

บทที่ 4

ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง

จากการคัดเลือกผู้ป่วยโรคมะเร็งต่อมน้ำเหลืองที่ได้รับยาต้านมะเร็งครั้งแรกและยินยอมเข้าร่วมโครงการ จำนวน 77 คน พบว่า ต้องคัดออกจากโครงการ 15 คน คงเหลือในงานวิจัย 62 คน เนื่องจากได้รับยาต้านมะเร็งไม่ครบ 3 ครั้งของแผนการรักษา สาเหตุเพราะ เสียชีวิต 12 คน และไม่มารับยาต่อ 3 คน จากการสอบถามสาเหตุการเสียชีวิตจากญาติผู้ป่วยและค้นหาในเวชระเบียนผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เสียชีวิตโดยสัมพันธ์กับการเกิดภาวะติดเชื้อมากถึง 9 คน (ร้อยละ 75 ของผู้ป่วยที่เสียชีวิต และร้อยละ 12 ของ ผู้ป่วยที่ยินยอมเข้าโครงการ) โดยมีอาการและอาการแสดงได้แก่ มีไข้ ท้องเสีย ปอดอักเสบ งูสวัด เป็นต้น ที่เหลือเสียชีวิตเพราะภาวะแทรกซ้อนของโรคมะเร็ง 2 คนและไม่ทราบสาเหตุแน่ชัด 1 คน ผู้ป่วยส่วนใหญ่เสียชีวิตโดยที่ยังไม่ได้รับคำแนะนำปรึกษาจากเภสัชกร 10 คน (ร้อยละ 83 ของผู้ป่วยที่เสียชีวิต) โดยเป็นผู้ป่วยที่เสียชีวิตหลังจากได้รับยาต้านมะเร็งครั้งแรก 8 คน (สัมพันธ์กับการเกิดภาวะติดเชื้อ 7 คน เสียชีวิตเพราะภาวะแทรกซ้อนของโรคมะเร็ง 1 คน) ที่เหลือเป็นผู้ป่วยในกลุ่มควบคุม 2 คน (สัมพันธ์กับการเกิดภาวะติดเชื้อ 1 คน ไม่ทราบสาเหตุแน่ชัด 1 คน) ส่วนผู้ป่วยกลุ่มทดลองเสียชีวิต 2 คนหลังได้รับยาต้านมะเร็งครั้งที่ 2 ซึ่งเคยได้รับคำแนะนำปรึกษาโดยเภสัชกร 1 ครั้ง (สัมพันธ์กับการเกิดภาวะติดเชื้อ 1 คน เสียชีวิตเพราะภาวะแทรกซ้อนของโรคมะเร็ง 1 คน)

จะเห็นได้ว่าการเกิดภาวะติดเชื้อหลังได้รับยาต้านมะเร็งทำให้เกิดความรุนแรงจนเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้จึงเป็นสิ่งที่ควรตระหนักในการให้คำแนะนำป้องกันปัญหาแก่ผู้ป่วยจากการวิจัยครั้งนี้พบผู้ป่วยเสียชีวิตโดยสัมพันธ์กับการเกิดภาวะติดเชื้อมากถึงร้อยละ 12 ซึ่งสูงกว่างานวิจัยในอดีตที่พบเพียงร้อยละ 0.5 (Miller, 1998) อาจเป็นเพราะงานวิจัยดังกล่าวมีการตรวจและติดตามวัดระดับเม็ดเลือดขาวหลังจากได้รับยาต้านมะเร็ง พบว่า ผู้ป่วยมี เกรด 4 ของ neutropenia มากถึงร้อยละ 35 แต่มีผู้เสียชีวิตน้อย ซึ่งอาจเป็นผลจากการเฝ้าระวังและการรักษาที่ทันเหตุการณ์ ในขณะที่งานวิจัยครั้งนี้จะคงรูปแบบปกติของการรักษา คือ ให้ยาต้านมะเร็งแล้วผู้ป่วยกลับไปพักรักษาตัวที่บ้าน และจะกลับมาพบแพทย์อีกครั้งเมื่อถึงเวลานัดครั้งถัดไป ดังนั้นการให้ความรู้ความเข้าใจเพื่อป้องกันแก้ไขการเกิดภาวะติดเชื้อแก่ผู้ป่วยจึงเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อให้ผู้ป่วยไปรับการ

รักษาที่โรงพยาบาลใกล้บ้านได้อย่างทันเหตุการณ์ และจากงานวิจัยครั้งนี้พบผู้ป่วยเสียชีวิตหลังได้รับยาต้านมะเร็งครั้งแรกถึง 8 คน (ร้อยละ 67 ของ ผู้ป่วยที่เสียชีวิต) จึงควรเน้นย้ำให้ผู้ป่วยตระหนักตั้งแต่ก่อนได้รับยาต้านมะเร็งครั้งแรก ซึ่งงานวิจัยในอดีตก็มีรายงานว่าหลังจากผู้ป่วยโรคมะเร็งต่อมน้ำเหลืองได้ยาต้านมะเร็งครั้งแรกนั้น พบว่าผู้ป่วยเกิดภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำร่วมกับมีไข้ (febrile neutropenia) สูงถึงร้อยละ 33 (Intragumtornchai et al., 2000) ซึ่งภาวะดังกล่าวสามารถทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ในเวลาที่รวดเร็วถ้าไม่ได้รับการรักษา (Balmer, 2002)

ผู้ป่วยที่ไม่มารักษาต่อ 3 คน โดยผู้ป่วย 1 คนให้เหตุผลว่าต้องเดินทางไปประกอบพิธีตามหลักศาสนาอิสลามที่ประเทศซาอุดีอาระเบียหลายเดือน และอีก 2 คนบอกว่าขอพักให้ร่างกายพร้อมแล้วจะมารักษาต่อ

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยในกลุ่มทดลอง 30 คนและกลุ่มควบคุม 32 คน แสดงดังตารางที่ 10 พบว่า ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันในทุก ๆ ด้าน ($p > 0.05$) ทั้งด้านเพศ อายุ ระดับการศึกษา สิทธิการรักษา และระยะโรค และพบว่าผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มมีลักษณะของผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่เหมือนกันในทุก ๆ ด้านคือ ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยเพศชาย อายุมากกว่า 60 ปี การศึกษาระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า สิทธิการรักษาใช้บัตรสุขภาพถ้วนหน้า 30 บาท และมีระยะโรคระยะที่ 2

- เพศ และอายุของผู้ป่วยที่พบในงานวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับรายงานการวิจัยในอดีตที่พบว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งต่อมน้ำเหลืองในประเทศไทย มีสัดส่วนเพศชายมากกว่าเพศหญิง และผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยสูงอายุ (Sukpanichnant et al., 1998; Intragumtornchai et al., 1996)

- การศึกษา พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการศึกษาในระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า (กลุ่มควบคุมร้อยละ 69 กลุ่มทดลองร้อยละ 57) อธิบายได้ว่า เป็นเพราะผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในวัยกลางคนและสูงอายุ ซึ่งการศึกษาก่อนหน้านั้นคือ ระดับประถมศึกษา

- สิทธิการรักษาของผู้ป่วย ผู้ป่วยส่วนใหญ่ใช้บัตรสุขภาพถ้วนหน้า 30 บาท (กลุ่มควบคุม ร้อยละ 72 กลุ่มทดลองร้อยละ 70) ซึ่งเป็นไปตามนโยบายของรัฐบาล โดยผู้ป่วยได้รับการส่งต่อจากโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป ในจังหวัดที่ผู้ป่วยพักอาศัย

- ระยะโรค ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระยะโรคอยู่ในระยะที่ 2 (กลุ่มควบคุมร้อยละ 44 กลุ่มทดลอง ร้อยละ 33) การแบ่งระยะโรคจะทำให้ทราบถึงการพยากรณ์โรค จากงานวิจัยในอดีตพบว่าผู้ป่วยที่มีระยะโรคระยะที่ 1 และ 2 ส่วนใหญ่จะหายจากโรค ในขณะที่ผู้ป่วยที่มีระยะโรคระยะที่ 3 และ 4 จะหายขาดจากโรคเพียงร้อยละ 30-40 (Miller et al, 1998) ซึ่งผู้ป่วยในงานวิจัยนี้ไม่พบความแตกต่างของระยะโรค

ตารางที่ 10 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

| ข้อมูลผู้ป่วย | | กลุ่มทดลอง (N=30) | กลุ่มควบคุม (N=32) | รวม (N=62) | p-value ¹ |
|---------------|--------------------------------|----------------------|-----------------------|---------------|----------------------|
| | | ราย (ร้อยละ) | ราย (ร้อยละ) | ราย (ร้อยละ) | |
| 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) | |

¹ Chi-square Test

1. ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการได้รับยาต้านมะเร็ง

การวัดความรู้ของผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับการได้รับยาต้านมะเร็ง โดยเน้นความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันและแก้ไขอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาต้านมะเร็ง จำนวน 15 ข้อใหญ่ ความรู้เกี่ยวกับการกินยาของผู้ป่วย จำนวน 2 ข้อใหญ่ และความรู้เกี่ยวกับการนำภาชนะมาบรรจุยาชนิด 1 ข้อ รวม 18 ข้อ คะแนนเต็ม 28 คะแนน (ภาคผนวก ก2) ประเด็นความรู้และคะแนนในแต่ละข้อและคะแนนเต็มมีดังนี้

| ประเด็นความรู้ | คะแนนเต็ม |
|--------------------------------------------------|-----------|
| 1. การเกิดอาการปวดแสบหรือบวมบริเวณที่ฉีดยาชนิดใด | 2 |
| 2. การเกิดอาการเบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน | 3 |
| 3. การเลือกกินอาหารก่อนฉีดยาต้านมะเร็ง | 1 |
| 4. การหยุดกินอาหารก่อนฉีดยาต้านมะเร็ง | 1 |
| 5. การเกิดอาการปากแห้ง/แผลในปาก | 2 |
| 6. การดูแลสุขภาพช่องปากและฟัน | 2 |
| 7. การเกิดอาการท้องผูก | 2 |
| 8. การเกิดอาการชาตามปลายมือ/เท้า | 2 |
| 9. การเกิดอาการไข้ | 2 |
| 10. การไปพบแพทย์ที่อื่น | 1 |
| 11. อาหารและผลไม้ที่กินได้ | 2 |
| 12. การล้างมือ | 1 |
| 13. สถานที่ที่ไม่ควรไป | 1 |
| 14. การดื่มน้ำ | 1 |
| 15. การกลืนปัสสาวะ | 1 |
| 16. การกินยา Prednisolone | 2 |
| 17. การกินยา Ondansetron | 1 |
| 18. การนำภาชนะมาบรรจุยา | 1 |
| รวม | 28 คะแนน |

การประเมินความรู้จะดำเนินการในกลุ่มทดลอง 3 ครั้งคือ มาพบเภสัชกรครั้งที่ 1 (ก่อนได้รับคำแนะนำปรึกษาโดยเภสัชกร) ครั้งที่ 2 และครั้งที่ 3 ส่วนกลุ่มควบคุมจะได้รับการประเมิน

ความรู้ 2 ครั้ง คือเมื่อมาพบเภสัชกรครั้งที่ 1 และ 3 โดยการมาพบเภสัชกรครั้งที่ 1 หมายถึงผู้ป่วยได้รับยาต้านมะเร็งไปแล้ว 1 ครั้งและกำลังจะได้รับยาต้านมะเร็งครั้งที่ 2 ดังนั้นการมาพบเภสัชกรครั้งที่ 2 และ 3 หมายถึงการมารับยาต้านมะเร็งครั้งที่ 3 และ 4 ตามลำดับ ซึ่งโดยทั่วไปการให้ยาแต่ละครั้งของผู้ป่วยห่างกันประมาณ 4 อาทิตย์ สาเหตุที่กลุ่มควบคุมไม่สามารถประเมินความรู้ได้ 3 ครั้งเท่ากับกลุ่มทดลองเพราะข้อจำกัดในทางปฏิบัติและประเด็นจริยธรรมที่ประเมินความรู้ของผู้ป่วยบ่อยครั้งโดยไม่ได้ให้ความรู้ที่ถูกต้อง

แบบประเมินความรู้ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 4 คน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางโลหิตวิทยา 1 คน อายุรแพทย์ 1 คน และเภสัชกรคลินิก 2 คน และทดสอบความเที่ยงของแบบประเมิน โดยใช้ Kuder-Richarson

- ก่อนเริ่มศึกษา ได้ทำการทดสอบความเข้าใจในเนื้อหาของผู้ป่วยโรคมะเร็ง

ต่อมน้ำเหลืองแล้วนำข้อคิดเห็นของผู้ป่วยเกี่ยวกับความชัดเจนของคำถาม ความยากง่ายมา ปรับปรุงแล้วจึงนำมาทดสอบความเที่ยงในผู้ป่วยโรคมะเร็งต่อมน้ำเหลือง 10 คน ได้ความเที่ยง 0.7416 ซึ่ง ≥ 0.7 ซึ่งเป็นเกณฑ์ที่สามารถนำมาใช้ในงานวิจัยได้ (สมพร, 2545)

- หลังสิ้นสุดการศึกษาพบว่า เมื่อผู้ป่วยมาพบเภสัชกรครั้งที่ 1 ครั้งที่ 2 และครั้งที่ 3 มีค่าความเที่ยงของแบบประเมินความรู้ 0.6572 (ผู้ป่วย 62 คน) 0.8096 (ผู้ป่วย 30 คน) และ 0.9453 (ผู้ป่วย 62 คน) ตามลำดับ

ผลคะแนนความรู้ของผู้ป่วยดังแสดงในตารางที่ 11 พบว่า ก่อนให้ความรู้คำแนะนำปรึกษาโดยเภสัชกร ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ใกล้เคียงกันคือ กลุ่มทดลอง 6.43 คะแนน กลุ่ม ควบคุม 6.34 คะแนน เมื่อผู้ป่วยกลุ่มทดลองได้รับคำแนะนำปรึกษาโดยเภสัชกร พบว่า คะแนนเฉลี่ยเพิ่มมากขึ้นตามจำนวนครั้งที่ให้คำแนะนำ โดยครั้งที่ 2 คะแนนเฉลี่ย 18 คะแนน และครั้งที่ 3 คะแนนเฉลี่ย 23 คะแนน ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเพียงเล็กน้อยในการมาพบเภสัชกรครั้งที่ 3 คือ 8.34 คะแนน ผู้ป่วยกลุ่มควบคุมมีคะแนนต่ำสุดคือ 0 คะแนน ในขณะที่ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีผู้ป่วยที่ได้คะแนนต่ำสุดเมื่อมาพบเภสัชกรครั้งที่ 1 ครั้งที่ 2 ครั้งที่ 3 คือ 2 คะแนน 8 คะแนน และ 15 คะแนน ตามลำดับ

ตารางที่ 11 คะแนนความรู้ของผู้ป่วย (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 |

1.1 เปรียบเทียบความรู้ของผู้ป่วยภายในกลุ่มทดลองเมื่อมาพบเภสัชกรครั้งที่ 1 ครั้งที่ 2 และครั้งที่ 3

เมื่อวิเคราะห์หาความแตกต่างระหว่างครั้งที่มาพบเภสัชกรต่อค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของผู้ป่วยกลุ่มทดลอง ตามตารางที่ 12 และ 13 พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยคะแนนเฉลี่ยความรู้ของการมาพบเภสัชกรครั้งที่ 1 แตกต่างจากครั้งที่ 2 และ 3 และคะแนนเฉลี่ยความรู้ของการมาพบ เภสัชกรครั้งที่ 2 ก็แตกต่างจากครั้งที่ 3 เช่นกัน ($p < 0.001$)

1.2 เปรียบเทียบความรู้ผู้ป่วยระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองเมื่อมาพบเภสัชกรครั้งที่ 1 และครั้งที่ 3

เมื่อวิเคราะห์หาความแตกต่างระหว่างครั้งที่มาพบเภสัชกรและระหว่างกลุ่ม จากตารางที่ 14 พบว่าปฏิสัมพันธ์ของกลุ่มและเวลาต่อค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) เมื่อวิเคราะห์ต่อตามตารางที่ 15 พบว่า การมาพบเภสัชกรครั้งที่ 1 (ก่อนได้รับความรู้คำแนะนำจากเภสัชกร) ไม่มีความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความรู้ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ($p = 0.914$) แต่เมื่อผู้ป่วยมาพบเภสัชกรครั้งที่ 3 พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ($p < 0.001$)

ตารางที่ 12 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้กับครั้งที่มาพบ
เภสัชกรของผู้ป่วยกลุ่มทดลอง

| Source | Type III Sum of Squares | df | Mean Square | F | p-value ¹ |
|---------------------|-------------------------|--------|-------------|---------|----------------------|
| ครั้งที่มาพบเภสัชกร | 4504.067 | 1.555 | 2897.126 | 259.884 | < 0.001 |
| Residual within | 502.600 | 45.085 | 11.148 | | |

¹ repeated measures ANOVA

ตารางที่ 13 ผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของผู้ป่วยกับครั้งที่มาพบเภสัชกรของผู้ป่วยกลุ่ม
ทดลอง

| ครั้งที่มาพบเภสัชกร | Mean Difference | Std. Error | p-value | 95% Confidence Interval for Difference ^a | |
|-------------------------|--------------------|---------------|---------|--------------------------------------------------------|-------------|
| | | | | Lower Bound | Upper Bound |
| ครั้งที่ 1 - ครั้งที่ 2 | -11.533 | 0.904 | < 0.001 | -13.831 | -9.236 |
| ครั้งที่ 1 - ครั้งที่ 3 | -16.967 | 0.791 | < 0.001 | -18.978 | -14.956 |
| ครั้งที่ 2 - ครั้งที่ 3 | -5.433 | 0.538 | < 0.001 | -6.799 | -4.068 |

a Adjustment for multiple comparisons: Bonferroni.

