

บทที่ 2

เอกสารและงานการวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษากการประเมินผลการบริหารทางเภสัชกรรมสิ่งที่สำคัญคือความรู้และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องซึ่งมีสาระสำคัญดังต่อไปนี้

1. การบริหารทางเภสัชกรรม
2. สาเหตุการเกิดปัญหาอันเนื่องมาจากยา
3. ผลกระทบของการเกิดปัญหาอันเนื่องมาจากยา
4. ความพึงพอใจของผู้ป่วย

1. การบริหารทางเภสัชกรรม

วิชาชีพเภสัชกรรม เป็นวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาของประชาชนมาตั้งแต่สมัยโบราณ โดยมีการบันทึกไว้ตั้งแต่ยุคดึกดำบรรพ์ คือ ยุคสมัยที่อาณาจักรเมโสโปเตเมียรุ่งเรืองจนถึงยุคกรีก รุ่งเรือง มีหลักฐานบันทึกในปาปิรัสว่า ได้มีการเตรียมยาในรูปแบบลูกกลอน (pill) ยาสวนล้าง (wash enema) ยาเหน็บ (suppository) ยาขี้ผึ้ง (ointment) ไว้ใช้ นั้นเป็นหลักฐานหนึ่งแสดงถึงลักษณะงานของเภสัชกรว่ามีการปรุงยาสำหรับจ่ายให้แก่ผู้ป่วย จนมาถึงกลางศตวรรษที่ 15 ถึงกลางศตวรรษที่ 19 (ยุคเรอเน็ร็องและยุโรปยุคใหม่สมัยแรก) เป็นช่วงเวลาที่มีความก้าวหน้าของความรู้ทางด้านเคมี มีการแยกสกัดสมุนไพรและมีความรู้เรื่องเคมีจากสมุนไพรกันมากขึ้น การใช้ยารักษาโรคเปลี่ยนจากที่เคยใช้ตำรับยาผสมมาเป็นการพยายามใช้ยาเดี่ยว ๆ ให้เฉพาะเจาะจงกับโรคและการเจ็บป่วยให้มากขึ้น สมุนไพรที่ใช้กันมาในอดีตพอถึงช่วงศตวรรษที่ 18 - 19 ก็ถูกทำให้บริสุทธิ์และพิสูจน์เอกลักษณ์ว่าเป็นสารเคมีอะไร เพื่อที่จะได้มีการชั่ง-ตวง-วัดกันได้แม่นยำมากขึ้น เภสัชกรก็มุ่งเน้นไปในเรื่องของเคมีของยาและเรื่องของการเตรียมตำรับยา (วิวอร์ธน์ อัคร-วิเชียร, 2541)

ต่อมาก็เป็นช่วงที่อุตสาหกรรมยาเจริญขึ้น ก็มีการเตรียมยาเป็นยาสำเร็จรูปเตรียมจ่ายมากขึ้น ในศตวรรษที่ 20 ซึ่งเป็นยุคของการจ่ายยาสำเร็จรูป งานหลักของเภสัชกรยุคต่อมา คือ การจ่ายยาสำเร็จรูปให้แก่ผู้ป่วย เพื่อให้เกิดการนำเอาความรู้ทางเภสัชศาสตร์มาบริการสังคมมาก

ขึ้น ต่อมาจึงมีการปรับบทบาทของวิชาชีพเภสัชกรรมมาสู่ยุคเภสัชกรรมคลินิก (clinical pharmacy) ตั้งแต่กลางของ ค.ศ. 1960 ถึง 1970 เริ่มที่ประเทศสหรัฐอเมริกา โดยเปลี่ยนจากการที่เภสัชกรเน้นที่ผลิตภัณฑ์ (product - oriented) อย่างเดียว มาเป็นการเน้นที่ตัวผู้ป่วย (patient - oriented) ให้มากขึ้น ซึ่งเภสัชกรรมคลินิกเป็นที่รู้จักกันในประเทศไทยมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2516 ต่อมาได้มีการปรับปรุงบทบาทเภสัชกรอีกครั้งเพื่อเน้นให้เห็นถึงการบริการหรือความรับผิดชอบของเภสัชกรในการรักษาด้านยาให้ชัดเจนยิ่งขึ้น จึงพัฒนามาเป็นงานบริหารทางเภสัชกรรมหรือ pharmaceutical care ในปี ค.ศ. 1990 หรือ พ.ศ. 2533 ตามที่ Hepler และ Strand ได้เสนอ

เนื่องในภาวะปัจจุบันประเทศไทยยังไม่พ้นจากภาวะวิกฤตทางเศรษฐกิจ รวมทั้งมีการใช้จ่ายทางด้านสุขภาพที่มีอัตราสูงขึ้นในแต่ละปี ในปัจจุบันนี้ประชาชนไทยในส่วนต่าง ๆ เช่น ประชาชนทั่วไป องค์กรที่ทำหน้าที่ควบคุมการจ่ายเงินให้แก่โรงพยาบาล เช่น สำนักงานประกันสังคม กระทรวงสาธารณสุข ได้มีกระแสเรียกร้องให้มีการบริการที่มีคุณภาพจากโรงพยาบาล และองค์กรวิชาชีพทางการแพทย์ได้มีการกำหนดสิทธิผู้ป่วยขึ้น

แนวคิดเรื่องกระบวนการรับรองคุณภาพของโรงพยาบาล (hospital accreditation; HA) ได้ถูกนำมาใช้ให้เป็นกระบวนการประเมินตนเอง ร่วมกับการทบทวนยืนยัน โดยองค์กรผู้เชี่ยวชาญจากภายนอก เพื่อมุ่งหาวิธีการพัฒนาปรับปรุงคุณภาพการให้บริการ และการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง โดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ประเด็นสำคัญอย่างหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา คือ ความปลอดภัยในการใช้ยา งานบริหารทางเภสัชกรรม เป็นระบบป้องกันและบริหารความเสี่ยง (risk management) เกี่ยวกับการใช้ยาได้ดีที่สุด ซึ่งสอดคล้องหลักการสำคัญของกระบวนการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ดังนี้คือ

1. เป็นกระบวนการเรียนรู้ไม่ใช้การตรวจสอบ เป็นกระบวนการที่เกิดจากจิตสำนึก คุณภาพ และจริยธรรม ต้องการได้สิ่งที่มีคุณภาพพร้อมมือกันปรับปรุงระบบงานและพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (continuing quality improvement - CQI) และเน้นการนำศักยภาพของบุคลากรมาใช้อย่างเต็มที่
2. เป็นกระบวนการที่เน้นการมีส่วนร่วม (commitment) ของแต่ละบุคคลและการทำงานเป็นทีมเพื่อผู้ป่วย
3. เป็นกระบวนการที่มุ่งเน้นผู้ป่วยหรือผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางของกิจกรรมทั้งหมด

4. เป็นกระบวนการที่เน้นการประเมินตนเองและมีระบบตรวจสอบภายในองค์กรเพื่อสร้างความรับผิดชอบต่อวิชาชีพ และสังคม

5. เป็นกระบวนการที่มีมาตรฐานเพื่อใช้เป็นกรอบในการประเมินและพัฒนาตนเอง โดยมีความยืดหยุ่นในวิธีการปฏิบัติ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายเดียวกัน

6. เป็นกระบวนการที่เน้นความร่วมมือระหว่างสถาบันต่าง ๆ เพื่อแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ ซึ่งจะช่วยให้บรรลุเป้าหมายได้ดีกว่าต่างฝ่ายต่างทำ

งานบริหารทางเภสัชกรรมจึงได้รับการพัฒนาขึ้นซึ่งการบริหารทางเภสัชกรรมถือว่าเป็นกิจกรรมคุณภาพอย่างหนึ่งในการดูแลรักษาผู้ป่วย

คำนิยามของการบริหารทางเภสัชกรรม (pharmaceutical care)

คำนิยามของ การบริหารทางเภสัชกรรม ที่เป็นที่ยอมรับกันโดยทั่วไปจากการนำเสนอของ Hepler และ Strand ในประเทศสหรัฐอเมริกา เมื่อ ปี ค.ศ. 1990 ว่าการบริหารทางเภสัชกรรม หมายถึง ความรับผิดชอบของเภสัชกรที่มีต่อการใช้ยาของผู้ป่วย เพื่อให้ได้ผลการรักษาที่ถูกต้องตามต้องการ และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (Hepler and Strand, 1990)

นอกจากนี้ยังมีผู้ให้คำนิยามการบริหารทางเภสัชกรรมก่อนปี ค.ศ.1990 คือ (จิรวรรณ - อัครวิเชียร, 2541)

ปี ค.ศ.1967 Brodie การบริหารทางเภสัชกรรม หมายถึง การดูแลผู้ป่วยรายบุคคลในเรื่องที่ผู้ป่วยนั้นจำเป็นต้องได้รับและงานบริการด้านเภสัชกรรมอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งจำเป็นสำหรับผู้ป่วย กล่าวคือ เป็นการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่กระบวนการก่อนการรักษา ระหว่างการรักษาและหลังการรักษา เพื่อให้เกิดความมั่นใจได้ว่าการใช้ยาอย่างปลอดภัย เหมาะสมและได้ผลการรักษาที่ดีรวมทั้งกลไกสนองกลับ อันเป็นวิธีที่ช่วยให้มีการดูแลดังกล่าวจากผู้ให้บริการอย่างต่อเนื่อง

ปี ค.ศ. 1976 Mikeal ให้คำนิยามการบริหารทางเภสัชกรรม หมายถึง การดูแลด้านการใช้ยาซึ่งเกิดจากความต้องการของผู้ป่วย และมุ่งเน้นทำให้เกิดความมั่นใจได้ว่าผู้ป่วยมีความปลอดภัยในการใช้ยา และมีการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล

กล่าวโดยสรุปคือการบริหารทางเภสัชกรรม เป็นปรัชญา เป็นพันธกิจและเป็นแนวทางในการปฏิบัติงานทางวิชาชีพเภสัชกรรมที่เน้นในการดูแล ได้รับประโยชน์ และปลอดภัยจากการใช้ยามากที่สุด ซึ่งเป็นกระบวนการที่เภสัชกรร่วมประสานกับสาขาวิชาชีพทางการแพทย์ (multidisciplinary team) เช่น แพทย์ พยาบาล และบุคลากรอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งการขอความร่วมมือจากผู้ป่วยในการกำหนดและวางแผนการรักษาผู้ป่วย ดำเนินการรักษาตามแผน และตรวจติดตามผลการรักษาด้วยยา สำหรับผู้ป่วยแต่ละราย ในสถานบริการทางสุขภาพทุกระดับ ทั้งในโรงพยาบาลและร้านยา นอกจากนี้ในปี ค.ศ. 1993 สมาคมเภสัชกรโรงพยาบาลแห่งสหรัฐอเมริกา (American society of hospital pharmacists, ASHP) ได้ประกาศให้การบริหารทางเภสัชกรรมเป็นเป้าหมายหลักแห่งวิชาชีพ (Enright and Fragstad, 1991; ASHP, 1993)

โดยเภสัชกรมีหน้าที่หลัก 3 ประการคือ

1. บ่งชี้ปัญหาที่เกี่ยวข้องจากยา
2. แก้ไขปัญหาที่พบ
3. ป้องกันปัญหาอันเนื่องมาจากยาที่อาจเกิดขึ้น

