลักไม่ใช่การเก็บข้อมูล การวิเคราะห์ และการรายงานข้อมูลการใช้ยาในการศึกษาเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพเท่านั้น แต่การศึกษาทั้งสองชนิดนี้เป็นเพียงส่วนประกอบของโปรแกรมทบทวนการใช้ยาเท่านั้น (Todd, Keith, และ Foster, 1987) เพราะตัวโปรแกรมเองจะกำหนดคุณภาพของการใช้ยา ทำการตรวจวัดและปฏิบัติให้บรรลุผลสำเร็จ แต่มีการทบทวนการใช้ยาเพียงส่วนน้อยเท่านั้นที่ลักษณะใกล้เคียงกับความหมายที่กล่าวข้างต้น เมื่อพิจารณาความแตกต่างที่ชัดเจนของกิจกรรมของการทบทวนการใช้ยา พบข้อที่น่าสนใจบางประเด็นได้แก่

1. โปรแกรมทบทวนการใช้ยา ประกอบด้วย องค์ประกอบหลักในเชิงคุณภาพ ในขณะที่ การศึกษาการทบทวนการใช้ยา มีโครงสร้างของการศึกษาเชิงคุณภาพที่เป็นพื้นฐานมากกว่า โปรแกรมทบทวนการใช้ยา ก็คือ การศึกษาเชิงคุณภาพ ซึ่งมีองค์ประกอบของการให้การแก้ไขหรือให้การศึกษา และทัศนคติของผู้ตั้งใช้ยา และการประเมินซ้ำเพิ่มเติมด้วยนั่นเอง
2. ผลของการศึกษาการทบทวนการใช้ยาเชิงปริมาณ อาจให้ข้อบ่งชี้ถึงสิ่งที่อาจเป็นปัญหาในคุณภาพการใช้ยา และอาจเป็นเหตุผลของการเริ่มการศึกษาการทบทวนการใช้ยาเชิงคุณภาพของส่วนที่มีปัญหานั้น หากส่วนที่บกพร่องในคุณภาพไม่ถูกเปิดเผย แต่โปรแกรมทบทวนการใช้ยาได้ร่วมการดำเนินการในส่วนที่มีปัญหา หรือขยายขอบเขตเพื่อจะครอบคลุมปัญหานั้น

การทบทวนการใช้จ่าย สามารถกระทำได้ 3 แบบ คือ (Knapp, 1974)

1. Prospective เป็นการทบทวนการใช้จ่ายก่อนที่จะให้การบำบัด มีโอกาสมากที่สุดที่จะให้ประโยชน์แก่ผู้ป่วยได้ทันที
2. Concurrent เป็นการทบทวนการใช้จ่ายในขณะที่มีการรักษานั้นอยู่
3. Retrospective เป็นการทบทวนการใช้จ่าย หลังจากให้การรักษาด้วยยาไปแล้ว

การทบทวนการใช้จ่ายเป็นวิธีหนึ่งในการลดปัญหาต่อไปนี้ (Palumbo, et al, 1977)

1. การเลือกใช้จ่ายไม่เหมาะสม
2. การใช้จ่ายมากเกินไป
3. การใช้จ่ายน้อยเกินไป
4. ข้อมูลที่ระบุในฉลากหรือของยาไม่ชัดเจน
5. การใช้จ่ายซ้ำซ้อน
6. การเกิดอันตรกิริยาของยา

การทบทวนการใช้จ่ายในงานบริการผู้ป่วยนอก

มีการศึกษาการทบทวนการใช้จ่ายในงานบริการผู้ป่วยนอกโดยแยกตามขั้นตอนของกระบวนการใช้จ่าย ได้ดังนี้ (Knapp, 1974)

### 1. การทบทวนการใช้จ่ายในการสั่งจ่ายของแพทย์

#### 1.1 การวินิจฉัยโรค

ขั้นตอนนี้มักไม่ค่อยมีการศึกษาในแง่การทบทวนการใช้จ่ายเท่าใดนัก โดยส่วนใหญ่มักจะสันนิษฐานว่าการวินิจฉัยโดยแพทย์นั้นถูกต้องแล้ว และการประเมินการรักษาด้วยยามักอาศัยการวินิจฉัยนี้เอง หากการวินิจฉัยผิดพลาด การทบทวนการใช้จ่ายซึ่งอาศัยคำวินิจฉัยนั้นก็จะมีผิดพลาดไปด้วย

#### 1.2 การเลือกจ่าย

สำหรับขั้นตอนนี้เป็นการทบทวนความเหมาะสมของยากับการวินิจฉัย สำหรับการบริการผู้ป่วยนอกมักจะพบความยากลำบากในการใช้เกณฑ์ตัดสินในขั้นตอนนี้ เนื่องจาก

หาข้อมูลของจุดประสงค์ในการใช้ยาหรือคำวินิจฉัยโรคได้ยาก แม้วามีคำแนะนำให้มีการระบุการวินิจฉัยโรคโดยย่อหรือวัตถุประสงค์การใช้ยาแต่ละชนิดลงในใบสั่งยา โดยแพทย์นั้นจะช่วยสนับสนุนงานการทบทวนการใช้ยาได้ แต่คำแนะนำนี้ไม่ได้เป็นที่ยอมรับในวงกว้าง

### 1.3 การเลือกแบบแผนการใช้ยารักษา

การทบทวนการใช้ยาส่วนใหญ่สำหรับผู้ป่วยนอก เกี่ยวข้องกับเกณฑ์สำหรับยาที่ถูกสั่งใช้ยาและแบบแผนการใช้นั้น เพราะสามารถได้ข้อมูลดังกล่าวจากคำสั่งในใบสั่งยา ปัจจัยที่ตรวจสอบได้แก่ ขนาดยาต่อวัน ด้วยเกณฑ์ที่กำหนดขนาดการใช้ยาค่าสุดและสูงสุด และระยะเวลาการใช้ยา ซึ่งดูได้จากจำนวนของยาที่สั่งใช้ ด้วยการกำหนดเกณฑ์สำหรับระยะเวลาการใช้ยาสั้นที่สุดและยาวที่สุด ส่วนปริมาณการสั่งยาสูงสุดซึ่งขึ้นอยู่กับความปลอดภัยและโอกาสการนำไปใช้ในทางที่ผิดจะใช้กับยาบางชนิดเท่านั้น การทบทวนการใช้ยา ด้วยการติดตามข้อมูลเหล่านี้ เช่น อันตรกิริยาของยากับยาและยากับโรค การให้การรักษาซ้ำซ้อน ขนาดการใช้ยาที่ต่ำหรือสูงเกินไป และระยะเวลาที่ใช้ยารักษา เรียกว่า “Therapeutic drug use review” (Miller และ Knapp, 1990)

## 2. การทบทวนการใช้ยาในการจัดจ่ายยาให้แก่ผู้ป่วย

การทบทวนการใช้ยามักไม่ให้ความสนใจเกี่ยวกับ ยาที่จัดจ่ายให้แก่ผู้ป่วยว่าตรงกับที่ได้รับการสั่งใช้จากแพทย์หรือไม่ หรือยาที่ถูกสั่งใช้ทั้งหมดได้จัดจ่ายไปยังผู้ป่วยหรือไม่ จึงควรจะต้องมีการปรับปรุงในส่วนนี้

## 3. การทบทวนการใช้ยาในการบริหารยาของผู้ป่วย

ความพยายามที่จะทบทวนการใช้ยา เพื่อติดตามการใช้ยาของผู้ป่วย มักจะจำกัดอยู่แค่เพียงการให้การดูแลช่วงเวลารับยาใหม่ตามนัด และการได้รับยาซ้ำซ้อนกันจากการสั่งใช้ยาของแพทย์มากกว่า 1 คน เท่านั้น แต่การใช้ยาตามสั่งที่แท้จริงยังไม่ได้รับการศึกษาที่ตรงกันจากโครงการทบทวนการใช้ยาใดๆ

#### 4. การทบทวนการไต่ถามในผลจากการไต่ถาม

ในอดีตไม่มีระบบการติดตามผลของการไต่ถามในผู้ป่วยนอก และไม่มีเกณฑ์วัดผล  
 ลัทธิหรือวิธีการเก็บข้อมูลที่ถูกพัฒนามาเพียงพอจะยอมรับได้ ในปัจจุบันจึงกำลังมีความพยายาม  
 เพื่อพัฒนาเกณฑ์สำหรับวัดผลลัทธิขึ้น แม้ว่าจะเป็นการยากที่จะกำหนดผลลัทธิที่แท้จริง ซึ่งเฉพาะ  
 เจาะจงต่อการดูแลหรือการไต่ถามที่ต้องการศึกษา (Angaran, 1991)

