

องค์ความรู้ และทักษะเบื้องต้นสำหรับงานเภสัชกรรมครอบครัว*

Fundamental knowledge and skills for family pharmacy

วิวัฒน์ ถาวรวัฒนยงค์ (Wiwat Thavornwattanayong) **

บทคัดย่อ

งานเภสัชกรรมครอบครัว มิติใหม่ของงานเภสัชกรรมปฐมภูมิที่ทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาโดยครอบคลุมมิติการดูแลแบบองค์รวมมีการใช้เครื่องมือในการทำงานต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นเครื่องมือการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพที่ประกอบด้วยทักษะการสร้างสัมพันธภาพ ทักษะการถาม การเจียบ ทักษะการฟัง ทักษะการทวนความ สรุปลความ สะท้อนความรู้สึก ทักษะการให้ข้อมูล คำแนะนำ ทักษะการเสนอทางเลือกและทักษะการให้กำลังใจ เครื่องมือการสื่อสารต่างๆเหล่านี้จะทำให้เกิดความรู้สึก การเอาใจใส่ เกื้อกูลระหว่างเภสัชกรกับผู้ป่วย/ผู้รับบริการจนนำไปสู่การไว้วางใจซึ่งกันและกัน เครื่องมือถัดมาคือเครื่องมือทางเวชศาสตร์ครอบครัวได้แก่ เครื่องมือที่ใช้สืบค้นโรคจากยา ทุกข์จากยา : IFFE; เครื่องมือที่ช่วยเยียวยาใจผู้ป่วย/ผู้รับบริการ : BATH; เครื่องมือตรวจสอบสุขภาพครอบครัว : INHOMESSS ซึ่งส่วนหนึ่งขององค์ประกอบเครื่องมือชนิดนี้ประกอบด้วย การประเมินปัญหาทางเภสัชกรรมจากยาที่ผู้ป่วยรับประทานอยู่โดยใช้หลัก 4 C การประเมินทุกข์จากยาทางด้าน Drug Related Problems, Drug Related Sufferings, Drug System in Primary setting และสุดท้ายเครื่องมือการเรียนรู้ชุมชนเช่นผังเครือญาติ แผนที่ชุมชน ประวัติชุมชน ปฏิทินกิจกรรม หากเภสัชกรมีองค์ความรู้ ทักษะการใช้เครื่องมือต่างๆเหล่านี้และสามารถนำไปใช้ผสมผสานกับการทำงานเภสัชกรครอบครัวแล้ว จะทำให้การทำงานเภสัชกรรมครอบครัวมีประสิทธิภาพมากขึ้น สามารถดูแลผู้ป่วย/ผู้รับบริการตลอดจนครอบครัวของผู้ป่วย/ผู้รับบริการที่คำนึงถึงบริบททั้งมิติทางกาย ใจ สังคม และจิตวิญญาณของผู้ป่วย/ผู้รับบริการนั้นๆ จนท้ายที่สุดอาจนำไปสู่การดูแลชุมชนร่วมกัน

คำสำคัญ : เภสัชกรครอบครัว การสื่อสาร ทุกข์จากยา INHOMESSS 4C

* เพื่อรวบรวมองค์ความรู้ ทักษะ และใช้เป็นแนวทางของเภสัชกรที่สนใจงานด้านเภสัชกรรมครอบครัว

To gather knowledge, skill and to be the guideline for pharmacists who interested in family pharmacy

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาเภสัชกรรมชุมชน คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร โทรศัพท์ : 087-9969400

Email : ajwiwat@gmail.com

Assistant Professor in Community Pharmacy Department, Faculty of Pharmacy, Silpakorn University.

Telephone : 66879969400, Email : ajwiwat@gmail.com

Abstract

Family pharmacy, a new dimension of primary pharmacy, plays a role in taking care drug use of patients and family by holistic approach. To work effectively, some tools are applied. First tool is an effective communication covering relationship building, questioning, silent, listening, rephrasing, conclusion, reflection, information providing, recommendation, alternative proposing, and encouragement skills. These communication skills create carefulness and then trustfulness between a pharmacist and a patient. Second tool is a family medicine tool including a tool investigates a disease from a medicine: IFFE, a tool heals a patient's heart: BATH, and a tool assesses a family health: INHOMESSS. The components of this tool are evaluation of drug-related problem using 4C, drug-related suffering, and drug system in primary setting. The last tool is community learning such as family tree, community map, community history, activity calendar. A pharmacist who has knowledge and skills applying these tools with family pharmacy will work effectively. This concept can help a pharmacist take care of a patient and a family with physical, mental, societal, and spiritual dimensions. Finally, the community will be taking care from both a pharmacist and a patient.

Keywords: Family pharmacist, Communication, Drug suffering, INHOMESSS, 4C

บทนำ

นับตั้งแต่ปี 2553 งานบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิ ซึ่งเป็นแนวคิดใหม่ในบทบาทหน้าที่ของงานเภสัชกรรมที่คณะทำงานของสภาเภสัชกรรมได้เริ่มดำเนินการให้เกิดขึ้น(คณะทำงานจัดทำคู่มือเภสัชกรรมปฐมภูมิ, สภาเภสัชกรรม, 2553: 1-6) โดยได้วางกรอบแนวคิดพื้นฐานหน้าที่บทบาทความรับผิดชอบของเภสัชกรที่ทำงานด้านบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิว่าเป็นบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของเภสัชกรที่มีความเชี่ยวชาญเน้นที่การใช้องค์ความรู้ทางวิชาชีพเภสัชกรรมกับการสาธารณสุข เพื่อดูแลและให้บริการด้านการบริหารทางเภสัชกรรมและการจัดการปัญหาสุขภาพทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน จากกรอบดังกล่าวจึงก่อเกิดงานเภสัชกรรมปฐมภูมิ หมายถึง งานให้บริการดูแลการใช้ยา ผลลัพธ์สุขภาพและสุขภาพของประชาชน ตั้งแต่ก่อนป่วย ยามเจ็บป่วย และการดูแลต่อหลังเจ็บป่วยแบบองค์รวมอย่างต่อเนื่อง ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชน การดำเนินงานทำแบบผสมผสาน ครอบคลุมทั้งด้านการส่งเสริม ป้องกัน รักษาและฟื้นฟูสุขภาพ รวมทั้งการเสริมสร้างศักยภาพให้พึ่งพาตนเองของผู้ป่วย/ผู้รับบริการเพื่อการมีสุขภาพดี(นวลนิตย์ แก้วนวล, บรรณาธิการ, 2555:1-10; รุ่งทิพา หมื่นป้า, 2558 : 1-5.) แต่อย่างไรก็ตามแม้ว่าการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิจะเน้นที่การดูแลสุขภาพเบื้องต้นหรือการดูแลการเจ็บป่วยเล็กน้อยๆ (acute or common illness) (Rakel, R.E. and Rakel, 2016: 5-7) แต่หลักการนี้ก็สามารถนำไปประยุกต์กับการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชนอย่างเช่น โรคความดันโลหิตสูงหรือโรคเบาหวาน และโรคเรื้อรังอื่นๆ เพื่อให้ผลการรักษามีประสิทธิภาพมากขึ้นได้อีกด้วย (ระพีพรรณ ฉลองสุข และคณะ, 2556: 81-96; Rakel, R.E. and Rakel, 2016: 5-7; Kahn, 2004: s3-s31) ซึ่งเภสัชกรที่ปฏิบัติงาน

ให้บริการเภสัชกรรมปฐมภูมิในหน่วยงานซึ่งอาจเป็นภาครัฐ องค์กรท้องถิ่น หรือเอกชนที่สังกัดในสถานพยาบาล หรือหน่วยงานที่ขึ้นทะเบียนเป็นสถานบริการปฐมภูมิ ก็จะถูกเรียกว่าเป็น "เภสัชกรปฐมภูมิ" ด้วย (คณะทำงานจัดทำคู่มือเภสัชกรรมปฐมภูมิ, สภาเภสัชกรรม, 2553: 1-6) แต่อย่างไรก็ตามแม้มีการดำเนินงานตามกรอบแนวคิดงานเภสัชกรรมปฐมภูมิดังกล่าวมาตลอด แต่ก็ยังพบว่า เภสัชกรผู้ให้บริการเภสัชกรรมปฐมภูมิ ก็ยังเกิดความสับสนโดยเฉพาะในเรื่องหลักการการทำงานว่าจะใช้หลักการการทำงานเพื่อให้สอดคล้องกับงานสาธารณสุขมูลฐาน (primary health care)⁺ ซึ่งปัจจุบันอาจเรียกงานบริการเภสัชกรรมปฐมภูมินี้ว่า "งานบริการเภสัชสาธารณสุข"⁺⁺ หรือ "งานเภสัชกรรมสังคม"(ระพีพรรณ ฉลองสุขและคณะ, 2556 : 81-96) หรือ จะใช้หลักการการทำงานเพื่อให้สอดคล้องกับการดูแลสุขภาพปฐมภูมิ (primary care)⁺⁺⁺ ที่เน้นการดูแลการรักษาอาการเจ็บป่วยของผู้ป่วย/ผู้รับบริการ (cure) (ระพีพรรณ ฉลองสุข และคณะ, 2556 : 81-96; Rakel, R.E. and Rakel, 2016: 5-7) เป็นต้น ความสับสนที่ว่าดังกล่าว จึงเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ยังขาดแนวทางในการปฏิบัติงานบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิที่ชัดเจนในเวลาต่อมา(ธิดา นิงสานนท์, 2558: 1-8; ระพีพรรณ ฉลองสุขและคณะ, 2558: 46-67; ญัฐกานา สุรเสน, ทิพาพร กาญจนราช, รักขาร ใจสะอาด, 2556 : 75-79)

ปัจจุบันรูปแบบงานเภสัชกรรมปฐมภูมิมีได้หลายรูปแบบและได้มีการดำเนินการปรับให้สอดคล้องกับศักยภาพของแต่ละพื้นที่ อาทิเช่น งานบริหารเวชภัณฑ์ที่บริหารให้ทุกหน่วยบริการปฐมภูมิมียาที่จำเป็นและเพียงพอสำหรับบริการงานปฐมภูมิ งานบริการส่งมอบและให้คำแนะนำการใช้ยา ณ หน่วยบริการปฐมภูมิ งานดูแลผู้ป่วยและครอบครัวต่อเนื่องด้านเภสัชกรรม เช่น การเยี่ยมบ้านเพื่อการดูแลการใช้ยาต่อเนื่องและแก้ปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วย และงานคุ้มครองผู้บริโภคเพื่อเสริมสร้างสุขภาพของประชาชน(ระพีพรรณ ฉลองสุข และคณะ, 2558: 46-67) อย่างไรก็ตาม มีงานศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการพัฒนาสมรรถนะเภสัชกรในการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ(รักขาร ใจสะอาดและทิพาพร กาญจนราช, 2557: 67-79; วิวัฒน์ ถาวรวัฒนยงค์และคณะ, 2556: 147-162) ที่สำรวจโดยการสัมภาษณ์บุคลากรทางการแพทย์ที่ทำงานในระดับปฐมภูมิ รวมทั้งเภสัชกรปฐมภูมิพบว่า สมรรถนะที่คาดหวังเภสัชกรในการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิควรมี ได้แก่ 1.การเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านเพื่อวิเคราะห์ปัญหาการใช้ยา รวมถึงการป้องกันปัญหาด้านยาของผู้ป่วย 2. ที่ปรึกษาด้านยาแก่ทีมสหสาขาวิชาชีพที่ทำงานระดับปฐมภูมิ โดยในงานวิจัยยังได้ระบุถึงความต้องการพัฒนาสมรรถนะที่เภสัชกรผู้ทำงานดูแลผู้ป่วยและครอบครัวต่อเนื่องด้านเภสัชกรรมได้ระบุและกำหนดเอง คือ ความต้องการพัฒนาด้านความรู้และ