เฉลิมศรี ภูมมางกูร (2543) กล่าวว่า เภสัชกรควรมีความสามารถในหน้าที่ ต่อไปนี้

1. จัดทำแฟ้มประวัติผู้ป่วย โดยเน้นด้านการใช้ยาเป็นสำคัญ
2. สืบค้นปัญหาอันเนื่องมาจากยาของผู้ป่วยแต่ละราย
3. จัดระบบการส่งมอบยาให้มีประสิทธิภาพ
4. ติดตามการใช้ยาของผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์สูงสุดจากการใช้ยา ปลอดภัย และได้ผลตามต้องการ
5. คัดกรองผู้ป่วยที่มีปัญหาจากยา เช่น การแพ้ยา ปฏิกริยาระหว่างยากับอาหาร และยากับผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ
6. ติดตามอาการไม่พึงประสงค์ การแพ้ยาและปฏิกริยาระหว่างยา พร้อมการรายงานและเผยแพร่
7. แนะนำยาอื่นแทน เมื่อพบว่าผู้ป่วยแพ้ยาหนึ่งยาใด
8. สามารถตอบคำถาม หรือให้ข้อมูลทางยาแก่บุคลากรทางสาธารณสุขและผู้ป่วยได้
9. ให้คำแนะนำด้านสุขภาพต่าง ๆ ที่สัมพันธ์กับยาแก่ผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ
10. สัมภาษณ์ประวัติ เพื่อสืบค้นปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วย

11. สามารถช่วยเหลือแพทย์ในการเลือกชนิดยา ขนาดยา รูปแบบยาให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายได้

12. สามารถจัดทำโปรแกรมการประเมินการใช้ยาในหน่วยงาน เพื่อให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล

13. สามารถนำหลักการทางเภสัชกรรมมาประยุกต์ในการคัดเลือกยา สำหรับการรักษาผู้ป่วยแต่ละราย

กระบวนการในการบริหารทางเภสัชกรรม(Cipolle และคณะ. 1998)

กระบวนการในการบริหารทางเภสัชกรรม เป็นกระบวนการเพื่อให้ถูกต้องได้ผลปลอดภัย และเพื่อแยกแยะ แก้ไข และป้องกันปัญหาอันเนื่องจากการรักษาด้วยยา เพื่อให้บรรลุเป้าหมายในการรักษาผู้ป่วย คือ ใช้ยาได้อย่างถูกต้อง ได้ผลดี ปลอดภัย และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ประกอบด้วย 3 ขั้นตอนหลัก คือ

1. การประเมินข้อมูลของผู้ป่วย (assessment)
2. การกำหนดแผนการให้การบริบาล (care plan)
3. การติดตามการประเมินผล (the follow – up evaluation)

ทุกขั้นตอนของการบริหารทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยเป็นกระบวนการที่กระทำอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากปัญหาอาจเกิดขึ้นใหม่ได้ตลอดเวลา

1. การประเมินข้อมูลของผู้ป่วย (Assessment)

การให้บริหารทางเภสัชกรรมเริ่มต้นจากการประเมินข้อมูลของผู้ป่วย โดยมีจุดประสงค์ คือ

1.1 ค้นหาข้อมูลทุกอย่างที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาของผู้ป่วย เพื่อให้เกิดการใช้ยาที่ถูกต้องเหมาะสมที่สุด ได้ผลดีที่สุด ปลอดภัยที่สุด และมีความสะดวกในการใช้ยามากที่สุด

1.2 ค้นหาปัญหาอันเนื่องมาจากยาของผู้ป่วย ซึ่งเป็นปัจจัยขัดขวางไม่ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี

1.3 ค้นหาปัญหาอันเนื่องมาจากยาที่จะเป็นปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้เกิดอันตราย

วิธีการรวบรวมข้อมูลได้จากข้อมูลในเวชระเบียนและการสัมภาษณ์จากผู้ป่วยโดยเภสัชกร ต้องอาศัยทักษะในการค้นหาปัญหา และรวบรวมข้อมูลหรือสรุปข้อมูลที่ต้องค้นหา คือ

1. ความต้องการของผู้ป่วย (patient needs) โดยเภสัชกรควรคำนึงถึง ความคาดหวังของผู้ป่วย สิ่ง que ผู้ป่วยต้องการ สิ่งที่ไม่ต้องการ และความเข้าใจในการรักษาด้วยยา

2. ข้อมูลพื้นฐานประจำตัวผู้ป่วย (patient demographics and background) เช่น อายุ เพศ สัญชาติ ความสูง น้ำหนัก อาชีพ ประวัติครอบครัว

3. ปัญหาการเจ็บป่วยของผู้ป่วย (current medical problem list) รวบรวมข้อมูลการวินิจฉัยโรค อาการเจ็บป่วยของผู้ป่วย ประวัติการเจ็บป่วย ประวัติการแพ้ยา

4. บันทึกการให้ยาของผู้ป่วย (medication record) ค้นหาว่าผู้ป่วยมีการใช้ยาอะไรบ้าง รวมทั้งสมุนไพร ยาแผนโบราณ วิตามิน ยาตัวอย่าง ยาที่แพทย์ไม่ได้สั่ง ยาที่แพทย์สั่งให้ใช้เป็นต้น โดยเน้นการคำนึงถึงว่ากระทบต่อเป้าหมายการรักษาหรือไม่

5. ปัญหาอันเนื่องมาจากยาต่อระบบต่าง ๆ ของร่างกาย (review of system) ค้นหาปัญหาอื่น เนื่องจากยาว่ากระทบต่อระบบต่าง ๆ ของร่างกาย หรือค่าตรวจห้องปฏิบัติการหรือไม่ เช่น vital signs, cardiovascular, pulmonary, fluid/electrolyte status, renal, hepatic, endocrine, hematology, gastrointestinal, gu/reproductive, musculoskeletal, neurological, psychological, skin และ eent

6. การตัดสินใจเกี่ยวกับปัญหาอันเนื่องจากการรักษาด้วยยา (making decisions about drug therapy problems) คือการตัดสินใจของเภสัชกรต่อปัญหาอันเนื่องมาจากยาของผู้ป่วยโดยยึดความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นอันดับแรก

2. การกำหนดแผนการให้บริบาล (care plan)

การวางแผนการบริบาล มีการกำหนดเป้าหมายการรักษาและขั้นตอนการปฏิบัติสัมพันธ์ เพื่อแก้ไขและป้องกันปัญหา

2.1 การกำหนดเป้าหมายการรักษา (goals of therapy)

2.2 การปฏิบัติสัมพันธ์เพื่อแก้ไขและป้องกันปัญหา (practitioner interventions) ด้านยา que ผู้ป่วยควรได้รับ การเปลี่ยนแปลงการรักษาด้วยยา การให้ข้อมูลผู้ป่วยด้านผลิตภัณฑ์ และวิธีใช้ยา เป็นต้น

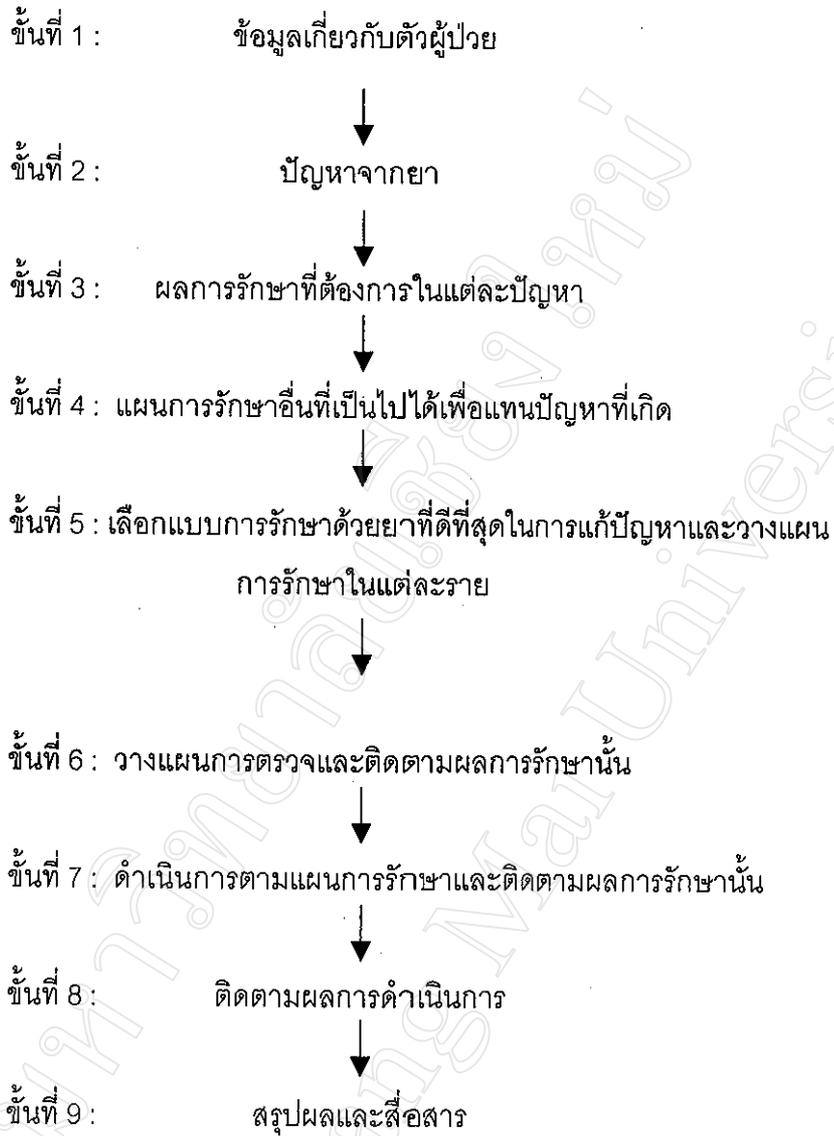
3. การติดตามประเมินผล (the follow – up evaluation)

เป็นการติดตามผลลัพธ์จากการรักษาด้วยยา หรือเปรียบเทียบผลลัพธ์ที่ได้กับเป้าหมายของการรักษาว่าอยู่ในสถานะใด ดังต่อไปนี้

