



การพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคอง ในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย : กรณีศึกษา โรงพยาบาล
เขาวง

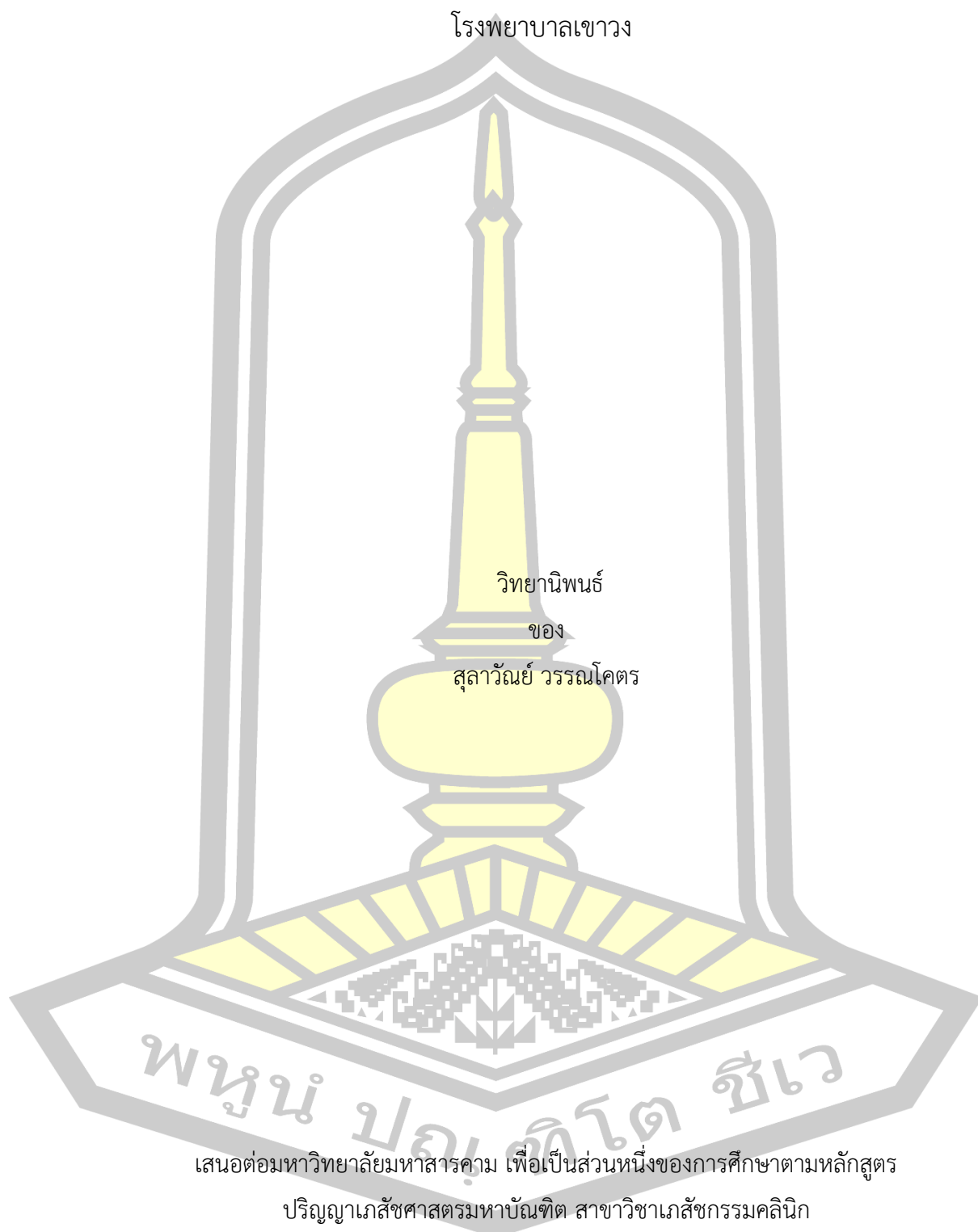
วิทยานิพนธ์
ของ
สุลาวัลย์ วรรณโคตร

เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเภสัชกรรมคลินิก
กันยายน 2561

สงวนลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

การพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคอง ในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย : กรณีศึกษา

โรงพยาบาลเขาวง



เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

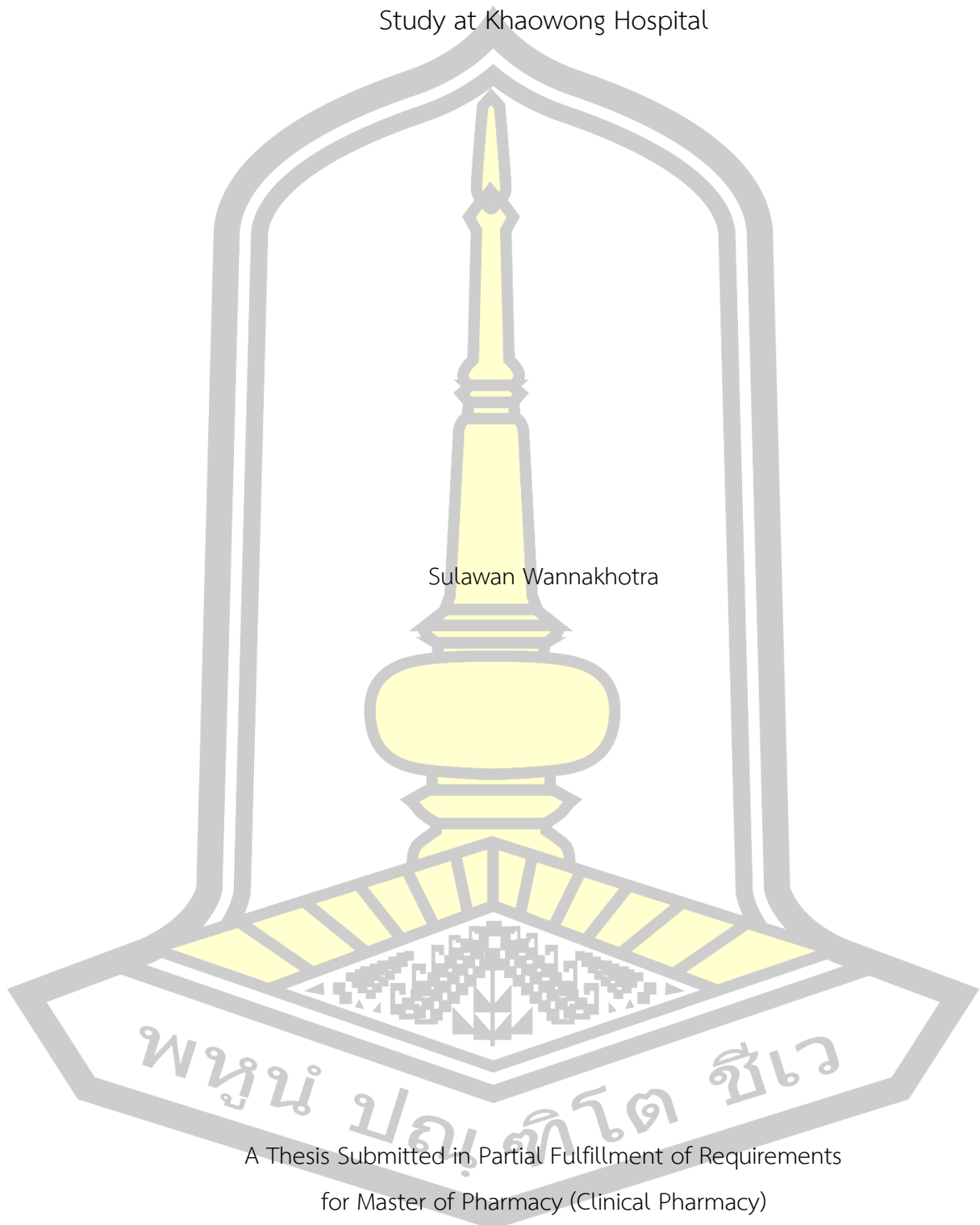
ปริญญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเภสัชกรรมคลินิก

กันยายน 2561

สงวนลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

Development of Palliative Care System in End Stage Cancer Patient : Case
Study at Khaowong Hospital

Sulawan Wannakhotra



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of Requirements
for Master of Pharmacy (Clinical Pharmacy)

September 2018

Copyright of Mahasarakham University



คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณาวิทยานิพนธ์ของนางสาวสุลาวัลย์ วรรณ
โคตร แล้วเห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา เกษศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาเกษตรกรรมคลินิก ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ

(ผศ. ดร. จันทร์ทิพย์ กาญจนศิลป์)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

(ผศ. ดร. ภัทรินทร์ กิตติบุญญาคุณ)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

(อ. ดร. วรรัตน์ อนุสรณ์เสงี่ยม)

.....กรรมการ

(ผศ. ดร. พิรยา ศรีผ่อง)

.....กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก

(รศ. สุณี เลิศสินอุดม)

มหาวิทยาลัยขอนแก่นให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญา เกษศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเกษตรกรรมคลินิก ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

(ผศ. ดร. ชนิตา พลอยล้อมแสง)

คณบดีคณะเกษตรศาสตร์

(ผศ. ดร. กริสน์ ชัยมูล)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

วัน.....เดือน.....ปี.....

ชื่อเรื่อง	การพัฒนากระบวนการดูแลแบบประคับประคอง ในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย : กรณีศึกษา โรงพยาบาลเขาวง		
ผู้วิจัย	สุลาวัลย์ วรรณโคตร		
อาจารย์ที่ปรึกษา	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ภัทรินทร์ กิตติบุญญาคุณ อาจารย์ ดร. วรรัตน์ อนุสรณ์เสงี่ยม		
ปริญญา	เภสัชศาสตรมหาบัณฑิต	สาขาวิชา	เภสัชกรรมคลินิก
มหาวิทยาลัย	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม	ปีการศึกษา	2561

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนากระบวนการดูแลแบบประคับประคอง (palliative care) ร่วมกับทีมสหวิชาชีพในการจัดการผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ในโรงพยาบาลเขาวง ใช้รูปแบบการศึกษาแบบผสมผสาน (Mixed-method research) แบ่งการศึกษาออกเป็น 2 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1: การศึกษาเชิงพรรณนาแบบย้อนหลังเพื่อสำรวจรูปแบบการสั่งใช้ยา สาเหตุและปัญหาที่เกี่ยวข้องเนื่องกับการใช้ยาบรรเทาปวด และยาเสริมบรรเทาปวดในการจัดการอาการของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย แบบประคับประคอง โดยใช้เกณฑ์ในการประเมินปัญหาการใช้ยา ที่จัดทำขึ้นโดย Pharmaceutical Care Network Europe (PCNE) version 7.0 มีเกณฑ์คัดเลือกผู้ป่วยที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งระยะสุดท้ายและได้รับการดูแลแบบประคับประคอง มีการรักษาด้วยยากลุ่มอนุพันธ์ของฝิ่น และสามารถเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนได้ วิเคราะห์ผลการศึกษาด้วยสถิติเชิงพรรณนา ระยะที่ 2 การศึกษาเชิงคุณภาพ ใช้วิธีการสัมภาษณ์ แบ่งการสัมภาษณ์เป็น 3 ส่วน คือ 2.1 การสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ป่วยและญาติของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายจำนวน 8 ราย เพื่อรวบรวมปัญหาจากผู้ป่วยและผู้ดูแล นำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ ถอดคำสัมภาษณ์และวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) 2.2 การสัมภาษณ์เชิงลึกบุคลากรทางการแพทย์ จำนวน 3 คน เพื่อถอดบทเรียนจากโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช กุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ที่ประสบความสำเร็จในการพัฒนากระบวนการดูแลแบบประคับประคอง และ 2.3 ระดมความคิดในทีมสหวิชาชีพ กระบวนการสนทนากลุ่ม (Focus group) ของบุคลากรทางการแพทย์ จำนวน 9 คน เพื่อระดมความคิดในการหาแนวทางการแก้ไขปัญหาที่ได้จากการศึกษาในระยะที่ 1, 2.1 และ 2.2 โดยใช้หลักการของ Root cause analysis มาปรับใช้ในการกระบวนการวิเคราะห์หาสาเหตุ และวางแนวทางแก้ไขที่สาเหตุเพื่อลดปัญหาไม่ให้เกิดซ้ำซ้อนขึ้นอีก หรือเกิดซ้ำน้อยที่สุด โดยระดมสมองระหว่างทีมสหวิชาชีพ ทำให้เกิดการพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคอง (palliative care pathway) ที่สอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาลเขาวงและใช้วิธีการวิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์แบบ

Content analysis

ผลการศึกษา ระยะที่ 1 ผู้ป่วยในทั้งหมด 35 ราย ส่วนใหญ่ เป็นเพศชาย พบปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาขณะนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 1.17 ครั้ง ต่อผู้ป่วย 1 ราย ปัญหาที่พบบมากที่สุดคือ Effect of drug treatment not optimal (16 ครั้ง, ร้อยละ 39.02) และปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยาที่พบในใบสั่งยากลับบ้าน เฉลี่ย 1.16 ครั้ง/ผู้ป่วย 1 ราย ปัญหาที่พบบมากที่สุดคือ Effect of drug treatment not optimal ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาในการรับบริการแบบผู้ป่วยนอกเฉลี่ย 1.30 ครั้ง ต่อผู้ป่วย 1 ราย และปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาที่พบจากบันทึกการเยี่ยมบ้านเฉลี่ย 1.16 ครั้ง/ผู้ป่วย 1 ราย สาเหตุของปัญหาที่พบทั้งในขณะนอนโรงพยาบาล ใบสั่งยากลับบ้าน การมารับบริการแบบผู้ป่วยนอกและการติดตามเยี่ยมบ้านคล้ายกัน ได้แก่ Inappropriate drug according to guidelines/formulary นอกจากนี้ยังพบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญระหว่างระดับความปวดและปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาขณะนอนโรงพยาบาล ($P=0.046$) ระยะที่ 2.1 จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและผู้ดูแลของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย จำนวน 8 ราย โดยพบว่า

ผลการศึกษา ระยะที่ 2.1 ประเด็นหลัก (major themes) ที่พบ ได้แก่ 1) การยอมรับและความรู้สึกต่อการป่วย 2) ความรู้สึกต่ออาการปวดและการจัดการอาการปวด 3) ความกังวลเกี่ยวกับโรคและการใช้ยาของผู้ป่วย 4) ปัญหาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (ปัญหาการเข้าถึงบริการและการเดินทางมาโรงพยาบาล, ปัญหาเกี่ยวกับขั้นตอนบริการ, ปัญหาการให้ข้อมูลในการรักษา) และข้อเสนอแนะปรับปรุง

ผลการศึกษา ระยะที่ 2.2 ประเด็นหลัก (major themes) ที่พบ ได้แก่ 1) บริบทและวัตถุประสงค์ของการพัฒนา 2) นโยบายที่สนับสนุน 3) ปัจจัยส่งเสริมให้เกิดการพัฒนา (ด้านทรัพยากรบุคคล, ด้านงบประมาณ และวัสดุอุปกรณ์, ด้านเทคโนโลยี, ด้านการพัฒนาระบบ) 4) มุมมองของสหสาขาวิชาชีพต่อปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา 5) มุมมองของบุคลากรทางการแพทย์ต่อวิชาชีพเภสัชกรในการดูแลแบบประคับประคอง 6) มุมมองของบุคลากรทางการแพทย์ต่อปัญหาต่าง ๆ ที่พบในการดูแลแบบประคับประคอง

ผลการศึกษา ระยะที่ 2.3 จากการใช้ root cause analysis ในการวิเคราะห์หาสาเหตุราก ทำให้ได้ระบบการทำงานเพื่อดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบประคับประคองของที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลเขาวงและได้แบบฟอร์มที่ใช้ประกอบระบบการทำงาน ดังนี้ 1) *Khaowong Hospital Palliative care Order set* 2) doctor order sheet 3) การวางแผนรักษา

และติดตามอาการของผู้ป่วย โดยแพทย์ ในรูปแบบของ S-O-A-P note

สรุปผลการศึกษา การศึกษานี้สะท้อนให้เห็นถึงปัญหาที่เกี่ยวข้องเนื่องกับการใช้ยาของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ทั้งในกรณีผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยที่พักรักษาตัวที่บ้าน และทัศนคติของผู้ป่วยและญาติผู้ป่วย รวมทั้งการถอดบทเรียนจากโรงพยาบาลที่เป็นต้นแบบ และการระดมสมองของทีมสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งนำไปสู่การพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายซึ่งทำให้เกิดการปรับบทบาทของเภสัชกรและการทำงานของทีมสหวิชาชีพ เพื่อช่วยเพิ่มประสิทธิภาพกระบวนการการดูแลและการติดตามผู้ป่วย ช่วยลดปัญหาที่เกี่ยวข้องเนื่องกับการใช้ยา ทำให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมอาการปวดได้ดี และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

คำสำคัญ : การดูแลแบบประคับประคอง, ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย, สหวิชาชีพ, ปัญหาที่เกี่ยวข้องเนื่องกับการใช้ยา, ยากลุ่มอนุพันธ์ของฝิ่น, กรณีศึกษา



TITLE	Development of Palliative Care System in End Stage Cancer Patient : Case Study at Khaowong Hospital		
AUTHOR	Sulawan Wannakhotra		
ADVISORS	Assistant Professor Pattarin Kittiboonyakun , Ph.D. Wanarat Anusornsangiam , Ph.D.		
DEGREE	Master of Pharmacy	MAJOR	Clinical Pharmacy
UNIVERSITY	Maharakham University	YEAR	2018

ABSTRACT

Objective: The objective of this study was to develop a palliative care system by multidisciplinary team for patients with end stag cancer. Methods: Mixed research, methods were undertaken and classified into 2 phases. *Phase 1*, A descriptive study was conducted to retrospectively investigate drug-related problems (DRPs) in three groups of end stage cancer patients including hospitalized patients, outpatients and patients staying at home by using DRPs classifications developed by the Pharmaceutical Care Network Europe (PCNE) version 7.0. Inclusion criteria were patients aged 18 years and over and diagnosed with end stage cancer, received palliative care, opioids and/or adjuvant drugs and had adequate information recorded. Data were analyzed by using descriptive statistics and *Chi-square* test . *Phase 2*, Qualitative interviews were conducted and divided into three phases 2.1 In-depth interviews with end stage cancer patients or their carers (8 in total) were carried out 2.2 A case study approach was used to conduct in-depth interviews with three health care professionals working at the Crown Prince Hospital of Kuchinarai, Kalasin which is recognized as a successful case of palliative care system development. 2.3 A focus group interview with nine health care professionals working at Khaowong Hospital was undertaken by using the concept of root cause analysis to help identify causes of both drug-related and non-drug-related problems identified from phase 2.1 and 2.2 This was to facilitate the ways of developing a palliative care system among multidisciplinary team which could be suitable for the

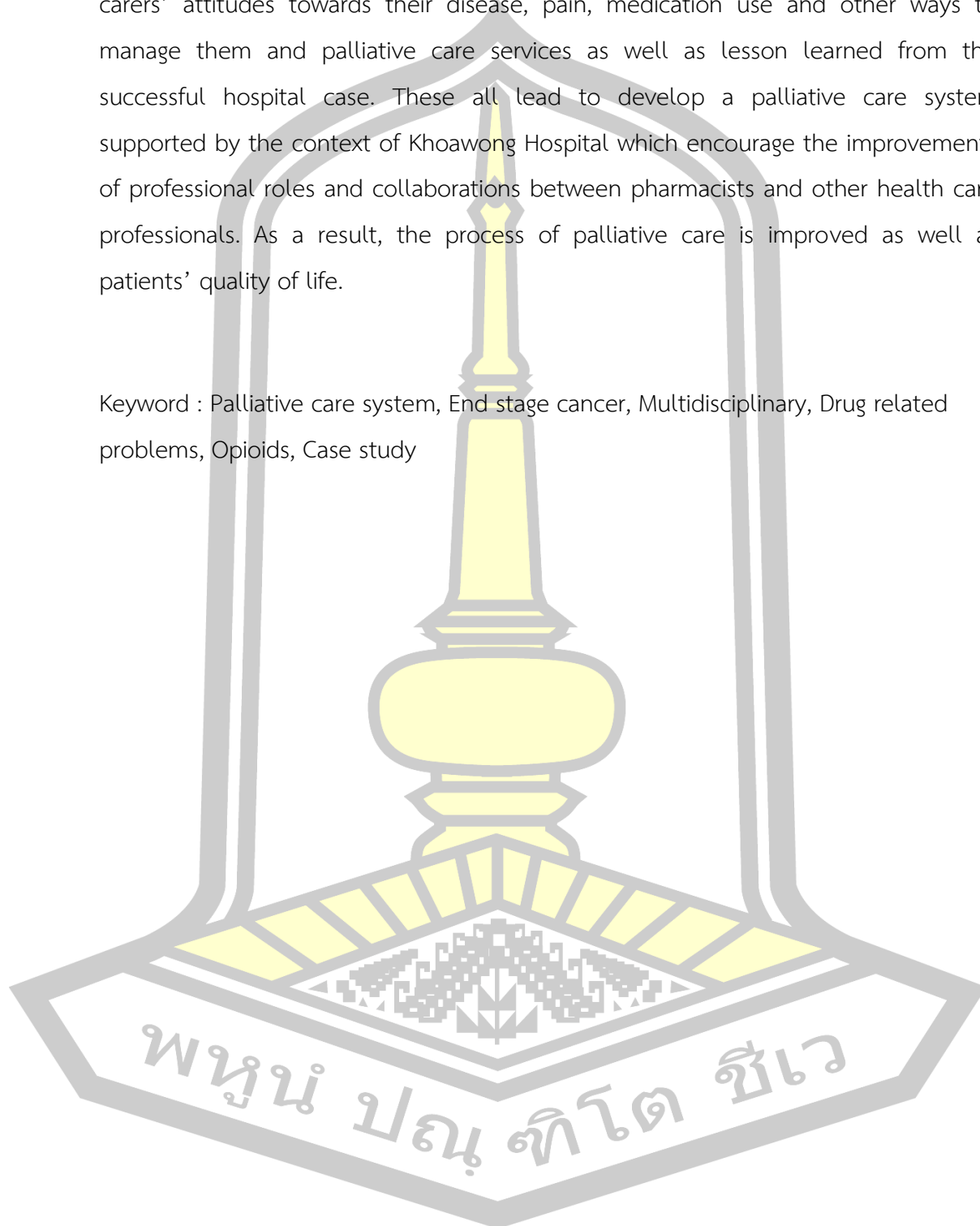
context of Khaowong Hospital. Content analysis was used to analyze qualitative data from three phases.

Results: Phase 1: There were 35 hospitalized patients and the majority was male. An average of DRPs found from hospitalized patients was 1.17 times per patient. The most commonly identified DRPs were the effect of drug treatment not optimal (39.02%) An average of DRPs identified from discharge prescriptions, outpatient prescription and home visit was 1.16 times, 1.30 and 1.16 times per patient respectively. The most common DRPs identified from these three groups were the effect of drug treatment not optimal. The causes of DRPs for all identified DRPs were Inappropriate drug according to guidelines/formulary. In addition, intensity of pain was significantly correlated to DRP from discharge prescriptions. Phase 2.1 (patients and carers' interviews), major themes were identified including 1) Acceptance and feelings of illness 2) Pain feelings and ways to manage pain 3) Concerns about diseases and medication use 4) Problems with current palliative care services (access to services, transportation to the hospital, process of services and information provided to patients) and suggestions for problem solving. Phase 2.2 (health care professional interviews at the Crown Prince Hospital of Kuchinarai, Kalasin patients), identification of major themes were as follows: 1) Contexts and aims of the development of palliative care services 2) Policy supports 3) Factors affecting the developments (human resources, budgets, materials, technology and system development) 4) Views of health care professionals on DRPs 5) Views of other health care professionals on pharmacists' roles in palliative care services 6) Views of health care professionals on problems with palliative care services. Phase 2.3 (root cause analysis), palliative care systems for end stage cancer patients in the context of Khaowong Hospital were developed as well as the following forms: Khaowong Hospital Palliative care Order set, Doctor order sheet 3) S-O-A-P note for follow-up and monitoring patients carried out by doctor.

Conclusion: This study demonstrated drug-related problems and their causes identified in patients with end stage cancer including those hospitalized,

visiting OPD and staying at home. It also helped to better understand patients' and carers' attitudes towards their disease, pain, medication use and other ways to manage them and palliative care services as well as lesson learned from the successful hospital case. These all lead to develop a palliative care system supported by the context of Khoawong Hospital which encourage the improvements of professional roles and collaborations between pharmacists and other health care professionals. As a result, the process of palliative care is improved as well as patients' quality of life.

Keyword : Palliative care system, End stage cancer, Multidisciplinary, Drug related problems, Opioids, Case study



กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้เสร็จสมบูรณ์ได้ด้วยดี จากความกรุณาให้คำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษาทั้งสองท่าน คือ ผศ.ดร.ภัทรินทร์ กิตติบุญญาคุณ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก อ.ดร.วนรัตน์ อนุสรณ์เสงี่ยม และคณาจารย์ คณะเภสัชศาสตร์มหาวิทยาลัย มหาสารคามทุกท่าน ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะ เพื่อปรับปรุงในการดำเนินการวิจัยในครั้งนี้ ตลอดจนความคิดเห็นจากผู้ทรงคุณวุฒิ ในการดำเนินการสอบและจัดทำรูปเล่มวิทยานิพนธ์ จนสำเร็จเรียบร้อยด้วยดี

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลเขาวง ที่กรุณาอนุญาตให้ทำการวิจัยและเก็บข้อมูลในโรงพยาบาล ขอบพระคุณผู้บังคับบัญชา ผู้บริหารของโรงพยาบาลเขาวงที่ให้การสนับสนุน และความช่วยเหลือจากเพื่อนร่วมงานทุกท่าน ตลอดจนและให้เจ้าหน้าที่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกรโรงพยาบาลเขาวง และโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยทุกท่าน ที่ให้ความอนุเคราะห์ข้อมูลที่เป็นประโยชน์กับงานวิจัย กำลังใจจากครอบครัว และกัลยาณมิตรทุกท่าน ที่ให้การดำเนินการวิจัยแล้วเสร็จได้ด้วยดี

อนึ่ง งานวิจัยนี้จะเกิดขึ้นไม่ได้เลย หากขาดการสนับสนุนทุนวิจัยจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหาสารคาม และคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ทำให้งานวิจัยสามารถดำเนินไปจนแล้วเสร็จได้อย่างครบถ้วนและเรียบร้อยด้วยดี

สุลาวัลย์ วรรณโคตร

พูน ปรณ ทิโต ชีเว

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ช
กิตติกรรมประกาศ.....	ญ
สารบัญ.....	ฉ
สารบัญตาราง.....	ช
สารบัญภาพประกอบ.....	ฅ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
1.1 ที่มาและความสำคัญของปัญหา.....	1
1.2 กรอบแนวคิดของการวิจัย.....	5
1.3 วัตถุประสงค์.....	6
1.4 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	6
1.5 ขอบเขตการศึกษา.....	7
1.6 นิยามศัพท์เฉพาะ.....	7
บทที่ 2 บริทัศน์เอกสารข้อมูล.....	8
2.1 หลักการ นิยาม และความหมายของการดูแลแบบประคับประคอง.....	8
2.2 ปัญหาทางกายที่พบบ่อยและต้องการการดูแลในระยะสุดท้ายของชีวิตและแนวทางการจัดการ.....	9
2.3 การประเมินผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง.....	16
2.4 ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา นิยามและรูปแบบในการจัดการ.....	19
2.5 ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง.....	26
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	34

3.1 การศึกษาเชิงพรรณนาแบบย้อนหลัง.....	34
3.2 การศึกษาเชิงคุณภาพ.....	37
3.3 ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม.....	45
3.4 แผนการดำเนินงาน.....	45
บทที่ 4 ผลการศึกษา.....	46
4.1 ผลการศึกษาระยะที่ 1 การศึกษาเชิงพรรณนาแบบย้อนหลัง.....	46
4.2 ผลการศึกษาระยะที่ 2 การศึกษาเชิงคุณภาพ.....	58
บทที่ 5 สรุปผล อภิปราย และข้อเสนอแนะ.....	103
5.1 สรุปผล.....	103
5.2 อภิปรายผลการศึกษา.....	105
5.3 ข้อจำกัดของการศึกษา.....	114
5.4 ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป.....	116
5.5 การนำผลงานไปประยุกต์ในประโยชน์ในทางปฏิบัติ.....	116
บรรณานุกรม.....	117
ภาคผนวก.....	125
ภาคผนวก ก แบบประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองฉบับสวนดอก.....	126
ภาคผนวก ข แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยใน (IPD).....	129
ภาคผนวก ค แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยนอก(OPD).....	133
ภาคผนวก ง แบบบันทึกข้อมูลการเยี่ยมบ้าน.....	136
ภาคผนวก จ แนวทางการการสัมภาษณ์เชิงลึกสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะท้าย หรือญาติผู้ดูแล ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย.....	139
ภาคผนวก ฉ แนวทางการสัมภาษณ์บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบ ประคับประคองโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช กุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์.....	142
ภาคผนวก ช แนวทางการจัดการประชุมและสนทนากลุ่ม.....	145

ภาคผนวก ฉ Palliative care end of life order set ก่อนการแก้ไข..... 153

ภาคผนวก ญ Palliative care order set แก้ไขครั้งที่ 1 155

ภาคผนวก ฎ Palliative care order set แก้ไขครั้งที่ 2..... 157

ภาคผนวก ฏ Palliative care order set แก้ไขครั้งที่ 3..... 159

ภาคผนวก ฐ การจัดทำเอกสารให้ความรู้ และสื่อให้ความรู้ ในการดูแลแบบประคับประคอง.... 161

ประวัติผู้เขียน..... 164



สารบัญตาราง

หน้า

ตาราง 1 PCNE Classification scheme for Drug-Related Problems V7.0 -The problems	20
ตาราง 2 PCNE Classification scheme for Drug-Related Problems V7.0 -The Causes N.B. One problem can have more causes.....	21
ตาราง 3 PCNE Classification scheme for Drug-Related Problems V7.0 -The Planned Interventions One problem can lead to more interventions.....	23
ตาราง 4 PCNE Classification scheme for Drug-Related Problems V7.0 -Acceptance of the Intervention proposals N.B. One level of acceptance per intervention proposal	24
ตาราง 5 PCNE Classification scheme for Drug-Related Problems V7.0 -Status of DRPs outcome N.B. This domain depicts the short term outcome of the intervention. One problem (or the combination of interventions) can only lead to one level of solving the problem)	25
ตาราง 6 แผนการดำเนินงาน.....	45
ตาราง 7 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย (N=35).....	47
ตาราง 8 ชนิดและรูปแบบของการใช้ยาที่ผู้ป่วยได้รับขณะรับบริการนอกระบบ (N= 35).....	49
ตาราง 9 ปัญหาเกี่ยวเนื่องกับการใช้ยาที่พบขณะนอกระบบตามเกณฑ์ PCNE v.7.0 (N= 41 ครั้ง)	52
ตาราง 10 ปัญหาที่เกี่ยวเนื่องกับการใช้ยาที่พบในสิ่งยากกลับบ้าน ตาม PCNE v.7.0 (N= 22 ครั้ง)..	55
ตาราง 11 การทดสอบความสัมพันธ์ทางสถิติด้วย Chi-square test.....	57

พูน ปณ ทิโต ชีเว

สารบัญภาพประกอบ

	หน้า
ภาพประกอบ 1 กรอบแนวคิดของการวิจัย.....	5
ภาพประกอบ 2 แนวทางการปฏิบัติงานของโรงพยาบาลเขาวง.....	17
ภาพประกอบ 3 การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้านร่างกาย.....	18
ภาพประกอบ 4 การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้านจิตใจ จิตสังคม จิตวิญญาณ.....	18
ภาพประกอบ 5 ปัญหาและสาเหตุของปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาในการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน.....	57
ภาพประกอบ 6 การวิเคราะห์แบบฐานรากของปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา.....	86
ภาพประกอบ 7 Khaowong Hospital Palliative care Order set ที่นำไปใช้จริง.....	89
ภาพประกอบ 8 แบบบันทึกการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง โรงพยาบาลเขาวง.....	91
ภาพประกอบ 9 สรุปประเด็นปัญหาและแนวทางการแก้ไขปัญหาในการให้บริการการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง.....	92
ภาพประกอบ 10 บัญชีรายการยาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ก่อนและหลังที่มีการพัฒนา.....	94
ภาพประกอบ 11 ระบบการเบิกจ่ายยาเสพติดในผู้ป่วยระยะสุดท้ายก่อนการพัฒนา.....	95
ภาพประกอบ 12 ระบบการเบิกจ่ายยาเสพติดในผู้ป่วยระยะสุดท้ายหลังการพัฒนา.....	96
ภาพประกอบ 13 ระบบการดูแลแบบประคับประคอง Khaowong 's Model.....	99
ภาพประกอบ 14 แนวทางการดูแลรักษาแบบประคับประคอง (Palliative care) ก่อนการพัฒนา.....	100
ภาพประกอบ 15 แนวทางการดูแลรักษาแบบประคับประคอง (Palliative care) หลังการพัฒนา.....	102

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ที่มาและความสำคัญของปัญหา

โรคมะเร็งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้น ๆ ของคนทั่วโลก องค์การการอนามัยโลกพบว่า ในปีพ.ศ. 2551 มีผู้ป่วยรายใหม่จำนวน 12.7 ล้านคน และมีผู้เสียชีวิตจากโรคมะเร็งราว 7.6 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 13 จากสาเหตุการเสียชีวิตของคนทั่วโลก ซึ่งจำนวนผู้เสียชีวิตพบว่า มากกว่าผู้ป่วยโรคเอดส์ วัณโรค และมาลาเรียรวมกัน ในบรรดาผู้ป่วยใหม่ จำนวน 12.7 ล้านคน โดยโรคมะเร็งที่พบ 5 อันดับแรกของโลก ได้แก่ มะเร็งปอด 1.6 ล้านคน มะเร็งเต้านม 1.38 ล้านคน มะเร็งลำไส้ใหญ่ 1.2 ล้านคน มะเร็งกระเพาะอาหาร 0.99 ล้านคนและมะเร็งต่อมลูกหมาก 0.90 ล้านคน สวมจำนวนผู้เสียชีวิต 7.6 ล้านคน เป็นผู้ป่วยมะเร็งปอด 1.37 ล้านคนเป็นมะเร็งกระเพาะอาหาร 736,000 คน มะเร็งตับ 695,000 คน มะเร็งลำไส้ใหญ่ 608,000 คน และมะเร็งเต้านม 458,000 คน องค์การอนามัยโลกคาดการณ์ ในปี ค.ศ. 2030 จะมีผู้ป่วยมะเร็งเพิ่มขึ้นเป็น 21.4 ล้านคน ⁽¹⁾

สำหรับประเทศไทยโรคมะเร็งเป็นสาเหตุการตายอันดับที่ 3 ของประชากรไทย ตามสถิติมีการเสียชีวิตจากโรคมะเร็งประมาณวันละ 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 คน ต่อประชากร 100,000 คน สำหรับผู้หญิง ช่วงอายุที่พบเป็นมะเร็งมาก คือ เพศชาย 55 - 75 ปี เพศหญิง 45-65 ปี แต่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตั้งแต่อายุ 30 ปี สำหรับเพศชาย และ 25 ปี สำหรับเพศหญิง ซึ่งหญิงที่มีเพศสัมพันธ์แล้วอาจมีแนวโน้มของการเป็นโรคมะเร็งอาจมีตั้งแต่อายุต่ำกว่า 25 ปี ⁽²⁾

ในปัจจุบันโรคมะเร็งหลายชนิดสามารถรักษาให้หายขาดได้ โดยเฉพาะโรคมะเร็งที่พบในระยะเริ่มแรก แต่อย่างไรก็ตาม ยังมีผู้ป่วยจำนวนหนึ่งเมื่อวินิจฉัยโรคได้ พบว่าโรคมะเร็งอยู่ในระยะลุกลามแล้ว เช่น โรคมะเร็งปอด โรคมะเร็งตับ ถึงแม้ผู้ป่วยที่ตรวจพบโรคมะเร็งในระยะเริ่มแรก การรักษาได้ผลดี ก็อาจมีการกลับมาของโรคในภายหลัง ทำให้ต้องรักษาแบบประคับประคอง (Palliative care) จะเห็นว่าการรักษาแบบประคับประคองนั้นเป็นสิ่งที่สำคัญ และควรได้รับการพัฒนาให้มีระบบตามมาตรฐาน ⁽¹⁾

องค์การอนามัยโลก ได้ให้ความหมายการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย หรือการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) ในปี ค.ศ. 2002 (พ.ศ. 2545) โดยมุ่งที่จะทำให้คุณภาพชีวิตของทั้งผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งเผชิญหน้ากับโรคที่คุกคามต่อชีวิต (Life - threatening illness) ไม่ว่าจะ

เป็นโรคใด โดยเน้นที่การดูแลรักษาอาการที่ทำให้ทุกข์ทรมาน ทั้งอาการเจ็บป่วยทางกาย ปัญหาทางจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ แบบองค์รวมและควรให้การรักษาดังกล่าวตั้งแต่ระยะแรกที่เริ่มวินิจฉัยว่าผู้ป่วยเป็นโรครยะสุดท้าย (Terminal illness) จนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิต และรวมถึงการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยหลังจากการสูญเสีย คือการรักษาที่มุ่งให้ผู้ป่วยปราศจากความทุกข์ทรมานอันเนื่องมาจากรอคอยหรือการเจ็บป่วย

ดังนั้นการดูแลแบบประคับประคอง จึงมุ่งให้มีความสุขสบายแก่ผู้ป่วย ช่วยลดความทุกข์ทรมานจากความปวดครอบคลุมถึงจิตวิญญาณ และตระหนักถึงการตายอย่างสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ (Dignified death) รวมถึงครอบครัวที่มีผู้ป่วยอยู่ในระยะสุดท้าย และหลังเสียชีวิตแล้ว⁽³⁾

อย่างไรก็ตามเมื่อผู้ป่วยใกล้เข้าถึงวาระสุดท้ายของชีวิต อาการไม่สุขสบายหลาย ๆ อย่างย่อมเกิดขึ้นและมีความจำเป็นต้องได้รับการรักษา ปัญหาทางกายที่พบบ่อยและต้องการการดูแลในระยะสุดท้ายของชีวิต ได้แก่ ความปวด หายใจลำบาก อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร คลื่นไส้อาเจียน ท้องผูกนอนไม่หลับ และอาการสับสน ผู้ป่วยบางรายอาจมีปัญหาด้านกายหลายอย่างร่วมกัน⁽⁴⁾

ในต่างประเทศมีการศึกษาเกี่ยวกับการสั่งใช้ยาในผู้ป่วยโรคมะเร็ง โดยพบว่าในระยะเวลา 3 เดือนก่อนที่ผู้ป่วยจะเสียชีวิต มีอัตราการสั่งใช้ยาแก้ปวดที่เป็นกลุ่มอนุพันธ์ของฝิ่นที่ออกฤทธิ์แรง (Strong Opioids) สูงถึง ร้อยละ 61⁽⁵⁾ กลุ่ม Strong Opioids นั้นจัดอยู่ในประเภทของยาเสพติดให้โทษ ที่ต้องระมัดระวัง ฝิ่นระวาง และติดตามการใช้ยา ดังนั้นจำเป็นต้องได้รับการจัดการด้านยาที่ดี

ในประเทศไทยนั้น พบปัญหาเกี่ยวเนื่องกับการใช้ยากกลุ่มอนุพันธ์ของฝิ่น (Opioids) ในหลาย ๆ ด้าน จากการประชุมหารือเรื่องการใช้ยากกลุ่ม Opioids ในประเทศไทยในปี พ.ศ. 2553 ระหว่างองค์การเภสัชกรรม สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา แพทย์สมาคมแห่งประเทศไทย และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พบว่า ประเทศไทยจัดอยู่ในกลุ่มประเทศที่มีการใช้ยามอร์ฟีน (Morphine) ในระดับที่น้อย โดยผู้ป่วยในกลุ่มที่มีความจำเป็นต้องได้รับยามอร์ฟีน อันได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยมะเร็ง ผู้ป่วยที่ปวดฟัน หรือปวดศีรษะขั้นรุนแรง แต่สามารถเข้าถึงยามอร์ฟีนเพียงร้อยละ 20 จากผู้ป่วยร้อยละ 65 ที่จำเป็นต้องใช้ยามอร์ฟีน⁽⁶⁾ นอกจากนี้ยังมีการศึกษาพบว่าสถานพยาบาลต่าง ๆ จำนวนมากไม่มียา Opioids ในรูปแบบรับประทาน โดยเฉพาะยา Opioids ชนิดออกฤทธิ์เร็ว (immediate-released) โรงพยาบาลชุมชนมียากกลุ่ม Opioids ชนิดออกฤทธิ์เร็วเพียงร้อยละ 24.7 แต่กลับมียากกลุ่ม Opioids ชนิดที่มีการควบคุมการออกฤทธิ์ (Controlled-released) ร้อยละ 42.5⁽⁷⁾ ทำให้การเข้าถึงยาของผู้ป่วยยังอยู่ในสัดส่วนที่ต่ำ

ปัญหาปริมาณยาไม่เพียงพอสำหรับผู้ป่วย เนื่องจากโรงพยาบาลระดับชุมชนมักจะมีปริมาณยาจำกัด ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวต้องเสียเวลาเดินทางมารับยาในโรงพยาบาลระดับจังหวัด และโรงพยาบาลส่วนใหญ่จะจ่ายยาให้ผู้ป่วยในปริมาณจำกัดด้วย เช่น ไม่เกินหนึ่งสัปดาห์ ก่อให้เกิดปัญหาที่ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลต้องมารับยาบ่อย เสียค่าเดินทางและเวลาในการทำงาน และปัญหาด้านความ

เชี่ยวชาญในการใช้ยากลุ่ม Opioids ของแพทย์ ทั้งในการจัดการความปวดของโรคมะเร็ง รวมถึงการใช้ยาฉีด Opioids ที่บ้านในกรณีผู้ป่วยรับประทายยาไม่ได้ยังไม่มีแนวปฏิบัติที่ชัดเจน นอกจากนี้ยังพบ ปัญหาความเข้าใจที่ผิดเกี่ยวกับยากลุ่ม Opioids โดยแพทย์ไม่กล้าที่จะใช้มอร์ฟินเนื่องจากจะเกิดปัญหาด้านการเสพติดหากใช้ยาบ่อย

ปัญหาด้านกฎหมายของการใช้ยาเสพติดให้โทษชนิดที่ 2 ทางกรมแพทย์นับเป็นปัญหาที่มีความสำคัญ เนื่องจากในประเทศไทยไทยไม่สามารถปลูกฝิ่นได้ ทำให้ไทยต้องนำเข้าฝิ่นจากต่างประเทศ และมีขั้นตอนมากในการจัดหายา ทั้งในส่วนของสั่งซื้อยา การจัดส่งยาล่าช้า นอกจากนี้ยังไม่สามารถยืมยาหรือแลกเปลี่ยนยากันระหว่างโรงพยาบาลทำให้เกิดปัญหาขาดคลังบ่อย ๆ ตามมา ตลอดจนปัญหาทางด้านกฎระเบียบอื่น ๆ ในการใช้ยากลุ่ม Opioids ที่ทำให้บุคลากรทางการแพทย์ไม่กล้าใช้ยาในกลุ่มนี้⁽⁶⁾

เขตบริการสุขภาพที่ 7 อันประกอบด้วย จังหวัดขอนแก่น มหาสารคาม กาฬสินธุ์ และร้อยเอ็ด ได้ดำเนินนโยบาย ให้มีโครงการในการพัฒนาระบบการเข้าถึงยาระงับปวดกลุ่ม Opioids ในผู้ป่วยระยะท้ายในพื้นที่ โดยริเริ่มการดำเนินการในโรงพยาบาลประจำจังหวัดทั้ง 4 แห่ง และเริ่มให้มีการพัฒนาทั้งในด้านระบบการส่งต่อผู้ป่วยระยะสุดท้าย ศักยภาพของเภสัชกร และทีมสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ตลอดจนการเข้าถึงการใช้ยา Opioids ซึ่ง โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 60 เตียง รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยในอำเภอ เขาวงและนาคูจังหวัดกาฬสินธุ์ และ บางส่วนของอำเภอบ้านค้อ คำชะอี ดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร รวมทั้งสิ้นประมาณ 70,000 คน ปัจจุบันได้รับการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย เพื่อมาดูแลแบบประคับประคองต่อในชุมชน โดยเริ่มมีการจัดตั้งศูนย์การดูแลต่อเนื่อง (Continuous of care) ซึ่งประกอบด้วยทีมสหสาขาวิชาชีพ คือ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักวิชาการสาธารณสุข และนักกายภาพบำบัด เมื่อปีพ.ศ. 2556 และเริ่มมีการรับดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองเพิ่มมากขึ้นตั้งแต่ปีพ.ศ. 2557 เป็นต้นมา ถึงแม้ว่าจะมีแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในโรงพยาบาล แต่ก็ยังคงเกิดปัญหาและความสับสนในการปฏิบัติงาน โดยเฉพาะปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา (Drug related problems) เนื่องจากยังไม่มีแนวทางการใช้ยากลุ่ม Opioids และยาชนิดอื่น ๆ ที่มีความจำเป็นต้องใช้ในการจัดการอาการของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายที่ชัดเจน และปัญหาในการจัดการรายการทำให้ผู้ป่วยบางรายได้รับการดูแลที่ไม่เหมาะสมที่จะลดความทุกข์ทรมานจากอาการปวดลงได้

จากการดำเนินงานของโรงพยาบาลเขาวงที่ผ่านมาพบว่า การใช้ยากลุ่ม Opioids เพื่อจัดการอาการปวดแก่ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมีอัตราการให้ยาสูงขึ้นมาตามลำดับ ทั้งในด้านชนิดของการสั่งใช้ยา รูปแบบของการสั่งใช้ยา และเกิดปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยากลุ่ม Opioids เพิ่มขึ้นเช่นกัน ได้แก่ปัญหาการสั่งใช้ยาแก้ปวดไม่ต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยหลายรายไม่ได้รับยาแก้ปวดเมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ปัญหาผู้ป่วยไม่ได้รับยาเพื่อบรรเทาอาการปวดเมื่อผู้ป่วยไม่สามารถ

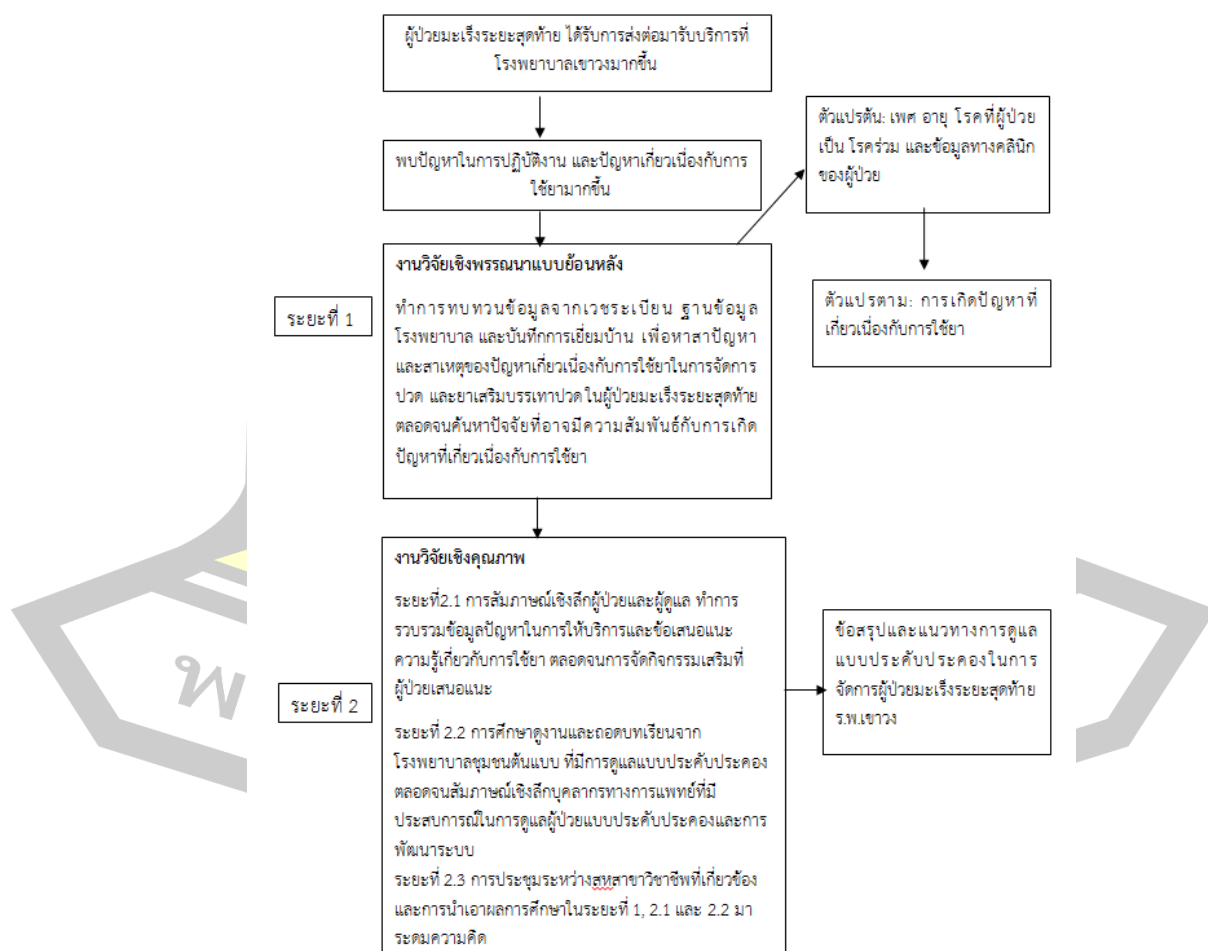
ควบคุมอาการปวดได้ ด้วยยาแก้ปวดชนิดที่ให้เพื่อควบคุมอาการปวดไว้แล้ว (Dose for break through pain) และพบการเลือกชนิดยาไม่เหมาะสม ได้แก่ การเลือกใช้ยาแก้ปวดไม่สัมพันธ์กับระดับความปวดของผู้ป่วย การใช้ยาแก้ปวดซ้ำซ้อนกัน ตลอดจนผู้ป่วยเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาแก้ปวดเช่น ท้องผูก ปากแห้ง คอแห้ง เป็นต้น แต่ยังคงขาดแนวทางในการจัดการปัญหาดังกล่าวที่เหมาะสม และการจัดการที่ดี

จากการทบทวนวรรณกรรมพบการศึกษาปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาในกลุ่ม Opioids และการบริหารทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยโรคมะเร็ง เช่น การศึกษาจากหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลรามาริบัติ พบปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา Opioids ในผู้ป่วยมะเร็ง โดยเฉพาะอย่างยิ่ง อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา และพบปัญหาการใช้ยาสูงถึง 9.7 ปัญหาต่อผู้ป่วย 1 ราย จากการศึกษาพบว่าหลังจากที่เภสัชกรเข้ามามีบทบาทในการให้การบริหารทางเภสัชกรรม ร่วมกับสหสาขาวิชาชีพนั้นสามารถลดปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา และลดปัญหาความปวดของผู้ป่วยโรคมะเร็งได้⁽⁸⁾ นอกจากนี้ การศึกษาของ ปัทมาวดี ช่างเพชร และผกา มาศ ไมตรีมิตร ที่ศึกษาการใช้ยาในกลุ่ม Opioids ในโรงพยาบาลเจ้าคุณพิบูลย์พนมทวน พบปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา Opioids เฉลี่ย 1.46 ครั้งต่อผู้ป่วย 1 ราย โดยมีผู้ป่วยที่ไม่ได้รับยาที่สมควรได้รับ เช่น ขาดการสั่งใช้ ยาระบายในผู้ป่วยที่ได้รับยาในกลุ่ม Opioids เป็นต้น มีการเลือกใช้ยาไม่เหมาะสม เช่น การสั่งใช้ยา Strong Opioids ร่วมกับ Weak Opioids ทำให้มีการสั่งใช้ยาซ้ำซ้อนตลอดจน ผู้ป่วยได้รับยาแก้ปวดที่ไม่สอดคล้องกับระดับความปวด เป็นต้น โดยในการศึกษานี้ มีการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของเภสัชกร ในการบริหารทางเภสัชกรรมผู้ป่วยโรคมะเร็งด้วย ซึ่งพบว่าผลของการบริหารทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการพัฒนา สามารถลดปัญหาที่เกิดจากการใช้ยา อีกทั้งยังเพิ่มคุณภาพของการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งได้⁽⁹⁾

ทั้งนี้ในประเทศไทยยังมีการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนารูปแบบหรือแนวทางในการดูแลผู้ป่วยระยะที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองจำนวนค่อนข้างน้อย เช่น การศึกษาของทัศนีย์ เทประสิทธิ์ และคณะที่ทำการศึกษาได้ทำการศึกษาในโรงพยาบาลอุดรธานี โดยใช้แนวคิดวงจรพัฒนาของเดมมิ่ง (Deming cycle) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ การวิเคราะห์สถานการณ์ การวางแผนการปฏิบัติการดำเนินงาน และการประเมินผลการศึกษา พบว่าด้านผู้ป่วยได้รับการดูแลครอบคลุมองค์รวมมากขึ้น ความพึงพอใจของครอบครัวต่อการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยรวมอยู่ในระดับมาก⁽¹⁰⁾ ในปีพ.ศ. 2558 ได้มีการศึกษาที่โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช เพื่อหารูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่เหมาะสมในบริบทของโรงพยาบาล พบว่า ผลของการนำแนวทางไปใช้นั้นทำให้การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมมีความครอบคลุมมากยิ่งขึ้น⁽¹¹⁾ เป็นต้น

นอกจากนี้ลักษณะของการศึกษาที่พบยังมีข้อจำกัดในการจัดทำเฉพาะตามบริบทของโรงพยาบาลนั้น ๆ ตลอดจนถึงยังไม่มีการศึกษาที่มีการศึกษาเกี่ยวกับโรงพยาบาลชุมชนที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับโรงพยาบาลเขาวงมาก่อนทำให้มีความจำเป็นต้องมีการศึกษาเพื่อพัฒนาแนวทางการให้บริการและแนวทางการบริหารเภสัชกรรมที่เหมาะสมร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ เพื่อสร้างระบบการดูแลผู้ป่วยด้านยาอย่างมีประสิทธิภาพ ลดปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา เพิ่มความปลอดภัยในการใช้ยาของผู้ป่วย และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ภายใต้แนวคิด Inner power ,Together we can ซึ่งเป็นแกนความคิดหลักของสถาบันรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (สรพ.) ประจำปี 2560 ที่เชื่อว่า คนทุกคนมีพลังภายในตนเอง ถ้าเราเชื่อมั่นและพยายามค้นหา เราจะค้นพบพลังภายในตนเองที่จะสามารถช่วยระดมหรือผลักดันในการรังสรรค์ให้เกิดการพัฒนาใหม่ ๆ ร่วมกันได้

1.2 กรอบแนวคิดของการวิจัย



ภาพประกอบ 1 กรอบแนวคิดของการวิจัย

1.3 วัตถุประสงค์

1.3.1 วัตถุประสงค์หลัก

เพื่อพัฒนาแนวทางการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพในการจัดการผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ในโรงพยาบาลเขาวง

1.3.2 วัตถุประสงค์รอง

1.3.2.1 เพื่อศึกษาปัญหาและสาเหตุของปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาบรรเทาปวดและยาเสริมบรรเทาปวดในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่พบในการมารับบริการแบบผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก และการติดตามเยี่ยมที่บ้าน

1.3.2.2 เพื่อศึกษาทัศนคติของผู้ป่วยเกี่ยวกับการเป็นโรคมะเร็งระยะสุดท้าย และการรักษาแบบประคับประคองที่ได้รับจากโรงพยาบาล

1.3.2.3 เพื่อถอดบทเรียนโรงพยาบาลชุมชนที่เป็นต้นแบบของการให้บริการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

1.3.2.4 เพื่อระดมความคิดร่วมกันระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในการพัฒนาแนวทางการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ในการจัดการผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

1.4 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1.4.1 ทราบปัญหาที่เกี่ยวข้องเนื่องกับการใช้ยาเพื่อหาแนวทางการแก้ไข ลดและป้องกันการเกิดปัญหาที่เกี่ยวข้องเนื่องกับการสั่งจ่ายยา ตลอดจนได้แนวทางการใช้ยาที่เหมาะสม

1.4.2 ได้แนวทางการบริหารทางเภสัชกรรมที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล

1.4.3 เพิ่มบทบาทและความชัดเจนของวิชาชีพเภสัชกรรม ในการทำงานร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพ ด้านการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง แบบประคับประคอง

1.4.4 เกิดการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองของโรงพยาบาลให้สอดคล้องกับนโยบายของโรงพยาบาล และเขตบริการสุขภาพ

1.5 ขอบเขตการศึกษา

ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ และได้รับการดูแลแบบประคับประคอง รวมทั้งสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์
ระยะเวลาในการศึกษา มีนาคม 2560- พฤษภาคม 2561

1.6 นิยามศัพท์เฉพาะ

1.6.1 ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ ว่าเป็นโรคมะเร็งในระยะลุกลาม ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้

1.6.2 การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) หมายถึง วิธีการดูแลที่เป็นการเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ป่วยด้วยโรคที่คุกคามต่อชีวิต โดยให้การป้องกันและบรรเทาความทุกข์ทรมานต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและครอบครัวด้วยการเข้าไปดูแลปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นตั้งแต่ในระยะแรกของโรค รวมทั้งการประเมินปัญหาสุขภาพทั้งทางด้านกาย ใจ ปัญญาและสังคมอย่างละเอียดครบถ้วน

1.6.3 ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา (Drug related problem: DRPs) หมายถึง ปัญหาอันเนื่องจากการใช้ยาที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย เช่น การไม่ได้รับยาที่สมควรได้รับ การเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา จัดประเภทปัญหาเกี่ยวกับยาตามระบบของ The Pharmaceutical Care Network Europe (PCNE) versions 7.0

1.6.4 ยากลุ่ม Opioids หมายถึง ยาที่มีการออกฤทธิ์โดยจับกับตัวรับโอปิออยด์ (Opioids Receptor) ในรูปแบบที่มีเฉพาะในโรงพยาบาลเขาวง

1.6.5 สหสาขาวิชาชีพ หมายถึง กลุ่มบุคคลที่ได้รับการฝึกอบรม มีความรู้ทักษะความสามารถเฉพาะด้านที่แตกต่างกัน มาทำงานร่วมกัน เพื่อมุ่งแก้ปัญหาอย่างเป็นระบบ และกระบวนกร โดยมีวัตถุประสงค์และเป้าหมายเดียวกัน ในที่นี้หมายถึง แพทย์ พยาบาลและเภสัชกรผู้เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่ปฏิบัติงาน ณ โรงพยาบาลเขาวง

บทที่ 2

ปริทัศน์เอกสารข้อมูล

ในส่วนของบทนี้จะเรียบเรียงข้อมูลการทบทวน ตามหัวข้อดังต่อไปนี้

- 2.1 หลักการ นิยาม และความหมายของการดูแลแบบประคับประคอง
- 2.2 ปัญหาทางกายที่พบบ่อยและต้องการการดูแลในระยะสุดท้ายของชีวิต และแนวทางการจัดการ
- 2.3 การประเมินผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง
- 2.4 ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา นิยามและรูปแบบในการจัดการ
- 2.5 การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

2.1 หลักการ นิยาม และความหมายของการดูแลแบบประคับประคอง

การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative care) เป็นรูปแบบการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมสำหรับผู้ป่วยที่ป่วยด้วยโรคที่คุกคามต่อชีวิต ซึ่งไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้โดยเน้นการดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับความเจ็บป่วย ผ่านกระบวนการป้องกันและบรรเทาความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวด รวมทั้งการให้คำแนะนำต่อญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วย ในการเตรียมพร้อมที่จะรับมือกับสภาพความเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดตามบริบทของปัจเจกบุคคลเท่าที่จะทำได้ในเวลาที่เหลืออยู่

โรคมะเร็งเป็นโรคทางกายอีกโรคหนึ่ง ซึ่งเมื่ออยู่ในระยะลุกลามจนไม่ตอบสนองต่อการรักษาแล้วผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคอง เพื่อนำไปสู่การเสียชีวิตอย่างดีที่สุด โดยหลีกเลี่ยงไม่ได้⁽⁴⁾ ซึ่งหลักการของ Palliative care สรุปได้เป็น 4C⁽¹²⁾ ดังนี้

2.1.1 Centered at patient and family

ให้ความสำคัญกับผู้ป่วยและครอบครัวเป็นหลัก เช่นเดียวกับหลักการของ Patient-centered medicine โดยคำนึงถึงประโยชน์สูงสุดของการรักษาบนพื้นฐาน การตัดสินใจร่วมกันกับผู้ป่วยและครอบครัว

2.1.2 Comprehensive

การให้บริการครอบคลุมความต้องการทุกด้านของผู้ป่วยและครอบครัว ทั้ง ร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ การให้ความสำคัญต่อความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วย เจตคติส่วนตัว การให้

คุณค่าต่อสิ่งต่าง ๆ ความเชื่อ ศรัทธาทางศาสนา การใช้เครื่องช่วยชีวิตเมื่อเข้าสู่ภาวะสุดท้าย การเลือกสถานที่เสียชีวิต การร่วมงานศพ และการช่วยเหลือครอบครัวหลังจากผู้ป่วยเสียชีวิตแล้ว

2.1.3 Coordinated

คือการทำงานร่วมกันแบบสหสาขาวิชาชีพ รวมไปถึงคนในครอบครัวของผู้ป่วย และชุมชน ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ต้องอาศัยความเชี่ยวชาญของบุคลากรทางการแพทย์หลายสาขาทั้งแพทย์เฉพาะทาง พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ นักกายภาพบำบัด นักจิตวิทยา ทำงานประสานกันและเข้าใจบทบาทของกันและกัน ครอบครัว ผู้ดูแล ญาติสนิทมิตรสหาย ก็เป็นกลุ่มบุคคลที่มีความสำคัญไม่ยิ่งหย่อนไปกว่าทีมสาธารณสุข ในฐานะผู้ร่วมดูแลและเป็นกำลังใจที่สำคัญของผู้ป่วย รวมไปถึงความช่วยเหลือจากชุมชน ผู้นำทางศาสนา สมาคม และอาสาสมัครต่าง ๆ

2.1.4 Continuous

มีความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วย และประเมินผลอย่างสม่ำเสมอ ไม่ว่าจะเป็นเวลาผู้ป่วยอยู่ใน โรงพยาบาลกลับบ้าน หรือเสียชีวิตแล้ว⁽¹³⁾

2.2 ปัญหาทางกายที่พบบ่อยและต้องการการดูแลในระยะสุดท้ายของชีวิตและแนวทางการจัดการ

ได้แก่ ความปวด หายใจ ลำบาก อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ท้องผูก นอนไม่หลับ และอาการสับสน ผู้ป่วยบางคนอาจมี ปัญหาทางกายหลายอย่างร่วมกัน⁽⁴⁾ ผู้ป่วยอาจเริ่มมีอาการตั้งแต่ระยะก่อนตาย (Pre-dying stage) และมีอาการมากขึ้น เมื่อเข้าสู่ระยะเข้าสู่ความตาย (Dying stage)

2.2.1 ปัญหาความปวด (Pain) นับเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ซึ่งชนิดของความปวดนั้น สามารถแบ่งออกได้ดังนี้⁽¹⁴⁾

2.2.1.1 Cancer related pain

หมายถึง ความปวดที่เกิดจากมะเร็ง การลุกลามของมะเร็ง หรือเป็นผลจากการรักษา มะเร็ง ไม่ว่าจะเป็นจากการผ่าตัด ฉายรังสี หรือการทำเคมีบำบัด และยังแบ่งออกเป็นชนิดย่อย ๆ ตามสาเหตุได้ดังนี้

1) neuropathic cancer pain (NCP)

เป็นภาวะปวดอันมีสาเหตุจากการที่มะเร็งไปกดเบียดส่วนต่าง ๆ ของระบบประสาท เช่น เส้นประสาท ชำยประสาท รากประสาท ไขสันหลัง หรือสมองเป็นต้น โดยเกิดได้ในระยะต่าง ๆ ของมะเร็ง หรือเกิดตามหลังจากการบำบัดรักษา ลักษณะเฉพาะ มักมีอาการได้แก่ มีอาการปวด (Aching) อาการแสบร้อนหรือออกร้อน (burning) อาการคล้ายวัตถุที่มแทง

(lancinating, stabbing) และอาจพบ paranesthesia dysesthesia hypergesia หรือ allodynia ได้ การรักษานเน้นการรักษาตามอาการ โดยอาจใช้กลุ่มยากันชักและยาต้านเศร้า ในรายที่มีชนิดของการปวดหลายชนิดร่วมกัน และควรพิจารณายาที่ออกฤทธิ์ต่างกันด้วย เช่น antidepressant Opioids NSAIDs เป็นต้น ยากันชักที่ได้ผลดีในการรักษาการปวดชนิดนี้ เช่น gabapentin และ pregabalin ส่วน Phenytoin และ carbamazepine ผลยังไม่ชัดเจน นอกจากนี้ยาต้านเศร้าที่มักมีการนำมาใช้ในการรักษาอาการปวดชนิดนี้ ได้แก่กลุ่ม tricyclic antidepressant คือ amitriptyline nortriptyline หรือกลุ่ม serotonin norepinephrine reuptake inhibitor เช่น venlafaxine duloxetine เป็นต้น

2) Cancer related bone pain (CIBP)

เนื่องจากมักมีการแพร่กระจายของมะเร็งไปยังกระดูก ทำให้เกิดการปวดกระดูกจากมะเร็งขึ้น โดยมีลักษณะของความปวดแตกต่างจากการปวดชนิดอื่นคือนอกจากจะมี background pain คือมีอาการปวดอยู่ตลอดเวลาแล้ว และ มักมี breakthrough pain คือมีอาการปวดที่รุนแรงมากขึ้นนอกเหนือจากการปวดแบบ Background pain ด้วย ปัจจุบันเน้นการรักษาด้วย ยา รังสีรักษาเป็นต้น ทั้งนี้การใช้ยามักให้ในกลุ่ม Opioids และมีการนำยากลุ่ม bisphosphonate มาใช้เป็นยาเสริมเพื่อป้องกันการเกิดกระดูกหัก หรืออาการแทรกซ้อนที่จะตามมาภายหลังอาการปวดได้

3) Tumor induced headache (TIH)

เป็นภาวะปวดศีรษะเนื่องจากความดันในโพรงกะโหลกสูง เกิดได้ทั้งมะเร็งสมองหรือระบบประสาทเอง มักมีอาการปวดศีรษะคือปวดตื้อๆ มึนๆ บางส่วนอาจปวดตื้อๆ หรือปวดแหวง การรักษาเน้นการรักษาตามอาการและใช้วิธีการอื่น ๆ เพื่อช่วยวินิจฉัยตำแหน่งที่เป็นสาเหตุของอาการปวดเช่น CT scan MRI เป็นต้น และมีการใช้สเตียรอยด์ dexamethasone ในการประคับประคอง มักใช้ขนาดสูงโดยให้ครั้งแรก 4-8 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ และค่อยๆเพิ่มขนาดยาขึ้น โดยในผู้ป่วยรายที่มีอาการมากอาจให้ขนาดยาได้ถึง 16-24 มิลลิกรัมต่อวันจากนั้นลดขนาดยาลงเรื่อย ๆ ในสัปดาห์แรกและหยุดใน 2 สัปดาห์ นอกจากนี้อาจมีการนำยาอื่น ๆ มาใช้เช่น mannitol ยาแก้ปวดอื่น ๆ เป็นต้น

4) Visceral pain and malignant bowel obstruction (MBO)

เป็นอาการปวดในอวัยวะภายในและการอุดตันของลำไส้จากมะเร็ง มักพบในรายที่เป็นมะเร็งภายในช่องท้อง และอุ้งเชิงกรานระยะลุกลาม อาจมีอาการปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน ท้องโป่งพอง การรักษาเน้นการให้ยาแก้ปวด

2.2.1.2 Non-cancer related pain

หมายถึงอาการปวดที่เกิดในผู้ป่วยมะเร็ง แต่สาเหตุการเกิดอาการปวดไม่ได้เกิดจากมะเร็งหรือผลพวงของมะเร็ง เช่น อาการปวดจากงูสวัด อาการปวดหัวไมเกรน เป็นต้น

จากแนวทางเวชปฏิบัติความปวดจากมะเร็ง โดยสมาคมศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย ปี พ.ศ.2556 ได้ให้คำแนะนำ สำหรับการประเมินความปวด ว่ามีการประเมินได้หลากหลายวิธี แต่วิธีที่แนะนำคือแบบ Visual analog scale โดยกำหนดค่าความปวดที่ต่ำที่สุดคือ 0 คะแนน คือไม่ปวดเลย และอาการปวดมากที่สุดเท่าที่สามารถนึกได้คือ 10 คะแนน ทำให้สามารถจัดกลุ่มระดับความปวดได้ดังนี้

- 1) ระดับน้อย (Mild pain) คะแนนความปวด 0-3 คะแนน
- 2) ระดับปานกลาง (Moderate pain) คะแนนความปวด 4-6 คะแนน
- 3) ระดับรุนแรง (Severe pain) คะแนนความปวด 7-10 คะแนน

โดยการตรวจติดตามผลการระงับปวดต้องมีการประเมินความปวดอย่างสม่ำเสมออย่างน้อย วันละ 1 ครั้ง และปรับเปลี่ยนแผนการรักษาจนผู้ป่วยไม่รู้สึกปวด

ในการระงับความปวดนั้น ยาระงับปวดกลุ่ม Opioids เป็นยาที่มีการนำมาใช้แพร่หลายในการระงับอาการปวดเนื่องจากมะเร็ง และ บรรเทาอาการปวดในผู้ป่วยระยะสุดท้าย ตามคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก⁽¹⁵⁾ ได้แนะนำให้มีการเลือกใช้ยาแก้ปวดเพื่อบรรเทาอาการปวดตามลำดับขั้นบันได (Analgesic Ladder) ดังนี้

- 1) ให้มีการบริหารยาด้วยวิธีรับประทาน (by mouth)
 - 2) ให้มีการบริหารยาตามเวลาอย่างสม่ำเสมอ (By the clock /A round the clock) และพิจารณาให้ยาในมือถัดไป ก่อนที่ยามือก่อนหน้าจะหมดฤทธิ์ไป
- ใช้ยาตามลำดับขั้นบันได (By the analgesic ladder) คือ

(1) บันไดขั้นที่ 1 ให้ใช้ยาแก้ปวดชนิดที่ไม่ใช่ Opioids ได้แก่ Aspirin (600 มิลลิกรัม ทุก 4 ชั่วโมง) paracetamol (500 มิลลิกรัมทุก 6 ชั่วโมงหรือ Ibuprofen (400 มิลลิกรัมทุก 6 ชั่วโมง) ก่อน