ดังนั้นเมื่อพิจารณาการทบทวนการไต่ถามในงานบริการผู้ป่วยนอก พบว่าขั้นตอนที่มีความ  
 เป็นไปได้ในการปฏิบัติได้แก่ การทบทวนการไต่ถามในการสั่งจ่ายยาของแพทย์ และ การทบทวน  
 การไต่ถามในการจัดจ่ายยาให้แก่ผู้ป่วย นั่นเอง

#### การทบทวนการไต่ถามในการสั่งจ่ายยาของแพทย์

ความคลาดเคลื่อนในการสั่งจ่ายยาและการจัดการให้การรักษาเป็นปัจจัยสำคัญของ  
 การเกิดเหตุการณ์อันไม่พึงประสงค์จากยา (adverse drug event) และการตอบสนองต่อยาที่ไม่เพียง  
 พอให้ผู้ป่วยมีสภาพดีขึ้นตามที่ต้องการ มีการวิจัยพบว่า ประมาณครึ่งหนึ่งของเหตุการณ์อันไม่พึง  
 ประสงค์จากการไต่ถามสามารถป้องกันได้ และมากกว่าร้อยละ 90 สัมพันธ์กับความบกพร่องของผู้  
 สั่งจ่ายยา (Lesar, 1995) และดูเหมือนว่าความคลาดเคลื่อนในการสั่งจ่ายยา จะมีผลให้เกิดอันตรายต่อ  
 ผู้ป่วยมากกว่าความคลาดเคลื่อนของบุคลากรทางการแพทย์อื่นๆที่ให้การดูแลผู้ป่วย และยังเป็น  
 ปัจจัยหลักที่สัมพันธ์กับผลการตอบสนองที่ไม่ดีของผู้ป่วย เกษักรสามารถแสดงบทบาทในการ  
 ป้องกันเหตุการณ์อันไม่พึงประสงค์จากการไต่ถามดังกล่าวนี้ได้ โดยการตรวจสอบและกำจัด  
 ความคลาดเคลื่อนในการสั่งจ่ายยา

ความคลาดเคลื่อนในการสั่งจ่ายยาที่พบบ่อย ได้แก่ ขนาดการไต่ถามที่ต่ำหรือสูงเกิน  
 ไป ความถี่ของการไต่ถามที่ไม่ถูกต้อง การสั่งจ่ายยามีข้อมูลไม่สมบูรณ์ รูปแบบของยาไม่เหมาะสม  
 สั่งยาที่ผู้ป่วยแพ้ ยาผิดชนิด วิธีให้ยาไม่ถูกต้อง การเกิดอันตรกิริยาของยา ส่วนกลุ่มยาที่พบ  
 ความคลาดเคลื่อนในการสั่งจ่ายยาได้บ่อย ได้แก่ กลุ่มยาด้านจุลชีพ ยารักษาโรคหัวใจและหลอดเลือด  
 ยารักษาโรกระบบทางเดินอาหาร รวมไปถึงยารักษาโรคหืดกลุ่ม Xanthine

วิธีการทบทวนการใช้ยาในการสั่งจ่ายยาในงานบริการผู้ป่วยนอก ที่สามารถกระทำได้คือการประยุกต์ “การคัดกรองใบสั่งยา” ซึ่งเป็นการตรวจสอบและแก้ไขปัญหาคความคลาดเคลื่อนในการสั่งจ่าย มาใช้โดยอาศัยเกณฑ์ของการสั่งจ่ายในกลุ่มการรักษาที่ต้องการศึกษา ซึ่งกำหนดขึ้นจากการรวบรวมเอกสารวิชาการทางด้านคลินิก และได้รับการยอมรับจากผู้เชี่ยวชาญ แพทย์ผู้สั่งจ่าย

จุดประสงค์ของการคัดกรองความคลาดเคลื่อนของใบสั่งยา คือเพื่อให้มั่นใจว่าผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ปลอดภัยและเหมาะสม การคัดกรองใบสั่งยานี้ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ซึ่งมีความสัมพันธ์กัน โดยแต่ละขั้นต่อนั้น เกษักรจำเป็นต้องอาศัยความรู้ ทักษะ และความสามารถที่แตกต่างกัน โดยเกษักรจะต้องรับผิดชอบใน 4 ส่วนคือ (Rupp, 1991)

1. การตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของการสั่งจ่ายยาในใบสั่งยา
2. ตรวจสอบความเหมาะสมของขนาดการใช้ วิธีให้ยา ความถี่ของการใช้ยาและระยะเวลาในการรักษา ซึ่งการที่เกษักรจะปฏิบัติงานในส่วนนี้ได้เต็มที่มีน เกษักรจะต้องมีความรู้ อดีเกี่ยวกับเภสัชวิทยาและการรักษาด้วยยา รวมไปถึงความรู้เกี่ยวกับเภสัชภัณฑ์ใหม่ๆ และข้อบ่งชี้ใหม่ๆ ของเภสัชภัณฑ์ที่มีอยู่อีกด้วย แต่ในการทบทวนการใช้ยาเฉพาะกลุ่ม เกษักรสามารถใช้เกณฑ์ที่กำหนดไว้ในการตรวจสอบนี้
3. การประเมินความเข้ากันได้ทางกายภาพและทางเคมีของยาที่ผู้ป่วยได้รับ และยาอื่นๆ ที่ผู้ป่วยใช้อยู่
4. การตรวจสอบความเหมาะสมของการสั่งจ่ายกับประวัติการใช้ยา และข้อมูลทางการแพทย์อื่นๆ ของผู้ป่วยที่มีอยู่ ซึ่งเกษักรมักจะพบความคลาดเคลื่อน เช่น การให้การรักษาที่ไม่ถูกต้องหรือไม่เหมาะสมกับอายุ เพศ น้ำหนัก หรือประวัติการแพ้ของผู้ป่วย และปัญหาทางสุขภาพของผู้ป่วย โดยเฉพาะการเกิดอันตรกิริยาของยาและการใช้ยาซ้ำซ้อนจะพบได้บ่อยเช่นกัน

ขั้นตอนในการคัดกรองใบสั่งยา (Rupp, 1991)

การประเมินความคลาดเคลื่อนในการสั่งจ่ายด้วยวิธีคัดกรองใบสั่งยาโดยเกษักรประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ

1. การตรวจพบปัญหา
2. การระบุชนิดของปัญหาที่พบ
3. การแก้ไขปัญหา



#### 4. การบันทึกปัญหาและการแก้ไข

##### 1. การตรวจพบปัญหา

บ่อยครั้งที่เภสัชกรพบความคลาดเคลื่อนในการสั่งจ่ายยาตั้งแต่ขั้นตอนการตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของการสั่งจ่ายยา ซึ่งเรียกความคลาดเคลื่อนนี้ว่า “ความคลาดเคลื่อนจากการลืมหรือละเลย (Error of omission)” ตัวอย่างเช่น ไม่ระบุรูปแบบยา ความแรงของยา ปริมาณยาที่สั่ง ขนาดการจ่ายยา วิธีจ่าย เป็นต้น

อีกจุดหนึ่งซึ่งมักพบปัญหาได้บ่อย คือขณะที่เภสัชกรทบทวนบันทึกการจ่ายยาของผู้ป่วย ซึ่งรวมถึงการประเมินการสั่งจ่ายยากับประวัติการจ่ายยาของผู้ป่วยและการรักษาในปัจจุบัน ความคลาดเคลื่อนที่พบในส่วนนี้เป็น “ความคลาดเคลื่อนในหน้าที่ที่รับผิดชอบ (Error of commission)” ซึ่งจะแตกต่างจากความคลาดเคลื่อนชนิดแรก ตรงที่ใบสั่งยาที่มีความคลาดเคลื่อนชนิดหลังนี้มักจะถูกนำไปทำการจัดจ่ายยาให้ผู้ป่วยได้ ทั้งที่มีความผิดพลาดอยู่ จึงก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยได้มากกว่า หากไม่สามารถตรวจพบหรือแก้ไขให้ถูกต้องก่อน ตัวอย่างความคลาดเคลื่อนชนิดนี้ ได้แก่ การสั่งจ่ายยาซึ่งมีความไม่ถูกต้องของขนาดการใช้ วิธีใช้ ชนิดของยา ขอบ่งใช้ของยา รูปแบบยา ปริมาณที่สั่งหรือระยะเวลาที่จ่ายรักษา การให้ยาซ้ำซ้อน การมีอันตรกิริยาของยา และชื่อผู้ป่วยในใบสั่งยาไม่ตรงกัน

