การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของเภสัชกรในการบริบาลทางเภสัชกรรมผู้ป่วยมะเร็ง โรงพยาบาลเจ้าคุณไพบูลย์พนมทวน

โดย
นางสาวปัทมาวดี ช้างเพชร

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการจัดการทางเภสัชกรรม
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร
ปีการศึกษา 2557
ลิขสิทธิ์ของบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร

การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของเภสัชกรในการบริบาลทางเภสัชกรรมผู้ป่วยมะเร็ง
โรงพยาบาลเจ้าคุณไพบูลย์พนมทวน

โดย
นางสาวปัทมาวดี ช้างเพชร

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการจัดการทางเภสัชกรรม
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร
ปีการศึกษา 2557

ลิขสิทธิ์ของบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร

DEVELOPMENT OF PARTICIPATION OF PHARMACIST FOR CANCER PATIENTS IN JAOKUNPIBOONPHANOMTUAN HOSPITAL

By

Miss Pathamawadee Changpetch

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree

Master of Pharmacy Program in Pharmacy Management

Graduate School, Silpakorn University

Academic Year 2014

Copyright of Graduate School, Silpakorn University

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร อนุมัติให้วิทยานิพนธ์เรื่อง "การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของเภสัชกรในการบริบาลทางเภสัชกรรมผู้ป่วยมะเร็ง โรงพยาบาลเจ้าคุณไพบูลย์พนมทวน" เสนอโดย นางสาว ปัทมาวดี ช้างเพชร เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการทางเภสัชกรรม

……..

(รองศาสตราจารย์ ดร.ปานใจ ธารทัศนวงศ์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

วันที่.........เดือน................... พ.ศ. ....

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

เภสัชกรหญิง ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ผกามาศ ไมตรีมิตร

คณะกรรมการตรวจสอบวิทยานิพนธ์

.... ประธานกรรมการ

(เภสัชกร ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.บุรินทร์ ต.ศรีวงษ์)

............/......................../.............

.... กรรมการ

(เภสัชกรหญิง อาจารย์ ดร.เยาวลักษณ์ อำรำไพ)

............/......................../.............

.... กรรมการ

(เภสัชกร อาจารย์ ดร.ลือรัตน์ อนุรัตน์พานิช)

............/......................../.............

.... กรรมการ

(เภสัชกรหญิง ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ผกามาศ ไมตรีมิตร)

............/......................../.............

53362203 : สาขาวิชาการจัดการทางเภสัชกรรม

คำสำคัญ : การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม การบริบาลทางเภสัชกรรม

ปัทมาวดี ช้างเพชร : การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของเภสัชกรในการบริบาลทางเภสัชกรรมผู้ป่วยมะเร็ง โรงพยาบาลเจ้าคุณไพบูลย์พนมทวน. อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ : ภญ.ผศ.ดร.ผกามาศ ไมตรีมิตร. 74 หน้า.

การวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของเภสัชกรในการให้การบริบาลทางเภสัชกรรมผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเจ้าคุณไพบูลย์พนมทวน กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 45 คน แพทย์ 5 คน และพยาบาลวิชาชีพแผนกผู้ป่วยใน 12 คน โดยการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย แบบบันทึกการใช้ยาผู้ป่วยใน และแบบสัมภาษณ์ความพึงพอใจของผู้ป่วยและผู้ให้บริการ เก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนของผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ารับการรักษาตั้งแต่ กรกฎาคม 2556 ถึง มีนาคม 2557 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย พบว่า จำนวนปัญหาด้านการใช้ยาเฉลี่ยก่อนและหลังการพัฒนาระบบเท่ากับ 1.46 ครั้งต่อผู้ป่วย 1 ราย และ 0.47 ครั้งต่อผู้ป่วย 1 ราย ตามลำดับ ด้านความพึงพอใจ พบว่าคะแนนความพึงพอใจของผู้ป่วยที่มีต่อเภสัชกรโดยรวมเฉลี่ยก่อนและหลัง เท่ากับ 3.26 และ 4.12 ตามลำดับ และด้านความพึงพอใจของบุคลากร พบว่า ความพึงพอใจโดยรวมเฉลี่ยก่อนและหลังเท่ากับ 3.20 และ 4.07 ตามลำดับ

การวิจัยนี้สรุปได้ว่า การดูแลผู้ป่วยมะเร็งในรูปแบบสหวิชาชีพ โดยการมีส่วนร่วมของเภสัชกร ทำให้สามารถค้นพบปัญหาการใช้ยาและแก้ไขปัญหาได้อย่างเหมาะสม รวมถึงผู้ป่วยและผู้ให้บริการมีความพึงพอใจต่อการมีเภสัชกรเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย

สาขาวิชาการจัดการทางเภสัชกรรม บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร

ลายมือชื่อนักศึกษา.. ปีการศึกษา 2557

ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ....

53362203 : MAJOR : PHARMACY MANAGEMENT

KEY WORD : PARTICIPATORY ACTION RESEARCH - PAR PHARMACEUTICAL CARE

PATHAMAWADEE CHANGPETCH : DEVELOPMENT OF PARTICIPATION OF PHARMACIST FOR CANCER PATIENTS IN JAOKUNPIBOONPHANOMTUAN HOSPITAL. THESIS ADVISOR : ASST.PROF.MITEEMITR .74 pp.

The purpose of this action research was to develop participation of pharmacist in pharmaceutical care for cancer patients in Jaokunpiboonphanomthuan hospital. The sample consisted of forty-five patients who admitted in Jaokunpiboonphanomthuan hospital, five physiciants, twelve nurses of in-patient department by purposive sampling. The instruments used included patient data records, patient medication record, satisfaction questionaire of patients and providers. Collected data from medical record of cancer patient who admitted in Jaokunpiboonphanomthuan hospital during July 2556 till March 2557. The study was quantitative and qualitative research. Statistics used to analyze the data were frequency, percentage and average.

The result of drug related problem before and after develop system was average 14.6 times per patient and 0.47 times per patient. Patient's satisfaction before and after develop system was 3.26 and 4.12 points and provider's satisfaction before and after develop system was 3.20 and 4.07 points.

The study showed that care of cancer patients by multidisciplinary team that had pharmacists was found drug related problems and recommended appropriate medication use. Including, patients and providers satisfied to participation of pharmacist.

Program of pharmacy management	Graduate School, Silpakorn University
Student's signature	Academic Year 2014
Thesis Advisor's signature	

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณนายแพทย์นิทัศน์ วิไลวรรณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเจ้าคุณไพบูลย์พนมทวน ที่อนุญาตให้ศึกษา และนำเสนอผลงานวิจัยนี้ ขอขอบคุณ ผศ.ดร.ผกามาศ ไมตรีมิตร คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร และ อาจารย์ ดร.ลือรัตน์ อนุรัตน์พาณิช คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ที่ให้ความรู้และเป็นที่ปรึกษาในงานวิจัยชิ้นนี้ ขอขอบคุณเภสัชกรชัยยุทธ เจติยานุวัตร หัวหน้างานเภสัชกรรมชุมชนและคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 19 ที่ช่วยให้คำปรึกษาในการทำงานวิจัย ขอขอบคุณ คณะแพทย์ประจำโรงพยาบาลเจ้าคุณไพบูลย์พนมทวน และพยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยในทุกท่าน ที่เป็นผู้รวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยมะเร็งทุกรายที่เข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยใน ตั้งแต่ กรกฎาคม 2556 ถึง มีนาคม 2557 จำนวน 45 คน ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่งานเภสัชกรรมชุมชนและคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลเจ้าคุณไพบูลย์พนมทวน ทุกท่าน ที่เป็นกำลังสนับสนุนในการปฏิบัติงาน

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย .... ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ .... จ
กิตติกรรมประกาศ.. ฉ
สารบัญตาราง .... ฌ
บทที่
1 บทนำ.. 1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา 1
วัตถุประสงค์.. 4
ขอบเขตการวิจัย.. 5
นิยามศัพท์.. 5
ประโยชน์ที่ได้รับ 7
2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง 8
การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) 8
แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลการรักษาความปวดจากมะเร็ง.. 10
ทีมรักษาโรงพยาบาลเจ้าคุณไพบูลย์พนมทวน 22
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.. 20
3 วิธีดำเนินการวิจัย 34
รูปแบบการวิจัย.. 34
ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง 34
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.. 35
สถิติและการวิเคราะห์ข้อมูล 36
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.. 40
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.. 40
ผลการวิเคราะห์ข้อมูลโดยทั่วไป 48
ปัญหาด้านการใช้ยา.. 50
สาเหตุของการเข้ารับการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งในโรงพยาบาล 51
ความพึงพอใจของผู้ป่วยที่มีต่อเภสัชกร.. 52
ความพึงพอใจของบุคลากรที่มีต่อเภสัชกร 53

5 สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ 55
สรุปผล 55
อภิปรายผล 56
ข้อเสนอแนะ 59
ข้อจำกัด 60
รายการอ้างอิง 62
ภาคผนวก 64
ภาคผนวก ก แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย (Patient Data Form) 65
ภาคผนวก ข แบบบันทึกการติดตามผู้ป่วย (Patient Monitoring Form) 69
ภาคผนวก ค แบบสอบถามความพึงพอใจต่อเภสัชกรในการให้บริบาลทางเภสัชกรรม สำหรับผู้ป่วย/ญาติ 71
ภาคผนวก ง แบบสอบถามความพึงพอใจต่อเภสัชกรในการให้บริบาลทางเภสัชกรรม สำหรับแพทย์/พยาบาล 74
ภาคผนวก จ เอกสารรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ 75
ประวัติผู้วิจัย 77

สารบัญตาราง

ตารางที่ หน้า

1 ขนาดยาโดยประมาณที่ให้ฤทธิ์แก้ปวดเท่ากัน (equianalgesic dose) 15

2 Equianalgesic dose for converting Morphine to Transdermal fentanyl 16

3 10 อันดับการวินิจฉัยโรคผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเจ้าคุณไพบูลย์พนมทวน 42

4 10 อันดับการวินิจฉัยโรคผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเจ้าคุณไพบูลย์พนมทวน 42

5 10 อันดับโรค ที่เป็นสาเหตุการตายผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเจ้าคุณไพบูลย์พนมทวน 43

6 รูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่เหมาะสมกับโรงพยาบาลเจ้าคุณไพบูลย์พนมทวน 45

7 ลักษณะข้อมูลทั่วไป และสภาวะความเจ็บป่วย 48

8 เปรียบเทียบปัญหาด้านการใช้ยา 50

9 สาเหตุ และวันนอนเฉลี่ยของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 51

10 ความพึงพอใจของผู้ป่วยที่มีต่อเภสัชกร 53

11 ความพึงพอใจของบุคลากรที่มีต่อเภสัชกร 54

บทที่ 1
บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในปัจจุบันนี้โรคไม่ติดต่อเป็นปัญหาด้านสุขภาพของประชากรโลก ได้มีการคาดการณ์ไว้ว่าในปี พ.ศ. 2558 โรคไม่ติดต่อจะเป็นสาเหตุการตายของประชากรโลกมากกว่าร้อยละ 50 โรคมะเร็งจัดเป็น 1 ใน 10 ของสาเหตุการตายดังกล่าว และผู้ป่วยโรคมะเร็งมากกว่าร้อยละ 50 เป็นผู้ป่วยที่อาศัยอยู่ในประเทศที่กำลังพัฒนา นอกจากนี้องค์การอนามัยโลกได้ประมาณการณ์ไว้ว่าในปี 2563 จะมีประชากรโลกตายด้วยโรคมะเร็งมากกว่า 11,000,000 คน อยู่ในประเทศกำลังพัฒนามากกว่า 7,000,000 คน ดังนั้น โรคมะเร็งจึงจัดเป็นปัญหาสาธารณสุขของโลก (การประชุมแผนการป้องกัน และควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข, 2541) โรคมะเร็งเป็นโรคที่ใช้ระยะเวลานานหลายปี ในการก่อให้เกิดโรค ในอนาคตประชาชนจะมีอายุ ยืนยาวขึ้น มีการควบคุมโรคติดต่อดีขึ้น ร่วมกับมี การควบคุมให้อัตราตายของทารกแรกคลอดและเด็กลดลง ทำให้โครงสร้างของประชากรเปลี่ยนแปลงไป ร่วมกับมีสารก่อมะเร็งมากขึ้นในสิ่งแวดล้อม และมีการเปลี่ยนแปลงการดำเนินชีวิตของประชาชนโดยเฉพาะการสูบบุหรี่ การดื่มสุราและการบริโภคอาหารที่ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งมากขึ้น โรคมะเร็งที่พบบ่อย 6 อันดับแรกของโลก คือ มะเร็งปอด มะเร็งกระเพาะอาหาร มะเร็งเต้านม มะเร็งลำไส้ใหญ่ มะเร็งตับ และมะเร็งปากมดลูก ตามลำดับ ชนิดของโรคมะเร็งที่พบบ่อยในแต่ละประเทศไม่เหมือนกัน เนื่องจากประชาชนมีการเกิดโรคติดเชื้อต่างกัน ได้รับรังสีสารเคมี มีพฤติกรรมการบริโภคอาหาร คุณสมบัติทางพันธุกรรม การดำเนินชีวิต และอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่แตกต่างกัน การรักษาโรคมะเร็งที่ได้ผลจะทำให้อัตราตายจากโรคมะเร็งลดลง ในประเทศยุโรปมีเพียงมะเร็ง 4 ชนิด ในเพศชาย คือ มะเร็งอัณฑะ, กล่องเสียง, องคชาติ และโรคฮอด์จคิน เท่านั้นที่มีอัตราการอยู่รอด 5 ปี เกินร้อยละ 5๐ ในผู้หญิงมีมะเร็ง 8 ชนิด คือ มะเร็งเต้านม ปากมดลูก ตัวมดลูก โรคฮอด์จคิน กล่องเสียง ช่องปาก ช่องคลอด มะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดลิย์มฟาติคเรื้อรัง ในประเทศสหรัฐอเมริกา อัตราตายจากโรคมะเร็งระหว่างปี 2534 - 2537 ลดลงเพียงร้อยละ 1 เท่านั้น ส่วนในประเทศที่กำลังพัฒนาพบว่ามีการเพิ่มขึ้นของอุบัติการณ์และอัตราตายจากโรคมะเร็ง เนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงของการดำเนินชีวิตตามแบบประเทศแถบตะวันตก โดยเฉพาะอย่างยิ่งมีการสูบบุหรี่มากขึ้น และมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการบริโภค

อาหาร การป้องกันเป็นแนวทางที่ดีที่สุดที่จะลดอุบัติการณ์และอัตราตายจากโรคมะเร็ง ทั้งในประเทศที่พัฒนาและในประเทศที่กำลังพัฒนา เช่น ในประเทศไทย

สำหรับประเทศไทยโรคมะเร็งเป็นสาเหตุการตายอันดับที่ 3 ของประชากรไทย ตามสถิติมีคนตายจากโรคมะเร็งประมาณวันละ 160 คน ปีหนึ่ง ๆ ตรวจพบผู้ป่วยโรคมะเร็งเพิ่มขึ้นโดยเฉลี่ย 64,000 ราย ต่อปี และเสียชีวิตปีละประมาณ 30,000 ราย อุบัติการณ์ของโรคมะเร็งในประเทศไทย ประมาณ 153.6 ต่อประชากรไทย 100,000 คน สำหรับผู้ชาย และประมาณ 123.8 คนต่อประชากร 100,000 คน สำหรับผู้หญิง ช่วงอายุที่พบเป็นมะเร็งมาก คือ เพศชาย 55 - 75 ปี เพศหญิง 45-65 ปี แต่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตั้งแต่อายุ 30 ปี สำหรับเพศชาย และ 25 ปี สำหรับเพศหญิง แต่สำหรับหญิงที่มีเพศสัมพันธ์แล้ว แนวโน้มของการเป็นโรคมะเร็งอาจมีตั้งแต่อายุน้อยกว่า 25 ปี (Vatanasapt, Martin, Sriplung et al., 1991) ข้อมูลจากการศึกษาวิจัยที่ประสบความสำเร็จพบว่าประมาณ 1 ใน 3 ของมะเร็งที่พบบ่อยสามารถป้องกันได้ และ 2 ใน 3 ของสาเหตุโรคมะเร็ง มีส่วนสัมพันธ์กับบุหรี่ อาหาร โรคอ้วน ขาดการออกกำลังกาย และมลพิษที่ได้จากการประกอบอาชีพ รวมทั้งจากสิ่งแวดล้อม ประมาณ 1 ใน 3 ของโรคมะเร็งที่มีสาเหตุเนื่องมาจากความผิดปกติภายในร่างกาย ซึ่งมักจะเป็นสาเหตุของโรคมะเร็งในเด็กและกลุ่มโรคมะเร็งบางกลุ่ม นอกจากนี้ยังพบว่าโรคมะเร็งเป็นโรคที่ใช้เวลานานหลายปีก่อนจะแสดงอาการและเป็นโรคเรื้อรัง ที่ไม่ได้เป็นเฉพาะอวัยวะใดแห่งเดียว แต่เกี่ยวข้องถึงระบบต่างๆ ทุกส่วนของร่างกาย ยกเว้น ขน ผม และเล็บ การรักษาโรคมะเร็งต้องใช้เวลานาน มีผลทำให้เกิดการสูญเสียทรัพยากรทางเศรษฐกิจ บุคลากร รวมทั้งสภาวะด้านจิตใจของผู้ป่วย และญาติผู้เกี่ยวข้อง โดยทั่วไปโรคมะเร็งเป็นโรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ ซึ่งผู้ป่วยโรคมะเร็งกลุ่มนี้อาจมีโรคมะเร็งระยะแรกซ่อนตัวอยู่มาเป็นเวลานานแล้วแต่ยังไม่แสดงอาการ ด้วยความเจริญทางการแพทย์มีมากขึ้น ทำให้ประชากรกลุ่มนี้มีอายุขัยนานขึ้น (life expectency) ดังนั้น อุบัติการณ์โรคมะเร็งใน ผู้สูงอายุจึงเพิ่มขึ้นด้วย อุบัติการณ์ของโรคมะเร็งในประเทศไทยในปี พ.ศ.2536 พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยมะเร็ง ที่พบใหม่ 63,740 ราย ในเพศชาย มีจำนวนผู้ป่วยมะเร็งที่พบใหม่ 32,801 ราย/ปี โรคมะเร็งที่พบมากที่สุดในเพศชาย 10 อันดับแรก คือมะเร็งตับ 8,189 ราย มะเร็งปอด 5,500 ราย มะเร็งลำไส้ใหญ่ 2,191 ราย มะเร็งช่องปาก 1,094 ราย มะเร็งกระเพาะปัสสาวะ 1,057 ราย มะเร็งกระเพาะอาหาร 1,041 ราย มะเร็งเม็ดเลือดขาว 891 ราย มะเร็งต่อมน้ำเหลือง 881 ราย มะเร็งหลังโพรงจมูก 855 ราย มะเร็งหลอดอาหาร 748 ราย ในเพศหญิงมีจำนวนผู้ป่วยมะเร็งที่พบใหม่ 30,940 ราย/ปี โรคมะเร็งที่พบมากที่สุดใน เพศหญิง 10 อันดับแรก มะเร็งปากมดลูก 5,462 ราย มะเร็งเต้านม 4,223 ราย มะเร็งตับ 3,679 ราย มะเร็งปอด 2,608 ราย มะเร็งลำไส้ใหญ่ 1,789 ราย มะเร็งรังไข่ 1,252 ราย มะเร็งช่องปาก 953 ราย มะเร็งต่อมไทรอยด์

885 ราย มะเร็งกระเพาะอาหาร 723 ราย มะเร็งคอมดลูก 703 ราย จากสถิติของประเทศไทย จัดทำโดยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข พบว่าคนไทยเสียชีวิตจากโรคมะเร็ง ในช่วงปี พ.ศ.2546-2550 โดยคิดเป็นอัตรา 84.9 คนต่อประชากรแสนคน และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี แม้วิทยาการทางการแพทย์จะเจริญก้าวหน้าจนโรคมะเร็งในระยะที่ผู้ป่วยเคยมีโอกาสรอดเพียงเล็กน้อย ก็สามารถให้การรักษาทำให้ผู้ป่วยสามารถมีชีวิตได้นานมากขึ้น แต่ยังมีผู้ป่วยส่วนหนึ่งที่ป่วยหนักจนกระทั่งความรู้ทางการแพทย์ในปัจจุบันไม่สามารถยื้อความตายออกไปได้ (กิติพล นาควิโรจน์, 2554) ผู้ป่วยมะเร็งจะได้รับความทุกข์ทรมานจากอาการเจ็บป่วยและความไม่สบายต่างๆ โดยเฉพาะความปวด ความปวดจากมะเร็งพบได้บ่อย มีอุบัติการณ์สูงร้อยละ 30-90 เมื่อมะเร็งเข้าสู่ระยะลุกลาม พบว่าร้อยละ 60-90 ของผู้ป่วยมีความปวดระดับปานกลางถึงรุนแรง และร้อยละ 30 ต้องทนทุกข์ทรมานจากความปวดโดยไม่ได้รับยาระงับปวด ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตและการประกอบกิจวัตรประจำวัน การจัดการความปวดจากมะเร็งตามแนวทางขององค์การอนามัยโลกสามารถจัดการความปวดได้ร้อยละ 90 มีการศึกษาพบว่า ร้อยละ 80 ของผู้ป่วยมะเร็งได้รับการจัดการความปวดไม่ดีเท่าที่ควร (Cleeland CS., 1987) องค์การอนามัยโลกเสนอแนะให้ใช้ยากลุ่มโอปิออยด์ (opioids) ร่วมกับยาระงับปวดกลุ่มอื่น ๆ ในการจัดการความปวดจากมะเร็งระดับปานกลางถึงรุนแรงนอกจากการจัดการกับความปวดแล้ว ผู้ป่วยควรได้รับการดูแลอาการไม่สบายอื่น ๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยร่วมด้วย

ผู้เชี่ยวชาญจากสมาคมแพทย์ เภสัชกร และพยาบาลในสหรัฐอเมริกา (The American Medical Association; AMA) (The American society of Hospital Pharmacist; ASHP) (The American Nurse Association; ANA) ได้แนะนำว่าโรงพยาบาลต่าง ๆ ควรจัดให้มีเภสัชกรทำงานร่วมกับแพทย์และพยาบาล โดยเชื่อว่าจะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับยาอย่างถูกต้องเหมาะสมที่สุด และช่วยหลีกเลี่ยงอาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นจากยาได้ ดังนั้นควรตระหนักในความสำคัญของเภสัชกรเพิ่มเติมจากบทบาทในการจ่ายยา เป็นบทบาทในการให้การบริบาลเภสัชกรรม ซึ่งเป็นบทบาทที่เป็นความรับผิดชอบของเภสัชกรต่อการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโดยตรง เพื่อให้ผู้ป่วยได้ผลการรักษาที่ถูกต้อง เพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

ในประเทศไทยบทบาทของเภสัชกรเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง ส่วนใหญ่เน้นหน้าที่ในการจ่ายยาเท่านั้น มีส่วนน้อยที่มีบทบาทในการดูแลการใช้ยาของผู้ป่วยมะเร็ง

ในโรงพยาบาลเจ้าคุณไพบูลย์พนมทวน ข้อมูลสถิติผู้ป่วยเสียชีวิตของโรงพยาบาล ตั้งแต่ปี 2552 - 2555 เป็นผู้ป่วยเสียชีวิตจากมะเร็ง ซึ่งเป็นสาเหตุอันดับที่หนึ่ง จำนวน 11, 9, 16 และ

19 คน ตามลำดับ ผู้ป่วยมะเร็งที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ไม่สามารถให้การรักษาต่อไปได้ โรงพยาบาลจึงมีบทบาทในการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) จากการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยในของผู้วิจัย พบผู้ป่วยมะเร็งยังได้รับการดูแลไม่ครอบคลุม โดยเฉพาะอาการปวด แม้องค์การอนามัยโลกจะให้ความสำคัญและประกาศว่าเป็นสิทธิมนุษยชนพื้นฐานที่ผู้ป่วยทุกคนพึงได้รับก็ตาม พบปัญหาที่เกิดขึ้นในกระบวนการใช้ยา ได้แก่ การใช้ยาระงับปวดไม่สอดคล้องกับระดับความปวด การเลือกชนิดของยาระงับปวดไม่เหมาะสมหรือซ้ำซ้อน ไม่ได้ให้ยาระบายสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับยากลุ่มโอปิออยด์ (opioids) ลักษณะการบริหารยาระงับปวดไม่ต่อเนื่องตลอดเวลา (WHO Analgesic Ladder) จากการปฏิบัติงานที่ผ่านมาพบว่าบทบาทของเภสัชกรในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเป็นเพียงบทบาทในการจ่ายยาเท่านั้น ยังไม่มีบทบาทในการให้การบริบาลเภสัชกรรมร่วมกับแพทย์และพยาบาลในการให้การดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็ง ไม่มีส่วนร่วมในการจัดการปัญหาด้านยาและการจัดการความปวด ดังนั้นผู้วิจัยซึ่งเป็นหนึ่งในทีมสหวิชาชีพเห็นความสำคัญของการให้การบริบาลทางเภสัชกรรม โดยเพิ่มการมีส่วนร่วมกับแพทย์และพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง จึงมีความสนใจที่จะศึกษาผลการมีส่วนร่วมของเภสัชกรในการจัดการปัญหาด้านยาและการจัดการความปวดผู้ป่วยมะเร็งในรพ.ว่าสามารถมีส่วนช่วยในการป้องกัน ระบุ และแก้ไขปัญหาที่อาจเกิดจากการใช้ยาให้มีความเหมาะสม ครอบคลุม สอดคล้องตามแนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาความปวดจากมะเร็งเพียงใด เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาพัฒนาการบริบาลทางเภสัชกรรมในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งในรพ. เพื่อลดความทุกข์ทรมานจากความปวดและเป็นการดูแลแบบประคับประคองด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์

