



การพัฒนาระบบเภสัชกรในทีมสหวิชาชีพสำหรับการจัดการอาการปวดด้วยยา ในผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม อย่างต่อเนื่องจนถึงที่บ้าน โรงพยาบาลหนองเสือ จังหวัดปทุมธานี

ทิพย์สุคนธ์ เจริญพันธ์¹, จันทวรรณ ลิขิตวรนันท์^{2,*}

¹ นักศึกษาหลักสูตรเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเภสัชกรรมชุมชน คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร พิษณุโลก

² ภาควิชาเภสัชกรรมปฏิบัติ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร พิษณุโลก

* ติดต่อผู้นิพนธ์: chanthonrats@nu.ac.th

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ของการวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้ เพื่อพัฒนาระบบของเภสัชกรในทีมสหวิชาชีพสำหรับการจัดการความปวดทุกตำแหน่งด้วยยาในผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามอย่างต่อเนื่องจนถึงที่บ้าน กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็นสองกลุ่ม คือ บุคลากรทางการแพทย์ 14 คน และผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับยาแก้ปวดกลุ่มโอปิออยด์ควบคุมความปวด 38 คน กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเจาะจง เก็บข้อมูลระหว่าง เดือน พฤษภาคม ถึง ตุลาคม พ.ศ. 2563 ผลการศึกษา ก่อน และหลังการพัฒนาระบบเภสัชกร 1 และ 2 สัปดาห์ พบค่ามัธยฐานคะแนนความปวด (จากคะแนน 10) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 6, 4 และ 4 ตามลำดับ ค่ามัธยฐานร้อยละคะแนนความร่วมมือในการใช้ยาจากการบันทึกการใช้ยาของผู้ป่วย เท่ากับ 75.00, 93.75 และ 92.86 ตามลำดับ ค่ามัธยฐานความร่วมมือในการใช้ยาด้วยวิธีตอบแบบสอบถามพฤติกรรมการใช้ยาสำหรับคนไทย (จากคะแนน 24) เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 19.5, 23 และ 23 ตามลำดับ นอกจากนี้พบการเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของผลการศึกษา ก่อน และหลังการพัฒนาระบบเภสัชกร ในค่ามัธยฐานคะแนนความรู้ (จากคะแนน 10) ที่ 5 และ 8 ตามลำดับ และคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมเฉลี่ย (จากคะแนน 108) ที่ 53.09 และ 74.57 ตามลำดับ ค่ามัธยฐานจำนวนครั้งของปัญหาจากการใช้ยาต่อคนลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ 1 และ 0 ตามลำดับ ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจโดยรวม (จากคะแนน 5) เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ของผู้ป่วย เท่ากับ 3.24 และ 4.50 ตามลำดับ และของทีม เท่ากับ 3.00 และ 4.60 ตามลำดับ แสดงให้เห็นว่า ระบบเภสัชกรในทีมสหวิชาชีพสำหรับการจัดการความปวดนี้ ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีขึ้นแก่ผู้ป่วยในด้านการจัดการอาการปวด คุณภาพชีวิต ความรู้ และความร่วมมือในการใช้ยา ผู้ป่วยและทีมมีความพึงพอใจต่อบทบาทของเภสัชกร

คำสำคัญ: การบริหารทางเภสัชกรรม, การจัดการอาการปวด, มะเร็งระยะลุกลาม, บทบาทเภสัชกร, เภสัชกรเยี่ยมบ้าน, ทีมสหสาขาวิชาชีพ

รับต้นฉบับ: 23 มกราคม 2565; แก้ไข: 21 เมษายน 2565; ตอปรับตีพิมพ์: 5 พฤษภาคม 2565

DEVELOPMENT OF THE PHARMACIST'S ROLE AS PART OF A MULTIDISCIPLINARY TEAM PROVIDING HOME PAIN MANAGEMENT TREATMENT TO ADVANCED-STAGE CANCER PATIENTS - NONGSUA HOSPITAL, PATHUMTHANI

Thipsukon Jaroenpan¹, Chanthonrat Sitthiworanan^{2,*}

¹ Graduate student, Master of Pharmacy in Community Pharmacy, Faculty of Pharmaceutical Sciences, Naresuan University, Phitsanulok

² Department of Pharmacy Practice, Faculty of Pharmaceutical Sciences, Naresuan University, Phitsanulok

* Corresponding author: chanthonrats@nu.ac.th

ABSTRACT

The objective of this research project was to expand the role of pharmacists working as part of a multidisciplinary team who were providing pain management treatment, through the administration of opioids, to advanced-stage cancer patients in their homes. The participants were divided into 2 groups made up of 14 medical staff and 38 advanced-stage cancer patients who were using opioids to control pain. They were selected through purposive sampling. After the patients were recruited into the study, each patient was provided home pain management by pharmacists in a multidisciplinary team during a home visit 3 times. The data was collected between May and October 2020. Analysis of the effect of the development of the pharmacist's role in pain management was compared before a home visit, after a home visit for 1 and 2 weeks, showed that the median pain scores were reduced by a statistically significant amount to 6, 4, and 4 (out of 10), respectively. The medication adherence measurements showed median percentages of 75.00, 93.75, and 92.86, respectively. Medication taking behaviour as measured by the Thai (MTB-Thai) questionnaire was shown to improve, with a statistically significant increase in the median score to 19.5, 23, and 23 (out of 24), respectively. In addition, the results of the enhanced pharmacist's role in pain management before and after the interventions showed a statistically significant increase in the median patient's knowledge scores from 5 to 8 (out of 10) and the mean of patient's quality of life from 53.09 to 74.57 (out of 108). Furthermore, the median score pertaining to drug-related problems was reduced by a statistically significant amount to 1 and 0, respectively. A statistically significant increase in the score for overall satisfaction from 3.24 to 4.50 (out of 5) was seen in the patient group, and from 3.00 to 4.60 in the team group. This research shows that pharmacists can play a role as part of a multidisciplinary team providing pain management treatment to advanced-stage cancer patients in their homes, as the results in better outcomes of pain management, quality of life, knowledge, medication adherence and satisfaction of patients and the multidisciplinary teams demonstrate.

Keywords: pharmaceutical care, pain management, advanced cancer, pharmacist role, home health care, multidisciplinary team

Received: 23 January 2022; Revised: 21 April 2022; Accepted: 5 May 2022

บทนำ

จากข้อมูลสถิติที่สำคัญ พ.ศ. 2560 ของกองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้จัดลำดับสาเหตุการตาย 10 กลุ่มแรก พบว่าการตายจากมะเร็ง และเนื้องอกทุกชนิดมาเป็นอันดับหนึ่ง โดยในปี พ.ศ. 2556 ถึง 2560 พบอัตราการตายต่อประชากรหนึ่งแสนคน 104.8, 107.9, 113.7, 119.3 และ 120.5¹ ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มที่เพิ่มมากขึ้น แสดงให้เห็นว่าโรคมะเร็งเป็นโรคที่ร้ายแรงคุกคามต่อชีวิต ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่เข้าสู่ระยะลุกลาม มักมีอาการรบกวนรุนแรงในหลาย ๆ ด้าน พบว่าความปวดเป็นสาเหตุหลักที่สร้างความทุกข์ทรมานให้ผู้ป่วย พบได้บ่อยถึงร้อยละ 70 ถึง 80² ส่งผลกระทบต่อทั้งสภาพร่างกาย จิตใจ สังคม และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง³ และพบว่ามีผู้ป่วยมะเร็งมากถึงร้อยละ 46 ที่ยังได้รับการจัดการอาการปวดที่ไม่เพียงพอ ซึ่งการทราบถึงระดับอาการปวดในผู้ป่วยมะเร็งเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยจัดการอาการปวดได้ดียิ่งขึ้นตั้งแต่ระยะเริ่มวินิจฉัยโรค⁴ การที่ผู้ป่วยมักมีอาการปวดที่รุนแรงนั้น ทำให้ต้องมานอนรักษาตัวในโรงพยาบาล ส่งผลให้เกิดค่าใช้จ่ายที่สูงทั้งจากการรักษาและการดูแลของญาติ พบว่าการดูแลผู้ป่วยระยะหกลเดือนสุดท้ายของชีวิตมีค่าใช้จ่ายมูลค่าสูงมากกว่าช่วงใด ๆ ของชีวิต คิดเป็นร้อยละ 8 ถึง 11 ต่อปีของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ และเป็นร้อยละ 10 ถึง 29 ของค่าใช้จ่ายผู้ป่วย เมื่อคิดเป็นค่าใช้จ่ายเฉลี่ยโดยรวม 80,780 บาทต่อคน และวันนอนเฉลี่ย 29.2 วันต่อคน⁵ ทำให้ผู้ป่วยต้องถูกส่งต่อกลับมาเพื่อดูแลต่อเนื่องที่บ้าน จากนโยบายแผนพัฒนาสุขภาพ สาขากการดูแลแบบประคับประคอง ได้จัดให้มีระบบบริการเชื่อมโยงดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน โดยมีเกณฑ์ชี้วัดการบรรเทาอาการปวดและการจัดการอาการต่าง ๆ ด้วยยาในกลุ่มโอปิออยด์ที่มีฤทธิ์แรง (strong opioids) ในผู้ป่วยประคับประคองอย่างมีคุณภาพมากกว่าร้อยละ 40⁶ โรงพยาบาลหนองเสือเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มารับบริการส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่ถูกส่งกลับมารักษาต่อในคลินิกประคับประคอง จาก

โรงพยาบาลที่มีการตรวจรักษาโรคมะเร็ง จากการทบทวนตัวชี้วัดในปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 พบว่าโรงพยาบาลหนองเสือมีการบรรเทาอาการปวดและการจัดการอาการต่าง ๆ ด้วย strong opioids ในผู้ป่วยประคับประคองอย่างมีคุณภาพได้แค่เพียงร้อยละ 22.22 ซึ่งคุณภาพนั้นพิจารณาจากการมีเภสัชกรติดตามประสิทธิภาพจากยา ติดตามผลข้างเคียง และความร่วมมือในการใช้ยา ตลอดจนการให้ความรู้เรื่องการใช้ยา strong opioids แต่โรงพยาบาลหนองเสือยังไม่มีเภสัชกรเข้าไปมีบทบาทสำคัญในทีม ทำให้พบปัญหาต่าง ๆ จากการใช้ยา เช่น ผู้ป่วยไม่ได้รับการติดตามประเมินความปวด ไม่ได้รับยาเพื่อลดผลข้างเคียงจากยามอร์ฟิน (morphine) การบริหารยาไม่ถูกต้อง เป็นต้น ได้มีการศึกษา⁷⁻⁹ การมีเภสัชกรในทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อดูแลผู้ป่วยในคลินิกประคับประคองที่มีอาการปวด ทำให้ค้นพบและแก้ไขปัญหามาจากการใช้ยาได้อย่างเหมาะสม ผู้ป่วยสามารถควบคุมอาการปวดได้ เมื่อผู้ป่วยเกิดผลลัพธ์ในการรักษาที่ดี ส่งผลให้ผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่มีความพึงพอใจต่อการมีส่วนร่วมของเภสัชกรในทีม นอกจากนี้เภสัชกรมีบทบาทในการทบทวน ปรับปรุงบัญชียาของโรงพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงยาได้ดีขึ้น รวมทั้งช่วยค้นหาความคลาดเคลื่อนทางยาที่อาจเกิดขึ้นได้ ทำให้ต้องพิจารณาถึงบทบาทเภสัชกรในทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อทำกิจกรรมการบริหารทางเภสัชกรรม ได้แก่ การติดตามประเมินประสิทธิภาพของยาแก้ปวด การค้นหาปัญหาจากการใช้ยาและเป็นที่ปรึกษาในทีมเพื่อแนะนำขนาดยา การปรับยา และบริหารยาอย่างถูกต้อง การติดตามความร่วมมือในการใช้ยาแก้ปวด ตลอดจนให้ความรู้แก่ผู้ป่วย จึงจะจัดเป็นการจัดการอาการปวดด้วยยาในกลุ่มโอปิออยด์ (opioids) ในผู้ป่วยมะเร็งอย่างมีคุณภาพ สอดคล้องกับหลักการบริหารทางเภสัชกรรมซึ่งเป็นการส่งเสริมให้การใช้ยาเป็นไปอย่างปลอดภัย เพิ่มคุณภาพในการดูแลรักษาให้เป็นไปอย่างคุ้มค่า ผู้ป่วยมีความพึงพอใจ ซึ่งเป็นความรับผิดชอบของเภสัชกรในการดูแลรักษาผู้ป่วยด้วยยาเฉพาะราย และมีกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายคือ

ได้ผลรักษาตามต้องการ ถูกต้อง เหมาะสม ปลอดภัย ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น^{10,11}

วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนาบทบาทของเภสัชกรในทีมสหวิชาชีพสำหรับการจัดการอาการปวดด้วยยาในผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามอย่างต่อเนื่องจนถึงที่บ้าน

วิธีการศึกษา

งานวิจัยนี้มีรูปแบบงานวิจัยเป็นเชิงปฏิบัติการ (action research) ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร เลขที่โครงการ 1002/62 ระยะเวลาเก็บข้อมูลเดือน พฤษภาคม ถึง ตุลาคม พ.ศ. 2563 โดยแบ่งเป็น 2 ขั้นตอน คือ (1) ขั้นตอนการสร้างและพัฒนาบทบาทของเภสัชกร (2) ขั้นตอนการศึกษาผลของการพัฒนาบทบาทของเภสัชกร

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มเดียวกันและการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง โดยแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ (1) กลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ (สำหรับขั้นตอนการสร้างและพัฒนาบทบาทของเภสัชกร) เป็นบุคลากรทางการแพทย์ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในทีมดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย มีอำนาจในเชิงนโยบายของโรงพยาบาล และทำงานอยู่ในคณะกรรมการบริหารการดูแลผู้ป่วย ดำเนินการศึกษาด้วยวิธีการสนทนากลุ่มโดยมีผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการสนทนา จำนวน 14 คน ประกอบด้วย 1.1) แพทย์ 5 คน 1.2) พยาบาล 8 คน และ 1.3) นักโภชนาการ 1 คน (2) กลุ่มผู้รับบริการ (สำหรับขั้นตอนการศึกษาผลของการพัฒนาบทบาทของเภสัชกร) เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยมะเร็งทุกชนิดในระยะลุกลามที่มีอาการปวด อายุระหว่าง 20 ถึง 70 ปี และได้รับยาแก้ปวดกลุ่ม opioids คือ มอร์ฟิน (morphine) เฟนทานิล (fentanyl) เพทิดีน (pethidine) ทรามาดอล (tramadol) ทั้งรูปแบบรับประทานและฉีด ในการควบคุมอาการปวดจำนวน 38 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมีทั้งหมด 10 ชิ้น โดยมี 7 ชิ้นที่ผู้วิจัยพัฒนาและรวบรวมจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง (ชิ้นที่ 1 ถึง 7) และ 3 ชิ้น ที่ขออนุญาตในการนำมาใช้และได้รับอนุญาตเป็นลายลักษณ์อักษร (ชิ้นที่ 8 ถึง 10) มีดังนี้

- 1) แบบบันทึกการบริหารทางเภสัชกรรม
- 2) แบบบันทึกการรับประทานยาแก้ปวดในสมุดคู่มือผู้ป่วย
- 3) แบบประเมินความรู้ ความเข้าใจในการใช้ยาแก้ปวด การปฏิบัติตัว การติดตามผลข้างเคียงจากยา จำนวน 10 ข้อ ชนิดเลือกตอบถูก ผิด (คะแนน 0 ถึง 10)
- 4) แบบเยี่ยมบ้าน^{12,13} (ใช้เครื่องมือ INHOMESSS/IFFE)
- 5) แบบประเมินความพึงพอใจของบุคลากรทางการแพทย์ และของผู้รับบริการ เป็นมาตรวัดแบบประมาณค่า 5 ระดับ
- 6) แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม
- 7) สมุดคู่มือการใช้ยาแก้ปวดและบันทึกการรับประทานยาของผู้ป่วย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ 1 ถึง 7 ด้านความเที่ยงตรงทำโดยผู้เชี่ยวชาญทางด้านการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ความถูกต้องและความชัดเจนทางภาษา โดยคำนวณหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เกณฑ์ผ่านค่าที่มากกว่า 0.5 และ เครื่องมือ 3 มีการนำไปตรวจสอบความเป็นปรนัยโดยผู้เชี่ยวชาญ และ เครื่องมือ 5 มีการนำไปตรวจสอบด้านความเชื่อมั่นในกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับยาแก้ปวดในการควบคุมอาการปวด ที่มีลักษณะคล้ายกับโรงพยาบาลหนองเสือ คือ โรงพยาบาลคลองหลวง จำนวน 10 คน ใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ซึ่งค่าที่ยอมรับได้คือมีค่า 0.7 ขึ้นไป

- 8) แบบประเมิน ESAS (Edmonton Symptom Assessment System)¹⁴ ฉบับแปลเป็นภาษาไทยของคณะ

แพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี โดย อ.พญ.มนตร์ธัม จินดา และคณะ แปลมาจากต้นฉบับของ Bruera E ใช้ประเมินระดับความปวดและอาการร่วมอื่น ๆ ระดับการวัดแต่ละอาการจะถูกแบ่งเป็นหมายเลข 0 ถึง 10 โดยเลข 0 หมายถึง ไม่มีอาการและเลข 10 หมายถึง มีอาการมากที่สุด ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.75 การประเมินค่ามัธยฐานของคะแนนอาการต่าง ๆ จะประเมินในวันที่เก็บข้อมูล 1 ครั้ง แบบสุ่ม ณ เวลาที่ทำการประเมินในครั้งนั้น ๆ สำหรับการประเมินระดับความปวด (pain score) จะแบ่งช่วงคะแนนดังนี้ ระดับน้อย (1 ถึง 3 คะแนน) ปานกลาง (4 ถึง 6 คะแนน) และรุนแรง (7 ถึง 10 คะแนน) โดยเป้าหมายของการจัดการอาการปวดที่ดีในงานวิจัยนี้ กำหนดให้ pain score ที่ประเมินจากแบบประเมิน ESAS คือ ผู้ป่วยควรมี pain score ที่ลดลงจาก baseline เดิม $\geq 30\%$ หรือ ≥ 2 point พิจารณาระดับการยอมรับได้ของผู้ป่วยร่วมด้วย ประเมินได้จากผลกระทบต่อกิจวัตรประจำวัน การทำงาน การรบกวนคุณภาพชีวิต

9) แบบสอบถามพฤติกรรมการใช้ยาสำหรับคนไทย (Medication Taking Behavior in Thai; MTB-Thai)¹⁵ โดยพรรณทิพา ศักดิ์ทอง และคณะ ประกอบด้วย 6 ข้อคำถาม คำถามเป็นมาตรวัด 4 ระดับ ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค 0.76 (ค่าคะแนนระหว่าง 6 ถึง 24)

10) แบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็ง (Functional Assessment of Cancer Therapy-General; FACT-G) ฉบับแปลเป็นภาษาไทยของวรชัย รัตนธรร และคณะ¹⁶ แปลมาจากต้นฉบับของ เซลล่า และคณะ¹⁷ ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค มีค่าเท่ากับ 0.83 วัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็ง 4 ด้าน ในช่วงเวลา 7 วันที่ผ่านมาคือ ความผาสุก ทางด้านร่างกาย ความผาสุกด้านสังคม และ ครอบครัว ความผาสุกด้านอารมณ์และทางจิตใจ และความผาสุกด้านการปฏิบัติกิจกรรม รวมทั้งหมด 27 ข้อ แบบสอบถามเป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ ในแต่ละข้อมีค่าคะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 4 คะแนน

รวมแบบสอบถาม ทั้งฉบับมีค่าระหว่าง 0 ถึง 108 ค่าคะแนนที่สูงบ่งบอกถึงคุณภาพชีวิตที่ดี

การเก็บรวบรวมข้อมูล

แบ่งออกเป็น 2 ขั้นตอน คือ

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างและพัฒนาบทบาทเภสัชกรในทีมสหสาขาวิชาชีพสำหรับการจัดการอาการปวดด้วยยาในผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม โดยใช้วิธีการสนทนากลุ่มและมีการบันทึกเสียง ประกอบด้วยบุคลากรทางการแพทย์ 14 คน ทำให้ได้มาซึ่งบทบาทและกิจกรรมการบริหารทางเภสัชกรรมของเภสัชกรในด้านต่าง ๆ ขั้นตอนการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องถึงที่บ้านของเภสัชกรร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพดังที่สรุปในตารางที่ 1 และ 2 ตามลำดับ และแผนภาพบทบาทเภสัชกรในการจัดการอาการปวดด้วยยาในผู้ป่วยโรคมะเร็งร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ตั้งแต่โรงพยาบาลต่อเนื่องจนถึงที่บ้าน ดังรูปที่ 1

ขั้นตอนที่ 2 ศึกษาผลของบทบาทเภสัชกรในทีมสหวิชาชีพสำหรับการจัดการอาการปวดด้วยยาในผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม โดยนำรูปแบบกิจกรรมที่พัฒนาขึ้นจากขั้นตอนที่ 1 ไปใช้กับกลุ่มผู้รับบริการผลลัพธ์หลัก คือ เปรียบเทียบผลลัพธ์ด้านการบริหารเภสัชกรรมก่อนและหลังการพัฒนาบทบาทของเภสัชกร ได้แก่ ค่าคะแนนความปวด ปัญหาจากการใช้ยา ความร่วมมือในการใช้ยา ความรู้ ของผู้ป่วย ผลลัพธ์รอง คือ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ความพึงพอใจของผู้มารับบริการ และทีมสหสาขาวิชาชีพต่อการพัฒนาบทบาทของเภสัชกร โดยกิจกรรมจะเริ่มตั้งแต่ขณะอยู่ที่โรงพยาบาลต่อเนื่องจนถึงที่บ้าน ทีมสหวิชาชีพที่ไปเยี่ยมบ้านผู้ป่วยประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล เภสัชกร ผู้วิจัยมีการพบผู้รับบริการเพื่อรวบรวมข้อมูลทั้งหมด 4 ครั้ง (visit)/คน โดย visit 1 = ผู้ป่วยได้รับยาแก้ปวดครั้งแรกที่ OPD (ไม่เคยได้รับยาแก้ปวดมาก่อน) visit 2 = ผู้ป่วยได้รับยาแก้ปวดไป 1 สัปดาห์ และเภสัชกรเยี่ยมบ้าน (เริ่มให้กิจกรรมบริหารทางเภสัชกรรม) ครั้งที่ 1 visit 3 = ผู้ป่วยได้รับกิจกรรมบริหารทางเภสัชกรรมไป 1 สัปดาห์ และเภสัชกร

เยี่ยมบ้านครั้งที่ 2 และ visit 4 = ผู้ป่วยได้รับกิจกรรม บริบาลทางเภสัชกรรมไป 2 สัปดาห์ และเภสัชกรเยี่ยม บ้านครั้งที่ 3 โดยในแต่ละ visit จะมีการรวบรวมข้อมูล ด้วยเครื่องมือต่าง ๆ ดังสรุปในตารางที่ 3 กิจกรรมการ บริบาลทางเภสัชกรรมที่ทำ ได้แก่ ติดตามประเมิน ประสิทธิภาพของยาแก้ปวด แนะนำขนาดยา รูปแบบยา การบริหารยาที่เหมาะสมแก่แพทย์ พยาบาล ทบสวน ประสานรายการยา ค้นหาปัญหาจากการใช้ยา ให้ความรู้