จุดสุดท้ายที่เภสัชกรจะตรวจพบความคลาดเคลื่อนคือ ขณะที่เภสัชกรให้การแนะนำปรึกษาแก่ผู้ป่วยซึ่งอาจเป็นปัญหาที่พบได้ไม่บ่อยนัก ตัวอย่างเช่น เมื่อเภสัชกรอธิบายถึงชื่อยา ประโยชน์ และฤทธิ์ของยา หรือขอบ่งใช้ของยาแก่ผู้ป่วยแล้ว ผู้ป่วยกลับแจ้งว่าไม่ได้มีอาการหรือโรคที่ระบุ ซึ่งแสดงว่าอาจมีความผิดพลาดบางอย่างเกิดขึ้นก็เป็นได้ ดังนั้นเภสัชกรควรประสานงานกับแพทย์เพื่อให้ได้ข้อเท็จจริงจะได้แก้ไขให้ถูกต้องต่อไป

##### 2. การระบุชนิดของปัญหาที่พบ

ในขั้นตอนนี้เภสัชกรจะต้องหาข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อให้ทราบถึงลักษณะและโครงสร้างของปัญหาที่เกิดขึ้นเพื่อหาทางแก้ไขที่เหมาะสม ในหลายกรณี ขั้นตอนที่หนึ่งและสองนี้จะเกิดขึ้นร่วมกัน จากการวิจัยพบว่าแหล่งข้อมูลดังกล่าวที่เภสัชกรมักจะขอคำปรึกษาเพื่อทำการแก้ไข คือ แพทย์

ผู้ส่งไข้ฯ คือพบถึง 87% ส่วนแหล่งข้อมูลอื่นๆ ได้แก่ ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลผู้ป่วย และข้อมูลมาจากแหล่งต่างๆ เช่น เอกสารประกอบยา และหนังสืออ้างอิงด้านยาต่างๆ แหล่งข้อมูลที่สำคัญอีกแหล่งหนึ่งคือเภสัชกรด้วยกันเอง ซึ่งมีประสบการณ์และข้อมูลการพบปัญหาที่เกิดขึ้นมาแล้ว

เภสัชกรส่วนใหญ่มักสับสนระหว่าง 2 ขั้นตอนแรกนี้ และอาจคิดว่าเป็นขั้นตอนเดียวกัน ทำให้เกิดการแก้ไขปัญหานึงไปโดยที่ยังไม่ได้แก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นจริงตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยมีประสบการณ์ว่ามีอาการผิดปกติเมื่อรับประทานยาชนิดหนึ่ง และเข้าใจว่าแพ้ยาชนิดนั้น ถ้าหากเภสัชกรไม่พยายามซักถามรายละเอียดที่แท้จริงกับผู้ป่วย ระบุลงไปเลยว่าแพ้ยาชนิดนั้น ทั้งๆที่อาการผิดปกติที่เกิดขึ้นอาจเป็นอาการข้างเคียงปกติที่พบได้บ่อยของยาชนิดนั้นเท่านั้น การแก้ไขของเภสัชกรอาจผิดพลาดได้ โดยเฉพาะส่วนใหญ่มักเกิดจากการไม่สามารถระบุชนิดลักษณะของปัญหาได้อย่างถูกต้องเพียงพอนั่นเอง

### 3. การแก้ไขปัญหา

ในหลายกรณี เภสัชกรสามารถแก้ไขปัญหาคือโดยตรงกับใบสั่งยา ตัวอย่างเช่น ความคลาดเคลื่อนจากการตีหรือเลข ซึ่งสามารถแก้ไขได้โดยเพิ่มเติมข้อมูลที่ขาดไปจากแพทย์ผู้สั่งไข้ฯ ส่วนความคลาดเคลื่อนในหน้าที่ที่รับผิดชอบ เภสัชกรจะต้องประสานงานกับแพทย์เพื่อแก้ไขการสั่งไข้ฯใหม่ โดยอาศัยข้อมูลและคำแนะนำจากเภสัชกรเกี่ยวกับปัญหาที่เกิดขึ้น ถึงแม้ว่าในทางปฏิบัติจะต้องเกิดการเผชิญหน้าระหว่างเภสัชกรและแพทย์ผู้สั่งไข้ฯ แต่การติดต่อกันส่วนใหญ่มักเป็นทางโทรศัพท์ ดังนั้นทักษะในการสื่อสารจึงเป็นสิ่งจำเป็นมากต่อขั้นตอนนี้ เพื่อไม่เป็นการตำหนิการทำงานของแพทย์และแสดงความรับผิดชอบของเภสัชกรต่อผู้ป่วยร่วมกับแพทย์ เภสัชกรมากมายประสบความสำเร็จอย่างมากในการจัดการประสานงานระหว่างกันเช่นนี้

### 4. การบันทึกปัญหาและการแก้ไข

เป็นการเก็บบันทึกข้อมูลปัญหาและวิธีการแก้ไขปัญหาที่พบไว้ ซึ่งมีประโยชน์คือ เป็นข้อมูลของการให้บริการของเภสัชกร ซึ่งให้เห็นว่ามียาปัญหาต่างๆ อะไรอยู่บ้าง และยังเป็นการสร้างฐานข้อมูลเพื่อการวิจัยต่อไปอีกด้วย

## อุปสรรคในการให้บริการคัดกรองใบสั่งยา

1. เกสซ์กรมีข้อมูลจำกัด ในการประเมินการใช้จ่ายในการรักษา คือการขาดแคลนข้อมูล เฉพาะที่จำเป็นในการรักษาของผู้ป่วย และแหล่งข้อมูลด้านยาที่ยังไม่เพียงพอ เกสซ์กรจึงจำเป็นต้อง พยายามเพิ่มพูนข้อมูลและความรู้ให้มากยิ่งขึ้นในส่วนที่เกสซ์กรต้องการปฏิบัติงานในการให้บริการ และควรขยายการมีส่วนร่วมไปยังการตัดสินใจในการให้การรักษาและการติดตามผู้ป่วย เพื่อให้ มั่นใจว่าผู้ป่วยได้รับการรักษาที่เหมาะสมแล้ว
2. เวลาในการปฏิบัติงานของเกสซ์กร จากการศึกษาของ Rupp (1991) พบว่าอัตราการ ให้บริการของเกสซ์กรจะลดลงเมื่อปริมาณใบสั่งยาต่อชั่วโมงสูงมากขึ้น แสดงให้เห็นว่าภาระความ รับผิดชอบต่อการจัดจ่ายยามีอิทธิพลอย่างมากต่อความสามารถหรือความพยายามของเกสซ์กรที่จะ คงหน้าที่คัดกรองใบสั่งยาเพื่อหาปัญหา
3. อคติระหว่างวิชาชีพ การยอมรับของแพทย์ต่อการเข้ามามีบทบาทเกี่ยวกับการสั่งจ่ายยา ของเกสซ์กรเป็นปัจจัยสำคัญอีกประการหนึ่ง ซึ่งขึ้นอยู่กับสัมพันธภาพและความเชื่อดีระหว่างวิชา ศาสตร์ทั้งสอง รวมไปถึงทักษะในการสื่อสารกับแพทย์ของเกสซ์กรในการประสานงาน หากเกิดอคติ ระหว่างกันขึ้นแล้วการให้บริการคัดกรองใบสั่งยาจะดำเนินไปได้ยาก

โดยสรุปแล้ว การคัดกรองใบสั่งยาเป็นบริการทางเภสัชกรรมซึ่งแสดงถึงการเพิ่มคุณค่าของ การดูแลผู้ป่วย และสร้างความแตกต่างระหว่างการปฏิบัติงานของเกสซ์กรกับหน้าที่ในการกระจาย ยาหรือจัดจ่ายยาโดยทั่วไป ทั้งยังเป็นการสร้างความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดขึ้นระหว่างเกสซ์กรกับผู้ป่วย และแพทย์ได้อีกด้วย

