

รายงานการศึกษา

เรื่อง

เกณฑ์การครบถ้วน

โดย

นางอัจฉรา แหลมทอง

เสนอ

คณะกรรมการหลักสูตรนักรบริหาร

รายงานนี้เป็นส่วนหนึ่งของการฝึกอบรมหลักสูตรบริหารมทานครระดับสูงรุ่นที่ ๙

ระหว่างวันที่ ๓ มิถุนายน - ๒๘ สิงหาคม ๒๕๕๗

คำนำ

ในการจัดทำรายงานการศึกษาส่วนบุคคลของหลักสูตรนักบริหารมหานครระดับสูง รุ่นที่ ๙ ระหว่างวันที่ ๓ มิถุนายน – ๒๘ สิงหาคม ๒๕๕๗ เป็นวิชาในกลุ่มวิชาที่ ๑๕ กิจกรรมบูรณาการความรู้โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมหลักสูตรดังกล่าว นำความรู้ที่ได้จากการเรียนมาบูรณาการหรือเสนอแนะ เพื่อการพัฒนาหรือปรับปรุงงานของกรุงเทพมหานครต่อไป

ข้าพเจ้าจึงได้จัดทำรายงานการศึกษาส่วนบุคคลเรื่องเภสัชกรครอบครัวในครั้งนี้ เพื่อเป็นแนวทางการพัฒนางานออกเยี่ยมบ้านโดยเภสัชกร ในการแก้ปัญหาการใช้ยาที่ไม่ถูกต้อง เหมาะสมของผู้ป่วยในชุมชนอย่างต่อเนื่อง และยั่งยืนโดยมีผู้ป่วยในชุมชนและญาติของผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแล รักษาสุขภาพของตนเองร่วมกับทีมส่งเสริมสุขภาพของโรงพยาบาล

อัจฉรา แหลมทอง

๔ สิงหาคม ๒๕๕๗

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยากลับบ้านนั้นมีการใช้ยาเป็นไปตามแผนการรักษาของโรงพยาบาลเหมาะสม ปลอดภัย โดยมีแนวทางการดูแลติดตามโดยเภสัชกร ร่วมกับทีมรักษาพยาบาลของโรงพยาบาล การศึกษาโดยกำหนดแนวทาง วิธีการ แผนการดำเนินการ เป้าหมาย และตัวชี้วัด ดำเนินการหาจุดอ่อน จุดแข็ง โอกาสและอุปสรรคพร้อมทั้งกำหนดกลยุทธ์ เพื่อให้ตัวชี้วัดบรรลุเป้าหมาย มีการใช้หลักการ แนวคิด เข้าใจเข้าถึงแล้วจึงพัฒนา ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงตามแนวพระราชดำริ พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว มาประยุกต์ใช้ในการศึกษา ด้านการพัฒนาชุมชนและความคุ้มค่าในการจัดการปัญหาด้านยาของผู้ป่วยที่รักษาที่โรงพยาบาลราชพิพัฒน์โดยที่ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง

จากผลการศึกษาจะเห็นได้ว่า การให้การบริบาลทางเภสัชกรรม โดยการออกเยี่ยมบ้าน ช่วยทำให้ผู้ป่วยและญาติของผู้ป่วยมีความรู้และทัศนคติที่ถูกต้องในการดูแลตนเอง ให้ความร่วมมือในการรักษาเพิ่มขึ้น และผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น

สารบัญ

คำนำ	๑
บทคัดย่อ	๒
สารบัญ	๓
บทที่ ๑ บทนำ	
๑.๑ ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	๑
๑.๒ วัตถุประสงค์	๒
๑.๓ ขอบเขตการศึกษา	๒
๑.๔ นิยามศัพท์	๒
๑.๕ วิธีการศึกษา	๒
๑.๖ ประโยชน์ในการศึกษา	๒
๑.๗ ผลที่คาดว่าจะได้รับ	๒
บทที่ ๒ แนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง	
๒.๑ หลักการและแนวคิด เข้าใจ เข้าถึง แล้วจึงพัฒนา	๓
๒.๒ หลักปรับปรุงเศรษฐกิจ พอเพียงตามแนวพระราชดำริของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว	๓
๒.๓ แผนพัฒนากรุงเทพมหานคร ๑๒ ปี (พ.ศ. ๒๕๕๒ – ๒๕๖๓)	๖
๒.๔ การบริหารทางเกษตรกรรม	๗
๒.๕ เกษตรกรครอบครัว	๑๒-๑๓
บทที่ ๓ เนื้อหารายละเอียดของเรื่อง	๑๔-๒๖
บทที่ ๔ บทสรุปและข้อเสนอแนะ	๒๗
บรรณานุกรม	๒๘

บทที่ ๒

แนวคิด ทฤษฎีเกี่ยวข้อง

เพื่อให้การศึกษาเรื่องเภสัชกรครอบครัวยุคใหม่สามารถช่วยแก้ปัญหาการใช้ยาให้กับผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง จึงต้องมีการเข้าใจแนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องดังนี้

๒.๑ หลักการและแนวคิด เข้าใจ เข้าถึงแล้วจึงพัฒนา

เป็นหลักการพัฒนาตามแนวพระราชดำริของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวคือการเข้าใจ เข้าถึงแล้วพัฒนา เป็นบันได ๓ ขั้นสู่ความสำเร็จโดยบันได ทั้ง ๓ ขั้นนี้จะทำให้ชุมชนมีความเป็นเจ้าของและนำไปสู่ความยั่งยืนของการพัฒนาในที่สุด

การเข้าใจ เป็นการสร้างให้เกิดความเข้าใจในข้อมูลพื้นฐานด้วยการศึกษาข้อมูลทุกมิติของชุมชน ค้นหารากฐานของปัญหาและรวบรวมองค์ความรู้ของโครงการพระราชดำริทั้งประเทศ

การเข้าถึง เป็นเรื่องของการสื่อสารและสร้างการมีส่วนร่วมโดยมุ่งสื่อสารสร้างความเข้าใจและความมั่นใจให้ชุมชนร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการของชุมชนและให้ชุมชนมีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนาให้มากที่สุด

การพัฒนา เป็นการเรียนรู้เพื่อพัฒนาศักยภาพชุมชน สร้างทีมพี่เลี้ยง การออกแบบหลักสูตรและแผนการพัฒนา การศึกษาดูงาน การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และฝึกปฏิบัติจริง รวมทั้งการให้ทีมพี่เลี้ยงให้คำแนะนำในชุมชนติดตามสนับสนุนและประเมินผล

๒.๒ หลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงตามแนวพระราชดำริของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว

เศรษฐกิจพอเพียงเป็นแนวคิดที่ชี้แนะแนวทางการดำรงอยู่และปฏิบัติตนในแนวทางที่ควรจะเป็น โดยมีพื้นฐานมาจากวิถีชีวิตดั้งเดิมของสังคมไทย เป็นแนวคิดที่สามารถนำมาประยุกต์ใช้ได้ตลอดเวลา ทั้งอดีต ปัจจุบัน และอนาคต เพื่อควบคุมจัดการความเสี่ยง และสามารถใช้นโยบายการพัฒนาเพื่อก้าวพ้นวิกฤตและการพัฒนาในสถานการณ์ที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วภายใต้กระแสโลกาภิวัตน์ดังเช่นในปัจจุบัน

เศรษฐกิจพอเพียงยังเป็นแนวคิดที่มองโลกเชิงระบบที่มีลักษณะพลวัต (dynamic) กล่าวคือ มองว่า สถานการณ์ในโลกมีความเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นตลอดเวลา เนื่องจากความเชื่อมโยงปัจจัยต่างๆ ภายใต้กระแสโลกาภิวัตน์ กระบวนการพัฒนาตามแนวคิดนี้จึงควรมุ่งผลทั้งในระยะสั้นและระยะยาว โดยเน้นการรอดพ้นจากภัยและวิกฤตในแต่ละช่วงเวลาเพื่อความมั่นคง และความยั่งยืนของการพัฒนาในมิติต่าง ๆ อาทิ มิติทางธรรมชาติ ทางสังคม และทางเศรษฐกิจ อาจกล่าวได้ว่า แนวคิดเศรษฐกิจพอเพียงเป็นการยกระดับกระบวนการทัศน์ลักษณะหนึ่งที่เกิดขึ้นจากการพิจารณาและวิเคราะห์สถานการณ์และความเปลี่ยนแปลงตลอดจนนโยบาย แนวทาง และวิธีการที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนา ผลที่เกิดขึ้นตลอดช่วงระยะเวลาที่ ๔๐ ปี ที่ผ่านมา ซึ่งหมายรวมถึงการที่ชุมชนและประเทศต่าง ๆ มีความเชื่อมโยงกันมากขึ้นภายใต้กระแสโลกาภิวัตน์และการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วของเทคโนโลยี วัฒนธรรมและค่านิยมทางสังคมด้วยหลักการสำคัญของเศรษฐกิจพอเพียงที่มีความชัดเจนที่สุด อาจพิจารณาได้จากปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงตามแนวพระราชดำริของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว ที่ได้พระราชทานพระราชวินิจฉัยความว่า

“เศรษฐกิจพอเพียง เป็นปรัชญาชี้ถึงแนวการดำรงอยู่และปฏิบัติตนของประชาชนในทุกระดับ ตั้งแต่ระดับครอบครัว ระดับชุมชน จนถึงระดับรัฐ ทั้งในการพัฒนาและบริหารประเทศให้ดำเนินไปในทางสายกลาง โดยเฉพาะการพัฒนาเศรษฐกิจเพื่อให้ก้าวทันต่อโลกยุคโลกาภิวัตน์ ความพอเพียง หมายถึง ความพอประมาณ ความ

มีเหตุผล รวมถึงความจำเป็นที่จะต้องมีระบบภูมิคุ้มกันในตัวที่ดีพอ สมควรต่อการมีผลกระทบใด ๆ อันเกิดจากการเปลี่ยนแปลงทั้งภายในและภายนอก ทั้งนี้จะต้องอาศัยความรอบรู้ ความรอบคอบ และความระมัดระวังอย่างยิ่งในการนำวิชาการต่าง ๆ มาใช้ในการวางแผนและการดำเนินการทุกขั้นตอน และขณะเดียวกันจะต้องเสริมสร้างพื้นฐานจิตใจของคนในชาติโดยเฉพาะเจ้าหน้าที่ของรัฐ นักทฤษฎี และนักธุรกิจในทุกระดับให้มีความสำนึกในคุณธรรม ความซื่อสัตย์สุจริต และให้มีความรอบรู้ที่เหมาะสม ดำเนินชีวิตด้วยความอดทน ความเพียร มีสติปัญญาและความรอบคอบ เพื่อให้สมดุลและพร้อมต่อการรองรับการเปลี่ยนแปลงรวดเร็วและกว้างขวางทั้งด้านวัตถุ สังคม สิ่งแวดล้อม และวัฒนธรรมจากโลกภายนอกได้เป็นอย่างดี”

หากพิจารณาแนวคิดเศรษฐกิจพอเพียงตามแนวพระราชดำริโดยการวิเคราะห์ความหมายด้วยการจำแนกวิเคราะห์ (Parsing) ซึ่งเป็นหลักวิธีทางตรรกศาสตร์ที่ทำความเข้าใจความเชื่อมโยงของแต่ละข้อความและประโยคที่อธิบาย “ปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง” ทำให้สรุปได้ว่า หลักการสำคัญของเศรษฐกิจพอเพียง มีองค์ประกอบด้านต่าง ๆ ที่สามารถนำไปใช้เป็นพื้นฐานในการพัฒนากรอบทฤษฎีทางเศรษฐศาสตร์ได้ ดังนี้

ความพอเพียง (Sufficiency) จะต้องประกอบด้วย ๓ คุณลักษณะ ได้แก่ ความพอประมาณ ความมีเหตุผล และภูมิคุ้มกันในตัวที่ดี กล่าวคือ กิจกรรมใดที่ขาดคุณลักษณะใดคุณลักษณะหนึ่งไปก็จะไม่สามารถเรียกได้ว่าเป็นความพอเพียง คุณลักษณะทั้ง ๓ ประกอบด้วย

