





คู่มือสำหรับเภสัชกร

ในการดำเนินงานเภสัชกรรมในหน่วยบริการปฐมภูมิ

คณะทำงานจัดทำคู่มือเภสัชกรรมปฐมภูมิ

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)

สำนักบริหารการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ
กระทรวงสาธารณสุข

สำนักงานแผนงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (คคส.)
คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คู่มือสำหรับเภสัชกร

ในการดำเนินงานเภสัชกรรมในหน่วยบริการปฐมภูมิ

เลขมาตรฐานสากลประจำหนังสือ
978-616-90081-4-9

ที่ปรึกษา
ผศ.ลาลี ใจดี
รศ.ดร.วิทยา กุลสมบุรณ์
ผศ.ดร.วรรณภา ศรีวิริยานุภาพ

ผู้จัดทำ
คณะทำงานจัดทำคู่มือเภสัชกรรมปฐมภูมิ

ผู้ประสานงาน
ภก.ภาณุโชติ ทองยัง
ภก.พงษ์ศักดิ์ นาค๊ะ

พิมพ์ครั้งที่ 1
กุมภาพันธ์ 2553

จำนวนพิมพ์
3,000 เล่ม

จัดพิมพ์และเผยแพร่

สำนักงานแผนงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (คคส.)
คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330
โทรศัพท์ 0 2218 8445
โทรสาร 0 2251 3531
<http://www.thaihealthconsumer.org>
E-mail: consumer_sss@yahoo.com



สนับสนุนการพิมพ์
สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)





คำนำ

แนวคิดในการพัฒนาระบบงานเภสัชกรรมในหน่วยบริการปฐมภูมิได้ถูกกล่าวถึงจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับวิชาชีพเภสัชกรรมและการปฏิรูประบบสุขภาพมาระยะหนึ่ง แต่ยังไม่ปรากฏว่า มีการนำแนวคิดดังกล่าวไปพัฒนาอย่างเป็นรูปธรรมที่ชัดเจน

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สำนักบริหารการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ กระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานแผนงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (คคส.) คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้เห็นความสำคัญต่อแนวคิดดังกล่าว จึงได้ร่วมกันพัฒนาระบบงานเภสัชกรรมในหน่วยบริการปฐมภูมิขึ้น โดยในปี 2552-2553 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้มีนโยบายและจัดสรรงบประมาณให้พัฒนางานเภสัชกรรมในหน่วยบริการปฐมภูมิ 200 หน่วยบริการประจำ (CUP) ทั่วประเทศ สำนักบริหารการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ กระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานแผนงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (คคส.) คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้แลกเปลี่ยนและมีความร่วมมือทางวิชาการในการพัฒนาศักยภาพเภสัชกรและการจัดการความรู้ด้านเภสัชกรรมในระดับปฐมภูมิ โดยการสนับสนุนงบประมาณจากสำนักงานแผนงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (คคส.) ภายใต้ความร่วมมือทางวิชาการระหว่างจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยและ

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) การดำเนินงานครั้งนี้จึงนับเป็นจุดเริ่มต้นของการพัฒนาระบบงานเภสัชกรรมในหน่วยบริการปฐมภูมิอย่างเป็นรูปธรรมและเป็นฐานในการพัฒนาระบบงานเภสัชกรรมในหน่วยบริการปฐมภูมิของประเทศไทย

หนังสือ ‘คู่มือสำหรับเภสัชกรในการดำเนินงานเภสัชกรรมในระดับปฐมภูมิ’ เป็นส่วนหนึ่งของการจัดการความรู้เพื่อพัฒนาระบบงานเภสัชกรรมในหน่วยบริการปฐมภูมิ เนื้อหาในหนังสือเล่มนี้อาจไม่สมบูรณ์ครบถ้วนเนื่องจากข้อจำกัดในด้านเวลาการทำงานที่ต้องสอดคล้องกับการเริ่มปฏิบัติงานของเภสัชกรในพื้นที่ คณะทำงานจัดทำคู่มือเภสัชกรรมปฐมภูมิจึงต้องขอภัยไว้ ณ ที่นี้ และหวังเป็นอย่างยิ่งว่า เภสัชกรผู้ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิจะได้ใช้เป็นแนวทางในการทำงานเพื่อร่วมกันพัฒนาระบบงานเภสัชกรรมในหน่วยบริการปฐมภูมิต่อไป

คณะทำงานจัดทำคู่มือเภสัชกรรมปฐมภูมิ



สารบัญ

แนวคิดในการจัดทำคู่มือ	10
สุขภาพปฐมภูมิกับงานเภสัชกรรมปฐมภูมิ	12
งานเภสัชกรรมปฐมภูมิ	25
- งานบริหารเวชภัณฑ์	26
- งานส่งมอบยาและให้คำแนะนำการใช้ยา	54
- งานจัดการระบบดูแลต่อเนื่องด้านยาในชุมชน	64
- งานส่งมอบยาและให้คำแนะนำการใช้ยา	82
- งานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข	90
- งานส่งเสริมการพึ่งตนเองด้านสุขภาพและสมุนไพร	100

บรรณานุกรม	110
ภาคผนวก	
- แบบประเมินการดำเนินงานเก็ชกรรรมปฐุมภูมิ	112
- แนวทางการคัดกรองปัญหาที่เกิดจาก การใช้ยาในผู้ป่วยเฉพาะโรค	120
- ความรู้เบื้องต้นในการคุ้มครองผู้บริโภค	136
- บัญชียาจากสมุนไพรร	170
- แนวคิดในการฟื้นฟูศักยภาพการพึ่งตนเอง ด้านสุขภาพของชุมชนและกรณีตัวอย่าง	172
รายชื่อคณะทำงาน	182

แนวคิดในการจัดทำคู่มือ

การปฏิรูประบบสุขภาพของประเทศไทยตามนโยบายหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงกระบวนทัศน์ใหม่ทางสุขภาพ จากมิติด้านการรักษาพยาบาล ดูแลรักษาสุขภาพของผู้เจ็บป่วย ซึ่งเป็นบริการสุขภาพเชิงรับ ไปสู่มิติด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟู โดยพิจารณาปัญหาอย่างเป็นองค์รวม **เน้นบทบาทการให้บริการสุขภาพเชิงรุก** เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการเพิ่มศักยภาพการพึ่งตนเองของประชาชน ร่วมดูแลสุขภาพกับประชาชนอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ก่อนป่วย ขณะป่วย และช่วงฟื้นฟูสภาพ พร้อมทั้งจัดทำระบบข้อมูลของประชาชนตั้งแต่เกิดจนเสียชีวิต

การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ส่งผลต่อการปฏิบัติงานของบุคลากรทางการแพทย์ทุกสาขา รวมถึงเภสัชกร ซึ่งแต่เดิมมีบทบาทหลักในการจ่ายยาให้แก่ผู้ป่วยในโรงพยาบาลและร้านยา เน้นความรับผิดชอบที่การบริหารเวชภัณฑ์ ตั้งแต่การจัดซื้อ การเก็บรักษา การตรวจสอบคุณภาพ และการเตรียมยา และการบริหารเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วย ซึ่งเป็นการทำหน้าที่เชิงรับ จึงมักเกิด

คำถามว่า งานเชิงรุกของเภสัชกรควรมีลักษณะเป็นอย่างไร จากการเปลี่ยนแปลงด้านวิชาชีพของเภสัชกรประกอบกับการเปลี่ยนแปลงแนวคิดในการรักษาพยาบาล ที่เน้นให้ผู้ป่วยดูแลส่งเสริมสุขภาพตนเองได้มากขึ้น จึงเสมือนเป็นงานที่ท้าทายความสามารถของเภสัชกรในการปรับเปลี่ยนวิชาชีพให้สอดคล้องกับการปฏิรูประบบสุขภาพ ที่ผ่านมารูปแบบการให้บริการเภสัชกรรมในหน่วยบริการปฐมภูมิยังขึ้นอยู่กับแต่ละพื้นที่ กิจกรรมที่เกิดขึ้นจึงมีความแตกต่างหลากหลาย นับตั้งแต่มีเภสัชกรที่ทำหน้าที่ดูแลระบบการจัดการ จัดเก็บ และบริหารเวชภัณฑ์ สัปดาห์ละ 3 ชั่วโมงเท่านั้น (ตามมาตราฐานเบื้องต้นของหน่วยคู่สัญญาของบริการปฐมภูมิ) หรือ การทำงานบริการเภสัชกรรมที่ครอบคลุมตั้งแต่การบริหารเวชภัณฑ์ งานบริการจ่ายยา งานดูแลผู้ป่วยที่บ้านและชุมชน และงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข

จากรูปแบบการให้บริการเภสัชกรรมในหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีความหลากหลายดังกล่าวข้างต้น จึงเห็นควรที่จะมีการจัดทำคู่มือการทำงานของเภสัชกรรมในหน่วยบริการปฐมภูมิให้มีแนวทางการดำเนินงานในทิศทางเดียวกัน โดยมุ่งเน้นให้เกิดการให้บริการเภสัชกรรมที่ตอบสนองหรือส่งเสริมให้เกิดระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ โดยเป็นระบบบริการที่ยึดปรัชญาสุขภาพแบบองค์รวม เป็นระบบบริการที่ทำให้ประชาชนพึ่งตนเองได้ และเป็นบริการที่อยู่ใกล้บ้าน ประชาชนเข้าถึงได้ง่าย



A solid black rectangle.

งานเภสัชกรรมปฐมภูมิ คือการประยุกต์ความเชี่ยวชาญด้านวิชาชีพ ได้แก่ ความเชี่ยวชาญด้านยา และการคุ้มครองผู้บริโภค เข้ากับบริบทด้านปฐมภูมิ ที่เน้นองค์รวม ผสมผสาน ต่อเนื่อง โดยการจัดบริการขั้นพื้นฐานแก่ ประชาชน และกิจกรรมเชิงรุกด้านการส่งเสริม ป้องกัน เพื่อให้ชุมชนเข้มแข็ง มีภูมิต้านทานต่อปัจจัยเสี่ยงสุขภาพ การทำความเข้าใจแนวคิดต่างๆ ที่เกี่ยวกับบริการปฐมภูมิ จะช่วยให้เภสัชกรสามารถประยุกต์ความเชี่ยวชาญวิชาชีพ สู่บริบทปฐมภูมิได้อย่างสอดคล้อง ผสมผสาน เพื่อ เป้าหมายสูงสุดของวิชาชีพคือประชาชนมีความปลอดภัยจากการใช้ยา และผลิตภัณฑ์สุขภาพ

แนวคิดที่เกี่ยวกับงานบริการสุขภาพปฐมภูมิที่สำคัญประกอบด้วย

- 1- แนวคิดด้านปฐมภูมิ
- 2- แนวคิดด้านการบูรณาการ
- 3- แนวคิดเกี่ยวกับองค์รวม
- 4- แนวคิดเกี่ยวกับความต่อเนื่อง
- 5- แนวคิดเกี่ยวกับความเสมอภาค
- 6- แนวคิดเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของประชาชน

แนวคิดด้านปฐมภูมิ

เป็นกรอบพื้นหลังในการนำบทบาทหน้าที่ และภารกิจด้านเภสัชกรรมสู่การปฏิบัติในภาคปฐมภูมิ โดยกรอบแนวคิดที่ใช้เป็นพื้นหลังในการร่างบทบาท กำหนดให้เป็นทั้งกรอบแนวคิดด้านสถานบริการ คือหน่วยบริการปฐมภูมิ และกรอบแนวคิดที่ไม่ใช่สถานบริการ ได้แก่ บริบทด้านชุมชน เป็นไปตามปรัชญาและแนวคิดด้านการจัดบริการปฐมภูมิ ซึ่งหมายถึง การให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข ที่ประยุกต์ความรู้อย่างผสมผสาน ทั้งทางด้านการแพทย์ จิตวิทยา และสังคม เพื่อให้บริการ ทั้งที่เป็นการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาโรคและการฟื้นฟูสภาพ เป็นบริการที่ดูแลประชาชนอย่างต่อเนื่อง ให้แก่บุคคล ครอบครัวและชุมชน ด้วยแนวคิดแบบองค์รวม โดยมีระบบการส่งต่อและเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลอย่างเหมาะสม รวมทั้งสามารถประสานกับองค์กรชุมชนในท้องถิ่นเพื่อพัฒนาความรู้ของประชาชนในการดูแลตนเองได้ในยามเจ็บป่วย รวมถึงส่งเสริมสุขภาพของตนเองเพื่อให้บรรลุสู่การมีสุขภาพที่ดี โดยได้กำหนดให้หน้าที่ของบริการปฐมภูมิคือ การประเมินสภาพชุมชนอย่างรอบด้านแล้วนำมาวางแผนการพัฒนาบริการให้สอดคล้องกับสภาพความต้องการและปัญหาของประชาชนทั้งด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาโรค และการฟื้นฟูสภาพ การสนับสนุนให้ประชาชนพึ่งตนเองด้านสุขภาพ การบูรณาการแนวคิดด้านปฐมภูมิกับภารกิจวิชาชีพ และพัฒนาเป็นกิจกรรมต่างๆ เป็นแนวทางหลักในการพัฒนาบทบาทด้านเภสัชกรรมปฐมภูมิ ตัวอย่างเช่น การจัดการเพื่อให้ชุมชนเข้าถึงบริการด้านยา และเข้าถึงยาได้ง่าย สะดวก รวดเร็ว เท่าเทียม การส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ถูกต้อง สมเหตุผล การส่งเสริมให้ประชาชนปกป้อง และคุ้มครองสิทธิตนเองในด้านการบริโภค โดยการสร้างเครือข่ายเฝ้าระวัง การรวมกลุ่มคุ้มครองผู้บริโภคด้านต่างๆ เป็นต้น โดยมี

วัตถุประสงค์ที่จะนำไปสู่พฤติกรรมการบริโภคยา และผลิตภัณธ์สุขภาพที่เหมาะสมของประชาชน

แนวคิดด้านการบูรณาการ

บูรณาการ หมายถึงการทำให้สมบูรณ์ ซึ่งอาจจะขยายความเพิ่มเติมได้อีกว่า หมายถึงการทำให้หน่วยย่อยๆ ที่สัมพันธ์อิงอาศัยกัน เข้ามาร่วมทำหน้าที่อย่างประสานกลมกลืน เป็นองค์รวมหนึ่งเดียว ที่มีความครบถ้วนสมบูรณ์ในตัวเอง การขยายบทบาทด้านเภสัชกรรมปฐมภูมิ ต้องอยู่บนแนวคิดการบูรณาการในการดำเนินงาน ทั้งการบูรณาการบทบาทภารกิจตนเองกับวิชาชีพอื่น โดยคำนึงถึงความร่วมมือ การสื่อสารข้อมูลระหว่างกันเพื่อวัตถุประสงค์เดียวกันคือสุขภาพที่ดีของประชาชน นอกจากนี้เภสัชกรต้องบูรณาการตัวเองเข้ากับชุมชน เสมือนเป็นส่วนหนึ่งของชุมชนในการร่วมคิดร่วมทำ การให้การปรึกษาชุมชนเพื่อสื่อสารข้อมูลวิชาชีพให้ประชาชนนำไปใช้ในการดูแลสุขภาพ

แนวคิดเกี่ยวกับองค์รวม (Holistic)

การจัดบริการ (รวมทั้งการจัดบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิ) อย่างเป็นองค์รวม เป็นเพียงส่วนหนึ่งของแนวคิด ‘องค์รวม’ ที่หมายถึงการดูแลแบบเชื่อมมิติของความเป็น ‘คน’ ในทุกด้านที่เกี่ยวข้อง ทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม รวมถึงจิตวิญญาณโดยอาศัยความสัมพันธ์ แบบเข้าอกเข้าใจระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการ และสร้างให้เกิดเงื่อนไขของการประสานเชื่อมโยงสร้างความสัมพันธ์ที่ต่อเนื่อง ซึ่งเป็นผลให้เข้าใจความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของประชาชน แต่ขณะเดียวกันต้อง

เข้าใจถึงเป้าหมายการพัฒนาสุขภาพที่เป็นคุณภาพที่พอดีกับชีวิตของประชาชนแต่ละคน

การให้ความสำคัญกับองค์รวมด้านสุขภาพ เป็นการให้ความสำคัญกับสุขภาพะที่สมดุลของกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ที่เกิดจากการพิจารณาปัจจัยองค์ประกอบที่กระทบต่อสุขภาพอย่างรอบด้าน ได้แก่ ความเชื่อ ศาสนา วัฒนธรรม เศรษฐกิจ สังคมและสิ่งแวดล้อม เชื่อมโยงผสมผสานกระบวนการดูแลสุขภาพทั้งด้านการรักษาโรค การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพ และเชื่อมประสานบริการในแต่ละระดับและเชื่อมกับระบบอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องในระบบบริการสุขภาพเข้าด้วยกัน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสุขภาพที่ดีของประชาชนทั้งกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ

แนวคิดเกี่ยวกับความต่อเนื่อง (Continuity)

คุณลักษณะของการบริการสุขภาพที่ต่อเนื่อง หมายถึงบริการที่ประชาชนจะได้รับ เป็นบริการที่ครอบคลุม ต่อเนื่อง ตลอดชีวิต (ตั้งแต่เกิดจนตาย) ความต่อเนื่องของการดูแล(continuity of care) ประกอบด้วย การดูแลต่อเนื่องก่อนเกิดปัญหาสุขภาพ การดูแลต่อเนื่องเมื่อมีปัญหาสุขภาพเกิดขึ้นตั้งแต่เริ่มปัญหาจนกระทั่งปัญหาลิ้นสุดและการติดตามเฝ้าระวังหลังปัญหาลิ้นสุดแล้ว การที่ความต่อเนื่องของบริการสุขภาพทั้งสามลักษณะนี้จะเกิดขึ้นได้ จำเป็นต้องอาศัยความสัมพันธ์อย่างเข้าอกเข้าใจกันระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งการเชื่อมประสานบริการในระดับปฐมภูมิเข้ากับบริการระดับสูงขึ้นไป เช่น ทุติยภูมิ และตติยภูมิ เพื่อให้ผู้ป่วย และประชาชนมีสุขภาพที่ดี

การนำแนวคิดดังกล่าวไปพัฒนางานเภสัชกรรมปฐมภูมิ เภสัชกรจะ

ต้องมีลักษณะเป็นผู้รับผิดชอบระยะยาวร่วมกับประชาชนในการดูแลสุขภาพ โดยการจัดกิจกรรมแก้ปัญหาต่างๆ ที่สอดคล้องกับบริบทของประชาชน โดยมีเป้าหมายให้เกิดความต่อเนื่องของการให้บริการ ประชาชนมีสุขภาพดี และมีคุณภาพที่พอดีระหว่างการพึ่งตนเองกับพึ่งบริการ

แนวคิดเกี่ยวกับความเสมอภาค (Equity)

ความเสมอภาคเป็นแนวคิดที่สะท้อนให้เห็นความยุติธรรม ความเป็นธรรม การพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่มุ่งเน้นให้เกิดมิติของการบริการที่มีความเสมอภาคนั้น สามารถทำได้ด้วยกระบวนการหลักๆ สองด้าน **ด้านการบริการ** จัดให้มีบริการขั้นพื้นฐานตามความจำเป็นของประชาชนอย่างครอบคลุมทั่วถึง ให้มีลักษณะเป็นทางเลือกที่หลากหลาย ประชาชนเข้าถึงได้ง่าย เพื่อเปิดโอกาสให้ประชาชนสามารถใช้บริการได้ตามความจำเป็น และพร้อมกันนี้ต้องจัดให้มีระบบประกันคุณภาพเพื่อให้บริการเป็นมาตรฐานเดียวกัน สำหรับ **ด้านการเงิน** จำเป็นต้องจัดให้มีระบบการประกันสิทธิประโยชน์ของประชาชนที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ พร้อมทั้งพัฒนากลไกการจ่ายเงินให้ยืดหยุ่นเหมาะสม พอดีกับความสามารถในการจ่ายของประชาชน

การประยุกต์แนวคิดด้านความเสมอภาคกับการจัดบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิ เภสัชกรต้องให้ความสำคัญกับการเข้าถึงยาที่จำเป็นอย่างเท่าเทียมกัน โดยการกำจัดอุปสรรคด้านต่างๆ ในการเข้าถึงยาให้เหลือน้อยที่สุด ทั้งนี้ขึ้นกับสภาพปัญหา และบริบทของปัญหา โดยคำนึงถึงทั้งประโยชน์และความปลอดภัยอย่างรอบด้าน

แนวคิดเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของประชาชน (Participation)

การมีส่วนร่วมหมายถึง การร่วมมือ ร่วมใจ ร่วมรับผิดชอบ ในการทำงานร่วมกับกลุ่ม เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์เดียวกัน โดยดำเนินการอย่างถูกต้องและเหมาะสมทั้งด้วยความรู้สึกรู้สึกผูกพันและสามารถเชื่อถือในกลุ่ม

การมีส่วนร่วมในระบบสุขภาพ เป็นอีกเรื่องหนึ่งของการมีส่วนร่วมที่มีลักษณะเฉพาะบางประเด็นที่ต้องทำความเข้าใจ คือ

- 1- ประเด็น ‘สุขภาพ’ สำหรับประชาชนถือว่าเป็น ‘สิทธิ’ ซึ่งหมายถึงสิทธิในฐานะที่เป็นเจ้าของสุขภาพ และสิทธิในฐานะเป็นผู้เลือกที่จะปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ดังนั้น การเลือกรูปแบบวิธีการรักษา หรือการจัดการกับสุขภาพของตนเอง รวมถึงการเข้ามามีส่วนร่วม หรือการเปิดโอกาสให้หน่วยบริการเข้าไปมีส่วนร่วมกับภาวะสุขภาพของประชาชนนั้น รัฐมีบทบาทเป็นเพียงการสนับสนุน หรือการส่งเสริมการสร้างโอกาสให้แก่ประชาชน ไม่ใช่การบังคับหรือสั่งการ
- 2- ประเด็น ‘การมีส่วนร่วมในระบบสุขภาพ’ สำหรับภาครัฐ หรือหน่วยบริการ มีฐานะในระดับหน้าที่ที่หน่วยบริการจะต้องปฏิบัติ หน่วยบริการมีบทบาทที่จะสนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชนได้ 2 ลักษณะคือการเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมบริการของหน่วยบริการ กับกรณีที่หน่วยบริการเข้าไปร่วมพัฒนาภาวะสุขภาพของประชาชนซึ่งทั้งสองเรื่องนี้แตกต่างกันในวิธีคิดและการปฏิบัติ

หน่วยบริการจะต้องเข้าใจเบื้องต้น เพื่อแปลงแนวคิดไปสู่การปฏิบัติ

ที่มุ่งสร้างเสริมการมีส่วนร่วมในระบบสุขภาพ ดังนี้

- 1- การที่จะสร้างให้เกิดการมีส่วนร่วมของประชาชนได้จริง จำเป็นต้องสร้างให้เป็นระบบทางเลือกทั้งวิธีการและรูปแบบ ทั้งนี้เพราะการให้บริการสุขภาพปกติจะมีกิจกรรมที่ต้องการมีส่วนร่วมหลายลักษณะอยู่แล้ว ขึ้นกับสภาพชีวิตจริงและเงื่อนไขของประชาชน การมีช่องทางให้ประชาชนพิจารณาเลือกวิธีการหรือรูปแบบได้เองตามความเหมาะสมจะเป็นการส่งเสริมการมีส่วนร่วมที่เหมาะสมที่สุด
- 2- หน่วยบริการจำเป็นต้องสร้างกลไกให้ประชาชนสามารถสะท้อนความต้องการ รูปแบบ หรือวิธีการที่ประชาชนต้องการเข้ามามีส่วนร่วมได้ หรือสามารถบอกได้ว่าต้องการให้หน่วยบริการเข้าไปร่วมในกิจกรรมสุขภาพของประชาชนส่วนใด
- 3- การที่ประชาชนจะเข้ามามีส่วนร่วมได้นั้นต้องมีเงื่อนไขสำคัญอย่างน้อย 3 ประการ คือ มีอิสรภาพ มีความสามารถที่จะมีส่วนร่วม และต้องเต็มใจที่จะมีส่วนร่วม ส่วนจะประสบผลสำเร็จหรือไม่นั้นก็ขึ้นอยู่กับเงื่อนไขคือ ประชาชนต้องมีเวลาที่จะเข้ามามีส่วนร่วม ต้องไม่เสียค่าใช้จ่ายใดๆ เกินกว่าผลตอบแทนที่จะได้รับ ประชาชนต้องมีจุดสนใจที่สอดคล้องกับการมีส่วนร่วมนั้น และจะต้องไม่กระทบถึงสถานภาพทางสังคมของผู้ที่เข้ามามีส่วนร่วมด้วย

การดำเนินงานด้านเกษตรกรรมปฐมภูมิที่ต้องการการมีส่วนร่วมของประชาชนอย่างแท้จริง โดยเฉพาะการจัดบริการด้านการคุ้มครองผู้บริโภค เกษตรกรสามารถนำแนวคิดด้านการมีส่วนร่วมเหล่านี้ไปประยุกต์ใช้ในการทำงาน โดยคำนึงถึงสิทธิ และเสรีภาพของประชาชนในการมีส่วนร่วม เข้าใจ และรับฟังปัญหาของชุมชน และวางบทบาทตนเองเป็นเพียง

ผู้สนับสนุนชุมชน แทนการเป็นผู้กำหนดชุมชน จะทำให้เกิดการมีส่วนร่วมที่ยั่งยืน

การทำความเข้าใจกับแนวคิดเหล่านี้ให้ชัดเจน ก่อนการปฏิบัติงานในภาคปฐมภูมิ เป็นสิ่งจำเป็นสำหรับเกษตรกร เพื่อให้เกิดความเข้าใจบทบาทและภารกิจของตนเองก่อนนำไปประยุกต์ใช้กับภาคปฐมภูมิได้อย่างสอดคล้อง เหมาะสม เพื่อผลลัพธ์ที่ดีในการจัดบริการเกษตรกรรมปฐมภูมิ กล่าวคือ ประชาชนมีพฤติกรรมการบริโภคและผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสม ซึ่งเป็นส่วนสำคัญส่วนหนึ่งของสุขภาวะที่ดี

กลุ่มเป้าหมายในการดำเนินงาน ด้านเกษตรกรรมปฐมภูมิ

กลุ่มเป้าหมายการดำเนินงานด้านเกษตรกรรมประกอบด้วย

- 1- กลุ่มเป้าหมายที่เป็นผู้ป่วยและครอบครัว
- 2- กลุ่มเป้าหมายที่เป็นกลุ่มประชากร
- 3- กลุ่มเป้าหมายที่เป็นชุมชน

1- กลุ่มเป้าหมายที่เป็นผู้ป่วยและครอบครัว

กลุ่มเป้าหมายกลุ่มนี้มีลักษณะเป็นปัจเจก ปัญหาที่เกิดขึ้นมีลักษณะเฉพาะบุคคลหรือครอบครัว เช่น ผู้ป่วยที่มีปัญหาเกี่ยวเนื่องกับการใช้ยา อาจเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการในระดับที่สูงกว่า(ทุติยภูมิหรือตติยภูมิ) แต่ยังคงมีปัญหาจากการใช้ยา และได้รับการส่งต่อมายังภาคปฐมภูมิเพื่อการดูแลต่อเนื่อง การดูแล ช่วยเหลืออาจเป็นการช่วยเหลือผู้ป่วยโดยตรง หรือเป็นปัญหาที่ครอบครัวต้องเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล ขึ้นกับลักษณะปัญหาและผู้ป่วย

กลุ่มเป้าหมายส่วนนี้ยังรวมถึงกลุ่มผู้ป่วยที่มีลักษณะปัญหาการใช้ยาใกล้เคียงกันด้วย เช่น กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่มีปัญหาความร่วมมือในการใช้ยา เป็นต้น

การจัดกิจกรรมในกลุ่มเป้าหมายนี้เป็นการนำกระบวนการบริหารทางเภสัชกรรม(pharmaceutical care) มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง แต่เป็นกระบวนการบริหารเภสัชกรรมที่มีบริบทเป็นปฐมภูมิ ที่ไม่ใช่เพียงผู้ป่วยหรือห้องให้คำปรึกษาในโรงพยาบาล แต่เป็นกระบวนการบริหารเภสัชกรรมแบบเชิงรุก เช่น การติดตามเยี่ยมบ้านทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยที่มีปัญหาการใช้ยา หรือแม้กระทั่งการจัดกิจกรรมการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคล หรือแบบกลุ่มในสถานบริการปฐมภูมิ เป็นต้น

ผลลัพธ์ในกลุ่มเป้าหมายนี้คือ ผลลัพธ์ที่ดีจากการรักษาด้วยยา การให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา สามารถจัดการยาด้วยตนเองของผู้ป่วย และครอบคลุม ตลอดจนการมีพฤติกรรมการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ถูกต้อง เหมาะสม และมีความปลอดภัยจากการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพของกลุ่มเป้าหมาย

2- กลุ่มเป้าหมายที่เป็นกลุ่มประชากร

กลุ่มประชากรเหล่านี้มีพฤติกรรมการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มีลักษณะเฉพาะขึ้นกับบริบทของผู้ป่วย เช่น กลุ่มผู้ใช้แรงงานที่มีพฤติกรรมการใช้ยาหรือเครื่องดื่มชูกำลังหรือวิตามินบำรุงร่างกายเกินความจำเป็น ปัญหาการใช้เครื่องสำอางอันตรายในกลุ่มนักเรียน นักศึกษา ปัญหาการใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดอย่างไม่ถูกต้องในหญิงวัยเจริญพันธุ์ ปัญหาการใช้ยาปฏิชีวนะเกินความจำเป็นในเด็ก เป็นต้น

ลักษณะปัญหาในกลุ่มเป้าหมายนี้ มีลักษณะเป็นปัญหาร่วมด้านพฤติกรรมการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่เหมาะสม กิจกรรมที่ใช้

เพื่อแก้ปัญหาเหล่านี้จึงแตกต่างจากการดูแลผู้ป่วย หรือครอบครัว เพราะจะมุ่งเน้นการค้นหาสาเหตุของพฤติกรรมการบริโภคที่ไม่เหมาะสม และสร้างสรรค์กิจกรรมที่มุ่งเน้นไปที่การจัดการกับสาเหตุของปัญหาเหล่านั้น เพื่อส่งเสริมให้กลุ่มเป้าหมายมีพฤติกรรมการบริโภคยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพที่พึงประสงค์

นอกเหนือจากการแก้ปัญหาให้กับกลุ่มเป้าหมายแล้ว การเฝ้าระวังความเสี่ยงด้านการบริโภคยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพในกลุ่มเป้าหมาย เป็นกิจกรรมเชิงรุก ด้านการคุ้มครองผู้บริโภคที่เกี่ยวข้องกับงานเภสัชกรรมปฐมภูมิ โดยการประเมินความเสี่ยง และจัดกิจกรรมเชิงเฝ้าระวัง เช่น การสร้างกระบวนการเรียนรู้ในกลุ่มเป้าหมาย ขยายผลสู่การสร้างเครือข่ายการเฝ้าระวัง โดยผลลัพธ์มุ่งเน้นที่การเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาในกลุ่มเป้าหมาย

3- กลุ่มเป้าหมายที่เป็นชุมชน

ชุมชนเป็นกลุ่มเป้าหมายที่ประกอบด้วยประชากรในลักษณะต่างๆ ที่มีโครงสร้างของชุมชน มีผู้นำ สมาชิกในชุมชน และองค์กรต่างๆ ในชุมชน แบบแผนการบริโภคยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพจึงมีความหลากหลาย ลักษณะปัญหาที่เกิดจากพฤติกรรมการบริโภคในกลุ่มเป้าหมายนี้จึงมีความซับซ้อนตามไปด้วย การมุ่งเน้นการแก้ปัญหาเฉพาะเรื่องใดเรื่องหนึ่ง อาจไม่ใช่วิธีการแก้ปัญหาทั้งหมด การสนับสนุนการมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่างๆ ในชุมชน ให้ร่วมเป็นเจ้าของปัญหา และแก้ไขปัญหาด้วยกระบวนการของชุมชนเอง เพื่อให้ชุมชนสามารถเฝ้าระวังความเสี่ยงด้านการบริโภค เป็นจุดมุ่งหมายหลักในการดูแลกลุ่มเป้าหมายนี้

บทบาทของเภสัชกรในงานเภสัชกรรมปฐมภูมิในการดูแลกลุ่มเป้าหมายนี้ จึงต้องเป็นผู้ให้การสนับสนุนกระบวนการของชุมชน โดยการประยุกต์ความเชี่ยวชาญทางวิชาชีพเข้ากับกระบวนการเหล่านั้น เพื่อให้

ชุมชนสามารถเฝ้าระวัง แก้ปัญหา และส่งต่อปัญหาเพื่อแก้ไขได้

เป้าหมายของงานเภสัชกรรมปฐมภูมิ

ด้วยบทบาทเภสัชกรที่กำหนดให้เป็นผู้เชี่ยวชาญด้านยาและคุ้มครองผู้บริโภค และบทบาทด้านเภสัชกรรมปฐมภูมิที่มุ่งเน้นบทบาทเชิงรุกมากกว่าการตั้งรับ กลุ่มเป้าหมายการให้บริการจึงกว้างกว่าการจัดบริการในระดับที่สูงกว่า(ทุติยภูมิและตติยภูมิ) ซึ่งเน้นเฉพาะการดูแลผู้ป่วย แต่กิจกรรมภาคปฐมภูมิจะให้ความสำคัญกับทั้งประชากรที่ไม่เจ็บป่วย ซึ่งกิจกรรมจะเน้นการจัดกระบวนการเพื่อให้ประชาชนเฝ้าระวังความเสี่ยงให้กับตนเอง เพื่อป้องกันปัญหาให้กับตนเองและชุมชน รวมทั้งการพึ่งพาตนเองได้เมื่อเกิดปัญหาสุขภาพ อย่างไรก็ตามในกลุ่มประชากรที่เจ็บป่วย การจัดบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิจะให้ความสำคัญกับการจัดบริการที่เป็นการดูแลการเจ็บป่วยเบื้องต้นที่ไม่ซับซ้อน และเน้นการส่งต่อและการดูแลต่อเนื่อง โดยเฉพาะการดูแลผู้ป่วย หรือกลุ่มผู้ป่วยที่ส่งต่อจากบริการระดับสูงกว่าเพื่อให้ผู้ป่วยหรือกลุ่มผู้ป่วยได้รับการดูแลด้านเภสัชกรรมอย่างต่อเนื่อง

เป้าหมายของการจัดบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิจึงสอดคล้องกับกลุ่มเป้าหมายทั้ง 3 กลุ่ม คือ กลุ่มเป้าหมายที่เป็นผู้ป่วยและครอบครัว กลุ่มเป้าหมายที่เป็นกลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยงต่อการบริโภคยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่เหมาะสม(ซึ่งอาจรวมถึงกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาการใช้ยา) และกลุ่มเป้าหมายที่เป็นชุมชน เป้าหมายงานเภสัชกรรมปฐมภูมิจึงสอดคล้องกับกลุ่มเป้าหมาย ดังนี้

- 1- ประชาชนเข้าถึงยาและบริการด้านยา ขึ้นพื้นฐานที่จำเป็นในการดูแลสุขภาพเบื้องต้น ได้สะดวก เท่าเทียม และปลอดภัย
- 2- ผู้ป่วย กลุ่มผู้ป่วย และครอบครัวให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา สามารถจัดการยาด้วยตนเอง มีพฤติกรรมการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ถูกต้อง เหมาะสม มีความปลอดภัยจากการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ
- 3- กลุ่มประชากรที่เสี่ยงต่อพฤติกรรมการบริโภคยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่เหมาะสม สามารถเฝ้าระวังตนเอง และมีพฤติกรรมการบริโภคยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสม มีความปลอดภัยจากการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ
- 4- ชุมชนมีความปลอดภัยจากการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ

งานเภสัชกรรม ปฐมภูมิ

- 1 งานบริหารเวชภัณฑ์
- 2 งานส่งมอบยาและให้คำแนะนำการใช้ยา
- 3 งานจัดการระบบดูแลต่อเนื่องด้านยาในชุมชน
- 4 งานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข
- 5 งานส่งเสริมการพึ่งตนเองด้านสุขภาพและสมุนไพร

[REDACTED]

ການບຣິຫາຣເວ໊າດ

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

การบริหารเวชภัณฑ์เป็นกระบวนการทำงานที่สำคัญในระบบยาของสถานบริการสาธารณสุข การบริหารเวชภัณฑ์ที่ดีและมีประสิทธิภาพมีผลลัพธ์ที่ดีทำให้หน่วยงานประหยัดงบประมาณด้านยา ผู้รับบริการได้รับยาที่ดีมีคุณภาพในการดูแลตนเอง ในบริบทของงานเภสัชกรรมปฐมภูมิงานบริหารเวชภัณฑ์ให้ความสำคัญกับการจัดระบบทั้งภายในสถานบริการ และชุมชน เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการด้านยาที่จำเป็นได้อย่างเสมอภาคและปลอดภัย

เวชภัณฑ์ยาเป็นวัสดุที่แตกต่างจากวัสดุอื่น เนื่องจากเป็นหนึ่งในปัจจัยสี่ที่จำเป็นต่อสุขภาพและชีวิตของผู้ป่วยโดยตรง ยาเป็นวัสดุที่มีอายุการใช้งานและเสื่อมสภาพได้ง่าย ยาชนิดเดียวกันอาจมีคุณภาพแตกต่างกัน จึงจำเป็นต้องมีการบริหารจัดการที่เหมาะสมเพื่อให้ได้ยาที่ดีมีคุณภาพ โดยอยู่บนพื้นฐานวิชาการและอาศัยผู้ดำเนินการที่มีความรู้ ความชำนาญ เพื่อจัดหาคุณภาพดีและราคาเหมาะสมมาใช้ในการให้บริการ รวมทั้งการจัดระบบเพื่อให้ผู้บริโภคเข้าถึงยาเหล่านั้นได้โดยไม่มีอุปสรรค

การบริหารเวชภัณฑ์ในภาคปฐมภูมิ จึงหมายถึง การบริหารจัดการที่

อยู่บนพื้นฐานหลักการทางเศรษฐศาสตร์ สาธารณสุข และการบริหารจัดการที่ดี เพื่อให้ได้ยาที่มีคุณภาพ มีการสำรองในปริมาณที่เหมาะสมทั้งในภาวะปกติและฉุกเฉิน มีการจัดการเพื่อเก็บรักษายาให้มีคุณภาพดี และการจัดช่องทางเพื่อผู้ป่วยโรคเข้าถึงยาอย่างเท่าเทียม รวมทั้งการจัดระบบเพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยเก็บรักษาในสภาวะที่เหมาะสมเพื่อคงคุณภาพยาที่ดีตลอดการรักษาด้วยยา

วัตถุประสงค์

- 1- เพื่อให้มียาที่มีคุณภาพดี เพียงพอ และเหมาะสม รองรับความต้องการของผู้รับบริการได้ทั้งในสถานการณ์ปกติและฉุกเฉิน
- 2- เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการด้านยาได้อย่างเท่าเทียมและปลอดภัย
- 3- เพื่อให้ผู้ป่วยโรคสามารถบริหารจัดการยาด้วยตนเอง เพื่อให้ยาที่มีคุณภาพดีตลอดการรักษาด้วยยา

การดำเนินงาน

- 1- การกำหนดนโยบายด้านการบริหารเวชภัณฑ์
- 2- การกำหนดความต้องการ และการประมาณการจำนวนสำรอง
- 3- การจัดหายาและเวชภัณฑ์
- 4- การบริหารจัดการคลังเวชภัณฑ์
- 5- การจำหน่ายยาและเวชภัณฑ์
- 6- การบริหารจัดการเพื่อให้ประชาชนเข้าถึงยา
- 7- การส่งเสริมการจัดการยาของผู้ป่วยและครอบครัว
- 8- การรายงานและการประเมินภายใน

1-การกำหนดนโยบายด้านการบริหารเวชภัณฑ์

การกำหนดนโยบายเป็นกระบวนการทำงานหลักที่จะมีผลต่อภาพรวมการบริหารเวชภัณฑ์ของหน่วยบริการปฐมภูมิ และมีผลต่อผลลัพธ์ด้านการบริหารเวชภัณฑ์ นโยบายที่เกี่ยวข้องกับการบริหารเวชภัณฑ์ ได้แก่

- 1) นโยบายในการกำหนดกรอบบัญชีรายการและการกำหนดอำนาจในการสั่งจ่ายของหน่วยบริการปฐมภูมิ เนื่องจากหน่วยบริการแต่ละแห่งมีบริบทแตกต่างกัน การอนุญาตให้หน่วยบริการปฐมภูมิสำรองรายการยาที่มีความซับซ้อนในการใช้ ต้องมีการกำหนดกระบวนการในการควบคุมและติดตามลงไปด้วยเสมอ การกำหนดกรอบบัญชียาที่เหมาะสมมีปัจจัยหลักที่ต้องคำนึงถึงคือ ความรู้และศักยภาพของบุคลากรที่มีหน้าที่รับผิดชอบหลักในการสั่งจ่ายยาของสถานบริการนั้นๆ เนื่องจากการสั่งจ่ายยาที่ไม่เหมาะสมมีผลโดยตรงต่อผู้ป่วยทั้งในด้านผลการรักษาและความปลอดภัย ทั้งนี้ควรคำนึงถึงความจำเป็นด้านสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ที่ต้องใช้ยาแต่ละรายการด้วย โดยทั่วไปการกำหนดกรอบบัญชียาของหน่วยบริการปฐมภูมิจะดำเนินงานในระดับอำเภอหรือจังหวัด และหน่วยบริการปฐมภูมินำไปปรับใช้ให้สอดคล้องกับบริบทของตนเอง
- 2) นโยบายในการบริหารจัดการให้ได้มาซึ่งยาของหน่วยบริการปฐมภูมิ เป็นนโยบายที่สัมพันธ์กับการบริหารจัดการด้านงบประมาณของสถานบริการโดยตรง เนื่องจากมีรูปแบบการบริหารจัดการให้ได้มาซึ่งยาที่หลากหลาย ที่พบมากคือการจัดซื้อจัดหาเอง การสนับสนุนโดยสถานบริการแม่ข่าย(โรงพยาบาล) และการบริหารจัดการในลักษณะเครือข่าย(มีหน่วยบริการปฐมภูมิหลักในการจัดซื้อและกระจายไปยังเครือข่าย) แต่ละรูปแบบมีข้อดีข้อเสียแตกต่างกัน การพิจารณาเลือกรูปแบบใดมีปัจจัยที่ต้องคำนึงคือ ศักยภาพของ

