

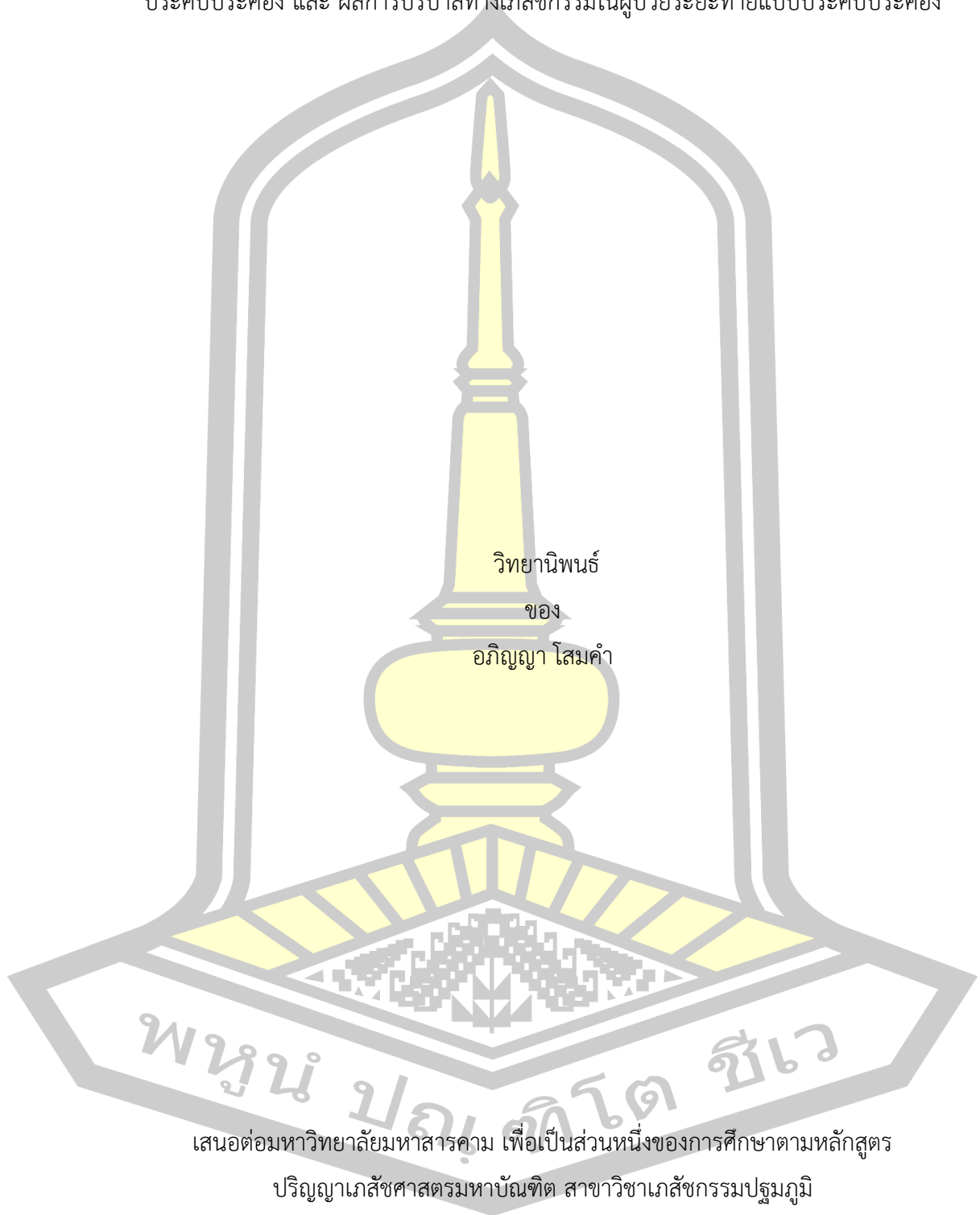
ความคาดหวังของทีมวิชาชีพต่อบทบาทของเภสัชกรในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบ
ประคับประคอง และ ผลการบริบาลทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง

วิทยานิพนธ์
ของ
อภิญญา โสมคำ

เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเภสัชกรรมปฐมภูมิ
กรกฎาคม 2563

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ความคาดหวังของทีมสาขาชีพต่อบทบาทของเภสัชกรในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบ
ประคับประคอง และ ผลการบริหารทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง

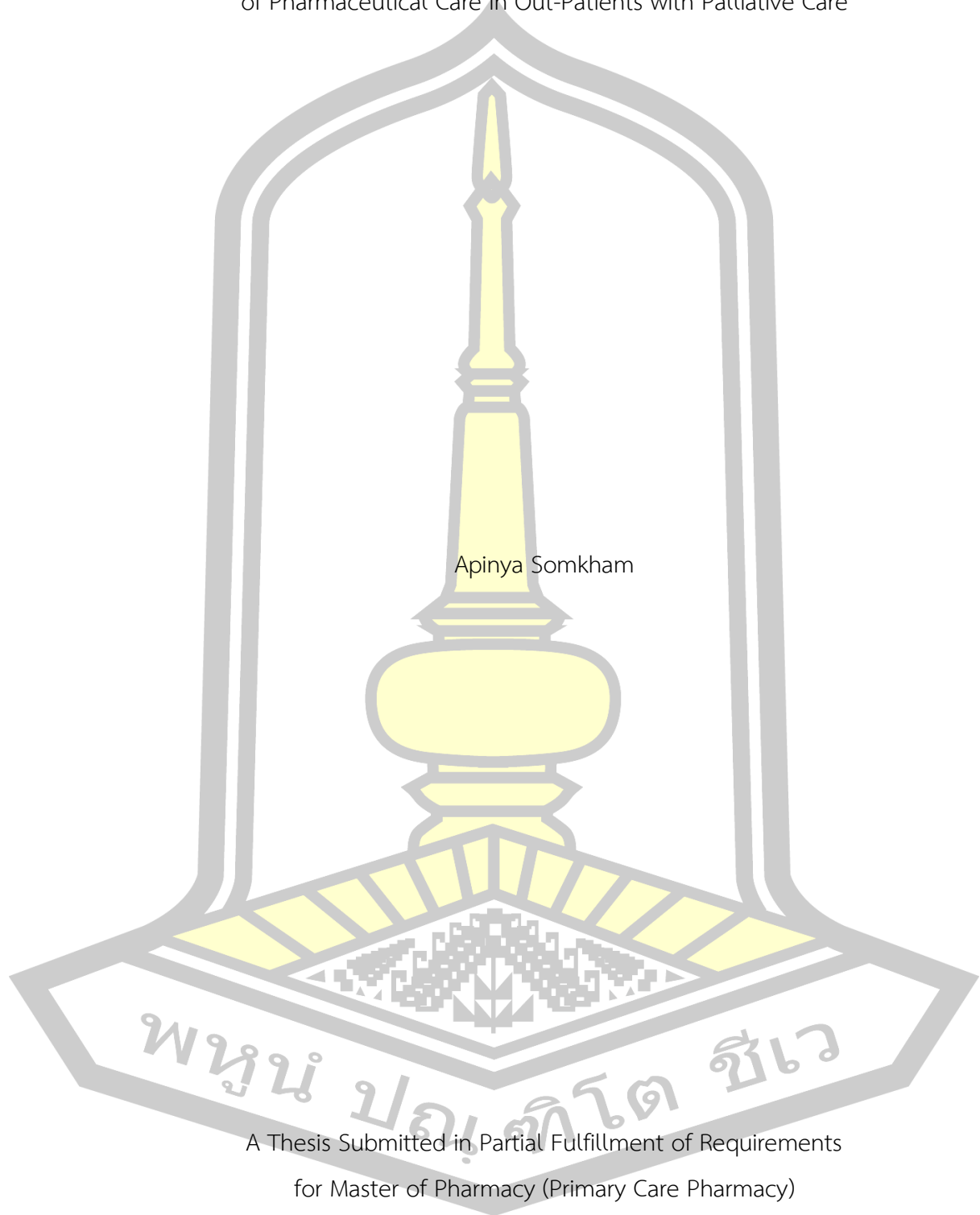


เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเภสัชกรรมปฐมภูมิ

กรกฎาคม 2563

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

Multidisciplinary Team Expectations on Pharmacist Role in Palliative Care and Effects
of Pharmaceutical Care in Out-Patients with Palliative Care



Apinya Somkham

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

July 2020

Copyright of Mahasarakham University



คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณาวิทยานิพนธ์ของนางสาวภิญญา โสมคำ แล้วเห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา เกษัตราศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเกษตรกรรมปฐมภูมิ ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ประธานกรรมการ

(ผศ. ดร. จันทร์ทิพย์ กาญจนศิลป์)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

(ผศ. ดร. สายทิพย์ สุทธิรักษา)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

(ผศ. ดร. รจเรศ หาญรินทร์)

กรรมการ

(ผศ. ดร. ราตรี สว่างจิตร)

กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก

(รศ. ดร. อีราพร สุภาพันธ์)

มหาวิทยาลัยอนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา เกษัตราศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเกษตรกรรมปฐมภูมิ ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

(ผศ. ดร. ชนิตตา พลอยล้อมแสง)

(รศ. ดร. กริสน์ ชัยมูล)

คณบดีคณะเกษตรศาสตร์

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ชื่อเรื่อง	ความคาดหวังของทีมสหวิชาชีพต่อบทบาทของเภสัชกรในการดูแลผู้ป่วยระยะ ท้ายแบบประคับประคอง และ ผลการบริหารทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยระยะท้าย แบบประคับประคอง		
ผู้วิจัย	อภิญญา โสมคำ		
อาจารย์ที่ปรึกษา	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สายทิพย์ สุทธิรักษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รจเรศ หาญรินทร์		
ปริญญา	เภสัชศาสตรมหาบัณฑิต	สาขาวิชา	เภสัชกรรมปฐมภูมิ
มหาวิทยาลัย	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม	ปีที่พิมพ์	2563

บทคัดย่อ

การศึกษาเรื่องความคาดหวังของทีมสหวิชาชีพต่อบทบาทของเภสัชกรในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง และ ผลการบริหารทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง แบ่งการศึกษาออกเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1.1 ศึกษาความคาดหวังของทีมสหวิชาชีพต่อบทบาทของเภสัชกรในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย เป็นงานวิจัยแบบพรรณนา (Descriptive research) ซึ่งใช้รูปแบบอภิปรายกลุ่ม (Focus group discussion) ทีมสหวิชาชีพที่ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยระยะท้าย โรงพยาบาลชุมแพ จังหวัดขอนแก่น ประกอบด้วยแพทย์ พยาบาล และเภสัชกรวิชาชีพละ 1 คน ด้านความคาดหวังของทีมสหวิชาชีพต่อบทบาทของเภสัชกรในการทำงานดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ปัจจุบันเภสัชกรมีบทบาทในการบริหารจัดการเกี่ยวกับการดูแลระบบยา ทั้งการจัดหายา การให้ข้อมูลการใช้ยาให้กับแพทย์ พยาบาล ผู้ป่วยและญาติ รวมถึงการออกฤทธิ์ของยา ขนาดของการใช้ยา อาการข้างเคียงของยา การปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการใช้ยา แพทย์ พยาบาล รวมถึงเภสัชกรยอมรับว่าเภสัชกรมีความสำคัญและจำเป็นในทีม ตามบทบาทที่ทีมสหวิชาชีพคาดหวัง ทั้งการดูแลผู้ป่วยด้านร่างกายให้ช่วยบริหารจัดการยาที่เหมาะสม ด้านการดูแลผู้ป่วย ทีมต้องการให้เภสัชกรมีส่วนร่วมในการเยี่ยมบ้านและประเมินการใช้ยาในผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้าน ด้านการให้ความรู้เรื่องยา ทีมต้องการให้มีการจัดกิจกรรมให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ รวมถึงทีมสหวิชาชีพ นอกจากนี้ยังต้องการให้มีอัตรากำลังของเภสัชกรในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น เพื่อให้สามารถมาทำงานร่วมกับทีมในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายเพิ่มมากขึ้น โดยบทบาทที่ทีมสหวิชาชีพคาดหวังให้เภสัชกรช่วยเหลือในลำดับแรก ๆ คือให้ข้อมูลเรื่องยาและอาการข้างเคียง โดยเฉพาะยาแก้ปวดกลุ่ม opioids ในผู้ป่วยระยะท้าย ทั้งผู้ป่วยและญาติ ถ่ายทอดความรู้ให้กับบุคลากรในทีมสหวิชาชีพ ส่วนที่ 1.2 การสำรวจความคิดเห็นของทีมสหวิชาชีพปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยระยะท้ายต่อบทบาทของเภสัชกรในทีมดูแลผู้ป่วยระยะท้าย เป็นการศึกษาเชิงการสำรวจ (Survey research) ซึ่งทำการเก็บข้อมูลความคิดเห็นของทีมสหวิชาชีพ

ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยระยะท้ายต่อบทบาทของเภสัชกรในทีมดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ในโรงพยาบาลระดับปฐมภูมิ และทุติยภูมิ ในเขตสุขภาพที่ 7 ผลการเก็บข้อมูลจากแบบสอบถามจำนวน 222 ฉบับ แบ่งเป็นแพทย์ 74 ฉบับ พยาบาล 74 ฉบับ และเภสัชกร 74 ฉบับ ผลการตอบกลับทั้งหมด 143 ฉบับ (ร้อยละ 64) พบว่าประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการทำงานดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ผ่านการฝึกอบรมในหลักสูตรเกี่ยวกับผู้ป่วยระยะท้าย และได้รับแต่งตั้งเป็นคณะกรรมการและเคยปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยร่วมกับทีมผู้ป่วยระยะท้าย ความรู้ความเข้าใจของทีมสหวิชาชีพ ต่อนิยามความหมายและรูปแบบการดูแลแบบ palliative care พบว่า แพทย์ พยาบาล และเภสัชกร ให้นิยามความหมายและรูปแบบการทำงานว่าเป็น เป็นการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมในมิติด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง รองลงมาคือเป็นการดูแลที่ต้องอาศัยทีมสหวิชาชีพในการร่วมกันดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยให้ครบทุกด้าน ความจำเป็นของเภสัชกรต่อการทำงานในทีม palliative care ก็พบว่า แพทย์ พยาบาล และเภสัชกรผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ (ร้อยละ 100.0) ระบุว่ามีความจำเป็น โดยที่แพทย์และพยาบาลให้ระดับความจำเป็นของเภสัชกรในระดับที่ปรึกษาในเวลาที่ต้องการ (Consultant) ส่วนเภสัชกรให้ระดับความจำเป็นในระดับเป็นแกนหลักของทีมในการทำงานและวางแผนงาน (Team leader) รองลงมาคือระดับที่ปรึกษาในเวลาที่ต้องการ (Consultant) จุดเด่นของวิชาชีพเภสัชกรรมในมุมมองสหวิชาชีพ ลำดับที่ 1 เป็นวิชาชีพที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญด้านยาที่ดีโดยเฉพาะกับยาแก้ปวด ลำดับที่ 2 เป็นวิชาชีพที่มีความสามารถและทักษะในการค้นหาปัญหาที่เกี่ยวข้องกับยา (DRPs) จุดอ่อนของวิชาชีพเภสัชกรรมในมุมมองสหวิชาชีพ ในมุมมองของแพทย์ พยาบาล ในลำดับแรก คือ เป็นวิชาชีพที่มีโอกาสได้ทำงานที่สัมผัสกับผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดค่อนข้างน้อยทำให้ไม่ค่อยเข้าใจในปัญหาของผู้ป่วยอย่างรอบด้าน ส่วนมุมมองของเภสัชกร ลำดับที่ 1 เป็นวิชาชีพที่มีภาระงานประจำที่มาก กลุ่มบทบาทในงานผู้ป่วยระยะท้ายของเภสัชกรตามความคาดหวังของทีมสหวิชาชีพ พบว่า บทบาทงานที่เกี่ยวข้องกับงาน บริบาลทางเภสัชกรรม (Pharmaceutical care) เป็นบทบาทงานที่ทีมสหวิชาชีพเห็นว่าเภสัชกรจะมีระดับความสามารถสูงสุด รองลงมาคือกลุ่มบทบาทงานเรื่องยาที่เฉพาะเจาะจงกับการดูแลแบบ palliative care และกลุ่มบทบาทงานที่ทีมสหวิชาชีพเห็นว่าเภสัชกรน่าจะมีความสามารถน้อยที่สุดก็คือ งานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยในด้านจิตใจและจิตวิญญาณ ปัจจัยที่อาจมีผลต่อระดับความสามารถของเภสัชกรในการทำงานดูแลผู้ป่วยระยะท้ายตามบทบาทความคาดหวังของทีมสหวิชาชีพมากที่สุดก็พบว่า มี ปัจจัย คือ ทักษะด้านความรู้ และทักษะด้านการทำงาน ส่วนคุณลักษณะที่ทีมสหวิชาชีพคิดว่ามีผลต่อระดับความสามารถของเภสัชกรในการทำงานดูแลผู้ป่วยระยะท้ายได้น้อยที่สุด คือ เป็นผู้ที่สนใจและศึกษาเรื่องธรรมะ เช่น เรื่องอิทธิบาท 4 เรื่องกฎไตรลักษณ์ ซึ่งจะช่วยให้เข้าใจจิตใจผู้ป่วยดี

ส่วนที่ 2 ศึกษาผลของการบริหารทางเภสัชกรรมต่อผลลัพธ์ทางคลินิก และปัญหาด้านการใช้ยา เป็นงานวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ซึ่งใช้รูปแบบ Pretest-Posttest Experimental Design ผลการวิจัยพบว่าผู้มีผู้เข้าร่วมในงานวิจัยทั้งหมด 34 ราย และผู้ป่วยระยะท้ายทั้งหมดมีผู้ดูแลด้านการใช้ยา (ร้อยละ 100.0) ปัญหาด้านการใช้ยาที่พบทั้งหมด 49 ครั้ง และได้รับการแก้ไข 21 ครั้ง ซึ่งในบางปัญหานั้นการให้บริหารทางเภสัชกรรมโดยเภสัชกรสามารถค้นพบปัญหาและแก้ไขปัญหาได้ทันที โดยปัญหาด้านการใช้ยาที่พบ ได้แก่ ความคลาดเคลื่อนทางยา อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (type A ADR) และการไม่ใช้ยาตามสั่ง (non-compliance) ปัญหาด้านใช้ยาไม่สามารถแก้ไขได้ คือ อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (type A ADR) ซึ่งพบโดยเภสัชกรจากการโทรศัพท์สอบถามผู้ดูแลผู้ป่วย ส่วนการไม่ใช้ยาตามสั่งของแพทย์ เช่น ไม่กล้าให้ยามอร์ฟีน (MST) แบบ Around the clock เนื่องจากมีทัศนคติที่เข้าใจว่าให้ผู้ป่วยรับประทานเฉพาะเวลาปวด และกลัวฤทธิ์เสพติดจากยามอร์ฟีน การศึกษาผลของการให้ความรู้ต่อระดับความรู้เรื่องโรคและยา และความพึงพอใจของผู้ดูแล โดยเภสัชกรที่เป็นส่วนหนึ่งในทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ที่โรงพยาบาลชุมชน พบว่า 1.ในด้านความรู้ โดยเฉพาะความรู้ที่เกี่ยวกับการป้องกันและแก้ไขอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาแก้ปวดกลุ่มโอปิออยด์ การให้คำแนะนำปรึกษาโดยเภสัชกรในแต่ละครั้งสามารถทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยมีความรู้เพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนได้รับความรู้โดยเภสัชกรในวันแรก 2.ในด้านอาการทางคลินิก ระดับความปวด เมื่อเปรียบเทียบกับวันแรก (วันที่ 0) และวันที่ 30 พบว่ามีแนวโน้มระดับความปวดลดลง 3.ในด้านปัญหาจากการใช้ยาที่ไม่รวมปัญหาอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา การให้ความรู้โดยเภสัชกรในแต่ละครั้งสามารถทำให้ผู้ป่วยมีจำนวนปัญหาจากการใช้ยาลดลง 4.ด้านความพึงพอใจของผู้ดูแลต่อการได้รับความรู้เรื่องยาโดยเภสัชกร สามารถทำให้ค่าความพึงพอใจอยู่ในระดับ ความพึงพอใจมาก และอยากให้มีบริการเช่นนี้ในกลุ่มผู้ป่วยระยะท้ายอีก ในอนาคตควรมีการศึกษาความสัมพันธ์ของการบริหารทางเภสัชกรรมต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะท้าย และเพิ่มการศึกษาในกลุ่มประชากรผู้ป่วยระยะท้ายที่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยใน และผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชน

คำสำคัญ : บทบาทเภสัชกร, การบริหารทางเภสัชกรรม, การดูแลแบบประคับประคอง, ผู้ป่วยระยะท้าย, ทีมสหวิชาชีพ

TITLE	Multidisciplinary Team Expectations on Pharmacist Role in Palliative Care and Effects of Pharmaceutical Care in Out-Patients with Palliative Care		
AUTHOR	Apinya Somkham		
ADVISORS	Assistant Professor Saithip Suttiruksa , Ph.D. Assistant Professor Rodchares Hanrinth , Ph.D.		
DEGREE	Master of Pharmacy	MAJOR	Primary Care Pharmacy
UNIVERSITY	Maharakham University	YEAR	2020

ABSTRACT

Multidisciplinary Team Expectations on Pharmacist Role in Palliative Care and Effects of Pharmaceutical Care in Out-Patients with Palliative Care. There are two parts to this Thesis has accomplished. Part 1.1 The study of Multidisciplinary Team Expectations of the Pharmacist Role in Palliative care would use descriptive research and focus group discussion. Multidisciplinary Teams of Chumphae Hospital comprise a physician, nurse, and pharmacist. In the aspect of the role of pharmacists associated with palliative care that the team expects the pharmacist to do so in the hospital are managing medicine, providing necessary medicine, informing necessary knowledge of the medicine to physicians, nurses, patients, and people involved in taking care of the patients. The role of Pharmacists in this project must also include educating the team about the effect, dosage, side-effect of medicine, and the proper attitude toward medicine used in the care. In Chumphae Hospital, physicians, nurse, and people participated in palliative care have understood the role of pharmacists in providing useful act as expected by the knowledge of the necessity of using multidisciplinary occupation in the care. For the out-patients, the team needs the pharmacist to visit patients at home and assesses the proper usage of the medicine for palliative patients. The multidisciplinary team needs the pharmacist to convert the activity for the palliative patient and their relatives as well as the team themselves to provide knowledge about medicine used in the palliative care

program. In doing so, the team urges the hospital about adding other pharmacists to the team for the effectiveness in informing knowledge about medicine and side-effect to patients and their relatives, particularly opioids used in palliative patients.

Part 1.2 This project would use Survey Research for the multidisciplinary operators in both primary and secondary hospitals within the seventh health care area. The result came from 222 questionnaires, for physicians 74 papers and nurses 74 papers, and pharmacist 74 papers. The response was 143 papers of total questionnaires send, which account for 64%. People who received the questionnaires have already experienced palliative training or have been a committee for the palliative program before. The result of the questionnaires received found that 100% of people in other disciplines have agreed upon the necessity of palliative care. Most of the impression in questionnaires was that they thought palliative care is the program of taking care of patients at multi-level such as body, mind, and society; secondly, they admitted that in maintaining the program, they must cooperate with pharmacists effectively. By extracting the information in questionnaires, it makes sense that the people in other occupation needs pharmacists to be a leader of the program while other disciplines such as physicians or nurses would provide consultation to the team. If the team could not seek an answer from physicians or nurses, they want pharmacists to take that role.

The advantages of Pharmacists given Multidisciplinary Team

1. Have a deep understanding of analgesic medicines.
2. Have skill about Drug-related problem (DRPs)

The Disadvantages of pharmacist given Multidisciplinary Team

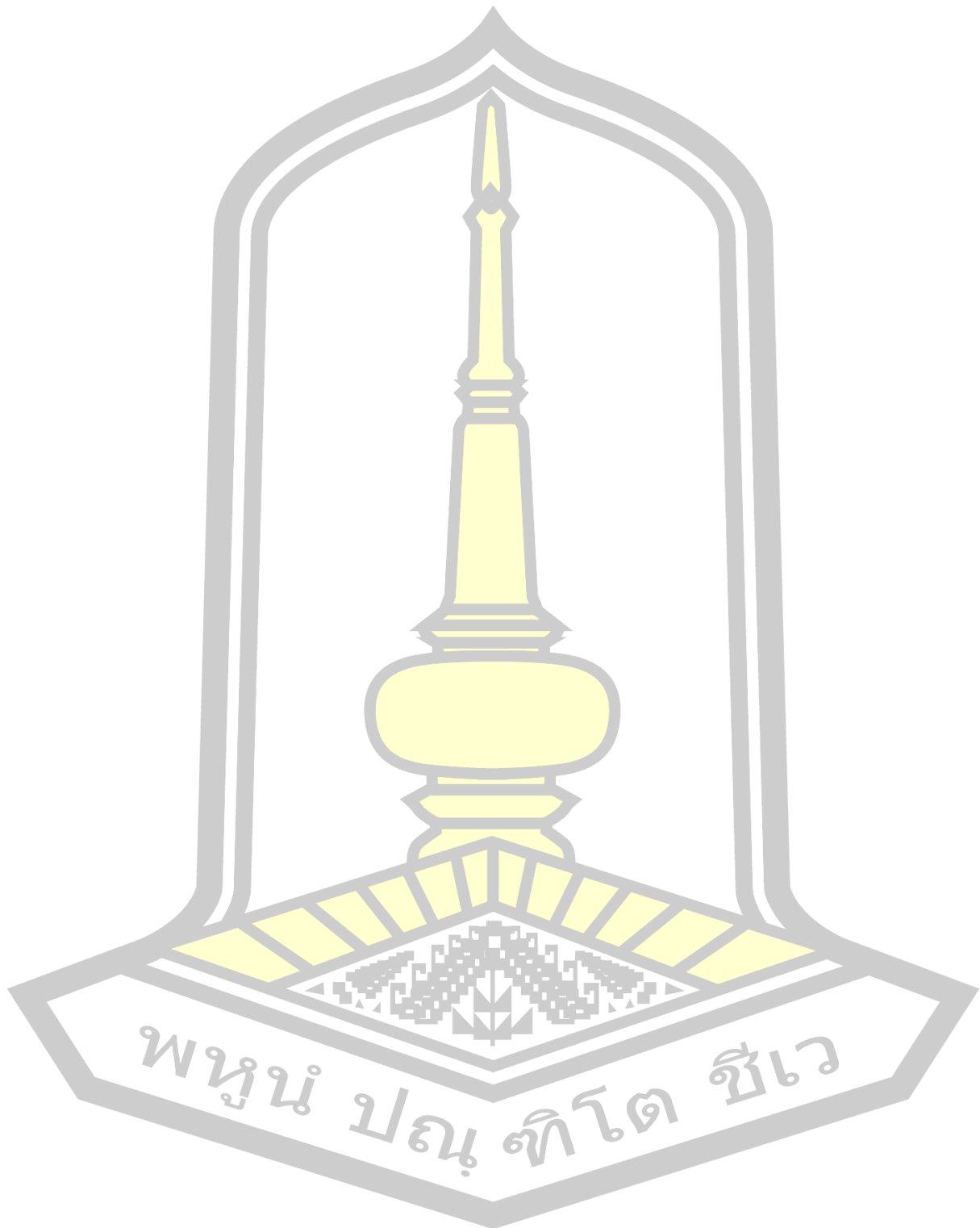
There is a distance between Pharmacists and patients, which caused less understanding of patients' problems. While the view of pharmacist think that they have already had overloaded jobs. That why the palliative team thinks the pharmacist involved in the program should be in Pharmaceutical Care because the team understands the responsibilities laden in pharmacists make them do best in that area. Second, the team had an opinion toward the weakness of pharmacists in palliative care, that is, in taking the patients' mind and spirituality. For a palliative team needs most in any member is the experiences about taking care of the palliative patients, which would include the wild knowledge and the ability to co-operating with other disciplines. While the role of pharmacists expected the least by other members would be to

understand the Buddhism doctrine, which needed in helping the patients getting through hardship.

Part 2 The result of the study of Pharmaceutical to the clinical effectiveness and the problems of Quasi-Experiment research in pretest-posttest Experimental Design. 34 patients participated in this project, and the pharmacist had overseen their dosage and usage of the medicine. We found 49 problems in using the medicine, and the problem 21 corrected. The predicaments such as the error about timing and undesirable effect of medicine(from type ADR) and not using the medicine as prescribed by pharmacists are easy to find and fix. The unsolved difficulty in the project was an undesirable effect of medicine(from Type A ADR), which found by a pharmacist who called the patient by phone. While the patients who didn't use medicine as prescribed by pharmacists were not courage enough to use MST medicine around the clock, this is a result of a patient who thinks that analgesic medicine would use only they have pain, and they would be addicted to morphine if used more often. In this study, we found that if educate the patients and caregivers properly, the satisfaction would be higher as described below. 1. If pharmacist provides enough knowledge about opioids to patients and caregivers, they would understand more, and not be afraid of using the medicine compared with the first day. 2. Patients' pain had reduced compared with the first day until day 30. 3. The problems of using medicine had declined, which is the result of the consult given by the pharmacist. 4. The pharmacist in the palliative program had given enough knowledge and education for the patients and caregivers made them have more satisfaction. The opinion of the caregivers was in the way that they want the team to improve and maintain the palliative program for future patients. In the future, the result suggests there should be more studies about Pharmaceutical to well being of palliative patients and increases the population of the sample of the palliative patients both inside and outside the hospital

Keyword : Pharmacist role, Pharmaceutical care, Palliative care, Multidisciplinary

Team



กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี เพราะได้รับความกรุณาจาก ผศ.ดร.สายทิพย์ สุทธิรักษา ซึ่งเป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ที่ให้ความช่วยเหลือและให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อผู้วิจัย รวมทั้ง ผศ.ดร.จันทร์ทิพย์ กาญจนศิลป์ ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ รศ.ดร.ธีราพร สุภาพันธุ์ กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก ผศ.ดร.รจเรศ หาญรินทร์ และ ผศ.ดร.ราตรี สว่างจิตร กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ขอกราบขอบพระคุณ ภก.อ.ดร. ภาณุพัฒน์ พุ่มพฤษ์ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร และ เภสัชกร ศิริทัศน์ กระดานพล โรงพยาบาลหลวงพ่อดำ ชูตินโร อูทิศ จังหวัดกรุงเทพมหานคร ที่ให้ความอนุเคราะห์ใช้เครื่องมือในการวิจัยสำหรับทำวิทยานิพนธ์ให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้บริหารและสมาชิกในทีมสหวิชาชีพในการทำงานดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองของโรงพยาบาลชุมแพ จังหวัดขอนแก่น รวมถึงทีมสหวิชาชีพที่ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองของเขต 7 ได้แก่ จังหวัดร้อยเอ็ด จังหวัดขอนแก่น จังหวัดมหาสารคาม และจังหวัดกาฬสินธุ์ ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการตอบแบบสอบถามที่ให้ความร่วมมืออย่างดียิ่งในการเก็บข้อมูลการวิจัย ส่งผลให้ผู้วิจัยสามารถดำเนินการวิจัย จนสำเร็จลุล่วงด้วยดี

ขอกราบขอบพระคุณผู้ป่วยและผู้ดูแล ที่เข้าร่วมการศึกษาเพื่อเป็นกลุ่มตัวอย่างให้ความร่วมมืออย่างดียิ่งในการเก็บข้อมูลการวิจัย สนับสนุนและเป็นกำลังใจให้กับผู้วิจัย ส่งผลให้ผู้วิจัยสามารถดำเนินการวิจัยจนสำเร็จลุล่วงด้วยดี

ขอกราบขอบพระคุณ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม และคณาจารย์ทุกท่านที่ให้ความรู้ ให้คำแนะนำแก่ผู้วิจัย และให้ความอนุเคราะห์สนับสนุนทุนการวิจัย รวมถึงเจ้าหน้าที่งานบัณฑิตศึกษาที่ช่วยอำนวยความสะดวก ขอขอบพระคุณเจ้าของหนังสือ วารสาร เอกสาร และวิทยานิพนธ์ทุกเล่มที่ช่วยให้วิทยานิพนธ์มีความสมบูรณ์

พูน ปณ ทิโต ชีเว

อภิญา โสมคำ

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ช
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ฉ
สารบัญตาราง.....	ฅ
สารบัญภาพประกอบ.....	ด
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ที่มาและความสำคัญ.....	1
วัตถุประสงค์.....	5
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	5
ขอบเขตการศึกษา.....	6
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	6
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	7
บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง.....	9
1.ความหมายของผู้ป่วยระยะท้ายและอาการเจ็บป่วยที่พบในผู้ป่วยระยะท้าย.....	9
1.1.ความหมายของผู้ป่วยระยะท้าย.....	9
1.2.อาการเจ็บป่วยที่พบในผู้ป่วยระยะท้าย.....	10
2.นโยบายสุขภาพของประเทศไทย และระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง.....	18
3.ปัญหาด้านโรคและยาในผู้ป่วยระยะท้าย.....	23
ยาที่ใช้บ่อยในผู้ป่วยระยะท้าย.....	23
4.สถานการณ์การของการเจ็บป่วยที่ต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคอง.....	29

5.ความหมายของการดูแลแบบประคับประคอง.....	31
6.รูปแบบการดูแลแบบประคับประคอง	32
6.1.รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในต่างประเทศ.....	32
6.2.รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในประเทศไทย	35
7.บทบาทของทีมสหวิชาชีพที่สำคัญในงานดูแลผู้ป่วยระยะท้าย.....	38
8.การรับรู้บทบาทของเภสัชกรในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย.....	43
9.การจัดการปัญหาด้านการใช้ยา	44
10.การทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	45
งานวิจัยในต่างประเทศ.....	45
งานวิจัยในประเทศไทย.....	48
บทที่ 3 ระเบียบวิธีวิจัย.....	50
ส่วนที่ 1 การศึกษาความคาดหวังของทีมสหวิชาชีพต่อบทบาทของเภสัชกรในการดูแลผู้ป่วยระยะ ท้าย.....	51
ส่วนที่ 2 การศึกษาผลการบริหารทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยระยะท้าย โดยการจัดการเรื่องอาการ ปวด การค้นหาและแก้ไขปัญหาด้านการใช้ยา และศึกษาผลการให้ความรู้ในผู้ดูแล	55
การคำนวณขนาดตัวอย่าง	55
บทที่ 4 ผลการศึกษา.....	63
การศึกษาในส่วนที่ 1 ความคาดหวังของทีมสหวิชาชีพต่อบทบาทของเภสัชกรในการดูแลผู้ป่วย ระยะท้าย	63
การศึกษาส่วนที่ 2 ผลการบริหารทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยระยะท้ายโดยเภสัชกร	104
บทที่ 5 สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	121
สรุปผลการศึกษา.....	121
จุดเด่นของงานวิจัยนี้.....	128
ข้อจำกัดในการวิจัย.....	128
ข้อเสนอแนะ	129

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย	129
ข้อเสนอแนะทางการวิจัย.....	130
บรรณานุกรม.....	131
ภาคผนวก.....	1
ภาคผนวก ก แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้างสำหรับการศึกษาใน ส่วนที่ 1.1.....	2
ภาคผนวก ข แบบสอบถามความคาดหวังของทีมสหวิชาชีพต่อบทบาทของเภสัชกรในการดูแลผู้ป่วย ระยะท้ายแบบประคับประคอง.....	7
ภาคผนวก ค แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยระยะท้าย.....	18
ภาคผนวก ง แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้าย	24
ภาคผนวก จ หนังสือขอใช้เครื่องมือการวิจัย และหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลการวิจัย.....	28
ภาคผนวก ฉ เอกสารรับรองจริยธรรมโครงการวิจัยในมนุษย์.....	33
ประวัติผู้เขียน.....	36



สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของทีมสหวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยและญาติของผู้ป่วยระยะท้าย.....	64
ตารางที่ 2 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม	74
ตารางที่ 3 ประสิทธิภาพการทำงานที่เกี่ยวข้องกับการทำงานดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของทีมสหวิชาชีพ	76
ตารางที่ 4 ประสิทธิภาพของทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการดูแลญาติหรือคนใกล้ชิดที่เจ็บป่วยในระยะสุดท้าย.....	77
ตารางที่ 5 ความรู้ความเข้าใจในเชิงบวกต่อนิยามความหมายและรูปแบบการดูแลแบบประคับประคองของทีมสหวิชาชีพ	78
ตารางที่ 6 ความรู้ความเข้าใจในเชิงลบต่อนิยามความหมายและรูปแบบการดูแลแบบประคับประคองของทีมสหวิชาชีพ	79
ตารางที่ 7 ความจำเป็นของวิชาชีพเภสัชกรรมต่อการทำงานของทีมงานดูแลแบบประคับประคอง..	79
ตารางที่ 8 ระดับความจำเป็นของการมีเภสัชกรในการทำงานร่วมกับทีมงานดูแลแบบประคับประคอง	80
ตารางที่ 9 จุดเด่นของวิชาชีพเภสัชกรรมต่อการทำงานดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง.....	81
ตารางที่ 10 จุดอ่อนของวิชาชีพเภสัชกรรมต่อการทำงานดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง	83
ตารางที่ 11 มิติด้านการดูแลที่ผู้ตอบแบบสอบถามเชื่อว่าเภสัชกรจะสามารถเข้าไปช่วยเหลือทีมดูแลแบบประคับประคองได้ดี.....	84
ตารางที่ 12 เหตุผลความไม่มั่นใจในการทำงานร่วมกับทีมดูแลแบบประคับประคองของเภสัชกร	85
ตารางที่ 13 ความสามารถของเภสัชกรในการทำงานดูแลผู้ป่วยระยะท้ายตามความคาดหวังของทีมสหวิชาชีพ	86
ตารางที่ 14 ระดับความคิดเห็นของทีมสหวิชาชีพต่อบทบาทในงานผู้ป่วยระยะท้ายของเภสัชกรตามความคาดหวังของทีมสหวิชาชีพ	93
ตารางที่ 15 คุณลักษณะของเภสัชกรที่มีความสำคัญต่อการทำงานร่วมกับทีมดูแลผู้ป่วยระยะท้าย	101

ตารางที่ 16 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยระยะท้าย.....	104
ตารางที่ 17 ข้อมูลทางคลินิกของผู้ป่วยระยะท้าย (ต่อ)	105
ตารางที่ 18 ระดับความปวดของผู้ป่วยระยะท้าย	106
ตารางที่ 19 รายการยาที่ผู้ป่วยระยะท้ายได้รับ.....	108
ตารางที่ 20 ปัญหาจากการใช้ยาตามหลักการของ Hepler และ strand	109
ตารางที่ 21 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้าย.....	111
ตารางที่ 22 ผลของการให้ความรู้แก่ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายก่อนและหลังโดยเภสัชกร	115
ตารางที่ 23 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ก่อนและหลังได้รับความรู้โดยเภสัชกร	118
ตารางที่ 24 ระดับความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายต่อการให้ความรู้เรื่องยาโดยเภสัชกร...	120



สารบัญภาพประกอบ

	หน้า
ภาพประกอบที่ 1 แผนผังแสดงกรอบแนวคิดการวิจัย	7
ภาพประกอบที่ 2 แสดงการเกิด nociceptive pain.....	11
ภาพประกอบที่ 3 แสดงการเกิด neuropathic pain.....	12
ภาพประกอบที่ 4 แสดงเครื่องมือ pain visual analogue scales : PVAS.....	14
ภาพประกอบที่ 5 ขั้นตอนการเลือกใช้ยาแก้ปวดตามบันได 3 ชั้น The World Health Organization (WHO)	24
ภาพประกอบที่ 6 รูปแบบการให้การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะท้ายรูปแบบเก่า และรูปแบบใหม่	30



บทที่ 1

บทนำ

ที่มาและความสำคัญ

การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง คือ รูปแบบการดูแลสุขภาพเพื่อทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวที่กำลังเผชิญหน้ากับความเจ็บป่วยที่คุกคามต่อชีวิต (life threatening illness) ให้สามารถเผชิญความเจ็บป่วยที่มีอยู่และมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดเท่าที่จะทำได้ ซึ่งเป็นการดูแลแบบองค์รวมที่ต้องอาศัยการทำงานของทีมสหวิชาชีพ ตั้งแต่การวินิจฉัยโรค จนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิต รวมถึงการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยตลอดระยะเวลาที่ผู้ป่วยเจ็บป่วย จนถึงหลังจากผู้ป่วยถึงแก่กรรม (1) องค์การอนามัยโลก (WHO) กล่าวว่า การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง คือ หนึ่งในรูปแบบการดูแลที่ได้รับการยอมรับ โดยมีหลักการคือการดูแลเพื่อบรรเทาความทุกข์ต่าง ๆ (Relief suffering) เพื่อช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิต (Improve quality of life) ของผู้ป่วยและครอบครัวโดยเป็นรูปแบบการดูแลที่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient focus) (2) กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองมักพบในผู้ป่วยโรคมะเร็งเป็นส่วนใหญ่ นอกจากการรักษาอาการปวด องค์การอนามัยโลก (WHO) แนะนำให้ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายทุกคนควรได้รับการดูแลแบบประคับประคองร่วมด้วยเสมอ (3) ปัจจุบันการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายจะรวมถึงผู้ป่วยระยะท้ายจากโรคเรื้อรังอื่นๆ เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด และโรคถุงลมโป่งพอง เป็นต้น (4) ซึ่งสอดคล้องกับรายงานทางสถิติของการทรวงสาธารณสุขประเทศไทย ที่รายงานว่า ในปี พ.ศ. 2554-2558 สาเหตุของการเสียชีวิตในประชากรไทยในทุกกลุ่มอายุ ส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากโรคไม่ติดต่อ ได้แก่ โรคมะเร็ง โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง โรคไตวาย และโรคเบาหวาน ซึ่งพบว่ามีแนวโน้มที่สูงขึ้นในทุกๆปี (5)

ในต่างประเทศการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง ได้ให้ความสำคัญและพัฒนาอย่างเป็นรูปธรรมและต่อเนื่อง สถานพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Hospice) แห่งแรกของโลกจัดตั้งขึ้นในประเทศอังกฤษ เมื่อปี พ.ศ. 2510 ชื่อ St. Christopher's Hospice (4) พบว่าในปี พ.ศ. 2554 ผู้ป่วยระยะท้ายที่เข้ารับการดูแลแบบประคับประคองใน St. Christopher's Hospice และสถานพยาบาลที่ให้บริการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ถึงร้อยละ 46 (6) แสดงให้เห็นถึงการดูแลแบบประคับประคองจำเป็นมากขึ้นเรื่อย ๆ และยังพบว่ามีสถานพยาบาลที่ให้บริการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายเพิ่มขึ้นเช่นเดียวกัน การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองในต่างประเทศส่วนใหญ่ต้องอาศัยการทำงานร่วมกันของทีมสหวิชาชีพ (7)(1) เนื่องจากผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นกลุ่มที่มีความทุกข์ทรมานด้วยปัญหาที่ซับซ้อนทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ จึงต้องการการดูแลแบบองค์รวม (1)

ประเทศไทย งานการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง ถือว่าเป็นงานใหม่ ยังไม่รู้จักหรือแพร่หลายนัก ยังอยู่ในระดับเริ่มต้นในการดำเนินงาน และถูกจัดอยู่ในกลุ่มประเทศกำลังพัฒนาด้านการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย (8) จากพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ที่กล่าวถึงสิทธิของประชาชนในการปฏิเสธการรักษาเพื่อยื้อชีวิต และสถาบันรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation : HA) ได้ให้ความสำคัญกับงานนี้ และได้มีการมุ่งเน้นกระบวนการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลในเรื่อง “การแพทย์ที่มีหัวใจความเป็นมนุษย์” ซึ่ง Palliative care ก็ถือเป็น การดูแลผู้ป่วยด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ (2) ต้องอาศัยการทำงานร่วมกันเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ (7) (1) ในอดีตผู้ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองนั้นส่วนใหญ่ คือ แพทย์ พยาบาล หรือนักสังคมสงเคราะห์ (7) นโยบายของประเทศไทย การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) กำหนดตัวชี้วัดการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง คือ ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีการดูแลแบบประคับประคอง เพื่อให้ผู้ป่วยระยะท้ายได้รับการดูแลแบบประคับประคองตามมาตรฐานจนถึงวาระสุดท้าย และการเข้าถึงการดูแลรักษาแบบประคับประคอง (Accessibility) จากทีมสุขภาพ ครอบครัวและชุมชน รวมทั้งผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ในช่วงเวลาของภาวะโรคและอาการอย่างเหมาะสม ซึ่งอาจเน้นการจัดตั้งศูนย์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง อย่างไรก็ตามยังไม่มีแผนการบูรณาการบริการเภสัชกรรมในผู้ป่วยระยะท้ายโดยเภสัชกร (9) แต่ปัจจุบันเภสัชกรเป็นอีกหนึ่งวิชาชีพที่ได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้มากขึ้น ทั้งการร่วมกับทีมดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาล (hospital) และการลงไปดูแลผู้ป่วยกับทีมในชุมชน (community) (1) สาเหตุที่วิชาชีพเภสัชกรได้รับความสำคัญมากขึ้น ส่วนหนึ่งอาจเนื่องมาจากผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายร้อยละ 70 – 90 ต้องการที่จะกลับไปรักษาตัวและเสียชีวิตที่บ้าน (10) และปัญหาที่พบได้บ่อย คือ ผู้ป่วยและญาติไม่สามารถจัดการกับยาที่ได้รับได้อย่างเหมาะสม ส่งผลต่อการดูแลและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (11) และทำให้มีโอกาสที่จะเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา (medication error) (12) และอีกปัญหาที่พบได้บ่อยคือ ความกลัวและความเข้าใจผิดเกี่ยวกับการใช้ยาแก้ปวดมอร์ฟินในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย ทั้งเรื่องรูปแบบการใช้ยา การกลัวติดยาและการเข้าถึงยาได้ยาก (1) เภสัชกรนอกจากจะมีบทบาทในการจ่ายยาให้แก่ผู้ป่วยแล้ว American Society of Health-System Pharmacists (ASHP) ได้กล่าววาทะบทหลักของเภสัชกรในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย คือการบริการทางเภสัชกรรม (Pharmaceutiacle care) คือเภสัชกรจะต้องมีความสามารถในการวิเคราะห์ความเหมาะสมของการใช้ยา รวมถึงการรักษาโรคที่ไม่ใช่ยา การใช้ยาเพื่อจัดการอาการ การจัดเตรียมยาให้พร้อมใช้ รวมถึงการสร้าง ความเข้าใจเกี่ยวกับความเชื่อที่ผิด โดยเฉพาะอย่างยิ่งคือการใช้ยากุ่มโอปิออยด์ (Opioids) ที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลมักเข้าใจว่าเป็นสารเสพติด การบริการทางเภสัชกรรมควรทำให้ครอบคลุมทั้งการดูแลผู้ป่วยแบบผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก รวมถึงการเผยแพร่ข่าวสารความรู้ด้านยา และสามารถให้คำปรึกษากับบุคลากรทางการแพทย์ได้ (13)

มีการศึกษาบทบาทของเภสัชกรในการทำงานร่วมกับทีมดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบ ประคับประคองในหลายประเทศ ดังเช่น เภสัชกรในประเทศออสเตรเลีย มีหน้าที่ทบทวนรายการยา ของผู้ป่วย (Med reconciliation) ประเมินและจัดการอาการปวดร่วมกับทีมสหวิชาชีพ(14) ในขณะที่ ประเทศสหรัฐอเมริกาเน้นเรื่องการให้บริบาลทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะท้าย (Pharmaceutical care)(15)(16) และสามารถเป็นที่ปรึกษาด้านยาให้กับทีม (16) ส่วนเภสัชกรใน ประเทศญี่ปุ่นจะมีระบบการติดตามปัญหาการใช้ยาในผู้ป่วยทางโทรศัพท์เพื่อแก้ปัญหาค่าการไม่ พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นระหว่างที่ผู้ป่วยรักษาตัวที่บ้าน (17)

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้มีนโยบายสนับสนุนให้มีการจัดระบบ การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในลักษณะเครือข่าย เพื่อให้สถานพยาบาลสามารถดูแลผู้ป่วยกลุ่ม นี้ได้อย่างทั่วถึงและได้รับการดูแลตามมาตรฐานแนวทางปฏิบัติ ในประเทศไทยในปัจจุบันมีการศึกษา ความเห็นของเภสัชกรต่องานดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง เภสัชกรส่วนใหญ่มี ความเห็นว่าวิชาชีพเภสัชกรรมมีความจำเป็นต่อการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง โดยเฉพาะเรื่องการจัดการปัญหาที่เกี่ยวข้องกับยา (DRPs) (16)(6) แต่ในการดำเนินงานในปัจจุบันใน ประเทศไทยพบว่าในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายเภสัชกรมีบทบาทในการจ่ายยา ยังไม่มีการให้การ บริบาลทางเภสัชกรรมร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ไม่มีส่วนร่วมในการจัดการปัญหาการใช้ยาและ การจัดการความปวด (18) รวมถึงการจัดการอาการต่างๆ ที่ครอบคลุมสำหรับผู้ป่วยระยะท้าย นอกจากนี้ยังพบปัญหาที่เกิดขึ้นในกระบวนการใช้ยา ได้แก่ การใช้ยาระงับปวดไม่สอดคล้องกับระดับ ความปวด การเลือกชนิดของยาระงับปวดไม่เหมาะสม หรือซ้ำซ้อน ไม่ได้ให้ยาระบายสำหรับผู้ป่วยที่ ได้รับยากลุ่มโอปิออยด์ (opioids) ลักษณะการบริหารยาระงับปวดไม่ต่อเนื่องตลอดเวลา (WHO Analgesic Ladder) อีกทั้งยังพบปัญหาแพทย์กลัวและไม่อยากสั่งจ่ายยาโอปิออยด์ เนื่องจากกังวล เรื่องการควบคุมของกฎหมาย ก็เป็นอีกปัญหาหลักในการเข้าถึงยากลุ่มโอปิออยด์ (Opioids) ใน ผู้ป่วยระยะท้าย (18)

การบรรเทาอาการเจ็บป่วยสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยเฉพาะอาการปวด องค์การอนามัยโลกให้ความสำคัญและประกาศว่าเป็นสิทธิมนุษยชนพื้นฐานที่ผู้ป่วยทุกคนพึงได้รับยาบรรเทา ปวดตามมาตรฐาน แต่จากรายงานทางสถิติพบว่าการรักษาอาการปวดจากมะเร็งในผู้ป่วยระยะท้าย ในประเทศไทยที่แม้ว่าจะมีการประเมินระดับความปวด (Pain score) ในระดับที่รุนแรงที่มีความ จำเป็นต้องใช้ยาแก้ปวดกลุ่มโอปิออยด์ (Opioids) เช่น มอร์ฟีน (Morphine) (19) แต่กลับพบว่า ปริมาณการใช้ยาแก้ปวดกลุ่มโอปิออยด์มีการใช้ในปริมาณที่น้อยมาก ทำให้ผู้ป่วยระยะท้ายทั้งจากโรคมะเร็ง และโรคอื่นๆ จำนวนมากที่ต้องทนทุกข์ทรมานจากอาการปวดเพราะไม่ได้รับยาด้วยข้อจำกัดต่าง ๆ เช่น การเข้าถึงยากลุ่มนี้ได้ยาก แพทย์กลัวการสั่งใช้ยา เภสัชกรกลัวการจ่ายยาออกไปจำนวนมาก

หรือแม้กระทั่งความเข้าใจผิดของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับมอร์ฟินซึ่งอดีตมีความเชื่อว่าเป็นยาเสพติดมีฤทธิ์ให้โทษ (5)

ปัจจุบันบทบาทของเภสัชกรในการดูแลด้านยาสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในประเทศไทยพบปัญหาในการทำงานด้านการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย สำหรับเภสัชกรคือการขาดองค์ความรู้เกี่ยวกับยาที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง และพบปัญหาการเข้ามามีบทบาทร่วมกับทีมในการดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้ มีรายงานการศึกษาความสามารถของเภสัชกรในงานดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองตามความคาดหวังของทีมสหสาขาวิชาชีพ ของศิริทัศนกระदानพล (6) ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในประเทศไทยพบว่า สมาชิกในทีมสหวิชาชีพและเภสัชกรเห็นตรงกันว่าเภสัชกรเป็นวิชาชีพที่จำเป็นต่อ ทีมสหวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยเห็นว่าเภสัชกรสามารถที่จะเข้ามาช่วยเหลือทีมได้ดีที่สุดในด้านการดูแลด้านร่างกาย ซึ่งมีการระบุบทบาทหลักในงานบริหารทางเภสัชกรรมทั่วไป เช่น การแนะนำขนาดยา ผลข้างเคียงจากยา และอีกบทบาทหลักที่สำคัญ คือเรื่องการจัดการอาการปวดของผู้ป่วย โดยเน้นเรื่องการสร้างความเข้าใจในการใช้ยาแก้ปวดกลุ่ม Opioids คุณลักษณะที่สำคัญที่ทีมสหวิชาชีพต้องการจากเภสัชกรคือ ทักษะที่ดีต่องานรองลงมาคือการทำงานเป็นทีม สำหรับความคิดเห็นของเภสัชกรมีความเห็นว่าบทบาทที่ตนเองนั้นจะสามารถทำได้ดีที่สุดในด้านความสามารถด้านบริหารทางเภสัชกรรม

ปัจจุบันยังไม่มีการศึกษาถึงบทบาทของเภสัชกร ความคาดหวังและคุณลักษณะที่สำคัญของเภสัชกรในการปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองจากทีมสหสาขาวิชาชีพ ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิและระดับปฐมภูมิ และยังไม่มีการศึกษาผลการบริหารทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นการศึกษาผลการบริหารทางแพทย์และการพยาบาล การศึกษาในครั้งนี้จึงต้องการศึกษาบทบาท ความคาดหวังและคุณลักษณะที่สำคัญของเภสัชกรในการปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองจากทีมสหสาขาวิชาชีพ ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิและระดับปฐมภูมิ และศึกษาผลลัพธ์ของการบริหารทางเภสัชกรรม ด้านอาการปวด และการติดตาม ADR ในผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อไป

ในปีงบประมาณ 2560 โรงพยาบาลชุมแพมีผู้ป่วยระยะสุดท้ายเข้ารับการดูแลรักษาในโรงพยาบาลจำนวน 84 ราย โดยแพทย์และพยาบาลเป็นบุคลากรหลักที่ดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ ส่วนเภสัชกรมีบทบาทเพียงแค่การจัดหายา การจ่ายยา และตรวจสอบความถูกต้องของรายการยาตามใบสั่งแพทย์เท่านั้น ยังไม่มีบทบาทการบริหารเภสัชกรรมที่ชัดเจนร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยเฉพาะราย ปัญหาที่พบ คือการไม่ได้ติดตามค้นหาปัญหาด้านการใช้ยา หรือจัดการแก้ไขอาการปวดรวมถึงอาการที่ไม่พึงประสงค์จากยา ในผู้ป่วย รวมถึงการที่ผู้ป่วยมักได้รับยากกลุ่มโอปิออยด์ (Opioids) เพื่อระงับปวด แต่เป็นกลุ่มยาที่ทำให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์ได้มากและรุนแรง ทำให้บุคลากรทางการแพทย์ไม่กล้าสั่งใช้ยาดังกล่าว ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับยาแก้ปวดทั้งที่ผู้ป่วยควรจะต้อง

ได้รับ และเนื่องจากโรงพยาบาลชุมแพ ได้มีการจัดตั้งศูนย์เคมีบำบัดสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็ง ทำให้มีจำนวนผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะท้ายที่เข้ารับการดูแลแบบประคับประคองเป็นส่วนใหญ่ ดังนั้นผู้วิจัยซึ่งเป็นเภสัชกรเล็งเห็นความสำคัญของบทบาทวิชาชีพเภสัชกรในการให้การบริบาลทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยระยะท้าย และมีความสนใจศึกษาเกี่ยวกับบทบาทของเภสัชกรในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายตามความคาดหวังของทีมสหวิชาชีพ และต้องการศึกษาผลของการบริบาลทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะท้าย ในด้านการควบคุมอาการปวด และอาการที่ไม่พึงประสงค์จากยา ค้นหาและแก้ไขปัญหาจากการใช้ยา เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปพัฒนางานดูแลผู้ป่วยระยะท้ายร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพของโรงพยาบาลชุมแพ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความคาดหวังของทีมสหวิชาชีพต่อบทบาทของเภสัชกรในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย
2. เพื่อศึกษาผลของการบริบาลทางเภสัชกรรมต่อผลลัพธ์ทางคลินิก และปัญหาด้านการใช้ยาในผู้ป่วย
3. เพื่อศึกษาผลของการให้ความรู้ต่อระดับความรู้เรื่องโรคและยา และความพึงพอใจของผู้ดูแล

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาการทำงานร่วมกันของเภสัชกรกับทีมสหสาขาวิชาชีพสำหรับผู้ป่วยระยะท้ายของโรงพยาบาลชุมแพ จังหวัดขอนแก่น
2. เพื่อใช้เป็นแนวทางการศึกษาค้นคว้า หรือทำวิจัยด้านการศึกษาความคาดหวังของทีมสหวิชาชีพต่อบทบาทของเภสัชกรในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย
3. เพื่อใช้เป็นแนวทางการศึกษาค้นคว้า หรือทำวิจัยด้านการบริบาลทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง
4. เพื่อใช้เป็นข้อมูลเบื้องต้นสำหรับโรงพยาบาลต่างๆ ในการวางแผนดำเนินงานส่งเสริมให้ความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้ยาในผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยและผู้ดูแล

ขอบเขตการศึกษา

การศึกษานี้แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 การศึกษาความคาดหวังของทีมสหวิชาชีพต่อบทบาทของเภสัชกรในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย

ส่วนที่ 1.1. การอภิปรายกลุ่ม (Focus Group discussion) ในทีมสหวิชาชีพที่ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ได้แก่ แพทย์ และพยาบาล และเภสัชกรที่จะเข้าร่วมในทีม ในด้านความคาดหวังของทีมสหวิชาชีพต่อบทบาทของเภสัชกรในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในโรงพยาบาลชุมชนแพ จัหวัดขอนแก่น ซึ่งเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ จำนวน 242 เตียง

ส่วนที่ 1.2. สํารวจความคิดเห็นของทีมสหวิชาชีพปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร ในโรงพยาบาลระดับหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ (Primary care) และหน่วยบริการระดับตติยภูมิ (Secondary Care) เขตบริการสุขภาพที่ 7 ในมุมมอง 4 มิติ ได้แก่ ภายใจ สังคม และจิตวิญญาณ โดยผู้วิจัยจะส่งจดหมายพร้อมแบบสอบถามไปยังหน่วยงานของผู้ตอบ และให้ส่งเอกสารกลับมาทางจดหมายที่ผู้วิจัย เก็บข้อมูลช่วงระหว่างเดือนมีนาคม 2562 – พฤษภาคม 2562

ส่วนที่ 2 การศึกษาผลการบริหารทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะท้าย โดยการจัดการเรื่องอาการปวด การค้นหาและแก้ไขปัญหาด้านการใช้ยา และศึกษาผลการให้ความรู้ในผู้ดูแล โดยเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยที่เข้ารับการดูแลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลชุมชนแพทั้งหมดและมีญาติที่ยินดีเข้าร่วมการศึกษา ในช่วงระหว่างเดือนมีนาคม-สิงหาคม 2562

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ส่วนที่ 1

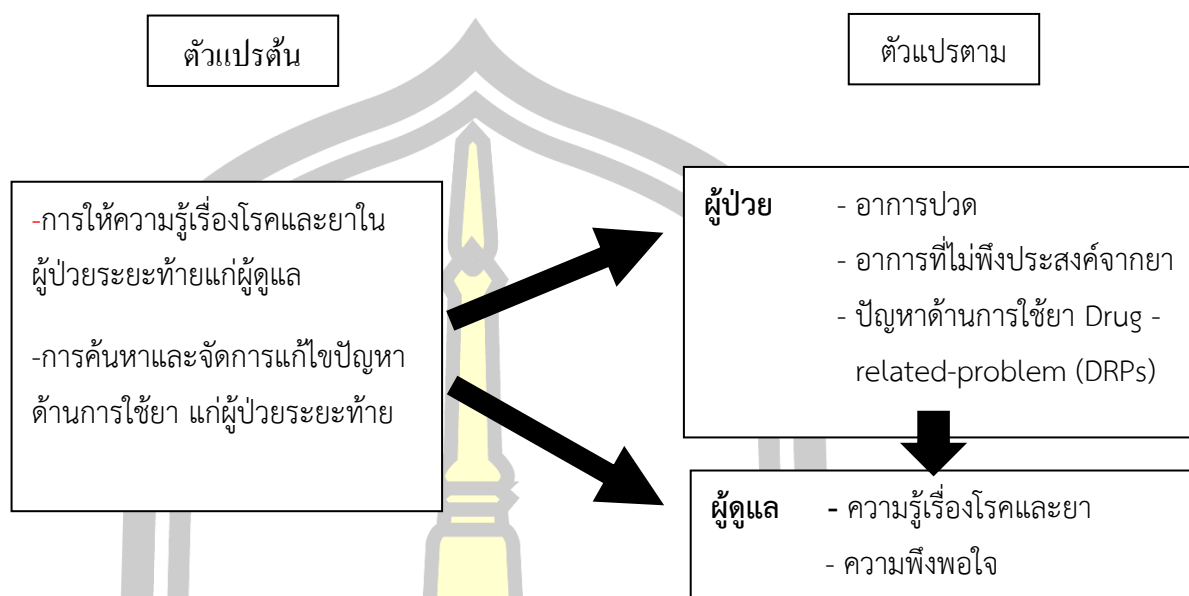
1.ความคาดหวังของทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชนแพ ต่อการทำงานของเภสัชกรในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย

1.1.คุณลักษณะของเภสัชกรในงานดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ตามความคาดหวังของทีมสหวิชาชีพ

1.2.บทบาทของเภสัชกรในงานดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ตามความคาดหวังของทีมสหวิชาชีพ

2.ความสามารถของเภสัชกรในการปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ในมุมมองของทีมสหวิชาชีพ

ส่วนที่ 2



ภาพประกอบที่ 1 แผนผังแสดงกรอบแนวคิดการวิจัย

นิยามศัพท์เฉพาะ

ผู้ป่วยระยะท้าย คือ ผู้ป่วยโรคมะเร็ง ๆ ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยระยะท้าย รหัสโรคตาม ICD10 คือ Z51.5 ที่แพทย์ไม่มีแผนการรักษาเฉพาะโรคนั้น

ผู้ดูแล (Care giver) คือญาติหรือบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือดูแลแก่ผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองที่เข้าร่วมการศึกษา และมีข้อจำกัดการดูแลตนเอง โดยไม่ได้รับการตอบแทนที่เป็นค่าจ้างหรือรางวัล เช่น คู่สมรส บิดามารดา บุตร ญาติพี่น้อง เพื่อน เพื่อนบ้าน และบุคคลสำคัญในชีวิต

ทีมสหสาขาวิชาชีพ (Multidisciplinary team) คือทีมบุคลากรที่ร่วมดูแลผู้ป่วยระยะท้าย โดยแต่ละวิชาชีพจะทำงานเน้นในบทบาทของวิชาชีพตนเองเป็นอันดับแรกในการดูแลผู้ป่วย แต่สามารถทำงานแทนวิชาชีพอื่นได้ในกรณีที่ไม่มีวิชาชีพนั้นอยู่ในทีม ซึ่งต้องมีแพทย์เป็นผู้นำทีมในการวินิจฉัยและวางแผนการดูแลผู้ป่วย โดยให้ญาติมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ และมีทีมในการดูแลตามบทบาทวิชาชีพ (1)

หน่วยบริการระดับปฐมภูมิ (Primary care) และหน่วยบริการระดับทุติยภูมิ (Secondary Care) เขต 7 หมายถึง โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป ในหน่วยบริการของภาครัฐในเขตบริการสุขภาพที่ 7 ได้แก่ จังหวัดร้อยเอ็ด จังหวัดขอนแก่น จังหวัดมหาสารคาม และจังหวัดกาฬสินธุ์ โดยมีภารกิจดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ ฟื้นฟูสุขภาพ ป้องกันโรค และการรักษาพยาบาลให้บริการสิ้นสุดที่บริการผู้ป่วยนอก (OPD) มีแพทย์ให้บริการในหน่วยบริการในลักษณะหมุนเวียนหรือบริการประจำ

ระดับความรู้ หมายถึง ผลการประเมินความรู้ในผู้ดูแล เกี่ยวกับโรคและการใช้ยา และอาการไม่พึงประสงค์จากยา ค่าคะแนนที่มากหมายถึงการมีระดับความรู้ที่มากกว่า

การบริหารทางเภสัชกรรม หมายถึง เภสัชกรให้ความรู้เรื่องโรคและยาแก่ผู้ป่วย รวมถึงค้นหาและจัดการแก้ไขปัญหาด้านการใช้ยาแก่ผู้ป่วยโดยตรง และ เภสัชกรให้ความรู้เรื่องโรคและยา แนะนำการจัดการปัญหาเบื้องต้นด้านยาแก่ผู้ดูแล

ผลลัพธ์ทางคลินิก หมายถึง ระดับความปวด และอาการที่ไม่พึงประสงค์จากยา ที่ผู้ป่วยได้รับทั้งหมด

ปัญหาด้านการใช้ยา หมายถึง เหตุการณ์ที่ไม่ต้องการให้เกิดขึ้นกับผู้ป่วย โดยเป็นผลเนื่องจากการรักษาด้วยยา ตามเกณฑ์การประเมินโดยใช้เครื่องมือของ Helper and stand (20)

ความคาดหวังของทีมสหวิชาชีพต่อบทบาทของเภสัชกร หมายถึง ความคาดหวัง ของแพทย์ พยาบาล และเภสัชกร ต่อบทบาทของเภสัชกร ในการทำงานร่วมกับทีมสหวิชาชีพ จุดเด่นและจุดด้อยของการมีเภสัชกรร่วมในทีมสหวิชาชีพ

Syringe diver หมายถึง การให้ยาแบบฉีดเข้าทางใต้ผิวหนังแบบต่อเนื่อง (Continuous Subcutaneous Infusion- CSCI) โดยผลสมยาที่ใช้ควบคุมอาการปวดหรือยาบรรเทาอาการไม่สุขสบายต่างๆ ลงในกระบอกฉีดยา (syringe) ขนาด 20 ml และควบคุมอัตราการไหลโดยใช้เครื่องปั๊มยาแบบต่อเนื่อง



บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาความคาดหวังของทีมสหวิชาชีพต่อบทบาทของเภสัชกร ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย และการศึกษาการบริหารจัดการทางเภสัชกรรมโดยการให้ความรู้เรื่องโรคและยาหลังการให้ความรู้แก่ผู้ดูแล และศึกษาผลลัพธ์ทางคลินิกและปัญหาด้านการใช้ยาหลังจากให้การบริบาลทางเภสัชกรรม ผู้วิจัยได้ทำการรวบรวมเอกสาร แนวคิด ทฤษฎีและผลการวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นแนวทางในการศึกษา โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ความหมายของผู้ป่วยระยะท้ายและอาการเจ็บป่วยที่พบในผู้ป่วยระยะท้าย
2. นโยบายสุขภาพของประเทศไทย และระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง
3. ปัญหาด้านโรคและยาในผู้ป่วยระยะท้าย
4. สถานการณ์การของการเจ็บป่วยที่ต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคอง
5. ความหมายของการดูแลแบบประคับประคอง
6. รูปแบบการดูแลแบบประคับประคอง
7. บทบาทของทีมสหวิชาชีพที่สำคัญในงาน ผู้ป่วยระยะท้าย
8. การรับรู้บทบาทของเภสัชกรในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย
9. การจัดการปัญหาด้านการใช้ยา
10. ทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ความหมายของผู้ป่วยระยะท้ายและอาการเจ็บป่วยที่พบในผู้ป่วยระยะท้าย

1.1. ความหมายของผู้ป่วยระยะท้าย

สำนักการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (2559) ให้นิยามการคัดกรองผู้ป่วยเข้ารับการดูแลแบบประคับประคองอย่างสมบูรณ์ ซึ่งสามารถแบ่งผู้ป่วยเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้ป่วยมะเร็ง และกลุ่มผู้ป่วยอื่นๆ ที่ไม่ใช่ผู้ป่วยมะเร็งตามเกณฑ์การจำแนกผู้ป่วยที่เข้าสู่ระบบบริการ (Inclusion Criteria) มีรายละเอียดดังนี้

1.1.1. กลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็ง ได้แก่ผู้ป่วยที่มีผลการประเมินจาก Palliative Performance Scale (PPS) \leq ร้อยละ 80 และเป็นมะเร็งระยะสุดท้ายที่ได้รับการวินิจฉัยและการรักษาอย่างถึงที่สุดแล้ว $progress < 12$ เดือน

1.1.2. กลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ใช่โรคมะเร็ง ได้แก่ผู้ป่วยที่มีผลการประเมินจาก Palliative Performance Scale (PPS) \leq ร้อยละ 60 แบ่งเป็น 2 กลุ่มคือ

1.1.2.1. ผู้ป่วยที่โรคลุกลามไปมากแล้ว เคยได้รับการรักษาจากแพทย์เฉพาะทางอย่างต่อเนื่องมาเป็นเวลานานไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ถูกปรับเปลี่ยนมาเพียงเป็นการดูแลรักษาตามอาการ โดยคาดว่าจะมีชีวิตอยู่ต่อไปได้ไม่เกิน 6 – 12 เดือน ได้แก่ ผู้ติดเชื้อ HIV-AIDS โรคเกี่ยวกับ

เซลล์ประสาทที่เกี่ยวข้องกับการเคลื่อนไหวชนิดต่างๆ (motor-neuron diseases) ผู้ป่วยระบบหายใจ ผู้ป่วยระบบหัวใจ ผู้ป่วยไตวายตับวายระยะเรื้อรังที่เข้าสู่ภาวะสุดท้าย เป็นต้น

1.1.2.2 ผู้สูงอายุติดเตียงและผู้ป่วยเรื้อรังที่โรคที่เป็นอยู่ลุกลามไปมากกว่าจะให้การบำบัดใด ๆ และคาดว่าจะมีชีวิตอยู่ได้ไม่เกิน 6-12 เดือน

อรวิฐ กาญจนจारी และคณะ (21) ได้นิยามว่า ผู้ป่วยระยะท้าย คือผู้ป่วยซึ่งที่มีการดำเนินโรคที่การรักษาไม่ได้ผล ผู้ป่วยมีอาการและช่วยเหลือตนเองได้น้อยลง อาจจำเป็นต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือหรือต้องพึ่งพาผู้อื่นอย่างต่อเนื่องจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต

ประธมาภรณ์ จันทร์ทอง และชวาลี ศรีอ่อน (22) ผู้ป่วยระยะท้ายแบ่งเป็น 2 กลุ่มหลักคือ กลุ่มผู้ป่วยมะเร็งระยะคุกคามและผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆที่ไม่ใช่มะเร็งอาการหลักที่ทำให้ต้องมารับการรักษา คืออาการเหนื่อยหอบ อ่อนเพลียและปวด และเป็นระยะท้ายของโรค ซึ่งการรักษาไม่ได้ผล การประเมินสภาพของผู้ป่วย (palliative performance scale) ส่วนใหญ่อยู่ที่ระดับ 30 ซึ่งแปลว่าผู้ป่วยติดเตียงตลอดเวลาและไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ต้องการความช่วยเหลือในการดูแลทั้งหมด

1.2.อาการเจ็บป่วยที่พบในผู้ป่วยระยะท้าย

1.2.1.อาการปวด หรือ Pain คือ ประสบการณ์ที่ไม่สบายทั้งทางด้านความรู้สึกและอารมณ์ ซึ่งเกิดร่วมกับการทำลายหรือมีศักยภาพที่จะทำลายเนื้อเยื่อร่างกาย หรือถูกบรรยายประหนึ่งว่ามีกรทำลายของเนื้อเยื่อนั้น , สิริระ บุญยะรัตเวช (2540)

ความปวดที่เป็นสื่อ นำผู้ป่วยมาพบแพทย์นั้นมีมากมายหลายรูปแบบ ในทางคลินิกแบ่งชนิดของความปวดตามกลไกการเกิด ระยะเวลาหรือเส้นประสาทที่นำความรู้สึกได้ดังนี้

