

บทที่ 2

เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาผลของการให้การบริบาลทางเภสัชกรรมในศูนย์สุขภาพชุมชน ผู้วิจัยได้ทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยมีรายละเอียดดังนี้

- ระบบบริการปฐมภูมิ และลักษณะการบริการในศูนย์สุขภาพชุมชน
- บทบาทของเภสัชกรในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ ในศูนย์สุขภาพชุมชน
- การให้การบริบาลทางเภสัชกรรมในศูนย์สุขภาพชุมชน

ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ และลักษณะการบริการในศูนย์สุขภาพชุมชน

1. ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิในต่างประเทศ

ในปี ค.ศ. 1978 องค์การอนามัยโลกได้นำเสนอแนวความคิดของการสาธารณสุขมูลฐาน (primary health care, PHC) เพื่อให้เกิดการพัฒนาาระบบบริการสุขภาพทั่วโลก โดยมีความหมายและลักษณะสำคัญ ตามคำประกาศขององค์การอนามัยโลก (WHO, 1978, quoting in Starfield, 1994) มีรายละเอียดดังนี้

1.1 การสาธารณสุขมูลฐาน เป็นแนวความคิดของการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ เพื่อให้มีการบริการสุขภาพที่จำเป็นบนพื้นฐานของเหตุผลทางวิทยาศาสตร์ และสอดคล้องกับลักษณะทางสังคม วัฒนธรรมของประชาชนทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชนอย่างทั่วถึงและยุติธรรม ภายใต้ความคิดที่สนับสนุนให้ประชาชนพึ่งตนเองได้ และมีส่วนร่วมตามทรัพยากรที่มีอย่างจำกัดของแต่ละประเทศ

1.2 การสาธารณสุขมูลฐาน เป็นบริการด่านแรกที่อยู่ใกล้ที่พัก ที่ทำงานของประชาชน ทำหน้าที่ให้บริการดูแลสุขภาพทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน โดยเป็นการบริการที่บูรณาการเข้ากับระบบบริการสาธารณสุขโดยรวมของประเทศ เน้นที่การผสมผสานกับการพัฒนาสังคม และเศรษฐกิจโดยรวมของชุมชนด้วย

1.3 การสาธารณสุขมูลฐาน มีการจัดชุดกิจกรรมในการดำเนินการบริการสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วย การให้สุขศึกษา การค้นหาปัญหาและการควบคุมปัญหาสุขภาพในท้องถิ่น การจัดหาอาหารและดำเนินการให้มีภาวะโภชนาการที่เหมาะสม การจัดหา น้ำสะอาด การสุขาภิบาล การดูแลอนามัยแม่และเด็ก การวางแผนครอบครัว การให้วัคซีนภูมิคุ้มกันโรค การให้การรักษา

ปัญหาสุขภาพและภาวะบาดเจ็บที่พบบ่อยอย่างเหมาะสม การดูแลสุขภาพจิต และการจัดให้มียาที่จำเป็น

จากความหมายและลักษณะสำคัญของการสาธารณสุขมูลฐาน ตามคำประกาศขององค์การอนามัยโลกดังกล่าว แสดงให้เห็นว่าองค์การอนามัยโลกให้ความหมายของการสาธารณสุขมูลฐาน ว่าเป็นการให้บริการสุขภาพด้านแรก โดยองค์รวม อย่างต่อเนื่อง โดยผู้ให้บริการเป็น แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป (general practitioner) หรือแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว (family physician) หรือพยาบาล และมีการส่งต่อผู้ป่วยสู่หน่วยบริการสุขภาพระดับสูงขึ้น (หน่วยบริการสุขภาพทุติยภูมิ หรือตติยภูมิ) หรือหน่วยบริการสุขภาพเฉพาะทางอื่นๆ ซึ่งเป็นลักษณะการให้บริการสุขภาพแบบปฐมภูมิ (primary care) แต่ในบางประเทศ เช่น สหรัฐอเมริกา แคนาดา สกอตแลนด์ อังกฤษ และ รัสเซีย นั้น แพทย์ผู้ให้บริการจะมีทั้งแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป แพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว และแพทย์เฉพาะทางสาขาต่างๆ เช่น กุมารแพทย์ (pediatrician) สูติแพทย์ (obstetrician) และ นารีแพทย์ (gynecologist) เป็นต้น (Bindman and Majeed, 2003; Gillam and Schamroth, 2002; Grumbach, 1999; Rhyne and Hertzman, 2002; Starfield, 1994) จากการศึกษาของ Bindman และ Majeed (2003) พบว่าปัจจุบันระบบสุขภาพปฐมภูมิในสหรัฐอเมริกานั้น มีสัดส่วนของแพทย์เฉพาะทางเป็นผู้ปฏิบัติงานมากกว่าในสหราชอาณาจักร ซึ่งส่วนใหญ่ยังเป็นแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปที่เป็นผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ นอกจากนี้ในสหรัฐอเมริกานั้น หน่วยบริการปฐมภูมิแต่ละแห่งจะมีแพทย์ปฏิบัติงานในลักษณะปฏิบัติงานตลอดวัน (full-time physician) และ/หรือปฏิบัติงานเฉพาะช่วงเวลา (part-time physician) และมีพยาบาล และ/หรือผู้ช่วยแพทย์ปฏิบัติงานรวมอยู่ด้วย ในขณะที่เกสัชกรนั้นส่วนใหญ่เป็นเกสัชกรคลินิก (clinical pharmacist) จะแยกสถานปฏิบัติงานออกจากแพทย์ (Bindman and Majeed, 2003; Grumbach, 1999) คล้ายกับสถานประกอบการของแพทย์ (private clinic) กับร้านยา ซึ่งต่างจากในสหราชอาณาจักรที่สถานปฏิบัติงานนั้นมีทั้งลักษณะที่คล้ายกับในสหรัฐอเมริกา (private clinic) และที่เป็นหน่วยบริการปฐมภูมิที่รัฐให้การสนับสนุน (public clinic หรือ primary care setting หรือ community care setting) ซึ่งมีแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปและพยาบาลเป็นผู้ให้บริการ โดยมีเกสัชกรชุมชน (community pharmacist) ปฏิบัติงานด้านเภสัชกรรมภายในหน่วยบริการนั้น และแยกสถานบริการออกมาต่างหาก (Bindman and Majeed, 2003; Gillam and Schamroth, 2002; Starfield, 1994; Williams *et al.*, 2000)

2. ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิในประเทศไทย

2.1 คำจำกัดความของบริการปฐมภูมิ

คณะทำงานของสำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ให้คำจำกัดความของบริการปฐมภูมิ หรือ primary care ว่าเป็นการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข ที่ประยุกต์ความรู้อย่างผสมผสานทั้งทางด้านการแพทย์ จิตวิทยา และสังคม เพื่อให้บริการทั้งที่เป็นการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาโรค และการฟื้นฟูสภาพ เป็นบริการที่ดูแลประชาชนอย่างต่อเนื่อง ให้แก่บุคคล ครอบครัว และชุมชน ด้วยแนวคิดแบบองค์รวม โดยมีระบบการส่งต่อและเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลอย่างเหมาะสม รวมทั้งสามารถประสานกับองค์กรชุมชนในท้องถิ่นเพื่อพัฒนาความรู้ของประชาชนในการดูแลตนเองได้ในยามเจ็บป่วย รวมถึงส่งเสริมสุขภาพของตนเองเพื่อให้บรรลุสู่การมีสุขภาพที่ดีได้ต่อไป (คณะทำงานพัฒนานโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า, 2544)

2.2 ลักษณะสำคัญของการบริการปฐมภูมิ

ศูนย์สุขภาพชุมชน (primary care unit, PCU) เป็นหน่วยบริการที่ทำหน้าที่เป็นหน่วยบริการปฐมภูมิ ซึ่งมีลักษณะสำคัญในด้านต่าง ๆ (คณะทำงานพัฒนานโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า, 2544) ดังนี้

2.2.1 เป็นสถานบริการสุขภาพที่ให้บริการด้านสุขภาพแก่ประชาชนแบบผสมผสานทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาโรค และการฟื้นฟูสุขภาพ โดยพิจารณาปัญหาอย่างเป็นองค์รวม ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ (comprehensive care)

2.2.2 เป็นสถานบริการที่ให้บริการด้านสุขภาพด่านแรก (front-line care) ที่ประชาชนมารับบริการได้อย่างสะดวก เข้าถึงได้ง่าย ทั้งในด้านภูมิศาสตร์ จิตวิทยา และด้านเศรษฐกิจ โดยดูแลสุขภาพของประชาชนทุกกลุ่มอายุ ทุกกลุ่มโรคตามมาตรฐาน และดูแลตามสภาพปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย นอกจากนี้ยังเป็นที่ปรึกษาด้านสุขภาพแก่ประชาชนก่อนรับบริการเฉพาะทางต่อไป

2.2.3 เป็นสถานบริการที่เน้นบทบาทการให้บริการสุขภาพในเชิงรุก เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และส่งเสริมให้ประชาชนมีศักยภาพในการพึ่งพาตนเองมากขึ้น

2.2.4 เป็นสถานบริการที่ร่วมรับผิดชอบดูแลสุขภาพของประชาชนอย่างต่อเนื่อง (ongoing/longitudinal care) ตั้งแต่ก่อนป่วย ขณะป่วย และช่วงการฟื้นฟูสภาพ พร้อมกับจัดทำระบบข้อมูลของประชาชนตั้งแต่เกิดจนเสียชีวิต และเข้าใจรู้จักกันระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการอย่างต่อเนื่อง

2.2.5 เป็นสถานบริการที่มีหน้าที่ประสานกับหน่วยบริการอื่นที่เกี่ยวข้อง (co-ordinated care) ทั้งด้านการแพทย์ และสังคม เช่น สถานพยาบาลเฉพาะด้านต่าง ๆ หน่วยงาน สังคมสงเคราะห์ และหน่วยงานปกครองท้องถิ่น เพื่อให้บริการที่ต่อเนื่อง รอบด้าน และเกิด ประโยชน์สูงสุดกับประชาชน

2.3 หน้าที่ของศูนย์สุขภาพชุมชนในประเทศไทย

จากลักษณะสำคัญของบริการปฐมภูมิที่กล่าวมาแล้ว ทำให้ศูนย์สุขภาพ ชุมชนซึ่งเป็นหน่วยบริการที่มีความใกล้ชิดกับชุมชนทั้งในด้านสถานที่ตั้ง และความสัมพันธ์ของ บุคลากรภายในศูนย์สุขภาพชุมชนกับผู้มารับบริการ ศูนย์สุขภาพชุมชนจึงทำหน้าที่เป็นเหมือนที่ ปรีกษาและสร้างความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพให้แก่ประชาชนและชุมชน แนะนำวิธีการดูแลและ ปฏิบัติตนที่เหมาะสมกับปัญหาสุขภาพของผู้ป่วย รวมถึงการให้การรักษาด้วยยาในขอบเขตที่ศูนย์ สุขภาพชุมชนสามารถทำได้ นอกจากนี้ศูนย์สุขภาพชุมชนควรจะสามารถให้คำปรึกษาทางด้านจิต ใจและสังคมแก่ผู้มารับบริการในระดับต้นที่ผสมผสานกับบริการทางกายได้ ในกรณีของผู้ที่มี ปัญหาสุขภาพเรื้อรังที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ศูนย์สุขภาพชุมชนจะต้องให้การดูแล ผู้ป่วยเหล่านี้โดยประยุกต์หรือปรับวิธีการดูแลให้สอดคล้องกับสภาพความเป็นอยู่และวิถีการ ดำเนินชีวิตของผู้ป่วยที่บ้านอย่างเหมาะสม (คณะทำงานพัฒนานโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วน หน้า, 2544)

เนื่องจากศูนย์สุขภาพชุมชนมีข้อมูลของประชาชนตั้งแต่เกิดจนเสียชีวิต ทำให้เข้าใจในวิถีชีวิตและความเป็นอยู่ของประชาชนได้ดีกว่าหน่วยบริการระดับอื่น จึงมีหน้าที่ใน การนำข้อมูลดังกล่าวมาใช้ในการประเมินสภาพชุมชนอย่างรอบด้าน เพื่อนำมาวางแผนพัฒนาการ บริการให้สอดคล้องกับความต้องการและปัญหาของประชาชนทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้อง กันโรค การรักษาโรค และการฟื้นฟูสุขภาพ ยิ่งไปกว่านั้นควรสนับสนุนให้ประชาชนพึ่งตนเองด้าน สุขภาพได้ โดยการให้ความรู้และฝึกทักษะในการดูแลสุขภาพเบื้องต้น เช่น การทำแผล การดูแลตนเองเมื่อเป็นไข้ การรู้จักสังเกตและติดตามอาการเจ็บป่วยเบื้องต้น รวมถึงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และสภาพแวดล้อมเพื่อให้มีสุขภาพที่ดี (คณะทำงานพัฒนานโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า, 2544)

หน้าที่สำคัญอีกอย่างของศูนย์สุขภาพชุมชนคือ หากผู้ป่วยมีปัญหาที่ศูนย์ สุขภาพชุมชนไม่สามารถทำได้ หรือทำได้ไม่ครอบคลุม หรือเป็นปัญหาเฉพาะทาง จะต้องทำหน้าที่ ส่งต่อ หรือประสานกับผู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องต่อไป (คณะทำงานพัฒนา นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า, 2544)

2.4 เป้าหมายของบริการปฐมภูมิ

การบริการปฐมภูมิที่มีประสิทธิภาพและประสบผลสำเร็จ มีเป้าหมาย (คณะทำงานพัฒนานโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า, 2544) ดังนี้

2.4.1 ให้การช่วยเหลือทางการแพทย์ในระดับฉุกเฉินเบื้องต้น

2.4.2 ให้การบริการสุขภาพพื้นฐานในระดับบุคคล และครอบครัว

2.4.3 มีความสามารถในการร่วมดูแลสุขภาพของประชาชนได้ทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม

2.4.4 มีความสามารถในการรับผิดชอบด้านสุขภาพร่วมกับประชาชนทั้งในเชิงรับ และเชิงรุก โดยเฉพาะอย่างยิ่งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อสุขภาพ การปรับสิ่งแวดล้อมทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน การติดตามสถานะสุขภาพของประชาชนที่เป็นกลุ่มเสี่ยง และปัญหาสุขภาพสำคัญของประชาชนในเขตพื้นที่ที่รับผิดชอบอย่างทันการณ์

2.4.5 เป็นหน่วยเชื่อมต่อระหว่างประชาชน ชุมชน และระบบบริการสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ

2.5 องค์ประกอบสำคัญในการบริการปฐมภูมิ

การบริการปฐมภูมิมีองค์ประกอบหลักที่สำคัญและจำเป็นต่อการพัฒนาเป็นบริการปฐมภูมิที่ดี 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มปัจจัยพื้นฐานที่จำเป็น กลุ่มปัจจัยส่งเสริมให้การจัดบริการปฐมภูมิมีประสิทธิภาพ และกลุ่มปัจจัยที่สนับสนุนการจัดบริการปฐมภูมิ โดยแต่ละกลุ่มปัจจัยมีรายละเอียด (คณะทำงานพัฒนานโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า, 2544) ดังนี้

2.5.1 กลุ่มปัจจัยพื้นฐานที่จำเป็น ประกอบด้วย

2.5.1.1 จำนวนประชากรในความรับผิดชอบที่ชัดเจน เพื่อเป็นเป้าหมายในการวางแผนและให้บริการทั้งเชิงรุกและเชิงรับ รวมถึงการติดตามดูแลและประเมินผล

2.5.1.2 เป็นหน่วยบริการขนาดเล็กหรือขนาดกลางที่ไม่ซับซ้อนเกินไป สามารถครอบคลุมการดูแลประชากรที่ไม่มากเกินไปเพื่อให้สามารถดูแลได้อย่างทั่วถึง มีความเป็นกันเอง และสามารถใกล้ชิดกับประชาชนได้ง่าย

2.5.1.3 มีระบบการบริการที่ผสมผสาน ทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาโรค และการฟื้นฟูสุขภาพ โดยมีวิธีการบริการที่สามารถปรับเปลี่ยน และเชื่อมโยงบริการได้ตามสภาพความต้องการ และความจำเป็นด้านสุขภาพของผู้รับบริการได้ง่าย

2.5.1.4 มีทีมงานที่มีทัศนคติที่ดี และมีศักยภาพในการให้บริการที่ผสมผสาน และสอดคล้องกับความต้องการของประชาชนอย่างเป็นองค์รวม โดยที่ทีมงานนั้นต้องมีขนาดเล็กหรือใหญ่เกินไป สามารถสร้างความสัมพันธ์กับผู้รับบริการและชุมชนได้อย่างเป็น

ระบบต่อเนื่อง และสามารถประเมินสภาพความจำเป็นด้านสุขภาพของประชาชน เพื่อให้บริการด้วยวิธีการต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม ดังนั้นทีมงานจึงควรมีความรู้ ความสามารถในด้านต่าง ๆ คือ

ก. เข้าใจแนวคิดแบบองค์รวม ในการประเมินสภาวะสุขภาพ และการดำเนินการแก้ไขได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข. สามารถประเมินสภาวะสุขภาพของบุคคล ครอบครัว และชุมชนได้อย่างรอบด้าน และสามารถวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องได้

ค. สามารถให้บริการเบื้องต้นได้ทั้งในด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาโรค และการฟื้นฟูสุขภาพได้อย่างผสมผสาน โดยประชาชนมีส่วนร่วม

ง. สามารถส่งต่อและประสานงานกับองค์กรหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้อย่างเหมาะสม

จ. มีทักษะในการสอนให้ความรู้ และฝึกทักษะการดูแลสุขภาพเบื้องต้นให้แก่ประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ฉ. สามารถวางแผนระดับปฏิบัติการ และประเมินผลเฉพาะในระดับ พื้นที่ได้

2.5.1.5 มีการจัดระบบการทำงานที่สร้างปฏิสัมพันธ์กับชุมชนอย่างเป็นระบบ และต่อเนื่อง ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้ทีมงานบริการมีความเข้าใจสภาพชีวิตและปัจจัยกระทบกับประชาชน อีกทั้งช่วยให้ประชาชนเข้าใจทีมงานบริการมากขึ้นด้วย ซึ่งอาจทำได้ด้วยการออกไปทำความรู้จักคุ้นเคย พูดคุย รวมทั้งการเยี่ยมบ้านประชาชนอย่างต่อเนื่อง

2.5.1.6 มีการจัดระบบให้ทีมงานรับผิดชอบต่อผลลัพธ์สุขภาพของประชาชนโดยรวม และมีระบบการติดตามผู้รับบริการ หรือประชาชนในเขตรับผิดชอบอย่างต่อเนื่อง หากมีปัญหาในการมารับบริการ หรือไม่มารับบริการตามนัด ทีมงานสามารถรับรู้ และมีการติดตามดูแลได้อย่างเหมาะสม

2.5.2 กลุ่มปัจจัยที่ส่งเสริมให้การจัดบริการปฐมภูมิมีประสิทธิภาพ ประกอบด้วย

2.5.2.1 ที่ตั้งและการจัดองค์ประกอบของสถานพยาบาล หน่วยบริการปฐมภูมิควรตั้งอยู่ในชุมชน และประชาชนสามารถมารับบริการได้อย่างสะดวก สำหรับการจัดองค์ประกอบของสถานพยาบาลควรคำนึงถึงความสะดวกในการหมุนเวียนของผู้มารับบริการ และสอดคล้องกับบทบาทและหน้าที่ของหน่วยบริการ

2.5.2.2 ระบบข้อมูลข่าวสารเพื่อการดูแลผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ โดยต้องมีทั้งข้อมูลพื้นฐานที่เกี่ยวข้องกับภาวะสังคม เศรษฐกิจ สภาพครอบครัว และข้อมูลเกี่ยวกับการบริการสุขภาพ เพื่อให้สามารถดูแลประชาชนในระหว่างเจ็บป่วย (intra-episode record) และดูแลในระยะยาวต่อไป

2.5.2.3 การจัดการระบบการเงินการคลัง หลักการสำคัญคือการคิดค่าใช้จ่ายสำหรับการบริการจะต้องไม่เป็นอุปสรรคกับประชาชนในการใช้บริการ และทำให้สถานะการเงินของหน่วยบริการอยู่รอดได้

2.5.2.4 การเชื่อมโยงกับบริการอื่นที่เกี่ยวข้อง เช่น บริการระดับทุติยภูมิ ได้แก่ การส่งต่อผู้ป่วยไปรักษาในโรงพยาบาล

2.5.2.5 แบ่งภาระงานระหว่างหน่วยบริการปฐมภูมิกับโรงพยาบาลให้ชัดเจนไม่ซ้ำซ้อน มีระบบส่งต่อผู้ป่วยพร้อมข้อมูลได้โดยไม่มีช่องว่างของการบริการ

2.5.3 กลุ่มปัจจัยที่สนับสนุนการจัดการบริการปฐมภูมิ

องค์ประกอบนี้เป็นการสนับสนุนจากภายนอกเพื่อให้หน่วยบริการปฐมภูมิดำเนินงานได้ มีการเชื่อมโยงและประสานงานในระดับอำเภอหรือจังหวัด โดยจำเป็นต้องมีทีมงานสนับสนุนที่ชัดเจน ทำหน้าที่ในการสนับสนุนทรัพยากร และวิชาการด้านต่าง ๆ การสนับสนุนควรมีลักษณะดังนี้

2.5.3.1 ทีมงานสนับสนุน ต้องมีความเข้าใจแนวคิดและทักษะที่จำเป็นในการบริการปฐมภูมิ

2.5.3.2 ระบบบริหารจัดการขององค์กร ต้องให้หน่วยบริการปฐมภูมิสามารถบริหารจัดการในหน่วยงานได้อย่างคล่องตัว ยืดหยุ่น มีอำนาจในการตัดสินใจและจัดการให้บริการที่สอดคล้องกับความต้องการของประชาชน และสามารถพัฒนางานด้วยตนเองได้ต่อในระยะยาว

2.5.3.3 มีการสนับสนุนด้านงบประมาณอย่างเพียงพอ

2.5.3.4 มีระบบสนับสนุนการพัฒนาผู้ปฏิบัติทั้งในด้านทัศนคติองค์ความรู้และทักษะในการดูแลสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ

2.5.3.5 มีการจัดระบบการเชื่อมต่อการดำเนินงานระหว่างหน่วยบริการปฐมภูมิกับโรงพยาบาล หรือหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง จัดระบบการส่งต่อผู้ป่วย พร้อมข้อมูลที่ดีพอ

2.5.3.6 มีการจัดระบบการติดตามผลและประเมินผลอย่างต่อเนื่อง เพื่อนำมาใช้ในการพัฒนาบริการให้มีประสิทธิภาพต่อไป

2.6 การจัดการเครือข่ายบริการปฐมภูมิ

ในเครือข่ายบริการปฐมภูมิประกอบด้วยหน่วยงานหลัก 2 หน่วยงานซึ่งมีการทำงานที่เชื่อมโยงกัน (คณะทำงานพัฒนานโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า, 2544) ได้แก่

2.6.1 หน่วยคู่สัญญาของบริการปฐมภูมิ (contracting unit for primary care, CUP) เป็นหน่วยงานที่จัดให้มีบริการสุขภาพทั่วไปทั้งส่วนที่เป็นการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพพื้นฐาน มีลักษณะการให้บริการแบบผู้ป่วยนอก การให้บริการที่บ้าน และบริการในชุมชน ไม่รวมบริการที่ต้องใช้ความเชี่ยวชาญเฉพาะ หน่วยคู่สัญญานี้จะต้องมีประชาชนที่ลงทะเบียนชัดเจน จัดให้มีหน่วยบริการปฐมภูมิ และเป็นผู้รับผิดชอบในการจัดสรรงบประมาณภายในเครือข่ายบริการปฐมภูมิ

2.6.2 หน่วยบริการปฐมภูมิ หรือศูนย์สุขภาพชุมชน (primary care unit, PCU) เป็นหน่วยบริการสุขภาพที่ประชาชนที่มีสิทธิในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าเลือกเป็นหน่วยบริการประจำตัว ซึ่งอาจมีหน่วยบริการเดียว หรือจัดเป็นเครือข่ายของหน่วยบริการย่อยที่ร่วมกันให้บริการ

ในกรณีที่จัดเป็นเครือข่ายบริการปฐมภูมิ จะประกอบด้วยหน่วยบริการ 2 ประเภท คือ หน่วยบริการปฐมภูมิหลัก (main contractor) ซึ่งเป็นหน่วยบริการที่สามารถจัดบริการได้ครบทุกประเภท มีแพทย์และบุคลากรสาขาต่าง ๆ ครบตามเกณฑ์มาตรฐาน และทำหน้าที่สนับสนุนหน่วยบริการอีกประเภทหนึ่ง คือ หน่วยบริการปฐมภูมิรองในเครือข่ายบริการปฐมภูมิ (sub-contractor) ซึ่งเป็นหน่วยบริการที่ให้บริการได้ไม่ครบทุกประเภท หรือมีบุคลากรไม่ครบตามเกณฑ์มาตรฐาน

2.7 มาตรฐานของหน่วยบริการปฐมภูมิ

หน่วยบริการที่จะเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิต้องมีคุณสมบัติในด้านต่าง ๆ (คณะทำงานพัฒนานโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า, 2544) ดังนี้

2.7.1 ที่ตั้ง และประชากร

2.7.1.1 ประชากรในความรับผิดชอบไม่ควรเกิน 10,000 คน ต่อหนึ่งหน่วยบริการปฐมภูมิ

2.7.1.2 หน่วยบริการปฐมภูมิต้องตั้งอยู่ในพื้นที่ที่ประชาชนเดินทางไปใช้บริการได้สะดวก ภายใน 30 นาที โดยรถยนต์

2.7.1.3 ในกรณีที่หน่วยบริการปฐมภูมิตั้งอยู่ในโรงพยาบาล สถานที่ให้บริการต้องแยกจากแผนกตรวจผู้ป่วยนอกทั่วไปอย่างชัดเจน โดยมีทีมประจำให้บริการ และบริการได้สะดวก รวดเร็ว

2.7.2 ชีคความสามารถ

2.7.2.1 มีการให้บริการที่หลากหลายผสมผสานในหน่วยบริการ ทั้งด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพ การให้ความรู้กับประชาชนที่มารับบริการไม่น้อยกว่า 56 ชั่วโมงต่อสัปดาห์

2.7.2.2 มีบริการด้านทันตกรรมภายในหน่วยบริการปฐมภูมิ หรือมีระบบเชื่อมต่อเพื่อส่งประชาชนในความรับผิดชอบไปรับบริการทันตกรรม (รักษา และป้องกัน) ได้อย่างน้อย 40 ชั่วโมงต่อสัปดาห์

2.7.2.3 มีบริการส่งเสริมคุณภาพ และการป้องกันโรคในหน่วยบริการ เช่น บริการดูแลหญิงตั้งครรภ์ วางแผนครอบครัว 1-2 วันต่อสัปดาห์

2.7.2.4 มีบริการดูแลสุขภาพเด็ก 1-8 วันต่อเดือน

2.7.2.5 มีระบบการเยี่ยมบ้าน ปฏิบัติงานในชุมชน เพื่อติดตามบริบาลผู้ที่มีปัญหาสุขภาพ และทำความเข้าใจกับครอบครัว ประเมินสภาพครอบครัว และดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพอย่างน้อย 10 - 15 ชั่วโมงต่อสัปดาห์

2.7.2.6 มีบริการด้านยา ตั้งแต่การจัดหายา การจ่ายยา และการให้ความรู้ด้านยาตามเกณฑ์มาตรฐานวิชาชีพ

2.7.2.7 มีการตรวจชันสูตรพื้นฐานที่ทำได้ และมีระบบส่งต่อไปยังหน่วยงานอื่นที่ให้บริการได้อย่างรวดเร็วคล่องตัว

2.7.3 ด้านบุคลากร

ต้องมีบุคลากรให้บริการทั้งแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีความสามารถตามเกณฑ์มาตรฐาน โดยคิดเป็นอัตราส่วนของบุคลากรประเภทต่างๆ กับจำนวนประชากรที่อยู่ในความรับผิดชอบ