๑) ความพอประมาณ (Moderation) หมายถึง ความพอดีไม่มากเกินไปและไม่น้อยเกินไป ในมิติต่าง ๆ ของการกระทำ ตัวอย่างเช่น กิจกรรมทางเศรษฐกิจ การผลิต และการบริโภค ที่อยู่ในระดับพอประมาณ เพื่อนำไปสู่ความสมดุลและพร้อมต่อการรองรับการเปลี่ยนแปลง หรือกล่าวอีกนัยหนึ่ง ก็คือการไม่เบียดเบียนตนเอง ไม่เบียดเบียนผู้อื่น

๒) ความมีเหตุผล (Reasonableness) หมายถึง การตัดสินใจเกี่ยวกับระดับของความพอประมาณในมิติต่าง ๆ นั้น จะต้องเป็นไปอย่างมีเหตุผล โดยพิจารณาจากเหตุปัจจัย และข้อมูลที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนผลที่คาดว่าจะเกิดขึ้นจากการกระทำนั้นอย่างรอบคอบ หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งก็คือ การใช้เหตุผลไตร่ตรองการกระทำอย่างรอบคอบ

๓) การมีภูมิคุ้มกันในตัวที่ดีพอสมควร (Self-immunity) เพื่อเตรียมตัวพร้อมรับผลกระทบที่คาดว่าจะเกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงด้านต่าง ๆ เนื่องจากเศรษฐกิจพอเพียงเป็นปรัชญาที่มองโลกเชิงระบบที่มีลักษณะพลวัตดังที่กล่าวข้างต้น การกระทำที่จะสามารถเรียกได้ว่าพอเพียงจึงมิใช่เพียงการคำนึงถึงเหตุการณ์และผลในปัจจุบันเท่านั้น แต่จำเป็นที่จะต้องคำนึงถึงความเป็นไปได้ของสถานการณ์ต่าง ๆ ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นในอนาคตทั้งใกล้และไกล ภายใต้ข้อจำกัดของความรู้ที่มีอยู่และสร้างภูมิคุ้มกันในตัวให้พอเพียงที่จะสามารถพร้อมรับการเปลี่ยนแปลงได้ กล่าวอีกนัยหนึ่งก็คือ ระดับของความพอประมาณต้องครอบคลุมมิติการจัดการความเสี่ยงเชิงพลวัตจึงจะนับได้ว่าเป็นระดับพอเพียงที่สมบูรณ์ นอกจากนี้ การพัฒนาตามหลักการของเศรษฐกิจพอเพียงยังต้องอาศัย “เงื่อนไขความรู้” (Set of Knowledge) ที่จะนำไปสู่การตัดสินใจในการประกอบกิจกรรมทางเศรษฐกิจที่อยู่ในระดับพอเพียง ซึ่งประกอบด้วย

๑) ความรอบรู้ คือ มีความรู้เกี่ยวกับวิชาการต่าง ๆ อย่างรอบด้าน โดยครอบคลุมเนื้อหาของเรื่องต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้เป็นพื้นฐานสำหรับการนำไปใช้ในโอกาสและเวลาที่แตกต่างกันไป

๒) ความรอบคอบ คือ ความสามารถที่จะนำความรู้และหลักวิชาการต่าง ๆ เหล่านั้นมาพิจารณาให้เชื่อมโยงสัมพันธ์กัน ประกอบการวางแผน ก่อนที่จะนำไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติทุกขั้นตอน

๓) ความระมัดระวัง คือ ความมีสติในการนำแผนปฏิบัติที่ตั้งอยู่บนหลักวิชาการต่าง ๆ เหล่านั้นไปใช้ในทางปฏิบัติ เพราะในความเป็นจริงแล้ว สถานการณ์เปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ดังนั้นการนำความรู้และความรอบคอบมาใช้จึงต้องอาศัยความระมัดระวังให้รู้เท่าทันเหตุการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปด้วย

การพัฒนาตามแนวทางเศรษฐกิจพอเพียงนอกจากจะมีเงื่อนไขความรู้แล้ว ยังต้องอาศัย “เงื่อนไขคุณธรรม” (Ethical Qualifications) ที่จะต้องเสริมสร้างใน ๒ ด้าน ได้แก่

- ๑) ด้านจิตใจและปัญญา โดยเน้นความรู้คู่คุณธรรม กล่าวคือ ตระหนักในคุณธรรม มีความซื่อสัตย์ และ แบ่งปัน
- ๒) ด้านการกระทำหรือแนวทางการดำเนินชีวิต โดยเน้นความอดทน ความเพียร สติปัญญา ชยัน อดทน และพากเพียร

การนำปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงมาประยุกต์ใช้

การนำปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงมาประยุกต์ใช้มีกลุ่มเป้าหมายที่เน้นเป็นพิเศษในการเสริมสร้างเงื่อนไข ๒ ด้าน ข้างต้น คือ เจ้าหน้าที่ของรัฐ นักทฤษฎี และนักธุรกิจในทุกระดับ เนื่องจากการกระทำใดๆ ของคนกลุ่มนี้สามารถก่อให้เกิดผลกระทบในสังคมวงกว้างได้ ดังนั้น การนำปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงมาประยุกต์ใช้จะส่งผลให้เกิดทั้งวิถีการพัฒนา (Development path) และผลของการพัฒนา (Development Goal) ที่สมดุลและพร้อมรับการเปลี่ยนแปลง กล่าวคือ ความพอเพียง เป็นทั้งวิธีการที่คำนึงถึงความสมดุลพอประมาณอย่างมีเหตุผลและการสร้างภูมิคุ้มกันที่เหมาะสมในขณะเดียวกันก็นำไปสู่ผลของการกระทำที่ก่อให้เกิดความสมดุลและพร้อมรับการเปลี่ยนแปลงต่อไป

กรุงเทพมหานครกับการนำปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงมาประยุกต์ใช้

จะส่งผลให้เกิดทั้งวิถีการพัฒนา (Development path) และผลของการพัฒนา (Development goal) ที่สมดุลและพร้อมรับการเปลี่ยนแปลง กล่าวคือความเพียงพอเป็นทั้งวิธีการที่คำนึงถึงความสมดุลพอประมาณอย่างมีเหตุผลและการสร้างภูมิคุ้มกันที่เหมาะสมในขณะเดียวกันก็นำไปสู่ผลของการกระทำที่ก่อให้เกิดความสมดุลและพร้อมรับการเปลี่ยนแปลงต่อไป ความสมดุลและพร้อมรับการเปลี่ยนแปลงในที่นี้หมายถึง ความสมดุลในทุกด้าน ทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม และความรู้รวมไปถึงเทคโนโลยี ในขณะเดียวกันความสมดุลของการกระทำทั้งเหตุและผลในมิติของเวลาจะนำไปสู่ความยั่งยืนของการพัฒนาหรือความดำรงอยู่อย่างต่อเนื่องของทุนในด้านต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นทุนทางเศรษฐกิจทุนทางสังคม ทุนทางสิ่งแวดล้อม ทุนทางปัญญาและวัฒนธรรม ภายใต้กระแสโลกาภิวัตน์และความเปลี่ยนแปลงต่างๆ รวมทั้งเกิดความพร้อมต่อการรองรับความเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วและกว้างขวางต่อผลกระทบต่อทั้งทางด้านวัตถุ สังคม สิ่งแวดล้อม และวัฒนธรรมจากโลกภายนอกหากพิจารณาโดยรวมแล้ว จะเห็นได้ว่าแนวคิดทางสายกลางเป็นหัวใจสำคัญของปรัชญาที่นำมาใช้ในการบริหารและพัฒนาเศรษฐกิจเพื่อให้ก้าวทันต่อโลกแห่งความเปลี่ยนแปลงในยุคโลกาภิวัตน์ กล่าวคือ ยุทธศาสตร์การพัฒนาตามแนวคิดเศรษฐกิจพอเพียงไม่ใช่เป็นการปิดประเทศอย่างสิ้นเชิง แต่ก็ไม่ใช่การเปิดเสรีอย่างเต็มที่ โดยไม่มีการเตรียมความพร้อมของคนและสังคมในการเข้าสู่กลไกตลาด รวมทั้งไม่ใช่การอยู่อย่างโดดเดี่ยวหรือพึ่งพาทันทีจากคนอื่นทั้งหมด แต่เน้นความคิดและการกระทำที่จะพึ่งตนเองเป็นหลักก่อนที่จะไปพึ่งคนอื่น ทางสายกลางในที่นี้จึงหมายถึง วิธีการหรือการกระทำที่พอประมาณบนพื้นฐานของควมมีเหตุผลและสร้างภูมิคุ้มกัน ซึ่งในที่สุดแล้วจะนำไปสู่การพัฒนาแบบเศรษฐกิจพอเพียงที่เป็นทั้งแนวทางป้องกันการเกิดวิกฤตและการแก้ไขปัญหาเพื่อให้อุดพ้นวิกฤต และทำให้สังคม ประเทศสามารถดำรงอยู่ได้อย่างมั่นคง (security) และยั่งยืน (sustainable) ภายใต้กระแสโลกาภิวัตน์และความเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ

๒.๓ แผนพัฒนากรุงเทพมหานคร ระยะ ๑๒ ปี (พ.ศ. ๒๕๕๒-๒๕๖๓)

กรุงเทพมหานครได้จัดทำแผนพัฒนากรุงเทพมหานคร โดยแบ่งช่วงของการนำแผนไปสู่การปฏิบัติเป็น ๓ ระยะ ระยะละ ๔ ปี ระยะที่ ๑ พ.ศ. ๒๕๕๒-๒๕๕๕ ระยะที่ ๒ พ.ศ. ๒๕๕๖-๒๕๕๙ ระยะที่ ๓ พ.ศ. ๒๕๖๐-๒๕๖๓ แผนบริหารราชการกรุงเทพมหานครระยะที่ ๑ (พ.ศ. ๒๕๕๒-๒๕๕๕) ได้สิ้นสุดแล้ว ขณะนี้อยู่ในช่วงแผนพัฒนากรุงเทพมหานคร ระยะที่ ๒ พ.ศ. ๒๕๕๖-๒๕๕๙ ซึ่งจะเป็นเข็มทิศในการขับเคลื่อนการพัฒนากรุงเทพมหานคร สู่เป้าหมายอย่างมีประสิทธิภาพ

วิสัยทัศน์ ปี ๒๕๕๙ : กรุงเทพมหานครเป็นศูนย์กลางในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ และมุ่งสู่มหานครน่าอยู่อย่างยั่งยืน

พันธกิจ

๑. พัฒนาสาธารณูปโภคพื้นฐานและสิ่งแวดล้อมบนพื้นฐานของความน่าอยู่อย่างยั่งยืน
๒. พัฒนาสังคมและเศรษฐกิจบนพื้นฐานของความพอเพียงพึ่งพิงซึ่งกันและกันโดยมุ่งสร้างสังคมสันติสุข
๓. พัฒนาศรีพยากรณ์บนพื้นฐานของความรู้เพื่อการดำรงชีวิตที่ดีในปัจจุบันและอนาคต
๔. สร้างความเชื่อมั่นด้านการบริหารจัดการมหานครตามหลักธรรมาภิบาล
๕. พัฒนาการให้บริการที่ดีที่สุดเพื่อประชาชน

