

การพัฒนารูปแบบของเภสัชกรในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคอง ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพของโรงพยาบาลสระบุรี

มลิวัลย์ แจ่มแจ้ง, ก.บ.

กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลสระบุรี

e-mail: maliwanjam@gmail.com

วารสารเภสัชกรรมคลินิก. 2566;29(2):103-115.

บทคัดย่อ

ความเป็นมา: การดูแลแบบประคับประคองเป็นการดูแลควบคู่กับการรักษา เน้นเพิ่มคุณภาพชีวิต เป็นการทำงานร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพและมีเภสัชกรเป็นส่วนหนึ่งในทีม

วัตถุประสงค์: เพื่อพัฒนารูปแบบของเภสัชกรร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน

วิธีการวิจัย: เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research) ดำเนินการเป็น 4 ระยะ ได้แก่ 1. การวางแผน (planning) 2. การดำเนินการ (action) 3. การสังเกตและการเก็บข้อมูล (observing) 4. การสะท้อนผลการปฏิบัติ (reflection) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่เข้ารับการรักษาในคลินิกประคับประคองเป็นครั้งแรกและที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เครื่องมือที่ใช้คือแบบบันทึกการบริหารทางเภสัชกรรม สมุดบันทึกการรับประทานยากกลุ่ม opioids ของผู้ป่วย และแบบสอบถามความร่วมมือในการใช้ยา (MTB-Thai) เก็บข้อมูลไปข้างหน้าตั้งแต่ 3 ตุลาคม 2565 ถึงวันที่ 31 มีนาคม 2566 วิเคราะห์ข้อมูล โดยสถิติเชิงพรรณนา paired sample t-test และ Wilcoxon signed rank test

ผลการวิจัย: หลังจากพัฒนารูปแบบของเภสัชกร พบว่าจากจำนวนประชากรผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคอง 410 คน มีการใช้ยากกลุ่ม opioids เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 42.61 เป็นร้อยละ 87.31 ส่วนกลุ่มตัวอย่างจำนวน 82 คนมีคะแนนความร่วมมือในการใช้ยาโดยใช้ MTB-Thai เพิ่มขึ้นจาก 18.11 ± 1.27 คะแนน เป็น 22.56 ± 0.44 คะแนน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) จำนวนปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาทุกชนิดลดลงจาก 96 ปัญหา เหลือ 9 ปัญหา ระยะเวลารอคอยการรับมอร์ฟีนชนิดฉีดลดลงจาก 180 นาที เหลือ 30.25 นาที

สรุปผล: การพัฒนารูปแบบของเภสัชกรในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ส่งผลเพิ่มตัวชี้วัดในการใช้ยากกลุ่ม opioids เพิ่มความร่วมมือในการใช้ยา และลดจำนวนปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาทุกชนิดและลดระยะเวลารอคอยการรับมอร์ฟีนชนิด

คำสำคัญ: เภสัชกร; ผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคอง; สหสาขาวิชาชีพ

Development of Pharmacist's Role in Palliative Care of Cancer Patients with a Multidisciplinary Team at Saraburi Hospital

Maliwan Chaemchaeng, Pharm.D.

Department of Pharmacy Saraburi Hospital

e-mail: maliwanjam@gmail.com

Thai J Clin Pharm. 2023;29(2):103-115.

Abstract

Background: Palliative care is a combination of care and treatment that focuses on improving the quality of life. It is a collaboration between a multidisciplinary team and a pharmacist as part of the team.

Objective: To develop the pharmacists's role in a multidisciplinary in palliative care of cancer patients both outpatients and inpatients at Saraburi Hospital.

Method: This action research consisted of 4 phases. Phase 1: planning, phase 2: implementation, phase 3: observation and data collection, and phase 4: reflection. The subjects were terminally ill cancer patients at the palliative care clinic for the first time and hospitalized patients. The research instrument were the pharmaceutical care record form, patient's opioids intake diary and medication adherence questionnaire (MTB-Thai). Data were collected from October 3, 2022 to March 31, 2023 and were analyzed by descriptive statistics and paired sample t-test.

Result: After developing the roles of pharmacists, it was found among the population of 410 palliative cancer patients, the use of opioids increased from 42.61% to 87.31%, while the sample of 82 patients, their MTB-Thai score increased from 18.11 ± 1.27 to 22.56 ± 0.44 points, the difference was statistically significant ($p < 0.001$). The number of drug related problems was reduced from 96 to 9 problems. The waiting time for injectable morphine was reduced from 180 minutes to 30.25 minutes.

Conclusion: The development of the role of pharmacists in palliative care of cancer patients with a multidisciplinary team resulted in increasing opioid use indicators, opioids adherence, reduced the number of drug related problems and reduced the waiting time for injectable morphine.

Keywords: pharmacist; palliative cancer patients; multidisciplinary team

บทนำ

การดูแลแบบประคับประคอง (palliative care) เป็นการดูแลควบคู่กับการรักษาทางการแพทย์ เน้นการเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว ลดความทุกข์ด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ โดยคำนึงถึงความต้องการและความปรารถนาของผู้ป่วยและครอบครัว จากสถิติขององค์การอนามัยโลก พบผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคองประมาณ 40 ล้านคน แต่มีเพียงร้อยละ 14 เท่านั้นที่ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม¹ สำหรับประเทศไทยเริ่มมีการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองอย่างต่อเนื่องในโรงพยาบาลหลายแห่งตั้งแต่ปี 2559 จากสถิติของกองยุทธศาสตร์และแผนงานสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขปี 2564 มีผู้เสียชีวิตจากมะเร็งทั้งหมด 83,795 คน² ซึ่งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 ของประเทศไทย อัตราการเสียชีวิตต่อประชากรหนึ่งแสนคนเท่ากับ 128.50 ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมักมีอาการหลายด้านโดยเฉพาะความปวด มีการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมะเร็งร้อยละ 46 ได้รับการจัดการอาการปวดที่ไม่เพียงพอ³