⁺ การสาธารณสุขมูลฐาน (Primary Health Care) หมายถึง การดำเนินงานสาธารณสุขในลักษณะผสมผสานบริการส่งเสริมสุขภาพการป้องกันโรค การให้การรักษายาบาล และการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย โดยยึดหลักการมีส่วนร่วมของประชาชนทั่วไปในชุมชน ทั้งนี้การดำเนินการสาธารณสุขมูลฐานจะเชื่อมโยงกับกิจกรรมการพัฒนาท้องถิ่นอื่นๆไปพร้อมกันโดยอาศัยการสนับสนุนจากระบบบริการสาธารณสุขของรัฐในลักษณะการส่งต่อและการพัฒนาระบบการสื่อสารภายในชุมชน (ระพีพรรณ ฉลองสุข และคณะ, 2556: 81-96)

⁺⁺ งานบริการเภสัชสาธารณสุข (Pharmaceutical public health service) หมายถึง การประยุกต์องค์ความรู้และทักษะด้านเภสัชศาสตร์ เพื่อใช้ในการป้องกันโรค การช่วยให้ประชาชนมีชีวิตที่ยืนยาว ส่งเสริม สนับสนุนการมีสุขภาพที่ดีของประชาชน โดยความร่วมมือของสมาชิกในสังคม โดยผสมผสานความรู้ ทักษะและทัศนคติความเป็นวิชาชีพ เพื่อช่วยเพิ่มคุณภาพของการใช้ยา โดยให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง รวมทั้งประสานกับวิชาชีพอื่นๆและชุมชนให้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยและสร้างความเข้มแข็งในการดูแลสุขภาพของคนในชุมชน(ระพีพรรณ ฉลองสุข และคณะ, 2556: 81-96)

⁺⁺⁺ การดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิ (Primary Care) หมายถึง การจัดหาสินค้า/บริการด้านสาธารณสุขที่จำเป็นสำหรับแก้ไขปัญหาสุขภาพของประชาชนส่วนใหญ่ โดยความร่วมมือของประชาชนภายใต้บริบทของชุมชนและครอบครัว (ระพีพรรณ ฉลองสุข และคณะ, 2556: 81-96)

ทักษะการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวที่บ้าน รวมถึง การพัฒนาด้านการสื่อสารกับทีมสหสาขาวิชาชีพที่ทำงานปฐมภูมิโดยใช้ศาสตร์และเครื่องมือด้านเวชศาสตร์ครอบครัว ความต้องการดังกล่าวสอดคล้องกับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขที่ได้ประกาศในปีพุทธศักราช 2557ที่ประกาศให้**ทีมหมอครอบครัว** เป็นกลไกสำคัญในระบบสุขภาพที่จะนำไปสู่ความมีสุขภาวะที่ดีของประชาชน และกำหนดให้ทีมหมอครอบครัวต้องประกอบด้วยวิชาชีพด้านแพทย์และสาธารณสุขหลายสาขาและใช้หลักการการดำเนินการที่มีหลักการเดียวกันคือ หลักการเวชศาสตร์ครอบครัว มาดูแลประชาชน(สุกัญญา หังสพฤกษ์, บรรณาธิการ,2558: 1-8) โดยที่หลักการ “เวชศาสตร์ครอบครัว” คือ หลักการทางเวชศาสตร์ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลเกี่ยวข้องกับสุขภาพ การเจ็บป่วยและการดูแลสุขภาพของตนเอง ของครอบครัวและของชุมชน โดยการประยุกต์ความรู้ทั้งด้านการแพทย์และสังคมศาสตร์ในลักษณะผสมผสาน (integrated) การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาโรค และฟื้นฟูสภาพได้อย่างต่อเนื่อง ด้วยแนวความคิดแบบองค์รวม (holistic) ให้แก่บุคคล ครอบครัวและชุมชน (สุพัตรา ศรีวณิชชากร ,2552: 11-15) กำหนดงานเภสัชกรรมปฐมภูมิที่ใช้หลักการเวชศาสตร์ครอบครัวให้เรียกว่า **งานเภสัชกรรมครอบครัว** และได้กำหนดเภสัชกรที่ทำหน้าที่ว่า **เภสัชกรครอบครัว**มีการระบุหน้าที่ว่าให้ดูแล (care) ผู้ป่วยและครอบครัวที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา ครอบครัวมิติการดูแลแบบองค์รวม เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยและครอบครัว ภายใต้รูปแบบการทำงานที่เข้าถึงง่าย การสร้างความสัมพันธ์ระหว่างเภสัชกร ผู้ป่วย ครอบครัว และการทำงานร่วมกันระหว่างสหสาขาวิชาชีพ (ธิดา นิงสานนท์, 2556: 1-8; สายพิน หัตถิรัตน์, 2555: 26-31; สำนักบริหารการสาธารณสุข,2557: 32-55)

จากกรอบแนวคิดงานเภสัชกรรมปฐมภูมิสู่ความต้องการพัฒนาสมรรถนะในการทำงานของเภสัชกรรมครอบครัวดังที่กล่าวมาแล้ว บทความนี้จึงมุ่งนำเสนอองค์ความรู้และทักษะเบื้องต้นสำหรับงานเภสัชกรรมครอบครัว เพื่อให้เภสัชกรผู้ให้บริการเภสัชกรรมปฐมภูมิที่มุ่งเน้นการทำงานดูแลผู้ป่วยและครอบครัวต่อเนื่องด้านเภสัชกรรมมีสมรรถนะการทำงานที่เพิ่มขึ้น ประสานการทำงานร่วมกับทีมหมอครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยได้แบ่งเนื้อหาออกเป็น 4 ส่วนได้แก่ 1. หัวใจของงานบริการปฐมภูมิ หัวใจของงานเภสัชกรรมครอบครัว (วรุณี ไชวชรกุลและ ลือชัย ศรีเงินยวง, 2555, 18-19 ; สุกัญญา หังสพฤกษ์, บรรณาธิการ,2558: 1-8) 2. เครื่องมือเวชศาสตร์ครอบครัว เครื่องมือในการทำงานของเภสัชกรรมครอบครัว (สายพิน หัตถิรัตน์ ,2556: 13-19; จตุพร ทองอัม, 2556: 21-38) และ 3.เครื่องมือการเรียนรู้ชุมชน เครื่องมือเพื่อใช้เป็นกรอบและแนวทางในการสื่อสารกับคนในชุมชนและวางแผนเพื่อผู้ป่วยในชุมชน(ระพีพรรณ ฉลองสุข และคณะ,2558: 75-89; โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณะ เต็งรัง,2554:10-15) และ 4.นำเสนอปัญหา อุปสรรคในกระบวนการของเภสัชกรรมครอบครัวที่เภสัชกรผู้ทำงานด้านนี้พึงระวังจะเกิด จนอาจนำไปสู่การวางแผนการทำงานที่ผิดพลาดได้ (วรุณี ไชวชรกุลและลือชัย ศรีเงินยวง,2555: 25-30)

หัวใจของงานบริการปฐมภูมิหัวใจของงานเภสัชกรรมครอบครัว

การทำงานเภสัชกรรมครอบครัว เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพจำเป็นต้องเรียนรู้และเข้าใจการทำงานในงานบริการปฐมภูมิเช่นเดียวกับบุคลากรทางการแพทย์วิชาชีพอื่นๆ ซึ่งหัวใจในการทำงานบริการปฐมภูมิ (วรุณี ไชวชรกุลและ ลือชัย ศรีเงินยวง, 2555, 18-19 ; สุกัญญา หังสพฤกษ์, บรรณาธิการ,2558: 1-8; Rake, R.E. and Rake, 2016: 5-7)จะประกอบด้วย

1. การสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ
2. ความรู้สึกและการเอาใจใส่เกื้อกูล(Caring)ต่อผู้ป่วย/ผู้รับบริการและ
3. การไว้วางใจ (Trust) ซึ่งกันและกัน ระหว่าง ผู้ให้บริการ และ ผู้ป่วย/ผู้รับบริการ

องค์ประกอบเริ่มต้นที่เริ่มจากการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ ผสมกับการบริการที่ให้ความรู้ถึงการเอาใจใส่เกื้อกูลต่อผู้ป่วย/ผู้รับบริการทั้งสององค์ประกอบนี้จะนำไปสู่การไว้วางใจซึ่งกันและกันระหว่างผู้ให้บริการและผู้ป่วย/ผู้รับบริการ ท้ายที่สุดนำไปสู่ความร่วมมือและวางแผนในการจัดการสุขภาพของตนเอง (ผู้ป่วย/ผู้รับบริการ) ของครอบครัว และอาจนำไปสู่การวางแผนในระดับชุมชนได้

การทำงานเภสัชกรรมครอบครัวจึงต้องเรียนรู้เครื่องมือการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพจะประกอบด้วยทักษะย่อยๆ 7 ทักษะย่อย(สุกัญญา หังสพฤกษ์,บรรณาธิการ,2558: 12-24; ชิชณ พันธ์เจริญ,2556: 39-52; สายพิน หัตถิรัตน์,2555: 10-21)ได้แก่

ก. ทักษะการสร้างสัมพันธภาพอย่างมีประสิทธิภาพทักษะนี้ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนย่อย ได้แก่

ก.1 การทักทาย (greeting) : เภสัชกรครอบครัวควรทักทายและการแสดงออกที่ยิ้มแย้ม แจ่มใส ทักทายด้วยน้ำเสียงนุ่มนวลเป็นกันเองกับผู้ป่วย/ผู้รับบริการ เพื่อลดทอนการเกร็งหรือการเผชิญหน้าหรือสถานการณ์ตึงเครียดของผู้ป่วย/ผู้รับบริการที่ต้องเผชิญหน้ากับคนที่ยังไม่เคยรู้จักกันหรือเพิ่งเริ่มรู้จัก

ก.2 การพูดคุยเรื่องทั่วไป (small talk) : เภสัชกรครอบครัวควรเปิดบทสนทนาด้วยการพูดคุยเรื่องทั่วไปที่ไม่เกี่ยวกับการบริการหรือโรคภัยไข้เจ็บ เช่น ข่าวประจำวัน สภาพอากาศ การเดินทางหรืออาชีพ เป็นต้น