แบ่งตามระยะเวลาที่เกิดได้เป็น

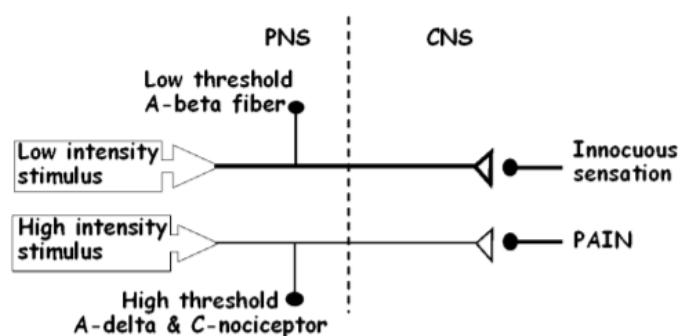
1. Acute pain มากกว่าร้อยละ 80 ของความปวดทั้งหมดเป็นความปวดแบบเฉียบพลัน ซึ่งจะนำผู้ป่วยมาพบแพทย์ได้รวดเร็ว ระยะเวลาการดำเนินของโรคจึงไม่ค่อยนานเกิน 6 เดือน acute pain ไม่ค่อยก่อให้เกิดปัญหาในทางการรักษามากนัก เนื่องจากการวินิจฉัยแยกโรคหรือหาสาเหตุของการเกิดโรคนั้นชัดเจนไม่ยุ่งยากสลับซับซ้อน อาจมีบ้างเป็นส่วนน้อยที่ให้การวินิจฉัยแยกจาก chronic pain ได้ยาก

2. Chronic pain ความปวดแบบเรื้อรัง เป็นความปวดชนิดที่มีความสำคัญมากในทุกประเทศทั่วโลก ถึงแม้ว่าจะพบส่วนน้อยเพียงร้อยละ 15-20 ของความปวดทั้งหมดก็ตาม แต่ก็เป็โรคที่ก่อปัญหาอย่างมากมายทั้งกับแพทย์ผู้รักษา ตัวผู้ป่วยเอง ครอบครัว ตลอดจนถึงสังคมที่อยู่รอบข้าง เพราะความปวดเรื้อรังเหล่านี้กลายเป็นสาเหตุของการหยุดงาน ตกงาน การหย่อนหรือสูญเสียสมรรถภาพในการทำงาน ทั้งนี้เนื่องจากความปวดของผู้ป่วยจะยังคงมีอยู่แม้ว่าการบำบัดเจ็บหรือการอักเสบที่เกิดขึ้นมาได้หายเป็นปกติแล้วก็ตามซึ่งทำให้ยากต่อการรักษา

3. Cancer pain หมายถึงความปวดที่เกิดจากโรคมะเร็ง ซึ่งมีหลายชนิดที่ก่อให้เกิดความปวดอย่างทรมาณในระยะบั้นปลายของชีวิต เช่น มะเร็งตับ มะเร็งของกระดูก มะเร็งปากมดลูก รวมถึงมะเร็งอีกหลายชนิดที่แพร่กระจายไปสู่กระดูกได้ สมัยก่อน cancer pain ถูกจัดอยู่ในกลุ่มของ chronic pain แต่เนื่องจากสาเหตุของการเกิดความปวดและพยาธิสภาพของร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไป จะต่างจาก chronic pain ชนิดอื่นๆ มาก ในปัจจุบันจึงแยก cancer pain ออกมาเป็นอีกชนิดหนึ่งซึ่งมีวิธีการดูแลรักษาต่างกับ chronic pain ชัดเจน

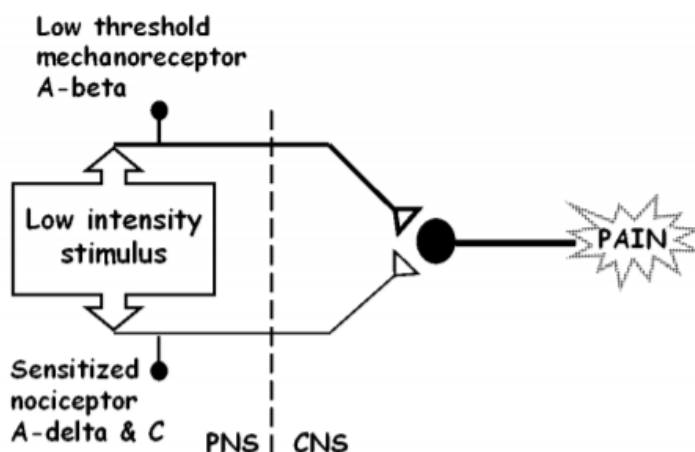
แบ่งตามกลไกการเกิดความปวดได้เป็น

1. Nociceptive pain คือความปวดที่เกิดจากการบาดเจ็บโดยตรง เช่น มีดบาด หรือเกิดจากการทำลายของเนื้อเยื่อ เช่น การติดเชื้อ การเกิดมะเร็ง เป็นต้น กลไกการเกิดความปวดชนิดนี้คือมีการกระตุ้น nociceptor ตามอวัยวะรับความรู้สึกส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย (Figure 2) จึงเรียกความปวดชนิดนี้ว่า nociceptive pain ซึ่งส่วนใหญ่เป็นความปวดชนิดเฉียบพลันที่นำผู้ป่วยมาพบแพทย์ตั้งแต่วะเริ่มต้น จึงทำให้สามารถตรวจพบรอยโรคหรือการทำลายของเนื้อเยื่อนั้นได้



ภาพประกอบที่ 2 แสดงการเกิด nociceptive pain

2. Neuropathic pain คือความปวดที่เกิดจากการมีกระแสประสาทที่ผิดปกติ (abnormal discharge) หรือเป็น ectopic discharge เกิดขึ้นตามเส้นประสาทที่ได้รับการบาดเจ็บหรือเคยบาดเจ็บมาก่อน หรืออาจเกิดขึ้นที่ dorsal root ganglion ที่สัมพันธ์กับตำแหน่งที่บาดเจ็บนั้น ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงใน metabolism ของ sensory neuron และ membrane receptor ของ neuron นั้นเป็นผลให้เกิดขบวนการรับรู้ที่ผิดไป non-noxious impulse จึงกลายเป็นความปวดได้ (Figure 3) สาเหตุที่พบเนื่องจากมีการทำลาย ดึงรั้งหรือกดทับกลุ่มประสาทนั้น หรือเกิดภายหลังการอักเสบ เช่น postherpetic, neuralgia, postsurgical neuropathic pain, trigeminal neuralgia, post-chemotherapy, neuropathy, diabetic neuropathy เป็นต้น



ภาพประกอบที่ 3 แสดงการเกิด neuropathic pain

แบ่งตามลักษณะของเส้นประสาทที่นำความรู้สึกคือ

1. Autonomic pain คือ ความปวดของอวัยวะที่นำความรู้สึกโดยประสาทอัตโนมัติ ซึ่งส่วนมากเป็น sympathetic fiber ได้แก่ acute visceral pain, labor pain และ acute medical condition เช่น myocardial infarction เป็นต้น
2. Somatic pain คือ ความปวดของอวัยวะที่นำความรู้สึกโดยประสาท somatic nerve เช่น posttraumatic pain, postoperative pain เป็นต้น การแบ่งชนิดของความปวดตามเส้นประสาทที่นำความรู้สึกนี้ มีประโยชน์ในการรักษาหรือระงับความปวดโดยการฉีดยาเฉพาะที่แบบ sympathetic block หรือ peripheral nerve block

Pain assessment (การประเมินความปวด)

การประเมินความปวดถือเป็นหัวใจของการบำบัดรักษาผู้ป่วยที่มีความปวดทุกชนิดไม่ว่าเป็น Acute, chronic หรือ cancer pain การประเมินทุกครั้งจะต้องบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้เพื่อให้ได้ประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วยในทุกด้าน ทั้งการรักษาทางกาย ทางใจ และสภาพแวดล้อมของผู้ป่วยด้วย เป้าหมายของการประเมินความปวดมี 5 ระดับคือ

1. Assessment severity ประเมินความรุนแรงของความปวด การประเมินนี้แบ่งเป็นระดับปวดมาก ปวดปานกลางและปวดน้อย ซึ่งความรุนแรงนี้จะบ่งชี้ให้เห็นถึงความสำคัญและความรีบด่วนของการรักษาผู้ป่วย นอกจากนี้ยังมีผลต่อการเลือกใช้ยาด้วย โดย WHO ได้แบ่งวิธีการใช้ยาแก้ปวดเป็นบันได 3 ขั้น (3-step ladder) ตามความรุนแรงของความปวดนั้น
2. Assessment characteristic ประเมินชนิดและคุณลักษณะของความปวด ซึ่งช่วยในการวินิจฉัยแยกโรคว่าเป็นความปวดชนิดใด การประเมินคุณลักษณะนี้จะแบ่งเป็น 2 รูปแบบ คือ
 - 2.1 Assessment type of pain ซึ่งจะแบ่งเป็น acute, chronic และ cancer pain ตามที่กล่าวมาแล้วข้างต้น

2.2 Assessment nature of pain ไม่ว่าจะความปวดจะเป็นแบบเฉียบพลัน เรื้อรัง หรือมีสาเหตุ

จากมะเร็ง อาจมีสาเหตุจากการทำลายของเนื้อเยื่อ หรือจากการทำงานที่ผิดปกติของเส้นประสาท แบ่งได้เป็น 3 ชนิด คือ nociceptive pain, neuropathic pain และ psychogenic pain

การประเมินคุณลักษณะของความปวดประกอบการซักถามข้อมูลดังต่อไปนี้คือ

- ตำแหน่งและรูปแบบของความปวด เป็นแบบรุนแรงคงที่ตลอดเวลา ปวดรุนแรงเป็นพักๆ ปวดเป็นระยะๆ หรือมีปวดมากปวดน้อยสลับกันไป(constant/episodic/spontaneous)
- คุณลักษณะ (quality) ของความปวดเป็นอย่างไร หรือความรู้สึกที่เกิดขึ้น ปวดเหมือนอะไร โดยบรรยายเป็นแบบ burning, shooting, cramping หรือ aching เป็นต้น
- เวลาที่เริ่มมีอาการปวด และปวดมานานเพียงใด (onset and duration)
- ปัจจัยที่ทำให้ความปวดบรรเทาหรือรุนแรงเพิ่มขึ้น
- การรักษาที่ได้มาก่อนหน้านี้มีผลอย่างไร

3. Assessment impact or disability index เป็นการประเมินผลกระทบที่มีต่อผู้ป่วย ซึ่งมีความสำคัญมากสำหรับผู้ป่วยที่มีความปวดชนิดเรื้อรังหรือโรคมะเร็ง เพราะการดำเนินของโรคและการรักษาจะมีผลต่อสภาพร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยอันทำให้เกิดความด้อยหรือหย่อนสมรรถภาพในการทำงาน การดำรงชีวิตของผู้ป่วย ดังนั้นในการประเมินจะต้องซักถามข้อมูลต่อไปนี้ด้วย

3.1 ผลกระทบต่อครอบครัวและความรับผิดชอบต่อครอบครัว ซึ่งจะมีผลแตกต่างกันมากระหว่างผู้ป่วยที่เป็นหัวหน้าครอบครัวกับผู้ป่วยที่ไม่ได้เป็น การรักษาอาจจะต้องให้การดูแลจนถึงปัญหาครอบครัวร่วมด้วย

3.2 ผลกระทบต่อการงานอาชีพ การประเมินความปวดนี้ต้องประเมินว่ามีผลต่อการงานหรือหยุดงานของผู้ป่วยหรือไม่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งคือผู้ป่วยที่เป็น idiopathic pain แพทย์ต้องประเมินผลกระทบต่อการงานของผู้ป่วยให้ได้เพื่อประโยชน์ในการรับเงินชดเชยจากหน่วยงานประกันสังคมของรัฐหรือจากบริษัทประกันชีวิตต่างๆ ดังนั้น ในปัจจุบันการรักษาผู้ที่มีเป็นความปวดเรื้อรังจึงมีปัญหายุ่งยากสลับซับซ้อนมากขึ้น

3.3 ผลกระทบต่อกิจวัตรประจำวันในการดำรงชีวิต ได้แก่ ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วยในการแต่งตัว ขับรถ อาบน้ำ ลุกนั่ง เดิน เป็นต้น รวมถึงกิจกรรมที่มีความสำคัญต่อการดำรงชีวิต ได้แก่ การรับประทานอาหาร การนอนหลับ การหายใจ และการมีเพศสัมพันธ์

3.4 ผลกระทบต่อกิจกรรมเข้าสังคมและงานอดิเรกต่าง ๆ ของผู้ป่วย ซึ่งแพทย์ผู้รักษาจะต้องทำการประเมินสิ่งต่าง ๆ เหล่านี้และนำมาประมวลเป็นดัชนีบ่งชี้ของความหย่อนสมรรถภาพ (pain disability index) ได้โดยการให้คะแนนความสามารถในการทำงานแต่ละชนิด

4. Assessment medication ในการรักษาความปวดนั้นจำเป็นต้องมีการประเมินผลของการรักษา เช่นเดียวกับการรักษาโรคอื่น ๆ แต่การประเมินอาจจะแตกต่างกันเนื่องจากความปวดนั้นบางครั้งเป็นโรคที่รักษาไม่หายขาด นั่นก็คือถ้าหยุดรักษาหรือหยุดกินยา ความปวดก็จะกลับคืนมาใหม่

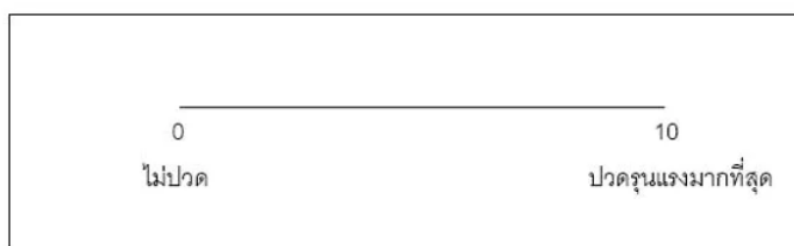
ได้ ซึ่งมีได้หมายความว่า การรักษานั้นไม่ได้ผล ผลการรักษาที่น่าพอใจหรือควรพอใจนั้นขึ้นอยู่กับความพึงพอใจของผู้ป่วยและความสามารถในการลด pain disability index ลงได้ การรักษาที่ได้ผลนั้น แพทย์และบุคลากรที่เกี่ยวข้องต้องดูว่าผู้ป่วยได้รับยาหรือวิธีการรักษาถูกต้องหรือไม่ ใช้เครื่องมือบรรเทาความปวดได้อย่างถูกต้องหรือไม่ ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อประสิทธิภาพของยาและเหตุผลของการหยุดยาเอง เป็นต้น

5. Assessment side effects ผลข้างเคียงหรือภาวะแทรกซ้อนของการระงับปวดเป็นสิ่งที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ แต่อาจจะป้องกันไว้ก่อนได้ เช่น อาการคลื่นไส้ อาเจียน คัน ที่เกิดจากการได้รับยา morphine แพทย์ควรสั่งยา antiemetics, antihistamine ให้ผู้ป่วยไว้ก่อน ทุกครั้งที่ประเมินผลการระงับปวดจะต้องประเมินผลข้างเคียงด้วย เพราะถึงแม้ว่าการระงับปวดจะได้ผลดี แต่ถ้าพบผลข้างเคียงที่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วยก็จำเป็นต้องเปลี่ยนวิธีการรักษาใหม่โดยเลือกวิธีการรักษาที่มีผลข้างเคียงน้อยกว่า

เครื่องมือที่ใช้ประเมินหรือวัดความปวด

มีหลายวิธีขึ้นอยู่กับสภาพของผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญ เช่น pain visual analogue scales (PVAS) เป็นวิธีที่ใช้บ่อยที่สุด เป็นการวัดโดยใช้เส้นตรงยาว 10 เซนติเมตร ให้ปลายข้างหนึ่งแทนค่าด้วยเลข 0 หมายถึง ไม่ปวด ปลายอีกข้างหนึ่งแทนค่าด้วยเลข 10 หมายถึง ปวดรุนแรงมากที่สุด วิธีการวัดกระทำโดยผู้ป่วยทำเครื่องหมายบนเส้นตรงนี้เพื่อแสดงความรุนแรงของความปวดแล้วนำค่าที่ได้มาวัดเป็นเซ็นต์เมตรแทนค่าความปวดเหมือนการให้คะแนนความปวด (pain score) เป็น 0 – 10 วิธีการนี้มีข้อจำกัดในผู้ป่วยสูงอายุหรือผู้ที่มีปัญหาทางสายตา

การวัดระดับความปวดควรทำตั้งแต่ครั้งแรกที่มาพบแพทย์จากนั้นต้องประเมินต่อเนื่องระหว่างการรักษาเพื่อปรับยาแก้ปวดให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายและประเมินทุกครั้งเมื่อได้รับการรักษาใหม่ๆด้วย



ภาพประกอบที่ 4 แสดงเครื่องมือ pain visual analogue scales : PVAS

1.2.2.อาการหอบเหนื่อย (Dypnea)

Dyspnea หรืออาการหายใจลำบาก เป็นอาการที่ผู้ป่วยบอกแก่แพทย์ว่ามีความลำบากในการหายใจ ดังนั้นภาวะ Dyspnea นี้ไม่ใช่เป็นสิ่งที่แพทย์ตรวจพบ (Objective findings) และไม่จำเป็นต้องมีความสัมพันธ์กับ Physical signs เช่น การใช้ accessory muscles ในการหายใจ Pulmonary Function Test อัตราการหายใจ หรือแม้แต่ Oxygen saturation ของผู้ป่วยเอง

อาการหายใจลำบากนี้มีหลายปัจจัยเข้ามาเกี่ยวข้องได้แก่ Physiological factors, Psychological factor, Social factors และ Environmental factors คล้ายๆ กับอาการอื่น ๆ ใน ผู้ป่วยระยะท้าย

1.2.3. ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับผิวหนัง (23)

อาการคัน ในผู้ป่วยระยะท้ายที่มีอาการคัน มักเกิดจากผิวแห้ง หรืออาจเกิดจากผลข้างเคียงของยา หรือการได้รับรังสีรักษา หรืออาจมาจากก้อนมะเร็ง ซึ่งเมื่อเกิดอาการคันขึ้นจะทำให้ผู้ป่วยกระสับกระส่าย วิตกกังวล เพราะนอกจากอาการคันอาจมีแผลที่เกิดจากการเกาหรือสาเหตุอื่นก็เป็นได้

แผลกดทับ แผลกดทับมักพบในผู้ป่วยที่ต้องนอนติดเตียงโดยไม่ได้รับการพลิกตัวอย่างเหมาะสม ทำให้น้ำหนักตัวของผู้ป่วยเองกดทับบริเวณใดๆ บนร่างกายที่เป็นจุดรับน้ำหนักเวลานาน ส่งผลให้เนื้อเยื่อบริเวณนั้นไม่มีเลือดไปเลี้ยงเป็นเวลานานและตาย แผลกดทับจะยิ่งลุกลามเมื่อมีการถูหรือเสียดสีกับผ้าปูเตียงขณะที่มีการพลิกหรือเปลี่ยนท่านอนให้ผู้ป่วยอย่างไม่ถูกต้อง หรือเมื่อผู้ป่วยปัสสาวะหรืออุจจาระแล้วผู้ให้การดูแลไม่ได้เปลี่ยนผ้าทำความสะอาดให้ทันทีทำให้ผู้ป่วยต้องนอนแช่ในปัสสาวะหรืออุจจาระ ซึ่งมีผลทำให้แผลกดทับลุกลามได้

การดูแลแผลกดทับที่ดีที่สุดคือการป้องกันไม่ให้เกิด เพราะเมื่อเกิดขึ้นแล้วจะรักษายากมาก การป้องกันสามารถทำได้โดยพลิกตัวเพื่อเปลี่ยนท่านอนผู้ป่วยทุก 2 ชั่วโมง เพื่อเปลี่ยนตำแหน่งร่างกายที่ถูกกดทับด้วยน้ำหนักของผู้ป่วยเอง เมื่อสำรวจผิวหนังบริเวณจุดรับน้ำหนักและพบรอยแดงทั้งที่ไม่มีอะไรกดทับ เป็นสัญญาณเตือนอันดับแรกกว่าบริเวณนี้ อาจมีโอกาสดังกล่าวเกิดแผลกดทับ และหากพบรอยเปื้อนน้ำเหลืองหรือเลือด บนผ้าปูเตียงผู้ป่วย ต้องรีบหาที่มาเพราะมีความเป็นไปได้ว่ารอยเปื้อนดังกล่าวน่าจะซึมเปื้อนมาจากแผลกดทับ

1.2.4. การติดเชื้อราในช่องปาก

การติดเชื้อราในช่องปากจะเห็นเป็นคราบขาวบนลิ้นและกระพุ้งแก้ม สามารถพบได้บ่อยในผู้ป่วยที่โรคหลอดเลือด มักเกิดขึ้นหลังจากผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาสเตียรอยด์ ยาปฏิชีวนะ หรือหลังการรักษาด้วยรังสีรักษาบริเวณช่องปาก ผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อราในช่องปากจะมีอาการเจ็บในช่องปากและคอ คอแห้ง เสียงแหบ และกลืนลำบาก

1.2.5. อาการปากแห้ง

อาการปากแห้งเกิดจากการที่ผู้ป่วยได้รับน้ำน้อย หรืออาจเกิดร่วมกับการคลื่นไส้ อาเจียน หรือยาบางชนิด หรือการที่ผู้ป่วยต้องหายใจทางปาก หรือได้รับการรักษาด้วยออกซิเจน เมื่อผู้ป่วยมีอาการปากแห้งจะรับรู้รสชาติอาหารผิดจากปกติ ส่วนใหญ่จะให้ข้อมูลว่าอาหารมีรสชาติไม่อร่อย ทำให้ไม่อยากอาหาร ในบางกรณีอาจทำให้เกิดแผลในช่องปากและลิ้นได้

1.2.6. ปัญหาเกี่ยวข้องกับการขับถ่ายอุจจาระ

การกลืนปัสสาวะไม่ได้ การกลืนปัสสาวะไม่ได้จะทำให้ผิวหนังบริเวณโดยรอบอวัยวะเพศและทวารหนักต้องสัมผัสกับปัสสาวะบ่อยๆ และเป็นเวลานาน ทำให้ผิวเปื่อยและเป็นแผลได้

อาการท้องผูก หมายถึงการถ่ายอุจจาระลำบากกว่าที่เคยเป็น ซึ่งอาจเกิดจากการดื่มน้ำน้อย รับประทานอาหารได้น้อย อาหารที่รับประทานมีกากใยอาหารน้อย หรือการได้รับยาบางชนิดที่ทำให้ทางเดินอาหารไม่บีบตัวหรือบีบตัวช้า เช่น ยาระงับปวดกลุ่มโอปิออยด์ หรือโรคในทางเดินอาหาร อาการท้องผูกอาจนำความไม่สุขสบายอย่างยิ่งมาสู่ผู้ป่วยเนื่องจาก เมื่อมีอาการท้องผูก อุจจาระแห้งและแข็งมาก ทำให้เกิดแผลบริเวณทวารหนักขณะถ่าย หรืออาจเกิดอาการท้องอืด มีลมในกระเพาะอาหาร ทำให้อึดอัดและมีอาการคลื่นไส้หรือปวดท้อง บางครั้งมีอาการถ่ายเหลวคล้ายท้องเสีย แต่ในความเป็นจริงไม่ใช่ท้องเสีย แต่เกิดจากการมีน้ำเล็ดลอดผ่านก้อนอุจจาระแข็งที่วางตัวขวางทางออกอยู่ และผู้ป่วยบางรายที่ท้องผูกเป็นเวลานานอาจมีภาวะสับสนได้ โดยเฉพาะผู้สูงอายุ

อาการท้องเสีย หมายถึง การที่ผู้ป่วยถ่ายเหลวตั้งแต่ 3 ครั้งขึ้นไปใน 1 วัน สาเหตุที่ทำให้เกิดอาการท้องเสียได้แก่ การติดเชื้อ ยาบางชนิด ผลข้างเคียงของการรักษาด้วยเคมีบำบัด การได้รับรังสีรักษาบริเวณช่องท้อง หรืออาจเกิดจากตัวโรคที่ผู้ป่วยเป็นเอง การถ่ายเหลวทำให้ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเสียสมดุลของน้ำและเกลือแร่

1.2.7. การรักษาโดยให้ออกซิเจน

ผู้ป่วยบางรายจะได้รับการรักษาอาการหอบเหนื่อยหรือหายใจไม่อิ่มด้วยการให้ออกซิเจน โดยให้ผู้ป่วยสวมหน้ากากออกซิเจนครอบปากและจมูก หรือเป็นท่อพลาสติกมีก้านปล่อยออกซิเจนเข้าที่รูจมูก

1.2.8. อาการคลื่นไส้อาเจียน

อาการคลื่นไส้คืออาการไม่สุขสบายที่มีความรู้สึกอยากจะอาเจียน ส่วนอาการอาเจียนคืออาการที่มีการผลักอาหารออกจากกระเพาะอาหารออกมาจากปาก การคลื่นไส้อาจตามมาด้วยการอาเจียนหรือไม่ก็ได้ แต่การอาเจียนสามารถเกิดได้โดยไม่ต้องมีอาการคลื่นไส้ก่อนหรือไม่ก็ได้ อาการคลื่นไส้อาเจียนเกิดได้หลายสาเหตุ ได้แก่ โรคที่ผู้ป่วยเป็น ยาบางชนิด การระคายเคืองในทางเดินอาหาร อาหารบางชนิด อาการท้องผูกหรือถ่ายเหลว เป็นต้น ผู้ป่วยในระยะท้ายจะพบอาการคลื่นไส้อาเจียนได้บ่อยและรุนแรง และมีเมื่อเกิดขึ้นจะส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่สุขสบาย ไม่สามารถรับประทานอาหารได้ รวมถึงไม่ได้รับยาตามแผนการรักษาของแพทย์เพราะอาเจียนออกไปหมด

1.2.9.อาการนอนไม่หลับ

อาการนอนไม่หลับ หมายถึง การนอนที่ไม่ต่อเนื่องตลอดคืน หรือแม้กระทั่งไม่นอนเลยตลอดทั้งคืน หากเกิดขึ้นในผู้ป่วยระยะท้าย พบว่าสาเหตุมักเกิดจากความวิตกกังวล กลัว โศกเศร้า ปัญหาทางด้านจิตวิญญาณ หรือปัญหาทางจิตใจ นอกจากนี้อาการไม่สุขสบายทางกายก็เป็นสาเหตุของการนอนไม่หลับได้เช่นกัน ได้แก่ ความปวด คลื่นไส้อาเจียน (มากและบ่อย) อาการไอ เป็นต้น

1.2.10.อาการบวม

อาการบวม เกิดจากการที่มีของเหลวส่วนเกินสะสมตามเนื้อเยื่อในช่องท้อง (ปกติจึงเหลวจะอยู่ในหลอดเลือด) เกิดจากหลายสาเหตุ เช่นภาวะขาดอาหาร ก้อนมะเร็งกดเบียดอุดตันทางเดินระบบน้ำเหลือง โรคหัวใจ โรคไตหรือตับวาย เป็นต้น การให้ยาเพื่อขับน้ำออกมากับปัสสาวะมักไม่ได้ผลหากสาเหตุไม่ได้เกิดจากโรคหัวใจ โดยการประเมินอาการบวมสามารถประเมินได้จาก ผู้ป่วยมักมีเท้าและขาช่วงล่างบวมเมื่อนั่งนานๆ หรือยืน หรือ เดิน ผู้ป่วยไม่สามารถกำมือแน่นได้ และมักให้ข้อมูลว่ากำไม่ได้เพราะรู้สึกแน่น และผู้ป่วยอาจให้ข้อมูลว่า เสื้อผ้าที่ใส่คับโดยเฉพาะบริเวณท้อง เพราะท้องใหญ่ขึ้นจากการมีของเหลวสะสมในช่องท้อง

1.2.11.ภาวะอ่อนล้าไม่มีเรี่ยวแรง

ภาวะอ่อนล้าไม่มีเรี่ยวแรงอาจเกิดจากการดำเนินของโรคที่ลุกลาม หรือเกิดจากการที่ผู้ป่วยต้องนอนติดเตียงนานๆ ทำให้กล้ามเนื้อไม่มีแรงเพราะไม่ได้ใช้งานเป็นเวลานาน อาการมักค่อยเป็นค่อยไป แต่ในผู้ป่วยบางรายอาจเกิดภายใน 2-3 วัน โดยผู้ป่วยจะรู้สึกเหนื่อยล้ามากหลังทำกิจกรรมใดๆ แม้เป็นกิจกรรมง่ายๆที่ไม่ใช้แรงก็ตาม และผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานตามปกติ เช่น การอาบน้ำ การแต่งตัว การลุกจากเตียง เป็นต้น และภาวะอ่อนล้าจะจำกัดการทำกิจกรรมต่างๆทำให้ผู้ป่วยรู้สึกหงุดหงิดได้

1.2.12.ภาวะสับสน

ภาวะสับสน หมายถึง ภาวะที่บุคคลไม่สามารถคิดและแสดงออกอย่างเหมาะสมกับสถานการณ์ที่เป็นจริง ภาวะสับสนในผู้ป่วยระยะท้ายอาจเกิดจากหลายสาเหตุ เช่น โรคที่ผู้ป่วยเป็นการติดเชื้อ ผลข้างเคียงของยา หรือการขาดน้ำ เป็นต้น โดยผู้ป่วยมักจะมีอาการ ไม่มีสมาธิ ไม่สามารถจดจ่อกับการสนทนา และอาจมีภาวะหลงลืม บางครั้งผู้ป่วยจะพูดในสิ่งที่ไม่เป็นจริง ณ ขณะนั้น คล้ายคนสติไม่ดี และอารมณ์เปลี่ยนแปลงมาก บางครั้งนั่งหรือนอนนิ่ง บางครั้งผุดลุกขึ้นลุกเดินไปมาทันทีทันใด ผู้ป่วยอาจเห็น หรือได้ยินสิ่งที่ไม่เป็นจริงในขณะนั้น (การมีหูแว่ว และการเห็นภาพหลอน) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในตอนกลางคืน โดยอาจแสดงอาการหวาดกลัวหรือสะดุ้งตื่นตกใจโดยไม่มีสาเหตุ

2. นโยบายสุขภาพของประเทศไทย และระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง

นโยบายสุขภาพของประเทศไทย (9) ได้กำหนดทิศทางการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายตามยุทธศาสตร์ ที่ 5 การดูแลเพื่อประคับประคองผู้ป่วย (Palliative Care) และกำหนดตัวชี้วัด ตาม Service Plan Palliative Care คือ ตัวชี้วัดที่ 9 คือ ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care)

กลุ่มโรคที่ต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (เป็นอย่างน้อย) ได้แก่

1. โรคมะเร็ง
2. Neurological Disease /Stroke
3. โรคไตในระยะที่ต้องได้รับการบำบัดทดแทนไต (Renal Replacement Therapy) และกลุ่มที่มีภาวะไตวายเรื้อรังเริ่มที่เข้าสู่ภาวะคุกคามต่อชีวิต การรักษาเป็นไปเพื่อประคับประคองและชะลอการเสื่อมของไต
4. Pulmonary and Heart Disease
5. Multiple Trauma Patient
6. Infectious Disease HIV/AIDS
7. Pediatric 8. Aging /Dementia

โดยมี Criteria ของผู้ป่วยที่เข้าสู่ภาวะ Palliative Care ดังนี้

1. ผู้ป่วยมีการถดถอยของการประกอบกิจกรรมประจำวันนั่งหรือนอนมากกว่าร้อยละ 50 ของวันต้องพึ่งพิงผู้อื่นมากขึ้น
 - การประเมินสมรรถนะอาจใช้ PPS \leq ร้อยละ 50 หรือ
 - การประเมิน Functional Assessment ได้แก่ Karnofsky Score (KPS) \leq ร้อยละ 50 หรือ ECOG \geq 3 เป็นต้น
2. Multiple Co-morbidity ซึ่งเป็นตัวบ่งชี้ที่มีความสำคัญ
3. โรคอยู่ในระยะลุกลาม ไม่คงตัว มีอาการซับซ้อนที่ไม่สุขสบายมาก
4. Terminal Delirium
5. Cachexia, น้ำหนักลดต่อเนื่อง, Serum albumin $<$ 2.5 mg/dl อย่างต่อเนื่อง
6. Persistent Hypercalcemia
7. ไม่ตอบสนองต่อการรักษา
8. ผู้ป่วย/ครอบครัวเลือกที่จะไม่รักษาตัวโรคต่อไปอย่างเต็มที่
9. เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอย่างไม่คาดหมายบ่อยครั้ง
10. มีเหตุการณ์ที่มีผลกระทบ เช่น การล้มรุนแรง ภาวะสูญเสีย การรับเข้าดูแลในสถานพยาบาล

เกณฑ์เป้าหมาย โรงพยาบาลทุกระดับ มีการดูแลแบบประคับประคองตามเกณฑ์ (ผ่านตามขั้นตอนการประเมินผล) โดยจำแนกระดับการจัดบริการ ดังนี้

- โรงพยาบาลในระดับตติยภูมิ ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ (A) โรงพยาบาลทั่วไปขนาดใหญ่ (S) โรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็ก (M1)

- โรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ ได้แก่ โรงพยาบาลชุมชนแม่ข่าย (M2) โรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่ (F1) โรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง (F2) โรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก (F3)

วิธีการประเมินผล

ขั้นตอนที่ 1

1.1 โรงพยาบาลระดับ A, S, M1

- มีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพการดูแลแบบประคับประคอง หรือ ศูนย์การดูแลแบบประคับประคองที่ประกอบด้วยบุคลากรสหสาขาที่เกี่ยวข้อง
 - มีการแต่งตั้งเลขานุการ ซึ่งเป็นพยาบาลที่ผ่านการอบรมหลักสูตร Palliative Care
 - มีการกำหนดแนวทางการดูแลแบบประคับประคองในกลุ่มโรคสำคัญของโรงพยาบาล
- โรงพยาบาลระดับ M2, F 1-3
- มีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพการดูแลแบบประคับประคอง
 - มีการแต่งตั้งเลขานุการ ซึ่งเป็นพยาบาลที่ผ่านการอบรมหลักสูตร Palliative Care
 - มีแนวทางการดูแลแบบประคับประคองในกลุ่มโรคสำคัญของโรงพยาบาล

1.2 โรงพยาบาลระดับ A, S, M1

- มีการจัดตั้งงานการดูแลแบบประคับประคองเป็นหน่วยบริการหนึ่งในกลุ่มงานการพยาบาล มอบหมายให้มีพยาบาลที่ผ่านการอบรมหลักสูตร Palliative Care รับผิดชอบเต็มเวลา
- โรงพยาบาลระดับ M2, F 1-3
- มีหน่วยบริการการดูแลแบบประคับประคองพร้อมพยาบาลที่ผ่านการอบรมหลักสูตร Palliative Care

1.3 กลุ่มผู้ป่วยที่อยู่ในเกณฑ์ได้รับการดูแลตามแนวทาง Palliative Care \geq ร้อยละ 50

1.4 มีระบบบริการ หรือ Function การทำงาน ที่แสดงถึงการเชื่อมโยงการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

1.5 โรงพยาบาลระดับ A, S, M1

- มีการรักษา/บรรเทาด้วย Strong Opioid Medication \geq ร้อยละ 30 ของจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามแนวทาง Palliative Care และมีการจัดการดูแลแบบการแพทย์แผนไทย หรือ การแพทย์ทางเลือก เช่น สวดมนต์บำบัด สมาธิบำบัด กวดจุดบำบัด การปรับสมดุลร่างกาย เป็นต้น

1.6 โรงพยาบาลระดับ M2, F 1-3

- มีการรักษา/บรรเทาด้วย Strong Opioid Medication \geq ร้อยละ 20 ของจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามแนวทาง Palliative Care และมีการจัดการดูแลแบบการแพทย์แผนไทย หรือ การแพทย์ทางเลือก เช่น สวดมนต์บำบัด สมาธิบำบัด กดจุดบำบัด การปรับสมดุลร่างกาย เป็นต้น

ขั้นตอนที่ 2

มีการดำเนินการในขั้นตอนที่ 1 ครบถ้วนและมีการดำเนินการในข้อต่อไป

2.1 โรงพยาบาลระดับ A, S

มีแพทย์ผ่านการอบรมด้าน Palliative เป็นประธาน หรือกรรมการร่วมทีมพัฒนาคุณภาพ การดูแลแบบประคับประคองของโรงพยาบาล

2.2 โรงพยาบาลระดับ A, S, M1

ผู้ป่วยและครอบครัวในกลุ่มต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (ผู้ป่วยนอก หรือผู้ป่วยใน) ได้รับการให้ข้อมูลจากกิจกรรม Family Meeting และมีการทำ Advance Care Planning (ACP)

(1) ปี 2561 \geq ร้อยละ 50 ของผู้ป่วย Palliative Care รายใหม่ในปีที่รายงาน

(2) ปี 2562 \geq ร้อยละ 60 ของผู้ป่วย Palliative Care รายใหม่ในปีที่รายงาน

(3) ปี 2563 \geq ร้อยละ 70 ของผู้ป่วย Palliative Care รายใหม่ในปีที่รายงาน

(4) ปี 2564 \geq ร้อยละ 80 ของผู้ป่วย Palliative Care รายใหม่ในปีที่รายงาน

โรงพยาบาลระดับ M2, F 1-3

นับจากจำนวน ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการส่งต่อข้อมูล Advance Care Planning (ACP) จากโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 และ/หรือมีการทำ ACP ผู้ป่วยและครอบครัวที่ในโรงพยาบาลระดับ M2, F1-3

(1) ปี 2561 \geq ร้อยละ 50 ของผู้ป่วย Palliative Care รายใหม่ในปีที่รายงาน

(2) ปี 2562 \geq ร้อยละ 60 ของผู้ป่วย Palliative Care รายใหม่ในปีที่รายงาน

(3) ปี 2563 \geq ร้อยละ 70 ของผู้ป่วย Palliative Care รายใหม่ในปีที่รายงาน

(4) ปี 2564 \geq ร้อยละ 80 ของผู้ป่วย Palliative Care รายใหม่ในปีที่รายงาน

2.3 โรงพยาบาลระดับ A, S

มี Pain Clinic หรือ Palliative Care Clinic และมีการจัดการดูแลแบบการแพทย์แผนไทยและ/หรือการแพทย์ทางเลือก ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง เช่น การฝังเข็มในแพทย์แผนจีน หรือการแพทย์ทางเลือกอื่นๆ เช่น การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายหรือการดูแลแบบ

ระดับประคอง เช่น สวตมนต์บำบัด สมานิบำบัด กตจตุบำบัด การปรับสมดุลร่างกาย เป็นต้น

- (1) ปี 2561 \geq ร้อยละ 50 ของจำนวนโรงพยาบาลระดับ A,S ในเขตสุขภาพ
 - (2) ปี 2562 \geq ร้อยละ 60 ของจำนวนโรงพยาบาลระดับ A,S ในเขตสุขภาพ
 - (3) ปี 2563 \geq ร้อยละ 70 ของจำนวนโรงพยาบาลระดับ A,S ในเขตสุขภาพ
 - (4) ปี 2564 \geq ร้อยละ 80 ของจำนวนโรงพยาบาลระดับ A,S ในเขตสุขภาพ
- โรงพยาบาลระดับ M1-2,F 1-3

มีการรักษา/ดูแล/บรรเทาด้วย Strong Opioid Medicationและมีการจัดการดูแลแบบ การแพทย์แผนไทยและ/หรือการแพทย์ทางเลือกในการดูแลผู้ป่วยแบบประคอง เช่น สวตมนต์บำบัด สมานิบำบัด กตจตุบำบัด การปรับสมดุลร่างกาย เป็นต้น

- (1) ปี 2561 \geq ร้อยละ 50 ของจำนวนโรงพยาบาลระดับ M1-2,F 1-3 ในเขตสุขภาพ
- (2) ปี 2562 \geq ร้อยละ 60 ของจำนวนโรงพยาบาลระดับ M1-2,F 1-3 ในเขตสุขภาพ
- (3) ปี 2563 \geq ร้อยละ 70 ของจำนวนโรงพยาบาลระดับ M1-2,F 1-3 ในเขตสุขภาพ
- (4) ปี 2564 \geq ร้อยละ 80 ของจำนวนโรงพยาบาลระดับ M1-2,F 1-3 ในเขตสุขภาพ

ขั้นตอนที่ 3

สำหรับปี 2560 มีการดำเนินการในขั้นตอนที่ 1 ครบถ้วน และมีการดำเนินการดังต่อไปนี้
โรงพยาบาลทุกระดับ A, S, M1-2, F1-3

- มีแผนงาน/โครงการ หรือ กิจกรรม ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยแบบประคอง และมีการดำเนินงานอย่างเป็นรูปธรรม ร่วมกับสสจ. สสอ. รพ.สต. องค์กรในท้องถิ่นหรือ องค์กรต่างๆ เช่น อปท., มูลนิธิ /อาสาสมัครในชุมชน เป็นต้น อย่างน้อย 1 แผนงาน/โครงการหรือ กิจกรรมต่อ 1 โรงพยาบาล

สำหรับปี 2561- 2564 มีการดำเนินการในขั้นตอนที่ 1-2 ครบถ้วนและมีการดำเนินการ
ดังต่อไปนี้

โรงพยาบาลทุกระดับ A, S, M1-2, F1-3

- มีแผนงาน/โครงการ หรือ กิจกรรม ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยแบบประคอง และมีการดำเนินงานอย่างเป็นรูปธรรม ร่วมกับสสจ. สสอ. รพ.สต. องค์กรในท้องถิ่นหรือองค์กร ต่างๆ เช่น อปท., มูลนิธิ /อาสาสมัครในชุมชน เป็นต้น อย่างน้อย 1 แผนงาน/โครงการหรือ กิจกรรมต่อ 1 โรงพยาบาล

ขั้นตอนที่ 4

มีการดำเนินการในขั้นตอนที่ 1-3 ครบถ้วน และมีการดำเนินการต่อไปนี้

4.1 โรงพยาบาลทุกระดับ A, S, M1-2, F1-3

มีการสร้างเครือข่าย และแนวทางการรับ-ส่งต่อของเขตสุขภาพที่ชัดเจนเป็นลายลักษณ์อักษรและมีการประกาศใช้ มีการดำเนินการตามแนวทางเพื่อการดูแลที่ต่อเนื่อง และเพิ่มการเข้าถึงการได้รับดูแลแบบประคับประคอง

- (1) ปี 2561 มีการสร้างเครือข่าย และแนวทางการรับ-ส่งต่อฯ เป็นแนวทางในโรงพยาบาลทุกแห่ง (ระดับโรงพยาบาล)
- (2) ปี 2562 มีการสร้างเครือข่าย และแนวทางการรับ-ส่งต่อฯ เป็นแนวทางใช้ร่วมกันทั้งจังหวัด ทุกจังหวัดในเขตฯ (ระดับจังหวัด)
- (3) ปี 2563 มีการสร้างเครือข่าย และแนวทางการรับ-ส่งต่อฯ เป็นแนวทางใช้ร่วมกันทั้งเขตสุขภาพ (ระดับเขตสุขภาพ)
- (4) ปี 2564 มีการสร้างเครือข่าย และแนวทางการรับ-ส่งต่อฯ เผยแพร่ทั่วประเทศเพื่อเป็นแนวทางในการส่งต่อข้ามเขตสุขภาพ

4.2 โรงพยาบาลทุกระดับ A, S, M1-2, F1-3

มีคลังอุปกรณ์ที่ใช้ในการสนับสนุนผู้ป่วยให้สามารถยืมไปใช้ที่บ้านได้โดยมีการประเมินความต้องการใช้อุปกรณ์ และมีการจัดหาให้เพียงพอ

- (1) ปี 2561 มีคลังอุปกรณ์สนับสนุนผู้ป่วยให้มีไปใช้ที่บ้าน ในโรงพยาบาลระดับ A,S,M1 เป็นอย่างน้อย
- (2) ปี 2562 มีคลังอุปกรณ์กลาง สนับสนุนผู้ป่วยให้มีไปใช้ที่บ้าน สร้างเครือข่ายการยืม-คืน ที่เอื้อต่อผู้ป่วยทั้งจังหวัด
- (3) ปี 2563 มีคลังอุปกรณ์กลาง สนับสนุนผู้ป่วยให้มีไปใช้ที่บ้าน สร้างเครือข่ายการยืม-คืน ที่เอื้อต่อผู้ป่วยทั้งเขตสุขภาพ
- (4) ปี 2564 มีการจัดทำระบบบำรุงรักษา และฐานข้อมูลอุปกรณ์ให้ยืมใช้อย่างมีประสิทธิภาพ และง่ายต่อการเข้าถึงทั้งระดับโรงพยาบาล ระดับจังหวัด และระดับเขต

ขั้นตอนที่ 5

มีการดำเนินการในขั้นตอนที่ 1-4 ครบถ้วน และมีการดำเนินการในข้อต่อไปนี้

5.1 โรงพยาบาลทุกระดับ A, S, M1-2, F1-3

มีการติดตามประเมินการบรรลุเป้าหมาย (Goal) ตาม Advance Care Plan ที่ได้ทำและปรับเปลี่ยนร่วมกันของผู้ป่วย/ครอบครัวและทีมสุขภาพ จนถึงวาระสุดท้ายและการจากไป (ผู้ป่วยเสียชีวิต)

(1) ปี 2561 บรรลุเป้าหมาย (Goal) \geq ร้อยละ 50 ของผู้ป่วยที่ได้รับการทำ ACP

(2) ปี 2562 บรรลุเป้าหมาย (Goal) \geq ร้อยละ 50 ของผู้ป่วยที่ได้รับการทำ ACP

(3) ปี 2563 บรรลุเป้าหมาย (Goal) \geq ร้อยละ 50 ของผู้ป่วยที่ได้รับการทำ ACP

(4) ปี 2564 บรรลุเป้าหมาย (Goal) \geq ร้อยละ 50 ของผู้ป่วยที่ได้รับการทำ ACP

หมายเหตุ (1) - (4) คัดจากจำนวนผู้ป่วยในขั้นตอนที่ 2 ของ 2.2 (ตัวหาร)

5.2 โรงพยาบาลทุกระดับ A, S, M1-2, F1-3

มีงานวิจัย หรืองานพัฒนาคุณภาพ (R2R, Mini Research, CQI) หรือ Best /Good Practice ด้านการดูแลแบบประคับประคอง และมีการเทียบเคียง (Benchmarking)

(1) ปี 2561 มีงานพัฒนาคุณภาพ (R2R, Mini Research, CQI) อย่างน้อย 1 เรื่อง / โรงพยาบาล

(2) ปี 2562 มี (1) และ Best /Good Practice อย่างน้อย 1 เรื่อง / จังหวัด

(3) ปี 2563 มี (1) - (2) และ งานวิจัย อย่างน้อย 1 เรื่อง / เขตสุขภาพ

(4) ปี 2564 มี (1) - (3) และมีการ Benchmarking ในเขตสุขภาพ หรือในกระทรวง สาธารณสุข หรือกลุ่มพยาบาลสังกัดอื่นๆ

3. ปัญหาด้านโรคและยาในผู้ป่วยระยะท้าย

ยาที่ใช้บ่อยในผู้ป่วยระยะท้าย

แนวทางการรักษาอาการปวด

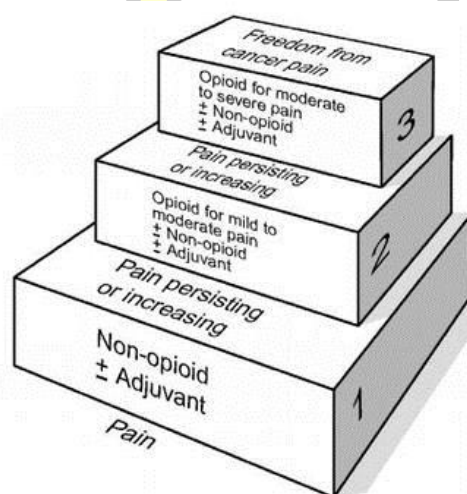
The World Health Organization (WHO) (19) ได้กำหนดแนวทางการประเมินและการเลือกใช้ยาเพื่อบรรเทาอาการปวดเป็นลำดับขั้นบันได 3 ระดับ (three-step ladder) โดยจำแนกตามความรุนแรงของอาการปวดได้แก่ ปวดน้อย (mild pain), ปวดในระดับปานกลาง (moderate pain), และปวดในระดับมาก (severe pain) ดังภาพที่ 5

ขั้นที่ 1 ผู้ป่วยมีอาการปวดในระดับน้อย (mild pain; pain score 1-3) จะพิจารณาใช้ Acetaminophen และ/หรือยาในกลุ่ม Non steroidal anti-inflammatory (NSAIDs) ซึ่งจัดเป็นยาในกลุ่ม Non-opioid (Non-opioid analgesia) และต้องประเมินอาการปวดภายใน 24-48 ชั่วโมง หลังจากได้รับประทานยาแก้ปวดไปแล้ว หากผู้ป่วยยังมีอาการปวดเล็กน้อยอาจพิจารณา เพิ่มกลุ่มยาแก้ปวดเสริม (Adjuvant analgesia หรือ Co analgesic therapy) เพื่อช่วยทำให้ระดับอาการปวดได้ดีขึ้น แต่ถ้าอาการปวดไม่บรรเทาและเพิ่มความรุนแรงมากขึ้นทั้ง ๆ ที่ได้รับการรักษาด้วยยา ดังกล่าวแล้ว ควรเปลี่ยนเป็นกลุ่มยาแก้ปวดระดับที่ 2

ขั้นที่ 2 ผู้ป่วยมีอาการปวดในระดับปานกลาง (moderate pain; pain score 4-6) จะพิจารณาเริ่มต้นรักษาด้วยยาในกลุ่ม Weak opioid เช่น codeine, Tramadol หากยังมีอาการปวดเล็กน้อย อาจพิจารณาเพิ่มยาแก้ปวดกลุ่ม Non-opioid และ/หรือยาแก้ปวดเสริม (adjuvant analgesia) โดยเลือกชนิดกลุ่มยาให้เหมาะสมกับประเภทของอาการปวด แต่ถ้าอาการปวดไม่บรรเทา

และเพิ่มความรุนแรงมากขึ้นเรื่อยๆที่ได้รับการรักษาด้วยยาดังกล่าวแล้ว ควรเปลี่ยนเป็นกลุ่มยาแก้ปวดระดับที่ 3

ขั้นที่ 3 ผู้ป่วยมีอาการปวดในระดับรุนแรง (severe pain; pain score 7-10) จะพิจารณารักษาด้วยยากกลุ่ม Strong opioid เช่น Morphine, Fentanyl, Methadone, Oxycodone, และ Hydromorphone (ประเทศไทยยังไม่มียา Oxycodone และ Hydromorphone) นอกจากนี้อาจพิจารณาใช้ยากกลุ่ม Non-opioid และ/หรือยาแก้ปวดเสริม (adjuvant analgesia) ร่วมด้วยหากผู้ป่วยยังมีอาการปวดอีกเล็กน้อย



ภาพประกอบที่ 5 ขั้นตอนการเลือกใช้ยาแก้ปวดตามบันได 3 ขั้น The World Health Organization (WHO)

การจัดการกับความปวดโดยใช้ยา

องค์การอนามัยโลกได้ให้หลักการใช้ยาระงับปวด 5 ประการ คือ

1.รับประทาน (by mouth) ควรเป็นยาระงับปวดที่ใช้วิธีรับประทานเป็นอันดับแรก ทำให้ผู้ป่วยมีอิสระในการใช้ยาด้วยตนเองที่บ้านได้

2.ตามเวลา (by around the clock) ควรใช้ยาระงับปวดอย่างต่อเนื่องตามกำหนดเวลา เพราะความปวดจากโรคมะเร็งเป็นความปวดที่เกิดขึ้นตลอดเวลา การรับประทานยาก่อนที่ยามี้อแรกจะหมดฤทธิ์ จึงจะทำให้ได้ผลควบคุมที่ต่อเนื่อง ซึ่งอาจต้องเพิ่ม rescue dose สำหรับ breakthrough pain และ incident pain

3. ตามลำดับขั้น (by the ladder) เลือกใช้ยาระงับปวดตามความรุนแรงของอาการปวด แบ่งเป็น 3 ขั้นตอน (mild pain, moderate pain, severe pain)

4. เหมาะสมสำหรับแต่ละคน (for the individual) ขนาดยาที่เหมาะสมของผู้ป่วย คือขนาดยาที่สามารถลดความปวดของผู้ป่วยรายนั้นได้ตลอดช่วงเวลาที่ยาออกฤทธิ์ โดยมีผลข้างเคียงน้อยที่สุดที่ผู้ป่วยยอมรับได้

5. ใส่ใจรายละเอียด (attention to detail) ให้สนใจในรายละเอียดของการรักษา เช่น ต้องเน้นว่าควรใช้ยาระงับปวดอย่างสม่ำเสมอจึงจะแสดงผล ต้องรับประทาน morphine ทุก 4 ชั่วโมง ยามื้อแรกและมื้อสุดท้ายของวันควรสัมพันธ์กับการตื่นและการหลับของผู้ป่วย ช่วงเวลาที่ดีสำหรับการให้ยากกลางวัน คือ 10.00, 14.00 และ 18.00 น. และเขียน ชื่อยา สรรพคุณ วิธีใช้อย่างละเอียดที่ฉลากยา และเตือนให้ผู้ป่วยทราบถึงผลข้างเคียงจากยาด้วย

มีการศึกษาพบว่า การให้ยาตามบันได 3 ชั้น สามารถบรรเทาความปวดในผู้ป่วยโรคมะเร็งได้ถึงร้อยละ 70 – 90 แต่มีข้อสังเกตว่า เนื่องจากข้อแนะนำนี้ได้ใช้มานาน และสถานการณ์ในปัจจุบันได้เปลี่ยนแปลงไป การให้ยาตามข้อแนะนำขององค์การอนามัยโลกนี้ น่าจะมีการปรับปรุง (8) เช่น

มีการศึกษาในบันไดขั้นแรกของการระงับปวด พบว่า ผู้ป่วยที่มีอาการปวดน้อย สามารถให้ยาแก้ปวดชนิด non-opioid ได้ผลดีในระยะสั้น แต่ยังคงขาดข้อมูลที่ศึกษาในระยะยาว

ไม่ควรให้ผู้ป่วยที่มีอาการปวดมากเริ่มต้นให้ยาจากระดับหนึ่ง ควรให้ยาระดับ 3 ได้เลยโดยไม่ต้องค่อยๆ ให้ตามขั้นบันได

ในบันไดขั้นที่ 2 ของการระงับปวด เป็นหัวข้อที่มีปัญหาในทางปฏิบัติมาก เป็นที่ยอมรับว่าการให้ยากกลุ่ม non-opioid เป็นบันไดขั้นแรก และการให้ strong opioid เป็นบันไดขั้นที่ 3 เหมาะสำหรับผู้ป่วยที่มีอาการปวดมาก แต่ในผู้ป่วยที่มีอาการปวดปานกลาง การใช้ weak opioid ยังเป็นที่ถกเถียงกัน (24)

เนื่องจากการศึกษายาในกลุ่มนี้ เช่น codeine และ tramadol นั้นพบว่า ความสามารถในการระงับปวดได้ผลไม่ดึ๊ง และมีอาการที่ไม่พึงประสงค์จากยาเกิดขึ้น จึงมีการนำ strong opioid เช่น มอร์ฟีนมาใช้ โดยให้ขนาดยาลดลง และสามารถปรับยาจนระงับปวดได้ โดยที่มีอาการที่ไม่พึงประสงค์ ไม่ต่างกับการให้ยากกลุ่ม weak opioid ซึ่งเป็นการสนับสนุนว่า การให้ยา strong opioid ปริมาณน้อยในผู้ป่วยที่มีอาการปวดปานกลางนั้นเหมาะสม

นอกจากนี้ ยังมีการศึกษาพบว่า การให้ NSAIDs สามารถระงับปวดได้ไม่แตกต่างกับการให้ weak opioid เพียงอย่างเดียว หรือ NSAIDs ร่วมกับ weak opioid ทั้งนี้ กลุ่ม weak opioid และกลุ่ม NSAIDs ร่วมกับ weak opioid มีภาวะแทรกซ้อนมากกว่าการให้กลุ่ม NSAIDs เพียงอย่างเดียวอีกด้วย

บันไดขั้นที่ 3 ของการระงับปวดโดยการให้ strong opioid เป็นยาที่เหมาะสมกับการระงับปวดชนิดรุนแรงอย่างไรก็ตาม ยังต้องมีการศึกษาเพิ่มเติมอีกว่า ยาในกลุ่มชนิดใดที่เหมาะสมกับผู้ป่วยมากที่สุด morphine เป็นยาที่ได้รับการแนะนำว่าสามารถนำมาใช้ได้ดี แต่ในระยะหลังมีผู้นำ oxycodone, fentanyl, hydromorphone, methadone มาใช้มากขึ้น โดยมีภาวะแทรกซ้อนลดลง

วิธีการให้ยา เช่น sustained-release preparations ยาแก้ปวดชนิดอมหรือแปะบนผิวหนัง ก็มีการนำมาใช้มากขึ้น เนื่องจากผู้ป่วยตอบสนองต่อยาทั้งในด้านความปวด และอาการที่ไม่พึงประสงค์จากยาที่แตกต่างกัน จึงมีความจำเป็นที่จะต้องมียาหลายชนิดให้ผู้ป่วยเลือกใช้ได้

การใช้เทคนิคสลับยาแก้ปวด (opioid rotation) ก็มีความจำเป็น เพื่อให้ผู้ป่วยไม่ติดยา การใช้กลุ่มยาเสริมในทุกขั้นตอนของการให้ยารักษา ก็ต้องเลือกใช้ให้เหมาะกับผู้ป่วยเป็นรายๆ

ยาแก้ปวดกลุ่ม non-opioids

เป็นยาที่ไม่มีฤทธิ์ของโอปิออยด์ ได้แก่ paracetamol, aspirin, NSAIDs, และ Coxibs เป็นยาที่ให้ผลในการบำบัดความปวดที่ไม่รุนแรงถึงปานกลาง ยากลุ่มนี้มีขีดจำกัดในการระงับปวด (ceiling effect) ข้อดีของยากลุ่มนี้คือ ไม่ก่อให้เกิดการติดยา และไม่ทำให้เกิด physical dependence

ยาแก้ปวดกลุ่มยาโอปิออยด์

ออกฤทธิ์โดยการกระตุ้นที่ opioids receptor (25) เป็นยาหลักที่ใช้ในการบำบัดความปวดระดับปานกลางถึงรุนแรง แบ่งได้เป็น 2 กลุ่ม คือ

1. กลุ่ม weak opioids เช่น codeine, tramadol สำหรับบำบัดความปวดระดับปานกลาง
2. กลุ่ม strong opioids เช่น morphine, fentanyl, methadone ใช้บำบัดความปวด

รุนแรง

การใช้ยาโอปิออยด์ในการควบคุมความปวดในผู้ป่วยระยะท้าย ซึ่งเป็นความปวดชนิดเรื้อรัง ควรเริ่มด้วยรูปแบบ immediate release ซึ่งในประเทศไทยมีทั้งในรูปแบบยาเม็ดและยาน้ำ คือ morphine IR tab. และ morphine solution โดยใช้ยาตามระยะเวลาการออกฤทธิ์แบบต่อเนื่องทั้งวัน (around the clock) เมื่อผู้ป่วยสามารถควบคุมความปวดได้ดีจากการใช้โอปิออยด์ชนิด immediate release แล้วควรเปลี่ยนเป็นยาโอปิออยด์ในรูปแบบ sustained release แทนเพื่อความสะดวกของผู้ป่วยและเพิ่มการยอมรับปฏิบัติตาม โดยในระหว่างที่ผู้ป่วยได้รับ sustained release ต้องจัดยาโอปิออยด์ชนิด immediate release (rescue analgesic) สำหรับ breakthrough pain หรือ incident pain ให้ผู้ป่วยร่วมด้วยเสมอ ทั้งนี้ยาโอปิออยด์ที่ไม่แนะนำให้ใช้บำบัดความปวดจากโรคมะเร็งหรือ chronic non-cancer pain คือ

1. Pethidine (Meperidine) มีฤทธิ์คล้าย morphine แต่ประสิทธิภาพการลดอาการปวดรุนแรงต่ำกว่า morphine ออกฤทธิ์ได้นาน 2-3 ชั่วโมง มี metabolite ที่เป็นพิษต่อร่างกาย คือ normeperidine (26) ทำให้เกิดผลข้างเคียงทางระบบประสาทส่วนกลางเพิ่มขึ้น เช่น อาการสั่นกล้ามเนื้อกระตุก กระสับกระส่าย และชักโดยเฉพาะในผู้ป่วยที่ไตทำงานบกพร่อง (19)

2. ยาในกลุ่ม mixed agonist-antagonist ได้แก่ Nalbuphine, Pentazocine และยาในกลุ่ม partial agonist เช่น Buprenorphine ซึ่งเป็นยาที่มี ceiling effect

กลุ่มยาเสริม (adjuvants)

เป็นยาเสริมที่จำเป็นในการบำบัดความปวดจากโรคเมื่อมีข้อบ่งชี้จากกรณีใดกรณีหนึ่ง ดังนี้

1. เพื่อรักษาอาการที่ไม่พึงประสงค์จากยาแก้ปวด เช่น ยาระบาย ยาแก้ไอ เจียน
2. เพื่อรักษาปัญหาด้านจิตใจที่เกิดร่วมด้วย เช่น อาการนอนไม่หลับ อาการกังวล อารมณ์ซึมเศร้า และความผิดปกติทางจิต
3. เพื่อเสริมฤทธิ์ระงับปวดบางภาวะ เช่น neuropathic pain ปวดศีรษะเนื่องจากโรคมะเร็ง ทำให้ ความดันในกะโหลกสูง ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ได้แก่

Anti-depressant ได้แก่ ยากลุ่ม tricyclic antidepressants เช่น amitriptyline, imipramine, desipramine, doxepin และ nortriptyline ยาเหล่านี้ใช้ได้ดีใน neuropathic pain ขนาดยาที่ใช้ต่ำกว่าที่ใช้รักษาอาการซึมเศร้า และยากลุ่มนี้ยังช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น และทำให้นอนหลับได้ดีด้วย

Anti-convulsant ได้แก่ carbamazepine, oxcarbazepine, phenytoin, sodium valproate, clonazepam, gabapentin และ lamotrigine ใช้ยากลุ่มนี้ในผู้ป่วยที่มีความปวดใน neuropathic pain ที่ลักษณะความปวดเป็นชนิด sharp, shooting หรือ lancinating sensation

Steroids ใช้ระงับปวดในภาวะที่ไขสันหลังถูกกดทับโดยโรคมะเร็ง ความดันในกะโหลกศีรษะสูง ปวดกระดูกอย่างรุนแรง เนื้อเยื่อวมหรืออักเสบจากการแทรกเบียดของก้อนมะเร็ง ได้แก่ยา dexamethasone และ prednisolone ขนาดของยาและระยะเวลาที่ใช้ขึ้นกับผลการรักษา

ยาแก้ปวดกลุ่มโอปิออยด์ที่จัดเป็นยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 ที่จัดซื้อและจำหน่ายโดยสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาแต่เพียงผู้เดียวในประเทศไทย มีชนิดและรูปแบบต่างๆ ดังนี้ (27)

1. Codeine
 - Codeine phosphate 15 และ 30 mg/tab.
2. Fentanyl
 - Fentanyl citrate injection 0.1 mg/2 ml/amp. และ 0.5 mg/10 ml/amp.
 - Fentanyl transdermal patch 12, 25 และ 50 µg/hr.
3. Methadone
 - Methadone HCL oral solution 10 mg/ml.
 - Methadone HCL 5 mg/tab.
4. Morphine
 - Morphine injection 10 mg/ml/amp.
 - Morphine oral solution 10 mg/5 ml.
 - Morphine tablet (immediate-release) 10 mg/tab.
 - Morphine tablet (sustained release) 10, 30, 60 mg/tab (MST®)

-Morphine tablet (sustained release) 20, 50, 100 mg/cap (Kapanol®)

5. Oxycodone

-Oxycodone controlled release 10 และ 40 mg/tab.

6. Pethidine

-Pethidine injection 50 mg/ml/amp.

อาการที่ไม่พึงประสงค์จากยาในผู้ป่วยระยะท้าย

ที่พบได้จากยา Morphine ได้แก่

1. ท้องผูก

เป็นอาการที่ไม่พึงประสงค์จากยาที่พบได้บ่อย โดยเฉพาะในผู้ป่วยสูงอายุที่ไม่ค่อยได้เคลื่อนไหว ดังนั้นจึงควรให้คำแนะนำและให้ยาช่วยระบายเพื่อป้องกันอาการท้องผูกในผู้ป่วยทุกราย เช่น Senokot หรือ Bisacodyl (Dulcolax) รับประทานตอนก่อนนอน หรือกลุ่ม Bulk forming เช่น Psyllium (Metamucil) และ Milk of magnesia (MOM) 30-60 มล./วัน

2. คลื่นไส้ อาเจียน

อาจพบได้ในช่วงแรกของการให้ยา morphine หากผู้ป่วยมีอาการคลื่นไส้ อาเจียนอาจพิจารณาให้ยารักษา เช่น Metoclopramide, Prochlorperazine (Stemetil)

3. อาการง่วงซึม

อาจเกิดได้ในช่วงแรกของการใช้ยา และหากได้รับยากดประสาทอื่น ๆ ร่วมด้วยจะทำให้มีอาการง่วงซึมมากขึ้น ดังนั้นควรพิจารณาหยุดยากดประสาทหาก ไม่มีความจำเป็นต้องรับประทาน, หรือปรับลดขนาดยาลงร้อยละ 25, หรืออาจพิจารณาเปลี่ยนยา หากอาการง่วงซึมไม่ดีขึ้นหลังจากรับปรับลดขนาดยาแล้วก็ตาม

4. สับสน และ Delirium

อาจเกิดได้ในช่วงแรกของการได้ยา Morphine เช่นกัน รักษาอาการนี้โดยพิจารณาหยุดยาหรือปรับลดขนาดของยาลงร้อยละ 25 และจะต้องหาสาเหตุอื่น ๆ ที่อาจทำให้มีอาการสับสนด้วย นอกจากนี้อาจพิจารณาให้ยาในกลุ่ม Neuroleptic เช่น Haloperidol 0.25-0.5 ม.ก. โดยการฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำ หรือฉีดเข้าทางกล้ามเนื้อ

5. การกดการหายใจ

มักจะพบอาการนี้จากการให้ยา Morphine แบบหยดเข้าหลอดเลือดดำอย่างต่อเนื่อง (I.V. infusion) โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าผู้ป่วยมีอาการหายใจน้อยกว่า 10-12 ครั้งต่อนาที ในขณะที่ได้รับยา Morphine ในรูปแบบดังกล่าว และพบว่าอาการกดการหายใจนี้มักจะเกิดร่วมกับอาการที่ไม่พึงประสงค์ที่มีผลต่อการกดระบบประสาทส่วนกลาง (ง่วงซึม) พิจารณาการรักษาภาวะการกดการหายใจโดยการหยุดให้ยากลุ่ม Opioid และพิจารณาให้ยา Naloxone ขนาด 0.1-0.2 มก. ฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำ และให้ยาซ้ำได้ทุก 2-3 นาที โดยขนาดยาทั้งหมดที่ได้รับไม่ควรเกิน 10 ม.ก. (0.01 ม.ก. ต่อ ก.ก.)