บุคลากรที่รับผิดชอบงาน ศักยภาพด้านการเงินการคลัง และ มาตรฐานด้านคุณภาพยา ทั้งนี้การบริหารจัดการในลักษณะ เครือข่าย (ทั้งการสนับสนุนโดยโรงพยาบาลแม่ข่ายและการสร้าง เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ) ช่วยลดปัญหาด้านงบประมาณและ ปัญหามาตรฐานและคุณภาพยาลงไปได้มาก

2-การกำหนดความต้องการ และการประมาณการจำนวนสำรอง

1) การกำหนดความต้องการ

การกำหนดความต้องการด้านยา (รายการยาและปริมาณการใช้) ของพื้นที่ ต้องกำหนดให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ ได้แก่ สภาวะ สุขภาพของประชาชนในพื้นที่ ปัจจัยเสี่ยงหรือภาวะคุกคามด้านสุขภาพ ที่อาจเกิดขึ้น (เพื่อสำรองยาฉุกเฉิน) ลักษณะทางภูมิศาสตร์ และข้อมูล ที่จำเป็นในการกำหนดความต้องการคือข้อมูลปัญหาด้านสุขภาพในพื้นที่ (จากสถิติการเจ็บป่วยในพื้นที่) ข้อมูลรายการ และปริมาณการหมุนเวียนใช้ ของยาแต่ละรายการ

ปริมาณการใช้ประมาณการจากข้อมูลการใช้ย้อนหลัง (โดยทั่วไป ย้อนหลัง 3 ปี) ประกอบกับข้อมูลจำนวนผู้รับบริการ สถิติการเจ็บป่วยของ ประชาชนในพื้นที่ ประมวลออกมาเป็นปริมาณความต้องการใช้ยาของ สถานบริการเป็นรายปี

2) การประมาณการจำนวนสำรอง

การประมาณการจำนวนสำรอง เป็นการประมาณการความต้องการ ใช้ยาในระยะเวลาหนึ่ง(อัตราคงคลัง) การกำหนดอัตราคงคลังขึ้นกับปัจจัย ด้านความต้องการ และลักษณะทางภูมิศาสตร์(พื้นที่ที่มีปัญหาด้านการ

คมนาคมมักพบปัญหาความล่าช้าในการส่งมอบยา) ทั้งนี้ต้องระมัดระวังการสำรองเกินความจำเป็น และยาหมดอายุ ซึ่งจะทำให้หน่วยงานเสียค่าใช้จ่ายด้านยาโดยไม่จำเป็น

3-การจัดหายาและเวชภัณฑ์

การดำเนินงานเพื่อให้ได้มาซึ่งยา สามารถดำเนินการได้หลายรูปแบบ ได้แก่

1) การจัดซื้อและจัดหาโดยหน่วยบริการปฐมภูมิ

หน่วยบริการปฐมภูมิจะดำเนินการจัดซื้อและจัดหาเองทั้งหมด เภสัชกรทำหน้าที่เป็นเจ้าหน้าที่พัสดุ และดำเนินงานตั้งแต่ขั้นตอนการประมาณการประมาณการจัดซื้อแต่ละงวด คัดเลือกบริษัทผู้ผลิตหรือจำหน่าย(อาจอ้างอิงตามโรงพยาบาลแม่ข่าย) การขออนุมัติจัดซื้อจัดจ้าง ข้อดีของรูปแบบนี้คือความคล่องตัวในการดำเนินงานที่หน่วยบริการสามารถกำหนดความต้องการ และปริมาณการจัดซื้อให้เหมาะสมกับบริบทของตนเอง แต่ข้อเสียของรูปแบบนี้คือ ภาระงานและราคายาที่อาจจะสูงกว่าการจัดซื้อในลักษณะเครือข่าย เนื่องจากปริมาณการจัดซื้อน้อย อำนาจในการต่อรองจึงน้อยไปด้วย

รูปแบบนี้เหมาะกับหน่วยบริการปฐมภูมิขนาดใหญ่ที่สามารถบริหารจัดการงบประมาณด้วยตนเอง การคมนาคมสะดวก และไม่มีปัญหาด้านการขนส่งยา

2) การเบิกจ่ายจากโรงพยาบาลแม่ข่าย

การจัดหายาและเวชภัณฑ์โดยให้โรงพยาบาลแม่ข่ายเป็นศูนย์กลางในการจัดซื้อยาเป็นรูปแบบการดำเนินงานที่ได้รับความนิยมอย่างแพร่หลาย ด้วยมีข้อดีหลายประการตั้งแต่อำนาจในการต่อรองราคา ลดปัญหา

การสำรองยาจำนวนมากซึ่งทำให้อัตราคงคลังสูง และลดภาระงานของเภสัชกรในหน่วยบริการปฐมภูมิ เนื่องจากขั้นตอนตั้งแต่การประมาณการจัดซื้อในแต่ละงวด การคัดเลือกบริษัทผู้ผลิตหรือผู้จำหน่าย และการดำเนินการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารคลัง ดำเนินงานโดยโรงพยาบาลแม่ข่ายทั้งหมด

หน่วยบริการปฐมภูมิมีหน้าที่ในการกำหนดความต้องการใช้เป็นรายปี และถือเป็นแผนการใช้จ่ายของหน่วยบริการนั้นๆ ส่วนอัตราคงคลังขึ้นกับข้อตกลงระหว่างหน่วยบริการปฐมภูมิและโรงพยาบาลแม่ข่าย โดยทั่วไปจะเท่ากันทั้งเครือข่ายเพื่อให้่ายในการบริหารจัดการ หน่วยบริการปฐมภูมิมีหน้าที่ในการบริหารคลังยา ตรวจสอบความต้องการใช้ในแต่ละรอบการเบิกและเบิกยาจากโรงพยาบาลแม่ข่ายมาสำรอง การจัดสรรงบประมาณด้านยาเป็นไปตามสัดส่วนที่หน่วยบริการเบิกมาจากโรงพยาบาลแม่ข่าย

ข้อดีของรูปแบบนี้คือ ลดภาระงานของเภสัชกรในหน่วยบริการปฐมภูมิด้านการบริหารเวชภัณฑ์ไปได้มาก และลดการสำรองยาครั้งละมากๆ ลดความสูญเสียจากการสำรองยาเกินความจำเป็น แต่ข้อเสียของระบบนี้คือความคล่องตัว โดยเฉพาะกรณีฉุกเฉินที่ยาบางรายการมีอัตราการใช้ไม่สม่ำเสมอ การจัดซื้อและเบิกจ่ายจากโรงพยาบาลแม่ข่ายอาจมีความล่าช้า

3) การจัดหาโดยเครือข่ายปฐมภูมิ

การจัดหายาและเวชภัณฑ์โดยการบริหารจัดการลักษณะเครือข่ายปฐมภูมิ เป็นแนวทางการดำเนินงานเพื่อแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นใน 2 รูปแบบข้างต้น คือปัญหาด้านอำนาจต่อรองกับบริษัทฯ และบริษัทขนส่งยา และปัญหาความคล่องตัวในการบริหารจัดการ รูปแบบการดำเนินงานคือหน่วยบริการปฐมภูมิจะรวมกันเป็นเครือข่าย กำหนดแนวทางการดำเนินงาน ทั้งการจัดซื้อ จัดหา การเบิกจ่าย และเงื่อนไขอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องร่วมกัน โดยให้หน่วยปฐมภูมิหน่วยหนึ่งเป็นศูนย์กลางในการดำเนินงาน ในการจัดซื้อ

จัดหา สำรองยาให้เพียงพอกับความต้องการของเครือข่าย และกระจายยาไปยังหน่วยปฐมภูมิในเครือข่าย ลักษณะเดียวกับการสร้างเครือข่ายร่วมกับโรงพยาบาลแม่ข่าย เพียงแต่เป็นการดำเนินงานภายในกลุ่มของหน่วยปฐมภูมิ

รูปแบบการดำเนินงานนี้เหมาะกับหน่วยบริการปฐมภูมิที่ตั้งอยู่ในภูมิศาสตร์ที่ห่างไกลที่สามารถรวมกลุ่มเป็นเครือข่ายได้ ทั้งนี้เพื่อให้มีอำนาจต่อรองกับบริษัทจัดส่งยา นอกจากนี้ยังเหมาะกับเครือข่ายปฐมภูมิที่มีศักยภาพสูง มีบุคลากรที่มีความพร้อม และมีสถานะทางการเงินมั่นคง

4-การบริหารจัดการคลังเวชภัณฑ์

การบริหารจัดการคลังเวชภัณฑ์ในหน่วยบริการปฐมภูมิ มีวัตถุประสงค์เพื่อให้มีการเก็บรักษายาให้มีคุณภาพดี จำนวนเพียงพอสำหรับการหมุนเวียนใช้บริการผู้รับบริการในหน่วยบริการนั้นๆ วิธีการเป็นการนำระบบบริหารจัดการคลังเวชภัณฑ์ในโรงพยาบาลมาประยุกต์ให้เข้ากับบริบทของหน่วยบริการปฐมภูมิ เนื่องจากหน่วยบริการปฐมภูมิจะมีข้อจำกัดทั้งในด้านสถานที่ ภาระงาน และเครื่องมือที่ใช้ในการบริหารจัดการคลัง จึงจำเป็นต้องมีการประยุกต์ปัจจัยด้านต่างๆ ให้เป็นไปตามมาตรฐานด้านการบริหารเวชภัณฑ์ ดังนี้

1) สถานที่และการเก็บรักษาและเวชภัณฑ์

1.1) สถานที่

เนื่องจากอาคารของหน่วยบริการปฐมภูมิไม่ได้ออกแบบมาสำหรับให้มีคลังเวชภัณฑ์โดยตรง จึงต้องมีการปรับปรุงห้องต่างๆ ให้สามารถใช้เป็นคลังเวชภัณฑ์ โดยมีข้อกำหนดที่ต้องพิจารณาให้เป็นไปตามมาตรฐาน ดังนี้

1) สถานที่แยกจากกันเป็น 2 ส่วน คือ คลังยาและเวชภัณฑ์ และห้องจ่ายยาประจำวัน โดยมีผู้รับผิดชอบแยกจากกัน ทั้งนี้เพื่อให้แต่ละส่วนมีการตรวจสอบและเฝ้าระวังความคลาดเคลื่อนที่อาจเกิดขึ้นในการบริหารเวชภัณฑ์ คือ การสำรองยาเกินความจำเป็น ยาเสื่อมสภาพ หรือยาหมดอายุ โดยมีการจัดทำบัญชีควบคุมการรับจ่ายที่สอดคล้องสัมพันธ์กัน

2) คลังเวชภัณฑ์ต้องเป็นพื้นที่เฉพาะสำหรับเก็บยาและเวชภัณฑ์เท่านั้นและรวมไว้ในที่แห่งเดียวกันทั้งหมด ไม่ควรแยกเก็บเป็นหลายห้องหรือหลายอาคาร มีความสะอาด ป้องกันฝุ่นละออง ความชื้น และแสงแดด ปลอดภัยจากแมลงและสัตว์กัดแทะเข้าไปทำลายยาและเวชภัณฑ์

3) หากใช้พื้นที่ที่มีได้กำหนดไว้ในแบบแปลนของหน่วยปฐมภูมิให้เป็นคลังเวชภัณฑ์ เช่น บ้านพักเจ้าหน้าที่ ต้องทำบันทึกเป็นหนังสือขออนุมัติผ่านผู้อำนวยการโรงพยาบาลแม่ข่ายเพื่อขอดำเนินการก่อน

4) ควรมีระบบปรับอากาศในคลังเวชภัณฑ์ หากไม่สามารถดำเนินการได้ ห้องที่ใช้เป็นคลังเวชภัณฑ์ต้องเป็นห้องที่มีการหมุนเวียนอากาศที่ดี ควรมีพัดลมดูดอากาศเพื่อป้องกันความชื้น อยู่ในทิศที่ไม่ถูกแสงแดด เพื่อป้องกันไม่ให้อุณหภูมิสูงเกินไป และลดการสำรองยาด้วยอัตราคงคลังที่สูง(สำรองยาให้น้อยที่สุด ด้วยอัตราคงคลังต่ำเพื่อให้ยาหมุนเวียนออกจากคลังยาเร็วที่สุด)

5) มีระบบป้องกันการโจรกรรมลิ้นคด้วยกุญแจชนิดอย่างน้อย 2 ชุด อาจติดตั้งสัญญาณป้องกันการโจรกรรม มีเครื่องดับเพลิง และสามารถเคลื่อนย้ายยาและเวชภัณฑ์ออกได้โดยสะดวกเมื่อเกิดอัคคีภัย

6) มีตู้เย็นสำหรับเก็บยาและเวชภัณฑ์ที่ต้องควบคุมอุณหภูมิต่ำ หรือแช่แข็ง เช่น อินซูลิน วัคซีน และมีเทอร์โมมิเตอร์สำหรับวัดเพื่อควบคุมอุณหภูมิให้อยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน และต้องบันทึกการตรวจสอบอุณหภูมิของตู้เย็นสม่ำเสมออย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง ในช่วงเช้าและบ่าย

7) มีขึ้นสำหรับเก็บยาและเวชภัณฑ์ที่ยกสูงจากพื้น มีความแข็งแรง และจำนวนเพียงพอ

1.2) การเก็บรักษา

ยาแต่ละรายการมีคุณสมบัติทางเคมีและฟิสิกส์แตกต่างกัน ทำให้ความไวของยาต่อความชื้น แสงสว่าง และอุณหภูมิแตกต่างกัน การเก็บยาจึงอยู่บนพื้นฐานสำคัญคือ ต้องเก็บยาโดยป้องกันยาจากสภาวะต่างๆ เหล่านั้นให้มากที่สุด เพื่อป้องกันการเสื่อมสภาพของยา โดยทั่วไปการเก็บรักษายาในหน่วยบริการปฐมภูมิสามารถควบคุมสภาวะต่างๆ ให้เหมาะสมกับการเก็บยาได้โดยการจัดการด้านโครงสร้างตามทฤษฎีในหัวข้อข้างต้น **สิ่งที่สำคัญของการบริหารเวชภัณฑ์คือต้องให้ความสำคัญกับการทำให้ผู้ป่วยที่ได้รับยาไปนั้น สามารถเก็บรักษายาให้มีคุณภาพดีตลอดเวลาที่ผู้ป่วยใช้นั้นดูแลรักษาตนเอง** แนวทางการดำเนินงานมีดังนี้

1) การจัดระบบสนับสนุน เพื่อเอื้อให้ผู้ป่วยเก็บยาให้มีคุณภาพตลอดการใช้ยา เช่น การทำฉลากช่วยประกอบการส่งมอบและให้คำแนะนำการใช้ยา การใช้ซองสีขาบรรจุยาที่ต้องป้องกันแสง

2) การผนวกหลักทางวิชาการเข้าไปในกระบวนการดูแลผู้ป่วยแบบต่างๆ เช่น การให้คำปรึกษาผู้ป่วย การติดตามดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยถึงฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาที่จะมีผลต่อผู้ป่วย การส่งมอบยาที่บรรจุในซองที่เหมาะสม และให้ความรู้เพิ่มเติมถึงวิธีการเก็บรักษายา

2) เครื่องมือที่ใช้ควบคุมคลังเวชภัณฑ์

เครื่องมือที่ใช้ในการควบคุมคลังเวชภัณฑ์ ควรประยุกต์ใช้ให้สอดคล้องกับภาระงาน ควรลดความซ้ำซ้อนในขั้นตอนการดำเนินงานและ

ยังคงไว้ในหลักการความโปร่งใสและตรวจสอบได้ แนวทางการดำเนินงาน เพื่อควบคุมคลังเวชภัณฑ์มีดังนี้

2.1) การทำบัญชีหรือทะเบียนควบคุมการรับจ่าย และแสดงการหมุนเวียนของยาและเวชภัณฑ์แต่ละรายการ

เนื่องจากมียาและเวชภัณฑ์ที่ต้องเก็บรักษาเป็นจำนวนมาก บัญชีควบคุมที่เกี่ยวข้อง มีดังนี้

1) บัญชีควบคุมรายการรับยาและเวชภัณฑ์ และเอกสารใบสำคัญที่เกี่ยวข้อง เพื่อแสดงที่มาและรายละเอียดที่เกี่ยวข้องกับยาและเวชภัณฑ์ เช่น เลขที่ผลิต วันผลิต วันหมดอายุ ฯลฯ และการเคลื่อนไหวของเอกสารที่ควบคุมกับยาและเวชภัณฑ์

2) บัญชีควบคุมการรับ-จ่าย เพื่อแสดงการหมุนเวียนของยาและเวชภัณฑ์แต่ละรายการ ตรวจสอบวันหมดอายุ เพื่อสร้างระบบป้องกันยาหมดอายุในคลังยา สามารถดำเนินการโดย

2.2) ทำบัญชีควบคุมเวชภัณฑ์ โดยใช้แบบ สบ.301 หรือจัดพิมพ์เป็นสต็อกการ์ด (Stock card)

2.3) ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ในการควบคุมเวชภัณฑ์

3) ขั้นตอนและวิธีการบริหารจัดการคลังเวชภัณฑ์

การประยุกต์ขั้นตอนการบริหารเวชภัณฑ์มาใช้ในหน่วยบริการปฐมภูมิอยู่บนแนวคิดในการลดขั้นตอนที่ไม่จำเป็น แต่ยังคงผลลัพธ์ที่หน่วยบริการปฐมภูมิต้องการ โดยทั่วไปในโรงพยาบาลเนื่องจากการหมุนเวียนใช้ยาปริมาณมาก จึงจำเป็นต้องมีการสำรองยาในคลังยาย่อย (sub stock) เพื่อ

ให้สะดวกในการเบิกจ่ายยา แต่ในหน่วยบริการปฐมภูมิ อัตราการหมุนเวียนจ่ายยาไม่รวดเร็วเหมือนในโรงพยาบาล จึงไม่จำเป็นต้องมีคลังยาอยู่ แต่ต้องมีระบบในการควบคุมคลังยาให้มีความโปร่งใส ตรวจสอบได้ ขั้นตอนในการเบิกจ่ายยาและเวชภัณฑ์จากคลังยาในหน่วยบริการปฐมภูมิ มีแนวปฏิบัติดังนี้

- 3.1) กำหนดบุคลากรผู้รับผิดชอบหลักในการเบิกจ่ายยาและเวชภัณฑ์ ควรกำหนดแยกจากกันระหว่างคลังเวชภัณฑ์ และห้องจ่ายยาประจำวัน เพื่อให้สอดคล้องกับมาตรฐานการควบคุมภายใน
- 3.2) กำหนดรอบการเบิกจ่าย เช่น สัปดาห์ละครั้ง ไม่ควรให้มีการเบิกได้ตลอดเวลา เพราะจะทำให้ควบคุมคลังได้ยาก
- 3.3) กำหนดแบบฟอร์มที่ใช้ในการเบิก โดยให้บุคลากรที่รับผิดชอบห้องจ่ายยาประจำวัน เบิกโดยใช้แบบฟอร์มที่กำหนดขึ้น จำนวนการเบิกให้สัมพันธ์กับอัตราการใช้ที่สอดคล้องกับรอบการเบิกจ่ายยา เช่น รอบจ่ายยาเท่ากับ 1 สัปดาห์ จำนวนยาที่เบิกก็ควรให้เพียงพอสำหรับการบริการใน 1 สัปดาห์เช่นกัน และให้มีการลงนามกำกับทั้งผู้เบิก และผู้ให้เบิก
- 3.4) การจ่ายเวชภัณฑ์จากคลังเวชภัณฑ์ ให้ปฏิบัติดังนี้
 - ก่อนการเบิก – จ่ายเวชภัณฑ์ ให้เจ้าหน้าที่คลังเวชภัณฑ์ตรวจสอบความถูกต้องของใบเบิกเวชภัณฑ์เมื่อจ่ายเวชภัณฑ์แล้วให้ผู้จ่ายและผู้รับลงลายมือชื่อพร้อมวันที่กำกับไว้เป็นหลักฐาน
 - การจ่ายเวชภัณฑ์ให้เป็นไปตามหลักการ รุนผลิตที่วันหมดอายุ ก่อนให้ใช้รุนนั้นก่อน (FIFO: First Expire In-First Expire Out)
 - บุคลากรที่ดูแลควบคุมคลังเวชภัณฑ์ ต้องตัดยอดยาในคลังเวชภัณฑ์ให้เป็นปัจจุบันทุกรอบการเบิก ทั้งนี้เพื่อให้สามารถแก้ไขปัญหาได้ทันทีเมื่อตรวจพบว่ายอดคลังยาไม่ถูกต้อง

35) การจัดซื้อจัดหายามาทดแทนในคลังยา

- บุคลากรที่ดูแลควบคุมคลังเวชภัณฑ์ ตรวจสอบจำนวนคงคลังของยาแต่ละรายการ หากรายการใดถึงจุดต้องสั่งยามาสำรอง(re-order point) ให้ดำเนินการเพื่อจัดซื้อ จัดหาามาสำรองให้สอดคล้องกับอัตราคงคลังของยาโดยวิธีการต่าง ๆ ตามรูปแบบการบริหารจัดการของหน่วยบริการปฐมภูมิ

5-การจำหน่ายยาและเวชภัณฑ์

การจำหน่ายยาและเวชภัณฑ์ของหน่วยบริการปฐมภูมิ หมายถึง การตัดยอดจำนวนยากคงเหลือออกจากคลังเวชภัณฑ์ ด้วยเหตุผลที่เกิดจากความเสื่อมสภาพของยา เช่น ยาหมดอายุ หรือยาเสื่อมสภาพจากการเก็บรักษาที่ไม่ดีพอ หรือเกิดภัยพิบัติที่สร้างความเสียหายแก่คลังยา มีแนวปฏิบัติดังนี้

1) การตรวจสอบการเสื่อมสภาพของยา

โดยทั่วไปยาทุกชนิดมีอายุการใช้งานจนถึงวันหมดอายุของยา เมื่อเก็บในสภาวะที่เหมาะสมกับการเก็บยาแต่ละรายการ ข้อพิจารณาเพื่อประกอบการตัดสินใจว่ายาเสื่อมสภาพและควรจำหน่ายได้แก่

- 1) เอกสารที่เกี่ยวข้องกับยา เช่น ฉลากยา เอกสารกำกับยา ฯลฯ ไม่สามารถระบุได้ว่ายาที่ตรวจพบผลิตตั้งแต่เมื่อใด เป็นยารุ่นใหม่หรือไม่ ควรพิจารณาจำหน่าย

- 2) กรณีไม่ระบุวันผลิตยาบนฉลากหรือภาชนะบรรจุยา มีข้อพิจารณาดังนี้

- ยาเม็ด มีอายุหลังจากผลิตแล้ว 2-5 ปี ขึ้นกับกระบวนการ

ตรวจสอบคุณภาพก่อนออกจำหน่าย

- **ยาน้ำและยาครีม** มีอายุหลังจากผลิตแล้ว 3 ปี
- 3) ลักษณะทางกายภาพของยาเปลี่ยนไป ได้แก่
 - **ยาเม็ด** เม็ดยาจะแตกร่วน สีซีดจางลงกว่าเดิม ถ้าเป็นยาเคลือบน้ำตาล เช่น วิตามินรวม สารเคลือบเม็ดยาจะเยิ้มเหนียว เป็นรอยต่างหรือแตกร่วน
 - **ยาแคปซูล** มีลักษณะบวมพอง เกาะติดกัน พงยาในแคปซูลเปลี่ยนสี เช่น เตตราซัยคลินจะเปลี่ยนจากเหลืองเป็นน้ำตาลและจะเป็นอันตรายกับไตอย่างมาก
 - **ยาน้ำแขวนตะกอน** มีตะกอนจับกันเป็นก้อนแข็ง แม้เขย่าแรงๆ ไม่กระจาย สี กลิ่น รส เปลี่ยนไปจากเดิม
 - **ยาน้ำเชื่อม** ยาขุ่น หรือตกตะกอน สีเปลี่ยน กลิ่น สี รส เปลี่ยนไปจากเดิม
 - **ยาฉีดชนิดผง** ผงสีเปลี่ยน ยาเกาะตัวเป็นก้อนแข็ง ใช้เวลานานกว่าปกติในการละลายผงยา หรือละลายแล้วชั้นเหนียว ดูดผ่านเข็มฉีดยายากกว่าปกติ
 - **ยาหยอดตาที่ต้องเก็บในตู้เย็น** จำเป็นต้องเก็บในอุณหภูมิมาตรฐานคือ 2-8 องศาเซลเซียส เพื่อป้องกันการเสื่อมสภาพเร็วก่อนกำหนด
 - **ยาครีม ยาขี้ผึ้ง** สีเปลี่ยน ครีมแยกตัวไม่เนียนเป็นเนื้อเดียวกัน มีกลิ่นหืน เป็นต้น

2) การจำหน่าย

ยาและเวชภัณฑ์ที่เสื่อมคุณภาพแล้วควรแยกเก็บใส่กล่องไว้ต่างหาก เพื่อจำหน่ายออกไปตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัสดุ โดย

หากเป็นยาและเวชภัณฑ์ที่จัดซื้อเองอาจดำเนินการแลกเปลี่ยนกับบริษัทตามระเบียบฯ หรืออาจทำลายตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด ในกรณีที่เป็ดยาและเวชภัณฑ์ที่ดำเนินการโดยโรงพยาบาลแม่ข่ายหรือหน่วยงานอื่น หน่วยบริการปฐมภูมิต้องทำหนังสือแจ้งโรงพยาบาลแม่ข่ายหรือหน่วยงานอื่นเพื่อขอดำเนินการ ตามระเบียบฯ

6-การบริหารจัดการเพื่อให้ประชาชนเข้าถึงยา

การดำเนินงานเพื่อให้ประชาชนเข้าถึงยา เป็นกระบวนการทำงานด้านบริหารเวชภัณฑ์ในหน่วยบริการปฐมภูมิที่มุ่งเน้นให้ประชาชนเข้าถึงยาพื้นฐานที่ใช้ในการดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างสะดวก และปลอดภัย เงื่อนไขที่สำคัญของกระบวนการนี้คือ การลดอุปสรรคในการเข้าถึงยาที่เป็นยาพื้นฐานทั้งที่ต้องสั่งจ่ายโดยบุคลากรทางการแพทย์และยาที่ประชาชนสามารถใช้ได้ด้วยตนเอง(ยาสามัญประจำบ้าน) ให้เหลือน้อยที่สุด ทั้งนี้ต้องอยู่บนพื้นฐานความปลอดภัยในการใช้ยาด้วย นอกจากนี้ ต้องมีการบริหารจัดการให้ผู้ป่วยสามารถใช้ยาได้อย่างถูกต้องและปลอดภัย แนวทางการดำเนินงาน มีดังนี้

1) การกำหนดกรอบบัญชียาพื้นฐาน และแนวทางการสั่งจ่าย เป็นการกำหนดกรอบบัญชีเพื่อให้เจ้าหน้าที่ระดับต่าง ๆ สามารถสั่งจ่ายให้ผู้รับบริการได้ เช่น กรณีมีแพทย์ประจำกรอบบัญชีจะมากที่สุด และลดหลั่นลงมาตามประเภทบุคลากรที่ประจำ หลักการดังกล่าวเป็นการเอื้อให้บุคลากรทางการแพทย์สามารถสั่งจ่ายให้ผู้รับบริการได้อย่างปลอดภัย และยังเป็นหลักประกันว่าผู้ป่วยจะได้รับยาที่ปลอดภัยตลอดเวลาที่สถานบริการเปิดให้บริการ ทั้งนี้ต้องมีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องอย่างสม่ำเสมอเพื่อให้สั่งจ่ายได้อย่างถูกต้อง

2) การกระจายยาสามัญประจำบ้านสู่ชุมชน ด้วยวิธีการต่างๆ เพื่อให้ชุมชนสามารถใช้ยาสามัญประจำบ้านซึ่งเป็นยาที่ประชาชนสามารถใช้ได้ทันทีเมื่อมีความเจ็บป่วย การกระจายยาสู่ชุมชนทำได้หลากหลายรูปแบบ เช่น การจัดการในลักษณะกองทุนยา ร้านขายของชำ ทั้งนี้สิ่งที่ต้องทำควบคู่กันคือการให้ความรู้แก่ทั้งผู้ใช้และผู้ส่งมอบยาเพื่อให้ประชาชนใช้ยาได้ถูกต้อง ปลอดภัย

๒- การส่งเสริมการจัดการยาของผู้ป่วยและครอบครัว

เป็นกระบวนการทำงานที่นำความรู้ด้านการบริหารเวชภัณฑ์สู่ผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถจัดการยาด้วยตัวเองได้ กระบวนการนี้มีความมุ่งหมายเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถเก็บรักษา ยา ทั้งยา เฝาระวังยาของตนเองเพื่อให้ยามีคุณภาพดีตลอดการรักษาของผู้ป่วย การบริหารจัดการที่ดียังช่วยลดความสูญเสียด้านยาลงไปได้มาก แนวทางการดำเนินงาน มีดังนี้

1) การจัดกิจกรรมส่งเสริมความรู้เพื่อการจัดการยาของผู้ป่วย เช่น การทำกลุ่มสุขศึกษา

2) การผนวกเข้าไปกับการประเมินผลการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง โดยให้มีการประเมินผลด้านการจัดการยาของผู้ป่วยควบคู่ไปกับการประเมินผลลัพธ์ทางคลินิกจากการรักษาด้วยยา ในกิจกรรมต่างๆ เช่น การเยี่ยมบ้าน การให้สุขศึกษา การทำกลุ่มให้คำปรึกษา เป็นต้น

3) การสร้างเครือข่ายการจัดการยาของผู้ป่วย เป็นการสร้างเครือข่ายกลุ่มผู้ป่วยที่ป่วยด้วยโรคเดียวกัน ให้มีการบริหารจัดการยาภายในเครือข่าย เช่น การยืมยามาใช้ในเครือข่าย ทั้งนี้เพื่อป้องกันปัญหาการขาดยาของผู้ป่วย

8-การรายงานและการประเมินภายใน

1) การประเมินภายใน

การประเมินภายในในการบริหารเวชภัณฑ์ของหน่วยบริการปฐมภูมิ เป็นกระบวนการคู่ขนานกับขั้นตอนต่างๆ ในงานบริหารเวชภัณฑ์ ตั้งแต่การจัดซื้อจัดหา จนถึงการเบิกจ่ายยาไปให้บริการแก่ผู้รับบริการตามหลักการ ความโปร่งใส ตรวจสอบได้ การประเมินภายในด้านการบริหารเวชภัณฑ์ ประกอบด้วย

1) การสุ่มตรวจการจัดซื้อและจัดหายาในกรณีเป็นการจัดซื้อยาเอง การสุ่มตรวจมุ่งผลลัพธ์ความถูกต้องตามระเบียบพัสดุฯ โดยการสุ่มตรวจ เอกสารที่เกี่ยวข้องในการจัดซื้อ จำนวนจัดซื้อที่สัมพันธ์กับแผนการจัดซื้อ ราคามีความเหมาะสม กรณีเบิกยาจากเครือข่าย มุ่งเน้นผลลัพธ์ความถูกต้อง ของจำนวนเบิก และหลักฐานการเบิกตรงกับหลักฐานของหน่วยบริการ แม่ข่าย จำนวนเบิกเป็นไปตามแผนการใช้ยาประจำปี

2) การสุ่มตรวจคลังเวชภัณฑ์ เป็นการสุ่มเพื่อตรวจสอบประสิทธิภาพการควบคุมคลังเวชภัณฑ์ การตรวจสอบควรตรวจสอบเป็นระยะๆ โดยเฉพาะยาที่มีมูลค่าสูง หรือมีอัตราการใช้สูง มีการบันทึกหลักฐานการ ตรวจอย่างสม่ำเสมออย่างน้อยทุก 3 เดือน ดังนี้

- การตรวจสอบคลังเวชภัณฑ์ เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของ จำนวนคงคลังให้ตรงกับเอกสารควบคุมคลังเวชภัณฑ์ เช่น stock card นอกจากนี้ยังตรวจสอบรุ่นผลิตของยา ที่สอดคล้องกับหลักการเบิกยา FIFO (First Expire In-First Expire Out) เอกสารที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ stock card, ทะเบียนควบคุมการเบิกจ่าย (รบ.301), เอกสารเบิกจ่ายยาหรือฐาน ข้อมูลในโปรแกรมคอมพิวเตอร์ ซึ่งต้องสอดคล้องสัมพันธ์กัน

- การตรวจสอบห้องจ่ายยาประจำวัน เป็นการตรวจสอบจำนวน

การเบิกที่สอดคล้องกับอัตราการใช้ และการตรวจสอบรุ่นผลิตเพื่อดูว่าการเบิกยาเป็นไปตามหลักการ FIFO (First Expire In-First Expire Out) หรือไม่ โดยตรวจสอบจากใบเบิกเวชภัณฑ์จากคลังในช่วงเวลาหนึ่ง ตรวจสอบจำนวนเวชภัณฑ์ที่จ่ายไปในช่วงเดียวกันจากใบสั่งยาและหลักฐานการจ่ายอื่นๆ ทั้งหมดซึ่งต้องสอดคล้องสัมพันธ์กัน

2) การรายงานข้อมูลด้านการบริหารเวชภัณฑ์

ข้อมูลที่หน่วยบริการปฐมภูมิ จะต้องดำเนินการให้มีและเก็บไว้เป็นหลักฐาน มีดังนี้

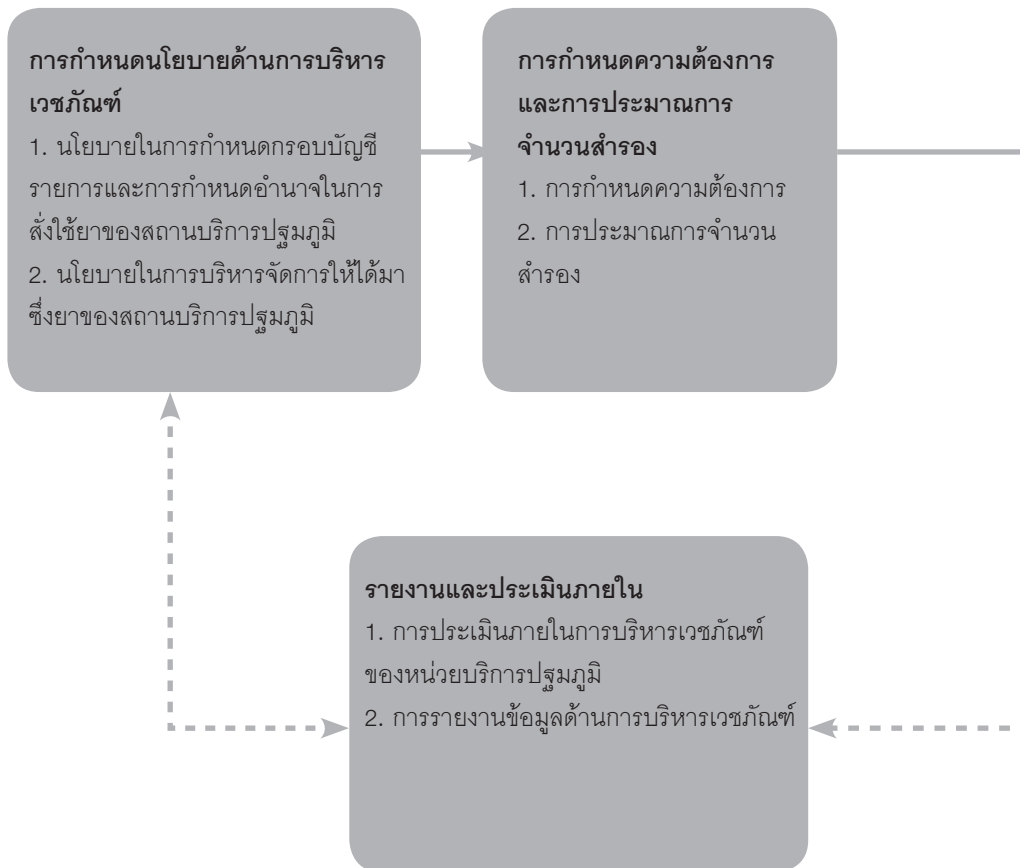
1) รายงานรายการและมูลค่าเวชภัณฑ์คงคลังประจำเดือน ให้ดำเนินการให้เสร็จสิ้นภายใน 30 วัน ตามหลักการและมาตรการปฏิรูประบบบริหารเวชภัณฑ์และการพัฒนาประสิทธิภาพระบบบริหารเวชภัณฑ์กระทรวงสาธารณสุข ปี 2542 และให้หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขลดการสำรองยาและเวชภัณฑ์ในคลังเวชภัณฑ์ของหน่วยงานให้คงเหลือไม่เกิน 3 เดือน ข้อมูลที่รายงานประกอบด้วย

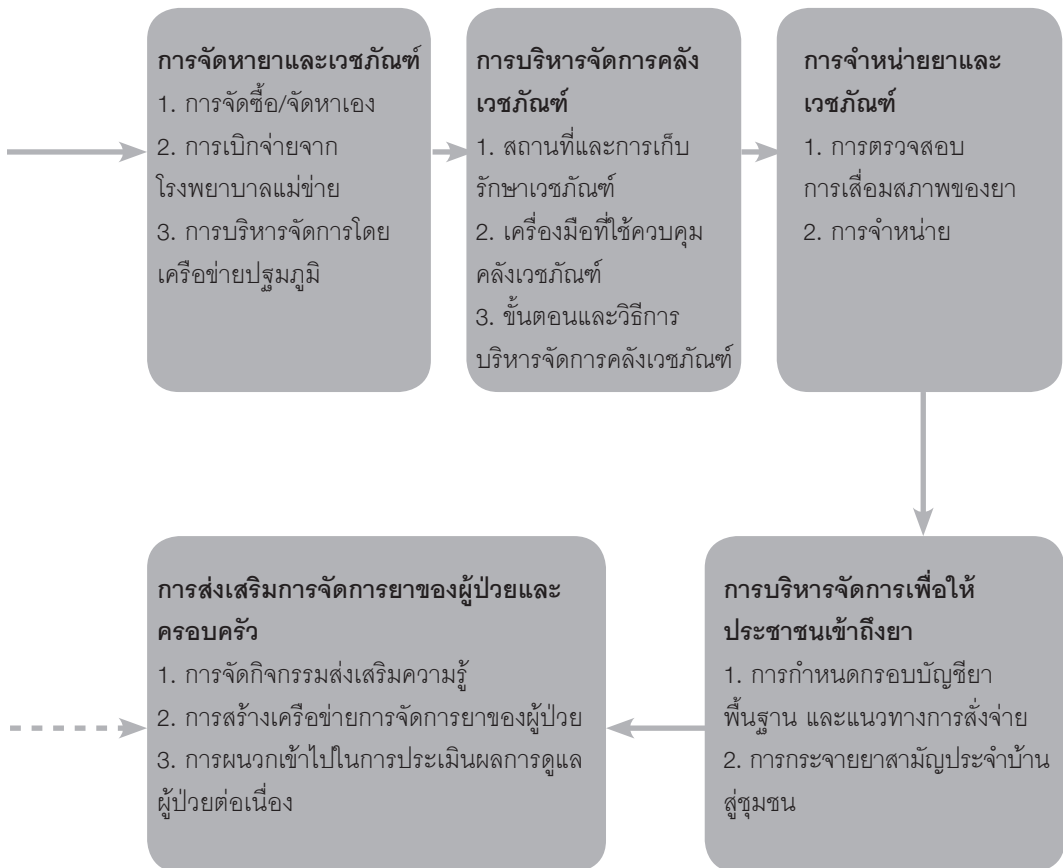
- มูลค่ายาคงเหลือยกมาจากเดือนก่อนหน้า
- มูลค่าการจัดซื้อ จัดหายาประจำเดือน
- มูลค่าการเบิกจ่ายยาประจำเดือน
- มูลค่าคงคลังประจำเดือน(คงเหลือยกไป)

2) รายงานรายการและมูลค่าคงคลังประจำปี ให้ดำเนินการให้เสร็จสิ้นหลังจากสิ้นเดือนกันยายนของทุกปีไม่เกิน 30 วัน ทั้งนี้ให้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการตรวจพัสดุคงคลังประจำปี และทำบันทึกรายงานผลการตรวจให้ผู้บังคับบัญชาทราบด้วย

สรุปกรอบการทำงานด้านการบริหารเวชภัณฑ์ดูจากแผนภูมิที่ 1

แผนภูมิที่ 1 กรอบการทำงานในการบริหารเวชภัณฑ์





ผลลัพธ์ของงาน

ผลลัพธ์ที่คาดหวังของงานด้านบริหารเวชภัณฑ์ของหน่วยบริการปฐมภูมิ ประกอบด้วย

1. ผลลัพธ์ด้านระบบงานบริหารเวชภัณฑ์ในหน่วยบริการ

ระบบบริหารเวชภัณฑ์ในหน่วยบริการที่มีประสิทธิภาพ หมายถึง การดำเนินการเพื่อไม่ให้มีเวชภัณฑ์ที่เสื่อมคุณภาพ ซึ่งพิจารณาจาก วันหมดอายุของยาและลักษณะทางกายภาพของยา มีการบริหารคลังเวชภัณฑ์ที่โปร่งใสและตรวจสอบได้ มีการบันทึกข้อมูลการรับยาเข้าคลังและการเบิกจ่ายที่เป็นปัจจุบัน โดยจำนวนรับและเบิกจ่ายสัมพันธ์กับปริมาณการใช้ที่สมเหตุสมผล มีการจัดเก็บเวชภัณฑ์ในสถานที่ที่เหมาะสมเป็นไปตามมาตรฐาน และมีการรายงานข้อมูลด้านการบริหารเวชภัณฑ์ตามกำหนด

2. ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วยและชุมชน

ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้ในการจัดการยาที่ใช้อยู่ เป็นไปตามมาตรฐานของยาแต่ละรายการ เช่น การเก็บยาในสภาวะที่เหมาะสมตามข้อกำหนดของยาแต่ละรายการ มีการสำรวจจำนวนยาคงเหลือ เพื่อช่วยในการตรวจสอบความร่วมมือในการใช้ยา รวมทั้งการส่งต่อข้อมูลยาคงเหลือในการรับบริการด้านยาแต่ละครั้ง เพื่อให้มีการเติมยาตามจำนวนที่สอดคล้องกับการใช้ ของผู้ป่วยแต่ละราย ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยได้ใช้ยามีคุณภาพ และปลอดภัยตลอดแผนการรักษา

