

บทความเรื่อง งานบริการเภสัชกรรมในคลินิกหมอครอบครัว



หน่วยกิตการศึกษาต่อเนื่อง
สำหรับผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม

รหัส 5002-1-000-002-01-2562

จำนวนหน่วยกิต 2 หน่วยกิต

วันที่รับรอง 14 มกราคม 2562

วันที่หมดอายุ 13 มกราคม 2563

ชื่อ- นามสกุล ผู้เขียน ภญ. ปัทสรา วรรณทอง

ภก.ผศ.ดร.บุรินทร์ ต.ศรีวงศ์

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้อ่านทราบถึงลักษณะงานบริการเภสัชกรรมในคลินิกหมอครอบครัว
2. เพื่อให้ผู้อ่านทราบถึงหลักการดำเนินงานของเภสัชกรครอบครัว และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยได้
3. เพื่อให้เห็นถึงความสำคัญของงานบริการเภสัชกรรมในคลินิกหมอครอบครัว

บทคัดย่อ

การจัดบริการเภสัชกรรม (Pharmacy service) ในคลินิกหมอครอบครัว (Primary Care Cluster; PCC) คือ การให้บริการสุขภาพด้านปฐมภูมิ เป็นอีกบริบทหนึ่งที่ทำทลายความสามารถของเภสัชกร โดยโครงการคลินิกหมอครอบครัว เป็นโครงการที่จัดทำขึ้นตามนโยบายปฏิรูประบบบริการสุขภาพด้านปฐมภูมิ ตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ฉบับ ปี พ.ศ. 2560 ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้หนึ่งทีมหมอครอบครัวดูแลประชาชนจำนวน 10,000 คน โดยมีเภสัชกรเป็นส่วนหนึ่งของทีม การให้บริการเภสัชกรรมในคลินิกหมอครอบครัวนั้นยึดหลักเวชศาสตร์ครอบครัว ดูแลแบบองค์รวม อย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นการจัดบริการโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient Centered Care) จากแนวทางการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัว ได้กล่าวถึงบทบาทของเภสัชกรในคลินิกหมอครอบครัวไว้ดังนี้ 1.พัฒนาระบบยาในคลินิกหมอครอบครัว ซึ่งเป็นงานบริหารเวชภัณฑ์ และงานบริหารเภสัชกรรม 2. งานดูแลผู้ป่วยในระดับบุคคล และครอบครัวต่อเนื่องด้านเภสัชกรรม 3.งานคุ้มครองผู้บริโภคด้านยา และสุขภาพ และ 4.งานส่งเสริมการพึ่งพาตนเองด้านสมุนไพร และสุขภาพ ซึ่งลักษณะงานบริการเภสัชกรรมในคลินิกหมอครอบครัว เภสัชกรควรให้บริการเภสัชกรรมโดยใช้หลักเวชศาสตร์ครอบครัวร่วมกับการให้บริการตามมาตรฐานวิชาชีพ ซึ่งจะทำให้เภสัชกรสามารถเข้าถึงผู้ป่วย เข้าใจวิถีชีวิตของผู้ป่วย และครอบครัว สามารถหาทางแก้ไขปัญหาด้านยาที่เหมาะสมกับผู้ป่วยได้แต่ละราย

ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจในบริการของเภสัชกร หรืออาจเรียกเภสัชกรที่ปฏิบัติหน้าที่นี้ได้ว่าเป็นเภสัชกรประจำครอบครัว (Family Pharmacist)

คำสำคัญ งานบริการเภสัชกรรม, คลินิกหมอครอบครัว, เภสัชกรครอบครัว

บทนำ

การให้บริการเภสัชกรรม (Pharmacy service) เป็นบริการที่จัดให้โดยเภสัชกรซึ่งมีหลากหลายบริการต่างกันไปตามบริบท คลินิกหมอครอบครัว (Primary Care Cluster; PCC) ก็เป็นอีกบริบทหนึ่งที่เภสัชกรมีบทบาทในการจัดบริการเภสัชกรรม โดยเป็นลักษณะการให้บริการเภสัชกรรมปฐมภูมิ โดยใช้หลักเวชศาสตร์ครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ มุ่งหวังให้เกิดผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีกับผู้ป่วย