## การทบทวนการใช้จ่ายในการจัดจ่ายยา

การทบทวนการใช้จ่ายในการจัดจ่ายยา เพื่อลดปัญหาความคลาดเคลื่อนในขั้นตอนการจัด จ่ายยา ได้แก่ กิจกรรมการตรวจสอบความคลาดเคลื่อนในการจัดจ่ายยาโดยเกสซ์กร (ASHP,1993) ตามเกณฑ์ที่กำหนดขึ้นซึ่งเป็นความคลาดเคลื่อนที่สามารถก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยได้ (Kistner,1994) และมีการแก้ไขปัญหาที่ตรวจพบ ก่อนที่จะส่งมอบยาให้แก่ผู้ป่วย

## การติดตามและให้คำปรึกษาปัญหาเกี่ยวกับการไช้ยา

เป็นกิจกรรมเพื่อค้นหาและแก้ไขปัญหาการไม่ไช้ยาตามแพทย์สั่ง และปัญหาอาการอันไม่พึงประสงค์จากการไช้ยาโดยมีองค์ประกอบเป็นกิจกรรมย่อยๆ ซึ่งแตกต่างกันสำหรับในแต่ละปัญหาข้างต้น ขอกล่าวถึงแต่ละปัญหาดังนี้

### 1. การติดตามและให้คำปรึกษาเกี่ยวกับปัญหาการไม่ไช้ยาตามแพทย์สั่ง

#### 1.1 การตรวจสอบปัญหาการไม่ไช้ยาตามแพทย์สั่ง

การตรวจสอบปัญหาการไม่ไช้ยาตามสั่ง มีความจำเป็นสำหรับการรักษาที่เหมาะสมเพียงพอเช่นเดียวกันกับการวินิจฉัยอาการผิดปกติของโรคเช่นกัน ยิ่งไปกว่านั้น การไช้หรือไม่ไช้ยาตามสั่ง ไม่คงที่และมีการเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา เหมือนกับโรคหลายๆชนิด จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการตรวจสอบเพื่อค้นหาปัญหาการไม่ไช้ยาเหล่านี้้อย่างสม่ำเสมอ เสมือนเป็นส่วนหนึ่งของประสิทธิผลของการรักษา

การตรวจสอบที่ดีในอุดมคติควรจะสามารถตรวจสอบการไช้ยาตามสั่ง ที่เวลาและสถานที่ซึ่งมีการไช้ยาและมีความไว (sensitivity) ที่ดี คือโอกาสที่จะพบผู้ป่วยที่มีการไม่ไช้ยาตามสั่ง โดยวิธีนี้ และมีความเฉพาะเจาะจง (specificity) คือโอกาสที่จะพบผู้ป่วยที่มีการไช้ยาตามสั่งดีโดยวิธีนี้ อย่างไรก็ตามการสังเกตการณ์กับผู้ป่วยโดยตรงขณะมีการไช้ยา จะเป็นวิธีที่ใกล้เคียงกับคำจำกัดความนี้ แต่ในทางปฏิบัติเป็นสิ่งที่เป็นไปได้

วิธีการตรวจสอบปัญหาการไม่ไช้ยาตามแพทย์สั่ง สามารถกระทำได้ 2 ทางดังนี้

#### 1. วิธีการตรวจสอบโดยทางอ้อม (Bond and Hussar, 1991)

เป็นการตรวจสอบ โดยใช้ข้อมูลทางอ้อม

##### 1.1 การรายงานโดยผู้ป่วยเอง และ การสัมภาษณ์ผู้ป่วย

เป็นวิธีที่ไช้บ่อยและทำได้ง่าย แต่อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาหลายๆ ชิ้น แสดงให้เห็นว่า แม้จะไช้เทคนิคการสัมภาษณ์ที่มีทักษะที่ดีและซักถามได้ละเอียดมาก แต่ส่วนใหญ่จะประเมินการไช้ยาตามแพทย์สั่งได้สูงเกินไป ดังที่ Hippocrates เคยกล่าวไว้ว่า “ผู้ป่วยมักจะ

โกหกเมื่อพวกเขาบอกว่าพวกเขาได้รับประทานยานั้นแล้ว” เพื่อจะให้แพทย์ (บุคลากรสาธารณสุขอื่นๆ) พอใจหรือหลีกเลี่ยงความไม่พอใจ

### 1.2 การนับเม็ดยาที่เหลือ

เป็นอีกวิธีหนึ่งที่นิยมใช้กันและใช้บ่อยในการศึกษาทางคลินิก ทำได้โดยหาผลต่างของจำนวนยาที่ผู้ป่วยได้รับจากการจ่ายยาในตอนแรกกับจำนวนที่เหลือในภาชนะบรรจุของผู้ป่วย เมื่อกลับมารับการตรวจหรือขณะเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโดยไม่บอกให้ทราบล่วงหน้า อย่างไรก็ตามวิธีการนี้ ทำให้เกิด “pill dumping” กล่าวคือ ผู้ป่วยความพยายามที่จะไม่ให้ทราบถึงความร่วมมือในการรักษาของตนโดยการทิ้งยา เหตุการณ์ลักษณะนี้พบได้บ่อยและการศึกษาหลายชิ้นระบุว่า วิธีการนับเม็ดยาที่เหลือนี้จะประเมิน การใช้จ่ายตามสั่งได้สูงเกินไป

### 1.3 การบรรลุเป้าหมายของการรักษา

ทำได้โดยพิจารณาจากผลการรักษาที่ตั้งเป้าหมายไว้ อาจใช้ได้เมื่อการรักษานั้นเป็นการให้การรักษาโดยเฉพาะที่สัมพันธ์กับความสำเร็จของผลลัพธ์ที่ได้ เช่น ความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด หรือ ความดันในลูกตาเป็นปกติ เป็นต้น อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยอาจจะเพิ่มขนาดยาหรือทำตามวิธีการรักษาอื่นๆ (เช่น การควบคุมอาหาร) เฉพาะก่อนที่จะกลับมารับการตรวจ พฤติกรรมดังกล่าวอาจเรียกว่า “toothbrush effect” (มีที่มาจากกรณีที่ผู้ป่วยแปรงฟันก่อนที่จะมาพบทันตแพทย์) (Bond and Hussar, 1991) การกระทำดังกล่าวนี้ทำให้การใช้วิธีตรวจสอบวิธีอื่น (เช่นการวัดระดับความเข้มข้นของยาในของเหลวภายในร่างกาย) ไม่ได้ค่าที่แท้จริง

### 1.4 การติดตามการไม่ใช้จ่ายตามแพทย์สั่งด้วยคอมพิวเตอร์

เป็นวิธีล่าสุดและน่าเชื่อถือมากที่สุดของ วิธีการตรวจสอบโดยทางอ้อม หลักการติดตามการใช้จ่ายตามแพทย์สั่ง โดยใช้วิธีทางอิเล็กทรอนิกส์ เริ่มขึ้นโดย Kass และคณะได้พัฒนา electronic eye drop dispenser ขึ้นและมีการคิดแปลงพัฒนามาจนสามารถใช้กับยาในรูปแบบของแข็งได้ เช่น Medication event monitoring system (MEMS) ของ Aprex ระบบประกอบด้วย ไมโครโปรเซสเซอร์ อยู่ในฝาปิดของภาชนะบรรจุยา แต่ครั้งที่ผู้ป่วยเปิดฝายจะมีการบันทึกเวลาและวันที่ไว้ ข้อมูลจะถูกนำออกมาได้โดยการต่อ ไมโครโปรเซสเซอร์ เข้ากับคอมพิวเตอร์ ข้อมูลนี้ไม่เพียงแต่ทำให้ทราบถึงรูปแบบการใช้จ่ายของผู้ป่วยในการใช้จ่ายแต่ละครั้ง แต่ยังทำให้เห็นความสัมพันธ์กับภาวะทางคลินิกด้วย ซึ่งอาจจะช่วยให้เราสามารถแน่ใจได้ว่าเหตุใดการรักษาจึงไม่

ได้ผล แต่อย่างไรก็ตาม วิธีนี้ก็ไม่ได้ให้ข้อมูลโดยตรงว่ายาได้ถูกนำไปใช้จริง ๆ เท่าไร การใช้วิธีนี้ จึงต้องใช้ประกอบกับวิธีอื่นๆ ด้วย

## 2. วิธีตรวจสอบโดยทางตรง (Bond and Hussar, 1991)

### 2.1 การตรวจสอบค่าเฉพาะทางชีวเคมี

สามารถบอกการใช้ยาตามสั่งของผู้ป่วยในช่วงเวลาที่ยาวนานกว่าได้ เช่น การวัด glycosylated hemoglobin ในผู้ป่วยเบาหวาน เป็นการบ่งบอกการควบคุมเบาหวานของผู้ป่วย ในช่วงเวลา 3 เดือนที่ผ่านมา