ความมุ่งหมายและวัตถุประสงค์ของการศึกษา

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของเภสัชกรในการบริบาลทางเภสัชกรรมผู้ป่วยมะเร็งในโรงพยาบาลเจ้าคุณไพบูลย์พนมทวน

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อศึกษาความรู้ความเข้าใจ ปัญหาด้านการใช้ยา และการดูแลปฏิบัติตัวของผู้ป่วย/ญาติ โดยเฉพาะปัญหาเกี่ยวกับการป้องกัน แก้ไขอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา

2. เพื่อศึกษาจำนวนปัญหาจากการใช้ยาที่พบและได้รับการแก้ไข ความรุนแรงของปัญหาอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาที่เกี่ยวข้องกับการให้คำแนะนำปรึกษา

3. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วย/ ญาติ และบุคลากรต่อการให้คำแนะนำปรึกษา

4. เพื่อประเมินประสิทธิผลการมีส่วนร่วมของเภสัชกรในการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเพื่อพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของเภสัชกรในการบริบาลทางเภสัชกรรมผู้ป่วยมะเร็งในโรงพยาบาลเจ้าคุณไพบูลย์พนมทวน ตั้งแต่ กรกฎาคม 2556 ถึง มีนาคม 2557

นิยามศัพท์

การบริบาลทางเภสัชกรรม หมายถึง ความรับผิดชอบโดยตรงของเภสัชกรที่จะติดตามดูแลการใช้ยาของผู้ป่วย เพื่อให้ผลการรักษาที่ถูกต้องตามต้องการ และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

เภสัชกรมีหน้าที่รวบรวมข้อมูลและจัดทำประวัติการใช้ยาของผู้ป่วย ประเมินปัญหาเกี่ยวกับยาของผู้ป่วย ให้คำแนะนำปรึกษาและแก้ปัญหาด้านยา เข้าร่วมทีมรักษาผู้ป่วยประจำวัน ติดตามผลการตอบสนองของผู้ป่วยทั้งในด้านผลลัพธ์ของการรักษาและอาการอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ให้คำแนะนำปรึกษาเรื่องยาแก่ผู้ป่วยและให้ข้อมูลข่าวสารด้านยาแก่บุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วย ตลอดจนจัดการเกี่ยวกับยาที่ผู้ป่วยจะนำไปใช้เมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล จากการมีการบริบาลเภสัชกรรมแล้วพบว่า ผู้ป่วยได้รับยาที่สมเหตุสมผล และมีประสิทธิภาพในการรักษา เนื่องจากเภสัชกรเข้ามามีบทบาทรับผิดชอบโดยตรงเกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วย การบริบาลทางเภสัชกรรมยังช่วยส่งเสริมให้มีการทำงานร่วมกันเป็นทีมระหว่างแพทย์ พยาบาล และเภสัชกร ทำให้ผลการรักษาผู้ป่วยมีประสิทธิผลมากขึ้นด้วย

การให้คำแนะนำปรึกษาโดยเภสัชกร ในงานวิจัยนี้ หมายถึง การสื่อสารสองทางระหว่าง เภสัชกรกับผู้ป่วยเฉพาะราย โดยเภสัชกรสืบค้นปัญหาเกี่ยวกับยา หรือปัญหาการปฏิบัติตัวที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการใช้ยาก่อน แล้วจึงให้คำแนะนำปรึกษาเพื่อแก้ไขปัญหานั้น เภสัชกรหาต้นเหตุของปัญหาจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วย/ ญาติ และจากข้อมูลที่บันทึกในเวชระเบียนผู้ป่วย และให้คำแนะนำปรึกษา แก้ไขปัญหาให้ตรงกับสาเหตุ นอกจากนี้ ภสัชกรให้ความรู้ คำแนะนำผู้ป่วยในส่วนอื่น ๆ ที่ผู้ป่วย/ ญาติยังไม่มีความรู้ในเรื่องนั้น เพื่อเป็นการป้องกันปัญหาที่อาจเกิดขึ้นได้ในภายหลัง

ปัญหาจากการใช้ยา (Drug - related Problems, DRPs)

ปัญหาจากการใช้ยา หมายถึง เหตุการณ์ที่ไม่ต้องการให้เกิดขึ้นกับผู้ป่วย โดยเป็นผลเนื่องจากการรักษาด้วยยา และเป็นเหตุการณ์ทั้งที่เกิดขึ้นจริงหรือมีโอกาสเกิดขึ้นซึ่งจะรบกวนผลการรักษาที่ต้องการ โดยแบ่งประเภทได้ดังต่อไปนี้

1. การใช้ยาโดยไม่มีข้อบ่งใช้
2. การไม่ได้รับยาในการรักษาในโรคที่เป็น
3. การได้รับยาที่ไม่เหมาะสมกับโรคที่เป็น
   3.1 การใช้ยาที่ไม่มีประสิทธิภาพ
   3.2 การใช้ยาที่เลิกใช้ไปนานแล้ว
   3.3 การใช้ยาแล้วทำให้ผู้ใช้เกิดการแพ้ยา หรือได้รับยาที่ผู้ป่วยแพ้
   3.4 การใช้ยาที่ห้ามใช้ในผู้ป่วยบางราย
   3.5 การใช้ยาที่มีประสิทธิภาพเท่ากัน แต่ราคาแพงกว่า
   3.6 การให้ยาผู้ป่วยหลายชนิดโดยไม่จำเป็น
4. ผู้ป่วยได้รับยาขนาดน้อยเกินไป
5. ผู้ป่วยได้รับยาขนาดมากเกินไป
6. ผู้ป่วยเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา
7. การบริหารยาไม่เหมาะสม
8. การได้รับยาซ้ำซ้อน
9. การเกิดอันตรกิริยาของยาที่สั่งใช้
10. ความล้มเหลวในการใช้ยารักษา
11. ปัญหาเศรษฐกิจของผู้ป่วยที่ส่งผลต่อการใช้ยารักษาโรค
12. ความไม่ร่วมมือในการใช้ยาตามสั่งของผู้ป่วย

การป้องกันและแก้ไขปัญหาจากการใช้ยา หมายถึง การป้องกันและแก้ไขปัญหาจากการใช้ยาโดยดำเนินการตามกิจกรรมต่าง ๆ ได้แก่

1. การให้คำแนะนำเกี่ยวกับยา

2. การติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา โดยการป้องกันการเกิดและเมื่อเกิดแล้วดำเนินการแก้ไข เช่น การให้คำแนะนำผู้ป่วย ประเมินความเชื่อมั่นของอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา

3. การให้บริการข้อมูลทางยา

4. การติดตาม ประเมินผล

ความเจ็บปวด หมายถึง ความรู้สึกไม่พึงปรารถนาและประสบการณ์ทางอารมณ์ที่เกี่ยวเนื่องกับการมีทำลายเนื้อเยื่อของร่างกาย ความเจ็บปวด แบ่งเป็น 2 ประเภท ได้แก่

Nociceptive pain (ความเจ็บปวดจากเนื้อเยื่อถูกทำลายหรือเนื้อเยื่อมีการอักเสบ)

Neuropathic pain (ความเจ็บปวดที่เป็นผลมาจากการมีพยาธิสภาพของระบบประสาทส่วนกลางและส่วนปลาย)

ความรุนแรงของอาการปวด หมายถึง ระดับความทุกข์ทรมานหรือความรู้สึกปวดมากหรือน้อย โดย ระดับความเจ็บปวดจากน้อยไปหามาก มีค่าคะแนน ตั้งแต่ 0 -10

การจัดการกับความปวด หมายถึง การปฏิบัติที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อขจัด ลด บรรเทา และควบคุมอาการปวด ตลอดจนผลกระทบที่เกิดจากอาการปวด

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพิ่มคุณภาพในการดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งที่มารับบริการที่โรงพยาบาลเจ้าคุณไพบูลย์พนมทวน

2. เพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานร่วมกันเป็นทีม

3. ได้รูปแบบการดำเนินกิจกรรมของเภสัชกรในการป้องกันและแก้ไขปัญหาที่เกิดจากการใช้ยา

รูปแบบการมีส่วนร่วมของเภสัชกรที่เหมาะสมในการบริบาลเภสัชกรรมผู้ป่วยมะเร็งของโรงพยาบาลเจ้าคุณไพบูลย์พนมทวน

กรอบแนวคิดในการศึกษาวิจัย

การมีส่วนร่วมของเภสัชกร

1. เภสัชกรติดตามประเมินปัญหาการใช้ยาในผู้ป่วยมะเร็ง
2. เสนอแนะการป้องกัน/แก้ไขปัญหาแก่แพทย์
3. ให้คำแนะนำปรึกษาเรื่องโรค การใช้ยาและการดูแลปฏิบัติตัวแก่ผู้ป่วย/ญาติ

→

รูปแบบการมีส่วนร่วมของเภสัชกรที่เหมาะสม

1.ความพึงพอใจของ

- ผู้ป่วย/ ญาติ
- เจ้าหน้าที่

2. ประสิทธิภาพของการมีส่วนร่วม

- ระดับความปวดลดลง
- DRPs ลดลง

บทที่ 2
ทฤษฎีและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยเรื่องการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของเภสัชกรในการบริบาลทางเภสัชกรรมผู้ป่วยมะเร็ง โรงพยาบาล เจ้าคุณไพบูลย์พนมทวน

ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสาร แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้เป็นกรอบในการวิจัย ดังนี้

1. การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research)
2. แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลการรักษาความปวดจากมะเร็ง
3. ทีมรักษาโรงพยาบาลเจ้าคุณไพบูลย์พนมทวน
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research)

การวิจัยเชิงปฏิบัติการมีจุดมุ่งหมายเพื่อปรับปรุงประสิทธิภาพของการปฏิบัติงานโดยการวิเคราะห์สาเหตุที่เป็นปัญหาการปฏิบัติงานไม่บรรลุผลสำเร็จซึ่งมีลักษณะและกระบวนการดำเนินการ (ยาใจ พงษ์บริบูรณ์, 2556) ดังนี้

1. การจำแนกปัญหา โดยการศึกษารายละเอียดของปัญหาอย่างละเอียด และวิเคราะห์สภาพของปัญหา

2. การเลือกปัญหาที่สำคัญ และสร้างสมมติฐานของการวิจัยที่แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัญหากับทฤษฎี

3. การเลือกเครื่องมือดำเนินการวิจัย ซึ่งมี 2 ลักษณะ คือ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองปฏิบัติ และเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล เช่น แบบทดสอบ แบบสังเกตพฤติกรรม เป็นต้น

4. การบันทึกเหตุการณ์ความก้าวหน้าและอุปสรรคในแต่ละขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนการวางแผน การปฏิบัติการ การสังเกต และการสะท้อนการปฏิบัติการ

5. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของข้อมูลที่รวบรวมไว้ ได้แก่ การตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล จัดหมวดหมู่และแยกประเภทกลุ่มข้อมูล เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างและความคล้ายคลึงของข้อมูล

6. การสรุปคำตอบที่เป็นผลของการวิจัยตามวัตถุประสงค์

สมปอง พะมุลิลา (2554) ได้สรุปความหมายไว้ว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการ(Action Research) เป็นกระบวนการวิจัยที่มีเป้าหมายที่จะแก้ปัญหา มุ่งเน้นการเปลี่ยนแปลงโดยบุคลากรในระบบร่วมกับนักวิจัยเข้ามามีบทบาทในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมบุคลากรในระบบในการพัฒนาตนเองและผู้อื่นให้เหมาะสมกับการดำเนินการ ไม่มีการแยกกลุ่มศึกษา กลุ่มทดลอง แต่เป็นการทดลองปฏิบัติในสถานการณ์ตามธรรมชาติ โดยวิเคราะห์สถานการณ์อย่างลึกซึ้งและเหมาะสม เน้นที่การสร้างความเปลี่ยนแปลงอย่างเป็นขั้นตอน และบันทึกข้อมูลอย่างเป็นระบบ โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องตลอดกระบวนการวิจัย จนเกิดองค์ความรู้ต่าง ๆ ที่ได้จากกระบวนการวิจัยนำมาประมวลเป็นแนวคิดหลักการและสร้างเป็นทฤษฎีได้

ศิริพร จิรวัฒน์กุล (2557) ได้สรุปความหมายไว้ว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการ(Action Research) เป็นรูปแบบของการรวบรวมปัญหาหรือคำถามจากการสะท้อนการปฏิบัติงานของกลุ่มผู้ปฏิบัติงานในสังคมใดสังคมหนึ่ง เพื่อต้องการที่จะพัฒนาหาหลักการ เหตุผล และวิธีการปฏิบัติงานให้ได้รูปแบบหรือแนวทางไปใช้ในการพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติงานนั้น และในขณะเดียวกันก็เป็นการพัฒนาความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติงานนั้นๆให้สอดคล้อง กับสภาวะของสังคม และสถานการณ์ ที่เกี่ยวข้อง

เป้าหมายของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

เพื่อทำความเข้าใจและปรับปรุงสถานการณ์เฉพาะที่พบว่ามีปัญหา หรือช่องว่างระหว่างทฤษฎีกับปฏิบัตินโยบายกับปฏิบัติการ และการวิจัยกับการกระทำ

จุดเด่นของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

1.เป็นประสบการณ์จริง

2.อยู่ในบริบทเฉพาะ

3.เป็นกระบวนการเชิงวัฏจักร

4.เน้นผลลัพธ์ที่นำไปสู่การปรับปรุงนโยบาย และการปฏิบัติงานในองค์กร

5.สร้างความเข้าใจในความซับซ้อนของสังคม

6.สร้างความไว้ใจในวิถีของบุคคลในการสร้างความรู้ความเชื่อ และวิธีปฏิบัติ

ข้อจำกัดของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

1. ใช้เวลานาน

2. ถ้าไม่ได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหาร โอกาสที่จะดำเนินงานวิจัยสำเร็จเป็นไปได้ยากมาก

3. เนื่องจากกระบวนการวิจัยเป็นการ *"ทำไป แก้ไป"* ทำให้การเขียนโครงร่างการวิจัยทำได้ไม่ชัดเจน จึงเกิดปัญหาด้านการขอทุนสนับสนุนการวิจัย

4. นักวิจัยเชิงปฏิบัติการต้องมีทักษะเฉพาะ

2. แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลการรักษาความปวดจากมะเร็ง

ผู้ป่วยมะเร็งที่มีอาการของโรคลุกลามส่วนใหญ่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ การดูแลผู้ป่วยเป็นแบบประคับประคอง (Palliative care) ผู้ป่วยมะเร็งต้องทนทุกข์ทรมานจากความปวด ดังนั้นการจัดการความปวดจากมะเร็ง ด้วยการประเมินความปวด และรักษาหรือบรรเทาอาการปวด รวมถึงป้องกันและแก้ไขอาการไม่พึงประสงค์จากยา ที่ใช้ระงับปวด ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (กรมการแพทย์, 2547) ดังนี้

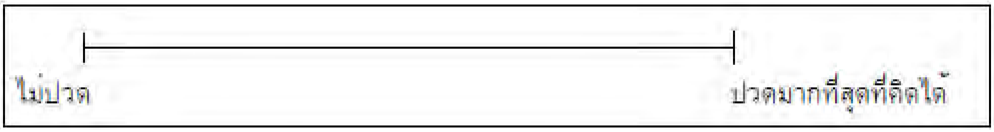
การประเมินความปวด (Pain Assessment)

การประเมินระดับความปวดส่วนใหญ่เป็นนามธรรม อาศัยผู้ป่วยบอกและผู้ประเมินต้องเชื่อ การประเมินมีประโยชน์ในการดูแนวโน้มของผลการรักษา ซึ่งทำได้หลายวิธี ดังนี้

1. Numerical rating scale (NRS) หรือ Verbal rating scale (VRS) เป็นวิธีการที่ให้ผู้ป่วยตอบคำถาม "คุณมีความปวดมากขนาดไหน ?" จาก 0 คือ ไม่ปวดเลย ถึง 10 คือ ปวดมากที่สุด และให้วงกลมตัวเลขที่บอกถึงระดับความปวด

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ไม่ปวด										ปวดมากที่สุดที่คิดได้

2.Visual analog scale (VAS) เป็นวิธีการที่ให้ผู้ป่วยกากบาทบนเส้นตรงที่มีความยาว 10 เซ็นติเมตร และวัดระดับความปวดของผู้ป่วย โดยวัดระยะจากจุดเริ่มต้นที่ไม่ปวดถึง เครื่องหมายกากบาท มีหน่วยวัดเป็นเซนติเมตร



3. Categorical scale หรือ Verbal descriptive scale เป็นวิธีการที่ให้ผู้ป่วยอธิบายว่า มีความปวดมากขนาดไหน

ไม่ปวดเลย	ปวดเล็กน้อย	ปวดปานกลาง	ปวดมาก
0	1-3	4-6	7-10

4. Wong - Baker faces pain rating scale วิธีการนี้เหมาะสำหรับประเมินความปวดในเด็กอายุตั้งแต่ 3 ปีขึ้นไป ที่ไม่สามารถใช้วิธีอื่น เช่น numerical rating scale ได้ โดยให้เด็กเลือกรูปใบหน้าที่บอกถึงระดับความปวด แล้วบันทึกตัวเลขที่ความหมายตรงกันกับรูปใบหน้านั้น

หลักการระงับปวดในผู้ป่วยมะเร็ง

จุดมุ่งหมายของการระงับอาการปวด คือ ผู้ป่วยหายปวดหรือทุเลาลงจนกระทั่งมีคุณภาพชีวิตที่ดี ทำกิจกรรมได้ตามสมควรและเป็นที่ยอมรับได้ สามารถทนต่อการทำหัตถการต่างๆเพื่อการวินิจฉัยและการรักษามะเร็งได้ และท้ายที่สุดคือ การเสียชีวิตโดยปราศจากความทุกข์ทรมานจากความปวด ซึ่งหลักการระงับปวด มีดังนี้

1. อธิบายให้ผู้ป่วยทราบว่าอะไรเป็นสาเหตุที่ทำให้ปวด

2. การใช้ยาแก้ปวด ตามระดับความรุนแรงของความปวด "WHO Analgesic Ladder" (รูปที่ 1)

3. การบริหารยาอย่างต่อเนื่องตลอดเวลา ไม่ควรบริหารยาเมื่อมีความปวดเท่านั้น เพื่อให้ระดับยาในร่างกายคงที่ และสามารถควบคุมความปวดได้ดี นอกจากนี้จะต้องมียาขนานสำหรับเพิ่มเติมในช่วงที่ผู้ป่วยปวดระหว่างเวลาได้รับยาเดิม เพื่อเป็นการระงับ breakthrough pain

4. ใช้ยาที่สามัญที่สุดหรือวิธีที่เรียบง่ายและปลอดภัยที่สุดก่อนเท่าที่จะทำได้

5. พิจารณาให้ Co-analgesic ร่วมด้วยเสมอ ยาที่แนะนำให้เลือกใช้ในแต่ละกลุ่มได้แก่

5.1 Antidepressant : Amitriptyline, Nortriptyline

5.2 Antianxiety : Lorazepam

5.3 Anticonvulsant : Carbamazepine, Gabapentin, Oxcarbazepine

6. ผู้ป่วยแต่ละรายและมะเร็งแต่ละชนิดตอบสนองต่อยาแก้ปวดแตกต่างกัน ความปวดบางชนิดได้ผลดีโดยใช้ opioids ร่วมกับ non-opioids บางชนิดได้ผลโดยใช้ corticosteroids ร่วมกับ opioids เป็นต้น

7. ให้การรักษาความปวดอย่างมีประสิทธิภาพทุกครั้งที่ผู้ป่วยปวด

8. Neuropathic pain ได้ผลดีเมื่อใช้ Tricyclic antidepressants หรือ Anticonvulsants แต่ตอบสนองต่อยาแก้ปวดกลุ่ม opioids หรือ non-opioids น้อยหรือไม่ได้ผล ไม่ควรเพิ่มขนาด opioids โดยไม่จำเป็น เพื่อลดปวดจาก neuropathic pain ที่รุนแรงหรือตอบสนองต่อการรักษาไม่ดี

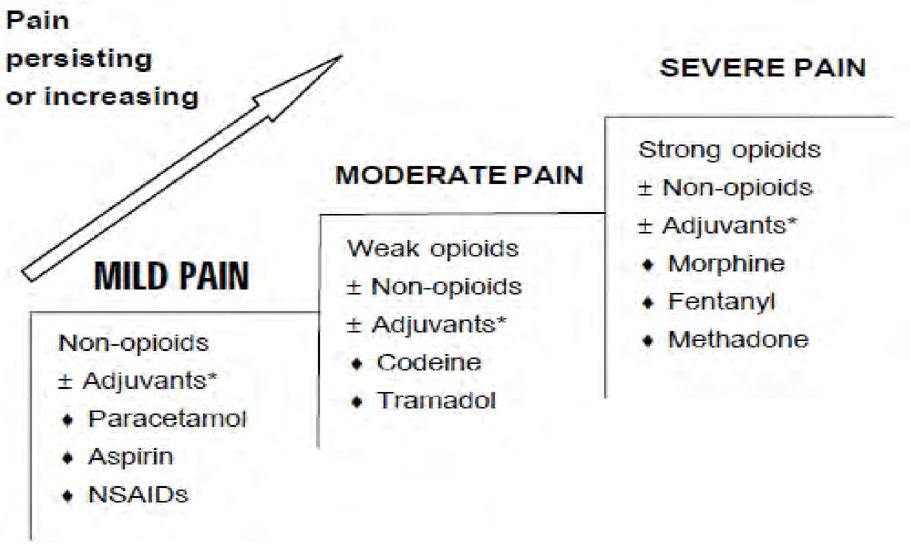
9. ใช้หลักการรักษาหลายวิธีร่วมกัน โดยรักษามะเร็งด้วยการฉายรังสี การผ่าตัด หรือเคมีบำบัดร่วมกับการให้ยาแก้ปวด และปรับยาแก้ปวดให้เหมาะสมที่สุดด้วยชนิดและขนาดยาที่น้อยที่สุดเท่าที่ระงับปวดได้ดี และปราศจากภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง หรือหากมีภาวะแทรกซ้อนก็สามารถยอมรับได้ รวมถึงพิจารณาการรักษาวิธีอื่นๆ เมื่อมีข้อบ่งชี้ และตระหนักถึงภาวะแทรกซ้อนของวิธีต่างๆ

10. ผู้ป่วยที่มีอาการวิตกกังวลและซึมเศร้าต้องให้การรักษาทางจิตเวช โดยการใช้ยาที่เหมาะสม ควบคู่กับยาแก้ปวด

11. ตระหนักถึงความคุ้มค่าและประหยัดค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วย ไม่ว่าจะเป็นการเลือกใช้ยา หรือวิธีอื่นๆ

12. คำนึงถึงระยะเวลาที่คาดว่าผู้ป่วยจะมีชีวิตอยู่ได้อย่างมีคุณภาพ

13. ควรพิจารณาให้ยาเพื่อป้องกันหรือบรรเทาภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาและจากยาที่ใช้แก้ระงับปวด



รูปที่ 1 WHO Analgesic Ladder สำหรับผู้ป่วยปวดมะเร็ง

หลักการใช้ยาแก้ปวด

1. ใช้ตามคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก (WHO Analgesic Ladder) ดังนี้

ขั้นที่ 1 สำหรับความปวดไม่มาก ใช้ยากลุ่ม non-opioids ได้แก่ Paracetamol, Aspirin และ NSAIDs

ขั้นที่ 2 เมื่อความปวดยังคงอยู่หรือปวดรุนแรงขึ้น ใช้ยากลุ่ม weak opioids ได้แก่ Codeine และ Tramadol

ขั้นที่ 3 เมื่อผู้ป่วยปวดมากขึ้น และไม่สามารถระงับปวดได้ด้วย weak opioids ในขนาดที่เหมาะสม ให้เปลี่ยนมาใช้กลุ่ม strong opioids ได้แก่ Morphine, Fentanyl หรือ Methadone

2. ใช้ยาในขั้นที่ 1 ร่วมกับขั้นที่ 2 หรือ 3 เพื่อช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการระงับปวด และลดภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดจากยาแต่ละกลุ่ม แต่ไม่ใช้ยา weak opioids ร่วมกับ strong opioids

