



การพัฒนาบทบาทเภสัชกรในทีมสหวิชาชีพสำหรับการจัดการ
อาการปวดด้วยยาในผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามอย่างต่อเนื่อง
จนถึงที่บ้าน โรงพยาบาลหนองเสือ จังหวัดปทุมธานี



ทิพย์สุคนธ์ เจริญพันธ์

วิทยานิพนธ์เสนอบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร
เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา หลักสูตรเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาเภสัชกรรมชุมชน
ปีการศึกษา 2564
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยนเรศวร

การพัฒนาบทบาทเภสัชกรในทีมสหวิชาชีพสำหรับการจัดการ
อาการปวดด้วยยาในผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามอย่างต่อเนื่อง
จนถึงที่บ้าน โรงพยาบาลหนองเสือ จังหวัดปทุมธานี



วิทยานิพนธ์เสนอบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร
เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา หลักสูตรเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาเภสัชกรรมชุมชน
ปีการศึกษา 2564
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยนเรศวร

วิทยานิพนธ์ เรื่อง "การพัฒนาบทบาทเภสัชกรในทีมสหวิชาชีพสำหรับการจัดการ
อาการปวดด้วยยาในผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามอย่างต่อเนื่อง
จนถึงที่บ้าน โรงพยาบาลหนองเสือ จังหวัดปทุมธานี"
ของ ทิพย์สุคนธ์ เจริญพันธ์
ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเภสัชกรรมชุมชน

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์
(รองศาสตราจารย์ ดร.วัชรီ เลอमानกุล)

..... ประธานที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์
(รองศาสตราจารย์ ดร.จันทรัตน์ สิทธิวรรณันท์)

..... กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายใน
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปวีณา สนธิสมบัติ)

..... กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชวนชม ธนานิธิศักดิ์)

อนุมัติ

.....
(รองศาสตราจารย์ ดร.กรรองกาญจน์ ชูทิพย์)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ชื่อเรื่อง	การพัฒนาบทบาทเภสัชกรในทีมสหวิชาชีพสำหรับการจัดการ อาการปวดด้วยยาในผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามอย่างต่อเนื่อง จนถึงที่บ้าน โรงพยาบาลหนองเสือ จังหวัดปทุมธานี
ผู้วิจัย	ทิพย์สุคนธ์ เจริญพันธ์
ประธานที่ปรึกษา	รองศาสตราจารย์ ดร.จันทรรัตน์ สิริทิวรนนท์
ประเภทสารนิพนธ์	วิทยานิพนธ์ ภ.ม. สาขาวิชาเภสัชกรรมชุมชน, มหาวิทยาลัยนเรศวร, 2564
คำสำคัญ	การบริหารเภสัชกรรม, การจัดการอาการปวด, มะเร็งระยะลุกลาม, เภสัชกรเยี่ยมบ้าน, บทบาทเภสัชกร, ทีมสหสาขาวิชาชีพ

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาบทบาทของเภสัชกรในทีมสหวิชาชีพสำหรับการจัดการความปวดทุกตำแหน่งด้วยยาในผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามอย่างต่อเนื่องจนถึงที่บ้าน โดยเปรียบเทียบผลลัพธ์ด้านบริหารเภสัชกรรมก่อนและหลังการพัฒนาบทบาทของเภสัชกรในการจัดการอาการปวดด้วยยา ได้แก่ ค่าคะแนนความปวด ปัญหาจากการใช้ยา ความร่วมมือในการใช้ยา ความรู้ความเข้าใจเรื่องการใช้ยา การปฏิบัติตัว การจัดการกับผลข้างเคียงของยา คุณภาพชีวิต และความพึงพอใจของผู้ป่วย รวมทั้งความพึงพอใจของบุคลากรทางการแพทย์ต่อการพัฒนาบทบาทของเภสัชกร กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็นสองกลุ่ม คือ บุคลากรทางการแพทย์ 14 คน และผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่มีอาการปวด ซึ่งได้รับยาแก้ปวดกลุ่มโอปิออยด์ในการควบคุมอาการปวด 38 คน โดยการคัดเลือกตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ระยะเวลาเก็บข้อมูลระหว่าง เดือน พฤษภาคม ถึง ตุลาคม ปี พ.ศ. 2563 ผลการศึกษาก่อนและหลังการพัฒนาบทบาทของเภสัชกร 1 และ 2 สัปดาห์ พบว่า ค่ามัธยฐานของคะแนนความปวด (จากคะแนน 10) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 6, 4 และ 4 ตามลำดับ ด้านความร่วมมือในการใช้ยา โดยคิดคะแนนจากการบันทึกการรับประทานยาในสมุดคู่มือผู้ป่วยพบว่า ร้อยละคะแนนความร่วมมือในการใช้ยาเท่ากับ 75.00, 93.75 และ 92.86 ตามลำดับ และโดยวิธีตอบแบบสอบถามพฤติกรรมในการใช้ยาสำหรับคนไทย มีค่ามัธยฐานของคะแนน (จากคะแนน 24) เท่ากับ 19.5, 23 และ 23 ตามลำดับ ซึ่งเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการศึกษา ก่อน และหลังการพัฒนาบทบาทของ

เภสัชกร 1 สัปดาห์ พบว่า ค่ามัธยฐานของคะแนนความรู้ (จากคะแนน 10) เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 5 และ 8 ตามลำดับ ผลการศึกษา ก่อน และหลังการพัฒนาระบบของเภสัชกร 2 สัปดาห์ พบว่า คะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมเฉลี่ย (จากคะแนน 108) เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เท่ากับ 53.09 และ 74.57 ตามลำดับ ค่ามัธยฐานจำนวนครั้งของปัญหาจากการใช้ยาต่อคนลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ 1 และ 0 ตามลำดับ ค่าเฉลี่ยระดับความพึงพอใจโดยรวมของผู้ป่วย (จากคะแนน 5) เท่ากับ 3.24 และ 4.50 ตามลำดับ และระดับความพึงพอใจโดยรวมของบุคลากรทางการแพทย์ เท่ากับ 3.00 และ 4.60 ตามลำดับ แสดงให้เห็นว่า หากมีเภสัชกรเข้าไปมีบทบาทในทีมสหวิชาชีพในการจัดการอาการปวดด้วยยาในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ใช้ยาแก้ปวดกลุ่มโอปิออยด์ อย่างต่อเนื่องจนถึงที่บ้าน สามารถทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีขึ้นแก่ผู้ป่วยในด้านความปวด คุณภาพชีวิต ความรู้ และความร่วมมือในการใช้ยา ทำให้ผู้ป่วย และทีมบุคลากรทางการแพทย์มีความพึงพอใจต่อการพัฒนาระบบของเภสัชกรมากขึ้น



Title DEVELOPMENT OF PHARMACIST'S ROLE IN HOME HEALTH CARE OF MULTIDISCIPLINARY TEAM FOR PAIN MANAGEMENT IN ADVANCED CANCER PATIENT, NONGSUA HOSPITAL, PATHUMTHANI

Author THIPSUKON JAROENPAN

Advisor Associate Professor Chanthonrat Sitthiworanan

Academic Paper M.Pharm. Thesis in Community Pharmacy, Naresuan University, 2021

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

ABSTRACT

The objective of this action research was to develop the pharmacist's role in a multidisciplinary team for pain management with opioids in advanced cancer patients at home. The samples were divided into 2 groups 14 medical staffs and 38 advanced cancer patients who used opioids to control pain. They were selected by purposive sampling. The data was collected between May and October 2020. The results of the developed pharmacist's role in pain management before, after 1 week, and after 2 weeks were presented that the median of pain scores (out of 10) were reduced by statistically significant difference to 6, 4, and 4, respectively. The medication adherence measurements recorded in the diary were presented in median percentages of 75.00, 93.75, and 92.86, respectively, and medication taking behavior by the Thai (MTB-Thai) questionnaire was increased in the median score (out of 24) to 19.5, 23, and 23, respectively. In addition, the results of the developed the pharmacist's role in pain management before and after the intervention was found that the increase statistically significant differences were shown in the median patient's knowledge scores (out of 10) from 5 to 8 and the mean of patient's quality of life (out of 108) from 53.09 to 74.57.

Furthermore, the median of drug-related problems was reduced to a statistically significant difference to 1 and 0, respectively. The patient's satisfaction scores (out of 5) were changed from 3.24 to 4.50, and the team's satisfaction was increased from 3.00 to 4.60. This research shows that pharmacists can play the role of a multidisciplinary team for pain management in advanced cancer patients at home by monitoring the effectiveness of opioids, solving drug-related problem, monitoring medication adherence, and providing patient education. The outcomes can be seen in better in pain management, quality of life, knowledge, medication adherence and satisfaction of patients, and multidisciplinary team.



ประกาศคุณูปการ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาอย่างยิ่งจาก รองศาสตราจารย์ ดร.จันทรรัตน์ สิทธีวรรณนท์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้คำแนะนำชี้แนะตลอดการทำวิจัยจนเสร็จสมบูรณ์

ขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.วีชรี เลอमानกุล ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปวีณา สนธิสมบัติ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชวณชม ธนานิธิศักดิ์ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และคณาจารย์ทุกท่านที่ได้ถ่ายทอดวิชาความรู้แก่ผู้วิจัย รวมถึงคุณสุรินทร์ นิลาพันธ์ ที่คอยติดต่อ ประสานงาน อำนวยความสะดวกแก่อนิสิต

ขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงปัทมา โกมุทบุตร และ พยาบาลวิชาชีพ พายูรี ชมพู่แก้ว จากคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เกสซ์กรหญิงศรันยา เหลืองภิรมย์ จากโรงพยาบาลปทุมธานี ผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้ความกรุณาสละเวลาให้คำปรึกษา ชี้แนะในการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

ขอขอบพระคุณ นายแพทย์วิโรจน์ ตั้งเจริญดี ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหนองเสือ และเกสซ์กรจักรพงษ์ ลิ้มพงศ์พันธ์ หัวหน้ากลุ่มงานเกสซ์กรรวมและคุ้มครองผู้บริโภค ที่สนับสนุนให้พัฒนางานวิจัยนี้ รวมทั้งเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลหนองเสือ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเครือข่ายทั้งหมด ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในงานวิจัยนี้ โดยให้ความกรุณาช่วยเหลือ ให้คำชี้แนะ ในการเก็บข้อมูลวิจัย

ขอขอบพระคุณ กลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแลทุกท่าน ที่ให้ความกรุณาสละเวลา ให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูลเป็นอย่างดี

ท้ายสุดนี้ขอขอบพระคุณครอบครัวของผู้วิจัย ที่คอยให้กำลังใจ สนับสนุน เป็นแรงผลักดันที่สำคัญยิ่งที่ทำให้การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ประสบผลสำเร็จ

ผู้วิจัยหวังว่า งานวิจัยนี้จะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนางานบริหารของเกสซ์กรรวมของเกสซ์กรในการจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็ง หากงานวิจัยนี้มีข้อบกพร่องประการใด ผู้วิจัยขอน้อมรับไว้และยินดีเป็นอย่างยิ่งต่อคำแนะนำที่เป็นประโยชน์ในการพัฒนางานต่อไป

ทิพย์สุคนธ์ เจริญพันธ์

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย.....	ก
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ค
ประกาศคุณูปการ.....	จ
สารบัญ.....	ฉ
สารบัญตาราง.....	ญ
สารบัญภาพ.....	ท
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
จุดมุ่งหมายของการวิจัย.....	5
ความสำคัญของการวิจัย.....	6
กรอบแนวคิดของการวิจัย.....	6
ขอบเขตการวิจัย.....	8
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	9
สมมุติฐานของการวิจัย.....	13
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	14
ความชุก สาเหตุ และชนิดของอาการปวด ผลต่อคุณภาพชีวิต.....	14
เครื่องมือที่นำมาใช้ในการศึกษา.....	18
การจัดการอาการปวดด้วยยาในผู้ป่วยโรคมะเร็ง.....	20

บทบาทของเภสัชกรในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีอาการปวดในคลินิก	
ระดับประสงค์ตั้งแต่อยู่โรงพยาบาลจนถึงที่บ้าน	27
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	29
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	33
ขั้นตอนที่ 1 การสร้างและพัฒนาบทบาทเภสัชกรในทีมสหวิชาชีพสำหรับการจัดการ	
อาการปวดด้วยยาในผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม	33
1.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	33
1.3 กระบวนการขอความยินยอม	34
1.4 ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย	34
1.5 เครื่องมือและการพัฒนาเครื่องมือ	35
1.6 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ	35
1.7 การเก็บรวบรวมข้อมูล	36
1.8 การวิเคราะห์ข้อมูล	41
ขั้นตอนที่ 2 ผลของบทบาทเภสัชกรในทีมสหวิชาชีพสำหรับการจัดการอาการปวด	
ด้วยยาในผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม	41
2.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	41
2.2 กระบวนการเลือกกลุ่มตัวอย่าง	41
2.3 กระบวนการขอความยินยอม	43
2.4 ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย	44
2.5 เครื่องมือและการพัฒนาเครื่องมือ	44
2.6 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ	45
2.7 การเก็บรวบรวมข้อมูล	48

2.8 การวิเคราะห์ข้อมูล	57
บทที่ 4 ผลการวิจัย	58
ขั้นตอนที่ 1 การสร้างและพัฒนาบทบาทเภสัชกรในทีมสหวิชาชีพสำหรับการจัดการ อาการปวดด้วยยาในผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม	60
ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	60
ส่วนที่ 2 การสร้างและพัฒนาบทบาทเภสัชกรในทีมสหวิชาชีพ	60
ขั้นตอนที่ 2 ผลของบทบาทเภสัชกรในทีมสหวิชาชีพสำหรับการจัดการอาการปวด ด้วยยาในผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม	87
ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	87
ส่วนที่ 2 การเยี่ยมบ้าน โดยใช้เครื่องมือ INHOMESSS IFFE	91
ส่วนที่ 3 ผลลัพธ์จากกิจกรรมการบริหารเภสัชกรรม เรื่องค่าคะแนนความปวด และอาการรบกวนอื่นๆ	102
ส่วนที่ 4 ผลลัพธ์จากกิจกรรมการบริหารเภสัชกรรม เรื่องความร่วมมือในการใช้ ยา	110
ส่วนที่ 5 ผลลัพธ์จากกิจกรรมการบริหารเภสัชกรรม เรื่องปัญหาจากการใช้ยา	113
ส่วนที่ 6 ผลลัพธ์จากกิจกรรมการบริหารเภสัชกรรม เรื่องความรู้ความเข้าใจเรื่อง การใช้ยา การปฏิบัติตัว การจัดการกับผลข้างเคียงของยาของผู้ป่วย	121
ส่วนที่ 7 ผลลัพธ์จากกิจกรรมการบริหารเภสัชกรรม เรื่องคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย โรคมะเร็ง	127
ส่วนที่ 8 ความพึงพอใจของผู้มารับบริการ รวมทั้งความพึงพอใจของบุคลากรทาง การแพทย์ต่อการพัฒนาบทบาทของเภสัชกร	129
บทที่ 5 บทสรุป	133

สรุปผลการวิจัย.....	134
อภิปรายผล.....	146
ปัญหาและอุปสรรคในการทำวิจัย.....	165
ข้อจำกัดของการทำวิจัย.....	166
ข้อเสนอแนะ.....	168
บรรณานุกรม.....	172
ภาคผนวก.....	179
ภาคผนวก ก รายงานผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย.....	180
ภาคผนวก ข เครื่องมือวิจัย 10 ชิ้น.....	181
ภาคผนวก ค การตอบรับอนุญาตให้ใช้เครื่องมือ.....	214
ภาคผนวก ง ผลการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย.....	220
ภาคผนวก จ เอกสารรับรองโครงการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร.....	262
ภาคผนวก ฉ แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งในคลินิกประจำพระองค์.....	263
ประวัติผู้วิจัย.....	293

สารบัญญัตราสาร

หน้า

ตารางที่ 1	สรุปรูปแบบยา ขนาดยา เวลาที่ยาเริ่มออกฤทธิ์ ระยะเวลาการออกฤทธิ์ของยาในร่างกาย อาการไม่พึงประสงค์ อันตรกิริยาของยา ข้อควรระวังและข้อห้ามใช้ และขนาดยาที่บรรเทาความเจ็บปวดได้เท่ากับยามอร์ฟีน ของยา Tramadol และ Pethidine	22
ตารางที่ 2	สรุปรูปแบบยา ขนาดยา เวลาที่ยาเริ่มออกฤทธิ์ ระยะเวลาการออกฤทธิ์ของยาในร่างกาย อาการไม่พึงประสงค์ อันตรกิริยาของยา ข้อควรระวังและข้อห้ามใช้ และขนาดยาที่บรรเทาความเจ็บปวดได้เท่ากับยามอร์ฟีน ของยา Morphine	23
ตารางที่ 3	สรุปรูปแบบยา ขนาดยา เวลาที่ยาเริ่มออกฤทธิ์ ระยะเวลาการออกฤทธิ์ของยาในร่างกาย อาการไม่พึงประสงค์ อันตรกิริยาของยา ข้อควรระวังและข้อห้ามใช้ และขนาดยาที่บรรเทาความเจ็บปวดได้เท่ากับยามอร์ฟีน ของยา Fentanyl	24
ตารางที่ 4	ขนาดยาเดิมที่ได้รับใน 1 วัน ของ morphine ชนิดรับประทาน เพื่อเทียบเท่ากับ fentanyl ชนิดแผ่นแปะผิวหนัง	26
ตารางที่ 5	เครื่องมือและวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลของขั้นตอนที่ 1	41
ตารางที่ 6	ขั้นตอนการเก็บข้อมูลผู้ป่วยนอกต่อเนื่องจนถึงที่บ้าน	50
ตารางที่ 7	ขั้นตอนการเก็บข้อมูลผู้ป่วยในต่อเนื่องจนถึงที่บ้าน	52
ตารางที่ 8	ขั้นตอนการเก็บข้อมูลผู้ป่วยที่ถูกส่งต่อกลับมาดูแลต่อเนื่องจนถึงที่บ้าน	55
ตารางที่ 9	ระยะเวลาบันทึกการรับประทานยาตามชนิดของยาที่ได้รับ	56
ตารางที่ 10	เครื่องมือและวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลของขั้นตอนที่ 2	57
ตารางที่ 11	ข้อมูลทั่วไปของบุคลากรทางการแพทย์ (N=14)	60

ตารางที่ 12 ผลสรุปจากการสนทนากลุ่มในประเด็นที่ 1 รูปแบบการทำงานแบบเดิมของ เภสัชกร ปัญหาที่พบ และสิ่งที่ทีมสหวิชาชีพต้องการจากเภสัชกรในการทำงานร่วมกัน เป็นทีม.....	62
ตารางที่ 13 ผลสรุปจากการสนทนากลุ่มในประเด็นที่ 2 การทำข้อตกลงในการเลือกใช้ แนวทางการจัดการอาการปวดในผู้ป่วยมะเร็งที่ใช้ในโรงพยาบาลให้เป็นมาตรฐาน เดียวกัน	67
ตารางที่ 14 ผลสรุปจากการสนทนากลุ่มในประเด็นที่ 3 การกำหนดเครื่องมือจำเป็นที่ จะต้องใช้ในการทำงานในคลินิกประจำประคองให้ไปในแนวทางเดียวกัน	68
ตารางที่ 15 ผลสรุปจากการสนทนากลุ่มในประเด็นที่ 4 การชี้แจงรูปแบบกิจกรรมในการ บริหารผู้ป่วยที่มีอาการปวดของเภสัชกรในรูปแบบใหม่.....	71
ตารางที่ 16 ผลสรุปจากการสนทนากลุ่มในประเด็นที่ 5 การให้แต่ละวิชาชีพช่วยกัน แลกเปลี่ยนความคิดเห็นเรื่องปัญหาของทีม สิ่งที่ทีมจะพัฒนาต่อไปในอนาคต ตัวชี้วัดที่ เป็นเป้าหมายของทีม	74
ตารางที่ 17 ผลสรุปจากการสนทนากลุ่มในประเด็นที่ 6 บทบาทหน้าที่ของแต่ละวิชาชีพ ที่ชัดเจนในการจัดการอาการปวดด้วยยา โดยแต่ละวิชาชีพได้ร่วมกันแสดงความคิดเห็น ในภาพรวมของทีมการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ในผู้ป่วยโรคมะเร็ง	79
ตารางที่ 18 บทบาทและกิจกรรมการบริหารจัดการทางเภสัชกรรมของเภสัชกรในด้านต่างๆ.	81
ตารางที่ 19 ขั้นตอนการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องถึงที่บ้านของเภสัชกรร่วมกับทีมสหสาขา วิชาชีพ	84
ตารางที่ 20 ข้อมูลทั่วไปของผู้มารับบริการ (N=38).....	88
ตารางที่ 21 ผลการสัมภาษณ์ผู้ป่วยจากการเยี่ยมบ้าน โดยใช้เครื่องมือ INHOMESSS IFFE (N=38)	95
ตารางที่ 22 เปรียบเทียบค่ามัธยฐานระดับความรุนแรงของอาการปวดและอาการ รบกวนอื่น ๆ	104

ตารางที่ 23 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ยาแก้ปวดรายใหม่ รูปแบบการใช้ยา ค่าคะแนนความปวด และการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยากลุ่มโอปิออยด์	106
ตารางที่ 24 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ยาแก้ปวดรายเก่า รูปแบบการใช้ยา ค่าคะแนนความปวด และการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยากลุ่มโอปิออยด์	107
ตารางที่ 25 เปรียบเทียบค่ามัธยฐานคะแนนความร่วมมือในการใช้ยาโดย MTB-Thai (N = 26)	111
ตารางที่ 26 เปรียบเทียบคะแนนความร่วมมือในการใช้ยาจากการบันทึกการใช้ยาในสมุด (N=25).....	112
ตารางที่ 27 จำนวนปัญหาจากใช้ยาของกลุ่มตัวอย่าง (N=38)	114
ตารางที่ 28 ปัญหาจากการใช้ยาแยกตามประเภทและวิธีการดำเนินการแก้ไขปัญหาของเภสัชกร	116
ตารางที่ 29 การเปลี่ยนแปลงรูปแบบการใช้ยาแก้ปวดกลุ่มโอปิออยด์ที่เกิดขึ้นจากบทบาทของเภสัชกร	120
ตารางที่ 30 จำนวนผู้ที่ตอบคำถามถูกต้องของแบบประเมินความรู้ยาพาราเซตามอล (N=24).....	122
ตารางที่ 31 จำนวนผู้ที่ตอบคำถามถูกต้องของแบบประเมินความรู้ยามอร์ฟีน (N=14)	124
ตารางที่ 32 จำนวนผู้ที่ตอบคำถามถูกต้องของแบบประเมินความรู้ยาแผ่นแปะเฟนทานิล (N=1)	125
ตารางที่ 33 เปรียบเทียบค่ามัธยฐานคะแนนความรู้ความเข้าใจเรื่องการใช้ยา การปฏิบัติตัว การจัดการกับผลข้างเคียงของยาโดยรวม (N=38).....	126
ตารางที่ 34 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิต.....	128

ตารางที่ 35 เปรียบเทียบระดับความพึงพอใจของผู้มารับบริการต่อการพัฒนาบทบาท ของเภสัชกร.....	130
ตารางที่ 36 เปรียบเทียบระดับความพึงพอใจของทีมสหวิชาชีพต่อการพัฒนาบทบาท ของเภสัชกร (N=14)	132



สารบัญภาพ

หน้า

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดของการวิจัย.....	7
ภาพที่ 2 บทบาทของเภสัชกรในการจัดการอาการปวดด้วยยาในผู้ป่วยโรคมะเร็งร่วมกับ ทีมสหสาขาวิชาชีพ ตั้งแต่โรงพยาบาลต่อเนื่องจนถึงที่บ้าน	83
ภาพที่ 3 ขั้นตอนการรับบริการในคลินิกระดับประคองตั้งแต่แผนกผู้ป่วยในต่อเนื่องถึง ที่บ้าน.....	266
ภาพที่ 4 ขั้นตอนการรับบริการในคลินิกระดับประคองตั้งแต่แผนกผู้ป่วยนอกต่อเนื่อง จนถึงที่บ้าน	267
ภาพที่ 5 ลำดับการใช้เครื่องมือต่างๆ ความเชื่อมโยงของการใช้เครื่องมือกับบทบาทของ เภสัชกรในทีม	270
ภาพที่ 6 การปรับยาในผู้ป่วยที่ไม่เคยใช้ยาในกลุ่ม Opioids (Naïve).....	277
ภาพที่ 7 การปรับยาในผู้ป่วยที่เคยใช้ยาในกลุ่ม Opioids	278
ภาพที่ 8 แนวทางการจัดการปัญหาจากการใช้ยา และการปรับยา	282
ภาพที่ 9 แบบประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคอง	287
ภาพที่ 10 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า	288
ภาพที่ 11 แบบสรุปการดูแลผู้ป่วยแบบประคองของทีมสหวิชาชีพ	289
ภาพที่ 12 แบบแจ้งความประสงค์เกี่ยวกับการรักษาพุงซีพและการช่วยฟื้นคืนชีพ ล่วงหน้า.....	290
ภาพที่ 13 แบบส่งต่อผู้ป่วย	291
ภาพที่ 14 แบบติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคอง	292

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

จากข้อมูลสรุปสถิติที่สำคัญ พ.ศ.2560 ของกองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้จัดลำดับสาเหตุการตายตามกลุ่มสาเหตุการตาย 10 กลุ่มแรกพบว่าการตายจากมะเร็งและเนื้องอกทุกชนิดมาเป็นอันดับหนึ่ง โดยในปี พ.ศ.2556 ถึง 2560 พบอัตราการตายต่อประชากรหนึ่งแสนคน 104.8, 107.9, 113.7, 119.3 และ 120.5⁽¹⁾ ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มที่เพิ่มมากขึ้น แสดงให้เห็นว่าโรคมะเร็งเป็นโรคที่ร้ายแรงคุกคามต่อชีวิต โอกาสในการรักษาหายขาดมีน้อยมาก ซึ่งผู้ป่วยโรคมะเร็งที่เข้าสู่ระยะลุกลาม มักมีปัญหาอาการรบกวนรุนแรงในหลายๆด้าน เช่น อาการปวด หายใจลำบาก อาเจียน รับประทานอาหารไม่ได้ วิตกกังวล สับสน พบว่าภาวะปวดเป็นสาเหตุหลักที่สร้างความทุกข์ทรมานให้ผู้ป่วย พบได้บ่อยและมีความรุนแรงถึงร้อยละ 70-80⁽²⁾ ส่งผลกระทบต่อทั้งสภาพร่างกาย จิตใจ สังคม รวมถึงผู้ที่อยู่ใกล้ชิดอีกด้วย ผู้ป่วยมะเร็งประมาณร้อยละ 37.8 มีอาการปวดในระดับปานกลาง และมีบางส่วนมากถึงร้อยละ 46 ที่ยังได้รับการบรรเทาปวดไม่เพียงพอ ซึ่งการรับรู้ถึงอาการปวดในผู้ป่วยมะเร็งนั้นเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยในการจัดการอาการปวดได้ดียิ่งขึ้น ตั้งแต่ระยะเริ่มวินิจฉัยโรค⁽³⁾ สำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งในระยะลุกลามนั้นอาจจะมีอาการปวดปะทุ (Breakthrough pain) ที่เกิดขึ้นได้บ่อย และเป็นปัญหาที่รุนแรง ส่งผลในทางลบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย⁽⁴⁾ จากการที่ผู้ป่วยมักมีอาการรบกวนนั้น ทำให้ต้องมานอนรักษาตัวในโรงพยาบาล เกิดค่าใช้จ่ายที่สูงทั้งจากการรักษาและการดูแลของญาติที่เข้ามาไข้ที่โรงพยาบาล พบว่าการดูแลผู้ป่วยระยะหกลเดือนสุดท้ายของชีวิตมีค่าใช้จ่ายมูลค่าสูงมากกว่าช่วงใด ๆ ของชีวิตคิดเป็นร้อยละ 8 ถึง 11 ต่อปี ของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ และเป็นร้อยละ 10 ถึง 29 ของค่าใช้จ่ายผู้ป่วย ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่เข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลในช่วงสุดท้ายระยะเวลา 6 เดือนก่อนเสียชีวิตจะมีค่าใช้จ่ายเฉลี่ย 80,780 บาทต่อคน วันนอนเฉลี่ย 29.2 วันต่อคน⁽⁵⁾ ทำให้ผู้ป่วยต้องถูกส่งต่อกลับมาเพื่อดูแลต่อเนืองที่บ้าน

องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ให้คำจำกัดความไว้ว่า การบรรเทาปวดเป็นการดูแลเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิต รวมถึงการป้องกันและบรรเทาความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยและครอบครัว ใน

กรณีที่มีปัญหาเกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่คุกคามชีวิตให้มีการประเมินและวินิจฉัยอย่างครอบคลุม เพื่อให้การรักษาในเรื่องของความเจ็บปวดและปัญหาอื่น ๆ อย่างทันที่ โดยครอบคลุมมิติกายใจ สังคมและจิตวิญญาณของทั้งผู้ป่วย ครอบครัวและผู้ดูแล และตั้งแต่ปี 2014 เป็นต้นมา WHO ได้กล่าวไว้ว่าควรจัดให้บุคลากรที่ทำงานในคลินิกระดับรองควรทำงานร่วมกันอย่างสหวิชาชีพ ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักสังคมสงเคราะห์ เป็นต้น เช่นเดียวกับกรมการแพทย์ได้ให้คำแนะนำไว้ว่า ควรให้การดูแลแบบประคับประคองเริ่มตั้งแต่มีการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็ง ต่อเนื่องตลอดการรักษาและการมีชีวิตอยู่ ซึ่งภายในทีมควรมีเภสัชกรร่วมด้วยเป็นบุคลากรที่มีความสำคัญในการให้การดูแลเรื่องยาที่ใช้ มีบทบาทสำคัญในการจัดการอาการปวด ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้น⁽⁵⁾ จากนโยบายแผนพัฒนาสุขภาพ สาขาการดูแลแบบประคับประคอง มาตรการการขยายบริการการดูแลแบบประคับประคองในระยะยาวได้จัดให้มีระบบบริการการทำงานเชื่อมโยงดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน และมีการรักษาด้วย Strong Opioids Medications โดยมีเกณฑ์ชี้วัดการบรรเทาอาการปวดและจัดการอาการต่าง ๆ ด้วย Strong Opioids ในผู้ป่วยประคับประคองอย่างมีคุณภาพมากกว่าร้อยละ 40⁽⁶⁾ ในปีงบประมาณ 2562 พบว่าโรงพยาบาลหนองเสือมีการบรรเทาอาการปวดและจัดการอาการต่าง ๆ ด้วย Strong Opioids ในผู้ป่วยประคับประคองอย่างมีคุณภาพได้แค่เพียงร้อยละ 22.22 เท่านั้น นอกจากนี้กองยุทธศาสตร์และแผนงานกระทรวงสาธารณสุข แผนที่ 6 หัวข้อการพัฒนากระบวนการสุขภาพ โครงการที่ 18 เรื่องระบบการดูแลแบบประคับประคองใน phase 1 (2560-2564) ได้กำหนดตัวชี้วัดและเป้าหมายที่เกี่ยวข้องดังนี้คือให้มีการพัฒนา Opioid Model ในโรงพยาบาลระดับ F ร้อยละ 50 และมีการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่บ้าน ในโรงพยาบาลระดับ F ร้อยละ 50⁽⁷⁾ ทั้งนี้ ในบทบาทของผู้ให้บริการได้มีกล่าวถึงในมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพฉบับที่ 4 ตอนที่ III - 4.3 หัวข้อการดูแลเฉพาะ (Specific care) หมวด ง. เรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ได้กล่าวว่าผู้ป่วยและครอบครัวควรได้รับการประเมิน ประเมินซ้ำเกี่ยวกับอาการตอบสนองต่อการบำบัดอาการ ความต้องการด้านจิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ทีมผู้ให้บริการต้องมีการดูแลผู้ที่กำลังจะเสียชีวิตอย่างเหมาะสมทั้งในด้านการบรรเทาอาการ ตอบสนองความต้องการด้านจิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ⁽⁸⁾ ทำให้ควรมีการพิจารณาถึงบทบาทของทีมนสหสาขาวิชาชีพที่ให้บริการผู้ป่วยดังกล่าว

โรงพยาบาลหนองเสือเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง จากสถิติของผู้มารับบริการ พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยโรคมะเร็งทั้งหมด 177 คน โดยผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มารับบริการโรงพยาบาลหนองเสือเป็นผู้ป่วยที่ถูกส่งกลับมารับรักษาต่อเป็นคนไข้ในคลินิกประคับประคอง จากโรงพยาบาลที่มีการตรวจรักษาโรคมะเร็ง เช่น โรงพยาบาลปทุมธานี ศูนย์มหาวิทยาลัยราชภัฏวชิราลงกรณ์ธัญบุรี โรงพยาบาลธรรมศาสตร์ โรงพยาบาลราชวิถี สถาบันมะเร็ง เป็นต้น ทางโรงพยาบาลหนองเสือมีระบบการวินิจฉัยและการให้บริการแบบประคับประคอง มีบุคลากรที่สามารถสั่งจ่าย ยา จ่ายยา และบริหารยา แก่ปวดกลุ่มต่างๆรวมถึงยากกลุ่ม Opioid มีรายการยาที่จำเป็นที่ใช้ในคลินิกแบบประคับประคอง ค่อนข้างครบถ้วน และมีระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองต่อเนื่องที่บ้าน โดยมีการทำ Advance Care Planning (ACP) เพื่อเตรียมผู้ป่วยให้มีความพร้อมกลับไปดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ซึ่งมีระบบที่ดีอยู่แล้ว แต่ยังไม่มีการเข้าถึงเข้าไปมีบทบาทสำคัญในทีม ในปัจจุบันเภสัชกรทำหน้าที่เฉพาะการจ่ายยาเท่านั้นไม่ได้มีการติดตามประสิทธิภาพ ผลข้างเคียงจากยา ความร่วมมือในการใช้ยาระงับปวด และไม่ได้มีการให้สุขศึกษาหลังผู้ป่วยได้รับยากลับบ้าน จากการที่เภสัชกรไม่ได้มีบทบาทในการบริหารผู้ป่วยในคลินิกประคับประคองนั้นทำให้พบปัญหาต่างๆจากการใช้ยา เมื่อมีการทบทวน Chart และ OPD Card ของผู้ป่วยที่มารับบริการในช่วงปีงบประมาณ 2561 พบว่า จากจำนวนครั้งของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามที่มาพบแพทย์เพื่อขอรับยา บรรเทาปวดมอร์ฟีน ชนิดเม็ดแบบ IR และ MST มอร์ฟีนชนิดน้ำทั้งหมด 30 ครั้ง พบปัญหาเรื่องการใช้ยาดังนี้ ผู้ป่วยไม่ได้รับการประเมิน pain score จำนวน 18 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 60 มีการใช้ยา Tramadol ร่วมกับ Morphine 1 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 3.33 การบริหารยาไม่ถูกต้อง ใช้ MST แบบ PRN ไม่ใช่ around the clock 6 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 20 ไม่มีการให้ยาเพื่อลดผลข้างเคียงจาก MO เช่น ยาระบาย 12 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 40 มีการสั่งจ่ายยา MST ในผู้ป่วยที่ไม่สามารถกลืนยาได้ทำให้ต้องบด 1 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 3.33 จากการทบทวนข้อมูลในบริบทของโรงพยาบาลหนองเสือ นั้น สาเหตุที่ผู้ป่วยไม่ได้รับการติดตามผลการรักษา ไม่ได้มีการประเมินระดับความปวดอย่างต่อเนื่องนั้น ส่วนหนึ่งเกิดจากผู้ป่วยหรือผู้ดูแลไม่สะดวกเข้ามาใช้บริการที่โรงพยาบาล และเดิมโรงพยาบาลเองได้กำหนดข้อตกลงเรื่องการไม่อนุญาตให้นำยาเสพติดออกจากโรงพยาบาล และจำกัดจำนวนที่เบิกจ่ายได้ในแต่ละครั้ง จึงทำให้ผู้ป่วยบางส่วนเข้าไม่ถึงยา และเภสัชกรเองยังไม่ได้เข้าไปมีบทบาทในทีมเยี่ยมอย่างชัดเจน ทำให้เกิดปัญหาจากการใช้ยาดังที่ได้กล่าวไป

ได้มีการศึกษาว่า การมีเภสัชกรในทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อดูแลผู้ป่วยในคลินิก ประคับประคองที่มีอาการปวดนั้น ช่วยทำให้ปัญหาจากการใช้ยาลดลง^(9, 10) โดยการศึกษาของ สุลาวัลย์ วรรณโคตร⁽⁹⁾ ได้พบปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา ซึ่งมีสาเหตุมาจากการสั่งใช้ยา เช่น มีการสั่งใช้มอร์ฟีนเฉพาะเวลาปวด ขาดการสั่งใช้แบบต่อเนื่องตามเวลา การขาดการประเมินระดับ ความปวด ทำให้ไม่สามารถทราบถึงผลการรักษา ขาดการปรับขนาดยา ทำให้ผู้ป่วยคุมปวดไม่ได้ และยังพบปัญหาผู้ป่วยไม่เข้าใจวิธีใช้ยาอีกด้วย ซึ่งการมีเภสัชกรเข้ามาร่วมทีมได้ช่วยแก้ไขปัญหาล เกี่ยวกับการใช้ยาแก้ปวดให้ลดลงได้ ทำให้ผู้ป่วยควบคุมอาการปวดได้ดียิ่งขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่า เภสัชกรได้เพิ่มการเข้าถึงยากลุ่มโอปิออยด์ ของผู้ป่วยมะเร็งที่มีปัญหาเรื่องการกลืน ไม่สามารถ บริหารยาโดยวิธีการทานได้ โดยได้มีบทบาทในการทบทวน ปรับปรุงบัญชียาของโรงพยาบาล ซึ่ง โรงพยาบาลชุมชนอาจมีรายการยาที่ไม่ครอบคลุม จึงต้องจัดซื้อ จัดหา ยา อุปกรณ์ที่จำเป็น ทำให้ ผู้ป่วยเข้าถึงยาได้ดียิ่งขึ้น และยังมีการปรับปรุงระบบการเบิกจ่ายยาเสพติด ให้มีความยืดหยุ่นมาก ขึ้น สามารถนำยาออกไปนอกโรงพยาบาลได้ การเพิ่มจำนวนการจ่ายยา เพิ่มระบบการติดตามการ ใช้ยาทางโทรศัพท์ การติดตามยาคืนเมื่อผู้ป่วยเสียชีวิต นอกจากนี้ยังมีการศึกษาของ ปัทมาวดี ช้างเพชร และคณะ⁽¹⁰⁾ ที่ได้พบว่า การมีส่วนร่วมของเภสัชกร ช่วยให้ปัญหาจากการใช้ยาแก้ปวดใน ผู้ป่วยมะเร็งลดลง ซึ่งปัญหาที่พบส่วนใหญ่คือ ไม่ได้รับยาจัดการอาการข้างเคียงจากยาแก้ปวด การเกิดอันตรกิริยาของยา การไม่บริหารยามอร์ฟีนแบบต่อเนื่อง นอกจากนี้ยังพบปัญหาด้าน ความรู้ ความเข้าใจในเรื่องการใช้ยาของผู้ป่วยและญาติ เมื่อมีเภสัชกรเข้ามาช่วยจัดการอาการ ปวด มีการให้ความรู้เรื่องการใช้ยา การจัดการกับผลข้างเคียง ทำให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจในการใช้ ยามากขึ้น ยังมีงานวิจัย⁽¹¹⁾ ที่ได้พบว่า วิชาชีพอื่นมีมุมมองต่อเภสัชกรว่า เภสัชกรนั้นเป็นวิชาชีพที่มี ความจำเป็นต่องานการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ซึ่งเภสัชกรจะช่วยเหลือทีมได้ดีที่สุด คือ การมีบทบาทในการบริหารเภสัชกรรม เช่น การแนะนำขนาดยา ติดตามผลข้างเคียงจากยา การ จัดการอาการปวด โดยเน้นเรื่องการสร้างความรู้ความเข้าใจในการใช้ยาแก้ปวดกลุ่มโอปิออยด์ให้แก่ ผู้ป่วยและทีม

เมื่อพิจารณาแล้วหากมีเภสัชกรเข้าไปมีบทบาทในทีมสหวิชาชีพ ก็จะสามารถช่วยให้ ปัญหาจากการใช้ยาดังที่ได้กล่าวไปลดลงได้ ซึ่งเภสัชกรถือเป็นหัวใจสำคัญในการดูแลเรื่องการใช้ ยาบรรเทาปวด โดยทำงานร่วมกับสหวิชาชีพ บทบาทของเภสัชกรที่จะพัฒนาในการศึกษาคั้งนี้คือ การบริหารเภสัชกรรมผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีการใช้ยาแก้ปวด การบริหารเภสัชกรรมนั้นเป็นการ

ส่งเสริมให้การใช้ยาเป็นไปอย่างปลอดภัย เพิ่มคุณภาพในการดูแลรักษา ให้เป็นไปอย่างคุ้มค่า ผู้ป่วยมีความพึงพอใจ โดยเป็นความรับผิดชอบของเภสัชกรในดูแลรักษาผู้ป่วยด้วยยาเฉพาะราย และมีกิจกรรมต่างๆ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายคือ การได้ผลรักษาตามต้องการ อย่างถูกต้องเหมาะสม ปลอดภัย ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น^(12, 13) จึงได้มีแนวคิดการพัฒนาบทบาทของเภสัชกรในการจัดการอาการปวดขึ้นมา โดยมีกิจกรรมดังต่อไปนี้คือ (1) การติดตามประเมินประสิทธิภาพของยาแก้ปวดโดยใช้เครื่องมือ ESAS (Edmonton Symptom Assessment System) เพื่อประเมินระดับความรุนแรงของอาการปวดและอาการร่วมอื่นๆ การติดตามผลข้างเคียงจากการใช้ยาแก้ปวด (2) การค้นหาปัญหาจากการใช้ยาตามหลักของ Helper and Strand การเป็นที่ปรึกษาในทีม เพื่อแนะนำขนาดยา การปรับยา และบริหารยาอย่างถูกต้อง (3) การติดตามความร่วมมือในการใช้ยาแก้ปวด ตลอดจน (4) การให้ความรู้แก่ ผู้ป่วยและผู้ดูแลเกี่ยวกับเรื่องการใช้ยาแก้ปวด การปฏิบัติตัว การจัดการกับผลข้างเคียงจากยา เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพและความปลอดภัยในการใช้ยา ทั้งขณะที่ผู้ป่วยอยู่ที่โรงพยาบาลหรือผู้ป่วยที่ถูกส่งกลับมารักษาต่อในคลินิกระดับประคองที่บ้าน ซึ่งเป็นบทบาทที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องถึงที่บ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ได้รับการดูแลอย่างองค์รวมจากทีมสหวิชาชีพ ทั้งด้านกาย ใจ สังคม จิตวิญญาณและจากไปอย่างสงบ

จุดมุ่งหมายของการวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อพัฒนาบทบาทของเภสัชกรในทีมสหวิชาชีพสำหรับการจัดการอาการปวดด้วยยาในผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามอย่างต่อเนื่องจนถึงที่บ้าน

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ด้านบริหารเภสัชกรรมก่อนและหลังการพัฒนาบทบาทของเภสัชกรในการจัดการอาการปวดด้วยยา

1.1 ค่าคะแนนความปวด

1.2 ปัญหาจากการใช้ยา

1.3 ความร่วมมือในการใช้ยา

1.4 ความรู้ความเข้าใจเรื่องการใช้ยา การปฏิบัติตัว การจัดการกับผลข้างเคียงของยา

ของผู้ป่วย

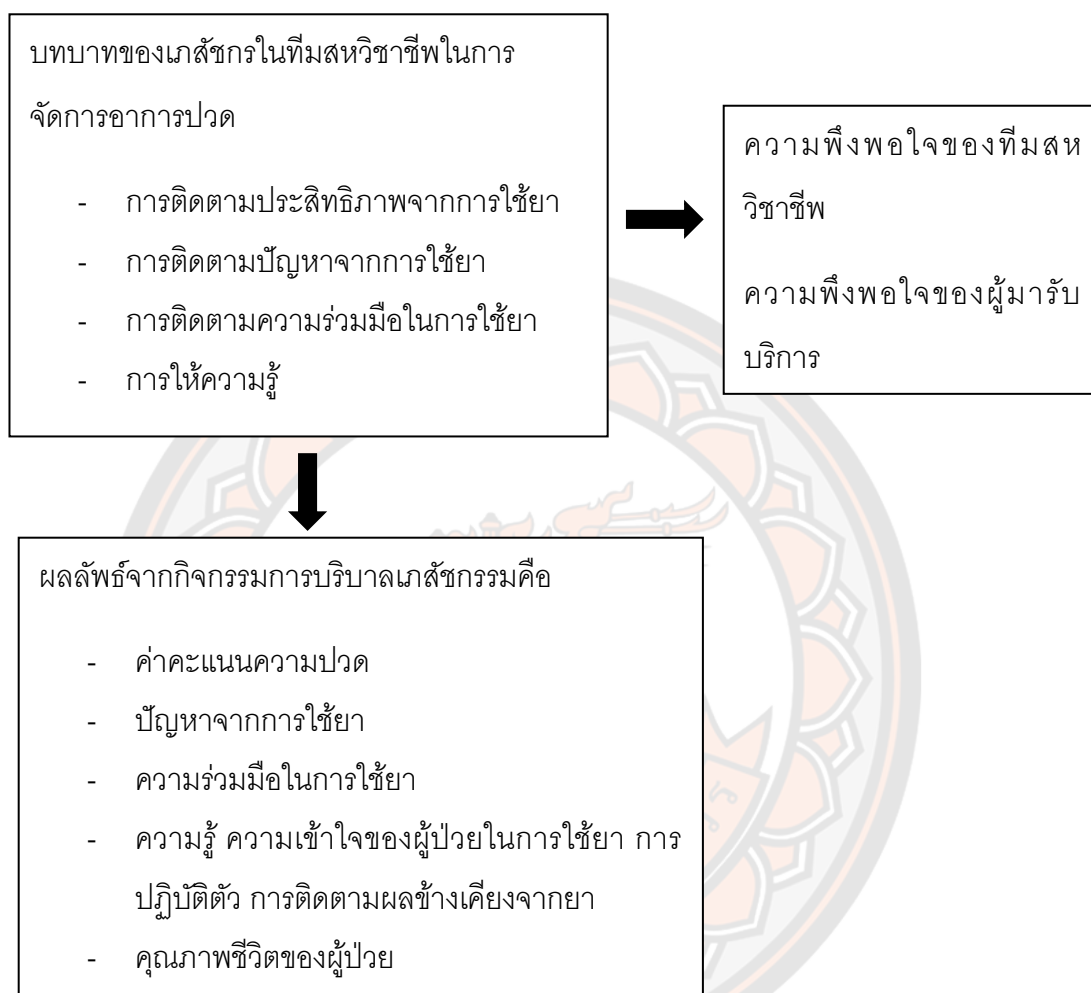
2. เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของผู้ป่วย
3. เพื่อประเมินความพึงพอใจของผู้มารับบริการต่อการพัฒนาบทบาทของเภสัชกร
4. เพื่อประเมินความพึงพอใจของทีมสหวิชาชีพต่อการพัฒนาบทบาทของเภสัชกร

ความสำคัญของการวิจัย

1. โรงพยาบาลหนองเสือ จังหวัดปทุมธานี สามารถนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาวิจัยนี้ไปจัดทำคู่มือในการบำบัดอาการปวดด้วยยาในผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม
2. เกิดการพัฒนาบทบาทของเภสัชกรในทีมการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในการจัดการอาการปวดด้วยยาในผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามอย่างต่อเนื่องจนถึงที่บ้าน เพื่อจัดการอาการปวดอย่างเหมาะสมและสามารถนำรูปแบบกิจกรรมที่พัฒนาขึ้นมาไปปรับใช้ให้เหมาะกับบริบทของโรงพยาบาล
3. การดูแลผู้ป่วยร่วมกันของทีมสหวิชาชีพ โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

กรอบแนวคิดของการวิจัย

สามารถอธิบายขั้นตอนตามแผนภาพดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดของการวิจัย

ผู้วิจัยศึกษารวบรวมข้อมูลสถานการณ์งานดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามแบบประคับประคองของโรงพยาบาลหนองเสือที่ผ่านมา เพื่อหาประเด็นแนวทางพัฒนาบทบาทของเภสัชกรในการมีส่วนร่วมในทีมสหวิชาชีพ จากนั้นประชุมทีมเจ้าหน้าที่ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในทีมดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ระดมสมองร่วมกันสนทนากลุ่ม โดยเรื่องที่เป็นประเด็นในการทำ focus group มีดังนี้คือ

1. รูปแบบการทำงานแบบเดิมของเภสัชกร ปัญหาที่พบ และสิ่งที่ทีมสหวิชาชีพต้องการจากเภสัชกรในการทำงานร่วมกันเป็นทีม
 2. ทำข้อตกลงในการเลือกใช้แนวทางการจัดการอาการปวดในผู้ป่วยมะเร็งที่ใช้ในโรงพยาบาลให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน
 3. การกำหนดเครื่องมือจำเป็นที่จะต้องใช้ในการทำงานในคลินิกประจำระดับประคองให้ เป็นไปในแนวทางเดียวกัน
 4. ชี้แจงรูปแบบกิจกรรมในการบริหารผู้ป่วยที่มีอาการปวดของเภสัชกรในรูปแบบใหม่ ดังนี้
 - 4.1 การติดตามประสิทธิภาพของยาโดยประเมินจากค่าคะแนนความปวด
 - 4.2 การค้นหาปัญหาจากการใช้ยา
 - 4.3 การติดตามความร่วมมือในการใช้ยาแก้ปวดตามเวลาของผู้ป่วย
 - 4.4 การให้ความรู้เรื่องการใช้ยาแก้ปวด การปฏิบัติตัว การติดตามผลข้างเคียงจาก ยา
 5. ให้แต่ละวิชาชีพช่วยกันแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเรื่องปัญหาของทีม สิ่งทีทีมจะพัฒนาต่อไปในอนาคต ตัวชี้วัดที่เป็นเป้าหมายของทีม
 6. บทบาทหน้าที่ของแต่ละวิชาชีพที่ชัดเจนในการจัดการอาการปวดด้วยยา
- จากนั้นนำข้อสรุปรูปแบบการทำงานที่ได้จากการ focus group ไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่มีอาการปวด และได้รับยาแก้ปวดในการ ควบคุมอาการปวด โดยผู้วิจัยประเมินติดตาม 1) ค่าคะแนนความปวด 2) ปัญหาจากการใช้ยา 3) ความร่วมมือในการใช้ยา 4) ความรู้ความเข้าใจเรื่องการใช้ยา การปฏิบัติตัว การจัดการกับ ผลข้างเคียงของยาของผู้ป่วย 5) คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย 6) ความพึงพอใจของผู้มารับบริการต่อ การพัฒนาบทบาทของเภสัชกร 7) ความพึงพอใจของทีมสหวิชาชีพต่อการพัฒนาบทบาทของ เภสัชกร

ขอบเขตการวิจัย

ขอบเขตด้านเนื้อหา

การวิจัยนี้เป็นการพัฒนาบทบาทของเภสัชกรในทีมสหวิชาชีพสำหรับการจัดการอาการปวดด้วยยาในผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามอย่างต่อเนื่องจนถึงที่บ้าน จากนั้นนำกิจกรรมที่ได้ที่

พัฒนานี้มาใช้และติดตามผล โดยมีการเยี่ยมบ้านจำนวน 3 ครั้ง ในส่วนของงานผู้ป่วยนอกต่อเนื่อง จนถึงที่บ้าน งานผู้ป่วยในต่อเนื่องจนถึงที่บ้าน และมีการเยี่ยมบ้านจำนวน 4 ครั้ง ในส่วนของงานเยี่ยมบ้านผู้ป่วยที่ถูกส่งต่อกลับมาดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

ขอบเขตด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ

1. **กลุ่มบุคลากรทางการแพทย์** (สร้างและพัฒนาบทบาทของเภสัชกร) เป็นบุคลากรทางการแพทย์ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในทีมดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและมีอำนาจในเชิงนโยบายของโรงพยาบาล โดยทำงานอยู่ในคณะกรรมการบริหารการดูแลผู้ป่วย ดำเนินการศึกษาด้วยการทำ focus group โดยมีผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการสนทนา จำนวน 14 คน ประกอบด้วย 1.1) แพทย์จำนวน 5 คน 1.2) พยาบาลจำนวน 8 คน แบ่งเป็นพยาบาลที่มีส่วนเกี่ยวข้องปฏิบัติงานในทีม palliative care คือ พยาบาลทีม PCU จำนวน 3 คน พยาบาลประจำผู้ป่วยในจำนวน 2 คน พยาบาลผู้ป่วยนอก จำนวน 3 คน 1.3) นักโภชนาการจำนวน 1 คน

2. **กลุ่มผู้รับบริการ** (กลุ่มทดลองใช้เพื่อวัดผลการพัฒนาบทบาทของเภสัชกร) คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่มีอาการปวด และได้รับยาแก้ปวดในการควบคุมอาการปวดจำนวน 40 คน (ข้อมูล ณ เดือน มกราคม 2562) ของอำเภอหนองเสือ และผู้ป่วยที่ได้รับยาแก้ปวดรายใหม่ที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลหนองเสือ หรือถูกส่งตัวมาจากโรงพยาบาลพทุมธานี หรือศูนย์มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล วิทยาลัยพยาบาลเพื่อกลับมาดูแลที่บ้านในช่วงระหว่าง เดือน พฤษภาคม ถึง กันยายน 2563 ที่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย

ขอบเขตด้านระยะเวลาที่ใช้ในการวิจัย

ระยะเวลาตั้งแต่เดือน พฤษภาคม ถึง ตุลาคม ปี พ.ศ.2563

นิยามศัพท์เฉพาะ

การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในระยะท้ายของชีวิต (Palliative care) ใน การศึกษานี้ได้นำนิยามมาจาก WHO ซึ่งได้ให้คำจำกัดความว่า “การดูแลเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิต ของผู้ป่วยทั้งผู้ใหญ่และเด็ก และครอบครัว ที่มีปัญหาเกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่คุกคามชีวิต รวมถึง

การป้องกันและบรรเทาความทุกข์ทรมาน หรือหมายถึงการบริบาลผู้ป่วยแบบประคับประคอง เพื่อ บรรเทาอาการ หรือวิธีการดูแลผู้ป่วยที่ป่วยเป็นโรคที่รักษาไม่หายขาดมีแนวโน้มที่ทรุดลง หรือ เสียชีวิตจากตัวโรคในอนาคต หรือป่วยอยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต เน้นการดูแลแบบองค์รวม ครอบคลุมมิติกาย ใจ สังคม และจิตวิญญาณของทั้งผู้ป่วย ครอบครัวและผู้ดูแล โดยอยู่บน เป้าหมายหลักคือ การเพิ่มคุณภาพชีวิตของทั้งผู้ป่วยและครอบครัวที่จะทำให้ผู้ป่วย ได้เสียชีวิต อย่างสงบ สมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ตลอดจนการดูแลครอบครัวและญาติภายหลังการจากไป ของผู้ป่วย”⁽¹⁴⁾

โรคมะเร็งระยะลุกลาม (Advanced cancer) หมายถึง มะเร็งที่ไม่สามารถรักษาให้ หายขาดได้ซึ่งจะแตกต่างกับมะเร็งระยะแพร่กระจาย (Metastatic cancer) เนื่องจากมะเร็งระยะ ลุกลามไม่จำเป็นต้องมีการแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่นเสมอไป

การบริบาลเภสัชกรรม (Pharmaceutical care) เป็นความรับผิดชอบของเภสัชกรใน การติดตามดูแลผู้ป่วยในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา โดยมีกิจกรรมต่าง ๆ ด้านเภสัชกรรมคลินิก เพื่อให้บรรลุเป้าหมาย คือ ได้ผลการรักษาตามต้องการ ถูกต้อง เหมาะสม ปลอดภัย และเพิ่ม คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยรวมทั้งการค้นหา ป้องกัน และแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวกับยา^(12, 13) โดยใน งานวิจัยนี้กิจกรรมการบริบาลเภสัชกรรม คือ การติดตามประสิทธิภาพจากการใช้ยาพิจารณาจาก ค่าคะแนนความปวด ติดตามปัญหาจากการใช้ยา ความร่วมมือในการใช้ยาบรรเทาปวดของผู้ป่วย การให้ความรู้ ความเข้าใจในการใช้ยา การปฏิบัติตัว การติดตามผลข้างเคียงจากยา ในงานวิจัย ผู้ป่วยแต่ละคนจะได้รับเนื้อหาแตกต่างกันไปตามชนิดของยาแก้ปวดที่ได้รับ ประเด็นที่มีความ แตกต่างกันในเนื้อหาคือประเด็นของความร่วมมือในการใช้ยาบรรเทาปวดของผู้ป่วย และประเด็น ของการให้ความรู้ ความเข้าใจในการใช้ยา การปฏิบัติตัว การติดตามผลข้างเคียงจากยา ซึ่ง รายละเอียดอยู่ในคู่มือการใช้ยาแก้ปวดของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม

การวัดระดับความรุนแรงของความปวด หมายถึง การที่ผู้ป่วยบอกระดับความ รุนแรงของความปวด โดยใช้ความรู้สึกของตนเองในการประเมินผ่านการประเมินเป็นตัวเลข โดย ในงานวิจัยนี้ประเมินด้วยเครื่องมือ ESAS (Edmonton Symptom Assessment System)⁽¹⁵⁾ อาการที่ประเมินในแบบสอบถาม ESAS มีทั้งหมด 9 อาการ ประกอบไปด้วย อาการปวด อาการ เหนื่อย/อ่อนเพลีย อาการคลื่นไส้ อาการซึมเศร้า อาการวิตกกังวล อาการร่วงซึม อาการเบื่ออาหาร ความสบายดีทั้งกายและใจ และอาการเหนื่อยหอบระดับการวัดแต่ละอาการจะถูกแบ่งเป็น หมายเลข 0-10 โดยเลข 0 หมายถึง ไม่มีอาการ และเลข 10 หมายถึง มีอาการมากที่สุด

การจัดการอาการปวด หมายถึง การที่เภสัชกรทำกิจกรรมการบริหารในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีปัญหาเรื่องความปวด ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยเริ่มตั้งแต่ การประเมินระดับความรุนแรงของความปวดของผู้ป่วย การวางแผน แนะนำการเลือกใช้ยาแก้ปวดให้เหมาะสมกับระดับความรุนแรงของความปวด ช่วยแพทย์ปรับขนาดยา แนะนำการบริหารยาให้แก่พยาบาล การติดตามประสิทธิภาพ ติดตามอาการไม่พึงประสงค์ ของยาแก้ปวด รวมถึงการให้ความรู้ คำแนะนำเกี่ยวกับการใช้ยาแก้ปวด ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจในการใช้ยาที่ถูกต้อง เพื่อให้ได้ผลการรักษาตามเป้าหมาย โดยผู้ป่วยสามารถควบคุมความปวดให้อยู่ในระดับที่ตนเองยอมรับได้ ไม่รบกวนคุณภาพชีวิต

ความร่วมมือในการใช้ยาบรรเทาปวด (Adherence) หมายถึง การที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่เหมาะสมในการใช้ยาบรรเทาปวดตามที่เภสัชกรแนะนำ โดยที่ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง เพื่อบรรลุเป้าหมายในการบรรเทาปวด โดยในงานวิจัยนี้ประเมินความร่วมมือในการใช้ยาบรรเทาปวดชนิดแบบรับประทานตามเวลา (around the clock) เพื่อควบคุมอาการปวดได้แก่ Tramadol, Morphine ชนิดเม็ดออกฤทธิ์นาน (MST) ชนิดแคปซูลออกฤทธิ์นาน (Kapanol) และแผ่นแปะ Fentanyl ชนิดออกฤทธิ์นาน โดยใช้แบบประเมินความร่วมมือในการใช้ยาของ MTB-Thai 6 ข้อ⁽¹⁶⁾ ร่วมกับการให้ผู้ป่วยบันทึกการรับประทานยาในสมุดประจำตัว

ปัญหาจากการใช้ยา (Drug related problems: DRPs) หมายถึง เหตุการณ์หรือปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยเมื่อใช้ยาในการรักษาและส่งผลรบกวนหรือมีแนวโน้มที่จะส่งผลกระทบต่อผลการรักษาด้วยยาที่ต้องการ โดยในงานวิจัยนี้แบ่งปัญหาจากการใช้ยาออกเป็น 8 ประเภทตาม Helper & Strand⁽¹⁷⁾ ดังนี้

- 1) ผู้ป่วยได้รับยาที่ไม่จำเป็น (Unnecessary drug therapy)
- 2) ผู้ป่วยสมควรได้รับยาเพิ่มเติม (Need for additional drug therapy)
- 3) ผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องใช้ยาแต่มีการเลือกยาที่ไม่เหมาะสม (Improper drug selection)
- 4) ขนาดยาที่ผู้ป่วยได้รับน้อยเกินไป (Dosage too low)
- 5) อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (Adverse drug reaction)
- 6) ขนาดยาที่ผู้ป่วยได้รับมากเกินไป (Dosage too high)
- 7) ความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย (Adherence)
- 8) การเกิดอันตรกิริยาของยา (Drug interaction)

(Helper & Strand, 1990)

ความพึงพอใจ หมายถึง ระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการ และบุคลากรทางการแพทย์ต่อการพัฒนาบทบาทของเภสัชกรในการจัดการอาการปวดด้วยยา ซึ่งระดับความพึงพอใจนั้นเกิดขึ้นเมื่อกิจกรรมที่เภสัชกรได้ทำขึ้นมานั้นสามารถตอบสนองต่อความต้องการของผู้รับบริการ และบุคลากรทางการแพทย์ได้ โดยในงานวิจัยนี้ประเมินระดับความพึงพอใจจากการตอบแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง

คุณภาพชีวิต หมายถึง ความสุขสบายทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ จิตใจ สังคม และครอบครัว โดยในงานวิจัยนี้ใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็ง Functional Assessment of Cancer Therapy-General (FACT-G) ฉบับแปลเป็นภาษาไทยของวรชัย รัตนธรรพร และคณะ⁽¹⁸⁾ แปลมาจากต้นฉบับของ เซลล่าและคณะ⁽¹⁹⁾ เนื่องจากประกอบด้วยข้อคำถามครอบคลุมมิติสำคัญของคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็ง ซึ่งวัดคุณภาพชีวิต 4 ด้าน ในช่วงเวลา 7 วันที่ผ่านมาคือ ความผาสุกทางด้านร่างกาย จำนวน 7 ข้อ ความผาสุกด้านสังคม และครอบครัว จำนวน 7 ข้อ ความผาสุกด้านอารมณ์และทางจิตใจ จำนวน 6 ข้อ ความผาสุก ด้านการปฏิบัติกิจกรรม จำนวน 7 ข้อ รวมทั้งหมด 27 ข้อ เป็นคำถามเชิงบวก 15 ข้อ และเชิงลบ 12 ข้อ แบบสอบถามเป็นแบบมาตราวัดประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ

ผู้ดูแล หมายถึง ผู้ให้การดูแลหลักและอยู่กับผู้ป่วยโรคมะเร็งอย่างใกล้ชิดอาจจะเป็นญาติหรือบุคคลภายนอก ที่คอยช่วยเหลือผู้ป่วยทั้งด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันตามสมควร เช่น รับประทานอาหาร รับประทานยาโรคประจำตัว รวมทั้งช่วยเหลือผู้ป่วยโรคมะเร็งด้านจิตใจ เช่น การให้กำลังใจ นอกจากนี้ผู้ดูแลยังเป็นผู้ที่มีบทบาทในการตัดสินใจแทนผู้ป่วยโรคมะเร็งได้เช่น ตัดสินใจด้านการรักษาพยาบาล ทั้งนี้ผู้ดูแลยังต้องตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยในการจัดการอาการปวดที่เกิดขึ้น โดยทำหน้าที่เป็นผู้จัดยา หยิบยาให้ผู้ป่วยรับประทานเมื่อมีอาการปวด และสังเกตอาการหลังรับประทานยา งานวิจัยนี้ผู้ดูแลมีอายุระหว่าง 20-70 ปี ต้องอ่านออกเขียนได้ เพื่อช่วยเป็นตัวกลางสื่อสารระหว่างเภสัชกรกับผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างครอบคลุม

สมมุติฐานของการวิจัย

1. ผลลัพธ์ของการพัฒนาบทบาทของเภสัชกรในทีมสหวิชาชีพสำหรับการจัดการอาการปวดด้วยยาในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามมีประสิทธิภาพมากขึ้นกว่ารูปแบบเดิม

1.1 ผู้ป่วยมีค่าคะแนนความปวดลดลง

1.2 ปัญหาจากการใช้ยาลดลง

1.3 ความร่วมมือในการใช้ยาบรรเทาปวดของผู้ป่วยมากขึ้น

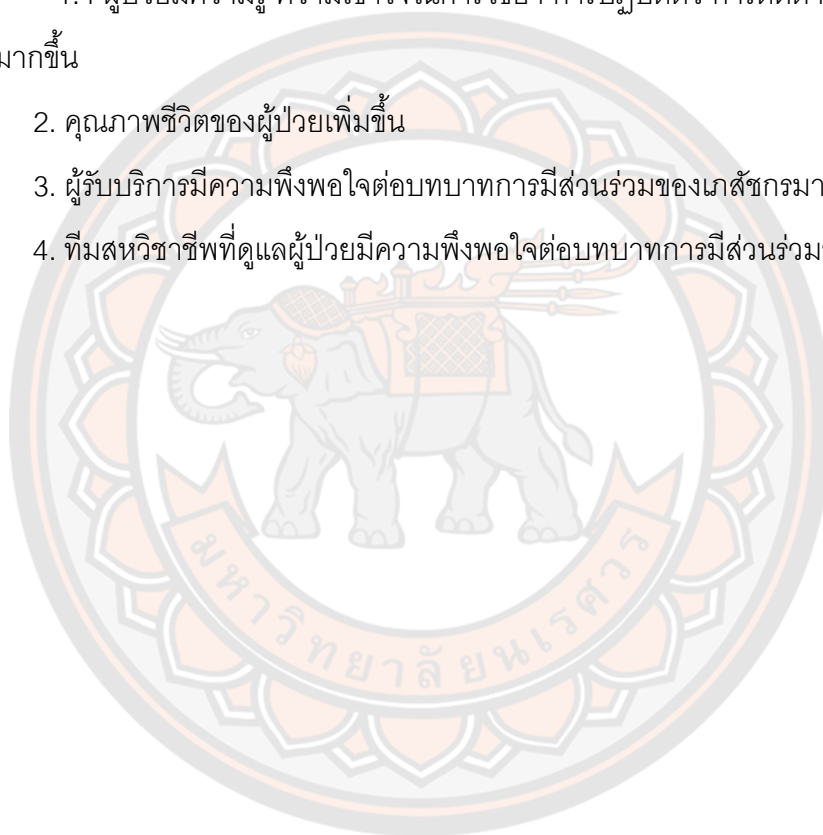
1.4 ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจในการใช้ยา การปฏิบัติตัว การติดตามผลข้างเคียง จากยามากขึ้น

2. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเพิ่มขึ้น

3. ผู้รับบริการมีความพึงพอใจต่อบทบาทการมีส่วนร่วมของเภสัชกรมากขึ้น

4. ทีมสหวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อบทบาทการมีส่วนร่วมของเภสัชกรมาก

ขึ้น



บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาการพัฒนาบทบาทของเภสัชกรในทีมสหวิชาชีพ สำหรับการจัดการอาการปวดด้วยยาในผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามอย่างต่อเนื่องจนถึงที่บ้าน ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาค้นคว้าจากหนังสือ เอกสาร บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในหัวข้อต่าง ๆ ดังนี้

1. ความชุก สาเหตุ และชนิดของอาการปวด ผลต่อคุณภาพชีวิต
2. เครื่องมือที่นำมาใช้ในการศึกษา
3. การจัดการอาการปวดด้วยยาในผู้ป่วยโรคมะเร็ง
4. บทบาทของเภสัชกรในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีอาการปวดในคลินิกประจำโรงพยาบาลตั้งแต่อยู่โรงพยาบาลจนถึงที่บ้าน เช่น การติดตามประสิทธิภาพจากการใช้ยา การติดตามปัญหาจากการใช้ยา การติดตามความร่วมมือในการใช้ยา
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ความชุก สาเหตุ และชนิดของอาการปวด ผลต่อคุณภาพชีวิต

ความชุกของความปวดในผู้ป่วยมะเร็ง

โรคมะเร็งเป็นโรคที่ร้ายแรงคุกคามต่อชีวิต ซึ่งผู้ป่วยโรคมะเร็งที่เข้าสู่ระยะลุกลามมักมีปัญหาอาการรบกวนรุนแรงในหลายๆด้าน เช่น อาการปวด หายใจลำบาก อาเจียน รับประทานอาหารไม่ได้ วิตกกังวล สับสน พบว่าภาวะปวดเป็นสาเหตุหลักที่สร้างความทุกข์ทรมานให้ผู้ป่วย พบได้บ่อยและมีความรุนแรงถึงร้อยละ 70-80⁽²⁾ ส่งผลกระทบต่อทั้งสภาพร่างกาย จิตใจ สังคม รวมถึงผู้ที่อยู่ใกล้ชิดอีกด้วย จากการศึกษาของนภา ทวีรยงกุลและคณะ⁽²⁰⁾ พบว่าความชุก ความถี่และความรุนแรงของอาการพบมากที่สุดคือ นอนไม่หลับ ส่วนความทุกข์ทรมานของอาการสูงสุดอันดับแรกคือความปวด ผู้ป่วยมะเร็งประมาณร้อยละ 37.8 มีอาการปวดในระดับปานกลาง และมีบางส่วนมากถึงร้อยละ 46 ที่ยังได้รับการบรรเทาปวดไม่เพียงพอ ซึ่งการรับรู้ถึงอาการปวดในผู้ป่วยมะเร็งนั้นเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยในการจัดการอาการปวดได้ดียิ่งขึ้นตั้งแต่ระยะเริ่มวินิจฉัยโรค นอกจากนี้จากการศึกษาของศศิกานต์ นิมมานรัชต์ และคณะ⁽²¹⁾ ได้ศึกษาถึงความรู้ และเจตคติของแพทย์เพิ่มพูนทักษะต่อความปวดจากมะเร็งและการระงับปวด พบว่าแพทย์ส่วนใหญ่คิดว่า

อุปสรรคต่อการระงับปวดเกิดจากการขาดความรู้ที่เพียงพอ ขาดการประเมินอย่างครบถ้วน เป็นไปในทางเดียวกับการศึกษาของวนิชชา เรืองศรี และคณะ⁽²²⁾ ที่พบว่าผู้ป่วยมะเร็งมีจำนวนน้อยที่ได้รับการจัดการอาการปวด ไม่มีการบันทึกกิจกรรมทางการแพทย์ ไม่ระบุวิธีการให้ยา มีการใช้ยาไม่เหมาะสม ประสิทธิภาพไม่เหมาะสม และเจ้าหน้าที่ยังมีแนวปฏิบัติที่ต่างกัน ดังนั้นการวิจัยเพื่อหาสาเหตุของความปวด การทราบถึงชนิดของความปวด และการประเมินระดับความรุนแรงของความปวด จึงเป็นเรื่องสำคัญที่จะนำไปสู่การรักษาอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งเมื่อพิจารณาพบว่าอาการปวดเกิดจากหลายสาเหตุดังนี้

สาเหตุของความปวดในผู้ป่วยมะเร็ง⁽²³⁾

1. สาเหตุทางกายของความปวดจากมะเร็งที่พบบ่อย

1.1 ปวดเนื่องจากกระบวนการดำเนินโรคมะเร็ง พบประมาณร้อยละ 78 ของผู้ป่วยมะเร็งทั้งหมด

1.2 ปวดเนื่องจากผลแทรกซ้อนของการรักษาโรคมะเร็ง พบได้ประมาณร้อยละ 19 ของผู้ป่วยที่ปวดจากมะเร็ง

1.3 ปวดจากสาเหตุอื่นที่ไม่เกี่ยวกับมะเร็งโดยตรง พบประมาณร้อยละ 3 ของผู้ป่วยที่ปวดจากมะเร็ง เช่น migraine, tension headache ปวดข้อ ปวดหลัง เป็นต้น

2. สาเหตุทางจิตใจที่ทำให้ผู้ป่วยทนต่อความปวดลดลง

การแบ่งชนิดความปวดจากมะเร็ง⁽²³⁾

การแบ่งชนิดความปวดจากมะเร็งแบ่งได้เป็น 2 วิธี คือ การแบ่งตามพยาธิกำเนิดและระยะเวลาที่ปวด การแบ่งชนิดของความปวดจากมะเร็งมีประโยชน์ในการใช้เป็นตัวช่วยเลือกวิธีการรักษา และเลือกใช้ยาระงับปวด

1. การแบ่งตามพยาธิกำเนิด ความปวดแบ่งเป็น 2 ชนิด ได้แก่

1.1 Nociceptive pain เป็นความปวดที่เกิดจากการบาดเจ็บ การอักเสบ หรือมีการทำลายเนื้อเยื่อ เป็นผลจากมะเร็งหรือการแพร่กระจายของมะเร็ง Nociceptive pain แบ่งเป็น

1.1.1 Somatic pain เป็นความปวดของโครงสร้างของร่างกายที่ไม่ใช่อวัยวะภายใน สามารถระบุตำแหน่งที่ปวดได้ชัดเจน เช่น ความปวดที่เกิดจากมะเร็งบริเวณผิวหนัง มะเร็งในช่องปาก ลิ้น และ mucositis มะเร็งบริเวณศีรษะหรือลำคอ และมะเร็งของกระดูกหรือกระจายมาที่กระดูก เป็นต้น

1.1.2 Visceral pain เป็นความปวดจากมะเร็งของอวัยวะภายในทุกชนิด ทั้ง somatic และ visceral pain อาจพบความปวดกระจายหรือร้าวไปยังส่วนอื่น ๆ ของร่างกายได้ เรียกความปวดชนิดนี้ว่า “referred pain”

1.2 Neuropathic หรือ Neurogenic pain เป็นความปวดที่เกิดจากระบบประสาททำงานผิดปกติเนื่องจากสาเหตุต่าง ๆ เป็นความปวดที่รักษายาก ตอบสนองไม่ค่อยดีต่อยาระงับปวดทั่วไป ต้องใช้เวลาสำหรับปรับยานาน

2. การแบ่งตามระยะเวลาของการเกิดความปวด แบ่งได้เป็น 2 ชนิด คือ ปวดเฉียบพลัน (acute pain) และปวดเรื้อรัง (chronic pain) การที่จำแนกความปวดในลักษณะ acute หรือ chronic pain เช่นนี้ทำให้ช่วยในการรักษา ซึ่งมีหลักใหญ่ๆ ที่ต่างกันคือ acute pain นั้น หาสาเหตุได้ และเมื่อแก้สาเหตุได้แล้ว ความปวดจะหายไปหรือทุเลาลงแล้วแต่พยาธิสภาพ แต่ chronic pain อาจไม่สามารถหาสาเหตุ หรือแก้สาเหตุได้ และ chronic pain ยังมีผลต่ออารมณ์และจิตใจของผู้ป่วยด้วยความปวดชนิดนี้พบได้บ่อยที่สุดในผู้ป่วยมะเร็ง คือ ประมาณมากกว่าร้อยละ 90 โดยเฉพาะในระยะที่มีการลุกลาม สำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งในระยะลุกลามนั้นอาจจะมีอาการปวดปะทุ (Breakthrough pain) ที่เกิดขึ้นได้บ่อย และเป็นปัญหาที่รุนแรง ส่งผลในทางลบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ได้มีผู้ศึกษาผลกระทบของความปวดต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งดังนี้

ผลของความปวดต่อคุณภาพชีวิต

จากการศึกษาของสมบุญรัตน์ เทียนทอง และคณะ ปี 2549⁽²⁴⁾ ในผู้ป่วยมะเร็งที่มีอาการปวดในโรงพยาบาล 7 แห่ง และโรงพยาบาลศูนย์อีก 3 แห่งในประเทศไทย ประเมินระดับความปวดด้วยเครื่องมือ Brief pain inventory และคุณภาพชีวิตประเมินด้วยเครื่องมือ FACT-G ซึ่งเป็นการศึกษาแบบ cohort พบว่าในผู้ป่วยมะเร็ง 520 ราย ที่ได้รับการรักษาอาการปวดมีระดับความปวดลดลงจาก 6.6 เป็น 4.8 และมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น หากผู้ป่วยโรคมะเร็งมีอาการปวดมากขึ้น จะส่งผลให้คุณภาพชีวิตลดต่ำลง เช่น อาการปวดเพิ่มขึ้น 3 คะแนน ทำให้คุณภาพชีวิตลดลง 10.3 คะแนน ในขณะที่อาการปวดลดลง 3 คะแนนทำให้คุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น 7.6 คะแนน

จากการศึกษาของอ้อยทิพย์ บัวจันทร์ และคณะ ในปี 2559⁽²⁵⁾ ศึกษาภาวะซึมเศร้าและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็ง เขตอำเภอเมืองชัยภูมิ จำนวน 69 คน โดยใช้เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตคือ FACT-G พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับรุนแรง ขึ้นกับหลายปัจจัยคือ ความรุนแรงของโรค ผลกระทบของโรคที่มีต่อการดำเนินชีวิต นอกจากนี้พบว่าผู้ป่วยมะเร็งมีคุณภาพ

ชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง โดยความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับคุณภาพชีวิตที่มีความสัมพันธ์ในทิศทางลบ คือยิ่งความเจ็บป่วยทางอารมณ์สูง คุณภาพชีวิตยิ่งลดลง ซึ่งการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าหากผู้ป่วยมีภาวะปวด ซึ่งมีผลกระทบต่อด้านอารมณ์และจิตใจ อาจเกิดภาวะซึมเศร้าก็จะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตให้แย่ลงได้ เช่นเดียวกับการศึกษาของวัชร ต่อนี้ ในปี 2561⁽²⁶⁾ ได้มีการศึกษาระดับความปวดและปัจจัยที่มีผลกับอาการปวดในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายจำนวน 73 รายที่เข้ารับการรักษาที่หออภิบาลคุณภาพชีวิตของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏวชิร ที่มีความปวด พบว่าภาวะซึมเศร้ามีผลต่อระดับความปวดอย่างมีนัยสำคัญ

ผลกระทบ และอาการจากความเจ็บปวดเรื้อรัง ส่งผลกระทบต่อสภาพร่างกาย ทำให้ระบบประสาทซิมพาเทติก (Sympathetic nervous system) ทำงานมากกว่าปกติ เกิดภาวะหัวใจเต้นเร็ว ความดันโลหิตสูง นอกจากนี้ความเจ็บปวดยังกระตุ้นให้กล้ามเนื้อหดเกร็งมากขึ้นเกิดอาการปวดมากขึ้นตามมา ซึ่งส่งผลต่อการทำกิจวัตรประจำวันทำให้ต้องพึ่งพาผู้ดูแลมากขึ้น อีกทั้งยังส่งผลต่อคุณภาพชีวิตในเรื่องรบกวนการนอนหลับ การรับประทานอาหารได้ลดลงอีกด้วย ความเจ็บปวดยังก่อให้เกิดภาวะเครียด วิตกกังวล ซึมเศร้าได้ ทำให้เสี่ยงต่อการคิดฆ่าตัวตาย⁽²⁷⁾ นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลอีกด้วย

จากการศึกษาของวรรณกานต์ ประไพทิ้ง และคณะในปี 2559⁽²⁸⁾ ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่รักษาตัวในโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานีจำนวน 120 คน ศึกษาคุณภาพชีวิตประกอบด้วย 4 ด้าน คือ 1) ด้านสุขภาพกาย 2) ด้านจิตใจ 3) ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และ 4) ด้านสภาพแวดล้อม เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ชุดย่อ ฉบับภาษาไทย พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งด้านสุขภาพกาย ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางโดย คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งด้านจิตใจส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งด้านสัมพันธภาพทางสังคมอยู่ในระดับดี คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งด้านสภาพแวดล้อมส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ผู้ดูแลร้อยละ 50.8 พบว่ามีปัญหาสุขภาพคือ ปวดศีรษะ ปวดหลัง และโรคกระเพาะอาหาร ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลผู้ป่วยอาจเกิดปัญหาสุขภาพได้ เมื่อต้องดูแลผู้ป่วยเป็นเวลานาน จะเห็นได้ว่าความปวดนั้นส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งรวมถึงผู้ดูแล ดังนั้นเราควรต้องมีการพัฒนาบทบาทของเภสัชกรในการจัดการอาการปวด เมื่ออาการปวดได้รับการจัดการที่ดี มีประสิทธิภาพก็จะส่งผลให้กับผู้ป่วยโรคมะเร็งนั้นมีคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้น

เครื่องมือที่นำมาใช้ในการศึกษา

สำหรับเครื่องมือที่นำมาใช้ในการศึกษาที่มีการ validate มาแล้วนั้นมี 3 ชิ้น ผู้วิจัยได้ ทบทวนวรรณกรรมถึงรายละเอียดของเครื่องมือ การนำไปใช้ ดังนี้

- **แบบประเมินความรุนแรงของความปวดและอาการร่วมอื่นๆ Edmonton Symptom Assessment System (ESAS)⁽¹⁵⁾** การประเมินในแบบสอบถาม ESAS มีทั้งหมด 9 อาการ ประกอบไปด้วย อาการปวด อาการเหนื่อย/อ่อนเพลีย อาการคลื่นไส้ อาการซึมเศร้า อาการวิตกกังวล อาการร่วงซึม อาการเบื่ออาหาร ความสบายดีทั้งกายและใจ และอาการเหนื่อยหอบ ระดับการวัดแต่ละอาการจะถูกแบ่งเป็นหมายเลข 0-10 โดยเลข 0 หมายถึงไม่มีอาการและเลข 10 หมายถึงมีอาการมากที่สุด การประเมินมี 3 มิติ ได้แก่ 1) ด้านอาการทางกาย (physical) 6 ข้อ 2) ด้านอารมณ์ (emotional) 2 ข้อ 3) สภาวะโดยรวม (well being) 1 ข้อ จากผลการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ มีค่า Cronbach's alpha 0.75 (inpatient), 0.89 (outpatient)

การประเมินคะแนนอาการต่างๆ จะประเมินในวันที่เก็บข้อมูล 1 ครั้ง แบบสุ่ม ณ เวลาที่ทำการประเมินในครั้งนั้นๆ สำหรับการประเมินระดับความปวด จะแบ่งช่วงคะแนนดังนี้ ระดับน้อย (1-3 คะแนน) ปานกลาง (4-6 คะแนน) รุนแรง (7-10 คะแนน) โดยเป้าหมายของการจัดการอาการปวดที่ดีในงานวิจัยนี้ กำหนดให้คะแนนความปวดลดลงจาก baseline เดิม $\geq 30\%$ หรือ ≥ 2 point พิจารณาการยอมรับได้ของผู้ป่วยร่วมด้วย ประเมินได้จาก ผลกระทบต่อชีวิตประจำวัน การทำงาน การรบกวนคุณภาพชีวิต นอกจากการใช้แบบประเมินแล้วควรมีการซักประวัติถึง ตำแหน่งที่ปวด และการกระจายหรือร้าวไปยังที่อื่น ลักษณะอาการปวด จะช่วยบ่งชี้ถึงพยาธิสภาพได้ ช่วงเวลาที่มักเกิดอาการ (onset) และระยะเวลาที่มีอาการ (duration) ปวดตลอดเวลา หรือปวดเป็นครั้งคราว สิ่งกระตุ้นที่ทำให้มีอาการปวดเพิ่มขึ้น หรือปวดลดลง การรักษาที่เคยได้รับ เพื่อให้เกิดความครอบคลุมนำไปสู่การรักษาที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ผู้วิจัยมองว่าเครื่องมือที่เหมาะสมที่สุดในการนำมาใช้ประเมินระดับความปวดของผู้ป่วยโรคมะเร็งในคลินิกระดับประคองคือ แบบประเมิน ESAS เนื่องจากในแบบประเมินนี้ ส่วนใหญ่จะเป็นอาการรบกวนที่พบบ่อยในผู้ป่วยมะเร็งในคลินิกประคอง มีการประเมินทั้งด้านร่างกาย อารมณ์จิตใจ ผลต่อชีวิตประจำวัน สามารถใช้ติดตามอาการวันต่อวัน มีประโยชน์ในการติดตามประสิทธิภาพยา ในการจัดการอาการรบกวน หรือใช้ติดตามอาการที่เป็นผลข้างเคียงจากยาหรือการรักษาโรคมะเร็ง ใช้งานง่าย รวดเร็ว ผู้ป่วยสามารถทำแบบประเมินด้วยตัวเอง นอกจากนี้ยังสามารถประเมินขณะที่ผู้ป่วยมีภาวะ cognitive impairment โดยให้ผู้ดูแลช่วยสังเกตอาการได้อีกด้วย

- แบบประเมินความร่วมมือในการใช้ยา (Medication Taking Behavior measure for Thai patients หรือ MTB-Thai พัฒนาโดย พรพนทิพา ศักดิ์ทิทอง และคณะ⁽¹⁶⁾) ประกอบด้วย 6 ข้อคำถาม คำถามเป็นมาตรวัด 4 ระดับ คือ 1 = เคยลืมตั้งแต่ 5 ครั้งขึ้นไป, 2 = เคยลืม 3-4 ครั้ง, 3 = เคยลืม 1-2 ครั้ง, 4 = ไม่เคยลืมเลย

การแปลผลคะแนนคือ

หากคะแนนรวม ≤ 21 หมายถึง มีความร่วมมือในการใช้ยาในระดับต่ำ

หากคะแนนรวม 22-23 หมายถึง มีความร่วมมือในการใช้ยาในระดับปานกลาง

หากคะแนนรวม 24 หมายถึง มีความร่วมมือในการใช้ยาในระดับมาก

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับแบบประเมินความร่วมมือในการใช้ยา พบว่า หากจะเลือกเครื่องมือที่สามารถคัดกรองผู้ป่วยที่ไม่มีความร่วมมือในการใช้ยา ต้องเลือกเครื่องมือที่มีความไวสูง และความจำเพาะต่ำ ซึ่งแบบสอบถาม MTB-Thai นี้มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค 0.76 ความไวร้อยละ 76 และความจำเพาะร้อยละ 35 มีข้อคำถามเข้าใจง่าย จำนวนข้อน้อย ใช้เวลาตอบเฉลี่ย 2.2 นาที ได้ถูกนำมาใช้ในการประเมินความร่วมมือในการใช้ยาในผู้ป่วยโรคเรื้อรังทั่วไป เช่น เบาหวาน ความดัน จิตเวช เป็นต้น มีความเที่ยงและความไวมากกว่า MMAS-8 ฉบับภาษาไทย⁽²⁹⁾ ซึ่งจากงานวิจัยที่ผ่านมามีการนำ MMAS-8 มาประเมินความร่วมมือในการใช้ยาในกลุ่มโอปิออยด์ โดยใช้ร่วมกับการประเมินความร่วมมือในการใช้ยาด้วยวิธีอื่นคือ การนับเม็ดยา และการสาธิตวิธีการรับประทานยาของผู้ป่วย⁽³⁰⁾ ผู้วิจัยจึงนำแบบประเมิน MTB-Thai มาปรับใช้กับการประเมินความร่วมมือในการใช้ยาแก่ผู้ป่วยกลุ่มโอปิออยด์ที่ใช้แบบต่อเนื่องตามเวลา ในผู้ป่วยที่ใช้ morphine ชนิดเม็ดและแคปซูลออกฤทธิ์นาน แผ่นแปะ fentanyl และ tramadol ชนิดแคปซูล โดยก่อนทำแบบประเมินจะต้องแจ้งวัตถุประสงค์ให้ผู้ป่วยทราบก่อนว่าเป็นการประเมินเฉพาะยาแก่ผู้ป่วยกลุ่มโอปิออยด์ที่รับประทานแบบตามเวลาเท่านั้น

- แบบวัดคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็ง Functional Assessment of Cancer Therapy-General (FACT-G) ฉบับแปลเป็นภาษาไทยของวรชัย รัตนธรรมา และคณะ⁽¹⁸⁾ แปลมาจากต้นฉบับของ เซลล่า และคณะ แบบประเมินหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) มีค่าเท่ากับ 0.83 ซึ่งวัด คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็ง 4 ด้าน ในช่วงเวลา 7 วันที่ผ่านมาคือ ความผาสุก ทางด้านร่างกาย จำนวน 7 ข้อ ความผาสุกด้านสังคม และครอบครัว จำนวน 7 ข้อ ความผาสุกด้านอารมณ์และทางจิตใจ จำนวน 6 ข้อ ความผาสุกด้านการปฏิบัติกิจกรรม จำนวน 7 ข้อ รวมทั้งหมด 27 ข้อ เป็นคำถามเชิงบวก 15 ข้อ และเชิงลบ 12 ข้อ

แบบสอบถามเป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ในแต่ละข้อมีค่าคะแนน ตั้งแต่ 0 ถึง 4 โดยคะแนนรวมแบบสอบถาม ทั้งฉบับมีค่าระหว่าง 0-108 ค่าคะแนนที่สูงบ่งบอกถึงคุณภาพชีวิตที่ดี ผลรวมของคะแนนเฉลี่ยในแต่ละด้าน คือคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวม

จากการทบทวนเครื่องมือแต่ละชนิดที่นำมาใช้ในการประเมินผู้ป่วยโรคมะเร็งนั้น ค่อนข้างมีความสำคัญในการติดตามประสิทธิภาพของยาแก้ปวด ผลข้างเคียงจากการรักษา หรือจากยา ซึ่งเป็นเรื่องสำคัญที่จะนำไปสู่การรักษาที่มีประสิทธิภาพ พบว่า มีผู้ป่วยบางส่วนไม่ได้รับการติดตามและประเมินอาการปวด หลังได้รับการรักษา จึงทำให้ไม่สามารถควบคุมอาการปวดได้ ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ดังนั้นบุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วยควรสื่อสารกันถึงเป้าหมายของการบรรเทาอาการปวด การติดตามคุณภาพชีวิต รวมถึงความร่วมมือในการใช้ยาเป็นสำคัญ⁽³¹⁾

การจัดการอาการปวดด้วยยาในผู้ป่วยโรคมะเร็ง

หลักการระงับปวด^(23, 32)

จุดมุ่งหมายของการระงับปวดในผู้ป่วยมะเร็งคือ ผู้ป่วยหายปวดหรือทุเลาลงจนกระทั่งดำรงคุณภาพชีวิตที่ดี ทำกิจกรรมได้ตามสมควร และเป็นที่ยอมรับได้ สามารถทนต่อการทำหัตถการต่าง ๆ เพื่อการวินิจฉัยและการรักษามะเร็งได้ และท้ายที่สุดคือเมื่อเสียชีวิตก็จากไปโดยปราศจากความทุกข์ทรมานจากความปวด ในขณะเดียวกันผู้ป่วยจะต้องสามารถเลือกวิธีระงับปวดได้ด้วยตนเอง และปลอดภัยภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ไม่ว่าจะจากยา หรือหัตถการใด ๆ หลักการระงับปวดมะเร็งที่สำคัญ มีดังนี้

1. การใช้ยาแก้ปวดเป็นวิธีหลักในการระงับปวด โดยอาศัยคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก ในการเลือกใช้ยาตามระดับความรุนแรงของความปวด “WHO Analgesic Ladder”
2. การบริหารยาจะต้องเป็นลักษณะต่อเนื่องตลอดเวลา ไม่ควรบริหารยาเมื่อมีความปวดเท่านั้น ทั้งนี้เพื่อให้ระดับยาในร่างกายคงที่ และสามารถควบคุมความปวดได้ดี นอกจากนี้จะต้องมียาขนานสำหรับ เพิ่มเติมในช่วงที่ผู้ป่วยปวดระหว่างเวลาได้รับยาเดิมด้วย เพื่อเป็นการระงับ breakthrough pain
3. ให้การรักษาความปวดอย่างมีประสิทธิภาพทุกครั้ง que ผู้ป่วยปวด
4. ควรพิจารณาให้ยาเพื่อป้องกัน/บรรเทาภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาและยาที่ใช้แก้ปวดด้วย จากแนวทางดังกล่าวผู้วิจัยสนใจในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการปวดแบ่งโดยพยาธิกำเนิดคือ