3. ผลลัพธ์ด้านเคราะหฐฐานะของหน่วยบริการ

ผลลัพธ์ด้านเคราะหฐฐานะของหน่วยบริการ หมายถึง หน่วยบริการมีการใช้อย่างสมเหตุสมผลสอดคล้องกับภาวะการเจ็บป่วยของผู้ป่วยในชุมชน รวมทั้งมีระบบในการประเมิน ติดตาม การใช้อย่างของผู้ป่วยเพื่อให้มีการใช้อย่างสมเหตุผล เช่น การเบิกยาจากสถานบริการแม่ข่ายในปริมาณที่สอดคล้องกับภาวะเจ็บป่วยของประชาชนในพื้นที่ มีการติดตามความร่วมมือในการใช้ยา การจัดการยาของผู้ป่วย เพื่อลดความสูญเสียยาโดยเปล่าประโยชน์ นอกจากนี้รวมถึงการศึกษาผลการรักษาด้วยยาว่ามีประสิทธิผลสอดคล้องตามวัตถุประสงค์หรือไม่ เพื่อส่งต่อข้อมูลสำหรับปรับแผนการรักษาให้สอดคล้อง และลดต้นทุนด้านการรักษาพยาบาล

4. ผลลัพธ์ด้านการเชื่อมโยงข้อมูลและการประสานงานกับโรงพยาบาลแม่ข่าย

ผลลัพธ์ด้านการเชื่อมโยงข้อมูลและการประสานงานกับสถานพยาบาลแม่ข่าย มีความคาดหวังเพื่อให้มีการสำรองยาที่สอดคล้องกับภาวะเจ็บป่วยของประชาชนในแต่ละพื้นที่อย่างแท้จริง ซึ่งเป็นบทบาทของหน่วยบริการปฐมภูมิต้องติดตามอัตราการใช้ยา และความเคลื่อนไหวของยาและเวชภัณฑ์ที่ทันต่อเหตุการณ์ การวิเคราะห์อัตราการใช้ยาย้อนหลังในแต่ละช่วงเวลา เพื่อประเมินสถานการณ์โรคระบาดตามฤดูกาล เช่น การระบาดของโรคตาแดง โรคที่เกิดจากน้ำท่วม และแจ้งสถานการณ์โรคให้โรงพยาบาลแม่ข่ายทราบเพื่อให้มีการสำรองยาทันตามสถานการณ์

ตัวชี้วัด

1-อัตราการคลัง

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของระบบการบริหารเวชภัณฑ์

สูตรการคำนวณ

อัตราคงคลัง = มูลค่าเวชภัณฑ์คงเหลือ ณ จุดเวลา / มูลค่าเวชภัณฑ์
รวมที่เบิกจากคลังยา ณ จุดเวลา

หน่วย เดือน

ข้อมูลและแหล่งข้อมูล

- มูลค่ายาและเวชภัณฑ์คงเหลือประจำเดือนที่คลังเวชภัณฑ์
จากทะเบียนควบคุมคลังเวชภัณฑ์
- มูลค่ายาและเวชภัณฑ์ที่เบิกจากคลังเวชภัณฑ์ประจำเดือน
จากบัญชีการเบิกจ่ายเวชภัณฑ์จากคลังเวชภัณฑ์

เกณฑ์มาตรฐาน

โรงพยาบาลแม่ข่ายร่วมกับหน่วยปฐมภูมิกำหนดร่วมกันตามความ
เหมาะสม อยู่บนหลักการพื้นฐานคือ ยังมีการสำรองยาในปริมาณคงคลัง
น้อยเท่าใด โดยที่มีการหมุนเวียนใช้เพียงพอ ยังมีประสิทธิภาพมากเท่านั้น

2-จำนวนรายการยาขาด

วัตถุประสงค์ เพื่อประเมินประสิทธิภาพของระบบการบริหารเวชภัณฑ์

สูตรการคำนวณ

จำนวนรายการยาขาด = จำนวนรายการยาที่หน่วยปฐมภูมิไม่มี
บริการให้ผู้ป่วยเมื่อมีการสั่งใช้ยาในช่วงเวลา

หน่วย รายการ

ข้อมูลและแหล่งข้อมูล

รายงานอุบัติการณ์รายการยาขาดที่ไม่มีให้บริการผู้ป่วย ข้อมูลควรประกอบด้วย ชื่อสามัญทางยา รูปแบบ ความแรง วันที่เกิดอุบัติการณ์ สาเหตุที่ทำให้ยาและเวชภัณฑ์ขาด

เกณฑ์มาตรฐาน

โดยทั่วไประบบบริหารเวชภัณฑ์ที่มีประสิทธิภาพ จำนวนรายการยาขาดควรมีน้อยที่สุดหรือไม่เกิดขึ้น อาจยกเว้นเฉพาะกรณีฉุกเฉิน

3-ร้อยละของความคลาดเคลื่อนของจำนวนคงคลังยาและเวชภัณฑ์

วัตถุประสงค์ เพื่อประเมินประสิทธิภาพของระบบการบริหารเวชภัณฑ์

สูตรการคำนวณ

ร้อยละของความคลาดเคลื่อนของจำนวนคงคลังยาและเวชภัณฑ์ =
$$\frac{(\text{จำนวนรายการยาและเวชภัณฑ์ที่คลาดเคลื่อนไปจากบัญชีควบคุมคลัง} / \text{จำนวนรายการยาและเวชภัณฑ์ทั้งหมดที่ตรวจ}) \times 100}{}$$

ข้อมูลที่เกี่ยวข้อง แหล่งข้อมูล และข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการเก็บข้อมูล

- จำนวนรายการยาและเวชภัณฑ์ที่คลาดเคลื่อนไปจากบัญชีควบคุมคลัง
- จำนวนรายการยาและเวชภัณฑ์ที่ตรวจนับตามแผน
- ข้อมูลทั้งหมดจากรายงานการตรวจรับยา และเวชภัณฑ์คงคลังประจำช่วงเวลา เช่น ประจำไตรมาส ประจำปี

เกณฑ์มาตรฐาน

โรงพยาบาลแม่ข่ายร่วมกับหน่วยปฐมภูมิกำหนดเป้าหมายร่วมกันตามความเหมาะสม

4-อัตรามูลค่ายาหมดอายุหรือเสื่อมสภาพ

วัตถุประสงค์ เพื่อประเมินความสูญเสียของระบบการบริหารเวชภัณฑ์ที่เกิดจากยาหมดอายุหรือเสื่อมสภาพ

สูตรการคำนวณ

อัตรามูลค่ายาหมดอายุหรือเสื่อมสภาพ = มูลค่ายาหมดอายุและเสื่อมสภาพ ณ จุดเวลา / มูลค่าคงคลัง ณ ช่วงเวลา

ข้อมูลและแหล่งข้อมูล

- รายการและมูลค่ายาหมดอายุ หรือเสื่อมสภาพในคลังยาและเวชภัณฑ์ ณ ช่วงเวลาที่กำหนด
- รายการและมูลค่ายาคงคลัง ณ ช่วงเวลาที่กำหนด
- แหล่งข้อมูลจากรายการการตรวจสอบจำนวนคงคลังประจำช่วงเวลาที่กำหนด และรายงานอุบัติการณ์ยาหมดอายุหรือเสื่อมสภาพในคลังยา

เกณฑ์มาตรฐาน

โรงพยาบาลแม่ข่ายร่วมกับหน่วยปฐมภูมิเป็นผู้กำหนดเป้าหมายร่วมกันตามความเหมาะสม อยู่บนพื้นฐานหลักการว่า ควรลดลงให้เหลือน้อยที่สุดหรือไม่เกิดขึ้น

5-สัดส่วนการเข้าถึงยาสามัญประจำบ้านของชุมชน

วัตถุประสงค์ เพื่อประเมินความพอเพียงและเหมาะสมของการกระจายยาสามัญประจำบ้านสู่ชุมชน

สูตรการคำนวณ

สัดส่วนการเข้าถึงยาสามัญประจำบ้าน = จำนวนชุมชนที่มีแหล่งกระจายยาสามัญประจำบ้าน/จำนวนชุมชนทั้งหมด

ข้อมูลและแหล่งข้อมูล

- สัดส่วนชุมชนที่เข้าถึงยาสามัญประจำบ้าน นอกจากการวัดเชิงปริมาณ

ควรให้ความสำคัญกับประสิทธิภาพและคุณภาพของแหล่งกระจายยาด้วย เช่น ความต่อเนื่อง ยั่งยืน การใช้ยาอย่างถูกต้อง

- จำนวนแหล่งกระจายยาต่อชุมชนขึ้นกับขนาดและความเหมาะสมของแต่ละพื้นที่

เกณฑ์มาตรฐาน

โรงพยาบาลแม่ข่ายร่วมกับหน่วยปฐมภูมิเป็นผู้กำหนดเป้าหมายร่วมกัน ตามความเหมาะสม อยู่บนพื้นฐานหลักการว่า ควรสนับสนุนให้ประชาชน เข้าถึงยาสามัญประจำบ้านเพิ่มขึ้น

6-สัดส่วนผู้ป่วย (และครอบครัว) ที่พบปัญหาการจัดการยาไม่เหมาะสมที่ได้รับการแก้ไข

วัตถุประสงค์ เพื่อประเมินความชุกของปัญหาการจัดการยา และความครอบคลุมการแก้ปัญหาการจัดการยาของผู้ป่วย (และครอบครัว)

สูตรการคำนวณ

- สัดส่วนของปัญหาการจัดการยาของผู้ป่วย (และครอบครัว) = จำนวนผู้ป่วย (และครอบครัว) ที่พบปัญหาการจัดการยาไม่เหมาะสม / จำนวนผู้ป่วย (และครอบครัว) ที่มีปัญหาการใช้ยาทั้งหมด

- สัดส่วนผู้ป่วย (และครอบครัว) ที่พบปัญหาการจัดการยาไม่เหมาะสมที่ได้รับการแก้ไข = จำนวนผู้ป่วย (และครอบครัว) ที่พบปัญหาการจัดการยาไม่เหมาะสมที่ได้รับการแก้ไข / จำนวนผู้ป่วย (และครอบครัว) ที่พบปัญหาการจัดการยาไม่เหมาะสมทั้งหมด

ข้อมูลและแหล่งข้อมูล

- จำนวนผู้ป่วยที่พบปัญหาการใช้ยาทั้งหมดรวบรวมจากทั้งผู้ป่วยที่ประเมินแล้วพบว่ามีปัญหา และจำนวนผู้ป่วยที่ส่งต่อจากทุติยภูมิหรือตติยภูมิ

- ตัวชี้วัดทั้ง 2 เป็นการประเมินให้เห็นภาพรวมของการแก้ปัญหา

เท่านั้น ควรให้ความสำคัญกับความต่อเนื่องของการแก้ปัญหาด้วย เพราะปัญหาการจัดการยาของผู้ป่วยอาจต้องมีการติดตามต่อเนื่อง และอาจพบปัญหาใหม่เกิดขึ้น

เกณฑ์มาตรฐาน

โรงพยาบาลแม่ข่ายร่วมกับหน่วยปฐมภูมิเป็นผู้กำหนดเป้าหมายร่วมกันตามความเหมาะสม



[REDACTED]

[REDACTED]

งานส่งมอบยาและให้คำแนะนำการใช้ยา

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

ผู้บริโภคต้องได้รับการคุ้มครองสิทธิในการได้รับบริการด้านยาที่เป็นไปตามหลักการของมาตรฐานวิชาชีพในทุกระดับบริการที่มีการส่งมอบยา การได้รับบริการส่งมอบและให้คำแนะนำการใช้ยาโดยเภสัชกร ถือเป็นสิทธิของประชาชนที่พึงได้รับตามกฎหมาย ดังนั้นควรสนับสนุนให้มีการได้รับบริการส่งมอบและให้คำแนะนำการใช้ยาโดยเภสัชกรให้ครอบคลุมเป็นการคุ้มครองสิทธิของประชาชนอีกด้านหนึ่งที่ต้องให้ความสำคัญ ในสถานการณ์ปัจจุบันด้วยข้อจำกัดด้านอัตรากำลังทำให้การดำเนินงานตามเป้าหมายดังกล่าวมีข้อจำกัดตามไปด้วย การพัฒนามาตรฐานวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการส่งมอบและให้คำแนะนำการใช้ยาในงานบริการปฐมภูมิ มีหลักในการพิจารณาดังนี้

- 1- กรณีมีอัตรากำลังเภสัชกรเพียงพอในการให้บริการ เภสัชกรควรเป็นผู้ส่งมอบและให้คำแนะนำการใช้ยา
- 2- กรณีมีข้อจำกัดด้านอัตรากำลัง และ/หรือภาระงาน เภสัชกรไม่สามารถส่งมอบด้วยตนเอง ต้อง**มีระบบรองรับ** เพื่อให้เกิดการ**ควบคุมและประกันคุณภาพ**ให้เป็นไปตามมาตรฐานอย่างใกล้ชิดได้แก่

- การกำหนดกรอบบัญญัติรายการยาของสถานีนอามัย ให้สอดคล้องกับศักยภาพของผู้สั่งใช้ยาหรือการควบคุมการสั่งใช้ยา โดยการกำหนดขอบเขตการสั่งใช้ยาให้เหมาะสมกับศักยภาพของผู้สั่งใช้ เช่น กรณีมีแพทย์เป็นผู้สั่งใช้ยาหรือพยาบาลเป็นผู้สั่งใช้ยา ขอบเขตการสั่งใช้ยาของบุคลากรวิชาชีพทั้งสองจะแตกต่างกัน

- การจัดระบบเพื่อประกันว่า ผู้ป่วยได้รับ ‘ความรู้คู่ยา’ ที่ถูกต้อง เพื่อสนับสนุนให้ใช้ได้ถูกต้อง ปลอดภัย เช่น การจัดชุดความรู้เป็นเอกสารควบคู่กับการส่งมอบและให้คำแนะนำการใช้ยา การอบรมให้ความรู้แก่กลุ่มผู้ป่วยที่มีแบบแผนการรักษาด้วยยาแบบเดียวกัน

- จัดให้มีกระบวนการเรียนรู้ในการทบทวนคำสั่ง และการส่งมอบยา เป็นกระบวนการสนับสนุนให้เกิดองค์ความรู้ และทักษะของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งหมดในการสั่งใช้ยา และการส่งมอบยา

- ระบบการขอคำปรึกษากรณีมีการมอบอำนาจในการส่งมอบและให้คำแนะนำการใช้ยาแก่บุคลากรอื่นๆ ควรมีระบบในการขอคำปรึกษาจากเภสัชกร กรณีพบปัญหาในการส่งมอบและให้คำแนะนำการใช้ยา

มาตรฐานการส่งมอบและให้คำแนะนำการใช้ยาที่เป็นไปตามหลักการของมาตรฐานวิชาชีพเภสัชกรรมเป็นมาตรฐานขั้นสูงที่ใช้กับสถานบริการระดับทุติยภูมิหรือตติยภูมิ การนำมาอ้างอิงใช้ในงานบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิภายใต้ข้อจำกัดด้านอัตรากำลังของเภสัชกรอาจทำได้ยาก อย่างไรก็ตาม เภสัชกรควรประยุกต์มาตรฐานดังกล่าวให้สอดคล้องกับบริบทของสถานบริการแต่ละแห่ง โดยมุ่งเน้นในการรักษาไว้ซึ่งคุณภาพการบริการด้านยาที่ดีที่สุด โดยลดทอนกระบวนการที่ต้องพึ่งพาคณาจารย์วิชาชีพ แต่ใช้การฝึกฝนเจ้าหน้าที่ในสถานบริการปฐมภูมิให้มีความรู้เรื่องยา และสร้างความตระหนักในการเฝ้าระวังความเสี่ยงด้านยาาร่วมกัน เพื่อลดอุบัติเหตุการไม่พึงประสงค์ด้านยาในผู้รับบริการให้เหลือน้อยที่สุด

การดำเนินงาน

1- การตรวจสอบความถูกต้องของยาก่อนส่งมอบ

- 1) ตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสมของการสั่งใช้ยาโดยใช้หลัก 6R คือความถูกต้องด้านผู้ป่วย (Right patient/client) ความถูกต้องด้านยา (Right drug) ความถูกต้องด้านขนาดยา (Right dose) ถูกต้องด้านเวลา (Right time) ความถูกต้องด้านวิธีการของการบริหารยา (Right route) และความถูกต้องด้านเทคนิค (Right technique) และความปลอดภัยของการใช้ยาให้เป็นไปตามหลักฐานทางวิชาการ และสอดคล้องกับข้อมูลในใบสั่งยา
- 2) ประเมินปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาในใบสั่งยา หากพบปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา ควรวินิจฉัยความรุนแรงที่จะส่งผลกระทบต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและหาทางแก้ไขปัญหานั้นอย่างเหมาะสม เช่น การขอคำปรึกษากับผู้สั่งใช้ยาเพื่อปรับปรุงคำสั่งการใช้ยา หรือ การเตรียมพร้อมให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยรายกรณี (individual drug counseling) เพื่อหลีกเลี่ยงหรือลดความรุนแรงของปัญหานั้น
- 3) ทำความเข้าใจคำสั่งและแนวทางที่จะส่งมอบยาสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย เพื่อความพร้อมในการส่งมอบ

2- การส่งมอบและให้คำแนะนำการใช้ยา

- 1) การเรียกชื่อผู้ป่วย ควรกล่าวทักทายเพื่อสร้างสัมพันธภาพและบรรยากาศที่ผ่อนคลาย เป็นกันเอง
- 2) การระบุตัวผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยทวนซ้ำชื่อตนเอง ควรแนะนำตนเอง พร้อมทั้งสอบถามความถูกต้องของผู้ป่วยกับชื่อในใบสั่งยาหรือความ

เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย ประเมินความจำเป็นหากต้องให้คำแนะนำต่อผู้ดูแลเพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนในการระบุตัวผู้ป่วย กรณีเป็นผู้ป่วยที่รับยาต่อเนื่องควรสอบถามผู้ป่วยเพื่อทบทวนประวัติการเจ็บป่วย ประวัติการใช้ยาเพื่อยืนยันความถูกต้องในขั้นตอนนี้ ผู้ส่งมอบยาสามารถเรียกดูเอกสารที่เกี่ยวข้องประกอบเพื่อความถูกต้องในการระบุตัวผู้ป่วย ได้แก่ เวชระเบียน สมุดประจำตัวผู้ป่วย บัตรประชาชน บัตรโรงพยาบาล ฯลฯ

- 3) **การประเมินและระดับการให้บริการ** โดยพิจารณาจากข้อมูลผู้ป่วยบนใบสั่งยาหรือสอบถามผู้ป่วยโดยตรงเพื่อจำแนกประเภทของผู้ป่วยเนื่องจากจะมีผลต่อรูปแบบและระดับการให้บริการ
- 4) **สอบถามประวัติการแพ้ยา** หรืออาการผิดปกติที่เคยเกิดขึ้นหลังจากการรับประทานยาทั้งนี้ควรสอบถามเรื่องการแพ้อาหาร และผลิตภัณฑ์อื่นๆ ด้วย โดยเฉพาะในโรคหรือยาที่มีความเกี่ยวข้อง
- 5) **ให้บริการที่สอดคล้องกับผู้ป่วยแต่ละประเภท** ดังนี้
 - ผู้ป่วยที่มารับยาต่อเนื่อง ให้ผู้ป่วยสาธิตและบอกเล่าวิธีการบริหารยา หากพบความคลาดเคลื่อน ควรแก้ไขตามความรุนแรงของปัญหา
 - ผู้ป่วยเก่าที่มารับยาต่อเนื่องและได้รับยาใหม่ ใช้แนวทางการส่งมอบและให้คำแนะนำการใช้ยา เป็นพื้นฐานในการส่งมอบยาและสอบถามความเข้าใจถึงเหตุผลที่ผู้ป่วยต้องได้รับยาใหม่ หากสัมพันธ์กับการดำเนินของโรคควรทำความเข้าใจกับผู้ป่วย และความจำเป็นในการใช้ยาต่อเนื่อง ให้ผู้ป่วยสาธิตและบอกเล่าวิธีการบริหารยาเดิม หากพบความคลาดเคลื่อน ควรแก้ไขตามความรุนแรงของปัญหา
 - ผู้ป่วยที่ได้รับยาใหม่สำหรับอาการปัจจุบันหรือผู้ป่วยที่ได้รับยาต่อเนื่องรายใหม่ ใช้แนวทางการส่งมอบและให้คำแนะนำการใช้ยาเป็นพื้นฐานในการส่งมอบยาสำหรับผู้ป่วยรายใหม่ กรณีเป็นผู้ป่วยที่ได้รับยาต่อเนื่อง

ให้คำแนะนำเกี่ยวกับเหตุผลที่ผู้ป่วยได้รับยา ความสำคัญของการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง และสอบทวนความเข้าใจ หากพบความคลาดเคลื่อน ควรประเมินปัญหาและแก้ไขตามความรุนแรงของปัญหา

๘) **กรณียาที่ส่งมอบเป็นยากลุ่มที่ต้องระวังเป็นพิเศษ (high alert drugs)** ควรเพิ่มความเข้มข้นในการให้บริการเพื่อความถูกต้องในการใช้ยา และต้องให้ข้อมูลถึงพิษของยาที่จะเกิดขึ้นหากมีการใช้ยาในทางที่ผิด อาจให้ความรู้เพิ่มเติมเป็นเอกสารหรือพิจารณาให้คำปรึกษารายกรณี (individual drug counseling)

๙) **การให้คำแนะนำเพิ่มเติมเพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยาโดยวาทะหรือเอกสารประกอบ ดังนี้**

- ชี้แจงการใช้ยา
- ขั้นตอนการใช้ยาที่มีการบริหารแบบพิเศษ และเวลาที่ต้องใช้ยา

เช่น ยาเหน็บ ยาสวน ยาหยอด

- อาการข้างเคียงที่พบบ่อย การเฝ้าระวัง และการแก้ไขเบื้องต้น
- การปรับแผนการใช้ชีวิตประจำวันกับแผนการรักษาให้มีความ

สอดคล้องกัน

- ยาและผลิตภัณฑ์อื่นๆ ที่มีผลต่อยาและการใช้ยา
- การปฏิบัติตนเมื่อสัมผัสประทานยาหรือใช้ยา
- ระยะเวลาในการรักษา และความจำเป็นของการรับยาต่อเนื่อง
- วิธีการจัดการยา เช่น การเก็บยาที่เหมาะสม

ฯลฯ

๑๐) **ใช้คำถามเปิดเพื่อให้ผู้ป่วยได้ถามในประเด็นที่เข้าใจหรือต้องการคำอธิบายเพิ่มเติม**

3- การประเมินปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา และการส่งต่อ

ประเมินปัจจัยที่มีผลต่อการใช้ยาและความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยที่รับยาแต่ละราย หากพบว่าปัญหามีความรุนแรง ควรจัดให้มีการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยรายกรณี (individual drug counseling) และส่งต่อให้มีการติดตามต่อเนื่องเพื่อประเมินผลการแก้ปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วยแต่ละรายให้ครบวงจร

ผลลัพธ์ขอมงาน

- 1- ผู้ป่วยได้รับยาและคำแนะนำการใช้ยาที่ถูกต้อง เหมาะสม และเพียงพอต่อการใช้ยาให้ถูกต้องปลอดภัย
- 2- ญาติและครอบครัว มีส่วนร่วมในการดูแลการใช้ยาของผู้ป่วยให้ถูกต้องเหมาะสม

ตัวชี้วัด

1) อัตราความคลาดเคลื่อนทางยาประเภทต่างๆ

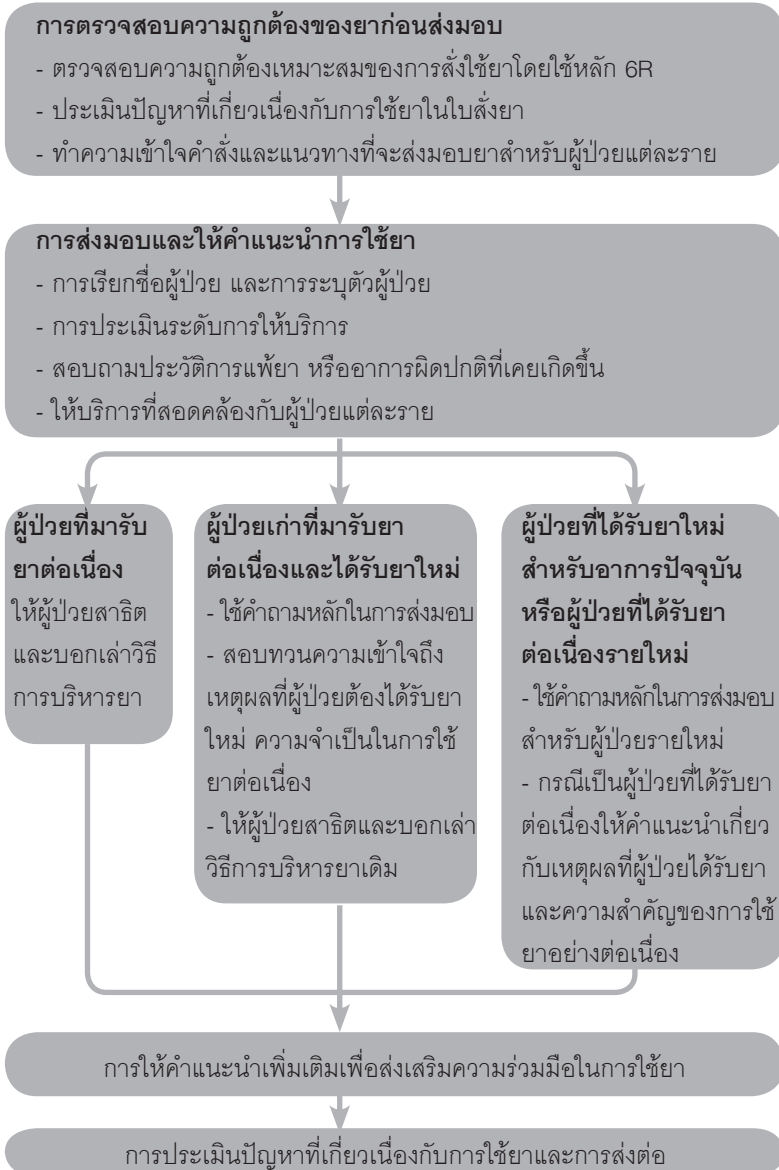
- ความคลาดเคลื่อนในการสั่งใช้ยา (prescribing error)
- ความคลาดเคลื่อนในกระบวนการส่งมอบยา (dispensing error)
 - ความคลาดเคลื่อนในกระบวนการก่อนส่งมอบยา (pre-dispensing error)
 - ความคลาดเคลื่อนในการส่งมอบยา (dispensing error)

- ความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา (administration error)

2) เป้าหมายขึ้นกับบริบทของหน่วยบริการแต่ละหน่วย



แผนภูมิที่ 2 กรอบการดำเนินงานในการส่งมอบยาและให้คำแนะนำการใช้ยา



ความต่อเนื่องของการดูแล (Continuity of care)

ลักษณะของการบริการสุขภาพที่ต่อเนื่อง หมายถึง บริการที่ประชาชนได้รับอย่างต่อเนื่อง ตลอดชีวิต (ตั้งแต่เกิดจนตาย) ซึ่งความต่อเนื่องของการดูแล (continuity of care) ประกอบด้วย การดูแลตั้งแต่ก่อนเกิดปัญหาสุขภาพ เมื่อมีปัญหาสุขภาพ จนกระทั่งปัญหาหมดไป รวมทั้งการติดตามเฝ้าระวังหลังปัญหาสิ้นสุดแล้ว การที่ความต่อเนื่องของบริการสุขภาพทั้ง 3 ลักษณะนี้จะเกิดขึ้นได้จำเป็นต้องอาศัยความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง รวมทั้งการเชื่อมประสานบริการในระดับปฐมภูมิเข้ากับบริการระดับสูงขึ้นไป เช่น ทุติยภูมิและตติยภูมิ เพื่อให้ผู้ป่วยและประชาชนได้รับบริการที่มีคุณภาพ ส่งผลให้มีสุขภาพที่ดี

การนำแนวคิดดังกล่าวไปพัฒนางานเภสัชกรรมปฐมภูมิ เภสัชกรจะต้องรับผิดชอบดูแลสุขภาพร่วมกับประชาชนในการดูแลสุขภาพของตนเองอย่างต่อเนื่อง โดยการจัดกิจกรรมเพื่อแก้ปัญหาต่างๆ ที่สอดคล้องกับบริบทของประชาชน โดยมีเป้าหมายให้เกิดความต่อเนื่องของการให้บริการ ประชาชนมีสุขภาพดีและมีคุณภาพที่พอดีระหว่างการพึ่งตนเองกับพึ่งบริการ

กระบวนการทำงานในการดูแลต่อเนื่องทางเภสัชกรรมในระดับปฐมภูมิ ต้องสามารถประสานบริการระหว่างโรงพยาบาลแม่ข่ายกับหน่วยบริการปฐมภูมิให้สามารถเชื่อมโยงข้อมูลพื้นฐานที่จำเป็นในการดูแลต่อเนื่อง เช่น ข้อมูลบุคคล ครอบครัว ความเจ็บป่วยในปัจจุบัน ความเจ็บป่วยในอดีต ประวัติการใช้ยา ประวัติการแพ้ยา ปัญหาที่เกิดจากยา เป็นต้น โดยสามารถวางแผนการดูแลร่วมกันได้ระหว่างทีมงานสหสาขาวิชาชีพ มุ่งเน้นการสร้างทักษะให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถพึ่งตนเองได้ ลดการเจ็บป่วยและพิการ สร้างคุณภาพชีวิตและอยู่ในสังคมอย่างมีคุณค่า รวมทั้งการจัดการเพื่อเสริมศักยภาพการเรียนรู้ของชุมชนให้เข้ามามีส่วนร่วมในการเป็นเจ้าของผู้ป่วย และร่วมกันดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

บทบาทของโรงพยาบาลแม่ข่าย

- 1- จัดระบบเพื่อให้เกิดกิจกรรมการดูแลอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลแม่ข่ายไปยังหน่วยบริการปฐมภูมิและมีการส่งต่อผู้ป่วยกลับระหว่างกันเพื่อการดูแลต่อเนื่อง โดยระบบดังกล่าวควรเป็นระบบที่ต่อเนื่องจากบริการที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาล เช่น การวางแผนก่อนการจำหน่าย การส่งต่อผู้ป่วยจากคลินิกบริการเฉพาะโรคประเภทต่างๆ (เช่น ambulatory care, warfarin clinic, COPD clinic) มีการออกแบบระบบร่วมกัน เพื่อให้มีการส่งต่อข้อมูลไปมาระหว่างกันเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ครบวงจร และมีประสิทธิภาพ
- 2- สนับสนุนกระบวนการเรียนรู้ในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง เช่น การสนับสนุนองค์ความรู้เพื่อประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วย เป็นที่ปรึกษาด้านวิชาการ รวมทั้งการจัดให้มีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อพัฒนาทั้งศักยภาพของเภสัชกรและระบบการดูแลต่อเนื่อง พัฒนากิจกรรมการ

ดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องให้มีประสิทธิภาพ

- 3- เป็นที่ปรึกษา (consultant) ในการดูแลผู้ป่วย การส่งต่อข้อมูลประสานงานกับแพทย์หรือบุคลากรวิชาชีพอื่นๆ เพื่อแก้ปัญหาต่างๆ ให้กับผู้ป่วย

บทบาทเภสัชกรของหน่วยบริการปฐมภูมิ

เภสัชกรที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องในหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยการเชื่อมโยงระบบการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องจากหน่วยบริการที่สูงกว่า และผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องของหน่วยบริการปฐมภูมิเอง ทำการออกแบบกิจกรรมให้สอดคล้องกับสภาพปัญหา มุ่งเน้นการส่งเสริมความร่วมมือของผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน ในการวางแผนการใช้ยาที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายและดูแลให้ผู้ป่วยได้ผลประโยชน์จากการใช้ยาอย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด กิจกรรมด้านการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่ควรมีการดำเนินการในหน่วยบริการปฐมภูมิ ได้แก่

- 1- การจัดการรายกรณี (Case management) ซึ่งเป็นการวางแผนการดูแลผู้ป่วยเฉพาะราย โดยใช้กระบวนการบริหารทางเภสัชกรรม เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถใช้ยาได้อย่างถูกต้อง ปลอดภัย และเกิดประสิทธิผลสูงสุด กิจกรรมการเยี่ยมบ้านเป็นตัวอย่างหนึ่งของการประยุกต์แนวคิดการจัดการรายกรณีสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม
- 2- การสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ชุมชนมีส่วนรับผิดชอบในฐานะที่ผู้ป่วยเป็นสมาชิกคนหนึ่งของชุมชน กระบวนการทำงานนี้มีความจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหาอื่นๆ ที่ส่งผลต่อการดูแลผู้ป่วย เช่น ปัญหาด้านสังคมสงเคราะห์ ปัญหาด้านเศรษฐฐานะ ปัญหาด้านการเดินทาง ปัญหาด้านจิตเวช

ทั้งนี้เพื่อให้เกิดการแก้ปัญหาอย่างเป็นองค์รวม

- 3- การสร้างเครือข่ายการดูแลผู้ป่วย ในชุมชนที่มีกลุ่มผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยลักษณะเดียวกัน กลุ่มผู้ป่วยเหล่านี้มีบริบทของปัญหาคล้ายคลึงกัน เพื่อให้เกิดการแก้ปัญหภายในกลุ่มของผู้ป่วย การสนับสนุนให้มีการรวมกลุ่มของผู้ป่วยโรคเดียวกัน โดยเภสัชกรอาจเป็นผู้ช่วยให้เกิดกระบวนการดูแลซึ่งกันและกัน หรือเภสัชกรสามารถออกแบบกิจกรรมอื่นๆ ในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องขึ้นกับศักยภาพและบริบทของการให้บริการ ทั้งนี้ให้อยู่บนหลักการสร้างการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยของครอบครัวและชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัยในการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ อีกทั้งกระตุ้นผู้นำชุมชนหรืออาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) มามีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยในชุมชน ซึ่งจะก่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และเกิดการช่วยเหลือกันเองภายในกลุ่ม มีการส่งต่อหรือรายงานข้อมูลระหว่างผู้ดูแลและเภสัชกร เพื่อให้เกิดการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องอย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์

- 1- เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่องด้านยาที่มีประสิทธิผลและความปลอดภัยจากการใช้ยา
- 2- เพื่อให้ญาติ ครอบครัว และชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องด้านเภสัชกรรม

ขอบเขตของงาน

- 1- การให้บริการติดตามดูแลต่อเนื่องเพื่อแก้ปัญหาจากการใช้ยาและ

ผลิตภัณฑ์สุขภาพของผู้ป่วย และครอบครัวในทุกกลุ่มตั้งแต่เด็กแรกเกิดจนถึงผู้สูงอายุ

- 2- การให้บริการติดตามดูแลต่อเนื่องเพื่อแก้ปัญหาจากการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพในทุกกลุ่มโรค โดยมุ่งเน้นที่กลุ่มโรคที่เป็นปัญหาสาธารณสุข ได้แก่

- ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคเส้นเลือดในสมองอุดตัน โรคหอบหืด โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคจิตประสาท โรคไตวาย

- ผู้ป่วยโรคติดต่อที่ต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ วัณโรค โรคเอดส์

- ผู้ป่วยโรคอื่นๆ ที่เป็นปัญหาในพื้นที่ โรคที่เกิดจากการทำงาน โรคกล้ามเนื้อ กระดูก และข้อ

กระบวนการบริหารเภสัชกรรมในชุมชน

การบริหารทางเภสัชกรรมในหน่วยบริการปฐมภูมิ อาศัยหลักการและแนวคิดของการบริหารทางเภสัชกรรม ซึ่งเป็นการดำเนินงาน เพื่อค้นหาปัญหาที่เกี่ยวข้องกับยา ดำเนินการแก้ไข หรือป้องกันปัญหาที่เกี่ยวข้องกับยา (Drug - Related Problems, DRP) ในกระบวนการใช้ยาของผู้ป่วย ซึ่งจะส่งเสริมให้ผู้ป่วยบรรลุเป้าหมายของการรักษาด้วยยา ได้แก่

- 1- หลีกเลี่ยงโรคที่เป็นอยู่
- 2- อาการของโรคที่เป็นอยู่ลดลงหรือหมดไป
- 3- การดำเนินโรคช้าลง
- 4- ป้องกันโรค หรือภาวะอาการของโรค
- 5- ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

กล่าวโดยสรุปแล้วในกระบวนการบริหารทางเภสัชกรรมในหน่วยบริการปฐมภูมิ เภสัชกรจะมีหน้าที่หลัก 3 อย่าง คือ

- 1- ค้นหาและประเมินปัญหาที่เกี่ยวข้องกับยา ประเมินสภาพปัญหาว่ามีความรุนแรงอย่างไร เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นแล้ว หรือมีแนวโน้มจะเกิดขึ้น มีผลต่อแผนการรักษาด้วยยาอย่างไร
- 2- แก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นแล้ว
- 3- ป้องกันปัญหาที่มีแนวโน้มจะเกิดขึ้น

ขั้นตอนการบริหารทางเภสัชกรรมในหน่วยบริการปฐมภูมิ สามารถดำเนินการได้หลากหลายรูปแบบ ขึ้นกับทรัพยากรที่มีอยู่ ทั้งทรัพยากรบุคคล เวลา และเครื่องมือต่างๆ ที่ช่วยสนับสนุนการปฏิบัติงาน อาจประยุกต์ใช้ระบบการทำงานที่เรียกว่า Pharmacist's Work up of Drug Therapy (PWDT) ซึ่งเป็นระบบที่ช่วยให้เภสัชกรมีกรอบแนวคิดในการเฝ้าระวังและค้นหาปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาในผู้ป่วย โดยนำข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย ยา และโรคอย่างรอบด้าน มาพิจารณาร่วมกันเพื่อเฝ้าระวังและแก้ไขปัญหาการใช้ยาในผู้ป่วยแต่ละราย PWDT เป็นเหมือนแนวทางในการทำงาน หรือกระบวนการความคิดของเภสัชกรในงานทางด้านการบริหารทางเภสัชกรรม ทำให้เภสัชกรสามารถที่จะบริหารข้อมูลของผู้ป่วยในเรื่องของ

- 1- ลำดับความสำคัญของปัญหาจากการใช้ยาในผู้ป่วยแต่ละราย
- 2- กำหนดเป้าหมายของการแก้ปัญหาด้านยาให้ผู้ป่วย
- 3- คัดเลือกแนวทางในการแก้ปัญหาด้านยาที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย
- 4- วางแผนการแก้ปัญหา การติดตามผลลัพธ์ และการติดตามต่อเนื่อง
- 5- กำหนดตัวแปรหรือเครื่องชี้วัดที่ใช้ในการวางแผนการดูแลและเฝ้าระวังปัญหาของผู้ป่วย

การประยุกต์กระบวนการทำ PWDT มาใช้ในการบริหารเภสัชกรรมในหน่วยบริการปฐมภูมิประกอบด้วยกัน 6 ขั้นตอน คือ

1- การรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วย (Patient Database)

เป็นการรวบรวมข้อมูลพื้นฐานที่จำเป็นเกี่ยวกับผู้ป่วย กรณีเป็นผู้ป่วยที่ส่งต่อ ข้อมูลส่วนหนึ่งถูกส่งต่อมาพร้อมกับผู้ป่วยให้เพียงพอต่อการดูแลผู้ป่วย อาจมีการจัดระบบเพื่อให้มีการเข้าถึงข้อมูลของผู้ป่วยโดยเภสัชกรในหน่วยบริการปฐมภูมิกรณีที่ต้องการข้อมูลเพิ่มเติมในการดูแลผู้ป่วย ข้อมูลแบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ

ก. ข้อมูลทางคลินิกของผู้ป่วย

(Patient's clinical characteristics)

1. ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย

1.1 ชื่อผู้ป่วย registration number (HN)

1.2 อายุ เพศ เชื้อชาติ น้ำหนัก ส่วนสูง

- ใช้พิจารณาในเรื่องของปัจจัยเสี่ยงในการเกิดอาการข้างเคียงจากการใช้ยา
- การ metabolize และ elimination ของยาบางรายการ
- การหาขนาดยาที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย โดยเฉพาะผู้ป่วยที่อ้วนมาก

- ผู้ป่วยเด็กหรือผู้ป่วยโรคมะเร็งที่รักษาด้วย Chemotherapy

2. ข้อมูลทางสังคม

ข้อมูลส่วนนี้มีความสำคัญสำหรับการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง เป็นข้อมูลทางสังคมของผู้ป่วย ซึ่งข้อมูลบางอย่างมีผลต่อการใช้ยาของผู้ป่วย ข้อมูลเชิงสังคมเหล่านี้เป็นข้อมูลที่หน่วยบริการทุติยภูมิหรือตติยภูมิไม่สามารถเข้าถึง หรือเข้าถึงได้น้อย ดังนั้นจึงเป็นบทบาทของเภสัชกรในหน่วยบริการ

ปฐมภูมิในการรวบรวม และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของข้อมูลกับปัญหาการ
ใช้ยาของผู้ป่วย ได้แก่

- อาชีพ
- ฐานะทางเศรษฐกิจ
- สุขอนามัย สิ่งแวดล้อม ที่อยู่อาศัยของผู้ป่วย
- ความสัมพันธ์ของผู้ป่วยกับคนในครอบครัว
- ความสัมพันธ์ของผู้ป่วยและคนในชุมชน
- ประวัติการดื่มเหล้า การสูบบุหรี่
- พฤติกรรมการรับประทานอาหาร
- ระดับความเครียด หรือความวิตกกังวลของผู้ป่วยและครอบครัว
- ผู้ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย

3. ข้อมูลผลการตรวจร่างกาย และผลทางห้องปฏิบัติการของ ระบบต่างๆ ที่เกี่ยวข้องในการดูแล

เภสัชกรควรมีทักษะในการสังเกตอาการผิดปกติของผู้ป่วยที่เกี่ยวข้อง
เนื่องจากการใช้ยา โดยอาศัยข้อมูลผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการเป็น
เพียงส่วนประกอบในการตัดสินใจ เนื่องจากบริบทของปฐมภูมิ ไม่ได้เปิด
โอกาสให้มีการเข้าถึงข้อมูลผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการมากนัก (ยกเว้น
ว่ามีระบบการในการเข้าถึง เช่น internet) โดยอาการแสดงต่างๆ มีความ
สัมพันธ์อย่างไรกับการใช้ยา ได้แก่

