

บทที่ 1

บทนำ

ปัญหาและความเป็นมาของปัญหา

โรคมะเร็งเป็นปัญหาใหญ่ของโลก แต่ละปีจะมีผู้ป่วยใหม่ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งเกือบ 6 ล้านคน และมีผู้ตายจากโรคมะเร็งมากกว่า 4 ล้านคน หรือประมาณร้อยละ 10 ของการตายทั้งหมด (พงศภัทรดี และคณะ, 2534) เป็นสาเหตุการตายอันดับต้นๆของทุกประเทศ (สถาพร, 2537) และสองในสามของผู้ป่วยที่ตายจากโรคมะเร็งเป็นประชากรในประเทศที่กำลังพัฒนา (พงศภัทรดี และคณะ, 2534) โดยพบอัตราการตายของผู้ป่วยด้วยโรคมะเร็งสูงมากกว่าร้อยละ 80 สำหรับประเทศที่พัฒนาแล้วพบว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งมีอัตราการตายสูงเช่นกัน คือร้อยละ 50 (สถาพร, 2537) จากรายงานของสมาคมมะเร็งแห่งสหรัฐอเมริกา (American Cancer Society; ACS) ในปี 2001 พบว่า โรคมะเร็งเป็นสาเหตุการตายอันดับสองรองจากโรคหัวใจ โดยมีผู้ป่วยที่ถูกวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งมากกว่า 1.2 ล้านคนในแต่ละปี และมีผู้ที่ตายจากโรคมะเร็งในสหรัฐอเมริกาประมาณ 553,000 คนต่อปี (Balmer and Valley, 2002) และ ACS ยังได้ประมาณว่าในที่สุดจะมีประชากรชาวอเมริกันผู้ชาย 1 ใน 2 คนและผู้หญิง 1 ใน 3 คนป่วยเป็นโรคมะเร็ง (Lindley et al., 2000)

ประเทศไทยพบอัตราการป่วยและการตายจากโรคมะเร็งเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยเป็นสาเหตุการตายอันดับสองหรือสามสลับกับโรคหัวใจและอุบัติเหตุ และองค์การอนามัยโลกได้คาดการณ์ว่าประเทศที่กำลังพัฒนาเช่นประเทศไทยน่าจะมีอัตราการเกิดโรคมะเร็งสูงถึง 180-200 คนต่อประชากรทุกๆ 1 แสนคน (สถาพร, 2537)

เป้าหมายในการรักษามะเร็งคือการที่สามารถควบคุมการเจริญเติบโตของเซลล์มะเร็งหรือสามารถทำลายเซลล์มะเร็งได้หมดโดยไม่ทำให้เกิดผลเสียต่อเซลล์ปกติของผู้ป่วย ซึ่งปัจจุบันโรคมะเร็งส่วนใหญ่ยังไม่สามารถบรรลุเป้าหมายนี้ได้ แต่อย่างไรก็ตามการรักษาในปัจจุบันอาจทำให้ ผู้ป่วยมีชีวิตยืนยาวขึ้น บรรเทาอาการ (McEvoy, 2001) และประโยชน์ที่สำคัญมากอีกอย่างคือทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (Carelle et al., 2002)

ยาต้านมะเร็ง หรือยาเคมีบำบัด (Anticancer drugs or Chemotherapy) เป็นยาที่มีความเป็นพิษสูง และมีช่วงในการรักษาแคบจึงทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดพิษจากการใช้ยาได้ง่ายและรุนแรง

(Cohen et al., 1996; Hon and Evans, 1998; Kohler et al., 1998; McEvoy, 2001) โดยพบว่าผลของยาที่เป็นพิษต่อเซลล์นั้น มักทำให้เกิดการกดไขกระดูกซึ่งเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดออกและการติดเชื้อ พิษต่อระบบทางเดินอาหาร และเกิดภาวะผมร่วง (McEvoy, 2001) จากการติดตามอาการอันไม่พึงประสงค์ (Adverse drug reactions) ของผู้ป่วยในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ 71 ราย ระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ. 2541 ถึง เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2542 พบปัญหาจากการใช้ยา (Drug related problems) ที่เป็นอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาด้านมะเร็งถึง 1,174 ปัญหาโดยปัญหาที่พบสูงสุด คือ ผลต่อระบบทางเดินอาหาร ได้แก่ อาการคลื่นไส้ อาเจียน เยื่อช่องปากอักเสบ ร้อยละ 38.8 และรองลงมาคือผลต่อระบบเลือด ได้แก่ ภาวะโลหิตจาง ร้อยละ 38.3 (นราวัต, 2542)