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อพัฒนากรุงเทพมหานครให้เป็นมหานครที่มีสภาพแวดล้อมที่สมบูรณ์ในระบบนิเวศซึ่งเน้นการอยู่อาศัยร่วมกันของสิ่งมีชีวิตในเมืองและธรรมชาติ
๒. เพื่อสร้างสังคมสุขภาวะโดยมุ่งการเสริมสร้างให้กรุงเทพมหานครเป็นสังคมที่มีความปลอดภัย ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดี ดำรงชีพเพื่ออนาคต มีส่วนร่วมในการพัฒนาเมือง มีจิตสาธารณะและสร้างสุขของตนด้วยความสันติ
๓. เพื่อเป็นศูนย์กลางทางเศรษฐกิจในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ มีผลิตภัณฑ์ชุมชนของกรุงเทพมหานครที่มีคุณภาพมาตรฐาน และเป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม
๔. เพื่อพัฒนาบริการของกรุงเทพมหานครให้ดีเลิศเพื่อมอบให้แก่ประชาชน
๕. เพื่อพัฒนา “กรุงเทพมหานคร” ให้เป็นองค์กรการบริหารราชการต้นแบบด้านการมีส่วนร่วมของประชาชนในการบริหารจัดการเมือง

เป้าหมายหลัก

๑. ระบบโครงสร้างพื้นฐานมีความสอดคล้องกับการพัฒนาหลักของเมืองเพื่อการเติบโตอย่างยั่งยืน
๒. เศรษฐกิจของกรุงเทพมหานครเติบโตอย่างมีคุณภาพ เสถียรภาพ และเป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อมที่เชื่อมโยงกับเศรษฐกิจของภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้
๓. สิ่งแวดล้อมที่มนุษย์สร้างขึ้นสองคล้องและเป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อมที่มีอยู่เดิมตามธรรมชาติ
๔. ประชาชนในกรุงเทพมหานครมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น มีความเป็นพลเมือง และมีจิตสาธารณะมากขึ้น
๕. กรุงเทพมหานครเป็นมหานครแห่งความปลอดภัย
๖. กรุงเทพมหานครมีบริการที่เป็นสาธารณะที่มีคุณภาพดีเลิศและประชาชนสามารถเข้าถึงได้โดยง่าย สะดวก ประหยัดและเท่าเทียมกัน
๗. กรุงเทพมหานครมีกลไกการบริหารจัดการที่มีศักยภาพในการแข่งขันกับมหานครชั้นนำในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้

ยุทธศาสตร์การพัฒนา

ยุทธศาสตร์การพัฒนาตามแผนพัฒนากรุงเทพมหานคร ๑๒ ปี (ระยะที่ ๒ พ.ศ. ๒๕๕๖ – ๒๕๕๙) มี ๕ ข้อ ดังนี้

- ยุทธศาสตร์ที่ ๑ : พัฒนาโครงสร้างพื้นฐานแบบบูรณาการ เพื่อมุ่งสู่การเป็นศูนย์กลางภูมิภาค
- ยุทธศาสตร์ที่ ๒ : พัฒนาศักยภาพกรุงเทพมหานครเพื่อการแข่งขันทางเศรษฐกิจในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้
- ยุทธศาสตร์ที่ ๓ : พัฒนากรุงเทพมหานครให้เป็นมหานครแห่งสิ่งแวดล้อม
- ยุทธศาสตร์ที่ ๔ : พัฒนากรุงเทพมหานครให้เป็นมหานครแห่งคุณภาพชีวิตที่ดีและมีเอกลักษณ์ทางวัฒนธรรม
- ยุทธศาสตร์ที่ ๕ : พัฒนาระบบบริหารจัดการเพื่อเป็นต้นแบบด้านการบริหารมหานคร

การศึกษาครั้งนี้จะเกี่ยวข้องกับยุทธศาสตร์ที่ ๔ พัฒนากรุงเทพมหานครให้เป็นมหานครแห่งคุณภาพชีวิตที่ดีและมีเอกลักษณ์ทางวัฒนธรรม

นโยบายด้านสุขภาพของกรุงเทพมหานคร

๑. ป้องกัน รักษาฟื้นฟู และส่งเสริมสุขภาพของประชาชนจากโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคทางเดินหายใจ โรคเอดส์ โรคไข้เลือดออก โรคพิษสุนัขบ้า โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน และโรคไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาล
๒. ลดปัจจัยเสี่ยงและแก้ไขปัญหาเสพติดในสถานศึกษา และชุมชนในพื้นที่กรุงเทพมหานคร
๓. พัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักการแพทย์ให้ผ่านเกณฑ์มาตรฐานของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล(องค์การมหาชน)
๔. พัฒนาศูนย์บริการสาธารณสุขกรุงเทพมหานครให้ผ่านมาตรฐาน HCA จำนวน ๖๘ แห่ง และมาตรฐานของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล(องค์การมหาชน) จำนวน ๔๐ แห่ง
๕. พัฒนาศูนย์เชี่ยวชาญโรคเฉพาะทางที่มีความเป็นเลิศในการรักษาพยาบาลให้ผ่านการประเมินคุณภาพตามเกณฑ์มาตรฐานระดับ ๒
๖. เพิ่มสมาชิกเครือข่ายความร่วมมือในการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินไม่น้อยกว่า ๓ แห่ง
๗. ลดภาวะโภชนาการเกินของเด็กและเยาวชนในสถานศึกษาทุกแห่งในพื้นที่กรุงเทพมหานคร

๒.๔ การบริหารทางเภสัชกรรม (Pharmaceutical care)

หมายถึงความรับผิดชอบของเภสัชกรโดยตรงที่มีต่อการดูแลรักษาผู้ป่วยด้วยยา เพื่อให้ได้ผลการรักษาที่ถูกต้องตามต้องการ อีกทั้งต้องเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

จากคำนิยามดังกล่าวจะเห็นบทบาทที่เด่นชัดหรือเน้นภารกิจของเภสัชกรที่ต้องกระทำ จะประกอบด้วยองค์ประกอบที่สำคัญที่จะดังมากกล่าวให้เด่นชัดดังนี้

๑. ภารกิจที่เกี่ยวกับยา (medication-related role)

หน้าที่ที่เกี่ยวกับยานี้ จะต้องหมายรวมทั้งยาที่ผู้ป่วยควรได้รับอย่างเหมาะสม (appropriate) และยาที่ผู้ป่วยแต่ละรายไม่ควรใช้ ในเรื่องยาที่ผู้ป่วยควรใช้นั้นเภสัชกรควรมีบทบาทในการดูแลว่ายาชนิดนั้นเหมาะสมกับผู้ป่วยเฉพาะรายนั้นหรือไม่ ในกรณีที่ยาชนิดนั้นเหมาะสมแล้ว จำเป็นต้องดูแลอีกว่า รูปแบบ ขนาด วิธีการใช้นั้นเหมาะสมกับผู้ป่วยเพียงไร อีกทั้งยังต้องติดตามดูแลผลการรักษานั้นว่าได้ผลเพียงไร นั่นคือ เมื่อจ่ายยาให้กับผู้ป่วยจำเป็นต้องให้ข้อมูลของยาดัชนีพร้อมให้คำแนะนำการใช้ยาอย่างถูกต้อง (drug counseling)

๒. การบริหาร (care)

เภสัชกรมีภารกิจที่จะต้องดูแลผู้ป่วยให้มีความเป็นอยู่ที่ดี ทั้งนี้ต้องร่วมมือกับวิชาชีพอื่น ๆ ทางสาธารณสุขไปพร้อม ๆ กัน เภสัชกรต้องสามารถนำความรู้ที่ได้เรียนมาอย่างดี พร้อมกับมีทักษะในการที่จะก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดกับผู้ป่วยในเรื่องการใช้จ่ายให้ได้ ในประเทศที่เจริญแล้ว เช่น ในสหรัฐอเมริกา ซึ่งเป็นต้นแบบของเภสัชกรรมคลินิกและการบริหารทางเภสัชกรรม ได้กล่าวไว้ว่า เพื่อให้การบริหารทางเภสัชกรรมได้บรรลุตามวัตถุประสงค์แล้ว เภสัชกรควรมีบทบาทร่วมกับบุคลากรสาธารณสุขอื่นในการวางแผนกำหนด (designing) การปฏิบัติ (im-plementing) และการติดตามผล (monitoring) การใช้จ่ายสำหรับผู้ป่วยทุกรายเพื่อให้ได้ผลการรักษาที่ถูกต้องแน่นอน และก่อให้เกิดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ดีด้วย

๓. ผลการรักษา (outcome)

จากคำนิยามของการบริหารทางเภสัชกรรมที่กล่าวว่า การใช้จ่ายของผู้ป่วยนั้น ต้องบรรลุถึงวัตถุประสงค์ คือ ได้ผลการรักษาที่ถูกต้องตามต้องการเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยนั้น ผลการรักษาดังกล่าว จะต้องหมายถึงสิ่งหนึ่งต่อไปนี้ คือ

๑. รักษาผู้ป่วยให้หายจากโรค
๒. กำจัดหรือลดอาการของผู้ป่วย
๓. หยุดหรือชะลอโรคของผู้ป่วย
๔. ป้องกันโรคหรืออาการไม่ให้เกิดขึ้นอีก

เภสัชกรมีภารกิจที่ต้องทำให้ผู้ป่วยได้ผลการรักษาด้วยยา นั่นคือเภสัชกรต้องมีหน้าที่สำคัญ ๓ ประการ ดังนี้คือ

๑. ค้นหาปัญหาที่เกิดหรืออาจเกิดจากการใช้ยา (identifying potential and actual drug related problems)
๒. แก้ไขปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาได้ (resolving actual drug related problems)
๓. ป้องกันปัญหาที่อาจเกิดจากการใช้ยาได้ (preventing potential drug related problems)

จะเห็นว่า ปัญหาจากการใช้ยานี้เองเป็นสิ่งสำคัญที่จะรบกวนต่อผลการรักษาของผู้ป่วย ซึ่งมีผู้กำหนดชนิดของปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาต่าง ๆ กัน ซึ่งจะกล่าวถึงเรื่องนี้ภายหลังอย่างละเอียดต่อไป

๔. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (quality of life)

ในการประเมิน (assessing) คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมีเครื่องมือหรือรูปแบบหลายชนิด ซึ่งเภสัชกรควรจะต้องศึกษาค้นคว้าเรื่องนี้ให้มาก จงจำไว้ว่าการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจำเป็นต้องกระทำทั้ง subjective (ประเมินจากตัวผู้ป่วยเอง) และ objective (ประเมินจากค่าการตรวจต่าง ๆ) มิฉะนั้นความผิดพลาดอาจเกิดได้

๕. ความรับผิดชอบ (responsibility)

ความรับผิดชอบเป็นเกณฑ์สำคัญอย่างหนึ่งไม่ว่าจะปฏิบัติทางใด ๆ ก็ตามดังนั้นเภสัชกรที่ปฏิบัติคาบเกี่ยวชีวิตของผู้ป่วย จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีความรับผิดชอบทั้งต่อตัวผู้ป่วยเองและรับผิดชอบต่อวิชาชีพของตน จำเป็นต้องมีคุณธรรมและสร้างควมไว้วางใจหรือความศรัทธาของผู้ป่วยให้จงได้

ดังได้กล่าวแล้วว่า ในกระบวนการใช้ยาของผู้ป่วย เภสัชกรควรมีบทบาทการบริหารทางเภสัชกรรมในขั้นตอนของการจ่ายยาและติดตามผลการใช้ยาไม่ว่ายานั้นผู้ป่วยจะหาซื้อใช้เอง หรือการใช้จ่ายตามใบสั่งก็ตาม เภสัชกรต้องนำหลักการมาประยุกต์ใช้ได้ โดยอาศัยความรู้ว่า องค์ประกอบที่สำคัญของการบริหารทาง

เภสัชกรมีอะไรบ้าง และอาศัยความรู้จากหลักสูตรการศึกษาเภสัชศาสตร์ซึ่งควรทำให้เภสัชกรมีความสามารถค้นหาปัญหาที่เกิดขึ้นหรืออาจเกิดจากการใช้ยาให้ได้ ถึงแม้ว่าผู้ซื้อยาตามร้านขายยาก็ตามเภสัชกรควรมีทักษะสืบค้นปัญหาที่เกิดขึ้นหรืออาจเกิดการใช้ยาได้จากกาสัมภาษณ์ประวัติการใช้ยา การเก็บข้อมูลการใช้ยาของผู้ป่วย(patient drug profile) และปัญหาที่เกิดขึ้นจากการใช้ยา(drug related problems)