จากการศึกษาถึงประสิทธิภาพของการให้การบริบาลตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัวโดยเภสัชกรครอบครัว¹ของประเทศไทย ทำการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ เทียบกับกลุ่มที่รับบริการตามมาตรฐานปกติ และผู้ป่วยสูงอายุที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้เทียบกับกลุ่มที่รับบริการตามมาตรฐานปกติ ในหน่วยบริการปฐมภูมิ จำนวน 80 คน พบว่าเมื่อวัดผลที่ 6 เดือน ระดับ Systolic Blood Pressure (SBP), ระดับ Diastolic Blood Pressure (DBP), ระดับ Fasting Blood Sugar (FBS) และระดับ Hemoglobin A1C (HbA1C) ของกลุ่มที่ได้รับการบริบาลโดยเภสัชกรครอบครัว ลดลงมากกว่ากลุ่มที่รับบริการตามมาตรฐานปกติ ($P=0.002, 0.006, 0.033$ และ 0.042 ตามลำดับ)

จากการศึกษาถึงผลของการทบทวนการรักษาด้วยยาโดยเภสัชกรในหน่วยบริการปฐมภูมิ ต่อปัญหาด้านยา และอัตราการเข้านอนโรงพยาบาล² ทำการศึกษาในประเทศสวีเดน ในผู้ป่วยสูงอายุ จำนวน 209 คน ติดตามเป็นระยะเวลา 12 เดือน โดยในกลุ่มทดลอง (107 คน) เภสัชกรจะพบกับผู้ป่วยก่อนผู้ป่วยเข้าพบแพทย์ เภสัชกรจะทำการทบทวนรายการยาทั้งหมด รวมถึงสมุนไพรรวมถึงของร่างกายที่มีผลต่อยา เช่น ภาวะไตบกพร่อง และทำการแนะนำผู้ป่วย หรือแพทย์ที่ทำการรักษา และกลุ่มควบคุม (102 คน) จะได้รับการบริการทางการแพทย์ตามมาตรฐานปกติ ผลการศึกษาพบว่าไม่มีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่มในด้านการพบปัญหาด้านยา แต่ในกลุ่มทดลองพบว่าเกิดปัญหาด้านยาลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ($p<0.05$) อัตราการเข้านอนโรงพยาบาลไม่แตกต่างกัน แต่ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม คือจำนวนวันนอนเฉลี่ย 1.7 และ 2.7 ตามลำดับ

นอกจากนี้ยังมีการศึกษาเปรียบเทียบการจัดการยาต้านการแข็งตัวของเลือด (anticoagulant)³ ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการบริบาลเภสัชกรรมร่วมกับการตรวจโดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว (กลุ่มทดลอง) และกลุ่มที่รับบริการตามมาตรฐานและตรวจโดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว (กลุ่มควบคุม) ซึ่งเป็นการศึกษาแบบ

retrospective cohort เป็นระยะเวลา 17 เดือน ในกลุ่มทดลองมีจำนวน 112 คน ในกลุ่มควบคุมมีผู้ป่วยจำนวน 81 คน ผลการศึกษาพบว่าในกลุ่มทดลองผู้ป่วยมีระดับ INR อยู่ในช่วงการรักษา ร้อยละ 73 ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีระดับ INR อยู่ในช่วงการรักษาเป็นร้อยละ 65 ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.0001$)

จากการศึกษาข้างต้นแสดงให้เห็นถึงบทบาทของเภสัชกรที่มีในการให้บริการในบริบทของหน่วยปฐมภูมิ ซึ่งก่อให้เกิดผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีกับผู้ป่วยโดยตรง เช่น ทำให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีขึ้น สามารถควบคุมระดับ INR ได้ดีขึ้น นอกจากนี้เภสัชกรยังมีบทบาทในการเสนอแนวทางการแก้ไขปัญหาการใช้ยาให้กับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ซึ่งมีการศึกษา⁴ พบว่าร้อยละ 72.3 ของปัญหาทั้งหมดได้รับการแก้ไขตามที่เภสัชกรแนะนำ ก่อเกิดความปลอดภัยในการใช้ยาให้กับผู้ป่วย จึงอาจกล่าวได้ว่างานบริการเภสัชกรรมในระดับปฐมภูมินั้นมีความสำคัญ ก่อให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วย และบุคลากรทางการแพทย์ ดังนั้นเภสัชกรที่ปฏิบัติงานในบริบทระดับปฐมภูมิ จึงควรมีความเข้าใจในลักษณะงานที่ปฏิบัติ ศึกษาถึงหลักการของเวชศาสตร์ครอบครัว และพัฒนาทักษะต่างๆที่จำเป็นต่อการปฏิบัติงานเพื่อให้ทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ อันนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย

คลินิกหมอครอบครัว (Primary Care Cluster)⁵

โครงการคลินิกหมอครอบครัว (Primary Care Cluster; PCC) เป็นโครงการที่กระทรวงสาธารณสุขจัดทำขึ้นตามนโยบายปฏิรูประบบบริการสุขภาพด้านปฐมภูมิ เพื่อให้สอดคล้องกับแนวนโยบายชาติ 20 ปีของรัฐบาล แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 และแผน 20 ปีกระทรวงสาธารณสุข และเป็นไปตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ฉบับ ปี พ.ศ. 2560 ซึ่งกำหนดไว้ใน หมวด 16 การปฏิรูปประเทศ มาตรา 258 (ข) ด้านอื่นๆ ข้อ (5) ให้มีระบบการแพทย์ปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ดูแลประชาชนในสัดส่วนที่เหมาะสม ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้หนึ่งทีมหมอครอบครัวดูแลประชาชนจำนวน 10,000 คน การให้บริการของคลินิกหมอครอบครัว ดำเนินโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ หรือทีมหมอครอบครัว มุ่งเน้นให้เกิดระบบการให้บริการ ที่สามารถบริการทุกคน บริการทุกอย่าง บริการทุกที่ บริการทุกเวลาด้วยเทคโนโลยี และเป็นการให้บริการโดยยึดหลักเวชศาสตร์ครอบครัว ดูแลแบบองค์รวม อย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นการจัดบริการโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient Centered Care)

ในแต่ละทีมหมอครอบครัวประกอบไปด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข และสหสาขาวิชาชีพตามตารางที่ 1 โดยทันตแพทย์และเภสัชกรหนึ่งคนดูแลประชากร 30,000 คน ทั้งนี้กำหนดให้การดำเนินการของคลินิกหมอครอบครัวเป็นการทำงานร่วมกันของทีมจากโรงพยาบาล และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ตารางที่ 1 แสดงสัดส่วนทีมสหสาขาวิชาชีพในคลินิกหมอครอบครัว

ลำดับ	วิชาชีพ	สัดส่วนบุคลากรต่อประชาชน
1	แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวที่ผ่านการอบรมด้านเวชศาสตร์ครอบครัว	1:10,000
2	ทันตแพทย์	1:30,000
3	พยาบาลเวชปฏิบัติ/ พยาบาลวิชาชีพ	1:2,500
4	ทันตภิบาล	1:10,000
5	เภสัชกร	1:30,000

ตารางที่ 1 แสดงสัดส่วนทีมสหสาขาวิชาชีพในคลินิกหมอครอบครัว (ต่อ)

ลำดับ	วิชาชีพ	สัดส่วนบุคลากรต่อประชาชน
6	เจ้าพนักงานเภสัชกรรม	1:15,000
7	นักวิชาการสาธารณสุข/เจ้าพนักงานสาธารณสุข	1:5,000
8	แพทย์แผนไทย/ผู้ช่วยแพทย์แผนไทย	1:10,000
9	กายภาพบำบัด	1:30,000

งานเภสัชกรรมในคลินิกหมอครอบครัว

จากแนวทางการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัวสำหรับหน่วยบริการ กระทรวงสาธารณสุข ได้กล่าวถึงบทบาทของเภสัชกรในคลินิกหมอครอบครัวไว้ดังนี้

1. พัฒนาระบบยาในคลินิกหมอครอบครัว

1.1 งานบริหารเวชภัณฑ์ ได้แก่ การพัฒนาระบบคลังยา และเวชภัณฑ์

1.2 งานบริหารเภสัชกรรม ได้แก่ การทบทวนและประเมินการใช้ยา การเฝ้าระวัง การคัดกรอง การส่งมอบยา เป็นต้น โดยผลลัพธ์ที่ต้องการ คือผลการรักษาของผู้ป่วยเป็นไปตามเป้าหมาย

