

ภาคผนวก ก

ใบเชิญชวนเข้าร่วมโครงการวิจัย

ขอเชิญชวนเข้าร่วมโครงการวิจัย

เรื่อง ผลของการให้คำแนะนำปรึกษาโดยเภสัชกรที่เป็นส่วนหนึ่งในทีมรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็ง ต่อมน้ำเหลืองที่โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

เรียน ท่านผู้อ่านที่นับถือ

พวกเราคณะผู้วิจัยใคร่ขอเล่าถึงโครงการวิจัยที่กำลังทำอยู่และขอเชิญชวนท่านเข้าร่วมในโครงการนี้

เนื่องจากการใช้ยาต้านมะเร็งหรือยาเคมีบำบัดทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดอาการข้างเคียงจากการใช้ยาได้มาก ดังนั้นการใช้ยาต้านมะเร็งจำเป็นต้องอาศัยการทำงานร่วมกันเป็นกลุ่ม ซึ่งประกอบด้วยหลายสาขาวิชาชีพได้แก่ แพทย์ เภสัชกร และพยาบาล และเภสัชกรควรอยู่ในทุกตำแหน่งที่มีการให้ยาต้านมะเร็งซึ่งเป็นบทบาทที่เป็นความรับผิดชอบของเภสัชกรต่อการรักษาด้วยยาของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้ผลการรักษาที่ถูกต้อง ปลอดภัยและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ดังนั้นผู้วิจัยซึ่งเป็นเภสัชกรจึงได้ทำการดูแลการใช้ยาของท่านและให้ความรู้ คำปรึกษาแนะนำเกี่ยวกับยาที่ท่านได้รับโดยเฉพาะเกี่ยวกับยาต้านมะเร็ง ร่วมกับทีมแพทย์และพยาบาล

ถ้าท่านตัดสินใจเข้าร่วมโครงการนี้ท่านจะได้รับการประเมินและเก็บข้อมูลอย่างน้อย 4 ครั้งของการมารับยาต้านมะเร็ง โดยผู้วิจัยจะประเมินและเก็บข้อมูลในเรื่องคุณภาพชีวิต อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา การปฏิบัติตัวการดูแลตนเองเมื่อได้รับยาต้านมะเร็ง และความพึงพอใจต่อการให้คำแนะนำปรึกษาของแพทย์ พยาบาลและเภสัชกร

ไม่ว่าท่านจะเข้าร่วมโครงการนี้หรือไม่ ท่านยังคงได้รับการรักษาที่ดีเช่นเดียวกับผู้ป่วยคนอื่นๆ และถ้าท่านต้องการที่จะถอนตัวออกจากการศึกษานี้เมื่อใด ท่านก็สามารถทำได้โดยอิสระ

ถ้าท่านมีคำถามใดๆ ก่อนที่จะตัดสินใจเข้าร่วมโครงการนี้ โปรดซักถามคณะผู้วิจัยได้อย่างเต็มที่ ที่ฝ่ายเภสัชกรรม โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ โทร 074-451303 ภายในเวลาราชการ

ขอขอบคุณอย่างสูง

คณะผู้วิจัย

ภาคผนวก ข

ใบยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

ชื่อโครงการ ผลของการให้คำแนะนำปรึกษาโดยเภสัชกรที่เป็นส่วนหนึ่งในทีมรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งต่อมน้ำเหลืองที่โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

ข้าพเจ้า(นาย, นาง, นางสาว)นามสกุล.....ยินยอมเข้าร่วมการศึกษาตามวิธีที่เภสัชกรหญิงรุ่งฟ้า สราญเศรษฐ์ ได้อธิบายให้ข้าพเจ้าทราบ

หากข้าพเจ้ามีข้อสงสัยเกี่ยวกับการศึกษา ข้าพเจ้ามีสิทธิซักถามเภสัชกรหญิงรุ่งฟ้า สราญเศรษฐ์ ได้ในระหว่างการศึกษา หากการกระทำและการชี้แจงของเภสัชกรหญิงรุ่งฟ้า สราญเศรษฐ์ ยังไม่เป็นที่พอใจ ข้าพเจ้ามีสิทธิแจ้งต่อประธานกรรมการจริยธรรม (คณบดีคณะแพทยศาสตร์ โทร 074-451100 หรือผู้อำนวยการโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ โทร 074-451010)ได้ และหากข้าพเจ้าไม่พอใจในการศึกษา ข้าพเจ้ามีสิทธิปฏิเสธการศึกษาได้ทันทีโดยไม่เสียสิทธิในการรับการรักษาในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์

ข้าพเจ้าได้อ่านและเข้าใจเกี่ยวกับการศึกษาทั้งหมดดังคำอธิบายข้างต้นแล้ว ข้าพเจ้ายินยอมรับการศึกษิตามวิธีดังกล่าว

.....
ลายเซ็นผู้ป่วย

.....
วัน/เดือน/ปี

.....
ลายเซ็นพยาน

.....
วัน/เดือน/ปี

.....
ลายเซ็นเภสัชกร

.....
วัน/เดือน/ปี

ภาคผนวก ค 1

แบบบันทึกข้อมูล การสัมภาษณ์ปัญหาจากการใช้ยา และการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย

ก. ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลวันเข้าโครงการ

Patient No.....Gender.....Age..... Ht..... Address.....โทร..... นิดยาที่ รพ.....ผู้ดูแลที่บ้าน..... Financial <input type="radio"/> จ่ายเอง <input type="radio"/> ปกส <input type="radio"/> 30 บาท..... อาชีพปัจจุบัน/ขณะป่วย..... การศึกษา <input type="radio"/> ป.ตรี <input type="radio"/> อนุปริญญา <input type="radio"/> ปวช/ม.6 <input type="radio"/> ม.3 <input type="radio"/> ป.6 <input type="radio"/> การศึกษาของผู้ดูแล <input type="radio"/> ป.ตรี <input type="radio"/> อนุปริญญา <input type="radio"/> ปวช/ม.6 <input type="radio"/> ม.3 <input type="radio"/> ป.6 <input type="radio"/> ประวัติการแพ้ยา/อาหาร..... สูบบุหรี่/เครื่องดื่มalcohol.....	วันที่เข้าโครงการ.../.../... BW(kg).....BSA..... ผู้ที่มากับผู้ป่วย..... ยาที่ได้รับ/นิตยาวันที่.../.../... 1. 2. 3. 4. 5. 6. <input type="radio"/> ไม่มี DRPs <input type="radio"/> มีDRPs.....
---	--

ข. ข้อมูลการปฏิบัติตัว

วันที่ /.... /.... ผู้ที่มากับผู้ป่วย.....	วันที่ /.... /.... ผู้ที่มากับผู้ป่วย.....	วันที่ /.... /.... ผู้ที่มากับผู้ป่วย.....
1. <input type="checkbox"/> เกิด <input type="checkbox"/> ไม่เกิด 1.1 <input type="radio"/> แจ้งพยาบาลทันที/เปลี่ยนตำแหน่ง <input type="radio"/> แจ้งพยาบาลทันที/ไม่เปลี่ยนตำแหน่ง <input type="radio"/> ไม่ได้แจ้งพยาบาลทันที 1.2 <input type="radio"/> ประคบถูกต้อง <input type="radio"/> ไม่ประคบ/ประคบไม่ถูกต้อง รวมข้อ1 (2)	1. <input type="checkbox"/> เกิด <input type="checkbox"/> ไม่เกิด 1.1 <input type="radio"/> แจ้งพยาบาลทันที/เปลี่ยนตำแหน่ง <input type="radio"/> แจ้งพยาบาลทันที/ไม่เปลี่ยนตำแหน่ง <input type="radio"/> ไม่ได้แจ้งพยาบาลทันที 1.2 <input type="radio"/> ประคบถูกต้อง <input type="radio"/> ไม่ประคบ/ประคบไม่ถูกต้อง รวมข้อ1 (2)	1. <input type="checkbox"/> เกิด <input type="checkbox"/> ไม่เกิด 1.1 <input type="radio"/> แจ้งพยาบาลทันที/เปลี่ยนตำแหน่ง <input type="radio"/> แจ้งพยาบาลทันที/ไม่เปลี่ยนตำแหน่ง <input type="radio"/> ไม่ได้แจ้งพยาบาลทันที 1.2 <input type="radio"/> ประคบถูกต้อง <input type="radio"/> ไม่ประคบ/ประคบไม่ถูกต้อง รวมข้อ1 (2)
2. <input type="checkbox"/> เกิด <input type="checkbox"/> ไม่เกิด 2.1 <input type="radio"/> พยายามกิน <input type="radio"/> ไม่พยายาม 2.2 <input type="radio"/> กินน้อยๆ บ่อยๆ <input type="radio"/> มากๆ ที่เดียว 2.3 <input type="radio"/> เคี้ยวช้าๆ <input type="radio"/> เคี้ยวเร็ว รวมข้อ2 (3)	2. <input type="checkbox"/> เกิด <input type="checkbox"/> ไม่เกิด 2.1 <input type="radio"/> พยายามกิน <input type="radio"/> ไม่พยายาม 2.2 <input type="radio"/> กินน้อยๆ บ่อยๆ <input type="radio"/> มากๆ ที่เดียว 2.3 <input type="radio"/> เคี้ยวช้าๆ <input type="radio"/> เคี้ยวเร็ว รวมข้อ2 (3)	2. <input type="checkbox"/> เกิด <input type="checkbox"/> ไม่เกิด 2.1 <input type="radio"/> พยายามกิน <input type="radio"/> ไม่พยายาม 2.2 <input type="radio"/> กินน้อยๆ บ่อยๆ <input type="radio"/> มากๆ ที่เดียว 2.3 <input type="radio"/> เคี้ยวช้าๆ <input type="radio"/> เคี้ยวเร็ว รวมข้อ2 (3)
3. <input type="checkbox"/> กินอาหารอ่อน <input type="checkbox"/> กิน..... 4. <input type="checkbox"/> งด 2 ชั่วโมง <input type="checkbox"/> งด.....ชม. รวมข้อ3,4 (2)	3. <input type="checkbox"/> ทาน..... <input type="checkbox"/> ทานอาหารอ่อน 4. <input type="checkbox"/> งด.....ชม. <input type="checkbox"/> งด 2 ชั่วโมง รวมข้อ3,4 (2)	3. <input type="checkbox"/> ทาน..... <input type="checkbox"/> ทานอาหารอ่อน 4. <input type="checkbox"/> งด.....ชม. <input type="checkbox"/> งด 2 ชั่วโมง รวมข้อ3,4 (2)