ปัญหาที่เกิดขึ้นจากการใช้ยา (Drug Related Problems, DRP's)

เป็นที่ยอมรับกันแล้ว กระบวนการสำคัญอันหนึ่งที่จะนำไปสู่การบริหารทางเภสัชกรรมนั้นคือ กระบวนการสืบค้นปัญหาจากการใช้ยา เพื่อป้องกันหรือไม่ให้รบกวนผลการรักษาที่ต้องการและนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วย

การจัดประเภทปัญหา ตามนิยามของ Stand

ตามคำนิยามของ Strand DRP's หมายถึง ปรากฏการณ์ใด ๆ ก็ตามที่ไม่ต้องการที่เกิดขึ้นหลังจากผู้ป่วยใช้ยาในการรักษา ผลดังกล่าวจะรบกวนหรืออาจจะรบกวนผลการรักษาที่ต้องการ

นอกจากนี้ Strand ยังได้จัดหมวดหมู่หรือประเภทต่าง ๆ ของปัญหาที่เกิดขึ้นจากการใช้ยาได้ ๘ ประเภท ดังนี้

๑. ผู้ป่วยไม่ได้รับยาทั้ง ๆ ที่ควรจะได้รับ

เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นจากการที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับยาในการรักษาแต่แพทย์ไม่ได้สั่งจ่ายให้ เช่น ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับยาปฏิชีวนะเพื่อป้องกันไข้รูห์มาติก แต่แพทย์ไม่จ่ายให้ กรณีที่ผู้ป่วยได้รับ digitalis และเกิดภาวะโปแตสเซียมต่ำ แต่แพทย์ก็ไม่ได้สั่งเกลือโปแตสเซียมให้ กรณีที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับยาต่อเนื่องกัน เช่น โรคเรื้อรังต่าง ๆ (โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง หอบหืด เป็นต้น) แต่แพทย์ไม่ได้สั่งเป็นต้น แม้กระทั่งบางครั้งผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับยาหลายตัวพร้อมกัน แต่แพทย์ไม่ได้สั่งจ่ายให้ เช่น การรักษาวินโรคจำเป็นต้องได้รับยาหลายขนานเพื่อป้องกันไม่ให้เชื้อดื้อยา ผู้ป่วยที่ต้องได้รับเคมีบำบัด (Chemotherapy) ในการรักษามะเร็ง จำเป็นต้องได้รับสารเคมีบำบัดร่วมกัน เพื่อให้ได้ผลในการทำลายเซลล์มะเร็งดีกว่าที่จะใช้เคมีบำบัดเพียงตัวเดียว

๒. การใช้ยาผิด

การใช้ยาผิดในที่นี้จะหมายรวมถึงการใช้ยาอย่างไม่ถูกต้อง (improper drug use) ซึ่งได้แก่กรณีต่อไปนี้

การใช้ยาที่ไม่มีประสิทธิภาพ

การใช้ยาที่เลิกใช้ไปนานแล้ว

การใช้ยาแล้วทำให้ผู้ใช้เกิดการแพ้ยา

การใช้ยาที่ห้ามใช้ในผู้ป่วยบางราย

การใช้ยาที่มีประสิทธิภาพเท่ากันแต่ราคาแพงกว่า

การให้ยาผู้ป่วยหลายชนิดโดยไม่จำเป็น ตัวอย่างเช่น

ผู้ป่วยที่มีภาวะพร่องเอนไซม์ G-๖-PD แล้ว ได้รับยากลุ่มซัลโฟนาไมด์ ผู้ป่วยที่เป็นโรค

กระเพาะและยังใช้ยาแอสไพรินขนาดสูงเพื่อบรรเทาอาการปวดข้อ

๓. ผู้ป่วยได้รับยานี้น้อยเกินไป

เป็นที่รู้กันทั่วไปแล้วว่า การที่ผู้ป่วยได้รับยาไม่ถูกขนาดโดยเฉพาะขนาดน้อยเกินไปย่อมจะทำให้ไม่ได้ผลในการรักษา ตัวอย่างที่เห็นได้ชัดเจน คือ การรักษาโรคติดเชื้อ ถ้าให้ยาต้านจุลชีพในขนาดต่ำกว่าระดับที่จะมีผลในการฆ่าเชื้อ ก็ไม่อาจรักษาอาการที่เกิดจากการติดเชื้อ

ดังนั้นการให้ยาจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนให้ถูกโรค ถูกคน ถูกขนาด ในบางกรณีแม้ว่าจะให้ยาอย่างถูกต้องแต่ไม่ได้ผลในการรักษาอาจนับเป็นปัญหาจากการใช้ยาได้เช่นกัน การใช้ยาโดยแบ่งช่วงการให้นานเกินไป ก็เป็นผลให้ผู้ป่วยได้รับยาน้อยเกินไปได้ การพิจารณาข้อนี้ จำเป็นต้องอาศัยความรู้ด้านเภสัชกรรม(Pharmaceutics) และด้านเภสัชจลนศาสตร์(Pharmacokinetics) ประกอบกัน ตัวอย่างเช่น

- การใช้ยาที่ออกฤทธิ์เนิ่นเพื่อต้องการให้ผู้ช้ยาสะดวกขึ้น คือ ใช้วันละครึ่ง แต่ถ้าผู้ช้ยาในรูปแบบธรรมดา โดยใช้วันละครึ่ง ดังนั้นผู้ป่วยก็จะได้รับยาน้อยกว่าที่ควรจะได้
- หรือในกรณีที่เปลี่ยนจากยาฉีดมาให้โดยการรับประทานแต่ยังคงให้ขนาดเมื่อให้โดยการฉีด ผู้ช้ยาก็จะได้รับยาน้อยเกินไปเช่นกัน
- การให้ยาที่มี bioavailability ต่ำ ผู้ป่วยก็จะได้รับยาในขนาดที่ไม่ได้ผลในการรักษา (subtherapeutic)

- การเปลี่ยนยาโดยไม่ได้คำนวณความสมดุล เช่น เดิมใช้ theophylline จะเปลี่ยนมาใช้ aminophylline แต่ได้ขนาดเท่าเดิมผู้ป่วยจะได้รับยาน้อยกว่าที่ควรจะได้รับจำเป็นต้องคำนวณให้ถูกต้อง

๔. ผู้ป่วยได้รับยามากเกินไป

ปัญหาจากยาข้อนี้จะตรงกันข้ามกับข้อ ๓ แต่ปัญหาที่เกิดขึ้นจากการที่ผู้ป่วยได้รับยามากเกินไปจะรุนแรงและอันตรายกว่าข้อ ๓ เช่น

- การเปลี่ยนวิธีการให้ยาจากการให้ยาทางปากเป็นให้ทางหลอดเลือด แต่ยังคงให้ขนาดเท่าเดิมโดยไม่ลดขนาดให้ดังนั้นผู้ป่วยย่อมได้รับยามากเกินไป
- การให้ยาทางหลอดเลือดแต่ให้อัตราเร็วเกินไป
- การให้ยาทางปากแต่ไม่ได้เว้นระยะทางการให้อย่างถูกต้อง คือ เว้นช่วงสั้นเกินไป เป็นต้น

๕. ผู้ป่วยเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา

ปัญหานี้น่าจะเป็นสิ่งแรกที่เภสัชควรปฏิบัติได้โดยตรง คือ การจะต้องประเมินทำนายปฏิกิริยาได้โดยตรง คือ การจะต้องประเมินทำนายปฏิกิริยาที่ไม่ต้องการที่เกิดหรืออาจเกิดจากยาให้ได้มากที่สุดกว่าปัญหาที่เกิดจากข้ออื่น ๆ อย่างน้อยที่สุดต้องจัดประเภทให้ได้ว่าปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นเป็น Type A หรือ Type B และยังต้องอธิบายได้ว่า Type A หมายถึงปฏิกิริยาจากยาที่เกิดขึ้น มักอธิบายได้ด้วยฤทธิ์ทางเภสัชวิทยา ขึ้นอยู่กับขนาดใช้(ใช้มากเกิดอาการมาก, ใช้น้อยเกิดอาการน้อย) เป็นปฏิกิริยาที่แต่้มักไม่อันตรายมักแก้ไขได้โดยการลดขนาดการใช้ลง และมักทำนายหรือคาดการณ์ได้และยังอาจป้องกันได้ด้วย Type B เป็นปฏิกิริยาที่เกิดและมักจะไม่เกี่ยวกับฤทธิ์ทางเภสัชวิทยา ไม่ขึ้นอยู่กับขนาด(ปฏิกิริยาเกิดขึ้นได้แม้ในขนาดน้อยก็ตาม)แม้ไม่พบบ่อย แต่เมื่อพบมักเป็นอาการที่รุนแรงจำเป็นต้องหยุดยาทันทีและให้การรักษา ไม่อาจทำนายปฏิกิริยาที่จะเกิดและมักป้องกันไม่ได้

เน้นบทบาทของเภสัชกรที่สำคัญจะต้องลดหรือกำจัดผลที่เกิดจากปฏิกิริยาที่ไม่พึงประสงค์นี้ให้ได้เพื่อให้ได้ผลการรักษาที่ต้องการ การที่จะปฏิบัติบทบาทนี้ให้ได้อย่างมีประสิทธิภาพเภสัชกรจำเป็นต้องติดตามการใช้ยา เฝ้าระวังผลการใช้ยาในการรักษาอย่างสม่ำเสมอ

๖. ปฏิกิริยาที่เกิดจากยากับยา, ยากับอาหารและยากับผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ในทางปฏิบัติแล้ว เรามักจะพบเสมอทั้งปฏิกิริยา ระหว่างยา-ยา, ยา-อาหาร และยา-ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ตัวอย่างเช่น

ยา-อาหาร: นมจะรบกวนการดูดซึมยาหลายชนิด เช่น เตตราไซคลิน, ไซเมติดิน, และยาเตรียมที่มีเหล็กเป็นส่วนประกอบ เป็นต้น

ยา-ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ: วิตามินซี จะรบกวนการตรวจน้ำตาลกลูโคสในปัสสาวะ

ยา-ยา: carbamazepine และ rifampicin เป็น enzyme inducer ถ้าให้พร้อมกับยาบางตัว เช่น warfarin จะทำให้ warfarin ถูกทำลายโดยเอนไซม์ในตับเร็วขึ้น จะมีผลทำให้ prothrombin time ช้าลงหรือนานขึ้น เป็นต้น

๗. ปัญหาที่เกิดจากผู้ป่วยไม่ได้ใช้ยาตามที่สั่ง

การที่ผู้ป่วยไม่ใช้ยาตามสั่งมีปัจจัยมากมาย อาจเป็นเพราะไม่เข้าใจวิธีใช้ที่ถูกต้อง ไม่เห็นความสำคัญของการรักษา ผู้ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยได้รับยาหลายขนานและการใช้แตกต่างกัน ผู้ใช้จำไม่ได้ ผู้ป่วยกลัวติดยา นอกจากนี้ยังอาจเป็นเพราะฐานะทางเศรษฐกิจไม่เอื้ออำนวยให้ใช้ยาได้ในกรณีที่ยาแพงและต้องใช้เวลาติดต่อกันนาน หรือแม้แต่ความเชื่อที่ผิด ๆ เช่น เลิกใช้ยาที่แพทย์สั่งและหันไปใช้วิธีการทางไสยศาสตร์แทน เป็นต้น

เภสัชกรควรมีบทบาทในเรื่องนี้ตั้งแต่การพัฒนา สูตรตำรับยาให้ถูกต้อง เพื่อให้ยาออกฤทธิ์ตามต้องการ เภสัชกรจึงต้องมีความรู้ในเรื่องนี้เป็นอย่างดี เช่น ต้องทราบว่า chlorazepate จำเป็นต้อง hydrolyse ใน pH ที่เป็นกรด เป็นต้น