ก.3 การแสดงออกถึงความใส่ใจ (attending) กับผู้ป่วย/ผู้รับบริการ : เภสัชกรครอบครัวอาจใช้เทคนิคทางอวจนภาษา : SOLERเพื่อแสดงออกถึงความใส่ใจ อันได้แก่

ก.3.1 S : Squarely เภสัชกรนั่งเป็นมุมที่ไม่ประจันหน้ากับผู้ป่วย/ผู้รับบริการเช่น นั่งเฉียงเป็นมุม 45 องศากับผู้ป่วย/ผู้รับบริการ

ก.3.2 O : Open เภสัชกรนั่งด้วยท่าที่เปิดเผย ไม่ปิดกั้นตนเอง ไม่กอดอกขณะระหว่างพูดคุยกับผู้ป่วย/ผู้รับบริการ

ก.3.3 L : Lean เภสัชกรนั่งโน้มตัวไปข้างหน้าเล็กน้อย

ก.3.4 E : Eye Contact เภสัชกรสบตาผู้ป่วย/ผู้รับบริการเป็นระยะๆ และ

ก.3.5 R : Relax เภสัชกรให้บริการหรือสนทนาด้วยท่าที่ผ่อนคลายไม่เคร่งเครียดและไม่ใช้ท่าที่เหมือนกดดันผู้ป่วย/ผู้รับบริการให้พูด

ก.4 การเปิดประเด็น (opening) : เภสัชกรกระตุ้นให้ผู้ป่วย/ผู้รับบริการพูดเกี่ยวกับความต้องการขอความช่วยเหลือ โดยไม่ได้ทำให้ผู้ป่วย/ผู้รับบริการรู้สึกกดดัน

ตัวอย่างบทสนทนาในการเปิดประเด็นเช่น

- คุณลุง/ป้าไปตรวจสุขภาพมาเมื่อวัน/สัปดาห์/เดือนก่อน ผลเป็นอย่างไรบ้างครับ/ค่ะ มีอะไรที่เภสัชกรพอจะช่วยตอบหรือดูแลได้บ้างไหมครับ/ค่ะ เภสัชกรควรระวังบทสนทนาเปิดประเด็นที่อาจเป็นอุปสรรคในการสร้างสัมพันธภาพ เช่น

- คุณลุง/ป้า วัน/สัปดาห์/เดือนก่อนไปพบแพทย์มี**ปัญหาอะไร**หรือครับ/ค่ะ

ข. ทักษะการถาม การเฝ้าอย่างมีประสิทธิภาพ

ข.1 ทักษะการถามมีข้อควรปฏิบัติในการใช้ทักษะนี้ได้แก่

ข.1.1 ใช้คำถามปลายเปิด โดยไม่กำหนดขอบเขตของการตอบเพื่อช่วยให้ผู้ป่วย/ผู้รับบริการมีโอกาสได้แสดงความคิดเห็น ความรู้สึกและได้พูดในสิ่งที่ต้องการพูด

ข.1.2 ใช้คำถามปลายปิด เพื่อให้ตอบว่า ใช่ หรือไม่ใช่ เมื่อเภสัชกรรู้สึกว่า ผู้ป่วย/ผู้รับบริการ อึดอัดในการตอบหรือนึกคำตอบไม่ได้ว่าจะตอบอย่างไรกับคำถามนั้นๆ

ข.2 ทักษะการเฝ้า: สถานการณ์หรือประโยชน์ที่เภสัชกรจะใช้ทักษะการเฝ้า ได้แก่

ข.2.1 เพื่อให้ผู้ป่วย/ผู้รับบริการได้มีเวลาคิด (ซึ่งในระหว่างการเฝ้าเภสัชกรควรสังเกตด้วยว่า การเฝ้าที่เกิดขึ้นเกิดจากผู้ป่วย/ผู้รับบริการรู้สึกอายนะ หวาดกลัว ไม่สบายใจ ไม่อยากพูดในสิ่งที่ตนต้องพูดออกมาหรือไม่หากเกิดเหตุการณ์ดังกล่าวควรชวนคุยถึงเรื่องอื่นๆทั่วไปเสียก่อนเพื่อคลายความวิตกกังวลและควรชี้แจงผู้ป่วย/ผู้รับบริการถึงข้อเงื่อนไขและคำยืนยันในการให้บริการว่าสิ่งที่พูดออกมาจะถูกปกปิดเป็นความลับ)

ข.2.2 เพื่อแสดงความเสียใจร่วมกับอารมณ์ความรู้สึกของผู้ป่วย/ผู้รับบริการ

ข.2.3 เพื่อผ่อนคลายให้ผู้ป่วย/ผู้รับบริการได้แสดงความรู้สึกอย่างเต็มที่ (ซึ่งระหว่างนี้เภสัชกรอาจแสดงความเห็นอกเห็นใจและให้กำลังใจกับผู้ป่วย/ผู้รับบริการในสิ่งที่เขาเผชิญอยู่ได้)

ค. ทักษะการฟังอย่างมีประสิทธิภาพ

หมายถึงการฟังที่ทำให้เกิดความเข้าใจและรับรู้ถึงความคิด ความรู้สึก ความทุกข์ที่ผู้ป่วย/ผู้รับบริการกำลังเผชิญ ข้อควรปฏิบัติของเภสัชกรในระหว่างการฟังทักษะการฟังคือ

ค.1 ควรมีการสะท้อนความรู้สึก การทวนความด้วยข้อความสั้นๆ หรือการพยักหน้าเป็นระยะๆ รวมถึงการมีท่าทีเห็นอกเห็นใจหรือกระตุ้นด้วยคำพูดสั้นๆให้ผู้ป่วย/ผู้รับบริการเล่าต่อ การกระทำต่างๆเหล่านี้จะทำให้ผู้ป่วย/ผู้รับบริการรู้สึกได้ว่า อย่างน้อยก็มีเภสัชกรที่รับรู้และเข้าใจในสิ่งที่เขาเผชิญ

ค.2 สิ่งที่ไม่ควรทำ ในระหว่างการฟังทักษะการฟัง

- แสร้งทำการพยักหน้าหรือตอบรับ ครับ/คะ เพื่อให้เหมือนว่ากำลังฟังอยู่แต่ความเป็นจริงกลับไม่เข้าใจในสิ่งที่ผู้ป่วย/ผู้รับบริการกำลังพูด

- พูดสวนหรือสอดแทรกอยู่ประจําระหว่างที่ผู้ป่วย/ผู้รับบริการกำลังพูด

- ตั้งเป้าหมายหรือคาดเดาคำตอบของผู้ป่วย/ผู้รับบริการไว้ล่วงหน้าแล้วโดยใช้ประสบการณ์เดิมของเภสัชกรและชักจูงหรือโน้มน้าวให้ผู้ป่วย/ผู้รับบริการตอบตามนั้น

ง. ทักษะการทวนความ สรุปความ และสะท้อนความรู้สึกอย่างมีประสิทธิภาพ

ทักษะนี้เป็นทักษะที่ทำให้ผู้ป่วย/ผู้รับบริการรู้สึกว่าเภสัชกรมีความสนใจและเข้าใจความทุกข์ที่เขา กำลังประสบอยู่ ทำให้ผู้ป่วย/ผู้รับบริการเกิดความวางใจ ศรัทธาและพร้อมที่จะเล่าเรื่องราวความทุกข์ต่างๆให้ฟังในลำดับต่อไป

ง.1 ทักษะการทวนความ ข้อควรปฏิบัติของเภสัชกรหรือข้อควรระวังในระหว่างการฟังทักษะการทวนความ คือ ไม่ควรทวนความตลอดเวลาหรือถึงจนเกินไปเนื่องจากอาจจะทำให้ผู้ป่วย/ผู้รับบริการอึดอัดไม่แน่ใจในความสามารถของเภสัชกร

ง.2 ทักษะการสรุปความตัวอย่างของบทสนทนาที่ใช้ทักษะการสรุปความ ได้แก่

“เท่าที่เล่าให้เภสัชกรฟังเรื่องราวที่คุณลุง/ป้าได้เล่ามาคุณลุง/ป้ายังคงมีความกังวลใจว่ายาที่กินทั้งหมดอาจไม่สามารถรักษาโรคมะเร็งที่เป็นอยู่เพราะญาติที่เคยกินยานี้ก็เสียชีวิตจากมะเร็ง ไข้ไหมครับ/ค่ะ”

ง.3 ทักษะการสะท้อนความรู้สึก ข้อควรปฏิบัติของเภสัชกรหรือข้อควรระวังในระหว่างการใช้ทักษะการสะท้อนความรู้สึก คือ

- การสะท้อนความรู้สึกต้องทำทันทีที่ผู้ป่วย/ผู้รับบริการแสดงความรู้สึกนั้นๆออกมา เช่นผู้ป่วย/ผู้รับบริการ : ผมไปคลินิก กินยา ฉีดยา หาหมอหลายโรงพยาบาล กินยาหลายๆที่ ก็ไม่เห็นหายสักทีเภสัชกร : คุณลุง/ป้าคงกังวลมากขึ้นเพราะรักษามาหลายวิธีก็ไม่หายขาด ไข้ไหมครับ/ค่ะ

- การสะท้อนความรู้สึกที่ไม่ตรงกับความรู้สึกที่แท้จริงของผู้ป่วย/ผู้รับบริการอาจเกิดขึ้นได้แต่ไม่ควรเกิดขึ้นบ่อย เพราะถ้าหากเกิดเหตุการณ์ดังกล่าวบ่อยๆ ผู้ป่วย/ผู้รับบริการจะรู้สึกว่าเภสัชกรยังไม่เข้าใจเขาจริงๆ

จ. ทักษะการให้ข้อมูลและคำแนะนำอย่างมีประสิทธิภาพ

กระบวนการให้ข้อมูลและคำแนะนำประกอบด้วยขั้นตอนย่อยๆได้แก่ การประเมินผู้ป่วย/ผู้รับบริการ การให้ข้อมูล/คำแนะนำ การทวนสอบและความเข้าใจ การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วย/ผู้รับบริการซักถามและตัดสินใจ ซึ่งข้อควรปฏิบัติของเภสัชกรและข้อควรระวังในระหว่างการใช้ทักษะการให้ข้อมูล ได้แก่

จ.1 ข้อมูลที่ให้ต้องเป็นประโยชน์ กะทัดรัด เข้าใจง่าย ไม่มากจนเกินไป หลีกเลี่ยงการขู่เข็ญบีบบังคับให้ทำตามคำแนะนำ

จ.2 ในการเริ่มต้นการใช้ทักษะการให้ข้อมูล อาจใช้ทักษะการตั้งคำถามเพื่อดึงความสนใจก่อนให้ข้อมูลคำแนะนำได้ เช่น

“คุณลุง/ป้า พอจะทราบไหมครับ/ค่ะว่า โอกาสที่คนเป็นเบาหวานเรื้อรัง หรือน้ำตาลในเลือดสูงอยู่ตลอดเวลา จะมีผลทำให้ไตเสียหาย และที่คิด คิดว่าจะเสียหายมากน้อยขนาดไหนครับ/ค่ะ”