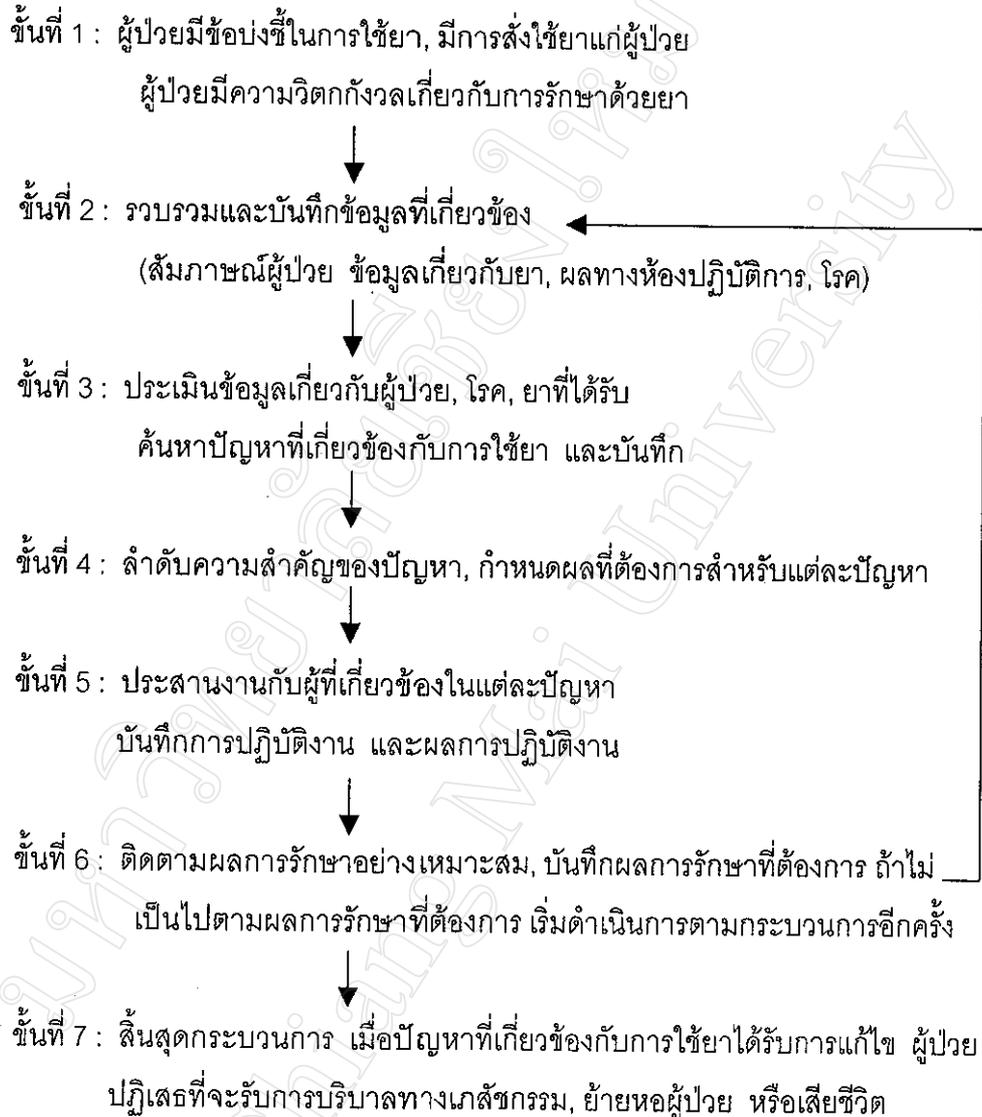
1. หาย (resolved): บรรลุเป้าหมายของการรักษาด้วยยา และไม่จำเป็นต้องใช้ยาอีกต่อไป โดยไม่ต้องติดตามอีก
2. คงที่ (stable): บรรลุเป้าหมายของการรักษาด้วยยา และจำเป็นต้องใช้ยาควบคุมอาการ ต่อไป โดยมีการติดตามต่อไป
3. ดีขึ้น (improved): อาการดีขึ้น (มีการตอบสนองต่อการรักษาดีขึ้น) (positive process) แต่ยังไม่ใช้แผนการรักษาแบบเดิมต่อไป แต่ยังไม่บรรลุเป้าหมาย และมีการติดตามต่อไป
4. ดีขึ้นบางส่วน (patial improvement): อาการดีขึ้นบ้าง (มีการตอบสนองต่อการรักษาดีขึ้นบ้าง) แต่มีการปรับเปลี่ยนการรักษาเล็กน้อย เช่น มีการปรับขนาดยา และติดตามการรักษาต่อไป
5. ไม่ดีขึ้น (unimproved): อาการยังไม่ดีขึ้น (ผลการตอบสนองไม่ดีขึ้น) แต่คาดหวังว่าจะดีขึ้นในอนาคต และยังคงให้ยารักษาแบบเดิมและติดตามผลต่อไป
6. แย่ลง (worsend): อาการแย่ลง (ภาวะที่สุขภาพผู้ป่วยแย่ลง) และต้องมีการเปลี่ยนแปลงแผนการรักษา
7. ล้มเหลว (failure): ไม่บรรลุเป้าหมายการรักษา และต้องเปลี่ยนเป็นแผนการรักษาแบบใหม่ และติดตาม
8. เสียชีวิต (expired): ผู้ป่วยเสียชีวิตขณะได้รับการรักษาด้วยยา

การที่จะจัดการดูแลการใช้ยาของผู้ป่วยได้อย่างมีคุณภาพ ต้องมีกระบวนการบริหารทางเภสัชกรรมที่ดี ซึ่งกระบวนการทางเภสัชกรรมมีหลายรูปแบบ เพื่อเป็นแนวทางแก่เภสัชกร ดังนี้

1. กระบวนการบริหารทางเภสัชกรรม โดยเน้นความสำคัญของการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างเภสัชกรกับผู้ป่วยในฐานะผู้ดูแลด้านยา และการกำหนดการรักษาพร้อมกับผู้ป่วย กระบวนการนี้เรียกว่า pharmacist's workup of drug therapy (PWDT) มีขั้นตอนการดำเนินงานดังนี้ (บุษบา จินดาวิจักษ์ และคณะ, 2539)



2. Tomechko และคณะ (1995) ได้เสนอกระบวนการบริหารทางเภสัชกรรม ดังนี้



ดังนี้

3. ASHP (1996) ได้เสนอกระบวนการที่เป็นมาตรฐานสำหรับการบริหารทางเภสัชกรรม

ขั้นที่ 1 : การรวบรวมข้อมูลที่สำคัญเกี่ยวกับผู้ป่วย เพื่อใช้ในการค้นหา แก้ไข หรือป้องกันปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อประเมิน ความเหมาะสมของการใช้ยา



ขั้นที่ 2 : ระบุปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาที่เกิดขึ้น



ขั้นที่ 3 : ระบุความต้องการที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาในการรักษา



ขั้นที่ 4 : กำหนดผลการรักษาที่ต้องการ



ขั้นที่ 5 : วางแผนการรักษาด้วยยาที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วย



ขั้นที่ 6 : วางแผนการติดตามผลการใช้ยา



ขั้นที่ 7 : ดำเนินการตามแผนการรักษา

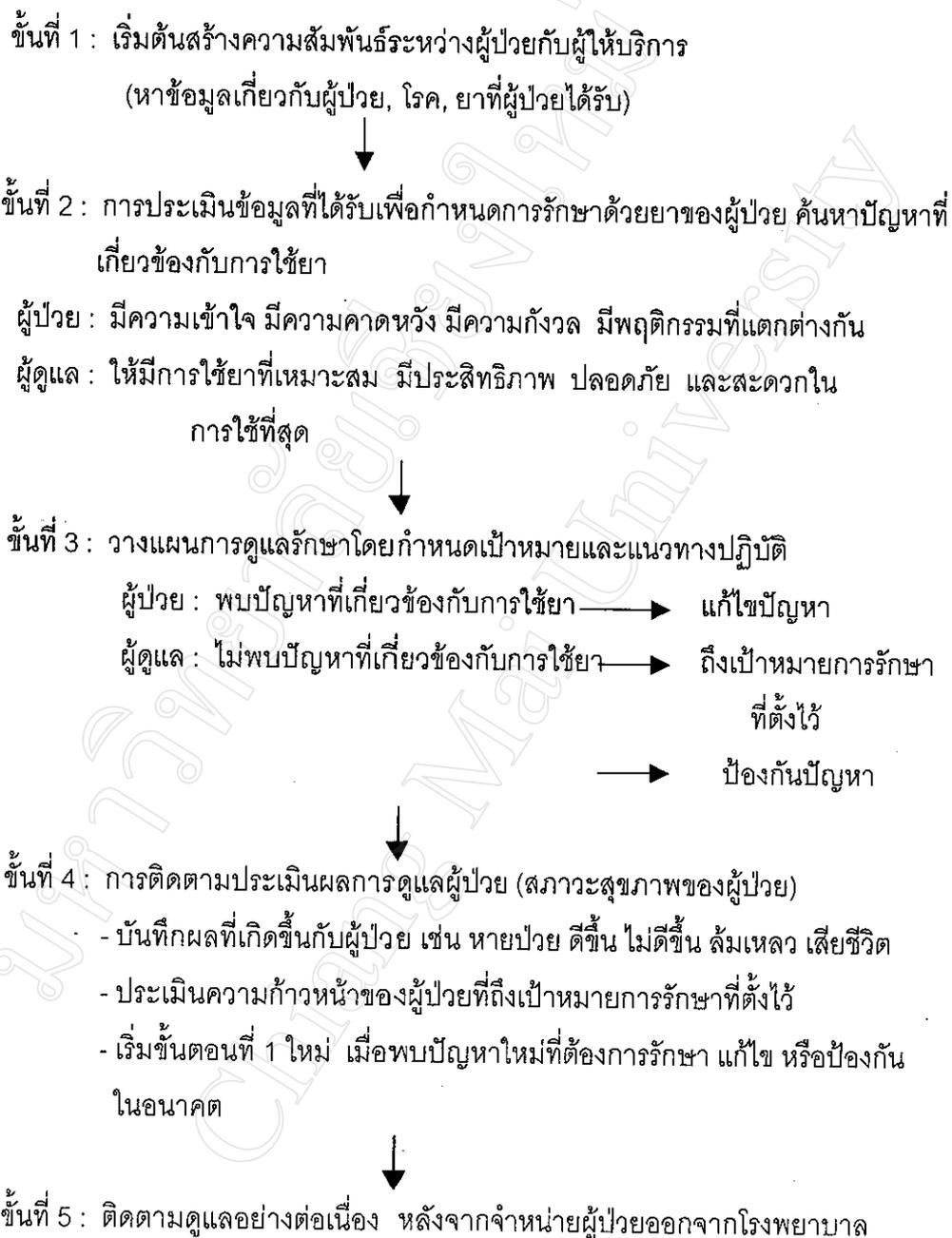


ขั้นที่ 8 : ดำเนินการติดตามผลการรักษา



ขั้นที่ 9 : วางแผนการรักษาใหม่แล้วแต่ผลการรักษาของผู้ป่วย

4. Cipolle และคณะ (1998) ได้เสนอกระบวนการในการดูแลผู้ป่วยดังนี้

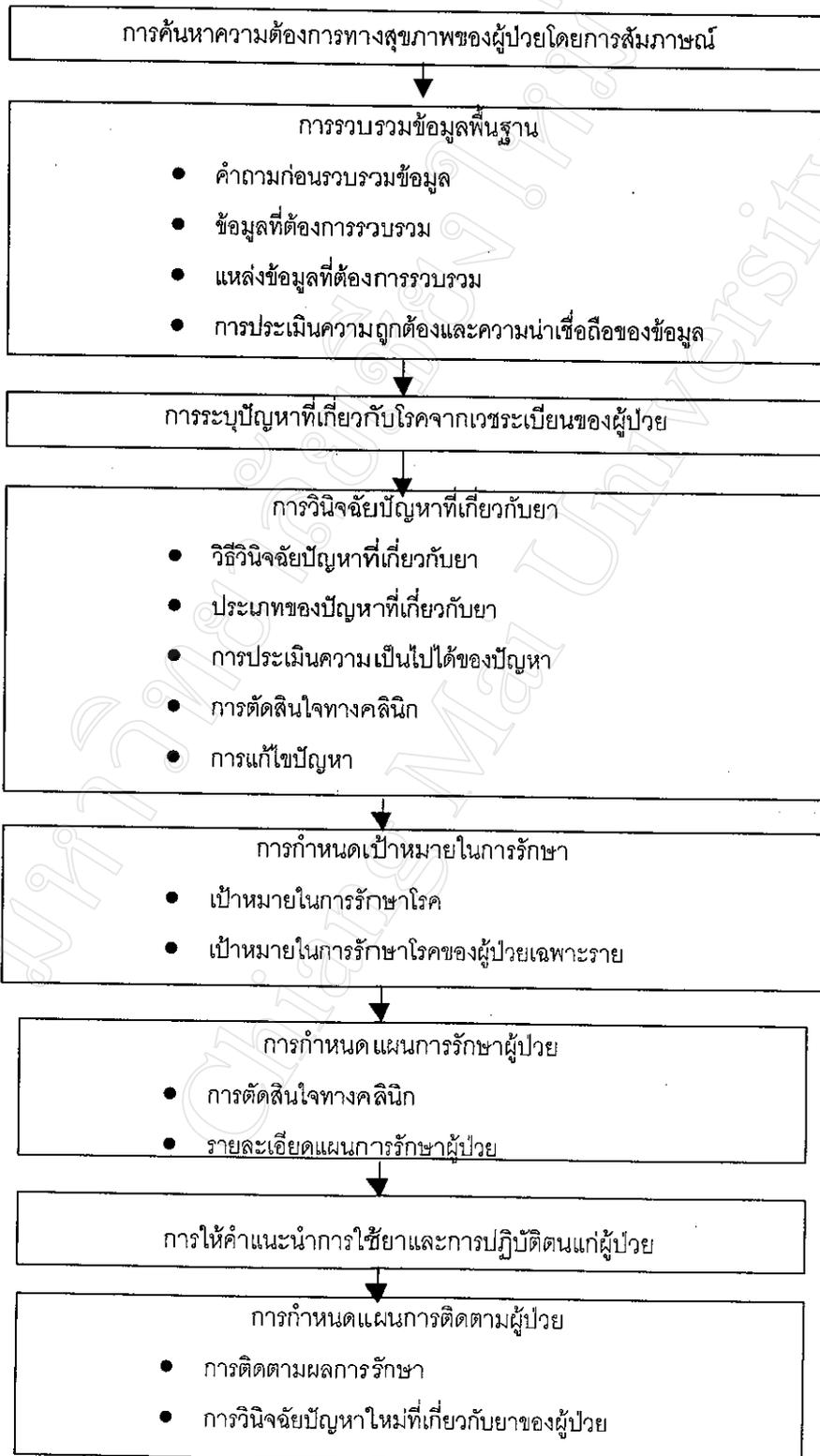


5. ปิยะวรรณ กุลย์รัตน์ (2538) ได้เสนอรูปแบบการปฏิบัติงานบริบาลผู้ช้ยาในโรงพยาบาลชุมชน ดังนี้