2. งานดูแลผู้ป่วยในระดับบุคคล และครอบครัวต่อเนื่องด้านเภสัชกรรม ได้แก่ การทบทวนและค้นหาปัญหาการใช้ยา การให้ความรู้ การวางแผนร่วมกันในการดูแลแก้ไขด้านสุขภาพ การออกแบบการบริหารยาเฉพาะรายร่วมกับผู้ป่วย ครอบครัว และทีม
3. งานคุ้มครองผู้บริโภคด้านยา และสุขภาพ ซึ่งครอบคลุมบทบาทการจัดการความเสี่ยง ด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ การให้ความรู้ การรณรงค์ และการเป็นที่ปรึกษาให้แก่ชุมชนด้าน ยา และผลิตภัณฑ์สุขภาพ
4. งานส่งเสริมการพึ่งพาตนเองด้านสมุนไพร และสุขภาพ

จากการสำรวจหน้าที่ของเภสัชกรในหน่วยบริการปฐมภูมิ⁶ พบว่างานหลักที่มีการปฏิบัติกันมากที่สุด คือ งานส่งมอบยา และการให้คำแนะนำ คือปฏิบัติมากกว่า 4 ครั้งต่อสัปดาห์ หรือเป็นประจำทุกวัน ซึ่งได้แก่ การตรวจสอบความถูกต้องของยาก่อนส่งมอบ การส่งมอบและให้คำแนะนำการใช้ยาเบื้องต้น การตอบข้อซักถามด้านสุขภาพทั่วไป การให้คำแนะนำการใช้ยาเทคนิคพิเศษ หรือยาความเสี่ยงสูง รวมไปถึงการประเมินแก้ไขปัญหาที่มีผลต่อการใช้ยา ส่วนงานบริหารเวชภัณฑ์, งานบริหารเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยที่บ้าน, งานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุขในหน่วยปฐมภูมิ และงานส่งเสริมการพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพและสมุนไพร มีการปฏิบัติน้อยกว่า 2 ครั้งต่อเดือน ดังนั้นจะเห็นได้ว่างานเภสัชกรรมปฐมภูมิที่มีการปฏิบัติกันมากคืองานบริการด้านการส่งมอบ ให้คำแนะนำ และการบริหารเภสัชกรรม ซึ่งเป็นส่วนที่สำคัญ และส่งผลต่อผลการรักษาของผู้ป่วยที่รับบริการ ทั้งนี้หากเภสัชกรที่มีหน้าที่ในการให้บริการเภสัชกรรมสามารถเข้าถึงผู้ป่วย เข้าใจวิถีชีวิตของผู้ป่วย และครอบครัว จะสามารถแก้ไขปัญหาด้านยาที่เหมาะสมกับผู้ป่วยได้แต่ละราย ทำให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจในบริการของเภสัชกร หรืออาจเรียกเภสัชกรที่ปฏิบัติหน้าที่นี้ได้ว่าเป็นเภสัชกรประจำครอบครัว (Family Pharmacist)

ความหมายของเภสัชกรครอบครัว (Family pharmacist)

เภสัชกรครอบครัว⁷ หมายถึง เภสัชกรที่ทำหน้าที่เปรียบเสมือนเป็นสมาชิกคนหนึ่งของคนในครอบครัวผู้ป่วย เพื่อให้ความรู้ ความเข้าใจ และคำแนะนำที่ถูกต้องเกี่ยวกับยา และการใช้ยาที่ผู้ป่วยได้รับ รวมไปถึงสมาชิกคนอื่นๆในครอบครัวด้วย

หลักการดำเนินงานของเภสัชกรครอบครัว

การดำเนินงานของเภสัชกรครอบครัวนั้นนำหลักการของเวชศาสตร์ครอบครัวมาใช้ร่วมกับการให้บริการทางเภสัชกรรมซึ่งเป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความปลอดภัยจากการใช้ยา ทั้งนี้หลักการเวชศาสตร์ครอบครัว⁵ ที่นำมาใช้มีแนวคิดสำคัญหลายประการ ได้แก่