2.7.3.1 มีพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (ขั้นต่ำมีคุณวุฒิระดับประกาศนียบัตรด้านสาธารณสุข) ให้บริการที่ต่อเนื่องอย่างน้อยร้อยละ 75 ในอัตราส่วนอย่างน้อย 1:1,250 คน โดยต้องเป็นพยาบาลวิชาชีพอย่างน้อย 1 ใน 4

2.7.3.2 มีแพทย์ในเครือข่ายบริการร่วมรับผิดชอบดูแลสุขภาพของประชาชน และให้คำปรึกษาดูแลตามกำกับคุณภาพอย่างสม่ำเสมอ ในอัตราส่วนอย่างน้อย 1:10,000 คน สำหรับการให้แพทย์ทำหน้าที่บริการ โดยตรงขึ้นกับจำนวนแพทย์ที่มี และศักยภาพในการจัดการบริการของหน่วยบริการ

2.7.3.3 ในกรณีพื้นที่ทุรกันดาร ไม่สามารถจัดหาแพทย์มาให้บริการได้ จัดให้มีพยาบาลวิชาชีพหรือพยาบาลเวชปฏิบัติที่มีความรู้ ความสามารถเหมาะสมตามเกณฑ์

มาตรฐานเพิ่มจากจำนวนในข้อ 2.7.3.1 ด้วยอัตราส่วนพยาบาลวิชาชีพ 2 คน ต่อแพทย์ 1 คน แต่ต้องมีแพทย์ไม่น้อยกว่า 1:30,000 คน

2.7.3.4 มีทันตแพทย์และ/หรือทันตภิบาล ในอัตราส่วนอย่างน้อย 1:20,000 คน ในพื้นที่ที่มีทันตแพทย์ไม่เพียงพอ อาจจัดให้มีทันตภิบาล ในอัตราส่วน 1:20,000 คน ภายใต้การดูแลของทันตแพทย์อย่างน้อย 1:40,000 คน

2.7.3.5 มีเภสัชกรร่วมให้บริการและรับผิดชอบงานเภสัชกรรมและการคุ้มครองผู้บริโภค ในอัตราส่วนอย่างน้อย 1:20,000 คน ในพื้นที่ที่มีเภสัชกรไม่เพียงพอ ให้มีเจ้าพนักงานเภสัชกรรมหรือเจ้าหน้าที่ที่ได้รับการอบรมด้านเภสัชกรรมเบื้องต้นปฏิบัติงานแทน ด้วยอัตราส่วนเจ้าพนักงานเภสัชกรรมหรือเจ้าหน้าที่ 2 คนต่อเภสัชกร 1 คน แต่ต้องมีเภสัชกรกำกับดูแลอย่างน้อย 1:30,000 คน

2.7.4 ด้านอุปกรณ์ อาคาร และสถานที่

2.7.4.1 มีอุปกรณ์เครื่องมือเพื่อการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพพื้นฐาน และมีระบบที่ป้องกันการติดเชื้อ

2.7.4.2 สถานที่ตรวจรักษาและให้คำปรึกษา เป็นสัดส่วน สะอาด และมีพื้นที่ให้บริการที่พอเพียง

2.7.4.3 มีการจัดการให้มียานพาหนะเพื่อใช้ในการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลใกล้เคียงในกรณีฉุกเฉินได้อย่างรวดเร็ว

2.7.5 ด้านการจัดการ

ต้องมีระบบการจัดการที่เหมาะสม คือ

2.7.5.1 มีระบบรับผิดชอบประชาชนที่มาลงทะเบียนรับบริการว่าเป็นใคร อยู่ที่ไหน

2.7.5.2 มีความต่อเนื่องของการบริการเช่น ระบบนัดหมาย การติดตาม และการจัดระบบข้อมูล

2.7.5.3 มีความสะดวกรวดเร็ว

2.7.5.4 มีข้อมูลของผู้รับบริการ เพื่อให้บริการอย่างมีคุณภาพ สนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค

2.7.5.5 มีแนวทางการดูแลปัญหาสุขภาพที่พบบ่อย และมีการพัฒนาคุณภาพ อย่างสม่ำเสมอ

2.7.5.6 มีการจัดการด้านยาตามเกณฑ์มาตรฐาน

2.8 ลักษณะการบริการในศูนย์สุขภาพชุมชน

ลักษณะการบริการในหน่วยบริการปฐมภูมิหรือศูนย์สุขภาพชุมชนต้องมีการผสมผสานทุกกลุ่มอายุ ครอบคลุมปัญหาสุขภาพพื้นฐานของประชาชนในระดับบุคคล และครอบครัว รวมถึงมีการบริการด้านยา ตั้งแต่การจัดหายา และการให้ความรู้ด้านยาที่เหมาะสม โดยมีรายละเอียดของการบริการด้านต่าง ๆ (คณะทำงานพัฒนานโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า, 2544) ดังนี้

2.8.1 ด้านการรักษาพยาบาล ประกอบด้วย

2.8.1.1 การดูแลปัญหาสุขภาพทั่วไป และปัญหาสุขภาพเฉียบพลันที่พบบ่อย

2.8.1.2 การดูแลปัญหาสุขภาพเรื้อรังที่พบบ่อย

2.8.1.3 ระบบการคัดกรองโรคเรื้อรัง หรือโรคที่รุนแรง เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน มะเร็งปากมดลูก มะเร็งเต้านม

2.8.1.4 การเยี่ยมบ้าน โดยติดตามดูแลให้บริการรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วยที่ไม่สามารถมารับบริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชนได้

2.8.1.5 การบริการเบื้องต้นกรณีผู้ป่วยฉุกเฉินหรือประสบอุบัติเหตุรุนแรงก่อนส่งต่อ

2.8.1.6 การผ่าตัดเล็ก

2.8.1.7 การบริการตรวจชันสูตรพื้นฐานที่ทำเองได้ และการส่งต่อไปยังหน่วยบริการอื่น

2.8.1.8 การบริการทันตกรรมพื้นฐาน ได้แก่ อุดฟัน ขูดหินน้ำลาย ถอนฟัน กรณีปกติ

2.8.2 การส่งเสริมสุขภาพ ครอบคลุมการดูแลประชาชน ตั้งแต่เกิดจนเสียชีวิต ได้แก่

2.8.2.1 บริการดูแลหญิงวัยเจริญพันธุ์ หญิงตั้งครรภ์ ตั้งแต่ก่อนคลอดจนถึงหลังคลอด

2.8.2.2 บริการดูแลเด็กทั้งด้านพัฒนาการเด็ก และวัคซีน

2.8.2.3 บริการเด็กวัยเรียน

2.8.2.4 บริการดูแลส่งเสริมสุขภาพประชาชนทั่วไป และประชาชนกลุ่มเสี่ยงอื่นๆ

2.8.2.5 บริการดูแลผู้สูงอายุ

2.8.2.6 การบริการเยี่ยมบ้าน (home health care) โดยมีการดำเนินการ

3 ลักษณะ คือ

ก. การเยี่ยมเขียนครอบครัวทุกครอบครัวในเขตรับผิดชอบ เพื่อทำความรู้จัก สร้างความคุ้นเคยระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ และประเมินสภาพพื้นฐานด้านสุขภาพของครอบครัว รวมถึงให้ความรู้ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพพื้นฐานอย่างน้อยปีละครั้ง

ข. การเยี่ยมบ้าน ติดตามดูแลประชาชนกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ และกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ หญิงตั้งครรภ์ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ เพื่อประเมินสภาพปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพอย่างรอบด้าน และให้การดูแลอย่างเหมาะสม รวมถึงสนับสนุนให้กลุ่มเป้าหมายและครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพอย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

ค. การเยี่ยมบ้าน ติดตามดูแลผู้ที่มารับบริการไม่ต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดครอบคลุมการบริการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค

2.8.2.7 การส่งเสริมและป้องกันด้านทันตสุขภาพ ได้แก่ การให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก การใช้ฟลูออไรด์ในกลุ่มเสี่ยง การเคลือบหลุมร่องฟัน

2.8.2.8 การให้บริการความรู้ด้านสุขภาพแก่ประชาชนระดับบุคคล และครอบครัว เพื่อให้มีความรู้ ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพพื้นฐาน การปฐมพยาบาลเบื้องต้น และการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยด้วยปัญหาสุขภาพที่พบบ่อย ได้แก่ ไข้ ตัวร้อน หวัด ปวดหลัง ปวดท้อง อาการชัก ปวดเข่า ท้องเสีย ปวดศีรษะ โรคไข้เลือดออก โรคเอดส์ และโรคที่พบบ่อยในท้องถิ่น รวมถึงการปฏิบัติตนที่เกี่ยวกับ อาหาร สิ่งแวดล้อม การออกกำลังกาย และการใช้สารเคมีต่างๆ

2.8.2.9 การบริการให้คำปรึกษา

2.8.2.10 การค้นหาโรคร้ายแรง หรือโรคเรื้อรังเพื่อการป้องกัน

2.8.3 การฟื้นฟูสภาพพื้นฐาน ทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ เป็นการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องหลังจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย

2.8.4 การควบคุม ป้องกันโรคในระดับบุคคล และครอบครัว ได้แก่ การให้วัคซีน การเฝ้าระวัง และรายงานผู้ป่วยโรคติดต่อตามพระราชบัญญัติสาธารณสุขและกฎหมายที่เกี่ยวข้อง

2.8.5 การสนับสนุนให้ประชาชน องค์กรประชาชน และชุมชน พึ่งพาตนเองด้านสุขภาพ โดยการให้ความรู้ สร้างความมั่นใจในการดูแลปัญหาสุขภาพ และร่วมมือกับหน่วยงานอื่นในการวางแผน และดำเนินการแก้ปัญหาสุขภาพของชุมชน

2.8.6 การบริการด้านยา ตั้งแต่การจัดหายา การจ่ายยา และการให้ความรู้ด้าน

ยา

นอกจากนี้หากมีบุคลากรและเงินสมทบเพิ่มควรมีบริการเพิ่มดังนี้

1. การควบคุมโรคและป้องกันโรคที่พบบ่อยในท้องถิ่น ทั้งที่เป็นโรคติดต่อและไม่ติดต่อ โรคที่เป็นผลกระทบจากสิ่งแวดล้อม และจากการประกอบอาชีพ
2. มีระบบการติดตามและเฝ้าระวังโรคในชุมชน โดยค้นหาปัจจัยเสี่ยงและสาเหตุของการเกิดโรค จนถึงการดำเนินการควบคุมป้องกันโรค
3. การคุ้มครองผู้บริโภค ครอบคลุมทั้งยา อาหาร และการบริการทางการแพทย์ที่ปลอดภัยได้มาตรฐาน และเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์ที่ไม่ถูกต้องตามกฎหมาย รวมถึงแนะนำ เผยแพร่ความรู้ข้อมูลข่าวสารด้านการคุ้มครองผู้บริโภค

3. ความสัมพันธ์ระหว่างระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิในประเทศไทยและต่างประเทศ

จากคำประกาศขององค์การอนามัยโลกปี ค.ศ. 1978 (WHO, 1978, quoting in Starfield, 1994) เกี่ยวกับการสาธารณสุขมูลฐาน ดังรายละเอียดที่ได้กล่าวมาแล้วในหัวข้อที่ 1 ประเทศไทยเป็นอีกประเทศที่นำแนวความคิดของการสาธารณสุขมูลฐานมาใช้พัฒนาระบบสาธารณสุข ก่อนที่จะนำระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิมาดังเช่นในปัจจุบัน ซึ่งการสาธารณสุขมูลฐานในประเทศไทยดำเนินการโดยจัดให้มีชุดกิจกรรม 10 ประการตามคำประกาศขององค์การอนามัยโลก และมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน รวมถึงจัดตั้งศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน และกองทุนชุมชนประเภทต่าง ๆ ซึ่งในการปฏิบัติงานจริงนั้น เจ้าหน้าที่สาธารณสุขยังเข้าใจความหมายของการสาธารณสุขมูลฐานว่า คือการมีอาสาสมัครสาธารณสุข และกองทุนชุมชน และดำเนินกิจกรรมโดยประชาชนและชุมชนเองเป็นหลัก มากกว่าการเข้าใจถึงแนวคิดสำคัญที่คำนึงถึงผลลัพธ์ต่อประชาชน ส่วนการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่รัฐบาลจัดให้เป็นบริการด่านแรกแก่ประชาชนคือ สถานีอนามัย โรงพยาบาลชุมชน โดยที่รัฐบาลโดยกระทรวงสาธารณสุขไม่ได้กำหนดอย่างชัดเจนว่าหน่วยบริการดังกล่าวต้องจัดบริการโดยนำแนวความคิดสาธารณสุขมูลฐานมาใช้หรือไม่ อย่างไร เพียงแต่กำหนดให้หน่วยบริการเหล่านั้นจัดให้มีกิจกรรมตามชุดกิจกรรมที่กำหนดไว้ในงานสาธารณสุขมูลฐานเท่านั้น (มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, คณะเภสัชศาสตร์, 2545; ปลัดกระทรวงสาธารณสุข, สำนักงาน, 2527) ซึ่งต่างจากประเทศในยุโรปและประเทศที่พัฒนาแล้วอื่น ๆ ที่ให้ความหมายของคำว่า การสาธารณสุขมูลฐาน ว่าเป็นการให้บริการสุขภาพด่านแรก โดยองค์กรรวม อย่างต่อเนื่อง โดยแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป หรือแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว หรือพยาบาล เป็นผู้ให้บริการ และมีการส่งต่อผู้ป่วยสู่หน่วยบริการสุขภาพระดับสูงขึ้น (หน่วยบริการสุขภาพ

ทุติยภูมิ หรือตติยภูมิ) หรือหน่วยบริการสุขภาพเฉพาะทางอื่น ๆ ซึ่งเหมือนกับการบริการสุขภาพปฐมภูมิ (primary care) และใช้ทดแทนกันได้ ดังนั้นในปัจจุบันเมื่อประเทศไทยนำระบบการบริการสุขภาพปฐมภูมิมาให้บริการ ดังรายละเอียดที่ได้กล่าวมาแล้วในหัวข้อที่ 2 จึงทำให้สรุปได้ว่าระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิของประเทศไทยเป็นแนวความคิดที่มีความหมายและลักษณะสำคัญเหมือนกับการสาธารณสุขมูลฐานในคำประกาศขององค์การอนามัยโลกและในประเทศที่พัฒนาแล้วอื่น ๆ