มีรายงานการเกิดความคลาดเคลื่อนในการใช้ยา (Medication errors) จากการใช้ยาด้านมะเร็งในหนังสือพิมพ์นิวยอร์กไทม์ (New York Times) เมื่อเดือนมีนาคม ค.ศ. 1995 สร้างความตื่นตัวแก่บุคลากรทางการแพทย์และประชาชนทั่วไป รายงานข่าวแจ้งว่า Betsy Lehman อายุ 39 ปี เสียชีวิตเนื่องจากได้รับยาเกินขนาดระหว่างการรักษาโรคมะเร็งเต้านมในระยะแพร่กระจาย (metastatic breast cancer) ที่สถาบันมะเร็งดاناฟาร์เบอร์ (Dana Farber Cancer Institute) ซึ่งเป็นสถาบันระดับมหาวิทยาลัยที่เป็นศูนย์รักษามะเร็งชั้นนำและได้รับความเชื่อถือสูงในประเทศสหรัฐอเมริกา แพทย์ได้เขียนคำสั่งการใช้ยา Cyclophosphamide ว่า “4 กรัมต่อพื้นที่ผิวในหน่วยสแควร์เมตรตลอดเวลา 4 วัน” (4 g/sq m over four days) คำสั่งที่ถูกต้องควรเป็น 1 กรัมต่อพื้นที่ผิวในหน่วยสแควร์เมตรต่อวัน เป็นเวลา 4 วันติดต่อกัน (a daily dose of 1 g/sq m for four days in a row) ดังนั้น Lehman จึงได้รับยา 6.52 กรัมต่อวันเป็นเวลา 4 วันติดต่อกัน ขนาดยาทั้งหมดที่ได้รับ คือ 26.08 กรัม แทนที่จะได้รับยาทั้งหมดเพียงแค่ 6.52 กรัม จึงทำให้ Lehman เสียชีวิตเนื่องจากพิษของยาต่อหัวใจ (cardiotoxicity) จากเหตุการณ์ดังกล่าวทำให้เกิดการตื่นตัวเพื่อหาแนวทางป้องกันความผิดพลาดจากการใช้ยาด้านมะเร็ง (Chemotherapy errors) ซึ่งพบว่าความผิดพลาดที่เกิดเป็นเพราะขาดการตรวจสอบที่เพียงพอจากบุคลากรทางการแพทย์ ดังนั้นการป้องกันการเกิดความผิดพลาดจากการใช้ยาด้านมะเร็งจำเป็นต้องอาศัยการทำงานร่วมกันเป็นกลุ่ม ซึ่งประกอบด้วยหลายสาขาวิชาชีพ (multidisciplinary team) ได้แก่ แพทย์ เภสัชกร และพยาบาล (Cohen et al., 1996; Fischer et al., 1996; Ignoffo, 1996; Kohler et al., 1998) หาก multidisciplinary team มีเภสัชกรเข้าร่วมทำงานในกลุ่มจะช่วยให้การดูแลการใช้ยาด้านมะเร็งมีความถูกต้องเหมาะสมมากยิ่งขึ้น (Kitzmann, 1982) นอกจากนี้ควรมีการรายงานความผิดพลาดที่เกิดขึ้นทั้งหมดเพื่อที่จะได้เรียนรู้จากความผิดพลาดนั้น ๆ และเมื่อเกิดความผิดพลาดขึ้นมาแต่ละครั้ง multidisciplinary team ควรมีหน้าที่ทบทวนปัญหาเพื่อหาแนวทางพัฒนาระบบป้องกันความผิดพลาดที่เกิดขึ้น (Cohen et al., 1996)

ผู้เชี่ยวชาญจากสมาคมแพทย์ เภสัชกร และพยาบาลในสหรัฐอเมริกา [The American Medical Association (AMA), The American Society of Hospital Pharmacist (ASHP), The American Nurses Association (ANA)] ได้แนะนำว่าโรงพยาบาลต่าง ๆ ควรจัดให้มี เภสัชกรทำงานร่วมกับแพทย์และพยาบาลโดยเชื่อว่าจะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับยาอย่างถูกต้องเหมาะสมที่สุดและช่วยหลีกเลี่ยงอาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นจากยาได้ ดังนั้นควรตระหนักในความสำคัญของเภสัชกรเพิ่มเติมจากบทบาทในการจ่ายยา (distribution roles) เป็นบทบาทในการให้บริการเภสัชกรรม (pharmaceutical care roles) (Bate et al., 1996) ซึ่งเป็นบทบาทที่เป็นความรับผิดชอบของเภสัชกรต่อการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโดยตรง เพื่อให้ผู้ป่วยได้ผลการรักษาที่ถูกต้อง และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (Hepler and Strand, 1990)