6. การให้บริบาลทางเภสัชกรรมอย่างเป็นระบบ (systematic approach in pharmaceutical care) มีกระบวนการคิดและทำงานในการประเมินปัญหาของผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ ในรูปแบบของ problem-oriented medical record (PORM) มาใช้ในการบริบาลทางเภสัชกรรม โดยเน้นการวินิจฉัยปัญหาที่เกี่ยวข้องกับยา รวมทั้งวางแผนดูแลผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับยาอย่างจำเพาะ (เฉลิมศรี ภูมิมางกุล; 2543)

ขั้นตอนในการบริหารทางเภสัชกรรมอย่างเป็นระบบ



การบันทึกการปฏิบัติงานบริหารทางเภสัชกรรม

เพื่อให้การปฏิบัติงานมีประสิทธิภาพ ต้องมีกระบวนการคิดและทำงาน ในการประเมินปัญหาของผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ ซึ่งได้จากการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ

รูปแบบของการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยในงานบริหารทางเภสัชกรรม มีหลายประเภท คือ

1. การบันทึก SOAP Note (เฉลิมศรี ภูมิมางกุล; 2543) ประกอบด้วยองค์ประกอบหลัก 4 ประการคือ

1.1 ข้อมูลเชิงจิตวิสัย (subjective data) เป็นข้อมูลที่ได้จากคำบอกเล่าของผู้ป่วยเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย การรักษาพยาบาลเบื้องต้นของผู้ป่วย ยาที่ใช้ และอาการไม่พึงประสงค์ที่พบ เนื่องจากข้อมูลนี้ได้มาจากผู้ป่วยจึงขึ้นอยู่กับความทรงจำและความรู้สึกของผู้ป่วย จึงไม่อาจใช้เป็นข้อมูลที่เชื่อถือได้

1.2 ข้อมูลเชิงวัตถุวิสัย (objective data) เป็นข้อมูลที่ได้จากการตรวจร่างกาย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลการตรวจโดยใช้เครื่องวินิจฉัยโรคต่าง ๆ การนับเม็ดเลือดหรือข้อมูลจากบันทึกของเภสัชกรเกี่ยวกับประวัติการใช้ยาของผู้ป่วย (pharmacy patient profile; PPP) ข้อมูลนี้นับเป็นข้อมูลที่เชื่อถือได้

1.3 การประเมิน (assessment) คือ การประเมินหรือวิเคราะห์เพื่อแก้ปัญหาของผู้ป่วย มักเขียนเป็นประโยคสั้น ๆ บรรยายถึงผลสรุปของปัญหาของผู้ป่วยหรือการวินิจฉัยโรคโดยอาศัยข้อมูลเชิงจิตวิสัยและข้อมูลเชิงวัตถุวิสัยประกอบ รวมถึงการวิเคราะห์ทางเลือกเพื่อแก้ปัญหาที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย

1.4 การวางแผน (plan) คือ การบรรยายอย่างละเอียดของแผนในการรักษาพยาบาล การให้คำแนะนำที่เกี่ยวกับยาและโรคแก่ผู้ป่วย การติดตามผลการรักษา ตลอดจนการตรวจตราและติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากยา

2. การบันทึกแบบ CORE – PRIME – FARM (Canaday and Yarborough, 1994)

Canaday และ Yarborough (1994) ได้เสนอแนวทางการบันทึกการปฏิบัติงานบริหารทางเภสัชกรรมที่เป็นระบบและเป็นมาตรฐาน โดยใช้อักษรหน้าของแต่ละข้อมาเรียงเพื่อให้ง่ายแก่การจำ ดังนี้

2.1 วางแผนการรักษาด้วยยาแบบ CORE ได้แก่

condition of need : ภาวะของผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการรักษา

outcome desired : กำหนดเป้าหมายของการรักษา

regimen selected : เลือกแผนการรักษาเพื่อให้ได้ผลตามที่กำหนด

evaluation parameter : กำหนดตัวชี้วัดที่ใช้ในการติดตามผลการรักษา

2.2 ค้นหาปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา โดยจำแนกแบบ PRIME Type แบ่งปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา เป็น

pharmaceutical : ความคลาดเคลื่อนในทางเภสัชกรรม

risk of Patient : โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาของผู้ป่วย

interaction : การเกิดอันตรกิริยาของยา

mismatch between medication and indication/conditions : การใช้ยาโดยไม่สัมพันธ์กับโรคหรือสภาวะของผู้ป่วย

efficacy Issue : ประสิทธิภาพของการรักษา

2.3 การบันทึกความก้าวหน้าในการรักษา แบบ FARM ประกอบด้วย

finding : สิ่งที่ค้นพบเป็นการรวบรวมข้อมูลทั้ง Subjective และ Objective ที่พบเพื่อให้เห็นลักษณะ ขอบเขต และความสำคัญของปัญหาที่ชัดเจน

assessment : การแปลผลข้อมูลที่เก็บรวบรวมใน Finding เพื่อแยกปัญหาที่เกิดขึ้นกับที่คาดว่าจะเกิด และปัญหาที่สำคัญกับปัญหาที่ไม่สำคัญ

resolution : ข้อเสนอแนะของเภสัชกรเพื่อแก้ไข ป้องกันปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา

monitoring and follow – up : การติดตามผลการรักษาด้วยยา

2. การบันทึกแบบ Drug therapy assessment worksheet; DTAW (เฉลิมศรี ภูมิมางกุล; 2543)

1. ความสัมพันธ์ระหว่างยาที่เลือกใช้และปัญหาของผู้ป่วย (correlation between drug therapy and medical problem)
2. การเลือกใช้อย่างเหมาะสม (appropriate drug selection)
3. การสั่งใช้ยา (drug regimen)
4. การให้ยาซ้ำซ้อน (therapeutic duplication)
5. การแพ้ยาหรือความไม่สามารถทนต่อยาของผู้ป่วย (drug allergy or intolerance)
6. อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (adverse drug events)

4. การบันทึกแบบ PMDRP (วงศ์นี กุลพรหม, 2542)

PMDRP เป็นแบบบันทึกที่ปรับปรุงมาจากการบันทึก PWDT และเป็นเครื่องมือต้นแบบที่ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพ ใช้ในการเรียนรู้และฝึกฝนการดำเนินงานบริหารทางเภสัชกรรม มุ่งเน้นที่การระบุ และแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยาเป็นสำคัญ มีความแตกต่างจาก PWDT คือมีเครื่องมือในส่วนของการติดตามผลการรักษา (Winslade และคณะ, 1997)

ในกระบวนการบริหารทางเภสัชกรรมเกือบทุกขั้นตอนจะต้องมีการบันทึกข้อมูลต่าง ๆ ของผู้ป่วยไว้เพื่อใช้ในการค้นหา ป้องกัน และแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา โดยวิธีการบันทึกและแบบบันทึกที่ใช้อยู่ในปัจจุบันมีหลายแบบ ซึ่งแต่ละแบบมีข้อดีข้อเสียและรายละเอียดที่แตกต่างกันไป เภสัชกรควรเลือกใช้รูปแบบที่มีความเหมาะสมและนำข้อมูลที่ได้มาประยุกต์ใช้ให้เกิดประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วยมากที่สุด

จากการศึกษาพบว่า นักศึกษาเภสัชศาสตร์ ใช้แบบบันทึก PWDT ในการค้นหาและแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา พบการเกิดอันตรกิริยาของยา ร้อยละ 24.5 และการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ร้อยละ 23.4 และข้อเสนอแนะสามารถแก้ไขปัญหาได้ร้อยละ 77.3 (Briceland และคณะ, 1993)

การบันทึกการบริหารทางเภสัชกรรมในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในสหรัฐอเมริกา โดยบันทึกจำนวนชนิดของข้อเสนอแนะของเภสัชกร และคำนวณความประหยัดจากการใช้ยา ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบว่า การได้รับยาที่ถูกต้องแต่ขนาดน้อยเกินไป และการได้รับยาที่ถูกต้องแต่ขนาดมากเกินไปเป็นปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาที่พบมากที่สุด ข้อเสนอแนะ ร้อยละ 90.0 มีผลต่อคุณภาพของกระบวนการใช้ยา เช่น การรักษาโรค การรักษาอาการใหม่ และป้องกันการใช้ยาที่ไม่ถูกต้องเหมาะสม อย่างเช่นข้อเสนอแนะในการปรับขนาดยา, การเลือกใช้ยา และร้อยละ 10.0 ของข้อเสนอแนะสามารถประหยัดค่าใช้จ่ายที่มีผลกระทบต่อผู้ป่วย (Weidle, และคณะ, 1998) การให้ข้อเสนอแนะของเภสัชกรนำไปสู่การใช้ยาที่เหมาะสมและลดการเกิดอาการอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา การให้ข้อเสนอแนะเกิดที่หอผู้ป่วยใน ร้อยละ 67.0 และผู้ป่วยนอก ร้อยละ 33.0 และข้อเสนอแนะที่ได้รับการยอมรับจากแพทย์ร้อยละ 89.8 สามารถประหยัดค่าใช้จ่ายได้ 140,328 ดอลลาร์สหรัฐอเมริกา (Kroon และคณะ, 1997)