แม้ว่าแนวความคิดและลักษณะสำคัญของระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิในประเทศไทยและต่างประเทศจะคล้ายกัน แต่ในด้านการปฏิบัติงานของบุคลากรในระบบนั้นมีความแตกต่างกันคือ ในต่างประเทศไม่ว่าจะเป็นสหรัฐอเมริกา แคนาดา สกอตแลนด์ อังกฤษ และรัสเซีย นั้นแพทย์ผู้ให้บริการจะมีทั้งแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป แพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว และแพทย์เฉพาะทางสาขาต่าง ๆ เช่น กุมารแพทย์ สูติแพทย์ และนรีแพทย์ เป็นต้น (Bindman and Majeed, 2003; Gillam and Schamroth, 2002; Grumbach, 1999; Rhyne and Hertzman, 2002; Starfield, 1994) นอกจากนี้การศึกษาของ Bindman และ Majeed (2003) พบว่าปัจจุบันระบบสุขภาพปฐมภูมิในสหรัฐอเมริกานั้น มีสัดส่วนของแพทย์เฉพาะทางเป็นผู้ปฏิบัติงานมากกว่าในสหราชอาณาจักร ซึ่งส่วนใหญ่ยังเป็นแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปที่เป็นผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ สำหรับในด้านสถานที่ปฏิบัติงานนั้นในสหรัฐอเมริกจะเป็นลักษณะของสถานประกอบการของแพทย์ (private clinic) ซึ่งมีแพทย์ปฏิบัติงานใน 2 ลักษณะ คือ ปฏิบัติงานตลอดวัน (full-time physician) และปฏิบัติงานเฉพาะช่วงเวลา (part-time physician) โดยมีพยาบาล และ/หรือผู้ช่วยแพทย์ปฏิบัติงานรวมอยู่ด้วย สำหรับเภสัชกรนั้นส่วนใหญ่เป็นเภสัชกรคลินิก (clinical pharmacist) จะแยกสถานปฏิบัติงานออกจากแพทย์ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นลักษณะของร้านยา (Bindman and Majeed, 2003; Grumbach, 1999) ขณะที่ในสหราชอาณาจักรนั้น สถานที่ปฏิบัติงานมีทั้งลักษณะที่คล้ายกับในสหรัฐอเมริกา และที่เป็นหน่วยบริการปฐมภูมิที่รัฐให้การสนับสนุน (public clinic หรือ primary care setting หรือ community care setting) ซึ่งมีแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปและพยาบาลเป็นผู้ให้บริการ และมีเภสัชกรชุมชน (community pharmacist) ปฏิบัติงานด้านเภสัชกรรม ซึ่งมีทั้งการปฏิบัติงานภายในหน่วยบริการนั้น และแยกสถานบริการออกมาต่างหาก (Bindman and Majeed, 2003; Gillam and Schamroth, 2002; Starfield, 1994; Williams *et al.*, 2000) ระบบสุขภาพปฐมภูมิตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศไทย มีลักษณะของผู้ให้บริการคล้ายกับในสหราชอาณาจักรที่ผู้ให้บริการส่วนใหญ่เป็นพยาบาลและแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป โดยที่พยาบาลจะเป็นผู้ปฏิบัติงานตลอดเวลา ในขณะที่แพทย์จะมาให้บริการเฉพาะช่วงเวลา ซึ่งขึ้นอยู่กับข้อกำหนดของแต่ละหน่วยบริการ และมีเภสัชกรหรือเจ้าพนักงานเภสัชกรรมร่วมให้บริการในหน่วยบริการเฉพาะในช่วงเวลาที่แพทย์ให้บริการ และหน่วยบริการปฐมภูมิเป็นหน่วยบริการที่รัฐให้การสนับสนุน ในขณะที่

Central Library Prince of Songkla University

ระบบสุขภาพปฐมภูมิของสหรัฐอเมริกานั้น จะมีลักษณะคล้ายกับสถานประกอบการของแพทย์และร้านยาในประเทศไทย แสดงให้เห็นว่าระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิของประเทศไทย หากพิจารณาในด้านของบุคลากรและสถานที่ให้บริการสุขภาพปฐมภูมินั้น มีความคล้ายคลึงกับสหราชอาณาจักรมากกว่าสหรัฐอเมริกา

บทบาทของเภสัชกรในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ ในศูนย์สุขภาพชุมชน

1. บทบาทของเภสัชกรในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ ในศูนย์สุขภาพชุมชน ในต่างประเทศ

จากคำประกาศขององค์การอนามัยโลกปี ค.ศ. 1978 เกี่ยวกับแนวความคิดของการสาธารณสุขมูลฐาน ทำให้ประเทศต่าง ๆ ทั้งในทวีปยุโรปและอเมริกา มีการปรับเปลี่ยนระบบสาธารณสุขภายในประเทศ เพื่อให้เป็นไปตามคำประกาศดังกล่าว มีการศึกษาถึงลักษณะการให้บริการปฐมภูมิ (primary care) ใน 11 ประเทศ ในช่วงกลางและท้ายทศวรรษ 80 (Starfield, 1994) แสดงให้เห็นว่า หน้าที่หลักในการให้บริการปฐมภูมิในทวีปยุโรป โดยเฉพาะสหราชอาณาจักร เป็นของแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปหรือพยาบาล ในขณะที่ในทวีปอเมริกาจะมีแพทย์เฉพาะทางร่วมให้บริการปฐมภูมิด้วย แต่ไม่มีการกล่าวถึงบทบาทหน้าที่ของเภสัชกรในการให้บริการปฐมภูมิในการศึกษาดังกล่าว

ในช่วง 20 ปีที่ผ่านมาได้มีการเปลี่ยนแปลงการให้บริการสุขภาพชุมชนในประเทศสหรัฐอเมริกา โดยเปลี่ยนจากเดิมที่ผู้ให้บริการเป็นแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป แพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว หรือพยาบาล ให้บริการด้านสุขภาพแก่ผู้ป่วยโรคทั่วไปในลักษณะการให้บริการสุขภาพพื้นฐาน (gate-keeper) เป็นการให้บริการแก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยมีจำนวนสัดส่วนของแพทย์เฉพาะทางในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น และจัดตั้งเป็น chronic care clinic เนื่องจากในสหรัฐอเมริกานั้นมีผู้ป่วยโรคเรื้อรังจำนวนมากถึง 99 ล้านคน และมากกว่าครึ่งรับบริการสุขภาพในระบบปฐมภูมิ นอกจากนี้โรคเรื้อรังที่พบมากที่สุด (ร้อยละ 90) คือโรคเบาหวาน ทำให้การศึกษาส่วนใหญ่ทำการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน สำหรับโรคอื่นที่มีการศึกษา เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคหอบหืด โรคซึมเศร้า เป็นต้น (Moor and Showstack, 2003; Render, *et al.*, 2001; Rothman and Wagner, 2003; Showstack, *et al.*, 2003; Wagner, 2000, Wagner *et al.*, 2001) โดยที่จะดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในรูปแบบของคณะบุคลากรทางการแพทย์ (patient care team) ซึ่งปัจจุบันมี 2 ลักษณะคือ คณะบุคลากรที่ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล และผู้ช่วยแพทย์ โดยไม่มีการกล่าวถึงบทบาทของเภสัชกรในการดูแลผู้ป่วย (Bodenheimer, 2002; Render, *et al.*, 2001; Rothman and Wagner, 2000;

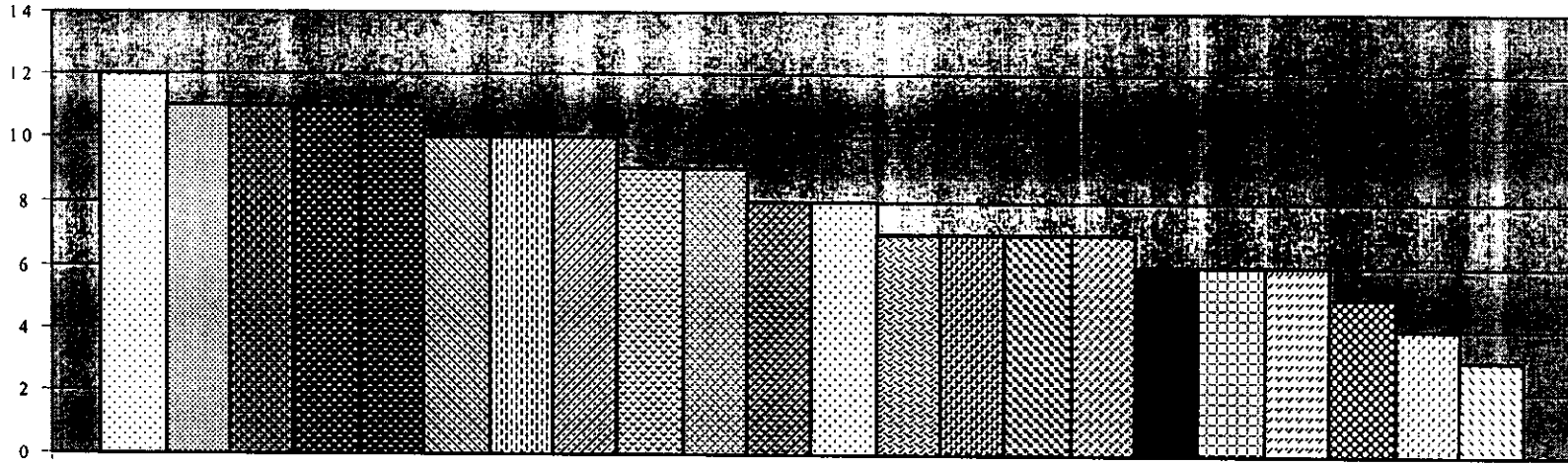
Wagner *et al.*, 2001) ขณะที่คณะบุคลากรอีกลักษณะหนึ่ง เกษัตริกรจะมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย แต่เป็นการปฏิบัติงานในหน่วยของเภสัชกรเอง (clinical pharmacist clinic) มิใช่การปฏิบัติงานภายในหน่วยบริการเดียวกันกับแพทย์ (Borenstein, *et al.*, 2003; Coast-Senior *et al.*, 1998; Render, *et al.*, 2001; Rothman and Wagner, 2003; Wagner *et al.*, 2001)

Williams, *et al.* (2000) ทำการศึกษาเพื่อประเมินความต้องการด้านเภสัชกรรมในหน่วยบริการปฐมภูมิ (primary care setting) ในประเทศสกอตแลนด์ โดยศึกษาใน Ardach health center ซึ่งรับผิชอบผู้ป่วยจำนวน 10,221 คน มีแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปและพยาบาลเป็นผู้ให้บริการ และมีเภสัชกรชุมชน (community pharmacist) ปฏิบัติงานด้านบริหารเภสัชกรรม (pharmaceutical care) ด้วย การศึกษานี้แบ่งเป็น 4 ระยะ โดยระยะแรกใช้วิธีการสัมภาษณ์ ด้วยคำถาม “คุณต้องการบริการอะไรจากเภสัชกรและทำไม” เพื่อประเมินความต้องการของแต่ละคน ซึ่งผู้ที่จะถูกสัมภาษณ์ได้แก่ แพทย์ทั้งหมดที่ปฏิบัติงาน 6 คน พยาบาลที่ปฏิบัติงาน 5 คน เภสัชกรชุมชนที่ปฏิบัติงาน 4 คน ตัวแทนเจ้าหน้าที่บริหารของหน่วยบริการ 3 คน และตัวแทนผู้ป่วยที่มาใช้บริการอย่างสม่ำเสมอจำนวน 13 คน ผลการสัมภาษณ์พบว่า แพทย์ต้องการให้มีการตั้งแบบแผนในการส่งจ่ายยา การทบทวนการใช้ยาของผู้ป่วย การประสานงานระหว่างเภสัชกรกับส่วนบริการอื่น การปรับปรุงระบบการส่งจ่ายยาซ้ำ และการติดตามการใช้ยาของผู้ป่วย พยาบาลต้องการให้เภสัชกรมีการทบทวนการใช้ยาของผู้ป่วยที่บ้าน การนำส่งยา และให้คำแนะนำให้การเก็บยาอย่างปลอดภัย เภสัชกรเองต้องการให้มีการจัดการระบบยา การทบทวนการสั่งยา การทบทวนการใช้ยา การปรับปรุงโปรแกรมคอมพิวเตอร์ให้ทันสมัย การพัฒนารูปแบบยา การพัฒนานโยบายการส่งจ่ายยา และการทบทวนการใช้ยาของผู้ป่วยที่บ้าน เจ้าหน้าที่บริหารต้องการให้มีการปรับปรุงระบบการส่งจ่ายยาซ้ำ ให้คำแนะนำในการวิเคราะห์ข้อมูลการสั่งใช้ยาในชาวสกอต การให้ความรู้ในเรื่องยาเป็นรายบุคคล และการตั้งแบบแผนในการส่งจ่ายยา และร้อยละ 76.9 ของผู้ป่วยที่ถูกสัมภาษณ์ต้องการให้เภสัชกรปรับปรุงระบบการส่งจ่ายยาซ้ำ ร้อยละ 53.8 ต้องการให้มีบริการให้ข้อมูลด้านยา และ ร้อยละ 38.4 ต้องการให้มีระบบนำส่งยาถึงบ้าน ระยะที่ 2 จะใช้แบบสอบถาม 2 ชุด ชุดแรกใช้ถามบุคลากรสาธารณสุข และชุดที่สองใช้ถามผู้ป่วยที่สุ่มมาจำนวน 1,000 คน ผลการศึกษาในระยะนี้พบว่า บุคลากรสาธารณสุขต้องการให้มีการบริการทางเภสัชกรรมทั้งหมด 22 บริการ ดังภาพประกอบที่ 1 ซึ่งจะเห็นว่าส่วนใหญ่ต้องการให้มีการพัฒนานโยบายการส่งจ่ายยา การให้ความรู้แก่บุคลากรสาธารณสุขและผู้ป่วย การจัดตั้งคลินิกเฉพาะ และการแนะนำเพื่อให้มีการส่งจ่ายยาอย่างเหมาะสม ระยะที่ 3 เป็นการนำผลการประเมินของระยะแรกและระยะที่สองมาอภิปรายผลโดยบุคลากรสาธารณสุขของ Ardach health center เพื่อจัดลำดับความต้องการ ดังภาพประกอบที่ 1 และนำมาพิจารณาถึงพื้นที่และเวลาที่ควรให้บริการนั้น ๆ ตามความเหมาะสมในระยะสุดท้ายของการ