- อาการแสดงที่บ่งถึงการตอบสนองต่อยาที่ใช้ในการรักษา
- อาการแสดงที่บ่งถึงพิษหรือฤทธิ์ที่ไม่พึงประสงค์จากยาที่ใช้ในการรักษา
- ความผิดปกติของร่างกายที่อาจมีผลต่อการจัดการของยาในร่างกาย
- ความผิดปกติของร่างกายที่เป็นข้อบ่งชี้ถึงความจำเป็นในการใช้ยา
ในการรักษา

ข. ข้อมูลการรักษาด้วยยาของผู้ป่วย (Patient's Pharmacotherapy)

1. ประวัติการเจ็บป่วยในอดีตและการรักษา

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต รวมถึงการรักษาและการตอบสนองต่อการรักษาจากประวัติการเจ็บป่วยในอดีต หรือประวัติการใช้ยา มีผลต่อประสิทธิภาพของยาหรือเป็นข้อห้ามใช้ หรือข้อควรระวังในการใช้ยาบางชนิดหรือไม่

2. ความร่วมมือในการใช้ยา

ความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเป็นผลจากปัจจัยทั้งจากตัวผู้ป่วยเอง และจากสิ่งแวดล้อมที่เป็นผลกระทบทางอ้อม เช่น คำบอกเล่าเกี่ยวกับอาการไม่พึงประสงค์ของยาของคนในชุมชน หรือผู้ป่วยที่ใช้ยาแบบเดียวกันที่อาจมีผลทำให้ผู้ป่วยรู้สึกกลัว และกังวลกับการใช้ยาของตนเอง ทำให้ไม่ยอมใช้ยา เภสัชกรในหน่วยบริการปฐมภูมิเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดกับปัญหานี้มากกว่าการบริการในทุติยภูมิหรือตติยภูมิ จึงมีบทบาทสูงในการรวบรวมข้อมูลเหล่านี้เพื่อนำมาวิเคราะห์และแก้ไขปัญหาความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย

3. ประวัติการแพ้ยาและผลิตภัณฑ์อื่นๆ

ผู้ป่วยมีประวัติการแพ้ยา หรืออาหารหรือผลิตภัณฑ์อื่นๆ หรือไม่ อย่างไร ลักษณะการแพ้เป็นอย่างไร

4. ประวัติการใช้ยาและพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยและครอบครัว

ประวัติการใช้ยาของผู้ป่วย และพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วย มีผลโดยตรงต่อประสิทธิภาพของยา หรือการตอบสนองต่อยาที่ใช้ โดยเฉพาะผลทางอันตรกิริยาระหว่างยา (Drug interaction; DI) ข้อมูลประวัติการใช้ยาจากสถานบริการระดับทุติยภูมิหรือตติยภูมิมักเป็นประวัติการใช้ยาที่เกิดขึ้น

ขึ้นในสถานบริการระดับทุติยภูมิหรือตติยภูมิ ส่วนข้อมูลการใช้ยาอื่น ๆ ของผู้ป่วยโดยเฉพาะการซื้อการกินเอง หรือยาที่ได้จากการรับบริการในสถานบริการอื่น ๆ นอกจากสถานบริการระดับทุติยภูมิหรือตติยภูมิ มักเป็นประวัติที่หน่วยบริการทุติยภูมิหรือตติยภูมิเข้าถึงได้น้อย ดังนั้นเภสัชกรในภาคปฐมภูมิจะมีบทบาทสูงในการเข้าถึงข้อมูลเหล่านี้และนำมาวิเคราะห์เพื่อประเมินว่ามีผลต่อปัญหาด้านยาของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นหรือไม่

5. ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญคือผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ใช้บ่งชี้ประสิทธิภาพ และพิษจากการใช้ยา เนื่องจากการเข้าถึงบริการทางห้องปฏิบัติการในระดับปฐมภูมิมีข้อจำกัด จึงต้องใช้การสังเกตอาการแสดงของผู้ป่วย ช่วยบ่งชี้ว่ามีความผิดปกติเกิดขึ้น เพื่อช่วยในการเฝ้าระวังปัญหาจากการใช้ยาได้มากกว่า

6. รายการยาที่ผู้ป่วยได้รับ ควรพิจารณาถึง

- ข้อบ่งใช้ของยา เช่น อาการแสดงของผู้ป่วย หรือสภาวะของโรคของผู้ป่วย
- ประสิทธิภาพในการรักษา
- ขนาดของยาเหมาะสมหรือไม่
- รูปแบบของการให้ยาเหมาะสมหรือไม่
- มี Drug - Drug Interaction หรือ Drug - Disease Interaction หรือไม่
- มีการใช้ยาซ้ำซ้อนที่ไม่ก่อให้เกิดประโยชน์ หรืออาจทำให้เกิดผลเสียต่อผู้ป่วยหรือไม่
- ระยะเวลาในการให้ยาเหมาะสมหรือไม่
- ค่าใช้จ่ายในการรักษาเหมาะสมหรือไม่
- ยาที่ใช้มีผลต่อระบบใดของร่างกายบ้าง และอย่างไร

7. การยอมรับในการรักษา

ผู้ป่วยมีความเข้าใจและยอมรับในการรักษามากน้อยเพียงไร การยอมรับหรือปฏิเสธการรักษาของผู้ป่วยมักมีเหตุผลมาจากความไม่รู้ ไม่เข้าใจเกี่ยวกับแบบแผนการรักษา ผลที่จะเกิดขึ้นจากการรักษา และมีเหตุผลเชิงสังคมที่ทำให้ผู้ป่วยยอมรับหรือปฏิเสธการรักษา การทำความเข้าใจผู้ป่วยอย่างรอบด้านจะช่วยพิจารณาปัญหาได้รอบคอบและแก้ปัญหาให้ผู้ป่วยได้สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยมากที่สุด

ค. กระบวนการดำเนินโรคขอผู้ป่วย (Patient disease process(es))

1. อาการแสดงของผู้ป่วยในปัจจุบัน (Chief complaint; CC)

การสังเกตอาการแสดงของผู้ป่วย และการฝึกทักษะในการประเมินอาการแสดงเหล่านี้ว่ามีความสัมพันธ์กับยาที่ผู้ป่วยใช้อยู่หรือไม่ จะช่วยในการเฝ้าระวัง และแก้ปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ข้อพิจารณาในเรื่องนี้ ได้แก่

- ความสัมพันธ์ระหว่างอาการสำคัญของผู้ป่วยกับยาที่ใช้ในการรักษาเป็นอย่างไร

- อาการสำคัญดังกล่าวเป็นปัญหาที่เกิดจากยาหรือไม่
- อาการสำคัญดังกล่าวต้องการใช้ยาในการรักษาหรือไม่
- อาการสำคัญดังกล่าวต้องการเปลี่ยนแปลงยาที่ใช้รักษาหรือไม่

2. ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต (History of Present illness; HPI)

ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่เหมาะสมต่อภาวะการเจ็บป่วยในครั้งนี้หรือไม่ จากปัญหาของผู้ป่วยบ่งบอกถึงข้อห้ามใช้และข้อควรระวังในการใช้ยาอื่นๆ อย่างไร และมีผลต่อยาที่ใช้ ในแง่ของ ประสิทธิภาพของยา การดูดซึม การกระจายยา การเปลี่ยนแปลงยาในร่างกายและการกำจัดยาออกจาก

ร่างกาย หรือไม่ว่าอย่างใด อาการเจ็บป่วยในอดีต สัมพันธ์กับอาการเจ็บป่วย ณ ปัจจุบันหรือไม่ อย่างไร โดยเฉพาะอาการที่บ่งว่าผู้ป่วยอาจมีอาการ ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาที่อาจเกิดซ้ำได้

3. ประวัติการใช้ยาของผู้ป่วยในอดีต (Past Medication History; PMH)

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีตของผู้ป่วยเคยได้รับการรักษาด้วยยาอะไร บ้าง อย่างไร ผลการตอบสนองเป็นอย่างไร ยาที่เคยได้รับมีผลต่อการใช้ยา ในปัจจุบันอย่างไร มีการเปลี่ยนแปลงแผนการใช้ยาในผู้ป่วยรายนี้หรือไม่ ด้วยเหตุผลอะไร มีข้อห้ามการใช้ยาอะไรบ้าง

4. การวินิจฉัยโรค (Diagnosis / Provisional Dx)

- ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าอย่างไร จำเป็นต้องให้การรักษาด้วยยาหรือไม่ หรือการวินิจฉัยดังกล่าวเกี่ยวข้องกับยาอย่างไร ผลการวินิจฉัยมีสาเหตุมาจากยาใช่หรือไม่

- ปัญหาดังกล่าวเกิดจากการใช้ยาที่ไม่เหมาะสมหรือไม่อย่างไร

- ภาวะของโรคมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของยาในร่างกายหรือไม่ อย่างไร

- การยอมรับในการดำเนินไปของโรค (Patient's perception of the disease process(es))

การทำความเข้าใจกับผู้ป่วยถึงการดำเนินโรคจะทำให้ผู้ป่วยเข้าใจ ภาวะการเจ็บป่วยของตนเอง และเตรียมพร้อมกับสภาวะต่างๆ ที่จะเกิด กับตนเอง การที่ผู้ป่วยรู้และเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินโรคของตนเองเป็นส่วนหนึ่งในการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย

2- การวินิจฉัยปัญหาและสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา (Patient specific Drug related problem (DRP) list)

โดยทั่วไปผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อมาจากหน่วยบริการทุติยภูมิ หรือ ตติยภูมิ จะได้รับการวินิจฉัยปัญหาด้านยามาพร้อมกับการส่งต่อเพื่อดูแล เป็นปัญหาที่คัดกรองในหน่วยบริการทุติยภูมิ หรือตติยภูมิแล้วไม่สามารถ แก้ไขด้วยกระบวนการบริหารทางเภสัชกรรมในสถานบริการระดับนั้น หรือ ได้รับการแก้ไขแต่ไม่สิ้นสุดกระบวนการจำเป็นต้องจำหน่ายและมีการดูแล ต่อเนื่อง เช่น ปัญหาความร่วมมือในการใช้ยา ปัญหาผู้ป่วยไม่สามารถใช้ยา ด้วยตัวเองแต่ไม่มีผู้ดูแล เป็นต้น ปัญหาเหล่านี้มักมีสาเหตุทางสังคม มากกว่าทางคลินิก ดังนั้นการวินิจฉัยปัญหา และสาเหตุของปัญหาเภสัชกร ในระดับปฐมภูมิควรให้ความสำคัญกับข้อมูลทางสังคม พฤติกรรม จิตวิทยา เพิ่มขึ้นจากข้อมูลทางคลินิก เพื่อใช้ประกอบการวินิจฉัย และระบุ สาเหตุของปัญหาได้ชัดเจน ซึ่งจะนำไปสู่การวางแผนการแก้ปัญหาที่ถูกต้อง ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาที่มักพบในระดับปฐมภูมิ ดังนี้

- 1- การหยุดทานยา หรือปรับขนาดยาเอง
- 2- การใช้ยาหรือผลิตภัณฑ์สุขภาพอื่นร่วมกับยาที่ได้รับตามแผนการ รักษา เช่น การใช้สมุนไพร อาหารเสริม ยาจากหน่วยบริการอื่น
- 3- การลืมหายาหรือการไม่ใช้ยาตามแผนการรักษา หรือปรับเปลี่ยนแผน การใช้ยาเอง
- 4- ปัญหาสิ่งแวดล้อมที่คุกคามการเจ็บป่วย หรือมีผลต่อการใช้ยา เช่น สภาพที่อยู่อาศัย
- 5- ผู้ป่วยมีความบกพร่องทางสายตา อ่านหนังสือไม่ออก
- 6- ผู้ป่วยมีความเชื่อส่วนตัว มีความเครียดหรือความวิตกกังวล ที่มีผล ต่อการดำเนินของโรคและการใช้ยา
- 7- ผู้ป่วยที่ได้รับยาที่มีการบริหารแบบพิเศษ ต้องมีการฝึกและประเมิน

ทักษะการใช้ยา

- 8- ผู้ป่วยไม่สามารถบริหารยาโดยวิธีปกติตามรูปแบบยาแต่ละชนิดได้ เช่น ไม่สามารถกลืนยาเม็ดได้ ไม่สามารถฉีดยาด้วยตนเองได้ ผู้ป่วยเป็นอัมพฤกษ์ อัมพาต ใส่เครื่องช่วยหายใจ เป็นต้น
- 9- ผู้ป่วยที่มีปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยาแต่ไม่มีผู้ดูแล
- 10- การเก็บรักษาและการจัดการด้านยาที่ไม่เหมาะสม
- 11- ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดพิษจากยา มีความผิดปกติของอวัยวะที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงยาในร่างกาย เช่น ผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ผู้ป่วยโรคเมรัยที่ใช้อยู่มาก ผู้ป่วยโรคตับอักเสบ มะเร็งตับ
- 12- ผู้ป่วยที่ได้รับยาที่มี therapeutic index แคบ มีความเสี่ยงต่อการเกิดพิษจากยา ต้องติดตามต่อเนื่อง เช่น ผู้ป่วยใช้ยา warfarin

3- การกำหนดเป้าหมายการแก้ปัญหาการใช้ยา (Desired outcomes for each drug related problem)

การกำหนดเป้าหมายในการแก้ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาของผู้ป่วยในระดับปฐมภูมิ มีหลักในการพิจารณาดังนี้

- 1- เป้าหมายด้านผลการรักษา และความปลอดภัยด้านยาที่ดีที่สุดที่สอดคล้องกับบริบทของผู้ป่วยแต่ละราย
- 2- เป้าหมายด้านความร่วมมือของญาติ ครอบครัว และชุมชน ที่เข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาให้ผู้ป่วย

4- การกำหนดวิธีการแก้ปัญหา (Choose the best solution for each drug related problem)

การเลือกวิธีการแก้ปัญหาที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับการใช้ยาในผู้ป่วยแต่ละราย อาจไม่สามารถแก้ปัญหาด้วยวิธีการใดวิธีการหนึ่ง เหมือนการแก้ปัญหาการใช้ยาในการบริหารเภสัชกรรมในสถานบริการระดับทุติยภูมิ หรือตติยภูมิ (ที่แก้ปัญหาโดยการปรับแผนการรักษา หรือเปลี่ยน regimen ในการรักษา) วิธีการแก้ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาในระดับปฐมภูมิ ได้แก่

- 1- การให้คำปรึกษา (ทั้งแบบเดี่ยว แบบครอบครัว และแบบกลุ่ม)
- 2- การให้สุขศึกษา การฝึกทักษะทั้งแก่ผู้ป่วย และญาติ
- 3- การสร้างเครือข่ายผู้ดูแล เพื่อให้สามารถประเมิน เฝ้าระวังเบื้องต้น และรายงาน
- 4- การติดตามต่อเนื่อง เช่น การเยี่ยมบ้าน
- 5- การประสานงานเพื่อให้เกิดกิจกรรมสังคมสงเคราะห์
- 6- การส่งต่อกลับเพื่อดูแลในระดับที่สูงขึ้น กรณีผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อน หรือ มีอาการรุนแรงมากขึ้น

5- การประเมินผลการแก้ปัญหา (Outcome Monitoring)

เภสัชกรต้องมีการวางแผนติดตามผลการแก้ปัญหาในเรื่อง วิธีการ ประเมินผล ความถี่ และระยะเวลาที่ต้องติดตามประเมินผล รวมทั้งทราบถึงข้อมูลที่เป็นจำเป็นในการประเมินการตอบสนองต่อแผนการแก้ปัญหา ทั้งนี้ให้สอดคล้องกับเป้าหมายของการแก้ปัญหา หลังจากที่ได้มีการแก้ปัญหา และติดตามประเมินผลแล้ว ถ้าปัญหาของผู้ป่วยยังคงมีอยู่ ขบวนการก็จะกลับสู่ขั้นตอนการทบทวนปัญหาจากการใช้ยาอีกครั้งหนึ่งจนกว่าปัญหาของผู้ป่วยจะแก้ไขได้

6- การจำหน่ายผู้ป่วยและการสื่อสารข้อมูล (Discharge summary and communication)

ควรมีการสรุปข้อมูลเกี่ยวกับการแก้ปัญหาต่างๆ ที่พบ รวมถึงการสื่อสารผลการแก้ปัญหากับผู้เกี่ยวข้องในการวางแผนการรักษาและผลการตอบสนองของผู้ป่วยที่ได้ติดตาม เพื่อให้เกิดการเฝ้าระวังต่อเนื่องโดยผู้ดูแล และรายงานเมื่อพบว่าเกิดปัญหาขึ้นอีก

ผลลัพธ์ของงาน

- 1- ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่องด้านยา ได้รับผลลัพธ์ที่ดีจากการรักษาด้วยยา และมีความปลอดภัยในการใช้ยา
- 2- ครอบครัวและ/หรือชุมชน มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องด้านยา

ตัวชี้วัด

1-

ร้อยละของผู้ป่วยที่มีปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาที่ได้รับการดูแลต่อเนื่อง = $\left(\frac{\text{จำนวนผู้ป่วยที่มีปัญหาเกี่ยวข้องกับการใช้ยาที่ได้รับการดูแลต่อเนื่อง}}{\text{จำนวนผู้ป่วยที่คัดกรองแล้วอยู่ในเกณฑ์ที่ต้องดูแลต่อเนื่องทั้งหมด}} \right) \times 100$

2-

ร้อยละของผู้ป่วยที่มีผลลัพธ์ที่ดีจากการรักษาด้วยยา = (จำนวนผู้ป่วยที่มีผลลัพธ์ที่ดีจากการรักษาด้วยยา/จำนวนผู้ป่วยที่มีปัญหาเกี่ยวข้องกับการรักษาด้วยยาที่ได้รับการดูแลต่อเนื่อง) x 100

หมายเหตุ ผลลัพธ์ที่ดีจากการรักษาด้วยยา อาจวัดผลลัพธ์ได้ทั้งผลลัพธ์ทางคลินิก ผลลัพธ์ทางเศรษฐศาสตร์ และผลลัพธ์ทางคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย



[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

งานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

งานบริการปฐมภูมิเป็นงานบริการสาธารณสุขภาครัฐที่อยู่ใกล้ชิดชุมชนมากที่สุด ดังนั้นบุคลากรที่ทำหน้าที่ในหน่วยบริการนี้ จึงมีโอกาสได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารต่างๆ เกี่ยวกับการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพต่างๆ ทั้งของผู้ป่วย ครอบครัวของผู้ป่วย ตลอดจนประชาชนในชุมชนนั้นๆ ซึ่งนับว่าเป็นจุดแข็งของงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุขที่มีมากกว่าหน่วยบริการอื่นๆ ทั้งในระดับอำเภอและระดับจังหวัด เพราะเป็นข้อมูลเชิงลึกที่ไม่สามารถพบได้ในการทำงานแบบทั่วไป

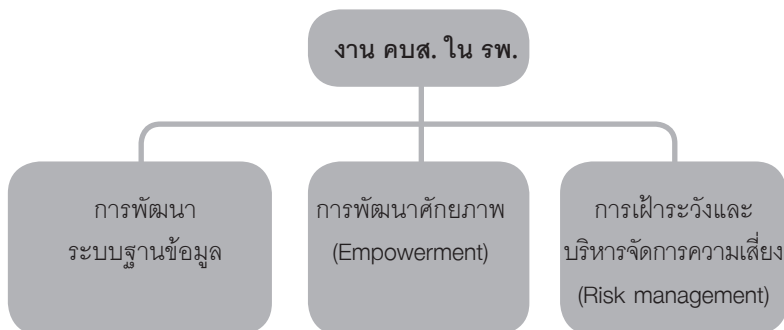
การดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข (คปส.) ในงานเภสัชกรรมปฐมภูมิจะมุ่งเน้นรูปแบบการทำงานเชิงรุก โดยการเผยแพร่ความรู้ที่ถูกต้องและจำเป็นเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพต่างๆ มีการจัดกระบวนการเพื่อให้ภาคีเครือข่าย ตลอดจนประชาชนในชุมชนมีความเข้มแข็ง และมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังความเสี่ยงให้กับตนเอง ครอบครัว ไปจนถึงชุมชน ในรูปแบบเครือข่ายองค์กรผู้บริโภคในชุมชน อันเป็นการพัฒนาศักยภาพผู้บริโภคให้เข้มแข็ง และพัฒนาผู้ประกอบการและสถานประกอบการให้มีมาตรฐานมากขึ้น ซึ่งสุดท้ายจะส่งผลให้ชุมชนมีความเข้มแข็งและอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข

ในส่วนของการดำเนินมาตรการทางกฎหมายนั้น จะใช้ในกรณีที่
 จำเป็นเร่งด่วนและเกิดผลเสียหายรุนแรงโดยจะส่งต่อข้อมูลไปยังระดับ
 อำเภอและจังหวัด ซึ่งมีศักยภาพและความพร้อมในการดำเนินการทาง
 กฎหมายมากกว่า

ดังนั้นเกสซกรในงานเกสซกรรมปฐมภูมิซึ่งเป็นบุคลากรที่มีความรู้
 วิชาการต่าง ๆ ในด้าน อาหาร ยา และผลิตภัณฑ์สุขภาพต่าง ๆ จึงมี
 บทบาทสำคัญในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข โดยมี
 แนวทางการดำเนินงาน ดังนี้

- 1- การพัฒนาระบบฐานข้อมูล
- 2- การพัฒนาศักยภาพ (Empowerment)
- 3- การเฝ้าระวังและบริหารจัดการความเสี่ยง (Risk management)

แผนภูมิที่ 3 กรอบการทำงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข

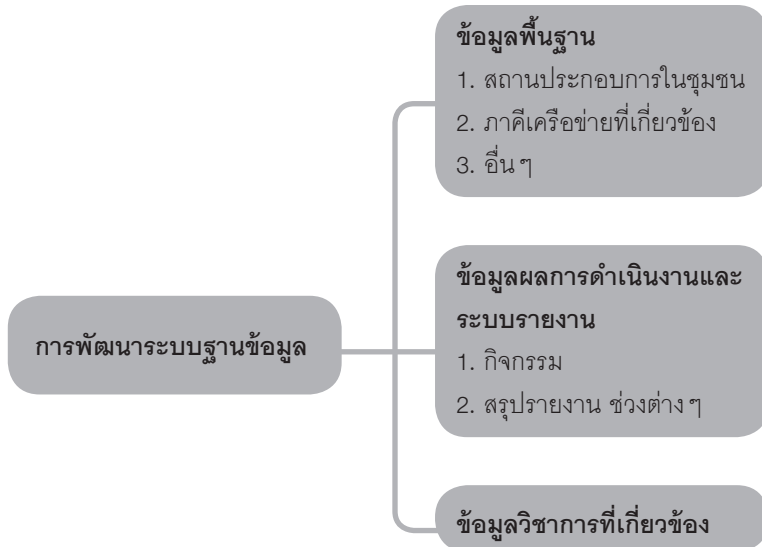


1- การพัฒนาระบบฐานข้อมูล

วัตถุประสงค์

การดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุขให้มีประสิทธิภาพ เภสัชกรผู้ปฏิบัติหน้าที่จำเป็นจะต้องมีการจัดทำและพัฒนาข้อมูลต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดระบบฐานข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ เพื่อใช้ในการวางแผนการดำเนินงาน ตลอดจนการติดตามเฝ้าระวังป้องกันมิให้เกิดปัญหาด้านการบริโภคในอนาคต

แผนภูมิที่ 4 กรอบการพัฒนาระบบฐานข้อมูล



ระบบฐานข้อมูลที่ควรดำเนินการมี 3 ด้าน ดังนี้

1.1 ข้อมูลพื้นฐาน

มีกระบวนการดำเนินงานดังนี้

1. สำรวจ รวบรวม ข้อมูลพื้นฐานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงาน
คุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข เช่น

- ข้อมูลผู้ประกอบการกลุ่มต่างๆ เช่น สถานที่ผลิตอาหาร สถานที่
ขายยา คลินิก สถานพยาบาล ร้านชำจำหน่ายสินค้า รถเร่ ตลาดนัด ฯลฯ

- ข้อมูลภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องกับงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ
ในชุมชน เช่น กลุ่มคุ้มครองผู้บริโภค เครือข่าย อัยการ เครือข่าย อสม.
เครือข่ายสื่อมวลชน เครือข่ายเยาวชน เครือข่ายครู เครือข่ายด้าน
สิ่งแวดล้อม ตลอดจนเครือข่ายสุขภาพอื่นๆ

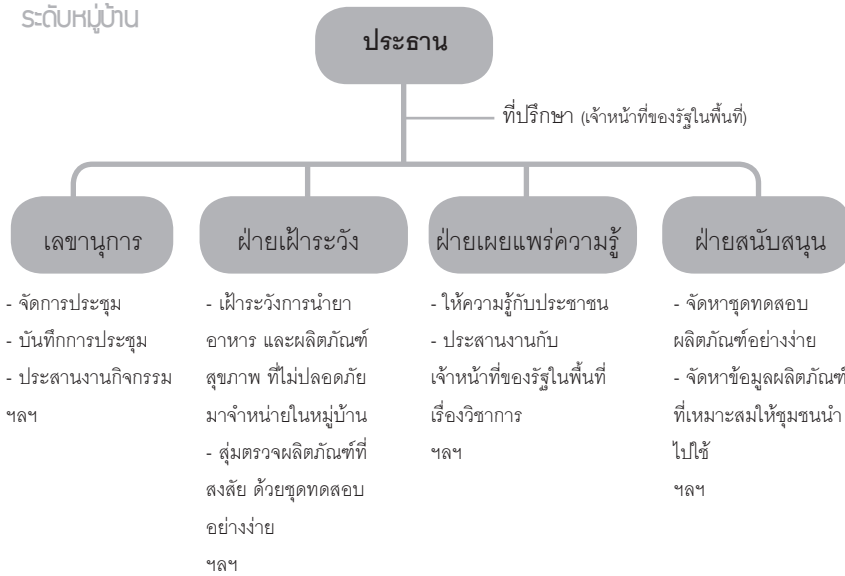
- ข้อมูลอื่นๆ ที่สนับสนุนการดำเนินงานได้ เช่น แหล่งหอกระจาย
ข่าว วิทยุชุมชน ภูมิปัญญาหรือผู้นำในชุมชน

2. จัดเก็บข้อมูลต่างๆ โดยการออกแบบการสำรวจ หรือโดยการ
เชื่อมโยงข้อมูลกับแหล่งต่างๆ ทั้งระดับอำเภอ และจังหวัด ทั้งในและนอก
หน่วยงานสาธารณสุข ที่มีการจัดทำอยู่แล้ว โดยพยายามให้ได้ข้อมูลที่มี
รายละเอียดครอบคลุมในการนำไปใช้ประโยชน์ในการดำเนินงาน (ดู
ภาคผนวก 3)

3. วิเคราะห์และสรุปข้อมูล เพื่อให้เห็นภาพของชุมชน ลักษณะและ
ธรรมชาติของเครือข่ายต่างๆ อันจะมีประโยชน์ในการวางแผนดำเนินงาน
ร่วมกันในอนาคต

แผนภูมิที่ 5 ตัวอย่างโครงสร้างการบริหารองค์กรและลักษณะงานในแต่ละระดับ

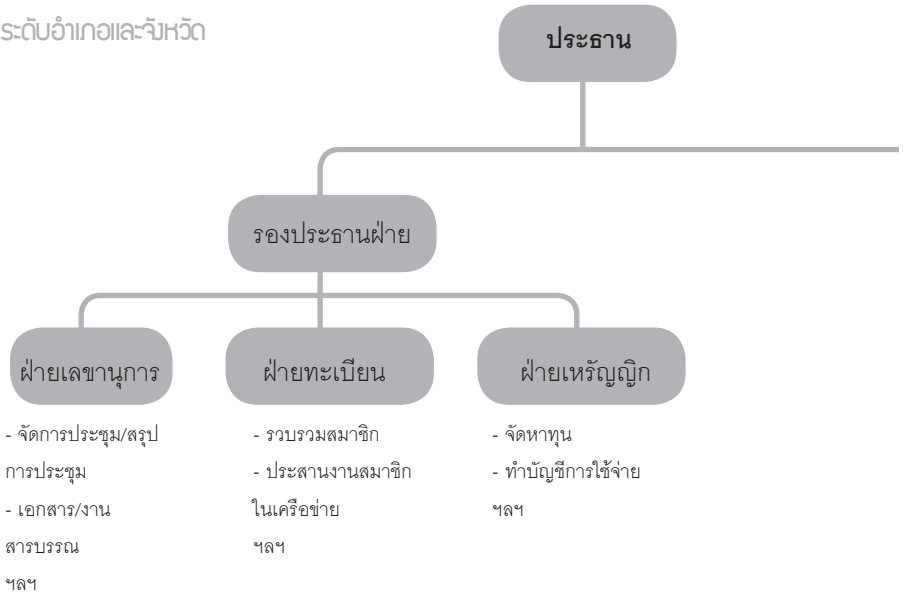
ระดับหมู่บ้าน



ระดับโรงเรียน



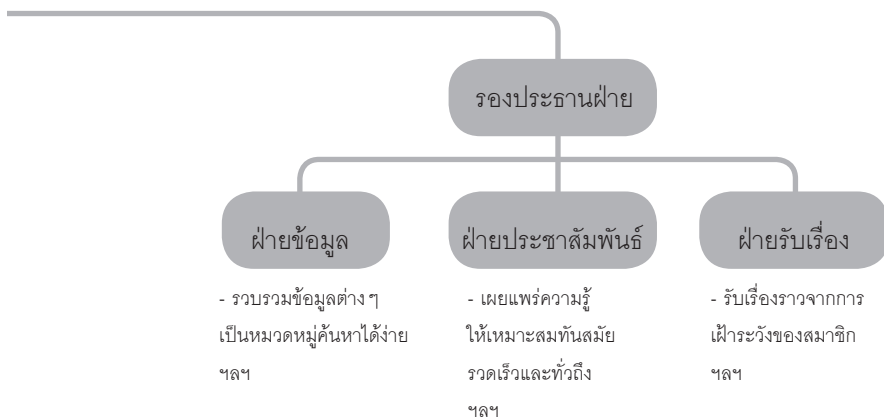
ระดับอำเภอและจังหวัด



1.2) ข้อมูลผลการดำเนินงานและระบบรายงาน

มีกระบวนการดำเนินงานดังนี้

1. รวบรวมหรือศึกษาข้อมูลการดำเนินงานของหน่วยงานและองค์กรต่างๆ เพื่อให้เห็นภาพความเคลื่อนไหวขององค์กร/เครือข่ายนั้นๆ ตลอดจนแนวโน้มและโอกาสต่างๆ เพื่อนำมาใช้ในการวางแผนการดำเนินงาน
2. สรุปข้อมูลเป็นช่วงๆ เช่น รายไตรมาส หรือรายปี เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐาน (Baseline data) ในการวางแผนการดำเนินงานในระยะต่อไป



1.3) ข้อมูลวิชาการที่เกี่ยวข้อง

มีกระบวนการดำเนินงานดังนี้

1. รวบรวมข้อมูลทางวิชาการ หรือหาช่องทางในการเชื่อมโยงข้อมูลทางวิชาการที่จำเป็น ที่เกี่ยวข้องกับผลิตภัณฑ์สุขภาพที่พบเห็นในชุมชน เช่น รวบรวมเป็นเอกสาร เว็บไซต์ต่าง ๆ
2. จัดระบบในการเก็บรวบรวมให้เป็นหมวดหมู่ ง่ายแก่การค้นคว้า ในกรณีเร่งด่วน

2- การพัฒนาศักยภาพ (Empowerment)

วัตถุประสงค์

การดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุขให้มีประสิทธิภาพ เกษตรกรผู้ปฏิบัติหน้าที่จำเป็นจะต้องใช้องค์ความรู้ในการเสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับกลุ่มต่างๆ ในชุมชน ทั้งกลุ่มผู้บริโภค และกลุ่มผู้ประกอบการ โดยในกลุ่มผู้บริโภค จะมุ่งเน้นความรู้ความเข้าใจในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการบริโภค เช่น ความรู้ในการเลือกซื้อ เลือกใช้ ผลิตภัณฑ์สุขภาพอย่างปลอดภัย การตรวจสอบคุณภาพเบื้องต้นของผลิตภัณฑ์ สิทธิผู้บริโภค ช่องทางการร้องเรียน ส่วนในกลุ่มผู้ประกอบการ จะมุ่งเน้นความรู้ในเรื่องกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับผลิตภัณฑ์สินค้าของตนเอง แนวทางการพัฒนาคุณภาพผลิตภัณฑ์ให้ได้มาตรฐาน ฯลฯ

2.1) การส่งเสริมและเสริมสร้างความเข้มแข็งของเครือข่ายผู้บริโภคในชุมชน

มีกระบวนการดำเนินงานดังนี้

1. ศึกษาชุมชนและเครือข่ายต่างๆ ในชุมชน คัดเลือกกลุ่มเป้าหมายที่มีความสนใจในงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ โดยอาจจะแยกตามกลุ่มผลิตภัณฑ์ เช่น ผลิตภัณฑ์เครื่องสำอางซึ่งกลุ่มเป้าหมายคือผู้หญิงที่ทำงานในโรงงาน ผลิตภัณฑ์อาหารซึ่งกลุ่มเป้าหมายคือกลุ่มแม่บ้านที่ต้องปรุงอาหารเอง
2. ลงพื้นที่ในชุมชน เพื่อพูดคุยแลกเปลี่ยนมุมมองและแนวคิด ทางด้านการคุ้มครองผู้บริโภค เพื่อสร้างความตระหนักและการมีส่วนร่วมในเรื่องปัญหาจากการบริโภค
3. จัดประชุมหรือร่วมประชุม ตลอดจนจัดทำแผนพัฒนาเครือข่าย

การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุขร่วมกัน ได้แก่ แผนพัฒนาความรู้ และแผนพัฒนาระบบเฝ้าระวัง โดยมีกิจกรรมต่างๆ เช่น การตรวจสอบ ราคาสินค้า การตรวจสอบโฆษณา การทดสอบสารปนเปื้อนด้วยชุด ทดสอบเบื้องต้น กิจกรรมรณรงค์ต่างๆ การส่งเสริมและพัฒนาศูนย์เรียนรู้ และเฝ้าระวังเพื่อคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุขในชุมชน

2.2) การพัฒนาศาสนาประกอบการในชุมชนให้ได้มาตรฐาน

การดำเนินงานคือให้คำปรึกษาแนะนำแก่ผู้ประกอบการด้านวิชาการ ในเรื่องที่เกี่ยวข้อง เช่น การจัดเตรียมสถานที่ให้ถูกต้องเหมาะสมตาม มาตรฐาน ความรู้เกี่ยวกับการผลิตอาหารปลอดภัย การจัดเก็บยาอย่าง เหมาะสมตามหลักวิชาการ ทั้งนี้หากมีรายละเอียดมาก อาจส่งต่อหรือ ประสานไปยังเภสัชกรที่เป็นพนักงานเจ้าหน้าที่ โรงพยาบาลชุมชน หรือ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

3- การเฝ้าระวังและบริหารจัดการความเสี่ยง (Risk management)

วัตถุประสงค์

ในขณะที่ทรัพยากรทั้งงบประมาณและบุคลากรค่อนข้างจำกัด เภสัชกรผู้ปฏิบัติหน้าที่จำเป็นจะต้องประยุกต์ใช้แนวทางการเฝ้าระวังและ การบริหารจัดการความเสี่ยงมาใช้ในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้าน สาธารณสุขให้มีประสิทธิภาพมากที่สุด ซึ่งนอกจากจะเป็นการบริหาร ทรัพยากรอย่างสมประโยชน์แล้ว ยังเป็นการป้องกันปัญหาจากการบริโภค ซึ่งจะดีกว่าการตามแก้ปัญหาเมื่อผู้บริโภคได้รับอันตรายมาแล้ว

Model ของ Risk Management มีหลาย Model แต่ในที่นี้ขอแนะนำ Model ต่อไปนี้ เป็นแนวทางในการดำเนินงาน



มีกระบวนการดำเนินงานดังนี้

๒ การประเมินความเสี่ยง (Risk assessment)

๒.๑ การบ่งชี้อันตรายจากความเสี่ยง (Risk Identification)

โดยการลงพื้นที่ในชุมชนตลอดจนการเยี่ยมบ้าน เพื่อสำรวจสภาพปัญหาผลิตภัณฑ์สุขภาพ ทั้งในครัวเรือนและในชุมชน และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์เพื่อให้เห็นสถานการณ์ปัญหาด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชนในด้านต่างๆ เช่น ปัญหาการบริโภคยาชุด ยาสแตียรอยด์ การบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหารจากการหลงเชื่อโฆษณา การบริโภคอาหารที่มีสารปนเปื้อนอันตราย ฯลฯ ตัวอย่างกิจกรรมได้แก่

- กลุ่มผู้ป่วยที่มาใช้บริการใน หน่วยบริการปฐมภูมิ (อาจจะบูรณาการร่วมกับ Home Health care) ศึกษาข้อมูลปัญหาที่ส่งต่อจาก รพช. เช่น ผู้ป่วยที่ admit เป็น Cushing's syndrom จากการใช้ยาชุด/ยาลูกกลอน

ที่ผสม steroid, ผู้ป่วยที่มีอาการเลือดออกในกระเพาะจากการใช้ยาในกลุ่ม NSAID

- การสำรวจปัญหาการใช้ยาในชุมชน/กลุ่มต่างๆ
- การเยี่ยมบ้านเพื่อสำรวจพฤติกรรมการใช้ยา ตลอดจนผลิตภัณฑ์สุขภาพในผู้ป่วยและครอบครัว

- การทดสอบสารปนเปื้อนด้วยชุดทดสอบเบื้องต้น เช่น ทดสอบอาหารในโรงเรียน ทดสอบเครื่องสำอางในตลาดนัด

- การตรวจแนะนำร้านค้า/ร้านชำ เพื่อสำรวจฉลากและเอกสารสิ่งพิมพ์โฆษณาที่ไม่ถูกต้อง

- การตรวจสอบโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่ถูกต้องทางวิทยุชุมชน

- การตรวจเฝ้าระวังรถเร่และจำหน่ายผลิตภัณฑ์ที่ไม่ถูกต้อง ฯลฯ

ในระยะแรกๆการทำงานอาจจะเลือกกลุ่มเป้าหมายเล็กๆ ที่ทำงานแล้วประสบผลสำเร็จได้ง่ายก่อน เช่น ร้านค้าในโรงเรียน ร้านอาหารในโรงเรียน ลินค้าในสหกรณ์ ยาในห้องปฐมพยาบาล แล้วค่อยขยายกลุ่มเป้าหมายให้กว้างขึ้น

1.2) การสำรวจความเสี่ยง (Exposure assessment)

นำข้อมูลความเสี่ยงที่ได้บ่งชี้ (ในข้อ 1.1) มาวิเคราะห์ในด้านต่างๆ เช่น ขนาดของปัญหา ความรุนแรงของปัญหา ความตระหนักของชุมชน ในการแก้ไขปัญหา ตลอดจนความยากง่ายในการแก้ไขปัญหา เพื่อให้เห็นสภาพของปัญหาทั้งระบบ

1.3) การอธิบายลักษณะความเสี่ยง (Risk characterization)

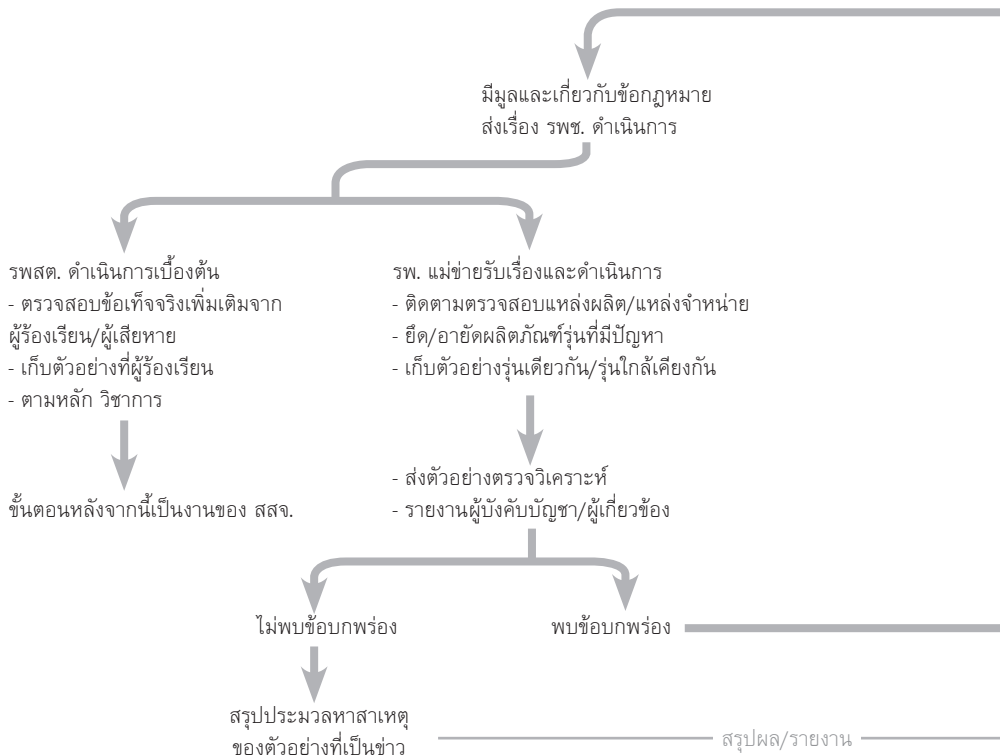
หากนำความเสี่ยงที่ได้บ่งชี้และประเมิน (ในข้อ 1.1 และ 1.2) มาอธิบายลักษณะความเสี่ยง ซึ่งจะทำให้เราเห็นแนวทางในการแก้ไขปัญหาทั้งระบบ ตลอดจนความเร่งด่วนในการแก้ไขปัญหา

2) การจัดการความเสี่ยง (Risk Management)