3. NSAIDs มีประโยชน์มากสำหรับในภาวะปวดกระดูก และ nociceptive pain อื่นๆ การใช้ conventional NSAIDs ควรระวังอาการข้างเคียงต่อระบบทางเดินอาหาร และการยับยั้งการจับกลุ่มของเกล็ดเลือด พิษต่อไต เป็นต้น ควรป้องกันการเกิดอาการข้างเคียงต่อระบบทางเดินอาหารต่อการใช้ยานี้โดยใช้ยา H2- blockers, Misoprostol, หรือ Omeprazole ส่วนการใช้ selective COX-2 inhibitors และ coxibs จะทำให้เกิดอาการข้างเคียงต่อทางเดินอาหารได้น้อยกว่า

4. การใช้ยา opioids ต้องคำนึงถึงอาการข้างเคียงของยา เช่น วิงเวียน คลื่นไส้ อาเจียน ง่วงซึม ท้องผูก คัน กระตุก ถ่ายปัสสาวะลำบาก กดการหายใจ ฯลฯ โดยให้การป้องกันและรักษาร่วมไปด้วย

5. ใช้ยาเสริมซึ่งเรียกว่า Co-analgesics หรือ adjuvants ได้แก่

5.1 ยากลุ่ม Antidepressants ได้แก่ Amitriptyline, Imipramine, Desipramine และ Nortriptyline ประสิทธิภาพในการระงับปวดของยาแต่ละชนิดไม่แตกต่างกัน และขนาดยาน้อยกว่าที่ใช้รักษาอาการซึมเศร้า

5.2 ยากลุ่ม Anticonvulsants ได้แก่ Carbamazepine, Oxcarbazepine, Phenytoin, Sodium valproate และ Gabapentin เป็นต้น

5.3 ยากลุ่ม Steroids ใช้ในภาวะต่างๆ ได้แก่ ไขสันหลังถูกกดทับโดยมะเร็ง ปวดกระดูกอย่างรุนแรง ความดันในกระโหลกศีรษะสูง และเนื้อเยื่อบวมหรืออักเสบจากการแทรกเบียดของมะเร็ง เป็นต้น

6. วิธีการที่ใช้รักษามะเร็งจะมีผลช่วยระงับปวด ได้แก่ เคมีบำบัด ฮอร์โมนสำหรับมะเร็งที่ตอบสนองต่อฮอร์โมน และรังสีรักษา ซึ่งขณะที่รักษาด้วยวิธีเหล่านี้จำเป็นต้องให้ยาแก้ปวดร่วมด้วย

การใช้ยากลุ่ม opioids และการปรับขนาดยา

1. ขนาดยาที่เหมาะสมในผู้ป่วยมะเร็งแต่ละคน คือ ขนาดยาที่สามารถลดความปวดของผู้ป่วย ได้ตลอดช่วงเวลาที่ยาออกฤทธิ์ โดยไม่ทำให้เกิดอาการข้างเคียงที่รุนแรงจนแก้ไขหรือผู้ป่วยทนไม่ได้

2. การเลือกชนิดและขนาดยาเริ่มต้นขึ้นอยู่กับสภาวะของผู้ป่วยแต่ละคน ความรุนแรงของความปวด ร่วมถึงสภาวะอื่นๆ ของผู้ป่วย เช่น การทำงานของตับ ไต และโรคร่วม เช่น โรคหืด เป็นต้น

2.1 ผู้ป่วยที่ไม่เคยได้รับยาในกลุ่ม opioids มาก่อน และมีระดับความรุนแรงของความปวดปานกลาง (หรือใช้ยาแก้ปวดในกลุ่ม NSAIDs ไม่ได้ผล) ให้เริ่มใช้ยากลุ่ม weak opioids เช่น Codeine หรือ Tramadol

2.2 ผู้ป่วยที่ไม่เคยได้รับยาในกลุ่ม opioids มาก่อน และมีความปวดรุนแรง ให้เริ่มด้วย Morphine ชนิดรับประทานแบบ immediate release ขนาด 5-10 มิลลิกรัม ทุก 4 ชั่วโมง

2.3 ผู้ป่วยที่เคยได้รับยาในกลุ่ม weak opioids หรือ strong opioids มาก่อน แต่ไม่สามารถควบคุมความปวดได้ ให้คำนวณขนาดยา weak opioids หรือ strong opioids เดิมที่ได้รับใน 1 วัน แล้วนำมาเทียบเป็น equianalgesic dose ของ Morphine หรือ Fentanyl โดยใช้ตารางที่ 1 และตารางที่ 2 แล้วปรับขนาดให้เพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 25

3. การใช้ opioids ในผู้ป่วยมะเร็งที่มีความปวดเรื้อรัง ควรเริ่มด้วยการให้ยา opioids ชนิด immediate release โดยใช้ยาตามระยะเวลาการออกฤทธิ์ต่อเนื่องทั้งวัน (around the clock) สำหรับกรณีที่ผู้ป่วยมี breakthrough pain และ incident pain สามารถให้ยา opioids ชนิด immediate release ขนาดร้อยละ 25-50 ของ regular dose (ที่ให้ทุก 4-6 ชั่วโมง) ในแบบ prn

4. เมื่อเริ่มให้ยาด้วยขนาดยาแรกเริ่ม (Codeine 15-30 มิลลิกรัม ทุก 4 ชั่วโมง Tramadol 50-100 มิลลิกรัม ทุก 6-8 ชั่วโมง หรือ Morphine 5-10 มิลลิกรัม ทุก 4 ชั่วโมง) ซึ่งคุมความปวดได้ไม่ดีพอ สามารถปรับขนาดยาเพิ่มขึ้นได้ตามความรุนแรงของความปวด เช่น

4.1 ปวดปานกลาง (pain score 4-6) ให้พิจารณาเพิ่มขนาดยา ร้อยละ 25-50

4.2 ปวดรุนแรง (pain score 7-10) ให้พิจารณาเพิ่มขนาดยา ร้อยละ 50-100

5. เมื่อสามารถคุมความปวดได้ดีโดยการใช้ opioids ชนิด immediate release แล้ว ให้คำนวณขนาดยา opioids (รวมขนาดยาที่ให้แบบ around the clock และขนาดยา prn) ที่ใช้ 24 ชั่วโมง

แล้วเปลี่ยนเป็น opioids ในรูปแบบ sustained release แทน เพื่อให้สะดวกแก่ผู้ป่วย และเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยา

6. ผู้ป่วยที่ได้รับ sustained release morphine แล้วมี breakthrough pain ควรใช้ยาที่ออกฤทธิ์เร็ว เช่น immediate release morphine (rescue analgesic) สำหรับ incident pain ซึ่งเป็นความปวดที่เพิ่มขึ้นเมื่อผู้ป่วยมีกิจกรรม และผู้ป่วยควรได้รับยาก่อนที่จะทำกิจกรรม โดยขนาดของ rescue analgesic ประมาณ 1/8 ถึง 1/6 ของขนาดยาที่ต้องการในแต่ละวัน โดยสามารถให้ได้ทุก 4 ชั่วโมง หรือตามที่ผู้ป่วยร้องขอ แต่ควรทิ้งช่วงห่างของยาแต่ละขนานประมาณ 1 ชั่วโมง รวมถึงถ้าผู้ป่วยต้องการยา rescue analgesic มากกว่า 3 ครั้งต่อวัน ควรพิจารณาปรับขนาด regular dose

7. ถ้าผู้ป่วยมีอาการข้างเคียงที่รุนแรงและระดับความปวดอยู่ในขั้นปานกลาง ให้ลดขนาดยาลงประมาณร้อยละ 25 และให้ประเมินความปวดซ้ำ

8. ยากลุ่ม opioids ที่ไม่แนะนำให้ใช้สำหรับบรรเทาความปวดใน cancer pain หรือ chronic noncancer pain ได้แก่ Pethidine (meperidine) เนื่องจากมี half-life สั้น มี toxic metabolite คือ norpethidine และผู้ป่วยที่มี renal insufficiency ถ้าใช้ pethidine ไปนานๆ อาจมี norpethidine คั่งในร่างกายได้ ซึ่งสารนี้มีฤทธิ์กระตุ้นระบบประสาทอาจถึงชักได้

ตารางที่ 1 ขนาดยาโดยประมาณที่ให้ฤทธิ์แก้ปวดเท่ากัน (equianalgesic dose)

ชื่อยา	Equianalgesic dose (mg)		half-life (h)	Analgesic onset (oral) (min)	Analgesic duration* (h)
	Parenteral	Oral			
Morphine	10 (IM, IV, SC)	30	2	10-20	3-5
Methadone	-	20	15-30	10-20	4-8
Codeine	-	240	2-3	10-20	4-6
Tramadol	100	100	6-7	< 60	4-6

ตารางที่ 2 Equianalgesic doses for converting Morphine to Transdermal fentanyl

Oral 24 hour Morphine (mg/day)	IM 24 hour Morphine (mg/day)	Transdermal Fentanyl (mg/h)
45-134	8-22	25
135-224	23-37	50
225-314	38-52	75
315-404	53-67	100
405-494	68-82	125
495-584	83-97	150
585-674	98-112	175
675-764	113-127	200
765-854	128-142	225
855-944	143-157	250
945-1034	158-172	275
1035-1124	173-187	300

หลักการใช้ยา opioids ใน maintenance therapy

1. ควรใช้ยา opioids ที่อยู่ในรูป sustained release ในการควบคุม chronic persistent pain เมื่อทราบขนาดยา opioids แบบ immediate release ที่คุมความปวดได้ดีใน 24 ชั่วโมงแล้ว ตัวอย่างของ opioids ชนิด sustained released ได้แก่

1.1 MST® ขนาด 10, 30 และ 60 มิลลิกรัม onset ประมาณ 60-90 นาที มีระยะเวลาการออกฤทธิ์ 12 ชั่วโมง ห้ามหัก บด หรือเคี้ยวเม็ดยา เพราะยาจะเสียคุณสมบัติการเป็น sustained release ทำให้ระยะเวลาออกฤทธิ์ของยา MST® อาจสั้นกว่าที่กำหนด เนื่องจากเภสัชจลนศาสตร์ของยาในผู้ป่วยแต่ละคนอาจแตกต่างกันไป เช่น ในผู้ป่วยบางคนอาจมีระยะเวลาการออกฤทธิ์ของ MST® ประมาณ 8-9 ชั่วโมง และจะเริ่มมีความปวดกลับมาที่ชั่วโมงที่ 10 ในกรณีนี้ อาจให้ยา MST® ได้ทุก 8-10 ชั่วโมง เป็นต้น

1.2 Kapanol® ขนาด 20, 50 และ 100 มิลลิกรัม onset ประมาณ 2-4 ชั่วโมง มีระยะเวลาการออกฤทธิ์ 24 ชั่วโมง

1.3 Durogesic® (Fentanyl TTS) ขนาด 2.5, 5.0 และ 10 มิลลิกรัม เมื่อแปะแผ่นยาที่หน้าอก หน้าท้อง หรือหน้าขา จะทำให้ยาถูกดูดซึมเข้ากระแสเลือด 25, 50 และ 100 ไมโครกรัมต่อชั่วโมง ยาออกฤทธิ์สูงสุดที่ 17-24 ชั่วโมง ดังนั้นผู้ป่วยควรได้รับยา opioids ชนิดเดิมในช่วงระยะ 24 ชั่วโมงแรก ยานี้มีระยะเวลาการออกฤทธิ์ 48-72 ชั่วโมง

2. การสั่งยาสำหรับ opioids ชนิด sustained release ให้เขียนโดยกำหนดเวลา เช่น MST® 10 มิลลิกรัม วันละ 2 ครั้ง เวลา 8.00 น. และ 20.00 น. ไม่แนะนำให้ใช้ order bid เพราะจะทำให้ผู้ป่วยได้รับยาไม่สอดคล้องกับระยะเวลาที่ยาออกฤทธิ์

3. เตรียม rescue dose ของ opioids (ใช้แบบ immediate release) สำหรับ breakthrough pain และ incident pain รวมทั้งความปวดขณะที่ยาใกล้หมดฤทธิ์หรือก่อนที่ยาจะออกฤทธิ์

3.1 ควรเลือกใช้ immediate release opioids ชนิดเดียวกันกับ sustained release เช่น rescue opioids สำหรับ MST® หรือ Kapanol® ควรเป็น morphine oral solution หรือ morphine injection แต่ทั้งนี้อนุโลมให้ใช้ morphine oral solution หรือ morphine injection เป็น rescue opioid ของ Durogesic® ได้

1.2 ขนาดยาของ rescue dose ประมาณร้อยละ 25-50 ของ regular dose (ที่ให้ทุก 4-6 ชั่วโมง) ในแบบ prn

4. ให้พิจารณาเพิ่มขนาดของ sustained release ถ้าผู้ป่วยต้องการ rescue dose มากกว่าวันละ 3 ครั้ง หรือเมื่อขนาดยาของ sustained release ไม่เพียงพอที่จะคุมความปวดในขณะที่ระดับยาในเลือดสูงสุด หรือขณะที่ยาใกล้หมดฤทธิ์

วิธีจัดการอาการข้างเคียงจากการใช้ยากลุ่มโอปิออยด์ (opioids)

การป้องกัน Sedation

1. ให้เริ่มด้วยยากลุ่มโอปิออยด์ (opioids) ขนาดต่ำสุดที่สามารถควบคุมความปวดได้ โดยเฉพาะในผู้ป่วยสูงอายุ และผู้ป่วยที่มีการทำงานของไตบกพร่อง

2. กรณีที่ต้องเพิ่มขนาดยากลุ่มโอปิออยด์ (opioids) ให้เพิ่มขึ้นทีละน้อย ประมาณร้อยละ 25-50 ของขนาดยาเดิม โดยทั่วไปผู้ป่วยมักจะปรับตัวกับอาการ sedation ได้เมื่อเริ่มใช้ยากลุ่มโอปิออยด์ (opioids)ไปแล้วประมาณ 1-2 สัปดาห์ และกรณีที่ผู้ป่วยยังมีอาการ sedation ภายหลังจากเริ่มใช้ยากลุ่มโอปิออยด์ (opioids) ไปแล้วประมาณ 1-2 สัปดาห์ ให้ปฏิบัติดังนี้

2.1 ประเมินเพื่อหาสาเหตุอื่นของการเกิด sedation เช่น พยาธิสภาพของระบบประสาทส่วนกลาง ยาอื่นที่ให้ร่วมที่มีฤทธิ์ทำให้ sedation ภาวะแคลเซียมในเลือดสูง sepsis electrolyte imbalance และภาวะขาดน้ำ (dehydration) เป็นต้น

2.2 พิจารณาเพิ่มยาในกลุ่ม NSAIDs และ/หรือ co-analgesics เช่น antidepressant หรือยากันชัก ร่วมกับการใช้ยากลุ่มโอปิออยด์ (opioids) โดยลดขนาดยากลุ่มโอปิออยด์ (opioids)

2.3 ลดขนาดยากลุ่มโอปิออยด์ (opioids) ให้อยู่ในขนาดต่ำสุดที่สามารถควบคุมความปวดได้

2.4 พิจารณาเปลี่ยนยากลุ่มโอปิออยด์ (opioids) ไปเป็นอีกชนิดหนึ่ง เช่น จาก Morphine เป็น fentanyl เป็นต้น และถ้า sedation score เท่ากับ 3 และอัตราการหายใจน้อยกว่า 10 ครั้งต่อนาที ควรให้การรักษาและดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด เนื่องจากมีโอกาสเกิดการกดการหายใจจากการใช้ยากลุ่ม โอปิออยด์ (opioids) ได้ ซึ่งการรักษา คือ การให้ออกซิเจน (oxygen) และดูแลการหายใจ รวมถึงการให้ยา naloxone ทางหลอดเลือดดำ โดย titrate dose ครั้งละ 0.1 มิลลิกรัม ทุก 5-10 นาที จนผู้ป่วยรู้สึกตัว จากนั้นเฝ้าระวังอาการ และอาจให้ naloxone ซ้ำอีกทุก 1 ชั่วโมง เนื่องจากยามีระยะเวลาการออกฤทธิ์ 1 ชั่วโมง

การป้องกันอาการท้องผูก

1. เพิ่ม fluid intake ให้ได้อย่างน้อยวันละ 2-2.5 ลิตร แต่ควรระวังในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว, ภาวะไตทำงานบกพร่อง

2. เพิ่มการรับประทานอาหารที่มีกาก

3. เพิ่มการออกกำลังและการเคลื่อนไหวในรายที่สามารถทำได้

4. ยาระบายที่ใช้ควรเป็นชนิด stimulant laxatives เช่น bisacodyl sennoside เป็นต้น หรืออาจเป็นยาในกลุ่ม stool softeners เช่น docusate เป็นต้น และไม่ควรใช้ยาระบายชนิด bulk forming เช่น methylcellulose เพราะจะทำให้เกิดปัญหาเรื่อง GI obstruction มากขึ้น และถ้าผู้ป่วยยังคงมีอาการท้องผูกอยู่ ให้ประเมินสาเหตุและความรุนแรงของอาการท้องผูกอีกครั้ง และพิจารณาให้การรักษาเพิ่มเติมดังนี้

4.1 เพิ่มขนาดยาระบาย จนถึงขนาดสูงสุด เช่น senna ร่วมกับ docusate 4 เม็ด วันละ 2 ครั้ง

4.2 ใช้ยาในกลุ่ม co-analgesic ร่วมด้วย เพื่อให้สามารถลดขนายากลุ่มโอปิออยด (opioids) ได้ แต่ควรคำนึงยากลุ่ม Tricyclic antidepressants เช่น amitriptyline ซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้ท้องผูกด้วย

4.3 ตรวจหา fecal impaction ถ้ามีให้ทำ evacuation

4.4 เพิ่มยาระบายชนิดอื่นร่วมด้วย เช่น

4.4.1 Magnesium hydroxide (MOM) ในขนาด 30-60 มิลลิลิตร (ห้ามใช้ magnesiumhydroxide ในผู้ป่วยที่มีการทำงานของไตบกพร่อง)

4.4.2 Bisacodyl 2-3 เม็ด วันละ 1 ครั้ง ก่อนนอน

4.4.3 Lactulose 30-60 มิลลิลิตร วันละครั้ง

4.4.4 Sorbitol 30 มิลลิลิตร ทุก 2 ชั่วโมง วันละ 3 ครั้ง แล้วตามด้วยเวลามีอาการ (prn)

4.4.5 ยาเหน็บทวารหนักครั้งละ 1 เม็ด วันละ 1 ครั้ง

4.4.6 Fleet saline หรือ water enema

4.4.7 Prokinetic agent เช่น Metoclopramide 10-20 มิลลิกรัม วันละ 4 ครั้ง

การป้องกันและรักษาอาการคลื่นไส้อาเจียน

1. ประเมินหาสาเหตุอื่นที่ทำให้เกิดอาการคลื่นไส้ เช่น ทางเดินอาหารอุดตัน ท้องผูก ภาวะแคลเซียมในเลือดสูง มีพยาธิสภาพของระบบประสาทส่วนกลาง การได้รับยาเคมีบำบัด การฉายแสง

2. ให้ยาต้านอาการอาเจียน เช่น

2.1 Odansetron 8 มิลลิกรัม โดยการรับประทานวันละ 3 ครั้ง หรือฉีดเข้าหลอดเลือดดำในขนาดเดียวกัน ทุก 8 ชั่วโมง หรือ Granisetron ขนาด 2 มิลลิกรัม ฉีดเข้าหลอดเลือดดำวันละครั้ง

2.2 Haloperidol 0.5-1.0 มิลลิกรัม โดยรับประทาน ทุก 6-8 ชั่วโมง และขณะให้ยาควรเฝ้าระวัง extrapyramidal side effect

2.3 Metoclopromide 5-10 มิลลิกรัม ฉีดเข้าหลอดเลือดดำหรือเข้ากล้ามเนื้อ ทุก 6 ชั่วโมง หรือขนาด 10 มิลลิกรัม รับประทานทุก 6 ชั่วโมง และขณะให้ยาควรเฝ้าระวัง extrapyramidal side effect

2.4 Domperidone 10-20 มิลลิกรัม ทุก 6 ชั่วโมง หรือเมื่อมีอาการ (prn)

3. ถ้าอาการคลื่นไส้คงอยู่นานเกินกว่า 1 สัปดาห์ ควรปฏิบัติดังนี้

3.1 ประเมินสาเหตุและความรุนแรงของอาการคลื่นไส้ โดยอาจพิจารณาเปลี่ยนชนิดของopioids

3.2 พิจารณาให้ยาแก้ปวดในกลุ่ม co-analgesics ร่วมด้วย เพื่อทำให้ลดขนาดของ opioids ได้

1.3 พิจารณาใช้ยาต้านอาการคลื่นไส้อาเจียนในกลุ่ม 5-HT3 antagonist เช่น Ondansetron8 มิลลกรัม วันละ 3 ครั้ง หรือ Granisetron 2 มิลลิกรัม วันละครั้ง โดยการรับประทาน

4. เมื่อเปลี่ยนชนิดของ opioids หรือได้ปฏิบัติตามที่กล่าวมาข้างต้นแล้ว อาการคลื่นไส้ยังคงอยู่ ให้ประเมินสาเหตุและความรุนแรงของอาการคลื่นไส้อีกครั้ง อาจพิจารณาให้ opioids ทาง intrathecal หรือ epidural route

การป้องกันและรักษา Delirium

1. ประเมินหาสาเหตุอื่นของ delirium เช่น ภาวะแคลเซียมในเลือดสูง CNS metastases ยาทางจิตประสาทชนิดอื่นที่ให้ร่วมด้วย โดยเฉพาะยาที่มี anticholinergic effects

2. เปลี่ยนชนิดของยา opioids

3. ให้ยาแก้ปวดชนิด co-analgesics ร่วมด้วย เพื่อลดขนาดยา opioids

4. ให้ Haloperidol ขนาด 0.5-2 มิลลิกรัม ทุก 4-6 ชั่วโมง โดยการรับประทาน หรืออาจพิจารณาให้ยา neuroleptic drugs ตัวอื่นๆ แต่ควรระวัง extrapyramidal side effects

5. จัดการสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วยให้ปราศจากอันตราย แก้สาเหตุ และอาจให้ยากลุ่ม sedatives หรือ tranquilizers

การป้องกันและรักษา Myoclonus

Myoclonus มักเกิดในผู้ป่วยที่ได้รับ opioids มาเป็นเวลานานพอสมควร และมักพบว่าจะเกิดกับการใช้ Morphine ชนิดรับประทานมากกว่าชนิดฉีด จึงคาดว่า myoclonus อาจเกิดจากผลของ Morphine metabolite ที่อาจมีปริมาณสูงจนทำให้เกิด myoclonus ขึ้นได้ ซึ่งยาที่ใช้ลดอาการ myoclonus ได้แก่ Baclofen, Diazepam, Clonazepam, Midazolam และ Sodium valproate และกรณีที่มีอาการรุนแรงมาก ควรเปลี่ยนยา opioids

แนวทางปฏิบัติของบุคลากรทางการแพทย์ต่อผู้ป่วยมะเร็ง

1. ตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลรักษาความปวด ซึ่งจะบ่งถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย มีการร่วมปรึกษาหรือส่งต่อการดูแลด้านความปวดระหว่างแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์ในสถานพยาบาลที่ดูแลร่วมกัน ทั้งนี้รวมถึงการจัดการความปวดโดยการใช้ยาชนิดต่างๆ และวิธีการจัดซื้อจัดหา ซึ่งรวมถึงแหล่งของการได้มาของยาหรือการรักษาพิเศษอื่นๆ

2. ความเข้าใจสภาพจิตใจหรืออารมณ์ของผู้ป่วยมะเร็งที่มีความปวด โดยใช้หลักการสื่อสารที่ดี ตอบคำถามผู้ป่วยและญาติโดยไม่ปิดบังตามความเหมาะสมและสถานการณ์ ควรทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวตระหนักถึงความห่วงใยของบุคลากรทางการแพทย์ หรือการปลอบโยนผู้ป่วยและครอบครัว โดยจำเป็นต้องให้ข้อมูลวิธีการดูแลรักษา การวางแผนการรักษาในระยะเวลาต่างๆ ตลอดจนให้ความเชื่อมั่นกับผู้ป่วยและครอบครัวถึงการดูแลความปวดหรืออาการอื่นๆ ที่บุคลากรทางการแพทย์สามารถกระทำให้ได้

3. ส่งเสริมการเผชิญปัญหา การควบคุมสถานการณ์ พฤติกรรมการแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยและครอบครัวซึ่งนำมาสู่การปรับสภาพจิตใจ และสนับสนุนให้ปรับการตอบสนองด้านอารมณ์ เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี

4. ฝึกให้ผู้ป่วยเผชิญปัญหาความปวดที่เกิดเฉียบพลันด้วยการฝึกการหายใจ เช่น การฝึกการหายใจเพื่อคลายเครียด การเบี่ยงเบนความสนใจไปในเรื่องอื่นๆ การปรับแนวคิดต่อความปวด และการฝึกสมาธิ

5. ฝึกพฤติกรรมการผ่อนคลาย การจินตนาการ การสะกดจิต โดยการดูแลของผู้เชี่ยวชาญ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับการรับรู้ความปวด