### 2.2 การตรวจสอบปริมาณที่เหลืออยู่ในร่างกายของสารที่เดิม

เป็นการวัดหาสารปริมาณน้อยๆ เช่น Phenobarbital และ digoxin ที่สามารถนำมาเติมลงในยาและตรวจหาใน ของเหลวภายในร่างกาย เป็น สิ่งบ่งชี้ทางเภสัชวิทยา ของการใช้ยาตามสั่ง ซึ่งทั้ง Phenobarbital และ digoxin มีค่าครึ่งชีวิตยาว จึงมีประโยชน์ในการบอก ในการใช้ยาตามสั่ง เป็นช่วงเวลาหลายๆอาทิตย์ เมื่อให้ร่วมกับยาที่ผู้ป่วยใช้ วิธีนี้ผู้ป่วยจะไม่สามารถ ทำให้การแปลผลผิดพลาดไปว่า มีการใช้ยาตามสั่งได้ ด้วยการรับประทานยาเพียงไม่กี่ครั้งก่อนมา ตรวจ

### 2.3 การตรวจหาความเข้มข้นของยาในของเหลวภายในร่างกาย

การใช้ประโยชน์ของวิธีนี้มีข้อจำกัด เนื่องจาก

1. ระดับความเข้มข้นของยาขึ้นอยู่กับ ความแตกต่างของแต่ละบุคคลในการดูดซึม การกระจายตัว การเปลี่ยนแปลงภายในร่างกาย และการขับออก อีกทั้งระดับความเข้มข้นของยาที่ไม่แน่นอนหรือมีระดับต่ำก็ไม่ได้เป็นการบ่งบอกถึงการไม่ใช้ยาตามสั่งเสมอไป
2. ความเข้มข้นของยาไม่ได้ให้ข้อมูลของช่วงระยะของการใช้ยา
3. การได้รับยาโดยเร็วก่อนการทดสอบจะให้ผลของระดับความเข้มข้นของยาที่เพียงพอ ในการที่จะสรุปผิดพลาดได้ว่ามีการใช้ยาตามปกติได้

สรุปได้ว่า วิธีการตรวจสอบโดยทางตรงมี ความไว และ ความเฉพาะเจาะจง มากกว่า วิธีการตรวจสอบโดยทางอ้อม ทำให้วิธีการตรวจสอบโดยทางตรงเป็นวิธีการที่น่าเชื่อถือมากกว่าในการตรวจสอบการไม่ใช้ยาตามสั่ง อย่างไรก็ตาม แต่ละวิธีต่างมีข้อจำกัดของตัวเอง ดังนั้นเพื่อช่วย

แก้ไขข้อจำกัดของวิธีเหล่านี้ และเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้องมากขึ้น จึงควรใช้วิธีการตรวจสอบอย่างน้อย 2 วิธีในการตรวจสอบการไม่ไช้ยาตามสั่ง

## 1.2 การแก้ปัญหาการไม่ไช้ยาตามแพทย์สั่ง

กลวิธีในการแก้ปัญหาการไม่ไช้ยาตามแพทย์สั่ง จะได้ผล ก็ต่อเมื่อนุคลากรผู้ดูแลไม่เพียงตระหนักว่าปัญหานี้เป็นปัญหาสำคัญเท่านั้น แต่จะต้องเต็มใจทำอะไรก็ตามที่จะช่วยให้ผู้ป่วยยอมรับแบบแผนการรักษาด้วย อีกทั้งยังต้องมีความเข้าใจในปัจจัยหรือสาเหตุที่มีผลต่อการไช้ยาตามสั่ง และข้อจำกัดของวิธีการตรวจสอบปัญหาดังกล่าว การแก้ไขและสนับสนุนให้เกิดการไช้ยาตามแพทย์สั่งจะต้องจัดการผู้ป่วยเป็นเฉพาะรายไป ดังนั้นจำต้องเรียนรู้เกี่ยวกับผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งมีความต้องการ ความคิดเห็น ทักษะคติ ที่เฉพาะในแต่ละคน และมีการติดต่อสัมพันธ์ที่กระหว่างผู้ปฏิบัติและผู้ป่วยอีกด้วย

อย่างไรก็ตาม กลวิธีในการแก้ปัญหาการไม่ไช้ยาตามแพทย์สั่งนี้อาจจัดเป็นขั้นตอนได้ดังนี้

### ค้นหาปัจจัยเสี่ยง

ควรมองว่าผู้ป่วยทุกรายสามารถเกิดปัญหาการไม่ไช้ยาตามสั่งได้เสมอ ดังนั้นควรพยายามทราบให้ได้ว่าผู้ใดน่าจะมีโอกาสเกิดการไม่ไช้ยาตามสั่งได้บ้าง โดยพิจารณาจากปัจจัยเสี่ยง เช่น แบบแผนการรักษามีความยุ่งยาก ภาวะโรคที่เป็นอยู่ ราคาขายสูง เป็นต้น ซึ่งเป็นส่วนสำคัญในการช่วยกำหนดแผนการแก้ไขปัญหาคือ

### ปรับปรุงแบบแผนการไช้ยา

ควรช่วยปรับปรุงแบบแผนการไช้ยาให้ปฏิบัติได้ง่ายและวางอยู่บนพื้นฐานความต้องการของผู้ป่วย ถ้าเป็นไปได้ ควรให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจด้วย เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลรักษาตัวเอง ช่วยให้ผู้ป่วยเห็นว่าแบบแผนการไช้ยาเป็นสิ่งที่เพิ่มหนทางควบคุมและทางเลือกให้แก่ผู้ป่วย ไม่ใช่สิ่งที่กระทำต่อผู้ป่วย

เพื่อช่วยลดความไม่สะดวกและการหลงลืม แบบแผนการไช้ยาควรจะให้การไช้ยาในเวลาซึ่งสอดคล้องกับกิจกรรมปกติของตารางเวลาประจำวันของผู้ป่วย จะช่วยลดโอกาสเกิดความเข้าใจผิด หรือเข้าใจสับสนได้อีกด้วย

## การให้ความรู้แก่ผู้ป่วย

เป็นหลักสำคัญในการจัดการเกี่ยวกับการไม่ใช้ยาตามสั่งของผู้ป่วย จะต้องมีการตัดสินใจว่าข้อมูลใดบ้างที่ควรให้แก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยและยาที่ใช้รักษา และควรตระหนักอยู่เสมอว่าข้อมูลความรู้ที่รวบรวมหรือละเอียดเกินไป หรือนำเสนออย่างไม่เหมาะสม เช่น การให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการอันไม่พึงประสงค์ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยตื่นตกใจ อาจจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกท้อแท้ที่จะใช้ยาต่อไป กลายเป็นการลดการใช้ยาตามสั่งมากกว่าเป็นการส่งเสริม

เป้าหมายหลักของการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยคือ การให้ข้อมูลซึ่งผู้ป่วยสามารถเข้าใจและนำไปใช้ได้ ดังนั้น คำศัพท์ที่ซับซ้อนและคำศัพท์ทางการแพทย์ที่ไม่จำเป็นจึงเป็นสิ่งที่ควรหลีกเลี่ยง และควรถามผู้ป่วยเข้าใจลองบอกวิธีการใช้ยาทั้งหมดเพื่อแสดงความเข้าใจของผู้ป่วย และควรกระตุ้นให้ผู้ป่วยถามคำถามที่ตนสงสัยด้วย

## วิธีการให้ความรู้แก่ผู้ป่วย

### 1. การสื่อสารด้วยวาจาและการให้คำปรึกษา

เป็นวิธีที่สำคัญที่สุด เพราะเป็นการติดต่อกับผู้ป่วยโดยตรง และเป็นการสื่อสารสองทาง ให้โอกาสผู้ป่วยสามารถซักถามข้อสงสัยได้ด้วย

### 2. การสื่อสารด้วยลายลักษณ์อักษร

ถึงแม้ว่าผู้ป่วยจะเข้าใจว่าจะใช้ยาอย่างไรในเวลาที่มาพบแพทย์หรือเภสัชกร แต่หลังจากนั้นผู้ป่วยอาจจะจำรายละเอียดไม่ได้ จึงควรมีการเขียนฉลากและคำอธิบายเสริมหรือข้อมูลอื่นๆ ที่เกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการใช้ยาของผู้ป่วย เพราะฉะนั้น จึงควรมีการสื่อสารด้วยวาจา ร่วมกับ การสื่อสารด้วยลายลักษณ์อักษร เพื่อเติมส่วนที่บกพร่องของแต่ละวิธี