ฉ. ทักษะการเสนอทางเลือกอย่างมีประสิทธิภาพ

พึงระลึกเสมอระหว่างการเสนอทางเลือกว่าบทบาทหน้าที่ของเภสัชกร คือ บทบาทในการเสนอทางเลือก ไม่ใช่การตัดสินใจแทนและการบังคับขู่เข็ญให้ผู้ป่วย/ผู้รับบริการต้องปฏิบัติตามเป็นสิ่งไม่ควรกระทำเป็นอย่างยิ่ง ในระหว่างการใช้ทักษะการเสนอทางเลือก ควรสำรวจความลังเลในทางเลือกแต่ละทางของผู้ป่วย/ผู้รับบริการเป็นระยะๆ เช่น ผู้ป่วย/ผู้รับบริการเลือกทางเลือกนี้เพราะอะไร ไม่เลือกทางเลือกปฏิบัตินั้นเพราะอะไร เป็นต้น

ข. ทักษะการให้กำลังใจอย่างมีประสิทธิภาพ

ในระหว่างการสื่อสาร หากพบว่าผู้ป่วย/ผู้รับบริการมีความภาคภูมิใจในสิ่งที่ตนปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง เช่น ผู้ป่วยเบาหวานพยายามบริหารเท้าบ่อยๆเท่าที่ตนเองนึกได้ เภสัชกรก็ควรให้กำลังใจและชื่นชมในสิ่งที่ผู้ป่วย/ผู้รับบริการได้พยายามปฏิบัติ ถึงแม้ว่าบางครั้งอาจจะพบว่าการปฏิบัติของผู้ป่วย/ผู้รับบริการยังไม่ดีเท่าที่ควร ก็ไม่ควรสื่อสารทั้งด้วยวจนภาษาและอวจนภาษาที่แสดงออกถึงความไม่พอใจหรือตำหนิผู้ป่วย/ผู้รับบริการ แต่ควรบอกแนวทางและการปฏิบัติที่ถูกต้องเป็นลำดับขั้นตอนทีละขั้นต่อไป

เครื่องมือเวชศาสตร์ครอบครัว ; เครื่องมือในการทำงานของเภสัชกรครอบครัว

ในการทำงานด้านปฐมภูมิของบุคลากรทางการแพทย์ เครื่องมือหนึ่งที่ใช้ในการเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานก็คือเครื่องมือทางเวชศาสตร์ครอบครัว(สายพิน หัตถ์รัตน์,2555: 10-21;สายพิน หัตถ์รัตน์,2556: 13-19) เช่นเดียวกันกับเภสัชกรครอบครัว ผู้ซึ่งต้องทำงานในระดับปฐมภูมิและเพื่อร่วมประสานการทำงานกับวิชาชีพอื่นๆให้เกิดผลสัมฤทธิ์ เครื่องมือที่เภสัชกรครอบครัวใช้ จึงต้องใช้เครื่องมือเวชศาสตร์ครอบครัวที่ประยุกต์ให้เข้ากับงานเภสัชกรครอบครัว ซึ่งเครื่องมือทางเวชศาสตร์ครอบครัวที่ผสมผสานกับเภสัชกรครอบครัวได้แก่

1. เครื่องมือเวชศาสตร์ครอบครัวที่ใช้ในการสืบค้นโรคจากยา (Disease related from medicine) และ ความทุกข์จากยา (Illness related from medicine) ของผู้ป่วย/ผู้รับบริการ; IFFE / BATHE (สายพิน หัตถ์รัตน์,2555: 10-21; สายพิน หัตถ์รัตน์,2556: 13-19)IFFE มาจาก

I : Idea ความคิดของผู้ป่วย/ผู้รับบริการ : ผู้ป่วย/ผู้รับบริการคิดว่าอาการเจ็บป่วย ความทุกข์ที่เกิดขึ้นขณะนี้คิดว่ามีสาเหตุจากยาอะไรหรือไม่คิดอย่างไรกับยาที่รับประทานในตอนนี้และคิดอย่างไรต่อไปกับการใช้ยาที่รับประทานอยู่

F : Feeling ความรู้สึกของผู้ป่วย/ผู้รับบริการ : ผู้ป่วย/ผู้รับบริการกำลังกังวลเกี่ยวกับยาที่รับประทานอยู่หรือไม่ และกังวลปัญหาเรื่องเกี่ยวกับอะไร

F : Function หน้าที่การทำงานของผู้ป่วย/ผู้รับบริการ : เภสัชกรคิดว่า การเจ็บป่วยหรือการทำงานของผู้ป่วย/ผู้รับบริการที่บกพร่อง หรือความทุกข์ของผู้ป่วย/ผู้รับบริการที่บอกเล่า (ผลกระทบกับชีวิตการทำงาน/การเรียนหรือคนใกล้ชิด) เกิดจากยาหรือไม่ และเกิดอย่างไร

E : Expectation ความคาดหวังของผู้ป่วย/ผู้รับบริการ : ผู้ป่วย/ผู้รับบริการมีความคาดหวังต่อยาที่รับประทานอยู่อย่างไร หรือต้องการความช่วยเหลือที่เกี่ยวกับการใช้ยาอย่างไรทั้งในปัจจุบันและอนาคตสามารถดูตัวอย่างการใช้เครื่องมือฯ ในตารางที่ 1

BATH เครื่องมือที่ช่วยเยียวยาใจ; เทคนิคที่ช่วยเปิดการสนทนา และทำให้เข้าใจผู้ป่วย/ผู้รับบริการที่ไข้ยา

B : Background; ความเป็นมาของผู้ป่วย/ผู้รับบริการที่ทำให้ต้องไข้ยา

A : Affect; ผู้ป่วย/ผู้รับบริการที่ไข้ยานั้นๆแล้วคิดว่ามีผลกระทบต่อตนเอง ครอบครัว คนรอบข้างอย่างไรหรือไม่ แล้วเกิดอย่างไร

T : Trouble; ผู้ป่วย/ผู้รับบริการที่ไข้ยานั้นๆ รู้สึกลำบาก รู้สึกอึดอัดทางกาย ทางใจหรือไม่และเกิดอย่างไร

H : Handle; ผู้ป่วย/ผู้รับบริการได้จัดการหรือเผชิญกับปัญหาที่เกิดกับยาอย่างไร แก้ไขปัญหาอย่างไร

2. เครื่องมือเวชศาสตร์ครอบครัวที่ใช้ในการตรวจสอบสุขภาพครอบครัว(การเยี่ยมบ้าน)อันเกี่ยวเนื่องกับการไข้ยา : INHOMESSS(สายพิน หัตถ์รัตน์,2556 : หน้า13-19)

ปกติแล้ว การเยี่ยมบ้านของเภสัชกรแต่ละครั้งจะต้องกำหนดวัตถุประสงค์ก่อนการเยี่ยมบ้านเสมอ ซึ่งวัตถุประสงค์ในแต่ละครั้งอาจมีวัตถุประสงค์แตกต่างกันไป(สายพิน หัตถ์รัตน์,2551) เช่น

- การเยี่ยมบ้านเพื่อให้ผู้ป่วย/ผู้รับบริการรวมถึงญาติมีความมั่นใจในการใช้ยาและสามารถพึ่งตนเองในการดูแลสุขภาพที่บ้านได้
- เพื่อให้ญาติรู้วิธีในการร่วมกันกับเภสัชกร ในดูแลเรื่องยาของผู้ป่วย
- เพื่อให้เภสัชกรสามารถประเมิน ติดตามปัญหา หรือทุกข์ที่เกิดจากยาของผู้ป่วยที่ยังไม่สามารถระบุได้แน่ชัดหรือยังมีข้อมูลไม่เพียงพอจากการสนทนา สัมภาษณ์กับผู้ป่วย/ผู้รับบริการที่สถานบริการรวมถึงประเมินความเสี่ยงต่างๆต่อการใช้นั้นๆของผู้ป่วย/ผู้รับบริการ และหาแนวทางที่จะลดความเสี่ยง

ซึ่งเครื่องมือเวชศาสตร์ครอบครัวที่นำมาใช้ในการเยี่ยมบ้านได้แก่ เครื่องมือ INHOMESSS โดยองค์ประกอบแต่ละตัว หมายถึง

I : Immobility ; ยาที่ผู้ป่วย/ผู้รับบริการได้รับนั้นๆ อาจหรือมีผลต่อการเคลื่อนไหวภายในบ้านของผู้ป่วย/ผู้รับบริการหรือไม่ เช่น ยา cinnarizine ซึ่งผู้ป่วยได้รับจากแพทย์เพื่อแก้ไขอาการมึนงง อาจมีผลทำให้ผู้ป่วยหกล้ม (Fall) หรือ ไม่สามารถขึ้นบันไดภายในบ้านได้และอาจเป็นเหตุให้เกิดอุบัติเหตุภายในบ้านได้

N : Nutrition ; ยาที่ผู้ป่วย/ผู้รับบริการได้รับนั้นๆมีผลต่ออาหารที่ผู้ป่วย/ผู้รับบริการรับประทานเป็นกิจวัตรประจำวันหรือไม่ หรืออาหารที่ผู้ป่วย/ผู้รับบริการรับประทานอยู่เป็นกิจวัตร มีผลต่อยาที่ต้องรับประทานหรือไม่อย่างไร อาทิ เช่น ในผู้ป่วยโรคไตบางรายอาจได้รับยา KCL elixir จากแพทย์ ซึ่ง KCL elixir มีผลทำให้เกิดอาการข้างเคียงที่สำคัญคือ คลื่นไส้ อาเจียน โดยเฉพาะการทานขณะท้องว่างการรับประทาน KCL elixir ของผู้ป่วยบางรายจึงอาจซ้ำเติมภาวะทุพโภชนาการของผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้นอีก

H : Housing ; สภาวะแวดล้อมรอบๆบ้านที่อยู่อาศัยของผู้ป่วย/ผู้รับบริการ โดยเฉพาะที่พักหลับนอนของผู้ป่วย/ผู้รับบริการ มีผลต่อยาหรือการเก็บรักษาสภาพของยาที่ใช้หรือไม่ อย่างไร เช่น การเก็บรักษายาฉีด insulin ในผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่ได้เก็บในตู้เย็นในบ้านพักอาศัย หรือ การเก็บรักษาน้ำยาล้างไตของผู้ป่วยไตที่ต้องล้างไตผ่านทางช่องท้อง (CAPD) ในสถานใด่ชุมชนบ้านเพราะบนบ้านเป็นเรือนไม้ชั้นเดียว สภาพไม่แข็งแรงการวางของหนักอย่างน้ำยาล้างไตหลายลิตร อาจทำให้สภาพบ้านทรุดได้เป็นต้น

O : Other people ; ยาที่ผู้ป่วย/ผู้รับบริการทานอยู่ มีผลรบกวนต่อคนรอบข้างอย่างไรหรือไม่ หรือ คนรอบข้างมองผู้ป่วย/ผู้รับบริการอย่างไรเมื่อต้องรับประทานยานั้น ๆ เช่น ผู้ป่วยที่รับประทานยารักษาโรคเอดส์ หรือ รักษาโรคจิตเวช อาจถูกการตราหน้าและคนรอบข้างรังเกียจ ไม่กล้าเข้าใกล้ผู้ป่วยเพราะเกรงว่าจะติดโรคหรือเห็นผู้ป่วยเป็นคนผิดปกติ น่ากลัว ซึ่งนำมาสู่การซ้ำเติมความทุกข์ของผู้ป่วย/ผู้รับบริการมากขึ้น เป็นต้น