6. ให้ความรู้กับผู้ป่วยและครอบครัวเรื่องความปวด ความทุกข์ทรมานจากความปวดซึ่งสามารถควบคุมได้ด้วยการให้ยารับประทานหรือวิธีอื่นๆ การใช้วิธีการรักษาทั้งที่ไม่ใช้ยาและวิธีอื่นๆ และความเข้าใจผิดในการได้รับยากลุ่ม opioids เพื่อบรรเทาปวด การติดยา การดื้อยา

7. อธิบายให้ผู้ป่วยและครอบครัวตระหนักถึงความสำคัญของการรายงานเกี่ยวกับความรุนแรงของความปวด ปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาและผลข้างเคียงต่างๆ เพื่อนำไปสู่การปรับยาให้เหมาะสมและผลการบรรเทาปวดที่ดีขึ้น

8. อธิบายเกี่ยวกับยาต่างๆ ที่ผู้ป่วยได้รับ ได้แก่ เหตุผลของการใช้ยา วิธีการใช้ยาที่ถูกต้อง ผลข้างเคียงที่พบและการแก้ไขหรือป้องกัน การรายงานเมื่อผู้ป่วยมีปัญหาความปวดที่เกิดขึ้นใหม่ ลักษณะความปวดที่เปลี่ยนไป อาการคลื่นไส้ อาเจียน ท้องผูก ง่วงซึมหรือสับสน การวางแผนการนัดตรวจเป็นประจำ

การให้ความรู้เรื่องการระงับปวดในผู้ป่วยมะเร็ง

นอกจากจะบำบัดรักษาความปวดแล้ว แพทย์และทีมผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งควรเน้นเรื่องการให้ความรู้ที่ถูกต้องแก่ทั้งผู้ป่วยและญาติ ทั้งนี้เพื่อให้การบำบัดรักษาความปวดมะเร็งได้ผลเต็มที่ควรเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติสอบถามและรับคำแนะนำในการดูแลผู้ป่วยได้ตลอดเวลา ทั้งโดยวิธีพูดคุยโดยตรง และการรับข้อมูลจากเอกสารแผ่นพับ เป็นต้น สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยมะเร็งซึ่งเกี่ยวข้องโดยตรงและมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดผู้ป่วย ควรรับรู้และเข้าใจสาเหตุของความปวดของผู้ป่วย รวมทั้งวิธีจัดการกับความปวดเบื้องต้นที่สามารถปฏิบัติได้จริง เช่น ความรู้เกี่ยวกับยาแก้ปวดที่ผู้ป่วยได้รับ อาการดื้อยา และภาวะติดยา เป็นต้น

การแบ่งระดับความรุนแรงของโรคมะเร็ง โดยอาศัยการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็ง เรียกว่า ระยะ (Staging) มี 4 ระยะ ได้แก่ (พัสมณฑ์, 2543; Kumar, et al., 1992)

ระยะที่ 1 หมายถึง ระยะที่เซลล์มะเร็งอยู่เฉพาะบริเวณต้นกำเนิดภายในอวัยวะ หรือเนื้อเยื่อนั้น ยังไม่มีการแพร่กระจาย

ระยะที่ 2 หมายถึง ระยะที่เซลล์มะเร็งแพร่กระจายเข้าสู่เนื้อเยื่อใกล้เคียง

ระยะที่ 3 หมายถึง ระยะที่เซลล์มะเร็งแพร่กระจายสู่ต่อมน้ำเหลือง

ระยะที่ 4 หมายถึง ระยะที่เซลล์มะเร็งแพร่กระจายไปสู่อวัยวะอื่น ๆ

3. ทีมสหวิชาชีพโรงพยาบาลเจ้าคุณไพบูลย์พนมทวน

ทีมดูแลผู้ป่วย (Patient Care Team) ในงานวิจัยนี้ หมายถึง ทีมสหวิชาชีพที่ทำหน้าที่ร่วมกันในการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง ได้แก่ แพทย์ พยาบาล และเภสัชกร จำนวน 18 คน ประกอบด้วย

แพทย์ จำนวน 5 ท่าน ซึ่งปฏิบัติงานประจำที่โรงพยาบาลเจ้าคุณไพบูลย์พนมทวนในช่วงเวลาที่ดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย สูติแพทย์ 1 คน แพทย์ทั่วไป 4 คน

พยาบาล จำนวน 12 ท่าน ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานประจำที่แผนกผู้ป่วยใน

เภสัชกร จำนวน 1 ท่าน หมายถึง ซึ่งเป็นผู้ให้การบริบาลทางเภสัชกรรม และเป็นผู้วิจัย

การบริบาลทางเภสัชกรรม หมายถึง ความรับผิดชอบโดยตรงของเภสัชกรที่จะติดตามดูแลการใช้ยาของผู้ป่วย เพื่อให้ผลการรักษาที่ถูกต้องตามต้องการ และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

เภสัชกรมีหน้าที่รวบรวมข้อมูลและจัดทำประวัติการใช้ยาของผู้ป่วย ประเมินปัญหาเกี่ยวกับยาของผู้ป่วย ให้คำแนะนำปรึกษาและแก้ปัญหาด้านยา เข้าร่วมทีมรักษาผู้ป่วยประจำวัน ติดตามผลการตอบสนองของผู้ป่วยทั้งในด้านผลลัพธ์ของการรักษาและอาการอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ให้คำแนะนำปรึกษาเรื่องยาแก่ผู้ป่วยและให้ข้อมูลข่าวสารด้านยาแก่บุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วย ตลอดจนจัดการเกี่ยวกับยาที่ผู้ป่วยจะนำไปใช้เมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล จากการมีการบริบาลเภสัชกรรมแล้วพบว่า ผู้ป่วยได้รับยาที่สมเหตุสมผล และมีประสิทธิภาพในการรักษา เนื่องจากเภสัชกรเข้ามามีบทบาทรับผิดชอบโดยตรงเกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วย การบริบาลทางเภสัชกรรมยังช่วยส่งเสริมให้มีการทำงานร่วมกันเป็นทีมระหว่างแพทย์ พยาบาล และเภสัชกร ทำให้ผลการรักษาผู้ป่วยมีประสิทธิผลมากขึ้นด้วย

โดยมีแนวทางดังนี้

1. การประเมินสภาพผู้ป่วยและครอบครัว

1.1 ประเมินอาการทางด้านร่างกาย ได้แก่ สภาพผู้ป่วย ยาที่ช่วยบรรเทาอาการ โดยเฉพาะยาที่ช่วยบรรเทาอาการปวดซึ่งเป็นอาการที่ทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมานมากที่สุดรวมถึงต้อง

ตรวจสอบว่ายาที่ผู้ป่วยรับประทานถูกชนิดและถูกตามแผนการรักษาหรือไม่ นอกจากนี้ต้องประเมินเรื่องการได้รับการดูแลจากญาติผู้ดูแลโดยประเมินจากความสะอาดของร่างกาย เสื้อผ้า และสิ่งอำนวยความสะดวกของผู้ป่วย

1.2 ประเมินสภาพด้านจิตใจทั้งของผู้ป่วยและครอบครัว เช่น ผู้ป่วยทราบเรื่องการวินิจฉัยโรค การพยากรณ์โรค ความรุนแรงของโรค เป้าหมายของการรักษา ผู้ป่วยและญาติรู้สึกอย่างไรต่อความเจ็บป่วยและการรักษารวมถึงความหวังในการรักษามีปัญหาหรือประเด็นอะไรที่ผู้ป่วยให้ความสำคัญเป็นพิเศษ

1.3ประเมินสภาพด้านครอบครัวและสังคมของผู้ป่วย ควรจะจัดทำแผนภูมิครอบครัวโดยมีข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัว อาชีพ รายได้ของครัวเรือนและรวมถึงความเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัว เพื่อช่วยในการวางแผนดูแล แผนภูมิครอบครัวจะช่วยให้บุคลากรในทีมสุขภาพทราบว่าผู้ดูแลหลักคือใคร ในการให้ข้อมูลหรือคำแนะนำควรให้กับใครถึงจะได้รับประโยชน์สูงสุด รวมถึงทราบสภาวะเศรษฐกิจและสังคมของผู้ป่วย นอกจากนี้ต้องประเมินสังคมสิ่งแวดล้อมของของผู้ป่วยและครอบครัวด้วย ได้แก่ แหล่งที่ผู้ป่วยจะขอความช่วยเหลือกรณีเหตุฉุกเฉินหรือเร่งด่วนเช่น ผู้นำชุมชน องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น อาสาสมัครชุมชน หรือองค์กรการกุศล เป็นต้น

1.4 ประเมินสภาพด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยและครอบครัวว่ามีความคิดความเชื่ออย่างไร อะไรคือคุณค่า และสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจเมื่อเจ็บป่วยหรือเมื่อทุกข์ทรมาน

2. การให้คำปรึกษาผู้ป่วยและครอบครัว

หลังจากประเมินสภาพผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อค้นหาข้อมูลโดยการรับฟังปัญหาและความกังวลของผู้ป่วยและครอบครัวและรวบรวมข้อมูลเพื่อนำไปวิเคราะห์หาแนวทางช่วยเหลือให้ตรงกับปัญหาและให้คำปรึกษาในสิ่งที่ผู้ป่วยและครอบครัวยังกังวลหรือข้องใจ การให้เวลา การวางตัวเป็นกันเองกับผู้ป่วยและครอบครัว ลดช่องว่างระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการ ยึดหลักความเป็นมนุษย์ เสมอภาค และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ระบายซึ่งเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งที่จะช่วยค้นหาข้อมูลที่แท้จริงสามารถช่วยเหลือได้ถูกจุดดังตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะสุดท้ายโรคลุกลามไปยังกระดูกสันหลังมีความปวดมากได้รับยามอร์ฟีนน้ำรับประทานอาการปวดไม่ดีขึ้นผู้ป่วยทรมานจากอาการปวดมากแพทย์อายุรกรรมได้ส่งผู้ป่วยฉายรังสีเพื่อบรรเทาอาการปวดแต่ผู้ป่วยปฏิเสธและไม่ยอมบอกถึงสาเหตุการปฏิเสธแม้แต่ญาติ จากการสร้างสัมพันธภาพและให้เวลากับผู้ป่วย พบว่าสิ่งที่ผู้ป่วยวิตกกังวลและกลัวการฉายรังสีคือกลัวเจ็บร้อนขณะฉายรังสีและกลัวว่าทำให้โรคลุกลามมากกว่าเดิมหลังจากทราบปัญหาจึงให้ข้อมูลที่ถูกต้องและเมื่อผู้ป่วยได้รับข้อมูลที่ถูกต้องช่วยให้ผู้ป่วยตัดสินใจยอมรับการฉายรังสีทำให้อาการปวดทุเลาลง

3. การช่วยเหลือสนับสนุนและติดตามผล

ให้การช่วยเหลือสนับสนุนตามปัญหาและความต้องการและควรดึงชุมชนมามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยด้วยทำให้ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือครอบคลุมมากยิ่งขึ้น ตัวอย่าง ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะสุดท้ายโรคลุกลามแพร่กระจายไปยังกระดูกได้รับการฉายรังสีเพื่อบรรเทาอาการปวดถ้าดูผิวเผินโดยทั่วไปเห็นเพียงว่าผู้ป่วยนอนบนรถนอนมีหน้าตาอิดโรยเหมือนคนไข้ทั่วๆไป แต่จากการประเมินพบว่าสิ่งที่เห็นเหมือนภูเขาน้ำแข็งซึ่งพบปัญหามากมายบุตรชายให้ข้อมูลว่าผู้ป่วยปวดมากอยากกระโดดน้ำเพื่อฆ่าตัวตายบุตรบอกว่าถ้ามารดาตายจะขอตายตามไปด้วย เมื่อประเมินปัญหาสภาพผู้ป่วยและครอบครัวพบว่า

1. ร่างกายและเสื้อผ้าที่สวมใส่สกปรกและเก่า
2. รับประทานยามอร์ฟีนน้ำไม่ถูกต้องทำให้ปวดมาก
3. มีปัญหาด้านเศรษฐกิจยากจนมาก
4. ไม่มีผู้ดูแลประจำบุตรต้องทำงานรับจ้าง สามีติดเหล้า

ขั้นตอนให้การช่วยเหลือผู้ป่วยรายนี้

1. ปรึกษาแพทย์เจ้าของไข้เพื่อช่วยเหลือจัดการเรื่องความปวดและหลังจากได้รับการจัดการความปวดแล้วผู้ป่วยยังมีอาการซึมเศร้าได้ค้นหาปัญหาต่อพบว่าผู้ป่วยวิตกกังวลเรื่องค่าใช้จ่ายในการซื้อโลงศพและเป็นสาเหตุที่บุตรบอกว่าถ้าผู้ป่วยตายจะขอตายตามเพราะตนเองไม่รู้จะหาเงินที่ไหนแค่ลำพังใช้จ่ายประจำวันก็ลำบากมาก

2. ประสานงานกับอาสาสมัครเยี่ยมบ้านเพื่อช่วยเหลือพบว่าผู้ป่วยรับประทานยาแก้ปวดมอร์ฟีนไม่ถูกต้องโดยใช้แก้วดื่มน้ำตวง และพบว่ายาหมดอายุ และท่านอนของผู้ป่วยไม่เหมาะสมจึงทำให้ปวดมาก อาสาสมัครได้สอนเรื่องการรับประทานยา เรื่องการจัดท่าที่เหมาะสมและช่วยดูแลเป็นช่วงๆขณะบุตรไปทำงาน

3. ประสานงานกับสิทธิประโยชน์โรงพยาบาล ผู้นำชุมชน และเครือข่ายสังคมในชุมชนที่ผู้ป่วยอาศัยเรื่องช่วยซ่อมแซมบ้านที่ผุพังและช่วยเหลือค่าโลงศพผู้ป่วยเมื่อเสียชีวิต

ในที่สุดผู้ป่วยก็จากไปอย่างสงบ บุตรได้รับการช่วยเหลือจากสังคมในการให้งานทำเพื่อดำรงชีวิตต่อไปสิ่งที่ได้จากกรณีนี้

1. ผู้ป่วยได้รับการจัดการความทุกข์ทรมานจากความปวด

2. ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบเนื่องจากได้รับการจัดการในสิ่งที่วิตกกังวล คือ ค่าโลงศพและการได้รับการช่วยเหลือในการซ่อมแซมบ้าน

3. ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการช่วยเหลือดูแลจากสังคมที่อาศัย

4. ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลชุมชนทำให้เกิดความภาคภูมิใจและสร้างความสามัคคีให้คนในชุมชน

5. ชุมชน ทีมอาสาสมัครและบุคลากรได้ประสบการณ์เกิดการเรียนรู้ร่วมกันสามารถประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยรายต่อไป

แนวทางการให้ยามอร์ฟีนบรรเทาปวด

การประเมินผู้ป่วยก่อนให้ยา

1.ประเมินชนิดของความปวดตามพยาธิกำเนิด เป็น Nociceptive หรือ neuropathic pain

2.ประเมินชนิดของความปวดตามระยะเวลาของการเกิดความปวด ปวดเฉียบพลัน หรือปวดเรื้อรัง

3.ประเมินความปวด ระดับความรุนแรง ตำแหน่งที่ปวดและตำแหน่งที่ปวดร้าว ลักษณะของความปวด

4.ซักประวัติที่เกี่ยวกับความปวด การรักษาที่ได้รับอยู่ ภาวะทางจิตสังคม ปัจจัยที่อาจกระทบกับการรักษาความปวด การตรวจร่างกาย การตรวจโดยอาศัยการประสานงานระหว่างสถานบริการ

ขั้นตอนการให้บริบาลทางเภสัชกรรม

1. เก็บรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับการรักษา

2. การค้นหาปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาของผู้ป่วยแต่ละราย

3. เภสัชกรประเมินความต้องการและผลของการรักษาร่วมกับทีมสุขภาพที่ดูแลผู้ป่วย รวมทั้งตัวผู้ป่วยเอง เพื่อเป็นข้อมูลในการกำหนดเป้าหมายและแผนการรักษา

4. กำหนดเป้าหมายของผลการรักษาด้วยยาที่ต้องการในแต่ละปัญหา

5. กำหนดทางเลือกของการบำบัดด้วยยา หาแผนการรักษาที่เป็นไปได้ โดยนำวิธีการรักษาต่าง ๆ มาพิจารณาเปรียบเทียบกัน โดยเลือกการรักษาให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย โดยคำนึงถึงประสิทธิภาพในการรักษา ความปลอดภัย ความสะดวกและควรพิจารณาถึงราคาร่วมด้วย

6. วางแผนการติดตามผลการรักษาและผลการแก้ไขปัญหา วางแผนติดตามและประเมินผลการรักษาและตรวจสอบถึงอาการไม่พึงประสงค์ของยาที่เกิดขึ้นจริงหรือมีโอกาสที่เกิดขึ้น

7. ปรับปรุงแผนบำบัดด้วยยาและแผนการติดตามผลการบำบัดด้วยยาร่วมกับทีมสุขภาพที่ดูแลผู้ป่วยก่อนและขณะที่นำแผนมาใช้

8. นำแผนการรักษามาใช้ในการบำบัด การปฏิบัติตามแผนที่ระบุอย่างถูกต้อง ครบถ้วน โดยมีการประสานงานกับผู้ที่เกี่ยวข้องในเรื่องการสั่งใช้ยา โดยมีการจดบันทึกการปฏิบัติในแต่ละขั้นตอนลงในแบบบันทึกประวัติการรักษาของผู้ป่วยให้ครบถ้วน

9. ติดตามผลการบำบัดและติดตามผลของการเปลี่ยนแปลงในด้านต่าง ๆ ร่วมด้วย
10.กำหนดทางเลือกการบำบัดรักษาและแผนการติดตามผลการบำบัดด้วยยาใหม่

ปัญหาจากการใช้ยา (Drug Related Problems; DRPs)

หมายถึง เหตุการณ์หรือสภาวะที่เกี่ยวกับการใช้ยาในการรักษา โดยอาจรบกวนหรือมีแนวโน้มที่จะรบกวนผลการรักษาที่ต้องการ โดยปัญหาจากการใช้ยาอาจมีสาเหตุของการเกิดปัญหามาจากผู้ป่วย หรือมาจากขั้นตอนการสั่งยา จ่ายยา หรือบริหารยาโดยบุคลากรทางการแพทย์

ประเภทของปัญหาจากการใช้ยาที่ใช้ในงานวิจัยนี้ คือ (ดัดแปลงจาก Helper and Strand,1990; เฉลิมศรี, 2543; รุ่งทิวา, 2544)

1. การไม่ได้รับยาที่ควรได้รับ (Untreated indication) ผู้ป่วยควรได้รับยาเพิ่มเพื่อ

1.1 รักษาโรค หรืออาการเดิมที่ไม่ได้ยา

1.2 รักษาโรค หรืออาการใหม่ที่ไม่ได้ยา

1.3 เพิ่มผลในการรักษา (combination pharmacotherapy)

1.4 ป้องกันโรค หรืออาการที่อาจแทรกซ้อนขึ้นมาในภายหลัง (prophylaxis or premedication)

2. การได้รับยาที่ไม่จำเป็น (Unnecessary drug therapy)

2.1 ผู้ป่วยได้รับยาโดยไม่มีข้อบ่งใช้ ณ เวลานั้น เช่น อาการบางอย่างไม่จำเป็นต้องได้รับยา ยาบางอย่างไม่จำเป็นต้องใช้ต่อเนื่อง

2.2 ผู้ป่วยได้รับยาหลายชนิดซ้ำซ้อน โดยไม่จำเป็นเพื่อรักษาอาการ หรือสภาวะโรคเดียวกัน

2.3 ผู้ป่วยได้รับยาเพื่อรักษาอาการข้างเคียงจากยาตัวอื่น ซึ่งเป็นอาการที่ป้องกันแก้ไขได้โดยวิธีหรือใช้ยาอื่น ๆ

2.4 ผู้ป่วยได้รับยาที่ยังไม่มีข้อมูลทางวิชาการยืนยันถึงข้อบ่งใช้นั้น

2.5 ผู้ป่วยซื้อยามาใช้เอง (self medication) โดยทำให้เกิดปัญหาตามข้อใดข้อหนึ่งของข้อ 2.1-2.4

3. การได้รับยาที่ไม่เหมาะสม (Improper drug selection) ควรเปลี่ยนยาเพราะยาที่เลือกไม่เหมาะสมกับผู้ป่วย เนื่องจาก

3.1 ผู้ป่วยมีประวัติแพ้ยา

3.2 ผู้ป่วยมีข้อห้ามในการใช้ยา

3.3 ไม่มีประสิทธิภาพในการรักษา

3.4 ไม่ใช่ยาที่มีประสิทธิภาพสูงสุดในการรักษา

3.5 มีประสิทธิภาพในการรักษาเท่ากันกับยาอื่น แต่ราคาแพงกว่า

3.6 มีประสิทธิภาพในการรักษาเท่ากันกับยาอื่น แต่มียาที่ปลอดภัยกว่า

4. การได้รับยาถูกต้อง แต่ขนาดน้อยเกินไป (Subtherapeutic dosage or dosage too low)

4.1 ขนาดยาน้อยเกินไป หรือจำนวนที่สั่งน้อยเกินไป ทำให้ผู้ป่วยได้รับยาขนาดน้อยเกินไป

4.2 เวลา หรือความถี่ของการใช้ยาห่างเกินไป

4.3 วิธีการบริหารยาไม่ถูกต้อง หรือไม่เหมาะสม

4.4 ระยะเวลาการใช้ยาสั้นเกินไป

4.5 การเก็บยาไม่ถูกต้อง ซึ่งอาจทำให้ยามีประสิทธิภาพลดลง

5. การได้รับยาถูกต้อง แต่ขนาดมากเกินไป (Overdosage or dosage too high)

5.1 ขนาดยามากเกินไป หรือจำนวนที่สั่งมากเกินไป ทำให้ผู้ป่วยได้รับยาขนาดมากเกินไป

5.2 ความถี่ของการใช้ยามากเกินไป

5.3 วิธีการบริหารยาไม่ถูกต้อง หรือไม่เหมาะสม

5.4 ระยะเวลาการใช้ยานานเกินไป

6. ผู้ป่วยเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (Adverse drug reaction; ADRs)

7. การเกิดปฏิกิริยาต่อกันระหว่างยากับยา ยากับอาหาร ยากับผลทางห้องปฏิบัติการ (Drug-drug interaction, Drug-food interaction, Drug-laboratory interaction)

8. การไม่ได้รับยา หรือได้รับไม่ครบ เพราะ

8.1 เกิดความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยาให้ผู้ป่วย

8.2 ไม่มียาในคลังยา

8.3 ยาแพง

8.4 รูปแบบ รสกลิ่นของยาไม่เหมาะสม

8.5 ความไม่ร่วมมือของผู้ป่วย ได้แก่ การไม่ได้กินยาตามแพทย์สั่ง หรือกินไม่สม่ำเสมอ การกินยาไม่เป็นเวลาที่แน่นอน กินยาในเวลาไม่เหมาะสม (ก่อนอาหาร หลังอาหาร) การลืมกินยาแล้วปฏิบัติไม่ถูกต้อง รวมถึงการไม่เข้าใจวิธีใช้ยา

8.6 การไม่มาพบแพทย์ตามนัด ทำให้ขาดยา หรือได้รับยาไม่ต่อเนื่อง

9. ปัญหาอื่น ๆ

9.1 เกิดความคลาดเคลื่อนในการสั่งยาที่ไม่สามารถเข้าเกณฑ์ในข้ออื่น ๆ เช่น แพทย์ไม่ระบุวิธีใช้ยา เป็นต้น

9.2 เกิดความคลาดเคลื่อนในการนัดพบแพทย์ เช่น ระยะเวลานัดสั้นเกินไป หรือระยะเวลานัดนานเกินไป เป็นต้น

การป้องกันและแก้ไขปัญหาจากการใช้ยา (Fincham, 1992; เฉลิมศรี, 2543) หมายถึง การป้องกันแก้ไขปัญหาจากการใช้ยา โดยดำเนินการตามกิจกรรมต่าง ๆ ได้แก่

1.การให้คำแนะนำเกี่ยวกับยา (Patient counseling)

2.การติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (ADR monitoring; ADRM) โดยการป้องกันการเกิด และเมื่อเกิดแล้วดำเนินการแก้ไข เช่น ให้คำปรึกษาแนะนำผู้ป่วย ประเมินความเชื่อมั่นของอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา

3.การให้บริการข้อมูลทางยา (Drug information service; DIS)

แนวทางปฏิบัติของเภสัชกรในการบริบาลทางเภสัชกรรม

ผู้ป่วยเข้ารับบริการ

↓

เภสัชกรสร้างความสัมพันธ์กับผู้ป่วย

↓

ซักประวัติรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยเพื่อประเมินการรักษาด้วยยา