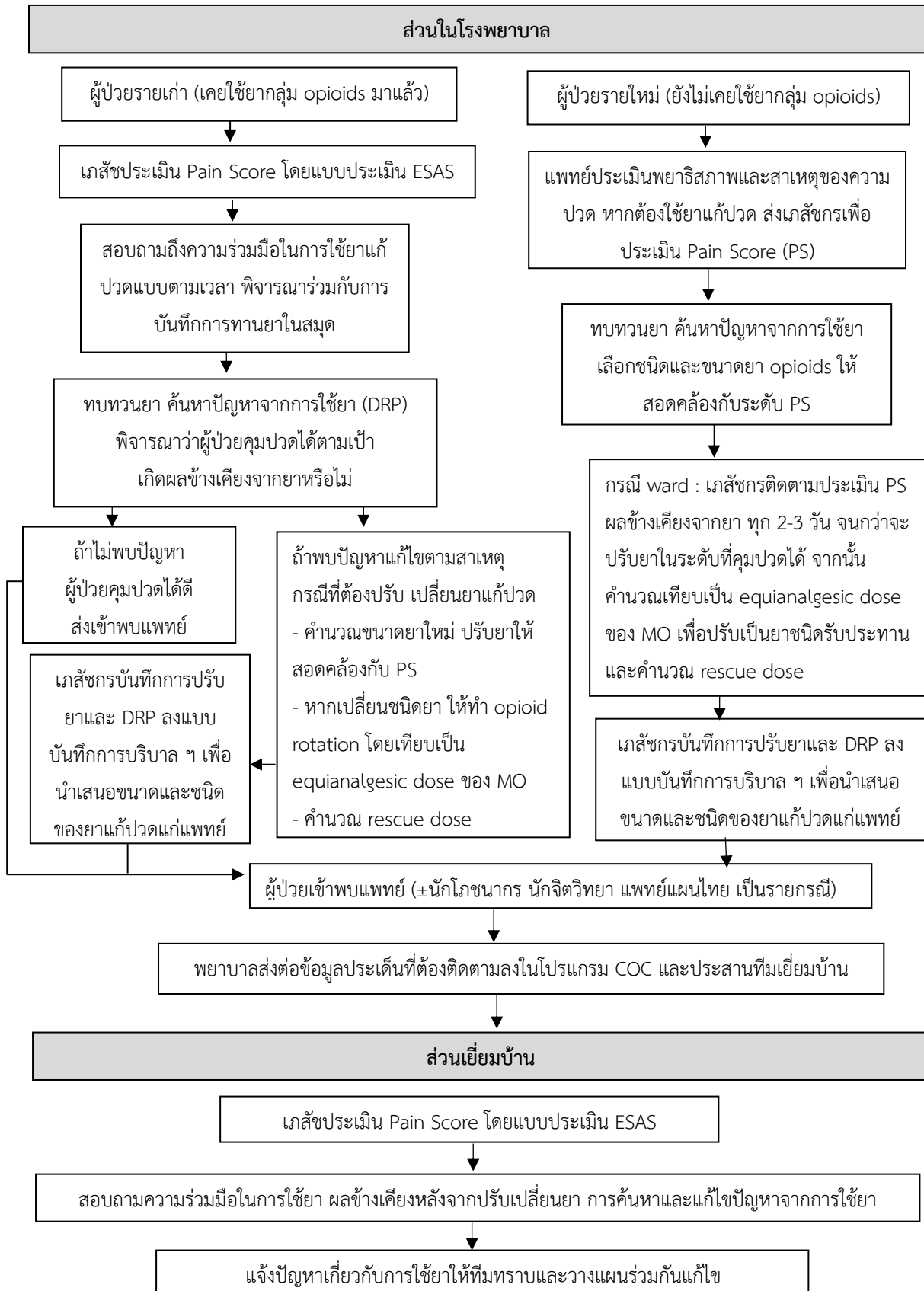
เรื่องการใช้ยา การปฏิบัติตัว การติดตามผลข้างเคียงจาก ยา ติดตามความร่วมมือในการใช้ยาแก้ปวดที่รับประทาน ตามเวลา (around the clock) และให้ผู้ป่วยหรือผู้ดูแล บันทึกลงในสมุดบันทึกการใช้ยาแก้ปวด ร่วมกับ ทำ แบบสอบถามของ MTB-Thai โดยในขั้นตอนการประเมิน ด้วยแบบสอบถามในแต่ละ visit จะใช้เวลาไม่เกิน 10 นาที จากนั้นทำกิจกรรม 20 นาทีรวมแล้วในแต่ละ visit ใช้เวลา ไม่เกิน 30 นาที

ตารางที่ 1 บทบาทและกิจกรรมการบริบาลทางเภสัชกรรมของเภสัชกรในด้านต่าง ๆ

บทบาทของเภสัชกร	กิจกรรมการบริบาลทางเภสัชกรรม
1. ความร่วมมือในการใช้ยา	- ติดตามความร่วมมือในการใช้ยาแก้ปวดแบบต่อเนื่องตามเวลา โดยสอบถามถึง ยาที่ใช้ ขนาด วิธีใช้ ความถี่ เวลาที่ใช้ การปฏิบัติตามคำแนะนำในการใช้ยาของผู้ป่วย โดย พิจารณาร่วมกับข้อมูลจากการบันทึกการใช้ยาแก้ปวดในสมุด - หาสาเหตุของความไม่ร่วมมือในการใช้ยา เช่น ผู้ป่วยไม่เข้าใจวิธีใช้ยา ไม่ปฏิบัติตาม คำแนะนำในการใช้ยา เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยา ผู้ป่วยไม่ได้รับยา เป็นต้น เพื่อ แก้ไขที่สาเหตุนั้น - ส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาตามแพทย์สั่ง ชี้แนะถึงข้อดี ของความร่วมมือในการใช้ยา - เสนอแนะกิจกรรมช่วยเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยา เช่น จัดแยกยาเป็นมื้อ ๆ กล่องใส่ ยา ฉลากตัวใหญ่ ๆ หรือมีภาพประกอบในผู้ที่สายตาไม่ดี กิจกรรมต่าง ๆ ดังกล่าว เภสัชกรอาจสามารถแก้ไขปัญหาได้เอง หลังจากนั้นให้ส่งต่อ ข้อมูลให้ทีม เพื่อติดตามความร่วมมือในการใช้ยาในการเยี่ยมบ้านครั้งต่อไป
2. การจัดการอาการไม่พึงประสงค์ จากการใช้ยาแก้ปวดกลุ่ม opioids	- ติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาทุกครั้งที่ไปเยี่ยมบ้าน และพิจารณาข้อมูล จากการบันทึกอาการผิดปกติในสมุดร่วมด้วย - หาสาเหตุที่ทำให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์ เช่น การเกิดอันตรกิริยาของยา ผู้ป่วยแพ้ยา การเพิ่มขนาดยาเร็วเกินไป การไม่ได้ให้ยาเพื่อลดอาการไม่พึงประสงค์ของยา เป็นต้น - แนะนำเรื่องผลข้างเคียงของยาที่ผู้ป่วยใช้ การจัดการ และป้องกันผลข้างเคียง - ประเมินแพทย์ เพื่อช่วยประเมินปัญหา และเสนอแนวทางแก้ไข หลังจากนั้นให้ส่งต่อ ข้อมูลให้ทีม เพื่อติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาในการเยี่ยมบ้านครั้งต่อไป
3. การติดตามอันตรกิริยาของยา	- หาสาเหตุ หากเป็นปัญหาที่ไม่ก่อให้เกิดอันตรายกับผู้ป่วยให้เฝ้าระวัง และแจ้งผู้ป่วยให้ สังเกตอาการผิดปกติ แต่หากเป็นปัญหาที่ก่อให้เกิดอันตราย ประเมินแพทย์ เพื่อ ปรับเปลี่ยนยาให้เหมาะสม หลังจากนั้นให้ส่งต่อข้อมูลให้ทีม เพื่อติดตามอาการผิดปกติ ของผู้ป่วยในการเยี่ยมบ้านครั้งต่อไป

ตารางที่ 2 ขั้นตอนการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องถึงที่บ้านของเภสัชกรร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ

ระยะเยี่ยมบ้าน	กิจกรรมที่ทำร่วมกับทีมตามลำดับ
ก่อนเยี่ยมบ้าน	1) ศึกษาข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน ก่อนออกเยี่ยมบ้านร่วมกับทีม โดยเภสัชกรจะเน้น ทบทวนประวัติการใช้ยาเดิม จากข้อมูลที่มีใน HOSxP ร่วมกับทีม จากนั้นพยาบาลหน่วยบริการปฐมภูมิ สรุปรายชื่อผู้ป่วยที่ต้องไปเยี่ยมให้ทีมฟังในภาพรวม 2) ประชุมทีมเยี่ยมบ้าน เพื่อวางแผน วัน เวลา ที่จะออกไปเยี่ยมบ้าน และเตรียมกล่องเยี่ยมบ้าน 3) ทีมกำหนดวัตถุประสงค์สำหรับผู้ป่วยเฉพาะรายของการไปเยี่ยมบ้านในครั้งนั้น (ศึกษาข้อมูลที่บันทึกไว้ในประเด็นที่ต้องติดตามครั้งก่อน) 4) ทีมโทรแจ้งผู้ป่วยล่วงหน้าถึงวัน เวลา ที่ทีมจะเข้าไปโดยยึดตามความสะดวกของผู้ป่วยเป็นหลัก จากนั้นพยาบาล หน่วยบริการปฐมภูมิ ประสานพยาบาลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล (รพ.สต.) เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ประจำพื้นที่รับผิดชอบ เพื่อลงพื้นที่ร่วมกัน
ขณะเยี่ยมบ้าน	แพทย์ : 1) ประเมินปัญหาสุขภาพของผู้ป่วย ค้นหาปัญหาของผู้ป่วยหรือครอบครัวที่ต้องแก้ไขตามลำดับความเร่งด่วน 2) วางแผน กำหนดเป้าหมายการรักษาร่วมกันกับผู้ป่วยและครอบครัว พยาบาล : 1) ประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Performance Scale; PPS) ในทุกครั้งที่ไปเยี่ยมบ้าน 2) เตรียมผู้ดูแลผู้ป่วย ประเมิน caregiver burden ประเมินความต้องการของครอบครัว ที่อยู่อาศัย สิ่งแวดล้อม และวางแผนการดูแลล่วงหน้าก่อนผู้ป่วยจะเสียชีวิต (Advance care plan) 3) ให้การพยาบาลแบบประคับประคอง ทำหัตถการต่าง ๆ ร่วมกับแพทย์ เภสัชกร : 1) จับประเด็นของผู้ป่วยในระหว่างที่แพทย์และพยาบาลคุยกับผู้ป่วยหรือญาติ นำเครื่องมือ INHOMESSS IFFE มาช่วยในการสัมภาษณ์ จากนั้นทบทวนการใช้ยาทุกอย่างที่ผู้ป่วยใช้ และจัดบันทึกลงแบบบริบาลฯ 2) ประเมิน ESAS, ประเมินข้อมูลการบันทึกการรับประทานยาในสมุดรวมกับการสอบถามถึงการรับประทานยาของผู้ป่วยเพื่อติดตามความร่วมมือในการใช้ยา 3) ค้นหาปัญหาจากการใช้ยา จากนั้นปรึกษาทีมเพื่อหาแนวทางแก้ไขร่วมกัน และบันทึกประเด็นในการติดตามครั้งต่อไปซึ่งต้องส่งต่อให้เจ้าหน้าที่ประจำแต่ละรพ.สต.ด้วย เพื่อให้ดูแลผู้ป่วยร่วมกัน เจ้าหน้าที่จาก รพ.สต. และอสม. : 1) ประเมินปัญหาทางด้านสังคม 2) ประสานเครือข่ายทางสังคม หน่วยงานต่าง ๆ เช่น องค์การบริหารส่วนตำบล เทศบาล กลุ่มทางศาสนา 3) แนะนำการเข้ารับบริการในชุมชนใกล้บ้าน (รพ.สต.) 4) ส่งต่อข้อมูลประสานกับทีมเยี่ยมบ้านของโรงพยาบาล
หลังเยี่ยมบ้าน	1) เภสัชกรสรุปรายชื่อประเด็นที่ต้องติดตามผู้ป่วยในการเยี่ยมบ้านครั้งต่อไปร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ และสรุปรายชื่อผู้ป่วยแต่ละราย กำหนดระยะเวลาในการไปเยี่ยมซ้ำ 2) พยาบาล หน่วยบริการปฐมภูมิ ลงข้อมูลการเยี่ยมบ้านใน HOSxP และนำประเด็นที่ต้องติดตามในครั้งต่อไปของแต่ละวิชาชีพลงรายงานข้อมูลของผู้ป่วยแต่ละรายในโปรแกรม Smart COC เพื่อส่งต่อข้อมูลลงพื้นที่