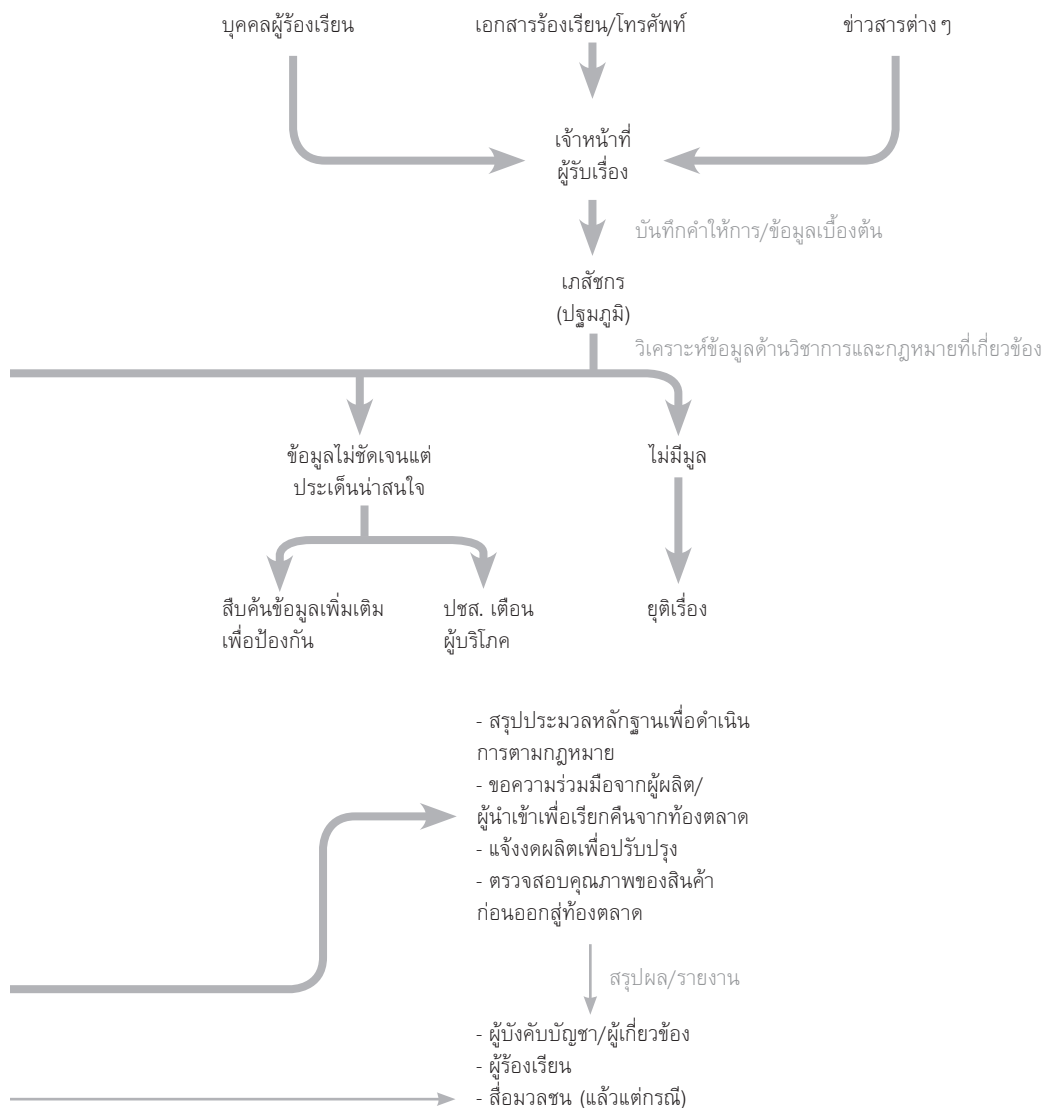
วางแผนงานในการบริหารความเสี่ยง เพื่อป้องกันและเฝ้าระวังปัญหา
การบริโภคด้านสาธารณสุข โดยกลวิธีต่าง ๆ เช่น

2.1) การลดปัจจัยเสี่ยง (Risk minimization)

โดยจัดให้มีระบบรับเรื่องร้องเรียนในหน่วยบริการปฐมภูมิ และหากมี
ความพร้อมอาจจะพัฒนาเป็นศูนย์เฝ้าระวังความปลอดภัยจากการใช้
ผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชน ดังแผนภูมิที่ 6



แบบภูมิที่ 6 การรับและตรวจสอบเรื่องราวเรียนและฝ่าระวีความเสี่ยงในชุมชน



เอกสารที่ต้องใช้งาน :

- บันทึกการตรวจสถานที่
- บันทึกคำให้การ
- บันทึกการเก็บตัวอย่าง

ขั้นตอนการเก็บตัวอย่าง

1. พิจารณาของที่จะทำการเก็บตัวอย่างว่าเป็นผลิตภัณฑ์ประเภทใด เก็บรักษาในสภาพที่เหมาะสม

2. จำแนกตัวอย่างตามประเภท รุ่นที่ผลิต

3. นับของตามที่แยกไว้แต่ละประเภท

4. เขียนบันทึกการเก็บตัวอย่าง

- วันที่ เวลา ที่ทำบันทึก
- ชื่อ ที่อยู่ สถานที่

- รายละเอียดของที่เก็บตัวอย่างโดยละเอียด (เช่น ชื่อ ประเภท รายละเอียดผลิตภัณฑ์ รายละเอียดคนลาก เช่น สถานที่ผลิต วัน เดือน ปี ที่ผลิต ที่หมดอายุ เลขทะเบียน เลขลำดับการผลิต จำนวนที่ยึด ฯลฯ)

5. บรรจุและปิดผนึกของในภาชนะหรือซองบรรจุ และบริเวณผนึกให้ผู้ประกอบการ/ผู้ร้องเรียนแล้วแต่กรณีและเจ้าหน้าที่อย่างน้อย 2 คน โดยอย่างน้อย 1 คน เป็นพนักงานเจ้าหน้าที่ ลงลายมือชื่อ พร้อม วัน เดือน ปี บริเวณ ผนึก

6. การลงลายมือชื่อ

- ให้ผู้ประกอบการ/ผู้ร้องเรียน ลงลายมือชื่อ ร่วมกับ ลายมือชื่อพนักงานเจ้าหน้าที่ในท้ายบันทึกและทุกบริเวณที่ทำการแก้ไขข้อความ พร้อมลายมือชื่อพยาน (ถ้ามี)

- กรณีเก็บตัวอย่างจากสถานที่ผลิต และผู้ประกอบการไม่ยอมลงลายมือชื่อ ให้พนักงานเจ้าหน้าที่ลงลายมือชื่อท้ายบันทึก พร้อมหาพยาน

อีกคน ลงลายมือชื่อ

7. มอบสำเนาบันทึกการเก็บตัวอย่างให้ผู้ประกอบการ และให้ผู้ประกอบการเซ็นรับสำเนา

8. นำของที่ทำการเก็บตัวอย่างพร้อมบันทึกการเก็บตัวอย่างตัวจริง ส่งให้กับทางกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โดยด่วน เพื่อดำเนินการส่งตัวอย่างตรวจวิเคราะห์ (ขึ้นกับแต่กรณี)

2.2) การกำจัดความเสี่ยง

ในกรณีที่พบปัญหาเภสัชกรในหน่วยบริการปฐมภูมิ จะต้องลงไปดำเนินการแก้ไขให้ถูกต้อง หากเกินศักยภาพ จำเป็นต้องรายงานปัญหาดังกล่าวให้พนักงานเจ้าหน้าที่ระดับอำเภอและจังหวัดทราบโดยด่วน เพื่อร่วมมือกันดำเนินการแก้ไขโดยด่วน

2.3) การติดตามกบฏความเสี่ยง (Risk monitoring and review)

เภสัชกรในหน่วยบริการปฐมภูมิลงพื้นที่เพื่อติดตามสภาพปัญหาดังกล่าว เพื่อป้องกันมิให้เกิดปัญหาซ้ำ ตลอดจนประเมินประสิทธิภาพของการดำเนินงานว่าได้ผลมากน้อยเพียงไร

2.4) การใช้นโยบาย (Policy)

เภสัชกรในหน่วยบริการปฐมภูมินำนโยบายต่างๆ ของส่วนกลาง ไปชี้แจงยังผู้ประกอบการ ตลอดเครือข่ายต่างๆ ให้รับทราบร่วมกัน และถือเป็นนโยบายร่วมกันที่ชุมชนต้องรับรู้และร่วมกันดำเนินการ

3) การสื่อสารความเสี่ยง (Risk Communication)

3.1) Interactive

เกสัชกรในหน่วยบริการปฐมภูมิ ให้คำปรึกษาในด้านวิชาการและด้านอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโรค ตลอดจนดำเนินกิจกรรมอื่นๆ เช่น สนับสนุนสื่อ เอกสารต่างๆ ในการเผยแพร่ความรู้

3.2) Exchange Information

เกสัชกรในหน่วยบริการปฐมภูมิ รวบรวมและสื่อสารข้อมูลต่างๆ ไปยังหน่วยงานต่างๆ ทั้งระดับชุมชน อำเภอและจังหวัด เพื่อนำไปสู่การเฝ้าระวังความปลอดภัยจากการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพทั้งระบบ

ผลลัพธ์ของงาน

1. มีระบบฐานข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ
 - 1.1 ครบถ้วน
 - 1.2 ถูกต้อง
 - 1.3 เป็นปัจจุบัน
2. มีเครือข่ายผู้บริโภคที่เข้มแข็ง
 - 2.1 มีการจัดทำแผน/กิจกรรม งานคุ้มครองผู้บริโภคร่วมกัน
 - 2.2 มีกิจกรรมต่อเนื่อง
3. มีระบบเฝ้าระวังและบริหารจัดการความเสี่ยงที่มีประสิทธิภาพ
 - 3.1 มีผังหรือแนวทางการดำเนินงานชัดเจน
 - 3.2 มีการปฏิบัติได้ตามแผน

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

ງານສົ່ງເສີມການພັດທະນາຕົນເອງດ້ານສຸຂະພາບແລະສະໝຸດໄຟຣ

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

งานบริการปฐมภูมิเป็นงานบริการสาธารณสุขภาครัฐที่เน้นภารกิจในด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชน ซึ่งการมีส่วนร่วมของชุมชนนับเป็นปัจจัยสำคัญยิ่ง การสนับสนุนและส่งเสริมความสามารถในการพึ่งตนเองด้านสุขภาพของประชาชนที่มีอยู่แล้วในทุกระดับให้เข้มแข็งนับเป็นบทบาทหนึ่งที่สำคัญ ที่หน่วยบริการปฐมภูมิซึ่งเป็นหน่วยบริการสาธารณสุขที่อยู่ใกล้ชิดชุมชนมากที่สุดจะต้องมีส่วนร่วมในการดำเนินการ

ความสามารถในการพึ่งตนเองด้านสุขภาพ หมายถึง การที่ชุมชนมีข้อมูล มีความรู้ที่ถูกต้องและมีศักยภาพในการเลือก/การตัดสินใจเลือกวิธีการดูแลสุขภาพรวมถึงการจัดการความเจ็บป่วยส่วนหนึ่งของตนที่เหมาะสมและเท่าทัน

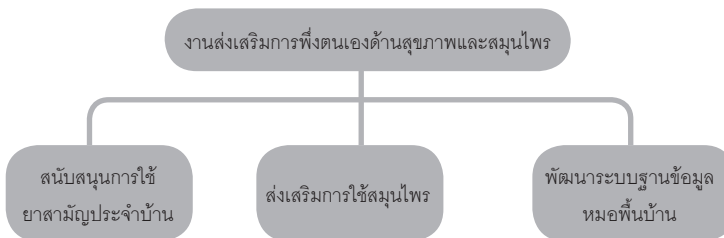
งานส่งเสริมการพึ่งตนเองด้านสุขภาพและสมุนไพร ที่กล่าวถึงในที่นี้ มุ่งเน้นการส่งเสริมการพึ่งตนเองด้านสุขภาพเพื่อให้เกิดการใช้ยาที่เหมาะสมในชุมชน โดยมีเป้าหมาย (1) เพื่อให้ประชาชนตระหนักและมีพฤติกรรมการใช้ยาที่เหมาะสม ถูกต้อง ปลอดภัย ซึ่งหมายรวมถึง การไม่ใช้ยาด้วยถ้าไม่จำเป็น (2) เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงยาจำเป็น เพื่อดูแลสุขภาพ

ตนเองได้อย่างครอบคลุม (3) เพื่อร่วมกับชุมชนในการค้นหาแหล่งทรัพยากรด้านสุขภาพ ได้แก่ สมุนไพร หมอพื้นบ้านและพัฒนาศักยภาพการนำทรัพยากรนั้นมาใช้ในการดูแลสุขภาพอย่างถูกต้อง ปลอดภัย โดยการนำองค์ความรู้ทางเภสัชศาสตร์เข้าไปประยุกต์ใช้ ผสมผสานกับองค์ความรู้และประสบการณ์ที่มีอยู่ในชุมชนให้สอดคล้องกับบริบทของชุมชนนั้น

เภสัชกรผู้ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ จึงมีบทบาทสำคัญในการดำเนินงานฟื้นฟูส่งเสริมสนับสนุนการพึ่งตนเองด้านสุขภาพและสมุนไพรเพื่อให้เกิดการใช้ยาที่เหมาะสมในชุมชน โดยมีแนวทางการดำเนินงานที่เป็นรูปธรรมเบื้องต้นดังนี้

- 1- การสนับสนุนการใช้ยาสามัญประจำบ้าน
- 2- การส่งเสริมการใช้สมุนไพร
- 3- การพัฒนาระบบฐานข้อมูลหมอพื้นบ้าน

แผนภูมิที่ 7 กรอบงานส่งเสริมการพึ่งตนเองด้านสุขภาพและสมุนไพร

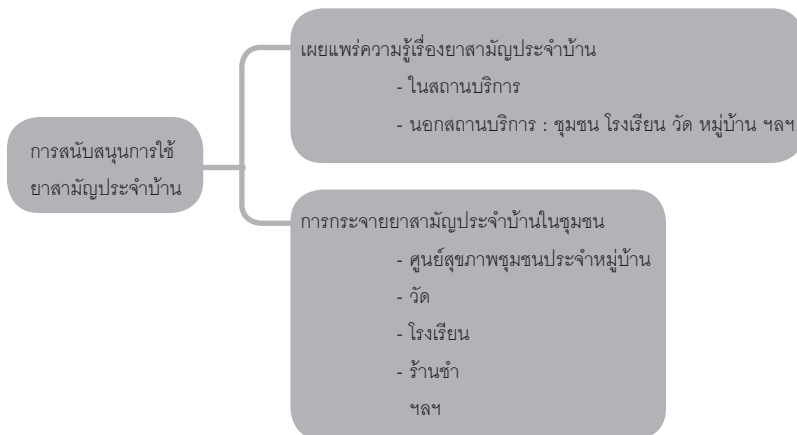


1- การสนับสนุนการใช้ยาสามัญประจำบ้าน

วัตถุประสงค์

ยาสามัญประจำบ้าน คือ ยาที่กระทรวงสาธารณสุขได้พิจารณาคัดเลือกแล้วว่าเป็นยาที่เหมาะสมที่จะให้ประชาชนหาซื้อมาใช้ได้ด้วยตนเอง เพื่อการดูแลรักษาอาการเจ็บป่วยเล็กๆ น้อยๆ ที่มักจะเกิดขึ้นได้ สามารถหาซื้อได้ทั่วไป โดยผู้ขายไม่ต้องขออนุญาต การสนับสนุนให้ประชาชนใช้ยาสามัญประจำบ้านแทนการใช้ยาอันตรายในการรักษาอาการเจ็บป่วยเบื้องต้น ถือเป็นการสนับสนุนการใช้ยารักษาตนเองอย่างเหมาะสม ที่ช่วยแก้ไขปัญหาสภาพและลดภาระของสถานพยาบาลได้ด้วย เกษตรกรผู้ปฏิบัติหน้าที่ จำเป็นต้องจัดระบบการสนับสนุนให้มีการกระจายยาสามัญประจำบ้านอย่างมีคุณภาพและมีประสิทธิภาพเพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงได้ง่าย ต้องสื่อสารเผยแพร่ความรู้ในเรื่องของการใช้ยา ข้อควรระวัง การเก็บรักษา ฯลฯ ให้ประชาชนได้รับรู้ นำสู่พฤติกรรมการใช้ยาที่เหมาะสม

แบบภูมิที่ 8 กรอบการสนับสนุนการใช้ยาสามัญประจำบ้าน



การสนับสนุนการใช้ยาสามัญประจำบ้าน ควรดำเนินการ 2 ด้านหลัก ดังนี้

1. เผยแพร่ความรู้เรื่องยาสามัญประจำบ้าน

เป็นการดำเนินงานต่อเนื่องจากการนำข้อมูลปัญหาการใช้ยาที่ได้มาจากการสำรวจ ควบคู่กับการให้ความรู้กับประชาชน ในเรื่องของอันตรายที่เกิดจากการใช้ยาอย่างไม่เหมาะสมที่พบจากการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคในหน่วยบริการปฐมภูมิ การเผยแพร่ความรู้เรื่องยาสามัญประจำบ้านเพื่อให้เกิดการใช้ยาที่ถูกต้อง เหมาะสม เป็นสิ่งที่เภสัชกรควรดำเนินการให้ครอบคลุมและมีความต่อเนื่อง โดยมีกระบวนการดำเนินการดังนี้

1.1 กำหนดกลุ่มเป้าหมายที่จะดำเนินการ กลุ่มเป้าหมายที่จะดำเนินการควรมีความครอบคลุมทั้งผู้ให้บริการ/จำหน่าย ผู้บริโภค และผู้ที่ทำการสื่อสารให้เกิดความเข้าใจอย่างต่อเนื่อง เช่น ร้านชำ อสม. พระภิกษุ ครู นักเรียน ผู้มารับบริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิ ประชาชนทั่วไป นักจัดรายการเสียงตามสาย/วิทยุ โดยอาจพิจารณาจากกลุ่มเป้าหมายเชื่อมโยงกับการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคที่ได้จากการดำเนินการพัฒนาระบบฐานข้อมูล

1.2 คิดค้นสื่อ รูปแบบวิธีการสื่อสาร ที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย และสภาพแวดล้อมและมีความต่อเนื่อง โดยมุ่งเน้นให้ประชาชนได้ตระหนักถึงความปลอดภัยอันเกิดจากการใช้ยา การเก็บรักษาที่ถูกต้องและนำไปสู่การปฏิบัติ ได้แก่ การใช้สื่อทัศนูปกรณ์ต่างๆ การจัดนิทรรศการ การสอน/ฝึกอบรม การให้ข้อมูลผ่านหอกระจายข่าว เสียงตามสาย การใช้สื่อบุคคล การจัดมุมแสดงตัวอย่างภายในสถานบริการ

1.3 กำหนดช่วงระยะเวลาการดำเนินการ ให้สอดคล้องกับกลุ่มเป้าหมายและควรมีการประสานกับหน่วยงานอื่นๆ ในการจัดโปรแกรม เพื่อให้การทำงานมีประสิทธิภาพ

1.4 วิเคราะห์และประเมินผลการดำเนินการ ทั้งเชิงกระบวนการและผลลัพธ์ในการดำเนินงาน เพื่อนำมาพัฒนาปรับปรุงรูปแบบวิธีการการสื่อสาร ให้เกิดความเหมาะสมสอดคล้องและบรรลุวัตถุประสงค์ เช่น การประเมินความรู้ การติดตามเยี่ยมโดยผสมผสานไปกับการลงพื้นที่ในงานอื่น ๆ

2. การกระจายยาสามัญประจำบ้านในชุมชน

เป็นการดำเนินการต่อเนื่องเชื่อมโยงกับงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านยาในชุมชน เพื่อแก้ไขปัญหาการกระจายยาไม่เหมาะสมในชุมชน สิ่งที่เกี่ยวข้องที่ต้องคำนึงถึงควบคู่ไปด้วยคือคุณภาพในการเก็บรักษา ยา ณ แหล่งที่มีการให้บริการยาสามัญประจำบ้าน โดยมีกระบวนการดังนี้

2.1 ร่วมกำหนดแหล่งกระจายยาสามัญประจำบ้านกับชุมชน ได้แก่ ศูนย์สุขภาพชุมชนประจำหมู่บ้าน (ศสมช.) วัด โรงเรียน ร้านชำ ฯลฯ

2.2 จัดระบบการสำรองและจำหน่ายยาสามัญประจำบ้านให้กับแหล่งกระจายยาสามัญประจำบ้านในชุมชน ถ้าเป็นไปได้อาจให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการเป็นเจ้าของทั้งในด้านการเงินและ/หรือการบริหารจัดการด้วยจะทำให้เกิดความเข้มแข็งในการดำเนินงานมากขึ้น

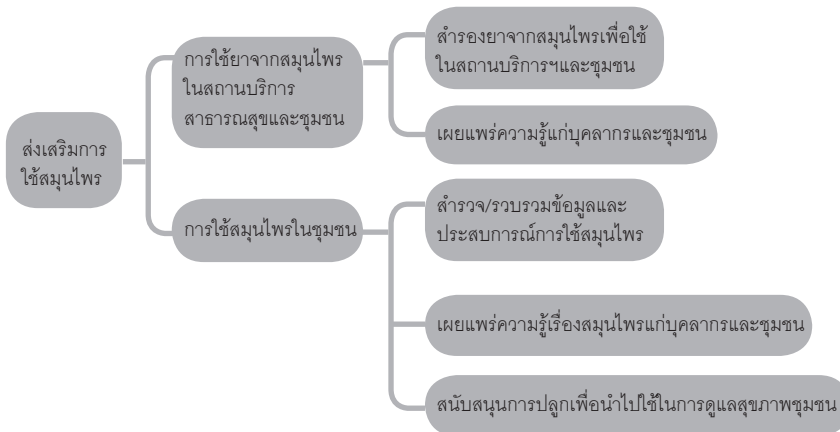
2.3 มีการนิเทศ ติดตาม ประเมิน วิเคราะห์ และรายงานผลให้ผู้เกี่ยวข้อง ทั้งภายในหน่วยงานและชุมชน ได้นำไปใช้ประกอบการพัฒนาปรับปรุงแก้ไขปัญหา ทั้งนี้อาจดำเนินการผสมผสานกับการลงพื้นที่ร่วมกับงานอื่นๆ ในชุมชนที่องค์กรชุมชนเข้มแข็งควรให้ชุมชนมีส่วนร่วมในกระบวนการนี้ด้วย

2- การส่งเสริมการใช้สมุนไพร

วัตถุประสงค์

การส่งเสริมการใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพอย่างถูกต้องปลอดภัย ถือเป็นภารกิจตนเองด้านสุขภาพที่สำคัญที่ต้องสร้างให้เกิดความตระหนักในทุกกระดับ เกษัชกรผู้ปฏิบัติหน้าที่จำเป็นต้องใช้องค์ความรู้ทางวิชาการเข้ามาประยุกต์ผสมผสานกับองค์ความรู้และประสบการณ์การใช้ที่มีอยู่ในชุมชนอย่างเหมาะสม ตลอดจนจัดให้มีการนำยาสมุนไพรตามบัญชียาจากสมุนไพร พ.ศ. 2549 มาใช้ในการดูแลรักษาผู้ป่วยในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐและในชุมชน โดยมีเป้าหมายเพื่อให้เกิดความปลอดภัยในการใช้สมุนไพรเพื่อการพึ่งตนเองตั้งแต่ระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน จนถึงระดับชาติ

แผนภูมิที่ 9 กรอบการส่งเสริมการใช้สมุนไพร



การส่งเสริมการใช้สมุนไพร ควรมีการดำเนินการดังนี้

**1. การจัดให้มีการใช้ยาจากสมุนไพรตามบัญชียาจากสมุนไพร
ในสถานบริการสาธารณสุขและชุมชน** (สามารถดำเนินการควบคู่กับ
การสนับสนุนการใช้ยาสามัญประจำบ้าน) ควรมีการดำเนินการโดย

1.1 จัดให้มีระบบการสำรองยาจากสมุนไพรตามบัญชียาจาก
สมุนไพร พ.ศ. 2549 เพื่อให้บริการผู้ป่วยที่มารับบริการที่หน่วยบริการ
ปฐมภูมิและหน่วยที่เป็นแหล่งกระจายยาในชุมชนอย่างพอเพียง

1.2 เผยแพร่ความรู้ให้แก่บุคลากรทางสาธารณสุขและประชาชน
เพื่อให้เกิดการใช้ยาอย่างถูกต้อง ปลอดภัยในยามเจ็บป่วยที่มีความจำเป็น
ต้องใช้ยา

2. การส่งเสริมและฟื้นฟูการใช้สมุนไพรในชุมชน

โดยเน้นการส่งเสริมการใช้สมุนไพรในงานสาธารณสุขมูลฐาน ซึ่ง
ส่วนใหญ่เป็นผักพื้นบ้านซึ่งถือเป็นสมุนไพรที่มีในท้องถิ่นที่ใช้เป็นอาหารอยู่
แล้ว และยังสามารถนำมาใช้ในการดูแลสุขภาพเบื้องต้นทั้งในด้านการ
ป้องกัน รักษาอาการหรือโรคที่ไม่ซับซ้อน รวมถึงสมุนไพรที่มีการใช้อยู่
ในท้องถิ่นและได้ผลดี สิ่งที่เหมาะสมควรดำเนินการมีดังนี้

2.1 สำรวจ รวบรวมข้อมูลทางวิชาการและประสบการณ์การใช้สมุนไพร
อย่างเป็นระบบ จากแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือ เช่น กรมวิทยาศาสตร์
การแพทย์ สถาบันการศึกษาที่เกี่ยวข้อง หมอยาพื้นบ้าน โดยคำนึงถึงความ
ปลอดภัยเป็นหลัก

2.2 เผยแพร่ความรู้แก่บุคลากรทางสาธารณสุขและประชาชน ทั้งใน
ด้านประโยชน์ของการใช้สมุนไพร ข้อควรระวังหรืออาการข้างเคียงที่อาจ
เกิดขึ้นถ้าใช้ไม่ถูกต้อง และในการเผยแพร่ฯ ควรแสดงให้เห็นตัวอย่างพืช
สมุนไพรพร้อมชื่อประกอบด้วย เพื่อป้องกันการสับสนจากการเรียกชื่อที่
แตกต่างกันในแต่ละท้องถิ่น

2.2.3 สนับสนุนให้มีการปลูก/กระจายพันธุ์ เพื่อสามารถนำมาใช้ในการดูแลสุขภาพชุมชนได้ไม่ขาดแคลน ทั้งในส่วนของสมุนไพรในงานสาธารณสุขมูลฐานที่นิยมใช้ รวมถึงพืชสมุนไพรในท้องถิ่นที่ได้ผลดี

3- การพัฒนาระบบฐานข้อมูลหมอพื้นบ้าน

วัตถุประสงค์

การดำเนินงานส่งเสริมการพึ่งตนเองด้านสุขภาพและสมุนไพรให้เข้มแข็งมีความปลอดภัย เกษัชกรจะต้องปฏิบัติหน้าที่ในการค้นหา รวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลด้านศักยภาพที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพและสมุนไพรที่มีอยู่ในชุมชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งหมอพื้นบ้านซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของระบบสุขภาพชุมชนที่สำคัญ ในการพัฒนาระบบฐานข้อมูลหมอพื้นบ้านควรมีการดำเนินการดังนี้

3.1 สำรวจ รวบรวมข้อมูลหมอพื้นบ้านในชุมชน ประกอบด้วยข้อมูลต่าง ๆ เช่น ข้อมูลส่วนบุคคล ความเชี่ยวชาญ/ความถนัด ประสบการณ์ในการให้การรักษ เป็นต้น

3.2 จัดเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบ

3.3 วิเคราะห์จุดอ่อนจุดแข็งเพื่อหาแนวทางในการสนับสนุนเพื่อให้เกิดความปลอดภัยกับประชาชนผู้รับบริการ

บรรณานุกรม

1. ปรีดา เต๋ออารักษ์ และคณะ. (2543). **ข้อเสนอการพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับต้นของไทยในการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติและใน (ร่าง) พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ**. นนทบุรี: สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.
2. วิจิตร ศรีสุพรรณและคณะ. (2544). **รูปแบบการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในชุมชน**. เอกสารประกอบการสัมมนาพยาบาลศาสตร์ศึกษาแห่งชาติครั้งที่ 3 เรื่องการพัฒนากิจการศึกษาศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตเพื่อตอบสนองการปฏิรูประบบบริการสุขภาพไทย วันที่ 23-25 กรกฎาคม พ.ศ. 2544 ณ โรงแรมดิเอ็มเมอรัลด์ กรุงเทพมหานคร. กรุงเทพฯ: ศักดิโสภารการพิมพ์.
3. ผศ.ภก.ดร.วิจิต เปานิล. (2552). **แนวคิดในการฟื้นฟูศักยภาพการพึ่งตนเองด้านสุขภาพของชุมชน กรณีตัวอย่างการฟื้นฟูศักยภาพการใช้สมุนไพรและการใช้ยาเพื่อรักษาตนเองอย่างเหมาะสม**. เอกสารประกอบการจัดทำคู่มือสำหรับเภสัชกรในการดำเนินงานเภสัชกรรมในหน่วยบริการปฐมภูมิ

4. ศรีสุตา ศิลาโชติ. ผลของการแทรกแซงหลายรูปแบบต่อการเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารคลังเวชภัณฑ์ของศูนย์สุขภาพชุมชนและสถานีอนามัย อำเภอปากพนัง จังหวัดนครศรีธรรมราช. วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิตคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, 2549.
5. บัญชียาจากสมุนไพร พ.ศ. 2549
6. ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัสดุ พ.ศ. ๒๕๓๕
7. พระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510 และฉบับแก้ไขเพิ่มเติม
8. พระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. 2522
9. พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541

ภาคผนวก 1

แบบประเมินการดำเนินงานเภสัชกรรมปฐมภูมิ

หัวข้อประเมิน

1. การดำเนินงานให้มีบุคลากรวิชาชีพเภสัชกรรม

1.1 มีเภสัชกรรับผิดชอบประจำในการพัฒนางานเภสัชกรรมปฐมภูมิ

2. การพัฒนาระบบยาของหน่วยบริการปฐมภูมิ งานบริหารเวชภัณฑ์ในงานเภสัชกรรมปฐมภูมิ

2.1 มีการจัดเก็บเวชภัณฑ์ยาในสถานที่เหมาะสม คือ

2.1.1 มีความมั่นคง ถาวร มีระบบป้องกันยาสูญหาย

2.1.2 สะอาด

2.1.3 อากาศถ่ายเทสะดวก

2.1.4 ป้องกันแสงแดด และความชื้น

2.1.5 มีการควบคุมอุณหภูมิ หรือการบันทึกอุณหภูมิอย่างสม่ำเสมอ

2.2 มีการจัดเก็บยาอย่างเหมาะสม คือ

2.2.1 ไม่วางยาบนพื้นโดยตรง

2.2.2 แยกเป็นหมวดหมู่

(ตามบริบทของหน่วยบริการ)

2.3 การจัดการและการเก็บวัคซีน (แยกประเมินเพิ่มเฉพาะ)

2.3.1 มีการบันทึกอุณหภูมิตู้เย็นและอุณหภูมิอยู่ในเกณฑ์มาตรฐานอย่างสม่ำเสมอ

2.3.2 การเก็บวัคซีนถูกต้องตามชนิดและความไวต่ออุณหภูมิ

2.4 มีบัญชีควบคุมการเบิกจ่ายยา และบันทึกข้อมูลถูกต้อง เป็นปัจจุบัน

2.5 ยาในคลังยามีจำนวนเพียงพอ และอัตราคงคลังไม่เกิน 3 เดือน

2.6 การเบิกจ่ายเวชภัณฑ์ มีการบันทึกการเบิกจ่ายเวชภัณฑ์ที่เป็นปัจจุบัน
จำนวนถูกต้องตรงกับทะเบียนควบคุมคลังยา

การให้คะแนน						หมายเหตุ/ ข้อเสนอแนะในการพัฒนา	เกณฑ์การประเมิน
4	3	2	1	0			
							มีเภสัชกรรับผิดชอบงานประจำหมายถึง มีเภสัชกรเป็นผู้ดำเนินงาน วางแผนงาน ควบคุม กำกับ ติดตาม การดำเนินงาน เภสัชกรรมปฐมภูมิของหน่วยบริการนั้น ๆ
							คะแนนเฉลี่ยไม่น้อยกว่า 3 คะแนน และไม่มีข้อใดที่ได้คะแนนน้อยกว่า ระดับ 2

0 = ไม่ได้ดำเนินงาน

1 = ดำเนินงานได้ไม่ครบถ้วนตามเกณฑ์ และเกิดผลเสียต่อเป้าหมายของงาน

2 = มีการดำเนินงานได้ไม่ครบถ้วนตามเกณฑ์ แต่ไม่มีประเด็นที่มีผลกระทบให้เกิดความเสียหายต่อเป้าหมายของงาน

3 = ดำเนินงานได้ครบถ้วนตามเกณฑ์

4 = ดำเนินงานได้ครบถ้วนตามเกณฑ์กำหนด และมีการดำเนินงานเพิ่มเติมที่แสดงให้เห็นถึงความก้าวหน้าในการพัฒนา

หัวข้อประเมิน

2.7	การเบิกจ่ายเวชภัณฑ์เป็นไปตามหลัก first expire in first expire out (FIFO)
2.8	ไม่มีเวชภัณฑ์เสื่อมสภาพ หรือหมดอายุ ทั้งในคลังยา และจุดบริการผู้ป่วย
2.9	มีการจัดระบบเพื่อให้ประชาชนเข้าถึงยาอย่างเหมาะสม
2.9.1	กรอบรายการยามีความเหมาะสมกับปัญหาด้านสุขภาพของชุมชน
2.9.2	กรอบรายการยามีความเหมาะสมกับศักยภาพ ผู้สั่งใช้ยา
2.9.3	มีการกำหนดหลักเกณฑ์หรือขอบเขตในการสั่งใช้ยาที่สอดคล้องกับศักยภาพของผู้สั่งใช้ยา
2.9.4	มีการส่งเสริมให้ประชาชนเข้าถึงยาสามัญประจำบ้านในชุมชน
2.10	มีกระบวนการติดตาม เพื่อส่งเสริมการจัดการยาของผู้ป่วย
2.10.1	มีกระบวนการในการสื่อสาร ให้ความรู้แก่ผู้ป่วย เพื่อให้มีการจัดการยาอย่างถูกต้องเหมาะสม
2.10.2	มีการส่งเสริมการจัดการยาของผู้ป่วยและญาติ ในการติดตามดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง
3.	การส่งมอบและให้คำแนะนำการใช้ยา
3.1	มีเภสัชกรให้บริการในกระบวนการส่งมอบและให้คำแนะนำการใช้ยา
3.2	บุคลากรที่ส่งมอบยา(กรณีเภสัชกรมอบอำนาจให้ดำเนินงานแทน) ได้รับการอบรมให้ความรู้ในการส่งมอบและให้คำแนะนำการใช้ยาโดยเภสัชกร
3.3	มีการกำหนดขอบเขตการสั่งใช้ยา และการส่งมอบยาให้สอดคล้องกับศักยภาพของผู้สั่งใช้ยา
3.4	มีระบบในการตรวจสอบความถูกต้องของยาก่อนส่งมอบ
3.5	มีการจัดทำเครื่องมือเพื่อส่งเสริมการใช้ยาของผู้ป่วยให้ถูกต้อง ปลอดภัย เช่น มีฉลากเสริม เอกสารความรู้ ฯลฯ
3.6	มีระบบในการเฝ้าระวัง และป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา
3.7	มีการบันทึกอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยาอย่างสม่ำเสมอ เป็นปัจจุบัน
3.8	มีการทบทวนอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยา และมีแนวทางการป้องกัน

	การให้คะแนน					หมายเหตุ/ ข้อเสนอแนะในการพัฒนา	เกณฑ์การประเมิน
	4	3	2	1	0		
							คะแนนเฉลี่ยไม่น้อยกว่า 3 คะแนน และไม่มีข้อใดที่ได้คะแนนน้อยกว่า ระดับ 2
							คะแนนเฉลี่ยไม่น้อยกว่า 3 คะแนน และไม่มีข้อใดที่ได้คะแนนน้อยกว่า ระดับ 2

0 = ไม่ได้ดำเนินงาน

1 = ดำเนินงานได้ไม่ครบถ้วนตามเกณฑ์ และเกิดผลเสียต่อเป้าหมายของงาน

2 = มีการดำเนินงานได้ไม่ครบถ้วนตามเกณฑ์ แต่ไม่มีประเด็นที่มีผลกระทบให้เกิดความเสียหายต่อเป้าหมายของงาน

3 = ดำเนินงานได้ครบถ้วนตามเกณฑ์

4 = ดำเนินงานได้ครบถ้วนตามเกณฑ์กำหนด และมีการดำเนินงานเพิ่มเติมที่แสดงให้เห็นถึงความก้าวหน้าในการพัฒนา

หัวข้อประเมิน

4. การดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องทางเภสัชกรรม

4.1 มีการกำหนดกลุ่มเป้าหมายในการดูแลต่อเนื่อง เช่น กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

4.2 มีทะเบียนผู้ป่วยที่ต้องดูแลต่อเนื่อง

4.3 มีกระบวนการในการติดตามดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง เช่นการเยี่ยมบ้าน เป็นต้น

4.4 กลุ่มเป้าหมายได้รับการติดตาม ดูแล ต่อเนื่องตามเป้าหมายของหน่วยบริการไม่น้อยกว่าร้อยละ 60

4.5 กลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการติดตาม ดูแล ต่อเนื่องมีพฤติกรรมการบริโภคยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพเหมาะสม (โดยมีเกณฑ์การประเมินของหน่วยบริการ)

5. งานคุ้มครองผู้บริโภค

5.1 การพัฒนาระบบฐานข้อมูล (มีหรือสามารถเชื่อมโยงข้อมูลกับฐานข้อมูลอื่นๆ)

5.1.1 ข้อมูลกลุ่มผู้ประกอบการต่างๆ ครบถ้วน เป็นปัจจุบัน

5.1.2 ข้อมูลกลุ่มเครือข่ายด้านการคุ้มครองผู้บริโภคต่างๆ ครบถ้วน เป็นปัจจุบัน

5.1.3 มีแหล่งข้อมูลด้านวิชาการที่จำเป็น

5.1.4 มีการจัดเก็บที่สามารถเข้าถึงได้อย่างง่าย

5.1.5 มีระบบรายงานผลการดำเนินงานและมีการสรุปผลการดำเนินงาน

5.2 การพัฒนาศักยภาพ

5.2.1 มีแผนการลงพื้นที่และเยี่ยมเครือข่าย

5.2.2 มีการจัดทำแผน/กิจกรรมงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุขร่วมกับเครือข่าย

5.2.3 มีระบบการเยี่ยม/แนะนำผู้ประกอบการกลุ่มต่างๆ

5.3 การเฝ้าระวังและบริหารจัดการความเสี่ยง

5.3.1 มีแผนการสำรวจสถานการณ์ปัญหาการบริโภคด้านสาธารณสุขในชุมชน

5.3.2 มีการลงสำรวจสถานการณ์ปัญหาในพื้นที่

5.3.2.1 ในครัวเรือน

5.3.2.2 ในชุมชน

5.4 มีระบบรับเรื่องร้องเรียนและสามารถดำเนินการได้

5.5 มีการนำข้อมูลสถานการณ์ปัญหาที่พบมาจัดทำแผน/แนวทางแก้ไขปัญหา

5.6 มีกิจกรรมแก้ไข้ปัญหา

- 0 = ไม่ได้ดำเนินงาน
- 1 = ดำเนินงานได้ไม่ครบถ้วนตามเกณฑ์ และเกิดผลเสียต่อเป้าหมายของงาน
- 2 = มีการดำเนินงานได้ไม่ครบถ้วนตามเกณฑ์ แต่ไม่มีประเด็นที่มีผลกระทบให้เกิดความเสียหายต่อเป้าหมายของงาน
- 3 = ดำเนินงานได้ครบถ้วนตามเกณฑ์
- 4 = ดำเนินงานได้ครบถ้วนตามเกณฑ์ที่กำหนด และมีการดำเนินงานเพิ่มเติมที่แสดงให้เห็นถึงความก้าวหน้าในการพัฒนา

หัวข้อประเมิน

5.7 มีกิจกรรมการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์

5.8 มีการจัดทำแผนร่วมกับระดับอำเภอ/จังหวัด

6. การพึ่งพาตนเองด้านสมุนไพร และยาจากสมุนไพร

6.1 การสนับสนุนการใช้อยาสามัญประจำบ้าน

6.1.1 มีการเผยแพร่ความรู้เรื่องการใช้ยาสามัญประจำบ้านอย่างเป็นรูปธรรม

6.1.2 มีรายงานผลการประเมินความรู้เรื่องยาสามัญประจำบ้านของประชาชนในชุมชน

6.1.3 มีระบบการสนับสนุนยาสามัญประจำบ้านให้กับชุมชน

6.1.4 รายงานผลการนิเทศ ติดตามประเมินผลแหล่งกระจายยาสามัญประจำบ้าน

6.2 การส่งเสริมการใช้สมุนไพร

6.2.1 มีการใช้ยาจากสมุนไพรตามบัญชียาจากสมุนไพร พ.ศ. 2549 ในหน่วยบริการ

6.2.2 มีรายงานผลการประเมินความรู้เรื่องสมุนไพรของประชาชน/เจ้าหน้าที่สาธารณสุข

6.3 การพัฒนาระบบฐานข้อมูลหมอพื้นบ้าน

6.3.1 มีฐานข้อมูลหมอพื้นบ้านที่ครบถ้วนเป็นปัจจุบัน

6.3.2 ผลการวิเคราะห์จุดอ่อนจุดแข็งหมอพื้นบ้านเพื่อนำสู่การพัฒนา

การให้คะแนน						หมายเหตุ/ ข้อเสนอแนะในการพัฒนา	เกณฑ์การประเมิน
4	3	2	1	0			
							คะแนนเฉลี่ยไม่น้อยกว่า 3 คะแนน และไม่มีข้อใดที่ได้คะแนนน้อยกว่า ระดับ 2
							คะแนนเฉลี่ยไม่น้อยกว่า 3 คะแนน และไม่มีข้อใดที่ได้คะแนนน้อยกว่า ระดับ 2

0 = ไม่ได้ดำเนินงาน

1 = ดำเนินงานได้ไม่ครบถ้วนตามเกณฑ์ และเกิดผลเสียต่อเป้าหมายของงาน

2 = มีการดำเนินงานได้ไม่ครบถ้วนตามเกณฑ์ แต่ไม่มีประเด็นที่มีผลกระทบให้เกิดความเสียหายต่อเป้าหมายของงาน