<p>5. <input type="checkbox"/> เกิด <input type="checkbox"/> ไม่เกิด</p> <p>5.1 อาหารร้อน <input checked="" type="radio"/> ไม่กิน <input type="checkbox"/> กิน อาหารเผ็ด <input checked="" type="radio"/> ไม่กิน <input type="checkbox"/> กิน อาหารเปรี้ยว <input checked="" type="radio"/> ไม่กิน <input type="checkbox"/> กิน อาหารเค็ม <input checked="" type="radio"/> ไม่กิน <input type="checkbox"/> กิน บุหรี/สุรา <input type="checkbox"/> ไม่สูบ/ดื่ม <input type="checkbox"/> สูบ/ดื่ม</p> <p>5.2 <input type="radio"/> ใช้.....บ้านบ่อย ๆ <input type="radio"/> ใช้.....บ้านไม่บ่อย <input type="radio"/> ไม่ใช้</p>	<p>5. <input type="checkbox"/> เกิด <input type="checkbox"/> ไม่เกิด</p> <p>5.1 อาหารร้อน <input checked="" type="radio"/> ไม่กิน <input type="checkbox"/> กิน อาหารเผ็ด <input checked="" type="radio"/> ไม่กิน <input type="checkbox"/> กิน อาหารเปรี้ยว <input checked="" type="radio"/> ไม่กิน <input type="checkbox"/> กิน อาหารเค็ม <input checked="" type="radio"/> ไม่กิน <input type="checkbox"/> กิน บุหรี/สุรา <input type="checkbox"/> ไม่สูบ/ดื่ม <input type="checkbox"/> สูบ/ดื่ม</p> <p>5.2 <input type="radio"/> ใช้.....บ้านบ่อย ๆ <input type="radio"/> ใช้.....บ้านไม่บ่อย <input type="radio"/> ไม่ใช้</p>	<p>5. <input type="checkbox"/> เกิด <input type="checkbox"/> ไม่เกิด</p> <p>5.1 อาหารร้อน <input checked="" type="radio"/> ไม่กิน <input type="checkbox"/> กิน อาหารเผ็ด <input checked="" type="radio"/> ไม่กิน <input type="checkbox"/> กิน อาหารเปรี้ยว <input checked="" type="radio"/> ไม่กิน <input type="checkbox"/> กิน อาหารเค็ม <input checked="" type="radio"/> ไม่กิน <input type="checkbox"/> กิน บุหรี/สุรา <input type="checkbox"/> ไม่สูบ/ดื่ม <input type="checkbox"/> สูบ/ดื่ม</p> <p>5.2 <input type="radio"/> ใช้.....บ้านบ่อย ๆ <input type="radio"/> ใช้.....บ้านไม่บ่อย <input type="radio"/> ไม่ใช้</p>
รวมข้อ5 (2)	รวมข้อ5 (2)	รวมข้อ5 (2)
<p>6.</p> <p>6.1 แปร่งฟันวันละ.....ครั้ง เวลา.....</p> <p>1.2 <input type="radio"/> แปร่งฟัน/บ้วนปากทุกครั้ง <input type="radio"/> ไม่ได้ทำอะไร</p> <p>6.3 <input type="radio"/> ขนนิ่ม <input type="radio"/> ขนปานกลาง/แข็ง</p> <p>6.4 <input type="radio"/> แปร่งเบา <input type="radio"/> แปร่งปานกลาง/แรง</p>	<p>6.</p> <p>6.1 แปร่งฟันวันละ.....ครั้ง เวลา.....</p> <p>1.3 <input type="radio"/> แปร่งฟัน/บ้วนปากทุกครั้ง <input type="radio"/> ไม่ได้ทำอะไร</p> <p>6.3 <input type="radio"/> ขนนิ่ม <input type="radio"/> ขนปานกลาง/แข็ง</p> <p>6.4 <input type="radio"/> แปร่งเบา <input type="radio"/> แปร่งปานกลาง/แรง</p>	<p>6.</p> <p>6.1 แปร่งฟันวันละ.....ครั้ง เวลา.....</p> <p>1.4 <input type="radio"/> แปร่งฟัน/บ้วนปากทุกครั้ง <input type="radio"/> ไม่ได้ทำอะไร</p> <p>6.3 <input type="radio"/> ขนนิ่ม <input type="radio"/> ขนปานกลาง/แข็ง</p> <p>6.4 <input type="radio"/> แปร่งเบา <input type="radio"/> แปร่งปานกลาง/แรง</p>
รวมข้อ6 (2)	รวมข้อ6 (2)	รวมข้อ6 (2)
<p>7. <input type="checkbox"/> เกิด <input type="checkbox"/> ไม่เกิด</p> <p>7.1 <input type="radio"/> มากกว่าปกติ <input type="radio"/> ไม่มากกว่าปกติ</p> <p>7.2 <input type="radio"/> กิน <input type="radio"/> ไม่กิน</p>	<p>7. <input type="checkbox"/> เกิด <input type="checkbox"/> ไม่เกิด</p> <p>7.1 <input type="radio"/> มากกว่าปกติ <input type="radio"/> ไม่มากกว่าปกติ</p> <p>7.2 <input type="radio"/> กิน <input type="radio"/> ไม่กิน</p>	<p>7. <input type="checkbox"/> เกิด <input type="checkbox"/> ไม่เกิด</p> <p>7.1 <input type="radio"/> มากกว่าปกติ <input type="radio"/> ไม่มากกว่าปกติ</p> <p>7.2 <input type="radio"/> กิน <input type="radio"/> ไม่กิน</p>
รวมข้อ7 (2)	รวมข้อ7 (2)	รวมข้อ7 (2)
<p>8. <input type="checkbox"/> เกิด <input type="checkbox"/> ไม่เกิด</p> <p>8.1 <input type="radio"/> แข็ง <input type="radio"/> ไม่ได้แข็ง</p> <p>8.2 <input type="radio"/> มีและถูกต้อง <input type="radio"/> ไม่มี/ไม่ถูกต้อง</p>	<p>8. <input type="checkbox"/> เกิด <input type="checkbox"/> ไม่เกิด</p> <p>8.1 <input type="radio"/> แข็ง <input type="radio"/> ไม่ได้แข็ง</p> <p>8.2 <input type="radio"/> มีและถูกต้อง <input type="radio"/> ไม่มี/ไม่ถูกต้อง</p>	<p>8. <input type="checkbox"/> เกิด <input type="checkbox"/> ไม่เกิด</p> <p>8.1 <input type="radio"/> แข็ง <input type="radio"/> ไม่ได้แข็ง</p> <p>8.2 <input type="radio"/> มีและถูกต้อง <input type="radio"/> ไม่มี/ไม่ถูกต้อง</p>
รวมข้อ8 (2)	รวมข้อ8 (2)	รวมข้อ8 (2)
<p>9. <input type="checkbox"/> เกิด <input type="checkbox"/> ไม่เกิด</p> <p>9.1 <input type="radio"/> ทันที <input type="radio"/> รอมากกว่า 1 วัน</p> <p>9.2 <input type="radio"/> รพ.ใกล้บ้าน <input type="radio"/> รพ. มอ.</p>	<p>9. <input type="checkbox"/> เกิด <input type="checkbox"/> ไม่เกิด</p> <p>9.1 <input type="radio"/> ทันที <input type="radio"/> รอมากกว่า 1 วัน</p> <p>9.2 <input type="radio"/> รพ.ใกล้บ้าน <input type="radio"/> รพ. มอ.</p>	<p>9. <input type="checkbox"/> เกิด <input type="checkbox"/> ไม่เกิด</p> <p>9.1 <input type="radio"/> ทันที <input type="radio"/> รอมากกว่า 1 วัน</p> <p>9.2 <input type="radio"/> รพ.ใกล้บ้าน <input type="radio"/> รพ. มอ.</p>
รวมข้อ9 (2)	รวมข้อ9 (2)	รวมข้อ9 (2)
<p>10. <input type="checkbox"/> ไป <input type="checkbox"/> ไม่ได้ไป</p> <p>10.1 <input type="checkbox"/> บอก <input type="checkbox"/> ไม่บอก</p>	<p>10. <input type="checkbox"/> ไป <input type="checkbox"/> ไม่ได้ไป</p> <p>10.1 <input type="checkbox"/> บอก <input type="checkbox"/> ไม่บอก</p>	<p>10. <input type="checkbox"/> ไป <input type="checkbox"/> ไม่ได้ไป</p> <p>10.1 <input type="checkbox"/> บอก <input type="checkbox"/> ไม่บอก</p>
รวมข้อ10 (1)	รวมข้อ10 (1)	รวมข้อ10 (1)

<p>11.</p> <p>11.1 ขนมหิน น้ำพริกกะปิ แดงกวา ข้าวยา น้ำนูด ส้มตำ นมเปรี้ยว น้ำแข็งนอกบ้าน</p> <p>11.2 ส้ม กล้วย เงาะ มะม่วง แดงโม มะละกอ สับปะรด ฝรั่ง องุ่น ชมพู</p> <p>รวมข้อ11 (2)</p>	<p>11.</p> <p>11.1 ขนมหิน น้ำพริกกะปิ แดงกวา ข้าวยา น้ำนูด ส้มตำ นมเปรี้ยว น้ำแข็งนอกบ้าน</p> <p>11.2 ส้ม กล้วย เงาะ มะม่วง แดงโม มะละกอ สับปะรด ฝรั่ง องุ่น ชมพู</p> <p>รวมข้อ11 (2)</p>	<p>11.</p> <p>11.1 ขนมหิน น้ำพริกกะปิ แดงกวา ข้าวยา น้ำนูด ส้มตำ นมเปรี้ยว น้ำแข็งนอกบ้าน</p> <p>11.2 ส้ม กล้วย เงาะ มะม่วง แดงโม มะละกอ สับปะรด ฝรั่ง องุ่น ชมพู</p> <p>รวมข้อ11 (2)</p>
<p>12</p> <p>12.1 ล้างมือวันละ...ครั้ง เวลา.....</p> <p>12.2 <input type="checkbox"/> สบู่ <input type="checkbox"/> น้ำเปล่า</p> <p>รวมข้อ12 (1)</p>	<p>12</p> <p>12.1 ล้างมือวันละ...ครั้ง เวลา.....</p> <p>12.2 <input type="checkbox"/> สบู่ <input type="checkbox"/> น้ำเปล่า</p> <p>รวมข้อ12 (1)</p>	<p>12</p> <p>12.1 ล้างมือวันละ...ครั้ง เวลา.....</p> <p>12.2 <input type="checkbox"/> สบู่ <input type="checkbox"/> น้ำเปล่า</p> <p>รวมข้อ12 (1)</p>
<p>13. <input type="radio"/> ไม่ได้ไป <input type="radio"/> โรงพยาบาล</p> <p><input type="radio"/> ห้างสรรพสินค้า <input type="radio"/> ตลาดสด</p> <p>14. ตั้มวันละ.....แก้ว/ลิตร</p> <p>15. <input type="checkbox"/> ไม่กลั้ น <input type="checkbox"/> กลั้ น/กลั้ นบางครั้ง</p> <p>รวมข้อ13,14,15 (3)</p>	<p>13. <input type="radio"/> ไม่ได้ไป <input type="radio"/> โรงพยาบาล</p> <p><input type="radio"/> ห้างสรรพสินค้า <input type="radio"/> ตลาดสด</p> <p>14. ตั้มวันละ.....แก้ว/ลิตร</p> <p>15. <input type="checkbox"/> ไม่กลั้ น <input type="checkbox"/> กลั้ น/กลั้ นบางครั้ง</p> <p>รวมข้อ13,14,15 (3)</p>	<p>13. <input type="radio"/> ไม่ได้ไป <input type="radio"/> โรงพยาบาล</p> <p><input type="radio"/> ห้างสรรพสินค้า <input type="radio"/> ตลาดสด</p> <p>14. ตั้มวันละ.....แก้ว/ลิตร</p> <p>15. <input type="checkbox"/> ไม่กลั้ น <input type="checkbox"/> กลั้ น/กลั้ นบางครั้ง</p> <p>รวมข้อ13,14,15 (3)</p>
<p>16.</p> <p>16.1 กินครั้งละ.....เม็ด วันละ.....ครั้ง</p> <p><input type="radio"/> หลังอาหาร.....นาที่</p> <p><input type="radio"/> ก่อนอาหาร.....นาที่</p> <p><input type="radio"/> กินยาในวันที่ฉีดยา</p> <p>16.2 <input type="checkbox"/> ลื้ ม <input type="checkbox"/> ไม่ลื้ ม</p> <p><input type="radio"/> กินทันทีที่ฉีดได้/ฉีดได้ม้อัดไปไม่ เพิ่มยา</p> <p><input type="radio"/> ไม่ได้กินทันทีที่ฉีดได้/ฉีดได้ม้อัดไป เพิ่มยา</p> <p>รวมข้อ16 (2)</p>	<p>16.</p> <p>16.1 กินครั้งละ.....เม็ด วันละ.....ครั้ง</p> <p><input type="radio"/> หลังอาหาร.....นาที่</p> <p><input type="radio"/> ก่อนอาหาร.....นาที่</p> <p><input type="radio"/> กินยาในวันที่ฉีดยา</p> <p>16.2 <input type="checkbox"/> ลื้ ม <input type="checkbox"/> ไม่ลื้ ม</p> <p><input type="radio"/> กินทันทีที่ฉีดได้/ฉีดได้ม้อัดไปไม่ เพิ่มยา</p> <p><input type="radio"/> ไม่ได้กินทันทีที่ฉีดได้/ฉีดได้ม้อัดไป เพิ่มยา</p> <p>รวมข้อ16 (2)</p>	<p>16.</p> <p>16.1 กินครั้งละ.....เม็ด วันละ.....ครั้ง</p> <p><input type="radio"/> หลังอาหาร.....นาที่</p> <p><input type="radio"/> ก่อนอาหาร.....นาที่</p> <p><input type="radio"/> กินยาในวันที่ฉีดยา</p> <p>16.2 <input type="checkbox"/> ลื้ ม <input type="checkbox"/> ไม่ลื้ ม</p> <p><input type="radio"/> กินทันทีที่ฉีดได้/ฉีดได้ม้อัดไปไม่ เพิ่มยา</p> <p><input type="radio"/> ไม่ได้กินทันทีที่ฉีดได้/ฉีดได้ม้อัดไป เพิ่มยา</p> <p>รวมข้อ16 (2)</p>
<p>17.</p> <p>กินครั้งละ.....เม็ด วันละ.....ครั้ง</p> <p><input type="radio"/> หลังอาหาร.....นาที่</p> <p><input type="radio"/> ก่อนอาหาร.....นาที่</p> <p><input type="radio"/> กินก่อนฉีดยา.....นาที่</p> <p>รวมข้อ17 (1)</p>	<p>17.</p> <p>กินครั้งละ.....เม็ด วันละ.....ครั้ง</p> <p><input type="radio"/> หลังอาหาร.....นาที่</p> <p><input type="radio"/> ก่อนอาหาร.....นาที่</p> <p><input type="radio"/> กินก่อนฉีดยา.....นาที่</p> <p>รวมข้อ17 (1)</p>	<p>17.</p> <p>กินครั้งละ.....เม็ด วันละ.....ครั้ง</p> <p><input type="radio"/> หลังอาหาร.....นาที่</p> <p><input type="radio"/> ก่อนอาหาร.....นาที่</p> <p><input type="radio"/> กินก่อนฉีดยา.....นาที่</p> <p>รวมข้อ17 (1)</p>
<p>18. <input type="radio"/> นำมา <input type="radio"/> ไม่ได้นำมา</p> <p>รวมข้อ18 (1)</p>	<p>18. <input type="radio"/> นำมา <input type="radio"/> ไม่ได้นำมา</p> <p>รวมข้อ18 (1)</p>	<p>18. <input type="radio"/> นำมา <input type="radio"/> ไม่ได้นำมา</p> <p>รวมข้อ18 (1)</p>

ปัญหาอื่นๆของผู้ป่วย/คำถาม./คำตอบ	ปัญหาอื่นๆของผู้ป่วย/คำถาม./คำตอบ	ปัญหาอื่นๆของผู้ป่วย/คำถาม./คำตอบ
รวมทั้งหมด (28)	รวมทั้งหมด (28)	รวมทั้งหมด (28)

ค. ข้อมูลยาที่ได้รับในแต่ละครั้ง

วันที่/...../..... ถึงยาวันที่...../...../.....	วันที่/...../..... ถึงยาวันที่...../...../.....	วันที่/...../..... ถึงยาวันที่...../...../.....
1.	1.	1.
2.	2.	2.
3.	3.	3.
4.	4.	4.
5.	5.	5.
6.	6.	6.
7.	7.	7.
<input type="radio"/> ไม่มี DRPs	<input type="radio"/> ไม่มี DRPs	<input type="radio"/> ไม่มี DRPs
<input type="radio"/> มีDRPs.....	<input type="radio"/> มีDRPs.....	<input type="radio"/> มีDRPs.....

Note.....
.....
.....
.....

ง. ข้อมูลทางคลินิก

การวินิจฉัย.....วันที่.....

BMA/Bx.....

CC..... ยาอื่นที่ใช้ประจำ.....

PMH.....
.....
.....
.....
.....

ภาคผนวก ค 2

แบบวัดความรู้ผู้ป่วย

(Interview/ Self report) patient No.....วันที่.....Chemo.....

คำถามต่อไปนี้เป็นคำถามที่มีความสำคัญ ขอให้ท่านตอบตามความเป็นจริง เพื่อเป็นประโยชน์ในการให้
ความรู้ความเข้าใจแก่ท่านต่อไป

ตอนที่ 1 การปฏิบัติตัวหลังได้รับยา

- | | | | | | สำหรับ
เภสัชกร | |
|------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------|
| 1. | ถ้าขณะฉีดยาท่านมีอาการปวดแสบบริเวณที่ฉีดยา | | | | | |
| 1.1. | ท่านควรปฏิบัติตัวอย่างไร | | | | 1.[] | |
| | <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ <input type="checkbox"/> ไม่แน่ใจ <input type="checkbox"/> ทราบ คือ..... | | | | | |
| 1.2. | ท่านทราบเรื่องประคบร้อน/เย็นบริเวณที่ฉีดยาเมื่อเกิดอาการแสบหรือบวมหรือไม่ | | | | 2.[] | |
| | <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ <input type="checkbox"/> ไม่แน่ใจ <input type="checkbox"/> ทราบ คือยาฉีดสีแดง ประคบด้วย.....
ยาฉีดสีขาวขนาดเล็ก ประคบด้วย..... | | | | | |
| 2. | ถ้าท่านมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร หรือเจ็บปาก/คอ มาก ท่านควรปฏิบัติอย่างไร | | | | | |
| | | ไม่ทราบ | ไม่แน่ใจ | ใช่ | ไม่ใช่ | |
| 2.1. | ถ้าไม่อยากกินก็ไม่ต้องพยายามกิน | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 3.[] |
| 2.2. | ไม่กินข้าว 1-2 วันคงไม่เป็นไร | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 2.3. | อย่างไรก็ต้องฝืนกิน แม้ว่าจะมีอาการมาก | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 2.4. | การไม่กินจะทำให้ไม่มีแรงสู้โรคลึซยา | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 2.5. | ควรกินมาก ๆ เป็นมือ ๆ ทีเดียว | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 4.[] |
| 2.6. | ควรกินน้อย ๆ บ่อย ๆ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 2.7. | ควรเคี้ยวและคั้ม เร็ว ๆ จะได้ไม่คลื่นไส้ อาเจียน | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 5.[] |
| 2.8. | ควรเคี้ยวและคั้ม ช้า ๆ จะได้ไม่คลื่นไส้ อาเจียน | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 3. | ก่อนมาฉีดยาควรเลือกกินอาหารประเภทใด | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ <input type="checkbox"/> ไม่แน่ใจ <input type="checkbox"/> ทราบ คือ..... | | | | 6.[] | |
| 4. | ควรหยุดกินอาหารกี่ชั่วโมง ก่อนได้รับการฉีดยา | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ <input type="checkbox"/> ไม่แน่ใจ <input type="checkbox"/> ทราบ คือ.....ชั่วโมง | | | | 7.[] | |

- | | | | | | | |
|--|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------|
| | สำหรับ
เภสัชกร | | | | | |
| 5. เมื่อเกิดการปากแห้ง/มีแผลในปากควรปฏิบัติตัวอย่างไรบ้าง
(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ หัวข้อใดที่ท่านไม่แน่ใจกรุณาอย่าตอบ) | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ <input type="checkbox"/> ไม่แน่ใจ <input type="checkbox"/> งคอาหารร้อน <input type="checkbox"/> งคอาหารหวาน <input type="checkbox"/> งคอาหารเค็ม
<input type="checkbox"/> งคอาหารเค็ม <input type="checkbox"/> งคการสูบบุหรี่ <input type="checkbox"/> งคอาหารเปรี้ยว
<input type="checkbox"/> งคการดื่มสุรา <input type="checkbox"/> งคน้ำส้มรสเปรี้ยว, น้ำมะนาว
<input type="checkbox"/> บ้วนปากด้วยน้ำยาบ้วนปากที่มีขายในท้องตลาด
<input type="checkbox"/> บ้วนปากด้วยน้ำเกลือบ่อยๆ <input type="checkbox"/> ไม่ควรบ้วนปาก | 8.[]
9.[] | | | | | |
| 6. ควรปฏิบัติตัวอย่างไรเกี่ยวกับการดูแลช่องปากและฟัน | | | | | | |
| 6.1. แปรงฟันวันละ.....ครั้ง เวลาใดบ้าง..... | 10.[] | | | | | |
| 6.2. หลังจากกินข้าวเสร็จ ควรปฏิบัติตัวอย่างไรบ้าง
<input type="checkbox"/> แปรงฟันทุกครั้ง <input type="checkbox"/> บ้วนปากทุกครั้ง <input type="checkbox"/> ไม่ต้องทำอะไร <input type="checkbox"/> อื่นๆ..... | | | | | | |
| 1.3. ควรใช้แปรงสีฟันที่มีลักษณะอย่างไร <input type="checkbox"/> ขนนิ่ม <input type="checkbox"/> ขนปานกลาง <input type="checkbox"/> ขนแข็ง | 11.[] | | | | | |
| 1.4. ควรแปรงฟันอย่างไร <input type="checkbox"/> แปรงแรง <input type="checkbox"/> แปรงปานกลาง <input type="checkbox"/> แปรงเบาๆ | | | | | | |
| 7. เมื่อเกิดการท้องผูก/ ถ่ายยากกว่าปกติ ควรปฏิบัติตัวอย่างไร | | | | | | |
| | <table border="0" style="margin: auto;"> <tr> <td style="padding: 0 10px;">ไม่ทราบ</td> <td style="padding: 0 10px;">ไม่แน่ใจ</td> <td style="padding: 0 10px;">ใช่</td> <td style="padding: 0 10px;">ไม่ใช่</td> </tr> </table> | ไม่ทราบ | ไม่แน่ใจ | ใช่ | ไม่ใช่ | |
| ไม่ทราบ | ไม่แน่ใจ | ใช่ | ไม่ใช่ | | | |
| 1.1. กินอาหารที่มีเส้นใย หรือกากอาหารมาก ๆ | <table border="0" style="margin: auto;"> <tr> <td style="padding: 0 10px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="padding: 0 10px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="padding: 0 10px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="padding: 0 10px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 12.[] |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| 1.2. กินผัก/ผลไม้ มาก ๆ | <table border="0" style="margin: auto;"> <tr> <td style="padding: 0 10px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="padding: 0 10px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="padding: 0 10px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="padding: 0 10px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| 1.3. ดื่มน้ำมาก ๆ | <table border="0" style="margin: auto;"> <tr> <td style="padding: 0 10px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="padding: 0 10px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="padding: 0 10px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="padding: 0 10px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| 1.4. ควรรอให้ถ่ายเองได้ โดยไม่ต้องใช้ยาระบาย | <table border="0" style="margin: auto;"> <tr> <td style="padding: 0 10px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="padding: 0 10px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="padding: 0 10px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="padding: 0 10px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 13.[] |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| 1.5. ถ้าท่านคิดว่าควรใช้ยาระบาย ควรใช้ยาระบายเมื่อท้องผูกหรือถ่ายยากกว่าปกติกี่วัน
<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ <input type="checkbox"/> ไม่แน่ใจ <input type="checkbox"/> ทราบ คือวัน | | | | | | |
| 8. เมื่อเกิดการขา ปลายมือ/ปลายเท้า ควรปฏิบัติตัวอย่างไร | | | | | | |
| 8.1. <input type="checkbox"/> ต้องพบแพทย์ทันที <input type="checkbox"/> ต้องแจ้งให้แพทย์ผู้รักษาที่รพ.มอ.ทราบเมื่อมาพบแพทย์ตามนัด
<input type="checkbox"/> ไม่จำเป็นต้องแจ้งแพทย์เพราะเป็นอาการปกติ | 14.[] | | | | | |
| 8.2. เมื่อเกิดการขา ปลายมือ/ปลายเท้า ท่านต้องระมัดระวังอะไรบ้าง
<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ <input type="checkbox"/> ไม่แน่ใจ <input type="checkbox"/> ทราบ คือ..... | 15.[] | | | | | |

9. เมื่อมีอาการ ไข้ ท่านควรปฏิบัติตัวอย่างไร	ไม่ทราบ	ใช่	ไม่ใช่	ไม่แน่ใจ	สำหรับ เภสัชกร
9.1. ต้องรอดูอาการ 2-3 วันถ้าไม่ดีขึ้น จึงไปพบแพทย์	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16.[]
1.2. ถึงแม้ไข้ไม่สูงแต่มีไข้ยาวนานเกิน 1 วันควรพบแพทย์ทันที	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1.3. ไข้สูงควรพบแพทย์ทันที	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1.4. ไข้หนาวสั่นควรพบแพทย์ทันที	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1.5. กินยาลดไข้เองที่บ้านได้ โดยไม่จำเป็นต้องพบแพทย์เลย	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1.6. เมื่อมีไข้ควรพบแพทย์ที่ รพ.มอ.เท่านั้น จะดีกว่ารพ.ใกล้บ้าน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	17.[]
1.7. เมื่อมีไข้ควรพบแพทย์ที่ รพ.ใกล้บ้านก่อน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10. เมื่อท่านไปพบแพทย์(ที่ไม่ใช่แพทย์หน่วยโรคเลือด รพ.มอ.) สิ่งสำคัญที่สุดที่ท่านต้อง ไม่ลืมบอกแพทย์คือ					18.[]
<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ <input type="checkbox"/> ไม่แน่ใจ <input type="checkbox"/> ทราบ คือ.....					
11. สิ่งใดต่อไปนี้ที่ท่านห้ามกิน (หัวข้อใดที่ท่านไม่แน่ใจกรุณาอย่าตอบ)					
<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ					
<input type="checkbox"/> ของสุก <input type="checkbox"/> ผักสุก <input type="checkbox"/> ของค้างคืน <input type="checkbox"/> ผักสด <input type="checkbox"/> ขนมหจีน <input type="checkbox"/> น้ำพริกกะปิ <input type="checkbox"/> แดงกวา					19.[]
<input type="checkbox"/> น้ำมูดู <input type="checkbox"/> ส้มตำ <input type="checkbox"/> นมสด <input type="checkbox"/> นมเปรี้ยว <input type="checkbox"/> น้ำแข็งทำเองที่บ้าน <input type="checkbox"/> น้ำแข็งนอกบ้าน					
<input type="checkbox"/> ข้าวยา <input type="checkbox"/> ส้ม <input type="checkbox"/> ก๋วยเตี๋ยว <input type="checkbox"/> เงาะ <input type="checkbox"/> มะม่วง <input type="checkbox"/> แดงโม <input type="checkbox"/> มะละกอ <input type="checkbox"/> สับปะรด					
<input type="checkbox"/> ฝรั่ง <input type="checkbox"/> องุ่น <input type="checkbox"/> ชมพู <input type="checkbox"/> ผลไม้ที่เปลือกเงา					20.[]
<input type="checkbox"/> ผลไม้ที่กินทั้งเปลือก <input type="checkbox"/> ผลไม้ที่ชิมได้ที่ไม่ได้ฆ่าเชื้อเปลือก					
12. การล้างมือ					
12.1. ควรล้างมือวันละ.....ครั้ง เวลาใดบ้าง.....					21.[]
12.2. ล้างด้วยอะไร <input type="checkbox"/> น้ำเปล่า <input type="checkbox"/> สบู่ <input type="checkbox"/> อื่น ๆ.....					
13. ท่านไม่ควรไปสถานที่ใดบ้าง					
<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ <input type="checkbox"/> โรงภาพยนตร์ <input type="checkbox"/> ห้างสรรพสินค้า <input type="checkbox"/> ตลาดสด <input type="checkbox"/> ที่แออัด <input type="checkbox"/> ที่โล่ง					22.[]
14. การดื่มน้ำ					
1.1. ควรดื่มน้ำวันละ.....แก้ว หรือประมาณ.....ลิตร					23.[]
1.2. การดื่มน้ำมีประโยชน์อย่างไร <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ <input type="checkbox"/> ทราบคือ.....					
15. เกี่ยวกับการกลั่นปัสสาวะ					
1.1. การกลั่นปัสสาวะมีผลต่อการได้รับยาของท่านอย่างไร <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ <input type="checkbox"/> ทราบคือ.....					24.[]
1.2. ท่านกลั่นปัสสาวะบ้างไหม					
<input type="checkbox"/> กลั่นบ่อย <input type="checkbox"/> กลั่นบ้าง <input type="checkbox"/> ไม่เคยกลั่น					

ตอนที่ 2 การกินยาและการเก็บยา**16. เกี่ยวกับ ยาเม็ดสีชมพู**

- | | | | | | | |
|-------|--|---|--|-----------------------------------|---------|--------------------------|
| 1.1. | <input type="checkbox"/> เป็นยารักษาโรคเนื้องอกต่อมน้ำเหลือง | <input type="checkbox"/> เป็นยาแก้ไอ | <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ | <input type="checkbox"/> ไม่แน่ใจ | 25. [] | |
| | | ไม่ทราบ | ใช่ | ไม่ใช่ | | ไม่แน่ใจ |
| 1.2. | ไม่กินบางมื้อ คงไม่เป็นไร | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| 1.3. | กินติดต่อกันทุกวันจนหมด | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| 1.4. | กินติดต่อกันหรือไม่กี่ได้ แต่ต้องกินจนหมด | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| 1.5. | ถ้าลืมควรข้ามไป แล้วรอกินมื้อถัดไปเลย | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| 1.6. | ถ้าลืมควรกินทันทีที่นึกได้ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| 1.7. | ถ้าลืมแล้วนึกได้มื้อถัดไปควรจะกินเพิ่มเป็น 2 เท่า | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| 1.8. | เมื่อกลับจากรพ. มอ.ควรกินยาในมือเย็นวันนั้นเลย
(ยังไม่ได้อธิบาย) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| 1.9. | ควรกินยาในวันที่ลืมยาหรือมือเย็นหลังจากลืมยาแล้ว | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| 1.10. | กินครั้งละ..... เม็ด วันละ..... ครั้ง | | | | | |
| 1.11. | <input type="checkbox"/> กินก่อนอาหาร.....นาที่ | <input type="checkbox"/> กินหลังอาหาร.....นาที่ | <input type="checkbox"/> กินหลังอาหารทันที | | | |
| 1.12. | ท่านลืมยากินบ้างหรือไม่..... ยาท่านหมดหรือไม่.....
ท่านใส่ใจกับเวลาที่ต้องรับประทานยาหรือไม่..... | | | | | |

สำหรับ
เภสัชกร

25. []

26. []

17. เกี่ยวกับ ยาเม็ดสีเหลือง ข้อใดถูกต้องบ้าง

- | | | | | | |
|-------|--|---|----------------------------------|-----------------------------------|---------|
| 17.1. | <input type="checkbox"/> เป็นยารักษาโรคเนื้องอกต่อมน้ำเหลือง | <input type="checkbox"/> เป็นยาแก้ไอ | <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ | <input type="checkbox"/> ไม่แน่ใจ | 27. [] |
| 17.2. | กินก่อนอาหาร.....นาที่ | <input type="checkbox"/> ควรหลังอาหาร.....นาที่ | | | |
| 17.3. | กินก่อนฉีดยา.....นาที่ | | | | |

18. ท่านควรนำสิ่งใดมาจากบ้าน เพื่อนำมาบรรจุยาฉีด

- ไม่ทราบ
- ทราบ คือ.....

28. []

ภาคผนวก ค 3

คู่มือการให้คำแนะนำปรึกษาผู้ป่วยโรคมะเร็งต่อมน้ำเหลือง

ผู้ให้คำแนะนำปรึกษาจะต้องตรวจสอบข้อมูลจากแบบวัดความรู้ (ภาคผนวก ค 2) และ ตรวจสอบข้อมูลการปฏิบัติตัวหลังได้รับยา และปัญหาจากการใช้ยา (ภาคผนวก ค 1) เพื่อเป็น ข้อมูลช่วยในการให้คำแนะนำปรึกษาแก่ผู้ป่วย โดยผู้ให้คำแนะนำปรึกษาจะให้ความรู้ทั้งหมดแก่ ผู้ป่วยดังจะกล่าวต่อไป แต่จะเน้นในเรื่องที่

1. ผู้ป่วยไม่มีความรู้
2. ไม่มีความรู้แต่ปฏิบัติถูกต้อง เพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญของการปฏิบัติ ถูกต้องเพื่อจะได้ไม่ละเลยการปฏิบัติตัวดังกล่าวในการรับยาครั้งต่อไป
3. มีความรู้แต่ปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง โดยจะต้องหาสาเหตุของการปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง และให้คำแนะนำปรึกษาเพื่อแก้ปัญหาให้ผู้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้องต่อไป

ตอนที่ 1 การปฏิบัติตัวหลังได้รับยา

1. ปวดแสบหรือบวมบริเวณที่ฉีดยา

1.1 ถ้าขณะฉีดยาท่านมีอาการปวดแสบบริเวณที่ฉีดยาท่านควรแจ้งแพทย์/พยาบาลผู้ฉีดยา ทราบทันที ซึ่งผู้ฉีดยาจะตรวจสอบว่ายารั่วออกนอกเส้นเลือดหรือไม่ ถ้ามีการรั่วจริงจะต้องมีการ ประชุมพยาบาลและต้องเปลี่ยนตำแหน่งที่ฉีดยาด้วย

****ไม่ควรอดทนหรือเกรงใจ**เนื่องจากยาอาจทำให้ผิวหนังท่านไหม้พุพองซึ่งรักษายากได้ มีผู้ป่วยบางรายต้องเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาลและต้องอยู่ในโรงพยาบาลเป็นเวลานาน เพราะอาการดังกล่าว บางรายต้องเข้าห้องผ่าตัดเพื่อนำผิวหนังจากส่วนอื่นมาปะบริเวณ ผิวหนังที่ไหม้

1.2 หลีกเลี่ยงการประคบร้อนหรือความเย็นบริเวณที่ฉีดยา

โดยกรณีที่เกิดอาการแสบหรือบวมจากยา Vincristine (ยาฉีดสีขาวขวดเล็ก) ให้ประคบ ด้วยความร้อน กรณีที่เกิดอาการแสบหรือบวมจากยา Doxorubicin (ยาฉีดสีแดง) ให้ประคบด้วยความเย็น

2. ถ้าท่านมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร หรือเจ็บปาก/คอ มาก สิ่งที่ท่านควรปฏิบัติคือ

2.1 ต้องพยายามกินอาหารเพราะถ้าไม่กินจะทำให้ไม่มีแรงสู้โรคสู้ยา

**บางท่านคิดว่าการไม่กินเพียงแค่มือสองมือหรือวันสองวันนั้นไม่เป็นไร ซึ่งไม่ถูกต้องเพราะจะทำให้ร่างกายอ่อนแอ เกิดอาการข้างเคียงจากการใช้ยามากขึ้นและโรคที่เป็นก็จะเลวลงได้ ดังนั้นอย่างไรก็ต้องฝืนกิน แม้ว่าจะมีอาการมากโดยเลือกอาหาร เช่น ถ้าไม่สามารถกินอาหารปกติได้ ก็เปลี่ยนเป็นอาหารอ่อน ๆ เช่น ข้าวต้ม ถ้าไม่สามารถกินได้อีก ก็เปลี่ยนเป็นอาหารเหลว เช่น น้ำหวาน ไมโล/โอวัลติน เป็นต้น

2.2 การกินอาหารควรกินน้อย ๆ บ่อย ๆ ไม่ควรกินมาก ๆ เป็นมื้อ ๆ ทีเดียวเพราะจะทำให้ไม่สามารถกินหมดได้หรือทำให้เกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียนได้ง่าย เนื่องจากปริมาณอาหารมาก ร่างกายไม่สามารถย่อยได้ทันจึงมีอาการตกค้างในกระเพาะอาหารมาก

2.3 ควรเคี้ยวและดื่มน้ำ ๆ จะได้ไม่คลื่นไส้ อาเจียน เพราะการเคี้ยวจะเป็นการช่วยร่างกายย่อยอาหารในระดับเบื้องต้น

3. ก่อนมาฉีดยาควรเลือกกินอาหารอ่อน ๆ เช่น ข้าวต้ม โจ๊ก เป็นต้น เพราะอาหารเหล่านี้จะถูกย่อยได้ง่าย ทำให้ลดอาการหรือความรุนแรงของอาการคลื่นไส้ อาเจียนที่เกิดขึ้นหลังฉีดยาได้

4. ควรหยุดกินอาหารอย่างน้อย 2 ชั่วโมง ก่อนได้รับการฉีดยา เพื่อให้อาหารดังกล่าวถูกย่อยหมดก่อนฉีดยา

5. ปากแห้ง/แผลในปาก

เมื่อมีอาการปากแห้ง/แผลในปากท่านควรปฏิบัติดังนี้

5.1 งดอาหารร้อน อาหารเผ็ด อาหารเปรี้ยว(รวมถึงน้ำส้ม น้ำมะนาว) อาหารเค็ม งดการสูบบุหรี่/ดื่มสุรา เพราะสิ่งเหล่านี้จะทำให้เกิดปากแห้ง/แผลในปากมากขึ้น

** บางครั้งท่านอาจไม่รู้สึกรู้ว่าอาหารร้อนหรือมีรสจัด แต่ความจริงความร้อนหรือความเป็นกรดของอาหารนั้นมืออยู่แล้วแม้เพียงเล็กน้อยก็สามารถเสริมการทำลายเยื่อช่องปากได้ง่าย เพราะเยื่อช่องปากอ่อนแออยู่แล้วจากการได้รับยาต้านมะเร็งหรือยาเคมีบำบัด

5.2 บ้วนปากด้วยน้ำเกลือบ่อย ๆ โดยผสมน้ำประมาณ 1 ลิตรใส่เกลือ 1 ช้อนชา ห้ามใช้น้ำยาบ้วนปากตามท้องตลาดที่ผสม alcohol

** น้ำเกลือจะช่วยทำให้ปากไม่แห้ง ช่วยป้องกันและลดความรุนแรงของการเกิดแผลในปากได้ มีผู้ป่วยหลายรายที่เคยเกิดแผลในปากในการฉีดยาเข็มแรก ๆ เมื่อได้บ้วนน้ำเกลือบ่อย ๆ ในขณะเข็มหลัง ๆ ปรากฏว่าไม่มีอาการของแผลในปากอีกเลย

6. การดูแลช่องปากและฟัน

6.1 ควรแปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง คือเช้า และก่อนนอน

6.2 หลังกินข้าวเสร็จควรบ้วนปากทุกครั้ง

6.3 ใช้แปรงสีฟันขนนิ่ม

6.4 แปรงฟันเบา ๆ

** การที่เน้นเกี่ยวกับการแปรงฟันและการบ้วนปากเพราะผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านมะเร็งหรือยาเคมีบำบัดมีโอกาสติดเชื้อ เป็นไข้ได้ง่าย ดังนั้นควรระวังไม่ให้เกิดฟันผุหรือเหงือกอักเสบ ซึ่งเป็นแหล่งเพาะเชื้อ และการดูแลสุขภาพช่องปากและฟันไม่ดียังทำให้เกิดแผลในปากได้ง่ายและแผลในปากนั้นอาจติดเชื้อได้ง่ายด้วย

แปรงสีฟันที่ใช้ต้องเป็นขนนิ่ม และต้องแปรงเบา ๆ เพราะว่ายาด้านมะเร็งหรือยาเคมีบำบัดทำให้เยื่อช่องปากแห้งและอ่อนแอและทำให้เกิดเลือดคั่ง ดังนั้นถ้าท่านแปรงแรงและใช้แปรงขนไม่นิ่ม โอกาสที่จะเกิดแผลในปากหรือเกิดเลือดออกในปากก็มีมากขึ้น

7. ยาด้านมะเร็ง(ขูดเล็กสีขาว) ทำให้เกิดท้องผูกได้ เมื่อเกิดอาการไม่ถ่าย/ ถ่ายยากกว่าปกติ ควรปฏิบัติตัว ดังนี้

7.1 กินอาหารที่มีเส้นใย/กากอาหารมาก ๆ เช่น ผัก ผลไม้ และดื่มน้ำให้มากกว่าปกติ

7.2 ควรใช้ยาระบาย/ยาถ่ายชนิดสวน เมื่อเกิดอาการไม่ถ่าย/ถ่ายยากกว่าปกตินาน 2 วัน

**สาเหตุที่ต้องเน้นย้ำเรื่องท้องผูก เพราะป้องกันการเกิดอุจจาระแข็งซึ่งจะทำให้บาดเจ็บถ้าใส่ได้และเมื่อต้องนั่งเบ่งนาน ๆ อาจทำให้เกิดโรคริดสีดวงทวารอักเสบได้ เคยมีผู้ป่วยที่ท้องผูกแล้วรอให้ถ่ายเอง สุดท้ายต้องเข้ารับการผ่าตัดเพื่อนำอุจจาระออก

8. ชาตามปลายมือ/ปลายเท้า

8.1 ควรแจ้งให้แพทย์ผู้รักษาทราบเมื่อถึงวันนัด

8.2 แพทย์ผู้รักษาอาจไม่ได้ให้การรักษาเพิ่มเติม เพราะอาการชามักจะหายได้เองเมื่อท่านหยุดฉีดยา (ขูดเล็กสีขาว) แต่สิ่งสำคัญที่ท่านต้องทราบคือการปฏิบัติตัวเมื่อเกิดอาการชาคือ ระวังการใช้ของมีคม ของแตกง่าย ของร้อน เพราะท่านอาจจับขึ้นมาได้แต่นี้ที่ชาอาจทำให้ของตกแตกบาดหรือลวกท่านได้ และท่านอาจมีบาดแผลโดยที่ท่านไม่รู้สีกตัว เช่นเดียวกันกับการชาปลายเท้า ซึ่งควรสวมรองเท้าทุกครั้ง ระวังการเดิน การลื่น การขึ้นบันไดก็ต้องจับราวบันไดทุกครั้ง

9. ไข้

9.1 กรณีที่ไข้ไม่สูงแต่่านานเกิน 1 วันหรือไข้สูงหนาวสั่นต้องไปพบแพทย์ทันที

** เพราะยาด้านมะเร็งหรือยาเคมีบำบัดจะทำลายทั้งเซลล์ที่ดีและเซลล์มะเร็ง เมื่อเลือกขาวซึ่งเป็นเซลล์ที่ดีเป็นภูมิคุ้มกันให้กับร่างกายก็ถูกยาทำลายด้วย ทำให้ร่างกายไม่มีภูมิคุ้มกัน มีโอกาสเป็นไข้ติดเชื้อรุนแรงได้ จึงไม่ควรคิดว่าอาการไข้ที่เกิดเป็นเรื่องเล็กน้อยสามารถรอให้หายเองได้

9.2 เมื่อเกิดอาการไข้ ควรพบแพทย์ที่โรงพยาบาลใกล้บ้านก่อน เพื่อจะได้รักษาได้ทัน

เวลา

10. เมื่อท่าน ไปพบแพทย์ท่านอื่นที่ไม่ใช่แพทย์โรคเลือด โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ สิ่งสำคัญที่สุดที่ต้องบอกกับแพทย์คือเป็นโรคมะเร็งต่อมน้ำเหลืองและได้รับยาเคมีบำบัดอยู่

** เพราะการบอกหรือไม่บอกนั้นการวินิจฉัยและรักษาจะต่างกัน เช่นอาการเจ็บคอ หากไม่บอกว่าจะได้รับยาเคมีบำบัดอยู่ แพทย์อาจวินิจฉัยว่าเป็นคออักเสบจากการเป็นหวัด แทนที่จะเป็นคออักเสบจากยาเคมีบำบัดหรือคออักเสบจากการติดเชื้อที่รุนแรงกว่า เป็นต้น

11. การกินอาหารและผลไม้

ต้องกินของสุกใหม่ๆ งดผักดิบ ของค้างคืน ขนมหจีน น้ำพริกกะปิ แดงกวา ข้าวยา น้ำบูดู ส้มตำ เพราะอาหารเหล่านี้ไม่ได้ผ่านกรรมวิธีให้สุกๆใหม่ๆ ซึ่งจะเสี่ยงต่อการติดเชื้อได้ง่าย ควรงดนมเปรี้ยวเพราะสำหรับคนปกติจะมีประโยชน์ แต่สำหรับผู้ที่ได้รับยาต้านมะเร็งนั้นอาจมีโทษ เพราะ ร่างกายไม่มีภูมิต้านทานเชื้อจุลินทรีย์ น้ำแข็งนอกบ้านจะไม่นำน้ำดื่มสุกมาทำ ดังนั้นถ้าต้องการกินน้ำแข็งควรทำเองโดยใช้น้ำดื่มสุก

** ก่อนกินอะไร ให้นึกทุกครั้งว่าสิ่งที่กำลังจะกินนั้น สุกหรือไม่ และต้องสุกใหม่ๆ

- ผลไม้ที่กินได้คือ ส้ม กล้วย เงาะ ลำ้งสะอาดด้วยน้ำก่อนปอกเปลือก

- งดผลไม้ที่มีเมล็ดปอก เช่น มะม่วง แดงโม มะละกอ สับปะรด ฝรั่ง ถ้าต้องการกิน

ควรนำเมล็ดไปต้มลวกก่อน

- งดผลไม้กินหึ่งเปลือก เช่น องุ่น ชมพู่ เพราะการกินผลไม้หึ่งเปลือกก็เหมือนกับการกิน

ของสด

12. การล้างมือ

12.1 ต้องล้างมือบ่อยๆ โดยเฉพาะก่อนกินอาหาร หลังเข้าห้องน้ำ หลังสัมผัสสัตว์เลี้ยง เช่น สุนัข แมว นก

12.2 ต้องล้างด้วยสบู่เป็นอย่างน้อยทุกครั้ง เพราะน้ำเปล่าไม่สามารถชะล้างสิ่งสกปรกออกได้หมด

13. ไม่ไปในที่แออัดเช่น โรงภาพยนตร์ ห้างสรรพสินค้า ตลาด

** เพราะการไปที่แออัดจะมีโอกาสติดเชื้อได้สูง เช่นอาจมีคนจามใส่ การที่อากาศไม่หมุนเวียนถึงแม้จะจามระยะไกลก็มีโอกาสติดเชื้อได้ เป็นต้น

14. ดื่มน้ำอย่างน้อย 8 แก้ว (2 ลิตร) ต่อวัน

** เพราะน้ำจะช่วยชะล้างของเสียออกจากร่างกายและมียาต้านมะเร็งที่ท่านได้รับ 1 ชนิด

(ขวดใหญ่) ที่ต้องคั้นน้ำมาก ๆ เพราะไม่เช่นนั้นอาจทำให้เกิดปัสสาวะเป็นเลือดได้ คนทั่วไปที่ไม่ได้รับยาต้านมะเร็งก็ควรคั้นน้ำให้ได้ 8 แก้ว(2 ลิตร) ต่อวัน ดังนั้นเมื่อท่านได้รับยาก็ ควรคั้นให้ได้เท่านี้เป็นอย่างน้อย

15. ไม่กลั้นปัสสาวะ โดยเฉพาะเวลากลางคืน

** เพราะการกลั้นปัสสาวะจะทำให้ของเสียตกค้าง ทำให้มีโอกาสติดเชื้อได้ง่าย อาจทำให้กระเพาะปัสสาวะอักเสบ ไตอักเสบ และนอกจากนี้ยังมียาต้านมะเร็งที่ท่านได้รับ 1 ชนิด (ขวดใหญ่) ที่นอกจากต้องคั้นน้ำมาก ๆ เพื่อไม่ให้ปัสสาวะเป็นเลือดแล้ว การกลั้นปัสสาวะก็ทำให้ปัสสาวะเป็นเลือดได้

16. ยา Prednisolone

16.1 ยา Prednisolone มีความสำคัญเพราะเป็นยารักษาโรคของท่าน ควรกินยาติดต่อกันทุกวันจนหมด ควรกินยาหลังอาหารทันที และเริ่มกินในวันที่ฉีดยา

16.2 เมื่อลิมกินยา ต้องกินทันทีที่นึกได้ หรือถ้านึกได้มี้อดไปก็ไม่ต้องเพิ่มยาเป็น 2 เท่า ** เช่นลิมกินยาตอนเช้า นึกได้เที่ยงก็กินทันทีแต่ถ้านึกได้มี้อดไปเช่นตอนเย็นก็ห้ามเพิ่มยาเป็น 2 เท่า หรือถ้าลิมเย็นนึกได้เที่ยงคืนก็ตื่นมากินทันทีเพื่อระดับยาจะได้เพียงพอต่อการรักษาตลอดเวลา

17. ยา Ondansetron เป็นยาแก้อาเจียน ควรกินก่อนอาหารและก่อนฉีดอย่างน้อยครึ่งชั่วโมง

18. ควรนำกระดิกน้ำแข็งมาบรรจุน้ำแข็งที่ต้องแช่เย็น เพื่อรักษาสภาพยาขณะเดินทางกลับบ้าน

19. ให้คำแนะนำเกี่ยวกับคำถามอื่น ๆ ของผู้ป่วย

ภาคผนวก ก 4

เกณฑ์การให้คะแนนความรู้ และปัญหาการปฏิบัติตัว

การให้คะแนน ความรู้ และคะแนนปัญหาการปฏิบัติตัว จะให้ในรูปแบบ 2 คำตอบ คือ มี หรือ ไม่มี ดังนี้

ถ้าผู้ป่วยมีความรู้

จะได้ 1 คะแนน ของคะแนนความรู้

ถ้าผู้ป่วยมีปัญหาการปฏิบัติตัว

จะได้ 1 คะแนน ของคะแนนปัญหาการปฏิบัติตัว

และในทางตรงกันข้าม ถ้าผู้ป่วยไม่มีความรู้ และไม่มีปัญหาการปฏิบัติตัว ก็จะได้ คะแนน 0 คะแนน ดังนั้น ถ้าคะแนนความรู้สูง หมายถึงผู้ป่วยมีความรู้มาก และถ้าคะแนนปัญหาการปฏิบัติตัวสูง หมายถึง ผู้ป่วยมีปัญหาการปฏิบัติตัวมาก นั่นเอง ซึ่งเป้าหมายของการให้คำแนะนำปรึกษาโดยเภสัชกร คือ ต้องการให้ผู้ป่วยมีคะแนนความรู้สูง และมีคะแนนปัญหาการปฏิบัติตัวต่ำ

คะแนนความรู้ และปัญหาการปฏิบัติตัว จะประกอบด้วยประเด็นสำคัญ 18 ประเด็น และคะแนนเต็ม ดังนี้

ประเด็นความรู้และปัญหาการปฏิบัติตัว	คะแนนเต็ม
1. การเกิดอาการปวดแสบหรือบวมบริเวณที่ฉีดยาขณะฉีดยา	2
2. การเกิดอาการเบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน	3
3. การเลือกกินอาหารก่อนฉีดยาด้านมะเร็ง	1
4. การหยุดกินอาหารก่อนฉีดยาด้านมะเร็ง	1
5. การเกิดอาการปากแห้ง/แผลในปาก	2
6. การดูแลสุขภาพช่องปากและฟัน	2
7. การเกิดอาการท้องผูก	2
8. การเกิดอาการชาตามปลายมือ/เท้า	2
9. การเกิดอาการไอ	2
10. การไปพบแพทย์ที่อื่น	1
11. อาหารและผลไม้ที่กินได้	2

ประเด็นความรู้และปัญหาการปฏิบัติตัว	คะแนนเต็ม
12. การล้างมือ	1
13. สถานที่ที่ไม่ควรไป	1
14. การดื่มน้ำ	1
15. การกลั่นปัสสาวะ	1
16. การกินยา Prednisolone	2
17. การกินยา Ondansetron	1
18. การนำภาชนะมาบรรจุน้ำดื่ม	1
	รวม 28 คะแนน

คำตอบที่แสดงว่าผู้ป่วยมีความรู้ (คะแนนความรู้ = 1 คะแนน) และ ผู้ป่วยไม่มีปัญหา (คะแนนปัญหา = 0 คะแนน) ให้ถือปฏิบัติตามเกณฑ์ดังต่อไปนี้

1. การเกิดอาการปวดแสบหรือบวมบริเวณที่ฉีดยาขณะฉีดยา (คะแนนเต็ม 2 คะแนน)
 - 1.1 สิ่งที่ต้องปฏิบัติทันที คือ แจ้งผู้ฉีดยาทราบทันที
 - 1.2 กรณีที่เกิดอาการแสบจากยา Vincristine (ขวดสีขาวขวดเล็ก) ให้ประคบด้วยความร้อน
กรณีที่เกิดอาการแสบจากยา Doxorubicin (ขวดสีแดง) ให้ประคบด้วยความเย็น
2. การเกิดอาการเบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน (คะแนนเต็ม 3 คะแนน)
 - 2.1 ผู้ป่วยต้องพยายามกินอาหาร ต้องฝืนกินแม้ว่าจะมีอาการมาก โดยเข้าใจหลักการว่า
การไม่กินอาหารจะทำให้ไม่มีแรงสู้โรคลุ้ย
 - 2.2 โดย กินครั้งละน้อย ๆ แต่บ่อย ๆ ไม่ให้ร่างกายอ่อนเพลีย
 - 2.3 เคี้ยว/คัมน้ำ ซ้ำ ๆ จะได้ไม่คลื่นไส้ อาเจียน
3. การเลือกกินอาหาร ก่อนฉีดยาด้านมะเร็ง (คะแนนเต็ม 1 คะแนน)
 - 3.1 กินอาหารอ่อน ๆ ก่อนฉีดยา เช่น ข้าวต้ม โจ๊ก
4. การหยุดกินอาหารก่อนฉีดยาด้านมะเร็ง (คะแนนเต็ม 1 คะแนน)
 - 4.1 ควรหยุดกินอาหารก่อนฉีดยาด้านมะเร็ง ประมาณ 2 ชั่วโมง
5. การเกิดอาการปากแห้ง แผลในปาก (คะแนนเต็ม 2 คะแนน)
 - 5.1 งดอาหารร้อน เปรี้ยว (รวมถึงน้ำส้ม มะนาว) เผ็ด เค็ม
กรณีที่มีประวัติสูบบุหรี่ คัมน้ำ ต้องงดสูบบุหรี่/คัมน้ำ
 - 5.2 บ้วนปากด้วยน้ำเกลือ ไม่ใช้น้ำยาบ้วนปากตามท้องตลาดที่ผสม alcohol
6. การดูแลสุขภาพช่องปากและฟัน (คะแนนเต็ม 2 คะแนน)

- 6.1 แปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้งคือ เช้า และ ก่อนนอน บ้วนปากหลังกินอาหารทุกครั้ง
- 6.2 ใช้แปรงสีฟันขนนุ่มและแปรงเบา ๆ
- 7 การเกิดอาการท้องผูก (คะแนนเต็ม 2 คะแนน)
- 7.1 กินอาหารที่มีเส้นใย/มีกากอาหารมากๆ เช่น ผัก ผลไม้ และกินน้ำมากๆ
- 7.2 เมื่อท้องผูกหรือถ่ายยากกว่าปกติ นานเกิน 2 วัน ควรใช้ยาระบาย
- 8 การเกิดอาการชาตามปลายมือปลายเท้า (คะแนนเต็ม 2 คะแนน)
- 8.1 ต้องแจ้งให้แพทย์ผู้รักษาทราบเมื่อถึงวันนัด
- 8.2 ถ้าชาปลายมือมือให้ระวังการจับของมีคม ของแตกง่าย ของร้อน และถ้าชาปลายเท้าต้องสวมรองเท้าทุกครั้ง ระวังการเดินการขึ้น และ การขึ้นลงบันได
- 9 การเกิดอาการไข้ (คะแนนเต็ม 2 คะแนน)
- 9.1 ต้องพบแพทย์ที่โรงพยาบาลใกล้บ้านทันที เมื่อมีไข้สูง หรือไข้หนาวสั่น ถ้าไข้ไม่สูงสามารถกินยาลดไข้ paracetamol ได้ แต่ถ้ากินยาไป 1 วันแล้วยังมีไข้ต้องไปพบแพทย์ทันที
- 9.2 การพบแพทย์ควรพบที่โรงพยาบาลใกล้บ้านก่อนที่จะมาโรงพยาบาลสงขลานครินทร์
- 10 การไปพบแพทย์ที่อื่น (คะแนนเต็ม 1 คะแนน)
- 10.1 ต้องแจ้งให้แพทย์ทราบว่าท่านเป็นโรคมะเร็งต่อมน้ำเหลือง และได้รับยาเคมีบำบัด
- 11 อาหาร และผลไม้ที่กินได้ (คะแนนเต็ม 2 คะแนน)
- 11.1 ต้องกินของสุก ๆ ใหม่ๆ
งดผักดิบ ขนมหจีน น้ำพริก แดงกวา ข้าวยา น้ำบูดู ส้มคำ นมเปรี้ยว น้ำแข็ง/
อาหารนอกบ้าน (อนุโลมเฉพาะกรณีที่น่าอาหารต่าง ๆ นี้ไปผ่านกรรมวิธีให้สุกๆใหม่ๆ)
- 11.2 ผลไม้ที่กินได้คือ ส้ม กล้วย เงาะ ลำ้งสะอาดด้วยน้ำก่อนปอกเปลือก
งดผลไม้ที่ใช้มีดปอก:มะม่วง แดงโม มะละกอ สับปะรด ฝรั่ง (อนุโลมเฉพาะกรณีนำมีดไปคั้นลวกและผู้ปอกล้างมือสะอาด)
งดผลไม้กินทั้งเปลือก:องุ่น ชมพู่
- 12 การล้างมือ (คะแนนเต็ม 1 คะแนน)
- 12.1 ล้างมือบ่อย ๆ โดยเฉพาะก่อนกินอาหาร/หลังเข้าห้องน้ำ หลังสัมผัสสัตว์เลี้ยง โดยล้างด้วยสบู่เป็นอย่างน้อยทุกครั้ง
- 13 สถานที่ ที่ไม่ควรไป (คะแนนเต็ม 1 คะแนน)
- 13.1 ไม่ไปในที่ที่แออัดเช่น โรงภาพยนตร์ ห้างสรรพสินค้า ตลาดสด

14 การคั้นน้ำ (คะแนนเต็ม 1 คะแนน)

14.1 คั้นน้ำอย่างน้อย 8 แก้ว ต่อวัน หรืออย่างน้อย 2 ลิตร และผู้ป่วยควรรู้ประโยชน์ของการคั้นน้ำ ได้แก่ ช่วยขับถ่ายของเสีย หรือช่วยป้องกันไม่ให้เกิดภาวะปัสสาวะอักเสบ

15 การกลั้นปัสสาวะ (คะแนนเต็ม 1 คะแนน)

15.1 ไม่กลั้นปัสสาวะ โดยเฉพาะเวลากลางคืน และผู้ป่วยควรรู้ประโยชน์ของการไม่กลั้นปัสสาวะ คือ ไม่ให้เกิดภาวะปัสสาวะอักเสบ ติดเชื้อ

16 การกินยา Prednisolone (คะแนนเต็ม 2 คะแนน)

16.1 ผู้ป่วยกินยาทุกวันจนขาด และกินถูกต้อง (จำนวนเม็ด จำนวนมือ ก่อน-หลังอาหารกินยา และกินวันที่ผิดยา) และผู้ป่วยจะต้องรู้ว่ามียาชื่ออะไร

16.2 ไม่ลืมกินยา ถ้าลืมสามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง คือกินทันทีที่นึกได้ ไม่เพิ่มยาเป็น 2 เท่า

17 การกินยา Ondansetron (คะแนนเต็ม 1 คะแนน)

17.1 ผู้ป่วยกินยาอย่างน้อย 2 วัน หลังผิดยา และกินถูกต้อง (จำนวนเม็ด จำนวนมือ ก่อน-หลังอาหารกินยา) ต้องกินยาก่อนอาหารครึ่งชั่วโมง และต้องกินก่อนผิดยาครึ่งชั่วโมง และผู้ป่วยจะต้องรู้ว่ามียาชื่ออะไร

18 การนำภาชนะมาบรรจุน้ำ (คะแนนเต็ม 1 คะแนน)

18.1 ผู้ป่วยต้องนำกระติกน้ำแข็งมาบรรจุยาที่ต้องแช่เย็น (อนุโลมกรณีผู้ป่วยมีที่พักอยู่ไม่ไกลจากโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ คือใช้เวลาเดินทางไม่เกิน 1 ชั่วโมง)

ผิวแห้ง/มีสิบลำ/ผื่นคัน/เห็บคิ้วหรือค้ำ ไม่มี มีเล็กน้อย=เกิดแต่เพียงเล็กน้อย ปานกลาง=เกิดกว้างขึ้นหรือเกิดมาก รุนแรง=เกิดมากและมีผลจากผิวแห้ง/ผ ทานใช้ยาเพิ่มเพื่อรักษาอาการนี้คือ	ไม่มี มีเล็กน้อย ปานกลาง รุนแรง	ไม่มี มีเล็กน้อย ปานกลาง รุนแรง	ไม่มี มีเล็กน้อย ปานกลาง รุนแรง	ไม่มี มีเล็กน้อย ปานกลาง รุนแรง	ไม่มี มีเล็กน้อย ปานกลาง รุนแรง	ไม่มี มีเล็กน้อย ปานกลาง รุนแรง	ไม่มี มีเล็กน้อย ปานกลาง รุนแรง
ผม หรือขนร่วง ไม่มี มีเล็กน้อย=ผม หรือขนร่วงเพียงเล็กน้อย ปานกลาง=ร่วงมาก เป็นหย่อมๆ รุนแรง=ผมร่วงหมดทั้งศีรษะ ทานใช้ยาเพิ่มเพื่อรักษาอาการนี้คือ	ไม่มี มีเล็กน้อย ปานกลาง รุนแรง	ไม่มี มีเล็กน้อย ปานกลาง รุนแรง	ไม่มี มีเล็กน้อย ปานกลาง รุนแรง	ไม่มี มีเล็กน้อย ปานกลาง รุนแรง	ไม่มี มีเล็กน้อย ปานกลาง รุนแรง	ไม่มี มีเล็กน้อย ปานกลาง รุนแรง	ไม่มี มีเล็กน้อย ปานกลาง รุนแรง
อาการไม่พึงประสงค์อื่นๆ ไม่มี มี เล็ก น้อย =..... ปานกลาง=..... รุนแรง =..... ทานใช้ยาเพิ่มเพื่อรักษาอาการนี้คือ	ไม่มี มีเล็กน้อย ปานกลาง รุนแรง	ไม่มี มีเล็กน้อย ปานกลาง รุนแรง	ไม่มี มีเล็กน้อย ปานกลาง รุนแรง	ไม่มี มีเล็กน้อย ปานกลาง รุนแรง	ไม่มี มีเล็กน้อย ปานกลาง รุนแรง	ไม่มี มีเล็กน้อย ปานกลาง รุนแรง	ไม่มี มีเล็กน้อย ปานกลาง รุนแรง
ทานต้องนอนรพ.....เพื่อรักษาอาการ.....ระหว่างวันที่.....ถึงวันที่.....							

ภาคผนวก จ

แบบสอบถามคุณภาพชีวิต (FACT-G version 4)

ข้อความข้างล่างนี้ เป็นข้อความที่ผู้ป่วยโรคเดียวกับท่านกล่าวว่ามีผลสำคัญ ขอให้ท่านอ่านแล้ว
เลือกวงกลมเพียงหนึ่งหมายเลขในแต่ละหัวข้อ ตามความรู้สึกที่แท้จริงของท่านในระยะเวลา 7
วันที่ผ่านมา ท่านรู้สึกว่าเป็นอย่างไรบ้าง

Patient No.....

ความผาสุกด้านร่างกาย	ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	ค่อนข้างมาก	มากที่สุด
GP1. ข้าพเจ้ารู้สึกหมดเรี่ยวแรง	0	1	2	3	4
GP 2. ข้าพเจ้ามีอาการคลื่นไส้	0	1	2	3	4
GP 3. เนื่องจากสภาพร่างกายที่เป็นอยู่ขณะนี้ ทำให้ข้าพเจ้ามีปัญหาในการดูแลรักษาต่างๆ ในครอบครัว	0	1	2	3	4
GP 4. ข้าพเจ้ามีอาการปวด	0	1	2	3	4
GP 5. ข้าพเจ้ารำคาญต่อผลข้างเคียงที่เกิดจากการรักษา	0	1	2	3	4
GP 6. ข้าพเจ้ารู้สึกไม่สบาย	0	1	2	3	4
GP 7. ข้าพเจ้าจำเป็นต้องใช้เวลาส่วนใหญ่นอนอยู่บนเตียง	0	1	2	3	4

ความผาสุกด้านสังคม/ ครอบครัว	ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	ค่อนข้างมาก	มากที่สุด
GS1. ข้าพเจ้ารู้สึกใกล้ชิดสนิทสนมกับเพื่อนๆ	0	1	2	3	4
GS 2. ข้าพเจ้าได้รับกำลังใจจากครอบครัว	0	1	2	3	4
GS 3. ข้าพเจ้าได้รับการดูแลช่วยเหลือจากเพื่อนๆ	0	1	2	3	4
GS 4. คนในครอบครัวยอมรับการเจ็บป่วยของข้าพเจ้า	0	1	2	3	4
GS 5. ข้าพเจ้าพอใจกับการสื่อสารภายในครอบครัว เช่น การพูดคุย การแสดงความเห็นอกเห็นใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของข้าพเจ้า	0	1	2	3	4
GS 6. ข้าพเจ้ารู้สึกใกล้ชิดกับคู่ครอง (หรือคนสำคัญที่คอยให้กำลังใจ)	0	1	2	3	4

Q1 ไม่ว่าในปัจจุบันท่านจะมีเพศสัมพันธ์มากน้อยเพียงใดก็ตาม กรุณาตอบคำถามต่อไปนี้ หากท่านไม่ต้องการตอบคำถามในส่วนนี้ กรุณาทำเครื่องหมาย X ลงในช่อง <input type="checkbox"/> แล้วข้ามไปทำข้อต่อไป (GE1)					
GS7. ข้าพเจ้าพึงพอใจกับชีวิตทางเพศของตนเอง	0	1	2	3	4

ความผาสุกด้านอารมณ์ จิตใจ	ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	ค่อนข้างมาก	มากที่สุด
GE1. ข้าพเจ้ารู้สึกเศร้าใจ	0	1	2	3	4
GE 2. ข้าพเจ้ารู้สึกพอใจกับวิธีที่ข้าพเจ้าปรับตัวกับการเจ็บป่วยของตนเอง	0	1	2	3	4
GE 3. ข้าพเจ้ารู้สึกหมดหวังในการต่อสู้กับการเจ็บป่วย	0	1	2	3	4
GE 4. ข้าพเจ้ารู้สึกกระวนกระวายใจ	0	1	2	3	4
GE 5. ข้าพเจ้ากังวลเกี่ยวกับความตาย	0	1	2	3	4
GE 6. ข้าพเจ้ากังวลว่าอาการจะแย่ลง	0	1	2	3	4

ความผาสุกด้านการปฏิบัติกิจกรรม	ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	ค่อนข้างมาก	มากที่สุด
GF1. ข้าพเจ้าสามารถทำงานทั่วไปได้	0	1	2	3	4
GF 2. ข้าพเจ้าพึงพอใจในผลสำเร็จของงาน (รวมถึงงานบ้าน)	0	1	2	3	4
GF 3. ข้าพเจ้ายังมีชีวิตที่สนุกสนานได้	0	1	2	3	4
GF 4. ข้าพเจ้าชอบรับความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ได้	0	1	2	3	4
GF 5. ข้าพเจ้านอนหลับสนิท	0	1	2	3	4
GF 6. ข้าพเจ้ายังคงสนุกสนานเหมือนเดิมกับสิ่งที่เคยทำเพื่อความสำราญ	0	1	2	3	4
GF 7. ข้าพเจ้าพึงพอใจกับคุณภาพชีวิตของตนเองในขณะนี้	0	1	2	3	4

ภาคผนวก จ

แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการให้คำแนะนำปรึกษาโดยทีมรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งต่อมน้ำเหลือง ที่โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

ก. ท่านพอใจต่อการบริการของทีมรักษาโรคของท่าน (แพทย์ พยาบาลและเภสัชกร) ในประเด็นต่อไปนี้หรือไม่	ระดับความพึงพอใจ				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1. การให้ความรู้และคำแนะนำปรึกษาเกี่ยวกับการรักษาโรคและการใช้ยาโดย					
1.1 แพทย์	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.2 พยาบาล	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.3 เภสัชกร	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ความสุภาพ กระตือรือร้นและความเป็นมิตรของ					
2.1 แพทย์	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.2 พยาบาล	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.3 เภสัชกร	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. การบริการของ <u>เภสัชกร</u> ในการดูแลท่านเกี่ยวกับการใช้ยาและการปฏิบัติตัว	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ท่านพอใจกับการบริการให้คำแนะนำปรึกษาโดย <u>ทีมรักษา</u> ของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ข. ท่านคิดว่าบริการให้คำแนะนำปรึกษาโดยทีมรักษา (แพทย์ พยาบาลและเภสัชกร) ของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ควรปรับปรุงอย่างไรบ้าง

ไม่ต้องปรับปรุง ต้องปรับปรุง (กรุณาให้รายละเอียดของข้อควรปรับปรุง)

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------------|
| 1. การให้ความรู้และคำแนะนำปรึกษาเกี่ยวกับการรักษาโรคและการใช้ยาโดย | | |
| 1.1 แพทย์ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1.2 พยาบาล | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1.3 เภสัชกร | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. ความสุภาพ กระตือรือร้นและความเป็นมิตรของ | | |
| 2.1 แพทย์ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2.2 พยาบาล | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2.3 เภสัชกร | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. การบริการของเภสัชกรในการดูแลท่านเกี่ยวกับการใช้ยาและการปฏิบัติตัว | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

ค. ท่านคิดว่าทีมรักษาของโรงพยาบาลควรจัดให้มีการบริการให้คำแนะนำปรึกษาเกี่ยวกับการรักษาโรคและการใช้ยาอย่างละเอียดกี่ครั้งของการได้รับยา

- ทุกครั้งของการได้รับยา เฉพาะครั้งแรก 2 ครั้ง 3 ครั้ง 4 ครั้ง ครั้ง อื่นๆ.....

ง. ข้อคิดเห็นหรือข้อเสนอแนะอื่น ๆ.....

ภาคผนวก ข

บัตรส่งผู้ป่วยเข้าโครงการ

บัตรส่งผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านมะเร็งครั้งแรก เพื่อ

1. ทบเภสัชกรห้อง...14....

(รับยา โดยไม่ต้องเข้าแถวรอรับยาตามหมายเลขรับยา)

2. พบพยาบาลซึ่งจะให้คำแนะนำปรึกษาแก่ผู้ป่วย

ภาคผนวก ข

แบบฟอร์มการปฏิบัติตัวเมื่อออกจากคลินิกโรคเลือด
เพื่อรับบริการอื่นๆในโรงพยาบาล

การปฏิบัติตัวเมื่อออกจากคลินิกโรคเลือด

กรุณาติดต่อ

.....ห้องบัตร

.....การเงินใกล้ห้องยา ช่อง 5

.....การเงินใกล้ห้องยา ช่อง 6-8

.....ชื่อวัสดุการแพทย์ ช่อง 13

.....การเงินห้องเจาะเลือด

.....นำใบเสร็จไปรับยา

.....นำใบเสร็จไปเอ็กซเรย์

.....นำใบเสร็จไปเจาะเลือด/ตรวจปัสสาวะ

.....นำใบเสร็จไปตรวจคลื่นหัวใจ

.....ส่งปรึกษาคลินิก.....

.....หน่วยดูแลผู้ป่วยนอกก่อน/หลังทำหัตถการ

.....กลับคลินิก.....

.....ฉีดยาที่ห้องฉีดยาทำแผล/คลินิกฝากครรภ์

.....ห้องบัตร ช่องรับผู้ป่วยใน ช่อง 1-2

ภาคผนวก ฉ

แบบประเมินความเชื่อมั่นของการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา

Naranjo's Algorithm

ประกอบด้วยคำถาม 10 ข้อ โดยตอบว่า “ใช่” “ไม่ใช่” หรือ “ไม่ทราบ” คะแนนในแต่ละคำถาม มีตั้งแต่ +2 ถึง -1 นำคะแนนที่ประเมินได้มารวมกัน แล้วจัดลำดับความเชื่อมั่นหรือความเป็นไปได้ของการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ ดังนี้

คะแนน	ระดับการประเมิน (Probability scale)
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 0	ไม่น่าจะใช่ (Unlikely)
1-4	เป็นไปได้ (Possible)
5-8	น่าจะใช่ (Probable)
มากกว่าหรือเท่ากับ 9	ใช่แน่นอน (Definite high probable)

คำถาม	ใช่	ไม่ใช่	ไม่ทราบ	คะแนน
1. อาการไม่พึงประสงค์ เคยมีรายงานมาก่อน	+1	0	0	
2. อาการนี้เกิดขึ้นหลังจากได้รับยาที่สงสัย	+2	-1	0	
3. อาการหายไป/ทุเลาลงเมื่อหยุดยา/ได้ยาค้านฤทธิ์	+1	0	0	
4. อาการนี้เกิดขึ้นอีกเมื่อได้รับยาที่สงสัยซ้ำ	+2	-1	0	
5. อาการนี้อาจเกิดจากสาเหตุอื่นที่ไม่ใช่ยา	-1	+2	0	
6. อาการนี้ยังคงเกิดขึ้นแม้ว่าจะได้รับยาหลอก	-1	+1	0	
7. ระดับยาใน specimen มีมากถึงขั้นเป็นพิษ	+1	0	0	
8. อาการรุนแรงขึ้นหรือลดลงเมื่อเพิ่มหรือลดยา	+1	0	0	
9. เคยเกิดอาการนี้หลังจากได้รับยาหรือกลุ่มยาที่สงสัย	+1	0	0	
10. สามารถวัดค่าได้ เช่น ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจร่างกาย	+1	0	0	

ภาคผนวก ญ

**ตารางแสดงความเที่ยงของแบบประเมินคุณภาพชีวิต FACT-G version 4 หมวดต่าง ๆ
ในผู้ป่วยโรคมะเร็งต่อมน้ำเหลือง ที่โรงพยาบาลสงขลานครินทร์**

คุณภาพชีวิต	ค่าความเที่ยง (Cronbach's alpha)				
	ก่อนเริ่ม การศึกษา	ครั้งที่มาพบเภสัชกร (หลังการศึกษา)			
		ครั้งที่ 0	ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	ครั้งที่ 3
ความผาสุกด้านร่างกาย	0.7077	0.6821	0.7499	0.6131	0.8451
ความผาสุกด้านสังคม/ครอบครัว	0.7307	0.6907	0.8327	0.8284	0.7963
ความผาสุกด้านอารมณ์ จิตใจ	0.8392	0.7605	0.7768	0.7308	0.6647
ความผาสุกด้านการปฏิบัติกิจกรรม	0.8979	0.8224	0.7954	0.8712	0.8158
คุณภาพชีวิตรวม	0.9047	0.7584	0.8776	0.8752	0.8661