Nociceptive pain และกลุ่มยาที่ใช้คือ opioids มียา 4 ตัว คือ Morphine, Fentanyl, Pethidine, Tramadol

- กลุ่ม Strong opioid ได้แก่
 - Morphine ชนิดเม็ดออกฤทธิ์เร็ว (IR), ชนิดเม็ดออกฤทธิ์นาน (MST), ชนิดแคปซูลออกฤทธิ์นาน (Kapanol)
 - Morphine ชนิดน้ำออกฤทธิ์เร็ว
 - Morphine injection
 - Fentanyl injection, แผ่นแปะชนิดออกฤทธิ์นาน
 - Pethidine injection
- กลุ่ม Weak opioid ได้แก่
 - Tramadol injection, capsule

การใช้ยาแก้ปวด ^(23, 32, 33)

1. ใช้ตามคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก ได้แก่ บันได 3 ชั้น (WHO Analgesic Ladder) ดังนี้ ขั้นที่ 1 สำหรับความปวดไม่มาก ใช้ยากลุ่ม non-opioids ได้แก่ paracetamol, aspirin และ NSAIDs ขั้นที่ 2 เมื่อความปวดยังคงอยู่ หรือปวดรุนแรงขึ้น ใช้ยากลุ่ม weak opioids ได้แก่ codeine และ tramadol ขั้นที่ 3 เมื่อผู้ป่วยปวดมากขึ้น และไม่สามารถระงับปวดได้ด้วย weak opioids ในขนาดที่เหมาะสมแล้ว ให้เปลี่ยนมาใช้ strong opioids

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

3. การใช้ยา opioids ต้องตระหนักถึงฤทธิ์ข้างเคียงของยา เช่น วิงเวียน คลื่นไส้ อาเจียน ง่วงซึม ท้องผูก คั้น กระตุก ถ่ายปัสสาวะลำบาก กดการหายใจ ฯลฯ โดยให้การป้องกันและรักษา ร่วมไปด้วย

ผู้วิจัยได้รวบรวมข้อมูลจากการทบทวนวรรณกรรมสรุป รูปแบบยา ขนาดยา เวลาที่ยาเริ่มออกฤทธิ์ ระยะเวลาการออกฤทธิ์ของยาในร่างกาย อาการไม่พึงประสงค์ อันตรกิริยาของยา ข้อควรระวังและข้อห้ามใช้ และขนาดยาที่บรรเทาความเจ็บปวดได้เท่ากับยามอร์ฟิน ของยาที่สนใจศึกษา

รายละเอียดในตาราง 1-3

ตารางที่ 1 สรุปรูปแบบยา ขนาดยา เวลาที่ยาเริ่มออกฤทธิ์ ระยะเวลาการออกฤทธิ์ของยาในร่างกาย อาการไม่พึงประสงค์ อันตรกิริยาของยา ข้อควรระวัง และข้อห้ามใช้ และขนาดยาที่บรรเทาความเจ็บปวดได้เท่ากับยามอร์ฟิน ของยา Tramadol และ Pethidine

ชื่อยา	รูปแบบยา	ขนาดยา	เวลาที่ยาเริ่มออกฤทธิ์	ระยะเวลาการออกฤทธิ์	อาการไม่พึงประสงค์	อันตรกิริยาของยา	ข้อควรระวังและข้อห้ามใช้	equianalgesic dose ของ morphine(mg)
1. Tramadol	-Capsule	50-100 mg ทุก	1 ชั่วโมง	4-6 ชั่วโมง	มีงง ง่วง	ระงับการใช้	-ห้ามใช้ในผู้ที่เป็โรค	ยาฉีด tramadol 100
	50 mg	6-8 ชั่วโมง	นอน		ร่วมกับยาด้าน	ดมชัก		เทียบเท่า morphine ฉีด 10
	-Injection	Max:400mg/day			คลื่นไส้	ซีมีเศร้าอาจเกิด	-ควรลดขนาดยาลงใน	ยารับประทาน tramadol 120
	100 mg/2ml			อาเจียน	serotonin	ผู้ปรับยติบ ไต ผู้สูงอายุ		เทียบเท่า morphine
				ท้องผูก	syndrome		รับประทาน 30	
2. Pethidine	-Injection	50-100 mg ทุก	IV 5 นาที	3-4 ชั่วโมง	Delirium	ระงับการใช้	-ห้ามใช้ในผู้ป่วยผ่าตัด	-
	50 mg/ml	3-4 ชั่วโมง	SC 10-15 นาที	Myoclonus	ร่วมกับยาด้าน	ท่อนาคีตนเองจาก		
					ซีมีเศร้าอาจเกิด	กระตุ้นการหดเกร็งตัว		
					serotonin syndrome	ของท่อนาคี	-ไม่แนะนำให้ใช้	
						ติดต่อกันระยะยาวใน		
						ผู้ปรับยติบแรงเนื่องจาก		
						อาจเกิดพิษจาก		
						Norpethidine		

ตารางที่ 2 สรุปรูปแบบยา ขนาดยา เวลาที่ยาเริ่มออกฤทธิ์ ระยะเวลาการออกฤทธิ์ของยาในร่างกาย อาการไม่พึงประสงค์ อันตรกิริยาของยา ข้อควรระวัง และข้อห้ามใช้ และขนาดยาที่บรรเทาความเจ็บปวดได้เท่ากับยามอร์ฟิน ของยา Morphine

ชื่อยา	รูปแบบยา	เวลาที่ยาเริ่มออกฤทธิ์	ระยะเวลาออกฤทธิ์	อาการไม่พึงประสงค์	อันตรกิริยาของยา	ข้อควรระวังและข้อห้ามใช้	equianalgesic dose ของ morphine(mg)
3.Morphine	-เม็ดออกฤทธิ์เร็ว (IR) 10 mg -เม็ดออกฤทธิ์นาน (MST) 10 30 60 mg -แคปซูลออกฤทธิ์นาน (Kapanol) 20 50 100 mg -นำออกฤทธิ์เร็ว -ชนิดฉีด 10 mg/ml	30 นาทีถึง 1 ชั่วโมง 2-4 ชั่วโมง 2-4 ชั่วโมง	3-4 ชั่วโมง 8-12 ชั่วโมง 24 ชั่วโมง	ที่พบบ่อย มึนงง ง่วงนอน คลื่นไส้อาเจียน ท้องผูก ที่พบบ่อย ความดันต่ำ กดการหายใจ กล้ามเนื้อเกร็งตัว ง่วง	ระมัดระวังการใช้ร่วมกับยาอื่นที่กดประสาทส่วนกลาง เช่น high potency benzodiazepine	-ควรลดขนาดยาลงในผู้ป่วยไตบกพร่อง -ระมัดระวังการหายใจถูกกดในผู้ที่มีความเสี่ยง เช่น มีโรคของระบบทางเดินหายใจ ระบบไหลเวียนเลือดที่รุนแรง	ยาฉีด 10 ยารับประทาน 30

ตารางที่ 3 สรุปรูปแบบยา ขนาดยา เวลาที่ยาเริ่มออกฤทธิ์ ระยะเวลาการออกฤทธิ์ของยาในร่างกาย อาการไม่พึงประสงค์ อันตรกิริยาของยา ข้อควรระวัง และข้อห้ามใช้ ของยา Fentanyl

ชื่อยา	รูปแบบยา	ขนาดยา	เวลาที่ยาเริ่มออกฤทธิ์	ระยะเวลาการออกฤทธิ์	อาการไม่พึงประสงค์	อันตรกิริยาของยา	ข้อควรระวังและข้อห้ามใช้
4. Fentanyl	-แผ่นแปะชนิดออกฤทธิ์นาน 12-25 50 100 microgram/hour -Injection 100 mcg/2ml (ไม่คายนิยมใช้)	-แผ่นแปะเปลี่ยนทุก 72 ชั่วโมง	12-24 ชั่วโมง	48-72 ชั่วโมง	มีนงง ง่วงนอน คัดน้ำได้ อาเจียน ท้องผูก (น้อยกว่า Morphine)	ระวังการใช้ร่วมกับยาที่ metabolize ผ่าน CYP3A4 หากให้ร่วมกับ CYP3A4 inhibitor อาจทำให้เกิดพิษในการกดการหายใจได้แรง	-ใช้ในเฉพาะผู้ป่วยที่ได้รับ Morphine ในขนาดคงที่มาแล้วระยะหนึ่ง -ไม่ใช้เป็น rescue analgesic และไม่ใช้ในการรักษาอาการปวดแบบเฉียบพลัน -ห้ามใช้ของรื้อสมัสมัสด้านยาเสพติด

การใช้ยาในกลุ่ม opioids และการปรับขนาดยา^(23, 32)

1. ขนาดยาที่เหมาะสมในผู้ป่วยมะเร็งแต่ละคน คือ ขนาดยาที่สามารถลดความปวดของผู้ป่วยได้ตลอดช่วงเวลาที่ยาออกฤทธิ์ โดยไม่ทำให้เกิดอาการข้างเคียงที่รุนแรงจนแก้ไขหรือผู้ป่วยทนไม่ได้
2. การเลือกชนิดและขนาดยาเริ่มต้นขึ้นกับสถานะของผู้ป่วยแต่ละคน โดยดูจากความรุนแรง ของความปวดเป็นหลักร่วมกับสถานะอื่น ๆ ของผู้ป่วย เช่น การทำงานของตับและไต รวมถึงโรคอื่นที่เป็นร่วม

- ผู้ป่วยที่ไม่เคยได้รับยาในกลุ่ม opioids มาก่อน และมีระดับความรุนแรงของความปวด ปานกลาง (pain score 4-6) ให้เริ่มใช้ยาในกลุ่ม weak opioids เช่น codeine หรือ tramadol หากมีความปวดรุนแรง (pain score 7-10) ให้เริ่มด้วย strong opioids โดยเริ่มด้วย morphine ชนิดรับประทานแบบออกฤทธิ์เร็ว ขนาด 5-10 มิลลิกรัมทุก 4 ชั่วโมง ปัจจุบันผู้ป่วยที่ไม่เคยได้รับยาในกลุ่ม opioids มาก่อนหากมี pain score 4 ขึ้นไปสามารถให้ morphine ชนิดรับประทานแบบออกฤทธิ์เร็วได้เลย

- ผู้ป่วยที่เคยได้รับยาในกลุ่ม weak opioids หรือ strong opioids มาก่อนแล้ว แต่ไม่สามารถควบคุมความปวดได้ ให้คำนวณขนาดยาเดิมที่ได้รับใน 1 วัน และคำนวณเป็นปริมาณมอร์ฟีนในรูปแบบรับประทาน โดยนำมาเทียบเป็น equianalgesic dose ของ morphine ดังตารางที่ 1-3 เพื่อเปลี่ยนชนิดของยา หรือ คำนวณขนาดยาเดิมที่ได้รับใน 1 วัน ของ morphine รับประทาน เพื่อเทียบเท่ากับ fentanyl patch รายละเอียดดังตารางที่ 4 ในขั้นตอนนี้เรียกว่า การทำ Opioid rotation กรณีที่ opioids เดิมคุมปวดได้ดีให้ลดขนาด opioids ใหม่ลงร้อยละ 25-50 (ยกเว้นการเปลี่ยนเป็น Fentanyl patch ที่ไม่ต้องลดขนาด) กรณีที่ opioids เดิมคุมปวดได้ไม่ดีให้เริ่มขนาด opioids ใหม่ในขนาดที่คำนวณได้หรือปรับเพิ่มร้อยละ 25 นอกจากนี้ต้องลดปริมาณยาลง 50% ใน 3 กรณีคือ 1) เป็นผู้สูงอายุมากกว่า 65 ปี 2) ผู้ป่วยที่มีโรคที่ยังควบคุมได้ไม่ดี 3) ใช้ opioid ชนิดตัวแรกในขนาดสูง

3. การใช้ morphine ในผู้ป่วยมะเร็งที่มีความปวดเรื้อรัง ควรเริ่มด้วยการให้ยาชนิด immediate release โดยใช้ยาตามระยะเวลาการออกฤทธิ์ต่อเนื่องทั้งวัน เมื่อคุมปวดได้ดีแล้วให้คำนวณขนาดยาที่ได้รับใน 1 วันแล้วเปลี่ยนเป็นแบบควบคุมการปลดปล่อยตัวยาวเพื่อเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยา

ตารางที่ 4 ขนาดยาเดิมที่ได้รับใน 1 วัน ของ morphine ชนิดรับประทาน เพื่อเทียบเท่ากับ fentanyl ชนิดแผ่นแปะผิวหนัง

ขนาดยา Morphine ชนิดรับประทานใน 24 ชั่วโมง (มิลลิกรัม)	ขนาดยา Fentanyl transdermal patch (ไมโครกรัม/ชั่วโมง)
20-44	12
45-134	25
135-224	50
225-314	75
315-404	100
405-494	125
495-584	150
585-674	175
675-764	200
765-854	225
855-944	250
945-1034	275
1035-1124	300

การปรับขนาดยา Morphine^(23, 32)

ถ้ายังไม่สามารถคุมความปวดได้ดีพอ ในระยะแรกสามารถปรับขนาดยาเพิ่มขึ้นได้ตามความรุนแรงของความปวดดังตัวอย่างเช่น ปวดปานกลาง (pain score 4-6) ให้พิจารณาเพิ่มขนาดยาขึ้นร้อยละ 25-50 ของขนาดยาแบบ immediate release ปวดรุนแรง (pain score 7-10) ให้พิจารณาเพิ่มขนาดยาขึ้นร้อยละ 50-100 ของขนาดยาแบบ immediate release ในช่วง maintenance ให้คำนวณขนาดยาที่ได้รับใน 1 วัน แล้วปรับขนาดเพิ่มร้อยละ 25-30 ของขนาดยาใน 24 ชั่วโมง

Rescue analgesic สำหรับรักษาอาการปวดปะทุ (Breakthrough pain)⁽³²⁾

ควรใช้ยาที่ออกฤทธิ์เร็ว เช่น immediate release morphine โดยใช้ขนาดร้อยละ 10-20 ของขนาดยาที่ต้องการในแต่ละวัน ให้แบบ PRN ที่สุดทุก 1 ชั่วโมง จากนั้นประเมินซ้ำใน 48-72 ชั่วโมง หากผู้ป่วยต้องการ rescue dose มากกว่า 4 ครั้งใน 24 ชั่วโมง อาจต้องปรับขนาดยาที่ใช้แบบ around the clock เพิ่มขึ้นร้อยละ 25-30 ของขนาดยาเดิม

บทบาทของเภสัชกรในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีอาการปวดในคลินิกระดับประคอง ตั้งแต่อยู่โรงพยาบาลจนถึงที่บ้าน

การดูแลผู้ป่วยแบบประคองในระยะท้ายของชีวิต WHO ได้ให้คำจำกัดความว่า การดูแลเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยทั้งผู้ใหญ่และเด็ก และครอบครัว ที่มีปัญหาเกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่คุกคามชีวิต รวมถึงการป้องกันและบรรเทาความทุกข์ทรมาน หรือหมายถึงการบริบาลผู้ป่วยแบบประคอง หรือการบริบาลเพื่อบรรเทาอาการ หรือวิธีการดูแลผู้ป่วยที่ป่วยเป็นโรคที่รักษาไม่หายขาด มีแนวโน้มที่ทรุดลง หรือเสียชีวิตจากตัวโรคในอนาคต หรือป่วยอยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต เน้นการดูแลแบบองค์รวม ครอบคลุมมิติกาย ใจ สังคม และจิตวิญญาณของทั้งผู้ป่วย ครอบครัวและผู้ดูแล โดยอยู่บนเป้าหมายหลักคือการเพิ่มคุณภาพชีวิตของทั้งผู้ป่วยและครอบครัว ที่จะทำให้ผู้ป่วย ได้เสียชีวิตอย่างสงบ สมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ตลอดจนการดูแลครอบครัวและญาติภายหลังการจากไปของผู้ป่วย ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามนั้นเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาด และมักมีอาการปวดร่วมด้วย ดังนั้นเพื่อให้สอดคล้องกับหลักการดูแลแบบประคอง จึงต้องมีการบริบาลผู้ป่วย เพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานจากอาการปวด เพื่อให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น ซึ่งต้องมีการทำงานร่วมกันของทีมสหวิชาชีพ เภสัชกรเป็นหนึ่งในทีมที่มีบทบาทสำคัญในการจัดการอาการปวดด้วยยา ในส่วนของการติดตามประสิทธิภาพ ผลข้างเคียง ปัญหาจากการใช้ยา ความร่วมมือในการใช้ยาแก้ปวดของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามนั้น เภสัชกรควรเพิ่มบทบาทโดยการนำหลักการบริบาลเภสัชกรรมมาช่วยในการพัฒนาแนวทางการจัดการความปวด^(34, 35)

การจัดการอาการปวดด้วยยาในผู้ป่วยมะเร็ง จากหลักการบริบาลเภสัชกรรมที่ว่าเป็นความรับผิดชอบของเภสัชกรในการติดตามดูแลผู้ป่วยในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาโดยมีกิจกรรมต่าง ๆ ด้านเภสัชกรรมคลินิก เพื่อให้บรรลุเป้าหมาย คือ ได้ผลการรักษาตามต้องการ

ถูกต้อง เหมาะสม ปลอดภัย และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยรวมทั้งการค้นหา ป้องกันและแก้ไข ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับยานั้น^(12, 13) เมื่อนำมาปรับใช้กับการจัดการอาการปวดด้วยยาของเภสัชกรใน ผู้ป่วยมะเร็งร่วมกับทีมสหวิชาชีพ เภสัชกรจะมีบทบาทในการประเมินระดับความรุนแรงของความ ปวดของผู้ป่วย การวางแผน แนะนำการเลือกใช้ยาแก้ปวดให้เหมาะสมกับระดับความรุนแรงของ ความปวด ช่วยแพทย์ปรับขนาดยา แนะนำการบริหารยาให้แก่พยาบาล การติดตามประสิทธิภาพ ติดตามอาการไม่พึงประสงค์ ของยาแก้ปวด รวมถึงการให้ความรู้ คำแนะนำเกี่ยวกับการใช้ยาแก้ ปวด ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจในการใช้ยาที่ถูกต้อง เพื่อให้ได้ผลการรักษาตามเป้าหมาย โดย ผู้ป่วยสามารถควบคุมความปวดได้ตามเป้าหมาย ซึ่งจะช่วยให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น

จากงานวิจัยของสุลาวัลย์ วรรณโคตร⁽⁹⁾ เรื่องการพัฒนากระบวนการดูแลแบบ ประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย กรณีศึกษาจากโรงพยาบาลเขาวง ได้มีการระดม สมองของทีมสหสาขาวิชาชีพ และถอดบทเรียนจากโรงพยาบาลต้นแบบ ทำให้เห็นถึงปัญหาที่ เกี่ยวข้องกับการใช้ยา ซึ่งมีสาเหตุมาจากการสั่งใช้ยา เช่น มีการสั่งใช้มอร์ฟีนเฉพาะเวลาปวด ขาด การสั่งใช้แบบต่อเนื่องตามเวลา การขาดการประเมินระดับความปวด ทำให้ไม่สามารถทราบถึง ผลการรักษา ขาดการปรับขนาดยา ทำให้ผู้ป่วยคุมปวดไม่ได้ และยังพบปัญหาผู้ป่วยไม่เข้าใจวิธีใช้ ยาอีกด้วย ซึ่งการมีเภสัชกรเข้ามาร่วมทีมได้ช่วยแก้ไขปัญหาลดลงได้ ทำให้ผู้ป่วยควบคุมอาการปวดได้ดียิ่งขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่า เภสัชกรยังมีบทบาทในการเพิ่มการ เข้าถึงยากลุ่มโอปิออยด์ ของผู้ป่วยมะเร็งที่มีปัญหาเรื่องการกลืน ไม่สามารถบริหารยาโดยวิธีการ ทานได้ โดยการทบทวน ปรับปรุงบัญชียาของโรงพยาบาล ซึ่งโรงพยาบาลชุมชนอาจมีรายการยาที่ไม่ครอบคลุม จึงต้องจัดซื้อ จัดหา ยา อุปกรณ์ที่จำเป็น ทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงยาได้ดียิ่งขึ้น และยังมี การปรับปรุงระบบการเบิกจ่ายยาเสพติด ให้มีความยืดหยุ่นมากขึ้น สามารถนำยาออกไปนอก โรงพยาบาลได้ การเพิ่มจำนวนการจ่ายยา เพิ่มระบบการติดตามการใช้ยาทางโทรศัพท์ การ ติดตามยาคืนเมื่อผู้ป่วยเสียชีวิต นอกจากนี้ยังมีการศึกษาของ บัณฑิต ช่างเพชร และคณะ⁽¹⁰⁾ ที่ ได้พบว่า การมีส่วนร่วมของเภสัชกร ช่วยให้ปัญหาจากการใช้ยาแก้ปวดในผู้ป่วยมะเร็งลดลง ซึ่ง ปัญหาที่พบส่วนใหญ่คือ ไม่ได้รับยาจัดการอาการข้างเคียงจากยาแก้ปวด การเกิดอันตรกิริยาของ ยา การไม่บริหารยามอร์ฟีนแบบต่อเนื่อง นอกจากนี้ยังพบปัญหาด้านความรู้ ความเข้าใจในเรื่อง การใช้ยาของผู้ป่วยและญาติ เมื่อมีเภสัชกรเข้ามาช่วยจัดการอาการปวด มีการให้ความรู้เรื่องการ ใช้ยา การจัดการกับผลข้างเคียง ทำให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจในการใช้ยามากขึ้น ยังมีงานวิจัย⁽¹¹⁾ ที่

ได้พบว่า วิชาชีพอื่นมีมุมมองต่อเภสัชกรว่า เภสัชกรนั้นเป็นวิชาชีพที่มีความจำเป็นต่องานการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ซึ่งเภสัชกรจะช่วยเหลือทีมได้ดีที่สุด คือ การมีบทบาทในการบริหารเภสัชกรรม เช่น การแนะนำขนาดยา ติดตามผลข้างเคียงจากยา การจัดการอาการปวด โดยเน้นเรื่องการสร้างความเข้าใจในการใช้ยาแก่ปวดยกลุ่มโอปอยด์ให้แก่ผู้ป่วยและทีม

สำหรับบทบาทของเภสัชกรในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามที่มีอาการปวดนั้น ต้องมีการติดตามผู้ป่วยต่อเนื่องจนถึงที่บ้าน เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้มักถูกส่งกลับมาให้รักษาแบบประคับประคองต่อเนืองที่บ้าน ทำให้เภสัชกรต้องมีความรู้เกี่ยวกับหลักการทางเวชศาสตร์ครอบครัว เพื่อให้สามารถทำงานร่วมกันกับทีมสหวิชาชีพได้อย่างมีคุณภาพ โดยสายพิณ หัตถิรัตน์⁽³⁶⁾ ได้กล่าวไว้ว่า ให้เภสัชกรเยี่ยมบ้านประเมินผู้ป่วยจากสภาพความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ ว่ามีความปลอดภัย พึ่งตนเองได้ และมีความสุขหรือไม่ โดยใช้เครื่องมือประเมินที่เรียกว่า INHOMESSS มาช่วยประเมินในมุมมองที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา เพื่อช่วยทีมในการค้นหาปัญหาของผู้ป่วยได้ครอบคลุมมากขึ้น นอกจากนี้จตุพร ทองอิม⁽³⁷⁾ ได้กล่าวว่า การให้การบริบาลทางเภสัชกรรมที่บ้าน เภสัชกรมีหน้าที่รับผิดชอบให้ข้อเสนอแนะแก่ทีมเกี่ยวกับการใช้ยา ให้คำแนะนำผู้ป่วยเรื่องยา ค้นหาปัญหา และเสนอแนวทางป้องกันปัญหาที่เกิดจากการใช้ยา ทำให้ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวมีศักยภาพ มีความมั่นใจในการใช้ยา สามารถพึ่งพาตนเองได้ มีผลงานวิจัยที่ได้ศึกษาถึงผลของการบริบาลทางเภสัชกรรมดังนี้

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนงานวิจัยของเพ็ญเพ็ญ ชนาเทพพร⁽³⁸⁾ ได้ศึกษาถึงการบริบาลทางเภสัชกรรมบนหอผู้ป่วยในอายุรกรรมหญิงในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ ช่วงเวลาตั้งแต่ 1 มกราคม 2548 ถึง 30 กันยายน 2548 เติงพรรณนาแบบไปข้างหน้า โดยเภสัชกรให้การบริบาลติดตาม ประเมินความเหมาะสมของการใช้ยา ค้นหาปัญหาของการใช้ยา หลังจากนั้นเมื่อผู้ป่วยกลับบ้านเภสัชกรจะให้คำแนะนำเรื่องโรค การปฏิบัติตัว และยา อาการไม่พึงประสงค์จากยา การเก็บยา พบว่ามีปัญหาเรื่องการรักษาด้วยยาร้อยละ 23.4 ปัญหาที่พบมากที่สุดคือ การบริหารยาไม่เหมาะสม (ให้ยาเกินขนาด) รองลงมาคือการไม่ได้รับยาที่สมควรได้รับ สรุปได้ว่าการบริบาลทางเภสัชกรรมสามารถช่วยค้นหาปัญหาและแก้ไขป้องกันปัญหาการรักษาด้วยยาได้ นอกจากนี้เภสัชกรยังเพิ่ม

ความรู้ให้แก่บุคลากรและผู้ป่วย ผลที่ได้คือ เกิดการเพิ่มคุณภาพชีวิตในการดูแลผู้ป่วยและผู้ป่วย ได้รับประโยชน์สูงสุดจากการใช้ยา

จากการทบทวนงานวิจัยของ รัตนาภรณ์ อวិพันธ์ และอัญชลี ธาดาทาคย์⁽³⁹⁾ ได้ศึกษาถึงแบบวัดการบริหารเภสัชกรรม และทัศนคติต่องานบริหารเภสัชกรรมของเภสัชกรโรงพยาบาลในประเทศไทยในเชิงสำรวจ โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มเภสัชกรโรงพยาบาล ผู้เข้าร่วมประชุมวิชาการของกลุ่มเภสัชกรโรงพยาบาลจำนวน 325 คน พบว่าด้านทัศนคติของเภสัชกรโรงพยาบาลต่อการบริหาร ส่วนใหญ่มีทัศนคติเชิงบวกต่อการบริหารเภสัชกรรม ร้อยละ 60 ของเภสัชกรเห็นด้วยอย่างมากว่า แนวปฏิบัติของเภสัชกรสามารถเพิ่มประสิทธิผลในการดูแลผู้ป่วย เช่น เห็นว่าปัญหาจากการใช้ยาส่วนใหญ่สามารถหลีกเลี่ยงได้มาก หรือเภสัชกรสามารถป้องกันปัญหาจากการใช้ยาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้มาก ด้านการบริหารเภสัชกรรม เป็นเรื่องของการให้คำปรึกษา แนะนำแก่ผู้ป่วย การตรวจสอบบันทึกแผนการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ เป็นขบวนการที่เกิดขึ้นพร้อม ๆ กันกับการประเมินผู้ป่วยในการดูแลรักษา ในทำนองเดียวกันเภสัชกรโรงพยาบาลจะทำหน้าที่ให้คำปรึกษาแนะนำแก่ผู้ป่วยไปพร้อมๆกับการวางแผนแก้ไขปัญหาจากการใช้ยาและติดตามผลการดูแลรักษา โดยต้องอาศัยการทำงานเป็นทีมร่วมกับบุคลากรสาธารณสุขอื่น ๆ ในโรงพยาบาล

จากการทบทวนงานวิจัยของมณฑาทิพย์ รุ่งศิลป์ และคณะ⁽⁴⁰⁾ ได้ศึกษาถึงผลของการให้การบริหารทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันและมีคอเลสเตอรอลในเลือดสูง ณ โรงพยาบาลพัทลุง เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลอง โดยเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้ป่วยระยะก่อนทำกิจกรรมการบริหาร การรักษาในโรงพยาบาลพัทลุง และกลุ่มผู้ป่วยระยะที่ทำกิจกรรมการบริหาร แต่ละกลุ่มมีจำนวนผู้ป่วย 20 ราย พบว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการบริหารทางเภสัชกรรมร้อยละ 99 มีการใช้ยาตามแพทย์สั่งมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการบริหาร (ร้อยละ 57) และร้อยละ 70 ของผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการบริหารมีระดับคอเลสเตอรอล LDL เป็นไปตามเป้าหมาย นอกจากนี้ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการบริหารทางเภสัชกรรมมีคะแนนความรู้ด้านยาและโรคเพิ่มขึ้น และมีคะแนนคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากการทบทวนงานวิจัยของปัทมาวดี ช้างเพชร และผกาภาศ ไผ่ตรีมิตร⁽¹⁰⁾ ได้ศึกษาถึงรูปแบบการมีส่วนร่วมของเภสัชกรในการบริหารทางเภสัชกรรมผู้ป่วยมะเร็ง โรงพยาบาลเจ้าคุณไพบุลย์พนมทวน เป็นการศึกษาเชิงปฏิบัติการ สรุปผลที่ได้คือการดูแลผู้ป่วยมะเร็งในรูปแบบสหวิชาชีพ โดยการมีส่วนร่วมของเภสัชกร ทำให้สามารถค้นพบปัญหาการใช้ยา และแก้ไขปัญหาได้อย่างเหมาะสม รวมถึงผู้ป่วยและผู้ให้บริการมีความพึงพอใจต่อการมีเภสัชกรที่ได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย จำนวนปัญหาด้านการใช้ยาเฉลี่ยก่อนและหลังการพัฒนาระบบ เท่ากับ 1.46

ครั้ง และ 0.47 ครั้งต่อผู้ป่วย 1 ราย ตามลำดับ ด้านความพึงพอใจ พบว่าคะแนนความพึงพอใจของผู้ป่วยที่มีต่อเภสัชกรโดยรวมเฉลี่ยก่อนและหลัง เท่ากับ 3.26 และ 4.12 ตามลำดับ และด้านความพึงพอใจของบุคลากร พบว่าความพึงพอใจโดยรวมเฉลี่ยก่อนและหลัง เท่ากับ 3.20 และ 4.07 ตามลำดับ ซึ่งจากการทบทวนงานวิจัย ทำให้สรุปได้ว่าบทบาทของเภสัชกรในการบริหารเภสัชกรรมนั้น สามารถทำให้การใช้ยาเป็นไปอย่างถูกต้อง เหมาะสม ปลอดภัย และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยรวมทั้งช่วยค้นหา ป้องกัน และแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวข้องยาได้เป็นอย่างดี

จากการทบทวนงานวิจัยของสิญาภรณ์ วงคล้าย⁽⁴¹⁾ ได้ศึกษาถึงผลของการบริหารทางเภสัชกรรมต่อคุณภาพชีวิตและการเกิดเหตุการณ์อันไม่พึงประสงค์ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด รูปแบบการวิจัยเป็นการทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุมแบบคู่ขนาน วัดผลลัพธ์ด้านคุณภาพชีวิตด้วยแบบประเมิน FACT-B พบว่า ค่าเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตโดยรวมในผู้ป่วยที่ได้รับการบริหารทางเภสัชกรรมก่อนพบแพทย์เพิ่มขึ้นจากเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (จาก 117.15 เป็น 132.81) และสูงกว่าคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามปกติ (119.19) นอกจากนี้ยังลดความเสี่ยงในการเกิดเหตุการณ์อันไม่พึงประสงค์จากยาเคมีบำบัดของผู้ป่วยได้

จากการทบทวนงานวิจัยของอติศา ดำชะอม และศรารุณี อู่พุดินันท์⁽⁴²⁾ ได้ศึกษาถึงประสิทธิผลของโปรแกรมการบริหารทางเภสัชกรรมเพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยาในผู้สูงอายุที่มีการได้รับยาหลายขนานในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง โดยศึกษารูปแบบกลุ่มเดี่ยววัดความร่วมมือในการใช้ยาก่อนหลังการให้โปรแกรมการบริหารได้แก่ กิจกรรมการส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยา โดยให้ความรู้ การส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการรับประทานยา การทบทวนการใช้ยา ทำให้คะแนนความร่วมมือในการใช้ยาที่วัดโดยแบบสอบถาม MTB-Thai กับ วิธีการนับเม็ดยาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

นอกจากหน้าที่ของเภสัชกรในการติดตามปัญหาในการใช้ยาของผู้ป่วยแล้ว ปัญหาที่ควรได้รับการดูแลของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามคือ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ให้ญาติมารับยาแทน ทำให้ขาดการติดตามผลการรักษา ขาดการติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ดังนั้นควรมีทีมเยี่ยมบ้านที่มีเภสัชกรทำงานร่วมกับสหวิชาชีพด้วย จากการทบทวนงานวิจัยของอรพรรณ พุ่มณีโชติ⁽⁴³⁾ พบว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หายขาด เช่น ผู้ป่วยมะเร็งจำเป็นต้องทำ palliative care ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้มักเลือกที่จะกลับมาดูแลต่อที่บ้าน จึงต้องมีทีมเยี่ยมบ้านที่ต้องมีการวางแผนการจำหน่ายที่ดี สิ่งสำคัญของทีมคือ มีการสื่อสารที่ดี มีความต่อเนื่องในการดูแล ทำงานร่วมกันเป็น

ทีม และต้องคำนึงถึงประเด็นทางจริยธรรม สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและผู้ดูแลดีขึ้น เกิดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยจนวาระสุดท้าย

จากการทบทวนงานวิจัยของปริญา ฤมอดุทา และคณะ⁽⁴⁴⁾ ได้ศึกษาถึงผลของการบริหารเภสัชกรรมผู้ป่วยต่อเนื่องในชุมชนโดยการออกเยี่ยมบ้านในเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเมืองจังหวัดมหาสารคาม เป็นการสังเกตเชิงพรรณนา สรุปผลที่ได้คือ ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยา ร้อยละ 51.02 สาเหตุที่ทำให้เกิดปัญหาจากยาส่วนใหญ่ คือ การได้รับรายการยาจำนวนมากเกิน เภสัชกรเข้าไปมีบทบาทในเรื่องของการทบทวนและตรวจสอบความร่วมมือในการใช้ยาสูงถึงร้อยละ 49.07 ทำให้การบริหารเภสัชกรรมที่ให้แก่ผู้ป่วยสามารถแก้ไขปัญหาคาการใช้ยาได้ทั้งหมด สูงถึงร้อยละ 91.66 การศึกษานี้สามารถเพิ่มการบริหารเภสัชกรรมได้ครอบคลุมกลุ่มผู้ป่วยที่คัดเลือกเพื่อคัดกรองผู้ป่วยที่มีปัญหาการใช้ยาที่บ้านและเภสัชกรสามารถแก้ไขจัดการปัญหาที่เกิดจากยาของผู้ป่วยได้

จากการทบทวนงานวิจัยของ สายชล ขำปฏี⁽⁴⁵⁾ ได้ศึกษาถึงสาเหตุของปัญหาและวิธีการแก้ไขปัญหาคาการใช้ยาของผู้ป่วยในการเยี่ยมบ้านโดยเภสัชกร เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ พบว่าปัญหาคาการใช้ยาของผู้ป่วยเป็นเรื่องของประสิทธิภาพการรักษาคือได้รับผลการรักษาจากยาไม่พอ ซึ่งสาเหตุส่วนใหญ่มาจากตัวผู้ป่วยเองที่ไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยา ดังนั้นในทีมเยี่ยมบ้านจึงควรมีเภสัชกรเข้าไปติดตามและแก้ไขปัญหาคาการใช้ยา

จากการทบทวนงานวิจัยของ ศลิษา สะพลอย⁽⁴⁶⁾ ได้ศึกษาเรื่องการพัฒนาแนวทางการเยี่ยมบ้านของเภสัชกร โรงพยาบาลสมุทรสาคร โดยเภสัชกรได้เยี่ยมบ้านผู้ป่วย 15 ราย พบปัญหาคาการใช้ยา 40 เหตุการณ์ มีผู้ป่วย 7 รายเกิดทุกข์จากการใช้ยา เภสัชกรได้จัดการปัญหาที่พบทำให้ผู้ป่วยมีแนวโน้มจัดการเรื่องยาและดูแลตนเองได้ดีขึ้น ปัญหาต่างๆที่ส่งผลต่อการใช้ยาลดลง

ดังนั้นการพัฒนาบทบาทของเภสัชกรในการจัดการอาการปวดในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามในการศึกษานี้จะมีกิจกรรมในการบริหารทางเภสัชกรรม ที่จะช่วยปรับปรุงตั้งแต่กระบวนการประเมิน pain score เพื่อติดตามผลการรักษา การนำเสนอยาเพื่อเป็นทางเลือกให้แพทย์ การติดตามปัญหาที่เกิดจากการใช้ยา ความร่วมมือในการใช้ยาบรรเทาปวด ตลอดจนการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล ตั้งแต่ผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาลต่อเนื่องจนถึงที่บ้าน ซึ่งการบริหารเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยกลุ่มนี้ถือเป็นขั้นตอนที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วย เพื่อพัฒนาระบบให้มีความเหมาะสม ทำให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงยาบรรเทาปวด ไม่เกิดการทุกข์ทรมานจากการปวด เกิดผลลัพธ์ที่ดีในการรักษา มีความถูกต้อง เหมาะสม ปลอดภัย และมีคุณภาพชีวิตที่ดีจนกระทั่งวาระสุดท้ายของชีวิต

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบเชิงปฏิบัติการ (action research) เพื่อพัฒนาบทบาทเภสัชกรในทีมสหวิชาชีพสำหรับการจัดการอาการปวดด้วยยาในผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามอย่างต่อเนื่องจนถึงที่บ้าน โรงพยาบาลหนองเสือ จังหวัดปทุมธานี โดยแบ่งการศึกษาออกเป็น 2 ขั้นตอน คือ (1) การสร้างและพัฒนาบทบาทเภสัชกรในทีมสหวิชาชีพสำหรับการจัดการอาการปวดด้วยยาในผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม (2) ผลของบทบาทเภสัชกรในทีมสหวิชาชีพสำหรับการจัดการอาการปวดด้วยยาในผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยมหาวิทยาลัยนเรศวร เลขที่ 1002/62 วันที่รับรอง 12 กุมภาพันธ์ 2563

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างและพัฒนาบทบาทเภสัชกรในทีมสหวิชาชีพสำหรับการจัดการอาการปวดด้วยยาในผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม

1.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ (สร้างและพัฒนาบทบาทของเภสัชกร)

เป็นบุคลากรทางการแพทย์ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในทีมดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและมีอำนาจในเชิงนโยบายของโรงพยาบาล โดยทำงานอยู่ในคณะกรรมการบริหารการดูแลผู้ป่วย ดำเนินการศึกษาด้วยการทำ focus group โดยมีผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการสนทนา จำนวน 14 คน ประกอบด้วย 1.1) แพทย์จำนวน 5 คน 1.2) พยาบาลจำนวน 8 คน แบ่งเป็นพยาบาลที่มีส่วนเกี่ยวข้องปฏิบัติงานในทีม palliative care คือ พยาบาลทีม PCU จำนวน 3 คน พยาบาลประจำผู้ป่วยในจำนวน 2 คน พยาบาลผู้ป่วยนอก จำนวน 3 คน 1.3) นักโภชนาการจำนวน 1 คน

1.2 กระบวนการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงคือ บุคลากรทางการแพทย์ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในทีมดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและมีอำนาจในเชิงนโยบายของโรงพยาบาลคือ คณะกรรมการบริหารการดูแลผู้ป่วยจำนวน 14 คน เป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพ รวบรวมข้อมูลโดยการสนทนากลุ่ม จากนั้นนำรูปแบบการทำงานที่ได้จากการพัฒนาบทบาทของเภสัชกรในทีมไปใช้กับกลุ่มผู้รับบริการ

เกณฑ์การคัดเลือกคือ

1. เป็นบุคลากรทางการแพทย์ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในทีมดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย
2. ทำงานอยู่ในคณะกรรมการบริหารการดูแลผู้ป่วย
3. สม่ครใจเข้าร่วมการวิจัย

1.3 กระบวนการขอความยินยอม

เมื่อโครงการวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ผู้วิจัยสำรวจคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเลือกของกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นมีการนัดหมายกับกลุ่มตัวอย่างเพื่อแจกหนังสือชี้แจงให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยลงนามในหนังสือยินยอมเข้าร่วมการวิจัย โดยนัดหมายที่ห้องประชุมใหญ่โรงพยาบาลหนองเสือชั้น 4 เมื่อผู้วิจัยเข้าพบกับกลุ่มตัวอย่างจะมีการชี้แจงข้อมูลเกี่ยวกับชื่องานวิจัย สิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย หากกลุ่มตัวอย่างสนใจเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจะแจกหนังสือชี้แจงให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยลงนามในหนังสือยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และแจกเอกสารคำอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดตัวแปร ขั้นตอนการสนทนากลุ่ม และวิธีการตอบแบบสอบถาม โดยระหว่างที่เข้าร่วมการวิจัยกลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลาตามรายละเอียดในเอกสารชี้แจง ไม่มีการระบุชื่อในแบบสอบถาม ข้อมูลจะถูกเก็บเป็นความลับ ไม่มีผลต่อการทำงานของ กลุ่มตัวอย่างและผลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้จะเป็นประโยชน์กับผู้ป่วยโรคมะเร็ง

1.4 ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

ตัวแปรอิสระ คือ

1.บทบาทของเภสัชกรในการจัดการอาการปวดในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม โดยมีกิจกรรมการบริหารเภสัชกรรมคือ

- การติดตามประสิทธิภาพจากการใช้ยา
- การติดตามปัญหาจากการใช้ยา
- การติดตามความร่วมมือในการใช้ยา
- การให้ความรู้ ความเข้าใจในการใช้ยา การปฏิบัติตัว การติดตามผลข้างเคียงจากยา

ตัวแปรตาม คือ

1.ผลลัพธ์จากกิจกรรมการบริหารเภสัชกรรมคือ

- ค่าคะแนนความปวด
 - ปัญหาจากการใช้ยา
 - ความร่วมมือในการใช้ยา
 - ความรู้ ความเข้าใจของผู้ป่วยในการใช้ยา การปฏิบัติตัว การติดตามผลข้างเคียงจากยา
 - คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย
2. ความพึงพอใจของทีมสหวิชาชีพต่อการพัฒนาบทบาทหน้าที่ของเภสัชกร
 3. ความพึงพอใจของผู้มารับบริการต่อการพัฒนาบทบาทหน้าที่ของเภสัชกร

1.5 เครื่องมือและการพัฒนาเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในขั้นตอนที่ 1 นี้ มีจำนวน 2 ชิ้น รายละเอียดดังนี้

1. แบบประเมินความพึงพอใจของบุคลากรทางการแพทย์ต่อการพัฒนาบทบาทของเภสัชกรในการจัดการความปวด : ผู้วิจัยพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง รายละเอียดเครื่องมือในภาคผนวก ข
2. แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม: ผู้วิจัยพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง รายละเอียดเครื่องมือในภาคผนวก ข สำหรับการสนทนากลุ่มนี้จะมีการใช้เครื่องบันทึกเสียงร่วมด้วย

1.6 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจะนำมาตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ดังนี้

1. ความเที่ยงตรง

เครื่องมือที่พัฒนาขึ้นทั้ง 2 ชิ้น จะถูกนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญทางด้าน การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองจำนวน 3 ท่านตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ความถูกต้องและความชัดเจนทางภาษา ได้กำหนดคุณสมบัติผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบเครื่องมือ ดังนี้

- 1.แพทย์ที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองไม่น้อยกว่า 5 ปี จำนวน 1 ท่าน
 - 2.พยาบาลที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองไม่น้อยกว่า 5 ปี จำนวน 1 ท่าน
 - 3.เภสัชกรที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองไม่น้อยกว่า 5 ปี จำนวน 1 ท่าน
- การประเมินความตรงเชิงเนื้อหาโดยคำนวณหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence : IOC)

โดยคำนวณได้จากสูตรดังนี้

$$IOC = \frac{[\sum R]}{N}$$

เมื่อ IOC แทน ความสอดคล้องระหว่างข้อความถามกับจุดประสงค์

$\sum R$ แทน ผลรวมระหว่างคะแนนความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ

N แทน จำนวนผู้เชี่ยวชาญ

หมายเหตุ

+1 หมายถึง แนใจว่าข้อความถามมีความสอดคล้องกับจุดประสงค์

0 หมายถึง ไม่แนใจว่าข้อความถามมีความสอดคล้องกับจุดประสงค์

-1 หมายถึง แนใจว่าข้อความถามไม่มีความสอดคล้องกับจุดประสงค์

ค่า IOC ต้องมีค่ามากกว่า 0.5

2. ความเชื่อมั่น

เมื่อผ่านการพิจารณาจากผู้เชี่ยวชาญแล้วผู้วิจัยจะนำเครื่องมือไปปรับปรุงแก้ไขก่อนจะนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง คือ บุคลากรทางการแพทย์ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองของโรงพยาบาลที่มีลักษณะคล้ายกับโรงพยาบาลหนองเสือ คือ โรงพยาบาลคลองหลวง จำนวน 10 คน โดยใช้เครื่องมือ แบบประเมินความพึงพอใจของบุคลากรทางการแพทย์ต่อการพัฒนาบทบาทของเภสัชกรในการจัดการความปวด แล้วนำมาคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ซึ่งค่าที่ยอมรับได้ คือ มีค่า 0.7 ขึ้นไป

1.7 การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนการดำเนินการเก็บข้อมูล การสร้างและพัฒนาบทบาทเภสัชกรในทีมสหวิชาชีพสำหรับการจัดการอาการปวดด้วยยาในผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม โดยการสนทนากลุ่มมีดังนี้

17.1 ขั้นตอนเตรียมก่อนการสนทนากลุ่ม

17.1.1 ศึกษาข้อมูลเอกสาร งานวิจัย ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบ ประคับประคอง แนวทางการจัดการอาการปวดในผู้ป่วยมะเร็งด้วยยากลุ่มโอปิออยด์ สถิติ รายงาน ตัวชี้วัดตามแผนพัฒนาสุขภาพ สาขาการดูแลแบบประคับประคอง

17.1.2 รวบรวมข้อมูลเพื่อวิเคราะห์เป็นกรอบความคิดเบื้องต้น จากนั้นสร้าง เครื่องมือเป็นประเด็นที่ใช้ในการสนทนากลุ่ม ประกอบด้วย 6 ประเด็นหลัก ได้แก่

17.1.2.1 รูปแบบการทำงานแบบเดิมของเภสัชกร ปัญหาที่พบ และสิ่งที่ ทีมสหวิชาชีพต้องการจากเภสัชกรในการทำงานร่วมกันเป็นทีม

17.1.2.2 ทำข้อตกลงในการเลือกใช้แนวทางการจัดการอาการปวดใน ผู้ป่วยมะเร็งที่ใช้ในโรงพยาบาลให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน

17.1.2.3 การกำหนดเครื่องมือจำเป็นที่จะต้องใช้ในการทำงานในคลินิก ประคับประคองให้เป็นไปในแนวทางเดียวกัน

17.1.2.4 ชี้แจงรูปแบบกิจกรรมในการบริหารผู้ป่วยที่มีอาการปวดของ เภสัชกรในรูปแบบใหม่ดังนี้

- การติดตามประสิทธิภาพของยาโดยประเมินจากค่าคะแนนความปวด
- การค้นหาปัญหาจากการใช้ยา
- การติดตามความร่วมมือในการใช้ยาแก้ปวดตามเวลาของผู้ป่วย
- การให้ความรู้เรื่องการใช้ยาแก้ปวด การปฏิบัติตัว การติดตามผลข้างเคียง

จากยา

17.1.2.5 ให้แต่ละวิชาชีพช่วยกันแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเรื่องปัญหาของ ทีม สิ่งทีทีมจะพัฒนาต่อไปในอนาคต ตัวชี้วัดที่เป็นเป้าหมายของทีม

17.1.2.6 บทบาทหน้าที่ของแต่ละวิชาชีพที่ชัดเจนในการจัดการอาการ ปวดด้วยยา

17.1.3 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ประเด็นที่ใช้ในการสนทนากลุ่มในแบบ บันทึกรสนทนากลุ่มที่สร้างขึ้น ตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน เพื่อประเมินความตรง เที่ยงเนื้อหา โดยการคำนวณหาค่า IOC

17.2 ขั้นตอนการสนทนากลุ่ม

17.2.1 ขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลหนองเสือ จังหวัด ปทุมธานี และชี้แจงจุดประสงค์ของงานวิจัย เพื่อให้สอดคล้องกับนโยบายของโรงพยาบาล

17.2.2 จัดประชุมเจ้าหน้าที่ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในทีมดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง และผู้ที่มีอำนาจในเชิงนโยบายของโรงพยาบาล ได้แก่ คณะกรรมการบริหารการดูแลผู้ป่วย ดำเนินการศึกษาด้วยการทำ focus group โดยมีผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการสนทนา จำนวน 14 คน ประกอบด้วย 1.1) แพทย์จำนวน 5 คน 1.2) พยาบาลจำนวน 8 คน แบ่งเป็นพยาบาลที่มีส่วนเกี่ยวข้องปฏิบัติงานในทีม palliative care คือ พยาบาลทีม PCU จำนวน 3 คน พยาบาลประจำผู้ป่วยในจำนวน 2 คน พยาบาลผู้ป่วยนอก จำนวน 3 คน 1.3) นักโภชนาการจำนวน 1 คน โดยเรื่องที่เป็นประเด็นในการทำ focus group มีดังนี้คือ

17.2.2.1 รูปแบบการทำงานแบบเดิมของเภสัชกร ปัญหาที่พบ และสิ่งที่ทีมสหวิชาชีพต้องการจากเภสัชกรในการทำงานร่วมกันเป็นทีม

17.2.2.2 ทำข้อตกลงในการเลือกใช้แนวทางการจัดการอาการปวดในผู้ป่วยมะเร็งที่ใช้ในโรงพยาบาลให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน

17.2.2.3 การกำหนดเครื่องมือจำเป็นที่จะต้องใช้ในการทำงานในคลินิก ประคับประคองให้เป็นไปในแนวทางเดียวกัน

17.2.2.4 ชี้แจงรูปแบบกิจกรรมในการบริหารผู้ป่วยที่มีอาการปวดของเภสัชกรในรูปแบบใหม่ดังนี้

- การติดตามประสิทธิผลของยาโดยประเมินจากค่าคะแนนความปวด
- การค้นหาปัญหาจากการใช้ยา
- การติดตามความร่วมมือในการใช้ยาแก้ปวดตามเวลาของผู้ป่วย
- การให้ความรู้เรื่องการใช้ยาแก้ปวด การปฏิบัติตัว การติดตามผลข้างเคียงจากยา

โดยกิจกรรมต่าง ๆ ครอบคลุมตั้งแต่ผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาลจนถึงที่บ้าน ผู้วิจัยเก็บข้อมูลที่ได้จากกิจกรรมดังกล่าวโดยเทียบผลลัพธ์ก่อนหลังการพัฒนาบทบาทของเภสัชกร โดยกลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่มีอาการปวด และได้รับยาแก้ปวดในการควบคุมอาการปวดจำนวน 40 คน (ข้อมูล ณ เดือน มกราคม 2562) ของอำเภอหนองเสือ และผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาแก้ปวดรายใหม่ที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลหนองเสือ หรือ ถูกส่งตัวมาจากโรงพยาบาลปทุมธานี หรือ ศูนย์มหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรเวศน์บุรี เพื่อกลับมารักษาต่อเนื่องที่บ้าน ในช่วงระหว่าง เดือน พฤษภาคม ถึง กันยายน 2563

17.2.2.5 ให้แต่ละวิชาชีพช่วยกันแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเรื่องปัญหาของทีม สิ่งทีทีมจะพัฒนาต่อไปในอนาคต ตัวชี้วัดที่เป็นเป้าหมายของทีม

17.2.2.6 บทบาทหน้าที่ของแต่ละวิชาชีพที่ชัดเจนในการจัดการอาการปวดด้วยยา

17.2.3 ผู้วิจัยเก็บข้อมูลความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในทีมดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองจำนวน 14 คน โดยให้ทำแบบสอบถามความพึงพอใจของทีมสหวิชาชีพ ก่อนพัฒนาบทบาทหน้าที่ในการจัดการอาการปวดของเภสัชกร ใช้เวลาในการเก็บข้อมูล 2 วัน

17.2.4 ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย จากนั้นจัดอบรมเจ้าหน้าที่ให้ความรู้เรื่อง การจัดการอาการปวดในผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม โดยเชิญแพทย์ที่เป็นหัวหน้าทีมพร้อมทั้งพยาบาลที่เป็น case manager ในคลินิกการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองมาบรรยาย ร่วมกับเภสัชกรผู้วิจัย โดยใช้ power point จากนั้นแจกเอกสารคู่มือแนวทางในการจัดการอาการปวดแก่ทีมทุกคน หลังจากนั้นทำ focus group ตามหัวข้อที่ได้ชี้แจงก่อนหน้านี้

17.2.5 เก็บรวบรวมข้อมูลจากการจัดสนทนากลุ่ม กำหนดประเด็นทั้ง 6 ประเด็น ให้ผู้เข้าร่วม แสดงข้อคิดเห็นและร่วมกันอภิปราย ระหว่างทำกิจกรรมจะมีการบันทึกเสียง

17.2.6 การตรวจสอบสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล โดยการให้ผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่มครั้งนี้ ช่วยกันทวนสรุปซ้ำในประเด็นต่างๆ เพื่อตรวจสอบรับรองความถูกต้องในสิ่งที่ผู้วิจัยสรุปความ นอกจากนี้เมื่อสรุปสังเคราะห์ประเด็น จัดทำแนวทางแล้วได้มีการให้แพทย์พยาบาล ผู้รับผิดชอบหลักในคลินิกประคับประคองวิชาชีพละ 1 ท่านช่วยตรวจสอบความถูกต้องอีกครั้ง

17.2.7 วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) ซึ่งมีขั้นตอนดังนี้

17.2.7.1 จัดเตรียมข้อมูล ถอดคำพูดจากเครื่องบันทึกเสียง พิมพ์เป็นตัวอักษร

17.2.7.2 ทบทวนประเด็นหลักทั้ง 6 ประเด็น

17.2.7.3 จัดการข้อมูล เข้ารหัสจัดหมวดหมู่ของข้อมูล ให้สอดคล้องกับประเด็นที่ตั้งคำถามไว้ จากนั้นจับประเด็นหลักและตัดข้อมูลส่วนที่ไม่ได้ใช้ประโยชน์ทิ้ง

17.2.7.4 ตีความ สรุป และสังเคราะห์แต่ละประเด็นออกมา

17.2.8 สรุปผล

17.3 ขั้นตอนหลังการสนทนากลุ่ม

17.3.1 ผู้วิจัยเก็บข้อมูลความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในทีมดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองจำนวน 14 คน โดยให้ทำแบบสอบถามความพึงพอใจของทีมสหวิชาชีพ หลังพัฒนาบทบาทหน้าที่ในการจัดการอาการปวดของเภสัชกร ใช้เวลาในการเก็บข้อมูล 2 วัน

17.3.2 นำรูปแบบกิจกรรมที่พัฒนาขึ้นมาใหม่ไปใช้กับผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่าง และในระหว่างที่เก็บข้อมูลจะมีการจัดประชุมชี้แจงทีม หากพบว่าทีมมีปัญหาที่ต้องปรับเปลี่ยนพัฒนารูปแบบการทำงานใหม่ เพื่อให้สะดวกกับทีมมากยิ่งขึ้น นำข้อมูลความคิดเห็นที่ต้องปรับปรุง มาปรับใช้ต่อไป

17.3.3 ผู้วิจัยนำข้อมูลทั้งหมดมาประมวล และสรุปผล



1.8 การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลในขั้นตอนที่ 1 จำแนกตามเครื่องมือที่ใช้ แสดงในตารางที่ 5 ตารางที่ 5 เครื่องมือและวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลของขั้นตอนที่ 1

เครื่องมือ	วิธีวิเคราะห์ข้อมูล
1. แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม	- การวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis)
2. แบบประเมินความพึงพอใจ ของบุคลากรทางการแพทย์ ต่อ การพัฒนาบทบาทของเภสัชกร	- เปรียบเทียบคะแนนความพึงพอใจก่อนและหลังการปรับหลักสูตร หากข้อมูลแจกแจงปกติใช้ Paired t-test และหากข้อมูลแจกแจงไม่ปกติ ใช้ Wilcoxon signed rank test

ขั้นตอนที่ 2 ผลของบทบาทเภสัชกรในทีมสหวิชาชีพสำหรับการจัดการอาการปวดด้วยยา ในผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม

2.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มผู้รับบริการ (กลุ่มทดลองใช้เพื่อวัดผลการพัฒนาบทบาทของเภสัชกร) คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่มีอาการปวด และได้รับยาแก้ปวดในการควบคุมอาการปวดทุกคนจำนวน 40 คน (ข้อมูล ณ เดือน มกราคม 2562) ของอำเภอหนองเสือ และผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่มีอาการปวดที่ได้รับยาแก้ปวดรายใหม่ที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลหนองเสือ หรือถูกส่งตัวมาจากโรงพยาบาลปทุมธานี หรือศูนย์มหาวิทยาลัยราชภัฏธนบุรี เพื่อกลับมารักษาต่อเนื่องที่บ้านในช่วงระหว่าง เดือน พฤษภาคม ถึง กันยายน 2563

2.2 กระบวนการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มผู้รับบริการ คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่มีอาการปวด และได้รับยาแก้ปวดในการควบคุมอาการปวดของอำเภอหนองเสือทุกคน (จำนวน 40 คน ข้อมูลเดือนมกราคม 2562) และผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาแก้ปวดรายใหม่ที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลหนองเสือ หรือ ถูกส่งตัวมาจากโรงพยาบาลปทุมธานี หรือ ศูนย์มหาวิทยาลัยราชภัฏธนบุรี เพื่อกลับมารักษาต่อเนื่องที่บ้าน ในช่วงระหว่าง เดือน พฤษภาคม ถึง กันยายน 2563 โดยใช้เกณฑ์คัดเข้าและถอนออกดังนี้

เกณฑ์คัดเข้า

1. อายุระหว่าง 20-70 ปี
2. ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามที่มีการใช้ยาบรรเทาอาการปวดดังนี้
 - 2.1 กลุ่ม Strong opioid ได้แก่
 - Morphine ชนิดเม็ดออกฤทธิ์เร็ว (IR), ชนิดเม็ดออกฤทธิ์นาน (MST), ชนิดแคปซูลออกฤทธิ์นาน (Kapanol)
 - Morphine ชนิดน้ำออกฤทธิ์เร็ว
 - Morphine injection
 - Fentanyl injection, แผ่นแปะชนิดออกฤทธิ์นาน
 - Pethidine injection
 - 2.2 กลุ่ม Weak opioid ได้แก่
 - Tramadol injection, capsule

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างแบ่งตามระดับความปวดและรูปแบบการให้ยา ดังนี้

กรณีเป็นผู้ป่วยรายใหม่ที่ไม่เคยใช้ยากลุ่มโอปิออยด์มาก่อน พิจารณาเลือกยาตามระดับ Pain score ดังนี้ (อิงจาก WHO analgesic ladder)

- Pain score 4-6 เริ่มจาก weak opioids ได้แก่ tramadol
- Pain score 7-10 เริ่มจาก strong opioids ได้แก่ morphine ที่ใช้แบบตามอาการ (prn) แล้วจึงปรับเป็นใช้แบบต่อเนื่องตามเวลา (around the clock)

กรณีเป็นผู้ป่วยที่เคยใช้ยากลุ่มโอปิออยด์มาแล้ว มีรูปแบบการให้ยาดังนี้

- Tramadol ที่ใช้แบบตามอาการ (prn) หรือแบบต่อเนื่องตามเวลา (around the clock)
- Morphine (IR) หรือ Morphine syrup ที่ใช้แบบตามอาการ (prn) ตัวเดียว
- Morphine (IR) หรือ Morphine syrup ที่ใช้แบบตามอาการ (prn) ร่วมกับ Morphine ชนิดออกฤทธิ์นานที่ใช้แบบต่อเนื่องตามเวลา (around the clock)
- Morphine (IR) หรือ Morphine syrup ที่ใช้แบบตามอาการ (prn) ร่วมกับ Morphine ชนิดออกฤทธิ์นานที่ใช้แบบต่อเนื่องตามเวลา (around the clock) ร่วมกับ แผ่นแปะ Fentanyl

(โดยเป้าหมายของการจัดการอาการปวดที่ดีในงานวิจัยนี้ กำหนดให้ Pain score ที่ประเมินจากแบบประเมิน ESAS คือ ผู้ป่วยควรมี Pain score ที่ลดลงจาก baseline เดิม $\geq 30\%$ หรือ ≥ 2 point⁽⁴⁷⁾ แต่อย่างไรก็ตาม Pain score ที่ลดลงจาก baseline เดิม ≥ 2 point อาจไม่ได้แสดงถึงการ

บรรเทาปวดที่ดีที่สุด ในกรณีที่ผู้ป่วยมี baseline pain score อยู่ในระดับ severe มากๆ ซึ่งมักพบในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายๆ ดังนั้นจึงต้องพิจารณาระดับการยอมรับได้ของ pain score ของผู้ป่วยร่วมด้วย ซึ่งประเมินได้จาก ผลกระทบต่อกิจวัตรประจำวัน การทำงาน การรบกวนคุณภาพชีวิต เป็นต้น)

3. ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี

4. ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ (ผู้ดูแล หมายถึง ผู้ที่คอยดูแลอาสาสมัครซึ่งอาจจะเป็นผู้อื่น) สามารถอ่าน ฟัง เขียน ภาษาไทยได้

5. สม่ครใจเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์ถอนออก

1. ผู้ป่วยขอถอนตัวในระหว่างการวิจัย

2.3 กระบวนการขอความยินยอม

เมื่อโครงการวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ผู้วิจัยสำรวจคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้าของผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นมีการนัดหมายกับกลุ่มตัวอย่างเพื่อแจกหนังสือชี้แจงให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยลงนามในหนังสือยินยอมเข้าร่วมการวิจัย โดยนัดหมายที่ห้องประชุมใหญ่โรงพยาบาลหนองเสือชั้น 4 หรือไปพบผู้ป่วย/ผู้ดูแลที่บ้านกรณีที่ผู้ป่วยไม่สะดวกมาโรงพยาบาล เมื่อผู้วิจัยเข้าพบกับกลุ่มตัวอย่างจะมีการชี้แจงข้อมูลเกี่ยวกับชื่องานวิจัย สิทธิของผู้ป่วยในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย หากกลุ่มตัวอย่างสนใจเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจะแจกหนังสือชี้แจงให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยลงนามในหนังสือยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และแจกเอกสารคำอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดตัวแปรและวิธีการตอบแบบสอบถาม โดยระหว่างที่เข้าร่วมการวิจัยกลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลาตามรายละเอียดในเอกสารชี้แจง ไม่มีการระบุชื่อในแบบสอบถาม ข้อมูลจะถูกเก็บเป็นความลับ ไม่มีผลต่อการรับบริการการรักษาของกลุ่มตัวอย่างและผลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้จะเป็นประโยชน์กับผู้ป่วยโรคมะเร็ง

หากผู้ดูแลอาสาสมัคร ไม่ได้เป็นผู้แทนโดยชอบธรรม ผู้วิจัยจะขอความยินยอมจากผู้ดูแล และแม้ว่าอาสาสมัครและผู้แทนอาสาสมัครยินยอมเข้าร่วมโครงการ แต่หากผู้ดูแลไม่ยินยอมเข้าร่วมโครงการ ผู้วิจัยก็จะไม่มีการบังคับ หรือให้นายจ้างของผู้ดูแลบังคับหรือชักจูงให้เข้าร่วมการวิจัย และหากผู้ดูแลอาสาสมัครเป็นผู้แทนโดยชอบธรรม ต้องมีการขอความยินยอมใน

ฐานะของผู้แทนโดยชอบธรรม (ลงนามใน เอกสารขอความยินยอมของอาสาสมัคร) และ ในฐานะของผู้ดูแล

2.4 ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

ตัวแปรอิสระ คือ

1. บทบาทของเภสัชกรในการจัดการอาการปวดในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม โดยมีกิจกรรมการบริหารเภสัชกรรมคือ

- การติดตามประสิทธิภาพจากการใช้ยา
- การติดตามปัญหาจากการใช้ยา
- การติดตามความร่วมมือในการใช้ยา
- การให้ความรู้ ความเข้าใจในการใช้ยา การปฏิบัติตัว การติดตามผลข้างเคียงจากยา

ตัวแปรตาม คือ

1. ผลลัพธ์จากกิจกรรมการบริหารเภสัชกรรมคือ

- ค่าคะแนนความปวด
- ปัญหาจากการใช้ยา
- ความร่วมมือในการใช้ยา
- ความรู้ ความเข้าใจของผู้ป่วยในการใช้ยา การปฏิบัติตัว การติดตามผลข้างเคียงจากยา
- คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

2. ความพึงพอใจของทีมสหวิชาชีพต่อการพัฒนาบทบาทหน้าที่ของเภสัชกร

3. ความพึงพอใจของผู้มารับบริการต่อการพัฒนาบทบาทหน้าที่ของเภสัชกร

2.5 เครื่องมือและการพัฒนาเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในขั้นตอนที่ 2 นี้ มีจำนวน 9 ชิ้น รายละเอียดดังนี้

1. แบบบันทึกการบริหารเภสัชกรรมของผู้ป่วย เช่น ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลทั่วไป ยาที่ใช้ ปัญหาการใช้ยา ผล lab ผู้วิจัยพัฒนาและรวบรวมจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง รายละเอียดเครื่องมือในภาคผนวก ข

2. **แบบประเมิน ESAS** ได้นำแบบประเมินของโรงพยาบาลรามาธิบดีมาใช้ ซึ่งผู้วิจัยได้รับอนุญาตการนำแบบประเมินมาใช้จาก คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี⁽¹⁵⁾ (อ.พญ.มนท รัตน์ จินดา) รายละเอียดเครื่องมือ และการตอบรับอนุญาตใช้ในภาคผนวก ข และ ค ตามลำดับ
3. **แบบประเมินความร่วมมือในการใช้ยาแก้ปวด: MTB-Thai** จำนวน 6 ข้อ โดยได้รับอนุญาตนำมาใช้จาก รศ.ภญ.ดร.พรรณทิพา ศักดิ์ทอง⁽¹⁶⁾ รายละเอียดเครื่องมือ และการตอบรับอนุญาตใช้ในภาคผนวก ข และ ค ตามลำดับ
4. **แบบบันทึกความร่วมมือในการใช้ยาแก้ปวดโดยให้ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลเป็นผู้บันทึกข้อมูล** แบบบันทึกนี้ผู้วิจัยพัฒนาและรวบรวมจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง รายละเอียดเครื่องมือในภาคผนวก ข
5. **แบบประเมินความรู้:** เรื่องความรู้ ความเข้าใจในการใช้ยาแก้ปวด การปฏิบัติตัว การติดตามผลข้างเคียงจากยา ผู้วิจัยพัฒนาและรวบรวมจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง รายละเอียดเครื่องมือในภาคผนวก ข
6. **แบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วย:** ใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็ง Functional Assessment of Cancer Therapy-General (FACT-G) ฉบับแปลเป็นภาษาไทย⁽¹⁸⁾ ซึ่งผู้วิจัยได้รับอนุญาตการนำแบบประเมินมาใช้จาก Dr.Cella (<https://facit.org>) รายละเอียดเครื่องมือ และการตอบรับอนุญาตใช้ในภาคผนวก ข และ ค ตามลำดับ
7. **แบบประเมินความพึงพอใจ** ต่อการพัฒนาบทบาทของเภสัชกรในการจัดการความปวด (ของทีมเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องและผู้ป่วย/ผู้ดูแล) : ผู้วิจัยพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง รายละเอียดเครื่องมือในภาคผนวก ข
8. **แบบเยี่ยมบ้าน** (ใช้เครื่องมือ IFFE / INHOMESSS)^(36, 37): ผู้วิจัยพัฒนาแบบเยี่ยมบ้านจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง รายละเอียดเครื่องมือในภาคผนวก ข
9. **คู่มือการใช้ยาแก้ปวดของผู้ป่วยโรคมะเร็ง** ผู้วิจัยพัฒนาและรวบรวมจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง รายละเอียดเครื่องมือในภาคผนวก ข

2.6 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

2.6.1 เครื่องมือที่ขออนุญาตในการนำมาใช้ที่มีการ validate มาแล้วมีทั้งหมด 3 ชิ้น

ดังนี้

2.6.1.1 แบบประเมิน ESAS⁽¹⁵⁾ ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค 0.75

2.6.1.2 แบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วย FACT-G⁽¹⁸⁾ ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค 0.75-0.9

2.6.1.3 แบบประเมินความร่วมมือในการใช้ยา MTB-Thai(16) ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค 0.76

2.6.2 เครื่องมือที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมีทั้งหมด 6 ชิ้น ดังนี้

2.6.2.1 แบบบันทึกการบริหารบาลเฝ้าซักรวม (ผู้วิจัยเป็นผู้บันทึก)

2.6.2.2 แบบบันทึกความร่วมมือในการใช้ยาแก้ปวดโดยผู้ป่วยหรือผู้ดูแล (ใช้กับผู้รับบริการ)

2.6.2.3 แบบประเมินความรู้ (ใช้กับผู้รับบริการ)

2.6.2.4 แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วย/ผู้ดูแลต่อการพัฒนาบทบาทของเภสัชกรในการจัดการความปวด (ใช้กับผู้รับบริการ)

2.6.2.5 แบบเยี่ยมบ้าน (ผู้วิจัยเป็นผู้บันทึก)

2.6.2.6 คู่มือการใช้ยาแก้ปวดของผู้ป่วยโรคมะเร็ง (ใช้กับผู้รับบริการ)

เครื่องมือที่พัฒนาขึ้นมาเองแต่ละชนิดจะถูกนำมาตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ดังนี้

1. ความเที่ยงตรง

เครื่องมือที่พัฒนาขึ้นทั้ง 6 ชิ้น จะถูกนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญทางด้านการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองจำนวน 3 ท่านตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ความถูกต้องและความชัดเจนทางภาษา ได้กำหนดคุณสมบัติผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบเครื่องมือ ดังนี้

1. แพทย์ที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองไม่น้อยกว่า 5 ปี จำนวน 1 ท่าน
 2. พยาบาลที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองไม่น้อยกว่า 5 ปี จำนวน 1 ท่าน
 3. เภสัชกรที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองไม่น้อยกว่า 5 ปี จำนวน 1 ท่าน
- การประเมินความตรงเชิงเนื้อหาโดยคำนวณหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence : IOC)

โดยคำนวณได้จากสูตรดังนี้

$$IOC = \frac{[\sum R]}{N}$$

เมื่อ	IOC	แทน	ความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับจุดประสงค์
	$\sum R$	แทน	ผลรวมระหว่างคะแนนความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ
	N	แทน	จำนวนผู้เชี่ยวชาญ

หมายเหตุ

+1	หมายถึง	แน่ใจว่าข้อคำถามมีความสอดคล้องกับจุดประสงค์
0	หมายถึง	ไม่แน่ใจว่าข้อคำถามมีความสอดคล้องกับจุดประสงค์
-1	หมายถึง	แน่ใจว่าข้อคำถามไม่มีความสอดคล้องกับจุดประสงค์

ค่า IOC ต้องมีค่ามากกว่า 0.5

2. ความเชื่อมั่น

เมื่อผ่านการพิจารณาจากผู้เชี่ยวชาญแล้วผู้วิจัยจะนำเครื่องมือไปปรับปรุงแก้ไขก่อนจะนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง คือ กลุ่มผู้รับบริการ คือ ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับยาแก้ปวดในการควบคุมอาการปวด ที่มีลักษณะคล้ายกับโรงพยาบาลหนองเสือ คือ โรงพยาบาลคลองหลวง จำนวน 10 คน โดยทดลองใช้เครื่องมือ แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วย/ผู้ดูแลต่อการพัฒนาบทบาทของเภสัชกรในการจัดการความปวด แล้วนำมาคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ซึ่งค่าที่ยอมรับได้คือมีค่า 0.7 ขึ้นไป

3. ความเป็นปรนัย

เครื่องมือแบบประเมินความรู้ จะถูกนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความเป็นปรนัยจำนวน 3 ท่าน (โดยเป็นท่านเดียวกันกับที่ตรวจสอบความเที่ยงตรง) เมื่อปรับแก้ไขแล้วจึงนำไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้รับบริการ คือ ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับยาแก้ปวดในการควบคุมอาการปวด ที่มีลักษณะคล้ายกับโรงพยาบาลหนองเสือ คือโรงพยาบาลคลองหลวง จำนวน 6 คน ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาข้อคำถามเป็นรายข้อ โดยใช้เกณฑ์ 6 ข้อดังนี้

- 1) คำถามมีความชัดเจนหรือไม่ และอ่านแล้วเข้าใจตรงกัน
- 2) คำถามที่ใช้กำหนดเงื่อนไขที่จำเป็นมีความรัดกุมหรือไม่
- 3) ภาษาที่ใช้มีความรัดกุมหรือไม่
- 4) คำถามมีความเหมาะสมกับวัยและระดับของผู้ตอบหรือไม่

5) เกณฑ์การตรวจให้คะแนนชัดเจนและมีหลักเกณฑ์หรือไม่

6) เกณฑ์การแปลความหมายของคะแนนที่ใช้มีความชัดเจนหรือไม่ (ภาพรวมทุกข้อ)

หากผู้เชี่ยวชาญประเมินผ่านเกินครึ่ง ถือว่าข้อนั้นผ่าน แสดงว่าคำถามนั้นมีความเป็นปรนัย

4. ความยาก

เครื่องมือแบบประเมินความรู้ จะถูกนำไปหาค่าความยากโดยพิจารณาคำถามเป็นรายข้อ หลังจากทดลองใช้เครื่องมือแล้วตั้งสูตรคำนวณ

ค่าความยาก = (จำนวนคนกลุ่มเก่งตอบถูก + จำนวนคนกลุ่มอ่อนตอบถูก)/จำนวนคนสอบทั้งสองกลุ่ม

โดยข้อคำถามที่จะสามารถนำไปวัดผลที่มีประสิทธิภาพจะมีค่าความยากอยู่ระหว่าง 0.2 - 0.8

5. อำนาจจำแนก

เครื่องมือแบบประเมินความรู้ จะถูกนำไปหาค่าอำนาจจำแนกโดยพิจารณาคำถามเป็นรายข้อ หลังจากทดลองใช้เครื่องมือแล้วตั้งสูตรคำนวณ

ค่าอำนาจจำแนก = (จำนวนคนกลุ่มเก่งตอบถูก - จำนวนคนกลุ่มอ่อนตอบถูก)/(จำนวนคนสอบทั้งสองกลุ่ม/2) โดยข้อคำถามที่จะสามารถนำไปวัดผลที่มีประสิทธิภาพจะมีค่าอำนาจจำแนกอยู่ระหว่าง 0.2 - 1.0

2.7 การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลหนองเสือ จังหวัดปทุมธานี และชี้แจงจุดประสงค์ของงานวิจัย เพื่อให้สอดคล้องกับนโยบายของโรงพยาบาล
2. ผู้วิจัยทำการวิจัยโดยนำรูปแบบกิจกรรมที่พัฒนาขึ้นมาใหม่ มาใช้กับผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่าง โดยเก็บข้อมูลในช่วงระยะเวลาตั้งแต่เดือน พฤษภาคม ถึง ตุลาคม 2563 หากเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลหนองเสือ กิจกรรมจะเริ่มติดตามตั้งแต่ครั้งแรกที่ผู้ป่วยได้รับยาแก้ปวดซึ่งอาจได้รับจากการมาตามนัดที่แผนกผู้ป่วยนอก หรือ ได้รับในขณะ admit ที่แผนกผู้ป่วยใน ต่อเนื่องไปจนถึงที่บ้าน ส่วนผู้ป่วยที่ได้ยาแก้ปวดแล้วถูกส่งตัวกลับมาจากโรงพยาบาลปทุมธานี หรือศูนย์มหาวิทยาลัยราชภัฏ รัษฎบุรี กิจกรรมจะเริ่มติดตามครั้งแรกในวันแรกที่ไปเยี่ยมบ้านผู้ป่วย
3. ผู้วิจัยจะแบ่งการเก็บข้อมูลออกเป็นสามส่วน ได้แก่

3.1 งานผู้ป่วยนอกต่อเนื่องจนถึงที่บ้าน มีเภสัชกรให้คำปรึกษาด้านการใช้ยาแก้ปวดในรูปแบบ clinic counseling ในคลินิกระงับปวดจากนั้นติดตามต่อเนื่องถึงที่บ้าน โดยการไปเยี่ยมบ้านกับทีมที่ประกอบด้วยแพทย์ พยาบาล เภสัชกร (เดิมเป็นการจ่ายยาแบบผู้ป่วยพบแพทย์ รับประทานที่บ้านไม่มีการ counseling) เภสัชกรทำกิจกรรมดังต่อไปนี้

- ติดตามประเมินประสิทธิภาพของยาแก้ปวดโดยการใช้เครื่องมือ ESAS เพื่อประเมินระดับความรุนแรงของความปวด และอาการร่วมอื่น ๆ
- ค้นหาปัญหาจากการใช้ยา (ตามHelper and Strand) พร้อมทั้งปรึกษาแพทย์
- ให้ความรู้เรื่องการใช้ยา การปฏิบัติตัว การติดตามผลข้างเคียงจากยา
- ติดตามความร่วมมือในการใช้ยาโดยให้ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลบันทึกในสมุดบันทึกการใช้ยาแก้ปวดของผู้ป่วย ร่วมกับแบบสอบถามของ MTB-Thai
- กรณีผู้ป่วยไม่ได้มาเอง เภสัชกรจะประสานทีมเพื่อออกติดตามเยี่ยมบ้าน

รายละเอียดขั้นตอนการเก็บข้อมูลผู้ป่วยนอกต่อเนื่องจนถึงที่บ้านตามระยะเวลา ขั้นตอนที่1 การประเมิน และ ขั้นตอนที่ 2 กิจกรรมที่เภสัชกรทำหลังประเมินเสร็จ ดังตารางที่ 6 โดยในขั้นตอนการประเมินด้วยแบบสอบถามในแต่ละ visit จะใช้เวลาไม่เกิน 10 นาที จากนั้นทำกิจกรรม 20 นาที รวมแล้วในแต่ละ visit ใช้เวลาไม่เกิน 30 นาที ในส่วนของเภสัชกร (ตารางความถี่ในการไปเยี่ยมบ้านปรับเปลี่ยนตามความสะดวกของทีม) โดยจำนวนครั้งของการไปเยี่ยมบ้านทั้งหมด 3 ครั้ง

ตารางที่ 6 ขั้นตอนการเก็บข้อมูลผู้ป่วยนอกต่อเนื่องจนถึงที่บ้าน

หัวข้อ/กิจกรรม	Visit 1	Visit 2	Visit 3	Visit 4
ขั้นตอนที่ 1 การประเมิน				
1 ประเมินระดับความรุนแรงของอาการปวดและอาการโดยรวม อื่น	√	√	√	√
2 ประเมินข้อมูลจากสมุดบันทึกการใช้ยาแก้ปวด		√	√	√
3 ประเมินคุณภาพชีวิตก่อนได้รับกิจกรรม	√			
4 ประเมินคุณภาพชีวิตหลังได้รับกิจกรรม				√
5 ประเมินความพึงพอใจก่อนได้รับกิจกรรม	√			
6 ประเมินความพึงพอใจหลังได้รับกิจกรรม				√
7 ประเมินความรู้ก่อนได้รับกิจกรรม		√		
8 ประเมินความรู้หลังได้รับกิจกรรม			√	
9 ประเมินความร่วมมือในการใช้ยาแก้ปวดก่อนได้รับกิจกรรม		√		
10 ประเมินความร่วมมือในการใช้ยาแก้ปวดหลังได้รับกิจกรรม			√	√
ขั้นตอนที่ 2 กิจกรรมที่เภสัชกรทำหลังประเมิน				
1 อธิบายวิธีรับประทานยา จ่ายยาตามปกติ รวมทั้งแนะนำการ บันทึกการใช้ยาในสมุดประจำตัวผู้ป่วย	√			
2 ค้นหาปัญหาการใช้ยาก่อนได้รับกิจกรรม	√			
3 ค้นหาปัญหาการใช้ยาหลังได้รับกิจกรรม			√	√
4 ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลเรื่องการใช้ยา การปฏิบัติตัว การติดตามผลข้างเคียงจากยา แนะนำการบันทึกการใช้ยา โดย บันทึกตามระยะเวลาการออกฤทธิ์ของยา ข้อมูลที่ให้ผู้ป่วยจะ ต่างกันไปตามชนิดของยาที่ได้รับ		√		
5 ให้คำปรึกษาเรื่องการใช้ยา ติดตามประสิทธิภาพของยา ผลข้างเคียง ค้นหาปัญหาจากการใช้ยา ความร่วมมือในการใช้ ยา หากพบปัญหาปรึกษาทีมเพื่อแก้ไขปัญหาของผู้ป่วย		√	√	√

Visit 1 = ผู้ป่วยได้รับยาแก้ปวดครั้งที่ OPD ยังไม่ได้ใช้ยา

Visit 2 = ผู้ป่วยใช้ยาแก้ปวดไป 1week และเภสัชกรเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1

Visit 3 = ผู้ป่วยได้รับกิจกรรมบริบาลไป 1 week และเภสัชกรเยี่ยมบ้านครั้งที่ 2

Visit 4 = ผู้ป่วยได้รับกิจกรรมบริบาลไป 2 week และเภสัชกรเยี่ยมบ้านครั้งที่ 3

3.2 งานผู้ป่วยในต่อเนื่องจนถึงที่บ้าน

เภสัชกรให้คำปรึกษาด้านการใช้ยาแก้ปวดในรูปแบบการ round ward หลังจากผู้ป่วยกลับบ้านจะมีการไปเยี่ยมบ้านกับทีมที่ประกอบด้วยแพทย์ พยาบาล เภสัชกร กิจกรรมที่เภสัชกรทำคือ

- ติดตามประเมินประสิทธิภาพของยาแก้ปวดโดยการใช้เครื่องมือ ESAS เพื่อประเมินระดับความรุนแรงของความปวด และอาการร่วมอื่น ๆ
- แนะนำขนาดยา รูปแบบยา การบริหารยาที่เหมาะสมแก่แพทย์ พยาบาล
- ค้นหาปัญหาจากการใช้ยา (ตามHelper and Strand) พร้อมทั้งปรึกษาแพทย์
- ทบทวนประสานรายการยาที่ผู้ป่วยได้รับ
- แนะนำผู้ป่วยหรือผู้ดูแลเรื่องการบันทึกในสมุดบันทึกการใช้ยาแก้ปวดของผู้ป่วย

รายละเอียดขั้นตอนการเก็บข้อมูลผู้ป่วยในต่อเนื่องจนถึงที่บ้านตามระยะเวลา ขั้นตอนที่ 1 การประเมิน และ ขั้นตอนที่ 2 กิจกรรมที่เภสัชกรทำหลังประเมินเสร็จ ดังตารางที่ 7 โดยในขั้นตอนการประเมินด้วยแบบสอบถามในแต่ละ visit จะใช้เวลาไม่เกิน 10 นาที จากนั้นทำกิจกรรม 20 นาที รวมแล้วในแต่ละ visit ใช้เวลาไม่เกิน 30 นาที ในส่วนของเภสัชกร (ตารางความถี่ในการไปเยี่ยมบ้านปรับเปลี่ยนตามความสะดวกของทีม) โดยจำนวนครั้งของการไปเยี่ยมบ้านทั้งหมด 3 ครั้ง

ตารางที่ 7 ขั้นตอนการเก็บข้อมูลผู้ป่วยในต่อเนื่องจนถึงที่บ้าน

หัวข้อ/กิจกรรม	Visit 1	Visit 2	Visit 3	Visit 4	Visit 5	Visit 6
ขั้นตอนที่ 1 การประเมิน						
1 ประเมินระดับความรุนแรงของอาการปวด และอาการโดยรวมอื่น	√			√	√	√
2 ประเมินข้อมูลจากสมุดบันทึกการไต่ถาม				√	√	√
3 ประเมินคุณภาพชีวิตก่อนได้รับกิจกรรม	√					
4 ประเมินคุณภาพชีวิตหลังได้รับกิจกรรม						√
5 ประเมินความพึงพอใจก่อนได้รับกิจกรรม	√					
6 ประเมินความพึงพอใจหลังได้รับกิจกรรม						√
7 ประเมินความรู้ก่อนได้รับกิจกรรม				√		
8 ประเมินความรู้หลังได้รับกิจกรรม					√	
9 ประเมินความร่วมมือในการใช้ยาแก้ปวด ก่อนได้รับกิจกรรม				√		
10 ประเมินความร่วมมือในการใช้ยาแก้ปวด หลังได้รับกิจกรรม					√	√
ขั้นตอนที่ 2 กิจกรรมที่เภสัชกรทำหลังประเมิน						
1 จ่ายยาตามปกติ แจงญาตินำยาเดิมมา	√					
2 ค้นหาปัญหาการใช้ยาก่อนได้รับกิจกรรม	√	√				
3 ค้นหาปัญหาการใช้ยาหลังได้รับกิจกรรม					√	√
4 ทบทวนประสานรายการยา		√				
5 แนะนำขนาดยา รูปแบบยาแก้แพทย์ พยาบาล ติดตามประสิทธิภาพยา ผลข้างเคียง ทุกครั้งที่มีการ ปรับยา		√				
6 อธิบายจ่ายยาตามระบบปกติ เมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน บ้าน และแนะนำการบันทึกการใช้ยาในสมุด ประจำตัวผู้ป่วย				√		
7 ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลเรื่องการใช้ยา การ ปฏิบัติตัว การติดตามผลข้างเคียงจากยา แนะนำ การบันทึกการใช้ยา โดยบันทึกตามระยะเวลาการ ออกฤทธิ์ของยา ข้อมูลที่ให้ผู้ป่วยจะต่างกันไปตาม ชนิดของยาที่ได้รับ				√		

หัวข้อ/กิจกรรม	Visit 1	Visit 2	Visit 3	Visit 4	Visit 5	Visit 6
8 ให้คำปรึกษาเรื่องการใช้อา ตัดตามประสิทธิภาพ ของยา ผลข้างเคียง ค้นหาปัญหาจากการใช้อา ความร่วมมือในการใช้อา หากพบปัญหาปรึกษาทีม เพื่อแก้ไขปัญหาของผู้ป่วย				√	√	√

Visit 1 = แพทย์สั่ง ใช้อาครั้งแรก

Visit 2 = ผู้ป่วยได้อาแก้ปวดไป 2 วัน

Visit 3 = ผู้ป่วยกลับบ้าน

Visit 4 = ผู้ป่วยใช้อาแก้ปวดไป 1 week และเภสัชกรเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1

Visit 5 = ผู้ป่วยได้รับกิจกรรมบริหารไป 1 week และเภสัชกรเยี่ยมบ้านครั้งที่ 2

Visit 6 = ผู้ป่วยได้รับกิจกรรมบริหารไป 2 week และเภสัชกรเยี่ยมบ้านครั้งที่ 3



3.3 งานเยี่ยมบ้านผู้ป่วยที่ถูกส่งต่อกลับมาดูแลต่อเนืองที่บ้าน จากโรงพยาบาลปทุมธานี หรือศูนย์มหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรเวศน์ วิทยาลัยพยาบาล จะมีการประสานการส่งต่อข้อมูลเยี่ยมบ้านผ่านทีมเยี่ยมบ้านของโรงพยาบาลหนองเสือ โดยการไปเยี่ยมบ้านกับทีมที่ประกอบด้วยแพทย์ พยาบาล เภสัชกร เภสัชกรทำกิจกรรมดังต่อไปนี้

- ติดตามประเมินประสิทธิภาพของยาแก้ปวดโดยการใช้เครื่องมือ ESAS เพื่อประเมินระดับความรุนแรงของความปวด และอาการร่วมอื่น ๆ
- ค้นหาปัญหาจากการใช้ยา (ตามHelper and Strand) พร้อมทั้งปรึกษาแพทย์
- ให้ความรู้เรื่องการใช้ยา การปฏิบัติตัว การติดตามผลข้างเคียงจากยา
- ติดตามความร่วมมือในการใช้ยาโดยให้ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลบันทึกในสมุดบันทึกการใช้ยาแก้ปวดของผู้ป่วย ร่วมกับแบบสอบถามของ MTB-Thai
- ทบทวนประสานรายการยาที่ผู้ป่วยได้รับ

รายละเอียดขั้นตอนการเก็บข้อมูลผู้ป่วยที่ถูกส่งต่อกลับมาดูแลต่อเนืองจนถึงที่บ้านตามระยะเวลาขั้นตอนที่ 1 การประเมิน และ ขั้นตอนที่ 2 กิจกรรมที่เภสัชกรทำหลังประเมินเสร็จ ดังตารางที่ 8 โดยในขั้นตอนการประเมินด้วยแบบสอบถามในแต่ละ visit จะใช้เวลาไม่เกิน 10 นาที จากนั้นทำกิจกรรม 20 นาทีรวมแล้วในแต่ละ visit ใช้เวลาไม่เกิน 30 นาที ในส่วนของเภสัชกร (ตารางความถี่ในการไปเยี่ยมบ้านปรับเปลี่ยนตามความสะดวกของทีม) โดยจำนวนครั้งของการไปเยี่ยมบ้านทั้งหมด 4 ครั้ง

ตารางที่ 8 ขั้นตอนการเก็บข้อมูลผู้ป่วยที่ถูกส่งต่อกลับมาดูแลต่อเนื่องจนถึงที่บ้าน

หัวข้อ/กิจกรรม	Visit 1	Visit 2	Visit 3	Visit 4
ขั้นตอนที่ 1 การประเมิน				
1 ประเมินระดับความรุนแรงของอาการปวดและอาการโดยรวมอื่น	√	√	√	√
2 ประเมินข้อมูลจากสมุดบันทึกการใช้ยาแก้ปวด		√	√	√
3 ประเมินคุณภาพชีวิตก่อนได้รับกิจกรรม	√			
4 ประเมินคุณภาพชีวิตหลังได้รับกิจกรรม				√
5 ประเมินความพึงพอใจก่อนได้รับกิจกรรม	√			
6 ประเมินความพึงพอใจหลังได้รับกิจกรรม				√
7 ประเมินความรู้ก่อนได้รับกิจกรรม		√		
8 ประเมินความรู้หลังได้รับกิจกรรม			√	
9 ประเมินความร่วมมือในการใช้ยาแก้ปวดก่อนได้รับกิจกรรม		√		
10 ประเมินความร่วมมือในการใช้ยาแก้ปวดหลังได้รับกิจกรรม			√	√
ขั้นตอนที่ 2 กิจกรรมที่เภสัชกรทำหลังประเมิน				
1 แนะนำการบันทึกการใช้ยาในสมุดประจำตัวผู้ป่วย	√			
2 ทบทวนประสานรายการยา	√			
3 ค้นหาปัญหาการใช้ยาก่อนได้รับกิจกรรม	√			
4 ค้นหาปัญหาการใช้ยาหลังได้รับกิจกรรม			√	√
5 ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลเรื่องการใช้ยา การปฏิบัติตัว การติดตามผลข้างเคียงจากยา แนะนำการบันทึกการใช้ยา โดยบันทึกตามระยะเวลาการออกฤทธิ์ของยา ข้อมูลที่ให้ผู้ป่วยจะต่างกันไปตามชนิดของยาที่ได้รับ		√		
6 ให้ความสำคัญเรื่องการติดตามประสิทธิภาพของยา ผลข้างเคียง ค้นหาปัญหาจากการใช้ยา ความร่วมมือในการใช้ยา หากพบปัญหาปรึกษาทีมเพื่อแก้ไขปัญหาของผู้ป่วย		√	√	√
Visit 1 = ผู้ป่วยได้รับยาแก้ปวดครั้งแรกและเภสัชกรเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1				
Visit 2 = ผู้ป่วยใช้ยาแก้ปวดไป 1week และเภสัชกรเยี่ยมบ้านครั้งที่ 2				
Visit 3 = ผู้ป่วยได้รับกิจกรรมบริบาลไป 1 week และเภสัชกรเยี่ยมบ้านครั้งที่ 3				
Visit 4 = ผู้ป่วยได้รับกิจกรรมบริบาลไป 2 week และเภสัชกรเยี่ยมบ้านครั้งที่ 4				