M : Medication; ยาอื่นๆที่ผู้ป่วย/ผู้รับบริการทานอยู่เป็นประจำ หรือได้รับก่อนหน้าจากแพทย์ท่านอื่นๆ รวมถึงยาหรือผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร สมุนไพรที่ผู้ป่วย/ผู้รับบริการใช้อยู่เป็นประจำ มีผลอันตรกริยาอย่างไรหรือไม่ รวมถึงยาที่จะเริ่มรับประทานด้วยโดยใช้หลักการ (ฉัตรพิศุทธิ์ วิเศษสอน, 2556 : 658-663) คือ

- Pharmacy Curing : หมายถึงเภสัชกรทำหน้าที่ในการดูแลด้านยา ค้นหาปัญหา (Drug Related Problems ; DRPs) รวมถึงการคำนึงถึงการใช้ยาและไม่ใช้ยาในการป้องกันและการส่งเสริมสุขภาพภายใต้บริบทของผู้ป่วย/ผู้รับบริการเฉพาะราย

- Pharmacy Healing : หมายถึงเภสัชกรทำหน้าที่ในการดูแลด้านยาเพื่อให้สามารถเยียวยาความทุกข์ของผู้ป่วย/ผู้รับบริการ โดยคำนึงถึงความสุข ความทุกข์จากการใช้ยา และอื่นๆ (ดูแลทุกข์ที่เกิดทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณของผู้ป่วย/ผู้รับบริการโดยการค้นหา Drug Related Sufferings ; DRSS)

- Pharmacy Caring : หมายถึงเภสัชกรทำหน้าที่ในการดูแลด้านยาเพื่อให้สามารถเกื้อกูลสุขภาพผู้ป่วย/ผู้รับบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพโดยการค้นหาปัญหาที่อาจเกิดจากระบบยา (Drug System in Primary setting ; DSP) อาทิ การค้นหาปัญหาาระบบเชื่อมต่อระหว่างสถานบริการที่สามารถทำให้ผู้ป่วย/ผู้รับบริการได้รับยาหรือเวชภัณฑ์อย่างดีที่สุดในสถานการณ์หรือบริบทที่จำกัดนั้นๆหรือไม่ อาทิ ยาบางชนิด เช่น ยาแก้ปวด morphine น้ำ ผู้ป่วยมะเร็งที่เกิดอาการปวดกะทันหัน (break through pain) จะสามารถไปขอที่สถานพยาบาลใกล้บ้านได้อย่างไรหรือไม่

E : Examination ; การประเมินทางเภสัชกรรม หมายถึง การนำข้อมูลที่มาจากคำบอกเล่าของผู้ป่วย/ผู้รับบริการ หรือผู้ใกล้ชิดผู้ป่วย/ผู้รับบริการ และข้อมูลที่เป็นผลจากการตรวจ ประเมินร่างกายต่างๆ มาประมวล วิเคราะห์ และประเมินผู้ป่วย/ผู้รับบริการอย่างเป็นระบบ เพื่อติดตามการใช้ยาของผู้ป่วย/ผู้รับบริการ ทั้งในด้านประสิทธิภาพและความปลอดภัยรวมถึงมิติอื่นๆที่เกี่ยวข้อง อันนำไปสู่พฤติกรรมและความร่วมมือในการรักษาด้วยยา (จตุพร ทองอิม, 2558: 309-312) ตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยจิตเวชซึ่งได้ยา haloperidol ในการรักษา ร่วมกับการได้รับยา amiodarone เพื่อรักษาภาวะหัวใจเต้นไม่เป็นจังหวะ ซึ่งยาทั้งสองชนิดมีผลอันตรกิริยาทำให้เกิดหัวใจเต้นไม่เป็นจังหวะเพิ่มมากขึ้นได้ เภสัชกรควรประเมินสภาวะการเต้นของหัวใจในเบื้องต้นว่าเกิดอันตรายจากการใช้ยาแล้วหรือไม่ หรือเหตุการณ์การใช้ยา Non-Steroidal Anti-Inflammatory Drugs (NSAIDs) อย่าง Ibuprofen เพื่อรักษาโรคกระดูกและข้อบางชนิดในผู้ป่วยที่มีประวัติและอยู่ระหว่างการรักษาโรค ความดันโลหิตสูง การใช้ยา NSAIDs อาจทำให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ เภสัชกรก็ควรประเมินสภาวะความดันโลหิตของผู้ป่วยในเบื้องต้นได้ ซึ่งเหตุการณ์ที่ยกตัวอย่างมาเหล่านี้ หากเกิดอันตรกิริยาของยาที่ใช้จนอาการข้างเคียงที่คาดว่าจะรุนแรงเพิ่มขึ้น เภสัชกรก็จะสามารถส่งต่อแพทย์เพื่อปรับขนาดยาหรือปรับแผน การรักษาต่อไปได้หลักการในการประเมินทางเภสัชกรรมของเภสัชกรรมครอบครัว ประกอบด้วย หลัก 4 C (จตุพร ทองอิม, 2558: 309-312) ได้แก่

- Control ยาที่ผู้ป่วย/ผู้รับบริการรับประทานอยู่หรือจะได้รับ มีประสิทธิภาพในการควบคุมดูแล รักษาโรคของผู้ป่วย/ผู้รับบริการได้มากน้อยเพียงใด

- Compliance ยาที่ผู้ป่วย/ผู้รับบริการรับประทานอยู่หรือจะได้รับทำให้เกิดความร่วมมือในการใช้ยาจากผู้ป่วย/ผู้รับบริการมากน้อยเพียงใด เช่น ยาที่ต้องรับประทานวันละหลายมื้ออาจทำให้ผู้ป่วย/ผู้รับบริการร่วมมือในการใช้นานน้อยกว่ายาที่รับประทานเพียงวันละครั้ง หรือยาที่อาจเกิดอาการข้างเคียงมาก/รุนแรง อาจทำให้ผู้ป่วย/ผู้รับบริการร่วมมือในการใช้นานน้อยกว่ายาที่มีอาการข้างเคียงน้อย

- Complication ยาที่ผู้ป่วย/ผู้รับบริการรับประทานอยู่หรือกำลังจะได้รับเกิดผลแทรกซ้อนหรืออาการไม่พึงประสงค์อย่างไรต่อผู้ป่วย/ผู้รับบริการหรือไม่ และรุนแรงระดับใด รวมถึงการประเมินผลแทรกซ้อนจากโรคของผู้ป่วย/ผู้รับบริการส่งผลต่อการใช้ยาของผู้ป่วย/ผู้รับบริการหรือไม่ อย่างไร

- Concern การประเมินปัจจัยหรือสิ่งที่ผู้ป่วย/ผู้รับบริการกำลังกังวลคืออะไร รวมถึงการประเมินยาที่ผู้ป่วย/ผู้รับบริการรับประทานหรือกำลังจะได้รับ ลดความกังวลต่ออาการหรือโรคของผู้ป่วย/ผู้รับบริการมากน้อยเพียงใด

S : Safety ; ยาที่ผู้ป่วย/ผู้รับบริการรับประทานนั้นๆ มีผลของอาการข้างเคียงหรืออาการไม่พึงประสงค์จนทำให้ผู้ป่วย/ผู้รับบริการเกิดความไม่ปลอดภัยหรือไม่ เช่นเกิดอาการข้างเคียง มึนงง หน้ามืด ได้ง่าย

หรือ ยาบางชนิดอาจเกิดผลอันไม่พึงประสงค์ทำให้เกิดความคิดฆ่าตัวตายหากรับประทานยาต่อเนื่องกันเป็นระยะเวลายาวนาน เป็นต้น

S : Spirituality (เข้าใจความหมายของชีวิต) ; ยาที่ผู้ป่วย/ผู้รับบริการรับประทานนั้นๆ ส่งผลต่อความรู้สึกนึกคิดภายในจิตวิญญาณ (spirituality) ของผู้ป่วย/ผู้รับบริการอย่างไรหรือไม่ เช่น ผู้ป่วย (อดีตเป็นนางงามประจำหมู่บ้าน) ป่วยเป็นมะเร็งที่ต้องรับประทานยาเคมีบำบัด แต่อาการข้างเคียงของยาเมื่อรับประทานแล้วทำให้ผมร่วง ศีรษะล้าน อาจขัดต่อจิตวิญญาณของผู้ป่วยที่ตนต้องสวยในสายตาของคนรอบข้างอยู่เสมอ เป็นต้น

S : Services ; ยาที่ผู้ป่วย/ผู้รับบริการรับประทานนั้นๆ สามารถเข้าถึงหรือสามารถใช้สิทธิประกันสุขภาพใดๆ ได้หรือไม่

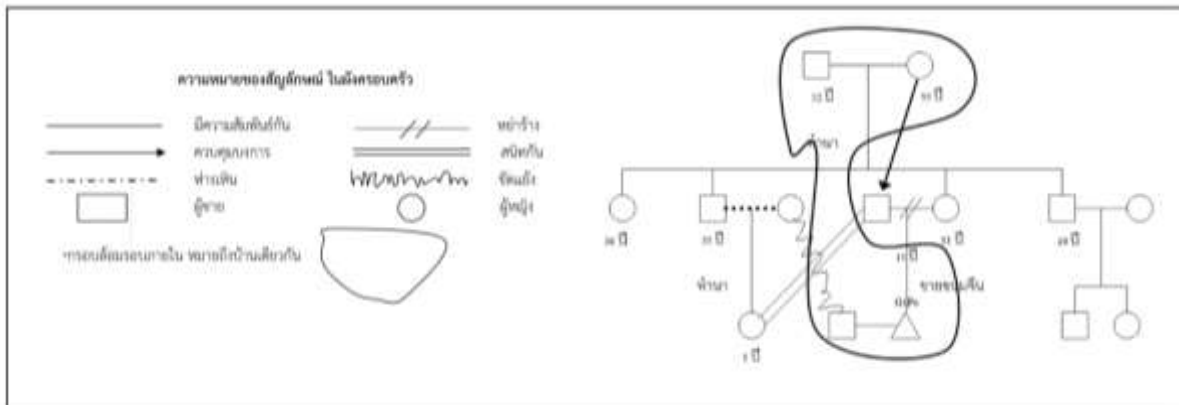
เครื่องมือการเรียนรู้ชุมชน เครื่องมือเพื่อใช้เป็นกรอบและแนวทางในการสื่อสารกับคนในชุมชน และวางแผนเพื่อผู้ป่วยในชุมชน

เครื่องมือการเรียนรู้ชุมชนมีหลากหลายประเภท สำหรับการทำงานเภสัชกรรมครอบครัว(ถือว่าเป็นส่วนหนึ่งในงานเภสัชกรรมปฐมภูมิ) อาจเรียนรู้เครื่องมือการเรียนรู้ชุมชนอาทิเช่น ผังครอบครัว แผนที่ชุมชน ประวัติชุมชน ปฏิทินกิจกรรม เป็นต้น (ระพีพรรณ และคณะ, 2558: 75-89; โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณะ เติ้งรัง, 2554: 1-10; สายพิน หัตถิรัตน์, 2555: 34-43; สายพิน หัตถิรัตน์, 2556: 16-18)

