

การพัฒนาารูปแบบการมีส่วนร่วมของเภสัชกรในการบริหารทางเภสัชกรรมผู้ป่วยมะเร็ง
โรงพยาบาลเจ้าคุณไพบูลย์พนมทวน*

Development Of Participation Of Pharmacist For Cancer Patients In
Jaokunpiboonphanomtuan Hospital

ปัทมาวดี ช้างเพชร (Pathamawadee Changpetch)**

ผกาภาส ไมตรีมิตร (Pagamas Miteemitr)***

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาารูปแบบการมีส่วนร่วมของเภสัชกรในการให้การ
บริหารทางเภสัชกรรมผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเจ้าคุณไพบูลย์พนมทวน กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่
ผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 45 คน แพทย์ 5 คน และพยาบาลวิชาชีพแผนกผู้ป่วยใน 12 คน
โดยการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย แบบบันทึกการให้ยา
ผู้ป่วยใน และแบบสัมภาษณ์ความพึงพอใจของผู้ป่วยและผู้ให้บริการ เก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนของ
ผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ารับการรักษา ตั้งแต่ กรกฎาคม 2556 ถึง มีนาคม 2557 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้
ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย พบว่า จำนวนปัญหาด้านการให้ยาเฉลี่ยก่อนและหลังการพัฒนาระบบ เท่ากับ 1.46 ครั้ง
ต่อผู้ป่วย 1 ราย และ 0.47 ครั้งต่อผู้ป่วย 1 ราย ตามลำดับ ด้านความพึงพอใจ พบว่า คะแนนความพึงพอใจของ
ผู้ป่วยที่มีต่อเภสัชกรโดยรวมเฉลี่ยก่อนและหลัง เท่ากับ 3.26 และ 4.12 ตามลำดับ และด้านความพึงพอใจของ
บุคลากร พบว่า ความพึงพอใจโดยรวมเฉลี่ยก่อนและหลัง เท่ากับ 3.20 และ 4.07 ตามลำดับ

การวิจัยนี้สรุปได้ว่า การดูแลผู้ป่วยมะเร็งในรูปแบบสหวิชาชีพ โดยการมีส่วนร่วมของเภสัชกร ทำให้
สามารถค้นพบปัญหาการให้ยาและแก้ไขปัญหาได้อย่างเหมาะสม รวมถึงผู้ป่วยและ ผู้ให้บริการมีความพึงพอใจ
ต่อการมีเภสัชกรเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย

* เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการจัดการทางเภสัชกรรม ม.ศิลปากร
Partial Fulfillment of the requirement for the degree Master of Pharmacy Program in Pharmacy
Management. Silpakorn University.

** นักศึกษาหลักสูตรปริญญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการจัดการทางเภสัชกรรม
email:ying-pat29@hotmail.com Student of Degree Master of Pharmacy Program in Pharmacy Management

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประจำสาขาการจัดการทางเภสัชกรรม คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร
Assistant Professor of Pharmacy Management Program. Faculty of pharmaceutical Science. Silpakorn University.

Abstract

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

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

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

บทนำ

ในปัจจุบันนี้โรคไม่ติดต่อเป็นปัญหาด้านสุขภาพของประชากรโลก ได้มีการคาดการณ์ไว้ว่าในปี พ.ศ. 2558 โรคไม่ติดต่อก็คือจะเป็นสาเหตุการตายของประชากรโลกมากกว่าร้อยละ 50 โรคมะเร็งจัดเป็น 1 ใน 10 ของสาเหตุการตายดังกล่าว และผู้ป่วยโรคมะเร็งมากกว่าร้อยละ 50 เป็นผู้ป่วยที่อาศัยอยู่ในประเทศที่กำลังพัฒนา นอกจากนี้องค์การอนามัยโลกได้ประมาณการณ์ไว้ว่าในปี 2563 จะมีประชากรโลกตายด้วยโรคมะเร็งมากกว่า 11,000,000 คน อยู่ในประเทศกำลังพัฒนามากกว่า 7,000,000 คน ดังนั้น โรคมะเร็งจึงจัดเป็นปัญหาสาธารณสุขของโลก (การประชุมแผนการป้องกัน และควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข, 2541) โรคมะเร็งเป็นโรคที่ใช้ระยะเวลานานหลายปี ในการก่อให้เกิดโรค ในอนาคตประชาชนจะมีอายุ ยืนยาวขึ้น มีการควบคุมโรคติดต่อดีขึ้น ร่วมกับมี การควบคุมให้อัตราตายของทารกแรกคลอดและเด็กลดลง ทำให้โครงสร้างของประชากรเปลี่ยนแปลงไป ร่วมกับมีสารก่อมะเร็งมากขึ้นในสิ่งแวดล้อม และมีการเปลี่ยนแปลงการดำเนินชีวิตของประชาชนโดยเฉพาะการสูบบุหรี่ การดื่มสุราและการบริโภคอาหารที่ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งมากขึ้น โรคมะเร็งที่พบบ่อย 6 อันดับแรกของโลก คือ มะเร็งปอด มะเร็งกระเพาะอาหาร มะเร็งเต้านม มะเร็งลำไส้ใหญ่ มะเร็งตับ และมะเร็งปากมดลูกตามลำดับ ชนิดของโรคมะเร็งที่พบบ่อยในแต่ละประเทศไม่เหมือนกัน เนื่องจากประชาชนมีการเกิดโรคติดต่อต่างกัน ได้รับรังสีสารเคมี มีพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร คุณสมบัตินานพันธุกรรม การดำเนินชีวิต และอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่แตกต่างกัน การรักษาโรคมะเร็งที่ได้ผลจะทำให้อัตราการตายจากโรคมะเร็ง

ลดลง ในประเทศยุโรปมีโรคมะเร็งเพียง 4 ชนิด ในเพศชาย คือ มะเร็งอัณฑะ มะเร็งกล่องเสียง มะเร็งองคชาติ และโรคมะเร็งต่อมไทรอยด์ ในขณะที่มีอัตราการอยู่รอด 5 ปี เกินร้อยละ 50 ในผู้หญิงมีโรคมะเร็ง 8 ชนิด คือ มะเร็งเต้านม มะเร็งปากมดลูก มะเร็งตัวมดลูก โรคมะเร็งต่อมไทรอยด์ มะเร็งกล่องเสียง มะเร็งช่องปาก มะเร็งช่องคลอด มะเร็งเม็ดเลือดขาว ชนิดลิมโฟมาติคเรื้อรัง ในประเทศสหรัฐอเมริกา อัตราตายจากโรคมะเร็งระหว่างปี 2534 - 2537 ลดลงเพียงร้อยละ 1 เท่านั้น ส่วนในประเทศที่กำลังพัฒนาพบว่าการเพิ่มขึ้นของอุบัติการณ์และอัตราการตายจากโรคมะเร็ง เนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงของการดำเนินชีวิตตามแบบประเทศแถบตะวันตก โดยเฉพาะอย่างยิ่งมีการสูบบุหรี่มากขึ้น และมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร การป้องกันเป็นแนวทางที่ดีที่สุดที่จะลดอุบัติการณ์และอัตราการตายจากโรคมะเร็งทั้งในประเทศที่พัฒนาและในประเทศที่กำลังพัฒนา เช่น ในประเทศไทย (Vatanasapt, Martin, Sriplung et al., 1991)