ทั้งนี้ในการเก็บข้อมูลยาที่ผู้ป่วยได้รับกลับไปใช้ที่บ้านจะกำหนดระยะเวลาบันทึกการ
รับประทานยาตามชนิดของยาที่ได้รับ รายละเอียดดังตารางที่ 9

ตารางที่ 9 ระยะเวลาบันทึกการรับประทานยาตามชนิดของยาที่ได้รับ

ยาที่ได้รับ	ระยะเวลาบันทึกการทานยา
1. Tramadol capsule	บันทึกทุก 6-8 ชั่วโมง
2. Morphine ชนิดเม็ดออกฤทธิ์เร็ว (IR)	บันทึกเมื่อมีการรับประทานยาในขณะมีอาการปวด ปะทุ
3. Morphine ชนิดเม็ดออกฤทธิ์นาน (MST)	บันทึกทุก 8-12 ชั่วโมง
4. Morphine แคปซูลออกฤทธิ์นาน (Kapanol)	บันทึกทุก 24 ชั่วโมง
5. Morphine ชนิดน้ำออกฤทธิ์เร็ว	บันทึกเมื่อมีการรับประทานยาในขณะมีอาการปวด ปะทุ
6. Fentanyl ชนิดแผ่นแปะ	บันทึกทุก 72 ชั่วโมง

4. ในระหว่างที่เก็บข้อมูลจะมีการจัดประชุมชี้แจงทีม หากพบว่าทีมมีปัญหาที่ต้องปรับเปลี่ยน
พัฒนารูปแบบการทำงานใหม่ เพื่อให้สอดคล้องกับทีมมากยิ่งขึ้น นำข้อมูลความคิดเห็นที่ต้อง
ปรับปรุง มาปรับใช้ต่อไป

5. ผู้วิจัยนำข้อมูลทั้งหมดมาประมวล และสรุปผล

2.8 การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลในขั้นตอนที่ 2 จำแนกตามเครื่องมือที่ใช้ แสดงดังตารางที่ 10
ตารางที่ 10 เครื่องมือและวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลของขั้นตอนที่ 2

เครื่องมือ	วิธีวิเคราะห์ข้อมูล
1. แบบบันทึกการบริหารบาลเกสซ์ซุซของผู้ป่วย	- ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ยาที่ใช้ ปัญหาจากการใช้ยา ผลข้างเคียง ข้อมูลจากการเยี่ยมบ้าน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. แบบประเมิน Edmonton Symptom Assessment System (ประเมินความรุนแรงของระดับความปวดและอาการร่วมอื่นๆ)	- ทำ 2 วิธี 2.1) เปรียบเทียบคะแนนความปวดและอาการร่วมอื่นๆ โดยวิเคราะห์ทีละคู่ 4 คู่ หากข้อมูลแจกแจงปกติใช้ Paired t-test และหากข้อมูลแจกแจงไม่ปกติใช้ Wilcoxon signed rank test 2.2) เปรียบเทียบคะแนนความปวดและอาการร่วมอื่นๆ โดยการวัดซ้ำ 4 ครั้ง หากข้อมูลแจกแจงปกติใช้ One way repeated measures ANOVA และหากแจกแจงไม่ปกติใช้ Friedman test
3. แบบประเมินความร่วมมือในการใช้ยา MTB-Thai	- ทำ 2 วิธี 3.1) เปรียบเทียบคะแนนความร่วมมือในการใช้ยา โดยวิเคราะห์ข้อมูลทีละคู่ 3 คู่ หากข้อมูลแจกแจงปกติใช้ Paired t-test และหากข้อมูลแจกแจงไม่ปกติใช้ Wilcoxon signed rank test 3.2) เปรียบเทียบคะแนนความร่วมมือในการใช้ยา โดยการวัดซ้ำ 3 ครั้ง คือ ก่อนให้การบริบาล หลังให้การบริบาลไป 1 สัปดาห์และ 2 สัปดาห์หากข้อมูลแจกแจงปกติใช้ One way repeated measures ANOVA และหากแจกแจงไม่ปกติใช้ Friedman test
4. ข้อมูลจากสมุดบันทึกการรับประทานยาด้วยตนเองของผู้ป่วย (Indirect method)	- วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ ร้อยละคะแนนความร่วมมือในการใช้ยาเฉลี่ยก่อนให้การบริบาล หลังให้การบริบาลไป 1 สัปดาห์และ 2 สัปดาห์
5. แบบประเมินความรู้เรื่องการใช้ยาควบคุมความปวด	- เปรียบเทียบคะแนนความรู้ก่อนและหลังการบริหารบาลเกสซ์ซุซหากข้อมูลแจกแจงปกติใช้ Paired t-test และหากข้อมูลแจกแจงไม่ปกติใช้ Wilcoxon signed rank test
6. แบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วย	- เปรียบเทียบคะแนนคุณภาพชีวิตก่อนและหลังการบริหารบาลเกสซ์ซุซหากข้อมูลแจกแจงปกติใช้ Paired t-test และหากข้อมูลแจกแจงไม่ปกติใช้ Wilcoxon signed rank test
7. แบบประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อการพัฒนาบทบาทของเภสัชกร	- เปรียบเทียบคะแนนความพึงพอใจก่อนและหลังการบริหารบาลเกสซ์ซุซหากข้อมูลแจกแจงปกติใช้ Paired t-test และหากข้อมูลแจกแจงไม่ปกติใช้ Wilcoxon signed rank test

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัย เรื่องการพัฒนาบทบาทเภสัชกรในทีมสหวิชาชีพสำหรับการจัดการอาการปวดด้วยยาในผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม อย่างต่อเนื่องจนถึงที่บ้าน โรงพยาบาลหนองเสือ จังหวัดปทุมธานี มีวัตถุประสงค์เพื่อ พัฒนาบทบาทของเภสัชกรในทีมสหวิชาชีพสำหรับการจัดการอาการปวดด้วยยาในผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามอย่างต่อเนื่องจนถึงที่บ้าน โดยเปรียบเทียบผลลัพธ์ด้านปริมาณเภสัชกรมก่อนและหลังการพัฒนาบทบาทของเภสัชกรในการจัดการอาการปวดด้วยยา ได้แก่ ค่าคะแนนความปวด ปัญหาจากการใช้ยา ความร่วมมือในการใช้ยา ความรู้ความเข้าใจเรื่องการใช้ยา การปฏิบัติตัว การจัดการกับผลข้างเคียงของยาของผู้ป่วย คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็ง และความพึงพอใจของผู้มารับบริการ รวมทั้งความพึงพอใจของทีมสหวิชาชีพต่อการพัฒนาบทบาทของเภสัชกร รูปแบบการวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบเชิงปฏิบัติการ (Action Research) กลุ่มตัวอย่างที่เข้าเกณฑ์ แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ บุคลากรทางการแพทย์ จำนวน 14 คน ประกอบด้วย 1.1) แพทย์จำนวน 5 คน 1.2) พยาบาลจำนวน 8 คน แบ่งเป็นพยาบาลที่มีส่วนเกี่ยวข้องของปฏิบัติงานในทีม palliative care คือ พยาบาลทีม PCU จำนวน 3 คน พยาบาลประจำผู้ป่วยในจำนวน 2 คน พยาบาลผู้ป่วยนอก จำนวน 3 คน 1.3) นักโภชนาการจำนวน 1 คน เป็นกลุ่มที่สร้างและพัฒนาบทบาทของเภสัชกรจากนั้นนำแนวทางที่ได้จากการสนทนากลุ่มมาทดลองใช้กับกลุ่มผู้รับบริการคือผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่มีอาการปวด และได้รับยาแก้ปวดในการควบคุมอาการปวด เพื่อวัดผลการพัฒนาบทบาทของเภสัชกร ผู้เข้าร่วมงานวิจัยมีทั้งหมด 38 คน ระยะเวลาการดำเนินการวิจัยในช่วงระหว่าง เดือน พฤษภาคม ถึง ตุลาคม 2563 การวิเคราะห์ข้อมูลเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างคนเดียวกัน เปรียบเทียบผลการบริหารเภสัชกรมก่อนและหลัง โดยการเก็บข้อมูลใช้แบบบันทึกการบริหารเภสัชกรม แบบประเมิน ESAS แบบประเมินความร่วมมือในการใช้ยา MTB-Thai แบบประเมินความรู้ แบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วย FACT-G และแบบประเมินความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบสมมติฐานด้วยสถิติ Paired t-test, Wilcoxon signed ranks test และ Friedman test การนำเสนอผลการวิจัยแบ่งออกเป็น 2 ขั้นตอน

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างและพัฒนาบทบาทเภสัชกรในทีมสหวิชาชีพสำหรับการจัดการ

อาการปวดด้วยยาในผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม แบ่งเป็น 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ข้อมูลทั่วไปของบุคลากรทางการแพทย์

ส่วนที่ 2 การสร้างและพัฒนาบทบาทเภสัชกรในทีมสหวิชาชีพ

ขั้นตอนที่ 2 ผลของบทบาทเภสัชกรในทีมสหวิชาชีพสำหรับการจัดการอาการปวดด้วยยา ในผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม แบ่งเป็น 8 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้มารับบริการ

ส่วนที่ 2 การเยี่ยมบ้าน โดยใช้เครื่องมือ INHOMESSS IFFE

ส่วนที่ 3 ผลลัพธ์จากกิจกรรมการบริหารเภสัชกรรม เรื่องคำแนะนำความปวด และอาการรบกวน
อื่นๆ

ส่วนที่ 4 ผลลัพธ์จากกิจกรรมการบริหารเภสัชกรรม เรื่องความร่วมมือในการใช้ยา

ส่วนที่ 5 ผลลัพธ์จากกิจกรรมการบริหารเภสัชกรรม เรื่องปัญหาจากการใช้ยา

ส่วนที่ 6 ผลลัพธ์จากกิจกรรมการบริหารเภสัชกรรม เรื่องความรู้ความเข้าใจเรื่องการใช้ยา การ
ปฏิบัติตัว การจัดการกับผลข้างเคียงของยาของผู้ป่วย

ส่วนที่ 7 ผลลัพธ์จากกิจกรรมการบริหารเภสัชกรรม เรื่องคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็ง

ส่วนที่ 8 ความพึงพอใจของผู้มารับบริการ รวมทั้งความพึงพอใจของบุคลากรทางการแพทย์ต่อการ
พัฒนาบทบาทของเภสัชกร

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างและพัฒนาบทบาทเภสัชกรในทีมสหวิชาชีพสำหรับการจัดการ
อาการปวดด้วยยาในผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม แบ่งเป็น 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ข้อมูลทั่วไปของบุคลากรทางการแพทย์

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ กลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในทีมดูแลผู้ป่วย
มีผู้ที่มีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์การคัดเลือกจำนวน 14 คน โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง
มากกว่าเพศชาย แบ่งเป็นเพศหญิงร้อยละ 85.7 เพศชายร้อยละ 14.3 และกลุ่มวิชาชีพส่วนใหญ่
เป็นพยาบาลร้อยละ 57.1 ดังตาราง 11

ตารางที่ 11 ข้อมูลทั่วไปของบุคลากรทางการแพทย์ (N=14)

ข้อมูลทั่วไปของบุคลากรทางการแพทย์	จำนวน (ร้อยละ)
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)

ส่วนที่ 2 การสร้างและพัฒนาบทบาทเภสัชกรในทีมสหวิชาชีพ

บุคลากรทางการแพทย์ในทีมดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และมีอำนาจในเชิงนโยบายของโรงพยาบาล
โดยทำงานอยู่ในคณะกรรมการบริหารการดูแลผู้ป่วย ที่ยินดีเข้าร่วมการศึกษาจำนวน 14 คน ได้
จัดให้มีการสนทนากลุ่ม เพื่อสร้างและพัฒนาบทบาทเภสัชกรในทีมสหวิชาชีพสำหรับการจัดการ
อาการปวดด้วยยาในผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม โดยในการสนทนากลุ่มได้จำแนกเป็น 6
ประเด็น คือ

1. รูปแบบการทำงานแบบเดิมของเภสัชกร ปัญหาที่พบ และสิ่งที่ทีมสหวิชาชีพต้องการ
จากเภสัชกรในการทำงานร่วมกันเป็นทีม

2. ทำข้อตกลงในการเลือกใช้นโยบายการจัดการอาการปวดในผู้ป่วยมะเร็งที่ใช้ในโรงพยาบาลให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน

3. การกำหนดเครื่องมือจำเป็นที่จะต้องใช้ในการทำงานในคลินิกระดับประคองให้เป็นไปในแนวทางเดียวกัน

4. ชี้แจงรูปแบบกิจกรรมในการบริหารผู้ป่วยที่มีอาการปวดของเภสัชกรในรูปแบบใหม่ ดังนี้

- การติดตามประสิทธิผลของยาโดยประเมินจากค่าคะแนนความปวด
- การค้นหาปัญหาจากการใช้ยา
- การติดตามความร่วมมือในการใช้ยาแก้ปวดตามเวลาของผู้ป่วย
- การให้ความรู้เรื่องการใช้ยาแก้ปวด การปฏิบัติตัว การติดตามผลข้างเคียงจากยา

5. ให้แต่ละวิชาชีพช่วยกันแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเรื่องปัญหาของทีม สิ่งทีทีมจะพัฒนาต่อไปในอนาคต ตัวชี้วัดที่เป็นเป้าหมายของทีม

6. บทบาทหน้าที่ของแต่ละวิชาชีพที่ชัดเจนในการจัดการอาการปวดด้วยยา ซึ่งในประเด็นนี้จะกล่าวถึงรายละเอียดบทบาทด้านต่างๆของเภสัชกร รวมถึงขั้นตอนการทำงานของเภสัชกรกับสหสาขาวิชาชีพ

จากนั้นนำข้อสรุปที่ได้จากการสนทนากลุ่มไปสังเคราะห์ข้อมูลเพื่อจัดทำแนวทางการจัดการอาการปวดในผู้ป่วยมะเร็งที่ใช้ในโรงพยาบาล ข้อมูลจากการสนทนากลุ่มนี้ ผู้วิจัยใช้เครื่องมือคือ แบบบันทึกการสนทนากลุ่มใน 6 ประเด็น และใช้เทปบันทึกเสียงเพื่อใช้ประกอบการเก็บรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) และการตรวจสอบข้อมูลทำโดย ผู้วิจัยสรุปประเด็น จากนั้นจึงให้ผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่มช่วยตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลที่ผู้วิจัยสรุปประเด็นอีกครั้ง ข้อสรุปและการสังเคราะห์ประเด็นที่ได้จากการสนทนากลุ่มนี้แสดงดังตารางที่ 12-17

ตารางที่ 12 ผลสรุปจากการสนทนากลุ่มในประเด็นที่ 1 รูปแบบการทำงานแบบเดิมของเภสัชกร ปัญหาที่พบ และสิ่งที่ทีมสหวิชาชีพต้องการจากเภสัชกรในการทำงานร่วมกันเป็นทีม

ข้อเสนอแนะ / ข้อคิดเห็น		ข้อสรุป
แพทย์	พยาบาล	สังเคราะห์ประเด็น
รูปแบบการทำงานเดิมของเภสัชกรเป็นเพียงการจ่ายยาตามคำสั่งของแพทย์เท่านั้น ซึ่งการบริหารเภสัชกรรม ต้องมีการประเมินการใช้จ่ายว่ามีความเหมาะสมหรือไม่ เช่น เรื่องการจัดการความปวดในคลินิก ประคับประคอง ยังไม่มีเภสัชกรเข้ามาทำบทบาทนี้ มีปัญหาจากการใช้จ่ายซึ่งสิ่งที่ทีมสหวิชาชีพต้องการจากเภสัชกรมีประเด็นดังต่อไปนี้		รูปแบบการทำงานเดิมของเภสัชกรเป็นเพียงการจ่ายยาตามคำสั่งของแพทย์ เภสัชกรควรมีการบริหารเภสัชกรรมในผู้ป่วยมะเร็งที่มีอาการปวดในคลินิก ประคับประคอง ซึ่งกิจกรรมการบริหารคือ การติดตามดูแลผู้ป่วยในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการใช้จ่าย ได้แก่
1. ทบทวนยาเดิมของผู้ป่วย (Med reconciliation)		1. การทบทวนรายการยาเดิม (Med reconciliation) เพื่อทบทวนรายการยาทั้งหมดที่ผู้ป่วยได้รับทั้งชื่อยา ขนาด วิธีการรับประทานยา จากนั้นนำมาเปรียบเทียบ กับรายการยาที่แพทย์สั่งใช้ เมื่อผู้ป่วยมานอนโรงพยาบาลหากพบความแตกต่าง เภสัชกรรายงานแพทย์เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในทุกรายต่อของการรักษาและปลอดภัยจากการใช้ยาสูงสุด
2. ประเมินการควบคุมความปวดของผู้ป่วย สามารถควบคุมได้ดีระดับไหน เช่น มีการประเมิน	เภสัชกร ไม่ได้มา round ward ร่วมกันกับทีม ทำให้แต่ละวิชาชีพ ประเมินความปวดต่างกัน สิ่ง	2. การติดตามประสิทธิภาพจากการใช้ยาโดยพิจารณาจากค่าคะแนนความปวด ซึ่งเภสัชกรต้องมีการประเมิน

แพทย์	ข้อเสนอแนะ / ข้อคิดเห็น		ข้อสรุป
	พยาบาล	นักโภชนาการ	สังเคราะห์ประเด็น
คะแนนความปวด การคำนวณขนาดยามอร์ฟีนที่ได้รับต่อวัน โดยต้องมีการบันทึกลงในเวชระเบียนให้เป็นรูปแบบที่ชัดเจน เพื่อสะดวกในการปรับยาระดับปวด และสะดวกในการสื่อสารระหว่างสหวิชาชีพ	ต้องการคือ อยากให้เภสัชกรมาช่วยดู เรื่องการประเมินระดับความปวด ตรวจสอบขนาดยาที่ผู้ป่วยได้รับ โดยใช้เครื่องมือที่เป็นมาตรฐานเดียวกันในทีม นอกจากนี้ปัญหาที่พบบ่อยๆคือ ผู้ป่วยบางรายยังคงปวดไม่ได้แต่บางครั้งผู้ป่วยอยู่ที่บ้านไม่สะดวกมาโรงพยาบาล ให้ญาติมารับยาแทนทำให้ไม่ได้ถูกประเมินความปวด ไม่รู้ว่าผู้ป่วยคุมความปวดได้ดี รับประทานยาถูกหรือไม่ จึงอยากให้เภสัชกรไปร่วมประเมินกับทีมเยี่ยมบ้าน		ติดตามระดับความรุนแรงของความปวด โดยใช้แบบประเมินให้เป็นรูปแบบที่ใช้ร่วมกันในทีม คือแบบประเมิน ESAS นอกจากนี้ต้องมีการติดตามความร่วมมือในการใช้ยาแก้ปวดของผู้ป่วยร่วมด้วย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมอาการปวดได้ มีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องไปจนถึงที่บ้าน
3. การตรวจสอบอันตรายของยาระดับปวด กลุ่มโอปิออยด์ รวมทั้งยาอื่นๆที่ใช้ร่วมด้วย	เภสัชกรจ่ายยาตามคำสั่งแพทย์เท่านั้น ปัญหาคือ ไม่มีการติดตามอาการข้างเคียงจากยา การเกิดอันตรายของยา จึงอยากให้เภสัชกรเข้ามาทำงานบริบาล เพื่อให้ผู้ป่วยได้ใช้ยาอย่างปลอดภัยมากขึ้น	ให้เภสัชกรเข้ามาช่วยตรวจสอบอันตรายกิริยาที่เกิดระหว่างยากับอาหาร และการเลือกใช้ยาให้เหมาะสมกับสภาพปัญหาเรื่อง การกลืนของผู้ป่วย	3. การติดตามปัญหาจากการใช้ยา ได้แก่ การเลือกใช้ยาให้เหมาะสมกับผู้ป่วย เฉพาะราย การตรวจสอบอันตรายของยา รวมทั้งการติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยในการใช้ยา
4. การให้ความรู้กับทีมรวมทั้งแพทย์ด้วย ซึ่งแพทย์เองอาจมีการสั่งใช้ยาระดับปวดที่ยังคุมความปวดได้ไม่ดีเท่าที่ควร เช่น	โรงพยาบาลหนองเสือมีแพทย์ใช้ทุนมาหมุนเวียนบ่อยๆ ยังมีแพทย์ไม่กล้าสั่งใช้ยากลุ่มโอปิออยด์ เนื่องจากกลัวผลข้างเคียง		4. การให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาแก้ปวดกลุ่มโอปิออยด์ตามแนวทางการจัดการอาการปวดด้วยยากลุ่มโอปิออยด์ (ทั้งรูปแบบยาที่มีใน

ข้อเสนอแนะ / ข้อคิดเห็น			ข้อสรุป
แพทย์	พยาบาล	นักโภชนาการ	สังเคราะห์ประเด็น
ผู้ป่วยเคยได้มอร์ฟีนเม็ด เพื่อคุมปวดเป็นหลักแต่มี การสั่งหยุดยา โดยที่ ผู้ป่วยไม่ได้รับยาคุมความ ปวดเลย นอกจากนี้บริบท โรงพยาบาลหนองเสือเป็น โรงพยาบาลชุมชน มักมี แพทย์ใช้ทุนมาหมุนเวียน ดังนั้นควรทบทวนความรู้ เกี่ยวกับการใช้ยาแก้ปวด ในกลุ่มนี้ให้กับผู้ที่เกี่ยวข้อง	ของยา ซึ่งก่อนหน้านี้ ประมาณ 2-3 ปีที่ผ่านมา โรงพยาบาลหนองเสือยัง ไม่เคยใช้ strong opioid จะใช้แต่ tramadol เท่านั้น ปัจจุบันผู้ป่วยกลุ่ม โรคมะเร็งระยะสุดท้ายที่มี อาการรบกวนคือ อาการ ปวด มีแนวโน้มที่มากขึ้น ทำให้แนวโน้มการใช้ strong opioid มีมากขึ้น จึงอยากให้เภสัชกรเป็น แกนนำ ในการสื่อสารกับ ทีมเรื่องการให้ยา การ สื่อสารกับผู้ป่วย มีการ อัปเดต trend หรือ guideline ใหม่ ๆ กับทีม เพื่อส่งเสริมให้เกิดความ มั่นใจในการทำงานมาก ขึ้น นอกจากนี้ผู้ป่วยมะเร็ง ระยะสุดท้ายบางรายคุม ปวดไม่ได้ แต่ไม่ร้องขอยา แก้ปวดกับพยาบาล จึง อยากให้เภสัชกรเข้ามาให้ ความรู้แก่ผู้ป่วยที่ใช้ยาก กลุ่มนี้ ให้ผู้ป่วยทราบถึง ความสำคัญของยา การ ปฏิบัติตัวขณะให้ยา		โรงพยาบาลและไม่มีใน โรงพยาบาล) ในผู้ป่วย โรคมะเร็งของโรงพยาบาล หนองเสือที่เป็นปัจจุบัน กับ ทีมเพื่อส่งเสริมให้เกิดความ มั่นใจในการสั่งให้ยา โดย แพทย์ การบริหารยาโดย พยาบาล นอกจากนี้เภสัชกร ควรให้ความรู้เรื่องการให้ยา การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยและ ญาติ ก่อนที่ผู้ป่วยจะกลับ บ้าน เพื่อให้ได้ผลการรักษา ตามต้องการ ถูกต้อง เหมาะสม และปลอดภัย
5. จากปัญหาที่ strong opioid เป็นยาเสพติดที่ถูก ควบคุมการใช้ ต้องมีการ เซนบอยส. ทำให้ผู้ป่วย	จากการที่ strong opioid ถูกเข้มงวดเรื่องการ นำมาใช้ ทำให้ผู้ป่วยบาง รายไม่เข้าถึงยา กรณีที่		5. เภสัชกรต้องสร้างช่อง ทางการเข้าถึงยา ในผู้ป่วย และญาติที่ไม่สะดวกมารับ ยาที่โรงพยาบาล โดยการนำ

ข้อเสนอแนะ / ข้อคิดเห็น			ข้อสรุป
แพทย์	พยาบาล	นักโภชนาการ	สังเคราะห์ประเด็น
<p>บางส่วนเข้าไม่ถึงยา อยากให้แก้ปัญหาโดยให้ ทีมร่วมกันสร้างระบบการ ทำทะเบียนผู้ป่วยกลุ่ม คลินิกระดับประคองที่มี ความจำเป็นต้องใช้ยาก กลุ่มนี้จริง อาจกำหนดเป็น ระยะเวลาที่แน่นอน เช่น จ่ายยาให้ที่สัปดาห์ จ่าย ให้จำนวนที่เม็ค นอกจากนี้ควรจัดให้มี ระบบ fast track เพื่อให้ แพทย์สั่งจ่ายยาได้เลย แต่ควรมีเภสัชกรไป ติดตามการจ่ายาร่วมกับ ทีมเยี่ยมบ้านด้วย</p>	<p>ผู้ป่วยอยู่บ้านไม่สะดวก มาโรงพยาบาล เกสซกร อาจช่วยสร้างช่องทาง ทำ ให้ผู้ป่วยเข้าถึงยาได้อย่าง เหมาะสมเพิ่มมากขึ้น โดย ร่วมทีมนำยาไปให้ผู้ป่วยที่ บ้าน มีการติดตาม ผลข้างเคียงจากยา ประเมินอาการปวด รวมทั้งสื่อสารให้ care giver เข้าใจด้วย</p>	<p>นักโภชนาการ</p>	<p>ยาไปให้ผู้ป่วย พร้อมทั้งทำ การบริบาลผู้ป่วยที่ได้รับยา แก้ปวด กลุ่มโอปิออยด์ ต่อเนื่องไปจนถึงที่บ้าน ร่วมกับทีม (แต่เดิมทีมไม่ สามารถนำยากกลุ่ม strong opioid ออกไปให้ผู้ป่วยที่ บ้านได้เนื่องจากเป็นยาเสพติด ที่ต้องมีการควบคุมและ ติดตามการใช้ยาโดยเภสัช กร) ทั้งนี้ ทีม คลินิก ระดับประคองจะจัดทำ ทะเบียนผู้ป่วยที่มีการใช้ยา กลุ่มดังกล่าวและมีการ ประเมิน PPS score เพื่อจัด กลุ่มผู้ป่วย กำหนด ระยะเวลา ความถี่ในการลง เยี่ยมบ้าน</p>
<p>6. เพิ่มเติมของทันตแพทย์ กรณีผู้ป่วยมีปัญหาได้รับ ความเจ็บปวด มีแผลใน ช่องปากอาจเกิดจากตัว โรค หรือจากการได้รับเคมี บำบัด ฉายแสง อยากให้ เภสัชกรจัดทำแนว ทางการเลือกจ่ายากลุ่ม โอปิออยด์เพิ่มเติมให้ (อาจใช้แนวทางเดียวกัน เป็นของโรงพยาบาล) เนื่องจากไม่ค่อยได้ใช้ยาก กลุ่มนี้ จึงไม่กล้าสั่งใช้</p>	<p>อยากให้เภสัชกรร่วมกับ องค์กรแพทย์จัดทำ CPG เพื่อเป็นแนวทางในการ จัดการอาการปวดด้วย ยากกลุ่มโอปิออยด์ใน ผู้ป่วยโรคมะเร็ง ใน ภาพรวมของทีมสห วิชาชีพ เพื่อให้เป็น มาตรฐานเดียวกัน ทำให้ เกิดการดูแลผู้ป่วย ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น</p>	<p>นักโภชนาการ</p>	<p>6. เภสัชกรจัดทำแนว ทางการจัดการอาการปวด ด้วยยากกลุ่มโอปิออยด์ใน ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ใช้ใน บริบทของโรงพยาบาลหนอง เสือ</p>

ข้อเสนอแนะ / ข้อคิดเห็น			ข้อสรุป
แพทย์	พยาบาล	นักโภชนาการ	สังเคราะห์ประเด็น
<p>7. จากการที่ผู้ป่วยโรคมะเร็งในระยะท้ายๆ ไม่สามารถกิน กลืนยาได้ โรงพยาบาลหนองเสือยังไม่มียากลุ่มโอปิออยด์ที่ใช้ควบคุมความปวดในรูปแบบอื่น เช่น รูปแบบแผ่นแปะเฟนทานิล รูปแบบเม็ดยามอร์ฟีนที่สามารถแกะ feed ได้ รูปแบบยาฉีดที่เป็น syringe driver ที่สมควรมีการให้ความรู้การใช้ยาในรูปแบบดังกล่าวเพิ่มเติม และหากเป็นไปได้อยากให้เภสัชกรเตรียมยา extemporaneous preparations ในรูปแบบยาน้ำผสมใช้เป็นครั้งๆไป แต่หากไม่มีอุปกรณ์ ทีมสามารถแก้ปัญหาได้โดยแพทย์สามารถเขียนใบส่งตัวให้ผู้ป่วยไปรับยาดังกล่าวที่โรงพยาบาลที่รักษามะเร็งได้</p>			สรุป สังเคราะห์ประเด็นตามข้อ 4

ตารางที่ 13 ผลสรุปจากการสนทนากลุ่มในประเด็นที่ 2 การทำข้อตกลงในการเลือกใช้แนวทางการจัดการอาการปวดในผู้ป่วยมะเร็งที่ใช้ในโรงพยาบาลให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน

ข้อเสนอแนะ / ข้อคิดเห็น			ข้อสรุป สังเคราะห์ประเด็น
แพทย์	พยาบาล	นักโภชนาการ	
แนวทางการจัดการอาการปวดในผู้ป่วยมะเร็งใช้หลักการขององค์การอนามัยโลกเป็นหลักอิงตาม “WHO analgesic ladder” ร่วมกันกับสมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย นอกจากนี้ยังมีแนวทางที่สรุปการเลือกใช้ยา การปรับยาโดยย่อของโรงพยาบาลรามาธิบดี คือ แนวทางปฏิบัติในการบำบัดปวดมะเร็ง กับแนวทางในการดูแลผู้ป่วยคลินิกประคับประคองของโรงพยาบาลน่าน จึงเสนอให้เภสัชกรสรุปออกมาเป็นแนวทางการจัดการอาการปวดด้วยยากลุ่มโอปิออยด์ จากแนวทางดังกล่าวไว้ใช้เป็น CPG ของโรงพยาบาลในภาพรวมของทีมสหวิชาชีพ ให้เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลหนองเสือ	เห็นด้วยกับแนวทางที่แพทย์เสนอมา และเสนอให้เภสัชกรช่วยจัดทำแนวทางร่วมกับองค์กรแพทย์ที่ต้องมีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้	เห็นด้วยกับแนวทางที่แพทย์เสนอมา ให้ทุกคนมีส่วนร่วมในการปรับแก้ไขให้เหมาะสมกับการนำมาใช้ในบริบทของโรงพยาบาลชุมชน	แนวทางการจัดการอาการปวดในผู้ป่วยมะเร็งที่ใช้ในโรงพยาบาลหนองเสือ ทีมได้ตกลงกันให้เภสัชกรจัดทำแนวทางการจัดการอาการปวดด้วยยาในกลุ่มโอปิออยด์ สำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งร่วมกับแพทย์โดยสรุปสังเคราะห์จากแนวทางของสมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย แนวทางปฏิบัติในการบำบัดปวดมะเร็งของโรงพยาบาลรามาธิบดี และแนวทางในการดูแลผู้ป่วยคลินิกประคับประคองของโรงพยาบาลน่าน ให้ใช้เป็น CPG ที่เหมาะกับบริบทของโรงพยาบาลชุมชน

ตารางที่ 14 ผลสรุปจากการสนทนากลุ่มในประเด็นที่ 3 การกำหนดเครื่องมือจำเป็นที่จะต้องใช้ในการทำงานในคลินิกระดับประคองให้เป็นไปในแนวทางเดียวกัน

แพทย์	ข้อเสนอแนะ / ข้อคิดเห็น			ข้อสรุป สังเคราะห์ ประเด็น
	พยาบาล	เภสัชกร	นักโภชนาการ	
เครื่องมือในที่นี้ หมายถึง แบบประเมินต่าง ๆ หรือ แบบสอบถามที่จำเป็นในคลินิกระดับประคองเน้นในกลุ่มผู้ป่วยโรค มะเร็ง สรุปได้ดังนี้ 1. แบบประเมินระดับความรุนแรงของความปวดใช้ Numeric Rating Scale เป็นหลัก โดยมีตัวเลขให้ผู้ป่วยเลือกตั้งแต่ 0-10 หากไม่ปวดเลยคือ 0 คะแนน จนถึงปวดมากที่สุดคือ 10 คะแนน	แบบประเมิน ระดับ ความ รุนแรงของ ความปวดใช้ Numeric Rating Scale	เสนอแบบประเมิน ESAS ซึ่งจะมีการประเมินอาการปวดที่เป็นแบบ Numeric Rating Scale รวมทั้งมีการประเมินอาการ รบกวนอื่นๆรวม ด้วยโดยมีตัวเลข ให้ผู้ป่วยเลือก ตั้งแต่ 0-10 หากไม่ มีอาการปวดเลย คือ 0 คะแนน จนถึงมีอาการปวด มากที่สุด คือ 10 คะแนน ซึ่ง เหมาะสมกับการ นำมาใช้ประเมิน ในผู้ป่วย ระยะ ยะ สุกท้าย	นักโภชนาการ	เครื่องมือจำเป็นที่จะต้อง ใช้ในการทำงานในคลินิก ประคอง ประคอง ได้แก่ 1.แบบประเมินอาการ ปวดและอาการรบกวน “ESAS” ประเมินโดย เภสัชกร 2.แบบประเมินการกลืน โดยแพทย์ 3.แบบประเมินระดับ ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแล แบบ ประคอง (PPS) โดยแพทย์หรือพยาบาล 4.แบบบันทึกการบริบาล เภสัชโดยเภสัชกร 5.แบบประเมินภาวะ ซึมเศร้าโดยนักจิตวิทยา 6.สมุดคู่มือการใช้ยา กลุ่ม โอปิออยด์ 7.แบบสรุปการดูแลผู้ป่วย ในคลินิกประคอง ประคอง ของทีมสหวิชาชีพของ โรงพยาบาลหนองเสือ
2. แบบประเมิน การกลืน ประเมิน โดยแพทย์			แบบประเมิน การกลืน เพื่อ ปรับสูตรอาหาร ให้เหมาะสมกับ ผู้ป่วย	

แพทย์	ข้อเสนอแนะ / ข้อคิดเห็น			ข้อสรุป สังเคราะห์ ประเด็น
	พยาบาล	เภสัชกร	นักโภชนาการ	
3. แบบประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับ การดูแลแบบ ประคับประคอง ฉบับรพ.สวนดอก ประเมินโดยแพทย์ หรือพยาบาล เพื่อ ประเมิน ความสามารถใน การทำกิจกรรม ของผู้ป่วย และ นำมาใช้ประโยชน์ ในการจัดกลุ่ม ผู้ป่วยเข้าคลินิก	แบบประเมิน ระดับผู้ป่วยที่ ได้รับการดูแล ประคับประคอง ฉบับรพ.สวน ดอก ความถี่ใน การประเมิน พิจารณาตาม สภาพะ ของ ผู้ป่วยเป็นหลัก เช่น หากผู้ป่วย ค่ะแนนน้อยทีม จะเยี่ยมบ้าน ด้วยความถี่มาก ขึ้น			
4. แบบบันทึกการ บริบาล เภสัช แพทย์ จะ อ่าน ข้อมูลจากใบนี้ เพื่อดูแลผู้ป่วย ร่วมกันเป็นทีม	แบบบันทึกการ บริบาล เภสัช พยาบาลจะอ่าน ข้อมูลจากใบนี้ เพื่อดูแลผู้ป่วย ร่วมกันเป็นทีม	แบบบันทึกการ บริบาลเภสัช จะ ประกอบไปด้วย การทบทวนการใช้ ยาเดิม การค้นหา ปัญหาจากการใช้ ยา การปรับขนาด ยา		
5. แบบประเมิน ภาวะซึมเศร้าใน ผู้ป่วย ประเมินโดย นักจิตวิทยา	เสนอเพิ่มเติมให้ ประเมิน ใน ผู้ดูแล ที่เป็น ญาติใกล้ชิดกับ ผู้ป่วยร่วมด้วย			
6. สมุดคู่มือการใช้ ยา กลุ่มโอปิออยด์ ที่เภสัชกรจัดทำให้	สมุดคู่มือการใช้ ยา กลุ่ม โอปิ ออยด์ของผู้ป่วย			

แพทย์	ข้อเสนอแนะ / ข้อคิดเห็น			ข้อสรุป สังเคราะห์ ประเด็น
	พยาบาล	เภสัชกร	นักโภชนาการ	
เภสัชกรให้ความรู้ ผู้ป่วยและผู้ดูแล แนะนำความ สำคัญของสมุด	ที่เภสัชกรจัดทำ อยากให้เภสัช กร มีการทบท ทวนรายการยา ที่ผู้ป่วยได้รับให้ เป็นปัจจุบันอยู่ เสมอ เนื่องจาก ผู้ป่วยระยะท้าย ต้องไปพบ แพทย์ตามนัด บ่อยมากขึ้น			
7. แบบสรุปการ ดูแลผู้ป่วยใน คลินิกประจำ ประคองของทีมที่ ใช้ร่วมกัน มี ประโยชน์กรณี ผู้ตรวจมา audit เวชระเบียนให้ แสดงถึงขั้นตอน การทำงานของแต่ ละวิชาชีพในทีมว่า ทำอะไรบ้าง	เห็นด้วยกับ แพทย์ เสนอให้ แสดงขั้นตอน การทำงานของ ทีมให้อยู่ใน แผ่นเดียว มี ประโยชน์ไว้ใช้ สื่อสารกันในทีม	เสนอให้ทำสรุป สั้นๆในส่วนของ เภสัชกร เช่น ผู้ป่วย รายนี้มีปัญหา เกี่ยวกับการใช้ยา เรื่องอะไร สามารถ คุมอาการปวดได้ หรือไม่	เสนอให้ทำสรุป สั้นๆในส่วนของ นักโภชนาการ เช่น ผู้ป่วยรายนี้ ได้รับสูตรอาหาร ที่เหมาะสม หรือไม่ การสอน ญาติเตรียม อาหาร ที่เหมาะสมกับ สภาวะผู้ป่วย	

ตารางที่ 15 ผลสรุปจากการสนทนากลุ่มในประเด็นที่ 4 การชี้แจงรูปแบบกิจกรรมในการบริหารผู้ป่วยที่มีอาการปวดของเภสัชกรในรูปแบบใหม่

แพทย์	ข้อเสนอแนะ / ข้อคิดเห็น		ข้อสรุป สังเคราะห์ ประเด็น
	พยาบาล	นักโภชนาการ	
1. แบบประเมินต่างๆ ที่เภสัชกรใช้ แพทย์เสนอให้แนบในแฟ้มผู้ป่วยเพื่อใช้สื่อสารกันในทีม	เสนอเพิ่มเติมควรแจ้งให้เภสัชกรท่านอื่นรับทราบในการใช้แบบประเมินต่างๆ ร่วมกันให้เป็นแนวทางเดียวกัน	เห็นด้วยกับแพทย์และพยาบาล	<p>1. กิจกรรมในการบริหารผู้ป่วยที่มีอาการปวดของเภสัชกรในรูปแบบใหม่มีดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - การติดตามประสิทธิภาพของยาโดยประเมินจากค่าคะแนนความปวด - การค้นหาปัญหาจากการใช้ยา - การติดตามความร่วมมือในการใช้ยาแก่ปวดของผู้ป่วย - การให้ความรู้เรื่อง การใช้ยาแก้ปวด การปฏิบัติตัว การติดตามผลข้างเคียงจากยา โดยกิจกรรมดังกล่าวทำทั้งขณะที่ผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาลต่อเนื่องจนถึงที่บ้าน พร้อมทั้งส่งต่อข้อมูลการใช้ยากลับมาให้อาพยาบาลประจำรพ.สต. แต่ละพื้นที่ให้รับทราบ เพื่อวางแผนเรื่องการเบิกยา ความถี่ในการไปเยี่ยมบ้าน และการเยี่ยมอุปกรณ์ที่จำเป็นต่างๆ นอกจาก

ข้อเสนอแนะ / ข้อคิดเห็น			ข้อสรุป สังเคราะห์ประเด็น
แพทย์	พยาบาล	นักโภชนาการ	
			กิจกรรมของเภสัชกรแล้ว ทีมจะมีการให้นักโภชนาการ นักจิตวิทยา นักแพทย์แผนไทย ออกเยี่ยมบ้านร่วมด้วยเป็นรายกรณี
2. แพทย์เสนอความคิดเห็นเพิ่มเติมเนื่องจากโรงพยาบาลหนองเสือเป็นโรงพยาบาลชุมชนต้องมีการส่งต่อข้อมูลให้พยาบาลรพ.สต. รับทราบร่วมกันในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน และควรทำช่องทางด่วนให้ผู้ป่วยเข้าถึงยาได้ โดยให้เภสัชกรนำยาไปให้ติดตามการใช้ยาของผู้ป่วยที่บ้านร่วมกับทีม ทั้งนี้ทีมจะต้องกำหนดความถี่ในการไปเยี่ยมบ้าน ซึ่งต้องแบ่งกลุ่มผู้ป่วยจากการประเมิน PPS score จะช่วยกำหนดระยะเวลาความถี่ในการไปเยี่ยมบ้านกับปริมาณยากลุ่ม โอปิออยด์ที่ผู้ป่วยควรได้รับให้สัมพันธ์กัน นอกจากนี้หากทีมมีปัญหาสามารถปรึกษา	เห็นด้วยกับการให้เภสัชกรทำกิจกรรมการบริหารรูปแบบใหม่ เน้นการดูแลต่อเนื่องถึงที่บ้าน นอกจากนี้อยากให้จัดทำหนังสือสัญญาการใช้ยาเสพติด โดยให้ญาติเป็นผู้เซ็นรับทราบกรณีผู้ป่วยใช้ syringe driver ระบุถึงการยืมเครื่องไปใช้ การเติมยา ซึ่งจะประสานพยาบาลรพ.สต.ในพื้นที่รับผิดชอบเข้ามาดูแลร่วมกันในเรื่องของการเบิกยาด้วย	เห็นด้วยกับการให้เภสัชกรทำกิจกรรมการบริหารรูปแบบใหม่ ทั้งขณะที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาลต่อเนื่องไปถึงที่บ้าน หากทีมต้องไปเยี่ยมบ้านนักโภชนาการสามารถออกไปให้คำปรึกษาเรื่องโภชนาการของผู้ป่วยเป็นรายกรณีได้	สรุป สังเคราะห์ประเด็นตามข้อ 1

ข้อเสนอแนะ / ข้อคิดเห็น			ข้อสรุป สังเคราะห์ ประเด็น
แพทย์	พยาบาล	นักโภชนาการ	
<p>แพทย์ที่ออก PCU เป็น หลัก หากไม่สะดวก สามารถติดต่อแพทย์ ประจำ node ของรพ. สต.ได้</p>			
<p>3. เสนอให้มีนักจิตวิทยา และนักแพทย์แผนไทย เข้าร่วมในทีมเป็นราย กรณี เช่น กรณีบรรเทา อาการปวดจากสมุนไพร</p>			



ตารางที่ 16 ผลสรุปจากการสนทนากลุ่มในประเด็นที่ 5 การให้แต่ละวิชาชีพช่วยกันแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเรื่องปัญหาของทีม สิ่งที่ทีมจะพัฒนาต่อไปในอนาคต ตัวชี้วัดที่เป็นเป้าหมายของทีม

ข้อเสนอแนะ / ข้อคิดเห็น				ข้อสรุป สังเคราะห์
แพทย์	พยาบาล	เภสัชกร	นักโภชนาการ	ประเด็น
ปัญหาของทีม	ปัญหาของทีม	ปัญหาของทีม	ปัญหาของทีม	ปัญหาของทีม
1. การขาดความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วย หากผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่บ้าน เนื่องจากภาระงานของเจ้าหน้าที่ และยังไม่มีความชัดเจนของทีม	การรวมทีมได้ยาก เนื่องจากขาดการประสานงานของทีมที่ชัดเจน ยังไม่มีการทำแนวทางของโรงพยาบาลที่ชัดเจนว่าต้องทำอะไรบ้าง	ขาดการประสานงานของทีมที่ชัดเจน และแนวทางของโรงพยาบาลที่ยังไม่เป็นแนวทางเดียวกัน	ขาดการประสานงานของทีมที่ชัดเจน	1. การทำงานของทีมที่ไม่มี การแบ่งหน้าที่ที่ชัดเจน ไม่มีการทำข้อตกลงแนวทางการดูแลผู้ป่วยในคลินิก ประคับประคองให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน ส่งผลให้ขาดความต่อเนื่องในการไปเยี่ยมบ้าน
2. ขาดการอัปเดตข้อมูลทะเบียนผู้ป่วยที่เข้าคลินิก ประคับประคองการส่งต่อข้อมูลกับพื้นที่ยังทำได้ไม่ดี นอกจากนี้การ key ข้อมูลผู้ป่วย ยังไม่สมบูรณ์ ทำให้ไม่สามารถ claim ค่าใช้จ่ายจากสปสช. ได้	ข้อมูลทะเบียนของผู้ป่วยจะมีเฉพาะผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษานเฉพาะในโรงพยาบาลยังขาดรายชื่อผู้ป่วยอีกหลายคน ที่รักษาที่โรงพยาบาลอื่นแต่อยู่ในเขตอำเภอหนองเสือ ส่วนนี้ต้องขอข้อมูลจากรพ.สต. แต่ทางรพ.สต. มีปัญหาในเรื่องของการตัดสินใจลง diagnosis เพื่อจัดผู้ป่วยเข้าคลินิก	ข้อมูลทะเบียนของผู้ป่วยยังไม่เป็นปัจจุบัน บางครั้งผู้ป่วยเสียชีวิตแล้วไม่ได้ลงข้อมูล	ข้อมูลทะเบียนการจัดกระจายแต่ละฝ่ายใช้แยกกัน	2. ข้อมูลทะเบียนของผู้ป่วยในคลินิก ประคับประคองไม่เป็นปัจจุบัน ขาดการส่งต่อและยังไม่ได้เชื่อมต่อข้อมูลรวบรวมให้เป็นแหล่งเดียวกัน

แพทย์	ข้อเสนอแนะ / ข้อคิดเห็น			ข้อสรุป สังเคราะห์ ประเด็น
	พยาบาล	เภสัชกร	นักโภชนาการ	
	3. การปฏิบัติตาม ตัวชี้วัด บางตัว ในทางปฏิบัติอาจ ทำได้ยาก เช่น การ ประเมินความพึง พอใจของญาติต่อ ทีมในการดูแล ผู้ป่วย แบบ ประคับประคอง หลังผู้ป่วยเสียชีวิต			3. ตัวชี้วัด การ ประเมินความพึง พอใจของญาติต่อ การดูแลผู้ป่วย หลังผู้ป่วยเสียชีวิตไม่ สามารถประเมินได้ จริง
สิ่งที่ทีมจะพัฒนา	สิ่งที่ทีมจะพัฒนา	สิ่งที่ทีมจะพัฒนา	สิ่งที่ทีมจะพัฒนา	สิ่งที่ทีมจะพัฒนา
1. พัฒนาแนวทางการจัดการอาการปวดด้วยยากลุ่มโอปิออยด์ที่ใช้จำเพาะเจาะจงของโรงพยาบาลที่ทีมสหวิชาชีพมีส่วนร่วมเกี่ยวข้องรับรู้ร่วมกันใน CPG นี้	พัฒนาแนวทางการจัดการอาการปวด และ ทำ ข้อตกลงในการเลือกใช้เครื่องมือร่วมกันเพื่อลดการซ้ำซ้อนของงาน	พัฒนาแนวทางการจัดการอาการปวดที่ใช้จำเพาะเจาะจงของโรงพยาบาล ร่วมกับสหวิชาชีพ	พัฒนาแนวทางการทำงานในคลินิก ประคับประคองให้เป็นไปในทางเดียวกัน	1. พัฒนาแนวทางการจัดการอาการปวดด้วยยากลุ่มโอปิออยด์ในผู้ป่วยโรคมะเร็งของโรงพยาบาลหนองเสือ ในบริบทโรงพยาบาลชุมชน ร่วมกันทุกสหวิชาชีพ
2. วางแผนการลงเยี่ยมบ้านแบบ full team โดยให้เภสัชกรเข้ามามีส่วนร่วมในการบริหาร	ให้เภสัชกรเข้ามามีส่วนร่วมและมีบทบาทในทีมตามกิจกรรมรูปแบบใหม่ที่นำเสนอ และทำให้เกิดความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วยจนถึงที่บ้าน	เภสัชกรเข้ามามีบทบาทในการบริหารเภสัชกรรมร่วมกับทีม	นักโภชนาการจะออกเยี่ยมบ้านร่วมกับทีมหากมีเคสเป็นรายกรณี	2. เมื่อมีการแบ่งหน้าที่ มีแนวทางที่ชัดเจนจะทำให้ทีมมีความพร้อมในการไปเยี่ยมบ้านผู้ป่วย โดยทีมที่ลงเยี่ยมบ้านจะประกอบไปด้วย แพทย์ พยาบาล เภสัชกร และอาจมีนักโภชนาการ นักจิตวิทยา นัก

แพทย์	ข้อเสนอแนะ / ข้อคิดเห็น		นักโภชนาการ	ข้อสรุป สังเคราะห์
	พยาบาล	เภสัชกร		ประเด็น
				แพทย์แผนไทยร่วมด้วยเป็นรายกรณี
3. การจัดทำทะเบียนผู้ป่วยที่อยู่ในคลินิก ระดับประคองโดยพยาบาลผู้ป่วยนอก และ พยาบาลผู้ป่วย ใน พยาบาลที่อยู่ประจำจุด triage ให้ทุกฝ่ายใช้ทะเบียนเดียวกัน และส่งต่อข้อมูลไปยังพื้นที่รับผิดชอบของรพ.สต. พร้อมทั้ง key ลงระบบ HosXp ให้รหัส Z515 (ทีมตกลงกันว่าหากผู้ป่วยเป็นมะเร็ง ให้ลง diagnosis เข้าคลินิก ระดับประคองได้เลยไม่ต้องรอให้ถึงระยะสุดท้าย ทีมควรมีการเข้าไปให้ intervention กับผู้ป่วยให้เร็วที่สุด เพื่อให้ดูแลผู้ป่วยได้ดีกว่าเดิม) และ key ข้อมูลเยี่ยมบ้านทุกครั้ง ภายหลังจากผู้ป่วยเสียชีวิตให้ส่งข้อมูลให้แผนกบันทึกข้อมูล	การประสานส่งต่อ ข้อมูลของผู้ป่วย เมื่อลงเยี่ยมบ้าน ผู้ป่วยในคลินิก ระดับประคอง โดยการ key ลงใน โปรแกรม Smart COC ของจังหวัด ให้ข้อมูลครบถ้วน สมบูรณ์มากขึ้น	จัดทำทะเบียนผู้ป่วยในคลินิก ระดับประคอง ให้ใช้ฐานข้อมูลเดียวกันโดยทุกคน สามารถเข้าไปอัปเดตข้อมูลได้		3. จัดทำทะเบียนผู้ป่วยในคลินิก ระดับประคองที่อยู่ในอำเภอหนองเสือ โดยให้ฐานข้อมูลเดียวกันลง Google Drive (nshosz515@gmail.com) ผู้ที่มีหน้าที่เกี่ยวข้องสามารถแก้ไขข้อมูลให้เป็นปัจจุบันได้ และให้ใส่รหัส Z515 ลงใน HosXp ทุก visit เพื่อประโยชน์ในการ claim ค่าใช้จ่ายกับ สปสช. นอกจากนี้ ต้องมีการส่งต่อข้อมูลการเยี่ยมบ้านแก่พยาบาลที่รับผิดชอบในพื้นที่แต่ละรพ.สต ผ่านโปรแกรม Smart COC

แพทย์	ข้อเสนอแนะ / ข้อคิดเห็น			ข้อสรุป สังเคราะห์ ประเด็น
	พยาบาล	เภสัชกร	นักโภชนาการ	
เพื่อให้สามารถ claim กับสปสช.ได้				
	<p>ตัวชี้วัดที่เป็นเป้าหมายของทีม</p> <p>1. เน้นการทำ advance care plan (ACP) ให้ผู้ป่วยและญาติได้เตรียมความพร้อมก่อนและหลังผู้ป่วยจะเสียชีวิตให้ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง โดยผู้ป่วยที่ได้รับการทำ advance care plan \geq ร้อยละ 60 และบรรลุการทำ advance care plan \geq ร้อยละ 60</p>			<p>ตัวชี้วัดที่เป็นเป้าหมายของทีม</p> <p>1. ผู้ป่วยในคลินิกประคับประคองได้รับการทำ advance care plan \geq ร้อยละ 60 และบรรลุการทำ advance care plan \geq ร้อยละ 60</p>
		<p>2. เน้นการจัดการอาการรบกวน เช่น อาการปวด เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี (เสียชีวิตอย่างสมศักดิ์ศรีไม่ทุกข์ทรมาน) โดยร้อยละการบรรเทาอาการปวดและการจัดการอาการต่างๆด้วย opioid</p>		<p>2. ร้อยละการบรรเทาอาการปวดและการจัดการอาการต่างๆด้วย opioid อย่างมีคุณภาพ ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 40 (คุณภาพพิจารณาจากการบริหารที่เภสัชกรพัฒนาขึ้นมาคือผู้ป่วยต้องได้รับการติดตามประสิทธิภาพจากยาโดยการประเมินความปวด</p>

แพทย์	ข้อเสนอแนะ / ข้อคิดเห็น			ข้อสรุป สังเคราะห์ ประเด็น
	พยาบาล	เภสัชกร	นักโภชนาการ	
		อย่างมีคุณภาพไม่ ต่ำกว่าร้อยละ 40		การค้นหาปัญหาการ ใช้ยา การติดตาม ผลข้างเคียงจากยา ความร่วมมือในการ ใช้ยา แก่ ป ว ด ตลอดจนการให้ ความรู้แก่ผู้ป่วยและ ญาติ)
3. ร้อยละผู้ป่วยที่ ได้รับการส่งต่อเยี่ยม บ้าน \geq ร้อยละ 60 ซึ่งต้องทำทะเบียน ผู้ป่วยคลินิก ระดับรองคองให้ สมบูรณ์ มีการ ปรับปรุงข้อมูลให้ เป็นปัจจุบัน				3. ร้อยละของผู้ป่วย ที่อยู่ในคลินิก ระดับรองคองได้รับ การส่งต่อเยี่ยมบ้าน \geq ร้อยละ 60
4. การดูแลผู้ป่วย ระดับรองคองระยะ ท้ายต่อเนื่งที่บ้าน และบันทึกการ เยี่ยมบ้านทุกโรค ร่วมกับการวินิจฉัย Z51.5 \geq ร้อยละ 60				4. การดูแลผู้ป่วย ระดับรองคองระยะ ท้ายต่อเนื่งที่บ้าน และบันทึกการ เยี่ยมบ้านทุกโรค ร่วมกับการวินิจฉัย Z51.5 \geq ร้อยละ 60

ตารางที่ 17 ผลสรุปจากการสนทนากลุ่มในประเด็นที่ 6 บทบาทหน้าที่ของแต่ละวิชาชีพที่ชัดเจนในการจัดการอาการปวดด้วยยา โดยแต่ละวิชาชีพได้ร่วมกันแสดงความคิดเห็นในภาพรวมของทีม การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ในผู้ป่วยโรคมะเร็ง

แพทย์	ข้อเสนอแนะ / ข้อคิดเห็น			ข้อสรุป
	พยาบาล	เภสัชกร	นักโภชนาการ	
1. การวินิจฉัยโรค วางแผนการรักษา ร่วมกับผู้ป่วยและ ญาติ ตลอดจนส่ง ต่อผู้ป่วยเพื่อการ รักษาที่เฉพาะทาง	1. การบริหารยา ให้ แก่ ผู้ ป่ ว ย รวมทั้งประเมิน สภาวะ ผู้ ป่ ว ย รายงานแพทย์ กรณีที่พบความ ผิดปกติ ผู้ป่วย เกิดผลข้างเคียง จากยา	1. วางแผนการใช้ ยา ปรึบยาระงับ ปวดให้เหมาะสม กับผู้ป่วยแต่ละ รายร่วมกับแพทย์	1. แนะนำสูตร ปรับเปลี่ยนสูตร อ า ห า ร ให้ เหมาะสม เช่น หากผู้ป่วยได้รับ ผลข้างเคียงจาก ยามีอาการคลื่นไส้ อาเจียนจะมีการ ปรับเปลี่ยนสูตร อาหารเป็นรส เปรี้ยว หากผู้ป่วย มีแผลในปากจะมี ไอศกรีมให้ทาน เพื่อบรรเทาอาการ เจ็บปวด และการ แนะนำ ให้ ใ ช้ อาหาร	แพทย์ การวินิจฉัย ประเมิน ผู้ป่วย คัดกรองเข้า คลินิก ตรวจรักษา วางแผนการรักษา ส่ง ต่อ การ ปรึบยา ร่วมกับเภสัชกรและ สั่งใช้ยา
2. การตรวจ ร่างกาย	2. การประเมิน ความ	2. การประเมิน ระดับความรุนแรง ของความปวด	ปรับเปลี่ยนสูตร อาหารเป็นรส เปรี้ยว หากผู้ป่วย มีแผลในปากจะมี ไอศกรีมให้ทาน เพื่อบรรเทาอาการ เจ็บปวด และการ แนะนำ ให้ ใ ช้ อาหาร	พยาบาล การประเมินความ สามารถในการดูแล ตนเองของผู้ป่วย ให้ การพยาบาลแบบ ประคับประคอง การ บริหารยา วาง แผนการการดูแล ผู้ป่วยหลังจำหน่าย และส่งต่อข้อมูล ที่มีความจำเป็นแก่ สถานพยาบาล ที่ผู้ป่วยไปรับบริการ
3. สั่งใช้ยาระงับ ปวด และปรับยา ร่วมกับเภสัชกร	2. การประเมิน ความ	3. ให้การบริหาร เภสัชกรรม ได้แก่ ค้นหาปัญหาจาก การใช้ยา ติดตาม ผลข้างเคียงจาก ยา ความร่วมมือ ในการใช้ยา และ การให้ ความรู้ ผู้ป่วยและญาติ	ปรับเปลี่ยนสูตร อาหารเป็นรส เปรี้ยว หากผู้ป่วย มีแผลในปากจะมี ไอศกรีมให้ทาน เพื่อบรรเทาอาการ เจ็บปวด และการ แนะนำ ให้ ใ ช้ อาหาร	เภสัชกร วางแผนการใช้ยา ปรับยาโดยประเมิน ระดับความรุนแรง ของ ความ ปวด ร่วมกับแพทย์ ให้การ บริหารเภสัชกรรม
4. ออกเยี่ยมบ้าน พร้อมทีม	สามารถในการ ดูแลตนเองของ ผู้ป่วย รวมทั้งให้ ข้อมูล	4. เป็นที่ปรึกษา เรื่องการใช้ยา ให้แก่ทีม	2. สอนญาติ ใน การทำอาหาร	
5. ในกรณีทันต แพทย์ จะตรวจ สุขภาพช่องปาก ให้ความรู้ผู้ป่วย และญาติในการ ดูแลช่องปาก สำหรับผู้ป่วยติด เตียง หรือผู้ป่วย ช่วยเหลือตนเอง ไม่ได้	ผู้ป่วย รวมทั้งให้ ข้อมูล เกี่ยวกับการเข้ารับ บริการในคลินิก ระดับประคอง และ ให้ ก า ร พยาบาลแบบ ประคับประคอง	5. ออกเยี่ยมบ้าน พร้อมทีมเป็นราย เคส	2. สอนญาติ ใน การทำอาหาร	
	3. การประสาน และการส่งต่อ ข้อมูล กับ โรงพยาบาลต้น สังกัด ที่ ผู้ป่วย รักษาโรคมะเร็ง			

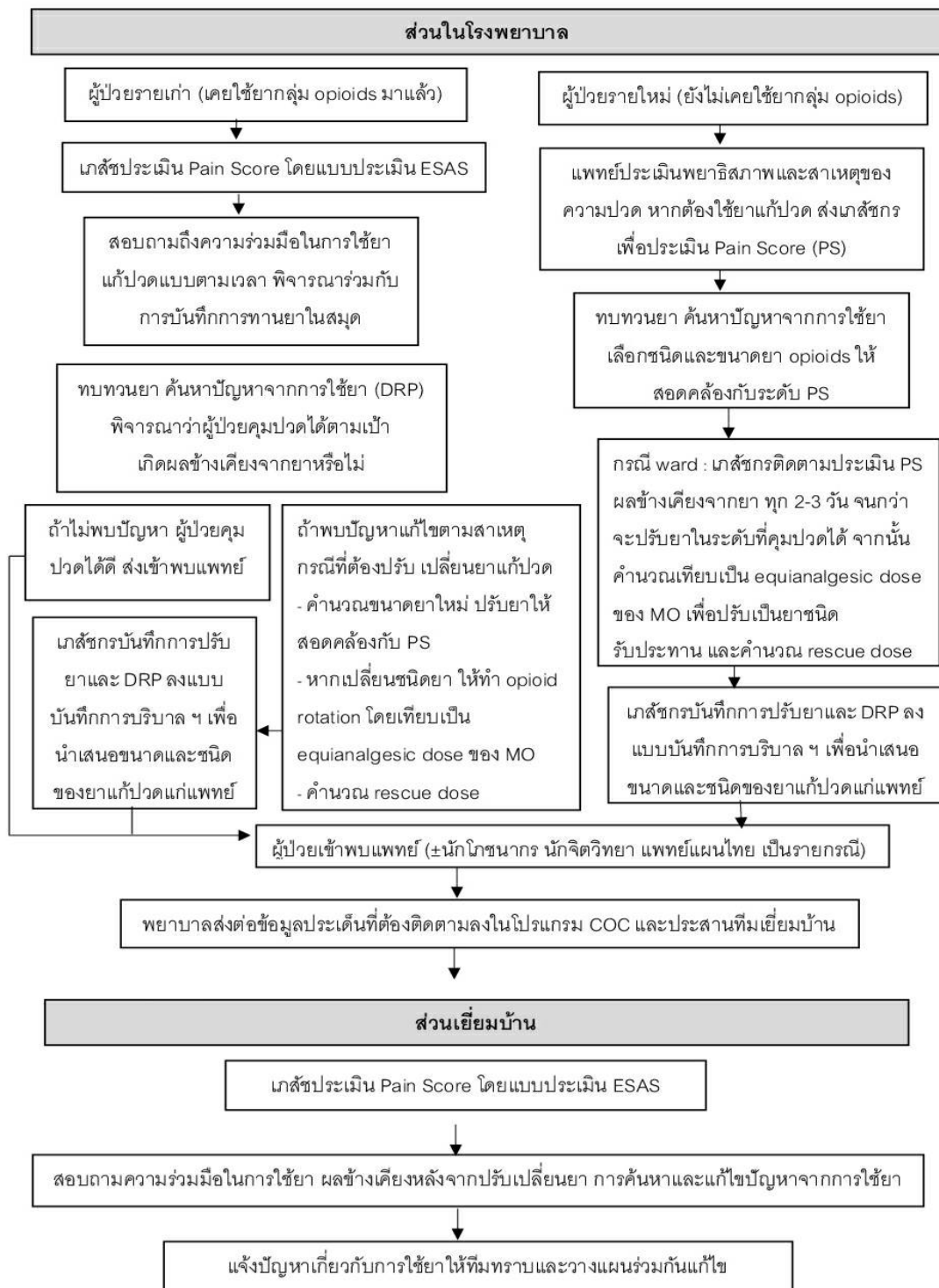
แพทย์	ข้อเสนอแนะ / ข้อคิดเห็น			ข้อสรุป
	พยาบาล	เภสัชกร	นักโภชนาการ	
	รวมทั้งพื้นที่หน่วย บริการปฐมภูมิใน การดูแลผู้ป่วย 4. วางแผนการ ดูแลผู้ป่วยหลัง จำหน่าย ร่วมกับ ผู้ป่วยและญาติ 5. ออกเยี่ยมบ้าน พร้อมทีม			<p>ได้แก่ ค้นหาปัญหา จาก การ ใช้ ยา ติดตามผลข้างเคียง จากยา ความร่วมมือ ในการใช้ยา และการ ให้ความรู้ผู้ป่วยและ ญาติ นอกจากนี้ต้อง ให้ความรู้เกี่ยวกับยา แก้ปวด กลุ่ม โอปิ ออยด์ เพื่อส่งเสริมให้ ทีมเกิดความมั่นใจใน การสั่ง ใช้ยา การ บริหารยา</p> <p>นักโภชนาการ แนะ นำ สู ต ร ปรับเปลี่ยนสูตร อาหารให้เหมาะสม แก่ผู้ป่วยเฉพาะราย ตลอดจนสอนญาติ ในการเตรียมอาหาร ให้แก่ผู้ป่วย โดยทุกวิชาชีพ จะ ออก เยี่ ม บ้ า น ร่วมกันเพื่อให้เกิด การดูแล อย่าง ครอบคลุม และ ต่อเนื่องจนถึงที่บ้าน</p>

สำหรับบทบาทต่างๆ ของเภสัชกรและกิจกรรมการบริหารเภสัชกรรมที่เภสัชกรได้ปฏิบัติ ทั้งขณะอยู่โรงพยาบาลต่อเนื่องจนถึงบ้าน แสดงรายละเอียดดังตารางที่ 18 และกิจกรรมที่ทำ ร่วมกับทีมในระยะก่อนเยี่ยมบ้าน ระหว่างเยี่ยมบ้าน และหลังเยี่ยมบ้าน แสดงรายละเอียดดัง ตารางที่ 19

ตารางที่ 18 บทบาทและกิจกรรมการบริหารทางเภสัชกรรมของเภสัชกรในด้านต่างๆ

บทบาทของเภสัชกร	กิจกรรมการบริหารทางเภสัชกรรม
1. เรื่องความร่วมมือในการใช้ยา	<ul style="list-style-type: none"> - ติดตามความร่วมมือในการใช้ยาแก้ปวดแบบต่อเนื่องตามเวลา โดยสอบถามถึง ยาที่ใช้ ขนาด วิธีใช้ ความถี่ เวลาที่ใช้ เพื่อช่วยดูว่าผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำในการใช้ยาหรือไม่ และพิจารณาข้อมูลจากการบันทึกการใช้ยาแก้ปวดในสมุดร่วมด้วย - หาสาเหตุของความไม่ร่วมมือในการใช้ยา เช่น ผู้ป่วยไม่เข้าใจวิธีใช้ยา ไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำในการใช้ยา เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยา ผู้ป่วยไม่ได้รับยา(ไม่มีเงิน ไม่สะดวกเดินทาง) เป็นต้น แล้วแก้ไขที่สาเหตุ - ส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาตามสิ่งชี้แนะถึงข้อดี ข้อเสีย ของความร่วมมือในการใช้ยา - กิจกรรมช่วยเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยา เช่น จัดแยกยาเป็นม็อบๆ กล่องใส่ยา ฉลากตัวใหญ่ๆหรือมีภาพประกอบในผู้ที่สายตาไม่ดี - กิจกรรมดังกล่าว เภสัชกรอาจสามารถแก้ไขปัญหาได้เอง หลังจากนั้นให้ส่งต่อข้อมูลให้ทีม เพื่อติดตามความร่วมมือในการใช้ยาในการเยี่ยมบ้านครั้งต่อไป
2. การจัดการอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาแก้ปวด กลุ่มโอปิออยด์	<ul style="list-style-type: none"> - ติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาแก้ปวด ทุกครั้งไปเยี่ยมบ้าน และพิจารณาข้อมูลจากการบันทึกอาการผิดปกติในสมุดร่วมด้วย - หาสาเหตุที่ทำให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์ เช่น การเกิดอันตรกิริยาของยา ผู้ป่วยแพ้ยา การเพิ่มขนาดยาเร็วเกินไป การไม่ได้ให้ยาเพื่อลดอาการไม่พึงประสงค์ของยากกลุ่มโอปิออยด์ เป็นต้น - เภสัชกรแนะนำเรื่องผลข้างเคียงของยากกลุ่มโอปิออยด์ที่ผู้ป่วยใช้ การจัดการ และป้องกันผลข้างเคียงนั้นๆ และแนะนำเรื่องผลข้างเคียง

บทบาทของเภสัชกร	กิจกรรมการบริหารทางเภสัชกรรม
	<p>ของยากลุ่มนี้ในผู้ป่วยที่เพิ่งเริ่มใช้ยาจะสามารถทนต่อยาได้มากขึ้น หลังใช้ยาไปแล้ว 1-2 สัปดาห์</p> <p>- ปรึกษาแพทย์ เพื่อช่วยประเมินปัญหา และเสนอแนวทางแก้ไข หลังจากนั้นให้ส่งต่อข้อมูลให้ทีม เพื่อติดตามอาการไม่พึงประสงค์ จากการใช้ยาในการเยี่ยมบ้านครั้งต่อไป</p>
<p>3. การติดตามอันตราย กิริยาของยา</p>	<p>- หาสาเหตุว่าเกิดจากยาตัวไหน หากเป็นปัญหาที่ไม่ก่อให้เกิดอันตรายกับผู้ป่วยให้เฝ้าระวัง และแจ้งผู้ป่วยถึงการสังเกตอาการผิดปกติ แต่หากเป็นอันตรายที่ก่อให้เกิดอันตราย ปรึกษาแพทย์ เพื่อปรับเปลี่ยนยาให้เหมาะสม หลังจากนั้นให้ส่งต่อข้อมูลให้ทีม เพื่อติดตามอาการผิดปกติของผู้ป่วยในการเยี่ยมบ้านครั้งต่อไป</p>
<p>4. การจัดการอาการ ปวดด้วยยากลุ่มโอปิ ออยด์</p>	<p>- บทบาทของเภสัชกรในการจัดการอาการปวดด้วยยาในผู้ป่วย โรคมะเร็งร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ตั้งแต่โรงพยาบาลต่อเนื่อง จนถึงที่บ้านแสดงดังผังภาพที่ 2</p>



ภาพที่ 2 บทบาทของเภสัชกรในการจัดการอาการปวดด้วยยาในผู้ป่วยโรคมะเร็งร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ตั้งแต่โรงพยาบาลต่อเนื่องจนถึงที่บ้าน

โดยรายละเอียดขั้นตอนการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องถึงที่บ้านของเภสัชกรร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพแสดงดังตารางที่ 19 สำหรับลำดับการใช้เครื่องมือแต่ละชิ้น กับความเชื่อมโยงของการใช้เครื่องมือต่างๆ กับบทบาทเภสัชกรในทีมแสดงดังผังภาพที่ 5 (ในภาคผนวก)

ตารางที่ 19 ขั้นตอนการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องถึงที่บ้านของเภสัชกรร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ

ระยะเยี่ยมบ้าน	กิจกรรมที่ทำร่วมกับทีมตามลำดับ
ก่อนเยี่ยมบ้าน	<ol style="list-style-type: none"> 1. ศึกษาข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน ก่อนออกเยี่ยมบ้านร่วมกับทีม โดยเภสัชกรจะเน้นทบทวนประวัติการใช้จ่ายยาเดิม จากข้อมูลที่มีใน HosXp ร่วมกับทีม จากนั้นพยาบาล PCU สรุปข้อมูลผู้ป่วยที่ต้องไปเยี่ยมให้ทีมฟังในภาพรวม (ข้อมูลผู้ป่วยได้รับมาจากการส่งต่อของพยาบาล OPD, IPD, พยาบาลประจำรพ.สต. ในโปรแกรม Smart COC ร่วมกับเวชระเบียนผู้ป่วย) 2. ประชุมทีมเยี่ยมบ้าน (แพทย์ พยาบาล เภสัชกร สำหรับนักโภชนาการ นักจิตวิทยา แพทย์แผนไทย ออกเยี่ยมเป็นรายเคส) เพื่อวางแผน วัน เวลา ลำดับบ้าน ที่จะออกไปเยี่ยมบ้าน และเตรียมกล่องเยี่ยมบ้าน* 3. ทีมกำหนดวัตถุประสงค์ของการไปเยี่ยมบ้านครั้งนั้นๆ ในแต่ละเคส (ศึกษาข้อมูลที่บันทึกไว้ ประเด็นที่ต้องติดตามครั้งก่อน) 4. ทีมโทรแจ้งผู้ป่วยล่วงหน้าถึงวัน เวลาที่ทีมจะเข้าไปโดยยึดตามความสะดวกของผู้ป่วยเป็นหลัก จากนั้นพยาบาล PCU ประสานพยาบาลรพ.สต. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม. ประจำพื้นที่ที่รับผิดชอบ เพื่อลงพื้นที่ร่วมกัน
ขณะเยี่ยมบ้าน	<p>แพทย์ : - ประเมินปัญหาสุขภาพของผู้ป่วย ค้นหาปัญหาของผู้ป่วยหรือครอบครัวที่ต้องแก้ไขตามลำดับความเร่งด่วน</p> <p>- วางแผน กำหนดเป้าหมายการรักษาร่วมกันกับผู้ป่วยและครอบครัว</p> <p>พยาบาล : - ประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (PPS) ในทุกครั้งที่ไปเยี่ยมบ้าน</p>

ระยะเยี่ยมบ้าน	กิจกรรมที่ทำร่วมกับทีมตามลำดับ
<p>ขณะเยี่ยมบ้าน</p>	<ul style="list-style-type: none"> - เตรียมผู้ดูแลผู้ป่วย ประเมิน caregiver burden ประเมินความต้องการของครอบครัว ที่อยู่อาศัย สิ่งแวดล้อม และวางแผนการดูแลล่วงหน้าก่อนผู้ป่วยจะเสียชีวิต (Advance care plan) เมื่อผู้ป่วยและครอบครัวพร้อม - ให้การพยาบาลแบบประคับประคอง ทำให้เกิดการต่างๆร่วมกับแพทย์ <p>เภสัชกร :</p> <ul style="list-style-type: none"> - จับประเด็นของผู้ป่วยในระหว่างที่แพทย์และพยาบาลคุยกับผู้ป่วยหรือญาติ นำเครื่องมือ INHOMESSS IFFE มาช่วยในการสัมภาษณ์ จากนั้นทบทวนการใช้ยาทุกอย่างที่ผู้ป่วยใช้ และจัดบันทึกลงแบบบริหาร - ประเมิน ESAS, ประเมินข้อมูลการบันทึกการทานยาในสมุดร่วมกับการสอบถามถึงการรับประทานยาของผู้ป่วยเพื่อติดตามความร่วมมือในการใช้ยา - ค้นหาปัญหาจากการใช้ยา จากนั้นปรึกษาทีมเพื่อหาแนวทางแก้ไขร่วมกัน และบันทึกประเด็นในการติดตามครั้งต่อไป <p>โดยข้อมูลประเด็นที่ต้องติดตามจากสหวิชาชีพต้องส่งต่อให้เจ้าหน้าที่ประจำแต่ละรพ.สต.ด้วย เพื่อให้ดูแลผู้ป่วยร่วมกัน</p> <p>เจ้าหน้าที่จากรพ.สต. อสม. :</p> <ul style="list-style-type: none"> - ประเมินปัญหาทางด้านสังคม - ประสานเครือข่ายทางสังคม หน่วยงานต่างๆ เช่น อบต. เทศบาล กลุ่มทางศาสนา - แนะนำการเข้ารับบริการในชุมชนใกล้บ้าน (รพ.สต.) - ส่งต่อข้อมูลประสานกับทีมเยี่ยมบ้านของโรงพยาบาล
<p>หลังเยี่ยมบ้าน</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. เภสัชกรสรุปประเด็นที่ต้องติดตามผู้ป่วยในการเยี่ยมบ้านครั้งต่อไปร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ จากนั้นทีมช่วยกันสรุปเคส กำหนดระยะเวลาในการไปเยี่ยมซ้ำ 2. พยาบาล PCU คีย์ข้อมูลการเยี่ยมบ้านลง HosXp และนำประเด็นที่ต้องติดตามในครั้งต่อไปของแต่ละวิชาชีพลงรายงานเคสในโปรแกรม Smart COC เพื่อส่งต่อข้อมูลลงพื้นที่

*เภสัชกรเตรียมอุปกรณ์ ยาและเวชภัณฑ์ดังนี้

- สมุดคู่มือประจำตัวผู้ป่วย
- กล่องจัดยาตัวอย่าง
- ซองซิปลิส ปากกาเมจิก (สำหรับจัดยาเป็นมือ)
- ที่ตัดเม็ดยา ช้อนชา หลอดดูดยา อุปกรณ์ช่วยสอนยาเทคนิคพิเศษ เช่น ปากกาฉีดอินซูลิน ยาพ่น
- บัตรแพทย์ ใบประเมิน ADR
- Mask, face shield, alcohol
- ยากลุ่มโอปิออยด์สำหรับผู้ป่วยบางรายที่ไม่สะดวกไปโรงพยาบาล
- แฟ้มเก็บข้อมูลของผู้ป่วยที่ไปเยี่ยมบ้าน เพื่อส่งต่อข้อมูลให้เภสัชกรท่านอื่น



ขั้นตอนที่ 2 ผลของบทบาทเภสัชกรในทีมสหวิชาชีพสำหรับการจัดการอาการปวดด้วยยา ในผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม แบ่งเป็น 8 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้มารับบริการ

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ กลุ่มผู้มารับบริการ คือ ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่มีอาการปวด และได้รับยาแก้ปวดในการควบคุมอาการปวด มีผู้ที่มีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์การคัดเลือกจำนวน 38 คน เก็บข้อมูลในช่วงระหว่าง เดือน พฤษภาคม ถึง ตุลาคม 2563 โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย แบ่งเป็นเพศหญิงร้อยละ 71.1 เพศชายร้อยละ 28.9 ช่วงอายุพบว่าส่วนใหญ่ช่วงอายุระหว่าง 50-59 ปี คิดเป็นร้อยละ 44.7 ส่วนใหญ่ร้อยละ 94.7 ไม่มีประวัติแพ้ยา และร้อยละ 60.5 มีโรคประจำตัวร่วมด้วย โดยโรคประจำตัวร่วมส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 36.8 รองลงมาคือ โรคไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 34.2 ชนิดของโรคมะเร็งที่พบส่วนใหญ่เป็นมะเร็งเต้านมร้อยละ 36.8 รองลงมาคือมะเร็งปากมดลูกร้อยละ 10.5 และระยะของโรคมะเร็งส่วนใหญ่อยู่ในระยะที่ 3 ร้อยละ 57.9 สำหรับสิทธิการรักษาส่วนใหญ่ใช้สิทธิบัตรทอง ร้อยละ 86.8 ในส่วนของยาแก้ปวดที่กลุ่มตัวอย่างใช้ส่วนใหญ่เป็นยาพาราเซตามอล ชนิดแคปซูลร้อยละ 63.2 ดังตาราง 20

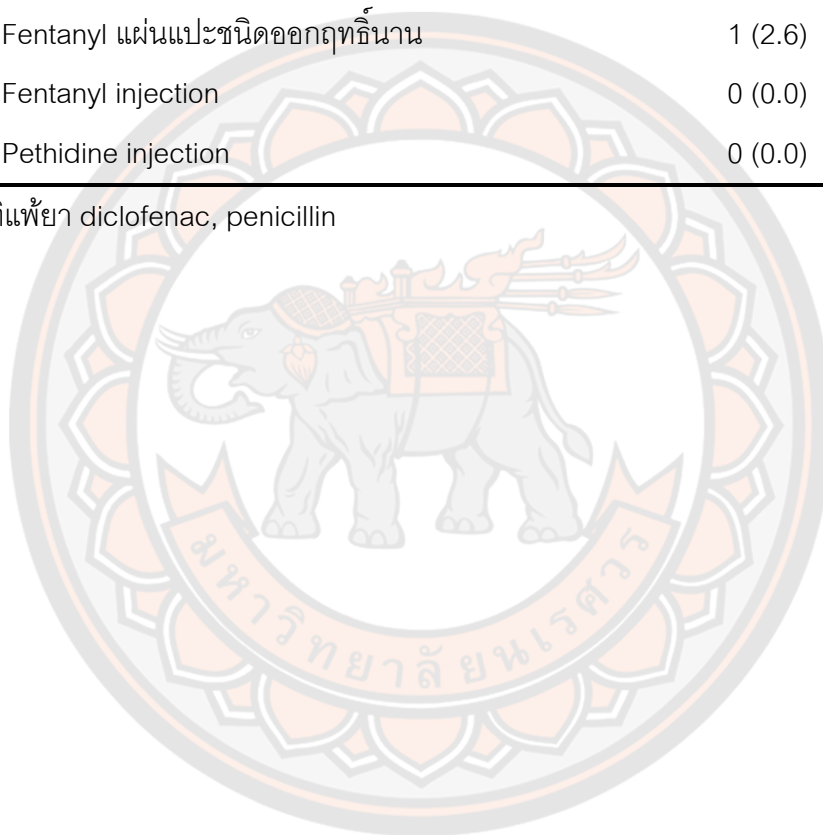
ตารางที่ 20 ข้อมูลทั่วไปของผู้มารับบริการ (N=38)

ข้อมูลทั่วไปของผู้มารับบริการ	จำนวน (ร้อยละ)
เพศ	
หญิง	27 (71.1)
ชาย	11 (28.9)
ช่วงอายุ	
20-29 ปี	0 (0.0)
30-39 ปี	1 (2.6)
40-49 ปี	7 (18.4)
50-59 ปี	17 (44.7)
60-69 ปี	12 (31.6)
70-79 ปี	1 (2.6)
80 ปีขึ้นไป	0 (0.0)
ประวัติแพ้ยา	
ไม่มีประวัติแพ้ยา	36 (94.7)
มีประวัติแพ้ยา*	2 (5.3)
โรคประจำตัวร่วม	
มีโรคประจำตัวร่วม	23 (60.5)
ไตวายเรื้อรัง	2 (5.3)
ความดันโลหิตสูง	14 (36.8)
เบาหวาน	8 (21.1)
ไขมัน	13 (34.2)
หัวใจ	0 (0.0)
หลอดเลือดในสมอง	0 (0.0)
เก๊าท์	0 (0.0)
หอบหืด	1 (2.6)
ไทรอยด์	1 (2.6)
โลหิตจาง	3 (7.9)
ลมชัก	1 (2.6)

ข้อมูลทั่วไปของผู้มารับบริการ	จำนวน (ร้อยละ)
ไม่มีโรคประจำตัวร่วม	15 (39.5)
ชนิดของโรคมะเร็ง	
เต้านม	14 (36.8)
ปากมดลูก	4 (10.5)
ลำไส้ใหญ่	3 (7.9)
ปอด	2 (5.3)
ตับ	2 (5.3)
ลึ้น	2 (5.3)
คอหอย	2 (5.3)
กล่องเสียง	2 (5.3)
หลอดอาหาร	2 (5.3)
เนื้อเยื่ออ่อน	1 (2.6)
กระเพาะอาหาร	1 (2.6)
รังไข่	1 (2.6)
ผิวหนัง	1 (2.6)
ต่อมน้ำเหลืองชนิดนอนฮอดจิกิน	1 (2.6)
ระยะของโรคมะเร็ง	
ระยะที่ 3	22 (57.9)
ระยะที่ 4	16 (42.1)
สิทธิการรักษา	
บัตรทอง	33 (86.8)
เบิกจ่ายตรง	2 (5.3)
ประกันสังคม	2 (5.3)
อื่นๆ	1 (2.6)
ยาแก้ปวดที่ได้รับ	
Tramadol capsule	24 (63.2)
Tramadol injection	0 (0.0)
Morphine ชนิดเม็ดออกฤทธิ์นาน (MST) 10 mg	6 (15.8)

ข้อมูลทั่วไปของผู้มารับบริการ	จำนวน (ร้อยละ)
Morphine ชนิดเม็ดออกฤทธิ์นาน (MST) 30 mg	1 (2.6)
Morphine ชนิดแคปซูลออกฤทธิ์นาน (Kapanol) 20 mg	4 (10.5)
Morphine ชนิดเม็ดออกฤทธิ์เร็ว (IR) 10 mg	5 (13.2)
Morphine ชนิดน้ำออกฤทธิ์เร็ว	9 (23.7)
Morphine injection	2 (5.3)
Fentanyl แผ่นแปะชนิดออกฤทธิ์นาน	1 (2.6)
Fentanyl injection	0 (0.0)
Pethidine injection	0 (0.0)

*ประวัติแพ้ยา diclofenac, penicillin



ส่วนที่ 2 การเยี่ยมบ้าน โดยใช้เครื่องมือ INHOMESSS IFFE

ข้อมูลผลการสัมภาษณ์ผู้ป่วยจากการเยี่ยมบ้าน โดยใช้เครื่องมือ INHOMESSS IFFE นี้ ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ โดยการจำแนกหรือจัดกลุ่มข้อมูลที่ ได้จากการสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างร่วมกับการสังเกตแบบมีส่วนร่วมจากการไปเก็บข้อมูลที่บ้าน ของผู้ป่วยโดยใช้เครื่องมือทางเวชศาสตร์ครอบครัวของ สายพิณ หัตถิรัตน์⁽³⁶⁾ และจตุพร ทองอิม⁽³⁷⁾ สำหรับเครื่องมือทางเวชศาสตร์ครอบครัวที่ถูกนำมาใช้ได้แก่ INHOMESSS (เครื่องมือเวชศาสตร์ ครอบครัวที่ใช้ในการตรวจสุขภาพครอบครัวอันเกี่ยวเนื่องกับการใช้ยา) และ IFFE (เครื่องมือเวช ศาสตร์ครอบครัวที่ใช้ในการสืบค้นโรคจากยา) โดยจะสัมภาษณ์ผู้ป่วยครั้งแรกที่เภสัชกรและทีมไป เยี่ยมบ้าน เพื่อช่วยให้เข้าใจถึงความต้องการของผู้ป่วยมากยิ่งขึ้น ผลจากการสัมภาษณ์ รายละเอียดดังนี้และสรุปในตารางที่ 21

INHOMESSS ประกอบด้วย

Immobility โดยดูว่าผู้ป่วยมีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐานได้เอง สามารถ ทำงานที่ต้องออกแรงมากขึ้นได้ และพิจารณาดูว่าเป็นผู้ป่วยติดเตียงที่ช่วยเหลือตนเองได้น้อย หรือไม่ นอกจากนี้ยังพิจารณาในประเด็นของยาที่ผู้ป่วยได้รับว่ามีผลต่อการเคลื่อนไหวภายในบ้าน หรือไม่ จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าส่วนใหญ่ร้อยละ 89.5 ผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวัน พื้นฐานได้เอง ส่วนใหญ่ร้อยละ 84.2 ยังไม่สามารถทำงานที่ต้องออกแรงมากขึ้นได้ และมีผู้ป่วยที่ ติดเตียงช่วยเหลือตนเองได้น้อยเพียง ร้อยละ 10.5 ในประเด็นของยาที่ผู้ป่วยได้รับส่วนใหญ่ร้อยละ 71.1 คือ ยาที่มีผลทำให้ง่วงนอน มึนงง เวียนหัว ซึ่งเป็นผลข้างเคียงของยาแก้ปวดกลุ่มไอบิโพรเฟนที่ พบได้ทั่วไปแต่ไม่มีผลต่อการเคลื่อนไหวภายในบ้าน

Nutrition พิจารณาในเรื่องของความสามารถในการรับประทานอาหารของผู้ป่วย ว่า สามารถทานอาหารได้เอง กลืนได้ตามปกติหรือได้รับอาหารผ่านสายให้อาหาร และพิจารณา พฤติกรรมในการเลือกทานอาหารว่ามีความเหมาะสมกับโรคหรือไม่ ในประเด็นของยาที่ผู้ป่วย ได้รับนั้นดูว่ามีผลต่อการรับประทานอาหารของผู้ป่วยหรือไม่ เช่น ยาทำให้ผู้ป่วยทานอาหารได้ ลดลง นอกจากนี้ยังดูในเรื่องของอันตรกิริยาของอาหารกับยาอีกด้วย จากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่าส่วนใหญ่ร้อยละ 76.3 ผู้ป่วยสามารถทานอาหารได้เองตามปกติไม่มีปัญหาเรื่องการกลืน และผู้ป่วยส่วนใหญ่ร้อยละ 78.9 มีพฤติกรรมการเลือกทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค ในประเด็น

ของยาที่ผู้ป่วยได้รับส่วนใหญ่ร้อยละ 86.8 ไม่มีผลทำให้ทานอาหารได้น้อยลง และร้อยละ 100 ไม่เกิดอันตรกิริยาของอาหารกับยา

Housing พิจารณาในเรื่องของสภาพแวดล้อมภายในบ้านว่ามีอากาศปลอดโปร่ง ถ่ายเทไม่อับชื้น สะอาด เป็นระเบียบเหมาะสมต่อการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามต่อเนื่องที่บ้าน และยังพิจารณาในเรื่องของยาว่าผู้ป่วยสามารถเก็บรักษายาได้เหมาะสมภายในสภาพแวดล้อมในบ้านหรือไม่ จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าส่วนใหญ่ร้อยละ 57.9 ภายในบ้านที่อาศัยอยู่มีสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมต่อการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามต่อเนื่องที่บ้าน และในประเด็นของยาผู้ป่วยส่วนใหญ่ร้อยละ 68.4 สามารถเก็บรักษาได้อย่างเหมาะสม

Other people เป็นการพิจารณาว่าสมาชิกในบ้านที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่มีใครบ้าง ใครเป็นผู้ใกล้ชิดที่คอยเป็นตัวแทนที่สามารถตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาได้ หรือผู้ป่วยอยู่ตัวคนเดียวไม่มีญาติใกล้ชิด นอกจากนี้ยังพิจารณาในประเด็นของยา ว่ายาที่ผู้ป่วยใช้อยู่มีผลรบกวนคนรอบข้างหรือไม่ จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าส่วนใหญ่ร้อยละ 92.1 มีญาติใกล้ชิดคอยช่วยดูแล ช่วยตัดสินใจ และในประเด็นของยาที่ผู้ป่วยใช้ส่วนใหญ่ร้อยละ 100 ไม่มีผลรบกวนคนรอบข้าง

Medication ประเมินทุกสิ่งที่ผู้ป่วยใช้เพื่อวัตถุประสงค์ในการเป็นยา ไม่ว่าจะเป็นยาที่แพทย์สั่งใช้ เพื่อรักษาโรคประจำตัวจากทุกสถานพยาบาล ยาที่ซื้อมาใช้นอกเหนือจากแพทย์สั่ง สมุนไพร ยาต้ม ยาหม้อ ยาพระ อาหารเสริมทุกชนิด ว่ามีอะไรบ้างและใช้อย่างไร ถูกต้องหรือไม่ เกิดปัญหาจากการใช้ยาหรือไม่ (ปัญหาจากการใช้ยาจะกล่าวถึงในส่วนที่ 5) จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าส่วนใหญ่ร้อยละ 60.5 ผู้ป่วยได้รับยาโรคประจำตัวที่สั่งใช้โดยแพทย์ ในส่วนของยาที่ซื้อมาใช้เองนอกเหนือจากแพทย์สั่ง จะประกอบด้วย สมุนไพร อาหารเสริม ยาหม้อ ยาพระ โดยยาสมุนไพรส่วนใหญ่ที่ผู้ป่วยใช้ร้อยละ 10.5 เป็นใบกัญชา รองลงมาเป็นน้ำมันกัญชาร้อยละ 7.9 อาหารเสริมที่ใช้พบในสัดส่วนเท่าๆกันร้อยละ 2.6 ประกอบด้วย เบต้ากลูแคน งาดำ และเห็ดหลินจือ ยาหม้อ ได้แก่ ว่านอังกาบหนูต้ม ร้อยละ 2.6 นอกจากนี้ยังมียาที่ได้จากพระพบในสัดส่วนเท่าๆกันร้อยละ 2.6 ประกอบด้วย น้ำมันกัญชาสกัด สมุนไพรสกัดจากกระดูกและหนังควาย สมุนไพรยาลูกกลอนไม่ทราบส่วนประกอบ