ตารางที่ 14 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของการมาพบ
เภสัชกรครั้งที่ 1 และครั้งที่ 3 ของกลุ่มตัวอย่าง

| Source | Type III Sum of Squares | df | Mean Square | F | p-value ¹ |
|------------------|-------------------------|----|-------------|---------|----------------------|
| Within subjects | | | | | |
| เวลา | 2785.041 | 1 | 2785.041 | 381.092 | < 0.001 |
| เวลา * กลุ่ม | 1734.202 | 1 | 1734.202 | 237.300 | < 0.001 |
| Residual within | 438.483 | 60 | 7.308 | | |
| Between subjects | | | | | |
| กลุ่ม | 1775.971 | 1 | 1775.971 | 109.344 | < 0.001 |
| Residual between | 974.521 | 60 | 16.242 | | |

¹ ANOVA (split-plot design)

ตารางที่ 15 ผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของผู้ป่วยกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองระหว่างครั้งที่
มาพบเภสัชกร

| ครั้งที่มาพบเภสัชกร | Mean Difference | Std. Error | p-value | 95% Confidence Interval for Difference ^a | |
|---------------------|-----------------|------------|---------|-----------------------------------------------------|-------------|
| | | | | Lower Bound | Upper Bound |
| ครั้งที่ 1 | 0.090 | 0.824 | 0.914 | -1.558 | 1.738 |
| ครั้งที่ 3 | 15.056 | 0.918 | < 0.001 | 13.221 | 16.892 |

a Adjustment for multiple comparisons: Bonferroni.

จากผลการวิจัยที่ได้ แสดงให้เห็นว่าการให้ความรู้คำแนะนำปรึกษาโดยเภสัชกรในแต่ละครั้งที่ผู้ป่วยมาพบเภสัชกรนั้น ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทุกครั้ง และเมื่อผู้ป่วยต้องมารับยาต้านมะเร็งครั้งที่ 4 (พบเภสัชกรครั้งที่ 3) เหมือนกันทั้งสองกลุ่ม ผู้ป่วยกลุ่มทดลองซึ่งได้รับคำแนะนำปรึกษาโดยเภสัชกรมีความรู้ที่มากกว่า โดยแตกต่างจากผู้ป่วยกลุ่มควบคุมซึ่งไม่ได้รับคำแนะนำปรึกษาโดยเภสัชกรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับงานวิจัยในอดีตที่พบว่า หลังจากเภสัชกรให้ความรู้แก่ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านมะเร็งจะทำให้ผู้ป่วยมีความรู้เพิ่มขึ้นแตกต่างจากกลุ่มที่ไม่ได้รับคำแนะนำปรึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเฉพาะการให้ความรู้ที่เกี่ยวกับการดูแลตนเอง (วารสาร, 2541 ; สมพร, 2545) และผลการวิจัยนี้ช่วยยืนยันความน่าเชื่อถือของผลการวิจัยในอดีตที่เภสัชกรได้ให้ความรู้คำแนะนำกับผู้ป่วยโรคมะเร็งต่อมน้ำเหลืองที่โรงพยาบาลสงขลานครินทร์เช่นเดียวกับงานวิจัยนี้แล้วพบว่าผู้ป่วยมีความรู้เพิ่มขึ้น แต่เนื่องจากไม่ได้เปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมจึงทำให้ไม่สามารถตอบได้ว่าความรู้ที่เพิ่มขึ้นมาจากการให้คำแนะนำปรึกษาของเภสัชกร หรือมาจากประสบการณ์การได้รับยาหลายครั้งหรือเรียนรู้กันเองระหว่างกลุ่มผู้ป่วยด้วยกัน ระหว่างที่รอการรักษา นอกจากนี้ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำข้อเสนอแนะจากงานวิจัยครั้งก่อนมาปรับปรุงการให้คำแนะนำปรึกษาแก่ผู้ป่วยแล้วเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความรู้ที่ครอบคลุมปัญหาที่อาจเกิดขึ้นมากที่สุด ซึ่งงานวิจัยครั้งก่อนเปรียบเทียบเพียงก่อนและหลังการให้คำแนะนำปรึกษา คือให้คำแนะนำปรึกษาเพียง 1 ครั้ง (รุ่งฟ้า, 2548) แต่จากผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า จำเป็นต้องให้ความรู้คำแนะนำปรึกษาแก่ผู้ป่วยอย่างน้อย 2 ครั้ง เพราะความรู้บางอย่างผู้ป่วยยังไม่ได้นำมาใช้ประโยชน์จึงทำให้ไม่สามารถจดจำได้ หรือความรู้บางอย่างผู้ป่วยฟังเพียงรอบเดียวไม่เข้าใจ ซึ่งการที่เภสัชกรประเมินและตรวจสอบอย่างน้อย 2 ครั้งทำให้

สามารถค้นหาสาเหตุและแก้ไข ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้หลังได้รับคำแนะนำปรึกษาครั้งที่ 2 (ประเมินเมื่อผู้ป่วยมาพบเภสัชกรครั้งที่ 3) เพิ่มขึ้นจากครั้งก่อนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

โดยผลการวิจัยครั้งนี้ เป็นไปตามทฤษฎีการเรียนรู้ (learning theory) ทั้งแบบพฤติกรรม (Behaviorist) และแบบคอนสตรัคติวิสต์ (Constructivist) (สุณีย์, 2546 ; ทิสนา และคณะ, 2545) ดังนี้

- ทฤษฎีการเรียนรู้แบบพฤติกรรมศาสตร์ คือการเรียนรู้เกิดจากการรับรู้ และประสบการณ์ของผู้ป่วย โดยผู้ป่วยได้รับสิ่งเร้า ได้แก่ การให้ความรู้คำแนะนำปรึกษาที่เภสัชกรให้ซ้ำ ๆ กันหลายครั้ง และมีการกระตุ้นโดยการวัดผลของการให้ความรู้ เป็นผลให้เกิดความเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วย คือมีความรู้ดีขึ้นและปัญหาการปฏิบัติตัวลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทุกครั้งที่ผู้ป่วยมาพบเภสัชกร (ผลของปัญหาการปฏิบัติตัวที่ลดลงนั้น จะกล่าวต่อไปในหัวข้อ 2) และแตกต่างจากกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับสิ่งเร้า คือไม่ได้รับคำแนะนำปรึกษาจากเภสัชกรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน

- ทฤษฎีการเรียนรู้แบบคอนสตรัคติวิสต์ คือ การเรียนรู้ขึ้นกับความรู้เดิมของผู้ป่วย ซึ่งเภสัชกรต้องทำหน้าที่ค้นหาให้พบว่า ความรู้เดิมของผู้ป่วยเป็นอย่างไร ประเด็นใดถูกต้องไม่ถูกต้อง สาเหตุเกิดจากอะไร แล้วแก้ไขให้ความรู้คำแนะนำปรึกษาให้ถูกต้อง ซึ่งจากผลการวิจัยที่พบว่าการให้คำแนะนำปรึกษาเพียง 1 ครั้งไม่เพียงพอผู้ป่วยยังมีความรู้ที่น้อยนั้น อาจอธิบายโดยทฤษฎีการเรียนรู้แบบนี้ ได้ว่า การพูดอธิบายให้ผู้ฟัง บางประเด็นผู้ป่วยอาจไม่เข้าใจ เป็นเพราะว่าผู้ป่วยยังไม่สามารถเชื่อมโยงสร้างความหมายระหว่างความรู้ใหม่กับความรู้เดิมที่มีอยู่ได้ สิ่งเร้าหรือความรู้ใหม่ที่รับเข้าไปจึงไม่มีความหมายและจะอยู่เพียงชั่วคราวแล้วลืมไป ดังนั้นเภสัชกรจำเป็นต้องฝึกฝนทักษะ ประสบการณ์ ต้องใช้ความพยายาม และให้เวลาที่มากพอ ในการจัดการแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่แท้จริง ว่าผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเพิ่มขึ้นจริง

2. ปัญหาด้านการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับการได้รับยาต้านมะเร็ง

การวัดการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับการได้รับยาต้านมะเร็งโดยวิธีสัมภาษณ์เน้นปัญหาด้านการปฏิบัติตัวที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันและแก้ไขอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาต้านมะเร็ง หัวข้อในการประเมินเหมือนกับการประเมินความรู้ผู้ป่วย คือ มีคะแนนเต็ม 28 คะแนน โดยคะแนนมากหมายถึงผู้ป่วยมีปัญหาการปฏิบัติตัวมาก ซึ่งการประเมินการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยจะทำให้รู้ว่าผู้ป่วยมีความรู้แล้วนำไปปฏิบัติหรือไม่ หากไม่ปฏิบัติเกิดจากสาเหตุใด หรือผู้ป่วยปฏิบัติถูกต้องแต่ไม่มีความรู้ก็จะทำให้เกิดปัญหาการปฏิบัติตัวได้ในภายหลัง ดังนั้นจึงจำเป็นต้องประเมิน

ทั้งความรู้และการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยควบคู่กันไป ซึ่งปัญหาและสาเหตุที่พบจะเป็นประโยชน์ในการให้คำแนะนำปรึกษาแก่ผู้ป่วยเฉพาะราย เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดปัญหาด้านการปฏิบัติตัวน้อยที่สุด

การประเมินปัญหาการปฏิบัติตัวจะดำเนินการในกลุ่มทดลอง 3 ครั้งคือ มาพบเภสัชกรครั้งที่ 1 (ก่อนได้รับคำแนะนำปรึกษาโดยเภสัชกร) ครั้งที่ 2 และครั้งที่ 3 ส่วนกลุ่มควบคุมจะได้รับการประเมินปัญหาการปฏิบัติตัวเพียงครั้งเดียว คือเมื่อมาพบเภสัชกรครั้งที่ 3 สาเหตุที่กลุ่มควบคุมไม่สามารถประเมินความรู้ได้ 3 ครั้งเท่ากับกลุ่มทดลองเพราะข้อจำกัดในทางปฏิบัติและประเด็นด้านจริยธรรม การประเมินปัญหาการปฏิบัติตัวนั้นเป็นการประเมินแบบเจาะลึก ต้องอาศัยเวลาและความใกล้ชิดผู้ป่วย ดังนั้นเมื่อพบปัญหาจะต้องรีบป้องกันแก้ไข และถ้าผู้ป่วยมีคำถามสงสัย เภสัชกรจะต้องตอบคำถาม ซึ่งทำให้สูญเสียความเป็นกลุ่มควบคุมไป

ผลคะแนนปัญหาการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย แสดงตามตารางที่ 16 จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยในกลุ่มทดลองมีคะแนนปัญหาการปฏิบัติตัวเฉลี่ยลดลงทุกครั้งหลังได้รับคำแนะนำปรึกษาโดยเภสัชกรคือ 12 คะแนน 5 คะแนน และ ครั้งสุดท้ายเหลือเพียงแค่ 2 คะแนนตามลำดับ คะแนนของผู้ป่วยที่มีปัญหาสูงสุดก็ลดลงตามลำดับคือ 18 คะแนน 14 คะแนน และ 9 คะแนน ส่วนกลุ่มควบคุมซึ่งวัดคะแนนเฉพาะครั้งที่ 3 พบปัญหาเฉลี่ย 11 คะแนน โดยคะแนนปัญหาสูงสุดคือ 18 คะแนน

ตารางที่ 16 คะแนนปัญหาการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย (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 |

2.1 เปรียบเทียบปัญหาการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยภายในกลุ่มทดลองเมื่อมาพบเภสัชกรครั้งที่ 1 ครั้งที่ 2 และครั้งที่ 3

เมื่อวิเคราะห์หาความแตกต่างระหว่างครั้งที่มาพบเภสัชกรต่อค่าเฉลี่ยคะแนนปัญหาการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยกลุ่มทดลอง ตามตารางที่ 17 และ 18 พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยคะแนนเฉลี่ยคะแนนปัญหาการปฏิบัติตัวของการมาพบเภสัชกรครั้งที่ 1 แตกต่างจากครั้งที่ 2

และ 3 และคะแนนเฉลี่ยคะแนนปัญหาการปฏิบัติตัวของการมาพบเภสัชกรครั้งที่ 2 ก็แตกต่างจากครั้งที่ 3 เช่นกัน ($p < 0.001$) นั่นคือค่าเฉลี่ยคะแนนปัญหาของกลุ่มทดลองลดลงอย่างมีนัยสำคัญทุกครั้งของการได้รับคำแนะนำปรึกษาจากเภสัชกร

2.2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยปัญหาการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง เมื่อมาพบเภสัชกรครั้งที่ 3

จากตารางที่ 19 พบว่า กลุ่มทดลองเมื่อมาพบเภสัชกรครั้งที่ 3 มีค่าเฉลี่ยคะแนนปัญหาการปฏิบัติตัว 2 คะแนน และกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนปัญหา 11 คะแนน ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