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับบทบาท และคุณประโยชน์ของเภสัชกรในการปฏิบัติงานเภสัชกรรมคลินิก ด้านการติดตามปัญหาการใช้ยา เช่น การศึกษาของ Lobas ในปี ค.ศ. 1992 ได้ศึกษาบทบาทของเภสัชกรในการบริหารผู้ป่วยที่ Ambulatory care โดยทำการศึกษาระยะเวลา 14 เดือน ระหว่างปี 1985-1989 ที่ University of Minnesota ซึ่งการปฏิบัติหน้าที่บริหารผู้ป่วยของเภสัชกรนั้นจะประกอบด้วย การสอบประวัติการใช้ยาของผู้ป่วยในอดีต กำหนดเป้าหมายการรักษาด้วยยา การให้คำแนะนำการใช้ยาทั้งต่อทีมการรักษา และต่อตัวผู้ป่วยเอง รวมทั้งการติดตามการรักษาผู้ป่วยในด้านต่าง ๆ ในส่วนของการเก็บรวบรวมข้อมูลนั้น เภสัชกรจะมีแบบบันทึกการใช้ยา และการให้คำแนะนำ เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาทำการวิเคราะห์ โดยผู้ป่วยที่ได้รับการบริหารของเภสัชกรมีทั้งสิ้น 184 ราย ได้รับคำแนะนำของเภสัชกรทั้งสิ้น 360 ข้อแนะนำ โดยข้อแนะนำจำนวนดังกล่าว เป็นที่ยอมรับของแพทย์ 297 คำแนะนำ คิดเป็นร้อยละ 82.5 ซึ่งจากผลการศึกษาสามารถสรุปได้ว่า การบริหารเภสัชกรรมสามารถลดค่าใช้จ่ายในการรักษาของผู้ป่วย และช่วยปรับปรุงคุณภาพในการรักษาให้มีมาตรฐานที่สูงขึ้นกว่าเดิมได้ (Lobas, 1992) ซึ่งเป็นการช่วยในการป้องกัน และแก้ไขปัญหานั้นเนื่องจากยาได้อย่างดี และช่วยลดค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพของประชาชน (Zunker, 2000) นอกจากนี้ Bjohnson และคณะ (1993) ได้ทำการศึกษาถึงการปฏิบัติงานของทีมรักษาผู้ป่วยในของโรงพยาบาล Walter Reed Army ในกรุงวอชิงตัน ดี.ซี. ทำการศึกษาระยะเวลา 1 ปี โดยทำการศึกษาเปรียบเทียบทีมการรักษา 2 ทีม คือ ทีมที่มีเภสัชกรอยู่ในทีม และอีกทีมหนึ่งจะไม่มีเภสัชกรอยู่ในทีม ซึ่งผลการศึกษาท้ายสุดจะเปรียบเทียบถึงระยะเวลาที่ผู้ป่วยนอนรักษาตัวเองในโรงพยาบาล อัตราตายของผู้ป่วยและค่าใช้จ่ายต่อการรักษาตัวผู้ป่วยใน 1 ครั้ง โดยศึกษาในผู้ป่วยจำนวนทั้งสิ้น 3,081 ราย ซึ่งผลการศึกษาพบว่าทีมรักษาที่มีเภสัชกรร่วมอยู่ด้วยนั้น จะทำให้ผู้ป่วยลดระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลลงได้ และทำให้เสียค่าใช้จ่ายต่อการรักษาตัวเองน้อยลง แต่อัตราการตายไม่มีการเปลี่ยนแปลง จึงได้ข้อสรุปว่าทีมรักษาซึ่งมีเภสัชกรร่วมอยู่ด้วยจะช่วยลดระยะเวลาการรักษาตัวในโรงพยาบาล และช่วยประหยัดค่าใช้จ่ายในการรักษา

2. สาเหตุการเกิดปัญหาอันเนื่องมาจากยา

Hepler and Strand (1990) ได้แบ่งประเภทของสาเหตุของปัญหาอันเนื่องมาจากยาตามขั้นตอนกระบวนการใช้ยา ดังต่อไปนี้

1. การสั่งใช้ยาไม่เหมาะสม ได้แก่ การสั่งใช้ยาในขนาดและวิธีการใช้ยาที่ไม่เหมาะสม ทั้งในด้านชนิดยา รูปแบบ ขนาด วิธีทาง ปริมาณ ระยะเวลาและช่วงเวลาที่ยาวเกินกว่าที่ควร รวมถึงการสั่งใช้ยาที่ไม่จำเป็น

2. การนำส่งยาไม่เหมาะสม ได้แก่

2.1 การไม่มียาให้ใช้ในเวลาที่ต้องการ เนื่องจากไม่มียาในคลัง ผู้ป่วยไม่สามารถจ่ายค่ายาได้ ระบบการกระจายยา หรือผู้ดูแลผู้ป่วยไม่ได้ให้ยาอย่างครบถ้วน

2.2 ความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยา เช่น การเขียนฉลากยาไม่ถูกต้อง การขาดคำแนะนำการใช้ยาแก่ผู้ป่วย หรือให้คำแนะนำในทางที่ผิด

2.3 ความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา เช่น การเตรียมยา การบริหารยา การหยิบยาผิด

3. ผู้ป่วยไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษาที่เหมาะสมหรือถูกต้อง พฤติกรรมของผู้ป่วยไม่เหมาะสม เป็นปัญหาด้านความร่วมมือของผู้ป่วย

4. การเกิดอาการแพ้โดยไม่สามารถคาดการณ์ได้ล่วงหน้า (patient idiosyncrasy) อันเป็นปฏิกิริยาตอบสนองจากยากับผู้ป่วยเฉพาะราย

5. การติดตามผลการรักษาไม่เหมาะสม (inappropriate monitoring) ได้แก่ ความล้มเหลวของการติดตามและแก้ไขผลการรักษาด้วยยา หรือการติดตามผลของการรักษาด้วยยาที่ไม่มีประสิทธิภาพ

การกำหนดเป้าหมายของการปฏิบัติงานสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย โดยใช้ปัญหาอันเนื่องมาจากยาเป็นส่วนประกอบที่สำคัญในการดำเนินการ ดังนั้นเภสัชกรจะต้องเข้าใจความหมายของปัญหาอันเนื่องมาจากยา

มีผู้รวบรวมและได้จัดแบ่งปัญหาอันเนื่องมาจากยาไว้ได้ 3 วิธีใหญ่ ๆ คือ

1. แบ่งตามความคลาดเคลื่อนในขั้นตอนของกระบวนการใช้ยา
2. แบ่งตามเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาที่อาจมีผลเสียต่อการรักษาผู้ป่วย
3. แบ่งตามปัญหาของการรักษาด้วยยา

1. การแบ่งประเภทปัญหาตามความคลาดเคลื่อน ในขั้นตอนของกระบวนการใช้ยา ความคลาดเคลื่อนในขั้นตอนต่าง ๆ ของกระบวนการใช้ยา สามารถจำแนกได้ดังนี้ (Alland and Barker, 1990)

1. ความคลาดเคลื่อนในการสั่งยา
 - 1.1 ชื่อยาไม่ถูกต้อง
 - 1.2 วิธีทางบริหารยาไม่ถูกต้อง
 - 1.3 ขนาดยาไม่ถูกต้อง
 - 1.4 ความแรงของยาไม่ถูกต้อง
 - 1.5 รูปแบบที่สั่งไม่ถูกต้อง
 - 1.6 ข้อมูลในคำสั่งไม่ครบถ้วน
 - 1.7 การสั่งใช้ยาที่มีข้อบ่งใช้เหมือนกัน ซ้ำซ้อน
 - 1.8 การเลือกใช้ยาไม่เหมาะสมในแง่ของข้อบ่งใช้ ข้อห้ามใช้ การสั่งใช้ยาที่ผู้ป่วยแพ้ การเกิดอาการอันไม่พึงประสงค์ เป็นต้น
 - 1.9 การสั่งใช้ยาที่เกิดอันตรกิริยา
 - 1.10 การลืมสั่งใช้ยา
 - 1.11 การเขียนคำสั่งใช้ยาที่ทำให้เกิดการเข้าใจผิด เช่น ลายมือที่อ่านยาก

2. ความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา
 - 2.1 การลืมบริหารยาตามแพทย์สั่ง
 - 2.2 การบริหารยามืดเวลา
 - 2.3 การบริหารยามืดขนาดจากที่แพทย์สั่ง หรือการบริหารยาซ้ำซ้อน
 - 2.4 การบริหารยาที่แพทย์ไม่ได้สั่ง
 - 2.5 การบริหารยามืดรูปแบบจากที่แพทย์สั่ง
 - 2.6 การใช้ยาที่เสื่อมสภาพ หรือหมดอายุ
 - 2.7 การบริหารยาที่มีการเตรียมผิดสูตร
 - 2.8 การบริหารยาด้วยเทคนิค หรือขั้นตอนที่ไม่เหมาะสม

3. ความคลาดเคลื่อนในการติดตามผลการรักษา เช่น ไม่มีการสั่งติดตามผลการตรวจรักษา หรือผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เกี่ยวข้อง หรือความคลาดเคลื่อนในการทบทวนการสั่ง ใช้ยา หรือการปรับรูปแบบการสั่งยาตามสภาวะของผู้ป่วย

4. ความคลาดเคลื่อนในการใช้ยาด้วยตนเองของผู้ป่วย หมายถึง พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาอย่างไม่เหมาะสมของผู้ป่วย

5. ความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยา

5.1 การจ่ายยาผิดชนิด ผิดขนาด ผิดรูปแบบ ลืมจ่ายยา จ่ายยาซ้ำซ้อน หรือจ่ายยาที่แพทย์สั่งหยุดใช้

5.2 การเก็บรักษายาไม่เหมาะสม

5.3 การเตรียมยาหรือผสมยาผิดไม่เหมาะสม

6. ความคลาดเคลื่อนในการใช้อื่น ๆ ที่ไม่ได้ระบุไว้ข้างต้น

2. การแบ่งประเภทปัญหาอันเนื่องมาจากยาตามอาการ หรือเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาที่อาจมีผลเสียต่อการรักษาผู้ป่วย (Hepler and Strand, 1990) ดังต่อไปนี้

1. การไม่ได้รับยาที่สมควรจะได้รับ
2. การได้รับยาไม่เหมาะสม
3. การได้รับยาขนาดน้อยเกินไป
4. การได้รับยาขนาดมากเกินไป
5. การไม่ได้รับยาตามแพทย์สั่ง
6. การเกิดอาการอันไม่พึงประสงค์จากยา
7. ปฏิกริยาระหว่างยา
8. การได้รับยาที่ไม่มีข้อบ่งชี้ทางวิชาการ
9. ปัญหาอันเนื่องมาจากยาในลักษณะอื่น ๆ

3. การแบ่งปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาตามปัญหาของการรักษาด้วยยา (prime pharmacotherapy problems) ได้มีการเสนอแนวทางการกำหนดประเภทปัญหา โดยนำลักษณะปัญหาที่อาจพบ มาจัดใหม่ให้จำง่าย และเป็นลักษณะปัญหาที่อาจพบในการปฏิบัติงานของเภสัชกรโดยเฉพาะ ซึ่งกำหนดเป็น 5 ลักษณะ โดย Canaday and Yarborough (1994)

1. เกสัชภัณฑ์ (pharmaceutical; P) คือ ความคลาดเคลื่อนในทางเภสัชกรรม โดยประเมินเกี่ยวกับ

- รูปแบบยา
 - ขนาดยา
 - วิธีทางบริหารยา
 - เวลาในการบริหารยา
 - ระยะเวลาในการรักษา
 - ความถี่ของการบริหารยา
2. อันตรายต่อผู้ป่วย (risk to patient; R) คือ โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาของผู้ป่วย โดยประเมินเกี่ยวกับ
- ข้อห้ามใช้ของยา
 - การแพ้ยาของผู้ป่วย
 - ยาทำให้เกิดความเจ็บป่วย
 - การใช้ยาไม่เหมาะสม
 - อาการไม่พึงประสงค์
 - ความคลาดเคลื่อนในการใช้ยา
3. อันตรกิริยา (interaction; I) คือ การเกิดอันตรกิริยาของยา โดยประเมินเกี่ยวกับ
- การเกิดอันตรกิริยาระหว่างยา
 - การเกิดอันตรกิริยาระหว่างยากับอาหาร
 - การเกิดอันตรกิริยาระหว่างยากับผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ
 - การเกิดอันตรกิริยาระหว่างยากับโรคหรือสภาวะของผู้ป่วย
4. ขัดแย้งใช้กับสภาวะ/โรคผู้ป่วย (mismatch between medication and indication/ conditions; M) คือ การใช้ยาโดยไม่สัมพันธ์กับโรคหรือสภาวะของผู้ป่วยโดยประเมินเกี่ยวกับ
- การใช้ยาโดยไม่มีข้อบ่งชี้
 - ข้อบ่งชี้หรือสภาวะของโรคที่ไม่ได้รับการรักษา
5. ประสิทธิภาพของการรักษา (efficacy issue; E) โดยประเมินเกี่ยวกับ
- การเลือกใช้ยาที่ให้ผลในการรักษาโรคของผู้ป่วย แต่ไม่ใช่ยาที่มีประสิทธิภาพหรือให้ผลในการรักษาได้ดีที่สุด
 - การใช้ยาที่ไม่มีหลักฐานหรือมีผลในการรักษาน้อย
 - ผู้ป่วยไม่ได้รับยาตรงตามที่แพทย์สั่ง เช่น ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการใช้ยาไม่ดี ปัญหา