3 = ดำเนินงานได้ครบถ้วนตามเกณฑ์

4 = ดำเนินงานได้ครบถ้วนตามเกณฑ์กำหนด และมีการดำเนินงานเพิ่มเติมที่แสดงให้เห็นถึงความก้าวหน้าในการพัฒนา

ภาคผนวก 2

แนวทางการคัดกรองปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาในผู้ป่วยเฉพาะโรค

1-แนวทางการคัดกรองปัญหาที่เกิดจากยารักษาโรคเบาหวานที่พบบ่อย

อาการแสดงทางคลินิกที่บ่งชี้ว่าผิดปกติ	สาเหตุที่เกิดจากยา
1. เกิดภาวะระดับน้ำตาลต่ำ (Hypoglycemia) เช่น มีอาการใจสั่น หัวใจเต้นเร็ว เหงื่อออก หน้ามืด ซา มึนงง รู้สึกหิว	1. จากการใช้ยากกลุ่ม Sulfonylurea ที่กระตุ้นการหลั่งอินซูลินมากเกินไป ร่วมกับอาจเกิดจากภาวะตับ ไต บกพร่อง ทำให้การทำลายและการขับยาเกิดขึ้นได้น้อย หรือ ปฏิกริยาระหว่างยาที่ทำให้ยากกลุ่ม Sulfonylurea มีมากขึ้น 2. จากการใช้อินซูลิน มีได้หลายสาเหตุ เช่น - ได้รับอินซูลินในปริมาณมากเกินไป - ได้รับอินซูลินผิดเวลา - ได้รับอาหารน้อยลง - การออกกำลังกาย - การฉีดอินซูลิน ไม่สัมพันธ์กับมื้ออาหาร
2. ผู้ป่วยยังมีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงอยู่หลังจากที่ได้รับการรักษาด้วยยาแล้ว	ความร่วมมือในการใช้ยาไม่ดี เช่น - ผู้ป่วยกินยาไม่สม่ำเสมอ - ผู้ป่วยใช้ยาอินซูลินไม่ถูกต้อง

	การแก้ไขเบื้องต้น	แนวทางการติดตามต่อเนื่อง
	1. ให้ผู้ป่วยกินกลูโคส 20-30 กรัม หรือคาร์โบไฮเดรต ในปริมาณใกล้เคียงกัน ได้แก่ น้ำผลไม้หรือน้ำอัดลม ประมาณ 1 แก้ว ลูกอม 3-4 เม็ด, นม 1 แก้ว, กล้วย 2 ผล, ส้มขนาดกลาง 2 ผล และให้ซ้ำทุก 30 นาที จนกว่าระดับน้ำตาล > 80 mg/dl จนกว่าอาการดีขึ้น แต่หากไม่ดีขึ้นให้รีบส่งต่อ 2. แนะนำผู้ป่วยถึงวิธีปฏิบัติตัวเมื่อเกิดภาวะ น้ำตาลในเลือดต่ำ	1. หากมีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำเกิดขึ้น บ่อยๆ ควรค้นหาสาเหตุอื่นๆ ที่อาจทำให้เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ เช่น ภาวะแทรกซ้อนของตับอ่อน ความเครียด พฤติกรรมการบริโภคของผู้ป่วย เป็นต้น และแก้ไขตามสาเหตุเหล่านั้น 2. ส่งพบแพทย์เพื่อปรับแผนการรักษา
	ประเมินความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย โดยการ - ตรวจเช็ควิธีกินยาของผู้ป่วย - นับจำนวนยาที่เหลือ - แนะนำการควบคุมอาหารในผู้ป่วยโรคเบาหวาน - ตรวจเช็ควิธีการฉีดยาและปริมาณยาที่ฉีด การเก็บรักษาที่มีผลต่อความคงตัวของยา	1. ติดตามระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง หากยังพบว่าผู้ป่วยมีระดับ น้ำตาลในเลือดสูงอยู่ อาจมีสาเหตุอื่นๆ ที่ ไม่เกี่ยวกับยา เช่น พฤติกรรมการบริโภค สภาวะแวดล้อม ความเครียด เป็นต้น 2. ค้นหาปัญหาและส่งต่อแพทย์หรือผู้เกี่ยวข้อง เพื่อดูแลต่อเนื่อง

อาการแสดงทางคลินิกที่บ่งชี้ว่าผิดปกติ	สาเหตุที่เกิดจากยา
3. คลื่นไส้ เบื่ออาหาร อึดอัด แน่นท้อง ท้องเสีย metallic taste	1. อาการข้างเคียง หรืออาการไม่พึงประสงค์ ของยา Metformin 2. ยากลุ่ม α -glucosidase inhibitor ที่ออกฤทธิ์ยับยั้งการทำงานของเอนไซม์ α -glucosidase ทำให้การดูดซึมกลูโคส ช้าลง คาร์โบไฮเดรตที่ไม่ถูกย่อย จะ ผ่านกระบวนการหมักโดยแบคทีเรียใน ลำไส้ใหญ่ ทำให้เกิดก๊าซขึ้น จึงทำให้ ผู้ป่วยอึดท้อง แน่นท้อง ปวดท้อง และท้องเสียได้
4. ผู้ป่วยมีอาการ lactic acidosis (เช่น เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง กล้ามเนื้ออ่อนแรง หายใจไม่สะดวก)	Metformin

2-แนวทางการคัดกรองปัญหาที่เกิดจากยารักษาโรคความดันโลหิตสูงที่พบบ่อย

อาการแสดงทางคลินิกที่บ่งชี้ว่าผิดปกติ	สาเหตุที่เกิดจากยา
1. ภาวะ electrolyte imbalance (HypoNa ⁺ , HypoK ⁺) โดยผู้ป่วยแสดง อาการ เช่น อ่อนเพลีย กล้ามเนื้ออ่อนแรง เป็นตะคริว ใจสั่น หัวใจเต้นเร็ว มึนงง เป็นต้น	เกิดจากยากลุ่ม Diuretics ทั้ง Thiazides เช่น HCTZ และ Loop diuretics เช่น Furosemide โดยยา กลุ่ม Diuretics มีผลต่อการยับยั้งการ ดูดกลับ Na จึงมีผลเพิ่มการขับน้ำและ Na ออกจากร่างกายจึงเกิดภาวะ HypoNa ⁺ และ มีการเก็บกลับ K เข้าสู่เซลล์มากขึ้น ปริมาณ K ในเลือดจึงลดลงเกิด HypoK ⁺

	การแก้ไขเบื้องต้น	แนวทางการติดตามต่อเนื่อง
	1. แนะนำให้ทานยาพร้อมอาหาร หรือหลังอาหารทันที 2. ให้คำแนะนำผู้ป่วยว่า อาการเหล่านี้จะเป็นอยู่ชั่วคราว จะหายได้เอง เมื่อใช้ยาไประยะหนึ่ง 3. เริ่มการใช้ยาในขนาดที่ต่ำและเพิ่มขนาดการใช้ยาทีละน้อย	1. ติดตามการใช้ยาของผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยบางรายทนต่ออาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาเหล่านั้นไม่ได้จึงมักจะหยุดยาเอง 2. หากผู้ป่วยทนอาการเหล่านั้นไม่ได้ หรือมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย ให้ส่งพบแพทย์เพื่อปรับแผนการรักษา
	หยุดยา	ส่งพบแพทย์ เพื่อรักษาภาวะดังกล่าว และปรับแผนการรักษา ตรวจเช็คระดับ Creatinine ในเลือด

	การแก้ไขเบื้องต้น	
	1. อาการไม่รุนแรง แนะนำให้กิน ผักและผลไม้ที่มี Potassium สูงเช่นกล้วยหรือส้ม 2. ให้สารน้ำทดแทนเช่นเกลือแร่ชนิดซอง	อาการรุนแรง เช่น ผู้ป่วยไม่สามารถเดินหรือดำเนินชีวิตประจำวันได้เป็นปกติ ให้ส่งพบแพทย์เพื่อรักษาภาวะดังกล่าว และปรับแผนการรักษา

อาการแสดงทางคลินิกที่บ่งชี้ว่าผิดปกติ	สาเหตุที่เกิดจากยา
2. อัตราการเต้นของหัวใจ ช้าลง < 60 ครั้งต่อนาที	Beta blockers (propranolol, atenolol, metoprolol) โดยยาไปลดการทำงานของ Beta-1 adrenergic receptor ที่กล้ามเนื้อหัวใจทำให้ลดแรงบีบตัวและลดปริมาณ oxygen demand ของกล้ามเนื้อหัวใจด้วย
3. ไอเรื้อรัง	ACE inhibitors เช่น Enalapril, Ramipril มีผลเพิ่มสาร bradykinin ซึ่งจะกระตุ้นให้ระบบนำประสาทในทางเดินหายใจเกี่ยวกับการไอไวกว่าปกติ ซึ่งมีผลให้เกิดการกระตุ้นศูนย์ควบคุมการไอในสมองให้ส่งการทำให้ไอเพิ่มขึ้น
4. Hyperkalemia โดยผู้ป่วยมักแสดงอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรง	1. เกิดจากยาในกลุ่ม ACE inhibitors และ K-sparing diuretics มีผลลดการขับ K+ ที่ไต 2. เกิดจากยาในกลุ่ม β -blocker มีผลลดการนำ K+ กลับเข้าสู่เซลล์
5. First dose & Postural hypotension โดยผู้ป่วยมักแสดงอาการปวดศีรษะ เวียนศีรษะ คลื่นไส้อาเจียน เมื่อได้รับยาครั้งแรก ๆ หรือเปลี่ยนท่าทาง	α 1-blockers (เช่น prazosin) โดยยาออกฤทธิ์ต้าน α 1-receptor ซึ่งอยู่ที่ผนังของหลอดเลือดดำและหลอดเลือดแดง ทำให้หลอดเลือดเกิดการขยายตัว และลดความต้านทานการไหลเวียนเลือดทั่วร่างกาย ดังนั้นเมื่อทานยาในครั้งแรก หรือมีการเปลี่ยนท่าทาง จึงเกิดความดันต่ำฉับพลัน เพราะความสมดุลของการต้านทานการไหลเวียนเลือดในร่างกายเปลี่ยนแปลง
6. เกิดภาวะ Angioedema คือมีอาการบวมบริเวณ peripheral organ ใบหน้า respiratory tract	1. ACEI (เช่น Enalapril), CCBs (เช่น Amlodipine, felodipine, Nifedipine) 2. ทั้งนี้สาเหตุการเกิดยังไม่ทราบแน่ชัด แต่คาดว่าจะเกี่ยวข้องกับ kinins ซึ่งมีผลทำให้เส้นเลือดใต้ผิวหนังเกิดการขยายตัวและมีการคั่งของน้ำจึงเกิดอาการบวมขึ้น

	การแก้ไขเบื้องต้น	แนวทางการติดตามต่อเนื่อง
	- หยุดยา - ปรึกษาแพทย์เพื่อปรับลดขนาดยา แล้วติดตามดูระดับความดันเลือด และอัตราการเต้นของหัวใจ	หลังจากปรับลดขนาดยาแล้วยังมีอาการอีก ให้ส่งพบแพทย์ เพื่อปรับแผนการรักษา และประเมินสาเหตุอื่นๆ เพื่อให้การรักษาต่อไป
	- อาจให้ยาในกลุ่มยาลดอาการระคายคอ เช่น ยาแก้ไอแบบน้ำ จิบเพื่อบรรเทาอาการไอ - อาการไม่รุนแรง ไม่ควรแนะนำให้ผู้ป่วยหยุดใช้ยา เนื่องจากจะมีผลต่อภาวะของโรค	- หากอาการไอรบกวนชีวิตประจำวันของผู้ป่วยมากให้ส่งต่อพบแพทย์เพื่อเปลี่ยนยา (อาจเป็นกลุ่ม Angiotensin II antagonists) - หลังจากพบแพทย์แล้วให้ติดตามอาการไหากปกติแนะนำให้ใช้ยาต่อเนื่อง
	ควบคุมปริมาณโพแทสเซียมที่อาจได้รับเพิ่มจากอาหาร เช่นกล้วย ส้ม มะเขือเทศ ฯลฯ	ส่งพบแพทย์ เพื่อปรับแผนการรักษา
	- แนะนำให้ผู้ป่วยหลังจากกินยาแล้ว ควรนั่ง หรือนอนพักสักครู่ โดยเฉพาะช่วงแรกของการกินยา และการกินยาครั้งแรก ควรกินก่อนนอน - ควรปรับเปลี่ยนท่าทางอย่างช้าๆ เพื่อให้ร่างกายปรับตัวได้ทัน	ถ้าผู้ป่วยทำตามคำแนะนำแล้วยังมีอาการอีก ให้ส่งพบแพทย์ เพื่อปรับแผนการรักษา
	หยุดยา	ส่งพบแพทย์ เพื่อปรับแผนการรักษา

3-แนวทางการคัดกรองปัญหาที่เกิดขึ้นจากยารักษาโรคหลอดเลือดสมองอุดตันที่พบบ่อย

อาการแสดงทางคลินิกที่บ่งชี้ว่าผิดปกติ	สาเหตุที่เกิดจากยา
1. GI disturbance & Upper Gastrointestinal Bleeding โดยผู้ป่วยมักแสดงอาการปวดแสบท้องหรือถ่ายเป็นสีดำคล้ำ	ส่วนใหญ่เกิดจากยา Aspirin โดยยามีผลยับยั้งการสังเคราะห์ mucosal prostaglandin ทำให้การสร้าง mucosal ลดลง ส่งผลต่อสมดุลกรด-ด่าง ในทางเดินอาหาร
2. ระบบเลือดผิดปกติ เช่น neutropenia, bone marrow aplasia และ thrombotic thrombocytopenia purpura	สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากยา Ticlopidine โดยยามีฤทธิ์กดไขกระดูก จึงส่งผลต่อกระบวนการสังเคราะห์เซลล์เม็ดเลือด

4- แนวทางการคัดกรองปัญหาที่เกิดขึ้นจากยารักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่พบบ่อย

อาการแสดงทางคลินิกที่บ่งชี้ว่าผิดปกติ	สาเหตุที่เกิดจากยา
1. ภาวะระดับโพแทสเซียมในกระแสเลือดต่ำ (Hypokalemia) อาการที่พบได้แก่ กล้ามเนื้ออ่อนแรง, ปวดตามกล้ามเนื้อ, หัวใจเต้นช้า, ใจสั่น	ยากลุ่ม Beta-2 agonist เช่น Salbutamol, Fenoterol, Terbutaline เป็นต้น เนื่องจากการดัดแปลงมีฤทธิ์ไปกระตุ้น Na-K-ATPase ส่งผลให้โพแทสเซียมในกระแสเลือดเข้าสู่เซลล์ระดับโพแทสเซียมในกระแสเลือดจึงลดลง
2. หัวใจเต้นเร็วกว่าปกติ (Tachycardia) อาการที่พบ ได้แก่ ใจสั่น หัวใจเต้นเร็ว รู้สึกกระวนกระวาย ความดันโลหิตสูงกว่าปกติ	ยากลุ่ม Beta-2 agonist เช่น Salbutamol, Fenoterol, Terbutaline เป็นต้น และยากลุ่ม methyl xanthines เช่น Aminophylline, Theophylline เป็นต้น สาเหตุอาจเกิดจากการดัดแปลงส่งผลให้เกิดการกระตุ้น Beta-adrenergic receptor ที่หัวใจทำให้เกิดการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจ ส่งผลเพิ่มอัตราการเต้นของหัวใจ

	การแก้ไขเบื้องต้น	แนวทางการติดตามต่อเนื่อง
	1. แนะนำผู้ป่วยกินยาหลังอาหารทันที แล้วดื่มน้ำตามมาก ๆ 2. ให้ยากลุ่ม proton pump inhibitor เพื่อป้องกัน 3. รูปแบบยาที่เป็น enteric coated สามารถลดอาการข้างเคียงได้บ้าง แต่ต้องไม่กินพร้อมนม หรือยาลดกรด	หากอาการไม่ดีขึ้นส่งพบแพทย์ เพื่อปรับแผนการรักษา ซึ่งแพทย์ อาจเปลี่ยนเป็น Ticlopidine หรือ Clopidogrel
	หยุดยา	ส่งพบแพทย์ เพื่อปรับแผนการรักษา ซึ่งแพทย์อาจเปลี่ยนเป็น Clopidogrel

	การแก้ไขเบื้องต้น	แนวทางการติดตามต่อเนื่อง
	กินอาหารจำพวกผัก ผลไม้ ที่มีโพแทสเซียมสูง ได้แก่ แครอท, มะเขือเทศ, ผักบุ้ง, ถั่วเขียว, ส้ม, มะละกอ, มะม่วง เป็นต้น	ถ้ามีอาการรุนแรง หรือเป็นระยะเวลานาน แนะนำให้พบแพทย์เพื่อทำการตรวจระดับโพแทสเซียมในกระแสเลือด และพิจารณาการรักษาต่อไป
	พิจารณาปรับลดขนาดยา และนัดติดตามอย่างใกล้ชิด	หากปรับลดขนาดยาแล้วยังคงมีอาการอยู่ พิจารณาปรับเปลี่ยนแผนการรักษา

อาการแสดงทางคลินิกที่บ่งชี้ว่าผิดปกติ	สาเหตุที่เกิดจากยา
3. เชื้อราในช่องปาก (oral trush), เสียงแหบ, ระบายเคืองคอ	ยากลุ่ม Corticosteroid inhalers เช่น Seretide inhalers, Budesonide MDIs เป็นต้น เนื่องจากเกิดการตกค้างของยาภายในช่องปากหลังจากผู้ป่วยพ่นยาโดยยาที่ตกค้างมีฤทธิ์กดภูมิคุ้มกันภายในช่องปากทำให้เกิดการเจริญเติบโตของเชื้อราภายในช่องปาก นอกจากนี้การพ่นยาในรูปแบบ MDIs สารลดแรงตึงผิวในส่วนประกอบของตัวนำส่งยาอาจทำให้เกิดการระคายเคืองของช่องคอได้

5- แนวทางการคัดกรองปัญหาที่เกิดจากยารักษาโรคไทรอยด์เป็นพิษที่พบบ่อย

อาการแสดงทางคลินิกที่บ่งชี้ว่าผิดปกติ	สาเหตุที่เกิดจากยา
1. Agranulocytosis คือ ภาวะที่มี neutrophil count น้อยกว่า 500 ตัวต่อไมโครลิตรหรือ มี Absolute neutrophil count (ANC) น้อยกว่า 100 ตัวต่อไมโครลิตร อาการที่พบได้แก่ ไข้ เจ็บคอ กลืนลำบาก เหงือกอักเสบ ปวดท้อง เป็นต้น	ยากลุ่ม Thioamides ได้แก่ Propylthiouracil, Methimazole, Carbimazole กลไกการเกิดอาจเกิดจากยาไปจับกับเยื่อหุ้มเซลล์ของ neutrophil ทำให้เกิดการกระตุ้นระบบภูมิคุ้มกันมาทำลาย neutrophil ส่งผลให้ร่างกายอ่อนแอติดเชื้อได้ง่าย
2. อัตราการเต้นของหัวใจช้ากว่าปกติ (Bradycardia) อาการที่พบ ได้แก่ อ่อนเพลียไม่มีแรง หัวใจเต้นช้ากว่า 60 ครั้งต่อนาที หรืออัตราการเต้นต่ำกว่าค่าปกติ ความดันต่ำกว่าปกติ	ยากลุ่ม Beta-Blockers เช่น Propanolol เป็นต้น โดยยาไปลดการทำงานของ Beta-1 adrenergic receptor ที่กล้ามเนื้อหัวใจทำให้ลดแรงบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจ
3. ภาวะตับอักเสบ (Hepatitis) อาการที่พบได้แก่ ตัวเหลือง ตาเหลือง ปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน	ยากลุ่ม Thioamides ได้แก่ Propylthiouracil, Methimazole, Carbimazole เป็นต้น โดยเกิดจากการกระตุ้นระบบภูมิคุ้มกันมาทำลายเซลล์ตับ

	การแก้ไขเบื้องต้น	แนวทางการติดตามต่อเนื่อง
	แนะนำให้ใช้ Spacer ในการพ่นกรณีเป็นรูปแบบ MDIs และให้บ้วนปาก ถูคอ หรือแปรงฟัน ทุกครั้งหลังจากพ่นยาเสร็จ	กรณีเชื้อราในช่องปากเป็นมาก อาการรุนแรง หรือเป็นเรื้อรัง ส่งพบแพทย์ เพื่อทำการรักษา และพิจารณาปรับเปลี่ยน แผนการรักษาโดยการใช้อายากลุ่ม Corticosteroid inhalers อย่างเหมาะสมต่อไป

	การแก้ไขเบื้องต้น	แนวทางการติดตามต่อเนื่อง
	หากพบอาการที่สงสัยว่าจะเกิดภาวะ Agranulocytosis ให้หยุดยา มาโรงพยาบาลเพื่อพบแพทย์ทันที และให้ผู้ป่วยรักษาความสะอาด กินอาหารที่สุกใหม่ๆ	ส่งพบแพทย์ เพื่อพิจารณาให้ยาปฏิชีวนะ รักษาอาการติดเชื้ออย่างเหมาะสม และ ติดตามระดับ ANC อย่างใกล้ชิด
	แนะนำผู้ป่วยหากพบอาการดังกล่าว ให้พบแพทย์เพื่อพิจารณาลดขนาดยา	หากลดขนาดยาแล้วหัวใจยังคงเต้นช้า พิจารณาหาสาเหตุอื่นที่อาจทำให้เกิดภาวะ หัวใจเต้นช้า และพิจารณาปรับเปลี่ยน แผนการรักษา
	หากพบอาการดังกล่าวให้หยุดยา ให้ยารักษาตามอาการโดยหลีกเลี่ยงยาที่มีผลต่อดับ	พิจารณาเริ่มยาเมื่อเอนไซม์ตับ (AST, ALT) กลับมาสู่ช่วงปกติ และติดตามเอนไซม์ตับ อย่างใกล้ชิด

6- แนวทางการคัดกรองปัญหาที่เกิดจากยารักษาโรคซึมเศร้าที่พบบ่อย

อาการแสดงทางคลินิกที่บ่งชี้ว่าผิดปกติ	สาเหตุที่เกิดจากยา
1. ง่วงซึม	- ยาที่ใช้รักษาผ่าน blood brain barrier มีฤทธิ์คล้าย antihistamine และ alpha adrenergic blocking ทำให้เกิดอาการง่วงซึม ได้แก่ - TCAs - Mianserine - Trazodone - Mirtazapine - การใช้ร่วมกับยาด้านอาการทางจิตกลุ่ม low potency first generation antipsychotics หรือ benzodiazepines หรือ antihistamine จะทำให้อาการง่วงเพิ่มมากขึ้น TCAs ขนาดรักษาโรคซึมเศร้าสูงมาก (Amitrip 100-300 mg/day) จึงไม่นิยมใช้เป็นยาหลัก
2. ตาพร่า ท้องผูก ปากแห้ง คอแห้ง	เกิดจากฤทธิ์ anticholinergic ของยาในกลุ่ม TCAs
3. postural hypotension	เกิดจากฤทธิ์ alpha adrenergic blocking ของยาในกลุ่ม TCAs พบมากใน imipramine ส่วน nortriptyline พบค่อนข้างน้อย
4. อาการสั่นตามร่างกาย (fine tremor)	อาการไม่พึงประสงค์ของยาในกลุ่ม TCAs
5. น้ำหนักตัวเพิ่ม	อาการไม่พึงประสงค์ของยาในกลุ่ม TCAs (พบมากในผู้ป่วยที่ใช้ amitriptyline) และ Mirtazapine

	การแก้ไขเบื้องต้น	แนวทางการติดตามต่อเนื่อง
	1. อาการไม่พึงประสงค์นี้จะค่อยๆ ลดลงเมื่อใช้ยาอย่างต่อเนื่อง แนะนำให้ผู้ป่วยใช้ยาต่อเนื่องจนสามารถทน (tolerate) ต่อยาได้ 2. ลดขนาดยาลง หรือให้ยาค่อยๆ เพิ่มขึ้นในตอนกลางวัน และปรับเพิ่มยาช่วงก่อนนอน 3. พิจารณายากลุ่มอื่นที่ทำให้ง่วงนอนน้อยกว่า เช่น SSRIs	1. ควรปรึกษาแพทย์เพื่อปรับยา เมื่อผู้ป่วยง่วงมากจนรบกวนชีวิตประจำวัน หรือผู้ป่วยสูงอายุเสี่ยงต่อกระตุกหักจากการล้ม 2. อาการง่วงควรค่อยๆ ลดลงหลังใช้ยาเป็นเวลานาน
	1. อาการไม่พึงประสงค์นี้จะค่อยๆ ลดลงเมื่อใช้ยาอย่างต่อเนื่อง แนะนำให้ผู้ป่วยใช้ยาต่อเนื่องจนสามารถทน (tolerate) ต่อยาได้ 2. แนะนำให้จิบน้ำบ่อยๆ หรืออมผลไม้รสเปรี้ยว หากปากแห้งคอแห้ง 3. แนะนำให้กินอาหารที่มีกากใยมากๆ ดื่มน้ำมากๆ หากท้องผูก 4. หยอดน้ำตาเทียมหากตาแห้งมาก	1. ปัสสาวะไม่ออก ควรปรึกษาแพทย์ อาจต้องเพิ่ม bethanechol 5 mg วันละ 3 เวลา 2. หากอาการไม่ดีขึ้น พิจารณายากลุ่มอื่นที่มี anticholinergic น้อยกว่า เช่น SSRIs
	เมื่อลุกจากการนอน แนะนำให้ขยับแขนขาก่อน ลุกยืนประมาณ 1-2 นาที	1. ไม่ควรใช้ในผู้ป่วย heart block 2. หากมีใจสั่นมาก หรือหน้ามืดบ่อย หรือมีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด ควรพิจารณาส่งตรวจ EKG
		หากอาการรบกวนชีวิตประจำวัน ให้ propranolol 20-40 mg/day
	แนะนำให้ควบคุมอาหาร และออกกำลังกายตั้งแต่เริ่มใช้ยา	หากน้ำหนักเพิ่มมาก ควรพิจารณาติดตาม metabolic syndrome โดยตรวจ FBS, Lipid profile และ BMI

อาการแสดงทางคลินิกที่บ่งชี้ว่าผิดปกติ	สาเหตุที่เกิดจากยา
6. withdrawal symptoms ได้แก่ วิดกกังวล ภาวะวณกระวาย นอนไม่หลับ ท้องไส้ปั่นป่วน	ฤทธิ์ anticholinergic rebound ของยากลุ่ม TCAs (พบในการใช้ยาขนาดสูง เป็นเวลานาน แล้วหยุดยาทันที มักเกิดอาการใน 48 ชั่วโมง หลังหยุดยา)
7. ปวดศีรษะ	1. เกิดจากยาในกลุ่ม SSRIs ทำให้ระดับ serotonin ที่เพิ่มขึ้น 2. Tianeptine 3. Venlafaxine
8. มือสั่น ภาวะวณกระวาย	SSRIs จากระดับ NE ที่เพิ่มขึ้น
9. นอนไม่หลับ	1. เกิดจากยาในกลุ่ม SSRIs ทำให้ระดับ serotonin ที่เพิ่มขึ้น 2. Tianeptine 3. Bupropion 4. Venlafaxine
10. GI side effect คลื่นไส้ จุกแน่นท้อง	1. เกิดจากยากลุ่ม SSRIs ที่มีฤทธิ์ต่อ 5-HT receptors 2. Tianeptine 3. Venlafaxine
11. sexual dysfunction ความต้องการทางเพศ ลดลง หลังใช้ ไม่มี orgasm	SSRIs จากการที่ยามีฤทธิ์ต่อ 5HT2 receptors
12. serotonin syndrome ปวดท้อง ท้องเสีย เหงื่อแตก สะบัดร้อนสะบัดหนาว อ่อนเพลีย ลับสน สั่น rhabdomyolysis ไตวาย	SSRIs จากการมี serotonin activity มากเกินไป มักเกิดจากการใช้ SSRIs ร่วมกับยาอื่น เช่น MAOIs, Fenfluramine, Lithium หรือได้ SSRIs 2 ชนิดขึ้นไปร่วมกัน

	การแก้ไขเบื้องต้น	แนวทางการติดตามต่อเนื่อง
	แนะนำผู้ป่วยให้ใช้ยาต่อเนื่องไม่ให้หยุดยาเอง เพราะการหยุดยาเองเป็นสาเหตุหลักที่ทำให้เกิดอาการเหล่านี้ และผู้ป่วยปฏิเสธการรักษา	1. ค่อยๆปรับลดขนาดยาลง ก่อนหยุดยา 2. หากจำเป็นต้องหยุดยาทันที อาจใช้ diphenhydramine หรือ trihexyphenidyl ช่วยลดอาการ
	แนะนำให้ทนอาการปวด เนื่องจากจะเป็นในสัปดาห์แรก และอาการจะลดลงในสัปดาห์ถัดไป อาจให้กินยาลดปวดได้ หากทนไม่ได้	1. หากทนไม่ได้ ไปปรึกษาแพทย์เพื่อปรับยาเป็นกลุ่มอื่น 2. อาการปวดศีรษะควรลดลงในสัปดาห์ที่ 2
		ให้ propranolol 10-20 mg วันละ 3 ครั้ง หรือให้ benzodiazepines ขนาดต่ำ
	เปลี่ยนเวลากินยาโดยให้ผู้ป่วยกินยาตอนเช้า	ให้ trazodone 50-100 mg ก่อนนอน หรือ clonazepam 0.5-1 mg ก่อนนอน
	พบช่วงแรกๆ ของการรักษา แนะนำให้ผู้ป่วยหยุดยาเอง ห้ามหยุดยา	อาการควรลดลงเมื่อผ่านสัปดาห์แรก แต่ถ้าไม่ดีขึ้นอาจพิจารณารักษาตามอาการโดยการให้ยากลุ่ม antacid
		1. ให้ bupropion ร่วมด้วย 2. เปลี่ยนเป็น mirtazapine 3. กรณีไม่มี orgasm ให้ cyproheptadine 4-12 mg ก่อนมีเพศสัมพันธ์ 1-2 ชั่วโมง
		รักษาโดยให้ cyproheptadine, propranolol หรือ methylsergide

อาการแสดงทางคลินิกที่บ่งชี้ว่าผิดปกติ	สาเหตุที่เกิดจากยา
13. apathy syndrome อารมณ์ราบเรียบเฉยเมย ไม่ยินดีในร้าย ความคิดไม่แล่น อ่อนล้า	SSRIs จากการที่ serotonin ในสมองเพิ่มขึ้น ทำให้ dopamine และ NE ลดลง อาการ คล้ายโรคซึมเศร้าแย่ง ให้ระวังการวินิจฉัยว่า เป็นอาการซึมเศร้าที่แย่ง
14. withdrawal symptoms สั่น วิงเวียน คลื่นไส้ ท้องเสีย อ่อนเพลีย ปวดศีรษะ เหนื่อย นอนไม่หลับ หงุดหงิด รู้สึกเหมือนถูกไฟดูด	SSRIs พบอาการหลังหยุดยา 1 สัปดาห์ พบ บ่อยในกลุ่มยาที่มีค่าครึ่งชีวิตสั้น เช่น paroxetine, fluvoxamine

	การแก้ไขเบื้องต้น	แนวทางการติดตามต่อเนื่อง
	หากมีอาการชงเข้าหรือบ่าย ให้เปลี่ยนมากินยาเป็นก่อนนอนแทน	ให้ยากลุ่มที่เพิ่ม NE หรือ dopamine เช่น Bupropion หรือ methylphenidate ร่วมไปด้วย
	สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากผู้ป่วยหยุดยาเอง และทำให้ผู้ป่วยปฏิเสธการใช้ยาต่อเนื่อง จึงควรแนะนำผู้ป่วยไม่ให้หยุดยาเอง	1. ค่อยๆ ลดขนาดยาลงเมื่อจะหยุดยา 2. พิจารณาใช้ยาที่มีค่าครึ่งชีวิตยาว เช่น fluoxetine ในผู้ป่วย non-adherence

ภาคผนวก 3

ความรู้เบื้องต้นในการคุ้มครองผู้บริโภค

การคุ้มครองผู้บริโภคด้านยา

ผลิตภัณฑ์ยาของประเทศไทยจะอยู่ภายใต้การควบคุมดูแลของพระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510 ซึ่งผู้ผลิต นำเข้า จำหน่าย จะต้องได้รับอนุญาตก่อน จึงจะสามารถดำเนินการได้ เราสามารถแบ่งผลิตภัณฑ์ยาอย่างง่าย ๆ ได้เป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ ยาแผนปัจจุบัน และยาแผนโบราณ และในส่วนของยาแผนปัจจุบันยังสามารถแบ่งเป็นประเภทย่อย ๆ ได้เป็น 7 ประเภท ดังนี้

1. ยาอันตราย
2. ยาควบคุมพิเศษ
3. ยาใช้ภายนอก
4. ยาใช้เฉพาะที่
5. ยาสามัญประจำบ้าน
6. ยาสำหรับสัตว์
7. ยาบรรจุเสร็จ

รายการยาที่ 1-6 กฎหมายกำหนดให้ผู้ผลิตต้องพิมพ์ประเภทของยาไว้บนฉลากด้วย โดยที่ รายการที่ 1- 4 ต้องพิมพ์ด้วยอักษรสีแดงให้เห็นชัดเจน

อนึ่ง ผู้ที่จำหน่ายยาประเภท 1-4, 6 และ 7 จะต้องได้รับใบอนุญาตขายยาตามชนิดของใบอนุญาต ซึ่งสามารถขออนุญาตที่กลุ่มงานคุ้มครอง

ผู้บริโภค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในแต่ละจังหวัดที่สถานประกอบการดังกล่าวตั้งอยู่

ส่วนยาสามัญประจำบ้าน สามารถขายได้ในร้านทั่วไปโดยไม่ต้องมีใบอนุญาต แต่ทั้งนี้ต้องมีขนาดบรรจุและรายละเอียดบนฉลากครบถ้วนตามที่กฎหมายกำหนด

ประเภทของใบอนุญาตขายยา

1. ใบอนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน (ขย.1)

สถานประกอบการที่ได้รับอนุญาตขายยาแผนปัจจุบันจะขายยาได้ทุกประเภท (ยกเว้นยาเสพติดให้โทษ และวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท) การขอใบอนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน กฎหมายกำหนดต้องให้มีเภสัชกรที่มีใบประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม เป็นผู้ปฏิบัติการ (มาตรา 21) โดยเภสัชกรผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ จะต้องประจำอยู่ ณ สถานที่ขายยา ตลอดเวลาเปิดทำการ เพื่อคอยควบคุมการขาย และส่งมอบยาอันตราย - ยาควบคุมพิเศษ (มาตรา 39)

ผู้ถือใบอนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน จะต้องทำบัญชี ชื่อ และ ขายของยาอันตราย ยาควบคุมพิเศษ (ขายได้ตามใบสั่งแพทย์) ที่มีลายเซ็นของเภสัชกรผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการลงชื่อรับรอง และเก็บไว้ที่ร้านเป็นหลักฐาน

2. ใบอนุญาตขายยาแผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจุเสร็จ ที่มีใช้ยาอันตรายหรือยาควบคุมพิเศษ (ขย.2)

ปัจจุบันไม่มีการออกใบอนุญาตประเภทนี้เพิ่มอีกแล้ว (ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ ได้แก่ เภสัชกร แพทย์ ทันตแพทย์ พยาบาล ผดุงครรภ์ หรือ

บุคลากรที่เคยผ่านการอบรมมาแล้ว)

3. ใบอนุญาตขายส่งยาแผนปัจจุบัน

สถานประกอบการที่ได้รับใบอนุญาตประเภทนี้จะขายส่งยาเท่านั้น ส่วนใหญ่มักจะตั้งในเขตเมืองใหญ่ๆ ไม่ค่อยพบในชุมชน

4. ใบอนุญาตขายยาแผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจุเสร็จสำหรับสัตว์

สถานประกอบการประเภทนี้ มักมีการจำหน่ายอาหารสัตว์ด้วย (ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ ได้แก่ เกษตรกร สัตวแพทย์)

5. ใบอนุญาตขายยาแผนโบราณ (ขยบ.)