จากผลการวิจัยที่ได้ แสดงให้เห็นว่าการให้ความรู้คำแนะนำปรึกษาโดยเภสัชกรในแต่ละครั้งที่ผู้ป่วยมาพบเภสัชกรนั้น นอกจากทำให้ผู้ป่วยมีความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทุกครั้งแล้วยังทำให้ผู้ป่วยมีปัญหาการปฏิบัติตัวลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทุกครั้งด้วย ซึ่งแสดงให้เห็นว่าความรู้ที่เพิ่มขึ้นนั้นผู้ป่วยได้มีการนำไปปฏิบัติจริง ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับงานวิจัยในอดีตที่พบว่าเมื่อเภสัชกรให้คำแนะนำปรึกษา ทำให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติตัวที่ดีจนส่งผลให้ค่าประสิทธิผลการดูแลตนเองเมื่อเกิดอาการไม่พึงประสงค์ ดีขึ้น โดยค่าประสิทธิผลการดูแลตนเองแบ่งเป็น 5 ระดับ คือ 1 – 5 เรียงจากผลที่สามารถลดความรุนแรงของอาการไม่พึงประสงค์ ตั้งแต่ไม่ได้ผล (ระดับ 1) จนถึงอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นหายไป (ระดับ 5) พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าประสิทธิผลการดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และยังพบว่าผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมก็มีประสิทธิผลการดูแลตนเองที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญโดยที่ไม่ได้รับคำแนะนำปรึกษาจากเภสัชกร ซึ่งผู้วิจัยได้อธิบายว่าการที่ผู้ป่วยได้รับความรู้บ่อยครั้งมากขึ้นหรือการมีประสบการณ์ในการได้รับยาต้านมะเร็งมากขึ้น โอกาสของการเกิดอาการไม่พึงประสงค์มากขึ้นนั้นทำให้ผู้ป่วยมีวิธีการดูแลตนเองได้ดียิ่งขึ้น (สมพร, 2545) แต่ผลวิจัยครั้งนี้ไม่สามารถบอกได้ว่าผู้ป่วยกลุ่มควบคุมมีปัญหาการปฏิบัติตัวลดลงหรือไม่เพราะไม่มีการประเมินข้อมูลพื้นฐาน บอกได้เพียงแต่ว่าเมื่อผู้ป่วยต้องมารับยาต้านมะเร็งครั้งที่ 4 (พบเภสัชกรครั้งที่ 3) เหมือนกันทั้งสองกลุ่ม ผู้ป่วยกลุ่มทดลองซึ่งได้รับคำแนะนำปรึกษาโดยเภสัชกรมีปัญหาการปฏิบัติตัวที่น้อยกว่าผู้ป่วยกลุ่มควบคุมมากโดยแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้งานวิจัยครั้งนี้ยังสอดคล้องกับงานวิจัยในอดีตที่พบว่าทำให้ข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการอาการข้างเคียงจากการใช้ยาต้านมะเร็งแก่ผู้ป่วยโดยพยาบาล จะทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเองมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับข้อมูลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) โดยงานวิจัยนี้ใช้แบบสอบถามพฤติกรรมดูแลตนเอง และให้ผู้ป่วยเป็นผู้รายงานการดูแลตนเอง

ด้วยตัวเอง (self - report) (Dodd, 1983) และยังพบว่า การให้ความรู้รายละเอียดเกี่ยวกับยาร่วมกับการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการอาการข้างเคียงดังกล่าว จะทำให้ผู้ป่วยมีความรู้เพิ่มและพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองเพิ่มขึ้น ในขณะที่การให้ความรู้เกี่ยวกับยาอย่างเดียวจะเพิ่มเพียงความรู้เกี่ยวกับยาต้านมะเร็งและการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการอาการข้างเคียงจากการใช้ยาต้านมะเร็งอย่างเดียวก็จะเพิ่มแค่พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองที่ดีขึ้น (Dodd, 1984)

ตารางที่ 17 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนปัญหาการปฏิบัติตัวกับครั้งที่มาพบเภสัชกรของผู้ป่วยกลุ่มทดลอง

| Source | Type III Sum of Squares | df | Mean Square | F | p-value ¹ |
|---------------------|----------------------------|--------|-------------|---------|----------------------|
| ครั้งที่มาพบเภสัชกร | 1689.622 | 1.732 | 975.509 | 296.884 | < 0.001 |
| Residual within | 165.044 | 50.229 | 3.286 | | |

¹ repeated measures ANOVA

ตารางที่ 18 ผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนปัญหาการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยกับครั้งที่มาพบเภสัชกรของผู้ป่วยกลุ่มทดลอง

| ครั้งที่มาพบเภสัชกร | Mean Difference | Std Error | p-value | 95% Confidence Interval for Difference ^a | |
|-------------------------|--------------------|--------------|---------|--------------------------------------------------------|-------------|
| | | | | Lower Bound | Upper Bound |
| ครั้งที่ 1 – ครั้งที่ 2 | 7.033 | 0.351 | < 0.001 | 6.142 | 7.924 |
| ครั้งที่ 1 – ครั้งที่ 3 | 10.400 | 0.502 | < 0.001 | 9.125 | 11.675 |
| ครั้งที่ 2 – ครั้งที่ 3 | 3.367 | 0.441 | < 0.001 | 2.247 | 4.486 |

a Adjustment for multiple comparisons: Bonferroni.

ตารางที่ 19 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนปัญหาของการมาพบเภสัชกรครั้งที่ 3 ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

| กลุ่มผู้ป่วย | จำนวน (คน) | ค่าเฉลี่ยคะแนนปัญหา | ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน | t | p-value ¹ (2-tailed Prob) |
|--------------|---------------|---------------------|--------------------------|--------|-----------------------------------------|
| กลุ่มทดลอง | 30 | 2.07 | 2.10 | 13.101 | < 0.001 |
| กลุ่มควบคุม | 32 | 10.75 | 3.06 | | |

¹ independent- t-test

3. ปัญหาจากการใช้ยา

3.1 จำนวนปัญหาจากการใช้ยา (ไม่รวมปัญหาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา)

การประเมินปัญหาจากการใช้ยาจะดำเนินการควบคู่ไปกับการประเมินความรู้ ปัญหาการปฏิบัติตัว และการให้คำแนะนำปรึกษาแก่ผู้ป่วย โดยกลุ่มทดลองจะได้รับการประเมินปัญหาจากการใช้ยาอย่างเต็มรูปแบบเมื่อมาพบเภสัชกรครั้งที่ 1 ครั้งที่ 2 และครั้งที่ 3 และกลุ่มควบคุมจะได้รับการประเมินอย่างเต็มรูปแบบเมื่อมาพบเภสัชกรครั้งที่ 3

ส่วนการมาพบเภสัชกรครั้งที่ 0 ของทั้งสองกลุ่มและการมาพบเภสัชกรครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 ของผู้ป่วยกลุ่มควบคุมนั้น พบข้อจำกัดในทางปฏิบัติของการประเมินปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการตั้งใช้ยาของแพทย์และการจ่ายยาให้กับผู้ป่วย คือ การมาพบเภสัชกรครั้งที่ 0 ของทั้งสองกลุ่ม (ก่อนได้รับยาต้านมะเร็งครั้งแรก) ผู้ป่วยจะได้รับคำชี้แจงโครงการ การยินยอมเข้าร่วมโครงการ การแจกแบบฟอร์มรายงานอาการไม่พึงประสงค์และได้รับการสัมภาษณ์คุณภาพชีวิตก่อนได้รับยาต้านมะเร็งครั้งแรก ทำให้ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มมีโอกาสรู้จักเภสัชกรผู้วิจัย และเภสัชกรผู้วิจัยมีโอกาสได้เห็นยาต้านมะเร็งที่ผู้ป่วยได้รับ โดยจรรยาบรรณของวิชาชีพ และจริยธรรม เมื่อพบเห็นปัญหาจากการใช้ยา ต้องรีบดำเนินการแก้ไข ในการวิจัยครั้งนี้จึงมีข้อมูลของการพบปัญหาจากการใช้ยาในการมาพบเภสัชกรครั้งที่ 0 ของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่ม ตามตารางที่ 20 ส่วนปัญหาการใช้ยาของการมาพบเภสัชกรครั้งที่ 1 และ 2 ของผู้ป่วยกลุ่มควบคุมตามตารางที่ 20 นั้น เป็นเพราะผู้ป่วยรู้จักเภสัชกรและต้องมารับเอกสารประเมินของโครงการวิจัยที่ห้องให้คำปรึกษา ทำให้เภสัชกรมีโอกาสพบปัญหาโดยบังเอิญ แต่อย่างไรก็ตามเภสัชกรผู้วิจัยสามารถกระยะห่างกับผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มได้คือไม่ให้มีการให้คำแนะนำปรึกษาตามรูปแบบที่กำหนดไว้ในโครงการซึ่งเป็นหัวใจของงานวิจัยใน

ครั้งนี้ แก่ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มก่อนในการมาพบเภสัชกรครั้งที่ 0 และไม่มีมาให้คำแนะนำปรึกษา แก่ผู้ป่วยกลุ่มควบคุมในการมาพบเภสัชกรครั้งที่ 1 และ 2 ซึ่งจากผลการวิจัยที่พบว่าผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มมีความรู้พื้นฐานเมื่อมาพบเภสัชกรครั้งที่ 1 ไม่แตกต่างกันนั้น ($p = 0.914$) เป็นสิ่งยืนยันได้ระดับหนึ่งว่าการพบปัญหาและแก้ไขปัญหาลักษณะเกี่ยวกับการสั่งจ่ายของแพทย์ และการจ่ายยาให้ผู้ป่วย ไม่มีผลทำให้ความรู้พื้นฐานก่อนได้รับคำแนะนำปรึกษาโดยเภสัชกรของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มแตกต่างกัน การประเมินว่าสิ่งที่พบเป็นปัญหาจากการจ่ายหรือไม่ นั้น เภสัชกรผู้วิจัยได้ปรึกษาร่วมกันกับทีมรักษาซึ่งประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางโลหิตวิทยา 1 คน และพยาบาลวิชาชีพของหน่วยโลหิตวิทยา 1 คน หากพบว่าสาเหตุมาจากแพทย์ สามารถแจ้งแพทย์ผู้รักษาดำเนินการแก้ไขได้ทันที หรือหากเกิดจากผู้ป่วยก็สามารถแก้ไขโดยให้คำแนะนำปรึกษาตามแนวทางที่กำหนดไว้ในโครงการวิจัยได้ทันที และทุกปัญหาที่เกิดขึ้นได้ผ่านการยืนยันจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านอายุรกรรม 1 คนว่าเป็นปัญหาที่ต้องได้รับแก้ไข

ตารางที่ 20 จำนวนปัญหาจากการจ่ายยาในผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มที่พบจากการพบเภสัชกรในแต่ละครั้ง (ไม่รวมปัญหาอาการไม่พึงประสงค์จากการจ่ายยา)

| ปัญหาจากการจ่ายยา | ครั้งที่พบเภสัชกรของ กลุ่มทดลอง (n = 30) | | | | ครั้งที่พบเภสัชกรของ กลุ่มควบคุม (n = 32) | | | |
|------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----|----|---|----------------------------------------------|---|---|----|
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 0 | 1 | 2 | 3 |
| การไม่ได้รับยาที่ควรได้รับ | 8 | 5 | 0 | 0 | 4 | 0 | 1 | 7 |
| การได้รับยาที่ไม่จำเป็น | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| การได้รับยาที่ไม่เหมาะสม | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| การได้รับยาที่ถูกต้องแต่ขนาด/จำนวนน้อยเกินไป | 9 | 3 | 1 | 0 | 8 | 2 | 0 | 5 |
| การได้รับยาที่ถูกต้องแต่ขนาด/จำนวนมากเกินไป | 0 | 3 | 0 | 0 | 4 | 0 | 2 | 1 |
| การเกิดปฏิกิริยากันต่อยา | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| การไม่ได้รับยาหรือได้รับยาไม่ครบ | 2 | 28 | 11 | 2 | 1 | 1 | 0 | 29 |
| อื่น ๆ ได้แก่ | 3 | 3 | 2 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 |
| - การระบุวิธีใช้ยาไม่ถูกต้อง/ไม่สมบูรณ์ | | | | | | | | |
| - วันนัดพบแพทย์ไม่ถูกต้อง | | | | | | | | |
| รวมจำนวนปัญหาจากการจ่ายยาในแต่ละครั้งที่ผู้ป่วยมาพบเภสัชกร | 22 | 42 | 14 | 2 | 18 | 4 | 3 | 44 |

จากการทดสอบการกระจายของข้อมูลจำนวนปัญหาจากการใช้ยา พบว่า มีการกระจายของข้อมูลแบบไม่ปกติ ดังนั้นจึงต้องใช้ การวิเคราะห์ทางสถิติแบบ non-parametric

3.1.1 เปรียบเทียบจำนวนปัญหาจากการใช้ยา (ไม่รวมปัญหาอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา) ภายในกลุ่มทดลองเมื่อพบเภสัชกรครั้งที่ 0 ครั้งที่ 1 ครั้งที่ 2 และครั้งที่ 3

จากผลการวิจัย ดังตารางที่ 20 พบว่าการพบเภสัชกรครั้งที่ 0 ของกลุ่มทดลอง พบปัญหาจากการใช้ยา 22 ปัญหา (พบปัญหาในผู้ป่วย 15 คน จากจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 30 คน) โดย 20 ปัญหา (ร้อยละ 91) เป็นปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการสั่งยาของแพทย์ ปัญหาส่วนใหญ่ คือ การได้รับยาถูกต้องแต่ขนาด/จำนวนน้อยเกินไป 9 ปัญหา (ร้อยละ 41) และการไม่ได้รับยาที่ควรได้รับ 8 ปัญหา (ร้อยละ 36) และเมื่อ ผู้ป่วยมาพบเภสัชกรครั้งที่ 1 ซึ่งเภสัชกรได้ประเมินปัญหาจากการใช้ยาอย่างเต็มรูปแบบ พบปัญหาจากการใช้ยา 42 ปัญหา ในผู้ป่วย 22 คน โดยเป็นปัญหาเก่าที่ยังแก้ไขไม่ได้ 7 ปัญหา ซึ่งเป็นปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการสั่งยาของแพทย์ ได้แก่ การไม่ได้รับการสั่งยาด้านอาเจียนก่อนได้รับยาด้านมะเร็ง และการระบุวิธีใช้ยาไม่ถูกต้อง ปัญหาส่วนใหญ่เป็นปัญหาการไม่ได้รับยาหรือได้รับยาไม่ครบ 28 ปัญหา (ร้อยละ 67) ซึ่งเกิดจากการกินยาของผู้ป่วยเองถึง 27 ปัญหา เภสัชกรได้ดำเนินการแก้ไขปัญหาโดยการให้คำแนะนำปรึกษาผู้ป่วยและแจ้งแพทย์ในส่วนของปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการสั่งยา/การนัดของแพทย์ พบว่าหลังการดำเนินการแก้ไขเมื่อผู้ป่วยมาพบเภสัชกรครั้งที่ 2 ปัญหาจากการใช้ยาลดลงเหลือ 14 ปัญหา แตกต่างจากจำนวนปัญหาของการมาพบเภสัชกรครั้งที่ 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.001$) โดยเป็นปัญหาเก่าที่ไม่ยังแก้ไขไม่ได้ 7 ปัญหา ซึ่งทั้ง 7 ปัญหาเป็นปัญหาเกี่ยวกับการกินยาของผู้ป่วย เช่นการไม่กินยาด้านอาเจียนโดยคิดว่าต้องรอให้อาเจียนก่อน และเวลากินยาของผู้ป่วยไม่ถูกต้อง พบว่า 3 ปัญหาใน 14 ปัญหา (ร้อยละ 21) เป็นปัญหาเกี่ยวกับการสั่งยา/การนัดของแพทย์ซึ่งเป็นปัญหาที่พบใหม่ในครั้งนี้ ส่วนอีก 11 ปัญหา (ร้อยละ 79) เป็นปัญหาเกี่ยวกับการกินยาของผู้ป่วยเอง ได้แก่เวลากินยาไม่ถูกต้อง ลืมกินยาแล้วปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง ไม่กินยาด้านอาเจียน เป็นต้น เภสัชกรได้ดำเนินการแก้ไขปัญหาอีกครั้ง พบว่า เมื่อผู้ป่วยมาพบเภสัชกรครั้งที่ 3 พบปัญหาจากการใช้ยาลดลงเหลือเพียง 2 ปัญหา แตกต่างจากจำนวนปัญหาจากการใช้ยาครั้งที่ 1 และ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$ และ $p = 0.008$ ตามลำดับ) โดยทั้ง 2 ปัญหาเป็นปัญหาเก่าที่เกี่ยวข้องกับการกินยาของผู้ป่วย คือ เวลากินยาไม่ถูกต้อง สาเหตุเพราะผู้ป่วยเคยชินกับการกินยาแบบเดิมที่เคยปฏิบัติ

3.1.2 เปรียบเทียบจำนวนปัญหาจากการใช้ยา (ไม่รวมปัญหาอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเมื่อผู้ป่วยมาพบเภสัชกรครั้งที่ 3