↓

ค้นหาปัญหาจากการใช้ยา (Drug Related Problems: DRPs) ของผู้ป่วย

↓

ไม่มีปัญหาจากการใช้ยา

↓

ให้คำแนะนำปรึกษาการใช้ยาแก่ผู้ป่วย

↓

การประเมินผลการรักษา

↓

มีปัญหาจากการใช้ยา

↓

Actual DRPs → Resolved DRPs

Potential DRPs → Prevent DRPs

↓

Pharmacist action to resolved DRPs or prevent DRPs

↓

ประเมินผลของการแก้ไขหรือป้องกันปัญหาการรักษาด้วยยา

↓

การประเมินผลการรักษา

3. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ธราณี คงทะเล (2548) ได้ทำการศึกษาผลการให้บริบาลทางเภสัชกรรมเกี่ยวกับการรักษาอาการปวดในผู้ป่วยมะเร็ง ณ หอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลรามาธิบดี ซึ่งเป็นการศึกษาแบบเปรียบเทียบก่อนหลัง ในช่วงเดือนกันยายน 2547 ถึง กรกฎาคม 2548 ผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก จำนวน 47 คน จะได้รับการประเมินความปวดร่วมกับการค้นหาและแก้ไขปัญหาจากการใช้ยาทุกวัน ตั้งแต่วันที่ผู้ป่วยเข้ารับการตรวจรักษาจนกระทั่งออกจากหอผู้ป่วย และติดตามผู้ป่วยต่อจนครบ 1 เดือน ซึ่งผู้ป่วย ร้อยละ 82.9 เป็นผู้ป่วยมะเร็งระยะที่ 4 คะแนนความปวดเฉลี่ยในวันแรกรับโดยใช้ numerical rating scale คือ 7.4 ± 1.5 และหลังจากให้การบริบาลทางเภสัชกรรม พบว่า ผู้ป่วยมีคะแนนความปวดลดลงอย่างมีนัยสำคัญ (Paired sample t-test, p-value <0.001) และอาการปวดลดลงอย่างต่อเนื่องจนผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วย โดยมีปัจจัยที่มีผลต่อการลดลงของความปวด ได้แก่ คะแนนความปวดของผู้ป่วยในวันแรกรับ การเปลี่ยนชนิดของยากลุ่ม opioids และการเปลี่ยนชนิดของยาเสริม (adjuvant analgesics) พบปัญหาจากการใช้ยาเฉลี่ย ร้อยละ 9.7 ต่อผู้ป่วย 1 ราย สำหรับปัญหาที่พบมากที่สุด คือ อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา แพทย์และผู้ป่วยยอมรับแนวทางแก้ไขปัญหาจากการใช้ยา ร้อยละ 91 และ 96 ตามลำดับ เมื่อสิ้นสุดการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 14 ไม่มีความปวด และร้อยละ 48 ให้คะแนนความปวดน้อยกว่า 3 จึงสรุปได้ว่า การให้บริบาลทางเภสัชกรรมเกี่ยวกับการรักษาอาการปวดในผู้ป่วยมะเร็งโดยเภสัชกรในรูปแบบสหวิชาชีพ สามารถควบคุมความปวด ลดปัญหาจากการใช้ยา ทำให้มีผู้ป่วยที่สามารถควบคุมความปวดมากขึ้น

ประสิทธิ์ บัวเบิก (2549) ศึกษาผลของการดำเนินงานบริบาลเภสัชกรรมในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบาบัดโรงพยาบาลสุรินทร์ เพื่อค้นหา ป้องกัน และแก้ไข ปัญหาความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยา (Dispensing errors) ปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยา (Drug-related problems) และเปรียบเทียบความรู้ความเข้าใจเรื่องโรค แผนการรักษา การปฏิบัติตัว ก่อนและหลังการได้รับความรู้และคำแนะนำ ระหว่างวันที่ 25 เมษายน – 25 พฤษภาคม 2548 จำนวน ผู้ป่วยที่เข้าร่วมการศึกษา 40 คน ผลการศึกษาพบปัญหาที่เกี่ยวกับการใช้ยา (Drug-related problems) ก่อนได้รับเคมีบำบัดพบปัญหาจำนวน 129 ปัญหา(ร้อยละ32.5) ซึ่งผู้ป่วยทั้งหมดได้รับคำแนะนำในการป้องกัน การบรรเทาอาการและวิธีการปฏิบัติตัว แต่ไม่ได้วัดผลหลังให้คำแนะนำและปัญหาที่เกี่ยวกับการใช้ยา (Drug-related problems) ระหว่างผู้ป่วยเข้ารับการศึกษาพบปัญหาที่เกี่ยวกับการใช้ยา (Drug-related problems) 17 ปัญหา สามารถแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้ 15 ปัญหา (ร้อยละ 88.2) พบปัญหาความคลาดเคลื่อนจากการจ่ายยา (Dispensing errors)จำนวน 15 ครั้ง จากรายการยาทั้งหมด 331 รายการ (ร้อยละ 4.5)

สามารถดำเนินการแก้ปัญหาได้ทั้งหมด ปัญหาอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยพบปัญหาคลื่นไส้อาเจียนเกิดขึ้นมากที่สุด31 คน (ร้อยละ 77.5)ซึ่งผู้ป่วยทั้งหมดได้รับคำแนะนำวิธีการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้น จากการศึกษาความแตกต่างระหว่างความรู้ของผู้ป่วยก่อนและหลังการให้ความรู้โดยใช้สถิติ Wilcoxon Rank test พบว่า ผู้ป่วยมีความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) และจากผลการประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อบทบาทการให้บริบาลทางเภสัชกรรม พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่พอใจในการให้การบริบาลเภสัชกรรมมากกว่าร้อยละ 80 จึงสรุปได้ว่า การให้การบริบาลทางเภสัชกรรม ช่วยลดปัญหาความคลาดเคลื่อนจากการจ่ายยา ช่วยแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นจากการใช้ยา และผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อการบริบาลทางเภสัชกรรมของเภสัชกร

กชรัตน์ ชีวพฤกษ์ และธนิยา เจริญเสรีรัตน์ (2551) ได้ทำการศึกษาผลการให้บริบาลทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีอาการปวด โดยทำการศึกษาข้อมูลและประวัติการใช้ยาของผู้ป่วยจากเวชระเบียนและการสัมภาษณ์เพิ่มเติมจากผู้ป่วยหรือผู้ดูแลที่มีกำหนดพบแพทย์ ณ หน่วยระงับปวด โรงพยาบาลศิริราช ตั้งแต่เดือนกรกฎาคมถึงกันยายน 2551 จำนวน 20 ราย แบ่งออกเป็น nociceptive pain 8 ราย neuropathic pain 1 ราย และ nociceptive pain ร่วมกับ neuropathic pain 11 ราย พบว่า มีปัญหาที่เกิดจากการใช้ยา 36 ครั้ง ซึ่งปัญหาที่พบมากที่สุด คือ อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา 17 ครั้ง เช่น อาการท้องผูกจากการใช้ opioids รองลงมา คือ ปัญหาจากการใช้ยาไม่เหมาะสม 11 ครั้ง เช่น ผู้ป่วยได้รับ strong opioids ร่วมกับ weak opioids และปัญหาอื่นๆ เช่น ผู้ป่วยใช้ MST® เป็น rescue drug โดยเภสัชกรปรึกษาแพทย์เพื่อให้แก้ไขปัญหาทั้งหมด 49 ครั้ง และได้รับการแก้ไขปัญหา 44 ครั้ง รวมถึงเภสัชกรได้แนะนำการใช้ยาถูกต้องเหมาะสมให้กับผู้ป่วย 17 ราย และผู้ป่วยทุกรายให้ความร่วมมือในการ ใช้ยา จึงสรุปได้ว่า เภสักรมีบทบาทที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยด้านยา โดยการทำงานร่วมกับบุคลากรทางการแพทย์อื่น เพื่อช่วยให้การรักษาผู้ป่วยมะเร็งมีประสิทธิภาพมากขึ้น

พิจักษณา มณีพันธุ์, เบญจมาศ คุชนี (2552) ศึกษาผลการให้บริบาลทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักต่อความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย โดยศึกษาผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่เข้ารับการรักษา ณ หอผู้ป่วยให้ยาเคมีบำบัด รพศ.ขอนแก่น ระหว่าง 3 มกราคม – 31 มีนาคม 2552 ผู้ป่วยเคยได้รับยาเคมีบำบัดอย่างน้อย 1 รอบรักษา มีผู้ป่วยทั้งสิ้น 29 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม (15 คน) และกลุ่มศึกษา (14 คน) ผู้ป่วยทั้งหมดได้รับการทดสอบ pre-test ก่อนรับเคมีบำบัด ทั้งความรู้เรื่องโรคและยาเคมีบำบัด พฤติกรรมการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิต (โดย FACT-C version 4) กลุ่มศึกษาได้รับการบริบาลทางเภสัชกรรม

ได้แก่ ความรู้เรื่องโรค ยาเคมีบำบัดและการดูแลรักษาตัวเอง) ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติของหอผู้ป่วย จากนั้นทดสอบ post-test เมื่อผู้ป่วยกลับมารับยาเคมีบำบัดในรอบถัดไป กลุ่มศึกษามีคะแนนความรู้ที่ post-test มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) แต่ไม่พบความแตกต่างทางสถิติระหว่างกลุ่มในด้านพฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิต จึงสรุปได้ว่าการบริบาลทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักมีประโยชน์ทางคลินิกในด้านความรู้เรื่องโรคและยาเคมีบำบัด ส่วนผลทางด้านพฤติกรรมการดูแลตนเองและด้านคุณภาพชีวิต จำเป็นต้องพิจารณาปัจจัย

พิไลวรรณ จันทรสุกรี กัญญารัตน์ ผึ่งบรรหาร และหทัยรัตน์ จิรนันทิพัทธิ (2553) ได้ทำการศึกษาการพัฒนารูปแบบการจัดการรายกรณีในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอุตรดิตถ์ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (participatory action research) ของทีมสุขภาพ ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ และเภสัชกร นักกายภาพบำบัด โภชนาการ นักเทคนิคการแพทย์ นักรังสีวิทยา อย่างละ 1 คน ศึกษาผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่เข้ารับการรักษาด้วยการผ่าตัดเต้านมครั้งแรก ไม่มีภาวะเจ็บป่วยหรือโรคแทรกซ้อนรุนแรง จำนวน 60 คน ดำเนินการวิจัยตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ. 2548 ถึง กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2551 แบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะเตรียมการ ระยะพัฒนาและระยะประเมินผล ผลการวิจัย ระยะที่ 1 ผลการวิเคราะห์บริบทและสภาพปัจจุบัน พบว่ากระบวนการดูแลผู้ป่วยและแผนการดูแลทางคลินิกไม่มีประสิทธิภาพ ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยยังไม่บรรลุเป้าหมาย จึงนำรูปแบบการจัดการรายกรณีมาใช้ในการแก้ปัญหา ระยะที่ 2 ผลการพัฒนารูปแบบการจัดการรายกรณีในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม เป็นแบบ Hospital Case Management โดยมีพยาบาลวิชาชีพเป็นผู้จัดการรายกรณี ปฏิบัติงานร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ทำให้เกิดผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยที่ดี ระยะที่ 3 ผลการประเมินรูปแบบการจัดการรายกรณีในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม พบว่า สามารถปฏิบัติได้จริง เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วย ประหยัดค่าใช้จ่ายในการดูแล และทีมมีความพึงพอใจในการใช้ในระดับมาก ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม หลังใช้รูปแบบการจัดการรายกรณี ดีกว่าก่อนใช้ คือ ไม่พบข้อไหล่ติด การติดเชื้อของแผลผ่าตัด และ Readmission ช่องปากอักเสบรุนแรงลดลง จำนวนวันนอนหลังใช้น้อยกว่าก่อนใช้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.001 ค่าใช้จ่าย พบว่าแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ความพึงพอใจและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่0.001 จึงสรุปได้ว่า การพัฒนารูปแบบการจัดการรายกรณีในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม โดยทีมสหวิชาชีพ ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย และช่วยให้เกิดความคุ้มค่าด้านค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วย

เบญจมาศ คุชะนี และสุธาสินี หัสรินทร์ (2554) ศึกษาผลการให้การบริบาลทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ต่อความรู้เรื่องโรค และยาเคมีบำบัด พฤติกรรมการดูแลตนเอง ความรุนแรงของอาการไม่พึงประสงค์ คุณภาพชีวิตและความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการบริบาลทางเภสัชกรรม โดยทำการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเพศหญิงที่เข้ารับการรักษา ณ ศูนย์มะเร็งอุดรธานี ระหว่างเดือนมกราคมและมีนาคม 2552 ผู้เข้าร่วมการศึกษาเคยได้รับยาเคมีบำบัดมาแล้วอย่างน้อย 1 รอบ มีผู้ป่วยทั้งหมด 46 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 22 ราย และกลุ่มศึกษา 24 ราย ทั้งสองกลุ่มได้รับการทดสอบ pre-test ก่อนได้รับยาเคมีบำบัด ในกลุ่มศึกษาได้รับการบริบาลทางเภสัชกรรม (ได้แก่ ความรู้เรื่องโรค ยาเคมีบำบัดและการดูแลรักษาตนเอง) ทำการทดสอบ post-test เมื่อผู้ป่วยกลับมารับยาเคมีบำบัดในรอบถัดไป พบว่ากลุ่มศึกษามีคะแนนความรู้ พฤติกรรมการดูแลรักษาตนเอง และคุณภาพชีวิตสูงกว่ากลุ่มควบคุม ความรุนแรงของอาการไม่พึงประสงค์จากยาเคมีบำบัด (เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ผมร่วง) ลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P< 0.001$) และมีความพึงพอใจต่อการบริบาลทางเภสัชกรรมในระดับที่สูงกว่ากลุ่มควบคุม จึงสรุปได้ว่า เภสัชกรควรมีความตระหนักและมีบทบาทในการให้บริบาลทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยมะเร็ง เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้เรื่องโรค พฤติกรรมการดูแลรักษาตนเอง และคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

อื่นที่อาจเกี่ยวข้อง ได้แก่ ระยะเวลาการติดตามผล จำนวนครั้งในการให้การแทรกแซงแก่ผู้ป่วย ภาษาที่ใช้กับคนท้องถิ่น เพื่อหาแนวทางพัฒนาคุณภาพการบริบาลทาง เภสัชกรรมต่อไป

บทที่ 3
วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของเภสัชกรในการบริบาลทางเภสัชกรรมผู้ป่วยมะเร็ง มีวัตถุประสงค์เพื่อค้นหารูปแบบการมีส่วนร่วมของเภสัชกรที่เหมาะสมในการบริบาลทางเภสัชกรรมผู้ป่วยมะเร็ง โดยผู้ศึกษาได้กำหนดแนวทางในการศึกษา ประกอบด้วย

รูปแบบการศึกษา

เป็นการศึกษาแบบ การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม โดยทีมสหวิชาชีพ มีส่วนร่วมในการเรียนรู้ ร่วมกำหนดปัญหา ดำเนินการ วิเคราะห์ข้อมูล หาแนวทางปฏิบัติในการแก้ไขปัญหา และพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งของโรงพยาบาลร่วมกัน

ขอบเขตงานวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเพื่อพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของเภสัชกรในการบริบาลทางเภสัชกรรมผู้ป่วยมะเร็งในโรงพยาบาลเจ้าคุณไพบูลย์พนมทวน ตั้งแต่ กรกฎาคม 2556 ถึง มีนาคม 2557 การวิจัยผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ บุคลากรด้านสาธารณสุขที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยของโรงพยาบาลเจ้าคุณไพบูลย์พนมทวน เช่น แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัด และนักวิทยาศาสตร์การแพทย์ เป็นต้น

ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาโดยผู้วิจัย ใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ในกลุ่มตัวอย่าง คือ ทีมสหวิชาชีพที่ทำหน้าที่ร่วมกันในการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง จำนวน 18 คน ประกอบด้วย

แพทย์ จำนวน 5 ท่าน ซึ่งปฏิบัติงานประจำที่โรงพยาบาลเจ้าคุณไพบูลย์พนมทวนในช่วงเวลาที่ดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย สูติแพทย์ 1 คน แพทย์ทั่วไป 4 คน

พยาบาล จำนวน 12 ท่าน ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานประจำที่แผนกผู้ป่วยใน

เภสัชกร จำนวน 1 ท่าน หมายถึง ซึ่งเป็นผู้ให้การบริบาลทางเภสัชกรรม และเป็นผู้วิจัย

กลุ่มเป้าหมาย

ผู้ป่วยมะเร็งทุกรายที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยใน ตั้งแต่กรกฎาคม 2556-มีนาคม 2557 จำนวน 45 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. การทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย ผู้วิจัยได้ทบทวนเอกสารวิจัยผ่านระบบค้นหา อิเล็กทอนิกส์ โดยใช้คำสำหรับค้นหาว่า “แนวทางการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง” “การวิจัยเชิงปฏิบัติการ” และ “การบริบาลทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยมะเร็ง”

2. การทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เพื่อสืบค้นข้อมูลเกี่ยวกับแนวทางการดูแลรักษา สาเหตุของการนอนโรงพยาบาล รายการยาและปัญหาจากการใช้ยาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย

3. การสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion)

3.1 การนำเสนอข้อมูลสถานการณ์ การดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การวิเคราะห์ความเสี่ยงที่พบในกระบวนการดูแลรักษาในรูปแบบเดิม เปรียบเทียบความแตกต่างของการให้บริการกับมาตรฐานการดูแลที่ผู้ป่วยควรได้รับ (Gap Analysis)

3.2 การระดม และรวบรวมความคิดเห็น มีดังนี้

3.2.1 รูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งอย่างต่อเนื่อง ครอบคลุมควรเป็นอย่างไร

3.2.2 บทบาท หน้าที่ของแต่ละวิชาชีพที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย ควรมีอะไรบ้าง

3.2.3 เปรียบเทียบรูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งกับหน่วยงานอื่นซึ่งได้จากการทบทวนงานวิจัยและเอกสารที่เกี่ยวข้อง

ตัวแปรต้น

1.บริบทของโรงพยาบาลเจ้าคุณไพบูลย์พนมทวน

2.นโยบายด้านการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย และแนวทางการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง

3.การศึกษา รูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งของโรงพยาบาลต่าง ๆ จากการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้อง

ตัวแปรตาม

1. รูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลเจ้าคุณไพบูลย์พนมทวน

2. รูปแบบการมีส่วนร่วมของเภสัชกรที่เหมาะสมในการบริบาลเภสัชกรรมผู้ป่วยมะเร็งของโรงพยาบาลเจ้าคุณไพบูลย์พนมทวน ประกอบด้วย

1.โครงสร้างการจัดตั้งทีมดูแลผู้ป่วยมะเร็ง

ทีมสหวิชาชีพและบทบาทหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง

2.การให้บริการและการดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

2.1 การประเมินปัญหา สาเหตุ ของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

2.2 แนวทางการจัดการ แก้ไข ปัญหา และการจัดการความปวด

2.3 แนวทางการบริบาลทางเภสัชกรรม

3.การให้การช่วยเหลือ และติดตามดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้าน

ระยะเวลาในการรวบรวมข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูล เดือน กรกฎาคม 2556-มีนาคม 2557 รวมเป็นระยะเวลา 9 เดือน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1.การวิเคราะห์ข้อมูลบริบทของพื้นที่

ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพในกลุ่มข้อมูลที่ได้จากการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง งานวิจัยเรื่องการบริบาลทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยมะเร็ง และความคิดเห็นที่เกิดขึ้นในกระบวนการดูแลผู้ป่วย ผู้วิจัยจะวิเคราะห์แยกย่อยเป็นประเด็นสำคัญ โดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา โดยมีขั้นตอนการศึกษาดังนี้

1.1 วิเคราะห์แยกแยะรายละเอียดของเหตุการณ์ หรือประเด็นที่ศึกษาว่ามีตัวแปรย่อยหรือส่วนประกอบใดบ้าง

1.2 จัดหมวดหมู่ของส่วนประกอบ หรือตัวแปรเหล่านั้น โดยจำแนกประเภทตามกรอบแนวคิดในการวิจัย เป็นรายประเด็นที่เป็นหน่วยในการวิเคราะห์

1.3 วิเคราะห์ถึงความเชื่อมโยงของส่วนประกอบเหล่านั้น

2. การสังเคราะห์รูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งตามบริบทของโรงพยาบาล

เปรียบเทียบข้อเสนอแนะของทีมสหวิชาชีพกับการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้อง เกี่ยวกับแนวทางปฏิบัติ และการจัดรูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งของโรงพยาบาลอื่น เพื่อสังเคราะห์รูปแบบ

การดูแลผู้ป่วยมะเร็งว่ามีความสอดคล้อง เหมาะสมกับบริบท และศักยภาพของโรงพยาบาลหรือไม่ โดยรายละเอียดของรูปแบบจะแบ่งเป็น 3 ประเด็นได้แก่

ขั้นตอนการวิจัย

1. การเก็บข้อมูลพื้นฐานที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย

1.1 ทบทวนงานวิจัยและเอกสารที่เกี่ยวข้อง

1.2 การรวบรวมข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับโรงพยาบาลเจ้าคุณไพบูลย์พนมทวน ประกอบด้วย นโยบายการพัฒนาคุณภาพระบบบริการ ระบบการดูแลผู้ป่วย บริบท สถานการณ์ แนวโน้มของโรคที่สำคัญ

1.3 การทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เพื่อสืบค้นข้อมูลเกี่ยวกับแนวทางการดูแลรักษา สาเหตุของการนอนโรงพยาบาล รายการยาและปัญหาจากการใช้ยาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย

1.4 การทบทวนความเสี่ยงของระบบบริการเดิม วิเคราะห์ส่วนขาด เมื่อพิจารณาจากแนวทางเวชปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง (Gap Analysis)

2. การสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) ทีมสหวิชาชีพ ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล และเภสัชกร ประชุมแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในประเด็นรูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง วิธีการระดมความคิดเห็น มีดังนี้

2.1 ประธานของทีม คือ แพทย์ ทำหน้าที่ กำหนดประเด็น ชี้แจงวัตถุประสงค์ เป้าหมาย ของการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง โดยเปิดโอกาสให้สมาชิกทุกคนได้แสดงความคิดเห็น

2.2 เลขานุการทีม ทำหน้าที่ จุดประเด็นในการสนทนาเพื่อให้สมาชิกได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วย ประกอบด้วย

2.2.1 แนวทางการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเดิม พบ ปัญหา อุปสรรค อย่างไรบ้าง

2.2.2 แนวทางการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ต้องการพัฒนาให้มีมาตรฐานมากขึ้น ควรมีลักษณะอย่างไร

2.2.3 ขั้นตอนการให้บริการผู้ป่วยมะเร็งที่รับรักษาในโรงพยาบาล ควรมีขั้นตอนอย่างไร

2.2.4 บทบาทของแต่ละวิชาชีพที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย ควรมีอะไรบ้าง

2.3 การสังเคราะห์รูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่มีความเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลเจ้าคุณไพบูลย์พนมทวน ซึ่งจะมีการบันทึกการประชุม แลกเปลี่ยนลงในกระดาษ Flip Chart เพื่อสรุปเป็นรายงานการประชุม การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยมะเร็งของโรงพยาบาล

3. การจัดตั้งทีมดูแลผู้ป่วยมะเร็ง

3.1 จัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยมะเร็งของโรงพยาบาล (Flow Chart)

3.2 จัดเตรียมเอกสาร และเครื่องมือเพื่อใช้ในการดูแลผู้ป่วย

3.2.1 แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย (Patient Data Form) ประกอบด้วย ข้อมูล 3 ส่วน ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ ชื่อ-สกุล HN/ AN โรคประจำตัว ประวัติการแพ้ยา

2. ข้อมูลความเจ็บป่วยและประวัติการใช้ยา ได้แก่ สภาวะความเจ็บป่วย ประวัติการใช้ยาในอดีต และปัจจุบัน

3.สาเหตุของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

3.2.2 แบบบันทึกการใช้ยาผู้ป่วยใน Patient Medication Profile

1. ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ ชื่อ-สกุล อายุ HN/ AN ประวัติการแพ้ยา สิทธิการรักษา วัน-เวลาที่ Admit วัน-เวลาที่ Discharge ผลการวินิจฉัยโรค แพทย์ผู้ดูแล

2. ข้อมูลการรักษา และยาที่ได้รับ

3.2.3 แบบประเมินความปวด ซึ่งทีมเลือกใช้ Numerical rating scale (NRS) หรือ Verbal rating scale (VRS) ในการประเมินระดับความปวด