Examination เป็นการประเมินทางด้านร่างกายและประเมินทางเภสัชกรรม โดยการประเมินทางด้านร่างกายจะดูว่าผู้ป่วยยังสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้เองทุกอย่างหรือทำได้บ้างอย่าง จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าส่วนใหญ่ร้อยละ 60.5 ผู้ป่วยยังสามารถทำกิจวัตร

ประจำวันได้เองทุกอย่าง ส่วนประเมินทางเภสัชกรรมใช้หลักการ 4C ได้แก่ Control คือ ประเมินว่ายาที่ผู้ป่วยได้รับมีประสิทธิภาพในการควบคุมโรคที่เป็น จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าส่วนใหญ่ร้อยละ 92.1 สามารถควบคุมโรคได้ด้วยยาที่ได้รับ Compliance คือ ประเมินว่ายาที่ผู้ป่วยได้รับทำให้เกิดความร่วมมือในการใช้ยาจากผู้ป่วยหรือไม่ จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าส่วนใหญ่ร้อยละ 65.8 ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการใช้ยาดี Complication คือ ประเมินว่ายาที่ผู้ป่วยได้รับทำให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์แก่ผู้ป่วยหรือไม่ จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าส่วนใหญ่ร้อยละ 57.9 ยาไม่ได้ทำให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์ Concern คือ ประเมินว่ายาที่ผู้ป่วยได้รับช่วยลดความกังวลต่อโรคที่ผู้ป่วยเป็นหรือไม่ จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าส่วนใหญ่ร้อยละ 65.8 ยาที่ผู้ป่วยได้รับช่วยลดความกังวลต่อโรคที่เป็นอยู่

Safety เป็นการประเมินในส่วนของบ้านที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ถึงสภาพความปลอดภัยที่เหมาะสม เช่น บ้านมั่นคงแข็งแรง มีรั้วรอบขอบชิด สภาพภายในบ้านไม่ก่อให้เกิดอันตรายแก่ผู้ป่วย จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าส่วนใหญ่ร้อยละ 57.9 มีความเหมาะสม นอกจากนี้เรื่องที่อยู่อาศัยแล้วยังมีการประเมินในเรื่องของยาที่ผู้ป่วยได้รับว่าทำให้เกิดผลข้างเคียงจนทำให้อาจเกิดอันตรายหรือไม่ จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าส่วนใหญ่ร้อยละ 97.4 ยาที่ผู้ป่วยได้รับไม่ได้ทำให้เกิดผลข้างเคียงจนทำให้อาจเกิดอันตราย

Spirituality เป็นการประเมินเกี่ยวกับความเชื่อ ค่านิยมของคนในบ้านรวมถึงตัวผู้ป่วยเอง ศาสนา สิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจผู้ป่วย ความรู้สึกภายใน จิตวิญญาณ จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า มีความหลากหลายของความคิด ส่วนเรื่องศาสนาผู้ป่วยร้อยละ 44.7 ใช้หลักคำสอนของศาสนาพุทธมาช่วยยึดเหนี่ยว ทำจิตใจให้สงบ สามารถยอมรับ กล้าเผชิญหน้ากับโรคร้ายที่เป็นอยู่ได้ ผู้ป่วยบางส่วนร้อยละ 31.6 ที่ยังมีความกังวลยังไม่สามารถยอมรับได้กับโรคร้าย ร้อยละ 7.9 กังวลเกี่ยวกับสามีนอกใจเนื่องจากถูกตัดเต้านมและมีผู้ป่วยร้อยละ 10.5 ใช้หลักคำสอนของศาสนาอิสลาม เรื่องการดูแลให้ผู้ป่วยลดความทุกข์ทรมานในระยะสุดท้ายของโรค

Service เป็นการประเมินเกี่ยวกับบริการการดูแลสุขภาพทั้งที่บ้านและโรงพยาบาลว่ามีอะไรบ้าง ที่ผู้ป่วยสามารถไปใช้สิทธิได้ หรือมีการบริการอื่นใดที่ใกล้ๆบ้านที่ผู้ป่วยและญาติสามารถไปใช้บริการได้ นอกจากนี้ยังพิจารณาประเด็นของยาที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องใช้ ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงยานั้นได้หรือไม่ จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าร้อยละ 100 ผู้ป่วยสามารถไปรับบริการที่

สถานพยาบาลตามสิทธิ นอกจากนี้ยังสามารถใช้บริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใกล้บ้านได้ และร้อยละ 100 ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงยาที่จำเป็นต่อการใช้ได้

IFFE

Idea เป็นการประเมินว่าผู้ป่วยมีความคิดอย่างไรกับยาที่ได้รับ จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ส่วนใหญ่ร้อยละ 86.8 คิดว่ายาทุกตัวที่ได้รับมีความจำเป็นต่อการใช้ รองลงมาคือ ร้อยละ 42.1 ผู้ป่วยคิดว่าความทุกข์ที่เกิดขึ้นมีสาเหตุมาจากยา

Feeling เป็นการประเมินว่าผู้ป่วยใช้ยาแล้วรู้สึกอย่างไร จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ส่วนใหญ่ผู้ป่วยรู้สึกมีความกังวลเกิดทุกข์จากยาที่รับประทานอยู่ รองลงมาคือ รู้สึกกลัวผลข้างเคียงจากยา รู้สึกกลัวติดยาแก้ปวด เท่าๆกับรู้สึกกลัวยาหมดไม่มีทานต่อเนื่อง และรู้สึกกลัวยาหมดไม่มีญาติพาไปพบแพทย์ เท่าๆกับรู้สึกกลัวว่าจะใช้ยาผิดวิธี ร้อยละ 47.4, 39.5, 5.3, 5.3, 2.6, 2.6 ตามลำดับ

Function เป็นการประเมินสมรรถภาพทั่วไปเมื่อผู้ป่วยใช้ยาแก้ปวด จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ส่วนใหญ่เมื่อผู้ป่วยใช้ยาแก้ปวดแล้วจะช่วยให้ทำงาน ทำกิจกรรมประจำวันได้ดีขึ้น ร้อยละ 97.4 นอกจากนี้ยังเป็นการประเมินผู้ป่วยเรื่องทุกข์จากยา ซึ่งเป็นความคิดในมุมมองของเภสัชกรคิดว่าความทุกข์ การเจ็บป่วยของผู้ป่วยนั้นเกิดจากยาจริงๆหรือไม่ จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าในความคิดของเภสัชกร มีผู้ป่วยที่เกิดทุกข์จากยาร้อยละ 42.1

Expectation เป็นการประเมินถึงความคาดหวังของผู้ป่วยเกี่ยวกับยา จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ส่วนใหญ่คาดหวังว่ายาจะช่วยควบคุมอาการของโรคได้ รองลงมาคือ คาดหวังว่าจะได้รับยาที่มีประสิทธิภาพดีตามสิทธิที่ตนพึงมี คาดหวังว่ายาจะทำให้โรคหายขาดเท่ากับคาดหวังว่าจะมียาใช้ไปตลอดไม่ขาดยา และไม่คาดหวังอะไรกับยาเลย ร้อยละ 57.9, 18.4, 15.8, 15.8 และ 10.5 ตามลำดับ ดังตารางที่ 21

ตารางที่ 21 ผลการสัมภาษณ์ผู้ป่วยจากการเยี่ยมบ้าน โดยใช้เครื่องมือ INHOMESSS IFFE (N=38)

เครื่องมือเวชศาสตร์ครอบครัว	จำนวน (ร้อยละ)
INHOMESSS	
Immobility	
การทำกิจวัตรพื้นฐาน	
ผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรพื้นฐานได้เอง	34 (89.5)
ผู้ป่วยไม่สามารถทำกิจวัตรพื้นฐานได้เอง	4 (10.5)
การทำงานที่ใช้แรงมากขึ้น	
ผู้ป่วยสามารถทำงานที่ใช้แรงมากขึ้นได้	6 (15.8)
ผู้ป่วยไม่สามารถทำงานที่ใช้แรงมากขึ้นได้	32 (84.2)
ผู้ป่วยติดเตียง	
ติดเตียง	4 (10.5)
ไม่ติดเตียง	34 (89.5)
ยาที่ผู้ป่วยได้รับมีผลต่อการเคลื่อนไหวภายในบ้าน	
มี	11 (28.9)
ไม่มี	27 (71.1)
Nutrition	
ความสามารถในการรับประทานอาหาร	
ผู้ป่วยใส่สายให้อาหารทานอาหารเหลวตามสูตร	9 (23.7)
ผู้ป่วยสามารถทานอาหารได้เองตามปกติ	29 (76.3)
พฤติกรรมการเลือกทานอาหาร	
ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการเลือกทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค	30 (78.9)
ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการเลือกทานอาหารที่ไม่เหมาะสมกับโรค	8 (21.1)
ยาที่ผู้ป่วยได้รับมีผลต่อการทานอาหารได้ลดลง	
มีผล	5 (13.2)
ไม่มีผล	33 (86.8)
อันตรกิริยาระหว่างอาหารกับยา	

เครื่องมือเวชศาสตร์ครอบครัว	จำนวน (ร้อยละ)
มี	0 (0.0)
ไม่มี	38 (100)
Housing	
สภาพแวดล้อมภายในบ้าน	
สภาพในบ้านโปร่ง สะอาด เป็นระเบียบเหมาะสมกับผู้ป่วย	22 (57.9)
สภาพในบ้านแออัด ไม่สะอาด รก ไม่เหมาะสมกับผู้ป่วย	16 (42.1)
ความเหมาะสมต่อการเก็บรักษาภายในบ้าน	
เก็บรักษาเหมาะสม	26 (68.4)
เก็บรักษาไม่เหมาะสม	12 (31.6)
Other people	
ผู้ป่วยมีญาติใกล้ชิดคอยช่วยเหลือเป็นตัวแทนที่คอยช่วยตัดสินใจแทนผู้ป่วย	35 (92.1)
ผู้ป่วยอยู่คนเดียวไม่มีญาติใกล้ชิดดูแลตัดสินใจด้วยตัวเอง	3 (7.9)
ยาที่ผู้ป่วยใช้มีผลรบกวนคนรอบข้าง	
ไม่มีผล	38 (100)
มีผล	0 (0.0)
Medication	
ยารักษาเลือด	
folic	9 (23.7)
ferrous fumarate	7 (18.4)
ยาไทรอยด์	
levothyroxine	1 (2.6)
ยาระบาย	
Milk of magnesia	11 (28.9)
senna	5 (13.2)
bisacodyl	1 (2.6)
lactulose	1 (2.6)

เครื่องมือเวชศาสตร์ครอบครัว	จำนวน (ร้อยละ)
ยาขับเสมหะ	
acetylcysteine	2 (5.3)
guaifenesin	1 (2.6)
ยาแก้ปวดปลายประสาท	
amitriptylline	1 (2.6)
gabapentin	3 (7.9)
ยาละลายลิ่มเลือด	
aspirin	3 (7.9)
ยาลดความดันโลหิต	
enalapril	4 (10.5)
amlodipine	9 (23.7)
HCTZ	6 (15.8)
losartan	6 (15.8)
spironolactone	1 (2.6)
ยาเบาหวาน	
insulin	1 (2.6)
metformin	8 (21.1)
glipizide	5 (13.2)
glibenclamide	1 (2.6)
pioglitazone	1 (2.6)
วิตามินและเกลือแร่	
vitamin B complex	7 (18.4)
calcium	4 (10.5)
ยาลดไขมันในเลือด	
simvastatin	14 (36.8)
ยาโรกระบบทางเดินอาหาร	
omeprazole	3 (7.9)
domperidone	2 (5.3)

เครื่องมือเวชศาสตร์ครอบครัว	จำนวน (ร้อยละ)
loperamide	2 (5.3)
ยานอนหลับ คลายกังวล	
lorazepam	2 (5.3)
ยาแก้ปวดNSAIDs	
naproxen	1 (2.6)
diclofenac	1 (2.6)
mefenamic	1 (2.6)
ยาโรคหอบหืด ถุงลมโป่งพอง	
procaterol	2 (5.3)
fluticasone/salmeterol MDI	1 (2.6)
ipratropium/fenoterol MDI	2 (5.3)
ยาช่วยเจริญอาหาร	
cypoheptadine	1 (2.6)
ยาโรคมะเร็งชนิดรับประทาน	
tamoxifen	8 (21.1)
letrozole	1 (2.6)
megestrol	1 (2.6)
ยาด้านฮีสตามีน	
loratadine	1 (2.6)
ยาโรคหัวใจ	
ISMN	1 (2.6)
ยากันชัก	
phenobarbital	1 (2.6)
ยาแก้ปวด paracetamol	2 (5.3)
ยาคลายกล้ามเนื้อ	
tolperisone	2 (5.3)
baclofen	1 (2.6)
สมุนไพร	

เครื่องมือเวชศาสตร์ครอบครัว	จำนวน (ร้อยละ)
ใบกัญชา	4 (10.5)
น้ำมันกัญชา	3 (7.9)
ฟ้าทะลายโจร	1 (2.6)
อาหารเสริม	
เบต้ากลูแคน	1 (2.6)
งาดำ	1 (2.6)
เห็ดหลินจือ	1 (2.6)
ยาหม้อ	
ว่านอังกาบหนู	1 (2.6)
ยาพระ	
น้ำมันกัญชาสกัด	1 (2.6)
สมุนไพรรูปสุษสัดจากกระดุกและหนังควาย	1 (2.6)
สมุนไพรมะลูดกลอนไม่ทราบส่วนประกอบ	1 (2.6)
Examination	
ประเมินด้านร่างกาย	
ผู้ป่วยยังสามารถทำภารกิจประจำวันได้เองทุกอย่าง	23 (60.5)
ผู้ป่วยยังสามารถทำภารกิจประจำวันได้เองบางอย่าง	15 (39.5)
ประเมินทางเภสัชกรรม	
ยาที่ผู้ป่วยได้รับมีประสิทธิภาพในการควบคุมโรคที่เป็น	
คุมโรคได้	35 (92.1)
คุมโรคไม่ได้	3 (7.9)
ยาที่ผู้ป่วยได้รับทำให้เกิดความร่วมมือในการใช้ยาจาก	
ผู้ป่วย	
ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการใช้ยา	25 (65.8)
ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยา	13 (34.2)
ยาที่ผู้ป่วยได้รับทำให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์แก่ผู้ป่วย	
เกิดอาการไม่พึงประสงค์	16 (42.1)
ไม่เกิดอาการไม่พึงประสงค์	22 (57.9)

เครื่องมือเวชศาสตร์ครอบครัว	จำนวน (ร้อยละ)
ยาที่ผู้ป่วยได้รับช่วยลดความกังวลต่อโรคที่ผู้ป่วยเป็น	
ใช่	25 (65.8)
ไม่ใช่	13 (34.2)
Safety	
บ้านที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่มีสภาพความปลอดภัยที่เหมาะสม	
เหมาะสม	22 (57.9)
ไม่เหมาะสม	16 (42.1)
ยาที่ผู้ป่วยได้รับทำให้เกิดผลข้างเคียงจนทำให้ผู้ป่วยไม่ปลอดภัย	
ใช่	1 (2.6)
ไม่ใช่	37 (97.4)
Spirituality	
ยาที่ผู้ป่วยทานส่งผลต่อความรู้สึกภายในจิตวิญญาณคิด	4 (10.5)
ว่าตนใกล้ถึงวาระสุดท้ายของชีวิต	
ผู้ป่วยสามารถทำจิตใจให้สงบ ยอมรับความจริงที่ต้อง	17 (44.7)
เผชิญโรคร้ายโดยใช้หลักคำสอนศาสนาพุทธ	
ยึดหลักการดูแลให้ผู้ป่วยลดความทุกข์ทรมานในระยะ	4 (10.5)
สุดท้ายโดยใช้หลักคำสอนศาสนาอิสลาม	
ผู้ป่วยยังคงมีความกังวลในใจไม่สามารถยอมรับเผชิญกับ	12 (31.6)
โรคร้าย	
ผู้ป่วยมีความเชื่อในการรักษาทางเลือก สมุนไพรพื้นบ้าน	9 (23.7)
ผู้ป่วยมีความกังวลเรื่องสามีนอกใจหลังจากถูกตัดเต้านม	3 (7.9)
Service	
ยาที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องใช้ผู้ป่วยสามารถใช้สิทธิในการเข้าถึง	38 (100)
ยาได้	
ผู้ป่วยสามารถไปรับบริการที่สถานพยาบาลตามสิทธิ	38 (100)
IFFE	
Idea ผู้ป่วยคิดอย่างไรกับยาตัวที่ได้รับ	

เครื่องมือเวชศาสตร์ครอบครัว	จำนวน (ร้อยละ)
ผู้ป่วยคิดว่าความทุกข์ที่เกิดขึ้นมีสาเหตุมาจากยา	16 (42.1)
ผู้ป่วยคิดว่ายาทุกตัวมีความสำคัญจำเป็นต้องใช้	33 (86.8)
ผู้ป่วยคิดว่าการทำงานยาไม่มีความจำเป็น	5 (13.2)
Feeling ผู้ป่วยใช้ยาแล้วรู้สึกอย่างไร	
รู้สึกมีความกังวล ทุกข์จากยาที่รับประทานอยู่	18 (47.4)
รู้สึกกลัวผลข้างเคียงจากยา	15 (39.5)
รู้สึกกลัวติดยาแก้ปวด	2 (5.3)
รู้สึกกลัวยาหมดไม่มีทานต่อเนื่อง	2 (5.3)
รู้สึกกลัวยาหมดไม่มีญาติพาไปพบแพทย์	1 (2.6)
รู้สึกกลัวว่าจะใช้ยาผิดวิธี	1 (2.6)
Function สมรรถภาพทั่วไปเมื่อผู้ป่วยใช้ยาและเภสัชกรคิดว่าผู้ป่วยเกิดทุกข์จากยาหรือไม่	
เมื่อผู้ป่วยใช้ยาแก้ปวดแล้วทำให้ทำงานทำกิจวัตรได้ดีขึ้น	37 (97.4)
เภสัชกรคิดว่าความทุกข์ การเจ็บป่วยของผู้ป่วยเกิดจากยา	16 (42.1)
Expectation ความคาดหวังของผู้ป่วยเกี่ยวกับยา	
คาดหวังว่ายาคะช่วยควบคุมอาการของโรคได้	22 (57.9)
คาดหวังว่าจะได้รับยาที่มีประสิทธิภาพดีตามสิทธิของตน	7 (18.4)
พึงมี	
คาดหวังว่ายาคะทำให้โรคหายขาด	6 (15.8)
คาดหวังว่าจะมียาใช้ไปตลอดไม่ขาดยา	6 (15.8)
ไม่คาดหวังอะไรกับยาเลย	4 (10.5)

ส่วนที่ 3 ผลลัพธ์จากกิจกรรมการบริหารเภสัชกรรม เรื่องค่าคะแนนความปวด และอาการรบกวนอื่นๆ

ผลลัพธ์จากกิจกรรมการบริหารเภสัชกรรม เรื่องค่าคะแนนความปวด และอาการรบกวนอื่นๆ ได้ถูกประเมินโดย แบบประเมิน ESAS⁽¹⁵⁾ (Edmonton Symptom Assessment System) ฉบับแปลเป็นภาษาไทยของคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี (อ.พญ.มนทรัตน์ จินดา) แปลมาจากต้นฉบับของ Bruera E, MD version 1991 แบบประเมินหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) มีค่าเท่ากับ 0.75 โดยอาการที่ประเมินในแบบสอบถาม ESAS มีทั้งหมด 9 อาการ ประกอบไปด้วย อาการปวด อาการเหนื่อย/อ่อนเพลีย อาการคลื่นไส้ อาการซึมเศร้า อาการวิตกกังวล อาการง่วงซึม อาการเบื่ออาหาร ความไม่สบายทั้งกายและใจ อาการเหนื่อยหอบและอาการอื่นๆ ระดับการวัดแต่ละอาการจะถูกแบ่งเป็นหมายเลข 0-10 โดยเลข 0 หมายถึงไม่มีอาการและเลข 10 หมายถึง มีอาการมากที่สุด โดยผู้วิจัยจะเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนแต่ละอาการทั้ง 4 visit 2 วิธีคือ

1. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนแต่ละอาการทั้ง 4 visit วิเคราะห์ข้อมูลเป็นคู่ที่ละคู่ โดย visit ที่ 1 กับ 2 คือ ก่อนให้การบริบาลเภสัชกรรม visit ที่ 3 คือ หลังให้การบริบาลเภสัชกรรมไป 1 สัปดาห์ และ visit ที่ 4 คือ หลังให้การบริบาลเภสัชกรรมไป 2 สัปดาห์ หากข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติใช้ paired t-test หากข้อมูลมีการแจกแจงแบบไม่ปกติใช้ wilcoxon signed ranks test

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนแต่ละอาการทั้ง 4 visit ผู้วิจัยได้เก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างคนเดียวกันวัดซ้ำ 4 visit แบ่งเป็น visit ที่ 1 กับ visit ที่ 2 คือ ก่อนให้การบริบาลเภสัชกรรม visit ที่ 3 คือ หลังให้การบริบาลไป 1 สัปดาห์ และ visit ที่ 4 คือ หลังให้การบริบาลไป 2 สัปดาห์ โดยหากข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติใช้ one way repeated measures ANOVA หากข้อมูลมีการแจกแจงแบบไม่ปกติใช้ friedman test จากนั้นหาคู่ที่มีความแตกต่างของคะแนนด้วย wilcoxon signed ranks test

เมื่อเปรียบเทียบค่ามัธยฐานคะแนนความรุนแรงของอาการ ก่อนให้การบริบาลเภสัชกรรม visit 2 กับหลังให้การบริบาลเภสัชกรรมไป 1 สัปดาห์ใน visit 3 จากการศึกษาพบว่า ค่ามัธยฐานคะแนนความรุนแรงของอาการปวด คลื่นไส้ ซึมเศร้า วิตกกังวล ความไม่สบายกายและใจ และท้องผูก หลังให้การบริบาลเภสัชกรรมไป 1 สัปดาห์ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$ เมื่อเทียบกับก่อนให้การบริบาลเภสัชกรรม ซึ่งให้ผลเช่นเดียวกันกับ การเปรียบเทียบค่ามัธย

ฐานคะแนนความรุนแรงของอาการ ก่อนให้การบริบาลเภสัชกรรม visit 1 กับหลังให้การบริบาลเภสัชกรรมไป 2 สัปดาห์ใน visit 4 นอกจากนี้ยังพบว่า ค่ามัธยฐานคะแนนความรุนแรงของอาการ ซึมเศร้า วิดกกังวล ความไม่สบายกายและใจ หลังให้การบริบาลเภสัชกรรมไป 2 สัปดาห์ ยังคงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$ เมื่อเทียบกับหลังให้การบริบาลเภสัชกรรมไป 1 สัปดาห์ ดังตารางที่ 22

นอกจากนี้เมื่อพิจารณาระดับคะแนนความปวด แยกตามกลุ่มตัวอย่างรายเก่าและรายใหม่ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ยาแก้ปวดรายใหม่มีระดับคะแนนความปวดหลังให้การบริบาลเภสัชกรรมลดลง เมื่อเทียบกับก่อนให้การบริบาลเภสัชกรรม โดยค่ามัธยฐานระดับคะแนนความปวด = 4.50 และ 3.00 ตามลำดับ ซึ่งลดลงจาก baseline เดิม 33.33% (เป้าหมายของการจัดการอาการปวดที่ดีในงานวิจัยนี้ได้กำหนดว่า คะแนนความปวดลดลงจาก baseline เดิม 30% (visit 2 เทียบกับ visit 3) และเมื่อเปรียบเทียบใน visit 1 กับ 2 พบว่า ระดับคะแนนความปวดลดลงหลังจากได้ใช้ยาแก้ปวดไปแล้ว 1 สัปดาห์ ข้อมูลดังตารางที่ 23

สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ยาแก้ปวดรายเก่ามีระดับคะแนนความปวดหลังให้การบริบาลเภสัชกรรมลดลง เมื่อเทียบกับก่อนให้การบริบาลเภสัชกรรม โดยค่ามัธยฐานระดับคะแนนความปวด = 6.00 และ 4.00 ตามลำดับ ซึ่งลดลงจาก baseline เดิม 33.33 % (visit 2 เทียบกับ visit 3) และเมื่อเปรียบเทียบใน visit 1 กับ 2 พบว่า ระดับคะแนนความปวดไม่แตกต่างกัน นอกจากนี้ในส่วนของอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาแก้ปวด ในกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ยาแก้ปวดรายใหม่ก่อนให้การบริบาล (visit 1) ยังไม่พบเนื่องจากยังไม่ได้ใช้ยา ส่วนในกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ยาแก้ปวดรายเก่าพบทั้งหมด 9 รายส่วนใหญ่เป็นผลข้างเคียงจากยา ترامาดอล คือ คลื่นไส้ อาเจียน เวียนหัว รองลงมาเป็นผลข้างเคียงจากยามอร์ฟิน คือ ท้องผูก ข้อมูลดังตารางที่ 24

ตารางที่ 22 เปรียบเทียบค่ามัธยฐานระดับความรุนแรงของอาการปวดและอาการรบกวนอื่น ๆ

อาการ	ระดับความรุนแรง, Median (Interquartile range)				p-value ^a
	Visit 1 (n = 38)	Visit 2 (n = 38)	Visit 3 (n = 38)	Visit 4 (n = 37)	
อาการปวด	6 (2)	6 (2)	4 (1)	4 (1)	0.001*
p-value ^b	0.330 ^c	0.001 ^{d,*}	1.000 ^e	0.001 ^{f,*}	
อาการเหนื่อย เพลีย	3 (4)	2 (4)	2 (5)	3 (5)	0.018*
p-value ^b	0.201 ^c	0.251 ^d	0.655 ^e	0.058 ^f	
อาการคลื่นไส้	2 (4)	2 (5)	1 (3)	1 (3)	0.001*
p-value ^b	0.561 ^c	0.001 ^{d,*}	0.225 ^e	0.001 ^{f,*}	
อาการซึมเศร้า	4 (3)	4 (3)	2 (2)	1 (1)	0.001*
p-value ^b	0.366 ^c	0.001 ^{d,*}	0.001 ^{e,*}	0.001 ^{f,*}	
อาการวิตกกังวล	4 (3)	4 (3)	2 (3)	1 (1)	0.001*
p-value ^b	0.122 ^c	0.001 ^{d,*}	0.001 ^{e,*}	0.001 ^{f,*}	
อาการง่วงซึม	1 (1)	2 (2)	1 (2)	1 (2)	0.301
p-value ^b	0.474 ^c	0.110 ^d	0.808 ^e	0.892 ^f	
อาการเบื่ออาหาร	3 (7)	4 (7)	3 (6)	4 (6)	0.179
p-value ^b	0.386 ^c	0.097 ^d	0.593 ^e	0.210 ^f	
ความไม่สบายทั้งกายและใจ	6 (2)	6 (3)	4 (2)	3 (2)	0.001*
p-value ^b	0.186 ^c	0.001 ^{d,*}	0.001 ^{e,*}	0.001 ^{f,*}	
อาการเหนื่อยหอบ	0 (2)	0 (2)	0 (1)	0 (1)	0.031*
p-value ^b	0.964 ^c	0.062 ^d	0.098 ^e	0.201 ^f	
อาการท้องผูก	0 (6)	0 (3)	0 (2)	0 (3)	0.001*
p-value ^b	0.465 ^c	0.007 ^{d,*}	0.414 ^e	0.007 ^{f,*}	
อาการท้องอืดแน่นท้อง	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	-
p-value ^b	0.317 ^c	0.317 ^d	1.000 ^e	1.000 ^f	
อาการใจสั่น	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0.392
p-value ^b	0.317 ^c	1.000 ^d	1.000 ^e	0.317 ^f	
อาการท้องเสีย	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0.392
p-value ^b	0.317 ^c	0.317 ^d	0.317 ^e	0.317 ^f	

Visit 1 = ประเมิน ESAS ครั้งที่ 1 (ก่อนให้การบริบาล) ; โดยส่วนของ OPD คือ ผู้ป่วยได้รับยาแก้ปวดครั้งที่ OPD ยังไม่ได้ใช้ยา ; IPD คือ แพทย์สั่งใช้ยาแก้ปวดครั้งที่ IPD ; Refer back คือ ผู้ป่วยได้รับยาแก้ปวดครั้งแรกและเภสัชกรเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1

Visit 2 = ประเมิน ESAS ครั้งที่ 2 (ก่อนให้การบริบาล) ; โดยส่วนของทั้ง OPD และ IPD คือ ผู้ป่วยใช้ยาแก้ปวดไป 1 สัปดาห์ และเภสัชกรเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 ; Refer back คือ ผู้ป่วยใช้ยาแก้ปวดไป 1 สัปดาห์ และเภสัชกรเยี่ยมบ้านครั้งที่ 2

Visit 3 = ประเมิน ESAS ครั้งที่ 3 (หลังให้การบริบาลไป 1 สัปดาห์) ; โดยส่วนของทั้ง OPD และ IPD คือ ผู้ป่วยได้รับกิจกรรมบริบาลไป 1 สัปดาห์ และเภสัชกรเยี่ยมบ้านครั้งที่ 2 ; Refer back คือ ผู้ป่วยได้รับกิจกรรมบริบาลไป 1 สัปดาห์ และเภสัชกรเยี่ยมบ้านครั้งที่ 3

Visit 4 = ประเมิน ESAS ครั้งที่ 4 (หลังให้การบริบาลไป 2 สัปดาห์) ; โดยส่วนของทั้ง OPD และ IPD คือ ผู้ป่วยได้รับกิจกรรมบริบาลไป 2 สัปดาห์ และเภสัชกรเยี่ยมบ้านครั้งที่ 3 ; Refer back คือ ผู้ป่วยได้รับกิจกรรมบริบาลไป 2 สัปดาห์ และเภสัชกรเยี่ยมบ้านครั้งที่ 4

a วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Friedman test

b วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Wilcoxon signed rank test

c เป็นการวิเคราะห์ความแตกต่างระหว่าง v1 และ v2

d เป็นการวิเคราะห์ความแตกต่างระหว่าง v2 และ v3

e เป็นการวิเคราะห์ความแตกต่างระหว่าง v3 และ v4

f เป็นการวิเคราะห์ความแตกต่างระหว่าง v1 และ v4

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 23 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ยาแก้ปวดรายใหม่ รูปแบบการให้ยา ค่าคะแนนความปวด และการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยากกลุ่มโอปิออยด์

code	Pain score				ADR หลัง บริบาล V3,4	Regimen
	V1 (n=10)	V2 (n=10)	V3 (n=10)	V4 (n=9)		
005	8	7	5	5	-	- Kapanol 20 mg - Morphine syrup (2mg/ml)
010	6	5	3	4	-	- Tramadol (ATC)
013	4	4	3	3	-	- Tramadol (PRN)
018	4	4	2	3	-	- Tramadol (PRN)
028	5	4	2	2	-	- Morphine (IR)
031	5	4	3	4	-	- Tramadol (PRN)
032	6	5	3	4	-	- Tramadol (ATC)
033	4	4	2	2	-	- Tramadol (PRN)
035	7	6	4	-	-	- Morphine syrup (2mg/ml)
036	6	5	4	4	-	- Tramadol (ATC)
Median (IQR)	5.50 (2)	4.50 (1)	3.00 (2)	4.00 (2)		
<i>p</i> -value ^a		0.001*				
<i>p</i> -value ^b	0.008 ^{c*}	0.004 ^{d*}	0.046 ^{e*}	0.007 ^{f*}		

ADR = อาการไม่พึงประสงค์จากยากกลุ่มโอปิออยด์, ATC = เป็นการทานยาแบบต่อเนื่องตามเวลา, PRN = เป็นการทานยาแบบเมื่อมีอาการปวด

V1 = ประเมิน pain score ครั้งที่ 1 ยังไม่ได้ให้ยา (ก่อนให้การบริบาล)

V2 = ประเมิน pain score ครั้งที่ 2 ผู้ป่วยใช้ยาแก้ปวดไป 1 สัปดาห์ (ก่อนให้การบริบาล)

V3 = ประเมิน pain score ครั้งที่ 3 ผู้ป่วยได้รับกิจกรรมบริบาลไป 1 สัปดาห์

V4 = ประเมิน pain score ครั้งที่ 4 ผู้ป่วยได้รับกิจกรรมบริบาลไป 2 สัปดาห์

a วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Friedman test

b วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Wilcoxon signed rank test

c เป็นการวิเคราะห์ความแตกต่างระหว่าง v1 และ v2

d เป็นการวิเคราะห์ความแตกต่างระหว่าง v2 และ v3

e เป็นการวิเคราะห์ความแตกต่างระหว่าง v3 และ v4

f เป็นการวิเคราะห์ความแตกต่างระหว่าง v1 และ v4

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 24 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ยาแก้ปวดรายเก่า รูปแบบการให้ยา ค่าคะแนนความปวด และการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยากลุ่มโอปิออยด์

code	Pain score				ADR		Regimen
	V1 (n=28)	V2 (n=28)	V3 (n=28)	V4 (n=28)	ก่อน บริบาล V1	หลัง บริบาล V3,4	
001	8	7	5	6	-	-	- Kapanol 20 mg - Morphine syrup (2mg/ml) - Fentanyl patch (25 mcg/h)
002	7	7	5	5	-	-	- Kapanol 20 mg - Morphine syrup (2mg/ml)
003	7	7	6	5	-	-	- MST 10 mg - MO (IR)
004	5	7	5	4	-	-	- MST 10 mg - MO (IR)
006	7	7	4	4			- Morphine inj.
007	8	5	4	4	ท้องผูก	ท้องผูก	- MST 10 mg - MST 30 mg - Morphine syrup (2mg/ml)
008	6	6	3	3	คลื่นไส้ เวียนหัว	-	- Tramadol (ATC)

code	Pain score				ADR		Regimen
	V1	V2	V3	V4	ก่อน	หลัง	
	(n=28)	(n=28)	(n=28)	(n=28)	บริหาร V1	บริหาร V3,4	
009	6	6	4	3	-	-	- Tramadol (ATC)
011	7	7	5	4	ท้องผูก	-	- MST 10 mg -Morphine syrup (2mg/ml)
012	6	5	4	4	คลื่นไส้ อาเจียน	-	- Tramadol (ATC)
014	5	5	3	4	-	-	- MST 10 mg - MO (IR)
015	4	5	3	4	-	-	- Tramadol (PRN)
016	7	7	4	4	-	-	- Kapanol 20 mg - Morphine syrup (2mg/ml)
017	7	6	4	5	คลื่นไส้ อาเจียน	-	- MO (IR)
019	5	6	3	4	-	-	- Tramadol (PRN)
020	5	6	4	3	-	-	- Tramadol (ATC)
021	6	6	4	4	ท้องผูก	-	- Tramadol (ATC)
022	6	7	3	3	-	-	- Tramadol (ATC)
023	4	5	3	4	-	-	- Tramadol (ATC)
024	5	5	4	4	-	-	- Tramadol (PRN)
025	4	4	4	3	-	-	- Tramadol (ATC)
026	5	6	4	3	-	-	- Tramadol (ATC)
027	5	5	3	4	-	-	- Tramadol (PRN)
029	4	3	3	3	-	-	- Tramadol (ATC)
030	6	6	4	3	คลื่นไส้ เวียนหัว	-	- Tramadol (PRN)
034	6	7	5	3	-	-	- Tramadol (ATC)
037	6	6	4	3	คลื่นไส้ อาเจียน	-	- Tramadol (ATC)

code	Pain score				ADR		Regimen
	V1 (n=28)	V2 (n=28)	V3 (n=28)	V4 (n=28)	ก่อน บริบาล V1	หลัง บริบาล V3,4	
038	8	7	5	5	ท้องผูก	-	- MST 10 mg - Morphine syrup (2mg/ml)
Median (IQR)	6.00 (2)	6.00 (2)	4.00 (2)	4.00 (1)			
<i>p</i> -value ^a		0.001					
<i>p</i> -value ^b	0.684 ^c	0.001 ^{d*}	0.371 ^e	0.001 ^{f*}			

ADR = อาการไม่พึงประสงค์จากยากลุ่มโอปิออยด์, ATC = เป็นการทานยาแบบต่อเนื่องตามเวลา, PRN = เป็นการทานยาแบบเมื่อมีอาการปวด

V1 = ประเมิน pain score ครั้งที่ 1 ผู้ป่วยเคยใช้ยามาก่อนแล้ว (ก่อนให้การบริบาล)

V2 = ประเมิน pain score ครั้งที่ 2 ผู้ป่วยเคยใช้ยามาก่อนแล้ว (ก่อนให้การบริบาล)

V3 = ประเมิน pain score ครั้งที่ 3 ผู้ป่วยได้รับกิจกรรมบริบาลไป 1 สัปดาห์

V4 = ประเมิน pain score ครั้งที่ 4 ผู้ป่วยได้รับกิจกรรมบริบาลไป 2 สัปดาห์

a วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Friedman test

b วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Wilcoxon signed rank test

c เป็นการวิเคราะห์ความแตกต่างระหว่าง v1 และ v2

d เป็นการวิเคราะห์ความแตกต่างระหว่าง v2 และ v3

e เป็นการวิเคราะห์ความแตกต่างระหว่าง v3 และ v4

f เป็นการวิเคราะห์ความแตกต่างระหว่าง v1 และ v4

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ส่วนที่ 4 ผลลัพธ์จากกิจกรรมการบริหารเภสัชกรรม เรื่องความร่วมมือในการใช้ยา การวัดความร่วมมือในการใช้ยา มี 2 วิธี

วิธีที่ 1 คือ การวัดความร่วมมือในการใช้ยาโดยแบบประเมินพฤติกรรมการใช้ยาในคนไทย

(Medication Taking Behavior measure for Thai patients หรือ MTB-Thai พัฒนาโดย พรรณ
ทิพา ศักดิ์ทอง และคณะ⁽¹⁶⁾) ประกอบด้วย 6 ข้อคำถาม คำถามเป็นมาตรวัด 4 ระดับ คือ

1 = เคยลืมตั้งแต่ 5 ครั้งขึ้นไป

2 = เคยลืม 3-4 ครั้ง

3 = เคยลืม 1-2 ครั้ง

4 = ไม่เคยลืมเลย

การแปลผลคะแนน (1-24) คือ

หากคะแนนรวม ≤ 21 หมายถึง มีความร่วมมือในการใช้ยาในระดับต่ำ

หากคะแนนรวม 22-23 หมายถึง มีความร่วมมือในการใช้ยาในระดับปานกลาง

หากคะแนนรวม 24 หมายถึง มีความร่วมมือในการใช้ยาในระดับมาก

โดยแบบสอบถามนี้มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค 0.76 ความไวร้อยละ 76 และ
ความจำเพาะร้อยละ 35 สำหรับยาที่ติดตามความร่วมมือในการใช้ยา ได้แก่ ยา ترامาดอล ยา
มอร์ฟีนชนิดออกฤทธิ์นาน แผ่นแปะเฟนทานิล ที่เป็นการใช้ยาแบบตามเวลา (around the clock)
โดยมีกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ยาแบบตามเวลาทั้งหมด 26 คน ในการศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่าง
ของคะแนนความร่วมมือในการใช้ยา 2 วิธีคือ

1.1 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความร่วมมือในการใช้ยาโดยวิเคราะห์ข้อมูล
เป็นคู่ทีละคู่ 3 คู่ โดยคู่ที่ 1 คือ ก่อนให้การบริบาลเทียบกับหลังให้การบริบาลไป 1 สัปดาห์ คู่ที่ 2
คือ ก่อนให้การบริบาล เทียบกับหลังให้การบริบาลไป 2 สัปดาห์ และคู่ที่ 3 คือ หลังให้การบริบาล
ไป 1 สัปดาห์ เทียบกับ 2 สัปดาห์ หากข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติใช้ paired t-test หากข้อมูลมี
การแจกแจงแบบไม่ปกติใช้ wilcoxon signed ranks test

1.2 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความร่วมมือในการใช้ยา ผู้วิจัยได้เก็บข้อมูล
จากกลุ่มตัวอย่างคนเดียวกันวัดซ้ำ 3 ครั้ง แบ่งเป็นครั้งที่ 1 คือ ก่อนให้การบริบาลเภสัชกรรม ครั้งที่
2 คือ หลังให้การบริบาลไป 1 สัปดาห์และครั้งที่ 3 หลังให้การบริบาลไป 2 สัปดาห์ โดยหากข้อมูลมี
การแจกแจงแบบปกติใช้ one way repeated measures ANOVA หากข้อมูลมีการแจกแจงแบบ

ไม่ปกติใช้ friedman test จากนั้นหาคู่ที่มีความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยด้วย wilcoxon signed ranks test จากการศึกษพบว่า ค่ามัธยฐานคะแนนความร่วมมือในการใช้ยาหลังจากให้การบริหารเภสัชกรรมไป 1 สัปดาห์ มากกว่าก่อนให้การบริหารเภสัชกรรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$ และค่ามัธยฐานคะแนนความร่วมมือในการใช้ยาหลังจากให้การบริหารเภสัชกรรมไป 2 สัปดาห์ มากกว่าก่อนให้การบริหารเภสัชกรรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$ ซึ่งทั้งสองวิธีให้ผลเป็นไปในทิศทางเดียวกัน แสดงดังตารางที่ 25

ตารางที่ 25 เปรียบเทียบค่ามัธยฐานคะแนนความร่วมมือในการใช้ยาโดย MTB-Thai (N = 26)

ความร่วมมือในการใช้ยา	คะแนนความร่วมมือ, Median (Interquartile range)						p-value ^a
	ก่อนให้การ บริหาร (visit 2)	การ แปลผล	หลังให้การ บริหาร 1 สัปดาห์ (visit 3)	การ แปลผล	หลังให้การ บริหาร 2 สัปดาห์ (visit 4)	การ แปลผล	
คะแนนความร่วมมือในการใช้ยา	19.5 (2.50)	ต่ำ	23.00 (2.00)	ปาน กลาง	23.00 (1.25)	ปาน กลาง	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

วิธีที่ 2 การประเมินความร่วมมือในการใช้ยาแก้ปวดโดยคิดคะแนนจากการบันทึกการรับประทานยาในสมุดคู่มือผู้ป่วยที่ได้รับยาแก้ปวดกลุ่มโอปิออยด์ โดยผู้ป่วยหรือผู้ดูแล สมุดคู่มือผู้ป่วยได้ผ่านการพิจารณาจากผู้เชี่ยวชาญเพื่อประเมินความตรงเชิงเนื้อหา ความถูกต้องและความชัดเจนทางภาษา และได้นำไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้รับบริการที่มีลักษณะเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 6 คน พบว่าสมุดคู่มือผู้ป่วยอ่านง่าย ขนาดตัวอักษรพอดี มีรูปภาพยาประกอบ สรุป

รายละเอียดที่จำเป็น ตารางบันทึกการใช้ยาบันทึกได้ง่าย เหมาะแก่การพกพา และเภสัชกรใช้เวลาในการอธิบายเนื้อหาในสมุดเฉลี่ย 15 นาที สามารถหาร้อยละของคะแนนความร่วมมือในการใช้ยา โดยคิดจาก $((\text{จำนวนมือการรับประทานยาที่แพทย์สั่งใช้ตามจริง} - \text{จำนวนมือที่ผู้ป่วยไม่ได้รับประทานยาตามที่แพทย์สั่ง}) \times 100) / \text{จำนวนมือการรับประทานยาที่แพทย์สั่งใช้ตามจริง}$ การเก็บข้อมูล 3 ครั้ง คือ ก่อนให้การบริบาลเภสัชกรรม หลังให้การบริบาลเภสัชกรรมไป 1 สัปดาห์ และหลังให้การบริบาลเภสัชกรรมไป 2 สัปดาห์ โดยหากร้อยละของคะแนนความร่วมมือในการใช้ยามีค่ามากจะแสดงว่ามีความร่วมมือในการใช้ยาที่ดีกว่า

จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ค่ามัธยฐานร้อยละคะแนนความร่วมมือในการใช้ยาก่อนให้การบริบาลเภสัชกรรม (Median (IQR)) เท่ากับ 75.00 (24.40) หลังให้การบริบาลเภสัชกรรมไป 1 สัปดาห์ เท่ากับ 93.75 (14.29) และหลังให้การบริบาลเภสัชกรรมไป 2 สัปดาห์ เท่ากับ 92.86 (14.29) ตามลำดับดังตารางที่ 26

ตารางที่ 26 เปรียบเทียบคะแนนความร่วมมือในการใช้ยาจากการบันทึกการใช้ยาในสมุด (N=25)

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

ส่วนที่ 5 ผลลัพธ์จากกิจกรรมการบริหารเภสัชกรรม เรื่องปัญหาจากการใช้ยา

จากกิจกรรมการบริหารเภสัชกรรมในการจัดการอาการปวดด้วยยา ผู้วิจัยได้แบ่งประเภทของปัญหาจากการใช้ยา (Helper & Strand, 1990) ออกเป็น 8 ประเภทหลักๆ ดังนี้

1. ผู้ป่วยได้รับยาที่ไม่จำเป็น
2. ผู้ป่วยสมควรได้รับยาเพิ่มเติม
3. ผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องใช้ยาแต่มีการเลือกใช้ยาที่ไม่เหมาะสม
4. ขนาดใช้ยาที่ผู้ป่วยได้รับน้อยเกินไป
5. อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา
6. ขนาดใช้ยาที่ผู้ป่วยได้รับมากเกินไป
7. ความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย
8. การเกิดอันตรายของยา

โดยเภสัชกรได้ติดตามปัญหาจากการใช้ยาที่เกิดขึ้น ก่อนให้การบริหารเทียบกับหลังให้การบริหารเภสัชกรรม เมื่อเปรียบเทียบผลการวิจัยโดยเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างคนเดียวกัน เปรียบเทียบผลการบริหารเภสัชกรรมก่อนและหลัง เรื่องปัญหาจากการใช้ยาพบว่า จำนวนครั้งของปัญหาจากการใช้ยาหลังให้การบริหารเภสัชกรรมลดลงเมื่อเทียบกับก่อนให้การบริหารเภสัชกรรม จาก 45 ครั้ง เหลือ 10 ครั้ง เมื่อคิดค่าเฉลี่ยของปัญหาจากการใช้ยาต่อคนก่อนให้การบริหารเภสัชกรรม (Mean \pm SD) เท่ากับ 1.18 ± 0.83 และค่าเฉลี่ยของปัญหาจากการใช้ยาต่อคนหลังให้การบริหารเภสัชกรรม (Mean \pm SD) เท่ากับ 0.26 ± 0.45 ซึ่งลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $\alpha = 0.05$ ($p = 0.0005$) เมื่อเทียบกับก่อนให้การบริหารเภสัชกรรม โดยปัญหาจากการใช้ยาที่พบมากที่สุดก่อนให้การบริหารเภสัชกรรมคืออาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา เนื่องจากผลข้างเคียงของยา รองลงมาคือ ความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำในการใช้ยา พบจำนวน 15 ครั้ง และ 13 ครั้ง ตามลำดับ และเมื่อเปรียบเทียบค่ามัธยฐานของจำนวนครั้งของปัญหาจากการใช้ยาก่อนและหลังให้การบริหารเภสัชกรรม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Wilcoxon signed rank test พบว่า ค่ามัธยฐานของจำนวนครั้งของปัญหาจากการใช้ยาหลังให้การบริหารเภสัชกรรมลดลงจากก่อนให้การบริหารเภสัชกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $\alpha = 0.05$ ($p = 0.0005$) ดังตารางที่ 27

ตารางที่ 27 จำนวนปัญหาจากใช้ยาของกลุ่มตัวอย่าง (N=38)

ปัญหาจากใช้ยา	จำนวนครั้งที่พบปัญหา	
	ก่อนให้การบริหารบาล Visit 1	หลังให้การบริหารบาล Visit 3-4
1.ผู้ป่วยได้รับยาที่ไม่จำเป็น		
- เนื่องจากได้รับการรักษาด้วยยาซ้ำซ้อน	0	1
2.ผู้ป่วยสมควรได้รับยาเพิ่มเติม		
- เนื่องจากมีอาการหรือโรคที่ไม่ได้รับการรักษา	7	2
- เพื่อเสริมฤทธิ์กับยาเดิมที่ใช้อยู่ในการรักษา	1	0
3.ผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องใช้ยาแต่มีการเลือกใช้ยาที่ไม่เหมาะสม	0	0
4.ขนาดใช้ยาที่ผู้ป่วยได้รับน้อยเกินไป		
- ระยะห่างระหว่างมือนานเกินไป	1	0
- ผู้ป่วยได้รับยาในขนาดที่ต่ำเกินไป	1	0
5.อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา		
- เนื่องจากผลข้างเคียงของยา	15	3
6.ขนาดใช้ยาที่ผู้ป่วยได้รับมากเกินไป	0	0
7.ความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย		
- ผู้ป่วยไม่ได้รับยา	1	2
- ผู้ป่วยไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำในการใช้ยา	13	1
8.การเกิดอันตรกิริยาของยา		
- การเกิดอันตรกิริยาระหว่างยากับยา	4	1
- การเกิดอันตรกิริยาระหว่างยากับสมุนไพร	2	0
รวมปัญหาจากการใช้ยา	45	10
ค่าเฉลี่ยของปัญหาจากการใช้ยาต่อคน (Mean ± SD)	1.18 ± 0.83	0.26 ± 0.45
	<i>p</i> -value = 0.0005*	
ค่ามัธยฐานของจำนวนปัญหาจากการใช้ยา (Median(IQR))	1.00 (1)	0 (1)
	<i>p</i> -value = 0.0005**	
Min, Max	0, 3	0, 1

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยใช้สถิติ Paired t-test

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยใช้สถิติ Wilcoxon signed rank test

นอกจากนี้เมื่อพิจารณาปัญหาจากการใช้ยาแยกตามประเภทอย่างละเอียดและวิธีการดำเนินการแก้ไขปัญหาของเภสัชกร แสดงดังตารางที่ 28 พบว่าจากปัญหาการใช้ยาทั้งหมด 55 ครั้ง เภสัชกรได้ปรึกษาแพทย์ทั้งหมด 44 ครั้ง แพทย์รับฟังและแก้ไขตามที่เภสัชกรแนะนำทุกครั้ง นอกจากนี้ยังมีปัญหาที่เภสัชกรสามารถแก้ไขได้เองทั้งหมด 11 ครั้ง ผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำของเภสัชกรทั้งหมดทุกครั้ง สำหรับปัญหาที่เภสัชกรแก้ไขได้เองส่วนใหญ่เป็นเรื่องเกี่ยวกับความร่วมมือในการใช้ยา คือ ผู้ป่วยไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำในการใช้ยา เภสัชกรจึงต้องให้ความรู้ คำแนะนำเพื่อให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจที่ถูกต้อง และส่งต่อข้อมูลให้กับทีมได้รับรู้ร่วมกัน จากข้อมูลดังกล่าวจะพบว่าเภสัชกรมีบทบาทที่สำคัญในการค้นหา แก้ไข ป้องกันปัญหาที่เกิดจากยา และให้ความรู้ คำแนะนำเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจอย่างถูกต้อง โดยมีการทำงานร่วมกับสหวิชาชีพ เพื่อช่วยให้ได้ผลการรักษาที่ดี ผู้ป่วยเกิดความปลอดภัยจากการใช้ยา



ตารางที่ 28 ปัญหาจากการใช้ยาแยกตามประเภทและวิธีการดำเนินการแก้ไขปัญหาของเภสัชกร

รายละเอียดของปัญหา	จำนวนครั้งที่พบ		การแก้ไขปัญหา
	ก่อน	หลัง	
	บริบาล (V1)	บริบาล (V3-4)	
ผู้ป่วยได้รับยาที่ไม่จำเป็นเนื่องจากได้รับการรักษาด้วยยาซ้ำซ้อน			
- ผู้ป่วยได้ omeprazole จากสองรพ. ทานร่วมกัน	0	1	- ปรึกษาแพทย์หยุดยา
ผู้ป่วยสมควรได้รับยาเพิ่มเติมเนื่องจากมีอาการ/โรคที่ไม่ได้รับการรักษา			
- ไม่ได้รับยามอร์ฟีนน้ำเพื่อรักษาอาการปวดปะทุ	2	0	- คำนำ rescue dose ปรึกษาแพทย์เพิ่มยา (refer ไปรับยารพ. ที่รักษามะเร็ง)
- ท้องผูกไม่ได้ยาระบายขณะใช้ยากลุ่ม opioid	5	0	- ปรึกษาแพทย์เพิ่มยา
- ท้องอืด แน่นท้องแต่ไม่ได้ยาบรรเทาอาการ	0	2	- ปรึกษาแพทย์เพิ่มยา
ผู้ป่วยสมควรได้รับยาเพิ่มเติมเพื่อเสริมฤทธิ์กับยาเดิมที่ใช้ยาในการรักษา			
- เดิมผู้ป่วยได้ HCTZ แต่คุมความดันไม่ได้จึงควรเพิ่มยาลดความดันตัวอื่นใช้ร่วมกัน	1	0	- ปรึกษาแพทย์เพิ่มยา
ระยะห่างระหว่างมีอนานไปที่จะทำให้เกิดการตอบสนองที่ต้องการ			
- ผู้ป่วยได้ tramadol 1 เม็ดทุก 8 ชม. ทานยาถูกต้องยังคงปวดไม่ได้	1	0	- ปรึกษาแพทย์เพิ่มความถี่ในการทานยา ปรับเป็นทุก 6 ชั่วโมง ติดตาม pain score

รายละเอียดของปัญหา	จำนวนครั้งที่พบ		การแก้ไขปัญหา
	ก่อน	หลัง	
	บริบาล (V1)	บริบาล (V3-4)	
ผู้ป่วยได้รับยาในขนาดที่ต่ำเกินไปที่จะให้			
ผลตอบสนองทางการรักษา			
- ผู้ป่วยได้รับ morphine 3 mg IV prn ประเมิน pain score ใน 20 นาที ยังไม่ดีขึ้น	1	0	- ปรีक्षा แพทย์เพิ่มขนาดยาฉีด ติดตาม pain score
เกิดผลข้างเคียงจากยา			
- คลื่นไส้ อาเจียน เวียนหัวจากยา tramadol	5	0	- ปรีक्षा แพทย์เพิ่มยาที่ช่วยแก้ไขผลข้างเคียงจากยาให้ความรู้
- ท้องผูกจากการใช้ morphine	4	1	
- ร้อนวูบวาบจาก tamoxifen	2	0	- ให้คำแนะนำวิธีช่วยลดอาการข้างเคียงจากยา
- ใจสั่น อาเจียน จากการใช้น้ำมันกัญชา	1	0	- ให้ความรู้เกี่ยวกับน้ำมันกัญชา แนะนำให้ใช้ภายใต้การดูแลของแพทย์
- ท้องเสียหลังจากได้รับเคมีบำบัด	0	1	- ปรีक्षा แพทย์เพิ่มยาที่ช่วยแก้ไขผลข้างเคียงจากยาและให้ความรู้
- ท้องผูกจากแคลเซียมขนาดสูง	1	1	

รายละเอียดของปัญหา	จำนวนครั้งที่พบ		การแก้ไขปัญหา
	ก่อน	หลัง	
	บริบาล (V1)	บริบาล (V3-4)	
- น้ำตาลต่ำจาก glipizide	1	0	- ปรึกษาแพทย์ปรับยา ให้ความรู้ การสังเกต อาการผิดปกติ
- ข้อเท้าบวมจาก amlodipine	1	0	- ปรึกษาแพทย์เปลี่ยน ยา
ผู้ป่วยไม่ไปรับยา			
- ผู้ป่วยไม่ได้ไปรับยาเบาหวานตามนัดขาดยา	1	0	- ปรึกษาแพทย์ และ ให้ความรู้เกี่ยวกับ ยาที่ใช้ โรค ชี้นะ ข้อเสียของการไม่ รักษาต่อเนื่อง ทำ กิจกรรมส่งเสริม ความร่วมมือใน การैया
- ผู้ป่วยไม่ได้ไปรับยา letrozole ตามนัดขาดยา	0	1	
- ผู้ป่วยไม่ได้ไปรับยา morphine syrup ตามนัดขาดยา	0	1	
ผู้ป่วยไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำในการैया			
- ทาน kapanol เฉพาะเวลาปวด	1	0	- เภสัชกรให้คำแนะนำการैयाที่ถูก ต้องให้ความรู้ เกี่ยวกับการैया โอปิออยด์แต่ละ ชนิด
- ทาน MST เฉพาะเวลาปวด	2	0	
- นำ kapanol ไปปั่นรวมกับอาหาร	1	0	
- ทาน tramadol prn แต่แพทย์ให้ทานแบบ around the clock คืมปวดไม่ได้จึงปรับยาเอง	3	0	
- ไม่ทาน tramadol กลัวว่าใช้ไปนานๆจะติด	1	0	
- นำ MST ไปปด เนื่องจากกลิ่นลำบาก	1	0	
- เท pellet ใน kapanol ใส่สายโดยไม่ feed น้ำ ทำให้สายอุดตัน จึงไม่ैयाต่อ	1	0	
- ปรับยาเบาหวานเอง	1	0	

รายละเอียดของปัญหา	จำนวนครั้งที่พบ		การแก้ไขปัญหา
	ก่อน	หลัง	
	บริบาล (V1)	บริบาล (V3-4)	
- ไม่พ่น Seretide ตามสั่ง คุมอาการหอบไม่ได้	1	0	ทำกิจกรรมส่งเสริม ความร่วมมือในการ ใช้ยา ซึ่งเป็นปัญหาที่ เภสัชกรสามารถแก้ ไขได้เองในเบื้องต้น และติดตามผลการ ให้คำปรึกษาครั้ง ต่อไป
- ทานยาลดความดันไม่สม่ำเสมอ	1	0	
อันตรายของยา			
- ได้รับยา tramadol ร่วมกับ morphine	4	1	- ปรึกษาแพทย์หยุดยา ตัวใดตัวหนึ่งตามความ เหมาะสม
- ใช้ยา tramadol ร่วมกับน้ำมันกัญชา	2	0	- ให้ความรู้เรื่องน้ำมัน กัญชา ผลข้างเคียงที่ อาจเกิดขึ้นหากใช้ ร่วมกับยาแก้ปวดกลุ่ม โอปิออยด์ ปรึกษา แพทย์ถึงความต้องการ ของผู้ป่วยที่จะรักษา ด้วยแพทย์แผนไทย ทางเลือก

นอกจากนี้เภสัชกรยังมีบทบาทในการแนะนำการเลือกใช้ยาและปรับยาในกลุ่มโอปิออยด์ร่วมกับแพทย์ ข้อมูลการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการใช้ยาแก้ปวดกลุ่มโอปิออยด์ที่เกิดจากบทบาทของเภสัชกร แสดงดังตารางที่ 29 พบว่า จากการปรึกษาแพทย์เพื่อปรับเปลี่ยนรูปแบบการใช้ยาใน

กลุ่มโอปิออยด์ ทั้งหมด 17 ครั้ง แพทย์เห็นด้วยทุกครั้ง และให้เภสัชกรติดตามคะแนนความปวด กับ ผลข้างเคียงของยาหลังจากปรับยา แล้วรายงานให้ทีมรับทราบร่วมกัน

ตารางที่ 29 การเปลี่ยนแปลงรูปแบบการให้ยาแก้ปวดกลุ่มโอปิออยด์ที่เกิดขึ้นจากบทบาทของ เภสัชกร

รายละเอียดการปรับยา	จำนวนครั้ง
1. เริ่มยา tramadol capsule 50 mg q 8 hr.	3
2. เริ่มยา tramadol capsule 50 mg prn for pain	4
3. เปลี่ยนจาก tramadol capsule 50 mg q 8 h. ไปเป็น q 6 hr. เนื่องจากยังคุมปวดไม่ดี	1
4. เปลี่ยนจาก tramadol capsule ไปเป็น MO (IR) เนื่องจากผู้ป่วยทนผลข้างเคียงจากยาไม่ได้มีอาการคลื่นไส้ เวียนหัวมากจนรบกวนการทำงาน	1
5. เปลี่ยนจาก MO (IR) ไปเริ่มยา MO syrup ร่วมกับ Kapanol เนื่องจากผู้ป่วยมีปัญหาเรื่องการกลืน โดยปรึกษาแพทย์เพื่อส่งผู้ป่วยไปรับยาที่รพ.ที่รักษามะเร็ง	1
6. เริ่มยา MO syrup หรือ MO (IR) เมื่อผู้ป่วยคุมปวดได้ปรับเป็น MST หรือ kapanol (กรณีไม่มี MO syrup, kapanol ปรึกษาแพทย์เพื่อส่งผู้ป่วยไปรับยาที่รพ.ที่รักษามะเร็ง) 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

ส่วนที่ 6 ผลลัพธ์จากกิจกรรมการบริหารเภสัชกรรม เรื่องความรู้ความเข้าใจเรื่องการใช้ยา การปฏิบัติตัว การจัดการกับผลข้างเคียงของยาของผู้ป่วย

แบบทดสอบความรู้ความเข้าใจเรื่องการใช้ยา การปฏิบัติตัว การจัดการกับผลข้างเคียงของยาของผู้ป่วย ประกอบด้วยแบบทดสอบของยา 3 ชนิด คือ ทรามาดอล มอร์ฟิน และแผ่นแปะเฟนทานิล แต่ละแบบทดสอบประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบ ถูก ผิด หากตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน ข้อคำถามผ่านการพิจารณาจากผู้เชี่ยวชาญ เพื่อประเมินความตรงเชิงเนื้อหา ความถูกต้องและความชัดเจนทางภาษา แบบทดสอบผ่านการตรวจสอบความเป็นปรนัย จากนั้นนำไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 6 คน และหาค่าความยาก ค่าอำนาจจำแนก

ใช้เกณฑ์การแปลระดับคะแนน (1-10) ดังนี้

คะแนน ≤ 3 หมายถึง มีความรู้ในระดับน้อย

คะแนน 4-7 หมายถึง มีความรู้ในระดับปานกลาง

คะแนน ≥ 8 หมายถึง มีความรู้ในระดับมาก

เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา หาค่าความถี่ ร้อยละ ของผู้ที่ตอบคำถามถูกของแบบประเมินความรู้ยาทรามาดอลก่อนให้การบริบาลเภสัชกรรมกับหลังให้การบริบาลเภสัชกรรม พบว่าก่อนให้การบริบาลเภสัชกรรม ข้อที่มีผู้ที่ตอบถูกมากที่สุด คือ ท่านควรสังเกตอาการผิดปกติที่เกิดจากการใช้ยาแล้วแจ้งแพทย์ และไม่ควรนำยาแก้ปวดของท่านไปให้ผู้อื่นรับประทาน คิดเป็นร้อยละ 95.80 เท่ากัน ข้อที่มีผู้ตอบผิดมากที่สุด คือ ยาทรามาดอลนี้สามารถใช้ร่วมกับยาชนิดอื่นได้โดยไม่มีผล ลดหรือเพิ่ม ผลของยาตัวอื่นที่ใช้ร่วมกัน และท่านสามารถปรับเพิ่มลดยาได้เองหากอาการปวดของท่านไม่ทุเลาลง คิดเป็นร้อยละ 70.80 เท่ากัน ส่วนหลังให้การบริบาลเภสัชกรรมข้อที่มีผู้ที่ตอบถูกมากที่สุด คือ ท่านควรสังเกตอาการผิดปกติที่เกิดจากการใช้ยาแล้วแจ้งแพทย์ และไม่ควรนำยาแก้ปวดของท่านไปให้ผู้อื่นรับประทาน คิดเป็นร้อยละ 100 เท่ากัน ข้อที่มีผู้ตอบผิดมากที่สุด คือท่านควรรับประทานยานี้เฉพาะเวลาปวดเท่านั้นคิดเป็นร้อยละ 41.70 ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ (Mean \pm SD) จากการทำแบบทดสอบยาทรามาดอล ก่อนให้การบริบาล คือ 5.29 \pm 1.08 และหลังให้การบริบาลคือ 8.21 \pm 1.06 ซึ่งค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้จากแบบทดสอบยาทรามาดอล หลังให้การบริบาลเภสัชกรรมเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$ เมื่อเทียบกับก่อนให้การบริบาลเภสัชกรรม ดังตารางที่ 30

ตารางที่ 30 จำนวนผู้ที่ตอบคำถามถูกต้องของแบบประเมินความรู้ยาทราคาดอล (N=24)

หัวข้อประเมินความรู้ยาทราคาดอล	ก่อนให้การบริบาล	หลังให้การบริบาล 1
	(visit 2)	สัปดาห์ (visit 3)
	จำนวนผู้ที่ตอบถูก (ร้อยละ)	
1.ท่านควรรับประทานยานี้เฉพาะเวลาปวดเท่านั้น	10 (41.7)	14 (58.3)
2.ยาทราคาดอลนี้สามารถใช้ร่วมกับยาชนิดอื่นได้ โดยไม่มีผล ลดหรือเพิ่ม ผลของยาตัวอื่นที่ใช้ร่วมกัน	7 (29.2)	18 (75.0)
3.หากท่านไม่สามารถกลืนเม็ดยาได้ ท่านสามารถแกะผงยาผสมน้ำได้	9 (37.5)	16 (66.7)
4.ท่านควรสังเกตอาการผิดปกติที่เกิดจากการใช้ยาแล้วแจ้งแพทย์	23 (95.8)	24 (100.0)
5.ท่านสามารถปรับเพิ่มลดยาได้เองหากอาการปวดของท่านไม่ทุเลาลง	7 (29.2)	20 (83.8)
6.หากท่านยังคงมีอาการปวด อาจซื้อยารับประทานเองได้	12 (50.0)	23 (95.8)
7.ไม่ควรนำยาแก้ปวดของท่านไปให้ผู้อื่นรับประทาน	23 (95.8)	24 (100.0)
8.อาการข้างเคียงที่พบได้บ่อยของยาทราคาดอล เช่น คลื่นไส้ อาเจียน เวียนหัว	11 (45.8)	21 (87.5)
9.ยาทราคาดอลมีข้อบ่งใช้ในการในการระงับปวดสำหรับผู้ป่วยที่มีระดับความปวดปานกลาง	11 (45.8)	19 (79.2)
10.ควรบันทึกเวลาและคะแนนความปวดทุกครั้งที่ได้รับประทานยา	14 (58.3)	18 (75)
ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ (Mean±SD)	5.29 ± 1.08	8.21 ± 1.06
	p - value = 0.0005 *	

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยใช้สถิติ Paired t- test

เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา หาความถี่ ร้อยละ ของผู้ที่ตอบคำถามถูกของแบบประเมินความรู้ยามอร์ฟินก่อนให้การบริหารเภสัชกรรมกับหลังให้การบริหารเภสัชกรรมพบว่า ก่อนให้การบริหารเภสัชกรรม ข้อที่มีผู้ที่ตอบถูกมากที่สุด คือ ท่านควรสังเกตอาการผิดปกติที่เกิดจากการใช้ยาแล้วแจ้งแพทย์ คิดเป็นร้อยละ 100 ข้อที่มีผู้ตอบผิดมากที่สุด คือ ท่านสามารถปรับเพิ่มลดยาได้เองหากอาการปวดของท่านไม่ทุเลาลง คิดเป็นร้อยละ 92.90 ส่วนหลังให้การบริหารเภสัชกรรมข้อที่มีผู้ที่ตอบถูกมากที่สุด คือ ยามอร์ฟิน รูปแบบน้ำออกฤทธิ์ได้ไว เหมาะกับการรับประทานตอนมีอาการปวดปะทุ ท่านควรสังเกตอาการผิดปกติที่เกิดจากการใช้ยาแล้วแจ้งแพทย์ ไม่ควรนำยาแก้ปวดของท่านไปให้ผู้อื่นรับประทาน และยามอร์ฟินมีข้อบ่งใช้ในการในกรณีระดับปวดสำหรับผู้ป่วยที่มีระดับความปวดรุนแรงมากคิดเป็นร้อยละ 100 เท่ากัน ข้อที่มีผู้ตอบผิดมากที่สุด คือ ควรบันทึกเวลาและคะแนนความปวดทุกครั้งที่ได้รับประทานยาคิดเป็นร้อยละ 50.00 ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ (Mean±SD) จากการทำแบบทดสอบมอร์ฟินก่อนให้การบริหาร คือ 5.00 ± 1.41 และหลังให้การบริหารคือ 8.29 ± 0.99 ซึ่งค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้จากแบบทดสอบยามอร์ฟิน หลังให้การบริหารเภสัชกรรมเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$ เมื่อเทียบกับก่อนให้การบริหารเภสัชกรรม ดังตารางที่ 31 สำหรับแบบประเมินความรู้ยาแผนปะเฟนทานิลนั้นมีผู้ที่ทำแบบทดสอบเพียง 1 คน เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีผู้ที่ใช้นาน 1 คน จึงไม่ได้เปรียบเทียบ ดังตารางที่ 32

ตารางที่ 31 จำนวนผู้ที่ตอบคำถามถูกต้องของแบบประเมินความรู้ยามอร์ฟิน (N=14)

หัวข้อประเมินความรู้ยามอร์ฟิน	ก่อนให้การบริหาร	หลังให้การบริหาร
	(visit 2)	1 สัปดาห์ (visit 3)
	จำนวนผู้ที่ตอบถูก (ร้อยละ)	
1. ยามอร์ฟิน รูปแบบน้ำออกฤทธิ์ได้ไว เหมาะกับการรับประทานตอนมีอาการปวดปะทุ	5 (35.7)	14 (100.0)
2. ยามอร์ฟิน รูปแบบเม็ดออกฤทธิ์นาน ควรรับประทานให้ตรงตามเวลาที่แพทย์สั่ง	9 (64.3)	12 (85.7)
3. ท่านควรสังเกตอาการผิดปกติที่เกิดจากการใช้ยาแล้วแจ้งแพทย์	14 (100.0)	14 (100.0)
4. ท่านสามารถปรับเพิ่มลดยาได้เองหากอาการปวดของท่านไม่ทุเลาลง	1 (7.1)	9 (64.3)
5. หากท่านไม่สามารถกลืนยาได้ ท่านสามารถบดยาเม็ดชนิดออกฤทธิ์นานได้	3 (21.4)	9 (64.3)
6. หากท่านยังคงมีอาการปวด อาจซื้อยารับประทานเองได้	5 (35.7)	13 (92.9)
7. ไม่ควรนำยาแก้ปวดของท่านไปให้ผู้อื่นรับประทาน	12 (85.7)	14 (100.0)
8. อาการข้างเคียงที่พบได้บ่อยของยามอร์ฟิน เช่น ท้องผูก	6 (42.9)	10 (71.4)
9. ยามอร์ฟินมีข้อบ่งใช้ในการในการระงับปวดสำหรับผู้ป่วยที่มีระดับความปวดรุนแรงมาก	11 (78.6)	14 (100.0)
10. ควรบันทึกเวลาและคะแนนความปวดทุกครั้งที่ได้รับประทานยา	4 (28.6)	7 (50.0)
ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ (Mean±SD)	5.00 ± 1.41	8.29 ± 0.99
	p - value = 0.0005*	

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยใช้สถิติ Paired t- test

ตารางที่ 32 จำนวนผู้ที่ตอบคำถามถูกต้องของแบบประเมินความรู้ยาแผ่นแปะเฟนทานิล (N=1)

หัวข้อประเมินความรู้ยาแผ่นแปะเฟนทานิล	ก่อนให้การบริบาล	หลังให้การบริบาล 1
	(visit 2)	สัปดาห์ (visit 3)
จำนวนผู้ที่ตอบถูก (ร้อยละ)		
1. ท่านไม่ควรใช้แผ่นแปะยาที่ไม่ได้เปลี่ยน นานเกิน 3 วัน	0 (0.0)	1 (100.0)
2. ท่านสามารถอาบน้ำอุ่นได้ในขณะที่แปะ แผ่นยา	1 (100.0)	1 (100.0)
3. ท่านสามารถแปะแผ่นยาแก้ปวดนี้ตรงที่มี แผลเพื่อบรรเทาอาการปวดได้ดียิ่งขึ้น	1 (100.0)	1 (100.0)
4. การตัดแบ่งแผ่นยาทำให้ได้รับยาเกิน ขนาดเกิดอันตรายได้	0 (0.0)	1 (100.0)
5. ควรปิดแผ่นแปะแก้ปวดประกบกันก่อนทิ้ง และขอให้เรียบร้อย	1 (100.0)	1 (100.0)
6. หากท่านยังคงมีอาการปวด อาจซื้อยา รับประทานเองได้	1 (100.0)	1 (100.0)
7. ท่านสามารถเอาแผ่นแปะนี้ไปให้ผู้อื่นใช้ เพื่อบรรเทาปวดได้	0 (0.0)	1 (100.0)
8. อาการข้างเคียงที่พบได้ของแผ่นแปะแก้ ปวดเช่น ท้องผูก	0 (0.0)	0 (0.0)
9. ท่านสามารถแปะแผ่นแก้ปวดได้ครั้งละ มากกว่า 1 แผ่น	1 (100.0)	1 (100.0)
10. ควรบันทึกเวลาและคะแนนความปวด ทุกครั้งที่เปลี่ยนแผ่นยา	0 (0.0)	1 (100.0)
ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ (Mean±SD)	5.00	9.00

เมื่อเปรียบเทียบค่ามัธยฐานคะแนนความรู้ความเข้าใจเรื่องการใช้ยา การปฏิบัติตัว การจัดการกับผลข้างเคียงของยาโดยรวมก่อนให้การบริบาลเภสัชกรรมกับหลังให้การบริบาลเภสัชกรรม โดยใช้สถิติ Wilcoxon signed rank test พบว่า ค่ามัธยฐานคะแนนความรู้ความเข้าใจเรื่องการใช้ยา การปฏิบัติตัว การจัดการกับผลข้างเคียงของยาโดยรวมหลังให้การบริบาลเภสัชกรรมเพิ่มมากขึ้นจากก่อนให้การบริบาลเภสัชกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $\alpha = 0.05$ ($p = 0.0005$) ดังตารางที่ 33

ตารางที่ 33 เปรียบเทียบค่ามัธยฐานคะแนนความรู้ความเข้าใจเรื่องการใช้ยา การปฏิบัติตัว การจัดการกับผลข้างเคียงของยาโดยรวม (N=38)

คะแนน	คะแนนความรู้, Median (Interquartile range)				p-value
	ก่อนให้การ บริบาล (visit 2)	การ แปลผล	หลังให้การบริบาล 1 สัปดาห์ (visit 3)	การ แปลผล	
คะแนนความรู้ความ เข้าใจเรื่องการใช้ยา การ ปฏิบัติตัว การจัดการกับ ผลข้างเคียงของยา โดยรวม	5.00 (2)	ปาน กลาง	8.00 (2)	มาก	0.0005*

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยใช้สถิติ Wilcoxon signed rank test

ส่วนที่ 7 ผลลัพธ์จากกิจกรรมการบริหารเภสัชกรรม เรื่องคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็ง

แบบวัดคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็ง Functional Assessment of Cancer Therapy-General (FACT-G) ฉบับแปลเป็นภาษาไทยของวรชัย รัตนธรราร และคณะ⁽¹⁸⁾ แปลมาจากต้นฉบับของ เซลล่า และคณะ⁽¹⁹⁾ แบบประเมินหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) มีค่าเท่ากับ 0.83 ซึ่งวัด คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็ง 4 ด้าน ในช่วงเวลา 7 วันที่ผ่านมาคือ ความผาสุก ทางด้านร่างกาย จำนวน 7 ข้อ ความผาสุกด้านสังคม และ ครอบครัว จำนวน 7 ข้อ ความผาสุกด้านอารมณ์และทางจิตใจ จำนวน 6 ข้อ ความผาสุกด้านการปฏิบัติกิจกรรม จำนวน 7 ข้อ รวมทั้งหมด 27 ข้อ เป็นคำถามเชิงบวก 15 ข้อ และเชิงลบ 12 ข้อ แบบสอบถามเป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ในแต่ละข้อมีค่าคะแนน ตั้งแต่ 0 ถึง 4 โดยคะแนนรวมแบบสอบถาม ทั้งฉบับมีค่าระหว่าง 0-108 ค่าคะแนนที่สูงบ่งบอกถึงคุณภาพชีวิตที่ดี ผลรวมของคะแนนเฉลี่ยในแต่ละด้าน คือคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวม

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนคุณภาพชีวิต ก่อนให้การบำบัดเภสัชกรรมเปรียบเทียบกับหลังให้การบำบัดเภสัชกรรม แบ่งออกเป็น 4 ด้าน

1. ความผาสุกทางด้านร่างกาย พบว่า คะแนนคุณภาพชีวิตเฉลี่ย ก่อนให้การบำบัดเภสัชกรรมเท่ากับ 13.05 ± 4.96 คะแนน และหลังให้การบำบัดเภสัชกรรมเท่ากับ 18.14 ± 4.67 คะแนน โดยสรุปคือ คะแนนคุณภาพชีวิตด้านความผาสุกทางด้านร่างกายหลังให้การบำบัดเภสัชกรรมมากกว่าก่อนให้การบำบัดเภสัชกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $\alpha = 0.05$ ($p = 0.0005$)

2. ความผาสุกด้านสังคมและครอบครัว พบว่าคะแนนคุณภาพชีวิตเฉลี่ย ก่อนให้การบำบัดเภสัชกรรมเท่ากับ 17.14 ± 5.34 คะแนน และหลังให้การบำบัดเภสัชกรรมเท่ากับ 20.34 ± 4.12 คะแนน โดยสรุปคือ คะแนนคุณภาพชีวิตด้านความผาสุกด้านสังคมและครอบครัวหลังให้การบำบัดเภสัชกรรมมากกว่าก่อนให้การบำบัดเภสัชกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $\alpha = 0.05$ ($p = 0.0005$)

3. ความผาสุกด้านอารมณ์และจิตใจ พบว่าคะแนนคุณภาพชีวิตเฉลี่ย ก่อนให้การบำบัดเภสัชกรรมเท่ากับ 11.89 ± 4.81 คะแนน และหลังให้การบำบัดเภสัชกรรมเท่ากับ 19.35 ± 3.19 คะแนนโดยสรุปคือ คะแนนคุณภาพชีวิตด้านความผาสุกด้านอารมณ์และจิตใจ หลังให้การบำบัด

เภสัชกรรมมากกว่าก่อนให้การบริบาลเภสัชกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $\alpha = 0.05$ ($p = 0.0005$)

4. ความผาสุกด้านการปฏิบัติกิจกรรม พบว่าคะแนนคุณภาพชีวิตเฉลี่ย ก่อนให้การบริบาลเภสัชกรรมเท่ากับ 10.57 ± 4.57 คะแนน และหลังให้การบริบาลเภสัชกรรมเท่ากับ 16.49 ± 4.38 คะแนน โดยสรุปคือ คะแนนคุณภาพชีวิตด้านความผาสุกด้านการปฏิบัติกิจกรรม หลังให้การบริบาลเภสัชกรรมมากกว่าก่อนให้การบริบาลเภสัชกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $\alpha = 0.05$ ($p = 0.0005$)

เมื่อพิจารณาคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวม พบว่าคะแนนคุณภาพชีวิตเฉลี่ย ก่อนให้การบริบาลเภสัชกรรมเท่ากับ 53.09 ± 15.71 คะแนน และหลังให้การบริบาลเภสัชกรรมเท่ากับ 74.57 ± 13.20 คะแนน โดยสรุปคือคะแนนคุณภาพชีวิตเฉลี่ยหลังให้การบริบาลเภสัชกรรมมากกว่าก่อนให้การบริบาลเภสัชกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $\alpha = 0.05$ ($p = 0.0005$) ดังแสดงในตารางที่ 34

ตารางที่ 34 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิต	คะแนนคุณภาพชีวิต, Mean \pm SD		p-value
	ก่อนให้การ บริบาล (visit 1)	หลังให้การ บริบาล 2 สัปดาห์ (visit 4)	
ความผาสุกทางด้านร่างกาย (n=37)	13.05 \pm 4.96	18.14 \pm 4.67	0.0005*
ความผาสุกด้านสังคมและครอบครัว (n=35)	17.14 \pm 5.34	20.34 \pm 4.12	0.0005*
ความผาสุกด้านอารมณ์และจิตใจ (n=37)	11.89 \pm 4.81	19.35 \pm 3.19	0.0005*
ความผาสุกด้านการปฏิบัติกิจกรรม (n=37)	10.57 \pm 4.57	16.49 \pm 4.38	0.0005*
ผลรวมคะแนนคุณภาพชีวิต (n=35)	53.09 \pm 15.71	74.57 \pm 13.20	0.0005*

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยสถิติ paired t-test

ส่วนที่ 8 ความพึงพอใจของผู้มารับบริการ รวมทั้งความพึงพอใจของบุคลากรทางการแพทย์ต่อการพัฒนาบทบาทของเภสัชกร

8.1 แบบประเมินความพึงพอใจของผู้มารับบริการต่อการพัฒนาบทบาทของเภสัชกรในการจัดการความปวด ที่มีข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) มี 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด ใช้เกณฑ์การแปลความหมายดังนี้

4.51-5.00 หมายถึง เห็นด้วยมากที่สุด

3.51-4.50 หมายถึง เห็นด้วยมาก

2.51-3.50 หมายถึง เห็นด้วยปานกลาง

1.51-2.50 หมายถึง เห็นด้วยน้อย

1.00-1.50 หมายถึง เห็นด้วยน้อยที่สุด

แบบประเมินความพึงพอใจของผู้มารับบริการต่อการพัฒนาบทบาทของเภสัชกรในการจัดการความปวดนี้ข้อคำถามผ่านการพิจารณาจากผู้เชี่ยวชาญ เพื่อประเมินความตรงเชิงเนื้อหา ความถูกต้อง และความชัดเจนทางภาษา แบบประเมินความพึงพอใจได้นำไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 คน แบบประเมินหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) มีค่าเท่ากับ 0.863 เมื่อพิจารณาระดับความพึงพอใจของผู้มารับบริการต่อการพัฒนาบทบาทของเภสัชกรก่อนให้การบริบาลเภสัชกรรมกับหลังให้การบริบาลเภสัชกรรมแยกตามหัวข้อที่ประเมิน ผลแสดงดังตารางที่ 35 เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความพึงพอใจโดยรวมของผู้มารับบริการต่อการพัฒนาบทบาทของเภสัชกรก่อนให้การบริบาลเภสัชกรรมกับหลังให้การบริบาลเภสัชกรรม พบว่าค่าเฉลี่ยระดับความพึงพอใจโดยรวมของผู้มารับบริการต่อการพัฒนาบทบาทของเภสัชกรก่อนให้การบริบาลเภสัชกรรมเท่ากับ 3.24 ± 0.18 จัดอยู่ในระดับปานกลาง และค่าเฉลี่ยระดับความพึงพอใจโดยรวมของผู้มารับบริการต่อการพัฒนาบทบาทของเภสัชกรหลังให้การบริบาลเภสัชกรรมเท่ากับ 4.50 ± 0.17 จัดอยู่ในระดับมาก สรุปได้ว่าค่าเฉลี่ยระดับความพึงพอใจของผู้มารับบริการต่อการพัฒนาบทบาทของเภสัชกรหลังให้การบริบาลเภสัชกรรมเพิ่มมากขึ้นจากก่อนให้การบริบาลเภสัชกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $\alpha = 0.05$ ($p = 0.0005$) ดังตารางที่ 35

ตารางที่ 35 เปรียบเทียบระดับความพึงพอใจของผู้มารับบริการต่อการพัฒนาบทบาทของเภสัชกร

หัวข้อประเมินความพึงพอใจ	ระดับความพึงพอใจ, Mean \pm SD				p - value
	ก่อนให้ การบริหาร (visit 1) (n=38)	การแปล ผล	หลังให้ การบริหาร (visit 4) (n=37)	การแปล ผล	
1.การได้รับข้อมูลการใช้ยาแก้ปวด การปฏิบัติตัว การติดตามผลข้างเคียง จากยา จากเภสัชกร	3.05 \pm 0.52	ปาน กลาง	4.51 \pm 0.50	มากที่สุด	0.0005*
2.การให้ข้อมูลการใช้ยาแก้ปวด การ ปฏิบัติตัว การติดตามผลข้างเคียงจาก ยา สามารถเข้าใจได้ง่าย	2.84 \pm 0.50	ปาน กลาง	4.46 \pm 0.50	มาก	0.0005*
3.การเยี่ยมบ้านของเภสัชกรที่สามารถ แก้ไขปัญหาการใช้ยาได้จริง	2.89 \pm 0.56	ปาน กลาง	4.59 \pm 0.50	มากที่สุด	0.0005*
4.การมีส่วนร่วมของเภสัชกรในทีม ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง	3.11 \pm 0.51	ปาน กลาง	4.43 \pm 0.56	มาก	0.0005*
5.การมีส่วนร่วมของตนเองในการใช้ ยาตามแพทย์สั่ง	3.05 \pm 0.61	ปาน กลาง	4.38 \pm 0.49	มาก	0.0005*
6.การดูแลเอาใจใส่ของเภสัชกรในการ จัดการอาการปวดอย่างต่อเนื่อง	2.82 \pm 0.51	ปาน กลาง	4.49 \pm 0.51	มาก	0.0005*
7.การดูแลของเภสัชกรได้มีการคำนึง ความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว	3.29 \pm 0.46	ปาน กลาง	4.54 \pm 0.51	มากที่สุด	0.0005*
8.ท่านได้รับการดูแลอย่างเคารพและ ให้เกียรติจากเภสัชกร	4.29 \pm 0.46	มาก	4.68 \pm 0.48	มากที่สุด	0.0005*
9.เภสัชกรได้ให้เวลากับท่านอย่าง เพียงพอในการดูแลการใช้ยาแก้ปวด	2.76 \pm 0.54	ปาน กลาง	4.32 \pm 0.48	มาก	0.0005*
10.กิริยา ท่าทาง วาจา ความสุภาพ ของเภสัชกร	4.29 \pm 0.46	มาก	4.59 \pm 0.50	มากที่สุด	0.0005*
ระดับความพึงพอใจโดยรวมเฉลี่ย (n=37)	3.24 \pm 0.18	ปาน กลาง	4.50 \pm 0.17	มาก	0.0005*

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยใช้สถิติ paired t-test

8.2 แบบประเมินความพึงพอใจของ ทีมสหวิชาชีพต่อการพัฒนาบทบาทของเภสัชกรในการจัดการความปลอดภัย ที่มีข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) มี 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด ใช้เกณฑ์การแปลความหมายดังนี้

4.51-5.00 หมายถึง เห็นด้วยมากที่สุด

3.51-4.50 หมายถึง เห็นด้วยมาก

2.51-3.50 หมายถึง เห็นด้วยปานกลาง

1.51-2.50 หมายถึง เห็นด้วยน้อย

1.00-1.50 หมายถึง เห็นด้วยน้อยที่สุด

แบบประเมินความพึงพอใจของ ทีมสหวิชาชีพต่อการพัฒนาบทบาทของเภสัชกรในการจัดการความปลอดภัยนี้ข้อคำถามผ่านการพิจารณาจากผู้เชี่ยวชาญ เพื่อประเมินความตรงเชิงเนื้อหา ความถูกต้องและความชัดเจนทางภาษา แบบประเมินความพึงพอใจได้นำไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 คน แบบประเมินหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) มีค่าเท่ากับ 0.898 เมื่อพิจารณาระดับความพึงพอใจของบุคลากรทางการแพทย์ต่อการพัฒนาบทบาทของเภสัชกรก่อนให้การบริหารเภสัชกรรมกับหลังให้การบริหารเภสัชกรรมแยกตามหัวข้อที่ประเมิน ผลแสดงดังตารางที่ 36 เมื่อเปรียบเทียบค่ามัธยฐานระดับความพึงพอใจโดยรวมของบุคลากรทางการแพทย์ต่อการพัฒนาบทบาทของเภสัชกรก่อนให้การบริหารเภสัชกรรมกับหลังให้การบริหารเภสัชกรรม พบว่าค่ามัธยฐานระดับความพึงพอใจโดยรวมของบุคลากรทางการแพทย์ต่อการพัฒนาบทบาทของเภสัชกรก่อนให้การบริหารเภสัชกรรม Median(IQR) = 3.00 (0.43) จัดอยู่ในระดับปานกลาง และค่ามัธยฐานระดับความพึงพอใจโดยรวมของบุคลากรทางการแพทย์ต่อการพัฒนาบทบาทของเภสัชกรหลังให้การบริหารเภสัชกรรม Median(IQR) = 4.60 (0.33) จัดอยู่ในระดับมากที่สุด สรุปได้ว่าค่ามัธยฐานระดับความพึงพอใจของบุคลากรทางการแพทย์ต่อการพัฒนาบทบาทของเภสัชกรหลังให้การบริหารเภสัชกรรมเพิ่มมากขึ้นจากก่อนให้การบริหารเภสัชกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $\alpha = 0.05$ ($p = 0.0005$) ดังตารางที่ 36

ตารางที่ 36 เปรียบเทียบระดับความพึงพอใจของทีมสหวิชาชีพต่อการพัฒนาบทบาทของเภสัชกร (N=14)

หัวข้อประเมินความพึงพอใจ	ระดับความพึงพอใจ, Median (Interquartile range)				p - value
	ก่อนบริบาล	การแปล	หลังบริบาล	การแปล	
	(visit 1)	ผล	(visit 4)	ผล	
1.การมีเภสัชกรเป็นที่ปรึกษาเรื่องการให้ยา ร่วมอยู่ในทีมสหวิชาชีพ ทั้งในขณะที่อยู่โรงพยาบาล และต่อเนื่องถึงบ้าน	3.00 (0)	ปานกลาง	5.00 (0)	มากที่สุด	0.0005*
2.กิจกรรมการติดตามประสิทธิภาพจากการให้ยา แก้ปวดโดยประเมินระดับความรุนแรงความปวด	2.50 (1)	น้อย	4.00 (0)	มาก	0.0005*
3.กิจกรรมการค้นหาค้นหาปัญหาการใช้ยาของเภสัชกร ที่ช่วยทำให้การทำงานของสหวิชาชีพง่ายขึ้น	3.00 (1)	ปานกลาง	5.00 (1)	มากที่สุด	0.0005*
4.กิจกรรมการติดตามความร่วมมือในการให้ยา แก้ปวดของผู้ป่วยมะเร็งที่ช่วยให้ผลการรักษาเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ	2.00 (1)	น้อย	4.00 (1)	มาก	0.0005*
5.การจัดการอาการปวดด้วยยาของเภสัชกร ที่มีส่วนช่วยทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น	3.00 (1)	ปานกลาง	4.00 (1)	มาก	0.0005*
6.การให้ความร่วมมือของเภสัชกรในทีม ในการทำให้บรรลุเป้าหมายของทีม	3.00 (1)	ปานกลาง	4.50 (1)	มาก	0.0005*
7.ความครอบคลุมของประเด็นพัฒนา ในกิจกรรมการระดมความคิดเห็นของศึกษานี้ เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาทีมให้มีประสิทธิภาพ	4.00 (1)	มาก	5.00 (1)	มากที่สุด	0.003*
8.การทำงานของเภสัชกรในการยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง	3.00 (0)	ปานกลาง	5.00 (1)	มากที่สุด	0.0005*
9.เภสัชกรที่ทำงานร่วมกับทีม ด้วยความเคารพ ให้เกียรติวิชาชีพอื่นในทีม	4.00 (1)	มาก	5.00 (0)	มากที่สุด	0.0005*
10.โดยรวมท่านพอใจกับการพัฒนาบทบาทหน้าที่ของเภสัชกรในทีมสำหรับการจัดการอาการปวดด้วยยา	3.00 (1)	ปานกลาง	4.00 (1)	มาก	0.0005*
ระดับความพึงพอใจโดยรวมเฉลี่ย	3.00 (0.43)	ปานกลาง	4.60 (0.33)	มากที่สุด	0.0005*

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยใช้สถิติ Wilcoxon signed rank test