### 3. การสื่อสารด้วยสื่อทัศนูปกรณ์

อาจจะเป็นวิธีที่มีประโยชน์มากในบางสถานการณ์ เพราะผู้ป่วยอาจจะสามารถเข้าใจได้ดีขึ้นเมื่อได้เห็นลักษณะหรือธรรมชาติของโรคที่ตนเป็นหรือวิธีใช้ยาต่างๆ (เช่นการใช้ อินซูลิน ชนิดฉีด การใช้ยาสูดพ่น ชนิด metered-dose) จึงมีการใช้วิธีนี้เพิ่มขึ้น โดยให้มีไว้ในบริเวณที่ผู้ป่วยนั่งรอหรือบริเวณห้องให้คำปรึกษา และช่วยตอบบางคำถามซึ่งผู้ป่วยอาจมีข้อสงสัยไปด้วย



#### 4. การควบคุมดูแลการไชยา

วิธีนี้ใช้กับผู้ป่วยที่กำลังจะกลับบ้าน ซึ่งผู้ป่วยเหล่านี้จะต้องกลับไปรับผิดชอบการไชยาด้วยตนเอง ไม่มีผู้ดูแลให้เหมือนตอนนอนพักในโรงพยาบาล ฉะนั้นควรมีการพิจารณาปัญหาหรือสถานการณ์ซึ่งอาจจะก่อให้เกิดการไม่ไชยาตามสั่งให้ได้ และตอบคำถามข้อสงสัยของผู้ป่วยก่อนที่จะกลับบ้าน

#### 5. โปรแกรมพิเศษเพื่อการไชยาตามแพทย์สั่ง

ในบางสถานการณ์มีความจำเป็นจะต้องพัฒนาโปรแกรมซึ่งมีโครงสร้างระดับสูงเพื่อที่จะปรับปรุงการไชยาตามแพทย์สั่ง โดยให้ข้อมูลเกี่ยวกับยาที่ผู้ป่วยใช้ในแง่ของประโยชน์ วิธีใช้ อาการอันไม่พึงประสงค์ เป็นต้น โปรแกรมชนิดนี้จำเป็นต่อผู้ป่วยซึ่งมีความบกพร่องด้านการมองเห็นและการได้ยินด้วยเช่นกัน ตัวอย่างเช่น มีโปรแกรมหนึ่งที่เภสัชกรทำฉลากยาให้ในรูปของอักษร Braille สำหรับคนตาบอด และใช้อุปกรณ์ช่วยในการสื่อสารสำหรับคนหูหนวก เพื่อจะสื่อสารกับผู้ป่วยที่บกพร่องในการได้ยินโดยผ่านสายโทรศัพท์

#### การกระตุ้นผู้ป่วย (Patient Motivation)

โดยส่วนมากบุคลากรทางการแพทย์จะคาดไว้ว่าผู้ป่วยซึ่งมีความรู้เกี่ยวกับโรคภัยของตนและการรักษาส่วนมากจะมีการไชยาตามสั่งที่ดี แต่การที่ผู้ป่วยที่มีความรู้เพิ่มขึ้นก็ไม่จำเป็นว่าจะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและการยอมรับการไชยาของผู้ป่วยได้เสมอไป โดยในการศึกษาหนึ่งพบว่าบางส่วนของผู้ป่วยซึ่งมีการไม่ไชยาตามแพทย์สั่งสูงมากนั้นสามารถบอกชื่อยาของตนเองได้ และทราบวิธีที่ถูกต้องในการไชยาอีกด้วย ด้วยความจริงที่ว่านี้ จึงควรนึกถึงความจำเป็นในการกระตุ้นให้ผู้ป่วยใช้ความรู้ที่มีเพื่อประโยชน์ในการรักษาของตนเองด้วย

#### 2. การตรวจสอบและแก้ไขปัญหาอาการอันไม่พึงประสงค์การไชยา

ประกอบด้วย

1. การประเมินอาการอันไม่พึงประสงค์จากการไชยา (Adverse drug reaction monitoring)
2. การให้การจัดการดูแลอาการอันไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้น ได้แก่ การให้คำแนะนำปรึกษา การประสานงานกับแพทย์
3. การติดตามเพื่อป้องกันที่สามารถป้องกันได้

## ปัญหาที่พบในการใช้ยารักษาโรคหืดของผู้ป่วย

### 1. ปัญหาการไม่ใช้ยาตามแพทย์สั่ง

ปัญหาที่สำคัญของการใช้ยารักษาโรคหืดคือ ผู้ป่วยไม่ใช้ยาตามสั่ง (Munzenberger, 1993) การไม่ใช้ยาตามแพทย์สั่งของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคหืด มีประมาณ ร้อยละ 50-60 เป็นเหตุให้มีอาการแย่ลง การรักษาที่เกินความจำเป็น และเสี่ยงต่ออันตรายเพิ่มขึ้น และเพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และการเสียชีวิตของผู้ป่วย (Gasbarro, 1996) Birkhead และคณะ ศึกษาการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคหืดที่โรงพยาบาล St. Louis เมื่อปี 1989 พบว่าในช่วง 3 เดือน มีผู้ป่วยวัยรุ่นเสียชีวิต 5 ราย เนื่องจากโรคหืด โดยผู้ป่วย 4 รายมีระดับของ Theophylline ต่ำกว่าระดับการรักษา หรือเท่ากับศูนย์ ณ เวลาที่เสียชีวิต เป็นการชี้ให้เห็นว่าการไม่ใช้ยาตามแพทย์สั่งอาจเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยเสียชีวิต การที่ผู้ป่วยโรคหืดไม่สามารถมาพบแพทย์เพื่อรับการรักษาอย่างสม่ำเสมอได้เนื่องจากผู้ป่วยมีฐานะยากจน แต่จะมาโรงพยาบาลเมื่อมีอาการแย่มากเท่านั้น ทำให้มักมีอัตราการตายสูง (ชัยเวช นุชประยูร, 2538)

ปัญหาการไม่ใช้ยาตามแพทย์สั่งที่พบในผู้ป่วยโรคหืด ได้แก่ ผู้ป่วยไม่ปฏิบัติตามการรักษา โดยการป้องกัน (preventive therapy) ผู้ป่วยไม่มารับการรักษาอย่างสม่ำเสมอ มีวิธีการใช้ยาพ่นที่ไม่ถูกต้อง เป็นต้น (National Asthma Education and Prevention Program, 1995)

ในการทดลองการให้ความรู้ในการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยผู้ใหญ่โรคหืด พบว่าความเข้าใจในโรคของผู้ป่วยดีขึ้นตลอดระยะเวลาที่ให้ความรู้ และนำไปสู่การดูแลตนเองที่ดีขึ้น เช่น การหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นและการใช้ยาตามสั่ง ผลทางคลินิกของกลุ่มผู้ป่วยดังกล่าวดีขึ้นโดยการวัดจากอาการหอบและความจำเป็นต้องรับการรักษาแบบฉุกเฉินเฉียบพลัน (Gasbarro, 1996)

### 2. ปัญหาการให้การรักษาไม่เหมาะสมเพียงพอดต่อภาวะโรค

รายงานของ National Asthma Education and Prevention Program ปี 1991 ได้สรุปว่า ผู้ป่วยโรคหืดในสหรัฐอเมริกาได้รับการวินิจฉัยและการรักษาที่ต่ำกว่าที่ควรจะเป็น โดยมีสาเหตุมาจากแพทย์ผู้ให้การรักษาดังนี้

- การไม่ตระหนักว่าผู้ป่วยเป็นโรคหืด
- การไม่ให้ความคาดหวังเพียงพอจากการรักษา

- การไม่เข้าใจถึงประโยชน์และความเสี่ยงของการให้การรักษาที่แตกต่างกัน
- การประเมินความรุนแรงของอาการไม่ถูกต้องเพียงพอ

ในการสั่งจ่ายยาโรคหืดให้แก่ผู้ป่วยจึงควรมีการติดตามการไช้ยา เพื่อให้มั่นใจว่ามีการให้การรักษาที่ถูกต้องและเหมาะสม