สำหรับประเทศไทยโรคมะเร็งเป็นสาเหตุการตายอันดับที่ 3 ของประชากรไทย ตามสถิติมีคนตายจากโรคมะเร็งประมาณวันละ 160 คน ปีหนึ่ง ๆ ตรวจพบผู้ป่วยโรคมะเร็งเพิ่มขึ้นโดยเฉลี่ย 64,000 ราย ต่อปี และเสียชีวิตปีละประมาณ 30,000 ราย อุบัติการณ์ของโรคมะเร็งในประเทศไทย ประมาณ 153.6 ต่อประชากรไทย 100,000 คน สำหรับผู้ชาย และประมาณ 123.8 คนต่อประชากร 100,000 คน สำหรับผู้หญิง ช่วงอายุที่พบเป็นมะเร็งมาก คือ เพศชาย 55 - 75 ปี เพศหญิง 45-65 ปี แต่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตั้งแต่อายุ 30 ปี สำหรับเพศชาย และ 25 ปี สำหรับเพศหญิง แต่สำหรับหญิงที่มีเพศสัมพันธ์แล้ว แนวโน้มของการเป็นโรคมะเร็งอาจมีตั้งแต่น้อยกว่า 25 ปี (Vatanasapt, Martin, Sriplung et al., 1991) ข้อมูลจากการศึกษาวิจัยที่ประสบความสำเร็จพบว่า ประมาณ 1 ใน 3 ของมะเร็งที่พบบ่งชี้สามารถป้องกันได้ และ 2 ใน 3 ของสาเหตุโรคมะเร็ง มีส่วนสัมพันธ์กับบุหรี่ยาสูบ อาหาร โรคอ้วน ขาดการออกกำลังกาย และมลพิษที่ได้จากการประกอบอาชีพ รวมทั้งจากสิ่งแวดล้อม ประมาณ 1 ใน 3 ของโรคมะเร็งที่มีสาเหตุเนื่องจากความผิดปกติภายในร่างกาย ซึ่งมักจะเป็นสาเหตุของโรคมะเร็งในเด็กและกลุ่มโรคมะเร็งบางกลุ่ม นอกจากนี้ยังพบว่า โรคมะเร็งเป็นโรคที่ใช้เวลานานหลายปีก่อนจะแสดงอาการและเป็นโรครื้อรัง ที่ไม่ได้เป็นเฉพาะอวัยวะใดแห่งเดียว แต่เกี่ยวข้องกับระบบต่างๆ ทุกส่วนของร่างกาย ยกเว้น ขน ผม และเล็บ การรักษาโรคมะเร็งต้องใช้เวลาอันยาวนาน มีผลทำให้เกิดการสูญเสียทรัพยากรทางเศรษฐกิจ บุคลากร รวมทั้งสภาวะด้านจิตใจของผู้ป่วย และญาติผู้เกี่ยวข้อง โดยทั่วไปโรคมะเร็งเป็นโรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ ซึ่งผู้ป่วยโรคมะเร็งกลุ่มนี้อาจมีโรคมะเร็งระยะแรกซ่อนตัวอยู่มาเป็นเวลานานแล้วแต่ยังไม่แสดงอาการ ด้วยความเจริญทางการแพทย์มีมากขึ้น ทำให้ประชากรกลุ่มนี้มีอายุยืนนานขึ้น (life expectancy) ดังนั้นอุบัติการณ์โรคมะเร็งใน ผู้สูงอายุจึงเพิ่มขึ้นด้วย อุบัติการณ์ของโรคมะเร็งในประเทศไทยในปี พ.ศ.2536 พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยมะเร็ง ที่พบใหม่ 63,740 ราย ในเพศชาย มีจำนวนผู้ป่วยมะเร็งที่พบใหม่ 32,801 ราย/ปี โรคมะเร็งที่พบมากที่สุด ในเพศชาย 10 อันดับแรก คือมะเร็งตับ 8,189 ราย มะเร็งปอด 5,500 ราย มะเร็งลำไส้ใหญ่ 2,191 ราย มะเร็งช่องปาก 1,094 ราย มะเร็งกระเพาะปัสสาวะ 1,057 ราย มะเร็งกระเพาะอาหาร 1,041 ราย มะเร็งเม็ดเลือดขาว 891 ราย มะเร็งต่อมน้ำเหลือง 881 ราย มะเร็งหลังโพรงจมูก 855 ราย มะเร็งหลอดอาหาร 748 ราย ในเพศหญิงมีจำนวนผู้ป่วยมะเร็งที่พบใหม่ 30,940 ราย/ปี โรคมะเร็งที่พบมากที่สุด ใน เพศหญิง 10 อันดับแรก มะเร็งปากมดลูก 5,462 ราย มะเร็งเต้านม 4,223 ราย มะเร็งตับ 3,679 ราย มะเร็งปอด 2,608 ราย มะเร็งลำไส้ใหญ่ 1,789 ราย มะเร็งรังไข่ 1,252 ราย มะเร็งช่องปาก 953 ราย มะเร็งต่อมไทรอยด์ 885 ราย มะเร็ง

กระเพาะอาหาร 723 ราย มะเร็งคอมดลูก 703 ราย จากสถิติของประเทศไทย จัดทำโดยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข พบว่าคนไทยเสียชีวิตจากโรคมะเร็งในช่วงปี พ.ศ.2546-2550 โดยคิดเป็นอัตรา 84.9 คนต่อประชากรแสนคน และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี แม้วิทยาการทางการแพทย์จะเจริญก้าวหน้าจนโรคมะเร็งในระยะที่ผู้ป่วยเคยมีโอกาสรอดเพียงเล็กน้อย ก็สามารถให้การรักษาทำให้ผู้ป่วยสามารถมีชีวิตได้นานมากขึ้น แต่ยังมีผู้ป่วยส่วนหนึ่งที่ป่วยหนักจนกระทั่งความรู้ทางการแพทย์ในปัจจุบันไม่สามารถยืดความตายออกไปได้ (กิตติพล นาควิโรจน์, 2554) ผู้ป่วยมะเร็งจะได้รับความทุกข์ทรมานจากอาการเจ็บป่วยและความไม่สบายต่างๆ โดยเฉพาะความปวด ความปวดจากมะเร็งพบได้บ่อย มีอุบัติการณ์สูงร้อยละ 30-90 เมื่อมะเร็งเข้าสู่ระยะลุกลาม พบว่าร้อยละ 60-90 ของผู้ป่วยมีความปวดระดับปานกลางถึงรุนแรง และร้อยละ 30 ต้องทนทุกข์ทรมานจากความปวดโดยไม่ได้รับยาระงับปวด ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตและการประกอบกิจวัตรประจำวัน การจัดการความปวดจากมะเร็งตามแนวทางขององค์การอนามัยโลก สามารถจัดการความปวดได้ร้อยละ 90 มีการศึกษาพบว่า ร้อยละ 80 ของผู้ป่วยมะเร็งได้รับการจัดการความปวดไม่ดีเท่าที่ควร (Cleeland CS.,1987) องค์การอนามัยโลกเสนอแนะให้ใช้ยากลุ่มโอปิออยด์ (opioids) ร่วมกับยาระงับปวดกลุ่มอื่นๆ ในการจัดการความปวดจากมะเร็งระดับปานกลางถึงรุนแรงนอกจากการจัดการกับความปวดแล้ว ผู้ป่วยควรได้รับการดูแลอาการไม่สบายอื่นๆที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยร่วมด้วย

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

การรักษาจะมีหลายวิธี การรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ถือว่าเป็นการรักษาหลักสำหรับผู้ป่วยมะเร็งส่วนใหญ่ ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดควรได้รับคำแนะนำด้านยาและการปฏิบัติตัวเพื่อให้ทราบแนวทางในการจัดการกับอาการไม่พึงประสงค์ และเพื่อให้ได้รับผลสัมฤทธิ์สูงสุดจากการรักษา เภสัชกรเป็นส่วนหนึ่งของทีมรักษาที่มีบทบาทในการให้คำแนะนำความรู้เกี่ยวกับยาเคมีบำบัด อาการและการจัดการกับอาการไม่พึงประสงค์จากยา ส่งผลให้ผู้ป่วยดูแลตนเองจากอาการไม่พึงประสงค์ต่างๆ และมีความพึงพอใจต่อการให้คำแนะนำของเภสัชกร (วารสารเภสัชศาสตร์อีสาน., 2552) นอกจากนี้เภสัชกรยังมีบทบาทในการช่วยติดตามประเมินระดับความปวดและประสิทธิภาพในการจัดการกับความปวดโดยใช้ยาระงับปวดตามแนวทางปฏิบัติขององค์การอนามัยโลก (วารสารเภสัชศาสตร์อีสาน., 2551)