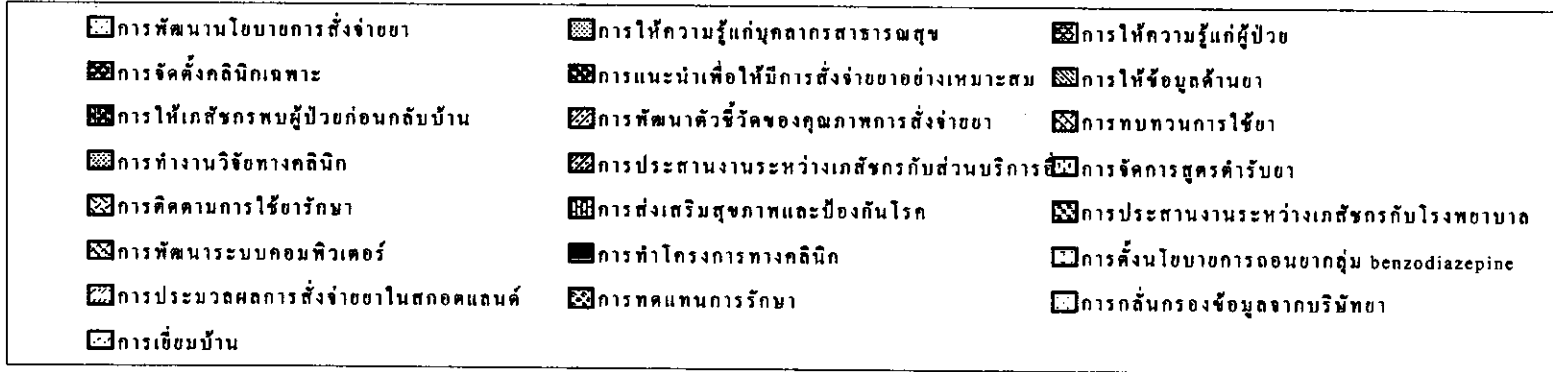
ศึกษา การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าบุคลากรทางสาธารณสุขเห็นความสำคัญของเภสัชกรในการมีบทบาทด้านการบริการทางเภสัชกรรมในหน่วยบริการปฐมภูมิ

จากที่กล่าวมาแล้วว่าเภสัชกรในประเทศสหรัฐอเมริกาและแคนาดา ที่ให้บริการในลักษณะการบริการปฐมภูมินั้น ส่วนใหญ่เป็นเภสัชกรที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการที่มีลักษณะเป็นร้านยา มากกว่าการปฏิบัติงานร่วมกับแพทย์ในหน่วยบริการปฐมภูมิ ซึ่งต่างจากในประเทศไทย ที่เภสัชกรปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ หรือศูนย์สุขภาพชุมชนร่วมกับแพทย์ อย่างไรก็ตามเภสัชกรร้านยาในประเทศสหรัฐอเมริกาและแคนาดา ก็มีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยโดยการให้บริบาลทางเภสัชกรรม โดยมีการศึกษาถึงการให้บริบาลทางเภสัชกรรมในร้านยาแก่ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงในการเกิดปัญหาจากการใช้ยา เช่น ผู้ป่วยสูงอายุ ผู้ป่วยที่ได้รับยามากกว่า 3 รายการขึ้นไป (Kassam, *et al.*, 2001) ผู้ป่วยโรคเบาหวาน (Nau and Ponte, 2002) โรคหอบหืด (Cordina, *et al.*, 2001) เป็นต้น นอกจากนี้ปัจจุบันมีการศึกษาเพื่อเพิ่มบทบาทในการดูแลผู้ป่วยด้านเภสัชกรรมโดยเภสัชกรในศูนย์สุขภาพชุมชน (community health center) ในสหรัฐอเมริกา (Dent, *et al.*, 2002) เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดีขึ้น โดยส่วนใหญ่จะเป็นบทบาทในส่วนของคลินิกต่อยา (refill clinic) ในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไ้ขมันในเลือดสูง หอบหืด ผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด และผู้ป่วยโรค peptic ulcer ซึ่งจะกล่าวรายละเอียดของการศึกษาในหัวข้อการให้บริบาลทางเภสัชกรรมในศูนย์สุขภาพชุมชนต่อไป

จำนวนบุคลากร



การบริการทางเภสัชกรรม



ภาพประกอบที่ 1 ความต้องการการบริการทางเภสัชกรรมของบุคลากรสาธารณสุขใน Ardach health center

ที่มา: Williams, *et al.*, 2000 : 95-99

2. บทบาทของเภสัชกรในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ ในศูนย์สุขภาพชุมชน ในประเทศไทย

จากข้อมูลและรายละเอียดเกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิของประเทศไทย จะเห็นว่าไม่มีการกำหนดบทบาทของเภสัชกรในการให้บริการสุขภาพชุมชนอย่างชัดเจน กล่าวเพียงว่าต้องมีมาตรฐานการบริการด้านยา ตั้งแต่การจัดหายา จ่ายยา และให้ความรู้รวมถึงการคุ้มครองผู้บริโภคด้านอาหารและยาเท่านั้น (คณะทำงานพัฒนานโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า, 2544) แต่มีผู้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับบทบาทของเภสัชกรในศูนย์สุขภาพชุมชนไว้ในหลายลักษณะดังนี้

วิสูตร วงศ์ห่าวศึก (2544) ได้กล่าวถึงบทบาทของเภสัชกรในหน่วยบริการปฐมภูมิว่าสามารถแยกได้เป็น 3 ประเด็น ดังนี้

ประเด็นแรก บทบาทในการบริหารยาและเวชภัณฑ์มีโซ่ยา โดยจัดให้มีชนิดและปริมาณไว้บริการได้อย่างเหมาะสมเพียงพอ และมีประสิทธิภาพ เพื่อลดการสูญเสียงบประมาณค่าใช้จ่ายด้านยาที่เกินจำเป็น และประสานงานภายใต้ระบบเครือข่ายบริการ ทั้งในระดับทุติยภูมิและ/หรือตติยภูมิ เพื่อให้เกิดความคล่องตัวและประสิทธิภาพในการบริหารจัดการและการให้บริการ ซึ่งในส่วนการให้บริการนั้นเภสัชกรสามารถเข้าไปมีบทบาทในการจัดจ่ายยาแก่ผู้มารับบริการให้ได้ยาที่ถูกต้องเหมาะสม พร้อมคำแนะนำปรึกษาในการใช้ยาที่ถูกต้องเหมาะสมเพื่อเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย และเกิดประสิทธิผลสูงสุดในการใช้ยารักษา

ประเด็นที่สอง เนื่องจากแพทย์ผู้ปฏิบัติหน้าที่ในหน่วยบริการปฐมภูมิให้ความสำคัญกับการตรวจรักษาผู้ป่วยเช่นเดียวกับการให้บริการในโรงพยาบาล เภสัชกรจึงต้องจัดเตรียมรายการยาและเวชภัณฑ์มีโซ่ยา ในหน่วยบริการปฐมภูมิให้ได้ตามความต้องการของแพทย์และมีบทบาทในการให้คำแนะนำในกรณีที่ต้องการปรับเปลี่ยนหรือทดแทนรายการยาและเวชภัณฑ์มีโซ่ยาที่ไม่มีในหน่วยบริการปฐมภูมิได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อเสริมสร้างความร่วมมือในกระบวนการรักษา และเพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารคลังเวชภัณฑ์ด้วย

ประเด็นสุดท้าย บทบาทในการให้คำแนะนำปรึกษาในเรื่องการดูแลสุขภาพรวมทั้งการใช้ยารักษาตนเองอย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพในยามจำเป็น เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของการดูแลรักษาตนเอง และเป็นการลดค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ที่เกิดขึ้นโดยไม่จำเป็นด้วย

ปรีชา มณฑกานติกุล (2545) ได้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับบทบาทของเภสัชกรใน ศูนย์สุขภาพชุมชนว่าควรเน้นไปในด้านต่าง ๆ ดังนี้

1. ด้านปัญหาสุขภาพของประชาชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคหัวใจซึ่งเป็นโรคที่มีอัตราการเสียชีวิตสูงที่สุดในประเทศไทย โดยพิจารณาจากข้อมูลปัญหาสุขภาพของประชาชนในประเทศไทย (ทำเนียบโรงพยาบาลและสถิติสาธารณสุข, 2543, อ้างถึงใน ปรีชา มณฑกานติกุล, 2545) พบว่าโรคที่เป็นสาเหตุของการมาใช้บริการในแผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในของโรงพยาบาลในประเทศไทย ปี 2540 โดยมีจำนวนผู้ป่วยทั้งหมดในแผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในเป็น 769,365,685 และ 4,227,410 คน ตามลำดับ ดังตารางที่ 1 แสดงให้เห็นว่าโรคของระบบทางเดินหายใจ โรคติดเชื้อ และอุบัติเหตุ ซึ่งเป็นกลุ่มโรคที่เป็นความเจ็บป่วยเฉียบพลัน เป็นโรคที่เป็นสาเหตุของการมาใช้บริการในโรงพยาบาลของประชาชนในประเทศไทย แต่เมื่อพิจารณาถึงอัตราการเสียชีวิต พบว่า ผู้ป่วยไทยเสียชีวิตจากโรกระบบไหลเวียนโลหิตมากที่สุด ดังตารางที่ 2 และมีอัตราการเสียชีวิตจากสาเหตุดังกล่าวเพิ่มมากขึ้นในช่วงเวลาดังแต่ปี พ.ศ. 2536 - 2540 ดังแสดงในภาพประกอบที่ 2

2. ด้านความรู้ความเข้าใจของประชาชนเพื่อให้เกิดพฤติกรรมการใช้ยาอย่างเหมาะสม เนื่องจากการศึกษาถึงพฤติกรรมสุขภาพในเรื่องการใช้ยาปฏิชีวนะโดยบุปผา ศิริรัมย์ (2540, อ้างถึงใน ปรีชา มณฑกานติกุล, 2545) ซึ่งศึกษาในประชาชนจังหวัดนครปฐม จำนวน 543 คน ที่มีอายุมากกว่า 16 ปี พบว่า มีเพียงร้อยละ 6 ของประชาชนเท่านั้นที่มีความรู้เกี่ยวกับยาปฏิชีวนะในระดับสูง ส่วนใหญ่แล้วจะมีความรู้ในระดับปานกลางหรือต่ำ โดยส่วนใหญ่จะขาดความรู้ในเรื่อง อันตรายของยา การเว้นระยะระหว่างการรับประทานยากับอาหาร การคือยา การสังเกตยาหมดอายุ การปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเมื่อแพ้ยา และการผสมยาปฏิชีวนะชนิดผงสำหรับเด็ก นอกจากนี้ยังมีพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะจากร้านขายของชำโดยเอายาเก่าไปเทียบ การใช้ยาปฏิชีวนะโดยไม่จำเป็น การเก็บรักษาอย่างไม่ถูกต้อง โดยมีเพียงร้อยละ 12 เท่านั้นที่มีพฤติกรรมที่ถูกต้องในระดับสูง นอกจากนั้นเภสัชกรควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยตระหนักถึงการมีส่วนร่วมในการรักษาโรคที่ตนเองเป็น มิใช่คิดเพียงพึ่งระบบสาธารณสุขเท่านั้น เนื่องจากการศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพของประชาชนชุมชนแออัดในกรุงเทพมหานคร โดย เฉลิมพล ดันสกุล และ รุ่งโรจน์ พุ่มริ้ว (2538, อ้างถึงใน ปรีชา มณฑกานติกุล, 2545) ซึ่งศึกษาในประชาชนจำนวน 855 คน อายุเฉลี่ย 15-65 ปี และร้อยละ 60 มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ผลการศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพ พบว่า ประชาชนส่วนใหญ่ถึงร้อยละ 84.9 มีความเชื่อว่าเมื่อเจ็บป่วยต้องไปหาหมอรักษา ไม่ควรซื้อยากินเอง อย่างไรก็ตามยังมีประชาชนอีกจำนวนหนึ่งที่มีความเชื่อว่า เมื่อเจ็บป่วยเล็กน้อย ๆ จะซื้อยากินเอง และเชื่อว่าสมุนไพรสามารถรักษาโรคบาง

อย่างได้เหมือนกับยาแผนปัจจุบัน และจากการทบทวนสถานการณ์การใช้ยาในชุมชน โดยคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ร่วมกับศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล และสำนักนโยบายและแผนกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข (2543, อ้างถึงใน ปริชา มณฑานติกุล, 2545) พบว่าเมื่อประชาชนมีอาการเจ็บป่วยเล็กๆ น้อยๆ เช่น อาการไข้ หวัด ไอ ปวดท้อง ปวดศีรษะ และปวดเมื่อยร่างกาย มักจะซื้อยามาใช้เอง โดยยาที่ซื้อบ่อย ได้แก่ กลุ่มยาแก้ปวดลดไข้ ยารักษาโรคทางเดินอาหาร และยารักษาโรกระบบทางเดินหายใจ ซึ่งส่วนใหญ่ใช้วิธีบอกชื่อยา เล่าอาการ เอาตัวอย่างยามาซื้อ และประชาชนจะเลือกซื้อยาตามชื่อการค้า โดยอาศัยประสบการณ์เดิม คำบอกเล่าหรือแนะนำจากผู้อื่น จากโฆษณา และมีการทดลองใช้ยาโดยมีความรู้ไม่ถูกต้องเพียงพอ ไม่สนใจข้อมูลในฉลากยา และมีการปรับเปลี่ยนการใช้ยาด้วยตนเอง เภสัชกรจึงควรมีบทบาทในการชี้ให้ผู้ป่วยรู้จักการติดตามการดำเนินของโรคที่เป็น ความเข้าใจถึงวัตถุประสงค์ของการใช้ยา และอาการอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาเหล่านั้นด้วย