3.2.4 แบบประเมินความพึงพอใจที่มีต่อเภสัชกร

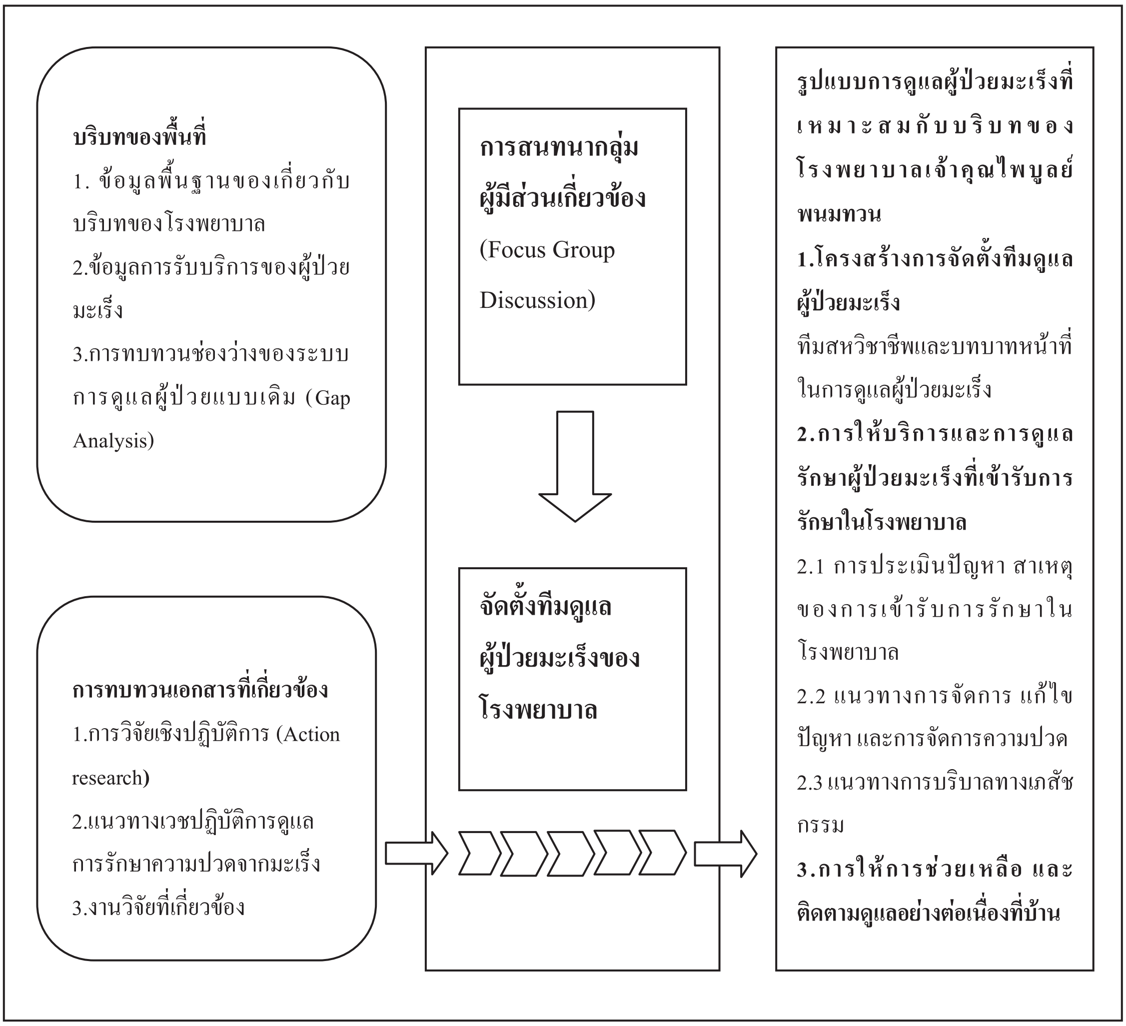
1. แบบประเมินความพึงพอใจสำหรับผู้ป่วย/ ญาติ ประกอบด้วย ความรู้ความเข้าใจเรื่องโรค การใช้ยา และอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา และประโยชน์จากการบริบาลทางเภสัชกรรม

2. แบบประเมินความพึงพอใจสำหรับแพทย์/ พยาบาล ประกอบด้วย ความพึงพอใจต่อบทบาทของเภสัชกรในด้านการค้นหา แก้ไข ป้องกันปัญหาจากการใช้ยา และประโยชน์จากการบริบาลทางเภสัชกรรม

3.3 เตรียมความพร้อมของบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานโดยจัดอบรมวิชาการ และแนะนำแนวทางการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่จัดทำขึ้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณของผู้ป่วยมะเร็ง โดยใช้สถิติเชิงพรรณา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ
2. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เนื้อหา



บทที่ 4
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ผลการศึกษาการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของเภสัชกรในการบริบาลทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยมะเร็งที่มารับบริการที่โรงพยาบาลเจ้าคุณไพบูลย์พนมทวน อำเภอพนมทวน จังหวัดกาญจนบุรี ที่แผนกผู้ป่วยใน ตั้งแต่ กรกฎาคม 2556 - มีนาคม 2557 นำเสนอผลการศึกษาเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลบริบทของพื้นที่ อันเป็นปัจจัยที่มีผลต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งของโรงพยาบาลเจ้าคุณไพบูลย์พนมทวน

1.1 ข้อมูลพื้นฐานของเกี่ยวกับบริบท และศักยภาพของโรงพยาบาล

1.2 ข้อมูลการรับบริการของผู้ป่วยมะเร็ง

1.3 รูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบเดิม (Gap Analysis)

ส่วนที่ 2 ข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่ม (Focus group) ของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง เรื่องรูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลเจ้าคุณไพบูลย์พนมทวน

ส่วนที่ 3 การสังเคราะห์รูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล เจ้าคุณไพบูลย์พนมทวน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลบริบทของพื้นที่

1.1 ข้อมูลทั่วไปของโรงพยาบาล

โรงพยาบาลเจ้าคุณไพบูลย์พนมทวนเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 60 เตียง อยู่ห่างจากอำเภอเมือง จังหวัดกาญจนบุรี 22 กิโลเมตร เป็นโรงพยาบาลทุติยภูมิระดับ 2.1 ของภาครัฐ ให้บริการผู้ป่วยครอบคลุมทั้งด้านการรักษา ส่งเสริม ป้องกัน และฟื้นฟูสมรรถภาพ ให้บริการการแพทย์ทางเลือกและกายภาพบำบัด

ประชากรในเขตรับผิดชอบจำนวน 49,153 คน 13,121 หลังคาเรือน โรงพยาบาลเครือข่ายการให้บริการระดับปฐมภูมิ จำนวน 9 แห่ง กรณีผู้ป่วยเกินสักยภาพในการดูแลรักษาจะส่งต่อไปรับบริการในโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา และโรงพยาบาลมะการักษ์

ขอบเขตและศักยภาพของการให้บริการ

บริการหลัก (Main service):

1. ดูแลรักษาพยาบาล ป้องกัน ส่งเสริม ฟื้นฟูสภาพ และการส่งกลับโดยบริการปฐมภูมิ

ในเขตพื้นที่รับผิดชอบอำเภอพนมทวน บริการทุติยะภูมิโดยรับส่งต่อจาก รพ.สต. ในเครือข่ายบริการ 9 แห่ง

2. สนับสนุนการปฏิบัติตามนโยบายของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและกระทรวงสาธารณสุข

ความสามารถเฉพาะขององค์กร (core competency):

พัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (DM ,HT , AMI, Stroke) ด้วยเครือข่ายชุมชนเข้มแข็ง

ปัญหาสุขภาพที่สำคัญในพื้นที่:

1. กลุ่มโรคเสี่ยงสูงได้แก่ Acute MI , Acute Stroke
2. กลุ่มติดเชื้อได้แก่ Sepsis
3. กลุ่มโรคและภาวะแทรกซ้อนจากอุบัติเหตุ ได้แก่ Head Injury
4. กลุ่มโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาได้แก่ DM , HT, COPD / ASTHMA
5. กลุ่มโรคติดต่อ ได้แก่ วัณโรค
6. กลุ่มสูติกรรม ได้แก่ PPH ,Teenage Pregnancy

ปัญหาสุขภาพที่เป็นโอกาสพัฒนา:

1. กลุ่มโรคเสี่ยงสูง ได้แก่ การเข้าถึง Early Detection Acute MI, Acute Stroke
2. กลุ่มติดเชื้อได้แก่ Early Detection Sepsis
3. กลุ่มโรคและภาวะแทรกซ้อนจากอุบัติเหตุได้แก่ Head Injury
4. กลุ่มโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาได้แก่การให้ข้อมูล การเสริมพลังและการดูแลต่อเนื่อง DM, HT, COPD/ASTHMA
5. กลุ่มผู้ป่วย DM HT ที่ต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องป้องกันโรคไตวายเรื้อรัง
6. กลุ่มโรคติดต่อ Early Detection และการดูแลต่อเนื่องวัณโรค HIV, DHF
7. กลุ่มสูติกรรม PPH Teenage Pregnancy

โรคที่มีข้อจำกัดในการให้บริการ / ต้องส่งต่อ:

1. โรคที่มีข้อจำกัดในการให้บริการ / ต้องส่งต่อ: AMI, Stroke, Cataract, CKD
2. กลุ่มผู้ป่วยที่ต้องได้รับการ Investigate ด้วยการทำ CT Scan, Gastro Scope, Endoscope

3. โรคทางจิตเวช

ตารางที่ 3 10 อันดับการวินิจฉัยโรคผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเจ้าคุณไพบูลย์พนมทวน

อันดับ	ปี 2555		ปี 2556	
1	HT	12,023	HT	12,287
2	DM	10,723	DM	10,770
3	Pharyngitis	3,660	Pharyngitis	3,389
4	Low back pain	2,781	Dyspepsia	2,483
5	Dyspepsia	2,625	Dizziness	1,925
6	Dizziness	2,210	Low back pain	1,552
7	Diarrhoea	2,208	HIV	1,400
8	Acute Nasopharyngitis	1,426	Acute Nasopharyngitis	1,347
9	HIV	1,363	Asthma	1,153
10	Bronchitis	1,175		

ตารางที่ 4 10 อันดับการวินิจฉัยโรคผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเจ้าคุณไพบูลย์พนมทวน

อันดับ	ปี 2555		ปี 2556	
1	AGE	425	Diarrhoea	659
2	Dizziness	282	UTI	203
3	Diarrhoea	270	Vertigo	197
4	Bronchitis	266	Dyspepsia	156
5	Vertigo	195	Bronchitis	138
6	Viral Infect	187	Dizziness	136
7	โรคหัวใจ	178	Pneumonia	118
8	UTI	161	Pharyngitis	105
9	Dyspepsia	127	COPD	100
10	COPD	125	Dengue Fever	99

ตารางที่ 5 10 อันดับโรค ที่เป็นสาเหตุการตายผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเจ้าคุณไพบูลย์พนมทวน

อันดับ	ปี 2555		ปี 2556	
1	CA (ระยะสุดท้ายรวมทุกระบบ)	19	CA (ระยะสุดท้ายรวมทุกระบบ)	18
2	Sepsis	5	Pneumonia	8
3	Pneumonia	4	Chronic Renal Failure	3
4	Cirrhosis	2	Respiratory Failure	3
5	HIV	2	Respiratory Failure / HIV	3
6	CHF	1	CHF	2
7	COPD	1	TB	2
8	Aotic Dissection	1	Cirrhosis	1
9	Paraquart Poissonning	1	Paraquart Poissonning	1
10	UGIH	1	HIV / TB / UGIH	1

ข้อมูลบุคลากร

แพทย์ ได้แก่ สูติแพทย์ 1 คน แพทย์ทั่วไป 4 คน

พยาบาลวิชาชีพ 52 คน

เภสัชกร 4 คน

นักเทคนิคการแพทย์ 2 คน

นักกายภาพบำบัด 1 คน

แพทย์แผนไทยประยุกต์ 1 คน

1.2 ข้อมูลการรับบริการของผู้ป่วยมะเร็ง

พบอัตราผู้ป่วยเสียชีวิตจากมะเร็งมีแนวโน้มสูงขึ้น ข้อมูลสถิติผู้ป่วยเสียชีวิตของโรงพยาบาลตั้งแต่ปี 2552 - 2555 เป็นผู้ป่วยเสียชีวิตจากมะเร็ง ซึ่งเป็นสาเหตุอันดับที่หนึ่ง จำนวน 11, 9, 16 และ 19 คน ตามลำดับ ผู้ป่วยมะเร็งที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ไม่สามารถให้การรักษาต่อไปได้ โรงพยาบาลจึงมีบทบาทในการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care)

1.3 คุณภาพและช่องว่างของระบบการดูแลผู้ป่วยแบบเดิม

เนื่องจากศักยภาพของโรงพยาบาลเจ้าคุณไพบูลย์พนมทวนไม่สามารถให้การรักษาผู้ป่วยมะเร็งเองได้ ผู้ป่วยจะได้รับการวินิจฉัยและรักษาจากโรงพยาบาลที่เป็นเครือข่าย ได้แก่

โรงพยาบาลราชวิถี สถาบันมะเร็งแห่งชาติ และโรงพยาบาลศูนย์ราชบุรี ผู้ป่วยมะเร็งที่มารับบริการในโรงพยาบาลจึงเป็นผู้ป่วยมะเร็งที่เกิดอาการข้างเคียงจากการรักษา มะเร็งระยะสุดท้ายที่ต้องการการดูแลประคับประคอง จากการทบทวนเวชระเบียนของผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลพบ ปัญหาในการดูแลผู้ป่วยหลายประการ ดังนี้

1. การระบุ ประเมินปัญหา และเป้าหมายของการรักษายังไม่ชัดเจน และครอบคลุม
2. การประเมิน และเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินระดับความปวดยังไม่เป็นแนวทางเดียวกัน และไม่ต่อเนื่อง
3. ปัญหาจากการใช้ยา ได้แก่ การใช้ยาระงับปวดไม่สอดคล้องกับระดับความปวด การเลือกชนิดของยาระงับปวดไม่เหมาะสม หรือซ้ำซ้อน ลักษณะการบริหารยาระงับปวดไม่ต่อเนื่องตลอดเวลา รวมถึงอาการข้างเคียงจากการใช้ยา
4. ไม่ได้รับบริการจากบุคลากรที่มีส่วนเกี่ยวข้องยังไม่ครอบคลุมวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบเดิม

ส่วนที่ 2 สนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion)

2.1 ผลการจัดประชุม แลกเปลี่ยนความคิดเห็นของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง

ผู้วิจัยและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องได้ร่วมกันทบทวนปัญหาที่เกิดขึ้นในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งร่วมกัน โดยมีผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ได้แก่

แพทย์ที่เป็นประธานของทีม	จำนวน 1 คน
พยาบาลแผนกผู้ป่วยใน	จำนวน 2 คน
เภสัชกรที่เกี่ยวข้อง	จำนวน 1 คน
นักเทคนิคการแพทย์	จำนวน 1 คน

ประเด็นที่ใช้ในการเรียนรู้ร่วมกันในเรื่องระบบการให้บริการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแยกเป็นคือ

1.การระบุ ประเมินปัญหา และเป้าหมายของการรักษาให้ครอบคลุม และชัดเจน

2.เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินระดับความปวดของโรงพยาบาล

3.บทบาท หน้าที่ของแต่ละวิชาชีพในการให้การดูแลผู้ป่วย

4.สิ่งที่ต้องการ การสนับสนุนเพิ่มเติมจากทีม และผู้บริหาร

ตารางที่ 6 แสดงรูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่เหมาะสมกับโรงพยาบาลเจ้าคุณไพบูลย์พนมทวน

ประเด็น	ข้อเสนอแนะจากทีมสหวิชาชีพ			
	แพทย์	พยาบาล	เภสัชกร	นักวิทยาศาสตร์การแพทย์
1.การระบุ ประเมินปัญหา และเป้าหมายของการรักษา	แพทย์จะระบุปัญหาให้ครอบคลุม และส่ง Investigate เพิ่มเติมทุกครั้งที่พบความเปลี่ยนแปลง พร้อมระบุเป้าหมายของการดูแลให้ชัดเจนเพื่อสื่อสารระหว่างแพทย์ พยาบาลและผู้เกี่ยวข้อง	-ขอให้แพทย์ช่วยระบุเป้าหมายของการรักษาและการวางแผนการรักษาที่ต้องการให้พยาบาล หรือผู้เกี่ยวข้องรับทราบ -กรณีพบอาการไม่พึงประสงค์ หรือปัญหาจากยาอยากให้เภสัชกรเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการปัญหา และให้คำแนะนำ		ขอให้มีการประสานความต้องการ เช่น การใช้เลือด การส่งเพาะเชื้อล่วงหน้า
2.เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินระดับความปวดของโรงพยาบาล		ควรระบุระดับความปวดไว้ในแบบฟอร์ม vital sign ของผู้ป่วย เพื่อใช้ในการสื่อสารระหว่างวิชาชีพ	ควรใช้เครื่องมือรูปแบบเดียวกันในการประเมินระดับความปวด เพื่อใช้ในการส่งต่อประเมิน และติดตามผลการจัดการความปวด	
3.แนวทางการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง	การทวทวนวิชาการควรพูดคุย ระหว่างแพทย์ และผู้เกี่ยวข้องเพื่อสังเคราะห์เป็น รูปแบบการดูแลของรพ.เจ้าคุณไพบูลย์พนมทวน			
4.สิ่งที่ต้องการ การสนับสนุนเพิ่มเติมจากทีม และผู้บริหาร	-เสนอให้นักกายภาพบำบัดเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย เช่น การสอนญาติเคาะปอด เป็นต้น -เสนอให้เภสัชกรจัดเตรียมยาในรูปแบบที่เหมาะสมกับผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยที่ใส่สายให้อาหาร การปรับยาขนาด กรณีที่มีอาการปวดกำเริบแก่ผู้ป่วยและญาติ	-อยากให้รพ.สนับสนุนเครื่องมือ/ อุปกรณ์สำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านร่างกาย เช่น แผลกดทับ หรือประสงค์กลับไปเสียชีวิตที่บ้าน ได้แก่ ออกซิเจน เตียงที่ปรับระดับได้ ที่นอนลม เครื่องดูดเสมหะ รถเข็น อุปกรณ์ทำแผล เป็นต้น	-ควรมีการทบทวนความจำเป็นของรายการยา และรูปแบบยาที่รพ. ควรจัดให้มีในบัญชียาของรพ.	

ส่วนที่ 3 การสังเคราะห์รูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล เจ้าคุณไพบูลย์พนมทวน และผลลัพธ์ของการมีส่วนร่วมของเภสัชกรในการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง

3.1 การจัดตั้งทีมดูแลผู้ป่วยมะเร็ง

ศักยภาพของโรงพยาบาล คือ การดูแลประคับประคอง ความต้องการการดูแลของผู้ป่วยมะเร็งโดยเฉพาะมะเร็งระยะสุดท้ายมีความซับซ้อน การดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย จึงต้องการการประสานงานและการทำงานร่วมกันของทีมสุขภาพ เพื่อช่วยตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวได้อย่างครอบคลุม

โครงสร้างการทำงานของทีม ประกอบด้วย

1.แพทย์ จำนวน 1 คน ทำหน้าที่ เป็นหัวหน้าทีมดูแลผู้ป่วยมะเร็ง

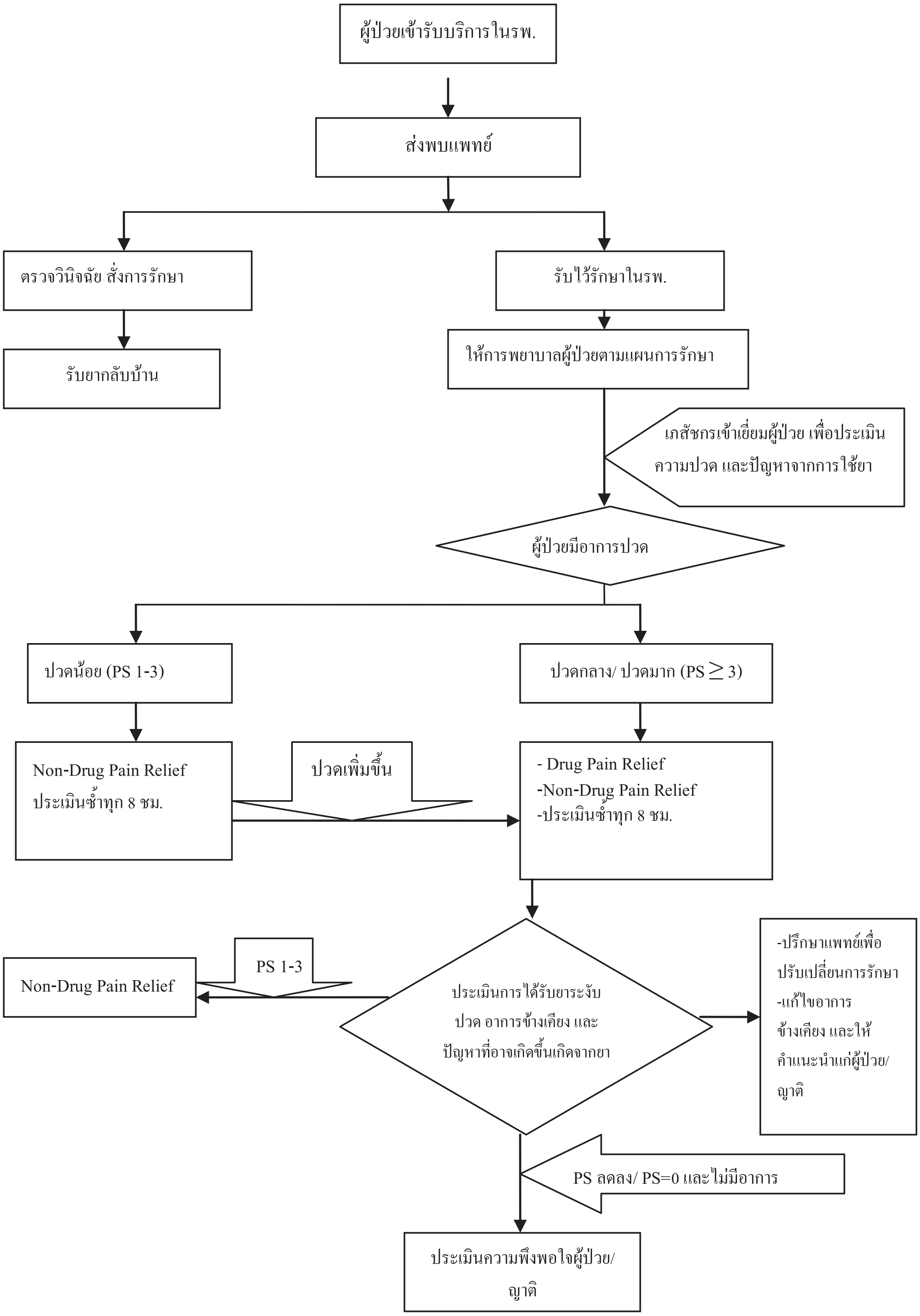
2.พยาบาล จำนวน 1 คน ทำหน้าที่ เป็นผู้ประสานงานระหว่างแผนก และระหว่างวิชาชีพ

3.พยาบาลจิตเวช จำนวน1 คน ทำหน้าที่ ให้คำปรึกษาด้ายสุขภาพจิต

4.เภสัชกร จำนวน 1 คน ทำหน้าที่ประสานงาน และบริหารจัดการด้านยา และให้คำแนะนำการใช้ยาแก่ผู้ป่วยและญาติ

5.นักกายภาพบำบัด จำนวน 1 คน ทำหน้าที่ในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย

3.2 แนวทางการดูแลผู้ป่วยของโรงพยาบาลเจ้าคุณไพบูลย์พนมทวน



1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไปจำแนกตามเพศ

คุณลักษณะ(N= 45)	จำนวน	ร้อยละ
อายุ		
< 40 ปี	2	0.45
41-50 ปี	9	20
51-60 ปี	9	20
61-70 ปี	15	33.33
> 70 ปีขึ้นไป	10	22.22
สิทธิการรักษา		
-สวัสดิการข้าราชการ	5	11.11
-ประกันสุขภาพถ้วนหน้า	40	88.89
ชนิดของมะเร็ง		
- มะเร็งในสมอง	3	6.67
- มะเร็งริมฝีปากและช่องปาก	3	6.67
- มะเร็งปอด	5	11.11
-มะเร็งต่อมน้ำเหลือง	4	8.89
-มะเร็งหลอดอาหาร	1	2.22
-มะเร็งหลังโพรงจมูก	2	0.44
-มะเร็งตับ	3	6.67
-มะเร็งตับอ่อน	1	2.22
-มะเร็งลำไส้	4	8.89
-มะเร็งเต้านม	7	15.56
-มะเร็งปากมดลูก	6	13.33
-มะเร็งเม็ดเลือดขาว	3	6.67
-มะเร็งต่อมลูกหมาก	1	2.22
-มะเร็งผิวหนัง	2	0.44

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไปจำแนกตามเพศ (ต่อ)

คุณลักษณะ(N= 45)	จำนวน	ร้อยละ
โรคร่วม		
ไม่มี	35	77.78
มี	10	22.22
เบาหวาน	5	50
ความดันโลหิตสูง	3	30
ปอดอุดกั้นเรื้อรัง	1	10
จิตเวช	1	10
ระยะความรุนแรงของโรคมะเร็ง		
ระยะที่ 2	11	24.44
ระยะที่ 3 และ 4	34	75.56