ในประเทศไทยบทบาทของเภสัชกรเกี่ยวกับยาต้านมะเร็งนั้น ส่วนใหญ่เน้นที่หน้าที่รับผิดชอบในการจ่ายยาเท่านั้น (dispensing) มีส่วนน้อยที่มีบทบาทในการเตรียมยา (preparation) และดูแลการใช้ยาในผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านมะเร็ง (Chemotherapy care)

โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ยังไม่มีเภสัชกรที่ทำหน้าที่รับผิดชอบโดยตรงในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านมะเร็ง ดังนั้นผู้วิจัยจึงจัดตั้งโครงการวิจัยนี้ขึ้น เพื่อให้เภสัชกรมีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านมะเร็ง โดยคาดว่าจะสามารถเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานร่วมกันเป็นกลุ่มของวิชาชีพสุขภาพ เพิ่มคุณภาพในการรักษาได้

เนื่องจากผู้ป่วยโรคมะเร็งทางโลหิตวิทยา (Hematologic malignancy) ซึ่งได้แก่ มะเร็งเม็ดเลือดขาว มะเร็งต่อมน้ำเหลือง และ multiple myeloma นั้น มักถูกวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งเมื่อสถานะของโรคอยู่ในระยะแพร่กระจายแล้ว ดังนั้นการรักษาจึงใช้ยาต้านมะเร็งซึ่งออกฤทธิ์ทั่วระบบร่างกาย (systemic chemotherapy) เป็นหลัก มากกว่าการรักษาด้วยการผ่าตัดหรือฉายรังสี อีกทั้งผู้ป่วยกลุ่มนี้มักได้รับยาต้านมะเร็งหลายตัวร่วมกันเพราะมะเร็งทางโลหิตวิทยาเป็นมะเร็งที่มีอัตราการเจริญเติบโตของเซลล์มะเร็งเร็ว การรักษาโดยใช้ยาต้านมะเร็งหลายตัวร่วมกันแบบรุนแรง (aggressive combination chemotherapy) จะทำให้ได้อัตราการตอบสนองต่อการรักษาและหายจากโรคสูง (Finley et al., 2000) นั่นหมายความว่าผู้ป่วยจะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดพิษจากยาต้านมะเร็งได้สูง ดังนั้นผู้ป่วยโรคมะเร็งทางโลหิตวิทยาจึงเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีความต้องการการดูแลติดตามการใช้ยาโดยเภสัชกรอย่างชัดเจนและเป็นกลุ่มผู้ป่วยอันดับแรกๆ ที่เภสัชกรควรเลือกเพื่อดูแลการใช้ยาต้านมะเร็ง

ที่โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ผู้ป่วยโรคมะเร็งทางโลหิตวิทยาจะได้รับการดูแลรักษาโดยแพทย์ และพยาบาลวิชาชีพของหน่วยโลหิตวิทยา ภาควิชาอายุรศาสตร์ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งต่อมน้ำเหลือง (Lymphoma) นั้น ส่วนใหญ่จะได้รับการรักษาด้วยยาต้านมะเร็งที่

ออกฤทธิ์ทั่วร่างกายหลายตัวร่วมกัน โดยทั่วไปจะให้ยา 6-8 ครั้ง แต่แต่ละครั้งห่างกันประมาณ 3-4 สัปดาห์ หรือประมาณเดือนละครั้ง (Armitage and Longo, 2001; Finley et al., 2000; Lindley et al., 2000) และส่วนใหญ่จะได้รับการดูแลรักษาที่คลินิกโรคเลือด (Hematologic clinic) ซึ่งเปิดให้บริการทุก ๆ วันพุธ มีเพียงบางส่วนของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษานหอยผู้ป่วยอายุรกรรมได้แก่ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งต่อมน้ำเหลืองขณะได้รับการรักษานหอยผู้ป่วย ผู้ป่วยที่เกิดอาการข้างเคียงจากการใช้ยา และผู้ป่วยที่มีโอกาสเสี่ยงสูงที่จะเกิดอาการข้างเคียงจากการใช้ยาด้านมะเร็งเช่น อายุมาก มีภาวะทุพโภชนาการขั้นรุนแรง เป็นต้น ซึ่งจะแตกต่างจากผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างใกล้ชิดบนหอยผู้ป่วยเท่านั้นเพราะผู้ป่วยมีโอกาสเกิดพิษจากการได้รับยาด้านมะเร็งรุนแรงกว่าและแตกต่างจาก multiple myeloma ซึ่งมีโอกาสเกิดพิษจากการได้รับยาด้านมะเร็งได้น้อยกว่า ดังนั้นโรคมะเร็งต่อมน้ำเหลืองจึงเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องให้คำแนะนำปรึกษาเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ถูกต้องและดีที่สุดขณะพักรักษาตัวที่บ้าน

เมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งต่อมน้ำเหลืองที่ต้องรักษาด้วยการให้ยาด้านมะเร็ง แพทย์จะพูดคุยอธิบายให้ผู้ป่วยและบุคคลใกล้ชิดของผู้ป่วยรับทราบและตัดสินใจว่าจะรับการรักษาด้วยยาด้านมะเร็งหรือไม่ หลังจากที่ผู้ป่วยและ/หรือบุคคลใกล้ชิดของผู้ป่วยตัดสินใจรับการรักษา แพทย์จะส่งยาและส่งผู้ป่วยไปพบพยาบาลวิชาชีพของหน่วยโลหิตวิทยา ผู้ป่วยจะได้รับการแนะนำพร้อมกับรับคู่มือเรื่องยา อาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นและวิธีการปฏิบัติตัวเมื่อได้รับยาด้านมะเร็ง การให้คำแนะนำดังกล่าวจะเน้นให้แก่ผู้ป่วยที่ได้รับยาด้านมะเร็งครั้งแรกเท่านั้น เป็นเพราะอุปสรรคด้านปริมาณงานที่มากและเวลาที่จำกัด ซึ่งยังไม่มีการศึกษาผลของการให้คำแนะนำ

จากการที่ผู้วิจัยได้มีโอกาสสังเกตการณ์การทำงานเป็นทีมของแพทย์ และพยาบาลวิชาชีพของหน่วยโลหิตวิทยา ผู้วิจัยพบว่าทีมแพทย์ และพยาบาลวิชาชีพของหน่วยโลหิตวิทยาเล็งเห็นและได้ให้ความสำคัญของการให้คำแนะนำเรื่องยา อาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นและวิธีการปฏิบัติตัวเมื่อได้รับยาด้านมะเร็งอย่างยิ่ง ทีมแพทย์ พยาบาลของหน่วยโลหิตวิทยาและผู้วิจัย (เภสัชกร) จึงคาดการณ์ว่าน่าจะเกิดประโยชน์แก่ผู้ป่วยหากมีการให้คำแนะนำปรึกษาแก่ผู้ป่วยเกือบทุกครั้งของการมารับยาด้านมะเร็ง โดยเฉพาะ 3 ครั้งแรกของการรักษา เพื่อย้ำให้ผู้ป่วยตระหนักถึงการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันดูแลอาการข้างเคียงที่เคยเกิดขึ้นแล้วหรือยังไม่เคยเกิดขึ้นในการรักษาด้วยยาด้านมะเร็งครั้งแรก ดังนั้นผู้วิจัยจึงเลือกศึกษาดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งต่อมน้ำเหลืองเป็นกลุ่มแรก โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อลดจำนวนปัญหาจากการใช้ยา ลดความรุนแรงหรือความถี่ของปัญหาจากการใช้ยา สามารถกระตุ้นให้ผู้ป่วยปฏิบัติตัวเพื่อ ป้องกันตนเองไม่ให้เกิดปัญหาจากการใช้ยาหรือดูแลตนเองเมื่อเกิดปัญหาจากการใช้ยาได้เพิ่มขึ้น และสร้างความพึงพอใจให้แก่ผู้ป่วยในการรับคำแนะนำปรึกษาโดยทีมรักษา ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับในอนาคตคือได้แนวทางในการดูแลการใช้ยา

ด้านมะเร็งในผู้ป่วยโรคมะเร็งชนิดอื่น ๆ และสำรวจปัญหาเพื่อเป็นแนวทางในการจัดตั้งโครงการเตรียมขาด้านมะเร็งโดยฝ่ายเภสัชกรรม โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

การใส่ใจผู้ป่วยในเรื่องคุณภาพชีวิต (Quality of life) ได้กลายมาเป็นสิ่งสำคัญที่ต้องสนใจในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษา และการวัดคุณภาพชีวิตได้รับการยอมรับให้เป็นตัวชี้วัดสุดท้าย (an accepted endpoint) ในการวิจัยทางคลินิก (Carelle et al., 2002; Cella et al., 1993; Sanders et al., 1998; Winstel-Fry and Schultz, 1997; Yu et al., 2000) แต่การศึกษาด้านคุณภาพชีวิตในประเทศไทยมีน้อย ส่วนหนึ่งอาจเนื่องมาจากการขาดเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตที่เฉพาะเจาะจง (Disease-specific instrument) ของผู้ป่วยมะเร็งฉบับภาษาไทย (Pratheepawanit et al., 2002) ซึ่งการสร้างเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตให้มีคุณภาพดีนั้นต้องใช้เวลาและค่าใช้จ่ายสูง เพราะจะต้องทดสอบอย่างถี่ถ้วนเพื่อพิสูจน์ว่าแบบสอบถามที่สร้างขึ้นมีมาตรฐานที่ดีทั้งความตรงและความเที่ยง (Validity and reliability) ดังนั้นเพื่อความสะดวกรวดเร็วและลดค่าใช้จ่ายจึงอาจใช้แบบสอบถามที่สร้างขึ้นมาเป็นภาษาต่างประเทศซึ่งได้รับการพิสูจน์แล้วว่าได้มาตรฐาน นำมาแปลเป็นภาษาไทย โดยแบบสอบถามฉบับภาษาไทยควรมีคุณสมบัติที่เข้าได้กับวัฒนธรรมไทยและรักษามาตรฐานของแบบสอบถามคือ ความตรงและความเที่ยงของต้นฉบับ (วัชรและปารณีย์, 2543)

ปัจจุบันได้มีผู้ทำการศึกษาเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งฉบับภาษาไทยแล้ว (Sirilertrakul et al., 2000; Ratanatharathorn et al., 2001; Pratheepawanit et al., 2002) โดยแปลจากเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตของต่างประเทศชื่อ FACT-G (Functional Assessment of Cancer Therapy) ซึ่งเป็นเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพดีและมีการใช้กันอย่างแพร่หลาย (Cella et al., 1993; Shimozuma et al., 2000; Sirilertrakul et al., 2000; Yu et al., 2000; Ratanatharathorn et al., 2001; Pandly et al., 2002; Pratheepawanit et al., 2002) พบว่ามีผู้พัฒนา FACT-G ฉบับภาษาไทยให้มีความตรงและความเที่ยง ($r = -0.45$, α ส่วนใหญ่ > 0.7) และได้รับการยอมรับในผู้ป่วยไทยที่เป็นโรคมะเร็ง ($> 90\%$) อีกทั้งสามารถลดข้อจำกัดของ FACT-G ฉบับภาษาต่างประเทศซึ่งสร้างมาในรูปแบบของการให้ผู้ป่วยกรอกแบบสอบถามเอง (self-administered questionnaire) จึงมีข้อจำกัดในเรื่องของการนำไปใช้ในผู้ป่วยที่มีการศึกษาน้อย FACT-G ฉบับภาษาไทยจึงทำการทดสอบโดยใช้แบบสัมภาษณ์ (interview administered FACT-G) ในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่อาศัยอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย ซึ่งเป็นภาคที่มีประชากรมีรายได้และการศึกษาน้อยที่สุดของประเทศ (Pratheepawanit et al., 2002)

เนื่องจากการเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเป็นส่วนหนึ่งที่สำคัญของบทบาทความรับผิดชอบของเภสัชกรที่มีต่อการรักษาด้วยยาของผู้ป่วย (Hepler and Strand, 1990; Pickard et al., 1999) ดังนั้นนอกเหนือจากการศึกษาผลของเภสัชกรที่มีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งต่อมน้ำเหลือง

ชนิดไม่ใช่ฮอจดจกัณแล้ว ผู้วิจัยจึงเลือกศึกษาด้านคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโดยใช้ FACT-G ฉบับภาษาไทยเป็นเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิต

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของการให้คำแนะนำปรึกษาโดยเภสัชกรในผู้ป่วยโรคมะเร็งต่อมน้ำเหลืองในด้าน

1. ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการได้รับยาต้านมะเร็ง โดยเฉพาะความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันและแก้ไขอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาต้านมะเร็ง
2. ปัญหาด้านการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับการได้รับยาต้านมะเร็ง โดยเฉพาะปัญหาด้านการปฏิบัติตัวที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันและแก้ไขอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาต้านมะเร็ง
3. จำนวนปัญหาจากการใช้ยาที่พบและได้รับการแก้ไข และความรุนแรงของปัญหาอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นจากการใช้ยาต้านมะเร็งที่เกี่ยวข้องเนื่องกับการให้คำแนะนำปรึกษา
4. ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการให้คำแนะนำปรึกษา
5. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลืองก่อนและหลังจากได้รับการดูแลรักษาที่โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

ประโยชน์ที่จะได้รับจากการวิจัย

1. เพิ่มคุณภาพในการรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งต่อมน้ำเหลืองที่มารับบริการที่โรงพยาบาลสงขลานครินทร์
2. เพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานร่วมกันเป็นทีมของวิชาชีพสุขภาพ
3. ได้แนวทางในการดูแลการใช้ยาต้านมะเร็งในผู้ป่วยโรคมะเร็งชนิดอื่น ๆ รวมถึงแนวทางในการจัดตั้งโครงการเตรียมยาต้านมะเร็งโดยฝ่ายเภสัชกรรม โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

ข้อตกลงเบื้องต้น

การบอกเล่าและการตอบแบบสอบถามของผู้ป่วยเป็นเรื่องจริงทุกประการ

นิยามศัพท์

การให้คำแนะนำปรึกษาโดยเภสัชกร (pharmacist counseling) ในงานวิจัยนี้หมายถึง การสื่อสารสองทางระหว่างเภสัชกรกับผู้ป่วยเฉพาะราย โดยเภสัชกรสืบค้นปัญหาเกี่ยวกับยา หรือปัญหาการปฏิบัติตัวที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วยก่อน แล้วจึงให้คำแนะนำปรึกษาเพื่อแก้ไขปัญหานั้น เภสัชกรหาต้นเหตุของปัญหาจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและจากข้อมูลที่บันทึกในเวชระเบียนผู้ป่วย และให้คำแนะนำปรึกษา แก้ไขปัญหาให้ตรงกับสาเหตุ นอกจากนี้เภสัชกรให้ความรู้คำแนะนำผู้ป่วยในส่วนอื่น ๆ ที่ผู้ป่วยยังไม่มีความรู้ในเรื่องนั้น เพื่อเป็นการป้องกันปัญหาที่อาจเกิดขึ้นได้ในภายหลัง

ทีมรักษา (Patient Care Team) ในงานวิจัยนี้หมายถึง ทีมดูแลรักษาผู้ป่วยที่ประกอบด้วย สาขาวิชาชีพร่วม (multidisciplinary team) ได้แก่ แพทย์ พยาบาล และเภสัชกร

แพทย์ หมายถึง อาจารย์แพทย์ 3 ท่านของหน่วยโลหิตวิทยา ภาควิชาอายุรศาสตร์ และแพทย์ประจำบ้านหรือแพทย์ใช้ทุน ของภาควิชาอายุรศาสตร์ ซึ่งหมุนเวียนมาปฏิบัติงานที่หน่วยโลหิตวิทยา ภาควิชาอายุรศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

พยาบาล หมายถึง พยาบาลวิชาชีพ 1 ท่านของหน่วยโลหิตวิทยา ภาควิชาอายุรศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

เภสัชกร หมายถึง เภสัชกรผู้วิจัย ซึ่งเป็นเภสัชกรประจำของฝ่ายเภสัชกรรม โรงพยาบาล สงขลานครินทร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ปัญหาจากการใช้ยา (Drug Related Problems; DRPs) หมายถึงเหตุการณ์หรือสถานะที่เกี่ยวกับการใช้ยาในการรักษา โดยอาจรบกวนหรือมีแนวโน้มที่จะรบกวนผลการรักษาที่ต้องการ โดยปัญหาจากการใช้ยามีสาเหตุของการเกิดปัญหามาจากผู้ป่วย หรือมาจากขั้นตอนการสั่งยาจ่ายยา หรือ บริหารยาโดยบุคลากรทางการแพทย์

ประเภทของปัญหาจากการใช้ยาที่ใช้ในงานวิจัยนี้ คือ (ดัดแปลงจาก Helper and Strand, 1990; เกลิมศรี, 2543; รุ่งทิวา, 2544)

1. การไม่ได้รับยาที่ควรจะได้รับ (Untreated indication)