### 3. ปัญหาอาการอันไม่พึงประสงค์จากการไช้ยา

ปัญหาสำคัญอีกประการหนึ่งของการไช้ยาโรคหืด คืออาการอันไม่พึงประสงค์จากการไช้ยา ซึ่งสามารถพบได้บ่อยและอาจมีผลต่อการไช้ยาตามสั่งของผู้ป่วย เช่น การลดขนาดยาหรือความถี่ในการไช้ยา การหยุดไช้ยาเอง เป็นต้น อาการอันไม่พึงประสงค์ที่สำคัญของยาโรคหืด ได้แก่ การไช้ยากลุ่ม Corticosteroid อาจพบการกดการทำงานของต่อมหมวกไต ภาวะกระดูกพรุน การติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ น้ำหนักตัวเพิ่ม ความดันโลหิตสูง ระดับน้ำตาลในเลือดสูง โดยจะพบจากการไช้ยากลุ่ม Corticosteroid ชนิดรับประทาน มากกว่าในการไช้ยาชนิดสูดพ่น ซึ่งมักมีอาการอันไม่พึงประสงค์คือ อาการเสียงแหบ (dysphoria) อาจพบมากถึงครึ่งหนึ่งของผู้ที่ไช้ยา และการติดเชื้อราแคนดิดาในช่องปาก ซึ่งอาจพบได้ประมาณ 1 ใน 3 ของผู้ป่วยที่ไช้ยาสูดพ่นชนิด Corticosteroid (Tietze และ Smith, 1991)

ยากลุ่ม Xanthine เช่น Theophylline หากใช้ในขนาดสูงจะพบอาการอันไม่พึงประสงค์ที่รุนแรงและบ่อย เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ปวดศีรษะ ความผิดปกติทางเมตาบอลิซึม (เช่นระดับน้ำตาลในเลือดสูง ระดับโพแทสเซียมในเลือดต่ำ) หัวใจเต้นเร็ว หรือเต้นไม่เป็นจังหวะ กระวนกระวายนอนไม่หลับ สั่นและชักได้ (สุกัญญา เจริญานนท์, 2534) นอกจากนี้ยังมีอาการอันไม่พึงประสงค์อื่นๆ ที่มีอาการเล็กน้อยอาจหายได้เอง หรือต้องได้รับยาหรือการปฏิบัติเพิ่มเติมเพื่อแก้ไข จึงควรมีการติดตามอาการที่เกิดขึ้นและให้การแก้ไข

National Asthma Education Program (NAEP) ของสหรัฐอเมริกาได้เสนอแนวทางซึ่งเภสัชกรจะสามารถเข้าไปมีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยด้วยการติดตามและให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยได้ใน 6 ขั้นตอนดังต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1 การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวหรือผู้ดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับลักษณะของโรคและการรักษาโรคหืด โรคหืดก็เหมือนกับโรคเรื้อรังอื่น ซึ่งการดูแลผู้ป่วยจะไม่สามารถประสบความสำเร็จได้โดยปราศจากความร่วมมือของบุคคลเหล่านี้

การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยนี้ต้องการเกสัชกรในการทำหน้าที่นี้ โดยควรจะคุ้นเคยกับแหล่งข้อมูล ผู้ป่วยและการให้ความรู้ รวมทั้งการให้การรักษาโรคหืด โดยหัวข้อหลักสำคัญที่ควรให้แก่ผู้ป่วย ได้แก่ วิธีการบริหารยากลุ่มต้านการอักเสบชนิดสเตียรอยด์ กลุ่ม  $\beta$ -adrenergic agonist และกลุ่ม xanthine เทคนิคการหายใจสูดพ่นที่ถูกต้อง เป็นต้น

ขั้นตอนที่ 2 การประเมินและติดตามความรุนแรงของโรค เป็นไปอย่างต่อเนื่อง มีความสำคัญสำหรับความสำเร็จของการรักษาโรค การวัดการทำงานของปอดที่เชื่อถือได้อย่างสม่ำเสมอมีประโยชน์มาก โดยเฉพาะจาก PEFM (peak expiratory flow meter) การใช้เครื่องมือนี้อย่างถูกต้องอาจสามารถบ่งชี้การทำงานที่ลดลงของปอดได้ถึง 24 ชั่วโมง ก่อนที่อาการของผู้ป่วยจะเกิดขึ้น (ซึ่งเวลานั้นหลอดลมขนาดเล็กของผู้ป่วยอาจตีบตัน 50-80% แล้ว) นอกจากการวัดการทำงานของปอดนี้ การวัดผลอื่นๆ ก็สามารถประเมิน ติดตาม และช่วยในการรักษาโรคได้เช่นกัน เช่น การวัดคุณภาพชีวิต และอาการทางคลินิกของผู้ป่วย เป็นต้น

ขั้นตอนที่ 3 การหลีกเลี่ยงและควบคุมปัจจัยกระตุ้น ผู้ป่วยจะต้องได้รับการสอนให้ระลึกและหลีกเลี่ยงหรือจำกัดการสัมผัสของคนต้อปัจจัยกระตุ้นโดยทั่วไป เช่น การเป็นหวัด หรือติดเชื้อทางเดินหายใจ การเปลี่ยนอุณหภูมิ การออกกำลังกาย สิ่งระคายเคืองในอากาศ อาหารที่แพ้ ยาบางชนิด เป็นต้น ซึ่งสิ่งเหล่านี้อาจจะเป็นเรื่องยากมากสำหรับผู้ป่วยที่จะควบคุมสิ่งแวดล้อมได้

ขั้นตอนที่ 4 การวางแผนการใช้จ่ายในการรักษาเรื้อรัง ควรมีรายละเอียดซึ่งปรับเปลี่ยนไปตามปัญหาและความต้องการของแต่ละบุคคล และควรทบทวนแก้ไขอยู่เสมอ แผนนี้ควรประกอบด้วยจุดมุ่งหมายเฉพาะซึ่งสามารถวัดได้ สำหรับประเมินความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วย ซึ่งจุดมุ่งหมายเหล่านี้สามารถพัฒนามาจากผลลัพธ์ซึ่งสามารถวัดได้โดยแพทย์หรือเภสัชกร

ขั้นตอนที่ 5 การวางแผนสำหรับการติดตามอาการที่แย่ง คังที่กล่าวไปแล้วข้างต้นว่า การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว หรือผู้ดูแลผู้ป่วยเป็นสิ่งจำเป็น โดยเฉพาะเมื่อเกิดอาการอย่างเฉียบพลัน บุคคลทั้งหลายข้างต้นควรจะตระหนักถึงวิธีการช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยเริ่มแสดงสัญญาณ

อาการที่แย่ง ผู้ป่วยและผู้ดูแลจะต้องเข้าใจโรคที่อย่างถ่องแท้เพราะกระบวนการรักษาและแผนการรักษาขึ้นอยู่กับความรุนแรงของโรค การให้ความรู้จึงจำเป็นต้องเน้นให้ทราบถึงจุดนี้ด้วย

ขั้นตอนที่ 6 ให้การดูแลติดตามผลอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้แน่ใจว่ามีการดูแลอย่างต่อเนื่องเพียงพอ ข้อมูลการพบผู้ป่วยของเภสัชกรซึ่งมีการบันทึกรายละเอียดการสังเกตทางคลินิก การตัดสินใจและการปฏิบัติ สามารถช่วยให้แน่ใจถึงความต่อเนื่องนี้ โดยเฉพาะหากผู้ป่วยไม่ได้พบเภสัชกรคนเดิมในแต่ละครั้ง

กลยุทธ์ในการช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจตามสั่ง (Munzenberger, 1993)

- อธิบายการทำงานของยาแต่ละชนิดที่ผู้ป่วยใช้

เป็นการอธิบายว่ายาแต่ละชนิดทำหน้าที่ควบคุมหรือป้องกันอาการของโรคหืด ความเข้าใจในบทบาทของยาแต่ละชนิดที่ใช้ในการรักษาจะช่วยให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามแผนการรักษาในระยะยาวได้และผลักดันให้เกิดการใช้ยาอย่างเหมาะสมตามความจำเป็น

การให้ความรู้ควรเริ่มให้ผู้ป่วยได้ทราบว่าโรคหืดประกอบด้วยอาการของการอักเสบและการตีบตันของหลอดลม ซึ่งจะนำไปสู่การอธิบายหน้าที่ของยาที่ใช้แต่ละชนิดได้อย่างเข้าใจ