วิธีการรักษาแบบประคับประคอง เป็นลักษณะการดูแลรักษาผู้ป่วยร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยมีการบูรณาการองค์ความรู้ต่าง ๆ ร่วมกัน มุ่งให้ความสำคัญกับคุณภาพชีวิตมากกว่าระยะเวลาการมีชีวิตที่เหลืออยู่ของผู้ป่วย โดยดูแลตั้งแต่เริ่มแรก que ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางเคารพในการตัดสินใจของผู้ป่วยและญาติ มีการติดตามการรักษาอย่างสม่ำเสมอไปจนถึงระยะหลังการเสียชีวิต⁴ สำหรับบทบาทของเภสัชกร จากการศึกษาของวรภรณ์⁵ พบว่าการบริหารทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยประคับประคอง มีผลช่วยลดเรื่องความปวดได้ดีขึ้น และลดปัญหาที่เกี่ยวข้องจากการใช้ยาได้ ซึ่งบทบาทของเภสัชกรในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง มีดังนี้

1. การดูแลเกี่ยวกับกระบวนการใช้ยาของผู้ป่วยในแต่ละสถานบริการ การจัดการปัญหาการใช้ยาตามแนวทางของ Cipolle RJ และคณะ⁶⁻⁷
2. การให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา ผู้ป่วยบางราย

มีการใช้ยาหลายรายการซึ่งอาจนำมาสู่การเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ได้ ดังนั้นเภสัชกรควรพิจารณาถึงความเหมาะสมและความจำเป็นในการใช้ยา การใช้ยาในรูปแบบต่าง ๆ เช่น ยาฉีดสำหรับผู้ป่วยที่จำเป็นต้องใช้ syringe driver การใช้แผ่นแปะแก้ปวด โดยเภสัชกรให้ข้อมูลกับผู้ป่วย ผู้ดูแล ครอบครัว และทีม ผู้ป่วยระยะสุดท้ายอาจจำเป็นต้องมีการบริหารยาในวิธีอื่นนอกเหนือจากที่ใช้ในผู้ป่วยทั่วไป เช่น การใช้ยาเม็ด lorazepam ทาง sublingual ในการรักษาอาการเหนื่อยที่มีความกังวลร่วมด้วย และตัวอย่างการใช้ 1% atropine ophthalmic drops หยด 2-4 หยด บริเวณใต้ลิ้น ทุก 4-6 ชั่วโมง เพื่อลดสารคัดหลั่ง⁵

3. การจัดการเกี่ยวกับระบบยา เช่น ระบบจัดการยาแก้ปวดกลุ่ม opioids ต้องเลือกใช้ยาระงับปวดตาม WHO analgesic ladder และเหมาะสมกับระดับความปวดของผู้ป่วย ตลอดจนให้ยาระงับปวดตามเวลา (around the clock) บริหารยาโดยให้รับประทานเป็นอันดับแรก ปรับขนาดยาตามระดับความปวด และให้ยาระบายเพื่อป้องกันอาการท้องผูกจากยากกลุ่ม opioids⁸

4. การพัฒนาระบบการจัดการด้านยา การจัดทำนโยบายการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

5. การสนับสนุนให้เกิดเครือข่ายที่สามารถให้ความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วยด้านยา⁵

โรงพยาบาลสระบุรีเป็นโรงพยาบาลศูนย์ขนาด 700 เตียง การรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งแบบประคับประคองมีแพทย์และพยาบาลเป็นผู้ให้การรักษาและดูแลผู้ป่วยไม่มีเภสัชกรเข้าไปร่วมในทีม ทั้งนี้ผู้ป่วยมะเร็งในระยะสุดท้ายจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยยาแก้ปวดกลุ่ม opioids แต่พบว่า ในปีงบประมาณ 2565 ร้อยละการบรรเทาอาการปวดและการจัดการอาการต่าง ๆ ด้วย strong opioids ในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายของโรงพยาบาลสระบุรีดำเนินการได้เพียงร้อยละ 42.61 ต่ำกว่าเป้าหมายที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดร้อยละ 50 ดังนั้นอาจมีผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับยา แต่ไม่ได้รับยา หรืออาจมีปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาอีกมากที่ต้องการการแก้ไข งานวิจัยนี้จึงจัดทำขึ้นเพื่อพัฒนาบทบาทของ

เภสัชกรในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน

วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนาบทบาทของเภสัชกรร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน

วิธีการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research) ดำเนินการเป็น 4 ระยะ ได้แก่ 1. การวางแผน (planning) 2. การดำเนินการ (action) 3. การสังเกตและการเก็บข้อมูล (observing) 4. การสะท้อนผลการปฏิบัติ (reflection) เริ่มดำเนินการในเดือนกันยายน 2565 เก็บข้อมูลไปข้างหน้าตั้งแต่ 3 ตุลาคม 2565 ถึง 31 มีนาคม 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษารูปแบบบทบาทของเภสัชกรในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ และติดตามประเมินผลความร่วมมือในการใช้ยา กลุ่ม opioids ของผู้ป่วย จำนวนปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาทุกชนิด และระยะเวลารอคอยการรับมอร์ฟีนชนิดฉีดหลังการมีส่วนร่วมของเภสัชกร ประชากรเป็นผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่เข้ารับการรักษาในคลินิกประคับประคองเป็นครั้งแรกตั้งแต่วันที่ 3 ตุลาคม 2565 ถึงวันที่ 31 มีนาคม 2566 จำนวน 410 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากเกณฑ์ขนาดของประชากร จำนวนตั้งแต่ 101-999 ให้ใช้ขนาดตัวอย่างร้อยละ 15-30⁹ ในงานวิจัยนี้จึงเลือกร้อยละ 20 ได้จำนวนตัวอย่างเท่ากับ 82 คน

เกณฑ์คัดเข้า: ผู้ป่วยมะเร็งที่แพทย์วินิจฉัยว่าอยู่ระยะสุดท้ายและมีการใช้ยาในกลุ่ม opioids มาก่อนแล้ว

เกณฑ์คัดออก: ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ไม่มาตามนัด

การศึกษาระยะเวลารอคอยการรับมอร์ฟีนชนิด

ฉีดก่อนการมีส่วนร่วมของเภสัชกร ประชากรเป็นผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่นอนโรงพยาบาลที่ใช้มอร์ฟีนชนิดฉีด ในปีงบประมาณ 2565 จำนวน 303 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 10 คัดเลือกโดยสุ่มจากเลข hospital number ที่ลงท้ายเป็นเลขคู่ จำนวน 35 คน

การศึกษาระยะเวลารอคอยการรับมอร์ฟีนชนิดฉีดหลังการมีส่วนร่วมของเภสัชกร ประชากรเป็นผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่นอนโรงพยาบาลที่ใช้มอร์ฟีนชนิดฉีด จำนวน 35 คน

นิยามศัพท์

ผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคอง คือ ผู้ป่วยที่แพทย์ระบุความเห็นว่าไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ และคาดว่าจะมีชีวิตเหลืออยู่น้อยกว่า 1 ปี

ทีมสหสาขาวิชาชีพ หมายถึง แพทย์ เภสัชกร และพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

เครื่องมือในการวิจัย

1. แบบบันทึกการบริหารทางเภสัชกรรมพัฒนาจากแบบบันทึกของคณะเภสัชศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่นร่วมกับโรงพยาบาลศรีนครินทร์ บันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ข้อมูลการใช้ยา กลุ่ม opioids ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาทุกชนิด ระยะเวลารอคอยการรับมอร์ฟีนชนิด

2. สมุดบันทึกการรับประทานยา กลุ่ม opioids ของผู้ป่วย มีวิธีรับประทานยาจำนวนกี่เม็ด วันละกี่ครั้ง เวลาใดบ้าง วิธีการคำนวณร้อยละของความร่วมมือในการใช้ยา มีวิธีคิดดังนี้

ร้อยละของความร่วมมือในการใช้ยา = (A / B) × 100

A = [(จำนวนมือการรับประทานยาที่แพทย์สั่งใช้) - (จำนวนมือที่ผู้ป่วยไม่ได้รับประทานยา)]

B = (จำนวนมือการรับประทานยาที่แพทย์สั่งใช้)

โดยคะแนนที่ยอมรับได้คือร้อยละ 80 ขึ้นไป¹⁰

3. แบบสอบถามพฤติกรรมในการใช้ยาสำหรับคนไทย (medication taking behavior in Thai; MTB-Thai) โดย พรพนทิพา ศักดิ์ทอง และคณะ¹¹ ประกอบด้วยคำถาม 6 ข้อ นำไปทดลองเก็บข้อมูล 10 คนได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.76 คะแนนเต็ม

24 คะแนน (คะแนนร่วมมือร้อยละ 80 คือ 19 คะแนนขึ้นไป) คำถามเกี่ยวกับการลิ้มรับประทานยา 3 ข้อแรกเป็นการลิ้มโดยไม่ได้ตั้งใจ 3 ข้อหลังเป็นการตั้งใจหยุดรับประทานยาเนื่องจากเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา รายละเอียดมีดังนี้

- รับประทานยาถูกต้องทุกครั้ง ในรอบ 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ได้คะแนนเต็ม 4 คะแนน
- รับประทานยาไม่ถูกต้อง 1-2 ครั้ง ในรอบ 2 สัปดาห์ ได้ 3 คะแนน
- รับประทานยาไม่ถูกต้อง 3-4 ครั้ง ในรอบ 2 สัปดาห์ ได้ 2 คะแนน
- รับประทานยาไม่ถูกต้องมากกว่า 5 ครั้ง ในรอบ 2 สัปดาห์ได้ 1 คะแนน

เครื่องมือที่ 3 นี้ได้มีการขออนุญาตเป็นลายลักษณ์อักษรและได้รับอนุญาตจากเจ้าของลิขสิทธิ์ของ MTB-Thai เรียบร้อยแล้ว

ขั้นตอนการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะที่ 1 การวางแผน ผู้วิจัยเก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลร้อยละการบรรเทาอาการปวดและการจัดการอาการต่าง ๆ ด้วย strong opioids ในผู้ป่วยมะเร็งในระยะสุดท้าย จากฐานข้อมูลคอมพิวเตอร์และประวัติในเวชระเบียนผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองที่เข้ารับบริการ ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2564 ถึง 31 สิงหาคม 2565 นำเสนอข้อมูลในที่ประชุมทีมดูแลผู้ป่วยประคับประคองของโรงพยาบาลสระบุรี ซึ่งประกอบด้วยแพทย์เวชกรรมสังคม พยาบาลแผนกประคับประคอง พยาบาลแผนกเยี่ยมบ้าน เภสัชกรดูแลผู้ป่วยประคับประคอง เภสัชกรเยี่ยมบ้าน พยาบาลหออผู้ป่วยอายุรกรรม ทั้งหมดจำนวน 19 คน เมื่อวันที่ 5 กันยายน 2565 ที่ประชุมได้ร่วมกันพิจารณาแนวทางการแก้ไขปัญหาการใช้ยา opioids ในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายซึ่งต่ำกว่าเป้าหมาย โดยกำหนดแนวทางให้มีเภสัชกรเข้าร่วมทีมการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคอง เพื่อให้การใช้ยา opioids ของประชากรที่เป็นมะเร็งระยะสุดท้ายของโรงพยาบาลบรรลุเป้าหมายตามตัวชี้วัด เพิ่มความร่วมมือในการใช้ยา opioids แก้ไขปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้

ยาทุกชนิดที่พบในผู้ป่วย และพิจารณาแนวทางแก้ปัญหาระยะเวลาการรอคอยการรับมอร์ฟีนฉีดในผู้ป่วยนอนโรงพยาบาลมีความล่าช้า เนื่องจากต้องรอให้ห้องจ่ายยาทำการจ่ายยาเสพติดหลังเวลา 16.00 น. ของทุกวัน

ระยะที่ 2 การดำเนินการประชุมชี้แจงแนวทางปฏิบัติและหน้าที่ของเภสัชกรในทีมสหสาขาวิชาชีพ ประกอบด้วยแพทย์เวชกรรมสังคม 5 คน พยาบาลแผนกประคับประคอง 3 คน พยาบาลแผนกเยี่ยมบ้าน 3 คน เภสัชกรดูแลผู้ป่วยประคับประคอง 2 คน เภสัชกรเยี่ยมบ้าน 2 คน พยาบาลหออผู้ป่วยอายุรกรรม 4 คน ทั้งหมดจำนวน 19 คน ประชุมเมื่อวันที่ 16 กันยายน 2565 และเริ่มการปฏิบัติตามแนวทางที่คลินิกประคับประคองทุกวันจันทร์ และหออผู้ป่วยอายุรกรรมทุกวันทำการ โดยมีเภสัชกรแผนกประคับประคอง 2 คน เริ่มดำเนินการวันที่ 3 ตุลาคม 2565 เวลา 8.30-16.30 น.

ระยะที่ 3 การสังเกตและการเก็บข้อมูล โดยเภสัชกร 2 คนที่เข้าร่วมทีมสหสาขาวิชาชีพในคลินิกประคับประคองทุกวันจันทร์ และหออผู้ป่วยอายุรกรรมทุกวันทำการ รวบรวมข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย พิจารณาข้อมูลการใช้ยาทุกชนิด ประเมินความร่วมมือในการใช้ยาโดยนับจำนวนยา opioids ที่เหลือร่วมกับการตรวจสอบข้อมูลในสมุดบันทึกการรับมอร์ฟีนของผู้ป่วย และให้ผู้ป่วยหรือญาติที่เป็นคนจัดยาให้ผู้ป่วยรับประทานทำแบบสอบถาม MTB-Thai ด้วยตนเอง ค้นหาปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาทุกชนิด บันทึกข้อมูลในแบบบันทึกการบริบาลทางเภสัชกรรม บันทึกระยะเวลาการรอคอยการรับมอร์ฟีนฉีดเมื่อผู้ป่วยมานอนในโรงพยาบาลจากข้อมูลเวลาที่แพทย์สั่งยาและเวลาได้รับยาในเวชระเบียนดำเนินการและเก็บข้อมูลไปข้างหน้าตั้งแต่ 3 ตุลาคม 2565 ถึงวันที่ 31 มีนาคม 2566 นัดผู้ป่วยทุก 2 สัปดาห์เพื่อติดตามการใช้ยา

ระยะที่ 4 การสะท้อนผลการปฏิบัติ เป็นการประเมินผลการดำเนินงาน โดยเปรียบเทียบร้อยละการใช้ยา opioids ของประชากรที่เป็นมะเร็งระยะสุดท้ายระหว่างปีงบประมาณ 2565 และ 2566 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการใช้ยา opioids ของ

ผู้ป่วย และจำนวนปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาทุกชนิด ก่อนการมีส่วนร่วมของเภสัชกร (จากการดูแลผู้ป่วยครั้งที่ 1) และหลังการมีส่วนร่วมของเภสัชกร (จากการดูแลผู้ป่วยครั้งที่ 2) และเปรียบเทียบระยะเวลาการรอคอยการรับมอร์ฟีนชนิดฉีดก่อนการมีส่วนร่วมของเภสัชกรจากข้อมูลปีงบประมาณ 2565 และหลังการมีส่วนร่วมของเภสัชกรเมื่อผู้ป่วยมานอนโรงพยาบาล นำเสนอผลต่อทีมสหสาขาวิชาชีพโรงพยาบาลสระบุรี เพื่อการพัฒนาต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไป จำนวนปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา การใช้ยากลุ่ม opioids ในผู้ป่วยระยะสุดท้าย ระยะเวลารอคอยการรับมอร์ฟีนชนิดฉีด ใช้สถิติเชิงพรรณนา ความถี่ ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. เปรียบเทียบคะแนนความร่วมมือในการใช้ยากลุ่ม opioids ก่อนและหลังการมีส่วนร่วมของเภสัชกร ใช้สถิติ paired sample t-test
3. เปรียบเทียบจำนวนปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาทุกชนิดของผู้ป่วยก่อนและหลังการมีส่วนร่วมของเภสัชกร ใช้สถิติ Wilcoxon signed rank test

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาและได้รับอนุญาตจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลสระบุรี ให้ดำเนินการวิจัยได้ เลขที่หนังสือรับรอง EC023/2566

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป

ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ที่แพทย์ระบุความเห็นว่าควรได้รับการรักษาแบบประคับประคอง ที่ผ่านเกณฑ์การคัดเข้ามีจำนวนทั้งหมด 82 คน เป็นเพศหญิง 44 คน (ร้อยละ 53.70) อายุเฉลี่ย 64.04 ± 13.77 ปี ผู้ป่วยจำนวน 53 คน (ร้อยละ 64.60) มีความสามารถในการช่วยเหลือตัวเอง PPS scale อยู่ในช่วง 40-60 ผู้ป่วยจำนวน 39 คน (ร้อยละ 47.50) มีคะแนนความปวดอยู่ในระดับปวดปานกลาง pain score = 4-6 ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นมะเร็งปอด จำนวน 14 คน (ร้อยละ 17.10) ราย-

ละเอียดดังตารางที่ 1

แนวทางปฏิบัติของเภสัชกรในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน

แนวทางปฏิบัติของเภสัชกรในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในที่ได้พัฒนาขึ้น มุ่งเน้นการให้การบริบาลทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วย มีรายละเอียดตามรูปที่ 1

ผลการปฏิบัติตามแนวทางที่พัฒนา

ผลการปฏิบัติตามแนวทางที่พัฒนาพบว่าหลังจากเภสัชกรเข้าร่วมทีมสหสาขาวิชาชีพทำให้การใช้ยากลุ่ม opioids ของประชากรที่เป็นมะเร็งระยะสุดท้ายของโรงพยาบาลจำนวน 410 คน บรรลุเป้าหมายตามตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งกำหนดไว้เท่ากับร้อยละ 50 โดยเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 42.61 ในปีงบประมาณ 2565 เป็นร้อยละ 87.31 ในปีงบประมาณ 2566 รายละเอียดดังตารางที่ 2

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนความร่วมมือในการใช้ยากลุ่ม opioids ก่อนและหลังการมีส่วนร่วมของเภสัชกรจากการนัดติดตามที่ 2 สัปดาห์ โดยใช้แบบสอบถาม MTB-Thai พบว่าก่อนการมีส่วนร่วมของเภสัชกรคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 18.11 ± 1.27 หลังการมีส่วนร่วมคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 22.56 ± 0.44 จากคะแนนเต็ม 24 คะแนน ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.001$ และมีการศึกษาคะแนนความร่วมมือในการใช้ยาจากแบบบันทึกการรับประทานยาในสมุด ร่วมกับนับเม็ดยาที่เหลือของผู้ป่วย พบว่า ร้อยละคะแนนความร่วมมือในการใช้ยาหลังการมีส่วนร่วมของเภสัชกร 2 สัปดาห์เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 73.11 ± 3.11 เป็นร้อยละ 94.27 ± 3.61 ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.001$ รายละเอียดดังตารางที่ 3

ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาทุกชนิดที่ผู้ป่วยได้รับ ที่พบมากที่สุดคือ ผู้ป่วยเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา พบจำนวน 52 คน ค่าเฉลี่ยของปัญหาต่อคนก่อนการมีส่วนร่วมของเภสัชกรเท่ากับ 1.17 หลังการมีส่วนร่วมของเภสัชกรเท่ากับ 0.11 (โดยวัดจากจำนวน

ตารางที่ 1 ลักษณะพื้นฐานของผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคอง จำนวน 82 คน

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	38	46.30
หญิง	44	53.70
อายุเฉลี่ย	64.04 ± 13.77 ปี	
ระดับคะแนน palliative care performance scale (PPS)		
10-30	17	20.70
40-60	53	64.60
70-100	12	14.70
ระดับความปวด (pain score)		
ปวดน้อย (0-3)	9	11.00
ปวดปานกลาง (4-6)	39	47.50
ปวดมาก (7-10)	34	41.50
ชนิดของมะเร็ง		
มะเร็งปอด	14	17.10
มะเร็งลำไส้	11	13.40
มะเร็งปากมดลูก	11	13.40
มะเร็งท่อน้ำดี	9	11.00
มะเร็งเต้านม	7	8.50
มะเร็งตับอ่อน	5	6.10
มะเร็งต่อมลูกหมาก	4	4.90
มะเร็งกระเพาะอาหาร	4	4.90
มะเร็งชนิดอื่น ๆ	17	4.90

ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาทั้งหมด 96 ปัญหาหารด้วยจำนวนผู้ป่วย 82 คน หลังการมีส่วนร่วมของเภสัชกรมีจำนวนปัญหาทั้งหมด 9 ปัญหา หารด้วยจำนวนผู้ป่วย 82 คน) ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.007$) รายละเอียดดังตารางที่ 4

ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาทุกชนิดที่ผู้ป่วยได้รับ และการแก้ไขปัญหาโดยเภสัชกรปรึกษาแพทย์เพื่อ

ทำการเปลี่ยนแปลงคำสั่งใช้ยา มีรายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 5

การวิจัยนี้ พบว่า แพทย์จะสั่งใช้มอร์ฟินชนิดฉีดให้ผู้ป่วย ตั้งแต่เวลา 13.00 น. แต่หผู้ป่วยไม่มีมอร์ฟินชนิดฉีดสำรองไว้บนหอผู้ป่วย ต้องรอรยาจากห้องจ่ายยาซึ่งจะจ่ายยาเสฟติดให้ตั้งแต่เวลา 16.00 น. ของทุกวัน จึงทำให้ผู้ป่วยต้องรอรยาประมาณ 3 ชั่วโมง จึงมีการประชุมทีม

1. หลังจากผู้ป่วยพบแพทย์เพื่อประเมิน ตรวจร่างกาย และส่งยาจากนั้นส่งพบเภสัชกร

2. เภสัชกรพิจารณาข้อมูลการใช้ยาทุกชนิดของผู้ป่วย นับจำนวนยา opioids ที่เหลือและตรวจสอบข้อมูลในสมุดบันทึกการรับประทานมอร์ฟีนของผู้ป่วย ค้นหาปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาทุกชนิด สอบถามความร่วมมือในการใช้ บันทึกข้อมูลลงแบบบันทึกการบริหารทางเภสัชกรรม บันทึกเวลารอคอยรับมอร์ฟีน

3. ถ้าพบปัญหาจากการใช้ยา เภสัชกรส่งปรึกษาแพทย์เพื่อแก้ไขปัญหา และลงข้อมูลในแบบบันทึกการบริหารทางเภสัชกรรม นัดติดตามผู้ป่วยหลังใช้ยา 2 สัปดาห์

4. กรณีที่ผู้ป่วยมีอาการแย่งจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เภสัชกรเข้าร่วมทีมสหสาขาวิชาชีพในการไปตรวจเยี่ยมผู้ป่วยทุกวัน โดยทำหน้าที่คำนวณขนาดยา กลุ่ม opioids เสนอยาที่ควรใช้ในผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้แพทย์ ค้นหาปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาทุกชนิด บันทึกเวลารอคอยรับมอร์ฟีนผิด ถ้าผู้ป่วยรักษาจนได้กลับบ้านจะส่งต่อข้อมูลประวัติการใช้ยาให้ทีมเภสัชกรเยี่ยมบ้านดูแลต่อไป

รูปที่ 1 แนวทางปฏิบัติของเภสัชกรในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน

ตารางที่ 2 จำนวนผู้ป่วยที่มีการใช้ยาในกลุ่ม opioids ในผู้ป่วยระยะท้าย

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ	
	2565	2566
จำนวนผู้ป่วยระยะท้ายทั้งหมด	711	410
จำนวนผู้ป่วยที่มีการใช้ยาในกลุ่ม opioids (คน)	303	358
ร้อยละการใช้ยาในกลุ่ม opioids ในผู้ป่วยระยะท้าย	42.61	87.31

ตารางที่ 3 คะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการใช้ยาในกลุ่ม opioids ของผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคอง (n=82)

วิธีวัดความร่วมมือในการใช้ยา	คะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการใช้ยา		p-value*
	ก่อนเภสัชกรมีส่วนร่วม	หลังเภสัชกรมีส่วนร่วม	
ใช้แบบสอบถาม MTB-Thai (เต็ม 24 คะแนน)	18.11 ± 1.27	22.56 ± 0.44	<0.001
จากสมุดบันทึกการรับประทานยาและนับเม็ดยาที่เหลือ (เต็ม 100 คะแนน)	73.11 ± 3.11	94.27 ± 3.61	<0.001

*paired sample t-test

ตารางที่ 4 จำนวนปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาทุกชนิดที่ผู้ป่วยได้รับ (n=82)

ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาทุกชนิด	จำนวนปัญหาที่พบ	
	ก่อนเภสัชกรมีส่วนร่วม	หลังเภสัชกรมีส่วนร่วม
1. ผู้ป่วยได้รับยาที่ไม่เหมาะสม - ได้รับยาซ้ำซ้อน	9	1
2. ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับยาเพิ่มเติม - จำเป็นต้องรับยาเพื่อรักษาอาการที่ไม่ได้รับการรักษา	2	0
3. ผู้ป่วยไม่ได้รับประสิทธิผลจากยาที่แพทย์สั่งจ่าย	3	0
4. ได้รับยาถูกต้องแต่ขนาดน้อยเกินไป - ระยะห่างการให้ยามากเกินไป - ได้รับยาน้อยกว่าขนาดที่ตอบสนองต่อการรักษา	12 3	1 1
5. ผู้ป่วยเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา	52	5
6. ได้รับยาถูกต้องแต่ขนาดมากเกินไป	9	1
7. ผู้ป่วยขาดความร่วมมือในการใช้ยา	4	0
8. การเกิดอันตรกิริยาระหว่างยากับยา	2	0
รวม	96	9
ค่าเฉลี่ยของปัญหาจากการใช้ยาต่อคน	1.17	0.11
<i>p</i> -value* = 0.007		

* Wilcoxon signed rank test

ทั้งแพทย์ เภสัชกรและพยาบาล มติที่ประชุมขอให้มีการสำรวจมอร์ฟินบนหอผู้ป่วยจำนวน 20 หลอด เพื่อใช้ติดตามพื้นที่ในผู้ป่วยระยะสุดท้ายเนื่องจากปวดมาก จึงทำให้ผู้ป่วยได้รับยาภายใน 30 นาที รายละเอียดดังตารางที่ 6

อภิปรายผล

แนวทางการปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นจากงานการวิจัยนี้ทำให้ผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองมีการใช้ยากลุ่ม opioids เพิ่มขึ้นถึงเป้าหมายตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข สอดคล้องกับการศึกษาของ ศุภชัยและคณะ ที่พบว่าการพัฒนาแนวทางส่งเสริมการเข้าถึงยา opioids โดยสหสาขาวิชาชีพทำให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับยา opioids มีจำนวนคนเพิ่มขึ้นและระยะเวลารอคอยรับยา

รวดเร็วยิ่งขึ้น¹² แต่งานวิจัยนี้ยังขาดการพัฒนาขั้นตอนการติดตามเมื่อผู้ป่วยต้องการกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน ซึ่งในอนาคตจะดำเนินการต่อไป

ผู้ป่วยในการวิจัยนี้มีความปวดระดับปานกลางและได้รับยามาก่อนจากแพทย์ที่รักษามะเร็ง ตามแนวทางการรักษาควรต้องได้ยา opioids แต่ผู้ป่วยบางรายยังขาดความรู้ ความเข้าใจในการใช้มอร์ฟิน บางรายมีความเชื่อว่าการใช้มอร์ฟินเป็นการเร่งให้เสียชีวิตเร็วขึ้น หรือใช้เพื่อแก้ปวดเท่านั้นไม่ทราบว่าจะแก้เหนื่อยได้จึงไม่ได้รับประทานยา ทำให้คะแนนความร่วมมือในการใช้ยาก่อนที่จะพบเภสัชกรมีคะแนนต่ำ การอธิบายและให้ความรู้เรื่องมอร์ฟินของเภสัชกรทำให้คะแนนความร่วมมือในการใช้ยาสูงขึ้น ส่งผลให้ปวดน้อยลง สอดคล้องกับการ

ตารางที่ 5 รายละเอียดปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาทุกชนิดและการแก้ไขโดยเภสัชกรปรึกษาแพทย์

รายละเอียดปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาทุกชนิด	การแก้ไขโดยเภสัชกรปรึกษาแพทย์
1. ผู้ป่วยได้รับ tramadol tablet, prolong release morphine sulfate tablet (MST), มอร์ฟีนชนิดน้ำ และ fentanyl patch ทั้ง 4 ชนิดพร้อมกัน จาก 2 คลินิก	- หยุดยา tramadol tablet - แปะแผ่น fentanyl ครบ 12 ชั่วโมง จึงหยุด MST ถ้ามีอาการปวดเพิ่มสามารถรับประทานมอร์ฟีนชนิดน้ำได้
2. ไม่ได้รับยาระบายเมื่อมีการสั่ง morphine	เพิ่มยาระบายมะขามแขกให้ผู้ป่วยรับประทาน
3. ผู้ป่วยรับประทาน MST มากกว่าที่แพทย์สั่งทุก 12 ชั่วโมง เนื่องจากปวดมาก	- ปรับ MST เป็นทุก 8 ชั่วโมง - เพิ่มมอร์ฟีนชนิดน้ำ รับประทานเวลามีอาการปวดมากขึ้นทุก 2-4 ชั่วโมง
4. หลังรับประทาน MST ขนาด 30 มิลลิกรัมต่อวัน แล้วมีอาการสับสน มึนงง ซึมลง	ลดขนาด MST ลงเหลือ 20 มิลลิกรัมต่อวัน ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นไม่ปวด
5. รับประทานยาระบายมะขามแขก 2 เม็ดยังมีอาการท้องผูก	เพิ่มยาระบายมะขามแขกเป็น 3 เม็ด
6. ผู้ป่วยรับประทานอาหารทางสายยาง แพทย์สั่ง MST tablet ซึ่งห้ามบด	เปลี่ยนเป็น morphine sustained release pellets ซึ่งแกะแคปซูลและให้ทางสายยางให้อาหารได้
7. แพทย์สั่ง MST 10 มิลลิกรัม 2 เม็ด ทุก 8 ชั่วโมง ผู้ป่วยยังมีอาการปวดมาก	เปลี่ยนเป็น morphine sustained release pellets 20 มิลลิกรัม 2 เม็ด ทุก 12 ชั่วโมง เนื่องจากออกฤทธิ์ได้นานสามารถคุมอาการปวดได้ สะดวกในการรับประทานวันละ 2 ครั้ง
8. แพทย์สั่ง MST 10 มิลลิกรัม รับประทานวันละ 1 ครั้ง ผู้ป่วยปวดปานกลาง pain score=5	เปลี่ยนเป็น morphine immediate release 5 mg รับประทานทุก 4 ชั่วโมง เวลามีอาการปวด
9. แพทย์สั่ง MST 10 มิลลิกรัม รับประทานวันละ 1 ครั้ง ผู้ป่วยปวดมาก pain score=8	เพิ่มเวลารับประทานเป็นทุก 12 ชั่วโมง
10. แพทย์สั่ง morphine sustained release pellets 50 มิลลิกรัม ทุก 8 ชั่วโมง	เปลี่ยนเป็น 50 มิลลิกรัม ทุก 12 ชั่วโมง
11. ผู้ป่วยรับประทานมอร์ฟีนชนิดน้ำ แล้วคลื่นไส้ อาเจียน เนื่องจากหวานมาก	เปลี่ยนเป็น morphine immediate release ชนิดเม็ด ไม่มีอาการคลื่นไส้
12. ผู้ป่วยรับประทาน morphine sustained release pellets แล้วผื่นขึ้น จึงหยุดยา ทำให้ปวดมาก	เปลี่ยนเป็น MST รับประทานแล้วไม่มีผื่นขึ้น
13. เกิดอันตรกิริยาระหว่างยาจิตเวช ยาแก้ปวด และมอร์ฟีน ผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้สึกรู้สึกตัว นอนติดเตียง	หยุดยาจิตเวช เนื่องจากเป็นยาที่ไม่จำเป็นในผู้ป่วยระยะท้ายของชีวิต
14. ไม่รับประทานยาระบายเนื่องจากปวดมวนท้อง	เปลี่ยนยาระบายจากมะขามแขกเป็น lactulose
15. ไม่รับประทานมอร์ฟีนเนื่องจากไม่มีอาการปวด มีแต่หอบเหนื่อย	เภสัชกรอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจว่ามอร์ฟีนรักษาได้ทั้งอาการปวดและหอบเหนื่อย ผู้ป่วยจึงเข้าใจ
16. เดิมผู้ป่วยได้มอร์ฟีนรับประทาน รวม 90 มิลลิกรัมต่อวัน หลังจากนั้นต้องงดน้ำและอาหารเพื่อผ่าตัด แพทย์จึงสั่งเป็นมอร์ฟีนฉีดขนาด 60 มิลลิกรัมต่อวัน	เภสัชกรเสนอปรับเป็น 30 mg ต่อวัน เนื่องจากอัตราส่วน morphine รับประทาน ต่อ morphine ฉีด คือ 3:1

ตารางที่ 6 ระยะเวลารอคอยการรับยาในกลุ่ม opioids ชนิดฉีดก่อนและหลังการมีส่วนร่วมของเภสัชกร

ผู้ป่วย	จำนวน (คน)	ระยะเวลา (นาที)	
		Mean	S.D.
ก่อนการมีส่วนร่วมของเภสัชกร	35	180	10.55
หลังการมีส่วนร่วมของเภสัชกร	35	30.25	5.30

ศึกษาของ Binard Nevzat ที่พบว่า การให้คำปรึกษาด้านยาโดยเภสัชกรมีประสิทธิภาพในการลดความกังวลของผู้ป่วยและเพิ่มความเข้าใจในความจำเป็นของการใช้ยา ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยามากขึ้นและส่งผลให้การรักษาดีขึ้น¹³

อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ morphine sustained release pellets ในการวิจัยนี้ทำให้เกิดผื่นคัน ผู้ป่วยจึงหยุดยาทำให้ปวดมาก เภสัชกรได้ปรึกษาแพทย์ขอเปลี่ยนเป็นยา MST หลังรับประทานแล้วไม่มีผื่นขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยามากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ กนกวรรณและคณะ ที่พบว่า การเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยารบกวนการใช้ชีวิตประจำวัน เกิดความกังวล เกิดทัศนคติเชิงลบ ทำให้ความร่วมมือในการใช้ยาลดลงได้¹⁴ การวัดคะแนนความร่วมมือในการวิจัยนี้ใช้หลายวิธีร่วมกัน ทั้งแบบสอบถาม MTB-Thai การบันทึกในสมุดคู่มือผู้ป่วย และการนับเม็ดยาที่เหลือเพื่อให้ได้คะแนนที่ถูกต้องมากที่สุด¹⁰

แพทย์บางท่านหยุดการใช้มอร์ฟีนชนิดเม็ดทันทีหลังจากสั่งแปะ fentanyl แบบแผ่นซึ่งระยะเวลาเริ่มออกฤทธิ์ของยา คือ 12 ชั่วโมง เภสัชกรได้ปรึกษาแพทย์จึงให้มอร์ฟีนชนิดเม็ดต่อไปอีก 12 ชั่วโมง จึงค่อยหยุดยาผู้ป่วยจึงคุมอาการปวดได้เนื่องจาก fentanyl แบบแผ่นแปะออกฤทธิ์ภายหลังแปะแล้ว 12 ชั่วโมง ถ้าหยุดมอร์ฟีนทันทีผู้ป่วยจะปวดได้ ในด้านการเกิดอันตรกิริยาระหว่างยาเดิมของผู้ป่วยคือยากันชัก (phenytoin) และ ยารักษาอาการซึมเศร้า (escitalopram)¹⁵ ตลอดจนมอร์ฟีนที่จะให้เพื่อรักษาอาการหอบเหนื่อย เภสัชกรได้ปรึกษาแพทย์ เนื่องจากผู้ป่วยติดเตียงและไม่รู้สึกตัว มี

การใช้ยาทั้งหมด 8 ชนิด การใช้ยาเหล่านี้จะเพิ่มอาการข้างเคียงของยา คือ สับสน หลอน กดการหายใจ และเพิ่มฤทธิ์ของยากันชัก แพทย์จึงหยุดการใช้ยารักษาอาการซึมเศร้า และยาลดไขมัน ซึ่งเป็นยาที่ไม่จำเป็นในผู้ป่วยระยะท้าย

ระยะเวลาการได้รับมอร์ฟีนชนิดฉีดก่อนและหลังการมีส่วนร่วมของเภสัชกรลดลง ส่งผลทำให้ผู้ป่วยได้รับยาเร็วขึ้น ความปวดลดลง เนื่องจากเภสัชกรได้เข้ามาร่วมทีมสหสาขาวิชาชีพและดูแลผู้ป่วยทุกวันจึงรับรู้ปัญหาที่เกิดขึ้นและประชุมทีมเพื่อแก้ปัญหาได้อย่างรวดเร็ว

การทำงานดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองต้องอาศัยการทำงานร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพคือ แพทย์ เภสัชกร พยาบาลหรือวิชาชีพอื่นตามบริบทของแต่ละโรงพยาบาล เพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้ครบทุกด้าน สอดคล้องกับการศึกษาของ อาคม มีประเสริฐ ที่พบว่าการทำงานร่วมกันของสหสาขาวิชาชีพเป็นเครือข่ายจะช่วยลดปัญหาจากการใช้ยาได้¹⁶ เภสัชกรเป็นส่วนหนึ่งในทีมและมีบทบาทในด้านการใช้ยามากที่สุดโดยการให้บริบาลทางเภสัชกรรมเพื่อบรรเทาอาการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งส่งผลดีต่อผู้ป่วยและทำให้ตัวชี้วัดของโรงพยาบาลผ่านเกณฑ์

สรุปผลการวิจัย

การมีเภสัชกรดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองร่วมในทีมสหสาขาวิชาชีพส่งผลเพิ่มการใช้ยาในกลุ่ม opioids เพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาในกลุ่ม opioids ของผู้ป่วย ลดปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาทุกชนิด ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับมอร์ฟีนฉีดเร็วขึ้น

ข้อเสนอแนะ/ข้อจำกัดงานวิจัย

งานวิจัยต่อไปควรเพิ่มการพัฒนาขั้นตอนการติดตามเมื่อผู้ป่วยต้องการกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน และการศึกษาในด้านจิตใจและความต้องการของผู้ป่วยด้วย และเนื่องจากงานวิจัยนี้ศึกษาระยะเวลาเพียง 6 เดือน จึงเก็บข้อมูลได้ไม่ครบทุกด้าน ถ้าเก็บข้อมูลได้ครบถ้วนจะทำให้

งานวิจัยมีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณแพทย์กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลสระบุรีทุกท่าน ที่ช่วยให้คำปรึกษาในการทำวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Palliative care: global health observatory 2018 [Internet]. Geneva: WHO; 2018 [cited 2023 Apr 30]. Available from: <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>.
2. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน. สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2564 [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2565 [สืบค้นเมื่อ 5 พ.ค. 2566]. สืบค้นจาก: <https://spd.moph.go.th/wp-content/uploads/2022/11/Hstatis-tic64.pdf>
3. Hamieh NM, Akel R, Anouti B, Traboulsi C, Makki I, Hamieh L, et al. Cancer-related pain: prevalence, severity and management in a tertiary care center in the middle east. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2018;19(3):769-75. doi: 10.22034/APJCP.2018.19.3.769.
4. ปภัสรา วรรณทอง. เภสัชกรในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Pharmacist in palliative care) [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: ศูนย์การศึกษาต่อเนื่องทางเภสัชศาสตร์ สภาเภสัชกรรม; 2562 [สืบค้นเมื่อ 30 เม.ย. 2566]. สืบค้นจาก: https://ccpe.pharmacycouncil.org/index.php?option=article_detail&subpage=article_detail&id=618
5. วราภรณ์ อุ่นจันทิก. การเปรียบเทียบผลลัพธ์ก่อนและหลังการให้บริบาลทางเภสัชกรรมผู้ป่วยประคับ-ประคองในคลินิกประคับประคองผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสีคิ้ว จังหวัดนครราชสีมา. วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา. 2564;7(1):32-44
6. Cipolle RJ, Strand LM, Morley PC. Chapter 2. Pharmaceutical care as the professional practice for patient-centered medication management services. In: Cipolle RJ, Strand LM, Morley PC, editors. *Pharmaceutical care practice: the patient-centered approach to medication management services*, 3e [Internet]. n.p.: McGraw Hill; 2012 [cited 2023 May 1]. Available from: <https://accesspharmacy.mhmedical.com/content.aspx?bookid=491§ionid=39674902>
7. Fraser GL, Riker RR. Chapter e26: critical care: pain, agitation, and delirium. In: DiPiro JT, Yee GC, Posey LM, Haines ST, Nolin TD, Ellingrod V, editors. *Pharmacotherapy: a pathophysiologic approach*, 11e [Internet]. n.p.: McGraw Hill; 2020 [cited 2023 Jun 17]. Available from: <https://accesspharmacy.mhmedical.com/content.aspx?bookid=2577§ionid=234136370>
8. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ ร่วมกับ สมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย. คำ

- แนะนำการจัดการความปวดจากมะเร็ง. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: ธนาเพชร; 2565.
9. ปรีดี นุกุลสมปรารณา. จำนวน Sample Size ที่เหมาะสมกับการทำ Research. ใน: www.popticles.com [อินเทอร์เน็ต]. ม.ป.ท.: [popticles.com](http://www.popticles.com); 2564 [สืบค้นเมื่อ 30 พ.ค. 2566]. สืบค้นจาก: <https://www.popticles.com/marketing/research-sample-size>
 10. ทิพย์สุคนธ์ เจริญพันธ์, จันทรัตน์ สิทธิวรนนท์. การพัฒนาบทบาทเภสัชกรในทีมสหวิชาชีพสำหรับการจัดการอาการปวดด้วยยาในผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามอย่างต่อเนื่องจนถึงที่บ้าน โรงพยาบาลหนองเสือ จังหวัดปทุมธานี. ไทยโภษัชยนิพนธ์. 2022; 17(2):1-21.
 11. Sakthong P, Sonsa-Ardjit N, Sukarnjanaset P, Munpan W, Suksanga P. Development and psychometric testing of the medication taking behavior tool in Thai patients. *Int J Clin Pharm*. 2016;38(2):438-45. doi: 10.1007/s11096-016-0275-8.
 12. ศุภชัย แผงคำไหล, พีร์ วัชรวงษ์ไพบูลย์. การพัฒนาแนวทางส่งเสริมการเข้าถึงยากลุ่มโอปิออยด์ (opioids) แบบสหวิชาชีพที่บ้านสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย อำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*. 2021;30(Suppl1): S76-86.
 13. Birand N, Boşnak AS, Diker Ö, Abdikarim A, Başgut B. The role of the pharmacist in improving medication beliefs and adherence in cancer patients. *J Oncol Pharm Pract*. 2019;25(8):1916-26. doi: 10.1177/1078155219831377.
 14. กนกวรรณ กิมิเส, อุษณีย์ วรรณชมณี, สุทธิพร ภัทรชยากุล, ประณีต ส่งวัฒนา, ธนเทพ วนิชยากร, เพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์, และคณะ. พฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูงหรือเบาหวานชนิดที่ 2 ในเทศบาลเมืองคอหงส์: การวิจัยแบบผสมวิธี. *วารสารเภสัชกรรมไทย*. 2565;14(4):993-1008.
 15. Lacy CF, Armstrong LL, Goldman MP, Lanco LL, editors. *Drug information handbook with international trade names index*. 17th ed. Hudson: Lexi-comp; 2008-2009. p.1256-7
 16. อาคม มีประเสริฐ. บทเรียนความสำเร็จของเครือข่ายสุขภาพในการเฝ้าระวังติดตามปัญหาเกี่ยวกับความปลอดภัยด้านยาในชุมชนของจังหวัดสิงห์บุรี. *วารสารการแพทย์และสาธารณสุขเขต 4*. 2563;10(1):43-55.