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

ในของผู้วิจัย พบผู้ป่วยมะเร็งยังได้รับการดูแลไม่ครอบคลุม โดยเฉพาะอาการปวด แม้อีกการอนามัยโลกจะให้ความสำคัญและประกาศว่าเป็นสิทธิมนุษยชนพื้นฐานที่ผู้ป่วยทุกคนพึงได้รับก็ตาม พบปัญหาที่เกิดขึ้นในกระบวนการใช้ยา ได้แก่ การใช้ยาระงับปวดไม่สอดคล้องกับระดับความปวด การเลือกชนิดของยาระงับปวดไม่เหมาะสม หรือซ้ำซ้อน ไม่ได้ให้ยาระบายสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับยากลุ่มโอปิออยด์ (opioids) ลักษณะการบริหารยาระงับปวดไม่ต่อเนื่องตลอดเวลา (WHO Analgesic Ladder) จากการปฏิบัติงานที่ผ่านมา พบว่าบทบาทของเภสัชกรในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเป็นเพียงบทบาทในการจ่ายยาเท่านั้น ยังไม่มีบทบาทในการให้การบริบาลเภสัชกรรมร่วมกับแพทย์และพยาบาลในการให้การดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็ง ไม่มีส่วนร่วมในการจัดการปัญหาด้านยาและการจัดการความปวด ดังนั้นผู้วิจัยซึ่งเป็นหนึ่งในทีมสหวิชาชีพเห็นความสำคัญของการให้การบริบาลทางเภสัชกรรม โดยเพิ่มการมีส่วนร่วมของแพทย์และพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง จึงมีความสนใจที่จะศึกษาผลการมีส่วนร่วมของเภสัชกรในการจัดการปัญหาด้านยาและการจัดการความปวดผู้ป่วยมะเร็งในรพ.ว่าสามารถมีส่วนช่วยในการป้องกัน ระบุ และแก้ไขปัญหที่อาจเกิดจากการใช้ยาให้มีความเหมาะสม ครอบคลุม สอดคล้องตามแนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาความปวดจากมะเร็งเพียงใด เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาพัฒนาการบริบาลทางเภสัชกรรมในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งในรพ. เพื่อลดความทุกข์ทรมานจากความปวดและเป็นการดูแลแบบประคับประคองด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์

ความมุ่งหมายและวัตถุประสงค์ของการศึกษา

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของเภสัชกรในการบริบาลทางเภสัชกรรมผู้ป่วยมะเร็งในโรงพยาบาล
เจ้าคุณไพบูลย์พนมทวน

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อศึกษาความรู้ความเข้าใจ ปัญหาด้านการใช้ยา และการดูแลปฏิบัติตัวของผู้ป่วย/ญาติ โดยเฉพาะปัญหาเกี่ยวกับการป้องกัน แก้ไขอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา
2. เพื่อศึกษาจำนวนปัญหาจากการใช้ยาที่พบและได้รับการแก้ไข ความรุนแรงของปัญหาอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาที่เกี่ยวข้องกับการให้คำแนะนำปรึกษา
3. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วย/ญาติ และบุคลากรต่อการให้คำแนะนำปรึกษา
4. เพื่อประเมินประสิทธิผลการมีส่วนร่วมของเภสัชกรในการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพิ่มคุณภาพในการดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งที่มารับบริการที่โรงพยาบาลเจ้าคุณไพบูลย์พนมทวน
2. เพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานร่วมกันเป็นทีม
3. ได้รูปแบบการดำเนินกิจกรรมของเภสัชกรในการป้องกันและแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้นจากการใช้ยา

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเพื่อพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของเภสัชกรในการบริหารทางเภสัชกรรมผู้ป่วยมะเร็งในโรงพยาบาลเจ้าคุณไพบูลย์พนมทวน ตั้งแต่ กรกฎาคม 2556 ถึง มีนาคม 2557 การวิจัยผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ บุคลากรด้านสาธารณสุขที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยของโรงพยาบาลเจ้าคุณไพบูลย์พนมทวน เช่น แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัด และนักวิทยาศาสตร์การแพทย์ เป็นต้น

ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ ใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) คือ ทีมสหวิชาชีพที่ทำหน้าที่ร่วมกันในการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง จำนวน 18 คน ประกอบด้วย

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

พยาบาล จำนวน 12 ท่าน ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานประจำที่แผนกผู้ป่วยใน เภสัชกร จำนวน 1 ท่าน หมายถึง ผู้วิจัย ซึ่งทำหน้าที่ให้การบริหารทางเภสัชกรรม

กลุ่มเป้าหมาย

ผู้ป่วยมะเร็งทุกรายที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยใน ตั้งแต่กรกฎาคม 2556-มีนาคม 2557 จำนวน 45 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. การทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย ผู้วิจัยได้ทบทวนเอกสารวิจัยผ่านระบบค้นหา อิเล็กทรอนิกส์ โดยใช้คำสำหรับค้นหาว่า “แนวทางการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง” “การวิจัยเชิงปฏิบัติการ” และ “การบริหารทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยมะเร็ง”

2. การทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เพื่อสืบค้นข้อมูลเกี่ยวกับแนวทางการดูแลรักษา สาเหตุของการนอนโรงพยาบาล รายการยาและปัญหาจากการใช้ยาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย

3. การสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion)

3.1 การนำเสนอข้อมูลสถานการณ์ การดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การวิเคราะห์ความเสี่ยงที่พบในกระบวนการดูแลรักษาในรูปแบบเดิม เปรียบเทียบความแตกต่างของการให้บริการกับมาตรฐานการดูแลที่ผู้ป่วยควรได้รับ (Gap Analysis)

3.2 การระดม และรวบรวมความคิดเห็น มีดังนี้

3.2.1 รูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งอย่างต่อเนื่อง ครอบคลุมควรเป็นอย่างไร

3.2.2 บทบาท หน้าที่ของแต่ละวิชาชีพที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย ควรทำอะไรบ้าง

3.2.3 เปรียบเทียบรูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งกับหน่วยงานอื่นซึ่งได้จากการทบทวนงานวิจัยและเอกสารที่เกี่ยวข้อง

ตัวแปรต้น

1. บริบทของโรงพยาบาลเจ้าคุณไพบูลย์พนมทวน
2. นโยบายด้านการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย และแนวทางการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง
3. การศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งของโรงพยาบาลต่าง ๆ จากการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้อง

ตัวแปรตาม

1. รูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลเจ้าคุณไพบูลย์ พนมทวน
2. รูปแบบการมีส่วนร่วมของเภสัชกรที่เหมาะสมในการบริหารเภสัชกรรมผู้ป่วยมะเร็งของโรงพยาบาลเจ้าคุณไพบูลย์พนมทวน ประกอบด้วย

1. โครงสร้างการจัดตั้งทีมดูแลผู้ป่วยมะเร็งทีมสหวิชาชีพและบทบาทหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง

2. การให้บริการและการดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

2.1 การประเมินปัญหา สาเหตุ ของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

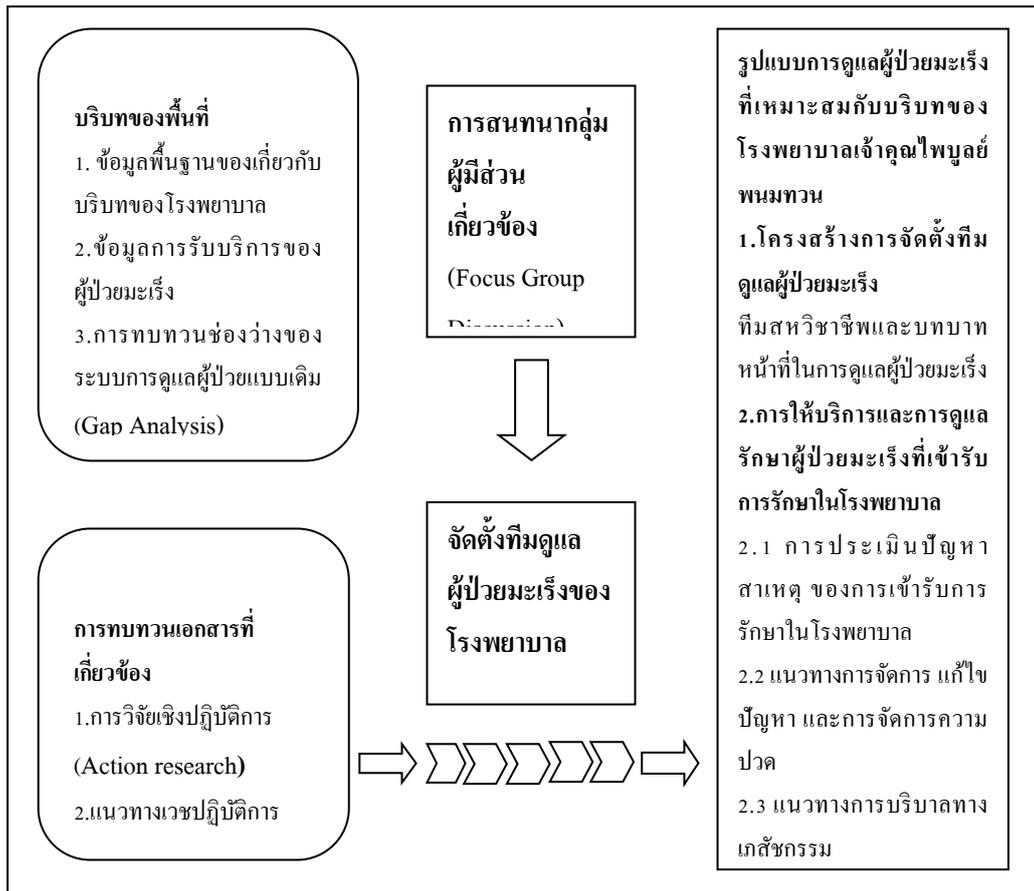
2.2 แนวทางการจัดการ แก้ไข ปัญหา และการจัดการความปวด