- **ผังครอบครัว (ผังเครือญาติ) : Genogram**(โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณะ เติ้งรัง, 2554: 1-10; สายพิน หัตถิรัตน์, 2555: 34-43; สายพิน หัตถิรัตน์, 2556: 16-18)

คือ แผนผังที่เขียนขึ้นเพื่อแสดงระบบความสัมพันธ์เชิงเครือญาติ โดยใช้สัญลักษณ์แทนตัวบุคคล และเส้นแสดงความสัมพันธ์ทั้งทางสายเลือด (Consanguinity) และ ความสัมพันธ์จากการแต่งงาน (Affinity) ดังแสดงตามแผนภาพที่ 1 ผังครอบครัวมีความสำคัญในการทำความรู้จักคนในระบบครอบครัว เข้าใจระบบความสัมพันธ์ที่สำคัญในครอบครัวหนึ่งๆหรือในชุมชนนอกจากนี้ผังครอบครัวยังมีความสำคัญอาจช่วยหรือมีประโยชน์ในการควบคุม ป้องกันและวางแผนการดูแลโรคได้ด้วย อาทิ ผังครอบครัวแสดงให้เห็นว่าในตระกูลเดียวกันที่อาศัยอยู่ด้วยกันเป็นครอบครัวอาจมีโรคหรือความเจ็บป่วยคล้ายกันซึ่งนอกจากอธิบายสาเหตุทางปัจจัยด้านพันธุกรรมแล้วยังอาจเป็นเพราะมีรสนิยมในการเลือกรับประทานอาหารรสชาติเหมือนกันเมื่ออาศัยใกล้ชิดกัน จึงมีความเจ็บป่วยคล้ายกัน และผังครอบครัวอาจช่วยค้นหาผู้สามารถช่วยเหลือผู้ป่วย (care giver) ได้ การศึกษาพบว่าร้อยละ 80 ของการเจ็บป่วยของผู้ป่วย จะได้รับการเฝ้าระวังรักษาในระบบเครือญาติ และหากบุคคล(ญาติ)เหล่านี้ได้รับการสนับสนุนทางด้านความรู้ วัสดุอุปกรณ์หรือกำลังใจ จะสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้เป็นอย่างมาก

แผนภาพที่ 1 สัญลักษณ์ที่ใช้ใน ผังครอบครัว และตัวอย่างผังครอบครัว



- **แผนที่ชุมชน(แผนที่เดินดิน)**(โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณิศร เต็งรัง,2554: 28-46)

ความสำคัญของการทำแผนที่ชุมชนไม่ได้อยู่ที่การเขียนแผนที่ทางกายภาพให้สมบูรณ์ครบถ้วนลงบนแผ่นกระดาษ แต่อยู่ที่ได้เห็นและเข้าใจถึงพื้นที่ทางสังคม (social space) เช่น ตลาด วัด ลานชุมชน ลานออกกำลังกาย และอื่นๆ ที่ซ้อนทับอยู่กับพื้นที่ทางกายภาพ (physical space) โดยมีวิธีการทำ เริ่มต้นจาก การสำรวจพื้นที่ทางกายภาพและลงข้อมูลสำคัญ สถานที่สำคัญ เช่น วัด โรงเรียน ชื่อ-สกุลเจ้าของบ้าน ที่ทำการผู้ใหญ่บ้าน และอื่นๆ หลังจากนั้นลงพื้นที่สำรวจ พูดคุย สัมภาษณ์ สังเกตกิจกรรมทางสังคมอื่นๆ เพื่อเพิ่มข้อมูลลงในแผนที่กายภาพและเชื่อมโยงความสัมพันธ์ทางสังคมในชุมชนกับแผนที่กายภาพนั้นๆ สุดท้ายใส่เครื่องหมายกับกลุ่มที่น่าสนใจหรือจุดสนใจเป็นพิเศษ เช่น ธงแดง กากบาท ลงในแผนที่ การทำแผนที่ชุมชนนี้จะทำให้เห็นภาพรวมของครอบครัวและชุมชนเป็นจุดเริ่มต้นของความสัมพันธ์และสร้างความคุ้นเคยของเถ้าแก่กับ ผู้ป่วย/ครอบครัวและชุมชน

- **ประวัติชุมชน**(โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณิศร เต็งรัง,2554: 148-150)

คือ เรื่องราวเหตุการณ์เกี่ยวกับความเป็นมาของชุมชนในช่วงระยะเวลาหนึ่ง เป็นประวัติศาสตร์ที่บอกเล่าจากมุมมองของชุมชนเอง ที่มีส่วนผลสมของข้อเท็จจริงกับเหตุการณ์ จินตนาการและความทรงจำของท้องถิ่นที่ถูกสืบทอดผ่านกันมาผ่านเรื่องเล่า ประวัติชุมชนจะอธิบายความเป็นมาของชุมชนทำให้เข้าใจความเป็นอยู่และเห็นแนวโน้มความเป็นไปในอนาคต หากเราไม่เข้าใจบริบทและประวัติศาสตร์ของชุมชนที่แตกต่างก็อาจทำให้เรานำกิจกรรมที่ทำแล้วได้ผลในชุมชนหนึ่งๆ ไปลงในชุมชนอื่นๆ ซึ่งอาจไม่ประสบผลสำเร็จเช่นเดียวกับชุมชนก่อน เป็นการเลือกวิธีการทำงานกับชุมชนที่ไม่สอดคล้องกับประสบการณ์ ความคาดหวังและศักยภาพของชุมชนแต่ละชุมชน ดังนั้น การเข้าใจประวัติชุมชนจะช่วยให้เถ้าแก่เลือกวิธีการทำงานกับชุมชนแต่ละชุมชนให้สอดคล้องกับประสบการณ์ ความคาดหวังและศักยภาพของแต่ละชุมชนได้เป็นอย่างดี

- **ปฏิทินกิจกรรม ปฏิทินวัฒนธรรม**(โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณิศร เต็งรัง,2554: 126-139)

คือ ตารางกิจกรรมที่เกิดขึ้นในชุมชน ในแต่ละช่วงเวลา รวบรวมเหตุการณ์และปรากฏการณ์ในชีวิตประจำวันของชุมชนในรอบเดือน รอบปี เช่น ช่วงเวลาเกี่ยวข้าว ดำนา ช่วงงานบุญ งานกฐิน ซึ่งจะสามารถให้เถ้าแก่วางแผนการทำงานกับชุมชนเหมาะสมกับช่วงเวลาต่างๆ ได้

ตารางที่ 1 ตัวอย่าง การประเมินปัญหา ยา กับ เครื่องมือทางเวชศาสตร์ครอบครัว (IFFE)

ปัญหาที่พบ	ความคิด ของผู้ป่วย ; idea : สาเหตุของ ปัญหา ผลกระทบ จากยา(ความรุนแรง หรืออันตราย) และ การจัดการปัญหา	ความรู้สึกของผู้ป่วย ; feeling : สุข เศร้า เสียใจ กังวล โกรธ กลัว เบื่อเกลียด และ อื่นๆ จากยา	ยา มีผลต่อการ ทำงานของ ร่างกายของผู้ป่วย :Function	ผู้ป่วยคาดหวัง จากยาอย่างไร	ตัวอย่าง ทางเลือกของ การแก้ปัญหาที่ ตกลงร่วมกัน ระหว่าง เภสัชกร กับ ผู้ป่วย/ ผู้รับบริการ
------------	---	---	---	--------------------------------	---

ปัญหาทางด้านยา : DRPs

-ลืม รับประทาน ยา -หยุดยาเอง -ปรับขนาด ยาเอง -เกิดอาการ ข้างเคียง จากยา	-ไม่ทราบภาวะโรค และคิดว่าไม่จำเป็น จะต้องรับประทานยา อย่างต่อเนื่อง เพราะ คิดว่าตนเองไม่ได้ป่วย -ยาช่วยได้แค่ บางส่วน แต่อาาุมมาก ขึ้นก็ต้องเป็นโรค ยาอย่างต่อเนื่องจะมี ผลเสียอันตรายต่อ ร่างกายเช่น ไตเสื่อม	<u>เพื่อการรับประทาน</u> ยาเนื่องจาก รับประทานแล้วก็ ไม่ได้รู้สึกว่ามีผลดี อะไรต่อสุขภาพ <u>กลัวการรับประทาน</u> ยาอย่างต่อเนื่องจะมี ผลเสียอันตรายต่อ ร่างกายเช่น ไตเสื่อม	-ยา อาจทำให้ เกิดผลข้างเคียง เช่น อาการมึนงง ง่วงซึม หรือเดิน เซ ทำงานกิจวัตร ประจำวันไม่ได้ ปกติ	-ยาที่ตน รับประทาน สามารถรักษา โรคที่ตนเอง เผชิญ ได้ หายขาด -ยาที่ตน รับประทาน ไม่ มีอาการ ข้างเคียงใดๆ	-ค้นหาปัจจัย ที่ ทำให้ผู้ป่วย/ ผู้รับบริการ ดำเนินกิจวัตร หรือดำรงชีวิตได้ อย่างเข้มแข็ง แข็งแรงแบบทุก วันนี้ เภสัชกรนำ ปัจจัยดังกล่าวมา เป็นเป้าหมาย และเชื่อมโยงกับ การจัดการ ปัญหาเพื่อให้ ผู้ป่วยยังคงมี ความเข้มแข็ง หรือแข็งแรงอยู่ ต่อไป สุดท้าย ออกแบบแผน ร่วมกันกับผู้ป่วย เพื่อเป้าหมาย ดังกล่าว
---	--	---	---	--	--