สถานประกอบการประเภทนี้ จะจำหน่ายได้เฉพาะยาแผนโบราณ เท่านั้น (ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ ได้แก่ ผู้ประกอบโรคศิลปะแผนโบราณ สาขา เกษตรกรรม)

เนื่องจากใบอนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน ไม่รวมถึงวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท ประเภท 3 หรือ 4 และยาเสพติดให้โทษ ประเภท 3 ดังนั้นผู้ดำเนินการที่มีความประสงค์จะขาย จะต้องขออนุญาตเพิ่มเติม ดังนี้

1. ใบอนุญาตขายยาเสพติดให้โทษประเภท 3

2. ใบอนุญาตขายวัตถุออกฤทธิ์ต่อประสาทประเภท 3 และ 4 และต้องปฏิบัติตามกฎหมายอย่างเคร่งครัด (เนื่องจากการนำไปใช้อย่างผิดวัตถุประสงค์มาก)

ปัญหาที่พบบ่อยของร้านขายยา

1. การเปิดขายยาโดยไม่รับอนุญาต
 2. การขายยาผิดประเภท เช่น ร้านขายยาแผนโบราณ ขายยาแผนปัจจุบัน, ร้าน ขย. 2 ขายยาอันตรายและยาควบคุมพิเศษ, ร้านขายยาแผนปัจจุบัน ขายวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทประเภท 3 และ 4 โดยไม่มีใบอนุญาต, ร้านขายยาแผนปัจจุบันไม่มีการทำบัญชี ชื่อ - ขาย ยาอันตราย ยาควบคุมพิเศษ, ร้านขายยาแผนปัจจุบันขายยาควบคุมพิเศษและวัตถุออกฤทธิ์ โดยไม่มีใบสั่งแพทย์
 3. พยาบาลมดอายุในร้านขายยา
 4. พบเอกสารโฆษณาหรือผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่ถูกต้องในร้าน
 5. การขายยาที่ไม่เหมาะสม เช่น การจัดยาชุด การขายยาชุด การขายยาอย่างไม่ถูกต้องกับโรค หรือฟุ่มเฟือยเกินจำเป็น
- ฯลฯ

โรคหรืออาการของโรค 16 กลุ่ม กับยาสามัญประจำบ้าน 53 ชนิด

ยาบรรเทาปวดลดไข้

1. ยาเม็ดบรรเทาปวด ลดไข้ แอสไพริน
2. ยาเม็ดบรรเทาปวด ลดไข้ พาราเซตามอล ขนาด 500 มก. และขนาด 325 มก. และยาน้ำบรรเทาปวดลดไข้ พาราเซตามอล
3. พลาสเตอร์บรรเทาปวด

ยาแก้แพ้ ลดน้ำมูก

ยาเม็ดแก้แพ้ลดน้ำมูก คลอร์เฟนิรามีน

ยาแก้ไอ ขับเสมหะ

1. ยาน้ำแก้ไอ ขับเสมหะสำหรับเด็ก
2. ยาแก้ไอน้ำดำ

ยาแก้ปวดท้อง ท้องอืด ท้องขึ้น ท้องเฟ้อ

1. ยาแก้ท้องอืด ท้องเฟ้อ ยาธาตุน้ำแดง
2. ยาเม็ดแก้ท้องอืด ท้องเฟ้อ โซดามินท์
3. ยาขับลม
4. ยาน้ำแก้ท้องอืด ท้องเฟ้อ โซเดียมไบคาร์บอเนต
5. ยาทาแก้ท้องอืด ท้องเฟ้อ ทิงเจอร์มหาหิงค์
6. ยาเม็ดลดกรดอะลูมินา - แมกนีเซียม
7. ยาน้ำลดกรดอะลูมินา-แมกนีเซียม

ยาแก้ท้องเสีย

ยาแก้ท้องเสีย ผงน้ำตาลเกลือแร่

ยาระบาย

1. ยาระบายกลีเซอริน ชนิดเหน็บทวารสำหรับเด็ก
2. ยาระบายกลีเซอริน ชนิดเหน็บทวารสำหรับผู้ใหญ่
3. ยาระบายแมกนีเซียม
4. ยาระบายมะขามแขก
5. ยาระบายโซเดียมคลอไรด์ ชนิดสวนทวาร

ยาถ่ายพยาธิลำไส้

ยาถ่ายพยาธิตัวกลม มีเบนดาโซล ใช้ถ่ายพยาธิตัวกลม ได้แก่ พยาธิเส้นด้าย พยาธิปากขอ พยาธิไส้เดือน พยาธิเข็มหมุด และพยาธิแส้ม้า

ยาบำรุงร่างกาย

1. ยาเม็ดวิตามินบีรวม
2. ยาเม็ดวิตามินซี

3. ยาเม็ดบำรุงโลหิต เฟอรัส ซัลเฟต
4. ยาเม็ดวิตามินรวม
5. ยาน้ำมันตับปลา ชนิดแคปซูล
6. ยาน้ำมันตับปลาชนิดน้ำ

ยาสำหรับโรคปาก และลำคอ

1. ยากวาดคอ
2. ยารักษาลิ้นเป็นฝ้า เยนเซียนไวโอเล็ต
3. ยาแก้ปวดฟัน
4. ยาอมบรรเทาอาการระคายคอ

ยาสำหรับโรคตา

1. ยาหยอดตา ซัลฟาเซตาไมด์
2. ยาล้างตา

ยาตามหรือยาทาแก้งวงเวียน หน้ามืด คัดจมูก

1. ยาตมแก้งวงเวียน เหล้าแอมโมเนียหอม
2. ยาตมแก้งวงเวียน แก้วคัดจมูก
3. ยาทหาระเหย บรรเทาอาการคัดจมูกชนิดชี้ผึ้ง

ยาแก้เมารถ เมารถ

ยาแก้เมารถ เมารถ ไโดเมนไฮดริเนท

ยาบรรเทาอาการปวดกล้ามเนื้อ แผลงกัดต่อย

ยาหม่องชนิดชี้ผึ้ง

ยารักษาแผลติดเชื้อไฟไหม้ น้ำร้อนลวก

1. ยารักษาแผลน้ำร้อนลวกฟีนอล
2. ยารักษาแผลติดเชื้อซิลเวอร์ ซัลฟาไดอาซีน ครีม

ยาสำหรับโรคผิวหนัง

1. ยารักษาหิดเหา เบนซิล เบนโซเอต

2. ยารักษาหิด ขี้ผึ้งกำมะถัน
3. ยารักษากลากเกลื้อน น้ำกัดเท้า
4. ยารักษาโรคผิวหนังเรื้อรัง
5. ยาทาแก้ผดผื่นคัน คาลาไมน์
6. ยารักษาเกลื้อน โซเดียมไทโอซัลเฟต

ยาใส่แผล ยาล้างแผล

1. ยาใส่แผล ทิงเจอร์ไอโอดีน
2. ยาใส่แผล ทิงเจอร์ไทเมอรอซอล
3. ยาใส่แผลโพวิโดน ไอโอดีน
4. ยาไอโซโบรฟิล แอลกอฮอล์
5. ยาเอทิล แอลกอฮอล์
6. น้ำเกลือล้างแผล

การคุ้มครองผู้บริโภคด้านอาหาร

พระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. 2522

อาหาร ตามพระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. 2522 ได้แก่วัตถุทุกชนิดที่คนกิน ต้ม อม หรือนำเข้าสู่ ร่างกาย แต่ไม่รวมถึง ยา วัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทหรือยาเสพติดให้โทษฯ นอกจากนี้ยังรวมถึง วัตถุที่ใช้เป็นส่วนผสมในการผลิตอาหาร วัตถุเจือปนอาหาร สี เครื่องปรุงแต่งกลิ่นรส ด้วย

ฉลาก หมายถึง รูป รอยประดิษฐ์ เครื่องหมาย หรือข้อความใดๆ ที่แสดงไว้ที่อาหาร ภาชนะบรรจุอาหาร หรือหีบห่อของภาชนะบรรจุอาหาร

จำหน่าย หมายถึง ขาย จำย แจก หรือแลกเปลี่ยน ทั้งนี้เพื่อ

ประโยชน์ทางการค้าหรือการมีไว้จำหน่าย

การแบ่งประเภทอาหารตามพระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. 2522

กฎหมาย แบ่งอาหารออกเป็น 4 ประเภท คือ

1. อาหารควบคุมเฉพาะ มี 15 รายการ เป็นอาหารที่มีความเสี่ยงสูง ตัวอย่างอาหาร เช่น, เครื่องดื่มในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท, นม, นมเปรี้ยว, ผลิตภัณฑ์ของนม, สีส้มอาหาร, อาหารในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท ฯลฯ

2. อาหารที่กำหนดคุณภาพหรือมาตรฐาน มี 33 รายการ เป็นอาหารที่มีความเสี่ยง (แต่ไม่รุนแรงเท่า อาหารควบคุมเฉพาะ) ตัวอย่างอาหาร เช่น น้ำปลา, น้ำส้มสายชู, ชา, กาแฟ, น้ำดื่มบรรจุขวด, เครื่องดื่มเกลือแร่ ฯลฯ

3. อาหารที่ต้องมีฉลาก มี 14 รายการ เป็นอาหารที่มีความเสี่ยงต่ำ ตัวอย่างอาหาร เช่น ผลิตภัณฑ์จากเนื้อสัตว์, อาหารพร้อมปรุง, อาหารสำเร็จรูปที่พร้อมบริโภคทันที, หมากฝรั่ง, ลูกอม, น้ำเกลือปรุงอาหาร, วัสดุสำเร็จรูปและขนมเยลลี่ ฯลฯ

4. อาหารอื่นๆ ได้แก่อาหารที่นอกเหนือจากที่กล่าวมาทั้ง 3 กลุ่ม ตัวอย่างอาหาร เช่น ก๋วยเตี๋ยว, เครื่องเทศ, น้ำตาลปีบ, น้ำตาลทราย, ข้าวสาร ฯลฯ

อาหาร ที่ไม่ถูกต้องตามพระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. 2522

มาตรา 25 ห้ามมิให้ผู้ใดผลิต นำเข้าเพื่อจำหน่าย หรือจำหน่าย ซึ่งอาหารดังต่อไปนี้

1. อาหารไม่บริสุทธิ์ ได้แก่ อาหารที่มีลักษณะดังต่อไปนี้

- อาหารที่มีสิ่งที่น่าจะเป็นอันตรายเจือปนอยู่
- อาหารที่มีสารหรือวัตถุเคมีเจือปนอยู่ ในอัตราที่อาจเป็นเหตุให้คุณภาพของอาหารนั้นลดลง เว้นแต่การเจือปนเป็นการจำเป็นต่อกรรมวิธีการผลิต และได้รับอนุญาตจากพนักงานเจ้าหน้าที่แล้ว
- อาหารที่ได้ผลิต บรรจุ หรือเก็บรักษาไว้โดยไม่ถูกสุขลักษณะ
- อาหารที่ผลิตจากสัตว์ที่เป็นโรคอันอาจติดต่อถึงคนได้
- อาหารที่ภาชนะบรรจุ ประกอบด้วยวัตถุอันน่าจะเป็นอันตรายแก่สุขภาพ

2. อาหารปลอม ได้แก่ อาหารที่มีลักษณะดังต่อไปนี้

- อาหารที่ได้สับเปลี่ยนใช้วัตถุอื่นแทนบางส่วน หรือคัดแยกวัตถุที่มีคุณค่าออกเสียทั้งหมดหรือบางส่วน และจำหน่ายเป็นอาหารแท้อย่างนั้น หรือใช้ชื่ออาหารแท่นั้น
- วัตถุหรืออาหารที่ผลิตขึ้นเทียมอาหารอย่างหนึ่งอย่างใด และจำหน่ายเป็นอาหารแท้อย่างนั้น
- อาหารที่ได้ผสมหรือปรุงแต่งด้วยวิธีใดๆ โดยประสงค์จะปกปิดซ่อนเร้นความชำรุดบกพร่อง หรือความด้อยคุณภาพของสารนั้น
- อาหารที่มีฉลากเพื่อลวง หรือพยายามลวงผู้ซื้อให้เข้าใจผิดในเรื่องคุณภาพ ปริมาณ ประโยชน์ หรือลักษณะพิเศษอย่างอื่น หรือในเรื่องสถานที่และประเทศที่ผลิต
- อาหารที่ผลิตขึ้นไม่ถูกต้องตามคุณภาพหรือมาตรฐานที่รัฐมนตรีประกาศ (ส่วนประกอบที่เป็นคุณค่าทางอาหารขาดหรือเกินร้อยละ 30 จากเกณฑ์ต่ำสุดหรือสูงสุด หรือแตกต่างจากคุณภาพหรือมาตรฐานที่ระบุไว้จนทำให้เกิดโทษหรืออันตราย)

3. อาหารผิดมาตรฐาน ได้แก่ อาหารที่มีลักษณะดังต่อไปนี้

- อาหารที่ไม่ถูกต้องตามคุณภาพ หรือมาตรฐานที่รัฐมนตรีประกาศ แต่ไม่ถึงขนาดอาหารปลอม

4. อาหารอื่นที่รัฐมนตรีกำหนด ได้แก่ กรณีที่พบว่าอาหารนั้น ไม่ปลอดภัยในการบริโภค หรือมีสรรพคุณไม่เป็นที่เชื่อถือ หรือมีคุณค่าหรือ ประโยชน์ต่อร่างกายในระดับที่ไม่เหมาะสม รัฐมนตรีมีอำนาจในการ กำหนด อาหารดังกล่าวเป็นอาหารที่ห้ามมิให้ผลิต นำเข้าเพื่อจำหน่าย หรือจำหน่ายได้

การโฆษณาอาหาร

มาตรา 40 ห้ามมิให้ผู้ใดโฆษณาคุณภาพ ประโยชน์ คุณภาพ หรือ สรรพคุณของอาหารอันเป็นเท็จ หรือเป็นการหลอกลวงให้เกิดความหลง เชื่อโดยไม่สมควร

มาตรา 41 ผู้ใดประสงค์จะโฆษณาคุณภาพ ประโยชน์ คุณภาพหรือ สรรพคุณของอาหารทางวิทยุกระจายเสียง วิทยุโทรทัศน์ ทางฉายภาพ ภาพยนตร์ หรือทางหนังสือพิมพ์ หรือสิ่งพิมพ์อื่นหรือด้วยวิธีอื่นใดเพื่อ ประโยชน์ในทางการค้า ต้องนำเสียง ภาพ ภาพยนตร์ หรือข้อความที่จะ โฆษณาดังกล่าวนั้น ให้ผู้อนุญาตตรวจพิจารณาก่อน เมื่อได้รับอนุญาตแล้ว จึงจะโฆษณาได้

บันได 2 ขั้น ในการขออนุญาตผลิตอาหาร

การดำเนินการขออนุญาตผลิตอาหาร ประกอบไปด้วย 2 ขั้นตอน
สรุปย่อๆ ดังนี้

ขั้นที่ 1. พิจารณาสถานที่ผลิต

เข้าข่ายโรงงาน

(เครื่องจักรตั้งแต่ 5 แรงม้าขึ้นไป
หรือคนงานตั้งแต่ 7 คนขึ้นไป)
ขออนุญาต 'ผลิตอาหาร'
(ยื่นแบบ อ.1)

ไม่เข้าข่ายโรงงาน

ขอรับเลขประจำสถานที่ผลิต
อาหาร
(ยื่นแบบ สป.1)

ขั้นที่ 2. พิจารณา 'ชนิด' ของอาหารที่จะผลิต

2.1 อาหารควบคุมเฉพาะ เช่น อาหารในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท,
เครื่องดื่มในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท*, ไอศกรีม* ฯลฯ

โรงงาน

ขออนุญาต 'ขึ้นทะเบียนตำรับอาหาร'
(ยื่นแบบ อ.17 และแนบผลวิเคราะห์
ด้วย)

ไม่เข้าข่ายโรงงาน

ขออนุญาต 'ใช้ฉลากอาหาร'
(ยื่นแบบ สป.3 และแนบผล
วิเคราะห์)

2.2 อาหารกำหนดคุณภาพหรือมาตรฐาน เช่น น้ำปลา*, น้ำดื่ม
ในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท*, น้ำแข็ง*, กาแฟ*, น้ำส้มสายชู* ฯลฯ

โรงงาน

(ยื่นแบบ สบ.5)

ขออนุญาต 'ขอจดทะเบียนอาหาร'

ไม่เข้าข่ายโรงงาน

ขออนุญาต 'ขอจดทะเบียนอาหาร'

(ยื่นแบบ สบ.5)

2.3 อาหารที่ต้องมีฉลาก เช่น น้ำเกลือปรุงอาหาร*, ซอส
ในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท*, ผลิตภัณฑ์จากเนื้อสัตว์*, อาหารพร้อมปรุง*,
อาหารสำเร็จรูปที่พร้อมบริโภคทันที* ฯลฯ

โรงงาน

(ยื่นแบบ สบ.5)

ขออนุญาต 'ขอแจ้งรายละเอียด
อาหาร'**ไม่เข้าข่ายโรงงาน**

ขออนุญาต 'ขอแจ้งรายละเอียด

อาหาร' (ยื่นแบบ สบ.5)

2.4 อาหารอื่นๆ ได้แก่ อาหารที่ไม่อยู่ในประเภทที่กล่าวมาข้างต้น
เช่น น้ำตาลปีบ, น้ำตาลทราย, ข้าวสาร, ขนมหจिन ฯลฯ **“ไม่ต้องขอ
อนุญาตใดๆ (ขออนุญาตสถานที่ผลิตเท่านั้น)”**

*สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ได้มอบอำนาจให้จังหวัด
ดำเนินการอนุญาตได้

การแสดงผลลากอาหาร

ฉลากอาหารที่ครบถ้วน ถูกต้องตามที่กฎหมายกำหนดจะต้องมีรายละเอียดดังนี้

1. ชื่ออาหาร
2. เครื่องหมายที่สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยากำหนด (กรณีที่เป็นอาหารที่ต้องขออนุญาต อย.)



3. ชื่อและที่ตั้งของสถานที่ผลิต หรือแบ่งบรรจุ
4. ส่วนประกอบ สำคัญ (แสดงเป็นร้อยละ)
5. วัน เดือนและปี ที่ผลิต หรือหมดอายุ โดยระบุข้อความ **‘ผลิต’** **‘หมดอายุ’** หรือ **‘ควรบริโภคก่อน’**
6. ข้อความ **‘ใช้วัตถุดิบเสีย’** (ถ้ามีการใช้)
7. ข้อความ **‘คำแนะนำในการเก็บรักษา’** (ถ้ามี)

ทั้งนี้ ข้อความ รูป รูปภาพ รอยประดิษฐ์ที่แสดงบนฉลากต้องไม่เป็นเท็จ หรือหลอกลวงให้เกิดความหลงเชื่อโดยไม่สมควรหรือไม่ทำให้เกิดการเข้าใจผิดในสาระสำคัญ

เราสามารถใช้อะไรเหล่านี้ ไปเป็นแนวทางในการตรวจสอบผลิตภัณฑ์อื่นๆ ได้เช่นกัน เนื่องจากจะคล้ายกัน แต่จะมีรายละเอียดเฉพาะผลิตภัณฑ์ที่แตกต่างกันบางส่วน เช่น ยาจจะต้องมีเลขทะเบียนตำรับยา เป็นต้น

แนวทางการผลิตอาหารตามหลักเกณฑ์วิธีการ ที่ดี GMP (GOOD MANUFACTURING PRACTICE)

กฎหมายอาหาร ได้กำหนดให้อาหารหลายประเภทต้องปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ GMP (ตรวจสอบรายละเอียดได้ที่กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด หรือกองควบคุมอาหาร สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา) โดยมีวัตถุประสงค์ดังนี้

1. เพื่อเป็นเครื่องมือของผู้ผลิตในการใช้ดูแลคุณภาพอาหารด้วยตนเอง

2. เพื่อเป็นมาตรการในการป้องกันก่อนเกิดปัญหา

3. เพื่อเป็นมาตรฐานเดียวกัน สำหรับทุกฝ่าย ทั้งผู้ผลิต เจ้าหน้าที่ผู้บริโภค

การตรวจเพื่อประเมินผล GMP จะใช้แบบบันทึกการตรวจสถานที่ โดยคะแนนที่ได้จากการตรวจสถานที่ผลิตอาหารนั้น จะต้องไม่น้อยกว่า 60 เปอร์เซ็นต์ (สำหรับสถานที่ผลิตนม ต้องไม่น้อยกว่า 70 เปอร์เซ็นต์) และที่สำคัญคือ **‘ต้องไม่พบข้อบกพร่องร้ายแรง’** เช่น น้ำที่ใช้ปรุง ผสม หรือสัมผัสอาหารต้องได้มาตรฐาน ฯลฯ

เมื่อสถานที่ผลิตอาหารผ่านการตรวจรับรองแล้ว สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา จะออกหนังสือรับรองมาตรฐาน โดยระบุระดับตามคะแนนจากผลการตรวจ ดังนี้

ระดับดี คะแนน 60.00 - 79.99 %

ระดับดีมาก คะแนน 80.00 - 100.00 %

สำหรับสถานที่ผลิตนมฯ

ระดับดี คะแนน 70.00 - 79.99 %

ระดับดีมาก คะแนน 80.00 - 100.00 %

การให้คะแนนในการตรวจสอบที่ผลิต ตามเกณฑ์ GMP

ในการตรวจสอบสถานที่ผลิตอาหาร เพื่อควบคุมกำกับให้เป็นไปตาม
เกณฑ์ GMP จะมีการประเมินผลการตรวจและให้คะแนนตามเกณฑ์ดังนี้

- | | | |
|----------|-------|--|
| ดี | (2) | ดี ครบถ้วน สมบูรณ์ ตามรายละเอียดที่กำหนด |
| พอใช้ | (1) | ไม่สมบูรณ์ ตามรายละเอียดที่กำหนด
(แต่มีมาตรการการป้องกันการปนเปื้อน หรือ
ไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่อความปลอดภัยของอาหาร) |
| ปรับปรุง | (0) | ไม่สมบูรณ์และก่อให้เกิดอันตรายในอาหาร |

ประกาศเกี่ยวกับเกณฑ์ GMP

ตามประกาศฯ (ฉบับที่ 193) พ.ศ. 2543 และ ประกาศฯ (ฉบับที่ 239) พ.ศ. 2544 ของพระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. 2522 มีการกำหนด หัวข้อหลักเกณฑ์วิธีการที่ดีในการผลิตอาหาร สรุป 6 หัวข้อ

1. สถานที่ตั้งและอาคารผลิต (19 คะแนน)

มีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันการปนเปื้อนในสถานที่ผลิต

2. เครื่องมือเครื่องจักร ที่ใช้ในการผลิต (8 คะแนน)

มีวัตถุประสงค์เพื่อคำนึงถึงความพอเพียงของเครื่องมือ เครื่องจักร มีการออกแบบตลอดจนมีการติดตั้งที่ง่ายต่อการทำความสะอาด สามารถป้องกันการปนเปื้อนและเหมาะสมในการใช้งาน

3. การควบคุมกระบวนการผลิต (30 คะแนน)

มีวัตถุประสงค์เพื่อเน้นความปลอดภัยในการผลิตตลอดทั้งกระบวนการ มีการบันทึก รายงานข้อมูลที่สำคัญ เพื่อสามารถตรวจทานย้อนกลับได้ในกรณีที่พบว่าผิดปกติหรือเสียหาย

4. การสุขาภิบาล (15 คะแนน)

มีวัตถุประสงค์เพื่อควบคุม ป้องกัน ไม่ให้เกิดการปนเปื้อนจากสภาพแวดล้อม มีมาตรการดูแลความสะอาดของน้ำที่ใช้ทำความสะอาดในสถานที่ผลิต มีห้องน้ำห้องส้วม อ่างล้างมือ ที่สะอาด เพียงพอ ตลอดจนมีมาตรการตรวจสอบ สัตว์ แมลง มีการดูแลขยะ การระบายน้ำ ที่เหมาะสม

5. การบำรุงรักษาและการทำความสะอาด (13 คะแนน)

มีวัตถุประสงค์เพื่อดูแล รักษาความสะอาด สะอาด ถูกสุขลักษณะ ดูแลสารเคมีอย่างปลอดภัย

6. บุคลากรและสุขลักษณะผู้ปฏิบัติงาน (15 คะแนน)

มีวัตถุประสงค์เพื่อสุขอนามัย ป้องกันการปนเปื้อนจากผู้ปฏิบัติงาน ที่ทำการผลิต ตลอดจนผู้ไม่เกี่ยวข้องกับการผลิต

อาหาร 54 ประเภท ที่ต้องปฏิบัติตามเกณฑ์ จีเอ็มพี (GMP) มีดังนี้

- | | |
|---|--|
| 1. อาหารทารกและอาหารสูตร
ต่อเนื่องสำหรับทารกและเด็ก | ควบคุมน้ำหนัก
18. ชา |
| 2. อาหารเสริมสำหรับทารกและ
เด็กเล็ก | 19. กาแฟ
20. น้ำปลา |
| 3. นมดัดแปลงสำหรับทารกและ
นมดัดแปลงสูตรต่อเนื่องสำหรับทารก | 21. น้ำแร่ธรรมชาติ
22. น้ำส้มสายชู |
| 4. น้ำแข็ง | 23. น้ำมันและไขมัน |
| 5. น้ำบริโภคภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท | 24. น้ำมันถั่วลิสง |
| 6. เครื่องดื่มในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท | 25. ครีม |
| 7. อาหารในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท | 26. น้ำมันเนย |
| 8. นมโค | 27. เนย |
| 9. นมเปรี้ยว | 28. เนยแข็ง |
| 10. ไอศกรีม | 29. เนยใส หรือ กี้ |
| 11. นมปรุงแต่ง | 30. เนยเทียม |
| 12. ผลิตภัณฑ์ของนม | 31. อาหารกึ่งสำเร็จรูป |
| 13. วัตถุเจือปนอาหาร | 32. ซอสบางชนิด |
| 14. สีผสมอาหาร | 33. น้ำมันปาล์ม |
| 15. วัตถุที่ใช้ปรุงแต่งรสอาหาร | 34. น้ำมันมะพร้าว |
| 16. โซเดียมซัลเฟตและอาหารที่มี
โซเดียมซัลเฟต | 35. เครื่องดื่มเกลือแร่ |
| 17. อาหารสำหรับผู้ที่ต้องการ | 36. นำนมถั่วเหลืองในภาชนะบรรจุ
ที่ปิดสนิท |

- | | |
|--|--------------------------------|
| 37. ซีอกโกแลต | 45. แป้งข้าวกล้าง |
| 38. แยม เยลลี่ มาร์มาเลด | 46. น้ำเกลือปรุงอาหาร |
| ในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท | 47. ซอสในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท |
| 39. อาหารที่มีวัตถุดิบพิเศษ | 48. ขนมปัง |
| 40. ไข่เยี่ยวม้า | 49. หมากฝรั่งและลูกอม |
| 41. รอยัลเยลลี่และผลิตภัณฑ์รอยัลเยลลี่ | 50. วัสดุสำเร็จรูปและขนมเยลลี่ |
| 42. ผลิตภัณฑ์ปรุงรสที่ได้จากการ | 51. ผลิตภัณฑ์กระเทียม |
| ย่อยโปรตีนของถั่วเหลือง | 52. ผลิตภัณฑ์จากเนื้อสัตว์ |
| 43. น้ำผึ้ง | 53. วัตถุแต่งกลิ่นรส |
| 44. ข้าวเติมวิตามิน | 54. อาหารแช่เยือกแข็ง |

การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสถานพยาบาล

กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับสถานพยาบาล ได้แบ่งประเภทของสถานพยาบาล ดังนี้

1. สถานพยาบาลประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน ได้แก่ โรงพยาบาล, สถานพยาบาลทันตกรรมสถานพยาบาลเวชกรรม, สถานพยาบาลการแพทย์แผนไทย, สถานพยาบาลการผดุงครรภ์
2. สถานพยาบาลที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน ได้แก่ คลินิกเวชกรรม, คลินิกทันตกรรม, คลินิกเทคนิคการแพทย์, คลินิกการแพทย์แผนไทย, สหคลินิก, คลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์

การเปิดสถานพยาบาลประเภทต่างๆ ต้องมีผู้ประกอบวิชาชีพตามลักษณะของวิชาชีพเป็นผู้ดำเนินการดูแลสถานประกอบการอย่างใกล้ชิด การขออนุญาตเปิดสามารถยื่นเรื่องเพื่อขออนุญาตได้ที่กลุ่มงานคุ้มครอง

ผู้บริโภคร สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแต่ละจังหวัด โดยก่อนได้รับอนุญาตให้เปิดดำเนินการ จะต้องมีการตรวจมาตรฐานของสถานที่ดังกล่าวโดยคณะทำงาน ซึ่งส่วนใหญ่ในระดับอำเภอจะมีเภสัชกร โรงพยาบาลชุมชนที่ปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเจ้าหน้าที่ร่วมตรวจด้วย

ข้อพึงสังเกตของสถานพยาบาลที่ได้รับอนุญาต ถูกต้องตามกฎหมาย

1. จะมีป้ายแสดงชื่อคลินิกถูกต้องตรงตามมาตรฐาน

คลินิกนายแพทย์รักษาเวชกรรม
เลขที่ใบอนุญาต 12345678901

- ขนาดความกว้างของป้ายไม่น้อยกว่า 40 ซม. และความยาวไม่น้อยกว่า 120 ซม.
- ตัวอักษรแสดงชื่อสถานพยาบาลสูงไม่น้อยกว่า 10 ซม.
- แสดงเลขที่ใบอนุญาตประกอบกิจการสถานพยาบาลมีความสูงไม่น้อยกว่า 5 ซม.
- สีพื้นแผ่นป้ายสีขาว สีตัวอักษรใช้ตามประเภทของสถานพยาบาล

สถานพยาบาล

1. คลินิกเวชกรรม/คลินิกเวชกรรมเฉพาะทาง
2. คลินิกทันตกรรม/คลินิกทันตกรรมเฉพาะทาง
3. คลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์
4. คลินิกกายภาพบำบัด
5. คลินิกเทคนิคการแพทย์
6. คลินิกการแพทย์แผนไทย
7. คลินิกการแพทย์แผนไทยประยุกต์
8. สหคลินิก

สีตัวอักษร

- สีเขียว
- สีม่วง
- สีฟ้า
- สีชมพู
- สีเลือดหมู
- สีน้ำเงิน
- สีน้ำตาล
- สีเขียวแก่

2. แสดงใบอนุญาตประกอบกิจการสถานพยาบาลและใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล ไว้ที่สถานพยาบาลให้เห็นอย่างเด่นชัด
3. มีการแสดงรูปถ่ายแพทย์ผู้ให้บริการบนป้ายสีน้ำเงินและมีชื่อตัวอักษรสีขาว ระบุเลขที่ใบประกอบวิชาชีพ ซึ่งจะต้องตรงกับคนที่ให้บริการรักษาอยู่
4. มีการติดประกาศสิทธิผู้ป่วยในที่เปิดเผย
5. มีการแสดงอัตราค่ารักษาพยาบาลในที่เปิดเผยและเห็นได้ง่าย
6. มีการติดป้ายว่าท่านจะสอบถามค่ารักษาพยาบาลได้ที่ใด
7. มีสื่อสถานพยาบาลแสดงไว้หน้าช่องหรือฉลากบรรจุยา

ลักษณะความผิดที่พบบ่อย

ความผิดตามพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541

มาตรฐานสถานพยาบาล ไม่แสดงสิ่งต่อไปนี้ไว้ในที่เปิดเผยและเห็นได้	ผิดมาตรา	ฝ่าฝืนมาตรา	บทกำหนดโทษ
- ใบอนุญาต	31	59	
- ชื่อสถานพยาบาล	32(1)	59	ปรับไม่เกิน 10,000 บาท
- รายละเอียดเกี่ยวกับผู้ประกอบการวิชาชีพ	32(2)	59	ปรับไม่เกิน 10,000 บาท
- อัตราค่ารักษาพยาบาล/แสดงว่าสอบถามได้ที่ใด	32(3)	59	ปรับไม่เกิน 10,000 บาท
การประกอบวิชาชีพ			
- ไม่พบผู้ประกอบการวิชาชีพตามลักษณะสถานพยาบาล	35(1)	65	ปรับไม่เกิน 20,000 บาท

การคุ้มครองผู้บริโภคด้านการโฆษณา

ความหมายต่างๆ เกี่ยวกับคำว่า ‘โฆษณา’

‘โฆษณา’ ตามพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2525 หมายถึงการแพร่หนังสือออกไปยังสาธารณชน การป่าวร้อง การป่าวประกาศ

‘โฆษณา’ ตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภค พ.ศ. 2522 หมายถึง การกระทำไม่ว่าวิธีใด ๆ

ให้ประชาชนเห็นหรือทราบข้อความเพื่อประโยชน์ทางการค้า

‘โฆษณา’ ตามพระราชบัญญัติลิขสิทธิ์ พ.ศ. 2537 หมายถึง การนำสำเนาจำลองของงาน ไม่ว่าในรูปหรือลักษณะอย่างหนึ่งอย่างใด ที่ทำขึ้นโดยความยินยอมของผู้สร้างสรรค์ออกจำหน่าย โดยสำเนาจำลองนั้นมีปรากฏต่อสาธารณชนเป็นจำนวนมากพอสมควรตามสภาพของงานนั้น แต่ไม่หมายความรวมถึงการแสดงหรือการทำให้ปรากฏซึ่งนาฏกรรม ดนตรีกรรม หรือภาพยนตร์ การบรรยายหรือปาฐกถาซึ่งวรรณกรรม การแพร่เสียงแพร่ภาพ เกี่ยวกับงานใด การนำศิลปกรรมออกแสดงและการก่อสร้างงานสถาปัตยกรรม

กฎหมายที่เกี่ยวกับการโฆษณาผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพ

มีกฎหมาย กฎ ระเบียบต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมดูแล การโฆษณาต่างๆ ที่จะส่งผลกระทบต่อสุขภาพผู้บริโภค สรุปดังนี้

1. พระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510 และฉบับแก้ไขเพิ่มเติม
2. พระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. 2522
3. พระราชบัญญัติเครื่องมือแพทย์ พ.ศ. 2531

พระราชบัญญัติทั้ง 3 ฉบับนี้ กฎหมายกำหนดให้ต้องขออนุญาตก่อนทำการโฆษณา

4. พระราชบัญญัติเครื่องสำอาง พ.ศ. 2535

5. พระราชบัญญัติวัตถุอันตราย พ.ศ. 2535

พระราชบัญญัติทั้ง 2 ฉบับนี้ ไม่ต้องขออนุญาต แต่ต้องโฆษณาภายในขอบเขตของกฎหมาย และให้นำบทบังคับใช้ของกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองผู้บริโภค ในส่วนของการคุ้มครองผู้บริโภคด้านโฆษณามาทับใช้แทน

6. พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 และฉบับแก้ไขเพิ่มเติม

7. พระราชบัญญัติวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท พ.ศ. 2518 และฉบับแก้ไขเพิ่มเติม

พระราชบัญญัติ ทั้ง 2 ฉบับนี้ กฎหมายห้ามโฆษณาเพื่อการค้าแก่ประชาชนทั่วไป ยกเว้นต่อการโฆษณาโดยตรงต่อผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรม ผู้ประกอบโรคศิลปะแผนปัจจุบันชั้นหนึ่งในสาขาทันตกรรมหรือเภสัชกรรม หรือผู้ประกอบการบำบัดโรคผิวหนัง

8. พระราชกำหนดป้องกันการใช้สารระเหย พ.ศ. 2533

กฎหมายมิได้บัญญัติไว้ว่าห้ามทำการโฆษณา แต่เนื่องจากเป็นสารต้องห้ามและเป็นอันตราย จึงไม่สามารถทำการโฆษณาได้

9. พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541

ต้องโฆษณาภายในขอบเขตของกฎหมาย

10. พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภค พ.ศ. 2522

11. พระราชบัญญัติวิชาชีพเภสัชกรรม พ.ศ. 2537

มีการกำหนดไว้ในข้อบังคับสภาเภสัชกรรมว่าด้วยจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพเภสัชกรรม พ.ศ. 2538

บทบาทของพนักงานเจ้าหน้าที่

กระทรวงสาธารณสุข ได้มีประกาศแต่งตั้งเภสัชกรโรงพยาบาลเป็นพนักงานเจ้าหน้าที่ ตามพระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. 2522 (ประกาศฉบับที่ 141 พ.ศ. 2535) และพระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510 (ประกาศฉบับที่ 19 พ.ศ. 2535) ดังนี้

1. เภสัชกรหัวหน้าฝ่ายเภสัชกรรมชุมชนและเภสัชกรที่ได้รับมอบหมายในโรงพยาบาลชุมชน

2. เภสัชกรหัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรม และเภสัชกรที่ได้รับมอบหมายในโรงพยาบาลทั่วไป เฉพาะในอำเภอนอกเขตอำเภอเมืองที่ไม่มีโรงพยาบาลชุมชนตั้งอยู่

แม้ในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลจะมุ่งเน้นการทำงานเชิงรุกในแง่การเผยแพร่ความรู้ การพัฒนาศักยภาพและการเฝ้าระวังและบริหารจัดการความเสี่ยง แต่เพื่อให้เภสัชกรที่เป็นพนักงานเจ้าหน้าที่ทราบขอบเขตอำนาจตามกฎหมาย จึงนำมาสรุปให้ทราบดังนี้ในที่นี้จึงนำบทบาทของพนักงานเจ้าหน้าที่ตามกฎหมายมาให้ทราบ

พนักงานเจ้าหน้าที่และอำนาจหน้าที่ของพนักงานเจ้าหน้าที่ (ตาม พ.ร.บ.อาหาร พ.ศ. 2522)

มาตรา 43 ในการปฏิบัติหน้าที่ ให้พนักงานเจ้าหน้าที่มีอำนาจ ดังนี้

1. เข้าไปในสถานที่ผลิตอาหาร สถานที่เก็บอาหาร สถานที่จำหน่ายอาหารหรือสถานที่ทำการของผู้ผลิต ผู้เก็บรักษา ผู้จำหน่าย รวมทั้งสถานที่ทำการของผู้นำหรือส่งเข้ามาในราชอาณาจักรซึ่งอาหาร ในระหว่างเวลา

ทำการเพื่อตรวจสอบ ควบคุมให้การเป็นไปตามพระราชบัญญัตินี้

2. ในกรณีอันมีเหตุอันสมควรสงสัยว่ามีการกระทำความผิดตามพระราชบัญญัตินี้ อาจเข้าไปในสถานที่หรือยานพาหนะใดๆ เพื่อตรวจสอบอาหาร และอาจยึดหรืออายัดอาหาร และเครื่องมือเครื่องใช้ที่เกี่ยวข้องกับการกระทำความผิด ตลอดจนภาชนะบรรจุหรือหีบห่อบรรจุอาหาร และเอกสารที่เกี่ยวข้องกับอาหารดังกล่าวได้

3. นำอาหารในปริมาณพอสมควรไปเป็นตัวอย่างเพื่อตรวจสอบ หรือตรวจวิเคราะห์

4. ยึดหรืออายัดอาหารหรือภาชนะบรรจุ ที่สงสัยว่าอาจก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพหรือผิตอนามัยของประชาชนเพื่อตรวจพิสูจน์

5. ยึดหรืออายัดอาหารไม่บริสุทธิ์ อาหารปลอมหรืออาหารผิดมาตรฐาน หรือภาชนะบรรจุที่อาจก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพ หรือผิตอนามัยของประชาชนที่มีลักษณะไม่ถูกต้องตามคุณภาพหรือมาตรฐานที่รัฐมนตรีประกาศกำหนดตามมาตรา 6 (6)

ในการปฏิบัติหน้าที่ตามวรรคหนึ่ง ให้ผู้รับอนุญาตหรือผู้ที่เกี่ยวข้องอำนวยความสะดวกตามสมควร

มาตรา 45 ในการปฏิบัติการตามหน้าที่ พนักงานเจ้าหน้าที่ต้องแสดงบัตรประจำตัว เมื่อผู้รับอนุญาตหรือผู้ที่เกี่ยวข้องร้องขอ

พนักงานเจ้าหน้าที่และอำนาจหน้าที่ของพนักงานเจ้าหน้าที่ (ตาม พ.ร.บ.ยา พ.ศ. 2510)

มาตรา 91 ในการปฏิบัติหน้าที่ ให้พนักงานเจ้าหน้าที่มีอำนาจ ดังนี้

1. เข้าไปในสถานที่ผลิตยา สถานที่ขายยา สถานที่นำหรือส่งอาหารเข้ามาในราชอาณาจักร หรือสถานที่เก็บยา ในระหว่างเวลาทำการ เพื่อตรวจสอบควบคุมให้การเป็นไปตามพระราชบัญญัตินี้

2. นำยาในปริมาณพอสมควรไปเป็นตัวอย่างเพื่อตรวจสอบหรือ

วิเคราะห์

3. ในกรณีมีเหตุอันควรสงสัยว่ามีการกระทำความผิดตามพระราชบัญญัตินี้ อาจเข้าไปในสถานที่ใดๆ เพื่อตรวจสอบยาและอาจยึดหรืออายัดยาและเครื่องมือเครื่องใช้ ที่เกี่ยวข้องกับการกระทำความผิด ตลอดจนหาชนะบรรจุหรือหีบห่อบรรจุนยาและเอกสารที่เกี่ยวข้องกับยาดังกล่าวได้

4. ประกาศผลการตรวจสอบหรือวิเคราะห์คุณภาพของยา ที่นำไปตรวจสอบหรือวิเคราะห์ตาม (2) ให้ประชาชนทราบ โดยได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการอาหารและยา ทั้งนี้เพื่อประโยชน์แก่การคุ้มครองความปลอดภัยของผู้ใช้ยา

5. ในกรณีที่ปรากฏต่อพนักงานเจ้าหน้าที่ว่ายาใดเป็นยาที่ไม่ปลอดภัยแก่ผู้ใช้ยาหรืออาจจะเป็นอันตรายต่อผู้ใช้ยา ให้พนักงานเจ้าหน้าที่มีอำนาจเรียกเก็บหรือสั่งให้ผู้รับอนุญาตผลิตยา ผู้รับอนุญาตขายยา หรือผู้รับอนุญาตนำเข้าหรือส่งยาเข้ามาในราชอาณาจักร จัดเก็บยาดังกล่าวของตนคืนในระยะเวลาที่พนักงานเจ้าหน้าที่กำหนดและมีอำนาจทำลายยาดังกล่าวเสียได้ ทั้งนี้ตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กำหนดในกฎกระทรวง

ในการปฏิบัติการของพนักงานเจ้าหน้าที่ตามวรรคหนึ่ง ให้ผู้รับอนุญาตและบรรดาผู้มีหน้าที่เกี่ยวข้องกับการผลิตยา การขายยา หรือการนำเข้าหรือส่งยาเข้ามาในราชอาณาจักร ในสถานที่ดังกล่าว อำนาจความสะดวกให้ตามควรแก่กรณี

มาตรา 92 ในการปฏิบัติการตามหน้าที่ พนักงานเจ้าหน้าที่ต้องแสดงบัตรประจำตัว เมื่อบุคคลซึ่งเกี่ยวข้องร้องขอ

(ตัวอย่าง) แบบฟอร์มทำเทียบสถานประกอบการ/เครือข่าย/ชมรม
ต่าง ๆ ในพื้นที่ สามารถจัดทำได้ตามความเหมาะสม หรืออาจจะเชื่อมฐาน
เพื่อใช้งานข้อมูลร่วมกับหน่วยงานระดับอำเภอและจังหวัด

ข้อคำถามที่	ที่ตั้ง	ประเภท	เลขที่ใบอนุญาต	ชื่อผู้ดำเนินการ	ชื่อผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ (เวลาปฏิบัติการ)	หมายเหตุ

ชื่อสถานที่	ที่ตั้ง	ประเภท		เลขที่ใบอนุญาต	ชื่อผู้ดำเนินการ	ประเภทอาหารที่ผลิต (ระบุ)	หมายเหตุ
		GMP	ไม่ใช่ GMP				

ข้อสถานที่	ที่ตั้ง	ชื่อเจ้าของร้าน	ประเภทของสินค้าที่จำหน่าย	หมายเหตุ

[illegible]

(ตัวอย่าง)

บันทึกการเก็บตัวอย่างอาหาร ร้านชำ/แผงลอย/ตลาดนัด

หน่วยงาน

เขียนที่

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

วันนี้ เวลาน.

ข้าพเจ้า(ชื่อ).....

พร้อมด้วย(ชื่อ).....ได้มาตรวจและเก็บ
ตัวอย่างอาหารที่มีไว้สำหรับ การจำหน่ายให้กับประชาชน เพื่อไปทำการ
วิเคราะห์ทางวิชาการ

ข้าพเจ้า (เจ้าของร้าน) ผู้ได้รับ
อนุญาต โดยมีนิติบุคคลได้เป็นผู้ดำเนินการ ตั้งอยู่เลขที่ หมู่ที่
..... ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด เขต
พื้นที่สถานีตำรวจภูธรอำเภอ..... ได้มอบตัวอย่างอาหารให้ตาม
รายการดังนี้

- | | | |
|-----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| ☐ หมูบด | ☐ ลูกชิ้นหมู | ☐ ลูกชิ้นปลา |
| ☐ กุ้งแห้ง | ☐ ชিংฝอย | ☐ ถั่วงอก |
| ☐ หน่อไม้ดอง | ☐ ผักกาดดอง | ☐ ถั่วฝักยาว |
| ☐ อื่นๆ | | |

.....
.....

จำนวน ตัวอย่าง ในการนี้ ข้าพเจ้าไม่คิดมูลค่าแต่ประการใด
และในการที่เจ้าหน้าที่หรือเจ้าพนักงานมาตรวจและเก็บตัวอย่างอาหารครั้งนี้
มิได้มีทรัพย์สินสมบัติอย่างใดของข้าพเจ้าเสียหาย จึงลงนามรับรองไว้ต่อหน้า
เจ้าพนักงาน/เจ้าหน้าที่ และพยานท้ายบันทึกนี้

(ลงชื่อ) เจ้าของร้าน/ผู้แทน

(.....)

(ลงชื่อ) เจ้าพนักงาน/เจ้าหน้าที่

(.....)

(ลงชื่อ) พยาน/ชมรมฯ

(.....)

(ลงชื่อ) พยาน/ชมรมฯ

(.....)

ผลการตรวจ

- 1.....
- 2.....
- 3.....
- 4.....

ข้าพเจ้า ขอให้ข้อมูลว่า วันที่เวลา(โดยประมาณ)
 เจ้าหน้าที่ จาก.....คงมี
 รายชื่อข้างต้นได้มา ทำการตรวจสอบ และเก็บตัวอย่างอาหาร จำนวน
 ตัวอย่าง เพื่อนำไปตรวจวิเคราะห์ทางวิชาการ ซึ่งข้าพเจ้าได้ชื่อ
มาจำหน่าย จาก.....
และ เจ้าหน้าที่ได้แจ้งให้ข้าพเจ้าทราบว่าการจำหน่าย
ที่ตรวจพบว่ามีการใช้สาร

มีความผิดตามพระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. 2522 จัดเป็นอาหารที่
 ไม่บริสุทธิ์ตามมาตรา 25(1) มีโทษตามมาตรา 58 ต้องระวางโทษจำคุกไม่
 เกิน 2 ปี หรือปรับไม่เกินสองหมื่นบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ ข้าพเจ้าได้รับ
 ทราบแล้ว

และ.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า คำให้การ/ข้อเท็จจริง ของข้าพเจ้าด้วยความสมัครใจ
 และเป็นความจริงทุกประการ จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นคำสัญญา ต่อหน้าพนักงาน
 เจ้าหน้าที่/เจ้าหน้าที่

(ลงชื่อ) เจ้าของร้าน/ผู้แทน
 (.....)
 (ลงชื่อ) เจ้าพนักงาน/เจ้าหน้าที่
 (.....)
 (ลงชื่อ) พยาน/ชมรมฯ
 (.....)
 (ลงชื่อ) พยาน/ชมรมฯ
 (.....)

บันทึกการเก็บตัวอย่าง

เขียนที่

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

วันนี้ เวลาน.

อาศัยอำนาจตามความใน พ.ร.บ.....

พนักงานเจ้าหน้าที่ จาก.....

ประกอบด้วย

ได้ทำการตรวจสอบและเก็บตัวอย่าง.....