รูปที่ 1 บทบาทของเภสัชกรในการจัดการอาการปวดด้วยยาในผู้ป่วยโรคมะเร็งร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ตั้งแต่โรงพยาบาลต่อเนื่องจนถึงที่บ้าน

ตารางที่ 3 การเก็บข้อมูลแบบสอบถามในแต่ละครั้งที่พบผู้ป่วยต่อเนื่องจนถึงที่บ้าน

ก่อนพัฒนาระบบทบทวน (ก่อนให้บริบาลทางเภสัชกรรม)		หลังพัฒนาระบบทบทวน (หลังให้บริบาลทางเภสัชกรรม)	
visit 1	visit 2	visit 3 (หลัง 1 สัปดาห์)	visit 4 (หลัง 2 สัปดาห์)
- ESAS*	- ESAS*	- ESAS*	- ESAS*
- INHOMESSS/IFFE	- ความรู้	- ความรู้	- FACT-G**
- FACT-G**	- ความร่วมมือในการใช้ยา	- ความร่วมมือในการใช้ยา	- ความพึงพอใจ
- ความพึงพอใจ		- ปัญหาจากการใช้ยา	- ความร่วมมือในการใช้ยา
- ปัญหาจากการใช้ยา			- ปัญหาจากการใช้ยา

* Edmonton Symptom Assessment System

** Functional Assessment of Cancer Therapy – General

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยโปรแกรม SPSS version 21 นำเสนอผลการวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน ใช้เปรียบเทียบความแตกต่างของผลลัพธ์การบริบาลทางเภสัชกรรมก่อนและหลังพัฒนาระบบทบทวนในการจัดการอาการปวดด้วยยา โดยใช้ Paired t-test, Wilcoxon signed rank test และ Friedman test

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป

ในการศึกษากลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 บุคลากรทางการแพทย์ จำนวน 14 คน และกลุ่มที่ 2 ผู้รับบริการ จำนวน 38 คน ส่วนใหญ่ผู้รับบริการและผู้ดูแลรับทราบข้อมูลจากเภสัชกรร่วมกัน คุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างดังแสดงในตารางที่ 4

ผลการสัมภาษณ์ผู้ป่วยจากการเยี่ยมบ้านโดยใช้เครื่องมือ INHOMESSS

เครื่องมือนี้ช่วยประเมินความเหมาะสมของการปฏิบัติตัว และสภาพความเป็นอยู่ของผู้ป่วย โดยแบ่งเป็น 3 ส่วน คือ (1) การประเมินสุขภาพผู้ป่วยทั่วไป ความเหมาะสมพิจารณาจากความสามารถทำกิจวัตรประจำวัน

พฤติกรรมการรับประทานอาหาร สภาพแวดล้อมและความปลอดภัยของที่พักอาศัย การมีผู้ดูแล การควบคุมโรคได้ และการไปใช้สิทธิการรักษาพยาบาลใกล้บ้าน (2) การประเมินทางด้านยา ความเหมาะสมพิจารณาจากการได้รับยาที่ไม่รบกวนการเคลื่อนไหวของผู้ป่วย อาหารไม่มีผลต่อยา การเก็บรักษา ยา การไม่รบกวนคนรอบข้างในการใช้ยา และการใช้ยาตามแพทย์สั่ง ความปลอดภัย ความร่วมมือในการใช้ยา และการเข้าถึงยาที่จำเป็น (3) การประเมินสุขภาพด้านความปวด ความเหมาะสมพิจารณาจากปัญหาความปวดที่รบกวนการทำงาน กิจวัตรประจำวัน การรับประทานอาหาร และคุณภาพชีวิตผู้ดูแล การจัดสภาพแวดล้อมของบ้านให้เหมาะสมกับความปวด และความปลอดภัยภายใต้การดูแลของแพทย์ในการเข้าถึงยาแก้ปวด ทั้งนี้การประเมินด้านจิตวิญญาณ ความเชื่อ (spirituality) มีความหลากหลายทางความคิด วัฒนธรรม และศาสนา ผู้วิจัยจึงไม่ได้นำมาแสดงผลการศึกษา

การประเมินสุขภาพผู้ป่วยทั่วไป ผู้ป่วยส่วนใหญ่สามารถทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐานได้เอง มีพฤติกรรมการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค ภายในบ้านที่อาศัยอยู่มีสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมต่อการดูแลผู้ป่วย และมีความปลอดภัย มีญาติใกล้ชิดคอยช่วยเหลือ ผู้ป่วยสามารถควบคุมโรคได้มีสัญญาณชีพที่ดี และรับรู้ถึงการไป

ตารางที่ 4 ข้อมูลคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

คุณลักษณะ	จำนวน (ร้อยละ)
กลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ (n=14)	
เพศ	
หญิง	12 (85.7)
ชาย	2 (14.3)
กลุ่มวิชาชีพ	
แพทย์	4 (28.6)
ทันตแพทย์	1 (7.1)
พยาบาล	8 (57.1)
นักโภชนาการ	1 (7.1)
กลุ่มผู้รับบริการ (n=38)	
เพศ	
หญิง	27 (71.1)
ชาย	11 (28.9)
โรคประจำตัวรวม	
มีโรคประจำตัวรวม*	23 (60.5)
1 โรค	11 (47.8)
มากกว่า 1 โรค	12 (52.2)
ไม่มีโรคประจำตัวรวม	15 (39.5)
ชนิดของโรคมะเร็ง	
เต้านม	14 (36.8)
ปากมดลูก	4 (10.5)
ลำไส้ใหญ่	3 (7.9)
อื่น ๆ**	17 (44.7)
ระยะของโรคมะเร็ง	
ระยะที่ 3	22 (57.9)
ระยะที่ 4	16 (42.1)
การมีผู้ดูแลผู้ป่วย (caregiver)	
มีผู้ดูแลคอยช่วยเหลือ	35 (92.1)
ไม่มีผู้ดูแลคอยช่วยเหลือ	3 (7.9)
ความสามารถในการบริหารยา	
บริหารยาเอง	34 (89.5)
ไม่สามารถบริหารยาเอง	4 (10.5)

* โรคประจำตัวรวม ได้แก่ ความดันโลหิตสูง 14 (36.8), ไขมัน 13 (34.2), เบาหวาน 8 (21.1), โลหิตจาง 3 (7.9), ไตวายเรื้อรัง 2 (5.3), หอบหืด 1 (2.6), ไทรอยด์ 1 (2.6) และลมชัก 1 (2.6)

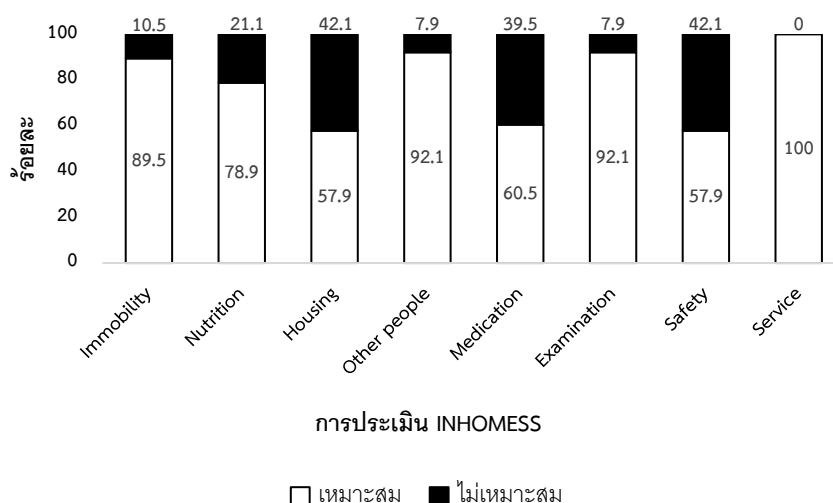
** อื่น ๆ ได้แก่ ปอด 2 (5.3), ตับ 2 (5.3), ลิ้น 2 (5.3), คอหอย 2 (5.3), กล้องเสียง 2 (5.3), หลอดอาหาร 2 (5.3), เนื้อเยื่ออ่อน 1 (2.6), กระเพาะอาหาร 1 (2.6), รังไข่ 1 (2.6), ผิวหนัง 1 (2.6) และต่อมน้ำเหลืองชนิดนอนฮอดจ์กิน 1 (2.6)

รับบริการที่สถานพยาบาลใกล้บ้านตามสิทธิ สำหรับการ **ประเมินทางด้านยา** ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับยาที่ทำให้ง่วงนอนแต่ไม่มีผลต่อการเคลื่อนไหวภายในบ้าน อาหารไม่มีผลต่อยา ผู้ป่วยสามารถเก็บรักษายาที่บ้านได้อย่างเหมาะสม ยาไม่มีผลรบกวนคนรอบข้าง (การใช้ยาของผู้ป่วยไม่ได้สร้างความลำบากให้กับผู้ที่อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย) ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับยาโรคประจำตัวที่สั่งใช้โดยแพทย์ มียาที่ซื้อมาใช้เองบางส่วน เช่น น้ำมันกัญชา ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการใช้ยาดี ยาไม่ได้ทำให้เกิดผลข้างเคียงจนทำให้เกิดอันตรายและผู้ป่วยสามารถเข้าถึงยาที่จำเป็นได้ สำหรับการ**ประเมินสุขภาพด้านความปวด** ผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังไม่สามารถทำงานที่ต้องออกแรงมากขึ้นได้เนื่องจากมีปัญหาด้านความปวดมารบกวน แต่ไม่มีผลต่อความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน และไม่มีผลต่อการรับประทานอาหาร รวมถึงการจัดสภาพแวดล้อมของบ้านให้เหมาะสมกับผู้ที่มีอาการปวด เช่น ผู้ป่วยย้ายห้องนอนด้านล่าง เพื่อหลีกเลี่ยงการขึ้นบันไดสูง ๆ เป็นต้น ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระดับความปวดที่ไม่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล ญาติใกล้ชิด และทุกคนได้รับการจัดการอาการปวดภายใต้การดูแลของแพทย์ จึงมีความ

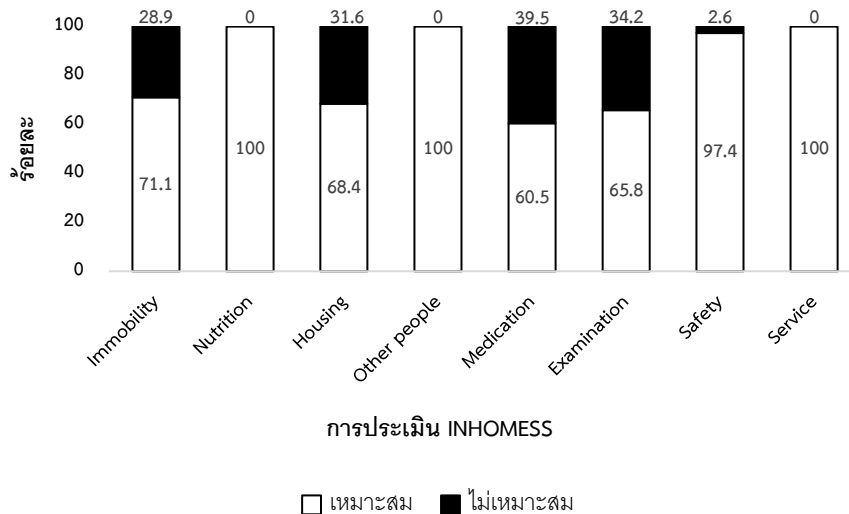
ปลอดภัย นอกจากนี้ทุกคนสามารถเข้าถึงการรักษาและเข้าถึงยาเพื่อบรรเทาปวดได้ตามสิทธิ การประเมิน INHOMESSS ก่อนให้การบริบาลเภสัชกรรมแสดงดังรูปที่ 2, 3 และ 4