ในเรื่องวิธีการใช้ยาอย่างถูกต้อง เช่น การใช้ยาพ่นป้องกันการหอบหืด การใช้ยาฉีดอินซูลิน เป็นต้น

ไม่ว่าจะเป็นเพราะปัจจัยใด ๆ ก็ตามเภสัชกรจำเป็นต้องวิเคราะห์หาสาเหตุดังกล่าวและแก้ไขปัญหานี้ให้สำเร็จได้

๘. ปัญหาที่เกิดขึ้นจากการที่ผู้ใช้ยาที่ไม่ได้พิสูจน์ว่าใช้ได้

ปัญหานี้มักเกิดขึ้นบ่อยและมักถูกละเลยอาจเกิดจากการที่ผู้ป่วยซื้อยาใช้เอง โดยรู้เท่าไม่ถึงการณ์ หรือการนำมาใช้ในทางที่ผิด(abuse)ตัวอย่างที่เห็นได้ชัดเจน คือ ยาเสพติดให้โทษต่าง ๆ หรือการนำฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาของยาอย่างหนึ่งมาใช้ในวัตถุประสงค์อีกอย่างหนึ่งซึ่งไม่มีข้อมูลทางวิชาการว่าใช้ได้ เช่น การนำยาระบายมาใช้เพื่อลดความอ้วน หรือการนำ thyroxine มาใช้ลดความอ้วนโดยหวังผลจากการเพิ่มอัตราการเผาผลาญของร่างกาย หรือการนำ ephedrine ซึ่งใช้เป็นยาขยายหลอดลม แต่กลับนำมาใช้เป็นยาแก้ง่วง เป็นต้น

เช่นกัน ปัญหานี้เภสัชกรควรมีบทบาทในการแก้ไขและป้องกันอีกทั้งไม่ควรส่งเสริมการใช้ยาที่ผิด ๆ อีกด้วย

มีผู้ศึกษาปัญหาที่เกิดขึ้นจากยานี้ทั้งในประเทศที่เจริญแล้ว เช่น ในสหรัฐอเมริกา แม้ในประเทศไทยเองมีผู้ศึกษาปัญหาจากการใช้ยาทั้งในร้านขายยา และในโรงพยาบาลต่างจังหวัด พบปัญหาจากยาได้ร้อยละ ๑๒.๐๕ และ ๑๒.๘๒ ตามลำดับ จากการศึกษาทั้งสอง พบปัญหาอื่น ๆ เช่น การสั่งจ่ายยาซ้ำซ้อน การเลือกรูปแบบยาไม่เหมาะสมกับผู้ป่วย และความไม่ชัดเจนในการสั่งจ่ายยา ซึ่ง

ปัญหาหลังสุดผู้ศึกษาจัดเป็น non drug related problems (NDRP's) ในโรงพยาบาลพบถึงร้อยละ ๑๔.๒๒

สำหรับปัญหาจากยานี้มีผู้จัดประเภทต่าง ๆ กันนอกจากการจัดตาม Strand แล้ว เช่น Hassan & Gan, Sczupak & Conrad และ University of Wales College of Cardiff เป็นต้น แต่ไม่ว่าการจัดประเภทของปัญหาจากยาแบบใดจะเห็นว่าคล้ายคลึงกันต่างกันเล็กน้อยตามแหล่งที่จะนำไปใช้นั่นเอง

๒.๕ เกสัชกรครอบครัว Family Pharmacist: SMART Pharmacist

การออกเยี่ยมบ้านของเภสัชกรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล โดยเฉพาะโรงพยาบาลชุมชนในต่างจังหวัด เกิดขึ้นพร้อม ๆ กับการลงไปปฏิบัติงานของเภสัชกรในโรงพยาบาลชุมชน เพียงแต่รูปแบบการดำเนินงานอาจยังไม่มีความชัดเจนไปที่การดูแลด้านยา ผู้ป่วยโดยตรง ซึ่งอาจดำเนินงานในลักษณะการลงไปเยี่ยมเยียนพูดคุย หรือจัดกิจกรรมให้ความรู้ในหมู่บ้านแล้วถือโอกาสลงไปเยี่ยมบ้านชาวบ้านไปพร้อม ๆ กัน ต่อมาเมื่อแนวคิดการดำเนินงานบริหารทางเภสัชกรรมเกิดขึ้นได้มีเภสัชกรส่วนหนึ่งนำแนวคิดนี้ไปปรับใช้กับการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องที่บ้าน เริ่มต้นจากการติดตามการใช้ยา ประเมินความร่วมมือในการใช้ยา การเก็บรักษาและปริมาณยาเหลือใช้ จนท้ายที่สุดไปสู่การดำเนินงานบริหารทางเภสัชกรรมที่บ้านอย่างเต็มรูปแบบและเป็นระบบ ตั้งแต่การรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์และประเมินข้อมูลที่ได้เพื่อค้นหาปัญหาด้านยา การวางแผนเพื่อป้องกัน แก้ไข ปัญหาด้านยา การติดตามการใช้ยาของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องที่บ้านทั้งในด้านของประสิทธิภาพและความปลอดภัย โดยเพิ่มความสนใจในมุมมองด้านความเข้าใจในตัวผู้ป่วย ญาติ และคนดูแลในครอบครัว เกสัชกรครอบครัวจึงดำเนินงานโดยการเข้าถึงปัญหาด้านยาและเข้าใจในความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว โดยอาศัยมุมมองการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม

เภสัชกรที่ปฏิบัติงานบริหารทางเภสัชกรรมในโรงพยาบาลอาจเน้นบทบาทในการค้นหาปัญหาที่เกิดจากยาหรือ Drug Related Problems(DRPs) แต่เภสัชกรครอบครัว รวมถึงต้องสามารถที่จะหาความสัมพันธ์ระหว่างทุกซ์จากยากับปัญหาที่เกิดจากยาว่ามีความสัมพันธ์กันหรือไม่เพียงใด เพราะหากเภสัชกรสามารถที่จะค้นหาปัญหาจากยาได้อย่างถูกต้องและแก้ไขปัญหาก็จะสามารถเข้าถึง เข้าใจและแก้ทุกซ์จากยาของผู้ป่วยได้ การแก้ปัญหาด้านยาของผู้ป่วยในบทบาทเภสัชกรครอบครัวเมื่อออกเยี่ยมบ้านจึงต้องมีทั้งกระบวนการทางคลินิกและสังคมศาสตร์การแพทย์ผสมผสานกัน มีทักษะ องค์ความรู้ด้านเวชศาสตร์ครอบครัว และเภสัชศาสตร์แขนงต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องโดยเฉพาะเภสัชบำบัดและการบริหารทางเภสัชกรรม

การก่อตั้งกลุ่มเภสัชกรครอบครัว สมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล(ประเทศไทย)มีจุดเริ่มต้นจากการจัดประชุมเกี่ยวกับบทบาทของเภสัชกรในงานด้านปฐมภูมิและการเยี่ยมบ้าน โดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ร่วมกับสมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล(ประเทศไทย) ในช่วงเดือนกุมภาพันธ์-มีนาคม ๒๕๕๔ ทำให้ภญ. รศ. ธิดา นิงสานนท์ ที่ปรึกษาสมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล(ประเทศไทย) ได้พบกับวิทยากรที่มาบรรยายและทำงานเยี่ยมบ้านมา อย่างต่อเนื่อง จึงดำริให้มีการจัดตั้งกลุ่มเภสัชกรที่ทำงานออกเยี่ยมบ้านขึ้นเป็นชุมชนนักปฏิบัติใหม่ของสมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล(ประเทศไทย) โดยมีมอบหมายให้ ภก.ผศ. ดร. ปรีชา มณฑานติกุล จากคณะเภสัชศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล เป็นที่ปรึกษากลุ่มด้านวิชาการ และจัดให้มีการบรรยายหัวข้อการเยี่ยมบ้านกับบทบาทของเภสัชกรครอบครัวขึ้นเป็นครั้งแรก ในการประชุมใหญ่ของสมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล(ประเทศไทย) ปี ๒๕๕๔ การจัดตั้งกลุ่มเภสัชกร ครอบครัวยังมีกรรมการเป็นสมาชิกเพิ่มมากขึ้นจากการจัดประชุมเรื่อง เภสัชกรครอบครัวกับการบริหารทางเภสัชกรรมที่บ้าน เมื่อวันที่ ๙-๑๐ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๕ และมีการประชุมกรรมการอย่างเป็นทางการครั้งแรกในการประชุมใหญ่ของสมาคม

เภสัชกรรม (ประเทศไทย) ปี ๒๕๕๕ โดยผู้เข้าร่วมประชุมจัดตั้งกลุ่มอย่างเป็นทางการประกอบไปด้วย ภญ. วิชชุดิ พิตรากุล จากโรงพยาบาลสมุทรสาคร ภก. จตุพร ทองอิม จาก ศูนย์บริการสาธารณสุข ๕๑ วัดไผ่ตัน สำนักอนามัย กทม. ภก. ฉัตรพิสุทธิ์ วิเศษสอน จากโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ จ. กาฬสินธุ์ภก. ธีรวิทย์ บำรุงศรี จากโรงพยาบาลกำแพงเพชร ภก. ศุภรัักษ์ ศุภเอม จากโรงพยาบาลอุบลรัตน์ จ. ขอบแก่น ภญ. นนทภัทร ขำครุฑ จาก โรงพยาบาลสมุทรสาคร จ. สมุทรสาคร และภญ. ศุภธิดา วัฒนพรหม โรงพยาบาลจะนะ จ. สงขลา และในเดือน กันยายน ๒๕๕๕ ได้จัดประชุมกรรมการอีกครั้งและได้เชิญ ภญ. อุษณีย์ วนรรम्मณีจาก คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ภก. กิตติศ ยศสมบัติ จากคณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ภก. รั้งสรรค์ ดาวจร จากโรงพยาบาลอ้อมก้อย จ. เชียงใหม่ ภก. สุรเชษฐ์ ธิติมูทา จากโรงพยาบาลเวียงแหง จ. เชียงใหม่ และภญ. รุติกา ภูมิสุข จากโรงพยาบาลระนอง จ.สงขลาเข้าร่วมเป็นกรรมการเพิ่มเติม สำหรับ ภก. ธีรภัทร์ ฉันทพันธ์ จาก โรงพยาบาลตราด ซึ่งเป็นผู้ร่วมจัดตั้งกลุ่มตั้งแต่เริ่มต้น ได้กลับเข้ามาเป็นกรรมการกลุ่มอีกครั้งในเดือนมกราคม ๒๕๕๖ ภายหลังที่ขอลาไปศึกษาต่อปริญญาโท ระหว่างปี ๒๕๕๔-๒๕๕๕ สำหรับสัญลักษณ์ของกลุ่มนั้นได้มอบหมาย ให้ ภญ. อุษณีย์ วนรรम्मณี คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เป็นผู้ดำเนินการจัดหาผู้ออกแบบ และ กรรมการกลุ่มได้เลือกแบบที่ออกโดย นศภ. นันทพงศ์ บุญฤทธิ์ นักศึกษาเภสัชศาสตร์ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เป็นสัญลักษณ์ของกลุ่ม

กลุ่มเภสัชกรครอบครัว สมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล(แห่งประเทศไทย) เชื่อว่าเมล็ดพันธ์ที่ชื่อว่าเภสัชกร ครอบครัว กำลังไปรยปรายและจะเจริญงอกงามทั่วผืนแผ่นดินไทยเพื่อคุ้มครองการใช้ยาของคนไทยให้ปลอดภัยทุกคนไว้ให้ได้การมีสุขภาพกายและใจที่ดี