2.3 แนวทางการบริหารทางเภสัชกรรม

3. การให้การช่วยเหลือ และติดตามดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้าน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณของผู้ป่วยมะเร็ง โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ
2. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เนื้อหา



รูปที่ 1 กรอบการศึกษาวิจัย

ผลการวิจัย

ผลการศึกษการพัฒนาารูปแบบการมีส่วนร่วมของเภสัชกรในการบริหารทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยมะเร็งที่มารับบริการที่โรงพยาบาลเจ้าคุณไพบูลย์พนมทวน อำเภอนมทวน จังหวัดกาญจนบุรี ที่แผนกผู้ป่วยใน ตั้งแต่ กรกฎาคม 2556 - มีนาคม 2557 นำเสนอผลการศึกษาเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลบริบทของพื้นที่ อันเป็นปัจจัยที่มีผลต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งของโรงพยาบาลเจ้าคุณไพบูลย์พนมทวน

- 1.1 ข้อมูลพื้นฐานของเกี่ยวกับบริบท และศักยภาพของโรงพยาบาล
- 1.2 ข้อมูลการรับบริการของผู้ป่วยมะเร็ง
- 1.3 รูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบเดิม (Gap Analysis)

ส่วนที่ 2 ข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่ม (Focus group) ของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง เรื่องรูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลเจ้าคุณไพบูลย์พนมทวน

ส่วนที่ 3 การสังเคราะห์รูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล เจ้าคุณไพบูลย์พนมทวน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลบริบทของพื้นที่

1.1 ข้อมูลทั่วไปของโรงพยาบาล

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

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

ขอบเขตและศักยภาพของการให้บริการ

บริการหลัก (Main service):

1. ดูแลรักษาพยาบาล ป้องกัน ส่งเสริม ฟื้นฟูสุขภาพ และการส่งกลับโดยบริการปฐมภูมิในเขตพื้นที่รับผิดชอบอำเภอพนมทวน บริการทุติยภูมิโดยรับส่งต่อจาก รพ.สต. ในเครือข่ายบริการ 9 แห่ง

2. สนับสนุนการปฏิบัติตามนโยบายของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและกระทรวงสาธารณสุข
ความสามารถเฉพาะขององค์กร (core competency):

พัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (DM ,HT , AMI, Stroke) ด้วยเครือข่ายชุมชนเข้มแข็งปัญหาสุขภาพที่สำคัญในพื้นที่:

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

ปัญหาสุขภาพที่เป็นโอกาสพัฒนา:

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

โรคที่มีข้อจำกัดในการให้บริการ / ต้องส่งต่อ:

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

ตารางที่ 1 10 อันดับการวินิจฉัยโรคผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเจ้าคุณพิบูลย์พนมทวน

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

ตารางที่ 2 10 อันดับการวินิจฉัยโรคผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเจ้าคุณพิบูลย์พนมทวน

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

ตารางที่ 3 10 อันดับโรค ที่เป็นสาเหตุการตายผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเจ้าคุณพิบูลย์พนมทวน

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

ข้อมูลบุคลากร

แพทย์ ได้แก่ สูติแพทย์ 1 คน แพทย์ทั่วไป 4 คน

พยาบาลวิชาชีพ 52 คน

เภสัชกร 4 คน

นักเทคนิคการแพทย์ 2 คน

นักกายภาพบำบัด 1 คน

แพทย์แผนไทยประยุกต์ 1 คน

1.2 ข้อมูลการรับบริการของผู้ป่วยมะเร็ง

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

1.3 คุณภาพและช่องว่างของระบบการดูแลผู้ป่วยแบบเดิม

เนื่องจากศักยภาพของโรงพยาบาลเจ้าคุณพิบูลย์พนมทวนไม่สามารถให้การรักษาผู้ป่วยมะเร็งเองได้ ผู้ป่วยจะได้รับการวินิจฉัยและรักษาจากโรงพยาบาลที่เป็นเครือข่าย ได้แก่ โรงพยาบาลราชวิถี สถาบันมะเร็งแห่งชาติ และโรงพยาบาลศูนย์ราชบุรี ผู้ป่วยมะเร็งที่มารับบริการในโรงพยาบาลจึงเป็นผู้ป่วยมะเร็งที่เกิดอาการข้างเคียงจากการรักษา มะเร็งระยะสุดท้ายที่ต้องการการดูแลประคับประคอง จากการทบทวนเวชระเบียนของผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลพบ ปัญหาในการดูแลผู้ป่วยหลายประการ ดังนี้

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

ส่วนที่ 2 สนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion)

2.1 ผลการจัดประชุม แลกเปลี่ยนความคิดเห็นของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง

ผู้วิจัยและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องได้ร่วมกันทบทวนปัญหาที่เกิดขึ้นในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งร่วมกัน โดยมีผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ได้แก่

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

ประเด็นที่ใช้ในการเรียนรู้ร่วมกันในเรื่องระบบการให้บริการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแยกเป็น คือ

1. การระบุ ประเมินปัญหา และเป้าหมายของการรักษาให้ครอบคลุม และชัดเจน
2. เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินระดับความปวดของโรงพยาบาล
3. บทบาท หน้าที่ของแต่ละวิชาชีพในการให้การดูแลผู้ป่วย
4. สิ่งที่ต้องการ การสนับสนุนเพิ่มเติมจากทีม และผู้บริหาร

ตารางที่ 4 แสดงรูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่เหมาะสมกับโรงพยาบาลเจ้าคุณไพบูลย์พนมทวน

ประเด็น	ข้อเสนอแนะจากทีมสหวิชาชีพ			
	แพทย์	พยาบาล	เภสัชกร	นักวิทยาศาสตร์การแพทย์
1.การระบุ ประเมินปัญหา และเป้าหมาย ของการรักษา	แพทย์จะระบุปัญหา ให้ครอบคลุม และส่ง Investigate เพิ่มเติมทุกครั้งที่พบ ความเปลี่ยนแปลง พร้อมระบุเป้าหมาย ของการดูแลให้ ชัดเจนเพื่อสื่อสาร ระหว่างแพทย์ พยาบาล และ ผู้เกี่ยวข้อง	-ขอให้แพทย์ช่วยระบุ เป้าหมายของการ รักษา และการวางแผนการ รักษาที่ต้องการให้ พยาบาล หรือ ผู้เกี่ยวข้องรับทราบ -กรณีพบอาการไม่พึง ประสงค์ หรือปัญหา จากยา อยากให้เภสัช กรเข้ามามีส่วนร่วมใน การจัดการปัญหา และ ให้คำแนะนำ		ขอให้มีการ ประสานความ ต้องการ เช่น การใช้เลือด การ ส่งเพาะเชื้อ ล้างหน้า
2.เครื่องมือที่ใช้ ในการประเมิน ระดับความปวด ของโรงพยาบาล		ควรระบุระดับความ ปวดไว้ในแบบฟอร์ม vital sign ของผู้ป่วย เพื่อใช้ในการสื่อสาร ระหว่างวิชาชีพ	ควรใช้เครื่องมือรูปแบบ เดียวกันในการประเมิน ระดับความปวด เพื่อใช้ ในการส่งต่อ ประเมิน และติดตามผลการ จัดการความปวด	
3.แนวทางการ ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง	การทบทวนวิชาการ ควรพูดคุยระหว่าง แพทย์ และ ผู้เกี่ยวข้องเพื่อ สังเคราะห์เป็น รูปแบบการดูแลของ รพ.เจ้าคุณไพบูลย์ พนมทวน			
4.สิ่งที่ต้องการ การสนับสนุน	-เสนอให้นัก กายภาพบำบัดเข้า	-อยากให้รพ.สนับสนุน เครื่องมือ/ อุปกรณ์	-ควรมีการทบทวนความ จำเป็นของรายการยา	