ปัญหาทางด้านยา : DRSs,

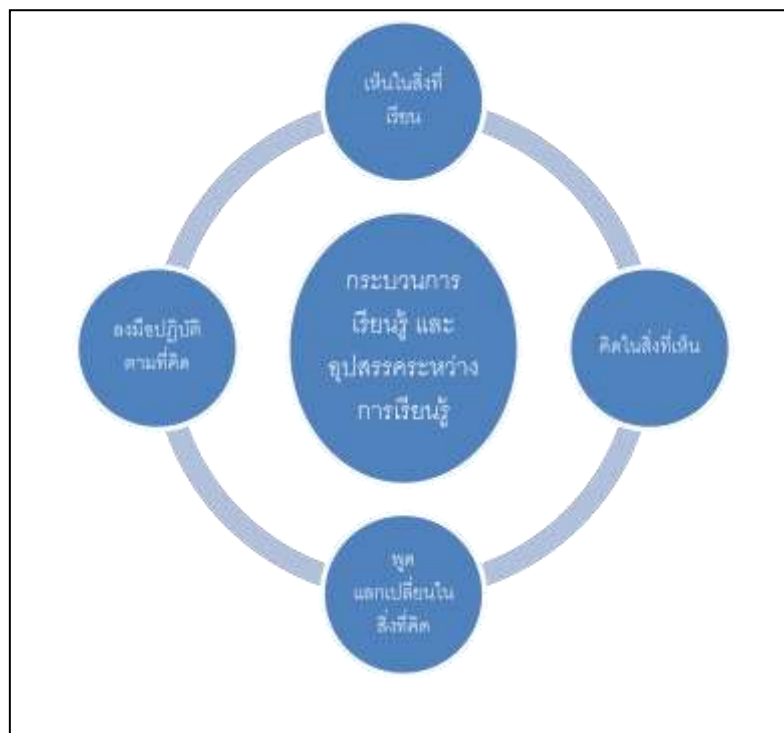
- ทุกข์จาก ยาจิตเวช ไม่จำเป็นต้องกินยา ไม่กินยาก็ไม่เห็นมี	-ตนเองปกติแล้ว ไม่ได้เป็นโรคจิตเวช ไม่จำเป็นต้องกินยา ไม่กินยาก็ไม่เห็นมี	- รู้สึกตนเองผิดปกติ ถ้ายังต้องรับประทาน ยา และคนรอบข้างก็ มองตนเองผิดปกติ	-ยา ทำให้ผู้อื่น ไม่ให้ทำงานหรือ รับจ้างให้ทำงาน แม้มีอาการปกติ	-ทำอย่างไรที่ จะปกปิดชื่อยา ประเภทของยา เพื่อที่บุคคล	-เภสัชกรร่วมกับ ผู้ป่วยจัดลำดับ ความสำคัญทุกซ์ ที่แท้จริง
---	--	---	--	--	--

อะไรผิดปกติ จึง ตัดสินใจไม่ รับประทานยา	ด้วย ไม่มีใครกล้าเข้า ใกล้	แล้ว ผลตามมา อาจขาดรายได้ และ คุณภาพชีวิต ที่ลดลง	อื่นๆจะไม่ ทราบ ว่า ตน รับประทานยา อะไรอยู่	-ร่วมกัน ออกแบบถึง ความเป็นไปได้ ในการแก้ไข ปัญหาทุกชั้นนั้นๆ
ปัญหาทางด้านยา : DSPs				
-ทุกซ์จาก ยาแก้ปวด มะเร็ง	-ยาแก้ปวด เป็นยาที่ มีปัญหา จึงไม่มีใน โรงพยาบาลสุขภาพ ตำบลใกล้ๆนี้	- ทรมาณเวลาปวด รู้สึกไม่มีใครอยากจะ ช่วยเหลือตนเอง จริงจัง เรื่องยาแก้ตัว เดียว ก็เอามาเก็บ ลำบากใน โรงพยาบาล อยากจะ ตาย ไม่อยากทรมาณ ไม่อยากฟังคนอื่น	-ผู้ป่วย ขาดยา เนื่องจากยา มะเร็งบางชนิดไม่ สามารถเบิกจ่าย จากระบบประกัน ฯได้ นำไปสู่ คุณภาพชีวิตของ ผู้ป่วยที่แย่ การ ทำงานลดลง	-ยาทุกชนิด สามารถ เบิกจ่ายได้จาก ระบบประกัน หากเป็นยาที่ จำเป็นและ ช่วยชีวิตหรือ ยืดชีวิตได้จริง -ยาทุกชนิด สามารถสำรอง ไว้ที่ รพ.สต. ได้

ปัญหา อุปสรรค ในกระบวนการของเภสัชกรรมครอบครัว

กรอบแนวคิดด้านสมรรถนะของเภสัชศาสตร์ศึกษา (ศูนย์ประสานงานการศึกษาเภสัชศาสตร์แห่งประเทศไทย, 2555: 1-15). ได้กล่าวว่า สมรรถนะการทำงานของเภสัชกรด้านใดด้านหนึ่งนั้นจะเริ่มต้นจากการมีองค์ความรู้ (knowledge) ผ่านกระบวนการเรียน (know) และการเรียนรู้ (know how) จนเกิดความเข้าใจองค์ความรู้ (comprehension) และสามารถนำไปประยุกต์ปรับปรุง (applying) จากสิ่งที่เรียน เรียนรู้ เข้ากับบริบทสังคมแวดล้อมที่เป็นจริงจนเกิดการเปลี่ยนแปลงสมรรถนะที่เหมาะสมซึ่งขั้นตอนกระบวนการเรียนรู้อันนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงจนเกิดสมรรถนะเภสัชกรครอบครัวที่เหมาะสมได้นั้นจะประกอบด้วยขั้นตอนคือ เห็นสิ่งที่เรียน คิดในสิ่งที่เห็น พุดเพื่อแลกเปลี่ยนในสิ่งที่คิด และลองปฏิบัติตามที่ในสิ่งที่ได้แลกเปลี่ยน(วรวิมล โฆวชรกุล, ลือชัย ศรีเงินวง, 2555: 23-30) (แผนภาพที่ 2) ซึ่งขั้นตอนต่างๆเหล่านี้อาจจะพบปัญหาอุปสรรคในการเรียนรู้การทำงานจนนำไปสู่การวางแผนงานที่ผิดพลาดได้

แผนภาพที่ 2 กระบวนการเรียนรู้เพื่อเกิดการเปลี่ยนแปลง



ปัญหาที่อาจพบได้ในการเรียนรู้ปฐมนิเทศ (วรุฒิ ไชวชรกุล, ลือชัย ศรีเงินยวง, 2555: 23-30)

ผู้เรียน/ผู้ให้บริการ ไม่คิด/ไม่รับรู้ในสิ่งที่เห็น: หนึ่งในกระบวนการเรียนเพื่อให้เกิดการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพนั้น เกสซ์กรต้องเกิดจากการการเห็น การมองในสิ่งที่เกิดขึ้นจริงในชุมชน แต่หากเกสซ์กรเลือกที่จะเห็นในสิ่งที่อยากเห็นและไม่สนใจมองหรือเห็นในสิ่งที่เกิดขึ้นจริงบนบริบทแวดล้อมของผู้ป่วย/ผู้รับบริการในขณะนั้น กระบวนการรับรู้ตั้งแต่เริ่มต้นจากการเห็นที่ผิดพลาด ก็อาจจะนำไปสู่กระบวนการคิด พูด และลงมือปฏิบัติในสิ่งที่ผิดและเกิดการเปลี่ยนแปลงที่เปี่ยงเบนได้ ยกตัวอย่างเช่น เกสซ์กรครอบครัวเข้าชุมชนแล้วเลือกที่จะดูจะเห็นแต่ยาหมวดอายุที่เหลือเก็บอยู่ในบ้านหรือคอยสนใจเห็นแต่การเก็บยาของผู้ป่วย/ผู้รับบริการเป็นประเด็นสำคัญ โดยไม่ใส่ใจบริบทของผู้ป่วย เช่น การเก็บยาหมวดอายุไว้ เพื่อใช้เป็นตัวอย่างในการบอกแพทย์/บุคลากรทางการแพทย์ว่าเคยได้รับยานั้นๆมาก่อนแล้วแต่ตนเองรู้สึกไม่ได้ผลดีอย่างไร หรือ การวางยาในบริเวณใกล้ๆตัวที่หยิบสะดวก และจำได้ง่ายของผู้ป่วย เช่น ในตู้กับข้าวซึ่งแม้จะเป็นบริเวณที่ไม่ค่อยเหมาะสมในการเก็บยามากนัก แต่ก็ทำให้ผู้ป่วยไม่ขาดยา ดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างต่อเนื่อง หรือแม้แต่การที่ผู้ป่วย/ผู้รับบริการไม่อยู่ในอารมณ์ที่อยากจะตอบคำถามที่เกสซ์กรหรือผู้ให้บริการถามหาข้อมูล ก็อาจจะตอบในสิ่งที่ไม่เป็นจริง ซึ่งหากเกสซ์กรไม่สนใจ ไม่คิดหรือไม่รับรู้ในสิ่งที่เห็นอื่นๆนี้ ก็อาจจะนำไปสู่กระบวนการเรียนรู้และวางแผนการทำงานที่ผิดพลาดได้

ผู้ป่วย/ผู้รับบริการ ไม่พูดในสิ่งที่คิด : หลายต่อหลายครั้งที่ผู้ป่วย/ผู้รับบริการจะคอยตอบคำถามในสิ่งที่รู้ว่า บุคลากรทางสุขภาพต้องการคำตอบแบบไหน ก็จะตอบแบบนั้นๆ หรือ เภสัชกรกำลังต้องการสอบถามข้อมูลเพื่อตอบคำถามและตอบสนองตัวชี้วัดทางสุขภาพตัวชี้วัดไหนเช่น หากทราบว่าเภสัชกรกำลังสอบถามเพื่อวัดตัวชี้วัดความรู้ทางสุขภาพและการปฏิบัติตัวในผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ป่วยเบาหวานก็จะตอบว่าตนเองไม่ทานอาหารหวาน ไม่ทานอาหารที่มีรสชาติเค็ม และไม่ทานอาหารของมันของทอดใดๆเลย และทราบว่า อาหารเหล่านี้มีผลต่อสุขภาพ แต่ในความเป็นจริงแล้ว ผู้ป่วย/ผู้รับบริการอาจกำลังคิดที่จะทานอาหารเหล่านี้บ้างเป็นครั้งคราวในระหว่างสัปดาห์ การได้ข้อมูลไม่ตรงกับข้อเท็จจริงเหล่านี้ อาจทำให้เกิดการผิดพลาดในกระบวนการเรียนรู้และวางแผนการทำงานที่ผิดพลาดได้ เป็นต้น

เภสัชกรไม่ได้ทำในสิ่งที่พูดให้คนอื่นทำ : เภสัชกรมักเป็นบุคลากรทางสุขภาพที่ให้ข้อมูลทางสุขภาพแบบการสื่อสารทางเดียวโดยไม่ได้อรรถาธิบายความคิดเห็นของผู้ป่วย/ผู้รับบริการที่เห็นด้วยหรือยอมรับ ในขณะเดียวกัน ผู้ป่วย/ผู้ให้บริการเหล่านี้ก็อาจมีความคิดในใจต่อต้านต่อข้อมูลที่รับมา เช่น เภสัชกรให้ข้อมูลเกี่ยวกับการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพที่ดี โดยการออกกำลังกายอย่างน้อยวันละ 30 นาทีต่อเนื่องกัน โดยขณะเดียวกัน เภสัชกรเองก็ไม่ได้ออกกำลังกายแบบดังกล่าวให้เห็นเป็นตัวอย่าง การตอบสนองของผู้ป่วย/ผู้รับบริการต่อข้อมูลนั้นก็อาจเป็นทำนองฟัง พยักหน้าคล้ายตามแต่ไม่ได้ปฏิบัติตาม ทำให้กระบวนการเรียนรู้ชุมชนที่แท้จริงโดยเฉพาะการหาปัจจัยที่เป็นต้นเหตุของปัญหาสุขภาพ อาจเกิดความคลาดเคลื่อนได้