1. Primary Medical Care หรือ Care on First Contact Basis คือการเป็นผู้ดูแลแต่แรก สามารถให้การรักษาในขั้นต้น เน้นการดูแลสุขภาพของตนเอง ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการที่ได้มาตรฐานได้อย่างสะดวก
2. ดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม (Holistic Care) คือ การดูแล “คน” ทั้งคน โดยไม่ได้มุ่งเน้นเพียง “โรค” โดยจะมองผู้ป่วยในทุกมิติทุกด้านที่มีผลกระทบต่อการเจ็บป่วยทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ สังคมวัฒนธรรม ความเชื่อ ขนบธรรมเนียมประเพณี เศรษฐกิจสังคม สิ่งแวดล้อม บุคคล ครอบครัว และชุมชน
3. การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง (Continuing Care) คือ การดูแลทุกระยะตั้งแต่ยังไม่ป่วย เช่น การค้นพบความเสี่ยง ดูแลเมื่อป่วย ไปจนถึงการเสียชีวิต นอกจากนี้ยังรวมถึงการดูแลครอบครัวและชุมชน ก่อให้เกิดความเชื่อมั่น ความไว้วางใจ ความศรัทธา และความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างเภสัชกร กับผู้ป่วย
4. การดูแลแบบครอบคลุมผสมผสาน (Comprehensive Care) คือการดูแลสุขภาพครบถ้วนทุกด้าน ตั้งแต่การรักษาพยาบาล การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ แนะนำวิธีการดูแลสุขภาพ การปฏิบัติตัว การพึ่งตนเองด้านสุขภาพ

นอกจากนี้เครื่องมือทางเวชศาสตร์ครอบครัวที่สำคัญซึ่งเภสัชกรควรมีในการดำเนินงานเภสัชกรรมในบริบทคลินิกหมอครอบครัว ได้แก่

1. ทักษะการสื่อสาร เป็นทักษะที่สำคัญ เนื่องจากในการปฏิบัติงานต้องมีการสื่อสารกับทีมสหวิชาชีพ ในการส่งต่อข้อมูล การร่วมมือกันในการดูแลผู้ป่วย และต้องสื่อสารกับผู้ป่วย เนื่องจากมีการให้คำปรึกษา และการสื่อสารเพื่อสร้างแรงจูงใจ
2. การดูแลโดยผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient-Centered Care) โดยการดูแลโดยผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางนี้มีแนวทาง ดังนี้
 - 1) การสืบค้นโรค(Disease) และค้นหาความเจ็บป่วย(illness)

การสืบค้นโรค (Disease) สามารถทำได้จากการพิจารณาข้อมูลจากการซักประวัติ ตรวจร่างกาย และการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และสำหรับความเจ็บป่วย (illness) สามารถประเมินโดยใช้หลักการที่เรียกว่า IFFE ซึ่งประกอบด้วย

I = Idea หมายถึง ความคิดของผู้ป่วยต่อโรค หรือการเข้าใจที่ได้รับ

F = Feeling หมายถึง ความรู้สึกของผู้ป่วยต่อการเป็นโรค การรักษา ผลของยา

F = Function หมายถึง ผลกระทบที่เกิดขึ้นในการใช้ชีวิตประจำวันหลังจากที่มีความเจ็บป่วย หรือผลกระทบจากการใช้ยา

E = Expectation หมายถึง ความคาดหวังต่อการรักษา หรือจากยา รวมไปถึงความต้องการ
การช่วยเหลือจากผู้ดูแลและทีม

ซึ่งการสืบค้นโรค และความเจ็บป่วยนี้ทำให้เภสัชกรสามารถสืบค้นได้ถึงปัญหาที่เกิดจากยา
(Drug Related Problems; DRPs) หรือทุกข์ที่เกิดจากยา (Drug Related Suffering; DRS) ของ
ผู้ป่วยได้

2) การทำความเข้าใจชีวิตและครอบครัว ซึ่งสร้างความเข้าใจ ความเป็นอยู่ ความคิดอ่าน
ความสัมพันธ์ของคนในครอบครัว ซึ่งอาจใช้เครื่องมือ เช่น ผังครอบครัว หรือผังเครือญาติ

3) การตกลงร่วมแนวทางการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน ระหว่างเภสัชกรกับผู้ป่วย หรือครอบครัว

4) การส่งเสริมสุขภาพ เพื่อป้องกันการเกิดโรค

5) การสร้างความสัมพันธ์อันดีกับผู้ป่วย หรือครอบครัวผู้ป่วย

6) การดูแลผู้ป่วยบนวิถีความเป็นจริง

3. การลงเยี่ยมบ้านผู้ป่วย (Home Care) ซึ่งทำให้เข้าใจวิถีการดำเนินชีวิต สิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการ
รักษา จำเป็นมากในผู้ป่วยที่ลำบากในการเดินทาง เช่น ผู้ป่วยติดเตียง ผู้พิการ โดยหลักการของ
การเยี่ยมบ้าน คือ INHOMESSS

I = การเคลื่อนไหว (Immobility) เป็นการประเมินว่าต้องการความช่วยเหลือให้การทำ
กิจวัตรประจำวันหรือไม่ เช่น การอาบน้ำ, การเคลื่อนย้าย, การแต่งตัว, การเข้าห้องน้ำ, การกิน
อาหาร และการปัสสาวะ อูจจาระ

N = อาหาร (Nutrition) เป็นการประเมินลักษณะอาหาร, ชนิดของอาหารที่ผู้ป่วย และ
ครอบครัวรับประทานเหมาะสม กับโรคหรือภาวะที่เป็นหรือไม่

H = สภาพบ้าน (Housing) เป็นการประเมินสภาพบ้าน ว่าเหมาะสมกับโรคที่ผู้ป่วยเป็น

O = คนอื่นที่อยู่ร่วมด้วย (Other people) เป็นการประเมินเพื่อดูความสัมพันธ์ว่าเป็น
อย่างไร สามารถให้การช่วยเหลือได้หรือไม่

M = การใช้ยา (Medication) เป็นการประเมินวิธีการใช้ยา ความถูกต้อง ภาชนะที่บรรจุยา
เหมาะสมกับโรคที่ผู้ป่วยเป็นหรือไม่ หรือเหมาะสมกับยานั้นหรือไม่

E = การตรวจร่างกาย (Examination) เป็นการประเมินจากการตรวจร่างกาย

S = แหล่งให้บริการ (Services) เป็นการประเมินว่ามีแหล่งบริการอะไรบ้างที่สามารถ
ช่วยเหลือผู้ป่วยได้

S = ความปลอดภัย (Safety) เป็นการประเมินสภาพบ้านของผู้ป่วย ว่ามีความปลอดภัย
เพียงพอหรือไม่

S = จิตวิญญาณ (Spiritual) การประเมินในเรื่องของการค้นหาความหมาย ความจริงในชีวิต ความเชื่อ รวมถึงสิ่งที่บุคคลแสดงออกมาจากความเชื่อ

การนำหลักการ หรือแนวคิดทางเวชศาสตร์ครอบครัวไปใช้ในงานเภสัชกรรมนั้น จะทำให้เภสัชกรสามารถเข้าใจผู้ป่วยได้มากขึ้น อันนำไปสู่การวางแผนทางแก้ไข หรือป้องกันการเกิดปัญหาด้านยา หรือการเกิดความทุกข์จากการใช้ยา ซึ่งผลสุดท้ายที่มุ่งหวัง คือผู้ป่วยมีผลทางการรักษาที่ดีขึ้นโดยไม่รู้สึกรับทุกข์จากการใช้ยา

อุปสรรคของการปฏิบัติงานบริการเภสัชกรรมในคลินิกหอบครอบครัวหรือหน่วยบริการปฐมภูมิ

อุปสรรคของการปฏิบัติงานบริการเภสัชกรรมในคลินิกหอบครอบครัวหรือหน่วยบริการปฐมภูมิทั้งในประเทศไทย และหน่วยปฐมภูมิในต่างประเทศมีลักษณะที่คล้ายกัน กล่าวคือการขาดความชัดเจนในบทบาทหน้าที่ของเภสัชกร⁹, ความคาดหวังของบุคลากรที่ปฏิบัติหน้าที่ร่วมกันไม่ชัดเจน, ผู้ป่วยไม่เข้าใจถึงบทบาทของเภสัชกรในบริบทปฐมภูมิ, เภสัชกรเองไม่ทราบถึงบทบาทหน้าที่ของบุคลากรวิชาชีพอื่นในทีมที่ต้องปฏิบัติงานร่วมกัน และการสร้างความร่วมมือระหว่างวิชาชีพที่ทำได้ยาก จึงเป็นอุปสรรคต่อการเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งของงานปฐมภูมิของเภสัชกร แต่อย่างไรก็ตามมีการศึกษาของประเทศแคนาดา ถึงแนวทางการเข้าไปมีส่วนร่วมของเภสัชกรในทีมสหสาขาวิชาชีพในงานปฐมภูมิให้ประสบความสำเร็จ⁸ โดยสรุปเป็นข้อเสนอแนะ 10 ประการ ได้แก่

1. เภสัชกรต้องค้นหา และจัดลำดับความสำคัญของความต้องการของทีมสหสาขาวิชาชีพ และผู้ป่วย
2. เภสัชกรควรสร้างแนวทางการทำงาน และรายละเอียดงานของเภสัชกร (Job description)
3. ควรมีการอธิบาย และแจ้งให้ทีมสหสาขาวิชาชีพทราบถึงบทบาทของเภสัชกรในบริบทปฐมภูมิ
4. เภสัชกรควรศึกษาเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ของสมาชิกในทีมสหสาขาวิชาชีพ
5. โครงสร้างพื้นฐานของคลินิกเอื้อต่อการปฏิบัติงานของเภสัชกร เช่น สถานที่ในการพูดคุยกับผู้ป่วย, การเข้าถึงข้อมูลผู้ป่วยของเภสัชกร
6. สมาชิกในทีมสหสาขาวิชาชีพต้องสามารถเข้าถึงเภสัชกรได้ง่าย
7. เภสัชกรต้องมีการพัฒนาทักษะ และความรู้ตลอดเวลา เพื่อสามารถเป็นที่ปรึกษาให้กับทีมสหสาขาวิชาชีพ หรือผู้ป่วยได้
8. เภสัชกรต้องทราบแผนการรักษา และมีส่วนร่วมรับผิดชอบในผลการรักษาทางคลินิกของผู้ป่วย
9. เภสัชกรควรได้รับรู้ผลตอบรับจากสมาชิกทีมสหสาขาวิชาชีพที่มีต่อตัวเภสัชกรอย่างสม่ำเสมอ
10. เภสัชกรควรพัฒนา และสร้างความสัมพันธ์อันดีกับสมาชิกทีมสหสาขาวิชาชีพ

สิ่งที่บุคลากรทางการแพทย์คาดหวังจากเภสัชกรครอบครัว

จากการสำรวจถึงสิ่งที่บุคลากรทางการแพทย์คาดหวังจากเภสัชกรที่ปฏิบัติหน้าที่ในหน่วยปฐมภูมิ มีหลายการศึกษาทั้งภายในประเทศ และต่างประเทศ^{10,11,12} สามารถสรุปได้ว่าบุคลากรทางการแพทย์มีความคาดหวังต่อการให้บริการเภสัชกรรมของเภสัชกรในหน่วยบริการปฐมภูมิมุ่งเน้นไปถึงผลลัพธ์ที่ผู้ป่วยได้รับ หรือผู้ให้บริการในหน่วยบริการปฐมภูมิจะได้รับ เพื่อนำไปสู่การให้บริการที่มีคุณค่าต่อผู้ป่วย โดยต้องการเภสัชกรที่มีความรู้ความสามารถ สามารถเป็นที่ปรึกษาเกี่ยวกับยาได้ และสามารถทำงานร่วมกับผู้อื่นได้เป็นอย่างดี ดังนั้นในบริบทของคลินิกหมอครอบครัวการจัดบริการเภสัชกรรมโดยเภสัชกรครอบครัวจึงควรดำเนินไปให้บรรลุความคาดหวังที่สหสาขาวิชาชีพคาดหวังไว้จากการมีเภสัชกรครอบครัวเป็นส่วนหนึ่งของทีม เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วยที่เข้ารับบริการต่อไป