บทที่ ๑

บทนำ

๑.๑ ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การที่กรุงเทพมหานครมีแนวโน้มสังคมผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น สังคมไทยเริ่มเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ อันเนื่องมาจากสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นและอายุขัยเฉลี่ยของผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น ในผู้หญิง ๗๔.๕ ปี และในผู้ชาย ๖๙.๙ ปี หากเปรียบเทียบกับประชากรทั้งหมดในประเทศไทยที่มีประมาณ ๖๕.๙ ล้านคน โดยมีการคาดการณ์ว่าสัดส่วนจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ ๒๐ ในอีก ๑๐ ปีข้างหน้า แต่ความเป็นจริงแล้วคุณภาพของผู้สูงอายุส่วนใหญ่กลับสวนทางกับอายุเฉลี่ยดังกล่าว ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน โคเลสเตอรอลสูง โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น ซึ่งเป็นปัญหาด้านสุขภาพที่เป็นเรื่องเร่งด่วนที่จะต้องรีบแก้ไข

ปัจจุบันพบว่าปัญหาจากใช้ยาของผู้ป่วยมีเพิ่มมากขึ้น ทำให้เกิดผลการรักษาไม่ถึงเป้าหมาย โดยเฉพาะผู้ป่วยสูงอายุที่มีการใช้ยาระยะยาว ผู้ป่วยที่มีโรคเรื้อรังที่มีการใช้ยาหลายขนาน และผู้ป่วยที่ได้รับยาเฉพาะทางที่ต้องให้คำแนะนำพิเศษ เป็นต้น การใช้ยาของผู้ป่วยเรื้อรัง อาจมีการใช้ยามากกว่า ๒ ตัวขึ้นไปทำให้เกิดความเสี่ยงในการเกิดปัญหาจากกาใช้ยา ความไม่ปลอดภัยจากการใช้ยาหรือปัญหาที่ไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยาได้ จากปัญหาดังกล่าวกลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลราชพิพัฒน์จึงได้มีโครงการรณรงค์รับยาที่เหลือเพิ่มคุณค่ายา ในช่วงระหว่างวันที่ ๒ - ๓๐ พฤษภาคม ๒๕๕๗ พบว่ามีผู้ป่วยของคลินิกอายุรกรรมเข้าร่วมโครงการจำนวน ๖๑ ราย นับมูลค่ายาเดิมที่นำกลับมาใช้ใหม่ ๒๗,๙๘๒.๖๒ บาท ซึ่งสาเหตุหลักที่ทำให้มียาเดิมเหลือใช้คือ ลืมทานยาในบางมื้อ (ร้อยละ ๘๑.๙๖) นอกจากนี้จะเป็นเรื่องการปรับยาเอง, แพทย์จ่ายยาเกินวันนัด(ร้อยละ ๑๔.๗๕) แพทย์เปลี่ยนการรักษาหรือหยุดใช้ยา แต่ผู้ป่วยกินยาตามความเคยชินไม่อ่านฉลากยา (ร้อยละ ๖.๔๕)

จากข้อมูลดังกล่าวการแก้ไขปัญหาค่าใช้จ่ายการมียาเดิมเหลือใช้และแก้ปัญหาค่าใช้จ่ายจากการใช้ยาไม่ถูกต้อง, ความไม่ปลอดภัยจากการใช้ยาและปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย สามารถแก้ที่ตัวผู้ป่วยและเชิงระบบโดยรูปแบบเชิงรุกหนึ่ง คือ การออกเยี่ยมบ้านของเภสัชกรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล(Family Pharmacist) โดยการให้ความรู้แก่ประชาชน ซึ่งเป็นบทบาทของทีมนสหสาขาวิชาชีพ และเป็นกระบวนการหนึ่งซึ่งจะสามารถรับทราบปัญหาการใช้ยาที่มีผลกระทบต่อประสิทธิภาพการรักษาในผู้ป่วยแต่ละราย เพื่อวางแผนทางร่วมกับผู้ป่วยในการแก้ไขปัญหานั้น ๆ ได้ นอกจากนั้นการออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องยังเป็นการกระตุ้นเตือนให้ผู้ป่วยและญาติ ตระหนักถึงความสำคัญของการรักษา และเป็นโอกาสที่บุคลากรสาธารณสุขจะได้รับทราบปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วยแต่ละราย ทำให้สามารถวางแผนทางที่เหมาะสมในการแก้ปัญหาให้กับผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง ซึ่งจะสอดคล้องกับแนวทางของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว ในการพัฒนาชุมชน “เข้าใจ เข้าถึง พัฒนา”

ยาที่ผู้ป่วยนำมาคืน



๑.๒ วัตถุประสงค์ของการศึกษา

- ๑) เพื่อลดปัญหาที่เกิดจากการไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำ การใช้จ่าย
- ๒) เพื่อลดปัญหาหาหาเหลือใช้ของผู้ป่วยที่บ้าน
- ๓) เพื่อสร้างระบบการติดตามดูแลผู้ป่วยเรื่องการใช้จ่ายที่บ้าน

๑.๓ ขอบเขตการศึกษา

เป็นการศึกษาและเก็บรวบรวมข้อมูล เฉพาะผู้ป่วยในชุมชน ที่โรงพยาบาลราชพิพัฒน์ รับผิดชอบที่มีปัญหาการใช้จ่าย ตั้งแต่ ๒ มิถุนายน ๒๕๕๗ – ปัจจุบัน

๑.๔ นิยามศัพท์

เภสัชกรครอบครัว (Family Pharmacist) หมายถึง เภสัชกรที่ปฏิบัติงานที่ลงไปดูแลด้านยาผู้ป่วย โดยตรง ในลักษณะการลงไปเยี่ยมเยียนพูดคุย หรือจัดกิจกรรมให้ความรู้ในหมู่บ้านหรือชุมชนพร้อมกัน ดำเนินงานบริหารเภสัชกรรมในการค้นหาปัญหาที่เกิดจากยา หรือ Drug Related Problems (DRPs) ของทั้งผู้ป่วย คนดูแล และคนในครอบครัว

การบริหารทางเภสัชกรรม หมายถึง การบริหารทางเภสัชกรรมเพื่อค้นหาปัญหา ประเมิน วิเคราะห์ และหาแนวทางแก้ไขปัญหาสุขภาพและปัญหาการใช้จ่ายแบบมีส่วนร่วมกับผู้ป่วยและผู้ดูแลโดยเภสัชกร

๑.๕ วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาวิเคราะห์โดยใช้วิธีการค้นคว้าข้อมูลจากหนังสือ เอกสารการวิจัย บทความ การจัดการในการศึกษาปัญหาการใช้จ่ายของผู้ป่วยและแนวทางแก้ไขปัญหาที่เกิดจากการใช้จ่าย พร้อมทั้งรวบรวมทฤษฎี แนวคิด และข้อมูลสนับสนุน วิเคราะห์สภาพแวดล้อมภายใน และภายนอกที่เกี่ยวพันและขัดขวาง รวมทั้งนำเสนอแนวทางและกลยุทธ์ที่เป็นไปได้ ตลอดจนข้อสังเกตบางประการเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อการบริหารราชการกรุงเทพมหานคร

๑.๖ ประโยชน์ในการศึกษา

- ๑) สามารถลดปัญหาการใช้จ่าย ไม่ถูกต้องของผู้ป่วย
- ๒) ทำให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาด้านยาต่าง ๆ
- ๓) ทำให้เข้าใจบริบท ความเป็นอยู่ของผู้ป่วยมากขึ้น
- ๔) ทำให้รู้จักการทำงานเป็นทีม สหสาขาวิชาชีพ มีการวางแผนงานในการทำงาน

๑.๗ ผลที่คาดว่าจะได้รับ

- ๑) ตอบสนองนโยบายของโรงพยาบาลราชพิพัฒน์ และนโยบายของสำนักงานการแพทย์ในด้านการพัฒนาระบบสุขภาพ
- ๒) ตอบสนองนโยบายของกรุงเทพมหานคร ตามแผนพัฒนากรุงเทพมหานคร ๑๒ ปี (ระยะที่ ๒ พ.ศ. ๒๕๕๖ – ๒๕๕๙) ในยุทธศาสตร์ที่ ๔ พัฒนากกรุงเทพมหานครให้เป็นมหานครแห่งคุณภาพชีวิตที่ดี และมีเอกลักษณ์ทางวัฒนธรรม
- ๓) นำเสนอข้อคิดเห็น เพื่อมาต่อยอดในการทำงานด้านทีมเยี่ยมบ้านของโรงพยาบาลราชพิพัฒน์

บทที่ ๓

เนื้อหารายละเอียดของเรื่อง

๑. ผลการศึกษา

ปัจจัยที่ทำให้เกษตรกรครอบครัวประสบความสำเร็จมีดังนี้

๑.๑ ปัจจัยความสำเร็จ

- มีทีมเยี่ยมบ้านของโรงพยาบาลราชพิพัฒน์
- ความร่วมมือของบุคลากรทางการแพทย์
- ระบบเทคโนโลยีที่ทันสมัยในการสื่อสารและสะดวกต่อการปฏิบัติงาน

๑.๒ การวิเคราะห์จุดแข็ง จุดอ่อน โอกาสและอุปสรรค ด้วยวิธี(SWOT Analysis)

จุดแข็ง : Strength

- S๑ มีทีมเยี่ยมบ้านของโรงพยาบาล
- S๒ บุคลากรมีความมุ่งมั่นในการพัฒนาระบบยา เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย
- S๓ ผู้บริหารเห็นความสำคัญ ให้การสนับสนุนและคอยแนะนำบุคลากรและมีนโยบายวางระบบความปลอดภัยในการใช้ยาของผู้ป่วย
- S๔ มีคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด ซึ่งประกอบด้วยสหสาขาวิชาชีพพร้อมกันรับผิดชอบและวางนโยบายการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลและปัญหาจากใช้ยา

จุดอ่อน : weakness

- W๑ อัตรากำลังน้อยในขณะที่ภาระงานมากและเพิ่มขึ้น
- W๒ บุคลากรยังขาดความรู้ทางวิชาการที่ทันสมัย
- W๓ ระบบสื่อสาร(IT) ยังไม่มีประสิทธิภาพและไม่เอื้ออำนวยต่อการเก็บข้อมูล

โอกาส : Opportunity

- O๑ มีการควบคุมค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยทุกสิทธิการรักษา
- O๒ มีการดำเนินงานตามมาตรฐานโรงพยาบาล(Hospital Accreditation) โดยมีการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมดุล

อุปสรรค : (Threat)

- T๑ ความร่วมมือของผู้ป่วยในการใช้ยา

๑.๓ กลยุทธ์การดำเนินงานและการติดตามประเมินผล

กลยุทธ์ข้อที่ ๑ เป็นกลยุทธ์เพื่อมุ่งลดจุดอ่อน การลดจุดอ่อนในข้อนี้ คือ การพัฒนาและเน้นศักยภาพของบุคลากรโดยให้มีการพัฒนาความรู้ในสายอาชีพ โดยการสนับสนุนให้บุคลากรมีการอบรมศึกษาดูงานเภสัชกรครอบครัวทั้งในประเทศและต่างประเทศ

กลยุทธ์ข้อที่ ๒ เป็นกลยุทธ์เพื่อมุ่งลดจุดอ่อน การลดจุดอ่อนในข้อนี้ คือ การพัฒนาแลปรับปรุงระบบสารสนเทศและระบบคอมพิวเตอร์ ของโรงพยาบาลให้เหมาะสมและทันสมัยต่อการใช้งานโดยการนำปัญหาของระบบสารสนเทศและปัญหาระบบคอมพิวเตอร์ของโรงพยาบาลเข้าคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลเพื่อหาแนวทางแก้ไข

กลยุทธ์ข้อที่ ๓ เป็นกลยุทธ์โดยการนำโอกาสที่มีอยู่มาลดจุดอ่อนและเสริมจุดแข็ง คือ การส่งเสริมและสนับสนุนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลรักษาสุขภาพของตนเอง กิจกรรมที่ทำคือการออกเยี่ยมบ้านกับทีมเยี่ยมบ้านของโรงพยาบาล และออกหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ให้ความรู้แก่ประชาชน