(2) บันไดขั้นที่ 2 เมื่อผู้ป่วยยังมีอาการปวดอยู่ให้พิจารณาปรับยาให้เหมาะสมกับอาการปวดโดยเลือกใช้ Opioids for mild to moderate pain โดยใช้เป็นยาเสริมจาก Aspirin หรือ paracetamol ได้แก่ Codeine (30 mg ทุก 4 ชั่วโมง)

(3) บันไดขั้นที่ 3 เมื่อผู้ป่วยยังมีอาการปวดอยู่แม้จะมีการใช้ยาในบันไดขั้นที่ 2 แล้ว แนะนำให้ใช้ Opioids for moderate to severe pain ได้แก่ oral morphine (5 มิลลิกรัมในยาน้ำ 5 มิลลิกรัม โดยเริ่มที่ 2.5-5 มิลลิกรัม ทุก 4 ชั่วโมงและค่อยๆ เพิ่มขนาดยาขึ้น จนควบคุม

อาการปวดได้) เมื่อผู้ป่วยมีอาการปวดดีขึ้นแล้ว ให้พิจารณาปรับขนาดยาตามแต่ละชั้นบันได ทั้งนี้ อาจเพิ่มยาเสริมเพื่อเป็น adjuvant therapy ในการปวดแต่ละชนิดด้วย

จากแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative care for adult :strong Opioids for pain relief 2012) ของประเทศอังกฤษ⁽¹⁶⁾ ได้ให้คำแนะนำในการเลือกยาเพื่อ บรรเทาอาการปวดในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม คือให้มีการเลือก oral sustained-release morphine เป็นทางเลือกแรกในการรักษาและค่อยๆปรับขนาดยาขึ้นตาม analgesic ladder โดยไม่ แนะนำในการใช้ fentanyl ชนิดฉีดหรือแผ่นแปะลดปวดในการเริ่มรักษา สำหรับผู้ป่วยที่มีการทำงาน ของตับและไตผิดปกติร่วมด้วย ควรเลือกใช้ยา Morphine 20-30 มิลลิกรัมในการเริ่มยา และ ใช้ morphine immediate release เป็นยาฉุกเฉินกรณีที่มีอาการปวดอยู่ในการปรับยาด้วยสำหรับ ผู้ป่วยที่ไม่สามารถบริหารยาได้ด้วยวิธีการรับประทาน แนะนำให้บริหารยา morphine ทางใต้ผิวหนัง (subcutaneous delivery) แทน

นอกจากนี้ยังมีคำแนะนำในการสั่งจ่ายาระบายในผู้ป่วยที่ได้รับยากลุ่ม Opioids ทุก ครั้ง เพื่อลดปัญหาการท้องผูกที่เป็นอาการไม่พึงประสงค์ที่พบได้บ่อยในยากลุ่มดังกล่าว

สำหรับแนวทางการใช้ยาในกลุ่ม Opioids และการปรับขนาดยาหลักการทั่วไปใน ประเทศไทยมีดังนี้⁽¹⁴⁾

1) ขนาดยาที่เหมาะสมในผู้ป่วยมะเร็งแต่ละคนคือขนาดยาที่สามารถลดความ ปวดของผู้ป่วยได้ตลอดช่วงเวลาที่ยาออกฤทธิ์ โดยไม่ทำให้เกิดอาการข้างเคียงที่รุนแรงจนแก้ไขหรือ ผู้ป่วยทนไม่ได้

2) การเลือกชนิดและขนาดยาเริ่มต้นขึ้นกับสถานะของผู้ป่วยแต่ละคนโดยดูจาก ความรุนแรงของความปวดเป็นหลักร่วมกับสถานะอื่นของผู้ป่วยเช่นการทำงานของตับและไตรวมถึง โรคอื่นที่เป็นร่วมเช่นโรคหืดเป็นต้น

(1) ผู้ป่วยที่ไม่เคยได้รับยาในกลุ่ม Opioids มาก่อน และมีระดับความรุนแรง ของความปวดปานกลาง (หรือใช้ยาแก้ ปวดในกลุ่ม NSAIDs ไม่ได้ผล) ให้เริ่มใช้ยาในกลุ่ม weak Opioids เช่น codeine หรือ tramadol

(2) ผู้ป่วยที่ไม่เคยได้ รับยาในกลุ่ม Opioids มาก่อนและมีความปวดรุนแรงให้ เริ่มด้วย strong Opioids โดยเริ่มด้วย morphine ชนิดรับประทานแบบ immediate release ขนาด 5-10 มิลลิกรัมทุก 4 ชั่วโมง ผู้ป่วยที่เคยได้รับยาในกลุ่ม weak Opioids หรือ strong Opioids มาก่อนแล้วแต่ไม่สามารถควบคุมความปวดได้ให้คำนวณขนาดยา weak Opioids หรือ strong Opioids เดิมที่ได้รับใน 1 วัน แล้วนำมาเทียบเป็น equi-analgesic dose ของ morphine หรือ fentanyl แล้วปรับขนาดให้ เพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 25

3) การใช้ Opioids ในผู้ป่วยมะเร็งที่มีความปวดเรื้อรัง ควรเริ่มด้วยการให้ยา Opioids ชนิด immediate release โดยใช้ยาตามระยะเวลาการออกฤทธิ์ต่อเนื่องทั้งวัน (around the clock) ในกรณีที่ผู้ป่วยมี breakthrough pain และ incident pain สามารถให้ยา Opioids ชนิด immediate release ในขนาดร้อยละ 25-50 ของ regular dose (ที่ให้ทุก 4-6 ชั่วโมง) ในแบบ prn

4) เมื่อเริ่มให้ยาด้วยขนาดยาแรกเริ่ม (codeine 15-30 มิลลิกรัม ทุก 4 ชั่วโมง, tramadol 50-100 มิลลิกรัม ทุก 6-8 ชั่วโมง หรือ morphine 5-10 มิลลิกรัม ทุก 4 ชั่วโมง) แล้ว ถ้ายังไม่สามารถคุมความปวดได้ดีพอ สามารถปรับขนาดยาเพิ่มขึ้นได้ตามความรุนแรงของความปวดดังตัวอย่าง เช่น ปวดปานกลาง (pain score 4-6) ให้พิจารณาเพิ่มขนาดยาขึ้นร้อยละ 25-50, ปวดรุนแรง (pain score 7-10) ให้พิจารณาเพิ่มขนาดยาขึ้น ร้อยละ 50-100

5) เมื่อสามารถคุมความปวดได้ดีโดยการใช้ Opioids ชนิด immediate release แล้ว ให้คำนวณขนาดยา Opioids (รวมขนาดยาที่ให้แบบ around the clock และขนาดยา prn) ที่ใช้ใน 24 ชั่วโมง แล้วเปลี่ยนเป็น Opioids ในรูปแบบ sustained release แทน เพื่อให้สะดวกแก่ผู้ป่วยและเพิ่มการยอมรับปฏิบัติตาม

6) ในระหว่างที่ผู้ป่วยได้ รับ sustained release morphine ต้องจัดยาขนานสำหรับเป็น rescue analgesic ถ้าผู้ป่วยมี breakthrough pain ด้วยเสมอ ควรใช้ยาที่ออกฤทธิ์เร็ว เช่น immediate release morphine สำหรับ incident pain ซึ่งเป็นความปวดที่เพิ่มขึ้นเมื่อผู้ป่วยมีกิจกรรม ผู้ป่วยควรได้รับ rescue analgesic ก่อนที่จะทำกิจกรรมเหล่านั้น ขนาดของ rescue analgesic เป็นประมาณ 1/8-1/6

7) ในกรณีที่ ใช้ ยาแบบผสมในเม็ดเดียวกัน เช่น codeine ร่วมกับ paracetamol หรือ tramadol ร่วมกับ paracetamol มีข้อจำกัดคือการปรับขนาดของยาแต่ละตัวทำได้ยากให้ระวังความเป็นพิษต่อดับจาก paracetamol และให้เปลี่ยนมาใช้ยาเดี่ยวจะเหมาะสมกว่า ถ้าขนาดยา paracetamol มากกว่า 4 กรัม /วัน

8) Opioids ที่ไม่แนะนำให้ใช้สำหรับบรรเทาความปวดใน cancer pain หรือ chronic non-cancer pain ได้แก่

(1) Pethidine (meperidine) เนื่องจากมี half-life สั้นมี toxic metabolite ได้แก่ nor pethidine ผู้ป่วยที่มี renal insufficiency ถ้าใช้ pethidine ไปนาน ๆ อาจมี nor pethidine คั่งในร่างกายได้ สารนี้มีฤทธิ์กระตุ้นระบบประสาทอาจถึงชักได้

2.2.2 ปัญหาเรื่องหายใจลำบาก (Dyspnea)

อาการหายใจลำบากเป็นความรู้สึกส่วนตัวที่รู้สึกหายใจติดขัดเหนื่อยหอบหรือการหายใจไม่อิ่ม เหมือนสำลัก หรือหายใจหนัก หนัก เป็นอาการที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยระยะสุดท้าย

เนื่องจากตัวโรคหลอดเลือด อาจจะทำให้พบปัญหาการทำงาน ของปอดที่ผิดปกติหรือไม่ก็ได้ อุบัติการณ์ของ การหายใจลำบากเป็นลำดับต้น ๆ ในการประเมินความรุนแรงของอาการอาจใช้การบอกจำนวน ตัวเลข (Visual Analogue Scale :VAS) หรือประเมินโดยใช้คำพูดหรือภาพ กรณีสื่อสารไม่ได้ การ ตรวจวินิจฉัยให้ประเมินสัญญาณชีพ สังเกตลักษณะการหายใจ ฟังเสียงปอดของผู้ป่วย อาการซีด หรือเขียวที่เล็บ การใช้กลัมน้ำอื่น ๆ ช่วยหายใจ ควรตรวจร่างกายโดยการคลำและเคาะท้อง เพื่อ ประเมินภาวะท้องมาน สังเกตเส้นเลือดที่คอโป่งพอง ตรวจค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด ติดตาม ผลความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงอัดแน่น (hematocrit) และฮีโมโกลบิน (hemoglobin) เพื่อหาสาเหตุ เพิ่มเติมของการหายใจลำบากซึ่งขึ้นอยู่กับระยะของโรค สาเหตุบางอย่างเป็นอันตราย ต่อชีวิตและสามารถ แก้ไขได้ควรให้การรักษา เช่น Pericardial effusion, Pleural effusion, Superior vena cava syndrome, Pneumonia สำหรับผู้ป่วยที่ใกล้เสียชีวิตอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ การรักษาควรเป็นไปตามอาการแบบประคับประคองโดยไม่จำเป็นต้องพยายามตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติม การรักษาอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยระยะสุดท้ายจะมุ่งรักษาที่สาเหตุซึ่งสามารถ แก้ไขได้เช่น ภาวะหลอดลมหดรัดตัว รักษาด้วยยาขยายหลอดลม หรือการรักษาด้วยยาเช่น Opioids, Benzodiazepines, Phenothiazines , Beta2- Agonist stimulators , Methylxanthines , Steroid , Oxygen therapy นอกจากนี้ยังมีการรักษาโดยไม่ใช้ยา เช่น การใช้พัดลมเป่าให้เย็น การ จัดท่าเพื่อให้ปอดขยายตัวดีขึ้น และเพิ่มพื้นที่ในการแลกเปลี่ยนแก๊ส ทำทางการเคลื่อนไหวนิ้วและการ ออกกำลังกายการทำกิจกรรมตาม ความเหมาะสม การหายใจโดยการเป่าปาก (pursed-lip)และการ หายใจโดยใช้กลัมน้ำอื่นกระบังลมและกลัมน้ำหน้าท้อง diaphragmatic ⁽⁴⁾

2.2.3 ปัญหาเรื่องความอ่อนล้า (Fatigue)

ความอ่อนล้า เป็นอาการที่ผู้ป่วยรู้สึกว่ามีแรง เหนื่อยล้าทั้งกายและใจ ความสามารถในการ ทำ กิจวัตรประจำวันลดลง สัมพันธ์ภาพกับบุคคลลดลง เกิดสภาวะถดถอยของร่างกายและ ความทนทานของ ร่างกายลดลง ส่งผลให้ผู้ป่วยสูญเสียหน้าที่ของอวัยวะนั้นๆ ในการประเมิน เริ่ม จากซักประวัติและตรวจร่างกายเพื่อประเมินจากอาการเบื่ออาหาร ผอม แห้ง น้ำหนักลด อ่อนเพลีย หรือไม่ ประกอบกับการตรวจวินิจฉัย:สาเหตุของความอ่อนล้ามีความซับซ้อนต้องตรวจวินิจฉัยอาการ ที่เกี่ยวข้อง เช่น ความปวด คลื่นไส้ อาเจียน แผลในปาก ท้องผูก อาการซึมเศร้า ภาวะติดเชื้อและ ภาวะแคลเซียมใน เลือดสูง สำหรับการรักษานั้นการเพิ่มแคลอรีของอาหารด้วยการรับประทานหรือ เข้าทางหลอดเลือด ได้ผลน้อย และอาจเกิดภาวะแทรกซ้อน ดังนั้นควรรักษาที่สาเหตุ เช่น ให้เลือด กรณีเกิดภาวะซีด ให้ยาบรรเทาอาการ อ่อนล้า เช่น ยากลุ่ม Steroid Erythropoietic และ Anti-depressive จำกัดกิจกรรมและให้ความ ช่วยเหลือด้านกิจวัตรประจำวัน เช่น การลุกเดิน การเข้า ห้องน้ำ การเผาระวังอุบัติเหตุ การพักผ่อนอย่าง เพียงพอ และให้ออกซิเจนร่วมด้วยกรณีเหนื่อย ⁽⁴⁾

2.2.4 ปัญหาเรื่องท้องผูก (Constipation)

ท้องผูกเป็นปัญหาที่พบบ่อยในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ได้รับยากลุ่ม Opioid และสาเหตุอื่น ๆ เช่น รับประทานอาหารที่มีใยอาหารน้อย ดื่มน้ำน้อย นอนติดเตียงหรืออัมพาต การรักษาโดยให้ยาระบายทั้งชนิดรับประทาน เช่น ทวารหนัก หรือสวนอุจจาระ และแนะนำการปฏิบัติตัว เช่น ให้ดื่มน้ำเพิ่มขึ้น รับประทานอาหารที่มีกากใย เพิ่มกิจกรรมทางกายและให้เวลาสร้างบรรยากาศที่ดีในการขับถ่าย ยาระบายสำหรับอาการท้องผูก กลุ่ม Surfactant เช่น Docusate กลุ่ม Osmotic เช่น Lactulose, magnesium hydroxide กลุ่ม Lubricant เช่น Mineral oil กลุ่ม Stimulants เช่น Bisacodyl, Senna ⁽⁴⁾

2.2.5 ปัญหาคลื่นไส้ อาเจียน (Nausea and Vomiting)

คลื่นไส้เป็นอาการที่ผู้ป่วยรู้สึกไม่สบายท้อง มีน้ำลายมาก วิงเวียนศีรษะ หน้ามืด กลืนอาหารลำบาก อุณหภูมิร่างกายเปลี่ยนแปลง และชีพจรเต้นเร็ว อาเจียนเป็นอาการที่มีการหดตัวของกระเพาะอาหารซึ่งจะบีบเอาอาหารและน้ำย่อยในกระเพาะ ให้ไหลย้อนขึ้นมาที่ปาก บางทีอาจไม่มีอาหารออกมาก็ได้ การประเมิน เนื่องด้วยผู้ป่วยระยะสุดท้ายมักมีปัญหาเรื่องคลื่นไส้ อาเจียน ซึ่งสาเหตุอาจเกิดจากพยาธิสภาพของโรค สภาพร่างกายของผู้ป่วย หรือเกิดจากผลข้างเคียงของการรักษา ซึ่งต้องประเมินและหาสาเหตุที่เกิดขึ้น และรักษาผู้ป่วยตามสาเหตุดังกล่าว การรักษาโดยใช้ยา เช่น domperidone, prochlorperazine, metoclopramide, ondansetron, granisetron, haloperidol การรักษาโดยไม่ใช้ยา เพื่อช่วยบรรเทาอาการ เช่น จัดอาหารแต่ละมื้อให้น้อยลง รับประทานอาหารให้บ่อยขึ้น ดื่มเครื่องดื่มจืด ๆ บ่อย ๆ ในสิ่งที่ผู้ป่วยชอบ เช่น น้ำผลไม้ น้ำขิง น้ำชา ทำความสะอาด ปาก ฟัน ไม่ปรุงอาหารใกล้ผู้ป่วย จัดสิ่งแวดล้อมและบรรยากาศสดชื่น ⁽⁴⁾

2.2.6 ปัญหาผิวหนังและแผลกดทับ (Skin and pressure sore)

ผู้ป่วยระยะสุดท้ายผิวหนังจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับได้ง่ายโดยเฉพาะส่วนของร่างกายที่สัมผัสที่นอนตลอดเวลา เช่น ส้นเท้า สะโพก เข่า และข้อศอก ถ้าผู้ป่วยถูกจำกัดอยู่บนเตียงนอน โดยใช้แบบประเมินภาวะเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ (Barden Score) แล้วให้การดูแลตามคะแนนจากการประเมิน เช่น ควรพลิกตัวเปลี่ยนท่านอนให้ผู้ป่วยบ่อย ๆ ทุก 2 ชั่วโมง หรือตามสภาพผู้ป่วย ควรใช้ผ้าขาวางเตียงช่วย ในการพลิกตัวไม่ลากตัวผู้ป่วยเพราะจะทำให้ผิวหนังถลอก ควรจัดให้มีที่นอนลม/เจลให้ผู้ป่วย หมอน/หรืออุปกรณ์ที่มีลักษณะนุ่ม เช่น ลูกโป่ง ลูกมียางใส่น้ำ รองปุ่มกระดูก จัดผ้าปูที่นอนให้เรียบตึง ไม่ยับย่นหลังเช็ดตัวต้องซับผิวหนังให้แห้งโดยใช้ผ้าขนหนูไม่ถูแรง ทาแป้งฝุ่นหรือครีมเพื่อให้เกิดความชุ่มชื้นแก่ผิวหนัง ถ้าเกิดรอยแดงบนจุดที่มีการกดทับให้ใช้หมอนนุ่ม นุ่ม ใบเล็ก เล็ก รองตามจุดนั้น ๆ การนวดเบาเบารอบรอบปุ่มกระดูกจะช่วยกระตุ้นการไหลเวียนของโลหิต ⁽⁴⁾

2.3 การประเมินผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง

2.3.1 การประเมินผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง

นอกจากปัญหาทางกายและการจัดการข้างต้นแล้ว การประเมินผู้ป่วย เพื่อให้ได้รับการดูแลและรักษาที่เหมาะสมก็เป็นสิ่งที่สำคัญยิ่ง และวิธีการที่ใช้ในการประเมินผู้ป่วยที่แนะนำคือ วิธีการประเมินความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองของผู้ป่วยโดยใช้ Palliative Performance Scale (PPS) ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ได้รับการพัฒนาโดย Victoria Hospice Society ที่รัฐ British Columbia เพื่อช่วยในการประเมินระดับความสามารถในการดูแลตัวเองในชีวิตประจำวันด้านต่าง ๆ ของผู้ป่วย Palliative care PPS มีการแบ่งระดับทั้งหมด 11 ระดับไล่ตั้งแต่ 100% ลงไปถึง 0% เพื่อแยกผู้ป่วยออกเป็น 3 กลุ่มย่อยได้แก่ ผู้ป่วยที่มีอาการคงที่ (>70%) ผู้ป่วยระยะสุดท้าย (0-30%) และผู้ป่วยที่อยู่ระหว่าง 2 กลุ่มดังกล่าว (40-70%) PPS เป็นเครื่องมือใช้ประเมินผู้ป่วยใน 5 หัวข้อหลัก ได้แก่ ความสามารถในการเคลื่อนไหว กิจกรรมและความรุนแรงของโรค การดูแลตนเอง การกินอาหาร และความรู้สึกตัว

ประโยชน์ของ PPS คือ เพื่อใช้ติดตามผลการรักษา, ประเมินภาระงานของผู้ดูแลผู้ป่วย เช่นผู้ป่วยที่มีคะแนน 0-40% หมายถึงว่าผู้ป่วยจะต้องการการดูแลทางด้านการพยาบาลมากขึ้นและญาติผู้ป่วยมักจะต้องการดูแลทางจิตใจมากขึ้น, ใช้สำหรับสื่อสารกันระหว่างบุคลากรในทีม และใช้ประเมินการพยากรณ์โรคโดยคร่าว ๆ PPS สามารถนำไปใช้ประเมินได้ทั้งที่บ้านและโรงพยาบาล แต่ควรใช้โดยบุคลากรทางการแพทย์ โดยทั่วไปมักจะเป็นพยาบาลหรือแพทย์⁽¹⁷⁾ ในประเทศไทย นิยมใช้ แบบประเมิน ระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองฉบับสวนดอก⁽¹⁸⁾ (ภาคผนวก ก)

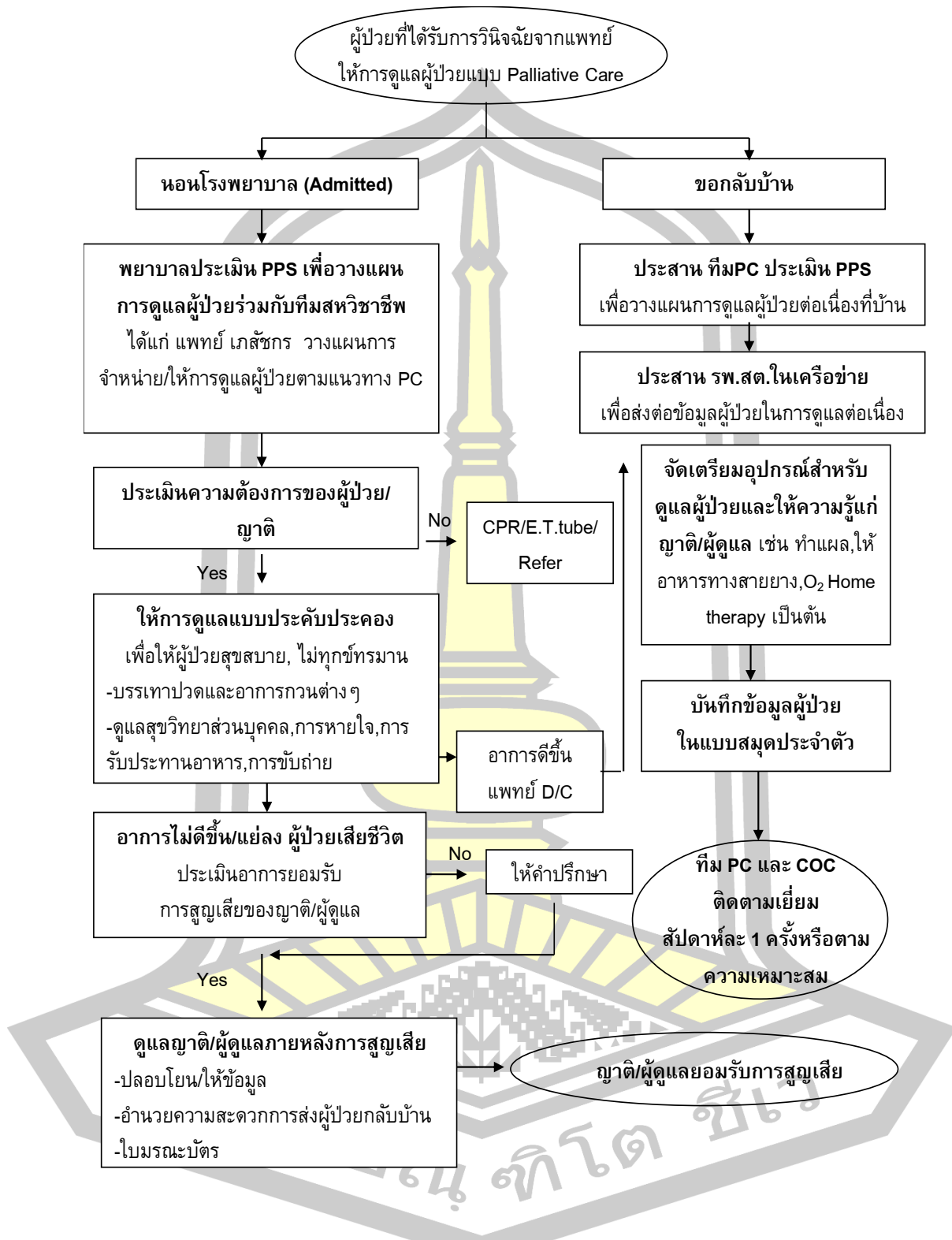
นอกจากการดูแลอาการทางกายแล้ว ยังมีความจำเป็นต้องให้การดูแลด้าน ประคับประคองจิตใจ และสุขภาพจิตด้วย เพื่อให้เกิดการดูแลองค์รวม โดยสัมพันธ์กับระยะการดำเนินของผู้ป่วยก่อนเสียชีวิต ที่แบ่งได้เป็น 3 ระยะคือ

ระยะก่อนตาย (Pre dying stage)

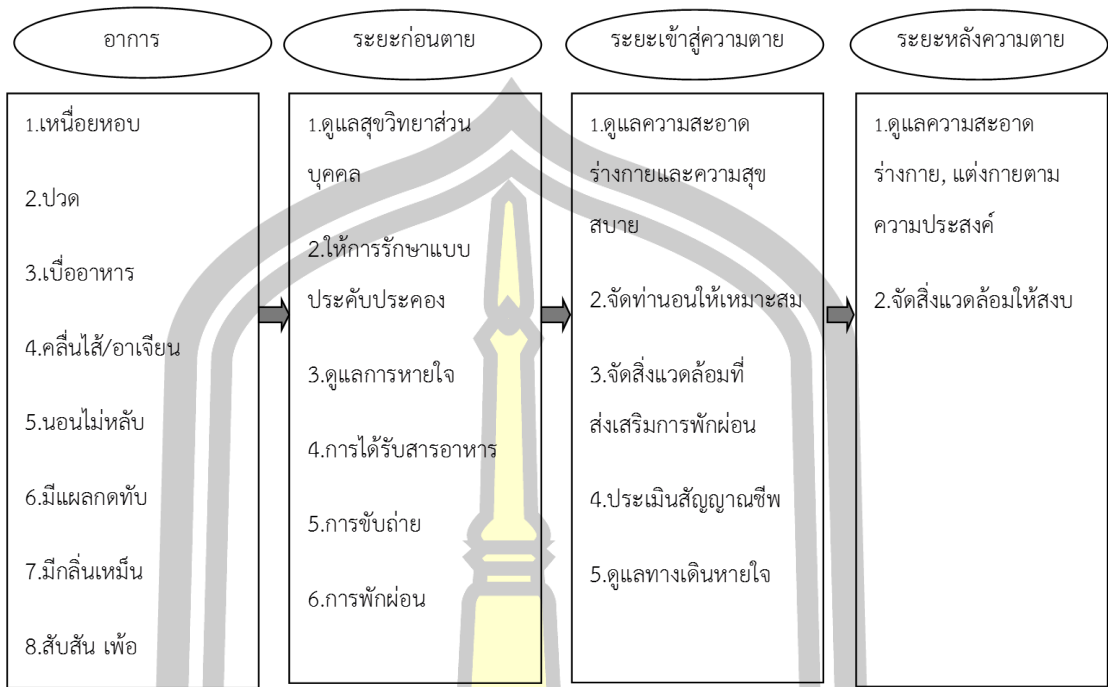
ระยะเข้าสู่ความตาย (Dying stage)

ระยะหลังความตาย (Post-dying stage)

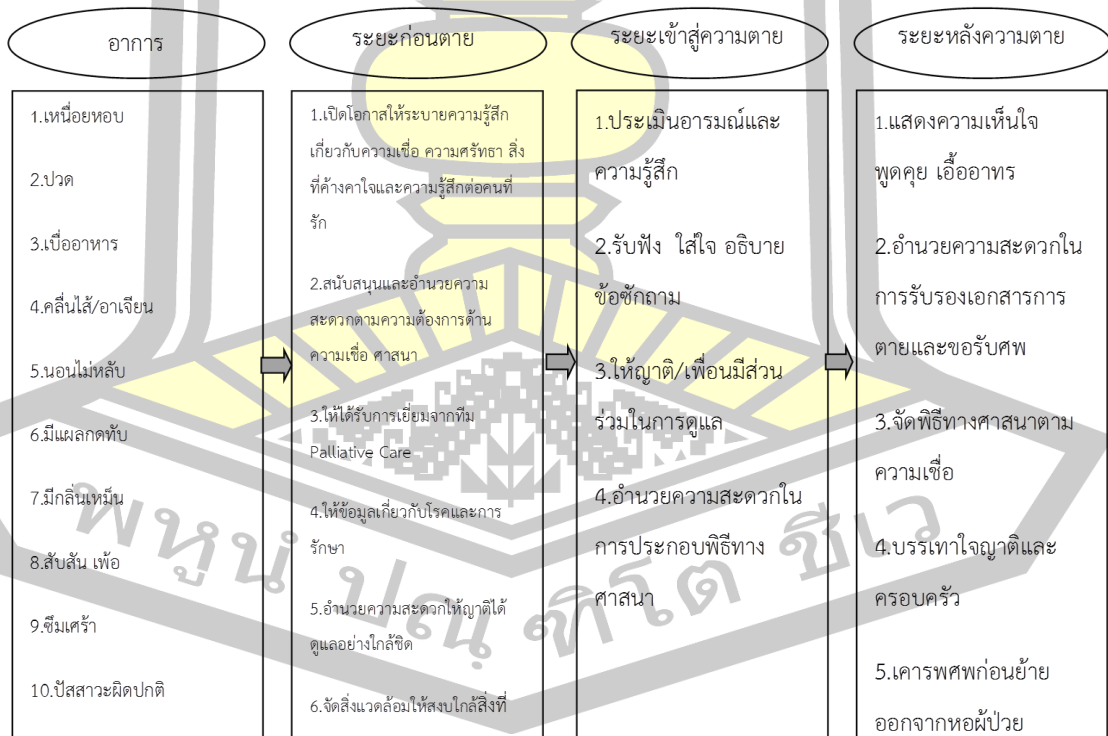
ซึ่งรูปแบบการดูแลทั้งหมดตามคำแนะนำของแนวทางการปฏิบัติงาน ซึ่งในโรงพยาบาลเขาวังได้ ดำเนินงานรายละเอียดดังภาพประกอบ 2



ภาพประกอบ 2 แนวทางการปฏิบัติงานของโรงพยาบาลเขาวง



ภาพประกอบ 3 การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้านร่างกาย



ภาพประกอบ 4 การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้านจิตใจ จิตสังคม จิตวิญญาณ

2.4 ปัญหาที่เกี่ยวข้องเนื่องกับการใช้ยา นิยามและรูปแบบในการจัดการ

Strand และคณะเป็นผู้ริเริ่มให้คำนิยามของปัญหาเกี่ยวกับยาว่า “เป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยเมื่อใช้ยาในการรักษา ปรากฏการณ์ดังกล่าวอาจรบกวนหรือมีแนวโน้มที่จะรบกวนผลการรักษาที่ต้องการ” Hepler และ Strand ได้จัดประเภทของปัญหาเกี่ยวกับยาเป็นประเภทได้แก่

- 1) ผู้ป่วยไม่ได้รับยาที่ควรจะได้ (untreated indications)
- 2) ผู้ป่วยได้รับยาที่ไม่เหมาะสม (improper drug selection)
- 3) ผู้ป่วยได้รับยาที่ถูกต้องแต่ขนาดน้อยเกินไป (subtherapeutic dosage)
- 4) ผู้ป่วยไม่ได้รับยาตามแพทย์สั่ง (failure to receive medication)
- 5) ผู้ป่วยได้รับยาที่ถูกต้องแต่ขนาดมากเกินไป (overdosage)
- 6) ผู้ป่วยเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (adverse drug reactions)
- 7) ผู้ป่วยเกิดอันตรกิริยาระหว่างยา (drug interactions)
- 8) ผู้ป่วยได้รับยาที่ไม่มีข้อบ่งชี้ทางวิชาการ (medication use without indication)

ต่อมาในปี 1993 ประกาศของ The American Society of Health-System Pharmacists (ASHP) ในปี ค.ศ. 1993 ได้จัดประเภทของปัญหาเกี่ยวกับยาเป็น 8 ประเภทเช่นเดียวกับ Hepler และ Strand อย่างไรก็ตาม การจัดประเภทของปัญหาเกี่ยวกับยาตามแบบของ Hepler และ Strand ยังไม่ครอบคลุมปัญหาเกี่ยวกับยาทั้งหมด เช่น การได้รับยาซ้ำซ้อน ทำให้มีการปรับปรุงเพิ่มปัญหาข้อที่ 9 คือ ปัญหาอื่น ๆ (miscellaneous) เพื่อรองรับปัญหาเกี่ยวกับยาที่ไม่สามารถจัดประเภทได้ในข้อ 1 ถึง ข้อ 8⁽¹⁹⁾

Mill และคณะ ได้ใช้เกณฑ์ 5 ข้อ เพื่อประเมินความเหมาะสมของการจัดประเภทปัญหาเกี่ยวกับยา ดังนี้

- 1) การจัดประเภทปัญหาเกี่ยวกับยานั้นจะต้องมีนิยามที่ชัดเจนทั้งนิยามทั่วไปของปัญหาเกี่ยวกับยา และนิยามที่ชัดเจนของแต่ละปัญหา
- 2) การจัดประเภทของปัญหานั้น ควรจะมีการทดสอบความถูกต้องที่ได้รับการเผยแพร่
- 3) การจัดประเภทนั้นควรจะใช้ได้ในทางปฏิบัติ
- 4) การจัดประเภทนั้นควรจะเป็นลำดับ มีการจัดเป็นหัวข้อหลัก หัวข้อรอง และมีหัวข้อเปิด สำหรับปัญหาใหม่ๆ
- 5) การจัดประเภทนั้น ควรเน้นที่กระบวนการใช้ยา และผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น และควรแยกปัญหาออกจากสาเหตุของการเกิดปัญหาด้วย

จากผลการประเมินพบว่าการจัดประเภทปัญหาของยา โดย The Pharmaceutical Care Network Europe (PCNE) มีความใกล้เคียงกับเกณฑ์ทั้ง 5 ข้อมากที่สุด

The Pharmaceutical Care Network Europe (PCNE) ถูกก่อตั้งเมื่อ ค.ศ.1994 โดยกลุ่มนักวิจัยทางด้านเภสัชกรรม ชาวยุโรป และได้ถูกตั้งขึ้นเป็นสมาคมอย่างเป็นทางการภายใต้กฎหมายของประเทศ เนเธอร์แลนด์เมื่อปี พ.ศ.2005 ซึ่งการจัดประเภทปัญหาเกี่ยวกับยาตามแบบ PCNE นั้นได้รับการยอมรับอย่างแพร่หลาย และมีการใช้ในงานวิจัยและการปฏิบัติงานจริง ในประเทศไทยมีงานวิจัยจำนวนมากไม่น้อยที่ใช้ การจัดประเภทปัญหาเกี่ยวกับยาตามแบบ PCNE ในการค้นหาปัญหาเกี่ยวกับยา ปัจจุบัน การจัดประเภทปัญหาเกี่ยวกับยาตามแบบ PCNE ถูกพัฒนามาอย่างต่อเนื่องจนถึง รุ่นที่ 7 (ปี ค.ศ.2016) โดยแบ่งและจัดประเภทของปัญหาเกี่ยวกับยาดังนี้⁽²⁰⁾

ตาราง 1 PCNE Classification scheme for Drug-Related Problems V7.0 -The problems

Problems	Code V7.0	Problems
P1. Treatment effectiveness There is a (potential) problem with the (lack of) effect of the pharmacotherapy	P1.1	No effect of drug treatment /therapy failure
	P1.2	Effect of drug treatment not optimal
	P1.3	Unnecessary drug –treatment
	P1.4	Untreated indication
P2. Adverse Event Patient suffers, or will possibly suffer, from an adverse drug event	P2.1	Adverse drug Event occurring
P3. other	P3.1	Patient dissatisfied with therapy despite optimal clinical and economic treatment outcome
	P3.2	Unclear problem/complaint Further clarification necessary (please use as escape only)

○ Potential Problem

○ Manifest Problem

ตาราง 2 PCNE Classification scheme for Drug-Related Problems V7.0 -The Causes N.B.

One problem can have more causes

Primary Domain	Code V7.0	Causes
C1 Drug selection The cause of the DRP is related to the selection of the drug	C1.1	Inappropriate drug according to guideline/formulary
	C1.2	within guideline but otherwise Contraindicated
	C1.3	No indication for drug
	C1.4	Inappropriate combination of drug/ drug-food
	C1.5	Inappropriate duplications of therapeutic group or active ingredient
	C1.6	Indications for drug treatment not noticed
	C1.7	Too many drugs prescribed for indication
	C1.8	Synergistic/preventive drug required and not given
	C1.9	New indications for drug treatment presented
C2 drug form The cause of the DRP is related to the selection of the drug form	C2.1	Inappropriate drug form
C3 drug selection The cause of the DRP is related to the duration of therapy	C3.1	Drug dose too low
	C3.2	Drug dose too high
	C3.3	Dosage regimen not frequent enough
	C3.4	Dosage regimen too frequent
C4 Treatment duration The cause of the DRP is related to the duration of therapy	C4.1	Durations of treatment too short
	C4.2	Durations of treatment too long

ตาราง 2 (ต่อ)

Primary Domain	Code V7.0	Causes
C5 Dispensing The cause of the DRP is related to the logistics of the prescribing and dispensing process	C5.1	Prescribed drug not Available
	C5.2	Prescribing error: Necessary information missing
	C5.3	Prescribing error: software related)
	C5.4	wrong drug/dose dispensed
C6 drug use process The cause of the DRP is related to the way the patient gets the drug from a health professional or carer, in spite of proper dosage instructions (on the label)	C6.1	Inappropriate timing of administration and /dosing intervals
	C6.2	Drug under-administrations
	C6.3	Drug over-administrations
	C6.4	Drug not administration at all
	C6.5	wrong drug administered
C7 patient related The cause of the DRP is related to the personality or behavior of the patient.	C7.1	Patient forgets to use/take drug
	C7.2	Patient uses unnecessary drug
	C7.3	Patient take food that interacts
	C7.4	Patient store drug inappropriately
	C7.5	Patient administer/uses the drug in the wrong way
	C7.6	Patient cannot afford drug
	C7.7	Unregulated overuse
	C7.8	Patient Unable to use /form as directed)
C8 Other	C8.1	Not /Inappropriate outcome monitoring
	C8.2	Other cause; specify
	C8.3	No obvious cause

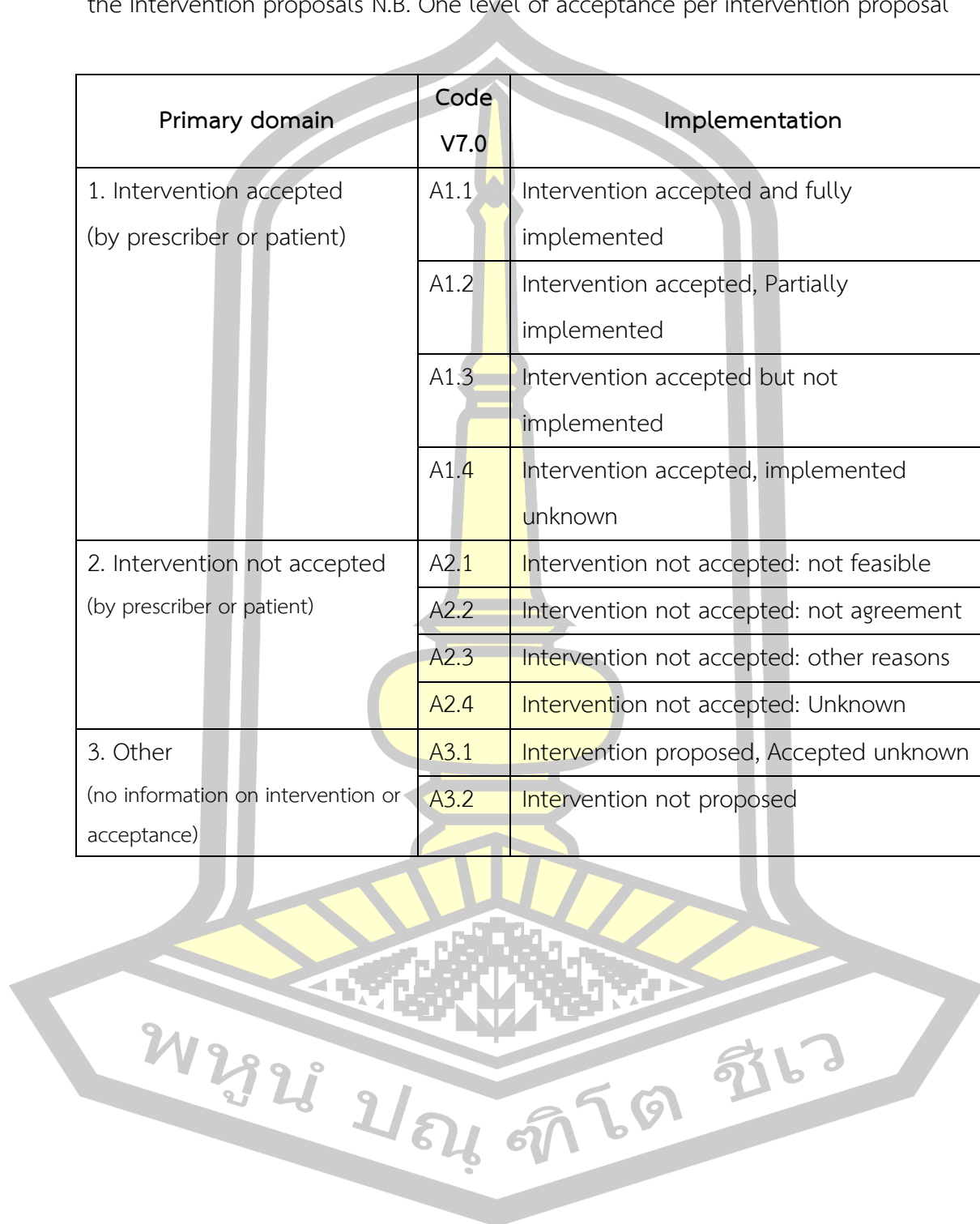
ตาราง 3 PCNE Classification scheme for Drug-Related Problems V7.0 -The Planned Interventions One problem can lead to more interventions

Primary Domain	Code V7.0	Intervention
No intervention	I0.0	No Intervention
I1.at prescriber level	I1.1	Prescriber informed only
	I1.2	Prescriber asked for information
	I1.3	Interventions proposed to prescriber
I2. at patient level	I2.1	Patient drug counselling
	I2.2	written information provide (only)
	I2.3	Patient refer to prescriber
	I2.4	Spoken to family member/caregiver
3.drug level	I3.1	Drug changed to.....
	I3.2	Dosage changed to...
	I3.3	formulation changed to...
	I3.4	Instructions for use changed to...
	I3.5	Drug stopped
	I3.6	New drug started
4.other interventions/activity	I4.1	Specify
	I4.2	side effect reported to authorities



ตาราง 4 PCNE Classification scheme for Drug-Related Problems V7.0 -Acceptance of the Intervention proposals N.B. One level of acceptance per intervention proposal

Primary domain	Code V7.0	Implementation
1. Intervention accepted (by prescriber or patient)	A1.1	Intervention accepted and fully implemented
	A1.2	Intervention accepted, Partially implemented
	A1.3	Intervention accepted but not implemented
	A1.4	Intervention accepted, implemented unknown
2. Intervention not accepted (by prescriber or patient)	A2.1	Intervention not accepted: not feasible
	A2.2	Intervention not accepted: not agreement
	A2.3	Intervention not accepted: other reasons
	A2.4	Intervention not accepted: Unknown
3. Other (no information on intervention or acceptance)	A3.1	Intervention proposed, Accepted unknown
	A3.2	Intervention not proposed



ตาราง 5 PCNE Classification scheme for Drug-Related Problems V7.0 -Status of DRPs outcome N.B. This domain depicts the short term outcome of the intervention. One problem (or the combination of interventions) can only lead to one level of solving the problem)

Primary Domain	Code V7.0	Outcome of intervention
0 Unknown	O 0.0	Problem status unknown
1. Solved	O1.0	Problem totally solved
2. Partially solved	O2.0	Problem partially solved
3. Not solved	O3.1	Problem not solved, lack of cooperation of patient
	O3.2	Problem not solved, lack of cooperation of prescriber
	O3.3	Problem not solved, interventions not effective
	O3.4	No need /possibility to solve problem

ในต่างประเทศ มีการศึกษาไม่น้อยที่ใช้ The PCNE DRPS Classifications ในการจำแนกปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา และในประเทศไทย พบการศึกษา ที่ใช้เกณฑ์นี้ในการศึกษา เช่น การศึกษาของ บุญถม ปาปะแพ และคณะ⁽²¹⁾ ได้ทำการศึกษาด้วยการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วย เพื่อหาสาเหตุของการเกิดปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา โดยเลือกเก็บข้อมูล เฉพาะส่วนของปัญหาและสาเหตุของปัญหา เพื่อให้ได้ข้อสรุปและนำไปใช้ในการพัฒนาต่อไป เป็นต้น

พูน ปณ ทิโต ชีเว

2.5 ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

2.5.1 การศึกษาต่างประเทศ

2.5.1.1 การศึกษาเกี่ยวกับยากลุ่ม Opioids ในการจัดการความปวด

Apolene และคณะ⁽⁵⁾ ได้ทำการศึกษาในประเทศอิตาลีเกี่ยวกับรูปแบบการจัดการอาการปวดเนื่องจากมะเร็ง โดยทำการศึกษาแบบ Multi-center Open-label Prospective non randomized study ในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับยาลดอาการปวด จากมะเร็ง ที่ได้รับการพิจารณาตาม Analgesic ladder พบว่าจากศูนย์ศึกษาทั้งหมด 110 ศูนย์ และผู้ป่วยในการศึกษา 1801 ราย มีผู้ป่วยร้อยละ 61 ที่ได้รับการสั่งใช้ยาในกลุ่ม Strong Opioids ทั้งนี้ มีหลายๆปัจจัยเช่น การเลือกใช้ Adjuvant therapy ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย เป็นต้นที่ส่งผลในการเลือกใช้ยาและรูปแบบการบริหารยา ตามแต่บริบทของศูนย์การแพทย์นั้น ๆ

ต่อมาในปีพ.ศ. 2554 Gao และคณะ⁽²²⁾ ได้ทำการศึกษาในผู้ป่วยโรคมะเร็งปอด เพื่อสำรวจหารูปแบบการสั่งใช้ยา แก้วปวด ใน 3 เดือนสุดท้ายก่อนที่ผู้ป่วยจะเสียชีวิต โดยทำการศึกษาจากฐานข้อมูลย้อนหลัง นาน 8 ปี ผลการศึกษาจากผู้ป่วยจำนวน 10,202 ราย มีความชุกของการสั่งใช้ยาแก้ analgesic ladder level 1 ปวด ร้อยละ 50.4 ร้อยละ 34.1 ในกลุ่ม analgesic ladder level 2 และร้อยละ 55.5 ใน analgesic ladder level 3 นอกจากนี้ยังพบอัตราการสั่งใช้ยาแก้ปวดเพิ่มมากขึ้นผู้ป่วยมะเร็งปอด และต้องเพิ่มความระมัดระวังในการสั่งใช้ยาในผู้ป่วยสูงวัย

Mercandent และคณะ⁽²³⁾ ได้ศึกษาเกี่ยวกับการใช้ยากลุ่ม Opioids เพื่อควบคุมอาการปวดในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบ ประคับประคองโดยการติดตามการใช้ยากลุ่ม Opioids ขณะที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลและติดตามทางโทรศัพท์ในเวลาหนึ่งสัปดาห์ หลังจากผู้ป่วยถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระดับความปวดเฉลี่ยอยู่ในระดับรุนแรงและเข้ามารับการรักษาเนื่องจากอาการปวดที่ไม่สามารถควบคุมได้ และยังพบว่าหลังจากการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักมีการเพิ่มขนาดยา Morphine หรือเปลี่ยนแปลงช่องทางในการบริหารยา

สำหรับการศึกษาในส่วนของการใช้ยาเพื่อเป็น Adjuvant therapy นั้น ในปี พ.ศ.2558 Shinde และคณะ⁽²⁴⁾ ได้ทำการศึกษา เพื่อหาผลของการใช้ยาเพื่อเป็น Adjuvant therapy ในการรักษาอาการปวดของของผู้ป่วยโรคมะเร็ง โดยทำการศึกษาย้อนหลังจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ในผู้ป่วยที่ได้รับยากลุ่ม Opioids เป็นระยะเวลา 3 เดือน ทำการเก็บข้อมูลในการใช้ยาชนิดของยา และระดับความปวดของผู้ป่วย ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วย 77 ราย มีการใช้ยาเพื่อเป็น Adjuvant หลากหลายมาก ซึ่ง Gabapentin เป็นยาที่ได้รับการสั่งใช้มากที่สุดคือ ร้อยละ 70 และผู้ป่วย ร้อยละ 57 มีการใช้ยาร่วมกันหลายชนิด แต่เมื่อพิจารณาขนาดยามอร์ฟีนที่ใช้ในผู้ป่วยภาย

หลังจากที่มีการใช้ยาอื่น ๆ ในการเป็น Adjuvant therapy กลับไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ในการลดขนาดยา นอกจากนี้ยังไม่พบความแตกต่างของระดับความปวดของผู้ป่วยภายหลังจากที่มีการใช้ยาเป็น Adjuvant therapy อีกด้วย

2.5.1.2 การศึกษาเกี่ยวกับอาการหายใจลำบาก

Steffen และคณะ⁽²⁵⁾ ได้ทำการศึกษาเพื่อหารูปแบบการให้ยาที่เหมาะสมและผู้ป่วยมีความพึงพอใจมากที่สุดในการบริหารยาเพื่อลดอาการหายใจลำบากด้วยวิธีการสัมภาษณ์ (face to face interviews) ที่มีการกำหนดข้อคำถามไว้ก่อนและใช้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่มีอาการหายใจลำบากจำนวน 119 ราย ทั้งนี้เป็นผู้ป่วยมะเร็งปอดจำนวน 36 รายพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความชอบและยอมรับการบริหารยาด้วยการสูดดมเพื่อบรรเทาอาการหายใจลำบากเนื่องจากมีประสบการณ์ในการใช้ยามาก่อนและมั่นใจว่ายาจะเข้าสู่บริเวณที่ต้องการให้ออกฤทธิ์อย่างจำเพาะเจาะจงและยังสามารถบริหารยาได้ในผู้ป่วยที่ไม่สามารถกลืนยาหรือบริหารยาด้วยวิธีอื่น ๆ ได้ นอกจากนี้ในปีเดียวกัน Krishna และคณะได้⁽²⁶⁾ ศึกษาเกี่ยวกับการใช้ยา Midazolam และ haloperidol ในการจัดการอาการในผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่มักมีอาการหายใจลำบาก อาการวิตกกังวล (Anxiety) และอาการ delirium (เพื่อ วุ่นวาย) โดยใช้วิธีการทบทวนเวชระเบียนย้อนหลังของผู้ป่วยที่เสียชีวิตระหว่างปี ค.ศ.2006-2007 ที่ได้รับการดูแลในแผนกโรคมะเร็งและการให้คำแนะนำการดูแลจากคณะดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ทำการทบทวนการใช้ยาที่ 48 ชั่วโมง และ 24 ชั่วโมงก่อนมีการเสียชีวิต พบว่า ผู้ป่วยจำนวน 238 รายส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงผู้ป่วยร้อยละ 22.6 มีการสั่งใช้ Midazolam หรือ haloperidol ใน 48 ชั่วโมงก่อนการเสียชีวิต และร้อยละ 24.8 ใน 24 ชั่วโมงก่อนการเสียชีวิต และไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของการรอดชีวิตในผู้ป่วยที่ได้รับขนาดยาที่แตกต่างกัน หรือต่างชนิดกัน โดยขนาดยา Midazolam ที่มีการใช้ส่วนใหญ่เท่ากับ 5 มิลลิกรัมต่อวัน และ Haloperidol เท่ากับ 3 – 4 มิลลิกรัมต่อวัน

ต่อมาในปี พ.ศ.2557 Miura และคณะ⁽²⁷⁾ ได้ทำการศึกษาโดยการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยในย้อนหลัง เพื่อให้ทราบถึงการเปลี่ยนแปลงการใช้ยามอร์ฟินใน 7 วัน และ 1 วัน ก่อนที่ผู้ป่วยมะเร็งจะเสียชีวิต จากผู้ป่วยจำนวน 158 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง และอายุส่วนใหญ่ 64 ปี พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการใช้ยามอร์ฟินเทียบเท่ากับ 50 มิลลิกรัมต่อวัน และได้ทำนายการแนวโน้มการใช้ยามอร์ฟินด้วย logistic regression Analysis ทำให้พบปัจจัยที่มีผลต่อการเพิ่มขนาดยามอร์ฟินคือ อาการหายใจลำบาก (dyspnea) อายุที่น้อยกว่า 65 ปี และขนาดยามอร์ฟินที่ได้รับน้อยกว่า 50 มิลลิกรัมต่อวัน มีผลทำให้เกิดการเพิ่มขึ้นของการใช้ยามอร์ฟินในการจัดการอาการของผู้ป่วย

2.5.1.3 การศึกษาเกี่ยวกับรูปแบบของการจัดบริการ

ในส่วนของรูปแบบการดูแลแบบประคับประคองนั้น Taranjit และ Richard⁽²⁸⁾ ได้ทำการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematics reviews) โดยทำการสืบค้นข้อมูลจากฐานข้อมูล MEDLINE, PsYINFO , EMBASE ที่ได้รับการตีพิมพ์ระหว่างปี ค.ศ. 1980-2013 เพื่อทบทวนหารูปแบบและลักษณะของการดูแลแบบประคับประคองในเอเชียใต้ จากข้อมูลการศึกษาเกี่ยวกับ Palliative care ในเอเชียใต้ยังมีข้อมูลน้อย เนื่องจากมีข้อจำกัดในการเข้าถึงระบบสุขภาพ ซึ่งข้อมูลเหล่านี้มีความสำคัญมากในการใช้เป็นแนวทางที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพในการจัดบริการ อีกทั้งไม่มีการประเมินที่เหมาะสมในการจัดหา และการใช้ข้อพิสูจน์หลักฐานที่ชัดเจนนั้นมีความจำเป็นในการออกแบบงานวิจัยที่ดี และเครื่องมือที่ถูกต้องในการวัดผลลัพธ์ ซึ่งจะเป็นจุดสูงสุดที่จะพัฒนาการดำเนินงานที่จำเป็นได้ แต่ไม่มีโมเดลไหนเลยที่กล่าวถึงเภสัชกร

นอกจากนี้ Omoyeni และคณะ⁽²⁹⁾ ทำการศึกษาเชิงพรรณนาโดยเก็บข้อมูลย้อนหลัง ระหว่างปี 2009-2013 พบว่า การใช้ยามอร์ฟินไซรัปที่เตรียมขึ้นโดยเภสัชกรตามหลักของ Analgesic ladder และ amitriptyline ทำให้ผู้ป่วยทุกคนมีค่า pain score น้อยกว่า 2 ภายในระยะเวลา 3 สัปดาห์ที่ได้รับการดูแล และการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้านช่วยลดค่าใช้จ่ายในการดูแลและเพิ่มผลประโยชน์แก่ผู้ป่วยและญาติ ควรได้รับการสนับสนุนด้วยผู้เชี่ยวชาญ และเงินสนับสนุน และความสำคัญในการจัดบริการ และในปีเดียวกัน Wye และคณะ⁽³⁰⁾ ได้ทำการศึกษาเชิงคุณภาพ ทำการเปรียบเทียบความพึงพอใจรูปแบบของการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในประเทศอังกฤษและ นิวซีแลนด์ จากการสัมภาษณ์เชิงลึกของผู้ป่วยและผู้ดูแล ประเมินได้ว่า การดำเนินงานที่ผ่านมาแสดงให้เห็นถึงความสามารถในการเข้าถึงบริการของครอบครัวผู้ป่วย ผู้ดูแล และนำไปสู่การพัฒนาศักยภาพของผู้ให้บริการได้แก่ พยาบาล แม้ว่าจะยังมีจุดบกพร่องและมีความไม่เข้าใจและพึงพอใจอยู่บ้าง แต่ต่อมาก็สามารถสร้างความมั่นใจในการทำงานและเพิ่มความไว้วางใจในการทำงานของผู้ดูแลผู้ป่วยได้ แม้ว่าการดำเนินงานทั้งสองเขตจะมีรูปแบบการทำงานที่แตกต่างกันอยู่บ้าง

ด้านการให้คำปรึกษาด้านยา Centenoc และคณะ⁽³¹⁾ ได้ตีพิมพ์การศึกษา โดยทำการศึกษาโดยเก็บข้อมูลย้อนหลัง จากข้อมูลการสั่งจ่าย Opioids 3 ปี ก่อนจะมีการจัดตั้ง Palliative care consultation team และ 3 ปี หลังจากที่มีการจัดตั้ง พบว่าการให้คำปรึกษาจากทีม Palliative care consultation team ในโรงพยาบาลของมหาวิทยาลัย ทำให้เกิดการใช้ยากลุ่ม Opioids ที่มากขึ้นและเหมาะสมมากขึ้น สำหรับการศึกษากาการให้ยาและการติดตามการใช้ยาของกลุ่ม Opioids ของผู้ป่วยได้มีการศึกษาแบบภาคตัดขวางเรื่อง Pattern of storage, Use, and Disposal of Opioids among cancer outpatients พบว่าผู้ป่วยมะเร็งส่วนมากมีการใช้ยากลุ่ม Opioids ที่ไม่เหมาะสมและไม่ปลอดภัย ทั้งการได้รับยา การเก็บรักษา จึงควรมีการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและควรมี

ระบบการเก็บยาที่เหมาสม ต่อมา Neutel และคณะ⁽³²⁾ ได้ทำการศึกษา เกี่ยวกับการนำไปใช้ในทางที่ผิด เพื่อหาสาเหตุในการติดยาในกลุ่ม Opioids และปัจจัยในการเกิดการนำไปใช้ในทางที่ผิด จากการวิเคราะห์ฐานข้อมูลทางสุขภาพของประเทศนอร์เวย์ ทำการติดตามกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุที่มีการสั่งใช้ยาในกลุ่ม Opioids ตลอดจนยาในกลุ่ม antianxiety ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยร้อยละ 42 ได้รับการสั่งใช้ยาในกลุ่ม Opioids หรือ Antianxiety อย่างน้อย 1 ชนิดยา และยังพบการสั่งใช้ยาหลายชนิดมากยิ่งขึ้น โดยเฉพาะเมื่อผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบประคับประคอง แต่อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยที่เป็นผู้หญิงมักได้รับการจำกัดการสั่งใช้ยามากกว่าผู้ป่วยชาย แต่อย่างไรก็ตาม กลับพบแนวโน้มของการสั่งใช้ยาลดลงเมื่อผู้ป่วยมีอายุเพิ่มมากขึ้น

2.5.1.4 บทบาทของเภสัชกรใน Palliative care

Hussainy และคณะ⁽³³⁾ ได้ทำการศึกษาเชิงปฏิบัติการเกี่ยวกับบทบาทของเภสัชกรในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในประเทศออสเตรเลีย เพื่อสำรวจและวางแผนในการจัดบริการให้สอดคล้องกับนโยบายและต้นทุนประสิทธิผลของการจัดบริการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง โดยทำการศึกษาทั้งหมด 3 ระยะคือ ระยะที่ 1 เป็นการรวบรวมข้อมูลหลักฐาน และการจัดทำแนวทางการปฏิบัติงานของเภสัชกรในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง เพื่อให้สามารถนำไปทดลองใช้จริงในระยะที่ 2 และทำการประเมินผลในระยะที่ 3 จากการสำรวจผลการดำเนินงานและการสังเกตแบบ Focus group ผลการศึกษาปรากฏว่า เภสัชกรสามารถเข้าถึงผู้ป่วยได้ ร้อยละ 88.4 และสามารถส่งต่อผู้ป่วยได้รับความคลาดเคลื่อนทางยาแก่ศูนย์การดูแลแบบประคับประคองได้ นอกจากนี้ยังสามารถค้นหาปัญหาเนื่องจากการใช้ยา (Drug related problem) ที่เกิดขึ้น โดยปัญหาเนื่องจากการใช้ยาที่พบได้บ่อยคือ ความรู้ของผู้ป่วยในการใช้ยา และความไม่เหมาะสมของการรักษากับภาวะของผู้ป่วย

ต่อมา Savage และคณะ⁽³⁴⁾ ได้ทำการศึกษาเชิงคุณภาพ เพื่ออธิบายบทบาทของเภสัชกรชุมชนในการบริหารอาการปวดของผู้ป่วยโรคมะเร็ง ด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงกึ่งโครงสร้างกับกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็น เภสัชกรชุมชนจำนวน 25 ราย และทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธี framework Analysis เพื่อหาความสัมพันธ์ จากการศึกษาพบว่าเภสัชกรยังขาดทักษะและองค์ความรู้ในการจัดการอาการปวดของผู้ป่วยโรคมะเร็ง ทำให้ขาดการทบทวนรายการยาที่ผู้ป่วยได้รับ และการติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยามอร์ฟินยังไม่ได้รับการแก้ไข ในส่วนของผู้ป่วยเองนั้นยังขาดความรู้ความเข้าใจในการใช้ยามอร์ฟิน เช่น จะให้ rescue dose หรือ dose for breakthrough pain เมื่อใด และขาดความมั่นใจในการใช้ยา ซึ่งมีผู้เสนอว่า หากเภสัชกรเข้ามามีบทบาทในทีมผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีความปวดจากมะเร็ง น่าจะทำให้ปัญหาดังกล่าวลดลง

2.5.2 การศึกษาในประเทศ

2.5.2.1 การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในประเทศไทยและการพัฒนา

ปีพ.ศ. 2555 วรรณภรณ์ พัฒนินบูลย์ และคณะ⁽³⁵⁾ ได้ ทำการศึกษา เรื่องการพัฒนา รูปแบบการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังในระยะสุดท้าย ใน โรงพยาบาลร้อยเอ็ด โดยใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการ รวบรวมข้อมูลโดยการสังเกตซึ่งผู้ให้ข้อมูลหลัก ประกอบด้วย ผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังในระยะสุดท้ายและญาติ และ ทีมสุขภาพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล สัมภาษณ์ และสนทนากลุ่ม ระยะเวลาในการศึกษา เดือน มกราคม – มิถุนายน พ.ศ. 2555 เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แบบประเมินรับผู้ป่วยไว้ดูแล แบบบันทึกปัญหาทางคลินิก การให้คำปรึกษา การสื่อสารระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ แบบประเมินการดูแลผู้ป่วยใกล้เสียชีวิต แบบประเมินคุณภาพชีวิต แบบประเมินความพึงพอใจของญาติและพยาบาล ดำเนินการวิจัยรวม 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ศึกษาและวิเคราะห์สถานการณ์ ปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนา และวางแผนพัฒนา ระยะที่ 2 ประชุมปรึกษาผู้ร่วมวิจัย จัดทำแนวปฏิบัติ ให้ความรู้แก่พยาบาลฝึกทักษะ ดำเนินการพัฒนารูปแบบและ ระยะที่ 3 ติดตามและประเมินผล สรุปผลรูปแบบการดูแลแบบประคับประคอง ประเมินผลลัพธ์ด้าน ผู้ป่วย ครอบครัวและบุคลากร วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติ ร้อยละ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่ารูปแบบการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่ เจ็บป่วยเรื้อรังระยะสุดท้าย มีความต่อเนื่องตั้งแต่แรกวินิจฉัยภาวะเจ็บป่วยเข้าสู่ระยะสุดท้ายจนถึง หลังการสูญเสีย ประกอบด้วย การสร้างสัมพันธ์ภาพเพื่อความไว้วางใจ การดูแลด้านร่างกาย วัฒนธรรม สังคม สุขภาพจิตและจิตเวช จิตวิญญาณ กฎหมายและจริยธรรมผลลัพธ์การดูแล พบว่า ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตระดับดีมากร้อยละ 77.7 ครอบครัวมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลแบบ ประคับประคองระดับมากร้อยละ 81.9 พยาบาลในหอผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบในการ ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังในระยะสุดท้ายและครอบครัวระดับมาก ร้อยละ100 รูปแบบการ ดูแลที่พัฒนาขึ้น ได้ช่วยทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุและญาติดีขึ้น

ต่อมาในปีพ.ศ. 2556 มุกดา ยิ้มย่อง⁽³⁶⁾ ได้ทำการศึกษาเรื่อง การพัฒนาการจัดการ หน่วยดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง เพื่อประเมินประสิทธิผลของการจัดหน่วยบริการ ผู้ป่วยแบบประคับประคอง ด้วยการสอบถามบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ญาติผู้ป่วย ตลอดจนผู้บริหาร องค์กร ผลการศึกษาพบว่า ผลการศึกษา พบว่า ด้านกระบวนการดูแลผู้ป่วย พบว่า โดยรวมอยู่ใน ระดับมากที่สุดค่าเฉลี่ย 4.58 ด้านโครงสร้างองค์กร พบว่า โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ค่าเฉลี่ย 4.32 ด้านการประเมินผลลัพธ์โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ค่าเฉลี่ย 4.49 และผลการศึกษาครั้งนี้ สามารถนำไปใช้ในการวางแผนพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองและ

พัฒนาการจัดตั้งหน่วยดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองอย่างเป็นระบบให้เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล

และในปีเดียวกันอัญชลี วิเศษขุนทศิลป์ และคณะ⁽³⁷⁾ ได้ทำการวิจัยเชิงปฏิบัติการในโรงพยาบาล สรรพสิทธิประสงค์ ทำการรวบรวมข้อมูลโดยการสังเกต และใช้แบบสอบถาม จากผู้ให้ข้อมูลหลักประกอบด้วย ผู้ดูแลและผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย จำนวน 30 ราย บุคลากรที่มีสุขภาพประกอบด้วย อายุรแพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคมะเร็ง พยาบาลวิชาชีพ เภสัชกร พยาบาลจิตวิทยา โภชนากร นักกายภาพบำบัด นักสังคมสงเคราะห์ พยาบาลจากกลุ่มงานเวชกรรมสังคม และพยาบาลจากศูนย์ดูแลต่อเนื่อง จำนวน 16 คน ระยะเวลาในการศึกษา มีนาคม 2554 ถึง มกราคม 2556 เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แบบประเมินการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบประคับประคองโดยสหสาขาวิชาชีพ แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ดูแล แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลแบบประคับประคอง และแบบประเมินความคิดเห็นพยาบาลต่อการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายแบบประคับประคองร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

ผลการวิจัยพบว่ารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายแบบประคับประคองร่วมกับสหสาขาวิชาชีพในหอผู้ป่วยพิเศษพระปฐมบรมราชสุริยวงศ์ 5 ประกอบด้วย องค์ประกอบที่ 1 หลักการดูแล ได้แก่ หลักการดูแลแบบประคับประคองขององค์การอนามัยโลก และหลักการการดูแลร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ องค์ประกอบที่ 2 โครงสร้างของระบบดูแล ประกอบด้วย 1) โครงสร้างด้านบุคลากร ได้แก่ พยาบาลผู้จัดการรายกรณี ทีมการพยาบาล และทีมสหสาขาวิชาชีพ 2) โครงสร้างด้านการจัดการการดูแล ได้แก่ การให้การรักษาโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ การจัดระบบการพยาบาลในหอผู้ป่วยโดยใช้การจัดการรายกรณีร่วมกับทีมการพยาบาล 3) โครงสร้างด้านสถานที่ สิ่งแวดล้อม เครื่องมือ อุปกรณ์ที่สนับสนุนการดูแล องค์ประกอบที่ 3 ดำเนินการตามรูปแบบ ได้แก่ 1) การเตรียมความพร้อมด้านความรู้และการปรับเปลี่ยนของบุคลากร 2) ขั้นตอนการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับจนจำหน่าย ร่วมกับสหสาขาวิชาชีพโดยยึดหลักผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง 3) การพยาบาลตามแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายแบบประคับประคองโดยสหสาขาวิชาชีพ และ clinical pathway จากผลการวิจัยทำให้หน่วยงานได้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายแบบประคับประคองร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ ที่มีความเหมาะสมกับบริบท เกิดผลลัพธ์ คือ ผู้ดูแลมีความ พึงพอใจในระดับมากที่สุด พยาบาลมีความสามารถในการดูแลแบบประคับประคองอยู่ในระดับดี และความสามารถในการดูแลแบบประคับประคองของภาพรวมหน่วยงานอยู่ในระดับดี ความคิดเห็นของพยาบาลต่อการใช้รูปแบบการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายแบบประคับประคองร่วมกับสหสาขาวิชาชีพอยู่ในระดับดีมาก

ในส่วนของการพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบ
 ประคับประคอง ทศนีย์ เทศประสิทธิ์ และคณะ⁽¹⁰⁾ ได้ทำการศึกษาในโรงพยาบาลอุดรธานี โดยใช้
 แนวคิดวงจรพัฒนาของเดมมิ่ง (Deming cycle) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ การวิเคราะห์
 สถานการณ์ การวางแผนการปฏิบัติการดำเนินงาน และการประเมินผล กลุ่มตัวอย่างสุ่มแบบ
 เฉพาะเจาะจง ได้แก่ ผู้บริหารและทีมสหสาขาวิชาชีพ 20 คน พยาบาลระดับปฏิบัติการ 30 คน ผู้ป่วย
 ระยะสุดท้าย 30 คน ผู้ดูแลหลัก 30 คน ที่เข้ารับการรักษาตั้งแต่เดือนตุลาคม 2553 ถึง สิงหาคม
 2554 รวม 110 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยคู่มือระบบการดูแลผู้ป่วยแบบ
 ประคับประคองในระยะสุดท้าย และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบสัมภาษณ์
 กึ่งโครงสร้าง 2) แบบสังเกตพฤติกรรม 3) แบบสอบถามความพึงพอใจผู้ให้บริการ และ
 4) แบบสอบถามความพึงพอใจของครอบครัว ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้
 เชี่ยวชาญและทดสอบความเชื่อมั่นโดยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค มีค่าเท่ากับ 0.91 และ
 0.95 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบน
 มาตรฐาน

ผลการวิจัยพบว่าด้านผู้ป่วยได้รับการดูแลครอบคลุมองค์รวมมากขึ้น ความพึง
 พอใจของครอบครัวต่อการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยรวมอยู่ในระดับมาก
 ($= 4.60, SD \pm .498$) ด้านผู้ให้บริการความพึงพอใจต่อระบบการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วย
 ระยะสุดท้ายโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($= 4.09, SD \pm .565$) โรงพยาบาลมีการปฏิบัติตามระบบการดูแลที่
 พัฒนาขึ้นร้อยละ 91.68