เภสัชกรไม่เห็นในสิ่งที่ผู้ป่วย/ผู้รับบริการได้ทำ : หลายต่อหลายครั้งในการเรียนรู้ชุมชน เภสัชกรมักพบผู้ป่วย/ผู้รับบริการในระยะเวลาสั้นๆ การมองภาพชีวิต การปฏิบัติตัว การทำงานของผู้ป่วย/ผู้รับบริการที่แท้จริงไม่สามารถฉายภาพได้จากการพูดคุยในเวลาสั้นๆ ทำให้การได้ข้อมูลของผู้ป่วย/ผู้รับบริการจากการบอกเล่าของผู้ป่วย/ผู้รับบริการเท่านั้น ซึ่งแท้จริงแล้วผู้ป่วย/ผู้รับบริการอาจไม่ได้ปฏิบัติในสิ่งที่ได้บอกเล่า การได้ข้อมูลจากการบอกเล่าแบบนี้ อาจนำไปสู่การได้ข้อมูลที่ผิดพลาด คลาดเคลื่อน และเกิดการวางแผนที่ไม่ตรงกับบริบทของชุมชนได้

บทสรุป

งานเภสัชกรรมครอบครัว เป็นมิติใหม่ของงานเภสัชกรรมที่ทำหน้าที่ในการดูแล ผู้ป่วยและครอบครัวที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา ครอบคลุมมิติการดูแลแบบองค์รวม ช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน โดยใช้เครื่องมือในการทำงานให้ประสบความสำเร็จ ไม่ว่าจะเป็นเครื่องมือการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพที่ทำให้เกิดความรู้สึก การเอาใจใส่เกื้อหนุนระหว่างเภสัชกร กับผู้ป่วย/ผู้รับบริการจนนำไปสู่การไว้วางใจซึ่งกันและกัน วางแผนการดูแลสุขภาพร่วมกัน ผสมผสานกับเครื่องมือทางเวชศาสตร์ครอบครัว ไม่ว่าจะเป็น IFFE, BATH, INHOMESSS และเครื่องมือการเรียนรู้ชุมชนอื่นๆ อาทิเช่นผังเครือญาติ แผนที่ชุมชน ประวัติชุมชน ปฏิทินกิจกรรม เครื่องมือต่างๆเหล่านี้จะนำไปสู่การทำงานเภสัชกรรมครอบครัวที่ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นในการดูแลผู้ป่วย/ผู้รับบริการ ตลอดจนครอบครัวของผู้ป่วย/ผู้รับบริการ แต่อย่างไรก็ตาม ในการทำงานเภสัชกรรมครอบครัว แม้จะมีเครื่องมือต่างๆที่ช่วยในการทำงานดังกล่าวมาแล้ว แต่ก็อาจเกิดปัญหาหรืออุปสรรคที่เกิดขึ้นระหว่างการทำงานจนนำไปสู่การวางแผนงานเภสัชกรรมครอบครัวที่ผิดพลาดได้ จึงควรตระหนักและพึงระลึกถึงตลอดในการทำงาน

เอกสารอ้างอิง

ภาษาไทย

โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, คณิศร เต็งรัง. บรรณาธิการ. (2554). วิธีชุมชน เครื่องมือ 7 ชิ้นที่ทำงานชุมชนง่าย
ได้ผลและสนุก. พิมพ์ครั้งที่ 9. นนทบุรี. สุขศาลา. กันยายน.

คณะกรรมการจัดทำคู่มือเภสัชกรรมปฐมภูมิ. (2553). คู่มือสำหรับเภสัชกรในการดำเนินงานเภสัชกรรมในหน่วย
บริการปฐมภูมิ. กรุงเทพฯ.

จตุพร ทองอิม. (2558). การประเมินผู้ป่วยโรคเรื้อรังสำหรับเภสัชกรครอบครัว. วารสารคลินิก.31(3):
309-312.

_____. (2556). “หลักการสำหรับเภสัชกรครอบครัวในการออกเยี่ยมบ้าน.” ในธิดา นิงสานนท์,จตุพร ทอง
อิม,และปรีชา มณฑาทิกุล. บรรณาธิการ.คู่มือเภสัชกรครอบครัวและการเยี่ยมบ้าน, 39-52.
กรุงเทพมหานคร: สมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล(ประเทศไทย).

ฉัตรพิศุทธิ์ วิเศษสอน. (2556). แนวคิดการบริหารทางเภสัชกรรมที่บ้านสำหรับเภสัชกรครอบครัว. วารสาร
คลินิก.29(9): 658-663.

ชีษณุ พันธุ์เจริญ. (2556). “หลักการสำหรับเภสัชกรครอบครัวในการออกเยี่ยมบ้าน.” ในธิดา นิงสานนท์, จตุพร
ทองอิม, และปรีชา มณฑาทิกุล. บรรณาธิการ.(2556). คู่มือเภสัชกรครอบครัวและการเยี่ยมบ้าน
,39-52. กรุงเทพมหานคร: สมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล(ประเทศไทย).

ณัฐกานา สุรเสน, ทิพาพร กาญจนราช, และรักษวร ใจสะอาด. (2556). ประโยชน์และผลลัพธ์ด้านความรู้ของ
การอบรมหลักสูตรระยะสั้นระหว่างประจำการ“การพัฒนางานเภสัชกรรมปฐมภูมิ”. เอกสาร
ประกอบการประชุมวิชาการและการนำเสนอผลงานระดับชาติครั้งที่ 5เสนอที่คณะเภสัชศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม. 16-17 กุมภาพันธ์.

ธิดา นิงสานนท์. (2558). ก้าวใหม่ของงานบริหารทางเภสัชกรรมสู่การเป็นเภสัชกรครอบครัว. เอกสาร
ประกอบการประชุมบทรียงานเภสัชกรรมปฐมภูมิ. เสนอที่โรงแรมมารีแอร์พอร์ท ดอนเมือง
กรุงเทพมหานคร. วันที่ 23 –24 มีนาคม.

_____. (2556). “From Past to Future of Pharmacy Profession : FamilyPharmacist” ใน
ธิดา นิงสานนท์, จตุพร ทองอิม,และปรีชา มณฑาทิกุล. บรรณาธิการ.คู่มือเภสัชกรครอบครัวและ
การเยี่ยมบ้าน, 1-8. กรุงเทพมหานคร: สมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล(ประเทศไทย).

นวลนิตย์ แก้วนวล, บรรณาธิการ.(2555). บทบาทเภสัชกรรมไทยต่องานเภสัชกรรมปฐมภูมิ. เอกสารในการ
สัมมนาการจัดการทางเภสัชกรรม เสนอที่คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร,
วันที่ 8 กุมภาพันธ์.

ยงยุทธ พงษ์สุภาพ. (2555). แนวทางการพัฒนาสมรรถนะแพทย์เพื่อประกอบวิชาชีพเวชกรรม ด้านเวช
ปฏิบัติครอบครัว. การฝึกปฏิบัติโดยใช้โรงพยาบาลชุมชน หรือ สถานบริการปฐมภูมิในชุมชนเป็น
ฐาน.สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. บริษัท สหมิตรพรินต์ติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.

ระพีพรรณ ฉลองสุขและคณะ. (2556).เภสัชกรรมปฐมภูมิ (primarypharmaceutical service).วารสารไทย
เภสัชภัณฑ์.8(2): 81-96.

- _____ . (2558).ระบบงานเภสัชกรรมปฐมภูมิ : การพัฒนาระบบฝึกปฏิบัติงานเภสัชกรรมสังคมและเภสัชกรรมปฐมภูมิ.วารสารไทยเภสัชนิพนธ์.10(1): 75-89.
- _____ . (2558).ระบบงานเภสัชกรรมปฐมภูมิ :กรณีศึกษาในพื้นที่รับผิดชอบของสำนักงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแห่งชาติ : เขต 5 ราชบุรี.วารสารไทยเภสัชนิพนธ์.10 (2): 46-67.
- รักษวร ใจสะอาดและทิพาพร กาญจนราช. (2557). ความต้องการพัฒนาสมรรถนะในการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของเภสัชกร. วารสารเภสัชศาสตร์อีสาน. 10 (1): 69-79.
- รุ่งทิพา หมื่นปนา. (2558). เภสัชกรรมปฐมภูมิและการจัดการระบบดูแลต่อเนื่องด้านยาในชุมชน.เอกสารประกอบการประชุมบทรียนงานเภสัชกรรมปฐมภูมิ. เสนอที่ โรงแรมอมารี แอร์พอร์ต ดอนเมือง กรุงเทพมหานคร.วันที่ 23 –24 มีนาคม.
- วรวิทย์ โฉมวัชรกุลและสือชัย ศรีเงินยวง. (2555).เริ่มต้นด้วยใจ สู่งานเภสัชกรรมปฐมภูมิ.กรุงเทพฯ. หจก.ก๊อดพันธ์พรันต์ตั้ง. ตุลาคม.
- วิวัฒน์ ถาวรวัฒนยงค์และคณะ. (2556). ความคิดเห็นของทีมสหสาขาวิชาชีพในโรงพยาบาลที่มีต่อบทบาทและสมรรถนะที่เภสัชกรครอบครัวยังมี.วารสารเภสัชกรรมโรงพยาบาล. 22 (3): 147-62.
- สายพิน หัตถิรัตน์และคณะ. (2555).คู่มือหมอครอบครัว ฉบับสมบูรณ์.สำนักพิมพ์ หมอชาวบ้าน. พิมพ์ครั้งที่ 3. สุราษฎร์ อาชานภาพ. บรรณาธิการ. กรุงเทพฯ : หมอชาวบ้าน
- _____ . (2556).“หลักการเวชศาสตร์ครอบครัวกับการเยี่ยมบ้านสำหรับเภสัชกร” ในธิดาณิงสานนท์, จตุพรทองอิม,และปรีชา มณฑาทิกุล. บรรณาธิการ.คู่มือเภสัชกรครอบครัวยังและการเยี่ยมบ้าน, 13-19. กรุงเทพมหานคร: สมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล(ประเทศไทย).
- สุกัญญา หังสพฤกษ์และคณะ. (2558).คู่มือทีมหมอครอบครัวมีอาชีพ.มูลนิธิแพทย์ชนบท, บริษัท สร้างสื่อจำกัด. สุพัตรา ศรีวณิชชากร. (2552). สาธารณสุขมูลฐาน ระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว นิยามความหมาย และความเชื่อมโยง. วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว. 1:11-5.
- สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2557).คู่มือทีมหมอครอบครัว. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
- ศูนย์ประสานงานการศึกษาเภสัชศาสตร์แห่งประเทศไทย. (2555). เภสัชศาสตร์ศึกษาของแหล่งฝึกปฏิบัติงานวิชาชีพเภสัชกรรม.เอกสารประกอบการประชุมวิชาการเรื่อง เภสัชศาสตร์ศึกษาเสนอที่ สมาคมเภสัชกรรมแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ กรุงเทพมหานคร. 17-19 กรกฎาคม.

ภาษาต่างประเทศ

- Kahn, Norman B. (2004). The future of family medicine: A collaborative project of the Family medicine community. Annals of family medicine. 2(suppl 1): s3-s31.
- Rakel, Robert E. and Rakel, David P. Textbook of family medicine. 9th ed. Canada. n.p. 2016.