3. ด้านการสร้างสุขภาพ รวมถึงการป้องกันโรคโดยการคัดกรองผู้ป่วยเบื้องต้น หรือการป้องกันอัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยที่เป็นโรคแล้ว ซึ่งส่วนนี้เภสัชกรควรมีบทบาทในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยใช้ยาอย่างถูกต้อง เหมาะสม เพื่อลดอัตราการเสียชีวิตจากโรคที่ผู้ป่วยเป็นได้

ตารางที่ 1 โรคที่เป็นสาเหตุของการใช้บริการสุขภาพในแผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในของโรงพยาบาลในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2540

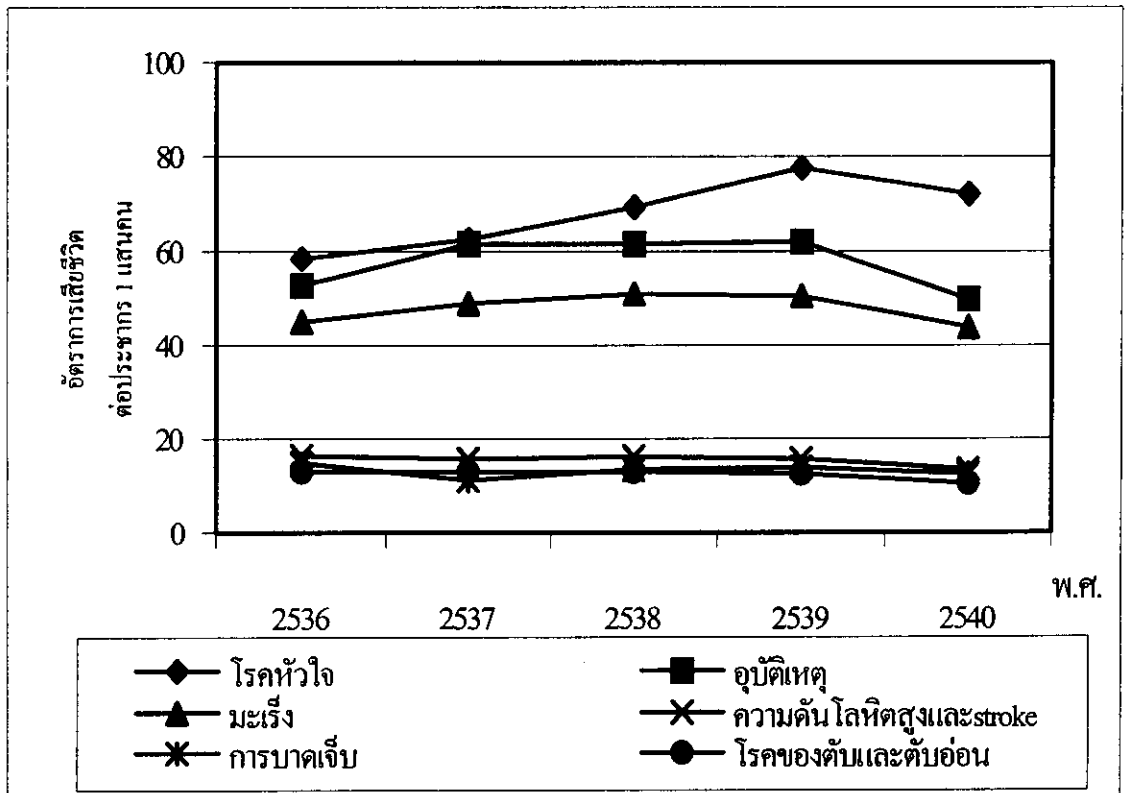
แผนกผู้ป่วยนอก		แผนกผู้ป่วยใน	
กลุ่มสาเหตุ	ร้อยละ	กลุ่มสาเหตุ	ร้อยละ
โรกระบบหายใจ	26.8	การคลอดเดี่ยว (คลอดปกติ)	11
โรกระบบย่อยอาหาร รวมโรคในช่องปาก	14.4	อาการและสิ่งผิดปกติที่ได้จากการตรวจทางคลินิก	9.5
อาการและสิ่งผิดปกติที่ได้จากการตรวจทางคลินิก	8.5	โรคติดเชื้ออื่น ๆ ของลำไส้	6.5
โรกระบบกล้ามเนื้อ	7.9	โรคแทรกซ้อนในการตั้งครรภ์ การเจ็บครรภ์ การคลอด	4.7
สาเหตุจากภายนอกอื่น ๆ	6.6	ระบบหายใจส่วนบนติดเชื้อเฉียบพลัน และ โรคอื่นของระบบหายใจส่วนบน	4.1
โรคผิวหนังและเนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง	6.2	ผู้ขับขี่จักรยานยนต์ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุการขนส่ง	3.9
โรคติดเชื้อและปรสิต	6.2	โรคอื่นของระบบย่อยอาหาร	3.1
โรกระบบไหลเวียนโลหิต	4.7	โรคติดเชื้อและปรสิตอื่น ๆ	3.0
โรคเกี่ยวกับต่อมไร้ท่อ โภชนาการและเมตาบอลิซึม	4.2	ปอดอักเสบ	3.0
โรกระบบอวัยวะสืบพันธุ์ร่วมปัสสาวะ	2.6	เหตุการณ์ภายนอกอื่น ๆ ของการบาดเจ็บ โดยอุบัติเหตุ	2.7
กลุ่มสาเหตุอื่น ๆ	11.8	โรคแผลในกระเพาะอาหาร และลำไส้ส่วนต้น	2.3
		โรคเรื้อรังของระบบหายใจส่วนล่าง	2.1
		โรคความดันโลหิตสูง	2.1
		ไข้เลือดออก	2.0
		โรคเบาหวาน	1.9
		โรคหืด	1.9

ที่มา: ปรีชา มณฑานติกุล, 2545 : 14-24

ตารางที่ 2 สาเหตุการเสียชีวิตของชาวไทยในปี พ.ศ. 2540

สาเหตุ	อัตราการเสียชีวิต ต่อประชากร 1 แสนคน
โรกระบบไหลเวียนโลหิต	98.6
สาเหตุภายนอกของการป่วยและตาย	62.3
โรคเนื้องอก	43.8
โรกระบบหายใจ	33.8
โรคติดเชื้อปรสิตบางชนิด	27.9
โรคเลือดและอวัยวะที่สร้างเลือด และความผิดปกติเกี่ยวกับภูมิคุ้มกัน	14.6
โรกระบบย่อยอาหาร	14.3
โรกระบบประสาท	13.9
โรกระบบสืบพันธุ์ ร่วมกับสภาวะ	8.7
โรคต่อมไร้ท่อ โภชนาการและเมตาบอลิซึม	8.2

ที่มา: ปรีชา มณฑกานติกุล, 2545 : 14-24



ภาพประกอบที่ 2 อัตราการเสียชีวิตด้วยสาเหตุต่างๆ ระหว่างปี พ.ศ. 2536-2540

ที่มา: ปรีชา มณฑกานติกุล, 2545 : 14-24

จากแนวความคิดเกี่ยวกับบทบาทของเภสัชกรดังกล่าวทำให้สรุปบทบาทของเภสัชกรในศูนย์สุขภาพชุมชนได้ (ปรีชา มณฑกานติกุล, 2545) ดังนี้

1. บทบาทในฐานะของ case manager ที่เชื่อมระหว่างโรงพยาบาลกับบ้านของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะโรคหัวใจซึ่งเป็นปัญหาหลักของประเทศไทยจำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง (continuous care) เพื่อชะลอการดำเนินของโรค และป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรค หรืออาการอันไม่พึงประสงค์จากยาซึ่งอาจส่งผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ โดยส่วนใหญ่ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมาพบแพทย์ตามนัด เภสัชกรจึงควรมีบทบาทร่วมกับบุคลากรสาธารณสุขอื่น ๆ ในการเป็น case manager เพื่อแก้ไข ป้องกันปัญหาที่ทำให้ผู้ป่วยไม่มารับบริการตามนัด โดยเฉพาะปัญหาที่เกี่ยวกับการใช้ยา โดยดำเนินงานในรูปแบบการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมโรคได้ และจำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างใกล้ชิด

2. บทบาทในฐานะของผู้ให้บริการทางเภสัชกรรมในลักษณะที่ผู้ป่วยมีส่วนร่วม และได้รับประโยชน์สูงสุดในการใช้ยา โดยดำเนินงานในรูปแบบการให้คำแนะนำการใช้ยาในศูนย์สุขภาพชุมชน การเยี่ยมบ้านผู้ป่วย การให้คำแนะนำการใช้ยาแก่ผู้ป่วยเป็นกลุ่ม เพื่อให้มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการใช้ยา อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา การแก้ไขปัญหาจากการใช้ยาที่เกิดขึ้นและเทคนิคในการเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาตามสั่ง

3. บทบาทในการคัดกรองผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อโรคเพื่อให้เข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุข เพื่อป้องกันการเกิดเป็นโรคในอนาคต

4. บทบาทในการส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค โดยเฉพาะในส่วนที่เกี่ยวกับยา เช่น การเฝ้าระวังการใช้ยาที่ไม่เหมาะสมในชุมชน การให้ความรู้เรื่องโทษของยาชุดรับฟังปัญหาเกี่ยวกับยาของประชาชน และส่งเสริมให้มีการรวมกลุ่มของประชาชนเพื่อดูแลเรื่องการใช้ยาในชุมชน

นอกจากนี้ปัจจุบัน โรงพยาบาลหลายแห่งมีการกำหนดรูปแบบของเภสัชกรในศูนย์สุขภาพชุมชน เช่น โรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์ (ปรียานุช ศิริมัย, 2545) ซึ่งกำลังดำเนินงานอยู่ในระยะเริ่มต้น โดยเภสัชกรมีบทบาทในการให้บริการในศูนย์สุขภาพชุมชนดังนี้

1. บทบาทด้านการบริหารเวชภัณฑ์ในศูนย์สุขภาพชุมชน โดยทำงานประสานกับเจ้าหน้าที่ของศูนย์สุขภาพชุมชนในการจัดวางระบบการบริหารเวชภัณฑ์ของศูนย์สุขภาพชุมชน ดังนี้

1.1 การคัดเลือกยาและเวชภัณฑ์โดยมีหลักเกณฑ์ที่แน่นอน มียาและเวชภัณฑ์ตามความจำเป็น จำนวนรายการยาเหมาะสม

1.2 การจัดหายาและเวชภัณฑ์ที่มีคุณภาพ

1.3 การเก็บรักษาและการเบิกจ่ายที่ถูกต้องตามหลักวิชาการ รัศกุมและปลอดภัย

2. บทบาทด้านการจ่ายยา ให้คำปรึกษาด้านยา และติดตามการใช้ยาในศูนย์สุขภาพชุมชนในวันที่มีแพทย์ออกตรวจรักษาทั้งในผู้ป่วยโรคทั่วไป และผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง

3. บทบาทด้านการให้ความรู้ด้านยา โดยการบรรยายให้แก่พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข รวมทั้งผู้ป่วยและประชาชน

4. บทบาทการเป็นคณะกรรมการพัฒนาศูนย์สุขภาพชุมชน ร่วมวางแผนแก้ไข ปัญหาที่เกิดขึ้นในการดำเนินงานศูนย์สุขภาพชุมชน

5. บทบาทการเป็นคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) และร่วมวางแผนแก้ปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น

6. บทบาทการเป็นส่วนหนึ่งของทีมเยี่ยมบ้านในการออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วย

7. บทบาทในการสนับสนุนกิจกรรมต่าง ๆ ในการส่งเสริมสุขภาพและ ป้องกันโรคในชุมชน

กระทรวงสาธารณสุขเองได้แต่งตั้งคณะทำงานจัดทำแนวทางและมาตรฐานงานบริการเภสัชกรรมและการคุ้มครองผู้บริโภคในระบบบริการปฐมภูมิ (2545) เพื่อร่างมาตรฐานงานเภสัชกรรมและการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพสำหรับศูนย์สุขภาพชุมชน ภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าขึ้น มีรายละเอียดดังนี้

(ร่าง) 18/06/45 มาตรฐานงานเภสัชกรรมและการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพสำหรับศูนย์สุขภาพชุมชน ภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า

เป้าหมาย

ให้บริการด้านยาและการบริหารทางเภสัชกรรมรวมถึงการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ โดยที่ประชาชนได้รับและใช้ยา และผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มีคุณภาพ เหมาะสม และปลอดภัย เป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพและมาตรฐานการรักษาโรค และประชาชนสามารถพึ่งตนเองได้

บุคลากร

1. ให้มีเภสัชกรในเครือข่ายร่วมให้บริการในอัตราส่วนอย่างน้อย 1 คนต่อศูนย์สุขภาพชุมชน 1 แห่ง โดยทำหน้าที่ให้บริการและรับผิดชอบงานเภสัชกรรมและการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน

2. จัดให้เภสัชกรและเจ้าหน้าที่รับผิดชอบงานเภสัชกรรมและการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพเป็นการประจำและต่อเนื่องสำหรับศูนย์สุขภาพชุมชนแต่ละแห่ง

งานเภสัชกรรม

1. งานบริหารเวชภัณฑ์

1.1 จัดให้มียาที่จำเป็นสำหรับการรักษาและป้องกันโรคหรือสภาวะการเจ็บป่วย ตามมาตรฐานการรักษาที่กำหนด โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคหรือสภาวะการเจ็บป่วยที่เกิดเฉพาะในแต่ ละห้องถิ่น รวมถึงกรณีฉุกเฉิน ยาช่วยชีวิต และยาต้านพิษที่จำเป็น โดยรายการยาดังกล่าวเป็นยาใน บัญชียาหลักแห่งชาติได้แก่ บัญชีสำหรับงานสาธารณสุขมูลฐาน บัญชีรายการยาสมุนไพรม และ บัญชียาสำหรับโรงพยาบาลและสถานบริการสาธารณสุขบัญชีย่อย ก และ ข เป็นสำคัญ