บทที่ 5

บทสรุป

การวิจัย เรื่อง การพัฒนาบทบาทเภสัชกรในทีมสหวิชาชีพสำหรับการจัดการอาการปวดด้วยยาในผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม อย่างต่อเนื่องจนถึงที่บ้าน โรงพยาบาลหนองเสือ จังหวัดปทุมธานี มีวัตถุประสงค์เพื่อ พัฒนารูปแบบบทบาทของเภสัชกรในทีมสหวิชาชีพสำหรับการจัดการอาการปวดด้วยยาในผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามอย่างต่อเนื่องจนถึงที่บ้าน โดยเปรียบเทียบผลลัพธ์ด้านบริหารเภสัชกรรมก่อนและหลังการพัฒนาบทบาทของเภสัชกรในการจัดการอาการปวดด้วยยา ได้แก่ ค่าคะแนนความปวด ปัญหาจากการใช้ยา ความร่วมมือในการใช้ยา ความรู้ความเข้าใจเรื่องการใช้ยา การปฏิบัติตัว การจัดการกับผลข้างเคียงของยาของผู้ป่วย คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็ง และความพึงพอใจของผู้มารับบริการ รวมทั้งความพึงพอใจของทีมสหวิชาชีพต่อการพัฒนาบทบาทของเภสัชกร โดยกลุ่มตัวอย่าง แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ที่เข้าร่วมการสนทนากลุ่มรวมทั้งหมด 14 คน แบ่งออกเป็น 3 กลุ่มคือ 1.1) แพทย์จำนวน 5 คน 1.2) พยาบาลจำนวน 8 คน แบ่งเป็นพยาบาลที่มีส่วนเกี่ยวข้องของปฏิบัติงานในทีม palliative care คือ พยาบาลทีม PCU จำนวน 3 คน พยาบาลประจำผู้ป่วยในจำนวน 2 คน พยาบาลผู้ป่วยนอกจำนวน 3 คน 1.3) นักโภชนาการ 1 คน เป็นกลุ่มที่สร้างและพัฒนาบทบาทของเภสัชกรจากนั้นนำแนวทางที่ได้จากการสนทนากลุ่มมาทดลองใช้กับกลุ่มผู้รับบริการ คือผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่มีอาการปวด และได้รับยาแก้ปวดในการควบคุมอาการปวด เพื่อวัดผลการพัฒนาบทบาทของเภสัชกร ผู้เข้าร่วมงานวิจัยมีทั้งหมด 38 คน สำหรับผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาแก้ปวดอาจเป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลหนองเสือ หรือ ถูกส่งตัวมาจากโรงพยาบาลปทุมธานี หรือ ศูนย์มหาวิทยาลัยราชภัฏธนบุรี เพื่อกลับมารักษาต่อเนื่องที่บ้าน รูปแบบการวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยมีการนำกิจกรรมการบริหารเภสัชกรรมที่ได้ที่พัฒนามาใช้กับกลุ่มผู้รับบริการและติดตามผล กิจกรรมต่าง ๆ ครอบคลุมตั้งแต่ผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาลต่อเนื่องจนถึงที่บ้าน หรือกรณีที่ผู้ป่วยถูกส่งตัวให้กลับมารักษาต่อเนื่องที่บ้าน กิจกรรมก็จะเริ่มขณะอยู่ที่บ้าน โดยกลุ่มตัวอย่างทุกคนจะได้รับการเยี่ยมบ้านจำนวน 3-4 ครั้ง สำหรับกิจกรรมการบริหารเภสัชกรรม ได้แก่ ติดตามประเมินประสิทธิภาพของยาแก้ปวดโดยการใช้เครื่องมือ ESAS เพื่อประเมินระดับความรุนแรงของความปวด และอาการร่วมอื่น ๆ การแนะนำขนาดยา รูปแบบยา การบริหารยาที่

เหมาะสมแก่แพทย์ พยาบาล การทบทวนประสานรายการยาที่ผู้ป่วยได้รับ การค้นหาปัญหาจากการใช้ยาพร้อมทั้งปรึกษาแพทย์ การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเรื่องการใช้ยาแก้ปวด การปฏิบัติตัว การติดตามผลข้างเคียงจากยา ติดตามความร่วมมือในการใช้ยาแก้ปวดที่ต้องใช้อย่างต่อเนื่อง โดยให้ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลบันทึกในสมุดบันทึกการใช้ยาแก้ปวดของผู้ป่วย ร่วมกับแบบสอบถามของ MTB-Thai ระยะเวลาการดำเนินการวิจัยในช่วงระหว่าง เดือน พฤษภาคม ถึง ตุลาคม 2563 โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลเครื่องมือที่ใช้มี 2 ส่วน คือ 1) ส่วนที่ขออนุญาตในการนำมาใช้ ได้แก่ แบบประเมิน ESAS แบบประเมินความร่วมมือในการใช้ยา MTB-Thai และแบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วย FACT-G 2) ส่วนที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมาเอง ได้แก่ แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม แบบบันทึกการบริหารเภสัชกรรมทั้งขณะอยู่โรงพยาบาลและเยี่ยมบ้าน แบบประเมินความรู้ แบบประเมินความพึงพอใจ สมุดคู่มือผู้ป่วยที่ได้รับยาแก้ปวดกลุ่มโอปิออยด์ จากนั้นนำข้อมูลที่รวบรวมได้มาวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมานด้วยการทดสอบสมมติฐานทางสถิติ โดยการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างคนเดียวกัน เปรียบเทียบผลการบริหารเภสัชกรรมก่อนและหลัง ทดสอบสมมติฐานด้วยสถิติ Paired t-test, Wilcoxon signed ranks test และ Friedman test โดยใช้โปรแกรมเพื่อวิเคราะห์ข้อมูลสถิติคือ SPSS version 21 by IBM ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

สรุปผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ข้อมูลทั่วไปของบุคลากรทางการแพทย์ มีผู้ที่มีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์การคัดเลือกจำนวน 14 คน โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย และกลุ่มวิชาชีพส่วนใหญ่เป็นพยาบาลร้อยละ 57.1

1.2 ข้อมูลทั่วไปของผู้มารับบริการ มีผู้ที่มีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์การคัดเลือกจำนวน 38 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ช่วงอายุระหว่าง 50-59 ปี ใช้สิทธิบัตรทอง ชนิดของโรคมะเร็งที่พบส่วนใหญ่เป็นมะเร็งเต้านม รองลงมาคือมะเร็งปากมดลูก ระยะของโรคมะเร็งส่วนใหญ่อยู่ในระยะที่ 3 มีโรคประจำตัวร่วมที่พบมากที่สุดคือ โรคความดันโลหิตสูง รองลงมาคือ โรคไขมันในเลือดสูง ในส่วนของยาแก้ปวดที่กลุ่มตัวอย่างใช้ส่วนใหญ่เป็นยาพาราเซตามอล ชนิดแคปซูล

2. ผลการวิจัยจากการสนทนากลุ่ม ใน 6 ประเด็น โดยบุคลากรทางการแพทย์ สรุปสังเคราะห์ประเด็นได้ดังนี้

ประเด็นที่ 1 รูปแบบการทำงานแบบเดิมของเภสัชกร ปัญหาที่พบ และสิ่งที่ทีมสหวิชาชีพ ต้องการจากเภสัชกรในการทำงานร่วมกันเป็นทีม จากการสนทนากลุ่มพบว่ารูปแบบการทำงาน เดิมของเภสัชกรเป็นเพียงการจ่ายยาตามคำสั่งของแพทย์ เภสัชกรควรมีการบริหารเภสัชกรรมใน ผู้ป่วยมะเร็งที่มีอาการปวดในคลินิกประจำประคอง ซึ่งกิจกรรมการบริหารคือ การติดตามดูแล ผู้ป่วยในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา ได้แก่ 1) การทำ Med reconciliation เพื่อทบทวนรายการยา ทั้งหมดที่ผู้ป่วยเพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในทุกรายของการรักษาและปลอดภัยจากการใช้ยา สูงสุด 2) การติดตามประสิทธิภาพจากการใช้ยาโดยพิจารณาจากค่าคะแนนความปวด ซึ่งเภสัชกร ต้องมีการประเมิน ติดตามระดับความรุนแรงของความปวด โดยใช้แบบประเมินให้เป็นรูปแบบที่ใช้ ร่วมกันในทีม คือแบบประเมิน ESAS นอกจากนี้ต้องมีการติดตามความร่วมมือในการใช้ยาแก้ปวด ของผู้ป่วยร่วมด้วย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมอาการปวดได้ มีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยผู้ป่วยต้อง ได้รับการดูแลต่อเนื่องไปจนถึงที่บ้าน 3) การติดตามปัญหาจากการใช้ยา เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความ ปลอดภัยในการใช้ยา 4) การให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาแก้ปวดกลุ่มโอปิออยด์ตามแนวทางการ จัดการอาการปวดด้วยยากกลุ่มโอปิออยด์ทั้งรูปแบบยาที่มีในโรงพยาบาลและไม่มีในโรงพยาบาล ที่ เป็นปัจจุบันกับทีม เพื่อส่งเสริมให้เกิดความมั่นใจในการสั่งใช้ยาโดยแพทย์ การบริหารยาโดย พยาบาล นอกจากนี้เภสัชกรควรให้ความรู้เรื่องการใช้ยา การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยและญาติ ก่อนที่ ผู้ป่วยจะกลับบ้านหรือเมื่อกลับไปรักษาต่อเนื่องที่บ้าน เพื่อให้ได้ผลการรักษาตามต้องการ ถูกต้อง เหมาะสม และปลอดภัย 5) เภสัชกรต้องสร้างช่องทางการเข้าถึงยา ในผู้ป่วยและญาติที่ไม่สะดวก มารับยาที่โรงพยาบาล โดยการนำยาไปให้ผู้ป่วย พร้อมทั้งทำการบริหารผู้ป่วยที่ได้รับยาแก้ปวด กลุ่มโอปิออยด์ต่อเนื่องไปจนถึงที่บ้านร่วมกับทีม ทั้งนี้ที่คลินิกประจำประคองจะจัดทำทะเบียน ผู้ป่วยที่มีการใช้ยากกลุ่มดังกล่าวและมีการประเมินแบบประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบ ประจำประคอง ฉบับโรงพยาบาลสวนดอก (PPS score) เพื่อจัดกลุ่มผู้ป่วยและกำหนดระยะเวลา ความถี่ในการลงเยี่ยมบ้าน

ประเด็นที่ 2 การทำข้อตกลงในการเลือกใช้นโยบายการจัดการอาการปวดในผู้ป่วยมะเร็ง ที่ใช้ในโรงพยาบาลให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน ทีมได้ตกลงกันให้เภสัชกรจัดทำแนวทางการจัดการ อาการปวดด้วยยาในกลุ่มโอปิออยด์สำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งร่วมกับแพทย์ โดยสรุปสังเคราะห์จาก แนวทางของสมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย แนวทางปฏิบัติในการบำบัดปวด

มะเร็งของโรงพยาบาลรามามาธิบดี และแนวทางในการดูแลผู้ป่วยคลินิกระดับประคองของโรงพยาบาลน่าน ให้ใช้เป็น CPG ที่เหมาะกับบริบทของโรงพยาบาลชุมชน

ประเด็นที่ 3 การกำหนดเครื่องมือจำเป็นที่จะต้องใช้ในการทำงานในคลินิกระดับประคองให้เป็นไปในแนวทางเดียวกัน เครื่องมือจำเป็นที่จะต้องใช้ในการทำงานในคลินิกระดับประคอง ได้แก่ 1) แบบประเมินอาการปวดและอาการรบกวน “ESAS” ประเมินโดยเภสัชกร 2) แบบประเมินการกลืนโดยแพทย์ 3) แบบประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคอง ฉบับโรงพยาบาลสวนดอก (PPS score) โดยแพทย์หรือพยาบาล 4) แบบบันทึกการบริหารเภสัชโดยเภสัชกร 5) แบบประเมินภาวะซึมเศร้าโดยนักจิตวิทยา 6) สมุดคู่มือการใช้ยากลุ่มโอปิออยด์ 7) แบบสรุปการดูแลผู้ป่วยในคลินิกประคองของทีมสหวิชาชีพของโรงพยาบาลหนองเสือ

ประเด็นที่ 4 การชี้แจงรูปแบบกิจกรรมในการบริหารผู้ป่วยที่มีอาการปวดของเภสัชกรในรูปแบบใหม่ดังนี้ 1) การติดตามประสิทธิภาพของยาโดยประเมินจากค่าคะแนนความปวด 2) การค้นหาปัญหาจากการใช้ยา 3) การติดตามความร่วมมือในการใช้ยาแก้ปวดของผู้ป่วย 4) การให้ความรู้เรื่องการใช้ยาแก้ปวด การปฏิบัติตัว การติดตามผลข้างเคียงจากยา โดยกิจกรรมดังกล่าวทำทั้งขณะที่ผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาลต่อเนื่องจนถึงที่บ้าน พร้อมทั้งส่งต่อข้อมูลการใช้ยากลุ่มโอปิออยด์ให้พยาบาลประจำพ.สต.แต่ละพื้นที่ให้รับทราบ เพื่อให้วางแผนเรื่องการเบิกยา ความถี่ในการไปเยี่ยมบ้าน และการเยี่ยมอุปกรณ์ที่จำเป็นต่างๆ นอกจากกิจกรรมของเภสัชกรแล้ว ทีมจะมีการให้นักโภชนาการ นักจิตวิทยา นักแพทย์แผนไทย ออกเยี่ยมบ้านร่วมด้วยเป็นรายกรณี

ประเด็นที่ 5 ให้แต่ละวิชาชีพช่วยกันแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเรื่องปัญหาของทีมสิ่งที่ทีมจะพัฒนาต่อไปในอนาคต ตัวชี้วัดที่เป็นเป้าหมายของทีม

ปัญหาของทีม 1) การทำงานของทีมที่ไม่มีการแบ่งหน้าที่ชัดเจน ไม่มีการทำข้อตกลงแนวทางการดูแลผู้ป่วยในคลินิกประคองให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน ส่งผลให้ขาดความต่อเนื่องในการไปเยี่ยมบ้านของทีม 2) ข้อมูลทะเบียนผู้ป่วยในคลินิกประคองไม่เป็นปัจจุบัน ขาดการส่งต่อและยังไม่ได้เชื่อมต่อข้อมูลรวบรวมให้เป็นแหล่งเดียวกัน 3) ตัวชี้วัด การประเมินความพึงพอใจของญาติต่อการดูแลผู้ป่วยในคลินิกประคองหลังผู้ป่วยเสียชีวิตไม่สามารถประเมินได้จริง

สิ่งที่ทีมจะพัฒนา 1) พัฒนาแนวทางการจัดการอาการปวดด้วยยากลุ่มโอปิออยด์ในผู้ป่วยมะเร็งของโรงพยาบาลหนองเสือในบริบทโรงพยาบาลชุมชน ร่วมกันทุกสหวิชาชีพ 2) เมื่อมีการแบ่งหน้าที่ มีแนวทางที่ชัดเจนจะทำให้ทีมมีความพร้อมในการไปเยี่ยมบ้านผู้ป่วย โดยทีมที่ลงเยี่ยมบ้าน จะประกอบไปด้วยแพทย์ พยาบาล เภสัชกร และมีนักโภชนาการ นักจิตวิทยา นักแพทย์แผน

ไทยเป็นรายกรณี 3) จัดทำทะเบียนผู้ป่วยในคลินิกประจำระดับประคองที่อยู่ในอำเภอหนองเสือโดยใช้ฐานข้อมูลเดียวกันลงใน google drive (mail: nshosz515@gmail.com) โดยผู้ที่มีหน้าที่เกี่ยวข้องสามารถแก้ไขข้อมูลให้เป็นปัจจุบันได้ และให้ใส่รหัส Z515 ลงใน HosXp ทุก visit เพื่อประโยชน์ในการ claim ค่าใช้จ่ายกับ สปสช. นอกจากนี้ต้องมีการส่งต่อข้อมูลการเยี่ยมบ้านแก่พยาบาลที่รับผิดชอบในพื้นที่แต่ละรพสต. ผ่านโปรแกรม smart COC

ตัวชี้วัดที่เป็นเป้าหมายของทีม 1) ผู้ป่วยในคลินิกประจำระดับประคองได้รับการทำ advance care plan \geq ร้อยละ 60 และบรรลุการทำ advance care plan \geq ร้อยละ 60 2) ร้อยละการบรรเทาอาการปวดและการจัดการอาการต่างๆด้วยยากลุ่มโอปิออยด์ อย่างมีคุณภาพ ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 40 (คุณภาพพิจารณาจากการบริหารที่เภสัชกรพัฒนาขึ้นมาคือ ผู้ป่วยต้องได้รับการติดตามประสิทธิภาพจากยาโดยการประเมินความปวด การค้นหาปัญหาจากยา การติดตามผลข้างเคียงจากยา ความร่วมมือในการใช้ยาแก้ปวด ตลอดจนการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ 3) ร้อยละผู้ป่วยในคลินิกประจำระดับประคองที่ได้รับการส่งต่อเยี่ยมบ้าน \geq ร้อยละ 60 4) การดูแลผู้ป่วยในคลินิกประจำระดับประคองระยะท้ายต่อเนืองที่บ้าน (ต้องบันทึกรหัสการเยี่ยมบ้านทุกโรค ร่วมกับลงรหัส Z515 \geq ร้อยละ 60

ประเด็นที่ 6 บทบาทหน้าที่ของแต่ละวิชาชีพที่ชัดเจนในการจัดการอาการปวดด้วยยา โดยแต่ละวิชาชีพได้ร่วมกันแสดงความคิดเห็นในภาพรวมของทีมการดูแลผู้ป่วยแบบระดับประคองในโรคมะเร็งสรุปได้ดังนี้ 1) แพทย์ การวินิจฉัย ตรวจรักษา วางแผนการรักษา ส่งต่อ ประับยาร่วมกับเภสัชกรและสั่งใช้ยา 2) พยาบาล ประเมินผู้ป่วย คัดกรองเข้าคลินิก ให้การบริหารแบบระดับประคอง บริหารยา วางแผนการดูแลผู้ป่วยหลังจำหน่าย และส่งต่อข้อมูลที่จำเป็นแก่สถานพยาบาลที่ผู้ป่วยไปรับบริการ 3) เภสัชกร วางแผนการใช้ยา ปรับยาโดยประเมินระดับความรุนแรงของความปวด ร่วมกับแพทย์ให้การบริหารเภสัชกรรม ได้แก่ ค้นหาปัญหาจากการใช้ยา ติดตามผลข้างเคียงจากยา ความร่วมมือในการใช้ยา และการให้ความรู้ผู้ป่วยและญาติ นอกจากนี้ต้องให้ความรู้เกี่ยวกับยาแก้ปวดกลุ่มโอปิออยด์แก่ทีม เพื่อส่งเสริมให้ทีมเกิดความมั่นใจในการสั่งใช้ยา การบริหารยา 4) นักโภชนาการ แนะนำสูตร ปรับเปลี่ยนสูตรอาหารให้เหมาะสมแก่ผู้ป่วยเฉพาะราย ตลอดจนสอนญาติในการเตรียมอาหารให้แก่ผู้ป่วย โดยวิชาชีพแพทย์ พยาบาล เภสัชกร จะออกเยี่ยมบ้านร่วมกันเพื่อให้เกิดการดูแลอย่างครอบคลุมและต่อเนื่องจนถึงที่บ้าน (นักโภชนาการ นักจิตวิทยา นักแพทย์แผนไทย ออกเยี่ยมบ้านร่วมด้วยเป็นรายกรณี)

3. ผลการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างจากการเยี่ยมบ้าน ผู้วิจัยเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้รับบริการ จำนวน 38 คน โดยใช้แบบบันทึกการบริบาลเภสัชกรรมที่บ้าน วิเคราะห์ข้อมูลใน ส่วนของเครื่องมือทางเวชศาสตร์ครอบครัว ได้แก่ INHOMESSS IFFE ด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ โดยการจำแนกหรือจัดกลุ่มข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างร่วมกับการสังเกตแบบมีส่วนร่วมจากการไปเก็บข้อมูลที่บ้านของผู้ป่วย โดยจะสัมภาษณ์ผู้ป่วยครั้งแรกที่ เภสัชกรและทีมไปเยี่ยมบ้าน เพื่อช่วยให้เข้าใจถึงความต้องการของผู้ป่วยมากยิ่งขึ้น จากการใช้ เครื่องมือ INHOMESSS พบว่า 1) **Immobility** ส่วนใหญ่ ผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน ได้เอง และยังไม่สามารถทำงานที่ต้องออกแรงมากขึ้นได้ ส่วนเรื่องยาที่ผู้ป่วยได้รับส่วนใหญ่ คือ ยาที่มีผลทำให้หงวนนอน มึนงง เวียนหัว ซึ่งเป็นผลข้างเคียงของยาแก้ปวดกลุ่มโอปิออยด์ที่พบได้ ทั่วไป แต่ไม่มีผลต่อการเคลื่อนไหวภายในบ้าน 2) **Nutrition** ส่วนใหญ่ผู้ป่วยสามารถทานอาหารได้ เองตามปกติไม่มีปัญหาเรื่องการกลืน และผู้ป่วยมีพฤติกรรมการเลือกทานอาหารที่เหมาะสมกับ โรค ในประเด็นของยาที่ผู้ป่วยได้รับส่วนใหญ่ไม่มีผลทำให้ทานอาหารได้น้อยลง และไม่เกิดอันตร กิริยาของอาหารกับยา 3) **Housing** ส่วนใหญ่ภายในบ้านที่อาศัยอยู่มีสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม ต่อการดูแลผู้ป่วย และในประเด็นของยา ผู้ป่วยส่วนใหญ่สามารถเก็บรักษายาได้อย่างเหมาะสม 4) **Other people** พบว่า ส่วนใหญ่ มีญาติใกล้ชิดคอยช่วยดูแล ช่วยตัดสินใจ และในประเด็นของ ยาที่ผู้ป่วยใช้ส่วนใหญ่ ไม่มีผลรบกวนคนรอบข้าง 5) **Medication** พบว่า ส่วนใหญ่ผู้ป่วยได้รับยา โรคประจำตัวที่สั่งใช้โดยแพทย์ ในส่วนของยาที่ซื้อมาใช้เองนอกเหนือจากแพทย์สั่ง ได้แก่ ยา สมุนไพร ส่วนใหญ่ที่ผู้ป่วยใช้เป็นใบกัญชา รองลงมาเป็นน้ำมันกัญชา อาหารเสริมที่ใช้พบใน สัดส่วนเท่าๆกันประกอบด้วย เบต้ากลูแคน งาดำ และเห็ดหลินจือ ยาหม้อ ได้แก่ ว่านอังกาบหนู ต้ม นอกจากนี้ยังมียาที่ได้จากพระ พบในสัดส่วนเท่าๆกันที่พบ ได้แก่ น้ำมันกัญชาสกัด สมุนไพร สกัดจากกระดูกและหนังควาย สมุนไพรยาลูกกลอนไม่ทราบส่วนประกอบ 6) **Examination** การ ประเมินทางด้านร่างกายพบว่า ส่วนใหญ่ผู้ป่วยยังสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้เองทุกอย่าง ส่วน การประเมินทางเภสัชกรรมพบว่า ส่วนใหญ่ผู้ป่วยสามารถควบคุมโรคได้ด้วยยาที่ได้รับ ผู้ป่วยให้ ความร่วมมือในการใช้ยา ยาไม่ได้ทำให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์ และยาที่ผู้ได้รับช่วยลดความ กังวลต่อโรคที่เป็นอยู่ 7) **Safety** พบว่า บ้านที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่มีสภาพความปลอดภัยที่เหมาะสม และในเรื่องของยาที่ผู้ป่วยได้รับส่วนใหญ่ยาที่ผู้ป่วยได้รับไม่ได้ทำให้เกิดผลข้างเคียงจนทำให้อาจ เกิดอันตราย 8) **Spirituality** การประเมินเกี่ยวกับความเชื่อ ค่านิยมของคนในบ้านรวมถึงตัวผู้ป่วย เอง ศาสนา สิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจผู้ป่วย ความรู้สึกภายใน จิตวิญญาณ พบว่า มีความหลากหลาย ของความคิด ในส่วนของเรื่องศาสนา ผู้ป่วยส่วนใหญ่ใช้หลักคำสอนของศาสนาพุทธมาช่วยยึด

เหนียว ทำจิตใจให้สงบ สามารถยอมรับ กล้าเผชิญหน้ากับโรคร้ายที่เป็นอยู่ได้ แต่มีผู้ป่วยบางส่วน ยังมีความกังวลยังไม่สามารถยอมรับได้กับโรคร้าย และมีผู้ป่วยที่นับถือศาสนาอิสลามบางส่วนได้ ใช้หลักคำสอนของศาสนาอิสลาม เรื่องการดูแลให้ผู้ป่วยลดความทุกข์ทรมานในระยะสุดท้ายของโรค 9) Service พบว่า ผู้ป่วยทั้งหมดสามารถไปรับบริการที่สถานพยาบาลตามสิทธิ นอกจากนี้ยังสามารถใช้บริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใกล้บ้านได้ และสามารถเข้าถึงยาที่จำเป็นต้องใช้ได้ จากการใช้เครื่องมือ IFFE พบว่า 1) Idea ส่วนใหญ่ผู้ป่วยคิดว่ายาทุกตัวที่ได้รับมีความจำเป็นต้องใช้ รองลงมาคือผู้ป่วยคิดว่าความทุกข์ที่เกิดขึ้นมีสาเหตุมาจากยา 2) Feeling ส่วนใหญ่ผู้ป่วยรู้สึกมีความกังวลเกิดทุกข์จากยาที่รับประทานอยู่ รองลงมาคือ รู้สึกกลัวผลข้างเคียงจากยา รู้สึกกลัวติดยาแก้ปวด เท่าๆกับรู้สึกกลัวยาหมดไม่มีทานต่อเนื่อง และรู้สึกกลัวยาหมดไม่มีญาติพาไปพบแพทย์ เท่าๆกับรู้สึกกลัวว่าจะใช้ยาผิดวิธีตามลำดับ 3) Function พบว่า ส่วนใหญ่เมื่อผู้ป่วยใช้ยาแก้ปวดแล้วจะช่วยให้ทำงาน ทำกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้น นอกจากนี้ยังเป็นการประเมินผู้ป่วยเรื่องทุกข์จากยา ซึ่งเป็นความคิดของเภสัชกรคิดว่าความทุกข์ การเจ็บป่วยของผู้ป่วยนั้นเกิดจากยาจริงๆหรือไม่ พบว่าในความคิดของเภสัชกรส่วนใหญ่ผู้ป่วยไม่ได้เกิดทุกข์จากยาแต่ก็มีผู้ที่เกิดทุกข์จากยา เกือบครึ่งหนึ่งของผู้รับบริการที่เภสัชกรต้องแก้ไขปัญหาคือ 4) Expectation พบว่า ส่วนใหญ่คาดหวังว่ายาจะช่วยควบคุมอาการของโรคได้ รองลงมาคือคาดหวังว่าจะได้รับยาที่มีประสิทธิภาพดีตามสิทธิที่ตนพึงมี คาดหวังว่ายาจะทำให้โรคหายขาดเท่ากับคาดหวังว่าจะมีค่าใช้จ่ายไปตลอดไม่ขาดยา และไม่คาดหวังอะไรกับยาเลย ตามลำดับ

4. ผลลัพธ์ด้านบริหารเภสัชกรรมก่อนและหลังการพัฒนาบทบาทของเภสัชกรในการจัดการอาการปวดด้วยยาในด้านต่างๆ

4.1 เรื่องค่าคะแนนความปวดและอาการรบกวนอื่นๆ เก็บข้อมูลในกลุ่มผู้รับบริการจำนวน 38 คน โดยใช้เครื่องมือคือ แบบประเมิน ESAS (Edmonton Symptom Assessment System) วิเคราะห์ข้อมูล 2 วิธี ได้แก่ 1) เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนแต่ละอาการทั้ง 4 visit วิเคราะห์ข้อมูลเป็นคู่ทีละคู่ สถิติที่เลือกใช้คือ wilcoxon signed ranks test จากผลการวิจัยเมื่อเปรียบเทียบค่ามัธยฐานคะแนนความรุนแรงของอาการปวดและอาการรบกวนอื่นๆก่อนให้การบริหารเภสัชกรรม visitที่2 กับหลังให้การบริหารเภสัชกรรมไป 1 สัปดาห์ใน visitที่3 พบว่า ค่ามัธยฐานคะแนนความปวด คะแนนอาการคลื่นไส้ คะแนนอาการซึมเศร้า คะแนนอาการวิตกกังวล คะแนนอาการไม่สบายกายใจ และคะแนนอาการท้องผูก มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $\alpha = 0.05$ ซึ่งให้ผลเหมือนกันกับ ค่ามัธยฐานคะแนนความรุนแรงของอาการปวดและ

อาการรบกวนอื่นๆก่อนให้การบริบาลเภสัชกรรม visitที่ 1 กับหลังให้การบริบาลเภสัชกรรมไป 2 สัปดาห์ใน visitที่ 4 และเมื่อเปรียบเทียบค่ามัธยฐานคะแนนความรุนแรงของอาการปวดและอาการรบกวนอื่นๆหลังให้การบริบาลเภสัชกรรมไป 1 สัปดาห์ใน visitที่3 กับหลังให้การบริบาลเภสัชกรรมไป 2 สัปดาห์ใน visitที่4 พบว่า คะแนนอาการซึมเศร้า คะแนนอาการวิตกกังวล คะแนนอาการไม่สบายกายใจ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $\alpha = 0.05$

2) เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนแต่ละอาการทั้ง 4 visit ผู้วิจัยได้เก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างคนเดียวกันวัดซ้ำ 4 visit แบ่งเป็น visit ที่ 1 กับ visit ที่ 2 คือ ก่อนให้การบริบาลเภสัชกรรม visit ที่3 คือ หลังให้การบริบาลไป 1 สัปดาห์ และ visit ที่ 4 คือ หลังให้การบริบาลไป 2 สัปดาห์ โดยใช้สถิติ friedman test จากนั้นหาคู่ที่มีความแตกต่างของคะแนนอาการต่างๆ ด้วย wilcoxon signed ranks test จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ friedman test มีอย่างน้อย 1 คู่ที่มีความแตกต่างกันของคะแนนอาการปวด คะแนนอาการเหนื่อย อ่อนเพลีย คะแนนอาการคลื่นไส้ คะแนนอาการซึมเศร้า คะแนนอาการวิตกกังวล คะแนนอาการไม่สบายกายและใจ คะแนนอาการเหนื่อยหอบ และคะแนนอาการท้องผูก เมื่อหาคู่ที่มีความแตกต่างของคะแนนอาการต่างๆ ด้วย wilcoxon signed ranks test จากผลการวิจัย เปรียบเทียบค่ามัธยฐานคะแนนความรุนแรงของอาการต่างๆก่อนให้การบริบาลเภสัชกรรม visitที่2 กับหลังให้การบริบาลเภสัชกรรมไป 1 สัปดาห์ใน visitที่3 พบว่า ค่ามัธยฐานคะแนนความปวด คะแนนอาการคลื่นไส้ คะแนนอาการซึมเศร้า คะแนนอาการวิตกกังวล คะแนนอาการไม่สบายกายใจ และคะแนนอาการท้องผูก มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $\alpha = 0.05$ ซึ่งให้ผลเหมือนกันกับ ค่ามัธยฐานคะแนนอาการต่างๆ ก่อนให้การบริบาลเภสัชกรรม visitที่ 1 กับหลังให้การบริบาลเภสัชกรรมไป 2 สัปดาห์ใน visitที่ 4 และเมื่อเปรียบเทียบค่ามัธยฐานคะแนนอาการต่างๆ หลังให้การบริบาลเภสัชกรรมไป 1 สัปดาห์ใน visitที่3 กับหลังให้การบริบาลเภสัชกรรมไป 2 สัปดาห์ใน visitที่4 พบว่า คะแนนอาการซึมเศร้า คะแนนอาการวิตกกังวล คะแนนอาการไม่สบายกายใจ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $\alpha = 0.05$ จากการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนแต่ละอาการทั้ง 4 visit 2 วิธี พบว่าผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั้ง 2 วิธีเป็นไปในทิศทางเดียวกัน จึงสรุปโดยรวมได้ว่ากิจกรรมการบริบาลเภสัชกรรมสามารถทำให้ค่ามัธยฐานของคะแนนความปวด คะแนนอาการคลื่นไส้ คะแนนอาการซึมเศร้า คะแนนอาการวิตกกังวล คะแนนอาการไม่สบายกายใจ และคะแนนอาการท้องผูก มีความแตกต่างกันระหว่างก่อนให้การบริบาลเภสัชกรรมกับหลังให้การบริบาลเภสัชกรรม โดยมีค่ามัธยฐานของคะแนนความปวด อาการคลื่นไส้ อาการซึมเศร้า อาการวิตกกังวล อาการไม่สบายกายใจ ที่ลดลงหลังให้การบริบาลเภสัชกรรม นอกจากนี้ยังพบว่าหลังให้การ

บริหารเภสัชกรรมไปแล้วนาน 1 ต่อเนื่องจนถึง 2 สัปดาห์ ยังช่วยทำให้ค่ามัธยฐานคะแนนอาการ ซึมเศร้า อาการวิตกกังวล อาการไม่สบายกายใจ มีค่าลดลงอีกด้วย

นอกจากนี้เมื่อพิจารณาเฉพาะระดับคะแนนความปวด แยกตามกลุ่มตัวอย่างรายเก่าและ รายใหม่ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ยาแก้ปวดรายใหม่มีระดับคะแนนความปวดหลังให้การบริหาร เภสัชกรรมลดลง เมื่อเทียบกับก่อนให้การบริหารเภสัชกรรม โดยค่ามัธยฐานระดับคะแนนความ ปวด = 4.50 และ 3.00 ตามลำดับ ซึ่งลดลงจาก baseline เดิม 33.33% (เป้าหมายของการจัดการ อาการปวดที่ดีในงานวิจัยนี้ได้กำหนดว่า คะแนนความปวดลดลงจาก baseline เดิม 30% (visit 2 เทียบกับ visit 3) และเมื่อเปรียบเทียบใน visit 1 กับ 2 พบว่า ระดับคะแนนความปวดลดลง หลังจากได้ใช้ยาแก้ปวดไปแล้ว 1 สัปดาห์ สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ยาแก้ปวดรายเก่ามีระดับ คะแนนความปวดหลังให้การบริหารเภสัชกรรมลดลง เมื่อเทียบกับก่อนให้การบริหารเภสัชกรรม โดยค่ามัธยฐานระดับคะแนนความปวด = 6.00 และ 4.00 ตามลำดับ ซึ่งลดลงจาก baseline เดิม 33.33% (visit 2 เทียบกับ visit 3) และเมื่อเปรียบเทียบใน visit 1 กับ 2 พบว่า ระดับคะแนนความ ปวดไม่แตกต่างกัน

4.2 เรื่องความร่วมมือในการใช้ยา เก็บข้อมูลในกลุ่มผู้รับบริการจำนวน 25 คน มีการ ประเมินความร่วมมือในการใช้ยา 2 วิธี โดยใช้เครื่องมือคือ 1) แบบประเมินพฤติกรรมการใช้ยาใน คนไทย (Medication Taking Behavior measure for Thai patients หรือ MTB-Thai) มีการ เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความร่วมมือในการใช้ยา 2 วิธีคือ 1.1) เปรียบเทียบความ แตกต่างของคะแนนความร่วมมือในการใช้ยาโดยวิเคราะห์ข้อมูลเป็นคู่ที่ละคู่ 3 คู่ สถิติที่ใช้ในการ วิเคราะห์ข้อมูลคือ wilcoxon signed ranks test พบว่า ค่ามัธยฐานคะแนนความร่วมมือในการใช้ ยา หลังให้การบริหาร 1 สัปดาห์ มากกว่าก่อนให้การบริหาร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ $\alpha = 0.05$ และค่ามัธยฐานคะแนนความร่วมมือในการใช้ยา หลังให้การบริหาร 2 สัปดาห์ มากกว่า ก่อนให้การบริหาร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ $\alpha = 0.05$ สำหรับค่ามัธยฐานคะแนนความ ร่วมมือในการใช้ยา หลังให้การบริหาร 2 สัปดาห์ กับหลังให้การบริหาร 1 สัปดาห์ไม่แตกต่างกันที่ ระดับ $\alpha = 0.05$ 1.2) เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความร่วมมือในการใช้ยา โดยเก็บ ข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างคนเดียวกันวัดซ้ำ 3 ครั้ง แบ่งเป็นครั้งที่ 1 คือ ก่อนให้การบริหารเภสัชกรรม ครั้งที่ 2 คือ หลังให้การบริหารไป 1 สัปดาห์และครั้งที่ 3 หลังให้การบริหารไป 2 สัปดาห์ สถิติที่ใช้ ในการวิเคราะห์ข้อมูลคือ friedman test จากนั้นหาคู่ที่มีความแตกต่างของคะแนนด้วย wilcoxon signed ranks test พบว่า ค่ามัธยฐานคะแนนความร่วมมือในการใช้ยา หลังให้การบริหาร 1

สัปดาห์ มากกว่าก่อนให้การบริบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ $\alpha = 0.05$ และค่ามัธยฐาน คะแนนความร่วมมือในการใช้ยา หลังให้การบริบาล 2 สัปดาห์ มากกว่าก่อนให้การบริบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ $\alpha = 0.05$ พบว่า ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั้ง 2 วิธีเป็นไปในทิศทางเดียวกัน จึงสรุปโดยรวมได้ว่า กิจกรรมการบริบาลเภสัชกรรมสามารถทำให้ค่ามัธยฐานของคะแนนความร่วมมือในการใช้ยา เพิ่มขึ้นหลังให้การบริบาลเภสัชกรรม ตั้งแต่สัปดาห์แรก และคงที่ต่อเนื่องจนถึง 2 สัปดาห์ (ความร่วมมือในการใช้ยาดีขึ้นจากระดับต่ำไปเป็นปานกลาง) 2) ประเมินความร่วมมือในการใช้ยาแก้ปวดโดยคิดคะแนนจากการบันทึกการรับประทานยาในสมุดคู่มือผู้ป่วยที่ได้รับยาแก้ปวดกลุ่มโอปิออยด์ โดยผู้ป่วยหรือผู้ดูแล โดยคิดจาก $((\text{จำนวนมื้อการรับประทานยาที่แพทย์สั่งใช้ตามจริง} - \text{จำนวนมื้อที่ผู้ป่วยไม่ได้รับประทานยาตามที่แพทย์สั่ง}) \times 100) / \text{จำนวนมื้อการรับประทานยาที่แพทย์สั่งใช้ตามจริง}$ พบว่า ค่ามัธยฐานร้อยละคะแนนความร่วมมือในการใช้ยา ก่อนให้การบริบาลเภสัชกรรม (Median (IQR)) เท่ากับ 75.00 (24.4) หลังให้การบริบาลเภสัชกรรมไป 1 สัปดาห์ เท่ากับ 93.75 (14.29) และหลังให้การบริบาลเภสัชกรรมไป 2 สัปดาห์ เท่ากับ 92.86 (14.29) ตามลำดับ ซึ่งเป็นไปในทางเดียวกันกับ การประเมินความร่วมมือจากการใช้ยาโดยใช้แบบสอบถาม MTB-Thai

4.3 เรื่องปัญหาจากการใช้ยา เก็บข้อมูลในกลุ่มผู้รับบริการจำนวน 38 คน โดยใช้เครื่องมือคือ แบบบันทึกการบริบาลเภสัชกรรม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน พบว่า จำนวนครั้งของปัญหาจากการใช้ยาหลังให้การบริบาลเภสัชกรรมลดลงเมื่อเทียบกับก่อนให้การบริบาลเภสัชกรรม จาก 45 ครั้ง เหลือ 10 ครั้ง เมื่อคิดค่าเฉลี่ยของปัญหาจากการใช้ยาต่อคนก่อนให้การบริบาลเภสัชกรรม (Mean \pm SD) เท่ากับ 1.18 ± 0.83 และค่าเฉลี่ยของปัญหาจากการใช้ยาต่อคนหลังให้การบริบาลเภสัชกรรม (Mean \pm SD) เท่ากับ 0.26 ± 0.45 โดยปัญหาจากการใช้ยาที่พบมากที่สุดก่อนให้การบริบาลเภสัชกรรมคือ อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา เนื่องจากผลข้างเคียงของยา รองลงมาคือ ความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำในการใช้ยา นอกจากนี้เมื่อเปรียบเทียบค่ามัธยฐานของจำนวนครั้งของปัญหาจากการใช้ยาก่อนและหลังให้การบริบาลเภสัชกรรม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Wilcoxon signed rank test พบว่า ค่ามัธยฐานของจำนวนครั้งของปัญหาจากการใช้ยาหลังให้การบริบาลเภสัชกรรมลดลงจากก่อนให้การบริบาลเภสัชกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $\alpha = 0.05$ ซึ่งเมื่อเภสัชกรมีการให้การบริบาลเภสัชกรรม ติดตามค้นหา

ปัญหาจากการใช้ยาและปรึกษาแพทย์ทุกเคสเพื่อแก้ปัญหาให้แก่ผู้ป่วย ส่งผลทำให้หลังให้การ บริบาลเภสัชกรรมพบปัญหาจากการใช้ยาลดลง

จากปัญหาการใช้ยาทั้งหมด 55 ครั้ง เภสัชกรได้ปรึกษาแพทย์ทั้งหมด 44 ครั้ง แพทย์รับฟัง และแก้ไขตามที่เภสัชกรแนะนำทุกครั้ง นอกจากนี้ยังมีปัญหาที่เภสัชกรสามารถแก้ไขได้เองทั้งหมด 11 ครั้ง ผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำของเภสัชกรทั้งหมดทุกครั้ง สำหรับปัญหาที่เภสัชกรแก้ไขได้เอง ส่วนใหญ่เป็นเรื่องเกี่ยวกับความร่วมมือในการใช้ยา คือ ผู้ป่วยไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำในการใช้ยา เภสัชกรจึงต้องให้ความรู้ คำแนะนำเพื่อให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจที่ถูกต้อง และส่งต่อข้อมูลให้กับทีม ได้รับรู้ร่วมกัน และจากการปรึกษาแพทย์เพื่อปรับเปลี่ยนรูปแบบการใช้ยาในกลุ่มโอปิออยด์ ทั้งหมด 17 ครั้ง แพทย์เห็นด้วยทุกครั้ง และให้เภสัชกรติดตามคะแนนความปวด กับผลข้างเคียงของยา หลังจากปรับยา แล้วรายงานให้ทีมรับทราบร่วมกัน จากข้อมูลดังกล่าวจะพบว่าเภสัชกรมีบทบาท ที่สำคัญในการค้นหา แก้ไข ป้องกันปัญหาที่เกิดจากยา และให้ความรู้ คำแนะนำเพื่อให้ผู้ป่วย เข้าใจอย่างถูกต้อง โดยมีการทำงานร่วมกับสหวิชาชีพ เพื่อช่วยให้ได้ผลการรักษาที่ดี ผู้ป่วยเกิด ความปลอดภัยจากการใช้ยา

4.4 เรื่องความรู้ความเข้าใจเรื่องการใช้ยา การปฏิบัติตัว การจัดการกับ ผลข้างเคียงของยาของผู้ป่วย เก็บข้อมูลในกลุ่มผู้รับบริการ โดยใช้เครื่องมือคือแบบทดสอบของ ยาทรามาโดล จำนวน 24 คนแบบทดสอบของยามอร์ฟินจำนวน 14 คน และแบบทดสอบของยา แผ่นแปะเฟนทานิลจำนวน 1 คน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ (Mean±SD) จากการทำแบบทดสอบยาทรามาโดลก่อนให้การบริบาล คือ 5.29 ± 1.08 และหลังให้การบริบาลคือ 8.21 ± 1.06 ค่าเฉลี่ย คะแนนความรู้ (Mean±SD) จากการทำแบบทดสอบมอร์ฟินก่อนให้การบริบาล คือ 5.00 ± 1.41 และหลังให้การบริบาลคือ 8.29 ± 0.99 และคะแนนความรู้ จากการทำแบบทดสอบแผ่นแปะเฟนทานิล (1คน) ก่อนให้การบริบาล คือ 5.00 และหลังให้การบริบาลคือ 9.00 และจากข้อมูลเมื่อ วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงอนุมานโดยใช้ Wilcoxon signed rank test พบว่า ค่ามัธยฐานคะแนน ความรู้ความเข้าใจเรื่องการใช้ยา การปฏิบัติตัว การจัดการกับผลข้างเคียงของยาแก้ปวดโดยรวม หลังให้การบริบาลเภสัชกรรมเพิ่มมากขึ้นจากก่อนให้การบริบาลเภสัชกรรมอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติที่ระดับ $\alpha = 0.05$ จึงสรุปโดยรวมได้ว่า กิจกรรมการบริบาลเภสัชกรรมสามารถทำให้ค่ามัธยฐานของคะแนนความรู้ความเข้าใจเรื่องการใช้ยา การปฏิบัติตัว การจัดการกับผลข้างเคียงของยา

แก้ปวด เพิ่มขึ้นหลังให้การบริบาลเภสัชกรรม (คะแนนความรู้เพิ่มขึ้นจากระดับปานกลางไปเป็นระดับมาก)

5. ด้านคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็ง เก็บข้อมูลในกลุ่มผู้รับบริการจำนวน 37 คน โดยใช้เครื่องมือคือ แบบวัดคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็ง Functional Assessment of Cancer Therapy-General (FACT-G) สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลคือ paired t-test เปรียบเทียบคะแนนคุณภาพชีวิต 4 ด้าน ก่อนให้การบริบาลเภสัชกรรมเปรียบเทียบกับหลังให้การบริบาลเภสัชกรรม พบว่าคะแนนคุณภาพชีวิตความผาสุกทางด้านร่างกาย ความผาสุกด้านสังคมและครอบครัว ความผาสุกด้านอารมณ์และจิตใจ และความผาสุกด้านการปฏิบัติกิจกรรม ทั้ง 4 ด้าน เหมือนกัน คือ มีคะแนนคุณภาพชีวิตหลังให้การบริบาลเภสัชกรรมมากกว่าก่อนให้การบริบาลเภสัชกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $\alpha = 0.05$ เมื่อพิจารณาคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมคะแนนคุณภาพชีวิตเฉลี่ย ก่อนให้การบริบาลเภสัชกรรมเท่ากับ 53.09 ± 15.71 คะแนน และหลังให้การบริบาลเภสัชกรรมเท่ากับ 74.57 ± 13.20 คะแนน โดยสรุปคือคะแนนคุณภาพชีวิตเฉลี่ยหลังให้การบริบาลเภสัชกรรมมากกว่าก่อนให้การบริบาลเภสัชกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $\alpha = 0.05$

6. ผลการศึกษา เรื่องความพึงพอใจ

6.1 ความพึงพอใจของผู้มารับบริการ เก็บข้อมูลในกลุ่มผู้รับบริการจำนวน 38 คน โดยใช้เครื่องมือคือ แบบประเมินความพึงพอใจของ ผู้รับบริการต่อการพัฒนาบทบาทของเภสัชกรในการจัดการความปวด วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Paired t test พบว่า ค่าเฉลี่ยระดับความพึงพอใจโดยรวมของผู้มารับบริการต่อการพัฒนาบทบาทของเภสัชกรก่อนให้การบริบาลเภสัชกรรมเท่ากับ 3.24 ± 0.18 จัดอยู่ในระดับปานกลาง และค่าเฉลี่ยระดับความพึงพอใจโดยรวมของผู้มารับบริการต่อการพัฒนาบทบาทของเภสัชกรหลังให้การบริบาลเภสัชกรรมเท่ากับ 4.50 ± 0.17 จัดอยู่ในระดับมาก สรุปได้ว่าค่าเฉลี่ยระดับความพึงพอใจของผู้มารับบริการต่อการพัฒนาบทบาทของเภสัชกรหลังให้การบริบาลเภสัชกรรมเพิ่มมากขึ้นจากก่อนให้การบริบาลเภสัชกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $\alpha = 0.05$

6.2 ความพึงพอใจของทีมสหวิชาชีพต่อการพัฒนาบทบาทของเภสัชกร เก็บข้อมูลจากกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์จำนวน 14 คน โดยใช้เครื่องมือคือ แบบประเมินความพึงพอใจ

ของ ทีมสหวิชาชีพต่อการพัฒนาบทบาทของเภสัชกรในการจัดการความปวด วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Wilcoxon signed rank test พบว่า ค่ามัธยฐานระดับความพึงพอใจโดยรวมของบุคลากรทางการแพทย์ต่อการพัฒนาบทบาทของเภสัชกรก่อนให้การบริบาลเภสัชกรรม Median(IQR) = 3.00 (0.43) จัดอยู่ในระดับปานกลาง และค่ามัธยฐานระดับความพึงพอใจโดยรวมของบุคลากรทางการแพทย์ต่อการพัฒนาบทบาทของเภสัชกรหลังให้การบริบาลเภสัชกรรม Median(IQR) = 4.60 (0.33) จัดอยู่ในระดับมากที่สุด สรุปได้ว่า ค่ามัธยฐานระดับความพึงพอใจของ ทีมสหวิชาชีพต่อการพัฒนาบทบาทของเภสัชกรหลังให้การบริบาลเภสัชกรรมเพิ่มมากขึ้นจากก่อนให้การบริบาลเภสัชกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $\alpha = 0.05$

จากผลของการศึกษาแสดงให้เห็นว่าหากมีเภสัชกรเข้าไปมีบทบาทในทีมสหวิชาชีพ ในการบริบาลเภสัชกรรมผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีการใช้ยาแก้ปวด โดยมีกิจกรรมดังต่อไปนี้คือ การติดตามประเมินประสิทธิภาพของยาแก้ปวดโดยใช้เครื่องมือ ESAS (Edmonton Symptom Assessment System) เพื่อประเมินระดับความรุนแรงของอาการปวดและอาการร่วมอื่นๆ การติดตามผลข้างเคียงจากการใช้ยาแก้ปวด การค้นหาปัญหาจากการใช้ยา การเป็นที่ปรึกษาในทีมเพื่อแนะนำขนาดยา การปรับยา และบริหารยาอย่างถูกต้อง การติดตามความร่วมมือในการใช้ยาแก้ปวด ตลอดจนการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลเกี่ยวกับเรื่องการใช้ยาแก้ปวด การปฏิบัติตัว การจัดการกับผลข้างเคียงจากยา เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพและความปลอดภัยในการใช้ยาทั้งขณะที่ผู้ป่วยอยู่ที่โรงพยาบาลหรือผู้ป่วยที่ถูกส่งกลับมารักษาต่อในคลินิกประจำที่ประคองที่บ้าน ซึ่งเป็นบทบาทที่สำคัญของเภสัชกรในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องถึงที่บ้าน ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ได้รับความพึงพอใจมากขึ้น รวมถึงได้รับการดูแลอย่างองค์รวมจากทีมสหวิชาชีพ ครอบคลุมทั้งด้านกาย ใจ สังคม และจิตวิญญาณ จากรูปแบบกิจกรรมการบริบาลเภสัชกรรมที่ได้ดำเนินการตามแนวทางที่ได้จัดทำนี้ ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์แก่ผู้ป่วยที่ดีขึ้น ทำให้เพิ่มความพึงพอใจของทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องได้อีกด้วย

อภิปรายผล

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

จากข้อมูลลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยมะเร็งระยะที่ 3 ที่เคยได้รับยาแก้ปวดในกลุ่มโอปิออยด์มาจากโรงพยาบาลที่รักษามะเร็ง โดยยาที่ผู้ป่วยใช้ส่วนใหญ่เป็นทรามาดอล และหากพิจารณาค่าคะแนนความปวดในภาพรวมก่อนให้การบริบาลเภสัชกรรม ผู้ป่วยมีค่ามัธยฐานระดับความปวดส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (pain score = 6) ซึ่งถือว่ากลุ่มตัวอย่างไม่ได้มีคะแนนความปวดที่อยู่ในระดับปวดมาก และจากการไปเยี่ยมบ้านร่วมกับทีมสำรวจสุขภาพครอบครัวของผู้ป่วย โดยใช้เครื่องมือ INHOMESSS พบว่า ส่วนใหญ่ยังช่วยเหลือตนเองได้ดี สามารถทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐานได้เอง มีบางส่วนที่ติดเตียง หรือโรคดำเนินมายังระยะท้ายๆ มีผู้ดูแลเกือบทุกครอบครัว ถึงแม้ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างจะไม่ได้มีคะแนนความปวดอยู่ในระดับปวดมาก และเภสัชกรมีการปรับขนาดยาในผู้ป่วยแค่เพียงส่วนหนึ่ง เพราะผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับยามาจากโรงพยาบาลที่รักษามะเร็งอยู่ก่อนแล้ว แต่อย่างไรก็ตามหลักการดูแลผู้ป่วยมะเร็งในคลินิกประจำประคองนั้น ควรจะมีการจัดการอาการรบกวนที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต โดยเฉพาะความปวด โดยไม่จำเป็นต้องรอให้ผู้ป่วยดำเนินโรคจนถึงระยะสุดท้าย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถอยู่กับโรคได้อย่างไม่ทุกข์ทรมาน

นอกจากนี้เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปของผู้มารับบริการ จำนวน 38 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ช่วงอายุระหว่าง 50-59 ปี ใช้สิทธิบัตรทอง ชนิดของโรคมะเร็งที่พบส่วนใหญ่เป็นมะเร็งเต้านม รองลงมาคือมะเร็งปากมดลูก ซึ่งมีความสอดคล้องกับข้อมูลสถิติโรคมะเร็งของสถาบันมะเร็งแห่งชาติที่ดึงข้อมูลมาจากทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล พ.ศ. 2562⁽⁴⁸⁾ แสดงถึงชนิดของมะเร็งที่พบมากที่สุดในเพศหญิงคือ มะเร็งเต้านมร้อยละ 40 รองลงมา คือมะเร็งปากมดลูกร้อยละ 15.3 โดยช่วงอายุที่พบบ่อยของมะเร็งเต้านม คือ อายุ 50-55 ปี เช่นเดียวกับผลการวิจัย ส่วนใหญ่มีช่วงอายุระหว่าง 50-59 ปี สำหรับสิทธิการรักษาส่วนใหญ่ผู้ป่วยในงานวิจัยนี้ใช้สิทธิบัตรทอง ซึ่งเป็นสิทธิที่ครอบคลุมการรักษาโรคมะเร็งโดยการให้เคมีบำบัดหรือฮอร์โมนหรือรังสีรักษา ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายแต่อย่างใด⁽⁴⁹⁾

2. ผลการวิจัยจากการสนทนากลุ่ม ใน 6 ประเด็น

จากการที่โรงพยาบาลหนองเสือเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง บริบทของการให้บริการในคลินิกประจำประคองสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งนั้นจะเป็นผู้ป่วยที่ถูกส่งกลับมารักษาต่อจากโรงพยาบาลที่ทำการตรวจรักษาโรคมะเร็ง ทางโรงพยาบาลหนองเสือมีระบบการให้บริการแบบประจำประคอง มีรายการยาที่จำเป็นพร้อมใช้ มีการทำ advance care planning เพื่อเตรียมพร้อมให้ผู้ป่วยกลับไปดูแลต่อเองที่บ้าน แต่ยังไม่มีการเข้าไปมีบทบาทสำคัญในทีมที่

ทำหน้าที่ในการบริหารผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาแก้ปวดกลุ่มโอปิออยด์ เดิมเป็นเพียงการจ่ายยาตามแพทย์สั่ง ทำให้เกิดปัญหาต่างๆจากการใช้ยา จากการสนทนากลุ่มสิ่งที่ทีมสหวิชาชีพต้องการคือ อยากให้เภสัชกรมีการบริหารผู้ป่วย ได้แก่ การประสานรายการยา การติดตามประสิทธิภาพจากการใช้ยาแก้ปวดกลุ่มโอปิออยด์ การประเมินความปวดให้เป็นรูปแบบเดียวกัน การติดตามความร่วมมือในการใช้ยา การค้นหาปัญหาจากยา การให้ความรู้ผู้ป่วย และมีการไปเยี่ยมบ้านผู้ป่วยร่วมกับทีม ซึ่งแต่เดิมแสดงให้เห็นว่าเมื่อไม่มีเภสัชกรเข้าไปทำบทบาทหน้าที่ในการบริหารผู้ป่วย ทำให้เกิดปัญหาต่างๆจากการใช้ยา ดังนั้นทีมสหวิชาชีพจึงมีความต้องการให้เภสัชกรเข้าร่วมทีม จากการที่ผู้วิจัยได้สังเกตเห็นปัญหาดังกล่าวจึงได้พัฒนาบทบาทหน้าที่ของเภสัชกรในการบริหารผู้ป่วยที่ได้รับยาแก้ปวด ผ่านกิจกรรมต่างๆตามที่ได้อธิบายไปข้างต้น ซึ่งเป็นการสนับสนุนแนวคิดของการบริหารเภสัชกรรม^(12, 13) ที่กล่าวว่า เภสัชกรต้องรับผิดชอบด้านการใช้ยาของผู้ป่วยเฉพาะราย มีการค้นหา แก้ไข ป้องกันปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้นจากการใช้ยา เพื่อให้ได้ผลการรักษาที่ถูกต้อง เหมาะสมตามต้องการ และเกิดความปลอดภัย เพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย นอกจากนี้ปัญหาล้วนใหญ่ของทีมจากการสนทนากลุ่ม คือ ยังไม่มีการทำข้อตกลงในการเลือกใช้นโยบายการจัดการอาการปวดในผู้ป่วยมะเร็ง การกำหนดเครื่องมือที่จำเป็นที่ต้องใช้ ให้เป็นแนวทางเดียวกันภายใต้บริบทของโรงพยาบาลหนองเสือเอง นอกจากนี้ยังไม่มีการแบ่งหน้าที่ที่ชัดเจนของแต่ละวิชาชีพ อีกทั้งยังขาดการส่งต่อข้อมูลของผู้ป่วย ซึ่งเป็นไปในทิศทางเดียวกันกับงานวิจัยของปัทมาวดี ช้างเพชร และคณะ⁽¹⁰⁾ ได้จัดกิจกรรมการสนทนากลุ่มพบปัญหาที่คล้ายคลึงกันของโรงพยาบาลเจ้าคุณไพฑูริย์พนมทวนคือ การกำหนดปัญหา เป้าหมายการรักษา แนวทางการรักษายังไม่ชัดเจน การประเมินความปวดกับเครื่องมือที่ใช้ยังไม่เป็นแนวทางเดียวกัน นอกจากนี้ยังพบว่าการให้บริการจากบุคลากรที่มีส่วนเกี่ยวข้องยังไม่ครอบคลุมบางวิชาชีพ และเมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาของวณิชชา เรืองศรี และคณะ⁽²²⁾ ซึ่งเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการเช่นเดียวกัน ในระยะที่ 1 ขั้นตอนการ planning ได้มีการวิเคราะห์สถานการณ์ ปัญหาการจัดการความปวดพบว่า ยังมีปัญหาเรื่องจัดการอาการปวดยังไม่เป็นที่น่าพอใจสำหรับผู้ป่วย การบันทึกเอกสาร กิจกรรมการพยาบาลยังไม่เป็นแนวทางเดียวกัน สหวิชาชีพยังมีการปฏิบัติที่แตกต่างกัน นอกจากนี้ยังมีการจัดการความปวดโดยการใช้ยาที่ยังไม่เหมาะสม จึงได้จัดกิจกรรมการสนทนากลุ่ม เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลด้านความปวดในผู้ป่วยมะเร็งขึ้นมา ซึ่งจะเห็นได้ว่าไม่ว่าจะเป็นบริบทของโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 หรือ 60 เตียง โรงพยาบาลขนาดใหญ่ 650 เตียง ต่างพบปัญหาที่คล้ายคลึงกันทำให้เกิดแนวคิดที่จะพัฒนางานขึ้นมาเพื่อให้ได้แนวปฏิบัติที่เหมาะสม ต่างกันไปตามบริบทของแต่ละพื้นที่

3. ผลการสัมภาษณ์ผู้ป่วยจากการเยี่ยมบ้าน โดยใช้เครื่องมือ INHOMESSS IFFE

เก็บข้อมูลในกลุ่มผู้รับบริการซึ่งเป็นโรคมะเร็งระยะลุกลามในคลินิกระดับประคองที่ใช้ยาแก้ปวดกลุ่มโอปิออยด์ ถูกส่งกลับมารักษาต่อเนืองที่บ้าน จำนวน 38 คน โดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยในครั้งแรกที่เภสัชกรและทีมไปเยี่ยมบ้าน เพื่อช่วยให้เข้าใจถึงความต้องการของผู้ป่วยมากยิ่งขึ้น พบว่าจากการประเมินความสามารถในการเคลื่อนไหว การทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐานได้เอง (Immobility) ส่วนใหญ่ผู้ป่วยสามารถทำได้เอง แต่ยังไม่สามารถทำงานที่ต้องออกแรงมากขึ้นได้ ซึ่งต่างจากการศึกษาของปริญา ฅมอุตทา และคณะ⁽⁴⁴⁾ ได้เยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคเรื้อรังพบว่าผู้ป่วยมากกว่าครึ่ง มีการเคลื่อนไหวที่ลำบากหรือเคลื่อนไหวไม่ได้เลย อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยดังกล่าว ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่อายุเฉลี่ย 65.21 ปี และกลุ่มเป้าหมายที่ไปเยี่ยมบ้านมีผู้ที่ติดเตียง พิกัด ผู้ป่วยหลังผ่าตัด ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งเป็นกลุ่มที่มักมีปัญหาเรื่องการเคลื่อนไหวลำบาก ส่วนการประเมินเรื่องโภชนาการและอาหาร (Nutrition) พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีพฤติกรรมเลือกทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค ซึ่งต่างจากการศึกษาของปริญา ฅมอุตทา และคณะ⁽⁴⁴⁾ สายชล ชำปฏี⁽⁴⁵⁾ และศลิษา สะพลอย⁽⁴⁶⁾ ที่พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีลักษณะการรับประทานอาหารยังไม่เหมาะสมคือ มีความรู้เกี่ยวกับอาหารแต่ไม่ได้ควบคุม อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างของงานวิจัยดังกล่าวที่ไปเยี่ยมบ้าน ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวที่พบมากที่สุดคือเบาหวาน ซึ่งมักพบปัญหาด้านการรับประทานอาหารมากกว่าโรคอื่นๆ แต่สำหรับผลของงานวิจัยนี้ ส่วนใหญ่ผู้ป่วยเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยโรคมะเร็งส่วนใหญ่ได้รับคำแนะนำเรื่องอาหารและโภชนาการมาก่อนแล้ว ตั้งแต่ทำการรักษาที่โรงพยาบาลที่รักษามะเร็ง สำหรับเรื่องสภาพบ้านของผู้ป่วย (Housing) และความปลอดภัย (Safety) มีความสอดคล้องกับงานวิจัยของ ปริญา ฅมอุตทา และคณะ สายชล ชำปฏี และศลิษา สะพลอย คือ ส่วนใหญ่สภาพบ้านมีลักษณะมั่นคง แข็งแรง อากาศปลอดโปร่ง สะอาด เป็นระเบียบ มีความปลอดภัยเหมาะสมกับผู้ป่วย รวมถึงเรื่องของสมาชิกในบ้านที่คอยดูแลผู้ป่วย (Other people) พบว่าส่วนใหญ่มีญาติใกล้ชิดคอยช่วยเหลือ และประเด็นของยา (Medication) พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ใช้ยาที่สั่งใช้โดยแพทย์ (ประเด็นเกี่ยวกับปัญหาจากการใช้ยาจะกล่าวไว้ในส่วนที่ 4.2) ในส่วนของการตรวจร่างกายเบื้องต้นนั้น (Examination) ในประเด็นของโรค พบว่าส่วนใหญ่ผู้ป่วยสามารถควบคุมสภาวะโรคประจำตัวที่เป็นได้ มีความแตกต่างกับงานวิจัยของปริญา ฅมอุตทา และคณะ⁽⁴⁴⁾ และศลิษา สะพลอย⁽⁴⁶⁾ ที่พบว่าส่วนใหญ่ผู้ป่วยมีสัญญาณชีพที่ผิดปกติ ผลการตรวจร่างกาย เช่น ระดับความดันโลหิตคุมได้ไม่ดีตามเกณฑ์ที่เป็นเช่นนี้อาจเป็นเพราะ เรื่องของโภชนาการของกลุ่มตัวอย่างจากงานวิจัยของปริญา ฅมอุตทา และคณะ และศลิษา สะพลอย ส่วนใหญ่ผู้ป่วยมี

โรคประจำตัวเป็นเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไม่คุมอาหาร นอกจากนี้ยังพบปัญหาจากการใช้ยา อันดับแรกคือ ความไม่ร่วมมือในการใช้ยา จึงส่งผลให้ไม่สามารถควบคุมสภาวะโรคได้ดีเท่าที่ควร ต่างจากกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยนี้ส่วนใหญ่มีภาวะโภชนาการเหมาะสม ควบคุมอาหารดีอยู่ก่อนแล้ว ในประเด็นของยา เรื่องผลข้างเคียงจากยา ส่วนใหญ่ในงานวิจัยนี้ไม่ได้เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาที่ใช้รักษาโรคประจำตัว ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของศลิษา สะพลอยสำหรับเรื่อง ความเชื่อ ค่านิยม ศาสนา ค่อนข้างมีความหลากหลายต่างกันไปในแต่ละพื้นที่ ในส่วนของเรื่อง การเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ (Service) ผู้ป่วยส่วนใหญ่สามารถเข้าถึงการรักษาตามสิทธิของตน ซึ่งสอดคล้องกันทุกการศึกษา นอกจากนี้ผู้วิจัยยังมีการสัมภาษณ์ผู้ป่วยด้วยเครื่องมือ IFFE เป็นเครื่องมือที่ช่วยสืบค้นโรคจากยา ในภาพรวมพบว่า มีผู้ป่วยเกือบครึ่งหนึ่งมีทุกขที่เกิดจากยา โดยผู้ป่วยรู้สึกมีความกังวลจากการใช้ยา รู้สึกกลัวผลข้างเคียงของยา ซึ่งเป็นไปในทิศทางเดียวกันกับงานวิจัยของศลิษา สะพลอย⁽⁴⁶⁾

จากการไปเยี่ยมผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน และสัมภาษณ์ผู้ป่วยโดยใช้เครื่องมือทางเวชศาสตร์ครอบครัวของสายพิน หัตถ์รัตน⁽³⁶⁾ ทำให้เภสัชกรได้มองเห็นถึงสภาพความเป็นอยู่ของผู้ป่วยที่แท้จริง ได้มีเวลาคุยกับผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดมากขึ้น ผู้ป่วยมีความสบายใจหากได้อยู่ที่บ้าน ซึ่งการไปเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านนั้นต้องใช้ทักษะการสื่อสารในการปฏิบัติงานของเภสัชกร ทั้งกับทีมสหวิชาชีพเอง รวมทั้งผู้ป่วยและญาติ เมื่อเภสัชกรสามารถสร้างความไว้วางใจแก่ผู้ป่วย ผู้ป่วยจะบอกเล่าเรื่องราวของตนอย่างละเอียด ทำให้ช่วยแก้ปัญหาจากการใช้ยาได้ตรงจุดมากขึ้น โดยที่ผู้ป่วยเองและสมาชิกครอบครัว ได้รับรู้ร่วมกันแก้ปัญหาที่เกี่ยวข้อง อย่างเหมาะสมกับสภาพการดำรงชีวิตของตนเอง ครอบครัวและสิ่งแวดล้อม ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิด เรื่อง การบริหารทางเภสัชกรรมที่บ้านของ จตุพร ทองอิม⁽³⁷⁾ ที่ได้กล่าวไว้ว่า “เป็นการดูแลสุขภาพด้านยาของผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวที่บ้าน โดยบริหารจัดการในรูปแบบที่เหมาะสมสำหรับผู้รับบริการ ครอบครัว และสภาพแวดล้อม โดยที่ผู้รับบริการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกแนวทางในการป้องกันและแก้ไข ปัญหา เพื่อให้ผู้รับบริการมีศักยภาพ เกิดความมั่นใจในการใช้ยาได้อย่างถูกต้องเหมาะสม สามารถพึ่งตนเองได้ และเป็นการดำเนินงานบริหารอย่างต่อเนื่อง ดูแลผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม เศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อม”

4. ผลลัพธ์ด้านบริหารเภสัชกรรมก่อนและหลังการพัฒนาบทบาทของเภสัชกรในการจัดการอาการปวดด้วยยาในด้านต่างๆ

4.1 เรื่องค่าคะแนนความปวดและอาการรบกวนอื่นๆ เก็บข้อมูลในกลุ่มผู้รับบริการ ซึ่งเป็นโรคมะเร็งระยะลุกลามในคลินิกประคับประคองที่ใช้ยาแก้ปวดกลุ่มโอปิออยด์ จำนวน 38 คน โดยใช้เครื่องมือคือ แบบประเมิน ESAS⁽¹⁵⁾ เมื่อผู้ป่วยมีระยะของโรคที่อยู่ในระยะท้าย ได้มีการดูแลรักษาแบบประคับประคอง ซึ่งตามหลักการของ WHO⁽¹⁴⁾ กล่าวว่า การดูแลแบบประคับประคองเป็นการดูแลเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของทั้งผู้ป่วยและครอบครัว มุ่งเน้นการป้องกันและบรรเทาความทุกข์ทรมาน โดยเน้นการดูแลแบบองค์รวม ครอบคลุมทุกมิติ ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่เข้าสู่ระยะลุกลามมักมีอาการรบกวนรุนแรงที่พบบ่อยถึงร้อยละ 66.4 คือ อาการปวด และร้อยละ 38 ของผู้ป่วยมีความปวดในระดับปานกลางถึงรุนแรง⁽⁵⁰⁾ และอาจจะมีอาการปวดปะทุ (Breakthrough pain) ที่เกิดขึ้นได้บ่อย ส่งผลในทางลบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย⁽⁴⁾ ดังนั้นการจัดการอาการปวดจึงมีความสำคัญที่จะช่วยทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น นอกจากอาการปวดแล้ว ยังมีอาการรบกวนอื่นๆ ที่พบได้บ่อยได้แก่ อ่อนเพลีย ไม่สบายกายใจ เบื่ออาหาร และวิตกกังวล โดยอาการเบื่ออาหาร ความไม่สบายกายใจ อ่อนเพลีย เป็นอาการที่ผู้ป่วยรับรู้ว่ามีอาการรุนแรงในระดับที่ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน⁽⁵¹⁾

เมื่อพิจารณาระดับคะแนนความปวด แยกตามกลุ่มตัวอย่างรายเก่าและรายใหม่ พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ใช้ยาแก้ปวดรายใหม่มีระดับคะแนนความปวดหลังให้การบริบาลเภสัชกรรมลดลงเมื่อเทียบกับก่อนให้การบริบาลเภสัชกรรม โดยค่ามัธยฐานระดับคะแนนความปวด = 4.50 และ 3.00 ตามลำดับ ซึ่งลดลงจาก baseline เดิม 33.33% (เป้าหมายของการจัดการอาการปวดที่ดีในงานวิจัยนี้ได้กำหนดว่า คะแนนความปวดลดลงจาก baseline เดิม 30% (visit 2 เทียบกับ visit 3) และเมื่อเปรียบเทียบใน visit 1 กับ 2 พบว่า ระดับคะแนนความปวดลดลงหลังจากได้ใช้ยาแก้ปวดไปแล้ว 1 สัปดาห์ สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ยาแก้ปวดรายเก่ามีระดับคะแนนความปวดหลังให้การบริบาลเภสัชกรรมลดลง เมื่อเทียบกับก่อนให้การบริบาลเภสัชกรรม โดยค่ามัธยฐานระดับคะแนนความปวด = 6.00 และ 4.00 ตามลำดับ ซึ่งลดลงจาก baseline เดิม 33.33% (visit 2 เทียบกับ visit 3) และเมื่อเปรียบเทียบใน visit 1 กับ 2 พบว่า ระดับคะแนนความปวดไม่แตกต่างกัน

เมื่อพิจารณาทั้งอาการปวดและอาการรบกวนอื่นๆ ผลการวิจัยพบว่า กิจกรรมการบริบาลเภสัชกรรมสามารถทำให้ค่ามัธยฐานของคะแนนความปวด คะแนนอาการคลื่นไส้ คะแนนอาการซีมีเศร้า คะแนนอาการวิตกกังวล คะแนนอาการไม่สบายกายใจ และคะแนนอาการท้องผูก มีความแตกต่างกันระหว่างก่อนให้การบริบาลเภสัชกรรมกับหลังให้การบริบาลเภสัชกรรมอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติ โดยมีค่ามัธยฐานของคะแนนความปวด อาการคลื่นไส้ อาการซึมเศร้า อาการวิตกกังวล อาการไม่สบายกายใจ ที่ลดลงหลังให้การบริบาลเภสัชกรรม นอกจากนี้ยังพบว่าหลังให้การบริบาลเภสัชกรรมไปแล้วนาน 1 สัปดาห์ต่อเนื่องจนถึง 2 สัปดาห์ ยังช่วยทำให้ค่ามัธยฐานคะแนนอาการซึมเศร้า อาการวิตกกังวล อาการไม่สบายกายใจ มีค่าลดลงอีกด้วย

แต่สำหรับคะแนนอาการเหนื่อย อ่อนเพลีย อาการร่งงซึม อาการเบื่ออาหาร อาการเหนื่อยหอบนั้น ไม่แตกต่างกัน ที่เป็นเช่นนั้นสามารถอธิบายได้ว่า เรื่องของอาการซึมเศร้า อาการวิตกกังวล ซึ่งเป็นอาการทางใจ พบว่าผู้ป่วย ได้รับการพูดคุยให้กำลังใจจากทีมเยี่ยมบ้านในทุกครั้งที่ได้ไปเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน รวมทั้งจากครอบครัว ซึ่งส่วนใหญ่แล้วผู้ป่วยอยู่กับครอบครัว มีผู้ดูแลใกล้ชิด มีกำลังใจจากครอบครัวที่ดีเป็นพื้นฐานอยู่แล้ว นอกจากนี้ยังมีการคัดกรองอาการทางใจโดยนักจิตวิทยา หากพบว่าผู้ป่วยมีแนวโน้มจะเกิดอาการซึมเศร้า วิตกกังวล จะมีการส่งต่อให้พบจิตแพทย์ต่อไป ทำให้คะแนนอาการซึมเศร้า อาการวิตกกังวลลดลงหลังให้การบริบาลเภสัชกรรมไปแล้วนาน 1 สัปดาห์ต่อเนื่องจนถึง 2 สัปดาห์ ซึ่งจากงานวิจัยของภา ทวีธรยองกุล และคณะ⁽²⁰⁾ ก็พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองมีวิธีการจัดการอาการแบบไม่ใช้ยาที่พบมากที่สุด ด้านจิตใจและสังคม คือ การที่ตนได้พูดคุย ได้รับกำลังใจจากบุคคลรอบข้าง เพื่อให้เกิดความสบายใจ มีการดูแลช่วยเหลือ และได้รับคำแนะนำในการดูแลตนเอง นอกจากนี้ยังพบว่า ประสิทธิภาพ อาการรวม และประสิทธิภาพอาการด้านร่างกายในมิติของความถี่ และความรุนแรง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการอาการแบบใช้ยา เมื่อมีอาการทางกายครบถ้วนแล้ว ผู้ป่วยได้รับยาเพื่อแก้ไขอาการก็จะช่วยให้อาการนั้นทุเลาลงไป ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยนี้ที่ว่า อาการทางกายจากการประเมินด้วยแบบประเมิน ESAS ได้แก่ ความปวด อาการคลื่นไส้ อาการไม่สบายกายและใจ และอาการท้องผูก ที่มีคะแนนลดลงหลังให้การบริบาล หรืออีกนัยคือ อาการดังกล่าวดีขึ้น หรือหายไป ที่เป็นเช่นนั้นเพราะว่ามีการจัดการอาการดังกล่าวจากการทำกิจกรรมการบริบาล ได้แก่ เภสัชกรมีการติดตามประสิทธิภาพจากการใช้ยาแก้ปวด โดยมีการประเมิน ESAS ทุกสัปดาห์ รวมทั้งประเมินอาการรบกวนอื่นๆร่วมด้วย ซึ่งอาการอื่นๆนั้นอาจเป็นผลข้างเคียงจากยา หรือผลข้างเคียงจากการรักษา เช่น อาการคลื่นไส้ อาการร่งงซึม สะลึมสะลือ อาการท้องผูก เมื่อได้ค้นพบอาการเหล่านี้จึงปรึกษาแพทย์และทีม เพื่อแก้ไขปัญหาจากการใช้ยาของผู้ป่วย ทำให้อาการบรรเทาลงได้ นอกจากนี้ยังมีแนวทางการประเมินความปวด การจัดการอาการปวดในผู้ป่วยมะเร็งที่เป็นแนวทางเดียวกันในทีม การติดตามความร่วมมือในการใช้ยาแก้ปวดที่ต้องใช้ตามเวลา การให้ความรู้เรื่องการใช้ยา การปฏิบัติตัว ผลข้างเคียงจากยา ที่เภสัชกรได้แนะนำผู้ป่วย ซึ่งล้วนแล้วแต่เป็นกิจกรรมในการบริบาลผู้ป่วย ทำให้อาการดังกล่าวดีขึ้น

นอกจากอาการปวดจะดีขึ้นแล้ว ยังทำให้อาการทางใจดีขึ้นไปด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของ วัชรีย์ ต่อนี้⁽²⁶⁾ ที่พบว่าระดับอาการปวดในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายมีความสัมพันธ์กับอาการซึมเศร้า หากผู้ป่วยมีอาการปวดเพิ่มขึ้น จะเริ่มพบอาการซึมเศร้าที่มากขึ้น เช่นเดียวกับงานวิจัยของ Delgado, Parsons, Palmer, Bruera⁽⁵²⁾ ที่ได้พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่มีอาการทางกายรบกวน เช่น อาการปวด อาการอ่อนเพลีย ความไม่สบายกายและใจ ที่มีระดับความรุนแรงมากขึ้น มักสัมพันธ์กับอาการทางใจ ได้แก่ อาการวิตกกังวล อาการซึมเศร้า เป็นเหตุผลที่ทำให้คะแนนอาการซึมเศร้า อาการวิตกกังวล ความไม่สบายกายและใจลดลง เมื่อผู้ป่วยมีอาการปวดลดลง

นอกจากนี้การศึกษาของภัทรานิษฐ์ เมธิพิสิษฐ์ และคณะ⁽⁵³⁾ ได้มีการเปรียบเทียบคะแนนความรุนแรงรายอาการก่อนและหลังได้รับการดูแลแบบประคับประคองภายใน 1 สัปดาห์ พบว่าคะแนนความรุนแรงทั้ง 9 อาการ ได้แก่ ความปวด อาการคลื่นไส้ อาการซึมเศร้า อาการวิตกกังวล อาการไม่สบายกายและใจ อาการอ่อนเพลีย อาการเบื่ออาหาร อาการเหนื่อยหอบและอาการง่วงซึม ที่ประเมินโดยแบบประเมิน ESAS ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (เมื่อพิจารณาคะแนนความรุนแรงของอาการปวดเฉลี่ยก่อนการดูแล = 7.04 หลังการดูแล = 4.01) ซึ่งสอดคล้องกับผลงานของผู้วิจัยนี้ในบางอาการ ได้แก่ ความปวด อาการคลื่นไส้ อาการซึมเศร้า อาการวิตกกังวล และอาการไม่สบายกายและใจ ซึ่งมีคะแนนดังกล่าวลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หลังให้การบริบาลเกสรกรรมไป 1 สัปดาห์ (เมื่อพิจารณาค่ามัธยฐานของคะแนนความรุนแรงของอาการปวดก่อนการบริบาลเกสรกรรม = 6 หลังการบริบาลเกสรกรรม = 4) แต่สำหรับอาการทางกายในบางอาการ เช่น อาการเหนื่อย อ่อนเพลีย อาการเบื่ออาหาร อาการเหนื่อยหอบ อาการง่วงซึมที่ไม่ได้เกิดจากผลข้างเคียงจากยานั้น เป็นอาการที่แสดงออกมากจากการดำเนินไปของโรค ซึ่งในกลุ่มตัวอย่างนั้น ส่วนใหญ่ระยะของโรคอยู่ในระยะที่ 3 กับ 4 บางรายเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิตจึงไม่สามารถรักษาโรคหรืออาการดังกล่าวให้หายขาดได้ รวมทั้งวัตถุประสงค์ของงานวิจัยนี้เป็นการพัฒนาบทบาทของเกสรกรรมในการจัดการอาการปวด กิจกรรมการบริบาลจึงเน้นไปที่การบรรเทาปวด การจัดการผลข้างเคียงจากยา ดังนั้นอาการเหนื่อย อ่อนเพลีย อาการเบื่ออาหาร อาการเหนื่อยหอบ อาการง่วงซึมที่ไม่ได้เกิดผลข้างเคียงจากยาจึงมีคะแนนที่ไม่แตกต่างกันระหว่างก่อนและหลังการให้บริบาลไปแล้ว ต่างจากงานวิจัยของ ภัทรานิษฐ์ เมธิพิสิษฐ์ และคณะ⁽⁵³⁾ ซึ่งมีวัตถุประสงค์คือ ศึกษาผลลัพธ์การให้การพยาบาลที่ดูแลแบบประคับประคอง โดยเน้นดูแลจัดการอาการรบกวนทุกอาการ ที่คล้ายกับกับงานวิจัยของสมจิต ประภากร⁽⁵⁴⁾ ก็ได้ผลลัพธ์จากการพัฒนาระบบการบริการพยาบาลแบบประคับประคอง เก็บข้อมูล 3 วนรอบ พบว่าอาการต่างๆทั้ง 9 อาการ

ของผู้ป่วยในรอบที่ 2 ดีขึ้นกว่าในรอบที่ 1 และอาการต่าง ๆ ของผู้ป่วยในรอบที่ 3 ดีขึ้นกว่าในรอบที่ 2 นอกจากนี้จะเห็นได้ว่าทั้งสองงานวิจัยนี้ทำใน setting ของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์กับสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ซึ่งเป็นบริบทของโรงพยาบาลที่รักษาโรคมะเร็งเฉพาะทางที่มีการรักษาอาการรอบกวนต่าง ๆ ด้วยยาที่ต่างจากโรงพยาบาลชุมชนที่อาจทำได้เพียงบรรเทาอาการเบื้องต้น เนื่องจากยาบางรายการที่มีประสิทธิภาพดีในการรักษาอาการรอบกวนต่างๆ บางตัวอาจไม่มีในโรงพยาบาลชุมชน

4.2 ผลลัพธ์ด้านความร่วมมือในการใช้ยา และเรื่องความรู้ ความเข้าใจเรื่องการใช้ยา
 ผู้วิจัยได้นำมาอภิปรายร่วมกัน เนื่องจากความรู้ ความเข้าใจเรื่องการใช้ยามีส่วนที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยา โดยผู้ป่วยที่ไม่มีข้อมูลที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับยาที่ตนเองใช้ มีแนวโน้มที่จะไม่ร่วมมือในการใช้ยา จากที่ว่าผลลัพธ์ของการพัฒนาบทบาทของเภสัชกรในทีมสหวิชาชีพ สำหรับการจัดการอาการปวดด้วยยาในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามมีประสิทธิภาพมากขึ้นกว่าเดิม โดยผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยาบรรเทาปวดมากขึ้น จากการประเมินความร่วมมือในการใช้ยาวีธีแรก โดยใช้แบบสอบถาม MTB Thai ผลวิจัยพบว่า กิจกรรมการบริหารสามารถทำให้ค่ามัธยฐานของคะแนนความร่วมมือในการใช้ยาเพิ่มขึ้นตั้งแต่สัปดาห์แรกคงที่ต่อเนื่องจนถึง 2 สัปดาห์ หลังให้การบริหารเภสัชกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีค่ามัธยฐานของคะแนนความร่วมมือในการใช้ยาก่อนให้การบริหาร หลังให้การบริหาร 1 สัปดาห์ และ 2 สัปดาห์ Median (IQR) = 19.5 (2.50) (จัดอยู่ในระดับต่ำ), 23.00 (2.00) (จัดอยู่ในระดับปานกลาง) และ 23.00 (1.25) (จัดอยู่ในระดับปานกลาง) ตามลำดับ เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลในแบบสอบถามทั้ง 6 ข้อ ก่อนให้การบริหารเภสัชกรรม พบว่าส่วนใหญ่ เคยลืมใช้ยา 1-2 ครั้ง เคยใช้ยาไม่ตรงเวลา 1-2 ครั้ง หยุดใช้ยาจากการได้รับอาการข้างเคียง 1-2 ครั้ง ไม่เคยหยุดยาเองเพราะคิดว่าตนเองหายแล้ว ไม่เคยหยุดด้วยเหตุผลอื่นๆ และไม่เคยเพิ่มหรือลดยาเอง ส่วนหลังให้การบริหารเภสัชกรรมไปแล้ว 1 สัปดาห์กับ 2 สัปดาห์ นั้นผลเหมือนกันคือ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ ไม่ลืมใช้ยา มีใช้ยาไม่ตรงเวลา 1-2 ครั้งเท่ากับใช้ยาตรงเวลาทุกครั้ง ไม่เคยจากการได้รับอาการข้างเคียง หรือหยุดยาเองเพราะคิดว่าตนเองหายแล้ว ไม่เคยหยุดด้วยเหตุผลอื่นๆ และไม่เคยเพิ่มหรือลดยาเอง ซึ่งพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยมีแนวโน้มดีขึ้นหลังให้การบริหาร นอกจากนี้ยังมีการประเมินความร่วมมือในการใช้ยาวีธีที่สอง โดยให้ผู้ผู้ป่วยบันทึกการทานยาในสมุด พบว่า ค่ามัธยฐานร้อยละคะแนนความร่วมมือในการใช้ยาก่อนให้การบริหารเภสัชกรรม หลังให้การบริหารเภสัชกรรมไป 1 สัปดาห์ และ 2 สัปดาห์ (Median (IQR)) เท่ากับ

75.00 (24.40), 93.75 (14.29) และ 92.86 (14.29) ตามลำดับ ซึ่งโดยทั่วไปผู้ป่วยโรคเรื้อรังนั้นเป็นที่ยอมรับกันว่า ผู้ป่วยที่มีความร่วมมือในการใช้ยาในระดับที่เพียงพอ คือ ยาจะต้องถูกใช้ไปร้อยละ 80-120 ของจำนวนที่แพทย์สั่งใช้⁽⁵⁵⁾ จากงานวิจัยนี้ประมาณการได้ว่าถ้าผู้ป่วยจดบันทึกการใช้ยาในสมุดก็คือ ผู้ป่วยได้ใช้ยาในมือนั้นๆไป จึงคิดร้อยละคะแนนความร่วมมือในการใช้ยาได้จาก ((จำนวนมือการรับประทานยาที่แพทย์สั่งใช้ตามจริง - จำนวนมือที่ผู้ป่วยไม่ได้รับประทานยาตามที่แพทย์สั่ง)×100)/จำนวนมือการรับประทานยาที่แพทย์สั่งใช้ตามจริง จากการศึกษาพบว่า ร้อยละคะแนนความร่วมมือในการใช้ยาหลังให้การบริบาลเภสัชกรรมอยู่ในระดับที่ยอมรับได้

นอกจากนี้เมื่อพิจารณาข้อมูลจากตารางที่ 24 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ยาแก้ปวดรายเก่า ค่าคะแนนความปวด และการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยากลุ่มโอปิออยด์ เมื่อพิจารณาสาเหตุของความร่วมมือในการใช้ยาของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ยาแก้ปวดแบบต่อเนื่องตามเวลา (around the clock) กับอาการไม่พึงประสงค์จากยากลุ่มโอปิออยด์ที่เกิดขึ้น ก่อนการบริบาลเภสัชกรรมใน visit 1 พบว่า ในผู้ป่วยที่เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยากลุ่มโอปิออยด์ จำนวนทั้ง 6 คน จาก 9 คน (ร้อยละ 66.67) พบปัญหาเรื่องหยุดยาเองเนื่องจากเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยา เมื่อผู้ป่วยไม่ใช้ยาแก้ปวดอย่างต่อเนื่อง ก็เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้แวนไน้ม ค่าคะแนนความปวดใน visit 2 ไม่ลดลงจาก visit 1 แต่เมื่อมีเภสัชกรเข้ามาให้คำแนะนำทำกิจกรรมการติดตาม ส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยา การให้ความรู้ถึงข้อเสียของการไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยา และให้ความรู้เกี่ยวกับยา การจัดการผลข้างเคียงของยา รวมถึงการจัดการแก้ปัญหาจากการใช้ยา จะเห็นว่าผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวมีแวนไน้มค่าคะแนนความปวดที่ลดลงตั้งแต่ หลังให้การบริบาลไป 1 สัปดาห์ใน visit 3 แต่อย่างไรก็ดีความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยยังขึ้นกับหลายปัจจัยที่มีส่วนเข้ามาเกี่ยวข้อง เช่น การที่ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจในการใช้ยาที่ถูกต้อง การรับรู้ความรุนแรงของโรค เป็นต้น ดังนั้นจึงควรพิจารณาปัจจัยอื่น ๆ ร่วมด้วย

4.3 ผลลัพธ์เรื่องปัญหาจากการใช้ยา จากที่ว่าผลลัพธ์ของการพัฒนาบทบาทของเภสัชกรในทีมสหวิชาชีพสำหรับการจัดการอาการปวดด้วยยาในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามมีประสิทธิผลมากขึ้น โดยปัญหาจากการใช้ยาลดลงนั้น ผลการวิจัยพบว่า จำนวนครั้งของปัญหาจากการใช้ยาหลังให้การบริบาลเภสัชกรรมลดลง เมื่อเทียบกับก่อนให้การบริบาลเภสัชกรรม จาก 45 ครั้ง เหลือ 10 ครั้ง ค่าเฉลี่ยของปัญหาจากการใช้ยาต่อคนก่อนให้การบริบาลเภสัชกรรม (Mean

\pm SD) เท่ากับ 1.18 ± 0.83 ค่าเฉลี่ยของปัญหาจากการใช้ยาต่อคนหลังให้การบริบาลเภสัชกรรม (Mean \pm SD) เท่ากับ 0.26 ± 0.45 เมื่อเปรียบเทียบค่ามัธยฐานของจำนวนครั้งของปัญหาจากการใช้ยาก่อนและหลังการให้บริบาลเภสัชกรรม พบว่า ค่ามัธยฐานของจำนวนครั้งของปัญหาจากการใช้ยาหลังให้การบริบาลเภสัชกรรมลดลงจากก่อนให้การบริบาลเภสัชกรรมอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ $\alpha = 0.05$ (p-value = 0.0005) โดยปัญหาจากการใช้ยาที่พบมากที่สุดก่อนให้การบริบาลเภสัชกรรม คือ อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา เนื่องจากผลข้างเคียงของยา รองลงมาคือ ความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำในการใช้ยา ที่เป็นเช่นนี้เพราะในเรื่องของอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยานั้นพบว่า ในจำนวนผู้ที่เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยามีร้อยละ 60 (9 คนจาก 15 คน) ที่ได้รับผลข้างเคียงจากยาในกลุ่มโอปิออยด์ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยนี้ส่วนใหญ่ใช้ยาทรามาดอลและเกิดผลข้างเคียงของยาแก้ปวดของทรามาดอลที่พบได้แก่ อาการคลื่นไส้ อาเจียน รองลงมาคือ ท้องผูกจากยามอร์ฟิน นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยังอยู่ในช่วงการได้รับยาเคมีบำบัดจึงพบว่า ในจำนวนผู้ที่เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยามีร้อยละ 46.67 (7 คนจาก 15 คน) ที่ได้รับผลข้างเคียงจากยาเคมีบำบัด อาการที่พบบ่อย ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน รองลงมาคือ อาการเบื่ออาหาร เท่ากับ ผม่วง

จากปัญหาการใช้ยาทั้งหมด 55 ครั้ง เภสัชกรได้ปรึกษาแพทย์ทั้งหมด 44 ครั้ง แพทย์รับฟังและแก้ไขตามที่เภสัชกรแนะนำทุกครั้ง นอกจากนี้ยังมีปัญหาที่เภสัชกรสามารถแก้ไขได้เองทั้งหมด 11 ครั้ง ผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำของเภสัชกรทั้งหมดทุกครั้ง สำหรับปัญหาที่เภสัชกรแก้ไขได้เองส่วนใหญ่เป็นเรื่องเกี่ยวกับความร่วมมือในการใช้ยา คือ ผู้ป่วยไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำในการใช้ยา เภสัชกรจึงต้องให้ความรู้ คำแนะนำเพื่อให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจที่ถูกต้อง และส่งต่อข้อมูลให้กับทีมได้รับรู้ร่วมกัน จากข้อมูลดังกล่าวจะพบว่าเภสัชกรมีบทบาทที่สำคัญในการค้นหา แก้ไข ป้องกันปัญหาที่เกิดจากยา และให้ความรู้ คำแนะนำเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจอย่างถูกต้อง โดยมีการทำงานร่วมกับสหวิชาชีพ เพื่อช่วยให้ได้ผลการรักษาที่ดี ผู้ป่วยเกิดความปลอดภัยจากการใช้ยา

เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาของบัทมาวดี ช่างเพชร และคณะ⁽¹⁰⁾ ที่ได้ศึกษาการพัฒนาแบบการมีส่วนร่วมของเภสัชกรในการบริบาลทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยมะเร็ง พบว่า การมีเภสัชกรเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยร่วมกับทีม ช่วยทำให้จำนวนปัญหาด้านการใช้ยาลดลง โดยก่อนพัฒนาระบบมีจำนวนปัญหาเฉลี่ย 1.46 ครั้งต่อผู้ป่วย 1 ราย หลังพัฒนาระบบมีจำนวนปัญหาเฉลี่ย 0.47 ครั้งต่อผู้ป่วย 1 ราย แต่เมื่อพิจารณาชนิดของปัญหาการใช้ยาที่พบมากที่สุด จะต่างกัน

ในการศึกษาของบัทมาวดี ช้างเพชร และคณะ ปัญหาที่พบมากที่สุดคือ ผู้ป่วยไม่ได้รับยาที่สมควรได้รับ แต่งานของผู้วิจัยปัญหาที่พบมากที่สุดคือ อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างทุกคนได้รับยาแก้ปวดกลุ่มโอปิออยด์ในผู้ที่มีปัญหาเรื่องความปวดและส่วนใหญ่ยังอยู่ในระหว่างการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ทำให้พบอาการไม่พึงประสงค์จากยาได้มาก ต่างกับการศึกษาของบัทมาวดี ช้างเพชรที่มีผู้ที่มีปัญหาเรื่องความปวดแค่ประมาณร้อยละ 20 เท่านั้นและส่วนน้อยที่ยังคงอยู่ในช่วงการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของสิญาภรณ์ วงศ์คล้าย⁽⁴¹⁾ ที่ได้ศึกษาผลของการให้บริบาลทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด พบว่า การบริบาลเภสัชกรรมช่วยให้ปัญหาจากการใช้ยาหลังการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดรอบที่ 3 ในกลุ่มทดลองลดลงเมื่อเทียบกับรอบที่ 1 เมื่อพิจารณาถึงปัญหาจากการใช้ยาที่พบมากที่สุดคือ ผู้ป่วยเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา คือ มีอาการคลื่นไส้อาเจียน และเบื่ออาหาร เมื่อพิจารณาถึงการศึกษาของปริญา ฤมอุทา และคณะ⁽⁴⁴⁾ ได้ศึกษาผลของการบริบาลเภสัชกรรมผู้ป่วยต่อเนื่องในชุมชนโดยการออกเยี่ยมบ้าน พบปัญหาจากการใช้ยาส่วนใหญ่คือ ความไม่ร่วมมือในการใช้ยา เช่นเดียวกับการศึกษาของ สายชล ชำปฏี⁽⁴⁵⁾ ได้ศึกษาสาเหตุของปัญหาและวิธีการแก้ไขปัญหาจากการใช้ยาของผู้ป่วย จากการเยี่ยมบ้านโดยเภสัชกรพบว่า ผู้ป่วยได้รับผลการรักษาจากยาไม่พอ สาเหตุส่วนใหญ่มาจากตัวผู้ป่วยเองที่ไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยา คือ ลืมทานยา ที่ปัญหาจากการใช้ยาต่างกัน อาจเป็นเพราะ มีความแตกต่างของโรคในกลุ่มตัวอย่างเป็น จากการศึกษาของปริญา ฤมอุดทา และคณะและสายชล ชำปฏีนั้น ส่วนใหญ่ในกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ มีโรคเรื้อรัง โรคแทรกซ้อนอื่นร่วมด้วยตั้งแต่ 2 โรคขึ้นไป ส่วนใหญ่โรคเรื้อรังที่พบมากที่สุดคือ เบาหวาน ไขมันในโลหิตสูง ความดันโลหิตสูง นอกจากนี้ยังช่วยเหลือตนเองได้น้อยและอยู่ในภาวะพึ่งพิง จึงมักพบปัญหาจากความไม่ร่วมมือในการใช้ยาได้มากกว่า และผู้ป่วยที่มีโรคเรื้อรังหลายโรคร่วมกัน มักมีรายการยาที่ได้รับหลายรายการ ผสมกับความเป็นผู้สูงอายุด้วยแล้วนั้น อาจมีภาวะหลงลืม ขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการรับประทานยา กับผลข้างเคียงที่เกิด จึงทำให้ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยาได้มาก สำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามในคลินิกประคับประคองในงานวิจัยนี้ที่ต้องกลับมาดูแลต่อเนื่องที่บ้านนั้น ก็มักมียาที่ต้องใช้หลายรายการในการรักษาโรคประจำตัวร่วม เพิ่มโอกาสเกิดอันตรกิริยาระหว่างยา การใช้ยาที่ซ้ำซ้อนได้มากเช่นกัน เพราะด้วยบริบทของโรงพยาบาลชุมชนเอง ไม่สามารถรักษาโรคมะเร็งได้ ผู้ป่วยจึงถูกส่งตัวไปยังโรงพยาบาลเฉพาะทางที่รักษามะเร็ง อาจมากกว่า 2 ที่ขึ้นไป นอกจากนี้

ด้วยสภาวะการดำเนินไปของโรคมะเร็งหากอยู่ในระยะท้าย อาจทำให้ผู้ป่วยบางรายมีภาวะการรับรู้ การคิด ความจำที่เปลี่ยนแปลงไป มีการเปลี่ยนแปลงทางเภสัชจลนศาสตร์ เช่น การเปลี่ยนแปลงการทำงานของตับ ไต^(43, 56) หรือแม้กระทั่งการเปลี่ยนแปลงของอาการรบกวนต่างๆ ตลอดเวลา ชนิดของปัญหาจากการใช้ยาที่พบมากรองจากการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยา ก็ยังเป็นเรื่องของความไม่ร่วมมือในการใช้ยาเช่นกัน เพราะฉะนั้นการเลือกใช้ การปรับขนาดยาแก้ปวด ต้องคำนึงถึงความแตกต่างของแต่ละบุคคล พิจารณาแนวโน้มที่จะเกิดปัญหาจากการใช้ยาร่วมด้วยเสมอ ต้องมีการประเมินประสิทธิภาพของยาแก้ปวดว่าผู้ป่วยคุมปวดได้ดีหรือไม่ มีการติดตามอาการไม่พึงประสงค์เป็นระยะๆ ติดตามความร่วมมือในการใช้ยา การเกิดอันตรกิริยาระหว่างยาแก้ปวดกับยาอื่นที่ใช้ร่วม เมื่อเภสัชกรค้นพบปัญหาจากยาแล้วจึงปรึกษาแพทย์เพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าวทั้งหมดนี้เป็นส่วนหนึ่งของกิจกรรมการบริบาลที่เภสัชกรสามารถเข้าไปแก้ไขและป้องกันปัญหาร่วมกับทีมได้ ส่งผลทำให้ปัญหาจากการใช้ยาลดลง

4.4 ผลลัพธ์ด้านความรู้ ความเข้าใจในการใช้ยา การปฏิบัติตัว การติดตามผลข้างเคียงจากยา ผลจากการวิจัยพบว่า ค่ามัธยฐานคะแนนความรู้ ความเข้าใจในการใช้ยา การปฏิบัติตัว การจัดการกับผลข้างเคียงโดยรวมหลังให้การบริบาลเพิ่มมากขึ้นจากก่อนให้การบริบาลเภสัชกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยค่ามัธยฐานคะแนนก่อนให้การบริบาลเท่ากับ Median(IQR) 5.00(2) จัดอยู่ในระดับปานกลาง และค่ามัธยฐานคะแนนหลังให้การบริบาลเท่ากับ Median(IQR) 8.00(2) จัดอยู่ในระดับมาก ในส่วนของแบบประเมินความรู้ ยาทราบมาตลอดที่ยังมีผู้ตอบผิดมากที่สุดหลังให้การบริบาล ได้แก่ ข้อคำถามที่ว่า “ท่านควรรับประทานยานี้เฉพาะเวลาปวด” ซึ่งคำถามอาจจะยังไม่ชัดเจน ทำให้ผู้ตอบสับสนได้ เนื่องจากยาทราบมาตลอดสามารถใช้เพื่อบรรเทาปวดได้ทั้งแบบตามต้องการและแบบต่อเนื่องตามเวลา อาจนำข้อคำถามนี้ไปปรับปรุง ส่วนแบบประเมินความรู้ยามอร์ฟินข้อที่ยังมีผู้ตอบผิดมากที่สุดหลังให้การบริบาล ได้แก่ ข้อคำถามที่ว่า “ควรบันทึกเวลาและคะแนนความปวดทุกครั้งที่ท่านยา” เมื่อนำมาเปรียบเทียบกับข้อมูลการบันทึกการทานยาในสมุดประจำตัวผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยมักไม่บันทึกการใช้ยามอร์ฟินขณะปวดปะทุ ดังนั้นต้องเน้นย้ำถึงความสำคัญของการบันทึกการทานยาในสมุด เพื่อประโยชน์ในการปรับขนาดยากรณีที่คุณคุมปวดไม่ได้ แต่เมื่อพิจารณารายชื่อของทั้งแบบประเมินความรู้ยามอร์ฟินมาตลอดและ

ยามอรฟีนจะเห็นว่าทุกข้อ หลังให้การบริบาลจะมีแนวโน้มของจำนวนผู้ที่ตอบถูกเพิ่มมากขึ้นจาก ก่อนให้การบริบาล และกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้ที่มากขึ้นหลังให้การบริบาลเภสัชกรรม

ที่ผลวิจัยเป็นเช่นนั้นเพราะ มีการให้คำปรึกษาผู้ป่วย ให้ความรู้เกี่ยวกับยาแก้ปวด ผลข้างเคียงจากยา และการปฏิบัติตัว เมื่อพิจารณาเฉพาะความร่วมมือในการใช้ยาแก้ปวดแบบ ตามเวลา (around the clock) ก่อนให้การบริบาลเภสัชกรรมนั้น ผู้ป่วยมักไม่รับประทานยาแก้ปวด ตามเวลาที่แพทย์สั่ง เพราะเข้าใจผิดว่าทานเฉพาะเวลาปวดเท่านั้น จึงทำให้คุมอาการปวดได้ไม่ดี นอกจากนี้ยังมีผู้ป่วยบางส่วนที่หยุดใช้ยาเองเพราะเกิดผลข้างเคียงจากยา เมื่อเภสัชกรปรึกษา แพทย์ ผู้ป่วยได้รับยาจัดการอาการข้างเคียง ปัญหาได้รับการแก้ไข ทำให้ผู้ป่วยใช้ยาตามสั่งได้มากขึ้น จากการศึกษาของกัญญา เฟ่งรุ่งเรื่องวงษ์และคณะ⁽³⁰⁾ ได้ศึกษาความชุกของการบริหารยา าระงับปวดอนุพันธ์ฝิ่นชนิดรับประทานที่ไม่ตรงตามแผนการรักษาในผู้ป่วยนอกที่มีความปวดเรื้อรัง ของคลินิกระงับปวดโรงพยาบาลรามธิบดี จากการตอบแบบสอบถามความร่วมมือในการใช้ยา ของมอริสกี (MMAS-8) การนับเม็ดยา และให้ผู้ป่วยสาธิตวิธีการรับประทานยา ได้ค่าความชุกจาก ทั้ง 3 วิธีรวมกันมีค่าเท่ากับ ร้อยละ 52.6 และยังพบว่า ร้อยละ 90.2 ได้รับผลกระทบต่อการทำ กิจวัตรประจำวันจากอาการปวด ร้อยละ 87.3 ได้รับผลกระทบต่อการทำงาน กิจกรรมทางสังคม จะเห็นว่าหากความร่วมมือในการใช้ยาไม่ดี ก็อาจส่งผลให้ผู้ป่วยคุมอาการปวดไม่ได้ ส่งผลต่อ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย มีการศึกษาที่สอดคล้องกับผลการศึกษานี้คือ มณฑาทิพย์ รุ่งศิลป์ และคณะ⁽⁴⁰⁾ ที่ได้ศึกษา ผลของการให้การบริบาลทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันและมีคอเลสเตอรอลในเลือดสูง พบว่า กลุ่มที่ได้รับการบริบาลเภสัชกรรม มี ร้อยละของการใช้ยาตามแพทย์สั่ง มีจำนวนผู้ป่วยที่มาติดตามผลการรักษา มากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ รับการบริบาลเภสัชกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และไม่พบผู้ป่วยที่หยุดการรักษา นอกจากนี้ ผู้ป่วยยังมีผลระดับไขมันในเลือดตามเป้าหมายมากขึ้น ความรู้ด้านยาและโรคมากขึ้น และยังเพิ่ม คุณภาพชีวิตอีกด้วย นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของอริศา คำชะอม และคณะ⁽⁴²⁾ ที่ ศึกษาถึงประสิทธิผลของโปรแกรมการบริบาลเภสัชกรรมเพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยาใน ผู้สูงอายุที่ได้รับยาหลายขนาน พบว่า กิจกรรมการให้ความรู้ ได้แก่ การให้ความรู้เกี่ยวกับโรค ผล ของการไม่รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ผลของการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ อาการไม่พึง ประสงค์ที่สามารถเกิดได้จากการใช้ยา และกิจกรรมส่งเสริมพฤติกรรมรับประทานยาอย่าง สม่ำเสมอ ทำให้ระดับความร่วมมือในการใช้ยา เมื่อวัดด้วยแบบสอบถาม MTB Thai กับวิธีการนับ

เมื่อยามีระดับดีเพิ่มขึ้น โดยค่ามัธยฐานก่อนและหลังการให้บริบาลในสัปดาห์ที่ 4 และ 8 เท่ากับ 19, 23 และ 23 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาประเภทของความไม่ร่วมมือในการรับประทานยาโรคประจำตัวของผู้สูงอายุ พบว่า ก่อนให้โปรแกรมการบริบาล ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่รับประทานยาบางมื้อมากที่สุดถึงร้อยละ 80 ซึ่งเป็นไปในทางเดียวกับการศึกษาของผู้วิจัยที่พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ร้อยละ 88.5 เคยลืมใช้ยาบางมื้อ (เคยลืม 1-2 ครั้ง) และเมื่อนับด้วยวิธีการนับเม็ดยา ก่อนและหลังการให้บริบาล เท่ากับ ร้อยละ 70.47 และ 96.61 ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มที่ดีขึ้นและเป็นไปในทางเดียวกับผู้วิจัยเช่นกัน แต่อย่างไรก็ตามการมีความรู้ไม่ได้เป็นปัจจัยเดียวที่ทำให้ความร่วมมือในการใช้ยามากขึ้น ได้มีการศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการทานยาของผู้ป่วยโรค SLE⁽⁵⁷⁾ พบว่า ความรู้เรื่องโรคและการใช้ยา และการรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสม่ำเสมอในการรับประทานยา แต่การรับรู้อุปสรรคในการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอมีความสัมพันธ์ทางลบกับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สรุปโดยรวมจากการศึกษานี้จะเห็นได้ว่า การที่ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยา ส่วนหนึ่งอาจจะเกิดจากการที่ผู้ป่วยขาดความรู้ ความเข้าใจ ไม่ได้รับคำแนะนำเรื่องยาโรค การปฏิบัติตัวที่เหมาะสม ผลข้างเคียงจากยา ขาดความตระหนักถึงความสำคัญของการใช้ยาดังนั้นเภสัชกรจึงต้องมีบทบาทในการบริบาลผู้ป่วย ติดตามความร่วมมือในการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง มีการให้ความรู้ สร้างความเข้าใจที่ถูกต้อง ก็จะช่วยให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการใช้ยามากขึ้น

5. เรื่องคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็ง หลังการพัฒนาบทบาทของเภสัชกรในการจัดการความปวดด้วยยา จะทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้นนั้น ผลการวิจัยพบว่า คะแนนคุณภาพชีวิตความผาสุกทางด้านร่างกาย ความผาสุกด้านสังคมและครอบครัว ความผาสุกด้านอารมณ์และจิตใจ และความผาสุกด้านการปฏิบัติกิจกรรม ทั้ง 4 มิตินั้น คะแนนคุณภาพชีวิตหลังให้การบริบาลเภสัชกรรมไปสองสัปดาห์มากกว่าก่อนให้การบริบาลเภสัชกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อพิจารณาคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวม คะแนนคุณภาพชีวิตเฉลี่ยก่อนให้การบริบาลเภสัชกรรม (Mean \pm SD) กับหลังให้การบริบาลเภสัชกรรม เท่ากับ 53.09 ± 15.71 คะแนนและ 74.57 ± 13.20 คะแนน ตามลำดับ มีการศึกษาของ Cella DF⁽⁵⁸⁾ ว่ามิติความผาสุกด้านร่างกายนั้น จะพิจารณาจาก อาการปวด คลื่นไส้ อ่อนเพลีย เป็นต้น แสดงถึงอาการของโรค ผลข้างเคียงจากการรักษา ความสบายทางกาย และยังมีการศึกษาของสมบุญรัตน์ เทียนทองและคณะ⁽²⁴⁾ ที่พบว่า

ระดับความปวดสูงสุดที่ลดลงมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ในส่วนของมิติด้านการปฏิบัติกิจกรรม พิจารณาจากความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน การทำงาน บทบาทในสังคม ซึ่งหากมีความผาสุกด้านร่างกาย เช่น ไม่มีอาการปวดมารบกวน ก็จะทำให้ความผาสุกในด้านการปฏิบัติกิจกรรมดีขึ้นตามไปด้วย ทำให้ช่วยเหลือตนเองได้ ทำงานได้ สำหรับมิติด้านอารมณ์ก็สัมพันธ์กับด้านร่างกายเช่นกัน มีการศึกษาของ Delgado และคณะ⁽⁵²⁾ ว่าผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่มีอาการทางกายรบกวน เช่นอาการปวด อ่อนเพลีย ความไม่สบายกายใจ ที่มีระดับความรุนแรงมากขึ้น มักสัมพันธ์กับอาการทางอารมณ์จิตใจ ได้แก่ อาการวิตกกังวล ซึมเศร้า และมีการศึกษาของอ้อยทิพย์ บัวจันทร์ และคณะ⁽²⁵⁾ ยังพบว่า ภาวะซึมเศร้าและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง มีความสัมพันธ์เชิงลบในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญอีกด้วย ส่วนมิติด้านสังคมครอบครัว เป็นมิติที่มีความหลากหลาย ขึ้นกับแรงสนับสนุนทางสังคม กำลังใจจากครอบครัว และเพื่อน รวมถึงชีวิตทางเพศอีกด้วย จากผลการศึกษาของผู้วิจัยที่พบว่า คะแนนคุณภาพชีวิต ทั้ง 4 มิติหลังให้การบริบาลเภสัชกรรมไปสองสัปดาห์มากกว่าก่อนให้การบริบาลเภสัชกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นั่น ที่เป็นเช่นนั้นเพราะว่า ผู้ป่วยได้รับยาบรรเทาอาการทางกายที่รบกวนคุณภาพชีวิต ได้แก่ อาการคลื่นไส้ อาการไม่สบายกาย อาการท้องผูก บางอาการเหล่านี้อาจเป็นผลข้างเคียงจากยา หรือผลข้างเคียงจากการรักษา และผู้ป่วยยังสามารถควบคุมอาการปวดได้ดีขึ้น เมื่อเภสัชกรได้มีการประเมินติดตามอาการรบกวนต่าง ๆ เหล่านี้ จึงปรึกษาแพทย์และทีม ทำให้ปัญหาจากการใช้ยาของผู้ป่วยได้รับการแก้ไข จึงทำให้มิติความผาสุกด้านร่างกายดีขึ้นหลังได้รับการบริบาล ซึ่งเมื่ออาการทางกายดีขึ้นก็ทำให้ มิติด้านอารมณ์ จิตใจ และความผาสุกด้านการปฏิบัติกิจกรรมดีขึ้นตามมา

ในเรื่องของอาการซึมเศร้า วิตกกังวล ซึ่งอยู่ในมิติด้านอารมณ์ จิตใจ พบว่าผู้ป่วยได้รับการพูดคุยให้กำลังใจจากทีมเยี่ยมบ้านในทุกครั้งที่ไปเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน รวมทั้งจากครอบครัว ซึ่งส่วนใหญ่แล้วผู้ป่วยอยู่กับครอบครัว มีผู้ดูแลใกล้ชิด มีกำลังใจจากครอบครัวเป็นพื้นฐานที่ดีอยู่แล้ว ทำให้หลังการบริบาลไปสองสัปดาห์ผู้ป่วยมีคะแนนคุณภาพชีวิตในมิติด้านอารมณ์ จิตใจดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสิญาภรณ์ วงศ์คร้าย⁽⁴¹⁾ ที่ได้ศึกษาผลของการบริบาลเภสัชกรรมต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด โดยการประเมินคุณภาพชีวิตด้วย FACT-B (ในแบบสอบถามจะมี FACT-G 27 ข้อที่เหมือนกันและมีคำถามเฉพาะผู้ป่วยมะเร็งเต้านมอีก 10 ข้อ) พบว่าหลังการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดรอบที่ 1 และรอบที่ 3 คุณภาพชีวิตโดยรวมและ

คุณภาพชีวิตในทุกมิติในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ยกเว้นมิติ ความผาสุกด้านสังคม ครอบครัวที่ไม่แตกต่างทั้งสองกลุ่ม ซึ่งต่างกับการศึกษาของผู้วิจัยที่พบว่า คะแนนคุณภาพชีวิต ทั้ง 4 มิติหลังให้การบริบาลเภสัชกรรมไปสองสัปดาห์มากกว่าก่อนให้การ บริบาลเภสัชกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเป็นเพราะการศึกษาของผู้วิจัยนั้นกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นโรคมะเร็งในระยะ 3 กับ 4 มีผู้ป่วยบางส่วนที่การดำเนินโรคมายังระยะสุดท้ายของ ชีวิตเริ่มได้รับการทำ advance care plan (ACP) จากพยาบาลในการเยี่ยมบ้าน หลังให้กิจกรรม การบริบาลเรียบร้อยแล้วอย่างต่อเนื่อง ซึ่งได้มีการพูดคุยกับครอบครัวเพื่อวางแผนการดูแลผู้ป่วย ต่อเนื่องที่บ้าน มีการทำ living will (เตรียมตัวการตาย) มีการสอบถามสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการให้ทำ ซึ่ง เป็นการตัดสินใจร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และคนใกล้ชิด กับทีม ผลจากการทำ ACP ของ พยาบาลมีส่วนที่ช่วยทำให้คะแนนคุณภาพชีวิตในมิติความผาสุกด้านสังคม ครอบครัวดีขึ้น ซึ่งการ ที่ผู้ป่วยกับครอบครัวได้ตัดสินใจร่วมกันว่าจะดูแลผู้ป่วยอย่างไร ระบุถึงความต้องการของผู้ป่วย ก่อนเสียชีวิต ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวลดความกังวล ลดความกลัว ยอมรับการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ ได้ และยังช่วยลดความทุกข์ทรมานจากการรักษาเมื่อถึงวาระสุดท้าย ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ในมิตินี้ดีขึ้น⁽⁵⁹⁾ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของสมบุญณี เทียนทองและคณะ⁽²⁴⁾ ที่ได้ ศึกษาอาการปวดกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง ประเมินโดยแบบประเมิน FACT-G พบว่า คะแนนคุณภาพชีวิตหลังได้รับการรักษาตามแนวทางการจัดการอาการปวดของ WHO เพิ่มขึ้นจาก ก่อนการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมเฉลี่ย ก่อนการรักษา และหลังรักษาไปแล้ว 2 สัปดาห์ (Mean±SD) เท่ากับ 58.6 ± 14.3 และ 61.0 ± 15.0 ตามลำดับ ส่วนคะแนนความปวดเฉลี่ยก่อนการรักษา และหลังรักษาไปแล้ว 2 สัปดาห์ เท่ากับ 6.6 และ 4.8 ตามลำดับ แสดงถึงว่าคะแนนความปวดที่ลดลงทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ โดยทุก มิติคุณภาพชีวิตมีขนาดความสัมพันธ์ระดับปานกลางถึงมากกับการเปลี่ยนแปลงคะแนนความ ปวด ยกเว้นมิติความผาสุกด้านสังคม ครอบครัว ดังนั้นการพัฒนารูปแบบของเภสัชกรในการ จัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามนั้น มีผลทำให้คุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยดีขึ้น เมื่อพิจารณาในมิติย่อยความผาสุกด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ จิตใจ และด้านการปฏิบัติกิจกรรม นั้นน่าจะเป็นผลมาจากการบริบาลเภสัชกรรมจากกิจกรรมการติดตามประสิทธิภาพจากการใช้ยา แก้วปวด การประเมินอาการปวดและอาการรบกวนอื่นๆ การพัฒนาแนวทางการจัดการอาการปวด ในผู้ป่วยมะเร็งที่ใช้ในแนวทางเดียวกัน การค้นหา แก้ไข และป้องกันปัญหาจากการใช้ยา การ

ติดตามและส่งเสริมให้ผู้ป่วยเห็นถึงความสำคัญของความร่วมมือในการใช้ยา ตลอดจนการให้ความรู้แก่ผู้ป่วย ทั้งหมดนี้หากปัญหาได้รับการแก้ไข ก็จะทำให้ผลลัพธ์คะแนนความปวดลดลง ผู้ป่วยคุมอาการปวดได้ดี มีสภาพอารมณ์ที่ดีขึ้น ปฏิบัติกิจกรรมได้ดีขึ้น ย่อมมีผลทำให้คุณภาพชีวิตในมิติดังกล่าวดีขึ้น ส่วนในมิติความผาสุกด้านสังคม ครอบครัวนั้นอาจมีปัจจัยอื่นเข้ามาเกี่ยวข้อง ซึ่งมีความหลากหลายต่างกันไปตามความเชื่อ สังคม วัฒนธรรมนั้นๆ

6. ผลการศึกษา เรื่องความพึงพอใจ หลังการพัฒนารูปแบบของเภสัชกรในการจัดการความปวดด้วยยา จะทำให้ผู้รับบริการและทีมสหวิชาชีพมีความพึงพอใจต่อบทบาทการมีส่วนร่วมของเภสัชกรมากขึ้นนั้น ผลการประเมินความพึงพอใจในแต่ละกลุ่มผู้เข้าร่วมวิจัยมีดังนี้

6.1 กลุ่มผู้รับบริการ มีค่าเฉลี่ยระดับความพึงพอใจโดยรวมต่อการพัฒนารูปแบบของเภสัชกรก่อนและหลังให้การบริบาล (Mean±SD) เท่ากับ 3.24 ± 0.18 จัดอยู่ในระดับปานกลาง และ 4.50 ± 0.17 จัดอยู่ในระดับมาก ตามลำดับ สรุปได้ว่า ค่าเฉลี่ยระดับความพึงพอใจของผู้มารับบริการต่อการพัฒนารูปแบบของเภสัชกรหลังให้การบริบาลเภสัชกรรมเพิ่มมากขึ้นจากก่อนให้การบริบาลเภสัชกรรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

6.2 กลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ มีค่ามัธยฐานระดับความพึงพอใจโดยรวมต่อการพัฒนารูปแบบของเภสัชกรก่อนและหลังให้การบริบาล (Median (IQR)) เท่ากับ 3.00(0.43) จัดอยู่ในระดับปานกลาง และ 4.60 (0.33) จัดอยู่ในระดับมากที่สุด ตามลำดับ สรุปได้ว่า ค่ามัธยฐานระดับความพึงพอใจของทีมสหวิชาชีพต่อการพัฒนารูปแบบของเภสัชกรหลังให้การบริบาลเภสัชกรรมเพิ่มมากขึ้นจากก่อนให้การบริบาลเภสัชกรรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อพิจารณาข้อคำถามในแบบสอบถามความพึงพอใจของทีมสหวิชาชีพต่อการพัฒนารูปแบบของเภสัชกร พบว่า ก่อนให้การบริบาลข้อที่ทีมให้คะแนนน้อยที่สุดคือ การติดตามความร่วมมือในการใช้ยาแก้ปวด ส่วนข้อที่ทีมให้คะแนนมากที่สุดคือ ความครอบคลุมของประเด็นในการสนทนากลุ่มและเภสัชกรทำงานร่วมกับทีมด้วยความเคารพให้เกียรติวิชาชีพอื่นในทีม ในส่วนของแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้มารับบริการต่อการพัฒนารูปแบบของเภสัชกรพบว่า ก่อนให้การบริบาล ข้อที่ได้คะแนนน้อยที่สุดคือ เภสัชกรได้ให้เวลากับผู้รับบริการอย่างเพียงพอในการดูแลการใช้ยาแก้ปวด ส่วนข้อที่ได้คะแนนมากที่สุดคือ ได้รับการดูแลอย่างเคารพและให้เกียรติจากเภสัชกรเท่ากันกับกิริยา ท่าทาง วาจา ความสุภาพของเภสัชกร ที่ผลเป็นเช่นนี้เพราะแต่เดิมนั้นรูปแบบการทำงาน

เดิมของเภสัชกรเป็นเพียงการจ่ายยาตามสั่งแพทย์ ซึ่งไม่ได้มีกิจกรรมการบริหารที่เป็นแนวทางเดียวกัน และบางส่วนก็ไม่ได้มีการปฏิบัติ ทำให้ไม่ได้มีกิจกรรมการประเมินประสิทธิภาพของยาแก้ปวด การประเมินระดับความปวดและอาการร่วมอื่นๆ การติดตามผลข้างเคียงจากยา การค้นหาปัญหาจากการใช้ยา การติดตามความร่วมมือในการใช้ยาแก้ปวดของผู้ป่วย และการให้ความรู้ ซึ่งการทำงานรูปแบบเดิมจะเน้นจ่ายยาตามคำสั่งแพทย์อาจจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่เภสัชกรให้เวลาในการดูแลการใช้ยาแก้ปวดไม่เพียงพอและไม่ค่อยมีบทบาทที่ชัดเจนในทีมตอนออกไปเยี่ยมบ้าน ในส่วนของทีมเองก็ได้มีความเห็นว่าควรมีเภสัชกรมาร่วมทีม เป็นที่ปรึกษาในทีมเรื่องการใช้ยา ไม่ว่าจะแนะนำ ปรับขนาดยา แนะนำการบริหารยา รวมทั้งให้ความรู้แก่ทีมเกี่ยวกับการใช้ยาแก้ปวด กลุ่มโอปิออยด์ และทำกิจกรรมการบริหารดังที่ได้กล่าวไปแล้วข้างต้น เพื่อผลลัพธ์ที่ดีในการดูแลผู้ป่วยอย่างองค์รวมของทีมสหวิชาชีพอย่างต่อเนื่องจนถึงที่บ้าน เมื่อผู้ป่วยมีผลลัพธ์ในการรักษาที่ดี มีคุณภาพชีวิตดี ทั้งผู้ป่วยและทีมก็จะเกิดความพึงพอใจต่อการพัฒนาบทบาทของเภสัชกรในการจัดการความปวดมากขึ้นตามมา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของปัทมาวดี ช่างเพชร และคณะ⁽¹⁰⁾ ที่ได้ศึกษาการพัฒนาารูปแบบการมีส่วนร่วมของเภสัชกรในการบริหารทางเภสัชกรรมผู้ป่วยมะเร็ง พบว่าคะแนนความพึงพอใจของผู้ป่วยที่มีต่อเภสัชกรโดยรวมเฉลี่ยก่อนและหลังเท่ากับ 3.26 และ 4.12 ตามลำดับ ด้านความพึงพอใจของบุคลากรพบว่าคะแนนความพึงพอใจโดยรวมเฉลี่ยก่อนและหลังเท่ากับ 3.20 และ 4.07 ตามลำดับ ซึ่งเป็นผลจากการบริหารเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยมะเร็ง ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจเรื่องยา อาการข้างเคียงและการปฏิบัติตัว และยังได้รับประโยชน์จากการให้คำแนะนำปรึกษาเพิ่มมากขึ้น เช่นเดียวกับการศึกษาของวณิชชา เรืองศรีและคณะ⁽²²⁾ ที่ได้ศึกษาการพัฒนาระบบการจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามพบว่า หลังการพัฒนาระบบญาติผู้ดูแลมีความพึงพอใจเฉลี่ย 4.75 ซึ่งอยู่ในระดับมาก เพราะว่ผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นมาช่วยลดระดับความปวดของผู้ป่วย รวมทั้งมีการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติของพยาบาลอย่างเป็นระบบ โดยผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วม การมีสมรรถนะที่พอเพียงของพยาบาลทำให้การจัดการอาการปวดมีประสิทธิภาพ ก็จะส่งผลให้ทั้งผู้รับและผู้ให้บริการมีความพึงพอใจมากขึ้น

จากงานวิจัยนี้ผลลัพธ์จากกิจกรรมต่างๆ ที่เภสัชกรได้ทำร่วมกับสหสาขาวิชาชีพนั้น ได้แสดงให้เห็นถึงบทบาทเภสัชกรในทีมสหสาขาวิชาชีพสำหรับการจัดการอาการปวดด้วยยาในผู้ป่วยมะเร็ง ซึ่งเภสัชกรมีบทบาทที่สำคัญกับทีมเป็นอย่างมาก ไม่เพียงแต่เลือกจ่ายยา ปรับยา กลุ่ม

โอบิออยด์ร่วมกับแพทย์ ให้เหมาะสมกับผู้ป่วยเฉพาะรายเท่านั้น (จากงานวิจัยนี้เภสัชกรได้ปรึกษาแพทย์เพื่อปรับเปลี่ยนรูปแบบการให้ยาในกลุ่มโอบิออยด์ ทั้งหมด 17 ครั้ง แพทย์เห็นด้วยทุกครั้ง และให้เภสัชกรติดตามคะแนนความปวด กับผลข้างเคียงของยาหลังจากปรับยา แล้วรายงานให้ทีมรับทราบร่วมกัน) แต่ต้องมี การค้นหา ป้องกัน และแก้ไขปัญหาที่เกิดจากการให้ยา ทำให้ปัญหาจากการให้ยาลดลงหลังให้การบริบาลเภสัชกรรม (จากงานวิจัยนี้เภสัชกรได้พบปัญหาการให้ยาทั้งหมด 55 ครั้ง เภสัชกรได้ปรึกษาแพทย์ทั้งหมด 44 ครั้ง แพทย์รับฟังและแก้ไขตามที่เภสัชกรแนะนำทุกครั้ง และมีปัญหาที่เภสัชกรสามารถแก้ไขได้เองทั้งหมด 11 ครั้ง ผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำของเภสัชกรทั้งหมดทุกครั้ง สำหรับปัญหาที่เภสัชกรแก้ไขได้เองส่วนใหญ่เป็นเรื่องเกี่ยวกับความร่วมมือในการให้ยา คือ ผู้ป่วยไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำในการให้ยา เภสัชกรจึงต้องให้ความรู้ คำแนะนำเพื่อให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจที่ถูกต้อง และส่งต่อข้อมูลให้กับทีมได้รับรู้ร่วมกัน) นอกจากนี้ยังต้องมีการติดตามประสิทธิภาพและผลข้างเคียงจากยา การติดตามส่งเสริมความร่วมมือในการให้ยาของผู้ป่วย จะเห็นว่าโดยรวมแล้วหลังจากเภสัชกรให้การบริบาลเภสัชกรรมไปพบว่า ค่าคะแนนความปวด คะแนนความร่วมมือในการให้ยาแก้ปวดของผู้ป่วยดีขึ้น ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี เกิดความพึงพอใจ ซึ่งบทบาททุกอย่างดังที่ได้กล่าวมานี้เป็นสิ่งที่เภสัชกรได้ทำร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพตั้งแต่ผู้ป่วยอยู่ที่โรงพยาบาลต่อเนื่องจนถึงที่บ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลครอบคลุมที่สุดในทุกมิติ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม อารมณ์ และจิตวิญญาณ

ปัญหาและอุปสรรคในการทำวิจัย

1. เนื่องจากสถานการณ์โรคติดเชื้ออุบัติใหม่ covid-19 ทำให้ต้องมีการปรับเปลี่ยนเรื่องต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเยี่ยมบ้านดังนี้

1.1 แผนการเตรียมทีมเยี่ยมบ้านบางครั้งไม่เป็นไปตามแผน เพราะต้องมีการปรับเปลี่ยนบุคลากรตามหน่วยงาน โดยเจ้าหน้าที่ที่จะออกไปต้องมีการประเมินความเสี่ยงก่อน เช่น หากเป็นพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยติดเชื้อ covid-19 จะเป็นผู้สัมผัสเสี่ยงสูงต้องเปลี่ยนให้ผู้อื่นไปแทน เป็นต้น

1.2 รูปแบบการเยี่ยมบ้านแบบ new normal ที่บุคลากรทางการแพทย์ต้องเพิ่มความเชื่อมั่นแก่ผู้ป่วยมากกว่าเดิมเพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ถูกต้อง ลดความกลัว ความกังวลต่อสถานการณ์โรคระบาด โดยการเยี่ยมบ้านต้องรักษาระยะห่างจากผู้ป่วย ใส่อุปกรณ์ป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ เช่น หน้ากากอนามัย กระจังหน้า (face shield) ชุดCPE ชุดPPE เมื่อมีการทำหัตถการ ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่อุปกรณ์ขาดแคลน ราคาสูง ซึ่งในสถานการณ์เช่นนี้อาจไม่สะดวกในการเข้าไปในบ้านของผู้ป่วยที่ละหลายๆคนเพื่อคุยวางแผนกัน

1.3 เรื่องการบริหารจัดการยาเสพติดคงคลังในสภาวะโรคระบาด ทำได้ยากขึ้น เนื่องจากโรงพยาบาลที่รักษามะเร็งลดการไปพบแพทย์ตามนัดของผู้ป่วย หากไม่ใช่ภาวะฉุกเฉินเร่งด่วน จึงต้องเพิ่มปริมาณการสำรองยาเพื่อให้เพียงพอต่อการใช้

ข้อจำกัดของการทำวิจัย

1. เรื่องค่าคะแนนความปวด ส่วนใหญ่ผู้ป่วยใน visit ที่ 1 ได้รับยาแก้ปวดมาจากโรงพยาบาลที่ทำการรักษาโรคมาอยู่ก่อนแล้ว และมีบางส่วนที่เป็นผู้ป่วยรายใหม่ที่เพิ่งเริ่มใช้ยาแก้ปวด ผู้วิจัยจึงวิเคราะห์ข้อมูลค่าคะแนนความปวดเพิ่มเติม โดยแยกกันระหว่างผู้ป่วยรายเก่าและรายใหม่ เนื่องจากค่าคะแนนความปวดของผู้ป่วยรายใหม่ใน visit 1 เมื่อเทียบกับ visit 2 นั้นมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนค่าคะแนนความปวดของผู้ป่วยรายเก่าใน visit 1 เมื่อเทียบกับ visit 2 นั้น ไม่แตกต่างกัน แต่อย่างไรก็ตามการศึกษานี้ไม่ได้ศึกษาผลของยาแก้ปวดในการลดคะแนนความปวด ดังนั้น ใน visit 2 จึงเก็บข้อมูลคะแนนความปวดและอาการร่วมอื่นๆ เป็นก่อนให้การบริบาล เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างทุกคนใช้ยาแก้ปวดไปแล้ว 1 สัปดาห์ให้เหมือนกันหมดทุกคน และวิเคราะห์ข้อมูลคะแนนความปวดในภาพรวมร่วมกับ โดยเปรียบเทียบค่าคะแนนความปวด ระหว่าง visit 2 และ 3 ซึ่งพบว่า หลังให้การบริบาลไป 1 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนความปวดที่ลดลง เมื่อเทียบกับก่อนให้การบริบาล เหมือนกันทั้งกลุ่มรายเก่าและรายใหม่

2. วิธีการวัดความร่วมมือในการใช้ยาโดยการให้ผู้ป่วยบันทึกการใช้ยา อาจเป็นวิธีที่ไม่ค่อยน่าเชื่อถือนัก เพราะขึ้นอยู่กับการบันทึกข้อมูลของผู้ป่วย ผู้ดูแล ที่อาจบันทึกไม่ตรงกับความเป็นจริง หรืออาจลืมบันทึก นอกจากนี้วิธีนี้ยังไม่เหมาะกับผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ และไม่มีผู้ดูแลที่คอยจดบันทึกการรับประทานยาให้ บางคนทำสุมุดหาย ทำให้ได้ข้อมูลที่ไม่ครบถ้วน และเภสัชกรไม่สามารถนำสมุดบันทึกนั้นกลับคืนมาได้ เนื่องจากเป็นสมุดที่มีข้อมูลเฉพาะตัวของผู้ป่วย มีรายงานการปรับยาแก้ปวดที่ผู้ป่วยใช้ ซึ่งผู้ป่วยได้ประโยชน์จากสมุดเล่มนี้ในการพิจารณาการปรับยาจากโรงพยาบาลที่รักษาโรคมาจริงโดยเฉพาะ

นอกจากนี้การวัดความร่วมมือในการใช้ยาจากแบบสอบถาม MTB Thai ที่เก็บข้อมูลพฤติกรรมการใช้ยาในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา แต่ในงานวิจัยนี้มีการเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่าง 3 ครั้ง ซึ่งแต่ละครั้งใช้เวลาห่างกันเพียง 1 สัปดาห์ ดังนั้นข้อมูลที่นำเชื่อถือควรเป็นข้อมูลจากการเก็บก่อนทำกิจกรรมการบริบาลเปรียบเทียบกับหลังได้รับกิจกรรมการบริบาลไป 2 สัปดาห์ (visit 2 เทียบกับ visit 4) สำหรับการตอบแบบสอบถามความร่วมมือในการใช้ยา MTB-Thai เมื่อนำรายละเอียดของการตอบแบบสอบถามของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละข้อมาเปรียบเทียบกับข้อมูลจากการบันทึกการใช้ยาในสมุด พบว่าส่วนใหญ่ข้อมูลสอดคล้องกัน เช่น ข้อคำถาม “คุณเคยลืมใช้ยา

หรือไม่” “คุณเคยใช้ยาไม่ตรงเวลาหรือไม่” เมื่อดูข้อมูลจากการบันทึกในสมุดพบว่ามียาที่ผู้ป่วยลืมทานยา ผู้ป่วยก็จะไม่บันทึกในมือนั้นๆ หรือมียาที่เคยใช้ยาไม่ตรงเวลาผู้ป่วยก็จะบันทึกเวลาที่ทานยาจริงๆ แต่ก็มีผู้ป่วยบางส่วน (2 คน จาก 25 คน) ที่อาจสับสนความหมายของคำว่า “ลืมใช้ยา 1-2 ครั้ง” เพราะเมื่อดูข้อมูลจากการบันทึกในสมุดผู้ป่วยทั้งสองคนนี้ ลืมใช้ยา tramadol ไป 1 วัน (3มื้อ) สำหรับข้อคำถาม “คุณเคยหยุดใช้ยาเอง เนื่องจากได้รับผลข้างเคียงจากยา” ก็สอดคล้องกับการบันทึกอาการผิดปกติลงในสมุดประจำตัว จากข้อมูลความร่วมมือในการใช้ยาในภาพรวมทั้ง 6 ข้อแล้ว ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ดีขึ้นหลังได้รับกิจกรรมการบริหาร ส่วนหนึ่งอาจเป็นเพราะว่าผู้ป่วยเห็นความสำคัญของการใช้ยาแก้ปวดตามเวลา เพื่อให้ควบคุมอาการปวดให้อยู่ในระดับที่ยอมรับได้ เมื่อพิจารณาค่าคะแนนความปวด กับคะแนนความร่วมมือในการใช้ยาจาก MTB-Thai จะพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่มีคะแนนความร่วมมือในการใช้ยาที่ดีขึ้นหลังให้การบริหารจะมีแนวโน้มคะแนนความปวดที่ดีขึ้นด้วย และสำหรับผู้ป่วยที่หยุดยาเองเนื่องจากได้รับผลข้างเคียงจากยา เมื่อผู้ป่วยได้รับการแก้ไขอาการข้างเคียงจากยา กลุ่มโอปิออยด์ ผู้ป่วยมีความเข้าใจเกี่ยวกับยาที่ตนเองใช้มากขึ้น ทำให้คะแนนความร่วมมือในการใช้ยาจาก MTB-Thai ดีขึ้นตามมา โดยสรุปคือข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถาม MTB-Thai นี้ เมื่อเปรียบเทียบกับข้อมูลที่ได้จากการบันทึกการทานยาในสมุด พบว่าสอดคล้องกัน สามารถนำมาใช้ในการสอบถามความร่วมมือในการใช้ยาแก้ปวดกลุ่มโอปิออยด์แบบ around the clock ได้ และควรใช้การประเมินความร่วมมือในการใช้ยาด้วยวิธีการอื่นร่วมด้วย เพื่อให้ได้ข้อมูลตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด

3. ข้อจำกัดของการนำแบบประเมินความปวดมาใช้ ได้แก่ Numeric rating scale (NRS) ที่อยู่ในแบบประเมิน ESAS มีคะแนนตั้งแต่ 0-10 (ไม่ปวด ถึง ปวดมากที่สุด) ข้อมูลที่ได้จากการประเมินนั้นค่อนข้างเป็น subjectivity เป็นการบอกระดับความรู้สึกปวดโดยผู้ป่วยเอง ซึ่งผู้ป่วยแต่ละคนจะมีระดับความรู้สึกต่อความปวด ความทนต่อความปวด ความต้องการยาแก้ปวดที่แตกต่างกัน และยังมีปัจจัยที่เข้ามาเกี่ยวข้องหลายอย่าง ไม่ว่าจะเป็นผู้ดูแลผู้ป่วย กรณีที่ผู้ดูแลเป็นผู้ประเมินความปวดให้ เพราะเป็นการประเมินจากการสังเกตภายนอกที่บ่งบอกถึงความปวดของผู้ป่วยเท่านั้น ผู้ที่จะประเมินระดับความปวดในแบบประเมิน ESAS นั้น ควรถามรายละเอียดของอาการควบคู่ไปด้วยเสมอ เช่น ถามว่าหลังได้รับยาแก้ปวดแล้วมีอาการปวดลดลงจากเดิมหรือไม่ อยู่ในระดับคะแนนเท่าไร เมื่อเทียบกับของเดิม หรืออาจบอกระดับความปวดเป็น

ปวดน้อย ปานกลาง มาก เพื่อดูความสอดคล้องกับตัวเลขของคะแนนความปวด ที่ผู้ป่วยประเมินร่วมด้วยก็ได้ นอกจากนี้บุคลากรทางการแพทย์อาจประเมินข้อมูลอื่น ๆ ร่วมด้วยในการประเมินความปวดนอกจากการใช้ NRS เพื่อความเป็น objectivity ที่มากขึ้นที่ประเมินโดยบุคลากรทางการแพทย์ ปัจจุบันมีแบบประเมิน “Objective pain score” ได้พิจารณา 4 ข้อคำถาม คือ 1) ปวดขณะพักหรือไม่ 2) ไม่ปวดขณะพัก/หายใจปกติ 3) ไม่ปวดขณะหายใจลึกๆ แต่ปวดเมื่อมีอาการไอ 4) ไม่ปวดถึงแม้จะไอ แล้วประเมินออกมาเป็นคะแนนว่าผู้ป่วยคุมอาการปวดได้หรือไม่⁽⁶⁰⁾ ซึ่งก็จะมีความเป็น Objectivity มากขึ้น เพื่อช่วยพิจารณาความต้องการยาแก้ปวดของผู้ป่วย อาจนำมาเป็นอีกหนึ่งทางเลือกในการประเมินระดับความปวดได้

ข้อเสนอแนะ

1. สำหรับตัวชี้วัดชี้วัดที่เป็นเป้าหมายของทีมที่ได้จากการสนทนากลุ่มได้แก่ การติดตามประเมินการบรรลุเป้าหมายตาม advance care plan ที่ได้ทำและปรับเปลี่ยนร่วมกันของผู้ป่วย ครอบครัวและทีมจนถึงวาระสุดท้าย ซึ่งได้กำหนดไว้ว่าต้อง \geq ร้อยละ 60 ในปี 2563 ที่ผ่านมา ทีมทำได้ ร้อยละ 89.09 (จากเดิมในปี 2562 ทำได้ ร้อยละ 82.26) และร้อยละผู้ป่วยระดับประคองที่ได้รับการส่งต่อเยี่ยมบ้าน = 89.09 (จากเดิมในปี 2562 ทำได้ ร้อยละ 82.26) สำหรับตัวชี้วัดร้อยละการบรรเทาปวดด้วย strong opioid อย่างมีคุณภาพ \geq ร้อยละ 40 ซึ่งทางโรงพยาบาลนำประเด็นเรื่องการจัดการอาการปวดมาพิจารณาคือ ในผู้ป่วย 1 คน จะต้องได้รับการกิจกรรมจากเภสัชกรได้แก่ การติดตามประสิทธิภาพจากยา การติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากยา ความร่วมมือในการใช้ยา และค้นหาปัญหาที่เกิดจากการใช้ยา ครบทุกกิจกรรมจึงจะถือว่าเป็นการจัดการอาการปวดอย่างมีคุณภาพ สำหรับปี 2563 ที่ผ่านมา มีผู้ป่วยโรคมะเร็งใช้ strong opioid เพื่อบรรเทาปวดทั้งหมด 16 คน มีผู้ป่วย 14 คนที่ได้รับการกิจกรรมจากเภสัชกรในการบรรเทาปวดด้วย strong opioid อย่างมีคุณภาพครบ คิดเป็นร้อยละ 87.5 (โดยเป็นกิจกรรมที่ทำต่อเนื่องจนถึงที่บ้าน) ซึ่งดีขึ้นกว่าเดิมในปี 2562 แต่สำหรับเรื่องการเยี่ยมบ้านของทีมในปี 2563 ที่ผ่านมา มีการปรับเปลี่ยนแผนการเยี่ยมบ้านไปจากเดิม เนื่องจากสถานการณ์ covid-19 แต่ก็เห็นประเด็นที่จะนำไปสู่การพัฒนากระบวนการเยี่ยมบ้านดังนี้

ในบาง visit ที่เยี่ยมบ้านผ่าน VDO call อาจทำให้เกิดจำนวนครั้งที่แปลงพื้นที่จริงๆ สลับกับการ VDO call จากการเปลี่ยนแปลงรูปแบบนี้ ทำให้ค้นพบว่า visit ที่เยี่ยมบ้านผ่าน VDO call นั้นสามารถทำได้ในผู้ป่วยที่ไม่ต้องมีการดูแลจากทีมที่ซับซ้อน เช่น ผู้ป่วยที่มีอาการของโรคคงที่ไม่ต้องมีการทำหัตถการ เปลี่ยนสายสวนต่างๆหรือทำแผล เป็นต้น ซึ่งจากการเปลี่ยนรูปแบบการเยี่ยมบ้านนำไปสู่โอกาสการพัฒนา รูปแบบการเยี่ยมบ้านแบบใหม่ที่ใช้เป็นช่องทางในการติดตามผู้ป่วย อาจทำโดยการสัมภาษณ์ เพื่อตอบแบบสอบถาม โดยไม่จำเป็นต้องไปหาผู้ป่วยที่บ้าน อย่างเช่น แบบประเมินระดับความรุนแรงของความปวดอาจปรับจาก numeric rating scale (NRS) ไปใช้เป็นรูปภาพแทนที่แสดงถึงระดับของความปวด (Wong-Baker FACES Pain Rating Scale) โดยให้ผู้ป่วยเลือกว่าปวดตรงกับรูปใด อาจใช้รูปสีเข้ามาช่วยเพื่อให้สื่อได้ชัดเจนมากขึ้น การให้ความรู้ผู้ป่วย ผู้ดูแล สามารถทำเป็นคลิปวิดีโอสอนได้ สำหรับเครื่องมืออื่นๆ ก็สามารถทำเป็นแบบสอบถามที่ตอบผ่าน google form ได้ เช่น แบบประเมินความรู้ แบบประเมินความพึงพอใจ แบบประเมินความร่วมมือในการใช้ยา แบบประเมินคุณภาพชีวิต เป็นต้น ซึ่งเมื่อพิจารณาบริบทของโรงพยาบาลหนองเสือ นั้น ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัย ส่วนใหญ่มีผู้ดูแลและสามารถช่วยเหลือตนเองได้ ทุกคนมีโทรศัพท์ และไม่มีปัญหาในการสื่อสารกันผ่านทางไลน์ ดังนั้นจึงไม่น่าจะมีปัญหาที่จะปรับเปลี่ยนระบบการเยี่ยมบ้านใหม่มาใช้ในการ VDO call แทน

2. การวิจัยครั้งนี้ในส่วนการเก็บข้อมูลจากการเยี่ยมบ้าน โดยใช้เครื่องมือ INHOMESSS IFFE นั้น มีการเก็บข้อมูลก่อนให้การบริบาลเภสัชกรรมเพียงครั้งเดียว เพื่อสำรวจสภาพความเป็นอยู่ที่แท้จริงของผู้ป่วย อาจเพิ่มเติมการเก็บข้อมูลหลังให้การบริบาลเภสัชกรรม เพื่อเป็นประโยชน์ในการใช้ติดตามผลลัพธ์หลังให้การบริบาลเภสัชกรรม ว่ากลุ่มตัวอย่างมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้นหรือไม่ ยกตัวอย่างเช่น Nutrition : กลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมการรับประทานอาหารไม่เหมาะสมกับโรค หลังให้ความรู้แล้วมีพฤติกรรมดีขึ้นจากเดิมหรือไม่ House: อาจติดตามเรื่องสภาพแวดล้อม ที่อยู่อาศัย การจัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมกับการดูแลผู้ป่วย ระยะสุดท้ายได้ดีขึ้นหรือไม่ แม้กระทั่งในประเด็นของยา กลุ่มตัวอย่างที่เก็บยาไม่เหมาะสม เช่น เก็บยาไว้ข้างบนบ้านที่ร้อนมาก เก็บยาในที่ชื้น มีการปรับเปลี่ยนเรื่องการรักษาหรือไม่ นอกจากนี้แล้วยังมีเรื่องการใช้ยาที่นอกเหนือจากแพทย์สั่ง เช่น ไบอัญชา น้ำมันกัญชา ที่กลุ่มตัวอย่างหาซื้อมาใช้เองและเกิดผลข้างเคียงจากยาเหล่านี้ สามารถติดตามผลหลังให้การบริบาล

เภสัชกรรมได้ว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีหรือไม่ สำหรับเครื่องมือ IFFE ที่ใช้สืบหาทุกข์จากยา ในงานวิจัยนี้กลุ่มตัวอย่างบางส่วนที่เกิดทุกข์จากยานั้น ส่วนใหญ่ได้ผลข้างเคียงจากการใช้ยา การรักษาโรคมะเร็ง อาจมีการติดตามหลังการบริหารเภสัชกรรม เพื่อดูว่าหลังเภสัชกรให้ intervention แก้ไขปัญหาจากการใช้ยาไปแล้ว กลุ่มตัวอย่างยังมีความทุกข์ที่เกิดจากยาอีกหรือไม่ เป็นต้น

3. งานวิจัยนี้สามารถนำข้อมูลการใช้ยาแก้ปวดกลุ่มโอปิออยด์ไปวางแผนพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งในคลินิกระดับประคองในบริบทของโรงพยาบาลชุมชนบางแห่งที่ไม่มียา กลุ่มโอปิออยด์บางรายการที่ใช้กับผู้ป่วยที่ไม่สามารถกลืนได้ มีปัญหาเรื่องการดูดซึมผ่านทางเดินอาหาร เช่น morphine syrup, kapolol capsule, fentanyl patch เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเข้าถึงยาได้สะดวกมากขึ้น โดยโรงพยาบาลวางแผนการจัดซื้อ จัดหายาดังกล่าวมาใช้กับผู้ป่วย และขอรับเงินชดเชยผ่านระบบ E-claim ของสปสช.

4. งานวิจัยนี้สามารถนำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยเกี่ยวกับการใช้สมุนไพรทางเลือก เพื่อรักษาอาการบวมในผู้ป่วยมะเร็ง มาพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยด้วยสมุนไพรและการแพทย์ทางเลือกเพื่อการจัดตั้งคลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทย สำหรับผู้ป่วยบางส่วนที่มีการใช้สมุนไพรทางเลือก เช่น ใบกัญชา น้ำมันกัญชานั้น เป็นการหาซื้อมาใช้เอง และมีผู้ป่วยบางส่วนเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้น้ำมันกัญชาร่วมกับยาแก้ปวดกลุ่มโอปิออยด์ ดังนั้นเภสัชกรสามารถเข้ามามีบทบาทในการจัดการอาการปวดด้วยสมุนไพรทางเลือก กรณีที่มีคลินิกกัญชา ได้แก่

- การเบิกจ่ายตำรับ การเขียนใบย.ส.
- การจ่ายยาตำรับกัญชา พร้อมให้คำแนะนำ ให้ความรู้ ถึงข้อบ่งใช้ในการระงับปวด วิธีใช้ การสังเกตอาการผิดปกติจากการใช้กัญชาหลังได้รับยาใน 3 วัน รวมถึงช่วยปรับลดขนาดยา การสอบถามถึงวิธีการใช้ยาของผู้ป่วย ข้อห้ามใช้
- การทบทวนยาแผนปัจจุบันที่ผู้ป่วยใช้ทั้งหมด เพื่อช่วยในการติดตาม อันตรกิริยาของยา ซึ่งเป็นเรื่องที่สำคัญมาก เนื่องจากสารสกัดจากกัญชา เกิดอันตรกิริยากับยาแผนปัจจุบันหลายตัวรวมทั้งยาแก้ปวดในกลุ่มโอปิออยด์ ดังนั้นเภสัชกรต้องช่วยเสนอทางเลือกและอธิบายให้ผู้ป่วย

เข้าใจ กรณีรักษาอาการปวดด้วยยาแผนปัจจุบันแล้วไม่ได้ผล ทนผลข้างเคียงไม่ได้ หรือผู้ป่วยไม่
อยากใช้ยา หากผู้ป่วยเลือกรักษาด้วยสารสกัดจากกัญชา เกสซ์กรต้องแจ้งให้ผู้ป่วยเข้าใจว่าไม่
สามารถใช้ร่วมกับยากลุ่มโอปิออยด์ได้เพราะอาจเพิ่มความเป็นพิษของยากลุ่มนี้ได้



บรรณานุกรม

1. Strategy and Planning Division. Public health statistics 2017 [online] 2017 [cited Jan 5, 2019]. Available from:
http://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/statistics60.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. Hamieh NM, Akef 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.
4. Gonella S, Sperlinga R, Sciannameo 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.
5. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายปี 2557 [ออนไลน์] 2557 [อ้างเมื่อ 15 มกราคม 2562]. จาก <http://www.dms.moph.go.th/dmsweb/cpgcorner/แนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย.pdf>.
6. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แผนพัฒนาสุขภาพ สาขาการดูแลแบบประคับประคอง [ออนไลน์] 2561 [อ้างเมื่อ 5 มกราคม 2562]. จาก http://www.nci.go.th/th/File_download/filePlan/Template%20นิยามตัวชี้วัด%20Service%20Plan%20สาขามะเร็ง%20ปี61-65.pdf.
7. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข (พ.ศ.2560-2579) [ออนไลน์] 2560 [อ้างเมื่อ 5 มกราคม 2562]. จาก http://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/EbookMOPH20yrsPlan2017_version2.pdf.
8. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). มาตรฐานโรงพยาบาล และบริการสุขภาพฉบับที่ 4 [ออนไลน์] 2561 [อ้างเมื่อ 5 มกราคม 2562]. จาก <https://www.ha.or.th/Backend/fileupload/%E0%B8%A1%E0%B8%B2%E0%B8%95%E0%B>

8%A3%E0%B8%90%E0%B8%B2%E0%B8%99/Attach/HA%20Standard%20HA_4th%20Edition.pdf.

9. สุลาวัณย์ วรรณโคตร. การพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคอง ในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย: กรณีศึกษา โรงพยาบาลเขาวง [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต]. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2561.
10. บัณฑิต ช้างเพชร, ผกา มาศไมตรีมิตร. การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของเภสัชกรในการบริหารทางเภสัชกรรมผู้ป่วยมะเร็งโรงพยาบาลเจ้าคุณไพบูลย์พนมทวน. *Veridian E Journal*. 2558;2(2):50-75.
11. ศิริทัศน์ กระดานพล. ความสามารถของเภสัชกรในงานดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองตามความคาดหวังของทีมนิสิตพยาบาลวิชาชีพ [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต]. นครปฐม: มหาวิทยาลัยศิลปากร; 2559.
12. เฉลิมศรี ภูมิมางกูร. ปรัชญาของการบริหารทางเภสัชกรรมปฏิบัติ. ใน: เฉลิมศรี ภูมิมางกูร, กฤตติกา ตัญญาแสนสุข, บรรณานิการ. *โสตถยกรรมศาสตร์*. กรุงเทพฯ: นิวไทยมิตรการพิมพ์; 2543. หน้า 1-19.
13. ปรีชา มณฑกานติกุล. การให้การบริหารทางเภสัชกรรมอย่างเป็นระบบ. ใน: เฉลิมศรี ภูมิมางกูร, กฤตติกา ตัญญาแสนสุข, บรรณานิการ. *โสตถยกรรมศาสตร์*. พิมพ์ครั้งที่ 2, กรุงเทพฯ: นิวไทยมิตรการพิมพ์; 2547. หน้า 35-56.
14. World Health Organization. Definition of palliative care [online] 2018 [cited Dec 19, 2018]. Available from: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>.
15. 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.
16. Sakthong P, Sonsa-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.
17. Cipolle RJ, Strand LM, Morley PC. *Pharmaceutical care practice*. New York: McGraw-Hill; 1998.
18. 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.

19. Cella DF, Tulskey 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.
20. นภา ทวีชัยรียงกุล, บัณฑิต วงศ์แดงฤทธิ, สุชีรา ชัยวิบูลย์ธรรม. ประสิทธิภาพการ และการจัดการในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง. *รามาธิบดีพยาบาลสาร*. 2558;21(1):82-94.
21. ศศิกานต์ นิรมานรัตน์, ชัชชัย ปรีชาไว. ความรู้และเจตคติของแพทย์เพิ่มพูนทักษะต่อความปวดจากมะเร็งและการระงับปวด. *สงขลานครินทร์เวชสาร*. 2552;27(6):491-501.
22. วณิชชา เรืองศรี, พัชรี ยิ้มแย้ม, รัชนีวรรณ คุณตระกูล, อัมภาพร นามวงศ์พรหม. การพัฒนาระบบการจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*. 2561;36(1):190-97.
23. สำนักพัฒนานิเวศการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาความปวดจากมะเร็ง. กรุงเทพฯ: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด; 2547.
24. สมบูรณ์ เทียนทอง, นุจรี ประทีปะวณิช, จุฬารัตน์ ลิ้มพัฒนานนท์, สาวิตรี เมฆพิฑูไลโรจน์, ประเสริฐเลิศสงวนสินชัย, ลักษณ์มี ชาญเวชช์. อาการปวดกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง: การศึกษาแบบสหสถาบันในประเทศไทย. *จดหมายเหตุทางการแพทย์ แพทยสมาคมแห่งประเทศไทย*. 2549;89(8):1120-26.
25. อ้อยทิพย์ บัวจันทร์, สุชาติมา เพชรน้อย, ธมลวรรณ สวัสดิ์สิงห์. ภาวะซึมเศร้าและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็ง เขตอำเภอเมืองชัยภูมิ จังหวัดชัยภูมิ. *วารสารมหาวิทยาลัยนครพนม ฉบับการประชุมวิชาการครบรอบ 25 ปี*. 2559:132-39.
26. วัชรีย์ ต่อนี่. ระดับความปวดและปัจจัยที่มีผลกับอาการปวดในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย. *วิสัญญีสาร*. 2557;44(1):1-4.
27. ศิรสา เรืองฤทธิชาญกุล, อรพิชญา ไกรฤทธิ. การประเมินความเจ็บปวดเรื้อรังในผู้สูงอายุ. *รามาธิบดีเวชสาร*. 2561;41(3):92-98.
28. วรรณกานต์ ประไพทิ้ง, อมรัตน์ ศรีอำไพวารภรณ์, ภาณุ อุดกกลิ่น. คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่รักษาตัวในโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี. *วารสารกรมการแพทย์*. 2559;41(6):126-31.
29. Sakthong P, Chabunthom R, Charoenvisuthiwongs R. Psychometric properties of the Thai version of the 8-item morisky medication adherence scale in patient with type2 diabetes. *The Annals of Pharmacotherapy*. 2009;43:950-57.
30. กัญญา เฟ่งรุ่งเรืองวงษ์, วีรศักดิ์ เมืองไพศาล, ชัชวาล ศิลปะกิจ, กรวีร์ พสุธารชาติ. ความชุกของการบริหารยาระงับปวดอนุปรรีเฟนนิลชนิดรับประทานที่ไม่ตรงตามแผนการรักษาในผู้ป่วยนอกที่มีความปวดเรื้อรังของ

- คลินิกมะเร็งปวดโรงพยาบาลรามาริบัติ. ใน: การประชุมวิชาการและนำเสนอผลงานวิจัยระดับชาติและนานาชาติ ครั้งที่ 7; 25-26 มีนาคม 2559; กรุงเทพฯ. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา; 2559. หน้า 2612-24.
31. Kwon JH. Overcoming Barriers in Cancer Pain Management . J. Clin. Oncol. 2014;32(16):1727-33.
32. สมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย. แนวทางเวชปฏิบัติความปวดจากมะเร็ง. นนทบุรี: สำนักพิมพ์นนทบุรี; 2556.
33. วิบูลพรรณ ชูตะดิติก, สมหวัง ด่านชัยวิจิตร, ประนอม คำเที่ยง. Pain Management. ใน: สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน), บรรณาธิการ. Patient Safety Goals:SIMPLE Thailand 2018. นนทบุรี: เฟมัส แอนด์ ซัคเซสฟูล; 2561. หน้า 122-133.
34. ธราณี สิริชยานุกูล. คลินิกมะเร็งปวดและคลินิกประคับประคอง. ใน: ธนรัตน์ สรวลเสน่ห์, บุษบา จินดาวิจักษณ์, บรรณาธิการ. บทบาทของเภสัชกรโรงพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยนอก. กรุงเทพฯ: บริษัท ประชาชน จำกัด; 2561. หน้า 34-42.
35. วราภรณ์ ริมชัยสิทธิ์. ระบบการพัฒนาการบริหารจัดการด้านยาระงับปวดกลุ่มโอปิออยด์ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคอง [ออนไลน์] 2559 [อ้างเมื่อ 19 มกราคม 2562]. จาก <http://www.thaps.or.th/wp-content/uploads/2016/12/3-Best-practice-Drug-PC-VARAPORN.pdf>.
36. สายพิณ หัตถ์รัตน์. หลักการเวชศาสตร์ครอบครัวกับการเยี่ยมบ้านสำหรับเภสัชกร. ใน: ธิดา นิงสานนท์, ปรีชา มนทกานติกุล, อุษณีย์ วรรณสมณี, ธนรัตน์ สรวลเสน่ห์, จตุพร ทองอ้อม, บรรณาธิการ. ตำราเภสัชกรครอบครัว. กรุงเทพฯ: บริษัทประชาชนจำกัด; 2557. หน้า 8-14.
37. จตุพร ทองอ้อม. หลักการสำหรับเภสัชกรครอบครัวในการออกเยี่ยมบ้าน. ใน: ธิดา นิงสานนท์, ปรีชา มนทกานติกุล, อุษณีย์ วรรณสมณี, ธนรัตน์ สรวลเสน่ห์, จตุพร ทองอ้อม, บรรณาธิการ. ตำราเภสัชกรครอบครัว. กรุงเทพฯ: บริษัทประชาชนจำกัด; 2557. หน้า 15-28.
38. เพียงเพ็ญ ชนาเทพาพร. การประเมินการบริหารทางเภสัชกรรมบนหอผู้ป่วยในอายุรกรรมหญิงในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย. ศรีนครินทร์เวชสาร. 2549;21(4):282-88.
39. รัตนภรณ์ อวฬพันธ์, อัญชลี ธาดาภาคย์. แบบวัดการบริหารเภสัชกรรมและทัศนคติต่องานบริหารเภสัชกรรมของเภสัชกรโรงพยาบาลในประเทศไทย. ไทยเภสัชสาร. 2546;27(1-2):59-71.
40. มณฑาทิพย์ รุ่งศิลป์, สุชาดา สุรพันธ์, จุราพร พงศ์เวชรักษ์, โยมม วงศ์ภูวรักษ์. ผลของการให้การบริบาลทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันและมีคอเลสเตอรอลในเลือดสูง ณ โรงพยาบาลพัทลุง. สงขลานครินทร์เวชสาร. 2551;26(3):261-74.

41. สិญาภรณ์ วงศ์คล้าย. ผลของการบริหารเภสัชกรรมต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่เข้ารับยาเคมีบำบัด [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต]. พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2562.
42. อธิศา คำชะอม, ศราวุฒิ อุฬุณินันท์. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการบริหารทางเภสัชกรรมเพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยาในผู้สูงอายุที่มีการได้รับยาหลายขนานในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดกาญจนบุรี. วารสารเภสัชกรรมไทย. 2562;12(3):772-88.
43. อรพรรณ พุ่มณีโชติ. เยี่ยมบ้านกับการดูแลผู้ป่วยระดับประคอง. สงขลานครินทร์เวชสาร. 2560;35(4):399-406.
44. ปริญา ถมอุทธา, ชมพูนุท พัฒนจักร, อติศักดิ์ ถมอุทธา, สุกัญญา คำผา, ศุภิญญา ภูมิวิณิชกิจ, ปภัสรินทร์ จีระอำพรวัฒน์ และคนอื่นๆ. ผลของการบริหารเภสัชกรรมผู้ป่วยต่อเนื่องในชุมชนโดยการออกเยี่ยมบ้านในเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม. ศรีนครินทร์เวชสาร. 2560;32(3):229-35.
45. สายชล ชำปฏี. สาเหตุของปัญหาและวิธีการแก้ไขปัญหาจากการใช้ยาของผู้ป่วยในการเยี่ยมบ้านโดยเภสัชกร. วารสารเภสัชกรรมคลินิก. 2560;23(2):1-9.
46. ศลิษา สะพลอย. การพัฒนาแนวทางการเยี่ยมบ้านสำหรับเภสัชกรโรงพยาบาลสมุทรสาคร [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต]. นครปฐม: มหาวิทยาลัยศิลปากร; 2558.
47. Dalal S, Hui D, Nguyen L, Chacko R, Scott C, Roberts L, et al. Achievement of personalized pain goal (PPG) in cancer patients referred to a Supportive Care Clinic at a comprehensive cancer center. 2012;118(15):3869-77.
48. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. ทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล [ออนไลน์] 2562 [อ้างเมื่อ 7 มิถุนายน 2564].
จ า ก http://www.nci.go.th/th/File_download/Nci%20Cancer%20Registry/Hospital-Based%202019%20NCI.pdf.
49. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติปี 2562 [ออนไลน์] 2562 [อ้างเมื่อ 7 มิถุนายน 2564]. จาก https://claim.nhso.go.th/download/handbook/nhso_fund_book_62.pdf.
50. Marieke HJ, Laura MJ, Elbert AJ, Vivianne CG, Daisy JA. Update on Prevalence of Pain in Patients with Cancer: Systematic Review and Meta-Analysis. J Pain Symptom Manage. 2016;51(6):1070-90.
51. รัตติยา ไชยชมพู่, อัมภาพร นามวงศ์พรหม, น้ำอ้อย ภัคดีวงศ์, เบญจมาศ ปรีชาคุณ, จีตินันท์ อ้วนล้ำ. ความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของอาการกับความทุกข์ใจในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ. 2562;13(4):107-20.

52. Delgado GM, Parsons HA, Li Z, Palmer JL, 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.
53. ภัทรานิชรัฐ เมธีพิธิษฐ์, อัมภาพร นามวงศ์พรหม, น้ำอ้อย ภัคดีวงศ์. ผลลัพธ์และกระบวนการของการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*. 2561; 41(1):75-83.
54. สมจิต ประภากร, ศิริพร สวอยพริ้ง, อัญชลี สุขขัง, ศุภรักษ์ มั่นน้อย, วราภรณ์ พันธุ์อร่าม, สุจิตรา พึ่งเฟื่อง. การพัฒนาระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ารับการรักษานในสถาบันมะเร็งแห่งชาติ. *วารสารกองการพยาบาล*. 2558;42(3):50-68.
55. นันทลักษณ์ สถาพรนานนท์. ความไม่ร่วมมือในการใช้ยา. *ไทยโภชนาการ (ฉบับการศึกษาต่อเนื่องทางเภสัชศาสตร์)*. 2555;7:1-18.
56. Mohiuddin AK. Pharmacists in Home/Hospice/Palliative care Setting. *Int. J. Aging Res*. 2019;2(4): DOI: 10.28933/ijoar-2019-08-1006.
57. ภัฏญา จันทร์ใจ, ธิราภรณ์ จันทร์ตา, อรสา พันธุ์ภักดี. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคเอสแอลอี. *รามาริบัติพยาบาลสาร*. 2556;19(1):60-72.
58. Cella DF. Quality of life : concept and definition. *J Pain Symptom Manage*. 1994;9(3):186-92.
59. กฤษณาพร ทิพย์กาญจนเรขา, สาลี สาลีกุล, นิภาพร อภิสทธิวาสนา, มณีรัตน์ เทียมหมอก. การวางแผนดูแลรักษาตนเองล่วงหน้าเพื่อการตายดี. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครุเทพ*. 2560;33(3):138-145.
60. Tandom M, Singh A, Saluja V, Dhankhar M, Pandey CK, Jain P. Validation of a new "Objective Pain Score" VS. "Numeric Rating Scale" for the evaluation of acute pain : A comparative study. *Anesth Pain Med*. 2016;6(1):1-5. .
61. Chewaskulyong B, Sapinun L, Downing GM, Intaratat P, Lesperance M, Leautrakul S, et al. Reliability and validity of the Thai translation (Thai PPS Adult Suandok) of the Palliative Performance Scale (PPSV2). *Palliat Med*. 2012;26(8):1034-41.
62. หน่วยระดับปวด ภาควิชาวิสัญญีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล. แนวทางปฏิบัติในการบำบัดปวดมะเร็ง. กรุงเทพฯ: บริษัท มุนดิฟาร์มา (ประเทศไทย) จำกัด; 2562.
63. ศูนย์การุณรักษ์ ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลน่าน. Pocket palliative survival. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คัลลังนาวิทยา; 2558.
64. ภัทรา วัฒนพันธุ์. การประเมินผู้ป่วยภาวะกลืนลำบาก. *ศรีนครินทร์เวชสาร*. 2557;29(Suppl):9-12.

65. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. แบบทดสอบด้านสุขภาพจิต [ออนไลน์] 2559 [อ้างเมื่อ 15 มีนาคม 2563]. จาก [https://www.dmh.go.th/test/download/files/2Q%209Q%208Q%20\(1\).pdf](https://www.dmh.go.th/test/download/files/2Q%209Q%208Q%20(1).pdf).



ภาคผนวก



ภาคผนวก ก รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

รายนามผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ที่ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงปัทมา โกมุทบุตร

ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

นางพายุรี ชมภูแก้ว พยาบาลชำนาญการพิเศษ

ศูนย์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

เภสัชกรหญิงศรัณยา เหลืองภิรมย์ เภสัชกร

ศูนย์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

ชำนาญการ

โรงพยาบาลปทุมธานี



ภาคผนวก ข เครื่องมือวิจัย 10 ชิ้น

1. แบบบันทึกการบริหารเภสัชกรรมที่บ้าน

วันที่เริ่มเยี่ยม.....

อายุ 1. 20-29 ปี 2. 30-39 ปี 3. 40-49 ปี 4. 50-59 ปี

5. 60-69 ปี 6. 70-79 ปี 7. 80 ปีขึ้นไป

เพศ หญิง ชาย

ประวัติแพ้ยา

ผลการวินิจฉัยโรค CKD HT DM DLP IHD HF CVA

Stroke

Hyperuricemia Asthma Gout อื่นๆ.....

CA ตำแหน่ง.....ระยะ.....

สิทธิการรักษา บัตรทอง เบิกจ่ายตรง ประกันสังคม อื่นๆ

การประเมินผู้ป่วย

I: Immobility

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

N: Nutrition

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

H: Housing

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

O: Other people

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

M: Medication

รายการยา	วิธีใช้	แหล่งที่มาของยา	หมายเหตุ

E: Examinations

.....
.....

S: Safety

.....
.....

S: Spirituality

.....
.....

S: Service

.....
.....

Idea: (ความคิด) ผู้ป่วยคิดอย่างไรกับยาตัวที่ได้รับ

.....
.....

Feeling: (อารมณ์และความรู้สึก) ผู้ป่วยรับประทานยาหรือใช้ยาแล้วรู้สึกอย่างไรบ้าง

.....
.....

Function: (สมรรถภาพทั่วไป) เมื่อผู้ป่วยรับประทานยาหรือใช้ยาไปแล้วเป็นอย่างไร

.....
.....

Expectation: (ความคาดหวัง) ผู้ป่วยมีความคาดหวังอย่างไรเกี่ยวกับการรับประทานยา

.....
.....

แผนภูมิครอบครัว

แผนที่

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจร่างกาย

วันที่		
Wt/Ht		
BMI		
BP		
Pulse		
FBS/DTX		
TC/TG/LDL/HDL		
Cr/Bun		
Uric		
AST/ALT		
FBS/HbA1C		
Na		
K		
CBC		

การปรับยาและปัญหาจากการใช้ยา

ชื่อยาแก้ ปวดที่ ได้รับ	Visit ที่ (.../.../....)		
	การปรับยา /วิธีใช้	ปัญหาจากการใช้ยา	การแก้ไข ปัญหา
		<ul style="list-style-type: none"> ○ ผู้ป่วยได้รับยาที่ไม่จำเป็น ○ ผู้ป่วยสมควรได้รับยาเพิ่มเติม ○ ผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องใช้ยา แต่มีการเลือกใช้ยาที่ไม่เหมาะสม ○ ขนาดใช้ยาที่ผู้ป่วยได้รับน้อยเกินไป ○ อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ○ ขนาดใช้ยาที่ผู้ป่วยได้รับมากเกินไป ○ ความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย ○ การเกิดอันตรกิริยาของยา 	

2. แบบบันทึกการบริบาลเภสัชกรรมของผู้ป่วยขณะอยู่โรงพยาบาล

วันที่.....

อายุ 1. 20-29 ปี 2. 30-39 ปี 3. 40-49 ปี 4. 50-59 ปี

5. 60-69 ปี 6. 70-79 ปี 7. 80 ปีขึ้นไป

เพศ หญิง ชาย

ประวัติแพ้ยา

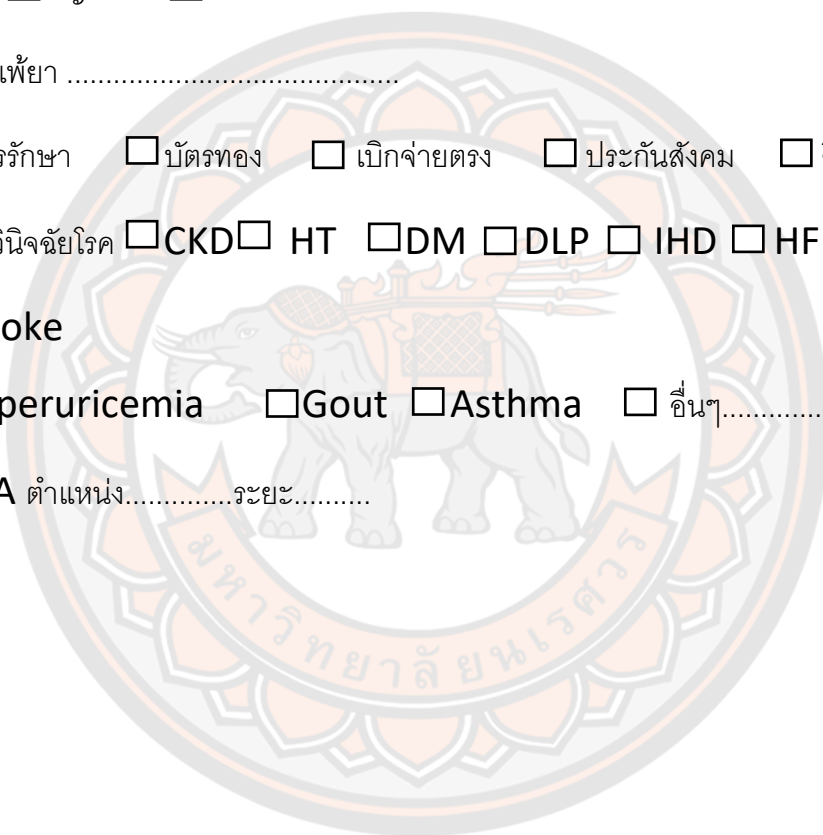
สิทธิการรักษา บัตรทอง เบิกจ่ายตรง ประกันสังคม อื่นๆ

ผลการวินิจฉัยโรค CKD HT DM DLP IHD HF CVA

Stroke

Hyperuricemia Gout Asthma อื่นๆ.....

CA ตำแหน่ง.....ระยะ.....



การปรับยาและปัญหาจากการใช้ยา

ชื่อยาแก้ ปวดที่ได้รับ	Visit ที่ (.../.../....)		
	การปรับยา วิธีใช้	ปัญหาจากการใช้ยา	การแก้ไขปัญหา
		<ul style="list-style-type: none"> ○ ผู้ป่วยได้รับยาที่ไม่จำเป็น ○ ผู้ป่วยสมควรได้รับยาเพิ่มเติม ○ ผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องใช้ยา แต่มีการเลือกยาที่ไม่เหมาะสม ○ ขนาดยาที่ผู้ป่วยได้รับน้อยเกินไป ○ อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ○ ขนาดยาที่ผู้ป่วยได้รับมากเกินไป ○ ความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย ○ การเกิดอันตรกิริยาของยา 	

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจร่างกาย

วันที่		
Wt/Ht		
BMI		
BP		
Pulse		
FBS/DTX		
TC/TG/LDL/HDL		
Cr/Bun		
Uric		
AST/ALT		
FBS/HbA1C		
Na		
K		
CBC		

3.แบบบันทึกความร่วมมือในการใช้ยาแก้ปวดโดยผู้ป่วยหรือผู้ดูแล

วัน เดือน ปี	ชื่อยา	เวลารับประทานยา	คะแนนความปวดก่อนให้ยา	คะแนนความปวดหลังให้ยา	อาการผิดปกติที่เกิดขึ้น*

*ตัวอย่างของอาการผิดปกติ ได้แก่ ท้องผูกมาก คลื่นไส้ อาเจียนมาก ง่วงซึมมากจนปลุกไม่ตื่น เพื่อ
 ลับสน หายใจช้า หายใจลำบาก กล้ามเนื้อเกร็งกระตุก

4. แบบประเมินความพึงพอใจ

4.1 แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วย/ผู้ดูแลต่อการพัฒนาบทบาทของเภสัชกรในการจัดการความปวด

คำชี้แจง ขอให้ท่านทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับระดับความพึงพอใจของท่าน

หัวข้อคำถาม	ระดับความพึงพอใจ				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1.ท่านพอใจกับการได้รับข้อมูลการใช้ยาแก้ปวด การปฏิบัติตัว การติดตามผลข้างเคียงจากยา จากเภสัชกร					
2.ท่านพอใจกับการให้ข้อมูลการใช้ยาแก้ปวด การปฏิบัติตัว การติดตามผลข้างเคียงจากยา สามารถเข้าใจได้ง่าย					
3.ท่านพอใจกับการเยี่ยมบ้านของเภสัชกรที่สามารถแก้ไขปัญหการใช้ยาได้จริง					
4.ท่านพอใจกับการมีส่วนร่วมของเภสัชกรในทีมดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง					
5.ท่านพอใจกับการมีส่วนร่วมของตนเองในการใช้ยาตามแพทย์สั่ง					
6.ท่านพอใจกับการดูแลเอาใจใส่ของเภสัชกรในการจัดการอาการปวดอย่างต่อเนื่อง					
7.การดูแลของเภสัชกรได้มีการคำนึงความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว					
8.ท่านได้รับการดูแลอย่างเคารพและให้เกียรติจากเภสัชกร					
9.เภสัชกรได้ให้เวลากับท่านอย่างเพียงพอในการดูแลการใช้ยาแก้ปวด					
10.ท่านพอใจกับกิริยา ท่าทาง วาจา ความสุภาพของเภสัชกร					

4.2 แบบประเมินความพึงพอใจของบุคลากรทางการแพทย์ต่อการพัฒนาบทบาทของเภสัชกรในการจัดการความปวด

คำชี้แจง ขอให้ท่านทำเครื่องหมาย \surd ลงในช่องที่ตรงกับระดับความพึงพอใจของท่าน

หัวข้อคำถาม	ระดับความพึงพอใจ				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1.ท่านพอใจกับการมีเภสัชกรเป็นที่ปรึกษาเรื่องการใช้ยา ร่วมอยู่ในทีมสหวิชาชีพ ทั้งในขณะที่อยู่โรงพยาบาลและต่อเนื่องถึงบ้าน					
2.ท่านพอใจกับกิจกรรมการติดตามประสิทธิภาพจากการใช้ยาแก้ปวดโดยประเมินระดับความรุนแรงของความปวด					
3.ท่านพอใจกับกิจกรรมการค้นหาปัญหาการใช้ยาของเภสัชกรที่ช่วยทำให้การทำงานของสหวิชาชีพงายขึ้น					
4.ท่านพอใจกับกิจกรรมการติดตามความร่วมมือในการใช้ยาแก้ปวดของผู้ป่วยมะเร็งที่ช่วยให้ผลการรักษาเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ					
5.ท่านพอใจกับการจัดการอาการปวดด้วยยาของเภสัชกร ที่มีส่วนช่วยทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น					
6.ท่านพอใจกับการให้ความร่วมมือของเภสัชกรในทีม ในการทำให้บรรลุเป้าหมายของทีม					
7.ท่านพอใจกับความครอบคลุมของประเด็นพัฒนา ในกิจกรรมการระดมความคิดเห็นของการศึกษานี้ เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาทีมให้มีประสิทธิภาพ					
8.ท่านพอใจกับการทำงานของเภสัชกรในการยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง					
9.ท่านพอใจกับเภสัชกรที่ทำงานร่วมกับทีม ด้วยความเคารพ ให้เกียรติวิชาชีพอื่นในทีม					
10.โดยรวมท่านพอใจกับการพัฒนาบทบาทหน้าที่ของเภสัชกรในทีมสำหรับการจัดการอาการปวดด้วยยา					

5. แบบประเมินความรู้

5.1 แบบประเมินความรู้ ความเข้าใจในการใช้ยาแก้ปวด การปฏิบัติตัว การติดตามผลข้างเคียงจากยาพาราเซตามอล

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ท่านคิดว่าถูกต้อง

ข้อ	คำถาม	ใช่	ไม่ใช่
1.	ท่านควรรับประทานยานี้เฉพาะเวลาปวดเท่านั้น		
2.	ยาพาราเซตามอลนี้สามารถใช้ร่วมกับยาชนิดอื่นได้ โดยไม่มีผล ลดหรือเพิ่ม ผลของยาตัวอื่นที่ใช้ร่วมกัน		
3.	หากท่านไม่สามารถกลืนเม็ดยาได้ ท่านสามารถแกะผงยาผสมน้ำได้		
4.	ท่านควรสังเกตอาการผิดปกติที่เกิดจากการใช้ยาแล้วแจ้งแพทย์		
5.	ท่านสามารถปรับเพิ่มลดยาได้เองหากอาการปวดของท่านไม่ทุเลาลง		
6.	หากท่านยังคงมีอาการปวด อาจซื้อยารับประทานเองได้		
7.	ไม่ควรนำยาแก้ปวดของท่านไปให้ผู้อื่นรับประทาน		
8.	อาการข้างเคียงที่พบได้บ่อยของยาพาราเซตามอล เช่น คลื่นไส้ อาเจียน เวียนหัว		
9.	ยาพาราเซตามอลมีข้อบ่งใช้ในการในการระงับปวดสำหรับผู้ป่วยที่มีระดับความปวดปานกลาง		
10.	ควรบันทึกเวลาและคะแนนความปวดทุกครั้งที่ได้รับประทานยา		

5.2 แบบประเมินความรู้ ความเข้าใจในการใช้ยาแก้ปวด การปฏิบัติตัว การติดตามผลข้างเคียงจากยา มอร์ฟีน

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ท่านคิดว่าถูกต้อง

ข้อ	คำถาม	ใช่	ไม่ใช่
1.	ยามอร์ฟีน รูปแบบน้ำออกฤทธิ์ได้ไว เหมาะกับการรับประทานตอนมีอาการปวดปะทุ		
2.	ยามอร์ฟีน รูปแบบเม็ดออกฤทธิ์นาน ควรรับประทานให้ตรงตามเวลาที่แพทย์สั่ง		
3.	ท่านควรสังเกตอาการผิดปกติที่เกิดจากการใช้ยาแล้วแจ้งแพทย์		
4.	ท่านสามารถปรับเพิ่มลดยาได้เองหากอาการปวดของท่านไม่ทุเลาลง		
5.	หากท่านไม่สามารถกลืนยาได้ ท่านสามารถบดยาเม็ดชนิดออกฤทธิ์นานได้		
6.	หากท่านยังคงมีอาการปวด อาจซื้อยารับประทานเองได้		
7.	ไม่ควรนำยาแก้ปวดของท่านไปให้ผู้อื่นรับประทาน		
8.	อาการข้างเคียงที่พบได้บ่อยของยามอร์ฟีนเช่น ท้องผูก		
9.	ยามอร์ฟีนมีข้อบ่งใช้ในการในการระงับปวดสำหรับผู้ป่วยที่มีระดับความปวดรุนแรงมาก		
10.	ควรบันทึกเวลาและคะแนนความปวดทุกครั้งที่ได้รับประทานยา		

5.3 แบบประเมินความรู้ ความเข้าใจในการใช้ยาแก้ปวด การปฏิบัติตัว การติดตามผลข้างเคียงจากยา แผ่นแปะเฟนทานิล

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ท่านคิดว่าถูกต้อง

ข้อ	คำถาม	ใช่	ไม่ใช่
1.	ท่านไม่ควรใช้แผ่นแปะยาที่ไม่ได้เปลี่ยนนานเกิน 3 วัน		
2.	ท่านสามารถอาบน้ำอุ่นได้ในขณะที่แปะแผ่นยา		
3.	ท่านสามารถแปะแผ่นยาแก้ปวดนี้ตรงที่มีแผลเพื่อบรรเทาอาการปวดได้ดียิ่งขึ้น		
4.	การตัดแบ่งแผ่นยาทำให้ได้รับยาเกินขนาดเกิดอันตรายได้		
5.	ควรปิดแผ่นแปะแก้ปวดประกบกันก่อนทิ้งและห่อให้เรียบร้อย		
6.	หากท่านยังคงมีอาการปวด อาจซื้อยารับประทานเองได้		
7.	ท่านสามารถเอาแผ่นแปะนี้ไปให้ผู้อื่นใช้เพื่อบรรเทาปวดได้		
8.	อาการข้างเคียงที่พบได้ของแผ่นแปะแก้ปวดเช่น ท้องผูก		
9.	ท่านสามารถแปะแผ่นแก้ปวดได้ครั้งละมากกว่า 1 แผ่น		
10.	ควรบันทึกเวลาและคะแนนความปวดทุกครั้งที่เปลี่ยนแผ่นยา		

6. สมุดคู่มือผู้ป่วยที่เข้าใจแก้ปวดกลุ่มโอปิออยด์

สมุดคู่มือผู้ป่วยที่ได้รับยาแก้ปวดกลุ่มโอปิออยด์

คลินิก ประคับประคอง โรงพยาบาลหนองเสือ



ชื่อ-สกุล.....อายุ.....ปี

HN.....ประวัติแพ้ยา.....