สรุป

งานบริการเภสัชกรรมในคลินิกหมอครอบครัว มีลักษณะงานที่คล้ายกับการให้บริการทางเภสัชกรรมในหน่วยบริการปฐมภูมิที่ต้องอาศัยหลักเวชศาสตร์ครอบครัว และการใช้เครื่องมือต่างๆของเวชศาสตร์ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดบริการทางเภสัชกรรม เพื่อให้เภสัชกรสามารถเข้าถึงผู้ป่วยทั้งในด้านร่างกาย ด้านจิตใจ วิถีชีวิตของผู้ป่วย ทำให้สามารถจัดการทางด้านยา หรือให้บริการเภสัชกรรมได้อย่างเหมาะสม ก่อให้เกิดผลการรักษาที่ดีต่อผู้ป่วย และสร้างความเชื่อมั่นในระบบบริการปฐมภูมิที่มีการเปลี่ยนแปลงในปัจจุบัน

เอกสารอ้างอิง

1. Thavornwattanayong W, Sribundit N. Effects of family pharmacy intervention on clinical outcomes in primary care settings in Thailand. Thai Journal of Pharmaceutical Sciences. 2017;41(1).
2. Lenander C, Elfsson B, Danielsson B, Midlöv P, Hasselström J. Effects of a pharmacist-led structured medication review in primary care on drug-related problems and hospital admission rates: a randomized controlled trial. Scandinavian journal of primary health care. 2014;32(4):180-6.3.
3. Young S, Bishop L, Twells L, Dillon C, Hawboldt J, O'Shea P. Comparison of pharmacist managed anticoagulation with usual medical care in a family medicine clinic. BMC family practice. 2011;12(1):88.

4. Sellors J, Kaczorowski J, Sellors C, Dolovich L, Woodward C, Willan A, et al. A randomized controlled trial of a pharmacist consultation program for family physicians and their elderly patients. Canadian Medical Association Journal. 2003;169(1):17-22.
5. กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัวสำหรับหน่วยบริการ. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2559.
6. ยอดหทัย หิรัญสาย, รุ่งทิวา หมั่นปาน และธนศักดิ์ เทียกทอง. การสำรวจหน้าที่ของเภสัชกรในหน่วยปฐมภูมิ. เวชสารแพทย์ทหารบก. 2560;70(3):10.
7. จตุพร ทองอิม. หลักการสำหรับเภสัชกรครอบครัวในการออกเยี่ยมบ้าน. ใน: จิตา นิงสานนท์, ปรีชา มณฑาทิกุล, อุษณีย์ วรรณมณี, ธนรัตน์ สรวลเสน่ห์ และจตุพร ทองอิม, editor. ตำราเภสัชกรครอบครัว. กรุงเทพฯ: บริษัทประชาชน; 2557. หน้า 15-28.
8. คณะทำงานจัดทำคู่มือสำหรับเภสัชกรในการดำเนินงานเภสัชกรรมในหน่วยบริการปฐมภูมิ. คู่มือสำหรับเภสัชกรในการดำเนินงานเภสัชกรรมในหน่วยบริการปฐมภูมิ. กรุงเทพมหานคร: สำนักสนับสนุนระบบบริการยา และเวชภัณฑ์ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2560.
9. Jorgenson D, Dalton D, Farrell B, Tsuyuki RT, Dolovich L. Guidelines for pharmacists integrating into primary care teams. Canadian Pharmacists Journal/Revue des Pharmaciens du Canada. 2013;146(6):342-52.
10. วิวัฒน์ ถาวรพัฒน์, ธัญชนก สิ้นไชย, ปราญ ชลศิริศฤงคาร, ปรียานุช พรหมตุน และภัทรพล ฐิตพงษ์. ความคิดเห็นของทีมนิสิตสาขาวิชาชีพในโรงพยาบาลที่มีต่อบทบาท และสมรรถนะที่เภสัชกรครอบครัวพึงมี. วารสารเภสัชกรรมโรงพยาบาล. 2556;23(3):16.
11. ชุติมา วรรณทอง, สุรสิทธิ์ ล้อจิตรอำนาจ. ความคิดเห็นของแพทย์และพยาบาลต่อบทบาทของเภสัชกรในงานปฐมภูมิ. Thai Journal of Pharmacy Practice. 2017;9(1):11.
12. Kennie-Kaulbach N, Farrell B, Ward N, Johnston S, Gubbels A, Egale T, et al. Pharmacist provision of primary health care: a modified Delphi validation of pharmacists' competencies. BMC Family Practice. 2012;13(1):27.