Cipole และคณะ (1998) ได้กำหนดปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาได้เป็น 7 ข้อหลัก คือ

1. ผู้ป่วยไม่ได้รับยาที่ควรจะได้ (need for additional drug therapy)

- เนื่องจาก
- ผู้ป่วยมีอาการหรือโรคใหม่ที่ต้องการยาในการรักษาเพิ่ม
 - ผู้ป่วยเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องการยารักษาต่อเนื่อง
 - ต้องการยาเพื่อเสริมฤทธิ์ในการรักษา
 - ต้องการยาเพื่อป้องกันอาการหรือโรค

2. ผู้ป่วยได้รับยาที่ไม่จำเป็น (unnecessary drug therapy)

- เนื่องจาก
- ได้รับยาที่ไม่มีข้อบ่งชี้ในการใช้
 - ได้รับยาเข้าไปในร่างกายโดยไม่ได้ตั้งใจหรืออุบัติเหตุ
 - มีการใช้ยาในทางที่ผิด (drug abuse) เป็นสารเสพติด มีการใช้ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หรือสูบบุหรี่ ซึ่งส่งผลเสียต่อสุขภาพ
 - ได้รับการรักษาโดยวิธีอื่นดีกว่าการใช้ยา
 - มีการใช้ยาซ้ำซ้อน
 - การรักษาอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาที่หลีกเลี่ยงได้

3. ผู้ป่วยได้รับยาไม่เหมาะสม (wrong drug)

- เนื่องจาก
- ได้รับยาที่ไม่มีประสิทธิภาพ (not effective)
 - ได้รับยาที่ผู้ป่วยมีประวัติการแพ้และผู้ป่วยเกิดอาการแพ้
 - ได้รับยาที่ไม่มีประสิทธิภาพเหมาะสมที่สุดสำหรับอาการหรือโรคที่เป็น หรือมียาอื่นซึ่งมีประสิทธิภาพดีกว่า
 - ได้รับยาที่มีข้อบ่งห้ามในการใช้ยา
 - ได้รับยาที่มีประสิทธิภาพแต่ราคาไม่เหมาะสม
 - ได้รับยาที่มีประสิทธิภาพแต่ไม่มีความปลอดภัย
 - ได้รับยาที่เกิดการดื้อยาแล้ว
 - ได้รับยาเพื่อวัตถุประสงค์เสริมฤทธิ์กันโดยไม่จำเป็นเพราะใช้ยาเดียวกัน ได้ผล

4. ผู้ป่วยได้รับยาที่ถูกต้องแต่ขนาดยาน้อยเกินไป (dosage too low)

- เนื่องจาก
- ได้รับยาในขนาดที่น้อยเกินไปที่จะได้ผลต่อผู้ป่วย
 - มีระดับความเข้มข้นของยาในกระแสเลือดน้อยกว่าระดับการรักษา
 - ระยะเวลาในการใช้ยาไม่เหมาะสม เช่น การให้ยาปฏิชีวนะเพื่อป้องกันการติดเชื้อก่อนผ่าตัดนานเกินไป
 - ความถี่ในการให้ยาไม่เพียงพอ

5. ผู้ป่วยเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (adverse drug reaction)

- เนื่องจาก
- ให้ยาแก่ผู้ป่วยในอัตราเร็วเกินไป
 - เกิดการแพ้ยาที่ได้รับ
 - เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา

- เกิดปฏิกิริยาระหว่างยาหรืออาหาร
6. ผู้ป่วยได้รับยาที่ถูกต้องแต่ขนาดยามากเกินไป (dose to high)
- เนื่องจาก
- ได้รับยาที่มีขนาดยาสูงมากเกินไป
 - มีความเข้มข้นของยา ในกระแสโลหิตมากกว่าระดับการรักษา
 - เกิดการสะสมของยาที่ใช้ ติดต่อกันระยะเวลานาน ๆ
 - ความถี่ในการให้ยามากเกินไป
7. ผู้ป่วยไม่ได้รับยาตามสั่ง
- เนื่องจาก
- ปัญหาความคลาดเคลื่อนจากการใช้ยา (medication error) ทั้ง ขบวนการสั่งยา การจ่ายยา การบริหารยา
 - ผู้ป่วยไม่ทำตามคำแนะนำ เนื่องจากไม่เข้าใจ ยามีราคาสูง ขัดแย้งกับความเชื่อ หรือสาเหตุอื่น

มีการศึกษาสาเหตุของการเกิดปัญหาอันเนื่องมาจากยาหลายการศึกษา เช่น

ปัญหาการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาในปี 1987 คณะกรรมการอาหารและยาของประเทศสหรัฐอเมริกา ได้รวบรวมและรายงานอาการอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา พบว่ามีผู้ป่วยถึง 15,000 ราย ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (Hepler and Strand, 1990)

Einarson(1993) ได้รวบรวมข้อมูลในช่วงปี 1966 ถึงปี 1989 พบว่ามีอัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจากอาการอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ประมาณอัตราร้อยละ 0.2 ถึง 21.7

การศึกษาของ Manasse (1989) ซึ่งทำการศึกษแบบ Metaanalysis โดยติดตามผลการวิจัยเกี่ยวกับเรื่องปัญหาที่เกิดขึ้นอันเนื่องมาจากการใช้ยาในรอบ 25 ปี ที่ประเทศสหรัฐอเมริกา ได้ข้อสรุปว่า ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลนั้นมีถึงร้อยละ 10 ที่มีสาเหตุจากการใช้ยาที่ไม่เหมาะสม นอกจากนี้ยังพบว่า มีสาเหตุของการเสียชีวิตจากการใช้ยาที่ไม่เหมาะสมนี้ ในอัตรา 2.4 รายในผู้ป่วย 1,000 ราย

ในปี ค.ศ. 1990 Lesar ศึกษาข้อผิดพลาดของใบสั่งยาในโรงพยาบาล มหาวิทยาลัย Northeastern New York ประเทศสหรัฐอเมริกา ซึ่งเป็นโรงพยาบาลขนาด 640 เตียง โดยศึกษา

เป็นเวลา 1 ปี จากใบสั่งยาทั้งสิ้น 289,411 ใบ พบว่า ใบสั่งยาจำนวน 905 ใบ เกิดข้อผิดพลาดขึ้น และในจำนวนนี้มีใบสั่งยาถึง 522 ใบ (ร้อยละ 57.7) ส่งผลเสียต่อผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญถึง 1.81 ต่อใบสั่งยา 1,000 ใบ การศึกษายังพบอีกว่าข้อผิดพลาดจะเกิดมากขึ้นที่สุดในช่วง 12.00 น. ถึง 15.59 น. โดยพบว่าความผิดพลาดของใบสั่งยาที่เกิดขึ้นนั้นร้อยละ 20 มาจากตัวของแพทย์เอง โดยเฉพาะแพทย์ฝึกหัดมีการสั่งยาผิดพลาดถึง 4.25 ต่อใบสั่งยา 1,000 ใบ (Lesar, 1990)

การศึกษาของ Prince และคณะ (1992) ศึกษาถึงสาเหตุการเจ็บป่วยอันเนื่องมาจากยา (drug related illnesses) โดยทำการศึกษา ณ โรงพยาบาล Mercy Hospital รัฐ Pennsylvania ประเทศสหรัฐอเมริกา ซึ่งเป็นโรงพยาบาลขนาด 517 เตียง และรับรักษาผู้ป่วยแบบ tertiary care โดยศึกษาที่แผนกฉุกเฉินของโรงพยาบาล การศึกษาคั้งนี้เป็นแบบ retrospective โดยการทบทวนดูจากแบบบันทึกของการรักษาของผู้ป่วยย้อนหลังเป็นเวลา 4 เดือน จากเดือน ตุลาคม 1990 ถึง เดือนมกราคม 1991 ใช้จำนวนผู้ป่วยทั้งสิ้น 10,184 ราย

โดยการศึกษาครั้งนี้ได้แยกปัญหาจากการใช้ยาเป็น 5 รูปแบบ คือ

1. การเกิดอาการอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา
2. การใช้ยาที่สูงเกินขนาดรักษาหรือ นำยาไปใช้ในทางที่ผิด
3. การไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย
4. การเกิดปฏิกิริยาระหว่างยา
5. การเกิดพิษจากยา

จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยถึงร้อยละ 2.9 ที่มายังแผนกฉุกเฉินของโรงพยาบาลมีสาเหตุมาจากการใช้ยา โดยพบว่ายากลุ่มที่เกี่ยวข้องคือ anticonvulsants, antibiotics, respiratory drug และยาแก้ปวดตามลำดับ

ส่วนสาเหตุของการใช้ยาที่ไม่เหมาะสม จนทำให้เกิดการเจ็บป่วยก็ คือ การใช้ยาสูงเกินขนาดรักษาหรือนำยาไปใช้ในทางที่ผิดร้อยละ 3.5 การไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย ร้อยละ 2.8 การเกิดอาการอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาร้อยละ 2.8 การเกิดพิษจากยาร้อยละ 8.0 และการเกิดปฏิกิริยาระหว่างยา ร้อยละ 1.0 ส่วนระยะเวลาเฉลี่ยที่ต้องสูญเสียไปกับอาการเจ็บป่วยอันเนื่องมาจากการใช้ยานั้น จะพบว่าเฉลี่ยอยู่ที่ 5.8 วัน และเสียค่าใช้จ่ายสูงถึง 8,888 เหรียญดอลลาร์ สหรัฐอเมริกาต่อการเข้ารับการรักษา 1 ครั้ง

สาคร ขาวขำ และคณะ(2539) พบผู้ป่วยร้อยละ 94.1 ของผู้ป่วยโรคเบา-หวานและโรคความดันโลหิตสูง รพ.แม่สอด ไม่สามารถให้ยาตามสั่งร้อยละ 26.5 มีอาการไม่พึงประสงค์จากการให้ยา ร้อยละ 8.8 การรักษาไม่ได้ผลเนื่องจากความคลาดเคลื่อนในการสั่ง/จ่ายยา ร้อยละ 5.9 พบอันตรกิริยาหรือปฏิกิริยาระหว่างกันของยาที่ใช้

จากการศึกษาพฤติกรรมกรใช้ยาที่ รพ.เลิศสิน พบว่าแพทย์สั่งจ่ายยาในกลุ่ม anti - infective drugs ให้ผู้ป่วยเฉลี่ย 10.1 วัน แต่ผู้ป่วยใช้ไปเพียง 3.3 วัน ในกลุ่มยาแก้ปวดด้านการอักเสบผู้ป่วยมักจะให้ยาไปประมาณครึ่งหนึ่งของที่แพทย์สั่งจ่าย ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของปัญหาเกี่ยวกับความร่วมมือในการให้ยาของผู้ป่วย และจากโครงการรับบริจาคจากยาของรพ.เลิศสิน พบว่าภายในระยะเวลา 3 เดือน มีผู้นำยาที่ไม่ได้ใช้มาบริจาคมีมูลค่าถึง 140,202 บาท (สุวรรณี - เจริญพิชิตนันท์, 2541)

พบปัญหาความเหมาะสมกรใช้ยา ceftriaxone ของตึกอายุรกรรม รพ.อุตรดิตถ์ พบว่าการสั่งจ่ายยาแบบ empiric therapy ไม่เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนดถึงร้อยละ 75.2 (ศรีนวล เคลือบพวง, 2542)

จันทร์จิรา ขอบประติล และคณะ(2543)ได้ศึกษาการใช้ยาลดไขมันกลุ่ม HMG-Co A reductase inhibitors ในผู้ป่วยนอก รพ.สมุทรสาคร พบอาการไม่พึงประสงค์จากยา simvastatin ร้อยละ 13.3 พบ drug interaction ร้อยละ 4