๒. แผนการดำเนินงาน (Action Plan) ปี พ.ศ. ๒๕๕๗

กิจกรรม	ม.ค.	ก.พ.	มี.ค.	เม.ย.	พ.ค.	มิ.ย.	ก.ค.	ส.ค.	ก.ย.	ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.	ผู้รับผิดชอบ
๑. จัดให้มีการประชุมทีมเยี่ยมบ้านของโรงพยาบาลราชพิพัฒน์ เพื่อจัดทำเป้าหมายและแผนการดำเนินงาน					↔								กลุ่มงานเภสัชกรรม
๒. ดำเนินการตามแผนดังนี้ ๒.๑ ให้ความรู้กับเจ้าหน้าที่และทีมงานในการเยี่ยมบ้าน ๒.๒ ออกแบบฟอร์มบันทึกปัญหาด้านยาของผู้ป่วยและแบบบันทึกการบริบาลทางเภสัชกรรม ๒.๓ ประชุมระบบสารสนเทศของโรงพยาบาล ๒.๔ ออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วย						←	→						
๓. ติดตามผลการดำเนินงานพร้อมประเมินผลเป็นระยะ							↔					↔	

ขั้นตอนการดำเนินงาน

- ๑) จัดให้มีการประชุมทีมเยี่ยมบ้านของโรงพยาบาลราชพิพัฒน์ เพื่อจัดทำเป้าหมายและแผนการดำเนินงานในการเยี่ยมบ้านของผู้ป่วยในชุมชนที่โรงพยาบาลราชพิพัฒน์รับผิดชอบ



- ๒) แผนการดำเนินงาน
 - ๒.๑ ให้ความรู้กับเจ้าหน้าที่และทีมงานในการเยี่ยมบ้าน
 - ๒.๒ ออกแบบฟอร์มบันทึกปัญหาด้านยาของทีมเยี่ยมบ้านและแบบบันทึกการบริหารทางเภสัชกรรมที่บ้านของโรงพยาบาลราชพิพัฒน์ พร้อมทั้งคัดเลือกผู้ป่วยที่จะเยี่ยมบ้านโดยทีมเยี่ยมบ้านของโรงพยาบาล ดังตัวอย่างต่อไปนี้

แบบฟอร์มบันทึกปัญหาด้านยาของทีมเยี่ยมบ้าน

ว/ด/ป _____ ชื่อ-นามสกุล _____ HN _____ อายุ _____

ปี _____

โรคประจำตัว ไม่มี มี (โปรด

ระบุ) _____

ประวัติแพ้ยา/อาหาร ไม่มี มี (โปรด

ระบุ) _____

รายละเอียดของผู้ป่วย/ผู้ดูแล/สภาพแวดล้อม

ปัญหาด้านยาที่พบ (โปรดระบุวันเดือนปี)

ปัญหา	ครั้งที่ ๑ (___ / ___ / ___)	ครั้งที่ ๒ (___ / ___ / ___)	ครั้งที่ ๓ (___ / ___ / ___)	หมายเหตุ
๑.ผู้ป่วยไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำในการใช้ยา				
๑.๑ไม่อ่านฉลากยา ใช้ยาผิด				
๑.๒ลืมกินยา				
๑.๓ไม่เก็บยาในซอง				
๑.๔แกะยาออกจากแผง				
๑.๕หักแบ่งครึ่งไว้ล่วงหน้ามากๆ				
๑.๕อ่านหนังสือไม่ออก,มองไม่เห็น				
๒.มียาเหลือใช้ทิ้งเสื่อมสภาพและหมดอายุ				
๓.มียาซ้ำซ้อนหลายแหล่ง				

กิจกรรมที่ได้ดำเนินการเพื่อให้เกิดการใช้ยาอย่างเหมาะสม

สรุปผล

- ๒.๓ ประชุมระบบสารสนเทศ และระบบเทคโนโลยีของโรงพยาบาลราชพิพัฒน์ โดยให้มีช่องทางสื่อสารในคอมพิวเตอร์ระหว่างสหสาขาวิชาชีพ ในการออกเยี่ยมบ้านเวลาเมื่อผู้ป่วยมาพบแพทย์ในโรงพยาบาล
- ๒.๔ ออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วยพร้อมทีมเยี่ยมบ้านของโรงพยาบาลราชพิพัฒน์ ติดตามผู้ป่วยอย่างน้อย ๑ ครั้งจนแน่ใจได้ว่าผู้ป่วยใช้ยาได้ถูกต้องเหมาะสม

การออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วย



๓. ผลการดำเนินงาน

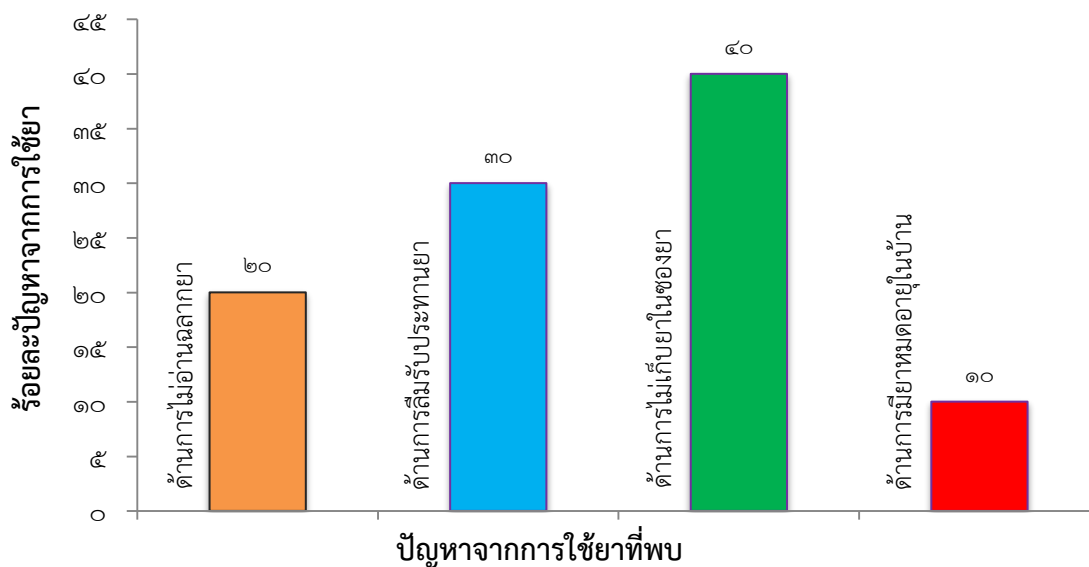
ตารางที่ ๑ แสดงร้อยละปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วยในการออกเยี่ยมบ้าน

ปัญหาที่พบ	จ่ายยาผู้ป่วยทั้งหมด ๑๐ คน	
	จำนวนร้อยละที่พบ(ครั้งที่ ๑)	จำนวนร้อยละที่พบ(ครั้งที่ ๒)
ปัญหาที่เกิดจากการไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำ		
- ด้านการไม่อ่านฉลากยา	๒๐ (๒)	ไม่พบ (๐)
- ด้านการลืมรับประทานยา	๓๐ (๓)	๑๐ (๑)
- ด้านการไม่เก็บยาในซอง	๔๐ (๔)	๑๐(๑)
การมียาหมดอายุอยู่ในบ้าน	๑๐ (๑)	ไม่พบ

ตารางที่ ๒ แสดงร้อยละความสำเร็จของปัญหาที่ลดลงหลังการดำเนินการแก้ไขปัญหาจากการใช้ยา

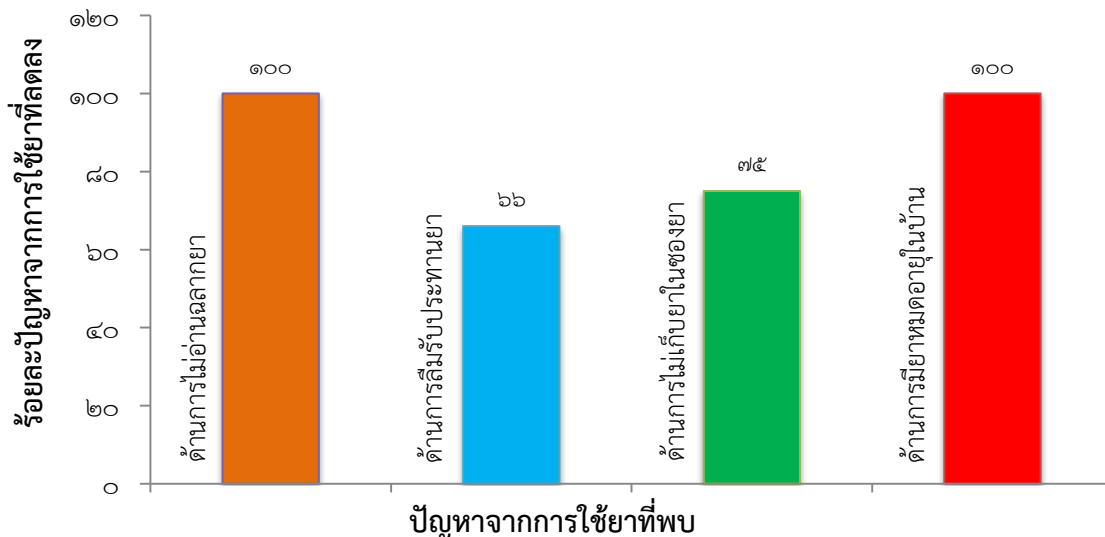
ปัญหาที่พบ	เป้าหมาย	ผลการดำเนินการ
ปัญหาที่เกิดจากการไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำ		
- ด้านการไม่อ่านฉลากยา	ลดลงร้อยละ ๖๐	ลดลงร้อยละ ๑๐๐
- ด้านการลืมรับประทานยา	ลดลงร้อยละ ๖๐	ลดลงร้อยละ ๖๖
- ด้านการไม่เก็บยาในซอง	ลดลงร้อยละ ๖๐	ลดลงร้อยละ ๗๕
การมียาหมดอายุอยู่ในบ้าน	ลดลงร้อยละ ๖๐	ลดลงร้อยละ ๑๐๐

กราฟที่ ๑ แสดงร้อยละปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วยในการออกเยี่ยมบ้าน



จากผลการดำเนินการออกเยี่ยมบ้านโดยเภสัชกรในช่วงเวลาเดือน มิ.ย. – ก.ค. ๕๗ จำนวน ๑๐ ราย พบปัญหาจากการไม่เก็บยาในซองเป็นปัญหาอันดับ ๑ (ร้อยละ ๔๐) ปัญหาด้านการลืมรับประทานยา เป็นอันดับ ๒ (ร้อยละ ๓๐) ด้านการไม่อ่านฉลากยาเป็นอันดับที่ ๓ (ร้อยละ ๒๐) และการมียาหมดอายุในบ้าน (ร้อยละ ๑๐) ตามลำดับ

กราฟที่ ๒ แสดงร้อยละความสำเร็จของปัญหาที่ลดลงหลังการดำเนินการแก้ไขปัญหาจากการใช้ยา



จากการไปเยี่ยมบ้านของเภสัชกรครั้งที่ ๒ พบว่าสามารถลดปัญหาด้านการอ่านฉลากไม่ออกลดร้อยละ ๑๐๐ การมียามดออยู่ในบ้านลดร้อยละ ๑๐๐ ส่วนปัญหาด้านการไม่เก็บยาในซองลดร้อยละ ๗๕ ด้านการลิ้มรับประทานยาลดร้อยละ ๖๖ ตามลำดับ ซึ่งตรงตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ แต่บางปัญหายังไม่หมดไป ควรมีการออกเยี่ยมบ้านอย่างสม่ำเสมอ