ต่อมา ในปีพ.ศ. 2558 วาสนา สวัสดิ์สินธุณาด คณะ⁽¹¹⁾ ได้ทำการศึกษาที่โรงพยาบาล
 มหาราชนครศรีธรรมราช เพื่อหารูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่เหมาะสมในบริบทของโรงพยาบาล โดยได้
 ดำเนินการพัฒนาทั้งหมด 5 ระยะคือ 1 การวิเคราะห์ปัญหาและสถานการณ์เพื่อรวบรวมข้อมูล จาก
 การสัมภาษณ์เชิงลึกของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย และการสนทนากลุ่มของทีมผู้ให้บริการได้แก่
 พยาบาลประจำหอผู้ป่วย แพทย์ เภสัชกร และนักสังคมสงเคราะห์ เพื่อนำข้อมูลไปใช้ในระยะที่ 2 คือ
 การพัฒนารูปแบบการดูแล โดยทำการสนทนากลุ่มของทีมผู้ให้บริการ และพิจารณาจากการทบทวน
 วรรณกรรมและการทำงานตามแผนแม่บท เพื่อให้ได้แนวทางการดูแลและนำไปทดลองใช้ในระยะที่ 3
 และ 4 ที่มี การนำรูปแบบการดูแลไปใช้จริง และสรุปผลในระยะที่ 5 โดย ผลการนำเอาแนวทางการ
 ดูแลไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยสะท้อนให้เห็นถึงการดูแลแบบองค์รวม ทำให้ผู้ป่วยได้รับการประเมิน
 ปัญหาและแก้ปัญหาได้อย่างตรงจุด นับเป็นข้อดีในการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบ
 ประคับประคอง ที่สอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาลเอง อันนำไปสู่ผลลัพธ์จากการดูแลผู้ป่วยที่ดี
 ขึ้น

สำหรับการประเมินประสบการณ์การให้บริการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ของ ทีมสุขภาพที่ปฏิบัติงานในเครือข่ายปฐมภูมิและประเมินความจำเป็นทางสุขภาพของผู้ป่วยเรื้อรังระยะ สุดท้าย ศศิธร ณะภพ และ รพีพร ขวัญเชื้อ⁽³⁸⁾ ได้ทำการศึกษา โดยรวบรวมข้อมูลโดยวิธี snowball sampling จากทีมสุขภาพ 10 คน และผู้ดูแลผู้ป่วย 10 คน จากการสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนา กลุ่ม โดยใช้แนวทางคำสัมภาษณ์และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์แก่นสาระ พบว่า ทีมสุขภาพ ปฏิบัติงานโดยยึดผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ดูแลสุขภาพแบบองค์รวมแต่ยังไม่ได้กำหนด มาตรฐานการปฏิบัติงานและการวางแผนดูแลผู้ป่วยจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนร่วมกับทีมสุขภาพ

2.5.2.2 บทบาทของเภสัชกรในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

สำหรับการศึกษาในประเทศไทยเมื่อปีพ.ศ. 2547 ธราณี คงทะเล⁽⁸⁾ ได้ทำการศึกษา เรื่อง การให้การบริบาลทางเภสัชกรรมเกี่ยวกับการรักษาอาการปวดในผู้ป่วยมะเร็ง ณ หอผู้ป่วย อายุรกรรมโรงพยาบาลรามาริบัติ โดยทำการศึกษาเชิงเปรียบเทียบ โดยเปรียบเทียบค่าคะแนนความปวด ของผู้ป่วยมะเร็ง ก่อนและหลังการได้รับการบริบาลทางเภสัชกรรม พบว่าค่าคะแนนความปวดของ ผู้ป่วยมะเร็งลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยังพบปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาที่ต้อง ได้รับการแก้ไขอีกด้วย

ต่อมา ปัทมาวดี ช้างเพชร และผกา มาศ ไมตรีมิตร⁽⁹⁾ ได้ทำการศึกษาเรื่อง การพัฒนา รูปแบบการมีส่วนร่วมของเภสัชกรในการบริบาลทางเภสัชกรรมผู้ป่วยมะเร็งโรงพยาบาลเจ้าคุณ ไพบูลย์พนมทวน โดยทำการศึกษาโดยการศึกษาเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ผลการศึกษาพบว่า จำนวนปัญหาด้านการใช้ยาเฉลี่ยก่อนและหลังการพัฒนาระบบ เท่ากับ 1.46 ครั้งต่อผู้ป่วย 1 ราย และ 0.47 ครั้งต่อผู้ป่วย 1 ราย ตามลำดับ ด้านความพึงพอใจพบว่า คะแนนความพึงพอใจของผู้ป่วย ที่มีต่อเภสัชกรโดยรวมเฉลี่ยก่อนและหลัง เท่ากับ 3.26 และ 4.12 ตามลำดับ และด้านความพึงพอใจ ของบุคลากร พบว่า ความพึงพอใจโดยรวมเฉลี่ยก่อนและหลัง เท่ากับ 3.20 และ 4.07 ตามลำดับ ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยมะเร็งในรูปแบบสหสาขาวิชาชีพโดยการมีส่วนร่วมของเภสัชกร ทำให้สามารถ ค้นพบปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาและแก้ไขปัญหาได้อย่างเหมาะสมรวมถึงผู้ป่วยและผู้ให้บริการมี ความพึงพอใจต่อการมีเภสัชกรเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย

สรุปผลจากการศึกษานั้น สามารถตั้งข้อสังเกตได้ว่า ในการศึกษาเกี่ยวกับการดูแล ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ส่วนใหญ่ มักพบว่าผลการศึกษาจะเปลี่ยนไปตามบริบท ลักษณะประชากร และ ลักษณะการจัดบริการในแต่ละพื้นที่ อีกทั้งการศึกษาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองใน ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายยังพบน้อยมาก ทั้งการศึกษาในประเทศไทยและต่างประเทศ และอีกทั้งยัง ขาดข้อมูลในการใช้พัฒนารูปแบบการดูแลการดูแลผู้ป่วยที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล นอกจากนี้ การศึกษาเกี่ยวกับเภสัชกรในการบริบาลทางเภสัชกรรม เพื่อดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายนั้นมี น้อย และยังไม่ทราบบทบาทที่ชัดเจนในการจัดบริการ แต่ก็มีหลายๆการศึกษาก่อนหน้านี้ให้ ข้อเสนอแนะว่า หากมีเภสัชกรในทีมผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง จะช่วยลดปัญหา ด้านการใช้ยา และนำไปสู่การใช้ยาที่เหมาะสมได้

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบผสมผสาน (Mixed-method research) โดยใช้วิธีการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive study) ร่วมกับการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative study) เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง สำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย โดยจะแบ่งการศึกษาออกเป็น 2 ระยะดังต่อไปนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาเชิงพรรณนาแบบย้อนหลัง เพื่อสำรวจรูปแบบการสั่งใช้ยา สาเหตุ และปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาแก้ปวดและยาเสริมบรรเทาปวดในการจัดการอาการของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย แบบประคับประคอง

ระยะที่ 2 การศึกษาเชิงคุณภาพ เพื่อรวบรวมปัญหาจากผู้ป่วยและผู้ดูแล การแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากองค์กรที่ประสบความสำเร็จในการพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคอง ตลอดจนระดมความคิดเห็นในทีมสหสาขาวิชาชีพที่เป็นประเด็นปัญหาและสาเหตุที่สำคัญจากการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองเพื่อให้ได้ข้อสรุป แนวทางการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ

3.1 การศึกษาเชิงพรรณนาแบบย้อนหลัง

3.1.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

3.1.1.1 ประชากร คือ ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายทุกรายที่ได้รับดูแลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์

3.1.1.2 กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างดังนี้

1) เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าในการศึกษา :

(1) เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่า เป็นมะเร็งระยะสุดท้าย

(2) มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป

(3) ได้รับการรักษาด้วยยากลับอนุพันธ์ของฝิ่นในรูปแบบที่มีในโรงพยาบาล ได้แก่ ยา

ยาเม็ดมอร์ฟีนชนิดออกฤทธิ์เนิ่น 10 มิลลิกรัม (Morphine MST) ยาฉีดมอร์ฟีน (Morphine inj 10 mg/1ml .), ยาน้ำมอร์ฟีน (Morphine syr.10 mg/5ml) ยาฉีดทรามาดอล (Tramadol inj.50 mg/1ml) , ยาแคปซูลทรามาดอล (Tramadol Cap 50 mg/capsule) และ ยาฉีดเพททิดีน

(Pethidine inj.50 mg/1ml) และ Adjuvant Medication ในรูปแบบที่มีในโรงพยาบาล ได้แก่ ยา

เมื่อดลอราซีแพม (Lorazepam 0.5 mg tab) ,ยาเม็ดไดอะซีแพม (Diazepam 2 / 5 mg tab) และ ยาฉีดไดอะซีแพม (Diazepam 10 mg/amp) ,ยาเม็ดนอร์ทริปไทลีน (Nortriptyline 10 mg tab) และยาเม็ดอะมิทริปไทลีน (Amitriptyline 10 / 25 mg tab) ยาระบายในรูปแบบที่มีในโรงพยาบาล ได้แก่ ยาเม็ดไบซาร์โคดิล (Bisacodyl 5 mg tab) ยาระบายแมกนีเซีย (Milk of magnesia) และยาระบายแลคตูโลส (Lactulose)

(4) เป็นผู้ป่วยที่มีข้อมูลในเวชระเบียนสมบูรณ์ และข้อมูลในฐานข้อมูล HosXP ของโรงพยาบาล เพียงพอในการเก็บข้อมูล

2) เกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างออกจากการศึกษา :ผู้ป่วยกลุ่มที่ใช้การรักษาด้วยวิธีอื่นที่ไม่ใช่ยา ได้แก่ รักษาด้วยกายภาพบำบัด, การฝังเข็ม, การแพทย์ทางเลือก เป็นต้น

3.1.2 เครื่องมือในการศึกษา

3.1.2.1 แบบเก็บข้อมูลผู้ป่วย (ภาคผนวก ข, ค, ง)

ประกอบด้วยข้อมูล

1) ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ ชื่อ-สกุลผู้ป่วย เพศ อายุ สิทธิการรักษา สถานะภาพ ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ดูแล

2) ข้อมูลการรักษา ได้แก่ การวินิจฉัยตามรหัส ICD 10 โรคร่วม ค่าคะแนนความปวด (Pain Score, PS) ค่าคะแนนระดับของผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Palliative care Performance Scale, PPS)

3) ข้อมูลการใช้ยา ได้แก่ รายการยาที่ได้รับการสั่งใช้ในขณะนอนโรงพยาบาล รายการยาที่ได้รับการสั่งใช้ เมื่อมารับบริการแบบผู้ป่วยนอก จากเวชระเบียนผู้ป่วย ความร่วมมือในการใช้ยา การเก็บรักษา ยา จากแบบบันทึกการเยี่ยมบ้าน และ ปัญหาที่เกี่ยวกับการใช้ยาจากการค้นหาของเภสัชกร โดยเก็บข้อมูลตามเกณฑ์ The PCNE classifications v.7.0(20) ส่วนของปัญหาที่เกี่ยวข้องเนื่องกับการใช้ยา (the problem) และสาเหตุของปัญหาที่เกี่ยวกับการใช้ยา (The cause)

3.1.2.2 เวชระเบียนผู้ป่วยนอก เวชระเบียนผู้ป่วยใน บันทึกการเยี่ยมบ้าน และฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ โปรแกรม HosXP

3.1.2.3 แบบฟอร์มการยินยอมในการเข้าร่วมการศึกษา และการให้ข้อมูล

1) ขั้นตอนการศึกษา

(1) คัดเลือกผู้ป่วยเข้ามาในการศึกษาตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้

(2) ติดตามข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก และบันทึกการเยี่ยมบ้านของ

ผู้ป่วย

(3) รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนและฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ย้อนหลังเป็นเวลา 1 ปีเพื่อเก็บข้อมูลต่าง ๆ ของผู้ป่วย

2) การเก็บข้อมูล

เริ่มการเก็บข้อมูลย้อนหลังจากกลุ่มผู้ป่วยผ่านเกณฑ์การคัดเข้าและคัดออกที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลครั้งสุดท้ายในระยะเวลาที่กำหนด และบันทึกข้อมูลย้อนหลังสำหรับผู้ป่วยรายเดียวกันที่ได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยเก็บข้อมูลต่อเนื่องจากการมารับบริการแบบผู้ป่วยนอก และการติดตามผู้ป่วยรายนั้น ๆ ด้วยการเยี่ยมบ้าน ตามแบบบันทึกข้อมูลที่สร้างขึ้น

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ข้อมูลเกี่ยวกับการใช้ยา ตลอดจนข้อมูลทางทางคลินิก ได้แก่ ระดับค่าคะแนนความปวด โดยใช้เกณฑ์แบบ Numerical Rating Scale (Pain score , PS) ซึ่งแบ่งผู้ป่วยเป็น 3 กลุ่มคือ 1 กลุ่มผู้ป่วยที่มีระดับความเจ็บปวดรุนแรง (Severe pain : ค่าคะแนนความปวด 7-10 คะแนน) 2.กลุ่มผู้ป่วยที่มีระดับความเจ็บปวดปานกลาง (Moderate pain : ค่าคะแนนความปวด 4-6 คะแนน) และกลุ่มผู้ป่วยที่มีระดับความเจ็บปวดเล็กน้อย (Mild pain : ค่าคะแนนความปวด 1-3 คะแนน) , ผลการประเมินระดับของผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยใช้ Palliative Performance Scale (PPS) โดยเป็นการประเมินผู้ป่วยใน 5 ด้านหลัก ได้แก่ ความสามารถในการเคลื่อนไหว กิจกรรมและความรุนแรงของโรค การดูแลตนเอง การกินอาหาร และความรู้สึกตัว ซึ่งค่าคะแนนจะบอกระดับของผู้ป่วย คือผู้ป่วยที่มีอาการคงที่ (70-100%) ผู้ป่วยระยะสุดท้าย (0-30%) และผู้ป่วยที่อยู่ระหว่าง 2 กลุ่มดังกล่าว (40-60%)

ทั้งนี้การประเมินปัญหาที่เกี่ยวข้องเนื่องกับการใช้ยาและสาเหตุ ใช้แนวทางของ The Pharmaceutical Care Network Europe (PCNE) classifications v.7.0⁽²⁰⁾ และทีมผู้วิจัยได้เลือกแนวทางการใช้ยาและการรักษาอ้างอิงตามแนวทางเวชปฏิบัติความปวดจากมะเร็ง โดยสมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย ปี พ.ศ. 2556 และแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ฉบับปี พ.ศ.2557 เพื่อประเมินปัญหาและสาเหตุที่เกี่ยวข้องเนื่องกับการใช้ยา โดยเภสัชกรประจำคลินิกการดูแลแบบประคับประคองโรงพยาบาลเขาวง และร่วมมือกับเภสัชกรคลินิกผู้เชี่ยวชาญจนได้ความเห็นที่ตรงกันในการประเมินปัญหาและสาเหตุของปัญหาที่เกี่ยวข้องเนื่องกับการใช้ยา โดยอยู่ในบริบทที่สมเหตุสมผลในทางปฏิบัติจริงมากที่สุด

3.1.3.4. สรุปผล

3.1.5 การวิเคราะห์ข้อมูล

ทำการสรุปและวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาได้แก่ ค่าเฉลี่ย ความถี่ ร้อยละ ทดสอบการแจกแจงของข้อมูล ด้วย K-S test ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรเชิงกลุ่ม ด้วย Chi-square test ที่ระดับความเชื่อมั่น 95 % ($P < 0.05$)

3.1.6 ระยะเวลาในการศึกษา

1 เดือน

3.2 การศึกษาเชิงคุณภาพ

แบ่งได้เป็น 3 ระยะคือ

1) การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interviews) ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย หรือผู้ดูแลหลักของผู้ป่วย (กรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถให้สัมภาษณ์เองได้)

2) การถอดบทเรียนจากการศึกษาดูงานที่แหล่งเรียนรู้ของโรงพยาบาลชุมชนที่มีประสบการณ์และประสบความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย และสัมภาษณ์บุคลากรที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยและการพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคอง ณ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ (observation study and interviews methods)

3) ทำการสนทนากลุ่ม (Focus group) ด้วยการจัดประชุม ระดมความคิดของ ทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) เพื่อร่วมกันสร้างแนวทางการดูแลแบบประคับประคอง ที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลเขาวง

3.2.1 การสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย/ญาติของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงคุณภาพเกี่ยวกับปัญหาในการดูแลแบบประคับประคอง เพื่อให้ได้ข้อมูลปัญหาเชิงลึก ในการบริการ และการเข้าถึงบริการ ปัญหาและอุปสรรค ในการดูแลแบบประคับประคอง

3.2.1.1 ผู้ให้ข้อมูลหลัก ประกอบด้วย ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย จำนวน 8 ราย ที่ทำการเลือกอย่างเฉพาะเจาะจง และมีคุณสมบัติดังนี้

- 1) เป็นผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย
- 2) เป็นผู้ที่มีสติสัมปชัญญะดี และสามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้
- 3) ไม่มีความบกพร่องทางจิต มีระดับของผู้ป่วยระยะสุดท้าย(PPS level)ระหว่าง 70-100 %
- 4) มีคะแนนความปวดหรืออาการรบกวนอื่น น้อยกว่าหรือเท่ากับ 3 คะแนนจากคะแนนเต็ม 10 คะแนน

5) กรณีผู้ป่วยไม่สามารถให้สัมภาษณ์เองได้ จะสัมภาษณ์ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยแทน และจะต้องมีคุณสมบัติดังนี้

- (1) ผู้ดูแลของผู้ป่วยต้องเป็นผู้ที่มีสติสัมปชัญญะดี
- (2) สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้
- (3) เป็นผู้ดูแลใกล้ชิดที่ทราบปัญหา/ความต้องการของผู้ป่วย
- (4) มีความเต็มใจที่จะให้ข้อมูล

3.2.1.2 เครื่องมือในการศึกษา

- 1) แบบเก็บข้อมูลผู้ให้สัมภาษณ์ (ภาคผนวก จ.)
- 2) แบบสัมภาษณ์ (ภาคผนวก จ.)
- 3) เครื่องบันทึกเสียง
- 4) แบบฟอร์มการยินยอมในการเข้าร่วมการศึกษา และการให้ข้อมูล

3.2.1.3 ขั้นตอนการศึกษา

1) กำหนดแนวคำถาม ครอบคลุมตามหัวข้อที่สนใจศึกษาได้แก่ ปัญหาในการเข้าถึงบริการ ปัญหาของระบบบริการ ปัญหาและอุปสรรคในการดูแลแบบประคับประคอง

2) การตรวจสอบความถูกต้องของแนวคำถาม สำหรับแนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึกที่สร้างเสร็จ ไปทดสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) กับอาจารย์ที่ปรึกษา 2 ท่าน เพื่อพิจารณาตรวจสอบความถูกต้องและขอความเห็นในประเด็นของความครอบคลุมของเนื้อหา การปรับปรุงแก้ไขให้อ่านเข้าใจง่ายและสื่อสารได้ตรงประเด็น

3) การสัมภาษณ์นำร่อง (Pilot interview) โดยนำข้อมูลที่ได้จากการเตรียมแนวคำถามไปทดสอบกับกลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย หรือญาติของผู้ป่วย จำนวน 2 ราย เพื่อนำมาปรับปรุงเนื้อหาให้เข้าใจได้ง่าย และครอบคลุมมากยิ่งขึ้น

4) ขั้นตอนการเตรียมข้อมูล จัดเตรียมเอกสารที่เกี่ยวข้องได้แก่ ใบแสดงความยินยอมในการให้ข้อมูล และเอกสารคำชี้แจงการวิจัย ตลอดจนหนังสือราชการในการนัดหมายการเข้าสัมภาษณ์ และข้อมูลการติดต่อผู้ให้ข้อมูล

5) ขั้นตอนการสัมภาษณ์

(1) จัดเตรียมคำนิยามศัพท์สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่ให้สัมภาษณ์ และคำอธิบายในประเด็นต่าง ๆ ให้ผู้สัมภาษณ์เข้าใจในทิศทางเดียวกันและฝึกทักษะการสัมภาษณ์ก่อนการดำเนินงานจริง

(2) ดำเนินการสัมภาษณ์ตามแนวทางที่กำหนด ลำดับขั้นตอนการสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) มีรายละเอียดดังนี้

(2.1) เปิดประเด็นหัวข้อ (Introduction) ที่ง่ายต่อผู้ถูกถาม วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ถูกถามได้พูดและช่วยให้เข้าใจรูปแบบการเก็บข้อมูลที่ไม่ใช่การตอบใช่หรือไม่ใช่เป็นการตอบแบบกว้างไม่มีจุดประสงค์ที่ชัดเจน ให้กับคำถาม

(2.2) แนะนำตัวผู้สัมภาษณ์ และสร้างความคุ้นเคยในการสัมภาษณ์ โดยถามคำถามเกี่ยวกับผู้ให้สัมภาษณ์ 1-2 คำถาม เกี่ยวกับความถนัด หรือความชอบ เพื่อสร้างบรรยากาศที่เป็นกันเอง

(2.3) อธิบายจุดประสงค์การมาสอบถาม โดยแจ้งผู้ถูกถามว่าการมาครั้งนี้เป็นการมาซักถามเพื่อให้เล่าข้อมูลตามความคิดเห็นของตัวเองผู้ถูกถามเอง

(2.4) การเปิดประเด็นคำถาม (Personal circumstances) เพื่อเก็บข้อมูลต่อไป เช่น ข้อมูลเกี่ยวกับครอบครัว อาชีพ ความรับผิดชอบ เป็นต้น โดยสร้างบรรยากาศไม่คุกคามหรือชี้เฉพาะความเป็นตัวตนของผู้ถูกถามมากเกินไป

(2.5) แจ้งผู้ถูกถามเกี่ยวกับคำศัพท์เฉพาะ (Definition) หรือนิยามที่จะถามได้แก่ การดูแลแบบประคับประคอง ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา

(2.6) พุดคุยและสอบถามจากประสบการณ์ ของผู้ถูกถาม และรับฟังความคิดเห็นจากผู้ถูกถามเกี่ยวกับประเด็นต่าง ๆ ที่สนใจ เพื่อให้ได้ข้อมูลตามความคิดเห็นของผู้ถูกถาม

(2.7) เข้าสู่การปิดการสัมภาษณ์ (Toward the ending) ด้วยการนำอารมณ์ความรู้สึกเข้าสู่การสัมภาษณ์ โดยเก็บประเด็นในการแนะนำการพัฒนาหรือข้อเสนอแนะ และใช้คำถามที่หาข้อสรุป

(2.8) ปิดสัมภาษณ์ด้วยการแสดงความรู้สึกที่มีโอกาสได้มาสัมภาษณ์ การยินดีจะแลกเปลี่ยนเรียนรู้เมื่อมีโอกาสในครั้งต่อไป และแสดงการขอบคุณในการให้สัมภาษณ์

6) การถอดบทสัมภาษณ์

(1) นำผลการสัมภาษณ์มาแกะเทปคำต่อคำ (Transcribing verbatim) โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยในการถอดบทสัมภาษณ์

(2) การอ่านบททวนข้อมูลที่ได้จากการถอดเทปและนำข้อมูลที่ได้ไปสู่การกำหนดประเด็นที่ได้การสัมภาษณ์และการให้รหัสประเด็นที่ได้กล่าว (Identifying themes/coding theme)

(3) การนำประเด็นที่ได้จากข้อ 2 มาจัดแยกตามหมวดหมู่ที่ต้องการศึกษา ได้แก่ ปัญหาในการเข้าถึงบริการ ปัญหาของระบบบริการ ปัญหาและอุปสรรคในการดูแลแบบประคับประคอง เพื่อจัดกรอบแนวคิด ในการศึกษา (Making thematic Framework)

(4) การตีความและ อธิบายผลการวิเคราะห์ (Interpreting/reporting) ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาทั้ง 2 ท่าน จากกรอบแนวคิดที่สร้างได้ มีประเด็นใดที่เชื่อมโยงกันตามวิธีการวิเคราะห์ข้อมูล มีความคิดเห็นที่ไปในทางเดียวกันหรือต่างกันอย่างใด มีการเขียนตัวอย่างคำพูดที่เป็นคำสำคัญ

3.2.1.4 ระยะเวลาในการศึกษา

2 เดือน

3.2.2 การถอดบทเรียนจากการศึกษาดูงานที่แหล่งเรียนรู้ของโรงพยาบาลชุมชนที่มี
ประสบการณ์และประสบความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย และสัมภาษณ์บุคลากรที่มี
ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยและการพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคอง ณ โรงพยาบาล
สมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ (observation study and interviews methods)

โดยการเก็บข้อมูลจากการสังเกตและการสัมภาษณ์ ข้อมูลจากบุคลากรทางการแพทย์ที่
เกี่ยวข้อง โดยมีแนวคำถามเกี่ยวกับปัจจัยและประสบการณ์ที่ทำให้มีผลลัพธ์ที่ล้มเหลว และ ปัจจัย/
ประสบการณ์ที่ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง

3.2.2.1 ผู้ให้ข้อมูลหลัก

ประกอบด้วย บุคลากรทางการแพทย์ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยแบบ
ประคับประคอง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช กุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ได้แก่ แพทย์
ผู้รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง 1 ราย เภสัชกรผู้รับผิดชอบการดูแลแบบ
ประคับประคอง 1 ราย และพยาบาลผู้รับผิดชอบการดูแลแบบประคับประคอง 1 ราย รวม 3 ราย

3.2.2.2 เครื่องมือในการศึกษา

- (1) เครื่องบันทึกเสียง และกล้องบันทึกภาพ
- (2) แบบฟอร์มการยินยอมในการเข้าร่วมการศึกษา และการให้ข้อมูล
- (3) แนวทางการสัมภาษณ์บุคลากรทางการแพทย์ (ภาคผนวก ฉ.)

3.2.2.3 ขั้นตอนการศึกษา

(1) ติดต่อไปยังโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ เพื่อขอความอนุเคราะห์
ในการศึกษาดูงาน

(2) ทำการศึกษาโดยการสังเกตจากการศึกษาดูงาน ณ โรงพยาบาลสมเด็จพระ
ยุพราชกุฉินารายณ์

(3) ทำการสัมภาษณ์บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบ
ประคับประคอง ได้แก่ แพทย์ผู้รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง 1 ราย เภสัชกร
ผู้รับผิดชอบการดูแลแบบประคับประคอง 1 ราย และพยาบาลผู้รับผิดชอบการดูแลแบบ
ประคับประคอง 1 ราย รวม 3 ราย ซึ่งมีขั้นตอนในการสัมภาษณ์ดังนี้

(3.1) กำหนดแนวคำถาม ครอบคลุมตามหัวข้อที่สนใจศึกษาได้แก่ ปัจจัยและ
ประสบการณ์ที่ทำให้มีผลลัพธ์ที่ล้มเหลว ตลอดจนแนวทางการแก้ไข และ ปัจจัยและประสบการณ์ที่
ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง

(3.2) การตรวจสอบความถูกต้องของแนวคำถาม สำหรับแนวทางการสัมภาษณ์
เชิงลึก ที่สร้างเสร็จ ไปทดสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) กับอาจารย์ที่ปรึกษา 2

ท่าน เพื่อพิจารณาตรวจสอบความถูกต้องและขอความเห็นในประเด็นของความครอบคลุมของเนื้อหา การปรับปรุงแก้ไขให้อ่านเข้าใจง่ายและสื่อสารได้ตรงประเด็น

(3.3) การสัมภาษณ์นำร่อง (Pilot interview) โดยนำข้อมูลที่ได้จากการเตรียม แนวคำถามไปทดสอบกับกลุ่มเป้าหมาย ได้แก่บุคลากรทางการแพทย์ที่มีหน้าที่รับผิดชอบการดูแล แบบประคับประคองในโรงพยาบาลเขาวง จำนวน 2 ราย เพื่อนำมาปรับปรุงเนื้อหาให้เข้าใจได้ง่าย และครอบคลุมมากยิ่งขึ้น

(3.4) ขั้นตอนการเตรียมข้อมูล จัดเตรียมเอกสารที่เกี่ยวข้องได้แก่ ใบแสดงความ ยินยอมในการให้ข้อมูล และเอกสารคำชี้แจงการวิจัย ตลอดจนหนังสือราชการในการนัดหมายการเข้า สัมภาษณ์ และข้อมูลการติดต่อผู้ให้ข้อมูล

(3.5) ขั้นตอนการสัมภาษณ์

(3.5.1) จัดเตรียมคำนิยามศัพท์สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่ให้สัมภาษณ์ และ คำอธิบายในประเด็นต่าง ๆ ให้ผู้สัมภาษณ์เข้าใจในทิศทางเดียวกันและฝึกทักษะการสัมภาษณ์ก่อนการ ดำเนินงานจริง

(3.5.2) ดำเนินการสัมภาษณ์ตามแนวทางที่กำหนด ลำดับขั้นตอนการ สัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) มีรายละเอียดดังนี้

(3.5.2.1) เปิดประเด็นหัวข้อ (Introduction) ที่ง่ายต่อผู้ถูกถาม วัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ถูกถามได้พูดและช่วยให้เข้าใจรูปแบบการเก็บข้อมูลที่ไม่ใช่การตอบใช่หรือไม่ใช่ เป็นการตอบแบบกว้างไม่มีจุดประสงค์ที่ชี้วัด ให้กับคำถาม

(3.5.2.2) แนะนำตัวผู้สัมภาษณ์ และสร้างความคุ้นเคยในการสัมภาษณ์ โดยถามคำถามเกี่ยวกับผู้ให้สัมภาษณ์ 1-2 คำถาม เกี่ยวกับความถนัด หรือความชอบ เพื่อสร้าง บรรยากาศที่เป็นกันเอง

(3.5.2.3) อธิบายจุดประสงค์การมาสอบถาม โดยแจ้งผู้ถูกถามว่าการมา ครั้งนี้เป็นมาซักถามเพื่อให้ได้ข้อมูลตามความคิดเห็นของตัวผู้ถูกถามเอง

(3.5.2.4) การเปิดประเด็นคำถาม (Personal circumstances) เพื่อเก็บ ข้อมูลต่อไปนี้ เช่น หน้าที่ความรับผิดชอบ รูปแบบในการทำงาน เป็นต้น โดยสร้างบรรยากาศไม่ คุกคาม หรือชี้เฉพาะความเป็นตัวตนของผู้ถูกถามมากเกินไป

(3.5.2.5) แจ้งผู้ถูกถามเกี่ยวกับคำศัพท์เฉพาะ (Definition) หรือนิยามที่ จะถาม ได้แก่ การดูแลแบบประคับประคอง ปัจจัยที่นำไปสู่ความสำเร็จในการดำเนินการพัฒนา และ ปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดความล้มเหลว

(3.5.2.6) พุดคุยและสอบถามจากประสบการณ์ ของผู้ถูกถาม และรับฟังความคิดเห็นจากผู้ถูกถามเกี่ยวกับประเด็นต่าง ๆ ที่สนใจ เพื่อให้ได้ข้อมูลตามความคิดเห็นของผู้ถูกถาม

(3.5.2.7) เข้าสู่การปิดการสัมภาษณ์ (Toward the ending) ด้วยการนำอารมณ์ความรู้สึกเข้าสู่การสัมภาษณ์ โดยเก็บประเด็นในการแนะนำการพัฒนาหรือข้อเสนอแนะ และใช้คำถามที่หาข้อสรุป

(3.5.2.8) ปิดสัมภาษณ์ด้วยการแสดงความรู้สึกที่มีโอกาสได้มาสัมภาษณ์ แสดงความชมเชยและยินดีในความสำเร็จของการทำงาน แสดงยินดีจะแลกเปลี่ยนเรียนรู้เมื่อมีโอกาสในครั้งต่อไป และขอบคุณในการให้สัมภาษณ์

3.2.2.4 การถอดบทสัมภาษณ์

- 1) นำผลการสัมภาษณ์มาแกะเทปคำต่อคำ (Transcribing verbatim) โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย
- 2) การอ่านทบทวนข้อมูลที่ได้จากการถอดเทปและนำข้อมูลที่ได้ไปสู่การกำหนดประเด็นที่ได้การสัมภาษณ์และการให้รหัสประเด็นที่ได้กล่าว (Identifying themes/coding theme)
- 3) การนำประเด็นที่ได้จากข้อ 2 มาจัดแยกตามหมวดหมู่ที่ต้องการศึกษา เพื่อจัดกรอบแนวคิด ในการศึกษา (Making thematic Framework)
- 4) การนำประเด็นหลักและประเด็นย่อย จากกรอบแนวคิด มาวิเคราะห์ความสัมพันธ์กับข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ให้สัมภาษณ์ (Charting) เพื่อให้ได้ปัจจัยที่อาจมีความสัมพันธ์แนวคิดที่ได้ดังกล่าว
- 5) การตีความและ อธิบายผลการวิเคราะห์ (Interpreting/reporting) ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาทั้งสองท่าน จากกรอบแนวคิดที่สร้างได้ มีประเด็นใดที่เชื่อมโยงกันตามวิธีการวิเคราะห์ข้อมูล มีความคิดเห็นที่ไปในทางเดียวกันหรือต่างกันอย่างใด มีการเขียนตัวอย่างคำพูดที่เป็นคำสำคัญ

3.2.2.5 สรุปรายการถอดบทเรียนที่ได้จากการสังเกต และการสัมภาษณ์

3.2.2.6 ระยะเวลาในการศึกษา

1 เดือน

3.2.3 การระดมความคิดในทีมสหสาขาวิชาชีพ

เพื่อให้ได้ข้อสรุป แนวทางการดูแลแบบประคับประคองร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพในการจัดการผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) ให้เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล โดยใช้ข้อมูลจากการศึกษาในระยะที่ 1 ระยะที่ 2.1 และระยะที่ 2.2 เป็นการประกอบเพื่อพิจารณา

3.2.3.1 ผู้ให้ข้อมูลหลัก

ประกอบด้วย สหสาขาวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเขาวง รวม 9 คน ได้แก่ แพทย์ผู้รับผิดชอบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง 1 ราย พยาบาลผู้ประสานงานการดูแลแบบประคับประคอง 1 ราย พยาบาลผู้ประสานงานการดูแลแบบต่อเนื่อง 1 ราย พยาบาลประจำหอผู้ป่วยหอผู้ป่วยละ 1 ราย รวม 4 ราย พยาบาลประจำแผนกฉุกเฉิน 1 ราย เกสซ์กรผู้รับผิดชอบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง 1 ราย

3.2.3.2 เครื่องมือในการศึกษา

- 1) แบบแนวทางการประชุมและสนทนากลุ่ม (ภาคผนวก ข.)
- 2) เครื่องบันทึกเสียง
- 3) แบบฟอร์มการยินยอมในการเข้าร่วมการศึกษา และการให้ข้อมูล

3.2.3.3 ขั้นตอนการศึกษา

1) ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการสนทนากลุ่ม เพื่อระดมความคิด ในการหาแนวทางการให้บริการและการบริหารทางเกสซ์กรรวมกับทีมสหสาขาวิชาชีพในการจัดการผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) ให้เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล

2) ประสานงานกับผู้ให้ข้อมูลหลัก และทำหนังสือราชการ เพื่อทำการนัดแนะการประชุม และการสนทนากลุ่ม (focus groups study) โดยแจ้งให้ทราบล่วงหน้า อย่างน้อย 1 สัปดาห์ ก่อนที่จะมีการสนทนากลุ่ม

3) จัดเตรียมสถานที่ประชุมและสนทนากลุ่ม โดยให้มีอุปกรณ์ที่สนับสนุนในการสนทนากลุ่ม ได้แก่ เครื่องคอมพิวเตอร์ เครื่องฉายสไลด์ เครื่องเสียง และเครื่องบันทึกเสียง

4) จัดให้มีการประชุมและสนทนากลุ่มของทีมสหสาขาวิชาชีพ เกี่ยวกับปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาและแนวทางการแก้ไขปัญหา และระดมความคิดในการจัดทำแนวทางการบริการ และบริหารทางเกสซ์กรให้มีความเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลเขาวง โดยมีแพทย์ผู้รับผิดชอบการดูแลแบบประคับประคองเป็นประธาน ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการสนทนากลุ่ม ผู้ร่วมในการวิจัยเป็นผู้ช่วยในการจดบันทึก

(1) ประชุมครั้งที่ 1 เพื่อนำข้อมูลจากระยะที่ 1 และระยะที่ 2.1, 2.2 มาทบทวนเพื่อเรียงลำดับความสำคัญของปัญหา และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ในรูปแบบการวิเคราะห์ฐานรากเพื่อหาสาเหตุของปัญหา (Root cause analysis)

(2) ประชุมครั้งที่ 2 เพื่อศึกษาสาเหตุและปัจจัยของปัญหาที่เรียงลำดับตามความสำคัญแล้วจากข้อ 2.1 มาพิจารณา สาเหตุและปัจจัย สาเหตุที่เกี่ยวข้องกับปัญหาที่เกิดขึ้น เพื่อ

ระดมความคิดในการสร้างแนวทางการดูแลแบบประคับประคองเพื่อแก้ไขและป้องกันปัญหาไม่ให้เกิดขึ้นอีก

(3) ประชุมครั้งที่ 3 เพื่อเสนอแนวทางการดูแลแบบประคับประคอง ในการจัดการผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง ให้ทีมสหสาขาวิชาชีพโดยให้แสดงความคิดเห็นอย่างเต็มที่ จนถึงจุดที่ยอมรับและมีมติเป็นเอกฉันท์ร่วมกันในการนำแนวทางการดูแลแบบประคับประคองไปใช้ปฏิบัติงานจริง โดยในการประชุมและสนทนากลุ่มมีขั้นตอนดังนี้

(3.1) แนะนำตนเองและทีมงาน ประกอบด้วย ผู้ดำเนินการประชุมและสนทนากลุ่ม และผู้จัดบันทึก

(3.2) อธิบายถึงจุดมุ่งหมายในการมาสนทนากลุ่ม วัตถุประสงค์ของการศึกษา

(3.3) เริ่มเกริ่นนำด้วยคำถามอ่อนเครื่องสร้างบรรยากาศเป็นกันเอง

(3.4) เมื่อเริ่มคุ้นเคย เริ่มคำถามในแนวการสนทนาที่จัดเตรียมไว้ทิ้งช่วงให้มีการถกประเด็น และโต้แย้งกันให้พอสมควร

(3.5) สร้างบรรยากาศให้เกิดการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นต่อกัน ควบคุมการสนทนาไม่ให้หยุดนิ่ง อย่าซักคนใดคนหนึ่งจนเกินไป

(3.6) ในการนั่งสนทนา พยายามอย่าให้เกิดการข่มทางความคิด หรือชักนำผู้อื่น ให้เห็นคล้อยตามกับผู้ที่พูดเก่ง (Dominate) สร้างบรรยากาศให้คนที่ไม่ค่อยพูดให้แสดงความคิดเห็นออกมาให้ได้

3.2.3.4 ขั้นตอนในการหาข้อสรุปเกี่ยวกับแนวทางการดูแลแบบประคับประคองที่ได้จากการระดมความคิดของทีมสหสาขาวิชาชีพ

1) ทำการนำผลการระดมความคิดมาแกะเทปคำต่อคำ (Transcribing verbatim) โดยผู้วิจัย และผู้ช่วยวิจัย

2) การอ่านทบทวนข้อมูลที่ได้จากการถอดเทปและนำข้อมูลที่ได้ไปสู่การกำหนดประเด็นที่ได้การสัมภาษณ์และการให้รหัสประเด็นที่ได้กล่าว (Identifying themes/coding theme)

3) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์ฐานราก (Root cause Analysis) และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content Analysis) ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาทั้ง 2 ท่าน

4) เสนอเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาแนวทางการดูแลแบบประคับประคอง และรับฟังความคิดเห็นกับผู้ร่วมระดมความคิดจนได้ข้อยุติ

3.2.4 สรุปแนวทางการดูแลแบบประคับประคอง และแจ้งให้ผู้ปฏิบัติงานรับทราบ

3.2.5 ระยะเวลาในการศึกษา

3 เดือน

3.3 ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

โครงการวิจัยนี้ผ่านการรับรอง อนุญาตให้ดำเนินการวิจัยจาก คณะกรรมการจริยธรรมใน มนุษย์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เลขที่การรับรอง 019/2560 เมื่อวันที่ 6 มีนาคม พ.ศ. 2560

3.4 แผนการดำเนินงาน

ตาราง 6 แผนการดำเนินงาน

กิจกรรม	ระยะเวลาดำเนินการ (เดือนที่)												
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
1. ทบทวนวรรณกรรมและเอกสารที่เกี่ยวข้อง และจัดทำโครงร่างงานวิจัย	←→												
2. ประสานโรงพยาบาลเรื่องการศึกษาวิจัยและ การใช้เวชระเบียนและฐานข้อมูลย้อนหลัง และ เก็บข้อมูลในระยะที่ 1			↔										
3. สรุปผลการศึกษาระยะที่ 1			↔										
4. เก็บข้อมูลจากการศึกษาดูงาน และการ สัมภาษณ์ผู้ป่วย				↔									
5. ประสานงานการจัดการประชุมและสนทนา กลุ่ม เพื่อหาสาเหตุและแนวทางการบริหารทาง เมสซ์กรรม						←→							
6. สรุปผลการศึกษาระยะที่ 2								←→					
8. สรุปผลการศึกษา										←→			

พูน ปณ ทิโต ชีเว

บทที่ 4

ผลการศึกษา

4.1 ผลการศึกษาระยะที่ 1 การศึกษาเชิงพรรณนาแบบย้อนหลัง

เพื่อสำรวจรูปแบบการสั่งจ่าย และปัญหาที่เกี่ยวกับการจ่ายในการจัดการอาการของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย แบบประคับประคอง

4.1.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

จากการศึกษาพบผู้ป่วยที่มีการลงทะเบียนเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเขาวง ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2558 – 30 กันยายน 2559 จำนวน 63 ราย มีผู้ป่วยที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกเข้าสู่การศึกษาทั้งหมด 35 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 21 ราย (ร้อยละ 60) อายุเฉลี่ย 61.46 ± 14.98 ปี สิทธิการรักษาส่วนใหญ่เป็นหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจำนวน 28 ราย (คิดเป็นร้อยละ 80) โดยผู้ป่วยทุกรายมีผู้ดูแล โรคมะเร็งที่พบมากที่สุดคือ มะเร็งตับ (ร้อยละ 20) ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีโรคร่วม จำนวน 16 ราย (ร้อยละ 45.71) และมักมีโรคร่วมจำนวน 1 โรค เช่น ภาวะโลหิตจาง (ร้อยละ 25.71) ผู้ป่วยได้รับการประเมินชนิดของความปวด 14 ราย (ร้อยละ 40 ของผู้ป่วยทั้งหมด) และได้รับการประเมินระดับความปวด 28 ราย (ร้อยละ 80) โดยระดับความปวดส่วนใหญ่มีระดับความปวดที่รุนแรง (PS 7-10 คะแนน) 12 ราย (ร้อยละ 34.29) ได้รับการประเมินระดับของผู้ป่วยระยะสุดท้าย (PPS) 19 ราย (ร้อยละ 54.29) และมีค่า PPS ส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 40-60 % จำนวน 12 ราย (ร้อยละ 33.33) มีผู้ป่วย 2 ราย ที่ได้รับการประเมินภาวะหายใจลำบาก (Dyspnea score) และมีวันนอนเฉลี่ย 4.49 วันนอนต่อผู้ป่วย 1 ราย

ทั้งนี้ผู้ป่วยที่หลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล กลับมารับบริการแบบผู้ป่วยนอก จำนวน 10 ราย และมีผู้ป่วยที่ได้รับการติดตามเยี่ยมที่บ้านหลังจำหน่ายจำนวน 6 ราย (ตาราง 7) ทั้งนี้คัดเลือกผู้ป่วยออกจากการศึกษาทั้งหมด 28 ราย เนื่องจากเป็นผู้ป่วยโรคอื่น จำนวน 14 ราย ได้แก่ ตับแข็ง 3 ราย, ไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย 3 ราย, โรคหลอดเลือดในสมอง 2 ราย, โรคปอดอักเสบจากการสำลัก 1 ราย, ท้องมาน 1 ราย, ฟีในตับ 1 ราย, ภาวะติดเชื้อแบคทีเรีย 1 ราย, โรคหลอดเลือดอักเสบเฉียบพลัน 1 ราย และ ภาวะช็อคจากการสูญเสียของเหลว 1 ราย, ไม่พบการเข้ารับกรนอนโรงพยาบาลในระยะเวลาที่กำหนด 9 ราย ไม่พบเวชระเบียนผู้ป่วยใน 3 ราย อายุน้อยกว่า 18 ปี 1 ราย และ ผู้ป่วยรักษาด้วยการแพทย์ทางเลือก 1 ราย

ตาราง 7 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย (N=35)

ข้อมูลของผู้ป่วย	จำนวน (ร้อยละ) หรือ ค่าเฉลี่ย \pm ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
เพศ	
ชาย	21 (60)
หญิง	14 (40)
อายุ	
18-60 ปี	61.46 \pm 14.98
61 ปี ขึ้นไป	25 (71.43)
10 (28.57)	
สิทธิการรักษา	
หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	28 (80)
ข้าราชการ	7 (20)
สถานภาพ	
คู่	34 (97.14)
โสด	1 (2.86)
โรคที่ได้รับการวินิจฉัย ^a	
มะเร็งตับ	7 (20)
มะเร็งปอด	6 (17.14)
มะเร็งท่อน้ำดี	5 (14.28)
โรคร่วม	
1 โรค	9 (25.71)
2 โรค	5 (14.28)
มากกว่า 3 โรค	2 (5.71)
ชนิดของความปวด	
ไม่ได้ประเมิน	21(60)
ปวดตลอดเวลา	6(17.14)
ปวดเป็นครั้งคราว	5(14.29)
ไม่มีความปวด	3(8.57)

ตาราง 7 (ต่อ)

ข้อมูลของผู้ป่วย	จำนวน (ร้อยละ) หรือ ค่าเฉลี่ย \pm ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
ระดับค่าคะแนนความปวด (Pain Score)	
7-10 คะแนน (severe pain)	12 (34.29)
4-6 คะแนน (moderate pain)	8 (22.86)
1-3 คะแนน (mild pain)	5 (14.29)
ไม่ปวด (none pain)	3 (8.57)
ค่าระดับของผู้ป่วยระยะสุดท้าย PPS)	
ไม่ได้ประเมิน	16 (45.71)
70-100 % (กลุ่มผู้ป่วยอาการคงที่)	3 (8.57)
40-60 % (กลุ่มผู้ป่วยที่อยู่ระหว่าง 2 กลุ่ม)	12 (34.29)
0-30 % (กลุ่มผู้ป่วยระยะสุดท้าย)	4 (11.43)
จำนวนวันนอนโรงพยาบาล	
1 -5 วัน	25 (71.43)
6 วันขึ้นไป	10 (28.57)
ประเภทของการจำหน่ายจากโรงพยาบาล	
แพทย์อนุญาต	24 (68.58)
ปฏิเสธการรักษา	6 (17.14)
ส่งต่อโรงพยาบาลอื่น	5 (14.28)

หมายเหตุ³ ชนิดของมะเร็งที่ได้รับการวินิจฉัยอื่น ๆ ได้แก่ มะเร็งลำไส้ใหญ่ 4 ราย (ร้อยละ 11.42) มะเร็งปากมดลูก 2 ราย (ร้อยละ 5.17) มะเร็งเต้านม มะเร็งกระเพาะอาหาร มะเร็งต่อมน้ำเหลือง มะเร็งกล้ามเนื้อ มะเร็งถุงน้ำดี มะเร็งสมอง มะเร็งต่อมน้ำลาย มะเร็งรังไข่ มะเร็งลำไส้ตรง มะเร็งต่อมหมวกไต และมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ ชนิดละ 1 ราย (ร้อยละ 2.85)

4.1.2 ชนิดและรูปแบบของการสั่งใช้ยาขณะเข้ารับการนอนโรงพยาบาล

จากตาราง 8 จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลทั้งหมด 35 คน ขณะนอนโรงพยาบาลพบว่าผู้ป่วยได้รับการสั่งใช้ยากลุ่มอนุพันธ์ของฝิ่นเพื่อควบคุมอาการทั้งวัน (Dose for around the clock) 20 ราย (ร้อยละ 57.14 จากจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด) ชนิดและรูปแบบของยาที่ได้รับการสั่งใช้มีความหลากหลาย และพบการสั่งใช้ยาสำหรับ breakthrough pain 26 ราย (ร้อยละ 74.29 จากจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด) นอกจากนี้ยังพบการใช้ยาเพื่อเป็น Adjuvant medication ในการจัดการอาการผู้ป่วยจำนวน 10 ราย (ร้อยละ 28.57 ของจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด)

มีการปรับยาในขณะผู้ป่วยรักษาตัวที่โรงพยาบาลจำนวน 20 ครั้ง (ร้อยละ 57.14 จากจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด) เป็นการปรับความถี่ ของการให้ยา 11 ครั้ง (ร้อยละ 31.42 จากจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด) เช่น ปรับจาก Morphine inj. 3 mg iv q 6 hr. เป็น Morphine inj. 3 mg iv q 4 hr. เป็นต้น ,การเปลี่ยนชนิดของยา 6 ครั้ง (ร้อยละ 17.14 จากจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด) เช่น เปลี่ยนจาก Morphine inj. ไปเป็น MST เป็นต้น, การปรับขนาดยา 3 ครั้ง (ร้อยละ 8.57 จากจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด) เช่น ปรับจาก Morphine inj. 3 mg iv q 4 hr. เป็น Morphine 10 mg iv q 4 hr. เป็นต้น

ตาราง 8 ชนิดและรูปแบบของการใช้ยาที่ผู้ป่วยได้รับขณะรับการนอนโรงพยาบาล (N= 35)

การใช้ยากลุ่ม Opioids ขณะนอนโรงพยาบาล	จำนวน N = 35	ร้อยละ	การใช้ยากลุ่ม Opioids ใน ใบสั่งยากลับบ้าน	จำนวน N = 35	ร้อยละ
ยาที่ออกฤทธิ์เพื่อควบคุมอาการปวดทั้งวัน (Dosage for Around the clock)			ยาที่ออกฤทธิ์เพื่อควบคุมอาการปวดทั้งวัน (Dosage for Around the clock)		
มีการสั่งใช้ยา	20	57.14	มีการสั่งใช้ยา	19	54.29
ตัวอย่างชนิดและขนาดยาที่ผู้ป่วยได้รับเพื่อควบคุมอาการปวดทั้งวัน(Dosage for Around the clock) ^a			ตัวอย่างชนิดและขนาดยาที่ผู้ป่วยได้รับเพื่อควบคุมอาการปวดทั้งวัน(Dosage for Around the clock) ^c		
Morphine MST (10) 1x2 pc	5	14.28	Morphine MST (10) 1x3 pc	5	14.28
Morphine MST (10) 1 tab q 12 hr.	3	8.57	Morphine MST (10) 1 tab q 12 hr.	2	5.71
Morphine inj. 3 mg iv q 6 hr.	2	5.71	Morphine inj. 2 mg iv q 4 hr.	1	2.85
Morphine inj. 4 mg iv q 6 hr.	2	5.71	Morphine inj. 5 mg iv q 6 hr.	1	2.85

ตาราง 8 (ต่อ)

การใช้ยาในกลุ่ม Opioids ขณะนอนโรงพยาบาล	จำนวน N = 35	ร้อยละ	การใช้ยาในกลุ่ม Opioids ใน ใบสั่งยากลับบ้าน	จำนวน N = 35	ร้อยละ
การใช้ยาสำหรับอาการ breakthrough pain			การใช้ยาสำหรับอาการ breakthrough pain		
มีการสั่งใช้ยา	26	74.29	มีการสั่งใช้ยา	21	60
ตัวอย่าง ชนิดของการสั่งใช้ยาและขนาดยาสำหรับ อาการ breakthrough pain ^b			ตัวอย่าง ชนิดของการสั่งใช้ยาและขนาดยาสำหรับอาการ breakthrough pain ^d		
Morphine 3 mg iv prn q 4hr	7	20	Morphine syr. 3 ml q 2-4 hr.	3	8.57
Morphine 3 mg iv prn q 6 hr.	4	11.42	Morphine inj. 3 mg iv prn q 4 hr.	2	5.71
Morphine 3 mg iv prn q 8 hr.	4	11.42	Morphine syrup 2 ml q 2-4 hr.	1	2.85
Adjuvant medication			Adjuvant medication		
ไม่มีการสั่งใช้ยา	25	71.43	ไม่มีการสั่งใช้ยา	24	68.57
ชนิดของ Adjuvant medication และขนาดยาที่ได้รับ			ชนิดของ Adjuvant medication และขนาดยาที่ผู้ป่วย ได้รับ ^e		
Lorazepam 0.5 mg 1 x hs	8	88.89	Lorazepam 0.5 mg 1 x hs	8	72.73
Lorazepam 0.5 mg 2 x hs	1	11.11	Nortriptyline 10 mg 1x hs	1	9.09

หมายเหตุ ^a ชนิดและขนาดยาเพื่อควบคุมอาการปวดทั้งวันอื่น ๆ ที่พบขณะนอนโรงพยาบาล ได้แก่ Morphine 6 mg iv q 6 hr., Morphine 4 mg iv q 8 hr., Morphine 4 mg iv q 12 hr., MST10 mg 1 tab q 8 hr., MST 10 mg 2 x 2 pc เป็นต้น จำนวนรูปแบบละ 1 ครั้ง

^b ชนิดของการสั่งใช้ยาและขนาดยาสำหรับอาการ breakthrough pain อื่น ๆ ขณะนอนโรงพยาบาล เช่น Morphine 2 mg iv prn q 4 hr., Morphine 3 mg iv prn, Tramadol 50 mg iv prn q 8 hr., Pethidine 25 mg iv q 6 hr., Morphine syr. 3 ml prn q 2-4 hr., Morphine syr. 5 ml prn q 2-4 hr., Morphine syr. 2.5 ml prn q 2-4 hr. จำนวนรูปแบบละ 1 ครั้ง

^c ชนิดของการสั่งใช้ยาและขนาดยาเพื่อควบคุมอาการปวดทั้งวันอื่น ๆ ที่พบในใบสั่งยากลับบ้าน ได้แก่ Morphine 5 mg iv prn q 8 hr., Morphine 10 mg iv prn q 4 hr., Tramadol (50) 1x3 pc, MST (10) 1 tab q 8 hr., MST (10) 4 tab q 12 hr., MST (10) 9 tab q 8 hr., MST (10) 1x2 pc เป็นต้น

^d ชนิดของการสั่งใช้ยาและขนาดยาสำหรับอาการ breakthrough pain อื่น ๆ ที่พบในใบสั่งยากลับบ้าน ได้แก่ Morphine syr. 5 ml prn q 2 hr., Morphine syr. 20 ml q 2-4 hr., Morphine syr. 2 ml x2 pc, Morphine injection 2 mg iv prn q 4 hr. จำนวนรูปแบบละ 1 ครั้ง

^e ชนิดของ Adjuvant medication และขนาดยาที่ผู้ป่วยได้รับในใบสั่งยากลับบ้านอื่น ๆ ได้แก่ Lorazepam 0.5 mg x hs, Diazepam 5 mg iv prn จำนวนรูปแบบละ 1 ครั้ง

เมื่อพิจารณาใบสั่งยากลับบ้านจากจำนวนผู้ป่วยที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 35 ราย ผู้ป่วยได้รับยากลับบ้าน 27 ราย (ร้อยละ 77.14 จากจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด) ผู้ป่วยได้รับยากลุ่มอนุพันธ์ของฝิ่นเพื่อควบคุมอาการปวดทั้งวัน (Dose for Around the clock) จำนวน 19 ราย (ร้อยละ 54.29 จากจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด) มีการสั่งใช้ยา ในรูปแบบที่หลากหลาย และยาสำหรับ Breakthrough pain พบการสั่งใช้ยา 14 คน (ร้อยละ 40 จากจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด) สำหรับชนิดและขนาดของยา Adjuvant medication ที่ผู้ป่วยได้รับเมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล พบการสั่งใช้ยา จำนวน 11 ราย (ร้อยละ 31.43 จากจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด)

เมื่อติดตามผู้ป่วยหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล พบผู้ป่วย 10 รายกลับมาใช้บริการแบบผู้ป่วยนอก ในระยะเวลาที่กำหนด เฉลี่ย 2.5 ครั้ง/ราย ผู้ป่วย 4 รายได้รับการประเมินระดับความปวด ซึ่งผู้ป่วยทุกรายมีค่าคะแนนความปวดอยู่ในระดับปวดรุนแรง (Pain Score 7-10 คะแนน) และผู้ป่วยได้รับการประเมินค่าระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (PPS) 3 ราย โดยผู้ป่วยมีค่า PPS ลดลงจาก 90% ขณะนอนโรงพยาบาล เป็น 60% เมื่อมารับบริการแบบผู้ป่วยนอก, จำนวน 1 ราย PPS ลดลงจาก 40% ขณะนอนโรงพยาบาลเป็น 30% จำนวน 1 ราย

ผู้ป่วยได้รับยากลุ่มอนุพันธ์ของฝิ่นสำหรับควบคุมการปวดทั้งวัน (Dose for Around the clock) 9 ราย (ร้อยละ 90 จากจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด) โดยมีรูปแบบการใช้ยา เช่น Morphine MST 10 mg 1 tab q 8 hr., Morphine inj. 10 mg iv q 4 hr. เป็นต้น ผู้ป่วยได้รับยาสำหรับอาการ Breakthrough pain จำนวน 4 ราย (ร้อยละ 40 จากจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด) พบรูปแบบการใช้ยา เช่น Morphine syr. 2 ml prn, Morphine inj. 10 mg iv q 4hr. พบการปรับยาจากการมารับบริการแบบผู้ป่วยนอกในผู้ป่วย 2 ราย โดยเป็นการเปลี่ยนชนิดยา ได้แก่ เปลี่ยนจาก MST เป็น Morphine inj. และปรับความถี่ของการให้ยา ได้แก่ MST จาก 2 BID เป็น 2 Tab TID ส่วนการใช้ Adjuvant medication พบการสั่งใช้ยาเพียง 1 ครั้ง คือยา Lorazepam tab 0.5 mg 1 x hs นอกจากนี้ยังพบการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยากลุ่มอนุพันธ์ของฝิ่นในผู้ป่วย 2 ราย ได้แก่ อาการท้องผูก

หลังจากจำนวนผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล มีการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านจำนวน 6 ราย จำนวนครั้งของการเยี่ยมติดตามที่บ้านเฉลี่ย 1.16 ครั้ง/ราย ผู้ป่วยมีค่าคะแนนความปวดอยู่ในระดับปวดรุนแรง (Pain Score 7-10 คะแนน) 4 ราย ระดับปานกลาง (Pain Score 4-6 คะแนน) 1 ราย และปวดเล็กน้อย (Pain Score 1-3 คะแนน) 1 ราย ผู้ป่วยมีค่าระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (PPS) เป็นกลุ่มผู้ป่วยระยะสุดท้าย (PPS 10-30%) 3 ราย และผู้ป่วยมีค่าระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองอยู่ระหว่างกลุ่มที่มีอาการดีและอาการแย่มาก 3 ราย พบปัญหาจากการติดตามผู้ป่วย เช่น กระสับกระส่าย พุดจาสนั่นสน ปัสสาวะมีเลือดปน เห็นน้อยเปลี่ยวมาก เป็นต้น นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยบางรายมีการปรับขนาดยากลุ่มอนุพันธ์ของฝิ่นเอง

4.1.3 ปัญหาที่เกี่ยวข้องเนื่องกับการใช้ยาและสาเหตุของปัญหา

4.1.3.1 ปัญหาที่เกี่ยวข้องเนื่องกับการใช้ยาขณะผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ปัญหาที่เกี่ยวข้องเนื่องกับการใช้ยาขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พบทั้งสิ้น 41 ครั้ง เฉลี่ย 1.17 ครั้งต่อผู้ป่วย 1 ราย ปัญหาที่พบมากที่สุดคือ P1.2 Effect of drug treatment not optimal พบ 16 ครั้ง (ร้อยละ 39.02 จากจำนวนปัญหาที่เกี่ยวข้องเนื่องกับการใช้ยาทั้งหมด) โดยสาเหตุของปัญหาดังกล่าวมากที่สุด ได้แก่ C1.1 Inappropriate drug according to guideline/formulary เช่น ผู้ป่วยมีอาการปวดตลอดเวลา แต่ขาดการสั่งใช้ Dose for Around the clock , ผู้ป่วยมีอาการ breakthrough pain ซึ่งแพทย์ไม่ได้สั่งยาสำหรับอาการ breakthrough pain เป็นต้น (ตาราง 9) สำหรับแผนภาพแสดงความเชื่อมโยงของสาเหตุและปัญหาที่เกี่ยวข้องด้วยแสดงไว้ในภาคผนวก ข

ตาราง 9 ปัญหาเกี่ยวเนื่องกับการใช้ยาที่พบขณะนอนโรงพยาบาลตามเกณฑ์ PCNE v.7.0 (N= 41 ครั้ง)

Problem Code	จำนวน (ร้อยละ)	Cause code	จำนวน (ร้อยละ)	ตัวอย่างของปัญหาที่เกี่ยวข้องเนื่องกับการใช้ยา
P1.2	16(39.02)	C1.1	7(43.75)	1. ผู้ป่วยมีอาการปวดตลอดเวลา แต่ขาดการสั่งใช้ยาเพื่อควบคุมอาการปวดทั้งวัน 2. ผู้ป่วยมีอาการ Breakthrough pain แต่แพทย์ไม่ได้สั่งยา Morphine inj.
		C8.2	4(25.00)	1. หลังได้ Morphine inj. ผู้ป่วยมีอาการง่วงซึม Sedation score 3 2. หลังได้รับยา Morphine inj. สำหรับอาการ Breakthrough pain แต่แพทย์ไม่ได้สั่งยาต่อเนื่องทุกวัน ทำให้บางวันผู้ป่วยยังมีอาการ Breakthrough pain
		C3.3	2(12.5)	1. ผู้ป่วยมีอาการปวดตลอดเวลา แต่สั่งใช้ Morphine inj. q 6 hr. ซึ่งความถี่ไม่เพียงพอ 2. หลังได้รับ Morphine inj. ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมความปวดได้ และไม่มีการปรับความถี่ยาตามความปวด
		C6.2	2(12.5)	1. แพทย์สั่งยา Morphine inj. ให้ Around the clock แต่พยาบาลบันทึกว่า มีการบริหารยาแบบ PRN 2. ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมความปวดได้ และพบบันทึกการบริหารยาน้อยกว่าที่แพทย์สั่ง 4 mg iv q 8 hr.