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลโดยทั่วไป

กลุ่มประชากรที่ศึกษาทั้งหมด 45 ราย เป็นชาย 23 ราย (ร้อยละ 51.1) มีอายุเฉลี่ย 61 ปี เป็นหญิง 22 ราย (ร้อยละ 48.9) มีอายุเฉลี่ย 61 ปี ผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่มารับบริการ เป็นผู้ป่วยที่อยู่ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป็นผู้ป่วยชาย 21 ราย (ร้อยละ 91.30) ผู้ป่วยหญิง 19 ราย (ร้อยละ 86.36) ชนิดของมะเร็งที่พบ 3 ลำดับแรก ในผู้ป่วยชายได้แก่ มะเร็งปอด 5 ราย (ร้อยละ 21.74) มะเร็งต่อมน้ำเหลือง 4 ราย (ร้อยละ 17.39) และมะเร็งตับ 3 ราย (ร้อยละ 13.04) ส่วนชนิดของมะเร็งที่พบ 3 ลำดับแรกในผู้ป่วยหญิงได้แก่ มะเร็งเต้านม 7 ราย (ร้อยละ 31.82) มะเร็งปากมดลูก 6 ราย(ร้อยละ 27.27) และมะเร็งลำไส้ 3 ราย (ร้อยละ 13.64) ผู้ป่วยมะเร็งทั้งชาย และหญิงส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว และส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่มีระยะความรุนแรงของโรคในระยะที่ 3 และ 4 มีผู้ป่วยที่อยู่ในระยะที่ 2 จำนวน 11 ราย เป็นผู้ป่วยชาย 4 ราย จำแนกเป็นผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาว 2 ราย มะเร็งริมฝีปากและช่องปาก 1 ราย และมะเร็งหลังโพรงจมูก 1 ราย ส่วนผู้ป่วยหญิง 7 ราย จำแนกเป็นมะเร็งเต้านม 4 ราย และมะเร็งปากมดลูก 3 ราย ซึ่งได้รับการผ่าตัดและให้ยาเคมีบำบัดจากโรงพยาบาลที่รับส่งต่อ และยังคงมีนัดติดตามผลการรักษาอย่างต่อเนื่อง ดังแสดงในตารางที่ 7

หมายเหตุ : มีผู้ป่วยเสียชีวิตระหว่างดำเนินการวิจัยจำนวน 11 ราย เป็น ผู้ป่วยชายจำนวน 10 ราย ผู้ป่วยหญิง 1 ราย จำแนกเป็นผู้ป่วยมะเร็งปอด 4 ราย มะเร็งตับ 3 ราย มะเร็งต่อมน้ำเหลือง 2 ราย มะเร็งหลอดอาหาร 1 ราย มะเร็งในสมอง 1 ราย

2. ปัญหาการใช้ยา

ตารางที่ 8 เปรียบเทียบปัญหาด้านการใช้ยาในก่อนและหลังพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย

ปัญหาที่เกิดจากการใช้ยา (จำนวนครั้ง)	**ก่อนพัฒนาระบบ** (N = 35)	**หลังพัฒนาระบบ** (N = 34)
1.ผู้ป่วยไม่ได้รับยาที่สมควรได้รับ 1.1 ไม่ได้รับยาระบายกรณีผู้ป่วยได้รับยาแก้ปวด กลุ่ม Opioids)	13	4
2.ผู้ป่วยได้รับยาไม่เหมาะสม 2.1 ได้รับยาแก้ปวดไม่สอดคล้องกับระดับความปวด 2.2 รูปแบบยาไม่เหมาะสมกับสภาวะของผู้ป่วย 2.3 ใช้ weak opioids ร่วมกับ strong opioids	 9 3 11	 2 1 2
3.ผู้ป่วยเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา : คลื่นไส้ อาเจียน	4	1
4.การบริหารยาไม่เหมาะสม : 4.1 ไม่บริหารยาแก้ปวดในลักษณะต่อเนื่อง : around the clock	11	6
รวมปัญหาการใช้ยา (จำนวนปัญหาที่พบ)	51	16
จำนวนปัญหาเฉลี่ยในผู้ป่วยแต่ละราย (mean)	1.46± 0.61	0.47±0.56

พบว่าจำนวนปัญหาด้านการใช้ยาที่พบก่อนการพัฒนาระบบมีจำนวน 51 ครั้ง จำนวนปัญหาเฉลี่ย 1.46 ครั้งต่อผู้ป่วย 1 ราย ส่วนหลังพัฒนาระบบ ซึ่งเภสัชกรได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ร่วมกับแพทย์ พยาบาล พบจำนวนปัญหาด้านการใช้ยาลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนพัฒนาระบบ โดยพบปัญหาด้านการใช้ยารวม 16 ครั้ง จำนวนปัญหาเฉลี่ย 0.47 ครั้งต่อผู้ป่วย 1 ราย ดังแสดงในตารางที่ 8

3. สาเหตุของการเข้ารับการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งในโรงพยาบาล

ตารางที่ 9 สาเหตุและวันนอนเฉลี่ยของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยมะเร็งใน แต่ละช่วงเวลา

สาเหตุของการเข้ารับการรักษาในรพ.	ก่อนพัฒนาระบบ			หลังพัฒนาระบบ		
	จำนวน (N=35)	ร้อยละ	วันนอนเฉลี่ย	จำนวน (N=34)	ร้อยละ	วันนอนเฉลี่ย
ปวด/ เจ็บ	8	22.86	3.2	7	20.59	3.4
อ่อนเพลีย/ เหนื่อยล้า	6	17.14	3.6	6	17.65	3.2
ท้องอืด / แน่นท้อง/ ท้องผูก	6	17.14	5.5	6	17.65	5.4
หายใจลำบาก/เหนื่อย/หอบ	4	11.43	6.4	3	8.82	5.7
คลื่นไส้/ อาเจียน	2	5.71	2.75	1	2.94	2
ไข้/ ติดเชื้อ	3	8.57	6.8	7	20.59	9.3
เบื่ออาหาร	2	5.71	2.8	1	2.94	2
ท้องเสีย	2	5.71	2.75	0	0	0
เลือดกำเดาไหล/ เลือดออก	1	2.86	3.5	2	5.88	4.5
วิตกกังวล/ นอนไม่หลับ	1	2.86	4	1	2.94	3

พบว่าสาเหตุของการเข้ารับการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งในโรงพยาบาล 3 ลำดับแรก ในช่วงเดือนกรกฎาคม-กันยายน 2556ได้แก่ อาการปวด/ เจ็บ อ่อนเพลีย/ เหนื่อยล้า และท้องอืด / แน่นท้อง/ ท้องผูก ส่วนในช่วงเดือน ตุลาคม 2556- มีนาคม 2557 ได้แก่ อาการปวด/ เจ็บ ไข้/ ติดเชื้อ อ่อนเพลีย/ เหนื่อยล้า และท้องอืด / แน่นท้อง/ ท้องผูก แต่สาเหตุจากไข้/ ติดเชื้อ อาการหายใจลำบาก/เหนื่อย/หอบ และท้องอืด / แน่นท้อง/ ท้องผูก เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยมีจำนวนวันนอนเฉลี่ยนานกว่าสาเหตุอื่น และการติดเชื้อยังเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต ดังแสดงในตารางที่ 9

4. ความรู้ความเข้าใจ ปัญหาด้านการใช้ยา ของผู้ป่วย/ ญาติ (ความรู้)

ทีมสหวิชาชีพที่จัดตั้งขึ้น ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัด และนักเทคนิคการแพทย์ สมาชิกในทีมรับรู้ต่อปัญหาที่เกิดขึ้นในกระบวนการดูแลผู้ป่วย และคาดหวังที่จะพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลให้ดีขึ้น สอดคล้องกับศักยภาพของโรงพยาบาลที่สามารถให้การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง สามารถให้การ

ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและญาติอย่างครอบคลุม จากการดำเนินการและการทบทวนสถานการณ์การดูแลผู้ป่วย พบปัญหาที่เกิดขึ้น ได้แก่ กระบวนการดูแลผู้ป่วย และแผนการดูแลทางคลินิกยังไม่ครอบคลุม ขาดการประสานเชื่อมโยงการดูแลผู้ป่วยระหว่างแผนกและระหว่างวิชาชีพ ผลลัพธ์การดูแลยังไม่ครอบคลุมปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้า เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการรักษา ซึ่งผู้วิจัยให้ความสนใจกับปัญหาที่เกิดขึ้นจากการใช้ยา มีจำนวน 51 ครั้ง จำนวนปัญหาเฉลี่ย 1.46 ครั้งต่อผู้ป่วย 1 ราย ปัญหาที่พบ 3 ลำดับแรก ได้แก่ การไม่ได้รับยาระบายกรณีผู้ป่วยได้รับยาแก้ปวดกลุ่ม Opioids การใช้ weak opioids ร่วมกับ strong opioids และการไม่บริหารยาแก้ปวดในลักษณะต่อเนื่องแบบ around the clock นอกจากนี้ยังพบปัญหาในด้านความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยและญาติในด้านการดูแลปฏิบัติตัว การเข้าใจเรื่องการใช้ยา และการจัดการเมื่อมีอาการปวดกำเริบ รวมถึงอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นจากการรักษาและการใช้ยา ซึ่งปัญหาที่พบในผู้ป่วยและญาติ ได้แก่ การไม่ใช้ยาแก้ปวดแบบต่อเนื่องแบบ around the clock การจัดการเมื่ออาการปวดกำเริบ และการดูแลปฏิบัติตัวเพื่อลดอาการข้างเคียงจากการใช้ยา ในส่วนของบุคลากร ได้มีการจัด**จัดอบรมให้ความรู้แก่บุคลากรเรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และการจัด การความปวด (Palliative care &Pain management**) โดยวิสัญญีแพทย์ (วันที่ 11 กันยายน 2556) เพื่อให้บุคลกรมีความรู้ ความเข้าใจ และสามารถให้การดูแลผู้ป่วยด้วยมาตรฐานเดียวกัน

5. ความพึงพอใจของผู้ป่วย ญาติ และบุคลากรที่มีต่อบทบาทของเภสัชกร (เปรียบเทียบก่อนหลัง)

ความพึงพอใจของผู้ป่วยที่มีต่อเภสัชกร

พบว่าผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจเรื่องยา อาการข้างเคียง และการปฏิบัติตัวและได้รับประโยชน์จากการให้คำแนะนำปรึกษาเพิ่มมากขึ้น เมื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจของผู้ป่วยที่มีต่อเภสัชกรโดยรวมมากกว่าก่อนที่เภสัชกรได้เข้าไปให้คำแนะนำปรึกษา โดยความพึงพอใจที่มีต่อเภสัชกรโดยความพึงพอใจโดยรวมมีค่าเฉลี่ย ก่อนและหลัง = 3.26 และ 4.12 ดังแสดงในตารางที่ **10**

ตารางที่ 10 ความรู้เรื่องยา ประโยชน์ และความพึงพอใจของผู้ป่วย เปรียบเทียบก่อนให้คำแนะนำปรึกษาจากเภสัชกร

หัวข้อ	**ก่อนการให้คำแนะนำ (N=35)**		**หลังการให้คำแนะนำ (N=34)**	
	X	SD	X	SD
1. ความรู้ความเข้าใจในเรื่องการใช้ยา และการปฏิบัติตัว หลังการให้คำแนะนำของเภสัชกร	3.34	0.48	3.94	0.34
2.ความพึงพอใจของท่านที่มีต่อเภสัชกรในด้านการให้ข้อมูลเรื่องอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา	3.06	0.39	4.38	0.84
3.ความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตัว ถ้ามีอาการข้างเคียงเกิดขึ้น	3.09	0.05	4.00	0.09
4.กิริยามารยาท การให้เกียรติ การแสดงความใส่ใจ ความเป็นกันเองของเภสัชกร	3.11	0.32	4.32	0.48
5.ประโยชน์ที่ท่านได้รับจากการให้คำปรึกษาเรื่องยาของเภสัชกร	3.23	0.43	4.03	0.46
ความพึงพอใจที่มีต่อเภสัชกรโดยรวม	3.26	0.44	4.12	0.48

6. ความพึงพอใจของบุคลากรที่มีต่อเภสัชกร

บุคลากรที่เกี่ยวข้อง มีความพึงพอใจต่อการที่เภสัชกรได้เข้ามามีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยร่วมกับแพทย์ และพยาบาล เพิ่มขึ้น เมื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังการมีส่วนร่วมของเภสัชกรในการให้การดูแลผู้ป่วย โดยความพึงพอใจโดยรวมมีค่าเฉลี่ย ก่อนและหลัง = 3.20 และ 4.07 ดังแสดงในตารางที่ 10

ตารางที่ 11 ความพึงพอใจของบุคลากรที่มีต่อเภสัชกรก่อนและหลังการให้คำแนะนำปรึกษาผู้ป่วย

หัวข้อ	**ก่อนการให้คำแนะนำ (N=17)**		**หลังการให้คำแนะนำ (N=17)**	
	X	SD	X	SD
1. การปฏิบัติงานบริบาลทางเภสัชกรรมมีประโยชน์	3.06	0.06	4.47	0.12
2.การบริบาลทางเภสัชกรรมมีส่วนช่วยส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยาของผู้รับบริการได้	3.06	0.06	4.65	0.12
3.เภสัชกรสามารถช่วยป้องกันแก้ไขปัญหาการใช้ยาของผู้รับบริการได้	3.12	0.08	4.65	0.12
4.การป้องกันปัญหาจากการใช้ยาสามารถลดค่าใช้จ่ายในการรักษาได้	3.06	0.06	4.47	0.12
5.ควรขยายงานบริบาลทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยกลุ่มอื่น ๆ เพิ่มขึ้น	3.06	0.06	4.41	0.12
ความพึงพอใจที่มีต่อเภสัชกรโดยรวม	3.20	0.41	4.07	0.59

บทที่ 5
สรุปผล อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

สรุปผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของเภสัชกรในการให้การบริบาลทางเภสัชกรรมผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเจ้าคุณไพบูลย์พนมทวน ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ได้แก่ ผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จำนวน 45 คน และบุคลากรทางการแพทย์ ประกอบด้วย แพทย์ จำนวน 5 คน พยาบาลวิชาชีพแผนกผู้ป่วยใน จำนวน 12 คน ดำเนินการวิจัยตั้งแต่ กรกฎาคม 2556 ถึง มีนาคม 2557 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย แบบบันทึกการใช้ยาผู้ป่วยใน และแบบสัมภาษณ์ความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้สถิติเบื้องต้น ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์ข้อมูลวิเคราะห์เชิงเนื้อหา นำเสนอผลการศึกษาเป็น 3 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลบริบทของพื้นที่ อันเป็นปัจจัยที่มีผลต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งของโรงพยาบาลเจ้าคุณไพบูลย์พนมทวน ได้แก่ ข้อมูลพื้นฐานของเกี่ยวกับบริบท และศักยภาพของโรงพยาบาล ข้อมูลการรับบริการของผู้ป่วยมะเร็ง และรูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบเดิม (Gap Analysis) ส่วนที่ 2 ข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) ของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในเรื่องรูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลเจ้าคุณไพบูลย์ พนมทวน ส่วนที่ 3 การสังเคราะห์รูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล เจ้าคุณไพบูลย์พนมทวน

ผลการศึกษา ผู้ป่วยมะเร็งที่ศึกษาทั้งหมด 45 ราย เป็นชาย 23 ราย (ร้อยละ 51.1) มีอายุเฉลี่ย 61 ปี เป็นหญิง 22 ราย (ร้อยละ 48.9) มีอายุเฉลี่ย 61 ปี ผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่มารับบริการ เป็นผู้ป่วยที่อยู่ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งเป็นผู้ป่วยชาย 21 ราย (ร้อยละ 91.30) ผู้ป่วยหญิง 19 ราย (ร้อยละ 86.36) ชนิดของมะเร็งที่พบ 3 ลำดับแรก ในผู้ป่วยชายได้แก่ มะเร็งปอด 5 ราย (ร้อยละ 21.74) มะเร็งต่อมน้ำเหลือง 4 ราย (ร้อยละ 17.39) และมะเร็งตับ 3 ราย (ร้อยละ 13.04) ส่วนชนิดของมะเร็งที่พบ 3 ลำดับแรกในผู้ป่วยหญิงได้แก่ มะเร็งเต้านม 7 ราย (ร้อยละ 31.82) มะเร็งปากมดลูก 6 ราย(ร้อยละ 27.27) และมะเร็งลำไส้ 3 ราย (ร้อยละ 13.64) ผู้ป่วยมะเร็งทั้งชายและหญิงส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว และส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่มีระยะความรุนแรงของโรคในระยะที่ 3 และ 4 มีผู้ป่วยที่อยู่ในระยะที่ 2 จำนวน 11 ราย เป็นผู้ป่วยชาย 4 ราย จำแนกเป็นผู้ป่วย

มะเร็งเม็ดเลือดขาว 2 ราย มะเร็ง ริมฝีปากและช่องปาก 1 ราย และมะเร็งหลังโพรงจมูก 1 ราย ส่วนผู้ป่วยหญิง 7 ราย จำแนกเป็นมะเร็งเต้านม 4 ราย และมะเร็งปากมดลูก 3 ราย ซึ่งได้รับการผ่าตัดและให้ยาเคมีบำบัดจากโรงพยาบาลที่รับส่งต่อ และยังคงมีนัดติดตามผลการรักษาอย่างต่อเนื่อง จากการศึกษาพบว่าสาเหตุของการเข้ารับการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งในโรงพยาบาล 3 ลำดับแรก ในระยะที่ 1ได้แก่ อาการปวด/ เจ็บ อ่อนเพลีย/ เหนื่อยล้า และท้องอืด / แน่นท้อง/ ท้องผูก ส่วนระยะที่ 2 ได้แก่ อาการปวด/ เจ็บ ไข้/ ติดเชื้อ อ่อนเพลีย/ เหนื่อยล้า และท้องอืด / แน่นท้อง/ ท้องผูก แต่สาเหตุจากไข้/ ติดเชื้อ อาการหายใจลำบาก/เหนื่อย/หอบ และท้องอืด / แน่นท้อง/ ท้องผูก เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยมีจำนวนวันนอนเฉลี่ยนานกว่าสาเหตุอื่น และการติดเชื้อยังเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต ผลการศึกษาปัญหาด้านการใช้ยา พบว่าจำนวนปัญหาด้านการใช้ยาที่พบก่อนการพัฒนาระบบมีจำนวน 51 ครั้ง จำนวนปัญหาเฉลี่ย 1.46 ครั้งต่อผู้ป่วย 1 ราย ส่วนหลังพัฒนาระบบ ซึ่งเภสัชกรได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ร่วมกับแพทย์ พยาบาล พบจำนวนปัญหาด้านการใช้ยาลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนพัฒนาระบบ โดยพบปัญหาด้านการใช้ยารวม 16 ครั้ง จำนวนปัญหาเฉลี่ย 0.47 ครั้งต่อผู้ป่วย 1 ราย ผลการศึกษาด้านความพึงพอใจ พบว่าผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจเรื่องยา อาการข้างเคียง และการปฏิบัติตัวและได้รับประโยชน์จากการให้คำแนะนำปรึกษาเพิ่มมากขึ้น และเมื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจของผู้ป่วยที่มีต่อ เภสัชกรโดยรวมมากกว่าก่อนที่เภสัชกรได้เข้าไปให้คำแนะนำปรึกษา โดยความพึงพอใจโดยรวมมีค่าเฉลี่ยก่อนและหลัง = 3.26 และ 4.12 ในด้านความพึงพอใจของบุคลากร พบว่าเพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบระดับความพึงพอใจก่อนและหลังการมีส่วนร่วมของเภสัชกร โดยความพึงพอใจโดยรวมมีค่าเฉลี่ยก่อนและหลัง = 3.20 และ 4.07

อภิปรายผล

ผู้วิจัยขออภิปรายผลการวิจัย ตามวัตถุประสงค์ดังต่อไปนี้

1. การให้การบริบาลทางเภสัชกรรมในรูปแบบสหวิชาชีพ ช่วยส่งเสริมให้การรักษาเป็นไปอย่างเหมาะสม และมุ่งสู่จุดมุ่งหมายของการรักษา โดยผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคอง มีความเจ็บปวด และทรมานทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เกิดปัญหาที่ซับซ้อน ทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวด กระวนกระวาย ซึมเศร้า หายใจลำบาก ท้องผูกและอาการไม่สุขสบายอื่น ๆ ทำให้ต้องเข้าออกโรงพยาบาลเป็นระยะๆ ความตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลรักษาความปวด การร่วมปรึกษา หรือส่งต่อการดูแลด้านความปวดระหว่างแพทย์ พยาบาล และเภสัชกรที่ให้การดูแลผู้ป่วย โดยเภสัชกรจะมีบทบาทในการช่วยแพทย์

ตัดสินใจเลือกใช้ยาชนิดต่างๆ วิธีการจัดซื้อจัดหา รวมถึงแหล่งของการได้มาของยาเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยลดความทุกข์ทรมานจากความปวด และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (กรมการแพทย์, 2547) เช่นเดียวกัน จากการศึกษาพบว่าสาเหตุของการเข้ารับการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งในโรงพยาบาล 3 ลำดับแรก ระยะที่ 1 ได้แก่ อาการปวด/ เจ็บ อ่อนเพลีย/ เหนื่อยล้า และท้องอืด / แน่นท้อง/ ท้องผูก และระยะที่ 2 ได้แก่ อาการปวด/ เจ็บ ไข้/ ติดเชื้อ อ่อนเพลีย/ เหนื่อยล้า และท้องอืด / แน่นท้อง/ ท้องผูก ซึ่งอาการเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยได้รับความไม่สุขสบาย และอาจต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำเป็นระยะ

2. การศึกษารูปแบบการให้การบริบาลทางเภสัชกรรมแบบมีส่วนร่วม ช่วยให้เกิดการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งอย่างครอบคลุม และส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของพิไลวรรณ จันทรสุกรี กัญญารัตน์ ผึ่งบรรหาร และหทัยรัตน์ จิรนันทิพัทธิ (2553) ได้ทำการศึกษาการพัฒนารูปแบบการจัดการรายกรณีในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอุตรดิตถ์ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (participatory action research) ของทีมสุขภาพ ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ และเภสัชกร นักกายภาพบำบัด โภชนาการ นักเทคนิคการแพทย์ นักรังสีวิทยา อย่างละ 1 คน ศึกษาผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่เข้ารับการรักษาด้วยการผ่าตัดเต้านมครั้งแรก ไม่มีภาวะเจ็บป่วยหรือโรคแทรกซ้อนรุนแรง จำนวน 60 คน พบว่าผลการพัฒนารูปแบบการจัดการรายกรณีในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม แบบ Hospital Case Management โดยมีพยาบาลวิชาชีพเป็นผู้จัดการรายกรณี ปฏิบัติงานร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ทำให้เกิดผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยที่ดี สามารถปฏิบัติได้จริง เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วย ประหยัดค่าใช้จ่ายในการดูแล และทีมมีความพึงพอใจในการใช้ในระดับมาก ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม หลังใช้รูปแบบการจัดการรายกรณี ดีกว่าก่อนใช้ คือ ไม่พบข้อไหล่ติด การติดเชื้อของแผลผ่าตัด และ Readmission ช่องปากอักเสบรุนแรงลดลง จำนวนวันนอนหลังใช้น้อยกว่าก่อนใช้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.001 ค่าใช้จ่าย พบว่าแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ความพึงพอใจและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่0.001 สรุปได้ว่า การพัฒนารูปแบบการจัดการรายกรณีในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม โดยทีมสหวิชาชีพ ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย และช่วยให้เกิดความคุ้มค่าด้านค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วย

3. การให้การบริบาลทางเภสัชกรรมผู้ป่วยมะเร็ง เภสัชกรมีบทบาทสำคัญในการค้นหา แก้ไข และป้องกันปัญหาจากการใช้ยา จากการศึกษา พบว่าจำนวนปัญหาด้านการใช้ยาที่พบก่อนการพัฒนาระบบมีจำนวน 51 ครั้ง จำนวนปัญหาเฉลี่ย 1.46 ครั้งต่อผู้ป่วย 1 ราย ส่วนหลังพัฒนาระบบ ซึ่งเภสัชกรได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ร่วมกับแพทย์ พยาบาล พบจำนวนปัญหา