6. กล้ามเนื้อกระตุก (Myoclonus)

พบภาวะนี้ได้เมื่อให้ยา Morphine ในขนาดที่สูง พิจารณาให้ยารักษาอาการกล้ามเนื้อกระตุกได้แก่ยาในกลุ่ม Benzodiazepine เช่น Diazepam, Clonazepam

7. ปัสสาวะคั่งค้าง

มักจะพบได้ในผู้ป่วยสูงอายุ โดยอาการจะค่อยๆ ดีขึ้นเมื่อเริ่มมีภาวะทนต่อยาในกลุ่ม Opioid ได้แล้ว

4. สถานการณ์การของการเจ็บป่วยที่ต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคอง

สาเหตุการตายของประชากรไทยได้เปลี่ยนไปจากเดิมมาก ในอดีตประชากรไทยเสียชีวิตมากเพราะโรคติดเชื้อที่แพร่ระบาดไปได้ทั้งทางน้ำ อากาศ หรือโดยพาหะนำโรคนิตต่างๆ ปัจจุบันการเสียชีวิตของประชากรไทยส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากพฤติกรรมกรรมการกินอยู่และการใช้ชีวิตของตนเอง สาเหตุการตายที่สำคัญในปัจจุบันได้แก่ โรคเกี่ยวกับทางเดินหายใจและหลอดเลือด มะเร็ง เอ็ดส์ โรคหัวใจ ความดันเลือด รวมทั้งอุบัติเหตุบนถนน โรคสมัยใหม่หลายอย่างสามารถป้องกันหรือหลีกเลี่ยงได้ด้วยการเปลี่ยนพฤติกรรมส่วนบุคคล เช่น พฤติกรรมการกินอาหาร การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ ดื่มสุรา การขับขี่ยวดยานพาหนะ

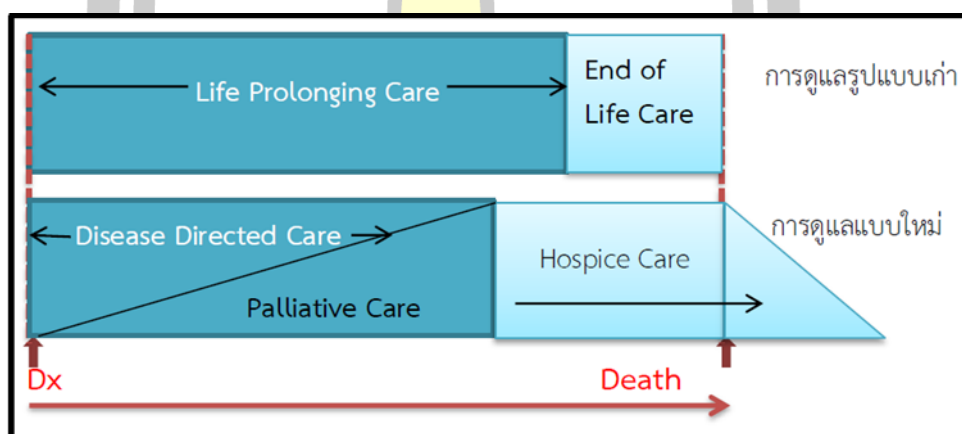
เมื่อประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ คือมีผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปเกิน ร้อยละ 10 และนับวันประชากรไทยจะยิ่งมีอายุสูงขึ้น เราก็พอมองเห็นภาพแนวโน้มของภาวะความเจ็บป่วยของประชากรที่น่าจะเกิดขึ้นในอนาคต ผู้สูงอายุย่อมมีโอกาสเจ็บป่วยมากกว่าคนอายุน้อย ยิ่งอายุมากก็ยิ่งมีความเสี่ยงที่จะเจ็บป่วยมากขึ้น โรคของผู้สูงอายุมักจะเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องการการดูแลระยะยาว เช่น โรคเบาหวาน โรคความจำเสื่อม อัมพฤกษ์อัมพาต โรคเกี่ยวกับกระดูกและฟัน โรคเหล่านี้ต้องการการรักษาต่อเนื่อง โรคของผู้สูงอายุเหล่านี้จะเพิ่มภาระในการดูแลรักษาให้กับสังคมไทยในอนาคต

สาเหตุของการตายไม่ได้จำกัดอยู่ในประเทศที่พัฒนาแล้วเหมือนแต่ก่อนนี้แล้ว จากสถิติพบว่าสาเหตุการตายเกือบจะทั้งหมดเกิดขึ้นในประเทศกำลังพัฒนา ซึ่งเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงวิถีของการดำเนินชีวิต และการกินอาหารที่มีปริมาณน้ำตาล ไขมันอิ่มตัว (saturated fat) และเกลือสูง แต่มีคุณค่าทางอาหารต่ำ นอกจากนี้ยังพบว่าคนอินเดียและคนจีนจะเป็นโรคเกี่ยวกับหัวใจและเส้นเลือดจำนวนมาก และยิ่งมากกว่าจำนวนผู้ป่วยในประเทศที่พัฒนาแล้วทุกๆ ประเทศรวมกันเลยทีเดียว

ปัจจุบันพบว่าสาเหตุการเจ็บป่วยมีแนวโน้มเปลี่ยนจากโรคติดเชื้อเป็นโรคเรื้อรังโดยเฉพาะกลุ่มโรคมะเร็งและโรคทางหลอดเลือด ซึ่งโรคเรื้อรังเป็นโรคที่ต้องมีการดูแลแบบประคับประคองอย่างใกล้ชิดในระยะยาวเนื่องจากผู้ป่วยเรื้อรังจะมีอาการของโรคทรุดลงไม่สามารถรักษาให้หายขาดและกลายเป็นผู้ป่วยที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิตมีความเจ็บปวดและทรมานทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เกิดปัญหาที่ซับซ้อนทั้งจากผู้ป่วยและครอบครัวส่งผลให้ผู้ป่วยเรื้อรังที่อยู่ในระยะสุดท้ายต้องพึ่งพาเทคโนโลยีทางการแพทย์ขั้นสูงในการพยุงชีวิต การเสียชีวิตจึงเกิดขึ้นภายในโรงพยาบาลเป็นหลัก

และการตัดสินใจในการรักษามักเป็นของบุคลากรทางการแพทย์ (8) ทำให้ผู้ป่วยไม่มีส่วนร่วมในการตัดสินใจแนวทางรักษาของตนเอง อีกทั้งในปัจจุบันกลุ่มผู้ป่วยระยะท้ายที่สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นในประเทศไทย ทำให้เกิดการดำเนินชีวิตที่ซับซ้อนกว่าประชากรในวัยอื่น และสภาวะทางร่างกายของผู้สูงอายุก็เสื่อมถอยลงตลอดเวลา (28) นอกจากนี้สาเหตุการเสียชีวิตรองจากโรคเรื้อรัง คือ โรคชรา ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีจำนวนที่มากขึ้นนั้นก็หมายถึงจำนวนผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลต่อเนื่องในระยะยาวก็จะเพิ่มมากขึ้นเช่นกัน และด้วยวิวัฒนาการทางการแพทย์ที่สูงขึ้น การยื้อชีวิตของผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้ายก็นำมาสู่ปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายการรักษาพยาบาลที่เพิ่มขึ้น

ในอดีตการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย จะเริ่มต้นเมื่อผู้ป่วยมาถึงระยะสุดท้ายของชีวิต คือ อาจมีชีวิตเหลืออีกไม่เกิน 6 เดือน – 1 ปี (29) นั่นคือเมื่อรักษาจนไม่มีทางรักษาให้หายขาดได้แล้วจึงจะมาใช้รูปแบบการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะท้าย แต่ในปัจจุบันรูปแบบการดูแลได้เปลี่ยนมาเป็นการเริ่มต้นดูแลตั้งแต่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ โดยจะเป็นการดูแลเพื่อให้หายจากโรค (Curative care) ควบคู่ไปกับการดูแลแบบประคับประคอง โดยการดูแลแบบประคับประคองจะมีบทบาทมากขึ้น ในขณะที่การรักษาเพื่อให้หายจากโรคจะน้อยลง ดังภาพที่ 6



ที่มา: World Health Organization, 2002

ภาพประกอบที่ 6 รูปแบบการให้การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะท้ายรูปแบบเก่า และรูปแบบใหม่

กลุ่มผู้ป่วยที่ควรได้รับการดูแลแบบประคับประคอง มีการแบ่งกลุ่มออกมาได้ดังต่อไปนี้

(6)(1)

1.Cancer โรคมะเร็งชนิดต่างๆ

2.Organ failure โรคระยะสุดท้ายที่พยากรณ์โรคไม่ดี (Advance diseases with poor prognosis) เช่น โรคหัวใจล้มเหลวระยะสุดท้าย (End stage heart failure) โรคปอดระยะสุดท้าย (End stage lung diseases) โรคไตวายระยะสุดท้าย (End stage renal failure)

3. Frailty and dementia โรคในผู้ป่วยทางระบบประสาท เช่น สมองเสื่อมระยะสุดท้าย (Severe cortical dementia), Stroke, Parkinson
4. AIDS ผู้ป่วยติดเชื้อ HIV หรือโรคเอดส์ระยะสุดท้าย (Advance HIV/AIDS)

5. ความหมายของการดูแลแบบประคับประคอง

ได้มีผู้ให้นิยามความหมายของการดูแลแบบประคับประคอง ไว้มากมาย ดังนี้

องค์การอนามัยโลก (WHO) (8) ให้ความหมายไว้ในปี 2007 ว่า การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง คือ รูปแบบการดูแลเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (ทั้งผู้ใหญ่และเด็ก) และครอบครัว ที่มีปัญหาเกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่คุกคามชีวิต รวมถึงการป้องกันและบรรเทาความทุกข์ทรมาน หรือหมายถึงการบริหารจัดการผู้ป่วยแบบประคับประคอง หรือการบริหารเพื่อบรรเทาอาการ หรือวิธีการดูแลผู้ป่วยที่ป่วยเป็น โรคที่รักษาไม่หายขาด มีแนวโน้มที่ทรุดลง หรือเสียชีวิตจากตัวโรคในอนาคต หรือป่วยอยู่ในระยะสุดท้าย ของชีวิตเน้นการดูแลแบบองค์รวม ครอบคลุมมิติกาย ใจ สังคม และจิตวิญญาณของทั้งผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ดูแล โดยอยู่บนเป้าหมายหลักคือการเพิ่มคุณภาพชีวิตของทั้งผู้ป่วยและครอบครัว ที่จะทำให้ผู้ป่วยได้เสียชีวิตอย่างสงบ สมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ตลอดจนการดูแลครอบครัวและญาติภายหลังการจากไปของผู้ป่วย

ปัทมา โกมุทบุตร (30) กล่าวว่า การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง เป็นการดูแลผู้ป่วยซึ่งมีเวลาในชีวิตเหลืออยู่จำกัด (Life limited disease) ให้ใช้ระยะเวลาที่เหลืออย่างมีคุณภาพ (Quality time)

สถาพร สีสานนทกิจ (31) ให้ความหมายว่า การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง หมายถึง การดูแลทาง การแพทย์ การพยาบาลทุกชนิดตามความต้องการของผู้ป่วยที่ไม่อาจรักษาให้หายขาดได้ ซึ่งการดูแล จะรวมได้ด้วยการดูแลทางด้านจิตใจ สังคม จิตวิญญาณตามความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว ตลอดช่วงเวลาก่อนป่วยไข้ของผู้ป่วยรวมถึงการดูแลครอบครัวผู้ป่วยหลังการตายของผู้ป่วย

กรมการแพทย์ (8) ให้ความหมายว่า การดูแลแบบประคับประคอง หมายถึง การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายตามแนวทางการดูแลแบบ ประคับประคองเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยดูแลให้ครอบคลุมเรื่อง Body, Mind, Psychosocial and Spiritual support และบรรเทาความทุกข์ทรมานจากอาการรบกวนต่างๆ (Symptoms Control) โดยมีผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (Patient and Family Center) มุ่งเน้นกิจกรรม Family meeting, Advance care plan เป็นต้น

โดยแต่เดิมการดูแลแบบ ผู้ป่วยระยะท้าย นี้ส่วนใหญ่แล้วจะเป็นการดูแลที่ทำในผู้ป่วยที่ อยู่ในระยะสุดท้าย ซึ่งก็ได้มีผู้ให้ความหมายของผู้ป่วยระยะสุดท้ายไว้หลากหลายดังนี้

สุวคนธ์ กุรัตน และคณะ (29) ผู้ป่วยระยะสุดท้ายคือ ผู้ป่วยที่มีอาการที่ไม่ตอบสนองต่อ การรักษา ทำได้เพียงการดูแลแบบประคับประคองในเรื่องของการเจ็บปวดและอาการอื่น ๆ ทั้ง ทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ผู้ป่วยจะมีอาการทรุดลงไปเรื่อย ๆ และจะเสียชีวิตในที่สุด

สันต์ หัตถิรัตน์ (32) ให้ความหมายของผู้ป่วยระยะท้ายว่า ผู้ป่วยที่หมดหวัง ที่ป่วยด้วยโรคทางกายและหรือทางใจที่ไม่มีโอกาสจะพ้นจากความทุกข์ทรมานและไม่สามารถใช้เวลาที่เหลือในชีวิตของตนให้เกิดประโยชน์แก่ตนเองและผู้อื่น

อารีญา ต่านผาทอง (33) กล่าวว่าผู้ป่วยระยะสุดท้ายหมายถึง ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา และได้รับการวินิจฉัยว่าเจ็บป่วยด้วยโรคที่รักษาไม่หาย และมีข้อบ่งชี้ว่าจะมีอาการเสื่อมลงและอาจมี ชีวิตอยู่ได้นานไม่ถึง 6 เดือน

จากนิยามที่กล่าวมาเบื้องต้น จึงสรุปได้ว่า ผู้ป่วยระยะท้าย คือ การดูแลผู้ป่วยและครอบครัวที่เจ็บป่วยด้วยโรคที่คุกคามต่อชีวิต (Life threatening-illness) และไม่สามารถรักษาให้หายขาด โดยมุ่งเน้นการดูแลอย่างเป็นองค์รวมครบทุกมิติของสุขภาพ (Holistic health care) คือ มิติทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ โดยยึดความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง เพื่อให้ผู้ป่วยได้ใช้ชีวิตที่เหลืออยู่อย่างมีคุณภาพ บรรเทาอาการทุกข์ทรมานจากโรคและตายอย่างสมศักดิ์ศรี รวมถึงดูแลการสูญเสีย ความเศร้าโศกของญาติหลังจากผู้ป่วยเสียชีวิต

6.รูปแบบการดูแลแบบประคับประคอง

6.1.รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในต่างประเทศ

องค์การอนามัยโลก (WHO) (34) ได้บรรจุรูปแบบการดูแลแบบประคับประคองให้เป็นสากลทั่วโลก และให้ความสำคัญและประกาศว่าเป็นสิทธิมนุษยชนพื้นฐานที่ผู้ป่วยทุกคนพึงได้รับ เป็นรูปแบบการดูแลเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย(ทั้งผู้ใหญ่และเด็ก) และครอบครัว ที่มีปัญหาเกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่คุกคามชีวิต รวมถึงการป้องกันและบรรเทาความทุกข์ทรมาน โดยเน้นการดูแลแบบองค์รวม ครอบคลุมมิติกาย ใจ สังคม และจิตวิญญาณของทั้งผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ดูแล โดยวางรูปแบบนโยบายการดูแลแบบประคับประคอง ออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่

1.ด้านนโยบาย องค์การอนามัยโลกแนะนำให้รูปแบบการดูแลแบบประคับประคองถูกบรรจุเป็นนโยบายหลักของประเทศ จัดหาเงินทุน บริการที่ให้การสนับสนุนรูปแบบการดูแลแบบประคับประคอง และยาที่จำเป็นในผู้ป่วย

2.ด้านความพร้อมใช้ของยากลุ่มโอปิออยด์ (Opioid) องค์การอนามัยโลกได้ระบุว่า เกสซ์กรเป็นหนึ่งในบุคลากรที่ต้องจัดหาจัดซื้อยา และจ่ายยา เพื่อแนะนำการบริหารยาที่ถูกต้อง โดยระบุว่า เกสซ์กรเป็นหน่วยควบคุมหลักของยากลุ่มโอปิออยด์ตามข้อบังคับของกฎหมาย

3.การศึกษา องค์การอนามัยโลกได้แนะนำว่าบุคลากรผู้ให้บริการควรได้รับการฝึกอบรมพิเศษ โดยผู้เชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง รวมถึงการให้ความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยสำหรับบุคคลในครอบครัวผู้ป่วย เช่น ญาติ หรือผู้ดูแล

4.การดำเนินงาน องค์การอนามัยโลกได้แนะนำว่ารูปแบบการดูแลแบบประคับประคองควรอยู่ในแผนยุทธศาสตร์ เพื่อวางแผนโครงสร้างอัตรากำลังคนเพื่อฝึกอบรมรูปแบบการดูแลแบบประคับประคอง เพื่อกำหนดแนวทางปฏิบัติในหน่วยงาน

ประเทศที่มีรายได้สูง เช่น ประเทศกลุ่มอเมริกาและยุโรป (35) มักให้ความสำคัญกับการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ให้เข้าถึงประชาชนอย่างถ้วนทั่ว แต่ในปัจจุบันพบว่า หลายประเทศที่มีรายได้ต่ำ เช่น อุกันดา มองโกเลีย ปานามา กำลังพัฒนาศักยภาพการให้บริการ การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายให้ได้มาตรฐาน และสามารถเข้าถึงประชาชนจำนวนมากอย่างรวดเร็วเช่นกัน โดยประเทศเหล่านี้มุ่งสร้างนโยบายระดับชาติ การรณรงค์สาธารณะ และการขับเคลื่อนโดยผู้นำทางสังคม อย่างไรก็ตาม การขับเคลื่อนงานดูแลสุขภาพระยะท้าย ยังเผชิญอุปสรรคหลายประการ เช่น การขยายบริการไม่ให้เกิดจุดเฉพาะคนกลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง การเพิ่มอัตราการเข้าถึงยาลดปวดในกลุ่มโอปิออยด์ (Opioid) ด้วยการลดราคา การลดอุปสรรคทางกฎหมายที่เกี่ยวกับการใช้ยาที่มีฤทธิ์เสพติด ขณะเดียวกันก็ยังสามารถควบคุมมิให้เกิดการใช้ยาผิดวัตถุประสงค์ เนื่องจากปัจจุบันมีเพียง 33 ใน 80 ประเทศเท่านั้น ที่ประชาชนสามารถเข้าถึงยาลดปวดกลุ่มโอปิออยด์ (Opioid) ได้ แนวโน้มที่น่าสนใจคือ สถานการณ์การเข้าถึงยากำลังจะเปลี่ยนไป ในประเทศโคลัมเบีย อุกันดา ได้มีมาตรการเพิ่มอัตราการเข้าถึงยาลดปวดด้วยการแก้ข้อกฎหมาย การสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการใช้ยาลดปวดกลุ่ม Opioid อย่างน่าพอใจ

นอกจากนี้ ความขาดแคลนความรู้และงานวิจัย ยังเป็นอุปสรรคที่สำคัญต่อการขับเคลื่อนการดูแลสุขภาพระยะท้ายแบบประคับประคอง ในสหราชอาณาจักร งบประมาณการวิจัย เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย มีน้อยกว่า ร้อยละ 0.5 ของงบวิจัยทางการแพทย์ทั้งหมด ในขณะที่ความต้องการการดูแลด้านนี้กำลังเพิ่มสูงขึ้นมากกว่าปัจจุบันถึง ร้อยละ 40 ในปี 2040 (36)

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของประเทศเยอรมนี

รูปแบบแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ของประเทศเยอรมนี (37) จะเริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคที่คุกคามชีวิต รักษาไม่ได้และได้มีการประเมินจากทีมสุขภาพโดยเฉพาะแพทย์แล้วว่าผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งจะมีการดูแลหลัก 3 รูปแบบ คือ ที่หอผู้ป่วยใน ร่วมกับการดูแลปกติที่หอผู้ป่วยประคับประคองและที่แผนกการดูแลผู้ป่วยนอกแบบประคับประคอง นั่นคือเมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าอยู่ในระยะสุดท้ายผู้ป่วยจะได้รับรูปแบบการดูแลแบบประคับประคอง ที่ผสมผสานเข้ากับรูปแบบการดูแลปกติที่ผู้ป่วยกำลังได้รับอยู่ ที่หอผู้ป่วยทั่วไป หรือหอผู้ป่วยมะเร็ง และได้รับการดูแลจากทีมการดูแลประคับประคองหรืออาจจะได้รับการดูแลพิเศษแบบประคับประคองที่หอผู้ป่วยประคับประคองโดยทีมดูแลประคับประคองของโรงพยาบาล หรือผู้ป่วยได้รับการดูแลประคับประคองที่แผนกผู้ป่วยนอก ในการดูแลจะมีระบบการส่งต่อ และเคลื่อนย้ายผู้ป่วยที่เป็นรูปแบบชัดเจน ในผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลปกติร่วมกับการดูแลแบบประคับประคอง เมื่อมีการเคลื่อนย้ายส่งต่อผู้ป่วยนี้เกิดขึ้น จะต้องมีทีมส่งต่อ เคลื่อนย้ายจากทีมการดูแลผู้ป่วยปกติร่วมกับทีมเคลื่อนย้ายผู้ป่วยประคับประคองส่วนผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลพิเศษแบบประคับประคองอยู่แล้วจะได้รับการดูแลเคลื่อนย้าย จากทีมเคลื่อนย้ายแบบประคับประคอง หรือถ้าเป็นผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยจากโรงพยาบาลที่ดูแลในระยะหกเดือนสุดท้าย (Hospice Hospital) ก็จะมีการดูแลเคลื่อนย้ายแบบประคับประคองจากแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล หรือ จากโรงพยาบาล

Hospice ความต่อเนื่องการดูแลนี้เชื่อมไปถึงที่บ้าน ที่โรงพยาบาล Hospice โดยทีม Hospice Care หรือจิตอาสา ตลอดการดูแลจะมีการประเมินสภาพอาการของผู้ป่วย และครอบครัวเป็นอย่างไรเช่น ถ้าผู้ป่วยได้รับการรักษาที่หอผู้ป่วยระดับประคองแล้วไม่เสียชีวิตภายในหนึ่งเดือนและยังสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้อยู่ ผู้ป่วยจะถูกประเมินให้ไปรักษาที่บ้าน หรือโรงพยาบาล Hospice ได้ สำหรับผู้ป่วยที่มีการเสียชีวิต ญาติของผู้ป่วยก็จะได้รับความดูแลเรื่องความโศกเศร้า

หอผู้ป่วยระดับประคอง

1. ลักษณะทั่วไปของหอผู้ป่วย โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยอัลเบิร์ต ลูตวิกส์ไฟร์บวร์ก เป็นโรงพยาบาลของรัฐที่สร้างขึ้นเมื่อปีค.ศ.1457 มีหน้าที่รักษาจัดการศึกษาและวิจัยทางการแพทย์มีคลินิกจำนวน 15 คลินิกและมีหน่วยหรือศูนย์ต่าง ๆ 10 ศูนย์ เช่น หน่วยดนตรีบำบัด มีเตียงผู้ป่วยจำนวน 1600เตียง มีผู้ทำงานประมาณ 10,600 คน ในจำนวน 110 หอผู้ป่วย มีการให้บริการผู้ป่วยประมาณ 66,000 รายกรณีต่อปี ส่วนหอผู้ป่วยระดับประคอง (Palliative Station) นั้น ได้เปิดทำการเมื่อปีค.ศ. 2006 มีเตียงผู้ป่วยจำนวน 10 เตียง โดยมีห้องที่มีเตียงเดี่ยว 8 ห้อง และมีเตียงคู่ 1 ห้อง ซึ่งแต่ละห้อง จะมีประตูเปิดออกไปสู่ระเบียงเพื่อให้ญาติและผู้ป่วยได้นั่งพักผ่อน และสัมผัสกับธรรมชาติภายนอกห้องได้ ในหอผู้ป่วยจะมีห้องทำงานของแพทย์มีเคาน์เตอร์พยาบาล มีห้องประชุมปรึกษา มีห้องรับประทานอาหารสำหรับทีมทำงาน มีห้องอาหาร และห้องรับแขก และทำกิจกรรมสำหรับผู้ป่วยและญาติมีมุมสงบให้ญาติและผู้ป่วยโดยที่หอผู้ป่วยไม่มีเครื่องมือที่ช่วยหายใจ หรือพื้นคีนซีฟ ไม่มีเครื่องดูดเสมหะ มีแต่ยาที่ไว้สำหรับบริหารจัดการตามอาการของผู้ป่วย ที่อยู่ในระยะสุดท้าย มีเครื่องมือที่ให้ออกซิเจนทางจมูกและถังบรรจุออกซิเจนแบบพกพาในกรณีผู้ป่วยต้องการไปนอกหอผู้ป่วย เช่น กลับไปเยี่ยมบ้านชั่วคราว 2 ชั่วโมง ในวันคริสต์มาส และมีอุปกรณ์บริหารยาแก้ปวด หรือยาอื่น ๆ เช่น มีเครื่องบริหารยาแก้ปวดที่ผู้ป่วยควบคุมปริมาณยาเองได้ชนิดพกพา (PCA: Patient Controlled Analgesia Pump) หอผู้ป่วยมีหลักเกณฑ์การรับผู้ป่วยเข้ามารับการดูแลในหอผู้ป่วยคือ ผู้ป่วยมีความเจ็บป่วยแบบรุกรานก้าวหน้าและอยู่ในระยะสุดท้าย มีความเจ็บปวด และมีอาการยากที่จะควบคุมรักษา ผ่านการประเมินจากทีมปรึกษาที่มีแพทย์พยาบาล ซึ่งทีมดูแลด้านนี้มีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลทางจิต สังคม และวิญญาณ เข้าใจ และให้ความร่วมมือ ถึงหลักและข้อปฏิบัติของหอผู้ป่วย ซึ่งหอผู้ป่วยมีเป้าหมายในการดูแลผู้ป่วย มีทีมการดูแล ภารกิจ และดังต่อไปนี้

1. เป้าหมายของการดูแลผู้ป่วย

เป้าหมายของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคองของหอผู้ป่วยระดับประคองประกอบด้วย

- 1.1 เพื่อส่งเสริม และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว ให้มากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้
- 1.2 ช่วยลดความเจ็บปวด หรืออาการทางกายของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นในระยะใกล้ตาย
- 1.3 ช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยและครอบครัว ครอบครัวมองครวมทั้งทาง กาย จิต สังคม และ

วิญญาณ

1.4 ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย หลังจากผู้ป่วยอาการคงที่ ให้ได้ไปเสียชีวิตในสถานที่หรือสิ่งแวดล้อม ที่ผู้ป่วยได้ปรารถนาไว้

1.5 เป็นเสมือนผู้ดูแลที่ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าถึงได้ตลอดเวลาถึงแม้ว่าผู้ป่วยได้ออกจากโรงพยาบาลไปแล้วก็ตาม

1.6 ดูแลช่วยเหลือและนำทางผู้ป่วย ที่กำลังจะเสียชีวิตที่หอผู้ป่วยนี้ให้ตายอย่างสงบ และมีศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์

2. ทีมผู้ดูแลผู้ป่วย ที่หอผู้ป่วยมีทีมผู้ดูแลผู้ป่วยที่ประกอบไปด้วย แพทย์ 3-4 คน (หัวหน้าแพทย์ 1 คน แพทย์ประจำบ้านประจำเวรเช้า 2-3 คน พยาบาล (เวรเช้า 3 คน บ่าย 2-3 คน ดึก1-2 คน) นักจิตวิทยาประจำหอผู้ป่วย 1 คน นักสังคมสงเคราะห์ประจำหอผู้ป่วย 1คน นักดูแลทางจิตวิญญาณ 2 คน (นักบวช หรือผู้นำทางจิตวิญญาณ ที่เป็นคาทอลิกประจำโรงพยาบาล และที่เป็นเอวาเจลิค (นักบวช) ประจำหอผู้ป่วย ซึ่งนักบวชนี้มีตำแหน่งประจำ และได้รับเงินเดือนเสมือนผู้ปฏิบัติงานประจำ นักศิลปะบำบัด นักดนตรีบำบัด ซึ่งมีตำแหน่งประจำของโรงพยาบาล และจะมาทำกิจกรรมบำบัดอาทิตย์ละ 1 วัน และอาสาสมัครดูแลผู้ป่วย ทีมเหล่านี้ทำงานร่วมกันอย่างใกล้ชิดกับทีมปรึกษา (Consultant Team) ซึ่งประกอบไปด้วย แพทย์พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา ซึ่งทีมที่ทำงาน ได้รับการศึกษาอบรมด้านการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองโดยเฉพาะ

3. ภารกิจของหอผู้ป่วยที่หอผู้ป่วยประคับประคอง มีภารกิจดังต่อไปนี้

3.1 ดูแล และรักษาผู้ป่วยตามอาการ ที่เป็นลักษณะสร้างสรรค์และปรับให้เหมาะสมเฉพาะบุคคล

3.2 ดูแลโดยคำนึงถึงด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และวิญญาณของผู้ป่วย และครอบครัว

3.3 สร้างและส่งเสริมสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และทีมการดูแล

3.4 ให้ความรู้แนะนำ และช่วยเหลือผู้ป่วยในขณะที่อยู่ที่โรงพยาบาล รวมทั้งหลังจากจำหน่าย
ออกไปจากโรงพยาบาล

3.5 สร้างสิ่งแวดล้อม หรือวิธีการที่เอื้ออำนวยต่อการเข้าสู่ความตาย และการตายดี

3.6 ให้การช่วยเหลือดูแลด้านการโศกเศร้า

6.2.รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในประเทศไทย

6.2.1.รูปแบบการดูแลที่ดำเนินการโดยองค์กรทางศาสนา (Religious-based organization)

องค์กรศาสนานับเป็นหน่วยงานในลำดับต้นๆ ที่เข้ามามีบทบาทในการดูแลแบบประคับประคองและการดูแลระยะท้ายในประเทศไทย ปรัชญาและแนวคิดทาง ศาสนามีความเชื่อในเรื่องของการเกิด แก่ เจ็บ ตาย และกฎของไตรลักษณ์ คือ อนิจจัง (ความไม่เที่ยงแท้แน่นอน) ทุกขัง (ความทุกข์) และอนัตตา (ความไม่ใช่ตัวไม่ใช่ตน) ความตายในมุมมองของทางศาสนาจึงเป็นเรื่องของการเป็นไปตามธรรมชาติ อีกทั้งแนวคิดทางศาสนายังเชื่อในเรื่องของการมีสติและจิตใจอันผ่องแผ้ว

ก่อนเสียชีวิต เพื่อไปสู่สุคติหลังการตาย ดังนั้นเป้าหมายของการดูแลที่ดำเนินการโดยองค์กรทางศาสนาจึงไม่ได้อยู่ที่การรักษาโรคให้หายหรือทุเลาเบาบางลงไปแต่เพียงอย่างเดียว หากแต่เป็นการพัฒนาและยกระดับทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยและครอบครัว ให้สามารถเข้าใจกฎของธรรมชาติ ยอมรับ และมองความตายเป็นเรื่องธรรมชาติ อยู่กับโรคที่เป็นได้อย่างมีความสุข พร้อมทั้งจะจากไปตายดีหรือตายอย่างสงบในที่สุด

แนวคิดเช่นนี้ทำให้เกิดการก่อตั้งสถาน ดูแล เช่น วัดพระบาทน้ำพุ จ.ลพบุรี โดยพระอาจารย์อลงกต ดิกขปัญโญ และบ้านกลาร่า ลำไทร จ.ปทุมธานี โดยนักบวชพราสซิสกันก่อตั้งขึ้นเพื่อดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่ถูกทอดทิ้งให้ได้รับความช่วยเหลือจนถึงวาระสุดท้าย เป้าหมายในการดูแลนอกเหนือจากการรักษาโรคให้หายขาดหรือทุเลาเบาบางลงไปแล้ว ยังเป็นการพัฒนาและยกระดับทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยและครอบครัว ให้เข้าใจกฎของธรรมชาติ มองว่าความตายเป็นเรื่องธรรมชาติ อยู่กับโรคอย่างมีความสุข และเตรียมรับมือกับความตายอย่างสงบ (38)

6.2.2.รูปแบบการดูแลที่บ้าน/การดูแลโดยชุมชน (Home-based/Community-based Care)

รูปแบบของการให้บริการดูแลที่บ้าน และการดูแลโดยชุมชน มีแนวคิดให้ผู้ให้บริการสามารถเข้าถึงได้ ดูแลในบริบทของครอบครัวและชุมชน เน้นการมีส่วนร่วมของ คนในชุมชน เป็นบริการที่ตอบสนองความต้องการของ คนในชุมชน และสอดคล้องกับวิถีชุมชน โดยมีเป้าหมาย เพื่อให้การดูแลอย่างมีคุณภาพและเหมาะสม ผ่านการช่วยเหลือสนับสนุนผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเอง มีความเป็นอิสระในการดำเนินชีวิต และมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ ซึ่งการให้บริการอาจเป็นบริการโดยสถานบริการสุขภาพในชุมชน เจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลหรืออาสาสมัครในทีมออกไปเยี่ยมดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เน้นการให้บริการขั้นพื้นฐานที่จำเป็น การประเมินภาวะสุขภาพ การดูแลเพื่อควบคุมจัดการอาการ สนับสนุนครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งการนำอาสาสมัครในชุมชน (อสม.) ซึ่งเป็นจิตอาสาเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลบุคคลในชุมชนร่วมกับบุคลากรทางการแพทย์ และครอบครัวของผู้ป่วย

ผู้ให้บริการทางการแพทย์ประกอบด้วยแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป และแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว พยาบาล และทีมสหสาขาวิชา แต่เนื่องจากภาวะการขาดแคลน แพทย์ในสถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ จึงทำให้พยาบาลเวชปฏิบัติและผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง เป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้สูงอายุ รวมทั้งผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคอง (38)

6.2.3.รูปแบบการดูแลแบบประคับประคองในโรงพยาบาล (Hospital-based services)

โรงพยาบาลมีบทบาทสำคัญอย่างมากในระบบสุขภาพ เป็นองค์กรทางสุขภาพที่ประกอบด้วยสหสาขาวิชาชีพ มีบทบาทในการให้บริการสาธารณสุขทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษา และการฟื้นฟู ผู้ป่วยระยะท้ายที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลมักเป็นผู้ป่วยระยะเฉียบพลัน มีปัญหาซับซ้อน ต้องการการจัดการหรือการรักษา เช่น การฉายรังสี การให้ยาเคมีบำบัด หรือการดูแลบรรเทาอาการต่าง ๆ ที่อาจจะไม่สามารถ ให้การดูแลที่บ้านได้ การรักษาในโรงพยาบาลดูแลโดย

ทีมสหสาขาวิชาชีพ มีผู้เชี่ยวชาญพิเศษในหลากหลายสาขา อย่างไรก็ตามที่สถานภาพแวดล้อมในโรงพยาบาล โดยทั่วไป อาจจะเป็นส่วนตัวค่อนข้างน้อย และอาจมีข้อจำกัดในการเข้าเยี่ยม การทำกิจกรรม ร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว ทำให้กิจกรรมในโรงพยาบาลอาจไม่สอดคล้องกับความต้องการ ทางด้านจิตใจและจิตวิญญาณของผู้ป่วยและครอบครัวมากนัก (38)

การดูแลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลสามารถแบ่งเป็นรูปแบบหลักๆได้ 2 ลักษณะ ดังนี้

การดูแลแบบประคับประคองโดยทีมให้คำปรึกษา (Consultation Team) ประกอบด้วย ทีมสหสาขาวิชาชีพที่เชี่ยวชาญการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ให้การติดตามดูแลผู้ป่วยในแต่ละ หอผู้ป่วย โดยเริ่มจากการรับคำปรึกษาการดูแลผู้ป่วย การเยี่ยมประเมิน ให้การปรึกษาทางโทรศัพท์ ดูแลร่วมกับแพทย์เจ้าของไข้ จนถึงการดูแลต่อเนื่องจากแพทย์เจ้าของไข้

หน่วย/หอผู้ป่วยในแบบประคับประคอง (Inpatient Palliative Care unit/ward) จัด ขึ้นในหอผู้ป่วย โดยอาจเป็นหอดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองโดยเฉพาะ หรืออาจจัดมุมใด มุมหนึ่งของหอผู้ป่วย มักเป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน ต้องการการดูแลเป็นพิเศษ มีอาการยากต่อการ ควบคุม ครอบครัวมีความทุกข์มาก ต้องการการสนับสนุนดูแลที่มากกว่าปกติหรือผู้ป่วยที่มีสภาวะใกล้ ตาย

6.2.4.รูปแบบสถานพยาบาลกึ่งบ้าน (Hospice)

สถานพยาบาลกึ่งบ้าน หรือ Hospice หมายถึง สถานที่พำนักและให้บริการผู้ป่วยที่เจ็บป่วยอยู่ใน ระยะท้าย ผู้มีชีวิตอยู่ได้ในเวลาจำกัด อาจเป็นสถานที่ที่จัดขึ้นไว้โดยเฉพาะ เช่น หน่วยหนึ่งใน โรงพยาบาล หรือ สถานพยาบาลดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของรัฐหรือของเอกชน เป็นที่สำหรับส่งต่อเพื่อ การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ดูแลโดยทีมสหสาขาวิชาชีพและอาสาสมัคร แนวคิดของฮอสพิซเชื่อว่า ความตายเป็นส่วนหนึ่งของชีวิต เมื่อ คนเรารู้ว่าจะต้องเสียชีวิต เช่น เป็นมะเร็งหรือเอดส์ขั้นสุดท้าย หรือสูงอายุมากๆ ก็ไม่ควรยื้อความตายออกไป ด้วยการนอนป่วยอยู่ในโรงพยาบาลที่ร่างกายมีสาย ระโยงระยางของเครื่องช่วยชีวิตเต็มไปหมด แต่ควรใช้ชีวิตช่วงสุดท้ายที่เหลืออยู่อย่างมีคุณภาพ ท่ามกลางครอบครัวญาติพี่น้องและเพื่อนฝูง ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยจึงเน้นการดูแลเพื่อคุณภาพชีวิต บรรเทาความเจ็บปวด และอาการของโรค การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่ไม่ได้เน้นการรักษาให้ หาย แต่จะเน้นที่การดำเนินชีวิตอย่างมีคุณภาพของทั้งผู้ป่วยและครอบครัวเป็นสำคัญ ตอบสนอง ความต้องการแบบองค์รวมของผู้ป่วยและครอบครัว ดำรงรักษาคุณภาพชีวิตที่ยังเหลืออยู่ของผู้ป่วย ด้วยการทำให้ทุก ๆ วันเป็นวันที่ดีที่สุดจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต และดูแลครอบครัวภายหลัง การสูญเสีย ซึ่งแนวคิดเช่นนี้จะแตกต่างจากแนวคิดของการรักษาพยาบาลกระแสหลัก ที่การ รักษาพยาบาลเป็นการต่อสู้กับความตายที่ต้องเอาชนะด้วยความรู้ทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี ทางการแพทย์ โดยความสำเร็จอยู่ที่การยืดชีวิตของผู้ป่วยให้ยืนยาวออกไป (38)

7. บทบาทของทีมสหวิชาชีพที่สำคัญในงานดูแลผู้ป่วยระยะท้าย

ทีมสหสาขาวิชาชีพ (Multidisciplinary team) คือ ทีมที่ร่วมดูแลผู้ป่วย โดยอาศัยวิชาชีพที่หลากหลาย ทำงานร่วมกัน โดยสมาชิกแต่ละคนจะทำงานในบทบาทวิชาชีพของตนเองเป็นอันดับแรก และในนามของสมาชิกในทีมเป็นอันดับรอง มักจะประกอบไปด้วยบุคลากรทางการแพทย์หลากหลายสาขา เช่น แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด เภสัชกร นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา บาทหลวง นักบวช เป็นต้น (1)

การทำงานดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง ที่ดินั้นจะต้องมีการประสานการทำงานร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพ (Multidisciplinary team) ซึ่งการปฏิบัติงานของสมาชิกของทีมสหสาขาวิชาชีพ จะมีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยที่แตกต่างกัน โดยมีสมาชิกในทีมที่สำคัญดังนี้

แพทย์ (Physician) แพทย์ถือเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญยิ่งในทีมสหสาขาวิชาชีพในงานดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ทั้งในฐานะผู้ปฏิบัติและหัวหน้าทีมในการรักษา มีบทบาทในการบริหารจัดการและประสานงานกับบุคลากร ต่าง ๆ ในทีม (7) มีหน้าที่ในการวินิจฉัยที่ถูกต้อง การดูแลรักษาที่เหมาะสม (1) การช่วยพยากรณ์อาการที่จะเกิดขึ้นจากภาวะโรคของผู้ป่วย เพราะการรู้ล่วงหน้าจะช่วยให้ผู้ป่วยและญาติสามารถตั้งรับและจัดการกับปัญหาที่จะเกิดได้ดียิ่งขึ้นทำให้สามารถแก้ปัญหาความทุกข์ทางกายอันอาจส่งผลกระทบต่อความทุกข์ทางใจได้ด้วย นอกจากการช่วยแก้ปัญหาความเจ็บปวดในมิติทางกายแล้ว แพทย์ยังสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยในทางจิตใจ โดยการเข้าร่วมรับรู้และแบ่งปันความทุกข์ของผู้ป่วยและญาติอย่างเห็นอกเห็นใจและด้วยความจริงใจ (1) รวมถึงแพทย์จะต้องทำหน้าที่เป็นหัวหน้าทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยแพทย์ที่ให้การ ดูแลในงานดูแลผู้ป่วยระยะท้าย อาจจะเป็นแพทย์เวชศาสตร์ทั่วไป แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว แพทย์ที่ชำนาญในการดูแลรักษาแบบประคับประคอง และแพทย์ที่เชี่ยวชาญเฉพาะสาขาที่เกี่ยวข้องกับอาการป่วยของผู้ป่วยแต่ละราย

พยาบาล (Nurse) พยาบาลถือเป็นอีกวิชาชีพที่มีส่วนสำคัญในงาน ดูแลผู้ป่วยระยะท้าย เพราะเป็นผู้ที่ให้การ ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดตลอด 24 ชั่วโมง ซึ่งจะมีบทบาทในการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการทาง ร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ (29) ทำหน้าที่หลักในการให้การดูแลด้านการพยาบาล การประเมิน ร่างกายของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ประเมินความรุนแรงของโรค การจัดการกับอาการปวดและอาการ รบกวนอื่น ๆ อีกทั้งพยาบาลยังสามารถดูแลและให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติ ในเรื่องข้อมูลรายละเอียดการดูแลผู้ป่วย แผนการดูแลที่บ้าน การรับประทานอาหาร แผนการรักษาของแพทย์ การดูแลความสะอาดร่างกาย การป้องกันอันตราย การจัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสม รวมไปถึงการตอบสนองความต้องการด้านจิตใจ และเป็นแหล่งสนับสนุนมิติทางจิตวิญญาณที่ดีของผู้ป่วยด้วย (29) อีกบทบาทที่สำคัญของพยาบาล คือ ร่วมกับทีมในการจัดการประชุมครอบครัว (Family meeting) โดยจะทำหน้าที่ให้รายละเอียดข้อมูลการดูแลผู้ป่วย แผนการดูแลผู้ป่วยที่บ้านและนอกเหนือจากที่กล่าวมาแล้วพยาบาลยังมีบทบาทในการประสานงานและเป็นสื่อกลางระหว่างผู้ป่วย ญาติ แพทย์และทีมสหสาขาวิชาชีพ ทำหน้าที่เป็นตัวแทนของผู้ป่วย เพื่อนำไปสู่การพยาบาลที่มีคุณภาพ ตลอดจนช่วยรับมือกับอารมณ์และช่วยแก้ไข สถานการณ์หากสมาชิก

ในครอบครัวขัดแย้งกัน ซึ่งพยาบาลที่มาทำงานนี้อาจจะเป็นพยาบาลที่ปฏิบัติงานทั่วไปในโรงพยาบาล พยาบาลที่ดูแลเฉพาะทางด้านการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย พยาบาลที่ปฏิบัติงานในชุมชน หรืออาจจะ เป็นพยาบาลพิเศษที่รับเฝ้าไข้ก็ได้

เภสัชกร (Pharmacist) เภสัชกรมีบทบาทสำคัญในการค้นหา แก้ไข และป้องกันปัญหา จากการใช้ยาและเป็นหนึ่งในสมาชิกของทีมสหสาขาวิชาชีพที่มีความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยแบบ ประคับประคอง โดยมีประโยชน์ทั้งต่อผู้ป่วย ญาติผู้ดูแลและต่อทีมสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งนอกจากจะ สามารถช่วยเพิ่มความรู้และทักษะเรื่องยาให้ สมาชิกในทีมรวมถึงผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยในการเข้าใจ ยาที่แพทย์สั่งแล้วยังสามารถช่วยลดความผิดพลาดทางยา (Medication error) ให้เกิดน้อยที่สุดได้ ด้วย (39) จึงทำให้เภสัชกรที่ถือเป็นวิชาชีพที่มีความเชี่ยวชาญด้านยามากที่สุดเป็นที่ต้องการของ ผู้ป่วยและสมาชิกในทีม palliative

นอกจากบทบาทของวิชาชีพต่าง ๆ ที่กล่าวมาแล้วยังมีอีกหนึ่งวิชาชีพที่ปัจจุบันถือว่ามี ความสำคัญกับการดูแลผู้ป่วยในหลาย ๆ กลุ่มและก็รวมถึงการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วย ระยะสุดท้ายด้วยนั่นก็คือเภสัชกร ซึ่งเมื่อก่อนถึงการทำงานดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ในอดีตนั้นเภสัชกร ได้ เข้ามามีส่วนร่วมในงานดังกล่าวมาน้อยมากแต่ปัจจุบันพบว่าเภสัชกรถือเป็นวิชาชีพหนึ่งที่มีส่วน สำคัญในงานนี้เนื่องจากเหตุผลความต้องการการดูแลแบบองค์รวมให้ครบทุกมิติของผู้ป่วยและรวมถึง เหตุผลเรื่องการให้ความสำคัญในการใช้ยาของผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยเฉพาะปัญหาความคลาดเคลื่อน ทางยา (Medication error) ที่บ้านของผู้ป่วย จึงทำให้เภสัชกรได้เข้ามามีส่วนสำคัญในงานนี้มากขึ้น และได้รับการจัดให้เข้าไปอยู่ในทีมดูแลผู้ป่วยระยะท้าย (40)(14)(11)(16)(41)(18)(6)

มีการศึกษาถึงบทบาทหลักของเภสัชกรในทีมที่แต่ละการศึกษาระบุไว้คล้าย ๆ กันคือ การให้ ข้อมูลทางเภสัชบำบัด (Pharmacotherapy) การให้ข้อมูลการบริหารยา (Administration) การ รักษา (Treatment) ผลข้างเคียงของยา (Adverse effects) และการไม่เข้ากันของยา (Incompatibility) (39)(6) (จากการสำรวจบทบาทของเภสัชกรสามารถแยกออกเป็น 7 บทบาทหลัก (39) คือ

1. การทบทวนการใช้ยาในผู้ป่วย (Medication review)
2. การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล
3. การช่วยให้ผู้ป่วยเข้าถึงยาได้ง่ายขึ้น
4. การให้ข้อมูลความรู้แก่สมาชิกในทีม
5. การเป็นที่ปรึกษาและร่วมมือกับสมาชิกในทีมในการทำงาน
6. การประสานงานกับผู้ชำนาญทางสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง
7. การสร้างแนวทางปฏิบัติ (Protocol) ในการจัดการกับอาการต่าง ๆ เช่น อาการคลื่นไส้

อาเจียน ท้องผูก เป็นต้น อีกทั้งยังมีอีกบทบาทที่น่าสนใจของเภสัชกรก็คือการจัดทำประวัติการใช้ยา ของผู้ป่วย (6) เนื่องจากบ่อยครั้งที่กลุ่มผู้ป่วยระยะสุดท้ายมักจะมีการย้ายสถานที่ดูแลรักษาระหว่างที่

บ้าน สถานบริการผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Hospice) และโรงพยาบาล (Hospital) รวมถึงผู้ป่วยก็มักมีการย้ายโรงพยาบาลไปหลายที่ จึงควรมีเภสัชกรซึ่งถือเป็นบุคลากรด้านสาธารณสุขที่เข้าถึงประวัติการใช้ยาผู้ป่วยมากที่สุดเข้ามาจัดทำประวัติการใช้ยาให้กับผู้ป่วยไว้ติดตัว และนอกเหนือจากบทบาทด้านยาแล้วยังพบว่าเภสัชกรสามารถมีบทบาทอื่นอีก เช่น การเยี่ยมบ้านเพื่อดูแลญาติ ของผู้ป่วยหลังจากที่ผู้ป่วยเสียชีวิต (39)(6)

จากบทบาทและความสำคัญของเภสัชกรในงานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่กล่าวมาจึงถือได้ว่าเภสัชกรเป็นหนึ่งในสมาชิกของทีมสหสาขาวิชาชีพที่มีความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (40)(14)(11)(41)(18)(6) โดยมีประโยชน์ทั้งต่อผู้ป่วย ญาติผู้ดูแลและต่อทีมสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งนอกจากจะสามารถช่วยเพิ่มความรู้และทักษะเรื่องยาให้ สมาชิกในทีมรวมถึงผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยในการเข้าใจยาที่แพทย์สั่งแล้วยังสามารถช่วยลดความผิดพลาดทางยา (Medication error) ให้เกิดน้อยที่สุดได้ด้วย (39) จึงทำให้เภสัชกรที่ถือเป็นวิชาชีพที่มีความเชี่ยวชาญด้านยามากที่สุดเป็นที่ต้องการของผู้ป่วยและสมาชิกในทีม palliative

แต่ยังมีปัญหาที่พบบ่อยจากการที่ผู้ป่วยกลับไปรักษาตัวที่บ้าน คือผู้ป่วยและญาติไม่สามารถจัดการยาได้ ส่งผลต่อการดูแลและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (39) เนื่องจากกลุ่มผู้ป่วยระยะสุดท้าย เป็นกลุ่มที่มีการใช้ยาที่ซับซ้อน มีการใช้ยาทั้งจากการแพทย์แผนปัจจุบันและจากแพทย์ทางเลือก ทำให้มีโอกาสที่จะเกิดความคลาดเคลื่อน (Medication error) ในการใช้ยาที่สูง (39)

ดังนั้นบุคลากรทางการแพทย์ที่ถือเป็นผู้ที่มีความเชี่ยวชาญในการจัดการกับปัญหาดังกล่าวก็คือเภสัชกร ในปัจจุบันนี้ในโรงพยาบาลหลาย ๆ แห่งจะมอบหมายให้เภสัชกรปฐมภูมิเป็นผู้รับผิดชอบเข้าร่วมทีมดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง แต่ในบางโรงพยาบาลอาจมีเภสัชกรอีกหนึ่งคนที่ดูแลเรื่องนี้โดยเฉพาะ ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและสรุปบทบาทของเภสัชกรในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่เชื่อมโยงกับงานเภสัชกรรมปฐมภูมิ ได้แก่ งานบริหารเวชภัณฑ์ งานบริหารทางเภสัชกรรม งานวิชาการ และงานดูแลต่อเนื่องในชุมชน มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1.งานบริหารเวชภัณฑ์

1.1.กำหนดนโยบายเรื่องเกี่ยวกับการเก็บรักษา การกระจายและการขนส่งยา ที่มีความแรงและสูตรตำรับที่เฉพาะเจาะจงกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายแต่ละราย เพื่อให้เกิดการใช้ยาที่มีประสิทธิภาพสูงสุด

1.2.ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าถึงยาได้ง่ายขึ้นทั้งในส่วนของยาที่ใช้เฉพาะกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ต้องการดูแลแบบประคับประคองโดยเฉพาะ และยารักษาโรคอื่น ๆ รวมถึงยาที่ต้องใช้ในภาวะฉุกเฉินในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

1.3.เภสัชกรสามารถจะประสานกับบริษัทผู้ผลิตยาหรือแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วย ช่วยระบุทางเลือกในการรักษาด้วยยาที่มี cost-effective มากที่สุด สำหรับผู้ป่วยที่สิทธิการรักษาไม่ครอบคลุมยาบาง

รายการที่ใช้ในการดูแลแบบประคับประคอง เพื่อเป็นทางเลือกในการช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีปัญหาในเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษา

1.4. ประสานงานกับเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในการช่วยให้ผู้ป่วยเข้าถึงอุปกรณ์ทางการแพทย์ และวัสดุที่ใช้ในการบริหารยาที่จำเป็นแก่ผู้ป่วย เช่น Nebulizers, IV infusion pump, Tubing, Feed pumps, Syringe ให้ยาและเตียงโรงพยาบาล เป็นต้น

1.5. กำหนดมาตรฐานรายการยาของโรงพยาบาลที่ต้องค่อย ๆ ปรับลดขนาดยาลงและ รายการยาที่สามารถหยุดการให้ยาได้ทันที โดยจัดทำข้อมูลวิธีการปรับลดขนาดยา และ ข้อมูลที่ต้องติดตาม เช่น อาการหรืออาการนำที่เกิดจากการถอนยา หรือการกำเริบของภาวะโรค

1.6. กำหนดมาตรฐานรายการยาที่สามารถให้โดยผ่านการให้ทางสายยาง (Feeding tube) การบดหรือการโรยใส่บนอาหารอ่อนเพื่อเป็นช่องทางในการให้ยาสำหรับผู้ป่วยที่ไม่สามารถรับประทานยาได้

2. งานบริหารทางเภสัชกรรม

2.1. ให้ข้อมูลด้านเภสัชวิทยาในเรื่องสูตรตำรับยาที่เหมาะสมในการรักษา (Choice of drug) ขนาดยาที่เหมาะสม (Dosage) การตรวจสอบผลข้างเคียง (Side effects) จากยา การตรวจสอบ ปฏิกริยา (Interaction) ระหว่างยากับยา ยากับสมุนไพร ยากับอาหาร ความเข้ากันของยา (Compatibility) ข้อมูลความคง ตัวของยา (Stability) แก่สมาชิกในทีมสหวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยระยะท้าย รวมถึงผู้ป่วย และญาติผู้ดูแล และวิธีการใช้ยาที่เฉพาะเจาะจงกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแต่ละราย

2.2. ให้ข้อมูลในการรักษาด้วยยาและขนาดยาที่เฉพาะเจาะจงกับผู้ป่วยแต่ละรายแก่ทีม โดยใช้ความรู้ความเชี่ยวชาญในด้านเภสัชจลนศาสตร์ (Pharmacokinetics) ได้แก่ ระยะเวลาที่ยาเริ่มออกฤทธิ์ (Onset) ระยะเวลาที่ยาออกฤทธิ์ในร่างกาย (Duration of action) การเผาผลาญของยา (Metabolism) และการกำจัดยาออกจากร่างกาย (Excretion) รวมถึงการแปลผลระดับยาในเลือดของผู้ป่วย

2.3. ประเมินความเหมาะสมในการสั่งใช้ยา (Utilization) ของผู้ป่วย โดยเฉพาะกลุ่มยาที่ใช้ในการควบคุมอาการปวดและยาสำหรับบรรเทาอาการอื่น ๆ ซึ่งรวมถึงยาที่แพทย์สั่งและแพทย์ไม่ได้สั่ง แต่ผู้ป่วยหรือญาติสามารถรับประทานเอง เพื่อให้มีการใช้ยาที่เกิดประสิทธิภาพสูงสุด (39)

2.4. อธิบายและให้ความรู้แก่สมาชิกในทีมสหวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยระยะท้าย รวมถึงผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับความแตกต่างระหว่าง Drug-induced adverse effect กับ Drug-induced allergy reaction และช่วยเสนอแนะแนวทางการแก้ไขทางคลินิกในการแก้ไขตามความเหมาะสมด้วย

2.5. พัฒนาแนวทางปฏิบัติ (Protocol) ในการจัดการกับอาการปวดและอาการอื่น ๆ เช่น อาการคลื่นไส้ อาเจียน ท้องผูก หายใจลำบาก กระวนกระวาย ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ (39) เพื่อ

เพิ่มประสิทธิภาพในการจัดการกับอาการดังกล่าว รวมถึงการประเมินสูตรยาในการจัดการอาการให้มีความทันสมัยอยู่เสมอ

2.6.ให้ข้อมูลแก่สมาชิกในทีมสหวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลในเรื่องเกี่ยวกับอุปกรณ์ที่ใช้ในการบริหารยาที่เหมาะสม เช่น การใช้ Syringe driver ในการให้ยาทางใต้ผิวหนังอย่างต่อเนื่อง (Continuous subcutaneous infusion: CSCI) การใช้แผ่นปิด และการใช้ยาแบบซึมผ่านผิวหนัง เป็นต้น (39)

2.7.ร่วมวางแผนกับสมาชิกในทีมในเรื่องการจำหน่าย (Discharge) ผู้ป่วย และให้คำแนะนำในการใช้ยาที่ได้รับกลับไปรับประทานที่บ้าน รวมถึงเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนเมื่อมีการย้ายสถานที่ในการดูแลผู้ป่วยจากโรงพยาบาลไปบ้านหรือ Hospice เพื่อให้เกิดความมั่นใจในความต่อเนื่องของการดูแลเรื่องยา

2.8.ทบทวนคำสั่งใช้ยา (Medication review) เพื่อวิเคราะห์และค้นหาปัญหาที่เกี่ยวกับการใช้ยา (Medication-related problems) วิเคราะห์แนวโน้มของการเกิดเหตุการณ์ความคลาดเคลื่อนนั้นเพื่อ พัฒนาแผนการปฏิบัติงานในการป้องกันและแก้ไขปัญหา และช่วยทำให้สมาชิกในทีมตระหนักถึงความสำคัญของการรายงานข้อมูลความคลาดเคลื่อนทางยา (Medication error) ที่เกิดขึ้น

2.9.ทบทวนประวัติการใช้ยาเดิม (Medication reconciliation) ของผู้ป่วย ให้ความรู้แก่สมาชิกในทีมเรื่องการทบทวนการใช้ยาเดิมของผู้ป่วยและแนวทางในการปฏิบัติ โดยเริ่มกระบวนการตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มเข้ารับการรักษา (Admit) ระหว่างการรักษา และการออกจากโรงพยาบาล (Discharge) ของผู้ป่วย รวมไปถึงการเก็บยาเดิมและการบริหารจัดการยาหมดอายุ

2.10.ให้คำปรึกษาแก่สมาชิกในทีมในเรื่องการบันทึกประวัติการใช้ยาของผู้ป่วยลงในแฟ้มประวัติผู้ป่วย (Medication chart) เพื่อสื่อสารคำแนะนำในการรักษาด้วยยาไปยังผู้ให้บริการสุขภาพอื่น ๆ ซึ่งจะเป็ประโยชน์ในการส่งต่อข้อมูล เมื่อผู้ป่วยมีการย้ายสถานที่ในการดูแลรักษา เช่น การย้ายโรงพยาบาลหรือย้ายไปรับการดูแลในสถานที่ดูแล ผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Hospice) รวมถึงย้ายไปดูแลที่บ้าน และยังช่วยให้แพทย์มีความมั่นใจในข้อมูลการสั่งใช้ยาให้แก่ผู้ป่วย(39)

2.11.แนะนำการเปลี่ยนรูปแบบยาและการเทียบเคียงขนาดรวมถึงการปรับขนาดยาแก้ปวด เช่น การปรับเปลี่ยนจากการใช้ยา Morphine syr. ซึ่งอยู่ในรูปแบบยารับประทานมาเป็นยา Fentanyl ในรูปแบบแผ่นแปะ (Transdermal) หรือการปรับเปลี่ยนยา Morphine จากรูปแบบยาฉีดมาเป็นรูปแบบรับประทาน รวมถึงการคำนวณขนาดยาแก้ปวดกลุ่ม Opioids เพื่อให้เหมาะสมกับผู้ป่วย

2.12.แนะนำยาที่ใช้เสริมฤทธิ์ (Adjuvants) หรือ ใช้เป็นยาร่วม (Co-analgesic) กับยาบรรเทาอาการปวดอื่น ๆ เพื่อช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการบรรเทาอาการปวด เช่น ยาแก้อาการซึมเศร้า (Antidepressants) ยาชัก (Anticonvulsants) ยาต้านอาการวิตกกังวล (Antianxiety drugs) และยากลุ่ม คอร์ติโคสเตอรอยด์ (Corticosteroids) เป็นต้น (39)

2.13. สื่อสารให้คำแนะนำกับผู้ป่วยและผู้ดูแลเกี่ยวกับความสำคัญของยาที่ใช้ในแผนการรักษา รวมถึงทัศนคติในเรื่องการกลั้วติดยา โดยเภสัชกรต้องอธิบายความแตกต่างของการติดยา การพึ่งพาอาศัยยา การติดยาและภาวะที่จะพบ หากใช้ยาแก้ปวดกลุ่ม Opioid เกินขนาด และต้องช่วยพัฒนากระบวนการในการคัดกรอง (Screen) ผู้ป่วยที่มีปัญหาในเรื่องการกลั้วติดยา หรือมีแนวโน้มใช้ยาในทางที่ผิด สร้างแนวทางในการทำงานร่วมกับสมาชิกในทีม เพื่อจัดการกับปัญหาดังกล่าว

2.14. เตรียมยาสำหรับผู้ป่วยเฉพาะราย ซึ่งผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้ายมักจะมีการใช้ยาที่ไม่ใช่รูปแบบมาตรฐานทั่วไป เภสัชกรจึงมีหน้าที่ในการเตรียมและปรับสูตรตำรับและรูปแบบยาให้เหมาะสมกับผู้ป่วย เช่น ยาอมใต้ลิ้น ยาใช้ภายนอกหรือ หรืออาจจะพัฒนาสูตรตำรับให้บริหารง่ายขึ้น เช่น กลิ่นของยาที่ช่วยเพิ่มความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วย เตรียมสูตรตำรับยาที่เป็นทางเลือกสำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหาในเรื่องการกลืน โดยสูตรตำรับต้องได้มาตรฐานและมีความคงตัวที่ดี

2.15. เตรียมฉลากยาที่มีความครบถ้วนสมบูรณ์ของข้อมูลและช่วยให้ผู้ป่วยหรือญาติผู้ดูแลมีความเข้าใจและสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำในการใช้ยาได้ (39)

2.16. ช่วยประเมินความต้องการของผู้ป่วยในเรื่องการดูแลในด้านอื่น หรือการดูแลที่ผู้ป่วยมีความต้องการเพิ่มเติม เช่น ความต้องการการดูแลด้านจิตวิญญาณจากพระหรือ บาทหลวง หรือการดูแลด้านโภชนาการจากนักโภชนาการ เป็นต้น แล้วช่วยประสานกับทีมเพื่อหา แนวทางแก้ปัญหา

3.งานดูแลต่อเนื่องในชุมชน

3.1. ออกไปเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านร่วมกับทีมสหวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยระยะท้าย เพื่อประเมินในเรื่องการดูแลผู้ป่วย รวมถึงการดูแลตนเองของญาติผู้ดูแลและติดตามการตอบสนองต่อการใช้ยา แล้วสื่อสารโดยตรงกับผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลในการแก้ปัญหา รวมถึงการเยี่ยมบ้าน เพื่อดูแลครอบครัวหลังการเสียชีวิตของผู้ป่วยด้วย

3.2. ประสานผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพอื่น ๆ ที่อยู่ในชุมชนของผู้ป่วย เช่น เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลชุมชน เภสัชกรประจำร้านยาในชุมชนหรือพยาบาลในศูนย์บริการสุขภาพชุมชนในเรื่องการติดตามการใช้ยาของผู้ป่วย เพื่อให้มั่นใจว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลเรื่องยาอย่างต่อเนื่องและไม่เกิดปัญหาจากการใช้ยา (39)

8.การรับรู้บทบาทของเภสัชกรในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย

ศิริทัศน์ กระดานพล (6) ได้ศึกษาระดับการรับรู้ของบทบาทเภสัชกรร่วมกับทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย พบว่าสำหรับความรู้ความเข้าใจของเภสัชกรต่อนิยามความหมายและรูปแบบการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะท้าย พบว่าเภสัชกรส่วนใหญ่ให้นิยามความหมายและรูปแบบการทำงานว่าเป็น การดูแลที่ทำความคุ้นระหว่างการรักษาโรคที่ผู้ป่วยเป็นกับการรักษาแบบประคับประคองตามอาการและเป็นการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมในมิติด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิต วิญญาณโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และเข้าใจว่าการดูแลรูปแบบนี้เป็นการดูแลที่จะเริ่มให้เมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิต เมื่อก้าวถึงความจำเป็นของเภสัชกรต่อการ ทำงานในทีมสห

วิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ก็พบว่าเภสัชกรร้อยละ 98.78 ระบุว่ามีความจำเป็น แต่ส่วนใหญ่ให้ระดับความจำเป็นในระดับที่ปรึกษาในเวลาที่มีต้องการ (Consultant) และมีเภสัชกรร้อยละ 67.07 ที่มีความมั่นใจในการเข้าร่วมงานกับทีมโดยให้เหตุผลในเรื่องจุดเด่นของวิชาชีพเกี่ยวกับความสามารถ และทักษะในการค้นหาปัญหาที่เกี่ยวข้องยา (DRPs) และการเป็นวิชาชีพที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญด้านยาที่ดีโดยเฉพาะยาแก้ปวด สำหรับเภสัชกรที่ระบุว่าไม่มั่นใจในการเข้าร่วมทีม ส่วนใหญ่ให้เหตุผลในเรื่องการขาดองค์ความรู้และขาดประสบการณ์

เมื่อพิจารณาปัจจัยส่วนบุคคลที่อาจมีผลต่อระดับความสามารถในการทำงานของเภสัชกรในการทำงานดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ตามบทบาทความคาดหวังของทีมสหสาขาวิชาชีพก็พบว่า มี 3 ปัจจัยที่ส่งผลต่อระดับความสามารถของเภสัชกรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ปัจจัยด้านอายุที่มีผลต่อความสามารถในการดูแลผู้ป่วยในด้านจิตวิญญาณ และระดับการศึกษาที่สังกัดโรงพยาบาลที่ทำงานที่มีผลต่อการดูแลผู้ป่วยในด้านร่างกาย ส่วนคุณลักษณะที่เภสัชกรเห็นว่าเป็นสิ่งที่สำคัญที่สุดของเภสัชกรในการเข้าร่วมทีมก็คือ เรื่องขององค์ความรู้ (Knowledge) ในเรื่องโรคและยาโดยเฉพาะกลุ่มยาบรรเทาอาการปวด รองลงมาคือต้องเป็นคนที่มีความสามารถในการทำงาน เป็นทีม (Team work)

9.การจัดการปัญหาด้านการใช้ยา

ปัญหาเกี่ยวกับยา (Drug-related problems)

จากคำนิยามของ Stand (20) ได้ให้คำนิยามของปัญหาเกี่ยวกับยาว่าเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นกับการใช้ยาของผู้ป่วยในการรักษาโรคซึ่งอาจมีผลรบกวนหรือมีแนวโน้มที่จะรบกวนผลของการรักษาโรคซึ่ง Strand ได้แบ่งประเภทของปัญหาเกี่ยวกับยาเป็น 8 ประเภท ดังต่อไปนี้

1. ผู้ป่วยไม่ได้รับยาที่ควรจะได้ (Untreated indications)

- 1.1. แพทย์ไม่ได้สั่งใช้ยาในผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ที่ต้องได้รับยาเพื่อรักษาโรค
- 1.2. ผู้ป่วยได้รับยาไม่ครบตามเงื่อนไขของการรักษาโรค
- 1.3. ผู้ป่วยไม่ได้รับยา เพื่อบรรเทาหรือรักษาอาการ ภาวะแทรกซ้อน หรือโรคที่เกิดขึ้นใหม่

2. ผู้ป่วยได้รับยาไม่เหมาะสม (Improper drug selection)

- 2.1. การเลือกใช้ยาไม่ถูกต้องตามแนวทางการรักษาโรค
- 2.2. การเลือกใช้ยาที่เป็นข้อจำกัดหรือเป็นข้อห้ามใช้ในผู้ป่วย
- 2.3. การเลือกใช้ยาที่ทำให้เกิดอาการแพ้ผู้ป่วย
- 2.4. การเลือกใช้ยาที่เป็นอันตรายต่อทารกในครรภ์

3. ผู้ป่วยได้รับยาในขนาดที่ต่ำกว่าขนาดรักษา (Sub therapeutic dosage)

- 3.1. เกิดความผิดพลาดในการคำนวณขนาดยาตามน้ำหนักผู้ป่วย
- 3.2. ช่วงเวลาในการบริหารยาในแต่ละครั้งห่างกันเกินไป
- 3.3. การเสื่อมประสิทธิภาพหรือเสื่อมสลายของยาเตรียม ทำให้ได้ยาไม่ถึงขนาดการ

รักษา

4. ผู้ป่วยได้รับยาในขนาดสูงเกินกว่าขนาดรักษา (Over dosage)
 - 4.1. เกิดความผิดพลาดในการคำนวณขนาดยาตามน้ำหนักผู้ป่วย
 - 4.2. ช่วงเวลาในการบริหารยาในแต่ละครั้งใกล้กันเกินไป
 - 4.3. การเลือกใช้ช่องทางการบริหารยาไม่เหมาะสม
5. ผู้ป่วยเกิดความล้มเหลวในการรักษา (Failure to receive medication)
 - 5.1. ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา (Non-adherence and non-compliance)
 - 5.2. ผู้ป่วยรับประทานยาอื่นนอกเหนือจากคำสั่งแพทย์
6. ผู้ป่วยเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (Adverse drug reactions)
 - 6.1. อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาชนิดเอ (Type 1) สามารถทำนายได้ล่วงหน้าจากฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาของยา
 - 6.2. อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาชนิดบี (Type B) ไม่สามารถคาดคะเนได้ล่วงหน้าจากฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาพบอุบัติการณ์การเกิดต่ำแต่อัตราการเสียชีวิตสูง
7. ผู้ป่วยเกิดอันตรกิริยาระหว่างยา (Drug interactions)
 - 7.1. การเกิดอันตรกิริยาระหว่างยากับยา
 - 7.2. การเกิดอันตรกิริยาระหว่างยากับอาหาร
 - 7.3. การเกิดอันตรกิริยาระหว่างยากับโรค
8. ผู้ป่วยได้รับยาที่ไม่มีข้อบ่งชี้ทางวิชาการ (Medication use without indication)
 - 8.1. การใช้ยาที่มีข้อบ่งชี้หรือไม่มีผลต่อการรักษาโรคโดยไม่จำเป็น
 - 8.2. การใช้ยาที่ไม่มีหลักฐานทางวิชาการให้การรับรองผลการรักษา

10. การทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยในต่างประเทศ

Allsop MJ. Et al. (42) ได้ทำการศึกษา Protocol pain management ในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่ oncology clinic ในประเทศอังกฤษ ให้บริการที่มหาวิทยาลัยผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ได้แก่ แพทย์ พยาบาล และเภสัชกร ทำการศึกษาแบบ Randomized control trial จำนวน 160 คน โดยสุ่มแบบ 1:1 ให้ intervention กลุ่มทดลองมี Intervention คือการให้ความรู้เกี่ยวกับ self management มีสื่อเช่น คู่มือ DVD แจกให้ผู้ป่วยและผู้ดูแล ควบคู่กับการเข้าโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ส่วนกลุ่มควบคุมจะได้รับแค่โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายอย่างเดียว โดยทำการติดตามผลทุก 6 และ 12 สัปดาห์โดยการโทรศัพท์ติดตามพร้อมชุดข้อคำถามและวัดผลเปรียบเทียบคือ ระดับความปวด ความรู้ และประสบการณ์การได้รับโปรแกรม และ cost-effectiveness ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรม self management ควบคู่กับ โปรแกรม

การดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับความปวดได้ และผู้ป่วยรวมถึงผู้ดูแลมีความเข้าใจในอาการปวดและการบริหารจัดการเมื่อเกิดอาการปวดเพิ่มขึ้น มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ทำให้มองเห็นระบบการดูแลแบบทีมสหวิชาชีพผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย และสามารถนำผลมาพัฒนาระบบในบริการในคลินิกได้ แต่ในเรื่องการเปรียบเทียบ cost-effectiveness เกิดความยุ่งยากในการเก็บข้อมูลในการติดตาม อาจจะต้องใช้โปรแกรม Pain check ในอนาคตเพื่อให้ผู้ป่วยดูเบื้องต้น ก่อนที่จะปรึกษาทีมสหวิชาชีพ

Pourrat X. et al. (43) ได้ทำการศึกษาในผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยมีการทำ drug reconciliation ของผู้ป่วยที่ได้รับยาที่บ้านในประเทศฝรั่งเศส โดยทำการศึกษาแบบ Randomized crossover control trial เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลจาก hospital pharmacist ซึ่งเป็นการให้บริการตามปกติ และ ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลจาก community pharmacist ในการหา DRPs และทำการโทรศัพท์ติดตามในวันที่ 7 และวันที่ 35 หลังจากผู้ป่วยกลับบ้าน พบว่าการที่ community pharmacist โทรติดตามผู้ป่วยที่กลับบ้านทำ drug reconciliation เพื่อค้นหา DRPs พบว่าในวันที่ 7 จะสามารถค้นพบ DRPs จากยาได้มากกว่า เพื่อทำการแก้ปัญหาแล้วติดตามอีกในวันที่ 35 ทำให้อัตราร้อยละของ DRPs ลดลงจาก ร้อยละ 60 เป็นร้อยละ 45 ทำให้สรุปได้ว่า บทบาทที่สำคัญอีกอย่างของเภสัชกรคือการทำ drug reconciliation และการค้นหา DRPs

O'Connor. Et al. (14) ได้ทำการสำรวจเภสัชกรชุมชน 250 คน ในประเทศออสเตรเลีย เกี่ยวกับความรู้ ประสบการณ์ อารมณ์และความเชื่อต่อการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง พบว่า เภสัชกรปฏิบัติงานเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย 48% เภสัชกรที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย 36% เภสัชกรที่ได้รับการอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย 11% และเมื่อวิเคราะห์อารมณ์และความเชื่อ พบว่าเภสัชกรส่วนใหญ่มีความคิดเชิงบวกเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง คือ คิดว่าการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย มีความจำเป็นและตนเองมีคุณค่า รู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของทีม และมีความเชื่อในการสนับสนุนและสร้างประโยชน์ต่อผู้ป่วยและผู้ดูแล จึงสรุปได้ว่าความคิด ความรู้และทัศนคติที่ดีเกี่ยวกับงาน ผู้ป่วยระยะท้าย จะนำมาสู่การทำงานด้านการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย สำหรับเภสัชกรที่ดีในอนาคต รวมถึงการฝึกหัดและการเสริมความรู้เพิ่มเติมในงานดูแลผู้ป่วยระยะท้าย สำหรับเภสัชกรด้วย

Gazala A. et al. (44) ได้พัฒนาระบบการบริหารทางเภสัชกรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในประเทศสกอตแลนด์ โดยการสัมภาษณ์บทบาทการทำงานของ community pharmacist ที่นอกเหนือจากการจ่ายยาให้ผู้ป่วยเพื่อนำมาพัฒนาระบบร่วมกับทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย โดยผ่านทาง MacMillan Rural Palliative care Pharmacist Practitioner (MRPP) project ซึ่งประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล นักสังคมสงฆ์เคราะห์ นักเวชกิจฉุกเฉิน และ National health system management (NHS) การศึกษามีทั้งหมด 3 ชั้น เริ่มตั้งแต่ชั้นที่ 1 การทำงานร่วมกับทีมสหวิชาชีพ คือ ในส่วนของ MRPP จะส่งผู้เชี่ยวชาญเพื่อไปอบรมบุคลากรในทีมชุมชนเพื่อพัฒนาสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับระบบดูแลแบบประคับประคองในพื้นที่ จัดเตรียมอุปกรณ์และสถานที่สำหรับ

ให้บริการ ในส่วนของเภสัชกรชุมชน ต้องทราบนโยบายของทีม MRPP เพื่อที่จะเริ่มพัฒนาความสัมพันธ์เพื่อการทำงานร่วมกับทีม MRPP ชั้นที่ 2 การพัฒนาทักษะความรู้ด้านบริหารเภสัชกรรมของเภสัชกรให้เป็นผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย คือ ผู้เชี่ยวชาญจากทีม MRPP จัดเตรียมเครื่องมือให้เภสัชกรชุมชน เพื่อที่จะให้การบริการทางเภสัชกรรม และทำการพัฒนาเครื่องมือการเรียนการสอนสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ ผู้ป่วย และผู้ดูแล โดยทีม MRPP ให้ความรู้ความเข้าใจในชุมชนเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย แล้วจัดเตรียมและทดสอบระบบภายใต้การควบคุมของเภสัชกรชุมชน และเริ่มทดสอบการให้บริการที่ได้วางระบบของชั้นที่ 1 และชั้นที่ 3 อยู่ในช่วงกำลังพัฒนาระบบให้ต่อเนื่องไปยัง Home care และปรับปรุงระบบเพื่อให้ชุมชนสามารถให้บริการได้โดยไม่มีผู้เชี่ยวชาญ โดยมีทีม MRPP เป็นพี่เลี้ยง การศึกษานี้ให้ข้อเสนอแนะว่าการทำงานด้านการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ให้เป็นระบบควรเป็นการทำงานร่วมกันเป็นทีมสหวิชาชีพ และเภสัชกรควรได้รับการเพิ่มพูนทักษะความรู้ด้านงาน ผู้ป่วยระยะท้าย ด้วย เพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้ดียิ่งขึ้น

Yamada M. et al (17) มีการศึกษาการให้บริการบริหารเภสัชกรรมในผู้ป่วยระยะท้ายในประเทศญี่ปุ่น ที่เป็นโรคมะเร็งและได้รับยาแก้ปวดกลุ่ม opioids แบบผู้ป่วยนอกจำนวน 27 คน ติดตามอาการปวด โดยทำการติดตามผลการควบคุมอาการปวด การได้รับยา Breakthrough pain และการป้องกันผลข้างเคียงจากยาทางโทรศัพท์หลังจากได้รับคำแนะนำการใช้ยากกลุ่ม opioids จากเภสัชกรในวันที่ 3 และ 7 เนื่องจากยา opioids จะออกฤทธิ์แก้ปวดได้คงที่หลังจากได้ยาไป 48 ชั่วโมง โดยใช้เครื่องมือ numerical rating scale (NRS) จากการศึกษาพบว่า การให้บริการบริหารเภสัชกรรมและการโทรศัพท์ติดตามผู้ป่วยเพื่อติดตามอาการปวด ทำให้แพทย์สามารถปรับยาแก้ปวดกลุ่ม opioids ได้ตรงตามเป้าหมาย และสามารถควบคุมอาการปวดได้ถึงร้อยละ 90 นอกจากนี้เภสัชกรยังสามารถติดตามอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดจากยาได้อีกด้วย

Sandra LD. Et al. (16) ได้ทำการศึกษาดูแลผู้ป่วยระยะท้าย โดยกลุ่มผู้ป่วยคือผู้ป่วยมะเร็งระยะที่ 3-4 โดยศึกษาการทำงานของเภสัชกรร่วมกับทีมสหวิชาชีพในประเทศสหรัฐอเมริกา ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักสังคมสงเคราะห์ และบาทหลวง ในรูปแบบผู้ป่วยนอก พบว่าผู้ป่วยที่เข้าร่วมการศึกษามีจำนวนทั้งหมด 17 คนที่เข้ารับโปรแกรมดูแลแบบสหวิชาชีพ สามารถติดตามผลการศึกษาได้จำนวน 11 คน ผลการศึกษาพบว่าเภสัชกรสามารถค้นพบ DRPs ได้ถึง 20 เหตุการณ์ เภสัชกรสามารถเป็นที่ปรึกษาด้านยาให้กับทีมได้ ในการศึกษาพบว่าแพทย์มีการปรับยาตามคำแนะนำของเภสัชกรจำนวน 16 เหตุการณ์ และผลการประเมินความพึงพอใจจากผู้ป่วยพบว่าการได้รับการบริการแบบทีมสหวิชาชีพสามารถช่วยดูแลเรื่องการปรับยาให้ตรงกับสภาวะอาการที่ผู้ป่วยเป็นได้ และมีความพึงพอใจในทีมระดับ 5 (พึงพอใจมาก)

Lucy EZ. Et al. (2) ได้ทำการศึกษาดูแลผู้ป่วยระยะท้าย เป็นการศึกษาแบบ retrospective cohort study จากฐานข้อมูล SystemOne ในประเทศอังกฤษ ซึ่งศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะท้ายที่เข้าสู่การดูแลแบบประคับประคอง เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่

ไม่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง พบว่าร้อยละ 64.5 ผู้ป่วยระยะท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง เสียชีวิตที่ Hospice และ ร้อยละ 23.3 เสียชีวิตที่โรงพยาบาล พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 53 ได้รับยาแก้ปวดกลุ่ม opioids ผู้ป่วยระยะท้ายที่ไม่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง มาที่แผนกฉุกเฉิน 4 สัปดาห์สุดท้ายก่อนเสียชีวิต เทียบกับกลุ่มที่ได้รับ ผู้ป่วยระยะท้ายไม่ได้รับการดูแลตามโปรแกรมมาที่แผนกฉุกเฉิน 7 สัปดาห์ก่อนเสียชีวิต ($P < 0.001$) จึงสรุปได้ว่าผู้ป่วยระยะท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง มีคุณภาพชีวิตในช่วง end of life ดีกว่ากลุ่มผู้ป่วยระยะท้ายที่ไม่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง

Scott JE. Et al. (11) ได้ทำการศึกษาผลลัพธ์การบริบาลทางเภสัชกรรมร่วมกับทีมสหวิชาชีพ คือแพทย์ และพยาบาลในคลินิกโรคมะเร็งแบบผู้ป่วยนอก ใน Newfoundland และ Labrador ศึกษาในผู้ป่วยระยะท้าย จำนวน 200 คน โดยศึกษาแบบ Randomized control trial ซึ่งดูผลลัพธ์จากการทำ Medication reconciliation, การค้นหา DRPs และ Clinical outcome ของผู้ป่วย โดยติดตามผ่านทางโทรศัพท์หลังจาก ทำ Chemotherapy 2 วัน ผลการศึกษาพบว่า การทำ Medication reconciliation เภสัชกรสามารถช่วยค้นหา DRPs ได้ถึง 389 เหตุการณ์ คิดเป็น 3.7 DRPs ต่อผู้ป่วย 1 ราย ซึ่งถือว่าการค้นหา DRPs ของเภสัชกรเป็นบทบาทเด่นที่ช่วยทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยให้ผลการรักษาเป็นไปตามเป้าหมาย

งานวิจัยในประเทศไทย

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าบทบาทเภสัชกรในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายสามารถสรุปออกมาได้เป็นประเด็น ดังนี้

1. ในประเทศไทย การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะท้าย ยังอยู่ในช่วงแรก และเริ่มที่จะรู้จักแพร่มากขึ้น ซึ่งแตกต่างจากต่างประเทศที่ได้มีการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายมานานกว่า 45 ปี ซึ่งพบว่าการทำงานดูแลผู้ป่วยระยะท้าย นั้นจำเป็นต้องอาศัยการทำงานร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพ (Multidisciplinary team) เพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมได้ครบทุกมิติของการดูแล(40)(14)(11)(16)(41)(18)(6)

2. มีการศึกษาที่แนะนำว่าคุณลักษณะที่ดีของเภสัชกรไทยในงานดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ควรจะเริ่มตั้งแต่การมีทัศนคติ Attitude เพราะทัศนคติ (Attitude) ที่ดีนี้จะนำมาซึ่งความต้องการอยากเข้ามามีส่วนร่วมในทีมอันจะสร้างให้เกิดประสบการณ์ (Experience) ที่ดี (44)(15)(14)(45)(6)

3. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะท้าย ที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง จากทีมสหสาขาวิชาชีพ และมีการติดตามเยี่ยมบ้าน พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีคุณภาพชีวิตในช่วงเวลาสุดท้ายของชีวิตดีขึ้น สามารถจัดการอาการเจ็บป่วยต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในระยะ dying เช่น อาการปวด อาการหอบเหนื่อย เป็นต้น ได้ดีกว่าผู้ป่วยที่อยู่ในหน่วย Hospice care (2)(11)

4. บทบาทของเภสัชกร

เภสัชกรมีหน้าที่หลักในการให้คำแนะนำข้อมูลที่สำคัญและถูกต้องเกี่ยวกับการใช้ยา มีส่วนร่วมในการจัดทำรายการยาจำเป็นของโรงพยาบาล และวางแผนการรักษาให้แก่ผู้ป่วยเฉพาะราย ทั้งการรักษาแบบใช้ยาและไม่ใช้ยา อีกทั้งมีบทบาทในการบริหารจัดการด้านยา เช่น การจัดการการอุปโภคบริโภคจะเป็นสิ่งสำคัญในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย การจัดการอาการอื่นๆ เช่น อาการคลื่นไส้ อาเจียน ท้องผูก หลงลืม หอบเหนื่อย และนอกจากการจัดการอาการที่อาจเกิดขึ้นทางคลินิกแล้ว เภสัชกรสามารถดูแลและครอบคลุมถึงเรื่องการดูแลเรื่องจิตใจ ของผู้ป่วยและญาติ (40)(14)(11)(16)(41)(18)(6)

5. เภสัชกรควรเพิ่มพูนทักษะและองค์ความรู้อย่างสม่ำเสมอ ทั้งด้วยตนเองหรือผ่านกระบวนการฝึกอบรมทั้งระยะสั้นหรือระดับหลังปริญญา เพื่อสามารถร่วมให้การบริบาลและขยายบทบาทของเภสัชกรในการบริบาลบรรเทาแก่ผู้ป่วยระยะท้ายให้เป็นที่ประจักษ์ ส่งเสริมคุณภาพของการบริการแก่ทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้เกิดประโยชน์และความปลอดภัยแก่ผู้ป่วยจากการใช้ยาสูงสุด(44)(15)(18)(6)

6. การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะท้าย ไม่ใช่เพียงแต่ดูแลแบบ Terminal care เท่านั้น แต่ต้องคำนึงถึง quality of life ทั้งผู้ป่วยและญาติด้วย เพราะสมาชิกในทีมสหวิชาชีพแต่ละคนมีบทบาทหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยอย่างชัดเจน ลักษณะการดูแลผู้ป่วย เป็นความชำนาญตามวิชาชีพของตนเอง จึงทำให้เกิดการดูแลอย่างเป็นองค์รวม (2)(11)



บทที่ 3

ระเบียบวิธีวิจัย

งานวิจัยนี้เป็นแบ่งออกเป็น 2 ส่วนคือ ส่วนที่ 1 ศึกษาความคาดหวังของทีมสหวิชาชีพต่อบทบาทของเภสัชกรในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย เป็นงานวิจัยแบบพรรณนา (Descriptive research) ซึ่งใช้รูปแบบสัมภาษณ์การอภิปรายกลุ่ม (Focus Group discussion) และเชิงการสำรวจ (Survey research) ในการเก็บข้อมูล และ ส่วนที่ 2 ศึกษาผลของการบริหารทางเภสัชกรรมต่อผลลัพธ์ทางคลินิก และปัญหาด้านการใช้ยา เป็นงานวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ซึ่งใช้รูปแบบ Pretest-Posttest Experimental Design ในการเก็บข้อมูล ซึ่งผู้วิจัยจะทำการศึกษาและเก็บข้อมูลแบบคู่ขนาน (Parallel design) ทั้ง 2 ส่วนไปพร้อมกัน ดังนี้

ส่วนที่ 1 การศึกษาความคาดหวังของทีมสหวิชาชีพต่อบทบาทของเภสัชกรในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย

ส่วนที่ 1.1. การอภิปรายกลุ่มในทีมสหวิชาชีพที่ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ได้แก่ แพทย์และพยาบาล และเภสัชกรที่จะเข้าร่วมในทีม ในด้านความคาดหวังของทีมสหวิชาชีพต่อบทบาทของเภสัชกรในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในโรงพยาบาลชุมแพ จังหวัดขอนแก่น ซึ่งเป็นโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ จำนวน 242 เตียง

ส่วนที่ 1.2. สัมภาษณ์ความคิดเห็นของทีมสหวิชาชีพปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร ในโรงพยาบาลระดับหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ และหน่วยบริการระดับทุติยภูมิ (Secondary Care) เขตบริการสุขภาพที่ 7 ในมุมมอง 4 มิติ ได้แก่ กาย ใจ สังคม และจิตวิญญาณ โดยผู้วิจัยจะส่งจดหมายพร้อมแบบสำรวจไปยังหน่วยงานของผู้ตอบ และให้ส่งเอกสารกลับมาทางจดหมายที่ผู้วิจัย

ส่วนที่ 2 การศึกษาผลการบริหารทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะท้าย โดยการจัดการเรื่องอาการปวด การค้นหาและแก้ไขปัญหาด้านการใช้ยา และศึกษาผลการให้ความรู้ในผู้ดูแล โดยเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยโรคมะเร็งที่เข้ารับการดูแลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลชุมแพทั้งหมดและมีญาติที่ยินดีเข้าร่วมการศึกษา

ส่วนที่ 1 การศึกษาความคาดหวังของทีมสหวิชาชีพต่อบทบาทของเภสัชกรในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย

ส่วนที่ 1.1. การอภิปรายกลุ่ม (Focus Group discussion) ในทีมสหวิชาชีพที่ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยระยะท้าย

รูปแบบการศึกษา

การศึกษาในส่วนที่ 1.1. นี้ ออกแบบการศึกษาเป็น Qualitative research

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาคือ บุคลากรในทีมสหวิชาชีพได้แก่ แพทย์ พยาบาล และเภสัชกร (โดยผู้วิจัย) อย่างละ 1 คน ที่ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ของโรงพยาบาลชุมแพ ซึ่งเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมสำหรับศึกษาความคาดหวังของทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ซึ่งผู้วิจัยดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเองโดยกำหนดคุณสมบัติดังนี้

1. ปฏิบัติงานและเป็นสมาชิกในทีม ผู้ป่วยระยะท้าย ของโรงพยาบาลชุมแพ
2. มีประสบการณ์ในการทำงานในทีม ผู้ป่วยระยะท้าย อย่างน้อย 1 ปี
3. ยินดีในการให้ข้อมูลด้วยความสมัครใจ

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

การศึกษาระยะนี้เครื่องมือที่ใช้คือ แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง (Semi-structure interview guidelines) ซึ่งเป็นแบบสัมภาษณ์ปลายเปิดที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้น โดยประกอบด้วยประเด็นคำถามในการสัมภาษณ์ (Interview) ทั้งหมด 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้สัมภาษณ์

ส่วนที่ 2 ระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของโรงพยาบาล และประสบการณ์ในการทำงานของผู้ให้สัมภาษณ์

ส่วนที่ 3 ความคาดหวังของผู้ให้สัมภาษณ์ ต่อบทบาทและคุณลักษณะของเภสัชกรในการทำงานดูแลผู้ป่วยระยะท้าย

ส่วนที่ 4 ข้อเสนอแนะอื่น ๆ ของผู้ให้สัมภาษณ์

โดยมีขั้นตอนการสร้างแบบสัมภาษณ์ ดังนี้

1. ศึกษารายละเอียดเกี่ยวกับหลักการของงานดูแลผู้ป่วยระยะท้าย และรูปแบบการทำงานของเภสัชกรทั้งในและต่างประเทศจากตำรา เอกสาร วารสาร และงานวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง
2. นำข้อสรุปมาสร้างแบบสัมภาษณ์และนำแบบสัมภาษณ์ที่สร้างขึ้นเสนออาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสมและแก้ไขปรับปรุงให้ดีขึ้น

3. พัฒนาแบบสัมภาษณ์ตามคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษา
4. นำแบบสัมภาษณ์ที่ปรับปรุงไปให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่านตรวจสอบเนื้อหาและความสอดคล้อง
5. ปรับปรุงแบบสัมภาษณ์ตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญแล้วจึงนำไปใช้ในการสัมภาษณ์จริง

วิธีการรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์ (Interview) ในช่วงเดือนมีนาคม – พฤษภาคม พ.ศ. 2562 โดยทำการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลคนละ 1 ครั้ง ใช้เวลาในการสัมภาษณ์แต่ละครั้ง ประมาณ 1 ชั่วโมง โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. คัดเลือกสมาชิกที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเลือกแล้วทำการติดต่อประสานงานเพื่อขอความอนุเคราะห์ในการเข้าสัมภาษณ์
2. กำหนด วัน เวลา สถานที่ที่จะใช้ในการสัมภาษณ์รวมถึงทำการยืนยันการนัดหมายกับผู้ให้ข้อมูลก่อนวันสัมภาษณ์
3. ดำเนินการสัมภาษณ์ตามแบบสัมภาษณ์ที่เตรียมไว้ โดยทำการจดบันทึกการสัมภาษณ์ และขออนุญาตบันทึกข้อมูลด้วยการบันทึกเสียงการสัมภาษณ์
4. เมื่อสิ้นสุดการสัมภาษณ์ผู้วิจัยได้ทวนสอบความถูกต้องของข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์กับผู้ให้ข้อมูลอีกครั้ง

ส่วนที่ 1.2. สำนวจความคิดเห็นของทีมสหวิชาชีพปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยระยะท้าย

ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร ในโรงพยาบาลระดับหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ และหน่วยบริการระดับทุติยภูมิ เขตบริการสุขภาพที่ 7

รูปแบบการศึกษา

การศึกษาในส่วนที่ 1.2. นี้ออกแบบการศึกษาเป็น Descriptive research

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาระยะนี้ ได้แก่ สมาชิกในทีมสหวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกรที่ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ในโรงพยาบาลระดับหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ และหน่วยบริการระดับทุติยภูมิ เนื่องจากเขตบริการสุขภาพที่ 7 เป็นเขตที่นำร่องการให้บริการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย จึงเลือกกลุ่มประชากรแบบเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) ทั้งหมด 74 โรงพยาบาลของเขตบริการสุขภาพที่ 7 เก็บข้อมูลช่วงระหว่างเดือนมีนาคม – พฤษภาคม 2562

กลุ่มตัวอย่างคือ แพทย์ 1 คน พยาบาล 1 คน และเภสัชกร 1 คน ที่ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยระยะท้าย เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมสำหรับแนวคิด จุดหมายและวัตถุประสงค์ของการศึกษา ซึ่งผู้วิจัยดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยกำหนดคุณสมบัติดังนี้

1. ปฏิบัติงานและเป็นสมาชิกในทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ในโรงพยาบาลระดับหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ และหน่วยบริการระดับทุติยภูมิ เขตบริการสุขภาพที่ 7
2. มีประสบการณ์ในการทำงานในทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย อย่างน้อย 1 ปี
3. ยินดีในการให้ข้อมูลด้วยความสมัครใจ

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาส่วนที่ 1.2 การศึกษาระยะนี้เครื่องมือที่ใช้คือ เครื่องมือการวัดความสามารถของเภสัชกรในงานดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองตามความคาดหวังของทีมสหสาขาวิชาชีพ เป็นแบบสอบถามชนิดให้ผู้ตอบตนเอง (Self-administrated questionnaire) ซึ่งเป็นแบบสอบถามที่พัฒนาโดย ศิริทัศน์ กระจานพล (6) ที่ครอบคลุมข้อคำถาม 4 มิติ อาทิ การดูแลด้านร่างกาย (Physical care) การดูแลด้านจิตใจ (Psychological care) การดูแลด้านสังคม (Social care) การดูแลด้านจิตวิญญาณ (Spiritual care) โดยแบบสอบถามประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูล ได้แก่ เพศ อายุ อายุงานในสายงาน โรงพยาบาล ระดับการศึกษา สังกัดโรงพยาบาลที่ทำงาน งานประจำที่รับผิดชอบ ประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการทำงานดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ลักษณะของประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการทำงานดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ประสบการณ์ในการดูแลญาติหรือคนใกล้ชิดที่เจ็บป่วยในระยะสุดท้ายและระยะเวลาของประสบการณ์ดังกล่าว โดยแบบสอบถามส่วนนี้มีทั้งลักษณะหลายคำตอบให้เลือกตอบ (Multiple choice) และแบบปลายเปิด (Open-ended question)

ตอนที่ 2 ส่วนที่ 2 ประสบการณ์และความเข้าใจของผู้ตอบแบบสอบถามต่องานดูแลผู้ป่วยระยะท้าย โดยแบบสอบถามส่วนนี้มีทั้งลักษณะมีหลายคำตอบให้เลือกตอบ (Multiple choice) และแบบปลายเปิด (Open-ended question)

ตอนที่ 3 ความสามารถของเภสัชกรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิและโรงพยาบาลระดับปฐมภูมิในการทำงานดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ตามบทบาทจากความคาดหวังของทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยแบบสอบถาม ในส่วนนี้จะเป็นการให้คะแนนแบบมาตราส่วนประมาณค่า 10 ระดับ

ตอนที่ 4 คุณลักษณะของเภสัชกรที่มีความสำคัญต่อการทำงานร่วมกับทีมดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ตามความคาดหวังของทีมสหวิชาชีพ โดยแบบสอบถามในส่วนนี้จะมีการมีลักษณะมีหลายคำตอบให้เลือกตอบ (Multiple choice)

ตอนที่ 5 ข้อเสนอแนะของทีมสหวิชาชีพต่อเภสัชกรในส่วนปัญหาและอุปสรรคในการทำงานร่วมกับทีมดูแลผู้ป่วยระยะท้าย โดยแบบสอบถามในส่วนนี้จะมีลักษณะแบบปลายเปิด (Open-end question)

การวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบัท (Cronbach's alpha coefficient) ทั้งโดยรวมและรายด้าน อ้างอิงจาก ศิริทัศน์ กระดานพล (6)

ข้อคำถาม	Cronbach's alpha
การดูแลด้านร่างกาย (Physical care)	0.70
การดูแลด้านจิตใจ (Psychological care)	0.71
การดูแลด้านสังคม (Social care)	0.75
การดูแลด้านจิตวิญญาณ (Spiritual care)	0.72
โดยรวม	0.93

การเก็บข้อมูล

กลุ่มตัวอย่าง คือ สมาชิกในทีมสหวิชาชีพที่ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ได้แก่ แพทย์ เภสัชกร และพยาบาล ในโรงพยาบาลระดับหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ และหน่วยบริการระดับทุติยภูมิ เขตบริการสุขภาพที่ 7 ทั้งหมด

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิธีการรวบรวมข้อมูล การศึกษาระยะนี้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการส่งแบบสำรวจไปยังแพทย์ พยาบาล และเภสัชกรที่ปฏิบัติงานอยู่ในทีมสหวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ในโรงพยาบาลระดับหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ และหน่วยบริการระดับทุติยภูมิ เขตบริการสุขภาพที่ 7 จำนวน 74 โรงพยาบาล ในรูปแบบของหนังสือขอความร่วมมือ ในช่วงเดือน มีนาคม – พฤษภาคม พ.ศ.2562 โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. รวบรวมรายชื่อโรงพยาบาลหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ และหน่วยบริการระดับทุติยภูมิ เขตบริการสุขภาพที่ 7 เพื่อเตรียมจัดส่งแบบสอบถาม

2. ส่งแบบสำรวจไปยังกลุ่มตัวอย่างทางไปรษณีย์ จำนวน 222 ฉบับ (3ชุด/โรงพยาบาล) โดยแนบบันทึกข้อความขอความอนุเคราะห์ตอบแบบสำรวจ โดยจะระบุถึงตัวแทนทีมสหวิชาชีพที่ดูแล

ผู้ป่วยระยะท้ายในโรงพยาบาล ได้แก่ แพทย์ พยาบาล และเภสัชกร ซึ่งในแบบสำรวจจะระบุกำหนดวันส่งกลับภายใน 2 สัปดาห์

3.ติดตามแบบสำรวจ รวม 2 ครั้ง

4.รวบรวมแบบสำรวจ กรณีที่เป็น checklist จะลงรหัสข้อมูลในแบบสำรวจ บันทึกข้อมูลในคอมพิวเตอร์ วิเคราะห์ข้อมูลกรณีที่เป็นคำถามปลายเปิด จะรวบรวมบันทึกข้อมูลในคอมพิวเตอร์ วิเคราะห์เนื้อหา จัดประเด็น และสรุป

การวิเคราะห์ข้อมูล การศึกษาในระยะนี้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปคอมพิวเตอร์โดยใช้ สถิติ - เชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ในการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป โดยใช้การแจกแจง ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (\bar{X}) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) เพื่อแสดงผลข้อมูลส่วนบุคคล วิชาชีพ และระดับโรงพยาบาล

ส่วนที่ 2 การศึกษาผลการบริหารทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยระยะท้าย โดยการจัดการเรื่องอาการปวด การค้นหาและแก้ไขปัญหาด้านการใช้ยา และศึกษาผลการให้ความรู้ในผู้ดูแลรูปแบบการศึกษา

เป็นการศึกษาแบบ Pretest- Posttest Experimental Design

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาคือ ผู้ป่วยระยะท้ายที่เข้ารับการดูแลในคลินิกการดูแลแบบประคับประคองประเภทผู้ป่วยนอก ในโรงพยาบาลชุมชนแพทังหมดที่เข้ารับการดูแลในช่วงระหว่างเดือนมีนาคม - สิงหาคม 2562 และญาติหรือผู้ดูแล

การคำนวณขนาดตัวอย่าง

จากการทบทวนวรรณกรรมระดับความปวดและปัจจัยที่มีผลกับอาการปวดในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายของวัชร ต่อณี (46) พบว่าความชุกของอาการปวดในโรคมะเร็งร้อยละ 80 การคำนวณขนาดตัวอย่างจากสูตร Cochran ในกรณีที่ไม่มีทราบจำนวนประชากร มีรายละเอียดดังนี้(47)

$$n = \frac{Z_{\alpha/2}^2 P(1 - P)}{e^2}$$

เมื่อ n คือ ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

P คือ ค่าประมาณของ prevalence จากเรื่องที่ทำการศึกษา พบ 80 % ($P = 0.8$)

e คือ allowable error ของค่าประมาณที่ยอมให้เกิดขึ้นได้ 15 % ($d = 0.15$)
 $Z_{\alpha/2}$ คือ ค่ามาตรฐานที่ระดับความเชื่อมั่น 95% จะได้ $Z_{\alpha/2} = 1.96$

แทนค่าในสูตร

$$n = \frac{(1.96)^2 (0.8)(1 - 0.8)}{(0.15)^2}$$

ได้ค่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยในการให้คำแนะนำด้านยา 28 คน
 แต่เนื่องจากปริมาณกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ป่วยระยะท้าย ซึ่งไม่สามารถคาดการณ์สถานการณ์
 ได้ ทางผู้วิจัยจึงเลือกที่จะเก็บกลุ่มผู้ป่วยทั้งหมดที่อยู่ในช่วงเวลาที่กำหนด และยินยอมเข้าร่วมการ
 วิจัย

เกณฑ์คัดเลือกกลุ่มผู้ป่วยเข้าร่วมการศึกษา (Inclusion criteria) ที่มีคุณสมบัติครบทุก
 ข้อดังต่อไปนี้

- 1.เป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะท้ายที่เข้ารับบริการแบบผู้ป่วยนอกรายใหม่ โรงพยาบาลชุมแพ และได้รับการ
 การวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง (รหัส ICD10 คือ Z51.5)
- 2.ผู้ป่วยที่มีผู้ดูแลคอยจัดการเรื่องยาแก่ผู้ป่วย
- 3.ได้รับยาแก้ปวดกลุ่มโอปิออยด์ อย่างน้อย 1 ชนิด ได้แก่ Tramadol capsule 50 mg, MST 10
 mg, Morphine IR 30 mg, Morphine syrup 10mg/5ml), Kapanol 50 mg, Fentanyl patch
 25 mcg/patch
- 4.ผู้ป่วยและผู้ดูแลรับทราบรายละเอียดของการวิจัย และยินยอมเข้าร่วมการศึกษารั้งนี้
- 5.กรณีผู้ป่วยเสียชีวิตระหว่างเก็บข้อมูล จะเก็บข้อมูลจากญาติหรือผู้ดูแล

เกณฑ์คัดเลือกกลุ่มผู้ป่วยออกจากการศึกษา (Exclusion criteria) ที่มีคุณสมบัติข้อใดข้อ
 หนึ่งดังต่อไปนี้

- 1.ผู้ป่วยระยะท้ายที่รับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน
- 2.ผู้ป่วยและผู้ดูแลที่ไม่สามารถติดตามได้ระหว่างการทำวิจัย
- 3.ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลไม่ยินยอมเข้าร่วมกระบวนการทำวิจัย หรือขอออกจากการวิจัย

ตัวแปรที่ใช้ในการเก็บข้อมูลข้อมูลทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยและผู้ดูแล รวมถึงประวัติการรักษาและโรคร่วม ซึ่งมีตัวแปรต่าง ๆ
 ดังนี้

ตัวแปรอิสระ (Independent variable) ได้แก่

1. การติดตามปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดจากการใช้ยาแก้ปวดกลุ่มโอปิออยด์ ในผู้ป่วยระยะท้าย
2. การให้คำแนะนำปรึกษา ความรู้เรื่องการใช้อาแก้ปวดกลุ่มโอปิออยด์ และปัญหาด้านการใช้อาในผู้ป่วยระยะท้าย การดูแลตนเองแก่ผู้ป่วย

ตัวแปรตาม (Dependent variable) ได้แก่

ในผู้ป่วย :

1. ระดับความปวดโดยใช้วัด Pain visual analog scale (PVAS)
2. ชนิดและความถี่ของปัญหาด้านการใช้อาในผู้ป่วยระยะท้าย

ในผู้ดูแล :

1. ความรู้เรื่องยาแก้ปวดกลุ่มโอปิออยด์
2. ความพึงพอใจ

เครื่องมือการวิจัย

1. แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยระยะท้ายและผู้ดูแล ซึ่งประกอบด้วย
 - ข้อมูลพื้นฐานทั่วไปของผู้ป่วย และผู้ดูแล เช่น เพศ อายุ
 - ข้อมูลประวัติโรค และข้อมูลการรักษาปัจจุบัน
2. เครื่องมือประเมินระดับความปวด (PVAS)
3. ตารางบันทึกชนิดของปัญหาด้านการใช้อา
4. แบบประเมินความรู้เรื่องโรคและยาโดยสอบถามข้อมูลจากผู้ดูแล ก่อนและหลังการได้รับบริการให้คำปรึกษาแนะนำจากเภสัชกร
5. คู่มือให้ความรู้เรื่องโรคและการใช้อาแก้ปวดกลุ่มโอปิออยด์ในผู้ป่วยระยะท้าย พัฒนาโดยผู้วิจัย

แบบประเมินความรู้เรื่องโรคและยา

เป็นแบบประเมินที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมา เพื่อใช้วัดความรู้ด้านโรคและยาของผู้ดูแลผู้ป่วย ซึ่งแบบประเมินได้ทำการทดสอบความตรง (validity) ของแบบประเมินโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ได้แก่ อาจารย์จากคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม 3 ท่าน และทำการทดสอบหาค่าความเชื่อมั่น (reliability) ของแบบประเมินความรู้ในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้าย จำนวน 15 ราย โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบัท (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ 0.820

ในการทำแบบประเมินความรู้ ผู้วิจัยกำหนดให้ผู้ป่วย หรือผู้ดูแลทำแบบประเมินความรู้ทั้งหมด 3 ครั้ง คือ ครั้งที่ 1 ก่อนได้รับความรู้ ครั้งที่ 2 หลังจากได้รับความรู้จากเภสัชกร โดยผู้วิจัย (D0) หลังจากนั้นในวันที่ 7 (D7) และวันที่ 14 (D14) จะมีการติดตามอาการทางคลินิก โดยสอบถาม

จากผู้ป่วยหรือผู้ดูแล คือ อาการปวด (คะแนนจาก 0 ถึง 10) และปัญหาด้านการใช้ยาทางโทรศัพท์ ครั้งที่ 3 หลังจากได้รับความรู้จากเภสัชกร (D30) ประมาณ 30 วัน ซึ่งผู้ป่วยหรือผู้ดูแลต้องทำแบบประเมินด้วยตนเอง ยกเว้นผู้ป่วยหรือผู้ดูแลที่มีปัญหาเรื่องการอ่าน หรือทางมองเห็น ผู้วิจัยจะเป็นผู้อ่านแบบสอบถามให้ โดยไม่มีการอธิบายเพิ่มเติม

เนื้อหาของแบบประเมินความรู้ ประกอบด้วย วัตถุประสงค์ความรู้ การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง ความรู้เรื่องยาที่ใช้รักษา ผลข้างเคียงจากยา วิธีการปฏิบัติตัว และการป้องกันการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยา โดยทำเป็นคำถามแบบมีตัวเลือก 3 ตัว คือ ใช่ ไม่ใช่ ไม่มั่นใจ โดยให้ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลเลือกตอบเพียงข้อเดียว การให้คะแนนเมื่อตอบถูกจะได้ 1 คะแนน ตอบผิด หรือไม่มั่นใจ จะได้ 0 คะแนน

การให้ความรู้เรื่องโรคและยาแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล

เภสัชกร (โดยผู้วิจัย) จะให้ความรู้เรื่องโรคและยาที่ใช้ในผู้ป่วยระยะท้าย แก่ผู้ป่วยหรือญาติผู้ดูแล เกี่ยวกับแนวทางการรักษาตามแผนการรักษาของแพทย์ การปฏิบัติตัวที่เหมาะสม ความรู้เรื่องยา ได้แก่ ข้อบ่งใช้ ขนาดยา ข้อควรระวัง การใช้ยากลุ่มโอปิออยด์ ในการบรรเทาปวดแบบ around the clock และ breakthrough pain อาการที่ไม่พึงประสงค์จากยา ความสำคัญของการให้ความร่วมมือในการใช้ยา ข้อปฏิบัติเมื่อลืมกินยา และข้อปฏิบัติเมื่อเกิดอาการที่ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ให้สมุดคู่มือให้ความรู้เรื่องโรคและการใช้ยาแก่กลุ่มโอปิออยด์ในผู้ป่วยระยะท้าย พร้อมทั้งให้คำแนะนำปรึกษาเรื่องยา รวมถึงแนะนำการจดบันทึกการใช้ยาเมื่อผู้ป่วยมีอาการปวดหรือหอบเหนื่อยระหว่างวัน (break through pain) เพื่อให้แพทย์ทำการปรับขนาดยาที่เหมาะสมในนัดครั้งต่อไป

แบบประเมินความพึงพอใจ

ในวันที่ 30 (D30) หลังจากประเมินความรู้เรื่องโรคและยา ทางผู้วิจัยจะให้ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลทำแบบประเมินความพึงพอใจด้วยตนเอง ซึ่งเป็นแบบประเมินที่ผู้วิจัยทำการพัฒนาขึ้นมา หลังจากนั้นให้ผู้ป่วยหรือผู้ดูแล นำแบบประเมินความพึงพอใจใส่กล่องที่ทางผู้วิจัยได้จัดเตรียมไว้ให้

การตรวจสอบเครื่องมือ

ก่อนการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยจะมีการตรวจสอบความถูกต้องของเครื่องมือด้วยขั้นตอนดังนี้

- 1.ศึกษารายละเอียดเกี่ยวกับหลักการของงานดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ของโรงพยาบาลชุมชน และรูปแบบการวิเคราะห์ทั้งในและต่างประเทศจากตำรา เอกสาร วารสาร และงานวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง
- 2.นำข้อสรุปมาสร้างแบบให้คำแนะนำการใช้ยาและแบบทดสอบความรู้ความเข้าใจก่อน-หลังได้รับคำแนะนำโดยเภสัชกร จากนั้นนำแบบให้คำแนะนำการใช้ยาและแบบทดสอบความรู้ความเข้าใจก่อน-หลังได้รับคำแนะนำโดยเภสัชกรที่สร้างขึ้นเสนออาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสม และแก้ไขปรับปรุงให้ดีขึ้น

- 3.พัฒนาปรับปรุงร่างแบบให้คำแนะนำการใช้ยาและแบบทดสอบความรู้ความเข้าใจก่อน-หลังได้รับคำแนะนำโดยเภสัชกร ตามคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษา
- 4.นำให้คำแนะนำการใช้ยาและแบบทดสอบความรู้ความเข้าใจก่อน-หลังได้รับคำแนะนำโดยเภสัชกรที่ปรับปรุงไปให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่านตรวจสอบเนื้อหาและความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์
- 5.ปรับปรุงแบบบันทึกและแบบสัมภาษณ์ตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญแล้วจึงนำไปใช้จริง

ทดสอบความเที่ยงตรง (Validity) มีการนำแบบประเมินความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายไปให้ผู้เชี่ยวชาญที่มีประสบการณ์ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา จากนั้นปรับแก้ไขและเพิ่มเติมบางส่วนตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญและนำไปทดสอบกับกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในโรงพยาบาลของรัฐในระดับหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ และหน่วยบริการระดับทุติยภูมิ

ทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบประเมินความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbrach's alpha coefficient) โดยทำการทดลองเก็บข้อมูล (Try-out) กับกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ในโรงพยาบาลของรัฐในระดับหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ และหน่วยบริการระดับทุติยภูมิ มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 15-20 คน

การเก็บข้อมูล

การเก็บข้อมูลจะเป็นการเก็บข้อมูลความรู้และความเข้าใจด้านยาก่อนและหลังการได้รับคำแนะนำการใช้ยาจากเภสัชกรผู้รับผิดชอบงานดูแลผู้ป่วยระยะท้าย โรงพยาบาลชุมแพ โดยผู้วิจัยซึ่งผ่านการอบรมหลักสูตรการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายสำหรับเภสัชกร โดยการโทรศัพท์ติดตามในวันที่ D0, D7, D14, D30 และติดต่อทำหนังสือขออนุญาต ขอความอนุเคราะห์ข้อมูลและขอความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับงานดูแลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลชุมแพ

กลุ่มผู้ให้บริการ

กลุ่มผู้ให้บริการคือ เภสัชกรผู้รับผิดชอบงานดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ของโรงพยาบาลชุมแพ ซึ่งได้ผ่านการอบรมหลักสูตรการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายสำหรับเภสัชกร มีหน้าที่ให้ความรู้เรื่องโรคและยา ค้นหาและแก้ไขปัญหาด้านการใช้ยาที่เกิดขึ้นในผู้ป่วย และให้ความรู้เรื่องโรคและยาแก่ผู้ดูแลผู้ป่วย พร้อมทั้งให้คู่มือให้ความรู้เรื่องโรคและการใช้ยาแก่กลุ่มโอปิออยส์ในผู้ป่วยระยะท้าย แก่ผู้ดูแล โดยมีขั้นตอนดังนี้

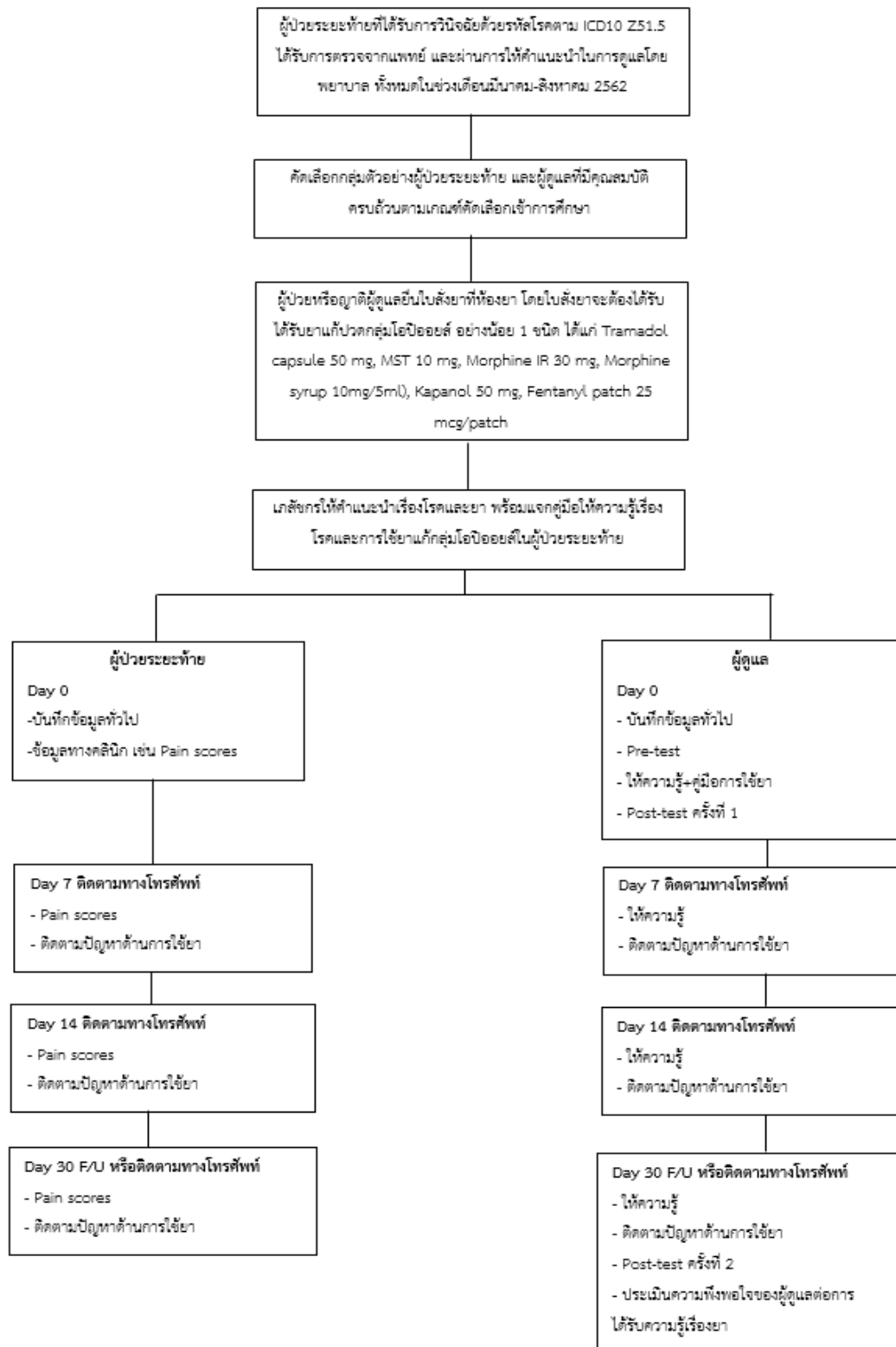
- 1.ติดต่อตัวอย่างที่ยินดีให้ข้อมูลและเข้าร่วมในการศึกษา
- 2.ทดสอบความรู้ความเข้าใจด้านยาด้วยแบบทดสอบก่อนเข้ารับบริการ
- 3.ให้คำแนะนำการใช้ยาตามแบบให้คำแนะนำการใช้ยาที่เตรียมไว้โดยเภสัชกร
- 4.ทดสอบความรู้ความเข้าใจด้านยาด้วยแบบทดสอบหลังได้รับบริการ

5.เมื่อสิ้นสุดการทำแบบทดสอบผู้วิจัยได้ทวนสอบความถูกต้องของข้อมูล

กลุ่มผู้รับบริการ

ได้แก่ ผู้ป่วยระยะท้ายและผู้ดูแล ที่เข้าร่วมตามเกณฑ์คัดเลือกเข้าการศึกษา ซึ่งผู้ป่วยระยะท้ายจะถูกประเมินผลลัพธ์ทางคลินิก และปัญหาด้านการใช้ยาโดยการสอบถามผู้ป่วยหรือผู้ดูแลก่อน (D0) และหลังการศึกษา (D7, 14, 30) ในผู้ดูแลจะถูกประเมินความรู้ (D0 และ D30) และความพึงพอใจในวันที่ (D30) ในช่วงเดือนกรกฎาคม – ธันวาคม 2562





ภาพที่ 1 แสดงแผนผังการดำเนินการวิจัยในส่วนที่ 2

การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาในระยนี้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปคอมพิวเตอร์โดยใช้ สถิติ Pair T-Test ในการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป โดยใช้การแจกแจง ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (\bar{X}) ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน (SD) เพื่อแสดงผลความรู้ความเข้าใจในการใช้ยาของผู้ป่วยหรือญาติ เปรียบเทียบก่อน และ หลังการได้รับคำแนะนำด้านยาจากเภสัชกร

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยครั้งนี้ ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เลขที่การรับรอง 120/2562



บทที่ 4

ผลการศึกษา

การศึกษาเรื่องความคาดหวังของทีมสหวิชาชีพต่อบทบาทของเภสัชกรในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง และ ผลการบริหารทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง ผู้วิจัยได้แบ่งผลการศึกษาออกเป็น 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ผลการศึกษาคความคาดหวังของทีมสหวิชาชีพต่อบทบาทของเภสัชกรในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย เป็นงานวิจัยแบบพรรณนา (Descriptive research) ซึ่งใช้รูปแบบอภิปรายกลุ่ม (Focus group discussion) และเชิงการสำรวจ (Survey research) แบ่งผลการศึกษาออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1.1 ผลการอภิปรายกลุ่ม (Focus group discussion) ต่อประสบการณ์การทำงานในทีมสหวิชาชีพที่ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยระยะท้าย

ส่วนที่ 1.2 ผลการสำรวจความคิดเห็นของทีมสหวิชาชีพต่อการปฏิบัติงานของเภสัชกรในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย

ส่วนที่ 2 ผลการบริหารทางเภสัชกรรมต่อผลลัพธ์ทางคลินิก และปัญหาด้านการใช้จ่าย เป็นงานวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ซึ่งใช้รูปแบบ Pretest-Posttest Experimental Design ในการเก็บข้อมูล

ซึ่งผู้วิจัยได้ทำการศึกษาและเก็บข้อมูลแบบคู่ขนาน (Parallel design) ทั้ง 2 ส่วนไปพร้อมกันในช่วงเดือนกรกฎาคม - ธันวาคม พ.ศ. 2562 โดยมีรายละเอียดผลการศึกษาดังนี้

การศึกษาในส่วนที่ 1 ความคาดหวังของทีมสหวิชาชีพต่อบทบาทของเภสัชกรในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย

ส่วนที่ 1.1 การอภิปรายกลุ่ม (Focus Group discussion) เป็นการสัมภาษณ์ทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

- 1) ข้อมูลทั่วไปของทีมสหวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยระยะท้าย
- 2) ประสบการณ์และรูปแบบการทำงานของทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย

3) ความคาดหวังของทีมสหสาขาวิชาชีพต่อบทบาทและคุณลักษณะของเภสัชกรในการทำงานดูแลผู้ป่วยระยะท้าย

4) ข้อเสนอแนะต่อการทำงานของเภสัชกรในทีมสหวิชาชีพ และบทบาทของเภสัชกรที่ควรมีในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย

1.1.1 ข้อมูลทั่วไปของทีมสหวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยระยะท้าย

ทีมสหวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของโรงพยาบาลชุมแพ อำเภอลำภู จังหัดขอนแก่น เข้าร่วมการอภิปรายกลุ่มจำนวนทั้งสิ้น 3 คน เป็นอายุรแพทย์จำนวน 1 คน เภสัชกรจำนวน 1 คน และพยาบาลวิชาชีพจำนวน 1 คน พบว่าแพทย์และพยาบาลมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย รวมถึงการดูแลญาติผู้ป่วยที่อยู่ในระยะท้ายแบบประคับประคองอยู่ในช่วงเวลา 2-4 ปี ส่วนเภสัชกรมีการจ่ายยาให้ผู้ป่วยระยะท้ายแต่ไม่เคยมีประสบการณ์โดยตรงในการดูแลญาติของผู้ป่วยระยะท้าย

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของทีมสหวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยและญาติของผู้ป่วยระยะท้าย

ลำดับ	ตำแหน่งงาน	อายุ (ปี)	เพศ	ประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยระยะท้าย (ปี)	ประสบการณ์ดูแลญาติผู้ป่วยระยะท้าย
1	อายุรแพทย์	38	หญิง	4	มี
2	พยาบาลวิชาชีพ	35	หญิง	2	มี
3	เภสัชกร	31	หญิง	2	ไม่มี

1.1.2 ประสบการณ์และรูปแบบการทำงานของทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย

1) ที่มาของการทำงานในทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย

แพทย์ พยาบาล และเภสัชกร ได้รับมอบหมายจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลและหัวหน้างานในการเข้ามาทำงานในทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย

- แพทย์ : ปี พ.ศ.2557 ได้รับมอบหมายให้เป็นประธานคณะกรรมการ การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของโรงพยาบาล”

- พยาบาล : ปี พ.ศ. 2557 ได้รับมอบหมายงานในหน่วยงาน ICU ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย

ปี 2560 ได้รับการอบรมหลักสูตรระยะสั้นเกี่ยวกับงาน palliative care จำนวน 4 ครั้ง ครั้งละ 1 วัน 3 วัน 5 วัน และ 1 เดือน ตามลำดับ

ปี 2562 ได้ไปอบรมระยะสั้นจำนวน 1 ครั้ง นาน 4 เดือน หลังจากจบการอบรม ได้เริ่มทำงานในศูนย์ประจำประคองของโรงพยาบาลชุมแพ และทำหน้าที่เป็น ผู้จัดการระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย (care manager) ของศูนย์ประจำประคองโรงพยาบาลชุมแพ

- เกสัชกร : ปี พ.ศ. 2560 ได้รับมอบหมายเป็นเกสัชกรประจำคลินิกดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ของศูนย์ประจำประคอง โรงพยาบาลชุมแพ โดยได้รับการอบรมในหลักสูตรระยะสั้น 2 สัปดาห์ เรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายสำหรับเกสัชกร ของศูนย์การุณรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ จังหวัดขอนแก่น

2) แรงจูงใจและเป้าหมายในการทำงานในทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย

แรงจูงใจและเป้าหมายในการทำงานของทีมสหวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยระยะท้าย คือ มีความมั่นใจที่จะช่วยเหลือและจัดการปัญหาในผู้ป่วยและญาติร่วมกับการมีเป้าหมายเพื่อลดอาการเจ็บป่วย ความไม่สุขสบาย หรือทุกข์ทรมานของผู้ป่วย การได้รับการชื่นชมจากผู้ป่วยและญาติ และการยอมรับในบทบาทวิชาชีพในทีมสหวิชาชีพด้วยกัน ทำให้มีความสุขและมีกำลังใจในการทำงาน

- แพทย์ : “คิดว่าเมื่อเห็นผู้ป่วยไม่มีความสุขทรมานในวาระสุดท้ายของชีวิต อาการเจ็บป่วยหรืออาการไม่สุขสบาย เราสามารถช่วยเข้าไปจัดการอาการเหล่านั้นและช่วยให้ผู้ป่วยพ้นจากความเจ็บปวดนั้น”

- พยาบาล : “มีความชอบในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ผลตอบรับจากการให้บริการจากผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจ ได้รับการชื่นชมทำให้มีกำลังใจทำงาน”

- เกสัชกร : “หลังจากเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของทีม และเข้ามาให้คำแนะนำในการใช้ยาแก้ปวด จัดการอาการไม่พึงประสงค์หรืออาการข้างเคียงจากยาต่าง ๆ ให้กับผู้ป่วยและญาติ ผลตอบรับดี ได้รับการยอมรับ จากทั้งทีมสหวิชาชีพ ผู้ป่วยและญาติ ทำให้เกิดแรงจูงใจในการพัฒนางานและการบริการให้ดีขึ้น”

3) ทักษะคติของทีมสหวิชาชีพต่อการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย

การดูแลแบบประคับประคองเป็นการดูแลผู้ป่วยที่เผชิญด้วยโรคในระยะเวลาที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ตลอดระยะเวลาเจ็บป่วยจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต ร่วมกับการวางแผนล่วงหน้าเพื่อทำให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบ สมศักดิ์ศรี ตามเจตจำนงของผู้ป่วย โดยเป็นการดูแลที่ครอบคลุมทุกมิติ ทั้งกาย ใจ สังคม และจิตวิญญาณ

- แพทย์ : “การดูแลแบบประคับประคองเป็นการดูแลให้กับผู้ป่วยที่เผชิญด้วยโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ตลอดระยะเวลาเจ็บป่วยจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต โดยการครอบคลุมการดูแลรักษาพยาบาลเพื่อควบคุมอาการทางกาย การดูแลสนับสนุนทางจิตใจ สังคม วัฒนธรรมและจิตวิญญาณ”

- พยาบาล : “ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง เพื่อให้ผู้ป่วยไม่ทุกข์ทรมาน เจ็บปวด ทั้งทางร่างกาย จิตใจ ตลอดระยะเวลาของการเจ็บป่วยจนถึงระยะสุดท้ายของชีวิต รวมถึง การได้รับการวางแผนล่วงหน้า (advance care plan) เพื่อเป็นการวางแผนชีวิตของผู้ป่วยระยะท้าย ตามเจตจำนงของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสมศักดิ์ศรี ตายอย่างสงบ”

- เกสัชกร : “เป็นการดูแลผู้ป่วยที่เผชิญกับโรคที่รักษาไม่หายขาด โดยการ ประคับประคองทุกมิติ กาย ใจ สังคม และจิตวิญญาณ และการทำงานเป็นทีมสหวิชาชีพในการดูแล ผู้ป่วยให้ครบทุกมิติ พร้อมทั้งช่วยเหลือผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน”

4) รูปแบบการทำงานเป็นทีมสหวิชาชีพในภาพรวมทั้งในและต่างประเทศในปัจจุบัน เป็นอย่างไร

การทำงานทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในประเทศไทยในปัจจุบัน มีการประสานงานกันทั้งหน่วยงาน ภายในและภายนอกองค์กร เพื่อส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยตลอดจนการ ติดตามอาการที่บ้าน และการดูแลหลังการสูญเสียของครอบครัวผู้ป่วย

- แพทย์ : “มีการประสานงานกันทั้งหน่วยงานภายในและภายนอกองค์กร เพื่อส่งต่อ ข้อมูลผู้ป่วยตลอดจนการติดตามอาการที่บ้าน และการดูแลหลังการสูญเสียของครอบครัวผู้ป่วย”

- พยาบาล : “มีการทำงานร่วมกับทีมสหวิชาชีพ คือแพทย์แผนไทย และการแพทย์ ทางเลือก รวมถึงการทำงานเป็นเครือข่ายร่วมกันในเขตบริการสุขภาพ”

- เกสัชกร : “ภาพรวมของการทำงานดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง จะทำงาน ร่วมกับแบบสหวิชาชีพ เพื่อดูแลผู้ป่วย และญาติได้ครบทุกมิติการดูแล”

5) วิชาชีพที่ควรมีบทบาทในทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย

อย่างน้อยในทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ควรมีแพทย์ พยาบาล เกสัชกร ทีมเยี่ยมบ้าน และเจ้าหน้าที่รพ.สต. แต่ถ้าสามารถมีบุคลากรอื่น ๆ จะช่วยให้งานดูแลผู้ป่วย ได้ครอบคลุมทุกมิติมากขึ้น

- แพทย์ : “แพทย์ พยาบาล เกสัชกร ทีมเยี่ยมบ้าน และเจ้าหน้าที่รพ.สต.”

- พยาบาล : “แพทย์ เกสัชกร พยาบาล โภชนากร กายภาพบำบัด จิตแพทย์ แพทย์ ทางเลือก แพทย์แผนไทย และหน่วยเยี่ยมบ้าน”

- เกสัชกร : “แพทย์ พยาบาล เกสัชกร กายภาพบำบัด ทีมเยี่ยมบ้าน แพทย์ ทางเลือก”

6) บทบาท หน้าที่ ต่อการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ในมุมมองของแต่ละวิชาชีพที่ดูแล ผู้ป่วยระยะท้าย

แพทย์ : เป็นผู้ลงความเห็นว่าเป็นผู้ป่วยระยะท้าย การสั่งการรักษา การให้ยา ควบคุมอาการ

พยาบาล : การให้การพยาบาลแบบองค์รวม จัดการความปวด ควบคุมอาการตอบสนองความต้องการด้านจิตใจ ช่วยจัดการอาหาร ให้การพยาบาล ส่งต่อเนื่องชุมชน และการประเมินเบื้องต้น

เภสัชกร : ดูแลระบบยา เพื่อให้การสนับสนุนเรื่องยา ให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา อาการข้างเคียงของยา

- แพทย์ : “แพทย์ เป็นผู้ลงความเห็นว่าเป็นผู้ป่วยระยะท้าย การสั่งการรักษา การให้ยาควบคุมอาการ พยาบาล การให้การพยาบาลแบบองค์รวม จัดการความปวด ควบคุมอาการตอบสนองความต้องการด้านจิตใจ เภสัชกร ดูแลสนับสนุนเรื่องยา ให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา อาการข้างเคียงของยา”

- พยาบาล : “แพทย์ ทุกสาขา/แพทย์ทางเลือก มีบทบาทวินิจฉัยโรค และให้การรักษา พยาบาล ช่วยจัดการอาหาร ให้การพยาบาล ส่งต่อเนื่องชุมชน และการประเมินเบื้องต้น เภสัชกร ให้ข้อมูลยา บริหารจัดการระบบยา”

- เภสัชกร : “แพทย์ มีบทบาทในการวินิจฉัย ประเมินผู้ป่วยว่าเป็นผู้ป่วยระยะท้าย และให้ทางเลือกในการรักษา ไม่ว่าจะเป็นยาจัดการอาการควบคู่กับการรักษาทางเลือกอื่นๆ พยาบาล มีบทบาทในการจัดการอาการ การดูแลมิติทางกาย และด้านจิตใจของผู้ป่วยและญาติ เภสัชกร มีบทบาทด้านการจัดหา จัดเตรียมยาให้พร้อมใช้ รวมถึงให้คำแนะนำเกี่ยวกับการใช้ยา รวมถึงการติดตามอาการที่ไม่พึงประสงค์จากยา”

1.1.3 ความคาดหวังของทีมสหวิชาชีพต่อบทบาทและคุณลักษณะของเภสัชกรในการทำงานดูแลผู้ป่วยระยะท้าย

ปัจจุบันเภสัชกรมีบทบาทในการบริหารจัดการเกี่ยวกับการดูแลระบบยา ทั้งการจัดหายา การให้ข้อมูล ด้านยาให้กับแพทย์ พยาบาล ผู้ป่วยและญาติ รวมถึงให้ข้อมูลเชิงลึกการออกฤทธิ์ของยา ขนาดการใช้ยา อาการข้างเคียงจากยา การปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการใช้ยา ทั้งแพทย์ พยาบาล รวมถึงเภสัชกรเห็นว่าเภสัชกรมีความสำคัญและจำเป็นในทีม ตามบทบาทที่ทีมสหวิชาชีพคาดหวัง ทั้งการดูแลผู้ป่วยด้านร่างกายเพื่อให้ช่วยบริหารจัดการยาที่เหมาะสม แนะนำการใช้ยาในการจัดการอาการที่ไม่สุขสบายของผู้ป่วยเฉพาะรายตามแผนการรักษาของแพทย์ และเป็นผู้ให้ข้อมูลด้านยาแก่ทีมดูแล นอกจากนี้เภสัชกรยังสามารถช่วยเหลือด้านจิตใจแก่ผู้ป่วยและญาติโดยการอธิบายให้เข้าใจถึงการใช้ยา ไม่ให้ญาติกังวลใจต่อยาที่ผู้ป่วยได้รับ และหากเป็นไปได้ทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ต้องการให้มีทั้งแพทย์และเภสัชกรร่วมทีมเยี่ยมบ้าน โดยบทบาทที่ทีมสหวิชาชีพคาดหวังให้เภสัชกรช่วยเหลือในลำดับแรก ๆ คือ ให้ข้อมูลเรื่องยาและอาการข้างเคียง โดยเฉพาะยาแก้ปวดกลุ่ม opioids ให้มีการถ่ายทอดความรู้ด้านยาให้กับบุคลากร ทีมสหวิชาชีพ ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ผลลัพธ์ในการใช้ยาให้กับผู้ป่วยระยะท้าย เปิดช่องทางในการรับบริการของคลินิกผู้ป่วย

ระยะท้าย เพื่อเข้าถึงบริการได้ง่ายและรวดเร็ว ความคาดหวังของทีมสหวิชาชีพนอกเหนือจากการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลแล้ว ทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ด้านการดูแลผู้ป่วย ทีมต้องการให้เภสัชกรมีส่วนร่วมในการเยี่ยมบ้านและประเมินการใช้ยาในผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้าน ด้านการให้ความรู้เรื่องยา ทีมต้องการให้มีการจัดกิจกรรมให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ รวมถึงทีมสหวิชาชีพ นอกจากนี้ยังต้องการให้มีอัตรากำลังของเภสัชกรในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น เพื่อให้สามารถมาทำงานร่วมกับทีมในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายเพิ่มมากขึ้น

1) สถานการณ์การมีส่วนร่วมของเภสัชกรในการทำงานดูแลผู้ป่วยระยะท้าย แบบทีมสหวิชาชีพในประเทศไทยรวมถึงในโรงพยาบาลของท่านในปัจจุบันเป็นอย่างไร

- แพทย์ : “เภสัชกรมีบทบาทในการบริหารจัดการเกี่ยวกับยา การให้ข้อมูลการใช้ยาให้กับแพทย์ พยาบาล ผู้ป่วยและญาติ รวมถึงการออกฤทธิ์ของยา ขนาดของการใช้ยา อาการข้างเคียงของยา การปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการใช้ยา”

- พยาบาล : “เภสัชกรมีบทบาทสำคัญในระบบยาโรงพยาบาล การทำระบบยาที่สามารถนำยากลุ่ม opioids ออกไปใช้นอกโรงพยาบาลได้โดยที่แพทย์สั่งใช้ยา มีการบริหารจัดการซื้อยาเข้ามาใช้ในโรงพยาบาล และบทบาทในการให้คำแนะนำการใช้ยาแก่ผู้ป่วยหรือญาติได้”

- เภสัชกร : “เภสัชกรมีบทบาทในการจัดซื้อ จัดหาทำให้เพียงพอและพร้อมใช้ในโรงพยาบาล และอีกบทบาทคือการทำงานร่วมกับทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายด้านยา เช่นการให้คำปรึกษา การให้ข้อมูลเรื่องยาแก่แพทย์ และพยาบาล รวมถึงการให้คำแนะนำในการใช้ยาแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล”

2) สถานการณ์การยอมรับในบทบาทของเภสัชกรในการทำงานดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในประเทศไทยรวมถึงในโรงพยาบาลของท่านในปัจจุบันเป็นอย่างไร

- แพทย์ : “มีการยอมรับอย่างชัดเจน เนื่องจากบทบาทหน้าที่ที่สำคัญในการช่วยดูแลผู้ป่วยระยะท้าย”

- พยาบาล : “เภสัชกร มีบทบาทหน้าที่หนึ่งที่สำคัญในกระบวนการจัดการอาการไม่สุขสบายของผู้ป่วย เพราะปัจจัยสำคัญในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองคือยากลุ่ม opioids และยาจัดการอาการตัวอื่นๆ”

- เภสัชกร : “เดิมบทบาทของเภสัชกร เป็นเพียงการจ่ายยาและให้คำแนะนำตามใบสั่งยาของแพทย์ ในปัจจุบันเภสัชกรได้รับการยอมรับจากทีมสหวิชาชีพมากขึ้นในการเข้ามาดูแลผู้ป่วยระยะท้าย เช่น เป็นหน่วยให้บริการข้อมูลยาแก่บุคลากรทางการแพทย์ การให้คำแนะนำเกี่ยวกับยาแก้ปวดกลุ่ม opioids และการใช้ยาจัดการอาการต่างๆ รวมถึงแนะนำอาการไม่พึงประสงค์จากยาที่อาจเกิดขึ้นได้ แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล เพื่อเพิ่มความมั่นใจในการใช้ยา”

3) ในความเห็นของท่านวิชาชีพเภสัชกรมีความจำเป็นที่จะต้องเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบทีมสหวิชาชีพ หรือไม่

- แพทย์ : “มีความจำเป็น เพราะต้องมีผู้ที่มีความรู้เรื่องยาเป็นทีมสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย”

- พยาบาล : “มีความจำเป็นมาก เพราะยาเป็นปัจจัยสำคัญในการจัดการอาการไม่สุขสบายในผู้ป่วยระยะท้าย”

- เภสัชกร : “มีความจำเป็น เพราะคิดว่าเภสัชกรสามารถช่วยทีมในการสนับสนุนข้อมูลเรื่องยา และการแนะนำข้อมูลการใช้ยาแก่ทีม รวมถึงการให้คำแนะนำด้านยาแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล”

4) หากมีความจำเป็นที่ต้องมีเภสัชกรในทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ท่านคิดว่าเภสัชกร สามารถเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยในด้านใดได้บ้าง

- แพทย์ : “เภสัชกรสามารถเข้ามามีส่วนร่วมด้านการบริหารจัดการยาที่ใช้กับผู้ป่วย การให้ความรู้ ข้อมูลต่างๆเกี่ยวกับยา รวมถึงการแจ้งอาการข้างเคียงของยาต่าง ๆ ให้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล”

- พยาบาล : “เภสัชกรมีบทบาทในการบริหารจัดการระบบยา หรือการให้ความรู้เรื่องยา ความสำคัญของการใช้ยา และผลข้างเคียงจากยากรณีใช้ยาพร้อมกันหลายตัว”

- เภสัชกร : “บทบาทหลักของเภสัชกร คือการบริหารจัดการด้านยา ไม่ว่าจะเป็นการจัดการจัดหาให้เพียงพอพร้อมใช้ รวมถึงการให้การบริบาลทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยระยะท้าย เพื่อให้มีความรู้เรื่องยา การใช้ยาจัดการอาการต่างๆ รวมถึงการติดตามเมื่อผู้ป่วยเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยา และเพิ่มความมั่นใจให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลในการใช้ยา”

5) ในส่วนของการดูแลผู้ป่วยในด้านร่างกายเภสัชกรสามารถมีส่วนช่วยทีมได้อย่างไรบ้าง

- แพทย์ : “ช่วยบริหารจัดการยาที่เหมาะสม แนะนำการใช้ยาในการจัดการอาการที่ไม่สุขสบายของผู้ป่วยตามแผนการรักษาของแพทย์”

- พยาบาล : “ช่วยดูแลการใช้ยาเพื่อจัดการอาการไม่สุขสบายในผู้ป่วยระยะท้าย”

- เภสัชกร : “สามารถช่วยให้คำปรึกษาทีม ในการวางแผนการใช้ยาในผู้ป่วยเฉพาะราย รวมถึงการจัดการปัญหาจากการใช้ยา”

6) หากเจาะลึกในเรื่องการจัดการกับอาการปวด (pain management) เภสัชกรสามารถมีบทบาทอะไรบ้าง

- แพทย์ : “เภสัชกรสามารถแนะนำชนิดยา ขนาดยา ผลข้างเคียงที่อาจเกิดจากยา รวมถึงการปรับขนาดยา และสามารถให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติในการกินยาและบริหารยาได้อย่างถูกต้อง”

- พยาบาล : “แนะนำยาที่สามารถจัดการอาการปวด ยาทางเลือกอื่น ๆ ที่นำมาปรับยาได้ และสามารถแนะนำการใช้ยา ผลข้างเคียงของยาให้ญาติและผู้ป่วยทราบ”

- เภสัชกร : “เภสัชกรสามารถให้คำแนะนำกรณีผู้ป่วยได้ยากลุ่ม opioids ในการบรรเทาปวดแบบ around the clock และ breakthrough pain แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล และแนะนำผลข้างเคียงจากยาที่อาจเกิดได้จากการใช้ยากลุ่ม opioids”

7) นอกเหนือจากการดูแลในมิติด้านร่างกายแล้วเภสัชกรสามารถมีส่วนร่วมกับทีมในการดูแลผู้ป่วยในมิติด้านอื่น ๆ เช่น ด้านสังคม จิตใจ และจิตวิญญาณ อย่างไรบ้าง

- แพทย์ : “สามารถให้คำแนะนำการใช้ยาและแจ้งข้อบ่งชี้ยาสำหรับผู้ป่วยและญาติ ถึงความสำคัญของยาในการจัดการอาการต่าง ๆ ของผู้ป่วย ซึ่งทำให้ผู้ป่วยและญาติมีความสบายใจมากขึ้น”

- พยาบาล : “ด้านสังคม เช่น ช่วยจัดหาหรือแนะนำยาที่ออกฤทธิ์ใกล้เคียงหรือการสนับสนุนยาให้ผู้ป่วย ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ คิดว่าเภสัชกรมีส่วนช่วยพูดคุยประเมินจิตใจความต้องการ ให้กำลังใจ แนะนำวิธีจัดการอาการนอกจากทางกาย”

- เภสัชกร : “คิดว่าการให้ความรู้เรื่องยา และการพูดคุยความเข้าใจในการใช้ยาทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความมั่นใจ และมีความสบายใจที่จะใช้ยามากขึ้น รวมถึงสามารถคอยสอบถามความต้องการที่ทางผู้ป่วยและญาติต้องการให้ทางทีมช่วยเหลือเพิ่มเติม เพื่อนำมาปรึกษาหารือในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยเฉพาะรายให้ครอบคลุมทุกมิติการดูแล”

8) นอกเหนือจากบทบาทหลักในการดูแลในมิติด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณแล้ว ท่านคิดว่าเภสัชกรสามารถมีบทบาทช่วยเหลือการทำงาน ของทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ในด้านอื่น ๆ อีกหรือไม่ อย่างไรบ้าง

- แพทย์ : “เภสัชกร สามารถเข้าร่วมกับทีมเยี่ยมบ้าน และชุมชน ในการให้ความรู้ผู้ป่วยถึงที่บ้านได้ ในผู้ป่วยระยะท้าย”

- พยาบาล : “สามารถเข้าร่วมทีมเยี่ยมบ้าน ออกชุมชน ในการประเมินดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชนร่วมกับทีมสหวิชาชีพ”

- เภสัชกร : “คิดว่าเภสัชกรสามารถออกไปเยี่ยมบ้านร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ในการติดตามอาการ และการใช้ยาที่ได้รับคำแนะนำจากโรงพยาบาล เพื่อค้นหาปัญหาด้านยาที่อาจเกิดขึ้น นำมาปรึกษาทีมสหวิชาชีพเพื่อแก้ไขและจัดการให้เหมาะสมกับผู้ป่วยเฉพาะราย”

9) คุณลักษณะหรือคุณสมบัติของเภสัชกรในแบบไหนที่ท่านคิดว่ามีความเหมาะสมในการเข้าร่วมงานกับทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ให้การดูแลผู้ป่วยเกิดประสิทธิภาพสูงสุด

- แพทย์ : “มีความรู้ด้านการใช้ยาที่แม่นยำครอบคลุม มีความเข้าใจในตัวผู้ป่วยและญาติ รวมถึงมีสมรรถภาพในการทำงานเป็นทีม”

- พยาบาล : “เภสัชกร มีองค์ความรู้ในการใช้ยาจัดการอาการในผู้ป่วยระยะท้าย มีการประยุกต์ใช้และพัฒนานวัตกรรมด้านยาในการใช้ยาจัดการอาการ มีความเข้าใจในกลุ่มผู้ป่วยระยะท้ายจริงๆ และผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมีจิตใจที่ละเอียดอ่อน”

- เภสัชกร : “มีความรู้ด้านยาจัดการอาการในกลุ่มผู้ป่วยระยะท้าย พร้อมทั้งคำแนะนำเฉพาะที่ใช้จัดการอาการในกลุ่มคนไข้ระยะท้าย การทำงานร่วมกับทีม เพราะทีมคือส่วนสำคัญในการช่วยดูแลผู้ป่วยและญาติได้ทุกมิติการดูแล”

10) หากเภสัชกรที่จะเข้าร่วมในทีมมีภาระงานที่มากหรือมีอัตรากำลังที่จำกัดจนทำให้ มีเวลาที่จะมาร่วมทำงานกับทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ได้น้อย ท่านคิดว่า 3 อันดับแรกที่เป็นงานสำคัญที่ เภสัชกรควรช่วยทีมทำก่อนมีอะไรบ้าง (ตามลำดับ)

- แพทย์ : “1.ให้ข้อมูลเรื่องยาในผู้ป่วยระยะท้าย ทั้งผู้ป่วยและญาติ 2.ถ่ายทอดความรู้ให้กับบุคลากร ทีมสหวิชาชีพ ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย 3.ผลิตสื่อในการใช้ยาให้กับผู้ป่วยระยะท้าย”

- พยาบาล : “การให้คำแนะนำการใช้ยาและผลข้างเคียงจากยาจัดการอาการใน ระยะท้ายให้แก่ผู้ป่วยและญาติ หรือพยาบาลให้ทราบเพื่อที่จะได้ช่วยแนะนำเพิ่มเติม การเปิดช่องทาง ในการรับบริการของคลินิกผู้ป่วยระยะท้าย เพื่อเข้าถึงบริการได้ง่ายและรวดเร็ว”

- เภสัชกร : “1.ให้ความรู้เรื่องยาแก้ปวดกลุ่ม opioids รวมถึงการใช้ยาจัดการอาการในผู้ป่วยเฉพาะราย 2.ถ่ายทอดองค์ความรู้ให้กับเภสัชกรท่านอื่นไม่ยังไม่ได้รับการอบรม เพื่อที่จะสามารถช่วยเหลือทีมได้ในการให้คำแนะนำด้านยา 3.ผลิตสื่อ และสร้างนวัตกรรมเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและญาติสามารถเข้าใจการใช้ยา และมีความมั่นใจในการใช้ยามากขึ้น”

11) เพื่อให้เกิดการยอมรับในทีมมากขึ้นเภสัชกรควรแสดงบทบาทหน้าที่หรือควรมี กิจกรรมใดบ้าง

- แพทย์ : “อยากให้จัดกิจกรรมให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติในการใช้ยาของ ผู้ป่วยระยะท้าย”

- พยาบาล : “อยากให้เภสัชกรมาร่วมในทีมสหวิชาชีพในการติดตามเยี่ยมหรือ การประเมิน การให้คำแนะนำด้านยาแก่ทีมและผู้ป่วยที่ห่อผู้ป่วยในด้วยค่ะ”

- เกษัชกร : “อยากพัฒนางานบริหารทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยระยะท้าย รวมถึงการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพในการแก้ปัญหาในการใช้ยาของผู้ป่วย รวมถึงการพัฒนาและสนับสนุนสื่อการใช้ยาแก่บุคลากรและผู้ป่วย”

12) ท่านคิดว่ามีปัจจัยเอื้อใดบ้างหากในการที่จะทำให้เภสัชกรเข้ามามีส่วนร่วมในทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ให้มากขึ้น

- แพทย์ : “บุคลากรในสหวิชาชีพ ผู้ป่วย และญาติ ต้องการความรู้ความเข้าใจเพิ่มเติมเกี่ยวกับการใช้ยาในผู้ป่วยระยะท้าย”

- พยาบาล : “อยากให้เภสัชกร มีอัตรากำลังเพิ่มขึ้น เพื่อแบ่งเบาภาระงานของทีมเภสัช ทำให้สามารถร่วมทีมในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายเพิ่มมากขึ้น การจัดตารางเวลาให้เอื้อต่อทีมสหวิชาชีพให้มีเวลาที่เหมาะสมที่จะดูแลผู้ป่วยร่วมกันเดือนละ 1-2 ครั้งได้”

- เกษัชกร : “ในส่วนของเภสัชกรคิดว่า ปัจจัยหลักคือด้านอัตรากำลังที่ไม่เพียงพอในการที่จะออกไปทำงานร่วมกับทีมได้เต็มเวลา อาจจะต้องจัดตารางเวลาในแต่ละสัปดาห์ในการทำงานร่วมกันกับทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วย”

1.1.4. ข้อเสนอแนะอื่น ๆ

ปัจจุบันการทำงานดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในภาพรวมในมุมมองของทีมสหวิชาชีพอยากให้ในแต่ละโรงพยาบาลมีผู้รับผิดชอบงานดูแลผู้ป่วยระยะท้ายอย่างชัดเจน เช่น ระบบยา โดยสามารถประสานงานได้ในการเบิกใช้ยาในโรงพยาบาล และในโรงพยาบาลแต่ละแห่งควรมีการสำรองยาที่เพียงพอที่จะสามารถให้บริการผู้ป่วยทั้งในโรงพยาบาลของตนเองและเครือข่ายโรงพยาบาลอื่น ๆ ได้ ในส่วนของการมีส่วนร่วมของเภสัชกรในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย เภสัชกรควรมีทักษะในการให้ข้อมูล ให้ความรู้ของการใช้ยากับผู้ป่วยและญาติได้ เปิดบทบาทการบริหารทางเภสัชกรรม เพื่อค้นหาปัญหาด้านยา และช่วยทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยและญาติ และการเพิ่มอัตรากำลังของเภสัชกรเพื่อสามารถเข้ามามีการทำงานร่วมกับทีมสหวิชาชีพได้มากขึ้นนอกเหนือจากการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลคือการออกไปเยี่ยมผู้ป่วยในชุมชนร่วมกับทีมสหวิชาชีพ เพื่อค้นหาปัญหาที่อาจเกิดและสามารถแก้ไขปัญหาร่วมกันเพื่อผู้ป่วยลดความทุกข์ทรมานจากโรค

1) ท่านมีข้อเสนอแนะใดบ้างต่อภาพรวมการทำงานดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ในปัจจุบัน

- แพทย์ : “การให้ยาในผู้ป่วยระยะท้าย เภสัชกรควรมีการให้ข้อมูลการใช้ยาที่ชัดเจน อาการข้างเคียงต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้น ขณะใช้ยา”

- พยาบาล : “อยากให้โรงพยาบาลมียาที่เพียงพอที่จะสามารถให้บริการผู้ป่วยทั้งในโรงพยาบาลและเครือข่ายโรงพยาบาลอื่น ๆ ได้ เพราะโรงพยาบาลของเรากำลังจะเป็นหน่วยดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของโรงพยาบาลใกล้เคียงที่เป็นเครือข่าย”

- เกสัชกร : “อยากได้อัตรากำลังเพิ่ม ในส่วนของเกสัชกร เพื่อที่จะได้ทำงานร่วมกันเป็นทีมได้อย่างเต็มที่ ไม่ว่าจะเป็นที่ไหนโรงพยาบาลและการออกไปเยี่ยมผู้ป่วยในชุมชน”

2) ท่านมีข้อเสนอแนะใดบ้างต่อการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของเกสัชกรในปัจจุบัน

- แพทย์ : “อยากให้ในแต่ละโรงพยาบาลมีผู้รับผิดชอบงานนี้ชัดเจน และสามารถประสานงานได้ในการเบิกจ่ายยา และเกสัชกรสามารถให้ข้อมูล ให้ความรู้ของการใช้ยากับผู้ป่วยและญาติได้ชัดเจน”

- พยาบาล : “เกสัชกร ควรมีระบบบริหารยาและจัดซื้อยาให้เพียงพอต่ออัตราการจ่ายยาในแต่ละโรงพยาบาล เพื่อผู้ป่วยจะได้รับยาต่อเนื่องและได้ใช้ยาเพื่อจัดการอาการที่ไม่สบาย”

- เกสัชกร : “การเปิดบทบาทของเกสัชกรที่นอกเหนือจากการจ่ายยาตามใบสั่งแพทย์ โดยการให้บริบาลทางเภสัชกรรม เพื่อค้นหาปัญหาด้านยา และช่วยทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยและญาติ รวมถึงระบบการจัดหายาให้เพียงพอพร้อมใช้ นอกเหนือจากนี้การลงชุมชนเพื่อเยี่ยมบ้านร่วมกับทีมทำให้เราสามารถค้นหาปัญหาที่อาจเกิดและสามารถแก้ไขปัญหาร่วมกันเพื่อผู้ป่วยลดความทุกข์ทรมานจากโรค จากไปอย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์”

การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายโดยทีมสหวิชาชีพ มีเป้าหมายของการดูแลผู้ป่วยคือ ให้ผู้ป่วยระยะท้ายได้รับการเข้าถึงการบริการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง และการดูแลโดยทีมสหวิชาชีพ เนื่องจากแต่ละวิชาชีพจะมีบทบาทความสำคัญแตกต่างกันออกไป เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัวของผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างครอบคลุมทุกมิติ เกสัชกรซึ่งเป็นส่วนหนึ่งในทีมสหวิชาชีพ มีบทบาทด้านยา ทั้งให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย ญาติ และบุคลากรในทีมการรักษา คือ ให้ข้อมูลเรื่องยาและอาการข้างเคียง โดยเฉพาะยาแก้ปวดกลุ่ม opioids การถ่ายทอดความรู้ด้านยาให้กับบุคลากร ทีมสหวิชาชีพ ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ผลลัพธ์ในการใช้ยาให้กับผู้ป่วยระยะท้ายเปิดช่องทางในการรับบริการของคลินิกผู้ป่วยระยะท้าย เพื่อเข้าถึงบริการได้ง่ายและรวดเร็ว ด้านการดูแลผู้ป่วย ได้รับการสนับสนุนเพิ่มเติม เช่น การเพิ่มรายการยาในกรอบบัญชีรายการยาในแต่ละสถานพยาบาล ต้องการอัตรากำลังในหน่วยบริการ สื่อให้ความรู้ผู้ป่วย รวมถึงการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างทีมสหวิชาชีพเพื่อการทำงานเป็นทีมอย่างมีประสิทธิภาพ

ส่วนที่ 1.2 ผลการสำรวจความคิดเห็นของทีมสหวิชาชีพปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยระยะท้ายต่อบทบาทของเกสัชกรในทีมดูแลผู้ป่วยระยะท้าย

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

การศึกษาระยะนี้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการส่งแบบสอบถามไปยังแพทย์พยาบาล และเกสัชกรที่ปฏิบัติงานอยู่ในทีมสหวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ในโรงพยาบาลระดับหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ และหน่วยบริการระดับทุติยภูมิ เขตบริการสุขภาพที่ 7 จำนวน 74 โรงพยาบาล ทำการส่งจดหมายเพื่อส่งแบบสำรวจความคิดเห็นของทีมสหวิชาชีพปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยระยะท้ายต่อบทบาทของเกสัชกรในทีมดูแลผู้ป่วยระยะท้าย จากแบบสอบถามจำนวน 222 ฉบับ

แบ่งเป็นแพทย์ 74 คน พยาบาล 74 คน และเภสัชกร 74 คน พบว่ามีการการตอบกลับทั้งสิ้น 143 ฉบับ (ร้อยละ 64.41) วิชาชีพแพทย์ 47 คน (ร้อยละ 32.9) วิชาชีพพยาบาล 48 คน (ร้อยละ 33.6) วิชาชีพเภสัชกร 48 คน (33.6) พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 109 คน (ร้อยละ 76.2) มีอายุเฉลี่ยอยู่ในช่วง 31-40 ปี (ร้อยละ 51.7) สำเร็จการศึกษาขั้นต่ำในระดับปริญญาตรี 94 คน (ร้อยละ 65.7) มีประสบการณ์ทำงานในสายงานโรงพยาบาลในช่วง 6 – 10 ปี (ร้อยละ 30.1) เภสัชกรในโรงพยาบาลส่วนใหญ่จะทำงานในหลาย ๆ หน้าที่ ดังนี้ งานบริการผู้ป่วยนอก 42 คน (ร้อยละ 87.5) งานบริการผู้ป่วยใน 24 คน (ร้อยละ 50.0) ดังตาราง

ตารางที่ 2 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน) (N=143)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	34	23.8
หญิง	109	76.2
อายุเฉลี่ย (ปี) (Mean±SD)	37.68±7.35	
น้อยกว่า 30 ปี	24	16.8
31-40 ปี	74	51.7
41-50 ปี	34	23.8
มากกว่า 50 ปี	11	7.7
วิชาชีพ		
แพทย์	47	32.9
พยาบาล	48	33.6
เภสัชกร	48	33.6
งานที่เภสัชกรที่รับผิดชอบนอกเหนือจากงานดูแลผู้ป่วยระยะท้ายรับผิดชอบ (เฉพาะเภสัชกร N=48)		
งานดูแลผู้ป่วยระยะท้าย	48	100
งานบริการผู้ป่วยนอก	42	87.5
งานบริการผู้ป่วยใน	24	50.0
งานจัดซื้อและบริหารเวชภัณฑ์	14	29.2
งานคลินิก	13	27.1
งานสารสนเทศทางยา	6	12.5
งานอื่น ๆ เช่น งานเภสัชกรรมปฐมภูมิ และงานบริหาร	1	2.08

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน) (N=143)	ร้อยละ
การศึกษาสูงสุด (รวมทุกวิชาชีพ)		
ปริญญาตรี	94	65.7
ปริญญาโท	30	21.0
วุฒิปัตร์/อนุปัตร์บัตรความเชี่ยวชาญ ชาญวิชาชีพ	19	13.3
วิชาชีพแพทย์ (N=47)		
ปริญญาตรี	27	57.4
ปริญญาโท	1	2.1
วุฒิปัตร์/อนุปัตร์บัตรความเชี่ยวชาญ ชาญวิชาชีพ	19	40.4
วิชาชีพพยาบาล (N=48)		
ปริญญาตรี	38	79.2
ปริญญาโท	10	20.8
วิชาชีพเภสัชกร (N=48)		
ปริญญาตรี (หลักสูตร 5 ปี)	16	33.3
ปริญญาตรี (หลักสูตร 6 ปี)	13	27.1
ปริญญาโท	19	39.6
ประสบการณ์การทำงานในสายงานโรงพยาบาล		
น้อยกว่า 5 ปี	29	20.3
6-10 ปี	30.1	30.1
11-15 ปี	14.7	14.7
16-20 ปี	19.6	19.6
มากกว่า 20 ปี	22	15.4
ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย		
น้อยกว่า 5 ปี	116	81.1
6-10 ปี	22	15.4
11-15 ปี	2	1.4
16-20 ปี	2	1.4
มากกว่า 20 ปี	1	0.7

2. ประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการทำงานดูแลผู้ป่วยระยะท้าย

ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ผ่านการฝึกอบรมในหลักสูตรเกี่ยวกับผู้ป่วยระยะท้าย ดังนี้ วิชาชีพแพทย์ (ร้อยละ 66.0) วิชาชีพพยาบาล (ร้อยละ 81.3) วิชาชีพเภสัชกร (ร้อยละ 58.3) โดยได้รับแต่งตั้งเป็นคณะกรรมการและเคยปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยร่วมกับทีมผู้ป่วยระยะท้าย วิชาชีพแพทย์ (ร้อยละ 70.2) วิชาชีพพยาบาล (ร้อยละ 56.8) วิชาชีพเภสัชกร (ร้อยละ 75.0)

ตารางที่ 3 ประสบการณ์การทำงานที่เกี่ยวข้องกับการทำงานดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของทีมสหวิชาชีพ

ประสบการณ์ในการทำงานดูแลผู้ป่วยระยะท้าย	แพทย์ (N=47)	พยาบาล (N= 48)	เภสัชกร (N= 48)
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
ผ่านการฝึกอบรมในหลักสูตรเกี่ยวกับผู้ป่วยระยะท้าย	31(66.0)	39(81.3)	28(58.3)
ได้รับแต่งตั้งเป็นคณะกรรมการในทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย	32(68.1)	33(68.8)	25(52.1)
ได้รับแต่งตั้งเป็นคณะกรรมการและเคยปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยร่วมกับทีมผู้ป่วยระยะท้าย	33(70.2)	27(56.3)	36(75.0)

3. ประสบการณ์การดูแลญาติหรือคนใกล้ชิดที่เจ็บป่วยในระยะสุดท้าย

ผู้ตอบแบบสอบถาม วิชาชีพแพทย์ (ร้อยละ 68.1) วิชาชีพเภสัชกร (ร้อยละ 77.1) ส่วนใหญ่ไม่เคยมีประสบการณ์ในการดูแลญาติหรือคนใกล้ชิดที่เจ็บป่วยในระยะสุดท้ายมาก่อน ดังตารางที่ 4 วิชาชีพพยาบาล ระบุว่าเคยมีประสบการณ์ในการดูแลญาติหรือคนใกล้ชิดที่เจ็บป่วยในระยะสุดท้ายมาบ้าง (ร้อยละ 79.2) ซึ่งประสบการณ์การดูแลดังกล่าวจะทำให้เกิดแรงจูงใจในการทำงานดูแลผู้ป่วยระยะท้าย และเข้าใจในสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยระยะท้ายและผู้ดูแล ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ประสบการณ์ของทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการดูแลญาติหรือคนใกล้ชิดที่เจ็บป่วยในระยะสุดท้าย

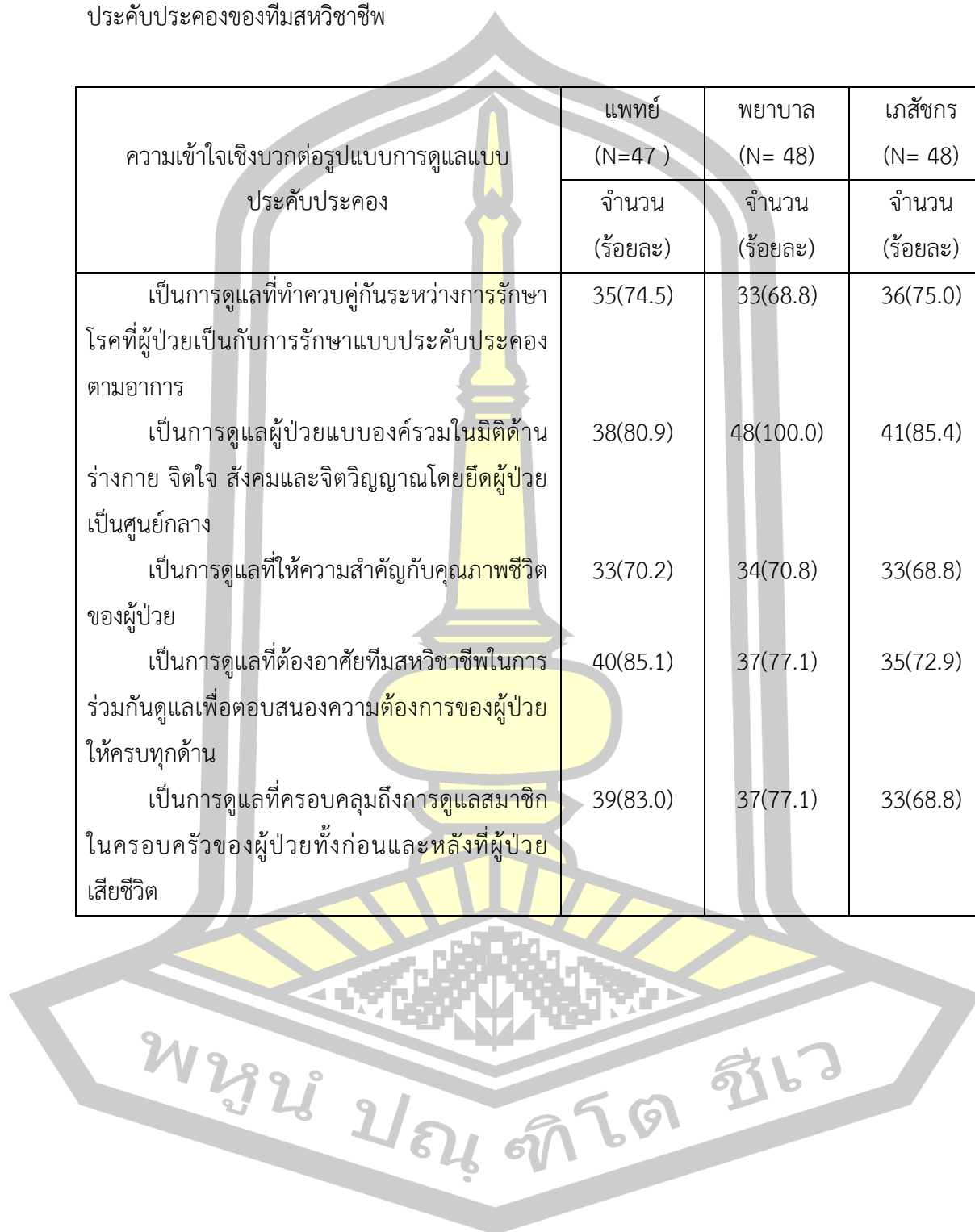
ประสบการณ์ในการดูแลญาติหรือคนใกล้ชิด เจ็บป่วยในระยะสุดท้าย	แพทย์ (N=47)	พยาบาล (N=48)	เภสัชกร (N=48)
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
ท่านเคยมีประสบการณ์ในการดูแลญาติหรือคน ใกล้ชิดที่เจ็บป่วยในระยะสุดท้ายหรือไม่			
เคย	15(31.9)	38(79.2)	11(22.9)
ไม่เคย	32(68.1)	10(20.8)	37(77.1)
ผู้ป่วยที่ท่านให้การดูแลนานที่สุด			
บิดา-มารดา	0(0.0)	10(26.3)	2(28.6)
ปู่ย่า-ตายาย	6(54.5)	10(26.3)	3(42.9)
อื่น ๆ เช่น ลุง ป้า น้า อา	5(45.5)	18(47.4)	2(28.6)
ระยะเวลาในการดูแล (4.84±0.52) เดือน			
น้อยกว่า 1 เดือน	1(2.1)	11(22.9)	2(4.2)
2-6 เดือน	8(17.0)	21(43.8)	5(10.4)
7-12 เดือน	3(6.4)	4(8.3)	4(8.3)
มากกว่า 12 เดือน	0(0.0)	2(4.2)	0(0.0)

4. ความรู้ความเข้าใจต่อนิยามความหมายและรูปแบบการดูแลแบบประคับประคอง

ในเรื่องความรู้ความเข้าใจต่อนิยามความหมายและรูปแบบการดูแลแบบประคับประคองของผู้ตอบแบบสอบถาม พบว่าส่วนใหญ่ให้ความหมายในเชิงบวก ว่าเป็นการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมในมิติด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง แพทย์ (ร้อยละ 80.9) พยาบาล (ร้อยละ 100.0) เภสัชกร (ร้อยละ 85.4) รองลงมาคือเป็นการดูแลที่ต้องอาศัยทีมสหวิชาชีพในการร่วมกันดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยให้ครบทุกด้าน แพทย์ (ร้อยละ 85.1) พยาบาล (ร้อยละ 77.1) เภสัชกร (ร้อยละ 72.9) ดังตารางที่ 5 ส่วนหัวข้อที่เป็นนิยามความหมายในเชิงลบหรือความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนของเภสัชกรต่อรูปแบบการดูแลแบบ palliative care ก็พบว่าหัวข้อที่ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ แพทย์ (ร้อยละ 29.8) พยาบาล (ร้อยละ 35.4) เภสัชกร (ร้อยละ 29.8) เลือกตอบมากที่สุดคือ เป็นการดูแลที่จะเริ่มให้ก็ต่อเมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิต ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ความรู้ความเข้าใจในเชิงบวกต่อนิยามความหมายและรูปแบบการดูแลแบบ
 ประคับประคองของทีมสหวิชาชีพ

ความเข้าใจเชิงบวกต่อรูปแบบการดูแลแบบ ประคับประคอง	แพทย์ (N=47)	พยาบาล (N= 48)	เภสัชกร (N= 48)
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
เป็นการดูแลที่ทำความคุ้นระหว่างการรักษา โรคที่ผู้ป่วยเป็นกับการรักษาแบบประคับประคอง ตามอาการ	35(74.5)	33(68.8)	36(75.0)
เป็นการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมในมิติด้าน ร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณโดยยึดผู้ป่วย เป็นศูนย์กลาง	38(80.9)	48(100.0)	41(85.4)
เป็นการดูแลที่ให้ความสำคัญกับคุณภาพชีวิต ของผู้ป่วย	33(70.2)	34(70.8)	33(68.8)
เป็นการดูแลที่ต้องอาศัยทีมสหวิชาชีพในการ ร่วมกันดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย ให้ครบทุกด้าน	40(85.1)	37(77.1)	35(72.9)
เป็นการดูแลที่ครอบคลุมถึงการดูแลสมาชิก ในครอบครัวของผู้ป่วยทั้งก่อนและหลังที่ผู้ป่วย เสียชีวิต	39(83.0)	37(77.1)	33(68.8)



ตารางที่ 6 ความรู้ความเข้าใจในเชิงลบต่อนิยามความหมายและรูปแบบการดูแลแบบประคับประคองของทีมสหวิชาชีพ

ความเข้าใจเชิงลบต่อรูปแบบการดูแลแบบ ประคับประคอง	แพทย์ (N=47)	พยาบาล (N= 48)	เภสัชกร (N= 48)
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
เป็นการดูแลที่จะเริ่มให้ก็ต่อเมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ ระยะสุดท้ายของชีวิต	14(29.8)	17(35.4)	14(29.8)
เป็นการดูแลผู้ป่วยในรูปแบบที่ไม่ให้การรักษา ใด ๆ (เนื่องจากไม่ตอบสนองต่อการรักษาใด ๆ แล้ว) เช่น ไม่ใส่เครื่องช่วยหายใจ ไม่ให้ยารักษาโรคที่เป็น แล้ว	13(27.7)	9(18.8)	8(16.7)
เป็นรูปแบบการดูแลที่ให้เน้นเฉพาะการดูแล ด้านจิตใจของผู้ป่วยเป็นหลัก	2(4.3)	4(8.3)	3(6.3)

5. ความจำเป็นของวิชาชีพเภสัชกรรมต่อการทำงานของทีมการดูแลแบบ
ประคับประคอง

สำหรับความจำเป็นของวิชาชีพเภสัชกรรมต่อการทำงานของทีมการดูแลแบบ
ประคับประคองพบว่าผู้ตอบแบบสอบถามทุกวิชาชีพให้ความสำคัญกับวิชาชีพเภสัชกรรมในการ
ทำงานร่วมกับทีมการดูแลแบบประคับประคองแพทย์ (ร้อยละ 100) พยาบาล (ร้อยละ 100) เภสัช
กร (ร้อยละ 100.)

ตารางที่ 7 ความจำเป็นของวิชาชีพเภสัชกรรมต่อการทำงานของทีมการดูแลแบบประคับประคอง

ความจำเป็นของวิชาชีพเภสัชกรรมต่อการทำงานของ ทีมการดูแลแบบประคับประคอง	แพทย์ (N=47)	พยาบาล (N= 48)	เภสัชกร (N= 48)
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
จำเป็น	47(100.0)	48(100.0)	48(100.0)
ไม่จำเป็น	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)

ระดับความจำเป็นของเภสัชกรในการทำงานร่วมกับทีมการดูแลแบบประคับประคองพบว่าแพทย์และพยาบาลให้ความสำคัญระดับความจำเป็นของเภสัชกรในการทำงานร่วมกับทีมดูแลแบบประคับประคอง เภสัชกรสามารถเป็นที่ปรึกษาในเวลาที่ต้องการ (Consultant) แพทย์ (ร้อยละ 68.1) พยาบาล (ร้อยละ 43.8) รองลงมาคือ เป็นผู้ปฏิบัติงานของทีม (Worker) แพทย์ (ร้อยละ 63.8) พยาบาล (ร้อยละ 50.0) ในส่วนความคิดเห็นของเภสัชกรพบว่าความจำเป็นของเภสัชกรในการทำงานร่วมกับทีมการดูแลแบบประคับประคองเภสัชกรสามารถเป็นแกนหลักของทีมในการทำงานและวางแผนงาน (Team leader) เภสัชกร (ร้อยละ 45.8) รองลงมาคือ เป็นที่ปรึกษาในเวลาที่ต้องการ(Consultant) ร้อยละ 43.8 ดังตารางที่ 8

ตารางที่ 8 ระดับความจำเป็นของการมีเภสัชกรในการทำงานร่วมกับทีมการดูแลแบบประคับประคอง

ระดับความจำเป็นของเภสัชกรต่อการทำงานของ ทีมดูแลแบบประคับประคอง	แพทย์ (N=47)	พยาบาล (N= 48)	เภสัชกร (N= 48)
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
เป็นแกนหลักของทีมในการทำงานและ วางแผนงาน (Team leader)	16(34.0)	17(35.4)	22(45.8)
เป็นผู้ปฏิบัติงานของทีม (Worker)	30(63.8)	24(50.0)	20(41.7)
เป็นที่ปรึกษาในเวลาที่ต้องการ (Consultant)	32(68.1)	28(58.3)	21(43.8)
อื่น ๆ ขึ้นกับบริบทโรงพยาบาล	6(12.8)	6(12.5)	0(0.0)

6. จุดเด่นและจุดอ่อนของวิชาชีพเภสัชกรรมต่อการทำงานดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

6.1 จุดเด่นที่ผู้ตอบแบบสอบถามเชื่อว่าจะสามารถช่วยการทำงานร่วมกับทีมดูแลแบบประคับประคองได้ดี ในมุมมองของแพทย์มีความเห็นว่า ลำดับที่ 1 เป็นวิชาชีพที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญด้านยาที่ดีโดยเฉพาะกับยาแก้ปวด (ร้อยละ 80.9) ลำดับที่ 2 เป็นวิชาชีพที่มีความสามารถและทักษะในการค้นหาปัญหาที่เกี่ยวข้องกับยา (DRPs) (ร้อยละ 59.6) ลำดับที่ 3 เป็นวิชาชีพที่มีความรู้ด้านโรคซึ่งจะสามารถช่วยเหลือทีมแพทย์ได้ (ร้อยละ 34.0) ลำดับที่ 4 เป็นวิชาชีพที่มีความสามารถและทักษะที่ดีในการให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ (ร้อยละ 36.2) มุมมองของพยาบาล ลำดับที่ 1 เป็น

วิชาชีพที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญด้านยาที่ดีโดยเฉพาะกับยาแก้ปวด (ร้อยละ 91.7) ลำดับที่ 2 เป็นวิชาชีพที่มีความสามารถและทักษะในการค้นหาปัญหาที่เกี่ยวกับยา (DRPs) (ร้อยละ 70.8) ลำดับที่ 3 เป็นวิชาชีพที่มีความสามารถและทักษะที่ดีในการให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ (ร้อยละ 37.5) ลำดับที่ 4 เป็นวิชาชีพที่มีความรู้ด้านโรคซึ่งจะสามารถช่วยเหลือทีมแพทย์ได้ (ร้อยละ 27.1) มุมมองของเภสัชกร ลำดับที่ 1 เป็นวิชาชีพที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญด้านยาที่ดีโดยเฉพาะกับยาแก้ปวด (ร้อยละ 81.3) ลำดับที่ 2 เป็นวิชาชีพที่มีความสามารถและทักษะในการค้นหาปัญหาที่เกี่ยวกับยา (DRPs) (ร้อยละ 54.2) ลำดับที่ 3 เป็นวิชาชีพที่มีความสามารถและทักษะที่ดีในการให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ (ร้อยละ 43.8) ลำดับที่ 4 เป็นวิชาชีพที่มีความรู้ด้านโรคซึ่งจะสามารถช่วยเหลือทีมแพทย์ได้ (ร้อยละ 41.7)

จะเห็นได้ว่าจุดเด่นของวิชาชีพเภสัชกรรมในมุมมองสหวิชาชีพ ในมุมมองของแพทย์ พยาบาล และเภสัชกรเรียงลำดับความสำคัญในทิศทางเดียวกัน คือ ลำดับที่ 1 เป็นวิชาชีพที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญด้านยาที่ดีโดยเฉพาะกับยาแก้ปวด ลำดับที่ 2 เป็นวิชาชีพที่มีความสามารถและทักษะในการค้นหาปัญหาที่เกี่ยวกับยา (DRPs) ส่วนในมุมมองพยาบาลและเภสัชกร ลำดับที่ 3 เป็นวิชาชีพที่มีความสามารถและทักษะที่ดีในการให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ ลำดับที่ 4 เป็นวิชาชีพที่มีความรู้ด้านโรคซึ่งจะสามารถช่วยเหลือทีมแพทย์ได้ ในมุมมองแพทย์จะให้ความสำคัญ ลำดับที่ 3 เป็นวิชาชีพที่มีความรู้ด้านโรคซึ่งจะสามารถช่วยเหลือทีมแพทย์ได้ ลำดับที่ 4 เป็นวิชาชีพที่มีความสามารถและทักษะที่ดีในการให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ

ตารางที่ 9 จุดเด่นของวิชาชีพเภสัชกรรมต่อการทำงานดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

จุดเด่นของวิชาชีพเภสัชกรรม	ลำดับความสำคัญ	แพทย์ (N=47)	พยาบาล (N= 48)	เภสัชกร (N= 48)
		จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
เป็นวิชาชีพที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญด้านยาที่ดีโดยเฉพาะกับยาแก้ปวด	ลำดับที่1	38(80.9)	44(91.7)	39(81.3)
	ลำดับที่2	7(14.9)	3(6.3)	9(18.8)
	ลำดับที่3	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)
	ลำดับที่4	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)
เป็นวิชาชีพที่มีความรู้ด้านโรคซึ่งจะสามารถช่วยเหลือทีมแพทย์ได้	ลำดับที่1	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)
	ลำดับที่2	4(8.5)	4(8.3)	3(6.3)
	ลำดับที่3	16(34.0)	15(31.3)	10(20.8)
	ลำดับที่4	18(38.3)	13(27.1)	20(41.7)

ตาราง 9 (ต่อ)

จุดเด่นของวิชาชีพเภสัชกรรม	ลำดับ ความสำคัญ	แพทย์ (N=47)	พยาบาล (N= 48)	เภสัชกร (N= 48)
		จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
เป็นวิชาชีพที่มีความสามารถและทักษะ ที่ดีในการให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ	ลำดับที่1	0(0.0)	1(2.1)	1(2.1)
	ลำดับที่2	5(10.6)	2(4.2)	5(10.4)
	ลำดับที่3	16(34.0)	18(37.5)	21(43.8)
	ลำดับที่4	17(36.2)	11(22.9)	9(18.8)
เป็นวิชาชีพที่มีความสามารถและทักษะ ในการค้นหาปัญหาที่เกี่ยวกับยา (DRPs)	ลำดับที่1	9(19.1)	3(6.3)	9(18.8)
	ลำดับที่2	28(59.6)	34(70.8)	26(54.2)
	ลำดับที่3	6(12.8)	2(4.2)	5(10.4)
	ลำดับที่4	3(6.4)	4(8.3)	4(8.3)

6.2 จุดอ่อนที่ผู้ตอบแบบสอบถามเชื่อว่าจะอุปสรรคในการทำงานร่วมกับทีมดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ได้ไม่ดี จุดอ่อนของวิชาชีพเภสัชกรรมในมุมมองของแพทย์มีความเห็นว่ลำดับที่ 1 เป็นวิชาชีพที่มีโอกาสได้ทำงานที่สัมผัสกับผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดค่อนข้างน้อยทำให้ไม่ค่อยเข้าใจในปัญหาของผู้ป่วยอย่างรอบด้าน (ร้อยละ 61.7) ลำดับที่ 2 เป็นวิชาชีพที่มีโอกาสในการทำงานดูแลผู้ป่วยระยะท้ายค่อนข้างน้อย (ร้อยละ 48.9) ลำดับที่ 3 มีการเข้าถึงข้อมูล/ประวัติของผู้ป่วยได้น้อย (ร้อยละ 29.8) ลำดับที่ 4 เป็นวิชาชีพที่มีภาระงานประจำที่มาก(ร้อยละ 31.9) มุมมองของพยาบาล ลำดับที่ 1 เป็นวิชาชีพที่มีโอกาสได้ทำงานที่สัมผัสกับผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดค่อนข้างน้อยทำให้ไม่ค่อยเข้าใจในปัญหาของผู้ป่วยอย่างรอบด้าน (ร้อยละ 50.0) ลำดับที่ 2 มีการเข้าถึงข้อมูล/ประวัติของผู้ป่วยได้น้อย (ร้อยละ 27.1) เป็นวิชาชีพที่มีโอกาสในการทำงานดูแลผู้ป่วยระยะท้ายค่อนข้างน้อย (ร้อยละ 27.1) ลำดับที่ 3 เป็นวิชาชีพที่มีโอกาสในการทำงานดูแลผู้ป่วยระยะท้ายค่อนข้างน้อย (ร้อยละ 33.3) ลำดับที่ 4 เป็นวิชาชีพที่มีภาระงานประจำที่มาก (ร้อยละ 29.2) มุมมองของเภสัชกร ลำดับที่ 1 เป็นวิชาชีพที่มีภาระงานประจำที่มาก (ร้อยละ 54.2) ลำดับที่ 2 เป็นวิชาชีพที่มีโอกาสได้ทำงานที่สัมผัสกับผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดค่อนข้างน้อยทำให้ไม่ค่อยเข้าใจในปัญหาของผู้ป่วยอย่างรอบด้าน (ร้อยละ 39.6) ลำดับที่ 3 เป็นวิชาชีพที่มีโอกาสในการทำงานดูแลผู้ป่วยระยะท้ายค่อนข้างน้อย (ร้อยละ 35.4) ลำดับที่ 4 มีการเข้าถึงข้อมูล/ประวัติของผู้ป่วยได้น้อย (ร้อยละ 47.9)

ตารางที่ 10 จุดอ่อนของวิชาชีพเภสัชกรรมต่อการทำงานดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

จุดอ่อนของวิชาชีพเภสัชกรรม	ลำดับ ความ สำคัญ	แพทย์ (N=47)	พยาบาล (N= 48)	เภสัชกร (N= 48)
		จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
เป็นวิชาชีพที่มีโอกาสได้ทำงานที่ สัมผัสกับผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดค่อนข้าง น้อยทำให้ไม่ค่อยเข้าใจในปัญหาของ ผู้ป่วยอย่างรอบด้าน	ลำดับที่1	29(61.7)	24(50.0)	16(33.3)
	ลำดับที่2	7(14.9)	10(20.8)	19(39.6)
	ลำดับที่3	5(10.6)	0(0.0)	5(10.4)
	ลำดับที่4	1(2.1)	5(10.4)	6(12.5)
เป็นวิชาชีพที่มีภาระงานประจำที่ มาก	ลำดับที่1	10(21.3)	12(25.0)	26(54.2)
	ลำดับที่2	4(8.5)	3(6.3)	12(25.0)
	ลำดับที่3	8(17.0)	5(10.4)	1(2.1)
	ลำดับที่4	15(31.9)	14(29.2)	4(8.3)
มีการเข้าถึงข้อมูล/ประวัติของ ผู้ป่วยได้น้อย	ลำดับที่1	3(6.4)	2(4.2)	0(0.0)
	ลำดับที่2	2(4.3)	13(27.1)	0(0.0)
	ลำดับที่3	14(29.8)	15(31.3)	14(29.2)
	ลำดับที่4	16(34.0)	5(10.4)	23(47.9)
เป็นวิชาชีพที่มีโอกาสในการ ทำงานดูแลผู้ป่วยระยะท้ายค่อนข้าง น้อย	ลำดับที่1	2(4.3)	8(16.7)	6(12.5)
	ลำดับที่2	23(48.9)	13(27.1)	12(25.0)
	ลำดับที่3	9(19.1)	16(33.3)	17(35.4)
	ลำดับที่4	3(6.4)	2(4.2)	4(8.3)

7. มิติด้านการดูแลที่ผู้ตอบแบบสอบถามเชื่อว่า เภสัชกรจะสามารถเข้าไปช่วยเหลือทีม
ดูแลแบบประคับประคองได้ดี

จากการสำรวจพบว่ามีความเชื่อว่าเภสัชกรจะสามารถเข้าไปช่วยเหลือทีม
palliative care ได้ดีใน คีอมีติการดูแล ด้านร่างกายมากที่สุด แพทย์ (ร้อยละ 100.0) พยาบาล (ร้อย
ละ 97.9) เภสัชกร (ร้อยละ 89.6) รองลงมา คีอ ด้านจิตใจ แพทย์ (ร้อยละ 63.8) พยาบาล (ร้อยละ
56.3) เภสัชกร (ร้อยละ 72.9) ดังตาราง

ตารางที่ 11 มิติด้านการดูแลที่ผู้ตอบแบบสอบถามเชื่อว่าเภสัชกรจะสามารถเข้าไปช่วยเหลือทีมดูแลแบบประคับประคองได้ดี

ด้านการดูแล	แพทย์ (N=47)	พยาบาล (N= 48)	เภสัชกร (N= 48)
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
ด้านร่างกาย	47(100.0)	47(97.9)	43(89.6)
ด้านจิตใจ	30(63.8)	27(56.3)	35(72.9)
ด้านสังคม	25(53.2)	24(50.0)	11(22.9)
ด้านจิตวิญญาณ	16(34.0)	19(39.6)	16(33.3)

8. ความมั่นใจและระดับความมั่นใจในการร่วมงานกับทีมดูแลแบบประคับประคองของเภสัชกรจากมุมมองของผู้ตอบแบบสอบถาม

สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่ระบุว่ามีความมั่นใจในการเข้าร่วมทำงานกับทีมดูแลแบบประคับประคองนั้นส่วนใหญ่มีความมั่นใจว่าทำได้ ระดับมาก แพทย์ (ร้อยละ 57.4) พยาบาล (ร้อยละ 66.7) เภสัชกร (ร้อยละ 45.8) และมีบางส่วนที่ไม่มั่นใจในการทำงานกับทีมดูแลแบบประคับประคองของเภสัชกร แพทย์ (ร้อยละ 8.5) พยาบาล (ร้อยละ 2.1) เภสัชกร (ร้อยละ 16.7) ดังตาราง

ตารางที่ 11 ความมั่นใจและระดับความมั่นใจในการร่วมงานกับทีมดูแลแบบประคับประคองของเภสัชกร

ความมั่นใจและระดับความมั่นใจในการทำงานกับทีมดูแลแบบประคับประคองของเภสัชกรตามมุมมองสหวิชาชีพ	แพทย์ (N=47)	พยาบาล (N= 48)	เภสัชกร (N= 48)
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
ไม่มั่นใจ	4(8.5)	1(2.1)	8(16.7)
มั่นใจว่าทำได้ ระดับมาก	27(57.4)	32(66.7)	22(45.8)
มั่นใจว่าทำได้ ระดับปานกลาง	16(34.0)	15(31.3)	16(33.3)
มั่นใจว่าทำได้ ระดับน้อย	0(0.0)	0(0.0)	2(4.2)

8.1 เหตุผลความไม่มั่นใจในการทำงานร่วมกับทีมดูแลแบบประคับประคองของเภสัชกร ของทีมสหวิชาชีพ

สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่ระบุว่าไม่มีความมั่นใจในการเข้าร่วมทำงานกับทีมดูแลแบบประคับประคองนั้นส่วนใหญ่ให้เหตุผลของความไม่มั่นใจในมุมมองของแพทย์ว่าเป็นเพราะไม่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยในรูปแบบดังกล่าว (ร้อยละ 4.3) ขาดความมั่นใจในการทำงานที่ต้องพูดคุย support จิตใจของผู้ป่วย (ร้อยละ 4.3) และมีภาระงานที่มากและมีงานอื่นที่สำคัญกว่า (ร้อยละ 4.3) มุมมองของวิชาชีพพยาบาลเหตุผลความไม่มั่นใจในการทำงานร่วมกับทีมดูแลแบบประคับประคองของเภสัชกร พบว่าเภสัชกรมีภาระงานที่มากและมีงานอื่นที่สำคัญกว่า (ร้อยละ 2.1) และในมุมมองของวิชาชีพเภสัชกรรมให้เหตุผลว่า มีภาระงานที่มากและมีงานอื่นที่สำคัญกว่า (ร้อยละ 8.3) ขาดองค์ความรู้ระดับลึกในเรื่อง pain management (ร้อยละ 2.1) ขาดความมั่นใจในการทำงานที่ต้องพูดคุย support จิตใจของผู้ป่วย (ร้อยละ 2.1) มีเภสัชกรไม่เพียงพอในการทำงาน (ร้อยละ 0.7) ดังตาราง

ตารางที่ 12 เหตุผลความไม่มั่นใจในการทำงานร่วมกับทีมดูแลแบบประคับประคองของเภสัชกร

เหตุผลที่ทีมสหวิชาชีพไม่มั่นใจที่เภสัชกรจะสามารถทำงานดูแลผู้ป่วยระยะท้าย	แพทย์ (N=47)	พยาบาล (N= 48)	เภสัชกร (N= 48)
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
ขาดองค์ความรู้เรื่องหลักการในการดูแลรูปแบบผู้ป่วยระยะท้าย	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)
ขาดองค์ความรู้ระดับลึกในเรื่อง pain management	0(0.0)	0(0.0)	3(2.1)
ไม่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยในรูปแบบดังกล่าว	2(4.3)	0(0.0)	0(0.0)
ขาดความมั่นใจในการทำงานที่ต้องพูดคุย support จิตใจของผู้ป่วย	2(4.3)	0(0.0)	3(2.1)
มีเภสัชกรไม่เพียงพอในการทำงาน	0(0.0)	0(0.0)	1(0.7)
มีภาระงานที่มากและมีงานอื่นที่สำคัญกว่า	2(4.3)	1(2.1)	4(8.3)

9. ความสามารถของเภสัชกรในการทำงานดูแลผู้ป่วยระยะท้ายตามความคาดหวังของทีมสหวิชาชีพ

จากการสำรวจพบว่าทุกวิชาชีพให้คะแนนระดับความสามารถของเภสัชกรในการทำงานดูแลผู้ป่วยระยะท้ายตามความคาดหวังของทีมสหวิชาชีพอยู่ที่ค่าคะแนน 7-10 ปฏิบัติได้มากที่สุด แพทย์ (ร้อยละ 91.5) พยาบาล (ร้อยละ 81.3) เภสัชกร (ร้อยละ 62.5)

ตารางที่ 13 ความสามารถของเภสัชกรในการทำงานดูแลผู้ป่วยระยะท้ายตามความคาดหวังของทีมสหวิชาชีพ

ระดับความสามารถ	แพทย์ (N=47)	พยาบาล (N= 48)	เภสัชกร (N= 48)
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
ค่าคะแนน 1- 3 ปฏิบัติได้น้อยที่สุด	0(0)	0(0)	0(0)
ค่าคะแนน 4-6 ปฏิบัติได้ปานกลาง	4(8.5)	9(18.8)	18(37.5)
ค่าคะแนน 7-10 ปฏิบัติได้มากที่สุด	43(91.5)	39(81.3)	30(62.5)
ค่าคะแนนเฉลี่ย (Mean±SD)	7.34±0.635	7.10±.973	7.08±1.030
ค่าคะแนนเฉลี่ยรวม (Mean±SD)	7.17±1.030		

10. บทบาทในงานดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของเภสัชกรตามความคาดหวังของทีมสหวิชาชีพ

ข้อที่ 1. ตรวจสอบการใช้ยาเดิม(Medication reconciliation) ของผู้ป่วยและให้ความรู้กับสมาชิกในทีมเรื่องการตรวจสอบการใช้ยาเดิมของผู้ป่วย แพทย์ พยาบาล และ เภสัชกรมีระดับความเห็น เห็นด้วยมากที่สุด แพทย์ (ร้อยละ 85.1) พยาบาล (ร้อยละ 56.3) เภสัชกร (ร้อยละ 81.3) รองลงมาคือ เห็นด้วยมาก แพทย์ (ร้อยละ 12.8) พยาบาล (ร้อยละ 37.5) เภสัชกร (ร้อยละ 16.7)

ข้อที่ 2. ให้ข้อมูลแก่สมาชิกในทีม ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลในเรื่องวิธีการบริหารยาที่เหมาะสม เช่น การใช้Inhalers ในการพ่นยา การใช้ Syringe driver การใช้แผ่นแปะแก้ปวด เป็นต้น ผู้ป่วย แพทย์ พยาบาล และ เภสัชกรมีระดับความเห็น เห็นด้วยมากที่สุด แพทย์ (ร้อยละ 57.4)

พยาบาล (ร้อยละ47.9) เภสัชกร (ร้อยละ 58.3) รองลงมาคือ เห็นด้วยมาก แพทย์ (ร้อยละ 40.4) พยาบาล (ร้อยละ45.8) เภสัชกร (ร้อยละ 39.6)

ข้อที่ 3. ให้คำแนะนำเรื่องการไ้ยาที่แพทย์สั่งให้นำกลับไปใช้ที่บ้านก่อนการจำหน่าย (Discharge) ผู้ป่วย แพทย์ พยาบาล และ เภสัชกรมีระดับความเห็น เห็นด้วยมากที่สุด แพทย์ (ร้อยละ 59.6) พยาบาล (ร้อยละ58.3) เภสัชกร (ร้อยละ 79.2) รองลงมาคือ เห็นด้วยมาก แพทย์ (ร้อยละ 38.3) พยาบาล (ร้อยละ37.5) เภสัชกร (ร้อยละ 27.1)

ข้อที่ 4. ทบทวนคำสั่งไ้ยาของแพทย์ (Medication review) เพื่อวิเคราะห์และค้นหาปัญหาที่เกี่ยวกับการไ้ยา (DRPs) และร่วมกับทีมในการวางแผนป้องกันและแก้ไขปัญหาดังกล่าว ผู้ป่วย แพทย์ พยาบาล และ เภสัชกรมีระดับความเห็น เห็นด้วยมากที่สุด แพทย์ (ร้อยละ 83.0) พยาบาล (ร้อยละ52.1) เภสัชกร (ร้อยละ 79.2) รองลงมาคือ เห็นด้วยมาก แพทย์ (ร้อยละ 17.0) พยาบาล (ร้อยละ43.8) เภสัชกร (ร้อยละ 18.8)

ข้อที่ 5. คัดกรองผู้ป่วยที่มีปัญหาเรื่องความร่วมมือในการไ้ยา (Non-compliance) เช่น ผู้ป่วยที่เกิด S/E จากยา M.O. แล้วไม่รับประทานยาต่อ และร่วมกับทีมในการหาทางแก้ปัญหาผู้ป่วย แพทย์ และ เภสัชกรมีระดับความเห็น เห็นด้วยมากที่สุด แพทย์ (ร้อยละ 59.6) เภสัชกร (ร้อยละ 52.1) ส่วนพยาบาลมีระดับความเห็น เห็นด้วยมาก (ร้อยละ50.0)

ข้อที่ 6. ให้คำปรึกษาแก่สมาชิกในทีมในการบันทึกและอัปเดตประวัติการไ้ยาของผู้ป่วยลงในแฟ้มประวัติผู้ป่วย (Medication chart) เพื่อสื่อสารคำแนะนำในการรักษาด้วยยาไปยังผู้ให้บริการสุขภาพอื่น ๆ แพทย์ พยาบาล และเภสัชกรมีระดับความเห็น เห็นด้วยมากที่สุด แพทย์ (ร้อยละ 55.3) พยาบาล (ร้อยละ 47.9) เภสัชกร (ร้อยละ 41.7) รองลงมาคือ เห็นด้วยมาก แพทย์ (ร้อยละ 31.9) พยาบาล (ร้อยละ43.8) เภสัชกร (ร้อยละ 39.6)

ข้อที่ 7. ให้ความรู้แก่สมาชิกในทีม ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับ Drug-induced adverse effect กับ Drug-induced allergy reaction จากการไ้ยาแก้ปวดกลุ่ม opioids และช่วยเสนอแนะแนวทางการแก้ไข แพทย์ พยาบาล และ เภสัชกรมีระดับความเห็น เห็นด้วยมากที่สุด แพทย์ (ร้อยละ 70.2) พยาบาล (ร้อยละ62.5) เภสัชกร (ร้อยละ 64.6) รองลงมาคือ เห็นด้วยมาก แพทย์ (ร้อยละ 27.7) พยาบาล (ร้อยละ33.3) เภสัชกร (ร้อยละ 29.2)

ข้อที่ 8. รวบรวมและส่งต่อข้อมูลการไ้ยาของผู้ป่วยกรณีที่ต้องส่งต่อผู้ป่วยไปรับการรักษาในสถานพยาบาลอื่น แพทย์ พยาบาล และ เภสัชกรมีระดับความเห็น เห็นด้วยมากที่สุด แพทย์ (ร้อยละ 51.1) พยาบาล (ร้อยละ47.9) เภสัชกร (ร้อยละ 58.3) รองลงมาคือ เห็นด้วยมาก แพทย์ (ร้อยละ 36.2) พยาบาล (ร้อยละ41.7) เภสัชกร (ร้อยละ 31.3)

ข้อที่ 9. ให้ข้อมูลด้านเภสัชวิทยา (Pharmacology) เช่นการแนะนำยาที่เหมาะสมในการรักษา (Drug recommendation) แนะนำผลข้างเคียง เป็นต้นและให้ข้อมูลด้านเภสัชจล

ศาสตร์ (Pharmacokinetic) ของยาแก้สมาชิกในทีม palliative care แพทย์ (ร้อยละ 46.8) มีระดับความเห็น เห็นด้วยมากที่สุด ส่วนพยาบาล(ร้อยละ43.8) และเภสัชกร(ร้อยละ 47.9) มีระดับความเห็น เห็นด้วยมาก

ข้อที่ 10. ประเมินความเหมาะสมในการสั่งใช้ยา (Utilization) ของแพทย์โดยเน้นยาที่ใช้ในการควบคุมอาการปวดและอาการอื่น (Symptoms management) เช่น อาการคลื่นไส้อาเจียน ท้องผูก เป็นต้น แพทย์ พยาบาล และเภสัชกรมีระดับความเห็น เห็นด้วยมากที่สุด แพทย์ (ร้อยละ 66.0) พยาบาล (ร้อยละ 58.3) เภสัชกร (ร้อยละ 60.4) รองลงมาคือ เห็นด้วยมาก แพทย์ (ร้อยละ 29.8) พยาบาล (ร้อยละ33.3) เภสัชกร (ร้อยละ 35.4)

ข้อที่ 11. ให้คำปรึกษาเรื่องยาทางโทรศัพท์แก่สมาชิกในทีม รวมถึงผู้ป่วยและญาติได้ เภสัชกร (ร้อยละ 47.9) มีระดับความเห็น เห็นด้วยมากที่สุด ส่วนแพทย์ (ร้อยละ 51.1) และพยาบาล (ร้อยละ54.2) มีระดับความเห็น เห็นด้วยมาก

ข้อที่ 12. ประเมินผู้ป่วยและญาติในเรื่องทัศนคติต่อการใช้ยาแก้ปวดกลุ่ม Opioids และร่วมกับทีมในการแก้ปัญหาสำหรับผู้ป่วยที่มีทัศนคติในการใช้ยาในเชิงลบ แพทย์ (ร้อยละ 53.2) และพยาบาล(ร้อยละ50.0) มีระดับความเห็น เห็นด้วยมากที่สุด ส่วนเภสัชกร (ร้อยละ 52.1) มีระดับความเห็น เห็นด้วยมาก

ข้อที่ 13. สามารถให้ข้อมูลและค้นหาหลักฐานอ้างอิงในกรณีที่มีการใช้ยาในลักษณะที่นอกเหนือจากที่ระบุไว้ในข้อบ่งชี้ในฉลากยา (Off-label uses) แพทย์ พยาบาล และเภสัชกรมีระดับความเห็น เห็นด้วยมากที่สุด แพทย์ (ร้อยละ 51.1) พยาบาล (ร้อยละ 52.1) เภสัชกร (ร้อยละ 47.9) รองลงมาคือ เห็นด้วยมาก แพทย์ (ร้อยละ 42.6) พยาบาล (ร้อยละ39.6) เภสัชกร (ร้อยละ 39.6)

ข้อที่ 14. แนะนำการเปลี่ยนรูปแบบและชนิดของยาแก้ปวดรวมถึงการเทียบเคียงยาแก้ปวดจากตัวหนึ่งไปยังอีกตัวหรือจากกลุ่มหนึ่งไปยังอีกกลุ่มได้ แพทย์ พยาบาล และเภสัชกรมีระดับความเห็น เห็นด้วยมากที่สุด แพทย์ (ร้อยละ 63.8) พยาบาล (ร้อยละ 52.1) เภสัชกร (ร้อยละ 52.1) รองลงมาคือ เห็นด้วยมาก แพทย์ (ร้อยละ 31.9) พยาบาล (ร้อยละ41.7) เภสัชกร (ร้อยละ 45.8)

ข้อที่ 15. ร่วมกับทีมในการพัฒนาระบบยาให้เอื้อต่อการเข้าถึงโดยเฉพาะกับยาที่ใช้ในการดูแลแบบ palliative care เช่น ยาแก้ปวดกลุ่ม Opioids เป็นต้น แพทย์ พยาบาล และเภสัชกรมีระดับความเห็น เห็นด้วยมากที่สุด แพทย์ (ร้อยละ 55.3) พยาบาล (ร้อยละ 54.2) เภสัชกร (ร้อยละ 64.6) รองลงมาคือ เห็นด้วยมาก แพทย์ (ร้อยละ 44.7) พยาบาล (ร้อยละ41.7) เภสัชกร (ร้อยละ 31.3)

ข้อที่ 16. แนะนำการใช้ยาแก้ปวดกลุ่ม Opioids ในขนาดที่ไม่ใช่ขนาดปกติที่ใช้กับผู้ป่วยทั่วไป เช่น สามารถให้คำแนะนำการเพิ่มขนาดยา M.O. สำหรับผู้ป่วยที่ไม่สามารถคุมอาการปวดจากขนาดยาปกติได้ แพทย์ (ร้อยละ 53.2) มีระดับความเห็น เห็นด้วยมากที่สุด ส่วนพยาบาล (ร้อยละ 50.0) และเภสัชกร (ร้อยละ 52.1) มีระดับความเห็น เห็นด้วยมาก

ข้อที่ 17. ปรับปรุง (Update) แผนการรักษา (Regimen) ด้วยยาที่จะใช้ในการรักษาโรคและอาการอื่น ๆ (Symptoms management) ให้มีความทันสมัยอยู่เสมอ แพทย์ (ร้อยละ 46.8) มีระดับความเห็น เห็นด้วยมากที่สุด ส่วนพยาบาล (ร้อยละ 47.9) และเภสัชกร (ร้อยละ 52.1) มีระดับความเห็น เห็นด้วยมาก

ข้อที่ 18. ตรวจสอบความเหมาะสมของยาแผนโบราณยาสมุนไพรหรืออาหารเสริมที่ผู้ป่วยอาจนำมาใช้ในการแพทย์ พยาบาล และเภสัชกรมีระดับความเห็น เห็นด้วยมากที่สุด แพทย์ (ร้อยละ 59.6) พยาบาล (ร้อยละ 41.7) เภสัชกร (ร้อยละ 41.7) รองลงมาคือ เห็นด้วยมาก แพทย์ (ร้อยละ 31.9) พยาบาล (ร้อยละ 35.4) เภสัชกร (ร้อยละ 41.7)

ข้อที่ 19. ประเมินอาการปวดของผู้ป่วยว่าเป็นอาการปวดชนิดใดและแนะนำยาที่เหมาะสมกับชนิดของอาการปวดดังกล่าวได้ แพทย์ (ร้อยละ 42.6) มีระดับความเห็น เห็นด้วยมากที่สุด ส่วนพยาบาล (ร้อยละ 47.9) และเภสัชกร (ร้อยละ 47.9) มีระดับความเห็น เห็นด้วยมาก

ข้อที่ 20. ประเมินภาวะทางด้านร่างกายของผู้ป่วยในเรื่องอาการปวด โดยใช้เครื่องมือต่าง ๆ เช่น pain score เป็นต้น แพทย์ พยาบาล และเภสัชกรมีระดับความเห็น เห็นด้วยมาก แพทย์ (ร้อยละ 42.6) พยาบาล (ร้อยละ 47.9) เภสัชกร (ร้อยละ 50.0) รองลงมาคือ เห็นด้วยมากที่สุด แพทย์ (ร้อยละ 36.2) พยาบาล (ร้อยละ 35.4) และ เห็นด้วยปานกลาง เภสัชกร (ร้อยละ 31.3)

ข้อที่ 21. ร่วมกับทีมในการออกเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านเพื่อติดตามการตอบสนองต่อการใช้ยาและค้นหา DRPs ของทั้งผู้ป่วยและญาติได้ แพทย์ พยาบาล และเภสัชกรมีระดับความเห็น เห็นด้วยมาก แพทย์ (ร้อยละ 46.8) พยาบาล (ร้อยละ 52.1) เภสัชกร (ร้อยละ 47.9) รองลงมาคือ เห็นด้วยมากที่สุด แพทย์ (ร้อยละ 44.7) พยาบาล (ร้อยละ 31.3) เภสัชกร (ร้อยละ 41.7)

ข้อที่ 22. ร่วมกับทีมในการสร้างและพัฒนา protocol ในการจัดการกับอาการปวด (Pain management) แพทย์ พยาบาล และเภสัชกรมีระดับความเห็น เห็นด้วยมาก แพทย์ (ร้อยละ 55.3) พยาบาล (ร้อยละ 52.1) เภสัชกร (ร้อยละ 47.9) รองลงมาคือ เห็นด้วยมากที่สุด แพทย์ (ร้อยละ 42.6) พยาบาล (ร้อยละ 45.8) เภสัชกร (ร้อยละ 43.8)

ข้อที่ 23. ร่วมวางแผนกับสมาชิกในทีมในเรื่องการจำหน่าย (Discharge) ผู้ป่วย เภสัชกร มีระดับความเห็น เห็นด้วยมากที่สุด (ร้อยละ 41.7) ส่วนแพทย์ (ร้อยละ 59.6) พยาบาล (ร้อยละ 52.1) มีระดับความเห็น เห็นด้วยมาก

ข้อที่ 24. แนะนำการใช้ยาเสริมฤทธิ์ (Adjuvant) หรือการใช้ยาร่วม (Co-analgesic) อื่น ๆ ที่สามารถนำมาใช้ร่วมกันในการบรรเทาอาการปวดได้ แพทย์ มีระดับความเห็น เห็นด้วยมากที่สุด (ร้อยละ 59.6) ส่วนพยาบาล (ร้อยละ 45.8) เภสัชกร (ร้อยละ 47.9) มีระดับความเห็น เห็นด้วยมาก

ข้อที่ 25. แนะนำขนาดการใช้ยาแก้ปวด M.O. ในกลุ่มผู้ป่วยที่อาจมีอาการปวดรุนแรงฉุกฉิน (Pain crisis) ได้ แพทย์ (ร้อยละ 63.8) และเภสัชกร (ร้อยละ 50.0) มีระดับความเห็น เห็นด้วยมากที่สุด ส่วนพยาบาล (ร้อยละ 52.1) มีระดับความเห็น เห็นด้วยมาก

ข้อที่ 26. เข้าร่วมในการประชุมทีม (Team meeting) เมื่อมีการทำ Case conference เภสัชกร มีระดับความเห็น เห็นด้วยมากที่สุด (ร้อยละ 47.9) ส่วนแพทย์ (ร้อยละ 51.1) พยาบาล (ร้อยละ 45.8) มีระดับความเห็น เห็นด้วยมาก

ข้อที่ 27. ช่วยปรับตารางรับประทานยาและจัดทำแบบบันทึกความปวด (Pain diary) เพื่อติดตามการกินยาแก้ปวดของผู้ป่วย แพทย์ มีระดับความเห็น เห็นด้วยมากที่สุด (ร้อยละ 46.8) ส่วนพยาบาล (ร้อยละ 54.2) เภสัชกร (ร้อยละ 52.1) มีระดับความเห็น เห็นด้วยมาก

ข้อที่ 28. แนะนำขนาดและวิธีการใช้ยา Naloxone ในการต้านพิษ M.O. ในกรณีที่มีปริมาณยาที่สะสมพอกพูน (Stack dose) หรือกรณีที่ใช้ยาเกินขนาด (Overdose) แพทย์ มีระดับความเห็น เห็นด้วยมากที่สุด (ร้อยละ 57.4) ส่วนพยาบาล (ร้อยละ 45.8) เภสัชกร (ร้อยละ 47.9) มีระดับความเห็น เห็นด้วยมาก

ข้อที่ 29. ร่วมกับแพทย์และสมาชิกทีมในการตรวจเยี่ยมผู้ป่วยในหอผู้ป่วย (Round ward) แพทย์ พยาบาล และเภสัชกรมีระดับความเห็น เห็นด้วยมาก แพทย์ (ร้อยละ 42.2) พยาบาล (ร้อยละ 58.3) เภสัชกร (ร้อยละ 39.6) รองลงมาคือ เห็นด้วยมากที่สุด แพทย์ (ร้อยละ 37.8) พยาบาล (ร้อยละ 31.3) เภสัชกร (ร้อยละ 37.5)

ข้อที่ 30. ประสานผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพอื่น ๆ ที่อยู่ในชุมชนของผู้ป่วย เช่น โรงพยาบาลชุมชน เภสัชกรประจำร้านยาในชุมชนหรือพยาบาลในศูนย์บริการสุขภาพชุมชนในเรื่องการติดตามการใช้ยาของผู้ป่วย แพทย์ พยาบาล และเภสัชกรมีระดับความเห็น เห็นด้วยมาก แพทย์ (ร้อยละ 42.6) พยาบาล (ร้อยละ 47.9) เภสัชกร (ร้อยละ 50.0) รองลงมาคือ เห็นด้วยมากที่สุด แพทย์ (ร้อยละ 31.9) พยาบาล (ร้อยละ 31.3) และ เห็นด้วยปานกลาง เภสัชกร (ร้อยละ 27.1)

ข้อที่ 31. ประเมินภาวะในการดูแลตนเองในชีวิตประจำวันของผู้ป่วยได้ แพทย์ (ร้อยละ 48.9) และเภสัชกร (ร้อยละ 45.8) มีระดับความเห็น เห็นด้วยปานกลาง ส่วนพยาบาล (ร้อยละ 45.8) มีระดับความเห็น เห็นด้วยมาก

ข้อที่ 32. ร่วมให้ความช่วยเหลือกับผู้ป่วยที่มีปัญหาในเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษา ซึ่งบางครั้งเภสัชกรอาจจะช่วยระบุทางเลือกในการรักษาด้วยยาที่มี cost-effective โดยเฉพาะกับผู้ป่วย

ที่มีปัญหาในการจ่ายค่ายา แพทย์ พยาบาล และเภสัชกรมีระดับความเห็น เห็นด้วยมาก แพทย์ (ร้อยละ 40.4) พยาบาล (ร้อยละ 47.9) เภสัชกร (ร้อยละ 43.8) รองลงมาคือ เห็นด้วยปานกลาง แพทย์ (ร้อยละ 27.7) พยาบาล เภสัชกร (ร้อยละ 27.1) และเห็นด้วยมากที่สุด (ร้อยละ 20.8)

ข้อที่ 33. ประสานงานกับเจ้าหน้าที่อื่นๆในการช่วยให้ผู้ป่วยเข้าถึงอุปกรณ์ทางการแพทย์และวัสดุที่ใช้ในการบริหารยา เช่น Nebulizers, IV infusion pump, Tubing, Feed pumps และ Syringe ให้ความเห็นเห็นด้วยมาก แพทย์ พยาบาล และเภสัชกรมีระดับความเห็น เห็นด้วยมาก แพทย์ (ร้อยละ 42.6) พยาบาล (ร้อยละ 50.0) เภสัชกร (ร้อยละ 41.7) รองลงมาคือ เห็นด้วยมากที่สุด แพทย์ (ร้อยละ 29.8) พยาบาล (ร้อยละ 29.3) และ เห็นด้วยปานกลาง เภสัชกร (ร้อยละ 37.5)

ข้อที่ 34. แนะนำการเริ่มยา Methadone ในผู้ป่วยที่มีการติดต่อยาแก้ปวดกลุ่ม Opioids รวมถึงการติดตามผลการตอบสนองของผู้ป่วยจากการใช้ยาได้ แพทย์ มีระดับความเห็น เห็นด้วยมากที่สุด (ร้อยละ 44.7) ส่วนพยาบาล (ร้อยละ 43.8) เภสัชกร (ร้อยละ 56.3) มีระดับความเห็น เห็นด้วยมาก

ข้อที่ 35. ช่วยเหลือด้านจิตใจของผู้ป่วยด้วยการให้โอกาสผู้ป่วยได้พูดคุย ระบายความรู้สึกที่เป็นความรักความผูกพัน ความสุขหรือความสำเร็จ แม้แต่ความทุกข์ในอดีตรวมถึงช่วยพูดให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลายและสบายใจ พยาบาล (ร้อยละ 41.7) มีระดับความเห็น เห็นด้วยมาก ส่วน แพทย์ (ร้อยละ 38.3) และเภสัชกร (ร้อยละ 43.8) มีระดับความเห็น เห็นด้วยปานกลาง

ข้อที่ 36. การปรับสูตรตำรับ การปรับรูปแบบยา รวมถึงการปรับวิธีในการบริหารยา เช่น ยาอมใต้ลิ้น ยาใช้ภายนอก ให้เหมาะสมกับผู้ป่วยเฉพาะราย เภสัชกร (ร้อยละ 45.8) มีระดับความเห็น เห็นด้วยมากที่สุด ส่วน แพทย์ (ร้อยละ 46.8) และเภสัชกร (ร้อยละ 45.8) มีระดับความเห็น เห็นด้วยมาก

ข้อที่ 37. ร่วมกับทีมในการดูแลด้านจิตใจและช่วยเสริมกำลังใจ (Empower) ให้ญาติผู้ป่วยหลังการเสียชีวิตของผู้ป่วย แพทย์ (ร้อยละ 40.4) และ เภสัชกร (ร้อยละ 52.1) มีระดับความเห็น เห็นด้วยมาก ส่วนพยาบาล(ร้อยละ 39.6) มีระดับความเห็น เห็นด้วยปานกลาง

ข้อที่ 38. ช่วยทีมในการติดตามระดับยาในเลือด การดูแลทางห้องปฏิบัติการ เพื่อพิจารณาความเหมาะสมในการให้การรักษาด้วยยาของแพทย์ แพทย์ (ร้อยละ 46.8) มีระดับความเห็น เห็นด้วยมากที่สุด ส่วน พยาบาล (ร้อยละ 43.8) และเภสัชกร (ร้อยละ 47.9) มีระดับความเห็น เห็นด้วยมาก

ข้อที่ 39. ให้ข้อมูลแก่สมาชิกในทีมในเรื่องการให้ยาที่ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกตัวลดลง (Terminal sedation) สำหรับผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องใช้ยาลักษณะนี้ได้ แพทย์ พยาบาล และ เภสัชกรมีระดับความเห็น เห็นด้วยมาก แพทย์ (ร้อยละ 46.8) พยาบาล (ร้อยละ 47.9) เภสัชกร

(ร้อยละ 45.8) รองลงมาคือ เห็นด้วยมากที่สุด แพทย์ (ร้อยละ 42.6) พยาบาล (ร้อยละ 29.2) เกษีชกร (ร้อยละ 25.0)

ข้อที่ 40. ช่วยสมาชิกในทีมในการค้นหาปัญหาที่ยังค้างคาใจของผู้ป่วย (Unfinished business) ที่ทำให้ผู้ป่วยยังไม่สามารถปล่อยวางได้และวางแผนร่วมกับทีมในการแก้ปัญหาดังกล่าว เกษีชกร (ร้อยละ 45.8) มีระดับความเห็น เห็นด้วยมาก ส่วนแพทย์ (ร้อยละ 38.8) และพยาบาล (ร้อยละ 45.8) มีระดับความเห็น เห็นด้วยปานกลาง

ข้อที่ 41. เตรียมสูตรตำรับและผลิตภัณฑ์ที่เจาะจงกับผู้ป่วยเฉพาะรายให้ได้สูตรตำรับที่มีดังกล่าว พยาบาล (ร้อยละ 33.3) มีระดับความเห็น เห็นด้วยมากที่สุด ส่วนแพทย์ (ร้อยละ 40.4) และเกษีชกร (ร้อยละ 37.5) มีระดับความเห็น เห็นด้วยมาก

ข้อที่ 42. ร่วมกับทีมในการประเมินและค้นหาปัญหาด้านสังคม (Social assessment)ของผู้ป่วย เช่น เรื่องบทบาทของผู้ป่วยในครอบครัว ความรักและความผูกพันของผู้ป่วยกับสมาชิกในครอบครัว ที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อม รวมถึงภาวะทางสังคมของผู้ดูแล (Care giver) และวางแผนร่วมกันในการแก้ปัญหาดังกล่าว พยาบาล (ร้อยละ 45.8) และเกษีชกร (ร้อยละ 45.8) มีระดับความเห็น เห็นด้วยมาก ส่วนแพทย์ (ร้อยละ 40.4) มีระดับความเห็น เห็นด้วยปานกลาง

ข้อที่ 43. ช่วยทำให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจและยอมรับในภาวะโรคที่ดำเนินมาถึงระยะสุดท้ายและช่วยให้ผู้ป่วยไม่ปฏิเสธความตายรวมถึงปล่อยวางจากสิ่งต่าง ๆ ได้ แพทย์ พยาบาล และเกษีชกรมีระดับความเห็น เห็นด้วยปานกลาง แพทย์ (ร้อยละ 38.3) พยาบาล (ร้อยละ 39.6) เกษีชกร (ร้อยละ 39.6) รองลงมาคือ เห็นด้วยมาก แพทย์ (ร้อยละ 29.8) พยาบาล (ร้อยละ 33.3) เกษีชกร (ร้อยละ 33.3)

ข้อที่ 44. ร่วมกับทีมในการประเมินและค้นหาปัญหาในด้านจิตวิญญาณ (Spiritual assessment) ของผู้ป่วย เช่น เรื่องความต้องการความรักและความสัมพันธ์ (Love and Connectedness) ความต้องการการอโหสิกรรมหรือการให้อภัย (Forgiveness) การปฏิบัติตามความเชื่อและหลักศาสนา (Religious practice) และร่วมกันหาทางแก้ไขปัญหาดังกล่าว แพทย์ พยาบาล และเกษีชกรมีระดับความเห็น เห็นด้วยปานกลาง แพทย์ (ร้อยละ 36.2) พยาบาล (ร้อยละ 43.8) เกษีชกร (ร้อยละ 45.8) รองลงมาคือ เห็นด้วยมาก แพทย์ (ร้อยละ 29.8) พยาบาล (ร้อยละ 35.4) เกษีชกร (ร้อยละ 35.4)

ข้อที่ 45. ประเมินเรื่องความต้องการการดูแลด้านจิตวิญญาณเพิ่มเติมของผู้ป่วย เช่น ความต้องการการดูแลจากพระหรือบาทหลวง แล้วช่วยประสานกับสมาชิกในทีม แพทย์ (ร้อยละ 36.2) และพยาบาล (ร้อยละ 35.4) มีระดับความเห็น เห็นด้วยมาก ส่วน เกษีชกร (ร้อยละ 35.4) มีระดับความเห็น เห็นด้วยปานกลาง

ข้อที่ 46. ประเมินความหวังของผู้ป่วยและญาติโดยอาจใช้เทคนิคต่าง ๆ เช่น การขอพร 3 ประการ (3 wishes) เพื่อทราบถึงความคาดหวังต่อชีวิตของผู้ป่วย แพทย์ พยาบาล และเภสัชกรมีระดับความเห็น เห็นด้วยปานกลาง แพทย์ (ร้อยละ 28.6) พยาบาล (ร้อยละ 50.0) เภสัชกร (ร้อยละ 43.8) รองลงมาคือ เห็นด้วยมาก แพทย์ (ร้อยละ 21.3) พยาบาล (ร้อยละ 25.0) เภสัชกร (ร้อยละ 31.3)

ตารางที่ 14 ระดับความคิดเห็นของทีมสหวิชาชีพต่อบทบาทในงานผู้ป่วยระยะท้ายของเภสัชกรตามความคาดหวังของทีมสหวิชาชีพ

บทบาทในงานผู้ป่วยระยะท้ายของเภสัชกรตามความคาดหวังของทีมสหวิชาชีพ	ระดับความคิดเห็น				
	เห็นด้วยมากที่สุด	เห็นด้วยมาก	เห็นด้วยปานกลาง	ไม่เห็นด้วย	
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
1. ตรวจสอบการใช้ยาเดิม (Medication reconciliation) ของผู้ป่วยและให้ความรู้กับสมาชิกในทีมเรื่องการตรวจสอบการใช้ยาเดิมของผู้ป่วย	แพทย์	40(85.1)	6(12.8)	1(2.1)	0(0)
	พยาบาล	27(56.3)	18(37.5)	3(6.3)	0(0)
	เภสัชกร	39(81.3)	8(16.7)	1(2.1)	0(0)
2. ให้ข้อมูลแก่สมาชิกในทีม ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลในเรื่องวิธีการบริหารยาที่เหมาะสมเช่น การใช้inhalers ในการพ่นยา การใช้ Syringe driver การใช้แผ่นแปะแก้ปวด เป็นต้น	แพทย์	27(57.4)	19(40.4)	1(2.1)	0(0)
	พยาบาล	23(47.9)	22(45.8)	3(6.3)	0(0)
	เภสัชกร	28(58.3)	19(39.6)	1(2.1)	0(0)
3. ให้คำแนะนำเรื่องการให้ยาที่แพทย์สั่งให้นำกลับไปใช้ที่บ้านก่อนการจำหน่าย (Discharge) ผู้ป่วย	แพทย์	28(59.6)	18(38.3)	1(2.1)	0(0)
	พยาบาล	28(58.3)	18(37.5)	2(4.2)	0(0)
	เภสัชกร	33(68.8)	13(27.1)	2(4.2)	0(0)
4. ทบทวนคำสั่งใช้ยาของแพทย์ (Medication review) เพื่อวิเคราะห์และค้นหาปัญหาที่เกี่ยวกับการใช้ยา (DRPs) และร่วมกับทีมในการวางแผนป้องกันและแก้ไขปัญหาดังกล่าว	แพทย์	39(83.0)	8(17.0)	0(0)	0(0)
	พยาบาล	25(52.1)	21(43.8)	2(4.2)	0(0)
	เภสัชกร	38(79.2)	9(18.8)	0(0)	1(2.1)
5. คัดกรองผู้ป่วยที่มีปัญหาเรื่องความร่วมมือในการใช้ยา (Non-compliance) เช่น ผู้ป่วยที่เกิด S/E จากยา M.O. แล้วไม่รับประทานยาต่อ และร่วมกับทีมในการหาทางแก้ปัญหา	แพทย์	28(59.6)	17(36.2)	2(4.3)	0(0)
	พยาบาล	21(43.8)	24(50.0)	3(6.3)	0(0)
	เภสัชกร	25(52.1)	20(41.7)	3(6.3)	0(0)

ตาราง 14 (ต่อ)

บทบาทในงานผู้ป่วยระยะท้ายของเภสัชกรตามความคาดหวังของทีมสหวิชาชีพ	ระดับความคิดเห็น				
	เห็นด้วยมากที่สุด	เห็นด้วยมาก	เห็นด้วยปานกลาง	ไม่เห็นด้วย	
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
6. ให้คำปรึกษาแก่สมาชิกในทีมในการบันทึกและอัปเดตประวัติการใช้ยาของผู้ป่วยลงในแฟ้มประวัติผู้ป่วย (Medication chart) เพื่อสื่อสารคำแนะนำในการรักษาด้วยยาไปยังผู้ให้บริการสุขภาพอื่น ๆ	แพทย์	26(55.3)	15(31.9)	6(12.8)	0(0)
	พยาบาล	23(47.9)	21(43.8)	4(8.3)	0(0)
	เภสัชกร	20(41.7)	19(39.6)	9(18.8)	0(0)
7. ให้ความรู้แก่สมาชิกในทีม ผู้ป่วยและญาติ ผู้ดูแล เกี่ยวกับ Drug-induced adverse effect กับ Drug-induced allergy reaction จากการใช้ยาแก้ปวดกลุ่ม opioids และช่วยเสนอแนะแนวทางการแก้ไข	แพทย์	33(70.2)	13(27.7)	1(2.1)	0(0)
	พยาบาล	30(62.5)	16(33.3)	2(4.2)	0(0)
	เภสัชกร	31(64.6)	14(29.2)	3(6.3)	0(0)
8. รวบรวมและส่งต่อข้อมูลการใช้ยาของผู้ป่วยกรณีที่ต้องส่งต่อผู้ป่วยไปรับการรักษาในสถานพยาบาลอื่น	แพทย์	24(51.1)	17(36.2)	6(12.8)	0(0)
	พยาบาล	23(47.9)	20(41.7)	5(3.5)	0(0)
	เภสัชกร	28(58.3)	15(31.3)	5(3.5)	0(0)
9. ให้ข้อมูลด้านเภสัชวิทยา (Pharmacology) เช่นการแนะนำยาที่เหมาะสมในการรักษา (Drug recommendation) แนะนำผลข้างเคียงเป็นต้นและให้ข้อมูลด้านเภสัชจลศาสตร์ (Pharmacokinetic) ของยาแก่สมาชิกในทีม palliative care	แพทย์	22(46.8)	20(42.6)	3(6.4)	2(4.3)
	พยาบาล	18(37.5)	21(43.8)	6(12.5)	3(6.3)
	เภสัชกร	16(33.3)	23(47.9)	6(12.5)	3(6.3)
10. ประเมินความเหมาะสมในการสั่งใช้ยา (Utilization) ของแพทย์โดยเน้นยาที่ใช้ในการควบคุมอาการปวดและอาการอื่น (Symptoms management) เช่น อาการคลื่นไส้ อาเจียน ท้องผูก เป็นต้น	แพทย์	31(66.0)	14(29.8)	2(4.3)	0(0)
	พยาบาล	28(58.3)	16(33.3)	4(8.3)	0(0)
	เภสัชกร	29(60.4)	17(35.4)	2(4.2)	0(0)

ตาราง 14 (ต่อ)

บทบาทในงานผู้ป่วยระยะท้ายของเภสัชกรตามความคาดหวังของทีมสหวิชาชีพ	ระดับความคิดเห็น				
	เห็นด้วยมากที่สุด	เห็นด้วยมาก	เห็นด้วยปานกลาง	ไม่เห็นด้วย	
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
11. ให้คำปรึกษาเรื่องยาทางโทรศัพท์แก่สมาชิกในทีม รวมถึงผู้ป่วยและญาติได้	แพทย์	20(42.6)	24(51.1)	3(6.4)	0(0)
	พยาบาล	21(43.8)	26(54.2)	1(2.1)	0(0)
	เภสัชกร	23(47.9)	20(41.7)	5(10.4)	0(0)
12. ประเมินผู้ป่วยและญาติในเรื่องทัศนคติต่อการใช้ยาแก้ปวดกลุ่ม Opioids และร่วมกับทีมในการแก้ปัญหาสำหรับผู้ป่วยที่มีทัศนคติในการใช้ยาในเชิงลบ	แพทย์	25(53.2)	20(42.6)	2(4.3)	0(0)
	พยาบาล	24(50.0)	20(41.7)	4(8.3)	0(0)
	เภสัชกร	21(43.8)	25(52.1)	2(4.2)	0(0)
13. สามารถให้ข้อมูลและค้นหาหลักฐานอ้างอิงในกรณีที่มีการใช้ยาในลักษณะที่นอกเหนือจากที่ระบุไว้ในข้อบ่งชี้ในฉลากยา (Off-label uses)	แพทย์	24(51.1)	20(42.6)	3(6.4)	0(0)
	พยาบาล	25(52.1)	19(39.6)	4(8.3)	0(0)
	เภสัชกร	23(47.9)	19(39.6)	6(4.2)	0(0)
14. แนะนำการเปลี่ยนรูปแบบและชนิดของยาแก้ปวดรวมถึงการเทียบเคียงยาแก้ปวดจากตัวหนึ่งไปยังอีกตัวหรือจากกลุ่มหนึ่งไปยังอีกกลุ่มได้	แพทย์	30(63.8)	15(31.9)	2(4.3)	0(0)
	พยาบาล	25(52.1)	20(41.7)	3(6.3)	0(0)
	เภสัชกร	25(52.1)	22(45.8)	1(2.1)	0(0)
15. ร่วมกับทีมในการพัฒนาระบบยาให้เอื้อต่อการเข้าถึงโดยเฉพาะกับยาที่ใช้ในการดูแลแบบ palliative care เช่น ยาแก้ปวดกลุ่ม Opioids เป็นต้น	แพทย์	26(55.3)	21(44.7)	0(0)	0(0)
	พยาบาล	26(54.2)	20(41.7)	2(4.2)	0(0)
	เภสัชกร	31(64.6)	15(31.3)	2(4.2)	0(0)
16. แนะนำการใช้ยาแก้ปวดกลุ่ม Opioids ในขนาดที่ไม่ใช่ขนาดปกติที่ใช้กับผู้ป่วยทั่วไป เช่น สามารถให้คำแนะนำการเพิ่มขนาดยา M.O. สำหรับผู้ป่วยที่ไม่สามารถคุมอาการปวดจากขนาดยาปกติได้	แพทย์	25(53.2)	18(38.3)	4(8.5)	0(0)
	พยาบาล	21(43.8)	24(50.0)	3(6.3)	0(0)
	เภสัชกร	21(43.8)	25(52.1)	2(4.2)	0(0)
17. ปรับปรุง (Update) แผนการรักษา (Regimen) ด้วยยาที่จะใช้ในการรักษาโรคและอาการอื่นๆ (Symptoms management) ให้มีความทันสมัยอยู่เสมอ	แพทย์	22(46.8)	20(42.6)	5(10.6)	0(0)
	พยาบาล	22(45.8)	23(47.9)	3(6.3)	0(0)
	เภสัชกร	19(39.6)	25(52.1)	4(8.3)	0(0)

ตาราง 14 (ต่อ)

บทบาทในงานผู้ป่วยระยะท้ายของเภสัชกรตามความคาดหวังของทีมสหวิชาชีพ	ระดับความคิดเห็น				
	เห็นด้วยมากที่สุด	เห็นด้วยมาก	เห็นด้วยปานกลาง	ไม่เห็นด้วย	
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
18. ตรวจสอบความเหมาะสมของยาแผนโบราณยาสมุนไพรหรืออาหารเสริมที่ผู้ป่วยอาจนำมาใช้ในการรักษา	แพทย์	28(59.6)	15(31.9)	4(8.5)	0(0)
	พยาบาล	20(41.7)	17(35.4)	11(22.9)	0(0)
	เภสัชกร	20(41.7)	20(41.7)	8(16.7)	0(0)
19. ประเมินอาการปวดของผู้ป่วยว่าเป็นอาการปวดชนิดใดและแนะนำยาที่เหมาะสมกับชนิดของอาการปวดดังกล่าวได้	แพทย์	20(42.6)	20(42.6)	7(14.9)	0(0)
	พยาบาล	19(39.6)	23(47.9)	6(12.5)	0(0)
	เภสัชกร	16(33.3)	23(47.9)	9(18.8)	0(0)
20. ประเมินภาวะทางด้านร่างกายของผู้ป่วยในเรื่องอาการปวด โดยใช้เครื่องมือต่าง ๆ เช่น pain score เป็นต้น	แพทย์	17(36.2)	20(42.6)	10(21.3)	0(0)
	พยาบาล	17(35.4)	23(47.9)	8(16.7)	0(0)
	เภสัชกร	9(18.8)	24(50.0)	15(31.3)	0(0)
21. ร่วมกับทีมในการออกเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านเพื่อติดตามการตอบสนองต่อการใช้ยาและค้นหา DRPs ของทั้งผู้ป่วยและญาติได้	แพทย์	21(44.7)	22(46.8)	2(4.3)	2(4.3)
	พยาบาล	15(31.3)	25(52.1)	8(16.7)	0(0)
	เภสัชกร	20(41.7)	23(47.9)	5(10.4)	0(0)
22. ร่วมกับทีมในการสร้างและพัฒนา protocol ในการจัดการกับอาการปวด (Pain management)	แพทย์	20(42.6)	26(55.3)	1(2.1)	0(0)
	พยาบาล	22(45.8)	25(52.1)	1(2.1)	0(0)
	เภสัชกร	21(43.8)	23(47.9)	4(8.3)	0(0)
23. ร่วมวางแผนกับสมาชิกในทีมในเรื่องการจำหน่าย (Discharge) ผู้ป่วย	แพทย์	16(34.0)	28(59.6)	3(6.4)	0(0)
	พยาบาล	16(33.3)	25(52.1)	7(14.6)	0(0)
	เภสัชกร	20(41.7)	20(41.7)	8(16.7)	0(0)
24. แนะนำการใช้ยาเสริมฤทธิ์ (Adjuvant) หรือการใช้ยาร่วม (Co-analgesic) อื่น ๆ ที่สามารถนำมาใช้ร่วมกันในการบรรเทาอาการปวดได้	แพทย์	28(59.6)	17(36.3)	2(4.3)	0(0)
	พยาบาล	21(43.8)	22(45.8)	5(10.4)	0(0)
	เภสัชกร	22(45.8)	23(47.9)	3(6.3)	0(0)
25. แนะนำขนาดการใช้ยาแก้ปวด M.O. ในกลุ่มผู้ป่วยที่อาจมีอาการปวดรุนแรงฉุกเฉิน (Pain crisis) ได้	แพทย์	30(63.8)	17(36.2)	0(0)	0(0)
	พยาบาล	22(45.8)	25(52.1)	1(2.1)	0(0)
	เภสัชกร	24(50.0)	24(50.0)	0(0)	0(0)

ตาราง 14 (ต่อ)

บทบาทในงานผู้ป่วยระยะท้ายของเภสัชกรตามความคาดหวังของทีมสหวิชาชีพ	ระดับความคิดเห็น				
	เห็นด้วยมากที่สุด	เห็นด้วยมาก	เห็นด้วยปานกลาง	ไม่เห็นด้วย	
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
26. เข้าร่วมในการประชุมทีม (Team meeting) เมื่อมีการทำ Case conference	แพทย์	20(42.6)	24(51.1)	2(4.3)	1(2.1)
	พยาบาล	20(41.7)	22(45.8)	5(10.4)	1(2.1)
	เภสัชกร	23(47.9)	22(45.8)	3(6.3)	0(0)
27. ช่วยปรับตารางรับประทานยาและจัดทำแบบบันทึกความปวด (Pain diary) เพื่อติดตามการกินยาแก้ปวดของผู้ป่วย	แพทย์	22(46.8)	22(46.8)	1(2.1)	2(4.3)
	พยาบาล	17(35.4)	26(54.2)	3(6.3)	2(4.2)
	เภสัชกร	19(39.6)	25(52.1)	3(6.3)	1(2.1)
28. แนะนำขนาดและวิธีการใช้ยา Naloxone ในการต้านพิษ M.O. ในกรณีที่มีปริมาณยาที่สะสมพอกพูน (Stack dose) หรือกรณีที่ให้ยาเกินขนาด (Overdose)	แพทย์	27(57.4)	16(34.0)	4(8.5)	0(0)
	พยาบาล	20(41.7)	22(45.8)	6(12.5)	0(0)
	เภสัชกร	19(39.6)	23(47.9)	6(12.5)	0(0)
29. ร่วมกับแพทย์และสมาชิกทีมในการตรวจเยี่ยมผู้ป่วยในหอผู้ป่วย (Round ward)	แพทย์	17(37.8)	19(42.2)	8(17.8)	1(2.2)
	พยาบาล	15(31.3)	28(58.3)	5(10.4)	0(0)
	เภสัชกร	18(37.5)	19(39.6)	11(22.9)	0(0)
30. ประสานผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพอื่น ๆ ที่อยู่ในชุมชนของผู้ป่วย เช่น โรงพยาบาลชุมชน เภสัชกรประจำร้านยาในชุมชนหรือพยาบาลในศูนย์บริการสุขภาพชุมชนในเรื่องการติดตามการใช้ยาของผู้ป่วย	แพทย์	15(31.9)	20(42.6)	12(25.5)	0(0)
	พยาบาล	15(31.3)	23(47.9)	10(20.8)	0(0)
	เภสัชกร	10(20.8)	24(50.0)	13(27.1)	1(2.1)
31. ประเมินภาวะในการดูแลตนเองในชีวิตประจำวันของผู้ป่วยได้	แพทย์	8(17.0)	16(34.0)	23(48.9)	0(0)
	พยาบาล	9(18.8)	22(45.8)	16(33.3)	1(2.1)
	เภสัชกร	3(6.3)	20(41.7)	22(45.8)	3(6.3)
32. ร่วมให้ความช่วยเหลือกับผู้ป่วยที่มีปัญหาในเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษา ซึ่งบางครั้งเภสัชกรอาจจะช่วยระบุทางเลือกในการรักษาด้วยยาที่มี cost-effective โดยเฉพาะกับผู้ป่วยที่มีปัญหาในการจ่ายค่ายา	แพทย์	11(23.4)	19(40.4)	13(27.7)	4(8.5)
	พยาบาล	10(20.8)	23(47.9)	9(18.8)	6(12.5)
	เภสัชกร	8(16.7)	21(43.8)	13(27.1)	1(2.1)

ตาราง 14 (ต่อ)

บทบาทในงานผู้ป่วยระยะท้ายของเภสัชกรตามความคาดหวังของทีมสหวิชาชีพ	ระดับความคิดเห็น				
	เห็นด้วยมากที่สุด	เห็นด้วยมาก	เห็นด้วยปานกลาง	ไม่เห็นด้วย	
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
33. ประสานงานกับเจ้าหน้าที่อื่นๆในการช่วยให้ผู้ป่วยเข้าถึงอุปกรณ์ทางการแพทย์และวัสดุที่ใช้ในการบริหารยา เช่น Nebulizers, IV infusion pump, Tubing, Feed pumps และ Syringe ให้ยา เป็นต้น	แพทย์	14(29.8)	20(42.6)	11(23.4)	2(4.3)
	พยาบาล	14(29.2)	24(50.0)	6(12.5)	4(8.3)
	เภสัชกร	7(14.6)	20(41.7)	18(37.5)	3(6.3)
34. แนะนำการเริ่มยา Methadone ในผู้ป่วยที่มีการติดต่อยาแก้ปวดกลุ่ม Opioids รวมถึงการติดตามผลการตอบสนองของผู้ป่วยจากการใช้ยาได้	แพทย์	21(44.7)	21(44.7)	3(6.4)	2(4.3)
	พยาบาล	17(35.4)	21(43.8)	8(16.7)	2(4.2)
	เภสัชกร	12(25.0)	27(56.3)	8(16.7)	1(2.1)
35. ช่วยเหลือด้านจิตใจของผู้ป่วยด้วยการให้โอกาสผู้ป่วยได้พูดคุย ระบายความรู้สึกที่เป็นความรักความผูกพันความสุขหรือความสำเร็จ แม้แต่ความทุกข์ในอดีตรวมถึงช่วยพูดให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลายและสบายใจขึ้น	แพทย์	9(19.1)	16(34.0)	18(38.3)	4(8.5)
	พยาบาล	6(12.5)	20(41.7)	20(41.7)	2(4.2)
	เภสัชกร	8(16.7)	17(35.4)	21(43.8)	2(4.2)
36. การปรับสูตรตำรับ การปรับรูปแบบยา รวมถึงการปรับวิธีในการบริหารยา เช่น ยาอมใต้ลิ้น ยาใช้ภายนอก ให้เหมาะสมกับผู้ป่วยเฉพาะราย	แพทย์	19(40.4)	22(46.8)	4(8.5)	2(4.3)
	พยาบาล	20(41.7)	22(45.8)	2(4.2)	4(8.3)
	เภสัชกร	22(45.8)	21(43.8)	4(8.3)	1(2.1)
37. ร่วมกับทีมในการดูแลด้านจิตใจและช่วยเสริมกำลังใจ (Empower) ให้ญาติผู้ป่วยหลังการเสียชีวิตของผู้ป่วย	แพทย์	11(23.4)	19(40.4)	13(27.7)	4(8.5)
	พยาบาล	9(18.8)	18(37.5)	19(39.6)	2(4.2)
	เภสัชกร	10(20.8)	25(52.1)	12(25.0)	1(2.1)
38. ช่วยทีมในการติดตามระดับยาในเลือด การดูแลทางห้องปฏิบัติการ เพื่อพิจารณาความเหมาะสมในการให้การรักษาด้วยยาของแพทย์	แพทย์	22(46.8)	20(42.6)	3(6.4)	2(4.3)
	พยาบาล	18(37.5)	21(43.8)	6(12.5)	3(6.3)
	เภสัชกร	16(33.3)	23(47.9)	6(12.5)	3(6.3)

ตาราง 14 (ต่อ)

บทบาทในงานผู้ป่วยระยะท้ายของเภสัชกรตามความคาดหวังของทีมสหวิชาชีพ	ระดับความคิดเห็น				
	เห็นด้วยมากที่สุด	เห็นด้วยมาก	เห็นด้วยปานกลาง	ไม่เห็นด้วย	
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
39. ให้ข้อมูลแก่สมาชิกในทีมในเรื่องการใช้ยาที่ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกตัวลดลง (Terminal sedation) สำหรับผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องใช้ยาลักษณะนี้ได้	แพทย์	20(42.6)	22(46.8)	3(6.4)	2(4.3)
	พยาบาล	14(29.2)	23(47.9)	11(22.9)	0(0)
	เภสัชกร	12(25.0)	22(45.8)	9(18.8)	5(10.4)
40. ผู้ป่วยในครอบครัว ความรักและความผูกพันของผู้ป่วยกับสมาชิกในครอบครัว ที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อม รวมถึงภาวะทางสังคมของผู้ดูแล (Care giver) และวางแผนร่วมกันในการแก้ปัญหาดังกล่าว	แพทย์	10(21.3)	14(29.8)	18(38.3)	5(10.6)
	พยาบาล	8(16.7)	16(33.3)	22(45.8)	2(4.2)
	เภสัชกร	5(10.4)	22(45.8)	18(37.5)	3(6.3)
41. เตรียมสูตรตำรับและผลิตภัณฑ์ที่เจาะจงกับผู้ป่วยเฉพาะรายให้ได้สูตรตำรับที่มีประสิทธิภาพ	แพทย์	16(34.0)	19(40.4)	10(21.3)	2(4.3)
	พยาบาล	16(33.3)	15(31.3)	13(27.1)	4(8.3)
	เภสัชกร	15(31.3)	18(37.5)	14(29.2)	1(2.1)
42. ร่วมกับทีมในการประเมินและค้นหาปัญหาด้านสังคม (Social assessment) ของผู้ป่วย เช่น เรื่องบทบาทของผู้ป่วยในครอบครัว ความรักและความผูกพันของผู้ป่วยกับสมาชิกในครอบครัว ที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อม รวมถึงภาวะทางสังคมของผู้ดูแล (Care giver) และวางแผนร่วมกันในการแก้ปัญหาดังกล่าว	แพทย์	9(19.1)	16(34.0)	19(40.4)	3(6.4)
	พยาบาล	6(12.5)	22(45.8)	19(39.6)	1(2.1)
	เภสัชกร	6(12.5)	22(45.8)	20(41.7)	0(0)
43. ช่วยทำให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจและยอมรับในภาวะโรคที่ดำเนินมาถึงระยะสุดท้ายและช่วยให้ผู้ป่วยไม่ปฏิเสธความตาย รวมถึงปล่อยวางจากสิ่งต่าง ๆ ได้	แพทย์	8(17.0)	14(29.8)	18(38.3)	7(14.9)
	พยาบาล	8(16.7)	16(33.3)	19(39.6)	5(10.4)
	เภสัชกร	8(16.7)	16(33.3)	19(39.6)	5(10.4)

ตาราง 14 (ต่อ)

บทบาทในงานผู้ป่วยระยะท้ายของเภสัชกรตามความคาดหวังของทีมสหวิชาชีพ	ระดับความคิดเห็น				
	เห็นด้วยมากที่สุด	เห็นด้วยมาก	เห็นด้วยปานกลาง	ไม่เห็นด้วย	
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
44. ร่วมกับทีมในการประเมินและค้นหาปัญหาในด้านจิตวิญญาณ (Spiritual assessment) ของผู้ป่วย เช่น เรื่องความต้องการความรักและความสัมพันธ์ (Love and Connectedness) ความต้องการการอโหสิกรรมหรือการให้อภัย (Forgiveness) การปฏิบัติตามความเชื่อและหลักศาสนา (Religious practice) และร่วมกันหาทางแก้ไขปัญหาดังกล่าว	แพทย์	10(21.3)	14(29.8)	17(36.2)	6(12.8)
	พยาบาล	7(14.6)	17(35.4)	21(43.8)	3(6.3)
	เภสัชกร	5(10.4)	17(35.4)	22(45.8)	4(8.3)
45. ประเมินเรื่องความต้องการการดูแลด้านจิตวิญญาณเพิ่มเติมของผู้ป่วย เช่น ความต้องการการดูแลจากพระหรือบาทหลวง แล้วช่วยประสานกับสมาชิกในทีม	แพทย์	7(14.9)	17(36.2)	12(25.5)	11(23.4)
	พยาบาล	7(14.6)	17(35.4)	17(35.4)	7(14.6)
	เภสัชกร	6(12.5)	16(33.3)	17(35.4)	9(18.8)
46. ประเมินความหวังของผู้ป่วยและญาติ โดยอาจใช้เทคนิคต่าง ๆ เช่น การขอพร 3 ประการ (3 wishes) เพื่อทราบถึงความคาดหวังต่อชีวิตของผู้ป่วย	แพทย์	9(19.1)	10(21.3)	18(28.6)	10(21.3)
	พยาบาล	6(12.5)	12(25.0)	24(50.0)	6(12.5)
	เภสัชกร	4(8.3)	15(31.3)	21(43.8)	8(16.7)

11. คุณลักษณะของเภสัชกรที่มีความสำคัญต่อการทำงานร่วมกับทีมดูแลผู้ป่วยระยะท้าย

คุณลักษณะของเภสัชกรที่มีความสำคัญต่อการทำงานร่วมกับทีมดูแลผู้ป่วยระยะท้าย จากการสอบถามผู้ตอบแบบสอบถามถึงเรื่องคุณลักษณะหรือคุณสมบัติของเภสัชกรที่เชื่อว่ามีสำคัญต่อการทำงานร่วมกับทีมดูแลผู้ป่วยระยะท้ายก็พบว่าผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ให้ความสำคัญกับเรื่ององค์ความรู้ ในเรื่องโรคและยาโดยเฉพาะ กลุ่มยาบรรเทาอาการปวดมากที่สุด แพทย์ (ร้อยละ 100.0) พยาบาล (ร้อยละ 93.8) เภสัชกร (ร้อยละ 97.9) รองลงมาคือในด้านด้านทักษะการทำงาน ควรเป็นคนที่มีความทักษะ (Skill) ในการให้คำปรึกษา (Counseling) และการสื่อสารที่ดี แพทย์ (ร้อยละ 100.0) พยาบาล (ร้อยละ 85.4) เภสัชกร (ร้อยละ 87.5) และต้องเป็นคนที่มีความ

ความสามารถใน การทำงานเป็นทีม (Team work) แพทย์ (ร้อยละ 97.9) พยาบาล (ร้อยละ 83.3) เภสัชกร (ร้อยละ 91.7) ด้านทัศนคติคือ มีความสนใจและมีใจรักที่จะทำงาน palliative care อย่างจริงจัง แพทย์ (ร้อยละ 87.2) พยาบาล (ร้อยละ 87.5) เภสัชกร (ร้อยละ 93.8) ตามลำดับ ส่วนคุณลักษณะหรือ คุณสมบัติของเภสัชกรที่ผู้ตอบแบบสอบถามเห็นว่ามีความสำคัญน้อยที่สุดก็คือ เรื่องการเป็นผู้ที่สนใจและศึกษาเรื่องธรรมชาติ แพทย์ (ร้อยละ 31.9) พยาบาล (ร้อยละ 39.6) เภสัชกร (ร้อยละ 31.3) โดยมีรายละเอียดเรียงลำดับตามความสำคัญดังตารางที่ 15

ตารางที่ 15 คุณลักษณะของเภสัชกรที่มีความสำคัญต่อการทำงานร่วมกับทีมดูแลผู้ป่วยระยะท้าย

คุณลักษณะหรือคุณสมบัติของเภสัชกรที่มีความสำคัญต่อการทำงานดูแลผู้ป่วยระยะท้าย	แพทย์ (N=47)	พยาบาล (N= 48)	เภสัชกร (N= 48)
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
<u>ด้านความรู้</u>			
มีองค์ความรู้ (Competency) เรื่องโรคและยาโดยเฉพาะกลุ่มยาบรรเทาอาการปวดที่ดี	47(100)	45(93.8)	47(97.9)
เป็นผู้มีความรู้พื้นฐานด้านจิตวิทยา	28(59.6)	34(70.8)	29(60.4)
<u>ด้านทักษะการทำงาน</u>			
เคยมีประสบการณ์ในการทำงานดูแลผู้ป่วยระยะท้าย	30(63.8)	30(62.5)	26(54.2)
มีความสามารถในการทำงานเป็นทีม (Team work)	46(97.9)	40(83.3)	44(91.7)
เป็นผู้ที่มีความสามารถในการช่วยเสริมกำลังใจ (Empower) ผู้ป่วยได้ดี	37(78.7)	30(62.5)	34(70.8)
เป็นผู้ที่มีความสามารถในการปรับอารมณ์ของตนเองจากการพบเห็นความทุกข์ของผู้ป่วยได้เร็ว	27(57.4)	28(58.3)	24(50.0)
มีทักษะ (Skill) ในการให้คำปรึกษา (Counseling) และการสื่อสารที่ดี	47(100)	41(85.4)	42(87.5)

ตารางที่ 15 (ต่อ)

คุณลักษณะหรือคุณสมบัติของเภสัชกรที่มี ความสำคัญต่อการทำงานดูแลผู้ป่วยระยะท้าย	แพทย์ (N=47)	พยาบาล (N= 48)	เภสัชกร (N= 48)
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
<u>ด้านทัศนคติ</u>			
เป็นผู้ที่สนใจและศึกษาเรื่องธรรมชาติ เช่น เรื่อง อิทธิบาท 4 เรื่องกฎไตรลักษณ์ ซึ่งจะช่วยให้เข้าใจ จิตใจผู้ป่วยดี	26(55.3)	23(47.9)	22(45.8)
เป็นผู้ที่สู้งานและทนต่อความกดดันในการทำงาน ได้ดี	31(66.0)	27(56.3)	22(45.8)
เป็นผู้ที่สามารถอุทิศเวลาส่วนตนให้กับงานได้ มีความสนใจและมีใจรักที่จะทำงาน palliative care อย่างจริงจัง	41(87.2)	42(87.5)	45(93.8)

12. ข้อเสนอแนะอื่น ๆ ของผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ให้ข้อเสนอแนะต่องานดูแล
ผู้ป่วยระยะท้าย

มุมมองของแพทย์ :

1. เภสัชกรเป็นผู้สามารถปรึกษาปัญหาการใช้ยา drug interaction ADR ของ
ยา การใช้ขนาดยาที่เหมาะสม
2. การทำงานประสานร่วมกันกับทีมดูแลแบบประคับประคอง และการช่วยเหลือ
จากหลายฝ่ายจะเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นให้ผู้ป่วยระยะท้าย

มุมมองของพยาบาล :

1. ในบางหน่วยงานเจ้าหน้าที่ยังไม่ผ่านการอบรมหลักสูตร Palliative care ทำให้ขาดทักษะการดูแลและการตัดสินใจในการดูแลผู้ป่วย
2. อยากให้เภสัชกร เพิ่มเติมความรู้กับญาติและผู้ป่วยในหน่วยงาน ประเมินความรู้
ความเข้าใจของญาติในหน่วยงานมากขึ้น
3. การดูแลแบบประคับประคองต้องมีทีมและเครือข่ายที่ดูแลต่อเนื่องและ
เข้มแข็ง มีระบบให้คำปรึกษา (consultant) ในทีม ระบบที่เลี้ยง 24 ชั่วโมง

4. เกสัชกรเป็นวิชาชีพที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ดูแลเรื่องยา ปรึกษา บริหารยา ช่วยในทีมที่ดูแล ทำให้ผู้ป่วยและญาติมีความมั่นใจและเชื่อถือมากขึ้นเรื่องยา

มุมมองของเกสัชกร :

1. อยากให้มีการประชุม conference เพื่อผู้ป่วยระยะท้าย
2. เกสัชกรที่ผ่านการฝึกอบรมหลักสูตร Palliative care จะสามารถนำทักษะที่ได้มาช่วยเหลือทีมดูแลผู้ป่วยระยะท้ายได้อย่างมีประสิทธิภาพ
3. ควรเพิ่มพูนความรู้ของตนเองและทีมอย่างสม่ำเสมอและเป็นปัจจุบัน
4. เป็นงานที่ต้องอาศัยทักษะและการฝึกฝนในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายตลอดจนต้องมีทักษะในการดูแลเรื่องจิตใจ และการให้คำแนะนำที่ดีด้วย อีกทั้งยังต้องมีความสามารถในการจัดการอารมณ์ของตนเองในการเห็นความทุกข์ของผู้ป่วย และเนื่องจากงานประจำที่มากอยู่แล้วอาจทำให้การดำเนินงานทำได้ยากหากผู้บริหารไม่สนับสนุน



การศึกษาส่วนที่ 2 ผลการบริหารทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยระยะท้ายโดยเภสัชกร

การศึกษานี้ทำการศึกษาในผู้ป่วยระยะท้ายและญาติผู้ป่วย ระหว่างวันที่ 27 มิถุนายน ถึงวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ.2562 โดยมีผู้เข้าร่วมการศึกษาทั้งหมด 34 ราย รายละเอียด ดังนี้

1. ผู้ป่วยระยะท้าย

ผู้ป่วยระยะท้าย เข้าร่วมการศึกษาจำนวนทั้งสิ้น 34 ราย เป็นเพศชาย 19 ราย (ร้อยละ 55.9) เพศหญิง 15 ราย (ร้อยละ 44.1) อายุเฉลี่ย 65.82 ± 15.01 ปี ส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 51 ปีขึ้นไป

ตารางที่ 16 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยระยะท้าย

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน) (N=34)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	19	55.9
หญิง	15	44.1
อายุเฉลี่ย (ปี) (Mean \pm SD)	65.82 \pm 15.01	
น้อยกว่า 30 ปี	1	2.9
31-40 ปี	1	2.9
41-50 ปี	2	5.9
51-60 ปี	9	26.5
61-70 ปี	8	23.5
70-80 ปี	6	17.6
มากกว่า 80 ปี	7	20.6

2. ข้อมูลทางคลินิกของผู้ป่วยระยะท้าย

น้ำหนักตัวของผู้ป่วยอยู่ในช่วง 41-50 กิโลกรัม (ร้อยละ 38.2) ส่วนสูงอยู่ในช่วง 151-160 เซนติเมตร (ร้อยละ 41.2) ประเภทของโรคมะเร็งที่พบส่วนใหญ่เป็น โรคมะเร็งปอด (ร้อยละ 23.5) รองลงมาคือ โรคมะเร็งตับ (ร้อยละ 20.6) การจัดเตรียมยาก่อนใช้ให้ผู้ป่วย พบว่าร้อยละ 100 มีญาติผู้ดูแลเป็นผู้จัดเตรียมเรื่องยาให้ผู้ป่วย

ตารางที่ 17 ข้อมูลทางคลินิกของผู้ป่วยระยะท้าย (ต่อ)

ข้อมูลทางคลินิก	จำนวน (คน) (N=34)	ร้อยละ
น้ำหนัก (กิโลกรัม)		
น้อยกว่า 30 กิโลกรัม	1	2.9
31-40 กิโลกรัม	4	11.8
41-50 กิโลกรัม	13	38.2
51-60 กิโลกรัม	10	29.4
61-70 กิโลกรัม	5	14.7
มากกว่า 70 กิโลกรัม	1	2.9
ส่วนสูงเฉลี่ย (เซนติเมตร)		
น้อยกว่า 150 เซนติเมตร	7	20.6
151-160 เซนติเมตร	14	41.2
161-170 เซนติเมตร	13	38.2
ประเภทของโรคมะเร็ง		
มะเร็งปอด	8	23.5
มะเร็งตับ	7	20.6
มะเร็งรังไข่/มดลูก	2	5.9
มะเร็งลำไส้	3	8.8
มะเร็งเม็ดเลือด	5	14.7
มะเร็งท่อน้ำดี	4	11.8
มะเร็งช่องปาก/โพรงจมูก	3	8.8
มะเร็งต่อมไทรอยด์	1	2.9
มะเร็งต่อมลูกหมาก	1	2.9
การจัดเตรียมยาที่ใช้		
ผู้ป่วยจัดเตรียมยาเอง	0	0
ญาติ/ผู้ดูแลจัดยาให้	34	100

ในการเก็บข้อมูลผู้ป่วยทั้งผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ คะแนนความปวด และปัญหาการใช้ยา เนื่องจากผู้ป่วยอยู่ในช่วงปรับยา แพทย์จะนัดผู้ดูแลเพื่อติดตามอาการปวดและอาการไม่สุขสบายทุก 1-2 สัปดาห์ รายละเอียดดังนี้

ในวันที่ 7 ผู้ป่วยจำนวน 31 ราย ผู้ป่วยถูกคัดออกจากการศึกษาจำนวน 3 ราย ได้เก็บข้อมูลทางโทรศัพท์จำนวน 3 ราย และเก็บข้อมูลต่อหน้าจำนวน 28 ราย

ในวันที่ 14 ผู้ป่วยจำนวน 20 ราย ผู้ป่วยถูกคัดออกจากการศึกษา จำนวน 11 ราย ได้เก็บข้อมูลทางโทรศัพท์จำนวน 2 ราย และเก็บข้อมูลต่อหน้าจำนวน 18 ราย

ในวันที่ 30 ผู้ป่วยจำนวน 11 ราย ผู้ป่วยถูกคัดออกจากการศึกษา จำนวน 9 ราย ได้เก็บข้อมูลต่อหน้าจำนวน 11 ราย ไม่มีการเก็บข้อมูลทางโทรศัพท์

ข้อมูลทางคลินิกด้านระดับความปวดของผู้ป่วยพบว่า วันที่เริ่มทำการรักษา (วันที่ 0) ระดับความปวดของผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ที่ ระดับรุนแรง (คะแนน Pain score 7-10) ร้อยละ 82.4 ในวันที่ 7 ระดับความปวดของผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ที่ ระดับปานกลาง (คะแนน Pain score 4-6) ร้อยละ 54.8 วันที่ 14 ระดับความปวดของผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ที่ ระดับรุนแรง (คะแนน Pain score 7-10) ร้อยละ 45.0 วันที่ 30 ระดับความปวดของผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ที่ ระดับน้อย (คะแนน Pain score 1-3) ร้อยละ 36.4 และ ระดับปานกลาง (คะแนน Pain score 4-6) ร้อยละ 36.4 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนความปวดระหว่างวันที่ 0 และวันที่ 30 พบว่าคะแนนความปวดมีแนวโน้มลดลง

ตารางที่ 18 ระดับความปวดของผู้ป่วยระยะท้าย

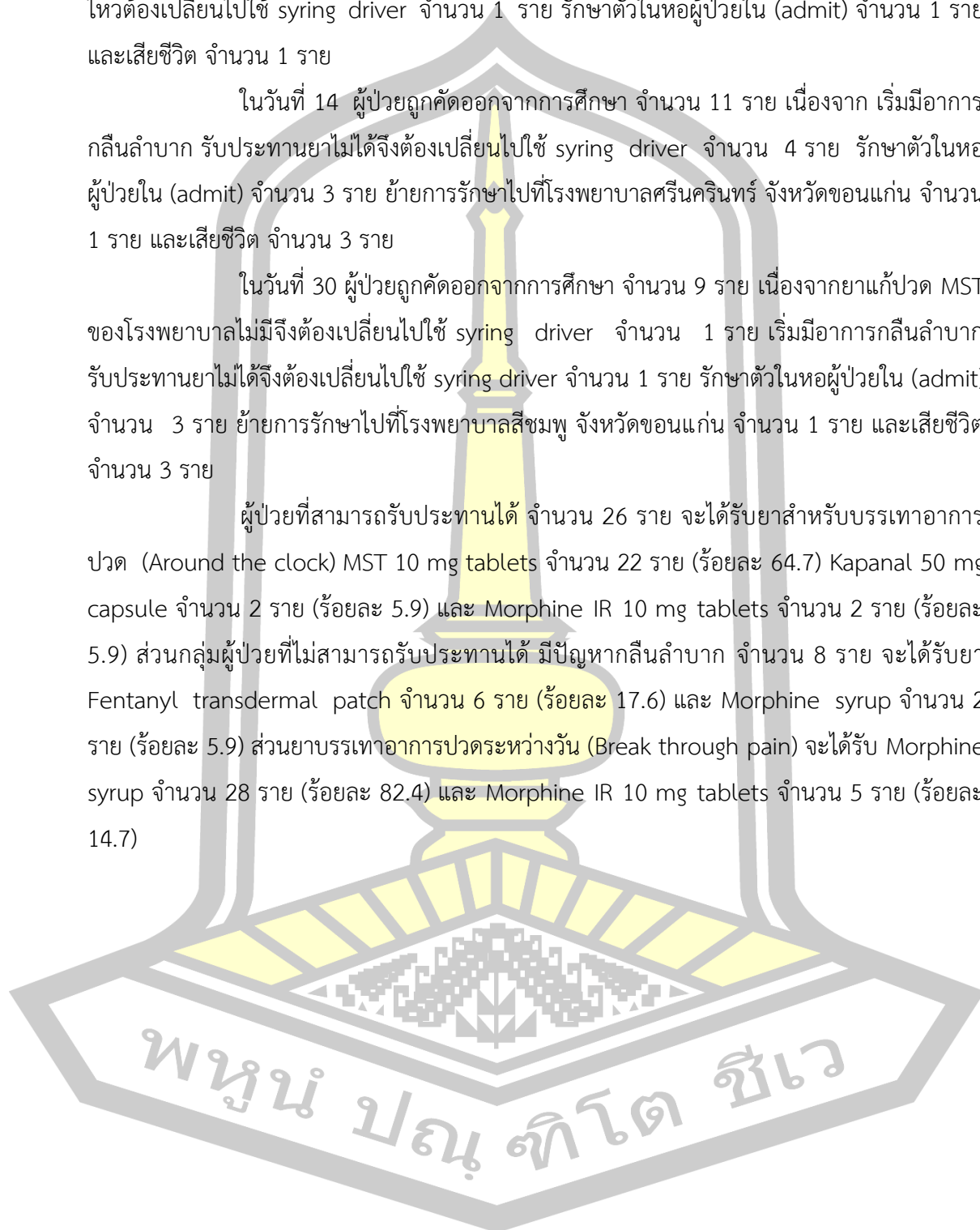
ระดับความปวดของผู้ป่วย	วันที่ 0	วันที่ 7	วันที่ 14	วันที่ 30
	(N=34)	(N=31)	(N=20)	(N=11)
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
น้อย (คะแนน Pain score 1-3)	0(0.0)	3(9.7)	6(30.0)	4(36.4)
ปานกลาง (คะแนน Pain score 4-6)	6(17.6)	17(54.8)	5(25.0)	4(36.4)
รุนแรง (คะแนน Pain score 7-10)	28(82.4)	11(35.5)	9(45.0)	3(27.3)
ระดับความปวดเฉลี่ย (Mean±SD)	8.15±1.79)	5.94±1.71	5.70±2.39	5.09±2.26

ในวันที่ 7 ผู้ป่วยถูกคัดออกจากการศึกษาจำนวน 3 ราย เนื่องจาก ทนอาการปวดไม่ไหวต้องเปลี่ยนไปใช้ syring driver จำนวน 1 ราย รักษาตัวในหอผู้ป่วยใน (admit) จำนวน 1 ราย และเสียชีวิต จำนวน 1 ราย

ในวันที่ 14 ผู้ป่วยถูกคัดออกจากการศึกษา จำนวน 11 ราย เนื่องจาก เริ่มมีอาการกลืนลำบาก รับประทานยาไม่ได้จึงต้องเปลี่ยนไปใช้ syring driver จำนวน 4 ราย รักษาตัวในหอผู้ป่วยใน (admit) จำนวน 3 ราย ย้ายการรักษาไปที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์ จังหวัดขอนแก่น จำนวน 1 ราย และเสียชีวิต จำนวน 3 ราย

ในวันที่ 30 ผู้ป่วยถูกคัดออกจากการศึกษา จำนวน 9 ราย เนื่องจากยาแก้ปวด MST ของโรงพยาบาลไม่มีจึงต้องเปลี่ยนไปใช้ syring driver จำนวน 1 ราย เริ่มมีอาการกลืนลำบาก รับประทานยาไม่ได้จึงต้องเปลี่ยนไปใช้ syring driver จำนวน 1 ราย รักษาตัวในหอผู้ป่วยใน (admit) จำนวน 3 ราย ย้ายการรักษาไปที่โรงพยาบาลสีชมพู จังหวัดขอนแก่น จำนวน 1 ราย และเสียชีวิต จำนวน 3 ราย

ผู้ป่วยที่สามารถรับประทานได้ จำนวน 26 ราย จะได้รับยาสำหรับบรรเทาอาการปวด (Around the clock) MST 10 mg tablets จำนวน 22 ราย (ร้อยละ 64.7) Kapanal 50 mg capsule จำนวน 2 ราย (ร้อยละ 5.9) และ Morphine IR 10 mg tablets จำนวน 2 ราย (ร้อยละ 5.9) ส่วนกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่สามารถรับประทานได้ มีปัญหาการกลืนลำบาก จำนวน 8 ราย จะได้รับยา Fentanyl transdermal patch จำนวน 6 ราย (ร้อยละ 17.6) และ Morphine syrup จำนวน 2 ราย (ร้อยละ 5.9) ส่วนยาบรรเทาอาการปวดระหว่างวัน (Break through pain) จะได้รับ Morphine syrup จำนวน 28 ราย (ร้อยละ 82.4) และ Morphine IR 10 mg tablets จำนวน 5 ราย (ร้อยละ 14.7)



ตารางที่ 19 รายการยาที่ผู้ป่วยระยะท้ายได้รับ

รูปแบบและรายการยาที่ผู้ป่วยได้รับ	จำนวน (N=34)	ร้อยละ
<u>Around the clock</u>		
Tramadol 50 mg capsule	0	0.0
MST 10 mg tablets	22	64.7
Kapanal 50 mg capsule	2	5.9
Fentanyl transdermal patch	6	17.6
Morphine IR 10 mg tablets	2	5.9
Morphine syrup	2	5.9
<u>Break through pain</u>		
Morphine IR 10 mg tablets	5	14.7
Morphine syrup	28	82.4

3. ปัญหาจากการใช้ยาตามหลักการของ Hepler และ strand

ในระหว่างการศึกษาในวันที่ 0 ปัญหาจากการใช้ยาที่พบมากที่สุดคือ ผู้ป่วยไม่ได้รับยาที่ควรจะได้ (Untreated indication) แบ่งออกเป็น ผู้ป่วยไม่ได้ Laxative 16 ราย (ร้อยละ 47.1) ไม่ได้ Break through pain 1 ราย (ร้อยละ 2.9) รองลงมาคือ ผู้ป่วยได้รับยาในขนาดที่ต่ำกว่าขนาดการรักษา (Sub therapeutic dosage) ได้ Break through pain ขนาดต่ำกว่าที่ควรได้รับ 1 ราย (ร้อยละ 2.9) และปัญหาด้านการใช้ยาที่ได้รับการแก้ไขโดยการปรึกษาแพทย์ทั้งหมด 17 ราย (ร้อยละ 50.0) ได้แก่ เพื่อให้ Laxative 16 ราย ขนาดยา Break through pain 1 ราย ส่วนในรายที่ไม่ได้ Break through pain 1 ราย แพทย์ที่มาตรวจแทนไม่ใช่แพทย์ประจำคลินิก เมื่อปรึกษาแพทย์จึงยืนยันไม่เพิ่ม Break through pain

วันที่ 7 ปัญหาจากการใช้ยาที่พบมากที่สุดคือ ผู้ป่วยเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (Adverse drug reactions) คือ ผู้ป่วยเกิดอาการง่วงเพลีย วิงเวียนและท้องผูกจากยา มอร์ฟีน 9 ราย (ร้อยละ 29.0) รองลงมาคือ ผู้ป่วยเกิดความล้มเหลวในการรักษา (Failure to receive medication) ผู้ดูแลได้รับประทานยาเฉพาะเวลาปวด 6 ราย (ร้อยละ 19.4) ผู้ป่วยไม่ได้ Laxative 2 ราย และปัญหาด้านการใช้ยาที่ได้รับการแก้ไขโดยการปรึกษาแพทย์ทั้งหมด 3 ราย (ร้อยละ 8.8) ได้แก่ Laxative 2 ราย และ Break through pain 1 ราย

วันที่ 14 ปัญหาจากการใช้ยาที่พบมากที่สุดคือ ผู้ป่วยเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (Adverse drug reactions) คือ ผู้ป่วยเกิดอาการง่วงเพลีย วิงเวียนและท้องผูกจากยา มอร์ฟีน 10 ราย (ร้อยละ 50.0) รองลงมาคือ ผู้ป่วยเกิดความล้มเหลวในการรักษา (Failure to receive medication) ผู้ดูแลได้รับประทานยาเฉพาะเวลาปวด 2 ราย (ร้อยละ 10.0) และมีผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้าย 2 ราย มีการใช้ผลิตภัณฑ์กัญชาเพิ่มเติมในการบรรเทาอาการไม่สุขสบายของผู้ป่วย

วันที่ 30 ปัญหาจากการใช้ยาที่พบมากที่สุดคือ ผู้ป่วยเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (Adverse drug reactions) คือ ผู้ป่วยเกิดอาการง่วงเพลีย วิงเวียนและท้องผูกจากยามอร์ฟิน 1 ราย (ร้อยละ 9.1)

ตารางที่ 20 ปัญหาจากการใช้ยาตามหลักการของ Hepler และ strand

ปัญหาจากการใช้ยาตามหลักการของ Hepler และ strand	วันที่ 0 (N=34)	วันที่ 7 (N=31)	วันที่ 14 (N=20)	วันที่ 30 (N=11)
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
1.ผู้ป่วยไม่ได้รับยาที่ควรจะได้ (Untreated indication)				
- ไม่ได้ Laxative	16(47.1)	2(6.5)	0(0.0)	0(0.0)
- ไม่ได้ Break through pain	1(2.9)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)
2.ผู้ป่วยได้รับยาไม่เหมาะสม (Improper drug selection)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)
3.ผู้ป่วยได้รับยาในขนาดที่ต่ำกว่าขนาดการรักษา (Sub therapeutic dosage)				
- ได้ Break through pain ขนาดต่ำกว่าที่ควรได้รับ	1(2.9)	1(3.2)	0(0.0)	0(0.0)
4.ผู้ป่วยได้รับยาในขนาดที่สูงเกินกว่าขนาดการรักษา (Over dosage)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)
5.ผู้ป่วยเกิดความล้มเหลวในการรักษา (Failure to receive medication)				
- ผู้ดูแลให้รับประทานยาเฉพาะเวลาปวด	0(0.0)	6(19.4)	2(10.0)	0(0.0)
6.ผู้ป่วยเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (Adverse drug reactions)				
- ผู้ป่วยเกิดอาการง่วงเพลีย วิงเวียนและท้องผูกจากยามอร์ฟิน	0(0.0)	9(29.0)	10(50.0)	1(9.1)
7.ผู้ป่วยเกิดอันตรกิริยาระหว่างยา (Drug interactions)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)
8.ผู้ป่วยได้รับยาที่ไม่มีข้อบ่งชี้ตามหลักฐานทางวิชาการ (Medication use without indication)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)

การดำเนินการแก้ไขและติดตามปัญหาที่เกิดขึ้นจากการใช้ยา

ปัญหาจากการใช้ยาที่เกิดขึ้นในการวิจัยนี้มีทั้งสิ้น 49 ปัญหา โดมนการดำเนินการแก้ไข ปัญหาจากการใช้ยาสามารถทำได้หลายรูปแบบขึ้นกับลักษณะของปัญหาที่เกิดขึ้น ได้แก่ ปัญหาที่แพทย์แก้ไข 2 ปัญหา ปัญหาที่ต้องประสานงานกับแพทย์ 19 ปัญหา ปัญหาที่เภสัชกรดำเนินการแก้ไขเอง 8 ปัญหา และปัญหาที่ไม่ได้ดำเนินการแก้ไข 20 ปัญหา ดังตารางที่ 21

ตารางที่ 21 การดำเนินการแก้ไขปัญหาจากการใช้ยา

การดำเนินการแก้ไข	จำนวนปัญหา (ร้อยละ)				
	ครั้งที่ 1 (D0)	ครั้งที่ 2 (D7)	ครั้งที่ 3 (D14)	ครั้งที่ 4 (D30)	รวม
ปัญหาที่แพทย์แก้ไข	1(5.56)	1(5.56)	0(0.0)	0(0.0)	2
ปัญหาที่ต้องประสานงานกับแพทย์	17(94.44)	2(11.11)	0(0.0)	0(0.0)	19
ปัญหาที่เภสัชกรดำเนินการแก้ไขเอง	0	6(33.33)	2(16.67)	0(0.0)	8
ปัญหาที่ไม่ได้ดำเนินการแก้ไข	0	9(50.00)	10(83.33)	1(100.0)	20
รวม	18(100.0)	18(100.0)	12(100.0)	1(100.0)	49

ปัญหาที่แพทย์แก้ไข ส่วนใหญ่เป็นปัญหาได้รับยาในขนาดที่ต่ำเกินไป คือ ได้ยา morphine แบบ break though pain ในขนาดต่ำกว่าที่ควรได้รับ โดยแพทย์ได้ทำการปรับเปลี่ยนขนาดการให้ยาที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วย ปัญหาที่ต้องประสานงานกับแพทย์นั้นส่วนใหญ่เป็นปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการที่ผู้ป่วยไม่ได้รับยาที่ควรได้รับ เช่น ไม่ได้ยาระบาย ไม่ได้ยา morphine แบบ break though pain ปัญหาที่เภสัชกรดำเนินการแก้ไขได้เองส่วนใหญ่มีสาเหตุจากผู้ป่วย หรือผู้ดูแล ได้แก่ ปัญหาความร่วมมือในการใช้ยา ซึ่งเภสัชกรจะแก้ไขโดยการให้ความรู้และคำแนะนำแก่ผู้ป่วยหรือผู้ดูแล ส่วนปัญหาที่ไม่ได้ดำเนินการแก้ไขเป็นปัญหาอาการไม่พึงประสงค์จากยา (type A ADR) ซึ่งผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับประทานยานี้ต่อไปและเป็นปัญหาเดิมที่ไม่ได้ดำเนินการแก้ไขทำให้พบได้ในการบริหารทางเภสัชกรรมครั้งที่ 2 เป็นต้นไป และมีผู้ป่วยที่ใช้ผลิตภัณฑ์กัญชา 2 ราย ที่เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยา (type A ADR) เมื่อใช้ยาร่วมกับยากลุ่มโอปิออยด์ คือ อาการคลื่นไส้ อาเจียน วิงเวียนศีรษะ เป็นต้น

4. ข้อมูลผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้าย

ผู้ดูแลที่เข้าร่วมการศึกษาทั้งหมด 34 ราย แบ่งเป็น เพศชาย 10 ราย (ร้อยละ 29.4) เพศหญิง 24 ราย (ร้อยละ 70.6) ช่วงอายุเฉลี่ยที่พบมากที่สุด 41-50 ปี ร้อยละ 44.1 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 79.4 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 20.6 ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็น บุตร (ร้อยละ 70.6) รองลงมาเป็นสามี/ภรรยา (ร้อยละ 11.8) โดยผู้ดูแลส่วนใหญ่จะมีผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแลของตนเองส่วนใหญ่ 1 คน (ร้อยละ 73.5) รองลงมาคือ 2 คน (ร้อยละ 20.6)

ตารางที่ 21 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้าย

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน) N=34	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	10	29.4
หญิง	24	70.6
อายุเฉลี่ย (ปี) (Mean±SD)	43.85±8.44	
น้อยกว่า 30 ปี	2	5.9
31-40 ปี	9	26.5
41-50 ปี	15	44.1
มากกว่า 50 ปี	8	23.5
โรคประจำตัว		
ไม่มี	27	79.4
มี	7	20.6
ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย		
บุตร	24	70.6
สามี/ภรรยา	4	11.8
หลาน	3	8.8
อาสาสมัครชุมชน	0	0
อื่น ๆ เช่น ลูกสะใภ้	3	8.8
จำนวนผู้ป่วยในครอบครัวที่ต้องดูแล		
1 คน	25	73.5
2 คน	7	20.6
3 คน	1	2.9
มากกว่า 3 คน	1	2.9

5. ผลของการให้ความรู้แก่ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายก่อนและหลังโดยเภสัชกร

5.1 ท่านคิดว่า การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองคือการหลีกเลี่ยงการรักษาที่มุ่งเน้นเพื่อให้ผู้ป่วยหายจากโรคและการให้ยาเพื่อลดความทุกข์ทรมานจากโรค

ก่อนการให้ความรู้โดยเภสัชกรพบกว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่ ให้คำตอบในข้อนี้ว่า ใช่ (ร้อยละ 70.6) รองลงมาคือ ไม่ใช่ (ร้อยละ 23.5) และ ไม่มั่นใจ (ร้อยละ 5.9) หลังการให้ความรู้โดยเภสัชกรพบกว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่ ให้คำตอบในข้อนี้ว่า ใช่ (ร้อยละ 85.3) รองลงมาคือ ไม่ใช่ (ร้อยละ 14.7) หลังจากนั้นได้ทำการเก็บข้อมูลความรู้ผู้ดูแลอีกครั้งในวันที่ 30 พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่ ให้คำตอบในข้อนี้ว่า ใช่ (ร้อยละ 90.9) รองลงมาคือ ไม่ใช่ (ร้อยละ 9.1) แสดงให้เห็นว่าหลังการให้ความรู้โดยเภสัชกร ผู้ดูแลมีความรู้เพิ่มขึ้นร้อยละ 14.7 ในวันที่ 0 และร้อยละ 5.6 ในวันที่ 30

5.2 ท่านคิดว่าถ้าผู้ป่วยไม่บ่นปวด ไม่จำเป็นต้องให้ยาแก้ปวดแก่ผู้ป่วย

ก่อนการให้ความรู้โดยเภสัชกรพบกว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่ ให้คำตอบในข้อนี้ว่า ใช่ (ร้อยละ 85.3) รองลงมาคือ ไม่ใช่ (ร้อยละ 14.7) หลังการให้ความรู้โดยเภสัชกรพบกว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่ ให้คำตอบในข้อนี้ว่า ไม่ใช่ (ร้อยละ 97.1) รองลงมาคือ ใช่ (ร้อยละ 2.9) หลังจากนั้นได้ทำการเก็บข้อมูลความรู้ผู้ดูแลอีกครั้งในวันที่ 30 พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่ ให้คำตอบในข้อนี้ว่า ไม่ใช่ (ร้อยละ 100.0) แสดงให้เห็นว่าหลังการให้ความรู้โดยเภสัชกร ผู้ดูแลมีความรู้เพิ่มขึ้นร้อยละ 82.4 ในวันที่ 0 และร้อยละ 2.9 ในวันที่ 30

5.3 ท่านคิดว่า ยามอร์ฟินคือยาเสพติดชนิดหนึ่งถ้าใช้นานอาจมีฤทธิ์เสพติดได้

ก่อนการให้ความรู้โดยเภสัชกรพบกว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่ ให้คำตอบในข้อนี้ว่า ใช่ (ร้อยละ 50.0) รองลงมาคือ ไม่ใช่ (ร้อยละ 35.3) และ ไม่มั่นใจ (ร้อยละ 14.7) หลังการให้ความรู้โดยเภสัชกรพบกว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่ ให้คำตอบในข้อนี้ว่า ไม่ใช่ (ร้อยละ 88.2) รองลงมาคือ ไม่มั่นใจ (ร้อยละ 18.2) หลังจากนั้นได้ทำการเก็บข้อมูลความรู้ผู้ดูแลอีกครั้งในวันที่ 30 พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่ ให้คำตอบในข้อนี้ว่า ไม่ใช่ (ร้อยละ 81.8) รองลงมาคือ ใช่ (ร้อยละ 18.2) แสดงให้เห็นว่าหลังการให้ความรู้โดยเภสัชกร ผู้ดูแลมีความรู้เพิ่มขึ้นร้อยละ 52.9 ในวันที่ 0 และลดลง ร้อยละ 6.4 ในวันที่ 30 แสดงถึงทัศนคติของผู้ดูแลที่ยังกังวลว่ายามอร์ฟินคือยาเสพติดชนิดหนึ่ง

5.4 ท่านคิดว่า ยามอร์ฟินมีฤทธิ์กดการหายใจถ้าใช้ยาบ่อย ๆ ผู้ป่วยจะเสียชีวิตได้เร็วขึ้นเนื่องจากยามอร์ฟินกดการหายใจ

ก่อนการให้ความรู้โดยเภสัชกรพบกว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่ ให้คำตอบในข้อนี้ว่า ไม่ใช่ (ร้อยละ 44.1) รองลงมาคือ ใช่ (ร้อยละ 35.3) และ ไม่มั่นใจ (ร้อยละ 20.6) หลังการให้ความรู้โดยเภสัชกรพบกว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่ ให้คำตอบในข้อนี้ว่า ไม่ใช่ (ร้อยละ 76.5) รองลงมาคือ ไม่ใช่ (ร้อยละ 20.6) และ ไม่มั่นใจ (ร้อยละ 2.9) หลังจากนั้นได้ทำการเก็บข้อมูลความรู้ผู้ดูแลอีกครั้งในวันที่ 30 พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่ ให้คำตอบในข้อนี้ว่า ไม่ใช่ (ร้อยละ 81.8) รองลงมาคือ ไม่มั่นใจ (ร้อยละ 18.2)

แสดงให้เห็นว่าหลังการให้ความรู้โดยเภสัชกร ผู้ดูแลมีความรู้เพิ่มขึ้นร้อยละ 32.4 ในวันที่ 0 และร้อยละ 5.3 ในวันที่ 30

5.5 ห้ามปรับยาแก้ปวดมอร์ฟินให้ผู้ป่วยเอง เพราะถ้ายาขนาดต่ำเกินไปทำให้ไม่สามารถคุมอาการปวดได้ ถ้าขนาดสูงเกินไปอาจทำให้มีฤทธิ์กดการหายใจ

ก่อนการให้ความรู้โดยเภสัชกรพบกว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่ ให้คำตอบในข้อนี้ว่า ใช่ (ร้อยละ 76.5) รองลงมาคือ ไม่มั่นใจ (ร้อยละ 20.6) และ ไม่ใช่ (ร้อยละ 2.9) หลังการให้ความรู้โดยเภสัชกรพบกว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่ ให้คำตอบในข้อนี้ว่า ใช่ (ร้อยละ 94.1) รองลงมาคือ ไม่ใช่ (ร้อยละ 5.9) หลังจากนั้นได้ทำการเก็บข้อมูลความรู้ผู้ดูแลอีกครั้งในวันที่ 30 พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่ ให้คำตอบในข้อนี้ว่า ใช่ (ร้อยละ 100.0) แสดงให้เห็นว่าหลังการให้ความรู้โดยเภสัชกร ผู้ดูแลมีความรู้เพิ่มขึ้นร้อยละ 17.6 ในวันที่ 0 และร้อยละ 5.9 ในวันที่ 30

5.6 ท่านคิดว่าถ้าผู้ป่วยเกิดอาการหอบเหนื่อย ยามอร์ฟินแบบชนิดน้ำเชื่อมสามารถช่วยบรรเทาอาการหอบเหนื่อยได้

ก่อนการให้ความรู้โดยเภสัชกรพบกว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่ ให้คำตอบในข้อนี้ว่า ไม่มั่นใจ (ร้อยละ 52.9) รองลงมาคือ ไม่ใช่ (ร้อยละ 29.4) และ ใช่ (ร้อยละ 17.6) หลังการให้ความรู้โดยเภสัชกรพบกว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่ ให้คำตอบในข้อนี้ว่า ใช่ (ร้อยละ 82.4) รองลงมาคือ ไม่ใช่ (ร้อยละ 17.6) หลังจากนั้นได้ทำการเก็บข้อมูลความรู้ผู้ดูแลอีกครั้งในวันที่ 30 พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่ ให้คำตอบในข้อนี้ว่า ใช่ (ร้อยละ 81.8) รองลงมาคือ ไม่ใช่ (ร้อยละ 9.1) และไม่มั่นใจ (ร้อยละ 9.1) แสดงให้เห็นว่าหลังการให้ความรู้โดยเภสัชกร ผู้ดูแลมีความรู้เพิ่มขึ้นร้อยละ 64.8 ในวันที่ 0 และลดลงร้อยละ 0.6 ในวันที่ 30

5.7 ท่านคิดว่าถ้าอาการปวดของผู้ป่วยคงที่แล้วสามารถหยุดยาแก้ปวดทั้งหมดให้ผู้ป่วยได้ทั้งหมด

ก่อนการให้ความรู้โดยเภสัชกรพบกว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่ ให้คำตอบในข้อนี้ว่า ใช่ (ร้อยละ 64.7) รองลงมาคือ ไม่มั่นใจ (ร้อยละ 20.6) และ ไม่ใช่ (ร้อยละ 14.7) หลังการให้ความรู้โดยเภสัชกรพบกว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่ ให้คำตอบในข้อนี้ว่า ไม่ใช่ (ร้อยละ 91.2) รองลงมาคือ ไม่มั่นใจ (ร้อยละ 5.9) และใช่ (ร้อยละ 2.9) หลังจากนั้นได้ทำการเก็บข้อมูลความรู้ผู้ดูแลอีกครั้งในวันที่ 30 พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่ ให้คำตอบในข้อนี้ว่า ไม่ใช่ (ร้อยละ 100.0) แสดงให้เห็นว่าหลังการให้ความรู้โดยเภสัชกร ผู้ดูแลมีความรู้เพิ่มขึ้นร้อยละ 76.5 ในวันที่ 0 และร้อยละ 8.8 ในวันที่ 30

5.8 ท่านคิดเป็นผลข้างเคียงว่าอาการท้องผูกที่เกิดจากยามอร์ฟินตั้งนั้นการป้องกันอาการท้องผูกควรให้ยาระบายร่วมด้วยเสมอ

ก่อนการให้ความรู้โดยเภสัชกรพบกว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่ ให้คำตอบในข้อนี้ว่า ใช่ (ร้อยละ 52.9) รองลงมาคือ ไม่มั่นใจ (ร้อยละ 29.4) และ ไม่ใช่ (ร้อยละ 17.6) หลังการให้ความรู้โดย

เภสัชกรพบกว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่ ให้คำตอบในข้อนี้ว่า ใช่ (ร้อยละ 97.1) รองลงมาคือ ไม่ใช่ (ร้อยละ 2.9) หลังจากนั้นได้ทำการเก็บข้อมูลความรู้ผู้ดูแลอีกครั้งในวันที่ 30 พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่ ให้คำตอบในข้อนี้ว่า ใช่ (ร้อยละ 100.0) แสดงให้เห็นว่าหลังการให้ความรู้โดยเภสัชกร ผู้ดูแลมีความรู้เพิ่มขึ้น ร้อยละ 44.2 ในวันที่ 0 และร้อยละ 2.9 ในวันที่ 30

5.9 ท่านคิดว่าถ้าผู้ป่วยมีอาการปวดระหว่างวันสามารถเพิ่มยามอร์ฟินแบบออกฤทธิ์ นาน เพิ่มได้อีก 1 เม็ดเพื่อบรรเทาอาการปวดให้ผู้ป่วย

ก่อนการให้ความรู้โดยเภสัชกรพบกว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่ ให้คำตอบในข้อนี้ว่า ใช่ (ร้อยละ 44.1) รองลงมาคือ ไม่ใช่ (ร้อยละ 38.2) และ ไม่มั่นใจ (ร้อยละ 17.6) หลังการให้ความรู้โดย เภสัชกรพบกว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่ ให้คำตอบในข้อนี้ว่า ไม่ใช่ (ร้อยละ 91.2) รองลงมาคือ ใช่ (ร้อยละ 8.8) หลังจากนั้นได้ทำการเก็บข้อมูลความรู้ผู้ดูแลอีกครั้งในวันที่ 30 พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่ ให้คำตอบ ในข้อนี้ว่า ไม่ใช่ (ร้อยละ 100.0) แสดงให้เห็นว่าหลังการให้ความรู้โดยเภสัชกร ผู้ดูแลมีความรู้เพิ่มขึ้น ร้อยละ 53.0 ในวันที่ 0 และร้อยละ 8.8 ในวันที่ 30

5.10 ท่านคิดว่าหากผู้ป่วยเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาควรรีบปรึกษาแพทย์หรือ เภสัชกร

ก่อนการให้ความรู้โดยเภสัชกรพบกว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่ ให้คำตอบในข้อนี้ว่า ใช่ (ร้อย ละ 100.0) หลังการให้ความรู้โดยเภสัชกรพบกว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่ ให้คำตอบในข้อนี้ว่า ใช่ (ร้อยละ 100.0) หลังจากนั้นได้ทำการเก็บข้อมูลความรู้ผู้ดูแลอีกครั้งในวันที่ 30 พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่ ให้ คำตอบในข้อนี้ว่า ใช่ (ร้อยละ 100.0) แสดงให้เห็นว่าก่อนและหลังการให้ความรู้โดยเภสัชกร ผู้ดูแลมี ความตระหนักเกี่ยวกับวิธีการจัดการกรณีผู้ป่วยเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาควรรีบปรึกษาแพทย์ หรือเภสัชกร

5.11 ท่านคิดว่าถ้าท่านลืมให้ยาแก่ปวดแก่ผู้ป่วยในมือเช้าท่านสามารถเพิ่มขนาดยา เป็นสองเม็ดให้ผู้ป่วยในมือถัดไปได้

ก่อนการให้ความรู้โดยเภสัชกรพบกว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่ ให้คำตอบในข้อนี้ว่า ไม่ใช่ (ร้อยละ 67.6) รองลงมาคือ ใช่ (ร้อยละ 17.6) และ ไม่มั่นใจ (ร้อยละ 14.7) หลังการให้ความรู้โดย เภสัชกรพบกว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่ ให้คำตอบในข้อนี้ว่า ไม่ใช่ (ร้อยละ 97.1) รองลงมาคือ ไม่ใช่ (ร้อยละ 2.9) หลังจากนั้นได้ทำการเก็บข้อมูลความรู้ผู้ดูแลอีกครั้งในวันที่ 30 พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่ ให้คำตอบ ในข้อนี้ว่า ไม่ใช่ (ร้อยละ 90.9) รองลงมาคือ ไม่มั่นใจ (ร้อยละ 9.1) แสดงให้เห็นว่าหลังการให้ความรู้ โดยเภสัชกร ผู้ดูแลมีความรู้เพิ่มขึ้นร้อยละ 29.5 ในวันที่ 0 และลดลงร้อยละ 6.2 ในวันที่ 30

5.12 ท่านคิดว่าอาการคลื่นไส้อาเจียน หรืออาการร่วง เหนื่อยเพลียเป็นอาการที่ผู้ป่วยแพ้ยาล

ก่อนการให้ความรู้โดยเภสัชกรพบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่ ให้คำตอบในข้อนี้ว่า ไม่มั่นใจ (ร้อยละ 41.2) รองลงมาคือ ใช่ (ร้อยละ 29.4) และ ไม่ใช่ (ร้อยละ 29.4) หลังการให้ความรู้โดยเภสัชกรพบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่ ให้คำตอบในข้อนี้ว่า ไม่ใช่ (ร้อยละ 88.2) รองลงมาคือ ใช่ (ร้อยละ 5.9) และ ไม่มั่นใจ (ร้อยละ 5.9) หลังจากนั้นได้ทำการเก็บข้อมูลความรู้ผู้ดูแลอีกครั้งในวันที่ 30 พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่ ให้คำตอบในข้อนี้ว่า ไม่ใช่ (ร้อยละ 90.9) รองลงมาคือ ไม่มั่นใจ (ร้อยละ 9.1) แสดงให้เห็นว่าหลังการให้ความรู้โดยเภสัชกร ผู้ดูแลมีความรู้เพิ่มขึ้นร้อยละ 58.8 ในวันที่ 0 และร้อยละ 2.7 ในวันที่ 30

ตารางที่ 22 ผลของการให้ความรู้แก่ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายก่อนและหลังโดยเภสัชกร

หัวข้อ	ก่อน (d0) (N=34)			หลัง (d0) (N=34)			หลัง (d30) (N=11)		
	ใช่	ไม่ใช่	ไม่ มั่นใจ	ใช่	ไม่ใช่	ไม่ มั่นใจ	ใช่	ไม่ใช่	ไม่ มั่นใจ
1.ท่านคิดว่าอาการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง คือการหลีกเลี่ยงการรักษาที่มุ่งเน้นเพื่อให้ผู้ป่วยหายจากโรคและการให้ยาเพื่อลดความทุกข์ทรมานจากโรค	24 (70.6)	8 (23.5)	2 (5.9)	29 (85.3)	5 (14.7)	0 (0.0)	10 (90.9)	1 (9.1)	0 (0.0)
2.ท่านคิดว่าถ้าผู้ป่วยไม่บ่นปวด ไม่จำเป็นต้องให้ยาแก้ปวดแก่ผู้ป่วย	29 (85.3)	5 (14.7)	0 (0.0)	1 (2.9)	33 (97.1)	0 (0.0)	0 (0.0)	11(10) (0.0)	0 (0.0)
3.ท่านคิดว่ายามอร์ฟีนคือยาเสพติดชนิดหนึ่งถ้าใช้นานอาจมีฤทธิ์เสพติดได้	17 (50.0)	12 (35.3)	5 (14.7)	4 (11.8)	30 (88.2)	0 (0.0)	2 (18.2)	9 (81.8)	0 (0.0)

ตารางที่ 22 (ต่อ)

หัวข้อ	ก่อน d0 N=34			หลัง d0 N=34			หลัง d30 N=11		
	ใช่	ไม่ใช่	ไม่ มั่นใจ	ใช่	ไม่ใช่	ไม่ มั่นใจ	ใช่	ไม่ใช่	ไม่ มั่นใจ
4.ท่านคิดว่ายามอร์ฟินมีฤทธิ์กดการหายใจถ้าใช้ยาบ่อย ๆ ผู้ป่วยจะเสียชีวิตได้เร็วขึ้นเนื่องจากยามีฤทธิ์กดการหายใจ	12 (35.3)	15 (44.1)	7 (20.6)	7 (20.6)	26 (76.5)	1 (2.9)	0 (0.0)	9 (81.8)	2 (18.2)
5.ห้ามปรับยาแก้ปวดมอร์ฟินให้ผู้ป่วยเองเพราะถ้ายาขนาดต่ำเกินไปทำให้ไม่สามารถคุมอาการปวดได้ ถ้าขนาดสูงเกินไปอาจทำให้มีฤทธิ์กดการหายใจ	26 (76.5)	1 (2.9)	7 (20.6)	32 (94.1)	2 (5.9)	0 (0.0)	11 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
6.ท่านคิดว่าถ้าผู้ป่วยเกิดอาการหอบเหนื่อย ยามอร์ฟินแบบชนิดน้ำเชื่อมสามารถช่วยบรรเทาอาการหอบเหนื่อยได้	6 (17.6)	10 (29.4)	18 (52.9)	28 (82.4)	6 (17.6)	0 (0.0)	9 (81.8)	1 (9.1)	1 (9.1)
7.ท่านคิดว่าถ้าอาการปวดของผู้ป่วยคงที่แล้วสามารถหยุดยาแก้ปวดทั้งหมดให้ผู้ป่วยได้ทั้งหมด	22 (64.7)	5 (14.7)	7 (20.6)	1 (2.9)	31 (91.2)	2 (5.9)	0 (0.0)	11 (100.0)	0 (0.0)
8.ท่านคิดเป็นผลข้างเคียงว่าอาการท้องผูกที่เกิดจากยามอร์ฟินดังนั้นการป้องกันอาการท้องผูกควรให้ยาละลายร่วมด้วยเสมอ	18 (52.9)	6 (17.6)	10 (29.4)	33 (97.1)	1 (2.9)	0 (0.0)	11 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)

ตารางที่ 22 (ต่อ)

หัวข้อ	ก่อน d0 N=34			หลัง d0 N=34			หลัง d30 N=11		
	ใช่	ไม่ใช่	ไม่ มั่นใจ	ใช่	ไม่ใช่	ไม่ มั่นใจ	ใช่	ไม่ใช่	ไม่ มั่นใจ
9.ท่านคิดว่าถ้าผู้ป่วยมีอาการปวดระหว่างวัน สามารถเพิ่มยามอร์ฟินแบบออกฤทธิ์นาน เพิ่มได้อีก 1 เม็ดเพื่อบรรเทาอาการปวดให้ผู้ป่วย	15 (44.1)	13 (38.2)	6 (17.6)	3 (8.8)	31 (91.2)	0 (0.0)	0 (0.0)	11 (100.0)	0 (0.0)
10.ท่านคิดว่าหากผู้ป่วยเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาควรรีบปรึกษาแพทย์หรือเภสัชกร	34 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	34 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	11 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
11.ท่านคิดว่าถ้าท่านลืมหายาแก่ผู้ป่วย ในมือเช้าท่านสามารถเพิ่มขนาดยาเป็นสองเม็ดให้ผู้ป่วยในมือถัดไปได้	6 (17.6)	23 (67.6)	5 (14.7)	1 (2.9)	33 (97.1)	0 (0.0)	0	10 (90.9)	1 (9.1)
12.ท่านคิดว่าอาการคลื่นไส้ อาเจียน หรืออาการร่วง เหนื่อยเพลีย เป็นอาการที่ผู้ป่วยแพ้ยา	10 (29.4)	10 (29.4)	14 (41.2)	2 (5.9)	30 (88.2)	2 (5.9)	0	10 (90.9)	1 (9.1)



ตารางที่ 23 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ก่อนและหลังได้รับความรู้โดยเภสัชกร

คะแนนความรู้	N	\bar{X}	S.D.	t	P
ก่อนให้ความรู้โดยเภสัชกร (D0 Pre test ครั้งที่ 1)	34	5.62	2.06	-17.24	.001**
หลังให้ความรู้โดยเภสัชกร (D0 Post test ครั้งที่ 1)	34	10.88	1.04		
ก่อนให้ความรู้โดยเภสัชกร (D0 Pre test ครั้งที่ 1)	11	4.91	2.21	-11.25	.001**
หลังให้ความรู้โดยเภสัชกร (D30 Post test ครั้งที่ 2)	11	11.18	0.98		

.001** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

6. ระดับความพึงพอใจต่อการให้ความรู้เรื่องยาโดยเภสัชกร

เนื่องจากผู้ป่วยระยะท้ายและผู้ดูแลที่เข้าร่วมการศึกษาทั้งหมด 34 ราย ถูกคัดออกระหว่างทำการศึกษาจำนวน 23 ราย เหลือจำนวนผู้ป่วยในการติดตามครั้งสุดท้าย (D30) จำนวน 11 ราย ซึ่งการประเมินความพึงพอใจต่อการให้ความรู้เรื่องยาโดยเภสัชกร ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลโดยให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลกรอกข้อมูลลงในแบบประเมิน และแบบประเมินใส่กล่องที่ทางผู้วิจัยจัดเตรียมไว้ให้ เมื่อผู้ทำแบบประเมินเสร็จเรียบร้อย เนื่องจากจำนวนผู้ประเมินความพึงพอใจมีจำนวนน้อย ในกลุ่มผู้ป่วยและผู้ดูแลที่ถูกคัดออกระหว่างทำการศึกษาจำนวน 23 ราย ผู้วิจัยจึงได้ทำการโทรศัพท์สอบถามความพึงพอใจเพิ่มเติม

ข้อที่ 1.เภสัชกรบอกให้ท่านทราบและเข้าใจข้อบ่งใช้ของยาแก้ปวดมอร์ฟิน จากการสำรวจระดับพึงพอใจจากผู้ดูแลพบว่ามี 9 ระดับความพึงพอใจในระดับมาก (ร้อยละ 55.9) รองลงมาคือ ระดับความพึงพอใจมากที่สุด (ร้อยละ 44.1)

ข้อที่ 2.เภสัชกรได้บอกวิธีรับประทานยาแก้ปวดมอร์ฟินได้อย่างชัดเจนและเข้าใจง่าย จากการสำรวจระดับพึงพอใจจากผู้ดูแลพบว่ามีระดับความพึงพอใจในระดับมากที่สุด (ร้อยละ 50.0) และ ระดับความพึงพอใจมาก (ร้อยละ 50.0)

ข้อที่ 3.เภสัชกรมีส่วนช่วยให้ท่านสามารถดูแลการให้ยาแก้ปวดมอร์ฟินได้ถูกต้องมากขึ้น จากการสำรวจระดับพึงพอใจจากผู้ดูแลพบว่ามีระดับความพึงพอใจในระดับมาก (ร้อยละ 55.9) รองลงมาคือ ระดับความพึงพอใจมากที่สุด (ร้อยละ 44.1)

ข้อที่ 4.เภสัชกรบอกท่านถึงอาการที่ไม่พึงประสงค์ที่สำคัญที่อาจเกิดขึ้นจากการรับประทานยาแก้ปวดมอร์ฟีนอย่างชัดเจน จากการสำรวจระดับพึงพอใจจากผู้ดูแลพบว่ามีระดับความพึงพอใจในระดับมาก (ร้อยละ 58.8) รองลงมาคือ ระดับความพึงพอใจมากที่สุด (ร้อยละ 41.2)

ข้อที่ 5.เภสัชกรสามารถตอบคำถามและให้คำปรึกษาแก่ท่านได้อย่างชัดเจนและเข้าใจง่าย จากการสำรวจระดับพึงพอใจจากผู้ดูแลพบว่ามีระดับความพึงพอใจในระดับมาก (ร้อยละ 55.9) รองลงมาคือ ระดับความพึงพอใจมากที่สุด (ร้อยละ 44.1)

ข้อที่ 6.เภสัชกรมีความตั้งใจและใส่ใจในการดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในการดูแลของท่าน จากการสำรวจระดับพึงพอใจจากผู้ดูแลพบว่ามีระดับความพึงพอใจในระดับมากที่สุด (ร้อยละ 73.5) รองลงมาคือ ระดับความพึงพอใจมาก (ร้อยละ 26.5)

ข้อที่ 7.เภสัชกรให้ความรู้และคำแนะนำแก่ท่านในระยะเวลาที่เหมาะสม จากการสำรวจระดับพึงพอใจจากผู้ดูแลพบว่ามีระดับความพึงพอใจในระดับมากที่สุด (ร้อยละ 64.7) รองลงมาคือ ระดับความพึงพอใจมาก (ร้อยละ 35.3)

ข้อที่ 8.เภสัชกรมีมารยาทและมีมนุษยสัมพันธ์ที่ดีต่อท่าน จากการสำรวจระดับพึงพอใจจากผู้ดูแลพบว่ามีระดับความพึงพอใจในระดับมากที่สุด (ร้อยละ 79.4) รองลงมาคือ ระดับความพึงพอใจมาก (ร้อยละ 20.6)

ข้อที่ 9.โดยรวมท่านมีความพึงพอใจในการให้ความรู้และดูแลเรื่องยาโดยเภสัชกร จากการสำรวจระดับพึงพอใจจากผู้ดูแลพบว่ามีระดับความพึงพอใจในระดับมากที่สุด (ร้อยละ 73.5) รองลงมาคือ ระดับความพึงพอใจมาก (ร้อยละ 26.5)

ข้อที่ 10.ในอนาคตท่านอยากให้มึบริการแบบนี้อีก จากการสำรวจระดับพึงพอใจจากผู้ดูแลพบว่ามีระดับความพึงพอใจในระดับมากที่สุด (ร้อยละ 73.5) รองลงมาคือ ระดับความพึงพอใจมาก (ร้อยละ 26.5)



ตารางที่ 24 ระดับความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายต่อการให้ความรู้เรื่องยาโดยเภสัชกร

หัวข้อ	ระดับความพึงพอใจ				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	เล็กน้อย	ไม่พอใจ/ไม่ได้รับ
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
1.เภสัชกรบอกให้ท่านทราบและเข้าใจข้อบ่งใช้ของยาแก้ปวดมอร์ฟีน	15(44.1)	19(55.9)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)
2.เภสัชกรได้บอกวิธีรับประทานยาแก้ปวดมอร์ฟีนได้อย่างชัดเจนและเข้าใจง่าย	17(50.0)	17(50.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)
3.เภสัชกรมีส่วนช่วยให้ท่านสามารถดูแลการให้ยาแก้ปวดมอร์ฟีนได้ถูกต้องมากขึ้น	15(44.1)	19(55.9)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)
4.เภสัชกรบอกท่านถึงอาการที่ไม่พึงประสงค์ที่สำคัญที่อาจเกิดขึ้นจากการรับประทานยาแก้ปวดมอร์ฟีนอย่างชัดเจน	14(41.2)	20(58.8)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)
5.เภสัชกรสามารถตอบคำถามและให้คำปรึกษาแก่ท่านได้อย่างชัดเจนและเข้าใจง่าย	15(44.1)	19(55.9)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)
6.เภสัชกรมีความตั้งใจและใส่ใจในการดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในการดูแลของท่าน	25(73.5)	9(26.5)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)
7.เภสัชกรให้ความรู้และคำแนะนำแก่ท่านในระยะเวลาที่เหมาะสม	22(64.7)	12(35.3)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)
8.เภสัชกรมีมารยาทและมีมนุษยสัมพันธ์ที่ดีต่อท่าน	27(79.4)	7(20.6)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)
9.โดยรวมท่านมีความพึงพอใจในการให้ความรู้และดูแลเรื่องยาโดยเภสัชกร	25(73.5)	9(26.5)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)
10.ในอนาคตท่านอยากให้มีบริการแบบนี้อีก	25(73.5)	9(26.5)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)

บทที่ 5

สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

สรุปผลการศึกษา

ผลการศึกษาเรื่องความคาดหวังของทีมสหวิชาชีพต่อบทบาทของเภสัชกรในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง และ ผลการบริหารทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง โดยทำการเก็บข้อมูลการศึกษาทั้ง 2 ส่วนไปพร้อมกัน ในช่วงเดือนกรกฎาคม ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ.2562 ผู้วิจัยได้แบ่งการศึกษาออกเป็น 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ศึกษาความคาดหวังของทีมสหวิชาชีพต่อบทบาทของเภสัชกรในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย เป็นงานวิจัยแบบพรรณนา (Descriptive research) ซึ่งใช้รูปแบบการอภิปรายกลุ่ม (Focus Group discussion) ทีมสหวิชาชีพที่ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยระยะท้าย โรงพยาบาลชุมชนแพะ จังหวัดขอนแก่น และการศึกษาเชิงการสำรวจ (Survey research) โดยสำรวจความคิดเห็นของทีมสหวิชาชีพปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ซึ่งทำการเก็บข้อมูลความคิดเห็นของทีมสหวิชาชีพปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยระยะท้ายต่อบทบาทของเภสัชกรในทีมดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ในโรงพยาบาลระดับปฐมภูมิ และทุติยภูมิ ในเขตสุขภาพที่ 7 จังหวัดร้อยเอ็ด ขอนแก่น มหาสารคาม และจังหวัดกาฬสินธุ์ ด้วยแบบสอบถาม

ส่วนที่ 2 ศึกษาผลของการบริหารทางเภสัชกรรมต่อผลลัพธ์ทางคลินิก และปัญหาด้านการใช้จ่าย เป็นงานวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ซึ่งใช้รูปแบบ Pretest-Posttest Experimental Design ในการเก็บข้อมูล โดยสรุปผลการศึกษาได้ดังนี้

ผลการศึกษาส่วนที่ 1 ศึกษาความคาดหวังของทีมสหวิชาชีพต่อบทบาทของเภสัชกรในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย

ผลการศึกษาส่วนที่ 1.1 การอภิปรายกลุ่ม (Focus Group discussion) ถึงประสบการณ์การทำงานของทีมสหวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ผู้ให้ข้อมูลเป็นสมาชิกในทีมดูแลผู้ป่วยระยะท้าย มีจำนวนทั้งสิ้น 3 คน โดยประกอบด้วยแพทย์ พยาบาล และเภสัชกร วิชาชีพละ 1 คน เป็นเพศหญิงทั้งหมด 3 คน มีอายุระหว่าง 31-40 ปี อายุงานในการทำงานร่วมกับทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายอยู่ในช่วง 2-5 ปี และมีผู้ให้ข้อมูลจำนวน 2 คนที่เคยมีประสบการณ์ในการดูแลญาติหรือคนใกล้ชิดด้วยการดูแลแบบประคับประคองมาก่อน

นियามการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในมุมมองของทีมสหวิชาชีพ คือ เป็นการดูแลให้กับผู้ป่วยที่เผชิญด้วยโรคในระยะที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ตลอดระยะเวลาการเจ็บป่วยจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต ร่วมกับการวางแผนล่วงหน้าทำให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบ สมศักดิ์ศรี ตาม

เจตจำนงของผู้ป่วย โดยเป็นการดูแลที่ครอบคลุมทุกมิติ ทั้งกาย ใจ สังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ O'Conner และคณะ(14) และศิริทัศน์ กระदानพล(6) ซึ่งพบว่าการทำงานดูแลผู้ป่วยระยะท้าย จำเป็นต้องอาศัยการทำงานร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพ (Multidisciplinary team) เพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมได้ครบทุกมิติของการดูแล โดยภาพรวมของรูปแบบการทำงานของทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในประเทศไทย จะมีการประสานงานกันทั้งหน่วยงานภายในและภายนอกองค์กร เพื่อส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยตลอดจนการติดตามอาการที่บ้าน และการดูแลหลังการสูญเสียของครอบครัวผู้ป่วย และอย่างน้อยในทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ควรมีแพทย์ พยาบาล เกสัชกร ทีมเยี่ยมบ้าน เจ้าหน้าที่รพ.สต. และบุคลากรในสาขาอื่น ๆ สามารถช่วยให้งานดูแลผู้ป่วยได้ครอบคลุมทุกมิติมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Gazala A. และคณะ (44)การศึกษานี้ให้ข้อเสนอแนะว่าการทำงานด้านการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ให้เป็นระบบควรเป็นการทำงานร่วมกันเป็นทีมสหวิชาชีพ เพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้ดียิ่งขึ้น

ความคาดหวังของทีมสหวิชาชีพต่อบทบาทของเภสัชกรในการทำงานดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ปัจจุบันเภสัชกรมีบทบาทในการบริหารจัดการเกี่ยวกับการดูแลระบบยา ทั้งการจัดหายา การให้ข้อมูลการใช้ยาให้กับแพทย์ พยาบาล ผู้ป่วยและญาติ รวมถึงการออกฤทธิ์ของยา ขนาดของการใช้ยา อาการข้างเคียงของยา การปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการใช้ยา แพทย์ พยาบาล รวมถึงเภสัชกรยอมรับว่าเภสัชกรมีความสำคัญและจำเป็นในทีม ตามบทบาทที่ทีมสหวิชาชีพคาดหวัง ทั้งการดูแลผู้ป่วยด้านร่างกายให้ช่วยบริหารจัดการยาที่เหมาะสม แนะนำการใช้ยาในการจัดการอาการที่ไม่สุขสบายของผู้ป่วยเฉพาะรายตามแผนการรักษาของแพทย์ และเป็นผู้ให้ข้อมูลด้านยาแก่ทีม นอกจากนี้เภสัชกรยังสามารถช่วยเหลือด้านจิตใจโดยพูดคุยกับผู้ป่วยและญาติให้เข้าใจถึงการใช้นยาไม่ให้ญาติกังวลใจต่อยาที่ผู้ป่วยได้รับ และหากเป็นไปได้ทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ต้องการให้มีทั้งแพทย์และเภสัชกรร่วมทีมเยี่ยมบ้าน โดยบทบาทที่ทีมสหวิชาชีพคาดหวังให้เภสัชกรช่วยเหลือในลำดับแรก ๆ คือให้ข้อมูลเรื่องยาและอาการข้างเคียง โดยเฉพาะยาแก้ปวดกลุ่ม opioids ในผู้ป่วยระยะท้าย ทั้งผู้ป่วยและญาติ ถ่ายทอดความรู้ให้กับบุคลากร ทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ผลดีสื่อในการใช้ยาให้กับผู้ป่วยระยะท้าย เปิดช่องทางในการรับบริการของคลินิกผู้ป่วยระยะท้าย เพื่อเข้าถึงบริการได้ง่ายและรวดเร็ว ความคาดหวังของทีมสหวิชาชีพนอกเหนือจากการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลแล้ว ทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ด้านการดูแลผู้ป่วย ทีมต้องการให้เภสัชกรมีส่วนร่วมในการเยี่ยมบ้านและประเมินการใช้ยาในผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้าน ด้านการให้ความรู้เรื่องยา ทีมต้องการให้มีการจัดกิจกรรมให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ รวมถึงทีมสหวิชาชีพ นอกจากนี้ยังต้องการให้มีอัตรากำลังของเภสัชกรในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น เพื่อให้สามารถมาทำงานร่วมกับทีมในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายเพิ่มมากขึ้น

ปัจจุบันการทำงานดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในภาพรวมในมุมมองของทีมสหวิชาชีพ ต้องการให้แต่ละโรงพยาบาลมีเภสัชกรผู้รับผิดชอบงานดูแลผู้ป่วยระยะท้ายอย่างชัดเจน เช่น ระบบยา โดยสามารถประสานงานได้ในการเบิกใช้ยาในโรงพยาบาล และในโรงพยาบาลแต่ละแห่งควรมีการสำรองยาที่เพียงพอที่จะสามารถให้บริการผู้ป่วยทั้งในโรงพยาบาลของตนเองและเครือข่ายโรงพยาบาลอื่น ๆ ได้ ในส่วนของการมีส่วนร่วมของเภสัชกรในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย เภสัชกรควรมีทักษะในการให้ข้อมูล ให้ความรู้ของการใช้ยากับผู้ป่วยและญาติได้ เปิดบทบาทการบริหารทางเภสัช

กรรม เพื่อค้นหาปัญหาด้านยา และช่วยทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยและญาติ และการเพิ่มอัตรากำลังของเภสัชกรเพื่อสามารถเข้ามามีส่วนร่วมการทำงานร่วมกับทีมสหวิชาชีพได้มากขึ้น นอกเหนือจากการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลคือการออกไปเยี่ยมผู้ป่วยในชุมชนร่วมกับทีมสหวิชาชีพ เพื่อค้นหาปัญหาที่อาจเกิดและสามารถแก้ไขปัญหาร่วมกันเพื่อผู้ป่วยลดความทุกข์ทรมานจากโรค

ผลการศึกษาส่วนที่ 1.2 การสำรวจความคิดเห็นของทีมสหวิชาชีพปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยระยะท้ายต่อบทบาทของเภสัชกรในทีมดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ผลการเก็บข้อมูลจากแบบสำรวจจำนวน 222 ฉบับ แบ่งเป็นแพทย์ 74 ฉบับ พยาบาล 74 ฉบับ และเภสัชกร 74 ฉบับ พบว่ามีการตอบกลับทั้งสิ้น 143 ฉบับ (ร้อยละ 64.41) แพทย์ 47 คน (ร้อยละ 32.9) พยาบาล 48 คน (ร้อยละ 33.6) เภสัชกร 48 คน (33.6) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 109 คน (ร้อยละ 76.2) มีอายุเฉลี่ยอยู่ในช่วง 31-40 ปี (ร้อยละ 51.7) สำเร็จการศึกษาขั้นต่ำในระดับปริญญาตรี 94 คน (ร้อยละ 65.7) มีประสบการณ์ทำงานในสายงานโรงพยาบาลในช่วง 6 – 10 ปี (ร้อยละ 30.1) มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายอยู่ในช่วง น้อยกว่า 5 ปี (ร้อยละ 81.1) ส่วนเภสัชกรในโรงพยาบาลที่ทำงานดูแลผู้ป่วยระยะท้ายมักจะทำงานในหลาย ๆ หน้าที่ ดังนี้ งานบริการผู้ป่วยนอก 42 คน (ร้อยละ 87.5) งานบริการผู้ป่วยใน 24 คน (ร้อยละ 50.0)

ประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการทำงานดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ผ่านการฝึกอบรมในหลักสูตรเกี่ยวกับผู้ป่วยระยะท้าย วิชาชีพแพทย์ (ร้อยละ 66.0) วิชาชีพพยาบาล (ร้อยละ 81.3) วิชาชีพเภสัชกร (ร้อยละ 58.3) ได้รับแต่งตั้งเป็นคณะกรรมการและเคยปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยร่วมกับทีมผู้ป่วยระยะท้ายวิชาชีพแพทย์ (ร้อยละ 70.2) วิชาชีพพยาบาล (ร้อยละ 56.8) วิชาชีพเภสัชกร (ร้อยละ 75.0) ส่วนประสบการณ์ในการดูแลญาติหรือคนใกล้ชิดที่เจ็บป่วยในระยะท้าย พบว่าส่วนใหญ่ไม่เคยมีประสบการณ์ในการดูแลญาติหรือคนใกล้ชิดที่เจ็บป่วยในระยะสุดท้ายมา วิชาชีพแพทย์ (ร้อยละ 68.1) วิชาชีพเภสัชกร (ร้อยละ 77.1) แต่มีวิชาชีพพยาบาล ระบุว่าเคยมีประสบการณ์ในการดูแลญาติหรือคนใกล้ชิดที่เจ็บป่วยในระยะสุดท้ายมาบ้าง (ร้อยละ 79.2)

ความรู้ความเข้าใจของทีมสหวิชาชีพต่อนิยามความหมายและรูปแบบการดูแลแบบประคับประคองพบว่า แพทย์ พยาบาล และเภสัชกรผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ให้นิยามความหมายและรูปแบบการทำงานว่า เป็นการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมในมิติด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง แพทย์ (ร้อยละ 80.9) พยาบาล (ร้อยละ 100) เภสัชกร (ร้อยละ 85.4) รองลงมาคือเป็นการดูแลที่ต้องอาศัยทีมสหวิชาชีพในการร่วมกันดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยให้ครบทุกด้าน แพทย์ (ร้อยละ 85.1) พยาบาล (ร้อยละ 77.1) เภสัชกร (ร้อยละ 72.9) แต่จะมีหัวข้อความเข้าใจในเชิงลบที่มีแพทย์ พยาบาล และเภสัชกร ผู้ตอบแบบสอบถามเลือกตอบมากที่สุดคือ เข้าใจว่าการดูแลรูปแบบนี้เป็นการดูแลที่จะเริ่มให้เมื่อ ผู้ป่วยเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิต (ร้อยละ 48.28) เมื่อกล่าวถึงความจำเป็นของเภสัชกรต่อการทำงานในทีม palliative care ก็พบว่า แพทย์ พยาบาล และเภสัชกรผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ (ร้อยละ 100) ระบุว่ามีความจำเป็น แต่ส่วนใหญ่ให้ระดับความจำเป็นในระดับที่ปรึกษาในเวลาที่ต้องการ (Consultant) แพทย์ (ร้อยละ 68.1) พยาบาล (ร้อยละ 58.3) ส่วนเภสัชกรให้ระดับความจำเป็นใน

ระดับเป็นแกนหลักของทีมในการทำงานและวางแผนงาน (Team leader) (ร้อยละ 45.8) รองลงมา คือ ระดับที่ปรึกษาในเวลาที่ทีมต้องการ (Consultant) (ร้อยละ 43.8)

จุดเด่นของวิชาชีพเภสัชกรรมในมุมมองสหวิชาชีพ ในมุมมองของแพทย์ พยาบาล และเภสัชกรเรียงลำดับความสำคัญในทิศทางเดียวกัน คือ ลำดับที่ 1 เป็นวิชาชีพที่มีความรู้ ความเชี่ยวชาญด้านยาที่ดีโดยเฉพาะกับยาแก้ปวด ลำดับที่ 2 เป็นวิชาชีพที่มีความสามารถและทักษะ ในการค้นหาปัญหาที่เกี่ยวข้องกับยา (DRPs) ส่วนในมุมมองพยาบาลและเภสัชกร ลำดับที่ 3 เป็นวิชาชีพที่มีความสามารถและทักษะที่ดีในการให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ ลำดับที่ 4 เป็นวิชาชีพที่มีความรู้ด้านโรคซึ่งจะสามารถช่วยเหลือทีมแพทย์ได้ ในมุมมองแพทย์จะให้ความสำคัญ ลำดับที่ 3 เป็นวิชาชีพที่มีความรู้ด้านโรคซึ่งจะสามารถช่วยเหลือทีมแพทย์ได้ ลำดับที่ 4 เป็นวิชาชีพที่มีความสามารถและทักษะที่ดีในการให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ จุดอ่อนของวิชาชีพเภสัชกรรมในมุมมองสหวิชาชีพ ในมุมมองของ แพทย์ พยาบาล ในลำดับแรก คือ เป็นวิชาชีพที่มีโอกาสได้ทำงานที่สัมผัสกับผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดค่อนข้างน้อยทำให้ไม่ค่อยเข้าใจในปัญหาของผู้ป่วยอย่างรอบด้าน แพทย์ (ร้อยละ 61.7) พยาบาล (ร้อยละ 50.0) ส่วนมุมมองของเภสัชกร ลำดับที่ 1 เป็นวิชาชีพที่มีภาระงานประจำที่มาก (ร้อยละ 54.2) ลำดับที่ 2 เป็นวิชาชีพที่มีโอกาสได้ทำงานที่สัมผัสกับผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดค่อนข้างน้อยทำให้ไม่ค่อยเข้าใจในปัญหาของผู้ป่วยอย่างรอบด้าน (ร้อยละ 39.6) และเมื่อพิจารณารายด้านก็พบว่าด้านการดูแลที่ทีมสหวิชาชีพเชื่อว่าเภสัชกรจะสามารถเข้าไปช่วยเหลือทีม palliative care ได้ดี คือ มิติ การดูแลด้านร่างกาย แพทย์ (ร้อยละ 100) พยาบาล (ร้อยละ 97.9) เภสัชกร (ร้อยละ 89.6) รองลงมา คือ ด้านจิตใจ แพทย์ (ร้อยละ 63.8) พยาบาล (ร้อยละ 56.3) เภสัชกร (ร้อยละ 72.9) และ มิติด้านการดูแลที่มีความสามารถน้อยที่สุดในมุมมองของแพทย์ และพยาบาล คือ ด้านจิตวิญญาณ แพทย์ (ร้อยละ 34.0) พยาบาล (ร้อยละ 39.6) ส่วนมุมมองของเภสัชกร คือ ด้านสังคม (ร้อยละ 22.9) ส่วนความมั่นใจในการเข้าร่วมทำงานกับทีม palliative care นั้นส่วนใหญ่มีความมั่นใจว่าทำได้ ระดับ มาก แพทย์ (ร้อยละ 57.4) พยาบาล (ร้อยละ 66.7) เภสัชกร (ร้อยละ 45.8) และมีบางส่วนที่ไม่มั่นใจ ในการทำงานกับทีมดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของเภสัชกร แพทย์ (ร้อยละ 8.5) พยาบาล (ร้อยละ 2.1) เภสัชกร (ร้อยละ 16.7) สำหรับ แพทย์ พยาบาล และเภสัชกร ที่ระบุว่าไม่มั่นใจเภสัชกรในการเข้าร่วมทีมสหวิชาชีพส่วนใหญ่ให้เหตุผลของความไม่มั่นใจในมุมมองของแพทย์ว่าเป็นเพราะไม่มี ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยในรูปแบบดังกล่าว (ร้อยละ 4.3) ขาดความมั่นใจในการทำงานที่ต้อง พุดคุย support จิตใจของผู้ป่วย (ร้อยละ 4.3) และมีภาระงานที่มากและมีงานอื่นที่สำคัญกว่า (ร้อยละ 4.3) มุมมองของวิชาชีพพยาบาลเหตุผลความไม่มั่นใจในการทำงานร่วมกับทีมดูแลผู้ป่วยระยะ ท้ายของเภสัชกร พบว่าเภสัชกรมีภาระงานที่มากและมีงานอื่นที่สำคัญกว่า (ร้อยละ 2.1) และใน มุมมองของวิชาชีพเภสัชกรรมให้เหตุผลว่า มีภาระงานที่มากและมีงานอื่นที่สำคัญกว่า (ร้อยละ 8.3) ขาดองค์ความรู้ระดับลึกในเรื่อง pain management (ร้อยละ 2.1) ขาดความมั่นใจในการทำงานที่ ต้องพุดคุย support จิตใจของผู้ป่วย (ร้อยละ 2.1) มีเภสัชกรไม่เพียงพอในการทำงาน (ร้อยละ 0.7)

เรื่อง ความสามารถของเภสัชกรในการทำงานดูแลผู้ป่วยระยะท้ายตามความ คาดหวังของทีมสหวิชาชีพ พบว่า ระดับความสามารถโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด แพทย์ (ร้อยละ 91.5) พยาบาล (ร้อยละ 81.3) เภสัชกร (ร้อยละ 62.5) เมื่อพิจารณาในรายชื่อพบว่ากลุ่มบทบาทใน งานผู้ป่วยระยะท้ายของเภสัชกรตามความคาดหวังของทีมสหวิชาชีพ พบว่า บทบาทงานที่เกี่ยวข้องกับ

งาน บริบาลทางเภสัชกรรม (Pharmaceutical care) จะเป็นกลุ่มบทบาทงานที่ทีมสหวิชาชีพเห็นว่าเภสัชกรจะมีระดับความสามารถสูงสุด รองลงมาคือกลุ่มบทบาทงานเรื่องยาที่เฉพาะเจาะจงกับการดูแลแบบประคับประคอง และกลุ่มบทบาทงานที่ทีมสหวิชาชีพเห็นว่าเภสัชกรน่าจะมีความสามารถน้อยที่สุดก็คือ งานที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยในด้านจิตใจและจิตวิญญาณ เมื่อพิจารณาคุณลักษณะของเภสัชที่อาจมีผลต่อระดับความสามารถในการทำงานดูแลผู้ป่วยระยะท้ายตามบทบาทความคาดหวังของทีมสหวิชาชีพก็พบว่า มี ปัจจัย คือ ทักษะด้านความรู้ และทักษะด้านการทำงานที่ส่งผลต่อระดับความสามารถของเภสัชกรในการทำงานร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ได้แก่ เรื่องขององค์ความรู้ (Knowledge) ในเรื่องโรคและยาโดยเฉพาะกลุ่มยาบรรเทาอาการปวด แพทย์ (ร้อยละ 100) พยาบาล (ร้อยละ 93.8) เภสัชกร (ร้อยละ 97.9) รองลงมาคือต้องเป็นคนที่มีความรู้ (Skill) ในการให้คำปรึกษา (Counseling) และการสื่อสารที่ดี แพทย์ (ร้อยละ 100) พยาบาล (ร้อยละ 85.4) และในมุมมองของเภสัชกร (ร้อยละ 91.7) มีความสนใจและมีใจรักที่จะทำงานดูแลผู้ป่วยระยะท้ายอย่างจริงจัง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ O'Connor และคณะ(14) พบว่าความคิด ความรู้และทัศนคติที่ดีเกี่ยวกับงานดูแลผู้ป่วยระยะท้าย จะนำมาสู่การดูแลที่ดีสำหรับเภสัชกรในอนาคต รวมถึงการฝึกหัดและการเสริมความรู้เพิ่มเติมในงานดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ส่วนคุณลักษณะที่ทีมสหวิชาชีพคิดว่ามีผลต่อระดับความสามารถของเภสัชกรในการทำงานดูแลผู้ป่วยระยะท้าย เป็นผู้ที่สนใจและศึกษาเรื่องธรรมะ เช่น เรื่องอิทธิบาท 4 เรื่องกฎไตรลักษณ์ ซึ่งจะช่วยให้เข้าใจจิตใจผู้ป่วยดี แพทย์ (ร้อยละ 31.9) พยาบาล (ร้อยละ 39.6) และเภสัชกร (ร้อยละ 31.3) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ปภัสราวรรณทอง(48) ศึกษาเรื่อง เภสัชกรในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ได้นิยามว่า การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง หรือ Palliative care เป็นการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่มุ่งเน้นให้ผู้ป่วย และครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดี เป็นลักษณะการดูแลที่เภสัชกรต้องเข้าใจถึงแนวคิดและหลักการที่ต้องดูแลผู้ป่วยโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ดูแลอย่างเป็นองค์รวม คือทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และดูแลร่วมกันเป็นทีม ประกอบกับทักษะต่างๆที่สำคัญ เช่น ทักษะการสื่อสาร การวางแผนการดูแลผู้ป่วย ทักษะการทำงานเป็นทีม และทักษะการจัดการอาการทุกข์ทรมาน นำมาใช้ร่วมกับองค์ความรู้ทางเภสัชกรรม จึงจะสามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่อย่างมีศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์จนสิ้นลมหายใจ

ผลการศึกษาส่วนที่ 2 ศึกษาผลของการบริบาลทางเภสัชกรรมต่อผลลัพธ์ทางคลินิก และปัญหาด้านการใช้ยา โดยผู้ป่วยระยะท้ายและผู้ดูแลเข้าร่วมการศึกษา จะได้รับการบริบาลทางเภสัชกรรมทุกราย โดยเภสัชกรผู้วิจัยจะทำงานร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ในการประเมินอาการปวด และค้นหาปัญหาด้านการใช้ยา และแก้ไขปัญหาคือการใช้ยา ตลอดจนให้ความรู้การใช้ยาแก่ปวดกลุ่มโอปิออยด์และยาจัดการอาการต่าง ๆ มีการอาการปวด และค้นหาปัญหาด้านการใช้ยา โดยทำการเก็บข้อมูลก่อนและหลังจากการมีการบริบาลในวันที่ 0, 7, 14 และ 30 รวมทั้งหมด 4 ครั้ง รวมเป็นระยะเวลา 1 เดือน ในผู้ป่วยแต่ละราย นอกจากนี้ได้สอบถามความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วย ต่อคุณภาพบริการของเภสัชกร โดยวัดระดับความคาดหวังกับระดับการได้รับบริการจริง

ก่อนการดำเนินการเก็บข้อมูล ได้ชี้แจงและอบรม เกี่ยวกับการให้ความรู้เรื่องการจัดการอาการที่ไม่สบายในผู้ป่วยระยะท้าย รวมถึงวิธีการค้นหา แก้ไขปัญหาด้านการใช้ยา และบันทึกข้อมูลปัญหาจากการใช้ยาให้กับเภสัชกรที่ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยระยะท้าย (โดยผู้วิจัย) ของ

โรงพยาบาลชุมแพ เพื่อการบันทึกข้อมูลและการสื่อสารเป็นไปในทางเดียวกัน ผลการวิจัยพบว่ามีผู้เข้าร่วมในงานวิจัยทั้งหมด 34 ราย ซึ่งเป็นเพศหญิง 15 ราย (ร้อยละ 44.1) เพศชาย 19 ราย (ร้อยละ 55.9) ลักษณะทั่วไปอายุของผู้ป่วยพบว่าส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 51-60 ปี (ร้อยละ 26.5) โรคประจำตัวที่พบส่วนใหญ่เป็น โรคประจำตัว (ร้อยละ 23.5) และมะเร็งตับ (ร้อยละ 20.6) ระดับความปวดของผู้ป่วยในวันที่ 0 ระดับความปวดของผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ที่ ระดับรุนแรง (คะแนน Pain score 7-10) ร้อยละ 82.4 และผู้ป่วยระยะท้ายทั้งหมดมีผู้ดูแลด้านการใช้ยา (ร้อยละ 100) ข้อมูลผู้ดูแลที่เข้าร่วมการศึกษาทั้งหมด 34 ราย แบ่งเป็น เพศชาย 10 ราย (ร้อยละ 29.4) เพศหญิง 24 ราย (ร้อยละ 70.6) ช่วงอายุเฉลี่ยที่พบมากที่สุด 41-50 ปี ร้อยละ 44.1 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 79.4 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 20.6 ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็น บุตร (ร้อยละ 70.6) รองลงมาเป็นสามี/ภรรยา (ร้อยละ 11.8) โดยผู้ดูแลส่วนใหญ่จะมีผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแลของตนเองส่วนใหญ่ 1 คน (ร้อยละ 73.5) รองลงมาคือ 2 คน (ร้อยละ 20.6)

ปัญหาด้านการใช้ยาที่พบทั้งหมด 49 ครั้ง เมื่อมีการบริหารทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยระยะท้ายโดยเภสัชกร ปัญหาด้านการใช้ยาลดลงและเห็นชัดเจนเมื่อเวลาผ่านไปแล้วประมาณ 7-14 วัน ซึ่งในบางปัญหานั้นการให้บริหารทางเภสัชกรรมโดยเภสัชกร สามารถค้นพบปัญหาและแก้ไขปัญหาได้ทันที โดยปัญหาด้านการใช้ยาที่พบ ได้แก่ ความคลาดเคลื่อนทางยา อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (type A ADR) และการไม่ใช้ยาตามสั่ง (non-compliance) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Sandra LD. และคณะ(16) และ Scott JE. และคณะ(11) ผลการศึกษาพบว่าเภสัชกรสามารถค้นพบปัญหาจากการใช้ยา (DRPs) และแพทย์สามารถปรับยาตามคำแนะนำของเภสัชกร ปัญหาด้านใช้ยาไม่สามารถแก้ไขได้ คือ อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (type A ADR) ซึ่งพบโดยเภสัชกรจากการโทรศัพท์สอบถามผู้ดูแลผู้ป่วย ส่วนการไม่ใช้ยาตามสั่งของแพทย์ เช่น ไม่กล้าให้ยา MST แบบ Around the clock เนื่องจากมีทัศนคติที่เข้าใจว่าให้ผู้ป่วยรับประทานเฉพาะเวลาปวด ผู้ดูแลบางส่วนก็กลัวการใช้ยาแก้ปวดมอร์ฟีนเพราะกลัวฤทธิ์เสพติด

การศึกษาผลการบริหารทางเภสัชกรรม โดยเภสัชกรที่เป็นส่วนหนึ่งในทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ที่โรงพยาบาลชุมแพ พบว่า

1. ในด้านความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาแก้ปวดกลุ่มโอปิออยด์ โดยเฉพาะความรู้ที่เกี่ยวกับการป้องกันและแก้ไขอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาแก้ปวดกลุ่มโอปิออยด์ การให้คำแนะนำปรึกษาโดยเภสัชกรในแต่ละครั้งสามารถทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยมีความรู้เพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนได้รับความรู้โดยเภสัชกรในวันแรก

2. ในด้านอาการทางคลินิก ระดับความปวด เมื่อเปรียบเทียบวันแรก (วันที่ 0) และวันที่ 30 พบว่ามีแนวโน้มระดับความปวดลดลง ซึ่งสอดคล้องกับความมีวินัยของผู้ดูแลที่บริหารยาแก้ปวดกลุ่มโอปิออยด์แบบ Around the clock และมีการจัดบันทึกการได้ breakthrough pain เวลาที่ผู้ป่วยมีอาการปวดระหว่างวัน ทำให้ผู้ป่วยได้รับการปรับยาที่เหมาะสมกับอาการปวด ณ เวลานั้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Yamada และคณะ ที่ทำการศึกษารูปแบบการให้บริหารทางเภสัชกรรมและโทรศัพท์ติดตามผู้ดูแลเพื่อติดตามอาการปวดในผู้ป่วยระยะท้าย ทำให้แพทย์สามารถปรับยาแก้ปวดกลุ่มโอปิออยด์ได้ตรงตามเป้าหมาย และสามารถติดตามอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดจากยาได้ด้วย

3. ในด้านปัญหาจากการใช้ยาที่ไม่รวมปัญหาอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา การให้ความรู้โดยเภสัชกรในแต่ละครั้งสามารถทำให้ผู้ป่วยมีจำนวนปัญหาจากการใช้ยาลดลง

4. ด้านความพึงพอใจของผู้ดูแลต่อการได้รับความรู้เรื่องยาโดยเภสัชกร การให้คำแนะนำปรึกษาโดยเภสัชกร สามารถทำให้ค่าความพึงพอใจอยู่ในระดับ ความพึงพอใจมาก และอยากให้มีบริการเช่นนี้ในกลุ่มผู้ป่วยระยะท้ายอีก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Sandra LD. และคณะ (16) พบว่าการได้รับบริการแบบทีมสหวิชาชีพสามารถช่วยดูแลเรื่องการปรับยาให้ตรงกับสภาวะอาการที่ผู้ป่วยเป็นได้ และมีความพึงพอใจในระดับ 5 (พึงพอใจมาก)

ซึ่งการศึกษาของ ปภัสรา วรรณทอง(49) ได้ศึกษาการพัฒนากระบวนการจัดการด้านยาในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง กล่าวว่า อีกบทบาทหนึ่งของเภสัชกร คือการบริหารเภสัชกรรมที่บ้าน ซึ่งการลงเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจะทำให้ค้นหาปัญหาด้านการเข้ายาได้จริง โดยการ ทำ Medication reconciliation บันทึกรายการยาที่ผู้ป่วยใช้ในปัจจุบัน รวมไปถึงผลิตภัณฑ์สุขภาพต่างๆ ที่ผู้ป่วย หรือครอบครัวซื้อมาเพิ่มเติม การประเมินผู้ป่วยด้วยเครื่องมือ INHOMESS (Immobility-Nutrition-Housing-Other people-Medication-Examination-Service-Safety) จะสามารถค้นหา DRPs ของผู้ป่วยอย่างชัดเจนขึ้น การแก้ไขปัญหา หรือการหาทางออกสำหรับ DRPs ที่พบควรเป็นการตกลงร่วมกันระหว่างเภสัชกร ผู้ป่วย และผู้ดูแล เพื่อให้สามารถการแก้ไข ปัญหาได้จริง นอกจากนี้เภสัชกรควรบันทึกข้อมูลที่สำคัญลงในเวชระเบียนของผู้ป่วย หรือระบบคอมพิวเตอร์ เพื่อวางแผนการลงเยี่ยมครั้งต่อไป หรือการติดตามผลการใช้ยาต่อไป สิ่งที่สำคัญอีกประการจากการลงเยี่ยมบ้านของเภสัชกรในผู้ป่วยระยะท้าย คือ การนำปัญหาที่พบจากการลงเยี่ยมบ้านผู้ป่วยระยะท้ายกลับมารวบรวม และวิเคราะห์ถึงสาเหตุของปัญหาที่เกิดขึ้นซึ่งเภสัชกรอาจพบว่ามันเป็นปัญหาเชิงระบบ เพื่อนำข้อมูลมาแก้ไขปัญหาเชิงระบบได้จะเป็นการลดความคลาดเคลื่อนที่อาจเกิดได้ในผู้ป่วยระยะท้ายต่อไป

จากการศึกษาในครั้งนี้พบว่า เภสัชกรที่ได้รับการอบรมหลักสูตรการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง เป็นวิชาชีพที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญด้านยาที่ดีโดยเฉพาะกับยาแก้ปวด เช่นสามารถอธิบายชนิดยาแก้ปวดกลุ่มโอปิออยด์ที่ใช้แบบ around the clock และ break through pain หรือแม้กระทั่งยาจัดการอาการที่ไม่สุขสบายต่างๆ ที่มักเกิดในผู้ป่วยระยะท้าย และเป็นวิชาชีพที่มีความสามารถและทักษะในการค้นหาปัญหาที่เกี่ยวข้องกับยา (DRPs) ควรมีบทบาทหน้าที่เป็นที่ปรึกษาและเป็นผู้ปฏิบัติงานในทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย อย่างไรก็ตามเภสัชกรก็สามารถเป็นผู้นำทีมได้ในบทบาทการจัดซื้อจัดหายาให้เพียงพอพร้อมใช้ หรือแม้กระทั่งการบริหารทางเภสัชกรรม เพื่อค้นหาปัญหาด้านการเข้ายา และจัดการปัญหาที่เกิดจากการเข้ายาโดยการปรึกษาแพทย์เพื่อแก้ไข ปัญหา รวมถึงปัญหาความร่วมมือในการเข้ายา อาการที่ไม่พึงประสงค์จากยาที่เภสัชกรจะสามารถให้คำปรึกษาแนะนำเพิ่มเติมได้ บทบาทของเภสัชกรที่จำเป็นเร่งด่วน คือการเข้ามาทำงานร่วมกันแบบทีมสหวิชาชีพ เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยครบทุกมิติการดูแล และเกิดประโยชน์อันสูงสุด

จุดเด่นของงานวิจัยนี้

1. เป็นการศึกษาที่เฉพาะเจาะจงกับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้าย กลุ่มตัวอย่างจึงมีลักษณะเหมือนกัน สามารถกำหนดขอบเขตความรู้ที่สำคัญที่เกี่ยวข้องกับการได้รับยาแก้ปวดกลุ่มโอปิออยด์ รวมถึงการดูแลได้เหมือนกันหมดทุกคน
2. งานวิจัยนี้เริ่มต้นจากการทำงานร่วมกันกับทีมสหวิชาชีพ โดยพัฒนาเครื่องมือต่างๆ ร่วมกันและหารือร่วมกันตลอดระยะเวลาการดำเนินงาน ซึ่งการทำงานร่วมกันเป็นทีมสหวิชาชีพคาดว่าน่าจะเพิ่มคุณภาพในการดูแลและการรักษาได้ดีกว่าการทำงานโดยใช้มุมมองของวิชาชีพใดวิชาชีพหนึ่ง
3. ผู้ป่วยในการศึกษานี้เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการเปลี่ยนแปลงได้อยู่เสมอ ดังนั้นการที่เภสัชกรให้คำปรึกษาแนะนำผู้ดูแลทั้งขณะที่ผู้ดูแลมารับยาที่โรงพยาบาล อีกทั้งมีการติดตามทางโทรศัพท์ ผู้ดูแลจึงตระหนักและให้ความสำคัญของการให้ร่วมมือมือในการดูแล และเนื่องจากเภสัชกรให้คำแนะนำปรึกษาจำนวนหลายครั้งจนผู้ดูแลมีความไว้วางใจ ทำให้เกิดการสื่อสารสองทางระหว่างเภสัชกรและผู้ดูแล ช่วยเพิ่มประสิทธิผลของการให้ความรู้และคำแนะนำปรึกษาโดยเภสัชกร ทำให้ผลลัพธ์การรักษาเพิ่มขึ้นจากก่อนการบริบาลทางเภสัชกรรม ทั้งในด้านผลการรักษาทางคลินิก และความรู้ด้านยาของผู้ดูแล

ข้อจำกัดในการวิจัย

1. ในช่วงกลางของการวิจัยโรงพยาบาลชุมแพประสบปัญหาการสั่งซื้อยา MST 10 tab ทำให้ผู้ป่วยบางรายต้องได้รับ Morphine IR 10 mg บริหารทั้งแบบ Around the clock และ breakthrough pain ซึ่งช่วงเวลาในการบริหารยาอาจจะสั้นขึ้น และในบางรายได้ใช้ Kapanol tab แทน เนื่องจากยา kapanal เป็นรูปแบบยาที่ค่อย ๆ ปลดปล่อย จะทำให้ช่วงแรกผู้ป่วยจะไม่สามารถคุมระดับความปวดได้ และได้ breakthrough pain บ่อยครั้งจนทนระดับความปวดไม่ได้จึงต้องเปลี่ยนไปใช้ syring driver จึงทำให้ต้องคัดผู้ป่วยกลุ่มนี้ออกจากการศึกษา
2. การศึกษาผลของการบริบาลทางเภสัชกรรมต่อความรู้ด้านยา และปัญหาด้านการใช้ยาของผู้ป่วย เป็นการศึกษาเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยระยะท้ายแบบผู้ป่วยนอกเท่านั้น จึงไม่ได้มีการศึกษาควบคู่ไปกับผู้ป่วยระยะท้ายที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน
3. เนื่องจากอัตรากำลังของเภสัชกร การติดตามอาการทางคลินิก เช่น อาการปวด อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา เภสัชกร (ผู้วิจัย) จึงได้มีการติดตามทางโทรศัพท์ ทำให้การติดตามเก็บข้อมูลได้ไม่ละเอียด แต่ในบางรายในตามนัดติดตามอาการทางศูนย์ประคับประคองของโรงพยาบาลจะนัดติดตามอาการผู้ป่วยโดยผู้ดูแล ทุก 7 วัน จึงทำให้การติดตามอาการทางคลินิก ได้ข้อมูลที่มากกว่าการติดตามทางโทรศัพท์
4. การติดตามปัญหาการใช้ยาทางโทรศัพท์ที่มีข้อดีคือ สามารถแก้ไขปัญหาการใช้ยา ที่เกิดจากความไม่เข้าใจเกี่ยวกับวิธีรับประทานยา ความร่วมมือในการใช้ยา และอาการที่ไม่พึงประสงค์จากยา เนื่องจากผู้ป่วยและผู้ดูแลอาจมีความเข้าใจในการใช้ยาคลาดเคลื่อน การติดตามทางโทรศัพท์ในช่วงสัปดาห์แรก จะให้ผู้ป่วยและผู้ดูแล มีความมั่นใจในการใจยา ไม่เกิดความวิตกกังวลหากเกิดอาการที่ไม่พึงประสงค์จากยา แต่ข้อเสีย คือ การประเมินคะแนนปวดอาจทำให้เกิดความคลาดเคลื่อน

เนื่องจากการเก็บข้อมูลทางโทรศัพท์จะเก็บข้อมูลโดยผู้วิจัย ส่วนการเก็บข้อมูลต่อหน้าผู้วิจัยจะใช้คะแนนปวด ที่เก็บโดยพยาบาลที่อยู่ทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง โดยใช้เครื่องมือ pain visual analogue scales (PVAS) เช่นเดียวกัน

5. การศึกษาทั้ง 2 ส่วน โดยการเก็บข้อมูลแบบ pararell ทำให้ไม่สามารถนำข้อมูลของการศึกษาในส่วนที่ 1 มาใช้ในการศึกษาของส่วนที่ 2 ได้

ข้อเสนอแนะ

1. จากผลการวิจัยที่พบว่าการให้ความรู้เรื่องยาโดยเภสัชกรสามารถทำให้ผู้ดูแลมีความรู้เพิ่มขึ้น ปัญหาด้านการการดูแลและปัญหาด้านการใช้ยาลดลง ผู้วิจัยพบว่าการที่จะได้ผลดังกล่าวผู้ให้บริการต้องใช้เวลาในการพูดคุยกับผู้ดูแลมากพอสมควร การมีเภสัชกรผู้ให้บริการเพียง 1 คน อาจไม่เพียงพอในการดูแลให้คำปรึกษาผู้ป่วยทั้งหมด ดังนั้นหน่วยงานที่จะเปิดให้บริการหรือให้คำปรึกษาแนะนำผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายได้อย่างมีประสิทธิภาพ ควรจัดเตรียมความพร้อมด้านอัตรากำลังหรืออาจเตรียมเครื่องมืออื่นๆ เพิ่มเติมกรณีอัตรากำลังไม่พอ เช่น เตรียมสมุดคู่มือให้ความรู้เรื่องยาที่ใช้ในผู้ป่วยระยะท้าย สำหรับผู้ดูแล วิทยุทัศน์หรือสื่อให้ผู้ป่วย/ผู้ดูแลระหว่างรอตรวจรักษาหรือเยี่ยมกลับไปดูที่บ้าน หรือจัดให้มีกลุ่มผู้ป่วย/ผู้ดูแลแลกเปลี่ยนประสบการณ์ความคิดเห็นกัน แต่อย่างไรก็ตามควรตระหนักเสมอว่าการแก้ปัญหาโดยอาศัยเครื่องมือดังกล่าวอาจจะดีกว่าการไม่ได้คำแนะนำหรือการแนะนำแบบเร่งรีบ แต่จะได้ผลไม่ดีเท่ากับการได้รับคำปรึกษาแนะนำเรื่องยาโดยเภสัชกรอย่างละเอียดในผู้ป่วยเฉพาะราย ดังนั้นในการปฏิบัติงานจริงควรใช้ทั้ง 2 วิธี ผสมผสานกัน

2. การแก้ไขปัญหามาจากการใช้ยาด้วยกันร่วมกับทีมสหวิชาชีพจึงเป็นการแก้ไขปัญหามาจากการใช้ยาได้ดี และควรมีแนวทางที่สามารถป้องกันการเกิดปัญหาซ้ำ เช่น อาจใช้ระบบงานช่วยตรวจสอบ ได้แก่การประสานงานกับแพทย์ การประสานงานกับหน่วยคอมพิวเตอร์ การถ่ายทอดความรู้ปัญหาที่พบให้กับเภสัชกรผู้ร่วมงานที่ปฏิบัติหน้าที่เกี่ยวกับการจ่ายยา หรือการติดยาละเอียดแนวทางสำหรับการได้ยากลุ่มโอปิออยด์ในผู้ป่วยระยะท้าย

3. จากการดำเนินการวิจัยพบว่า มีผู้ป่วยที่มีระดับคะแนนความปวดลดลงในช่วงแรก ผู้ดูแลมีการปฏิบัติตัวที่ดี ในการแก้ปวดกลุ่มโอปิออยด์แบบ Around the clock อย่างสม่ำเสมอในช่วงแรก ต่อมาคือละเลยคิดว่าผู้ป่วยไม่มีอาการปวดแล้ว จึงหยุดยาแก้ปวดเอง ดังนั้นเภสัชกรผู้มีหน้าที่ให้คำปรึกษาแนะนำต้องให้ความสำคัญเกี่ยวกับผู้ป่วยกลุ่มนี้โดยเน้นย้ำให้ผู้ดูแลเห็นความสำคัญของการให้ผู้ป่วยรับประทานยาแบบ Around the clock เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถคุมอาการปวดได้ รวมถึงการจัดการอาการที่ไม่สุขสบายทางกายต่าง ๆ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. หน่วยงานที่กำกับดูแลควรมีกลไกในการทำให้สถานบริการกำหนดงานดูแลผู้ป่วยระยะท้ายเป็นงานนโยบาย ตลอดจนให้หน้าหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกฝ่ายตระหนักถึงความสำคัญของการจัดบริการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย รวมทั้งหาช่องทางในการประสานงานที่สะดวกรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ

2. เนื่องจากงานบริหารทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยระยะท้ายยังอยู่ในช่วงเริ่มต้นของการพัฒนา จึงมีความจำเป็นที่จะต้องสนับสนุนงบประมาณและทรัพยากร เพิ่มเติมนอกเหนือจากงบประมาณปกติ และจะต้องมีมาตรการที่ทำให้งบประมาณและทรัพยากรที่สนับสนุนนั้นถูกนำไปใช้เพื่อพัฒนา งานบริการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายจริง โดยอาจมีการกำหนดตัวชี้วัดในเชิงผลลัพธ์ที่เกิดจากงาน (outcome indicator) ที่ชัดเจนไม่ใช่เฉพาะตัวชี้วัดในกระบวนการทำงาน (process indicator)

3. หน่วยงานผู้กำหนดนโยบายและสภาวิชาชีพ ควรร่วมกันกำหนดแนวทางหรือคู่มือ ปฏิบัติงานเภสัชกรรมในผู้ป่วยระยะท้าย รวมถึงสนับสนุนการเพิ่มศักยภาพของเภสัชกรและบุคลากร อื่นที่มีส่วนในการจัดบริการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย โดยผ่านการอบรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ตลอดจน เตรียมนักศึกษาเภสัชศาสตร์ให้มีความพร้อมในการปฏิบัติงานด้วยการทบทวนหลักสูตรใหม่ โดยเพิ่มหลักสูตรการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย สำหรับเภสัชกร เพื่อตอบสนองความต้องการการใช้งานใน ปัจจุบัน

4. การที่ต้องใช้องค์ความรู้ทางเภสัชกรรมในเชิงลึกในการให้บริการงานบริการดูแลต่อเนื่อง ด้านยาและการเฝ้าระวังอันตรายจากการใช้ยา จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องเพิ่มปริมาณเภสัชกร เพื่อเข้าสู่ทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายให้มากขึ้น

ข้อเสนอแนะทางการวิจัย

การศึกษาความคาดหวังของทีมสหวิชาชีพต่อบทบาทของเภสัชกรในการดูแลผู้ป่วยระยะ ท้ายแบบประคับประคอง และ ผลการบริหารทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง ซึ่งศึกษานี้ได้ทราบถึงความคาดหวังของทีมสหวิชาชีพที่มีต่อบทบาทการทำงานของเภสัชกร และ ผลลัพธ์ทางคลินิก รวมถึงความพึงพอใจต่อทำให้ความรู้คำแนะนำโดยเภสัชกร ในอนาคตควรมี การศึกษาความสัมพันธ์ของการบริหารทางเภสัชกรรมต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะท้าย และเพิ่ม การศึกษาในกลุ่มประชากรผู้ป่วยระยะท้ายที่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยใน และผู้ป่วยระยะท้ายใน ชุมชน โดยเป็นศึกษาผลการบริหารทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยระยะในชุมชน เช่น การออกติดตามเยี่ยม บ้านร่วมกับทีมสหวิชาชีพ

พญ. ปณ. ทิโต ชีเว

บรรณานุกรม

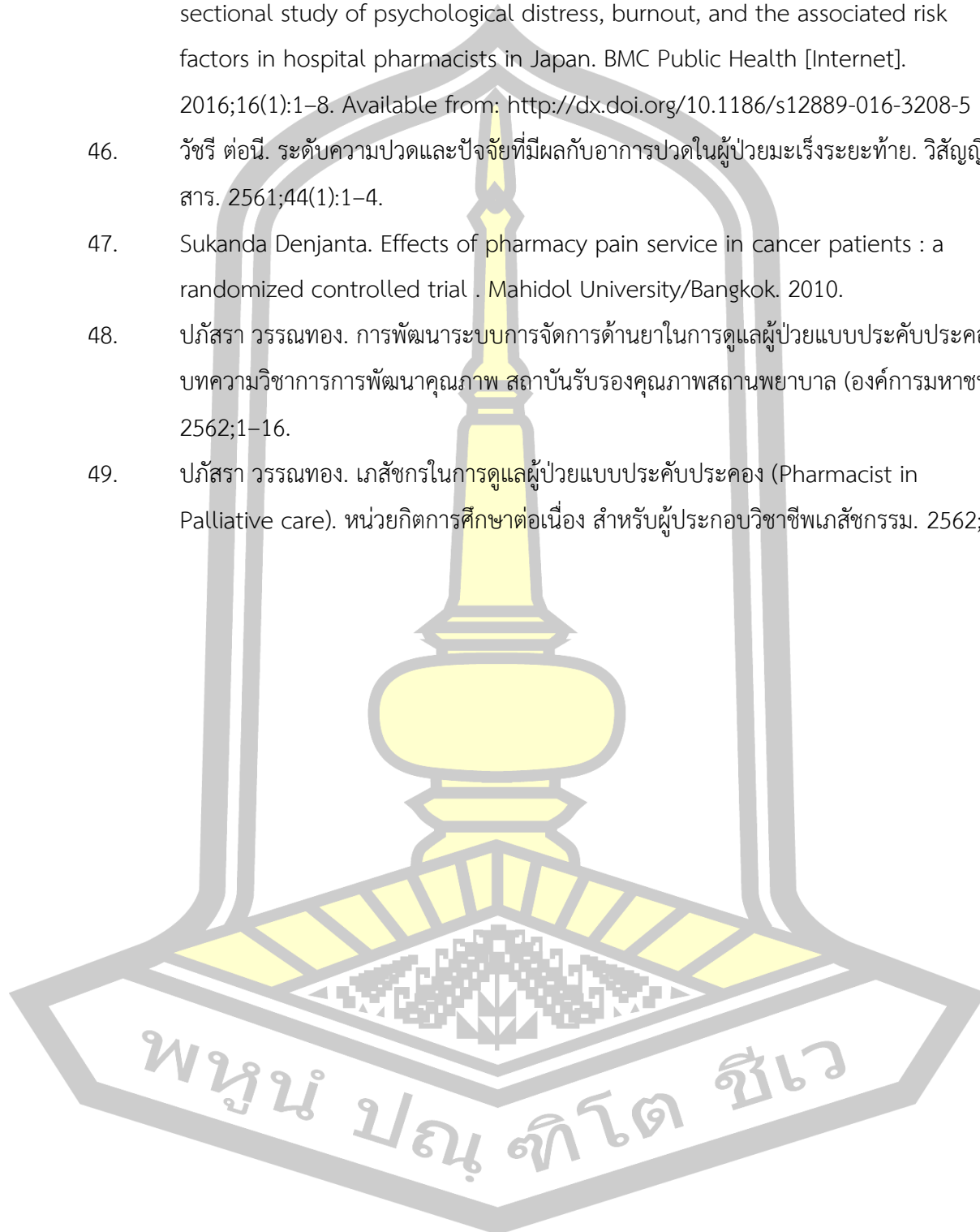
1. ศรีเวียง ไพโรจน์กุล. เกณฑ์การวินิจฉัยผู้ป่วยระยะสุดท้าย. คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2553.
2. Ziegler LE, Craigs CL, West RM, Carder P, Hurlow A, Millares-Martin P, et al. Is palliative care support associated with better quality end-of-life care indicators for patients with advanced cancer? A retrospective cohort study. *BMJ Open*. 2018;8(1):1-9.
3. Asia Pacific Hospice Palliative Care Network. Background to Palliative Care. 2016; Available from: <http://aphn.org/background-to-palliative/>
4. Platform P. Palliative Care. 2016; Available from: <https://patient.info/doctor/palliative-care>
5. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. สถิติสาธารณสุข. 2558; Available from: http://social.nesdb.go.th/SocialStat/StatReport_Final.aspx?reportid=367&template=1R2C&yeartype=M&subcatid=15
6. ศิริทัศน์ กระดานพล และ ภาณุพัฒน์ พุ่มพฤกษ์. ความคิดเห็นของเภสัชกรต่อระดับความสามารถของตนเองในงานดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองตามความคาดหวังของทีมสหสาขาวิชาชีพ. *วารสารวิจัยสาธารณสุข*. 2560;1:91-101.
7. ประเวศ วะสี. ปาฐกถาเกียรติยศ สุมาลี นิมมานนิตย์ เรื่อง Palliative Care กับ การแพทย์ที่มีหัวใจของความเป็นมนุษย์. กรุงเทพมหานคร: ปรีดีอโฮเซน จำกัด; 2552.
8. กรมการแพทย์. แนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. 2557; Available from: <http://www.dms.moph.go.th/dmsweb/cpgcorner/แนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย.pdf>
9. กระทรวงสาธารณสุข. แผนการตรวจราชการ กระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2561. 2560;523-9.
10. Kelly K, Novoson L. Palliative Care in Thailand : Hospice & Homecare A Framework for the Assessment of Costs and Benefits.
11. Edwards SJ, Abbott R, Edwards J, Leblanc M, Dranitsaris G, Donnan J, et al. Outcomes assessment of a pharmacist-directed seamless care program in an ambulatory oncology clinic. *J Pharm Pract*. 2014;27(1):46-52.

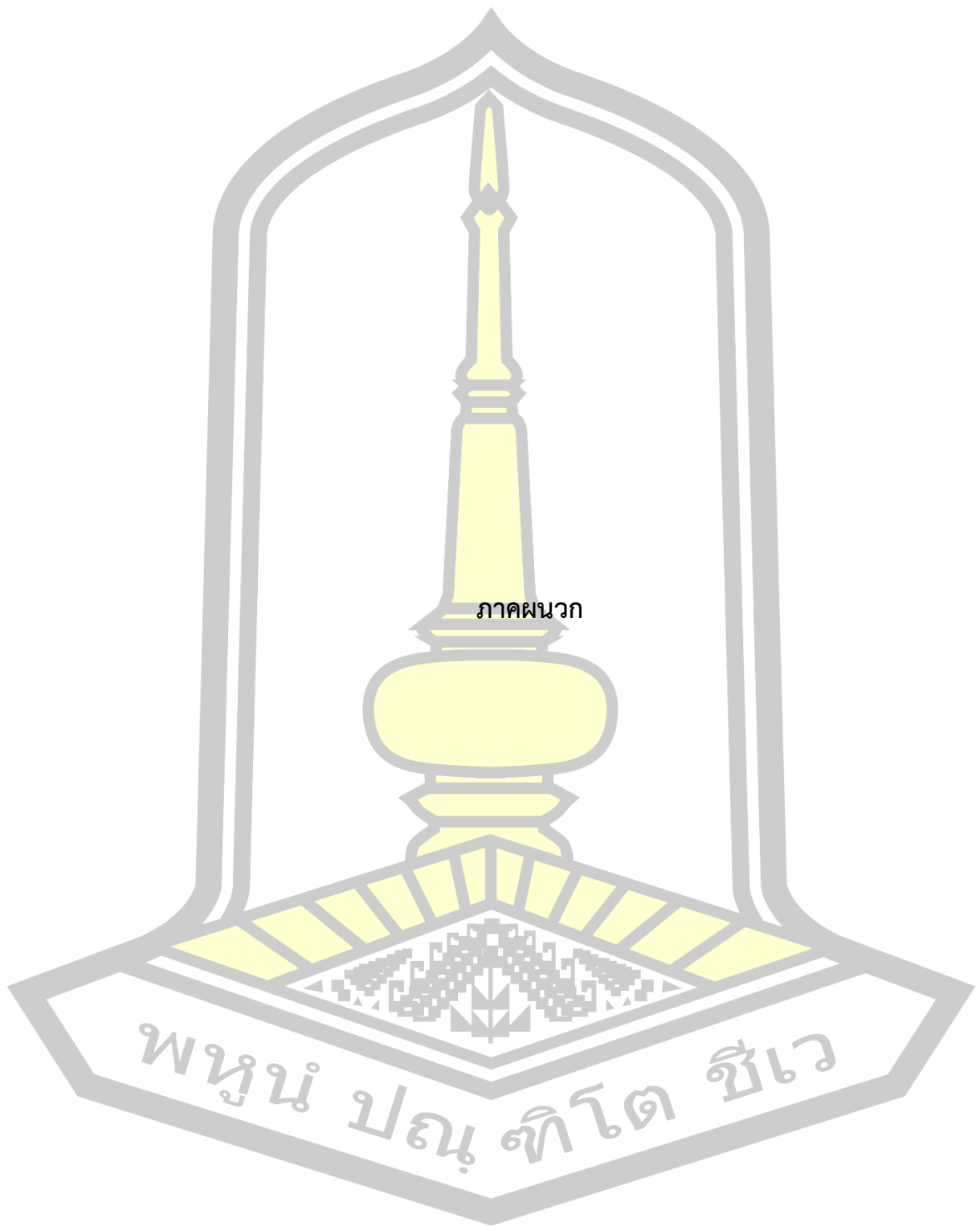
12. O'Connor M, Pugh J, Jiwa M, Hughes J, Fisher C. The Palliative Care Interdisciplinary Team: Where Is the Community Pharmacist? *J Palliat Med* [Internet]. 2011;14(1):7–11. Available from: <http://www.liebertonline.com/doi/abs/10.1089/jpm.2010.0369>
13. American association hospital pharmacists. ASHP Guidelines on the Pharmacist's Role in Palliative and Hospice Care. 2016; Available from: <https://www.ashp.org/-/media/assets/policy-guidelines/docs/guidelines-pharmacists-roles-palliative-hospice-care.ashx?la=en>
14. O'Connor M, Hewitt LY, Tuffin PHR. Community Pharmacists' Attitudes Toward Palliative Care: An Australian Nationwide Survey. *J Palliat Med* [Internet]. 2013;16(12):1575–81. Available from: <http://online.liebertpub.com/doi/abs/10.1089/jpm.2013.0171>
15. Ma JD, Tran V, Chan C, Mitchell WM, Atayee RS. Retrospective analysis of pharmacist interventions in an ambulatory palliative care practice. *J Oncol Pharm Pract*. 2016;22(6):757–65.
16. DiScala SL, Onofrio S, Miller M, Nazario M, Silverman M. Integration of a Clinical Pharmacist into an Interdisciplinary Palliative Care Outpatient Clinic. *Am J Hosp Palliat Med*. 2017;34(9):814–9.
17. Yamada M, Matsumura C, Jimaru Y, Ueno R, Takahashi K, Yano Y. Effect of Continuous Pharmacist Interventions on Pain Control and Side Effect Management in Outpatients with Cancer Receiving Opioid Treatments. 2018;41(6):858–63.
18. 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>
19. Organization WH. Cancer pain relief with a guide to opioid availability. World Health Organization. Geneva, Switzerland; 1996.
20. Hartzema AG, Porta MS, Tilson HH, Strand LM, Morley PC, Cipolle R, et al. Drug-Related Problems : Their Structure and Function. 1990;24:1093–7.

21. อรวีฐ กาญจนจारी และคณะ. บทบาทและความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในสถานบริการที่มีการดูแลแบบประคับประคองโดยเฉพาะ. *Rama Nurs J.* 2017;
22. ประถมาภรณ์ จันทร์ทอง และ ชวาลี ศรีอ่อน. ผู้ป่วยบริบาลบรรเทา ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก. *นศรปฐม;* 2556.
23. นภา หลิมรัตน์ และ ศรีเวียง ไพโรจน์กุล. คู่มือดูแลผู้ป่วยระยะท้ายสำหรับผู้ให้การดูแล. *ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา;* 2559. 33-50.
24. C DB. Reappraisal of the analgesic ladder. *paineurope.* 2008;
25. K HG and F. Opioid responsiveness. *Acta Anaesthesiol Scand.* 1997;41:154–8.
26. Kaiko RF et al. Central nervous system excitatory effects of meperidine in cancer patients. *Ann Neurol.* 1983;13:180–5.
27. นัยนา เพชรไพศาล. ความรู้และทัศนคติของเภสัชกรโรงพยาบาลในการใช้ยาโอปิออยด์สำหรับจัดการความปวดจากโรคมะเร็ง. *วารสารอาหารและยา.* 2559;63–74.
28. วณิชชา พิงชมพู่. สถานการณ์ดูแลระยะสุดท้ายในผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรัง. 2557;
29. สุวคนธ์ กุรัตน, พัชรี ภาระโชและสุวิริยา สุวรรณโคตร. การดูแลผู้ป่วยระยะ สุดท้าย : มิติใหม่ที่ท้าทายบทบาทของพยาบาล. *วิทยาลัยพยาบาล ศรีมหาสารคาม สถาบันพระบรมราชชนก สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.* 2556.
30. ปัทมา โภมทุบุตร. เวชปฏิบัติการบริหารบรรเทา สำหรับแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว (Palliative care in Family practice). 2557;739.
31. สถาพร สีสานันทกิจ. แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลแบบประคับประคอง. *โรงพยาบาลสงฆ์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข;* 2551.
32. สันต์ หัตถ์รัตน์. *วาระสุดท้ายที่งดงาม.* กรุงเทพมหานคร: หมอชาวบ้าน; 2559.
33. อารีญา ด่านผาทอง. “พฤติกรรมกรรมการดูแลเอื้ออาทรของพยาบาลไทย : การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย.” *วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร.* 2551;2(2):62–70.
34. WPCA, WHO. Global atlas of palliative care at the end of life. *Worldwide Palliative Care Alliance.* 2014. 1-111 p.
35. Knaul FM, Farmer PE, Krakauer EL, De Lima L, Bhadelia A, Jiang Kwete X, et al. Alleviating the access abyss in palliative care and pain relief—an imperative of universal health coverage: the Lancet Commission report. *Lancet.* 2018;391(10128):1391–454.

36. Foundation L. The 2015 Quality of Death Index Ranking palliative care across the world. Econ Intell Unit Ltd. 2015.
37. วิริยา โพธิ์ขวาง-ยุสท์. การดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง กรณีศึกษาหอผู้ป่วยประคับประคอง โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยอัลเบิร์ต ลูตวิกส์ ไฟรบวร์ก สหพันธรัฐเยอรมนี. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้. 2560;4:345–60. Available from: <https://www.tci-thaijo.org/index.php/cmunursing/article/download/32651/27816>
38. ปิยะวรรณ โภคพลากรณ์. รูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในประเทศไทย. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 2559;26(3):40–51.
39. 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. 2011;10.
40. Sevilla-Sánchez D, Molist-Brunet N, Amblàs-Novellas J, Espauella-Panicot J, Codina-Jané C. Potentially inappropriate medication at hospital admission in patients with palliative care needs. Int J Clin Pharm. 2017;39(5):1018–30.
41. วรรัตน์ มีครองธรรม. การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง ระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล กรณีพื้นที่อำเภอบางเลน จังหวัดนครปฐม. 2560;3:135–47.
42. Allsop MJ, Wright-Hughes A, Black K, Hartley S, Fletcher M, Ziegler LE, et al. Improving the management of pain from advanced cancer in the community: Study protocol for a pragmatic multicentre randomised controlled trial. BMJ Open. 2018;8(3):1–12.
43. Pourrat X, Roux C, Bouzige B, Garnier V, Develay A, Allenet B, et al. Impact of drug reconciliation at discharge and communication between hospital and community pharmacists on drug-related problems: Study protocol for a randomized controlled trial. Trials. 2014;15(1):1–7.
44. Akram G, Corcoran E, MacRobbie A, Harrington G, Bennie M. Developing a Model for Pharmaceutical Palliative Care in Rural Areas—Experience from Scotland. Pharmacy [Internet]. 2017;5(1):6. Available from: <http://www.mdpi.com/2226-4787/5/1/6>

45. Higuchi Y, Inagaki M, Koyama T, Kitamura Y, Sendo T, Fujimori M, et al. A cross-sectional study of psychological distress, burnout, and the associated risk factors in hospital pharmacists in Japan. BMC Public Health [Internet]. 2016;16(1):1–8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s12889-016-3208-5>
46. วัชรีย์ ต่อนี้. ระดับความปวดและปัจจัยที่มีผลกับอาการปวดในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย. วิทยุสื่อสาร. 2561;44(1):1–4.
47. Sukanda Denjanta. Effects of pharmacy pain service in cancer patients : a randomized controlled trial . Mahidol University/Bangkok. 2010.
48. ปภัสรา วรรณทอง. การพัฒนาระบบการจัดการด้านยาในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง. บทความวิชาการการพัฒนาคุณภาพ สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). 2562;1–16.
49. ปภัสรา วรรณทอง. เกสัชกรในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Pharmacist in Palliative care). หน่วยกิตการศึกษาต่อเนื่อง สำหรับผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม. 2562;







ภาคผนวก ก
แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้างสำหรับการศึกษาในตอนที่ 1.1

แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้างสำหรับการศึกษาใน ส่วนที่ 1.1

แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง (Semi structure interview) สำหรับสมาชิกในทีมสหวิชาชีพที่
ทำงานดูแลผู้ป่วยระยะท้าย

หัวข้อวิจัย : ความคาดหวังของทีมสหวิชาชีพต่อบทบาทของเภสัชกรในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบ
ประคับประคอง และ ผลการบริหารทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูล

รหัสผู้ให้ข้อมูล :

ตำแหน่งงานปัจจุบัน.....

เพศ.....

อายุ..... ปี

อายุงานในการทำงานในทีม ผู้ป่วยระยะท้าย.....ปี

ประสบการณ์ในการดูแลญาติด้วยการดูแลแบบ ผู้ป่วยระยะท้าย.....คน

ว/ด/ป ที่สัมภาษณ์.....สถานที่สัมภาษณ์.....

ตอนที่ 2 คำถามเกริ่นนำเกี่ยวกับรูปแบบงาน ผู้ป่วยระยะท้าย และประสบการณ์ในงานดังกล่าวของ
ผู้ให้ข้อมูล

1. การเข้ามาทำงานในงานดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ของท่านมีความเป็นมาอย่างไรบ้าง

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

2. แรงจูงใจในการทำงานดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ในปัจจุบันรวมถึงเป้าหมายในการทำงานดังกล่าวของ
ท่านเป็นอย่างไร

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

4. หลักการความสำคัญหรือนิยามในรูปแบบการทำงานดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ของท่านหรือของทีมของ
ท่านเป็นอย่างไร

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

5. รูปแบบการทำงานเป็นทีมสหวิชาชีพในภาพรวมทั้งในและต่างประเทศในปัจจุบันเป็นอย่างไร

6. สมาชิกในทีมสหวิชาชีพในการทำงานดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ที่สำคัญมีใครบ้าง

7. บทบาทงานในการทำงานดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ของสมาชิกในทีมสหวิชาชีพแต่ละคนเป็นอย่างไร

ตอนที่ 3 ข้อมูลความคาดหวังของทีมสหสาขาวิชาชีพต่อบทบาทและคุณลักษณะของเภสัชกรในการทำงานดูแลผู้ป่วยระยะท้าย

1. สถานการณ์การมีส่วนร่วมของเภสัชกรในการทำงานดูแลผู้ป่วยระยะท้าย แบบทีมสหวิชาชีพในประเทศไทยรวมถึงในโรงพยาบาลของท่านในปัจจุบันเป็นอย่างไร

2. สถานการณ์การยอมรับในบทบาทของเภสัชกรในการทำงานดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ในประเทศไทยรวมถึงในโรงพยาบาลของท่านในปัจจุบันเป็นอย่างไร

3. ในความเห็นของท่านวิชาชีพเภสัชกรมีความจำเป็นที่จะต้องเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบทีมสหวิชาชีพ หรือไม่

4. หากมีความจำเป็นที่ต้องมีเภสัชกรในทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ท่านคิดว่าเภสัชกรสามารถเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยในด้านใดได้บ้าง

5. ในส่วนของการดูแลผู้ป่วยในด้านร่างกายเภสัชกรสามารถมีส่วนช่วยทีมได้อย่างไรบ้าง

6. หากเจาะลึกในเรื่องการจัดการกับอาการปวด (pain management) เภสัชกรสามารถมีบทบาทอะไรบ้าง

7. นอกเหนือจากการดูแลในมิติด้านร่างกายแล้วเภสัชกรสามารถมีส่วนร่วมกับทีมในการดูแลผู้ป่วยในมิติด้านอื่น ๆ เช่น ด้านสังคม จิตใจ และจิตวิญญาณ อย่างไรได้บ้าง

8. นอกเหนือจากบทบาทหลักในการดูแลในมิติด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิต วิญญาณแล้ว ท่านคิดว่าเภสัชกรสามารถมีบทบาทช่วยเหลือการทำงานของ ทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ในด้านอื่น ๆ อีกหรือไม่ อย่างไรบ้าง

9. คุณลักษณะหรือคุณสมบัติของเภสัชกรในแบบไหนที่ท่านคิดว่ามีความเหมาะสมในการเข้าร่วมงานกับทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ให้การดูแลผู้ป่วยเกิดประประสิทธิภาพสูงสุด

10. หากเภสัชกรที่จะเข้าร่วมในทีมมีภาระงานที่มากหรือมีอัตรากำลังที่จำกัดจนทำให้ มีเวลาที่จะมาร่วมทำงานกับทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ได้น้อย ท่านคิดว่า 3 อันดับแรกที่เป็นงานสำคัญที่ เภสัชกรควรช่วยทีมทำก่อนมีอะไรบ้าง (ตามลำดับ)

.....

.....

.....

11. เพื่อให้เกิดการยอมรับในทีมมากขึ้นเภสัชกรควรแสดงบทบาทหน้าที่หรือควรมีกิจกรรมใดบ้าง

.....

.....

.....

12. ท่านคิดว่ามีปัจจัยเอื้อใดบ้างหากในการที่จะทำให้เภสัชกรเข้ามามีส่วนร่วมในทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ให้มากขึ้น

.....

.....

.....

ตอนที่ 4 ข้อเสนอแนะอื่น ๆ

1. ท่านมีข้อเสนอแนะใดบ้างต่อภาพรวมการทำงานดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ในปัจจุบัน

.....

.....

.....

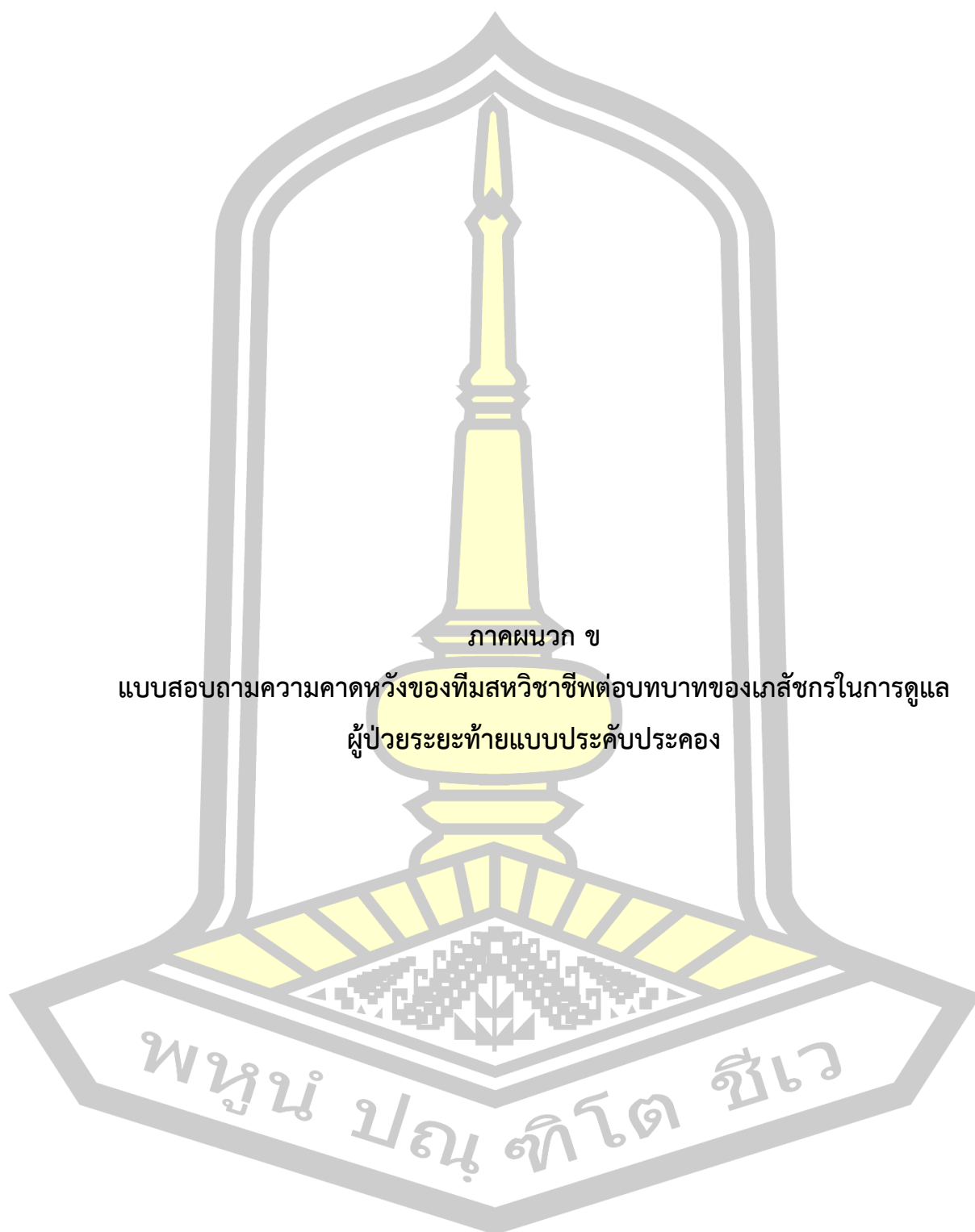
2. ท่านมีข้อเสนอแนะใดบ้างต่อการมีส่วนร่วมในการดูแล ผู้ป่วยระยะท้าย ของเภสัชกรในปัจจุบัน

.....

.....

.....

พญ. ปณ. ทิโต ชีเว



แบบสอบถามความคาดหวังของทีมสหวิชาชีพต่อบทบาทของเภสัชกรในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย
แบบฉบับประกอบ

นียมศัพท์

1) **มิติทางกาย** ซึ่งเป็นมิติของสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับสภาพโดยทั่วไปทางกายของมนุษย์ ทั้งภายใน ภายนอก และรวมถึงสภาพแวดล้อมรอบตัวด้วย ทั้งนี้มิติทางกายจะยึดเอาความแข็งแรงสมบูรณ์ของร่างกาย ไม่เจ็บ ไม่ไข้ ไร้ซึ่งโรคภัยเป็นสำคัญ โดยมีอาหารที่ถูกหลักโภชนาการ สมรรถนะทางกาย ภาวะทางเศรษฐกิจที่เพียงพอต่อการดำรงชีวิต เป็นปัจจัยที่จะส่งผลต่อสภาวะสุขภาพดังกล่าวได้

2) **มิติทางจิต** ซึ่งเป็นมิติของสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับสภาวะทางจิตใจหรืออารมณ์ที่มีผลกับสุขภาพโดยรวมของมนุษย์ ไม่ว่าจะเป็นภาวะอารมณ์ที่แจ่มใสร่าเริง ผ่อนคลายไม่ตึงเครียด รู้สึกมีความสุขและปลอดโปร่ง โดยที่มีหลักการจัดการกับสภาวะความเครียดไม่ให้เกิดวิกฤตทางอารมณ์เกิดขึ้นเป็นปัจจัยส่งผลต่อสภาวะสุขภาพจิตที่ดีได้

3) **มิติทางสังคม** ซึ่งเป็นมิติของสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับสภาวะโดยทั่วไปทางสังคมที่มีผลกับสุขภาพโดยรวมของมนุษย์ ไม่ว่าจะเป็นสภาพสังคมที่มีความผาสุกทั้งระดับครอบครัว สังคมและชุมชน โดยที่แต่ละระดับมีความสัมพันธ์อันดีต่อกัน สมาชิกในสังคมนั้นๆ มีความเอื้ออาทรต่อกัน จัดระบบบริการจากภาครัฐที่มีความเสมอภาคกัน สิ่งเหล่านี้จัดได้ว่าเป็นปัจจัยที่สำคัญมากที่จะส่งผลต่อสภาวะสุขภาพทางสังคมที่ดีได้

4) **มิติทางจิตวิญญาณ** ซึ่งเป็นมิติของสุขภาพที่เกี่ยวกับการมีความรู้ เฉลียวฉลาด รู้เท่าทันสิ่งต่างๆ ที่จะเปลี่ยนแปลงไป ทั้งทางกาย จิตใจ และสังคม ทำให้เกิดแรงศรัทธาต่อตนเองและมีความหวังต่อความสำเร็จที่จะทำให้ตนเองมีความสุขด้วยสัมมาชีพและเป็นปัจจัยส่งผลต่อสภาวะสุขภาพโดยรวมของมนุษย์อย่างสมบูรณ์

พหุ ประเด็น ชีวะ

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปผู้ตอบแบบสอบถาม

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน หน้าข้อความที่ตรงกับความเป็นจริงของท่าน

1. เพศ ชาย หญิง
2. อายุ.....ปี
- 3.อาชีพ
 - แพทย์ พยาบาล เภสัชกร
4. หน้าที่หลักที่ท่านรับผิดชอบ (ถ้าท่านไม่ใช่เภสัชกร กรุณาข้ามไปยังข้อที่ 5)
 - งานบริการผู้ป่วยนอก งานบริการผู้ป่วยใน
 - งานผลิตยา งานจัดซื้อและบริหารเวชภัณฑ์
 - งานคลินิก งานสารสนเทศทางยา
 - งานอื่น ๆ.....
5. ระดับการศึกษาสูงสุดของท่านคือ
 - ปริญญาตรี **กรณีเภสัชกรกรุณาเลือก หลักสูตร 5 ปี หลักสูตร 6 ปี
 - ปริญญาโท ปริญญาเอก
 - วุฒิบัตร/อนุมัติบัตรความเชี่ยวชาญวิชาชีพสาขา.....
6. ประสบการณ์การทำงานในสายงานโรงพยาบาล.....ปี
7. ประสบการณ์การทำงานดูแลผู้ป่วยระยะท้าย.....ปี
8. ท่านมีประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ในรูปแบบใดบ้าง
 - ผ่านการฝึกอบรมในหลักสูตรเกี่ยวกับ ผู้ป่วยระยะท้าย
 - ได้รับการแต่งตั้งให้เป็นคณะกรรมการในทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย
 - ได้รับแต่งตั้งเป็นคณะกรรมการและเคยปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยร่วมกับทีม ผู้ป่วยระยะท้าย
 - อื่น ๆ.....
9. ท่านเคยมีประสบการณ์ในการดูแลญาติหรือคนใกล้ชิดที่เจ็บป่วยในระยะสุดท้ายหรือไม่
 - เคย (คนที่ท่านให้การดูแลนานที่สุดคือใคร.....ระยะเวลาในการดูแล.....เดือน)
 - ไม่เคย

ตอนที่ 2 ทศนคติของท่านต่องานดูแลผู้ป่วยระยะท้าย

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน หน้าข้อความที่ตรงกับความเป็นจริงของท่าน

1. ท่านคิดว่าข้อใดเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย (สามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- เป็นการดูแลที่จะเริ่มให้ก็ต่อเมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิต
- เป็นการดูแลผู้ป่วยในรูปแบบที่ไม่ให้การรักษาใด ๆ (เนื่องจากไม่ตอบสนองต่อการรักษาใดๆ แล้ว) เช่น ไม่ใส่เครื่องช่วยหายใจ ไม่ให้ยารักษาโรคที่เป็นแล้ว
- เป็นการดูแลที่ทำความคุ้นระหว่างการรักษาโรคที่ผู้ป่วยเป็นกับการรักษาแบบประคับประคองตามอาการ
- เป็นรูปแบบการดูแลที่ให้นั้นเฉพาะการดูแลด้านจิตใจของผู้ป่วยเป็นหลัก
- เป็นการดูแลที่ให้ความสำคัญกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย
- เป็นการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมในมิติด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง
- เป็นการดูแลที่ครอบคลุมถึงการดูแลสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยทั้งก่อนและหลังที่ผู้ป่วยเสียชีวิต
- เป็นการดูแลที่ต้องอาศัยทีมสหสาขาวิชาชีพในการร่วมกันดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยให้ครบทุกด้าน

2. ท่านคิดว่าเกสรมีความจำเป็นต่อทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย หรือไม่

- มีความจำเป็น โปรดระบุระดับ
 - เป็นแกนหลักของทีมในการทำงานและวางแผนงาน (Team leader)
 - เป็นผู้ปฏิบัติงานของทีม (Worker)
 - เป็นที่ปรึกษาในเวลาที่ต้องการ (Consultant)
 - อื่น ๆ.....
- ไม่มีความจำเป็น โปรดระบุเหตุผล(หากมี).....

3. ท่านคิดว่าจุดเด่นของวิชาชีพเกสรกรรมข้อใดบ้างที่จะช่วยให้ทำงานดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ได้ดี (กรุณาใส่หมายเลขเรียงตามลำดับที่ท่านเห็นสำคัญมากที่สุด)

- เป็นวิชาชีพที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญด้านยาที่ดีโดยเฉพาะกับยาแก้ปวด
- เป็นวิชาชีพที่มีความรู้ด้านโรคพอสสมควรซึ่งจะสามารถช่วยเหลือทีมแพทย์ได้
- เป็นวิชาชีพที่มีความสามารถและทักษะที่ดีในการให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ
- เป็นวิชาชีพที่มีความสามารถและทักษะในการค้นหาปัญหาที่เกี่ยวข้องกับยา (DRPs)
- อื่น ๆ.....

4. ท่านคิดว่าจุดด้อยข้อใดของวิชาชีพเภสัชกรรมที่จะส่งผลให้ทำงานดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ได้ไม่ดี (กรุณาใส่หมายเลขเรียงตามลำดับที่ท่านเห็นสำคัญมากที่สุด)

- เป็นวิชาชีพที่มีโอกาสได้ทำงานที่สัมผัสกับผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดค่อนข้างน้อยทำให้ไม่ค่อยเข้าใจ

ในปัญหาของผู้ป่วยอย่างรอบด้าน

- เป็นวิชาชีพที่มีภาระงานประจำที่มาก
- มีการเข้าถึงข้อมูล/ประวัติของผู้ป่วยได้น้อย
- เป็นวิชาชีพที่มีโอกาสในการทำงานดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ค่อนข้างน้อย
- อื่น ๆ.....

5. ท่านคิดว่าในการทำงานร่วมกับทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย การดูแลด้านใดที่เภสัชกรจะสามารถช่วยเหลือทีมได้เป็นอย่างดี (สามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- ร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ

6. เมื่อท่านทำงานดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ท่านมีความมั่นใจว่าจะสามารถทำงานดังกล่าวได้หรือไม่

- มั่นใจว่าสามารถทำได้ โดยคิดว่าตนเองทำได้ในระดับ

- มาก ปานกลาง น้อย

- ไม่มั่นใจว่าจะสามารถทำได้ โปรดระบุเหตุผล (สามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- ขาดองค์ความรู้เรื่องหลักการในการดูแลรูปแบบ ผู้ป่วยระยะท้าย
- ขาดองค์ความรู้ระดับลึกในเรื่อง pain management
- ไม่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยในรูปแบบดังกล่าว
- ขาดความมั่นใจในการทำงานที่ต้องพูดคุย support จิตใจของผู้ป่วย
- มีเภสัชกรไม่เพียงพอในการทำงาน
- มีภาระงานที่มากและมีงานอื่นที่สำคัญกว่า
- อื่น ๆ.....

พูนัน ปณุกิตโต ชีเว

ตอนที่ 3 ความสามารถของเภสัชกรในการทำงานดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ตามความคาดหวังของทีมสหสาขาวิชาชีพ **คำชี้แจง** โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับระดับความสามารถของเภสัชกรในการทำงาน ผู้ป่วยระยะท้าย ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพตามความคิดเห็นของท่าน โดยมีเกณฑ์ระดับความสามารถ ดังนี้

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ปฏิบัติได้น้อยที่สุด			ปฏิบัติได้ปานกลาง				ปฏิบัติได้มากที่สุด		

ข้อที่	บทบาทในงาน ผู้ป่วยระยะท้าย ของเภสัชกรตามความคาดหวังของ ทีมสหสาขาวิชาชีพ	ระดับความคิดเห็น			
		เห็นด้วยมากที่สุด	เห็นด้วยมาก	เห็นด้วยปานกลาง	ไม่เห็นด้วย
หมวดที่ 1 การดูแลด้านร่างกาย (Physical care)					
1	ให้ข้อมูลด้านเภสัชวิทยา (pharmacology) เช่นการแนะนำยาที่เหมาะสมในการรักษา (drug recommendation) แนะนำ ผลข้างเคียง เป็นต้นและให้ข้อมูลด้านเภสัชจลศาสตร์ (pharmacokinetic) ของยาแก่สมาชิกในทีม ผู้ป่วยระยะท้าย				
2	ช่วยทีมในการติดตามระดับยาในเลือด การดูแลทางห้องปฏิบัติการ เพื่อพิจารณาความเหมาะสมในการให้การรักษาด้วยยาของแพทย์				
3	ประเมินความเหมาะสมในการสั่งใช้ยา (utilization) ของแพทย์โดยเน้นยาที่ใช้ในการควบคุมอาการปวดและอาการอื่น ๆ (symptoms management) เช่น อาการคลื่นไส้ อาเจียน ท้องผูก เป็นต้น				
4	ตรวจสอบการใช้ยาเดิม (medication reconciliation) ของผู้ป่วยและให้ความรู้กับสมาชิกในทีมเรื่องการตรวจสอบการใช้ยาเดิมของ ผู้ป่วย				
5	ทบทวนคำสั่งใช้ยาของแพทย์ (medication review) เพื่อวิเคราะห์ และค้นหาปัญหาที่เกี่ยวกับการใช้ยา (DRPs) และร่วมกับทีมในการวางแผนป้องกันและแก้ไขปัญหาดังกล่าว				
6	ปรับปรุง (update) แผนการรักษา (regimen) ด้วยยาที่จะใช้ในการ รักษาโรคและอาการอื่น ๆ (symptoms management) ให้มีความทันสมัยอยู่เสมอ				

ข้อที่	บทบาทในงาน ผู้ป่วยระยะท้าย ของเภสัชกรตามความคาดหวังของ ทีมสหสาขาวิชาชีพ	ระดับความคิดเห็น			
		เห็นด้วยมากที่สุด	เห็นด้วยมาก	เห็นด้วยปานกลาง	ไม่เห็นด้วย
7	ตรวจสอบความเหมาะสมของยาแผนโบราณยาสมุนไพรหรืออาหาร เสริมที่ผู้ป่วยอาจนำมาใช้ในการรักษา				
8	สามารถให้ข้อมูลและค้นหาหลักฐานอ้างอิงในกรณีที่มีการใช้ยาใน ลักษณะที่นอกเหนือจากที่ระบุไว้ในข้อบ่งชี้ในฉลากยา (off-label uses)				
9	คัดกรองผู้ป่วยที่มีปัญหาเรื่องความร่วมมือในการใช้ยา (Noncompliance) เช่น ผู้ป่วยที่เกิด S/E จากยา M.O. แล้วไม่ รับประทานยาต่อ และร่วมกับทีมในการหาทางแก้ปัญหา				
10	ให้ความรู้แก่สมาชิกในทีม ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับ drug induced adverse effect กับ drug-induced allergy reaction จากการใช้ยาแก้ปวดกลุ่ม opioids และ ช่วยเสนอแนะแนวทางการ แก้ไข				
11	ให้ข้อมูลแก่สมาชิกในทีม ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลในเรื่องวิธีการ บริหาร ยาที่เหมาะสม เช่น การใช้ inhalers ในการพ่นยา การใช้ syringe driver การใช้แผ่นแปะแก้ปวด เป็นต้น				
12	ร่วมกับแพทย์และสมาชิกทีมในการตรวจเยี่ยมผู้ป่วยในหอ ผู้ป่วย (round ward)				
13	เข้าร่วมในการประชุมทีม (team meeting) เมื่อมีการทำ case conference				
14	ร่วมวางแผนกับสมาชิกในทีมในเรื่องการจำหน่าย (discharge) ผู้ป่วย				
15	ให้คำแนะนำเรื่องการใช้ยาที่แพทย์สั่งให้นำกลับไปใช้ที่บ้าน ก่อนการจำหน่าย (discharge) ผู้ป่วย				
16	รวบรวมและส่งต่อข้อมูลการใช้ยาของผู้ป่วยกรณีที่ต้องส่งต่อ ผู้ป่วยไปรับการรักษาในสถานพยาบาลอื่น				
17	ให้คำปรึกษาแก่สมาชิกในทีมในการบันทึกและอัปเดตประวัติ การใช้ ยาของผู้ป่วยลงในแฟ้มประวัติผู้ป่วย (medication chart) เพื่อสื่อสารคำแนะนำในการรักษาด้วยยาไปยังผู้ ให้บริการสุขภาพอื่น ๆ				

ข้อที่	บทบาทในงาน ผู้ป่วยระยะท้าย ของเภสัชกรตามความคาดหวังของ ทีมสหสาขาวิชาชีพ	ระดับความคิดเห็น			
		เห็นด้วยมากที่สุด	เห็นด้วยมาก	เห็นด้วยปานกลาง	ไม่เห็นด้วย
18	ให้คำปรึกษาเรื่องยาทางโทรศัพท์แก่สมาชิกในทีม รวมถึงผู้ป่วยและญาติได้				
19	ประสานงานกับเจ้าหน้าที่อื่น ๆ ในการช่วยให้ผู้ป่วยเข้าถึงอุปกรณ์ทางการแพทย์และวัสดุที่ใช้ในการบริหารยา เช่น nebulizers, IV infusion pump, tubing, feed pumps และ syringe ให้ยา เป็นต้น				
20	ประสานผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพอื่น ๆ ที่อยู่ในชุมชนของผู้ป่วย เช่น โรงพยาบาลชุมชน เภสัชกรประจำร้านยาในชุมชนหรือพยาบาลในศูนย์บริการสุขภาพชุมชนในเรื่องการติดตามการใช้ยาของผู้ป่วย				
21	ประเมินภาวะในการดูแลตนเองในชีวิตประจำวันของผู้ป่วยได้				
22	ร่วมกับทีมในการออกเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านเพื่อติดตามการตอบสนองต่อการรักษาและค้นหา DRPs ของทั้งผู้ป่วยและญาติได้				
23	ร่วมกับทีมในการสร้างและพัฒนา protocol ในการจัดการกับอาการปวด (pain management)				
24	ร่วมกับทีมในการพัฒนาระบบยาให้เอื้อต่อการเข้าถึง โดยเฉพาะกับยา ที่ใช้ในการดูแลแบบ ผู้ป่วยระยะท้าย เช่น ยาแก้ปวดกลุ่ม opioids เป็นต้น				
25	ประเมินผู้ป่วยและญาติในเรื่องทัศนคติต่อการรักษาแก้ปวดกลุ่ม opioids และร่วมกับทีมในการแก้ปัญหาสำหรับผู้ป่วยที่มีทัศนคติในการรักษาในเชิงลบ				
26	ประเมินอาการปวดของผู้ป่วยว่าเป็นอาการปวดชนิดใดและแนะนำยาที่เหมาะสมกับชนิดของอาการปวดดังกล่าวได้				
27	ประเมินภาวะทางด้านร่างกายของผู้ป่วยในเรื่องอาการปวดโดยใช้เครื่องมือต่าง ๆ เช่น pain score เป็นต้น				

ข้อที่	บทบาทในงาน ผู้ป่วยระยะท้าย ของเภสัชกรตามความคาดหวังของ ทีมสหสาขาวิชาชีพ	ระดับความคิดเห็น			
		เห็นด้วยมากที่สุด	เห็นด้วยมาก	เห็นด้วยปานกลาง	ไม่เห็นด้วย
28	แนะนำการใช้ยาแก้ปวดกลุ่ม opioids ในขนาดที่ไม่ใช่ขนาดปกติที่ใช้ กับผู้ป่วยทั่วไป เช่น สามารถให้คำแนะนำการเพิ่มขนาดยา M.O. สำหรับผู้ป่วยที่ไม่สามารถคุมอาการปวดจากขนาดยาปกติได้				
29	แนะนำการเปลี่ยนรูปแบบและชนิดของยาแก้ปวดรวมถึงการเทียบเคียงยาแก้ปวดจากตัวหนึ่งไปยังอีกตัวหรือจากกลุ่มหนึ่งไปยังอีกกลุ่มได้				
30	แนะนำขนาดการใช้ยาแก้ปวด M.O. ในกลุ่มผู้ป่วยที่อาจมีอาการปวดรุนแรงฉุกฉิน (pain crisis) ได้				
31	แนะนำขนาดและวิธีการใช้ยา Naloxone ในการต้านพิษ M.O. ในกรณีที่มีปริมาณยาที่สะสมพอกพูน (stack dose) หรือกรณีที่ทำให้ยาเกินขนาด (overdose)				
32	แนะนำการใช้ยาเสริมฤทธิ์ (adjuvant) หรือการใช้ยาร่วม (co-analgesic) อื่น ๆ ที่สามารถนำมาใช้ร่วมกันในการบรรเทา อาการปวดได้				
33	แนะนำการเริ่มยา Methadone ในผู้ป่วยที่มีการติดต่อยาแก้ปวดกลุ่ม opioids รวมถึงการติดตามผลการตอบสนองของผู้ป่วยจากการใช้ยาได้				
34	ให้ข้อมูลแก่สมาชิกในทีมในเรื่องการใช้ยาที่ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกตัวลดลง (terminal sedation) สำหรับผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องใช้ยาลักษณะนี้ได้				
35	ช่วยปรับตารางรับประทานยาและจัดทำแบบบันทึกความปวด (pain diary) เพื่อติดตามการกินยาแก้ปวดของผู้ป่วย				
36	เตรียมสูตรตำรับและผลิตภัณฑ์ที่เจาะจงกับผู้ป่วยเฉพาะราย ให้ได้สูตรตำรับที่มีประสิทธิภาพ				
37	การปรับสูตรตำรับ การปรับรูปแบบยา รวมถึงการปรับวิธีการบริหารยา เช่น ยาอมใต้ลิ้น ยาใช้ภายนอก ให้เหมาะสมกับผู้ป่วย เฉพาะราย				

ข้อที่	บทบาทในงาน ผู้ป่วยระยะท้าย ของเภสัชกรตามความคาดหวังของ ทีมสหสาขาวิชาชีพ	ระดับความคิดเห็น			
		เห็นด้วยมากที่สุด	เห็นด้วยมาก	เห็นด้วยปานกลาง	ไม่เห็นด้วย
หมวดที่ 2 การดูแลด้านจิตใจ (Psychological care)					
38	ช่วยสมาชิกในทีมในการค้นหาปัญหาที่ยังค้างคาใจของผู้ป่วย (unfinished business) ที่ทำให้ผู้ป่วยยังไม่สามารถปล่อยวางได้ และวางแผนร่วมกับทีมในการแก้ปัญหาดังกล่าว				
39	ประเมินความหวังของผู้ป่วยและญาติโดยอาจใช้เทคนิคต่าง ๆ เช่น การขอพร 3 ประการ (3 Wishes) เพื่อทราบถึงความคาดหวังต่อชีวิตของผู้ป่วย				
40	ช่วยเหลือด้านจิตใจของผู้ป่วยด้วยการให้โอกาสผู้ป่วยได้พูดคุย ระบายความรู้สึกที่เป็นความรักความผูกพัน ความสุข หรือ ความสำเร็จ แม้แต่ความทุกข์ในอดีตรวมถึงช่วยพูดให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลายและสบายใจขึ้น				
41	ร่วมกับทีมในการดูแลด้านจิตใจและช่วยเสริมกำลังใจ (empower) ให้ญาติผู้ป่วยหลังการเสียชีวิตของผู้ป่วย				
หมวดที่ 3 การดูแลด้านสังคม (Social care)					
42	ร่วมกับทีมในการประเมินและค้นหาปัญหาด้านสังคม (social assessment) ของผู้ป่วย เช่น เรื่องบทบาทของผู้ป่วยในครอบครัว ความรักและความผูกพันของผู้ป่วยกับสมาชิกในครอบครัว ที่อยู่ อาศัยและสิ่งแวดล้อม รวมถึงภาวะทางสังคมของผู้ดูแล (care giver) และวางแผนร่วมกันในการแก้ปัญหา ดังกล่าว				
43	ร่วมให้ความช่วยเหลือกับผู้ป่วยที่มีปัญหาในเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษา ซึ่งบางครั้งเภสัชกรอาจจะช่วยระบุทางเลือกในการรักษาด้วย ยาที่มี cost-effective โดยเฉพาะกับผู้ป่วยที่มีปัญหาในการจ่ายค่ายา				
หมวดที่ 4 การดูแลด้านจิตวิญญาณ (Spiritual care)					
44	ร่วมกับทีมในการประเมินและค้นหาปัญหาในด้านจิตวิญญาณ (spiritual assessment) ของผู้ป่วยเช่น เรื่องความต้องการความรัก และความสัมพันธ์ (love and connectedness) ความต้องการการ อโหสิกรรมหรือการให้อภัย (forgiveness) การปฏิบัติตามความเชื่อและหลักศาสนา (religious practice) และร่วมกันหาทางแก้ไขปัญหาดังกล่าว				

ข้อที่	บทบาทในงาน ผู้ป่วยระยะท้าย ของเภสัชกรตามความคาดหวังของ ทีมสหสาขาวิชาชีพ	ระดับความคิดเห็น			
		เห็นด้วยมากที่สุด	เห็นด้วยมาก	เห็นด้วยปานกลาง	ไม่เห็นด้วย
45	ประเมินเรื่องความต้องการการดูแลด้านจิตวิญญาณเพิ่มเติมของผู้ป่วย เช่น ความต้องการการดูแลจากพระหรือบาทหลวง แล้วช่วยประสานกับสมาชิกในทีม				
46	ช่วยให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจและยอมรับในภาวะโรคที่ดำเนินมาถึงระยะสุดท้ายและช่วยให้ผู้ป่วยไม่ปฏิเสธความตายรวมถึงปล่อยวางจากสิ่งต่าง ๆ ได้				

ตอนที่ 4 คุณลักษณะของเภสัชกรในการทำงานดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ
คำชี้แจง ท่านคิดว่าคุณสมบัติของเภสัชกรแบบใดที่ท่านคิดว่ามีความสำคัญต่อการทำงานร่วมกับทีมดูแลผู้ป่วยระยะท้าย (สามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

ด้านความรู้

- มีองค์ความรู้ (competency) เรื่องโรคและยาโดยเฉพาะกลุ่มยาบรรเทาอาการปวดที่ดี
- เป็นผู้มีความรู้พื้นฐานด้านจิตวิทยา

ด้านทักษะการทำงาน

- เคยมีประสบการณ์ในการทำงาน ผู้ป่วยระยะท้าย
- มีความสามารถในการทำงานเป็นทีม (team work)
- เป็นผู้ที่มีความสามารถในการช่วยเสริมกำลังใจ (empower) ผู้ป่วยได้ดี
- เป็นผู้ที่มีความสามารถในการปรับอารมณ์ของตนเองจากการพบเห็นความทุกข์ของผู้ป่วยได้เร็ว

- มีทักษะ (skill) ในการให้คำปรึกษา (counseling) และการสื่อสารที่ดี

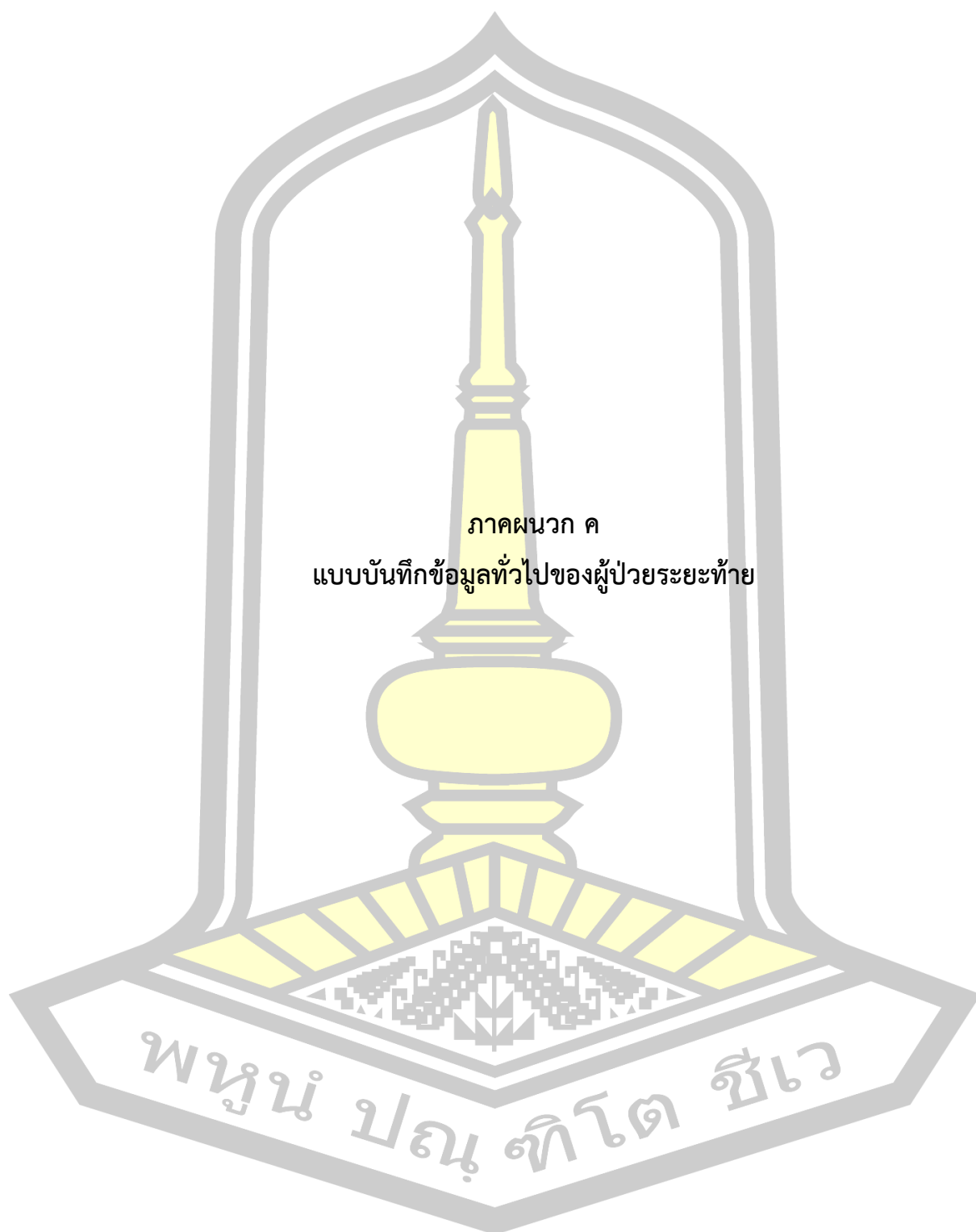
ด้านทัศนคติ

- เป็นผู้ที่สนใจและศึกษาเรื่องธรรมะ เช่น เรื่องอิทธิบาท 4 เรื่องกฎไตรลักษณ์ ซึ่งจะช่วยให้เข้าใจจิตใจผู้ป่วยดี
- เป็นผู้ที่สูงงานและทนต่อความกดดันในการทำงานได้ดี
- เป็นผู้ที่สามารถอุทิศเวลาส่วนตนให้กับงานได้
- มีความสนใจและมีใจรักที่จะทำงานดูแลผู้ป่วยระยะท้าย อย่างจริงจัง

ตอนที่ 5 ข้อเสนอแนะของท่านที่เกี่ยวกับการทำงานร่วมกับทีม ผู้ป่วยระยะท้าย

.....

.....



แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

เก็บข้อมูลครั้งที่.....วันที่.....เดือน.....ปี 2562

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนตัวของผู้ป่วย

คำชี้แจง กรุณาตอบคำถามต่อไปนี้โดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง หน้าข้อความที่ตรงกับข้อมูลของท่าน

1. รหัสผู้ให้ข้อมูล :
2. ที่อยู่ปัจจุบัน.....
3. เบอร์โทรศัพท์.....
4. อายุ.....ปี
5. เพศ

- 1) ชาย 2) หญิง

ส่วนที่ 2 ข้อมูลทางคลินิกของผู้ป่วย (โดยผู้วิจัย)

คำชี้แจง กรุณาตอบคำถามต่อไปนี้โดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง หน้าข้อความที่ตรงกับข้อมูลของท่าน

1. น้ำหนัก.....ก.ก. ส่วนสูง.....ซ.ม.
2. โรคประจำตัว
 - 1) โรคมะเร็ง (โปรดระบุ).....
 - 2) โรคเรื้อรังอื่นๆ (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)
 - 2.1) โรคความดันโลหิตสูง 2.2) ไขมันในเลือดสูง
 - 2.3) โรคหัวใจ 2.4) โรคเบาหวาน
 - 2.5) โรคภูมิแพ้ 2.6) โรคหืด
 - 2.7) โรคไต 2.8) โรคข้อเสื่อม
 - 2.9) โรคสมองเสื่อม 2.10) โรคติดเชื้อ
 - 2.11) อื่นๆ (ระบุ)
3. วันที่เริ่มเข้าสู่การดูแลแบบประคับประคอง.....
4. การจัดเตรียมยาก่อนใช้
 - 1) ท่านเป็นผู้จัด/เตรียมยาเพื่อใช้เอง 2) ญาติ/ผู้ดูแลจัดยาให้

5. ประวัติยาที่ได้รับตามใบคำสั่งแพทย์

ลำดับ	วันที่ได้รับยา	ชื่อยา	ความแรง	ข้อบ่งใช้	วิธีใช้
1					
2					
3					
4					
5					
6					

6. การประเมินอาการปวด Pain score (กรรมาเลือกคะแนน)





ส่วนที่ 3 แบบประเมินปัญหาจากการใช้ยาตามหลักการของ Hepler และ Strand (โดยผู้วิจัย)

ปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาในผู้ป่วย พบปัญหา ไม่พบปัญหา

ข้อ	หัวข้อ	รายละเอียดที่พบ	การจัดการแก้ไข	ผลลัพธ์จากการแก้ไข
1	ผู้ป่วยไม่ได้รับยาที่ควรจะได้ (Untreated indications) <input type="checkbox"/> แพทย์ไม่ได้สั่งยาในผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ที่ต้องได้รับยาเพื่อรักษาโรค <input type="checkbox"/> ผู้ป่วยได้ยาไม่ครบตามเงื่อนไขของการรักษาโรค <input type="checkbox"/> ผู้ป่วยไม่ได้รับยา เพื่อบรรเทาหรือรักษาอาการ ภาวะแทรกซ้อน หรือโรคที่เกิดขึ้นใหม่			
2	ผู้ป่วยได้รับยาไม่เหมาะสม (Improper drug selection) <input type="checkbox"/> การเลือกยาไม่ถูกต้องตามแนวทางการรักษาโรค Improper drug selection <input type="checkbox"/> การเลือกยาที่เป็นข้อจำกัดหรือเป็นข้อห้ามใช้ในผู้ป่วย <input type="checkbox"/> การเลือกยาที่ทำให้เกิดการแพ้ผู้ป่วย <input type="checkbox"/> การเลือกยาที่เป็นอันตรายต่อทารกในครรภ์			



ข้อ	หัวข้อ	รายละเอียดที่พบ	การจัดการแก้ไข	ผลลัพธ์จากการแก้ไข
3	ผู้ป่วยได้รับยาในขนาดที่ต่ำกว่าขนาดรักษา (Sub therapeutic dosage) <input type="checkbox"/> เกิดความผิดพลาดในการคำนวณขนาดยาตามน้ำหนักผู้ป่วย <input type="checkbox"/> ช่วงเวลาในการบริหารยาในแต่ละครั้งห่างกันเกินไป <input type="checkbox"/> การเสื่อมประสิทธิภาพหรือเสื่อมสลายของยาเตรียม ทำให้ได้ยาไม่ถึงขนาดรักษา			
4	ผู้ป่วยได้รับยาในขนาดสูงเกินกว่าขนาดรักษา (Over dosage) <input type="checkbox"/> เกิดความผิดพลาดในการคำนวณขนาดยาตามน้ำหนักผู้ป่วย <input type="checkbox"/> ช่วงเวลาในการบริหารยาในแต่ละครั้งใกล้กันเกินไป <input type="checkbox"/> การเลือกใช้ช่องทางทางการบริหารยาไม่เหมาะสม			
5	ผู้ป่วยเกิดความล้มเหลวในการรักษา (Failure to receive medication) <input type="checkbox"/> ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา (Non-adherence and non-compliance) <input type="checkbox"/> ผู้ป่วยรับประทานยาอื่นนอกเหนือจากคำสั่งแพทย์			



ข้อ	หัวข้อ	รายละเอียดที่พบ	การจัดการแก้ไข	ผลลัพธ์จากการแก้ไข
6	ผู้ป่วยเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (Adverse drug reactions) <input type="checkbox"/> อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาชนิดเอ (Type 1) สามารถทำนายได้ล่วงหน้าจากฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาของยา <input type="checkbox"/> อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาชนิดบี (Type B) ไม่สามารถคาดคะเนได้ล่วงหน้าจากฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาพบอุบัติการณ์การเกิดต่ำ แต่อัตราการเสียชีวิตสูง			
7	ผู้ป่วยเกิดอันตรกิริยาระหว่างยา (Drug interactions) <input type="checkbox"/> การเกิดอันตรกิริยาระหว่างยากับยา <input type="checkbox"/> การเกิดอันตรกิริยาระหว่างยากับอาหาร <input type="checkbox"/> การเกิดอันตรกิริยาระหว่างยากับโรค			
8	ผู้ป่วยได้รับยาที่ไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ (Medication use without indication) <input type="checkbox"/> การให้ยาที่มีข้อบ่งชี้หรือไม่ผลต่อการรักษาโรคโดยไม่จำเป็น <input type="checkbox"/> การให้ยาที่ไม่มีหลักฐานทางวิชาการให้การรับรองผลการรักษา			



แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล

เก็บข้อมูลครั้งที่.....วันที่.....เดือน.....ปี 2562

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนตัวของผู้ดูแล

คำชี้แจง กรุณาตอบคำถามต่อไปนี้โดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง หน้าข้อความที่ตรงกับข้อมูล

ของท่าน

1. รหัสผู้ให้ข้อมูล :

2. ที่อยู่ปัจจุบัน.....

3. เบอร์โทรศัพท์.....

4. อายุ.....ปี

5. เพศ

 1) ชาย 2) หญิง

6. โรคประจำตัว

 1) ไม่มี 2) มี (ระบุ)

7. ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย

 1) บุตร 2) สามี/ภรรยา 3) หลาน 4) อาสาสมัครชุมชน 5) อื่นๆ (ระบุ)

8. จำนวนผู้ป่วยที่ท่านดูแล

 1) 1 คน 2) 2 คน 3) 3 คน 4) มากกว่า 3 คน

พูน ปรณ ทิโต ชีเว

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรู้ผู้ดูแล

คำชี้แจง กรุณาตอบคำถามต่อไปนี้โดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง หน้าข้อความที่ตรงกับคำตอบ

ของท่าน

หัวข้อ	ใช่	ไม่ใช่	ไม่แน่ใจ
1. ท่านคิดว่า การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง คือการหลีกเลี่ยงการรักษาที่มุ่งเน้น เพื่อให้ผู้ป่วยหายจากโรค และการให้ยาเพื่อลดความทุกข์ทรมานจากโรค			
2. ท่านคิดว่า ถ้าผู้ป่วยไม่บ่นปวด ไม่จำเป็นต้องให้ยาแก้ปวดแก่ผู้ป่วย			
3. ท่านคิดว่า ยามอร์ฟินคือยาเสพติดชนิดหนึ่งถ้าใช้นานอาจมีฤทธิ์เสพติดได้			
4. ท่านคิดว่า ยามอร์ฟินมีฤทธิ์กดการหายใจถ้าใช้ยาบ่อยๆ ผู้ป่วยจะเสียชีวิตได้เร็วขึ้นเนื่องจากยามอร์ฟินกดการหายใจ			
5. ห้ามปรับยาแก้ปวดมอร์ฟินให้ผู้ป่วยเอง เพราะถ้ายาขนาดต่ำเกินไป ทำให้ไม่สามารถคุมอาการปวดได้ ถ้าขนาดสูงเกินไป อาจทำให้มีฤทธิ์กดการหายใจ			
6. ท่านคิดว่า ถ้าผู้ป่วยเกิดอาการหอบเหนื่อย ยามอร์ฟินแบบชนิดน้ำเชื่อม สามารถช่วยบรรเทาอาการหอบเหนื่อยได้			
7. ท่านคิดว่า ถ้าอาการปวดของผู้ป่วยคงที่แล้ว สามารถหยุดยาแก้ปวดทั้งหมดให้ผู้ป่วยได้ทั้งหมด			
8. ท่านคิดเป็นผลข้างเคียงว่าอาการท้องผูกที่เกิดจากยามอร์ฟิน ดังนั้น การป้องกันอาการท้องผูกควรให้ยาละลายร่วมด้วยเสมอ			
9. ท่านคิดว่า ถ้าผู้ป่วยมีอาการปวดระหว่างวัน สามารถเพิ่มยามอร์ฟินแบบออกฤทธิ์นาน เพิ่มได้อีก 1 เม็ด เพื่อบรรเทาอาการปวดให้ผู้ป่วย			
10. ท่านคิดว่า หากผู้ป่วยเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาควรรีบปรึกษาแพทย์หรือเภสัชกร			
11. ท่านคิดว่า ถ้าท่านลืมให้ยาแก้ปวดแก่ผู้ป่วยในมือเช้า ท่านสามารถเพิ่มขนาดยาเป็นสองเม็ดให้ผู้ป่วยในมือถัดไปได้			
12. ท่านคิดว่า อาการคลื่นไส้ อาเจียน หรืออาการง่วง เหนื่อยเพลีย เป็นอาการที่ผู้ป่วยแพ้ยา			

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ดูแล (ทำการประเมินใน Day 30)

คำชี้แจง กรุณาเลือกระดับความพึงพอใจของท่าน ในแต่ละข้อต่อการให้คำแนะนำด้านยาโดยเภสัชกร โดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง หน้าข้อความที่ตรงกับระดับความพอใจของท่าน

หัวข้อ	ระดับความพอใจ				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	เล็กน้อย	ไม่พอใจ/ไม่ได้รับ
1.เภสัชกรบอกให้ท่านทราบและเข้าใจข้อบ่งใช้ของยาแก้ปวดมอร์ฟิน					
2.เภสัชกรได้บอกวิธีรับประทานยาแก้ปวดมอร์ฟินได้อย่างชัดเจนและเข้าใจง่าย					
3.เภสัชกรมีส่วนช่วยให้ท่านสามารถดูแลการให้ยาแก้ปวดมอร์ฟินได้ถูกต้องมากขึ้น					
4.เภสัชกรบอกท่านถึงอาการที่ไม่พึงประสงค์ที่สำคัญที่อาจเกิดขึ้นจากการรับประทานยาแก้ปวดมอร์ฟินอย่างชัดเจน					
5.เภสัชกรสามารถตอบคำถามและให้คำปรึกษาแก่ท่านได้อย่างชัดเจนและเข้าใจง่าย					
6.เภสัชกรมีความตั้งใจและใส่ใจในการดูแลผู้ป่วย ที่อยู่ในการดูแลของท่าน					
7.เภสัชกรให้ความรู้และคำแนะนำแก่ท่านในระยะเวลาที่เหมาะสม					
8.เภสัชกรมีมารยาทและมีมนุษยสัมพันธ์ที่ดีต่อท่าน					
9.โดยรวมท่านมีความพึงพอใจในการให้ความรู้และดูแลเรื่องยาโดยเภสัชกร					
10.ในอนาคตท่านอยากให้มีการบริการแบบนี้อีก					

พูนุ ปณ ทิโต ชีเว



ภาคผนวก จ

หนังสือขอใช้เครื่องมือการวิจัย และหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลการวิจัย

พหุบัณฑิตยสถาน จุฬาลงกรณ์ราชบัณฑิตยสถาน

ที่ ศธ ๐๕๓๐.๓๒/๑๒



คณะเภสัชศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม ๔๔๑๕๐

๒๒ มกราคม ๒๕๖๒

เรื่อง ขออนุญาตใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือวิทยานิพนธ์

เรียน คณบดีคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร

ด้วย คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้ดำเนินการวิทยานิพนธ์ของนางสาวกัญญา โสมคำ นิสิตระดับปริญญาโท หลักสูตรเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเภสัชกรรมปฐมภูมิ เรื่อง "ความคาดหวังของทีมสาขาวิชาชีพคอบบาทของเภสัชกรในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง และผลการบริหารทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง" โดยมีผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สายทิพย์ สุทธิรักษา และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จรุช ชาญรินทร์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ในการนี้ คณะเภสัชศาสตร์ ใ้ขออนุญาตใช้แบบสอบถาม เรื่อง ความสามารถของเภสัชกรในงานดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองตามความคาดหวังของทีมสหสาขาวิชาชีพ ของนายศิริทัศน์ กระจานพล วิทยานิพนธ์เภสัชศาสตรมหาบัณฑิต เรื่อง "ความสามารถของเภสัชกรในงานดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองตามความคาดหวังของทีมสหสาขาวิชาชีพ" โดยมี อาจารย์ ดร.กานูพันธ์ พุ่มพุกข์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อเป็นเครื่องมือวิทยานิพนธ์ของนิสิตดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อขออนุญาตใช้แบบสอบถามดังกล่าวเป็นเครื่องมือวิทยานิพนธ์ จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เภสัชกรหญิงชนิดา พลอยเลื่อนแสง)
คณบดีคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ผู้ประสานงาน

นางสาวกัญญา โสมคำ

โทร. ๐๘-๖๒๒๒-๘๕๕๑, ๐๔-๓๓๓๑-๐๕๔ ต่อ ๒๔๖

โทรสาร. ๐-๔๓๓๓๑-๐๕๔ ต่อ ๒๔๐

Email: apiinya.rx@gmail.com

ที่ ศธ ๐๕๓๐.๑๒/๒๕



คณะเภสัชศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ตำบลชนเรียง อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม ๔๔๓๕๐

๒๕ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๒

เรื่อง ขออนุญาตใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือวิทยานิพนธ์

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหลวงพ่อทวีศักดิ์ ชุตินฺธโร อุทิศ

ด้วย คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้ดำเนินการวิทยานิพนธ์ของ นางสาวกัญญา โสมคำ นิสิตระดับปริญญาโท หลักสูตรเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเภสัชกรรม ปฐมภูมิ เรื่อง "ความคาดหวังของทีมสหวิชาชีพต่อบทบาทของเภสัชกรในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง และผลการบริหารทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สายทิพย์ สุทธิรักษา และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รจเรศ หาญรินทร์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ในการนี้ คณะเภสัชศาสตร์ ใ้ข้ขออนุญาตใช้แบบสอบถาม เรื่อง ความสามารถของเภสัชกร ในงานดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองตามความคาดหวังของทีมสหวิชาชีพ ของนายศิริวัฒน์ กระดานพล วิทยานิพนธ์เภสัชศาสตรมหาบัณฑิต เรื่อง "ความสามารถของเภสัชกรในงานดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองตามความคาดหวังของทีมสหวิชาชีพ" โดยมี อาจารย์ ดร.กานูพันธ์ หุ่มพุดักษ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อเป็นเครื่องมือวิทยานิพนธ์ของนิสิตดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อขออนุญาตใช้แบบสอบถามดังกล่าวเป็นเครื่องมือวิทยานิพนธ์ จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เภสัชกรหญิงชนัดดา พลอยล้อมแสง)
คณบดีคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ผู้ประสานงาน
นางสาวกัญญา โสมคำ
โทร. ๐๘-๖๒๒๒-๘๕๔๓, ๐๔-๓๓๓๑-๐๔๔ ต่อ ๒๔๖
โทรสาร. ๐-๔๓๓๓๑-๐๔๔ ต่อ ๒๔๐
Email: aplinya.rx@gmail.com

๒๕ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๒



ที่ อว_๐๖๐๕.๑๒/ว ๕๕๕

คณะเภสัชศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม ๔๔๑๕๐

๑๕ สิงหาคม ๒๕๖๒

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์คอบแบบสอบถาม

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาล.....

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. แบบสอบถาม จำนวน ๓ ชุด
๒. ของจดหมายส่งกลับ จำนวน ๑ ของ

ด้วย คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ของนางสาวอภิญา โสมคำ นิสิตระดับปริญญาโท หลักสูตรเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเภสัชกรรมปฐมภูมิ เรื่อง "ความคาดหวังของทีมสหวิชาชีพต่อบทบาทของเภสัชกรในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง และ ผลการบริบาลทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยนอกระยะท้ายแบบประคับประคอง" โดยมีผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สายทิพย์ สุทธิรักษา และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รงค์หาญรินทร์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เลขที่การรับรอง ๑๒๐/๒๕๖๒ วันที่รับรอง ๒๖ มิถุนายน ๒๕๖๒

ในการนี้ จึงใคร่ขออนุเคราะห์บุคลากรที่อยู่ในทีมการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองของท่าน ได้แก่ แพทย์ เภสัชกร และพยาบาล จำนวนวิชาชีพละ ๓ ท่าน คอบแบบสอบถาม เรื่อง "ความคาดหวังของทีมสหวิชาชีพต่อบทบาทของเภสัชกรในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง" และเมื่อทำแบบสอบถามแล้วเสร็จ กรุณาบรรจุแบบสอบถามลงในซองจดหมายที่แนบมาพร้อมนี้ และขอความกรุณาส่งกลับ ภายในวันที่ ๑๕ กันยายน ๒๕๖๒

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาขอความอนุเคราะห์ และขอขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เภสัชกรหญิงชนิดา พลอยล้อมแสง)
คณบดีคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

สำนักงานเลขานุการคณะ
โทรศัพท์ / โทรสาร ๐๔๓-๗๕๔๑๖๐
ผู้ประสานงาน : นางสาวอภิญา โสมคำ
โทร. ๐๔-๖๒๒๒๖๔๕๑

ที่ อว ๐๖๐๕.๑๒/๕๗๕



โรงพยาบาลธรรมบท
เลขที่ 5943
วันที่ 16 ส.ค. 62
เรื่อง 10.06.๖๒

คณะเภสัชศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม ๔๔๑๕๐

๕ กรกฎาคม ๒๕๖๒

เรื่อง ขออนุญาตเก็บข้อมูล

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมแพ จังหวัดขอนแก่น

ด้วย คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ของนางสาวอภิญา โสมคำ นิสิตระดับปริญญาโท หลักสูตรเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเภสัชกรรมปฐมภูมิ เรื่อง “ความคาดหวังของทีมสหวิชาชีพต่อบทบาทของเภสัชกรในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง และ ผลการบริบาลทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง” โดยมีผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สายทิพย์ สุทธิรักษา และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รจเรศ หาญรินทร์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ในการนี้ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ใคร่ขออนุญาตให้นิสิตดังกล่าวเก็บข้อมูล โดยเก็บข้อมูลต่อผู้ป่วยคือด้านอาการปวด และปัญหาด้านการใช้ยา ต่อผู้ดูแลคือผลต่อการให้ความรู้ด้านยาโดยเภสัชกร ในระหว่างวันที่ ๑ กรกฎาคม - ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๒ ทั้งนี้ จะเริ่มดำเนินการเก็บข้อมูลวิจัยดังกล่าว หลังจากที่ผู้วิจัยได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์เป็นที่เรียบร้อยแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูล จะเป็นพระคุณยิ่ง

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมแพ
เพื่อโปรดทราบ 11 ก.พ. ๖๒
เห็นควรแจ้ง กลุ่มงานเภสัชฯ
ทราบ

๑๙ ส.ค. ๖๒

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เกสัชกรหญิงชนัดดา พลอยเลื่อมแสง)
คณบดีคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

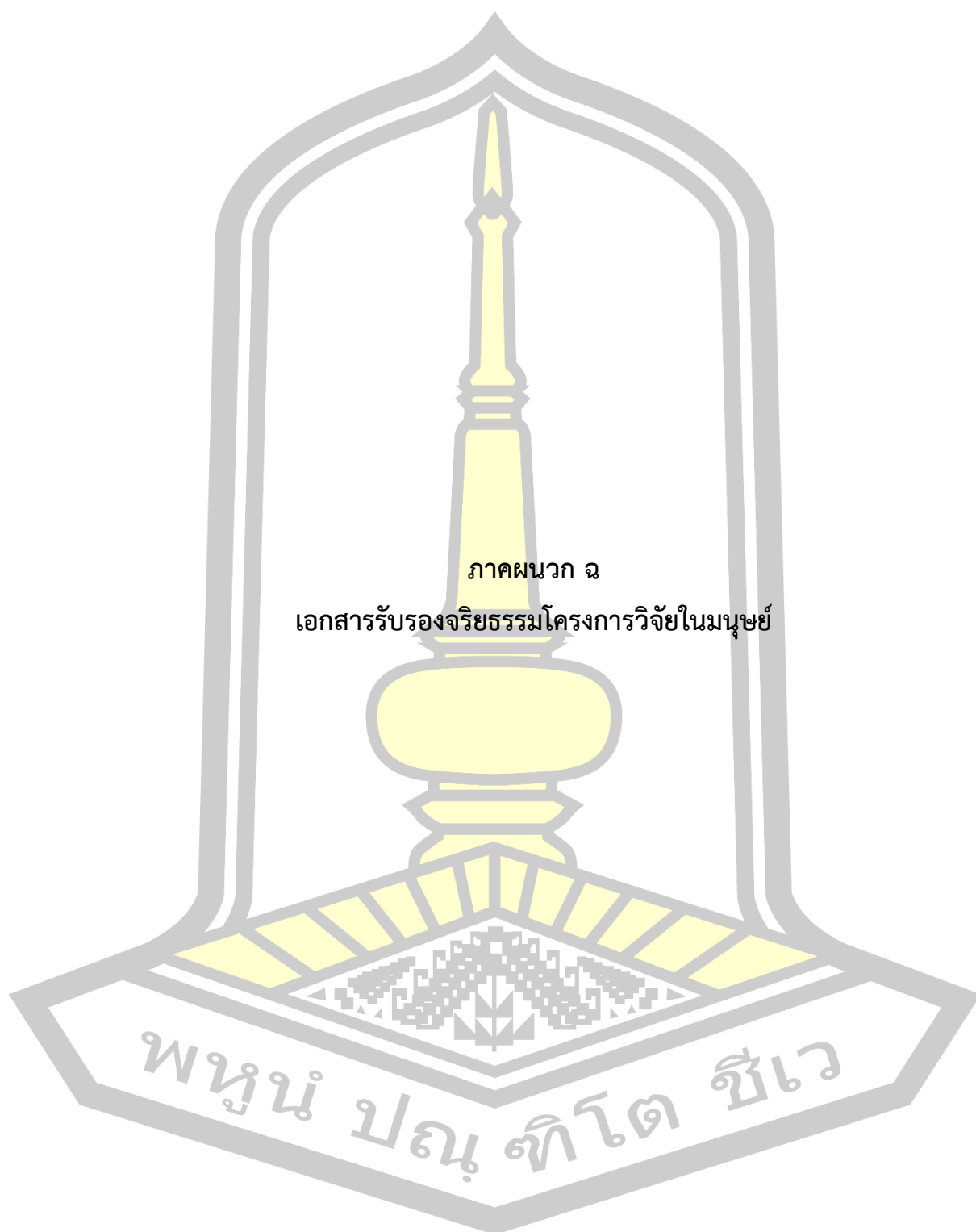
เรียน ผอ. รพ. ชุมแพ
-โปรด อนุญาตให้ ด่าน อภิญา โสมคำ
ดำเนินการเก็บข้อมูลวิจัยเรื่องนี้ดังกล่าว
ระหว่างวันที่ 1 กรกฎาคม - 31 ธันวาคม 2562

สำนักงานเลขานุการคณะ
โทรศัพท์ / โทรสาร ๐๔๓-๗๕๔๓๖๐
ผู้ประสานงาน : นางสาวอภิญา โสมคำ
โทร. ๐๘-๖๒๒๒๘๕๕๑

๒๖) อจ. สมเกียรติ

นางสาว,
นิตยา แกนงบุบ EC ท
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม 11/๖๒
พบคณบดีคณะเภสัชฯ รพ.
พัทธนา 11/๖๒ คณะเภสัชฯ จ.ร้อย
เป็นขอ. รพ.ชุมแพ.

อภิญา



ภาคผนวก ฉ

เอกสารรับรองจริยธรรมโครงการวิจัยในมนุษย์

พหุพันธ์ ปณฺ ทิโต สีเว



คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

เลขที่การรับรอง : 120/2562

ชื่อโครงการวิจัย (ภาษาไทย) ความคาดหวังของทีมสหวิชาซึ่งตอบสนองบทบาทของเภสัชกรในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับ ประคอง และผลการบริหารทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง

ชื่อโครงการวิจัย (ภาษาอังกฤษ) : Multidisciplinary Team Expectations on Pharmacist Role in Palliative Care and Effects of Pharmaceutical Care in Out-Patients with Palliative Care.

ผู้วิจัย : นางสาวอภิญญา โสมคำ

หน่วยงานที่รับผิดชอบ : คณะเภสัชศาสตร์

สถานที่ทำการวิจัย : จังหวัดขอนแก่น

ประเภทการพิจารณาแบบ : แบบเร่งรัด

วันที่รับรอง : 26 มิถุนายน 2562

วันหมดอายุ : 25 มิถุนายน 2563

ข้อเสนอการวิจัยนี้ ได้รับการพิจารณาและให้ความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยมหาสารคามแล้ว และอนุมัติในด้านจริยธรรมให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องข้างต้นได้ บนพื้นฐานของโครงการงานวิจัยที่คณะกรรมการฯ ได้รับและพิจารณา เมื่อเสร็จสิ้นโครงการแล้วให้ผู้วิจัยส่งแบบฟอร์มการปิดโครงการและรายงานผลการดำเนินงานมายังคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หรือหากมีการเปลี่ยนแปลงใดๆ ในโครงการวิจัย ผู้วิจัยจักต้องยื่นขอรับการพิจารณาใหม่

(รองศาสตราจารย์ประยุทธ์ ศรีวิไล)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)



MAHASARAKHAM UNIVERSITY ETHICS COMMITTEE FOR
RESEARCH INVOLVING HUMAN SUBJECTS

Certificate of Approval

Approval number: 120/2019

Title : Multidisciplinary Team Expectations on Pharmacist Role in Palliative Care and Effects of Pharmaceutical Care in Out-Patients with Palliative Care.

Principal Investigator : Miss Apinya Somkham

Responsible Department : Faculty of Pharmacy

Research site : Khon Kean Province

Review Method : Expedited review

Date of Manufacture : 26 June 2019 **expire :** 25 June 2020

This research application has been reviewed and approved by the Ethics Committee for Research Involving Human Subjects, Maharakham University, Thailand. Approval is dependent on local ethical approval having been received. Any subsequent changes to the consent form must be re-submitted to the Committee.

(Assoc. Prof. Prayook Srivilai)

Chairman

Approval is granted subject to the following conditions: (see back of this Certificate)

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ	นางสาวอภิญญา โสมคำ
วันเกิด	วันที่ 26 เมษายน พ.ศ. 2531
สถานที่เกิด	อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	บ้านเลขที่ 147 หมู่ 8 อำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น รหัสไปรษณีย์ 40130
ตำแหน่งหน้าที่การงาน	เภสัชกรปฏิบัติการ
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลชุมแพ เลขที่ 82 หมู่ 8 ถนนมะลิวัลย์ อำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น รหัสไปรษณีย์ 40130
ประวัติการศึกษา	พ.ศ. 2546 มัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนขอนแก่นวิทยายน จังหวัด ขอนแก่น พ.ศ. 2549 มัธยมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนขอนแก่นวิทยายน จังหวัด ขอนแก่น พ.ศ. 2554 ปริญญาเภสัชศาสตรบัณฑิต (ภ.บ.) สาขาวิชาเภสัชกรรมคลินิก มหาวิทยาลัยขอนแก่น พ.ศ. 2563 ปริญญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต (ภ.ม.) สาขาวิชาเภสัชกรรม ปฐมภูมิ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ทุนวิจัย	ทุนสนับสนุนการทำวิทยานิพนธ์สำหรับนิสิตระดับบัณฑิตศึกษา คณะเภสัช ศาสตร์ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2562

พูนุ์ ปณุ์ ทิโต ชีเว