ตาราง 9 (ต่อ)

Problem Code	จำนวน (ร้อยละ)	Cause code	จำนวน (ร้อยละ)	ตัวอย่างของปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา
P1.2	16(39.02)	C2.1	1(6.25)	ผู้ป่วยกลืนยาไม่ได้ ต้องใส่ NG และ MST ไม่ควรหัก บด เคี้ยว เนื่องจากจะสูญเสียการออกฤทธิ์
		C3.1	1(6.25)	ขนาดยาดำเกินไป ผู้ป่วยยังมี Breakthrough pain ซ้ำ ๆ หลังได้รับยา
		C3.2	1(6.25)	ขนาดยา Morphine syr. >10% ของ Dose for around the clock
P2.1	8(19.51)	C1.8	7(87.5)	หลังได้รับ MST ผู้ป่วยมีอาการท้องผูก แต่ขาดการสั่งใช้ยาระบาย
		C8.2	1(12.5)	หลังได้รับ MST ผู้ป่วยมีอาการท้องผูก แม้ได้รับยาระบาย Milk of Magnesia แล้ว
P3.2	6(14.63)	C3.4	2(33.33)	แพทย์สั่งใช้ MST 1 tab q 4 hr.
		C8.1	2(33.33)	ขาดการประเมินหลังได้รับยา Morphine inj. ไม่ทราบว่ากรให้ยาแบบ PRN ได้ผลดีหรือไม่
		C8.2	1(16.66)	ขาดรายละเอียดของการบริหารยา Morphine syr. แพทย์เปลี่ยนจาก Morphine inj. เป็น MST แต่เพิ่มขนาดยาสูงมาก 230% ไม่มีการประเมินหลังปรับยา
		C5.1	1(16.66)	แพทย์สั่งยา Senokot [®] ที่ไม่มีในบัญชียาโรงพยาบาล
P1.3	5(12.20)	C1.5	5(100.00)	1. สั่งใช้ยาซ้ำซ้อน ทั้ง Morphine injection และ Morphine syrup 2. สั่งใช้ยา Pethidine ร่วมกับ MST
P1.1	4(9.76)	C1.1	3(75.00)	ขาดการสั่งใช้ยา Dose for Around the clock ผู้ป่วยควบคุมความปวดไม่ได้ มีอาการ breakthrough pain หลายครั้ง แต่ไม่มีการปรับขนาดยา
		C3.1	1(25.00)	หลังได้รับยา Morphine inj. 3 mg prn q 8 hr. ผู้ป่วยยังมีอาการปวด ค่าคะแนนความปวด 10/10 และยังคงมีอาการ breakthrough pain
P1.4	2(4.88)	C1.1	1(50.00)	ผู้ป่วยมีอาการปวด แต่ไม่ได้รับการสั่งใช้ยาบรรเทาปวดเลย
		C6.4	1(50.00)	ผู้ป่วยมีอาการ breakthrough pain พยาบาลไม่มีการบันทึกการบริหารยา Morphine

4.1.3.2 ปัญหาที่เกี่ยวข้องเนื่องกับการใช้ยากรณีผู้ป่วยได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและการรับบริการผู้ป่วยนอก

จากผู้ป่วยที่ได้รับยากลับบ้านจำนวน 19 ราย เมื่อพิจารณาปัญหาเกี่ยวเนื่องกับการใช้ยาที่พบในใบสั่งยากลับบ้าน พบปัญหาที่เกี่ยวข้องเนื่องกับการใช้ยา 22 ครั้ง เฉลี่ย 1.16 ครั้งต่อผู้ป่วยที่ได้รับยา 1 ราย โดยปัญหาที่พบมากที่สุดได้แก่ P1.2 Effect of drug treatment not optimal จำนวน 12 ครั้ง (ร้อยละ 54.55 จากปัญหาที่เกี่ยวข้องเนื่องกับการใช้ยาจากใบสั่งยากลับบ้านทั้งหมด) ซึ่งสาเหตุที่ทำให้เกิดปัญหาที่เกี่ยวข้องเนื่องกับการใช้ยานี้มากที่สุดได้แก่ C1.1 Inappropriate drug according to guideline/formulary เช่น ผู้ป่วยมีอาการปวดตลอดเวลา แต่ขาดการสั่งใช้ยา Morphine inj. เพื่อควบคุมอาการปวดทั้งวัน , ขาดการสั่งใช้ยา Morphine syr. สำหรับอาการ Breakthrough pain เป็นต้น รองลงมาคือ P1.4 Untreated indication พบ 6 ครั้ง (ร้อยละ 27.28) จากปัญหาที่เกี่ยวข้องเนื่องกับการใช้ยาจากใบสั่งยากลับบ้านทั้งหมด) สาเหตุของปัญหา ได้แก่ C1.1 Inappropriate drug according to guideline/formulary เช่น ผู้ป่วยมีอาการ Dyspnea score 8/10 ขณะนอนโรงพยาบาลได้รับยาพ่น Beradual[®] nebulizer แต่เมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลไม่มีการสั่งยา ยังพบปัญหาที่เกี่ยวข้องเนื่องกับการใช้อื่น ๆ เช่น P1.3 Unnecessary drug treatment P1.1 No effect of drug treatment/therapy failure P3.2 Unclear problem/complaint เป็นต้น (ตาราง 10)

สำหรับการบริการแบบผู้ป่วยนอก จำนวน 10 ราย พบปัญหาที่เกี่ยวข้องเนื่องกับการใช้ยาจำนวน 13 ปัญหา เฉลี่ย 1.30 ปัญหาต่อผู้ป่วย 1 ราย โดยปัญหาที่พบมากที่สุดคือ P1.2 Effect of drug treatment not optimal จำนวน 5 ปัญหา (ร้อยละ 38.46) สาเหตุที่ทำให้เกิดปัญหาได้แก่ C1.1 Inappropriate drug according to guidelines/formulary เช่น ขาดการสั่งยา Morphine syr. สำหรับอาการ breakthrough pain และ C1.5 Inappropriate duplication of therapeutic group or active ingredient เนื่องจากมีการสั่งใช้ Pethidine inj. เป็นทางเลือกแรกก่อนจะมีการสั่งใช้ Morphine inj. ปัญหาที่เกี่ยวข้องเนื่องกับการใช้ยารองลงมาคือ P2.1 Adverse drug event occurring พบ 3 ครั้ง (ร้อยละ 23.08) ได้แก่ อาการท้องผูก ซึ่งสาเหตุของปัญหาได้แก่ C1.8 Synergistic/preventive drug required and not given ขาดการสั่งใช้ยาระบายเพื่อป้องกันการเกิดอาการท้องผูกในผู้ได้รับยามอร์ฟีน นอกจากนี้ยังพบปัญหาที่เกี่ยวข้องเนื่องกับการใช้ยา P3.2 Unclear problem/complaint. สาเหตุคือ C5.2 Prescribing error แพทย์ไม่ระบุวิธีการบริหารยาในเวชระเบียน เป็นต้น

ตาราง 10 ปัญหาที่เกี่ยวข้องเนื่องกับการใช้ยาที่พบในผู้ป่วยกลับบ้าน ตาม PCNE v.7.0 (N= 22 ครั้ง)

Problem Code	จำนวน (ร้อยละ)	Cause code	จำนวน (ร้อยละ)	ตัวอย่างของปัญหาที่เกี่ยวข้องเนื่องกับการใช้ยา
P1.2	12(54.55)	C1.1	12(100.00)	1. ขาดการสั่งใช้ยา Morphine syr. สำหรับอาการ Breakthrough pain 2. ผู้ป่วยมีอาการปวดตลอดเวลา แต่ขาดการสั่งใช้ยา Morphine inj.
P1.4	7(31.82)	C1.1	7(100.00)	1. ผู้ป่วยไม่ได้รับยา Morphine inj./ MST ต่อเนื่อง 2. ผู้ป่วยไม่ได้รับการสั่งใช้ยาใด ๆ เลย เมื่อปฏิบัติการรักษาขอลกลับบ้าน 3. ผู้ป่วยมีอาการ Dyspnea score 8/10 แต่ไม่ได้รับยา Morphine inj. 4. ผู้ป่วยมีอาการ Dyspnea score 8/10 ขณะนอนโรงพยาบาลได้รับยา Beradual® แต่กลับบ้านไม่มีการสั่งยา
P1.1	1(4.55)	C7.8	1(100.00)	ผู้ป่วยไม่สามารถใช้ยา Morphine inj. ได้ เนื่องจากไม่มีผู้บริหายาให้
P1.3	1(4.55)	C1.5	1(100.00)	สั่งใช้ยาซ้ำซ้อน ทั้ง MST, Morphine inj. และ Morphine syr.
P3.2	1(4.55)	C3.2	1(100.00)	ขนาดยา Morphine syr. มีขนาดสูงกว่า 20% ของ Dose for around the clock แต่ไม่ทราบผลจากการใช้ยา

4.1.3.3 ปัญหาที่เกี่ยวข้องเนื่องกับการใช้ยากรณีการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย

พบปัญหาที่เกี่ยวข้องเนื่องกับการใช้ยาที่พบในการติดตามเยี่ยมบ้าน จำนวน 7 ปัญหา (เฉลี่ย 1.16 ปัญหาต่อผู้ป่วย 1 ราย) ได้แก่ P1.2 Effect of drug treatment not optimal จำนวน 3 ปัญหา โดยสาเหตุของปัญหา ได้แก่ C1.1 Inappropriate drug according to guidelines/formulary 1 ราย เช่น ขาดการสั่งใช้ยาสำหรับอาการ Breakthrough pain เป็นต้น นอกจากนี้ยัง

พบ P2.1 Adverse drug event occurring หลังรับประทาน Morphine MST ทำให้ผู้ป่วย คลื่นไส้ อาเจียนมาก จนไม่สามารถรับประทานยาได้ และยังพบ P1.1 No effect of drug treatment/therapy failure สาเหตุจาก C7.5 Patient administers/uses the drug in a wrong way เนื่องจากญาตินำยา Morphine MST ไปหักหรือบด ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมอาการปวดได้ ทั้งนี้ ได้มีการบันทึกการแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวข้องเนื่องกับการใช้ยาโดยเภสัชกร ในรายที่พบบันทึกการติดตามเยี่ยมบ้านโดยเภสัชกร และผลการติดตามหลังการแก้ไข ซึ่งพบผลการติดตามการแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวข้องเนื่องกับการใช้ยาในผู้ป่วย 2 ราย

สำหรับปัญหาที่เกี่ยวข้องเนื่องกับการใช้ยาที่พบจากการเยี่ยมบ้านทุกราย เภสัชกรผู้วิจัย ได้มีการปรึกษาแพทย์และพยาบาล เพื่อช่วยแก้ไขปัญหาที่พบ ซึ่งพบว่ามีการแก้ไขปัญหาทั้งหมด จำนวน 4 ปัญหา ในผู้ป่วย 4 ราย โดยเป็นการแก้ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการสั่งใช้ยา เช่น การปรับรูปแบบการสั่งใช้ยาให้เหมาะสมกับการบริหารยาของผู้ป่วย หรือแนะนำผู้ป่วยกลับมาประเมินอาการที่โรงพยาบาลอีกครั้ง เป็นต้น (ภาพประกอบ 3)

ทำการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยและปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาขณะนอนโรงพยาบาลด้วยสถิติ Chi-square ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญ ของตัวแปร เพศ กลุ่มอายุ กลุ่มจำนวนวันนอนโรงพยาบาล และกลุ่มระดับระดับของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองของผู้ป่วย แต่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างการเกิดปัญหาที่เกี่ยวข้องเนื่องกับการใช้ยาขณะนอนโรงพยาบาลและกลุ่มระดับความเจ็บปวดของผู้ป่วย ($P = 0.046$) ดังตาราง 11

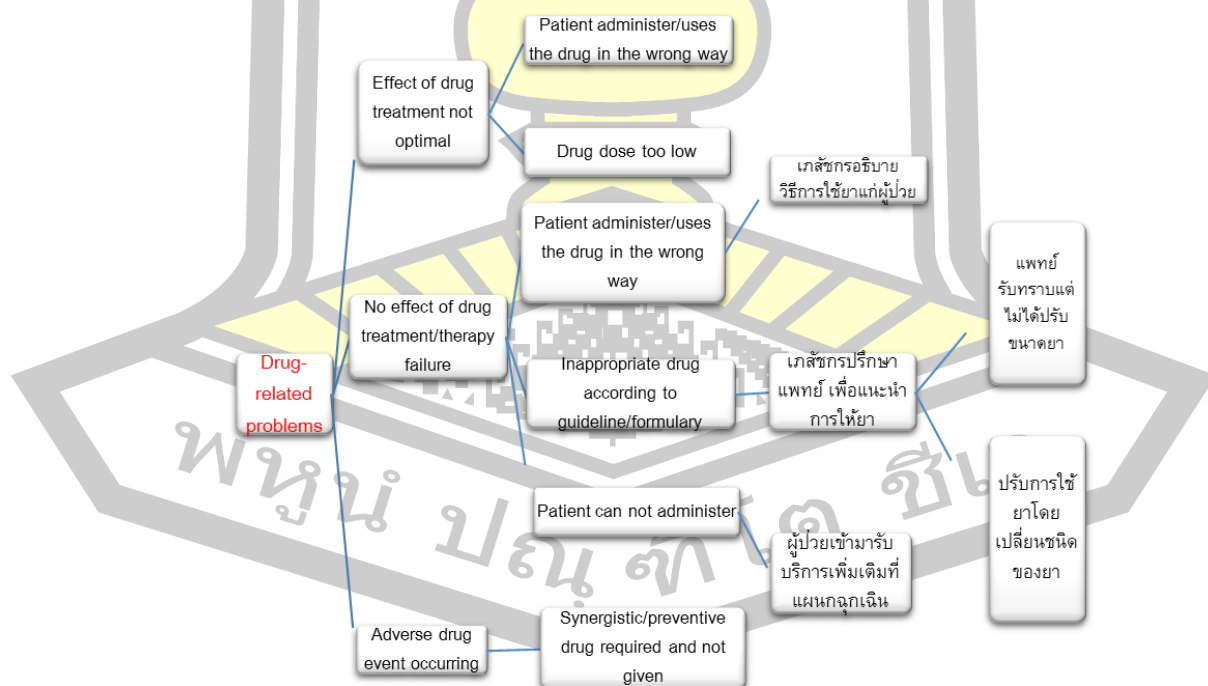
สำหรับปัญหาที่เกี่ยวข้องเนื่องกับการใช้ยาที่พบในใบสั่งยากลับบ้านนั้นไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญ ของตัวแปร ระหว่างเพศ กลุ่มอายุ กลุ่มจำนวนวันนอนโรงพยาบาล กลุ่มระดับความเจ็บปวดของผู้ป่วยและกลุ่มระดับระดับของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองของผู้ป่วย ดังตาราง 11

พญ. ปณ. ทิ. โต ชี. เว

ตาราง 11 การทดสอบความสัมพันธ์ทางสถิติด้วย Chi-square test

ตัวแปร		P-value	ตัวแปร		P-value
เกิดปัญหาที่ เกี่ยวข้องกับการใช้ ยาขณะนอน โรงพยาบาล	กลุ่มอายุผู้ป่วย	0.164	การเกิดปัญหา เกี่ยวข้องกับการใช้ ยาที่พบในใบสั่งยาก ลับบ้าน	กลุ่มอายุผู้ป่วย	0.164
	เพศของผู้ป่วย	0.127		เพศของผู้ป่วย	0.486
	การมีโรคร่วม	0.589		การมีโรคร่วม	0.478
	กลุ่มจำนวนวัน นอน	0.478		กลุ่มจำนวนวัน นอน	0.331
	ระดับความปวด	0.046		ระดับความปวด	0.526
	ระดับ PPS	0.197		ระดับ PPS	0.197

หมายเหตุ ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรกลุ่ม ตัวแปรต้นคือ เพศของผู้ป่วย กลุ่มอายุของผู้ป่วย (อายุน้อยกว่า 60 ปีและอายุมากกว่า 60 ปี) การมีโรคร่วม (มีโรคร่วมและไม่มีโรคร่วม) จำนวนวันนอน (จำนวนวันนอนน้อยกว่า 5 วันและจำนวนวันนอน 6 วันขึ้นไป) ระดับความเจ็บปวด (Pain score 0 คะแนน ไม่ปวดเลย Pain score 1-3 คะแนน ปวดเล็กน้อย Pain score 4-6 คะแนน ปวดปานกลาง และ Pain score 7-10 คะแนน ปวดรุนแรง) และค่าระดับของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองของผู้ป่วย (กลุ่มผู้ป่วยระยะสุดท้าย PPS 10-30 %, ผู้ป่วยที่มีอาการคงที่ PPS 70-100 %, ผู้ป่วยที่มีอาการอยู่ระหว่าง 2 กลุ่ม PPS 40-60 % และกลุ่มที่ไม่ได้รับการประเมินค่า PPS ตัวแปรตามคือ การเกิดปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา กำหนดให้ P value =0.05 ที่ระดับความเชื่อมั่น ที่ 95%



ภาพประกอบ 5 ปัญหาและสาเหตุของปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาในการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน

4.2 ผลการศึกษาระยะที่ 2 การศึกษาเชิงคุณภาพ

4.2.1 ผลการศึกษา ระยะที่ 2.1 การสัมภาษณ์ผู้ป่วยหรือญาติของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงคุณภาพ

ข้อมูลในส่วนนี้เก็บข้อมูลโดยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึกและมีการคัดเลือกผู้ให้สัมภาษณ์ตามความสะดวกอย่างเฉพาะเจาะจง ระหว่างเดือน มิถุนายน 2560 - สิงหาคม 2560 ทั้งนี้ขณะที่เก็บข้อมูลผู้ป่วยที่คัดเลือกเข้าสู่วิจัยการศึกษาในระยะที่ 1 ได้เสียชีวิตทั้งหมดแล้ว ผู้ป่วยที่คัดเลือกเข้าสู่วิจัยการศึกษาในระยะที่ 2 จึงเป็นผู้ป่วยคนละกลุ่มกับผู้ป่วยชุดแรก

ทำการสัมภาษณ์ผู้ป่วยมะเร็งจำนวน 5 ราย เป็นการสัมภาษณ์ที่โรงพยาบาล 2 ราย (ได้แก่ ผู้ป่วยมะเร็งปอด 1 รายและผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ 1 ราย) และสัมภาษณ์ผู้ป่วยที่บ้าน 3 ราย (ได้แก่ผู้ป่วยมะเร็งตับ 1 ราย ผู้ป่วยมะเร็งปอด 1 ราย และผู้ป่วยมะเร็งโพรงจมูก 1 ราย) สัมภาษณ์ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง 3 รายเป็นการสัมภาษณ์ที่โรงพยาบาล ทั้งนี้เป็นผู้ดูแลของผู้ป่วยที่ยังไม่ทราบว่าเป็นโรคมะเร็ง 2 ราย (ได้แก่ ผู้ป่วยมะเร็งเต้านม 1 ราย และผู้ป่วยมะเร็งตับ 1 ราย) และผู้ดูแลของผู้ป่วยที่ทราบว่าตนเองเป็นมะเร็ง 1 ราย (ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี) โดยผู้ป่วยแต่ละรายมีข้อมูลพื้นฐานที่แตกต่างกัน

กำหนดให้ รหัส HosPt แทนผู้ป่วยที่ได้รับการสัมภาษณ์ที่โรงพยาบาล รหัส Carer แทนผู้ดูแล และรหัส HomePt แทนผู้ป่วยที่ได้รับการสัมภาษณ์ที่บ้าน

4.2.1.1 การยอมรับและความรู้สึกต่อการป่วย

ผู้ป่วยส่วนใหญ่ทราบและยอมรับว่าการเจ็บป่วยและอาการปวดจากการเป็นมะเร็ง และพยายามปรับตัว เรียนรู้ และอดทนกับอาการปวด และใช้ชีวิตอยู่กับโรคได้ ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่ได้รับการสัมภาษณ์มีอาการปวดเป็นครั้งคราว ระดับปานกลางขึ้นไป ถึงปวดระดับที่รุนแรง

“...มันลึบปวดอยู่ในหน้าอกผมนิ่มๆ เป็นแสบๆ จืดๆ มันลึบปวดครั้งแรกประมาณ ชั่วโมง ก็หายไป แล้วจากนั้นนาน ๆ จังซึ่กับมาปวดใหม่หรือว่าบางทีกะบ่ปวดเลย (ภาษาอีสาน แปลว่า มันก็ปวดอยู่ในหน้าอกผมนี้แหละหม่อ เป็นแสบๆจืดๆ...มันจะปวดครั้งแรกประมาณชั่วโมงก็จะหายไปแล้วจากนั้นนาน ๆก็จะกลับมาปวดใหม่หรือว่าบางทีก็ไม่ปวดเลย)...”

(HosPt _02)

“...เป็นมะเร็งปอดทางด้านซ้าย มีก้อนเนื้อด้านบนของปอดด้านซ้ายประมาณ 5 เซนติเมตร ก็จะมีอาการปวดด้านซ้าย ข้างหน้าข้างหลังมันก็จะมีการปวดช่วงบริเวณซี่ข้าง ตรงซี่โครงซี่สุดท้าย นิดหน่อย... ..มันก็แล้วแต่ว่า เราจะอยู่ในอิริยาบถไหน...”

(HomePt_01)

อย่างไรก็ตามมีผู้ป่วยบางรายที่ยังไม่ทราบว่าตนเองป่วยเป็นมะเร็งระยะสุดท้าย เนื่องจากญาติยังไม่แจ้งให้ผู้ป่วยทราบ หรือผู้ป่วยทราบเฉพาะอาการที่แพทย์แจ้งให้ทราบโดยอ้อม ทำให้ผู้ป่วยในกลุ่มนี้จะมีความรู้สึกต่ออาการป่วยที่แตกต่างออกไปสังเกตได้จากเมื่อเข้าไปขอสัมภาษณ์ ผู้ป่วยมักพยายามถามถึงอาการ และการรักษาเสมอ โดยผู้ป่วยบางรายยังต้องการการตรวจเพิ่มเติม เปลี่ยนแพทย์ เปลี่ยนสถานพยาบาล เพื่อให้ได้รับการตรวจวินิจฉัยอื่น ๆ เพื่อยืนยันผลการวินิจฉัย หรือต้องการให้ผลการวินิจฉัยแตกต่างออกไป

“... เลากะวา เลาบได้เป็นหลาย คล้ายๆ โรคมะเร็ง เว้นำคุณหมอนะ ผมนะเข้าซ้ายมะเร็ง แล้ว ตับผมนะเป็นจุด” (ภาษาอีสาน แปลว่า ผู้ป่วยว่า ผู้ป่วยไม่ได้เป็นมาก คล้ายๆโรคมะเร็ง พูดกับ หมอ ผมนะเข้าซ้ายโรคมะเร็งแล้ว)...เพราะว่าเพื่อน่า ภรรยาผมกะบได้บอก บอกแคว่ว่าตับผมเป็นจุด ม้ามหย่อน ม้ามโต (ภาษาอีสาน แปลว่า เพราะผู้ป่วยบอกว่า ภรรยาผมไม่ได้บอก บอกแคว่ว่าตับผม เป็นจุด ม้ามหย่อน ม้ามโต)...”

(Carer_02)

“...แกก็จะไปหาอัลตราซาวด์ไปเรื่อย ลูกๆ ก็บอกทำให้ได้ พอไปแล้วก็เริ่มอย่างนี้ พอกลับ แล้วก็เริ่มอาการทนต์ แต่ก็ทำให้ไม่อยากจะจาก เหมือนเหมือน...เหมือนยังมีห้วงมืออะไร...”

(Carer_03)

4.2.1.2 ความรู้สึกต่ออาการปวดและการจัดการอาการปวด

เนื่องจากระดับความปวดของผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่ได้รับการสัมภาษณ์ อยู่ในระดับปวดปานกลาง หรือปวดเป็นครั้งคราว จึงได้ยาตามระดับอาการปวดโดยผู้ป่วยรายที่ทราบเกี่ยวกับโรคจะยอมรับในอาการปวดและมีทัศนคติต่อการปวดที่แตกต่างจากผู้ป่วยกลุ่มที่ยังไม่ทราบเกี่ยวกับโรค และจากการสังเกตการใช้ยาของผู้ป่วยพบว่า การรับรู้เกี่ยวกับโรค ส่งผลต่อการเลือกใช้วิธีจัดการอาการปวดด้วยเช่นกัน ตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยรายหนึ่ง เดิมไม่ทราบเกี่ยวกับโรคที่เป็น เนื่องจากผู้ดูแลร้องขอให้มีการปกปิดผลการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งระยะสุดท้ายกับผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยยอมอดทนต่ออาการปวด และเลือกที่จะใช้การสมุนไพรน้ำใบย่านางในการพอกบริเวณที่ปวด แทนการใช้ยา Morphine ที่

ได้รับจากการสั่งใช้โดยแพทย์ ต่อมาผู้ป่วยทราบเกี่ยวกับตัวโรคแล้วจึงมีการใช้ยา Morphine เพื่อบรรเทาอาการปวด หรือผู้ป่วยอีกรายหนึ่ง ที่ทราบเกี่ยวกับตัวโรคแล้ว แต่ปฏิเสธการรักษาทางแพทย์แผนปัจจุบัน จึงเลือกที่จะใช้สมุนไพรแทนในการลดอาการปวด และใช้ยาลดปวดกรณีที่มีอาการปวดมาก ๆ เท่านั้น อาจอนุมานได้ว่า การรับรู้และยอมรับการรักษามีส่วนสำคัญในการเลือกวิธีในการจัดการอาการปวดของผู้ป่วยแต่ละราย

“...บได้กังวลแล้ว ถ้ามันจำเป็นต้องใช้ก็ต้องใช้ครับ แต่ถ้ายังไม่มีอาการก็เอาไว้ก่อน...”

(HomePt_03)

4.2.1.3 ความกังวลเกี่ยวกับโรคและการใช้ยาของผู้ป่วย

จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและผู้ดูแลพบว่าผู้ป่วยที่ทราบเกี่ยวกับตัวโรคและยอมรับการรักษา มักมีความกังวลเกี่ยวกับตัวโรคและการใช้ยาน้อยกว่าผู้ป่วยที่ยังไม่ทราบเกี่ยวกับตัวโรคหรือรายที่ปฏิเสธการรักษา เช่นผู้ป่วยรายหนึ่งได้รับการนอนโรงพยาบาล ซึ่งผู้ป่วยทราบดีเกี่ยวกับตัวโรคทำให้ผู้ป่วยสบายใจที่จะได้รับการรักษาด้วยยาในโรงพยาบาลมากขึ้น

“...บได้มีความกังวล ยังโล่งสบายอยู่ คับผมอยู่บ้าน ดีสามดีสี่จั่งได้นอน อยู่นี้สามสี่ทุ่มนี้สบาย เพราะมันได้กินยา ได้เข้าน้ำเกลือกะจั่งได้นอน (ภาษาอีสาน แปลว่า ไม่ได้มีความกังวล ยังมีความโล่งใจสบายอยู่ ถ้าผมอยู่ที่บ้าน ดีสามดีสี่ถึงนอนได้ อยู่นี้สามสี่ทุ่มนี้สบาย เพราะมันได้กินยาได้เข้าน้ำเกลือ ก็นอนได้)...”

(HosPt_01)

อาจสื่อได้ว่า การยอมรับการรักษาทำให้ผู้ป่วยลดความทุกข์ทรมานและอาการอื่น ๆ และมีคุณภาพการนอนที่ดีขึ้นในการนอนโรงพยาบาล ดีกว่าการอยู่ที่บ้าน สังเกตเห็นได้ว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้ จะมีความแตกต่างจากผู้ป่วยที่ยังไม่ทราบเกี่ยวกับตัวโรคที่จะยังมีความกังวลในการรักษา ทำให้มีการเปลี่ยนสถานบริการในการรักษาบ่อยครั้ง เพื่อให้มั่นใจในการรักษา หรือผู้ป่วยจะมีการความเครียดเกี่ยวกับตัวโรค หรือมีความคิดว่าถูกผู้ดูแลปิดบัง

“...เลานั่งเนาะ ลั้งเทื่อเลากะนั่งคิด กะเลยว่า ตาอย่าไปคิดนำเด้ออันนั้นนะ ทำใจให้มันสบาย (ภาษาอีสาน บางครั้งผู้ป่วยก็เครียดอยู่นะ บางครั้งแกก็นั่งคิด ก็เลยบอกผู้ป่วยว่า ตา อย่าไปคิดกับเรื่องนั้นนะ ทำใจให้มันสบาย) ...อย่าไปคิดเรื่องโรคได้ บได้คิดเลวว่า อย่าเว้าอย่า มาโต้ เฮว่า (ภาษาอีสาน แปลว่า อย่าไปคิดกับโรคนะ แกก็ตอบว่าไม่ได้คิด แกว่าอย่ามาโกหกแก)...”

(Carer02)

“...น่าจะมึนครับ เขาแบบทำใจไม่ได้ คิดมากคิดไปทุกอย่างแกก็จะไปหาอัลตราซาวด์ไปเรื่อย ลูกๆ ก็บอกทำใจได้ พอไปแล้วก็เริ่มอย่างนี้ พอกลับแล้วก็เริ่มอาการทรุด...”

(Carer_03)

ในส่วนของความกังวลการใช้ยาของผู้ป่วยนั้น พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่มีความกังวลเกี่ยวกับการใช้ยา มักยังไม่มีความรู้เกี่ยวกับการใช้ยามอร์ฟิน เพื่อบรรเทาอาการปวด และผู้ป่วยส่วนใหญ่มักกลัวที่จะติดยา หรือผู้ป่วยบางรายไม่ใช้ยาแก้ปวดเนื่องจากเคยเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยามอร์ฟินทำให้ไม่อยากใช้ยาอีก

“...ที่แรกกะกังวลยุ ...กังวลเพราะว่ามันเป็นยาเสพติดนี่เนาะ เขาเข้าใจคือนี้ (ภาษาอีสาน แปลว่า กังวลเพราะว่ามันเป็นยาเสพติด ญาติเข้าใจแบบนี้) เพราะว่าเขาบได้รู้จักนี้นั้นนา (ภาษาอีสาน แปลว่า ญาติไม่มีความรู้ ไม่รู้จักตัวยานี้)...กลัวแกติดยาจะพอง (ภาษาอีสาน แปลว่า กลัวผู้ป่วยจะติดยาด้วย).... /เฮากะคิดไปคือเนาะ (ภาษาอีสาน แปลว่า เราก็คิดไปแบบนี้เนาะ)...”

(Carer02)

“...ทางญาติมีความกังวลครับ กลัวจะติดสารเสพติด กลัวจะติดยา กลัวจะเพิ่มไปเรื่อยๆ...”

(Carer_03)

“...กังวลค่ะ กังวลว่ากินแล้วมันจะติดไหม มันจะเลิกได้ไหม กินยาแล้วถ่ายไม่สะดวก...ไม่อยากจะกินยา เพราะว่ากินยาแล้วมันถ่ายไม่สะดวก...”

(HomePt_02)

4.2.1.4 ปัญหาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและข้อเสนอแนะปรับปรุง

1) ปัญหาการเข้าถึงบริการและการเดินทางมาโรงพยาบาล และข้อเสนอแนะ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ทราบถึงการให้บริการการดูแลแบบประคับประคอง ณ โรงพยาบาลเขาวง และมีผู้ป่วยส่วนหนึ่งที่ทราบข้อมูลการให้บริการดังกล่าวหลังจากการแจ้งของเจ้าหน้าที่

“...ปัฐ์ครับ แต่ภรรยา บอกว่าหมอทางกาสินเพิ่นส่งมา (ภาษาอีสาน แปลว่า ไม่ทราบครับ แต่ภรรยาบอกว่าหมอทางโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ส่งมา...”

(HomePt_03)

“...ทราบมาคร่ำๆ ทางโรงพยาบาลนี้แหละครับบอก...”

(HosPt_02)

โดยผู้ป่วยหลายรายได้มีข้อเสนอแนะปรับปรุงในการให้เพิ่มการประชาสัมพันธ์ เพื่อให้ผู้ป่วยทราบถึงบริการของทางโรงพยาบาลมากยิ่งขึ้น

“...ก็อยากให้รู้ๆอยู่ครับ ว่าตรงนั้นตรงนี้ก็รักษาแบบนี้ได้...ครับ ก็อยากให้ปรับปรุงอยู่...”

(HomePt_03)

“...อยากให้รู้ว่าโรงพยาบาลเราก็คือรักษาอยู่.....รักษาได้อย่างนี้นะ...”

(HomePt_02)

สำหรับการเดินทางมาโรงพยาบาลนั้น พบผู้ป่วยที่มีรถส่วนตัว หรืออยู่ในพื้นที่ไม่ไกลจากโรงพยาบาล มักไม่พบปัญหาในการเดินทางมาโรงพยาบาล แต่จะพบปัญหามากในผู้ป่วยที่อยู่พื้นที่ห่างไกล เช่นพื้นที่เขตรอยต่อกับจังหวัดมุกดาหาร หรือพื้นที่เขตอำเภอนาคู รวมทั้งผู้ป่วยที่ต้องเรียกรถของหน่วยกู้ชีพ ซึ่งบางครั้งก็มีปัญหา เกิดความล่าช้าในการให้บริการ ทำให้ผู้ป่วยเดินทางมาถึงโรงพยาบาลช้ากว่าที่ควรจะเป็น

“...กะลูกแล้ว มาส่ง (ภาษาอีสานแปลว่า ก็ลูกแหละที่มาส่ง)/กะประมาณ 20 กว่าโล กะไกลอยู่ครับ/ โรคหมอนี่ ท่าลังเพื่อมันสิขึ้นเต๊ะ กว่าจะเรียกหมอนี่ กว่าจะให้ลูกไป ว่าหั่นใจบ่ออก (ภาษาอีสาน แปลว่า ก็ประมาณ 20 กิโลเมตรครับ กว่าจะเรียกหมอนี่ กว่าจะให้ลูกพาไป ว่าเราหายใจไม่ออก)...”

(HosPt_02)

“...มีครับ มันบ่มีรถส่วนตัว/ใช้รถกู้ชีพ แต่ไม่ได้คิดตั้งค์ครับ/นานครับ/บางเทอกะนาน บางเทอกะมินาน เป็นบางเทอ (ภาษาภูไท แปลว่า บางครั้งก็นาน บางครั้งก็ไม่นาน) รอปะมาณ 30 นาที...”

(Carer_01)

2) ปัญหาเกี่ยวกับขั้นตอนบริการและข้อเสนอแนะปรับปรุง

ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักพบปัญหาในขั้นตอนของการรอพบแพทย์ ที่ใช้ระยะเวลาค่อนข้างนาน บางครั้งต้องใช้เวลา 2-3 ชั่วโมงในการรอพบแพทย์ นอกจากนี้ยังพบปัญหาการรอรับยาที่ใช้เวลานานและปัญหาในการประสานงานระหว่างหอผู้ป่วยกับจุดบริการซึ่งบางครั้งมีความล่าช้าและสับสน ทำให้ผู้ป่วยรอรับบริการนานกว่าที่ควรจะเป็น

“...กะพอมืออยู่ครับ เวลารอมันโดน (ภาษาภูเก็ต แปลว่ารอนาน) มันอันนั้นนะแล้ว/กะรอพบแพทย์ก็นาน รอรับยานิก็นานอยู่ครับ /กะเยอะเฮียงอยู่แล้วคับ แต่จักสำเรอ...กะไปเช่า ฮอดเที่ยงพุ่นแล้วครับ (ภาษาภูเก็ต แปลว่า ก็รอพบแพทย์ที่นาน รอรับยานิก็นาน นานแต่ไม่รู้ว่าจะได้เป็นเวลาได้เท่าไร...ไปตั้งแต่เช้า เสร็จตอนเที่ยง)...”

(HomePt_03)

“ส่วนมากก็จะรอเวลาไปอัลตราซาวด์ก็จะรอซากลับมีปัญหา รพพนักงานบางทีก็จะล่าช้า.... คือตอนไปจากตึกในไปตึกนอก ที่นี้ซากลับจากตึกนอกไปตึกใน ประสานงานกันไม่ดีก็ต้องรอไป เสียเวลา...แต่ว่าคนป่วยบางทีเขาก็เหนื่อย ถ้าเขาต้องนั่งนานๆ....ถ้าเป็นรอรับยาไม่ค่อยมีปัญหาครับ....”

(Carer_03)

ขณะที่ผู้ให้สัมภาษณ์บางรายให้ความเห็นว่า มีการบริการที่ช้า เนื่องจากจำนวนแพทย์ไม่เพียงพอ ต่อจำนวนผู้ป่วยที่มาก

“...มันกะพอบอยู่คือเก่า มันช้าครับ มันหมอน้อย (ภาษาภูเก็ต แปลว่าหมอมีจำนวนน้อย) / มันกะมิได้พะเหลอแล้ว ชั้นหมอเพียบพร้อมชั้นหมอหลาย ส่วนมากหมอผิดมีผู้หนึ่งสองคน คนไปยผิดหลาย (ภาษาภูเก็ตแปลว่า มันก็ไม่มีอะไรแล้ว ถ้าหมอมิพร้อม ส่วนใหญ่หมอมิ 1-2คน แต่ผู้ป่วยมีมาก)/ กะ ตั้งแต่เช้า จนเที่ยง ตั้งแต่ 2 โมง จนเที่ยงละครับ (ภาษาภูเก็ต แปลว่า มันก็ตั้งแต่เช้า จนถึงเที่ยง ... ตั้งแต่8.00-12.00 น) ...”

(HomeCg_01)

ในส่วน of ชั้นตอนบริการนั้น มักพบว่าผู้ป่วยที่มีประสบการณ์ในการมารับบริการที่โรงพยาบาลเขางมาก่อน และคุ้นเคยกับขั้นตอนการบริการ จะไม่พบปัญหาในการรับบริการ หรือมีข้อสงสัยในขั้นตอนบริการ ตลอดจนผู้ป่วยบางรายก็ได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่ ทำให้ผู้ป่วยสามารถรับบริการตามขั้นตอนบริการได้

“...บ่งแล้ว เพราะว่ามา มาตุ้. มาบ่อย คือ ชั้นลงรถกู้ชีพมาแล้ว เพิ่นกะยื่นปั๊บเลย เพิ่นบริการดี (ภาษาอีสาน แปลว่า ไม่ได้ง เพราะมาใช้บริการบ่อย ถ้ามาถึงโรงพยาบาล ลงจากรถกู้ชีพแล้ว ก็จะมีเจ้าหน้าที่มารอให้บริการเลย เจ้าหน้าที่บริการดี)...”

(Carer_02)

“...รอรับยา บ่ บ่นาน.....บ่ บ่นาน คือว่าเฮากะ พอเสานอนโรงพยาบาล เพิ่นให้ออกปั๊บ เพิ่นสืบอกกว่า ให้อญาตีไปถ่ายห้องฉุกฉิน อัน ห้อง เซ็งห้อง 5 เต๋อ (ภาษาอีสาน แปลว่า ไม่ ไม่นาน คือพอรู้ว่าได้นอนโรงพยาบาล เจ้าหน้าที่ก็จะบอกว่า ให้อญาตีไปรอที่ห้องฉุกฉิน ตรงข้ามห้อง 5 เต๋อ)...”

(Carer_02)

“...ไม่ค่อยมีปัญหา.... ส่วนมากถ้าจะมา ลุงก็จะมาเบาหวาน...”

(Carer_03)

สำหรับข้อเสนอแนะในการปรับปรุงบริการ ผู้ให้สัมภาษณ์ส่วนใหญ่ เสนอให้มีช่องทางด่วนในการรับบริการสำหรับผู้ป่วยมะเร็ง เช่นมีสมุด หรือบัตรนัดสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็ง เพื่อให้ได้รับการที่เร็วขึ้น แต่ก็เข้าใจภาระงานของเจ้าหน้าที่ ต่อจำนวนผู้ป่วยที่ค่อนข้างมาก

“...คือถ้าผู้ป่วยมะเร็งไป ก็อยากให้บริการเร็วๆ หน่อย/คือแบบอยาก...ลัดคิวให้หน่อย มั่นนาน ...รอพบแพทย์...”

(HomePt_02)

“...กะอยากให้ทางโรงพยาบาล แนวคนไข้หนัก คนไข้เบากะให้มีใบฉุกฉินให้แทน ให้ลัดคิว ลัดหย่งไป สิได้มานอนคือจั่งสี่ (ภาษาอีสาน แปลว่าก็อยากให้ทางโรงพยาบาล อย่างคนไข้หนัก ก็ให้มีในฉุกฉินหน่อย ให้ลัดคิวให้หน่อย จะได้เข้ามานอนนอนโรงพยาบาลแบบนี้)...”

(HosPt_01)

“...ถ้าผู้ป่วยมะเร็งไปก็ให้คิวเร็วหน่อย/ประมาณนี้...อยากมีอย่างนั้น/หรือว่ามีสมุด แบบสมุดของโรคมะเร็ง เวลามาหาหมอก็ก็นับสมุดไป ถ้าป่วยเป็นโรคมะเร็ง ก็ให้เร็วหน่อย คืออาจจะให้เร็วกว่าคนอื่นหน่อยแค่นั้นแหละ...”

(HomePt_02)

“...กะแนวว่าแล้วเนาะ (ทำทางเกรงใจ) กะปรับปรุง อย่างเรื่องรอนาน กะปรับปรุงกะเข้าใจอยู่ว่าคนหลายละเนาะครั้บ ก็ไม่ได้มีแค่เราคนเดียวเนาะ ภาษาอีสานแปลว่า ก็อย่างที่พูดไป ก็ปรับปรุงอย่างเรื่องรอนาน แต่ก็เข้าใจอยู่ว่าคนไข้เยอะ ไม่ได้มีแค่เราคนเดียว...”

(HomePt_03)

นอกจากนี้ ยังมีข้อเสนอแนะบริการอื่น ๆ เพิ่มเติม เช่น ต้องการให้มีการแยกประเภทผู้ป่วยในหอผู้ป่วย เพื่อลดเสียงรบกวนจากผู้ป่วยรายอื่น หรือญาติที่มาเยี่ยม ที่ส่งเสียงดังซึ่งส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ามาใช้บริการ หรือให้ปรับปรุงในเรื่องความสะอาด การจัดพื้นที่ในการสูบบุหรี่ เป็นต้น อย่างไรก็ตาม ทางโรงพยาบาลได้มีการแยกประเภทและแบ่งโซนของผู้ป่วย ตลอดจนประกาศเป็นเขตปลอดบุหรี่อยู่ก่อนแล้ว

“...แต่ว่าเขานั้นบ่อยากให้เสียงดัง แต่ว่าญาตินั้น เพื่อนกะมาเยี่ยมกัน เพื่อนกะเสียงดัง เฮากะบ่มีไผมาเยี่ยม กะดื้อ ยุกันสองโผเม บางทีคนโผเมเพื่อนกะลำคาญ (ภาษาภูเก็ต แปลว่า แต่ว่าเราก็ไม่อยากจะให้เสียงดัง ญาติมาเยี่ยม แล้วเสียงดัง เราก็ไม่ได้มีญาติมาเยี่ยมสักเท่าไร อยู่กันสองผัว-เมีย บางทีคนป่วยก็รำคาญ...”

(Carer_02)

“...ก็มีนิดๆ หน่อยๆ ก็คือพวกความสะอาด.... พวกห้องน้ำ ...นอกตึกครับ พวกที่เข้ามาบางทีพวกที่ติดบุหรี่เขาไม่รู้เรื่องครับ มันน่าจะเป็นกลิ่นบุหรี่ คนเรานอนโรงพยาบาลบางวัน 4 พุ่ม 5 พุ่ม ก็รอคนเจ็บสจัดแล้วค่อยเข้าไป ไม่ยอมออกไปข้างนอก ผมก็ไม่เข้าใจ...”

(Carer_03)

3) ปัญหาการให้ข้อมูลในการรักษาและข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

ผู้ให้สัมภาษณ์ส่วนใหญ่ มักให้ข้อมูลว่า พบปัญหาในเรื่องการให้ข้อมูลในการรักษา หรือมีการให้ข้อมูลการรักษาแล้วแต่ผู้ป่วยยังไม่เข้าใจ หรือพบว่าการให้ข้อมูลในการรักษายังไม่ครบถ้วน ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะว่าญาติที่ดูแลมีหลายคนเฝ้าคนละช่วงเวลา ทำให้ข้อมูลที่ให้อาจบอกแก่ผู้ดูแลคนใดคนหนึ่ง ซึ่งบางครั้งผู้ป่วยก็มีผู้ดูแลหลายคน ทำให้ข้อมูลการรักษาในการให้บริการของผู้ป่วยนั้น ผู้ดูแลแต่ละรายอาจทราบไม่เท่ากันได้

“...จึกครับ (แปลว่าไม่รู้)หมอก็บอกอยู่ แต่ผมยังไม่เข้าใจ ยังปู้...”

(HomePt_03)

“...กะยังบ่เข้าใจ ยังงง...แต่ว่าเพื่อนกะมาแนะนำอยู่ ให้อ่านี่ละ ประคับประคองไปเด้อ ป้าเอี้ย เวลาคุณหมอใหญ่เพื่อนมาตรวจเนาะ (ภาษาอีสาน แปลว่า มีเจ้าหน้าที่มาแนะนำอยู่ว่า ประคับประคองไปนะป้า เวลาที่แพทย์มาตรวจ...”

(Carer_02)

“...ไม่ค่อยได้รับ ข้อมูลตรงนั้น..ให้ข้อมูลบางทีมันก็ไม่ไฉนครับ อย่างผมมา บางช่วงน้องผมมาเวลาหมอมานำข้อมูลน้องผมอยู่แต่ผมไม่ได้รับข้อมูลนั้น /ข้อมูลมันก็เลยไม่ได้ตกลงกัน...”

(Carer_o3)

เนื่องจากมีผู้ป่วยบางรายที่ยังไม่ทราบผลการวินิจฉัยเนื่องจากญาติยังไม่ประสงค์ให้แจ้งแก่ผู้ป่วย ทำให้การเก็บข้อมูลนั้นต้องเก็บจากผู้ดูแลหลักแทน โดยในผู้ป่วยรายที่ยังไม่ทราบผลการวินิจฉัยผู้ป่วยมักมีคำถามเกี่ยวกับการรักษา ที่ตนยังไม่เข้าใจ และทีมสหสาขาวิชาชีพไม่สามารถแจ้งแก่ผู้ป่วยโดยตรงได้

“...ยังงอยู่ คือเมื่อเช้า พี่นก็มาเปิดดูแฟน ก็ว่าคุณลุง คุณลุงก็ตอบสนองได้ดีนะ หน้าตาก็สดชื่น คือแกซีตตะ มาเมื่อวานแกซีตแกเหลือง (ภาษาอีสาน แปลว่า คือยังงอยู่ เมื่อเช้า เจ้าหน้าที่มาเปิดดูผู้ป่วย ก็ว่า คุณลุงก็ตอบสนองดีนะ หน้าตาก็สดชื่น คือแกก็ซีตนะ มาเมื่อวานแกก็ซีตเหลือง) ...”

(Carer_02)

สำหรับข้อเสนอแนะในการปรับปรุงบริการ ผู้ให้สัมภาษณ์ส่วนใหญ่อยากให้มีการให้ข้อมูลการรักษาที่มากขึ้น เช่น แนวทางการรักษาเป็นอย่างไร ข้อมูลเกี่ยวกับการใช้ยา ตลอดจนการให้เอกสารให้ความรู้ แผ่นพับเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว ผู้ป่วยอ้างอิงจากประสบการณ์ที่เคยได้รับจากโรงพยาบาลอื่น ๆ หรือผู้ป่วยอยากให้มีการจัดทำสื่อให้ความรู้ เช่นการปฏิบัติตัวในผู้ป่วยโรคมะเร็ง เป็นต้น

“...อยากให้อามีการปรับปรุงแบบ อยากได้สื่อ (ภาษาภูไท แปลว่า อยากให้การปรับปรุงแบบให้มีสื่อให้ความรู้) ...”

(Carer_01)

“...เรื่องนี้ละ เรื่องใช้ยานี ยานีผมกะอยากใช้ คือเมื่อนี้หมอเพื่อนเปลี่ยนยาให้ บ่แม่นยาเก่าวะ สิ้น แต่เก่าใช้ยานั้น. ยานี้ละ บาดนี้เพื่อนเปลี่ยน เอาแบบใหม่ยาใหม่เด๊ะวะสิ้น (ภาษาอีสาน แปลว่า เรื่องนี้แหละ เรื่องยา นี้ผมก็อยากใช้ คือวันนี้หมอเปลี่ยนยาให้ ไม่ใช่ยาเก่าว่าอย่างนั้น ที่ นี้ หมอเปลี่ยน แต่ก่อนใช้ยาแบบเก่า ที่ นี้เปลี่ยนเป็นยาแบบนี้ หมอว่าอย่างนั้น)...”

(HosPt_02)

“...แบบอาจจะมีแผ่นพับ การปฏิบัติตัว หรือแนวทางการรักษาตอนนี้ถึงไหนถึงไหน...มีแผ่นพับบ้างก็ดีสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็ง เพราะว่าที่นั่นเยอะมาก แผ่นพับไม่ว่าจะเป็นโรคมะเร็งชนิดใดชนิดไหน แล้วก็กินอาหารประเภทอะไร ที่ต่อต้านอนุมูลอิสระ...”

(HomePt_02)

สำหรับการจัดกิจกรรมเสริมแก่ผู้ป่วยนั้น ผู้ให้สัมภาษณ์ส่วนใหญ่สนับสนุนให้มีการจัดกิจกรรมเสริมที่มีส่วนช่วยในการดูแลผู้ป่วยเป็นหลัก ได้แก่ กิจกรรมทางศาสนา เช่น การฟังเทศน์ การทำบุญตักบาตรของผู้ป่วยในหอผู้ป่วย หรือการจัดกิจกรรมให้ผู้ป่วยมีการรวมกลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแลตัวเอง

“...ครับ ลุงเห็นด้วยครับ มันทำให้มันผ่อนคลายนะครับ ทำให้คนเป็นโรคมะเร็งคั่นมารวมกลุ่มกันนี่เนาะ กะคล้าย ๆ โรงเรียนผู้ป่วย กะดีครับมียะคุมาออกกะถรรมนำหมูนี แต่อยู่บ้านผมกะนอนเปิดวิทยุฟัง กะฟังธรรมมะ พอฟังอยู่ (ภาษาอีสาน แปลว่า ก็เห็นด้วยในการจัดกิจกรรม มันทำให้ผ่อนคลาย ทำให้ผู้ป่วยมะเร็งมารวมกัน มีพระมาให้ธรรมเทศนา แต่อยู่บ้านผมก็นอนฟังวิทยุแทนก็พอไวยุ่...”

(HosPt_01)

“...มันกะดียู่ครับ ชันเฮ็ดได้ (ภาษาภูไท แปลว่า มันก็ดีอยู่ครับ ถ้าสามารถทำได้)...”

(Carer_01)

“...ให้รวมกลุ่มขึ้นมาเนี่ย... เว้าพื้นมันนับ ต้องให้มีกิจกรรมโฮมซันนี อย่างเช่นวันศีลนึเฮาต้องมีพระมา...จิตใจคนไข้จะได้ผ่องใสขึ้นมา (ภาษาอีสาน แปลว่า ให้รวมกลุ่มขึ้นมาใช้ไหม พุดไปต้องให้มีกิจกรรมรวมกลุ่มขึ้นอย่างเช่นวันพระนึ เราต้องมีพระมา จิตใจคนไข้จะได้ผ่องใส)...”

(Carer_02)

“...ดี ก็ดินะจะได้แบบ...บ้านเราก็มียุ่ป่วยมะเร็งมากขึ้น ไม่ได้เป็นแค่เรา/ก็ดี มีพระไปบิณฑบาต/อย่างอาทิตย์นึ่งให้มีพระมาบิณฑบาตบ้าง บิณฑบาตที่ตัก...”

(HomePt_02)

อย่างไรก็ตาม มีผู้ให้สัมภาษณ์บางรายที่ไม่เห็นด้วยกับการจัดกิจกรรมแบบรวมกลุ่ม เนื่องจากเห็นว่า อาจเป็นผลดีเฉพาะกับผู้ป่วยรายที่สามารถปรับตัวและรับสภาพโรคได้ แต่จะไม่ดีกับผู้ป่วยที่ยังปรับตัวและรับสภาพไม่ได้

“...มันก็ดีสำหรับบางคนนะ ถ้าบางคนรับได้เนี่ย การไปร่วมการแชร์ความรู้สึก แชร์ประสบการณ์มันก็ดี แต่บางคนเนี่ยก็ พอไปแล้วยิ่งซีเรียส มันก็พูดไม่ถูกเหมือนกัน อย่างกรณีอย่างนี้อาการอย่างนี้ก็ไม่รู้จะจัดกิจกรรมอะไรให้เหมือนกัน เขาหดหู่ เขาไม่มีกำลังใจที่จะทำอะไร...”

(HomePt_01)

สำหรับจุดมุ่งหวังที่ผู้ป่วยต้องการให้มีการช่วยเหลือจากทางโรงพยาบาลมากที่สุด เพื่อให้ผู้ป่วยพ้นจากความทุกข์ทรมาน ผู้ให้สัมภาษณ์ส่วนใหญ่ มักมีจุดมุ่งหวังในการได้รับยาในการรักษาอย่างต่อเนื่อง และได้รับการดูแลแบบประคับประคอง เพื่อลดความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยมากที่สุด และยังสะท้อนให้เห็นถึงความเชื่อส่วนบุคคลในการได้รับยาฆ่าเชื้อเพื่อไปรับประทานต่อเนืองที่บ้านหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลอีกด้วย

“...อยากให้มียากินตลอดนี้ละครับ แบบเมื่อเดือนกาะให้มียาหยิง ยาฆ่าเชื้อหยิง ดิดไม้ดิดมีเมื่อกินนานี้ละครับ เพราะเมื่อเดือนปได้เข้าน้ำเกลือเข้าหยิง กินยาฆ่าเชื้อหยิงกะให้มันมี (ภาษาอีสาน แปลว่า อยากให้มียากินตลอดนี้แหละครับ แบบกลับบ้านก็ให้มียากิน ยาฆ่าเชื้อ ดิดไม้ดิดมีกลับไปกินที่บ้าน เพราะกลับบ้านไม่ได้เข้าน้ำเกลือ กินยาฆ่าเชื้ออะไรก็ขอให้มี...”

(HosPt_01)

“...เยอะเหือใช้ยาที่มันแองๆ แหน่ครับ (ภาษาภูไท แปลว่า อยากให้มีการใช้ยาที่แรงๆ หน่อย) ครับ มีอยากเหือ ทุกข์ทรมาน ยามมันปวดขึ้นมา (ภาษาภูไท แปลว่า ไม่อยากให้ทุกข์ทรมานเวลามีอาการปวดขึ้นมา)...”

(Carer_03)

“...ก็อยากให้มีการรักษาตามอาการนี้ละครับ ก็อยากให้มีนหาย อย่างเป็นวิน เป็นอะไรนี้ก็อยากให้มีนหาย...”

(HomePt_03)

“...ก็ช่วยในเรื่องของการรักษาี้แหละคะ...”

(HomePt_02)

4.2.1.5 ปัญหาด้านอื่น ๆของผู้ป่วยได้จากการสัมภาษณ์

ผู้ป่วยหลายรายมักเกิดความกังวลเกี่ยวกับด้านค่าใช้จ่าย แม้จะมีสิทธิการรักษาเช่น บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ที่รับผิดชอบส่วนของค่ารักษาพยาบาลอยู่แล้ว ทั้งนี้เนื่องจากอาการป่วย ทำให้มีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นได้แก่ค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาพบแพทย์ โดยเฉพาะกรณีที่ผู้ป่วยมีการ เปลี่ยนสถานพยาบาลในการรับบริการ ค่าใช้จ่ายของผู้ดูแลที่มาเฝ้าไข้ ค่าอาหารของผู้ดูแลในการมา เฝ้าไข้ และค่าอาหารเพิ่มเติมของผู้ป่วย ที่จะเพิ่มขึ้นในกรณีที่การรักษาถูกยืดอกออกไป

“...ก็มีปัญหาเรื่องเงิน ปัจจัยในการจับจ่ายใช้สอย...”

(HomePt_02)

“...ก็ธรรมดาแล้วครับ ก็ต้องกินต้องใช้เนาะ...”

(HomePt_03)

“...เฮอะจะจน เฮอะจะต้องดูแลเรื่องปากท้องไปน้า เฮอะจะต้องได้ซื้อกิน. เดินทางมาโรงพยาบาล ไม่ได้เสียหยั่ง แต่บางทีเลากก็อยากหมากไม้ จังซี่แมนบ่ คืดอยากเราก้ซื้อกิน(ภาษาอีสาน แปลว่า เราก้ จน เราก้ต้องดูแลปากท้องด้วย เราก้ต้องได้ซื้อกิน เดินทางมาโรงพยาบาลไม่ได้เสียอะไร แต่บางทีแกก็ อยากกินผลไม้ อย่างนี้ไซ้ใหม่ คืดอยากเราก้ซื้อกิน)...”

(HosCarer_02)

“...ค่าใช้จ่ายในคลินิกก็มีบ้าง แต่ค่าใช้จ่ายในโรงพยาบาลมันก็เป็นบัตรทองเดินทางมา มาเฝ้า ถ้ามันยังยึดเยื้ออย่างนี้ก็จะมียค่าใช้จ่าย...”

(HosCarer_03)

นอกจากนี้ผู้ป่วยบางรายยังมีความเครียด หรือมีความกังวลเกี่ยวกับครอบครัว บุตร หลาน ที่ยังมีความกังวลอยู่จึงได้สะท้อนออกมาจากการสัมภาษณ์

“...กะคิดเรื่องภายนอก นำลูก กะไอ้ย เป็นห่วง (ภาษาอีสาน แปลว่า ก้คิดเรื่องภายนอก กับลูก ก้ไอ้ย เป็นห่วง)...”

(HosPt_02)

“...ก็มีเรื่องครอบครัว มีความเครียดบ้าง ก็มีบ้างวัน...”

(HomePt_02)

4.2.2 ผลการศึกษา ระยะ 2.2 การถอดบทเรียนจากการศึกษาดูงานที่แหล่งเรียนรู้ของโรงพยาบาลชุมชนที่มีประสพการณ์และประสบความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ณ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ (Observation and interview method)

จากการศึกษาดูงาน ณ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ เมื่อวันที่ 21 ธันวาคม 2559 โดยทีมสหสาขาวิชาชีพโรงพยาบาลเขาวง ประกอบไปด้วย เกสัชกร 1 คน พยาบาลผู้รับผิดชอบการดูแลแบบประคับประคอง 1 คน พยาบาลประจำหอผู้ป่วย 3 คน และจากการเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกบุคลากรผู้มีความรับผิดชอบและมีประสบการณ์การดูแลแบบประคับประคอง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ โดยการเลือกอย่างเฉพาะเจาะจงตามความสะดวก ได้แก่ แพทย์จำนวน 1 คน พยาบาลจำนวน 1 คน และเกสัชกรจำนวน 1 คน กำหนดให้แพทย์ รหัส MED_KCPH พยาบาลรหัส NU_KCPH และเกสัชกร รหัส RX_KCPH เก็บข้อมูลระหว่างกันยายน-ตุลาคม 2560

ได้มีการถอดบทเรียนนั้นได้สรุปปัจจัยที่ส่งเสริมในการพัฒนาแนวทางการดูแลแบบประคับประคองจนประสบความสำเร็จ ดังนี้

4.2.2.1 บริบท เหตุผลที่มา และวัตถุประสงค์ของการพัฒนา

จุดเริ่มต้นของการพัฒนาเริ่มมาจากเกิดปัญหาเมื่อผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยมีการปฏิเสธการรักษา ปฏิเสธการฟื้นคืนชีพ (CPR) แล้วผู้ป่วยมักถูกปล่อยไว้ โดยไม่รับการแก้ไขที่ควร ทำให้ผู้ป่วยต้องเผชิญความทุกข์ทรมาน เช่น อาการปวด เป็นต้น เนื่องจากขาดประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย ทำให้เห็นความทุกข์ของผู้ป่วย แต่พอได้เข้ามาทำงานแล้ว ทำให้ช่วยจัดการความทุกข์ของผู้ป่วยได้ หรือผู้ปฏิบัติงานบางท่าน มีประสบการณ์โดยตรงในการจัดการอาการของญาติตนเอง พบปัญหาในระบบการเบิกจ่ายยาเสพติด การเข้าถึงบริการ ทำให้รู้สึกเป็นทุกข์ และหวังให้เกิดการพัฒนา ต่อมาจึงเริ่มมีการส่งพยาบาลวิชาชีพไปฝึกประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น และมีสหสาขาวิชาชีพเข้าร่วมในการพัฒนาในเวลาต่อมา

“...พี่ว่ามันน่าจะเริ่มจากการที่เราเห็นความทุกข์ของคนไข้ ไข้ เพราะว่าแต่ก่อนเนี่ย ตอนที่ยังไม่ได้รู้จัก Palliative เนี่ย คนไข้เหล่านี้ จะเหมือนกับว่าเราไม่สามารถทำอะไรกับเขาได้แล้ว เค้านั้นเป็นระยะสุดท้ายแล้ว เราคงช่วยอะไรเขาไม่ได้แล้วอะไรอย่างนี้ แล้วก็ โอเค หมตหน้าที่ของเราแล้วนะ เราก็จะปล่อย อาจจะช่วยบ้าง แต่พอได้มาทำจริง ๆ แล้วเนี่ยมันจะมีอะไรอีกมากมายที่เราทำให้เค้าได้ ค่ะ อย่างเช่น ค่ะ เดี่ยวนะพี่ขอทวนคำถามก่อน ถึงไหนละนะ อ้อ อะไรที่เป็นริเริ่ม อย่างเช่น เริ่มของอาการปวดอย่างนี้ มัน อย่างเช่นความทุกข์เนาะ การปวดเป็นเรื่องที่เจอได้บ่อยในคนไข้แบบนี้ แล้วคนไข้ก็อย่างจะกลับบ้าน ซึ่งตรงนี้เป็นจุดริเริ่มที่เราสามารถเข้าไปช่วยเขาได้ คือความทุกข์ที่เราสามารถจัดการได้...”

(MED_KCPH)

“...เหตุผลในการริเริ่มก็คือถ้าสำหรับตัวเอง คนอื่นไม่ทราบนะคะ มีแม่ของเพื่อนที่สนิท คนหนึ่งป่วยเป็นมะเร็ง ป่วยเป็นมะเร็งแล้วที่นี้ suffer มาก แม่มีอาการปวดทรมานทรมาย แล้วที่นี้พอจะฉีดยามอร์ฟินให้ เบิกยามอร์ฟินไม่ได้แพทย์ไม่ order ให้ เกสซไม่ให้ จนได้อาจารย์ศิริชัย มาเบิกให้ถึงได้ ซึ่งในการเข้าถึงครั้งแรกเลย 2 วันคนไข้ถึงได้รับยา พอคุณแม่ได้รับยามอร์ฟินได้รับยาทุกอย่างแล้ว ปรากฏว่าคุณแม่มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น คุณแม่สามารถกลับไปรักษาต่อที่บ้านได้ แล้วคุณแม่ก็เสียชีวิตอย่างสงบที่บ้าน ซึ่งเป็นการใช้มอร์ฟิน case แรกของโรงพยาบาลเลยคะ เคสนี้ยากมาก ยากทั้งระบบ ยากทั้งตัวผู้ปฏิบัติงาน มันก็เลยเป็นจุดริเริ่มขึ้นว่าทำไมไม่มีระบบนี้ในโรงพยาบาลเราเพื่อคนไข้กลุ่มนี้ จะได้เข้าถึงบริการ...”

(NU_KCPH)

สำหรับการพัฒนานั้น มีวัตถุประสงค์ในการพัฒนาจุดเน้นจำนวน 3 ด้าน ได้แก่ 1. เพิ่มการเข้าถึงบริการของผู้ป่วย 2. ส่งเสริมการทำงานเป็นทีม โดยทีมสหสาขาวิชาชีพต่าง ๆ ใน การร่วมกันดูแล 3. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการประคับประคองและได้รับการจัดการอาการไม่สุขสบาย ตลอดจนการดูแลอย่างต่อเนื่องในชุมชน

“...ในส่วนของพัฒนาการดูแลคนไข้ palliative จะแบ่งเป็น 3 ส่วน 1. คือการทำงาน เป็นทีม 2. คือการเข้ามาของคนไข้ enter เข้ามาของคนไข้ ส่วนที่ 3. ก็คือระบบที่จะเกิดขึ้นคะ...”

(NU_KCPH)

“...วัตถุประสงค์อันดับแรกจริง ๆ แล้วก็เพื่อให้คนไข้กลุ่มเหล่านี้ได้รับการจัดการอาการไม่ สุขสบาย อย่างเช่น การปวด อาการคลื่นไส้ อาเจียน อาการคัน อาการไม่สุขสบายที่เกิดจากตัวโรค ค่ะ แล้วก็อันที่สองก็คือต้องการให้คนไข้กลุ่มเหล่านี้ คือเรารู้อยู่แล้วว่าเป็นคนไข้กลุ่มที่แบบอ่อนแรง คือ เป็นกลุ่มเปราะบาง แล้วบางทีทำให้ไม่สามารถที่จะเข้าถึงบริการได้ แล้วก็เพื่อให้คนไข้กลุ่มนี้เข้าถึง บริการได้มากขึ้น...คะ แล้วก็อันที่สามเท่าที่นึกได้เนาะ คือคนไข้กลุ่มนี้พอเค้าป่วย เค้าจะไม่ได้มี ผลกระทบต่อตัวเค้าเพียงแค่นั้น เค้าจะมีผลกระทบกับญาติพี่น้องของเค้าด้วย ดังนั้นในการดูแล คนไข้แบบประคับประคองเนี่ย เราไม่ได้ดูแลแต่เฉพาะคนไข้ แต่เราจะต้องดูแลไปถึงคนดูแลของเค้า ด้วย รวมไปถึงผลกระทบต่าง ๆ อ่ะคะ แล้วก็อันที่สี่ก็คือเรามีวัตถุประสงค์ในการที่จะเชื่อมโยงการดูแล และระหว่างโรงพยาบาลชุมชนกับที่บ้าน หรือว่าที่กับโรงพยาบาลชุมชนเข้าด้วยกัน เพื่อที่จะทำให้การ ติดต่อสื่อสารข้อมูลและการดูแลมีประสิทธิภาพ มากที่สุด...”

(MED_KCPH)

4.2.2.2 นโยบายที่สนับสนุน

ทางโรงพยาบาลมีการสนับสนุนทางด้านนโยบาย โดยให้มีคณะกรรมการดูแลแบบประคับประคอง มีการกำหนดผู้รับผิดชอบอย่างชัดเจนเพื่อเอื้อให้เกิดการทำงานอย่างเป็นระบบ เมื่อเกิดปัญหาที่ได้รับการแก้ไข มีการสนับสนุนโดยผู้บริหาร ในด้านแผนในการพัฒนาการจ้ดหางบประมาณ ตลอดจนการปรับปรุงระเบียบ การเบิกจ่ายยาเสพติดในโรงพยาบาลที่ยืดหยุ่นมากยิ่งขึ้น เปิดกรอบให้สามารถนำยาเสพติดชนิดฉีดออกไปฉีดนอกโรงพยาบาลได้ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงยาได้มากยิ่งขึ้น

“...แต่เท่าที่พี่ทราบการดูแลแบบประคับประคองนี้จะมีผู้รับผิดชอบที่ชัดเจนคือมีการจัดทำหนังสือแต่งตั้งจากผอ. เลยกว่าให้ดูแล เช่นก่อนหน้านี้อาจจะมีอาจารย์เอกเป็นประธาน มีพี่ปอเป็นผู้รับผิดชอบเหมือนว่ามันมีการกำหนดหน้าที่มาชัดเจนแล้ว คือพอมีผู้รับผิดชอบที่ชัดเจนเมื่อเกิดปัญหาจะมีการแก้ไขและพัฒนาทำให้การทำงานดำเนินไปมีผู้ Monitor ระบบ...”

(MED_KCPH)

“...มีค่ะ อย่างผอ. ก็จะให้เขียนว่าปี 1 มีแผนการปฏิบัติงาน ว่า palliative มีแผนการจะพัฒนาอะไรบ้าง แล้วก็ให้งบประมาณมาในส่วนของ palliative ถ้ามีการเสนอเข้าไปผอ. จะอนุมัติเลย ผอ. ที่เซ็นเข้าไปหลายโครงการ อย่างโครงการเริ่มต้นโครงการคงที่แล้วก็จะตัดไป...”

(NU_KCPH)

“...ก็ ถ้าเรื่องของ การเข้าถึงก็คือ 1 ให้คนมาละ แรกๆ ก็มีพยาบาลก็มีเภสัชที่จะร่วม ก็จะมีช่องทางที่จะช่วยให้เข้าถึง ท่านก็ยอมรับด้วยว่าอาจจะมิตั้งนี้ ก็คือพิจารณาตรวจรักษาไปก่อนแพทย์แล้วแพทย์ก็จะเซ็นเอกสาร เพื่อคอนเฟิร์มว่าเป็นแบบ แบบระบบการดูแลที่ให้ดูแลเคลสไปด้วยกัน ก็เปิดกรอบที่จะสามารถ จ่ายยาออกนอกโรงพยาบาลได้ อย่างเช่นยาฉีดอย่างนี้ ซึ่งปกติเราจะสงวนเฉพาะในโรงพยาบาลเท่านั้น ท่านก็สามารถที่จะเปิดอนุญาตให้เอายาฉีดไปใช้นอกโรงพยาบาลได้ ...ใช้ให้นำไปใช้ที่บ้านอย่างนี้ได้...”

(Rx_KCPH)

4.2.2.3 ปัจจัยส่งเสริมให้เกิดการพัฒนา

1) ด้านทรัพยากรบุคคล

การพัฒนาคนโดยส่งไปฝึกอบรม หรือเรียนรู้กับอาจารย์ผู้เชี่ยวชาญ ในช่วงแรก ๆ จะเป็นวิชาชีพพยาบาลก่อน เพื่อสั่งสมประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยสำหรับพยาบาล ต่อมา

เภสัชกรเองก็จะมีกาไปฝึกอบรม ซึ่งช่วงแรก ๆ ก็จะต้องช่วยกันระหว่างแพทย์ พยาบาล เภสัชกรในการบริหารยาแก่ผู้ป่วย นอกจากนี้ยังมีการเรียนรู้ด้วยการลงมือปฏิบัติจริง โดยมีแพทย์เป็นที่เลี้ยงหลักในการจัดการผู้ป่วย เพื่อให้ทีมมีความมั่นใจในการทำงาน ตลอดจนเพิ่มพูนทักษะในการจัดการผู้ป่วยให้แต่ละวิชาชีพ สามารถดูแลผู้ป่วยร่วมกัน หรือแทนกันได้ นอกจากนี้ยังมีการสนับสนุนบุคลากรในการบันทึกข้อมูลเพื่อให้มีการบันทึกเวชระเบียนที่ครอบคลุมในการรักษาผู้ป่วยและค่าใช้จ่ายอีกด้วย

“...เรามีการพัฒนาบุคลากรอย่างสม่ำเสมอตั้งแต่แรกเริ่มมีการพัฒนาตอนนั้นที่ยังไม่มาเนาะ ก็จะมีคนที่รับผิดชอบชัดเจนคือพี่พยาบาล ที่เป็น แคร์ แมนเนจเม้นท์ ส่งไปเรียนกับท่านอาจารย์ศรีเวียงที่ขอนแก่นรุ่นแรกๆก็จะเป็นพี่ป้อ แล้วก็จะมีพี่แอม แต่พี่ไม่แน่ใจว่าเรียนครบคอร์สหรือเปล่า แต่ก็มีประสบการณ์ในการดูแลคนไข้ค่อนข้างเยอะและมีความสนใจ ก็เริ่มมีสองท่านนี้ภายใต้การดูแลของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวคืออาจารย์เอกแล้วก็พี่เภสัชคือพี่เก้งที่เข้ามาช่วยกันแรกแรกจะมีอาจารย์เอกดูคนเดียวก็ต้องช่วยกันเยอะในการบริหารยาระหว่างแพทย์พยาบาลเภสัช...”

(MED_KCPH)

“...ในส่วนของการสนับสนุน หนึ่งก็คือในส่วนของแพทย์ แพทย์ที่จบมา ใจเห็นความสำคัญจะมาทำงานกับเรามาเล่นกับเรา อันนี้ในเรื่องของแพทย์ก็คือไม่มีปัญหาเลย เมื่อไหร่ที่ทำให้แพทย์รักคนไข้ แล้วแพทย์ทั้งสองทั้งสามท่าน รักคนไข้กลุ่มนี้เขาจะมาโดยที่เราไม่ได้ไปร้องขอเลย อันที่สองคือเภสัช เภสัชทุกคนบอกได้เลยว่าน่ารักมาก อยากมาทำงานนะคะ อย่างกฤษณารายณ์ พุดง่ายๆ ก็คือมีแต่คนอยากสมัครมา...”

(NU_KCPH)

“...ก็ ที่นี้ก็คือจะเน้นในเรื่องของการเรียนรู้ เรียนรู้ร่วมกันก็คือ ก็จะมี pre-conference post-conference กรณีที่มี case อย่างนั้นะคะ ก็คือถึงเวลาที่เรา... ก็คือตั้งแต่เริ่มแรกที่ท่านยังไม่ปล่อย มันก็จะมีหลาย stage นะ Stage แรกก็จะมีอาจารย์เอกกับพี่ป้อมมาก่อนที่เป็นพยาบาล stage ต่อมาก็จะมีเภสัชเข้ามาร่วม เภสัชกับพยาบาลก็สามารถส่งแทนอาจารย์ได้ ให้ license ที่จะให้ทำแทนจะได้...”

(Rx_KCPH)

2) ด้านงบประมาณ และวัสดุอุปกรณ์

ระบบ E-Claims ที่ทำให้ทางโรงพยาบาลได้เงินตอบแทนมาทำให้มีการจัดหายามอร์ฟีนที่มีราคาแพงได้ และสามารถจัดหาอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น เช่น Syringe driver เครื่องผลิต Oxygen ไฟฟ้า ซึ่งเป็นส่วนที่สนับสนุนให้เราสามารถดูแลคนไข้ที่บ้านได้ นอกจากนี้ยังมีการจัดทำโครงการเพื่อระดมทุน และประสานกับทางองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นคือ เทศบาล ให้มีการจัดโครงการ ทำให้ได้งบประมาณจากภายนอกด้วย สะท้อนให้เห็นถึงการสนับสนุนด้านการเงินทั้งจากเงินประมาณของโรงพยาบาลเอง การมีส่วนร่วมของชุมชนและองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นในการสนับสนุนในเงินทุนด้วย

“...รู้กันว่ายามอร์ฟีนก็เป็นยาที่แพงก็จะต้องมีแล้วก็ต้องขมว่าไม่สิ มันมีงบประมาณสนับสนุนตรงนี้ซึ่งนี่คือเราจะโชคดีมาก ๆเลยที่เราสามารถ คีย์เอาอีเคลม ทำให้ต้องได้เงินตอบรับกลับมา แต่ว่าก็ถ้าสมมุติว่าถ้าไม่มีเงินส่วนนี้มาที่ว่าการน่าจะยากอยู่ในเรื่องของทางโรงพยาบาลต้อง support แล้วก็ของนี้ที่สำคัญ แน่นนอน palliative คนใช้ส่วนใหญ่เลยเนี่ยเรามักจะต้องดูแลที่บ้าน ดังนั้นการทำ home ward มันก็ต้องมีอุปกรณ์อยู่แล้วอย่างเช่นออกซิเจนไฟฟ้า แม้กระทั่งเครื่องดูด suction syringe ไดรเวอร์ หรืออุปกรณ์ต่าง ๆ...”

(MED_KCPH)

“...งบประมาณนี้ 1 ก็คือจะเป็นงบประมาณที่โรงพยาบาลให้ 2 ก็คือจากข้างนอกเทศบาล ค่ะ เพินจะจัดประชุม ว่าเราจะจัดเองหรือให้เขาจัด ถ้าเขาจัดเองเราจะไปเป็นวิทยากรถ้าเราจัดเองเขาจะมาลงชื่อ ค่ะก็จะเป็นลักษณะนี้ ก็ในส่วนของโครงการมรดกชีวิตอีกโครงการหนึ่ง ซึ่งเป็นโครงการที่น่าสนใจก็คือการทำพินัยกรรมชีวิต ว่าเสียชีวิตแล้วตาม พรบ.สุขภาพ อันนี้ก็คือเทศบาลเห็นด้วยเต็มที่ ก็บอกว่าคุณหมอทำเลย...ก็มีเครื่องออกซิเจนไฟฟ้า ก็มีทั้งส่วนที่บริจาคและกิ่งงโรงพยาบาลซื้อ ก็มีเงิน 5 เครื่องเครื่องบริจาคก็ 3 4 เครื่อง...”

(NU_KCPH)

3) ด้านเทคโนโลยี

มีการสนับสนุนด้านเทคโนโลยี การใช้อินเทอร์เน็ตในการสืบค้นข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา และเครื่องมือ ยา เครื่องให้ยา Syringe driver ที่สามารถช่วยให้ผู้ป่วยสงบ ตลอดจนการมีโปรแกรมที่เอื้อในการบันทึกข้อมูลเพื่อให้มีการบันทึกเวชระเบียนที่ครอบคลุมในการรักษาผู้ป่วยและค่าใช้จ่ายอีกด้วย

“...เทคโนโลยีในที่ นี้ก็เริ่มตั้งแต่การสืบค้นข้อมูลเกี่ยวกับตัวโรคเพราะต้องบอกว่าโรคอะไร แต่แต่ละโรคเราก็ไม่ได้มีความเชี่ยวชาญเนาะ แบบเวลาเราเจออะไรชนิดไหนเราก็อาจต้องไปสืบค้น ข้อมูลในอินเทอร์เน็ต ในหนังสืออะไรแบบนี้ว่ามันมีการรักษาอย่างไร แล้วมันจะมีอาการอะไรคะ...”

(MED_KCPH)

“...ส่วนของโปรแกรมก็จะมีในส่วนของที่รุ่ง ที่จะรับผิดชอบดูแลร่วมกับเรา ในการลงข้อมูล คนไข้ในแต่ละ ทุกวันอังคาร จะเป็นข้อมูลของคนไข้ palliative หรือเป็นที่สำหรับผู้ป่วยแผน ที่เขาก็จะ ช่วยเราว่าต้องการตัวนี้ยังไง ก็จะสามารถให้ได้เลย...”