ผลลัพธ์การบริบาลทางเภสัชกรรม ได้แก่ ด้านคะแนนความปวดและอาการร่วมอื่น ๆ ด้านปัญหาจากการใช้ยา ด้านความร่วมมือในการใช้ยา ด้านความรู้ คุณภาพชีวิต และความพึงพอใจ

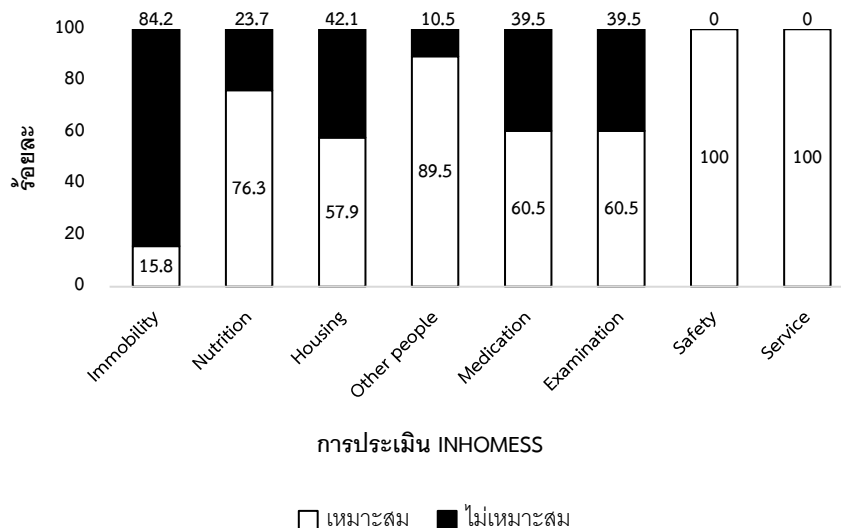
ผลลัพธ์ด้านคะแนนความปวดและอาการร่วมอื่น ๆ โดยใช้ ESAS จากจำนวนผู้รับบริการ visit 1 ถึง 3 เท่ากับ 38 คน และ visit 4 เท่ากับ 37 คน เมื่อเปรียบเทียบค่ามัธยฐานคะแนนความรุนแรงของอาการ ก่อนให้การบริบาลทางเภสัชกรรม visit 2 กับหลังให้การบริบาลทางเภสัชกรรมไป 1 สัปดาห์ใน visit 3 จากการศึกษาพบว่า ค่ามัธยฐานคะแนนความรุนแรงของอาการปวด คลื่นไส้ ซึมเศร้า วิตกกังวล ความไม่สบายกายและใจ หลังให้การบริบาลทางเภสัชกรรมไป 1 สัปดาห์ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$ เมื่อเทียบกับก่อนให้การบริบาลทางเภสัชกรรม รายละเอียดดังตารางที่ 5



รูปที่ 2 การประเมินสุขภาพผู้ป่วยทั่วไป



รูปที่ 3 การประเมินทางด้านยาของผู้ป่วย



รูปที่ 4 การประเมินสุขภาพด้านความปวดของผู้ป่วย

ผลลัพธ์ด้านปัญหาจากการใช้ยา พบว่า จำนวนครั้งของปัญหาจากการใช้ยาหลังให้การบริบาลทางเภสัชกรรม ลดลงเมื่อเทียบกับก่อนให้การบริบาลทางเภสัชกรรม จาก 45 ครั้ง เหลือ 10 ครั้ง เมื่อคิดค่ามัธยฐานของปัญหาจากการใช้ยาต่อคนก่อนและหลังให้การบริบาลทางเภสัชกรรม (Median (IQR)) เท่ากับ 1.00 (1), 0 (1) ตามลำดับ ซึ่งลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$ โดยชนิดของ

ปัญหาจากการใช้ยาที่พบมากที่สุดก่อนให้การบริบาลทางเภสัชกรรม คือ อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา รองลงมา คือ ความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำในการใช้ยา พบจำนวน 15 ครั้ง และ 13 ครั้ง ตามลำดับ ดังตารางที่ 6 จากปัญหาการใช้ยาทั้งหมด 55 ครั้ง เภสัชกรได้ปรึกษาแพทย์ทั้งหมด 44 ครั้ง แพทย์รับฟังและแก้ไขตามที่เภสัชกรแนะนำทุกครั้ง

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบค่ามัธยฐานระดับคะแนนความรุนแรงของอาการปวดและอาการรบกวนอื่น ๆ โดยใช้ ESAS

Visit	ระดับความรุนแรง, Median (Interquartile range)								
	ปวด	เหนื่อย เพลีย	คลื่นไส้	ซึมเศร้า	วิตกกังวล	ง่วงซึม	เบื่อ อาหาร	ความไม่สบาย ทั้งกายและใจ	เหนื่อย หอบ
1	6 (2)	3 (4)	2 (4)	4 (3)	4 (3)	1 (1)	3 (7)	6 (2)	0 (2)
p-value ^a	0.330	0.201	0.561	0.366	0.122	0.474	0.386	0.186	0.964
2	6 (2)	2 (4)	2 (5)	4 (3)	4 (3)	2 (2)	4 (7)	6 (3)	0 (2)
p-value ^b	0.001*	0.251	0.001*	0.001*	0.001*	0.110	0.097	0.001*	0.062
3	4 (1)	2 (5)	1 (3)	2 (2)	2 (3)	1 (2)	3 (6)	4 (2)	0 (1)
p-value ^c	1.000	0.655	0.225	0.001*	0.001*	0.808	0.593	0.001*	0.098
4	4 (1)	3 (5)	1 (3)	1 (1)	1 (1)	1 (2)	4 (6)	3 (2)	0 (1)
p-value ^d	0.001*	0.058	0.001*	0.001*	0.001*	0.892	0.210	0.001*	0.201
p-value ^e	0.001*	0.018*	0.001*	0.001*	0.001*	0.301	0.179	0.001*	0.031*

Visit 1 = ประเมิน ESAS ครั้งที่ 1 (ก่อนให้การบริบาลยา); Visit 2 = ประเมิน ESAS ครั้งที่ 2 (ก่อนให้การบริบาลยา); Visit 3 = ประเมิน ESAS ครั้งที่ 3 (หลังให้การบริบาลยา 1 สัปดาห์) ; Visit 4 = ประเมิน ESAS ครั้งที่ 4 (หลังให้การบริบาลยา 2 สัปดาห์)

a, b, c, d วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Wilcoxon signed rank test

a วิเคราะห์ความแตกต่างระหว่าง Visit 1 และ Visit 2

b วิเคราะห์ความแตกต่างระหว่าง Visit 2 และ Visit 3

c วิเคราะห์ความแตกต่างระหว่าง Visit 3 และ Visit 4

d วิเคราะห์ความแตกต่างระหว่าง Visit 1 และ Visit 4

e วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Friedman test ความแตกต่างระหว่าง Visit 1, 2, 3 และ 4

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

นอกจากนี้ยังมีปัญหาที่เภสัชกรสามารถแก้ไขได้เองทั้งหมด 11 ครั้ง ส่วนใหญ่เป็นเรื่องเกี่ยวกับความร่วมมือในการใช้ยา ผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำของเภสัชกรทั้งหมดทุกครั้ง นอกจากนี้เภสัชกรได้ปรึกษาแพทย์เพื่อปรับเปลี่ยนรูปแบบการใช้ยาในกลุ่มโอปิออยด์ ทั้งหมด 17 ครั้ง ดังตารางที่ 7 แพทย์เห็นด้วยทุกครั้ง และให้เภสัชกรติดตามคะแนนความปวด กับผลข้างเคียงของยาหลังจากปรับยา แล้วรายงานให้ทีมรับทราบร่วมกัน

ผลลัพธ์ด้านความร่วมมือในการใช้ยา พบว่าค่ามัธยฐานคะแนนความร่วมมือในการใช้ยา MTB-Thai หลังจากให้การบริบาลทางเภสัชกรรมไป 1 สัปดาห์ และ 2 สัปดาห์มากกว่าก่อนให้การบริบาลทางเภสัชกรรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$ ดังตารางที่ 8 และคิดคะแนน

จากการบันทึกการรับประทานยาในสมุดคู่มือผู้ป่วย พบว่าค่ามัธยฐานร้อยละคะแนนความร่วมมือในการใช้ยาก่อนให้การบริบาลทางเภสัชกรรม (Median (IQR)) เท่ากับ 75.00 (24.40) หลังให้การบริบาลทางเภสัชกรรมไป 1 สัปดาห์ เท่ากับ 93.75 (14.29) และหลังให้การบริบาลทางเภสัชกรรมไป 2 สัปดาห์ เท่ากับ 92.86 (14.29) ตามลำดับ ดังตารางที่ 9

ผลลัพธ์ด้านความรู้ คุณภาพชีวิต และความพึงพอใจ พบว่า ค่ามัธยฐานคะแนนความรู้ความเข้าใจเรื่องการใช้ยา การปฏิบัติตัว การจัดการกับผลข้างเคียงของยาโดยรวมหลังให้การบริบาลทางเภสัชกรรมเพิ่มมากขึ้นจากก่อนให้การบริบาลทางเภสัชกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$ ด้านคุณภาพชีวิต พบว่า คะแนนคุณภาพชีวิต

หลังให้การบริบาลทางเภสัชกรรมเพิ่มมากขึ้นจากก่อนให้ การบริบาลทางเภสัชกรรมในทุกมิติ อย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติที่ $p < 0.05$ ด้านความพึงพอใจ พบว่า ค่าเฉลี่ยระดับ ความพึงพอใจของผู้มารับบริการ รวมทั้งค้ำมัธฐานระดับ

ความพึงพอใจของบุคลากรทางการแพทย์ต่อการพัฒนา บทบาทของเภสัชกร หลังให้การบริบาลทางเภสัชกรรมเพิ่ม มากขึ้นจากก่อนให้การบริบาลทางเภสัชกรรมอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$ ดังตารางที่ 10

ตารางที่ 6 จำนวนปัญหาจากการใช้ยาของกลุ่มตัวอย่าง (n=38)

ปัญหาจากการใช้ยา	จำนวนครั้งที่พบปัญหา	
	ก่อนให้การบริบาล Visit 1	หลังให้การบริบาล Visit 3, 4
1. ผู้ป่วยได้รับยาที่ไม่จำเป็น		
- ได้รับการรักษาด้วยยาซ้ำซ้อน	0	1
2. ผู้ป่วยสมควรได้รับยาเพิ่มเติม		
- มีอาการหรือโรคที่ไม่ได้รับการรักษา	7	2
- เพื่อเสริมฤทธิ์กับยาเดิมที่ใช้อยู่ในการรักษา ^a	1	0
3. ผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องใช้ยาแต่มีทางเลือกใช้ยาที่ไม่เหมาะสม	0	0
4. ขนาดใช้ยาที่ผู้ป่วยได้รับน้อยเกินไป		
- ระยะห่างระหว่างมื้อนานเกินไปที่จะทำให้เกิดการตอบสนองที่ต้องการ	1	0
- ผู้ป่วยได้รับยาในขนาดที่ต่ำเกินไปที่จะให้ผลตอบสนองทางการรักษาได้	1	0
5. อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา		
- เกิดอาการข้างเคียงของยา ^b	15	3
6. ขนาดใช้ยาที่ผู้ป่วยได้รับมากเกินไป	0	0
7. ความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย		
- ผู้ป่วยไม่ได้รับยา	1	2
- ผู้ป่วยไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำในการใช้ยา	13	1
8. การเกิดอันตรกิริยาของยา ^c		
- ระหว่างยากับยา	4	1
- ระหว่างยากับสมุนไพร	2	0
รวมปัญหาจากการใช้ยา	45	10
ค้ำมัธฐานของปัญหาจากการใช้ยาต่อคน (Median (IQR))	1.00 (1)	0 (1)
	$p\text{-value} = 0.0005^*$	