ที่อยู่.....โทร.....



ยื่นสมุดคู่มือทุกครั้งที่มาบริการทุกโรงพยาบาล

หากท่านมีเรื่องด่วนหรือฉุกเฉินติดต่อ 087-3203329

1

ยากกลุ่มโอปิออยด์ คืออะไร ?

ยากกลุ่มโอปิออยด์เป็นยาแก้ปวด ที่ใช้สำหรับผู้ป่วยที่มีอาการปวดในระดับรุนแรงปานกลางจนถึงระดับรุนแรงมาก แพทย์ได้สั่งยานี้ให้กับท่านเพื่อช่วยควบคุมอาการปวด ซึ่งท่านจะต้องบริหารยาตามเวลา และใช้ตามแพทย์สั่งอย่างเคร่งครัด เนื่องจากยาบางตัวจัดเป็นยาเสพติด

ตัวอย่างยาแก้ปวดในกลุ่มนี้ เช่น ทรามาดอลชนิดเม็ด มอร์ฟีนชนิดฉีด เม็ดและชนิดน้ำ เฟนทานิลชนิดแผ่นแปะ



วิธีการใช้ยาแก้ปวดในกลุ่มโอปิออยด์

แบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ

1. ใช้ยาตามเวลา เพื่อให้สามารถควบคุมอาการปวดได้ ผู้ป่วยต้อง
ใช้ยาให้ตรงตามเวลาที่แพทย์สั่งอย่างสม่ำเสมอ

2. ใช้ยาขณะเกิดอาการปวดระบุ การใช้ยาลักษณะนี้จะใช้เมื่อมี
อาการปวดเท่านั้น

*ผู้ป่วยอาจใช้ยาทั้ง 2 ลักษณะร่วมกัน

การวัดระดับความปวด ใช้ตัวเลขในการประเมินระดับความรุนแรงของ
อาการปวด มาตรฐานตั้งแต่เลข 0-10 โดย 0 คือไม่ปวดเลย จนถึง 10 คือ
ปวดมากที่สุด ผู้ป่วยควรจะเป็นผู้แจ้งแพทย์ ให้ทราบถึงขนาดความรุนแรง
ของอาการปวดที่มีอยู่เอง ด้วยตัวเลขตั้งแต่ “0” ถึง “10”

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

ยาแก้ปวดในกลุ่มโอปิออยด์

กลุ่มที่ต้องใช้ยาตามเวลา : เป็นยาหลักที่ใช้คุมอาการปวด

1. มอร์ฟีนชนิดออกฤทธิ์นาน (เอ็มเอสที)



การบริหารยา : รับประทานยา ห่างกันทุก 8-12 ชั่วโมง

ควรรับประทานตามเวลาที่กำหนด ไม่ใช่ใช้เฉพาะเวลาปวด

ลักษณะการออกฤทธิ์ : ออกฤทธิ์ช้า เมื่อมีระบบย่อยสลาย

ยา ดังนั้น ❌ ห้ามบด/หัก ห้ามเคี้ยว ❌ มีฤทธิ์อยู่ได้นาน 8-12

ชั่วโมง

2. มอร์ฟีนชนิดแคปซูลออกฤทธิ์นาน (คาปานอล)



การบริหารยา : รับประทานยา ห่างกันทุก 12-24 ชั่วโมง

ควรรับประทานตามเวลาที่กำหนด **ไม่ใช่ใช้เฉพาะเวลาปวด**

ลักษณะการออกฤทธิ์ : ออกฤทธิ์ช้า เมื่อมีระบบย่อยปลดปล่อย
ยาอยู่ในแคปซูล สามารถแกะแคปซูลได้แต่ **ห้ามบด ห้ามเคี้ยว**
มีฤทธิ์อยู่ได้นาน 12-24 ชั่วโมง

** เหมาะกับผู้ป่วยใส่สายให้อาหาร หรือ **ไม่สามารถกลืนยาเม็ด****

3. แผ่นแปะผิวหนังตามีลทินนิตออกฤทธิ์นาน



การบริหารยา : คิดบริเวณผิวหนังที่ไม่มีขน บริเวณที่เหมาะสม
ได้แก่ หน้าอก ต้นแขนส่วนบน หลัง เปลี่ยนแผ่นทุก 3 วัน ก่อน
แปะควรทำความสะอาดด้วยน้ำเปล่าและรอให้แห้งสนิทก่อนทุก
ครั้ง

ลักษณะการออกฤทธิ์ : ออกฤทธิ์ช้า ตัวยาจะค่อยๆปลดปล่อย
ออกมา ดังนั้น **ห้ามตัดแบ่งแผ่นยา** ❌ มีฤทธิ์อยู่ต่อเนื่องได้
นาน 72 ชั่วโมง

คำแนะนำในการใช้แผ่นแปะ

- ✓ การตัดแบ่งแผ่นยาทำให้ได้รับยาเกินขนาดเกินอันตรายได้
- ✓ ควรเปลี่ยนแผ่นแปะทุก 3 วันและเปลี่ยนในเวลาเดิมทุก
ครั้ง

- ✓ หลีกเลี่ยงการแปะแผ่นยาแก้ปวดนี้ตรงที่มีแผล

3. แผ่นแปะผิวหนังพ่นตานิลชนิดออกฤทธิ์นาน (ต่อ)

คำแนะนำในการใช้แผ่นแปะ

- ✓ หลีกเลี่ยงการอาบน้ำอุ่นหรือการประคบร้อนตรงบริเวณที่แปะแผ่นยา
- ✓ ห้ามเอาแผ่นแปะนี้ไปให้ผู้อื่นใช้เพื่อบรรเทาปวด
- ✓ ควรปิดแผ่นแปะแก้ปวดด้านที่มีภาวประกบกันก่อนทิ้งและห่อให้เรียบร้อย
- ✓ ควรล้างมือให้สะอาดทุกครั้งหลังเปลี่ยนแผ่นยา

ผลข้างเคียง

- ❖ มีนงง ง่วงนอน คลื่นไส้ อาเจียน ท้องผูก

วิธีการปฏิบัติตัวเมื่อเกิดผลข้างเคียงจากยา

- ❖ หากง่วงซึม อาเจียนมาก ให้รีบกลับมาปรึกษาแพทย์
- ❖ ควรจิบน้ำบ่อยๆ รับประทานอาหารที่มีกากใยเพื่อบรรเทาอาการท้องผูก

4. ทรามาดอลชนิดเม็ด



การบริหารยา : รับประทานยวันละ 1 ครั้ง ห่างกันทุก 4-6 ชั่วโมง

ควรรับประทานตามเวลาที่กำหนด (บางกรณีแพทย์อาจสั่งให้ใช้

เฉพาะเวลาปวด)

ผลข้างเคียง

- ❖ มีนงง ง่วงนอน คลื่นไส้ อาเจียน ท้องผูก

วิธีการปฏิบัติตัวเมื่อเกิดผลข้างเคียงจากยา

- ❖ หากคลื่นไส้ อาเจียนมาก ให้รีบกลับมาปรึกษาแพทย์

กลุ่มยาที่ต้องใช้เมื่อมีอาการปวดปะทุ

1. มอร์ฟีนชนิดออกฤทธิ์เร็ว (ไออาร์)



2. มอร์ฟีนชนิดนำออกฤทธิ์เร็ว



การบริหารยา : รับประทานยาตามที่แพทย์สั่งทุก 2-4 ชั่วโมง (ปรับตามความรุนแรงของอาการปวดของผู้ป่วยเฉพาะราย) มอร์ฟีนชนิดนำเหมาะกับผู้ป่วยที่ไม่สามารถกลืนยาเม็ดได้
ใช้เฉพาะเวลาปวดปะทุ

ลักษณะการออกฤทธิ์ : ออกฤทธิ์เร็ว เริ่มออกฤทธิ์ภายในครึ่งชั่วโมง และมีฤทธิ์อยู่ได้นาน 2-4 ชั่วโมง

ผลข้างเคียงจากยามอร์ฟีน

- ❖ มีนงง ง่วงนอน คลื่นไส้ อาเจียน ท้องผูก ความดันต่ำ
- วิธีการปฏิบัติตัวเมื่อเกิดผลข้างเคียงจากยา
- ❖ หากง่วงซึม อาเจียนมาก ให้รีบกลับมาปรึกษาแพทย์
 - ❖ ควรจิบน้ำบ่อยๆ รับประทานอาหารที่มีกากใยเพื่อบรรเทาอาการท้องผูก หากท้องผูกมากควรแจ้งแพทย์เพื่อใช้ยาระบายร่วมด้วย



ข้อควรปฏิบัติตัวของผู้ป่วยที่หายแก่ปวดในกลุ่มโอบิอออยด์

1. ไม่ควรปรับเพิ่ม (อาจเกิดอันตรายจากการหายใจได้หากได้รับยาเกินขนาด) หรือลดขนาด หรือหยุดยาเอง ควรแจ้งแพทย์ทุกครั้งหากอาการปวดของท่านไม่ทุเลา หรือ เกิดอาการผิดปกติ*
2. ไม่ควรซื้อยาแก้ปวดรับประทานเอง
3. ไม่ควรนำยาแก้ปวดของท่านไปให้ผู้อื่นใช้
4. เก็บยาไว้ในที่แห้ง อุณหภูมิห้อง ไม่ให้ตากแดด และเก็บให้พ้นมือเด็กสัตว์เลี้ยง

5. ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลควรหมั่นสังเกตอาการและบันทึกระดับความปวดก่อน และหลังรับประทานยาทุกครั้ง

*หมายเหตุ ตัวอย่างของอาการผิดปกติ ได้แก่

- ท้องผูกมาก
- คลื่นไส้ อาเจียนมาก
- ่วงซึมมากจนปลุกไม่ตื่น
- เพื่อ สับสน
- หายใจช้า หายใจลำบาก
- กล้ามเนื้อเกร็งกระตุก

แบบบันทึกการปรับยาแก้ปวดโดยเจ้าหน้าที่

วันที่	ชื่อยาแก้ปวดที่ได้รับ	ขนาด / วิธีใช้เดิม	การปรับยา	ขนาด / วิธีใช้ปัจจุบัน	เจ้าหน้าที่ผู้บันทึก

แบบบันทึกการปรับยาแก้ปวดโดยเจ้าหน้าที่

วันที่	ชื่อยา แก้ปวด ที่ได้รับ	ขนาด / วิธีใช้เดิม	การปรับยา	ขนาด / วิธีใช้ ปัจจุบัน	เจ้าหน้าที่ ผู้บันทึก

แบบบันทึกการปรับยาแก้ปวดโดยเจ้าหน้าที่

วันที่	ชื่อยา แก้ปวด ที่ได้รับ	ขนาด / วิธีใช้เดิม	การปรับยา	ขนาด / วิธีใช้ ปัจจุบัน	เจ้าหน้าที่ ผู้บันทึก

ทบทวนรายการยาทั้งหมดที่ผู้ป่วยได้รับโดยเจ้าหน้าที่

วันที่	รายการยา	วิธีใช้	แหล่งที่มาของยา	หมายเหตุ/ผู้บันทึก

ทบทวนรายการยาทั้งหมดที่ผู้ป่วยได้รับโดยเจ้าหน้าที่

วันที่	รายการยา	วิธีใช้	แหล่งที่มาของยา	หมายเหตุ/ผู้บันทึก

พบทวนรายการยาทั้งหมดที่ผู้ป่วยได้รับโดยเจ้าหน้าที่

วันที่	รายการยา	วิธีใช้	แหล่งที่มา ของยา	หมายเหตุ/ ผู้บันทึก

แบบบันทึกการใช้ยาแก้ปวดโดยผู้ป่วยหรือผู้ดูแล

วันที่	ชื่อยา	เวลา รับประทาน	คะแนน ความปวด ก่อนให้ยา	คะแนน ความปวด หลังให้ยา	อาการ ผิดปกติที่ เกิดขึ้น*

*ตัวอย่างของอาการผิดปกติ ได้แก่ ท้องผูกมาก กลืนได้ อารมณ์มาก ง่วงซึมมากจนหลับไม่ตื่น
เพื่อ สับสน หายใจช้า หายใจลำบาก กล้ามเนื้อเกร็งกระดูก

7. แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม

ประเด็นในการสนทนากลุ่ม	ความคิดเห็นของผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่ม			ข้อสรุป
	รหัสผู้เข้าร่วม	รหัสผู้เข้าร่วม	รหัสผู้เข้าร่วม	
1.รูปแบบการทำงานแบบเดิมของเภสัชกร ปัญหาที่พบ และสิ่งที่ทีมสหวิชาชีพต้องการจากเภสัชกรในการทำงานร่วมกันเป็นทีม				
2.การทำข้อตกลงในการเลือกใช้แนวทางการจัดการอาการปวดในผู้ป่วยมะเร็งที่ใช้ในโรงพยาบาลให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน				
3.การกำหนดเครื่องมี้อจำเป็นที่จะต้องใช้ในการทำงานในคลินิก วัตถุประสงค์ของให้เป็นไปในแนวทางเดียวกัน				

7. แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม

ประเด็นในการสนทนากลุ่ม	ความคิดเห็นของผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่ม			ข้อสรุป
	รหัสผู้เข้าร่วม	รหัสผู้เข้าร่วม	รหัสผู้เข้าร่วม	
<p>4.การชี้แจงรูปแบบบริการรวมในกา บริการผู้ป่วยที่มีอาการปวดของเกดซ์ กรในรูปแบบใหม่ดังนี้</p> <p>4.1 การติดตามประสิทธิภาพของ ยาโดยประเมินจากค่าคะแนนความ ปวด</p> <p>4.2 การค้นหาปัญหาจากการใช้ยา</p> <p>4.3 การติดตามความร่วมมือในการ ใช้ยาแก้ปวดของผู้ป่วย</p> <p>4.4 การให้ความรู้เรื่องการैयाแก้ ปวด การปฏิบัติตัว การติดตาม ผลข้างเคียงจากยา</p>				

7. แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม

ประเด็นในการสนทนากลุ่ม	ความคิดเห็นของผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่ม			ข้อสรุป
	รหัสผู้เข้าร่วม	รหัสผู้เข้าร่วม	รหัสผู้เข้าร่วม	
5. ให้แต่ละวิชาช่วยกันแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเรื่องปัญหาของทีม สิ่งที่ดีจะพัฒนาต่อไปในอนาคต ตัวชี้วัดที่เป็นเป้าหมายของทีม				
6. บทบาทหน้าที่ของแต่ละวิชาที่ชัดเจนในการจัดการการปาดด้วยยา				

8. แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็ง (Functional Assessment of Cancer Therapy-General ; FACT-G)

ข้อความต่างๆ ด้านล่างนี้คือสิ่งที่ผู้ป่วยโรคเดียวกับท่านกล่าวว่ามีค่าสำคัญ ขอให้ท่านพิจารณาว่าข้อความแต่ละข้อตรงกับสถานการณ์ของท่านในช่วง 7 วันที่ผ่านมาหรือไม่ อย่างไร จากนั้น วงกลมหรือทำเครื่องหมายที่ตัวเลขเพียงตัวเดียวต่อหนึ่งบรรทัด เพื่อระบุค่าตอบของท่าน

	ความผาสุกด้านร่างกาย	ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	ค่อนข้างมาก	มากที่สุด
GP 1	ข้าพเจ้ารู้สึกหมดเรี่ยวแรง	0	1	2	3	4
GP 2	ข้าพเจ้ามีอาการคลื่นไส้	0	1	2	3	4
GP 3	เนื่องจากสภาพร่างกายที่เป็นอยู่ขณะนี้ ทำให้ข้าพเจ้ามีปัญหาในการดูแลรับภาระต่างๆในครอบครัว	0	1	2	3	4
GP 4	ข้าพเจ้ามีอาการปวด	0	1	2	3	4
GP 5	ข้าพเจ้ารำคาญต่อผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นจากการรักษา	0	1	2	3	4
GP 6	ข้าพเจ้ารู้สึกไม่สบาย	0	1	2	3	4
GP 7	ข้าพเจ้าจำเป็นต้องใช้เวลาส่วนใหญ่นอนอยู่บนเตียง	0	1	2	3	4

	<u>ความผาสกด้านสังคม/ ครอบครัว</u>	ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	ค่อนข้างมาก	มากที่สุด
GS 1	ข้าพเจ้ารู้สึกใกล้ชิดสนิทสนมกับเพื่อนๆ	0	1	2	3	4
GS 2	ข้าพเจ้าได้รับกำลังใจจากครอบครัว	0	1	2	3	4
GS 3	ข้าพเจ้าได้รับการดูแลช่วยเหลือจากเพื่อนๆ	0	1	2	3	4
GS 4	คนในครอบครัวยอมรับการเจ็บป่วยของข้าพเจ้า	0	1	2	3	4
GS 5	ข้าพเจ้าพอใจกับการสื่อสารภายในครอบครัว เช่น การพูดคุย การแสดงความเห็นอกเห็นใจ เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของข้าพเจ้า	0	1	2	3	4
GS 6	ข้าพเจ้ารู้สึกใกล้ชิดกับคู่ครอง (หรือคนสำคัญที่คอยให้กำลังใจ)	0	1	2	3	4
Q1	ไม่ว่าในปัจจุบันท่านจะมีเพศสัมพันธ์มากน้อยเพียงใดก็ตาม กรุณาตอบคำถามต่อไปนี้ หากท่านไม่ต้องการตอบคำถามในส่วนนี้ กรุณาทำเครื่องหมาย X ลงในช่องนี้ <input type="checkbox"/> แล้วข้ามไปทำข้อต่อไป					
GS 7	ข้าพเจ้าพึงพอใจกับชีวิตทางเพศของตนเอง (ไม่ว่าขณะนี้จะมีเพศสัมพันธ์หรือไม่ก็ตาม)	0	1	2	3	4

	<u>ความผาสกด้านอารมณ์ จิตใจ</u>	ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	ค่อนข้างมาก	มากที่สุด
GE 1	ข้าพเจ้ารู้สึกเศร้าใจ	0	1	2	3	4
GE 2	ข้าพเจ้ารู้สึกพอใจกับวิธีที่ ข้าพเจ้าปรับตัวกับการ เจ็บป่วยของตนเอง	0	1	2	3	4
GE 3	ข้าพเจ้ารู้สึกหมดหวังในการต่อสู้ กับการเจ็บป่วย	0	1	2	3	4
GE 4	ข้าพเจ้ารู้สึกกระวนกระวายใจ	0	1	2	3	4
GE 5	ข้าพเจ้ากังวลเกี่ยวกับความตาย	0	1	2	3	4
GE 6	ข้าพเจ้ากังวลว่าอาการจะแย่ลง	0	1	2	3	4

	<u>ความผาสุกด้านการปฏิบัติ กิจกรรม</u>	ไม่เลย	เล็กน้อย	ปาน กลาง	ค่อนข้าง มาก	มาก ที่สุด
GF 1	ข้าพเจ้าสามารถทำงานทั่วไปได้ (รวมถึงงานบ้าน)	0	1	2	3	4
GF 2	ข้าพเจ้าพึงพอใจในผลสำเร็จของ งาน (รวมถึงงานบ้าน)	0	1	2	3	4
GF 3	ข้าพเจ้ายังมีชีวิตที่สนุกสนานได้	0	1	2	3	4
GF 4	ข้าพเจ้ายอมรับการเจ็บป่วยที่ เป็นอยู่ได้	0	1	2	3	4
GF 5	ข้าพเจ้านอนหลับสนิท	0	1	2	3	4
GF 6	ข้าพเจ้ายังคงสนุกสนาน เหมือนเดิมกับสิ่งที่เคย ทำเพื่อความสำเร็จ	0	1	2	3	4
GF 7	ข้าพเจ้าพึงพอใจกับคุณภาพชีวิต ของตนเองในขณะนี้	0	1	2	3	4

9. แบบสอบถามพฤติกรรมการใช้ยา MTB-Thai

1

แบบสอบถามพฤติกรรมการใช้ยา MTB-Thai

คำชี้แจง โปรดตอบคำถามต่อไปนี้ โดยทำเครื่องหมาย X ทับตัวเลขในช่องคำตอบ ข้อคำถามมีเนื้อหาเกี่ยวกับ **พฤติกรรมการใช้ยาในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา** ของคุณ ให้เลือกตัวเลขที่เหมาะสม เป็นจริง และตรงกับตัวคุณมากที่สุด คำตอบของคุณ ไม่มีถูกหรือผิด และไม่ส่งผลต่อการรักษาตามปกติของคุณ

คำถาม	คำตอบให้เลือก			
	เคยลืมตั้งแต่ 5 ครั้งขึ้นไป	เคยลืม 3-4 ครั้ง	เคยลืม 1-2 ครั้ง	ไม่เคยลืมเลย
1. ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา คุณเคย “ลืม” ใช้ยาหรือไม่อย่างไร	(1)	(2)	(3)	(4)
2. ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา คุณเคยใช้ยา “ไม่ตรงเวลาหรือไม่ตรงมือ” ตามที่หมอสั่งหรือไม่อย่างไร	เคยใช้ยาไม่ตรงเวลา / ไม่ตรงมือ ตั้งแต่ 5 ครั้งขึ้นไป	เคยใช้ยาไม่ตรงเวลา / ไม่ตรงมือ 3-4 ครั้ง	เคยใช้ยาไม่ตรงเวลา / ไม่ตรงมือ 1-2 ครั้ง	ใช้ยาตรงเวลา / ตรงมือ ทุกครั้ง
3. ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา คุณเคย “หยุดใช้ยาเอง” โดยที่ไม่ได้ปรึกษาหมอ เนื่องจาก <u>ได้รับอาการข้างเคียงจากการใช้ยา หรือกังวลกลัวว่าจะได้รับอาการข้างเคียงจากยา หรือแพ้ยา</u> หรือไม่อย่างไร	หยุดยา ตั้งแต่ 5 ครั้งขึ้นไป	หยุดยา 3-4 ครั้ง	หยุดยา 1-2 ครั้ง	ไม่เคยหยุดยาลเลย
4. ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา คุณเคย “หยุดใช้ยาเอง” โดยที่ไม่ได้ปรึกษาหมอ เพราะ <u>คิดว่าตนเองหายจากโรคที่เป็นแล้ว หรือไม่มีอาการแล้ว</u> หรือไม่อย่างไร	หยุดยา ตั้งแต่ 5 ครั้งขึ้นไป	หยุดยา 3-4 ครั้ง	หยุดยา 1-2 ครั้ง	ไม่เคยหยุดยาลเลย

คำถาม	คำตอบให้เลือก			
5. ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา คุณเคย “หยุดใช้ยาเอง” โดยที่ไม่ได้ปรึกษาหมอ ด้วยเหตุผลอื่น ๆ ที่นอกเหนือจากข้อ 3 และ 4 หรือไม่อย่างไร	เคย หยุดยา ตั้งแต่ 5 ครั้ง ขึ้นไป (1)	เคย หยุดยา 3-4 ครั้ง (2)	เคย หยุดยา 1-2 ครั้ง (3)	ไม่เคย หยุดยาเลย (4)
6. ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา คุณเคย “เพิ่มหรือลด” จำนวนยาหรือปริมาณยา หรือความถี่ในการใช้ยา โดยที่ไม่ได้ปรึกษาหมอ หรือไม่อย่างไร	เคย เพิ่ม/ลด จำนวนยา หรือความถี่ ในการใช้ยา ตั้งแต่ 5 ครั้ง ขึ้นไป (1)	เคย เพิ่ม/ลด จำนวนยา หรือความถี่ ในการใช้ยา 3-4 ครั้ง (2)	เคย เพิ่ม/ลด จำนวนยา หรือความถี่ ในการใช้ยา 1-2 ครั้ง (3)	ไม่เคย เพิ่ม/ลด จำนวนยา หรือความถี่ ในการใช้ยา เลย (4)

10. แบบประเมิน ESAS (Edmonton Symptom Assessment System)

ESAS (Edmonton Symptom Assessment System) ฉบับภาษาไทย

โปรดวงกลมหมายเลขที่ตรงกับระดับความรู้สึกของท่านมากที่สุด ณ ขณะนี้

<u>ไม่มีอาการปวด</u>											<u>มีอาการปวดรุนแรงที่สุด</u>
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<u>ไม่มีอาการเหนื่อย/อ่อนเพลีย</u>						<u>มีอาการเหนื่อย/อ่อนเพลียมากที่สุด</u>					
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<u>ไม่มีอาการคลื่นไส้</u>						<u>มีอาการคลื่นไส้รุนแรงที่สุด</u>					
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<u>ไม่มีอาการซึมเศร้า</u>						<u>มีอาการซึมเศร้ามากที่สุด</u>					
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<u>ไม่วิตกกังวล</u>						<u>วิตกกังวลมากที่สุด</u>					
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<u>ไม่มีอาการง่วงซึม/ง่วงซึม/ง่วงซึม</u>						<u>มีอาการง่วงซึม/ง่วงซึม/ง่วงซึมมากที่สุด</u>					
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<u>ไม่มีเบื่ออาหาร</u>						<u>เบื่ออาหารมากที่สุด</u>					
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<u>สบายดีทั้งกายและใจ</u>						<u>ไม่สบายกายและใจเลย</u>					
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<u>ไม่มีอาการเหนื่อยหอบ</u>						<u>มีอาการเหนื่อยหอบมากที่สุด</u>					
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<u>ปัญหาอื่นๆ ได้แก่</u>											
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

ภาคผนวก ค การตอบรับอนุญาตให้ใช้เครื่องมือ

1. แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็ง (Functional Assessment of Cancer Therapy-General ; FACT-G)



PROVIDING A VOICE FOR PATIENTS WORLDWIDE

FUNCTIONAL ASSESSMENT OF CHRONIC ILLNESS THERAPY (FACT) LICENSING AGREEMENT

August 20, 2019

*The Functional Assessment of Chronic Illness Therapy system of Quality of Life questionnaires and all related subscales, translations, and adaptations (“FACT System”) are owned and copyrighted by David Cella, Ph.D. The ownership and copyright of the FACT System - resides strictly with Dr. Cella. Dr. Cella has granted FACIT.org (Licensor) the right to license usage of the FACT System to other parties. Licensor represents and warrants that it has the right to grant the License contemplated by this agreement. Licensor provides to **Thipsukon Jaroenpan** the licensing agreement outlined below.*


This letter serves notice that **Thipsukon Jaroenpan** (“Individual”) is granted license to use the Thai version of the FACT-G in one study



This current license extends to Individual subject to the following terms:


- 1) Individual agrees to provide Licensor with copies of any publications which come about as the result of collecting data with any FACIT questionnaire.
- 2) Due to the ongoing nature of cross-cultural linguistic research, Licensor reserves the right to make adaptations or revisions to wording in the FACIT, and/or related translations as necessary. If such changes occur, Individual will have the option of using either previous or updated versions according to its own research objectives.
- 3) Individual and associated vendors may not change the wording or phrasing of any FACIT document without previous permission from Licensor. If any changes are made to the wording or phrasing of any FACIT item without permission, the document cannot be considered the FACIT, and subsequent analyses and/or comparisons to other FACIT data will not be considered appropriate. Permission to use the name “FACT” will not be granted for any unauthorized translations of the FACIT items. Any analyses or publications of unauthorized changes or translated versions may not use the FACIT name. Any unauthorized translation will be considered a violation of copyright protection.
- 4) In all publications and on every page of the FACIT used in data collection, Licensor requires the copyright information be listed precisely as it is listed on the questionnaire itself.
- 5) Licensor reserves the right to withdraw this license if Individual engages in scientific or copyright misuse of the FACIT system of questionnaires.
- 6) There are no fees associated with this license.

2. แบบสอบถามพฤติกรรมการใช้ยา MTB-Thai

Re: ขออนุญาตใช้เครื่องมือวัดความร่วมมือในการใช้ยา MTB Thai

 Translate message to: English | Never translate from: Thai

 Phantipa Sakthong <Phantipa.S@pharm.chula.ac.th>
Fri 12/13/2019 1:19 AM
You 

 MTB_Thai_Instruction.doc
36 KB


เรียน กญ. ทิพย์สุคนธ์



รบกวนทำ จม เป็นทางการถึงคณะบดีเภสัช จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และสแกน จม มาให้ อ.ด้วย และจะส่งแบบสอบถามให้ทางอีเมลค่ะ


ขอบคุณค่ะ
อ.พรรณทิพา


ในวันที่ ศ. 13 ธ.ค. 2019 เวลา 14:31 thipsukon k. <czatatee@hotmail.com> เขียนว่า:
กราบเรียน รศ.ดร.กญ.พรรณทิพา สักดีทอง
เนื่องจากดิฉัน กญ.ทิพย์สุคนธ์ เจริญพันธ์ นิสิตปริญญาโท คณะเภสัชศาสตร์ สาขาวิชาเภสัชกรรมชุมชน มหาวิทยาลัยนครสวรรค์ อยู่ในช่วงการทำวิทยานิพนธ์ในหัวข้อเรื่อง การพัฒนา
บทบาทของเภสัชกรในทีมสหวิชาชีพสำหรับการจัดการอาการปวดด้วยยาในผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามอย่างต่อเนื่องจนถึงที่บ้าน โรงพยาบาลหนองเสือ จังหวัดปทุมธานี โดยมีอาจารย์ที่
ปรึกษาคือ รศ.ดร.กญ. จันทรัตน์ สิทธิรัตน์ มีความสนใจในแบบประเมินความร่วมมือในการใช้ยา MTB Thai เพื่อนำมาประเมินความร่วมมือในการใช้ยาในกลุ่ม opioid ในผู้ป่วยโรคมะเร็ง
นิตมีความประสงค์ขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย หากได้รับอนุญาตแล้วจะรีบดำเนินการจัดส่งหมายขอใช้เครื่องมือตามแบบฟอร์มของมหาวิทยาลัยและนำส่งคณะเภสัชศาสตร์
มหาวิทยาลัยจุฬาลงกรณ์ ตามกระบวนการต่อไปค่ะ


Re: ขออนุญาตใช้เครื่องมือวัดความร่วมมือในการใช้ยา MTB Thai

 Translate message to: English | Never translate from: Thai

 Phantipa Sakthong <Phantipa.S@pharm.chula.ac.th>
Mon 1/20/2020 12:29 AM
You 

 แบบสอบถามพฤติกรรมการใช้ยา M...
182 KB

 MTB_UCP_Final_Paper.pdf
262 KB

 MTB_Thai_Instruction.doc
36 KB

3 attachments (481 KB) Download all Save all to OneDrive

Please find the attached file ka.

ในวันที่ จ. 20 ม.ค. 2020 เวลา 15:25 Phantipa Sakthong <Phantipa.S@pharm.chula.ac.th> เขียนว่า:
ในวันที่ จ. 20 ม.ค. 2020 เวลา 15:22 thipsukon k. <czatatee@hotmail.com> เขียนว่า:
กราบเรียน รศ.ดร.กญ.พรรณทิพา สักดีทอง
นิต กญ.ทิพย์สุคนธ์ เจริญพันธ์ นิสิตปริญญาโท คณะเภสัชศาสตร์ สาขาวิชาเภสัชกรรมชุมชน มหาวิทยาลัยนครสวรรค์ ได้ให้คณะจัดทำจดหมายอย่างเป็นทางการถึงคณะบดีคณะ
เภสัชจุฬาฯและจัดส่งจดหมายเรียบร้อยแล้ว นิตขออนุญาตขอแบบสอบถามอาจารย์เพื่อแนบเครื่องมือส่งคณะกรรมการจริยธรรม
ขอพระคุณเป็นอย่างสูงค่ะ

ที่ อว ๐๖๐๓.๐๘/๐๐๐๑



คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์
ตำบลท่าโพธิ์ อำเภอเมืองพิษณุโลก
จังหวัดพิษณุโลก ๖๕๐๐๐

๒ มกราคม ๒๕๖๓

เรื่อง ขอบขออนุญาตการใช้เครื่องมือวิจัย

เรียน คณบดีคณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สิ่งที่ส่งมาด้วย	๑. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล	จำนวน ๑ ฉบับ
	๒. โครงร่างการวิจัย	จำนวน ๑ ฉบับ

ตามที่ เภสัชกรหญิงทิพย์สุคนธ์ เจริญพันธ์ นิสิตรหัส ๖๑๐๖๓๖๗๗ หลักสูตรเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเภสัชกรรมชุมชน ได้ทำการศึกษาวิจัย เรื่อง “การพัฒนาบทบาทเภสัชกรในทีมสหวิชาชีพสำหรับการจัดการอาการปวดด้วยยาในผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม อย่างต่อเนื่องจนถึงที่บ้านโรงพยาบาลหนองเสือ จังหวัดปทุมธานี” เพื่อเป็นส่วนหนึ่งในการศึกษาตามหลักสูตรเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเภสัชกรรมชุมชน โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.เภสัชกรหญิงจันทร์รัตน์ สิทธิวรนนท์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ นั้น

ในการนี้ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์ ใคร่ขออนุญาตการใช้เครื่องมือวิจัย พหุติกรรมการใช้ยา MTB-Thai ของรองศาสตราจารย์ ดร.พรรณทิพา ศักดิ์ทอง เพื่อใช้ในการศึกษาวิจัยเรื่องดังกล่าว รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์ หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านด้วยดี

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ จักขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

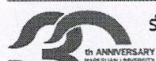
(รองศาสตราจารย์ ดร. เภสัชกรหญิงจรรยา วิโยชน์)
คณบดีคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์

สำนักงานเลขานุการ

โทร. ๐ ๕๕๕๖ ๓๗๐๒

โทรสาร. ๐ ๕๕๕๖ ๓๗๓๑

สำเนาเรียน รองศาสตราจารย์ ดร.พรรณทิพา ศักดิ์ทอง



ร่วมเฉลิมฉลอง 30 ปี มหาวิทยาลัยนครสวรรค์

• Internationalization
• Innovative Products

3. แบบประเมิน ESAS (Edmonton Symptom Assessment System)

กราบเรียนอาจารย์ดาริน จตุรภัทรพร ขออนุญาตใช้เครื่องมือ ESAS ฉบับภาษาไทย

 Translate message to: English | Never translate from: Thai



thipsukon k.
Tue 8/20/2019 5:26 AM
You: drdarinj@yahoo.com



กราบเรียนอาจารย์ดาริน จตุรภัทรพร

เนื่องจากดิฉัน ภญ.ทิพย์สุดคนธ์ เจริญพันธ์ นักศึกษา ปริญญาโท คณะเภสัชศาสตร์ สาขาวิชาเภสัชกรรมชุมชน มหาวิทยาลัยนครสวรรค์ ในช่วงการทำวิทยานิพนธ์ โดยมีอาจารย์ที่ปรึกษาคือ รศ.ดร.ภญ. จันทรรัตน์ สิทธิวรนนท์ มีความสนใจแบบประเมิน ESAS ฉบับภาษาไทย เพื่อประเมินอาการปวดและการรบกวนอื่นๆของผู้ป่วยโรคมะเร็ง นิสิตมีความประสงค์จะขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย และขอความอนุเคราะห์ file ต้นฉบับของแบบประเมิน (ส่งกลับ email czatatee@hotmail.com) หากได้รับอนุญาตแล้วจะรีบดำเนินการขอใช้เครื่องมือตามแบบฟอร์มของมหาวิทยาลัยและนำเสนอคณะกรรมการมีติดลตามกระบวนการต่อไปค่ะ

จึงเรียนมาเพื่ออนุญาตจ้กเป็นพระคุณยิ่ง

Re: กราบเรียนอาจารย์ดาริน จตุรภัทรพร ขออนุญาตใช้เครื่องมือ ESAS ฉบับภาษาไทย



Darin Jaturapatporn <drdarinj@yahoo.com>
Tue 8/20/2019 6:20 AM
You



ยินดีค่ะ ใช้ได้เลยค่ะ
รบกวน download เจากจาก google ได้เลยคะ

พญ.ดาริน จตุรภัทรพร

[Sent from Yahoo Mail for iPhone](#)

On Tuesday, August 20, 2562, 7:26 PM, thipsukon k. <czatatee@hotmail.com> wrote:

กราบเรียนอาจารย์ดาริน จตุรภัทรพร

เนื่องจากดิฉัน ภญ.ทิพย์สุดคนธ์ เจริญพันธ์ นักศึกษา ปริญญาโท คณะเภสัชศาสตร์ สาขาวิชาเภสัชกรรมชุมชน มหาวิทยาลัยนครสวรรค์ อยู่ในช่วงการทำวิทยานิพนธ์ โดยมีอาจารย์ที่ปรึกษาคือ รศ.ดร.ภญ. จันทรรัตน์ สิทธิวรนนท์ มีความสนใจแบบประเมิน ESAS ฉบับภาษาไทย เพื่อประเมินอาการปวดและการรบกวนอื่นๆของผู้ป่วยโรคมะเร็ง นิสิตมีความประสงค์จะขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย และขอความอนุเคราะห์ file ต้นฉบับของแบบประเมิน (ส่งกลับ email czatatee@hotmail.com) หากได้รับอนุญาตแล้วจะรีบดำเนินการขอใช้เครื่องมือตามแบบฟอร์มของมหาวิทยาลัยและนำเสนอคณะกรรมการมีติดลตามกระบวนการต่อไปค่ะ

จึงเรียนมาเพื่ออนุญาตจ้กเป็นพระคุณยิ่ง

Re: [EXT] I am writing this message to inform you that I would like to use The ESAS THAI version translated by Dr.Darin Jaturapatporn

WARNING: This email originated from outside of MD Anderson. Please validate the sender's email address before clicking on links or attachments as they may not be safe.

I am writing this message to inform you that I would like to use The ESAS THAI version translated by Dr.Darin Jaturapatporn,MD in my thesis proposal;Development of Pharmacist's Role in Home Health Care of MultidisciplinaryTeam for Pain Management in Advanced Cancer Patient, Nongsua Hospital, Pathumthani ,under supervisor Assoc.Prof.Chanthonrat sittiworanan, Faculty of Pharm Sci, Naresuan University.I would like to ask for your permission to let me use ESAS THAI version to my thesis proposal
Very truly yours
Thipsukon Jaroenpan (czatatee@hotmail.com)

The information contained in this e-mail message may be privileged, confidential, and/or protected from disclosure. This e-mail message may contain protected health information (PHI); dissemination of PHI should comply with applicable federal and state laws. If you are not the intended recipient, or an authorized representative of the intended recipient, any further review, disclosure, use, dissemination, distribution, or copying of this message or any attachment (or the information contained therein) is strictly prohibited. If you think that you have received this e-mail message in error, please notify the sender by return e-mail and delete all references to it and its contents from your systems.

Re: [EXT] I am writing this message to inform you that I would like to use The ESAS THAI version translated by Dr.Darin Jaturapatporn

713-745-7003
cmartinez9@mdanderson.org

On Dec 8, 2019, at 7:19 PM, Hui,David <DHui@mdanderson.org> wrote:

I am forwarding this request to Dr. Bruera who is the creator of ESAS. Thanks.

Cheers
David Hui, MD, MSc
FCT5.6046
Unit 1414 – MD Anderson Cancer Center
1515 Holcombe
Houston, TX, 77030
E-mail: dhui@mdanderson.org
745, 794, 792, 2-6258
Administrative Assistant: Ms. Angelina Caesar
Phone: [713-794-1803](tel:713-794-1803)
Fax: [713-792-6092](tel:713-792-6092)
E-mail: ajcaesar@mdanderson.org

On Dec 7, 2019, at 11:51 PM, thipsukon k. <czatatee@hotmail.com> wrote:

Re: [EXT] I am writing this message to inform you that I would like to use The ESAS THAI version translated by Dr.Darin Jaturapatporn

🕒 You replied on Sun 12/8/2019 6:29 PM

B Bruera,Eduardo <ebruera@mdanderson.org>
Sun 12/8/2019 3:10 PM
You; Hui,David ✓

↩ ↪ →

Thanks very much. I authorize your use of ESAS in your research and all resulting publications.
Good luck in your project,
Best regards

Eduardo Bruera, MD
FT McGraw Chair in the Treatment of Cancer
Chair, Department of Palliative, Rehabilitation, & Integrative Medicine
UT MD Anderson Cancer Center
1515 Holcombe, Unit 1414
Houston, TX 77030

713-792-6084 (Direct)
713-792-6092 (Fax)
ebruera@mdanderson.org
Twitter address: #edubru

Executive Assistant: Carlos Martínez
713-745-7003
cmartinez9@mdanderson.org

ที่ อว ๐๖๐๓.๐๘/ ๐๓๒๙



คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์
ตำบลท่าโพธิ์ อำเภอเมืองพิษณุโลก
จังหวัดพิษณุโลก ๖๕๐๐๐

มกราคม ๒๕๖๓

เรื่อง ขออนุมัติครุภัณฑ์ใช้เครื่องมือวิจัย

เรียน คณบดีคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

สิ่งที่ส่งมาด้วย	๑. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล	จำนวน ๑ ฉบับ
	๒. โครงร่างการวิจัย	จำนวน ๑ ฉบับ

ตามที่ เภสัชกรหญิงทิพย์สุคนธ์ เจริญพันธ์ นิสิตรหัส ๖๑๐๖๓๖๗๗ หลักสูตรเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเภสัชกรรมชุมชน ได้ทำการศึกษาวิจัย เรื่อง “การพัฒนาบทบาทเภสัชกรในทีมสหวิชาชีพสำหรับการจัดการอาการปวดด้วยยาในผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม อย่างต่อเนื่องจนถึงที่บ้านโรงพยาบาลหนองเสือ จังหวัดปทุมธานี” เพื่อเป็นส่วนหนึ่งในการศึกษาตามหลักสูตรศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเภสัชกรรมชุมชน โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.เภสัชกรหญิงจันทร์รัตน์ สีทิวรัตน์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ นั้น

ในการนี้ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์ ใคร่ขออนุมัติครุภัณฑ์ใช้เครื่องมือวิจัยแบบวัดระดับความปวดและอาการร่วมอื่นๆ ในผู้ป่วยโรคมะเร็ง (ESAS) ฉบับภาษาไทย ของ อาจารย์แพทย์หญิงมนตร์รัตน์ จินดา เพื่อใช้ในการศึกษาวิจัยเรื่องดังกล่าว รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์ หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านด้วยดี

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ จักขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. เภสัชกรหญิงจรรยา วิโยชน์)

คณบดีคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์

สำนักงานเลขานุการ

โทร. ๐ ๕๕๕๖ ๓๗๐๒

โทรสาร. ๐ ๕๕๕๖ ๓๗๓๑

สำเนาเรียน อาจารย์แพทย์หญิงมนตร์รัตน์ จินดา



ร่วมเฉลิมฉลอง 30 ปี มหาวิทยาลัยนครสวรรค์

- Internationalization
- Innovative Products

ภาคผนวก ง ผลการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

ชื่อเครื่องมือ	วิธีตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ			
	IOC	Objectivity	Cronbach's alpha	Difficulty Discrimination
1.แบบบันทึกการบริหารเภสัชกรรมที่บ้าน	√			
2.แบบบันทึกการบริหารเภสัชกรรมของผู้ป่วยขณะอยู่โรงพยาบาล	√			
3.แบบบันทึกความร่วมมือในการใช้ยาแก้ปวดโดยให้ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลเป็นผู้บันทึก	√			
4.แบบประเมินความพึงพอใจ				
4.1 แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วย/ผู้ดูแลต่อการพัฒนาบทบาทของเภสัชกรในการจัดการความปวด	√		√	
4.2 แบบประเมินความพึงพอใจของบุคลากรทางการแพทย์ต่อการพัฒนาบทบาทของเภสัชกรในการจัดการความปวด	√		√	
5.แบบประเมินความรู้				
5.1 ความรู้ ความเข้าใจในการใช้ยาแก้ปวด การปฏิบัติตัว การติดตามผลข้างเคียงจากยา Tramadol	√	√		√
5.2 ความรู้ ความเข้าใจในการใช้ยาแก้ปวด การปฏิบัติตัว การติดตามผลข้างเคียงจากยา Morphine	√	√		√
5.3 ความรู้ ความเข้าใจในการใช้ยาแก้ปวด การปฏิบัติตัว การติดตามผลข้างเคียงจากยา Fentanyl Patch	√	√		√
6.คู่มือสำหรับผู้ป่วยที่ใช้ยาแก้ปวดกลุ่มโอปิออยด์	√			
7.แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม	√			

ผลการประเมินดัชนีความสอดคล้องของเครื่องมือวิจัย (IOC)

เครื่องมือชิ้นที่ 1 แบบบันทึกการบริหารเภสัชกรรมที่บ้าน

วัตถุประสงค์งานวิจัย

1. เพื่อพัฒนาบทบาทของเภสัชกรในทีมสหวิชาชีพสำหรับการจัดการอาการปวดด้วยยาในผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามอย่างต่อเนื่องจนถึงที่บ้าน
2. เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ด้านบริหารเภสัชกรรมก่อนและหลังการพัฒนาบทบาทของเภสัชกรในการจัดการอาการปวดด้วยยาในโรงพยาบาลจากการใช้ยา



เครื่องมือนำขึ้นที่ 1 ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

การประเมินครั้งที่ 1				การประเมินครั้งที่ 2			
ข้อคำถามสำหรับการวิจัย	ผลการประเมิน			ค่า IOC	ผลการประเมิน	ค่า IOC	ผลการประเมินครั้งที่ 2
	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3				
อายุ ...1. 20-29 ปี ...2. 30-39 ปี ...3. 40-49 ปี ...4. 50-59 ปี ...5. 60-69 ปี ...6. 70-79 ปี	+1	-1	+1	0.33	+1	+1	+1
เพศหญิงชาย	+1	+1	+1	1	+1	+1	+1
ประวัติแพ้ยา	+1	+1	+1	1	+1	+1	+1
ข้อคำถามสำหรับการวิจัย	ผลการประเมิน			ค่า IOC	ผลการประเมิน		ผลการประเมินครั้งที่ 2
อายุ ...1. 20-29 ปี ...2. 30-39 ปี ...3. 40-49 ปี ...4. 50-59 ปี ...5. 60-69 ปี ...6. 70-79 ปี ...7.80 ปีขึ้นไป* *หมายเหตุ : แก้ไขเพิ่มช่วงอายุให้ครอบคลุมมากขึ้น	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3		คนที่ 1	คนที่ 2	
อายุ ...1. 20-29 ปี ...2. 30-39 ปี ...3. 40-49 ปี ...4. 50-59 ปี ...5. 60-69 ปี ...6. 70-79 ปี ...7.80 ปีขึ้นไป* *หมายเหตุ : แก้ไขเพิ่มช่วงอายุให้ครอบคลุมมากขึ้น	+1	+1	+1	1	+1	+1	+1
เพศหญิงชาย	+1	+1	+1	1	+1	+1	+1
ประวัติแพ้ยา	+1	+1	+1	1	+1	+1	+1

เครื่องมือข้อที่ 1 ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลคำถามสำหรับการวิจัย	ผลการประเมินครั้งที่ 1			ผลการประเมินครั้งที่ 2		
	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3	ค่า IOC	ผลการประเมินครั้งที่ 1	ผลการประเมินครั้งที่ 2
ข้อมูลคำถามสำหรับการวิจัย					ผลการประเมินครั้งที่ 1	ผลการประเมินครั้งที่ 2
ผลการวินิจฉัยโรค	0	+1	+1	0.66	ผ่าน	
...CKD ...HT ...DM ...DLP						
...IHD ...HF ...CVA ...Stroke						
...Hypericemia ...Asthma						
...Gout ...อื่นๆ						
...CA ตำแหน่ง.....ระยะ.....						ไม่ประเมินครั้งที่ 2 เนื่องจาก ค่า IOC >0.5
สิทธิการรักษา	+1	+1	+1	1	ผ่าน	
...บัตรทอง ...เบิกจ่ายตรง						
...ประกันสังคม ...อื่นๆ.....						ไม่ประเมินครั้งที่ 2 เนื่องจาก ค่า IOC >0.5

เครื่องมือชิ้นที่ 1 ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผู้ป่วยที่บ้าน

การประเมินครั้งที่ 1				การประเมินครั้งที่ 2			
ข้อความสำหรับการวิจัย	ผลการประเมิน			ผลการประเมิน	ค่า IOC	ผลการประเมินครั้งที่ 1	ผลการประเมินครั้งที่ 2
	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3				
ข้อความสำหรับการวิจัย						ข้อความสำหรับการวิจัย	
I: Immobility N: Nutrition H: Housing O: Other people M: Medication E: Examinations S: Safety S: Service S: spirituality	+1	+1	+1	+1	1	ผ่าน	
Idea: ผู้ป่วยคิดอย่างไรเกี่ยวกับตัวที่ได้รับ Feeling: ผู้ป่วยรับประสบการณ์หรือใช้ยา แล้วรู้สึกอย่างไรบ้าง Function: เมื่อผู้ป่วยรับประสบการณ์หรือ ใช้ยาไปแล้วเป็นอย่างไร Expectation: (ความคาดหวัง) ผู้ป่วยมี ความคาดหวังอย่างไรเกี่ยวกับกา รับประสบการณ์	+1	+1	+1	+1	1	ผ่าน	
แผนภูมิครอบครัว	+1	+1	+1	+1	1	ผ่าน	
แผนที่	+1	+1	+1	+1	1	ผ่าน	
						ข้อความสำหรับการวิจัย	
						ไม่ประเมินครั้งที่ 2 เนื่องจาก ค่า IOC > 0.5	
						ไม่ประเมินครั้งที่ 2 เนื่องจาก ค่า IOC > 0.5	
						ไม่ประเมินครั้งที่ 2 เนื่องจาก ค่า IOC > 0.5	
						ไม่ประเมินครั้งที่ 2 เนื่องจาก ค่า IOC > 0.5	

เครื่องมือชิ้นที่ 1 ส่วนที่ 3 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจร่างกาย

การประเมินครั้งที่ 1				การประเมินครั้งที่ 2			
ข้อคำถามสำหรับการวิจัย	ผลการประเมิน			ค่า IOC	ผลการประเมิน	ค่า IOC	ผลการประเมินครั้งที่ 2
	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3				
Wt/Ht, BMI, BP, Pulse, FBS/DTX, TC/TG/LDL/HDL, Cr/Bun, Uric, AST/ALT, FBS/HbA1C, Na, K	+1	-1	0	0	+1	1	ผ่าน
ข้อคำถามสำหรับการวิจัย	ข้อคำถามสำหรับการวิจัย			ข้อคำถามสำหรับการวิจัย			ผลการประเมินครั้งที่ 2
Wt/Ht, BMI, BP, Pulse, FBS/DTX, TC/TG/LDL/HDL, Cr/Bun, Uric, AST/ALT, FBS/HbA1C, Na, K, CBC*	ไม่ผ่าน			+1			ผ่าน
*หมายเหตุ : แก้ไขเพิ่ม CBC แสดงถึงการติดเชื้อ							

เครื่องมือชี้วัดที่ 1 ส่วนที่ 4 การปรับยาและปัญหาจากการใช้ยา

การประเมินครั้งที่ 1				การประเมินครั้งที่ 2					
ข้อคำถามสำหรับการวิจัย	ผลการประเมิน			ค่า IOC	ผลการประเมินครั้งที่ 1	ข้อคำถามสำหรับการวิจัย	ค่า IOC		
	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3				คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3
ข้อคำถามที่โปรดที่ได้รับ	+1	+1	+1	1	ผ่าน	ไม่ประเมินครั้งที่ 2 เนื่องจาก ค่า IOC > 0.5			
การปรับยาวิธีใช้	+1	+1	+1	1	ผ่าน	ไม่ประเมินครั้งที่ 2 เนื่องจาก ค่า IOC > 0.5			
ปัญหาจากการใช้ยา o ผู้ป่วยได้รับยาที่ไม่จำเป็น o ผู้ป่วยสมควรได้รับยาเพิ่มเติม o ผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องใช้ยา แต่มีการเสียดายยาที่ไม่เหมาะสม o ขนาดยาใช้ยาที่ผู้ป่วยได้รับน้อยเกินไป o การไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา o ขนาดยาใช้ยาที่ผู้ป่วยได้รับมากเกินไป o ความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย o การเกิดอันตรกิริยาของยา	+1	+1	+1	1	ผ่าน				
การแก้ไข้ปัญหา	+1	+1	+1	1	ผ่าน	ไม่ประเมินครั้งที่ 2 เนื่องจาก ค่า IOC > 0.5			

ผลการประเมินดัชนีความสอดคล้องของเครื่องมือวิจัย (IOC)

เครื่องมือชิ้นที่ 2 แบบบันทึกการบริหารเภสัชกรรมของผู้ป่วยขณะอยู่โรงพยาบาล วัตถุประสงค์งานวิจัย

1. เพื่อพัฒนาบทบาทของเภสัชกรในทีมสหวิชาชีพสำหรับการจัดการอาการปวดด้วยยาในผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามอย่างต่อเนื่องจนถึงที่บ้าน
2. เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ด้านบริหารเภสัชกรรมก่อนและหลังการพัฒนาบทบาทของเภสัชกรในการจัดการอาการปวดด้วยยาในเรื่องปัญหาจากการใช้ยา



เครื่องมือครั้งที่ 2 ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

การประเมินครั้งที่ 1					การประเมินครั้งที่ 2							
ข้อคำถามสำหรับการวิจัย	ผลการประเมิน			ค่า IOC	ผลการประเมินครั้งที่ 1	ข้อคำถามสำหรับการวิจัย	ผลการประเมิน			ค่า IOC	ผลการประเมินครั้งที่ 2	
	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3	คนที่ 1	คนที่ 2		คนที่ 3					
อายุ ...1. 20-29 ปี ...2. 30-39 ปี ...3. 40-49 ปี ...4. 50-59 ปี ...5. 60-69 ปี ...6. 70-79 ปี	+1	-1	+1	0.33	ไม่ผ่าน	อายุ ...1. 20-29 ปี ...2. 30-39 ปี ...3. 40-49 ปี ...4. 50-59 ปี ...5. 60-69 ปี ...6. 70-79 ปี ...7.80 ปีขึ้นไป*	+1	+1	+1	1	ผ่าน	
เพศหญิงชาย	+1	+1	+1	1	ผ่าน	*หมายเหตุ : แก้ไขเพิ่มช่วงอายุให้ครอบคลุมมากขึ้น						
ประวัติแพ้ยา	+1	+1	+1	1	ผ่าน							

เครื่องมือขึ้นที่ 2 ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

การประเมินครั้งที่ 1				การประเมินครั้งที่ 2					
ข้อคำถามสำหรับการวิจัย	ผลการประเมิน			ผลการประเมินครั้งที่ 1	ข้อคำถามสำหรับการวิจัย	ผลการประเมิน			ผลการประเมินครั้งที่ 2
	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3			คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3	
ผลการวินิจฉัยโรค ...CKD ...HT ...DM ...DLP ...IHD ...HF ...CVA ...Stroke ...Hypericemia ...Asthma ...Gout ...อื่น ๆ ...CA ตำแหน่ง.....ระยะ.....	0	+1	+1	ผ่าน	ข้อคำถามสำหรับการวิจัย	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3	IOC
สถิติการรักษา ...บัตรทอง ...เบิกจ่ายตรง ...ประกันสังคม ... อื่นๆ.....	+1	+1	+1	ผ่าน	ไม่ประเมินครั้งที่ 2 เนื่องจาก ค่า IOC >0.5				ไม่ประเมินครั้งที่ 2 เนื่องจาก ค่า IOC >0.5

เครื่องมือนี้นั้นที่ 2 ส่วนที่ 2 รายการยาที่ได้รับ (Med reconciliation)

การประเมินครั้งที่ 1				การประเมินครั้งที่ 2						
ข้อคำถามสำหรับการวิจัย	ผลการประเมิน			ผลการประเมินครั้งที่ 1	ค่า IOC	ผลการประเมิน			ค่า IOC	ผลการประเมินครั้งที่ 2
	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3			คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3		
รายการยา วิธีใช้ การสั่งใช้ยา หมายเหตุ : มีข้อเสนอแนะเพิ่มเติมในส่วน สรุปยากลับบ้านและประเด็นการติดตามในครั้งถัดไป	+1	+1	+1	ผ่าน	1					
										ไม่ประเมินครั้งที่ 2 เนื่องจาก ค่า IOC > 0.5

เครื่องมือนวัตกรรมที่ 2 ส่วนที่ 3 การปรับยาและปัญหาจากการใช้ยา

การประเมินครั้งที่ 1				การประเมินครั้งที่ 2						
ข้อคำถามสำหรับกรวิจัย	ผลการประเมิน			ค่า IOC	ผลการประเมินครั้งที่ 1	ข้อคำถามสำหรับกรวิจัย			ค่า IOC	ผลการประเมินครั้งที่ 2
	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3			คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3		
ข้อคำถามแก้ปวดที่ได้รับ	+1	+1	+1	1	ผ่าน	ไม่ประเมินครั้งที่ 2 เนื่องจาก ค่า IOC >0.5				
การปรับยาวิธีใช้	+1	+1	+1	1	ผ่าน	ไม่ประเมินครั้งที่ 2 เนื่องจาก ค่า IOC >0.5				
ปัญหาจากการใช้ยา ผู้ป่วยได้รับยาที่ไม่จำเป็น ผู้ป่วยสมควรได้รับยาเพิ่มเติม ผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องให้ยา แต่มีการเลือกให้ยาที่ไม่เหมาะสม ขนาดให้ยาที่ผู้ป่วยได้รับน้อยเกินไป อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ขนาดให้ยาที่ผู้ป่วยได้รับมากเกินไป ความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย การเกิดอันตรายของการใช้ยา	+1	+1	+1	1	ผ่าน	ไม่ประเมินครั้งที่ 2 เนื่องจาก ค่า IOC >0.5				
การแก้ไข้ปัญหา	+1	+1	+1	1	ผ่าน	ไม่ประเมินครั้งที่ 2 เนื่องจาก ค่า IOC >0.5				

เครื่องมือชิ้นที่ 2 ส่วนที่ 4 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและอาการตรวจร่างกาย*

การประเมินครั้งที่ 1					
ข้อคำถามสำหรับการวิจัย	ผลการประเมิน			ค่าIOC	ผลการประเมินครั้งที่ 1
	คนที่1	คนที่2	คนที่3		
Wt/Ht, BMI, BP, Pulse, FBS/DTX, TC/TG/LDL/HDL, Cr/Bun, Uric, AST/ALT, FBS/HbA1C, Na, K, CBC *หมายเหตุ : เพิ่มเติม ส่วนที่ 4 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจร่างกายในขณะที่อยู่โรงพยาบาลตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ	+1	+1	+1	1	ผ่าน

ผลการประเมินดัชนีความสอดคล้องของเครื่องมือวิจัย (IOC)

เครื่องมือชิ้นที่ 3 แบบบันทึกความร่วมมือในการใช้ยาแก้ปวดโดยผู้ป่วยหรือผู้ดูแล
วัตถุประสงค์งานวิจัย

1. เพื่อพัฒนาบทบาทของเภสัชกรในทีมสหวิชาชีพสำหรับการจัดการอาการปวดด้วยยาในผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามอย่างต่อเนื่องจนถึงที่บ้าน
2. เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ด้านบริหารเภสัชกรรมก่อนและหลังการพัฒนาบทบาทของเภสัชกรในการจัดการอาการปวดด้วยยาในเรื่อง
 - 2.1 ค่าคะแนนความปวด
 - 2.2 ความร่วมมือในการใช้ยา



เครื่องมือชิ้นที่ 3

การประเมินครั้งที่ 1				การประเมินครั้งที่ 2			
ข้อคำถามสำหรับการวิจัย	ผลการประเมิน			ผลการประเมิน	ค่า IOC	ผลการประเมินครั้งที่ 1	ผลการประเมินครั้งที่ 2
	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3				
ข้อคำถามสำหรับการวิจัย							
วัน เดือน ปี	+1	+1	+1	ไม่ประเมินครั้งที่ 2 เนื่องจาก ค่า IOC >0.5	1	ผ่าน	
ชื่อยา	+1	+1	+1	ไม่ประเมินครั้งที่ 2 เนื่องจาก ค่า IOC >0.5	1	ผ่าน	
เวลาที่รับประทานยา	+1	+1	+1	ไม่ประเมินครั้งที่ 2 เนื่องจาก ค่า IOC >0.5	1	ผ่าน	
คำแนะนำความปลอดภัยให้ยา	+1	+1	+1	ไม่ประเมินครั้งที่ 2 เนื่องจาก ค่า IOC >0.5	1	ผ่าน	
คำแนะนำความปลอดภัยให้ยา	+1	+1	+1	ไม่ประเมินครั้งที่ 2 เนื่องจาก ค่า IOC >0.5	1	ผ่าน	
ความปลอดภัยที่เกิดขึ้น	-	-	-	เพิ่มช่อง อาการมติปกติ ที่เกิดขึ้น	-	-	ผ่าน

ผลการประเมินดัชนีความสอดคล้องของเครื่องมือวิจัย (IOC)

เครื่องมือชิ้นที่ 4.1 แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วย/ผู้ดูแลต่อการพัฒนาบทบาทของเภสัชกรในการจัดการความปวด

วัตถุประสงค์งานวิจัย

1. เพื่อประเมินความพึงพอใจของผู้มารับบริการต่อการพัฒนาบทบาทของเภสัชกร

เครื่องมือชิ้นที่ 4.2 แบบประเมินความพึงพอใจของบุคลากรทางการแพทย์ต่อการพัฒนาบทบาทของเภสัชกรในการจัดการความปวด

วัตถุประสงค์งานวิจัย

1. เพื่อประเมินความพึงพอใจของทีมสหวิชาชีพต่อการพัฒนาบทบาทของเภสัชกร



เครื่องมือข้อที่ 4.1

การประเมินครั้งที่ 1				การประเมินครั้งที่ 2					
ข้อคำถามสำหรับกรวิจัย	ผลการประเมิน			ผลการประเมินครั้งที่ 1	ข้อคำถามสำหรับกรวิจัย	ผลการประเมิน			ผลการประเมินครั้งที่ 2
	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3			คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3	
ข้อ 1.ท่านพอใจกับการได้รับข้อมูลการใช้จ่ายแก่บัวรด การปฏิบัติตัว การติดตามผลข้างเคียงจากยา จากเภสัชกร	+1	+1	+1	1	ไม่ประเมินครั้งที่ 2 เนื่องจาก ค่า IOC >0.5				
ข้อ 2.ท่านพอใจกับการให้ข้อมูลการใช้จ่ายแก่บัวรด การปฏิบัติตัว การติดตามผลข้างเคียงจากยา สามารถเข้าใจได้ง่าย	+1	+1	+1	1	ไม่ประเมินครั้งที่ 2 เนื่องจาก ค่า IOC >0.5				
ข้อ 3.ท่านพอใจกับการเยี่ยมบ้านของเภสัชกรที่สามารถแก้ไขปัญหาการใช้จ่ายจริง	+1	+1	0	0.66	ไม่ประเมินครั้งที่ 2 เนื่องจาก ค่า IOC >0.5				
ข้อ 4.ท่านพอใจกับการมีส่วนร่วมของเภสัชกรในทีมดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง	+1	+1	0	0.66	ไม่ประเมินครั้งที่ 2 เนื่องจาก ค่า IOC >0.5				
ข้อ 5.ท่านพอใจกับการมีส่วนร่วมของตนเองในการใช้ยาตามแพทย์สั่ง	+1	+1	0	0.66	ไม่ประเมินครั้งที่ 2 เนื่องจาก ค่า IOC >0.5				

เครื่องมือชิ้นที่ 4.1

การประเมินครั้งที่ 1				การประเมินครั้งที่ 2			
ข้อคำถามสำหรับกรวิจัย	ผลการประเมิน			ค่า	ผลการประเมิน	ค่า	ผลการประเมินครั้งที่ 2
	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3				
ข้อ 6. ท่านพอใจกับการดูแลเอาใจใส่ของเภสัชกรในการจัดการอาการปวดอย่าง ต่อเนื่อง	+1	+1	+1	1	ผ่าน	ไม่ประเมินครั้งที่ 2 เนื่องจาก ค่า IOC > 0.5	ผลการประเมินครั้งที่ 2
ข้อ 7. การดูแลของเภสัชกรได้มีการคำนึงความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว	+1	+1	+1	1	ผ่าน	ไม่ประเมินครั้งที่ 2 เนื่องจาก ค่า IOC > 0.5	ผลการประเมินครั้งที่ 2
ข้อ 8. ท่านได้รับการดูแลอย่างเคารพและให้เกียรติจากเภสัชกร	+1	+1	+1	1	ผ่าน	ไม่ประเมินครั้งที่ 2 เนื่องจาก ค่า IOC > 0.5	ผลการประเมินครั้งที่ 2
ข้อ 9. เภสัชกรได้ให้เวลากับท่านอย่างเพียงพอในการดูแลการใช้ยาแก้ปวด	+1	+1	+1	1	ผ่าน	ไม่ประเมินครั้งที่ 2 เนื่องจาก ค่า IOC > 0.5	ผลการประเมินครั้งที่ 2
ข้อ 10. ท่านพอใจกับกรียา ทำทาง วจา ความสุภาพของเภสัชกร	+1	+1	+1	1	ผ่าน	ไม่ประเมินครั้งที่ 2 เนื่องจาก ค่า IOC > 0.5	ผลการประเมินครั้งที่ 2

เครื่องมือชิ้นที่ 4.2

การประเมินครั้งที่ 1				การประเมินครั้งที่ 2						
ข้อคำถามสำหรับการวิจัย	ผลการประเมิน			ผลการประเมินครั้งที่ 1	ค่า IOC	ผลการประเมินครั้งที่ 1	ผลการประเมิน		ผลการประเมินครั้งที่ 2	
	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3				ข้อคำถามสำหรับการวิจัย	ค่า IOC		
ข้อ 1. ท่านพอใจกับการมีเอกสารที่เป็นที่ปรึกษาเรื่องการใช้ยา ร่วมอยู่ในทีมสหวิชาชีพ ทั้งในขณะอยู่โรงพยาบาลและต่อเนื่องถึงบ้าน	+1	+1	+1	ผ่าน	1	ผ่าน	+1	0	-1	ไม่ประเมินครั้งที่ 2 เนื่องจาก ค่า IOC > 0.5
ข้อ 2. ท่านพอใจกับกิจกรรมการติดตามประสิทธิภาพจากการ ใช้ยาแก้ปวดโดยการประเมินระดับความรุนแรงของอาการปวด	+1	+1	+1	ผ่าน	1	ผ่าน	+1			ไม่ประเมินครั้งที่ 2 เนื่องจาก ค่า IOC > 0.5
ข้อ 3. ท่านพอใจกับกิจกรรมการค้นหาค้นหาปัญหาการใช้ยาของ เภสัชกรที่ช่วยทำให้การทำงานของสหวิชาชีพง่ายขึ้น	+1	+1	+1	ผ่าน	1	ผ่าน	+1			ไม่ประเมินครั้งที่ 2 เนื่องจาก ค่า IOC > 0.5
ข้อ 4. ท่านพอใจกับกิจกรรมการติดตามความร่วมมือในการใช้ ยาแก้ปวดของผู้ป่วยมะเร็งที่ช่วยให้ผลการรักษาเป็นไปอย่างมี ประสิทธิภาพ	+1	+1	+1	ผ่าน	1	ผ่าน	+1			ไม่ประเมินครั้งที่ 2 เนื่องจาก ค่า IOC > 0.5
ข้อ 5. ท่านพอใจกับการจัดการอาการปวดด้วยยาของเภสัชกร ที่มีส่วนช่วยทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น	+1	+1	+1	ผ่าน	1	ผ่าน	+1			ไม่ประเมินครั้งที่ 2 เนื่องจาก ค่า IOC > 0.5

เครื่องมือชิ้นที่ 4.2

การประเมินครั้งที่ 1		การประเมินครั้งที่ 2				
ข้อความสำหรับกรวิจัย	ผลการประเมิน			ค่า IOC	ผลการประเมินครั้งที่ 1	ผลการประเมินครั้งที่ 2
	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3			
ข้อความสำหรับกรวิจัย						
ข้อ 6. ท่านพอใจกับการให้ความร่วมมือของเมสซิจกรในทีม ในการทำให้บรรลุเป้าหมายของทีม	+1	+1	+1	1	ผ่าน	ไม่พึงพอใจสำหรับกรวิจัย ผลการประเมินครั้งที่ 2 เนื่องจาก ค่า IOC > 0.5
ข้อ 7. ท่านพอใจกับความครอบคลุมของประเด็นพัฒนาในกิจกรรมการระดมความคิดเห็นของการศึกษานี้ เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาทีมให้มีประสิทธิภาพ	+1	+1	+1	1	ผ่าน	ไม่พึงพอใจครั้งที่ 2 เนื่องจาก ค่า IOC > 0.5
ข้อ 8. ท่านพอใจกับการทำงานของเมสซิจกรในการยึดผู้ปวยเป็นศูนย์กลาง	+1	+1	+1	1	ผ่าน	ไม่พึงพอใจครั้งที่ 2 เนื่องจาก ค่า IOC > 0.5
ข้อ 9. ท่านพอใจกับเมสซิจกรที่ทำงานร่วมกับทีม ด้วยความเคารพ ให้เกียรติวิชาชีพอื่นในทีม	+1	+1	+1	1	ผ่าน	ไม่พึงพอใจครั้งที่ 2 เนื่องจาก ค่า IOC > 0.5
ข้อ 10. โดยรวมท่านพอใจกับการพัฒนาบทบาทหน้าที่ของเมสซิจกรในทีมสำหรับการจัดการอาการปวดด้วยยา	+1	+1	+1	1	ผ่าน	ไม่พึงพอใจครั้งที่ 2 เนื่องจาก ค่า IOC > 0.5

ผลการประเมินดัชนีความสอดคล้องของเครื่องมือวิจัย (IOC)

เครื่องมือชิ้นที่ 5.1 แบบประเมินความรู้ ความเข้าใจในการใช้ยาแก้ปวด การปฏิบัติตัว การติดตามผลข้างเคียงจากยา Tramadol

วัตถุประสงค์งานวิจัย

1. เพื่อพัฒนาบทบาทของเภสัชกรในทีมสหวิชาชีพสำหรับการจัดการอาการปวดด้วยยาในผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามอย่างต่อเนื่องจนถึงที่บ้าน

2. เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ด้านบริหารเภสัชกรรมก่อนและหลังการพัฒนาบทบาทของเภสัชกรในการจัดการอาการปวดด้วยยาในเรื่อง

2.1 ความรู้ความเข้าใจเรื่องการใช้ยา การปฏิบัติตัว การจัดการกับผลข้างเคียงของยาของผู้ป่วย

เครื่องมือชิ้นที่ 5.2 แบบประเมินความรู้ ความเข้าใจในการใช้ยาแก้ปวด การปฏิบัติตัว การติดตามผลข้างเคียงจากยา Morphine

วัตถุประสงค์งานวิจัย

1. เพื่อพัฒนาบทบาทของเภสัชกรในทีมสหวิชาชีพสำหรับการจัดการอาการปวดด้วยยาในผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามอย่างต่อเนื่องจนถึงที่บ้าน

2. เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ด้านบริหารเภสัชกรรมก่อนและหลังการพัฒนาบทบาทของเภสัชกรในการจัดการอาการปวดด้วยยาในเรื่อง

2.1 ความรู้ความเข้าใจเรื่องการใช้ยา การปฏิบัติตัว การจัดการกับผลข้างเคียงของยาของผู้ป่วย

เครื่องมือชิ้นที่ 5.3 แบบประเมินความรู้ ความเข้าใจในการใช้ยาแก้ปวด การปฏิบัติตัว การติดตามผลข้างเคียงจากยา Fentanyl Patch

วัตถุประสงค์งานวิจัย

1. เพื่อพัฒนาบทบาทของเภสัชกรในทีมสหวิชาชีพสำหรับการจัดการอาการปวดด้วยยาในผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามอย่างต่อเนื่องจนถึงที่บ้าน

2. เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ด้านบริหารเภสัชกรรมก่อนและหลังการพัฒนาบทบาทของเภสัชกรในการจัดการอาการปวดด้วยยาในเรื่อง

2.1 ความรู้ความเข้าใจเรื่องการใช้ยา การปฏิบัติตัว การจัดการกับผลข้างเคียงของยาของผู้ป่วย

เครื่องมือข้อที่ 5.1

ข้อความสำหรับกรวิจัย	ผลการประเมิน			ค่า IOC	ผลการประเมินครั้งที่ 1
	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3		
ข้อ 1. ท่านควรรับประทานยาเฉพาะเวลาก่อนทาน	+1	+1	0	0.66	ผ่าน
หมายเหตุ: ผู้ทรงคุณวุฒิแนะนำให้น้ำเย็นย่ำไว้ก่อนรับประทานยาใช้ยาสำหรับปวดประทุหรือใช้คุมอาการปวดตามเวลา					
ข้อ 2. ยาที่รับประทานสามารถรับประทานได้โดยไม่ต้องกิน	+1	+1	+1	1	ผ่าน
ข้อ 3. หากท่านไม่สามารถกลืนเม็ดยาได้ ท่านสามารถแกะผงยาผสมน้ำได้	+1	+1	+1	1	ผ่าน
ข้อ 4. ท่านควรสังเกตอาการผิดปกติที่เกิดจากการใช้ยาแล้วแจ้งแพทย์	+1	+1	+1	1	ผ่าน
ข้อ 5. ท่านสามารถรับประทานยาได้เองหากอาการปวดของท่านไม่ทุเลาลง	+1	+1	0	0.66	ผ่าน
หมายเหตุ: ผู้ทรงคุณวุฒิแนะนำหากผู้ป่วยรับประทานยาเองให้พบแพทย์ใช้ยาที่ยังสามารถรับประทานได้หรือไม่					
ข้อ 6. หากท่านยังคงมีอาการปวด อาจซื้อยารับประทานเองได้	+1	+1	+1	1	ผ่าน
ข้อ 7. ไม่ควรนำยาแก่ปวดของท่านไปให้ผู้อื่นรับประทาน	+1	+1	+1	1	ผ่าน
ข้อ 8. อาการข้างเคียงที่พบได้บ่อยของยาที่รับประทาน เช่น คลื่นไส้ อาเจียน เวียนหัว	+1	+1	+1	1	ผ่าน
ข้อ 9. ยาที่รับประทานอาจมีข้อบ่งชี้ในการรับประทานสำหรับผู้ที่มีระดับความปวดปานกลาง	+1	+1	0	0.66	ผ่าน
หมายเหตุ: ผู้ทรงคุณวุฒิแนะนำให้พิจารณาระดับความปวดเฉพาะของแต่ละคนไม่เท่ากัน และพิจารณาระยะเวลาโดยรวมด้วย					
ข้อ 10. ควรบันทึกเวลาและคะแนนความปวดทุกครั้งที่ได้รับประทานยา	+1	+1	0	0.66	ผ่าน

เครื่องมือขึ้นที่ 5.2

การประเมินครั้งที่ 1				การประเมินครั้งที่ 2							
ข้อคำถามสำหรับกรวิจัย	ผลการประเมิน			ค่า IOC	ผลการประเมินครั้งที่ 1	ผลการประเมิน			ค่า IOC	ผลการประเมินครั้งที่ 2	
	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3			คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3			
ข้อ 1. ยามอร์ฟีน รูปแบบน้ำออกฤทธิ์ ซ้ำ เอารับประทานตอนฉุกเฉิน(ปวด ปะทุ)	-1	+1	-1	-0.33	ไม่ผ่าน	ข้อ 1. ยามอร์ฟีน รูปแบบน้ำ ออก ฤทธิ์ได้เร็ว เหมาะกับการ รับประทานตอนมีอาการปวดปะทุ	+1	+1	+1	1	ผ่าน
ข้อ 2. ยามอร์ฟีน รูปแบบเม็ดออกฤทธิ์ นาน ควรกินเฉพาะเวลาปวดเท่านั้น	+1	+1	-1	0.33	ไม่ผ่าน	ข้อ 2. ยามอร์ฟีน รูปแบบเม็ดออก ฤทธิ์นาน ควรรับประทานให้ตรง ตามเวลาที่แพทย์สั่ง	+1	+1	+1	1	ผ่าน
ข้อ 3. ท่านควรสังเกตอาการผิดปกติที่ เกิดจากการใช้ยาแล้วแจ้งแพทย์	+1	+1	0	0.66	ผ่าน	ไม่ประเมินครั้งที่ 2 เนื่องจาก ค่า IOC >0.5					
ข้อ 4. ท่านสามารถปรับเพิ่มลดยาได้ เองหากอาการปวดของท่านไม่ทุเลาลง	+1	+1	0	0.66	ผ่าน	ไม่ประเมินครั้งที่ 2 เนื่องจาก ค่า IOC >0.5					
ข้อ 5. หากท่านไม่สามารถกลืนยาได้ ท่านสามารถบดยาเม็ดชนิดออกฤทธิ์ นานได้	+1	+1	+1	1	ผ่าน	ไม่ประเมินครั้งที่ 2 เนื่องจาก ค่า IOC >0.5					

เครื่องมือชิ้นที่ 5.2

การประเมินครั้งที่ 1				การประเมินครั้งที่ 2							
ข้อคำถามสำหรับกรวิจัย	ผลการประเมิน			ค่า IOC	ผลการประเมินครั้งที่ 1	ข้อคำถามสำหรับกรวิจัย	ผลการประเมิน			ค่า IOC	ผลการประเมินครั้งที่ 2
	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3				คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3		
ข้อ 6.หากท่านยังคงมีข้อการปวด อาจซื้อยารับประทานเองได้	+1	+1	0	0.66	ผ่าน	ไม่ประเมินครั้งที่ 2 เนื่องจาก ค่า IOC > 0.5					
ข้อ 7.ไม่ครรณยาแก้ปวดของท่านไปให้ผู้อื่นรับประทาน	+1	+1	+1	1	ผ่าน	ไม่ประเมินครั้งที่ 2 เนื่องจาก ค่า IOC > 0.5					
ข้อ 8.อาการข้างเคียงที่พบได้บ่อยของยามอร์ฟิน เช่น ท้องผูก	+1	+1	0	0.66	ผ่าน	ไม่ประเมินครั้งที่ 2 เนื่องจาก ค่า IOC > 0.5					
ข้อ 9.ยามอร์ฟินมีข้อบ่งชี้ในการเินการระงับปวด สำหรับผู้ป่วยที่มีระดับความปวดรุนแรงมาก	+1	+1	0	0.66	ผ่าน	ไม่ประเมินครั้งที่ 2 เนื่องจาก ค่า IOC > 0.5					
ข้อ 10.ควรบันทึกเวลาและคะแนนความปวดทุกครั้งที่รับประทานยา	+1	+1	0	0.66	ผ่าน	ไม่ประเมินครั้งที่ 2 เนื่องจาก ค่า IOC > 0.5					

เครื่องมือชิ้นที่ 5.3

การประเมินครั้งที่ 1				การประเมินครั้งที่ 2			
ข้อคำถามสำหรับกรวิจัย	ผลการประเมิน			ค่า IOC	ผลการประเมิน	ค่า IOC	ผลการประเมินครั้งที่ 2
	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3				
ข้อ 1.แผนแปะยาคกรเปลี่ยนแปลงทุก 3 วัน	0	+1	0	0.33	ไม่ผ่าน	ข้อ 1.ท่านไม่ครวใช้แผนแปะยาคกรที่ไม่ได้เปลี่ยนนานเกิน 3 วัน หมายเหตุ : ผู้ทรงคุณวุฒิ แนะนำว่าบางครังอาจมีผู้ปวยเปลี่ยนแปลงแผนแปะยาคกรก่อน 3 วัน	ผ่าน
ข้อ 2.ท่านสามารถอธิบายนำอันได้ในขณะี่แปะแผนยา	+1	+1	+1	1	ผ่าน	ไม่ประเมินครั้งที่ 2 เนื่องจาก ค่า IOC > 0.5	ผ่าน
ข้อ 3.ท่านสามารถแปะแผนยาแก้ปวดนั้นตรงที่มีแผลเพื่อบรรเทาอาการปวดได้ดียิ่งขึ้น	+1	+1	+1	1	ผ่าน	ไม่ประเมินครั้งที่ 2 เนื่องจาก ค่า IOC > 0.5	ผ่าน
ข้อ 4.การตัดแปะแผนยาทำให้ได้รับยาเกินขนาดเกินอันตรายได้	+1	+1	+1	1	ผ่าน	ไม่ประเมินครั้งที่ 2 เนื่องจาก ค่า IOC > 0.5	ผ่าน

เครื่องมือชิ้นที่ 5.3

การประเมินครั้งที่ 1				การประเมินครั้งที่ 2					
ข้อคำถามสำหรับกรวิจัย	ผลการประเมิน			ค่า IOC	ผลการประเมินครั้งที่ 1	ข้อคำถามสำหรับกรวิจัย	ผลการประเมิน		
	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3				คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3
ข้อ 5. ควรปิดแผ่นแปะแก้ปวดประเภทกันก่อนทิ้งและห่อให้เรียบร้อย	+1	+1	+1	1	ผ่าน	ไม่ประเมินครั้งที่ 2 เนื่องจากค่า IOC > 0.5			
ข้อ 6. หากท่านยังคงมีอาการปวด อาจซื้อยารับประทานเองได้	+1	+1	0	0.66	ผ่าน	ไม่ประเมินครั้งที่ 2 เนื่องจากค่า IOC > 0.5			
ข้อ 7. ท่านสามารถเอาแผ่นแปะไปให้ผู้อื่นใช้เพื่อบรรเทาปวดได้	+1	+1	+1	1	ผ่าน	ไม่ประเมินครั้งที่ 2 เนื่องจากค่า IOC > 0.5			
ข้อ 8. อากาศข้างเตียงที่พบได้ของแผ่นแปะแก้ปวดเช่น ท้องผูก	+1	+1	0	0.66	ผ่าน	ไม่ประเมินครั้งที่ 2 เนื่องจากค่า IOC > 0.5			
ข้อ 9. ท่านสามารถแปะแผ่นแก้ปวดได้ครั้งละมากกว่า 1 แผ่น	+1	+1	0	0.66	ผ่าน	ไม่ประเมินครั้งที่ 2 เนื่องจากค่า IOC > 0.5			
ข้อ 10. ควรบันทึกเวลาและคะแนนความปวดทุกครั้งไปเขียนแผ่นยา	+1	+1	+1	1	ผ่าน	ไม่ประเมินครั้งที่ 2 เนื่องจากค่า IOC > 0.5			

ผลการประเมินดัชนีความสอดคล้องของเครื่องมือวิจัย (IOC)

เครื่องมือชิ้นที่ 6 คู่มือสำหรับผู้ป่วยที่ใช้ยาแก้ปวดกลุ่มโอปิออยด์

วัตถุประสงค์งานวิจัย

1. เพื่อพัฒนาบทบาทของเภสัชกรในทีมสหวิชาชีพสำหรับการจัดการอาการปวดด้วยยาในผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามอย่างต่อเนื่องจนถึงที่บ้าน



เครื่องมือชิ้นที่ 6

การประเมินครั้งที่ 1		การประเมินครั้งที่ 2								
หัวข้อให้ความรู้	ผลการประเมิน			ค่า IOC	ผลการประเมินครั้งที่ 1	ประเด็นที่ปรับเปลี่ยน	ค่า IOC			
	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3				คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3	
ยากกลุ่มโอปิโออยด์คืออะไร ?	0	+1	+1	0.66	ผ่าน	ไม่ประเมินครั้งที่ 2 เนื่องจาก ค่า IOC > 0.5				ผลการประเมินครั้งที่ 2
ตัวอย่างยาแก้ปวดในกลุ่มโอปิโออยด์	+1	+1	+1	1	ผ่าน	ไม่ประเมินครั้งที่ 2 เนื่องจาก ค่า IOC > 0.5				ผลการประเมินครั้งที่ 2
วิธีการให้ยาแก้ปวดในกลุ่มโอปิโออยด์	+1	+1	0	0.66	ผ่าน	ไม่ประเมินครั้งที่ 2 เนื่องจาก ค่า IOC > 0.5				ผลการประเมินครั้งที่ 2
หมายเหตุ: ผู้ทรงคุณวุฒิแนะนำให้เพิ่มประเด็นเรื่องอาจมีการใช้ยาร่วมกันทั้ง 2 ลักษณะคือใช้ยาตามเวลา ร่วมกับใช้ยาขณะปวดปะทุ										
การวัดระดับความปวด	+1	+1	+1	1	ผ่าน	ไม่ประเมินครั้งที่ 2 เนื่องจาก ค่า IOC > 0.5				ผลการประเมินครั้งที่ 2

เครื่องมือชิ้นที่ 6

		การประเมินครั้งที่ 1				การประเมินครั้งที่ 2			
หัวข้อ/ให้ความรู้	ผลการประเมิน	ค่า IOC	ผลการประเมินครั้งที่ 1	ผลการประเมินครั้งที่ 2	ค่า IOC	ผลการประเมินครั้งที่ 2	ผลการประเมินครั้งที่ 2	ผลการประเมินครั้งที่ 2	ผลการประเมินครั้งที่ 2
ยาแก้ปวดในกลุ่มโอปิออยด์	+1	0.33	+1	-1	1	+1	+1	+1	ผ่าน
ข้อควรปฏิบัติตัวของผู้ป่วยที่ใช้ยาแก้ปวดในกลุ่มโอปิออยด์	+1	1	+1	+1	1	+1	+1	+1	ผ่าน

ผลการประเมินดัชนีความสอดคล้องของเครื่องมือวิจัย (IOC)

เครื่องมือชิ้นที่ 7 แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม

วัตถุประสงค์งานวิจัย

1. เพื่อพัฒนาบทบาทของเภสัชกรในทีมสหวิชาชีพสำหรับการจัดการอาการปวดด้วยยาในผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามอย่างต่อเนื่องจนถึงที่บ้าน



เครื่องมือชิ้นที่ 7

ประเด็นในการสนทนากลุ่ม	การประเมินครั้งที่ 1				
	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3	ค่า IOC	ผลการประเมิน
1.รูปแบบการทำงานแบบเดิมของเภสัชกร ปัญหาที่พบ และสิ่งที่ทีมสหวิชาชีพที่ต้องการจากเภสัชกรในการทำงานร่วมกันเป็นทีม	+1	+1	+1	1	ผ่าน
2.การทำข้อตกลงในการเลือกใช้แนวทางการจัดการอาการปวดในผู้ป่วยมะเร็งที่ใช้ในโรงพยาบาลให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน	+1	+1	+1	1	ผ่าน
3.การกำหนดเครื่องมือจำเป็นที่จะต้องใช้ในการทำงานในคลินิกประจำระดับประคองให้เป็นไปในแนวทางเดียวกัน	+1	+1	+1	1	ผ่าน
4.การชี้แจงรูปแบบกิจกรรมในการบริหารผู้ป่วยที่มีอาการปวดของเภสัชกรในรูปแบบใหม่ดังนี้	+1	+1	+1	1	ผ่าน
4.1 การติดตามประสิทธิภาพของยาโดยประเมินจากค่าคะแนนความปวด					
4.2 การค้นหาปัญหาจากการใช้ยา					
4.3 การติดตามความร่วมมือในการใช้ยาแก่โปรดของผู้ป่วย					
4.4 การให้ความรู้เรื่องการเข้าแก้ปวด การปฏิบัติตัว การติดตามผลข้างเคียงจากยา					
5.ให้แต่ละวิชาชีพช่วยกันแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในเรื่องปัญหาของทีม สิ่งที่จะพัฒนาต่อไปในอนาคต ตัวอย่างที่เป็นเป้าหมายของทีม	+1	+1	+1	1	ผ่าน
6.บทบาทหน้าที่ของแต่ละวิชาชีพที่ชัดเจนในการจัดการอาการปวดด้วยยา	+1	+1	+1	1	ผ่าน

ผลการประเมิน ความเป็นปรนัย (Objectivity) ของแบบประเมินความรู้

เครื่องมือชิ้นที่ 5.1 แบบประเมินความรู้ ความเข้าใจในการใช้ยาแก้ปวด การปฏิบัติตัว การติดตามผลข้างเคียงจากยา Tramadol

เครื่องมือชิ้นที่ 5.2 แบบประเมินความรู้ ความเข้าใจในการใช้ยาแก้ปวด การปฏิบัติตัว การติดตามผลข้างเคียงจากยา Morphine

เครื่องมือชิ้นที่ 5.3 แบบประเมินความรู้ ความเข้าใจในการใช้ยาแก้ปวด การปฏิบัติตัว การติดตามผลข้างเคียงจากยา Fentanyl patch

วัตถุประสงค์งานวิจัย

1. เพื่อพัฒนาบทบาทของเภสัชกรในทีมสหวิชาชีพสำหรับการจัดการอาการปวดด้วยยาในผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามอย่างต่อเนื่องจนถึงที่บ้าน
2. เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ด้านบริหารเภสัชกรรมก่อนและหลังการพัฒนาบทบาทของเภสัชกรในการจัดการอาการปวดด้วยยาในเรื่อง
 - 2.1 ความรู้ความเข้าใจเรื่องการใช้ยา การปฏิบัติตัว การจัดการกับผลข้างเคียงของยาของผู้ป่วย

เครื่องมือชิ้นที่ 5.1

ผลการประเมินของผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่าน										
ประเด็นพิจารณา	ข้อที่1	ข้อที่2	ข้อที่3	ข้อที่4	ข้อที่5	ข้อที่6	ข้อที่7	ข้อที่8	ข้อที่9	ข้อที่10
1. คำถามมีความชัดเจนหรือไม่ และอ่านแล้วเข้าใจ ความหมายของแต่ละข้อว่าอย่างไร	ผ่าน	ผ่าน *ผู้เชี่ยวชาญแนะนำให้ปรับแก้ไขคำใหม่เป็น "ยาพารามาโดลีน" สามารถใช้ร่วมกับยาชนิดอื่นได้ โดยไม่มีผลลดหรือเพิ่มผลของยาตัวอื่นที่ใช้ร่วมกัน"	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน *ผู้เชี่ยวชาญแนะนำให้ปรับแก้ไขคำใหม่ เพื่อให้สอดคล้องกับเจตยเป็น "ยาพารามาโดลีน" ขอบ่งใช้ในการระบุปวดสำหรับผู้ป่วยที่มีระดับความปวดปานกลาง"	ผ่าน
2. คำถามที่ใช้กำหนดเงื่อนไขที่จำเป็นมีความรัดกุมหรือไม่	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน
3. ภาษาที่ใช้มีความรัดกุมหรือไม่	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน

เครื่องมือชิ้นที่ 5.1

ประเด็นพิจารณา	ผลการประเมินของผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่าน									
	ข้อที่1	ข้อที่2	ข้อที่3	ข้อที่4	ข้อที่5	ข้อที่6	ข้อที่7	ข้อที่8	ข้อที่9	ข้อที่10
4. คำถามมีความเหมาะสมกับวัยและระดับของผู้ตอบหรือไม่	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน
5. เกณฑ์การตรวจให้คะแนนชัดเจนและมีหลักเกณฑ์หรือไม่	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน
6. เกณฑ์การแปลความหมายของคะแนนที่ใช้มีความชัดเจนหรือไม่ (ภาพรวมของทุกข้อ)	ผ่าน									

เครื่องมือชิ้นที่ 5.2

ประเด็นพิจารณา	ผลการประเมินของผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่าน									
	ข้อที่1	ข้อที่2	ข้อที่3	ข้อที่4	ข้อที่5	ข้อที่6	ข้อที่7	ข้อที่8	ข้อที่9	ข้อที่10
ประเด็นเป็นประโยชน์	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน
1. คำถามมีความชัดเจนหรือไม่ และอ่านแล้วเข้าใจความหมายของแต่ละข้อหรือไม่	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน
2. คำถามที่ใช้กำหนดเงื่อนไขที่จำเป็นมีความรัดกุมหรือไม่	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน
3. ภาษาที่ใช้มีความรัดกุมหรือไม่	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน
4. คำถามมีความเหมาะสมกับวัยและระดับของผู้ตอบหรือไม่	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน
5. เกณฑ์การตรวจให้คะแนนชัดเจนและมีหลักเกณฑ์หรือไม่	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน
6. เกณฑ์การแปลความหมายของคะแนนที่ใช้มีความชัดเจนหรือไม่(ภาพรวมของทุกข้อ)	ผ่าน									