พบว่าปัญหาบางส่วนสามารถหลีกเลี่ยงได้ ประมาณร้อยละ 12 ถึง ร้อยละ 76 ของปัญหาที่พบ (Hepler and Rousseau TG, 1995) นอกจากนี้ Currie และคณะ (1997) พบว่าเภสัชกรที่ผ่านการอบรมและฝึกปฏิบัติการค้นหาปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยช่วยพัฒนาความสามารถในการค้นหาและวิเคราะห์ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาได้มากขึ้น และพบว่านักศึกษาเภสัชศาสตร์หลักสูตร Pharm D สามารถค้นหา แก้ไข และป้องกันปัญหาที่เกิดจากการใช้ยา ในการร่วมดูแลผู้ป่วยพบว่ามีคำแนะนำ ร้อยละ 86 ของนักศึกษาได้รับการยอมรับจากทีมแพทย์ (Chisholm, 1997)

ปัญหาอันเนื่องมาจากยา จากตัวอย่างที่แสดง จะเห็นได้ว่าปัญหาดังกล่าวเกิดขึ้นได้หลายลักษณะและทุกขั้นตอนของกระบวนการใช้ยา บางชนิดอาจรุนแรงและมีนัยสำคัญมาก ในขณะที่บางชนิดอาจไม่รุนแรงนัก ปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นอันเนื่องมาจากยา ก่อให้เกิดผลเสียต่างๆ พอสรุปได้ดังนี้ ทำให้เพิ่มอัตราการเกิดโรคและอัตราการตายของประชากร ทำให้ต้องใช้เวลาในการรักษาในโรงพยาบาลนานขึ้น ทำให้มีอัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมากขึ้นและทำให้เพิ่มค่าใช้จ่ายในการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นตามมาข้างต้น

ดังนั้น ทุก ๆ ฝ่ายที่เกี่ยวข้องต้องร่วมกันในการแก้ไขหรือป้องกันปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา โดยเฉพาะในส่วนของวิชาชีพเภสัชกรรม ที่มีหน้าที่รับผิดชอบโดยตรงเกี่ยวกับยา โดยปัจจุบันวิชาชีพเภสัชกรรมเน้นการนำความรู้ทางเภสัชกรรมมาดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด และเป็นส่วนหนึ่งในคณะผู้ดูแลผู้ป่วยหรือที่เรียกงานนี้ว่า การบริหารทางเภสัชกรรม

เพื่อให้ผลการใช้ยาบรรลุเป้าหมาย คือ ผู้ป่วยได้รับยาที่เหมาะสม ถูกต้อง มีประสิทธิภาพและปลอดภัย เพื่อผลการรักษาที่ช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ตามพันธกิจในการบริหารทางเภสัชกรรม

3. ผลกระทบของการเกิดปัญหาอันเนื่องมาจากยา (วงศิณี กุลพรหม, 2542)

จากปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นเนื่องมาจากยา ก่อให้เกิดผลต่าง ๆ ตามมา ดังนี้

1. ทำให้ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล
2. ทำให้ต้องใช้เวลาในการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลนานขึ้น
3. ทำให้เพิ่มอัตราการเกิดโรค และอัตราการตายของผู้ป่วย เนื่องจากการใช้ยาไม่ได้ผลหรือเกิดพิษจากยา
4. ทำให้เพิ่มค่าใช้จ่ายในการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นตามมา

จากการศึกษาของ Johnson และ Bootman (1995) พบว่าเกิดปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาในผู้ป่วย มีความสัมพันธ์กับอัตราการเกิดโรคและอัตราการตาย อาจนำไปสู่การรักษาที่ล้มเหลวและอาจเกิดปัญหาการรักษาใหม่ขึ้น ทำให้ผู้ป่วยต้องกลับมาพบแพทย์อีก ต้องได้รับการดูแลเร่งด่วน เข้าห้องฉุกเฉิน เข้ารักษาตัวในโรงพยาบาลนานขึ้นหรือเสียชีวิต ทำให้เพิ่มค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล

ประโยชน์ของการค้นหาปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา (วงศ์นี้ กุลพรหม, 2542)

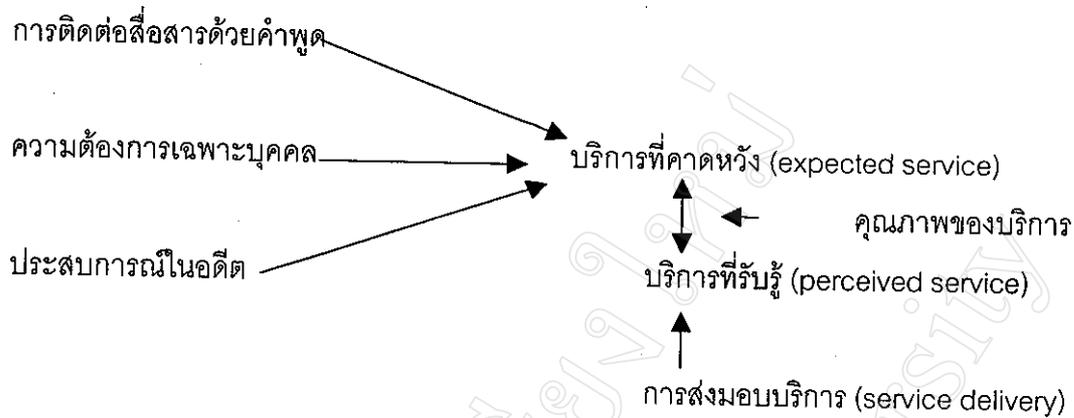
1. เป็นสิ่งจำเป็นสำหรับเภสัชกรในการค้นหา แก้ไข และป้องกันปัญหาที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้ยา
2. ช่วยให้เภสัชกรได้เข้าไปมีส่วนร่วมกับบุคลากรทางการแพทย์อื่น ๆ ในการดูแลผู้ป่วยโดยตรง
3. ช่วยกำหนดกระบวนการ การพัฒนาการทำงานให้เป็นระบบยิ่งขึ้น
4. เป็นการพัฒนานาบทบาทของเภสัชกร
5. เป็นแนวทางต่อการจัดทำหลักสูตรการเรียนการสอนซึ่งจะเน้นถึงผลการรักษาของผู้ป่วยที่ควรจะได้รับการใช้ยาที่เหมาะสมต่อไป

4. ความพึงพอใจของผู้ป่วย (patient satisfaction) (วงศ์นี้ กุลพรหม, 2542)

ความพึงพอใจ (satisfaction) เป็นความรู้สึกของบุคคลที่เกิดขึ้นเมื่อความต้องการได้รับการตอบสนอง หรือ บรรลุจุดหมายที่ตั้งไว้ระดับหนึ่ง ลูกค้าจะพอใจถ้าเขาได้รับในสิ่งที่เขาต้องการ เมื่อเขามีความต้องการ ณ สถานที่ที่เขาต้องการ ในรูปแบบที่ต้องการ

ความพึงพอใจของผู้ป่วย (patient satisfaction) เป็นผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นภายในตัวผู้ป่วย หลังจากได้รับบริการไปแล้ว ความพึงพอใจต่อบริการจะบอกให้ทราบถึงความคาดหวังของผู้ป่วย จึงต้องได้รับบริการที่มีคุณภาพอย่างสม่ำเสมอ

ความคาดหวังเกิดจากประสบการณ์ในอดีต การได้ยิน การโฆษณา โดยถือเกณฑ์ภายหลังจากการใช้บริการ ลูกค้าจะเปรียบเทียบบริการที่ได้รับบริการกับบริการที่คาดหวัง ถ้าบริการที่ได้รับต่ำกว่าบริการที่คาดหวังไว้ ลูกค้าจะไม่สนใจ ถ้าบริการที่ได้รับสูงกว่าความคาดหวังของเขา ลูกค้าจะใช้บริการนั้นซ้ำอีก



คุณภาพของบริการจะเป็นที่ยอมรับหรือไม่ขึ้นอยู่กับความพอใจของลูกค้า และคุณภาพการให้บริการที่ดี มีลักษณะ ดังนี้ (ศิริวรรณ เสรีรัตน์ และคณะ, 2539)

1. การเข้าถึงลูกค้า อำนวยความสะดวกด้าน เวลา สถานที่ ง่ายต่อการใช้บริการ
2. การติดต่อสื่อสาร ใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย อธิบายถูกต้อง
3. ความสามารถ บุคลากรมีความชำนาญ ความรู้ ความสามารถ
4. ความมีน้ำใจ บุคลากรมีมนุษยสัมพันธ์เป็นที่น่าเชื่อถือ โอบอ้อมอารี
5. ความน่าเชื่อถือ สร้างความเชื่อมั่นและไว้วางใจในบริการ
6. ความไว้วางใจ บริการที่ให้ต้องสม่าเสมอและถูกต้อง
7. การตอบสนองลูกค้า สามารถแก้ปัญหาลูกค้าได้อย่างรวดเร็วตามต้องการ
8. ความปลอดภัย บริการที่ให้ต้องปราศจากอันตราย ความเสี่ยง ปัญหาต่าง ๆ
9. สร้างบริการให้เป็นที่รู้จัก
10. การเข้าใจและรู้จักลูกค้า ต้องเข้าใจถึงความต้องการของลูกค้าให้ความสนใจและสนองความต้องการดังกล่าว

อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล และคณะ (2541) กล่าวว่า คุณภาพ คือ ภาวะที่เป็นคุณประโยชน์ต่อผู้ที่ใช้สินค้าหรือบริการ แบ่งออกเป็น 2 ชนิด คือ

1. คุณภาพที่ต้องมี เป็นสิ่งที่ลูกค้าคาดหวัง หากไม่ได้รับจะเกิดความไม่พึงพอใจ
2. คุณภาพที่ประทับใจ คือ สิ่งที่เกิดความคาดหวังของลูกค้า หากไม่ได้รับก็จะไม่รู้สึกรู้สึ แต่เมื่อได้รับแล้วจะรู้สึกประทับใจ

นอกจากนี้ อนุวัฒน์ ศุภชุติกุลและคณะ (2541) ยังแบ่งคุณภาพบริการสุขภาพออกเป็นด้านต่าง ๆ ดังนี้

1. ความรู้ความสามารถของผู้ให้บริการ
2. ความเหมาะสมของการให้บริการ เป็นการปฏิบัติตามข้อบ่งชี้หรือความสอดคล้องกับมาตรฐานวิชาชีพ
3. ประสิทธิผลของการให้บริการ ได้แก่ การที่ผู้ป่วยรอดชีวิต หลีกเลี่ยงการเจ็บป่วย ไร้ความพิการ
4. ประสิทธิภาพของการให้บริการ ได้แก่ การใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่ต้องการ
5. ความปลอดภัยของการให้บริการ ได้แก่ การที่ไม่เกิดอันตรายหรือภาวะแทรกซ้อนขึ้น การเข้าถึงบริการหรือมีบริการให้เมื่อจำเป็น
6. ความเท่าเทียมกันในการรับบริการ
7. ความต่อเนื่อง

ตัวชี้วัด 8 ประการที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจของผู้ป่วย ด้านการใช้บริการรักษาพยาบาล เป็นสิ่งสำคัญที่นำมาใช้ประเมินคุณภาพของบริการ (Escovitz and Pathak, 1997) ได้แก่

1. ลักษณะของบุคคลที่ให้การดูแลรักษา (personal aspects of care)
2. คุณภาพด้านเทคนิคของการดูแลรักษา (technical quality of care)
3. การเข้าถึงบริการ และความพอเพียงของการดูแลรักษา (accessibility and availability of care)
4. ความต่อเนื่องของการดูแลรักษา (continuity of care)
5. ความสะดวกที่ได้รับจากการบริการ (convenience)
6. สภาพแวดล้อมทางกายภาพ (physical setting)
7. การพิจารณาด้านการเงิน (financial considerations)
8. ประสิทธิภาพ (efficacy)

Ware (1996) กล่าวว่าสิ่งสำคัญที่ใช้กำหนดความพึงพอใจของผู้ป่วย คือ

1. คุณภาพของการดูแลรักษา (quality of care)