จากตารางที่ 20 พบว่าการมาพบเภสัชกรครั้งที่ 0 ของกลุ่มควบคุม พบปัญหาจากการใช้ยา 18 ปัญหา (พบปัญหาในผู้ป่วย 11 คน จากจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 32 คน) โดย 17 ปัญหา (ร้อยละ 94) เป็นปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการสั่งยาของแพทย์ ปัญหาส่วนใหญ่ คือ การได้รับยาถูกต้องแต่ขนาด/จำนวนน้อยเกินไป 8 ปัญหา (ร้อยละ 44) และเมื่อผู้ป่วยมาพบเภสัชกรครั้งที่ 1 และ 2 พบปัญหาจากการใช้ยาโดยบังเอิญรวม 7 ปัญหา ซึ่งเป็นปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการสั่งยาของแพทย์ 6 ปัญหา เมื่อผู้ป่วยมาพบเภสัชกรครั้งที่ 3 ซึ่งมีการประเมินปัญหาจากการใช้ยาอย่างเต็มรูปแบบ พบปัญหาจากการใช้ยา 44 ปัญหา ในผู้ป่วย 27 คน ซึ่งแตกต่างจากกลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) เป็นปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการกินยาของผู้ป่วย 29 ปัญหา (ร้อยละ 66) และเกี่ยวข้องกับการสั่งยาของแพทย์ 15 ปัญหา (ร้อยละ 34) โดยทุกปัญหาเป็นปัญหาที่พบใหม่ในครั้งนี้

รายละเอียดของจำนวนปัญหาจากการใช้ยาในแต่ละข้อที่พบในผู้ป่วยทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม นับเฉพาะที่เป็นปัญหาใหม่ของผู้ป่วย โดยแบ่งตามสาเหตุของการเกิดว่าเกิดจากการสั่งยา/การนัดผู้ป่วยของแพทย์ สาเหตุเกิดจากการจ่ายยาของเภสัชกรและพยาบาล และสาเหตุเกิดจากตัวผู้ป่วยเอง ดังตารางที่ 21 พบจำนวนปัญหาจากการใช้ยาในผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มใกล้เคียงกันคือ กลุ่มทดลอง 64 ปัญหา และกลุ่มควบคุม 67 ปัญหา ซึ่งพบว่าปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการสั่งยา/การนัดผู้ป่วยของแพทย์นั้น อันดับแรก เกิดจากการไม่ได้สั่งยาด้านอาเจียนให้กับผู้ป่วยก่อนได้รับยาด้านมะเร็ง (ร้อยละ 14) รองลงมาคือ การสั่งยาในขนาด/จำนวนน้อยเกินไป (ร้อยละ 11) อย่างไรก็ตาม ในจำนวนปัญหาการไม่ได้สั่งยาด้านอาเจียนก่อนได้รับยาด้านมะเร็งนั้น พบว่าส่วนใหญ่แพทย์ไม่ลืมที่จะสั่งยา Ondansetron ซึ่งเป็นยาด้านอาเจียนให้ผู้ป่วย แต่ปัญหาที่พบคือแพทย์ไม่ได้ระบุว่าต้องกินยาก่อนนอนครึ่งชั่วโมง ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับยาด้านอาเจียนก่อนนอนครึ่งวัน ส่วนการสั่งยาในขนาด/จำนวนน้อยเกินไปนั้น พบรายละเอียดปัญหาซึ่งขอยกเป็นตัวอย่างของปัญหาจากการใช้ยาที่เกี่ยวข้องกับการสั่งยาของแพทย์ดังนี้

- สั่ง Cyclophosphamide ชาติไป 200 mg ในกลุ่มทดลอง 1 คน กลุ่มควบคุม 2 คน
- สั่ง Prednisolone ซึ่งต้องกินทุกวันเป็นวันเว้นวัน ในกลุ่มทดลอง 2 คน กลุ่มควบคุม 2 คน
- สั่ง Prednisolone จาก 10 เม็ดวันละ 2 ครั้ง เป็น 5 เม็ดวันละ 2 ครั้งในกลุ่มทดลอง 1 คน

- ตั้ง Prednisolone จำนวน 100 เม็ด เป็น 10 เม็ด และ จาก 168 เม็ดเป็น 60 เม็ดในกลุ่มทดลอง 2 คน
- ตั้ง Vincristine ขาดไป 1 mg (ต้องใช้ 2 mg) ในกลุ่มทดลอง 1 คน กลุ่มควบคุม 1 คน
- ตั้ง Adriamycin ขาดไป 10 mg ในกลุ่มควบคุม 2 คน

ตารางที่ 21 รายละเอียดของปัญหาจากการใช้ยาที่เป็นปัญหาใหม่ที่พบในผู้ป่วยทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (ไม่รวมปัญหาอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา)

| รายละเอียดปัญหา | จำนวนปัญหา | | จำนวนรวม (ร้อยละ) |
|---------------------------------------------------------|------------|-------------|----------------------|
| | กลุ่มทดลอง | กลุ่มควบคุม | |
| 1. ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการสั่งยา/การนัดของแพทย์ | | | |
| - ไม่ได้ตั้งยาต้านอาเจียนก่อนได้รับยาต้านมะเร็ง | 7 | 11 | 18 (13.74) |
| - ไม่ได้ตั้งยา Lamivudine ในผู้ป่วย HBs Ag positive | 1 | - | 1 (0.76) |
| - ขนาดยา/จำนวนยาน้อยไป | 7 | 7 | 14 (10.69) |
| - ขนาดยา/จำนวนยามากไป | 3 | 7 | 10 (7.63) |
| - สั่งบริหารยาไม่ถูกต้อง (ก่อน-หลังอาหาร) | 5 | 7 | 12 (9.16) |
| - ระบุวิธีใช้ยาไม่สมบูรณ์ | 3 | 2 | 5 (3.82) |
| - ระบุวันที่ใช้ยาไม่ถูกต้อง | 3 | - | 3 (2.29) |
| - ระบุวันนัดผู้ป่วยนานเกินไป | 1 | 1 | 2 (1.53) |
| - ผู้ป่วยต้องได้รับการสั่งยาผิด regimen | - | 1 | 1 (0.76) |
| 2. ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการจ่ายยาให้กับผู้ป่วย | | | |
| - เกสซกร ไม่ได้จ่ายยาต้านมะเร็งให้กับผู้ป่วย | 1 | 1 | 2 (1.53) |
| - พยาบาล ไม่ได้ให้ยา Prednisolone เมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน | 1 | - | 1 (0.76) |
| 3. ปัญหาที่เกิดจากผู้ป่วย | | | |
| - เวลากินยาไม่ถูกต้อง (ก่อน-หลังอาหาร) | 10 | 15 | 25 (19.09) |
| - ลืมกินยา/ปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องเมื่อลืมกินยา | 10 | 3 | 13 (9.93) |
| - ไม่กินยาต้านอาเจียน/รอให้อาเจียนแล้วค่อยกิน | 7 | 5 | 12 (9.16) |
| - ไม่กินยา Prednisolone/กินไม่ครบตามแพทย์สั่ง | 2 | 5 | 7 (5.34) |
| - กินยา Prednisolone ก่อนได้รับการฉีดยาต้านมะเร็ง | 1 | 1 | 2 (1.53) |
| - กินยา Prednisolone มากกว่าแพทย์สั่ง | - | 1 | 1 (0.76) |
| - อ่านวิธีกินยาผิดจึงกินยาน้อยไป | 1 | - | 1 (0.76) |
| - อ่านวันนัดผิด | 1 | - | 1 (0.76) |
| รวมจำนวนปัญหาทั้งหมด | 64 | 67 | 131 (100) |

ส่วนปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการจ่ายยาให้กับผู้ป่วยนั้นพบว่า เกศษกรไม่ได้จ่ายยาต้านมะเร็งให้กับผู้ป่วย 2 คน สาเหตุเพราะการเปลี่ยนแปลงระบบการเตรียมยาต้านมะเร็งในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ที่ผู้ป่วยบางคนเตรียมยาและฉีดยาต้านมะเร็งที่โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ซึ่งเภสัชกรผู้จ่ายยาไม่ต้องจ่ายยาให้กับผู้ป่วย และบางคนต้องนำยาไปฉีดที่โรงพยาบาลใกล้เคียง ปัญหาที่พบคือ ผู้ป่วยที่ฉีดโรงพยาบาลใกล้เคียงไม่ได้รับยาเพราะเภสัชกรเข้าใจว่าฉีดที่โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ และพบว่าพยาบาลไม่ได้จ่ายยา Prednisolone เมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน 1 คน ซึ่งฉีดยาต้านมะเร็งบนหอผู้ป่วย แพทย์ได้สั่งยา Prednisolone 5 วัน เมื่อถึงวันกลับบ้าน แพทย์ไม่ได้สั่งยาให้เป็นยากลับบ้าน ทำให้พยาบาลไม่ได้นำยาที่สั่งไว้แล้วจ่ายให้แก่ผู้ป่วย

ปัญหาที่เกิดจากผู้ป่วย พบปัญหาผู้ป่วยกินยาเวลาไม่ถูกต้องร้อยละ 19 รองลงมาคือ ลืมกินยาและปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องเมื่อลืมกินยาร้อยละ 10 และไม่กินยาต้านอาเจียนหรือรอให้อาเจียนแล้วค่อยกินยาร้อยละ 9

ปัญหาผู้ป่วยกินยาเวลากินยาไม่ถูกต้องเช่น ยา Ondansetron ควรกินก่อนอาหารครึ่งชั่วโมงเพื่อให้ยาออกฤทธิ์ได้ทันในการป้องกันอาการคลื่นไส้ อาเจียนที่เกิดขึ้นระหว่างกินอาหาร พบว่าผู้ป่วยมักกินยาหลังอาหารหรือก่อนอาหาร 5 นาที และไม่กินยาเพราะเข้าใจว่ารอให้อาเจียนแล้วค่อยกินยา ซึ่งเป็นสิ่งที่ไม่ถูกต้อง เพราะเป้าหมายของการให้ยาต้านอาเจียนคือ การป้องกันการเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียนให้ได้อย่างสมบูรณ์แบบ (completely) (Gralla et al, 1999) ส่วนยา Prednisolone ซึ่งเป็นยารักษาโรค และต้องให้พร้อมกับยาต้านมะเร็งชนิดฉีด พบว่าผู้ป่วยกินยาก่อนได้รับการฉีดยา 3 วัน หรือกินยาหมดก่อนได้รับการฉีดยา สาเหตุเพราะผู้ป่วยต้องนำยาไปฉีดที่โรงพยาบาลใกล้เคียง ซึ่งในบางครั้งไม่ได้ฉีดยา เพราะติดวันหยุดราชการ หรือผู้ป่วยมีไข้ เม็ดเลือดขาวต่ำไม่สามารถฉีดยาได้

ส่วนการลืมกินยานั้น พบว่า ผู้ป่วยไม่มีความรู้เกี่ยวกับวิธีปฏิบัติตัวเมื่อลืมกินยาและมักมั่นใจว่าตนเองไม่ลืมกินยาแน่นอน ทำให้เมื่อเกิดการลืมกินยา จึงกินยาไม่ถูกต้อง

จากผลการวิจัยจะเห็นได้ว่า การที่เภสัชกรดูแลผู้ป่วยในกลุ่มทดลองโดยให้คำแนะนำปรึกษาและแก้ไขปัญหาดังกล่าว ที่เกี่ยวกับการใช้ยา ทำให้ผู้ป่วยเกิดปัญหาจากการใช้ยาน้อยลงทุกครั้งที่มาพบเภสัชกรอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.05$) และเมื่อผู้ป่วยมาพบเภสัชกรครั้งที่ 3 ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีปัญหากจากการใช้ยาน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยในอดีตที่พบว่า ปัญหากจากการใช้ยาต้านมะเร็งส่วนใหญ่เป็นปัญหาที่สามารถป้องกันและแก้ไขได้ถ้าเภสัชกรมีส่วนร่วมในการดูแลและติดตามปัญหา โดยเฉพาะปัญหาผู้ป่วย

ไม่ใช้ยาตามสั่งแพทย์ (ชบาไพร, 2538; วรางคณา, 2541) และสอดคล้องกับงานวิจัยในอดีตเกี่ยวกับบทบาทของเภสัชกรคลินิกในประเทศไทยที่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคต่าง ๆ (ที่ไม่ใช่เฉพาะเพียงแต่โรคมะเร็ง) แล้วพบว่า ผู้ป่วยมีปัญหาจากการใช้ยาลดลง (เยวภา, 2544; โสมรัมย์, 2547)

การที่ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการสั่งยาของแพทย์เป็นปัญหาที่พบมากในงานวิจัยครั้งนี้ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม สาเหตุเพราะ

- โรงพยาบาลสงขลานครินทร์เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิและเป็นโรงเรียนแพทย์ ดังนั้นนอกจากอาจารย์แพทย์ของหน่วยโลหิตวิทยาที่ตรวจเป็นประจำที่คลินิกโรคเลือดแล้ว ยังมีแพทย์ใช้ทุนและแพทย์ประจำบ้านของภาควิชาอายุรศาสตร์ที่หมุนเวียนมาตรวจ ซึ่งอาจไม่คุ้นเคยกับการสั่งยาต้านมะเร็ง

- ปัญหาทางคอมพิวเตอร์ เช่นความผิดพลาดในการตั้งค่า (default) วิธีใช้ยา Prednisolone ของแพทย์ที่ต้องการให้กินทุกวัน แต่ตั้งค่าในคอมพิวเตอร์เป็น วันเว้นวัน และอีกปัญหาที่พบ คือ การคำนวณจำนวนยาที่พบว่า ถ้าแพทย์ใส่ข้อมูลวันนัดก่อนใส่จำนวนยาให้กับผู้ป่วย ระบบคอมพิวเตอร์จะคำนวณจำนวนยาตามจำนวนวันที่นัดทันที ทำให้จำนวนยามากเกินไป

- ในบางครั้งมีการเรียกข้อมูลการใช้ยาครั้งก่อนของผู้ป่วยที่มีอยู่ในคอมพิวเตอร์มาใช้สั่งยาให้แก่ผู้ป่วยอีกครั้ง โดยไม่ได้ตรวจสอบข้อมูลที่ถูกต้องและเป็นปัจจุบันของผู้ป่วย ทำให้ยาที่สั่งใช้ไม่ถูกต้องเหมาะสม

ดังนั้นแนวทางแก้ไขปัญหา สามารถใช้ระบบของงานช่วยตรวจสอบป้องกันการเกิดปัญหาเหล่านี้ไม่ให้เกิดขึ้นซ้ำในผู้ป่วยรายอื่น ๆ ได้แก่ การประสานงานกับหน่วยคอมพิวเตอร์เพื่อแก้ไขปัญหา ตลอดจนการถ่ายทอดความรู้ ประสบการณ์ และปัญหาที่พบให้แก่เภสัชกรผู้ร่วมงานที่ปฏิบัติหน้าที่จ่ายยา รวมทั้งการแสดงรายละเอียดเกี่ยวกับขนาดยาต้านมะเร็งที่จ่ายยา เป็นต้น

ปัญหาเกี่ยวกับการกินยาของผู้ป่วยก็เป็นปัญหาใหญ่ของการเกิดปัญหาจากการใช้ยาในงานวิจัยครั้งนี้ ทั้ง ๆ ที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 90) มียากินเพียง 2 ตัวคือ Prednisolone และ Ondansetron ซึ่งในอดีตมีรายงานวิจัยว่าผู้ป่วยมักจะเกิดปัญหาจากการใช้ยาเมื่อผู้ป่วยใช้ยาร่วมกันหลาย ๆ ชนิด โดยเฉพาะ 5 ชนิดขึ้นไป และมักเกิดในผู้สูงอายุ และได้เสนอแนะแนวทางแก้ไขปัญหาการกินยาของผู้ป่วยว่า ต้องอาศัยการทำงานร่วมกันระหว่าง สหสาขาวิชาชีพ ทั้งแพทย์ เภสัชกร และพยาบาล โดยการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและการติดตามการใช้ยาของผู้ป่วย (Chutka, 2004; Mamun, 2004; Corcoran, 1997) งานวิจัยครั้งนี้จึงขัดแย้งกับงานวิจัยในอดีตในแง่ของจำนวนยาที่มีเพียง 2 ชนิด แต่อาจสอดคล้องกับงานวิจัยในอดีตในแง่อายุของผู้ป่วยที่มีปัญหา เพราะพบผู้ป่วยที่มีปัญหาเกี่ยวกับการกินยาทั้งหมด 42 คน (ร้อยละ 68 ของ ผู้ป่วยทั้งหมด) โดยเป็นผู้ป่วยที่อายุมากกว่า 60 ปี 20 คน (ร้อยละ 48 ของผู้ป่วยที่มีปัญหาการกินยา)

ดังนั้นจากผลการวิจัยในครั้งนี้ ทำให้ตระหนักว่าเภสัชกรควรอธิบายการกินยาอย่างละเอียด ตั้งแต่ครั้งแรกที่ผู้ป่วยได้รับยา แม้ผู้ป่วยจะมียาเกินเพียง 2 ชนิด โดยเน้นย้ำให้ผู้ป่วยเห็นถึงความสำคัญและประโยชน์ในการกินยาแต่ละชนิด เพื่อให้ผู้ป่วยกินยาถูกต้อง และปฏิบัติตัวถูกต้องเมื่อลืมกินยา การติดตามให้คำแนะนำปรึกษาควรทำอย่างน้อย 2 ครั้ง เพราะพบว่าหลังจากผู้ป่วยกลุ่มทดลองได้รับคำแนะนำจากเภสัชกรแล้ว ถึงแม้ปัญหาจะลดลงอย่างมีนัยสำคัญแต่ยังคงมีปัญหาเหลืออยู่ และเมื่อให้คำแนะนำอีกครั้งผู้ป่วยมีปัญหาเกี่ยวกับการกินยาลดลงอีกอย่างมีนัยสำคัญ ดังนั้นการพบผู้ป่วยเพียงครั้งเดียวจึงไม่เพียงพอต่อการเปลี่ยนพฤติกรรม การใช้ยาของผู้ป่วย สอดคล้องกับงานวิจัยของ วรวงคณา (2541) ที่พบว่า ถึงแม้กลุ่มทดลองที่ได้รับคำแนะนำปรึกษาจากเภสัชกรเพียง 1 ครั้ง จะมีปัญหาการไม่ใช้ยาตามสั่งแพทย์ ได้แก่การลืมกินยา และการใช้น้อยกว่าที่แพทย์สั่ง น้อยกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับคำแนะนำปรึกษาอย่างมีนัยสำคัญแต่ก็ยังพบปัญหาที่มากเช่นกัน

3.2 การเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา

อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาในงานวิจัยครั้งนี้รวบรวมจากใบรายงานอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้น (ภาคผนวก ง) โดยให้ผู้ป่วยรายงานเองที่บ้าน ซึ่งข้อมูลอาการไม่พึงประสงค์ที่ปรากฏในใบรายงานเป็นข้อมูลที่รวบรวมมาจากเอกสารสนับสนุนทางวิชาการต่าง ๆ (American Cancer Society, 2003; DCTD, NCI, NIH, DHHS, 1998; Fischer et al., 1989; National Cancer Institute Common Toxicity Criteria, 2000) ว่าเป็นอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาที่พบได้บ่อยในการใช้ยาด้านมะเร็งรักษาโรคมะเร็งต่อมน้ำเหลือง ดังนั้นเมื่อนำมาประเมินความเชื่อมั่นของการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาโดยวิธีของ Naranjo (ภาคผนวก ฉ) ซึ่งเป็นวิธีการประเมินที่ใช้ปฏิบัติในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ทำให้มีอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยานำมาประเมินในงานวิจัยครั้งนี้มีค่าคะแนนความเชื่อมั่นหรือความเป็นไปได้อยู่ในระดับเป็นไปได้ (possible) ขึ้นไปทั้งหมด โดยมีค่าคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 3 คะแนน เพราะทุกอาการเคยมีรายงานมาก่อน (คะแนน +1) และเกิดขึ้นหลังจากได้รับยาด้านมะเร็ง (คะแนน +2) อย่างไรก็ตามก็ดีผู้วิจัยไม่ได้ทำการเก็บข้อมูลอย่างละเอียดว่ามีปัญหาใดบ้างที่ได้ค่าคะแนนในระดับชี้แน่นอน น่าจะใช่ หรือเป็นไปได้ เพราะข้อจำกัดของเวลาในการเก็บข้อมูลผู้ป่วยที่ต้องเน้นความสำคัญของงานวิจัยครั้งนี้คือการให้คำแนะนำปรึกษา ทำให้ไม่มีเวลาเพียงพอสำหรับการซักประวัติผู้ป่วยอย่างละเอียดเพื่อให้เกิดความถูกต้องในการประเมินความเชื่อมั่นของการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ อีกทั้งจากงานวิจัยในอดีต (ชบาไพร, 2538; วรวงคณา, 2541; นราวดี, 2542) และจากประสบการณ์ของผู้วิจัยเอง พบว่า

การประเมินความเชื่อมั่นโดยใช้วิธีของ Naranjo มีข้อจำกัดและไม่เหมาะสมบางประการกับสภาพการปฏิบัติงานจริง เช่น

- ไม่สามารถตอบคำถามบางคำถามได้ เพราะในทางปฏิบัติไม่มีการทดสอบ เช่นการ ใช้น้ำยาหลอก การตรวจวัดระดับยาใน specimen ว่ามีมากถึงขั้นเป็นพิษหรือไม่ การเพิ่มขนาดยาเพื่อ ดูอาการว่ามากขึ้นหรือไม่

- คำถามบางข้อประเมินยาก และไม่ตรงกับความเป็นจริง เพราะงานวิจัยครั้งนี้เป็นการ ประเมินอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาต้านมะเร็งที่ผู้ป่วยได้รับในแต่ละครั้ง ทำให้พบว่าบาง ปัญหาที่มีค่าคะแนนที่ประเมินตามวิธี Naranjo ต่ำกว่าที่ควรจะเป็นจริง ซึ่งทำให้ความน่าเชื่อถือของ ข้อมูลที่ได้ลดลง เช่น การเกิดผื่นร่วนหลังจากได้รับยาครั้งแรกซึ่งมักเกิดขึ้นในช่วงสัปดาห์ที่ 3 –4 หลังจากได้รับยาต้านมะเร็ง เป็นอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาต้านมะเร็งที่ชัดเจนว่าต้องเป็น ผลของยาต้านมะเร็ง แน่นนอน จึงควรประเมินอยู่ในระดับใช่แน่นอน (Definite high probable) แต่ ถ้าประเมินตามวิธีของ Naranjo จะได้ค่าคะแนนอย่างมากที่สุดคือ 5 คะแนนอยู่ในระดับน่าจะใช่ (Probable) โดยได้คะแนนจากการเคยมีรายงานมาก่อน (คะแนน +1) อาการเกิดขึ้นหลังได้รับยา (คะแนน + 2) และไม่มีสาเหตุอื่นที่ไม่ใช่ยา (คะแนน + 2) ส่วนข้ออื่นไม่สามารถให้คะแนนได้ เพราะเป็นการใช้ยาครั้งแรกและอาการยังคงอยู่ ทำให้ไม่ได้คะแนนในหัวข้อ อาการหายไปเมื่อหยุด ยา และหัวข้อ เคยเกิดอาการนี้มาก่อนหรือเกิดอาการซ้ำเมื่อได้รับยานี้ อีกตัวอย่างคือ ผู้ป่วยที่ไม่ อาเจียนในครั้งแรกของการได้รับยา แต่ไปอาเจียนในครั้งที่ 3 ของการรับยา ซึ่งเป็นอาการไม่พึง ประสงค์จากการใช้ยาต้านมะเร็งที่ชัดเจนเช่นกัน แต่ค่าคะแนนอย่างมากที่สุดคือ 6 คะแนนอยู่ใน ระดับน่าจะใช่ (Probable) เช่นกัน เพราะไม่สามารถให้คะแนนในส่วนของการเคยเกิดอาการนี้มา ก่อน เป็นต้น

3.2.1 เปรียบเทียบการเกิดปัญหาอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาต้านมะเร็งระหว่าง กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองเมื่อพบเภสัชกรในแต่ละครั้ง

จากผลการวิจัยในตารางที่ 22 ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญของการเกิดปัญหา อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาต้านมะเร็งระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองในทุกครั้งที่ ผู้ป่วยมาพบเภสัชกร ($p > 0.05$) และพบว่าสัดส่วนของการเกิดปัญหาอาการไม่พึงประสงค์ของกลุ่ม ควบคุมและกลุ่มทดลองใกล้เคียงกันมาก ปัญหาที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 70 ขึ้นไปของ จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด) ในทุกครั้งหลังจากได้รับยาต้านมะเร็ง คือ เบื่ออาหาร ปากแห้งหรือมีแผลใน ปาก ท้องผูก ชาปลายมือปลายเท้า และอ่อนเพลีย/เหนื่อยง่าย/ไม่มีแรง ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัย ในอดีตที่พบว่าอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นกับระบบทางเดินอาหารเป็นอาการไม่พึงประสงค์จาก

การใช้ยาต้านมะเร็งที่พบบ่อยที่สุด รวมถึงมะเร็งชนิดอื่น ๆ ด้วย (ชบาไพโร, 2538; วรางคณา, 2541; นราวดี, 2542; สมพร, 2545) ดังนั้นควรให้ความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นกับระบบทางเดินอาหาร เพราะนอกจากเกิดขึ้นบ่อยแล้ว พบว่ายังเป็นอาการที่ผู้ป่วยรู้สึกทุกข์ทรมานมากด้วย (Kastrup, 2000; Duncan et al, 2000) ส่วนผมร่วงนั้นพบน้อยเมื่อผู้ป่วยมาพบเภสัชกรครั้งที่ 1 (หลังได้รับยาครั้งแรก) และพบมากขึ้นเมื่อผู้ป่วยมาพบเภสัชกรครั้งที่ 2 และ 3 (หลังจากได้รับยาต้านมะเร็งครั้งที่ 2 และ 3) และพบว่าผู้ป่วยไม่ค่อยมีความกังวลกับการเกิดผมร่วง

3.2.2 เปรียบเทียบความรุนแรงของปัญหาอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาต้านมะเร็งที่เกี่ยวข้องกับการให้คำแนะนำปรึกษาโดยเภสัชกร ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง เมื่อมาพบเภสัชกรในแต่ละครั้ง

จากตารางที่ 22 ซึ่งแสดงการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาที่เกิดขึ้นทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่าง เนื่องจากเนื้อหาของการให้คำแนะนำปรึกษาโดยเภสัชกรนั้นไม่ได้ครอบคลุมทุกปัญหาของอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้น เพราะเลือกเฉพาะประเด็นที่อาจทำให้เกิดปัญหาหนักและรุนแรงได้ถ้าผู้ป่วยไม่มีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง ทำให้บางปัญหา เช่น ผมร่วง ผิวแห้ง เล็บคล้ำดำ ซึ่งเป็นอาการที่เห็นได้ชัดเจน แต่ไม่มีอันตรายใด ๆ ร้ายแรง ไม่ได้อยู่ในเนื้อหาหลักของการให้คำแนะนำปรึกษา และการให้คำแนะนำปรึกษาในบางเรื่องไม่ได้มุ่งเน้นที่จะลดการเกิดหรือลดความรุนแรงของปัญหาอาการไม่พึงประสงค์ แต่ให้คำแนะนำปรึกษาเพื่อไม่ให้เกิดอันตรายอื่น ๆ ที่อาจตามมา เช่น การเกิดอาการชาปลายมือปลายเท้า ซึ่งจะให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวเพื่อไม่ให้เกิดอันตรายจากอุบัติเหตุต่าง ๆ เป็นต้น ดังนั้นการประเมินผลเปรียบเทียบความรุนแรงของปัญหาจึงเลือกเฉพาะปัญหาการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ที่เกี่ยวข้องกับการให้คำแนะนำปรึกษาโดยเภสัชกร คือ การเกิดอาการเบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ปากแห้งหรือมีแผลในปาก ท้องผูก และไข้หลังจากได้ยา

เนื่องจากงานวิจัยนี้ให้ผู้ป่วยเป็นผู้รายงานปัญหาอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นเองทุกวันที่บ้าน โดยผู้ป่วยบันทึกลงในใบรายงานอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้น (ภาคผนวก ง) ผู้วิจัยจึงเลือกความรุนแรงที่เกิดขึ้นสูงสุดในผู้ป่วยแต่ละคนเป็นตัวแทนของความรุนแรงของปัญหาการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ ตามตารางที่ 23 ซึ่งจะได้ข้อมูลลักษณะเดียวกับการถามผู้ป่วยย้อนหลังครั้งเดียวในวันที่ผู้ป่วยมาพบเภสัชกร แต่ข้อมูลที่ได้จากการบันทึกรายงานของผู้ป่วยนี้มีความน่าเชื่อถือมากกว่า เพราะไม่ต้องขึ้นกับความจำของผู้ป่วย (recall) และพบว่าสัดส่วนการเกิดความรุนแรงของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มใกล้เคียงกัน คือ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาการ

- เบื่ออาหารในระดับปานกลาง เมื่อผู้ป่วยมาพบเภสัชกรครั้งที่ 1 (ร้อยละ 37) และ เบื่ออาหารในระดับเล็กน้อย เมื่อมาพบเภสัชกรครั้งที่ 2 และ 3 (ร้อยละ 54.8 และ 40.3 ตามลำดับ) การเบื่ออาหารในระดับรุนแรงเกิดขึ้นน้อยมาก และเมื่อมาพบเภสัชกรครั้งที่ 3 ไม่มีผู้ป่วยคนใดเกิดการ เบื่ออาหารในระดับรุนแรงเลย
- คลื่นไส้ในระดับเล็กน้อย ทั้งเมื่อผู้ป่วยมาพบเภสัชกรครั้งที่ 1 ครั้งที่ 2 และครั้งที่ 3 (ร้อยละ 30.6 33.9 และ 33.9 ตามลำดับ) การเกิดอาการคลื่นไส้ในระดับรุนแรงเกิดขึ้นน้อยมากเช่นกัน
- อาเจียนในระดับเล็กน้อย ทั้งเมื่อผู้ป่วยมาพบเภสัชกรครั้งที่ 1 ครั้งที่ 2 และครั้งที่ 3 (ร้อยละ 17.7 21.0 และ 17.7 ตามลำดับ) การเกิดอาเจียนในระดับรุนแรงเกิดขึ้นน้อยมากเช่นกัน
- ปากแห้งหรือมีแผลในปากในระดับเล็กน้อย ทั้งเมื่อผู้ป่วยมาพบเภสัชกรครั้งที่ 1 ครั้งที่ 2 และครั้งที่ 3 (ร้อยละ 37.1 51.6 และ 50.0 ตามลำดับ) การเกิดปากแห้ง/แผลในปากในระดับรุนแรงเกิดร้อยละ 13 เมื่อผู้ป่วยมาพบเภสัชกรครั้งที่ 1 และลดลงมากเมื่อผู้ป่วยมาพบเภสัชกรครั้งที่ 2 และ 3 (ร้อยละ 3.2 และ 4.8 ตามลำดับ)
- ท้องผูกในระดับปานกลาง เมื่อผู้ป่วยมาพบเภสัชกรครั้งที่ 1 ครั้งที่ 2 และครั้งที่ 3 (ร้อยละ 54.8 53.2 และ 50.0 ตามลำดับ) การเกิดท้องผูกในระดับรุนแรงเกิดร้อยละ 25.8 เมื่อผู้ป่วย มาพบเภสัชกรครั้งที่ 1 และลดลงเมื่อผู้ป่วยมาพบเภสัชกรครั้งที่ 2 และ 3 (ร้อยละ 17.7 และ 4.8 ตาม ลำดับ)
- ไข้/หนาวสั่นในระดับปานกลาง ทั้งเมื่อผู้ป่วยมาพบเภสัชกรครั้งที่ 1 2 และ 3 (ร้อยละ 41.9 29 และ 32.3 ตามลำดับ)

เนื่องจากการให้คำแนะนำปรึกษาไม่ได้มุ่งหวังเพียงเพื่อลดการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ แต่มุ่งหวังลดระดับความรุนแรงของการเกิดปัญหาอาการไม่พึงประสงค์ด้วย ดังนั้นความรุนแรงสูงสุดที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยแต่ละคนจึงไม่ได้เป็นตัวแทนที่ดีในการเปรียบเทียบความรุนแรงที่เกิดขึ้น ผู้วิจัยจึง เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรุนแรงของการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ โดยอาการเบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน จะเฉลี่ยความรุนแรง 7 วันหลังจากได้รับยาต้านมะเร็งเพราะเป็นอาการที่เกิดขึ้น และหายไปในระยะเวลาดังนั้น ส่วนอาการปากแห้งหรือมีแผลในปาก ท้องผูก และไข้ จะเฉลี่ยทุกวัน เพราะเป็นอาการที่ถ้าเกิดแล้วเกิดระยะยาว ดังนั้นเมื่อวิเคราะห์หาความแตกต่างระหว่างครั้งที่มา พบเภสัชกรต่อค่าเฉลี่ยความรุนแรงของทุกปัญหาอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาต้าน มะเร็งของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ตามตารางที่ 24 ถึงตารางที่ 29 พบว่าปฏิสัมพันธ์ของกลุ่ม ผู้ป่วยและครั้งที่มาโรงพยาบาลต่อค่าเฉลี่ยความรุนแรงของทุกปัญหาอาการไม่พึงประสงค์ไม่มีนัย สำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) แสดงให้เห็นว่าการเปลี่ยนแปลงความรุนแรงของอาการไม่พึงประสงค์

ณ เวลาต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยมาพบเภสัชกรเหมือนกันทั้ง 2 กลุ่ม เมื่อพิจารณาเฉพาะปัจจัยเวลาต่อค่าเฉลี่ยความรุนแรงพบว่า อาการเบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) แต่อาการปากแห้ง/แผลในปาก ท้องผูก และไข้ มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.031$ 0.004 และ 0.012 ตามลำดับ) เมื่อวิเคราะห์ต่อเพื่อหาความแตกต่างระหว่างครั้งที่มาพบเภสัชกร ตามตารางที่ 30 ถึง ตารางที่ 32 พบว่าค่าเฉลี่ยความรุนแรงของอาการปากแห้งของการมาพบเภสัชกรครั้งที่ 2 ลดลงแตกต่างจากครั้งที่ 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.044$) ค่าเฉลี่ยความรุนแรงของอาการท้องผูกของการมาพบเภสัชกรครั้งที่ 3 ลดลงแตกต่างจากครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.008$ และ 0.009 ตามลำดับ) และค่าเฉลี่ยความรุนแรงของอาการไข้ของการมาพบเภสัชกรครั้งที่ 3 ลดลงแตกต่างจากครั้งที่ 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.016$)

จากผลการวิจัยซึ่งพบว่า การเกิดปัญหาอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาต้านมะเร็งระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน และความรุนแรงของการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ที่เกี่ยวข้องกับการให้คำแนะนำปรึกษาโดยเภสัชกรก็ไม่แตกต่างกันนั้น อธิบายได้ว่า

- เมื่อนำอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นทั้งหมดมาพิจารณาตามเกณฑ์ของอาการไม่พึงประสงค์ที่ป้องกันได้ (Schumock and Thornton, 1992; Pearson et al., 1994) พบว่าไม่มีคุณสมบัติที่ตรงตามเกณฑ์ของอาการไม่พึงประสงค์ที่ป้องกันได้ แสดงว่าอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงได้ยาก

- การเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาต้านมะเร็งจะขึ้นกับการตอบสนองต่อยาของผู้ป่วย ส่งผลให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์และความรุนแรงที่แตกต่างกัน (Lindley et al., 2000; Kastrup, 2000)

- มีปัจจัยอื่น ๆ หลายปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา การที่จำนวนครั้งของการได้รับยาต้านมะเร็งมากขึ้น ก็อาจทำให้ผู้ป่วยต้องเผชิญกับการเกิดอาการไม่พึงประสงค์มากขึ้น ทั้งจากยาที่ให้และร่างกายที่อ่อนแอลง หรือในทางตรงกันข้ามการที่ลดอาการไม่พึงประสงค์ลง อาจเป็นผลมาจากการปรับตัว หรือวิธีการดูแลตนเองโดยประสบการณ์หรือมีการเรียนรู้กันเองระหว่างกลุ่มผู้ป่วยด้วยกัน

- การให้คำแนะนำปรึกษาเฉพาะกลุ่มทดลองอาจทำให้ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองมีความรู้และการเฝ้าระวังเป็นพิเศษมากกว่ากลุ่มควบคุม ทำให้ใส่ใจในการระบุนาอาการไม่พึงประสงค์มากกว่า สอดคล้องกับงานวิจัยในอดีตที่พบว่า การให้คำแนะนำปรึกษาแก่กลุ่มทดลองเกิดปัญหาอาการไม่พึงประสงค์หลังให้คำแนะนำปรึกษามากกว่ากลุ่มควบคุม โดยผู้วิจัยคาดว่า การใส่ใจระบุนาอาการของกลุ่มทดลองเป็นเหตุผลหนึ่งที่ทำให้เกิดผลการวิจัยเช่นนั้น (วารงคณา, 2541)

- เนื้อหาของการให้คำแนะนำปรึกษาโดยเภสัชกรไม่ได้มุ่งเน้นที่จะลดการเกิดหรือลดความรุนแรงของอาการไม่พึงประสงค์เพียงอย่างเดียว เพราะจากการที่อาการไม่พึงประสงค์ป้องกันไม่ได้ ทำให้เนื้อหาต้องมุ่งเน้นการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดตามมาหลังจากเกิดอาการไม่พึงประสงค์ เช่น อาการ เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน เป็นอาการไม่พึงประสงค์ที่เกี่ยวข้องกับการให้คำแนะนำปรึกษา การแนะนำให้กินอาหารน้อย ๆ บ่อย ๆ หรือ เคี้ยวอาหารให้ละเอียด เมื่อผู้ป่วยเกิดอาการเบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียนนั้น อาจช่วยบรรเทาอาการได้บ้าง แต่อาการจะลดน้อยลงหรือหยุดนั้น ขึ้นกับหลายปัจจัย เช่น ขึ้นกับการตอบสนองต่อยาของผู้ป่วยเฉพาะราย การควบคุมอาการอาเจียนไม่ได้ในช่วง 24 ชั่วโมงแรก (acute emesis) แล้วมีผลต่อการอาเจียนในเวลาถัดมา (delay emesis) (Gralla et al, 1999) เป็นต้น ดังนั้น เนื้อหาของการให้คำแนะนำปรึกษาไม่ได้เน้นให้หยุดหรือลดอาการ แต่จะเน้นให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญของการพยายามกินอาหารเพื่อไม่ให้เกิดภาวะทุพโภชนาการ ซึ่งจะนำไปสู่การเกิดภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำร่วมกับการมีไข้ (febrile neutropenia) สูงถึงร้อยละ 72 (Intragumtornchai, 2000) ภาวะดังกล่าวจะทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ในเวลาที่รวดเร็ว (Balmer, 2002) ในเรื่องของกรมีไข้เกิดขึ้นก็เช่นกัน ที่เนื้อหาไม่ได้เน้นให้หยุดหรือลดอาการลง แต่จะเน้นให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญในการไปพบแพทย์ให้เร็วที่สุด เป็นต้น

- อาการไม่พึงประสงค์บางอย่างเกิดขึ้นแล้วต้องใช้ระยะเวลานาน และขึ้นกับปัจจัยหลาย ๆ อย่างกว่าอาการจะลดลงหรือหายไป เช่น การเกิดและหายของไข้ เป็นอาการแสดงของการติดเชื้อนั้น จะขึ้นกับ ความรุนแรงของเชื้อโรค การรักษาที่รวดเร็วและถูกต้อง ซึ่งการป้องกันการติดเชื้อเป็นสิ่งที่ไม่สามารถป้องกันได้สมบูรณ์ทั้งหมด การให้คำแนะนำปรึกษาเพียงเพื่อลดความเสี่ยงในการติดเชื้อ (Chemocare, 2005) และเมื่อเกิดไข้แล้ว สิ่งที่เภสัชกรสามารถให้คำแนะนำล่วงหน้าได้คือ การรีบไปโรงพยาบาลให้เร็วที่สุด ไม่ให้ผู้ป่วยประมาทจนเกิดความเสี่ยงแก่ชีวิตไม่ได้ให้คำแนะนำเพื่อหยุดอาการไข้เอง แผลในปากก็เป็นอีกตัวอย่างหนึ่ง ที่ต้องใช้เวลานานในการหาย โดยขึ้นกับผู้ป่วยแต่ละคนและบางครั้งถ้ามีการติดเชื้อแทรกซ้อนบริเวณนั้นก็จะทำให้แผลหายยากขึ้น (Kostles et al, 2001) และจากผลการวิจัยที่พบว่าอาการแผลในปาก ท้องผูก และไข้ มีความแตกต่างกันระหว่างครั้งที่มาพบเภสัชกรกับค่าเฉลี่ยความรุนแรงนั้น อาจเป็นเพราะปัจจัยหลาย ๆ อย่างที่มีผลต่อการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ และอาการดังกล่าวเป็นอาการที่เกิดแล้วต้องใช้ระยะเวลานานและการคาดการณ์การหายหรือลดลงได้ยากนั่นเอง

ดังนั้นค่าเฉลี่ยความรุนแรงของการเกิดอาการไม่พึงประสงค์อาจไม่ใช่ตัวชี้วัดที่ดีในการเปรียบเทียบผลการให้คำแนะนำปรึกษา เพราะขึ้นกับปัจจัยหลายอย่าง และการเกิดอาการไม่พึงประสงค์อาจต้องใช้จำนวนกลุ่มตัวอย่างมากกว่านี้จึงจะเห็นผลที่แตกต่าง ตัวอย่างเช่น การให้คำ

แนะนำให้ผู้ป่วยปฏิบัติตัวให้ถูกต้องเพื่อไม่ให้เกิดการติดเชื้อ ไม่ได้หมายความว่าผู้ป่วยที่ปฏิบัติตัวถูกต้องจะไม่เกิดการติดเชื้อทุกคนหรือผู้ป่วยที่ปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องจะต้องเกิดการติดเชื้อเสมอไป เป็นเพียงการแนะนำการปฏิบัติตัวที่ดีที่สุดที่ควรปฏิบัติ ซึ่งหากจะดูผลอาจต้องใช้จำนวนกลุ่มตัวอย่างจำนวนมาก เป็นต้น จากผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยในอดีตที่พบว่า การให้ความรู้ คำปรึกษาไม่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงระดับความรุนแรงของการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยงานวิจัยในอดีตก็ใช้จำนวนกลุ่มตัวอย่างไม่เกิน 30 คนเช่นกัน (สมพร, 2545) ดังนั้นหากมีการศึกษาเรื่องนี้ต่อไป ควรใช้จำนวนกลุ่มตัวอย่างจำนวนมาก และให้คำแนะนำที่มุ่งเน้นเพื่อลดการเกิดหรือลดความรุนแรงโดยเฉพาะ

ตารางที่ 24 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรุนแรงของการเกิดอาการเบื่ออาหาร ของการมาพบเภสัชกรครั้งที่ 1 2 และ 3 ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

| Source | Type III Sum of Squares | df | Mean Square | F | p-value ¹ |
|------------------|-------------------------|--------|-------------|-------|----------------------|
| Within subjects | | | | | |
| เวลา | 0.547 | 1.648 | 0.332 | 1.299 | 0.274 |
| เวลา * กลุ่ม | 0.887 | 1.648 | 0.538 | 2.107 | 0.136 |
| Residual within | 25.244 | 98.854 | 0.255 | | |
| Between subjects | | | | | |
| กลุ่ม | 0.014 | 1 | 0.014 | .019 | 0.891 |
| Residual between | 44.660 | 60 | 0.744 | | |

¹ ANOVA (split-plot design)

ตารางที่ 25 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรุนแรงของการเกิดอาการคลื่นไส้ ของการมาพบเภสัชกรครั้งที่ 1 2 และ 3 ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

| Source | Type III Sum of Squares | df | Mean Square | F | p-value ¹ |
|------------------|-------------------------|---------|-------------|-------|----------------------|
| Within subjects | | | | | |
| เวลา | 28.460 | 1.803 | 15.781 | 2.307 | 0.110 |
| เวลา * กลุ่ม | 4.030 | 1.803 | 2.235 | 0.327 | 0.700 |
| Residual within | 740.228 | 108.210 | 6.841 | | |
| Between subjects | | | | | |
| กลุ่ม | 4.084 | 1 | 4.084 | .130 | 0.720 |
| Residual between | 1884.028 | 60 | 31.400 | | |

¹ ANOVA (split-plot design)

ตารางที่ 26 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรุนแรงของการเกิดอาการอาเจียน ของการมาพบเภสัชกรครั้งที่ 1 2 และ 3 ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง¹

| Source | Type III Sum of Squares | df | Mean Square | F | p-value |
|------------------|-------------------------|--------|-------------|-------|---------|
| Within subjects | | | | | |
| เวลา | 2.642 | 1.577 | 1.675 | 0.550 | 0.538 |
| เวลา * กลุ่ม | 4.900 | 1.577 | 3.106 | 1.020 | 0.349 |
| Residual within | 288.315 | 94.638 | 3.047 | | |
| Between subjects | | | | | |
| กลุ่ม | 1.154 | 1 | 1.154 | 0.162 | 0.688 |
| Residual between | 426.695 | 60 | 7.112 | | |

¹ ANOVA (split-plot design)

ตารางที่ 27 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรุนแรงของการเกิดปากแห้ง/แผลในปาก ของการมาพบเภสัชกรครั้งที่ 1 2 และ 3 ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง¹

| Source | Type III Sum of Squares | df | Mean Square | F | p-value |
|------------------|-------------------------|---------|-------------|-------|---------|
| Within subjects | | | | | |
| เวลา | 1.000 | 1.673 | 0.598 | 3.871 | 0.031 |
| เวลา * กลุ่ม | 0.276 | 1.673 | 0.165 | 1.070 | 0.337 |
| Residual within | 15.504 | 100.360 | 0.154 | | |
| Between subjects | | | | | |
| กลุ่ม | 0.066 | 1 | 0.066 | 0.015 | 0.904 |
| Residual between | 26.845 | 60 | 0.447 | | |

¹ ANOVA (split-plot design)

ตารางที่ 28 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรุนแรงของการเกิดท้องผูก ของการมาพบเภสัชกรครั้งที่ 1 2 และ 3 ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง¹

| Source | Type III Sum of Squares | df | Mean Square | F | p-value |
|------------------|-------------------------|---------|-------------|-------|---------|
| Within subjects | | | | | |
| เวลา | 2.760 | 1.833 | 1.506 | 6.178 | 0.004 |
| เวลา * กลุ่ม | 0.973 | 1.833 | 0.531 | 2.179 | 0.122 |
| Residual within | 26.801 | 109.961 | 0.244 | | |
| Between subjects | | | | | |
| กลุ่ม | 0.261 | 1 | 0.261 | 0.307 | 0.582 |
| Residual between | 50.969 | 60 | 0.849 | | |

¹ ANOVA (split-plot design)

ตารางที่ 29 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรุนแรงของการเกิดไข้/หนาวสั่น ของการมาพบเภสัชกรครั้งที่ 1 2 และ 3 ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง¹

| Source | Type III Sum of Squares | df | Mean Square | F | p-value |
|------------------|-------------------------|-----|-------------|-------|---------|
| Within subjects | | | | | |
| เวลา | 2.144 | 2 | 1.072 | 4.551 | 0.012 |
| เวลา * กลุ่ม | 0.693 | 2 | 0.346 | 1.471 | 0.234 |
| Residual within | 28.272 | 120 | 0.236 | | |
| Between subjects | | | | | |
| กลุ่ม | 0.472 | 1 | 0.472 | .575 | 0.451 |
| Residual between | 49.252 | 60 | 0.821 | | |

¹ ANOVA (split-plot design)

ตารางที่ 30 ผลต่างของค่าเฉลี่ยความรุนแรงของ การเกิดปากแห้ง/แผลในปากของผู้ป่วยทั้งหมด ระหว่างครั้งที่มาพบเภสัชกร

| ครั้งที่มาพบเภสัชกร | Mean Difference | Std. Error | p-value | 95% Confidence Interval for Difference ^a | |
|-------------------------|-----------------|------------|---------|-----------------------------------------------------|-------------|
| | | | | Lower Bound | Upper Bound |
| ครั้งที่ 1 - ครั้งที่ 2 | 0.154 | .061 | 0.044 | 0.003 | 0.304 |
| ครั้งที่ 1 - ครั้งที่ 3 | 0.152 | .077 | 0.160 | -0.038 | 0.342 |
| ครั้งที่ 3 - ครั้งที่ 2 | 0.002 | .053 | 1.000 | -0.129 | 0.132 |

a Adjustment for multiple comparisons: Bonferroni.

ตารางที่ 31 ผลต่างของค่าเฉลี่ยความรุนแรงของการเกิดท้องผูกของผู้ป่วยทั้งหมดระหว่างครั้งที่มาพบเภสัชกร

| ครั้งที่มาพบเภสัชกร | Mean Difference | Std. Error | p-value | 95% Confidence Interval for Difference ^a | |
|-------------------------|-----------------|------------|---------|-----------------------------------------------------|-------------|
| | | | | Lower Bound | Upper Bound |
| ครั้งที่ 1 - ครั้งที่ 2 | 0.057 | 0.095 | 1.000 | -0.177 | 0.292 |
| ครั้งที่ 1 - ครั้งที่ 3 | 0.279 | 0.089 | 0.008 | 0.061 | 0.497 |
| ครั้งที่ 2 - ครั้งที่ 3 | 0.221 | 0.071 | 0.009 | 0.046 | 0.397 |

a Adjustment for multiple comparisons: Bonferroni.

ตารางที่ 32 ผลต่างของค่าเฉลี่ยความรุนแรงของการเกิดไข้/หนาวสั่นของผู้ป่วยทั้งหมดระหว่างครั้งที่มาพบเภสัชกร

| ครั้งที่มาพบเภสัชกร | Mean Difference | Std. Error | p-value | 95% Confidence Interval for Difference ^a | |
|-------------------------|-----------------|------------|---------|-----------------------------------------------------|-------------|
| | | | | Lower Bound | Upper Bound |
| ครั้งที่ 1 - ครั้งที่ 2 | 0.102 | 0.092 | 0.820 | -0.125 | 0.328 |
| ครั้งที่ 1 - ครั้งที่ 3 | 0.258 | 0.089 | 0.016 | 0.039 | 0.477 |
| ครั้งที่ 2 - ครั้งที่ 3 | 0.156 | 0.081 | 0.175 | -0.043 | 0.356 |

a Adjustment for multiple comparisons: Bonferroni.

4. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

การประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยใช้แบบประเมิน FACT-G version 4 (ภาคผนวก จ) ซึ่งเป็นแบบประเมินคุณภาพชีวิตสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งทั่วไป ก่อนเริ่มการศึกษาได้ทำการทดสอบความเที่ยงของแบบประเมินโดยใช้ Cronbach's alpha ในผู้ป่วยโรคมะเร็งต่อมน้ำเหลือง 18 คน พบว่าได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.9047 ซึ่ง ≥ 0.7 ซึ่งเป็นเกณฑ์ที่สามารถนำมาใช้ในงานวิจัยได้ และหลังสิ้นสุดการศึกษาพบว่า เมื่อผู้ป่วยมาพบแพทย์ครั้งที่ 0 ครั้งที่ 1 ครั้งที่ 2 และครั้งที่ 3 (ก่อนได้รับยาต้านมะเร็งครั้งที่ 1 ครั้งที่ 2 ครั้งที่ 3 และครั้งที่ 4) มีค่าความเที่ยงของแบบประเมินคุณภาพชีวิตเท่ากับ 0.7584 0.8776 0.8752 0.8661 ตามลำดับ ซึ่ง ≥ 0.7 เช่นกัน โดยค่าความเที่ยงในแต่ละหมวด แสดงในภาคผนวก ก

ผลการประเมินคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ดังแสดงในตารางที่ 33 พบว่าเมื่อผู้ป่วยมาพบแพทย์ครั้งที่ 0 ครั้งที่ 1 ครั้งที่ 2 และครั้งที่ 3 ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตเท่ากับ 75 76 82 และ 78 ตามลำดับ ส่วนผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมมีคะแนน 73 73 77 และ 75 ตามลำดับ จากคะแนนเต็ม 108 คะแนน ซึ่งค่าคะแนนยิ่งมากหมายถึงผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี

เมื่อเปรียบเทียบความเปลี่ยนแปลงคะแนนคุณภาพชีวิต ระหว่างการมาพบแพทย์ครั้งที่ 0 ครั้งที่ 1 ครั้งที่ 2 และครั้งที่ 3 ตามตารางที่ 34 พบว่า ปฏิสัมพันธ์ของกลุ่มผู้ป่วยและครั้งที่มาพบแพทย์ต่อค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตในทุก ๆ หมวดของผู้ป่วยไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) แสดงให้เห็นว่าการเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ณ เวลาต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยมาพบแพทย์เหมือนกันทั้งสองกลุ่ม เมื่อพิจารณาเฉพาะปัจจัยเวลาต่อค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิต พบว่า คุณภาพชีวิตหมวดความผาสุกด้าน ร่างกาย และความผาสุกด้านอารมณ์ จิตใจ และคะแนนรวมคุณภาพชีวิตทุกหมวด มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.048$ และ $p < 0.001$ ตามลำดับ) เมื่อวิเคราะห์ต่อเพื่อหาความแตกต่างระหว่างครั้งที่มาพบแพทย์ ตามตารางที่ 35 36 และ 37 พบว่าค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยทั้งหมดในหมวดความผาสุกด้าน ร่างกายของการมาพบแพทย์ครั้งที่ 2 มีคะแนนมากกว่าครั้งที่ 0 และ 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.032$ และ 0.012 ตามลำดับ) และค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตในหมวดอารมณ์ จิตใจ ของการมาพบแพทย์ครั้งที่ 0 มีค่าคะแนนน้อยกว่าครั้งที่ 1 2 และ 3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.044$ $p < 0.001$ และ $p = 0.001$ ตามลำดับ) และนอกจากครั้งที่ 2 จะมีค่าคะแนนมากกว่าครั้งที่ 0 แล้ว ยังมีค่าคะแนนที่มากกว่าครั้งที่ 1 และ 3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติด้วย ($p < 0.001$ และ $p = 0.026$ ตามลำดับ) ส่วนค่าเฉลี่ยของคะแนนรวมคุณภาพชีวิตทุกหมวดพบว่าการมาพบแพทย์ครั้งที่ 2 มีค่าคะแนนมากกว่าครั้งที่ 0 และ 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.007$ และ 0.003 ตามลำดับ)

ตารางที่ 34 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตหมวดต่าง ๆ ของ
กลุ่มตัวอย่างในแต่ละครั้งที่มาพบเภสัชกร

| Source | Type III Sum of Squares | df | Mean Square | F | p-value |
|------------------------------------|-------------------------|---------|-------------|--------|---------|
| ความผาสุกด้านร่างกาย | | | | | |
| Within subjects | | | | | |
| ครั้งที่มาพบเภสัชกร | 114.753 | 2.510 | 45.717 | 2.862 | 0.048 |
| ครั้งที่มาพบเภสัชกร * กลุ่ม | 25.817 | 2.510 | 10.286 | 0.644 | 0.561 |
| Residual within | 2406.114 | 150.604 | 15.976 | | |
| Between subjects | | | | | |
| กลุ่ม | 104.587 | 1 | 104.587 | 2.173 | 0.146 |
| Residual between | 2887.659 | 60 | 48.128 | | |
| ความผาสุกด้านสังคม/ครอบครัว | | | | | |
| Within-Subjects | | | | | |
| ครั้งที่มาพบเภสัชกร | 11.216 | 2.723 | 4.120 | 0.409 | 0.728 |
| ครั้งที่มาพบเภสัชกร * กลุ่ม | 12.642 | 2.723 | 4.643 | 0.461 | 0.691 |
| Residual within | 1646.141 | 163.359 | 10.077 | | |
| Between-Subjects | | | | | |
| กลุ่ม | 7.212 | 1 | 7.212 | 0.091 | 0.764 |
| Residual between | 4774.744 | 60 | 79.579 | | |
| ความผาสุกด้านอารมณ์ จิตใจ | | | | | |
| Within-Subjects | | | | | |
| ครั้งที่มาพบเภสัชกร | 337.220 | 2.475 | 136.250 | 16.885 | < 0.001 |
| ครั้งที่มาพบเภสัชกร * กลุ่ม | 8.188 | 2.475 | 3.308 | 0.410 | 0.708 |
| Residual within | 1198.296 | 148.501 | 8.069 | | |

ตารางที่ 34 (ต่อ)

| Source | Type III Sum of Squares | df | Mean Square | F | p-value |
|--------------------------------|-------------------------|---------|-------------|-------|---------|
| ความผาสุกด้านการปฏิบัติ | | | | | |
| กิจกรรม | | | | | |
| Between-Subjects | | | | | |
| กลุ่ม | 1.897 | 1 | 1.897 | 0.044 | 0.835 |
| Residual between | 2612.200 | 60 | 43.537 | | |
| Within-Subjects | | | | | |
| ครั้งที่มาพบเภสัชกร | 40.432 | 2.497 | 16.190 | 1.022 | 0.375 |
| ครั้งที่มาพบเภสัชกร * กลุ่ม | 11.028 | 2.497 | 4.416 | 0.279 | 0.804 |
| Residual within | 2373.327 | 149.836 | 15.839 | | |
| Between-Subjects | | | | | |
| กลุ่ม | 113.313 | 1 | 113.313 | 1.449 | 0.233 |
| Residual between | 4693.396 | 60 | 78.223 | | |
| คุณภาพชีวิตรวม | | | | | |
| Within-Subjects | | | | | |
| ครั้งที่มาพบเภสัชกร | 1120.948 | 2.668 | 420.131 | 4.983 | 0.004 |
| ครั้งที่มาพบเภสัชกร * กลุ่ม | 52.603 | 2.668 | 19.716 | 0.234 | 0.851 |
| Residual within | 13498.074 | 160.085 | 84.318 | | |
| Between-Subjects | | | | | |
| กลุ่ม | 621.722 | 1 | 621.722 | 1.326 | 0.254 |
| Residual between | 28127.394 | 60 | 468.790 | | |

ตารางที่ 35 ผลต่างของค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตหมวดความผาสุกด้านร่างกายของผู้ป่วยทั้งหมดระหว่างครั้งที่มาพบเภสัชกร

| ครั้งที่มาพบเภสัชกร | Mean Difference | Std. Error | p-value | 95% Confidence Interval for Difference ^a | |
|-------------------------|-----------------|------------|---------|-----------------------------------------------------|-------------|
| | | | | Lower Bound | Upper Bound |
| ครั้งที่ 0 - ครั้งที่ 1 | -0.226 | 0.661 | 1.000 | -2.029 | 1.577 |
| ครั้งที่ 0 - ครั้งที่ 2 | -1.694 | 0.587 | 0.032 | -3.293 | -0.094 |
| ครั้งที่ 0 - ครั้งที่ 3 | -0.226 | 0.778 | 1.000 | -2.348 | 1.897 |
| ครั้งที่ 1 - ครั้งที่ 2 | -1.468 | 0.455 | 0.012 | -2.707 | -0.228 |
| ครั้งที่ 1 - ครั้งที่ 3 | 0.000 | 0.747 | 1.000 | -2.037 | 2.037 |
| ครั้งที่ 2 - ครั้งที่ 3 | 1.468 | 0.649 | 0.163 | -.301 | 3.237 |

a Adjustment for multiple comparisons: Bonferroni.

ตารางที่ 36 ผลต่างของค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตหมวดความผาสุกด้านอารมณ์ จิตใจของผู้ป่วยทั้งหมดระหว่างครั้งที่มาพบเภสัชกร

| ครั้งที่มาพบเภสัชกร | Mean Difference | Std. Error | p-value | 95% Confidence Interval for Difference ^a | |
|-------------------------|-----------------|------------|---------|-----------------------------------------------------|-------------|
| | | | | Lower Bound | Upper Bound |
| ครั้งที่ 0 - ครั้งที่ 1 | -1.452 | 0.523 | 0.044 | -2.878 | -0.025 |
| ครั้งที่ 0 - ครั้งที่ 2 | -3.226 | 0.542 | < 0.001 | -4.705 | -1.747 |
| ครั้งที่ 0 - ครั้งที่ 3 | -2.161 | 0.522 | 0.001 | -3.586 | -0.737 |
| ครั้งที่ 1 - ครั้งที่ 2 | -1.774 | 0.378 | <0.001 | -2.805 | -0.743 |
| ครั้งที่ 1 - ครั้งที่ 3 | -0.710 | 0.404 | 0.503 | -1.811 | 0.392 |
| ครั้งที่ 2 - ครั้งที่ 3 | 1.065 | 0.359 | 0.026 | 0.085 | 2.044 |

a Adjustment for multiple comparisons: Bonferroni.

ตารางที่ 37 ผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนรวมคุณภาพชีวิตทุกหมวดของผู้ป่วยทั้งหมดระหว่างครั้งที่มาพบเภสัชกร

| ครั้งที่มาพบเภสัชกร | Mean Difference | Std. Error | p-value | 95% Confidence Interval for Difference ^a | |
|-------------------------|-----------------|------------|---------|-----------------------------------------------------|-------------|
| | | | | Lower Bound | Upper Bound |
| ครั้งที่ 0 - ครั้งที่ 1 | -0.890 | 1.521 | 1.000 | -5.038 | 3.258 |
| ครั้งที่ 0 - ครั้งที่ 2 | -5.548 | 1.620 | 0.007 | -9.966 | -1.131 |
| ครั้งที่ 0 - ครั้งที่ 3 | -2.599 | 1.815 | 0.943 | -7.549 | 2.350 |
| ครั้งที่ 1 - ครั้งที่ 2 | -4.659 | 1.276 | 0.003 | -8.139 | -1.178 |
| ครั้งที่ 1 - ครั้งที่ 3 | -1.710 | 1.615 | 1.000 | -6.115 | 2.696 |
| ครั้งที่ 2 - ครั้งที่ 3 | 2.949 | 1.364 | 0.207 | -0.771 | 6.669 |

a Adjustment for multiple comparisons: Bonferroni.

จากผลการวิจัยที่พบว่าการเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิตทุกหมวดและคุณภาพชีวิตรวม ณ เวลาต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยมาพบเภสัชกรระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ นั่นสอดคล้องกับงานวิจัยในอดีตที่ไม่พบความเปลี่ยนแปลงที่มีนัยสำคัญทางสถิติของค่าคะแนนคุณภาพชีวิตของการให้คำแนะนำปรึกษาในผู้ป่วยมะเร็ง (Reele, 1994) และถึงแม้ว่าการให้คำแนะนำปรึกษานั้นจะทำโดยเภสัชกรคลินิก โดย สมพร (2545) และใช้ FACT-G เป็นเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตเหมือนกับงานวิจัยครั้งนี้ ก็ไม่มีผลของการให้ความรู้โดยเภสัชกรคลินิกต่อคะแนนคุณภาพชีวิตทุกหมวดและคุณภาพชีวิตรวมที่จำนวนครั้งของการให้ความรู้แตกต่างกันเช่นกัน โดยงานวิจัยดังกล่าวทำการศึกษาในผู้ป่วยนอกโรคมะเร็ง ของโรงพยาบาลราชวิถี และเป็นผู้ป่วยใหม่ที่ได้รับยาต้านมะเร็งแบบฉีดหรือเคยได้รับยาต้านมะเร็งมาแล้วไม่เกิน 2 รอบ (cycle) ติดตามผลการประเมินหลังให้ความรู้คำปรึกษา 3 ครั้ง ผู้ป่วยส่วนใหญ่ เป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม ปอด และลำไส้ คะแนนคุณภาพชีวิตที่ได้ก่อนข้างคงที่และไม่แตกต่างกับกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับความรู้คำปรึกษา ดังนี้

คะแนนคุณภาพชีวิตรวมของผู้ป่วย (คะแนนเต็ม 108 คะแนน) จากการประเมินทั้ง 3 ครั้ง ในกลุ่มศึกษามีคะแนน 48.65 50.87 และ 51.30 คะแนนตามลำดับ ส่วนกลุ่มควบคุมมีคะแนน 46.67 47.52 และ 47.76 คะแนนตามลำดับ คะแนนคุณภาพชีวิตหมวดความผาสุกด้านร่างกาย (คะแนนเต็ม 28 คะแนน) ในกลุ่มศึกษามีคะแนน 7.91 9.13 และ 9.82 คะแนนตามลำดับ ส่วนกลุ่มควบคุมมีคะแนน 8.29 9.35 และ 9.00 คะแนน ตามลำดับ คะแนนคุณภาพชีวิตหมวดความ

ผาศุกด้านสังคม/ครอบครัว (คะแนนเต็ม 28 คะแนน) ในกลุ่มศึกษามีคะแนน 18.74 18.57 และ 19.39 คะแนนตามลำดับ ส่วนกลุ่มควบคุมมีคะแนน 17.14 17.29 และ 17.57 คะแนนตามลำดับ คะแนนคุณภาพชีวิตหมวดความผาศุกด้านอารมณ์ (คะแนนเต็ม 24 คะแนน) ในกลุ่มศึกษามีคะแนน 6.48 7.26 และ 6.17 คะแนนตามลำดับ ส่วนกลุ่มควบคุมมีคะแนน 6.29 6.33 และ 7.52 คะแนน ตามลำดับ คะแนนคุณภาพชีวิตหมวดการปฏิบัติกิจกรรม (คะแนนเต็ม 28 คะแนน) ในกลุ่มศึกษามีคะแนน 15.61 15.91 และ 15.91 คะแนนตามลำดับ ส่วนกลุ่มควบคุมมีคะแนน 14.95 14.52 และ 13.67 คะแนนตามลำดับ ผู้วิจัยให้ความเห็นว่า ที่ไม่พบความแตกต่างของคุณภาพชีวิต เพราะการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมีปัจจัยหลายอย่างที่มีส่วนเกี่ยวข้อง นอกจากนี้สภาพของโรคที่รุนแรงขึ้นในระหว่างการรักษา รวมทั้งโรคประจำตัวของผู้ป่วยอาจส่งผลถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้

นอกจากนี้ผลการวิจัยครั้งนี้ ยังสอดคล้องกับงานวิจัยในอดีตที่ศึกษาผลของการให้การบริบาลเภสัชกรรมในผู้ป่วยโรคอื่น ๆ ซึ่งมีการป้องกันแก้ไขปัญหาจากการใช้ยา การให้ความรู้คำแนะนำปรึกษาแก่ผู้ป่วย แล้วพบว่ามียาสำคัญทางสถิติของคุณภาพชีวิตผู้ป่วย ความร่วมมือของ ผู้ป่วย การป้องกันแก้ไขปัญหาจากการใช้ยาโดยเภสัชกร การควบคุมโรค ความพึงพอใจ แต่ไม่พบความแตกต่างของคุณภาพชีวิตระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองเช่นกัน (Hanlon et al, 1996; Jaber et al, 1996; Gourley et al, 1998; Knoell et al, 1998) แต่ก็มีบางงานวิจัยที่แตกต่างกันบ้างในบางมิติ (Park et al, 1996; Carter et al, 1997; Erickson et al, 1997) และนอกจากผลการให้บริบาลทางเภสัชกรรมที่ยังไม่ชัดเจนในเรื่องคุณภาพชีวิตแล้ว ยังมีผลของยาที่พบว่ามีประสิทธิภาพดีกว่ายาหลอกในผู้ป่วยโรคมะเร็งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ที่มีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ก็ไม่พบการเปลี่ยนแปลงของคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเช่นกัน (Day et al, 1999; Kirkbride et al, 2000)

สาเหตุของการไม่พบความเปลี่ยนแปลงของคุณภาพชีวิตในงานวิจัยครั้งนี้ อาจเป็นเพราะการประเมินคุณภาพชีวิตมีความซับซ้อนและเป็นการวัดที่ลึกซึ้งขึ้นกับหลายปัจจัย และหลากหลายมิติของบุคคล ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต ได้แก่ ความเจ็บปวด การรับรู้เข้าใจ อารมณ์ที่ซึมเศร้า การที่ไม่สามารถเคลื่อนไหวหรือทำหน้าที่ต่าง ๆ ได้ตามปกติ ความรับผิดชอบต่อครอบครัว และการเงิน (Muldoon et al., 1998) ซึ่งงานวิจัยครั้งนี้ไม่ได้ครอบคลุมปัจจัยดังกล่าว กล่าวคือ

- งานวิจัยครั้งนี้ถึงแม้ว่าจะเริ่มเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยตั้งแต่ก่อนได้รับยาต้านมะเร็ง แต่กลับพบว่าผู้ป่วยได้รับการแจ้งผลการวินิจฉัยมาก่อนอย่างน้อย 2 สัปดาห์ ซึ่งในระหว่างนั้น ผู้ป่วยอาจมีการปรับความคิดความรู้สึกด้วยตนเอง และสภาพแวดล้อม ทำให้พบว่าผู้ป่วยมักมี

ลักษณะไม่กังวลต่อการรักษาด้วยยาต้านมะเร็ง ดังนั้นระยะเวลาที่ศึกษาอาจไม่เหมาะสม เพราะผู้ป่วยได้ผ่านช่วงเวลาที่กระทบต่อคุณภาพชีวิตไปแล้ว จึงอาจทำให้ไม่เห็นความแตกต่าง

- การเกิดปัญหาอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาต้านมะเร็ง ที่ใช้ในโรคมะเร็งต่อมน้ำเหลือง ส่วนใหญ่จะมีอาการเกิดขึ้นและหายไปภายใน 3 อาทิตย์ และเมื่อผู้ป่วยมาพบเภสัชกรในแต่ละครั้งในอาทิตย์ที่ 4 จึงอาจทำให้การประเมินคุณภาพชีวิต 7 วันก่อนมาพบเภสัชกรไม่แตกต่าง โดยเฉพาะในหมวดความผาสุกด้านร่างกาย เพราะปัญหาอาการไม่พึงประสงค์ได้หมดไปแล้ว

- โรคมะเร็งต่อมน้ำเหลืองมักไม่มีอาการอื่นที่รบกวนผู้ป่วย เช่น ไม่มีอาการปวด เป็นต้น ผู้ป่วยอาจรู้สึกมาก่อนที่ต่อมน้ำเหลืองยุบลง แต่สภาพร่างกายอื่น ๆ ไม่มีความเปลี่ยนแปลง เพราะไม่มีอาการใด ๆ ตั้งแต่แรก ทำให้อาจเป็นเหตุผลหนึ่งที่ทำให้คะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอยู่ในเกณฑ์ดี จึงเป็นการยากที่จะทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่านี้ และทำให้ไม่พบความแตกต่างของคุณภาพชีวิตผู้ป่วย

- จากประสบการณ์ที่ได้จากการดำเนินงานวิจัย ผู้วิจัยพบว่า การตอบสนองต่อโรคกำลังใจที่ดีของครอบครัว ความเชื่อด้านศาสนา การจัดการความคิดความรู้สึกของผู้ป่วยเอง มีอิทธิพลต่อกำลังใจ สภาพอารมณ์และจิตใจของผู้ป่วย ซึ่งการให้ความรู้คำแนะนำปรึกษา ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้และการปฏิบัติตัวดีขึ้นก็จริง แต่ไม่ได้ครอบคลุมเนื้อหา ทุก ๆ ด้านที่มีอิทธิพลกับคุณภาพชีวิต เป็นเพียงการให้คำแนะนำเพื่อไม่ให้ผู้ป่วยเกิดปัญหาจากการใช้ยา แต่ในความเป็นจริงผู้ป่วยอาจต้องเผชิญกับปัญหามากมายที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วย โดยเฉพาะ ผู้ป่วยที่มีปัญหาเรื่องครอบครัว จะมีค่าคะแนนคุณภาพชีวิตต่ำ หรือผู้ป่วยหลายคนมีความเชื่อเรื่องศาสนาว่าอะไรจะเกิดก็ต้องเกิด พระเจ้าเป็นผู้กำหนด ก็จะมีค่าคะแนนคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งการให้คำแนะนำปรึกษาโดยเภสัชกรไม่ได้มีเนื้อหาให้เปลี่ยนแปลงผู้ป่วยในเรื่องดังกล่าว และไม่ได้ออกแบบงานวิจัยเพื่อควบคุมปัจจัยต่าง ๆ

- งานวิจัยครั้งนี้ได้ปฏิบัติตามคำแนะนำของ Pickard และ คณะ (1999) คือ เลือกรูปแบบการศึกษาที่ดีที่สุด คือ Randomized Control trial และเลือกเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตที่เฉพาะเจาะจงกับโรคมะเร็ง อาจขาดเพียงข้อเสนอแนะเดียวคือ การมีขนาดตัวอย่างที่เพียงพอ เพราะข้อจำกัดด้านเวลา จึงคำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้ตัวชี้วัดในเรื่องความรู้สึกผู้ป่วยซึ่งเป็นจุดประสงค์หลักอันดับแรกของงานวิจัย

- นอกจากนื่องานวิจัยนี้อาจมีข้อด้อยที่ไม่ได้ใช้เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตที่เฉพาะเจาะจงกับโรคมะเร็งต่อมน้ำเหลือง ซึ่งอาจทำให้ไม่ครอบคลุมมิติที่สอดคล้องกับภาวะผู้ป่วยและคำถามวิจัยที่ต้องการ จึงมีความไวไม่เพียงพอในการวัดความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น (นุจรี, 2548) มีผู้ให้ข้อคิดเห็นว่า (steer et al, 2002) เครื่องมืออาจต้องพัฒนาให้จำเพาะกับผู้ป่วยสูงอายุซึ่งเป็นผู้ป่วย

ส่วนใหญ่ของโรคนี้ หรืออาจจำเป็นหรือไม่ที่ต้องพัฒนาให้ถึงขั้นจำเพาะเจาะจงกับชนิดของเนื้องอก (tumor type) แต่ก็ยังไม่อาจสรุปได้ว่าเครื่องมือลักษณะดังกล่าวจะดีกว่าเครื่องมือวัดแบบทั่วไปหรือไม่ คงต้องมีการศึกษาวิจัยต่อไป สำหรับงานวิจัยนี้สาเหตุที่ไม่ได้ใช้เครื่องมือที่ที่เฉพาะเจาะจงกับโรคมะเร็งต่อมไทรอยด์ตั้งแต่แรก เนื่องมาจากข้อจำกัดด้านเวลาในการทำวิจัย เพราะเครื่องมือดังกล่าวยังไม่มีการแปลและทดสอบความเที่ยงตรงของเครื่องมือเป็นภาษาไทย ซึ่งในขั้นตอนการแปลและทดสอบเครื่องมือนี้ ต้องใช้เวลาในการศึกษา และกลุ่มตัวอย่างที่มากพอ

5. ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการให้คำแนะนำปรึกษา

พบว่าค่าเฉลี่ยความพึงพอใจรวมทั้งหมดของกลุ่มทดลองเท่ากับ 35 คะแนน มากกว่ากลุ่มควบคุมซึ่งเท่ากับ 32 คะแนนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.028$) นอกจากนี้ยังพบว่าไม่มีผู้ป่วยรายใดที่ต้องการให้เภสัชกรปรับปรุงระบบการให้บริการ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ของทั้งสองกลุ่ม (ร้อยละ 73) ต้องการให้โรงพยาบาลจัดให้มีคำแนะนำปรึกษาเกี่ยวกับการใช้ยาอย่างละเอียดมากกว่า 4 ครั้ง หรือ ทุกครั้งของการได้รับยา ดังแสดงในตารางที่ 38

จากการที่พบว่าผู้ป่วยในกลุ่มทดลองมีความพึงพอใจมากกว่ากลุ่มควบคุมนั้น อธิบายได้ว่าเมื่อผู้ป่วยได้รับคำแนะนำปรึกษาอย่างละเอียดจากเภสัชกรอาจทำให้ผู้ป่วยลดข้อสงสัย ลดความต้องการหรือความคาดหวังจากแพทย์และพยาบาล เพราะมีความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลตนเองมากขึ้นและมีแหล่งให้คำตอบเมื่อมีข้อสงสัย

พบว่าผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มมีค่าคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจในระดับมาก (ค่าเฉลี่ยประมาณ 4 คะแนน) เหมือนกัน ซึ่งอธิบายได้ว่าอาจเป็นเพราะผู้ป่วยมีความพึงพอใจจริง หรืออาจมาจากความเกรงใจหรือกลัวว่าถ้าตอบว่าไม่พึงพอใจอาจมีผลต่อการรับบริการที่จะได้รับในอนาคต ในส่วนของความพึงพอใจจริงต่อบริการที่ได้รับนั้น ผู้วิจัยพบว่าผู้ป่วยหลายรายมีประสบการณ์ที่ไม่ดีต่อการรับบริการจากสถานพยาบาลที่อื่น เมื่อได้รับบริการที่ดีกว่า แม้ในประเด็นที่อาจมองข้ามได้ เช่น การให้รอยยิ้มแก่ผู้ป่วย ก็สามารถทำให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจมากได้ แต่อย่างไรก็ตามจากผลการวิจัย พบว่า การที่มีเภสัชกร เน้นการให้คำแนะนำปรึกษาอย่างละเอียด สามารถทำให้ความพึงพอใจที่อยู่ในระดับมากนั้น แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้ และจากการที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ต้องการให้มีคำแนะนำปรึกษาการใช้ยาอย่างละเอียดมากกว่า 4 ครั้งหรือทุกครั้งที่ได้รับยา เป็นสิ่งยืนยันอีกอย่างว่าผู้ป่วยมีความเห็นว่าการให้คำแนะนำปรึกษานั้นมีความสำคัญ มีประโยชน์ จึงต้องการให้มีการแนะนำปรึกษาต่อไป ดังนั้นการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งต่อมไทรอยด์ที่ได้รับ

ขาด้านมะเร็ง โรงพยาบาลควรจัดให้มีผู้ทำหน้าที่ให้คำแนะนำปรึกษาอย่างละเอียดเพิ่มเติมจากการให้บริการปกติ ทั้งนี้เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและเพื่อให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจสูงสุด

ตารางที่ 38 ความคิดเห็นของผู้ป่วยเกี่ยวกับจำนวนครั้งที่โรงพยาบาลควรจัดให้มีการให้คำแนะนำปรึกษาเกี่ยวกับการใช้ยาอย่างละเอียด

| ความคิดเห็น | จำนวนผู้ป่วย (ร้อยละ) | | รวมผู้ป่วยทั้งหมด (ร้อยละ) |
|----------------------------------------|-----------------------|-------------|----------------------------|
| | กลุ่มทดลอง | กลุ่มควบคุม | |
| เฉพาะครั้งแรกของการรับยา | 1 (3.3) | 1 (3.1) | 2 (3.2) |
| จำนวน 2 ครั้งของการรับยา | 2 (6.7) | 2 (6.3) | 4 (6.5) |
| จำนวน 3 ครั้งของการรับยา | 2 (6.7) | - | 2 (3.2) |
| จำนวน 4 ครั้งของการรับยา | 4 (13.3) | 5 (15.6) | 9 (14.5) |
| มากกว่า 4 ครั้งหรือทุกครั้งที่ได้รับยา | 21 (70) | 24 (75) | 45 (72.6) |