(NU_KCPH)

4) ด้านการพัฒนาระบบ

ข้อมูลส่วนนี้ได้จากการสัมภาษณ์และการศึกษาดูงาน ณ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ โดยมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างทีมสาขาวิชาชีพ

ระยะที่ 1 ระยะริเริ่ม พบปัญหาสำคัญคือผู้ปฏิบัติงานขาดความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง ต้องให้ทุกคนมีการเรียนรู้ และมีการพัฒนาทั้งในด้านการจัดตั้ง Pain clinic คลินิก และต่อมาจึงเป็นการสร้างเครือข่ายในการประสานงาน

ระบบการดูแลแบบประคับประคอง พยาบาลผู้รับผิดชอบการดูแลแบบประคับประคองเล่าเกิดปัญหา ผู้ป่วยใน ward ถ้าผู้ป่วย ปฏิเสธการรักษา (No tube/CPR) ผู้ป่วยจะถูกปล่อยไว้ เนื่องจากขาดความรู้และประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง แต่ก็สะท้อนใจลึกๆว่าผู้ป่วยถูกปล่อยปละละเลย นอกจากนี้ยังขาดความรู้เกี่ยวกับการใช้ยามอร์ฟิน ในการดูแลแบบประคับประคองอีกด้วย จากนั้นจึงส่งพยาบาลไปเรียน Palliative care แต่ก็เจ็บหายไป เนื่องจากไปดูงานเฉพาะพยาบาล วิชาชีพอื่นไม่ได้ไปด้วย ทำให้การดำเนินงานไม่ต่อเนื่อง และเนื่องจากภาระงานมาก ทำให้บุคลากรที่ส่งไปอบรมมีจำนวนน้อย

แต่เมื่อผู้ปฏิบัติงานได้ความรู้มากขึ้น จึงมีการจัดประชุมวิชาการ 100% ทุกคนต้องเข้าร่วม เช่น การใช้ เครื่อง Syringe driver คิดเกณฑ์ในการเป็น Palliative care ฝึกใช้แบบประเมิน โดยเริ่มที่พยาบาลก่อน นอกจากนี้ ยังมีการพัฒนาบุคลากรอยู่เรื่อย ๆ เช่น สมัครงานเป็นแหล่งฝึกงานของนักศึกษา เพื่อให้มีการเรียนรู้เกิดขึ้นในองค์กร ไปพร้อม ๆ กัน ทำให้มีการจัดระเบียบมากขึ้น แต่ก็ใช้เวลาหลายปีในการพัฒนา

การดูแลในโรงพยาบาล Hospital care ในหอผู้ป่วยเรื่อง การดูแลอาการของ
ผู้ป่วยแบบ Palliative care ของผู้ป่วยให้พยาบาลดูแลได้ โดยถ้าแพทย์ไม่สามารถประเมินผู้ป่วย
โดยตรงทำ family meeting เชิญครอบครัวของผู้ป่วยมาวางแผนในการรักษาร่วมกัน โดยดูแลแต่ละ
ด้านดังนี้

- (1) Psychological support/Empowerment
 - (2) จัดทำ Advance care plan ในผู้ป่วยทุกราย
 - (3) เกสเซอร์ดูแลระบบยา/จัดตั้ง pain clinic นัดทุกวันจันทร์ตอนเช้า
เพื่อนัดผู้ป่วยมาติดตามและปรึกษายามอร์ฟิน
 - (4) จัดหาที่เก็บอุปกรณ์ เช่น Syringe driver ที่นอนลม เครื่องให้
oxygen
 - (5) มีระบบให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ตลอด 24 โดยพยาบาลและเกสเซอร์
ผู้รับผิดชอบการดูแลแบบประคับประคอง
 - (6) มีประสานงานผ่านแอปพลิเคชัน Line กรณีแพทย์ไม่ได้ประเมิน
ผู้ป่วยเอง อนุญาตให้พยาบาลปรับยาแทนได้ โดยเป็นการปฏิบัติงานโดยปรึกษาและรับคำสั่งแพทย์
 - (7) การดูแลต่อเนื่องที่บ้าน Home care
 - (8) มีการแยกประเภทผู้ป่วยตามระดับของผู้ป่วยระยะสุดท้าย (PPS)
โดยหากเป็นผู้ป่วยกลุ่มที่มีอาการคงที่ หรือมีอาการดี (PPS 70-100%) จะประสานให้โรงพยาบาล
ส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลช่วยดูแลผู้ป่วยเปลี่ยนยาให้ ดูแลการใช้ยามอร์ฟินให้ หากเป็นผู้ป่วยที่ยัง
อยู่ระหว่างอาการคงที่กับอาการทรุดหนัก (PPS 30-60%) จะเป็น ทีมเยี่ยมบ้าน ดูแลร่วมกับ
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล แต่หากเป็นกลุ่มที่มีอาการทรุดหนัก (PPS 10-30%) ทีม
Palliative care จะเป็นผู้ดูแลเยี่ยมติดตามที่บ้านเอง กำหนดการออกเยี่ยมติดตาม สัปดาห์ละ 1 ครั้ง
ช่วงบ่ายของวันที่สะดวก
 - (9) มีการทำ home ward มีอุปกรณ์ช่วยพยุงชีวิตเช่น syringe driver/
O2 therapyที่บ้าน
 - (10) มีการส่งต่อข้อมูล/ดูแล ผ่าน application Line
 - (11) เพิ่มการเข้าถึงยาแก้ปวด ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น
 - (12) มีคุณภาพชีวิตดีที่บ้าน ตายดี และเน้นการเข้าถึงบริการให้มากที่สุด
- มีการติดต่อประสานงาน ระบบให้คำปรึกษา และมีการส่งต่อข้อมูลชุมชน

ระบบยาเภสัชกรเป็นผู้เล่า เริ่มจากระบบยาที่มีความเข้มงวดมาก เภสัชกรขอ
ยาเองก็ไม่ได้ ขอกับแพทย์ก็ไม่ได้ ขอทางคำสั่งใช้ยาโทรศัพท์ก็ไม่ได้ ทำให้ผู้ป่วยเข้าไม่ถึงยา และมีประ
สภารณ์พบผู้ป่วยเอายาบ้ามาบดเพื่อลดความเจ็บปวด จึงจุดประกายไปฝึกอบรมด้าน Palliative
care มีการปรับปรุงบัญชียาในโรงพยาบาล แต่พบปัญหานำยาเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง
เข้าสู่เอายาเข้าบัญชีโรงพยาบาลยากมาก เนื่องจากผู้บริหารมองแค่ความคุ้มค่า จึงเริ่มการเข้าถึง
บริการก่อน ด้วยการเอา Morphine syr. เข้าโรงพยาบาล และมีรายการยาต่าง ๆ ต่อมามากขึ้น

มีการจัดตั้ง Pain clinic มีการเข้าถึงมากขึ้น clinic โดยมีแรงบันดาลใจจาก
คลินิกโรคเอดส์มองเห็นว่า สหสาขาวิชาชีพสามารถทำงานแทนแพทย์ได้ เนื่องจากแพทย์มีภาระงาน
มาก

การเข้าถึงบริการของผู้ป่วย แพทย์เป็นผู้เล่าเริ่มทำช่องทางพิเศษให้ผู้ป่วย
ได้รับบริการไวขึ้นโดยเฉพาะ แผนกฉุกเฉิน เปลี่ยนแปลงไปมาก แพทย์หาช่องทางให้ลงจากการเห็น
ผู้ป่วยมาที่ห้องฉุกเฉิน แล้วปวด หมอให้ฉีดยาแล้วกลับ นอกจากนี้พบปัญหา คนกลัวยา ผู้ป่วยไม่กล้า
กินมอร์ฟีน กลัวติดยา กลัวตาย และเจ้าหน้าที่ไม่กล้าให้ยามอร์ฟีน

ระยะที่ 2 ด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ (humanized) พยาบาลเป็นผู้เล่า เมื่อมี
การพัฒนาแล้วจะพบปัญหามากขึ้น ค่อยๆมีการพัฒนาเรื่อยๆ แพทย์มีการฝึกเภสัช ฝึกพยาบาล
ให้ตรวจแทนหมอได้ มีช่องทางการเข้าถึงโรงพยาบาลได้ดี มีการจัดหายา เพื่อจัดการผู้ป่วยเฉพาะราย
มีความรู้แบบ Skill mix สามารถช่วยกันได้ มีการพัฒนาความรู้ใหม่ๆ จากการศึกษาใหม่ๆ การ
แลกเปลี่ยนเรียนรู้ แต่พบว่าแพทย์มีปัญหาความรู้ขัดกันระหว่างวิชาชีพ แต่มีจุดประสงค์เดียวกันใน
การดูแลผู้ป่วย แต่มีทัศนคติไม่ตรงกัน ถ้ามีการอธิบายก็สามารถทำงานร่วมกันได้ มีการเคารพซึ่งกัน
และกัน ในการทำงานร่วมกัน และเรียนรู้ร่วมกัน เปิดใจ รับฟัง และเรียนรู้ร่วมกัน Nurse aid มีส่วน
สำคัญในการเติมเต็มทีม ช่วยดูแลอุปกรณ์ นำส่งผู้ป่วยที่บ้านได้ มีการไปปฏิบัติงานที่โรงพยาบาล
ส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล ใน 1 เดือนไม่เกิน 4 ครั้ง ตลอดจนช่วยในการบันทึกข้อมูลในฐานข้อมูล
อนาคตที่คาดหวัง /โอกาสการพัฒนา

- (1) เครือข่ายพัฒนาต้องเข้มแข็ง และเติบโตร่วมกัน เป็นทีมเดียวกัน
- (2) การเอายาออกนอกโรงพยาบาลต้องมั่นใจก่อนว่าอะไรที่จำเป็น ถ้า
อะไรไม่จำเป็นไม่เอา มองความคุ้มค่า การติดตามต้องมี
- (3) การมียาเพิ่ม ต้องมี feed back ลองเอามาใช้ก่อนว่าจะเอาเท่าไร เริ่ม
ให้เป็นยาเฉพาะรายก่อน จนเริ่มรู้สึกว่ามีประโยชน์ก่อนเอาเข้าบัญชีโรงพยาบาลก็ได้ ที่จำเป็นเป็นจริง
ๆคือ MST 10 ,30 mg ,Morphine syr. fentanyl patch ถ้ามีก็มีทางเลือกมากขึ้น แต่ถ้าไม่มี จะ
แก้ปัญหาอย่างไรในผู้ป่วยที่กินยาไม่ได้ จนเจอว่ามีเคสมะเร็งที่คอ ทำยังไงก็กินยาไม่ได้ จึงนำยาแผ่น
แปะเข้าบัญชีโรงพยาบาล

เภสัชกรเล่า เคยเอายาที่ไม่จำเป็นเข้าเพราะอยากมียาครอบคลุมน แต่ประสบปัญหาค้างเยอะ ถ้ายาเข้าบัญชีโรงพยาบาลต้องมีคนใช้ยา และพบปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาตลอดจนต้องระวังโดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยที่มีแนวโน้มติดยาเสพติด

แพทย์เล่า ระยะแรก นำยาเข้าไม่มีการใช้ต้องนำออกจากบัญชีโรงพยาบาล แพทย์ไม่เอายาใช้ยา ต้องไปสื่อสารให้องค์กรแพทย์เข้าใจ การใช้ยาใน Palliative care ยังพบขาดความต่อเนื่องในการใช้ยา จึงเอายามาไว้ที่แพทย์ผู้รับผิดชอบการดูแลแบบประคับประคองใช้แทน ในระยะที่ 2 มีการตั้งคลินิก เริ่มมีการราวน์ ward มีการรับรู้ของแพทย์ แพทย์มีความกังวลในการใช้ยาเนื่องจากขาดความเข้าใจ ปรากฏว่าพอใช้แล้วผู้ป่วยดีขึ้น มีคนเข้าเวรมันใช้ได้ เริ่มปรับระบบให้ยาออกจากโรงพยาบาลไม่เกิน 10 วัน ปรับปรุงระบบนัดต้องสอดคล้องกับการใช้ยา ผู้ป่วยบางรายที่ PPS ดี ๆ ก็อยู่ได้นาน ตอนนั้นรับยาอาจยึดไปเป็นสองอาทิตย์ ค่อยติดตาม

ผู้บริหารค่อนข้างเข้มงวดเรื่องการใช้ยาเสพติดเกินเวลา ทำให้เกิดการขยายกรอบก่อนจ่ายยา มีเอกสารการควบคุมการใช้ยา เช่น การใช้ยาฉีดให้มีการควบคุม ให้มีการติดตามยา คิน เป็นไปตามกลไกของระบบยาเสพติด ใช้กลไกการบริหารของ PTC ให้ PTC รับรู้ให้ความเข้าใจตรงกัน ทำให้ทีมรับผิดชอบร่วมกัน กฎหมาย ยาเสพติด อาการของผู้ป่วย มีความกังวลความรู้สึกของญาติที่มาฉีด มอร์ฟินแล้วผู้ป่วยเสียชีวิต ดังนั้นการแจ้งข่าวร้ายและการสื่อสารจึงสำคัญมาก แพทย์ต้องแจ้งว่าผู้ป่วยใกล้เสียชีวิต ให้ญาติหรือผู้ดูแลมีความเข้าใจ แต่ถ้าไม่มีการรับรู้ อาจไม่ได้ให้ข้อมูลต้องให้ข้อมูลให้เต็มมากที่สุด และให้ญาติเป็นผู้ตัดสินใจเอง ทั้งนี้ผู้ให้ข้อมูลได้ให้ความเห็นว่า ความล้มเหลวของโครงการจะเกิดขึ้น หากขาดความต่อเนื่อง

4.2.3 ผลการศึกษาระยะที่ 2.3 การระดมความคิดในทีมสหสาขาวิชาชีพ

ทำการประชุมเพื่อระดมความคิดของทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยแพทย์ผู้รับผิดชอบการดูแลแบบประคับประคองเป็นประธานในการประชุม ผู้เข้าร่วมประชุมประกอบด้วย พยาบาล ผู้รับผิดชอบการดูแลแบบประคับประคอง 1 คน พยาบาลผู้รับผิดชอบการดูแลต่อเนื่อง 1 คน พยาบาลประจำหอผู้ป่วย 5 ราย โดยผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นผู้ดำเนินการประชุม เพื่อสะท้อนข้อมูลของปัญหาที่รวบรวมได้จากการศึกษาระยะที่ 1 ระยะที่ 2.1 เพื่อเรียงลำดับความสำคัญของปัญหา และระดมสมองเพื่อหาแนวทางในการแก้ไขปัญหา ตลอดจนวางแผนเพื่อพัฒนาแนวทางการดูแลแบบประคับประคองในการจัดการผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายร่วมกัน โดย แพทย์ ให้รหัส MED_KWH เภสัชกร ให้รหัส Rx_KWH และพยาบาล ให้รหัส NU_KWH

4.2.3.1 มุมมองของบุคลากรทางการแพทย์ต่อปัญหาต่าง ๆ ที่พบในการดูแลแบบประคับประคอง

1) มุมมองของสหสาขาวิชาชีพต่อปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา

หลังจากที่ได้มีการนำเสนอข้อมูลปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาแก่เจ้าหน้าที่ผู้เข้าร่วมประชุมมีการแสดงความคิดเห็นและให้ข้อมูลเพิ่มเติมในส่วนของปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาและระบบยาเสพติดในโรงพยาบาล โดยพยาบาลส่วนใหญ่ มีความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาที่เกี่ยวข้องจากการใช้ยา อาจเป็นผลมาจากบุคลากรขาดความรู้และประสบการณ์ในการทำงานด้านการดูแลผู้ป่วยระยะระยะสุดท้าย ด้วยการดูแลแบบประคับประคอง ทำให้ไม่ทราบเกี่ยวกับปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาที่เกิดขึ้น ส่งผลให้ไม่ได้ทำการปรึกษาแพทย์เกี่ยวกับปัญหาที่เกิดขึ้นดังกล่าว เป็นต้น นอกจากนี้ยังมองเห็นปัญหาที่เกี่ยวข้องจากการใช้ยาในผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับยาฉีดที่ต้องนำไปบริหารต่อที่บ้าน ที่จะพบปัญหาการบริหารยาได้ ผู้ป่วยมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อยาเสพติด ทำให้ผู้ป่วยกลัวที่จะใช้ยา

“...ในส่วนของวอร์ดนะคะ ถ้าเกิดคนไข้แอดมิดเข้ามา ก็จะมีแพทย์เจ้าของไข้ ที่สั่งใช้ยา แล้วก็มันก็จะประเด็นว่า มีการสั่งใช้ยาทั้ง strong และ weak Opioids แล้วก็หมอบางท่านก็ไม่ได้มีการปรับยาให้เรา บางทีก็ความรู้หรือประสบการณ์ของพยาบาล ก็ยังไม่ได้มั่นใจว่ามันจะเหมาะสมหรือยัง...”

(NU_KWH_01)

“...แล้วก็ที่เจอปัญหาก็คือเวลาเราสตาร์ทยาคนไข้ได้แล้วที่นอนโรงพยาบาล เสร็จแล้วกลับไปดูที่บ้านคนไข้จะไม่ใช้ยา เพราะว่าคนไข้จะกลัวคำว่ายาเสพติดก็เลยไม่ใช้ แล้วอาการคนไข้ก็จะเปลี่ยน ก็เลยมีความจำเป็นที่จะต้องออกไปดูคนไข้ที่บ้าน...”

(NU_KWH_02)

สำหรับแพทย์มีมุมมองต่อปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาต้องการให้มีการระบุปัญหาที่ชัดเจน และให้มีการกำหนดแนวทางในการแก้ปัญหาร่วมกัน โดยปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาที่พบมากที่สุดได้แก่ การใช้ยาไม่เป็นไปตามแนวทางการรักษาก็เห็นควรว่า ให้มีการจัดทำแนวทางการใช้ยาในการดูแลแบบประคับประคอง

“...Ok ฉะนั้นเราต้องแยกปัญหาขึ้นมาให้มันชัดเจนเลย ยกตัวอย่างเช่น อย่างเช่นเราเจอปัญหาเรื่องของการใช้ยาที่เป็น Weak opioid กับ strong opioid เราต้อง List จะแก้ปัญหาก็อย่างสั่ง MO ร่วมกับยา tramadol ที่มันแย่งจับ Receptor เดียวกันจะทำให้ประสิทธิภาพของการใช้ยาไม่ดี เพราะฉะนั้นแนวทางมันจะต้อง คนไหนที่มี Pain Score moderate to severe มีข้อบ่งชี้ในการใช้ Strong opioid ฉะนั้นเราก็เขียนแนวทางขึ้นมาเลยว่า เมื่อใช้ Strong opioid แล้วก็ห้ามใช้ Weak opioid อันนี้เราสามารถ create ขึ้นมาได้เลยเพราะว่ามันเป็นวิชาการ...”

(MED_KWH)

สำหรับปัญหาของระบบเบิกจ่ายยาเสพติด และกรอบบัญชียาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในโรงพยาบาลนั้น ในส่วนระบบการเบิกจ่ายยาเสพติดในโรงพยาบาลพบปัญหาการเบิกจ่ายยาเสพติดนอกเวลาราชการโดยเฉพาะนอกเวลาราชการ ที่ต้องมีแบบฟอร์มการสั่งใช้ยาเสพติดให้โทษประเภทที่ 2 (ย.ส.5) เพื่อประกอบการสั่งใช้ยาที่แพทย์ต้องลงนาม ทำให้บางครั้งการสั่งใช้ยามีปัญหาจากเอกสารที่ต้องใช้ประกอบ เป็นต้น นอกจากนี้ยังสะท้อนปัญหาเกี่ยวกับการแนวทางการใช้ยาในการดูแล แบบประคับประคอง ระบบเกี่ยวกับยาเสพติด การคืนยาเสพติด และระบบการติดตามที่ยังมองว่าเป็นปัญหาอยู่

“...แต่อาจจะเจอปัญหาคนไข้ DC/C วันศุกร์ เสร็จแล้วเสาร์อาทิตย์ให้ญาติมารับที่ ER เราก็เขียนอะไรให้เรียบร้อยแต่ว่า มันไปติดพันกับการบริการของ ER เรามี CPR เรามีใส่ tube ที่นี้ถ้าเบิกยาเสพติดมันก็จะไม่มี ย.ส. ใบอนุญาตนั้นนี้ ก็เลยมาคุยกันใหม่ถ้าเกิดกับวันศุกร์ก็ต้องเตรียมเป็นชุดให้เขา แล้วก็เขียนอนุญาตนั้นนี้ให้เขาเวลาเขาเอาก็ให้เขามายื่นที่ห้องบัตรแล้วก็ให้ยาเตรียมให้เขาเลยไม่จั้นก็ยาที่บ้านมันหมด เขาก็โทรหาพี่บางทีก็จนเครื่องมันร้องยากี่หมดไปนานแล้ว...”

(NU_KWH_02)

“...แต่ว่าเรื่องของการบริหารยา ก็อาจจะยังสับสนอยู่ ว่าเราจะให้คนไข้เธอยากกลับไปใช้ที่บ้านหรือว่าเราจะฉีดเอง เวลาเข้าไปประสานก็ยังมีสับสนอยู่ บางทีถือยากกลับไปที่บ้านก็ยังไม่ได้ใช้ บางทีคนไข้ก็เสียก่อน บางครั้งคนไข้ก็เอามาคืนบางคนก็ไม่ได้เอามาคืน...”

(NU_KWH_01)

2) มุมมองต่อปัญหาด้านการเข้าถึงบริการ ขั้นตอนบริการ การให้ข้อมูลในการรักษาของผู้ป่วย

ในส่วนของการเข้าถึงบริการ สหสาขาวิชาชีพ ในเห็นความสำคัญของปัญหาการเข้าถึงบริการของผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ป่วยที่อยู่ห่างจากโรงพยาบาลมาก เช่น เขตพื้นที่นาคู หรือเขตรอยต่อของอำเภอคำชะอี บ้านค้อ ซึ่งผู้ป่วยหลายรายให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเข้าถึงบริการ เช่น มุมมองของแพทย์ ที่มีการปรึกษาทิม เพื่อให้มีการสำรวจ ในการให้บริการว่าผู้ป่วยสามารถเข้าถึงได้หรือไม่ ปรึกษาว่าจะมีแนวทางการแก้ไขปัญหายังไง เป็นต้น

“...ก็ไฟกัสนเลย ปัญหาของเราคือการเข้าถึงบริการของคนไข้ ก็ให้เราคุยกันเลยว่าทำยังไงให้คนไข้ PC เข้าถึงบริการได้ง่าย เพราะว่า Case PC บางทีเราไม่ต้องให้คนไข้มาเองก็ได้เป็นญาติมาก็ได้ แล้วก็อาจจะมีปัญหาตรงที่ระยะเวลาการรอตรวจนาน แบ่งเป็น 2 อย่างเลย การเข้าถึงบริการเราจะทำยังไง ปรึกษาคอร์ป PCT ว่าจะมีแนวทางในการช่วยยังไง มีรถในพื้นที่หรือเปล่านั้นหรือว่ามีรถ EMS ในพื้นที่ใหม่...”

(MED_KWH)

สำหรับปัญหาเกี่ยวกับขั้นตอนบริการ เมื่อกล่าวถึงปัญหา พบว่าหลายจุดบริการ ได้พบปัญหาเกี่ยวกับขั้นตอนบริการ ว่ายังมีความสับสนและบางขั้นตอนมีความล่าช้าอยู่ เช่นการ พิจารณาสั่งยากับผู้ป่วย ระบบการติดตามการใช้ยาเสพติดของผู้ป่วยที่บ้านเป็นต้น ซึ่งอาจเป็นปัจจัยที่ ทำให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่ช้า อีกทั้งเรื่องระยะเวลาในการรอพบแพทย์ หลายวิชาชีพก็ได้ให้ความเห็น เกี่ยวกับระยะเวลาในการรอขอผู้ป่วย และได้เสนอแนะแนวทางการแก้ปัญหาาร่วมกัน

“...แต่ว่าเรื่องของการบริหารยา ก็อาจจะยังสับสนอยู่ ว่าเราจะให้คนไข้เธอยากกลับไปใช้ที่ บ้านหรือว่าเราจะฉีดเอง เวลาเข้าไปประสานก็ยังมีสับสนอยู่ บางทีถ้อยากกลับไปที่บ้านก็ยังไม่ได้ใช้ บางทีคนไข้ก็เสียก่อน บางครั้งคนไข้ก็เอามาคืนบางคนก็ไม่ได้เอามาคืน...”

(NU_KWH_01)

“...อันนี้ก็ต่อเนื่องจากออร์ตนะคะ แต่ก่อนแล้วก็มีปัญหาเรื่องของ การปรับยาก่อนที่คนไข้จะ กลับบ้าน ก็คือได้เท่าไรก็เท่านั้น แต่ตอนนี้เราจะมีการประเมินอย่างน้อยวันสองวันให้เขาอาการคงที่ ก่อน แล้วก็ในเรื่องของปัญหาการเตรียมยาให้คนไข้ ตอนนี้เราจะตัดปัญหาเรื่องของการ Draw ยาการ เตรียมยา...”

(NU_KWH_02)

“...แล้วมีการเก็บผลไว้ไหม เมื่อก่อนใช้ระยะเวลารอเท่าไร แล้วหลังจากทำเป็นคลินิก เหลือระยะเวลาในการรอเท่าไร มันก็ตอบปัญหาของเราได้...”

(MED_KWH)

สำหรับปัญหาในส่วนของการให้ข้อมูลการรักษาของผู้ป่วย ผู้เข้าร่วมประชุมได้ แสดงความคิดเห็นค่อนข้างหลากหลาย โดยมีความเห็นส่วนใหญ่สอดคล้องกันในเรื่องของการ แจ้งข้อมูลกับผู้ป่วย เนื่องจากมะเร็งเป็นโรคที่รักษาไม่หายขาด ในบางครั้ง ญาติอาจไม่ประสงค์จะแจ้ง ให้ผู้ป่วยทราบ หรือกรณีมีญาติผลัดเปลี่ยนกันดูแลหลายคน ทำให้มีปัญหาในเรื่องของการสื่อสารให้ ความเข้าใจตรงกันได้ยาก ตลอดจนความลำบากในการแจ้งข่าวร้ายแก่ผู้ป่วยหรือญาติ

ทั้งนี้บุคลากรส่วนใหญ่ยังไม่มั่นใจในองค์ความรู้และประสบการณ์ จึงยังขาดความ มั่นใจในการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย หรือเคยมีประสบการณ์การแจ้งข้อมูลการรักษาที่ส่งผลต่ออาการของ ผู้ป่วยมาก ทำให้ไม่กล้าที่จะแจ้งข่าวร้าย หรือให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาแก่ผู้ป่วย ซึ่งผู้เข้าร่วมส่วน ใหญ่ ให้ความเห็นว่า การที่ผู้ป่วยไม่ทราบข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา ส่งผลต่อการวางแผนในการรักษา การให้คำแนะนำตามมา

“...ญาติเขาก็กี่มาแต่ละครั้งมันก็ไม่ใช่คนเดียวกัน บางคนก็ไม่รู้ ไม่รู้ว่าการรักษาถึงไหน เราก็ต้องรวมญาติมาคุย ทำเป็น Family Meeting หรือว่าอาจจะต้องคุยหลายๆ ครั้ง เพราะว่าบ้านเราคนไข้มีญาติเยอะ บางครั้งคนที่มาเผื่ออาจจะไม่ใช่คนที่ดูแล.....แล้วพอแจ้งคนไข้ก็กลายเป็นว่าเปลี่ยนไปเลย จากที่เคยกินได้คนไข้ก็ทรุด PPS score เหลือ 10 วันต่อมาคนไข้ก็กลับบ้าน ก็ปรากฏว่าก็ตาย มันก็จะมีเรื่องประมาณนี้ มันก็จะมีทั้งข้อดีที่ทำให้คนไข้รับรู้แล้วเราก็วางแผนในการรักษาได้ แต่บางทีพอคนไข้รู้เขาก็ซ็อกไปเลย ก็เลยคุยกันกับทีมพยาบาลว่า ถ้าเขาไม่ยอมรับก็ปล่อยเขาไปดีไหม แล้วเราก็ไปช่วยในส่วนอย่างอื่น ที่แบบว่ามันจะช่วยให้เขาสบายใจ...”

(NU_KWH_01)

“...อาจจะต้องมาพิจารณาที่ competency ของผู้ที่ให้ Breaking Bad News Competency ของเราถึง ต้องมาดูว่า Breaking Bad News ประกอบด้วยอะไรบ้าง ถ้าเขายังไม่พร้อมที่จะรับข้อมูลเราก็จับแค่นั้น เราได้ใช้เทคนิคหรือเปล่า แล้วเขาพร้อมที่จะรับหรือเปล่า ถ้าสมมุติว่าคุณเป็นอย่างนี้คุณจะรับได้ไหม...”

(MED_KWH)

นอกจากนี้ ยังมีในส่วนของปัญหาความไม่สมบูรณ์ของเวชระเบียน โดยเฉพาะการประเมินระดับความเจ็บปวด ชนิดของความเจ็บปวด และระดับของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งผู้เข้าร่วมประชุม ได้สะท้อนปัญหาที่พบในการปฏิบัติงานจริง ที่ส่งต่อการประเมินผู้ป่วย เช่น ทักษะและองค์ความรู้ในการประเมินผู้ป่วย อาจยังไม่เพียงพอ ทำให้ขาดความมั่นใจในการประเมินผู้ป่วย ในเรื่องของ ระดับของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ตลอดจนปัญหาการทำงานเป็นกะ ที่ต้องการส่งต่อข้อมูลระหว่างเวร อาจทำให้คุณภาพการประเมินผู้ป่วยลดลงเป็นต้น ตลอดจน การจัดทำเวชระเบียนของผู้ป่วย ที่ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ เข้ามาช่วย แต่ต้องมีการนำเข้าข้อมูลจากการใช้เครื่องสแกน ยังมีความสับสนเรื่องการสแกนเอกสาร ทำให้บางครั้งข้อมูลมีการตกหล่นหายไป เป็นต้น

“...แล้วก็การประเมิน PPS จากที่เคยเคยสอน ตอนแรกก็ทำอยู่แต่หลังจากนั้นก็ไม่ได้ทำ เพราะว่าวิชาการส่วนใหญ่ ER จะไม่ค่อยได้เข้า ก็เลยคิดว่าน้องน้องที่ทำงานก็คงจะไม่ทันเหมือนกัน ก็เลยกลายเป็นว่าการประเมินที่เหลือยังไม่สามารถถ่ายทอดให้น้อง...”

(NU_KWH_03)

“...เพราะว่าผู้ประเมินบางคนอาจจะความรู้ไม่ถึง เราก็มันเปลี่ยนเวรกันเยอะเวรเข้าบายติกอะไรอย่างนี้ เขาก็จะรอให้พยาบาลที่เป็นเจ้าของ Case เจ้าของคลินิก เป็นคนมาดู ก็พยายามสอนไป ยามทำให้น้องเขาเห็น ก็เริ่มดีขึ้นแต่บางที่เรื่อง Lost อยู่ เหมือนรอเรา...”

(NU_KWH_01)

“...แต่ว่าเวลาประเมิน PPS เนี่ยแต่ละวันมันอาจจะไม่ได้เท่ากัน เวลาประเมินก็ให้เขียนวันที่ใส่ด้านข้างด้วย เพราะว่า วันแรกที่ประเมินอาจจะได้ 80 แต่วันต่อไปที่ไปประเมินอาจจะลดลงนานแล้ว...”

(NU_KWH_04)

“...มันก็ต้องตกลงกับเขาเพราะว่าบาง Case ที่เข้าไปดูเขาก็ไม่ได้ Scan เพราะว่าเท่าที่คุยกับเขาช่วงสัปดาห์ที่แล้วก็มีปัญหาเรื่องการสแกนเหมือนกัน...”

(NU_KWH_03)

“...อีกประเด็นหนึ่งในประเด็นที่ Scan ไม่ครบ อาจจะเกิดจากว่าคนที่ Scan เขาไม่รู้ว่าจะไรต้อง Scan บ้าง เขาก็เลยบอกเราว่าให้เขียนลงไปเลยว่าโปรด Scan ให้ด้วย หรือว่าเราจะเพิ่มข้อความลงไปในฟอร์มไหมคะว่า โปรด Scan ให้ด้วย เพราะว่าพี่เขาก็ไม่รู้ว่ายันไหนต้อง Scan บ้าง บางทีเอกสารมันเยอะเขาก็ไม่รู้ว่าจะไรที่จำเป็นต้อง Scan บ้าง...”

(Rx_KWH)

สำหรับประเด็นปัญหาเกี่ยวกับการให้บริการในการแยกผู้ป่วย หรือปัญหาเกี่ยวกับการประสานงานในแต่ละจุดนั้น เนื่องจากทางโรงพยาบาลมีข้อจำกัดทางด้านสถานที่ ทำให้ไม่สามารถจัดหอผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายได้ โดยในอดีตนั้น เคยมีการจัดพื้นที่เฉพาะสำหรับผู้ป่วย หรือมีห้องสำหรับให้คำปรึกษาโดยเฉพาะ แต่ปัจจุบันได้มีการพัฒนาเป็นบริเวณให้บริการอื่น ๆ เช่น เสริมเตียงผู้ป่วย หรือจุดจ่ายยา แทน

“...อย่างเช่นเราเคยแยกโซนไว้ว่าเอาเตียงนี้เตียงนี้ แต่ในทางปฏิบัติจริง ๆ มันก็ทำไม่ได้...”

(NU_KWH_05)

“...แต่ว่าเพิ่งติดปัญหาไม่นานนะ เพราะว่าแต่ก่อนพี่ก็ใช้ห้องที่น้องเอาไปแจกยา เมื่อก่อนพี่เอาห้องนี้เป็นห้องบริหารจัดการบรรทุกใจ เป็นห้องให้คำปรึกษาโดยตรงเลย แต่ว่าตอนนี้มันก็ไม่มี เพราะว่าตอนนี้ห้องยาไม่มีที่จ่ายยาพี่ก็เลยต้องแบ่งให้ห้องยาจ่ายยา...”

(NU_KWH_06)

3) มุมมองต่อการจัดกิจกรรมสำหรับผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

ผู้เข้าร่วมส่วนใหญ่มีความเห็นในทิศทางเดียวกันในการจัดกิจกรรมสำหรับผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย โดยมองเห็นถึงข้อดีของการจัดทำกิจกรรม แต่เนื่องจากมีข้อจำกัดทางด้านสถานที่ทำให้ทางโรงพยาบาลไม่สามารถจัดกิจกรรมบางอย่างได้ เช่น การตัดบาตร ฟังเทศน์ เป็นต้น ทั้งนี้ หากผู้ป่วยหรือญาติมีปัญหาทางด้านจิตวิญญาณ และการร้องขอให้จัดกิจกรรม ก็ยินดีจะจัดกิจกรรมทางศาสนาให้ เป็นรายกรณีไป เช่นการเตรียมดอกไม้ ธูปเทียน คำขมากรรม ตลอดถึงการนิมนต์พระเพื่อทำกิจกรรมทางศาสนา เป็นต้น

“...คือคนไข้มีปัญหาเรื่อง Spiritual Health คืออยากทำพิธีกรรมต่าง ๆ ก่อนเสียชีวิต ตามความเชื่อ คือ list ขึ้นมาก่อน พอได้เป็นมาประมาณนี้เราก็ค่อยวางแผนแก้ไข สำหรับปัญหาอันนี้คือคนไข้มี Spiritual Health ต่อมากขึ้นหาแนวทางแก้ปัญหาทางทีมของเราจะทำยังไง” (MED_KWH)
“ทางทีมก็จัดทำให้ตามที่คนไข้ต้องการค่ะ มันก็มีหลายเคสอยู่ที่คนไข้ต้องการทำพิธีทางศาสนา หรือทำพิธีกรรมแบบขอมาอะไรอย่างนี้ ทางทีมก็จัดให้อยู่แล้วค่ะ ยกตัวอย่างเช่นขันธ 5 เทียน 5 คู่ ดอกไม้ 5 คู่...”

(NU_KWH_04)

“...ตอนที่เรเตรียมให้ได้ก็คือในเรื่องของสถานที่ จัดสถานที่ให้เขาแล้วก็เตรียมข้าวของที่จำเป็นไว้ให้เขา วอร์ดของเราก็จะมีของ มีธูปเทียน มีขันธ 5 ไว้ให้อยู่แล้ว แต่เราก็จะจัดไว้ให้เป็นรายเคสแล้วแต่ไม่ได้ทำเป็น routine ส่วนในเรื่องของการทำบุญทำอะไรเราก็มีจัดให้เหมือนกัน ถ้าคนไข้อยากทำเราก็จะไปนิมนต์พระมาให้ เมื่อก่อนเราจะทำทุกวันพฤหัสบดีแต่ด้วยปัจจัยหลายๆอย่างเราก็ไม่สามารถทำได้ ก็ติดปัญหาในเรื่องของสถานที่...”

(NU_KWH_06)

“...อีกอย่างหนึ่งคือคนไข้บ้านเรา ถ้า Advice ได้เขาก็จะกลับไปบ้าน บางคนเขาก็จะจัดเป็น กองพลเล็ก ๆ ขึ้นมา ส่วนมากเราก็จะทำถามว่ามีอะไรค้างคาใจไหม อยากทำบุญไหม เขาก็จะกลับไป ทำกอบบุญที่บ้าน อะไรประมาณนี้ที่น่าจะเสริมได้ เคยตอนอยู่โรงพยาบาลเขาก็ทำได้แค่ชั้น 5 แต่พอ กลับไปที่บ้านเขาก็ทำเป็นกองทุนแบบอสังการเลยนะ เวลาออกไปเยี่ยมบางทีก็จะเห็น บางทีเห็นทาง เต็นท์เห็นมีงานเราก็คิดว่าคนไข้ไปแล้ว แต่ว่าไม่ใช่เขาจะทำกอบบุญ...”

(NU_KWH_02)

“...อันนี้ก็จะตรงกับประเด็นที่คุณหมอบอกว่าคนไข้ต้องการความช่วยเหลือในด้านไหน เรา ก็ช่วยดูแล อันนี้ก็จะตรงกับส่วนของจิตวิญญาณเราก็จะได้เสริมเข้าไป...”

(RX_KWH)

4.2.3.2 มุมมองของบุคลากรทางการแพทย์ต่อวิชาชีพเภสัชกรในการดูแลแบบ ประคับประคอง

พยาบาลมีทัศนคติต่อเภสัชกรในการเป็นผู้มีประสบการณ์ ช่วยดูแล แก้ปัญหาที่ เกี่ยวเนื่องกับการใช้ยา ตลอดจนประสานงานกับแพทย์ในการแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา และเป็นผู้ประสานในระบบยาเสพติดแก่ผู้ป่วย

“...แต่ว่าหลังหลังก็มีพี่เข้าไปช่วย ก็ดีขึ้นแล้วก็ได้คุยกับเภสัชก็คืออาศัยผู้ที่มีประสบการณ์ ช่วยลดให้แล้วก็เราก็ช่วยประสานให้อีกที แต่ว่าการสั่งใช้ยาก็ตีขึ้น...”

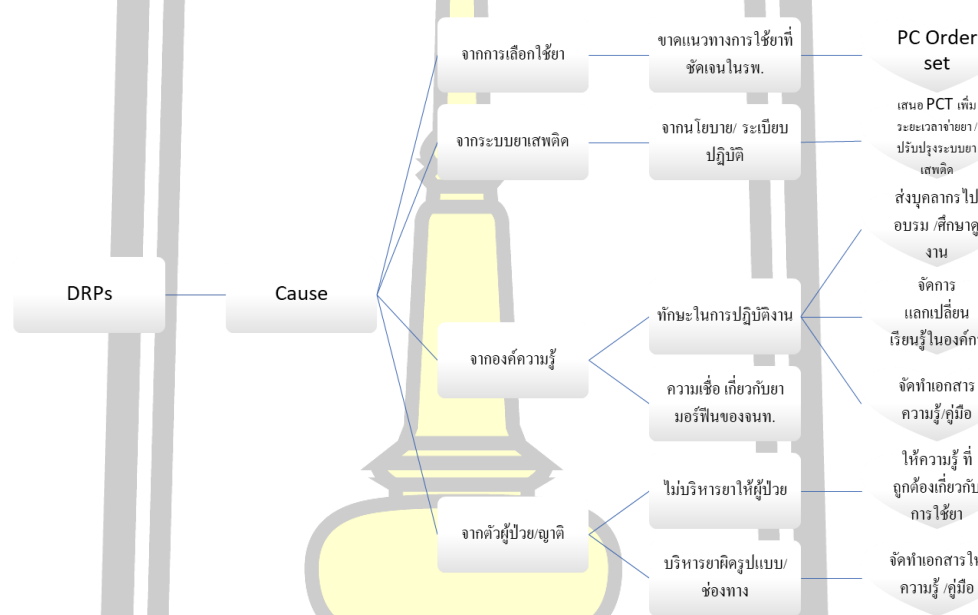
(NU_KWH_01)

4.2.3.3 การระดมสมองเพื่อพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคองในโรงพยาบาล

1) กระบวนการวางแผนเพื่อแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา

จากการวิเคราะห์แบบฐานราก (Root cause analysis) โดยนำเอา ผล การศึกษาระยะที่ 1 และระยะที่ 2.1 มาวิเคราะห์ เพื่อหาความเชื่อมโยงระหว่างปัญหาและสาเหตุ ของปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา และใช้ข้อมูลที่ได้จากการถอดบทเรียนของโรงพยาบาลชุมชน ต้นแบบในระยะที่ 2.2 มาประมวลความคิดและหาข้อสรุปเบื้องต้นกับพยาบาลผู้รับผิดชอบการดูแล แบบประคับประคอง ในเบื้องต้น โดยได้ตั้งประเด็นสาเหตุที่ทำให้เกิดปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบประคับประคองได้แก่ 1. สาเหตุจากการเลือกใช้ยาเนื่องจาก ขาดแนวทางการใช้ยาในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่ชัดเจน 2. สาเหตุจากระบบยาเสพติด ที่มีความเข้มงวดในการเบิกจ่ายยา อนุญาตให้จ่ายยาในเวลาราชการ จำกัดจำนวนยาเม็ดมอร์ฟีน

จ่ายได้ไม่เกิน 20 เม็ด ห้ามนำยาฉีดมอร์ฟินออกนอกโรงพยาบาล และมีรายการยาในบัญชีของโรงพยาบาลที่จำกัด ไม่ครอบคลุมกับความจำเป็นและในการใช้ยาของผู้ป่วย 3.จากองค์ความรู้และประสบการณ์ของผู้ปฏิบัติงาน รวมทั้งความเชื่อของผู้ปฏิบัติงานในการใช้ยามอร์ฟินเรื่องการติดยาและอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาที่รุนแรง เช่น การกดการหายใจ เป็นต้น 4. ปัจจัยจากผู้ดูแลและตัวผู้ป่วยเอง ที่มีความรู้และทัศนคติต่อยามอร์ฟิน กลัวติดยา หรือเกิดอาการไม่พึงประสงค์ จากการใช้ยามอร์ฟิน ส่งผลต่อความร่วมมือในการรักษา (ภาพประกอบ 6)



ภาพประกอบ 6 การวิเคราะห์แบบฐานรากของปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา

ผู้วิจัยจึงได้จัดทำแบบฟอร์มสำหรับการสั่งใช้ยาในหอผู้ป่วย “Palliative care end of life order set” เพื่อความสะดวกแก่แพทย์ และสหสาขาวิชาชีพ ในการป้องกันและลดโอกาสเกิดปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา โดยได้ปรึกษากับพยาบาลผู้รับผิดชอบการดูแลแบบประคับประคอง ก่อนนำแบบฟอร์มเสนอต่อที่ประชุมในการระดมความคิดของทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยในการประชุมเพื่อระดมความคิดนั้นผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นประธานงานในการประชุมได้เสนอให้มีการใช้ยา แบบฟอร์มสำหรับสั่งใช้ยาในหอผู้ป่วย “Palliative care end of life order set” และแบบบันทึกการติดตามดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง ที่ประยุกต์จากแบบบันทึกการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น โดยเสนอแบบฟอร์มเพื่อให้ที่ประชุมออกความคิดเห็นและมีการแก้ไข จนกว่าจะมีความเห็นรับรองตรงกัน ทั้งนี้ผู้เข้าประชุมทุกท่าน เห็นด้วยกับการใช้แบบฟอร์มสำหรับสั่งใช้ยา

ต่อมาทีมสหสาขาวิชาชีพได้เสนอให้มีการแก้ไขครั้งที่ 1 เกี่ยวกับการแยกชนิดของ ยาตามกลุ่มอาการของผู้ป่วย เนื่องจากแพทย์เกรงว่าแพทย์ผู้สั่งใช้ยาที่ยังไม่ผ่านการอบรมการใช้ยาใน ผู้ป่วยแบบประคับประคองจะขาดความมั่นใจในการสั่งใช้ยาโดยแบบฟอร์มสำหรับการสั่งใช้ยา และให้ เปลี่ยนชื่อจาก “Palliative care end of life order set” เป็น “Palliative care order set” เพื่อให้สื่อถึงการใช้งานที่ครอบคลุมการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ไม่เฉพาะเจาะจงกับผู้ป่วยที่ เข้าสู่ระยะก่อนตายเท่านั้น ผู้วิจัยจึงได้นำไปปรับแก้ตามข้อเสนอแนะ (ภาคผนวก ฉ)

“...นี่ค่ะ (เสนอ PC Order Set) อันนี้จะมีการตักตะกอนจากปัญหาการใช้ยาที่นำเสนอไป เมื่อสักครู่ได้รับควนให้ทุกคนช่วยกันคิด อันนี้ได้อ้างอิงจาก งานของโรงพยาบาลที่มีการใช้และก็นำมา ปรับให้มันเข้ากับบริบทของโรงพยาบาลของเรา ตัวนี้จะขออนุญาตเรียกว่า Palliative care end of life order set อันนี้จะ เป็นลักษณะคล้ายๆ กันกับ โปรโตคอล เพื่อไม่ให้หลุดประเด็น แต่ว่าอันนี้จะ ให้ทีมสหสาขาวิชาชีพพิจารณาร่วมกันก่อนว่าตัวไหนควรจะเพิ่มควรจะลดควรจะตัด หรือว่ามีแนวทาง ในการร่วมกันใช้อย่างไรดี ซึ่งตรงนี้เบื้องต้นได้ประชุมทีมย่อยกับพยาบาล PC เรียบร้อยแล้ว...”

(Rx_KWH)

“...Ok นะครับอันนี้ถือว่าเป็นสิ่งที่ดีนะ แต่ว่าขอกลับมาที่ประเด็นปัญหาเหมือนเดิม ปัญหา ของเราเราต้องมาไล่ที่รับตำแหน่ง อย่างที่บอกว่าเรายังไม่มีแนวทาง เราก็จะทำแนวทางขึ้นมา แต่ว่า ถ้าจะให้ดี มันจะมีหมอบหลายกลุ่มที่ผ่านการอบรม PC และไม่ได้ผ่านการอบรม เพราะฉะนั้นเวลาจะใช้ ปูบเนี่ยถ้าเราอยากพัฒนาตัว guideline ให้มันดี เราก็คงจะ Focus ตาม problem เช่น Pain Option ของเขามีอะไรบ้างมีมอร์ฟีนไหม มีเป็น injection หรือว่าเป็น oral ในส่วนของ weak Opioids พี่ว่าตัดออกไปเลยเดี๋ยวเกิดความสับสน ประเด็นของ dyspnea ยาใน Option ของ dyspnea มีอะไรบ้าง ถ้าเราจะทำแนวทางให้มันชัดเจนมันก็ต้องประมาณนี้นะ หรือว่าถ้าคนไข้มี secretion เราจะ Add ยาตัวไหนเข้า หรือว่าปัญหาอื่นที่เราคิดว่าน่าจะมีคนไข้ PC เราก็สามารถ ตีไซนซ์ขึ้นมาได้ แบบฟอร์มตัวนั้นมันก็จะใช้ได้จริง แต่ถ้าเราลงแบบนี้ถ้าเราเข้าใจเราก็มีใช้ แต่พี่กลัวบาง คนจะไม่เข้าใจว่าจะใช้ตัวไหนดี...”

(MED_KWH)

“...มันดีมากเลยคะ คนที่เขาไม่ค่อยมีความรู้ก็จะสามารถใช้ได้ แต่ว่าอยากให้แก้ไขเหมือนที่ คุณหมอบว่า อยากให้มีการจัดกลุ่มอาการให้ครบ อย่างเช่น Pain ก็อยากให้แยก type of pain ด้วย จะได้ง่าย แล้วก็ dyspnea ขนาดไหน ต้องใช้ยาขนาดไหน...”

(NU_KWH_01)

การแก้ไขครั้งที่ 2 เมื่อผู้วิจัยได้ทำการปรับแก้ Palliative order set ตามคำแนะนำแล้ว ต่อมาได้เสนอแก่สหสาขาวิชาชีพที่ได้ทำการระดมความคิดจึงได้มีการเสนอให้เพิ่มบันทึกการประเมิน และการลงค่าคะแนนความปวด ค่าคะแนนการหายใจหอบเหนื่อย และเพิ่มคำแนะนำในการใช้ยา Fentanyl patch และการคิดขนาดยาสำหรับอาการ Breakthrough Pain (ภาคผนวก ฎ) และเมื่อได้ปรับแก้แล้ว จึงได้เสนอทีมสหสาขาวิชาชีพอีกครั้ง จึงได้เสนอให้มีการแก้ไขครั้งที่ 3 ให้มีการเพิ่มเติมส่วนของ Progress note และการเขียน S-O-A-P Note (ภาคผนวก ฎ) จึงได้ข้อสรุปของ Palliative care order set ตรงกัน ทั้งนี้ทีมสหสาขาวิชาชีพได้มีส่วนร่วมในการให้ข้อคิดเห็น ทำให้แบบฟอร์มมีส่วนประกอบ 3 ส่วนดังนี้ ส่วนที่ 1 เป็น ข้อมูลทั่วไป และการวางแผนจำหน่ายของพยาบาลผู้รับผิดชอบ Palliative care ส่วนที่ 2 เป็นการสั่งใช้ยาของแพทย์ ส่วนที่ 3 เป็นการติดตามและวางแผนการรักษาของแพทย์

รายละเอียดของ Khaowong Hospital Palliative care Order set ส่วนที่ 1 นั้น ประกอบไปด้วย ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับตัวผู้ป่วย โรคที่ผู้ป่วยเป็น โรคประจำตัว การประเมินระดับของผู้ป่วย การประเมินระดับของความปวด และชนิดของความปวด เพื่อให้ทราบถึงความจำเป็นในการใช้ยาบรรเทาปวดและยาเสริมบรรเทาปวด การประเมินปัญหาทางด้านสังคม จิตใจ หรือจิตวิญญาณของผู้ป่วย การยอมรับในตัวโรค และผลการทำการวางแผนการรักษาและจำหน่าย (Advance care plan) ตลอดจนสิ่งที่ผู้ป่วยหรือญาติประสงค์ให้ดำเนินการเมื่อผู้ป่วยใกล้เสียชีวิต เช่น การยืนยันประสงค์จะกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน เป็นต้น

ส่วนที่ 2 เป็นคำสั่งการใช้ยาของแพทย์ที่ใกล้เคียงกับรูปแบบของ doctor order sheet เดิมของโรงพยาบาลเขาวง โดยรูปแบบทำให้ง่ายต่อการสั่งใช้ยาตามอาการของผู้ป่วย และมีรายละเอียด คำแนะนำการใช้ยา การบริหารยา เช่น การบริหารยาผ่าน เครื่อง Syringe driver เป็นต้น และเพิ่มตัวเลือกในการใช้ยาเสริมอื่น ๆ ในการจัดการอาการของผู้ป่วย ได้แก่ ยาระบาย ยาลดอาการหายใจลำบาก เป็นต้น นอกจากนี้ ยังไม่คำสั่งในการ หยุดการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่อาจรบกวนผู้ป่วย ตลอดจนการทบทวน และหยุดการใช้ยาโรคประจำตัวที่ไม่จำเป็น

ส่วนที่ 3 จะเป็นการวางแผนรักษาและติดตามอาการของผู้ป่วย โดยแพทย์ ในรูปแบบของ S-O-A-P note เพื่อให้มีการติดตาม และมีความต่อเนื่องในการรักษาผู้ป่วย (ภาพประกอบ 7)

Case	Metastasis	Complication	U/D
Advanced Care Plan PPS %	<input type="checkbox"/> No tube No CPR <input type="checkbox"/> ประสงค์เสียชีวิต รพ. <input type="checkbox"/> ขอลกลับบ้าน	Perception: Social & Family: Spiritual:	Note: <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">ส่วนที่ 1</div>
Order for One day		Order for Continue	
วันที่...../...../..... <input type="checkbox"/> off lab work ก่อนหน้า <input type="checkbox"/> O2 therapy <input type="checkbox"/> ใส่ foley catheter	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">ส่วนที่ 2</div>	วันที่...../...../..... <input type="checkbox"/> Review Med และ OFF ยาเดิมทั้งหมด <input type="checkbox"/> Pain <input type="checkbox"/> Pain type PS.....คะแนน Dose for around the clock <input type="checkbox"/> Morphine inj.mg iv qhr <input type="checkbox"/> Continue SC infusion via Syringe Driver () ผสม Morphinemg +mg และเติม NSS ให้ ถึง 20 ml SC for 24 hr. (หลีกเลี่ยงเมื่อ Crcl <15 ml/min) () ผสม Fentanyl.....mcg+.....mg และเติม NSS ให้ ถึง 20 ml SC for 24 hr. <input type="checkbox"/> Morphine MSTmgtab oral q hr. กรณีผู้ป่วยกลืนลำบาก <input type="checkbox"/> Fentanyl Patch (12 mcg/hr.) แพะผิวหนึ่ง.....แผ่น q 72 hr. Dose for Breakthrough pain (10-20% ของ Dose For around the clock) <input type="checkbox"/> Morphine inj.mg iv prn qhr for breakthrough pain <input type="checkbox"/> Morphine syr....ml oral prn q 2-4 hr. for breakthrough pain	
Progress Note <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">ส่วนที่ 3</div>		<input type="checkbox"/> Dyspnea Dyspnea Score.....คะแนน <input type="checkbox"/> Midazolam mg iv in 24 hr. <input type="checkbox"/> Ativan 0.5mgtab SL prn q 2-4 hr.	
S:.....		<input type="checkbox"/> Secretion	
O:.....		<input type="checkbox"/> Hyoscine inj.....mg iv in 24 hr. <input type="checkbox"/> Atropine inj.mg iv in 24 hr.	
A:.....		<input type="checkbox"/> Nausea & Vomiting <input type="checkbox"/> Metoclopramide injmg iv in 24 hr.	
P:.....		<input type="checkbox"/> Constipation <input type="checkbox"/> Lactulose 30 ml hs <input type="checkbox"/> bisacodyl 2 x hs	
		<input type="checkbox"/> Other	
<div style="border: 1px solid black; padding: 10px; width: fit-content; margin: 0 auto;">ติดสติ๊กเกอร์ ชื่อ-สกุลผู้ป่วย</div>			

ภาพประกอบ 7 Khaowong Hospital Palliative care Order set ที่นำไปใช้จริง

นอกจากนี้ยังมีการเสนอข้อคิดเห็นเกี่ยวกับการใช้แบบบันทึกการดูแลผู้ป่วยแบบ ประคับประคอง โดยที่ประชุมได้ให้ความเห็นถึงแนวทางการใช้แบบบันทึกร่วมกัน และการจัดเก็บ เอกสาร ตลอดจนการสื่อสารระหว่างวิชาชีพ จนได้ข้อสรุปเกี่ยวกับการใช้แบบบันทึกการติดตาม ผู้ป่วย โดยให้มีข้อความสื่อสารระหว่างสหสาขาวิชาชีพ และให้มีการแสกนเอกสารเพื่อเก็บเป็น ฐานข้อมูลในโรงพยาบาล โปรแกรม HosXP ด้วย

“...พอดีใบตัวนี้มันต้องดูคู่กัน มันจะมีทั้ง type of pain แล้วที่นี้ตอนแรกก็คือ Plan ไว้ว่า ใบนี้ต้องแนบไปที่ OPD Card คือเวลาคนไข้มาเราก็จะเห็นความก้าวหน้า โดยเฉพาะคนไข้ PC ที่ อาจจะ มี PPS Score ลดลงเรื่อย ๆ คืออาการมันจะเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ แล้วเราให้ยาอะไรไปแล้วบ้าง แต่ ว่าใบนี้บางทีก็ยังไม่เก็บไว้กับ PC เองอยู่เพราะว่ารู้สึกว่าจะแนบไปกับ OPD Card แล้วมันหาย ถ้าเราทำ ตามระบบก็แนบไว้ที่ OPD Card อย่างที่โรงพยาบาลขอนแก่นเขาก็จะแนบไว้ที่ OPD Card แล้วเขาก็ จะเอามาสรุปที่เพิ่มแล้วก็เก็บเป็นผลงานของ PC แต่เราเนี่ยปัญหาคือ 1. ไม่ได้แนบ OPD Card แล้ว ก็มันหายจากที่ผ่านมา พี่เลยเอามาเก็บเอง แล้วพี่ก็เลยรู้แค่คนเดียวมันก็เลยอาจจะไม่ต่อเนื่อง...”

(NU_KWH_02)

“...แปลว่าเราต้องไปสื่อสารกับพี่ที่ OPD เพื่อที่เขาจะได้แนบ OPD ให้ ถ้าเป็นวันหยุดเค้าก็ จะได้ลงบันทึกให้ได้ว่า คนไข้มีการใช้ยาอะไรได้รับการรักษาอะไรต่อเนื่องบ้าง แต่ว่าอาจจะต้องไป คุยกับ OPD เพราะว่าเขาอาจจะไม่ได้สแกนให้กับ PC เพราะว่าถ้าลงข้อมูลนี้มันก็ค่อนข้างจะ ครอบคลุม ซึ่งเราไม่ต้องเขียนเพิ่มแค่เขียนลงในช่องที่มีให้มันก็จะง่ายขึ้น” (NU_KWH_04)

“ที่มีฟอร์มตัวนี้มาเรายังไม่ได้สื่อสาร ก็เลยอาจจะรู้แค่บางคน ถ้าบางคนที่ได้เจอหน้างานก็จะได้เห็น ฉะนั้นถ้าเราทดลองแล้วได้ผลดีเราก็ต้องขยาย เพื่อที่จะได้เข้าใจตรงกัน ในเรื่องของรูปแบบเราดูแล้ว ค่อนข้างโอเคอยู่...”

(NU_KWH_06)

สำหรับแบบบันทึกการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองจะเริ่มการบันทึกตั้งแต่ ผู้ป่วยเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยพยาบาลผู้รับผิดชอบการดูแลแบบประคับประคอง และมีการติดตามอาการหรือปัญหาของผู้ป่วยโดยสหสาขาวิชาชีพคือ แพทย์ พยาบาล และเภสัชกร ส่วนที่ 1 จะเป็นการประเมินอาการเบื้องต้นของผู้ป่วย โดยพยาบาลผู้รับผิดชอบการดูแลแบบ ประคับประคองหรือแพทย์ ในการประเมินอาการของผู้ป่วย ปัญหาทางด้านสังคม จิตใจ หรือจิต วิญญาณ ข้อมูลในการติดตามที่ชุมชน ตลอดจนผลในการวางแผนการรักษา และแผนการจำหน่าย ผู้ป่วย (Advance care plan) ส่วนที่ 2 จะเป็นการส่งใช้ยาตามอาการต่าง ๆ และส่วนที่ 3 จะเป็นการติดตามปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา หรือปัญหาอื่น ๆ โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ (ภาพประกอบ 8)

WARD	ที่อยู่		สิทธิการรักษา
ชื่อ..... Admit.....	อายุ.....ปี Perception.....	HN..... 13หลัก.....	โทรศัพท์
Dx	Tx		
Metastasis			
Complication	U/D		
Symptom	Advance care Plan		
Psychological	ส่วนที่ 1		
Social and family			
Spiritual			
ชุมชน..... รพ.สต.รพ.			
วันที่/สถานที่			
V/S	BP / PR	BP / PR	BP / PR
	RR BT	RR BT	RR BT
PPS (0-100)			
Sedative Score 0-3			
Location of pain			
Type of pain			
Somatic, visceral			
Pain Score 0-10			
BTP / Incident pain			
Dyspnea & RS			
GI symptom			
Neuro			
อื่นๆ			
Medication Dose For around the clock ○ Pain ○ Dyspnea ○ อื่นๆ.....			ส่วนที่ ๒
Tramadol (50) /Tramadol inj.			
MST () 10 mg /MST () 30 mg			
Mo syrup (2mg/ml)			
Mo inj.(10 mg/ml)			
Fentanyl inj (50microgram/1ml)			
Fentanyl patch (12ug/hr.)			
Medication Dose For PRN ○ Pain ○ Dyspnea ○ อื่นๆ.....			
Mo syrup (2mg/ml)			
Mo inj. (10 mg/ml)			
Tramadol inj.			
Adjuvant Medication/ยาอื่นๆ			
Amitriptyline 10/25 mg			
Lactulose			
Hyoscine			
Lorazepam (0.5 mg)			
Midazolam			
Haloperidol			
ยาอื่นๆ			
ปัญหาในการใช้ยาและอื่น ๆ			
F/U			
พยาบาล PC/ แพทย์/เภสัชกร	ส่วนที่ 3		

ภาพประกอบ 8 แบบบันทึกการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง โรงพยาบาลเขาวง

2) การแก้ไขและการพัฒนาในด้านต่าง ๆ

จากการนำเอาข้อมูลจากการศึกษาในระยะเวลาที่ 2.1 และ 2.2 มาระดมสมองกับ ทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อจัดกลุ่มปัญหาและหาแนวทางการแก้ไขปัญหา ตลอดจนวางแผนเพื่อป้องกัน ไม่ให้เกินปัญหาขึ้นมาอีก ได้แก่ประเด็นปัญหาการรับบริการ เช่น การมารอรับบริการนาน แก้ปัญหา โดยการจัดช่องทางด่วนในการรับบริการ ตลอดจนคลินิกการดูแลระดับประคอง ระบบการปรึกษา แพทย์ล่วงหน้าในการปรับยาให้แก่ผู้ป่วย หรือการมารักษาแทนของญาติเพื่อลดระยะเวลาในการรอรับ บริการของผู้ป่วย เป็นต้น ประเด็นการแจ้งข่าวร้ายแก่ผู้ป่วย ให้ใช้แนวทางการแจ้งข่าวร้ายแก่ผู้ป่วย ของโรงพยาบาลเดิมที่มีอยู่แล้ว โดยแยกเป็นกรณีที่ญาติประสงค์ให้แจ้งแก่ผู้ป่วย หรือไม่ประสงค์ จะแจ้งข่าวร้ายแก่ผู้ป่วย เป็นต้น กิจกรรมเสริมแก่ผู้ป่วย ที่สหสาขาวิชาชีพได้ให้ข้อคิดเห็น ทั้งในส่วน ของข้อจำกัดด้านสถานที่ ที่อาจไม่เอื้อต่อการจัดกิจกรรม (ภาพประกอบ 9)



ภาพประกอบ 9 สรุปประเด็นปัญหาและแนวทางการแก้ไขปัญหาในการให้บริการการดูแลผู้ป่วยแบบ ประคับประคอง

(1) การสนับสนุนด้านนโยบายและการพัฒนาบุคลากร

การพัฒนาบุคลากรโดยมีการสนับสนุนเชิงนโยบายโดยผู้บริหารอนุมัติให้มีการจัดทำคำสั่งผู้ปฏิบัติงานในการดูแลแบบประคับประคองอันประกอบด้วยทีมสหสาขาวิชาชีพเป็นคณะกรรมการในการดูแล ตลอดจนมีสนับสนุนในการส่งบุคลากรเข้าร่วมการอบรม ศึกษาดูงาน และมีการประชุมวิชาการภายในองค์กร เพื่อพัฒนาความรู้ในการดูแลแบบประคับประคอง ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง การใช้ยา การใช้เครื่องมือในการให้ยาทางใต้ผิวหนัง และความรู้การจัดการด้านยา ตลอดจนการจัดการรายกรณี นอกจากนี้ยังมีการจัดตั้งศูนย์โฮมฮัก เป็นศูนย์การดูแลต่อเนื่องและการดูแลแบบประคับประคอง และมีการจัดตั้งคลินิกการดูแลแบบประคับประคองในทุกวันจันทร์ของสัปดาห์ เพื่อสามารถติดตามผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่องจากวันหยุดราชการ และสามารถบริหารจัดการผู้ป่วยได้ง่ายขึ้น

(2) การสนับสนุนอุปกรณ์

ได้มีการเสนอผู้บริหารในการจัดหาอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่ยังขาดแคลน ตลอดจนมีการจัดตั้งกองทุนเพื่อสนับสนุนในการจัดซื้ออุปกรณ์จำเป็นในการดูแลแบบประคับประคอง และมีการจัดกิจกรรมร้องเพลงเปิดหมวก เพื่อระดมทุน คือโครงการ โฮมถักร้อย ร่วมใจ ไม่ทิ้งใครไม่ข้างหลัง ได้นำเงินบริจาคจัดซื้ออุปกรณ์ทางการแพทย์ ได้แก่ เครื่องให้ยาต่อเนื่องทางใต้ผิวหนัง syringe driver ชุดอุปกรณ์ให้ออกซิเจน เตียงลม เป็นต้น ทั้งนี้ระยะแรก ได้รับการสนับสนุนให้ยืม Syringe driver จากโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ เพื่อให้บริการกับผู้ป่วยก่อน โดยปัจจุบัน ศูนย์โฮมฮักและคลินิกการดูแลแบบประคับประคอง มีอุปกรณ์ทางการแพทย์เพียงพอต่อการให้บริการผู้ป่วยแล้ว

(3) การสนับสนุนทางเทคโนโลยีและสื่อประชาสัมพันธ์

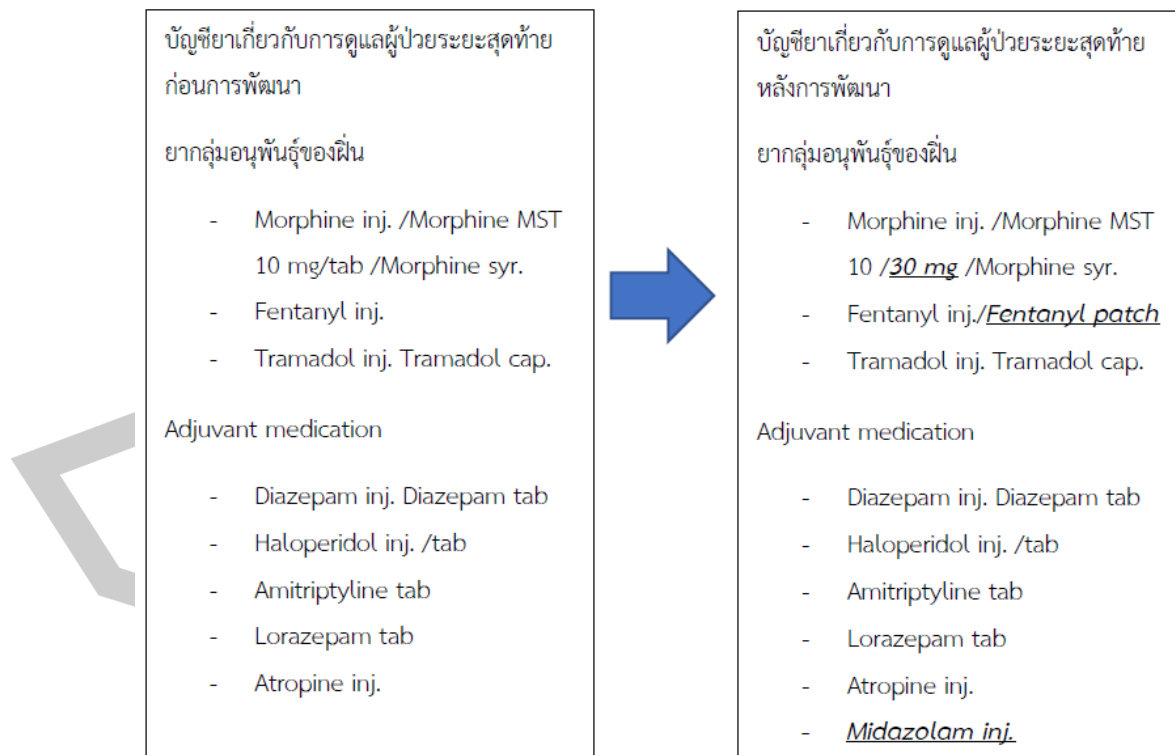
ได้มีการนำโปรแกรม one stop service มาใช้ร่วมกับ โปรแกรมฐานข้อมูล HosXP ของโรงพยาบาล เพื่อให้มีการลงข้อมูลที่ละเอียดและครอบคลุมมากขึ้น ตลอดจนการใช้การบริการรายกรณีผ่าน แอปพลิเคชัน Line เพื่อให้การส่งต่อข้อมูลมีความรวดเร็ว และสะดวกต่อการเข้าถึงมากยิ่งขึ้น นอกจากนี้ยังมีการจัดทำสื่อประชาสัมพันธ์ เพื่อเป็นประโยชน์ในการให้ข้อมูลผู้ป่วย ได้แก่ แผ่นพับการใช้ยาต่าง ๆ ตลอดจนพัฒนาฐานข้อมูลยาในโรงพยาบาลเพื่อให้มีคำแนะนำการใช้ยาแก่แพทย์ ผ่านฐานข้อมูล HosXP ตลอดจนจัดทำ วิดีทัศน์วิธีการใช้ Syringe driver เอกสารเกี่ยวกับการใช้ยา ในรูปแบบต่าง ๆ เพื่อเพิ่มพูนความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ปฏิบัติงานด้วย (ภาคผนวก ฐ)

(4) ระบบยาเสพติดในโรงพยาบาล

ผู้วิจัยได้เสนอให้แพทย์เสนอต่อคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด (PTC) ของโรงพยาบาล ให้มีการปรับปรุงบัญชียาในโรงพยาบาลให้มีความหลากหลายและเอื้อต่อการดูแลแบบประคับประคองมากขึ้น โดยเฉพาะกรณีผู้ป่วยไม่สามารถบริหารยาด้วยวิธีรับประทานได้ ได้แก่ Fentanyl patch เป็นต้น และเพิ่มยาในการจัดการอาการหายใจหอบเหนื่อยที่สามารถให้ทาง

ใต้ฉีควงหนึ่งต่อเนื่องได้ ได้แก่ Midazolam inj. เนื่องจาก Diazepam inj. ไม่สามารถให้ผ่าน syringe driver ได้ ดังจะเห็นการเปลี่ยนแปลงของบัญชียาที่มีในโรงพยาบาล ก่อน และหลังจากที่มีการพัฒนา ดังภาพประกอบ 10

นอกจากมีการปรับปรุงระบบการเบิกจ่ายยาเสพติดในโรงพยาบาลจากเดิม (ภาพประกอบ 11) ให้มีความยืดหยุ่นมากขึ้น โดยมีการสนับสนุนนโยบายจากผู้บริหารให้สามารถนำ ยาเสพติดที่เป็นยาฉีดออกไปใช้นอกโรงพยาบาลได้ ตลอดจนขยายจำนวนการจ่ายยา จากที่มีการ ระบุปริมาณชัดเจน โดยสามารถจ่ายยาเม็ดมอร์ฟีนได้เกิน 20 เม็ดเท่านั้น ให้สามารถจ่ายยาเสพติดได้ ตามจำนวนที่ผู้ป่วยต้องใช้จริงแต่ไม่เกิน 10 วันนับจากวันที่มีการจ่ายยา เช่น ผู้ป่วยรับประทายยา เม็ดมอร์ฟีน ครั้งละ 2 เม็ด ทุก 8 ชั่วโมง ก็สามารถจ่ายยาเม็ดมอร์ฟีนได้ 60 เม็ดตามผู้ป่วยใช้จริง เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีการเพิ่มระบบการติดตามการใช้ยาผู้ป่วย กรณียากินจากหออผู้ป่วย ให้เภสัชกร ประจำหออผู้ป่วยเป็นผู้ติดตามเพื่อป้องกันการสูญหาย และมีแบบฟอร์มการส่งคืนยาจากหออผู้ป่วยเพื่อ เป็นการตรวจสอบระหว่างพยาบาลและเภสัชกรในการคืนยาของผู้ป่วย กรณีผู้ป่วยนำยากลับไป บริหารต่อที่บ้าน เพิ่มให้มีระบบการติดตามการใช้ยาทางโทรศัพท์โดยเภสัชกรและพยาบาล ผู้รับผิดชอบการดูแลแบบประคับประคอง ตลอดจนมีการติดตามยาเหลือที่บ้านและการคืนยาเมื่อ ผู้ป่วยเสียชีวิต (ภาพประกอบ 12)