เพิ่มเติมจากทีมและผู้บริหาร	<p>มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย เช่น การสอนญาติเคาะปอด เป็นต้น</p> <p>-เสนอให้เภสัชกรจัดเตรียมยาในรูปแบบที่เหมาะสมกับผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยที่ใส่สายให้อาหาร</p> <p>การปรับขนาดกรณีที่มีอาการปวดกำเริบแก่ผู้ป่วยและญาติ</p>	<p>สำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านร่างกาย เช่น แผลกดทับ หรือ ประสงค์กลับไปเสียชีวิตที่บ้าน ได้แก่ออกซิเจน เตียงที่ปรับระดับได้ ที่นอนลม เครื่องดูดเสมหะ รถเข็นอุปกรณ์ทำแผล เป็นต้น</p>	<p>และรูปแบบยาที่รพ. ควรจัดให้มีในบัญชียาของรพ.</p>	
-----------------------------	---	--	---	--

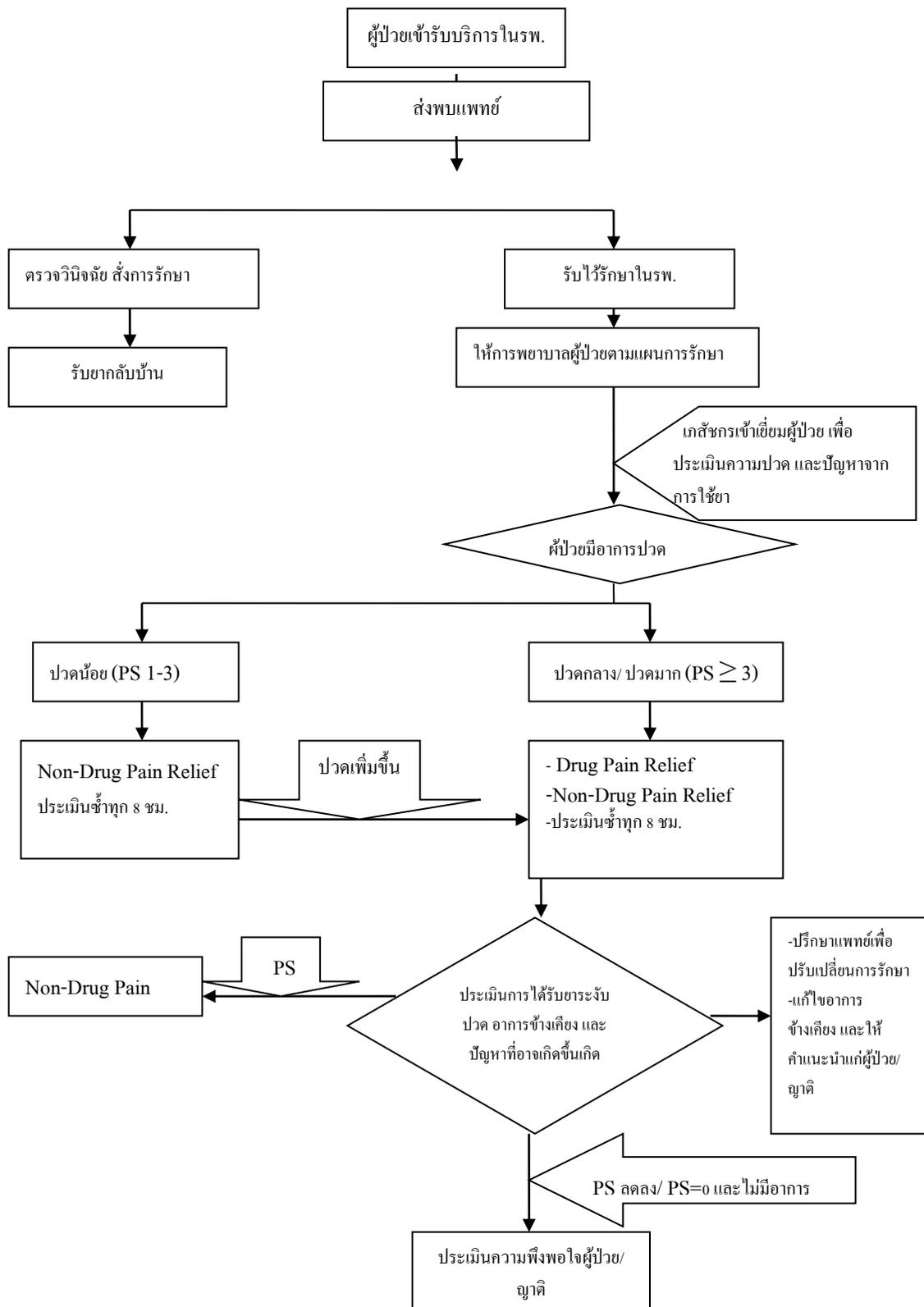
ส่วนที่ 3 การสังเคราะห์รูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล เจ้าคุณไพบูลย์พนมทวน และผลลัพธ์ของการมีส่วนร่วมของเภสัชกรในการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง

3.1 การจัดตั้งทีมดูแลผู้ป่วยมะเร็ง

ศักยภาพของโรงพยาบาล คือ การดูแลระดับประคอง ความต้องการการดูแลของผู้ป่วยมะเร็ง โดยเฉพาะมะเร็งระยะสุดท้ายมีความซับซ้อน การดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย จึงต้องการการประสานงานและการทำงานร่วมกันของทีมสุขภาพ เพื่อช่วยตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวได้อย่างครอบคลุม

โครงสร้างการทำงานของทีม ประกอบด้วย

1. แพทย์ จำนวน 1 คน ทำหน้าที่ เป็นหัวหน้าทีมดูแลผู้ป่วยมะเร็ง
 2. พยาบาล จำนวน 1 คน ทำหน้าที่ เป็นผู้ประสานงานระหว่างแผนก และระหว่างวิชาชีพ
 3. พยาบาลจิตเวช จำนวน 1 คน ทำหน้าที่ ให้คำปรึกษาด้านสุขภาพจิต
 4. เภสัชกร จำนวน 1 คน ทำหน้าที่ประสานงาน และบริหารจัดการด้านยา และให้คำแนะนำการใช้ยาแก่ผู้ป่วยและญาติ
 5. นักกายภาพบำบัด จำนวน 1 คน ทำหน้าที่ในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย
- 3.2 แนวทางการดูแลผู้ป่วยของโรงพยาบาลเจ้าคุณไพบูลย์พนมทวน



1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไปจำแนกตามเพศ

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

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไปจำแนกตามเพศ (ต่อ)

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

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

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

2. ปัญหาการใช้ยา

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบปัญหาด้านการใช้ยาในก่อนและหลังพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย

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

พบว่าจำนวนปัญหาด้านการใช้ยาที่พบก่อนการพัฒนาระบบมีจำนวน 51 ครั้ง จำนวนปัญหาเฉลี่ย 1.46 ครั้งต่อผู้ป่วย 1 ราย ส่วนหลังพัฒนาระบบ ซึ่งเภสัชกรได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ร่วมกับแพทย์ พยาบาล พบจำนวนปัญหาด้านการใช้ยาลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนพัฒนาระบบ โดยพบปัญหาด้านการใช้ยา รวม 16 ครั้ง จำนวนปัญหาเฉลี่ย 0.47 ครั้งต่อผู้ป่วย 1 ราย ดังแสดงในตารางที่ 6

3. สาเหตุของการเข้ารับการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งในโรงพยาบาล

ตารางที่ 7 สาเหตุและวันนอนเฉลี่ยของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยมะเร็งในแต่ละช่วงเวลา

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

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

4. ความรู้ความเข้าใจ ปัญหาด้านการใช้จ่าย ของผู้ป่วย/ ญาติ (ความรู้)