1.2 กำหนดรายการยาสำหรับผู้มีสิทธิสั่งใช้ยาซึ่งได้แก่ แพทย์ หรือนุเคราะห์การทาง การแพทย์อื่น ๆ ให้ชัดเจน

1.3 มีเวชภัณฑ์ที่มีคุณภาพในปริมาณและราคาที่เหมาะสม

1.4 มีสถานที่เก็บที่เหมาะสมและมีระบบการจัดเก็บที่รัดกุม ถูกต้องตามหลักวิชา การ และปลอดภัยจากการรบกวนของสัตว์กัดแทะต่าง ๆ

1.5 มีระบบการเบิกจ่ายเวชภัณฑ์ที่รัดกุม และมีข้อมูลที่เป็นปัจจุบัน

2. งานบริการเภสัชกรรม

2.1 มีกระบวนการทบทวนความถูกต้องเหมาะสมของยาที่สั่งใช้ก่อนส่งมอบให้ ผู้ป่วยทุกราย

2.2 มีการให้ข้อมูลและคำแนะนำที่จำเป็นเป็นลายลักษณ์อักษรบนฉลากยาอย่าง ครบถ้วน และแนะนำด้วยวาจาซึ่งทำให้ผู้ป่วยทุกรายเข้าใจและสามารถให้ยาได้เองอย่างเหมาะสม

2.3 จัดบริการให้ผู้ป่วยได้รับยาอย่างรวดเร็วภายในเวลา 20 นาทีนับตั้งแต่นั้น ไขสั่งยา (ทั้งนี้ไม่รวมถึงเวลาที่ซักประวัติและให้คำแนะนำปรึกษาเรื่องยา)

2.4 ให้คำแนะนำปรึกษาแก่ผู้ป่วยเฉพาะรายและ/หรือรายกลุ่มในผู้ป่วยที่คาดว่าจะ พบปัญหาจากการใช้ยาและปัญหาสุขภาพ

2.5 มีการเฝ้าระวัง ติดตามและแก้ไขปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วยที่ได้รับยาอย่าง ต่อเนื่องและ/หรือผู้ป่วยที่มีปัญหาจากการใช้ยา โดยมีระบบการประสานข้อมูลระหว่างผู้ให้บริการ ในสถานบริการเดียวกันและระหว่างสถานบริการ

2.6 มีการกำกับและตรวจสอบการสั่งจ่ายยาเสพติดให้โทษ และวัตถุออกฤทธิ์ต่อ จิตและประสาท ตลอดจนยาที่มีโอกาสนำไปใช้ในทางที่ผิดอย่างเคร่งครัด

2.7 มีการเฝ้าระวัง ติดตาม วิเคราะห์ และแก้ไขปัญหาการใช้ยาในกลุ่มยาที่อาจ เกิดความเสี่ยงต่อผู้ป่วยได้มาก หรือการใช้ยาเกินจำเป็นในศูนย์สุขภาพชุมชน เช่น การติดตาม ปริมาณการใช้ยาด้านจุลชีพ ยาต้านการอักเสบกลุ่มที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ เป็นต้น

3. งานให้บริการข้อมูลข่าวสารด้านยาและสุขภาพ

3.1 มีบริการข้อมูลและให้ความรู้เรื่องยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพแก่นักการตลาดสาธารณสุข เช่น การจัดทำคู่มือการใช้ยาในบัญชียาของศูนย์สุขภาพชุมชน การตอบคำถาม การจัดอบรมให้ความรู้ต่าง ๆ เป็นต้น

3.2 มีบริการข้อมูลและให้ความรู้เรื่องยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพแก่ประชาชนกลุ่มต่าง ๆ ในศูนย์สุขภาพชุมชนและในชุมชน เช่นการตอบคำถาม การเผยแพร่เอกสารเกี่ยวกับการใช้ยา การอบรมให้ความรู้แก่ผู้นำชุมชน เป็นต้น

4. งานเยี่ยมบ้าน ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน และเยี่ยมชุมชน

4.1 มีการติดตามเยี่ยมผู้รับบริการกลุ่มเป้าหมายที่บ้านเพื่อแนะนำและร่วมแก้ไขปัญหาก็เกี่ยวกับยา ผลิตภัณฑ์สุขภาพ และปัญหาสุขภาพตามความเหมาะสม

4.2 มีบริการแนะนำการใช้ยา ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มีอยู่ในครัวเรือน รวมถึงการเก็บรักษาอย่างถูกต้อง

4.3 มีการส่งเสริมเรื่องการดูแลตนเองเบื้องต้นเพื่อลดการใช้ยาที่เกินจำเป็นระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน

4.4 มีการส่งเสริมการใช้สมุนไพรใกล้ตัวที่มีอยู่ในครัวเรือนหรือชุมชน รวมถึงยาสามัญประจำบ้านเพื่อการดูแลสุขภาพตนเองในเบื้องต้นระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน
งานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน

1. มีการสำรวจสถานการณ์และจัดทำฐานข้อมูลยา ผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพ จัดทำแผนการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคในพื้นที่รับผิดชอบ

2. มีการเผยแพร่ความรู้และข้อมูลข่าวสารเพื่อการบริโภคยา ผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพ ที่เหมาะสม

3. มีการเยี่ยมและแนะนำสถานประกอบการและการโฆษณาเพื่อให้เป็นไปตามหลักวิชาการ

4. มีการเฝ้าระวังยา ผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพเพื่อให้มีคุณภาพ ปลอดภัย และมีข้อมูลอย่างเพียงพอ รวมทั้งปัญหาการบริโภคผลิตภัณฑ์ดังกล่าวของประชาชนในชุมชน

5. มีการรับเรื่องราวร้องทุกข์ปัญหาเกี่ยวกับยา ผลิตภัณฑ์สุขภาพ และดำเนินการแก้ไขปัญหาและ/หรือประสานงานไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

6. มีการส่งเสริม สนับสนุนให้ประชาชนเกิดความเข้มแข็งในชุมชนเพื่อปกป้องและคุ้มครองสิทธิของผู้บริโภค

จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งหมดที่กล่าวมา ทำให้สรุปได้ว่าบทบาทของเภสัชกรใน ศูนย์สุขภาพชุมชนในประเทศไทย แบ่งได้เป็น 3 ลักษณะ คือ บทบาทในงานบริหารเวชภัณฑ์ การให้บริการทางเภสัชกรรม และการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคซึ่งเป็นบทบาทในเชิงรุก

การให้บริการทางเภสัชกรรมในศูนย์สุขภาพชุมชน

1. แนวคิดของการบริการทางเภสัชกรรม

ในปี ค.ศ. 1990 Helper และ Strand ได้เสนอปรัชญาและแนวการปฏิบัติงานวิชาชีพของเภสัชกร โดยเปลี่ยนเป้าหมายของวิชาชีพจาก “การผลิตเพื่อให้ได้ผลิตภัณฑ์ที่ดีที่สุด” เป็น “การให้ ผู้ป่วยได้ใช้ยาที่ทำให้เกิดผลการรักษาสูงสุด” เนื่องจากในสหรัฐอเมริกา มีรายงานว่าปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา (drug-related problems, DRPs) โดยเฉพาะอาการอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (adverse drug reactions, ADRs) เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญอย่างหนึ่ง นอกจากนี้อัตราการป่วยเนื่องจากปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา (drug-related morbidity) ทำให้ต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายถึง 7 พันล้านเหรียญสหรัฐ ต่อปี

การบริการทางเภสัชกรรม (pharmaceutical care) มีจุดมุ่งหมายหลักเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์สูงสุดจากการใช้ยา โดยเภสัชกรมีหน้าที่สำคัญในการวินิจฉัยปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาทั้งที่เกิดขึ้นแล้วและกำลังจะเกิดขึ้น แก้ไขปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาที่เกิดขึ้นแล้ว และป้องกันปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาที่กำลังจะเกิดขึ้นได้ ดังนั้นเภสัชกรจึงต้องปฏิบัติงานวิชาชีพร่วมกับบุคลากรสาธารณสุขอื่น ๆ ในการวางแผนการรักษาและติดตามดูแลผู้ป่วย (Helper and Strand, 1990)

หลังจากที่ Helper และ Strand เสนอแนวคิดของการบริการทางเภสัชกรรม ในปี ค.ศ. 1990 มีการนำแนวความคิดนี้มาใช้ในการปรับเปลี่ยนการปฏิบัติงานวิชาชีพเภสัชกรอย่างแพร่หลาย และมีการศึกษาถึงผลของการให้บริการทางเภสัชกรรมของเภสัชกรมากมาย ทั้งในเภสัชกรที่ทำงานในโรงพยาบาลและร้านยา โดยส่วนใหญ่จะศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด ความดันโลหิตสูง ไซมันในเลือดสูง โรคเบาหวาน และโรคหอบหืด รวมถึงกลุ่มผู้ป่วยที่รับการรักษาอยู่ในโรงพยาบาล ซึ่งผลลัพธ์ที่ใช้เป็นตัวชี้วัดถึงผลการให้บริการทางเภสัชกรรม ได้แก่ จำนวนปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาที่ได้รับการวินิจฉัย ป้องกัน และแก้ไขได้ ระยะเวลาในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ความพึงพอใจของผู้ป่วยที่ได้รับการบริการ และผลการรักษาทางคลินิกที่แตกต่างกันไปของแต่ละโรคที่ผู้ป่วยเป็น (Cerulli, 2001; Cordina *et al.*, 2001; Kassam, *et al.*, 2001; Nau and Ponte, 2002)

2. การให้บริการทางเภสัชกรรมในศูนย์สุขภาพชุมชน

จากที่กล่าวมาแล้วว่าในประเทศสหรัฐอเมริกาและแคนาดานั้น เภสัชกรที่ให้บริการในลักษณะการบริการปฐมภูมินั้น ส่วนใหญ่เป็นเภสัชกรที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการที่มีลักษณะเป็นร้านยา มากกว่าการปฏิบัติงานร่วมกับแพทย์ในหน่วยบริการปฐมภูมิ ที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ หรือศูนย์สุขภาพชุมชนอย่างในประเทศไทย การศึกษาส่วนใหญ่ของการให้บริการเภสัชกรรมในชุมชน จึงเป็นการศึกษาของเภสัชกรในร้านยา เช่น การศึกษาของ Lamsam, *et al.* (1996) ที่ศึกษาถึงการมีส่วนร่วมของเภสัชกรชุมชนในการดูแลผู้ป่วยที่ไม่มีที่อยู่อาศัย โดยติดตามดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับประวัติการแพ้ยา ปฏิกริยาระหว่างยาที่อาจจะเกิดขึ้น การได้รับยาในขนาดที่เหมาะสม การให้คำแนะนำปรึกษาด้านยา (drug counseling) และการให้คำปรึกษาร่วมกับบุคลากรสาธารณสุขอื่น ๆ ผลการศึกษาพบว่าค่าใช้จ่ายด้านยาลดลง 1,500 เหรียญสหรัฐต่อเดือน และได้รับการสนับสนุนด้านยาและสิ่งอุปโภคบริโภคอื่นเพิ่มขึ้น นอกจากนี้พบว่า *cost-effectiveness* และคุณภาพในการใช้ยาของประชากรกลุ่มที่ไม่มีที่อยู่อาศัยยังเพิ่มขึ้นอีกด้วย

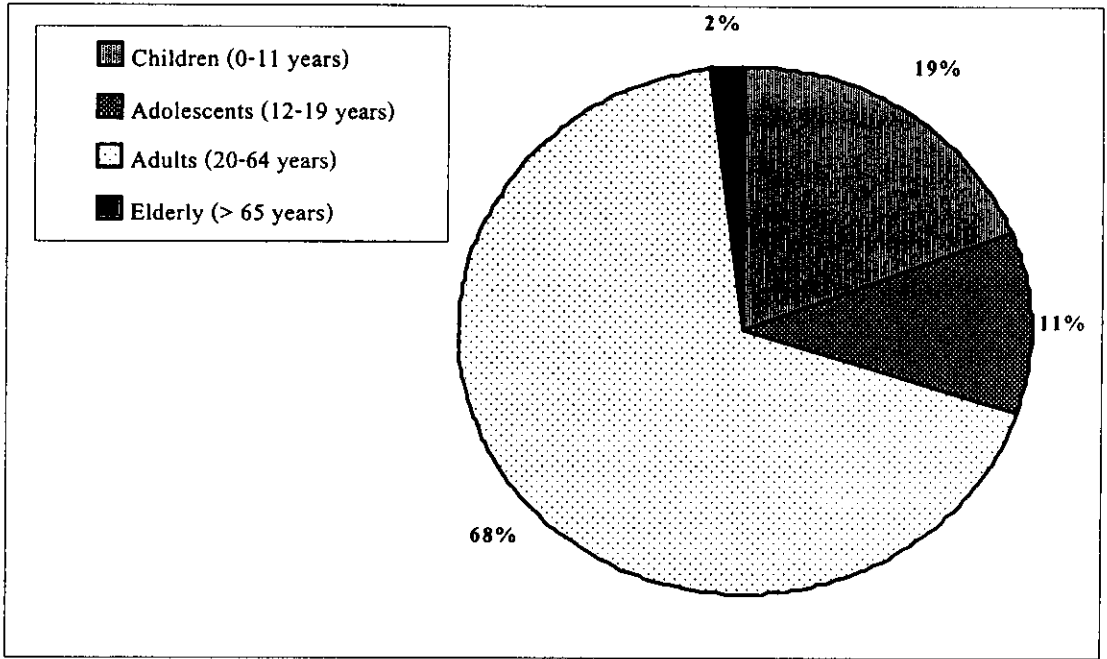
Coast-Senior, *et al.* (1998) ได้ศึกษาผลของการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับยาฉีดอินซูลินร่วมด้วยของเภสัชกร โดยศึกษาในผู้ป่วยที่มารับบริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิของ the Veterans Affairs Medical Center (VAMC) ประเทศสหรัฐอเมริกา ซึ่ง VAMC นี้เป็นศูนย์บริการตติภูมิ ที่มีโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยขนาด 200 เตียง โดยแพทย์จะเป็นผู้ส่งต่อผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์มาพบเภสัชกรที่หน่วยบริการเภสัชกรรมของ VAMC ทำการศึกษานาน 7 เดือน ซึ่งสิ่งที่เภสัชกรปฏิบัติกับผู้ป่วยคือ การให้ความรู้เรื่องโรค ให้คำแนะนำปรึกษาเกี่ยวกับยา ติดตามและปรับขนาดยาฉีดอินซูลินที่ผู้ป่วยได้รับ โดยตัวชี้วัดของการศึกษานี้คือ การเปลี่ยนแปลงของระดับ glycosylated hemoglobin (HbA_{1c}) fasting blood glucose (FBG) random blood glucose measurement (RBG) จำนวนและความรุนแรงในการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ และจำนวนครั้งในการเข้าห้องฉุกเฉินหรือการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล วัดผลก่อนและหลังการให้การดูแล ซึ่งผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 65-94 ปี หลังเข้าร่วมการศึกษา ผู้ป่วยมีระดับ FBG, RBG และ HbA_{1c} ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.01$, $p = 0.00001$ และ $p = 0.00004$ ตามลำดับ) และมีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำเกิดขึ้นร้อยละ 35 ของผู้ป่วยทั้งหมด นอกจากนี้ไม่มีผู้ป่วยรายใดที่ต้องเข้าห้องฉุกเฉินหรือรับการรักษาในโรงพยาบาล