เพื่อตรวจวิเคราะห์ทางวิชาการ

ข้าพเจ้า.....ผู้รับอนุญาต.....ใบอนุญาตเลขที่

.....ชื่อสถานที่.....

สถานที่ตั้ง เลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....

ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....โทรศัพท์.....

ได้มอบให้ตามรายการดังนี้

.....
.....
.....
.....
.....

จำนวน.....รายการ รวม..... ในการนี้ข้าพเจ้าไม่คิดมูลค่าแต่ประการใด และ
ในการที่พนักงานเจ้าหน้าที่ได้มาตรวจและเก็บตัวอย่างครั้งนี้ มิได้ทำให้ทรัพย์สิน
ของผู้ใดเสียหายหรือสูญหายแต่อย่างใด อ่านให้ฟังโดยตลอดแล้ว และรับรองว่า
ถูกต้อง จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ

(ลงชื่อ) ผู้ให้ถ้อยคำ

(.....)

(ลงชื่อ) พนักงานเจ้าหน้าที่

(.....)

(ลงชื่อ) พนักงานเจ้าหน้าที่

(.....)

(ลงชื่อ) พนักงานเจ้าหน้าที่

(.....)

(ลงชื่อ) พนักงานเจ้าหน้าที่

(.....)

(ลงชื่อ) พยาน

(.....)

(ลงชื่อ) พยาน

(.....)

(ตัวอย่าง)
แบบสำรวจปัญหาการใช้ยาในชุมชน

ชื่อผู้สำรวจ.....วัน/เดือน/ปีที่สำรวจ.....

ข้อมูลเบื้องต้น

ชื่อผู้ให้ข้อมูล.....โทรศัพท์.....

ที่อยู่.....

เพศ [] ชาย [] หญิง อายุ

ศาสนา อาชีพ.....

ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพและการใช้ยา

1. ท่านมีโรคประจำตัวหรือไม่ [] ไม่มี [] มี ระบุ.....

2. กรณีที่เจ็บป่วยท่านรักษาที่ไหน (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)

[] โรงพยาบาล [] สถานีอนามัย [] ซื้อยากินเอง

[] อื่นๆ ระบุ.....

3. กรณีที่ซื้อยากินเอง ส่วนใหญ่ท่านซื้อยาจากที่ใด

[] ร้านขายยา [] ร้านขายของชำ [] รถเร่ที่มาขายยาในหมู่บ้าน

4. ท่านเคยซื้อยาชุดมาใช้บ้างหรือไม่

[] ไม่เคย [] ซื้อใช้เป็นครั้งคราว ระบุความถี่/ใช้มานาน.....

[] ซื้อใช้เป็นประจำ ระบุความถี่/ใช้มานาน

4.1 ท่านใช้ยาชุดรักษาโรคอะไร ระบุ.....

4.2 ยาชุดที่ใช้ชื่อมาจากที่ใด.....

4.3 ท่านทราบอันตรายจากการใช้ยาชุดหรือไม่ [] ไม่ทราบ [] ทราบ

5. ท่านซื้อยาเหล่านี้มาใช้เองหรือไม่? (เลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

[] ยาแก้ปวดชนิดซอง

[] ยาปฏิชีวนะ เช่น ทีซีมีนซิน, กาโน, ฮีโรมีนซิน, ออริโอมีนซิน, เพนนิซิลิน

[] ยาแก้ปวดชนิดแผง เช่น เพียแคม, บล็อก 109, คาร์พรีก, น็อกซ่า

[] ยาหยุดถ่าย เช่น โลโมติล, ไดอารีน, น็อกซี

[] ยาลูกกลอน ระบุรายละเอียด/สรรพคุณที่ใช้.....

[] ยานอนหลับ ระบุรายละเอียด.....

[] ยาบำรุง ระบุรายละเอียด/สรรพคุณที่ใช้.....

[] อาหารเสริม ระบุรายละเอียด/สรรพคุณที่ใช้.....

[] ยาแผนโบราณ ระบุรายละเอียด/สรรพคุณที่ใช้

(ตัวอย่าง)
บันทึกการรับเรื่องร้องเรียน

หน่วยงาน.....—.....

ช่องนี้สำหรับเจ้าหน้าที่ผู้รับเรื่อง

ชื่อผู้รับเรื่อง วันที่...../...../..... เวลา..... น.

ชื่อ ที่อยู่ของผู้ร้องเรียน (กรณีต้องการให้แจ้งผลการดำเนินงาน)

ชื่อ นามสกุล(นาย/นาง/นางส)..... บ้านเลขที่..... หมู่ที่.....
 ซอย..... ถนน..... ตำบล..... อำเภอ.....
 จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทร.....

รายละเอียดเกี่ยวกับเรื่องร้องเรียน

[] จากบุคคล [] โทรศัพท์ [] จากเอกสาร..... [] จากข่าว.....
 [] อื่นๆ.....

ข้อมูลรายละเอียดที่ร้องเรียน กรุณาระบุวันที่รายละเอียดให้ครบถ้วนมากที่สุด [วัน เวลา, สถานที่ (แผนที่),
 บุคคลที่เกี่ยวข้อง, เหตุการณ์ที่เกิดขึ้น, และหากมีหลักฐานมาด้วยให้บันทึกสภาพให้ละเอียด]

(ไม่พอสอด้านหลัง)

ช่องนี้สำหรับพนักงานเจ้าหน้าที่ (รับเรื่องเพื่อดำเนินการต่อ)

ชื่อ.....			ได้ รับเรื่องวันที่...../...../..... เวลา..... น.		
☐ มีมูล	☐ ข้อมูลไม่ชัดเจนแต่ประเด็นน่าสนใจ	☐ ไม่มีมูล			
☐ อาหาร	☐ ยา	☐ ยาเสพติด/วัตถุออกฤทธิ์	☐ เครื่องสำอาง	☐ วัตถุอันตราย	
☐ เครื่องมือแพทย์	☐ สถานพยาบาล	☐ อื่นๆ.....			

สรุปผลการดำเนินการ (กรอกเมื่อเสร็จสิ้นการดำเนินการทั้งหมด)		
☐ บันทึกคำให้การตกเดือน	☐ ดำเนินคดี	☐ แจ้งผลการดำเนินการแก่ผู้ร้องเรียน
☐ ส่งต่อผู้รับผิดชอบเผยแพร่ประชาสัมพันธ์	☐ ส่งต่อยังหน่วยงานอื่น ได้แก่.....	
☐ อื่นๆ.....		
แล้วเสร็จวันที่...../...../..... เวลา..... น. ลงชื่อ..... ผู้บันทึกข้อมูล		

หนังสือ เอกสาร แนะนำอ่านเพิ่มเติม

1. ยากับชุมชน มิติทางสังคมวัฒนธรรม. (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์
ลือชัย ศรีเงินยวง และวิจิต เปานิล) สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ (สวสส.)
ธันวาคม 2550
2. วิถีชุมชน คู่มือการเรียนรู้ที่ทำให้งานชุมชนง่าย ได้ผล และสนุก.
(โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ คณิศร เต็งรัง ราตรี ปิ่นแก้ว และวรัญญา เพ็ชรคง)
สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ (สวสส.) พิมพ์ครั้งที่ 7. พฤษภาคม 2551
3. เครื่องมือศึกษาชุมชนสำหรับเภสัชกร : ผู้นำการเปลี่ยนแปลง
ระบบยาในชุมชน. (วิบูลย์ วัฒนนามกุล) เอกสารการประชุมวิชาการ.
ขอนแก่น. 2551
4. ถักทอเครือข่าย...ขยายพลังงานคุ้มครองผู้บริโภค บทเรียนงาน
เครือข่าย ของเหล่าสหทัยปลาหมูแม่กลอง (ภาณุโชติ ทองยัง) แผนงาน
คุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (คคส.) 2552
5. พระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510 และฉบับแก้ไขเพิ่มเติม

6. พระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. 2522
7. ประมวลกฎหมายสำหรับเภสัชกร เพื่อการประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม (สุนทรี ท.ชัยสัมฤทธิ์โชค วรรณา ศรีวิริยานุกาพ และนิภาพร อินสี) จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. พฤษภาคม 2552
8. คู่มือปฏิบัติงานโรงพยาบาลชุมชน ฝ่ายเภสัชกรรมชุมชน (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข) พิมพ์ครั้งที่ 2. พ.ศ. 2529
9. คู่มือการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข สำหรับเจ้าหน้าที่ (สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา) ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 1. 2532
10. คู่มือฝ่ายเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข) พ.ศ. 2533
11. คู่มือการปฏิบัติงานสำหรับพนักงานเจ้าหน้าที่ ตามพระราชบัญญัติอาหาร พระราชบัญญัติยา และพระราชกำหนดสารระเหย (สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา) กรกฎาคม 2535

ภาคผนวก 4

บัญชียาจากสมุนไพร พ.ศ. 2549

ตามประกาศคณะกรรมการแห่งชาติด้านยา
(ฉบับที่ 5) พ.ศ. 2549

เรื่องบัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ. 2547 (ฉบับที่ 4)

บัญชียาจากสมุนไพร แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ

กลุ่มที่ 1 บัญชียาจากสมุนไพรที่มีการใช้ตามองค์ความรู้ดั้งเดิม
จำนวน 11 รายการ ดังนี้

1.1 ยารักษากลุ่มอาการทางระบบไหลเวียนโลหิต (แก้ลม)

- | | |
|-----------------|-------------|
| 1) ยาหอมเทพจิตร | ยาผง ยาเม็ด |
| 2) ยาหอมนวโกฐ | ยาผง ยาเม็ด |

1.2 ยารักษากลุ่มอาการทางระบบทางเดินอาหาร

- | | |
|------------------------|--------------------|
| 1) ยาถ้ายติเกลื้อฝรั่ง | ยาเม็ด |
| 2) ยาธาตุบรรจบ | ยาผง ยาเม็ดลูกกลอน |
| 3) ยาประสะกานพลู | ยาผง |
| 4) ยาเหล็องปิดสมุทร | ยาเม็ด |

1.3 ยารักษากลุ่มอาการทางสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา

- | | |
|---------------|------|
| 1) ยาประสะไพล | ยาผง |
|---------------|------|

1.4 ยาแก้ไข้

- | | |
|-------------------|-------------|
| 1) ยาแก้ไข้ห้าราก | ยาผง ยาเม็ด |
|-------------------|-------------|

- | | |
|-----------------|-------------------|
| 2) ยาเซียวหอม | ยาผง |
| 3) ยาจันทร์ลีลา | ยาแคปซูลผง ยาเม็ด |

1.5 ยาแก้ไอและขับเสมหะ

- | | |
|------------------|--------|
| 1) ยาประสะมะแว้ง | ยาเม็ด |
|------------------|--------|

กลุ่มที่ 2 บัญชียาพัฒนาจากสมุนไพร จำนวน 8 รายการ ดังนี้

2.1 ยารักษากลุ่มอาการของระบบทางเดินอาหาร

- | | |
|----------------|-----------------|
| 1) ขมิ้นชัน | ยาแคปซูล |
| 2) ขิง | ยาแคปซูล ยาผง |
| 3) ชุมเห็ดเทศ | ยาผง |
| 4) ฟ้าทะลายโจร | ยาแคปซูล ยาเม็ด |
| | ยาเม็ดลูกกลอน |

2.2 ยารักษากลุ่มอาการของระบบทางเดินหายใจ

- | | |
|----------------|-----------------|
| 1) ฟ้าทะลายโจร | ยาแคปซูล ยาเม็ด |
| | ยาเม็ดลูกกลอน |

2.3 ยารักษากลุ่มอาการของระบบผิวหนัง

- | | |
|------------------|---------------------|
| 1) บัวบก | ยาครีม |
| 2) หนุมาน | ยาครีม ยาโลชั่น |
| | สารละลาย (Solution) |
| 3) สำหรับป้ายปาก | |

2.4 ยาใช้ภายนอกสำหรับบรรเทาอาการปวดและอักเสบ

- | | |
|---------|--------|
| 1) พริก | ยาเจล |
| 2) ไพล | ยาครีม |

หมายเหตุ : รายละเอียดเพิ่มเติมดูจาก คณะกรรมการแห่งชาติด้านยา บัญชียาจากสมุนไพร พ.ศ. 2549

ภาคผนวก 5

แนวคิดในการฟื้นฟูศักยภาพการพึ่งตนเอง ด้านสุขภาพของชุมชน กรณีตัวอย่างการฟื้นฟูศักยภาพการใช้สมุนไพร และการใช้ยาเพื่อรักษาตนเองอย่างเหมาะสม

แนวคิดในการทำงาน

1. ระบบบริการทางการแพทย์ และบริโภคนิยม คือเครื่องมือสำคัญที่ทำให้ลายศักยภาพในการดูแลตนเองของชาวบ้าน ผู้ที่ทำงานฟื้นฟูภูมิปัญญาท้องถิ่นและส่งเสริมการพึ่งตนเองด้านสุขภาพ จะต้องเข้าใจข้อดีและข้อจำกัดของระบบทั้งสองนี้ให้ชัดเจน เพื่อจะได้ไม่ทำกิจกรรมที่ตกอยู่ในวังวนสร้างปัญหาใหม่ทับถมขึ้นอีก เช่น คิดว่าสนับสนุนให้ใช้ยาสมุนไพรในบัญชียาหลักได้คือทำให้ชาวบ้านพึ่งตนเองด้านสุขภาพได้แล้ว

2. บุคลากรทางการแพทย์คือเครื่องมือสำคัญที่ระบบสุขภาพแผนใหม่ใช้กำจัดความรู้และกำราบพฤติกรรมสุขภาพดั้งเดิมของชุมชน เกล็ดกรที่รับผิดชอบงานนี้ซึ่งผ่านการหล่อหลอมความเป็นวิชาชีพจากระบบที่เป็นต้นตอของปัญหาเอง จึงมักมีทัศนะด้านลบต่อชาวบ้านติดมาด้วย จำเป็นต้องปรับฐานคิดเกี่ยวกับระบบสุขภาพ เกี่ยวกับวิชาชีพ และเกี่ยวกับชาวบ้านและชุมชนใหม่เสียก่อน โดยเฉพาะทัศนะที่ว่าชาวบ้านไม่มีความรู้เรื่องสุขภาพหรือเรื่องยา และสำคัญตนผิดไปว่ามีความรู้ความเชี่ยวชาญด้านยามากกว่าใคร เพราะทัศนะเช่นนี้คือปัจจัยที่บั่นทอนศักยภาพในการดูแลตนเองของชาวบ้าน และไม่สามารถยืนอยู่เคียงข้างชาวบ้านได้ ควรทำตัวเป็นนักวิชาการสุขภาพของชุมชน ไม่ใช่เป็นนักวิชาการด้านสุขภาพ

ที่มาทำงานกับชุมชน

3. เมื่อทำงานในชุมชนเภสัชกรต้องทำความเข้าใจความหมายของสุขภาพในภาพที่กว้างไปกว่าเรื่องโรค เรื่องการเจ็บป่วย หรือเรื่องการใช้จ่ายไปสู่เรื่อง ‘ภาพของความสุข’ ในภาพรวมของคนชุมชนนั้น ที่สัมพันธ์อย่างแยกไม่ออกจากเรื่องเศรษฐกิจ การเมือง การศึกษา สิ่งแวดล้อม อาหาร การกิน และเรื่องอื่นๆ ที่ชุมชนนั้นเกี่ยวข้องอยู่ด้วย กิจกรรมส่งเสริมให้ชุมชนพึ่งตนเองด้านสุขภาพได้อย่างยั่งยืน ต้องกลืนเป็นเรื่องเดียวกับวิถีชีวิตของผู้คนในชุมชน การเข้าร่วมกับทีมของหน่วยบริการปฐมภูมิ เข้าไปสำรวจศึกษาชุมชนจึงเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้¹ ประสบการณ์ที่ได้สัมผัสถึงความเชื่อพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพของชาวบ้าน การได้สัมผัสอารมณ์ความรู้สึกสุขทุกข์ของผู้คนที่เคยใช้บริการสุขภาพจากที่ต่าง ๆ และการได้ประจักษ์ถึงแหล่งทรัพยากรด้านสุขภาพที่มีในชุมชน เป็นข้อมูลพื้นฐานที่จำเป็นในการสร้างสรรค์กิจกรรมและกำหนดวิธีการทำงานร่วมกับชุมชน

4. การคิดให้กว้าง มองให้ไกล และวิเคราะห์ให้เห็นความสัมพันธ์ที่ซับซ้อนของผู้คนและปัญหาต่างๆ ในชุมชนนั้นเป็นสิ่งจำเป็นต้องทำในเบื้องต้น และตลอดเวลาที่ทำงาน แต่เมื่อจะลงมือทำงานแล้วควรเริ่มจากกิจกรรมเล็กๆ ที่ตนเองถนัดและคนในชุมชนสนใจ การเรียนรู้ประสบการณ์ทำงานจากผู้อื่นหรือพื้นที่อื่นเป็นสิ่งที่มิประโยชน์ แต่เนื่องจากไม่มีชุมชนใดเลยที่เหมือนกันทุกอย่าง กิจกรรมที่เรียนรู้มานั้นจำเป็นจะต้องผ่านการปรับปรุงให้เหมาะสมกับชุมชนที่เราทำงานด้วย² การทำงานในชุมชนโดยไม่สนใจหลักคิดพื้นฐาน และแนวคิดในการทำงานที่กล่าวมานี้ก็ทำได้ ทั้งอาจทำได้ง่ายและได้ผลลัพธ์ที่รวดเร็วน่าตื่นตาตื่นใจ แต่การทำงานเล็กๆ ที่

1 หากมีผลการศึกษาชุมชนของทีมงานที่ทำไว้แล้ว ควรอ่านแล้วลงศึกษาชุมชนที่จะทำงานด้วยตนเองอีกครั้ง

2 การมองเห็นแต่ด้านที่เหมือนกันของสิ่งต่าง ๆ เป็นผลผลิตอย่างหนึ่งของวิธีคิดแบบวิทยาศาสตร์ที่เราได้รับการปลูกฝังมา เลยทำให้บุคลากรทางการแพทย์มักมองผู้ป่วยโรคเดียวกันว่าเหมือน ๆ กัน ควรได้รับการดูแลรักษาเหมือนกัน ซึ่งทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาที่เหมาะสมเท่าที่ควร

ผ่านการคิดอย่างถ่วงถือนี้อีกซึ่งรอบด้านจะส่งผลกระทบต่อชุมชนกว้างขวาง และยิ่งยืนยันว่าการทำโครงการขนาดใหญ่ที่ฉาบฉวย ซึ่งมักลงเอยด้วยการสร้างรอยร้าวระหว่างคนทำงาน เจ้าหน้าที่อาจได้ผลงานที่เป็นรูปธรรมแต่ได้ทิ้งบาดแผลไว้ให้กับชุมชนอีกยาวนาน สร้างปัญหาให้กับคนทำงานรุ่นต่อๆ มา

เป้าหมายของการกำนัลฟื้นฟูศักยภาพการพึ่งตนเอง ด้านสุขภาพของชุมชน

1. ชาวบ้านตระหนักถึงศักยภาพของตนในการพึ่งตนเองด้านสุขภาพ
2. ชาวบ้านเห็นคุณค่าและประโยชน์ของการพึ่งตนเองด้านสุขภาพ
3. คนในชุมชนเข้าใจข้อดี/ข้อจำกัดของการแพทย์แผนปัจจุบัน และวิธีการดั้งเดิมที่ชุมชนเคยใช้มา
4. มีกิจกรรมที่เป็นรูปธรรมที่แสดงให้เห็นถึงความสามารถในการพึ่งตนเองด้านสุขภาพของชุมชน

กระบวนการกำนัลส่งเสริมการพึ่งตนเองด้านสุขภาพและการใช้สมุนไพร



การทำงานฟื้นฟูศักยภาพการพึ่งตนเองด้านสุขภาพของชุมชนให้ประสบความสำเร็จอย่างยั่งยืน เภสัชกรต้องดำเนินกระบวนการที่พัฒนาองค์ประกอบ 4 ส่วนนี้ ให้สัมพันธ์กันอย่างต่อเนื่อง กล่าวคือ

1. ตัวเภสัชกรที่จะรับผิดชอบงานนี้ ต้องมีความสนใจและรักที่จะทำงานนี้ เห็นคุณค่าของงานที่ทำว่าจะส่งผลกระทบที่เป็นประโยชน์ต่อชุมชนในระยะยาว เข้าใจหลักคิดพื้นฐานในการทำงานอย่างดี มีแนวทางในการทำงานของตนที่ชัดเจน พร้อมทั้งควรมีความรู้และประสบการณ์การทำงานในชุมชนมาบ้าง ต้องศึกษาชุมชนที่ตนจะทำงานมาอย่างดี เข้าใจธรรมชาติของคนในชุมชน เข้าใจความคิด ความเชื่อ และประสบการณ์ทางสุขภาพทั้งด้านบวกและลบของชาวบ้าน รู้แหล่งทรัพยากรและศักยภาพที่ชุมชนมี รวมทั้งรู้ปัญหาที่ชุมชนมีอยู่

2. ชุมชนต้องมีความพร้อมในการทำกิจกรรม โดยความพร้อมนี้อาจมีอยู่บ้างแล้ว แต่ต้องช่วยเสริมสร้างขึ้นอีก ผ่านการศึกษาชุมชนและการทำกิจกรรมต่าง ๆ การเตรียมความพร้อมในส่วนนี้ยังช่วยให้เกิดเครือข่ายกับบุคคลหรือองค์กรอื่นที่ทำงานกับชุมชน เปิดโอกาสให้ทำงานประสานงานกันต่อไป

3. ระบบการจัดการและประเมินผล เป็นกลไกสำคัญที่จะทำให้กิจกรรมดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพ เภสัชกรที่รับผิดชอบต้องวางแผนการจัดการให้รัดกุม ตั้งแต่ขั้นเตรียมโครงการ ขั้นตอนการทำงาน การหาแหล่งทุน/จัดการงบประมาณ การประสานงานกับทีมงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ กับชุมชน และกับเครือข่าย การลงมือดำเนินโครงการ การติดตามผลการดำเนินกิจกรรม บันทึก/รายงานและนำเสนอผลงาน รวมทั้งการแก้ไข/ปรับปรุงพัฒนาหรือริเริ่มโครงการใหม่ๆ ต่อไป

4. เครือข่ายมีความจำเป็นมากในการทำงานในชุมชนให้ได้ผลอย่างยั่งยืน เครือข่ายนี้หมายรวมถึงตั้งแต่ทีมงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ หน่วยงาน

ทั้งภาครัฐและเอกชนที่ทำงานอยู่ในชุมชน รวมถึงองค์กรทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ รวมทั้งบุคคลที่มีอิทธิพลต่อชุมชน เช่น พระ หมอพื้นบ้าน สมาชิกสภาจังหวัด (สจ.) ตีเจสถานีวิทยุชุมชน ฯลฯ ขึ้นกับว่ากิจกรรมที่ต้องการการมีส่วนร่วมเพียงใด เกสซ์กรต้องจัดความสัมพันธ์กับภาคีเครือข่ายเหล่านี้ให้เหมาะสม อย่าให้ตกอยู่ในสภาพเป็นคนของฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งซึ่งจะเป็นปัญหาในการทำงานต่อไป

กิจกรรมฟื้นฟูศักยภาพการดูแลตนเองของชุมชน

การจะดำเนินกิจกรรมเพื่อฟื้นฟูศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองในชุมชนว่าควรเป็นเรื่องใด และด้วยวิธีการใดนั้น ควรขึ้นกับความพร้อมของเกสซ์กรผู้รับผิดชอบดำเนินการและสถานการณ์ในชุมชนเป็นหลัก การทำงานตามนโยบายโดยไม่ปรับให้สอดคล้องกับสภาพของพื้นที่มักจบลงโดยไม่ประสบผลสำเร็จ เช่น กองทุนยา ที่มียาเหมือนกันในทุกหมู่บ้านทั่วประเทศซึ่งมีความแตกต่างกันมากมาย หรือการสนับสนุนให้ใช้สมุนไพรที่ไม่มีในท้องถิ่นหรือไม่ตรงกับปัญหาสุขภาพของชุมชน ในขณะที่สมุนไพรที่ชาวบ้านใช้อยู่กลับไม่ได้รับความสนใจ ในที่นี้ขอเสนอกิจกรรมเพื่อฟื้นฟูศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองของชาวบ้าน 2 เรื่อง เพื่อเป็นเพียงตัวอย่างที่พอให้เห็นความแตกต่างของกิจกรรมที่เกิดจากการมองชุมชนในมุมที่ต่างจากเดิม สำหรับให้เกสซ์กรที่ทำงานในพื้นที่นำไปคิดต่อเพื่อสร้างเป็นกิจกรรมในพื้นที่ที่ตนทำงาน

ข้อแนะนำที่ 1 : กิจกรรมฟื้นฟูศักยภาพการใช้สมุนไพรในการดูแลตนเอง

ถ้าหากเกสซ์กรสนใจสมุนไพรหรือการแพทย์พื้นบ้านอยู่บ้าง การฟื้นฟูศักยภาพของชุมชนในการใช้สมุนไพรเป็นงานหนึ่งซึ่งทำได้ไม่ยากนัก เพราะองค์ความรู้และประสบการณ์ของชุมชนมักยังพอมีอยู่ และกระแส

ความตื่นตัวเรื่องนี้ก็เป็นที่ยอมรับกันทั่วไปในสังคมแล้ว การทำงานควรมีขั้นตอนดังนี้

1. หาข้อมูลเบื้องต้นก่อนว่าในพื้นที่มีสมุนไพรชนิดใด หรือที่ตำรับที่ควรนำมาสนับสนุนให้ใช้ ควรเป็นพืชสมุนไพรที่หาได้ ปลูกได้ หรือซื้อได้ไม่ยากในชุมชน การเตรียมเป็นยาทำได้ไม่ยากนัก ประสิทธิภาพดี มีความปลอดภัย ชุมชนมีประสบการณ์ที่ดีในการใช้ ใช้รักษาโรคที่พบได้บ่อยหรือเป็นปัญหาของชุมชน ถ้าเป็นตำรับของหมอพื้นบ้านควรมีความชัดเจนในเรื่องการอนุญาตให้นำไปเผยแพร่ หรือการพัฒนาให้เป็นตำรับของชุมชนต่อไป รวมทั้งผลประโยชน์ที่อาจมีในอนาคต

2. ควรหาข้อมูลทางวิชาการเบื้องต้นของสมุนไพรชนิด/ตำรับนั้น³ ครั้งแรกควรเลือกสมุนไพรที่คิดว่าเหมาะสมที่สุดมาทำเพียง 1 - 2 ชนิด/ตำรับก่อน เมื่อมีประสบการณ์แล้ว จึงค่อยเพิ่มชนิด หรือขยายพื้นที่ทำงาน

3. เริ่มทำงานกับชุมชนด้วยการรวบรวมประสบการณ์การใช้สมุนไพรตัวที่เลือกนั้น ให้เป็นระบบ⁴ พร้อมๆ กับเริ่มให้ข้อมูลเกี่ยวกับสมุนไพรและหาข้อมูลอื่นๆ ประกอบ เช่น มองหาช่องทางสนับสนุนการใช้ การสร้างความเชื่อมั่นในการใช้ และการพัฒนาสมุนไพรว่าจะทำผ่านช่องทางใดและด้วยวิธีการใดได้บ้าง

4. มองหา/สร้างบุคคลและเครือข่ายในชุมชนที่จะร่วมกันทำงานกิจกรรมฟื้นฟูและสร้างความเชื่อมั่นในการใช้สมุนไพรนั้น ควรเป็นผลผลิตจากการร่วมคิดร่วมตัดสินใจกับชาวบ้านรวมทั้งเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ควรผลักดันให้ชุมชนเป็นเจ้าภาพในการจัดกิจกรรมต่างๆ บ้าง การแทรกหัวข้อ

3 หาชื่อท้องถิ่น ชื่ออื่นๆ และชื่อวิทยาศาสตร์ เพื่อใช้สืบค้นข้อมูล และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะพืช หรืออันตรายที่อาจพบ

4 สัมภาษณ์ผู้ที่เคยใช้ หรือเห็นการใช้ ถึงอาการที่เป็น ความเป็นมาในการรักษาจนได้รักษาด้วยวิธีนี้ การรักษาอื่นๆ ที่ทำร่วมไปด้วย แหล่งที่มาของสมุนไพร วิธีเตรียมยา วิธีการใช้ยา ผลการใช้ ผลข้างเคียง ของแสดง พิธีกรรมที่ต้องทำ ค่าใช้จ่าย เป็นต้น

นี้เข้าไปในกิจกรรมที่ทำอยู่แล้ว เช่น เป็นข้อมูลให้ตีเจิวชุมชนพูด หรือ เป็นวิทยากรดึงชาวบ้านร่วมสนทนาในรายการวิทยุชุมชนที่มีอยู่แล้ว การแทรกในกิจกรรมที่วัด ที่โรงเรียน งานประจำปี ฯลฯ ได้ผลดีและคุ้มค่ากว่าการจัดกิจกรรมขึ้นใหม่เองทั้งหมด ส่วนการพัฒนาตัวรับสมุนไพรมันไม่ควรรละเลยเรื่องความสามารถในการพึ่งตนเองของชุมชน

5. ระหว่างนี้ควรพัฒนาระบบบริหารจัดการ กำหนดเป้าหมายเบื้องต้น คิดเค้าโครงกิจกรรมหลักๆ จัดเก็บข้อมูลให้เป็นระบบ และวางแนวทางประเมินผลการทำงาน เช่น ต้องการเห็นคนในชุมชนพูดถึง และใช้สมุนไพรมัน/ตัวรับมันกันมากขึ้น⁵ หรือชุมชนเรียกร้องให้ช่วยพัฒนาสมุนไพรมันตัวอื่นหรือตัวรับอื่นๆ อีก

6. การคืนข้อมูลที่รวบรวมได้ให้ชุมชน และการนำข้อมูลที่ได้ไปเผยแพร่สร้างการยอมรับนอกชุมชน เป็นแนวทางที่สร้างเสริมกำลังใจในการทำงานของชาวบ้านและเครือข่ายในชุมชนได้ดี

ในกรณีที่ชุมชนไม่มีศักยภาพด้านสมุนไพรมัน แต่เภสัชกรต้องการนำสมุนไพรมันเข้าไปส่งเสริมให้ชุมชนได้ใช้พึ่งตนเอง มีข้อเสนอแนะเพิ่มเติมคือ ควรเลือกสมุนไพรมันที่มีข้อมูลวิชาการสนับสนุนว่ามีประสิทธิภาพดี ปลอดภัย เตรียมใช้ง่าย ปลูกง่าย มีโอกาสใช้ได้ง่ายสอดคล้องกับสภาพชีวิตของคนในชุมชน เช่น หากเป็นชุมชนเมืองอาจแนะนำให้ปลูกมันท์ แล้วแนะนำให้นำมาใช้ประโยชน์ ตั้งแต่ปลูกเป็นไม้กระถางประดับบ้าน เก็บใบตากแห้ง ผสมกับชาจีนชงดื่ม ผสมในพินช์ ใช้เป็นผักในสลัด ใช้เป็นยาขับลมในเด็ก เป็นยาต้ม รวมทั้งอาจจัดประกวดการประยุกต์ใช้ประโยชน์จากมันท์ เป็นต้น

ชุมชนชนบทอาจสนับสนุนให้ปลูกมันชันไว้เป็นสมุนไพรมันประจำบ้าน⁶

5 ควรมีการเก็บข้อมูลประกอบการดำเนินการใช้อย่างเป็นระบบ

6 ถ้าเป็นชุมชนในเมืองอาจจัดกิจกรรมสนับสนุนให้ซื้อหัวมันชันสดมาใช้ก็ได้

จัดกิจกรรมได้ตั้งแต่ช่วยกันคัดเลือกพันธุ์ที่เหมาะสมกับพื้นที่ แนะนำให้นำมาใช้เป็นอาหาร มีกิจกรรมปรุงอาหารด้วยขมิ้นไปวัด สาธิตการใช้ขมิ้นสดเป็นยาและเครื่องสำอาง รวบรวมประสบการณ์การใช้ของชุมชนออกเผยแพร่ แนะนำให้เห็นประโยชน์ของการปลูกใช้เองเมื่อเทียบกับการซื้อผลิตภัณฑ์มาใช้ อย่างไรก็ตามเภสัชกรยังคงต้องเตรียมความพร้อมให้ตนเอง ต้องทำงานร่วมกับชุมชน สร้างเครือข่าย และคิดระบบบริหารจัดการ/ประเมินผลอยู่เช่นเดิม

ข้อแนะนำ 2 : กิจกรรมสนับสนุนการใช้ยารักษาตนเองอย่างเหมาะสม

การใช้ยารักษาการเจ็บป่วยเบื้องต้นเอง เป็นพฤติกรรมที่ประชาชนทำกันอยู่แล้ว และหากทำได้เหมาะสมจะช่วยแก้ปัญหาสุขภาพและลดภาระของสถานพยาบาลได้มาก หากเภสัชกรจัดระบบสนับสนุนการใช้ยารักษาตนเองได้เหมาะสมและดำเนินการอย่างมีประสิทธิภาพจะมีคุณูปการอย่างยิ่งต่อประชาชนและระบบสุขภาพไทย

ในที่นี้สมมุติว่าเภสัชกรได้คิดโครงการใหม่เพื่อตอบสนองภารกิจนี้ โดยตั้งเป้าหมายของกิจกรรมไว้ที่ ‘ทุกหลังคาเรือนที่เข้าร่วมกิจกรรมมีผู้ยาประจำบ้านของตน⁷ มีข้อมูลเพื่อการใช้ยา และสามารถเลือกใช้ยาได้อย่างเหมาะสม’ งานนี้ควรเริ่มต้นด้วยการศึกษาชุมชน เพื่อทำความเข้าใจภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพโดยเฉพาะพฤติกรรมการใช้ยาของชุมชน มองหาเครือข่ายการทำงาน จัดระบบการบริหารจัดการและประเมินผล รวมทั้งวางเค้าโครงและขั้นตอนพัฒนากิจกรรมใหม่นี้ ในที่นี้เสนอแนะแนวทางการทำงานเป็นตัวอย่าง ดังนี้

1. จะเริ่มต้นเป็นโครงการนำร่องเล็ก ๆ ด้วยการคัดเลือกครอบครัวที่

7 เป็นผู้ยาที่เหมาะสมกับคนในครอบครัวนั้น ซึ่งรายการยาและปริมาณยาในตู้ยาไม่ต้องเหมือนครอบครัวอื่น

ต้องการเข้าร่วมกิจกรรมไม่เกิน 10 ครอบครัว โดยตั้งใจจะศึกษาให้เห็นความแตกต่างในการใช้ยาในครอบครัวที่มีลักษณะต่างๆ กัน⁸ เพื่อเตรียมข้อมูลไว้ขยายงานต่อไป เช่น ครอบครัวที่มีสมาชิกจำนวนมาก ครอบครัวที่มีสมาชิกที่มีโอกาสเจ็บป่วยง่าย (เด็ก/คนชรา) ครอบครัวที่มีการศึกษาสูงฐานะดี ครอบครัวที่ยากจนการศึกษาน้อย เป็นครอบครัวของ อสม. เป็นต้น

2. จากนั้นเริ่มศึกษาและสร้างความสัมพันธ์กับครอบครัวที่คัดเลือกมา พร้อมทั้งหาข้อมูลพฤติกรรมการใช้ยา พฤติกรรมสุขภาพของแต่ละครอบครัว สรรวหาที่มีในแต่ละครอบครัว และความรู้เกี่ยวกับยานั้น

3. จัดหายาประจำบ้านที่เหมาะสมให้ทั้งโดยชนิดและปริมาณ จัดเตรียมคู่มือการใช้ยา และให้ความรู้เกี่ยวกับยานั้น สร้างความมั่นใจในการเลือกใช้ยา พร้อมทั้งจัดระบบการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์เมื่อจำเป็น

4. จัดทำระบบเก็บข้อมูลเพื่อประเมินผล เช่น ข้อมูลการใช้ยาแต่ละชนิด⁹ ประสิทธิภาพในการใช้ยารักษาตนเอง ปัญหาอุปสรรคต่างๆ เพื่อใช้ปรับปรุงในการขยายงานในอนาคต

5. เตรียมระบบเครือข่ายเพื่อรองรับการขยายงานพร้อมทั้งเสริมสร้างความเข้มแข็งให้ชุมชนโดยไม่สร้างภาระให้เกษตรกรมากเกินไป เช่น ให้กลุ่มเริ่มต้นเป็นแม่ข่ายที่จะแตกขยายครอบครัวที่จะร่วมโครงการ ทำประชาสัมพันธ์ให้คนเห็นประโยชน์ของกิจกรรมนี้ พร้อมกับผลักดันให้ชุมชนร่วมรับผิดชอบขยายผลไปสู่ครอบครัวอื่นๆ จนทุกครอบครัวมียาที่เหมาะสมประจำบ้าน และใช้นั้นได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

8 อาจตั้งเกณฑ์แบบอื่น เช่น อาจเลือกทำในครอบครัวที่มีลักษณะใกล้เคียงกันก่อน แล้วค่อยขยายให้หลากหลายภายหลัง

9 เช่น ยาแต่ละชนิดถูกใช้อย่างไร ปริมาณเท่าใด มีความเหมาะสมเพียงใด ขอคำปรึกษาเรื่องอะไร บ่อยแค่ไหน มีปัญหาอุปสรรคอย่างไรบ้าง

กิจกรรมที่นำเสนอนี้เป็นเพียงตัวอย่างการทำงานของเภสัชกรในชุมชน ที่ไม่ได้ตั้งอยู่บนฐานคิดเดิมที่ว่าชาวบ้านไม่รู้เรื่องยา ไข้ยาผิด ๆ แล้วเน้นกิจกรรมการสอน การแนะนำ การห้าม โดยใช้มาตรฐานทางวิชาการอย่างเดียว แต่เป็นการทำงานที่อยู่บนฐานของวิถีชีวิตความเป็นจริงของคนในชุมชนเป็นหลัก ความรู้ทางวิชาการเป็นเพียงเครื่องมือหนึ่งที่มาช่วยให้คนในสังคมมีความสุขขึ้น และไม่ตกเป็นเหยื่อของธุรกิจสุขภาพ แต่ก็ไม่ได้มาเป็นภาระหรืออุปสรรคในการใช้ชีวิตของผู้คนเสียเอง ซึ่งผู้ที่สืบทาทอย่างมากที่สุดจะประยุกต์ความรู้วิชาการด้านยาให้เหมาะกับชุมชนนั้นก็คือเภสัชกรในหน่วยบริการปฐมภูมิ ที่มีทักษะใหม่ในการทำงานกับชุมชนนั่นเอง



รายชื่อคณะกรรมการจัดทำ คู่มือเภสัชกรรมปฐมภูมิ

มหาวิทยาลัย

1. ผศ.ภญ.ดร.วรรณา ศรีวิริยานุภาพ
แผนงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (คคส.)
คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
2. ผศ.ภก.ดร.วิชิต เปานิธิ
คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
3. ผศ.ภญ.ดร.กรแก้ว จันทรภาษา
คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

สำนักงานหลักประกันสุขภาพ

1. ภญ.ปณิดดา ลีสถาพรวงศ์ษา

ภาคเหนือ

- | | | |
|---------------------------------|--------------------------------------|-------------------|
| 1. ภก.จำเริญ ทังถิร | โรงพยาบาลชุมแสง | จังหวัดนครสวรรค์ |
| 2. ภก.พงษ์ศักดิ์ นาคะ | โรงพยาบาลเทิง | จังหวัดเชียงราย |
| 3. ภก.นิวัติ ยี่ยศตระกูล | โรงพยาบาลปางมะผ้า | จังหวัดแม่ฮ่องสอน |
| 4. ภญ.ดร.รุ่งทิวา หมั่นปา | โรงพยาบาลลำปาง | จังหวัดลำปาง |
| 5. ภญ.เปตุทัย สำราญคง | โรงพยาบาลสวนปรุง | จังหวัดเชียงใหม่ |
| 6. ภญ.รัชนิดา ราชกิจ เนตรสุวรรณ | โรงพยาบาลศูนย์เชียงรายประชานุเคราะห์ | จังหวัดเชียงราย |

ภาคกลาง

- | | | |
|-------------------------------|-------------------------------------|------------------------|
| 1. ภญ.เนาวรัตน์ ทิพย์อุทัย | โรงพยาบาลบางบ่อ | จังหวัดสมุทรปราการ |
| 2. ภญ.สุทิมา ศุภรีเชตร | โรงพยาบาลบางปะอิน | จังหวัดพระนครศรีอยุธยา |
| 3. ภญ.ศิริพร จิตรประสิทธิศิริ | โรงพยาบาลสนามชัยเขต | จังหวัดฉะเชิงเทรา |
| 4. ภญ.นพพร ละออสรี | โรงพยาบาลศรีมโหสถ | จังหวัดปราจีนบุรี |
| 5. ภก.ภาณุโชติ ทองยัง | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสงคราม | |

ภาคอีสาน

- | | | |
|------------------------------|---------------------------|-------------------|
| 1. ภญ.ภารดี ปลอดภัย | โรงพยาบาลท่าตูม | จังหวัดสุรินทร์ |
| 2. ภก.สุรวิชัย วิชาศัคม์ภีร์ | โรงพยาบาลเชียงคาน | จังหวัดเลย |
| 3. ภญ.ดาริน จิ่งพัฒนาวดี | โรงพยาบาลด่านซ้าย | จังหวัดเลย |
| 4. ภก.กาญจน์พงษ์ เพ็ญทองดี | โรงพยาบาลคำชะโนดแก้ว | จังหวัดยโสธร |
| 5. ภญ.ดร.ยุภาพรรณ มั่นกระโทก | โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา | จังหวัดนครราชสีมา |

ภาคใต้

- | | | |
|------------------------|---------------------|----------------------|
| 1. ภก.อดุลย์ บินยูโซะ | โรงพยาบาลตากใบ | จังหวัดนราธิวาส |
| 2. ภก.สันติ เบ็ญอาบัส | โรงพยาบาลทุ่งยางแดง | จังหวัดปัตตานี |
| 3. ภญ.สุจิตา กุลถวายพร | โรงพยาบาลสงขลา | จังหวัดสงขลา |
| 4. ภญ.นุชนารถ ตัสโต | โรงพยาบาลท่าศาลา | จังหวัดนครศรีธรรมราช |
| 5. ภญ.ศรีสุตา ศิลาโชติ | โรงพยาบาลปากพนัง | จังหวัดนครศรีธรรมราช |