เครื่องมือชิ้นที่ 5.3

ประเด็นพิจารณา ความเป็นปรมัย	ผลการประเมินของผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่าน									
	ข้อที่1	ข้อที่2	ข้อที่3	ข้อที่4	ข้อที่5	ข้อที่6	ข้อที่7	ข้อที่8	ข้อที่9	ข้อที่10
1. คำถามมีความชัดเจนหรือไม่ และอ่านแล้วเข้าใจความหมายของแต่ละข้ออย่างไร	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน
2. คำถามที่ใช้กำหนดเงื่อนไขที่จำเป็นมีความรัดกุมหรือไม่	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน
3. ภาษาที่ใช้มีความรัดกุมหรือไม่	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน
4. คำถามมีความเหมาะสมกับวัยและระดับของผู้ตอบหรือไม่	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน
5. เกณฑ์การตรวจให้คะแนนชัดเจนและมีหลักเกณฑ์หรือไม่	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน
6. เกณฑ์การแปลความหมายของคะแนนที่ใช้มีความชัดเจนหรือไม่(ภาพรวมของทุกข้อ)	ผ่าน									

ผลสรุปค่า Cronbach's alpha ของแบบวัดความพึงพอใจหลังทดลองใช้เครื่องมือ

หมายเลขเครื่องมือ	ชื่อเครื่องมือ	Cronbach's alpha
เครื่องมือ ชิ้นที่ 4.1	แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วย/ผู้ดูแลต่อการพัฒนาบทบาทของเภสัชกรในการจัดการความปวด	0.863
เครื่องมือ ชิ้นที่ 4.2	แบบประเมินความพึงพอใจของบุคลากรทางการแพทย์ต่อการพัฒนาบทบาทของเภสัชกรในการจัดการความปวด	0.898

Scale: แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วย

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	10	100.0
	Excluded ^a	0	.0
	Total	10	100.0

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.863	10

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
ข้อ1	41.30	10.011	.218	.879
ข้อ2	41.50	9.389	.421	.863
ข้อ3	41.40	8.711	.643	.844
ข้อ4	41.30	9.789	.289	.873
ข้อ5	41.40	8.711	.643	.844
ข้อ6	41.30	8.233	.840	.826
ข้อ7	41.20	8.178	.933	.819
ข้อ8	41.20	8.178	.933	.819
ข้อ9	41.50	9.167	.497	.856
ข้อ10	41.00	10.000	.444	.860

Scale: แบบประเมินความพึงพอใจของบุคลากรทางการแพทย์

		N	%
Cases	Valid	10	100.0
	Excluded ^a	0	.0
	Total	10	100.0

Cronbach's Alpha	N of Items
.898	10

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
ข้อ1	40.90	11.211	.514	.896
ข้อ2	41.40	10.267	.564	.894
ข้อ3	41.30	9.789	.708	.884
ข้อ4	41.40	10.267	.564	.894
ข้อ5	41.40	10.489	.492	.899
ข้อ6	41.30	10.456	.489	.899
ข้อ7	41.30	10.011	.633	.889
ข้อ8	41.10	9.433	.921	.869
ข้อ9	41.00	10.222	.742	.883
ข้อ10	41.10	9.433	.921	.869

ผลสรุปค่าความยากง่ายและอำนาจจำแนกหลังทดลองใช้เครื่องมือ

หมายเลข เครื่องมือ	ชื่อเครื่องมือ
เครื่องมือชั้นที่ 5.1	แบบประเมินความรู้ ความเข้าใจในการใช้ยาแก้ปวด การปฏิบัติตัว การติดตามผลข้างเคียงจากยา Tramadol
เครื่องมือชั้นที่ 5.2	แบบประเมินความรู้ ความเข้าใจในการใช้ยาแก้ปวด การปฏิบัติตัว การติดตามผลข้างเคียงจากยา Morphine
เครื่องมือชั้นที่ 5.3	แบบประเมินความรู้ ความเข้าใจในการใช้ยาแก้ปวด การปฏิบัติตัว การติดตามผลข้างเคียงจากยา Fentanyl Patch



เครื่องมีชิ้นที่ 5.1

คนที่ข้อที่	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	รวม
1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	8
2	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	8
3	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	8
4	0	1	0	1	1	0	1	0	0	1	5
5	0	0	1	1	0	1	1	1	0	0	5
6	1	0	0	1	0	0	1	0	1	0	4
เก่งตอบถูก	2	2	3	3	2	2	3	2	2	3	
อ่อนตอบถูก	1	1	1	3	1	1	3	1	1	1	
ค่าความยาก ง่าย	0.50	0.50	0.67	1.00	0.50	0.50	1.00	0.50	0.50	0.67	
ค่าอำนาจ จำแนก	0.33	0.33	0.67	0.00	0.33	0.33	0.00	0.33	0.33	0.67	
สรุป	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ไม่ผ่าน*	ผ่าน	ผ่าน	ไม่ผ่าน*	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	

*เนื่องจากข้อ 4 และข้อ 7 ข้อสอบง่ายไป จึงนำข้อนี้มาเป็นเกณฑ์ตัดสินข้อนี้ให้นำเครื่องนี้ไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริง กลุ่มตัวอย่าง ข้อ 4 และข้อ 7 ถูกต้อง

เครื่องมือนิตินที่ 5.2

คนที่/ข้อที่	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	รวม
1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	8
2	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	8
3	0	1	1	1	1	1	1	0	1	0	7
4	0	1	1	1	0	0	1	0	0	1	5
5	1	0	1	0	0	1	1	1	0	0	5
6	0	0	1	0	1	0	1	0	1	0	4
เก็งตอบถูก	2	2	3	3	2	2	3	2	2	2	
ข้อผิดพลาด	1	1	3	1	1	1	3	1	1	1	
ถูกต้อง											
ค่าความยากง่าย	0.50	0.50	1.00	0.67	0.50	0.50	1.00	0.50	0.50	0.50	
ค่าอำนาจจำแนก	0.33	0.33	0.00	0.67	0.33	0.33	0.00	0.33	0.33	0.33	
สรุป	ผ่าน	ผ่าน	ไม่ผ่าน*	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ไม่ผ่าน*	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	

*เนื่องจากข้อ 3 และข้อ 7 ข้อสอบง่ายไป จึงนำข้อนี้มาเป็นเกณฑ์ตัดสินเมื่อนำเครื่องมือนี้ไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริง กลุ่มตัวอย่าง ควรตอบข้อ 3 และข้อ 7 ถูกต้อง

เครื่องมือชิ้นที่ 5.3

คนที่/ข้อที่	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	รวม
1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	9
2	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	8
3	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	8
4	1	0	0	0	1	1	1	1	0	0	5
5	0	1	1	1	1	0	1	0	0	0	5
6	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	3
เกณฑอบถุก	3	2	2	2	3	3	3	2	2	3	
อดนตอบถุก	1	1	1	1	3	1	3	1	0	1	
คาความยาก งาย	0.67	0.50	0.50	0.50	1.00	0.67	1.00	0.50	0.33	0.67	
คาคำนาค จำแนก	0.67	0.33	0.33	0.33	0.00	0.67	0.00	0.33	0.67	0.67	
สรูป	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ไม่ผ่าน*	ผ่าน	ไม่ผ่าน*	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	

*เนื่องจากข้อ 5 และข้อ 7 ขัดตอบงายไป จึงนำข้อนี้มาเป็นเกณฑ์ตัดสินเมื่อเครื่องมือนี้ใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริง กลุ่มตัวอย่างจริง ควรตอบข้อ 5 และข้อ 7 ถูกต้อง

ภาคผนวก จ เอกสารรับรองโครงการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย

COA No. 076/2020
IRB No. 1002/62



คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย
NARESUAN UNIVERSITY INSTITUTIONAL REVIEW BOARD
99 หมู่ 9 ตำบลท่าโพธิ์ อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก 65000 เบอร์โทรศัพท์ 05596 8642

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากล ได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP

ชื่อโครงการ : การพัฒนาบทบาทเภสัชกรในทีมสหวิชาชีพสำหรับการจัดการอาการปวดด้วยยาในผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม อย่างต่อเนื่องจนถึงที่บ้าน โรงพยาบาลหนองเสือ จังหวัดปทุมธานี
Study Title : Development of Pharmacist's Role in Home Health Care of Multidisciplinary Team for Pain Management in Advanced Cancer Patient, Nongsua Hospital, Pathumthani
ผู้วิจัยหลัก : นางทิพย์สุคนธ์ เจริญพันธ์
สังกัดหน่วยงาน : คณะเภสัชศาสตร์
วิธีทบทวน : แบบเร่งรัด (Expedited Review)
รายงานความก้าวหน้า : ส่งรายงานความก้าวหน้าอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี หรือส่งรายงานฉบับสมบูรณ์หากดำเนินโครงการเสร็จสิ้นก่อน 1 ปี

เอกสารรับรอง

1. AF 01-10 เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 06 ธันวาคม 2562
2. AF 02-10 เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 06 ธันวาคม 2562
3. AF 03-10 เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 06 ธันวาคม 2562
4. AF 04-10 เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 04 ธันวาคม 2562
5. AF 04 -10 (สำหรับผู้มารับบริการ) เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 16 มกราคม 2562
6. AF 04 -10 (สำหรับผู้ดูแล) เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 16 มกราคม 2563
7. AF 04 -10 (สำหรับบุคลากรทางการแพทย์) เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 16 มกราคม 2563
8. AF 05 -10 เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 04 ธันวาคม 2562
9. AF 05 -10 (สำหรับผู้มารับบริการ) เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 16 มกราคม 2563
10. AF 05 -10 (สำหรับบุคลากรทางการแพทย์) เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 16 มกราคม 2563
11. AF 05 -10 (สำหรับผู้ดูแล) เวอร์ชัน 3.0 วันที่ 12 กุมภาพันธ์ 2563
12. AF 06 -10 (สำหรับผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ปกครอง) เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 04 ธันวาคม 2562
13. สรุปรายงานโครงการเพื่อการพิจารณาทางจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เวอร์ชัน 3.0 วันที่ 12 กุมภาพันธ์ 2563
14. โครงร่างวิทยานิพนธ์ เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 16 มกราคม 2563
15. ประวัติผู้วิจัย เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 04 ธันวาคม 2562
16. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 04 ธันวาคม 2562
17. งบประมาณที่ได้รับโดยย่อ (Budget) เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 04 ธันวาคม 2562
18. แบบสอบถาม เวอร์ชัน 3.0 วันที่ 12 กุมภาพันธ์ 2563

ลงนาม

(นายแพทย์สมบุรณ์ ตันสุกสวัสดิกุล)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย

วันที่รับรอง : 12 กุมภาพันธ์ 2563
Date of Approval : February 12, 2020
วันหมดอายุ : 12 กุมภาพันธ์ 2564
Approval Expire Date : February 12, 2021

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)

ภาคผนวก ฉ แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งในคลินิกระดับประคอง



แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งในคลินิกระดับประคอง

โดย

ทีมสหวิชาชีพ คลินิกระดับประคอง

โรงพยาบาลหนองเสือ จังหวัดปทุมธานี

แนวทางประกอบด้วยเนื้อหา 3 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 แนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในวาระสุดท้ายของชีวิต

- 1.1 ขั้นตอนการรับบริการในคลินิกประคับประคองตั้งแต่แผนกผู้ป่วยในต่อเนื่องถึงที่บ้าน
- 1.2 ขั้นตอนการรับบริการในคลินิกประคับประคองตั้งแต่แผนกผู้ป่วยนอกต่อเนื่องถึงที่บ้าน
- 1.3 ลำดับการใช้เครื่องมือต่างๆ ความเชื่อมโยงของการใช้เครื่องมือกับบทบาทของเภสัชกรในทีม
- 1.4 การจัดกลุ่มการดูแลผู้ป่วยตาม PPS score
- 1.5 บทบาทหน้าที่ของสหวิชาชีพในทีมการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

ส่วนที่ 2 แนวทางการจัดการอาการปวดด้วยยากลุ่มโอปิออยด์

- 2.1 หลักการระงับปวดในผู้ป่วยโรคมะเร็ง
- 2.2 รายการยา strong opioid ที่มีในโรงพยาบาล
- 2.3 แนวทางในการปรับยากลุ่มโอปิออยด์
- 2.4 การแก้ไขอาการข้างเคียงจากการใช้ยากลุ่มโอปิออยด์
- 2.5 แนวทางการจัดการปัญหาจากการใช้ยา

ส่วนที่ 3 เครื่องมือจำเป็นที่ใช้ในคลินิกประคับประคอง

- 3.1 แบบประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง
- 3.2 แบบประเมินการกลืน
- 3.3 แบบประเมินระดับความรุนแรงของความปวดและอาการร่วมอื่นๆ
- 3.4 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า
- 3.5 แบบบันทึกการบริหารบาลเภสัชกรรม
- 3.6 สมุดคู่มือผู้ป่วยที่ได้รับยากลุ่มโอปิออยด์
- 3.7 แบบสรุปการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองของทีมสหวิชาชีพ
- 3.8 แบบแจ้งความประสงค์เกี่ยวกับการรักษาพยาบาล
- 3.9 แบบส่งต่อผู้ป่วย
- 3.10 แบบติดตามเยี่ยมผู้ป่วย โดยพยาบาลเยี่ยมบ้าน

ส่วนที่ 1 แนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในวาระสุดท้ายของชีวิต

1.1 ขั้นตอนการรับบริการในคลินิกประคับประคองตั้งแต่แผนกผู้ป่วยในต่อเนื่องถึงที่บ้าน

ในหัวข้อนี้จะกล่าวถึงเกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ป่วยเข้าในคลินิกประคับประคองซึ่งพิจารณาโดยแพทย์ หากผู้ป่วยเข้าเกณฑ์ แพทย์จะลงข้อมูลในระบบ HosXp จากนั้นพยาบาลจึงลงทะเบียนผู้ป่วยเข้าคลินิกประคับประคองใน google drive สำหรับเจ้าหน้าที่ที่จะลงทะเบียน จะแบ่งเป็น 3 ส่วน คือ พยาบาลจุดคัดกรอง (triage) พยาบาลผู้ป่วยใน พยาบาลผู้ป่วยนอก ซึ่งการลงข้อมูลนั้น ผู้ที่เกี่ยวข้องจะสามารถแก้ไขข้อมูลให้เป็นปัจจุบันได้ เมื่อผู้ป่วยถูกวินิจฉัยให้เข้าคลินิกแล้ว พยาบาลจะเป็นผู้ประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโดยใช้แบบประเมิน PPS (Palliative performance scale) ซึ่งหากเป็นในส่วนของแผนกผู้ป่วยในต่อเนื่องถึงที่บ้าน จะมีพยาบาลผู้ป่วยในเป็นผู้ให้ผู้ป่วยแสดงเจตจำนงต่างๆ เมื่อดำเนินมาถึงวาระสุดท้ายของชีวิต หากผู้ป่วยและญาติยอมรับ พยาบาลจะวางแผนการดูแลผู้ป่วยหลังจำหน่าย (advance care planning หรือ ACP) และเตรียมญาติในการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน หรือหากผู้ป่วยเลือกที่จะอยู่โรงพยาบาล ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลแบบ holistic care หากผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่บ้าน พยาบาลผู้ป่วยในจะต้องส่งต่อข้อมูลของผู้ป่วยสู่ชุมชนผ่านทางโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพสต.) โดยใช้โปรแกรม smart coc หรือเขียนแบบส่งต่อผู้ป่วย เพื่อส่งข้อมูลให้พื้นที่ รพสต.ที่รับผิดชอบ ขั้นตอนการรับบริการสรุปได้ดังผังภาพที่ 3

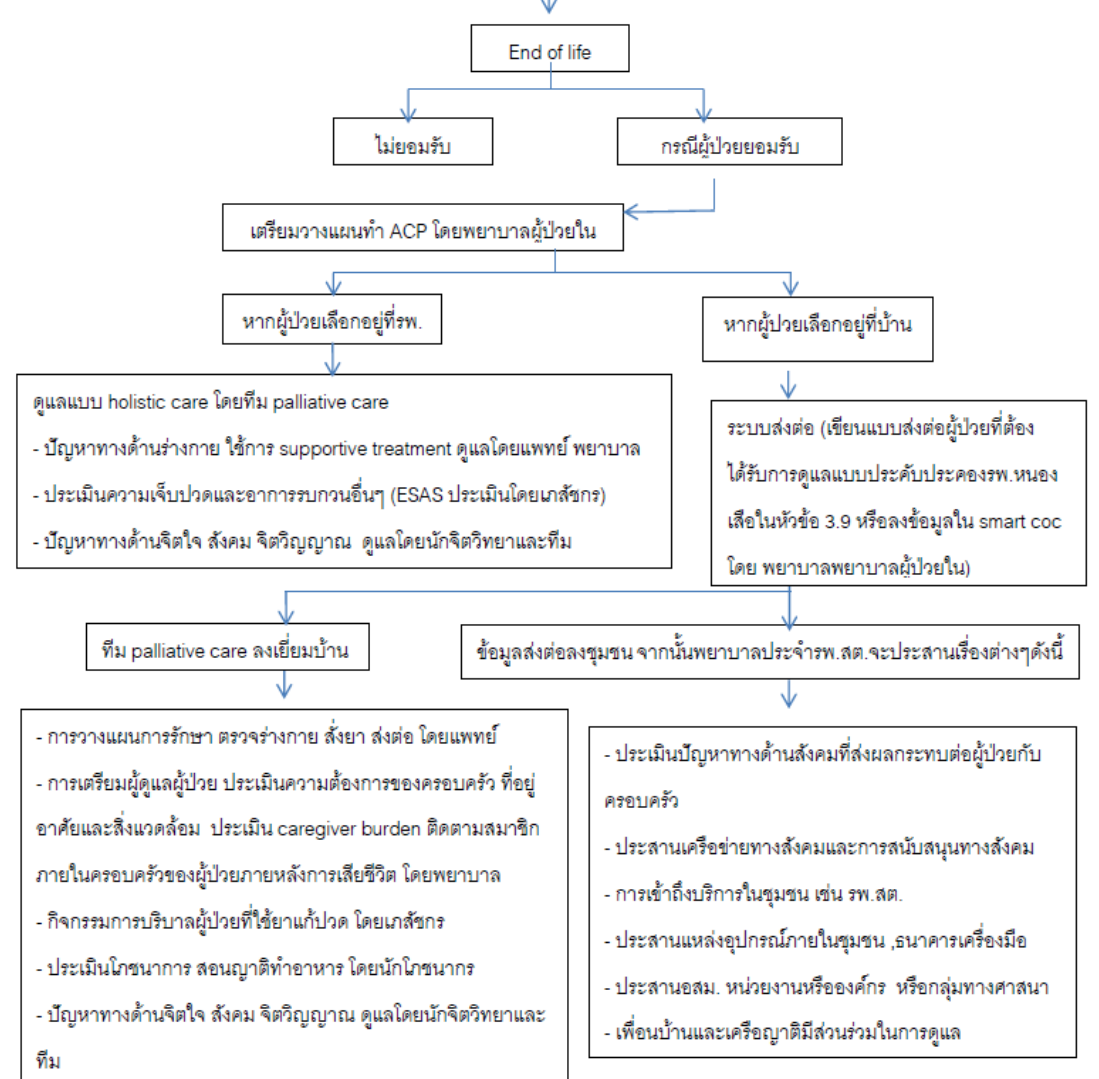
1.2 ขั้นตอนการรับบริการในคลินิกประคับประคองตั้งแต่แผนกผู้ป่วยนอกต่อเนื่องถึงที่บ้าน

หากเป็นในส่วนของแผนกผู้ป่วยนอกต่อเนื่องถึงที่บ้าน เมื่อพยาบาลผู้ป่วยนอกประเมิน PPS แล้ว จะส่งต่อให้ผู้ป่วยเข้าพบเภสัชกร เพื่อทำกิจกรรมการบริบาลได้แก่ ประเมินระดับความปวด คำนวณขนาดยา ปรับยาร่วมกับแพทย์ ค้นหาปัญหาการใช้ยา ความร่วมมือในการใช้ยาแก้ปวด จากนั้นจากส่งพบแพทย์ (ส่งพบนักจิตวิทยา นักโภชนากร แพทย์แผนไทย เป็นรายกรณี) เมื่อพบแพทย์เสร็จแล้ว พยาบาลผู้ป่วยนอกจะส่งต่อข้อมูลใน smart coc เพื่อประสานทีมเยี่ยมบ้านต่อไป กรณีที่ผู้ป่วยถูกส่งตัวมาจากโรงพยาบาลที่รักษามะเร็ง ขั้นตอนการรับบริการจะเหมือนกับส่วนของผู้ป่วยนอกต่อเนื่องถึงที่บ้าน ยกเว้นกรณีผู้ป่วย หรือญาติไม่สะดวกมาระบบบริการที่โรงพยาบาล ทีมจะไปพบผู้ป่วยที่บ้าน สรุปได้ดังผังภาพที่ 4

1.1 ขั้นตอนการรับบริการในคลินิกประคับประคองตั้งแต่แผนกผู้ป่วยในต่อเนื่องถึงที่บ้าน

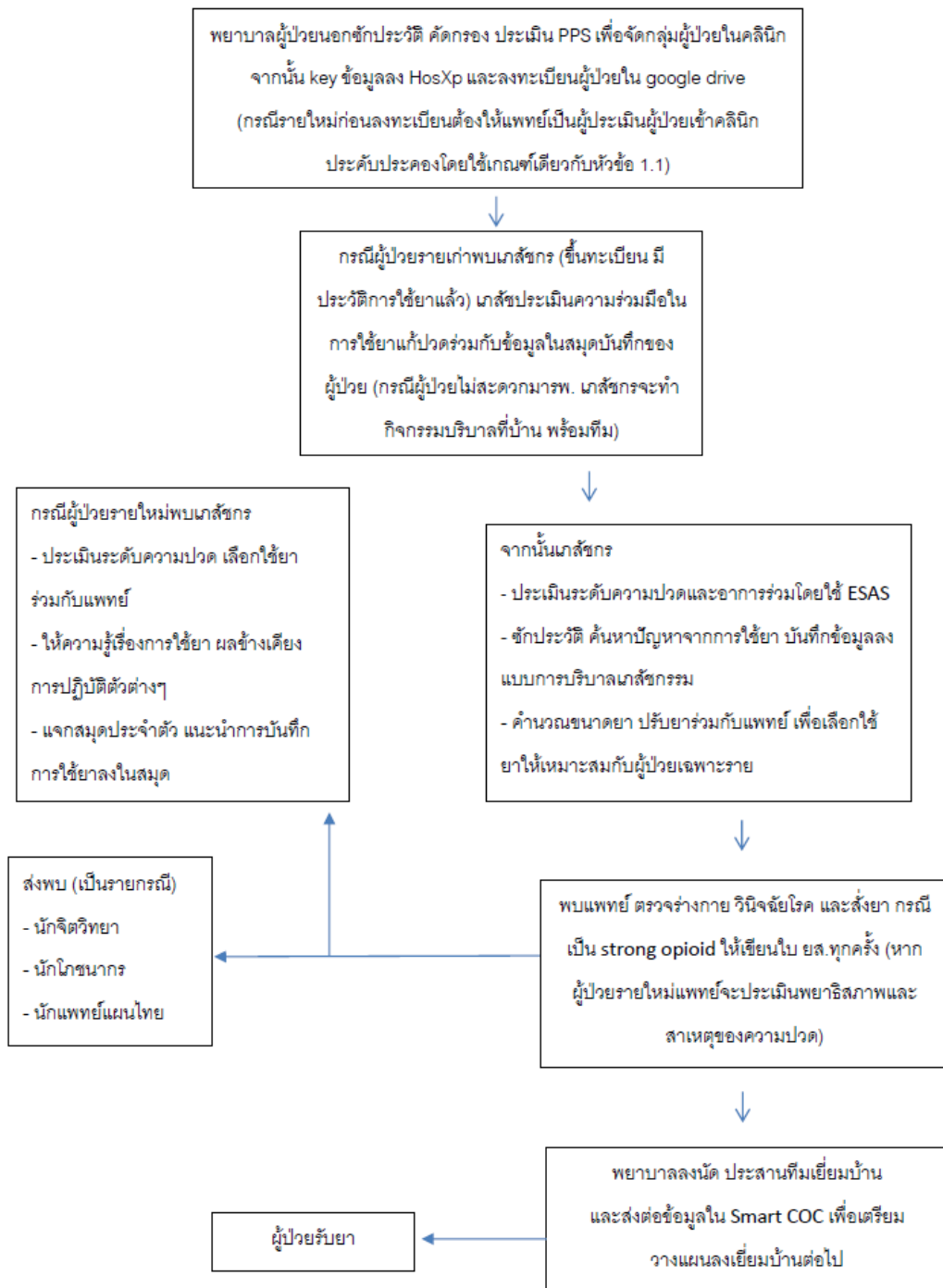
- 1.ป่วยด้วยโรคที่ลุกลามไม่สามารถรักษาได้ เช่น โรคมะเร็ง ภาวะสมองเสื่อม โรคกล้ามเนื้ออ่อนแรง โรคไตวายเรื้อรังระยะที่5 โรคถุงลมโป่งพอง
 - 2.มีอาการป่วยที่ทรุดลงเรื่อยๆร่วมกับมีอาการแทรกซ้อนอื่น ๆร่วมด้วยโดยแพทย์คาดว่าผู้ป่วยอาจมีชีวิตอยู่ได้ไม่เกิน 1 ปี
 - 3.มีอาการป่วยที่เสี่ยงต่อการเสียชีวิตอย่างกะทันหันจากอาการที่กำลังจะไปสู่วาระวิกฤต
 - 4.เผชิญภาวะอาการป่วยที่เป็นอันตรายต่อชีวิตอย่างเฉียบพลัน เช่น เส้นเลือดในสมองแตกหรือตีบตันหรือประสบอุบัติเหตุรุนแรง
- **หากเข้าเกณฑ์โรคดังกล่าวให้แพทย์วินิจฉัยเป็นผู้ป่วยประคับประคองระยะท้าย ใส่รหัส ICD10 Z51.5 ใน HosXp และลงทะเบียนผู้ป่วย palliative care ใน google drive ที่ nshos2515@gmail.com****

- ประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (PPS score) โดยพยาบาล ตามแบบประเมินในหัวข้อ 3.1
- การแสดงเจตจำนงก่อนตายของผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้แก่ เจตจำนงทางการรักษา การมอบอำนาจตัดสินใจ การบริจาคอวัยวะและร่างกาย โดยพยาบาลผู้ป่วยในจะเป็นผู้ให้ผู้ป่วยและญาติเห็นเอกสารลงในแบบแจ้งความประสงค์เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในหัวข้อ 3.8



ภาพที่ 3 ขั้นตอนการรับบริการในคลินิกประคับประคองตั้งแต่แผนกผู้ป่วยในต่อเนื่องถึงที่บ้าน

1.2 ขั้นตอนการรับบริการในคลินิกระดับประคองตั้งแต่แผนกผู้ป่วยนอกต่อเนื่องจนถึงที่บ้าน



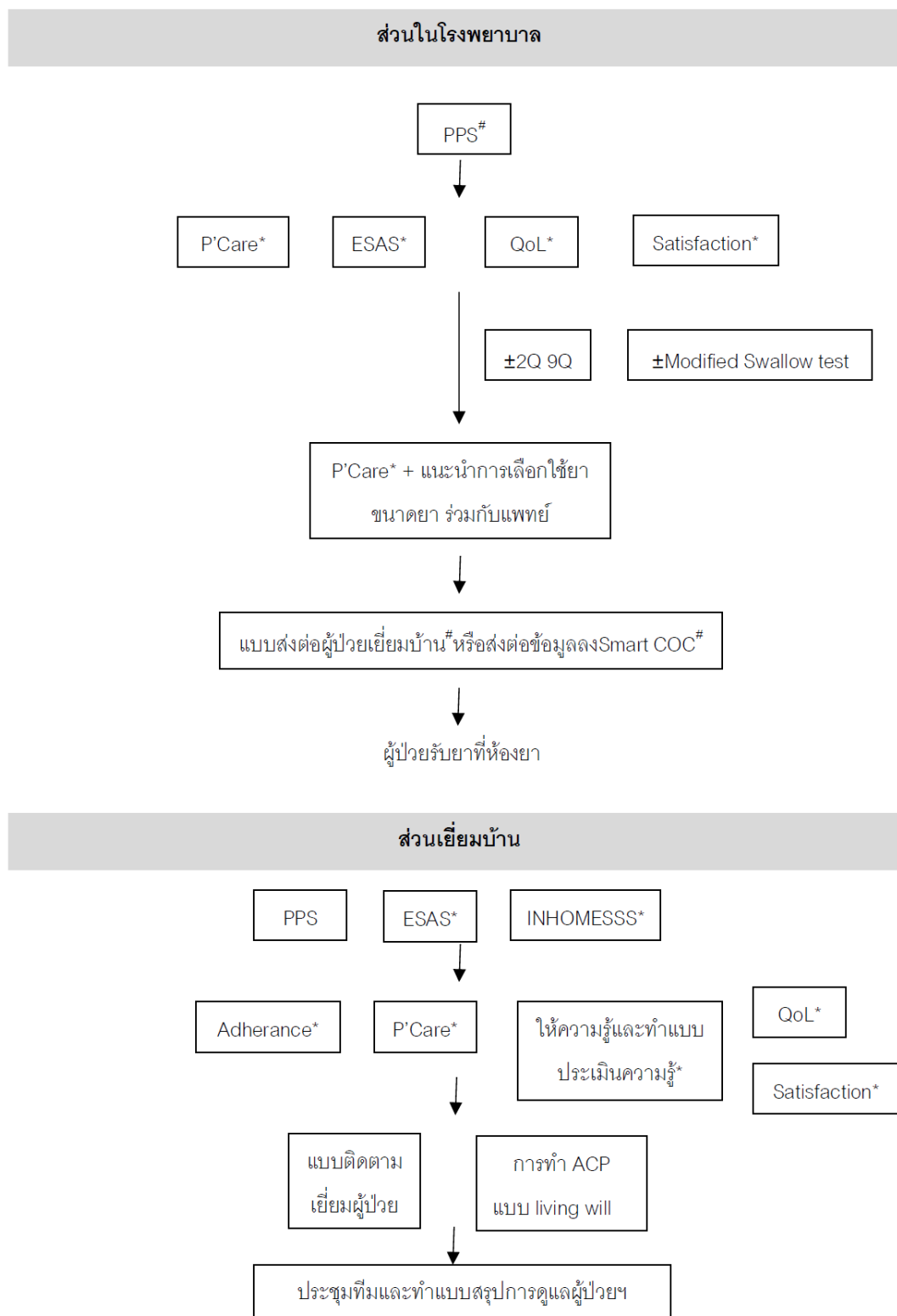
ภาพที่ 4 ขั้นตอนการรับบริการในคลินิกระดับประคองตั้งแต่แผนกผู้ป่วยนอกต่อเนื่องจนถึงที่บ้าน

1.3 ลำดับการใช้เครื่องมือต่างๆ ความเชื่อมโยงของการใช้เครื่องมือกับบทบาทของเภสัชกรในทีม

เริ่มจากเมื่อแพทย์ลงวินิฉัยผู้ป่วยเข้าคลินิกประจำประคอง พยาบาลหรือแพทย์จะเป็นผู้ประเมินแบบประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคอง (Palliative performance scale ;PPS) ใช้เวลาประมาณ 2 นาที จากนั้นพยาบาลลงข้อมูลทะเบียนผู้ป่วยในคลินิกประจำประคองใน google drive และส่งต่อให้เภสัชกร หากเป็นผู้ป่วยรายใหม่เภสัชกรจะทบทวนยาที่ผู้ป่วยใช้ทั้งหมดลงในแบบบันทึกการบริบาลฯ ใช้เวลาประมาณ 5 นาทีและประเมินระดับความรุนแรงของอาการปวดและอาการอื่น ๆ (ESAS) ใช้เวลาประมาณ 3 นาที ประเมินคุณภาพชีวิตก่อนให้การบริบาลโดยใช้แบบประเมิน FACT-G ใช้เวลาประมาณ 5 นาที ประเมินความพึงพอใจก่อนให้การบริบาลใช้เวลาประมาณ 2 นาที อาจมีนักจิตวิทยาเข้ามาประเมิน 2Q 9Q และนักโภชนากรเข้ามาให้ความรู้เรื่องการรับประทานอาหาร เตรียมสูตรอาหารให้เหมาะสมกับผู้ป่วยร่วมด้วยเป็นรายเคส (มีแพทย์ช่วยประเมินการกลืนโดยใช้ Modified water swallowing test) จากนั้นเภสัชกรจะแนะนำเลือกใช้ยาแก้ปวด คำนวณขนาดยาร่วมกับแพทย์ บันทึกข้อมูลการปรับยา ลงในแบบบันทึกการบริบาลฯ และแนะนำการใช้สมุดประจำตัวแก่ผู้ป่วย แพทย์ตรวจร่างกาย วินิจฉัยโรค และสั่งยา ในขั้นตอนสุดท้ายจะส่งเยี่ยมบ้านโดยให้พยาบาล OPD ลงนัด ประสานทีมเยี่ยมบ้าน และส่งต่อข้อมูลของผู้ป่วยเข้าระบบโปรแกรม Smart COC จึงส่งผู้ป่วยไปรับยาห้องยา เมื่อทีมลงเยี่ยมบ้านพยาบาลจะประเมิน PPS ส่วนเภสัชกรประเมิน ESAS เมื่อแพทย์ พยาบาล ประเมินปัญหาสุขภาพของผู้ป่วย วางแผน กำหนดเป้าหมายการรักษาร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว ทำหัตถการต่างๆเสร็จแล้ว เภสัชกรจะประเมินINHOMESSS ใช้เวลาประมาณ 10 นาที ความร่วมมือในการใช้ยาโดยใช้แบบประเมิน MTB-Thai ใช้เวลาประมาณ 2 นาที ประกอบกับข้อมูลจากการบันทึกการทานยาของผู้ป่วยในสมุด และบันทึกข้อมูล ลงในแบบบันทึกการบริบาลฯ เมื่อประเมินเสร็จแล้วจะให้ผู้ป่วยทำแบบประเมินความรู้ก่อนได้รับการบริบาล ใช้เวลาประมาณ 5 นาที หลังจากนั้นจะมีการให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาแก้ปวด การปฏิบัติตัว การจัดการอาการข้างเคียงที่เกิดจากยาใช้เวลาประมาณ 10 นาที รายละเอียดการประเมินใน visit ต่างๆ แสดงดังตารางที่ 6-8 ส่วนรายละเอียดกิจกรรมต่างๆที่เภสัชกรทำแสดงดังตารางที่ 18 หากพบปัญหาปรึกษาทีมช่วยแก้ไข เมื่อได้รับกิจกรรมจากเภสัชกรเรียบร้อยแล้ว พยาบาล pcu จะมีการบันทึกข้อมูลลงในแบบติดตามเยี่ยมผู้ป่วย ใช้เวลาประมาณ 5 นาทีและทำ Advance care planning เพื่อวางแผนการ

รักษา (ระยะเวลาขึ้นกับผู้ป่วยแต่ละคน) และให้ผู้ป่วยกรอกเอกสารในแบบ living will โดยการเยี่ยมผู้ป่วยแต่ละคนจะใช้เวลาไม่เกิน 40 นาที ปรับเปลี่ยนตามความเหมาะสม ความสะดวกของทีม หลังจากเยี่ยมบ้านเสร็จจะมีการประชุมทีมเพื่อสรุปเคสร่วมกัน และกรอกข้อมูลลงในแบบสรุปการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองของทีมสหวิชาชีพ รายละเอียดสรุปได้ตามผังภาพที่ 5





ภาพที่ 5 ลำดับการใช้เครื่องมือต่างๆ ความเชื่อมโยงของการใช้เครื่องมือกับบทบาทของเภสัชกรในทีม

* คือ แบบประเมินที่ทำโดยเภสัชกร

คือ แบบประเมินที่ทำโดยพยาบาล

PPS คือ แบบประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง

P'Care คือ แบบบันทึกการบริบาลเภสัชกรรม

ESAS คือ แบบประเมินระดับความรุนแรงของอาการปวดและอาการร่วมอื่นๆ

QoL คือ แบบประเมินคุณภาพชีวิต FACT-G

Satisfaction คือ แบบประเมินความพึงพอใจ

2Q 9Q คือ แบบประเมินภาวะซึมเศร้า

Modified Swallow test คือ แบบประเมินการกลืน

INHOMESSS คือ เครื่องมือที่ใช้สัมภาษณ์ผู้ป่วยขณะเยี่ยมบ้าน

Adherence คือ แบบประเมินความร่วมมือในการใช้ยา MTB-Thai



1.4 การจัดกลุ่มการดูแลผู้ป่วยตาม PPS (Palliative Performance Scale)

แบบประเมิน PPS⁽⁶¹⁾ (ในหัวข้อ 3.1) ใช้ประโยชน์ในการจัดกลุ่มผู้ป่วยตามระดับคะแนน ซึ่งจะแบ่งผู้ป่วยออกเป็น 3 กลุ่ม โดยแต่ละกลุ่มจะมีกิจกรรมการดูแลและความถี่ในการไปเยี่ยมบ้านที่แตกต่างกันรายละเอียดดังตารางการจัดกลุ่มการดูแลผู้ป่วยในคลินิกประจำระดับประคองตามระดับ PPS score

การจัดกลุ่มการดูแลผู้ป่วยในคลินิกประจำระดับประคองตามระดับ PPS score

PPS 70-100	PPS 40-60	PPS \leq 30
1. ทวนความรู้เรื่องโรค 2. ประเมินอาการปวด 3. ประเมินอาการรบกวนอื่นๆ 4. ประเมิน 2Q 5. การให้ยา 6. ป้องกันอาการแทรกซ้อน 7. สนับสนุนให้กำลังใจ 8. การนัด F/U ไปเยี่ยมบ้านทุก 2 สัปดาห์ขึ้นไป	1. ทวนความรู้เรื่องโรค 2. ประเมินอาการปวด 3. ประเมินอาการรบกวนอื่นๆ 4. ประเมิน 2Q 5. การให้ยา 6. สิ่งแวดล้อม 7. ป้องกันอาการแทรกซ้อน 8. สนับสนุนให้กำลังใจ 9. สนับสนุนอุปกรณ์ 10. การนัด F/U ไปเยี่ยมบ้านทุก 2 สัปดาห์หรืออาจเร็วกว่านี้เมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงที่แย่งลง	1. ประเมินระยะสุดท้ายลดความทุกข์ทรมานจากอาการรบกวนเพื่อเตรียมให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบ 2. ให้กำลังใจ 3. การดูแลเมื่อเกิดการสูญเสีย 4. ความเชื่อ วัฒนธรรม พิธีกรรม ไปเยี่ยมบ้านทุก 1 สัปดาห์หรืออาจเร็วกว่านี้เมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงที่แย่งลง

การประเมินผู้ป่วยให้ประเมินในระยะแรกได้รับโดยพยาบาล และประเมินหลังจากนั้นทุก 1-2 สัปดาห์ และหรือเมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง

1.5 บทบาทหน้าที่ของสหวิชาชีพในทีมการดูแลผู้ป่วยแบบประคอง

จากการสนทนากลุ่มพบว่าปัญหาของทีม ส่วนหนึ่งคือ การทำงานของทีมที่ยังไม่มีการแบ่งหน้าที่ที่ชัดเจน ส่งผลให้ขาดความต่อเนื่องในการไปเยี่ยมบ้าน ดังนั้นทีมจึงแบ่งหน้าที่ของสหวิชาชีพ ดังแสดงในตารางบทบาทหน้าที่ของสหวิชาชีพในทีมการดูแลผู้ป่วยแบบประคอง เพื่อให้ใช้ประกอบการพิจารณาร่วมกับแนวทางการดูแลผู้ป่วยในคลินิกประจำระดับประคอง ส่งเสริมให้เกิดความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วยมากยิ่งขึ้น เมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่บ้าน

บทบาทหน้าที่ของสหวิชาชีพในทีมการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

แพทย์	พยาบาล	เภสัชกร
<ul style="list-style-type: none"> - การวินิจฉัย - ประเมินผู้ป่วย คัดกรองเข้าคลินิก - ตรวจรักษา - วางแผนการรักษา ส่งต่อ - ปรับยา ร่วมกับเภสัชกรและสั่งใช้ยา - ออกเยี่ยมบ้านร่วมกับทีม 	<ul style="list-style-type: none"> - ประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย - ให้การพยาบาลแบบประคับประคอง - บริหารยา - วางแผนการการดูแลผู้ป่วยหลังจำหน่าย - ส่ง ต่ อ ขั อ มู ล ที่ จ า เ ป็ น ก ำ ส ต า น พ ย า บ า ล ที่ ผู้ ป ่วย ไป ร ับ บ ริ ก า ร - ออกเยี่ยมบ้านร่วมกับทีม 	<ul style="list-style-type: none"> - วางแผนการใช้ยา ปรับยาโดยประเมินระดับความรุนแรงของความปวด ร่วมกับแพทย์ - ให้การบริหารเภสัชกรรม ได้แก่ ค้นหาปัญหาจากการใช้ยา ติดตามผลข้างเคียงจากยา ความร่วมมือในการใช้ยา และการให้ความรู้ผู้ป่วยและญาติ นอกจากนี้ต้องให้ความรู้เกี่ยวกับยาแก้ปวดกลุ่มโอปิออยด์ เพื่อส่งเสริมให้ทีมเกิดความมั่นใจในการสั่งใช้ยา การบริหารยา - ออกเยี่ยมบ้านร่วมกับทีม
นักโภชนาการ	นักจิตวิทยา	แพทย์แผนไทย
<ul style="list-style-type: none"> - แนะนำสูตร ปรับเปลี่ยนสูตรอาหารให้เหมาะสมแก่ผู้ป่วยเฉพาะราย ตลอดจนสอนญาติในการเตรียมอาหารให้แก่ผู้ป่วย - ออกเยี่ยมบ้านร่วมกับทีม (เป็นรายกรณี) 	<ul style="list-style-type: none"> - การประเมินสภาวะทางจิตใจของผู้ป่วยและญาติ - ออกเยี่ยมบ้านร่วมกับทีม (เป็นรายกรณี) 	<ul style="list-style-type: none"> - การบรรเทาความเจ็บปวดและอาการรบกวนอื่นๆ ด้วยสมุนไพร - ออกเยี่ยมบ้านร่วมกับทีม (เป็นรายกรณี)

ส่วนที่ 2 แนวทางการจัดการอาการปวดด้วยยากลุ่มโอปิออยด์

จากการสนทนากลุ่มของทีม ทีมได้มีความเห็นว่าเป็นไปให้เภสัชกรจัดทำแนวทางการจัดการอาการปวดด้วยยากลุ่มโอปิออยด์ ที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลหนองเสือ เพื่อส่งเสริมให้ทีมมีความรู้ มีแนวทางปฏิบัติที่เป็นไปในทางเดียวกัน ซึ่งรายละเอียดประกอบด้วยหัวข้อดังนี้

2.1 หลักการระงับปวดในผู้ป่วยโรคมะเร็ง

จุดมุ่งหมายของการระงับปวดในผู้ป่วยมะเร็งคือ ผู้ป่วยหายปวดหรือทุเลาลงจนกระทั่งดำรง คุณภาพชีวิตที่ดี ทำกิจกรรมได้ตามสมควร และเป็นที่ยอมรับได้ สามารถทนต่อการทำหัตถการต่าง ๆ เพื่อการวินิจฉัยและการรักษามะเร็งได้ และท้ายที่สุดคือเมื่อเสียชีวิตก็จากไปโดยปราศจากความทุกข์ทรมานจากความปวด ในขณะที่เดียวกันผู้ป่วยจะต้องสามารถเลือกริธีระงับปวดได้ด้วยตนเอง และปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ไม่ว่าจะจากยา หรือหัตถการใด ๆ หลักการระงับปวดมะเร็งที่สำคัญ มีดังนี้

1. การใช้ยาแก้ปวดเป็นวิธีหลักในการระงับปวด โดยอาศัยคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก ในการเลือกให้ยาตามระดับความรุนแรงของความปวด “WHO Analgesic Ladder”
2. การบริหารยาจะต้องเป็นลักษณะต่อเนื่องตลอดเวลา ไม่ควรบริหารยาเมื่อมีความปวดเท่านั้น ทั้งนี้เพื่อให้ระดับยาในร่างกายคงที่ และสามารถควบคุมความปวดได้ดี นอกจากนี้จะต้องมียาขนานสำหรับ เพิ่มเติมในช่วงที่ผู้ป่วยปวดระหว่างเวลาได้รับยาเดิมด้วย เพื่อเป็นการระงับ breakthrough pain
3. ให้การรักษาความปวดอย่างมีประสิทธิภาพทุกครั้ง que ผู้ป่วยปวด
4. ควรพิจารณาให้ยาเพื่อป้องกัน/บรรเทาภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาและยาที่ใช้แก้ปวดด้วย

การเลือกให้ยาแก้ปวดที่มีในโรงพยาบาลหนองเสือ

1. ใช้ตามคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก ได้แก่ บันได 3 ชั้น (WHO Analgesic Ladder) กรณีผู้ป่วยที่ยังไม่เคยได้รับยาในกลุ่ม opioids มาก่อน มีดังนี้

ขั้นที่ 1 สำหรับความปวดไม่มาก (pain score (PS) 1-3) ใช้ยากลุ่ม non-opioids ได้แก่ paracetamol, และ NSAIDs กลุ่มยา NSAIDs ที่มีในโรงพยาบาล ได้แก่ diclofenac, ibuprofen, mefenamic acid (ให้ได้ทุกระดับความปวด พิจารณาขนาดยา และโรคประจำตัวร่วมด้วย ควรหลีกเลี่ยงในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง มีประวัติเลือดออกในทางเดินอาหาร มีประวัติ cardiovascular thromboembolic event) นอกจากนี้สามารถ +/- Adjuvant ได้แก่ ยากลุ่ม antidepressant (ที่มี

ในโรงพยาบาลได้แก่ amitriptyline), anticonvulsant (ที่มีในโรงพยาบาลได้แก่ carbamazepine, valproic acid)

ขั้นที่ 2 เมื่อความปวดยังคงอยู่ หรือปวดรุนแรงขึ้น (pain score (PS) 4-6) ให้อายากลุ่ม weak opioids ได้แก่ tramadol +/- Adjuvant +/- non-opioids

ขั้นที่ 3 เมื่อผู้ป่วยปวดมากขึ้น (pain score (PS) 7-10) และไม่สามารถระงับปวดได้ด้วย weak opioids ในขนาดที่เหมาะสมแล้ว ให้เปลี่ยนมาใช้ strong opioids ได้แก่ morphine, fentanyl +/- Adjuvant +/- non-opioids

2. ให้อยาในขั้นที่ 1 ร่วมกับขั้นที่ 2 หรือ 3 เพื่อช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการระงับปวด และลดภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดจากยาแต่ละกลุ่มลง แต่ไม่ให้อยา weak opioids ร่วมกับ strong opioids

3. การให้อยา opioids ต้องตระหนักถึงฤทธิ์ข้างเคียงของยา เช่น วิงเวียน คลื่นไส้ อาเจียน ง่วงซึม ท้องผูก คัน กระจกตา ถ่ายปัสสาวะลำบาก กดการหายใจ ฯลฯ โดยให้การป้องกันและรักษาร่วมไปด้วย

2.2 รายการยา Strong opioid ที่มีในโรงพยาบาล

รายการยา Strong opioid ของโรงพยาบาลหนองเสือมีดังนี้

1. MO injection 10 mg/ml
2. MO immediate release 10 mg (IR)
3. MO sustained release 10 mg (MST)
4. Pethidine injection 50 mg/ml
5. Fentanyl injection 100 mcg/ 2ml

**กรณีผู้ป่วยมีปัญหาเรื่องการกลืน หรือการดูดซึมผ่านทางเดินอาหาร โรงพยาบาลหนองเสือยังไม่มียากลุ่มโอปิออยด์ที่ใช้ควบคุมความปวดในรูปแบบอื่น เช่น รูปแบบแผ่นแปะเฟนทานิล รูปแบบเม็ดยามอร์ฟินที่สามารถแกะ feed ได้ (Kapanol) รูปแบบมอร์ฟินน้ำเชื่อม แพทย์สามารถเขียนใบส่งตัวให้ผู้ป่วยไปรับยากับโรงพยาบาลที่ผู้ป่วยรักษามะเร็งได้

สรุปรายละเอียดของยาในกลุ่มโอปิออยด์

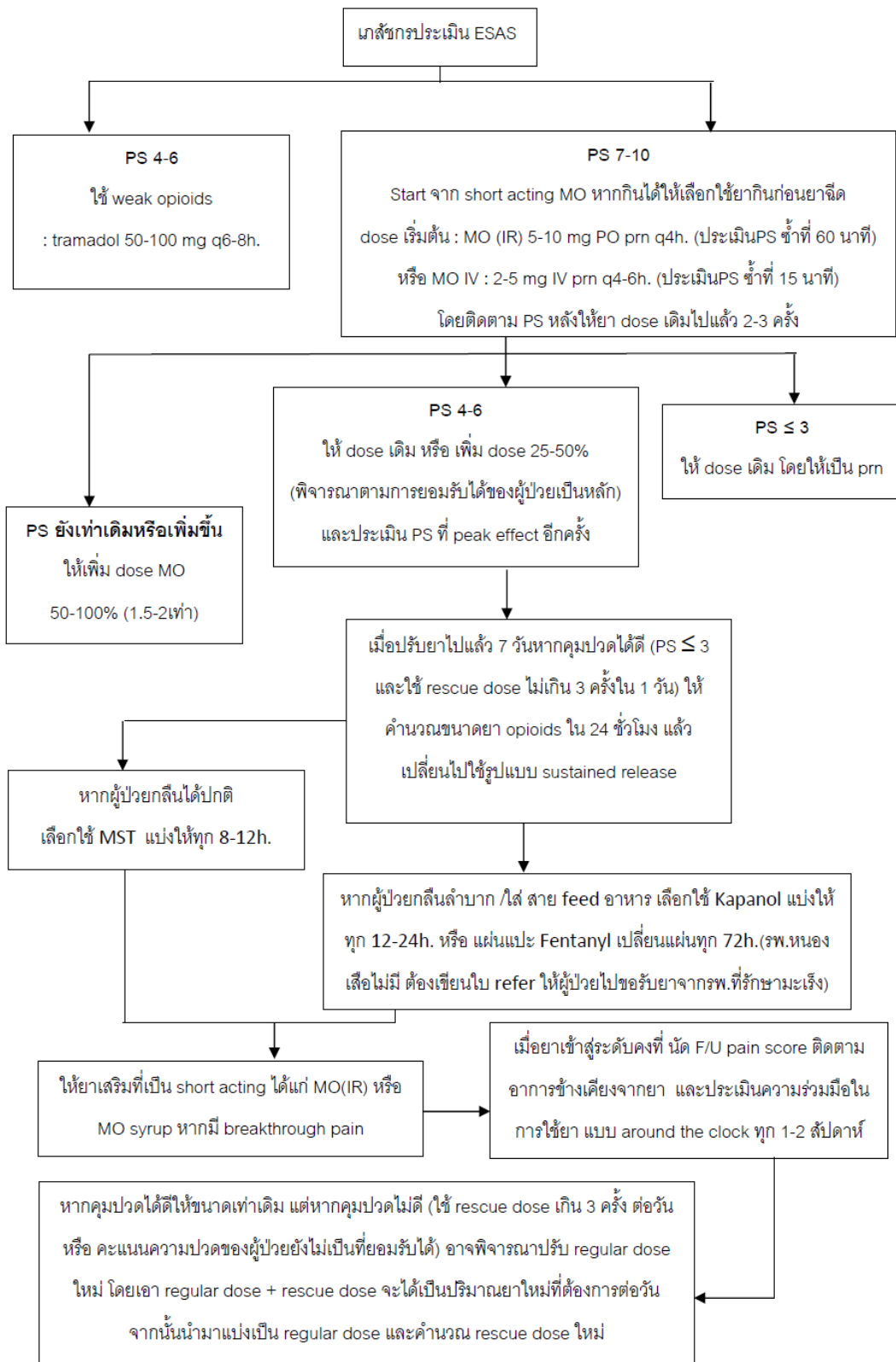
เพื่อการเลือกให้อยาในกลุ่มโอปิออยด์อย่างถูกต้อง เหมาะสม การปรับยาให้ได้ผลการรักษาตามต้องการ รวมทั้งผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยในการให้อยา จึงได้สรุปรายละเอียดที่จำเป็นได้แก่

รูปแบบยา ขนาดยา เวลาที่ยาเริ่มออกฤทธิ์ ระยะเวลาการออกฤทธิ์ของยา อาการไม่พึงประสงค์
อันตรกิริยาของยา ข้อควรระวังและข้อห้ามใช้ และขนาดยาที่บรรเทาความเจ็บปวดได้เท่ากับยา
มอร์ฟิน ดังตารางที่ 1 – 4 (ในส่วนบุคคลที่ 2)

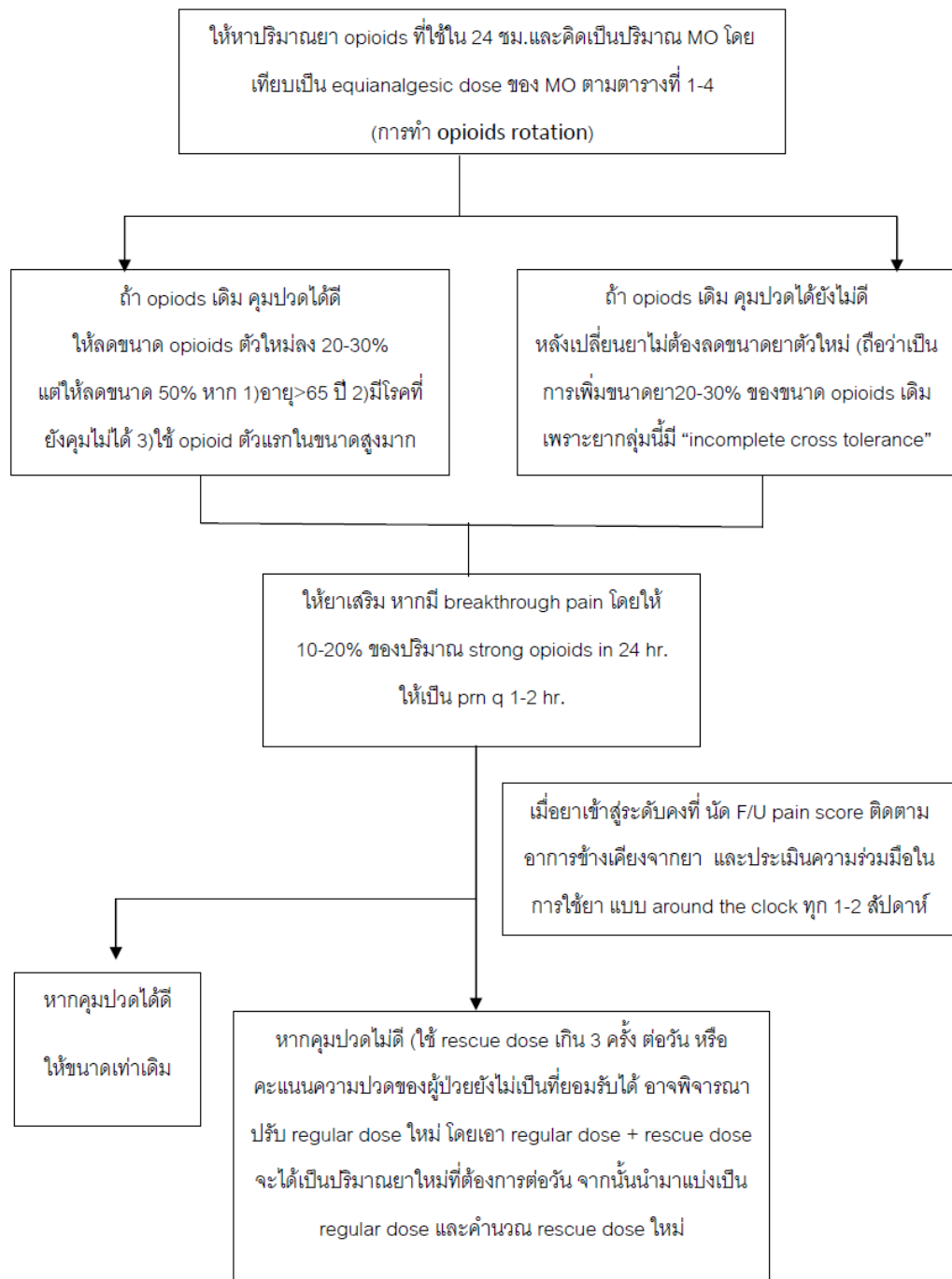
2.3 แนวทางการปรับยาในกลุ่มโอปิออยด์

จากรายละเอียดของยาในกลุ่มโอปิออยด์และหลักการระงับปวดที่ได้กล่าวไปข้างต้น เกสัชกร
ได้สรุปแนวทางการปรับยา

ในกลุ่มโอปิออยด์ เพื่อให้เข้าใจง่ายขึ้น โดยสรุปสังเคราะห์จากแนวทางของสมาคมการศึกษา
เรื่องความปวดแห่งประเทศไทย⁽³²⁾ แนวทางปฏิบัติในการบำบัดปวดมะเร็งของโรงพยาบาล
รามธิบดี⁽⁶²⁾ และแนวทางในการดูแลผู้ป่วยคลินิกประคับประคองของโรงพยาบาลน่าน⁽⁶³⁾ ซึ่ง
หลักการปรับยาในกลุ่ม opioids ตามคะแนนความปวด (pain score หรือ PS) ต้องพิจารณาแยก
เป็น 2 กรณี คือ 1) ผู้ป่วยที่ยังไม่เคยใช้ยาในกลุ่ม opioids มาก่อน (Naive) 2) ผู้ป่วยเคยใช้ยาใน
กลุ่ม opioids มาก่อนแล้ว (Tolerance) รายละเอียดแสดงดังผังภาพที่ 6 และ 7 ตามลำดับ



ภาพที่ 6 การปรับยาในผู้ป่วยที่ไม่เคยใช้ยาในกลุ่ม Opioids (Naive)



ภาพที่ 7 การปรับยาในผู้ป่วยที่เคยใช้ยาในกลุ่ม Opioids

เกณฑ์พิจารณา Opioid Tolerance (หมายถึง ผู้ที่ได้รับยาดังต่อไปนี้ นานอย่างน้อย 1 สัปดาห์)

- ✓ ได้รับ MO oral \geq 60 mg/day
- ✓ ใช้แผ่นแปะ fentanyl \geq 25 mcg/hr.
- ✓ ใช้ยาในกลุ่ม opioid ชนิดอื่นที่มี equianalgesic dose ที่เท่ากัน

เกณฑ์พิจารณาการทำ Opioid Rotation

การทำ Opioid Rotation คือ การเปลี่ยนชนิดหรือรูปแบบการใช้ยาในกลุ่ม opioid

- ✓ เกิดผลข้างเคียงจากยา ยาเกิดอันตรกิริยากัน
- ✓ ยาไม่สามารถควบคุมความปวดได้
- ✓ ต้องการเปลี่ยนวิธีบริหารยา

2.4 การแก้ไขอาการข้างเคียงจากการใช้ยาในกลุ่ม Opioids

ในหัวข้อนี้จะกล่าวถึงอาการข้างเคียงที่พบได้ของยาในกลุ่ม Opioids ได้แก่ ง่วงนอน ท้องผูก คลื่นไส้ เพ้อ คับ กดการหายใจ กล้ามเนื้อกระตุก ซึ่งยาในกลุ่มนี้ควรมีการติดตาม ผลข้างเคียงจากการใช้ยาอย่างใกล้ชิด เพราะอาจเกิดอันตรายได้หากใช้ยาในขนาดที่สูงส่งผลรุนแรงคือ กดการหายใจ แต่ผลข้างเคียงดังกล่าวนี้มีแนวทางการแก้ไข นอกจากนี้สิ่งที่สำคัญนอกจากบุคลากรที่ต้องมีความรู้เรื่องนี้แล้ว เภสัชกรควรให้ความรู้กับผู้ป่วยที่ใช้ยาในกลุ่มนี้ เพื่อให้ผู้ป่วยทราบถึงผลข้างเคียง และสามารถสังเกตตนเอง จัดการตนเองได้ในเบื้องต้น อาการข้างเคียงจากการใช้ยาในกลุ่ม Opioids และการแก้ไขมีดังนี้

1. ง่วงนอน (Sedation)

พยาบาลเป็นผู้ประเมินโดยใช้ Sedation score ดังนี้

- 0 = none
- 1 = mild, occasionally drowsy, easy to rouse
- 2 = moderate, constantly or frequently drowsy, easy to rouse
- 3 = severe, somnolent, difficult to rouse
- S = normal asleep

ลดขนาดยาของ opioids ลง ให้อยู่ในขนาดต่ำสุดที่สามารถควบคุมความปวดได้ ถ้า sedation score = 3 และอัตราการหายใจน้อยกว่า 10 ครั้ง/นาที ควรให้การรักษาและดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด

2. ท้องผูก (Constipation)

อาการท้องผูกที่เกิดจากการใช้ opioids จะคงอยู่ตลอดเวลาที่ใช้ยา ดังนั้นจึงควรให้ยาบรรเทาปวดร่วมไปด้วยเสมอ และควรเพิ่มขนาดยาบรรเทาเมื่อเพิ่มขนาดยา opioids ขึ้น คำแนะนำเพื่อป้องกันอาการท้องผูก ดังนี้

2.1 เพิ่ม fluid intake ให้ได้อย่างน้อยวันละ 2-2.5 ลิตร แต่ต้องระวังในภาวะบางอย่าง เช่น ภาวะหัวใจล้มเหลว,

ภาวะไตทำงานบกพร่อง

2.2 เพิ่มการรับประทานอาหารที่มีกาก

2.3 เพิ่มการออกกำลังกายและการเคลื่อนไหวในรายที่สามารถทำได้

2.4 ยาบรรเทาที่ใช้ควรเป็นชนิด stimulant laxatives เช่น bisacodyl, sennoside เป็นต้น หรืออาจเป็นยาในกลุ่ม osmotic agent เช่น MOM, lactulose เป็นต้น และไม่ควรรี้อายาบรรเทาชนิด bulk forming เช่น methylcellulose เพราะจะทำให้เกิดปัญหาเรื่อง GI obstruction มากขึ้น

3. อาการคลื่นไส้ (Nausea Vomiting)

3.1 ประเมินสาเหตุอื่นที่ทำให้เกิดอาการคลื่นไส้ เช่น ทางเดินอาหารอุดตัน ท้องผูก ภาวะแคลเซียมในเลือดสูง มีพยาธิสภาพของระบบประสาทส่วนกลาง การได้รับยาเคมีบำบัด การฉายแสง

3.2 ให้อาต้านอาการอาเจียน เช่น haloperidol 0.5-1.0 มิลลิกรัม โดยรับประทาน ทุก 6-8 ชั่วโมง, metoclopramide 5-10 มิลลิกรัม IV,IM ทุก 6 ชั่วโมง, domperidone 10-20 มิลลิกรัม ทุก 6 ชั่วโมง หรือเมื่อมีอาการ

4. เพ้อ (Delirium)

4.1 ประเมินสาเหตุอื่นของ delirium เช่น ภาวะแคลเซียมในเลือดสูง, CNS metastases, ยาทางจิตประสาทชนิดอื่นที่ให้อารมณ์ร่วม โดยเฉพาะยาที่มีฤทธิ์ anticholinergic effects

4.2 เปลี่ยนชนิดของ opioids

4.3 ให้อาแก้ปวดชนิด coanalgesics ร่วมด้วย เพื่อลดขนาดยา opioids ลง

4.4 ให้ haloperidol โดยการรับประทานหรือ IM 0.5-2 มิลลิกรัม ทุก 4-6 ชั่วโมง หรืออาจพิจารณาให้ยา neuroleptic drugs ตัวอื่นๆ ก็ได้ แต่ควรระวังอาการข้างเคียง extrapyramidal side effects

4.5 จัดการสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วยให้ปราศจากอันตราย แก้อาการ และอาจให้ยา sedatives หรือ Tranquilizers

5.คัน (Pruritus)

ให้ antihistamine ได้แก่ CPM 10 mg IV ทุก 4-6 ชั่วโมง

6.กดการหายใจ (Respiratory depression)

เนื่องจากมีโอกาสเกิดการกดการหายใจจากการใช้ opioids ได้ การรักษาคือ 1. ให้ oxygen และดูแลการหายใจ 2. ให้ยาด้านฤทธิ์ naloxone 0.4 mg/ml dilute in NSS to 10 ml ทางหลอดเลือดดำครั้งละ 0.4-2 mg ทุก 3 นาที จนผู้ป่วยรู้สึกตัว ต่อจากนั้นต้องเฝ้าระวังอาการ และอาจต้องให้ naloxone ซ้ำอีกทุก 1 ชั่วโมง เพราะ naloxone มีระยะเวลาการออกฤทธิ์เพียง 1 ชั่วโมง

7.กล้ามเนื้อกระตุก (Myoclonus)

มักเกิดในผู้ป่วยที่ได้รับ opioids มาเป็นเวลานานพอสมควร ยาที่ใช้ลดอาการ myoclonus ได้แก่ diazepam, clonazepam, midazolam และ sodium valproate ในกรณีที่มีอาการรุนแรงมาก ควรเปลี่ยนยา opioids

2.5 แนวทางการจัดการปัญหาจากการใช้ยา

สำหรับผู้ป่วยโรคกระเพาะและลำไส้ นอกจากจะมีการใช้ยาแก้ปวดในกลุ่ม opioids อาจมีการใช้ยารักษาโรคประจำตัวอื่นร่วมด้วย ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้มักได้รับการรักษาจากหลายโรงพยาบาล ดังนั้นเภสัชกรต้องค้นหา ติดตามปัญหาจากการใช้ยา เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับผลการรักษาที่ดีที่สุด ถูกต้อง และปลอดภัย การจัดการ ปัญหาจากการจากการใช้ยา ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ แสดงแผนภาพที่ 6 และเมื่อค้นหาปัญหาจากการใช้ยาแล้วจึงปรึกษาแพทย์ ซึ่ง intervention ที่เภสัชกรทำแยกตามปัญหาจากการใช้ยา 8 ข้อแสดงดังตาราง Intervention ที่เภสัชกรทำหลังค้นหาปัญหาจากการใช้ยา

แนวทางการจัดการ ปัญหาจากการจากการใช้ยา ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ



ภาพที่ 8 แนวทางการจัดการปัญหาจากการใช้ยา และการปรับยา

Intervention ที่ผู้วิจัยทำหลังค้นหาปัญหาจากการใช้ยา

ปัญหาจากการใช้ยา	Intervention
ผู้ป่วยได้รับยาที่ไม่จำเป็น	ปรึกษาแพทย์หยุดใช้ยา
ผู้ป่วยสมควรได้รับยาเพิ่มเติม	ปรึกษาแพทย์เพิ่มยาตัวใหม่
ผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องใช้ยาแต่มีการเลือกใช้ยาที่ไม่เหมาะสม	ปรึกษาแพทย์เปลี่ยนยา
ขนาดใช้ยาที่ผู้ป่วยได้รับน้อยเกินไป	ปรึกษาแพทย์ปรับเพิ่มขนาดยาให้อยู่ในขนาดการรักษาที่เหมาะสม
อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา	ปรึกษาแพทย์เพื่อแก้ไขและติดตามอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้น
ขนาดใช้ยาที่ผู้ป่วยได้รับมากเกินไป	ปรึกษาแพทย์ปรับลดขนาดยา
ความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย	ปรึกษาแพทย์และให้ความรู้ผู้ป่วย ทบทวนการใช้ยาของผู้ป่วย
การเกิดอันตรกิริยาของยา	ปรึกษาแพทย์เพื่อปรับเปลี่ยน วิธีการบริหารยาหรือเปลี่ยนยา

ส่วนที่ 3 เครื่องมือที่จำเป็นที่ใช้ในคลินิกระดับประคอง

เครื่องมือที่จำเป็นในที่นี้ หมายถึง แบบประเมิน แบบบันทึกต่างๆ ที่จำเป็นต้องใช้ในการทำงาน เพื่อจัดเก็บข้อมูลของผู้ป่วยที่เป็นระบบ และมีประโยชน์ในการสื่อสารกันในที่ทีม ทำให้การทำงานง่ายขึ้น เครื่องมือแต่ละชิ้น ผู้มีหน้าที่รับผิดชอบในการประเมินจะแตกต่างกันไปดังนี้

3.1 แบบประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (PPS)

แบบประเมินนี้ผู้ประเมินคือ พยาบาล ช่วยในการประเมินความสามารถในการดูแลตัวเองของผู้ป่วย มีประโยชน์เพื่อใช้ติดตามการรักษา ช่วยประเมินภาระงานของผู้ดูแลผู้ป่วย รวมทั้งภาระงานของเจ้าหน้าที่ในทีม เช่น ผู้ป่วยระดับคะแนน PPS 0-30 หมายถึง ผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลในด้านต่างๆมากขึ้น รายละเอียดแบบประเมินแสดงดังภาพที่ 9

3.2 แบบประเมินการกลืน

แบบประเมินประเมินโดยแพทย์ ร่วมกับการตรวจร่างกาย ในที่นี้จะใช้วิธี modified water swallowing test⁽⁶⁴⁾ เนื่องจากสามารถทำได้ง่าย สำหรับภาวะกลืนลำบากนั้นพบได้บ่อยในผู้ป่วยมะเร็ง หากไม่ได้รับการดูแลที่ถูกต้องเหมาะสมอาจส่งผลให้เกิดโรคแทรกซ้อนตามมาได้ การประเมินการกลืนยังมีประโยชน์ในการประเมินการเลือกใช้รูปแบบของยา หากผู้ป่วยกลืนลำบาก แพทย์ต้องเขียนใบสั่งตัวให้ผู้ป่วยไปรับยาที่รพ.ที่รักษามะเร็งได้แก่ Fentanyl patch, Kapanol, Morphine syrup นอกจากนี้ยังมีประโยชน์ในการปรับสูตรอาหารของนักโภชนาการเพื่อให้เหมาะสมกับสภาวะของผู้ป่วยเฉพาะรายอีกด้วย

การประเมิน Modified Water Swallowing test มีวิธีการดังนี้

1. ให้ผู้ป่วยรับประทานน้ำปริมาณ 3, 10 ซีซี โดยใช้กระบอกฉีดยา หรือ ข้อน จากนั้นให้ผู้ป่วยกลืน แล้วสังเกตว่าผู้ป่วยมีอาการไอ หอบเหนื่อย หรือเสียงเปลี่ยนหลังการกลืนหรือไม่ ถ้าไม่มีให้ผู้ป่วยกลืนน้ำลายตามอีก 2 ครั้ง แล้วแปลผลเป็นค่าคะแนน โดยแบ่งคะแนนเป็น 5 ระดับ ดังนี้

- 1 ผู้ป่วยไม่สามารถกลืนได้
- 2 มีภาวะหอบเหนื่อยหลังกลืน
- 3 มีอาการไอหลังกลืน
- 4 สามารถกลืนได้ปลอดภัยแต่ไม่สามารถกลืนน้ำลายตามได้
- 5 สามารถกลืนได้ปลอดภัย และ กลืนน้ำลายตามได้ 2 ครั้ง

ให้ทำการทดสอบ 2 ครั้ง จากนั้นให้เอาคะแนนที่ต่ำที่สุด

การแปลผล ถ้าผู้ป่วยได้คะแนนระดับ 1-3 ถือว่ามีความเสี่ยงต่อการสำลัก ไม่ผ่านการทดสอบ

3.3 แบบประเมินระดับความรุนแรงของความปวดและอาการร่วมอื่นๆ (ESAS)

แบบประเมินนี้ประเมินโดยเภสัชกร ต้องประเมินอาการที่เป็นปัจจุบัน ณ เวลาที่ประเมิน ซึ่งเภสัชกรจะเป็นผู้ให้ผู้ป่วย หรือผู้ดูแลหลักเป็นผู้ประเมิน (จากการบอกเล่าของผู้ป่วย กรณีผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้) มีประโยชน์ในการติดตามประเมินอาการปวดและอาการร่วมอื่นๆ เพื่อปรับยา แก้อาการรบกวนเบื้องต้น รายละเอียดอยู่ในส่วนภาคผนวก ข

3.4 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า

แบบประเมินนี้ประเมินโดยนักจิตวิทยา ใช้แบบประเมิน 2Q, 9Q⁽⁶⁵⁾ จากการสนทนากลุ่มได้สรุปว่า ควรประเมินผู้ดูแลที่เป็นญาติใกล้ชิดกับผู้ป่วยร่วมด้วย หากพบมีภาวะซึมเศร้าที่มจะส่งเข้าปรึกษาจิตแพทย์ รายละเอียดแสดงดังภาพที่ 10

3.5 แบบบันทึกการบริหารเภสัชกรรม

แบบประเมินนี้ประเมินโดยเภสัชกรโดยจะแบ่งออกเป็น แบบบันทึกการบริหารเภสัชกรรมที่บ้านและที่โรงพยาบาล รายละเอียดอยู่ในภาคผนวก ข

3.6 สมุดคู่มือผู้ป่วยที่ไ้ยาากลุ่มโอปิออยด์

สมุดเล่มนี้ใช้ประกอบการสอนผู้ป่วย ผู้ดูแล มีเนื้อหาเกี่ยวกับการใช้ยาากลุ่มโอปิออยด์ การปฏิบัติตัว การติดตามอาการข้างเคียงจากยา บันทึกการรับประทานยาโดยผู้ป่วย/ผู้ดูแล บันทึกการปรับยาโดยเจ้าหน้าที่ รายละเอียดอยู่ในภาคผนวก ข

3.7 แบบสรุปการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองของทีมสหวิชาชีพ

จากประเด็นการสนทนากลุ่มทีมสหวิชาชีพได้ตกลงกันว่า ให้ทำใบสรุปสั้นๆ เพื่อสื่อสารกันในทีม ว่าแต่ละวิชาชีพนั้นได้ดูแลผู้ป่วยเรื่องใดไปแล้วบ้าง จะทำให้ทำงานสะดวกขึ้น และมีประโยชน์ไว้ชี้แจงกรณีผู้ตรวจมา audit เวชระเบียน รายละเอียดดังภาพที่ 11

นอกจากนี้ยังมีแบบฟอร์มอื่นๆ ที่ทีมตกลงกันว่าอาจยังต้องใช้ในบางกรณีได้แก่

3.8 แบบแจ้งความประสงค์เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลและการช่วยฟื้นคืนชีพล่วงหน้า

แบบประเมินนี้ประเมินโดยพยาบาลผู้ป่วยใน เมื่อผู้ป่วยจะเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิตพยาบาลจะคุยกับญาติและผู้ป่วยถึงความประสงค์ของผู้ป่วยเกี่ยวกับความต้องการทางการแพทย์ในเรื่องการดูแลรักษาทั่วไป การรักษาพยาบาล การช่วยฟื้นคืนชีพ และสถานที่ที่ผู้ป่วยต้องการเสียชีวิต รายละเอียดดังภาพที่ 12

3.9 แบบส่งต่อผู้ป่วย

แบบประเมินนี้ประเมินโดยพยาบาลผู้ป่วยใน มีประโยชน์ในการสื่อสาร ส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยให้สถานบริการสุขภาพใกล้เคียงได้แก่ รพ.สต. ทำให้เกิดการดูแลต่อเนื่อง เมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่บ้าน รายละเอียดดังภาพที่ 13

3.10 แบบติดตามเยี่ยมผู้ป่วย โดยพยาบาลเยี่ยมบ้าน

แบบประเมินนี้ประเมินโดยพยาบาล PCU เพื่อประเมินอาการต่างๆของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองโดยภาพรวม ว่ามีหรือไม่มีอาการดังกล่าว รายละเอียดดังภาพที่ 14



การประเมินPPS(Palliative Performance Scale)

ระดับ PPS	การเคลื่อนไหว	การปฏิบัติกิจกรรมและการดำเนินโรค	การทำกิจวัตรประจำวัน	การรับประทานอาหาร	ระดับความรู้สึก
100%	เคลื่อนไหวปกติ	ทำกิจกรรมและทำงานได้ตามปกติ ไม่มีอาการของโรค	ทำตัวเอง	ปกติ	รู้สึกตัวดี
90%	เคลื่อนไหวปกติ	ทำกิจกรรมและทำงานได้ตามปกติ มีอาการของโรคบางอาการ	ทำตัวเอง	ปกติ	รู้สึกตัวดี
80%	เคลื่อนไหวปกติ	ต้องออกแรงอย่างมากในการทำกิจกรรมตามปกติ มีอาการของโรคบางอาการ	ทำตัวเอง	ปกติหรือลดลง	รู้สึกตัวดี
70%	เคลื่อนไหวได้ลดลง	ไม่สามารถทำกิจกรรมหรืองานได้ตามปกติ มีอาการของโรคอย่างชัดเจน	ทำตัวเอง	ปกติหรือลดลง	รู้สึกตัวดี
60%	เคลื่อนไหวได้ลดลง	ไม่สามารถทำงานอดิเรกหรืองานบ้าน มีอาการของโรคอย่างชัดเจน	ต้องการความช่วยเหลือเป็นบางครั้ง/บางเรื่อง	ปกติหรือลดลง	รู้สึกตัวดีหรือสับสน
50%	นั่งหรือนอนเป็นส่วนใหญ่	ไม่สามารถทำงานได้เลย และมีการลุกลามของโรค	ต้องการความช่วยเหลือมากขึ้น	ปกติหรือลดลง	รู้สึกตัวดีหรือสับสน
40%	นอนอยู่บนเตียงเป็นส่วนใหญ่	ทำกิจกรรมได้น้อยมาก และมีการลุกลามของโรค	ต้องการความช่วยเหลือเป็นส่วนใหญ่	ปกติหรือลดลง	รู้สึกตัวดีหรือ ง่วงซึม +/-สับสน
30%	นอนอยู่บนเตียงตลอดเวลา	ไม่สามารถทำกิจกรรมใดๆ และมีการลุกลามของโรค	ต้องการความช่วยเหลือทั้งหมด	ปกติหรือลดลง	รู้สึกตัวดีหรือ ง่วงซึม +/-สับสน
20%	นอนอยู่บนเตียงตลอดเวลา	ไม่สามารถทำกิจกรรมใดๆ และมีการลุกลามของโรค	ต้องการความช่วยเหลือทั้งหมด	จิบน้ำได้เล็กน้อย	รู้สึกตัวดีหรือ ง่วงซึม +/-สับสน
10%	นอนอยู่บนเตียงตลอดเวลา	ไม่สามารถทำกิจกรรมใดๆ มีอาการของโรคมากขึ้น	ต้องการความช่วยเหลือทั้งหมด	รับประทานอาหารทางปากไม่ได้	ง่วงซึมหรือไม่ รู้สึกตัว +/-สับสน
0%	เสียชีวิต	-	-	-	-

ภาพที่ 9 แบบประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง

ข้อแนะนำ ให้ผู้ประเมินภาเครื่องหมาย ในช่องที่ตรงกับคำตอบของผู้รับบริการ

แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q)

ลำดับที่	คำถาม	มี	ไม่มี
1	ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาวันนี้ท่านรู้สึกหดหู เศร้า หรือท้อแท้สิ้นหวังหรือไม่		
2	ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาวันนี้ท่านรู้สึก เบื่อ ทำอะไรก็ไม่เพลิดเพลินหรือไม่		

หมายเหตุ กรณี มี 1 ข้อขึ้นไปให้ประเมิน 9Q ต่อ

แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q)

ลำดับที่	ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาวันนี้ ท่านมีอาการเหล่านี้บ่อยแค่ไหน	ไม่มีเลย	เป็นบางวัน 1 - 7 วัน	เป็นบ่อย > 7 วัน	เป็นทุกวัน
1	เบื่อ ไม่สนใจอยากทำอะไร	0	1	2	3
2	ไม่สบายใจ ซึมเศร้า ท้อแท้	0	1	2	3
3	หลับยาก หรือหลับ ๆ ตื่น ๆ หรือหลับมากเกินไป	0	1	2	3
4	เหนื่อยง่าย หรือ ไม่ค่อยมีแรง	0	1	2	3
5	เบื่ออาหาร หรือ กินมากเกินไป	0	1	2	3
6	รู้สึกไม่ดีกับตัวเอง คิดว่า ตัวเองล้มเหลว หรือ ทำให้ตนเองหรือ ครอบครัวผิดหวัง	0	1	2	3
7	สมาธิไม่ดีเวลาทำอะไร เช่น ดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุ หรือ ทำงานที่ต้องใช้ ความตั้งใจ	0	1	2	3
8	พูดซ้ำ ทำอะไรซ้ำๆจนคนอื่นสังเกตเห็นได้ หรือ กระสับกระส่ายไม่สามารถอยู่นิ่งได้เหมือนที่เคยเป็น	0	1	2	3
9	คิดทำร้ายตนเอง หรือ คิดว่าถ้าตายไปคงจะดี	0	1	2	3
	รวมคะแนน				
	รวม				

< 7 ไม่มีภาวะซึมเศร้า 7-12 มีภาวะซึมเศร้าระดับน้อย

13-18 มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง \geq 19 มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง

หมายเหตุ คะแนน 9Q \geq 7 ส่งเข้าคลินิกเพื่อพบจิตแพทย์

ภาพที่ 10 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า

แบบสรุปรูปการดูแลผู้ป่วยในคลินิกระดับประคองโดยทีมสหวิชาชีพขณะอยู่โรงพยาบาลหนองเสือ

ชื่อผู้ป่วย.....อายุ.....HN.....เบอร์โทรติดต่อญาติ.....
 แพทย์ผู้ดูแล.....พยาบาลผู้ประสานงาน.....
 การวินิจฉัยโรค..... PPS score..... วันที่ประเมิน.....

ทีมสหวิชาชีพ	การดูแล/กิจกรรมที่ปฏิบัติกับผู้ป่วยหรือผู้ดูแล	หมายเหตุ
แพทย์ ลงชื่อ.....	() ประเมินผู้ป่วยเข้าคลินิกการดูแลแบบประคอง และลง diag Z515 () ให้การรักษา การวางแผนการรักษา ส่งต่อ	
ทันตแพทย์ ลงชื่อ.....	() ตรวจสอบสภาพช่องปาก () ให้ความรู้ผู้ป่วย/ญาติในการดูแลช่องปาก	
พยาบาล ลงชื่อ.....	() ประเมิน ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย () การให้การพยาบาลผู้ป่วยแบบประคอง () การทำ ACP และเตรียมญาติในการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน () การประสานส่งต่อข้อมูลแก่สถานพยาบาลที่ผู้ป่วยรับการรักษาต่อเนื่อง	
เภสัชกร ลงชื่อ.....	() การประเมินอาการปวดและอาการรบกวนด้วย ESAS () การปรับขนาดยา ร่วมกับแพทย์ จนผู้ป่วยสามารถคุมอาการปวดได้ () การให้การบริบาลผู้ป่วยที่ใช้ยาบรรเทาปวด ได้แก่ () ให้ความรู้ก่อนกลับบ้าน	
นักโภชนาการ ลงชื่อ.....	() การปรับสูตรอาหารให้เหมาะสมแก่ผู้ป่วย () สอนญาติเตรียมอาหารให้แก่ผู้ป่วย	
แพทย์แผนไทย ลงชื่อ.....	() การบรรเทาความเจ็บปวดและอาการรบกวนอื่นๆ ด้วยสมุนไพร	
นักจิตวิทยา ลงชื่อ.....	() การประเมินสภาวะทางจิตใจของผู้ป่วยและญาติ	
อื่นๆ.....		

กรุณาแนบใบนี้ไว้กับเวชระเบียนผู้ป่วยทุกครั้ง

ภาพที่ 11 แบบสรุปรูปการดูแลผู้ป่วยแบบประคองของทีมนสหวิชาชีพ

โรงพยาบาลหนองเสือ จังหวัดปทุมธานี
หนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข หรือ Living Will
(แบบแจ้งความประสงค์เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลและการช่วยฟื้นคืนชีพล่วงหน้า)

เขียนที่.....
 วันที่.....เวลา.....

ข้าพเจ้า(ชื่อ-นามสกุล).....เลขที่บัตรประชาชน.....ซึ่ง
 เกี่ยวข้องกับตัวผู้ป่วยโดยเป็น ผู้ป่วยเอง ทายาทโดยธรรมหรือผู้มีอำนาจจะทำแทนผู้ป่วย(ระบุความสัมพันธ์กับผู้ป่วย)

ข้าพเจ้าได้รับฟังคำอธิบายถึงภาวะความเจ็บป่วย แนวทางการรักษา และแนวโน้มพยากรณ์โรคของ ข้าพเจ้าเอง ผู้ป่วย
 ชื่อ-นามสกุล.....อย่างดีแล้ว ซึ่งขณะทำหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้ามีสติสัมปชัญญะบริบูรณ์
 เข้าใจ ในสิ่งที่ได้รับคำอธิบายครบถ้วน ข้าพเจ้ามีความประสงค์และความต้องการทางการแพทย์ในการรักษา เมื่อ ข้าพเจ้าเอง ผู้ป่วย
 ตกอยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิตได้รับทุกข์ทรมานจากการบาดเจ็บหรือโรคที่ไม่อาจรักษาให้หายได้(ระบุโรคที่เจ็บป่วย).....
 ข้าพเจ้ามีความประสงค์เกี่ยวกับ ความต้องการทางการแพทย์ การรักษาพยาบาล และการช่วยฟื้นคืนชีพ ดังนี้

1.การดูแลรักษาทั่วไป	
1.1 การบรรเทาอาการปวดและความทุกข์ทรมาน	<input type="checkbox"/> ต้องการ บรรเทาอาการ <input type="checkbox"/> ไม่ต้องการ บรรเทาอาการ
1.2 การให้อาหารและน้ำทางปาก	<input type="checkbox"/> ต้องการ ใส่สายให้อาหารทางจมูก <input type="checkbox"/> ต้องการทดลอง ใส่สายให้อาหารทางจมูก <input type="checkbox"/> ไม่ต้องการ ใส่สายให้อาหารทางจมูก
2.การรักษาพยาบาล กรณีผู้ป่วยหัวใจยังเต้น และ/หรือยังหายใจ	
2.1 การใส่ท่อช่วยหายใจ เจาะคอ ใช้เครื่องช่วยหายใจ	<input type="checkbox"/> ต้องการ ใส่ท่อช่วยหายใจ เจาะคอ ใช้เครื่องช่วยหายใจ <input type="checkbox"/> ไม่ต้องการ ใส่ท่อช่วยหายใจ เจาะคอ ใช้เครื่องช่วยหายใจ <input type="checkbox"/> กรณีใส่ท่อแล้ว ต้องการถอดท่อช่วยหายใจ หยุดเครื่องช่วยหายใจ
2.2 การให้สารน้ำ (น้ำเกลือ) และ ยา	<input type="checkbox"/> ต้องการ ให้สารน้ำ (น้ำเกลือ) /ยา เต็มที่ เพื่อยืดอายุผู้ป่วย <input type="checkbox"/> ต้องการ ให้สารน้ำ (น้ำเกลือ) /ยา เพื่อลดความทุกข์ทรมาน <input type="checkbox"/> ไม่ต้องการ ให้สารน้ำ (น้ำเกลือ) /ยา
2.3 การรักษาโดยการฟอกเลือด / ล้างไต	<input type="checkbox"/> ต้องการ ฟอกเลือด / ล้างไต <input type="checkbox"/> ไม่ต้องการ ฟอกเลือด / ล้างไต
2.4 การรักษาโดยการผ่าตัด	<input type="checkbox"/> ต้องการผ่าตัด
	<input type="checkbox"/> ไม่ต้องการ ผ่าตัด.....
3.การช่วยฟื้นคืนชีพ (CPR) กรณีผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้น และไม่หายใจ (การปั๊มหัวใจ ใช้เครื่องกระตุกหัวใจ)	<input type="checkbox"/> ต้องการ ปั๊มหัวใจ ใช้เครื่องกระตุกหัวใจ <input type="checkbox"/> ไม่ต้องการ ปั๊มหัวใจ ใช้เครื่องกระตุกหัวใจ
4.สถานที่ ที่ผู้ป่วยต้องการเสียชีวิต (ระบุ)	<input type="checkbox"/> บ้าน <input type="checkbox"/> โรงพยาบาล <input type="checkbox"/> อื่นๆระบุ.....

จึงขอลงนาม หรือ พิมพ์ลายนิ้วหัวแม่มือขวา ไว้เป็นหลักฐาน

ลงชื่อ ลงชื่อ
 (.....) (.....)
 ผู้ป่วย/ ทายาทโดยธรรม/ ผู้มีอำนาจจะทำแทนผู้ป่วย แพทย์ผู้ให้คำอธิบาย

ลงชื่อ ลงชื่อ
 (.....) (.....)
 พยานฝ่ายผู้ป่วย (ระบุความสัมพันธ์)..... พยานาภิวิชาชีพ ลงนามเป็นพยาน

เอกสารแนบ สำเนาบัตรประชาชน ทายาทโดยธรรม/ผู้มีอำนาจจะทำแทนผู้ป่วย/พยานฝ่ายผู้ป่วย

*ทายาทโดยธรรม หมายถึง บุตร ธิดา บิดา มารดา พี่น้องร่วมบิดามารดาเดียวกัน และคู่สมรสที่ถูกต้องตามกฎหมาย
 *ผู้มีอำนาจจะทำแทนผู้ป่วย หมายถึง ผู้รับมอบอำนาจจากผู้ป่วย ให้แสดงเจตนาแทนผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยอยู่ในภาวะที่ไม่สามารถสื่อสารกับผู้อื่น
 ได้ตามปกติ เพื่อทำหน้าที่อธิบายความประสงค์ที่แท้จริงของผู้ป่วยในการวางแผนการรักษา

ภาพที่ 12 แบบแจ้งความประสงค์เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลและการช่วยฟื้นคืนชีพล่วงหน้า

แบบส่งต่อผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคองโรงพยาบาลหนองเสือ
เพื่อประสานส่งต่อสถานบริการสุขภาพใกล้บ้านผู้ป่วยและ/หรือเป็นข้อมูลสำหรับบันทึกการรับผู้ป่วย

หัวข้อ	สิ่งที่ต้องบันทึกในรายงาน
ข้อมูลผู้ป่วย	ชื่อ.....อายุ..... HN.....เลขบัตรประชาชน..... สิทธิการรักษา.....ที่อยู่.....Tel..... วินิจฉัย.....วันที่รับไว้ดูแล.....วันที่จำหน่ายออกจากร.พ.....วันที่ส่ง..... แผนกที่ส่ง.....แพทย์.....
ประวัติการเจ็บป่วยและการรักษา	อาการสำคัญ..... การรักษา..... อาการของผู้ป่วยในวันที่ออกจากร.พ.....
ยาที่ผู้ป่วยได้รับกลับบ้าน
ข้อมูลที่ให้ผู้ป่วยและครอบครัวไว้แล้ว
สิ่งที่ต้องดูแลต่อเนื่อง
แผนดูแลต่อเนื่องและปัญหาที่ต้องได้รับการดูแลต่อเนื่อง
วัดนัดตรวจครั้งต่อไป
รายละเอียดทางเข้าบ้าน
การยินยอมให้ติดตามเยี่ยมบ้าน	ผู้แสดงความยินยอม.....

หมายเหตุ แผนกที่ทางเข้าบ้าน

ภาพที่ 13 แบบส่งต่อผู้ป่วย

การติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (พยาบาลเยี่ยมบ้านบันทึก)

ชื่อผู้ป่วย.....อายุ.....ปี dx.....

ติดตามเยี่ยมครั้งที่.....วันที่/เวลา.....การรักษา.....

สัญญาณชีพT.....°C P...../min R...../min BP...../mmHg

Symptom	Assessment		Remark
	Yes	No	
1.ปวด			
2.หายใจเหนื่อย			
3.เบื่ออาหาร			
4.คลื่นไส้			
5.อาเจียน			
6.อ่อนล้า			
7.สับสน/งุนงง			
8.ปากแห้ง			
9.เคี้ยวอาหารลำบาก			
10.กลืนลำบาก			
11.ผมแห้ง			
12.ท้องผูก			
13.ท้องเสีย			
14.ถ่ายดำ/เป็นเลือด			
15.ปัสสาวะเป็นเลือด			
16.ปัสสาวะไม่ออก			
17.อุจจาระไม่ออก/ท้องผูก			
18.ไอ			
19.สะอึก			
20.บวม.....			
21.มีวุ้นถลอก/จึกขาด			
22.แผล.....			
23.ก้อน.....			
24.ผื่น.....			
25.อื่นๆ.....			

แนวทางการแก้ไขปัญหที่สำคัญ

.....

ภาพที่ 14 แบบติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง