

ผลของการให้คำแนะนำปรึกษาโดยเภสัชกรในผู้ป่วยโรคมะเร็งต่อมน้ำเหลือง ที่โรงพยาบาลสงขลานครินทร์: การทดลองทางคลินิกเชิงสุ่ม*

รุ่งฟ้า สราญเศรษฐ์¹
สุชาดา สุรพันธ์²
สุทธิพร ภัทรชยากุล³
นุจรี ประทีปะวณิช⁴

Effects of pharmacist counseling for lymphoma patients at Songklanagarind Hospital: a randomized controlled trial

Saransate R, Soorapan S, Pattharachayakul S, Pratheepawanit N.

Pharmacy Department, Songklanagarind Hospital, Faculty of Medicine, Prince of Songkla University, Hat Yai, Songkhla, 90110, Thailand

Department of Clinical Pharmacy, Faculty of Pharmaceutical Sciences, Prince of Songkla University, Hat Yai, Songkhla, 90112, Thailand

Department of Clinical Pharmacy, Faculty of Pharmaceutical Sciences, Khon Kaen University, Khon Kaen, 40002, Thailand

Songkla Med J 2006;24(5):407-417

*วิทยานิพนธ์เภสัชศาสตรมหาบัณฑิต (เภสัชกรรมคลินิก) มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ 2548

©นำเสนอในที่ประชุมวิชาการคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วันที่ 18 สิงหาคม 2548

¹ภม. (เภสัชกรรมคลินิก), ฝ่ายเภสัชกรรม คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา 90110

²Ph.D.(Clinical Pharmacy), อาจารย์ ภาควิชาเภสัชกรรมคลินิก ³BCPS. (Board Certified Pharmacotherapy Specialist), ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาเภสัชกรรมคลินิก คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา 90112

⁴Ph.D. (Clinical Pharmacy), ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น อ.เมือง จ.ขอนแก่น 40002

รับต้นฉบับวันที่ 20 ตุลาคม 2548 รับลงตีพิมพ์วันที่ 26 มิถุนายน 2549

Abstract:

Objective: To evaluate the effects of pharmacist counseling for lymphoma patients.

Materials and Methods: This was a randomized controlled trial. Lymphoma patients receiving a first course of anticancer drugs were recruited from the hematologic clinic of Songklanagarind Hospital and randomly assigned to two groups. The study group of 30 patients received pharmacist counseling whereas the control group of 32 patients did not. All patients gave written informed consent. The study was conducted from May 2004 through March 2005. Data were collected by self-administered forms and interview at the start of the second, third, and fourth month-long courses of anticancer drugs. The reliability of every form was acceptable (>0.7). A p -value < 0.05 was considered statistically significant. The outcome measures included patient knowledge, self-care-related problems, drug-related problems, quality of life and patient satisfaction.

Results: Mean scores of knowledge were significantly increased within the study group at each of the second and third visits and were significantly higher than in the control group. Self-care-related problems and drug-related problems were significantly decreased within the study group at each of the second and third visits and were also significantly less than in the control group at the end of the study. However, there were no significant differences in the incidence and severity of adverse drug reactions and quality of life. The study group had significantly higher mean scores of satisfaction than the control group. Most patients (73%) reported their wish to have counseling more than four times during their treatment program.

Conclusion: This study demonstrated that the pharmacist can improve the quality of care in lymphoma patients by increasing patient knowledge and patient satisfaction, decreasing self-care-related problems and drug-related problems.

Key words: lymphoma, pharmacist counseling, patient knowledge, self-care-related problems, drug-related problems, quality of life, patient satisfaction

บทคัดย่อ:

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาผลของการให้คำแนะนำปรึกษาโดยเภสัชกรในผู้ป่วยโรคมะเร็งต่อมน้ำเหลืองในด้านความรู้ ปัญหาการปฏิบัติตัว ปัญหาจากการใช้ยา คุณภาพชีวิต และความพึงพอใจของผู้ป่วย

วัสดุและวิธีการ: เป็นการศึกษาแบบ randomized controlled trial โดยคัดเลือกผู้ป่วยจากผู้ป่วยที่มารับบริการที่คลินิกโรคเลือด โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ที่ได้รับยาต้านมะเร็งครั้งแรกและยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย ผู้ป่วยกลุ่มทดลอง 30 ราย ได้รับคำแนะนำปรึกษาจากเภสัชกร ในขณะที่กลุ่มควบคุม 32 ราย ได้รับบริการตามปกติโดยไม่ได้รับคำแนะนำปรึกษาจากเภสัชกร ดำเนินการเก็บข้อมูลผู้ป่วยตั้งแต่เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2547 ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2548 ประเมินผลโดยใช้แบบสอบถามและการสัมภาษณ์ ติดตามผลเมื่อผู้ป่วยมารับยาต้านมะเร็งครั้งที่ 2 ครั้งที่ 3 และครั้งที่ 4 ซึ่งแต่ละครั้งมีระยะห่างกันประมาณ 1 เดือน ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามทุกชนิดที่ใช้ในการวิจัยมีค่ามากกว่า 0.7 กำหนดนัยสำคัญที่ $p < 0.05$

ผลการศึกษา: เมื่อผู้ป่วยมาพบเภสัชกรในครั้งที่ 2 และ 3 ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทุกครั้ง และมากกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับคำแนะนำปรึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีปัญหาการปฏิบัติตัวและปัญหาจากการใช้ยาลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทุกครั้ง และเมื่อสิ้นสุดการศึกษาผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีปัญหาน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน แต่ในด้านอัตราการเกิดและความรุนแรงของอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาต้านมะเร็ง และในด้านคุณภาพชีวิตนั้นพบว่า ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่ม ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของความพึงพอใจรวมมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 73) ต้องการให้มีการให้คำแนะนำปรึกษาเกี่ยวกับการใช้ยามากกว่า 4 ครั้งในระหว่างที่ได้รับการรักษา

สรุป: การมีเภสัชกรให้คำแนะนำปรึกษาเกี่ยวกับยา จะสามารถเพิ่มคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งต่อมน้ำเหลือง โดยสามารถทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ดีขึ้น ปัญหาการปฏิบัติตัวและปัญหาจากการใช้ยาลดลง และผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับ

คำสำคัญ: มะเร็งต่อมน้ำเหลือง, การให้คำแนะนำปรึกษาโดยเภสัชกร, ความรู้ของผู้ป่วย, ปัญหาการปฏิบัติตัว, ปัญหาจากการใช้ยา, คุณภาพชีวิต, ความพึงพอใจของผู้ป่วย

บทนำ

ยาต้านมะเร็งเป็นยาที่มีความเป็นพิษสูงและมีช่วงในการรักษาแคบ ทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดพิษจากการใช้ยาได้ง่ายและรุนแรง การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านมะเร็ง จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องอาศัยการทำงานแบบสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล และเภสัชกร เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความปลอดภัยในการใช้ยา¹⁻⁴

การรักษาโรคมะเร็งต่อมน้ำเหลือง มักใช้ยาต้านมะเร็งที่ออกฤทธิ์ทั่วร่างกายหลายชนิดร่วมกันเป็นหลัก มากกว่าการรักษาด้วยการผ่าตัดหรือฉายรังสี ซึ่งจะทำได้แต่การตอบสนองต่อการรักษาและหายจากโรคสูง⁵ ผู้ป่วยโรคมะเร็งต่อมน้ำเหลืองจึงเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดอาการข้างเคียงจากการใช้ยาได้มาก เพราะได้รับยาต้านมะเร็งหลายชนิดร่วมกัน

หน้าที่รับผิดชอบที่สำคัญเกี่ยวกับการใช้ยาต้านมะเร็งของเภสัชกร คือ การให้บริการข้อมูลข่าวสารด้านยา⁶ การให้คำแนะนำปรึกษาและตอบคำถามแก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับยาที่ผู้ป่วยได้รับจากการศึกษาในผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านมะเร็งของโรงพยาบาลราชวิถี⁷ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์⁸ และโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่⁹ พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังขาดความรู้ ความเข้าใจถึงจุดประสงค์และแผนการรักษา อาการไม่พึงประสงค์ของยา ตลอดจนขาดความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองเพื่อป้องกันและลดความรุนแรงจากอาการไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้นในระหว่างได้รับยาต้านมะเร็ง ผลของการที่ผู้ป่วยขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการไม่พึงประสงค์ของยาต้านมะเร็งนั้น ทำให้ผู้ป่วยปฏิเสธการรักษาอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยควรได้รับรายละเอียดเกี่ยวกับยาที่ได้รับ ได้แก่ ชื่อยา ข้อบ่งใช้ ขนาดยาที่ได้รับ อาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น วิธีป้องกันหรือแก้ไขอาการข้างเคียง รวมถึงการให้คำปรึกษาในเรื่องการดูแลสุขภาพปาก การนอนหลับ และปัญหาต่างๆ เพื่อลดความกังวลของผู้ป่วยและเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยา เป็นต้น^{1, 10-11}

ผู้ป่วยโรคมะเร็งต่อมน้ำเหลืองที่โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ส่วนใหญ่ได้รับการดูแลรักษาในสถานะผู้ป่วยนอก ณ คลินิกโรคเลือด ผู้ป่วยส่วนใหญ่รับยาต้านมะเร็งไปฉีดที่โรงพยาบาลใกล้บ้านและต้องดูแลตนเองที่บ้าน หลังจากนั้นจะกลับมาพบแพทย์ที่โรงพยาบาลสงขลานครินทร์เดือนละครั้ง โดยทั่วไปการรักษาโรคมะเร็งต่อมน้ำเหลืองจะให้ยาต้านมะเร็ง 6-8 ครั้ง^{5, 12-13} ดังนั้นการมีความรู้ความเข้าใจเรื่องโรค และยาเพื่อที่จะสามารถดูแลตนเองที่ถูกต้อง เป็นสิ่งที่สำคัญมากในผู้ป่วยกลุ่มนี้ เมื่อแพทย์สั่งใช้ยาต้านมะเร็ง ผู้ป่วยจะได้รับความรู้จากพยาบาลวิชาชีพของหน่วยโลหิตวิทยาเฉพาะในครั้งแรกที่มารับการรักษา เป็นเพราะข้อจำกัดในด้านอัตรากำลังที่จะดูแลผู้ป่วยจำนวนมาก

ผู้วิจัยจึงเลือกศึกษาดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งต่อมน้ำเหลือง โดยพัฒนาเครื่องมือวัดต่างๆ ร่วมกันกับทีมรักษา เพื่อให้เนื้อหาของการให้คำแนะนำปรึกษาเป็นไปในแนวทางเดียวกัน โดยเน้นการให้ความรู้ การปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองหลังจากได้รับยาต้านมะเร็ง และช่วยป้องกันแก้ไขปัญหามาจากการใช้ยาต้านมะเร็งที่อาจเกิดขึ้น

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลของการให้คำแนะนำปรึกษาโดยเภสัชกรในผู้ป่วยโรคมะเร็งต่อมน้ำเหลืองในด้าน

1. ความรู้ของผู้ป่วยและปัญหาด้านการปฏิบัติตัวที่เกี่ยวข้องกับการได้รับยาต้านมะเร็ง โดยเน้นการป้องกันและแก้ไขอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาต้านมะเร็ง
2. จำนวนปัญหาจากการใช้ยาที่พบและได้รับการแก้ไข และความรุนแรงของปัญหาอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นจากการใช้ยาต้านมะเร็งที่เกี่ยวข้องกับการให้คำแนะนำปรึกษา
3. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งต่อมน้ำเหลือง
4. ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการให้คำแนะนำปรึกษา

วัสดุและวิธีการ

เป็นการศึกษาแบบ randomized controlled trial ในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ จังหวัดสงขลา ทำวิจัยในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งต่อมน้ำเหลือง จากแพทย์หน่วยโลหิตวิทยา ภาควิชาอายุรศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ และได้รับการสั่งใช้ยาต้านมะเร็งชนิดฉีดครั้งแรก โดยจะต้องได้รับยาต้านมะเร็งอย่างน้อย 3 ครั้ง ของแผนการรักษา ระยะเวลาการเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนพฤษภาคม พ.ศ.2547 ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2548 รวมระยะเวลา 10.5 เดือน ประเมินผลโดยใช้แบบสอบถามความรู้ แบบสัมภาษณ์ปัญหาการปฏิบัติตัว และปัญหาการใช้ยา เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิต FACT-G version 4 และแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วย ก่อนเริ่มการการศึกษาผู้วิจัยได้พัฒนาเครื่องมือวัดต่างๆ และกำหนดแนวทางการให้คำแนะนำปรึกษาร่วมกับทีมรักษา แบบสอบถามทุกชนิดที่ใช้ในการวิจัยมีความเที่ยงมากกว่า 0.7 และได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 4 คน โดยมีข้อตกลงเบื้องต้นว่าการตอบและการบอกเล่าของผู้ป่วยเป็นเรื่องจริงทุกประการ

ขั้นตอนในการดำเนินงาน คือ แพทย์ หรือพยาบาลของหน่วยโลหิตวิทยา ภาควิชาอายุรศาสตร์ เป็นผู้ส่งต่อผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติ

ตามเกณฑ์มาพบเภสัชกรที่ห้องให้คำแนะนำปรึกษาของฝ่ายเภสัชกรรม ผู้ป่วยที่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยจะถูกแบ่งกลุ่มโดยใช้วิธี block randomization เป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองที่ได้รับคำแนะนำปรึกษาจากเภสัชกร และกลุ่มควบคุม ซึ่งได้รับการบริการตามปกติ ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มจะได้รับการสอบถามคุณภาพชีวิตก่อนได้รับยาต้านมะเร็งครั้งแรก เนื่องจากการมาพบเภสัชกรในครั้งแรกนั้น ไม่มีผู้ป่วยคนใดได้รับการให้คำแนะนำปรึกษาจากเภสัชกร และผู้ป่วยยังไม่ได้รับการฉีดยา จึงเรียกการมาพบเภสัชกรในครั้งนี้ว่า "การมาพบเภสัชกรครั้งที่ 0" (ก่อนได้รับยาต้านมะเร็งครั้งแรก) ผู้ป่วยจะได้รับการนัดมาพบเภสัชกรอีก 3 ครั้งเมื่อผู้ป่วยมารับยาต้านมะเร็งครั้งแรกถัดไป (โดยทั่วไปการใช้ยาต้านมะเร็งในโรคมะเร็งต่อมน้ำเหลืองจะให้ 6-8 ครั้ง ห่างกันทุก 4 สัปดาห์) เรียกการมาพบเภสัชกรในครั้งถัดไปว่า "การมาพบเภสัชกรครั้งที่ 1 ครั้งที่ 2 และครั้งที่ 3" ตามลำดับ ซึ่งผู้ป่วยจะได้รับการให้คำแนะนำปรึกษาและประเมินผล ดังแสดงในตารางที่ 1

การรายงานอาการไม่พึงประสงค์ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้ป่วยจะเป็นผู้รายงานด้วยตนเอง โดยกรอกข้อมูลในใบรายงานอาการไม่พึงประสงค์ และนำมาให้เภสัชกร เมื่อมาพบเภสัชกรครั้งต่อไป

คำถามเกี่ยวกับความรู้และการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย แบ่งเป็น 3 ส่วน ทั้งหมด 18 ข้อใหญ่ คือ ส่วนแรกเกี่ยวกับการดูแลป้องกันแก้ไข อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา 15 ข้อใหญ่ ส่วนที่ 2 เกี่ยวกับการรับประทานยาของผู้ป่วย 2 ข้อใหญ่ และส่วนสุดท้ายเกี่ยวกับการนำภาชนะมาบรรจุยาฉีด 1 ข้อ คะแนนเต็ม 28 คะแนน ดังนี้

ประเด็นความรู้และการปฏิบัติตัว	คะแนนเต็ม
1. การเกิดอาการปวดแสบหรือบวมบริเวณที่ฉีดยาขณะฉีดยา	2
2. การเกิดอาการเบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน	3
3. การเลือกรับประทานอาหารก่อนฉีดยาต้านมะเร็ง	1
4. การหยุดรับประทานอาหารก่อนฉีดยาต้านมะเร็ง	1
5. การเกิดอาการปากแห้ง/แผลในปาก	2
6. การดูแลสุขภาพช่องปากและฟัน	2
7. การเกิดอาการท้องผูก	2
8. การเกิดอาการชาตามปลายมือ/เท้า	2
9. การเกิดอาการไข้	2
10. การไปพบแพทย์ที่อื่น	1
11. อาหารและผลไม้ที่รับประทานได้	2
12. การล้างมือ	1
13. สถานที่ที่ไม่ควรไป	1
14. การดื่มน้ำ	1
15. การกลืนปัสสาวะ	1
16. การรับประทานยา Prednisolone	2
17. การรับประทานยา Ondansetron	1
18. การนำภาชนะมาบรรจุยาฉีด	1
รวม	28 คะแนน

คำจำกัดความในการศึกษา

1. การให้คำแนะนำปรึกษาโดยเภสัชกร หมายถึง การสื่อสารสองทางระหว่างเภสัชกรกับผู้ป่วยเฉพาะราย โดยเภสัชกรสืบค้นปัญหาเกี่ยวกับยา หรือปัญหาการปฏิบัติตัวที่

ตารางที่ 1 การดำเนินงานให้คำแนะนำปรึกษาและประเมินผลในแต่ละครั้งที่พบผู้ป่วย

ขั้นตอนการดำเนินงาน	ครั้งที่มาพบเภสัชกร					
	กลุ่มทดลอง			กลุ่มควบคุม		
	ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	ครั้งที่ 3	ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	ครั้งที่ 3
ให้คำแนะนำปรึกษา	/	/	/			/ #
วัดความรู้ของผู้ป่วยโดยใช้แบบสอบถาม	/	/	/	/		/
ค้นหาปัญหาการปฏิบัติตัวและปัญหาจากการใช้ยา	/	/	/			/
วัดคุณภาพชีวิตโดยใช้แบบสอบถาม*	/	/	/	/	/	/
วัดความพึงพอใจโดยใช้แบบสอบถาม*			/			/

*ดำเนินการโดยผู้ช่วยสัมภาษณ์ซึ่งไม่เกี่ยวข้องกับการวิจัย เพื่อลดอคติในการตอบหรือกรอกแบบสอบถาม

#การให้คำแนะนำปรึกษาในกลุ่มควบคุม เมื่อมาพบเภสัชกรครั้งที่ 3 จะดำเนินการเป็นลำดับสุดท้ายหลังจากประเมินผลทุกอย่างเสร็จสิ้นแล้ว

ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วย และให้คำแนะนำปรึกษา เพื่อแก้ไขปัญหาที่พบนั้น เกสัชกรหาสาเหตุของปัญหาจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วย และจากข้อมูลที่บันทึกในเวชระเบียนผู้ป่วย และให้คำแนะนำปรึกษาแก้ไขปัญหาให้ตรงกับสาเหตุ นอกจากนี้ เกสัชกรให้ความรู้คำแนะนำผู้ป่วยในส่วนอื่นๆ ที่ผู้ป่วยยังไม่มี ความรู้ในเรื่องนั้น เพื่อเป็นการป้องกันปัญหาที่อาจเกิดขึ้นได้ใน ภายหลัง

2. ปัญหาจากการใช้ยา (drug related problems; DRPs) หมายถึง เหตุการณ์หรือสภาวะที่เกี่ยวกับการใช้ยาในการรักษา โดยอาจรบกวนหรือมีแนวโน้มที่จะรบกวนผลการรักษาที่ต้องการ ปัญหาจากการใช้ยาอาจมีสาเหตุของการเกิดปัญหามาจากผู้ป่วย หรือมาจากขั้นตอนการสั่งยา จ่ายยา หรือบริหารยาโดยบุคลากร ทางการแพทย์

การวิเคราะห์ทางสถิติ

ใช้โปรแกรม SPSS for Windows version 10.5 ให้ระดับ

p -value < 0.05 เป็นระดับที่มีนัยสำคัญทางสถิติ

1. แสดงข้อมูลพื้นฐานและลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ใช้สถิติร้อยละ และใช้สถิติ chi-square ในการเปรียบเทียบระหว่าง กลุ่ม

2. ความรู้ และปัญหาด้านการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย ที่เกี่ยวข้องกับการได้รับยาต้านมะเร็ง

2.1 เปรียบเทียบภายในกลุ่มทดลอง เมื่อพบเภสัชกร ครั้งที่ 1 ครั้งที่ 2 และครั้งที่ 3 โดยใช้สถิติ repeated measures ANOVA เปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่โดยปรับ Bonferroni

2.2 เปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม โดยเปรียบเทียบ ความรู้เมื่อพบเภสัชกรครั้งที่ 1 และครั้งที่ 3 โดยใช้ สถิติ ANOVA (split-plot design) เปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่โดยปรับ Bonferroni และเปรียบเทียบปัญหาการปฏิบัติตัวระหว่างกลุ่ม เมื่อพบเภสัชกรครั้งที่ 3 โดยใช้สถิติ independent-t-test

3. ปัญหาจากการใช้ยา

3.1 เปรียบเทียบจำนวนปัญหาจากการใช้ยา (ไม่รวม ปัญหาอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา) ภายในกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Wilcoxon signed rank test และเปรียบเทียบระหว่าง กลุ่มเมื่อพบเภสัชกรครั้งที่ 3 โดยใช้สถิติ Mann-Whitney U test

3.2 เปรียบเทียบการเกิดปัญหาอาการไม่พึงประสงค์ จากการใช้ยาระหว่างกลุ่ม โดยใช้สถิติ chi-square และเปรียบเทียบ ความรุนแรงของปัญหาอาการไม่พึงประสงค์ที่เกี่ยวข้องกับการให้ คำแนะนำปรึกษาระหว่างกลุ่มโดยใช้สถิติ ANOVA (split-plot design) เปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่โดยปรับ Bonferroni

4. เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระหว่างกลุ่ม โดยใช้ สถิติ ANOVA (split-plot design) เปรียบเทียบความแตกต่าง รายคู่โดยปรับ Bonferroni

5. เปรียบเทียบความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการให้คำแนะนำ ปรึกษา โดยใช้สถิติ independent-t-test และแสดงความคิดเห็น ของผู้ป่วยโดยใช้ ร้อยละ

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ดังตารางที่ 2 พบว่า ผู้ป่วย ทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันในทุกๆ ด้าน ($p > 0.05$) ผู้ป่วย ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 64) อายุมากกว่า 45 ปี (ร้อยละ 58) การศึกษาระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า (ร้อยละ 63) สิทธิ การรักษาใช้บัตรสุขภาพถ้วนหน้า 30 บาท (ร้อยละ 71) และมี ระยะเวลาโรคระยะที่ 2 (ร้อยละ 38)

2. ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการได้รับยาต้าน มะเร็ง ดังตารางที่ 3

2.1 เปรียบเทียบภายในกลุ่มทดลอง พบว่า มีความ ต่างระหว่างครั้งที่มาพบเภสัชกรต่อค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยการมาพบเภสัชกร ครั้งที่ 1 มีคะแนนเฉลี่ยเพียง 6.43 คะแนน น้อยกว่าครั้งที่ 2 และ 3 อย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.001$) คือ 18 คะแนน และ 23 คะแนนตามลำดับ ซึ่งคะแนนเฉลี่ยของการมาพบเภสัชกรครั้งที่ 2 น้อยกว่าครั้งที่ 3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน ($p < 0.001$)

2.2 เปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม พบว่า ปฏิสัมพันธ์ของ กลุ่มผู้ป่วย และครั้งที่มาพบเภสัชกรต่อค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยเมื่อมาพบเภสัชกรครั้งที่ 1 ความรู้พื้นฐานของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่ม ไม่แตกต่างกัน ($p = 0.914$) แต่เมื่อผู้ป่วยมาพบเภสัชกรครั้งที่ 3 กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ย เพียง 8.34 คะแนน ในขณะที่กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 23 คะแนน แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

3. ค่าเฉลี่ยคะแนนปัญหาด้านการปฏิบัติตัว ดังตารางที่ 4 โดยค่าคะแนนมาก หมายถึง มีปัญหา

3.1 เปรียบเทียบภายในกลุ่มทดลอง พบว่า มีความ ต่างระหว่างครั้งที่พบเภสัชกรต่อค่าเฉลี่ยคะแนนปัญหาการ ปฏิบัติตัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยคะแนนเฉลี่ย ของการมาพบเภสัชกรครั้งที่ 1 มีค่า 12 คะแนน ซึ่งมากกว่าครั้งที่ 2 และ 3 อย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.001$) คือ 5 คะแนน และ 2 คะแนนตามลำดับ ซึ่งคะแนนเฉลี่ยของครั้งที่ 3 น้อยกว่าครั้งที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน ($p < 0.001$) นั่นคือ ผู้ป่วยกลุ่ม ทดลองมีปัญหาการปฏิบัติตัวลดลงทุกครั้งหลังจากได้รับคำแนะนำ ปรึกษาจากเภสัชกร

3.2 เปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม พบว่า เมื่อมาพบเภสัชกรครั้งที่ 3 กลุ่มควบคุมมีคะแนนปัญหามากถึง 11 คะแนน ในขณะที่กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเพียง 2 คะแนน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

4. ประเด็นที่ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มมีความรู้่น้อยและมีปัญหาการปฏิบัติตัวมากที่สุด คือ อาหารและผลไม้ที่รับประทานได้

5. ปัญหาจากการใช้ยา

5.1 จำนวนปัญหาจากการใช้ยา (ไม่รวมปัญหาอาการไม่พึงประสงค์) หลังจากกลุ่มทดลองได้รับคำแนะนำปรึกษาและแก้ไขปัญหาจากการใช้ยาโดยเภสัชกร พบว่าปัญหาจากการใช้ยาลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยการมาพบเภสัชกรครั้งที่ 2 และ 3 ปัญหาลดลงแตกต่างจากครั้งที่ 1 ($p < 0.001$) และครั้งที่ 3 ปัญหาลดลงแตกต่างจากครั้งที่ 2 ($p = 0.008$) อย่างมีนัยสำคัญ และเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม พบว่าเมื่อมาพบเภสัชกรครั้งที่ 3 กลุ่มทดลองพบ 2 ปัญหา ในขณะที่กลุ่มควบคุมพบ 44 ปัญหา แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน ($p < 0.001$)

เมื่อนับเฉพาะปัญหาการใช้ยาที่เกิดขึ้นใหม่ พบปัญหาในกลุ่มทดลอง 64 ปัญหา กลุ่มควบคุม 67 ปัญหา รวม 131 ปัญหา ปัญหาที่พบมากในผู้ป่วยทั้งสองกลุ่ม คือ ปัญหาเกี่ยวกับการสั่งยา 66 ปัญหา (ร้อยละ 50) เช่น การไม่สั่งยาต้านอาเจียนก่อนได้รับยาต้านมะเร็ง พบ 18 ปัญหา เป็นต้น รองลงมาคือ ปัญหาผู้ป่วยรับประทานยาไม่ถูกต้อง พบ 62 ปัญหา (ร้อยละ 47) เช่น เวลาในการรับประทานยาของผู้ป่วยไม่ถูกต้อง พบ 25 ปัญหา เป็นต้น

5.2 ปัญหาอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา พบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญของการเกิดปัญหาอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาต้านมะเร็งในผู้ป่วยทั้งสองกลุ่ม ($p > 0.05$) และเมื่อเปรียบเทียบความรุนแรงของอาการไม่พึงประสงค์ที่เกี่ยวข้องกับการให้คำแนะนำปรึกษาโดยเภสัชกร คือ อาการเบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ปากแห้งหรือมีแผลในปาก ท้องผูก และใช้หลังได้ยา ไม่พบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความรุนแรงเช่นกัน ($p > 0.05$)

ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลผู้ป่วย		กลุ่มทดลอง (N=30) ราย (ร้อยละ)	กลุ่มควบคุม (N=32) ราย (ร้อยละ)	รวม (N=62) ราย (ร้อยละ)	p-value ¹
เพศ	ชาย	16 (53.3)	24 (75.0)	40 (64.5)	0.111
	หญิง	14 (46.7)	8 (25.0)	22 (35.5)	
อายุ	ต่ำกว่า 18 ปี	0 (.0)	1 (3.1)	1 (1.6)	0.220
	18-25 ปี	0 (.0)	2 (6.3)	2 (3.2)	
	26-35 ปี	6 (20.0)	1 (3.1)	7 (11.3)	
	36-45 ปี	7 (23.3)	9 (28.1)	16 (25.8)	
	46-60 ปี	7 (23.3)	9 (28.1)	16 (25.8)	
	สูงกว่า 60 ปี	10 (33.3)	10 (31.3)	20 (32.3)	
ระดับการศึกษา	ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	17 (56.7)	22 (68.8)	39 (62.9)	0.789
	มัธยมศึกษาตอนต้นหรือเทียบเท่า	6 (20.0)	4 (12.5)	10 (16.1)	
	มัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า	3 (10.0)	2 (6.3)	5 (8.1)	
	อนุปริญญาหรือเทียบเท่า	2 (6.7)	3 (9.4)	5 (8.1)	
	ปริญญาตรี	2 (6.7)	1 (3.1)	3 (4.8)	
สิทธิการรักษา	บัตรสุขภาพถ้วนหน้า 30 บาท	21 (70.0)	23 (71.9)	44 (71.0)	0.283
	เบิกได้จากส่วนราชการ	5 (16.7)	8 (25.0)	13 (21.0)	
	ประกันสังคม	4 (13.3)	1 (3.1)	5 (8.1)	
ระยะโรค	ระยะที่ 1	7 (23.3)	3 (9.4)	10 (16.1)	0.419
	ระยะที่ 2	10 (33.3)	14 (43.8)	24 (38.7)	
	ระยะที่ 3	6 (20.0)	5 (15.6)	11 (17.7)	
	ระยะที่ 4	7 (23.3)	10 (31.3)	17 (27.4)	

¹Chi-square test

ตารางที่ 3 คะแนนความรู้ของผู้ป่วย คะแนนเต็ม 28 คะแนน (N=62)

ครั้งที่มาพบเภสัชกร	กลุ่มทดลอง			กลุ่มควบคุม		
	คะแนนเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	คะแนนต่ำสุด-สูงสุด	คะแนนเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	คะแนนต่ำสุด-สูงสุด
	ครั้งที่ 1	6.43	3.52	2-15	6.34	2.96
ครั้งที่ 2	17.97	4.99	8-27	-	-	-
ครั้งที่ 3	23.40	3.52	15-28	8.34	3.69	0-18

ตารางที่ 4 คะแนนปัญหาการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย คะแนนเต็ม 28 คะแนน (N= 62)

ครั้งที่มาพบเภสัชกร	กลุ่มทดลอง			กลุ่มควบคุม		
	คะแนนเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	คะแนนต่ำสุด-สูงสุด	คะแนนเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	คะแนนต่ำสุด-สูงสุด
	ครั้งที่ 1	12.47	3.05	7-18	-	-
ครั้งที่ 2	5.43	3.03	1-14	-	-	-
ครั้งที่ 3	2.07	2.10	0-9	10.75	3.06	5-18

6. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย พบว่า ปฏิสัมพันธ์ของกลุ่มผู้ป่วยและครั้งที่มาพบเภสัชกรต่อค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตในทุกหมวดไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$)

7. ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการให้คำแนะนำปรึกษา พบว่า กลุ่มทดลองเท่ากับ 35 คะแนน มากกว่ากลุ่มควบคุมซึ่งเท่ากับ 32 คะแนนอย่างมีนัยสำคัญ ($p = 0.028$) ผู้ป่วยส่วนใหญ่ของทั้งสองกลุ่ม (ร้อยละ 73) ต้องการให้โรงพยาบาลจัดให้มีการให้คำแนะนำปรึกษาเกี่ยวกับการใช้ยาอย่างละเอียดมากกว่า 4 ครั้งหรือทุกครั้งที่ได้รับยา

วิจารณ์

จากผลการวิจัยพบว่า การให้คำแนะนำปรึกษาโดยเภสัชกรสามารถทำให้ผู้ป่วยมีความรู้เพิ่มขึ้น และมีปัญหาการปฏิบัติตัวลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทุกครั้งที่ผู้ป่วยมาพบเภสัชกรสอดคล้องกับงานวิจัยในอดีตที่พบว่า การให้ความรู้คำแนะนำปรึกษาแก่ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านมะเร็งสามารถทำให้ผู้ป่วยมีความรู้เพิ่มขึ้น โดยเฉพาะการให้ความรู้ที่เกี่ยวกับการดูแลตนเอง และสามารถทำให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติตัวดูแลตนเองดีขึ้น แตกต่างจากกลุ่มที่ไม่ได้รับคำแนะนำปรึกษาอย่างมีนัยสำคัญ^{8, 14} และเป็นไปตามทฤษฎีการเรียนรู้ (learning theory) แบบพฤติกรรมศาสตร์ (behaviorist)¹⁵⁻¹⁶ กล่าวคือการเรียนรู้ เกิดจากการรับรู้และประสบการณ์ของผู้ป่วย โดยผู้ป่วย

ได้รับสิ่งเร้า ได้แก่ การให้ความรู้ คำแนะนำปรึกษาที่เภสัชกรให้ ซ้ำ ๆ กันหลายครั้ง และมีการกระตุ้นโดยการวัดผลของการให้ความรู้เป็นผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วย คือ ผู้ป่วยมีความรู้ดีขึ้นและปัญหาการปฏิบัติตัวลดลง และแตกต่างจากกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับสิ่งเร้าเหล่านี้ และเป็นไปตามทฤษฎีการเรียนรู้แบบคอนสตรัคติวิสต์ คือ การเรียนรู้ขึ้นกับความรู้เดิมของผู้ป่วย ซึ่งเภสัชกรต้องทำหน้าที่ค้นหาให้พบว่า ความรู้เดิมของผู้ป่วยเป็นอย่างไร ประเด็นใดถูกต้องไม่ถูกต้อง สาเหตุเกิดจากอะไร และแก้ไขให้ถูกต้อง ซึ่งจากผลการวิจัยพบว่า การให้คำแนะนำปรึกษาเพียง 1 ครั้งไม่เพียงพอ บางประเด็นผู้ป่วยอาจไม่เข้าใจ และมีปัญหาการปฏิบัติตัวเป็นเพราะว่าผู้ป่วยยังไม่สามารถเชื่อมโยงสร้างความหมายระหว่างความรู้ใหม่กับความรู้เดิมที่มีอยู่ได้ สิ่งเร้า หรือความรู้ใหม่ที่รับเข้าไปจึงไม่มีความหมาย และจะอยู่เพียงชั่วคราวแล้วลืมไป ดังนั้นเภสัชกรจำเป็นต้องฝึกฝนทักษะ ประสบการณ์ ต้องใช้ความพยายาม และให้เวลาที่มากพอในการจัดการแก้ไข ปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่แท้จริงว่าผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเพิ่มขึ้น

พบว่าประเด็นที่ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มมีความรู้ น้อย และมีปัญหาการปฏิบัติตัวมากที่สุด คือ อาหารและผลไม้ที่รับประทานได้อีกทั้งจากประสบการณ์ของผู้วิจัย ยังพบว่า เป็นประเด็นที่ผู้ป่วยสงสัยมากที่สุดด้วย เป็นเพราะผู้ป่วยไม่เข้าใจหัวใจสำคัญของประเด็นนี้ ที่ต้องการให้ผู้ป่วยป้องกันการติดเชื้อจากสิ่งที่รับประทาน เพราะยาต้านมะเร็งทำให้เม็ดเลือดขาวต่ำ ผู้ป่วย

จะไม่มีภูมิต้านทานเชื้อโรค ผู้ป่วยมักตั้งคำถามเกี่ยวกับสมุนไพรรวมและของแสลง เช่น เนื้อสัตว์ ไข่ ว่าสามารถรับประทานได้หรือไม่ จึงมีผู้ป่วยทั้งแบบที่ไม่กล้ารับประทานอะไร และแบบที่ไม่ระมัดระวังในการรับประทาน ผู้ป่วยส่วนใหญ่ทราบมาก่อนพบเภสัชกรว่าต้องรับประทานของสุก และห้ามรับประทานผลไม้ทั้งเปลือก แต่เมื่อทดสอบแบบสอบถามความรู้ และสัมภาษณ์การปฏิบัติตัว โดยแจกแจงชนิดอาหาร ผลไม้ที่ห้ามรับประทาน ผู้ป่วยกลับตอบไม่ถูกต้อง ดังนั้นเภสัชกรจึงควรอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจหัวใจสำคัญของประเด็นนี้ และสรุปให้ผู้ป่วยตระหนัก ดังนี้ "ก่อนนำสิ่งใดเข้าปาก ให้ถามตนเองว่า สุกด้วยความร้อน สะอาดใหม่ ไข่หรือไม่ หากตอบ ใช่ แสดงว่ารับประทานได้ และการรับประทานผลไม้ทั้งเปลือก ก็เหมือนกับการรับประทานผักสด ซึ่งก็คือของที่ไม่สุกด้วยความร้อนนั่นเอง"

ผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่า เภสัชกรสามารถทำให้ปัญหาจากการใช้ยาลดลงอย่างมีนัยสำคัญทุกครั้งที่ผู้ป่วยมาพบเภสัชกร และมีปัญหาน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับงานวิจัยในอดีตที่พบว่า ปัญหาจากการใช้ยาต้านมะเร็งส่วนใหญ่สามารถป้องกันและแก้ไขได้ ถ้าเภสัชกรมีส่วนร่วมในการดูแลและติดตามปัญหา โดยเฉพาะปัญหาผู้ป่วยใช้ยาไม่ถูกต้อง⁷⁻⁸ การที่พบปัญหาเกี่ยวข้องกับการสั่งยามากในงานวิจัยครั้งนี้ทั้งในผู้ป่วยทั้งสองกลุ่ม (ร้อยละ 50 ของปัญหาที่เกิดขึ้นทั้งหมด) อาจเป็นเพราะโรงพยาบาลสงขลานครินทร์เป็นโรงเรียนแพทย์ คือนอกจากอาจารย์แพทย์ของหน่วยโลหิตวิทยาแล้ว ยังมีแพทย์ใช้ทุนและแพทย์ประจำบ้านของภาควิชาอายุรศาสตร์หมุนเวียนมาตรวจที่คลินิกโรคเลือด ซึ่งอาจไม่คุ้นเคยกับการสั่งยาต้านมะเร็ง และเป็นเพราะระบบคอมพิวเตอร์ เช่น การตั้งค่าผิดพลาด (default) ของวิธีใช้ยา Prednisolone ที่ต้องการให้รับประทานทุกวัน แต่ตั้งค่าในคอมพิวเตอร์เป็น วันเว้นวัน และอีกปัญหาที่พบคือ ถ้าแพทย์ ใส่วันนัดผู้ป่วยก่อนใส่จำนวนยาให้กับผู้ป่วย ระบบคอมพิวเตอร์จะคำนวณจำนวนยาตามจำนวนวันที่นัดทันที ทำให้จำนวนยามากเกินไป การแก้ไขปัญหาดังกล่าวที่ผู้วิจัยได้ดำเนินการไปแล้ว ได้แก่ การประสานงานกับแพทย์และหน่วยคอมพิวเตอร์เพื่อแก้ไขปัญหา การถ่ายทอดความรู้ประสบการณ์และปัญหาที่พบให้แก่เภสัชกรผู้ร่วมงานที่ปฏิบัติหน้าที่จ่ายยาเพื่อช่วยเฝ้าระวังปัญหาที่อาจพบ และการแสดงรายละเอียดเกี่ยวกับขนาดยาต้านมะเร็ง ณ จุดจ่ายยา เป็นต้น

ปัญหาเกี่ยวกับการรับประทานยาของผู้ป่วยเป็นอีกปัญหาหนึ่งที่พบมากในงานวิจัยครั้งนี้ (ร้อยละ 47 ของปัญหาที่เกิดขึ้นทั้งหมด) ทั้ง ๆ ที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 90) มียารับประทาน

เพียง 2 ตัว คือ Prednisolone และ Ondansetron ซึ่งในอดีตมีรายงานวิจัยว่าผู้ป่วยมักเกิดปัญหาจากการใช้ยา เมื่อผู้ป่วยใช้ยาร่วมกันหลาย ๆ ชนิด โดยเฉพาะ 5 ชนิดขึ้นไป และมักพบในผู้สูงอายุ¹⁷⁻¹⁹ ประเด็นที่สอดคล้องกับงานวิจัยครั้งนี้ คือ อายุของผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยที่มีปัญหาเกี่ยวกับการรับประทานยาทั้งหมด 42 ราย (ร้อยละ 68 ของผู้ป่วยทั้งหมด) นั้น เป็นผู้ป่วยที่อายุมากกว่า 60 ปี 20 ราย (ร้อยละ 48 ของผู้ป่วยที่มีปัญหาการรับประทานยา) ดังนั้น จากผลการวิจัยในครั้งนี้ ทำให้ตระหนักว่าเภสัชกรควรอธิบาย การรับประทานยาอย่างละเอียดตั้งแต่ครั้งแรกที่ผู้ป่วยได้รับยา แม้ผู้ป่วยจะมียารับประทานเพียง 2 ชนิด โดยเน้นย้ำให้ผู้ป่วยเห็นถึงความสำคัญและประโยชน์ในการรับประทานยาแต่ละชนิด เพื่อให้ผู้ป่วยรับประทานยาถูกต้อง และปฏิบัติตัวได้ถูกต้องเมื่อรับประทานยา

งานวิจัยครั้งนี้ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญของการเกิดปัญหาและความรุนแรงของอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาต้านมะเร็งของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่ม ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นนั้น ไม่จำกัดอยู่ในประเภทของอาการไม่พึงประสงค์ที่ป้องกันได้²⁰⁻²¹ หรือมีปัจจัยอื่น ๆ หลายปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ เช่น การที่จำนวนครั้งของการได้รับยาต้านมะเร็งมากขึ้น อาจทำให้ผู้ป่วยต้องเผชิญกับการเกิดอาการไม่พึงประสงค์มากขึ้น ทั้งจากยาที่ให้และร่างกายที่อ่อนแอลงหรือการให้คำแนะนำปรึกษาอาจทำให้ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองมีความตื่นตัวการเฝ้าระวังเป็นพิเศษมากกว่ากลุ่มควบคุม ทำให้ใส่ใจในการระบุนาอาการไม่พึงประสงค์มากกว่า อีกทั้งเนื้อหาของการให้คำแนะนำปรึกษาโดยเภสัชกรไม่ได้มุ่งเน้นที่จะลดการเกิดหรือลดความรุนแรงของอาการไม่พึงประสงค์เพียงอย่างเดียว แต่จะมุ่งเน้นการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดตามมาหลังจากเกิดอาการไม่พึงประสงค์ เช่น การเกิดอาการเบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียนนั้น การแนะนำให้รับประทานอาหารน้อย ๆ บ่อย ๆ และเคี้ยวอาหารให้ละเอียด อาจช่วยบรรเทาอาการได้บ้าง แต่อาการจะลดน้อยลงหรือหยุดนั้นขึ้นกับหลายปัจจัย เช่น ขึ้นกับการตอบสนองต่อยาของผู้ป่วยเฉพาะราย ขึ้นกับการไม่สามารถควบคุมอาการอาเจียนในช่วง 24 ชั่วโมงแรก (acute emesis) ซึ่งจะมีผลต่อการอาเจียนในเวลาถัดมา (delayed emesis)²² เป็นต้น ดังนั้น เนื้อหาของการให้คำแนะนำปรึกษาจะเน้นให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญของการพยายามรับประทานอาหารเพื่อไม่ให้เกิดภาวะทุพโภชนาการซึ่งจะนำไปสู่การเกิดภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำร่วมกับการมีไข้ (febrile neutropenia) สูงถึงร้อยละ 72²³ ภาวะดังกล่าวจะทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ในเวลาที่รวดเร็ว⁶

อาการไม่พึงประสงค์บางอย่างเกิดขึ้นแล้วต้องใช้เวลา นาน และขึ้นกับปัจจัยหลายๆ อย่างกว่าอาการจะลดลงหรือหายไป เช่น การเกิดและหายของไข้ ซึ่งเป็นอาการแสดงของการติดเชื้อนั้น จะขึ้นกับความรุนแรงของเชื้อโรค การรักษาที่รวดเร็วถูกต้อง ซึ่งการป้องกันการติดเชื้อเป็นสิ่งที่ไม่สามารถป้องกันได้สมบูรณ์ ทั้งหมด การให้คำแนะนำปรึกษาเพียงเพื่อลดความเสี่ยงในการ ติดเชื้อ²⁴ และเมื่อเกิดไข้แล้ว สิ่งทีเภสัชกรสามารถให้คำแนะนำ ล่วงหน้าได้คือ ให้ผู้ป่วยรีบไปโรงพยาบาลให้เร็วที่สุด ไม่ให้ผู้ป่วย ประมาทจนเกิดความรุนแรงแก่ชีวิต ไม่ได้ให้คำแนะนำเพื่อหยุด อาการไข้เอง การเกิดแผลในปากก็เป็นอีกตัวอย่างหนึ่งของอาการ ไม่พึงประสงค์ที่ต้องใช้เวลาในการหาย ทั้งนี้ขึ้นกับผู้ป่วย แต่ละราย และบางครั้งถ้ามีการติดเชื้อแทรกซ้อนบริเวณนั้นก็จะ ทำให้แผลหายยากขึ้น²⁵

จากผลการวิจัยที่พบว่า การเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิต ทุกหมวด ณ เวลาต่างๆ ที่ผู้ป่วยมาพบเภสัชกรของทั้งสองกลุ่ม ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ นั่น สอดคล้องกับงานวิจัยในอดีตที่ไม่พบ ความเปลี่ยนแปลงที่มีนัยสำคัญทางสถิติของค่าคะแนนคุณภาพ ชีวิตของการให้คำแนะนำปรึกษาในผู้ป่วยมะเร็งโดยพยาบาล²⁶ และเภสัชกรคลินิก¹⁴ และใช้ FACT-G เป็นเครื่องมือวัดคุณภาพ ชีวิตเหมือนกับงานวิจัยครั้งนี้ อาจเป็นเพราะการประเมินคุณภาพ ชีวิตมีความซับซ้อนและเป็นการวัดที่ลึกซึ้งขึ้นกับหลายปัจจัย และ หลากหลายมิติของบุคคล ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต ได้แก่ ภาวะ ความเจ็บปวด การรับรู้เข้าใจ อารมณ์ที่ซึมเศร้า การที่ไม่สามารถ เคลื่อนไหวหรือทำหน้าที่ต่างๆ ได้ตามปกติ ความรับผิดชอบต่อ ครอบครัวและการเงิน²⁷ ซึ่งงานวิจัยครั้งนี้ถึงแม้ว่าจะเริ่มเปรียบเทียบ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยตั้งแต่ก่อนได้รับยาต้านมะเร็ง แต่พบว่า ผู้ป่วยมักได้รับการแจ้งผลการวินิจฉัยมาก่อนอย่างน้อย 2 สัปดาห์ ซึ่งในระหว่างนั้น ผู้ป่วยอาจมีการปรับความคิดความรู้สึกด้วยตนเอง และสภาพแวดล้อม ทำให้พบว่าผู้ป่วยมักมีลักษณะไม่กังวลต่อการ รักษาด้วยยาต้านมะเร็ง ดังนั้นระยะเวลาที่ศึกษาอาจไม่เหมาะสม เพราะผู้ป่วยได้ผ่านช่วงเวลาที่โรคมะเร็งกระทบต่อคุณภาพชีวิตไปแล้ว นอกจากนี้การเกิดปัญหาอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาต้าน มะเร็งที่รักษาโรคมะเร็งต่อมน้ำเหลือง ส่วนใหญ่จะมีการเกิดขึ้น และหายไปภายใน 3 สัปดาห์ ผู้ป่วยมาพบเภสัชกรในสัปดาห์ที่ 4 อีกทั้งโรคมะเร็งต่อมน้ำเหลืองมักไม่มีอาการอื่นที่รบกวนผู้ป่วย เช่น ไม่มีอาการปวด ผู้ป่วยอาจรู้สึกปวดต่อมน้ำเหลืองยุบลง แต่สภาพ ร่างกายอื่นๆ ไม่เปลี่ยนแปลง เพราะไม่มีอาการใดๆ ตั้งแต่แรก ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอยู่ในเกณฑ์ดี จึงไม่พบความแตกต่าง ของคุณภาพชีวิต

จากประสบการณ์ของผู้วิจัยที่ได้จากการดำเนินงานวิจัย พบว่า การตอบสนองต่อโรค กำลังใจที่ดีของครอบครัว ความเชื่อ

ด้านศาสนา การจัดการความคิดความรู้สึกของผู้ป่วยเอง มีอิทธิพล ต่อกำลังใจ สภาพอารมณ์และจิตใจของผู้ป่วย การให้ความรู้ คำแนะนำปรึกษา ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้และการปฏิบัติตัวดีขึ้น แต่ไม่ได้ครอบคลุมเนื้อหาทุกๆ ด้านที่มีอิทธิพลกับคุณภาพชีวิต เป็นเพียงการให้คำแนะนำเพื่อไม่ให้ผู้ป่วยเกิดปัญหาจากการใช้ยา แต่ในความเป็นจริงผู้ป่วยอาจต้องเผชิญกับปัญหามากมายที่มีผลต่อ คุณภาพชีวิตผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีปัญหาเรื่องครอบครัว จะมีคะแนนคุณภาพชีวิตต่ำ หรือผู้ป่วยหลายคนมีความเชื่อเรื่อง ศาสนาว่าจะอะไรจะเกิดก็ต้องเกิด พระเจ้าเป็นผู้กำหนด ก็จะมีค่า คะแนนคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งการให้คำแนะนำปรึกษาโดยเภสัชกร ไม่ได้มีเนื้อหาให้เปลี่ยนแปลงผู้ป่วยในเรื่องดังกล่าว และไม่ได้ ออกแบบงานวิจัยเพื่อควบคุมปัจจัยต่างๆ เหล่านี้

งานวิจัยครั้งนี้ได้เลือกรูปแบบการศึกษาที่ดีที่สุด คือ randomized control trial และเลือกเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตที่ เฉพาะเจาะจงกับโรคมะเร็งอย่างไรก็ดีขนาดตัวอย่างในการศึกษา อาจไม่เพียงพอ เพราะข้อจำกัดด้านเวลาจึงได้คำนวณขนาดตัวอย่าง โดยใช้ตัวชีวิตในเรื่องความรู้ผู้ป่วยซึ่งเป็นจุดประสงค์หลักอันดับ แรกของงานวิจัย นอกจากนี้งานวิจัยนี้อาจมีข้อด้อยที่ไม่ได้ใช้ เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตที่เฉพาะเจาะจงกับโรคมะเร็งต่อมน้ำเหลือง ซึ่งอาจทำให้ไม่ครอบคลุมมิติที่สอดคล้องกับภาวะผู้ป่วยและคำถาม วิจัยที่ต้องการ จึงมีความไวไม่เพียงพอในการวัดความเปลี่ยนแปลง ที่เกิดขึ้น²⁸ ทั้งนี้เนื่องมาจากข้อจำกัดด้านเวลาในการทำวิจัย เพราะเครื่องมือดังกล่าวยังไม่มีการแปลและทดสอบความเที่ยงตรง ของเครื่องมือเป็นภาษาไทย ซึ่งในขั้นตอนการแปลและทดสอบ เครื่องมือนั้น ต้องใช้เวลาในการศึกษา และกลุ่มตัวอย่างที่มากพอ

ดังนั้นการวิจัยในอนาคต หากต้องการเปรียบเทียบผล การให้คำแนะนำปรึกษาในด้านการเกิดหรือความรุนแรงของอาการ ไม่พึงประสงค์ หรือการศึกษาด้านคุณภาพชีวิต ควรปรับเนื้อหาของ การให้คำแนะนำปรึกษาให้ครอบคลุมทุกด้าน ซึ่งการปรับเนื้อหา ควรทำร่วมกับทีมรักษาเพื่อช่วยหาจุดอ่อนจุดแข็งในการดูแล ผู้ป่วยให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และควรศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง จำนวนมากเพียงพอเพื่อให้สามารถแยกความแตกต่างที่เกิดขึ้นได้ เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตที่ใช้อาจจำเป็นต้องใช้เครื่องมือที่เฉพาะ กับโรคมะเร็งต่อมน้ำเหลือง หรืออาจจำเป็นต้องเลือกศึกษาเฉพาะ กลุ่มผู้ป่วยที่มีอัตราการรอดชีวิตต่ำ เช่น กลุ่มที่เป็น high grade หรือกลุ่มที่ได้ยาต้านมะเร็งแบบ salvage ซึ่งมักทำให้เกิดอาการ ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาได้ง่ายและรุนแรงกว่ายาต้านมะเร็งที่ ใช้รักษาผู้ที่ไม่เคยได้รับยาต้านมะเร็งมาก่อน

สรุป

การมีเภสัชกรให้คำแนะนำปรึกษาเกี่ยวกับยา จะสามารถเพิ่มคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งต่อมน้ำเหลือง โดยสามารถทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ดีขึ้น ปัญหาการปฏิบัติตัวและปัญหาจากการใช้ยาลดลงและผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับ

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณอาจารย์แพทย์และเจ้าหน้าที่ของหน่วยโลหิตวิทยา ภาควิชาอายุรศาสตร์ ทุกท่านที่ให้คำแนะนำปรึกษาช่วยเหลือในระหว่างการศึกษาเก็บข้อมูลวิจัย ขอขอบคุณ รศ.ดร. สงวน ลือเกียรติบัณฑิต ที่เมตตาให้คำแนะนำปรึกษาการใช้สถิติวิเคราะห์ข้อมูล ขอขอบคุณเภสัชกรและเจ้าหน้าที่ในฝ่ายเภสัชกรรมที่สนับสนุนการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Cohen MR, Anderson RW, Attilio RM, Green L, Muller RJ, Pruemmer JM. Preventing medication errors in cancer chemotherapy. *Am J Health-Syst Pharm* 1996; 53:737-46.
2. Hon YY, Evans WE. Making TDM work to optimize cancer chemotherapy: a multidisciplinary team approach. *Clin Chem* 1998;44:388-400.
3. Kohler DR, Montello MJ, Green L, Huntley C, High JL, Fallavollita JA, et al. Standardizing the expression and nomenclature of cancer treatment regimens. *Am J Health-Syst Pharm* 1998;55:137-44.
4. McEvoy GK. AHFS Drug Information 2002. Bethesda: American Society of Health-system Pharmacists; 2002; 886-8.
5. Finley RS, Treish IM, Lindley CM, Holdsworth MT. Hematologic malignancies. In: Koda-Kimble MA, Young LY, editors. *Applied therapeutics: the clinical use of drugs*. 7th ed. New York: A Wolter Kluwer Company 2000;88.
6. Balmer CM, Valley AW. Cancer treatment and chemotherapy. In: Dipiro JT, Talbert RL, Yee GC, Matzke GR, Wells BG, Posey LM, editors. *Pharmacology*

- therapy a pathophysiologic approach. 5th ed. New York: McGraw-Hill Companies Inc; 2002;2175-222.
7. ชบาไพร ยะแสง. การติดตามการใช้ยาเคมีบำบัดในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่โรงพยาบาลราชวิถี [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท]. กรุงเทพฯ: ภาควิชาเภสัชกรรม บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2538.
 8. วรางคณา สุขป้อม. การให้บริการแนะนำปรึกษาเรื่องยาแก่ผู้ป่วยมะเร็งก่อนออกจากโรงพยาบาล ที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท]. กรุงเทพฯ: ภาควิชาเภสัชกรรม บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2541.
 9. นราวดี ประเสริฐวิทยากิจ. การติดตามอาการอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาต้านมะเร็งของผู้ป่วยใน ณ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท]. กรุงเทพฯ: ภาควิชาเภสัชกรรม บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2542.
 10. Vall ED, Lash SD. Counseling the oncology patient. *Drug Intell Clin Pharm* 1984;18:743-4.
 11. Horne AL, Dapolite LA. Protocol for pharmacist management of antineoplastic drug-induced adverse effects in outpatients 1997;54:680-3.
 12. Amittage JO, Longo DL. Malignancies of lymphoid cells. In: Braunwald E, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL, editors. *Harrison's principles of internal medicine*. 15th ed. New York: McGraw-Hill Companies Inc; 2001;714-27.
 13. Lindley C, Shord SS, Finley RS. Neoplastic disorders and their treatment: General principles. In: Koda-Kimble MA, Young LY, editors. *Applied therapeutics: the clinical use of drugs*. 7th ed. New York: A Wolter Kluwer company 2000;86.
 14. สมพร ศักดิ์ชื่นบุตร. ผลของการให้ความรู้และคำปรึกษาโดยเภสัชกรคลินิกแก่ผู้ป่วยนอก โรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท]. กรุงเทพฯ: ภาควิชาเภสัชกรรม บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2545.
 15. ทิศนา แคมมณี, พิมพันธ์ เดชะคุปต์, ชนาธิป พรกุล. กระบวนการเรียนรู้ความหมาย แนวทางพัฒนา และปัญหาข้อใจ. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: บริษัทพัฒนาคุณภาพวิชาการ จำกัด; 2545.

16. สุณีัย ค่ายนิล. ข้อคิดจากทฤษฎีการเรียนรู้. วารสารการศึกษาศาสตร์ คณิตศาสตร์ และเทคโนโลยี 2546;31: 10-15.
17. Corcoran ME. Polypharmacy in the older patient with cancer. *Cancer Control* 1997;4:419-28.
18. Chutka DS, Takahashi PY, Hoel RW. Inappropriate medications for elderly patients. *Mayo Clin Proc* 2004; 79:829.
19. Mamun K, Lien CT, Goh-Tan CY, Ang WS. Polypharmacy and inappropriate medication use in Singapore nursing homes. *Ann Acad Med Singapore* 2004;33: 49-52.
20. Schumock GT, Thornton JP. Focusing on preventability of adverse drug reactions. *Hosp Pharm* 1992;27:538.
21. Pearson TF, Pittman DG, Longley JM, Grapes ZT, Vigliotti DJ, Mullis SR. Factors associated with preventable adverse drug reactions. *Am J Health-Syst Pharm* 1994;51:2268-72.
22. Gralla RJ, Osoba D, Kris MG, Kirkbride P, Hesketh PJ, Chinnery LW, et al. Recommendations for the use of antiemetics: evidence-based, clinical practice guidelines. *J Clin Oncol* 1999;17:2971-94.
23. Intragumtornchai T, Sutheesophon J, Sutcharitchan P, Swasdikul D. A predictive model for life-threatening neutropenia and febrile neutropenia after the first course of CHOP chemotherapy in patients with aggressive non-Hodgkin's lymphoma. *Leuk Lymphoma* 2000;37: 351-60.
24. Chemocare. com [homepage on the Internet]. Cleveland: The Cleveland clinic foundation.; c2005 [updated 2003 Apr 14; cited 2005 Feb 4]. Available from: <http://www.chemocare.com/managing/fullstory.sps?inewsid=244988&itype=1875>
25. Kostler WJ, Hejna M, Wenzel C, Zielinski CC. Oral mucositis complicating chemotherapy and/or radiotherapy: options for prevention and treatment. *CA Cancer J Clin* 2001;51:290-315.
26. Reece BL. Effect of counseling on quality of life for individuals with cancer and their families. *Cancer Nurs* 1994;17:101-12.
27. Muldoon MF, Barger SD, Flory JD, Manuck SB. What are quality of life measurements measuring? *BMJ* 1998; 316:542-5.
28. นุจรี ประทีปะวณิช จอห์นส. การประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยมะเร็ง. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการ: เสาะสรกับงานบริการเภสัชกรรมในผู้ป่วยโรคมะเร็ง; 2548: 49-61.