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยใช้สถิติ Wilcoxon signed rank test

^a เดิมผู้ป่วยได้รับยา HCTZ เพื่อลดความดันแต่ไม่สามารถคุมความดันได้ เภสัชกรปรึกษาแพทย์เพิ่มยาลดความดันตัวอื่นเพื่อเสริมฤทธิ์กับยาเดิมที่ใช้อยู่ในการรักษา

^b ผลข้างเคียงของยาที่พบก่อนให้การบริบาล ที่เกิดจากยาในกลุ่ม opioids คือ คลื่นไส้ อาเจียนจาก tramadol (5 ครั้ง), ท้องผูกจาก morphine (4 ครั้ง) ที่เกิดจากยาอื่น ๆ (6 ครั้ง) และหลังให้การบริบาล ผลข้างเคียงเกิดจากยาในกลุ่ม opioids คือ ท้องผูกจาก morphine (1 ครั้ง) และเกิดจากยาอื่น ๆ (2 ครั้ง)

^c การเกิดอันตรกิริยาของยาที่พบก่อนให้การบริบาล คือ ใช้ยา tramadol ร่วมกับ morphine (4 ครั้ง), ใช้ยา tramadol ร่วมกับน้ำมันกัญชา (2 ครั้ง) และหลังให้การบริบาล คือ ใช้ยา tramadol ร่วมกับ morphine (1 ครั้ง)

ตารางที่ 7 การเปลี่ยนแปลงรูปแบบการใช้ยาแก้ปวดกลุ่ม opioids ที่เกิดขึ้นจากบทบาทของเภสัชกร

รายละเอียดการปรับยา	จำนวนครั้ง
1. เริ่มยา tramadol capsule 50 มิลลิกรัม ทุก 8 ชั่วโมง	3
2. เริ่มยา tramadol capsule 50 มิลลิกรัม เมื่อมีอาการปวด	4
3. เปลี่ยนจาก tramadol capsule 50 มิลลิกรัม ทุก 8 ชั่วโมง ไปเป็น ทุก 6 ชั่วโมง เนื่องจากยังคุมปวดไม่ดี	1
4. เปลี่ยนจาก tramadol capsule ไปเป็น MO* (IR)** เนื่องจากผู้ป่วยทนผลข้างเคียงจากยาไม่ได้ มีอาการคลื่นไส้ เวียนหัวมากจนรบกวนการทำงาน	1
5. เปลี่ยนจาก MO* (IR)** ไปเริ่มยา MO* syrup ร่วมกับ Kapanol® (morphine sustained-release pellets) เนื่องจากผู้ป่วยมีปัญหาเรื่องการกลืน	1
6. เริ่มยา MO* syrup หรือ MO* (IR)** เมื่อผู้ป่วยคุมปวดได้ปรับเป็น MST*** หรือ kapolol® และคำนวณ rescue dose	2
7. ปรับขนาด regular dose ของ MO* ที่ออกฤทธิ์นานใหม่ เนื่องจากผู้ป่วยคุมปวดไม่ได้ (ยังมีการใช้ MO* ที่ออกฤทธิ์สั้น ≥ 4 ครั้งต่อวัน เพื่อจัดการอาการปวดปะทุ) และคำนวณ rescue dose ใหม่	3
8. คำนวณ equianalgesic dose ของ MO* เพื่อ shift จาก ยาฉีดไปเป็น MO* syrup และปรึกษาแพทย์เพื่อส่งผู้ป่วยไปรับยาที่รพ. ที่รักษามะเร็ง	1
9. เพิ่มขนาดยา MO* injection เนื่องจากให้ 3 mg IV prn แล้วผู้ป่วยยังปวดมากอยู่	1
รวมจำนวนครั้งที่ปรับยา	17

* morphine

** immediate release

*** prolonged-release morphine sulfate tablets

ตารางที่ 8 เปรียบเทียบค่ามัธยฐานคะแนนความร่วมมือในการใช้ยาโดยใช้ MTB-Thai (n=26)

ความร่วมมือในการใช้ยา	คะแนนความร่วมมือ, Median (Interquartile range)						p-value ^a
	ก่อนให้การบริบาล (visit 2)	การแปลผล	หลังให้การบริบาล 1 สัปดาห์ (visit 3)	การแปลผล	หลังให้การบริบาล 2 สัปดาห์ (visit 4)	การแปลผล	
คะแนนความร่วมมือในการใช้ยา	19.5 (2.50)	ต่ำ	23.00 (2.00)	ปานกลาง	23.00 (1.25)	ปานกลาง	0.0005*
p-value ^b	0.0005 ^{c,*}		0.09 ^d		0.0005 ^{e,*}		

a วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Friedman test; b วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Wilcoxon signed rank test; c เป็นการวิเคราะห์ความแตกต่างระหว่าง visit 2 และ visit 3; d เป็นการวิเคราะห์ความแตกต่างระหว่าง visit 3 และ visit 4; e เป็นการวิเคราะห์ความแตกต่างระหว่าง visit 2 และ visit 4

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 9 เปรียบเทียบคะแนนความร่วมมือในการใช้ยาจากการบันทึกการใช้ยาในสมุด (n=25)

ความร่วมมือในการใช้ยา	ก่อนให้การบริบาล	หลังให้การบริบาล	หลังให้การบริบาล
	(visit 2)	1 สัปดาห์ (visit 3)	2 สัปดาห์ (visit 4)
	Median (IQR)	Median (IQR)	Median (IQR)
ร้อยละคะแนนความร่วมมือในการใช้ยา	75.00 (24.40)	93.75 (14.29)	92.86 (14.29)

ตารางที่ 10 เปรียบเทียบผลลัพธ์ ด้านความรู้ คุณภาพชีวิต และความพึงพอใจ ก่อนและหลังการบริบาลเภสัชกรรม

ผลลัพธ์	ก่อนให้การบริบาล เภสัชกรรม	หลังให้การบริบาล เภสัชกรรม	p-value
คะแนนความรู้ ¹ , Median (IQR) (n=38)	5.00 (2)	8.00 (2)	0.0005 ^a
คุณภาพชีวิต ² , Mean±SD			
มิติความผาสุกด้านร่างกาย (n=37)	13.05 ± 4.96	18.14 ± 4.67	0.0005 ^b
มิติความผาสุกด้านสังคมและครอบครัว (n=35)	17.14 ± 5.34	20.34 ± 4.12	0.0005 ^b
มิติความผาสุกด้านอารมณ์และจิตใจ (n=37)	11.89 ± 4.81	19.35 ± 3.19	0.0005 ^b
มิติความผาสุกด้านการปฏิบัติกิจกรรม (n=37)	10.57 ± 4.57	16.49 ± 4.38	0.0005 ^b
ผลรวมคะแนนคุณภาพชีวิต (n=35)	53.09 ± 15.71	74.57 ± 13.20	0.0005 ^b
ระดับความพึงพอใจโดยรวม ²			
ผู้มารับบริการ, Mean±SD (n=37)	3.24 ± 0.18	4.50 ± 0.17	0.0005 ^b
บุคลากรทางการแพทย์, Median (IQR) (n=14)	3.00 (0.43)	4.60 (0.33)	0.0005 ^a

การเปรียบเทียบ ¹ ก่อนให้การบริบาล (visit 2) กับ หลังให้การบริบาล 1 สัปดาห์ (visit 3), ² ก่อนให้การบริบาล (visit 1) กับ หลังให้การบริบาล 2 สัปดาห์ (visit 4)

วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติ ^a Wilcoxon signed rank test, ^b Paired t-test

อภิปรายผลการศึกษา

เมื่อพิจารณาคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษา ค่าคะแนนความปวดของผู้ป่วยในภาพรวมก่อนให้การบริบาลทางเภสัชกรรม ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (pain score = 6) และเภสัชกรมีการปรับขนาดยาในผู้ป่วยแค่เพียงส่วนหนึ่ง เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับยาจากโรงพยาบาลที่รักษามะเร็งอยู่ก่อนแล้ว หลังการให้บริบาลทางเภสัชกรรมค่าคะแนนความปวดลดลง (pain score = 4) จัดอยู่ในระดับปานกลาง ถึงแม้ว่าคะแนนความปวดจะไม่ได้ลดลงจนถึงระดับน้อย (pain score อยู่ในช่วง 1 ถึง 3) เพราะมีผู้ป่วยส่วนหนึ่งโรค

ดำเนินมาถึงระยะท้าย ทำให้ค่าคะแนนความปวดลดลงเล็กน้อยเท่านั้น ดังนั้นการจัดการระดับความปวดจึงพิจารณาที่ผู้ป่วยยอมรับได้ร่วมด้วย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถอยู่กับโรคได้อย่างไม่ทุกข์ทรมาน นอกจากนี้สามารถดูว่าผู้ป่วยควบคุมอาการปวดได้ดีหรือไม่ โดยพิจารณาจากจำนวนครั้งของการใช้ rescue dose จากข้อมูลผู้ป่วยจำนวน 5 คน ที่มีการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการใช้ยาใหม่พบว่าจำนวนครั้งของการใช้ rescue dose ลดลงหลังให้การบริบาล จากมากกว่า 4 ครั้งขึ้นไปในหนึ่งวัน เหลือ 0 ครั้ง จากคำมัธยฐานคะแนนอาการต่าง ๆ ได้แก่ คะแนนความปวด อาการคลื่นไส้ อาการซึมเศร้า อาการวิตกกังวล

อาการไม่สบายกายใจ ลดลงหลังให้การบริบาลทางเภสัชกรรม visit 3 เมื่อเทียบกับก่อนให้การบริบาลทางเภสัชกรรม visit 2 นั้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Delgado และคณะ¹⁸ ที่พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่มีอาการทางกายรบกวนที่มีระดับความรุนแรงมากขึ้น มักสัมพันธ์กับอาการทางใจ ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยมีอาการปวดอาการคลื่นไส้ลดลง ประกอบกับได้รับการพูดคุยให้กำลังใจจากทีมเยี่ยมบ้านในทุกครั้งที่ได้ไปเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน รวมทั้งจากครอบครัว ทำให้มีอาการซึมเศร้า วิตกกังวล ความไม่สบายกายใจลดลงตามมา แต่สำหรับอาการทางกายบางอย่าง เช่น อาการเหนื่อย อ่อนเพลีย อาการเบื่ออาหาร อาการเหนื่อยหอบ อาการง่วงซึมที่ไม่ได้เกิดจากผลข้างเคียงจากยานั้น เป็นอาการที่แสดงออกมาจากการดำเนินไปของโรค กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ระยะของโรคอยู่ในระยะที่ 3 กับ 4 บางรายเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิต จึงไม่สามารถรักษาอาการดังกล่าวให้หายขาดได้

ผลลัพธ์หลังการบริบาลทางเภสัชกรรมด้านปัญหาจากการใช้ยาพบว่า จำนวนครั้งของปัญหาจากการใช้ยาหลังให้การบริบาลลดลงเมื่อเทียบกับก่อนให้การบริบาลทางเภสัชกรรม จากการที่เภสัชกรได้ปรึกษาแพทย์เพื่อแก้ไขปัญหามากที่สุดคือ ผู้ป่วยเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาในกลุ่ม opioids ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน จากยา tramadol และท้องผูกจากยา morphine บางส่วนมีการหยุดยาเองเนื่องจากเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยา แต่เมื่อมีเภสัชกรให้ความรู้ คำแนะนำทำให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับยาแก้ปวดที่ใช้ ทำให้ปัญหาของผู้ป่วยได้รับการแก้ไข สอดคล้องกับงานวิจัยของปัทมาวดี ช่างเพชร⁹ ที่ได้ศึกษาการพัฒนาารูปแบบการมีส่วนร่วมของเภสัชกรในการบริบาลทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยมะเร็ง พบว่าการมีเภสัชกรเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยร่วมกับทีมช่วยทำให้จำนวนปัญหาด้านการใช้ยาลดลงหลังพัฒนาระบบ จาก 1.46 ครั้ง เหลือ 0.47 ครั้ง ต่อผู้ป่วย 1 ราย และยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ สิญญาภรณ์ วงศ์คล้าย¹⁹ ที่ได้ศึกษาผลของการให้บริบาลทางเภสัชกรรมในผู้ป่วย

มะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด พบว่า การบริบาลเภสัชกรรมช่วยให้ปัญหาจากการใช้ยาหลังการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดรอบที่ 3 ในกลุ่มทดลองลดลงเมื่อเทียบกับรอบที่ 1 และคุณภาพชีวิตโดยรวมในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลลัพธ์ด้านความร่วมมือในการใช้ยาพบว่า คะแนนความร่วมมือในการใช้ยาจากแบบสอบถาม MTB-Thai และจากการบันทึกการรับประทานยาในสมุดคู่มือผู้ป่วยหลังให้การบริบาลทางเภสัชกรรม 1 สัปดาห์ และ 2 สัปดาห์ มากกว่าก่อนให้การบริบาลทางเภสัชกรรม ปัญหาที่เภสัชกรแก้ไขได้เองส่วนใหญ่เป็นเรื่องเกี่ยวกับความร่วมมือในการใช้ยา คือ ผู้ป่วยไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำในการใช้ยา เมื่อมีเภสัชกรเข้าไปทำกิจกรรมส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยา อธิบายข้อเสียของการไม่รับประทานยา ส่งผลให้ความร่วมมือในการใช้ยาดีขึ้นตามมา²⁰ สอดคล้องกับงานวิจัยของอริศา คำชะอมและคณะ²¹ ที่ศึกษาถึงประสิทธิผลของโปรแกรมการบริบาลเภสัชกรรมเพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยาในผู้สูงอายุที่ได้รับยาหลายขนาน พบว่า กิจกรรมการให้ความรู้เกี่ยวกับโรค ผลของการไม่รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ อาการไม่พึงประสงค์ที่จากการใช้ยา และกิจกรรมการส่งเสริมการรับประทานยา ทำให้ระดับความร่วมมือในการใช้ยา เมื่อวัดด้วยแบบสอบถาม MTB-Thai กับวิธีการนับเม็ดยามีระดับดีเพิ่มขึ้น แต่อย่างไรก็ตามการศึกษานี้การวัดความร่วมมือในการใช้ยาโดยการคิดคะแนนจากการบันทึกการรับประทานยาในสมุดคู่มือผู้ป่วย อาจเป็นวิธีที่ไม่สอดคล้องกับการกระทำจริงของผู้ป่วย และไม่เหมาะกับผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับ MTB-Thai ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีความร่วมมืออยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาข้อคำถามผู้ป่วยจะต้องตอบให้ได้คะแนนเต็มทั้ง 6 ข้อ ถึงจะมีความร่วมมืออยู่ในระดับสูง ซึ่งมีโอกาสเป็นไปได้ยากที่ผู้ป่วยจะไม่เคยลืมใช้ยา ใช้ยาไม่ตรงมือหรือไม่ตรงเวลาเลย ผู้วิจัยจึงเลือกใช้สองวิธีร่วมกัน เพราะแต่ละวิธีวัดความร่วมมือในการใช้ยามีข้อจำกัดที่แตกต่างกัน ดังนั้น

เพื่อให้ได้ข้อมูลตรงกับความเป็นจริงมากที่สุดควรใช้หลายวิธีร่วมกันในการวัดความร่วมมือในการใช้ยา เมื่อผู้ป่วยรับประทานยาแก้ปวดกลุ่ม opioids ตามแพทย์สั่งมากขึ้นก็จะทำให้คุณอาการปวดได้ดียิ่งขึ้น อาการทางกายที่รบกวนคุณภาพชีวิตบรรเทาลง ทำให้มีดีความผาสุกด้านร่างกายดีขึ้นหลังได้รับการบริหาร ซึ่งเมื่ออาการทางกายดีขึ้นก็ทำให้ มีดีด้านอารมณ์ จิตใจ และความผาสุกด้านการปฏิบัติกิจกรรมดีตามมา ท้ายสุดนั้นเมื่อผู้ป่วยมีผลลัพธ์ในการรักษาที่ดี มีความปลอดภัยจากการใช้ยาแก้ปวดกลุ่ม opioids มีคุณภาพชีวิตดีขึ้น ทั้งผู้ป่วยและทีมก็จะเกิดความพึงพอใจต่อการพัฒนาบทบาทของเภสัชกรในการจัดการความปวดมากขึ้นตามมา

การศึกษานี้ไม่ได้คำนวณขนาดตัวอย่าง แต่ใช้ขนาดตัวอย่าง 38 คน เทียบเคียงกับการศึกษาของนิตยา ฐิริพันธุ์ และคณะ²² ที่มีรูปแบบวิธีการศึกษาที่ใกล้เคียงกัน ระบุว่า การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดอาการปวดของผู้ป่วยมะเร็งส่วนใหญ่มีค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) ขนาดใหญ่ ได้ค่าขนาดอิทธิพล (Effect size)=0.809 จากตารางของ Polit & Beck (2008) กำหนดค่า level of significance =0.05 และ power of analysis =0.08 ได้ขนาดตัวอย่างจำนวน 25 คน เพื่อป้องกันความสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง จึงใช้กลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 30 คน

ข้อจำกัด

การประเมิน ESAS โดยผู้ป่วยทุกราย ก่อนการประเมินทุกครั้งผู้วิจัยได้นำข้อมูลจากการประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (PPS score) ของพยาบาลมาพิจารณาระดับความรู้สึกรู้ตัว สติสัมปชัญญะของผู้ป่วยร่วมด้วย แต่อาจมีผู้ป่วยบางรายที่ได้รับยากดการทำงานของระบบประสาทหลายรายการ อาจส่งผลให้การประเมินไม่เที่ยงตรงได้ และการประเมิน ESAS วันละ 1 ครั้ง โดยวิธีการสุ่ม อาจส่งผลให้เกิดความไม่เที่ยงตรงในการประเมินได้เช่นกัน เนื่องจากผู้ป่วยบางรายอาจเกิด incident pain ที่เกิดเป็นประจำในเวลาเดียวกัน เช่น ปวดจากการมีสิ่งกระตุ้นที่เกิดจากการทำแผล เป็นต้น

ข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้มีการสัมภาษณ์ผู้ป่วยจากการเยี่ยมบ้าน โดยใช้เครื่องมือ INHOMESSS ก่อนให้การบริบาลเภสัชกรรมเพียงครั้งเดียว เพื่อสำรวจสภาพความเป็นอยู่ที่เหมาะสมของผู้ป่วย สำหรับการศึกษานี้ครั้งต่อไปอาจเพิ่มเติมการเก็บข้อมูลหลังให้การบริบาลเภสัชกรรม เพื่อเป็นประโยชน์ในการติดตามกลุ่มตัวอย่างว่ามีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้นหรือไม่

สรุปผลการศึกษา

จากผลของการศึกษาแสดงให้เห็นว่าหากมีเภสัชกรเข้าไปมีบทบาทในทีมสหวิชาชีพ ในการบริบาลทางเภสัชกรรมผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีการใช้ยาแก้ปวด โดยมีกิจกรรมดังต่อไปนี้คือ การติดตามประเมินประสิทธิภาพของยาแก้ปวด ผลข้างเคียงจากการใช้ยาแก้ปวด การค้นหาปัญหาจากการใช้ยา การเป็นที่ปรึกษาในทีมเพื่อแนะนำขนาดยา การปรับยา และบริหารยาอย่างถูกต้อง การติดตามความร่วมมือในการใช้ยาแก้ปวด ตลอดจนการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลเกี่ยวกับเรื่องการใช้ยาแก้ปวด การปฏิบัติตัว การจัดการกับผลข้างเคียงจากยา เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพและความปลอดภัยในการใช้ยาทั้งขณะที่ผู้ป่วยอยู่ที่โรงพยาบาลหรือผู้ป่วยที่ถูกส่งกลับมารักษาต่อในคลินิกประคับประคองที่บ้าน กิจกรรมการบริบาลทางเภสัชกรรมช่วยทำให้ปัญหาจากการใช้ยาของผู้ป่วยได้รับการแก้ไข ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยาแก้ปวดกลุ่ม opioids ดีขึ้น ทำให้ควบคุมอาการปวดได้ และมีคุณภาพชีวิตที่ดี ได้รับการดูแลอย่างองค์รวมจากทีมสหสาขาวิชาชีพ ครอบครัวทั้งด้านกาย ใจ สังคม และจิตวิญญาณ

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลหนองเสือ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเครือข่าย รวมทั้งผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างที่ช่วยสนับสนุนและให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูลวิจัยครั้งนี้ ส่งผลให้งานวิจัยสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. Strategy and Planning Division. Public health statistics 2017 [online]. 2017 [cited Jan 5, 2019]. Available from: <http://www.pcko.moph.go.th/Health-Statistics/stratistics60.pdf>
2. Caraceni A, Hanks G, Kaasa S, Bennett MI, Brunelli C, Cherny N, et al. Use of opioid analgesics in the treatment of cancer pain: evidence-based recommendations from the EAPC. *Lancet Oncol.* 2012;13(2):e58-68.
3. Gonella S, Sperlinga R, Sciannamio V, Dimonte V, Campagna S. Characteristics of breakthrough pain and its impact on quality of life in terminally ill cancer patients. *Integr Cancer Ther.* 2019;18:1-7.
4. Hamieh NM, Akel R, Anouti B, Traboulsi C, Makki I, Hamieh L, et al. Cancer-related pain: prevalence, severity and management in a tertiary care center in the middle east. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2018;19(3):769-75.
5. Department of Medical Services. Clinical practice guideline for palliative care 2014 [online]. 2014 [cited Jan 15, 2019]. Available from: http://203.157.177.7/dward/document_file/perdev/common_form_upload_file/20150316154846_2129601774.pdf
6. National Cancer Institute. Service plan of palliative care 2018 [online]. 2018 [cited Jan 5, 2019]. Available from: http://www.nci.go.th/th/File_download/filePlan/Template%20นียมตัวชีวิต%20Service%20Plan%20สาขามะเร็ง%20ปี61-65.pdf
7. Wannakhotra S. Development of palliative care system in end stage cancer patient: case study at Khaowong hospital [Dissertation]. Mahasarakham: Mahasarakham University; 2018. (in Thai)
8. Oonjantheuk W. A comparison of outcomes between before and after pharmaceutical care with palliative care patients in outpatient palliative clinic of Sikhio Hospital, Nakhon Ratchasima Province. *HRD.NR.* 2021;7(1):32-44. (in Thai)
9. Changpetch P, Miteemitr P. Development of participation of pharmacist for cancer patients in Jaokunpiboonphanomtuang Hospital. *Veridian E J.* 2015;2(2):50-75. (in Thai)
10. Pummangura C. Philosophy of pharmaceutical care practice. In: Pummangura C, Tanyasaensook K, editors. *Pharmacotherapeutics.* Bangkok: New Thai Mitr Printing 1996; 2000. p.1-19.
11. Montakantikul P. Systematic pharmaceutical care. In: Pummangura C, Tanyasaensook K, editors. *Pharmacotherapeutics.* 2nd ed. Bangkok: New Thai Mitr Printing 1996; 2000. p.35-56.
12. Hathirat S. Principles of family medicine and home visit for pharmacists. In: Ningsanont T, Montakantikul P, Wanakamane U, Suansanae T, Thongaim J, editors. *Textbook of family pharmacists.* Bangkok: Prachachon; 2014. p.7-14.
13. Thongaim J. Principles for a family pharmacist on home visit. In: Ningsanont T, Montakantikul P, Wanakamane U, Suansanae T, Thongaim J, editors. *Textbook of family pharmacists.* Bangkok: Prachachon; 2014. p.15-28.
14. Chinda M, Jaturapatporn D, Kirshen J, Udomsubpayakul U. Reliability and validity of a Thai version of the Edmonton Symptom Assessment Scale. *J Pain Symptom Manage.* 2011;42(6): 954-60. (in Thai)
15. Sakthong P, Somsa-Ardjit N, Sukarnjanaset P, Munpan W, Suksanga P. Development and psychometric testing of the Medication Taking Behavior in Thai patients (MTB-Thai). *Int J Clin Pharm.* 2016;38:438-45.
16. Ratanatharathorn V, Sirilertrakul S, Jirajarus M, Silpakit C, Maneechavakajorn J, Sailamai P, et al. Quality of life, functional assessment of cancer therapy-general. *J Med Assoc Thai.* 2001; 84:1430-42. (in Thai)
17. Cella DF, Tulsky DS, Gray G, Sarafian B, Linn E, Bonomi A, et al. The functional assessment of cancer therapy scale: development and validation of the general measure. *J Clin Oncol.* 1993;11:570-9.
18. Delgado G.M, Parsons H.A, Li Z, Palmer J.L, Bruera E. Symptom distress in advanced cancer patients with anxiety and depression in the palliative care setting. *Support Care Center.* 2009; 17(5):573-79.
19. Wongkray S. Impact of pharmaceutical care on quality of life in breast cancer patient receiving chemotherapy [Dissertation]. Phitsanulok: Naresuan University; 2020. (in Thai)
20. Sthapornnanon N. Medication nonadherence. *Thai Bull Pharm Sci.* 2012;7(1):1-17. (in Thai)
21. Dumchaom A, Oo-puthinun S. Effectiveness of a pharmaceutical care-based program to improve medication adherence in elderly patients receiving