ทีมสหวิชาชีพที่จัดตั้งขึ้น ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัด และนักเทคนิคการแพทย์ สมาชิกในทีมรับรู้ต่อปัญหาที่เกิดขึ้นในกระบวนการดูแลผู้ป่วย และคาดหวังที่จะพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลให้ดีขึ้น สอดคล้องกับศักยภาพของโรงพยาบาลที่สามารถให้การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง สามารถให้การตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและญาติอย่างครอบคลุม จากการดำเนินการและการทบทวนสถานการณ์การดูแลผู้ป่วย พบปัญหาที่เกิดขึ้น ได้แก่ กระบวนการดูแลผู้ป่วย และแผนการดูแลทางคลินิกยังไม่ครอบคลุม ขาดการประสานเชื่อมโยงการดูแลผู้ป่วยระหว่างแผนกและระหว่างวิชาชีพ ผลลัพธ์การดูแลยังไม่ครอบคลุมปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้า เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการรักษา ซึ่งผู้วิจัยให้ความสนใจกับปัญหาที่เกิดขึ้นจากการใช้จ่าย มีจำนวน 51 ครั้ง จำนวนปัญหา

เฉลี่ย 1.46 ครั้งต่อผู้ป่วย 1 ราย ปัญหาที่พบ 3 ลำดับแรก ได้แก่ การไม่ได้รับยาบรรเทาอาการผู้ป่วยได้รับยาแก้ปวดกลุ่ม Opioids การใช้ weak opioids ร่วมกับ strong opioids และการไม่บริหารยาแก้ปวดในลักษณะต่อเนื่องแบบ around the clock นอกจากนี้ยังพบปัญหาในด้านความรู้ ความเข้าใจของผู้ป่วยและญาติในด้านการดูแลปฏิบัติตัว การเข้าใจเรื่องการใช้ยา และการจัดการเมื่อมีอาการปวดกำเริบ รวมถึงอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นจากการรักษาและการใช้ยา ซึ่งปัญหาที่พบในผู้ป่วยและญาติ ได้แก่ การไม่ใช้ยาแก้ปวดแบบต่อเนื่องแบบ around the clock การจัดการเมื่อมีอาการปวดกำเริบ และการดูแลปฏิบัติตัวเพื่อลดอาการข้างเคียงจากการใช้ยา ในส่วนของบุคลากร ได้มีการจัดอบรมให้ความรู้แก่บุคลากรเรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และการจัดการความปวด (Palliative care & Pain management) โดยวิสัญญีแพทย์ (วันที่ 11 กันยายน 2556) เพื่อให้บุคลากรมีความรู้ความเข้าใจ และสามารถให้การดูแลผู้ป่วยด้วยมาตรฐานเดียวกัน

5. ความพึงพอใจของผู้ป่วย ญาติ และบุคลากรที่มีต่อบทบาทของเภสัชกร (เปรียบเทียบก่อนหลัง)

ความพึงพอใจของผู้ป่วยที่มีต่อเภสัชกร

พบว่าผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจเรื่องยา อาการข้างเคียง และการปฏิบัติตัวและได้รับประโยชน์จากการให้คำแนะนำปรึกษาเพิ่มมากขึ้น เมื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจของผู้ป่วยที่มีต่อเภสัชกรโดยรวมมากกว่าก่อนที่เภสัชกรได้เข้าไปให้คำแนะนำปรึกษา โดยความพึงพอใจที่มีต่อเภสัชกรโดยความพึงพอใจโดยรวมมีค่าเฉลี่ยก่อนและหลัง = 3.26 และ 4.12 ดังแสดงในตารางที่ 8

ตารางที่ 8 ความรู้เรื่องยา ประโยชน์ และความพึงพอใจของผู้ป่วย เปรียบเทียบก่อนให้คำแนะนำปรึกษาจากเภสัชกร

หัวข้อ	ก่อนการให้คำแนะนำ (N=35)		หลังการให้คำแนะนำ (N=34)	
	X	SD	X	SD
1. ความรู้ความเข้าใจในเรื่องการใช้ยา และการปฏิบัติตัว หลังการให้คำแนะนำของเภสัชกร	3.34	0.48	3.94	0.34
2. ความพึงพอใจของท่านที่มีต่อเภสัชกรในด้านการให้ข้อมูล เรื่องอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา	3.06	0.39	4.38	0.84
3. ความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตัว ถ้ามีอาการข้างเคียง เกิดขึ้น	3.09	0.05	4.00	0.09
4. กิริยามารยาท การให้เกียรติ การแสดงความใส่ใจ ความ เป็นกันเองของเภสัชกร	3.11	0.32	4.32	0.48
5. ประโยชน์ที่ท่านได้รับจากการให้คำปรึกษาเรื่องยาของ เภสัชกร	3.23	0.43	4.03	0.46
ความพึงพอใจที่มีต่อเภสัชกรโดยรวม	3.26	0.44	4.12	0.48

6. ความพึงพอใจของบุคลากรที่มีต่อเภสัชกร

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

ตารางที่ 9 ความพึงพอใจของบุคลากรที่มีต่อเภสัชกรก่อนและหลังการให้คำแนะนำปรึกษาผู้ป่วย

หัวข้อ	ก่อนการให้ คำแนะนำ (N=17)		หลังการให้ คำแนะนำ (N=17)	
	X	SD	X	SD
	1. การปฏิบัติงานบริหารทางเภสัชกรรมมีประโยชน์	3.06	0.06	4.47
2. การบริหารทางเภสัชกรรมมีส่วนช่วยส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยาของผู้รับบริการได้	3.06	0.06	4.65	0.12
3. เภสัชกรสามารถช่วยป้องกันแก้ไขปัญหาการใช้ยาของผู้รับบริการได้	3.12	0.08	4.65	0.12
4. การป้องกันปัญหาจากการใช้ยาสามารถลดค่าใช้จ่ายในการรักษาได้	3.06	0.06	4.47	0.12
5. ควรขยายงานบริหารทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยกลุ่มอื่น ๆ เพิ่มขึ้น	3.06	0.06	4.41	0.12
ความพึงพอใจที่มีต่อเภสัชกรโดยรวม	3.20	0.41	4.07	0.59

สรุปและอภิปรายผล

1. การให้การบริการทางเภสัชกรรมในรูปแบบสหวิชาชีพ ช่วยส่งเสริมให้การรักษาเป็นไปอย่างเหมาะสม และมุ่งสู่จุดมุ่งหมายของการรักษา โดยผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคอง มีความเจ็บปวด และทรมานทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เกิดปัญหาที่ซับซ้อน ทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวด กระวนกระวาย ซึมเศร้า หายใจลำบาก ท้องผูกและอาการไม่สุขสบายอื่น ๆ ทำให้ต้องเข้าออกโรงพยาบาลเป็นระยะๆ ความตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลรักษาความปวด การร่วมปรึกษา หรือส่งต่อการดูแลด้านความปวดระหว่างแพทย์ พยาบาล และเภสัชกรที่ให้การดูแลผู้ป่วย โดยเภสัชกรจะมีบทบาทในการช่วยแพทย์ตัดสินใจเลือกใช้ยาชนิดต่างๆ วิธีการจัดซื้อจัดหา รวมถึงแหล่งของยาได้มาของยาเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยลดความทุกข์ทรมานจากความปวด และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (กรมการแพทย์, 2547) เช่นเดียวกัน จากการศึกษาพบว่าสาเหตุของการเข้ารับการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งในโรงพยาบาล 3 ลำดับแรก ก่อนพัฒนาระบบ ได้แก่ อาการปวด/ เจ็บ อ่อนเพลีย/ เหนื่อยล้า และท้องอืด / แน่นท้อง/ ท้องผูก และหลังพัฒนาระบบ ได้แก่

อาการปวด/ เจ็บ ไข้/ ติดเชื้อ อ่อนเพลีย/ เหนื่อยล้า และท้องอืด / แน่นท้อง/ ท้องผูก ซึ่งอาการเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยได้รับความไม่สุขสบาย และอาจต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำเป็นระยะ