ภาพประกอบ 10 บัญชีรายการยาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ก่อนและหลังที่มีการพัฒนา

กรณีผู้ป่วยนอนโรงพยาบาล

แพทย์สั่งจ่ายยา พร้อมใบ ยส.5

พยาบาลประจำหอผู้ป่วย ประสาน
เรื่องยา / คินยา

เภสัชกรประจำหอผู้ป่วยรับคำสั่ง จ่ายยาและตัด
stock จัดทำใบบันทึกการใช้ยา + ประทับตรา
โรงพยาบาล+แพทย์ลงนาม
***จ่ายยา MST (10) ได้ไม่เกิน 20 เม็ด
**ไม่อนุญาตให้นำยาฉีดออกนอกโรงพยาบาล

ผู้ป่วยลงนามในใบลงชื่อรับยา / บันทึกการกินยาและนำ
ชากแผงมาด้วยเมื่อรับยาครั้งต่อไป

กรณีผู้ป่วยนอก

แพทย์สั่งจ่ายยา พร้อมใบ ยส.5

เภสัชกรรับคำสั่ง จ่ายยาและตัด stock จัดทำใบบันทึก
การใช้ยา + ประทับตราโรงพยาบาล+แพทย์ลงนาม
***จ่ายยา MST (10) ได้ไม่เกิน 20 เม็ด
**ไม่อนุญาตให้นำยาฉีดออกนอกโรงพยาบาล

ผู้ป่วยลงนามในใบลงชื่อรับยา / บันทึกการกินยาและ
นำชากแผงมาด้วยเมื่อรับยาครั้งต่อไป

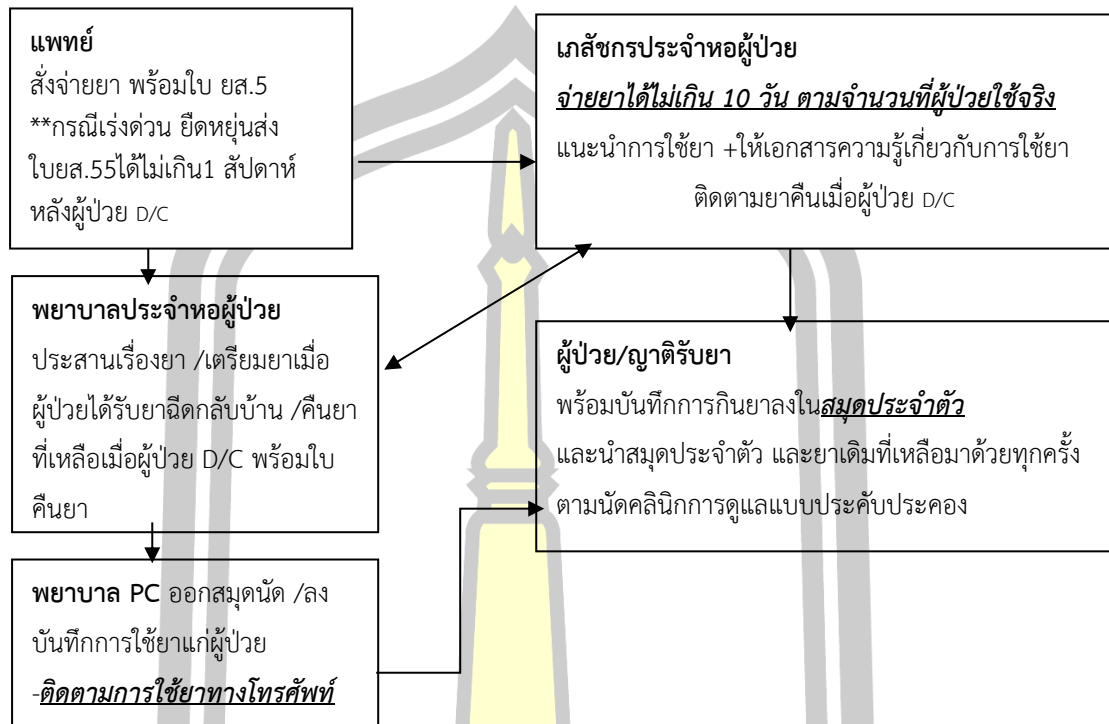
**stock ward IPD1 /IPD 2 /ER /OR +LR

Morphine inj. 10-amp, Pethidine inj.10-amp พยาบาลหัวหน้าเวรเป็นผู้เบิก แนบใบเบิกพร้อม Amp.เปล่า
และ ยส.5 **ไม่อนุญาต เบิก-จ่ายยานอกเวลาราชการ

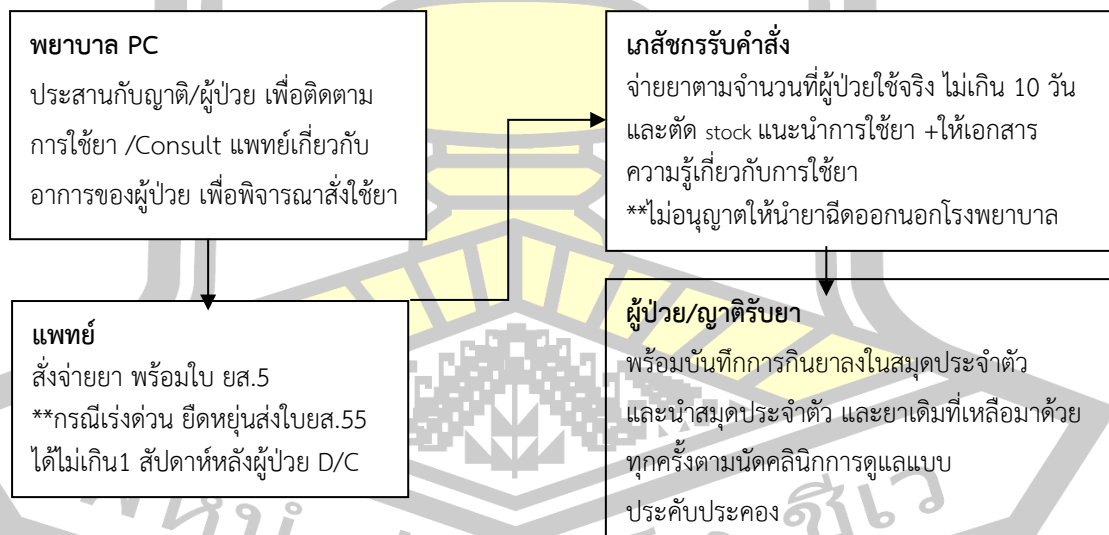
ภาพประกอบ 11 ระบบการเบิกจ่ายยาเสพติดในผู้ป่วยระยะสุดท้ายก่อนการพัฒนา



กรณีผู้ป่วยนอนโรงพยาบาล



กรณีผู้ป่วยนอก คลินิกการดูแลแบบประคับประคอง



**stock ward IPD1 /IPD 2 /ER OR +LR /ศูนย์โฮมฮัก

Morphine inj. 10 amp, Pethidine inj.10 amp พยาบาลหัวหน้าเวรเป็นผู้เบิก แนบใบเบิกพร้อม Amp.เปล่า และ ยส.5 และลงบันทึกจำนวนการใช้ยาในหอผู้ป่วยด้วย **อนุญาต เบิก-จ่ายยานอกเวลาราชการที่มี เภสัชกรปฏิบัติงาน ***

ภาพประกอบ 12 ระบบการเบิกจ่ายยาเสพติดในผู้ป่วยระยะสุดท้ายหลังการพัฒนา

4.2.3.4 ระบบงานในคลินิกการดูแลแบบประคับประคองหลังจากการพัฒนา

มีการจัดตั้งคลินิกการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย แบบประคับประคอง ทุกวันจันทร์ โดยมีผู้รับผิดชอบเป็นสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ เภสัชกร และพยาบาล โดยกำหนดหน้าที่ดังนี้

1) แพทย์ เป็นผู้วินิจฉัยและตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษา ครอบคลุมทุกด้านของผู้ป่วย

2) เภสัชกร เป็นผู้รับผิดชอบด้านยา ให้คำแนะนำ ติดตามการใช้ยา หรือให้คำปรึกษาแก่สหสาขาวิชาชีพ

3) พยาบาล เป็นผู้ประสานงานหลักในการดูแลผู้ป่วย รับผิดชอบในด้านการพยาบาล ตลอดจนการดูแลผู้ป่วยแบบต่อเนื่อง

ทั้งนี้กรณีผู้ป่วยนอก การให้บริการในคลินิก จะเน้นผู้ป่วยและผู้ดูแลเป็นศูนย์กลาง หากผู้ป่วยไม่สามารถมาด้วยตัวเอง จะมีการติดตามผู้ป่วย หรือให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ และจะมีการประสานงานจุดต่าง ๆ ล่วงหน้าเพื่อลดระยะเวลาการรับบริการของผู้ป่วย ตลอดจนมีการบันทึกอาการของผู้ป่วยลงในแบบบันทึกผู้ป่วยในเวชระเบียนผู้ป่วยนอกทุกครั้งและแบบบันทึกการดูแลแบบประคับประคองเพื่อติดตามความต่อเนื่องในการรักษา และให้ผู้ป่วยหรือญาติญาติที่เหลื่อมมาด้วยทุกครั้ง เพื่อประเมินการใช้ยา และพิจารณาในการปรับยาให้เหมาะสมกับอาการของผู้ป่วย รวมถึงการติดตามดูแลญาติหลังจากการจากไปของผู้ป่วยเพื่อให้คำแนะนำ และดูแลสภาวะจิตใจตามความเหมาะสมด้วย

กรณีผู้ป่วยนอนโรงพยาบาล จะมีกิจกรรมในการตรวจเยี่ยม Morning ward round เพื่อค้นหาผู้ป่วยเชิงรุก ตลอดจนเยี่ยมและประเมินผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล เพื่อติดตามอาการและวางแผนจำหน่าย และการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน

กรณีเยี่ยมติดตามผู้ป่วยที่บ้าน จะกำหนดวันในการเยี่ยมติดตามผู้ป่วยในช่วงบ่ายของวันอังคารและวันพฤหัสบดี แต่หากมีผู้ป่วยรายที่จำเป็นต้องได้รับการเยี่ยมติดตามก่อนได้

4.2.3.5 แนวทางการดูแลแบบประคับประคองที่ได้จากการพัฒนา

จากการระดมสมองของทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้มีการพัฒนาแนวทางการดูแลแบบประคับประคอง ให้มีความชัดเจนมากขึ้น ภายใต้แนวคิดแบบ Khaowong's Model (ภาพประกอบ 13) ที่สอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาลเขาวง จากการระดมสมองเพื่อให้เกิดการพัฒนาที่ครอบคลุมกับปัญหาที่ได้จากการศึกษาในระยะที่ 1 และ 2.1 โดยสามารถเสนอการแก้ไขในแต่ละด้านได้ดังนี้

1) ระบบยาในการดูแลแบบประคับประคอง มีการนำข้อมูลในระยะที่ 1 และ 2.1 มาประกอบในการระดมสมอง มีการจัดทำ Palliative care order set เพื่อเป็นแนวทางการใช้

ยาในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่ชัดเจนมากยิ่งขึ้น และมีการปรับปรุงระบบยาเสพติดในโรงพยาบาลให้มีความยืดหยุ่นมากยิ่งขึ้น

2) ระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองผู้ป่วยนอนโรงพยาบาลให้มีการแยกกลุ่มผู้ป่วย เป็น 2 กลุ่มหลัก คือ 1. กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อจากโรงพยาบาลอื่น ๆ และ 2. กลุ่มผู้ป่วยที่เริ่มการรักษาแบบประคับประคองที่โรงพยาบาลเขาวง เพื่อให้มีการประเมินผู้ป่วย วางแผนการรักษา (Advance care plan) วางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย และดำเนินการดูแลผู้ป่วยที่เหมาะสม ตลอดจนมีการค้นหาผู้ป่วยเชิงรุก ด้วยกิจกรรม Morning ward round โดยพยาบาล ผู้รับผิดชอบการดูแลแบบประคับประคอง หรือทีมการดูแลแบบประคับประคอง ตลอดจนการรับบริการปรึกษารายกรณีจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล เครือข่าย และจากชุมชนทาง Line เพื่อให้ผู้ป่วยรายที่ไม่ได้เข้ามารับบริการที่โรงพยาบาลสามารถเข้าถึงการรักษาได้

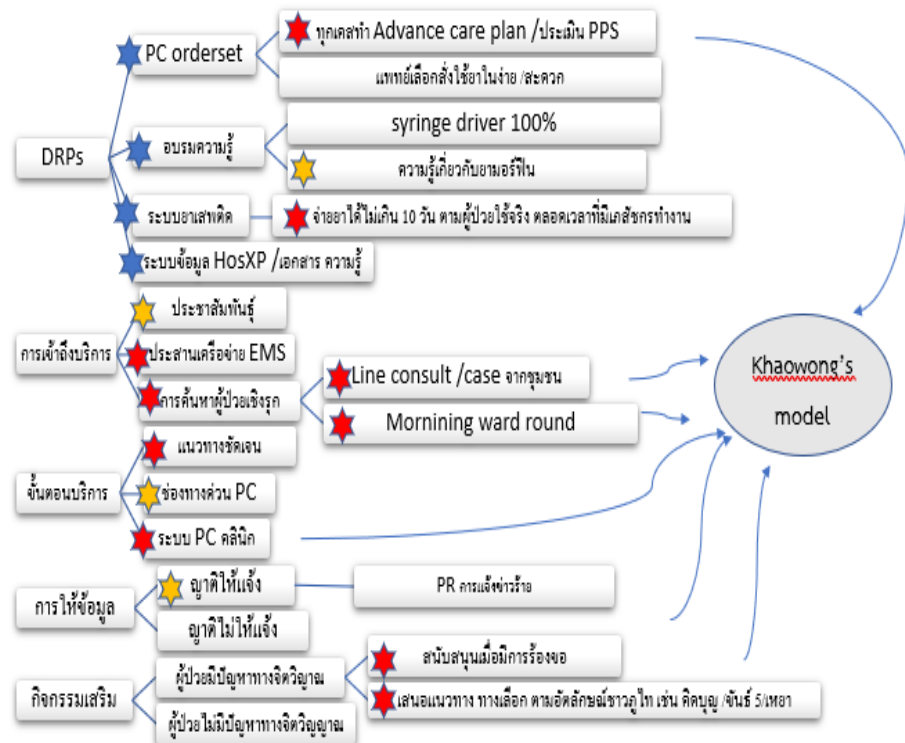
3) ระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง เน้นการติดตามต่อเนื่อง หลังจากที่ผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยใช้แบบบันทึกการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่พัฒนาขึ้น ตลอดจนปรับปรุงให้มีช่องทางด่วนในการรับบริการของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ระบบนัดให้สอดคล้องกับการได้รับยาของผู้ป่วย และจัดให้มีคลินิกการดูแลแบบประคับประคอง ตลอดจนให้มีการส่งปรึกษาในรายกรณี สำหรับผู้ป่วยที่ไม่เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเขาวง

4) การติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน มีการแบ่งกลุ่มผู้ป่วยตามระดับของผู้ป่วยระยะสุดท้าย (PPS) ให้ให้พิจารณาลำดับความเร่งด่วนของการติดตามผู้ป่วยที่บ้านได้ โดยให้มีการติดตามเยี่ยม ภายใน 1-3 วันหลังได้รับ Consult ในผู้ป่วยที่มีค่า PPS 30-10 % PC ติดตามเยี่ยม 1 ครั้ง/สัปดาห์ ในผู้ป่วย PPS 60-40 % และติดตามทางโทรศัพท์ในผู้ป่วยที่ PPS 70-100 % และมีระบบการติดตามทางโทรศัพท์ของผู้ป่วยที่นับว่ามีความสำคัญมากในการติดตามอาการของผู้ป่วยในพื้นที่เขตรอยต่อ อำเภอนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์ และอำเภอบ้านค้อ ดงหลวง คำชะอี จังหวัดมุกดาหาร

5) เนื่องจากประชากรในพื้นที่ของอำเภอใกล้เคียงส่วนใหญ่ประกอบด้วยชาติพันธุ์ไท ซึ่งมีความเชื่อว่าการเสียชีวิตที่ดีคือการเสียชีวิตที่บ้านในบรรยากาศของครอบครัวและสถานที่อันเป็นที่รัก จึงมีการนำเอาอัตลักษณ์ของชาติพันธุ์ไทซึ่งเป็นกลุ่มชาติพันธุ์หลักในพื้นที่รับผิดชอบ ในการจัดกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง เพื่อให้สอดคล้องกับความเชื่อทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยและญาติ ตามความต้องการของผู้ป่วย เช่น การเลี้ยงผีด้วยพิธีเหยา การขมากรรมด้วย การจัดดอกไม้ และเทียน การแต่งขันธ 5 ตลอดจนเจ้าหน้าที่ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยร่วมทำการขมากรรมด้วยหรือการอำนวยความสะดวกในการจัดศาสนาพิธีในโรงพยาบาล เป็นต้น และหากผู้ป่วยมีความประสงค์จะขอกลับไปเสียชีวิตที่บ้านนั้นจะมีการเตรียมการและนำส่งผู้ป่วยโดยทีมสหสาขาวิชาชีพด้วย

ระบบการดูแลแบบประคับประคอง Khaowong 's Model

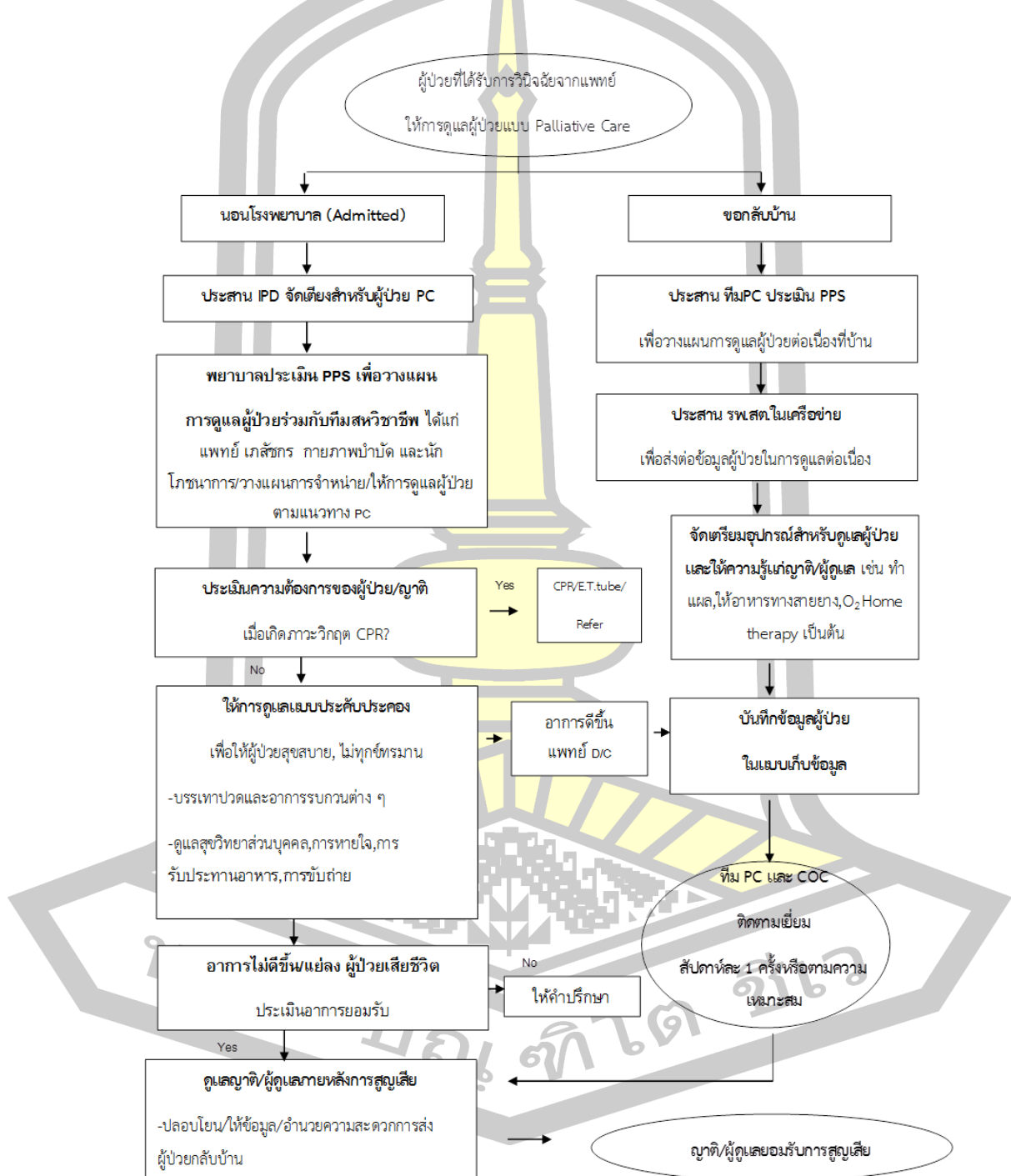
★ แทนข้อมูลอ้างอิงจากการศึกษาระยะที่ 1 ★ แทนข้อมูลอ้างอิงจากการศึกษาระยะที่ 2.1 ★ แทนข้อมูลอ้างอิงจากการศึกษาระยะที่ 2.3



ภาพประกอบ 13 ระบบการดูแลแบบประคับประคอง Khaowong 's Model

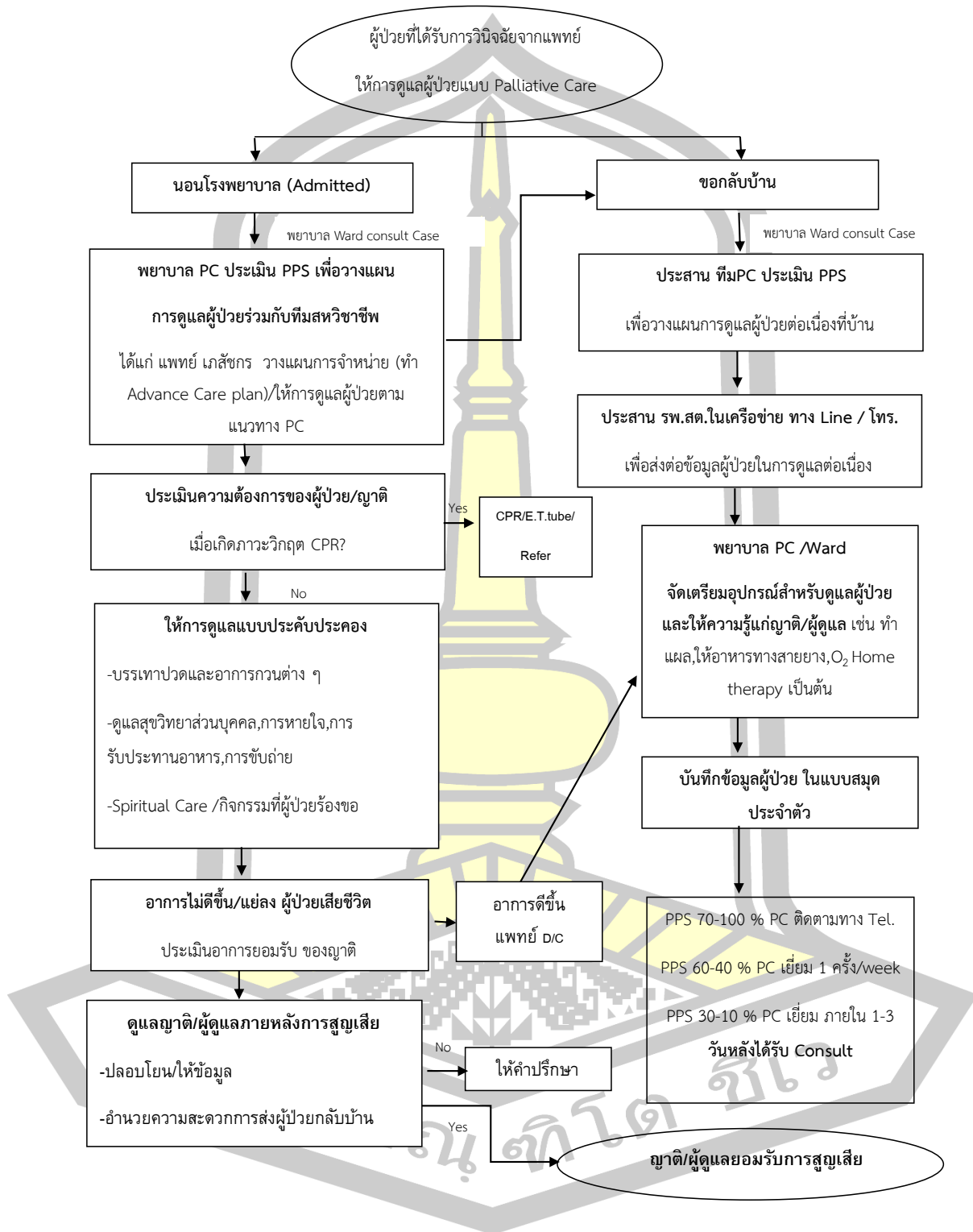
นอกจากนี้ยังได้มีการดำเนินการวิจัยในงานประจำเรื่องการพัฒนาการเข้าถึงการดูแลแบบประคับประคอง ณ โรงพยาบาลเขาวง ร่วมกับพยาบาลผู้รับผิดชอบการดูแลแบบประคับประคอง แล้วพบว่าหลังจากที่มีการพัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการตั้งแต่เดือน กุมภาพันธ์ ถึง เมษายน 2561 มีผู้ป่วยที่ได้รับการลงทะเบียนในการดูแลแบบประคับประคองทั้งสิ้น 35 ราย เพศชาย (18 ราย คิดเป็นร้อยละ 51.42) อายุเฉลี่ย 67.57 ปี เป็นผู้ป่วยโรคมะเร็ง (21 ราย คิดเป็นร้อยละ 60) ซึ่งได้รับการทำ Advance care plan ทุกรายเสียชีวิตที่บ้านอย่างสงบ 17 ราย(คิดเป็นร้อยละ 94.44) และประสงค์ที่จะเสียชีวิตในโรงพยาบาล 1ราย (คิดเป็นร้อยละ 5.55) ทั้งนี้งานวิจัยในงานประจำดังกล่าวนี้ได้รับการคัดเลือกให้นำเสนอแบบPoster presentation ในงาน 4th National Palliative care and Hospice care conference 2018 เมื่อ 6-8 มิถุนายน พ.ศ. 2561 ด้วย

สำหรับแนวทางการดูแลแบบประคับประคองเดิม ได้แสดงไว้ในภาพประกอบ 14 และแนวทางการดูแลแบบประคับประคองที่ได้พัฒนาขึ้นแสดงใน ภาพประกอบ 15 ทั้งนี้ได้มีแจ้งให้เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทราบ และมีการนำเอาแนวทางการดูแลแบบประคับประคองไปปรับใช้และวางแผนการเก็บผลลัพธ์ของการใช้แนวทางการดูแลแบบประคับประคองต่อไป

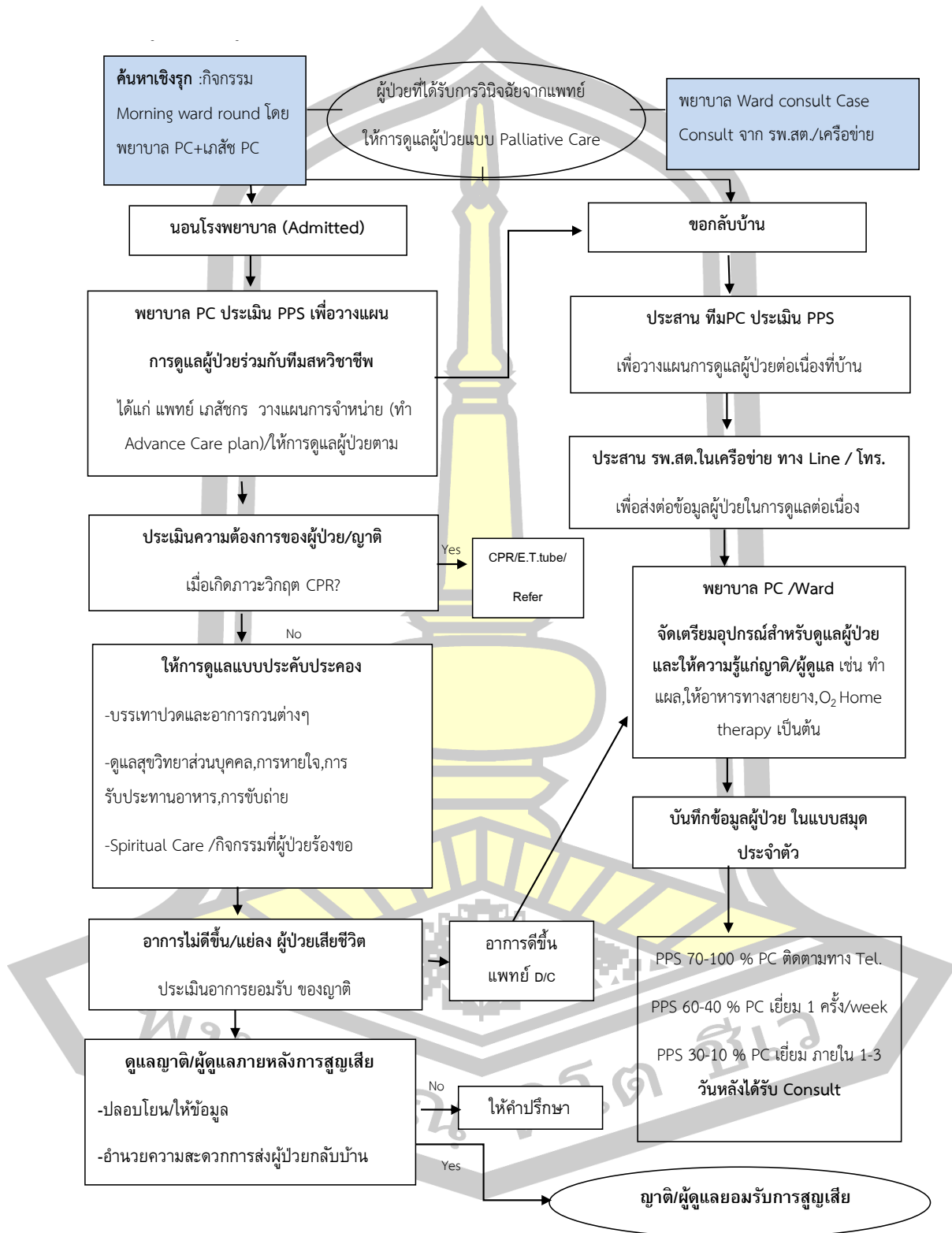


ภาพประกอบ 14 แนวทางการดูแลรักษาแบบประคับประคอง (Palliative care) ก่อนการพัฒนา

1. กรณีผู้ป่วยส่งต่อจากโรงพยาบาลอื่น



2. กรณีผู้ป่วยเริ่มการดูแลแบบประคับประคองที่โรงพยาบาลเขาวง



ภาพประกอบ 15 แนวทางการดูแลรักษาแบบประคับประคอง (Palliative care) หลังการพัฒนา

บทที่ 5

สรุปผล อภิปราย และข้อเสนอแนะ

5.1 สรุปผล

จากการศึกษาเพื่อสำรวจสาเหตุและปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา ผู้ป่วยทั้งหมด 35 ราย ส่วนใหญ่ เป็นเพศชาย พบปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาขณะนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 1.17 ครั้ง ต่อผู้ป่วย 1 ราย ปัญหาที่พบมากที่สุดคือ Effect of drug treatment not optimal (16 ครั้ง, ร้อยละ 39.02) และปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาที่พบในใบสั่งยากลับบ้าน เฉลี่ย 1.16 ครั้ง/ผู้ป่วย 1 ราย ปัญหาที่พบมากที่สุดคือ Effect of drug treatment not optimal ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาในการรับบริการแบบผู้ป่วยนอกเฉลี่ย 1.30 ครั้ง ต่อผู้ป่วย 1 ราย และปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาที่พบจากบันทึกการเยี่ยมบ้านเฉลี่ย 1.16 ครั้ง/ผู้ป่วย 1 ราย สาเหตุของปัญหาส่วนใหญ่ได้แก่ Inappropriate drug according to guidelines/formulary นอกจากนี้ยังพบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างระดับความปวดและปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาขณะนอนโรงพยาบาล ($P=0.046$)

สำหรับการศึกษาเชิงคุณภาพในระยะที่ 2.1 นั้น จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและผู้ดูแลของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย จำนวน 8 ราย ทำให้ทราบมุมมองเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง การยอมรับและการจัดการตนเองของผู้ป่วยต่ออาการเจ็บป่วย การใช้ยามอร์ฟีนในการจัดการอาการของผู้ป่วย ปัญหาด้านอื่น ๆ ของผู้ป่วย ตลอดจนประเด็นปัญหาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง โดยประเด็นปัญหาที่ได้รับการสะท้อน ได้แก่ ปัญหาการเข้าถึงบริการที่ผู้ป่วยยังไม่ทราบว่าทางโรงพยาบาลมีการดูแลแบบประคับประคอง ปัญหาระยะเวลาอนานในการรับบริการ ปัญหาได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาไม่เพียงพอ ตลอดจนได้เสนอแนะแนวทางในการแก้ไข ปัญหาต่าง ๆ เช่น เพิ่มการประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับการให้บริการของทางโรงพยาบาล การจัดทำเอกสารให้ความรู้ แผ่นพับ ต่าง ๆ การจัดให้มี ช่องทางด่วน ในการรับบริการของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย เป็นต้น ตลอดจนผู้ป่วยส่วนใหญ่สนับสนุนให้มีการจัดกิจกรรมเสริมแก่ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายได้แก่ กิจกรรมทางศาสนา กิจกรรมการรวมกลุ่มของผู้ป่วยมะเร็ง เป็นต้น

การศึกษาระยะที่ 2.2 เป็นการ ดูงานและถอดบทเรียนการพัฒนากระบวนการดูแลแบบประคับประคอง ณ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์นั้น จากการสัมภาษณ์บุคลากรทางการแพทย์ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล และเภสัชกร ผู้มีประสบการณ์ในการพัฒนาการดูแลแบบประคับประคอง ทำให้ทราบถึงแนวทางการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ตลอดจน

ปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดการพัฒนา ได้แก่ 1.ปัจจัยด้านนโยบาย ที่ผู้บริหารให้การสนับสนุน และเห็นความสำคัญของการพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคอง 2.ปัจจัยด้านบุคลากรที่มี องค์กรส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาบุคลากรด้วยการส่งเสริมให้เกิดการอบรม เพื่อพัฒนาความรู้และทักษะ ทั้งในโรงพยาบาลและนอกโรงพยาบาล 3.ปัจจัยด้านวัสดุ อุปกรณ์ งบประมาณ และเทคโนโลยี ที่ทำให้โรงพยาบาลมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น นอกจากนี้ ยังได้เรียนรู้ปัญหาและอุปสรรคในการพัฒนา ตลอดจนแนวทางการแก้ไขปัญหาระหว่างการพัฒนา ตลอดจนได้แลกเปลี่ยน เรียนรู้ และได้รับคำปรึกษา ตลอดจนการสนับสนุนให้ยืมอุปกรณ์ทางการแพทย์ ในช่วงแรกของการดำเนินการพัฒนาการดูแลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลเขาวงอีกด้วย

นอกจากนี้ ยังได้มุมมองของบุคลากรที่มีประสบการณ์ในการพัฒนาการดูแลแบบประคับประคอง ในการทำงานร่วมกันแบบทีมสหสาขาวิชาชีพ และการพัฒนาระบบอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดความสำเร็จในการพัฒนาการดูแลแบบประคับประคอง

การศึกษาในระยะที่ 2.3 ระดมสมองของทีมสหสาขาวิชาชีพในโรงพยาบาลเขาวง จากการศึกษาสนทนากลุ่ม ได้สะท้อนทราบถึงมุมมองของสหสาขาวิชาชีพต่อปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา ตลอดจนร่วมกันหาแนวทางในการแก้ไข โดยสหสาขาวิชาชีพส่วนใหญ่เห็นด้วยกับวิธีการแก้ไขปัญหาดังกล่าว มุมมองของสหสาขาวิชาชีพต่อเภสัชกร และมุมมองต่อปัญหาต่าง ๆ ในการดูแลแบบประคับประคอง ได้แก่ปัญหาเกี่ยวกับการเข้าถึงบริการ ขั้นตอน ตลอดจนร่วมกันหาแนวทางในการแก้ไข ปัญหาดังกล่าว นอกจากนี้ยังมีการสะท้อนถึงทัศนคติของเจ้าหน้าที่ ในการให้การดูแลแบบประคับประคอง และการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยอีกด้วย

สำหรับการพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายนั้น ได้มีการสนับสนุน ปรับปรุง เปลี่ยนแปลงในด้านต่าง ๆ ดังนี้

1) ด้านนโยบาย ผู้บริหารได้สนับสนุนให้มีการพัฒนาการดูแลแบบประคับประคอง และมีคำสั่งในการแต่งตั้งผู้รับผิดชอบการดูแลแบบประคับประคอง การจัดตั้งศูนย์โฮมฮัก และคลินิกการดูแลแบบประคับประคอง

2) ด้านบุคลากร มีการพัฒนาบุคลากร โดยให้มีการอบรมเพื่อพัฒนาความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ทั้งในและนอกโรงพยาบาล

3) ด้านวัสดุ อุปกรณ์ งบประมาณ และเทคโนโลยี มีการจัดซื้ออุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง การสนับสนุนด้านงบประมาณและจัดตั้งกองทุนเพื่อสนับสนุนการดูแลแบบประคับประคอง ตลอดจนมี โปรแกรมที่เอื้อต่อการทำงาน

สำหรับระบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่ได้พัฒนาขึ้น ได้มีการกำหนดหน้าที่ ของสหสาขาวิชาชีพอย่างชัดเจน ได้แก่

1) แพทย์ เป็นผู้วินิจฉัยและตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษา ครอบคลุมทุกด้านของผู้ป่วย

2) เกสัชกร เป็นผู้รับผิดชอบด้านยา ให้คำแนะนำ ติดตามการใช้ยา หรือให้คำปรึกษา แก่สหสาขาวิชาชีพ

3) พยาบาล เป็นผู้ประสานงานหลักในการดูแลผู้ป่วย รับผิดชอบในด้านการพยาบาล ตลอดจนการดูแลผู้ป่วยแบบต่อเนื่อง

อีกทั้งมีเกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ป่วยที่มีความชัดเจนมากขึ้น และเน้นการดูแลผู้ป่วยครอบคลุมทุกด้านตลอดจนการดูแลญาติผู้ป่วยภายหลังจากการเสียชีวิตให้เพิ่มเติมข้อมูลที่เป็น Output ทั้งหมด ในส่วนนี้ด้วยนะคะ –แบบฟอร์ม, ยาในบัญชี รพ. ที่เพิ่มขึ้น, และอื่นๆๆ ที่นอกเหนือจากข้างต้น

5.2 อภิปรายผลการศึกษา

การศึกษานี้ทำให้ทีมสหสาขาวิชาชีพทราบถึงปัญหาที่เกี่ยวข้องกับยาที่เกิดขึ้นจริง สาเหตุของปัญหาดังกล่าว และแลกเปลี่ยนมุมมองที่มีต่อปัญหาร่วมกัน อีกทั้งมีการค้นหาปัญหาที่เกิดขึ้นเกี่ยวกับระบบบริการในมุมมองของผู้รับบริการ นอกจากนี้การศึกษานี้ยังทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างหน่วยงาน การระดมความคิดระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้เกิดแนวทางการดูแลแบบประคับประคองที่สอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาลเขาวงมากที่สุด ตลอดจนการนำไปประยุกต์ใช้ในโรงพยาบาลชุมชนที่มีบริบทใกล้เคียงกัน สำหรับการอภิปรายผลการศึกษารั้งนี้จะพิจารณาในประเด็นต่าง ๆ แบ่งตามการศึกษาทั้ง 4 ระยะดังนี้

5.2.1 อภิปรายผลการศึกษาระยะที่ 1 การศึกษาเชิงพรรณนาแบบย้อนหลัง

จากผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย มีระดับความเจ็บปวดอยู่ในระดับปวดรุนแรง มีระดับของผู้ป่วยระยะสุดท้ายอยู่ระหว่างผู้ป่วยที่มีอาการคงที่กับผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่จำเป็นต้องใช้ยากลุ่มอนุพันธ์ของฝิ่นนั้นได้รับการสั่งใช้ยามากกว่าร้อยละ 50 โดยรูปแบบการสั่งใช้ยานั้นมีความหลากหลาย และแตกต่างกันออกไปในผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งปัญหาที่เกี่ยวข้องเนื่องกับการใช้ยาขณะนอนโรงพยาบาลที่พบนั้นก็มีความหลากหลายเช่นเดียวกัน แต่ที่พบมากที่สุดกลับเป็นปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา โดยมักมีสาเหตุมากจากการเลือกสั่งใช้ยา นอกจากนี้ยังพบประเด็นปัญหาที่คลุมเครือ และขาดการประเมินติดตามเช่น ขาดการประเมินระดับความปวด ทำให้ไม่สามารถทราบถึงประสิทธิผลของการรักษาอีกด้วย

จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยได้รับยามอร์ฟินในการบรรเทาปวดมากกว่ายากลุ่มอนุพันธ์ของฝิ่นชนิดอื่น ๆ สอดคล้องกับการศึกษาของ Erlenwein และคณะ (39) ที่พบว่ามีการใช้ยามอร์ฟินมากที่สุด แต่ขนาดยากลุ่มอนุพันธ์ของฝิ่นที่ผู้ป่วยได้รับนั้นค่อนข้างมีความแตกต่างกันในผู้ป่วยแต่ละราย โดยขนาดยาที่ผู้ป่วยได้รับต่อวันมากที่สุดขณะนอนโรงพยาบาล คือ Morphine 20

มิลลิกรัมต่อวันซึ่งใกล้เคียงกับสัดส่วนของปริมาณมอร์ฟีนที่ผู้ป่วยได้รับต่อการรับบริการ จากการศึกษาของ Pranee Suecharoen และคณะ⁽⁴⁰⁾ และจากการศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ขนาดยาที่ทำให้เกิดการเสียชีวิตจากยาในกลุ่มอนุพันธ์ของฝิ่นเกินขนาด พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับขนาดยา 1-20 มิลลิกรัมต่อวัน มีจำนวนของผู้ป่วยที่เกิดการเสียชีวิตจากยาในกลุ่มอนุพันธ์ฝิ่นเกินขนาดน้อยกว่ากลุ่มที่ได้ขนาดยาสูงกว่านี้มาก⁽⁴¹⁾ ซึ่งผลการศึกษาไม่พบผู้ป่วยที่มีแนวโน้มจะมีการอันนำไปซึ่งการเสียชีวิตเนื่องจากยาเกินขนาด

นอกจากนี้การศึกษาของ Anon Sathornviriyapong และคณะ⁽⁴²⁾ ได้ศึกษาเกี่ยวกับขนาดยาในกลุ่มอนุพันธ์ของฝิ่น พบว่าขนาดยาเทียบเท่ากับมอร์ฟีนมากกว่าหรือน้อยกว่า 30 มิลลิกรัมต่อวันนั้น ไม่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผู้ป่วยที่ได้รับขนาดยาที่แตกต่างกัน แต่มีแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของระดับของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองไม่ต่างกัน เช่นเมื่อผู้ป่วยกลับมาใช้บริการแบบผู้ป่วยนอกแล้วมีค่าระดับของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองลดลง แม้จะได้รับยามอร์ฟีนในปริมาณแตกต่างกัน

ปี พ.ศ.2557 Miura และคณะ⁽²⁷⁾ ได้ทำการศึกษาโดยการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยย้อนหลัง พบปัจจัยที่มีผลต่อการเพิ่มขนาดยามอร์ฟีนคือ อาการหายใจลำบาก (dyspnea) อายุที่น้อยกว่า 65 ปี และขนาดยามอร์ฟีนที่ได้รับน้อยกว่า 50 มิลลิกรัมต่อวัน มีผลทำให้เกิดการเพิ่มขึ้นของการใช้ยามอร์ฟีนในการจัดการอาการของผู้ป่วย ซึ่งในการประเมินอาการหายใจลำบากนั้น จากผลการศึกษายังมีการประเมินค่อนข้างน้อย ซึ่งหากสามารถประเมินได้ อาจเห็นแนวโน้มของการปรับเพิ่มขึ้นของขนาดยา

ปัญหาที่เกี่ยวข้องเนื่องกับการใช้ยาในการเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลนั้น มีจำนวนปัญหาเฉลี่ยต่อผู้ป่วยใกล้เคียงกับการศึกษาก่อนหน้านี้⁽⁹⁾ โดยปัญหาที่พบมากที่สุด คือ Effect of drug treatment not optimal และสาเหตุของปัญหาดังกล่าวสามารถเชื่อมโยงได้กับสาเหตุที่ทำให้เกิดปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาที่พบบ่อย คือ ขาดการสั่งจ่ายควบคุมอาการตลอดทั้งวัน (Dose for Around the clock) หรือมีการสั่งเฉพาะยาแบบให้ตามอาการ จึงทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมอาการปวดได้และมีอาการ Breakthrough pain แม้ผู้ป่วยจะได้รับยาลดอาการปวดแล้ว อีกทั้งยังพบการสั่งจ่ายยาที่มีความถี่น้อยกว่าระยะเวลาที่ยา Morphine สามารถออกฤทธิ์ได้ เช่น Morphine 3 mg iv q 6 hr. ทำให้การได้รับยาของผู้ป่วยมีความถี่ที่ไม่สัมพันธ์กับระยะเวลาในการออกฤทธิ์ของยา Morphine ที่มีระยะเวลาการออกฤทธิ์ประมาณ 2-4 ชั่วโมง นอกจากนี้ยังพบว่ามีการปรับยาในสัดส่วนที่ค่อนข้างต่ำ และมักเป็นการปรับความถี่ของการให้ยามากกว่าการปรับขนาดยาให้สัมพันธ์กับอาการปวดของผู้ป่วย ทำให้ขนาดยาดำเนินไป จึงไม่เพียงพอที่จะควบคุมอาการปวดของผู้ป่วย

อาการไม่พึงประสงค์ที่พบจากการใช้ยาที่พบขณะนอนโรงพยาบาล คือ อาการท้องผูก ซึ่งพบบ่อยและไม่สัมพันธ์กับขนาดยากลุ่มอนุพันธ์ของฝิ่น แต่น่าจะป้องกันได้ ด้วยการให้ยาระบายแก่ผู้ป่วย แต่กลับพบว่าผู้ป่วยที่มีอาการท้องผูกหลังได้รับยามอร์ฟิน ยังขาดการให้ยาระบาย จึงทำให้เกิดปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา และยังพบการบันทึกอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาที่ค่อนข้างน้อย อาจไม่สะท้อนข้อมูลการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยากลุ่มอนุพันธ์ของฝิ่นที่แท้จริงของผู้ป่วย

เนื่องจากการศึกษาเชิงพรรณนาแบบย้อนหลังจึงมีข้อจำกัดในการได้มาซึ่งข้อมูลอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาที่ได้จากการบันทึกไว้ในเวชระเบียนเท่านั้น ทั้งนี้ ข้อมูลในการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาของผู้ป่วย นับเป็นส่วนสำคัญที่จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความร่วมมือในการใช้ยา ดังเช่นข้อมูลที่ได้จากการเยี่ยมบ้านพบว่าผู้ป่วยที่รับประทานยามอร์ฟิน แล้วเกิดอาการคลื่นไส้อาเจียนมาก จนไม่สามารถรับประทานยาได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยหยุดการใช้ยาเอง (No effect of drug treatment/therapy failure) ดังนั้นจึงควรให้มีการติดตามการใช้ยากลุ่มอนุพันธ์ของฝิ่นเชิงรุก และติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น เช่น การประเมินและบันทึกข้อมูลการประเมินการง่วงซึม (Sedation score) เพื่อเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์จากยาที่เกินขนาด อาการปัสสาวะคั่ง ปากแห้ง คอแห้ง คลื่นไส้ อาเจียน เป็นต้น ตลอดจนการให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาและการปฏิบัติตัวเพื่อเสริมสร้างความมั่นใจในการใช้ยาของผู้ป่วยด้วย

ในส่วนของการบริหารยาในขณะนอนโรงพยาบาลนั้น พบว่าบางครั้งมีการบันทึกการบริหารยาไม่เป็นไปตามที่แพทย์สั่ง ทำให้ผู้ป่วยได้รับการบริหารยาดำกว่าที่แพทย์สั่งใช้ หรือขนาดยามีความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา ซึ่งปัญหาดังกล่าวอาจเกิดจากความคลาดเคลื่อนทางยา ที่เกิดขึ้นได้ ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการปรึกษากับผู้เชี่ยวชาญและผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวกับปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาที่เกิดขึ้น และได้ขอความเห็นเกี่ยวกับประเด็นปัญหาที่เกิดจากความคลาดเคลื่อนทางยานี้แล้ว ซึ่งจะมีการปรับปรุงแก้ไขระบบต่อไป

ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาที่พบในใบสั่งยากลับบ้านนั้น พบว่า มีผู้ป่วยเพียง 18 รายที่ได้รับยากลับบ้านแบบควบคุมความปวดทั้งวัน จึงเป็นความเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา เช่น การสั่งใช้ยาไม่ต่อเนื่อง หรือผู้ป่วยไม่ได้รับยาที่จำเป็นได้ นอกจากนี้ ยังมีผู้ป่วยบางรายที่ได้รับยากลับบ้านเป็นยามอร์ฟินชนิดฉีดยา ซึ่งมีความจำเป็นต้องให้ญาติเป็นผู้บริหารยาให้ อาจบริหารยาไม่ถูกวิธี จึงไม่สามารถควบคุมอาการปวดของผู้ป่วยได้ และเมื่อผู้ป่วยไม่สามารถบริหารยาได้ อาจส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมอาการปวดหรืออาการไม่สุขสบายอื่น ๆ

ผู้ป่วยที่กลับมารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลนั้น ได้รับยากลุ่มอนุพันธ์ของฝิ่นสำหรับควบคุมการปวดทั้งวัน ในสัดส่วนที่เพิ่มมากกว่าขณะนอน

โรงพยาบาล และเมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล สำหรับปัญหาที่เกี่ยวข้องเนื่องกับการใช้ยานั้นพบว่า ผู้ป่วยที่มารับบริการยังพบปัญหาลักษณะเช่นเดียวกับปัญหาที่เกี่ยวข้องเนื่องกับการใช้ยาในขณะนอนโรงพยาบาล และปัญหาที่เกี่ยวข้องเนื่องกับการใช้ยาที่พบในใบสั่งยากลับบ้าน และยังพบคำสั่งการใช้ยาไม่ชัดเจน ซึ่งผู้วิจัยได้เข้าไปปรึกษากับเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับปัญหาดังกล่าว เพื่อหาแนวทางการแก้ไขแล้วในการศึกษาระยะที่ 2.3

สำหรับการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน จะเห็นว่าการเยี่ยมบ้านยังมีสัดส่วนที่ต่ำ อาจเนื่องมาจากระบบการติดตามเยี่ยมบ้านยังขาดแนวทางที่ชัดเจน และผู้ป่วยบางรายอยู่ในระยะสุดท้าย ทำให้ไม่สามารถติดตามเยี่ยมได้ทัน ทั้งนี้ปัญหาที่เกี่ยวข้องเนื่องกับการใช้ยานั้นก็ยังคงเป็น Effect of drug treatment not optimal แต่สาเหตุของปัญหานั้นจะมีความแตกต่างจากที่พบในการนอนโรงพยาบาล หรือมารับบริการแบบผู้ป่วยนอก และมีปัจจัยในส่วนของผู้ป่วยเข้ามาเกี่ยวข้องด้วย เช่น ความเข้าใจในการบริหารยา MST ทำให้ญาติบิดหรือหักยา ซึ่งการติดตามแก้ปัญหาก็ได้บันทึกเกี่ยวกับบทบาทของเภสัชกรในการช่วยแก้ไขปัญหาก็เกี่ยวข้องเนื่องกับการใช้ยาที่เกิดขึ้น ทำให้ปัญหาที่เกี่ยวข้องเนื่องกับการใช้ยาได้รับการแก้ไข แสดงให้เห็นถึงความจำเป็นในการที่เภสัชกรเข้ามามีบทบาทเพื่อดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ซึ่งอาจช่วยลดจำนวนปัญหาที่เกี่ยวข้องเนื่องกับการใช้ยา ตลอดจนการจัดตั้งทีมสหสาขาวิชาชีพ ที่ร่วมเข้ามาให้คำแนะนำในการใช้ยา เพื่อลดการเกิดปัญหาที่เกี่ยวข้องเนื่องกับการใช้ยา

ดังเช่นการศึกษาก่อนหน้านี้^(31,39) ที่พบว่าภายหลังจากที่มีการจัดตั้ง Palliative care consultation team หรือเภสัชกร และมีการให้คำปรึกษาจากทีม Palliative care consultation team ในโรงพยาบาลของมหาวิทยาลัย ทำให้เกิดการใช้ยากลุ่ม Opioids ที่มากขึ้น และเหมาะสมมากขึ้น

อย่างไรก็ตามการประเมินการปวดของผู้ป่วยนั้นข้อมูลการประเมินที่ได้ยังอยู่ในสัดส่วนที่ต่ำ ผู้ป่วยบางรายมีการประเมินระดับค่าคะแนนความปวดแรกรับขณะนอนโรงพยาบาลเพียงครั้งเดียว ขาดความต่อเนื่อง นอกจากนี้ยังขาดการประเมินชนิดของความปวดอีกด้วย ทำให้ไม่ทราบว่าผู้ป่วยมีความจำเป็นที่จะต้องได้รับ Adjuvant medication ที่เหมาะสมสำหรับอาการปวด ดังจะเห็นได้ว่า การได้รับ Adjuvant medication ยังมีสัดส่วนค่อนข้างน้อย ซึ่งอาจส่งผลต่อแผนการรักษาและการใช้ยาในการควบคุมความปวดของผู้ป่วย นอกจากนี้ ยังพบว่าการประเมินระดับของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (PPS) นั้นยังอยู่ในสัดส่วนที่ต่ำเช่นกัน และมักมีการประเมินเพียงครั้งเดียวระหว่างที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล ทำให้ประเมินไม่ได้ว่า ผู้ป่วยมีความสามารถเพียงพอในการใช้ยาหรือไม่เช่น มีผู้ป่วยได้รับยา Morphine MST บางราย แต่มีปัญหาด้านการกลืนยา ทำให้ไม่สามารถบริหารยาด้วยการรับประทานได้ จึงเกิดปัญหาที่เกี่ยวข้องเนื่องกับการใช้ยาตามมา จึงได้มีการปรับปรุงบัญชียาของโรงพยาบาลให้เอื้อกับการบริหารยาในผู้ป่วยที่ไม่สามารถบริหารยาด้วย

การรับประทานได้ โดยเพิ่ม Fentanyl transdermal patch ในบัญชียาโรงพยาบาล และมีการจัดหาอุปกรณ์ในการให้ยาทางใต้ผิวหนัง Syringe Driver เป็นต้น

การศึกษานี้พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการเกิดปัญหาที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการใช้ยาขณะนอนโรงพยาบาลเฉพาะระดับความปวดเท่านั้น ซึ่งไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญระหว่างปัญหาที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการใช้ยากับ เพศ กลุ่มอายุของผู้ป่วย ระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง(PPS) และกลุ่มโรคร่วมของผู้ป่วย ซึ่งอาจเกิดจากมีผู้ป่วยในการศึกษาจำนวนค่อนข้างน้อย หากมีการเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่าง อาจเห็นแนวโน้มของความสัมพันธ์กับตัวแปรอื่นมากขึ้น

5.2.2 อภิปรายการศึกษาระยะที่ 2.1 การสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย/ญาติของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

จากผลการศึกษา ผู้ป่วยส่วนใหญ่ทราบและยอมรับว่าการเจ็บป่วยและอาการปวดจากการเป็นมะเร็ง และพยายามปรับตัว เรียนรู้ และอดทนกับอาการปวด และใช้ชีวิตอยู่กับโรคได้ แต่จะพบปัญหาในผู้ป่วยรายที่ยังไม่ทราบและยอมรับเกี่ยวกับการป่วยเป็นมะเร็งระยะสุดท้าย ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยมีความกังวล และพยายามที่จะเปลี่ยนสถานพยาบาลหวังเพื่อให้ได้รับการวินิจฉัย และรักษาที่แตกต่างกันออกไป ดังจะเห็นได้จากผู้ป่วยรายที่ยังไม่ทราบเกี่ยวกับโรคส่วนใหญ่จะยังต้องการทราบข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาเพิ่มเติม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวรรณภรณ์ พัฒนินบูลย์และคณะ⁽³⁵⁾ ตลอดจนผู้ดูแลของผู้ป่วยยังได้ให้ข้อมูลถึงความต้องการในการทราบข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาของผู้ป่วยเพิ่มเติมมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของพิมพ์พนิต ภาศรีและคณะ⁽⁴³⁾ และ อรรวิฐ กาญจนจารีและคณะ⁽⁴⁴⁾ ที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับความต้องการการช่วยเหลือของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย มะเร็งระยะสุดท้าย ซึ่งผู้ดูแลมีความต้องการในการทราบข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาของผู้ป่วยมากที่สุด

ผลของความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาออร์ฟินในการจัดการอาการในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ทำให้ผู้ป่วยบางรายไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา นอกจากนี้ยังพบว่า ในผู้ป่วยที่ญาติหรือผู้ดูแลยังไม่แจ้งเกี่ยวกับอาการป่วยแก่ผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยรายหนึ่งไม่ใช้ยาแก้ปวดออร์ฟินในการจัดการอาการปวด ยอมที่จะทนต่อการปวดแทน ต่อมาเมื่อผู้ป่วยทราบเกี่ยวกับตัวโรคแล้วจึงยินดีที่จะใช้ยาแก้ปวด ตามความจำเป็น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง^{(44),(45)} ที่มีผลต่อการจัดการอาการปวดและการจัดการอาการอื่น ๆ โดยอาจเป็นเพราะญาติผู้ดูแล มีหน้าที่ในการให้ยาแก้ปวด หรือยาอื่น ๆ แก่ผู้ป่วย จึงส่งผลให้ญาติเป็นผู้ตัดสินใจเกี่ยวกับชนิดของยาที่จะให้ผู้ป่วย เวลาที่ควร ให้ยา และขนาดยาที่ควรให้ผู้ป่วยอีกด้วย

นอกจากนี้ผู้ดูแลของผู้ป่วยบางรายยังมีความเครียดหรือความกังวลที่มีต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วยดังจะเห็นได้จากผู้ให้สัมภาษณ์บางรายกล่าวถึงความกังวลเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการ

ค่าใช้จ่าย ค่าอาหารของผู้ป่วยและผู้ดูแลขณะที่ผู้ป่วยนอนโรงพยาบาล ตลอดจนค่าเดินทางในการมา
 ใช้จ่ายของผู้ดูแล ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้ดูแลจะต้องรับภาระที่เพิ่มขึ้นจากการเจ็บป่วยของผู้ป่วย ซึ่ง
 อาจส่งผลกระทบต่อ การดูแลสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยในอนาคตได้⁽⁴⁶⁾

สำหรับปัญหาเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองที่พบนั้น สะท้อนให้เห็นถึงความ
 ไม่สมบูรณ์ของแนวทางการดูแลแบบประคับประคองในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของ
 โรงพยาบาลเขาวงที่ผ่านมา ได้แก่ ปัญหาการเข้าถึงบริการที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังไม่ทราบว่าทาง
 โรงพยาบาลมีการให้บริการ จึงได้เสนอแนะให้มีการประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับการให้บริการมากขึ้น
 ปัญหาเกี่ยวกับขั้นตอนบริการนั้นพบว่าผู้ป่วยที่มีประสบการณ์หรือเคยมารับบริการที่โรงพยาบาล
 เขาวงมาก่อนจะทราบขั้นตอนบริการและสามารถปฏิบัติตามขั้นตอนในการรับบริการของทาง
 โรงพยาบาลได้ ซึ่งทางวิจัยได้นำปัญหาดังกล่าว สะท้อนกับทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อใช้ในการพัฒนา
 แนวทางการดูแลแบบประคับประคองต่อไป

สำหรับทัศนคติและความคิดเห็นต่อการจัดกิจกรรมเสริมแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้าย
 นั้น ผู้ป่วยส่วนใหญ่เห็นด้วยในการจัดบริการเกี่ยวกับกิจกรรมทางศาสนาที่เสริมต่อการดูแลทางด้าน
 จิตวิญญาณ เช่นกิจกรรมทำบุญตักบาตร ฟังเทศน์ สอดคล้องกับการศึกษาในการสำรวจความต้องการ
 ของผู้ป่วยระยะสุดท้ายของ ธารินี เพชรรัตน์และคณะ⁽⁴⁷⁾ ที่พบว่า ผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีความต้องการ
 ในการปฏิบัติตามความเชื่อทางศาสนา หรือมีการดูแลหรือกิจกรรมที่ผู้ป่วยรู้สึกมีกำลังใจมีความ
 เข้มแข็งทางจิตใจและการให้ครอบครัวมาดูแล

นอกจากนี้ยังมีความจำเป็นที่จะต้องมีส่วนที่ที่เหมาะสมในการจัดกิจกรรมด้าน
 ศาสนาในผู้ป่วยระยะสุดท้าย ได้แก่ การประเมินความต้องการและปัญหาของผู้ป่วย โดยการพูดคุยกับ
 ผู้ป่วยเพื่อค้นปัญหา การดูแลควรมีความจริงใจ การบอกข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ ให้ผู้ป่วยและครอบครัว
 รับทราบ โดยอธิบายให้ผู้ป่วยและครอบครัวจัดสภาพแวดล้อมให้เป็นสัดส่วน เป็นต้น เพื่อให้การจัด
 กิจกรรมทางศาสนาเป็นไปได้ด้วยดี⁽⁴⁸⁾

อย่างไรก็ตามมีผู้ป่วยบางรายที่มีความกังวลในการจัดกิจกรรม เนื่องจากหากผู้ป่วย
 ยังไม่สามารถยอมรับการเจ็บป่วยได้ อาจไม่พร้อมในการร่วมกิจกรรม ซึ่งหากจะมีการนำไปใช้จะต้อง
 พิจารณาความพร้อมของผู้ป่วยแต่ละรายต่อไป

5.2.3 อภิปรายการศึกษาในระยะที่ 2.2 การถอดบทเรียนจากการศึกษาดูงานที่แหล่งเรียนรู้
 ของโรงพยาบาลชุมชนที่มีประสบการณ์และประสบความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย
 ณ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

จากการศึกษาดูงานและการสัมภาษณ์บุคลากรผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง สะท้อนให้เห็นถึง
 ปัจจัยหลายอย่างที่ส่งผลต่อการพัฒนาแนวทางการดูแลแบบประคับประคอง ดังจะเห็นได้จากการ
 พัฒนาการดูแลแบบประคับประคองนั้น มีหลายระยะ ในระยะเริ่มต้นนั้นจึงเน้นในการพัฒนาบุคลากร

ในโรงพยาบาล เนื่องจาก ปัญหาสำคัญในระยะแรกคือขาดความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง จึงต้องให้ทุกคนมีการเรียนรู้ และมีการพัฒนาทั้งในด้านการจัดตั้ง Pain clinic คลินิก ระยะที่สอง มีการพัฒนาระบบงาน และการสนับสนุนต่าง ๆ ทำให้การพัฒนาแนวทางการดูแลแบบประคับประคองสามารถสำเร็จได้ อย่างไรก็ตามก็พบปัญหาและอุปสรรคในการพัฒนาแนวทางการดูแลแบบประคับประคองทั้งในหลาย ๆ ที่ผู้ปฏิบัติงานหรือผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนาจำเป็นต้องใช้ทักษะ ในการแก้ไขปัญหา ตลอดจนกลไกการบริหารภายในโรงพยาบาลได้แก่ คณะกรรมการที่มนาด้านคลินิกและระบบบริการ ในการผลักดันนโยบาย ตลอดจนแนวทางปฏิบัติให้สามารถดำเนินไปได้ นอกจากนี้ผลการศึกษายังสะท้อนให้เห็นถึงการวางแผนการทำงานร่วมกันระหว่าง ทีมสหสาขาวิชาชีพ ตลอดจน การพัฒนาบทบาทของเภสัชกร และพยาบาลในการร่วมดูแลผู้ป่วย เพื่อช่วยเหลือแพทย์ในการดูแลผู้ป่วย เนื่องจากแพทย์มีภาระงานมาก เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่รวดเร็ว และครอบคลุมมากขึ้น อย่างไรก็ตามประสบการณ์ของผู้ให้บริการนั้นก็ส่งผลต่อการจัดการผู้ป่วยในการดูแลแบบประคับประคองเช่นเดียวกัน ดังจะเห็นจากการเริ่มต้นของการพัฒนาการดูแลแบบประคับประคองที่ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนถึงจุดประกายจากประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย และเมื่อมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมากกว่า จะได้รับการไว้วางใจในการดูแลผู้ป่วยมากยิ่งขึ้น ดังจะเห็นจากข้อมูลการพัฒนาระยะที่สอง ที่มีผู้ป่วยเข้าสู่การรักษากลายเป็นจำนวนที่มากขึ้น โดยประสบการณ์ของผู้ให้บริการในการดูแลแบบประคับประคองนั้น เมื่อมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย จะมีการดูแลแบบองค์รวมซึ่งทำให้ การรักษาได้ผลดี สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ศศิธร ธนภพ และระพีพรรณ ขวัญเชื้อ⁽³⁸⁾ ที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับ ประสบการณ์ของบุคลากรทางการแพทย์ต่อการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะท้ายแบบ ประคับประคองในชุมชน

จากการศึกษาที่เกี่ยวกับการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองนั้น มักใช้กระบวนการหลายขั้นตอนในการพัฒนา ตลอดจนการวิเคราะห์สถานการณ์ภายในองค์กร ซึ่งปัญหาภายในองค์กรที่ได้จากการวิเคราะห์นั้นมักมีการกล่าวถึง ความรู้และทักษะของเจ้าหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง สอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคองที่ผ่านมา ได้แก่ การศึกษาของมุกดา ยิ้มย่อง⁽³⁶⁾ อัญชลี วิเศษสุนทรศิลป์ และคณะ⁽³⁷⁾ และ วาสนา สวัสดิ์ดินถนาทและคณะ⁽¹¹⁾

ทั้งนี้จากการถอดบทเรียนยังสะท้อนถึงบทบาทของเภสัชกรที่มีผลต่อระบบยาและการบริหารทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ชัดเจนในการการเป็นผู้ดูแล Pain clinic ตลอดจนจัดการปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาที่เกิดขึ้นอีกด้วย จากการศึกษาของ ปัทมาวดี ช่างเพชร และผกา มาศ ไมตรีมิตร⁽⁹⁾ นั้น สนับสนุนการมีบทบาทของเภสัชกรในการร่วมดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองได้

5.2.4 อภิปรายผลการศึกษาระยะที่ 2.3 การระดมความคิดในทีมสหสาขาวิชาชีพ

จากการสนทนากลุ่ม ทำให้ทราบมุมมองของสหสาขาวิชาชีพ ต่อปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา ปัญหาของระบบเบิกจ่ายยาเสพติด ที่ต้องให้เอกสารในการเบิกจ่าย ซึ่งอาจเป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยมีปัญหาในการเข้าถึงบริการ จึงความจำเป็นจะต้องได้รับการป้องกันและแก้ไขเพื่อลดจำนวนปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา สำหรับปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาในการจัดการอาการของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองนั้น มีการศึกษาค่อนข้างน้อย แต่อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาส่วนใหญ่ที่พบ มักเสนอถึงบทบาทของเภสัชกรในการมีส่วนร่วมในการจัดการปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา และพบว่าภายหลังจากที่เภสัชกรเข้ามีส่วนร่วมในการบริหารทางเภสัชกรรมสามารถลดจำนวนปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาได้^(8,9)

ในส่วนของมุมมองของสหสาขาวิชาชีพในเกี่ยวกับเภสัชกรในการดูแลผู้ป่วยนั้น พยาบาลมีมุมมองในการที่เภสัชกรเป็นผู้มีประสบการณ์ มีความรู้ ความสามารถ และการประสานงานด้านยา ทำให้เมื่อเกิดปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาจึงมีการขอคำปรึกษาจากเภสัชกร ทั้งนี้มีการศึกษาเกี่ยวกับความสามารถของเภสัชกรในงานดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองตามความคาดหวังของทีมสหสาขาวิชาชีพ⁽⁴⁹⁾ ซึ่งได้กล่าวถึงหน้าที่ของเภสัชกรมีหน้าที่หลักในการดูแลเรื่องยาของผู้ป่วย โดยเฉพาะยาแก้ปวด ซึ่งหมายรวมทั้งยาที่ใช้ในการดูแล และให้ให้ความหมายขอบข่ายของหน้าที่อื่นๆของเภสัชกรในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง และยังได้กล่าวถึงบทบาทของเภสัชกรในการร่วมดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมไว้ด้วย

จากการระดมสมองได้มีการหาแนวทางการป้องกันและแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา โดยผู้วิจัยได้เสนอ การใช้ Palliative care order set นั้น ทีมสหสาขาวิชาชีพ มีความเห็นพ้องในการจัดทำและพัฒนา Palliative care order set เพื่อให้เกิดการใช้ยาเหมาะสม ปลอดภัย และเป็นแนวทางในการใช้ยาเพื่อจัดการอาการของผู้ป่วยระยะระยะสุดท้าย แบบประคับประคอง โดยในการจัดทำ Palliative care order set นั้น ได้เน้นให้มีการแก้ไข และพัฒนาตามความประสงค์ของแต่ละวิชาชีพ เพื่อเอื้อให้เกิดประโยชน์สูงสุดในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