polypharmacy in a community hospital in Kanchanaburi. Thai J Pharm Prac. 2020;12(3):772-88. (in Thai)

22. Puripun N, Deethongkham D, Kunsara P. Development for clinical nursing practice guideline for pain management in end-stage of cancer with SKT- 8. J Nurs Division. 2020;47(1):173-89. (in Thai)

ภาคผนวก

ผลการสนทนากลุ่ม 6 ประเด็น

ประเด็นที่ 1 รูปแบบการทำงานเดิมของเภสัชกร เป็นเพียงการจ่ายยาตามคำสั่งของแพทย์ ทำให้พบปัญหาจากการใช้ยาต่าง ๆ ทีมต้องการให้เภสัชกรมีการบริหารทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยมะเร็งที่มีอาการปวดในคลินิก ประคับประคอง ได้แก่ การทบทวนรายการยา การติดตามประสิทธิภาพจากการใช้ยาแก้ปวด โดยเภสัชกรต้องประเมิน ติดตามระดับความรุนแรงของความปวด ติดตามความร่วมมือในการใช้ยาแก้ปวด เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมอาการปวดได้ ติดตามปัญหาจากการใช้ยาตลอดจนการให้ความรู้ผู้ป่วยเกี่ยวกับการใช้ยาแก้ปวดกลุ่ม opioids นอกจากนี้ต้องเป็นที่ปรึกษาทีมในการแนะนำขนาดยา การบริหารยาที่ถูกต้อง โดยกิจกรรมดังกล่าวมีการทำอย่างต่อเนื่องไปจนถึงที่บ้านร่วมกับทีม

ประเด็นที่ 2 ทีมได้ตกลงกันให้เภสัชกรจัดทำแนวทางการจัดการอาการปวดด้วยยาในกลุ่ม opioids สำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งร่วมกับแพทย์ โดยสรุปสังเคราะห์จากแนวทางของสมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย แนวทางปฏิบัติในการบำบัดปวดมะเร็งของโรงพยาบาลรามาธิบดี และแนวทางในการดูแลผู้ป่วยคลินิกประคับประคองของโรงพยาบาลน่าน ให้ใช้เป็นแนวปฏิบัติทางคลินิก (clinical practice guidelines) ที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลชุมชน

ประเด็นที่ 3 เครื่องมือจำเป็นที่จะต้องใช้ในการทำงานในคลินิกประคับประคอง ได้แก่ 1) แบบประเมินอาการปวดและอาการรบกวน “ESAS” โดยเภสัชกร 2) แบบประเมินการกลืนโดยแพทย์ 3) แบบประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (PPS score)

โดยแพทย์หรือพยาบาล 4) แบบบันทึกการบริหารยาโดยเภสัชกร 5) แบบประเมินภาวะซึมเศร้าโดยนักจิตวิทยา 6) สมุดคู่มือการใช้ยาในกลุ่มโอปิออยด์ 7) แบบสรุปการดูแลผู้ป่วยในคลินิกประคับประคองของทีมสหสาขาวิชาชีพ

ประเด็นที่ 4 การชี้แจงรูปแบบกิจกรรมในการบริหารผู้ป่วยที่มีอาการปวดของเภสัชกรในรูปแบบใหม่ ดังนี้ 1) การติดตามประสิทธิภาพของยาโดยประเมินจากค่าคะแนนความปวด 2) การค้นหาปัญหาจากการใช้ยา 3) การติดตามความร่วมมือในการใช้ยาแก้ปวดของผู้ป่วย 4) การให้ความรู้เรื่องการใช้ยาแก้ปวด การปฏิบัติตัว การติดตามผลข้างเคียงจากยา โดยกิจกรรมดังกล่าวทำทั้งขณะที่ผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาลต่อเนื่องจนถึงที่บ้าน พร้อมทั้งส่งต่อข้อมูลการใช้ยาในกลุ่ม opioids ให้พยาบาลประจำ รพ.สต. แต่ละพื้นที่ให้รับทราบ เพื่อให้วางแผนเรื่องการเบิกยา ความถี่ในการไปเยี่ยมบ้าน นอกจากกิจกรรมของเภสัชกรแล้ว ทีมจะมีการให้นักโภชนาการ นักจิตวิทยา นักแพทย์แผนไทย ออกเยี่ยมบ้านร่วมด้วยเป็นรายกรณี

ประเด็นที่ 5 ปัญหาของทีม 1) การทำงานของทีมที่ไม่มีการแบ่งหน้าที่ชัดเจน แนวทางการดูแลผู้ป่วยในคลินิกประคับประคองยังไม่เป็นมาตรฐานเดียวกัน ส่งผลให้ขาดความต่อเนื่องในการไปเยี่ยมบ้าน 2) ข้อมูลทะเบียนผู้ป่วยไม่เป็นปัจจุบัน ขาดการส่งต่อและยังไม่ได้เชื่อมต่อข้อมูลให้เป็นแหล่งเดียวกัน 3) ตัวชี้วัดบางอย่างยังทำไม่ได้ถึงเป้าหมาย **สิ่งที่ทีมจะพัฒนา** 1) พัฒนาแนวทางการจัดการอาการปวดด้วยยาในกลุ่ม opioids ในผู้ป่วยมะเร็งในบริบทโรงพยาบาลชุมชน ร่วมกันทุกสหสาขาวิชาชีพ 2) ความพร้อมในการไปเยี่ยมบ้านของผู้ป่วยแบบครบทีมสหสาขาวิชาชีพ 3) จัดทำทะเบียนผู้ป่วยในคลินิกประคับประคองที่อยู่โรงพยาบาลหนองเสือ **ตัวชี้วัดที่เป็นเป้าหมายของทีม** 1) ผู้ป่วยในคลินิกประคับประคองได้รับการทำ advance care plan $\geq$ ร้อยละ 60 2) ร้อยละการบรรเทาอาการปวดด้วยยาในกลุ่ม opioids อย่างมีคุณภาพ ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 40 3) ร้อยละผู้ป่วยในคลินิกประคับประคองที่ได้รับการส่งต่อเยี่ยมบ้านและมีการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน $\geq$ ร้อยละ 60

ประเด็นที่ 6 บทบาทหน้าที่ของแต่ละวิชาชีพ

1) แพทย์ การวินิจฉัย ตรวจรักษา วางแผนการรักษา ส่งต่อ ปรับยา กลุ่ม opioids ร่วมกับเภสัชกรและสั่งจ่ายยา
2) พยาบาล ประเมินผู้ป่วย คัดกรองเข้าคลินิก ให้การพยาบาลแบบประคับประคอง บริหารยา วางแผนการดูแลผู้ป่วยหลังจำหน่าย และส่งต่อข้อมูลที่จำเป็นแก่สถานพยาบาลที่ผู้ป่วยไปรับบริการ
3) เภสัชกร วางแผนการใช้ยา ปรับยาโดยประเมินระดับความรุนแรงของความปวด ร่วมกับแพทย์ ให้การบริบาลทางเภสัชกรรม ได้แก่ ค้นหาปัญหาจากการใช้ยา ติดตามผลข้างเคียงจากยา ความร่วมมือในการใช้ยา และการให้ความรู้ผู้ป่วยและญาติ นอกจากนี้ต้องเป็นที่ปรึกษาเรื่องการให้ยาแก้ปวด กลุ่ม opioids แก่ทีม เพื่อส่งเสริมให้ทีมเกิดความมั่นใจในการสั่งจ่ายยา การบริหารยา
4) นักโภชนาการ แนะนำสูตรปรับเปลี่ยนสูตรอาหารให้เหมาะสมแก่ผู้ป่วยเฉพาะราย ตลอดจนสอนญาติในการเตรียมอาหารให้แก่ผู้ป่วย

การร้อยละของคะแนนความร่วมมือในการใช้ยา โดยการคิดคะแนนจากการบันทึกการรับประทานยาในสมุดคู่มือ

หากผู้ป่วยรับประทานยาจะลงบันทึกชนิดของยา และวิธีรับประทานพร้อมระบุเวลาที่รับประทานยา สามารถคำนวณได้จาก

ร้อยละของคะแนนความร่วมมือในการใช้ยา =
$$\frac{((\text{จำนวนมื้อการรับประทานยาที่แพทย์สั่งใช้ตามจริง} - \text{จำนวนมื้อที่ผู้ป่วยไม่ได้รับประทานยาตามที่แพทย์สั่ง}) \times 100)}{\text{จำนวนมื้อการรับประทานยาที่แพทย์สั่งใช้ตามจริง}}$$
 โดยทั่วไปความร่วมมือในการใช้ยา (medication adherence ; MA) ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จะเป็นที่ยอมรับได้ หากผู้ป่วยได้ใช้ยาไปร้อยละ 80 ถึง 120 ของจำนวนยาที่แพทย์สั่งใช้ สามารถแบ่งระดับความร่วมมือในการใช้ยาดังนี้

- กรณีผู้ป่วยใช้ยาไปน้อยกว่าร้อยละ 80 ถือว่าผู้ป่วยใช้นาน้อยกว่าที่แพทย์สั่งใช้
- กรณีผู้ป่วยใช้ยาไปมากกว่าร้อยละ 120 ถือว่าผู้ป่วยใช้ยาเกินกว่าที่แพทย์สั่งใช้

ตัวอย่างการคำนวณ แพทย์สั่งจ่ายยา MST 10 mg 1 เม็ด ทุก 12 ชั่วโมง เวลา 8.00 และ 20.00 ให้ผู้ป่วยเป็นเวลา 10 วัน (รวม 20 มื้อ) ผู้ป่วยรับประทาน วันละ 2 เม็ด ตรงเวลา แต่ลืมรับประทานยาไป 6 มื้อ ในระยะเวลา 10 วัน ผู้ป่วยรายนี้จะมี ร้อยละของคะแนนความร่วมมือในการใช้ยา =
$$\frac{((20-6)/20) \times 100}{100} = 70$$
 ซึ่งถือว่า ผู้ป่วยใช้นาน้อยกว่าที่แพทย์สั่งใช้