บทที่ ๔

บทสรุปและข้อเสนอแนะ

๑. บทสรุป

จากการศึกษานี้พบว่า การออกเยี่ยมบ้านของเภสัชกร หรือเภสัชกรครอบครัว (Family Pharmacist) ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษาเพิ่มมากขึ้น มีความร่วมมือในการใช้ยาที่ดี และผู้ดูแลผู้ป่วยมีความรู้ที่ถูกต้องต่อการดูแลผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น การบริหารทางเภสัชกรรมโดยการเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่อง จึงเป็นอีกบทบาทหนึ่งของเภสัชกรที่ทำให้สามารถรับทราบปัจจัยและอุปสรรคที่แท้จริงในการปฏิบัติตนของผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับนโยบายในการพัฒนาประเทศของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวในการเข้าใจ เข้าถึง พัฒนา และสิ่งที่กล่าวมาข้างต้นจะทำให้การแก้ปัญหาในผู้ป่วย แต่ละรายถูกต้องและผู้ป่วยสามารถที่จะปฏิบัติได้ด้วยตนเอง

๒. ข้อเสนอแนะและอุปสรรคในการทำงาน

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

กรุงเทพมหานครควรแบ่งหน้าที่ความรับผิดชอบระหว่างสำนักงานการแพทย์และสำนักอนามัยในการดูแลผู้ป่วยในชุมชนให้ชัดเจนและควรมีความร่วมมือและประสานกันให้มากกว่าในการทำงาน

ข้อเสนอแนะต่อโรงพยาบาล

ทางโรงพยาบาลควรมีแผนการดูแล พัฒนา ส่งเสริมการใช้ยาของผู้ป่วยที่ถูกต้อง เหมาะสมอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ ควรกระตุ้นส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ป่วย ญาติของผู้ป่วยและผู้นำในชุมชนเล็งเห็นปัญหาการใช้ยาที่ไม่ถูกต้องเหมาะสม ผิดวิธี ส่งผลต่อการรักษาของผู้ป่วย ซึ่งปัจจุบันสังคมไทยเราจะเป็นสังคมผู้สูงอายุมากขึ้น ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะอยู่บ้านคนเดียว ลูกหลานไปทำงานนอกบ้าน ทำให้ประสบปัญหากับผู้สูงอายุที่อยู่บ้านคนเดียว โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ดังนั้นส่วนราชการที่เกี่ยวข้องทุกส่วนต้องเร่งเข้าไปช่วยเหลือ โคนเน้นชุมชนผู้ป่วยและญาติของผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลส่งเสริมสุขภาพของตัวเอง และความรู้สาธารณสุขมูลฐานในด้านการรักษาสุขภาพ เพื่อให้ชุมชนผู้ป่วยและญาติจะได้พึ่งพาตนเองได้อย่างยั่งยืนและต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

- ๑) ควรออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วยให้มากกว่าเดิมและใช้เวลาอยู่กับผู้ป่วยให้นานกว่านี้เพื่อจะได้ทราบข้อมูลต่าง ๆ มากขึ้น
- ๒) ควรดึงผู้นำชุมชนมามีส่วนร่วมจะได้ช่วยกระตุ้นส่งเสริมให้ประชาชนในชุมชนรู้จักดูแลตนเองและรักษาสุขภาพ
- ๓) ควรมีการประสานกันระหว่างทีมงานให้มากกว่านี้ในการทำงาน

อุปสรรค

- ๑) อัตรากำลังในการทำงานทำให้ไม่สามารถออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วยได้บ่อย

บรรณานุกรม

กรุงเทพมหานครร่วมกับโครงการวิทยาลัยเมืองสาขารัฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. ๒๕๕๒.

แผนแม่บทการใช้หลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงของกรุงเทพมหานคร (พ.ศ. ๒๕๕๒ – ๒๕๕๖).

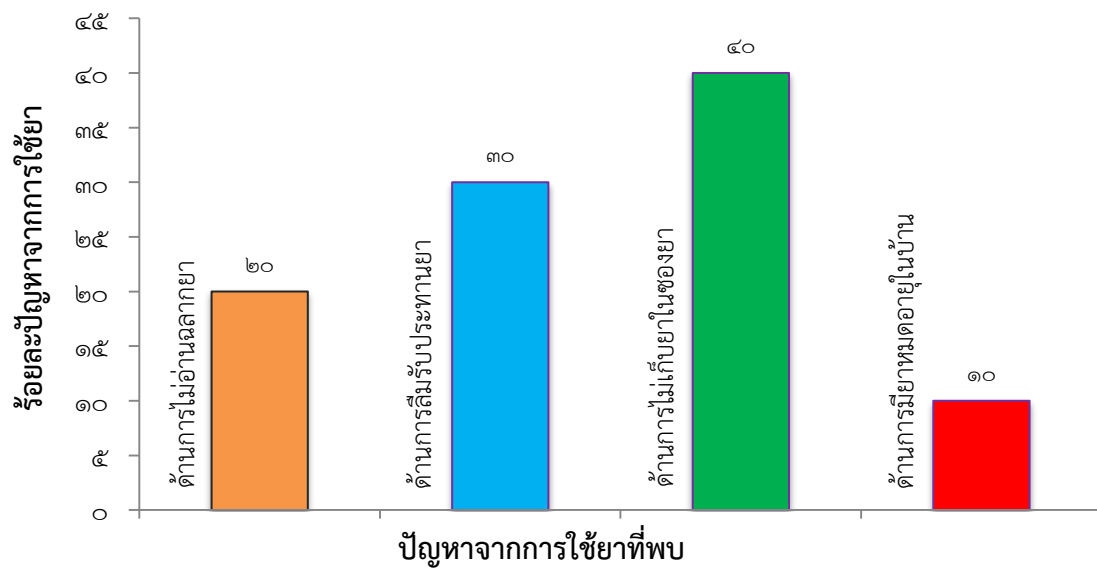
กรุงเทพมหานคร. กรุงเทพฯ. ๑๐๒ หน้า

สำนักยุทธศาสตร์และประเมินผล. ๒๕๕๖. แผนพัฒนากรุงเทพมหานคร ๑๒ ปี ระยะที่ ๒ (พ.ศ. ๒๕๕๖ - ๒๕๕๙). กรุงเทพมหานคร. กรุงเทพฯ. ๗๗ หน้า.

เฉลิมศรี ภูมมางกูร. บรรณธิการ, การบริหารทางเภสัชกรรม. กรุงเทพฯ : คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, ๒๕๕๓.

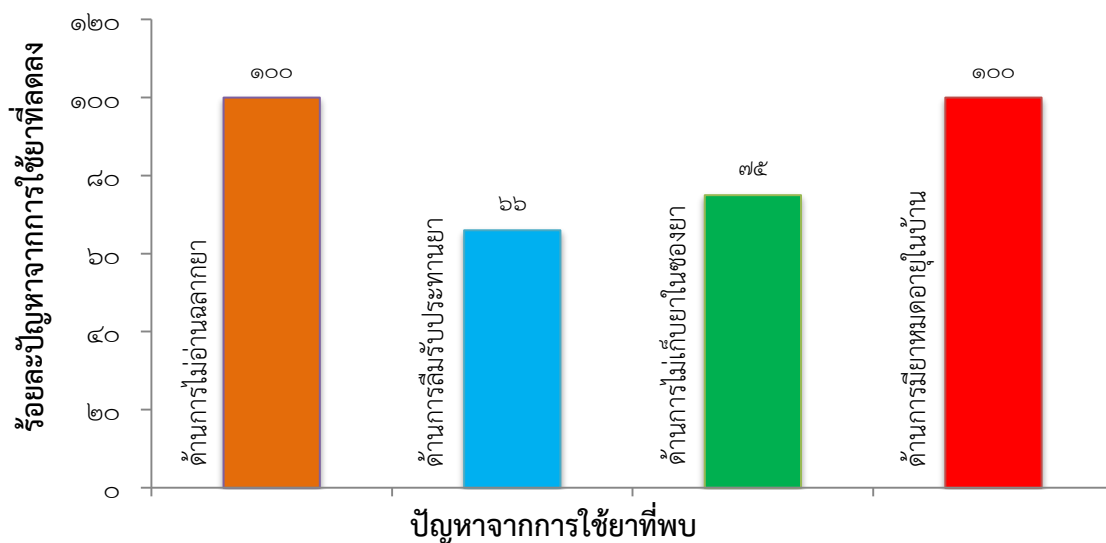
นิรนาม. ๒๕๕๖. ประมวลสถิติที่ลำดับของคนไทย. [http://service.nso.go.th/nso/nso publish/pubs/publstiles /rely ๕๖_T. pdf](http://service.nso.go.th/nso/nso%20publish/pubs/publstiles/rely%20T.pdf). สืบค้นเมื่อวันที่ ๔/๘/๒๕๕๗

กราฟที่ ๑ แสดงร้อยละปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วยในการออกเยี่ยมบ้าน



จากผลการดำเนินการออกเยี่ยมบ้านโดยเภสัชกรในช่วงเวลาเดือน มิ.ย. – ก.ค. ๕๗ จำนวน ๑๐ ราย พบปัญหาจากการไม่เก็บยาในซองเป็นปัญหาอันดับ ๑ (ร้อยละ ๔๐) ปัญหาด้านการลืมรับประทานยา เป็นอันดับ ๒ (ร้อยละ ๓๐) ด้านการไม่อ่านฉลากยาเป็นอันดับที่ ๓ (ร้อยละ ๒๐) และการมียามหมดอายุในบ้าน (ร้อยละ ๑๐) ตามลำดับ

กราฟที่ ๒ แสดงร้อยละความสำเร็จของปัญหาที่ลดลงหลังการดำเนินการแก้ไขปัญหาจากการใช้ยา



จากการไปเยี่ยมบ้านของเกษตรกรครั้งที่ ๒ พบว่าสามารถลดปัญหาด้านการอ่านฉลากไม่ออกลดลงร้อยละ ๑๐๐ การมียามดออยู่ในบ้านลดลงร้อยละ ๑๐๐ ส่วนปัญหาด้านการไม่เก็บยาในซองลดลงร้อยละ ๗๕ ด้านการลิ้มรับประทานยาลดลงร้อยละ ๖๖ ตามลำดับ ซึ่งตรงตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ แต่บางปัญหายังไม่หมดไป ควรมีการออกเยี่ยมบ้านอย่างสม่ำเสมอ

ปัญหาที่พบเวลาออกไปเยี่ยมบ้านผู้ป่วย



ปัญหาที่พบเวลาออกไปเยี่ยมบ้านผู้ป่วย

ซื้อยาชุดแก้ปวด
ยาปฏิชีวนะทานเอง และ
ทาน 1-2 วันก็หยุดยา



ซื้อยาลูกกลอน ทานเอง



ยาหมดอายุ



ปัญหาการจัดเก็บยาของผู้ป่วยไม่ถูกต้อง



กิจกรรมที่ได้ดำเนินการเพื่อให้เกิดการใช้ยาอย่าง เหมาะสมถูกต้อง

จัดทำคู่มือการสอนใช้ยาเทคนิคพิเศษและสื่อให้ความรู้ด้านยา



กิจกรรมที่ได้ดำเนินการเพื่อให้เกิดการใช้ยาอย่าง เหมาะสมถูกต้อง

จัดทำรูปภาพสำหรับผู้ป่วยที่อ่านหนังสือไม่ออก



เช้า



กลางวัน








เย็น



ก่อนนอน

กิจกรรมที่ได้ดำเนินการเพื่อให้เกิดการใช้ยาอย่าง เหมาะสมถูกต้อง

-  ใช้ปากกาเคมีเขียนวิธิตานยาที่
ฉลากยา (ฉลากอัจฉริยะ)
-  ให้คำปรึกษาปัญหาการใช้ยากับ
ผู้ป่วย ญาติ ผู้ดูแล
-  ให้ความรู้และชักชวนญาติ หรือ
คนใกล้ชิดในการช่วยดูแลผู้ป่วย
-  ให้ความรู้เรื่องยาชุด
-  ยาเสพติด