สำหรับการศึกษาเกี่ยวกับการใช้ Palliative care order set นั้น มีการใช้ Palliative care order set เพื่อเพิ่มความสะดวกของแพทย์ประจำบ้านมากขึ้น 40-60 % ในการจัดการอาการของผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยผลการศึกษาพบว่า ช่วยเพิ่มความสะดวกสบายของแพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 1 ได้มากถึง 40-60 % หลังจากที่มีการใช้ Palliative care order set ช่วยในการดูแลผู้ป่วย⁽⁵⁰⁾ นอกจากนี้ยังพบการศึกษาที่มีการผลของการใช้ Palliative care order set ที่ได้พัฒนาเป็นมาตรฐานเดียวกัน ใน 5 โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ทำให้ผู้ปฏิบัติงานเข้าถึงการดูแลผู้ป่วย และช่วยแก้ปัญหาเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองอีกด้วย⁽⁵¹⁾

อย่างไรก็ตามเนื่องจากมีข้อจำกัดในการด้านระยะเวลาในการศึกษา ทำให้ผลลัพธ์ของการนำเอา Palliative care order set ไปใช้นั้นยังไม่สามารถสรุปผลที่แน่ชัดได้ ซึ่งผู้วิจัยจะมีการเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป เพื่อจะได้นำผลลัพธ์มาพัฒนา ปรับปรุง เปลี่ยนแปลงให้ Palliative care order set มีประสิทธิภาพสอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาลเขาวงมากที่สุด

สำหรับมุมมองของสาขาวิชาชีพอ่อนต่อปัญหาเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง นั้น พบลักษณะของมุมมองที่สอดคล้องกับการศึกษาอื่น ๆ โดยเฉพาะมุมมองต่อความรู้ความสามารถ และประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยซึ่งจะส่งผลต่อการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง สอดคล้องกับผลการศึกษาก่อนหน้า^(11,36,37)

ด้านมุมมองของสาขาวิชาชีพอ่อนต่อปัญหาเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองในด้านต่าง ๆ นั้นพบว่าส่วนใหญ่สาขาวิชาชีพรู้เกี่ยวกับปัญหาดังกล่าว และสะท้อนปัญหาเพิ่มเติมจากการดำเนินงานที่ผ่านมา ตลอดจนมีการตอบสนองในการร่วมกันหาแนวแก้ไขปัญหาดังกล่าว ทั้งนี้ แนวทางการดูแลแบบประคับประคองในการจัดการผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ได้พัฒนาขึ้นนั้น มีรูปแบบที่สอดคล้องกับรูปแบบการดูแลแบบประคับประคองในประเทศไทย โดยจัดอยู่ใน รูปแบบการดูแลที่บ้าน/การดูแลโดยชุมชน (Home-based/Community-based Care) ที่เน้นผู้ใช้บริการสามารถเข้าถึงได้ ดูแล ในบริบทของครอบครัวและชุมชน เน้นการมีส่วนร่วมของ คนในชุมชน เป็นบริการที่ตอบสนองความต้องการของ คนในชุมชน และสอดคล้องกับวิถีชุมชน โดยมีเป้าหมาย เพื่อให้การดูแลอย่างมีคุณภาพและเหมาะสม⁽⁵²⁾

การศึกษาเกี่ยวกับแนวทางการดูแลแบบประคับประคองนั้น มักมีการศึกษาในการนำเอา ที่ได้รับการพัฒนาขึ้นจนได้มาตรฐานแล้ว จึงมีการนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจริง อาทิเช่น การศึกษาของ Leysen, Bert และคณะที่ได้มีการนำเอา แนวทางการดูแลแบบประคับประคอง ไปใช้ในโรงพยาบาล 5 โรงพยาบาลที่แตกต่างกัน ผลการศึกษพบว่า การนำเอาแนวทางการดูแลแบบประคับประคองไปใช้สามารถช่วยแก้ไขปัญหาดังกล่าวที่เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง ทั้งในด้านของคุณภาพของการดูแลผู้ป่วยและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงการดูแลแบบประคับประคองได้เร็ว ลดอัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาล จาก 50 % เป็น 35% โดยเฉพาะในสถานพยาบาลปฐมภูมิที่มีแพทย์ทั่วไปปฏิบัติงาน⁽⁵³⁾ โดยโรงพยาบาลเขาวงนั้นเป็นโรงพยาบาลปฐมภูมิที่มีเฉพาะแพทย์ทั่วไปปฏิบัติงาน จึงอาจเป็นไปได้ว่าผลของการใช้แนวทางการดูแลแบบประคับประคองจะช่วยในการแก้ไขปัญหาดังกล่าวและเพิ่มคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

นอกจากนี้ยังมีการศึกษาในประเทศไทยอีกหลายการศึกษาที่สนับสนุนต่อการใช้นโยบายแนวทางการดูแลแบบประคับประคองที่สอดคล้องกับบริบทในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของโรงพยาบาลนั้น ๆ ดังการศึกษาของ สุนิตา เทียงแก้วและประทีป สุชีลักษณ์⁽⁵⁴⁾ ที่ได้ทำการศึกษาผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง ในโรงพยาบาลมหาราช จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

พบว่า การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วยทั้งในด้านร่างกาย จิตใจและจิตวิญญาณ การศึกษาของทัศนีย์ เทศประสิทธิ์และคณะ⁽¹⁰⁾ ที่ผลการศึกษาพบว่า การพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้าย ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อ ผู้รับบริการ ทั้งในด้านของการดูแลแบบองค์รวม ความพึงพอใจของครอบครัวต่อการดูแลแบบประคับประคอง ตลอดจนความพึงพอใจจากเจ้าหน้าที่ เป็นต้น

อย่างไรก็ตามพบการศึกษาเกี่ยวกับผลลัพธ์ของการใช้แนวทางการดูแลแบบประคับประคองที่ได้ผลน้อย เมื่อเทียบกับการศึกษาอื่น แต่ก็ยังมีประโยชน์ในการลดช่องว่างของกระบวนการรักษา และการส่งต่อระหว่างสถานบริการ⁽⁵⁵⁾ ซึ่งในต่างประเทศนั้น มักมีการจัดรูปแบบการดูแลแบบประคับประคองที่แตกต่างจากรูปแบบในประเทศไทย สำหรับปัจจัยที่เป็นอุปสรรคในการนำเอาแนวทางการดูแลแบบประคับประคองไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยจะเกิดขึ้นไม่ได้เลย หากขาดความรู้ในการใช้ยาจัดการอาการผู้ป่วย การเตรียมผู้ป่วยเพื่อนำไปสู่การตายที่ดี ขาดความรู้เกี่ยวกับอาการเข้าสู่การตายในแต่ละระยะ ขาดทักษะในการสื่อสารกับญาติผู้ป่วย ตลอดจน ความร่วมมือและการทำงานแบบสหสาขาวิชาชีพ⁽⁵⁶⁾

5.3 ข้อจำกัดของการศึกษา

5.3.1 การศึกษาระยะที่ 1

เนื่องจากการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ที่เริ่มเก็บข้อมูลจากการที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลครั้งสุดท้าย ทำให้ผู้ป่วยที่ได้รับคัดเลือกในการศึกษามีจำนวนน้อย อาจไม่สามารถใช้เป็นตัวแทนของประชากรผู้ป่วยทั้งหมดได้ นอกจากนี้เนื่องจากเป็นผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเสียชีวิต ทำให้เมื่อผู้ป่วยถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแล้ว อาจเหลือผู้ป่วยจำนวนน้อยลงในการมารับบริการ ดังจะเห็นได้จากการติดตามผู้ป่วยที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอก ตลอดจนการติดตามผู้ป่วยที่บ้านที่พบว่าจำนวนผู้ป่วยที่อยู่ในการศึกษาลดน้อยลงมาก

และเนื่องจากการเก็บข้อมูลแบบย้อนหลัง ทำให้ข้อมูลบางอย่างที่ไม่ได้บันทึกไว้ขาดหายไป หรือไม่ครบถ้วน นอกจากนี้ยังพบว่าเวชระเบียนบางส่วนมีความไม่สมบูรณ์ทำให้ผู้ป่วยบางรายไม่สามารถติดตามเวชระเบียนเพื่อเก็บข้อมูลเพิ่มเติมได้ อีกทั้งการใช้เกณฑ์การประเมิน แบบ PCNE versions 7.0 นั้น ยังไม่มีการแปลเป็นฉบับภาษาไทย อาจทำให้เกิดความเข้าใจคลาดเคลื่อนในเกณฑ์การจำแนกปัญหาที่เกี่ยวข้องเนื่องกับการใช้ยาได้ นอกจากนี้ ยังพบว่าปัญหาที่เกี่ยวข้องเนื่องกับการใช้ยาบางอย่างนั้นเมื่อเปลี่ยนผู้จำแนกอาจได้ผลการจำแนกที่ต่างกันไป อันเนื่องมาจากประสบการณ์ในการดำเนินงาน ตลอดจนผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยที่การรักษาอาจได้ผลอยู่แม้ว่าการสั่งใช้ยานั้นจะไม่สอดคล้องกับแนวทางการใช้ยาที่แนะนำ เป็นต้น

5.3.2 การศึกษาระยะที่ 2

เนื่องจากการศึกษาในระยะที่ 2 แบ่งออกเป็นหลายระยะ โดยในระยะที่ 2.1 ที่เป็นการเก็บข้อมูลจากผู้ป่วย หรือผู้ดูแลของผู้ป่วยนั้น เนื่องจากเป็นผู้ป่วยมะเร็งที่เป็นกลุ่มเปราะบางและการให้ข้อมูลต้องเป็นไปตามความสมัครใจ ทำให้จำนวนผู้ให้ข้อมูลนั้นค่อนข้างน้อย เนื่องจากพิจารณาความเหมาะสมและความสมัครใจของผู้ให้ข้อมูล อีกทั้งต้องระมัดระวังในการเลือกถ้อยคำในการสัมภาษณ์ เพื่อให้ได้ข้อมูลมากที่สุด แต่ไม่กระทบต่อสภาวะจิตใจของผู้ป่วย และข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์นั้น ในบางหัวข้อผู้ให้ข้อมูลไม่ตอบหรือตอบสั้นๆ ไม่ขยายความเพิ่มเติม และยากต่อการเก็บข้อมูลเพิ่มเติม เนื่องจากผู้ป่วยบางรายเสียชีวิตลง ทำให้ข้อมูลบางอย่างไม่ครบถ้วน นอกจากนี้ การสัมภาษณ์ส่วนใหญ่เกิดขึ้นที่โรงพยาบาล ขณะที่ผู้ป่วยนอนรับการรักษา จึงอาจมีอิทธิพลทางด้านสถานที่ในการสัมภาษณ์ที่ทำให้การตอบคำถามมีอคติ หรือเปลี่ยนแปลงไปได้ และบางครั้งผู้ให้ข้อมูลตอบคำถามเป็นภาษาพื้นเมือง เช่นภาษาไทย หรือภาษาอีสาน ทำให้ต้องมีการแปลความหมายที่อาจมีความคลาดเคลื่อนกันถ้อยคำที่ผู้ให้ข้อมูลต้องการสื่อสารได้

สำหรับการศึกษาระยะที่ 2.2 มีข้อจำกัดในการเก็บข้อมูลจากการศึกษาดูงาน เนื่องจากไม่มีการบันทึกเทปขณะที่มีการศึกษาดูงาน ทำให้ข้อมูลต่าง ๆ ได้จากการสังเกตของผู้วิจัย และระยะเวลาในการศึกษาค่อนข้างสั้น อาจทำให้ข้อมูลที่ได้ไม่ครอบคลุม และยังพบข้อจำกัดในการเก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์ เนื่องจากผู้ให้ข้อมูลมีจำนวนค่อนข้างน้อย และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในกระบวนการพัฒนามีหลายท่าน ดังนั้นจึงอาจสะท้อนข้อมูลในบางประเด็นได้ไม่ครบถ้วน นอกจากนี้ยังมีข้อจำกัดในด้านของเวลาในการสัมภาษณ์เนื่องจากผู้ให้ข้อมูลมีภาระงานมาก ทำให้การสัมภาษณ์ค่อนข้างรีบเร่ง จึงทำให้ในบางประเด็นได้รับข้อมูลค่อนข้างน้อย

สำหรับการศึกษาในระยะที่ 2.3 เนื่องจากการระดมสมองของทีมสหสาขาวิชาชีพ เนื่องจากผู้เข้าร่วมประชุมมีภาระงานมากและมีการทำงานเป็นกะ ตลอดจนทางโรงพยาบาล ต้องรับการประเมินผลการดำเนินงานจากหลายองค์กรอย่างต่อเนื่อง ทำให้การนัดหมายในการประชุมเพื่อระดมความคิดเห็นในวันเวลาที่ตรงกันค่อนข้างยาก นอกจากนี้ยังเป็นการระดมความคิดเห็นเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง ทำให้ผู้เข้าร่วมประชุมบางรายแสดงความคิดเห็นไม่มากในการประชุม เนื่องจากอาจมีความเกรงใจในด้านประสิทธิภาพการทำงานและความชำนาญของแต่ละวิชาชีพ แม้ว่าผู้วิจัยจะพยายามสร้างบรรยากาศในการระดมความคิดเห็น และกระตุ้นให้เกิดการเสนอความคิดเห็นในการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ

ทั้งนี้ยังมีข้อจำกัดในด้านระยะเวลาในการวิจัยทำให้ขาดการเก็บข้อมูลในส่วนของผลลัพธ์ที่เกิดจากการพัฒนาแนวทางการดูแลแบบประคับประคอง เพื่อพิจารณาถึงประสิทธิภาพของแนวทางที่ได้รับการพัฒนาขึ้น ตลอดจนความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องกับการใช้แนวทางการดูแลแบบประคับประคองในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

5.4 ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

5.4.1 การศึกษาระยะที่ 1

ควรและปรับเปลี่ยนเป็นการศึกษาเชิงพรรณนาที่เก็บข้อมูลไปข้างหน้า เพิ่มระยะเวลาในการศึกษา ตลอดจนเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่าง เพื่อจะได้แก้ไขในส่วนของคุณสมบัติที่ไม่สมบูรณ์ ตลอดจนวิธีการเก็บข้อมูลให้มีความเหมาะสมต่อไป และอาจทำให้เห็นแนวโน้มของความสัมพันธ์ทางสถิติได้มากยิ่งขึ้น

5.4.2 การศึกษาระยะที่ 2

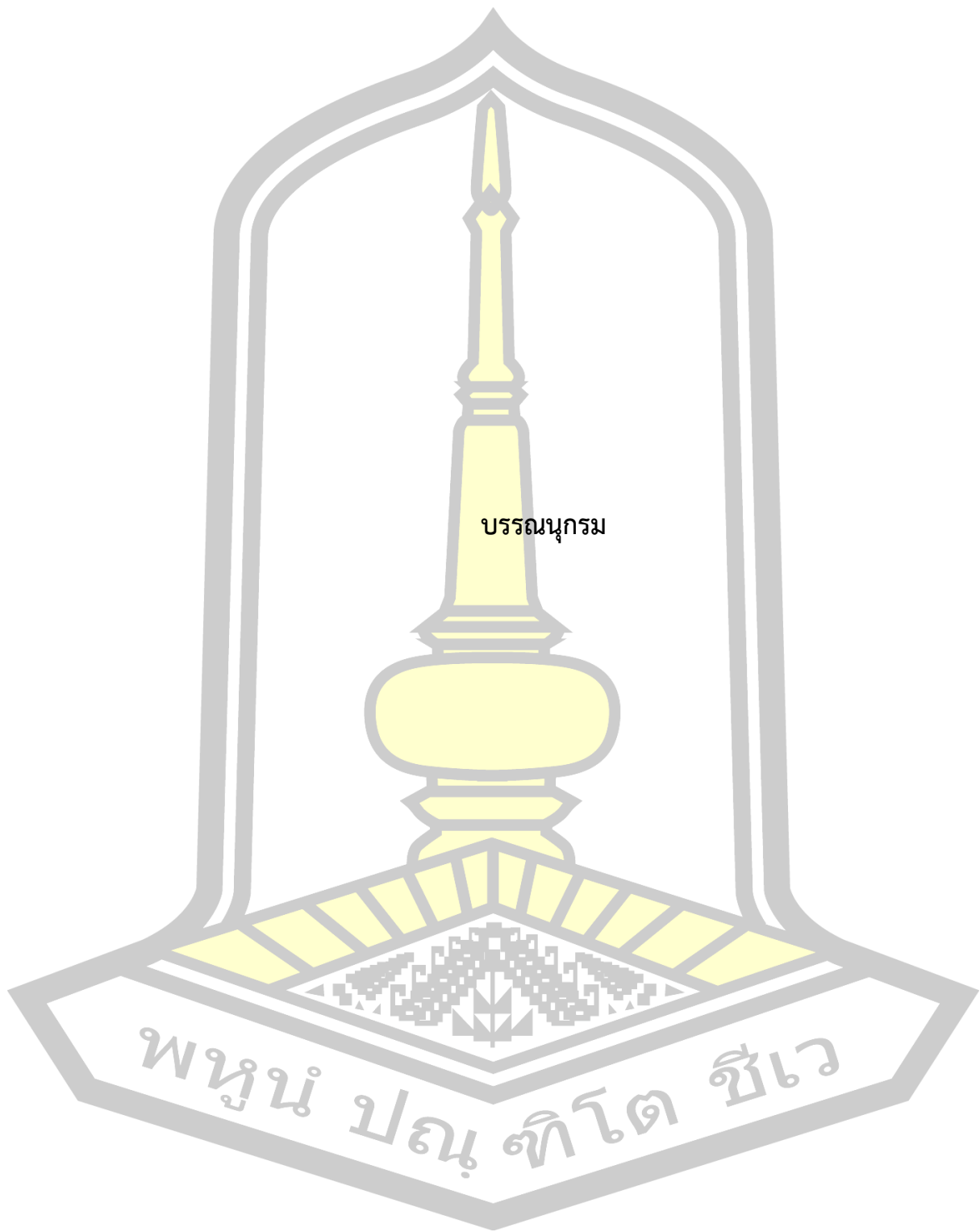
การศึกษาระยะที่ 2.1 ควรมีการเพิ่มกลุ่มเป้าหมายในการเก็บข้อมูล เช่น เก็บข้อมูลทั้งจากผู้ป่วย และผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยควบคู่กัน อีกทั้งควรเพิ่มระยะเวลาในการศึกษาเพื่อให้สามารถค้นหาผู้ให้ข้อมูลที่มีจำนวนที่มากเพียงพอ ตลอดจนผู้วิจัยควรมีการฝึกการสัมภาษณ์เพื่อเพิ่มพูนทักษะในการสัมภาษณ์ และสร้างความคุ้นเคยกับผู้ให้ข้อมูลเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น

การศึกษาระยะที่ 2.2 ควรมีการเก็บข้อมูลเพิ่มเติมด้วยโดยใช้แบบสอบถาม และมีการสัมภาษณ์ผู้ป่วยที่มารับบริการเพิ่มเติมเพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีความครอบคลุมมากยิ่งขึ้น

การศึกษาในระยะที่ 2.3 ผู้วิจัยควรเพิ่มการเก็บข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก รายบุคคลสำหรับกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อลดความเกรงใจในการแสดงความคิดเห็น และได้ข้อมูลความคิดเห็นจากการประชุมกลุ่มทีมสหสาขาวิชาชีพมากยิ่งขึ้น อีกทั้งควรเพิ่มระยะเวลาวิจัยเพื่อการเก็บข้อมูลส่วนของผลลัพธ์ของแนวทางการดูแลแบบประคับประคองที่ได้พัฒนาขึ้น ทั้งนี้ผู้วิจัยควรพัฒนาการวางแผนในการเก็บข้อมูล และปรับเปลี่ยนแผนการดำเนินงานให้สอดคล้องกับสถานการณ์ภายในองค์กร เพื่อให้เกิดความร่วมมือในการระดมสมองของทีมสหสาขาวิชาชีพมากที่สุด

5.5 การนำผลงานไปประยุกต์ในประโยชน์ในทางปฏิบัติ

จากการพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคอง ทำให้ทราบและเข้าใจถึงปัญหาที่เกี่ยวข้องกับระบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองในหลายๆด้าน ได้แก่ สาเหตุและปัญหาที่เกี่ยวข้องเนื่องกับการใช้ยาในการจัดการอาการของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการ นอกจากนี้ยังเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับองค์กรที่ประสบความสำเร็จในการพัฒนาการดูแลแบบประคับประคอง ทำให้เกิดการสร้างเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วย อันนำมาสู่การพัฒนาแนวทางการดูแลแบบประคับประคองที่สอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาลเขาวงซึ่งจะเกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยและผู้ปฏิบัติงาน ตลอดจนเกิดการพัฒนารูปแบบของการทำงานแบบสหสาขาวิชาชีพในการร่วมดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ให้มีการดูแลที่ครอบคลุม รอบด้าน ตลอดจนมีความปลอดภัย และประสิทธิภาพกับผู้ป่วยมากที่สุด และจะเป็นประโยชน์ยิ่งในการนำไปปรับใช้กับโรงพยาบาลแห่งอื่นที่มีบริบทใกล้เคียงกัน



บรรณุกรม

พหุบัณฑิตยาลัย

บรรณานุกรม

1. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์. แผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติ พ.ศ. 2556-2560 National Cancer control programmes [Internet]. 2556 [cited 2016 Jan 29]. Available from: http://www.nci.go.th/th/File_download/D_index/NCCP_2556-2560.pdf
2. Chainsilp A. Epidemiology of cancer in Thailand [Internet]. 2559 [cited 2016 Jan 29]. Available from: <http://www.oocities.org/suchartw/epidermiology.htm>
3. ถาวร ทวีบุรณ. ความหมายของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย/การดูแลแบบประคับประคอง [Internet]. 2559 [cited 2015 Jan 29]. Available from: http://www.elearning.nsmahidol.ac.th/Patients-with-end-stage/_5.html.g
4. Thai Ministry of Public Health D of MS. Clinical practice guideline of Palliative Care. กรุงเทพฯ: Thai Ministry of Public Health D of MS; 2014.
5. Apolone G, Corli O, Caraceni A, Negri E, Deandrea S, Montanari M, et al. Pattern and quality of care of cancer pain management. Results from the Cancer Pain Outcome Research Study Group. Br J Cancer [Internet]. 2009;100(10):1566–74. Available from: <http://dx.doi.org/10.1038/sj.bjc.6605053>
6. Wongkham P. Access to opioids in legal issues. National Strategic Plan Drive By enhancing health at the end of life National Health Security Office [Internet]. 2015;1–5. Available from: [file:///C:/Users/Lenovo/Downloads/ Legal Issues on Opioids Availability.pdf](file:///C:/Users/Lenovo/Downloads/Legal%20Issues%20on%20Opioids%20Availability.pdf)
7. Thongkhamcharoen R, Phungrassami T, Atthakul N. Palliative Care and Essential Drug Availability: Thailand National Survey 2012. J Palliat Med [Internet]. 2013;16(5):546–50. Available from: <http://online.liebertpub.com/doi/abs/10.1089/jpm.2012.0520>
8. ธรานี คงทะเลจุฑามณี สุทธิสีสังข์ และ ธิติยา สิริสิงห์. Pharmaceutical Care Related to Pain Management in Patients with Cancer at The Medical Wards of Ramathibodi Hospital. Mahidol University; 2547.
9. Changpetch P, Miteemitr P. Development Of Participation Of Pharmacist For Cancer Patients In Jaokunpiboonphanomtuan Hospital. Veridian E-Journal, Sci Technol Silpakorn Univ [Internet]. 2015;2(2):50–75. Available from: <https://www.tci-thaijo.org/index.php/VESTSU/article/view/45664/37776>

10. Tasprasit T, Phimdee P, Mongkolchai S, Jullapan P, Puttatum Y. The Development of the Palliative Care System for End of Life Patients at Udonthani Hospital. Nurs J Minist Public Heal [Internet]. 2556;23(1):80–90. Available from: <https://tci-thaijo.org/index.php/tnaph/issue/view/1380>
11. Sawasdeenarunat V, Taneerat A, Wisettharn T. The Development of a Palliative Care Model for Terminal Cancer Patients at Maharaj Nakhon Si Thammarat Hospital. Nurs J Minist Public Heal [Internet]. 2558;25(1):144–56. Available from: <https://tci-thaijo.org/index.php/tnaph/article/view/36245>
12. จตุรภัทรพรกิติพล นาควิโรจน์ และ พ.ญ.ดาริน. การดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคอง (Palliative Care). 2013. 2013. p. 1–2.
13. ศรีวณิชชากรสุพัตรา. Palliative care การดูแลและเยียวยาด้วยหัวใจและศรัทธา. Thai J Prim Care Fam Med [Internet]. 2010;2(5):4–6. Available from: <http://www.thaiichr.org/upload/forum/PCFM05.pdf>
14. Pain TA for the S of. Clinical Practice Guideline for Cancer Pain. 2013.
15. World Health Organization. Palliative Care: symptom management and end-of-life care [Internet]. World Health Organization, editor. 2004. 1-29 p. Available from: <http://www.who.int/hiv/pub/imai/genericpalliativecare082004.pdf>
16. Excellence NI for H and care. Palliative care for adults : strong opioids for pain relief [Internet]. Michelle Wallwin, Sarah Catchpole; 2012. 8-9 p. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg140/resources/palliative-care-for-adults-strong-opioids-for-pain-relief-pdf-35109564116677>
17. จตุรภัทรพรดาริน. วิธีการในการประเมินความสามารถในการดูแลตัวเองของผู้ป่วย โดยใช้ Palliative performance scale [Internet]. 2016 [cited 2016 Feb 23]. Available from: <http://med.mahidol.ac.th/fammed/th/postgrad/doctorpalliative3th>
18. Suandok PPSA. แบบประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ฉบับสวนดอก (Palliative Performance Scale for adult Suandok). :1–8.
19. Harrin R. การจัดประเภทของปัญหาเกี่ยวกับยา. Thai J Pharm Pract Vol. 2552;1(1):1–13.
20. Europe PCN. Classification for Drug related problems Versions 7.0 [Internet]. Vol. 0. Zuidlaren The Netherlands; Available from: http://www.pcne.org/upload/files/152_PCNE_classification_V7-0.pdf

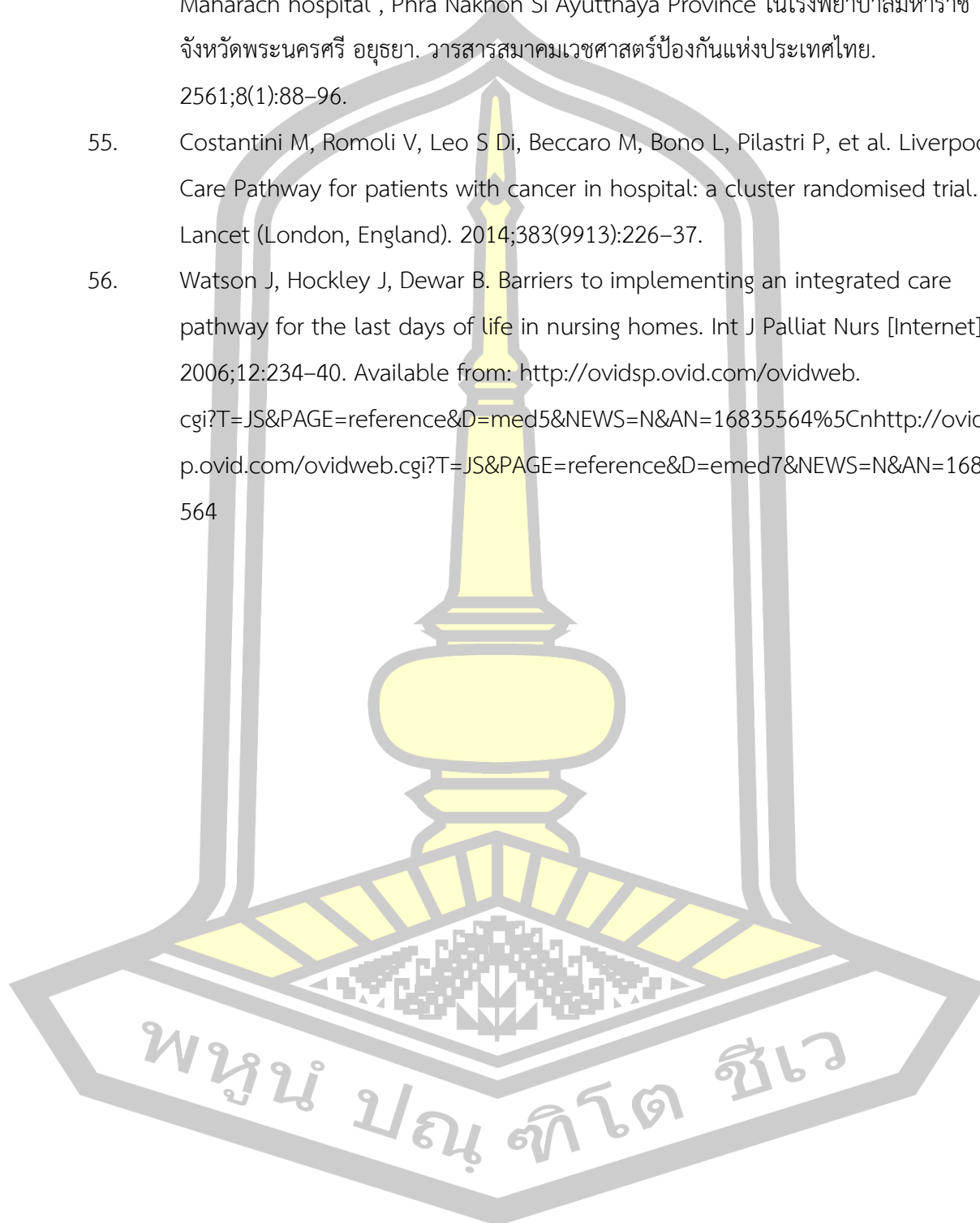
21. Papapae B, Sangasri S, Tonjarn T, Puwasitbenjapa A, Sankapet P, Chanawirat R, et al. Causes of Patient's Medication Problems in Home Care Visits by Pharmacists in Wapipathum District, Maha Sarakham Province. *Thai Pharm Heal Sci J.* 2013;8(4):148–54.
22. Gao W, Gulliford M, Higginson IJ. Prescription patterns of analgesics in the last 3 months of life: A retrospective analysis of 10202 lung cancer patients. *Br J Cancer* [Internet]. 2011;104(11):1704–10. Available from: <http://dx.doi.org/10.1038/bjc.2011.150>
23. Mercadante S, Prestia G, Ranieri M, Giarratano A, Casuccio A. Opioid use and effectiveness of its prescription at discharge in an acute pain relief and palliative care unit. *Support Care Cancer.* 2013;21(7):1853–9.
24. Shinde S, Gordon P, Sharma P, Gross J, Davis MP. Use of non-opioid analgesics as adjuvants to opioid analgesia for cancer pain management in an inpatient palliative unit: does this improve pain control and reduce opioid requirements? *Support Care Cancer.* 2014;23(3):695–703.
25. Simon ST, Niemand AM, Benalia H, Voltz R, Higginson IJ, Bausewein C. Acceptability and Preferences of Six Different Routes of Drug Application for Acute Breathlessness: A Comparison Study between the United Kingdom and Germany. *J Palliat Med* [Internet]. 2012;15(12):1374–81. Available from: <http://online.liebertpub.com/doi/abs/10.1089/jpm.2012.0249>
26. Radha Krishna LK, Poulouse VJ, Goh C. The use of midazolam and haloperidol in cancer patients at the end of life. *Singapore Med J.* 2012;53(1):62–6.
27. Miura T, Matsumoto Y, Motonaga S, Hasuo H, Abe K, Kinoshita H. Dyspnea, relative youth and low daily doses of opioids predict increased opioid dosage in the last week of a terminal cancer patient's life. *Jpn J Clin Oncol.* 2014;44(11):1082–7.
28. Singh T, Harding R. Palliative care in South Asia: a systematic review of the evidence for care models, interventions, and outcomes. *BMC Res Notes* [Internet]. 2015;8(1):172. Available from: <http://www.biomedcentral.com/1756-0500/8/172>

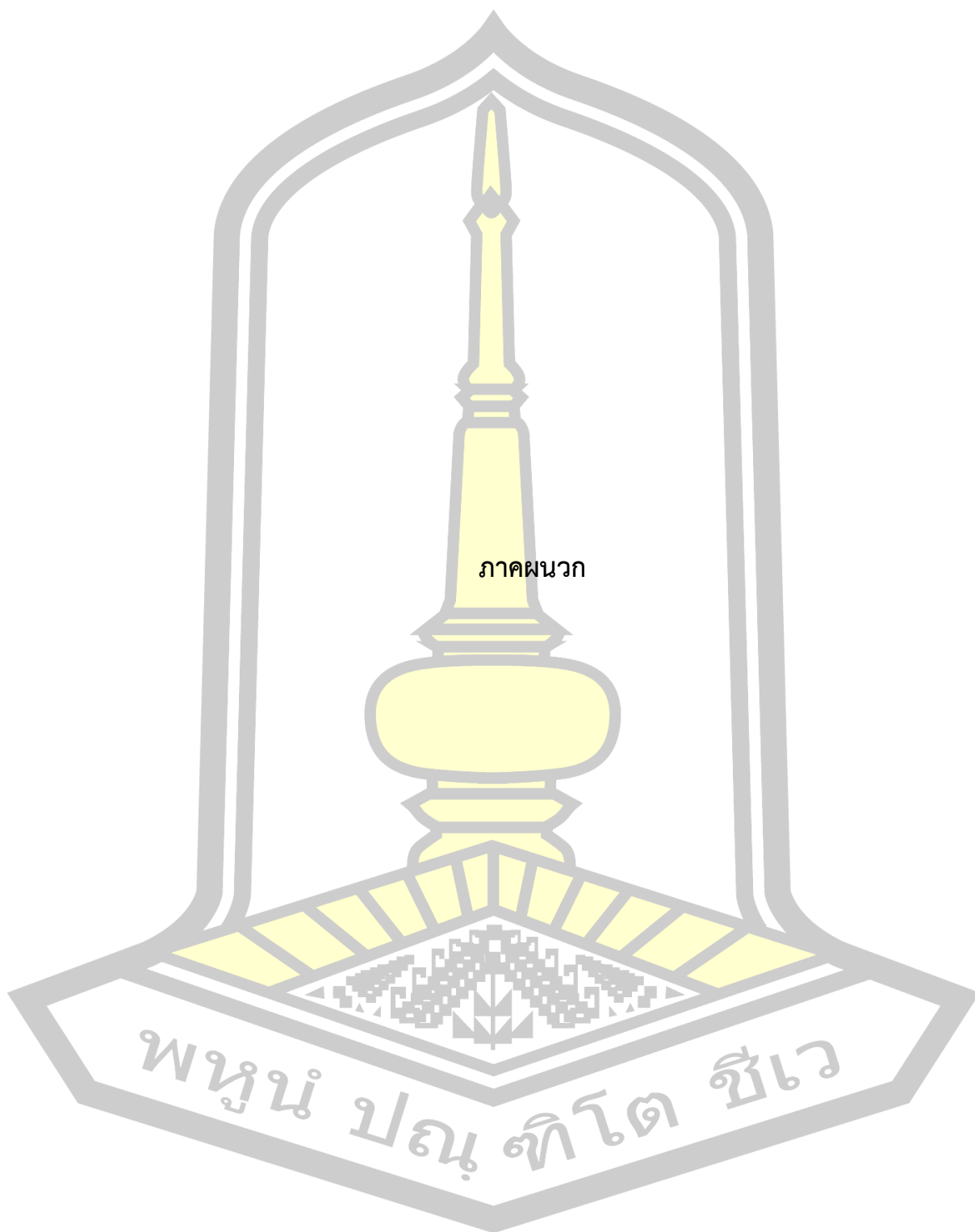
29. Omoyeni NE, Soyannwo OA, Aikomo OO, Iken OF. Home-based palliative care for adult cancer patients in Ibadan - A three year review. *Ecancermedicalscience*. 2014;8:1–7.
30. Wye L, Lasseter G, Percival J, Duncan L, Simmonds B, Purdy S. What works in “real life” to facilitate home deaths and fewer hospital admissions for those at end of life?: Results from a realist evaluation of new palliative care services in two English counties. *BMC Palliat Care*. 2014;13(1).
31. Centeno C, Portela MA, Noguera A, Idoate A, Rubiales AS. Impact of a new palliative care consultation team on opioid prescription in a University Hospital. *BMC Palliat Care*. 2009;8:2.
32. C. Ineke Neutel Svetlana Skurtveit Christian Berg. Polypharmacy of potentially addictive medication in the older persons--quantifying usage. *Pharmacoepidemiol Drug Saf* [Internet]. 2012;21(2):199–206. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1002/pds.2214>
33. Hussainy SY, Box M, Scholes S. Piloting the role of a pharmacist in a community palliative care multidisciplinary team: an Australian experience. *BMC Palliat Care* [Internet]. 2011;10(1):16. Available from: <http://bmc-palliatcare.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-684X-10-16>
34. Savage I, Blenkinsopp A, Closs SJ, Bennett MI. “Like doing a jigsaw with half the parts missing”: Community pharmacists and the management of cancer pain in the community. *Int J Pharm Pract*. 2013;21(3):151–60.
35. Pattniboon W, Pratunon J, Kaewmafai J. Development of palliative care model for elderly patient with chronic illnesses at the end - of - life in two medical unit. *วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ* [Internet]. 2555;30(3):68–77. Available from: <http://www.tci-thaijo.org/index.php/jnatned/article/view/3366>
36. Yimyong M. The Development of the Management of the Palliative Care Pattern for the End of Life Patients at a the Secondary Level Hospital in Petchaburi Province. Chistian University; 2556.

37. Wisetchoonhasilp A, Sarakarn W, Mayuret W, Jangajit T. Developing Pattern the end of life cancer patient palliative care cooperated with multi-disciplinary team. Prapatumvoraratchawongsa 5, Nursing service task department. Sappasittiprasong Hospital Ubonratchathani. In: Division TNA of TN, editor. The Nurses' Association of Thailand Northeastern Division. Ubon Ratchatane: สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ; 2556. p. 20–30.
38. Thanapop S, Kwanchuea R. The Need of Palliative Care for the End-of-Life Chronic Patients in a Community : A Case Study of a Primary Care Unit /Network. Public Heal J Burapha Univ [Internet]. 2015;10(2):13–25. Available from: <https://www.tci-thaijo.org/index.php/phjbuu/article/view/45505>
39. Erlenwein J, Geyer A, Schlink J, Petzke F, Nauck F, Alt-Epping B. Characteristics of a palliative care consultation service with a focus on pain in a German university hospital. BMC Palliat Care [Internet]. 2014;13(1):45. Available from: <http://bmc-palliatcare.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-684X-13-45>
40. Suecharoen P, Thienthong S, Suthanee Simajareuk. A Retrospective Analysis of Morphine Consumption for Pain Management at Srinagarind Hospital, Thailand Pranee. Srinagarind Med J [Internet]. 2016;31(6):417–22. Available from: http://www.smj.ejnal.com/e-journal/showdetail/?show_detail=T&art_id=2136
41. Amy S.B. Bohnert , Valenstein M, Bair MJ, Ganoczy D, McCarthy JF, Ilgen MA, Blow FC. Association Between Opioid Prescribing Pattern and Opioid Overdose-Related Deaths. JAMA. 2011;305(13):1315–21.
42. Sathornviriyapong A, Nagaviroj K, Anothaisintawee T. The association between different opioid doses and the survival of advanced cancer patients receiving palliative care. BMC Palliat Care [Internet]. 2016;15(1):1–8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s12904-016-0169-5>
43. Pasri P, Isaramalai S, Hattakit U. Family Caregivers' Support Needs in Caring for End- Stage Cancer Patients. Songklanagarind J Nurs Vol. 2015;35(2):79–92.
44. Ornwitoo Kanchanachari YS and SM. Roles and Needs of Caregivers for Patients with End of Life in a Specific Setting for Palliative Care. Rama Nurs J. 2017;23(3):328–43.

45. Meecharoen W. Family Caregivers of Cancer Patients: Roles' Adaptation and Quality of Life Promotion. *Rama Nurs J.* 2014;20(April 2014):10–22.
46. Luvira V. Health Care for Caregivers of Patients with Terminal Illness. *Srinagarind Med J.* 2013;28(2):266–70.
47. Phetcharat T, , Kanokarn Kongpatee , Daranee Sansuktawee , Shasithon Duangmun RP, Supanpasuch S, , Palakorn Surakulprapa , Winai Sirichativapee SP. Needs in End of Life Care of Surgical and Orthopedic Patients. *Srinagarind Med J.* 2017;32(3):269–75.
48. Wuthiphongpat P. Palliative Care according to the Religious beliefs and the Living Will. *Veridian E-Journal, Sci Technol Silpakorn Univ.* 2016;3(6):149–61.
49. Kradanpol S. ABILITIES IN PHARMACIST'S PALLIATIVE CARE ACCORDING TO EXPECTATIONS OF MULTIDISCIPLINARY TEAM [Internet]. Silpakorn University; 2016. Available from: http://ithesis-ir.su.ac.th/dspace/bitstream/123456789/1027/1/56362203_ศิริทัศน์_กระดานพล.pdf
50. Jarabek B, Jama A, Cha S, Moynihan T, Mcdonald F. Use of a palliative care order set to improve resident comfort with symptom management in palliative care. *Palliat Med.* 2008;22:343–9.
51. Walker KA, Nachreiner D, Patel J, Mayo RL, Kearney CD. Impact of Standardized Palliative Care Order Set on End-of-Life Care in a Community Teaching Hospital. *J Palliat Med.* 2011;14(3).
52. Pokpalagon P. Palliative Care Model in Thailand. *Nurs J Minist Public Heal* [Internet]. 2017;26(3):40–51. Available from: <https://www.tci-thaijo.org/index.php/tnaph/issue/view/6230>
53. Leysen B, Van Den Eynden B, Gielen B, Bastiaens H, Wens J. Implementation of a Care Pathway for Primary Palliative Care in 5 research clusters in Belgium: Quasi-experimental study protocol and innovations in data collection (pro-SPINOZA). *BMC Palliat Care* [Internet]. 2015;14(1):1–13. Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s12904-015-0043-x>

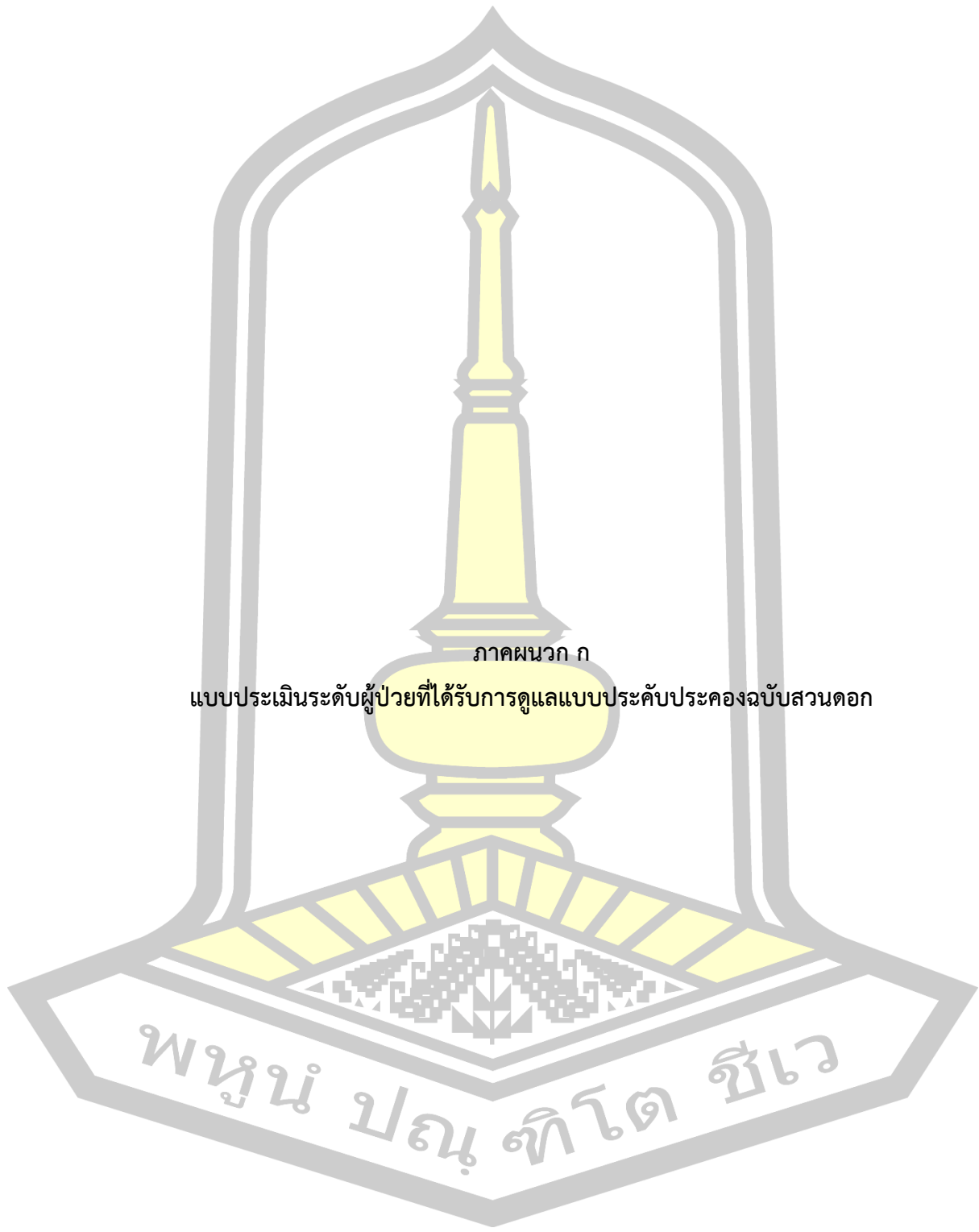
54. Sunida Thiangkeaw PS. Outcome of Palliative Care in Cancer Patients in Maharach hospital , Phra Nakhon Si Ayutthaya Province ในโรงพยาบาลมหาราช จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย. 2561;8(1):88-96.
55. Costantini M, Romoli V, Leo S Di, Beccaro M, Bono L, Pilastri P, et al. Liverpool Care Pathway for patients with cancer in hospital: a cluster randomised trial. Lancet (London, England). 2014;383(9913):226-37.
56. Watson J, Hockley J, Dewar B. Barriers to implementing an integrated care pathway for the last days of life in nursing homes. Int J Palliat Nurs [Internet]. 2006;12:234-40. Available from: <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=med5&NEWS=N&AN=16835564%5Cnhttp://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=emed7&NEWS=N&AN=16835564>





ภาคผนวก

พหุบัณฑิตยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ก

แบบประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองฉบับสวนดอก

พหุพันธ์ ปณฺ ทิโต ชีเว

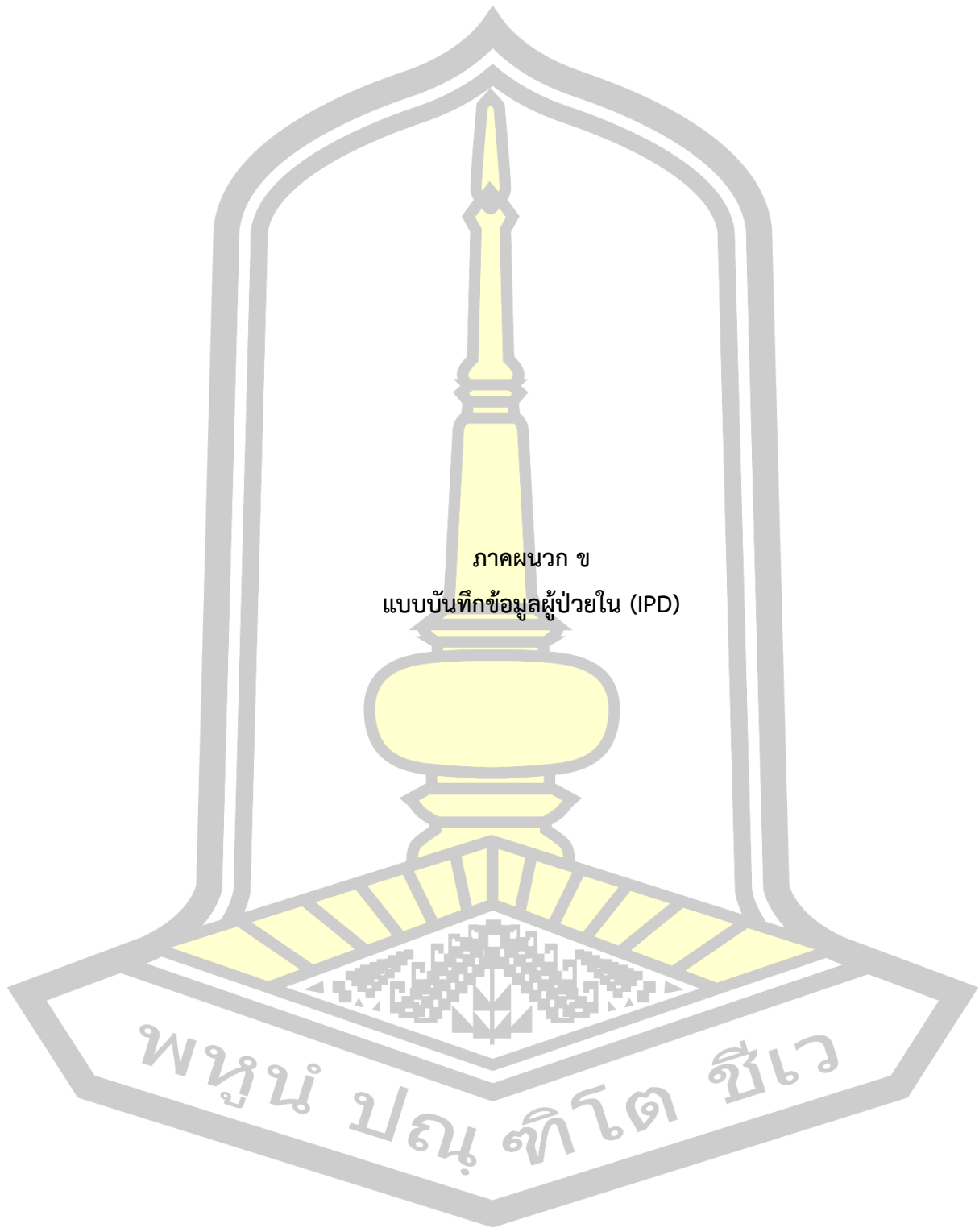
แบบประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองฉบับสวนดอก
(Palliative Performance Scale for adultSuandok) (PPS AdultSuandok)

ระดับ PPS ร้อยละ	การเคลื่อนไหว	การปฏิบัติกิจกรรมและการดำเนินโรค	การทำกิจวัตรประจำวัน	การรับประทานอาหาร	ระดับความรู้สึกตัว
100	เคลื่อนไหวปกติ	ทำกิจกรรมและทำงานได้ตามปกติและไม่มีอาการของโรค	ทำได้เอง	ปกติ	รู้สึกตัวดี
90	เคลื่อนไหวปกติ	ทำกิจกรรมและทำงานได้ตามปกติและมีอาการของโรคบางอาการ	ทำได้เอง	ปกติ	รู้สึกตัวดี
80	เคลื่อนไหวปกติ	ต้องออกแรงอย่างมากในการทำกิจกรรมตามปกติและมีอาการของโรคบางอาการ	ทำได้เอง	ปกติ หรือ ลดลง	รู้สึกตัวดี
70	ความสามารถในการเคลื่อนไหวลดลง	ไม่สามารถทำงานได้ตามปกติและมีอาการของโรคอย่างมาก	ทำได้เอง	ปกติ หรือ ลดลง	รู้สึกตัวดี
60	ความสามารถในการเคลื่อนไหวลดลง	ไม่สามารถทำงานอดิเรกหรืองานบ้านได้และมีอาการของโรคอย่างมาก	ต้องการความช่วยเหลือเป็นบางครั้ง/บางเรื่อง	ปกติ หรือ ลดลง	รู้สึกตัวดี หรือ สับสน
50	นั่ง หรือ นอน เป็นส่วนใหญ่	ไม่สามารถทำงานได้เลยและมีการลุกลามของโรค	ต้องการความช่วยเหลือมากขึ้น	ปกติ หรือ ลดลง	รู้สึกตัวดี หรือ สับสน
40	นอนอยู่บนเตียงเป็นส่วนใหญ่	ทำกิจกรรมได้น้อยมากและมีการลุกลามของโรค	ต้องการความช่วยเหลือมากขึ้น	ปกติ หรือ ลดลง	รู้สึกตัวดี หรือ ว่างซึม +/- สับสน

ระดับ PPS ร้อยละ	การเคลื่อนไหว	การปฏิบัติกิจกรรมและการดำเนินโรค	การทำกิจวัตรประจำวัน	การรับประทานอาหาร	ระดับความรู้สึกตัว
30	นอนอยู่บนเตียงตลอดเวลา	ไม่สามารถทำกิจกรรมใด ๆ และมีการลุกลามของโรค	ต้องการความช่วยเหลือทั้งหมด	ปกติ หรือ ลดลง	รู้สึกตัวดี หรือ ง่วงซึม +/- สับสน
20	นอนอยู่บนเตียงตลอดเวลา	ไม่สามารถทำกิจกรรมใด ๆ และมีการลุกลามของโรค	ต้องการความช่วยเหลือทั้งหมด	จิบน้ำได้เล็กน้อย	รู้สึกตัวดี หรือ ง่วงซึม +/- สับสน
10	นอนอยู่บนเตียงตลอดเวลา	ไม่สามารถทำกิจกรรมใด ๆ และมีการลุกลามของโรค	ต้องการความช่วยเหลือทั้งหมด	รับประทานอาหารทางปากไม่ได้	ง่วงซึมหรือไม่รู้สึกรู้ตัว +/- สับสน
0	เสียชีวิต	-	-	-	-

หมายเหตุ เครื่องหมาย +/- หมายถึง อาจมี หรือไม่มีอาการ แปลจาก Palliative Performance Scale version 2 ของ Victoria Hospice Society, ประเทศ แคนาดา โดย คณะกรรมการ Palliative care ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ เมื่อวันที่ 13 พฤษภาคม พ.ศ. 2551 "Copyright Victoria Hospice Society"





ภาคผนวก ข
แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยใน (IPD)

พหุ ประถม วิทยาลัย ชีวะ

การวิจัยเรื่อง :การพัฒนาแนวทางการดูแลแบบประคับประคอง

ในการจัดการผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายโรงพยาบาลเขวง

ระยะที่ 1: การศึกษาเชิงพรรณนาแบบย้อนหลัง

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

HN..... อายุปี สิทธิการรักษา.....

เพศ ชาย หญิง สถานภาพ โสด คู่ หย่าร้าง อื่น ๆ ผู้ดูแล มี ไม่มี

โรคที่ได้รับการวินิจฉัย ICD10..... โรคร่วม.....

ส่วนที่ 2 ข้อมูลขณะผู้ป่วยนอนโรงพยาบาล (IPD)

การประเมินอาการปวดของผู้ป่วย โดยใช้ pain scoreคะแนน

PPS.....คะแนน จำนวนวันนอน.....วัน

ประเภทของการจำหน่ายจากโรงพยาบาล

แพทย์อนุญาต ปฏิเสธการรักษา ส่งต่อไปโรงพยาบาลอื่น

ชนิดและขนาดการใช้ยากลุ่ม Opioids ที่ผู้ป่วยได้รับขณะนอนโรงพยาบาล

Dose for around the clock ได้รับ ไม่ได้รับ

Morphine injection

MST tablets

Pethidine injection.....

tramadol injection.....

อื่น ๆ.....

การปรับขนาดยาตามอาการของผู้ป่วย มี ไม่มี

ปรับขนาดยา

ปรับความถี่ของการให้ยา

เปลี่ยนชนิดยา

Dose for breakthrough pain ได้รับยา ไม่ได้รับยา

Morphine injection

Morphine syrup.....

tramadol injection

Adjuvant Therapy ได้รับ ไม่ได้รับ

lorazepam..... Amitriptyline..... Diazepam..... อื่น ๆ.....

อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยากลุ่ม Opioids ที่พบ

constipation Urinary retention Vomiting Headache

Somnolence

อื่น ๆ.....

รายการยาอื่น ๆ ที่ผู้ป่วยได้รับขณะนอนโรงพยาบาล

.....

ยาที่ได้รับกลับบ้าน (Home medicine) ได้รับการสั่งยา ไม่ได้รับการสั่งยา

Dose for around the clock

Morphine injection

MST tablets

Pethidine injection.....

tramadol injection.....

ไม่ได้รับยา

Dose for breakthrough pain มี ไม่มี

Morphine injection

Morphine syrup.....

tramadol injection

Adjuvant Therapy ได้รับ ไม่ได้รับ

lorazepam..... Amitriptyline..... Diazepam..... อื่นๆ.....

อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา opioids ที่พบ

constipation Urinary retention Vomiting Headache

Somnolence

อื่น ๆ.....

ปัญหาอื่น ๆที่พบ

.....

ส่วนที่ 3 ปัญหาเกี่ยวเนื่องกับการใช้ยาที่พบ

PCNE Classification scheme for Drug-Related Problems V7.0

ขณะนอนโรงพยาบาล

ยาที่พบปัญหา.....วันที่พบ.....

รายละเอียด.....

ลักษณะของปัญหา Potential problem Manifest problem

ชนิดของปัญหา (Type of problem) (ใส่ได้ 1 รหัส)

สาเหตุของปัญหา (Type of cause) (ใส่ได้มากที่สุด 3 รหัส).....

ยาที่พบปัญหา.....วันที่พบ.....

รายละเอียด.....

ลักษณะของปัญหา Potential problem Manifest problem

ชนิดของปัญหา (Type of problem) (ใส่ได้ 1 รหัส)

สาเหตุของปัญหา (Type of cause) (ใส่ได้มากที่สุด 3 รหัส).....

ยาที่พบปัญหา.....วันที่พบ.....

รายละเอียด.....

ลักษณะของปัญหา Potential problem Manifest problem

ชนิดของปัญหา (Type of problem) (ใส่ได้ 1 รหัส)

สาเหตุของปัญหา (Type of cause) (ใส่ได้มากที่สุด 3 รหัส).....

ใบสั่งยากลับบ้าน ()ได้รับยากลับบ้าน ()ได้รับยา

ยาที่พบปัญหา.....วันที่พบ.....

รายละเอียด.....

ลักษณะของปัญหา Potential problem Manifest problem

ชนิดของปัญหา (Type of problem) (ใส่ได้ 1 รหัส)

สาเหตุของปัญหา (Type of cause) (ใส่ได้มากที่สุด 3 รหัส).....

ยาที่พบปัญหา.....วันที่พบ.....

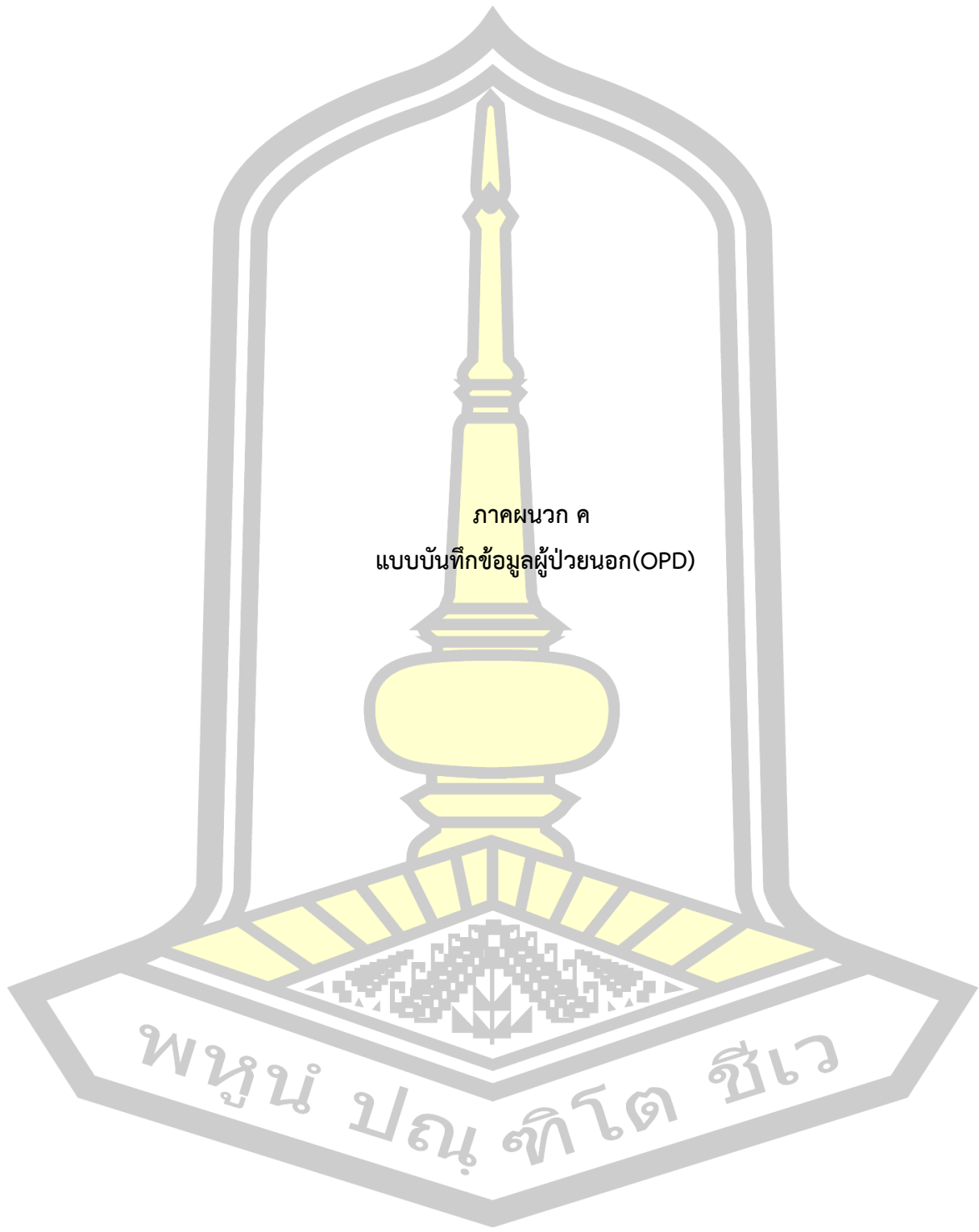
รายละเอียด.....

ลักษณะของปัญหา Potential problem Manifest problem

ชนิดของปัญหา (Type of problem) (ใส่ได้ 1 รหัส)

สาเหตุของปัญหา (Type of cause) (ใส่ได้มากที่สุด 3 รหัส).....

พูนุ ปณุกิตโต ชีเว



ภาคผนวก ค
แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยนอก(OPD)

พหุบัน ปณุ ทิโต ชีเว

การวิจัยเรื่อง :การพัฒนาแนวทางการดูแลแบบประคับประคอง
ในการจัดการผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายโรงพยาบาลเขาวง

ระยะที่ 1: การศึกษาเชิงพรรณนาแบบย้อนหลัง

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

HN..... อายุปี สิทธิการรักษา.....
เพศ ชาย หญิง สถานภาพ โสด คู่ หย่าร้าง อื่น ๆ ผู้ดูแล มี ไม่มี
โรคที่ได้รับการวินิจฉัย ICD10..... โรคร่วม.....

ส่วนที่ 2 ข้อมูลขณะผู้ป่วยรับบริการเป็นผู้ป่วยนอก (OPD)

การประเมินอาการปวดของผู้ป่วย โดยใช้ pain scoreคะแนน PPS.....คะแนน
การรับบริการครั้งที่ วันที่.....

ชนิดและขนาดการใช้ยากกลุ่ม Opioids ที่ผู้ป่วยได้รับ

Dose for around the clock ได้รับ ไม่ได้รับ

Morphine injection

MST tablets

Pethidine injection.....

tramadol injection.....

อื่น ๆ.....

การปรับยาตามอาการของผู้ป่วย มี ไม่มี

ปรับขนาดยา

ปรับความถี่ของการให้ยา

เปลี่ยนชนิดยา

Dose for breakthrough pain ได้รับยา ไม่ได้รับยา

Morphine injection

Morphine syrup.....

tramadol injection

Adjuvant Therapy ได้รับ ไม่ได้รับ

lorazepam..... Amitriptyline..... Diazepam..... อื่น ๆ.....

อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยากกลุ่ม Opioids ที่พบ

constipation Urinary retention Vomiting Headache

Somnolence

อื่น ๆ.....

ส่วนที่ 3 ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาที่พบ

PCNE Classification scheme for Drug-Related Problems V7.0

ยาที่พบปัญหา..... วันที่พบ.....

รายละเอียด.....

ลักษณะของปัญหา Potential problem Manifest problem

ชนิดของปัญหา (Type of problem) (ใส่ได้ 1 รหัส)

สาเหตุของปัญหา (Type of cause) (ใส่ได้มากที่สุด 3 รหัส).....

ยาที่พบปัญหา..... วันที่พบ.....

รายละเอียด.....

ลักษณะของปัญหา Potential problem Manifest problem

ชนิดของปัญหา (Type of problem) (ใส่ได้ 1 รหัส)

สาเหตุของปัญหา (Type of cause) (ใส่ได้มากที่สุด 3 รหัส).....

ยาที่พบปัญหา..... วันที่พบ.....

รายละเอียด.....

ลักษณะของปัญหา Potential problem Manifest problem

ชนิดของปัญหา (Type of problem) (ใส่ได้ 1 รหัส)

สาเหตุของปัญหา (Type of cause) (ใส่ได้มากที่สุด 3 รหัส).....

ยาที่พบปัญหา..... วันที่พบ.....

รายละเอียด.....

ลักษณะของปัญหา Potential problem Manifest problem

ชนิดของปัญหา (Type of problem) (ใส่ได้ 1 รหัส)

สาเหตุของปัญหา (Type of cause) (ใส่ได้มากที่สุด 3 รหัส).....

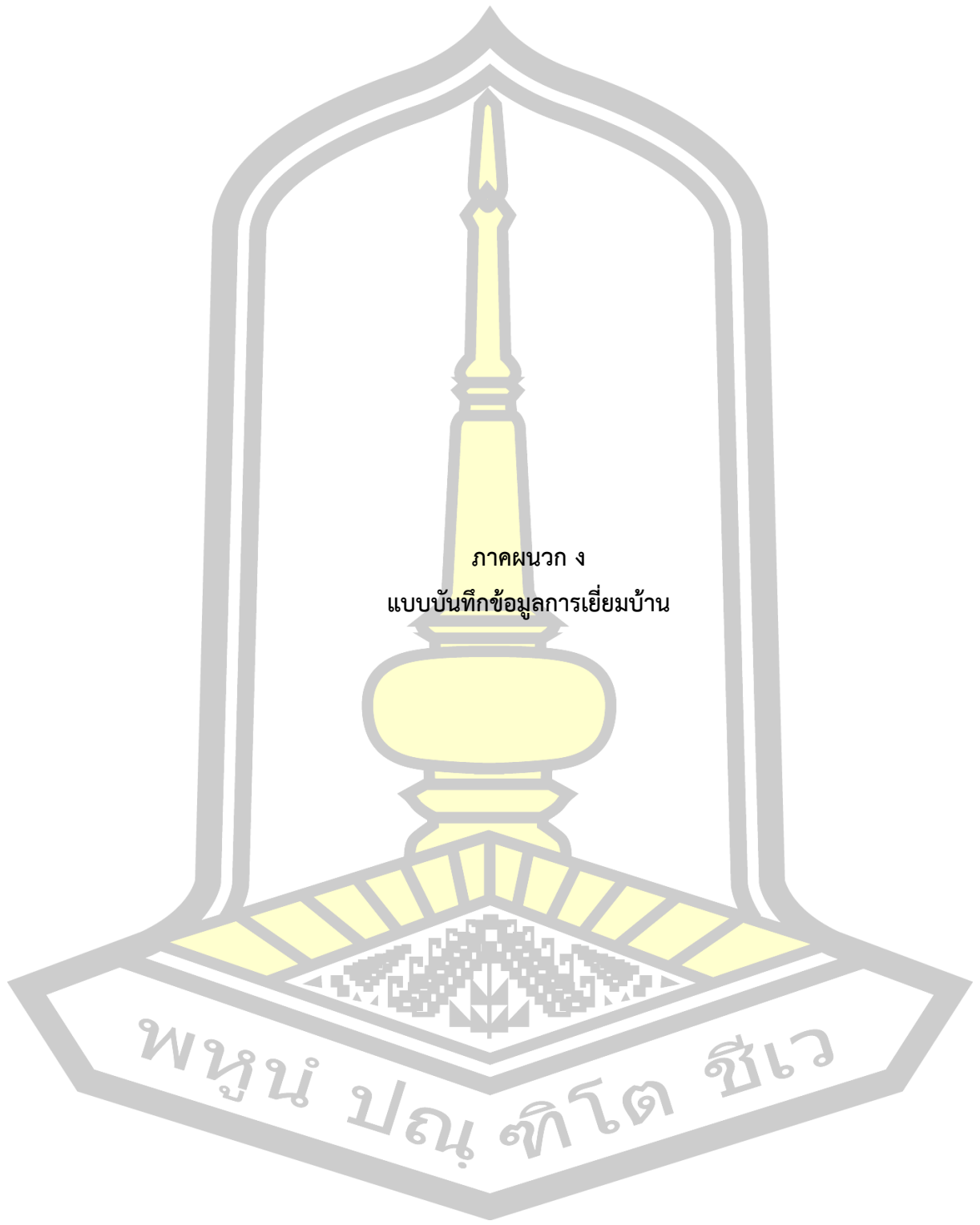
ยาที่พบปัญหา..... วันที่พบ.....

รายละเอียด.....

ลักษณะของปัญหา Potential problem Manifest problem

ชนิดของปัญหา (Type of problem) (ใส่ได้ 1 รหัส)

สาเหตุของปัญหา (Type of cause) (ใส่ได้มากที่สุด 3 รหัส).....



ภาคผนวก ง
แบบบันทึกข้อมูลการเยี่ยมบ้าน

พหุจน์ ปณฺ ทิโต ชีเว

การวิจัยเรื่อง :การพัฒนาแนวทางการดูแลแบบประคับประคอง
ในการจัดการผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายโรงพยาบาลเขาวง

ระยะที่ 1: การศึกษาเชิงพรรณนาแบบย้อนหลัง

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

HN..... อายุปี สิทธิการรักษา.....

เพศ [] ชาย [] หญิง สถานภาพ [] โสด [] คู่ [] หย่าร้าง [] อื่น ๆ ผู้ดูแล [] มี [] ไม่มี

โรคที่ได้รับการวินิจฉัย ICD10..... โรคร่วม.....

ส่วนที่ 2 ข้อมูลจากบันทึกการเยี่ยมบ้าน

การเยี่ยมบ้านครั้งที่ อาการสำคัญของผู้ป่วยที่พบ.....

PPS.....% Pain score...../10 คะแนน Dyspnea...../10 คะแนน

รายการยาที่ผู้ป่วยได้รับ

รายการยาและวิธีการใช้ยาที่แพทย์สั่ง	รายการยาและวิธีการใช้ยาที่ผู้ป่วยใช้จริง

การประเมินด้านอื่น ๆ

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

ส่วนที่ 3 ปัญหาที่เกี่ยวข้องเนื่องกับการใช้ยาที่พบ

PCNE Classification scheme for Drug-Related Problems V7.0

ยาที่พบปัญหา..... วันที่พบ.....