ผู้ป่วยควรได้รับยาเพิ่มเพื่อ

- 1.1 รักษาโรคหรืออาการเดิมที่ไม่ได้ยา
- 1.2 รักษาโรคหรืออาการใหม่ที่ไม่ได้ยา

- 1.3 เพิ่มผลในการรักษา (combination pharmacotherapy)
- 1.4 ป้องกันโรคหรืออาการที่อาจแทรกซ้อนขึ้นมาในภายหลัง (prophylaxis or premedication)
2. การได้รับยาที่ไม่จำเป็น (Unnecessary drug therapy)
 - 2.1 ผู้ป่วยได้รับยาที่ไม่มีข้อบ่งใช้ ณ เวลานั้น เช่น อาการบางอย่างไม่จำเป็นต้องได้ยา, ยาบางอย่างไม่จำเป็นต้องใช้ต่อเนื่อง
 - 2.2 ผู้ป่วยได้รับยาหลายชนิดซ้ำซ้อน โดยไม่จำเป็นเพื่อรักษาอาการหรือสภาวะโรคเดียวกัน (therapeutic duplication)
 - 2.3 ผู้ป่วยได้รับยาเพื่อรักษาอาการข้างเคียงจากยาตัวอื่น ซึ่งเป็นอาการที่ป้องกันแก้ไขได้โดยวิธีหรือใช้ยาอื่น ๆ
 - 2.4 ผู้ป่วยได้รับยาที่ยังไม่มีข้อมูลทางวิชาการยืนยันถึงข้อบ่งใช้นั้น
 - 2.5 ผู้ป่วยซื้อยามาใช้เอง (self medication) โดยทำให้เกิดปัญหาตามข้อใดข้อหนึ่งของ ข้อ 2.1 – 2.4
3. การได้รับยาที่ไม่เหมาะสม (Improper drug selection)

ควรเปลี่ยนยาเพราะยาที่เลือกไม่เหมาะสมกับผู้ป่วย เนื่องจาก

 - 1.1 ผู้ป่วยมีประวัติแพ้ยา
 - 1.2 ผู้ป่วยมีข้อห้ามในการใช้ยา
 - 1.3 ไม่มีประสิทธิภาพในการรักษา
 - 1.4 ไม่ใช่ยาที่มีประสิทธิภาพสูงสุดในการรักษา
 - 1.5 มีประสิทธิภาพในการรักษาเท่ากับยาคืออื่นแต่ราคาแพงกว่า
 - 1.6 มีประสิทธิภาพในการรักษาเท่ากับยาคืออื่นแต่มียามีปฏิกิริยาสูงกว่า
4. การได้รับยาถูกต้องแต่ขนาดน้อยเกินไป (Subtherapeutic dosage or dosage too low)
 - 4.1 ขนาดยาน้อยเกินไป หรือจำนวนที่สั่งน้อยเกินไปทำให้ผู้ป่วยได้รับยาขนาดน้อยเกินไป
 - 4.2 เวลาหรือความถี่ของการใช้ยาห่างเกินไป
 - 4.3 วิธีบริหารยาไม่ถูกต้องหรือไม่เหมาะสม
 - 4.4 ระยะเวลาการใช้ยาสั้นเกินไป
 - 4.5 การเก็บยาไม่ถูกต้อง ซึ่งอาจทำให้ยามีประสิทธิภาพลดลง
5. ผู้ป่วยได้รับยาถูกต้องแต่ขนาดมากเกินไป (Overdosage or dosage too high)
 - 5.1 ขนาดยามากเกินไป หรือจำนวนที่สั่งมากเกินไปทำให้ผู้ป่วยได้รับยาขนาดมากเกินไป

- 5.2 ความถี่ของการให้ยามากเกินไป
- 5.3 วิธีบริหารยาไม่ถูกต้องหรือไม่เหมาะสม
- 5.4 ระยะเวลาการใช้ยานานเกินไป
6. ผู้ป่วยเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (Adverse drug reaction; ADRs)
7. การเกิดปฏิกิริยาต่อกันระหว่างยากับยา, ยากับอาหาร, ยากับผลทางห้องปฏิบัติการ (Drug-drug interaction, Drug-food interaction, Drug-laboratory interaction)
8. การไม่ได้รับยาหรือได้ไม่ครบ (Failure to receive drugs) เพราะ
 - 8.1 เกิดความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยาให้ผู้ป่วย
 - 8.2 ไม่มียาในคลังยา
 - 8.3 ยาแพง
 - 8.4 รูปแบบรสกลิ่นของยาไม่เหมาะสม
 - 8.5 ความไม่ร่วมมือของผู้ป่วย ได้แก่ การไม่ได้กินยาตามแพทย์สั่งหรือกินไม่สม่ำเสมอ การกินยาไม่เป็นเวลาที่แน่นอน กินยาในเวลาที่ไม่เหมาะสม (ก่อนอาหาร หลังอาหาร) การลืมกินยาแล้วปฏิบัติไม่ถูกต้อง รวมถึงการไม่เข้าใจวิธีใช้ยา
 - 8.6 การไม่มาพบแพทย์ตามนัด ทำให้ขาดยาหรือได้รับยาไม่ต่อเนื่อง
9. ปัญหาอื่น ๆ
 - 9.1 เกิดความคลาดเคลื่อนในการสั่งยาที่ไม่สามารถเข้าเกณฑ์ในข้ออื่น ๆ เช่น แพทย์ไม่ระบุวิธีใช้ยา ระบุวันที่ใช้ยาเป็นวันเดือนปีที่ผ่านมาแล้ว เป็นต้น
 - 9.2 เกิดความผิดพลาดในการนัดพบแพทย์ เช่น ระยะเวลานัดสั้นเกินไปหรือระยะเวลานัดนานเกินไป เป็นต้น

อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (Adverse Drug Reactions; ADRs) ในโครงการวิจัยนี้จะอิงคำจำกัดความขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 1975) คือ ปฏิกิริยาที่เป็นอันตรายและเกิดขึ้นโดยไม่ตั้งใจเมื่อใช้ยาในขนาดปกติเพื่อป้องกัน วินิจฉัย รักษาหรือเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา ซึ่งไม่รวมถึงการใช้ยาโดยเจตนา (ฆ่าตัวตาย) โดยอุบัติเหตุ ความเป็นพิษหรือการใช้ยาในทางที่ผิด

อาการไม่พึงประสงค์ที่ป้องกันได้ (Preventable Adverse drug reactions; Preventable ADRs) (Schumock and Thornton, 1992; Pearson et al., 1994) หากตอบว่า “ใช่” อย่างน้อย 1 ข้อตามเกณฑ์ต่อไปนี้ ให้ถือว่าอาการไม่พึงประสงค์นั้นสามารถป้องกันได้

1. ยาที่เกี่ยวข้องกับการเกิดอาการไม่พึงประสงค์นั้น ไม่เหมาะสมกับสภาวะทางคลินิกของผู้ป่วยใช่หรือไม่

2. ขนาดยา ทางที่ให้ยา วิธีการให้ยา ความถี่ของการให้ยาที่เกี่ยวข้องกับการเกิดอาการไม่พึงประสงค์นั้น ไม่เหมาะสมกับอายุ น้ำหนัก หรือสภาวะโรคของผู้ป่วยใช่หรือไม่
3. ไม่มีการติดตามระดับยาในเลือดหรือการทดสอบทางห้องปฏิบัติการที่จำเป็นใช่หรือไม่
4. ผู้ป่วยมีประวัติแพ้ยาหรือเคยเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยานี้มาก่อนใช่หรือไม่
5. อาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นนั้น มีความเกี่ยวข้องกับปฏิกิริยาระหว่างยาใช่หรือไม่
6. มีหลักฐานว่าระดับยาในกระแสเลือดอยู่ในระดับที่เป็นพิษ (หรือค่าทางห้องปฏิบัติการ) ใช่หรือไม่
7. อาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นนั้นมีความเกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยใช่หรือไม่

การป้องกันและแก้ไขปัญหาจากการใช้ยา (Fincham, 1992; เฉлимศิริ, 2543) หมายถึงการป้องกันแก้ไขปัญหาจากการใช้ยาโดยดำเนินการตามกิจกรรมต่าง ๆ ได้แก่

1. การให้คำแนะนำเกี่ยวกับยา (Patient counseling; PC)
2. การติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (ADR monitoring; ADRM) โดยการป้องกันการเกิดและเมื่อเกิดแล้วดำเนินการแก้ไข เช่น ให้คำปรึกษาแนะนำผู้ป่วย ประเมินความเชื่อมั่นของอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา โครงการนี้ใช้ Naranjo's algorithm (ภาคผนวก ฉ)
3. การให้บริการข้อมูลทางยา (Drug information service; DIS)
4. การตรวจวัดระดับยาและประเมิน (Therapeutic drug monitoring; TDM)

คุณภาพชีวิต ในงานวิจัยนี้หมายถึง ภาวะที่สมบูรณ์ และเชื่อมโยงเป็นองค์รวม อย่างสมดุล ทั้งด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ จิตใจ ด้านสังคมและครอบครัว และด้านการปฏิบัติกิจกรรม ซึ่งงานวิจัยนี้ใช้เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตที่เฉพาะสำหรับผู้ป่วยมะเร็ง คือ The Functional Assessment of Cancer Therapy-General (FACT-G) version 4