2. การศึกษารูปแบบการให้การบริบาลทางเภสัชกรรมแบบมีส่วนร่วม ช่วยให้เกิดการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยมะเร็งอย่างครอบคลุม และส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่ดี และได้รับการแก้ไขปัญหเกี่ยวกับยาและอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้น เช่น การเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน จาก Tramadol การเกิดอาการท้องผูกจากยาในกลุ่ม opioids หรือวิธีการจัดการและการใช้ยาเมื่ออาการปวดกำเริบ เป็นต้น ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจ นอกจากนี้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งในรูปแบบสหวิชาชีพ โดยเภสัชกรเข้ามามีส่วนร่วม ส่งผลให้เกิดการพัฒนากระบวนการและความสามารถของบุคลากรในทีมสหสาขาวิชาชีพ เนื่องจากมีการแลกเปลี่ยนความรู้ซึ่งกันและกัน เภสัชกรมีหน้าที่ให้ข้อมูลด้านยา ทำให้ทีมได้มีความรู้ด้านยาและสามารถปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ สำหรับข้อมูลที่มีปัญหาในความไม่ชัดเจน เภสัชกรจำเป็นต้องสืบค้นข้อมูล วิเคราะห์และสรุปผลร่วมกันเพื่อนำมาประยุกต์ใช้ในคลินิก สอดคล้องกับการศึกษาของพิไลวรรณ จันทร์สุกรี กัญญารัตน์ ผึ้งบรรหาร และหทัยรัตน์ จิรนนทิพัทธิ (2553) ได้ทำการศึกษารูปแบบการจัดการรายกรณีในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอุดรดิตต์ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (participatory action research) ของทีมสุขภาพ ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ และเภสัชกร นักกายภาพบำบัด โภชนาการ นักเทคนิคการแพทย์ นักรังสีวิทยา อย่างละ 1 คน ศึกษาผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่เข้ารับการรักษาด้วยการผ่าตัดเต้านมครั้งแรก ไม่มีภาวะเจ็บป่วยหรือโรคแทรกซ้อนรุนแรง จำนวน 60 คน พบว่าผลการพัฒนารูปแบบการจัดการรายกรณีในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม แบบ Hospital Case Management โดยมีพยาบาลวิชาชีพเป็นผู้จัดการรายกรณี ปฏิบัติงานร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ทำให้เกิดผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยที่ดี สามารถปฏิบัติได้จริง เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วย ประหยัดค่าใช้จ่ายในการดูแล และทีมมีความพึงพอใจในการใช้ในระดั้มาก ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม หลังใช้รูปแบบการจัดการรายกรณี ดีกว่าก่อนใช้ คือ ไม่พบข้อไหล่ติด การติดเชื้อของแผลผ่าตัด และ Readmission ช่องปากอักเสบรุนแรงลดลง จำนวนวันนอนหลังใช้น้อยกว่าก่อนใช้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.001 ค่าใช้จ่าย พบว่าแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ความพึงพอใจและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.001 สรุปได้ว่า การพัฒนารูปแบบการจัดการรายกรณีในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม โดยทีมสหวิชาชีพ ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย และช่วยให้เกิดความคุ้มค่าด้านค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วย

3. การให้การบริบาลทางเภสัชกรรมผู้ป่วยมะเร็ง เภสัชกรมีบทบาทสำคัญในการค้นหา แก้ไข และป้องกันปัญหาจากการใช้ยา จากการศึกษา พบว่าจำนวนปัญหาด้านการใช้ยาที่พบก่อนการพัฒนาระบบมีจำนวน 51 ครั้ง จำนวนปัญหาเฉลี่ย 1.46 ครั้งต่อผู้ป่วย 1 ราย ส่วนหลังพัฒนาระบบ ซึ่งเภสัชกรได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ร่วมกับแพทย์ พยาบาล พบจำนวนปัญหาด้านการใช้ยาลดลง เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนพัฒนาระบบ โดยพบปัญหาด้านการใช้ยารวม 16 ครั้ง จำนวนปัญหาเฉลี่ย 0.47 ครั้งต่อผู้ป่วย 1 ราย สอดคล้องกับการศึกษาของกชรัตน์ ชิวพฤกษ์ และ ธนียา เจริญเสรีรัตน์ (2551) พบปัญหาจากการใช้ยา คือ อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา 17 ครั้ง เช่น อาการท้องผูกจากการใช้ opioids รองลงมา คือ ปัญหาจากการใช้ยาไม่เหมาะสม 11 ครั้ง เช่น ผู้ป่วยได้รับ strong opioids ร่วมกับ weak opioids และปัญหาอื่นๆ เช่น ผู้ป่วยใช้

MST[®] เป็น rescue drug โดยเภสัชกรปรึกษาแพทย์เพื่อให้แก้ไข้ปัญหาทั้งหมด 49 ครั้ง และได้รับการแก้ไข้ปัญหา 44 ครั้ง รวมถึงเภสัชกรได้แนะนำการใช้ยาถูกต้องเหมาะสมให้กับผู้ป่วย 17 ราย และผู้ป่วยทุกรายให้ความร่วมมือในการ ใช้ยา และธรรณี คงทะเล (2548) ผลการให้บริบาลทางเภสัชกรรมเกี่ยวกับการรักษาอาการปวดในผู้ป่วยมะเร็ง ณ หอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลรามธิบดี หลังจากให้การบริบาลทาง เภสัชกรรม พบว่าผู้ป่วยมีคะแนนความปวดลดลงอย่างมีนัยสำคัญ (Paired sample t-test, p-value <0.001) และอาการปวดลดลงอย่างต่อเนื่องจนผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วย พบปัญหาจากการใช้ยาเฉลี่ย ร้อยละ 9.7 ต่อผู้ป่วย 1 ราย สำหรับปัญหาที่พบมากที่สุด คือ อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา แพทย์และผู้ป่วยยอมรับแนวทางแก้ไข้ปัญหาจากการใช้ยา ร้อยละ 91 และ 96 ตามลำดับ เมื่อสิ้นสุดการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 14 ไม่มีความปวด และร้อยละ 48 ให้คะแนนความปวดน้อยกว่า 3 สรุปได้ว่า การให้บริบาลทางเภสัชกรรมเกี่ยวกับการรักษาอาการปวดในผู้ป่วยมะเร็งโดยเภสัชกรในรูปแบบสหวิชาชีพ สามารถควบคุมความปวด ลดปัญหาจากการใช้ยา ทำให้มีผู้ป่วยที่สามารถควบคุมความปวดมากขึ้น

4. ผลการให้บริบาลทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยมะเร็งต่อความรู้เรื่องโรค และยา และอาการไม่พึงประสงค์ ส่งผลให้ผู้ป่วย มีความพึงพอใจต่อการบริบาลทางเภสัชกรรม จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเรื่องยา อาการข้างเคียง และการปฏิบัติตัวและได้รับประโยชน์จากการให้คำแนะนำปรึกษาเพิ่มมากขึ้น เมื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจของผู้ป่วยที่มีต่อเภสัชกรโดยรวมมากกว่าก่อนที่เภสัชกรได้เข้าไปให้คำแนะนำปรึกษา โดยความพึงพอใจต่อเภสัชกรโดยรวมมีค่าเฉลี่ย ก่อนและหลัง = 3.26 และ 4.12 สอดคล้องกับเบญจมาศ คุณะณี และสุธาณี หัสรินทร์ (2554) ที่ศึกษาผลการให้บริบาลทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ต่อความรู้เรื่องโรค และยาเคมีบำบัด พฤติกรรมการดูแลตนเอง ความรุนแรงของอาการไม่พึงประสงค์ คุณภาพชีวิตและความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการบริบาลทางเภสัชกรรม ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเพศหญิงที่เข้ารับการรักษา ณ ศูนย์มะเร็งอุดรธานี ระหว่างเดือนมกราคมและ มีนาคม 2552 โดยผู้เข้าร่วมการศึกษาเคยได้รับยาเคมีบำบัดมาแล้วอย่างน้อย 1 รอบ มีผู้ป่วยทั้งหมด 46 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 22 ราย และกลุ่มศึกษา 24 ราย ทั้งสองกลุ่มได้รับการทดสอบ pre-test ก่อนได้รับยาเคมีบำบัด ในกลุ่มศึกษาได้รับการบริบาลทางเภสัชกรรม (ได้แก่ความรู้เรื่องโรค ยาเคมีบำบัดและการดูแลรักษาตนเอง) ทำการทดสอบ post-test เมื่อผู้ป่วยกลับมารับยาเคมีบำบัดในรอบถัดไป พบว่ากลุ่มศึกษามีคะแนนความรู้ พฤติกรรมการดูแลรักษาตนเอง และคุณภาพชีวิตสูงกว่ากลุ่มควบคุม ความรุนแรงของอาการไม่พึงประสงค์จากยาเคมีบำบัด (เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ผม่วง) ลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) และมีความพึงพอใจต่อการบริบาลทางเภสัชกรรมในระดับที่สูงกว่ากลุ่มควบคุม และการศึกษาของพิจักษณา มณีพันธุ์, เบญจมาศ คุณะณี ศึกษาผลการให้บริบาลทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักต่อความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย โดยศึกษาผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่เข้ารับการรักษา ณ หอผู้ป่วยให้ยาเคมีบำบัด รพ.ขอนแก่น ระหว่าง 3 มกราคม – 31 มีนาคม 2552 ผู้ป่วยเคยได้รับยาเคมีบำบัดอย่างน้อย 1 รอบรักษา มีผู้ป่วยทั้งสิ้น 29 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม (15 คน) และกลุ่มศึกษา (14 คน) ผู้ป่วยทั้งหมดได้รับการทดสอบ pre-test ก่อนรับเคมีบำบัด ทั้งความรู้เรื่องโรคและยาเคมีบำบัด พฤติกรรมการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิต (โดย FACT-C version 4) กลุ่มศึกษาได้รับการบริบาลทางเภสัชกรรม (ได้แก่ ความรู้เรื่องโรค ยาเคมีบำบัดและการดูแลรักษาตัวเอง)

ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติของหอผู้ป่วยจากนั้นทดสอบ post-test เมื่อผู้ป่วยกลับมารับยาเคมีบำบัดในรอบถัดไปกลุ่มศึกษามีคะแนนความรู้ที่ post-test มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) แต่ไม่พบความแตกต่างทางสถิติระหว่างกลุ่มในด้านพฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิต สรุปได้ว่าเภสัชกรควรมีความตระหนักและมีบทบาทในการให้บริการทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยมะเร็ง เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้เรื่องโรค พฤติกรรมการดูแลรักษาตนเอง และคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะ

จากการวิจัยพบว่า การดูแลผู้ป่วยมะเร็งในรูปสหวิชาชีพ โดยเภสัชกรเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยมะเร็งได้รับการดูแลรักษาอย่างครอบคลุม ได้รับการจัดการแก้ไข ป้องกันปัญหาที่เกิดขึ้น ทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ

การศึกษาครั้งนี้สามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานเพื่อประกอบการวางแผนพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาล ได้แก่

1. ด้านการพัฒนาความรู้และทักษะของบุคลากรในเรื่องการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง และการจัดการความปวดที่มีประสิทธิภาพให้ครอบคลุมทุกวิชาชีพ และทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย
2. ด้านยา ได้แก่ การจัดซื้อจัดหา จัดเตรียมเวชภัณฑ์ยาในรูปแบบที่เหมาะสมกับผู้ป่วย โดยเสนอให้ผู้มีอำนาจในการตัดสินใจ เช่น คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดของโรงพยาบาลได้ทราบข้อมูล และพิจารณานำเข้ายาที่จำเป็นต่อการดูแลผู้ป่วย
3. ด้านการบริหารจัดการ มีการส่งต่อปัญหา และการดูแลผู้ป่วยระหว่างวิชาชีพ และระหว่างแผนก เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความสะดวกสบายจากระบบบริการของโรงพยาบาล
4. ทีมผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งควรเน้นเรื่องการให้ความรู้ที่ถูกต้องแก่ทั้งผู้ป่วยและญาติ เพื่อให้การบำบัดรักษาความปวดมะเร็งได้ผลเต็มที่ ควรเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติสอบถามและรับคำแนะนำในการดูแลผู้ป่วยได้ตลอดเวลา ทั้งโดยวิธีพูดคุยโดยตรง และการรับข้อมูลจากเอกสารแผ่นพับ ส่วนสมาชิกในครอบครัวควรรับรู้และเข้าใจสาเหตุของความปวดของผู้ป่วย รวมทั้งวิธีจัดการกับความปวดเบื้องต้นที่สามารถปฏิบัติได้จริง เช่น ความรู้เกี่ยวกับยาแก้ปวดที่ผู้ป่วยได้รับ อาการดียา และภาวะติดยา เป็นต้น

ข้อจำกัดในงานวิจัย

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

เอกสารอ้างอิง

ภาษาไทย

- กชรัตน์ ชิวพฤกษ์ และธนิยา เจริญเสรีรัตน์. (2551). ผลการให้บริหารทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีอาการปวด. เข้าถึงเมื่อ 1 สิงหาคม. เข้าถึงได้จาก http://www.pharmacy.mahidol.ac.th/thai/research_special_abstract.php?num=52&year=2551.
- กรมการแพทย์. (2547). แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลการรักษาความปวดจากมะเร็ง. เข้าถึงเมื่อ 1 มิถุนายน. เข้าถึงได้จาก <http://www.rcpt.org/index.php/news/2012-09-24-09-26-20/187-2012-11-28-16-03-32.html>.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2541). หนังสือประกอบการประชุมแผนการป้องกัน และควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติ. กรุงเทพมหานคร: ม.ป.ท..
- เฉลิมศรี ภูมิมางกูร. (2543). “การบริหารทางเภสัชกรรม.” ใน ปรัชญาของการบริหารทางเภสัชกรรมปฏิบัติ, 1-19. เฉลิมศรี ภูมิมางกูร และกฤตติกา ตัญญาแสนสุข, บรรณาธิการ. กรุงเทพมหานคร: โอสภกรรมศาสตร์.
- ธราณี คงทะเล. (2548). ผลการให้บริหารทางเภสัชกรรมเกี่ยวกับการรักษาอาการปวดในผู้ป่วยมะเร็ง ณ หอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลรามาริบัติ. เข้าถึงเมื่อ 1 สิงหาคม. เข้าถึงได้จาก <http://www.thaithesis.org/detail.php?id=1202548000524>.
- เบญจมาศ คุณะณี และสุธาสิณี หัสรินทร์. (2554). ผลการให้การบริหารทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด ณ ศูนย์มะเร็งอุดรธานี. เข้าถึงเมื่อ 1 สิงหาคม. เข้าถึงได้จาก <http://db.hitap.net/articles/1606>.
- ประสิทธิ์ บัวเบิก. (2549). ผลของการดำเนินงานบริหารเภสัชกรรมในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด โรงพยาบาลสุรินทร์. เข้าถึงเมื่อ 1 สิงหาคม. เข้าถึงได้จาก <http://news.msu.ac.th/web/dublin.php?ID=13400399171#.VVlqj9KUfTY>.
- พิจักษณ์ มณีพันธุ์, เบญจมาศ คุณะณี. (2552). ศึกษาผลการให้บริหารทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก. เข้าถึงเมื่อ 1 สิงหาคม. เข้าถึงได้จาก <http://db.hitap.net/articles/1752>.
- พิไลวรรณ จันทรสุกกรี, กัญญารัตน์ ผิงบรรหาร และหทัยรัตน์ จิรนนทิพัทธิ. (2553). พัฒนารูปแบบการจัดการรายกรณีในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอุดรดิตถ์. เข้าถึงเมื่อ 1 กรกฎาคม. เข้าถึงได้จาก <https://kmnurse.files.wordpress.com/2011/12/journal37v1.pdf>.
- สมปอง พะมูลิลา. (2554). การวิจัยเชิงปฏิบัติการ. เข้าถึงเมื่อ 1 กรกฎาคม. เข้าถึงได้จาก <http://www.nurse.ubu.ac.th/sub/knowledgedetail/Actionresearch.pdf>.
- สุภัทสรุ สุปงกช, สิริวรรณ และคณะ. (2552). ผลของการให้คำปรึกษาด้านเคมีบำบัดในผู้ป่วยมะเร็งโดยเภสัชกร. เข้าถึงเมื่อ 1 สิงหาคม. เข้าถึงได้จาก <http://www.tci-thaijo.org/index.php/Veridian-E-Journal>

สุภัทสร์ สุปงกช, ศุภัญญา ควรรณิคม และคณะ.(2551). การสำรวจผลของการบรรเทาอาการปวดในผู้ป่วยมะเร็ง
ตามแนวทางเวชปฏิบัติขององค์การอนามัยโลก เข้าถึงเมื่อ 1 สิงหาคม.

เข้าถึงได้จาก <http://www.tci-thaijo.org/index./php/Veridian-E-Journal>

ศิริพร จิรวัดน์กุล. (2557). การวิจัยเชิงปฏิบัติการ. เข้าถึงเมื่อ 1 กรกฎาคม. เข้าถึงได้จาก

<https://www.gotoknow.org/posts/483324/Actionresearch.pdf> .

ภาษาต่างประเทศ

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

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

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

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