รายละเอียด.....

ลักษณะของปัญหา Potential problem Manifest problem

ชนิดของปัญหา (Type of problem) (ใส่ได้ 1 รหัส)

สาเหตุของปัญหา (Type of cause) (ใส่ได้มากที่สุด 3 รหัส).....

การแก้ไขปัญหา.....

ผลลัพธ์ของการแก้ไขปัญหา.....

ยาที่พบปัญหา..... วันที่พบ.....

รายละเอียด.....

ลักษณะของปัญหา Potential problem Manifest problem

ชนิดของปัญหา (Type of problem) (ใส่ได้ 1 รหัส)

สาเหตุของปัญหา (Type of cause) (ใส่ได้มากที่สุด 3 รหัส).....

การแก้ไขปัญหา.....

ผลลัพธ์ของการแก้ไขปัญหา.....

ยาที่พบปัญหา..... วันที่พบ.....

รายละเอียด.....

ลักษณะของปัญหา Potential problem Manifest problem

ชนิดของปัญหา (Type of problem) (ใส่ได้ 1 รหัส)

สาเหตุของปัญหา (Type of cause) (ใส่ได้มากที่สุด 3 รหัส).....

การแก้ไขปัญหา.....

ผลลัพธ์ของการแก้ไขปัญหา.....

พูนุ ปณ ทิโต ชีเว



ภาคผนวก จ

แนวทางการการสัมภาษณ์เชิงลึกสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะท้าย

หรือญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

พหุชนูปถัมภ์ ทีโตน ชีเว

การวิจัยเรื่อง : การพัฒนาแนวทางการดูแลแบบประคับประคอง
ในการจัดการผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายโรงพยาบาลเขาวง

ระยะที่ 2 :การศึกษาเชิงคุณภาพ

สวัสดีค่ะ คุณ.....

ดิฉันชื่อ เกศชกรหญิงสุลาวัลย์ วรรณโคตรนะคะ เรียกง่ายๆ ว่า เกศชมิโกะ เป็นนิสิตปริญญาโท วันนี้จะขอสัมภาษณ์ เพื่อให้ได้ข้อมูลประกอบการวิจัยเรื่อง การพัฒนาแนวทางการดูแลแบบประคับประคอง ในการจัดการผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย โรงพยาบาลเขาวง โดยจะขอสัมภาษณ์ในส่วนของปัญหาในการมารับบริการ การเข้าถึงบริการ ปัญหาและอุปสรรค ในการดูแลแบบประคับประคองนะคะ พุดให้เข้าใจง่ายๆคือ การมารับบริการผู้ป่วยโรคมะเร็งในโรงพยาบาลเขาวงเป็นอย่างไร โดยที่การสัมภาษณ์ในวันนี้ จะขอบันทึกไว้ด้วยเครื่องบันทึกเสียง แต่ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ถูกเก็บไว้เป็นความลับ และเพื่อเป็นประโยชน์แก่การวิจัยเท่านั้นคะ

เริ่มสัมภาษณ์.....

ผู้ป่วยทราบหรือไม่คะ ว่าป่วยเป็นโรคมะเร็ง (กรณีสัมภาษณ์ญาติผู้ป่วย)

ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ผู้มีมีอาการปวดบ้างหรือไม่คะ

-ถ้ามี ลักษณะอาการปวดเป็นอย่างไรคะ

ทราบหรือไม่คะ ว่า อาการปวดในผู้ป่วยมะเร็ง สามารถรักษาได้ด้วยยาแก้ปวดหลายชนิด และหนึ่งในนั้นคือยามอร์ฟินซึ่งเป็นอนุพันธ์ของฝิ่น และจัดเป็นยาเสพติดให้โทษประเภทที่ 2

ทราบหรือไม่คะ ว่านอกจากอาการปวดแล้ว ยังมีอาการอื่น ๆที่อาจจำเป็นต้องใช้ยามอร์ฟิน ในการจัดการอาการ เช่น อาการหอบเหนื่อย อาการไม่สุขสบายอื่น ๆ

หากผู้ป่วยได้รับยามอร์ฟินในการรักษา ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลจะเกิดความกังวลหรือไม่ หากมี เรื่องใดเป็นเรื่องที่มีความกังวลมากที่สุดคะ

หากอาการของผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมได้ด้วยการกินยา หรือ ผู้ป่วยไม่สามารถรับประทานยาได้ และอาจจะต้องเปลี่ยนเป็นยาฉีด ท่านคิดว่า จะสามารถบริหารยาเองได้หรือไม่คะ กรณีที่มีเจ้าหน้าที่ช่วยสอนวิธีการฉีดยาให้

จากการรับบริการที่โรงพยาบาลเขาวง พบปัญหาอะไรบ้างในการบริการคะ

-การเข้าถึงบริการมีปัญหาหรือไม่คะ

-การเดินทางมาโรงพยาบาลมีปัญหาบ้างหรือไม่คะ

-ขั้นตอนในการรับบริการ พบปัญหาหรือไม่คะ

- ท่านได้ทราบถึงข้อมูลในการรักษาเกี่ยวกับการรักษา อย่างเต็มที่ หรือไม่คะ
- จากการรับบริการที่ผ่านมา ต้องการให้ทางโรงพยาบาลเขาวง ปรับปรุงในการบริการเรื่องใดบ้างคะ
- เรื่องขั้นตอนการให้บริการ ต้องการให้มีการปรับปรุงหรือไม่คะ
- เรื่องการเข้าถึงบริการ ต้องการให้ทางโรงพยาบาลมีการปรับปรุงหรือไม่คะ
- เรื่องการให้ข้อมูลในการรักษา ต้องการให้มีการปรับปรุงหรือไม่คะ
- นอกเหนือจากเรื่องที่กำลังมาข้างต้น ท่านมีข้อเสนอแนะในการปรับปรุงบริการของโรงพยาบาลเขาวง บ้างหรือไม่คะ

ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา นอกจากโรคที่เป็น หรือการรักษาผู้ป่วยมีความกังวลเรื่องอื่นหรือไม่คะ

- ปัญหาทางด้านการเงิน
- ความเครียด
- หรือปัญหาอื่น ๆ

ในมุมมองของท่าน มีความต้องการให้โรงพยาบาลเขาวง ช่วยในเรื่องใดมากที่สุด เพื่อให้ ผู้ป่วย

โรคมะเร็ง พ้นจากความทุกข์ทรมานคะ

หากมีบริการเช่น การทำกิจกรรมบำบัด การผ่อนคลายความเครียด หรือกิจกรรมทางศาสนา ที่ช่วยในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง ท่านมีความคิดเห็นอย่างไรคะ

สุดท้ายนี้ ต้องการให้โรงพยาบาลเขาวงมีการพัฒนาเรื่องใดมากที่สุด เพื่อให้การดูแลแบบ

ประคับประคอง มีประโยชน์และมีความเหมาะสมกับผู้ป่วยมากที่สุดคะ

ขอขอบคุณที่ท่านสละเวลาในการให้ข้อมูลในการวิจัย และหวังเป็นอย่างยิ่งว่า ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ในวันนี้ จะเป็นประโยชน์ในการให้บริการแก่ท่านหรือญาติของท่าน และจะเป็นประโยชน์แก่ผู้ป่วยรายอื่นต่อไปคะ

ข้อมูลอื่น ๆ ของผู้ป่วย

ข้อมูลการใช้ยา/สมุนไพร

หมายเหตุ



ภาคผนวก ฉ

แนวทางการสัมภาษณ์บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบ
ระดับประคองโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช กุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

พูน ปณ ทิโต สีเว

การวิจัยเรื่อง : การพัฒนาแนวทางการดูแลแบบประคับประคอง
ในการจัดการผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายโรงพยาบาลเขาวง

ระยะที่ 2 :การศึกษาเชิงคุณภาพ

สวัสดีค่ะ คุณ.....

ดิฉันชื่อ เกศษกรหญิงสุลาวัลย์ วรรณโคตรนะคะ เรียกง่ายๆว่า เกศษมิโกะ เป็นนิสิตปริญญาโท วันนี้จะขอสัมภาษณ์ เพื่อให้ได้ข้อมูลประกอบการวิจัยเรื่อง การพัฒนาแนวทางการบริการ และการบริหารทางเภสัชกรรมในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง โรงพยาบาลเขาวง โดยจะขอสัมภาษณ์ในส่วนของประสบการณ์ทำงานของบุคลากรทางการแพทย์ของโรงพยาบาล สมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ ปัญหา อุปสรรคและแนวทางการพัฒนาที่ได้ดำเนินจนประสบความสำเร็จค่ะ โดยที่การสัมภาษณ์ในวันนี้ จะขอบันทึกไว้ด้วยเครื่องบันทึกเสียง แต่ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ถูกเก็บไว้อย่างเป็นความลับ และเพื่อเป็นประโยชน์แก่การวิจัยเท่านั้นค่ะ เริ่มสัมภาษณ์.....

Cortex การประเมินด้านบริบท หรือสภาพแวดล้อม

ทางโรงพยาบาลมีวัตถุประสงค์อย่างไร ในการพัฒนาการดูแลแบบประคับประคองคะ
ในการริเริ่มให้มีการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองของโรงพยาบาล มีเหตุผลในการเริ่มการพัฒนาคืออะไรคะ

ในการริเริ่ม เกิดปัญหาอย่างไรบ้างในการริเริ่มการพัฒนา

โรงพยาบาล ได้มีนโยบายจากผู้บริหาร หรือการรณรงค์ที่สนับสนุน การพัฒนาแนวทางการดูแลแบบประคับประคองบ้างหรือไม่คะ

ถ้ามี นโยบายนั้นเป็นอย่างไร

Input Evaluation การประเมินปัจจัยเบื้องต้น

ปัจจัยสนับสนุนที่ทำให้เกิดการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง มีอะไรบ้างคะ

- การสนับสนุนทางด้านงบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ เครื่องมือ เป็นอย่างไรบ้างคะ
- การสนับสนุนทางด้านบุคลากร หรือการพัฒนาบุคลากรมีการดำเนินการหรือไม่ และลักษณะของการพัฒนาเป็นอย่างไรบ้างคะ
- มีการสนับสนุนทางด้านเทคโนโลยี ที่ช่วยในการทำงาน บ้างหรือไม่คะ

Process evaluation การประเมินกระบวนการ

กระบวนการพัฒนาเริ่มต้นจากอะไรบ้าง และมีแนวทางการดำเนินการพัฒนาอย่างไรบ้างคะ

การพัฒนาระบบยา หรือแนวทางการบริหารทางเภสัชกรรม มีกระบวนการอย่างไรบ้างคะ

ระหว่างการดำเนินการพบปัญหาหรืออุปสรรคใดบ้างคะ และได้แก้ไขอย่างไร

Product Evaluation การประเมินผลผลิต

จากการดำเนินการพัฒนาที่ผ่านมา ทางรพ.ของท่าน ได้มีการวัดผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยแบบ
 ประคับประคองอย่างไรบ้างคะ

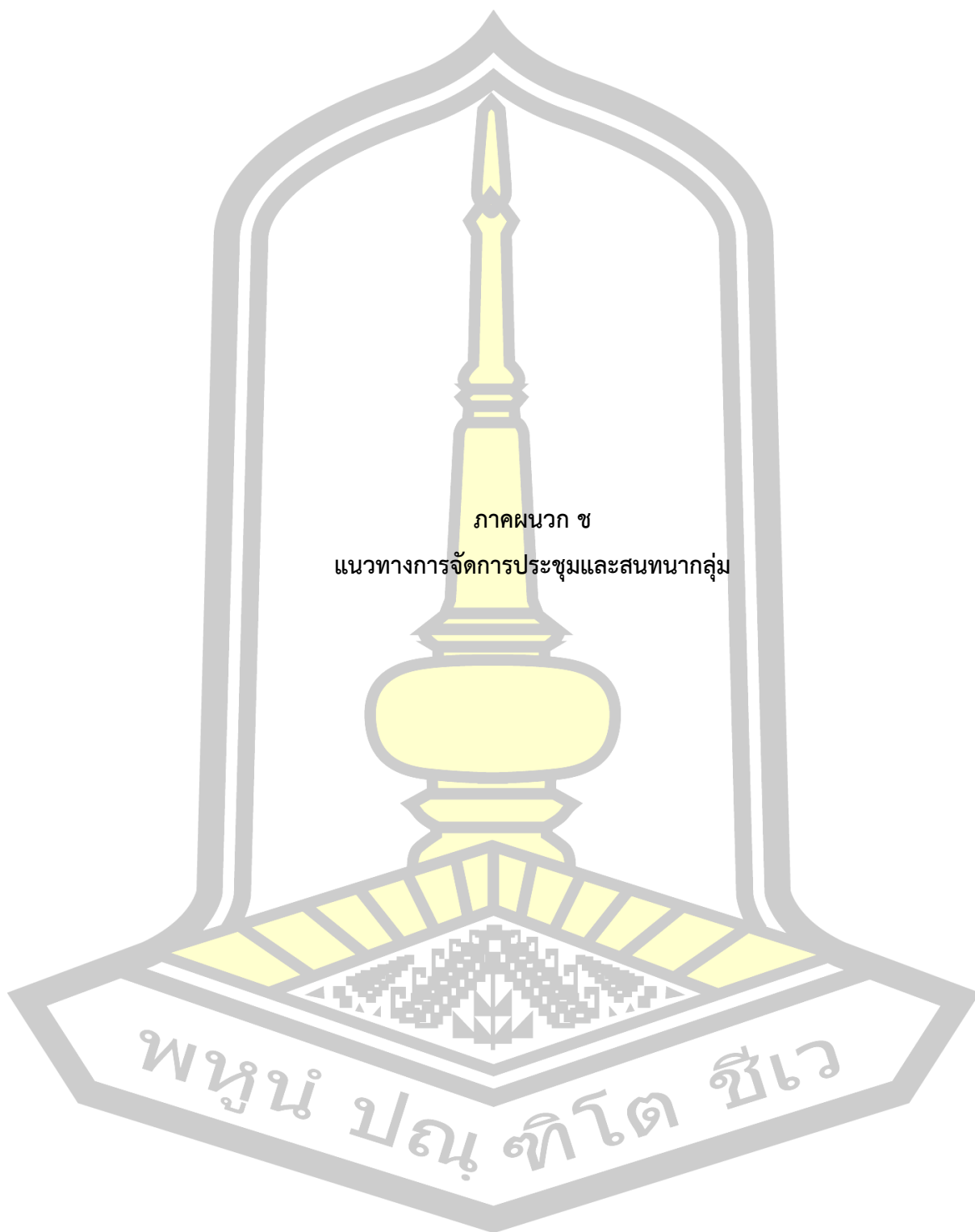
วิธีดังกล่าวมีข้อดีอย่างไร

วิธีดังกล่าวมีข้อเสียอย่างไร

ผลสำเร็จของการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ในมุมมองของท่าน คืออะไร

สุดท้ายนี้ขอขอบพระคุณในการอนุเคราะห์ข้อมูลในการให้สัมภาษณ์ในครั้งนี้ และขอแสดงความชื่นชม
 ที่หน่วยงานของท่านเป็นหน่วยงานที่ประสบความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง และ
 หวังเป็นอย่างยิ่งว่า จะมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลอันเป็นประโยชน์ ในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วย ต่อไปค่ะ





ภาคผนวก ข

แนวทางการจัดการประชุมและสนทนากลุ่ม

พหุบัณฑิต โท ชีวะ

การวิจัยเรื่อง : การพัฒนาแนวทางการดูแลแบบประคับประคอง
ในการจัดการผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายโรงพยาบาลเขาวง

ระยะที่ 2 :การศึกษาเชิงคุณภาพ

จัดให้มีการประชุม และสนทนากลุ่ม โดยมีแพทย์ผู้ดูแลการดูแลแบบประคับประคอง เป็นประธาน ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการประชุม และพยาบาลผู้รับผิดชอบประสานงานการดูแลแบบประคับประคองเป็นผู้จัดบันทึกการประชุม

โดยมีผู้ให้ข้อมูล ได้แก่ แพทย์ผู้รับผิดชอบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง 1 คน พยาบาลผู้ประสานงานการดูแลแบบประคับประคอง คน พยาบาลผู้ประสานงานการดูแลแบบต่อเนื่อง 1 คน พยาบาลประจำหอผู้ป่วย หอผู้ป่วยละ 1 คน รวม 2 คน พยาบาลประจำแผนกฉุกเฉิน 1 คน เภสัชกรผู้รับผิดชอบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง 1 คน รวมทั้งสิ้น 7 คน มีขั้นตอนดังนี้

วาระแจ้งให้ทราบ

1. แจ้งถึงสถานการณ์โรค และผู้ป่วย
2. ผลการดำเนินงานที่ผ่านมา ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา และการทบทวน

เอกสารข้อมูลที่เกี่ยวข้อง

3. นโยบายและแผนพัฒนาระดับโรงพยาบาล

วาระสืบเนื่อง

1. ผลจากการประชุมครั้งก่อนหน้า ประเด็นปัญหาที่ยังไม่ได้ข้อสรุป

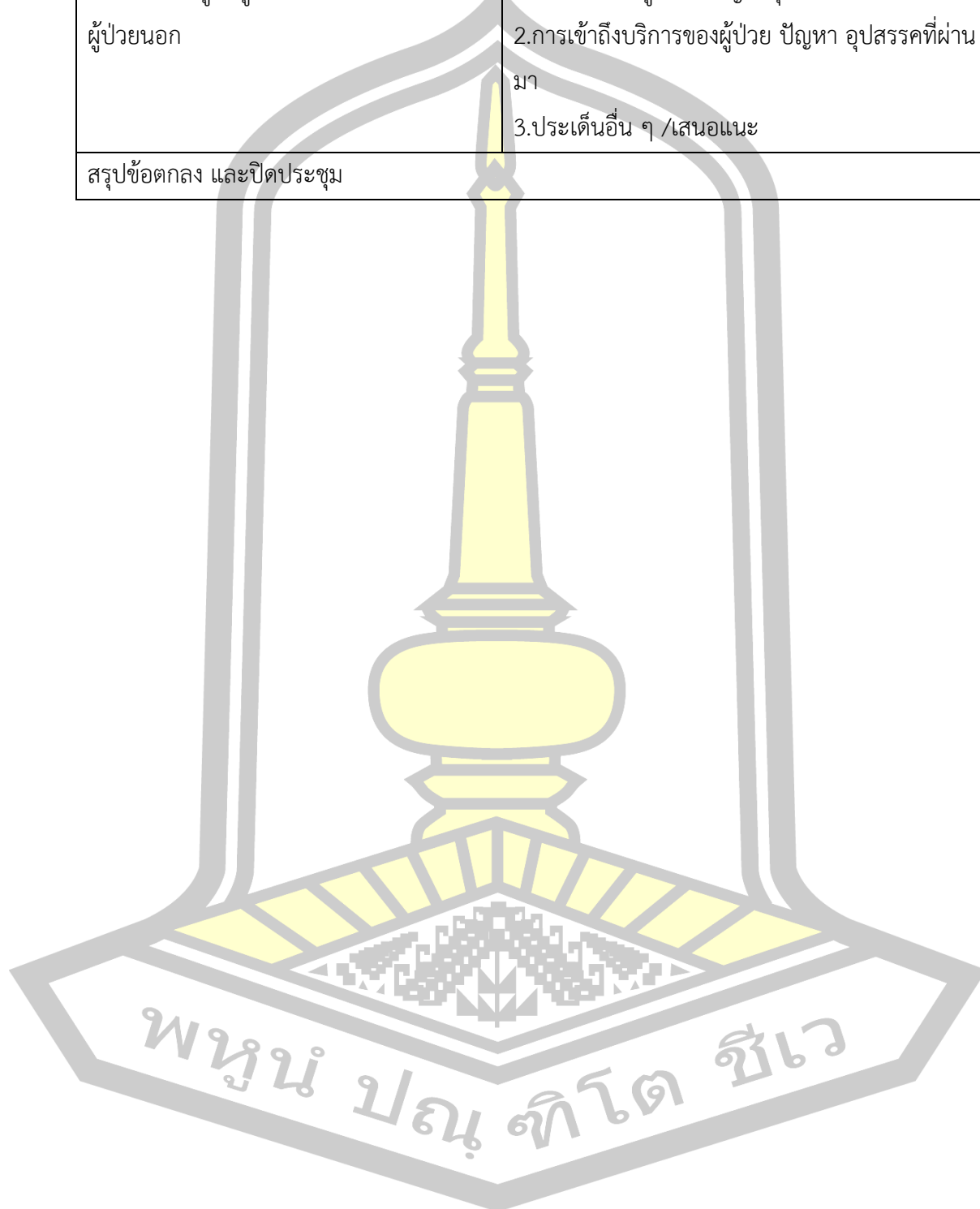
วาระเสนอแนะ/หารือ

2. ดำเนินการสนทนากลุ่ม ตามแนวทางของหัวข้อต่าง ๆ ดังนี้

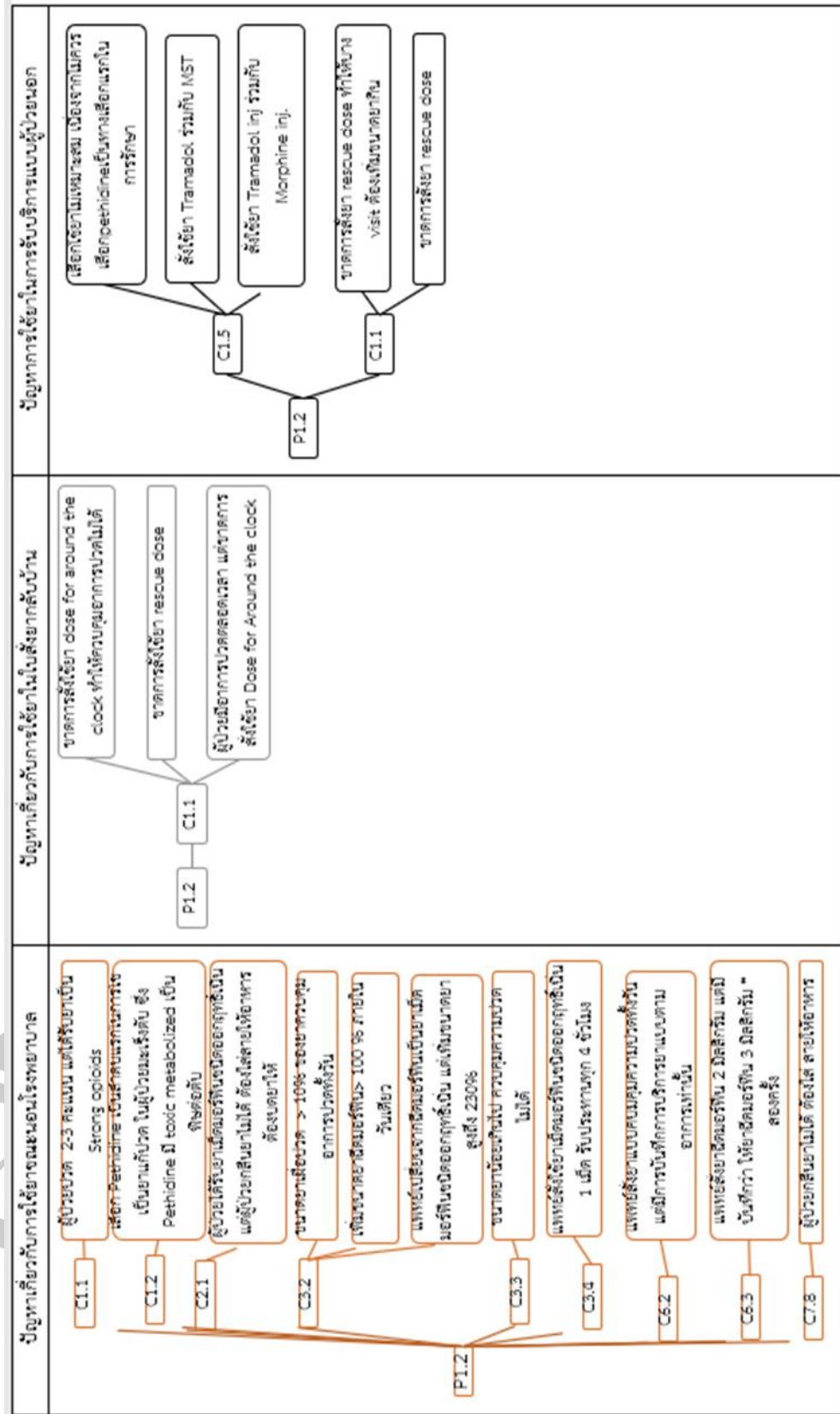
ประเด็นที่ศึกษา	แนวคำถาม
แนวทางการใช้ยาเพื่อการจัดการอาการของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล	<ol style="list-style-type: none"> 1. ปัญหาการใช้ยาที่พบจากการดำเนินงานที่ผ่านมา เป็นอย่างไร (ชี้ก: ประสิทธิภาพของแต่ละวิชาชีพ) 2. สาเหตุของปัญหาการใช้ยาที่พบมีอะไรบ้าง (ชี้ก: มุมมองของแต่ละวิชาชีพ) 3. สิ่งที่ยังขาดในการใช้ยาเพื่อการจัดการอาการของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย (ชี้ก: มุมมองของแต่ละวิชาชีพ)

ประเด็นที่ศึกษา	แนวคำถาม
	4. แนวทางการใช้ยาควรเป็นอย่างไร (ซัก:ยึดจากตำรา แนวทางเวชปฏิบัติ หรือเอกสารอื่น ๆ เพื่อตกลงการใช้ร่วมกันในระดับโรงพยาบาล)
ระบบการบริการ / เบิกจ่ายยาเสพติดในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลเขาวง	<ol style="list-style-type: none"> 1. ทบทวนระบบการบริการ / การเบิกจ่ายยาเสพติดที่ผ่านมา 2. ปัญหาที่พบจากการดำเนินงานที่ผ่านมาเป็นอย่างไร (ซัก: ประสิทธิภาพของแต่ละวิชาชีพ) 3. สาเหตุของปัญหาที่พบมีอะไรบ้าง (ซัก: มุมมองของแต่ละวิชาชีพ) 4. ข้อตกลงในระบบบริการ / การเบิกจ่ายยาเสพติดที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล (ข้อตกลงและความเข้าใจที่ทำร่วมกัน)
การดูแลต่อเนื่องของผู้ป่วยในชุมชน และการเชื่อมประสานกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล	<ol style="list-style-type: none"> 1. ทบทวนระบบการบริการ 2. ปัญหาที่พบจากการดำเนินงานที่ผ่านมา (ซัก: ประสิทธิภาพของแต่ละวิชาชีพ) 3. สาเหตุของปัญหาที่พบมีอะไรบ้าง (ซัก: มุมมองของแต่ละวิชาชีพ)
แนวทางการบริหารทางเภสัชกรรม	<p>เภสัชกรควรมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองอย่างไร (ซัก: แต่ละวิชาชีพ)</p> <p>ความต้องการของทีมสหสาขาวิชาชีพในการบริหารทางเภสัชกรรมของเภสัชกร (ซักจากวิชาชีพอื่น ๆ)</p> <p>ข้อสรุปแนวทางการบริหารทางเภสัชกรรมที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล (ข้อสรุป บทบาทหน้าที่ และข้อตกลง)</p>
แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มาใช้บริการแบบผู้ป่วยใน	<ol style="list-style-type: none"> 1. การประเมินผู้ป่วย/ปัญหาอุปสรรคที่ผ่านมา 2. การวางแผนเพื่อจำหน่ายผู้ป่วย และดูแลต่อเนื่องที่บ้าน 3. ประเด็นอื่น ๆ / เสริม เสนอแนะ

ประเด็นที่ศึกษา	แนวคำถาม
แนวทางการดูแลผู้ป่วยเมื่อมารับบริการแบบผู้ป่วยนอก	1.การประเมินผู้ป่วย /ปัญหาอุปสรรคที่ผ่านมา 2.การเข้าถึงบริการของผู้ป่วย ปัญหา อุปสรรคที่ผ่านมา 3.ประเด็นอื่น ๆ /เสนอแนะ
สรุปข้อตกลง และปิดประชุม	



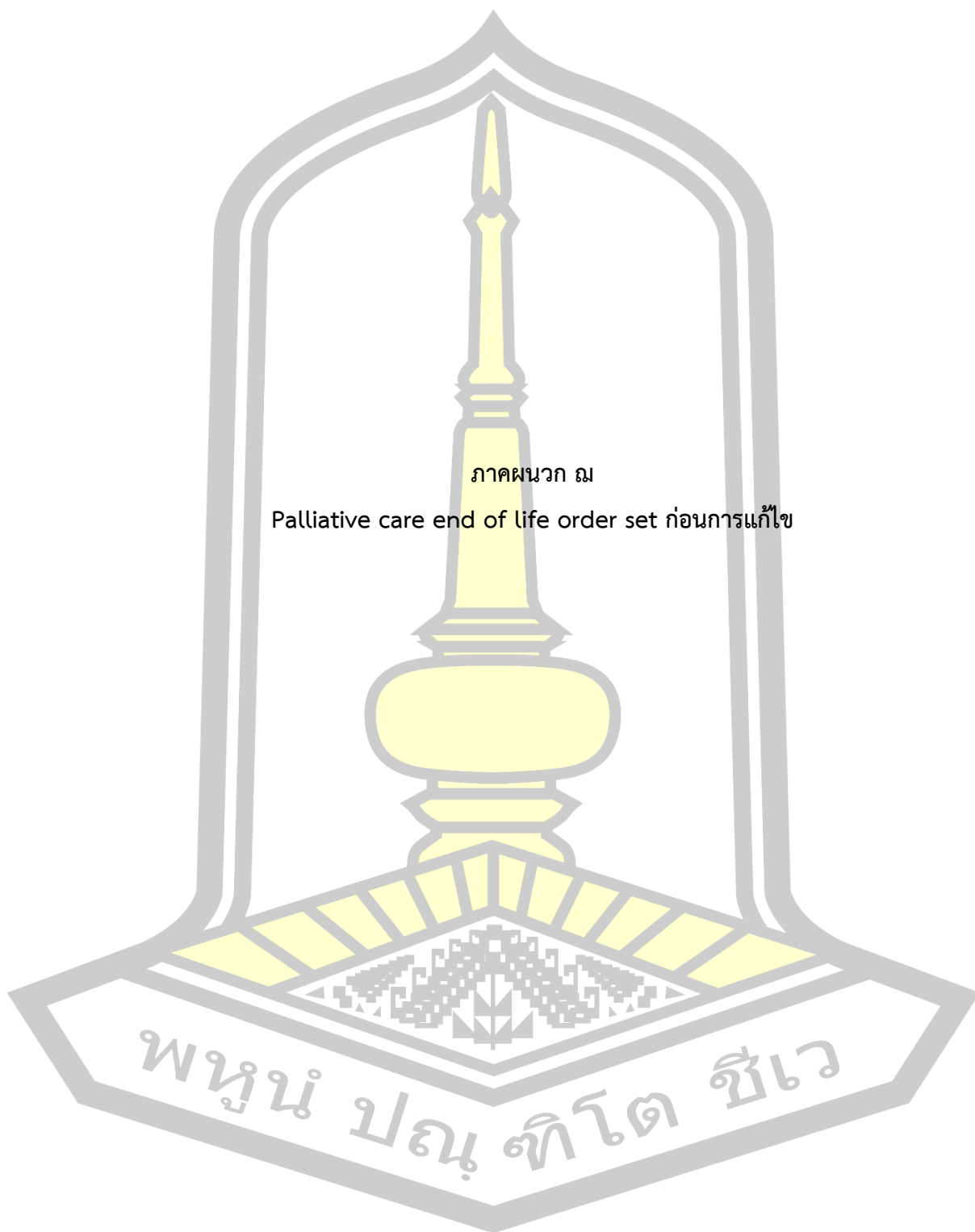
แผนภาพก้างปลาแสดงความเชื่อมโยงระหว่างสาเหตุ และปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา



ปัญหาเกี่ยวกับการจ่ายคะแนนกรณีโรงพยาบาล	ปัญหาเกี่ยวกับการจ่ายยาในสิ่งยกกลับบ้าน	ปัญหาการเข้าถึงในการรับบริการแบบผู้ป่วยนอก
<p>P2.1</p> <ul style="list-style-type: none"> C1.8 ผู้ป่วยมีอาการท้องผูกและไม่ได้รับยา ระบบยา C8.2 ผู้ป่วยมีอาการท้องผูก ได้รับยา ระบบยาเป็น Lactulose ทุกวัน คีไม่ถ่าย 	<p>P1.1</p> <ul style="list-style-type: none"> C7.8 ผู้ป่วยไม่สามารถใช้ยาได้ เนื่องจากไม่มีผู้บริหารยาให้ 	<p>F1.3</p> <ul style="list-style-type: none"> C1.3 ใช้ tramadol inj. ร่วมกับ morphine inj. สั่งใช้ Tramadol ร่วมกับ MST
<p>P3.2</p> <ul style="list-style-type: none"> C5.1 แพทย์สั่ง sendkort ไม่มีในรพ. C5.2 ขาดรายละเอียดของการบริหารยา Morphine Syr. <ul style="list-style-type: none"> nurse morphine syr มีขนาดสูงกว่า 20% ของ Dose for AR แต่ไม่ทราบผลจากการใช้ยา ขาดการประเมินหลังได้รับยา morphine inj ไม่ทราบว่าการให้ยาแบบ PRN ได้ผลหรือไม่ C8.1 ผู้ป่วยระงับปวด แต่ไม่มีการประเมิน Dysnea score ทำให้ไม่มีการรับยา morphine inj และบริหารยาเฉย เนื่องจากผู้ป่วยแพทย์ไม่มีอาการปวด 	<p>P1.3</p> <ul style="list-style-type: none"> C1.5 สั่งใช้ยา ข้ออื่น ทั้ง MST, Morphine inj ,และ Morphine syr. 	<p>P3.2</p> <ul style="list-style-type: none"> C5.2 แพทย์ไม่ได้ระบุชื่อบริหารยา morphine inj

ปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยาของแผนกในโรงพยาบาล	ปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยาในสิ่งยากลั้วบ้าน	ปัญหาการใช้ยาในการรับบริการแบบผู้ป่วยนอก
<p>C1.1 ผู้รับยาผู้ป่วยนอกมารับยา PS 5/10 และมีประวัติรุนแรง และยังมีอาการ PSN</p> <p>C3.1 ผู้ป่วยมีอาการปวดคอแดง แต่จากการสั่งใช้ยา Dose for Around the clock</p> <p>C3.2 ผู้ป่วยมี BTP หลายครั้ง ควบคุมความปวดไม่ได้ แต่ไม่มีการปรับขนาดยา</p> <p>C3.3 ผู้ป่วยมีอาการปวด PS 10/10 หลังได้รับยา และยังมี BTP</p> <p>C3.4 จนหายกลับเป็นไป ไม่พบการปรับขนาดยา</p> <p>C3.3 ผู้ป่วยมีอาการปวดคอแดง แต่สั่งใช้ยาแบบ PRN ความถี่ไม่พอ</p> <p>C3.4 ผู้ป่วยมีอาการปวด 12 ชม สั่ง 1x3 PC ที่เกินไป</p> <p>C6.4 ผู้ป่วยมี BTP PS 8-9 หนียาชนิดไม่มีการบันทึก การบริหารยา Morphine</p>	<p>P3.2</p> <p>C3.2</p> <p>ขนาดยา มีขนาดสูงกว่า 20% ของ Dose for AR แต่ไม่ทราบผลจากการใช้ยา</p>	

ปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยาตามแผนการรักษา	ปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยาในสิ่งยกกลับบ้าน	ปัญหาการใช้ยาในการรับบริการแบบผู้ป่วยนอก
<p>P1.3</p> <p>C1.5</p> <ul style="list-style-type: none"> สั่งจ่าย ซ้ำซ้อน ทั้ง MST, Morphine inj, และ Morphine syr. แพทย์สั่งใช้ Pethidine ยาร่วมกับ MST ใช้ pethidine ร่วมกับ Morphine inj. 		
<p>P1.4</p> <p>C1.1</p> <ul style="list-style-type: none"> ผู้ป่วยมีอาการ Dyspnea score 8/10 แต่ไม่ได้รับยา Morphine ผู้ป่วยมีอาการปวด BTP แต่ไม่มีการสั่งจ่าย rescue dose ผู้ป่วยมีอาการปวด แต่ไม่ได้รับการสั่งจ่ายแก้ปวด ขาดการสั่ง rescue dose ผู้ป่วย มี BTP จึงต้องบริหาร Dose For AR ให้ก่อน 		

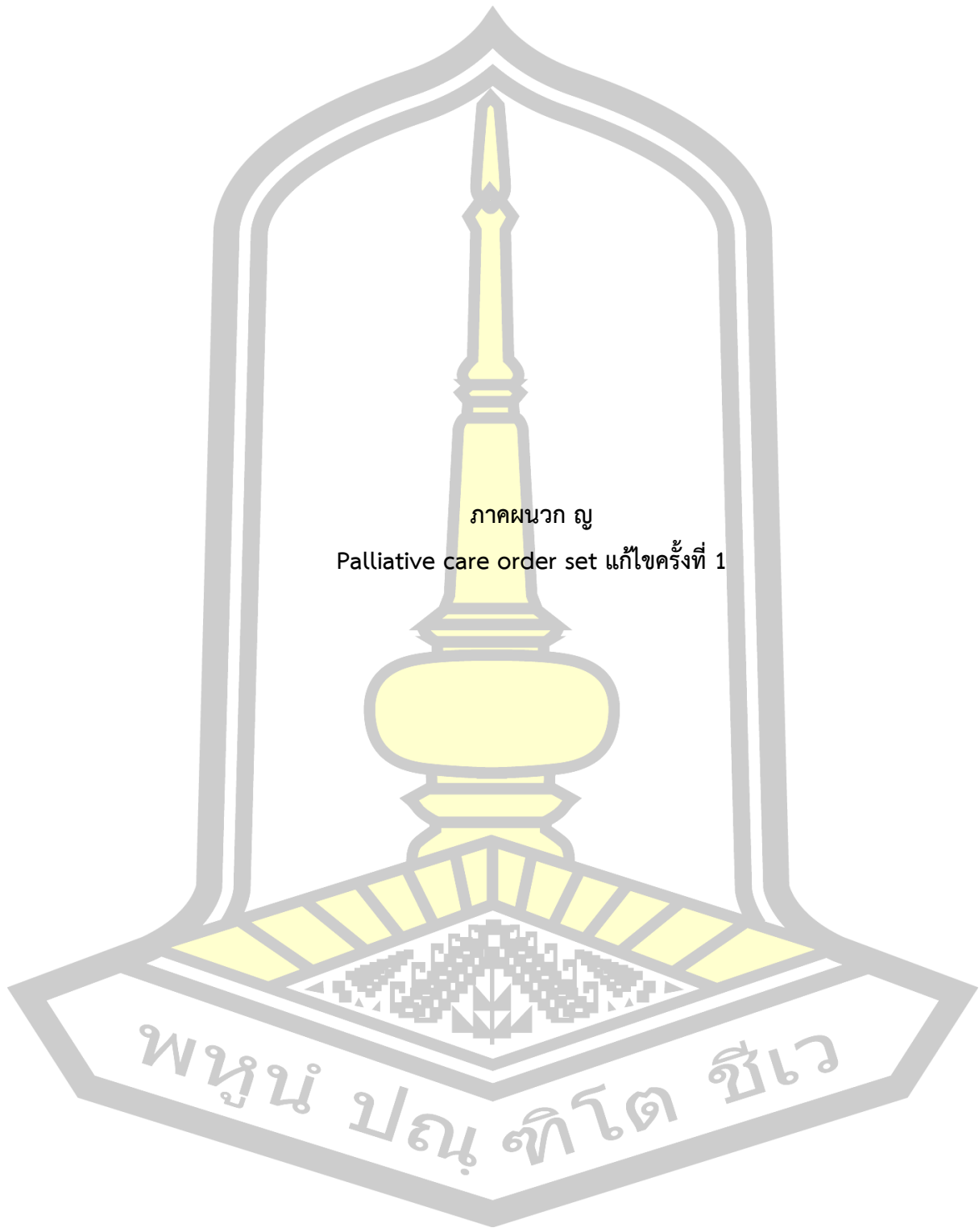


ภาคผนวก ฅ

Palliative care end of life order set ก่อนการแก้ไข

พหุณฺ์ ปณฺุ ทิโต ชีเว

Case	Metastasis	Complication	U/D
Advanced Care Plan PPS %	<input type="checkbox"/> No tube No CPR <input type="checkbox"/> ประสงค์เสียชีวิต รพ. <input type="checkbox"/> ขอลกลับบ้าน	Perception: Social & Family: Spiritual:	Note:
Order for One day		Order for Continue	
วันที่...../...../..... <input type="checkbox"/> off lab work ก่อนหน้า <input type="checkbox"/> O2 therapy <input type="checkbox"/> ใส่ foley catheter		วันที่...../...../..... <input type="checkbox"/> Review Med และ OFF ยาเดิมทั้งหมด Dose for Around the clock <input type="checkbox"/> Pain <input type="checkbox"/> Dyspnea <input type="checkbox"/> Morphine inj.mg iv qhr <input type="checkbox"/> Continue SC infusion via Syringe Driver () ผสม Morphinemg +mg และเติม NSS ให้ ถึง 20 ml SC for 24 hr (หลีกเลี่ยงเมื่อ Crcl <15 ml/min) () ผสม Fentanyl.....mcg+.....mg และเติม NSS ให้ถึง 20 ml SC for 24 hr <input type="checkbox"/> Morphine MSTmgtab oral q hr <input type="checkbox"/> Fentanyl Patch (12 mcg/hr) แปะผิวหนัง.....แผ่น q 72 hr <input type="checkbox"/> tramadol inj.....mg iv qhr. <input type="checkbox"/> Tramadol(50)tab oral q 6 hr ยาเสริม /PRN <input type="checkbox"/> Morphine inj.mg iv prn qhr for <input type="checkbox"/> Morphine syr.....ml oral prn q 2-4 hr for... <input type="checkbox"/> Ativan 0.5mgtab SL prn q 2-4 hr <input type="checkbox"/> Hyoscine inj.....mg iv in 24 hr <input type="checkbox"/> Atropine inj.mg iv in 24 hr <input type="checkbox"/> Metoclopramide injmg iv in 24 hr <input type="checkbox"/> Lactulose 30 ml hs <input type="checkbox"/> bisacodyl 2 xhs <input type="checkbox"/> อื่นๆ	
		แพทย์/PC Nurse	



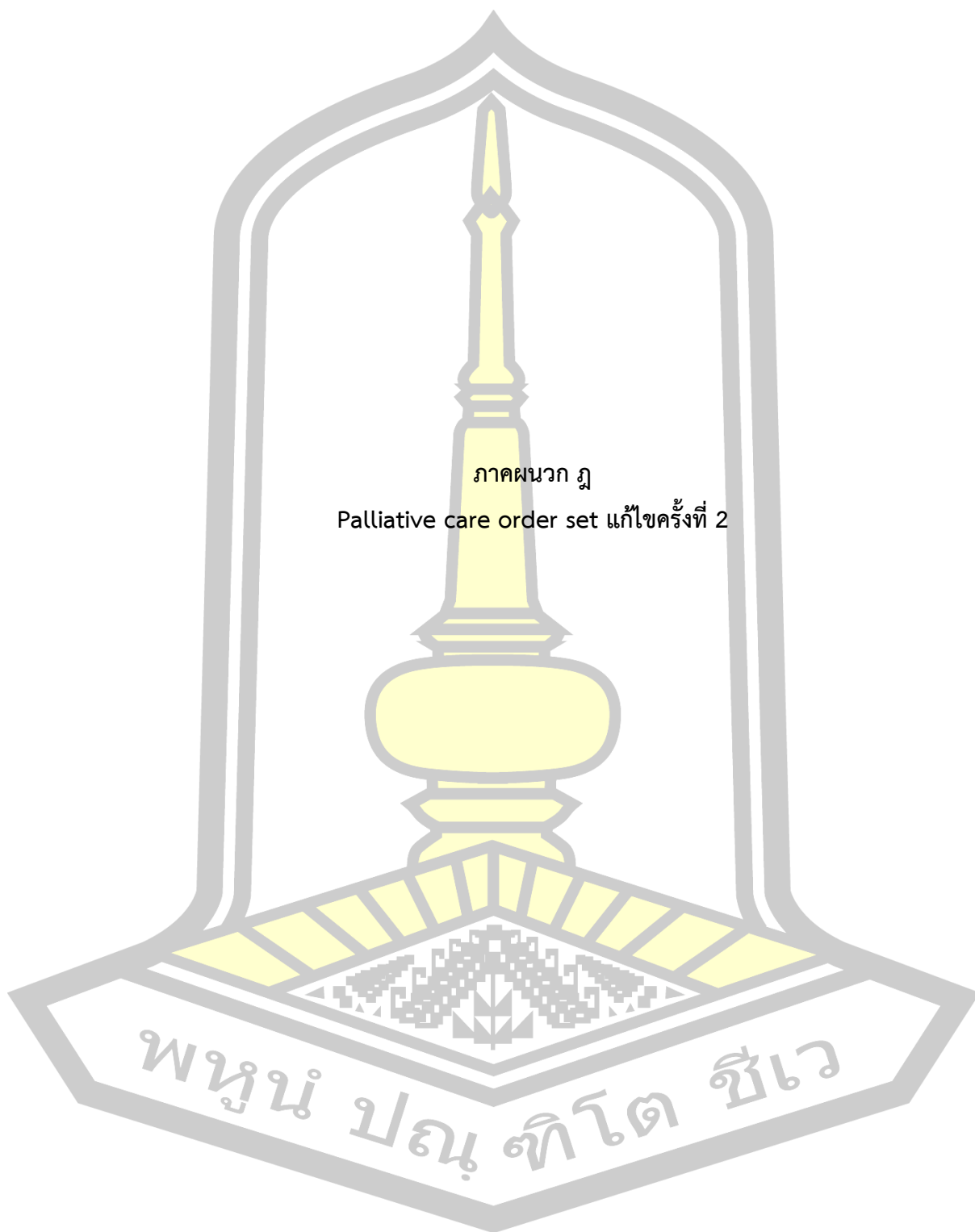
ภาคผนวก ญ
Palliative care order set แก่ไขครั้งที่ 1

พหุบัน ปณ ทิโต ชีเว

เปลี่ยนชื่อจาก Palliative care end of life order set เป็น Palliative care order set แก้ไขเพิ่ม
จัดกลุ่มการสั่งใช้ยาตามกลุ่มอาการของผู้ป่วย

Case	Metastasis	Complication	U/D
Advance Care Plan PPS %	<input type="checkbox"/> No tube No CPR <input type="checkbox"/> ประสงค์เสียชีวิต รพ. <input type="checkbox"/> ขอลกลับบ้าน	Perception: Social & Family: Spiritual:	Note:
Order for One day		Order for Continue	
วันที่...../...../..... <input type="checkbox"/> off lab work ก่อนหน้า <input type="checkbox"/> O2 therapy <input type="checkbox"/> ใส่ foley catheter		วันที่...../...../..... Review Med และ OFF ยาเดิมทั้งหมด <input type="checkbox"/> Pain Dose for Around the clock <input type="checkbox"/> Morphine inj.....mg iv qhr <input type="checkbox"/> Continue SC infusion via Syringe Driver () ผสม Morphinemg +mg และเติม NSS ให้ ถึง 20 ml SC for 24 hr (หลีกเลี่ยงเมื่อ Crcl <15 ml/min) () ผสม Fentanyl.....mcg+.....mg และเติม NSS ให้ถึง 20 ml SC for 24 hr <input type="checkbox"/> Morphine MSTmgtab oral q hr กรณีผู้ป่วยกลืนลำบาก <input type="checkbox"/> Fentanyl Patch (12 mcg/hr) แพะผิวน้ำ.....แผ่น q 72 hr Dose for Breakthrough pain <input type="checkbox"/> Morphine inj.mg iv prn qhr for breakthrough pain <input type="checkbox"/> Morphine syr.....ml oral prn q 2-4 hr for breakthrough_pain	
		<input type="checkbox"/> Dyspnea <input type="checkbox"/> Midazolam mg iv in 24 hr <input type="checkbox"/> Ativan 0.5mgtab SL prn q 2-4 hr	
		<input type="checkbox"/> Secretion <input type="checkbox"/> Hyoscine inj.....mg iv in 24 hr <input type="checkbox"/> Atropine inj.mg iv in 24 hr	
		<input type="checkbox"/> Nausea & Vomiting <input type="checkbox"/> Metoclopramide injmg iv in 24 hr	
		<input type="checkbox"/> Constipation <input type="checkbox"/> Lactulose 30 ml hs <input type="checkbox"/> bisacodyl 2 xhs	
		<input type="checkbox"/> Other	

ติดสติ๊กเกอร์ ชื่อ-สกุลผู้ป่วย



ภาคผนวก ก

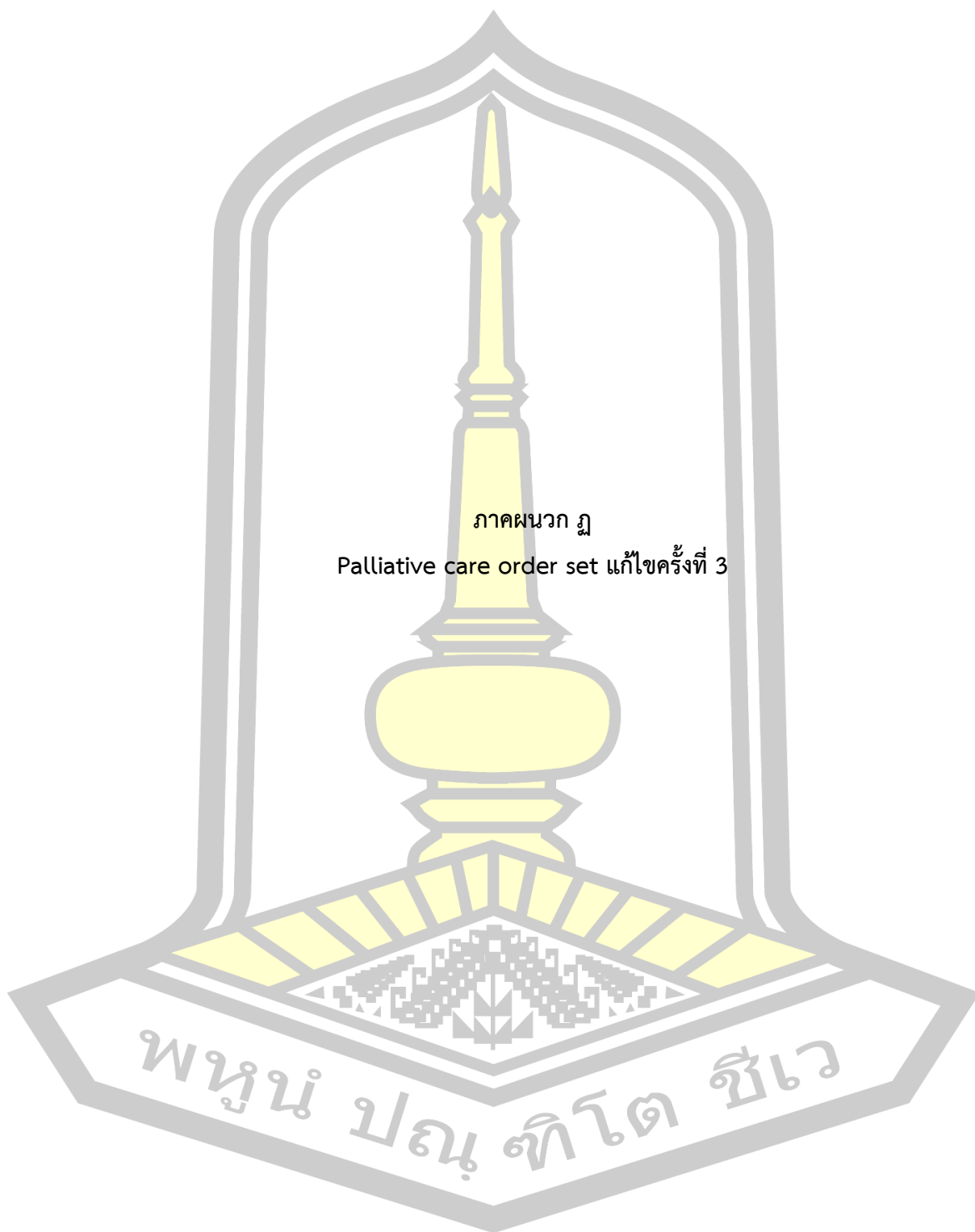
Palliative care order set แก้ไขครั้งที่ 2

พหุบัน ปณ จุฬโต ชีเว

เพิ่มบันทึกการประเมิน และการลงค่าคะแนนความปวด ค่าคะแนนการหายใจหอบเหนื่อย และเพิ่ม
คำแนะนำในการใช้ยา Fentanyl patch และการคิดขนาดยา สำหรับอาการ Breakthrough Pain

Case	Metastasis	Complication	U/D
Advance Care Plan PPS %	<input type="checkbox"/> No tube No CPR <input type="checkbox"/> ประสงค์เสียชีวิต รพ. <input type="checkbox"/> ขอกลับบ้าน	Perception: Social & Family: Spiritual:	Note:
Order for One day		Order for Continue	
วันที่...../...../..... <input type="checkbox"/> off lab work ก่อนหน้า <input type="checkbox"/> O2 therapy <input type="checkbox"/> ใส่ foley catheter		วันที่...../...../..... Review Med และ OFF ยาเดิมทั้งหมด <input type="checkbox"/> Pain PS.....คะแนน Dose for Around the clock <input type="checkbox"/> Morphine inj.mg iv qhr <input type="checkbox"/> Continue SC infusion via Syringe Driver () ผสม Morphinemg +mg และเติม NSS ให้ ถึง 20 ml SC for 24 hr (หลีกเลี่ยงเมื่อ Crcl <15 ml/min) () ผสม Fentanyl.....mcg+.....mg และเติม NSS ให้ถึง 20 ml SC for 24 hr <input type="checkbox"/> Morphine MSTmgtab oral q hr กรณีผู้ป่วยกลืนลำบาก <input type="checkbox"/> Fentanyl Patch (12 mcg/hr) แปะผิวหนัง.....แผ่น q 72 hr Dose for Breakthrough pain (10-20% ของ Dose For around the clock) <input type="checkbox"/> Morphine inj.mg iv prn qhr <input type="checkbox"/> Morphine syr.....ml oral prn q 2-4 hr	
		<input type="checkbox"/> Dyspnea Dyspnea Score.....คะแนน <input type="checkbox"/> Midazolam mg iv in 24 hr <input type="checkbox"/> Ativan 0.5mgtab SL prn q 2-4 hr	
		<input type="checkbox"/> Secretion <input type="checkbox"/> Hyoscine inj.....mg iv in 24 hr <input type="checkbox"/> Atropine inj.mg iv in 24 hr	
		<input type="checkbox"/> Nausea & Vomiting <input type="checkbox"/> Metoclopramide injmg iv in 24 hr	
		<input type="checkbox"/> Constipation <input type="checkbox"/> Lactulose 30 ml hs <input type="checkbox"/> bisacodyl 2 xhs	
		<input type="checkbox"/> Other	

ติดสติ๊กเกอร์ ชื่อ-สกุลผู้ป่วย



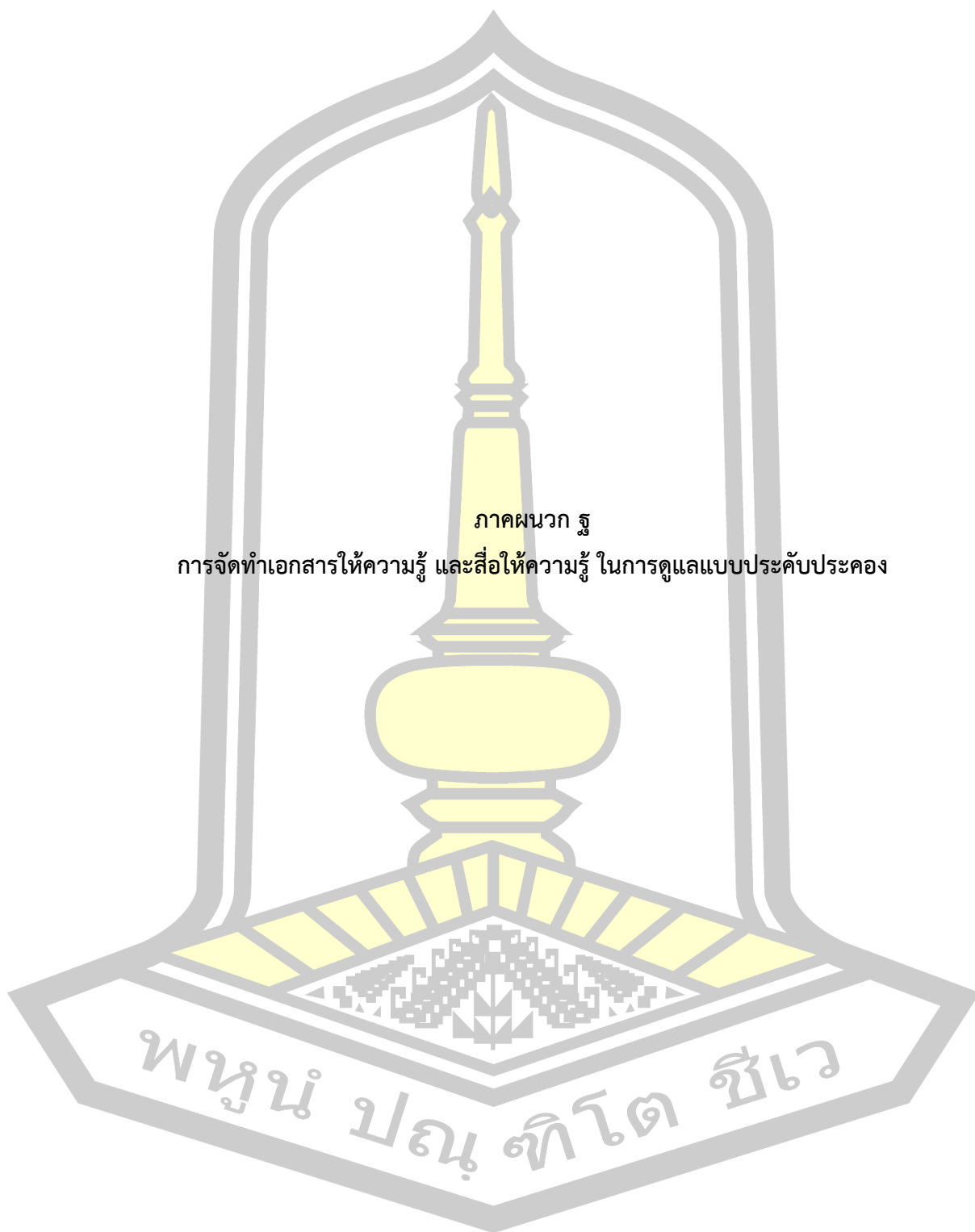
ภาคผนวก ก

Palliative care order set แก้ไขครั้งที่ 3

พูนุ่ ปณุ่ จิตโต สีเว

เพิ่มเติมในส่วนของ Progress note ในการติดตามอาการของแพทย์ และ S-O-A-P note

Case	Metastasis	Complication	U/D
Advance Care Plan PPS %	<input type="checkbox"/> No tube No CPR <input type="checkbox"/> ประสงค์เสียชีวิต รพ. <input type="checkbox"/> ขอกลับบ้าน	Perception: Social & Family: Spiritual:	Note:
Order for One day		Order for Continue	
วันที่...../...../..... <input type="checkbox"/> off lab work ก่อนหน้า <input type="checkbox"/> O2 therapy <input type="checkbox"/> ใส่ foley catheter		วันที่...../...../..... Review Med และ OFF ยาเดิมทั้งหมด <input type="checkbox"/> Pain PS.....คะแนน Dose for Around the clock <input type="checkbox"/> Morphine inj.mg iv qhr <input type="checkbox"/> Continue SC infusion via Syringe Driver () ผสม Morphinemg +mg และเติม NSS ให้ ถึง 20 ml SC for 24 hr (หลีกเลี่ยงเมื่อ Crcl <15 ml/min) () ผสม Fentanyl.....mcg+.....mg และเติม NSS ให้ ถึง 20 ml SC for 24 hr <input type="checkbox"/> Morphine MSTmgtab oral q hr กรณีผู้ป่วยยกลิ้นลำบาก <input type="checkbox"/> Fentanyl Patch (12 mcg/hr)แปะผิวหนังแผ่น q 72 hr Dose for Breakthrough pain (10-20% ของ Dose For around the clock) <input type="checkbox"/> Morphine inj.mg iv prn qhr <input type="checkbox"/> Morphine syr....ml oral prn q 2-4 hr for	
Progress Note S:..... O:..... A:..... P:.....		<input type="checkbox"/> Dyspnea Dyspnea Score.....คะแนน <input type="checkbox"/> Midazolam mg iv in 24 hr <input type="checkbox"/> Ativan 0.5mgtab SL prn q 2-4 hr	
		<input type="checkbox"/> Secretion <input type="checkbox"/> Hyoscine inj.....mg iv in 24 hr <input type="checkbox"/> Atropine inj.mg iv in 24 hr	
		<input type="checkbox"/> Nausea & Vomiting <input type="checkbox"/> Metoclopramide injmg iv in 24 hr	
		<input type="checkbox"/> Constipation <input type="checkbox"/> Lactulose 30 ml hs <input type="checkbox"/> bisacodyl 2 xhs	
		<input type="checkbox"/> Other	



ภาคผนวก รฐ

การจัดทำเอกสารให้ความรู้ และสื่อให้ความรู้ ในการดูแลแบบประคับประคอง

พหุบัน ปณ ทิโต ชีเว

1. ตัวอย่าง การปรับปรุงแก้ไขข้อมูลการใช้ยากลุ่มอนุพันธ์ของฝิ่น และระบบการแจ้งเตือน แพทย์ผู้สั่งยาในฐานข้อมูล HosXP

The screenshot shows the 'General' tab of a drug monograph for '10-Morphine MST (ส้มเหลือง)(c/d) 10 ม'. The 'Therapeutic Use (Thai)' field is updated to 'รับประทาน เคียวมอร์ฟีน รับประทานแพทย์สั่ง'. Other fields include 'Therapeutic Use (Eng)', 'Mode 1 Dosage Regimen' (13pt), 'Mode 2 Dosage Regimen' (0604 - 12q12(1tabq12h) วันประ), and 'Therapeutic Group' (ANALGESICS & ANTIPIRETICS). The 'Sticker Short Name' field is empty. The 'Date of Last Update' is 23/6/2018 11:40:54.

The screenshot shows the 'Pharmacology' tab of the same drug monograph. The 'Pregnancy' section is updated with 'ไม่แสดงข้อความเตือน (Pregnancy)' and 'Pregnancy Category C'. The 'Pregnancy Category' dropdown is set to 'C'. The 'Pregnancy' text field contains 'รับประทานได้ไม่เกิน 10 วัน ตามชนิดที่ระบุในระบบยาเสพติดของโรงพยาบาลราชวรมหาเมืองการใช้น้อยกว่า CCI <15 ml/min อาจทำให้ไต อาจทำให้ระดับเลือดสูง ปวดหัว คลื่นไส้ ท้องผูก อาจเกิดอาการระคายเคือง

2. เอกสารข้อมูลการใช้ยาและแผ่นพับความรู้ต่าง ๆ

ขนาดยากลุ่ม Opioid และการเทียบขนาดยา

การเปรียบเทียบยา				
การเปรียบเทียบ	สัดส่วน	การคำนวณ	ตัวอย่าง	หมายเหตุ
Tramadol oral → Morphine oral	5:1	ขนาดยา Tramadol ที่ให้ใน 24 ชม./5	ให้ Tramadol รวม 400 mg ใน 24 ชม. → ให้ Morphine 80 mg	
Morphine inj. → Morphine oral	3:1	ขนาดยา Morphine inj. ที่ให้ใน 24 ชม./3	ให้ Morphine inj. 3 mg q 4 hr = 18 mg ใน 24 ชม. → Morphine oral 54-72 mg ใน 24 ชม.	-Morphine MST ออกฤทธิ์สั้น 8-12 ชม.
Morphine inj. → Fentanyl inj.	100:1	ขนาดยา Morphine inj. ที่ให้ใน 24 ชม./100	ให้ Morphine inj. 3 mg q 4 hr = 18 mg ใน 24 ชม. → Fentanyl inj. 18/100 = 0.18 mg ใน 24 ชม. หรือ 180 mcg ใน 24 ชม.	ไม่พบชื่อ Morphine ใน คู่มือชื่อ Crax15 ml/min
Morphine oral → Fentanyl Patch	100:1	ขนาด Morphine หนึ่งวัน (mg/24hrs)	ขนาด Fentanyl patch (mcg/hr)	**คำนวณแล้วคือ 14.72 ชม.**
		30	12 (หนึ่งวัน)	
		60	25(หนึ่งวัน)	
		120	50 (หนึ่งวัน)	
		180	75 (หนึ่งวัน)	
Morphine eq. Dose in 24 hrs (mg)	MST Dose in 24 hrs (mg)	Morphine inj. IV/SC Infusions (mg/24hrs)	Fentanyl inj. IV/SC Infusions (mcg/24hrs)	Fentanyl patch mcg/hr 24 hrs
5	30	0.4	8-12	12 (หนึ่งวัน)
10	30	0.8	17-25	25
15	45	1.2	25-37	37
30	60	1.6	33-50	50
30	40	2.5	50-75	75

ศูนย์เอดส์ โรงพยาบาลเขาวง

คู่มือการใช้ยาทางใต้ผิวหนัง ในผู้ป่วยระยะท้าย (Subcutaneous infusion) รพ.เขาวง

รายการยา (ความแรงที่มีใน รพ.)	ข้อบ่งใช้ ขนาดยาและวิธีใช้	ตัวทำละลายที่แนะนำ	ยาที่สามารถผสมเข้ากันได้	หมายเหตุ
Morphine inj. (10mg/1ml) 1 amp มี 1 ml	<ul style="list-style-type: none"> Moderate to severe pain Dyspnea Diarrhea Cough -Dose ไม่มีขนาดยาสูงสุด การปรับขนาดยา ขึ้นกับอาการทางคลินิกของผู้ป่วย โดยเริ่มจากขนาดยาที่ผู้ป่วยสามารถควบคุมอาการได้ใน 24 ชม.	0.9 % NaCl Sterile water for injection	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Hyoscine ✓ Metoclopramide ✓ Midazolam ✓ กรณีผสมมากกว่า 2 ชนิด ที่ผสมเข้ากันได้ ○ Morphine+Hadol+Midazolam ○ Morphine+Hadol+Midazolam+Metoclopramide 	ระวังการใช้ในผู้ป่วยที่มี eGFR < 15 ควรเปลี่ยนไปใช้ Fentanyl แทน
Fentanyl inj. (50 mcg/ml) 1 amp มี 2 ml	<ul style="list-style-type: none"> Severe pain and Dyspnea (กรณีหายใจ eGFR < 15) -Dose ไม่มีขนาดยาสูงสุด การปรับขนาดยา	0.9 % NaCl Sterile water for injection	<ul style="list-style-type: none"> ○ Midazolam ✓ กรณีผสมมากกว่า 2 ชนิด ที่ผสมเข้ากันได้ ○ Fentanyl+Midazolam+Metoclopramide ○ Fentanyl+Midazolam+Hyoscine 	

คำแนะนำเพิ่มเติม

- ✓ ตรวจสอบก่อนนำยาออกว่ามีการถูกยึดและออกซิเจนสำรองในเครื่องใช้ทุกสิ่ง
- ✓ แล่นยาที่ให้เสร็จให้ลดออกแล้วแลกถ่ายทิ้ง การประคบฆ่าเชื้อ และนำไปทิ้งให้เหมาะสมแล้วล้างมือด้วยน้ำสะอาด
- ✓ หากแล่นยาหรือดูดออกมากจนแสบตาเป็นแฉง ให้ล้างหน้าด้วยน้ำเย็น และจนแสบตาหรือแสบมือที่ผิวหนังให้รีบเปลี่ยน
- ✓ เก็บใบเสร็จของยาที่ยังไม่ได้ใช้คืนให้เภสัชกร

สิ่งต้องห้าม

- X ไม่ควรนำยาไปใช้เอง ขวดน้ำร้อน บริเวณที่ แผล แล่นยา และไม่ควรถ่ายทิ้งหรือฝังลงในถังขยะ เพราะจะทำให้การปลดปล่อยยามีมากขึ้น ซึ่งอาจ ทำให้ได้ยามีปริมาณมากขึ้น
- X ห้ามดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ผสม อย่าวิน เพราะจะทำให้เกิดระบบประสาท และลดการดูดซึมได้
- X ห้ามใช้ยานี้ร่วมกับยาอื่น
- ผู้ที่มีประวัติโรคไตหรือโรคตับเป็นเวลานาน ไม่ควรรับประทานโดยเด็ดขาด หากต้องรับประทานให้ปรึกษาแพทย์**
- X อาจอาจทำให้เกิดอาการคลื่นไส้อาเจียน มีง่วง เหนื่อย อ่อนแอ ในเบื้องต้น และอาจทำให้เกิดอาการท้องผูก ความดันต่ำ หัวใจเต้นช้าลง

หากมีอาการทางหัวใจมาก ปวดศีรษะได้ยาก ภาวะรับน้ำหนักปกติ หัวใจเต้นช้าอาจมีได้บ้าง คลื่นไส้อาเจียนรุนแรง ควรรีบปรึกษาแพทย์



หากมีข้อสงสัยเรื่องยา โปรด สอบถามเภสัชกร
กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค
โรงพยาบาลเขาวง โทร. 043-859002 ต่อ 1500



เอกสาร ความรู้คู่ยา การใช้แผ่นแปะเฟินทานิล



กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค
โรงพยาบาลเขาวง

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ	นางสาวสุลาวัลย์ วรรณโคตร
วันเกิด	วันที่ 28 ตุลาคม พ.ศ. 2532
สถานที่เกิด	อำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	บ้านเลขที่ 12 หมู่ 6 ตำบลกุดปลาเค้า อำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ รหัสไปรษณีย์ 46160
ตำแหน่งหน้าที่การงาน	เภสัชกรปฏิบัติการ
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลเขาวง เลขที่ 249 ถนนเขาวง-นาคู ตำบลคุ้มเก่า อำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ รหัสไปรษณีย์ 46160
ประวัติการศึกษา	พ.ศ. 2551 มัธยมปลายตอนปลาย โรงเรียนจุฬาภรณราชวิทยาลัย มุกดาหาร ตำบลบางทรายใหญ่ อำเภอเมือง จังหวัดมุกดาหาร พ.ศ. 2556 ปริญญาเภสัชศาสตรบัณฑิต (ภ.บ.) สาขาวิชาเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี พ.ศ. 2561 ปริญญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต (ภ.ม.) สาขาวิชาเภสัชกรรม คลินิก มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

พูนัน ปณฺ ทิโต ชีเว