2. การเข้าถึงบริการการดูแลรักษา (access to care)
3. ความครอบคลุมของการบริการ (service cover)
4. ค่าใช้จ่าย (cost)
5. การให้ข้อมูลคำแนะนำ (information)

Johnson และคณะ (1998) ประเมินคุณภาพของบริการโดยใช้ความพึงพอใจของผู้ป่วย
ต่อบริการทางการแพทย์จาก

1. คุณภาพด้านเทคนิคและความสามารถ (technical quality and competence)
2. การติดต่อระหว่างบุคคล (interpersonal)
3. การติดต่อสื่อสาร (communication)
4. การเงิน (financial)
5. การเข้าถึงบริการ (accessibility)
6. การมีบริการตามเหมาะสมหรือเมื่อจำเป็นต้องใช้ (availability)
7. สภาพแวดล้อมทางกายภาพ (physical setting)

การวัดความพึงพอใจของผู้ป่วยกับงานบริการทางเภสัชกรรม

ความพึงพอใจของผู้ป่วย เป็นตัวชี้วัดที่สำคัญในการประเมินคุณภาพของการบริการ
รักษาพยาบาล รวมทั้งงานบริการเภสัชกรรมด้วย เนื่องจาก (ศิริวรรณ เสงีรัตน์ และคณะ, 2539 :
Schommer and Kucukarslan, 1997)

1. งานบริการเป็นสิ่งที่จับต้องไม่ได้ (intangibility) ผู้ซื้อไม่สามารถมองเห็นหรือเกิดความรู้สึกได้ก่อนที่จะมีการซื้อ คุณภาพขึ้นกับประสบการณ์
2. งานบริการไม่สามารถเก็บไว้ได้ (perishability) เหมือนสินค้าอื่น ต้องกระทำขณะนั้น
และสิ้นสุดเมื่อหยุดบริการ
3. การแยกเรื่องงานบริการออกจากตัวผู้ให้บริการทำไม่ได้ เพราะการให้และการรับบริการ
เกิดขึ้นในขณะเดียวกัน
4. ความแตกต่างของงานบริการ (variability) การบริการขึ้นกับลักษณะของแต่ละบุคคล
และเวลาที่บริการ ดังนั้น ทักษะ ความชำนาญ มนุษยสัมพันธ์ของผู้ให้บริการเป็นสิ่งสำคัญ

แนวคิดเกี่ยวกับการประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยกับงานบริการเภสัชกรรม มีดังนี้ (Schormmer and Kucukarslan 1997)

1. การประเมินความพึงพอใจด้านการปฏิบัติงาน (satisfaction as a performance evaluation) เน้นลักษณะเด่นหรือลักษณะพิเศษของบริการ โดยใช้แบบสอบถามความพึงพอใจผู้ป่วย (patient satisfaction questionnaire ; PSQ) โดยใช้แบ่งลักษณะของการบริการเป็น 8 ส่วน คือ

1.1 ด้านการติดต่อระหว่างบุคคล (interpersonal characteristics) ผู้ให้บริการควรมีหน้าตายิ้มแย้มแจ่มใส มีความเป็นมิตร พุดจาดี ใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย อธิบายถูกต้อง ตั้งใจรับฟังผู้อื่น สนใจในหน้าที่ที่ปฏิบัติ เพื่อให้ลูกค้าเกิดความประทับใจ

1.2 คุณภาพด้านเทคนิค (technique quality) เช่น มีคอมพิวเตอร์ช่วยในการพิมพ์ฉลาก ค้นหาข้อมูลทางยา มีฉลากช่วยแนะนำการใช้ยา เภสัชกรให้คำแนะนำปรึกษาด้านยา ค้นหาแก้ไขและป้องกันปัญหา ที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา เพื่อให้การรักษาเป็นไปอย่างเหมาะสม

1.3 การเข้าถึงบริการและความสะดวก (accessibility and convenience) ผู้ป่วยสะดวกต่อการมาใช้บริการ ใช้เวลาในการคอยรับยาไม่นาน มีที่นั่งรอรับยาพอเพียง สะดวกสบาย

1.4 ด้านการเงิน (finance) ค่าใช้จ่ายการให้บริการควรเหมาะสมกับระดับการให้บริการ

1.5 ประสิทธิภาพและผลลัพธ์ (efficacy and outcome) ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้ยา มีการใช้ยาตามสั่ง ลดการเกิดปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา

1.6 สภาพสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ (physical environment) สภาพที่กว้างขวาง ไม่แออัด มีบรรยากาศที่จะสร้างความรู้สึกที่ดี สะอาด ไม่มีกลิ่นอับ

1.7 ความต่อเนื่องของบริการ (continuity) ปฏิบัติกับผู้ป่วยทุกคนเหมือนกันและทุกครั้งที่มาใช้บริการ

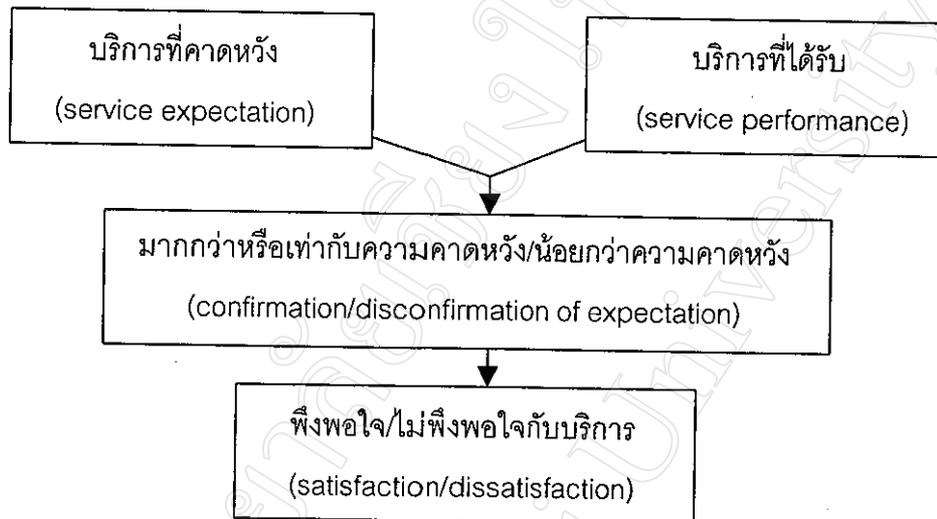
1.8 การมีบริการตามเหมาะสมหรือจำเป็นต้องใช้ (availability)

โดยผู้ป่วยจะเปรียบเทียบความพึงพอใจกับความคาดหวัง จากประสบการณ์ที่ได้รับเป็นกระบวนการทางจิตศาสตร์ (psychological process) โดยใช้ 5 – Point Likert Scale ในการประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วย

2. ความพึงพอใจจากความคาดหวัง (satisfaction as disconfirmation of expectations) โดยความพึงพอใจของผู้ป่วย เป็นผลมาจากการเปรียบเทียบบริการที่ได้รับกับบริการที่คาดหวัง ถ้าบริการที่ได้รับมากกว่าหรือเท่ากับความคาดหวังผู้ป่วยจะพอใจ แต่ถ้าบริการที่ได้รับต่ำกว่า

ความคาดหวัง ความไม่พอใจจะเกิดขึ้น โดยผู้ปวยใช้ความรู้ ความเข้าใจจากการใช้บริการและประสบการณ์เป็นปัจจัยในการประเมินความพึงพอใจ

ทฤษฎีของ Disconfirmation of Expectations (Schommer, 1995)



ดังนั้นการวัดคุณภาพของการบริการโดยใช้ความพึงพอใจของผู้ปวย ต้องลดความต่างระหว่างบริการที่คาดหวังกับบริการที่ได้รับ ถ้าผู้ปวยพึงพอใจเขาจะใช้บริการนั้นซ้ำอีก

3. การประเมินค่าจากผลที่ได้รับ (affect – based assessment)

การวัดความพึงพอใจของผู้ปวย ใช้ผลกระทบหรือประโยชน์ที่ได้รับจากบริการเป็นตัวประเมิน โดยที่ผู้ปวยไม่ได้ตั้งความคาดหวังไว้ แนวคิดนี้ใช้วัดความพึงพอใจของผู้ปวยกับบริการให้คำปรึกษาด้านยาของเภสัชกร สเกลที่ใช้วัดคือ Likert – Type Scale ตั้งแต่ 1 = ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ถึง 7 = เห็นด้วยอย่างยิ่ง

4. การประเมินความพึงพอใจจากความเสมอภาค (satisfaction as an equity – based assessment)

การวัดความพึงพอใจของผู้ปวยที่ใช้ความสัมพันธ์ระหว่างสิ่งที่ใส่เข้าไป (input) และสิ่งที่ได้รับ (output) ในการประเมิน เช่น การเปรียบเทียบบริการที่ได้รับกับค่าบริการที่จ่าย โดยใช้ความยุติธรรม และความเสมอภาคเป็นตัวกำหนดความพึงพอใจของผู้ปวยโดยตรง

จากการศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วยกับการให้คำปรึกษาด้านยาของเภสัชกร Schommer (1995) พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 1.00 ได้รับการให้คำปรึกษาน้อยกว่าที่คาดหวัง ผู้ป่วยร้อยละ 70.0 ได้รับการเป็นไปตามที่คาดหวัง และผู้ป่วยร้อยละ 29.0 ได้รับการมากกว่าที่คาดหวัง ผู้ป่วยที่ได้รับข้อมูลหลายชนิดและใช้เวลาในการให้คำปรึกษานานตามที่คาดหวังจะมีความพึงพอใจกับบริการที่ได้รับ แต่ผู้ป่วยที่ได้รับข้อมูลหลายชนิดและใช้เวลาในการให้คำปรึกษานานกว่าที่คาดหวังจะพอใจกับบริการที่ได้รับมากที่สุด Johnson และคณะ (1998) ประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยกับงานบริการเภสัชกรรม ผู้ป่วยมีความพึงพอใจสูงสุดกับระยะเวลาที่ใช้ในการให้คำปรึกษาด้านยา และจำนวนของข้อมูลที่ได้รับ โดยเฉพาะคำเตือนและข้อควรระวังในการใช้ยา ผู้ป่วยมีความพึงพอใจน้อยที่สุดกับระยะเวลาที่ใช้ในการรอคอยรับยา Lucas (1998) ทำการประเมินผลบริการของเภสัชกรเกี่ยวกับการสอนเรื่องยาแก่ผู้ป่วยก่อนนำยากลับไปใช้ที่บ้าน ผู้ป่วยที่ได้รับการสอนมีความพึงพอใจกับข้อมูลที่ได้รับมากกว่าผู้ที่ไม่ได้รับการสอน แต่การสอนของเภสัชกรไม่ได้ลดอัตราของการกลับเข้ามารักษาใหม่ของผู้ป่วย

สำหรับประเทศไทย มีการศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วยนอกต่อบริการของโรงพยาบาลของรัฐที่จังหวัดนครสวรรค์ ของ ปิยะวรรณ ประคุณคงชัย (2533) ผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อบริการของโรงพยาบาลอยู่ในระดับต่ำโดยมีความพึงพอใจต่ำสุดกับความสะดวกที่ได้รับจากบริการ และมีความพึงพอใจสูงสุดกับคุณภาพของบริการ

วิธีการประเมินความพึงพอใจจากแนวคิดของการศึกษาต่างๆการประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยและแพทย์ในการศึกษานี้เป็นการประยุกต์โดยประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการบริหารทางเภสัชกรรมด้านการติดต่อระหว่างบุคคล ด้านคุณภาพการดูแล และด้านการให้ข้อมูลการแนะนำ สำหรับการประเมินความพึงพอใจของแพทย์เป็นการประเมินความพึงพอใจด้านคุณภาพของการปฏิบัติงานบริหารทางเภสัชกรรม ด้านการทำงานเป็นทีม และด้านการติดต่อระหว่างบุคคล โดยใช้ 5-point Likert Scale