ด้านการใช้ยาลดลง เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนพัฒนาระบบ โดยพบปัญหาด้านการใช้ยารวม 16 ครั้ง จำนวนปัญหาเฉลี่ย 0.47 ครั้งต่อผู้ป่วย 1 ราย สอดคล้องกับการศึกษาของกชรัตน์ ชีวพฤกษ์ และธนิยา เจริญเสรีรัตน์ (2551) พบปัญหาจากการใช้ยา คือ อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา 17 ครั้ง เช่น อาการท้องผูกจากการใช้ opioids รองลงมา คือ ปัญหาจากการใช้ยาไม่เหมาะสม 11 ครั้ง เช่น ผู้ป่วยได้รับ strong opioids ร่วมกับ weak opioids และปัญหาอื่นๆ เช่น ผู้ป่วยใช้ MST® เป็น rescue drug โดยเภสัชกรปรึกษาแพทย์เพื่อให้แก้ไขปัญหาทั้งหมด 49 ครั้ง และได้รับการแก้ไขปัญหา 44 ครั้ง รวมถึงเภสัชกรได้แนะนำการใช้ยาถูกต้องเหมาะสมให้กับผู้ป่วย 17 ราย และผู้ป่วยทุกรายให้ความร่วมมือในการ ใช้ยา และธราณี คงทะเล (2548) ผลการให้บริบาลทางเภสัชกรรมเกี่ยวกับการรักษาอาการปวดในผู้ป่วยมะเร็ง ณ หอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลรามาธิบดี หลังจากให้การบริบาลทาง เภสัชกรรม พบว่า ผู้ป่วยมีคะแนนความปวดลดลงอย่างมีนัยสำคัญ (Paired sample t-test, p-value <0.001) และอาการปวดลดลงอย่างต่อเนื่องจนผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วย พบปัญหาจากการใช้ยาเฉลี่ย ร้อยละ 9.7 ต่อผู้ป่วย 1 ราย สำหรับปัญหาที่พบมากที่สุด คือ อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา แพทย์และผู้ป่วยยอมรับแนวทางแก้ไขปัญหาจากการใช้ยา ร้อยละ 91 และ 96 ตามลำดับ เมื่อสิ้นสุดการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 14 ไม่มีความปวด และร้อยละ 48 ให้คะแนนความปวดน้อยกว่า 3 สรุปได้ว่าการให้บริบาลทางเภสัชกรรมเกี่ยวกับการรักษาอาการปวดในผู้ป่วยมะเร็งโดยเภสัชกรในรูปแบบสหวิชาชีพ สามารถควบคุมความปวด ลดปัญหาจากการใช้ยา ทำให้มีผู้ป่วยที่สามารถควบคุมความปวดมากขึ้น

4. ผลการให้การบริบาลทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยมะเร็งต่อความรู้เรื่องโรค และยา และอาการไม่พึงประสงค์ ส่งผลให้ผู้ป่วย มีความพึงพอใจของต่อการบริบาลทางเภสัชกรรม จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจเรื่องยา อาการข้างเคียง และการปฏิบัติตัวและได้รับประโยชน์จากการให้คำแนะนำปรึกษาเพิ่มมากขึ้น เมื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจของผู้ป่วยที่มีต่อเภสัชกรโดยรวมมากกว่าก่อนที่เภสัชกรได้เข้าไปให้คำแนะนำปรึกษา โดยความพึงพอใจต่อเภสัชกรโดยรวมมีค่าเฉลี่ย ก่อนและหลัง = 3.26 และ 4.12 สอดคล้องกับเบญจมาศ คุชะนี และสุธาสินี หัสรินทร์ (2554) ที่ศึกษาผลการให้การบริบาลทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ต่อความรู้เรื่องโรค และยาเคมีบำบัด พฤติกรรมการดูแลตนเอง ความรุนแรงของอาการไม่พึงประสงค์ คุณภาพชีวิตและความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการบริบาลทางเภสัชกรรม ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเพศหญิงที่เข้ารับการรักษา ณ ศูนย์มะเร็งอุดรธานี ระหว่างเดือนมกราคมและมีนาคม 2552 โดยผู้เข้าร่วมการศึกษาเคยได้รับยาเคมีบำบัดมาแล้วอย่างน้อย 1 รอบ มีผู้ป่วยทั้งหมด 46 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 22 ราย และกลุ่มศึกษา 24 ราย ทั้งสองกลุ่มได้รับการทดสอบ pre-test ก่อนได้รับยาเคมี

บำบัด ในกลุ่มศึกษาได้รับการบริบาลทางเภสัชกรรม (ได้แก่ ความรู้เรื่องโรค ยาเคมีบำบัดและการดูแลรักษาตนเอง) ทำการทดสอบ post-test เมื่อผู้ป่วยกลับมารับยาเคมีบำบัดในรอบถัดไป พบว่ากลุ่มศึกษามีคะแนนความรู้ พฤติกรรมการดูแลรักษาตนเอง และคุณภาพชีวิตสูงกว่ากลุ่มควบคุม ความรุนแรงของอาการไม่พึงประสงค์จากยาเคมีบำบัด (เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ผมร่วง) ลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P< 0.001$) และมีความพึงพอใจต่อการบริบาลทางเภสัชกรรมในระดับที่สูงกว่ากลุ่มควบคุม และการศึกษาของพิจักษณา มณีพันธุ์, เบญจมาศ คุชนี ศึกษาผลการให้บริบาลทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักต่อความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย โดยศึกษาผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่เข้ารับการรักษา ณ หอผู้ป่วยให้ยาเคมีบำบัด รพศ.ขอนแก่น ระหว่าง 3 มกราคม – 31 มีนาคม 2552 ผู้ป่วยเคยได้รับยาเคมีบำบัดอย่างน้อย 1 รอบรักษา มีผู้ป่วยทั้งสิ้น 29 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม (15 คน) และกลุ่มศึกษา (14 คน) ผู้ป่วยทั้งหมดได้รับการทดสอบ pre-test ก่อนรับเคมีบำบัด ทั้งความรู้เรื่องโรคและยาเคมีบำบัด พฤติกรรมการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิต (โดย FACT-C version 4) กลุ่มศึกษาได้รับการบริบาลทางเภสัชกรรม (ได้แก่ ความรู้เรื่องโรค ยาเคมีบำบัดและการดูแลรักษาตัวเอง) ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติของหอผู้ป่วย จากนั้นทดสอบ post-test เมื่อผู้ป่วยกลับมารับยาเคมีบำบัดในรอบถัดไปกลุ่มศึกษามีคะแนนความรู้ที่ post-test มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) แต่ไม่พบความแตกต่างทางสถิติระหว่างกลุ่มในด้านพฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิต สรุปได้ว่า เภสัชกรควรมีความตระหนักและมีบทบาทในการให้บริบาลทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยมะเร็ง เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้เรื่องโรค พฤติกรรมการดูแลรักษาตนเอง และคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะ

จากการวิจัยพบว่า การดูแลผู้ป่วยมะเร็งในรูปสหวิชาชีพ โดยเภสัชกรเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยมะเร็งได้รับการดูแลรักษาอย่างครอบคลุม ได้รับการจัดการแก้ไข ป้องกันปัญหาที่เกิดขึ้น ทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ

การศึกษาครั้งนี้สามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานเพื่อประกอบการวางแผนพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาล ได้แก่

1. ด้านการพัฒนาความรู้และทักษะของบุคลกรในเรื่องการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง และการจัดการความปวดที่มีประสิทธิภาพให้ครอบคลุมทุกวิชชาชีพ และทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ในการดูแลผู้ป่วย

2. ด้านยา ได้แก่ การจัดซื้อจัดหา จัดเตรียมเวชภัณฑ์ยาในรูปแบบที่เหมาะสมกับผู้ป่วย โดยเสนอให้ผู้มีอำนาจในการตัดสินใจ เช่น คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดของโรงพยาบาลได้ทราบข้อมูล และพิจารณานำเข้ายาที่จำเป็นต่อการดูแลผู้ป่วย

3. ด้านการบริหารจัดการ มีการส่งต่อปัญหา และการดูแลผู้ป่วยระหว่างวิชาชีพ และระหว่างแผนก เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความสะดวกสบายจากระบบบริการของโรงพยาบาล

4. ทีมผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งควรเน้นเรื่องการให้ความรู้ที่ถูกต้องแก่ทั้งผู้ป่วยและญาติ เพื่อให้การบำบัดรักษาความปวดมะเร็งได้ผลเต็มที่ ควรเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติสอบถามและรับคำแนะนำในการดูแลผู้ป่วยได้ตลอดเวลา ทั้งโดยวิธีพูดคุยโดยตรง และการรับข้อมูลจากเอกสารแผ่นพับ ส่วนสมาชิกในครอบครัว ควรรับรู้และเข้าใจสาเหตุของความปวดของผู้ป่วย รวมทั้งวิธีจัดการกับความปวดเบื้องต้นที่สามารถปฏิบัติได้จริง เช่น ความรู้เกี่ยวกับยาแก้ปวดที่ผู้ป่วยได้รับ อาการดื้อยา และภาวะติดยา เป็นต้น

ข้อจำกัดในงานวิจัย

การประเมินความรู้ความเข้าใจในเรื่องการใช้ยา และการปฏิบัติตัว การจัดการกับอาการข้างเคียง ควรมีการกำหนดคำถามเป็นรายข้อย่อย และประเมินคำตอบที่ผู้ป่วยตอบว่าถูกต้องหรือไม่ เช่น มีคำถาม 5 ข้อ ถ้าตอบถูก 3 ข้อ จะได้คะแนน เท่ากับ 3 เป็นต้น ซึ่งจะทำให้การประเมินความรู้ความเข้าใจในเรื่องการใช้ยา และการปฏิบัติตัว การจัดการกับอาการข้างเคียงมีความชัดเจนเพิ่มมากขึ้น

ผลที่เกิดจากการมีเภสัชกรร่วมในทีมสหสาขาวิชาชีพ

1. เกิดการพัฒนาระบบและความสามารถของบุคลากรในทีมสหสาขาวิชาชีพ เนื่องจากมีการแลกเปลี่ยนความรู้ซึ่งกันและกัน เภสัชกรมีหน้าที่ให้ข้อมูลด้านยา ทำให้ทีมได้มีความรู้ด้านยาและสามารถปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ สำหรับข้อมูลที่มีปัญหาในความไม่ชัดเจน เภสัชกรจำเป็นต้องสืบค้นข้อมูล วิเคราะห์และสรุปผลร่วมกันเพื่อนำมาประยุกต์ใช้ในคลินิก

2. ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่ดี และได้รับการแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับยาและอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้น เช่น การเกิดอาการคลื่อนไส้ อาเจียน จาก Tramadol การเกิดอาการท้องผูกจากยาในกลุ่ม opioids หรือวิธีการจัดการและการใช้ยาเมื่ออาการปวดกำเริบ เป็นต้น ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจ

รายการอ้างอิง

กชรัตน์ ชีวพฤกษ์ และธนิยา เจริญเสรีรัตน์. (2551). **ผลการให้บริบาลทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีอาการปวด.** เข้าถึงเมื่อ 1 สิงหาคม. เข้าถึงได้จาก http://www.pharmacy.mahidol.ac.th/thai/research_special_abstract.php?num=52&year= 2551.

กรมการแพทย์. (2547). **แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลการรักษาความปวดจากมะเร็ง**. เข้าถึงเมื่อ 1 มิถุนายน. เข้าถึงได้จาก http://www.rcpt.org/index.php/news/2012-09-24-09-26-20/187-2012-11-28-16-03-32.html.

กระทรวงสาธารณสุข. (2541). **หนังสือประกอบการประชุมแผนการป้องกัน และควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติ**. กรุงเทพมหานคร: ม.ป.ท..

เฉลิมศรี ภุมมางกูร. (2543). “การบริบาลทางเภสัชกรรม.” ใน **ปรัชญาของการบริบาลทางเภสัชกรรมปฏิบัติ**, 1-19. เฉลิมศรี ภุมมางกูล และกฤตติกา ตัญญะแสนสุข, บรรณาธิการ. กรุงเทพมหานคร: โอสถกรรมศาสตร์.

ธราณี คงทะเล. (2548). **ผลการให้บริบาลทางเภสัชกรรมเกี่ยวกับการรักษาอาการปวดในผู้ป่วยมะเร็ง ณ หอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลรามาธิบดี**. เข้าถึงเมื่อ 1 สิงหาคม. เข้าถึงได้จาก http://www.thaithesis.org/detail.php?id=1202548000524.

เบญจมาศ คุชะนี และสุธาสินี หัสรินทร์. (2554). **ผลการให้การบริบาลทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ที่ได้รับยาเคมีบำบัด ณ ศูนย์มะเร็งอุดรธานี.** เข้าถึงเมื่อ 1 สิงหาคม. เข้าถึงได้จาก http://db.hitap.net/articles/1606.

ประสิทธิ์ บัวเบิก. (2549). **ผลของการดำเนินงานบริบาลเภสัชกรรมในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดโรงพยาบาลสุรินทร์**. เข้าถึงเมื่อ 1 สิงหาคม. เข้าถึงได้จาก http://news.msu.ac.th/web/dublin.php?ID=13400399171#.VVIqj9KUfTY.

พิจักษณา มณีพันธุ์, เบญจมาศ คุชนี. (2552). **ศึกษาผลการให้บริบาลทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก.** เข้าถึงเมื่อ 1 สิงหาคม. เข้าถึงได้จาก http://db.hitap.net/articles/1752.

พิไลวรรณ จันทรสุกรี, กัญญารัตน์ ผึ่งบรรหาร และหทัยรัตน์ จิรนันทิพัทธิ. (2553). **พัฒนารูปแบบการจัดการรายกรณีในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอุตรดิตถ์**. เข้าถึงเมื่อ 1 กรกฎาคม. เข้าถึงได้จาก https://kmnurse.files.wordpress.com/2011/12/journal37v1.pdf.

สมปอง พะมุลิลา. (2554). **การวิจัยเชิงปฏิบัติการ.** เข้าถึงเมื่อ 1 กรกฎาคม. เข้าถึงได้จาก http://www.nurse.ubu.ac.th/sub/knowledgedetail/Actionresearch.pdf.

ศิริพร จิรวัฒน์กุล. (2557). **การวิจัยเชิงปฏิบัติการ.** เข้าถึงเมื่อ 1 กรกฎาคม. เข้าถึงได้จาก https://www.gotoknow.org/posts/483324/Actionresearch.pdf .

Cipolle RJ., Strand LM., and Morley PC. **Pharmaceutical care pactice.** (1998). เข้าถึงเมื่อ 1 สิงหาคม. เข้าถึงได้จาก http://www.ncbi.nlm.nih.gov/m/pubmed/2275235/.

Hepler CD. and Strand LM. (1990). " Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care." **American Journal Hospital Pharmacy** 47, 3(March):533-543.

Vatanasapt V., Martin N., Sriplung H. et al. (1991). **Cancer in Thailand.** Acessed August 1. Available from http://www.ncbi.nlm.nih.gov/m/pubmed/7549802/.

Wiedenmayer K., Summers R.S., Mackie CA. et al. (2014). **Developing pharmacy practice a focus on patient**. Acessed August 1. Available from https://www.who.int/medicines/publications/WHO_PSM_PAR_2006.5.pdf.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย (Patient Data Form)

ชื่อ-สกุล... HN/ AN…………….เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง อายุ...................ปี
ที่อยู่……………………………………………………………….เบอร์โทร…………………………..

ชนิดของมะเร็ง………………………………………………………………………………………………
สถานบริการที่ผู้ป่วยรับการ
รักษา…………………………………………………………………………………วิธีการรักษา ☐ ผ่าตัด
☐ ฉายรังสี ☐ เคมีบำบัด ☐ อื่น ๆ ระบุ………………………………………

ประวัติทางสังคม
☐สูบบุหรี่.................มวน/วัน ☐ไม่สูบบุหรี่ ☐เคยสูบบุหรี่.................มวน/วัน ปัจจุบันเลิกสูบแล้ว
☐ ดื่มสุรา เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เครื่องดื่มชูกำลัง(ระบุ)...................................☐ไม่ดื่ม
ประวัติการแพ้ ☐ยา (ระบุชื่อยา และอาการแพ้)...
☐อาหารและอื่นๆ (ระบุ)..
☐ ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้เอง
☐ ผู้ป่วยไม่สามารถดูแลตนเองได้ มีญาติดูแล (ความสัมพันธ์)..
☐ ผู้ป่วยให้ยาทางสายให้อาหาร

ข้อมูลความเจ็บป่วยและประวัติการใช้ยาในอดีต
ประวัติความเจ็บป่วย การรักษาและการใช้ยาในอดีต
....

ประวัติความเจ็บป่วยการรักษาและการใช้ยาในปัจจุบัน(รวมโรคเรื้อรัง)
....

ประวัติการเจ็บป่วยที่จำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล
☐ Bleeding problems ☐ Diabetes : Hyper-Hypoglycemia ☐ High blood pressure ☐ Kidney/ Urine problems
☐ Heart problems ☐ Lung problems ☐ Liver problems ☐ Heart problems
☐ Infections ☐ อื่นๆ ....
Weight. ....Kg. Height ………….cm.
Vital Sign : BP …………. Temp………… PR…………..RR………Pain Level (0-10) ....

ข้อมูลการเจ็บป่วยก่อนมารับการรักษาในครั้งนี้
วันที่ ....เวลา................................ Weight. ....Kg. Height ……………cm.
Vital Sign : BP ……………. Temp…………… PR………..RR…………Pain Level (0-10) ....

Note Problem
………

แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย (Patient Data Form)

วัน เดือน ปี	ยา	ขนาด	วิธีการใช้ยา	เหตุผลที่ใช้ยา	ระยะเวลาที่ต้องใช้ยา

แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย (Patient Data Form)

Pain Assessment

1. คุณเคยมีอาการปวดกำเริบภายใน 1 สัปดาห์ก่อนหน้านี้หรือไม่

☐ ไม่เคย ☐ เคย ลักษณะความปวด...

2. คุณได้รับยาเพื่อระงับปวดหรือไม่

☐ ไม่ ☐ ได้รับ จาก...

ตำแหน่ง/ อวัยวะที่ปวด...

3. ระดับความปวด

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ไม่ปวดเลย ปวดมากที่สุด

5. ระดับความปวดมีผลรบกวนการทำกิจวัตรประจำวันมากเท่าใด

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ไม่รบกวนเลย รบกวนมากที่สุด

6. ปัจจัย/ กิจกรรมใดที่ทำให้อาการปวดดีขึ้น...

7. ปัจจัย/ กิจกรรมใดที่ทำให้อาการปวดแย่ลง...

8. กรณีที่มีอาการปวดเกิดขึ้น (breakthrough pain) ผู้ป่วยได้รับยาระงับปวด

☐ ไม่ได้รับ ☐ ได้รับ ได้แก่ ....

9. การรักษาอื่น ๆ (นอกจากยา) ที่ใช้เพื่อบรรเทาอาการปวด (ประคบร้อนหรือ เย็น, กายภาพบำบัด, ฝังเข็ม)

☐ ไม่มี ☐ มี ได้แก่ ....

อาการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย

☐ อ่อนเพลีย ☐ คลื่นไส้/ อาเจียน ☐ มึนงง วิงเวียน ☐ หายใจลำบาก ☐ นอนไม่หลับ

☐ เบื่ออาหาร ☐ ท้องผูก ☐ ท้องเสีย ☐ ปากแห้ง ☐ อื่นๆ...

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

FBS….Chol…… SGOP/ SGPT……Uric acid…….BUN,Cr…… Na+…… K+……อื่น ๆ ....

ผลการรักษา

ประสิทธิผลการระงับปวด ☐ แย่มาก ☐ พอใช้ ☐ ดี ☐ ดีมาก

อาการข้างเคียง ☐ ท้องผูก ☐ ปากแห้ง ☐ คลื่นไส้/ อาเจียน ☐ มึนงง วิงเวียน ☐ อื่น ๆ.......................

สรุปผลการติดตาม ดูแลผู้ป่วย

ระดับความปวดก่อนมารับการรักษา................................ ระดับความปวดหลังรับการรักษา.................................

ปัญหา/อาการที่เกิดขึ้นในครั้งก่อน............................ปัญหา/อาการที่เกิดขึ้นในครั้งนี้...

ระยะเวลาการนอนรพ.ในครั้งก่อน.............................ระยะเวลาการนอนรพ.ในครั้งนี้...

ค่าใช้จ่ายในการรักษาในครั้งก่อน............................. ค่าใช้จ่ายในการรักษาในครั้งนี้.....................................

ภาคผนวก ข

แบบบันทึกการติดตามผู้ป่วย (Patient Monitoring Form)

วันที่	ปัญหาด้านยา (DRP)	รายละเอียด	การจัดการปัญหา	การเปลี่ยนแปลง/ การตอบสนอง	การวางแผนการรักษา ในอนาคต	ผลที่เกิดขึ้น

ภาคผนวก ค

แบบสอบถามความพึงพอใจต่อเภสัชกรในการให้การบริบาลทางเภสัชกรรมสำหรับผู้ป่วย/ ญาติ

<u>ตอนที่ 1</u> ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับผู้ให้ข้อมูล

1. ที่อยู่ปัจจุบัน : ตำบล................................ อำเภอ....................................จังหวัด........................

2. เพศ ☐1. ชาย 2. หญิง

3. อายุ ....….. ปี

4. การศึกษาสูงสุด

☐ 1. ไม่ได้ศึกษา ☐ 2. ประถมศึกษา ☐ 3. มัธยมหรืออนุปริญญา ☐ 4. ปริญญาตรีหรือสูงกว่า

5. ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย/ผู้รับบริการ

☐ 1. ตัวผู้ป่วยเอง ☐ 2. พ่อ/ แม่ ☐ 3. สามี/ ภรรยา ☐ 4. บุตร

☐ 5. ญาติ ☐ 6. อื่นๆ ระบุ…………………..

6. สิทธิคุ้มครองการรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยมี (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

☐ 1 ไม่มีหลักประกัน ☐ 2 บัตรทอง 3. ประกันสังคม

☐ 4. ข้าราชการ/ข้าราชการบำนาญ ☐ 5. รัฐวิสาหกิจ ☐6. อื่น ๆ ระบุ

<u>ตอนที่ 2</u> ความพึงพอใจของท่านต่อบริการของเภสัชกร

หัวข้อประเมิน	ดีมากที่สุด (5)	ดีมาก (4)	ดี (3)	พอใช้ (2)	ควรปรับปรุง (1)
1. ความรู้ความเข้าใจของท่านในเรื่องการใช้ยา และการปฏิบัติตัว หลังจากการให้คำแนะนำของเภสัชกร					
2. ความพึงพอใจของท่านที่มีต่อเภสัชกรในด้านการให้ข้อมูล**เรื่องอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา**					
3. ท่านมีความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตัว ถ้ามี**อาการข้างเคียง**เกิดขึ้น					
4. กิริยามารยาท การให้เกียรติ การแสดงความใส่ใจ ความเป็นกันเองของเภสัชกร					
5. ประโยชน์ที่ท่านได้รับจากการให้คำปรึกษาเรื่องยาของเภสัชกร					

7.โรค/อาการที่มารับบริการในครั้งนี้................................ ....

<u>ตอนที่ 3</u> ความเห็นของท่านต่อบริการของโรงพยาบาล

1. หากท่านป่วยในลักษณะนี้อีก ท่านจะมารับบริการที่โรงพยาบาลนี้อีกหรือไม่

☐ 1. ไม่มา ☐ 2. ไม่แน่ใจ ☐ 3. มา

เพราะ

....

....

....

2. ข้อเสนอแนะอื่น ๆ

....

....

....

ภาคผนวก ง

แบบสอบถามความพึงพอใจต่อเภสัชกรในการให้การบริบาลทางเภสัชกรรมสำหรับแพทย์/ พยาบาล

<u>ตอนที่ 1</u> ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับผู้ให้ข้อมูล

1. ☐ 1. แพทย์ ☐ 2. พยาบาล

2. เพศ ☐1. ชาย 2. หญิง

3. อายุ ....…................ ปี

<u>ตอนที่ 2</u> ความรู้สึกพึงพอใจของท่านต่อการบริบาลทางเภสัชกรรม

หัวข้อประเมิน	**ดีมากที่สุด (5)**	**ดีมาก (4)**	**ดี (3)**	**พอใช้ (2)**	**ควรปรับปรุง (1)**
1.การปฏิบัติงานบริบาลทางเภสัชกรรมมีประโยชน์					
2.การบริบาลทางเภสัชกรรมมีส่วนช่วยส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยาของผู้รับบริการได้					
3. เภสัชกรสามารถช่วยป้องกันแก้ไขปัญหาการใช้ยาของผู้รับบริการได้					
4. การป้องกันปัญหาจากการใช้ยาสามารถลดค่าใช้จ่ายในการรักษาได้					
5. ควรขยายงานบริบาลทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยกลุ่มอื่น ๆ เพิ่มขึ้น					

ข้อเสนอแนะอื่น ๆ

………...

……

……

.... …………………………

....…………………………

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ – สกุล	นางสาวปัทมาวดี ช้างเพชร
ที่อยู่	111 หมู่ 4 ต.บ้านยาง อ.เมือง จ.นครปฐม 73000
ที่ทำงาน	โรงพยาบาลเจ้าคุณไพบูลย์พนมทวน 406 หมู่ 8 ต.พนมทวน อ.พนมทวนจ.กาญจนบุรี 71140
ประวัติการศึกษา	
พ.ศ. 2537	คณะเภสัชสาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
พ.ศ. 2542	เภสัชศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล
ประวัติการทำงาน	
พ.ศ. 2542 – 2544	ฝ่ายเภสัชกรรมชุมชน โรงพยาบาลหนองบัวแดง อ.หนองบัวแดง จ.ชัยภูมิ
พ.ศ. 2544 – ปัจจุบัน	งานเภสัชกรรมชุมชนและคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลเจ้าคุณไพบูลย์พนมทวน อ.พนมทวน จ.กาญจนบุรี