Wagner, *et al.* (2001) ได้ศึกษาผลของการให้บริการของหน่วยบริการปฐมภูมิที่ให้บริการผู้ป่วยโรคเบาหวาน ซึ่งเป็นหน่วยที่อยู่ในเครือ Health Maintenance Organization (HMO) จำนวน 57 หน่วย สุ่มแยกเป็นกลุ่มควบคุม 21 หน่วย และกลุ่มทดลอง 14 หน่วย โดยที่กลุ่มควบคุมจะได้รับการบริการแบบเดิมคือมีแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป หรือพยาบาลให้บริการในขณะที่กลุ่มทดลองจะให้บริการแบบ chronic care clinic ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล และเภสัชกรคลินิก แต่

การศึกษานี้ไม่ได้กล่าวถึงบทบาทของเภสัชกรอย่างชัดเจนว่าให้บริการผู้ป่วยในลักษณะใด การศึกษานี้ใช้เวลาติดตามผู้ป่วย 2 ปี โดยตัวชี้วัดที่ใช้คือ การเปลี่ยนแปลงของระดับ HbA_{1c}, total cholesterol คุณภาพชีวิตวัดด้วยแบบสอบถาม SF-36 จำนวนครั้งที่มารับบริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิ ห้องฉุกเฉิน และการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ค่าใช้จ่ายในการรับบริการตลอดที่เข้าร่วมการศึกษา และความพึงพอใจของผู้ป่วยทั้งต่อการบริการโดยรวม และการดูแลที่เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ผลการศึกษาพบว่า คะแนนคุณภาพชีวิตในมิติของความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง (general health perception) ของกลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ($p = 0.03$) และจำนวนครั้งในการมารับบริการที่ห้องฉุกเฉินและการมารับบริการนอกเหนือจากนัดปกติของผู้ป่วยกลุ่มทดลองน้อยกว่าผู้ป่วยกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ($p = 0.04$ และ 0.007 ตามลำดับ) ในขณะที่ระดับ HbA_{1c}, total cholesterol และความพึงพอใจในการบริการทั้งสองลักษณะของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($p = 0.99, 0.58, 0.96$ และ 0.10 ตามลำดับ) นอกจากนี้คะแนนคุณภาพชีวิตในมิติอื่น ซึ่งในการศึกษานี้รายงานเพียงคะแนนคุณภาพชีวิตในมิติข้อจำกัดทางกายภาพต่อการดำเนินชีวิต และมิตินี้ความสามารถในการทำกิจกรรมทางกายภาพ ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ($p = 0.82$ และ 0.69 ตามลำดับ) ซึ่งผู้ศึกษาให้เหตุผลว่าหน่วยบริการแบบ chronic care clinic ที่เข้าร่วมการศึกษาน้อย และมีผู้ป่วยที่ได้รับการบริการไม่ครบกำหนด 2 ปี คิดเป็นร้อยละ 13 แต่เนื่องจากเป็นการวิเคราะห์แบบ intent-to-treat ทำให้ผลที่ได้ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ หากมีจำนวนหน่วยบริการและจำนวนผู้ป่วยเข้าร่วมการศึกษามากกว่านี้ น่าจะมีความแตกต่างที่ชัดเจนขึ้น

Dent, et al. (2002) ได้ทำการศึกษาถึงการจัดตั้งหน่วยบริการเภสัชกรรมในศูนย์สุขภาพชุมชน (community health center) เพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา และเพิ่มผลการรักษาด้วยยา ซึ่งผู้ป่วยที่มารับบริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชนนี้มีอายุเฉลี่ย 35 ปี (สัดส่วนของผู้ป่วยแต่ละช่วงอายุดังภาพประกอบที่ 3) เป็นเพศหญิง ร้อยละ 56% และโรคที่ได้รับการวินิจฉัยส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูง โรคซึมเศร้า โรคเบาหวาน โรคติดเชื้อในหูชั้นกลาง และโรคไซนัสอักเสบเฉียบพลัน ตามลำดับ โดยหน่วยบริการเภสัชกรรมที่จัดตั้งนี้จะเป็นในรูปแบบของคลินิกต่อยา (refill clinic) ร่วมกับการให้คำแนะนำปรึกษาด้านยา และให้ความรู้ ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง โรคหอบหืด โรคแผลเปื่อยในกระเพาะอาหารที่เกิดจากเชื้อ *Helicobacter pylori* และผู้ป่วยที่ใช้ยาต้านการแข็งตัวของเลือด ซึ่งเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีความชุกและโอกาสเกิดอันตรายเจ็บป่วยสูง เภสัชกรในคลินิกต่อยานี้จะดูแลผู้ป่วยโดยใช้แนวทางการรักษาที่ได้รับการยอมรับของแต่ละโรค เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาที่เหมาะสม ทั้งในแง่ข้อบ่งใช้ ขนาดยา ปฏิกริยาระหว่างยา การใช้ยาซ้ำซ้อน รวมถึงการติดตามพารามิเตอร์ต่าง ๆ ขึ้นอยู่กับยาที่ผู้ป่วยได้รับตามที่ทางคลินิกได้กำหนดไว้แล้ว ผลการศึกษาพบว่า ค่าใช้จ่าย

เฉลี่ยต่อใบสั่งยาลดลงอย่างมีนัยสำคัญ จาก 16.55 เหย็ดสหรัฐต่อเดือน เป็น 0.51 เหย็ดสหรัฐต่อเดือน และสามารถแก้ไขปัญหาก็เกี่ยวข้องกับการใช้ยาที่เกิดขึ้นได้ แต่ไม่มีการกล่าวถึงรายละเอียดของปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาทั้งในแง่ชนิดและจำนวนที่เภสัชกรสามารถแก้ไขได้



ภาพประกอบที่ 3 อายุของผู้ป่วยที่มารับบริการในศูนย์สุขภาพชุมชน

ที่มา: Dent, *et al.*, 2002 : 497-507

นอกจากนี้มีการศึกษาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (Borenstein, *et al.*, 2003) ซึ่งศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลระหว่างการให้การดูแลผู้ป่วยร่วมกันของแพทย์ระดับปฐมภูมิ (primary physicians) และเภสัชกรคลินิก (กลุ่มทดลอง) โดยที่แพทย์และเภสัชกรไม่ได้ปฏิบัติงานในสถานที่เดียวกันแต่เป็นลักษณะของการส่งต่อผู้ป่วยมาให้เภสัชกรดูแลด้วย กับการให้บริการแบบเดิมที่มีเพียงแพทย์เท่านั้น (กลุ่มควบคุม) ซึ่งแบ่งกลุ่มโดยการสุ่มตัวอย่าง โดยศึกษาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในระดับที่เหมาะสมได้ เป็นเวลานาน 1 ปี ตัวชี้วัดที่ใช้ในการศึกษานี้คือ การลดลงของความดันโลหิต ค่าใช้จ่ายและจำนวนครั้งในการมารับบริการจากแพทย์ปฐมภูมิ ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยเข้ารวมการศึกษาทั้งหมด 197 มีอายุเฉลี่ยอยู่ในวัยผู้สูงอายุ (61.5 ปี) ระดับความดันโลหิตชนิด systolic ใน ผู้ป่วยกลุ่มทดลองลดลงมากกว่าผู้ป่วยกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.01$) ในขณะที่การลดลงของระดับความดันโลหิตชนิด diastolic ในผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญ ($p = 0.53$) สำหรับค่าใช้จ่ายและจำนวนครั้งในการมารับบริการจากแพทย์ปฐมภูมินั้น ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีค่าใช้จ่ายและจำนวนครั้งน้อยกว่า

ผู้ป่วยกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญ ($p = 0.04$ และ $p < 0.01$ ตามลำดับ) ในขณะที่หากรวมค่าใช้จ่ายของหน่วยเภสัชกรด้วย ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีค่าใช้จ่ายมากกว่าแต่ไม่มีนัยสำคัญ ($p = 0.12$)

ปัจจุบันในประเทศไทย เภสัชกรในศูนย์สุขภาพชุมชนหลายแห่ง เช่นศูนย์สุขภาพชุมชนในความรับผิดชอบของโรงพยาบาลลำปาง และโรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์ มีการเริ่มบทบาทด้านการให้บริการเภสัชกรรมเพิ่มขึ้นจากการมีบทบาทด้านการบริหารเวชภัณฑ์ และจ่ายยาเท่านั้น แต่ยังไม่มีการประเมินผลการดำเนินงานด้านการบริหารเภสัชกรรมในรูปแบบของงานวิจัย

โรงพยาบาลลำปาง มีศูนย์สุขภาพชุมชนในความรับผิดชอบ 6 ศูนย์ มีเภสัชกรรับผิดชอบ 1 คน ต่อ 1 ศูนย์ ซึ่งในระยะแรกเป็นการให้บริการในเชิงรับเป็นส่วนใหญ่ จะเน้นการให้บริการเภสัชกรรม จัดกิจกรรมการให้บริการเภสัชกรรมต่าง ๆ ได้แก่ การทบทวนความถูกต้องเหมาะสมของยาที่ใช้ การส่งมอบยาและให้คำแนะนำการใช้ยา การให้คำปรึกษาแนะนำแก่ผู้ป่วยเฉพาะรายและรายกลุ่ม การเฝ้าระวัง ติดตามและแก้ไขปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วย ซึ่งผลการปฏิบัติงานในเดือนพฤศจิกายน 2544 พบว่าสามารถแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาได้ 52 ครั้ง จากการพบปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาทั้งหมด 53 ครั้ง แต่ในการปฏิบัติงานดังกล่าวยังมีปัญหาและอุปสรรคที่ทำให้การดำเนินงานไม่ประสบผลสำเร็จเท่าที่ควร คือ เภสัชกรที่ปฏิบัติงานที่ศูนย์สุขภาพชุมชนเป็น เภสัชกรที่หมุนเวียนมาจากเภสัชกรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลซึ่งแต่ละคนมีงานรับผิดชอบอื่นในโรงพยาบาลด้วย ทำให้ไม่มีผู้ปฏิบัติงานประจำ ไม่มีความต่อเนื่อง และไม่มีมาตรฐานเดียวกันในการปฏิบัติงาน เพราะแต่ละคนมีแนวคิดในการปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชนที่ต่างกัน และยังไม่มีการศึกษาประเมินผลการดำเนินงานด้วยตัวชี้วัดที่เหมาะสมทั้งในเชิงคุณภาพ และความคุ้มค่า นอกจากนี้นโยบายจากส่วนกลางเกี่ยวกับศูนย์สุขภาพชุมชนยังมีการปรับเปลี่ยนเป็นระยะ (รุ่งทิพา หมั่นป่า, 2545)

โรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์ มีศูนย์สุขภาพชุมชนในความรับผิดชอบ 5 ศูนย์ มีเภสัชกรรับผิดชอบ 1 คน ต่อ 1 ศูนย์ ซึ่งออกปฏิบัติงานร่วมกับแพทย์ และพยาบาลวิชาชีพ สัปดาห์ละครั้ง ต่อศูนย์สุขภาพชุมชนหนึ่งแห่ง งานบริหารเภสัชกรรมในศูนย์สุขภาพชุมชนที่ดำเนินงานในขณะนี้แบ่งเป็น 2 ลักษณะ คือ การบริหารเภสัชกรรมผู้ป่วยนอกคลินิกเบาหวานและความดันโลหิตสูง และการบริหารเภสัชกรรมที่บ้าน ได้แก่ งานเยี่ยมบ้านและการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ซึ่งผลการดำเนินงานในคลินิกเบาหวานและความดันโลหิตสูงในศูนย์สุขภาพชุมชน ระหว่างปี 2544 และ 2545 พบว่า สามารถลดจำนวนผู้ป่วยที่มารับการรักษาในคลินิกเบาหวานและคลินิกความดันโลหิตสูง ที่โรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์ลงได้ร้อยละ 33.96 และ 37.14 ตามลำดับ และปัญหาของผู้ป่วยในศูนย์สุขภาพชุมชนที่พบไม่แตกต่างกับผู้ป่วยที่มารับบริการในโรงพยาบาล ซึ่งส่วนใหญ่เป็นปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยา (ปริญานุษ สิริมัย, 2545)

จะเห็นว่าในการดำเนินงานของเกษตรกรในศูนย์สุขภาพชุมชนในประเทศไทย ยังมีรูปแบบกิจกรรมด้านการบริหารทางเกษตรกรรมที่หลากหลาย และไม่มีการวัดผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นโดยตรงกับผู้ป่วยอย่างชัดเจน หากวัดผลการดำเนินงานในรูปแบบของงานวิจัยจะทำให้สามารถแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างจำเพาะเจาะจง และทำให้เกิดการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานบริหารทางเกษตรกรรมในศูนย์สุขภาพชุมชนที่เหมาะสมยิ่งขึ้นในอนาคต