- อธิบายให้ทราบจุดมุ่งหมายของการรักษาอย่างชัดเจน

ควรประกอบด้วยการทบทวนให้ทราบถึงประโยชน์และอาการไม่พึงประสงค์ของยา ระยะเวลาที่ยาใช้ก่อนจะเห็นผลของยาชัดเจน การปฏิบัติตัวเมื่อเป็นโรคนี เช่น การออกกำลังกาย โดยเฉพาะเกี่ยวกับอาการอันไม่พึงประสงค์ ควรแนะนำวิธีการป้องกัน และปฏิบัติตัวเมื่อมีอาการผิดปกติขึ้น มิฉะนั้นผู้ป่วยอาจจะหยุดการใช้ยานั้นไปโดยไม่บอกให้แพทย์หรือเภสัชกรทราบเลยก็ได้

- การให้ข้อมูลที่เป็นเอกสารประกอบ

จากการสำรวจและศึกษาพบว่า ผู้ป่วย 105 คน ที่ได้รับเอกสารข้อมูลประกอบเกี่ยวกับการใช้ยาสูดพ่นขยายหลอดลมจากเภสัชกรหรือแพทย์ จะรู้จักยาของตนเองมากกว่ากลุ่มควบคุม (จำนวน 100 คน) ซึ่งไม่ได้รับเอกสารประกอบ และทราบถึงวิธีการใช้ยาสูดพ่นที่ถูกต้องมากกว่า อีกทั้งยังมีความรู้ความเข้าใจในอาการอันไม่พึงประสงค์มากกว่าด้วย

เอกสารข้อมูลประกอบจะช่วยทั้งผู้ป่วยและเภสัชกรเอง โดยสำหรับผู้ป่วยจะช่วยเตือนความจำเกี่ยวกับวิธีใช้ยาหลังจากพบเภสัชกรแล้ว ส่วนสำหรับเภสัชกร เอกสารข้อมูลประกอบ จะช่วยให้เภสัชกรเน้นในส่วนที่ต้องการทบทวนให้ผู้ป่วยระหว่างการให้คำแนะนำปรึกษา เพื่อให้การให้คำแนะนำปรึกษาคงครบถ้วนสมบูรณ์ และยังเป็นรูปแบบของคำตอบที่ดีสำหรับข้อสงสัยโดยทั่วไปเกี่ยวกับโรคหืดสำหรับผู้ป่วย ช่วยประกอบการแนะนำด้วยวาจาได้อีกด้วย

- ประเมินความเข้าใจของผู้ป่วย

เพื่อให้แน่ใจ เภสัชกรควรจะขอให้ผู้ป่วยสาธิตวิธีการใช้ยาสุดพ่นและช่วยทบทวนวิธีการใช้ยา ผลของยา อาการอันไม่พึงประสงค์จากยาที่อาจเกิดขึ้น และการปฏิบัติตัว และท้ายสุดผู้ป่วยควรทราบว่า จะติดต่อใครเมื่อมีปัญหา

- ตรวจสอบปัญหาการใช้ยา

เภสัชกรควรตระหนักและพยายามตรวจสอบปัญหาที่อาจมีผลต่อการไม่ใช้ยาตามแพทย์สั่งโดย NAEP แนะนำให้ใช้คำถามต่อไปนี้

- มีปัญหาอะไรที่ท่านพบในการใช้ยาเหล่านี้
- เมื่อท่านรู้สึกดีขึ้น ท่านเคยหยุดการใช้ยาหรือไม่
- ถ้าท่านรู้สึกแย่ลงเมื่อท่านใช้ยา ท่านเคยหยุดการใช้ยาหรือไม่

หากพบว่าผู้ป่วยยอมรับในคำถามใดคำถามหนึ่งก็ตาม ควรรีบให้คำอธิบายและช่วยแก้ไขปัญหา

- ช่วยจัดให้แผนการรักษาสะดวกขึ้น

แผนการรักษาควรจะทำตามและผู้ป่วยสามารถเข้าใจได้ง่าย เภสัชกรควรช่วยออกแบบแผนการใช้ยาให้เข้ากับชีวิตประจำวัน เช่น มีอาหาร การทำงาน กิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย

กระบวนการติดตามการใช้รักษาโรคหืดในผู้ป่วยนอก จึงมีกิจกรรมในขั้นตอนต่างๆ ของกระบวนการใช้ยาเพื่อให้เป็นไปอย่างถูกต้องเหมาะสม ดังนี้

1. การตรวจสอบความคลาดเคลื่อนในการสั่งใช้ยารักษาโรคหืด โดยอาศัยเกณฑ์ที่กำหนดจากแนวทางการรักษาโรคหืดในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2537 โดยคณะผู้เชี่ยวชาญจากสมาคมอายุรเวช

แห่งประเทศไทย สมาคมโรคภูมิแพ้และอิมมูโนวิทยาแห่งประเทศไทย และชมรมโรคหอบหืดแห่งประเทศไทย และการประสานงานกับแพทย์เพื่อแก้ไข

2. การตรวจสอบความคลาดเคลื่อนในการจัดจ่ายยารักษาโรคหืด โดยอาศัยเกณฑ์ที่กำหนดจากข้อมูลความคลาดเคลื่อนในการจัดจ่ายยาที่อาจก่อให้เกิดอันตรายแก่ผู้ป่วยได้และการแก้ไขความคลาดเคลื่อนที่พบ

3. การติดตามและให้คำปรึกษาปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยา ซึ่งได้แก่  
 ปัญหาการใช้ยาตามสั่ง  
 ปัญหาอาการอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา

ในประเทศไทยมีรายงานการดำเนินงานในการติดตามการใช้ยาในกลุ่มผู้ป่วยต่างๆ ได้แก่ ประมินทร์ วีระอนันต์วัฒน์ (2534) ได้จัดตั้งรายงานการติดตามผลการใช้ยากลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยติดตามปัญหาการใช้ยาตามสั่ง ปัญหาที่เกี่ยวกับยา และอาการอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ร่วมกับการให้บริการแนะนำการใช้ยาแก่ผู้ป่วย พบว่า สามารถลดปัญหาของการไม่ใช้ยาตามสั่งได้อย่างมีประสิทธิภาพ ในการสอบถามความคิดเห็นของบุคลากรทางการแพทย์ เกสัชกรควรเข้าไปมีบทบาทในโรคเรื้อรังอื่นๆ

ชบาไพร ชะแสง (2538) ได้รายงานการเข้าไปติดตามปัญหาการใช้ยาเคมีบำบัด ในผู้ป่วยโรคมะเร็ง ที่โรงพยาบาลราชวิถี จันทน์ ฉัตรวิริยวงศ์ (2538) ได้ให้การดำเนินการบริหารผู้ใช้ยากลุ่มโรคระบบทางเดินหายใจ สุชาดา ธนภัทรภวิน (2538) ดำเนินการในผู้ป่วยกลุ่มหลอดเลือดและหัวใจในหอผู้ป่วยโรงพยาบาลราชวิถี และ อูษา สโมสร (2537) ทำการประกันคุณภาพการรักษาระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยนอกโรคเบาหวาน สมพร เมฆอรุณรุ่งเจริญ (2539) ได้ให้การดำเนินการบริหารทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยวัยโรคในคลินิกวัยโรค พบว่าสามารถค้นหา ป้องกัน และแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาได้ แต่ยังไม่มีการนำแนวคิดเหล่านี้เข้าไปมีกิจกรรมของเภสัชกร อย่างเป็นรูปธรรมในการเข้าไปดูแลผู้ป่วยนอกโรคหืด

การวิจัยครั้งนี้จึงจัดให้มีกระบวนการติดตามการใช้ยารักษาโรคหืดในผู้ป่วยนอกขึ้น ดำเนินการติดตามกระบวนการใช้ยาในทุกขั้นตอน ตั้งแต่การสั่งจ่ายของแพทย์ การจัดจ่ายยาของกลุ่มงานเภสัชกรรม ปัญหาการใช้ยาตามสั่งและอาการอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ตลอดจนการจัดทำประวัติการใช้ยาของผู้ป่วย การให้คำแนะนำผู้ป่วยเกี่ยวกับการใช้ยา เพื่อติดตามและแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น เพื่อให้กระบวนการใช้ยาเป็นไปอย่างถูกต้องเหมาะสม ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ดี มี

ความรู้ความสามารถในการใช้ยาได้อย่างถูกต้อง มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และเพื่อศึกษาถึงผลกระทบ  
ของกระบวนการติดตามการใช้ยาต่อปัจจัยต่างๆ โดยมุ่งหวังให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจในการ  
บริการของเภสัชกรรมมากขึ้นและเภสัชกรได้มีบทบาทในการรับผิดชอบการใช้ยาและดูแลผู้ป่วย  
โดยตรงเพิ่มขึ้น



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย