The Result from Development of Medication Management System in Palliative Care Program in End Stage of Cancer Patients in Samphran Hospital, Nakhon Pathom Province

*Siriwan Chumcharoensuk, Pharm.D, M.pharm.**

Abstract

Objective: Descriptive prospective design,the purpose of this research was study the result from development of Medication Management System in Palliative Care Program in end stage of cancer patients in Samphran hospital.

Methods: A sample of patients with inpatient end stage cancerin the palliative care wardwas selected using purposive sampling of Palliative Performance scale was≤50% included 54 cases. The data was conducted from 1st April 2023 to 31st August 2023.

Results: The sample group was male 24 cases (44%) and female 30 cases (55%). We found that most of age between 60-69 years old. Most of the studied subjects were advance stage lung cancer 12 patients 22.22%. The initial symptoms that led to the treatment in palliative program were dyspnea & fatigue (Mdn=8, IQR=0-10), pain (Mdn=6, IQR=0-10). After receiving interventions from the palliative care program, the post-treatment follow-up revealed significantly decreased severity of all symptoms ($p<0.05$). Fourty-six patients (85.2%) were accessed to strong opioids. The drug related problems (DRPs) before medication Management System were found 54 cases (92 problems) respectively with the average 1.7 times per patient and DRPs after medication Management System were found 10 case (15 problems) respectively with the average 0.4 times per patient. The DRPs after medication Management System was significantly improved. Pharmacists's recommendations were received 49 cases (90.7%) with all recommendation acceptance, 5 cases with partial acceptance and 0 case no recommendation acceptance.

Conclusion: The results of this study was medication management system is important to treatment or care patients for efficacy and quality care and treatment outcome in hospital. The pharmacist's role is continuous review of patient's medications and ongoing contact with the interdisciplinary team. It is essential to minimizing medication-related problems and improving outcomes and efficacy. It is intended to improved quality of life of the end-stage of cancer patients and family.

Keywords: Palliative care; End stage of cancer patient; Medication Management System; Drug related problems; DRPs

*Samphran Hospital, Nakhon Pathom Province

Received: September 10, 2023; Revised: November 29, 2023; Accepted: December 22, 2023

ผลของการพัฒนาระบบการจัดการด้านยาในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย แบบประคับประคองในโรงพยาบาลสามพราน จังหวัดนครปฐม

*ศิริวรรณ ชุ่มเจริญสุข, ภ.บ., ภ.ม.**

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: การวิจัยเชิงพรรณนาแบบไปข้างหน้า (Descriptive prospective study) ครั้งนี้ เพื่อศึกษาผลของการพัฒนาระบบการจัดการด้านยาในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคองในโรงพยาบาลสามพราน

วัสดุและวิธีการ: กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่เข้ามารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในและได้รับการดูแลแบบประคับประคอง คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ที่มี Palliative Performance scale (PPS) น้อยกว่า 50 จำนวน 54 ราย เก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 1 เมษายน พ.ศ. 2566 ถึง 31 สิงหาคม พ.ศ. 2566

ผลการศึกษา: กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย 24 ราย (ร้อยละ 44.45) และเพศหญิง 30 ราย (ร้อยละ 55.55) ส่วนใหญ่อายุระหว่าง 60-69 ปี ส่วนใหญ่เป็นมะเร็งปอด จำนวน 12 ราย (ร้อยละ 22.22)

อาการของผู้ป่วยระยะท้ายที่นำมาสู่การรักษา อันดับแรก คือ อาการเหนื่อยหอบและอ่อนเพลีย (Mdn=0, IQR=0-10), รองลงมาคือ อาการปวด (Mdn=6, IQR=0-10 หลังจากผู้ป่วยเข้ารับการรักษาแบบประคับประคองเปรียบเทียบก่อนและหลังเข้ารับการรักษาพบว่า อาการรบกวนทั้งหมดลดลงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติด้วย ($p<0.05$) ผู้ป่วยมีการเข้าถึงยากลุ่ม strong opioids 46 ราย คิดเป็นร้อยละ 85.2 ปัญหาที่เกี่ยวกับยาก่อนการจัดการด้านยา จำนวน 54 ราย จำนวนครั้งการเกิด DRPs จำนวน 92 ปัญหา (เฉลี่ย 1.7 ปัญหาต่อคน) และปัญหาที่เกี่ยวกับยาหลังการจัดการด้านยา จำนวนครั้งการเกิด DRPs จำนวน 21 ปัญหา (เฉลี่ย 0.4 ปัญหาต่อคน) เปรียบเทียบปัญหาที่เกี่ยวกับยาก่อนและหลังการจัดการด้านยาแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) ผลลัพธ์จากการปรึกษากับแพทย์เจ้าของไข้ (Outcome) พบว่า แพทย์ยอมรับการให้คำแนะนำของเภสัชกรทั้งหมด (all accept) จำนวน 49 ราย (ร้อยละ 90.7) แพทย์ยอมรับการให้คำแนะนำของเภสัชกรเป็นบางส่วน (partial accept) จำนวน 5 ราย (ร้อยละ 9.3) ไม่มีแพทย์ที่ไม่ยอมรับคำแนะนำของเภสัชกร (not accept)

สรุป: ระบบการจัดการด้านยาหรือระบบยาเป็นสิ่งที่มีความสำคัญอย่างมากในการให้การรักษาหรือการดูแลผู้ป่วย ดังนั้นเภสัชกรในฐานะผู้มีความเชี่ยวชาญทางด้านยาและมีความเข้าใจในแนวคิดการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ควรเป็นกลไกสำคัญในพัฒนาระบบการจัดการด้านยาก่อให้เกิดระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่มีประสิทธิภาพ โดยยึดเป้าหมายเดียวกันกับทีมสหวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย คือ การทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุด

คำสำคัญ : การรักษาแบบประคับประคอง; ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย; ระบบการจัดการด้านยา; ปัญหาที่เกี่ยวกับยา

*โรงพยาบาลสามพราน จังหวัดนครปฐม

ได้รับต้นฉบับ: 10 กันยายน 2566; แก้ไขบทความ: 29 พฤศจิกายน 2566; รับลงตีพิมพ์: 22 ธันวาคม 2566

บทนำ

ปัจจุบันงานดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative Care) ได้รับความสนใจอย่างมากเนื่องจากทั่วโลกมีผู้ป่วยระยะท้ายที่ต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคองมากขึ้น โดยพบว่ามีประมาณ 40 ล้านคนทั่วโลก แต่มีผู้ป่วยเพียงร้อยละ 14 เท่านั้นที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองอย่างเหมาะสม ทั้งนี้ส่วนหนึ่งเกิดจากปัญหาการเข้าถึงการรักษาอาการปวดด้วยกลุ่มยา Opioids ของผู้ป่วยที่ไม่เพียงพอทั้งนี้ในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพในสาขานี้จำเป็นต้องมีการทำงานร่วมกันระหว่างสหวิชาชีพ เภสัชกรก็เป็นส่วนสำคัญในการดูแลผู้ป่วย จากการสำรวจพบว่ามีเภสัชกรเป็นคณะกรรมการพัฒนางานการดูแลผู้ป่วยแบบประประคอง ร้อยละ 82.83[1] ในปี 2564 ได้มีการศึกษา point prevalence ใน 14 โรงพยาบาลทั่วประเทศไทย โดยเครือข่ายดูแลประคับประคองแห่งประเทศไทย[2] พบความชุกของผู้ป่วยระยะท้ายร้อยละ 18.72 โดยกลุ่มโรคมะเร็งและโรคเรื้อรังอื่นที่ไม่ใช่มะเร็งพบร้อยละ 55.66 และ 44.44 ตามลำดับดังนั้นการพัฒนาการตรวจกรองและพัฒนาระบบ palliative care approach ในโรงพยาบาลจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงการบริการดูแลประคับประคองได้มากขึ้น[2]

เภสัชกรมีบทบาทที่สำคัญไม่เพียงแต่การบริบาลทางเภสัชกรรมเท่านั้นแต่เป็นการดูแลตลอดกระบวนการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองตั้งแต่การคัดเลือกรายการยาที่จำเป็น การดูแลผู้ป่วยที่แผนกผู้ป่วยนอก การดูแลผู้ป่วยขณะนอนรักษาตัวที่โรงพยาบาลและต่อเนื่องไปจนถึงการดูแลที่บ้าน การแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ทั้งในรายบุคคลเชิงระบบและสร้างระบบการจัดการด้านยาในผู้ป่วยกลุ่มนี้อย่างมีประสิทธิภาพทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีตลอดระยะเวลาที่เหลืออยู่ ลดอาการทุกข์ทรมานต่าง ๆ สามารถเข้าถึงการใช้ยาได้อย่างเหมาะสม[3] บทบาทของเภสัชกรในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในทีมสหวิชาชีพหลักสำคัญ คือ 1) ดูแลผู้ป่วยโดยตรงในเรื่องของการจัดการอาการรบกวนให้เหมาะสมในผู้ป่วยแต่ละราย 2) บริหารจัดการด้านยา (Medication therapy management) ไม่ว่าจะเป็นจัดหายาที่จำเป็นแก่ผู้ป่วย ทำการทบทวนประสานรายการยา (Medication reconciliation; MR) ตลอดจนให้คำแนะนำเรื่องการใช้ยา การเก็บรักษายากับผู้ป่วยและครอบครัว และมีการติดตามการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง[4]

จากการรูปแบบการบริการด้านยาในการดูแลแบบประคับประคองที่ผ่านมาในโรงพยาบาลสามพราน พบว่า มีกรอบยาจำเป็นในบัญชีตามกรอบของจังหวัด มีการบริบาลทางเภสัชกรรมบนหอผู้ป่วยใน ยังไม่ครอบคลุมร้อยละ 100 และมีการเขียนปรึกษาแพทย์บนเวชระเบียนยังไม่เป็นรูปแบบเดียวกัน การติดตามการใช้ยายังไม่สมบูรณ์ ขาดการรายงานปัญหาจากการใช้ยา (Drug Related Problem; DRPs) ในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย ขาดการรายงานอาการความทุกข์ทรมาน Edmonton Symptoms Assessment (ESAS) ของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย อัตราการเข้าถึง opioids ขาดรูปแบบการจัดการด้านยาที่ชัดเจน ข้อมูลโรงพยาบาลสามพรานเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 136 เตียง มีขอบเขตความรับผิดชอบงาน

ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองทั้งผู้ป่วยมะเร็งและโรคอื่นๆ ที่ไม่ใช่มะเร็ง รวมผู้ป่วยที่มีการรับกลับจากโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิและแพทย์ผู้ดูแลสาขาหลักของโรงพยาบาลสามพรานเป็นผู้พิจารณารักษาแบบประคับประคอง

จากการที่กล่าวมาแล้วข้างต้น การวางระบบที่ชัดเจนในการจัดการด้านยาเพื่อการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองนั้นจะสามารถช่วยให้ผู้ป่วยได้ใช้ยาอย่างเหมาะสม มีการดูแลที่ต่อเนื่องและปลอดภัยจากการใช้ยา บรรลุวัตถุประสงค์ของการรักษา คือ การมีคุณภาพชีวิตที่ดี ลดการเกิดอาการที่ทำให้ทุกข์ทรมาน ผู้วิจัยจึงได้ศึกษาผลของการการพัฒนาระบบการจัดการด้านยาในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคองในโรงพยาบาลสามพราน เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายให้ดียิ่งขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาปัญหาที่เกี่ยวกับการใช้ยาก่อนและหลังการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย

2. เพื่อศึกษาอาการความทุกข์ทรมานก่อนและหลังของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่ได้เข้ารับการดูแลแบบประคับประคอง

3. เพื่อศึกษาอัตราการเข้าถึงยากลุ่ม opioids เพื่อใช้ในการจัดการอาการปวด (pain) และ/หรือหอบเหนื่อย (dyspnea) และยาที่ใช้บรรเทาอาการความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่ได้เข้ารับการดูแลแบบประคับประคอง

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบไปข้างหน้า (Descriptive prospective study)

ระยะเวลาการวิจัย

วันที่ 1 เมษายน พ.ศ. 2566 ถึง 31 สิงหาคม พ.ศ. 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่ได้รับรักษาตัวในโรงพยาบาลที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองของโรงพยาบาลสามพรานโดยเภสัชกร ตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน พ.ศ. 2566 ถึง 31 สิงหาคม พ.ศ. 2566

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)

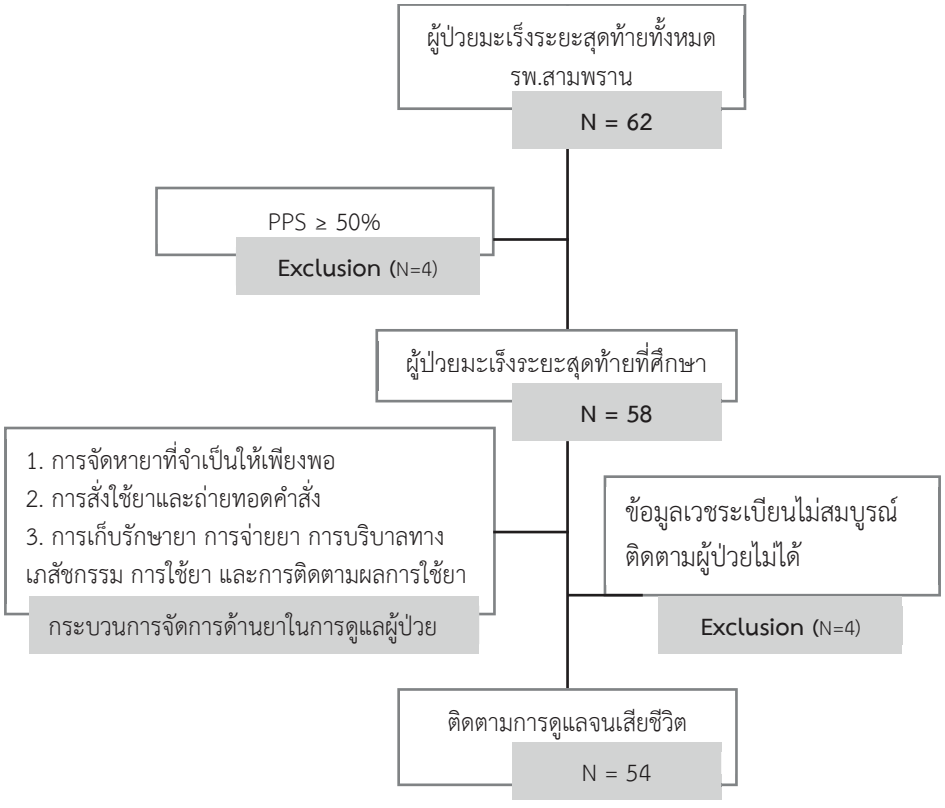
- กลุ่มผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายได้ที่รับการรักษาในโรงพยาบาลสามพรานโดยแพทย์เจ้าของไข้พิจารณาว่าเป็นผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคอง
- ระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองฉบับสวนดอก (palliative performance scale: PPS) คัดเลือกเฉพาะผู้ป่วยระยะท้ายที่มีระดับ PPS < 50%
- ยินดีเข้าร่วมศึกษาวิจัยตลอดระยะเวลาที่ทำการรักษา

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

ผู้ป่วยหรือญาติยุติการรักษาแบบประคับประคอง และไม่ต้องการตอบคำถามจากการสอบถามหรือสัมภาษณ์อาการระหว่างการให้บริบาลทางเภสัชกรรม

การสุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามเกณฑ์กลุ่มผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่ได้รับการรักษาตัวในโรงพยาบาลได้รับการดูแลแบบประคับประคองของโรงพยาบาลสามพรานโดยเภสัชกรทั้งหมด



เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ลักษณะครอบครัว สิทธิการรักษา โรคประจำตัว ชนิดของมะเร็ง ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัย เป็นส่วนเติมเต็มข้อมูลผู้ป่วยโดยให้ผู้ดูแลหลักเป็นผู้ให้ข้อมูล

ส่วนที่ 2 แบบประเมินระดับความความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยใช้เครื่องมือ Palliative Performance Scale version 2 ฉบับภาษาไทย[6-7] โดยมีการประเมิน 5 ด้าน ได้แก่ การเคลื่อนไหว การปฏิบัติกิจกรรมและการดำเนินโรค การดูแลตนเอง การรับประทานอาหาร และระดับการรู้สึกตัว วิธีการวัดและการแปลผลของแบบสอบถาม ดังนี้

1. เริ่มประเมินโดยอ่านตารางในแนวนอน ไล่จากซ้ายไปขวา (จากการเคลื่อนไหวไปจนถึงระดับความรู้สึกตัว

2. คะแนนจากการเคลื่อนไหวจะเป็นตัวกำหนดว่า ไม่สามารถให้คะแนนในคอลัมน์ถัดไปสูงขึ้นกว่านี้ได้

3. ไม่สามารถให้คะแนนระหว่างกลางได้ จะให้เป็นระดับใดขึ้นกับว่าคะแนนใดใกล้เคียงกับความสามารถผู้ป่วยในเวลาที่ประเมินมากที่สุด

ระดับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย มีตั้งแต่ 0 ถึง 100%

ส่วนที่ 3 แบบประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย Edmonton Symptoms Assessment (ESAS)[8] โดยอาการที่ประเมินในแบบสอบถาม ESAS มีทั้งหมด 9 อาการ ประกอบไปด้วย อาการปวด อ่อนเพลีย อาการคลื่นไส้ อาการซึมเศร้า อาการวิตกกังวล อาการง่วงซึม อาการเบื่ออาหาร สบายดีทั้งกายและใจ และอาการเหนื่อยหอบ ระดับการวัดแต่ละอาการจะถูกแบ่งเป็นหมายเลข 0-10 โดย

เลข 0 หมายถึง ไม่มีอาการ

เลข 10 หมายถึง มีอาการมากที่สุด

ผู้ประเมินทำการบันทึกวันและเวลาที่ทำการประเมินทุกครั้งเพื่อใช้การติดตามการรักษา

ส่วนที่ 4 แบบบันทึกข้อมูลในการใช้ยากลุ่ม opioids เพื่อใช้ในการจัดการอาการปวด (pain) และ/หรือหอบเหนื่อย (dyspnea) และยาที่ใช้บรรเทาอาการความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย ได้แก่ จำนวนการใช้ยา อาการข้างเคียงของยา

ส่วนที่ 5 แบบบันทึกข้อมูลการบริบาลทางเภสัชกรรมในการค้นหาแก้ไขและการป้องกันปัญหาที่เกิดขึ้นหรืออาจจะเกิดขึ้นจากการใช้ยา

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. การศึกษาวิจัยครั้งนี้ดำเนินการโดยใช้การเก็บข้อมูลไปข้างหน้าจากผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองของโรงพยาบาลสามพราน ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่เข้ามารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน (IPD) มีการส่งข้อมูลมาลงทะเบียนเป็นผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย และจากทะเบียนผู้ป่วยนั้นจะเลือกเฉพาะผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่มี Palliative Performance scale (PPS) ≤50% ตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน พ.ศ. 2566 ถึง 31 สิงหาคม พ.ศ. 2566 การประเมิน PPS จะบันทึกไว้ในแฟ้มประวัติทุกครั้งที่มีการดูแลในโรงพยาบาล ซึ่งผู้บันทึก คือ สหวิชาชีพในทีม Palliative Care

2. จากนั้นผู้ป่วยที่เข้าตามเกณฑ์ข้างต้นจะได้รับการประเมินโดยใช้ ESAS (Edmonton Symptoms Assessment) โดยให้ผู้ป่วยเป็นผู้ประเมินหากยังสามารถประเมินได้ แต่หากผู้ป่วยไม่สามารถสื่อสารหรือประเมินได้จะให้ผู้ดูแลหลักเป็นผู้ประเมินแทน อาการรบกวนแรกรับจะถูกประเมินโดยผู้ดูแล ในกรณีผู้ป่วยบางคนไม่สามารถสื่อสารได้ แต่บางรายที่ยังสามารถสื่อสารได้ก็จะมีการประเมินอาการโดยตรงจากผู้ป่วย แต่เมื่อมีอาการลุกลามของโรคมากขึ้นจนไม่สามารถสื่อสารได้ ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้จึงนำในส่วนการประเมินเพื่อต้องการเปรียบเทียบหลังได้รับการรักษาทั้งก่อนและหลังการรักษา จึงใช้การประเมินอาการโดยผู้ดูแลคนเดียวกัน โดยมีการบันทึกอาการรบกวนได้แก่ ปวด เหนื่อยหอบ อ่อนเพลีย คลื่นไส้ ง่วงซึม เบื่ออาหาร ซึมเศร้า วิตกกังวล ไม่สบายทั้งกายและใจ โดยมีการประเมิน ESAS จากตัวผู้ป่วย ผู้ดูแล และบุคลากรทางการแพทย์ โดยมี Palliative Care team เป็นสหวิชาชีพผู้ช่วยบันทึกในกรณีที่ไม่สามารถอ่านหรือเขียนหนังสือได้ ซึ่งจะนำมา

วิเคราะห์อาการที่นำมาสู่การเข้ากระบวนการรักษาและใช้ติดตามผลการดูแลรักษาผู้ป่วย ผู้ป่วยจะเข้าสู่กระบวนการรักษาแบบประคับประคองเพื่อบรรเทาอาการปวด อาการเหนื่อยหรืออาการรบกวนด้านต่าง ๆ การให้คำปรึกษา ตามอาการของผู้ป่วยแต่ละรายจะบันทึกทุกครั้งที่ติดตามทุกวัน ในกรณีผู้ป่วยในหรือเมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลงร่วมกับมีการส่งต่อดูแล การเก็บข้อมูลจะต้องได้รับการยินยอมจากญาติ ผู้ที่เป็นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วย ยินยอมให้นำข้อมูลเรื่องผลการรักษาของผู้ป่วยมาใช้ในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้

3. มีการเก็บข้อมูลปัญหาที่เกี่ยวกับการใช้ยาในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายในผู้ป่วยแต่ละราย จากการให้บริบาลทางเภสัชกรรม การจัดการด้านยาให้เหมาะสมในผู้ป่วยแต่ละราย

การวิเคราะห์และสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม SPSS

1. วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล อัตราผู้ป่วยที่มีการเข้าถึงยากลุ่ม opioids ปัญหาที่เกี่ยวกับการใช้ยาในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายก่อนและหลังการดูแลด้วยกระบวนการจัดการด้านยาในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

2. วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistic) ประกอบด้วย อาการหลักที่นำมาสู่การเข้ารับการดูแลแบบประคับประคอง พบว่า ค่า Kolmogorov < 0.05 เนื่องจากมีการแจกแจงข้อมูลไม่เป็นปกติ จึงใช้ค่ามัธยฐาน (Mdn) และพิสัยระหว่างควอไทล์ (IQR) ในการแปลผลด้วยสถิติ Median และ Interquartile Range และความเจ็บปวดทุกข์ทรมานจากแบบประเมิน ESAS (Edmonton Symptoms Assessment) ค่า Kolmogorov < 0.05 เนื่องจากมีการแจกแจงข้อมูลไม่เป็นปกติ จะใช้สถิติ Wilcoxon Signed-Rank test ในการวิเคราะห์ข้อมูลก่อนและหลังการดูแลด้วยกระบวนการจัดการด้านยาด้วยสถิติ Wilcoxon Signed-Rank test และปัญหาที่เกี่ยวกับการใช้ยาในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายก่อนและหลังการดูแลด้วยสถิติ McNemar test

การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ผ่านการพิจารณาและได้รับอนุมัติจากจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม เลขที่ 5/2566 ลงวันที่ 23 มีนาคม พ.ศ.2566

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลลักษณะประชากร

ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง จำนวน 54 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 30 คน (ร้อยละ 55.55) โดยอยู่ในช่วงอายุ 60-69 ปี มากที่สุด จำนวน 14 คน (ร้อยละ 40.70) ส่วนมากสถานภาพสมรส จำนวน 45 คน (ร้อยละ 83.30) ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีสิทธิการรักษาเป็นประกันสุขภาพถ้วนหน้า จำนวน 53 คน (ร้อยละ 98.10) ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีผู้ดูแล จำนวน 49 คน (ร้อยละ 90.70) ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีโรคเรื้อรังร่วม 1 โรค จำนวน 18 คน (ร้อยละ 33.30) ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายส่วนใหญ่เป็นมะเร็งปอด

จำนวน 12 คน (ร้อยละ 22.20) รองลงมา มะเร็งตับและท่อน้ำดี จำนวน 11 คน (ร้อยละ 20.40) มะเร็งลำไส้ใหญ่ จำนวน 6 คน (ร้อยละ 11.10) ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการลุกลามไปยังอวัยวะปอดมากที่สุด จำนวน 32 คน (ร้อยละ 59.30) รองลงมามีการลุกลามไปอวัยวะตับ จำนวน 10 คน (ร้อยละ 18.50) มีการลุกลามไปยังกระดูก จำนวน 6 คน (ร้อยละ 11.10) และมีการลุกลามไปยังสมอง จำนวน 2 คน (ร้อยละ 3.70) ผู้ป่วยระยะท้ายส่วนใหญ่มีระดับและความสามารถในการดูแลตนเอง Palliative Performance scale (PPS) 10-20% จำนวน 43 คน (ร้อยละ 79.60)

2. อาการรบกวนที่นำมาสู่การเข้ารับรักษาแบบประคับประคอง (ESAS)

อาการรบกวนที่นำมาสู่การเข้ารับรักษาแบบประคับประคอง (ESAS) ของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่นำมาสู่การรักษา อันดับแรก คือ อาการอ่อนเพลีย (Mdn 8, IQR 0-10) อาการเหนื่อยหอบ (Mdn 8, IQR 0-10) รองลงมา คือ อาการปวด (Mdn 6, IQR 0-10) อาการเบื่ออาหาร (Mdn 4, IQR 0-8) อาการง่วงซึม (Mdn 4, IQR 0=8) อาการซึมเศร้า (Mdn 2, IQR 0-4) อาการวิตกกังวล (Mdn 2, IQR 0-4) อาการคลื่นไส้ (Mdn 1, IQR 0-8) และลำดับสุดท้าย คือ อาการไม่สบายทั้งกายและใจ (Mdn 0, IQR 0-8) ตามลำดับ ข้อมูล ESAS ที่นำมาสู่การรักษาได้มาจากผู้ป่วย จำนวน 18 ราย (ร้อยละ 33.33) ผู้ดูแล จำนวน 29 ราย (ร้อยละ 53.70) และบุคลากร จำนวน 7 ราย (ร้อยละ 12.97)

3. เปรียบเทียบอาการความเจ็บปวดทุกข์ทรมานจากแบบประเมิน ESAS (Edmonton Symptoms Assessment) ก่อนและหลังการดูแลด้วยกระบวนการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

ผลการเปรียบเทียบความเจ็บปวดทุกข์ทรมานระหว่างก่อนและหลังการรักษา โดยจากการศึกษาพบว่าเวลาเฉลี่ยในการวัดผล คือ 4.8 วัน±1.4 วัน โดยเป็นช่วงที่ผู้ป่วยมี PPS ลดลงค่อนข้างมากและมีอาการลุกลามของโรคมากในช่วงนี้ ซึ่งหลังจากเวลานี้ไปผู้ป่วยมีโอกาสเสียชีวิตได้ ข้อมูล ESAS หลังการรักษาได้มาจากผู้ป่วย จำนวน 12 ราย (ร้อยละ 22.22) ผู้ดูแล จำนวน 33 ราย (ร้อยละ 61.11) และบุคลากร จำนวน 9 ราย (ร้อยละ 16.67) จากการศึกษาพบว่า อาการรบกวนเมื่อเข้ารับการรักษาแบบประคับประคองแล้วมีอาการดีขึ้น คือ อาการอ่อนเพลีย (Mdn 2, IQR 0-6) อาการเหนื่อยหอบ (Mdn 2, IQR 0-9) อาการปวด (Mdn 2, IQR 0-7) อาการเบื่ออาหาร (Mdn 0, IQR 0-6) อาการง่วงซึม (Mdn 0, IQR 0=6) อาการซึมเศร้า (Mdn 0, IQR 0-4) อาการวิตกกังวล (Mdn 0, IQR 0-4) อาการคลื่นไส้ (Mdn 0, IQR 0-6) อาการไม่สบายทั้งกายและใจ (Mdn 0, IQR 0-6) ดังตาราง 1

ตาราง 1 อาการของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่นำมาสู่การรักษาแบบประคับประคอง

อาการรบกวน ESAS	Median (Interquartile Range)		Wilcoxon Signed-Rank test				p-value
	Before	After	Negative (After > Before)		Positive (After < Before)		
			Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	
ปวด	6 (0-10)	2 (0-7)	0	0	22.5	990	<0.001
เหนื่อยหอบ	8 (0-10)	2 (0-9)	21	21	26.6	1357	<0.001
อ่อนเพลีย	8 (0-10)	2 (0-6)	0	0	26.5	1378	<0.001
คลื่นไส้	1 (0-8)	0 (0-6)	5.5	5.5	14.8	400.5	<0.001
ง่วงซึม	4 (0-8)	0 (0-6)	0	0	18	630	<0.001
เบื่ออาหาร	4 (0-8)	0 (0-6)	0	0	9	153	<0.001
ซึมเศร้า	2 (0-8)	0 (0-4)	5.5	5.5	13.8	345.5	<0.001
วิตกกังวล	2 (0-4)	0 (0-4)	32.5	32.5	19.1	708.5	<0.001
สบายดีทั้งกายและใจ	0 (0-8)	0 (0-6)	5.25	10.5	19.3	655.5	<0.001

4. การใช้ยาเพื่อบรรเทาอาการความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่ได้เข้ารับการดูแลแบบประคับประคอง

พบว่าผู้ป่วยได้รับยาบรรเทาอาการความทุกข์ทรมานในการรักษาแบบประคองยาที่จ่ายให้ผู้ป่วยมากที่สุด 3 ลำดับ ลำดับแรก คือ ยากลุ่ม opioids แบ่งเป็น morphine syrup จำนวน 40 ราย (ร้อยละ 74.1) ที่มีการใช้เป็นลำดับแรก เพราะเริ่มตอนขนาดที่ผู้ป่วยยังรับประทานได้แล้วค่อยรวบขนาดยาเป็น around the clock รองลงมา morphine injection จำนวน 28 ราย (ร้อยละ 51.9) โดยมีวัตถุประสงค์ในการจ่ายยา คือ บรรเทาอาการปวดจากโรคมะเร็งในระยะสุดท้าย และบรรเทาอาการหอบเหนื่อยจากการลุกลามไปปอดโดยมีหลักฐานสนับสนุนให้ใช้ opioids ในการลดอาการหอบเหนื่อย ลำดับที่ 2 คือ ยาระบาย ได้แก่ senna จำนวน 29 ราย (ร้อยละ 53.7) ช่วยป้องกันการท้องผูกจากการรับประทานยากลุ่ม opioids และ lactulose จำนวน 14 ราย (ร้อยละ 25.9) ลำดับ 3 ยากลุ่ม benzodiazepine ได้แก่ lorazepam จำนวน 26 ราย (ร้อยละ 48.1) เพื่อลดอาการหอบเหนื่อย คลายกังวล นอนไม่หลับ ไม่ว่าจะเป็นแบบอมใต้ลิ้นในภาวะหอบเหนื่อย หายใจลำบากหรือรับประทานในการคลายกังวล ช่วยในการนอนหลับ สำหรับยาอื่น ๆ ที่มีการจ่ายในผู้ป่วยโรคโรคมะเร็งในระยะสุดท้ายได้แก่ ยา paracetamol จำนวน 14 ราย (ร้อยละ 25.9) เพื่อบรรเทาปวดระดับน้อย (mild pain) และยา morphine 20 mg จำนวน 17 ราย (ร้อยละ 31.5) ใช้บรรเทาปวดในกรณีผู้ป่วยใส่สายให้อาหาร (NG tube) หรือรับประทานเม็ด Morphine sustain release ไม่ได้ด้วยวิธีการกลืนยา ส่วนยา fentanyl patch มีการได้รับการรักษามาจากโรงพยาบาลอื่น จำนวน 6 ราย

(ร้อยละ 11.1) ยา gabapentin จำนวน 14 ราย (ร้อยละ 25.9) บรรเทาอาการปวดแบบ neuropathic pain หรือ restlessleg syndrome ยากลุ่ม tricyclic antidepressant คือ amitriptyline จำนวน 4 ราย (ร้อยละ 7.4) ในการบรรเทาอาการปวดเป็น adjuvant therapy ยากลุ่มระบบทางเดินอาหาร ได้แก่ ยา domperidone จำนวน 20 ราย (ร้อยละ 37) ยา simethicone จำนวน 6 ราย (ร้อยละ 11.1) ยา omeprazole จำนวน 21ราย (ร้อยละ 38.9) ยากลุ่มจิตเวช บรรเทาอาการทาง neurological syndrome ไม่ว่าจะเป็นภาวะ delirium หรือ restlessness หรือผู้ป่วยที่มีอาการทางจิต ได้แก่ risperidone haloperidol quetiapine จำนวน 21 ราย (ร้อยละ 22.2) ยา dexamethasone จำนวน 5 ราย (ร้อยละ 9.3) เพื่อรักษาภาวะ respiratory symptom ในกรณีที่มีการอุดกั้นของหลอดลมจาก tumor, lymphangitis, SVC obstruction หรือ bone pain หรือ seizure ใน brain metastasis และยา atropine eye drop จำนวน 5 ราย (ร้อยละ 9.3) เพื่อช่วยลดสารคัดหลั่งในผู้ป่วยมะเร็งที่เข้าสู่ระยะท้ายใกล้เสียชีวิตแล้ว (Terminal airway secretion หรือ Death rattle) ที่มีเสียงหายใจครืดคราดได้

5. การเข้าถึงยากลุ่ม strong opioids ในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายในการดูแลรักษาแบบประคับประคอง

พบว่าในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายบางรายได้รับยา strong opioids มากกว่า 1 ขนานในการบรรเทาอาการปวดแบบ around the clock และแบบออกฤทธิ์สั้นมารักษาอาการปวดแบบ breakthrough pain คิดเป็นผู้ป่วยที่ได้รับยากลุ่ม strong opioids เท่ากับ 46 ราย (ร้อยละ 85.2)

6. ปัญหาที่เกี่ยวกับยาที่ระบุได้จากการจัดการด้านยาโดยเภสัชกรในการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย

ตาราง 2 ประเภทของปัญหาที่เกี่ยวกับยาที่ระบุได้จากการจัดการด้านยาโดยเภสัชกร

ประเภทของปัญหาที่เกี่ยวกับยา	จำนวนผู้ป่วยที่พบปัญหาก่อนการจัดการด้านยา (ร้อยละ)	จำนวนผู้ป่วยที่พบปัญหาหลังการจัดการด้านยา (ร้อยละ)
1. ไม่ได้รับยาที่ควรจะได้รับ (untreated indication)	46 ราย (85.2)	0 ราย (0)
2. ได้รับยาโดยไม่มีข้อบ่งใช้หรือหมดข้อบ่งใช้ (drug use without indication)	0 ราย (0)	0 ราย (0)
3. เลือกใช้ยาที่ไม่เหมาะสม (improper drug selection)	23 ราย (42.6)	1 ราย (1.9)
4. ได้รับยาถูกต้องแต่ขนาดน้อยเกินไป (too low dose of correct drug)	21 ราย (38.9)	0 ราย (0)

ตาราง 2 ประเภทของปัญหาที่เกี่ยวกับยาที่ระบุได้จากการจัดการด้านยาโดยเภสัชกร

ประเภทของปัญหาที่เกี่ยวกับยา	จำนวนผู้ป่วยที่พบปัญหาก่อนการจัดการด้านยา (ร้อยละ)	จำนวนผู้ป่วยที่พบปัญหาหลังการจัดการด้านยา (ร้อยละ)
5. ได้รับยาถูกต้องแต่ขนาดมากเกินไป (too high dose of correct drug)	5 ราย (9.3)	0 ราย (0)
6. ไม่ได้รับยาตามแพทย์สั่ง (failure to receive drug)	19 ราย (35.2)	1 ราย (1.9)
7. เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (adverse drug reactions)	21 ราย (38.9)	8 ราย (14.8)
8. เกิดปฏิกิริยาระหว่างยา (drug interactions)	0 ราย (0)	0 ราย (0)
9. อื่น ๆ	14 ราย (25.9)	0 ราย (0)

จากข้อมูล DRPs ที่ระบุได้จากการจัดการด้านยาโดยเภสัชกรหลังการจัดการด้านยา คือ เลือกใช้ยาที่ไม่เหมาะสม (improper drug selection) จำนวน 1 ราย (ร้อยละ 1.9) หลังจากที่แพทย์ปรับยากลุ่ม opioids มากขึ้นตามคำแนะนำของเภสัชกรจาก morphine sustain release 10 mg รับประทาน 1 เม็ด ทุก 8 ชั่วโมง เป็น 30 mg รับประทาน 1 เม็ด ทุก 12 ชั่วโมง พบว่า PPS ของผู้ป่วยรายนี้ลดลง ไม่สามารถรับประทานอาหารทางปากได้ ดังนั้นการสั่งยา morphine sustain release 30 mg ในผู้ป่วยรายนี้จึงไม่สามารถให้ยาทางสายอาหารได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ยังพบ DRPs ไม่ได้รับยาตามแพทย์สั่ง (failure to receive drug) จำนวน 1 ราย (ร้อยละ 1.9) เกิดจากความคลาดเคลื่อนจากหอผู้ป่วย แพทย์ได้สั่งยา Morphine 20 mg (sustain-release pellet) 1 เม็ด ทุก 12 ชั่วโมง แต่หอผู้ป่วยในไม่ได้จัดยาให้ผู้ป่วย จึงทำให้ควบคุมปวดไม่ได้ และไม่สามารถประเมินประสิทธิภาพการใช้ยาได้ และปัญหาที่พบหลังการจัดการด้านยาโดยเภสัชกรแล้ว คือ อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (adverse drug reactions) จำนวน 8 ราย (ร้อยละ 14.8) พบว่า หลังจากเพิ่มขนาดยากลุ่ม opioids ชนิดรับประทานในช่วงแรก จะเกิดอาการคลื่นไส้ ง่วงซึม ปากแห้ง คอแห้ง จำนวน 6 ราย จากการสังเกตจะพบในผู้ป่วยที่มีการเพิ่มขนาด morphine มากกว่า ร้อยละ 30 ส่วนอีก 2 ราย พบว่า เกิดอาการท้องผูกหลังเพิ่มขนาดยา morphine แต่ให้ยาระบายในขนาดเท่าเดิม ต้องให้ยาระบายอื่นเพิ่มเพื่อเป็นการเสริมฤทธิ์กัน

7. ปัญหาที่เกี่ยวกับการใช้ยา (Drug related problems; DRPs) ในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายและเปรียบเทียบปัญหาที่เกี่ยวกับยาก่อนและหลังการดูแลแบบประคับประคองด้วยกระบวนการจัดการด้านยา

ตาราง 3 เปรียบเทียบปัญหาที่เกี่ยวกับยาก่อนและหลังการดูแลแบบประคับประคองด้วยกระบวนการจัดการด้านยา

ปัญหาที่เกี่ยวกับการใช้ยา		ก่อนการให้การดูแล (จำนวนคน)	หลังการให้การดูแล (จำนวนคน)	p-value
1. ไม่ได้รับการรักษา	ไม่เกิด	8	0	<0.001*
	เกิด	43	3	
2. สั่งยาโดยไม่มีข้อบ่งใช้	ไม่เกิด	54	54	-
	เกิด	0	0	
3. เลือกยาไม่เหมาะสม	ไม่เกิด	31	0	<0.001*
	เกิด	22	1	
4. ขนาดยาต่ำกว่าการรักษา	ไม่เกิด	33	54	<0.001*
	เกิด	21	0	
5. ขนาดยาสูงกว่าการรักษา	ไม่เกิด	49	54	0.63
	เกิด	5	0	
6. ไม่ได้รับยาตามแพทย์สั่ง	ไม่เกิด	35	0	<0.001*
	เกิด	18	1	
7. อาการไม่พึงประสงค์	ไม่เกิด	32	1	<0.001*
	เกิด	14	7	
8. ปฏิกิริยาระหว่างยา	ไม่เกิด	54	54	-
	เกิด	0	0	
9. อื่น ๆ	ไม่เกิด	40	54	<0.001*
	เกิด	14	0	

หมายเหตุ: * หมายถึง $p < 0.05$ จากการทดสอบ McNemar test

พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองมีปัญหาที่เกี่ยวกับยาก่อนการจัดการด้านยาจำนวน 54 ราย (ร้อยละ 100) จำนวนครั้งการเกิด DRPs จำนวน 92 ปัญหา (เฉลี่ย 1.7 DRPs ต่อคน) รายละเอียดของปัญหาที่เกี่ยวกับยาก่อนการจัดการด้านยา คือ ไม่ได้รับการรักษา จำนวน 46 ราย (ร้อยละ 85.2) ได้แก่ ได้รับยากลุ่ม opioids ไปแล้วไม่ได้รับยาระบายเพื่อป้องกันอาการท้องผูก การเลือกยาไม่เหมาะสมทั้งในเรื่อง regimen และรูปแบบยาจำนวน 23 ราย (ร้อยละ 42.6) มีอาการไม่พึงประสงค์จากยา และปัญหาการสั่งยาในขนาด

ต่ำเกินไป จำนวน 21 ราย (ร้อยละ 38.9) ความไม่ร่วมมือของผู้ป่วย ได้แก่ ใช้ยาผิดจากคำแนะนำ ไม่ใช้ยาตามคำสั่งแพทย์ จำนวน 19 ราย (ร้อยละ 35.2) และปัญหาที่เกี่ยวกับยาอื่นๆ คือ มีการใช้ยานอกเหนือจากแพทย์สั่ง ความกลัวอาการข้างเคียงของยากลุ่ม strong opioids หลังจากเกิดปัญหาที่เกี่ยวกับยาได้มีการปรึกษาแพทย์ผู้สั่งใช้ยา มีการจัดการด้านยาให้เหมาะสมในผู้ป่วยแต่ละรายผลลัพธ์จากการปรึกษากับแพทย์เจ้าของไข้ (Outcome) พบว่า แพทย์ยอมรับการให้คำแนะนำของเภสัชกรทั้งหมด (all accept) จำนวน 49 ราย (ร้อยละ 90.7) แพทย์ยอมรับการให้คำแนะนำของเภสัชกรเป็นบางส่วน (partial accept) จำนวน 5 ราย (ร้อยละ 9.3) ไม่มีแพทย์ที่ไม่ยอมรับคำแนะนำของเภสัชกร (not accept) และปัญหาที่เกี่ยวกับยาหลังการการจัดการด้านยา จำนวน 10 ราย (ร้อยละ 18.5) จำนวนครั้งการเกิด DRPs จำนวน 21 ปัญหา (เฉลี่ย 0.4 DRPs ต่อคน) รายละเอียดของปัญหาที่เกี่ยวกับยาหลังการการจัดการด้านยา คือ อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา จำนวน 8 ราย (ร้อยละ 14.8) ไม่ได้รับการรักษา จำนวน 3 ราย (ร้อยละ 5.6) การเลือกยาไม่เหมาะสมจำนวน 1 ราย (ร้อยละ 1.9) ความไม่ร่วมมือของผู้ป่วย จำนวน 1 ราย (ร้อยละ 1.9) ได้มีการเปรียบเทียบปัญหาที่เกี่ยวกับยาก่อนและหลังการดูแลแบบประคับประคองด้วยกระบวนการจัดการด้านยาโดยใช้สถิติวิเคราะห์ McNemar test พบว่า ปัญหาที่เกี่ยวกับยาก่อนและหลังการจัดการด้านยาแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$)

วิจารณ์

การวิจัยครั้งนี้ได้ศึกษาผลของการพัฒนาระบบการจัดการด้านยาในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย โรงพยาบาลสามพราน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุลาวัณย์ วรรณโคตร[9] ศึกษาเกี่ยวกับปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยาในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย ปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยาที่พบดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงปัญหาที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ที่ยังขาดการประเมินให้ครอบคลุม ดังเห็นได้จากส่วนใหญ่ยังไม่ได้รับการประเมินความปวด และการประเมิน PPS ทำให้เห็นการจัดการอาการของผู้ป่วยด้วยยาอาจมีความไม่เหมาะสม และกรณีที่ผู้ป่วยกลับบ้าน ผู้ป่วยหลายรายยังไม่ได้รับยากลับบ้านเพื่อจัดการอาการจึงเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยา ดังนั้นการประเมินความปวดร่วมกับการจัดการด้านยาของเภสัชกรช่วยทำให้ปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยาลดลง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของศิริทัศน์ กระดานพล[10] ได้ทำการศึกษาถึงความสามารถของเภสัชกรในงานดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองตามความคาดหวังของทีมสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งระบุบทบาทหลักในงานบริบาลทางเภสัชกรรมทั่วไป เช่น การแนะนำขนาดยา ผลข้างเคียงจากยา อีกบทบาทหลัก คือ เรื่องการจัดการอาการปวด โดยเน้นเรื่องการสร้างความเข้าใจในการใช้ยาแก้ปวดกลุ่ม Opioids

จากวัตถุประสงค์การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาระดับความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายก่อนเริ่มการดูแลแบบประคับประคองและเปรียบเทียบระดับอาการความทุกข์ทรมาน

ก่อนหลังของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย พบว่า อาการรบกวนเมื่อเข้ารับการรักษาแบบประคับประคองแล้วส่วนใหญ่มีอาการดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องการกับศึกษาของ ภัทรานิษฐ์ เมธีพิศิษฐ์[11] พบว่าคะแนนความรุนแรงของอาการปวด เหนื่อยอ่อนเพลีย คลื่นไส้ ซึมเศร้า วิตกกังวล ง่วงซึม เบื่ออาหาร ไม่สบายกายและใจ และเหนื่อยหอบในผู้ป่วยที่มีคะแนนความรุนแรงก่อนการดูแลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกอาการ ($p<0.001$) แต่ในผลของการจัดการด้านยาของเภสัชกรยังไม่มีการศึกษาถึงผลเปรียบเทียบอาการความทุกข์ทรมาน Edmonton Symptoms Assessment (ESAS) ของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย ผู้วิจัยจึงได้นำมาศึกษาในครั้งนี้ด้วย

ในส่วนของการรักษาด้วยยาที่ใช้บรรเทาอาการความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่ได้เข้ารับการดูแลแบบประคับประคองและอัตราของผู้ป่วยที่การเข้าถึงยากลุ่ม strong opioids ผู้ป่วยทุกรายได้รับยาบรรเทาอาการความทุกข์ทรมานในการรักษาแบบประคองตามการประเมินอาการ ESAS ตามอาการของผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งมีการติดตามประสิทธิภาพและความปลอดภัยจากการใช้ยาของผู้ป่วยแต่ละราย ผู้ป่วยได้รับยาบรรเทาอาการความทุกข์ทรมานในการรักษาแบบประคองยาที่จ่ายให้ผู้ป่วย คือ ยากลุ่ม opioids ยาระบาย ยากลุ่ม benzodiazepine, gabapentin ยากลุ่ม tricyclic antidepressant ยากลุ่มระบบทางเดินอาหาร ยากลุ่มจิตเวช dexamethasone และยา atropine eye drop ในการศึกษานี้ ผู้ป่วยที่ได้รับยากลุ่ม strong opioids ร้อยละ 85.2 ซึ่งมากกว่าเป้าหมายของร้อยละการบรรเทาอาการปวดและจัดการอาการต่าง ๆ ด้วย Opioid ในผู้ป่วยประคับประคองอย่างมีคุณภาพของกระทรวงสาธารณสุข[12] ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของศุภชัย แพงคำไหล และพีร์ วัชรวงษ์ไพบูลย์[13] เรื่องการพัฒนาแนวทางส่งเสริมการเข้าถึงยากลุ่มโอปิออยด์ opioids ทำให้ระยะเวลาในการเข้าถึงยากลุ่ม opioids น้อยลง และอีกการวิจัยเป็นของทิพย์สุคนธ์ เจริญพันธ์และจันทรรัตน์ สิทธิวรนันท์[14] พบว่าเมื่อผู้ป่วยรับประทานยาแก้ปวดกลุ่ม opioids ตามแพทย์สั่งมากขึ้น ก็จะทำให้คุมอาการปวดได้ดียิ่งขึ้น อาการทางกายที่รบกวนคุณภาพชีวิตบรรเทาลง ทำให้มิติความผาสุกด้านร่างกายดีขึ้น

จากการศึกษาปัญหาที่เกี่ยวกับการใช้ยาในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายก่อนและหลังการดูแลด้วยกระบวนการจัดการด้านยาในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองมีปัญหาที่เกี่ยวกับยาก่อนการให้บริบาลทางเภสัชกรรม จำนวน 54 ราย (ร้อยละ 100) จำนวนครั้งการเกิด DRPs จำนวน 92 ปัญหา (เฉลี่ย 1.7 DRPs ต่อคน) และปัญหาที่เกี่ยวกับยาหลังการให้บริบาลทางเภสัชกรรม จำนวน 10 ราย (ร้อยละ 18.5) จำนวนครั้งการเกิด DRPs จำนวน 21 ปัญหา (เฉลี่ย 0.4 DRPs ต่อคน) ได้มีการเปรียบเทียบปัญหาที่เกี่ยวกับยาก่อนและหลังการดูแลแบบประคับประคองด้วยกระบวนการจัดการด้านยา พบว่า ปัญหาที่เกี่ยวกับยาก่อนและหลังการจัดการด้านยาแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$)และหลังจากเกิดปัญหาที่เกี่ยวกับยาได้มีการปรึกษาแพทย์ผู้สั่งใช้ยา มีการจัดการ

ด้านยาให้เหมาะสมในผู้ป่วยแต่ละรายผลลัพธ์จากการปรึกษากับแพทย์เจ้าของไข้ (Outcome) พบว่า แพทย์ยอมรับการให้คำแนะนำของเภสัชกรทั้งหมด (all accept) จำนวน 49 ราย (ร้อยละ 90.7) แพทย์ยอมรับการให้คำแนะนำของเภสัชกรเป็นบางส่วน (partial accept) จำนวน 5 ราย (ร้อยละ 9.3) ไม่มีแพทย์ที่ไม่ยอมรับคำแนะนำของเภสัชกร (not accept) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวราภรณ์ อุ่นจันทึก[15] แสดงถึงผลของการบริบาลทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยประคับประคองช่วยให้การดูแลด้านร่างกายดีขึ้น ลดปัญหาที่เกี่ยวกับยา ความคลาดเคลื่อนทางยาและคะแนนความเจ็บปวดลดลงได้และสอดคล้องการการศึกษาของสิญาภรณ์ วงศ์คร้าย[16] ทำการศึกษาถึงผลการให้บริบาลทางเภสัชกรรมก่อนพบแพทย์สามารถเพิ่มคุณภาพชีวิต และลดการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาเคมีบำบัดของผู้ป่วยได้

จากการศึกษาผลของการพัฒนาระบบการจัดการด้านยาในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองครั้งนี้ พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เมื่อได้รับการดูแลแบบประคับประคองจะบรรลุเป้าหมายตามที่วางไว้อาการที่นำมาโรงพยาบาลไม่ใช่เพียงอาการปวดหรืออาการเหนื่อยเป็นหลักเท่านั้น แต่อาการนำมาที่มากที่สุดของการศึกษาครั้งนี้คืออาการเหนื่อย อ่อนเพลียและปวด ซึ่งมีการเปรียบเทียบระดับอาการความทุกข์ทรมานก่อนและหลังการดูแลผู้ป่วยโดยใช้กระบวนการจัดการด้านยา พบว่า อาการรบกวนทั้งหมดลดลงเมื่อมีการดูแลผู้ป่วยโดยใช้กระบวนการจัดการด้านยาตลอดจนศึกษาเกี่ยวกับประเด็นในการบรรเทาอาการรบกวนต่าง ๆ การเข้าถึงยากลุ่ม strong opioids และยาบรรเทาอาการรบกวนต่าง ๆ ผู้ป่วยมีการเข้าถึงยากลุ่ม strong opioids 46 ราย (ร้อยละ 85.2) ปัญหาจากการใช้ยาลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) ผลลัพธ์จากการปรึกษากับแพทย์เจ้าของไข้ (Outcome) พบว่า แพทย์ยอมรับการให้คำแนะนำของเภสัชกรถึงร้อยละ 90.7 อันเป็นสัญญาณที่ดีในการยอมรับบทบาทของเภสัชกรในการทำงานร่วมกับสหวิชาชีพ

ข้อจำกัดของการวิจัย

1. งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบไปข้างหน้า (Descriptive prospective study) ใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purpose sampling) ตามเกณฑ์กลุ่มผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่ได้รับการรักษาตัวในโรงพยาบาลและได้รับการดูแลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลสามพรานโดยเภสัชกรทั้งหมดไม่มีการสุ่มตัวอย่างทำให้มีข้อจำกัดในการควบคุมตัวอคติ

2. เครื่องมือที่ใช้บางเครื่องมือ เช่น ESAS ข้อจำกัดของเครื่องมือ คือ ไม่สามารถวัดได้ในทุกอาการ เนื่องจากบางกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถตอบคำถามเองได้ ผู้ดูแลหลักจะเป็นผู้ตอบแทนทั้งหมด

3. งานวิจัยนี้ได้เก็บข้อมูลรายละเอียดในเรื่องการดูแลรักษาที่ผู้ป่วยแต่ละรายได้รับ เช่น ชนิดของยาระงับปวดกลุ่มมอร์ฟีนและยาเพื่อใช้บรรเทาอาการกลุ่มอื่น ขนาดที่ให้ และรูปแบบของการบริหารยารวมถึงปัญหาจากการใช้ยาในผู้ป่วยแต่ละราย ระยะเวลานอนโรงพยาบาลแต่ละรายไม่เท่ากันแล้วแต่ PPS ของผู้ป่วย มีการติดตามผู้ป่วยจนถึงจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลทุกราย

ข้อเสนอแนะ

1. ผลการวิจัยนี้สนับสนุนว่าผลของการพัฒนาระบบการจัดการด้านยาในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบประคับประคองทำให้ลดความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยและทำให้ผู้ป่วยได้เสียชีวิตอย่างสงบสามารถนำไปใช้ในเป็นแนวทางการพัฒนาของเภสัชกรในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในโรงพยาบาลอื่นได้

2. อาจมีการเพิ่มระยะเวลาในการเก็บข้อมูลการวิจัยครั้งต่อไปเพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างมากขึ้น

3. อาจมีการขยายศึกษาไปยังผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในกลุ่มโรคที่ไม่ใช่มะเร็งเพิ่มเติม

สรุป

จากการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า ระบบการจัดการด้านยาหรือระบบยาเป็นสิ่งที่มีความสำคัญอย่างมากในการให้การรักษาหรือการดูแลผู้ป่วย ดังนั้นเภสัชกรในฐานะผู้มีความเชี่ยวชาญทางด้านยาและมีความเข้าใจในแนวคิดการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ควรเป็นกลไกสำคัญในพัฒนาระบบการจัดการด้านยาก่อให้เกิดระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่มีประสิทธิภาพ โดยยึดเป้าหมายเดียวกันกับทีมสหวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย คือ การทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุด

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยการให้ความช่วยเหลือแนะนำของ ผศ.ดร.สุธาร จันทะวงศ์ ภญ.วราภรณ์ ริมชัยสิทธิ์ และ ดร.อนงค์ อรุณรุ่ง เป็นผู้เชี่ยวชาญ/ผู้ทรงคุณวุฒิ รศ.พญ.บุษยามาส ชีวสกุลยง พญ.ดาริน จตุรภัทรพร ในการขออนุญาตให้ใช้เครื่องมือ นพ.ทินกร ชื่นชม ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสามพรานที่สนับสนุนการพัฒนาศักยภาพบุคลากร ทีมดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองของโรงพยาบาลสามพราน คณะกรรมการจริยธรรมวิจัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐมที่อนุมัติให้ทำวิจัยฉบับนี้ รวมถึงขอบคุณถึงผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการบริหารจัดการระบบยาในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative Care) ของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2561. หน้า 4-6.
2. Pairojkul S, Thongkhamcharoen R, Raksasataya A, Nakawiro P, Sorasit C, Sudsa S, et al. Integration of specialist palliative care into tertiary hospitals: amulticenter point prevalence survey from Thailand. Palliat Med Rep 2021;2(1):272-9.
3. ฉัตราภรณ์ ชุ่มจิต, เยาวลักษณ์ อ่ำรำไพ. การจัดการระบบยาเพื่อความปลอดภัยด้านยาในโรงพยาบาล: บทวิเคราะห์ปัญหาและโอกาสในการพัฒนา. ไทยเภสัชศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ 2552;4(1):127-35.

4. Herndon CM, Nee D, Atayee RS, Craig DS, Lehn J, Moore PS, et al. ASHP guidelines on the pharmacist's role in palliative and hospice care. Am J of Health-System Pharm 2016:73(17):1351-67.
5. ดาริน จตุรภัทรพร. วิธีการประเมินความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองของผู้ป่วยโดยใช้ Palliative Performance Scale (PPS) ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว [อินเทอร์เน็ต]. 2559 [เข้าถึงเมื่อ 20 มี.ค. 2565 เข้าถึงได้จาก: http://med.mahidol.ac.th/fammed/th/postgrad/doctorpalliative 3th.
6. 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). PalliatMed 2012;26(8):1034-41.
7. Victoria Hospice Society. Palliative Performance Scale (PPSv2) version 2. Medical Care of the Dying 2006;4:121.
8. Chinda M, Jaturapatporn D, Kirshen AJ, Udomsubpayakul U. Reliability and validity of a Thai version of the edmonton symptom assessment scale (ESAS-Thai). J Pain Symptom Manage 2011;42(6):954-60.
9. สุลาวัณย์ วรรณโคตร. การพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคอง ในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย: กรณีศึกษา โรงพยาบาลเขาวง. [วิทยานิพนธ์ปริญญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต]. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2561.
10. ศิริทัศน์ กระดานพล, ภานุพัฒน์ พุ่มพฤกษ์. ความคิดเห็นของเภสัชกรต่อความสามารถของตนเองในงานดูแลผู้ป่วยแบบประคอบประคองตามความคาดหวังของทีมสหสาขาวิชาชีพ. วารสารวิจัยระบบสาธารณสาธารณสุข 2560; 11(1):91-101.
11. ภัทรานิษฐ์ เมธีพิศิษฐ์, อาภาพร วงษ์นามพรหม, น้ำอ้อย ภักดีวงษ์. ผลลัพธ์และกระบวนการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งลุกลาม. วารสารพยาบาลกรุงเทพ 2561;41(1):75-83.
12. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์ระดับชาติว่าด้วยการสร้างเสริมสุขภาวะในระยะท้ายของชีวิต ปีงบประมาณ 2566: ร้อยละการบรรเทาอาการปวดและจัดการอาการต่าง ๆ ด้วย Opioid ในผู้ป่วยประคับประคองอย่างมีคุณภาพ [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 2 ม.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก:http://healthkpi.moph.go.th/kpi2/kpi-list/view/?id=1602
13. ศุภชัย แพงคำไหล, พีร์ วัชรวงษ์ไพบูลย์. การพัฒนาแนวทางส่งเสริมการเข้าถึงยากลุ่มโอปิออยด์ (opioids) แบบสหวิชาชีพที่บ้านสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย อำภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2564;30 (ฉบับเพิ่มเติม 1): S76-86.

14. ทิพย์สุคนธ์ เจริญพันธ์, จันทรรัตน์ สิทธิวรนันท์. การพัฒนาบทบาทเภสัชกรในทีมสหวิชาชีพสำหรับการจัดการอาการปวดด้วยยาในผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามอย่างต่อเนื่องจนถึงที่บ้าน โรงพยาบาลหนองเสือ จังหวัดปทุมธานี. ไทยไภษัชยนิพนธ์ 2565;17(2):1-21.
15. วราภรณ์ อุ่นจันทึก. การเปรียบเทียบผลลัพธ์ก่อนและหลังการให้บริบาลทางเภสัชกรรมผู้ป่วยประคับประคองในคลินิกประคับประคองผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสีคิ้ว จังหวัดนครราชสีมา. วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา 2564;7(1):32-44.
16. สิญาภรณ์ วงศ์คร้าย, ขวัญจิต ด่านวิไล, ธีรพล ทิพย์พยอม. ผลของการบริบาลทางเภสัชกรรมต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม : การทดลองแบบสมและสุ่มและมีกลุ่มควบคุม. วารสารเภสัชกรรมไทย 2561;11(4): 828–39.