

Chulalongkorn University

## Chula Digital Collections

---

Chulalongkorn University Theses and Dissertations (Chula ETD)

---

2020

การประเมินคุณภาพชีวิตด้านการบำบัดด้วยยาและด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการบริหารทางเภสัชกรรมเมื่อเทียบกับการบริหารตามปกติ

กรณัฏฐ์ สร้อยพิทักษ์  
คณะเภสัชศาสตร์

Follow this and additional works at: <https://digital.car.chula.ac.th/chulaetd>

 Part of the [Pharmacy and Pharmaceutical Sciences Commons](#)

---

### Recommended Citation

สร้อยพิทักษ์, กรณัฏฐ์, "การประเมินคุณภาพชีวิตด้านการบำบัดด้วยยาและด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการบริหารทางเภสัชกรรมเมื่อเทียบกับการบริหารตามปกติ" (2020). *Chulalongkorn University Theses and Dissertations (Chula ETD)*. 4109.

<https://digital.car.chula.ac.th/chulaetd/4109>

This Thesis is brought to you for free and open access by Chula Digital Collections. It has been accepted for inclusion in Chulalongkorn University Theses and Dissertations (Chula ETD) by an authorized administrator of Chula Digital Collections. For more information, please contact [ChulaDC@car.chula.ac.th](mailto:ChulaDC@car.chula.ac.th).

การประเมินคุณภาพชีวิตด้านการบำบัดด้วยยาและด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการ  
บริหารทางเภสัชกรรมเมื่อเทียบกับการบริหารตามปกติ



น.ส.กรรณิพย์ สร้อยพิทักษ์

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต

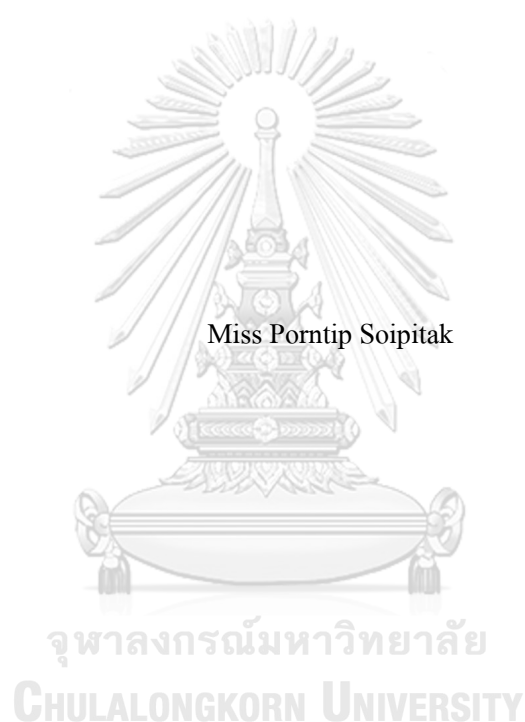
สาขาวิชาการบริหารทางเภสัชกรรม ภาควิชาเภสัชกรรมปฏิบัติ

คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2563

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ASSESSMENT OF DRUG-THERAPY AND HEALTH-RELATED QUALITY OF LIFE  
IN CANCER PATIENTS RECEIVING PHARMACEUTICAL CARE VERSUS USUAL CARE



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements  
for the Degree of Master of Science in Pharmacy in Pharmaceutical Care

Department of Pharmacy Practice

FACULTY OF PHARMACEUTICAL SCIENCES

Chulalongkorn University

Academic Year 2020

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	การประเมินคุณภาพชีวิตด้านการบำบัดด้วยยาและด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการบริหารทางเภสัชกรรมเมื่อเทียบกับการบริหารตามปกติ
โดย	น.ส.ภรณ์ทิพย์ สร้อยพิทักษ์
สาขาวิชา	การบริหารทางเภสัชกรรม
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	ศาสตราจารย์ เกสัชกรหญิง ดร.พรรณทิพา ศักดิ์ทอง

คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัยเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต

..... คณบดีคณะเภสัชศาสตร์  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เกสัชกรหญิง ดร.รุ่งเพชร สกุลบำรุงศิลป์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการ  
(รองศาสตราจารย์ เกสัชกร ดร.จิตินันท์ เอื้ออำนวย)  
..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก  
(ศาสตราจารย์ เกสัชกรหญิง ดร.พรรณทิพา ศักดิ์ทอง)  
..... กรรมการ  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เกสัชกรหญิง ดร.ณัฐดา อารีเปี่ยม)  
..... กรรมการ  
(อาจารย์ เกสัชกรหญิง ดร.ทัตตา ศรีบุญเรือง)

ภรณ์ทิพย์ สร้อยพิทักษ์ : การประเมินคุณภาพชีวิตด้านการบำบัดด้วยยาและด้าน  
 สุขภาพในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการบริหารทางเภสัชกรรมเมื่อเทียบกับการบริหาร  
 ตามปกติ . ( ASSESSMENT OF DRUG-THERAPY AND HEALTH-RELATED  
 QUALITY OF LIFE IN CANCER PATIENTS RECEIVING PHARMACEUTICAL  
 CARE VERSUS USUAL CARE) อ.ที่ปรึกษาหลัก : ศ.ญ. ดร.พรรณทิพา ศักดิ์ทอง

วัตถุประสงค์: วัตถุประสงค์หลัก ประเมินคุณภาพชีวิตด้านการบำบัดด้วยยาและด้าน  
 สุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการบริหารทางเภสัชกรรมเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการ  
 บริหารตามปกติ วัตถุประสงค์รอง เปรียบเทียบปัญหาจากการใช้ยาและผลลัพธ์ทางคลินิก  
 จากการแก้ไขปัญหาการใช้ยาในกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการบริหารทางเภสัชกรรมกับกลุ่มที่  
 ได้รับการบริหารตามปกติ

วิธีการวิจัย: การวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มที่มีกลุ่มควบคุมแบบปกปิดฝ่ายเดียว ศึกษาใน  
 ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการยาเคมีบำบัด โรงพยาบาลสมุทรปราการ ระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2563  
 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2564 จำนวนทั้งสิ้น 237 คน สุ่มผู้ป่วยเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ได้รับการบริการ  
 ตามปกติของโรงพยาบาล และกลุ่มที่ได้รับการบริหารทางเภสัชกรรม ประเมินคุณภาพชีวิตด้าน  
 การใช้ยาและด้านสุขภาพของผู้ป่วยด้วยเครื่องมือ PROMPT-QoL และ FACT-G ตามลำดับ

ผลการวิจัย: กลุ่มที่ได้รับการบริหารทางเภสัชกรรมมีคะแนนคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยา  
 และด้านสุขภาพดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม ( $p < 0.001$ ) มีผลลัพธ์ทาง  
 คลินิกของการแก้ไขปัญหาการใช้ยาดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ )

สรุปผลการวิจัย: ผลของการบริหารทางเภสัชกรรมช่วยให้คุณภาพชีวิตด้านการใช้ยา  
 และด้านสุขภาพของผู้ป่วยดีขึ้น โดยให้การบริหารที่เน้นการดูแลผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และอาศัย  
 เครื่องมือ PROMPT-QoL ที่สามารถวัดคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยาของผู้ป่วยได้โดยตรงมาวัดผล  
 ของการบริหารทางเภสัชกรรมได้

สาขาวิชา การบริหารทางเภสัชกรรม  
 ปีการศึกษา 2563

ลายมือชื่อนิติ .....  
 ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก .....

# # 6270021233 : MAJOR PHARMACEUTICAL CARE

KEYWORD: PHARMACEUTICAL CARE, DRUG THERAPY-RELATED QUALITY OF LIFE, PROMPT-QoL, CANCER PATIENTS

Porntip Soipitak : ASSESSMENT OF DRUG-THERAPY AND HEALTH-RELATED QUALITY OF LIFE IN CANCER PATIENTS RECEIVING PHARMACEUTICAL CARE VERSUS USUAL CARE. Advisor: Prof. PHANTIPA SAKTHONG, Ph.D.

Primary Objectives: To determine drug-therapy and health-related quality of life in cancer patients receiving pharmaceutical care compared to those receiving usual care. Secondary Objectives: To determine clinical outcomes of drug-related problems solving in cancer patients receiving pharmaceutical care compared to those receiving usual care.

Method: This study was a single-blinded randomized controlled trial in cancer patients receiving chemotherapy at Samutprakarn Hospital during November 2020 to February 2021. 237 patients were randomly allocated into control group and intervention group (pharmaceutical care group) to evaluate drug therapy-related quality of life by PROMPT-QoL and health-related quality of life by FACT-G for 2 consecutive visits.

Results: Differences in drug-therapy and health-related quality of life scores assessed by the PROMPT-QoL and FACT-G respectively, between the first and second measurement in study group were higher than those in the control group ( $P < 0.001$ ). Clinical outcomes of drug-related problems solving in study group were better than those in the control group ( $P < 0.001$ ).

Conclusion: Pharmaceutical care provision increased drug-therapy and health-related quality of life among cancer patients receiving chemotherapy more than usual care did. Achieving desired outcomes require both patient-centered care and a sensitive instrument.

Field of Study: Pharmaceutical Care

Student's Signature .....

Academic Year: 2020

Advisor's Signature .....

## กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ ศ.ญ.ดร. พรรณทิพา ศักดิ์ทอง อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผู้ที่ถ่ายทอดความรู้และให้คำปรึกษาเสมอมา

ขอขอบพระคุณหัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรม เภสัชกร และเจ้าหน้าที่ทุกท่านของโรงพยาบาลสมุทรปราการ ที่ช่วยอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล

ขอขอบพระคุณผู้ป่วยทุกท่านที่เสียสละเวลาและให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลแก่ผู้วิจัย

ขอขอบพระคุณบิดา มารดา และน้องชายที่คอยให้กำลังใจและสนับสนุนมาโดยตลอด

ขอขอบพระคุณเพื่อนทุกคน เพื่อนร่วมชั้นปี ที่คอยเป็นกำลังใจให้เสมอ ให้คำปรึกษาที่ดี และช่วยเหลือในทุก ๆ เรื่อง

ภรณ์ทิพย์ สร้อยพิทักษ์



## สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย .....	ก
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ .....	ง
กิตติกรรมประกาศ.....	จ
สารบัญ .....	ฉ
สารบัญตาราง .....	ณ
สารบัญรูปภาพ .....	ญ
บทที่ 1 บทนำ .....	1
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา .....	1
1.2 วัตถุประสงค์.....	4
1.3 กรอบแนวคิดงานวิจัย .....	5
1.4 คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	5
1.5 สมมติฐานการวิจัย .....	10
1.6 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากงานวิจัย.....	11
บทที่ 2 การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง .....	12
2.1 โรคมะเร็งและการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด.....	12
2.2 ปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาเคมีบำบัดในการรักษาผู้ป่วยมะเร็ง .....	14
2.3 คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง .....	18
2.4 การบริหารทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด .....	22
2.5 ผลลัพธ์ของการบริหารทางเภสัชกรรมที่มีต่อคุณภาพชีวิตด้านการบำบัดด้วยยา.....	27
2.6 ผลลัพธ์ของการบริหารทางเภสัชกรรมที่มีต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคมะเร็ง ....	28
2.7 ผลลัพธ์ของการบริหารทางเภสัชกรรมที่มีต่อปัญหาการใช้ยาในผู้ป่วยโรคมะเร็ง.....	28



บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	47
3.1 รูปแบบการวิจัย.....	47
3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง .....	47
3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย .....	52
3.4 วิธีดำเนินการวิจัย .....	54
3.5 ขั้นตอนการให้บริบาลทางเภสัชกรรม .....	60
3.6 การเก็บข้อมูล.....	64
3.7 การวิเคราะห์ข้อมูล.....	65
3.8 ข้อพิจารณาจริยธรรม .....	68
บทที่ 4 ผลการวิจัย .....	69
4.1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย.....	69
4.2 คุณภาพชีวิตด้านการบำบัดด้วยยาของผู้ป่วย.....	78
4.3 คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วย .....	82
4.4 ปัญหาจากการใช้ยาและผลลัพธ์ทางคลินิกจากการแก้ไขปัญหาการใช้ยาในกลุ่มผู้ป่วย โรคมะเร็งที่ได้รับการบริบาลทางเภสัชกรรมเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการบริบาล ตามปกติ.....	84
บทที่ 5 อภิปรายและสรุปผลการวิจัย .....	96
5.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย .....	96
5.2 คุณภาพชีวิตด้านการใช้ยาของผู้ป่วย.....	96
5.3 คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคมะเร็ง.....	99
5.4 ผลของการบริบาลทางเภสัชกรรมต่อปัญหาจากการใช้ยา.....	101
5.5 การนำผลการศึกษาไปประยุกต์ใช้ในทางคลินิก .....	102
5.6 ข้อจำกัดและข้อเสนอแนะสำหรับงานวิจัยในอนาคต .....	103
5.7 สรุปผลการวิจัย .....	104

บรรณานุกรม .....	106
ภาคผนวก ก .....	111
ภาคผนวก ข .....	112
ภาคผนวก ค .....	113
ภาคผนวก ง .....	114
ภาคผนวก จ .....	126
ภาคผนวก ฉ .....	129
ภาคผนวก ช .....	131
ภาคผนวก ซ .....	133
ภาคผนวก ฌ .....	134
ภาคผนวก ญ .....	137
ภาคผนวก ณ .....	140
ภาคผนวก น .....	141
ภาคผนวก ด .....	146
ประวัติผู้เขียน .....	148

## สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1 การศึกษาผลของการบริหารทางเภสัชกรรมที่มีต่อคุณภาพชีวิตด้านการบำบัดด้วยยา ....	29
ตารางที่ 2 การศึกษาผลของการบริหารทางเภสัชกรรมที่มีต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคมะเร็ง .....	30
ตารางที่ 3 การศึกษาผลของการบริหารทางเภสัชกรรมที่มีต่อปัญหาการใช้ยาในผู้ป่วยโรคมะเร็ง ..	37
ตารางที่ 4 การเก็บข้อมูลการวิจัย .....	64
ตารางที่ 5 การวิเคราะห์ข้อมูลผลการศึกษา.....	67
ตารางที่ 6 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย.....	71
ตารางที่ 7 ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษา.....	74
ตารางที่ 8 มิติที่ 1 ทศนคติทั่วไปเกี่ยวกับการใช้ยาของกลุ่มควบคุมและกลุ่มศึกษา .....	78
ตารางที่ 9 เปรียบเทียบคะแนนจากแบบสอบถาม PROMPT-QoL ครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มศึกษา.....	80
ตารางที่ 10 เปรียบเทียบคะแนนจากแบบสอบถาม FACT-G ครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มศึกษา.....	83
ตารางที่ 11 ปัญหาจากการใช้ยาครั้งที่ 1 : การได้รับยาโดยไม่มีข้อบ่งชี้.....	86
ตารางที่ 12 ปัญหาจากการใช้ยาครั้งที่ 1 : ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับยาในการรักษาเพิ่มเติม .....	87
ตารางที่ 13 ปัญหาจากการใช้ยาครั้งที่ 1 : ผู้ป่วยได้รับยาที่ไม่มีประสิทธิผล.....	88
ตารางที่ 14 ปัญหาจากการใช้ยาครั้งที่ 1 : ผู้ป่วยได้รับยาขนาดต่ำกว่าขนาดการรักษา.....	89
ตารางที่ 15 ปัญหาจากการใช้ยาครั้งที่ 1 : ผู้ป่วยเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา .....	90
ตารางที่ 16 ปัญหาจากการใช้ยาครั้งที่ 1 : ผู้ป่วยได้รับยาขนาดสูงกว่าขนาดการรักษา.....	91
ตารางที่ 17 ปัญหาจากการใช้ยาครั้งที่ 1 : ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยา.....	92
ตารางที่ 18 เปรียบเทียบจำนวนปัญหาจากการใช้ยาและผลลัพธ์ทางคลินิกของการแก้ไขปัญหา ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มศึกษา.....	93

ตารางที่ 19 เปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิกโดยรวมของผู้ป่วยที่ได้รับการแก้ไขปัญหาจากการใช้ยา ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มศึกษา.....	95
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----



## สารบัญรูปภาพ

หน้า

รูปที่ 1 กรอบแนวคิดงานวิจัย.....	5
รูปที่ 2 ความสัมพันธ์ของขั้นตอนการบริหารทางเภสัชกรรม [9] .....	23
รูปที่ 3 ขั้นตอนการดำเนินงานวิจัย.....	59
รูปที่ 4 ขั้นตอนการให้บริหารตามระบบปกติ.....	60
รูปที่ 5 ขั้นตอนการให้บริหารทางเภสัชกรรม.....	62



# บทที่ 1

## บทนำ

### 1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคมะเร็ง คือ โรคที่มีความผิดปกติของเซลล์ในอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกาย โดยเกิดการเปลี่ยนแปลงทางพันธุกรรมของเซลล์ ก่อให้เกิดเป็นเซลล์มะเร็งที่มีการเจริญเติบโตโดยไม่อยู่ภายใต้การควบคุมที่เหมาะสม ผลลัพธ์คือ การเกิดเป็นก้อนเนื้อมะเร็งที่เติบโตรบกวนการทำงานของเซลล์ปกติในอวัยวะ นอกจากนี้ยังสามารถลุกลามแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่นได้ด้วย มะเร็งอาจมีความแตกต่างได้มากมาย ตามตำแหน่งของอวัยวะที่เป็นจุดกำเนิดของมะเร็ง และชนิดของเนื้อเยื่อที่อยู่ภายในอวัยวะนั้น ๆ [1] โรคมะเร็งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้น ๆ ของคนทั่วโลก จากสถิติผู้ป่วยโรคมะเร็งขององค์การอนามัยโลกพบว่าในปี พ.ศ. 2563 มีผู้ป่วยรายใหม่จำนวนมากถึง 19 ล้านคน และมีผู้เสียชีวิตจากโรคมะเร็งราว 9.9 ล้านคน มีการประเมินว่าภายในปี พ.ศ. 2583 จะมีผู้ป่วยโรคมะเร็งรายใหม่มากถึง 28.4 ล้านคน ซึ่งเพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ.2563 ถึงร้อยละ 47 จากการสำรวจสถานการณ์ของโรคมะเร็ง 36 ชนิด ใน 185 ประเทศทั่วโลก พบว่า 1 ใน 5 ของผู้ชาย และ 1 ใน 6 ของผู้หญิง จะล้มป่วยด้วยโรคมะเร็งในช่วงชีวิตหนึ่งของพวกเขา [2] และประมาณร้อยละ 70 ของผู้เสียชีวิตจะอยู่ในประเทศที่มีรายได้ปานกลางถึงต่ำ [3]

โรคมะเร็งเป็นปัญหาการเจ็บป่วย การเสียชีวิต รวมทั้งปัญหาเรื่องภาระโรค (burden of disease) ที่ทำให้ประชากรไทยสูญเสียการมีคุณภาพชีวิตที่ดี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2542 เป็นต้นมา โรคมะเร็งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 มาตลอด [3] โดยผู้เสียชีวิตจากโรคมะเร็งเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ จาก 58.6 ต่อ 100,000 ประชากร เป็น 78.9, 84.9, 91.1 ต่อ 100,000 ประชากร ในปี 2546, 2550 และ 2553 ตามลำดับ [4] พบว่าคนไทยเสียชีวิตจากโรคมะเร็งประมาณ 60,000 คนต่อปี หรือเฉลี่ยชั่วโมงละประมาณ 7 ราย โดยมีสาเหตุการเสียชีวิตจากโรคมะเร็ง 5 อันดับแรก ได้แก่ มะเร็งตับและท่อน้ำดี มะเร็งปอด มะเร็งเต้านม มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก และมะเร็งปากมดลูก ตามลำดับ [5]

วิธีการรักษาโรคมะเร็งได้มีการพัฒนาขึ้นจนทำให้โรคมะเร็งหลายชนิดสามารถรักษาให้หายขาดได้ ในรายที่ไม่หายขาดก็สามารถลดการกลับเป็นซ้ำ ทำให้ผู้ป่วยมีชีวิตรอดยืนยาวขึ้น หรือเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้ ยาเคมีบำบัดเป็นยาที่มีบทบาทสำคัญและมีการใช้อย่างกว้างขวางเพื่อคุณภาพชีวิตดังกล่าว อย่างไรก็ตาม ยาเคมีบำบัดแต่ละชนิดทำให้เกิดผลข้างเคียงได้ โดยจะพบว่า

ผลข้างเคียงจากยาเคมีบำบัดในผู้ป่วยแต่ละคนอาจแตกต่างกันไป ซึ่งขึ้นอยู่กับชนิดของสูตรยาเคมีบำบัด ขนาดของยาเคมีบำบัดที่ได้รับและสถานะของผู้ป่วยก่อนที่จะได้รับยาเคมีบำบัด ผลข้างเคียงจากยาเคมีบำบัดที่พบได้บ่อย ๆ ได้แก่ อาการอ่อนเพลีย คลื่นไส้ อาเจียน ผื่นผื่น ท้องผูกหรือถ่ายเหลว เป็นต้น [6] ดังนั้น ผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัดจึงควรมีความรู้เกี่ยวกับการรักษา อาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นและการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง เพื่อให้เกิดผลกระทบจากยาเคมีบำบัดน้อยที่สุด และเพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีในขณะที่ได้รับการรักษา [6, 7]

การให้บริบาลทางเภสัชกรรม (pharmaceutical care) เป็นบทบาทหน้าที่สำคัญของเภสัชกรในการติดตามดูแลผู้ป่วย มุ่งเน้นการค้นหาคำปรึกษาที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้ยาและหาแนวทางแก้ไข เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์สูงสุดจากการใช้ยา โดยสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยล้มเหลวในการรักษา มาจากปัญหาที่เกิดจากยา โดยเฉพาะปัญหาจากอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด ตามที่ได้กล่าวไปแล้วข้างต้น โดยมีการประเมินผลลัพธ์ทางสาธารณสุข 3 ด้านด้วยกัน คือ ผลลัพธ์ทางคลินิก (clinical outcome) เช่น การควบคุมอาการของโรค ความร่วมมือในการใช้ยา ผลการตรวจร่างกายหรือผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลลัพธ์ทางเศรษฐศาสตร์ (economic outcome) เช่น ค่าใช้จ่ายในการรักษา การประเมินต้นทุน-ประสิทธิผล (cost-effectiveness) ของการรักษาด้วยยา และผลลัพธ์ทางด้านความเป็นมนุษย์ เช่น ความพึงพอใจของผู้ป่วย และคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (health-Related Quality of Life; HRQoL) ของผู้ป่วย [8-11]

ในประเทศไทยมีการศึกษาด้านการบริหารเภสัชกรรมในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดของโรงพยาบาลมหาสารคาม [12] ในปี พ.ศ. 2555 ทำการติดตามดูแลผู้ป่วยจำนวน 50 ราย โดยใช้กิจกรรมการติดตามอาการไม่พึงประสงค์และการให้คำแนะนำในผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัด พบว่าผู้ป่วยมีคะแนนความรู้หลังจากได้รับคำแนะนำเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) และพบการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาเคมีบำบัดจำนวน 46 ราย คิดเป็นร้อยละ 92 และจากการศึกษามีส่วนร่วมของเภสัชกรในการบริหารเภสัชกรรมผู้ป่วยมะเร็ง โรงพยาบาลเจ้าคุณพนมทวน [13] ในปี พ.ศ. 2558 ทำการศึกษาผู้ป่วยจำนวน 45 ราย พบจำนวนปัญหาด้านการใช้ยาเฉลี่ยก่อนและหลังการพัฒนาระบบ เท่ากับ 1.46 ครั้ง ต่อผู้ป่วย 1 ราย และ 0.47 ครั้ง ต่อผู้ป่วย 1 ราย ตามลำดับ และพบว่าคะแนนความพึงพอใจของผู้ป่วยที่มีต่อเภสัชกรโดยรวมเฉลี่ยก่อนและหลัง

เท่ากับ 3.26 และ 4.12 จากคะแนนเต็ม 5 คะแนน ตามลำดับ จากการศึกษาที่กล่าวมา แสดงให้เห็นว่าปัญหาจากการใช้ยาและอาการไม่พึงประสงค์จากการได้รับยาเคมีบำบัดในผู้ป่วยมะเร็งค่อนข้างสูง และกิจกรรมการให้บริบาลเภสัชกรรมน่าจะลดปัญหาดังกล่าว ซึ่งจะส่งผลดีต่อการรักษาต่อไป

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการให้บริบาลทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดที่ผ่านมา พบว่า การให้บริบาลทางเภสัชกรรมส่งผลดีต่อผู้ป่วยทั้งในแง่ผลลัพธ์ทางคลินิก [14-23] และผลลัพธ์ทางเศรษฐศาสตร์ [15, 20, 24] อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่พบว่า ยังมีการศึกษาถึงผลของการให้บริบาลทางเภสัชกรรมต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดค่อนข้างน้อยและผลที่ได้ยังไม่ชัดเจน จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (systematic review) ของ Colombo และคณะ [19] พบว่า 11 การศึกษาที่ผ่านมา มีเพียงการศึกษาเดียวที่ศึกษาถึงผลของการให้บริบาลทางเภสัชกรรมต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด และในการศึกษานี้ พบผู้ป่วยที่ได้รับการบริบาลทางเภสัชกรรมมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพดีขึ้นใน 2 มิติ จากทั้งหมด 4 มิติ [25] นอกจากนี้ การศึกษาของสมพร สักดิ์จินบุตร [26] ยังพบว่า การให้บริบาลทางเภสัชกรรมไม่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจาก ยังไม่มีกลุ่มตัวอย่างที่เพียงพอ หรือเครื่องมือที่ใช้วัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในการศึกษาเหล่านี้ใช้เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตแบบทั่วไป (generic instruments) หรืออาจใช้เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตแบบเฉพาะโรค (disease-specific instruments) ซึ่งเป็นการวัดผลกระทบที่เกิดจากโรคของผู้ป่วยมากกว่าจะเป็นผลกระทบที่เกิดจากการใช้ยา จึงอาจทำให้เครื่องมือไม่มีความไวพอในการวัดผลของการให้บริบาลทางเภสัชกรรม ซึ่งที่ผ่านมา พบว่า ยังไม่เคยมีการศึกษาใดที่ศึกษาถึงผลของการบริบาลเภสัชกรรมที่มีต่อคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยาของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดมาก่อน ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงได้นำเครื่องมือชื่อว่า Patient-reported Outcomes Measure of Pharmaceutical Therapy for Quality of Life (PROMPT-QoL) ซึ่งเป็นเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นโดยพรณทิพา สักดิ์ทอง [27] มีแนวคิดมาจากความต้องการด้านยาของผู้ป่วยเป็นหลัก มาประเมินผลของการให้บริบาลทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด โดยใช้เป็นเครื่องมือเพื่อค้นหาความต้องการด้านยาและวัดคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยาของผู้ป่วยร่วมกับการประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพด้วยเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตแบบเฉพาะโรค (disease-specific instruments) สำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็ง Functional



Assessment of Cancer Therapy - General (FACT - G) [28] เพื่อเป็นประโยชน์ในการพัฒนางาน และเกิดผลดีต่อผู้ป่วยต่อไป

## 1.2 วัตถุประสงค์

วัตถุประสงค์หลัก

1. ประเมินคุณภาพชีวิตด้านการบำบัดด้วยยาในกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการบริหารทางเภสัชกรรมเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการบริหารตามปกติ

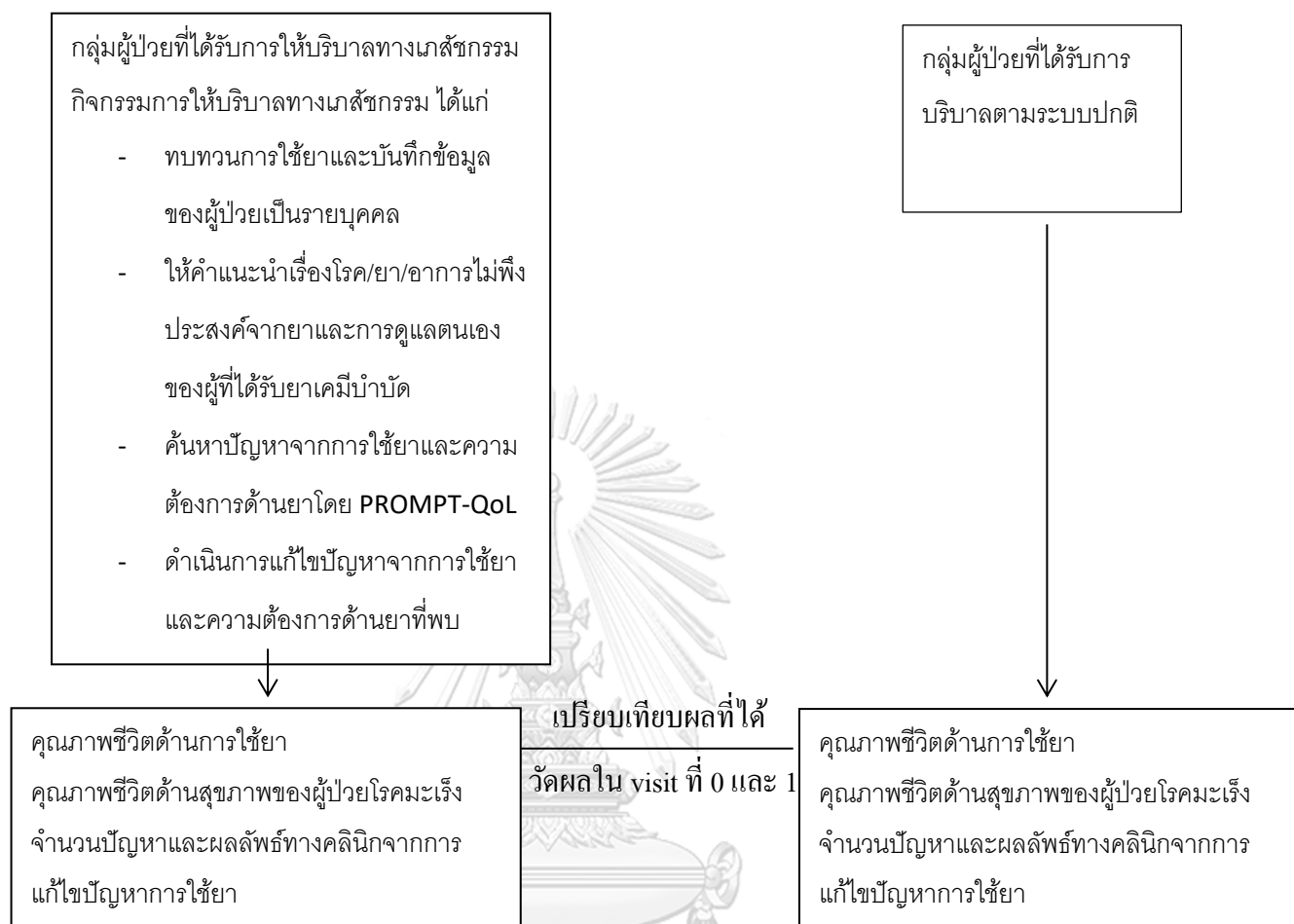
2. ประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการบริหารทางเภสัชกรรมเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการบริหารตามปกติ

วัตถุประสงค์รอง

เปรียบเทียบปัญหาจากการใช้ยาและผลลัพธ์ทางคลินิกจากการแก้ไขปัญหาค่าการใช้ยาในกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการบริหารทางเภสัชกรรมกับกลุ่มที่ได้รับการบริหารตามปกติโดยวิเคราะห์จาก

1. จำนวนปัญหาจากการใช้ยาที่พบ
2. สัดส่วนของผลลัพธ์ทางคลินิกของปัญหาจากการใช้ยาที่ได้รับการแก้ไข
3. สัดส่วนของผู้ป่วยที่ได้รับการแก้ไขปัญหาค่าการใช้ยา

### 1.3 กรอบแนวคิดงานวิจัย



#### รูปที่ 1 กรอบแนวคิดงานวิจัย

#### 1.4 คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

##### การบริบาลทางเภสัชกรรม (pharmaceutical care)

หมายถึง กระบวนการของบริบาลเภสัชกรรมซึ่งเสนอ โดย Cipolle and Strand [29]

โดยมีแนวทางหลัก ได้แก่

- สร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ป่วย เพื่อสร้างความไว้วางใจให้กับผู้ป่วย อธิบายให้ข้อมูลเรื่องยาที่ได้รับ รวมถึงขอความร่วมมือจากผู้ป่วยเพื่อที่จะเข้าร่วมการศึกษา
- รวบรวมสังเคราะห์ข้อมูลและแปลความหมายของข้อมูลที่เกี่ยวข้อง ซึ่งแบ่งข้อมูลที่เป็น จำเป็น ได้แก่

- ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับผู้ป่วย เช่น เพศ อายุ ประวัติทางสังคม ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการเกี่ยวกับการทำงานของระบบตับ ไต หัวใจ ระบบเลือด
  - ข้อมูลเกี่ยวกับการใช้ยา เช่น ยาที่เคยใช้ในอดีต ยาที่กำลังใช้อยู่ในปัจจุบัน การแพ้ยา ประวัติการเกิดอาการข้างเคียงจากยา ความยอมรับของผู้ป่วยต่อการรักษาด้วยยา
- รวบรวมวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย ค้นหาปัญหาที่อาจเกี่ยวกับยา (drug relate problems) ให้คำปรึกษาแนะนำการใช้ยาและหาแนวทางแก้ไขปัญหาที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย

### ปัญหาจากการใช้ยา (drug-related problems; DRPs)

หมายถึง ปัญหาจากการรักษาด้วยยา ปรากฏการณ์ไม่พึงประสงค์ใด ๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย เนื่องจากการใช้ยา หรือสงสัยว่าเกี่ยวข้องกับการใช้ยา ซึ่งปรากฏการณ์ดังกล่าวนั้นอาจรบกวนหรือมีแนวโน้มที่จะรบกวนผลการรักษาที่ต้องการ [9]

แบ่งปัญหาจากการใช้ยาเป็น 7 ประเภทตาม Cipolle และคณะ ดังต่อไปนี้

1. ผู้ป่วยได้รับยาโดยไม่มีข้อบ่งชี้ (unnecessary drug therapy) โดยมีสาเหตุของปัญหา ได้แก่
  - การได้รับยาซ้ำซ้อน
  - การได้รับยาที่ไม่มีข้อบ่งชี้ในขณะนั้น
  - สภาพของผู้ป่วยในขณะนั้น ไม่เหมาะสมที่จะรักษาโดยใช้ยา
  - การใช้ยาในทางที่ผิด การติดยา การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่
  - การใช้ยาเพื่อรักษาอาการไม่พึงประสงค์จากยาอื่นที่สามารถหลีกเลี่ยงได้
2. ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับยาในการรักษาเพิ่มเติม (need additional drug therapy) โดยมีสาเหตุของปัญหา ได้แก่
  - ควรได้รับยาเพื่อป้องกันหรือลดความเสี่ยงในการเกิดโรคอื่น
  - ควรได้รับยาในการรักษาโรคที่กำลังเป็นอยู่
  - ควรได้รับยาเพื่อเสริมฤทธิ์ทางการรักษากับยาตัวอื่น

3. ผู้ป่วยได้รับยาที่ไม่มีประสิทธิผล (ineffective drug) โดยมีสาเหตุของปัญหา ได้แก่
  - มียาตัวอื่นที่มีประสิทธิผลในการรักษามากกว่ายาตัวที่ใช้อยู่
  - เกิดการดื้อยาที่กำลังใช้อยู่
  - รูปแบบยาที่ใช้อยู่ไม่เหมาะสมกับผู้ป่วย
  - ยาที่ใช้อยู่เป็นข้อห้ามใช้สำหรับผู้ป่วย
  - ยาที่ใช้อยู่ไม่มีประสิทธิผลสำหรับข้อบ่งใช้ที่กำลังรักษา
4. ผู้ป่วยได้รับยาขนาดต่ำกว่าขนาดการรักษา (dosage too low) โดยมีสาเหตุของปัญหา ได้แก่
  - ขนาดยาที่ใช้ต่ำเกินไปจะทำให้ผลการรักษาที่ต้องการ
  - ต้องมีการติดตามผลทางคลินิกหรือทางห้องปฏิบัติการเพิ่มเติมในกรณีที่ใช้ยาในขนาดต่ำกว่าขนาดการรักษา
  - ความถี่ในการใช้ยาน้อยเกินไป
  - การบริหารยาไม่ถูกต้อง เช่น การให้ยาผิดวิธี การให้ยาผิดวิถีทาง
  - การเกิดอันตรกิริยาระหว่างยาจนทำให้ยาไม่มีประสิทธิผลในการรักษา
  - การเก็บรักษายาไม่ถูกวิธี ทำให้ยาเสื่อมคุณภาพ
  - ระยะเวลาในการใช้ยารักษาสั้นเกินไปจนทำให้ไม่เกิดผลการรักษาที่ต้องการ
5. ผู้ป่วยเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (adverse drug reaction) โดยมีสาเหตุของปัญหา ได้แก่
  - การเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาซึ่งไม่ขึ้นกับขนาดยาที่ใช้รักษา
  - ยาที่ใช้อาจไม่ปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยรายนั้น เนื่องจากผู้ป่วยมีความเสี่ยงที่จะเกิดอันตรายจากยา
  - การเกิดอันตรกิริยาระหว่างยาจนทำให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาขึ้น
  - การบริหารยาไม่ถูกต้องจนทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาขึ้น
  - ผู้ป่วยเกิดการแพ้ยา

- การเพิ่มขนาดยาหรือลดขนาดยาที่เร็วเกินไปจนทำให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยา

6. ผู้ป่วยได้รับขนาดสูงกว่าขนาดการรักษา (dosage too high) โดยมีสาเหตุของปัญหา ได้แก่

- การให้ยาในขนาดสูงกว่าขนาดรักษาจนทำให้เกิดพิษจากยาขึ้น
- ต้องมีการติดตามผลทางคลินิกหรือทางห้องปฏิบัติการเพิ่มเติมในกรณีที่ใช้ยาในขนาดสูงกว่าขนาดรักษา
- ความถี่ในการใช้ยามากเกินไป
- ระยะเวลาในการใช้รักษานานเกินไป
- การเกิดอันตรกิริยาระหว่างยาจนทำให้เกิดพิษจากยาขึ้น

7. ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยา (nonadherence or noncompliance) โดยมีสาเหตุของปัญหา ได้แก่

- ผู้ป่วยไม่เข้าใจคำสั่งการใช้ยา แม้ว่าจะได้รับการอธิบายแล้วก็ตาม
- ผู้ป่วยไม่สามารถเข้าถึงยานั้นได้ เช่น ยาที่ใช้ไม่อยู่ในสิทธิการรักษา ผู้ป่วยไม่สามารถชำระค่ายาเองได้
- ผู้ป่วยไม่ต้องการใช้ยา
- ผู้ป่วยลืมใช้ยา
- ผู้ป่วยไม่สามารถหหายานนั้นมาใช้ได้
- ผู้ป่วยไม่สามารถกลืนยาหรือไม่สามารถบริหารยาได้

#### Actual DRPs

หมายถึง ปัญหาจากการใช้ยาที่ส่งผลเสียต่อผลลัพธ์ทางคลินิกของการรักษาในผู้ป่วยแล้ว

#### Potential DRPs

หมายถึง ปัญหาจากการใช้ยาที่ยังไม่ส่งผลเสียแต่มีแนวโน้มที่จะส่งผลเสียต่อผลลัพธ์ทางคลินิกของการรักษาในผู้ป่วย

## ปัญหาจากการใช้ยาที่ได้รับการแก้ไข

หมายถึง ปัญหาจากการใช้ยาของผู้ป่วยไม่ว่าจะเป็น actual DRPs หรือ potential DRPs แล้วได้รับการแก้ไขโดยแพทย์ หรือเภสัชกร

## ผลลัพธ์ของการแก้ไขปัญหาจากการใช้ยา

หมายถึง ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นหลังจากที่ได้ทำการแก้ไขปัญหาจากการใช้ยาให้แก่ผู้ป่วยแล้ว โดยประเมินจากแบบบันทึกเวชระเบียนของผู้ป่วย ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการสัมภาษณ์ผู้ป่วยร่วมด้วย โดยแบ่งออกเป็น 3 ประเภท คือ

- 1) ผลลัพธ์ของการแก้ไขปัญหาดีขึ้น หมายถึง actual DRPs ที่ได้รับการแก้ไขปัญหา และผู้ป่วยมีผลลัพธ์ทางคลินิกดีขึ้นเป็นไปตามเป้าหมายของการรักษาที่วางไว้ หรือ potential DRPs ที่ได้รับการแก้ไขปัญหารีบร้อยแล้ว
- 2) ผลลัพธ์ของการแก้ไขปัญหามิเปลี่ยนแปลง หมายถึง actual DRPs ที่ได้รับการแก้ไขปัญหา แต่ผลลัพธ์ทางคลินิกยังไม่เป็นไปตามเป้าหมายของการรักษาที่วางไว้ หรือ potential DRPs ที่ยังไม่ได้รับการแก้ไขปัญหา แต่ยังไม่ส่งผลเสียต่อผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วย
- 3) ผลลัพธ์ของการแก้ไขปัญหาลดลง หมายถึง actual DRPs ที่ได้รับการแก้ไขปัญหาแต่ผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยแย่ลงกว่าเดิม หรือ potential DRPs ที่ยังไม่ได้รับการแก้ไขปัญหามาจนก่อให้เกิดผลเสียต่อผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วย

## อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (Adverse Drug Reaction)

หมายถึง ปฏิกริยาที่เกิดขึ้นโดยมิได้ตั้งใจ และเป็นอันตรายต่อร่างกายมนุษย์ และเกิดขึ้นเมื่อใช้ยาในขนาดปกติ เพื่อการป้องกัน วินิจฉัย บรรเทา หรือบำบัดรักษาโรค หรือเพื่อเปลี่ยนแปลงแก้ไขการทำงานของอวัยวะในร่างกายมนุษย์ แต่ไม่รวมถึงการใช้ยาในขนาดสูงจากอุบัติเหตุ หรือโดยจงใจหรือจากการใช้ยาในทางที่ผิด [30] โดยในงานวิจัยนี้ ปัญหาจากการใช้ยาในข้ออาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาจะได้อาจจากการสัมภาษณ์และสอบถามอาการจากผู้ป่วยโดยตรง

### รอบของการรักษา (Cycle)

หมายถึง ระยะห่างของเวลาในการให้ยาเคมีบำบัดในแต่ละครั้ง ซึ่งขึ้นอยู่กับรูปแบบการรักษาแต่ละชนิดที่ผู้ป่วยได้รับ โดยเป็นระยะเวลาตั้งแต่ที่ผู้ป่วยได้รับยาในวันแรกจนถึงวันที่จะรับยาเคมีบำบัดในครั้งต่อไป [6]

### คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

หมายถึง ภาวะที่สมบูรณ์ของสภาพร่างกาย อารมณ์ และสภาพทางสังคมของบุคคลนั้น ซึ่งในการวิจัยนี้ใช้แบบสอบถามเฉพาะสำหรับผู้ป่วยมะเร็ง คือ the Functional Assessment of Cancer Therapy - General (FACT - G) version 4 [31]

### คุณภาพชีวิตด้านการใช้ยา

หมายถึง ช่องว่างหรือผลต่างระหว่างคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่สูงสุดทางทฤษฎี ภายหลังจากได้รับการรักษาและคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่สังเกตได้ภายหลังการรักษา การที่คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยยังไม่ถึงคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ได้รับสูงสุดทางทฤษฎีภายหลังการรักษาก็เพราะผู้ป่วยมีความต้องการด้านยา ซึ่งได้แก่ ความเข้าใจในการใช้ยา ความคาดหวัง ความวิตกกังวล และพฤติกรรมหรือความสะดวกในการใช้ยา โดยในการวิจัยนี้ใช้แบบสอบถามวัดคุณภาพชีวิตด้านยา Patient-Reported Outcomes Measure of Pharmaceutical Therapy for Quality of Life (PROMPT-QoL) [27]

### 1.5 สมมติฐานการวิจัย

1. กลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการบริหารทางเภสัชกรรมมีคุณภาพชีวิตด้านการบำบัดด้วยยาดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการบริหารตามปกติ
2. กลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการบริหารทางเภสัชกรรมมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการบริหารตามปกติ
3. สมมติฐานของจำนวนปัญหาการใช้ยาและผลลัพธ์ทางคลินิกจากการแก้ไขปัญหาคือการใช้ยา โดย

3.1 กลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการบริหารทางเภสัชกรรมพบจำนวนของปัญหาจากการใช้ยามากกว่ากลุ่มที่ได้รับการบริหารตามปกติ

3.2 กลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการบริหารทางเภสัชกรรมมีส่วนของจำนวนปัญหาที่มีผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีขึ้นจากการแก้ไขปัญหาจากการใช้ยาสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการบริหารตามปกติ

3.3 กลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการบริหารทางเภสัชกรรมมีส่วนของจำนวนผู้ป่วยที่มีผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีขึ้นจากการแก้ไขปัญหาจากการใช้ยาสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการบริหารตามปกติ

## 1.6 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากงานวิจัย

1. ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจในด้านของโรค/ยา อาการไม่พึงประสงค์จากยาเคมีบำบัด และการดูแลตนเองของผู้ที่ได้รับยาเคมีบำบัด เพื่อให้สามารถปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง ซึ่งจะส่งผลถึงความปลอดภัย คุณภาพชีวิต และประสิทธิผลในการรักษาของผู้ป่วย

2. ได้รูปแบบและแนวทางในการดำเนินการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด เพื่อสามารถนำไปปฏิบัติจริง และนำไปประยุกต์ใช้เพื่อการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยในกลุ่มโรคอื่นๆ ต่อไป

3. อาจช่วยลดปัญหาจากการใช้ยาในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดและช่วยส่งเสริมให้การรักษาประสบผลสำเร็จมากขึ้น

4. อาจใช้เป็นแนวทางในการศึกษาสาเหตุของปัญหาจากการใช้ยาและปัจจัยที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย เพื่อนำไปสู่การหาแนวทางแก้ไขปัญหากับผู้ป่วยต่อไป



## บทที่ 2

### การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง มีเนื้อหาแบ่งออกเป็น 4 ส่วน ได้แก่ 2.1 โรคมะเร็ง และการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด 2.2 ปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาเคมีบำบัดในการรักษาผู้ป่วยมะเร็ง 2.3 คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็ง และ 2.4 การบริหารทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด 2.5 ผลลัพธ์ของการบริหารทางเภสัชกรรมที่มีต่อคุณภาพชีวิตด้านการบำบัดด้วยยา 2.6 ผลลัพธ์ของการบริหารทางเภสัชกรรมที่มีต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคมะเร็ง 2.7 ผลลัพธ์ของการบริหารทางเภสัชกรรมที่มีต่อปัญหาการใช้ยาในผู้ป่วยโรคมะเร็ง

#### 2.1 โรคมะเร็งและการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด

โรคมะเร็ง คือ โรคที่มีความผิดปกติของเซลล์ในอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกาย โดยเกิดการเปลี่ยนแปลงทางพันธุกรรมของเซลล์ ก่อให้เกิดเป็นเซลล์มะเร็งที่มีการเจริญเติบโตโดยไม่อยู่ภายใต้การควบคุมที่เหมาะสม ผลลัพธ์คือ การเกิดเป็นก้อนเนื้อมะเร็งที่เติบโตรบกวนการทำงานของเซลล์ปกติในอวัยวะ นอกจากนี้ยังสามารถลุกลามแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่นได้ด้วย มะเร็งอาจมีความแตกต่างได้มากมาย ตามตำแหน่งของอวัยวะที่เป็นจุดกำเนิดของมะเร็ง และชนิดของเนื้อเยื่อที่อยู่ภายในอวัยวะนั้น ๆ [1] สาเหตุของการเกิดโรคมะเร็งยังไม่มีที่ทราบแน่ชัด เชื่อว่ามีปัจจัยหลายอย่างที่มีส่วนร่วมกันในการก่อให้เกิดเป็นมะเร็ง ได้แก่ ปัจจัยภายในร่างกาย เช่น ความผิดปกติทางพันธุกรรม และปัจจัยภายนอก เช่น สารก่อมะเร็งต่าง ๆ ในสิ่งแวดล้อม [32]

#### จุดประสงค์ของการรักษาโรคมะเร็ง

เนื่องจากโรคมะเร็งมีหลายชนิด และผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาที่ระยะของโรคที่ต่างกัน จุดประสงค์ของการรักษาในผู้ป่วยแต่ละรายจึงแตกต่างกัน โดยทั่ว ๆ ไป ได้แก่ [33]

- 1) รักษาให้หายขาด
- 2) ในรายที่ไม่หายขาดก็สามารถลดการกลับเป็นซ้ำ ทำให้ผู้ป่วยมีชีวิตยืนยาวขึ้น
- 3) รักษาแบบประคับประคอง และรักษาตามอาการ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานจากโรคน้อยที่สุด ในกรณีที่หายขาด และไม่สามารถยืดชีวิตผู้ป่วยต่อไปได้

- 4) เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตผู้ป่วย โดยการรักษามีจำเป็นต้องให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตในระหว่างการรักษาดีที่สุด เช่น ลดความเจ็บปวด ไม่ทุกข์ทรมาน ไม่มีผลข้างเคียงที่รุนแรงเกินไป สามารถดำรงชีวิตแบบคนทั่วไปได้

#### วิธีการรักษาโรคมะเร็ง

การรักษามีหลายวิธีผสมผสานกันขึ้นกับชนิดและระยะของโรคมะเร็ง หลักทั่วไปของการรักษามะเร็ง ได้แก่ การผ่าตัด ฉายรังสี และการรักษาด้วยยา [7, 34]

การผ่าตัดและฉายรังสี เป็นการรักษาบริเวณตำแหน่งของมะเร็งเพื่อควบคุมโรคเฉพาะที่ เช่น ผ่าตัดก้อนมะเร็งที่เต้านม ฉายรังสีบริเวณกระดูกสันหลังบริเวณที่มีรอยโรคมะเร็ง เพื่อบรรเทาอาการปวด

การรักษาทางยา เป็นการรักษาที่ครอบคลุมทั่วทั้งระบบของร่างกาย เพื่อฆ่าเซลล์มะเร็งที่จุดเริ่มต้นรวมทั้งควบคุมเซลล์มะเร็งที่อาจแพร่กระจายไปอวัยวะอื่น ๆ เป็นการควบคุมโรคไม่ให้แพร่กระจาย ลดโอกาสกำเริบของโรคได้ เช่น การให้ยาเคมีบำบัดในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่แพร่กระจายไปตับ

#### ชนิดของยารักษามะเร็ง

ยาที่ใช้รักษาโรคมะเร็ง แบ่งเป็น 3 กลุ่มใหญ่ คือ ยาเคมีบำบัด ยาฮอร์โมนบำบัดและยามุ่งเป้าหรือยาทาร์เก็ต ดังนี้ [7]

- ยาเคมีบำบัด (chemotherapy) รวมทั้งการใช้ฮอร์โมน เป็นวิธีการรักษาในกรณีที่โรคอยู่ในระยะแพร่กระจาย หรือใช้วิธีการผ่าตัดหรือฉายรังสีไม่ได้ เพื่อกำจัดให้เซลล์มะเร็งหมดไป และเป็นการรักษาเสริมหลังการผ่าตัดเอาก้อนมะเร็งออกหมดแล้ว
- ยามุ่งเป้าหรือยาทาร์เก็ต (targeted therapy) เป็นยาด้านมะเร็ง ที่ออกฤทธิ์เฉพาะเจาะจงที่เซลล์มะเร็งเท่านั้น การรักษามะเร็งด้วยยากลุ่มนี้จะได้ผลดีเมื่อผู้ป่วยมีโปรตีนหรือยีนที่เป็นตัวรับจำเพาะของเซลล์มะเร็งที่มากพอ หรือตัวรับที่มีการกลายพันธุ์ ดังนั้นก่อนการรักษาจึงต้องตรวจหา ตัวรับและการกลายพันธุ์ของยีนที่พบในเซลล์มะเร็งแต่ละชนิด

การรักษาโรคมะเร็งด้วยยาเคมีบำบัด

ยาเคมีบำบัด เป็นสารที่มีฤทธิ์ในการทำลายและควบคุมเซลล์มะเร็ง ซึ่งมีจุดมุ่งหมายของการใช้ในการรักษาแตกต่างกัน ดังนี้ [7]

- 1) เพื่อเป็นการรักษาหลัก อันดับแรก (curative or induction therapy)
- 2) เพื่อเป็นการรักษาขั้นต้นก่อนให้การรักษาด้วยวิธีอื่น (neoadjuvant chemotherapy) ซึ่งจะช่วยให้ประสิทธิภาพการรักษา เช่น การให้ยาเคมีบำบัดก่อนการผ่าตัดหรือฉายรังสีเพื่อลดขนาดของก้อนมะเร็ง ในกรณีก้อนมะเร็งมีขนาดใหญ่มากแต่ยังอยู่เฉพาะที่ ซึ่งจะช่วยลดการทำลายเนื้อเยื่อจากการผ่าตัดหรือการฉายรังสี
- 3) เพื่อเป็นการรักษาเสริมหลังการรักษาด้วยวิธีเฉพาะที่ (adjuvant therapy) เพื่อทำลายเซลล์มะเร็งที่แพร่กระจายที่อาจยังเหลืออยู่ ซึ่งจะช่วยลดอัตราการกลับมาเป็นซ้ำและเพิ่มอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วย
- 4) เพื่อบรรเทาอาการ กรณีที่เป็นมากและรักษาไม่หายขาด (palliative chemotherapy)
- 5) ใช้แบบให้เฉพาะที่ไปยังส่วนที่เป็นมะเร็ง (regional chemotherapy) เนื่องจากยาไม่สามารถเข้าสู่บริเวณนั้นได้ หรือปริมาณยาที่เข้าสู่ก้อนมะเร็งอาจไม่สูงพอเมื่อให้ยาทางหลอดเลือด
- 6) ใช้ร่วมกับการฉายรังสี (chemoradiation)

## 2.2 ปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาเคมีบำบัดในการรักษาผู้ป่วยมะเร็ง

ยาเคมีบำบัดที่ใช้สำหรับการรักษาโรคมะเร็งนั้น มีการออกฤทธิ์โดยไปทำลายเซลล์มะเร็ง และยับยั้งการแบ่งตัวของเซลล์มะเร็ง หลังจากที่ผู้ป่วยได้รับยาเคมีบำบัดทางเส้นเลือด หรือแม้แต่โดยการรับประทาน ยาเหล่านี้ จะกระจายไปทั่วร่างกายและออกฤทธิ์ต่อเซลล์มะเร็ง แต่จะพบว่าเซลล์ปกติ อื่น ๆ ในร่างกายก็ย่อมมีผลกระทบจากยาเคมีบำบัดดังกล่าวด้วย ปัญหาที่พบได้บ่อยจากการใช้ยาเคมีบำบัด คือ การเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยา ซึ่งมีอุบัติการณ์การเกิดอาการไม่พึงประสงค์ในผู้ที่ได้รับยาเคมีบำบัดสูงถึงร้อยละ 50-100 อาการไม่พึงประสงค์บางอย่างอาจมีความรุนแรงและเป็นอันตรายถึงชีวิต โดยมีรายงานถึงอัตราการตายจากผลแทรกซ้อนของยาเคมีบำบัดร้อยละ 2-10 [35] นอกจากนี้ อาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นอาจเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยไม่มีความร่วมมือในการรักษา และส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยได้

อาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดจากการใช้ยาเคมีบำบัดที่พบได้บ่อย มีดังนี้ [7, 36]

### 1. ผลต่อไขกระดูก

ไขกระดูก มีหน้าที่ผลิตเซลล์เม็ดเลือด ประกอบด้วย เม็ดเลือดแดง เม็ดเลือดขาว เกล็ดเลือด ยาเคมีบำบัดมีผลต่อเซลล์ไขกระดูก ทำให้การสร้างเม็ดเลือดทุกชนิดในร่างกายน้อยลง ทำให้เกิดภาวะต่าง ๆ ดังนี้

#### 1) ภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ (leucopenia)

หน้าที่ของเม็ดเลือดขาว คือ การต่อสู้กับเชื้อโรคที่เข้าสู่ร่างกาย ปกติไขกระดูกจะสร้างเม็ดเลือดขาวให้มีเพียงพออยู่เสมอ แต่เมื่อได้รับยาเคมีบำบัด ไขกระดูกจะถูกทำลาย ทำให้สร้างเม็ดเลือดขาวลดลง จึงเสี่ยงต่อการติดเชื้อได้ง่ายกว่าคนปกติ (ภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ เกิดได้เร็วกว่าภาวะซีด และ ภาวะเกล็ดเลือดต่ำ เนื่องจากเม็ดเลือดขาวมีอายุสั้นกว่าเม็ดเลือดแดงและเกล็ดเลือด) ภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำจะเริ่มเกิดประมาณ 2 - 3 วันหลังได้รับยาเคมีบำบัด และจะต่ำมากที่สุดในวันที่ 10 – 14 หลังจากนั้นร่างกายจะมีการปรับตัว โดยการสร้างเม็ดเลือดขาวเพิ่มขึ้น จนเม็ดเลือดขาวกลับสู่ภาวะปกติประมาณภายใน 21-28 วันหลังได้รับยาเคมีบำบัด

#### 2) ภาวะโลหิตจาง (anemia)

เม็ดเลือดแดง มีหน้าที่นำออกซิเจนและอาหารไปเลี้ยงทั่วร่างกาย ให้ร่างกายได้รับพลังงานเพียงพอ ไม่เหนื่อยง่าย ถ้ามีภาวะเม็ดเลือดแดงต่ำจะทำให้ร่างกายขาดออกซิเจน ดังนั้น หัวใจต้องทำงานหนักขึ้นเพื่อปั๊มเลือดที่มีออกซิเจนไปเลี้ยงเซลล์ต่าง ๆ ให้เพียงพอ เม็ดเลือดแดงต่ำจะทำให้เกิดอาการซีดที่ริมฝีปาก เล็บมือ เล็บเท้า ผิวหนังทำให้รู้สึกเหนื่อยล้า เวียนศีรษะ หายใจสั้น ตื่น หนาว มีไข้ เป็นลมง่าย

#### 3) ภาวะเกล็ดเลือดต่ำ (thrombocytopenia)

ผู้ที่มีภาวะเกล็ดเลือดต่ำ จะมีความเสี่ยงในการเกิดเลือดไหลออกง่าย มีรายงานว่าในผู้ป่วย solid tumor ที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ร้อยละ 25 เกิดภาวะเกล็ดเลือดต่ำ ภาวะเกล็ดเลือดต่ำนี้พบได้น้อยกว่าเมื่อเทียบกับการเกิดภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำและโลหิตจาง

## 2. คลื่นไส้ อาเจียน

อาการคลื่นไส้ อาเจียน เกิดจากยาเคมีบำบัดไปกระตุ้นศูนย์ควบคุมการอาเจียนที่อยู่ในสมองและในกระเพาะอาหาร แล้วส่งกระแสประสาทมายังกระเพาะอาหารให้เกิดอาการคลื่นไส้ ขย้อน และอาเจียน ความรุนแรงของอาการมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับชนิด ปริมาณของยาเคมีบำบัด ประสิทธิภาพและทัศนคติของแต่ละคน บางรายอาจไม่มีอาการเลย บางรายอาจจะรู้สึกปั่นป่วนทันทีหลังจากได้รับยา หรือหลังได้รับยาไปแล้ว 6-12 ชั่วโมง หรือเป็นวันได้

## 3. ผม่วง

ผม่วงจะเริ่มใน 2-3 สัปดาห์หลังจากได้รับการรักษาโดยเกิดจากยาเคมีบำบัดบางชนิดเท่านั้น และขึ้นกับปริมาณยา ระยะเวลาในการรักษาโดยยาเคมีบำบัด ซึ่งเป็นภาวะที่เกิดชั่วคราว แต่อาจส่งผลต่อสภาพจิตใจทำให้เกิดความไม่มั่นใจได้

## 4. ภาวะไม่อยากอาหาร

อาการเบื่ออาหาร กินได้น้อยลงกว่าปกติ เกิดเนื่องจากยาเคมีบำบัดไปมีผลทำให้ต่อมรับรสเปลี่ยนไป ทำให้ความอยากอาหารลดลง ความรู้สึกเบื่ออาหารจะเกิดขึ้นในระยะสั้น ๆ แล้วหายได้เอง

## 5. เชื้อนทางเดินอาหารอักเสบ

เป็นอาการที่เกิดขึ้นชั่วคราวจะเกิดในวันที่ 5-7 หลังจากได้รับยาเคมีบำบัด โดยการเกิดจะมีความเกี่ยวข้องกับชนิดยาเคมีบำบัดที่ได้รับ และระยะเวลาการให้ยา มีผลต่อการแบ่งตัวของเซลล์เยื่อช่องปาก ทำให้มีอาการปากแห้งเจ็บและเป็นแผล เชื้อนในช่องปากหลุดลอก และเชื้อนหลอดอาหารอักเสบ ทำให้เกิดอาการคอแห้ง เจ็บคอ กลืนอาหารลำบาก ซึ่งอาจส่งผลต่อการรับประทานอาหาร และเสี่ยงต่อการติดเชื้อ

## 6. ท้องผูก

ท้องผูก เกิดจากการที่อุจจาระเป็นก้อนแข็ง แห้ง ขับถ่ายลำบาก สาเหตุจากการดื่มน้ำน้อย รับประทานอาหารที่มีกากใยน้อย นอนนาน ๆ ไม่ได้ออกกำลังกาย และการได้รับยาบางชนิด เช่น ยาแก้ปวดมอร์ฟีน ยาเคมีบำบัดบางชนิด

## 7. ท้องเสีย

ยาเคมีบำบัดบางชนิดทำลายเซลล์เยื่อบุผิวของผนังลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ทำให้ท้องเสีย ถ่ายอุจจาระเป็นน้ำ หรืออุจจาระเหลวบ่อยครั้ง จึงเป็นเหตุให้ร่างกายขาดน้ำ แกลื้อแร่ อ่อนเพลีย ถ้าผู้ป่วยได้รับการฉายแสง บริเวณช่องท้อง อึ้งเชิงกรานร่วมด้วย อาจมีอาการท้องเสียรุนแรงมากขึ้น

## 8. อาการทางผิวหนังและเล็บ

อาการทางผิวหนังและเล็บ เกิดได้หลายรูปแบบขึ้นอยู่กับชนิดของยาเคมีบำบัด และยาที่รับประทาน อาการที่พบบ่อย ดังนี้ ผิวหนังคำคล้ำ เล็บสีคล้ำขึ้น ผิวหนังบริเวณฝ่ามือ ฝ่าเท้าอักเสบ (hand – foot syndrome) ผิวหนังแห้ง ผื่นแดงบริเวณใบหน้า ลำคอ หน้าอก และหลัง เล็บแห้ง มีสีคล้ำขึ้น เหลือง เปราะง่าย เป็นต้น

## 9. อาการอ่อนเพลีย

อาการอ่อนเพลียอาจเกิดจากโรคมะเร็งเอง หรือเกิดจากผลข้างเคียงของการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ที่มีผลทำให้ไขกระดูกทำงานได้ลดลง ส่งผลให้การผลิตเม็ดเลือดแดงลดลงตามไปด้วย จึงทำให้เกิดอาการอ่อนเพลียไม่มีแรงขึ้น ลักษณะอาการที่พบ ได้แก่ รู้สึกเหนื่อย ไม่มีแรง เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ หรือ นอนหลับมาก อาการอ่อนเพลียมักจะไม่ทุเลาแม้ว่าจะได้พักผ่อนแล้ว อาการนี้จะเป็นอย่างเฉื่อยช้าๆ เกิดขึ้นหลังจากได้รับยา 7 วัน แล้วอาการอ่อนเพลียจะค่อย ๆ ดีขึ้น

## 10. ผลต่อระบบประสาท

ยาเคมีบำบัดบางชนิด ทำให้เกิดอาการข้างเคียงต่อเซลล์ระบบประสาท โดยเฉพาะประสาทส่วนปลาย (peripheral nerve) ที่กำกับดูแล แขน ขา หรือ ประสาทหู ทั้งนี้ ความรุนแรงของอาการขึ้นกับชนิด และปริมาณ (dose) ของยาเคมีบำบัด

## 11. ผลต่อระบบสืบพันธุ์

เกิดการกดการทำงานของอวัยวะและรังไข่ ทำให้ประจำเดือนมาไม่ปกติหรือขาด ประจำเดือน บางรายอาจเป็นหมันชั่วคราว หรือถาวรได้

## 12. ภาวะอารมณ์จิตใจ

ช่วงระหว่างที่เจ็บป่วยและรับการรักษา อารมณ์ของผู้ป่วยอาจเปลี่ยนแปลงขึ้นลงได้ อารมณ์ซึมเศร้า กลัว โกรธหรือรู้สึกหมดหวัง ท้อแท้ มักเกิดขึ้นได้เสมอ ผู้ป่วยต้องการกำลังใจ และความช่วยเหลือจากครอบครัว ญาติพี่น้อง เพื่อนสนิท การได้พูดคุย เปิดเผยความรู้สึก ความสงสัยและความต้องการของผู้ป่วยกับเพื่อน ครอบครัว แพทย์ พยาบาล หรือคนที่ผู้ป่วยไว้วางใจ จะช่วยทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายใจขึ้น

## 13. อาการข้างเคียงอื่น ๆ ของยาเคมีบำบัด

- สีของปัสสาวะอาจเปลี่ยนได้ตามสีของยาเคมีบำบัด เช่น ปัสสาวะมีสีแดงเข้ม หลังจากได้รับยาดอกโซรูบิซิน (doxorubicin) และ อีพิรูบิซิน (epirubicin) ปัสสาวะเป็นสีน้ำเงินได้ หลังจากได้รับยาไมโทแซนโทน (mitoxanthrone) ซึ่งเป็นเรื่องปกติ โดยจะเกิดขึ้นเพียง 1-2 วัน
- อาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ อาการจะเป็นอยู่ประมาณ 1 – 2 วัน ภายหลังได้รับยาเคมีบำบัด ควรพักผ่อนงดออกแรงหนัก ๆ ในช่วงวันแรก ๆ ที่ได้รับยา หากเป็นมากสามารถรับประทานยาแก้ปวด เช่น พาราเซตามอล ถ้าอาการปวดเป็นมากขึ้น เป็นตลอดทั้งวัน ไม่ดีขึ้นหลังจากรับประทานยาแก้ปวดไปแล้ว ผู้ป่วยสามารถมาพบแพทย์ก่อนนัดได้

## 2.3 คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง

จุดประสงค์ของการรักษาโรคมะเร็งอย่างหนึ่ง คือ เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่เพิ่มขึ้น ทั้งนี้ เนื่องจาก คุณภาพชีวิตเป็นสิ่งที่แสดงให้เห็นถึงภาวะสุขภาพของผู้ป่วยที่อยู่ในระหว่างการรักษาและหลังการรักษา ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการเลือกพิจารณาวิธีที่ใช้ในการรักษาโรคมะเร็งของผู้ป่วย การพิจารณาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษ จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานจากโรคหรือจากการรักษาน้อยที่สุด ไม่เกิดผลข้างเคียงจากการรักษามากจนไม่สามารถทนได้ ซึ่งแสดงถึงผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ลดลงกว่าเดิม [31] โดยปัจจัยที่อาจส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย เช่น ชนิดของโรคมะเร็งที่ผู้ป่วยเป็น ระยะของโรคมะเร็ง รูปแบบของการรักษาที่ได้รับ จำนวนรอบของการได้รับยาเคมีบำบัด อาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นจากการได้รับยาเคมีบำบัด ปัจจัยด้านบุคคลของผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ โรคประจำตัว จำนวนรายการยาที่ใช้ต่อวัน ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ของผู้ป่วย เป็นต้น นอกจากนี้ ปัจจัย

ทางด้านสังคม เช่น การได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวหรือคนรอบข้าง ความสะดวกในการเข้าถึงการรับบริการ ก็ล้วนส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้ทั้งสิ้น [37, 38]

องค์ประกอบของการมีคุณภาพชีวิตที่ดีประกอบด้วยมิติใหญ่ ๆ 4 มิติ คือ [31]

- 1) Physical well-being (ความผาสุกทางด้านร่างกาย)
- 2) Psychological well-being (ความผาสุกทางด้านจิตใจ)
- 3) Social well-being (ความผาสุกทางด้านสังคม)
- 4) Spiritual well-being (ความผาสุกทางด้านจิตวิญญาณ)

เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็ง [31, 39, 40]

บุคคลแรกที่สร้างเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็ง คือ Karnofsky ในปี พ.ศ. 2488 ซึ่งเป็นเครื่องมือที่วัดคุณภาพชีวิตทางด้านร่างกายเพียงด้านเดียว และผู้ที่ประเมินคือแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์ แต่เนื่องจากใช้ได้ง่ายและเป็นที่ยอมรับโดยทั่วไป ในปัจจุบันก็ยังนำมาใช้สำหรับประเมินผู้ป่วยในคลินิก ในระยะต่อมามีเครื่องมืออื่นที่สร้างขึ้น โดยเพิ่มมิติด้านอื่น ๆ ของคุณภาพชีวิตร่วมด้วย และมีการปรับปรุงคุณภาพของเครื่องมือให้มีความตรงและความเที่ยงมากขึ้น นอกจากนี้ ยังได้พัฒนาวิธีการวัดโดยให้ผู้ป่วยเป็นผู้บันทึกข้อมูลและเสนอให้นำมิติด้าน family และ social dysfunction เป็นตัวแปรหนึ่งของการวัดคุณภาพชีวิต ตัวอย่างของเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งที่ผ่านการทดสอบเครื่องมือ และมีการใช้กันอย่างแพร่หลาย เช่น Cancer rehabilitation Evaluation system (CARES), European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC), Functional Assessment of Cancer Therapy (FACT) และ Functional Living Index Cancer (FLIC)

เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิต Functional Assessment of Cancer Therapy - General (FACT - G)

FACT [28] เป็นเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีการใช้อย่างกว้างขวาง โดยมีทั้งแบบประเมินสำหรับผู้ป่วยมะเร็งทั่วไป (FACT - G) หรือชนิดที่มีความเฉพาะเจาะจงกับผู้ป่วยมะเร็งบางชนิด เช่น มะเร็งเต้านม (FACT - B) มะเร็งปอด (FACT - L) มะเร็งลำไส้ (FACT - CL) โดย FACT - G เป็นเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งทั่วไป ประกอบด้วยข้อ



คำถามทั้งหมด 27 ข้อ แบ่งเป็น 4 มิติ ได้แก่ ความผาสุกทางด้านร่างกาย (physical well-being) ความผาสุกทางด้านสังคม/ครอบครัว (social/family well-being) ความผาสุกทางด้านอารมณ์ (emotional well-being) และความผาสุกทางด้านการปฏิบัติกิจกรรม (functional well-being) ในแต่ละมิติมีทั้งหมด 7 ข้อ ยกเว้นหมวดความผาสุกทางด้านอารมณ์ มี 6 ข้อ ตัวเลือกในแต่ละข้อมี 5 ตัวเลือก ตั้งแต่ 0-4 คือ ไม่เลย เล็กน้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุดตามลำดับ ผลคะแนนอยู่ในช่วง 0-108 คะแนนยิ่งมากแสดงถึงคุณภาพชีวิตที่ดี เครื่องมือนี้มีการนำมาใช้กันอย่างกว้างขวางโดยได้รับการแปลเป็นภาษาต่าง ๆ ถึง 40 ภาษา สำหรับประเทศไทย FACT-G version 4 ได้รับการแปลโดย วรชัย รัตนธรร และคณะ [41] จากผู้พัฒนาต้นฉบับ Cella D. และคณะ [28] ได้มีการทดสอบความเที่ยงในผู้ป่วยมะเร็งชาวไทยจำนวน 364 ราย ด้วย cronbach's coefficient alpha ได้ค่าอยู่ในช่วง 0.75-0.90 และการทดสอบซ้ำด้วย spearman rank-correlation coefficients ได้ค่าเป็น 0.80 การทดสอบความตรงเชิงโครงสร้างสามารถวัดตัวแปรทางคลินิกได้อย่างมีนัยสำคัญ ในเรื่องระยะของโรคมะเร็ง (ระยะที่ 1,2 เปรียบเทียบกับระยะ 3,4  $p < 0.001$ ) สถานภาพของโรคและการรักษา (ระยะมีโรคและรับการรักษาเปรียบเทียบกับระยะปลอดโรคและไม่ได้รับการรักษา  $p < 0.05$ ) สถานภาพการเงิน (มีปัญหาค่ารักษาเปรียบเทียบกับไม่มีปัญหาค่ารักษา  $p < 0.001$ ) นอกจากนี้ผลการวิเคราะห์ค่า factor loading พบว่า คำถามส่วนใหญ่ได้ค่าคะแนนของการจัดกลุ่มอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ และสอดคล้องตรงตามของแบบวัดคุณภาพชีวิต FACT-G ต้นฉบับภาษาอังกฤษ ดังนั้นแบบวัดคุณภาพชีวิตนี้เป็นแบบสอบถามที่ได้มาตรฐานนำมาใช้วัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งและใช้ในการวิจัยทางคลินิกได้

### คุณภาพชีวิตด้านยา

Murawski และคณะ [42] ได้ให้นิยามของคำว่า คุณภาพชีวิตด้านการใช้ยาว่าคือ ช่องว่างหรือผลต่างระหว่างคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่สูงสุดทางทฤษฎี ภายหลังได้รับการรักษาและคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่สังเกตได้ภายหลังการรักษา ซึ่งพรรณทิพา สักดิ์ทอง [27] ได้ใช้ทฤษฎีการบริหารด้านยาที่มีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางเพื่ออธิบายช่องว่างนั้น โดยเหตุผลที่ใช้ทฤษฎีนี้ในการอธิบายคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยาเพราะทั้งคุณภาพชีวิตและการบริหารด้านยาที่มีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางมีแนวคิดที่เหมือนกัน คือ สนใจความรู้สึกนึกคิดหรือมุมมองของผู้ป่วยในเรื่องการใช้ยา ดังนั้น การที่คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยยังไม่ถึงคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ได้รับสูงสุดทางทฤษฎี

ภายหลังการรักษา ก็เพราะผู้ป่วยมีความต้องการด้านยา ซึ่งได้แก่ ความเข้าใจในการใช้ยา ความคาดหวัง ความวิตกกังวล และพฤติกรรมหรือความสะดวกในการใช้ยา จึงเป็นที่มาของทฤษฎีที่ใช้ในการสร้างแบบสอบถามวัดคุณภาพชีวิตด้านยา (PROMPT-QoL)

เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตด้านยา Patient-Reported Outcomes Measure of Pharmaceutical Therapy for Quality of Life (PROMPT-QoL)

PROMPT-QoL [27] เป็นเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตด้านยา โดยได้ใช้ทฤษฎีของคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยาของ Murawski และคณะ ที่เรียกว่า Pharmaceutical Therapy-Related Quality of Life (PTRQoL) เพื่อใช้ประเมินความต้องการด้านยาหรือผลกระทบจากการใช้ยาที่มาจากมุมมองของผู้ป่วยหรือคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยาแบบทั่วไป โดยสามารถใช้ได้กับทุกกลุ่มโรคหรือกลุ่มยา ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 43 ข้อ แบ่งเป็น 9 มิติ ได้แก่ ทศนคติทั่วไปเกี่ยวกับการใช้ยา การได้รับข้อมูลยาและโรคจากหมอ เกสัชกร หรือพยาบาล ความพึงพอใจต่อประสิทธิภาพของการใช้ยา การได้รับผลข้างเคียงจากยาที่ใช้อยู่ ผลกระทบจากอาการข้างเคียงของยา ผลกระทบด้านจิตใจของการใช้ยา ความสะดวกในการใช้ยา การมียาให้ใช้/การเข้าถึงยา และคุณภาพชีวิตโดยรวมของการใช้ยา ตัวเลือกในแต่ละข้อมี 5 ตัวเลือก ตั้งแต่ 1-5 คือ ไม่เลย เล็กน้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด ตามลำดับ ผลคะแนนแต่ละมิติจะมีคะแนนอยู่ในช่วง 0-100 คะแนนยิ่งมากแสดงถึงคุณภาพชีวิตที่ดี เครื่องมือนี้ได้มีการทดสอบความเที่ยงในผู้ป่วยนอกโรคเรื้อรังจำนวน 1,156 ราย [43] ซึ่งมีผู้ป่วยโรคมะเร็งจำนวน 82 ราย ด้วย cronbach's coefficient alpha ได้ค่าอยู่ในช่วง 0.58-0.89 และการทดสอบซ้ำด้วย intraclass-correlation coefficients ได้ค่าอยู่ในช่วง 0.67-0.83 การทดสอบความตรงเชิงโครงสร้างสามารถแยกความแตกต่างระหว่างผู้ป่วยที่เกิดและไม่เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ผลการวิเคราะห์หาค่า factor loading พบว่า คำถามส่วนใหญ่ได้ค่าคะแนนของการจัดกลุ่มอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ ดังนั้น แบบวัดคุณภาพชีวิตนี้เป็นแบบสอบถามที่ได้มาตรฐานนำมาใช้วัดคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยาของผู้ป่วยและใช้ในการวิจัยทางคลินิกได้

## 2.4 การบริหารทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด

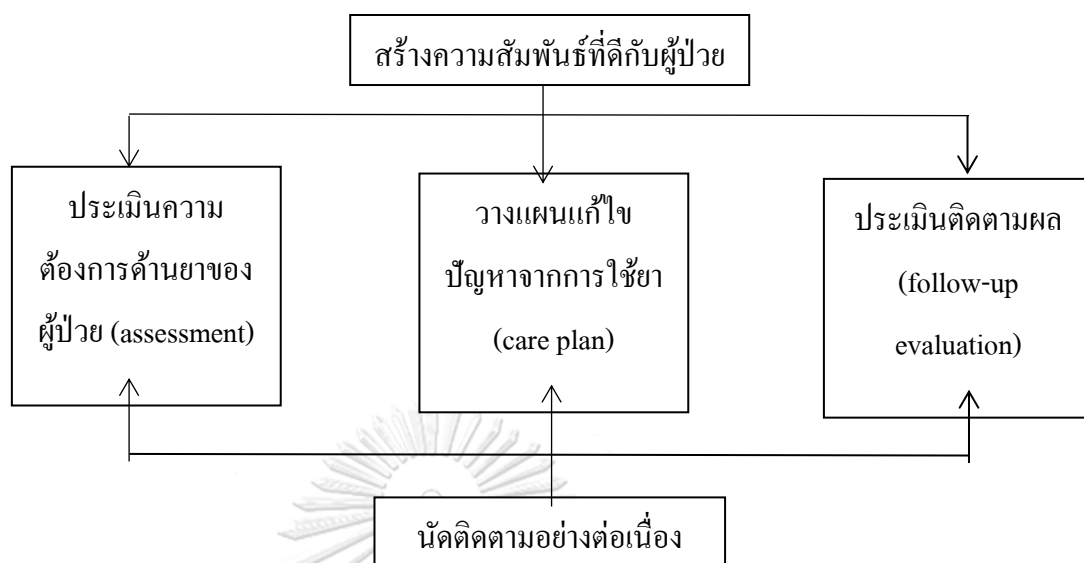
### 2.4.1 การบริหารทางเภสัชกรรม [8, 9]

Cipolle และคณะ ให้คำนิยามว่า การบริหารทางเภสัชกรรม คือ ความรับผิดชอบต่อความต้องการด้านยาของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยมีผลการรักษาและคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งเน้นการดูแลโดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (patient-centered care) การบริหารทางเภสัชกรรมนั้น ประกอบด้วย 3 ขั้นตอนหลัก คือ

1. การประเมินความต้องการด้านยาของผู้ป่วย (assessment)
2. การวางแผนแก้ไขปัญหามาจากการใช้ยาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย (care plan)
3. การประเมินติดตามผล (follow-up evaluation)

การที่จะปฏิบัติตามขั้นตอนเหล่านี้ได้นั้นผู้ให้การบริหารต้องมีการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ป่วยก่อน เพื่อให้ผู้ป่วยได้เกิดความไว้วางใจและเชื่อมั่นในตัวผู้ให้การบริหาร จึงจะสามารถค้นหาความต้องการด้านยาของผู้ป่วยได้อย่างแท้จริง โดยความต้องการด้านยาของผู้ป่วยมี 4 ประเภท คือ การที่ผู้ป่วยได้รับยาเหมาะสมตามข้อบ่งใช้ (indication) การได้รับยาที่มีประสิทธิผล (effectiveness) การได้รับยาที่มีความปลอดภัย (safety) ผู้ป่วยมีความสามารถและเต็มใจในการใช้ยา (adherence) ซึ่งความต้องการด้านยาของผู้ป่วยนี้ อาจเป็นตัวบ่งบอกถึงปัญหาจากการใช้ยาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้

เมื่อผู้ให้การบริหารค้นพบปัญหาจากการใช้ยาแล้ว ขั้นตอนต่อมา คือ การวางแผนแก้ไขปัญหามาจากการใช้ยาที่เกิดขึ้น โดยกำหนดเป้าหมายในการรักษา หาวิธีแก้ไขปัญหามาจากการใช้ยาที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย โดยให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจด้วย เพื่อให้ผู้ป่วยยอมรับเป้าหมายการรักษาที่วางไว้และเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาดูแล หลังจากนั้นต้องมีการนัดผู้ป่วยเพื่อติดตามผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นว่าเป็นไปตามเป้าหมายที่วางไว้หรือไม่ เช่น การติดตามดูแลตรวจทางร่างกายหรือผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการในนัดครั้งถัดไป ซึ่งการนัดติดตามผลนี้ยังเป็นการช่วยค้นหาปัญหาจากการใช้ยาที่อาจเกิดขึ้นใหม่ได้อีกด้วย โดยสามารถสรุปความสัมพันธ์ของขั้นตอนการบริหารทางเภสัชกรรมได้ ดังรูปที่ 2



รูปที่ 2 ความสัมพันธ์ของขั้นตอนการบริหารจัดการทางเภสัชกรรม [9]

#### 2.4.2 การจัดการด้านยา (medication therapy management) [44]

American Pharmacists Association (APhA) และ National Association of Chain Drug Stores (NACDS) Foundation ได้ให้แนวคิดในการจัดการด้านยาไว้ว่า เป็นความร่วมมือระหว่างเภสัชกร แพทย์ และทีมสหวิชาชีพอื่น ๆ ในการร่วมกันดูแลผู้ป่วย เพิ่มการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทางการแพทย์ ทำให้เกิดการใช้อย่างเหมาะสม ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย โดยเน้นการดูแลแบบผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (patient-centered care) ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลรักษาตนเอง ซึ่งการจัดการด้านยานี้จะทำให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจในการใช้ยามากขึ้น ได้รับยาที่เหมาะสม เพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย และป้องกันปัญหาจากการใช้ยาที่อาจเกิดขึ้น เช่น อาการไม่พึงประสงค์จากยา การเกิดอันตรกิริยาระหว่างยา โดยการจัดการด้านยาประกอบไปด้วยหลักการ 5 ข้อ คือ

##### 1. การทบทวนการใช้ยาของผู้ป่วย (medication therapy review; MTR)

เป็นขั้นตอนการรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ เพื่อประเมินปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วยในแต่ละราย และจัดเรียงลำดับความสำคัญของปัญหาที่เกิดจากยาที่พบ เพื่อจะนำมาวางแผนในการแก้ไขปัญหานั้น โดยมีขั้นตอนการทบทวนการใช้ยา ดังนี้

- 1) สัมภาษณ์ผู้ป่วยเพื่อรวบรวมข้อมูล ได้แก่ ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ข้อมูลด้านสุขภาพ การทำกิจกรรมต่าง ๆ ประวัติการใช้ยา ประวัติการได้รับวัคซีน ความรู้สึกรู้สึต่อโรคที่เป็นอยู่ของผู้ป่วย เป็นต้น
- 2) ประเมินข้อมูลพื้นฐานทางคลินิกของผู้ป่วย เช่น โรคประจำตัว ภาวะสุขภาพโดยรวมของผู้ป่วย
- 3) ประเมินทัศนคติต่อการใช้ยาของผู้ป่วย ความคาดหวังในการใช้ยา คุณภาพชีวิต และเป้าหมายการรักษา
- 4) ประเมินระดับการศึกษา ศาสนาและวัฒนธรรมในผู้ป่วยแต่ละราย
- 5) ประเมินอาการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ว่าเป็นอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาของผู้ป่วยหรือไม่
- 6) แปลผล ติดตามผล และประเมินผลตรวจทางห้องปฏิบัติการของผู้ป่วย
- 7) ระบุปัญหาจากการใช้ยาที่พบ และจัดเรียงลำดับความสำคัญของปัญหา
- 8) วางแผนแก้ไขปัญหามาจากการใช้ยาที่เกิดขึ้น
- 9) ให้ความรู้และคำแนะนำแก่ผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยใช้ยาอย่างเหมาะสม เกิดความร่วมมือในการใช้ยา และเข้าใจเป้าหมายในการรักษาาร่วมกัน
- 10) ให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการดูแลจัดการยาของตนเอง
- 11) ติดตามและประเมินผลการใช้ยาของผู้ป่วยทั้งด้านประสิทธิผลและความปลอดภัย
- 12) ส่งต่อข้อมูลของผู้ป่วยให้กับทีมสหวิชาชีพอื่น ๆ

## 2. การบันทึกข้อมูลการใช้ยาของผู้ป่วยรายบุคคล (personal medication record; PMR)

การบันทึกข้อมูลการใช้ยาของผู้ป่วยรายบุคคลควรบันทึกทั้งยาที่สั่งใช้โดยแพทย์ และยาที่ผู้ป่วยซื้อใช้เอง รวมถึงสมุนไพรและอาหารเสริมอื่น ๆ ที่ใช้ร่วมด้วย โดยอาจบันทึกข้อมูลเป็นการเขียนด้วยลายมือหรือบันทึกในระบบอิเล็กทรอนิกส์ ซึ่งการบันทึกข้อมูลควรบันทึกให้เป็นปัจจุบัน บันทึกข้อมูลอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์อื่น ๆ ทราบว่าปัจจุบันผู้ป่วยกำลังใช้ยาอะไรอยู่บ้าง

### 3. การวางแผนแก้ไขปัญหที่เกิดจากยา (medication-related action plan; MAP)

มีการวางแผนการรักษาโดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และควรได้รับความเห็นชอบจากผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ท่านอื่น ๆ ในทีมด้วย โดยมีการจัดทำแผนการดูแลตนเองให้กับผู้ป่วย มีการระบุกิจกรรมที่ผู้ป่วยต้องทำ และบันทึกความก้าวหน้าในการรักษาเพื่อติดตามประเมินผล

### 4. การแก้ไขปัญหที่เกิดจากยาและการส่งต่อผู้ป่วย (intervention and referral)

การแก้ไขปัญหที่เกิดจากยาอย่างเหมาะสม ควรมีการร่วมมือและมีการสื่อสารกันระหว่างผู้ป่วย เกสัชกร แพทย์ และทีมสหวิชาชีพอื่น ๆ เกสัชกรควรมีการให้คำแนะนำการจัดการปัญหาที่เกิดจากยาอย่างเหมาะสม และมีการส่งต่อผู้ป่วยให้กับบุคลากรทางการแพทย์ท่านอื่นเมื่อจำเป็น

### 5. การจัดทำเอกสารของผู้ป่วยและการนัดติดตามผล (documentation and follow-up)

มีการจัดทำเอกสารเพื่อบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยแต่ละราย ทั้งข้อมูลทั่วไป ข้อมูลการใช้ยา ปัญหาจากยาที่พบ และการแก้ไขปัญห โดยมีการเรียงลำดับเวลาที่เกิดขึ้น และควรมีการนัดหมายผู้ป่วยเพื่อติดตามประเมินผลการแก้ไขปัญห และมีการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยให้กับบุคลากรทางการแพทย์ท่านอื่น ๆ ด้วย

#### 2.4.3 การให้ความรู้และคำปรึกษาแก่ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด

บทบาทของเกสัชกรในการให้ความรู้และคำปรึกษาแก่ผู้ป่วยมะเร็งมักจะอยู่ในระยะของการบำบัดรักษา เนื่องจากวิธีการรักษามะเร็งที่ผู้ป่วยได้รับสามารถก่อให้เกิดอาการอื่นไม่พึงประสงค์ได้ โดยเฉพาะการใช้ยาเคมีบำบัด ซึ่งเกสัชกรมีส่วนเกี่ยวข้องโดยตรงในการติดตามแก้ไขหรือป้องกันปัญหาที่เกิดจากการใช้ยา การให้ความรู้และคำปรึกษานอกจากจะช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจที่ดีขึ้น ยังทำให้ผู้ป่วยรวมทั้งผู้ใกล้ชิดสามารถดูแลตนเองได้ดียิ่งขึ้น [45]

ข้อมูลหรือเนื้อหาในการให้คำแนะนำผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด [7, 36]

สำหรับข้อมูลที่จะให้กับผู้ป่วยนั้นจะพิจารณาถึงเนื้อหาในการให้ความรู้ที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยแต่ละราย โดยมีเนื้อหาที่ผู้ป่วยทุกรายต้องได้รับ ดังต่อไปนี้

- 1) ความรู้เรื่องโรคมะเร็งและการรักษาโรคมะเร็งแต่ละชนิดมีแนวทางที่ชัดเจน แต่ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความรุนแรงของโรคและการตอบสนองของผู้ป่วย จึงต้องพิจารณาเป็นราย ๆ ไป
- 2) การรักษาด้วยยาเคมีบำบัดปกติจะมีแผนการรักษาตามระยะเวลา ผู้ป่วยควรจะมีการรักษาตามแบบแผนที่กำหนดอย่างเคร่งครัด
- 3) ประโยชน์ของยาเคมีบำบัดที่ใช้ทำลายส่วนที่เป็นเซลล์มะเร็ง รวมถึงประโยชน์ของยาที่ใช้ในการรักษาโรคมะเร็ง เช่น ยาสเตียรอยด์ใช้เพื่อลดความรุนแรงของอาการไม่พึงประสงค์ของยาเคมีบำบัดชนิดชนิด และช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษา
- 4) ยาเคมีบำบัดทำลายมะเร็งและร่างกายส่วนที่ปกติ ส่งผลให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์ต่าง ๆ แต่ร่างกายส่วนที่ปกติดังกล่าว สามารถกลับมาคืนสู่ปกติได้
- 5) อาการข้างเคียงที่อาจเป็นอันตรายถึงชีวิตและต้องได้รับการรักษาอย่างเร่งด่วน ได้แก่ อาการของการติดเชื้อ (มีไข้สูงกว่า 38.5 องศาเซลเซียส เป็นเวลานานกว่า 1 ชั่วโมง หนาวสั่น ไอแบบมีเสมหะ) การมีเลือดออกแบบผิดปกติ เยื่อช่องปากอักเสบ คลื่นไส้ อาเจียนอย่างรุนแรง ท้องเสียอย่างรุนแรง เป็นต้น
- 6) อาการไม่พึงประสงค์ของยาเคมีบำบัดแต่ละชนิดที่พบบ่อยหรือมีความรุนแรง
- 7) การปฏิบัติตัวเมื่อเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาเคมีบำบัด เช่น หากเกิดอาการคลื่นไส้อาเจียนมากตอนเช้าให้พยายาม รับประทานอาหารแห้ง เช่น ข้าวสวย ขนมปัง และหลีกเลี่ยงอาหารที่มีรสจัดหรือมีกลิ่นฉุน หลังจากที่ได้รับประทานอาหารแล้วไม่ควรรบกวน ควรนั่งพักอย่างน้อย 2 ชั่วโมง เมื่อมีอาการท้องเดินหลังจากได้รับยาเคมีบำบัด ควรดื่มน้ำเกลือแร่ เพื่อทดแทนส่วนที่เสียไปจากอาการท้องเดิน รับประทานอาหารที่มีโปแตสเซียมสูง เช่นกล้วย ฝรั่ง หรือมะม่วงสุก
- 8) การปฏิบัติตัวก่อนได้รับยาเคมีบำบัด
- 9) การปฏิบัติตัวขณะได้รับยาเคมีบำบัด
- 10) การปฏิบัติตัวหลังได้รับยาเคมีบำบัด

#### 2.4.4 ผลของการบริหารทางเภสัชกรรม [10, 11]

จากการที่เภสัชกรได้เข้ามามีบทบาทสำคัญในการให้บริหารทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วย สามารถค้นหาปัญหาที่เกิดจากการใช้ยา มีการแก้ไขหรือป้องกันปัญหาจากการใช้ยาที่เกิดขึ้น ส่งผลให้ผลลัพธ์ทางด้านสาธารณสุขของผู้ป่วยดีขึ้น ทั้งในด้านผลลัพธ์ทางคลินิก (clinical outcome) ผลลัพธ์ทางเศรษฐศาสตร์ (economic outcome) และผลลัพธ์ทางด้านความเป็นมนุษย์ (humanistic outcomes) โดย

ผลลัพธ์ทางคลินิก (clinical outcome) เป็นการวัดผลลัพธ์ที่เกิดจากมุมมองของแพทย์หรือผู้ให้การรักษาเพื่อใช้ประเมินการเปลี่ยนแปลงอันเนื่องมาจากโรคทางกาย เช่น การควบคุมอาการของโรค อัตราป่วย (morbidity rate) อัตราตาย (mortality rate) ความร่วมมือในการใช้ยา ผลการตรวจร่างกายหรือผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ผลลัพธ์ทางเศรษฐศาสตร์ (economic outcome) เป็นการวัดผลลัพธ์ของการรักษาออกมาในรูปของตัวเงิน หรือความคุ้มค่าของการรักษา เช่น ค่าใช้จ่ายในการรักษา การประเมินต้นทุน-ประสิทธิผล (cost-effectiveness) ของการรักษาด้วยยา

ผลลัพธ์ทางด้านความเป็นมนุษย์ (humanistic outcomes) เป็นการวัดผลลัพธ์ของการรักษาออกมาในรูปของมุมมองของผู้ป่วยเอง เช่น ความพึงพอใจของผู้ป่วย คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (health-related quality of life; HRQoL) ของผู้ป่วย

#### 2.5 ผลลัพธ์ของการบริหารทางเภสัชกรรมที่มีต่อคุณภาพชีวิตด้านการบำบัดด้วยยา

ได้มีการศึกษาเกี่ยวกับผลของการให้บริหารทางเภสัชกรรมที่มีต่อคุณภาพชีวิตด้านการบำบัดด้วยยาในผู้ป่วยนอกโรคเรื้อรังของทศพร แสงทองอโณทัย [46] ดังแสดงในตารางที่ 1 การศึกษานี้ศึกษาในผู้ป่วยนอกโรคเรื้อรังจำนวนทั้งสิ้น 514 คน เป็นผู้ป่วยมะเร็งจำนวน 17 คน สำหรับการศึกษาถึงผลของการให้บริหารเภสัชกรรมที่มีต่อคุณภาพชีวิตด้านการบำบัดด้วยยาในกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งโดยเฉพาะนั้นยังไม่เคยมีการศึกษามาก่อน



## 2.6 ผลลัพธ์ของการบริหารทางเภสัชกรรมที่มีต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคมะเร็ง

การศึกษาเกี่ยวกับผลของการให้บริหารทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยโรคมะเร็งนั้นมีการศึกษาถึงผลลัพธ์ทางคลินิก ผลลัพธ์ทางเศรษฐศาสตร์ และผลลัพธ์ทางด้านความเป็นมนุษย์ โดยพบว่า ผลลัพธ์จากการศึกษาที่ผ่านมายังให้ผลไม่ชัดเจนในผลลัพธ์ทางด้านความเป็นมนุษย์ [19, 25, 26, 47-50] ซึ่งจากข้อมูลในตารางที่ 2 จะเห็นว่า การศึกษาส่วนใหญ่มักพบว่าคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยไม่เปลี่ยนแปลงหลังให้การบริหารทางเภสัชกรรม [25, 26, 48-50] นอกจากนี้ ยังมีประเด็นสำคัญ คือ ข้อจำกัดในการศึกษาเหล่านี้ ได้แก่ ขนาดตัวอย่างในการศึกษามีจำนวนน้อยเกินไป [25, 26, 47, 48, 50] หรือศึกษาเป็นระยะเวลาไม่นานพอที่จะทำให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลง [50] บางการศึกษาไม่ได้ทำการเปรียบเทียบผลลัพธ์ระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง [48] ทำให้ไม่ทราบผลลัพธ์ที่แท้จริง หรือบางการศึกษาให้การบริหารไม่เป็นไปตามหลักของการบริหารทางเภสัชกรรมอย่างแท้จริง [19] อาจทำให้เห็นผลลัพธ์ได้ไม่ชัดเจน

## 2.7 ผลลัพธ์ของการบริหารทางเภสัชกรรมที่มีต่อปัญหาการใช้ยาในผู้ป่วยโรคมะเร็ง

สำหรับการศึกษาเกี่ยวกับผลของการให้บริหารทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยโรคมะเร็งถึงผลลัพธ์ทางคลินิกนั้นได้มีการศึกษากันอย่างกว้างขวาง และผลลัพธ์ที่ได้ส่วนใหญ่ก็จะพบว่า การให้บริหารทางเภสัชกรรมส่งผลที่ดีต่อผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วย สามารถแก้ไขปัญหามาจากการใช้ยาของผู้ป่วยได้ [14-18, 20, 22] นอกจากนี้ บางการศึกษายังพบว่า การให้บริหารทางเภสัชกรรมสามารถช่วยเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยได้ [14, 20, 21] ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 1 การศึกษาผลของการบริหารทางเภสัชกรรมที่มีต่อคุณภาพชีวิตด้านการบำบัดด้วยยา

ผู้วิจัย	รูปแบบและระยะเวลาการวิจัย	กลุ่มและจำนวนผู้เข้าร่วมการวิจัย	รูปแบบการบริหารทางเภสัชกรรม	ผลการวิจัย	ข้อจำกัดในการวิจัย
ทศพร แสงทอง อโณทัย [46] ปี ค.ศ. 2016 ประเทศ ไทย	การทดลอง แบบสุ่มและ มีกลุ่ม ควบคุม มีนาคม ค.ศ. 2016-ตุลาคม ค.ศ. 2016	ผู้ป่วยนอกโรค เรื้อรังที่ โรงพยาบาล กลาง จำนวน 514 คน I* = 259 คน C** = 255 คน	ค้นหาความต้องการ ด้านยาและปัญหาจาก การใช้ยาของผู้ป่วย พบทวนรายการยา การ ดูแลสุขภาพ อาการ ผิดปกติที่เกิดขึ้น และ ติดตามผลตรวจทาง ห้องปฏิบัติการ จำนวน 2 ครั้ง	พบว่า กลุ่มศึกษามีคะแนนคุณภาพชีวิตด้านการ ใช้ยาค่อนข้างมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ ทั้งหมด 4 มิติ จากทั้งหมด 8 มิติ (ไม่รวมมิติที่ 1 ที่สนใจในการใช้ยา) ได้แก่ มิติที่ 2 การได้รับ ข้อมูลและโรค มิติที่ 3 ความพึงพอใจต่อผลของการ ใช้ยา มิติที่ 5 ผลทางด้านจิตใจของการใช้ยา และ มิติที่ 9 คุณภาพชีวิตโดยรวมของการใช้ยา และ คะแนนรวมของทั้งแบบสอบถามก็ดีขึ้นอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยังพบว่า กลุ่มศึกษา ได้รับการแก้ไขปัญหามากกว่ากลุ่ม ควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ	- มีการเก็บข้อมูล 2 วิธี ทั้ง แบบผู้ป่วยทำ แบบสอบถามเองและ ผู้วิจัยอ่านคำถามให้ผู้ป่วย ฟัง - ประชากรส่วนใหญ่มี โรคประจำตัวที่ไม่แสดง อาการของโรคออกมา ทำให้ ผลคะแนนบางมิติไม่ ค่อยเปลี่ยนแปลง - มีจำนวนครั้งของการให้ บริหารทางเภสัชกรรมที่ น้อยเกินไป

ตารางที่ 2 การศึกษาผลของการบริหารทางเภสัชกรรมที่มีต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคมะเร็ง

ผู้วิจัย	รูปแบบและ ระยะเวลาการ วิจัย	กลุ่มและจำนวน ผู้เข้าร่วมการ วิจัย	รูปแบบการบริหารทาง เภสัชกรรม	ผลการวิจัย	ข้อจำกัดในการวิจัย
ลัญจกรณ วงศ์ราย และคณะ [47] ปี ค.ศ. 2019 ประเทศ ไทย	การทดลอง แบบสุ่มและ มีกลุ่มควบคุม กันยายน ค.ศ. 2016- กุมภาพันธ์ ค.ศ. 2017	ผู้ป่วยโรคมะเร็ง เต้านมรายใหม่ ที่ได้รับการรักษา ด้วยยาเคมีบำบัด ณ โรงพยาบาล กำแพงเพชร จำนวน 54 คน I* = 27 คน C** = 27 คน	ค้นหาและแก้ไขปัญหา ที่เกิดจากการใช้ยา โดยติดตามผู้ป่วย จนถึงการรักษาด้วยยา เคมีบำบัดรอบที่ 3	พบว่า คุณภาพชีวิตโดยรวมในกลุ่มทดลองสูงกว่า กลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งหลังการ รักษาด้วยยาเคมีบำบัดรอบที่ 1 และรอบที่ 3 ยกเว้น มิติความผลสุกด้านสังคม/ครอบครัว พบว่าทั้ง 2 กลุ่ม ไม่มีความแตกต่างกัน นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ป่วยที่ ได้รับการบริหารทางเภสัชกรรมเกิดอาการคลื่นไส้ และเบื่ออาหารน้อยกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตาม มาตรฐานปกติ	- จำนวนกลุ่มตัวอย่างน้อย - กลุ่มตัวอย่างได้รับการ รักษาด้วยสูตรยา AC เพียง สูตรเดียว อาจยังไม่ สามารถอ้างอิงการศึกษา ไปยังผู้ป่วยที่ได้รับการสูตรยา อื่นได้ - ไม่มีการปกปิดว่าผู้ป่วย รายใดอยู่ในกลุ่มไหน อาจ ทำให้เกิดอคติในขั้นตอน การให้บริหารทางเภสัช กรรมได้

ตารางที่ 2 การศึกษาผลของการบริหารทางเภสัชกรรมที่มีต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคมะเร็ง (ต่อ)

ผู้วิจัย	รูปแบบและระยะเวลาการวิจัย	กลุ่มและจำนวนผู้เข้าร่วมการวิจัย	รูปแบบการบริหารทางเภสัชกรรม	ผลการวิจัย	ข้อจำกัดในการวิจัย
Tezcan และคณะ [48] ปี ค.ศ. 2018 ประเทศตุรกี	Prospective study เมษายน - สิงหาคม ค.ศ. 2013	ผู้ป่วยนอกโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดครั้งแรก จำนวน 36 คน	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ค้นหาและแก้ไขปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาในผู้ป่วยเฉพาะราย</li> <li>- ติดตามอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดจากยาเคมีบำบัด ให้คำแนะนำในการป้องกันและแก้ไขอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้น</li> </ul>	พบว่า เภสัชกรมีบทบาทสำคัญในการช่วยค้นหาและแก้ไขปัญหาทางยาที่เกิดขึ้น แต่ผลลัพธ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งโดยเครื่องมือ FACT-G พบว่า "ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างก่อนและหลังการให้การบริบาลทางเภสัชกรรม"	<ul style="list-style-type: none"> <li>- เป็นการศึกษาเพียงแค่งานเดียว ผลการศึกษาอาจยังไม่สามารถนำไปใช้กับผู้อื่น ได้</li> <li>- จำนวนกลุ่มตัวอย่างน้อย</li> <li>- ไม่มีกลุ่มควบคุมในการศึกษา</li> </ul>

ตารางที่ 2 การศึกษาผลของการบริหารทางเภสัชกรรมที่มีต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคมะเร็ง (ต่อ)

ผู้วิจัย	รูปแบบและระยะเวลาการวิจัย	กลุ่มและจำนวนผู้เข้าร่วมการวิจัย	รูปแบบการบริหารทางเภสัชกรรม	ผลการวิจัย	ข้อจำกัดในการวิจัย
Colombo และคณะ [19] ปี ค.ศ. 2017 ประเทศ บลาซิล	Systematic review มกราคม ค.ศ. 1990- เมษายน ค.ศ. 2016	การศึกษาจากผู้ป่วยนอก โรคมะเร็ง จำนวน 11 การศึกษา	- ให้ความรู้และคำปรึกษาแก่ผู้ป่วย - ค้นหาและแก้ไข ปัญหาที่เกิดจากการใช้ยา รวมถึงอาการไม่พึงประสงค์ต่างๆ	พบว่า การศึกษาค้นคว้าใหญ่เป็นการวัดผลก่อนและหลังการให้บริหารทางเภสัชกรรม โดยมีการวัดอัตราการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาของผู้ป่วยความร่วมมือในการใช้ยา ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการบริหารเภสัชกรรม ผลการค้นพบและการให้บริบาลปัญหาที่เกิดจากการใช้ยา โดยพบว่า การให้บริบาลทางเภสัชกรรม สามารถเพิ่มความรู้อยู่เกี่ยวกับการรักษา อาการไม่พึงประสงค์จากยา ความร่วมมือในการใช้ยา และความพึงพอใจของผู้ป่วย อย่างไรก็ตาม การศึกษาถึงคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งผลการศึกษายังไม่ชัดเจนและมีการศึกษาไม่มากนักจำเป็นต้องทำการศึกษาเพิ่มเติมในอนาคต	- เนื่องจากเป็นการรวบรวมบทความเชิงระบบ อาจทำให้บางการศึกษาไม่ได้ถูก รวบรวมเข้ามาในการวิจัยนี้ได้ เช่น บทความวิทยานิพนธ์ - การให้บริบาลทางเภสัชกรรมในกลุ่มศึกษาของบางการศึกษายังมีความไม่ชัดเจน

ตารางที่ 2 การศึกษาผลของการบริหารทางเภสัชกรรมที่มีต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคมะเร็ง (ต่อ)

ผู้วิจัย	รูปแบบและ ระยะเวลาการ วิจัย	กลุ่มและจำนวน ผู้เข้าร่วมการวิจัย	รูปแบบการบริหารทาง เภสัชกรรม	ผลการวิจัย	ข้อจำกัดในการวิจัย
Thoma และ คณะ [49] ปี ค.ศ. 2016 ประเทศ ฮังการี	Systematic review พฤศจิกายน ค.ศ. 2003- พฤศจิกายน ค.ศ. 2013	การศึกษาก ผู้ป่วยโรคมะเร็ง ที่ได้รับยาเคมี บำบัด จำนวน 68 การศึกษา	- ให้ความรู้และ คำปรึกษาแก่ผู้ป่วย - ค้นหาและแก้ไข ปัญหาที่เกิดจากการใช้ ยา - ทบทวนการใช้ยาของ ผู้ป่วยและแนะนำการ ใช้ยาแก่ผู้ป่วย	การให้บริหารทางเภสัชกรรมในคลินิกผู้ป่วยมะเร็งที่ ได้รับยาเคมีบำบัด สามารถเพิ่มคุณภาพของการได้รับ สารอาหารที่ดีของผู้ป่วย และเพิ่มความพึงพอใจของ ผู้ป่วยหลังได้รับการบริหารทางเภสัชกรรมได้อย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ แต่ยัง ไม่พบความแตกต่างอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติของความร่วมมือในการใช้ยา ค่าใช้จ่ายในการรักษา และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย	เนื่องจากการเป็นการรวม การศึกษาที่เกี่ยวข้องกับการ บริหารเภสัชกรรมในผู้ป่วย มะเร็งผู้ป่วยนอกและ ผู้ป่วยใน ซึ่งผู้วิจัยแต่ละคน อาจให้นิยามที่ต่างกันทำให้ อาจเกิดอคติแก่งานวิจัยได้

ตารางที่ 2 การศึกษาผลของการบริหารทางเภสัชกรรมที่มีต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคมะเร็ง (ต่อ)

ผู้วิจัย	รูปแบบและระยะเวลาการวิจัย	กลุ่มและจำนวนผู้เข้าร่วมการวิจัย	รูปแบบการบริหารทางเภสัชกรรม	ผลการวิจัย	ข้อจำกัดในการวิจัย
Wang และคณะ [25] ปี ค.ศ. 2015 ประเทศจีน	Prospective randomized controlled study ติดตามผู้ป่วยด้วยระยะเวลานาน 2 เดือน	ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการบำบัดจำนวน 149 คน $I^* = 77$ คน $C^{**} = 72$ คน	ให้ความรู้เกี่ยวกับและคำปรึกษากับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดการปฏิบัติตัวการป้องกันและการจัดการเมื่อเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาแก่ผู้ป่วยเฉพาะรายในกลุ่มศึกษา ครั้งละประมาณ 30 นาที จำนวน 2 ครั้งต่อสัปดาห์ เป็นเวลา 2 เดือน	กลุ่มที่ได้รับการบริหารทางเภสัชกรรมมีค่าคะแนนความรู้ ทักษะดี การปฏิบัติตัว มากกว่ากลุ่มที่ได้รับการตามระบบปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง โดยเครื่องมือ EORTC QLQ-C30 พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการบริหารทางเภสัชกรรมมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพดีขึ้น 2 มิติ จากทั้งหมด 4 มิติ	- เป็นการศึกษาระยะยาว ผลการศึกษาอาจยังไม่สามารถนำไปใช้กับผู้อื่น ได้ - จำนวนกลุ่มตัวอย่างน้อย

ตารางที่ 2 การศึกษาผลของการบริหารทางเภสัชกรรมที่มีต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคมะเร็ง (ต่อ)

ผู้วิจัย	รูปแบบและระยะเวลาการวิจัย	กลุ่มและจำนวนผู้เข้าร่วมการวิจัย	รูปแบบการบริหารทางเภสัชกรรม	ผลการวิจัย	ข้อจำกัดในการวิจัย
เบญจมาศ คุชนะ [50] ปี ค.ศ. 2011 ประเทศไทย	Prospective randomized controlled study มกราคม-มีนาคม ค.ศ. 2009	ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการผ่าตัดและได้รับยาเคมีบำบัดอย่างน้อย 1 รอบการรักษา ณ โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น จำนวน 29 คน $I^* = 14$ คน $C^{**} = 15$ คน	ให้ความรู้และคำปรึกษาแก่ผู้ป่วยในกลุ่มศึกษาในเรื่องโรค/ยาเคมีบำบัด และการดูแลรักษาตนเองของผู้ป่วยจำนวน 1 ครั้ง วัดผลก่อนและหลังได้รับการบริหารเภสัชกรรม	กลุ่มศึกษามีคะแนนความรู้หลังได้รับการบริหารทางเภสัชกรรมมากกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการบริการตามระบบปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตาม ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างกลุ่มในด้านพฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิต (วัดผลโดยเครื่องมือ FACT-G)	- จำนวนกลุ่มตัวอย่างน้อย - ระยะเวลาในการติดตามผู้ป่วยสั้น



ตารางที่ 2 การศึกษาผลของการบริการทางเภสัชกรรมที่มีต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคมะเร็ง (ต่อ)

ผู้วิจัย	รูปแบบและระยะเวลาการวิจัย	กลุ่มและจำนวนผู้เข้าร่วมการวิจัย	รูปแบบการบริการทางเภสัชกรรม	ผลการวิจัย	ข้อจำกัดในการวิจัย
สมพร ศักดิ์ชินบุตร [26] ปี ค.ศ. 2002 ประเทศ ไทย	Prospective randomized controlled study กันยายน ค.ศ. 2001- กุมภาพันธ์ ค.ศ. 2002	ผู้ป่วยนอก โรคมะเร็งที่ ได้รับการบำบัดด้วยเคมีบำบัดแล้ว ไม่ เกิน 2 ครั้ง ณ โรงพยาบาลราช วิถี จำนวน 44 คน I* = 23 คน C** = 21 คน	ให้ความรู้และคำปรึกษาแก่ผู้ป่วยในกลุ่มศึกษาทั้งหมด 3 ด้าน คือ ความรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษา การปรึกษาอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ตนเองของผู้ได้รับยา เคมีบำบัด จำนวน 2 ครั้ง แต่ละครั้งห่างกัน 3-4 สัปดาห์	กลุ่มที่ได้รับการบริการทางเภสัชกรรมมีความรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษา อาการไม่พึงประสงค์จากยาเคมีบำบัด และการดูแลตนเองของผู้ได้รับยาเคมีบำบัดมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการตามระบบปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตาม ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับความรุนแรงของอาการไม่พึงประสงค์และคุณภาพชีวิต (วัดผลโดยเครื่องมือ FACT-G) ในผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่ม	- จำนวนกลุ่มตัวอย่างน้อย - ผู้ป่วยบางรายให้ญาติเป็นผู้ทำแบบประเมิน ทำให้ผลที่ได้อาจไม่ตรงกับข้อมูลที่เป็นจริงของผู้ป่วยได้

\*ตัวย่อ I หมายถึง กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการบริการทางเภสัชกรรม

\*\*ตัวย่อ C หมายถึง กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการตามระบบปกติ

ตารางที่ 3 การศึกษาผลของการบริหารทางเภสัชกรรมที่มีต่อปัญหาการใช้ยาในผู้ป่วยโรคมะเร็ง

ผู้วิจัย	รูปแบบและ ระยะเวลาการ วิจัย	กลุ่มและจำนวน ผู้เข้าร่วมการ วิจัย	รูปแบบการ บริหารทางเภสัช กรรม	ผลการวิจัย	ข้อจำกัดในการวิจัย
Moukafih และคณะ [14] ปี ค.ศ. 2021 ประเทศ โมร็อกโก	prospective, descriptive, observational study กรกฎาคม ค.ศ. 2018- มิถุนายน ค.ศ. 2019	ผู้ป่วยโรคมะเร็ง ณ ศูนย์มะเร็ง แห่งชาติ ประเทศโมร็อก โก จำนวน 526 คน	ค้นหาและแก้ไข ปัญหาที่เกิดจาก การใช้ยา	พบปัญหาจากการใช้ยาร้อยละ 12.7 ของการสั่งใช้ยา โดย ปัญหาจากการใช้ยาที่พบบมากที่สุด ได้แก่ ผู้ป่วย จำเป็นต้องได้รับยาในการรักษาเพิ่มเติม ร้อยละ 31.3 ขนาดยาสูงกว่าขนาดการรักษา ร้อยละ 17.1 การเกิด อันตรกิริยาระหว่างยา ร้อยละ 12.4 โดยปัญหาที่ได้รับ การแก้ไขจากเภสัชกรมากที่สุด ได้แก่ ปัญหาผู้ป่วย จำเป็นต้องได้รับยาในการรักษาเพิ่มเติม การปรับขนาด ยา และความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย โดยแพทย์ให้ การยอมรับคำแนะนำจากเภสัชกร ร้อยละ 98 และพบว่า ผู้ป่วยมีผลลัพธ์ทางคลินิกดีขึ้นร้อยละ 38.2	- เป็นการศึกษาเพียงแค หน่วยงานเดียว ผล การศึกษายังไม่ สามารถนำไปใช้กับอื่น ๆ ได้ - ไม่มีกลุ่มควบคุมใน การศึกษา

ตารางที่ 3 การศึกษาผลของการบริหารทางเภสัชกรรมที่มีต่อปัญหาการใช้ยาในผู้ป่วยโรคมะเร็ง (ต่อ)

ผู้วิจัย	รูปแบบและ ระยะเวลาการ วิจัย	กลุ่มและจำนวน ผู้เข้าร่วมการ วิจัย	รูปแบบการบริหารทาง เภสัชกรรม	ผลการวิจัย	ข้อจำกัดในการวิจัย
Gregori และคณะ [15] ปี ค.ศ. 2020 ประเทศ ฝรั่งเศส	Prospective observational study 1 มกราคม ค.ศ. 2018-31 ธันวาคม ค.ศ. 2018	ผู้ป่วยนอก โรคมะเร็งระบบ โลหิต จำนวน 558 คน	ค้นหาและแก้ไขปัญหา ที่เกิดจากการใช้ยา	พบปัญหาจากการใช้ยาเฉลี่ย 3.5 ปัญหาต่อผู้ป่วย 1 ราย โดยปัญหาจากการใช้ยาที่พบมากที่สุดคือ ปัญหาการสั่งใช้ยาที่มีข้อห้ามใช้หรือไม่เหมาะสม กับผู้ป่วย ร้อยละ 15 ปัญหาขนาดยาไม่เหมาะสม ร้อยละ 14 ปัญหาการเกิดอันตรกิริยาระหว่างยา ร้อย ละ 12 โดยปัญหาที่ได้รับการแก้ไขจากเภสัชกรมาก ที่สุด ได้แก่ การหยุดการใช้ยาที่ไม่เหมาะสมกับ ผู้ป่วย ปัญหาผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการรักษา เพิ่มเติม และการปรับขนาดยา นอกจากนี้ การแก้ไข ปัญหาโดยเภสัชกรยังช่วยลดค่าใช้จ่ายในการรักษา ลงด้วย	- เป็นการศึกษาระยะยาว หน่วยงานเดียว ผล การศึกษายังไม่ สามารถนำไปใช้กับข้อ ๆ ได้ - ไม่มีกลุ่มควบคุมใน การศึกษา

ตารางที่ 3 การศึกษาผลของการบริหารทางเภสัชกรรมที่มีต่อปัญหาการใช้ยาในผู้ป่วยโรคมะเร็ง (ต่อ)

ผู้วิจัย	รูปแบบและระยะเวลาการวิจัย	กลุ่มและจำนวนผู้เข้าร่วมการวิจัย	รูปแบบการบริหารทางเภสัชกรรม	ผลการวิจัย	ข้อจำกัดในการวิจัย
Kucuk และคณะ [16] ปี ค.ศ. 2020 ประเทศตุรกี	Prospective study ตุลาคม ค.ศ. 2015-มีนาคม ค.ศ. 2016	ผู้ป่วยนอก โรคมะเร็งที่รับประทานเคมีบำบัด จำนวน 54 คน	ค้นหาและแก้ไข ปัญหาที่เกิดจากการใช้ยา	พบปัญหาจากการใช้ยาทั้งหมด 105 ปัญหา โดยปัญหาจากการใช้ยาที่พบบมากที่สุดเป็นปัญหาเกี่ยวกับการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา การดำเนินการพบว่า ร้อยละ 65 ของปัญหาทางยาที่พบได้รับการแก้ไข และร้อยละ 8.6 ได้รับการแก้ไขบางส่วน	<ul style="list-style-type: none"> <li>- จำนวนกลุ่มตัวอย่างน้อย</li> <li>- ไม่มีกลุ่มควบคุมในการศึกษา</li> <li>- ระยะเวลาในการติดตามผู้ป่วยสั้น</li> </ul>

ตารางที่ 3 การศึกษาผลของการบริหารทางเภสัชกรรมที่มีต่อปัญหาการใช้ยาในผู้ป่วยโรคมะเร็ง (ต่อ)

ผู้วิจัย	รูปแบบและระยะเวลาการวิจัย	กลุ่มและจำนวนผู้เข้าร่วมการวิจัย	รูปแบบการบริหารจัดการทางเภสัชกรรม	ผลการวิจัย	ข้อจำกัดในการวิจัย
Bosnak และคณะ [17] ปี ค.ศ. 2019 ประเทศตุรกี	Prospective interventional study พฤศจิกายน ค.ศ. 2017-มกราคม ค.ศ. 2018	ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการบำบัดมาแล้วอย่างน้อย 2 รอบการรักษา จำนวน 102 คน	ค้นหาและแก้ไข ปัญหาที่เกิดจากการใช้ยา	ผู้ป่วยในงานวิจัยร้อยละ 53.9 พบปัญหาจากการใช้ยา โดยพบทั้งหมด 251 ปัญหา โดยปัญหาจากการใช้ยาที่พบส่วนใหญ่เป็นปัญหาเกี่ยวกับการประสิทธิผลและความปลอดภัยของการรักษาผลการดำเนินการ พบว่า ร้อยละ 86.4 ของปัญหาทางยาที่พบได้รับการแก้ไข ร้อยละ 9.8 ได้รับการแก้ไขเพียงบางส่วน และร้อยละ 2.3 ไม่ได้รับการแก้ไข	<ul style="list-style-type: none"> <li>- เป็นการศึกษารetrospective หน่วยงานเดียว ผลการศึกษาอาจยังไม่สามารถนำไปใช้กับผู้อื่นได้</li> <li>- ไม่มีกลุ่มควบคุมในการศึกษา</li> <li>- การติดตามข้อมูลผลของการแก้ไขปัญหาทางยาในกลุ่มผู้ป่วยที่กลับบ้านไปแล้วบางครั้งได้ข้อมูลไม่ครบถ้วน</li> </ul>

ตารางที่ 3 การศึกษาผลของการบริหารทางเภสัชกรรมที่มีต่อปัญหาการใช้ยาในผู้ป่วยโรคมะเร็ง (ต่อ)

ผู้วิจัย	รูปแบบและ ระยะเวลาการ วิจัย	กลุ่มและจำนวน ผู้เข้าร่วมการวิจัย	รูปแบบการบริหารทาง เภสัชกรรม	ผลการวิจัย	ข้อจำกัดในการวิจัย
Aguiar และ คณะ [24] ปี ค.ศ. 2018 ประเทศ บราซิล	Observational and retrospective study กรกฎาคม- สิงหาคม ค.ศ. 2016	เก็บข้อมูลจาก 6,104 ใบสั่งยา ในคลินิกผู้ป่วย โรคมะเร็ง	ค้นหาและแก้ไขปัญห ที่เกิดจากการใช้ยา	พบปัญหาจากการใช้ยาร้อยละ 4.5 ของใบสั่งยาทั้งหมด โดยปัญหาทางยาส่วนใหญ่ที่พบเป็นปัญหาที่เกี่ยวข้องกับ ข้อมูลยาที่ไม่ครบถ้วนร้อยละ 36.1 ปัญหาการคำนวณ ขนาดยาร้อยละ 32.1 จากการดำเนินการแก้ไขปัญห ทางยาของเภสัชกร พบว่า สามารถช่วยลดค่าใช้จ่ายด้าน ยาของโรงพยาบาลลงได้	- การวิเคราะห์ค่าใช้จ่ายที่ เกิดขึ้นในการศึกษานี้ คิด เฉพาะในส่วนของการจ่ายและ สารน้ำที่ใช้ในการรักษา ผู้ป่วย อาจต้องมีการศึกษา ถึงค่าใช้จ่ายทางด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการรักษา ต่อไป

ตารางที่ 3 การศึกษาผลของการบริหารทางเภสัชกรรมที่มีต่อปัญหาการใช้ยาในผู้ป่วยโรคมะเร็ง (ต่อ)

ผู้วิจัย	รูปแบบและระยะเวลาการวิจัย	กลุ่มและจำนวนผู้เข้าร่วมการวิจัย	รูปแบบการบริบาลทางเภสัชกรรม	ผลการวิจัย	ข้อจำกัดในการวิจัย
Umar และคณะ [18] ปี ค.ศ. 2018 ประเทศตุรกี	Prospective study ธันวาคม ค.ศ. 2015-เมษายน ค.ศ. 2016	ผู้ป่วยในโรคมะเร็งที่เข้ารับการรักษาตัวในหอผู้ป่วยโรคมะเร็งจำนวน 173 คน	ค้นหาและแก้ไขปัญหาดังกล่าวที่เกิดจากการใช้ยา	พบปัญหาทางยาจำนวน 481 ปัญหา โดยปัญหาทางยาที่พบบ่อยที่สุดคือ ปัญหาที่เกิดจากการไม่พึงประสงค์จากยา จำนวน 376 ปัญหา ปัญหาการไม่ปฏิบัติตามที่ได้รับจำนวน 59 ปัญหา และปัญหาการได้รับยาที่ไม่มีความจำเป็นจำนวน 25 ปัญหา จากการดำเนินการแก้ไขปัญหาดังกล่าวพบว่ามีข้อบกพร่องร้อยละ 90.9 ของปัญหาทางยาทั้งหมดได้รับการแก้ไข	<ul style="list-style-type: none"> <li>- เป็นการศึกษาเพียงแค่งานเดียว ผลการศึกษาอาจยังไม่สามารถนำไปใช้กับผู้อื่นได้</li> <li>- ยังไม่มีการศึกษาถึงผลของการค้นหาและแก้ไขปัญหาดังกล่าวต่อผลลัพธ์ทางด้านเศรษฐศาสตร์</li> </ul>

ตารางที่ 3 การศึกษาผลของการบริหารทางเภสัชกรรมที่มีต่อปัญหาการใช้ยาในผู้ป่วยโรคมะเร็ง (ต่อ)

ผู้วิจัย	รูปแบบและระยะเวลาการวิจัย	กลุ่มและจำนวนผู้เข้าร่วมการวิจัย	รูปแบบการบริหารทางเภสัชกรรม	ผลการวิจัย	ข้อจำกัดในการวิจัย
Gatwood และคณะ [20] ปี ค.ศ. 2017 ประเทศ สหรัฐ อเมริกา	Peer-reviewed articles มกราคม ค.ศ. 1970-มกราคม ค.ศ. 2016	การศึกษานอกผู้ป่วยนอกโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด จำนวน 8 การศึกษา	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ให้ความรู้และคำปรึกษาแก่ผู้ป่วย</li> <li>- ค้นหาและแก้ไข</li> </ul> <p>ปัญหาที่เกิดจากการใช้ยา รวมถึงการติดตามอาการไม่พึงประสงค์ต่างๆ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ทบทวนการใช้ยาของผู้ป่วยและแนะนำการใช้ยาแก่ผู้ป่วย</li> </ul>	พบว่า ผลการให้บริหารทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยนอกโรคมะเร็งทำให้ช่วยเพิ่มความพึงพอใจของผู้ป่วยเพิ่มความถี่ในการใช้ยา สามารถค้นหาและแก้ไขปัญหาทางยาที่เกิดขึ้น ทำให้สามารถช่วยลดค่าใช้จ่ายทางยาของคลินิกได้	<ul style="list-style-type: none"> <li>- เนื่องจากการรวบรวมบทความคัดเฉพาะข้อบทความที่เกี่ยวข้อง อาจทำให้มีบางการศึกษาไม่ได้ถูกรวบรวมเข้ามาในการวิจัยนี้</li> <li>- การวิจัยนี้รวบรวมงานวิจัยจากประเทศเดียว การนำผลการวิจัยไปใช้ในประเทศอื่นอาจต้องคำนึงถึงความแตกต่างระหว่างเชื้อชาติของกลุ่มตัวอย่างด้วย</li> <li>- บางการศึกษามีจำนวนกลุ่มตัวอย่างน้อย</li> </ul>



ตารางที่ 3 การศึกษาผลของการบริหารทางเภสัชกรรมที่มีต่อปัญหาการใช้ยาในผู้ป่วยโรคมะเร็ง (ต่อ)

ผู้วิจัย	รูปแบบและระยะเวลาการวิจัย	กลุ่มและจำนวนผู้เข้าร่วมการวิจัย	รูปแบบการบริหารทางเภสัชกรรม	ผลการวิจัย	ข้อจำกัดในการวิจัย
Ribed และคณะ [21] ปี ค.ศ. 2016 ประเทศสเปน	Comparative interventional before and after study ค.ศ. 2011-ค.ศ. 2013	ผู้ป่วยนอกโรคมะเร็งระบบโลหิตที่ได้รับยาเคมีบำบัดจำนวน 249 คน $I^* = 134$ คน $C^{**} = 115$ คน	กลุ่มที่ไม่ได้รับการบริหารเภสัชกรรมในช่วงปี ค.ศ. 2011 และกลุ่มที่ได้รับการบริหารเภสัชกรรมในปี ค.ศ. 2013 โดยการค้นหาและแก้ไขปัญหที่เกิดจากการใช้ยาติดตามผลทุก 1 เดือนและ 6 เดือน	พบปัญหาจากการใช้ยาในกลุ่มควบคุม จำนวน 115 ปัญหา ในกลุ่มศึกษาพบจำนวน 134 ปัญหา โดยปัญหาจากการใช้ยาที่พบมากที่สุดเป็นปัญหาการเกิดอาการทรมานระหว่างยาในทั้ง 2 กลุ่ม สำหรับกลุ่มที่ได้รับการบริหารเภสัชกรรม 6 เดือน พบว่าผู้ป่วยมีการบริหารเภสัชกรรม 6 เดือน พบว่าผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยาเพิ่มขึ้นร้อยละ 20 เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม และยังเพิ่มความพึงพอใจให้แก่ผู้ป่วยด้วย โดยคะแนนความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อเภสัชกรรมมากกว่า 9 คะแนนจากคะแนนเต็ม 10 คะแนน	<ul style="list-style-type: none"> <li>- กลุ่มควบคุมและกลุ่มศึกษาเป็นผู้ป่วยที่อยู่คนละช่วงเวลา</li> <li>- ไม่มีการจัดแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกตามชนิดของโรคมะเร็งและยาที่ผู้ป่วยได้รับ แต่พบว่า ทั้ง 2 กลุ่มก็มีลักษณะที่ไม่แตกต่างกัน</li> </ul>

ตารางที่ 3 การศึกษาผลของการบริหารทางเภสัชกรรมที่มีต่อปัญหาการใช้ยาในผู้ป่วยโรคมะเร็ง (ต่อ)

ผู้วิจัย	รูปแบบและระยะเวลาการวิจัย	กลุ่มและจำนวนผู้เข้าร่วมการวิจัย	รูปแบบการบริหารทางเภสัชกรรม	ผลการวิจัย	ข้อจำกัดในการวิจัย
Delpeuch และคณะ [22] ปี ค.ศ. 2015 ประเทศฝรั่งเศส	Prospective, descriptive, observational study พฤษภาคม ค.ศ. 2012- พฤษภาคม ค.ศ. 2013	ผู้ป่วยในโรคมะเร็งจำนวน 489 คน	ค้นหาและแก้ไขปัญหาก่เกิดจากการใช้ยา	พบปัญหาจากการใช้ยาร้อยละ 12.6 ของการส่งให้ยา โดยปัญหาจากการใช้ยาที่พบมากที่สุด ได้แก่ ผู้ป่วยได้รับยาที่ไม่เหมาะสมในการรักษา ร้อยละ 20.6 ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับยาในการรักษาเพิ่มเติม ร้อยละ 14.8 และการบริหารยาที่ไม่เหมาะสม ร้อยละ 14.1 โดยปัญหาที่ได้รับการแก้ไขจากเภสัชกรมากที่สุด ได้แก่ การหยุดการใช้ยาที่ไม่เหมาะสมกับผู้ป่วย การปรับขนาดยา และปัญหาผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับยาในการรักษาเพิ่มเติม โดยแพทย์ให้การยอมรับคำแนะนำจากเภสัชกร ร้อยละ 96	- ผลการศึกษาขาดข้อมูลในช่วงวันหยุดไป อาจทำให้ข้อมูลที่ได้ไม่ครบถ้วน - ไม่มีกลุ่มควบคุมในการศึกษา

ตารางที่ 3 การศึกษาผลของการบริหารทางเภสัชกรรมที่มีต่อปัญหาการใช้ยาในผู้ป่วยโรคมะเร็ง (ต่อ)

ผู้วิจัย	รูปแบบและ ระยะเวลาการ วิจัย	กลุ่มและจำนวน ผู้เข้าร่วมการ วิจัย	รูปแบบการบริหารทาง เภสัชกรรม	ผลการวิจัย	ข้อจำกัดในการวิจัย
Vantard และคณะ [23] ปี ค.ศ. 2015 ประเทศ ฝรั่งเศส	Descriptive study มีนาคม ค.ศ. 2007- กุมภาพันธ์ ค.ศ. 2010	เก็บข้อมูลจาก 29,589 ใบสั่งยา ของทั้งผู้ป่วยใน และผู้ป่วยนอกที่ ได้รับยาเคมี บำบัด	ค้นหาและแก้ไขปัญหา ที่เกิดจากการใช้ยา	พบว่า เภสัชกรมีบทบาทสำคัญในการค้นหาปัญหา จากการใช้ยา โดยเฉพาะปัญหาเรื่องขนาดยาที่สูง หรือต่ำเกินไป คิดเป็นร้อยละ 54.1 ของปัญหาทางยา ทั้งหมด ซึ่งมีสาเหตุหลักมาจากการคำนวณขนาดยา ผิด ไม่คำนึงถึงเรื่องของการปรับขนาดยา และการไม่ มีขนาดยาที่เหมาะสมให้เลือกใช้ ปัญหาทางยาที่พบ รองลงมาคือ การเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการ ใช้ยา คิดเป็นร้อยละ 13.8 และการเกิดอันตรกิริยา ระหว่างยา ร้อยละ 3.9 ตามลำดับ	- จำนวนกลุ่มตัวอย่างน้อย - เป็นการศึกษาเพียงแค หน่วยงานเดียว ผล การศึกษาอาจยังไม่ สามารถนำไปใช้กับที่อื่น ๆ ได้ - ไม่มีกลุ่มควบคุมใน การศึกษา - ระยะเวลาในการติดตาม ผู้ป่วยสั้น

\*ตัวย่อ I หมายถึง กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการบริหารทางเภสัชกรรม

\*\*ตัวย่อ C หมายถึง กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการตามระบบปกติ

### บทที่ 3

#### วิธีดำเนินการวิจัย

เนื้อหาในบทนี้กล่าวถึงรายละเอียดของการดำเนินการวิจัย โดยแบ่งเนื้อหาเป็น 8 ส่วน ได้แก่ 3.1 รูปแบบการวิจัย 3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง 3.3 วิธีดำเนินการวิจัย 3.4 ขั้นตอนการให้บริหารทางเภสัชกรรม 3.5 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 3.6 การเก็บข้อมูล 3.7 การวิเคราะห์ข้อมูล และ 3.8 ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

#### 3.1 รูปแบบการวิจัย

การทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุมแบบปกปิดฝ่ายเดียว (single-blinded randomized controlled trial)

#### 3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

##### 1. ประชากร

ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการยาเคมีบำบัดทุกคน ที่มารับการรักษาที่หน่วยให้ยาเคมีบำบัด โรงพยาบาลสมุทรปราการ

##### 2. กลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการยาเคมีบำบัดทุกคน ที่มารับการรักษาที่หน่วยให้ยาเคมีบำบัด โรงพยาบาลสมุทรปราการ ในช่วงเดือนพฤศจิกายน 2563 – กุมภาพันธ์ 2564 และผ่านเกณฑ์คัดเข้าและเกณฑ์คัดออกของงานวิจัย

เกณฑ์คัดอาสาสมัครเข้าร่วมการวิจัย (inclusion criteria)

1. ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการยาเคมีบำบัด ตามแนวทางพิจารณาการใช้ยาเคมีบำบัดในผู้ป่วยมะเร็ง ที่เข้ารับการรักษาที่หน่วยให้ยาเคมีบำบัด โรงพยาบาลสมุทรปราการ เนื่องจากการวิจัยนี้จะศึกษาในผู้ป่วยที่ได้รับการยาเคมีบำบัด
2. เป็นผู้ป่วยใหม่ที่ได้รับการยาเคมีบำบัด หรือเคยได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดมาแล้วในทุกรอบ (cycle) ของการรักษา ยกเว้นผู้ป่วยที่มารับยาครบสุดท้าย ในช่วงระหว่างเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2563 – กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2564 เนื่องจากผู้ป่วยที่ได้รับยาในรอบสุดท้ายแล้วจะได้รับยาครบก่อน

สิ้นสุดการศึกษา ทำให้ไม่สามารถติดตามผลในครั้งต่อไปได้ และการประเมินผลในผู้ป่วยที่ได้รับยาในรอบต่าง ๆ กัน ก็จะทำให้สามารถนำผลการวิจัยที่ได้ไปปรับใช้กับผู้ป่วยที่อยู่ในรอบการรักษาต่าง ๆ ได้

3. มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 18 ปี เนื่องจากในการศึกษานี้ศึกษาเฉพาะผู้ใหญ่ และผู้ที่อายุต่ำกว่า 18 ปี อาจจะต้องมีผู้ดูแล การวัดความรู้ความเข้าใจเรื่องยา พฤติกรรมการดูแลตนเอง รวมถึงคุณภาพชีวิตอาจจะแตกต่างไปจากผู้ใหญ่

4. ผู้ป่วยไม่พิการ ไม่มีอาการทางจิตประสาท เนื่องจากในการวิจัย จะต้องมีการทดสอบความรู้ และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ดังนั้น ถ้าผู้ป่วยพิการหรือมีอาการทางจิตประสาทอาจให้ข้อมูลที่ไม่ตรงตามความเป็นจริงได้

5. ผู้ป่วยต้องยินยอมเข้าร่วมการวิจัย เนื่องจากการเข้าร่วมการวิจัยจะต้องเป็นไปตามความสมัครใจของผู้ป่วย ตามหลักจริยธรรม

เกณฑ์คัดอาสาสมัครออกจากการศึกษา (exclusion criteria)

1. ผู้ป่วยที่แพทย์ส่งต่อไปรักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลอื่นหรือผู้ป่วยย้ายที่อยู่อาศัยไปรักษาต่อเนื่องที่อื่น เนื่องจากจะทำให้เก็บข้อมูลได้ไม่ครบถ้วน

2. ผู้ป่วยที่ไม่กลับมาพบแพทย์ตามนัดและไม่สามารถติดต่อได้เกินช่วงเวลา 1 เดือน เนื่องจากจะทำให้เก็บข้อมูลได้ไม่ครบถ้วน

3. ผู้ป่วยที่เสียชีวิตระหว่างการวิจัย เนื่องจากจะทำให้เก็บข้อมูลได้ไม่ครบถ้วน

4. ผู้ป่วยขอถอนตัวออกจากการศึกษา เนื่องจากไม่สะดวกในการให้สัมภาษณ์ในการติดตามข้อมูลครั้งที่ 2

### 3. การคำนวณขนาดตัวอย่าง

เนื่องจากการวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง มีวัตถุประสงค์หลักทั้งหมด 2 ข้อ และมีวัตถุประสงค์รอง 1 ข้อ โดยจะแบ่งผู้ป่วยออกเป็น 2 กลุ่ม จึงทำการคำนวณขนาดตัวอย่างในแต่ละวัตถุประสงค์ ดังนี้

**วัตถุประสงค์หลักข้อที่ 1** เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยาในกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดที่ได้รับการบริหารทางเภสัชกรรมเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการบริการตามระบบปกติ

$$n = \frac{2(Z\alpha + Z\beta)^2 Sp^2}{D^2}$$

$$Sp^2 = \text{Pooled variance} = \frac{(n1-1)S1^2 + (n2-1)S2^2}{n1+n2-2}$$

จากการศึกษาของทศพร แสงทองอโณทัย [46] ถึงผลของการบริหารเภสัชกรรมต่อคุณภาพชีวิตด้านการบำบัดด้วยยาในผู้ป่วยนอกโรคเรื้อรัง พบว่า กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการบริหารทางเภสัชกรรม 259 คน มีคะแนนคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยาเฉลี่ยในทุกมิติ เท่ากับ 85.93 คะแนน ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 11.91 คะแนน และกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการบริการตามระบบปกติ 255 คน มีคะแนนคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยาเฉลี่ยในทุกมิติ เท่ากับ 79.89 คะแนน ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 13.66 คะแนน กำหนดระดับความเชื่อมั่น ( $\alpha$ ) เท่ากับ 0.05 อำนาจในการทดสอบ (power) เท่ากับ 0.80

กำหนดให้  $\alpha = 0.05$  (two-sided),  $Z\alpha = 1.96$

$\beta = 0.2$  (one-sided),  $Z\beta = 0.842$

$$Sp^2 = \frac{(259-1)11.91^2 + (255-1)13.66^2}{259+255-2}$$

$$Sp^2 = 164.05$$

$$n = \frac{2(1.96+0.842)^2(164.05)}{(85.93-79.89)^2}$$

$$n = 86 \text{ คน}$$

ประมาณการว่ามีผู้ป่วยร้อยละ 10 จำเป็นต้องออกจากการวิจัยในระหว่างการวิจัย (Drop out 10%)

$$n = \frac{86}{(1-0.1)} = 96 \text{ คน}$$

ดังนั้น ควรใช้ตัวอย่างกลุ่มละอย่างน้อย 96 คน

**วัตถุประสงค์หลักข้อที่ 2** เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดที่ได้รับการบริหารทางเภสัชกรรมเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการบริการตามระบบปกติ

จากการศึกษาของสมพร ศักดิ์ชินบุตร [26] ถึงผลของการให้ความรู้และคำแนะนำโดยเภสัชกรคลินิกแก่ผู้ป่วยนอกโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด พบว่า กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการบริหารทางเภสัชกรรม 23 คน มีคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ 51.3 คะแนน ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 10.23 คะแนน และกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการบริการตามระบบปกติ 21 คน มีคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ 47.6 คะแนน ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 9.55 คะแนน กำหนดระดับความเชื่อมั่น ( $\alpha$ ) เท่ากับ 0.05 อำนาจในการทดสอบ (power) เท่ากับ 0.80

กำหนดให้  $\alpha = 0.05$  (two-sided),  $Z_\alpha = 1.96$

$$\beta = 0.2 \text{ (one-sided), } Z_\beta = 0.842$$

$$Sp^2 = \frac{(23-1)10.23^2 + (21-1)9.55^2}{23+21-2}$$

$$Sp^2 = 98.248$$

$$n = \frac{2(1.96+0.842)^2(98.248)}{(51.3-47.76)^2}$$

$$n = 113 \text{ คน}$$

ประมาณการว่ามีผู้ป่วยร้อยละ 10 จำเป็นต้องออกจากการวิจัยในระหว่างการวิจัย (Drop out 10%)

$$n = \frac{113}{(1-0.1)} = 126 \text{ คน}$$

ดังนั้น ควรใช้ตัวอย่างกลุ่มละอย่างน้อย 126 คน

วัตถุประสงค์รอง เพื่อเปรียบเทียบปัญหาจากการใช้ยาและผลลัพธ์ทางคลินิกจากการแก้ไข ปัญหาการใช้ยาในกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการบริหารทางเภสัชกรรมกับกลุ่มที่ได้รับการ บริหารตามปกติ ผู้วิจัยไม่คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างเนื่องจากเป็นวัตถุประสงค์รอง

ด้วยเหตุนี้ เพื่อให้ตอบวัตถุประสงค์ของการวิจัยทั้งหมดในงานวิจัยนี้จึงควรใช้ตัวอย่างกลุ่ม ละอย่างน้อย 126 คน

#### 4. การแบ่งกลุ่มตัวอย่าง

โดยแสดงขั้นตอนดังนี้

1. นำจำนวนผู้ป่วยทั้งหมดในคลินิก มาพิจารณาตามเกณฑ์คัดกรองเข้าร่วมงานวิจัย
2. จัดผู้ป่วยที่ผ่านเกณฑ์คัดกรองเข้าร่วมงานวิจัย เข้ากลุ่มที่ได้รับการซึ่งมีกิจกรรมการ บริหารเภสัชกรรม (กลุ่มศึกษา) และกลุ่มที่ได้รับการตามระบบการให้บริการ แบบเดิม (กลุ่มควบคุม) ด้วยวิธีสุ่มแบบ block randomization โดยแสดงรายละเอียด ดังนี้

นำผู้ป่วยที่ผ่านเกณฑ์คัดกรองเข้าร่วมงานวิจัย และยินยอมเข้าร่วมงานวิจัยมาสุ่มแบบ block randomization (block 4 randomization โดยเรียงลำดับการสุ่มตามรหัสที่กำหนดไว้ในหนังสือแสดง เจตนายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยของผู้ป่วย) เข้ากลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการตามระบบการให้บริการ แบบเดิม (กลุ่มควบคุม) ให้รหัสเป็น A และเข้ากลุ่มที่ได้รับการซึ่งมีกิจกรรมทางบริหารเภสัช กรรม (กลุ่มศึกษา) ให้รหัสเป็น B ก็จะได้ 6 แบบ คือ 1. AABB 2. BBAA 3. ABAB 4. BABA 5.



ABBA 6. BAAB แล้วทำการสุ่มตัวเลขประจำ block มาให้ได้ 3 ตัวเลข เช่น สุ่มได้เลข 1, 3, 5 ลำดับของผู้ป่วย 12 คนแรกจะได้เข้าอยู่ในกลุ่มเป็น AABB ABAB ABBA ตามลำดับ

### 3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 (ภาคผนวก ก) ได้แก่ ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลการใช้ยา ประกอบด้วย รหัสเลขจากการสุ่ม วันที่เข้าร่วมการวิจัย เพศ น้ำหนัก ส่วนสูง อายุของผู้ป่วย อาชีพ ระดับการศึกษา สิทธิในการรักษาโรคประจำตัว ประวัติการสูบบุหรี่และการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การใช้สมุนไพรหรืออาหารเสริม ประวัติการแพ้ยา การออกกกำลังกาย ประสิทธิภาพการใช้ยา ผู้ที่ดูแลผู้ป่วย ที่อยู่ติดต่อได้ สูตรยาเคมีบำบัดที่ได้รับ ครั้งที่ได้รับยาเคมีบำบัด ระยะของโรคมะเร็งที่เป็น และส่วนที่ 2 (ภาคผนวก ข) ข้อมูลผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

2. แบบบันทึกข้อมูลปัญหาการใช้ยา (ภาคผนวก ค)

3. แบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยา Patient-Reported Outcomes Measure of Pharmaceutical Therapy for Quality of Life (PROMPT-QoL) (ภาคผนวก ง) จำนวน 43 ข้อ รวม 9 มิติ ซึ่งทางผู้วิจัยได้ดำเนินการทำหนังสือขออนุญาตใช้จาก รศ.พรรณทิพา ศักดิ์ทอง ได้แก่

- มิติที่ 1 ทศนคติทั่วไปเกี่ยวกับการใช้ยา จำนวน 1 ข้อ (ข้อ 1)
- มิติที่ 2 การได้รับข้อมูลยาและโรคจากแพทย์ เภสัชกร หรือพยาบาล จำนวน 9 ข้อ (ข้อ 2-10)
- มิติที่ 3 ความพึงพอใจต่อผลของการใช้ยา จำนวน 9 ข้อ (ข้อ 11-13)
- มิติที่ 4 การได้รับผลกระทบจากการใช้ยาและอาการข้างเคียงของยา จำนวน 8 ข้อ (ข้อ 14-21)
- มิติที่ 5 ผลทางด้านจิตใจของการใช้ยา จำนวน 9 ข้อ (ข้อ 22-30)
- มิติที่ 6 ความสะดวกในการใช้ยา จำนวน 3 ข้อ (ข้อ 31-33)
- มิติที่ 7 การมียาให้ใช้/การเข้าถึงการใช้ยา จำนวน 4 ข้อ (ข้อ 34-37)
- มิติที่ 8 ความสัมพันธ์ทางด้านการรักษาที่มีต่อแพทย์ เภสัชกร หรือพยาบาล จำนวน 3 ข้อ (ข้อ 38-40)
- มิติที่ 9 คุณภาพชีวิตโดยรวมของการใช้ยา จำนวน 3 ข้อ (ข้อ 41-43)

มิติที่ 1 ทศนคติทั่วไปเกี่ยวกับการใช้ยา เป็นคำถามให้ผู้ป่วยเลือกวิธีการรักษาโรคที่ผู้ป่วยต้องการใช้ (ยาแผนปัจจุบัน การแพทย์ทางเลือก หรือทั้งสองวิธีร่วมกัน) คำถามในมิติที่ 2-9 ตัวเลือกในแต่ละข้อมี 5 ตัวเลือก ตั้งแต่ 1-5 คือ ไม่เลย เล็กน้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด ตามลำดับ คำถามแต่ละข้อยกเว้นในมิติที่ 1 มีคะแนน 1-5 คะแนนคะแนนรวมของเครื่องมือ PROMPT-QoL ทั้ง 42 ข้อ (ไม่รวมมิติที่ 1) มีคะแนนอยู่ในช่วง 42-210 คะแนน โดยคะแนนยิ่งมากแสดงถึงคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยาที่ดี สำหรับคะแนนในมิติที่ 2-9 ถูกแปลงให้มีคะแนน ตั้งแต่ 0-100 คะแนน จากสูตร (ผลรวมคะแนนแต่ละข้อในมิติ - จำนวนข้อคำถามในมิติ) x 100หารด้วย (ผลรวมคะแนนที่มากที่สุดของมิติ - ผลรวมคะแนนที่น้อยที่สุดของมิติ)

4. แบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็ง Functional Assessment of Cancer Therapy - General (FACT - G) (ภาคผนวก จ) ซึ่งทางผู้วิจัยได้ดำเนินการทำหนังสือขออนุญาตใช้จาก Dr. David Cella (ภาคผนวก ฉ)

การประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยด้วยแบบประเมิน FACT-G ซึ่งเป็นแบบประเมินคุณภาพชีวิตสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งทั่วไป มีทั้งหมด 27 ข้อ ในแต่ละข้อมีตัวเลือกตั้งแต่ 0 - 4 ดังนั้นผลคะแนนจะอยู่ในช่วง 0 - 108 ใน 27 ข้อ แบ่งเป็น 4 หมวด ได้แก่ ความผาสุกด้านร่างกาย 7 ข้อ (ช่วงคะแนนเป็น 0 - 28) ความผาสุกด้านสังคม/ครอบครัว 7 ข้อ (ช่วงคะแนนเป็น 0 - 28) ความผาสุกด้านอารมณ์ 6 ข้อ (ช่วงคะแนนเป็น 0 - 24) และความผาสุกด้านการปฏิบัติกิจกรรม 7 ข้อ (ช่วงคะแนนเป็น 0 - 28) คะแนนยิ่งมากหมายถึงคุณภาพชีวิตที่ดี

5. แบบสอบถามพฤติกรรมการใช้ยา Medication Taking Behavior (MTB) (ภาคผนวก ช) ใช้ประเมินปัญหาการใช้ยาในหัวข้อ ความร่วมมือในการใช้ยา

6. แบบบันทึกปรึกษาแพทย์เรื่องยา (ภาคผนวก ซ)

7. สมุดบันทึกการใช้ยาสำหรับผู้ป่วย (ภาคผนวก ฌ)

8. แผ่นพับการให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค/ยา/ อาการไม่พึงประสงค์จากยาเคมีบำบัด และการดูแลตนเองของผู้ที่ได้รับยาเคมีบำบัด (ภาคผนวก ฉ)

### 3.4 วิธีดำเนินการวิจัย

1. ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับการบริหารเภสัชกรรมในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการยาเคมีบำบัด ปัญหาจากการได้รับยาเคมีบำบัด การจัดการด้านยา คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพและด้านการใช้จ่ายในผู้ป่วยโรคมะเร็ง เครื่องมือ PROMPT-QoL ที่จะนำมาใช้ในการประเมินคุณภาพชีวิตด้านยาและเครื่องมือ FACT-G ที่จะนำมาใช้ในการประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการยาเคมีบำบัด
2. สร้างแบบบันทึกเพื่อเก็บข้อมูลของผู้ป่วยและรวบรวมข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ข้อมูลด้านการใช้จ่าย ความรู้ด้านยาและปัญหาที่เกิดขึ้น สมุดบันทึกการใช้จ่ายสำหรับผู้ป่วย แบบบันทึกปรึกษาแพทย์เรื่องยา แผ่นพับให้ความรู้เรื่องการจัดการด้านยาสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการยาเคมีบำบัด
3. คัดเลือกโรงพยาบาลที่ดำเนินการวิจัย

สถานที่ทำการวิจัยคือ โรงพยาบาลสมุทรปราการ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดสมุทรปราการ กระทรวงสาธารณสุข เป็นโรงพยาบาลทั่วไป (ตติยภูมิ) ขนาด 700 เตียง ให้บริการตรวจรักษาผู้ป่วยนอก โดยแบ่งเป็นแผนกต่าง ๆ ได้แก่ แผนกศัลยกรรมกระดูก แผนกอายุรกรรม แผนกศัลยกรรมทั่วไป แผนกจักษุ โสต ศอ นาสิก แผนกสูติกรรม แผนกทันตกรรม แผนกกุมารเวชกรรม แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน หน่วยให้ยาเคมีบำบัด และบริการตรวจสุขภาพประจำปี งานบริการผู้ป่วยใน โดยแบ่งเป็นหอผู้ป่วยจำนวน 24 หอผู้ป่วย

สำหรับหน่วยให้ยาเคมีบำบัด เปิดบริการเมื่อปี พ.ศ. 2560 มีแพทย์เฉพาะทางด้านโรคมะเร็งประจำ จำนวน 2 ท่าน ให้การรักษาแก่ผู้ป่วยมะเร็งชนิดเป็นก้อน (solid tumor) เป็นหลัก โดยผู้ป่วยที่มารับการรักษาที่หน่วยให้ยาเคมีบำบัดมีทั้งการให้ยาแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน สำหรับผู้ป่วยนอกมีเตียงรองรับผู้ป่วยให้ยาเคมีบำบัดจำนวน 10 เตียง มีผู้ป่วยนัดมาให้ยาวันละประมาณ 10-15 ราย ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นมะเร็งชนิดมะเร็งเต้านม มะเร็งลำไส้ใหญ่ และทวารหนัก และมะเร็งปอด ตามลำดับ สูตรยาส่วนใหญ่สำหรับผู้ป่วยนอกที่มารับยาเคมีบำบัดจะเป็นสูตร Mayo, Weekly/Pac, AC, Cb/Gem, Her เป็นต้น สำหรับผู้ป่วยในมีเตียง

รองรับผู้ป่วยให้ยาเคมีบำบัดจำนวน 15 เตียง มีผู้ป่วยนัดมาให้ยาสัปดาห์ละ 2 วัน คือ วันจันทร์และวันพฤหัสบดี วันละประมาณ 10 ราย ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นมะเร็งชนิดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก และมะเร็งปอด ตามลำดับ สูตรยาส่วนใหญ่สำหรับผู้ป่วยในที่มารับยาเคมีบำบัดจะเป็นสูตรที่ให้ยาต่อเนื่องนานหลายชั่วโมง เช่น fofolx6, fofolx4, folfiri, cb/5FU, cis/Gem และ cis/Eto

4. ติดต่อประสานงานเพื่อดำเนินการขอพิจารณาจริยธรรมการวิจัย และขอเก็บข้อมูลกับผู้ป่วยที่หน่วยให้ยาเคมีบำบัดโรงพยาบาลสมุทรปราการ  
ผู้วิจัยทำหนังสือจากคณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถึงคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนสมุทรปราการ เพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมในการวิจัย ภายหลังจากที่ได้รับอนุมัติแล้ว ผู้วิจัยจึงทำการคัดเลือกผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์เพื่อเข้าร่วมวิจัย
5. ผู้วิจัยนำเครื่องมือ PROMPT-QoL เครื่องมือ FACT-G แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของอาสาสมัคร แบบบันทึกข้อมูลและปัญหาการใช้ยา และแบบบันทึกปรึกษาแพทย์เรื่องยา ไปทดสอบนำร่อง (pilot test) ในผู้ป่วยเป็นเวลา 1 เดือน เพื่อให้ผู้วิจัยคุ้นเคยกับการเก็บข้อมูล รวมถึงประเมินความสมบูรณ์ของเครื่องมือทดสอบ
6. ผู้วิจัยนำข้อมูลจากการทดสอบนำร่องมาปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือเก็บข้อมูล
7. ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยจริง ในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดโรงพยาบาลสมุทรปราการ โดยคัดกรองผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การวิจัยจากเวชระเบียน และสอบถามความสมัครใจของผู้ป่วยเพื่อเข้าร่วมการวิจัยในระหว่างที่ผู้ป่วยได้รับยาเคมีบำบัด ณ ห้องให้ยาเคมีบำบัดโรงพยาบาลสมุทรปราการ จากนั้นผู้วิจัยจะสุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโดยใช้รหัสที่กำหนดไว้ในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย แบ่งผู้ป่วยออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มศึกษา (กลุ่มที่ได้รับบริการตามมาตรฐานปกติของโรงพยาบาล ร่วมกับการบริหารทางเภสัชกรรม) และกลุ่มควบคุม (กลุ่มที่ได้รับบริการตามมาตรฐานปกติของโรงพยาบาล) โดยใช้วิธี block randomization กำหนดให้ขนาดของกลุ่มย่อย (block) เท่ากับ 4 คน อัตราส่วนการจัดกลุ่มเป็น 1:1

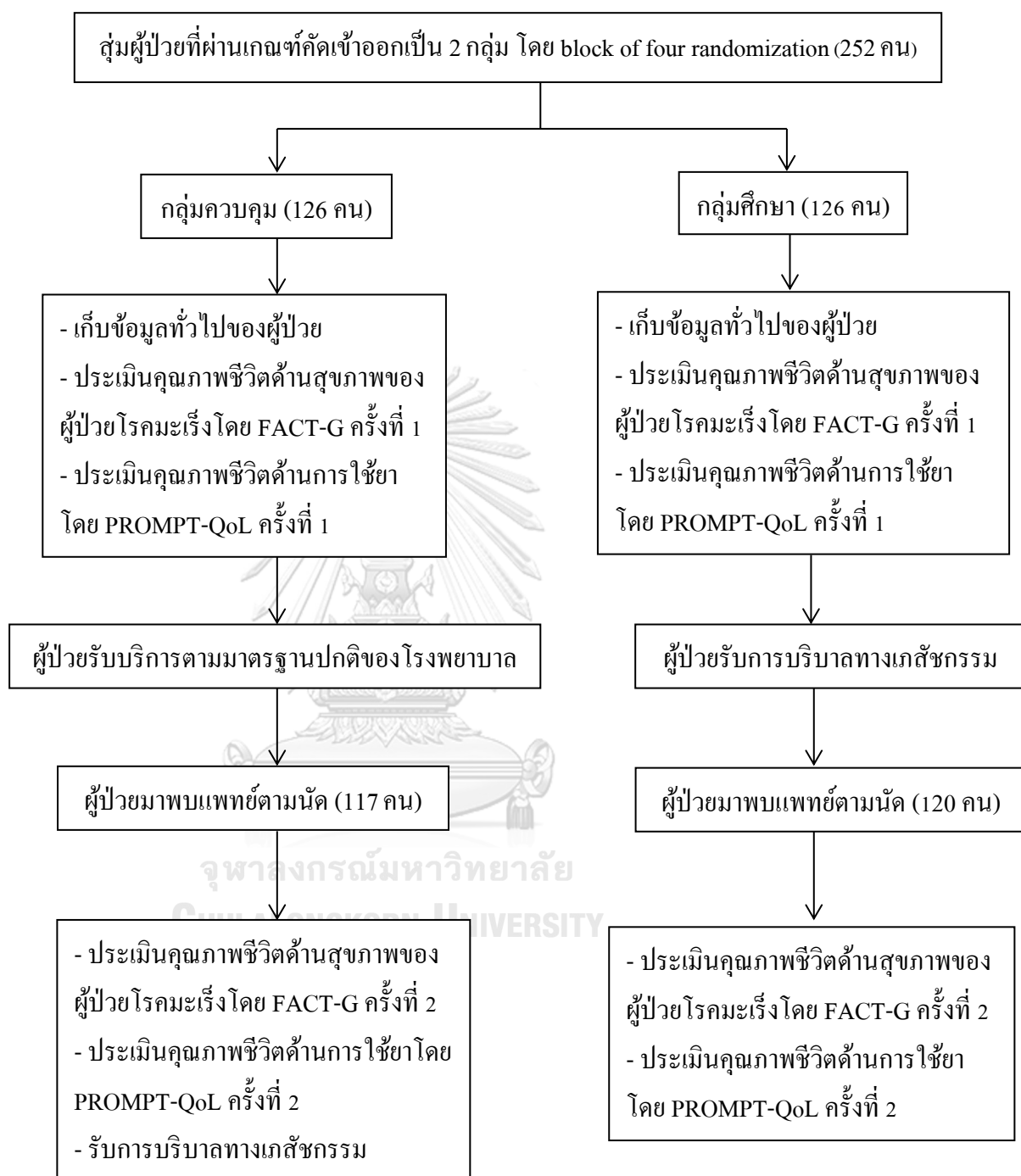
8. การประเมินครั้งที่ 1 ในระหว่างที่ผู้ป่วยได้รับยาเคมีบำบัด ผู้วิจัยจะขออนุญาตเก็บข้อมูลของผู้ป่วยกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมก่อนการให้บริบาลทางเภสัชกรรม ได้แก่ ข้อมูลพื้นฐานทั่วไปของผู้ป่วย ข้อมูลการใช้ยา ประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วย โรคเมเร็งด้วยเครื่องมือ FACT-G และประเมินคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยาของผู้ป่วยด้วยเครื่องมือ PROMPT-QoL และใช้แบบประเมิน MTB เพื่อช่วยในการค้นหาปัญหาจากการใช้ยาในข้อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย ตามลำดับ โดยผู้วิจัยอ่านแบบสอบถามให้ผู้ป่วยฟังทุกราย การสัมภาษณ์และตอบคำถามจากแบบสอบถามในผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มจะทำได้โดยเภสัชกรผู้สัมภาษณ์คนเดียวกัน ซึ่งจะใช้เวลาในการสัมภาษณ์ประมาณ 20 – 30 นาที
9. ผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมจะได้รับการบริการโดยเภสัชกรที่ห้องจ่ายยาหลังจากพบแพทย์เรียบร้อยแล้ว โดยมีการปฏิบัติงานที่ได้มาตรฐานตามแนวทางของกลุ่มการจ่ายยาผู้ป่วย กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลสมุทรปราการ (รูปที่ 4) มีระบบตรวจสอบความถูกต้องของยาและใบสั่งยา 2 ครั้ง (double check) รวมถึงการส่งมอบยาพร้อมให้คำแนะนำโดยเภสัชกรที่ห้องจ่ายยา ผู้ป่วยจะได้รับการแก้ไขหรือป้องกันปัญหาที่อาจเกิดเนื่องจากยาโดยเภสัชกรที่ห้องจ่ายยา และสามารถขอคำปรึกษาแนะนำเพิ่มเติมจากเภสัชกรในหน่วยบริการให้คำปรึกษาเรื่องยาได้หากมีข้อสงสัย หลังจากผู้ป่วยรับยาเสร็จสิ้นและกลับบ้านแล้ว ผู้วิจัยจึงจะค้นหาปัญหาที่เกิดจากยาโดยดูจากบันทึกในเวชระเบียนและใบสั่งยาของผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามนัดในครั้งถัดไป ผู้วิจัยจะประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเมเร็งด้วยแบบสอบถาม FACT-G ประเมินคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยาของผู้ป่วยด้วยแบบสอบถาม PROMPT-QoL และใช้แบบประเมิน MTB เพื่อช่วยในการค้นหาปัญหาจากการใช้ยาในข้อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย เป็นครั้งที่ 2 หลังจากผู้ป่วยตอบแบบสอบถามเสร็จสิ้นแล้ว ผู้ป่วยก็จะได้รับการบริบาลทางเภสัชกรรมเพิ่มเติมเช่นเดียวกับผู้ป่วยในกลุ่มศึกษา
10. ผู้ป่วยในกลุ่มศึกษาจะได้รับการบริบาลทางเภสัชกรรมจากผู้วิจัยในขณะที่ผู้ป่วยได้รับยาเคมีบำบัด (รูปที่ 5) โดยการบริบาลเป็นรายบุคคลด้วยหลักการจัดการด้านยา ได้แก่ การทบทวนการใช้ยา การบันทึกข้อมูลการใช้ยาของผู้ป่วยรายบุคคล การค้นหาปัญหาที่เกิดจาก

การใช้ยา การวางแผนแก้ไขปัญหที่เกิดจากยาและความต้องการด้านยาโดยใช้แบบสอบถาม PROMPT-QoL ช่วยในการประเมิน เช่น เมื่อพบว่าผู้ป่วยให้คะแนนในมิติของการได้รับข้อมูลเรื่องยาและโรคน้อย อาจเนื่องจากไม่ทราบว่ายาที่ใช้อยู่รักษาโรคอะไร ไม่ทราบอาการข้างเคียงของยาที่อาจเกิดขึ้น ไม่ทราบการปฏิบัติตัวเมื่อลืมใช้ยา หรือไม่ทราบสาเหตุและการป้องกันโรค ทำให้ผู้ให้การบริบาลสามารถให้ความรู้เพิ่มเติมให้แก่ผู้ป่วยได้อย่างครบถ้วนมากขึ้น ในด้านความพึงพอใจต่อผลของการใช้ยา หากพบว่าผู้ป่วยมีความพึงพอใจเพียงเล็กน้อยต่อการใช้ยาเพื่อลดอาการของโรค อาจมีสาเหตุมาจากยาที่ผู้ป่วยกำลังได้รับอยู่ในขณะนั้นไม่มีประสิทธิผลที่เพียงพอ หรือผู้ป่วยอาจกำลังได้รับยาที่มีขนาดต่ำกว่าขนาดการรักษาได้ ในข้อคำถามที่มีการสอบถามถึงอาการข้างเคียงจากยาและผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ได้แก่ การเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยา การได้รับยาในขนาดสูงกว่าขนาดการรักษา ซึ่งจะนำไปสู่การค้นพบปัญหาจากการใช้ยาและแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้ในที่สุด (แตกต่างจากกลุ่มควบคุมที่ใช้เครื่องมือ PROMPT-QoL ในการประเมินผลคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยาเท่านั้น ไม่ได้นำมาช่วยในการค้นหาปัญหาจากการใช้ยาและความต้องการด้านยาของผู้ป่วย) มีการปรึกษาแพทย์เมื่อพบปัญหาที่อาจเกิดจากการใช้ยา และการส่งต่อผู้ป่วย หรือการจัดทำเอกสารของผู้ป่วย

หลังจากผู้ป่วยได้รับยาเคมีบำบัดเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยเป็นผู้ส่งมอบยาให้กับผู้ป่วย ให้คำแนะนำเรื่องยา ให้ความรู้และคำปรึกษาเรื่อง โรค/ยา/อาการไม่พึงประสงค์จากยา และการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัด ทบทวนแผนการแก้ไขปัญหที่เกิดจากยาอีกครั้ง แล้วมอบสมุดบันทึกการใช้ยาให้แก่ผู้ป่วยและนัดติดตามผล ในกรณีที่จำเป็นอาจมีการติดตามผลของการให้บริบาลทางโทรศัพท์ เมื่อผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามนัดในครั้งถัดไป ผู้วิจัยจะประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคมะเร็งด้วยแบบสอบถาม FACT-G ประเมินคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยาของผู้ป่วยด้วย PROMPT-QoL และใช้แบบประเมิน MTB เพื่อช่วยในการค้นหาปัญหาจากการใช้ยาในข้อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย เป็นครั้งที่ 2

11. กรณีผู้ป่วยไม่มาพบแพทย์ตามนัดในครั้งที่ 2 เกิน 1 สัปดาห์ ผู้วิจัยจะโทรศัพท์ติดต่อผู้ป่วยให้มารับการรักษา
12. รวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม SPSS version 22.0 (SPSS Co., Ltd, Bangkok Thailand) แสดงขนาดของผล (effect size) ของการบริบาลเภสัชกรรมโดยใช้ค่า Hedges'G และสรุปผลการวิจัย



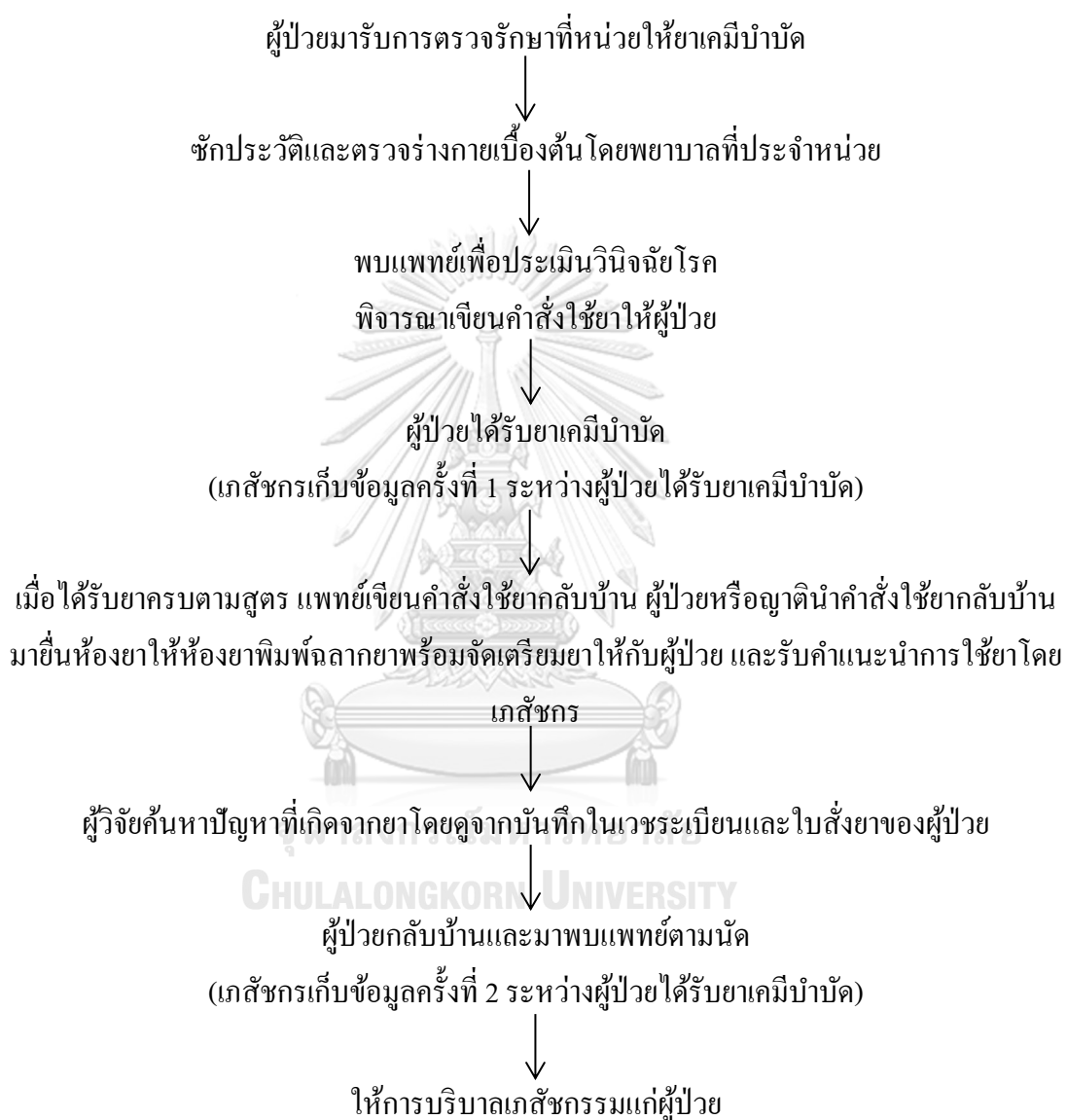


รูปที่ 3 ขั้นตอนการดำเนินงานวิจัย



### 3.5 ขั้นตอนการให้บริบาลทางเภสัชกรรม

1. การให้บริการผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาจากหน่วยให้ยาเคมีบำบัดตามระบบปกติ (กลุ่มควบคุม)



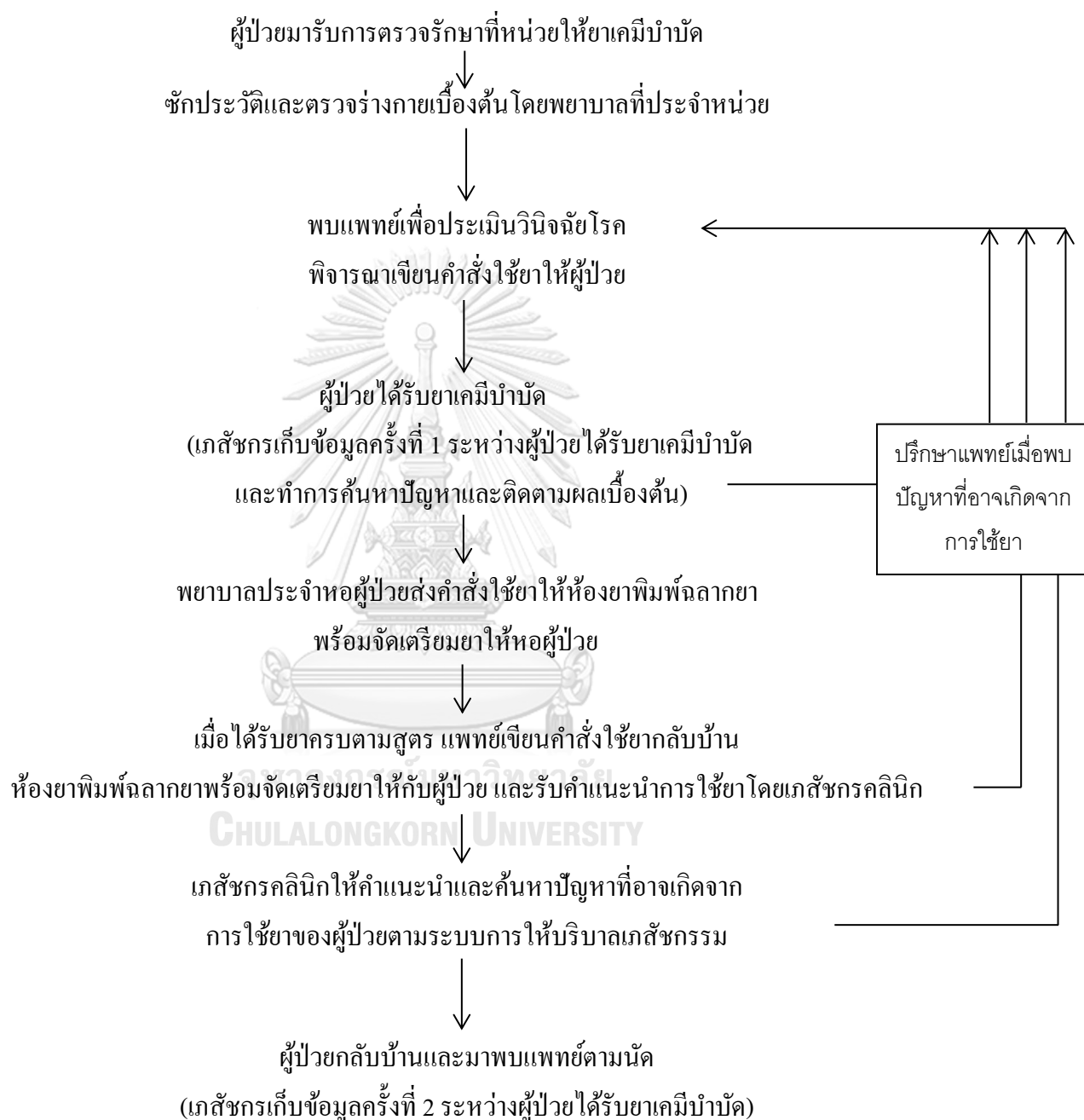
รูปที่ 4 ขั้นตอนการให้บริบาลตามระบบปกติ

กิจกรรมการดูแลให้คำแนะนำด้านยาแก่ผู้ป่วยในระบบปกติ (Usual Care) ได้แก่

- 1) การตรวจสอบคำสั่งใช้ยาของแพทย์เบื้องต้นก่อนจ่ายยาให้ผู้ป่วย เช่น ขนาดยา อันตรกิริยาระหว่างยา ความเหมาะสมของคำสั่งใช้ยา
- 2) จ่ายยาตามแพทย์สั่งและให้คำแนะนำวิธีการรับประทานยา
- 3) ให้คำแนะนำอื่น ๆ ที่มีความจำเป็นตามความเหมาะสมของผู้ป่วยแต่ละราย



2. การให้บริการผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาจากหน่วยให้ยาเคมีบำบัดในระบบที่มีกิจกรรม  
บริหารเภสัชกรรม (กลุ่มศึกษา)



รูปที่ 5 ขั้นตอนการให้บริการทางเภสัชกรรม

กิจกรรมการดูแลให้คำแนะนำด้านยาแก่ผู้ป่วยตามระบบการให้บริบาลเภสัชกรรม (Pharmaceutical Care) ได้แก่

- 1) การค้นหาปัญหาจากการใช้ยาและให้คำแนะนำเรื่อง โรค/ยา/อาการไม่พึงประสงค์จากยา เคมีบำบัด และการดูแลตนเองของผู้ที่ได้รับยาเคมีบำบัด พร้อมทั้งให้ข้อมูลในส่วนที่จำเป็นต่อการรักษาและความสำคัญของการมารับยาอย่างต่อเนื่อง
- 2) ให้คำแนะนำในเรื่องการรับประทานยา ข้อควรปฏิบัติเมื่อผู้ป่วยอาเจียนหลังรับประทานยา การเกิดอันตรกิริยาระหว่างยากับยา และยากับอาหาร
- 3) เภสัชกรทำการทบทวนการสั่งใช้ยา ผลตรวจต่าง ๆ ซึ่งอาจเกี่ยวข้อง และตรวจสอบยาก่อนส่งมอบยาให้ผู้ป่วยพร้อมให้คำแนะนำการใช้ยาแก่ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลผู้ป่วย ให้มีความรู้ความเข้าใจและให้ความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ หากพบปัญหาจากการใช้ยาในผู้ป่วยให้ดำเนินการแก้ไขโดยปรึกษากับแพทย์ผู้รักษา
- 4) ให้คำแนะนำอื่น ๆ ที่มีความจำเป็นในการใช้ยา และอาการข้างเคียงจากการใช้ยา และทบทวนข้อมูลยาทั้งหมดสั้น ๆ เพื่อประเมินความเข้าใจก่อนให้ผู้ป่วยกลับบ้าน
- 5) ทำการติดตามและประเมินผลการรักษาโดยเภสัชกรทุกครั้งที่มีการนัดมาพบแพทย์ เพื่อรับการรักษาต่อเนื่อง โดยจะทำการบันทึกข้อมูลด้านน้ำหนักตัวของผู้ป่วย ผลทางห้องปฏิบัติการต่าง ๆ เพื่อประเมินผลการรักษาและการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา รวมทั้งสัมภาษณ์ผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยถึงปัญหาด้านการใช้ยา และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย พร้อมทั้งให้คำแนะนำปรึกษาเพื่อแก้ไขปัญหาที่พบ

### 3.6 การเก็บข้อมูล

เก็บข้อมูลในกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการบริหารตามปกติ (usual care) และกลุ่มที่ได้รับการบริหารทางเภสัชกรรม (pharmaceutical care) โดยเก็บข้อมูลเหมือนกัน ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การเก็บข้อมูลการวิจัย

ช่วงเวลา	การเก็บข้อมูล
ที่เริ่มต้นก่อนการให้บริหารทางเภสัชกรรม (เก็บข้อมูลครั้งที่ 1)	เก็บข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ข้อมูลการใช้ยา ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาและผลตรวจทาง ห้องปฏิบัติการของผู้ป่วย ปัญหาจากการใช้ยา คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วย และคุณภาพ ชีวิตด้านการใช้ยาของผู้ป่วย
ผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามนัด (เก็บข้อมูลครั้งที่ 2)	ปัญหาจากการใช้ยา คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ของผู้ป่วย และคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยาของ ผู้ป่วย

หมายเหตุ

เก็บข้อมูลคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย โดยการสัมภาษณ์และอ่านแบบสอบถามในผู้ป่วยฟังทั้งสองกลุ่ม  
โดยเภสัชกรคนเดียวกัน

### 3.7 การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้โปรแกรม SPSS version 22.0 (SPSS Co., Ltd, Bangkok Thailand)

ดังนี้

#### 1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยที่ศึกษา

ข้อมูลพื้นฐานทั่วไปของผู้ป่วย ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา สิทธิการรักษา ประวัติแพ้ยา การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ โรคประจำตัว สูตรยาที่ได้รับ ครั้งที่มารับ ยาเคมีบำบัด ชนิดของโรคมะเร็ง ระยะของโรคมะเร็ง ผู้จัดยา (ตัวผู้ป่วยเองหรือผู้ดูแล) แสดงผลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาในรูปของร้อยละ และทำการทดสอบสัดส่วนของรายละเอียดของข้อมูลว่าในกลุ่มควบคุมและกลุ่มศึกษามีความแตกต่างกันหรือไม่โดยใช้สถิติ Chi-square test

อายุ คำนวณมวลกาย จำนวนรายการยาที่ใช้ต่อวัน แสดงผลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาในรูปของค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานในข้อมูลที่มีการแจกแจงปกติ หรือในรูปค่ามัธยฐานในข้อมูลที่มีการแจกแจงไม่ปกติ และทำการทดสอบรายละเอียดของข้อมูลว่าในกลุ่มควบคุมและกลุ่มศึกษามีความแตกต่างกันหรือไม่โดยใช้ สถิติ independence t-test

#### 2. ข้อมูลในส่วนผลจากการศึกษา แสดงในตารางที่ 5

#### 3. การศึกษานี้แสดงขนาดของผล (effect size) ของการบริบาลเภสัชกรรมโดยใช้ค่า Cohen's d ซึ่งคำนวณได้จาก

$$d = \frac{\text{ค่าเฉลี่ยของกลุ่มทดลอง} - \text{ค่าเฉลี่ยของกลุ่มควบคุม}}{\sigma_{\text{pooled}}}$$

$$\sigma_{\text{pooled}}^2 = \sqrt{\frac{n1(\sigma1)(\sigma1) + n2(\sigma2)(\sigma2)}{n1 + n2}}$$

แต่เนื่องจากค่า  $\sigma_1$  และ  $\sigma_2$  เป็นค่าของประชากร ดังนั้นในทางปฏิบัติจึงใช้ค่า SD1 และ SD2 แทน โดยค่า  $d$  ที่เท่ากับ 0.20, 0.50 และ 0.80 หมายความว่า มีขนาดของผลต่างของคะแนนระหว่างกลุ่มในขนาดน้อย ปานกลาง และมาก ตามลำดับ [51]

4. การวิเคราะห์ผลลัพธ์ของการแก้ไขปัญหาจากการใช้ยา แบ่งผลลัพธ์ออกเป็น 3 ประเภท คือ ดีขึ้น ไม่เปลี่ยนแปลง หรือแย่ลง แต่ในกรณีที่ผู้ป่วยบางรายเกิดปัญหาการใช้ยามากกว่า 1 ปัญหา จะวิเคราะห์ผลลัพธ์โดยรวมของทุกปัญหาการใช้ยาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ดังนี้
  - 1) กรณีผลลัพธ์ของปัญหาจากการใช้ยาดีขึ้น กำหนดให้ผลลัพธ์นั้นมีคะแนนเท่ากับ 1
  - 2) กรณีผลลัพธ์ของปัญหาจากการใช้ยาไม่เปลี่ยนแปลง กำหนดให้ผลลัพธ์นั้นมีคะแนนเท่ากับ 0
  - 3) กรณีผลลัพธ์ของปัญหาจากการใช้ยาแย่ลง กำหนดให้ผลลัพธ์นั้นมีคะแนนเท่ากับ

-1

นำคะแนนที่ได้จากผลลัพธ์ทุกปัญหามารวมกัน และสรุปผลดังนี้

- กรณีผลรวมมีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 1 ถือว่าผู้ป่วยรายนั้นมีผลลัพธ์ของการแก้ไขปัญหาจากการใช้ยาโดยรวมดีขึ้น
- กรณีผลรวมมีค่าเท่ากับ 0 ถือว่าผู้ป่วยรายนั้นมีผลลัพธ์ของการแก้ไขปัญหาจากการใช้ยาโดยรวมไม่เปลี่ยนแปลง
- กรณีผลรวมมีค่าน้อยกว่าหรือเท่ากับ -1 ถือว่าผู้ป่วยรายนั้นมีผลลัพธ์ของการแก้ไขปัญหาจากการใช้ยาโดยรวมแย่ลง

ตารางที่ 5 การวิเคราะห์ข้อมูลผลการศึกษา

สมมติฐาน	ประเภทตัวแปร	สถิติที่ใช้
1. กลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการยาเคมีบำบัดที่ได้รับการบริหารทางเภสัชกรรมมีคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยาดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการให้บริหารเภสัชกรรม	ตัวแปรต้น : การบริหารทางเภสัชกรรม (ได้รับ/ไม่ได้รับ)(ตัวแปรกลุ่ม) ตัวแปรตาม : ความแตกต่างของคะแนนคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยา (ครั้งที่ 2 - ครั้งที่ 1) (ตัวแปรต่อเนื่อง)	- การกระจายตัวปกติใช้สถิติ independent t-test - การกระจายตัวไม่ปกติใช้สถิติ Mann-Whitney U test
2. กลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการยาเคมีบำบัดที่ได้รับการบริหารทางเภสัชกรรมมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการให้บริหารเภสัชกรรม	ตัวแปรต้น : การบริหารทางเภสัชกรรม (ได้รับ/ไม่ได้รับ)(ตัวแปรกลุ่ม) ตัวแปรตาม : ความแตกต่างของคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (ครั้งที่ 2 - ครั้งที่ 1) (ตัวแปรต่อเนื่อง)	- การกระจายตัวปกติใช้สถิติ independent t-test - การกระจายตัวไม่ปกติใช้สถิติ Mann-Whitney U test
3.1 กลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการบริหารทางเภสัชกรรมมีจำนวนของปัญหาจากการใช้ยาสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการบริหารตามปกติ	ตัวแปรต้น : การบริหารทางเภสัชกรรม (ได้รับ/ไม่ได้รับ)(ตัวแปรกลุ่ม) ตัวแปรตาม : จำนวนปัญหาจากการใช้ยาที่พบ (ตัวแปรต่อเนื่อง)	- การกระจายตัวปกติใช้สถิติ independent t-test - การกระจายตัวไม่ปกติใช้สถิติ Mann-Whitney U test
3.2 กลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการบริหารทางเภสัชกรรมมีสัดส่วนของจำนวนปัญหาที่มีผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีขึ้นจากการแก้ไขปัญหามาจากการใช้ยาสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการบริหารตามปกติ	ตัวแปรต้น : การบริหารทางเภสัชกรรม (ได้รับ/ไม่ได้รับ)(ตัวแปรกลุ่ม) ตัวแปรตาม : สัดส่วนของผลลัพธ์ทางคลินิกของปัญหาจากการใช้ยาที่ได้รับการแก้ไข (ตัวแปรกลุ่ม: ดีขึ้น, ไม่เปลี่ยนแปลง, แย่ลง)	ใช้สถิติ Chi-square test หรือ Fisher's Exact test
3.3 กลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการบริหารทางเภสัชกรรมมีสัดส่วนของจำนวนผู้ป่วยที่มีผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีขึ้นจากการแก้ไขปัญหามาจากการใช้ยาสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการบริหารตามปกติ	ตัวแปรต้น : การบริหารทางเภสัชกรรม (ได้รับ/ไม่ได้รับ)(ตัวแปรกลุ่ม) ตัวแปรตาม : สัดส่วนของผู้ป่วยที่ได้รับการแก้ไขปัญหามาจากการใช้ยา (ตัวแปรกลุ่ม: ดีขึ้น, ไม่เปลี่ยนแปลง, แย่ลง)	ใช้สถิติ Chi-square test หรือ Fisher's Exact test



### 3.8 ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

ผู้วิจัยได้ดำเนินการขอรับการพิจารณาจริยธรรมของการศึกษาวิจัยในคน จาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลสมุทรปราการ โดยได้รับการอนุมัติ หนังสือรับรองโครงการหมายเลข Tq05663 (ภาคผนวก ก) โดยยึดหลักดังต่อไปนี้

หลักความเคารพในบุคคล (respect for person)

ผู้วิจัยจะให้ข้อมูลอย่างครบถ้วนให้ผู้ที่ได้รับเชิญเข้าร่วมวิจัยมีความเข้าใจเป็นอย่างดี และให้มีการตัดสินใจอย่างอิสระในการยินยอมเข้าร่วมเป็นอาสาสมัครในการวิจัย ผู้วิจัยจะเก็บรักษาความลับของอาสาสมัครโดยไม่มีส่วนใดในแบบบันทึกข้อมูล หรือรายงานการวิจัย รวมทั้งผลการวิจัยที่ตีพิมพ์ที่จะระบุถึงตัวอาสาสมัครได้

หลักการให้ประโยชน์ ไม่ก่อให้เกิดอันตราย (beneficence/non-beneficence)

อาสาสมัครจะได้รับประโยชน์จากการเข้าร่วมการวิจัย โดยจะมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ โรค/ยา/อาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดจากยามากขึ้น สามารถนำข้อมูลที่ได้รับไปใช้ในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันและลดปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาได้

อาสาสมัครอาจจะต้องเสียเวลาในการตอบแบบสอบถามของผู้วิจัย ซึ่งบางข้อคำถาม อาสาสมัครอาจรู้สึกไม่สบายใจในการตอบคำถาม อาสาสมัครมีสิทธิที่จะไม่ตอบคำถามใด ๆ ที่ไม่ต้องการตอบได้

หลักความยุติธรรม (justice)

การวิจัยนี้จะเก็บข้อมูลโดยคำนึงถึงความยุติธรรม โดยอาสาสมัครที่เข้าร่วมการวิจัยมี โอกาสได้รับเลือกเข้าไปอยู่ในกลุ่มศึกษาและกลุ่มที่ได้รับบริการตามมาตรฐานปกติของ โรงพยาบาลอย่างเท่าเทียมกัน

## บทที่ 4

### ผลการวิจัย

การประเมินคุณภาพชีวิตด้านการบำบัดด้วยยาและด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการบริหารทางเภสัชกรรมเมื่อเทียบกับการบริหารตามปกติ ทำการศึกษาในผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัดที่โรงพยาบาลสมุทรปราการระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2463 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2564 โดยมีผู้ป่วยเข้าร่วมการวิจัย 252 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 126 คน และกลุ่มศึกษา 126 คน กลุ่มควบคุมมีการถอนตัวออกจากการวิจัย 9 คน โดยไม่สามารถติดต่อได้ 5 คน ไม่สะดวกเนื่องจากใช้ระยะเวลาประเมินนาน 3 คน ย้ายที่อยู่อาศัย 1 คน สำหรับกลุ่มศึกษา มีผู้ป่วยถอนตัวออกจากการวิจัย 6 คน โดยไม่สามารถติดต่อได้ 3 คน ไม่สะดวกเนื่องจากใช้ระยะเวลาประเมินนาน 2 คน ย้ายที่อยู่อาศัย 1 คน จึงมีผู้ป่วยที่เข้าร่วมการวิจัยนี้จนเสร็จสิ้น 237 คน เป็นกลุ่มควบคุม 117 คน และกลุ่มศึกษา 120 คน

ผลการวิจัยแบ่งเป็น 4 ส่วน ได้แก่ 4.1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย 4.2 คุณภาพชีวิตด้านการบำบัดด้วยยาของผู้ป่วย 4.3 คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วย 4.4 ปัญหาจากการใช้ยาและผลลัพธ์ทางคลินิกจากการแก้ไขปัญหาการใช้ยาในกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการบริหารทางเภสัชกรรมเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการบริหารตามปกติ

#### 4.1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย

##### 1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

จากข้อมูลของผู้ป่วยที่แสดงดังตารางที่ 6 พบว่าผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มมีข้อมูลทั่วไปที่ไม่แตกต่างกัน สำหรับพฤติกรรมด้านสุขภาพของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่ม พบว่ามีพฤติกรรมด้านสุขภาพไม่แตกต่างกัน โดยกลุ่มควบคุมมีผู้ที่ยังสูบบุหรี่ร้อยละ 1.71 และไม่พบผู้ที่ยังดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สำหรับกลุ่มศึกษาพบผู้ที่ยังสูบบุหรี่ร้อยละ 1.67 และไม่พบผู้ที่ยังดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เช่นกัน ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มมากกว่าร้อยละ 80 ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน และส่วนใหญ่ไม่ได้ใช้ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร และ/หรือ สมุนไพร นอกจากนี้พบว่าผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มมากกว่าร้อยละ 70 มีการออกกำลังกายเป็นประจำ

## 2. ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษา

จากตารางที่ 7 พบว่าผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มมีข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษาไม่แตกต่างกัน ชนิดของมะเร็งที่พบมากที่สุด chez ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มคือ มะเร็งเต้านม พบร้อยละ 28.21 ในกลุ่มควบคุม และร้อยละ 36.67 ในกลุ่มศึกษา ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มมีระยะของโรคมะเร็งส่วนใหญ่อยู่ในระยะที่ 4 สภาวะร่างกายของผู้ป่วย (performance status) ทั้งสองกลุ่มอยู่ในระดับที่ดีพอสมควร คือมี Eastern Cooperation Oncology Group (ECOG) อยู่ในระดับ 1-2 และผู้ป่วยส่วนใหญ่รักษาโดยวิธีให้ยาเคมีบำบัดอย่างเดียวหรือให้ยาเคมีบำบัดร่วมกับการผ่าตัดในทั้งสองกลุ่ม สำหรับโรคประจำตัวอื่นที่พบรวมมากที่สุด chez ผู้ป่วยกลุ่มนี้ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง และโรคเบาหวาน ตามลำดับ



ตารางที่ 6 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

ข้อมูลทั่วไป	จำนวนคน (ร้อยละ) หรือ ค่าเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน		P-value
	กลุ่มควบคุม (N = 117)	กลุ่มศึกษา (N = 120)	
เพศ <sup>a</sup>			0.172
ชาย	47 (40.17)	38 (31.67)	
หญิง	70 (59.83)	82 (68.33)	
อายุ <sup>b</sup> (ปี)			0.056
เฉลี่ย	62.15 $\pm$ 10.34	59.73 $\pm$ 9.05	
ค่าต่ำสุด - ค่าสูงสุด	34 – 82	30 - 81	
20 – 40 ปี	3 (2.56)	4 (3.33)	
41 – 60 ปี	47 (40.17)	63 (52.50)	
61 – 80 ปี	65 (55.56)	52 (43.33)	
มากกว่า 80 ปี	2 (1.71)	1 (0.83)	
ระดับการศึกษาสูงสุด <sup>a</sup>			0.729
ไม่ได้ศึกษา	6 (5.13)	5 (4.17)	
ประถมศึกษา	74 (63.25)	70 (58.33)	
มัธยมศึกษาตอนต้น	11 (9.40)	14 (11.67)	
มัธยมศึกษาตอนปลาย	14 (11.97)	14 (11.67)	
ปริญญาตรี	11 (9.40)	17 (14.17)	
ปริญญาโท	1 (0.85)	0	

ตารางที่ 6 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวนคน (ร้อยละ) หรือ ค่าเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน		P-value
	กลุ่มควบคุม (N = 117)	กลุ่มศึกษา (N = 120)	
อาชีพ <sup>a</sup>			0.661
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	1 (0.85)	3 (2.50)	
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	14 (11.97)	21 (17.50)	
พนักงานบริษัทเอกชน	3 (2.56)	4 (3.33)	
รับจ้าง/ลูกจ้างทั่วไป	6 (5.13)	8 (6.67)	
เกษียณอายุ	1 (0.85)	1 (0.83)	
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	92 (78.63)	83 (69.17)	
สิทธิการรักษาพยาบาล <sup>a</sup>			0.281
ประกันสุขภาพถ้วนหน้า	101 (86.32)	112 (93.33)	
ประกันสังคม	7 (5.98)	3 (2.50)	
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	8 (6.84)	5 (4.17)	
ชำระเงินเอง	1 (0.85)	0	
พื้นที่ผิวร่างกาย (ม.²) <sup>b</sup>			0.059
เฉลี่ย	1.58 $\pm$ 0.17	1.63 $\pm$ 0.21	
การเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยา <sup>a</sup>			0.375
ไม่มีประวัติ	104 (88.89)	102 (85.00)	
มีประวัติ	13 (11.11)	18 (15.00)	
การใช้ยาที่บ้าน <sup>a</sup>			0.676
จัดเตรียมและหยิบยาเอง	113 (96.58)	117 (97.50)	
มีผู้เตรียมยาให้	4 (3.42)	3 (2.50)	

ตารางที่ 6 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวนคน (ร้อยละ) หรือ ค่าเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน		P-value
	กลุ่มควบคุม (N = 117)	กลุ่มศึกษา (N = 120)	
การสูบบุหรี่ <sup>a</sup>			0.190
ไม่เคยสูบ	72 (61.54)	87 (72.50)	
ยังสูบบุหรี่อยู่	2 (1.71)	2 (1.67)	
เคยสูบแต่ปัจจุบันเลิกแล้ว	43 (36.75)	31 (25.83)	
การดื่มแอลกอฮอล์ <sup>a</sup>			0.177
ไม่เคยดื่ม	64 (54.70)	76 (63.33)	
เคยดื่มแต่ปัจจุบันเลิกแล้ว	53 (45.30)	44 (36.67)	
การดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน <sup>a</sup>			0.107
ไม่ดื่ม	96 (82.05)	88 (73.33)	
ดื่มเป็นประจำ	21 (17.95)	32 (26.67)	
การออกกำลังกาย <sup>a</sup>			0.053
ไม่ออกกำลังกาย	45 (38.46)	32 (26.67)	
ออกกำลังกาย	72 (61.54)	88 (73.33)	
การใช้ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร/สมุนไพร <sup>a</sup>			0.664
ไม่ได้ใช้	109 (93.16)	110 (91.67)	
ใช้	8 (6.84)	10 (8.33)	

ตารางที่ 7 ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษา

ข้อมูลผู้ป่วย	จำนวนคน (ร้อยละ) หรือ ค่าเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน		P-value
	กลุ่มควบคุม (N = 117)	กลุ่มศึกษา (N = 120)	
ชนิดโรคมะเร็ง <sup>a</sup>			0.614
เต้านม	33 (28.21)	44 (36.67)	
ลำไส้ใหญ่	30 (25.64)	28 (23.33)	
ทวารหนัก	12 (10.26)	12 (10.00)	
ปอด	15 (12.82)	20 (16.67)	
ตับอ่อน	4 (3.42)	2 (1.67)	
ตับ	6 (5.13)	2 (1.67)	
กล่องเสียง	2 (1.71)	1 (0.83)	
หลอดอาหาร	1 (0.85)	1 (0.83)	
กระเพาะอาหาร	2 (1.71)	0	
กระเพาะปัสสาวะ	7 (5.98)	2 (1.67)	
รังไข่	2 (1.71)	3 (2.50)	
มดลูก	1 (0.85)	2 (1.67)	
ต่อมลูกหมาก	1 (0.85)	1 (0.83)	
มะเร็งชนิดอื่น ได้แก่ ลำไส้เล็กตอนต้น	1 (0.85)	2 (1.67)	
กรวยไต ท่อไต			
ระยะของโรค <sup>a</sup>			0.594
ระยะที่ 1	2 (1.71)	3 (2.50)	
ระยะที่ 2	23 (19.66)	28 (23.33)	
ระยะที่ 3	34 (29.06)	40 (33.33)	
ระยะที่ 4	58 (49.57)	49 (40.83)	

ตารางที่ 7 ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษา (ต่อ)

ข้อมูลผู้ป่วย	จำนวนคน (ร้อยละ) หรือ ค่าเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน		P-value
	กลุ่มควบคุม (N = 117)	กลุ่มศึกษา (N = 120)	
Performance status <sup>a</sup>			0.620
1	104 (88.89)	109 (90.83)	
2	13 (11.11)	11 (9.17)	
วิธีที่ใช้ในการรักษา <sup>a</sup>			0.982
ยาเคมีบำบัดอย่างเดียว	55 (47.01)	55 (45.83)	
ยาเคมีบำบัดกับการผ่าตัด	47 (40.17)	49 (40.83)	
ยาเคมีบำบัดกับการฉายรังสีรักษา	15 (12.82)	16 (13.33)	
รอบของยาเคมีบำบัดที่ได้รับ ณ วันเข้าร่วมการวิจัย <sup>a</sup>			0.442
1	43 (36.75)	56 (46.67)	
2	15 (12.82)	22 (18.33)	
3	16 (13.68)	12 (10.00)	
4	7 (5.98)	8 (6.67)	
5	8 (6.84)	5 (4.17)	
6	8 (6.84)	2 (1.67)	
7	4 (3.42)	5 (4.17)	
8	2 (1.71)	2 (1.67)	
9	4 (3.42)	3 (2.50)	
10	3 (2.56)	2 (1.67)	
11	7 (5.98)	3 (2.50)	



ตารางที่ 7 ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษา (ต่อ)

ข้อมูลผู้ป่วย	จำนวนคน (ร้อยละ) หรือ ค่าเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน		P-value
	กลุ่มควบคุม (N = 117)	กลุ่มศึกษา (N = 120)	
สูตรยาเคมีบำบัดที่ใช้ในการรักษา <sup>a</sup>			0.429
FOLFOX4	7 (5.98)	13 (10.83)	
mFOLFOX6	16 (13.68)	14 (11.67)	
mFOLFIRI	14 (11.97)	5 (4.17)	
Mayo's 5FU-low dose LV	12 (10.26)	9 (7.50)	
WeeklyPaclitaxel	5 (4.27)	11 (9.17)	
Trastuzumab	5 (4.27)	4 (3.33)	
WeeklyPaclitaxel+ Trastuzumab	1 (0.85)	1 (0.83)	
AC Doxorubicin-Cyclophosphamide	19 (16.24)	24 (20.00)	
Single agent Gemcitabine	2 (1.71)	2 (1.67)	
Single agent Docetaxel	7 (5.98)	10 (8.33)	
XELOXCapecitabine-Oxaliplatin	0	2 (1.67)	
Paclitaxel-Carboplatin	6 (5.13)	8 (6.67)	
Carboplatin-Gemcitabine	16 (13.68)	11 (9.17)	
EP cisplatin-etoposide	1 (0.85)	1 (0.83)	
EP carboplatin-etoposide	0	1 (0.83)	
Carboplatin/5FU	1 (0.85)	0	
Cisplatin/5FU	1 (0.85)	2 (1.67)	
Cisplatin-Gemcitabine	4 (3.42)	1 (0.83)	
paclitaxel-cisplatin	0	1 (0.83)	

ตารางที่ 7 ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษา (ต่อ)

ข้อมูลผู้ป่วย	จำนวนคน (ร้อยละ) หรือ ค่าเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน		P-value
	กลุ่มควบคุม (N = 117)	กลุ่มศึกษา (N = 120)	
โรคประจำตัวอื่น <sup>a</sup>			
ความดันโลหิตสูง	48 (41.03)	58 (48.33)	0.258
ไขมันในเลือดสูง	25 (21.37)	33 (27.50)	0.272
เบาหวาน	23 (19.66)	24 (20.00)	0.947
หลอดเลือดหัวใจ	4 (3.42)	7 (5.83)	0.377
กระดูกและข้อ	3 (2.56)	3 (2.50)	0.975
ทางเดินหายใจ	3 (2.56)	4 (3.33)	0.727
ไทรอยด์	2 (1.17)	4 (3.33)	0.426
HIV	1 (0.85)	4 (3.33)	0.184
กลุ่มอาการผิดปกติทางระบบประสาท	3 (2.56)	3 (2.50)	0.975
ต่อมลูกหมาก	0	1 (0.83)	0.322
โรคผิวหนัง	1 (0.85)	0	0.310
ระบบเลือด	0	1 (0.83)	0.322
ระบบทางเดินอาหาร	0	1 (0.83)	0.322

<sup>a</sup> ทดสอบด้วยสถิติ Chi-square test, <sup>b</sup> ทดสอบด้วยสถิติ independent t-test

#### 4.2 คุณภาพชีวิตด้านการบำบัดด้วยยาของผู้ป่วย

จากการใช้เครื่องมือ PROMPT-QoL ประเมินคุณภาพชีวิตด้านการบำบัดด้วยยาของผู้ป่วย พบว่าในการตอบแบบสอบถามครั้งที่ 1 กลุ่มควบคุมใช้ระยะเวลาตอบแบบสอบถามเฉลี่ย 19.70 นาที กลุ่มศึกษาใช้ระยะเวลาตอบแบบสอบถามเฉลี่ย 20.18 นาที และในการตอบแบบสอบถามครั้งที่ 2 กลุ่มควบคุมใช้ระยะเวลาตอบแบบสอบถามเฉลี่ย 18.99 นาที กลุ่มศึกษาใช้ระยะเวลาตอบแบบสอบถามเฉลี่ย 18.68 นาที

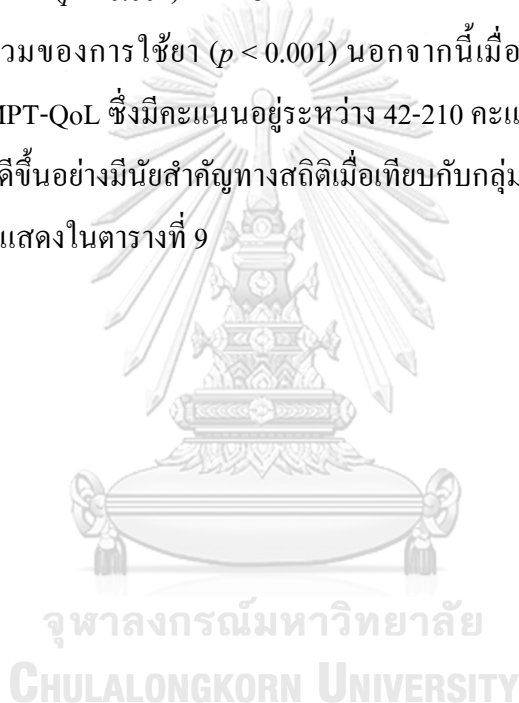
จากตารางที่ 8 ในการประเมินพบว่าทัศนคติทั่วไปเกี่ยวกับการใช้ยาทั้งครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 ของผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มไม่แตกต่างกัน โดยผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มมีทัศนคติในการใช้ยาล้ำยกันคือ ชอบใช้ยาแผนปัจจุบันมากที่สุด โดยกลุ่มควบคุมคิดเป็นร้อยละ 93.16 และ 89.74 ในการประเมินครั้งที่ 1 และ 2 ตามลำดับ สำหรับกลุ่มศึกษาคิดเป็นร้อยละ 90.00 และ 95.83 ในการประเมินครั้งที่ 1 และ 2 ตามลำดับ

ตารางที่ 8 มิติที่ 1 ทัศนคติทั่วไปเกี่ยวกับการใช้ยาของกลุ่มควบคุมและกลุ่มศึกษา

ทัศนคติทั่วไปเกี่ยวกับการใช้ยา	จำนวนคน (ร้อยละ) ครั้งที่ 1		P-value <sup>a</sup>	จำนวนคน (ร้อยละ) ครั้งที่ 2		P-value <sup>a</sup>
	กลุ่มควบคุม (N = 117)	กลุ่มศึกษา (N = 120)		กลุ่มควบคุม (N = 117)	กลุ่มศึกษา (N = 120)	
ก. ใช้ยาแผนปัจจุบัน	109(93.16)	108(90.00)	0.670	105(89.74)	115(95.83)	0.142
ข. ใช้แพทย์ทางเลือก เช่น สมุนไพร อาหารเสริม นวด ฟังเข็ม ทำสมาธิ ออกกำลังกาย เป็นต้น	3(2.56)	5(4.17)		5(4.27)	1(1.83)	
ค. ใช้ทั้ง ก และ ข	5(4.27)	7(5.83)		7(5.98)	4(3.33)	
รวมกัน						

<sup>a</sup> ทดสอบด้วยสถิติ Chi-square test

เมื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตด้านการบำบัดด้วยยาที่ประเมินจาก PROMPT-QoL ในครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 โดยพิจารณาในแต่ละมิติที่มีช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 0-100 คะแนน พบว่ากลุ่มศึกษามีคะแนนดีขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกมิติของแบบสอบถาม ได้แก่ มิติที่ 2 การได้รับข้อมูลยาและโรคจากแพทย์ เภสัชกร หรือพยาบาล ( $p < 0.001$ ) มิติที่ 3 ความพึงพอใจต่อผลของการใช้ยา ( $p < 0.01$ ) มิติที่ 4 ผลกระทบและอาการข้างเคียงจากยา ( $p < 0.001$ ) มิติที่ 5 ผลทางด้านจิตใจของการใช้ยา ( $p < 0.001$ ) มิติที่ 6 ความสะดวกในการใช้ยา ( $p < 0.01$ ) มิติที่ 7 การมียาให้ใช้/การเข้าถึงการใช้ยา ( $p < 0.001$ ) มิติที่ 8 ความสัมพันธ์ทางด้านการรักษา ( $p < 0.01$ ) และมิติที่ 9 คุณภาพชีวิตโดยรวมของการใช้ยา ( $p < 0.001$ ) นอกจากนี้เมื่อพิจารณาคะแนนรวมของทั้งแบบสอบถาม PROMPT-QoL ซึ่งมีคะแนนอยู่ระหว่าง 42-210 คะแนน พบว่ากลุ่มศึกษามีคะแนนรวมทั้งแบบสอบถามดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม ( $p < 0.001$ ) โดยแต่ละมิติมีค่า effect size ดังแสดงในตารางที่ 9



**ตารางที่ 9** เปรียบเทียบคะแนนจากแบบสอบถาม PROMPT-QoL ครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มศึกษา

มิติของแบบสอบถาม PROMPT-QoL	คะแนนเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ครั้งที่ 1		P-value <sup>a</sup>	คะแนนเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนเบนมาตรฐาน ครั้งที่ 2		P-value <sup>a</sup>	ผลต่างของค่าเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน		effect size <sup>b</sup>	P-value <sup>a</sup>
	กลุ่มควบคุม (N = 117)	กลุ่มศึกษา (N = 120)		กลุ่มควบคุม (N = 117)	กลุ่มศึกษา (N = 120)		กลุ่มควบคุม (N = 117)	กลุ่มศึกษา (N = 120)		
มิติที่ 2 การได้รับข้อมูลยาและโรค	40.77 $\pm$ 12.94	41.71 $\pm$ 12.05	0.563	45.46 $\pm$ 11.04	64.08 $\pm$ 10.77	<0.001*	4.69 $\pm$ 4.68	22.36 $\pm$ 8.73	2.51	<0.001*
มิติที่ 3 ความพึงพอใจต่อผลของการ ใช้ยา	77.92 $\pm$ 21.57	79.93 $\pm$ 21.90	0.479	83.62 $\pm$ 17.24	92.99 $\pm$ 12.88	<0.001*	5.69 $\pm$ 19.22	13.06 $\pm$ 19.53	0.38	0.004*
มิติที่ 4 ผลกระทบและอาการข้างเคียง จากยา	77.86 $\pm$ 12.41	77.52 $\pm$ 11.29	0.828	77.28 $\pm$ 11.95	81.50 $\pm$ 9.53	0.003*	-0.58 $\pm$ 6.91	3.98 $\pm$ 7.23	0.64	<0.001*
มิติที่ 5 ผลทางด้านจิตใจของการใช้ยา	86.66 $\pm$ 12.83	82.72 $\pm$ 17.80	0.051	87.89 $\pm$ 11.57	92.70 $\pm$ 8.04	<0.001*	1.24 $\pm$ 8.48	9.99 $\pm$ 12.63	0.81	<0.001*
มิติที่ 6 ความสะดวกในการใช้ยา	68.52 $\pm$ 14.04	68.34 $\pm$ 13.39	0.921	69.51 $\pm$ 12.71	72.28 $\pm$ 10.92	0.073	0.98 $\pm$ 6.37	3.93 $\pm$ 8.96	0.38	0.004*

ตารางที่ 9 เปรียบเทียบคะแนนจากแบบสอบถาม PROMPT-QoL ครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มศึกษา (ต่อ)

มิติของ แบบสอบถาม	คะแนนเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ครั้งที่ 1		P-value <sup>a</sup>	คะแนนเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ครั้งที่ 2		P-value <sup>a</sup>	ผลต่างของค่าเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน		effect size <sup>b</sup>	P-value <sup>a</sup>
	กลุ่มควบคุม (N = 117)	กลุ่มศึกษา (N = 120)		กลุ่มควบคุม (N = 117)	กลุ่มศึกษา (N = 120)		กลุ่มควบคุม (N = 117)	กลุ่มศึกษา (N = 120)		
มิติที่ 7 การมีอายุให้ใช้/การ เข้าถึงการใช้ยา	86.99 $\pm$ 11.27	85.77 $\pm$ 12.41	0.428	88.58 $\pm$ 10.68	91.04 $\pm$ 8.71	0.053	1.60 $\pm$ 5.22	5.29 $\pm$ 8.52	0.52	<0.001*
มิติที่ 8 ความสัมพันธ์ ทางด้านการศึกษา	91.93 $\pm$ 11.84	92.07 $\pm$ 10.99	0.925	93.72 $\pm$ 10.28	97.36 $\pm$ 6.60	0.001*	1.78 $\pm$ 6.47	5.28 $\pm$ 9.34	0.43	0.001*
มิติที่ 9 คุณภาพชีวิตโดยรวม ของการใช้ยา	56.91 $\pm$ 20.88	59.94 $\pm$ 18.53	0.237	58.42 $\pm$ 18.95	69.95 $\pm$ 17.92	<0.001*	1.51 $\pm$ 15.26	10.00 $\pm$ 16.35	0.54	<0.001*
คะแนนรวมทั้ง แบบสอบถาม	162.26 $\pm$ 11.94	161.51 $\pm$ 13.03	0.642	165.34 $\pm$ 11.49	178.99 $\pm$ 8.07	<0.001*	3.08 $\pm$ 5.90	17.48 $\pm$ 9.43	1.83	<0.001*

<sup>a</sup> ทดสอบด้วยสถิติ independent t-test, \* p-value < 0.05, <sup>b</sup> Cohen's d

#### 4.3 คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วย

การประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยใช้แบบประเมิน FACT-G เมื่อเปรียบเทียบผลคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยทั้งสองกลุ่ม พบว่าหมวดที่กลุ่มศึกษามีคะแนนดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม ได้แก่ ความผาสุกด้านร่างกาย ( $p < 0.001$ ) ความผาสุกด้านอารมณ์ ( $p < 0.001$ ) และความผาสุกด้านการปฏิบัติกิจกรรม ( $p < 0.001$ ) นอกจากนี้เมื่อพิจารณาคะแนนรวมของทั้งแบบประเมิน FACT-G พบว่ากลุ่มศึกษามีคะแนนรวมทั้งแบบสอบถามดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม ( $p < 0.001$ ) โดยแต่ละมิติมีค่า effect size ดังแสดงในตารางที่ 10



**ตารางที่ 10** เปรียบเทียบคะแนนจากแบบสอบถาม FACT-G ครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มศึกษา

คุณภาพชีวิต	คะแนนเฉลี่ย $\pm$ ครั้งที่ 1		$P$ -value <sup>a</sup>	คะแนนเฉลี่ย $\pm$ ครั้งที่ 2		$P$ -value <sup>a</sup>	ผลต่างของค่าเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน		effect size <sup>b</sup>	$P$ -value <sup>a</sup>
	กลุ่มควบคุม (N = 117)	กลุ่มศึกษา (N = 120)		กลุ่มควบคุม (N = 117)	กลุ่มศึกษา (N = 120)		กลุ่ม ควบคุม (N = 117)	กลุ่มศึกษา (N = 120)		
ความผาสุกด้านร่างกาย	21.16 $\pm$ 3.49	21.55 $\pm$ 3.98	0.427	20.79 $\pm$ 3.65	22.70 $\pm$ 2.92	<0.001*	-0.33 $\pm$ 2.10	1.18 $\pm$ 2.61	0.64	<0.001*
ความผาสุกด้านสังคม/ ครอบครัว	15.33 $\pm$ 4.92	17.46 $\pm$ 4.74	0.001*	15.43 $\pm$ 4.84	17.58 $\pm$ 4.54	0.001*	0.09 $\pm$ 0.42	0.20 $\pm$ 0.67	0.20	0.143
ความผาสุกด้านอารมณ์	19.91 $\pm$ 3.48	19.31 $\pm$ 3.80	0.202	19.98 $\pm$ 3.22	20.85 $\pm$ 2.47	0.021*	0.07 $\pm$ 1.56	1.55 $\pm$ 2.60	0.69	<0.001*
ความผาสุกด้านการ ปฏิบัติกิจกรรม	14.62 $\pm$ 3.91	15.68 $\pm$ 4.61	0.059	13.35 $\pm$ 4.40	16.33 $\pm$ 4.51	<0.001*	-1.27 $\pm$ 3.12	0.66 $\pm$ 1.65	0.78	<0.001*
คะแนนคุณภาพชีวิต รวม	71.03 $\pm$ 9.91	73.69 $\pm$ 11.46	0.058	69.49 $\pm$ 10.27	77.28 $\pm$ 9.21	<0.001*	-1.55 $\pm$ 4.34	3.59 $\pm$ 5.28	1.06	<0.001*

<sup>a</sup> ทดสอบด้วยสถิติ independent t-test, \* *p*-value < 0.05

<sup>b</sup> Cohen's d



#### 4.4 ปัญหาจากการใช้ยาและผลลัพธ์ทางคลินิกจากการแก้ไขปัญหาการใช้ยาในกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการบริบาลทางเภสัชกรรมเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการบริบาลตามปกติ

##### 4.4.1 จำนวนปัญหาจากการใช้ยาที่พบ

จากผู้ป่วยที่เข้าร่วมการวิจัยทั้งหมด 237 คน พบจำนวนปัญหาจากการใช้ยาทั้งสิ้น 149 ปัญหา โดยแบ่งปัญหาจากการใช้ยาออกเป็น 7 ประเภท และแต่ละประเภทแบ่งออกเป็น 1) ปัญหาการใช้ยาที่ส่งผลกระทบต่อผลลัพธ์ของผู้ป่วยแล้ว (actual DRPs) และ 2) ปัญหาการใช้ยาที่ยังไม่ส่งผลกระทบต่อผลลัพธ์ของผู้ป่วย (potential DRPs) จากการศึกษา พบปัญหาจากการใช้ยา 62 และ 87 ปัญหาเฉลี่ย  $0.53 \pm 0.64$  และ  $0.73 \pm 0.67$  ปัญหาต่อผู้ป่วย 1 ราย ในผู้ป่วยกลุ่มควบคุมและกลุ่มศึกษาตามลำดับ จากตารางที่ 11-17 แสดงให้เห็นจำนวนปัญหาจากการใช้ยาส่วนใหญ่ของผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มใกล้เคียงกัน สำหรับปัญหาจากการใช้ยาที่พบในผู้ป่วยกลุ่มศึกษามากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ปัญหาผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับยาในการรักษาเพิ่มเติม (ตาราง 12) นอกจากนี้ จำนวนปัญหาจากการใช้ยาเฉลี่ยที่พบในกลุ่มศึกษาก็มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตาราง 17)

สำหรับปัญหาการใช้ยาที่เกิดขึ้นมากที่สุดในผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มคือ ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยา กลุ่มควบคุมพบปัญหาร้อยละ 19.66 และกลุ่มศึกษาพบปัญหาร้อยละ 21.67 (ตาราง 17) ปัญหาจากการใช้ยารองลงมาในกลุ่มควบคุมคือ ผู้ป่วยได้รับยาขนาดต่ำกว่าขนาดการรักษา พบปัญหาร้อยละ 8.55 (ตาราง 14) และในกลุ่มศึกษาคือ ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับยาในการรักษาเพิ่มเติม พบปัญหาร้อยละ 15.00 (ตาราง 12)

##### 4.4.2 สัดส่วนของผลลัพธ์ทางคลินิกของปัญหาจากการใช้ยาที่ได้รับการแก้ไข

การแก้ไขปัญหาที่เกิดจากการใช้ยานั้นพบว่า ในกลุ่มศึกษาได้มีการให้คำแนะนำแก่แพทย์เกี่ยวกับปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วย 53 ปัญหา และพบว่าแพทย์ให้การยอมรับคำแนะนำ 48 ปัญหา (ร้อยละ 90.57) สำหรับกลุ่มควบคุมได้มีการให้คำแนะนำแก่แพทย์เกี่ยวกับปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วย 22 ปัญหา และพบว่าแพทย์ให้การยอมรับคำแนะนำ 19 ปัญหา (ร้อยละ 86.36)

เมื่อเปรียบเทียบผลของการบริบาลทางเภสัชกรรม พบว่ากลุ่มศึกษามีผลลัพธ์ทางคลินิกของการแก้ไขปัญหาจากการใช้ยาดีขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) โดยกลุ่มศึกษามีผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีขึ้นร้อยละ 85.06 ขณะที่กลุ่มควบคุมมีผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีขึ้น

ร้อยละ 35.48 ดังแสดงในตารางที่ 18 เมื่อพิจารณาแยกตามปัญหาจากการใช้ยา พบว่าปัญหาของกลุ่มศึกษาที่ได้รับการแก้ไขจนมีผลลัพธ์ทางคลินิกดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติคือ การได้รับยาโดยไม่มีข้อบ่งชี้ ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับยาในการรักษาเพิ่มเติม และปัญหาผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยา

#### 4.4.3 สัดส่วนของผู้ป่วยที่ได้รับการแก้ไขปัญหาจากการใช้ยา

เมื่อพิจารณาร้อยละของผู้ป่วยที่มีผลลัพธ์ทางคลินิกของการแก้ปัญหามาจากการใช้ยาดังตารางที่ 19 พบว่ากลุ่มศึกษามีผู้ป่วยร้อยละ 56.67 ที่มีผลลัพธ์ทางคลินิกของการแก้ปัญหามาจากการใช้ยาดีน ขณะที่กลุ่มควบคุมมีผู้ป่วยร้อยละ 16.24 ที่มีผลลัพธ์ทางคลินิกของการแก้ปัญหามาจากการใช้ยาดีน ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p<0.001$ )



ตารางที่ 11 ปัญหาจากการใช้ยาครั้งที่ 1 : การได้รับยาโดยไม่ข้อบ่งใช้

ปัญหาจากการใช้ยาและสาเหตุของปัญหา	กลุ่มควบคุม (N = 117) จำนวนปัญหา (ร้อยละ)		กลุ่มศึกษา (N = 120) จำนวนปัญหา (ร้อยละ)		P-value <sup>a</sup>
	actual DRPs	potential DRPs	actual DRPs	potential DRPs	
1. การได้รับยาโดยไม่ข้อบ่งใช้					0.685
1.1 การได้รับยาซ้ำซ้อน	0	0	0	0	
1.2 การได้รับยาที่ไม่ข้อบ่งใช้ในขณะนั้น	5 (4.27)	0	7 (5.83)	1	
1.3 สภาวะของผู้ป่วยในขณะนั้น ไม่เหมาะสมที่จะรักษาโดยการใช้ยา	0	0	0	0	
1.4 การใช้ยาในทางที่ผิด การดัดยา การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์	4 (3.42)	0	3 (2.50)	0	
การสูญบุนหรี					
1.5 การใช้ยาเพื่อรักษาอาการไม่พึงประสงค์จากยาอื่นที่สามารถหลีกเลี่ยงได้	0	0	0	0	
รวม	9 (7.69)		11 (9.17)		
ค่าเฉลี่ย ± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	0.08 ± 0.27		0.09 ± 0.29		

actual DRPs คือ ปัญหาการใช้ยาที่ส่งผลเสียต่อผลลัพธ์ของผู้ป่วยแล้ว, potential DRPs คือ ปัญหาการใช้ยาที่ยังไม่ส่งผลเสียต่อผลลัพธ์ของผู้ป่วย

<sup>a</sup> ทดสอบด้วยสถิติ independent t-test

ตารางที่ 12 ปัญหาจากการใช้ยาครั้งที่ 1 : ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการรักษาเพิ่มเติม

ปัญหาจากการใช้ยาและสาเหตุของปัญหา	กลุ่มควบคุม (N = 117) จำนวนปัญหา (ร้อยละ)		กลุ่มศึกษา (N = 120) จำนวนปัญหา (ร้อยละ)		P-value <sup>a</sup>
	actual DRPs	potential DRPs	actual DRPs	potential DRPs	
2. ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการรักษาเพิ่มเติม					
2.1 ควรได้รับการป้องกันหรือลดความเสียหายในการเกิดโรคอื่น	0	3 (2.56)	1 (0.83)	12 (10.00)	
2.2 ควรได้รับการรักษาโรคที่กำลังเป็นอยู่	2 (1.71)	0	0	5 (4.17)	0.005*
2.3 ควรได้รับการเสริมฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาด้วยยาอื่น	0	0	0	0	
รวม	5 (4.27)		18 (15.00)		
ค่าเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	0.04 $\pm$ 0.20		0.15 $\pm$ 0.36		

actual DRPs คือ ปัญหาจากการใช้ยาที่ส่งผลเสียต่อผลลัพธ์ของผู้ป่วยแล้ว, potential DRPs คือ ปัญหาการใช้ยาที่ยังไม่ส่งผลเสียต่อผลลัพธ์ของผู้ป่วย

<sup>a</sup> ทดสอบด้วยสถิติ independent t-test, \* p-value < 0.05

ตารางที่ 13 ปัญหาจากการใช้ยาครั้งที่ 1 : ผู้ป่วยได้รับยาที่ไม่มีประสิทธิภาพ

ปัญหาจากการใช้ยาและสาเหตุของปัญหา	กลุ่มควบคุม (N = 117)		กลุ่มศึกษา (N = 120)		P-value <sup>a</sup>
	actual DRPs	potential DRPs	actual DRPs	potential DRPs	
3. ผู้ป่วยได้รับยาที่ไม่มีประสิทธิภาพ					
3.1 มียาตัวอื่นที่มีประสิทธิภาพในการรักษามากกว่ายาตัวที่ใช้อยู่	0	0	0	0	
3.2 เกิดการดื้อยาที่กำลังใช้อยู่	0	0	0	0	
3.3 รูปแบบยาที่ใช้อยู่ไม่เหมาะสมกับผู้ป่วย	0	0	0	0	
3.4 ยาที่ใช้อยู่เป็นข้อห้ามใช้สำหรับผู้ป่วย	0	0	0	0	
3.5 ยาที่ใช้อยู่ไม่มีประสิทธิภาพสำหรับข้อบ่งใช้ที่กำลังรักษา	0	0	0	0	
รวม	0	0	0	0	
ค่าเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	-	-	-	-	

actual DRPs คือ ปัญหาการใช้ยาที่ส่งผลเสียต่อผลลัพธ์ของผู้ป่วยแล้ว, potential DRPs คือ ปัญหาการใช้ยาที่ยังไม่ส่งผลเสียต่อผลลัพธ์ของผู้ป่วย

<sup>a</sup> ทดสอบด้วยสถิติ independent t-test

ตารางที่ 14 ปัญหาจากการใช้ยาครั้งที่ 1 : ผู้ป่วยได้รับขนาดต่ำกว่าขนาดการรักษา

ปัญหาจากการใช้ยาและสาเหตุของปัญหา	กลุ่มควบคุม (N = 117) จำนวนปัญหา (ร้อยละ)		กลุ่มศึกษา (N = 120) จำนวนปัญหา (ร้อยละ)		P-value <sup>a</sup>
	actual DRPs	potential DRPs	actual DRPs	potential DRPs	
4. ผู้ป่วยได้รับขนาดต่ำกว่าขนาดการรักษา					
4.1 ขนาดยาที่ใช้ต่ำกว่าจะทำให้ผลการรักษาที่ต้องการ	1 (0.85)	1 (0.85)	0	2 (1.67)	
4.2 ต้องมีการติดตามผลทางคลินิกหรือทางห้องปฏิบัติการเพิ่มเติมในกรณีที่ใช้ยาในขนาดต่ำกว่าขนาดการรักษา	0	0	0	0	
4.3 ความถี่ในการใช้ยาน้อยเกินไป	0	3 (2.56)	0	1 (0.83)	0.953
4.4 การบริหารยาไม่ถูกต้อง เช่น การให้ยาดังวิธี การให้ยาดังวิธีทาง	0	5 (4.27)	2 (1.67)	2 (1.67)	
4.5 การเกิดอันตรกิริยาระหว่างยาจนทำให้ยาไม่มีประสิทธิภาพในการรักษา	0	0	0	0	
4.6 การเก็บรักษายาไม่ถูกวิธี ทำให้ยาเสื่อมคุณภาพ	0	0	0	0	
4.7 ระยะเวลาในการใช้ยารักษาสั้นเกินไปจนทำให้เกิดผลการรักษาที่ต้องการ	0	0	0	3 (2.50)	
รวม	10 (8.55)		10 (8.33)		
ค่าเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	0.09 $\pm$ 0.28		0.08 $\pm$ 0.28		

actual DRPs คือ ปัญหาการใช้ยาที่ส่งผลเสียต่อผลลัพธ์ของผู้ป่วยแล้ว, potential DRPs คือ ปัญหาการใช้ยาที่ยังไม่ส่งผลเสียต่อผลลัพธ์ของผู้ป่วย

<sup>a</sup> ทดสอบด้วยสถิติ independent t-test

ตารางที่ 15 ปัญหาจากการใช้ยาครั้งที่ 1 : ผู้ป่วยเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา

ปัญหาจากการใช้ยาและสาเหตุของปัญหา	กลุ่มควบคุม (N = 117) จำนวนปัญหา (ร้อยละ)		กลุ่มศึกษา (N = 120) จำนวนปัญหา (ร้อยละ)		P-value <sup>a</sup>
	actual DRPs	potential DRPs	actual DRPs	potential DRPs	
5. ผู้ป่วยเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา					
5.1 การเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาซึ่งไม่ขึ้นกับขนาดยาที่ใช้รักษา	9 (7.69)	0	10 (8.33)	0	
5.2 ยาที่ใช้อาจไม่ปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยรายนั้น เนื่องจากผู้ป่วยมีความเสี่ยงที่จะเกิดอันตรายจากยา	0	0	0	0	
5.3 การเกิดอันตรกิริยาระหว่างยาจนทำให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาค้นขึ้น	0	0	0	0	0.407
5.4 การบริหารยาไม่ถูกต้องจนทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาค้นขึ้น	0	0	0	0	
5.5 ผู้ป่วยเกิดการแพ้ยา	0	0	3 (2.50)	0	
5.6 การเพิ่มขนาดยาหรือลดขนาดยาที่เร็วเกินไปจนทำให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยา	0	0	0	0	
รวม	9 (7.69)		13 (10.83)		
ค่าเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	0.08 $\pm$ 0.27		0.11 $\pm$ 0.31		

actual DRPs คือ ปัญหาการใช้ยาที่ส่งผลเสียต่อผลลัพธ์ของผู้ป่วยแล้ว, potential DRPs คือ ปัญหาการใช้ยาที่ยังไม่ส่งผลเสียต่อผลลัพธ์ของผู้ป่วย

<sup>a</sup> ทดสอบด้วยสถิติ independent t-test

ตารางที่ 16 ปัญหาจากการใช้ยาครั้งที่ 1 : ผู้ป่วยได้รับยาขนาดสูงกว่าขนาดการรักษา

ปัญหาจากการใช้ยาและสาเหตุของปัญหา	กลุ่มควบคุม (N = 117)		กลุ่มศึกษา (N = 120)		P-value <sup>a</sup>
	actual DRPs	potential DRPs	actual DRPs	potential DRPs	
6. ผู้ป่วยได้รับยาขนาดสูงกว่าขนาดการรักษา					0.485
6.1 การให้ยาในขนาดสูงกว่าขนาดการรักษาทำให้เกิดพิษจากยาขึ้น	0	2 (1.71)	0	3 (2.50)	
6.2 ต้องมีการติดตามผลทางคลินิกหรือทางห้องปฏิบัติการเพิ่มเติมในกรณีที่ใช้ยาในขนาดสูงกว่าขนาดการรักษา	0	0	0	0	
6.3 ความถี่ในการใช้ยามากเกินไป	0	1 (0.85)	0	4 (3.33)	
6.4 ระยะเวลาในการใช้รักษานานเกินไป	0	3 (2.56)	0	2 (1.67)	
6.5 การเกิดอันตรกิริยาระหว่างยาจนทำให้เกิดพิษจากยาขึ้น	0	0	0	0	
รวม	6 (5.13)		9 (7.50)		
ค่าเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	0.05 $\pm$ 0.22		0.08 $\pm$ 0.30		

actual DRPs คือ ปัญหาการใช้ยาที่ส่งผลเสียต่อผลลัพธ์ของผู้ป่วยแล้ว, potential DRPs คือ ปัญหาการใช้ยาที่ยังไม่ส่งผลเสียต่อผลลัพธ์ของผู้ป่วย

<sup>a</sup> ทดสอบด้วยสถิติ independent t-test



ตารางที่ 17 ปัญหาจากการใช้ยาครั้งที่ 1 : ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยา

ปัญหาจากการใช้ยาและสาเหตุของปัญหา	กลุ่มควบคุม (N = 117)		กลุ่มศึกษา (N = 120)		P-value <sup>a</sup>
	actual DRPs	potential DRPs	actual DRPs	potential DRPs	
7. ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยา					
7.1 ผู้ป่วยไม่เข้าใจคำสั่งการใช้ยา แม้ว่าจะได้รับการอธิบายแล้วก็ตาม	0	0	1 (0.83)	0	
7.2 ผู้ป่วยไม่สามารถเข้าถึงยานได้ เช่น ยาที่ไม่อยู่ในลิ้นชักการรักษา ผู้ป่วยไม่สามารถชำระค่ายาเองได้	0	0	0	0	
7.3 ผู้ป่วยไม่ต้องการใช้ยา	3 (2.56)	0	6 (5.00)	0	0.711
7.4 ผู้ป่วยลืมใช้ยา	20 (17.09)	0	19 (15.83)	0	
7.5 ผู้ป่วยไม่สามารถหหายานมาใช้ได้	0	0	0	0	
7.6 ผู้ป่วยไม่สามารถกลืนยาหรือไม่สามารถบริหารยาได้	0	0	0	0	
รวม	23 (19.66)		26 (21.67)		
ค่าเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	0.20 $\pm$ 0.40		0.22 $\pm$ 0.43		
รวมจำนวนปัญหาจากการใช้ยาทั้ง 7 ข้อ	62		87		0.023*
ค่าเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	0.53 $\pm$ 0.64		0.73 $\pm$ 0.67		

actual DRPs คือ ปัญหาการใช้ยาที่ส่งผลเสียต่อผลลัพธ์ของผู้ป่วยแล้ว, potential DRPs คือ ปัญหาการใช้ยาที่ยังไม่ส่งผลเสียต่อผลลัพธ์ของผู้ป่วย

<sup>a</sup> ทดสอบด้วยสถิติ independent t-test, \*  $p$ -value  $< 0.05$

ตารางที่ 18 เปรียบเทียบจำนวนปัญหาจากการใช้ยาและผลลัพธ์ทางคลินิกของกลุ่มควบคุมและกลุ่มศึกษา

ปัญหาจากการใช้ยา	จำนวนปัญหาของกลุ่มควบคุม (ร้อยละ)		จำนวนปัญหาของกลุ่มศึกษา (ร้อยละ)		P-value <sup>a</sup>
	ปัญหาทั้งหมด	ผลลัพธ์ทางคลินิกของการแก้ไข้ปัญหา	ปัญหาทั้งหมด	ผลลัพธ์ทางคลินิกของการแก้ไข้ปัญหา	
1. การได้รับยาโดยไม่จำเป็น	9 (100.00)	ดีขึ้น ไม่เปลี่ยนแปลง แย่ลง 0	11 (100.00)	ดีขึ้น ไม่เปลี่ยนแปลง แย่ลง 0	0.035*
2. ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับยาในการรักษาเพิ่มเติม	5 (100.00)	ดีขึ้น ไม่เปลี่ยนแปลง แย่ลง 0	18 (100.00)	ดีขึ้น ไม่เปลี่ยนแปลง แย่ลง 0	0.001*
3. ผู้ป่วยได้รับยาที่ไม่มีประสิทธิผล	0	ดีขึ้น ไม่เปลี่ยนแปลง แย่ลง 0	0	ดีขึ้น ไม่เปลี่ยนแปลง แย่ลง 0	-
4. ผู้ป่วยได้รับขนาดต่ำกว่าขนาดการรักษา	10 (100.00)	ดีขึ้น ไม่เปลี่ยนแปลง แย่ลง 0	10 (100.00)	ดีขึ้น ไม่เปลี่ยนแปลง แย่ลง 0	0.763

ตารางที่ 18 เปรียบเทียบจำนวนปัญหาจากการใช้ยาและผลลัพธ์ทางคลินิกของกลุ่มควบคุมและกลุ่มศึกษา (ต่อ)

ปัญหาจากการใช้ยา	จำนวนปัญหาของกลุ่มควบคุม (ร้อยละ)		จำนวนปัญหาของกลุ่มศึกษา (ร้อยละ)		P-value <sup>a</sup>
	ปัญหาทั้งหมด	ผลลัพธ์ทางคลินิกของการแก้ไข้ปัญหา	ปัญหาทั้งหมด	ผลลัพธ์ทางคลินิกของการแก้ไข้ปัญหา	
5. ผู้ป่วยเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา	9 (100.00) ดีขึ้น ไม่เปลี่ยนแปลง แย่ลง	5 (55.56) 4 (44.44) 0	13 (100.00) ดีขึ้น ไม่เปลี่ยนแปลง แย่ลง	11 (84.62) 2 (15.38) 0	0.155
6. ผู้ป่วยได้รับยาขนาดสูงกว่าขนาดการรักษา	6 (100.00) ดีขึ้น ไม่เปลี่ยนแปลง แย่ลง	5 (83.33) 1 (16.67) 0	9 (100.00) ดีขึ้น ไม่เปลี่ยนแปลง แย่ลง	8 (88.89) 1 (11.11) 0	0.657
7. ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยา	23 (100.00) ดีขึ้น ไม่เปลี่ยนแปลง แย่ลง	2 (8.70) 21 (91.30) 0	26 (100.00) ดีขึ้น ไม่เปลี่ยนแปลง แย่ลง	22 (84.62) 4 (15.38) 0	<0.001*
รวม	62 (100.00) ดีขึ้น ไม่เปลี่ยนแปลง แย่ลง	22 (35.48) 40 (64.52) 0	87 (100.00) ดีขึ้น ไม่เปลี่ยนแปลง แย่ลง	74 (85.06) 13 (14.94) 0	<0.001*

<sup>a</sup> ทดสอบด้วยสถิติ Fisher's Exact test, \*  $p$ -value < 0.05

ตารางที่ 19 เปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิกโดยรวมของผู้ป่วยที่ได้รับการแก้ไขปัญหาจากการใช้ยา ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มศึกษา

ผลลัพธ์ทางคลินิกของการแก้ไข ปัญหาจากการใช้ยา	จำนวนคน (ร้อยละ)		<i>P</i> -value <sup>a</sup>
	กลุ่มควบคุม (N = 117)	กลุ่มศึกษา (N = 120)	
ดีขึ้น	19 (16.24)	68 (56.67)	<0.001*
ไม่เปลี่ยนแปลง	98 (83.76)	52 (43.33)	
แย่ลง	0	0	

<sup>a</sup> ทดสอบด้วยสถิติ Chi-square test, \* *p*-value < 0.05



## บทที่ 5

### อภิปรายและสรุปผลการวิจัย

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์หลักเพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการบริหารทางเภสัชกรรม (กลุ่มศึกษา) และกลุ่มที่ได้รับการบริหารตามระบบปกติ (กลุ่มควบคุม) ได้แก่ 1) คุณภาพชีวิตด้านการใช้ยา 2) คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคมะเร็ง และวัตถุประสงค์รองคือ เปรียบเทียบสัดส่วนของปัญหาจากการใช้ยาที่ได้รับการแก้ไข

โดยพบว่ากลุ่มศึกษามีคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยาคีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม ( $p < 0.001$ ) เช่นเดียวกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่พบว่ากลุ่มศึกษามีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม ( $p < 0.001$ ) และจากการบริหารทางเภสัชกรรมทำให้กลุ่มศึกษาได้รับการแก้ไขปัญหามาจากการใช้ยาจนมีผลลัพธ์ทางคลินิกของการแก้ไขปัญหาคีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเทียบกับกลุ่มควบคุม ( $p < 0.05$  และ  $p < 0.001$  ตามลำดับ)

#### 5.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

สำหรับข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มมีข้อมูลพื้นฐานทั่วไปและข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษาที่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ พบผู้ป่วยที่ยังใช้ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร และ/หรือสมุนไพรค่อนข้างน้อย โดยคิดเป็นร้อยละ 6.84 และ 8.33 ในกลุ่มควบคุมและกลุ่มศึกษา ตามลำดับ ซึ่งจากการศึกษาของเบญจมาศ คุชณี และคณะ [50] ในผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก พบผู้ป่วยที่ใช้ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร และ/หรือสมุนไพร ร้อยละ 26.7 และ 14.3 ในกลุ่มควบคุมและกลุ่มศึกษา ตามลำดับ อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยบางรายไม่ได้แจ้งข้อมูลการใช้ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร และ/หรือสมุนไพรที่แท้จริงแก่ผู้วิจัย อาจทำให้ได้ข้อมูลไม่ตรงกับความเป็นจริงได้

#### 5.2 คุณภาพชีวิตด้านการใช้ยาของผู้ป่วย

จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยในกลุ่มศึกษามีคะแนนรวมทั้งแบบสอบถามเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม ( $p < 0.001$ ) และมีค่า effect size เท่ากับ 1.83 แสดงว่าการเพิ่มขึ้นของคะแนน PROMPT-QoL ในกลุ่มศึกษาแตกต่างจากการเพิ่มขึ้นของคะแนน PROMPT-QoL ในกลุ่มควบคุมอย่างมาก เมื่อพิจารณาแยกแต่ละมิติ กลุ่มศึกษามีคะแนนเฉลี่ย

เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุมในทุกมิติ ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาที่ผ่านมา [26, 50] ที่พบว่า การให้บริบาลทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยกลุ่มศึกษาไม่ได้ทำให้มีคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม การศึกษานี้แตกต่างจากการศึกษาที่ผ่านมา [19, 25, 26, 50] โดยใช้เครื่องมือ PROMPT-QoL ซึ่งสร้างขึ้นเพื่อวัดคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยาโดยตรง มาประเมินผลของการบริบาลทางเภสัชกรรม มีการใช้จำนวนตัวอย่างในการศึกษาที่ค่อนข้างมาก และเน้นการให้บริบาลทางเภสัชกรรมโดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ประเมินความต้องการด้านยาจากมุมมองของผู้ป่วยเอง เพื่อนำไปสู่การค้นหาคำถามจากการใช้ยา และให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลเรื่องยาและวางแผนในการรักษาร่วมกัน

เมื่อพิจารณาคะแนนคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยาในแต่ละมิติ พบว่า มิติที่ 2 การได้รับข้อมูลยาและโรค และมิติที่ 5 ผลทางด้านจิตใจของการใช้ยา พบว่า กลุ่มศึกษามีคะแนนคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยาคีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม ( $p < 0.001$ ) มีค่า effect size เท่ากับ 2.51 และ 0.81 ตามลำดับ แสดงว่าการเพิ่มขึ้นของคะแนน PROMPT-QoL ในกลุ่มศึกษาแตกต่างจากการเพิ่มขึ้นของคะแนน PROMPT-QoL ในกลุ่มควบคุมอย่างมากในสองมิตินี้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของทศพร แสงทองอินทัย [46] เนื่องจากคำถามในมิติที่ 2 ทำให้ทราบถึงปัญหาการได้รับข้อมูลเรื่องยาและโรคของผู้ป่วย ทำให้ผู้ให้การบริบาลสามารถให้ความรู้เพิ่มเติมให้แก่ผู้ป่วยได้อย่างครบถ้วนมากขึ้น นอกจากนี้ข้อคำถามในมิติที่ 5 ก็สามารถช่วยแสดงให้เห็นถึงผลกระทบจากยาที่มีต่อจิตใจของผู้ป่วยได้อย่างเด่นชัด ทำให้สามารถช่วยแก้ไขความวิตกกังวลหรือความเข้าใจผิดเกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วยได้

สำหรับมิติที่ 4 อาการข้างเคียงจากยาและผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย มิติที่ 7 การมียาให้ใช้หรือการเข้าถึงการใช้ยา และมิติที่ 9 การประเมินคุณภาพชีวิตโดยรวมของการใช้ยา ใน PROMPT-QoL พบว่า กลุ่มศึกษามีคะแนนคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยาคีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม ( $p < 0.001$ ) มีค่า effect size เท่ากับ 0.64, 0.52 และ 0.54 ตามลำดับ แสดงว่าการเพิ่มขึ้นของคะแนน PROMPT-QoL ในกลุ่มศึกษาแตกต่างจากการเพิ่มขึ้นของคะแนน PROMPT-QoL ในกลุ่มควบคุมในระดับปานกลางในสามมิตินี้ ในมิติที่ 4 มีข้อคำถามที่ครอบคลุมผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยทุกระบบ โดยสะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยกำลังได้รับยาที่มีความปลอดภัยหรือไม่ ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดปัญหาการใช้ยาตามมา ได้แก่ การเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยา หรือการได้รับยา

ในขนาดสูงกว่าขนาดการรักษา อันนำไปสู่การค้นพบปัญหาจากการใช้ยาและแก้ไข้ปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้ สำหรับมิติที่ 9 การที่คะแนนของกลุ่มศึกษาดีขึ้นอาจเป็นผลมาจากการบริหารทางเภสัชกรรมที่ช่วยแก้ไข้ปัญหาจากการใช้ยาและความต้องการด้านยาในมิติอื่น ๆ จึงส่งผลให้คะแนนในมิติที่ 9 สูงขึ้นด้วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้ที่พบว่า มิติของ PROMPT-QoL ในทุกมิติมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับมิติที่ 9 ( $p < 0.01$ ) โดยเฉพาะมิติที่ 3 เรื่องความพึงพอใจต่อผลของการใช้ยา เป็นมิติที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยาโดยรวมมากที่สุด [52] ดังนั้นหากผู้ให้การบริหารทางเภสัชกรรมสามารถแก้ไข้ปัญหาในมิติอื่น ๆ ได้ ก็จะส่งผลให้คะแนนในมิติที่ 9 ดีขึ้นด้วย

การประเมิน PROMPT-QoL ในมิติที่ 3 คือ ความพึงพอใจต่อผลของการใช้ยา มิติที่ 6 ด้านความสะดวกในการใช้ยา และ มิติที่ 8 ความสัมพันธ์ทางด้านการรักษาที่มีต่อแพทย์ เภสัชกร หรือพยาบาล พบว่า กลุ่มศึกษามีคะแนนคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยาดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม ( $p < 0.01$ ) ข้อคำถามในมิติที่ 3 สามารถสะท้อนให้เห็นถึงปัญหาในการใช้ยาของผู้ป่วยได้ เช่น ผู้ป่วยที่มีความพึงพอใจเพียงเล็กน้อยต่อการใช้ยาเพื่อลดอาการของโรค อาจมีสาเหตุมาจากยาที่ผู้ป่วยได้รับอยู่ไม่มีประสิทธิภาพที่เพียงพอ หรือผู้ป่วยอาจกำลังได้รับยาที่มีขนาดต่ำกว่าขนาดการรักษา ซึ่งจะคะแนนที่ได้จากการตอบแบบสอบถามในมิตินี้ช่วยให้ผู้ให้การบริบาลตั้งข้อสังเกตและนำไปสู่การค้นพบปัญหา รวมทั้งแก้ไข้ปัญหาการใช้ยาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้ หรือข้อคำถามในมิติที่ 8 หากพบว่าผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นเพียงเล็กน้อยในเรื่องของการได้รับการแก้ไข้ปัญหาจากแพทย์ เภสัชกร หรือพยาบาล อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยยังมีปัญหาจากการใช้ยาที่ยังไม่ได้รับการแก้ไข้อยู่ ซึ่งช่วยให้ผู้ให้การบริบาลเกิดการตั้งข้อสังเกตและนำไปสู่การค้นพบปัญหา รวมทั้งแก้ไข้ปัญหาการใช้ยาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้ อย่างไรก็ตาม effect size ของทั้งสามมิตินี้มีค่าเท่ากับ 0.38, 0.38 และ 0.43 ตามลำดับ แสดงว่า การแทรกแซงมีผลต่อคะแนนในสามมิตินี้เล็กน้อย

ดังนั้นการศึกษานี้จึงแสดงให้เห็นถึงผลของการบริหารทางเภสัชกรรมที่ทำให้กลุ่มศึกษามีคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยาดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม ( $p < 0.001$ ) ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาที่ผ่านมา [25, 26, 50] และยังมีมิติของ PROMPT-QoL ที่ดีขึ้นในทุกมิติ (8 มิติ โดยไม่นับมิติที่ 1 ซึ่งเป็นเรื่องทัศนคติทั่วไปเกี่ยวกับการใช้ยา) ต่างจากการศึกษาของทศพร แสงทองอโณทัย [46] ที่ทำการศึกษาก่อนหน้าเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยาในผู้ป่วยนอกโรคเรื้อรัง โดยพบมิติของ PROMPT-QoL ดีขึ้นใน 4 มิติ จากทั้งหมด 8 มิติ (ไม่นับมิติที่ 1 ซึ่งเป็นเรื่องทัศนคติทั่วไปเกี่ยวกับ

การใช้ยา) อาจเนื่องมาจากการศึกษานี้ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยเฉพาะโรค คือ ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงของโรคที่ค่อนข้างชัดเจน มีการดำเนินไปของโรคค่อนข้างไว ทำให้เห็นถึงความปลอดภัยของการผลการบริหารทางเภสัชกรรมได้ชัดเจนมากกว่าในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังทั่วไปที่ไม่มีอาการแสดงของโรคออกมา เช่น ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง ทำให้ผลคะแนนคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยาในบางมิติไม่ค่อยเปลี่ยนแปลง นอกจากนี้ยังพบว่า คะแนนรวมของทั้งแบบสอบถามก็ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) ด้วยเช่นกัน

### 5.3 คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคมะเร็ง

การประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยใช้แบบประเมิน FACT-G ซึ่งเป็นแบบประเมินคุณภาพชีวิตสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งทั่วไป เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่ม พบว่ากลุ่มศึกษามีคะแนนเฉลี่ยรวมทั้งแบบสอบถามเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม ( $p < 0.001$ ) มีค่า effect size เท่ากับ 1.06 แสดงว่าการเพิ่มขึ้นของคะแนน FACT-G ในกลุ่มศึกษาแตกต่างจากการเพิ่มขึ้นของคะแนน FACT-G ในกลุ่มควบคุมอย่างมาก และเมื่อพิจารณาแยกแต่ละหมวด กลุ่มศึกษามีคะแนนเฉลี่ยใน 3 หมวดที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม ได้แก่ ความผาสุกด้านร่างกาย ( $p < 0.001$ ) ความผาสุกด้านอารมณ์ ( $p < 0.001$ ) และความผาสุกด้านการปฏิบัติกิจกรรม ( $p < 0.001$ ) ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาที่ผ่านมา [26, 50] พบว่าการให้บริหารทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยกลุ่มศึกษาไม่ได้ทำให้มีคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มศึกษามีคะแนนคุณภาพชีวิตในหมวดความผาสุกด้านร่างกายเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม ( $p < 0.001$ ) มีค่า effect size เท่ากับ 0.64 แสดงว่าการเพิ่มขึ้นของคะแนน FACT-G ในกลุ่มศึกษาแตกต่างจากการเพิ่มขึ้นของคะแนน FACT-G ในกลุ่มควบคุมในระดับปานกลางในหมวดนี้ โดยข้อคำถามในหมวดนี้เป็นการถามถึงผลกระทบที่มีต่อสภาพร่างกายของผู้ป่วย เช่น อาการปวด อ่อนเพลีย อาการคลื่นไส้ อาเจียน ซึ่งในกลุ่มที่ได้รับการบริหารทางเภสัชกรรมผู้ให้บริหารก็จะมีการให้ความรู้เกี่ยวกับเรื่องของการจัดการกับอาการดังกล่าว การใช้ยา หรือการปฏิบัติตัวเมื่อเกิดอาการเหล่านั้น นำไปสู่การจัดการกับภาวะต่าง ๆ ที่ส่งผลกระทบต่อสภาพร่างกายของผู้ป่วยได้



สำหรับหมวดความผาสุกด้านสังคม/ครอบครัว ซึ่งเป็นการสอบถามถึงการได้รับกำลังใจ การช่วยเหลือจากครอบครัว หรือเพื่อน ๆ พบว่าในหมวดนี้กลุ่มศึกษามีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม คล้ายกับการศึกษาของสิญาภรณ์ วงศ์ร้าย และคณะ [47] อาจเนื่องมาจากผู้บริบาลให้การบริบาลเฉพาะตัวของผู้ป่วย ไม่ได้ให้ความรู้แก่ผู้ดูแลผู้ป่วย ญาติหรือครอบครัวของผู้ป่วยร่วมด้วย อาจทำให้การบริบาลทางเภสัชกรรมไม่ได้ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสังคม/ครอบครัวของผู้ป่วยได้ มีค่า effect size เท่ากับ 0.20 แสดงว่าการเพิ่มขึ้นของคะแนน FACT-G ในกลุ่มศึกษาแตกต่างจากการเพิ่มขึ้นของคะแนน FACT-G ในกลุ่มควบคุมในระดับน้อย

ในหมวดความผาสุกด้านอารมณ์พบว่า กลุ่มศึกษามีคะแนนคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม ( $p < 0.001$ ) มีค่า effect size เท่ากับ 0.69 แสดงว่าการเพิ่มขึ้นของคะแนน FACT-G ในกลุ่มศึกษาแตกต่างจากการเพิ่มขึ้นของคะแนน FACT-G ในกลุ่มควบคุมในระดับปานกลางในหมวดนี้ โดยข้อคำถามในหมวดนี้จะถามถึงความรู้สึกเศร้า หดหวัง กระวนกระวายใจ หรือกังวลใจของผู้ป่วยต่อภาวะโรคที่เป็นอยู่ ซึ่งความความกังวลที่เกิดขึ้นนี้มีหลายสาเหตุ เช่น ผู้ป่วยรู้สึกว่ายาที่ใช้อยู่ไม่ได้ผล หรืออาการของผู้ป่วยไม่ดีขึ้นเมื่อเทียบกับก่อนรักษา ดังนั้น การให้บริบาลทางเภสัชกรรม มีการให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค/ยา/การรักษาแก่ผู้ป่วย จึงช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจและลดความวิตกกังวลลงได้

หมวดสุดท้ายคือ ความผาสุกด้านการปฏิบัติกิจกรรม เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ของผู้ป่วย ความพึงพอใจต่อผลสำเร็จของงานและการใช้ชีวิต โดยพบว่า กลุ่มศึกษามีคะแนนคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม ( $p < 0.001$ ) มีค่า effect size เท่ากับ 0.78 แสดงว่าการเพิ่มขึ้นของคะแนน FACT-G ในกลุ่มศึกษาแตกต่างจากการเพิ่มขึ้นของคะแนน FACT-G ในกลุ่มควบคุมในระดับปานกลางในหมวดนี้ อาจเนื่องมาจาก ผู้ป่วยในกลุ่มศึกษาที่ได้รับการบริบาลทางเภสัชกรรม เมื่อผู้ป่วยได้รับการแก้ไขปัญหาด้านยา ให้ความร่วมมือในการใช้ยามากขึ้น รวมถึงสามารถจัดการกับปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาได้ ทำให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจกับคุณภาพชีวิตของตนมากขึ้น

ดังนั้นการศึกษานี้จึงแสดงให้เห็นถึงผลของการบริบาลทางเภสัชกรรมที่ทำให้กลุ่มศึกษามีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม ( $p < 0.001$ ) ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาที่ผ่านมา [26, 50] และยังมีหมวดของ FACT-G ที่ดีขึ้นถึง 3 หมวด จาก

ทั้งหมด 4 หมวด นอกจากนี้ คะแนนรวมของทั้งแบบสอบถามก็ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) ด้วยเช่นกัน

#### 5.4 ผลของการบริหารทางเภสัชกรรมต่อปัญหาจากการใช้ยา

จากการศึกษาพบว่า ปัญหาจากการใช้ยาที่เกิดขึ้นในครั้งที่ 1 ของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่ใกล้เคียงกัน โดยเฉลี่ย  $0.63 \pm 0.66$  ปัญหาต่อผู้ป่วย 1 คน มีเพียงปัญหาจากการใช้ยาในเรื่องของความต้องการยาในการรักษาเพิ่มเติม ที่กลุ่มศึกษาพบปัญหามากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.01$ ) อาจเนื่องมาจากผลของการทำบริหารทางเภสัชกรรมในกลุ่มศึกษาที่มีการค้นหาปัญหาและความต้องการด้านยาจากผู้ป่วยจึงทำให้พบปัญหาจากการใช้ยาในข้อนี้มากกว่า สำหรับปัญหาที่พบมากที่สุดคือ ปัญหาความร่วมมือในการใช้ยา (ร้อยละ 19.66 และ 21.67 ในกลุ่มควบคุมและกลุ่มศึกษา ตามลำดับ) ปัญหาจากการใช้ยารองลงมาในกลุ่มควบคุมคือ ผู้ป่วยได้รับยาขนาดต่ำกว่าขนาดการรักษา พบปัญหาร้อยละ 8.55 และในกลุ่มศึกษาคือ ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับยาในการรักษาเพิ่มเติม พบปัญหาร้อยละ 15.00 ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาที่ผ่านมา [14, 15, 22] ที่พบปัญหาจากการใช้ยาส่วนใหญ่เป็นปัญหาเกี่ยวกับขนาดของยาที่ไม่เหมาะสม การไม่ได้รับยาที่ควรได้รับ และปัญหาการเกิดอัตรากิริยาระหว่างยา อาจเนื่องมาจากการค้นหาปัญหาจากการใช้ยาในการศึกษานี้ได้นำเครื่องมือ PROMPT-QoL มาช่วย โดยเน้นความต้องการด้านยาของผู้ป่วยเป็นหลัก ร่วมกับใช้เครื่อง MTB ในการประเมินความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย จึงทำให้พบปัญหาจากการใช้ยาดังกล่าวได้มากกว่า สำหรับปัญหาจากการใช้ยาในข้ออาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาในการศึกษานี้จะได้จากการสัมภาษณ์และสอบถามอาการจากผู้ป่วยโดยตรง ซึ่งหากอาการข้างเคียงดังกล่าวไม่ได้ส่งผลกระทบหรือเป็นปัญหาที่ต้องจัดการแก้ไขให้กับผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยมีอาการเบื่ออาหารเล็กน้อยหลังได้รับยาเคมีบำบัดและอาการดังกล่าวหายไปตัวเองจะไม่ถูกนับเป็นปัญหาจากการใช้ยา จึงทำให้การศึกษานี้มีปัญหาจากการใช้ยาในข้ออาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาร้อยละ 7.69 และ 10.83 ในกลุ่มควบคุมและกลุ่มศึกษา ตามลำดับ ซึ่งต่างจากการศึกษาของ Bosnak และคณะ [17] ที่พบปัญหาการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาถึงร้อยละ 24.7

ในการศึกษานี้กลุ่มศึกษาจะได้รับการบริหารทางเภสัชกรรมโดยเน้นการดูแลผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง มีการค้นหาปัญหาจากการใช้ยาที่เกิดขึ้น วางแผนการแก้ไขปัญหาร่วมกับแพทย์ รวมทั้งให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการจัดการปัญหาและกำหนดเป้าหมายในการรักษาร่วมกัน หลังจากให้การ

บริหารทางเภสัชกรรมพบว่า ปัญหาจากการใช้ยาของผู้ป่วยในกลุ่มศึกษาที่มีผลลัพธ์ทางคลินิกของการแก้ไขปัญหาดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม ( $p < 0.05$ ) ได้แก่ ปัญหาการได้รับยาโดยไม่มีข้อบ่งชี้ ปัญหาผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับยาในการรักษาเพิ่มเติม และปัญหาความร่วมมือในการใช้ยา นอกจากนี้ยังพบว่าปัญหาจากการใช้ยาโดยรวมของผู้ป่วยในกลุ่มศึกษามีผลลัพธ์ทางคลินิกของการแก้ไขปัญหาดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม ( $p < 0.001$ ) โดยพบว่า ผลลัพธ์ทางคลินิกดีขึ้นร้อยละ 85.06 และ 35.48 ในกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมตามลำดับ ใกล้เคียงกับการศึกษาของ Moukafih และคณะ [14] ที่ให้การบริหารทางเภสัชกรรมในคลินิกผู้ป่วยโรคมะเร็งพบผลลัพธ์ทางคลินิกดีขึ้นร้อยละ 73.06 และเมื่อพิจารณาร้อยละของผู้ป่วยที่มีผลลัพธ์ทางคลินิกของการแก้ไขปัญหาดีขึ้น พบว่ากลุ่มศึกษามีผู้ป่วยที่มีผลลัพธ์ทางคลินิกของการแก้ไขปัญหาดีขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) โดยคิดเป็นร้อยละ 16.24 และ 56.67 ในกลุ่มควบคุมและกลุ่มศึกษาตามลำดับ จากการที่พบว่าผู้ป่วยในกลุ่มศึกษามีผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมนั้นอาจเนื่องมาจากในกลุ่มศึกษามีได้การแก้ไขปัญหาดจากการใช้ยาให้กับผู้ป่วยได้มากกว่า โดยเฉพาะปัญหาความร่วมมือในการใช้ยาที่ได้รับการแก้ไขถึงร้อยละ 84.62 ในขณะที่กลุ่มควบคุมได้รับการแก้ไขเพียงร้อยละ 8.70 เนื่องมาจากการให้คำแนะนำปรึกษาของเภสัชกรผู้ให้การบริหารทางเภสัชกรรม รวมทั้งมีการค้นพบปัญหาจากการใช้ยาที่มากกว่านำไปสู่การแก้ไขปัญหาดจากการใช้ยาแก่ผู้ป่วยได้มากกว่า จึงทำให้พบผู้ป่วยที่มีผลลัพธ์ทางคลินิกของการแก้ไขปัญหาดจากการใช้ยาที่ดีขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ )

นอกจากนี้จากการศึกษาของ Ribed และคณะ [21] พบว่า แพทย์ให้การยอมรับคำแนะนำจากเภสัชกรร้อยละ 88.80 ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษานี้ที่พบว่า แพทย์ให้การยอมรับคำแนะนำจากเภสัชกรร้อยละ 89.33

## 5.5 การนำผลการศึกษาไปประยุกต์ใช้ในทางคลินิก

ปัจจุบันการให้บริหารทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยมีการวัดผลลัพธ์ทั้งทางด้านคลินิกและผลลัพธ์ทางด้านเศรษฐศาสตร์ แต่ผลลัพธ์ด้านความเป็นมนุษย์ เช่น คุณภาพชีวิตด้านการใช้ยา ยังไม่มีเครื่องมือที่เป็นมาตรฐานในการนำมาวัด โดยส่วนใหญ่มักใช้เครื่องมือที่เป็นเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตแบบทั่วไป เช่น EQ-5D-5L SF36 หรือเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตแบบเฉพาะโรค

ซึ่งพบว่า เมื่อวัดด้วยเครื่องมือเหล่านี้ การบริหารทางเภสัชกรรมไม่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากเครื่องมือที่นำมาใช้นั้นการวัดผลกระทบจากโรคของผู้ป่วยมากกว่าวัดผลกระทบจากการใช้ยา ดังนั้นการศึกษานี้จึงได้นำเครื่องมือ PROMPT-QoL ซึ่งสร้างขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อวัดคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยาของผู้ป่วยโดยตรงมาใช้ในการศึกษา จากการศึกษาของทศพร แสงทองอโณทัย [46] ก็พบว่าเครื่องมือใช้วัดผลของการให้บริหารทางเภสัชกรรมได้ โดยมีมิติต่าง ๆ ในแบบสอบถามสร้างขึ้นตามความต้องการด้านยาของผู้ป่วยเป็นหลัก ซึ่งจะช่วยให้ผู้ให้การบริหารสามารถค้นหาปัญหาจากการใช้ยาของผู้ป่วยได้ ถือว่าเป็นเครื่องมือที่ช่วยทั้งในขั้นตอนของการให้บริหาร และใช้ในการวัดผลลัพธ์ของการบริหารไปพร้อม ๆ กัน

สำหรับการให้บริหารทางเภสัชกรรมในทางปฏิบัติควรมีการพิจารณาข้อมูลอื่น ๆ ของผู้ป่วยควบคู่ไปกับการใช้แบบสอบถาม PROMPT-QoL เช่น ข้อมูลจากเวชระเบียนและข้อมูลผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ เนื่องจากในแบบสอบถามอาจมีข้อคำถามที่ไม่ครอบคลุมข้อมูลทั้งหมด เช่น ในมิติดผลกระทบจากการใช้ยาและอาการข้างเคียงจากยา มีข้อคำถามที่ครอบคลุมเกือบทุกระบบ แต่ในกรณีที่ผู้ป่วยเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาแต่ไม่มีอาการแสดง เช่น มีผลตรวจทางห้องปฏิบัติการผิดปกติโดยพบค่าการทำงานของตับสูง ซึ่งไม่ตรงกับข้อคำถามในเครื่องมือ PROMPT-QoL ดังนั้นในทางปฏิบัติจริง ผู้ให้การบริหารควรใช้เครื่องมือ PROMPT-QoL เพื่อเป็นส่วนหนึ่งในขั้นตอนของการบริหาร โดยใช้ควบคู่ไปกับการซักประวัติจากผู้ป่วย ข้อมูลจากเวชระเบียน และข้อมูลผลตรวจทางห้องปฏิบัติการของผู้ป่วย เพื่อเป็นการให้บริหารแก่ผู้ป่วยได้ครอบคลุมในทุกด้าน ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม

นอกจากนี้การนำเครื่องมือ PROMPT-QoL มาใช้ในทางปฏิบัติอาจมีข้อจำกัดในเรื่องของข้อคำถามที่มีจำนวน 43 ข้อ ทำให้ต้องใช้ระยะเวลาค่อนข้างนานในการประเมินผู้ป่วย ดังนั้นในการใช้จริงในทางคลินิกอาจใช้เป็นแบบสอบถาม PROMPT-QoL ฉบับย่อ เพื่อจะทำให้สามารถใช้ได้สะดวกขึ้น

## 5.6 ข้อจำกัดและข้อเสนอแนะสำหรับงานวิจัยในอนาคต

1. การวิจัยนี้มีการอำพรางฝ่ายเดียว โดยผู้ป่วยจะไม่ทราบว่าตนเองอยู่ในกลุ่มศึกษาหรือกลุ่มควบคุม ซึ่งหากผู้ป่วยระหว่างกลุ่มมีการพูดคุยซักถามกันอาจทำให้ผู้ป่วยทราบว่าตนเองอยู่ในกลุ่มศึกษาหรือกลุ่มควบคุมได้ ถือเป็นข้อจำกัดของงานวิจัยนี้ และไม่มีการปกปิดผู้วิจัยว่าผู้ป่วยราย

โดยอยู่ในกลุ่มใด ทำให้สามารถพบความเสี่ยงต่อการเกิดอคติในขั้นตอนการให้บริบาลทางเภสัชกรรมได้ การวิจัยนี้ดำเนินการในโรงพยาบาลแห่งเดียว หากต้องการหลีกเลี่ยงข้อจำกัดดังกล่าวอาจทำการทดลองแบบหลายหน่วยวิจัย (multicenter) และสุ่มตัวอย่างแบบกลุ่ม (cluster random)

2. ในการศึกษานี้มีจำนวนครั้งของการบริบาลทางเภสัชกรรมและระยะเวลาในการติดตามผู้ป่วยที่น้อยเกินไป หากมีการให้การบริบาลทางเภสัชกรรมเพิ่มขึ้นหรือเพิ่มระยะเวลาในการติดตามผู้ป่วยนานขึ้น อาจจะส่งผลให้การเปลี่ยนแปลงของคะแนนคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยาและด้านสุขภาพของผู้ป่วยชัดเจนขึ้นมากกว่านี้

3. เครื่องมือ PROMPT-QoL ที่ใช้ประเมินคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยาของผู้ป่วยเป็นแบบสอบถามที่มีทั้งหมด 43 ข้อคำถาม ทำให้ต้องใช้ระยะเวลาในการสอบถามผู้ป่วยค่อนข้างนาน อาจทำให้ผู้ป่วยบางรายรู้สึกเบื่อและรีบตอบคำถาม ซึ่งอาจมีผลทำให้ไม่ได้รับข้อมูลที่แท้จริงจากผู้ป่วย ในทางปฏิบัติอาจเลือกใช้เครื่องมือ PROMPT-QoL ฉบับย่อเพื่อให้ใช้ได้ง่ายขึ้น

4. การศึกษานี้ผู้วิจัยเป็นทั้งผู้ให้การบริบาลทางเภสัชกรรมและเป็นผู้ถามแบบสอบถาม ซึ่งอาจก่อให้เกิดอคติในการตอบแบบสอบถามของผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยบางรายอาจตอบคำถามด้วยความเกรงใจ ทำให้คะแนนที่ได้อาจจะมากกว่าความเป็นจริงได้

5. ในการศึกษา กลุ่มตัวอย่างมีเฉพาะผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งชนิดเป็นก้อน (solid tumor) อาจทำให้ไม่สามารถเป็นตัวแทนผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดได้ทั้งหมด จึงไม่สามารถอ้างอิงผลการศึกษาไปยังผู้ป่วยโรคมะเร็งระบบโลหิตได้ ในอนาคต ควรมีการศึกษาต่อยอดในตัวอย่างกลุ่มนี้เพิ่มเติมต่อไป

6. การศึกษานี้มีการประเมินผลลัพธ์ของการบริบาลทางเภสัชกรรมทั้งทางด้านคลินิกและผลลัพธ์ทางด้านความเป็นมนุษย์ สำหรับการศึกษาต่อไปอาจมีการประเมินผลลัพธ์ด้านอื่น เช่น ผลลัพธ์ด้านเศรษฐศาสตร์เพิ่มเติม

## 5.7 สรุปผลการวิจัย

การบริบาลทางเภสัชกรรมส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยาและด้านสุขภาพที่ดีขึ้นได้ โดยการให้การบริบาลเป็นไปตามหลักการอย่างแท้จริง เน้นการดูแลผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง คำนึงถึงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมของผู้ป่วย รวมทั้งให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการวางแผน

ดูแลรักษาตนเอง นอกจากนี้ ยังต้องอาศัยเครื่องมือในการวัดผลของการบริหารที่มีความไวมากพอ จึงจะเห็นผลของการบริหารได้ชัดเจน ดังเช่นการใช้เครื่องมือ PROMPT-QoL ซึ่งเป็นแบบสอบถาม ที่สร้างขึ้นเพื่อวัดคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยาของผู้ป่วยโดยตรง มีความไวต่อการเปลี่ยนแปลงทาง สุขภาพของเครื่องมืออยู่ในเกณฑ์ที่ดี สามารถนำมาใช้วัดผลของการให้บริหารทางเภสัชกรรมแก่ ผู้ป่วยได้ ดังนั้นจึงควรสนับสนุนให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดทุกรายได้รับการบริหาร ทางเภสัชกรรม



## บรรณานุกรม

1. วิเชียร ศรีมนินทรนิมิต, วิโรจน์ ศรีอุฬารพงศ์ และ สุดสวาท เลหาวิณี, ทำความรู้จักกับมะเร็งกันเถอะ. 2552, มะเร็งวิทยาสมาคมแห่งประเทศไทย. p. 9-10.
2. Sung, H., et al., *Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries*. CA Cancer J Clin, 2021. **71**(3): p. 209-249.
3. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์, แผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติ (พ.ศ. 2561-2565). 2561. p. 9-14.
4. วีรวุฒิ อิ่มสำราญ, อาคม ชัยวิระวัฒนะ สมชาย ณะสิทธิชัย ปิยะวัฒน์ เลาวหุตานนท์ ศุภิพร แสงกระจ่าง พงศธร สุภอรรถถกร และคณะ, การแพทย์ไทย 2554-2557. Vol. พิมพ์ครั้งที่ 1. 2554, กรุงเทพฯ.
5. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, มะเร็งโรคร้ายอันดับ 1 คร่าชีวิตคนไทยและทั่วโลก. 2561.
6. มะเร็งวิทยาสมาคมแห่งประเทศไทย, ทำความรู้จักกับยาเคมีบำบัด. 2552. p. 9-25.
7. สมถวิล ลูกรักษ์, แม้นมนา จิระจรัส สุวรรณิ์ สิริเลิศระกุล และ จิตประภา คนมัน, คู่มือการดูแลตนเองขณะได้รับยาเคมีบำบัด. Vol. พิมพ์ครั้งที่ 4. 2556, กรุงเทพฯ.
8. Hepler, C. and L. Strand, *Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care*. American Journal of Hospital Pharmacy, 1990. **47**: p. 533-543.
9. Cipolle, R., L. Strand, and P. Morley, *Pharmaceutical care practice: the patient-centered approach to medication management services*, 2012, New York: McGraw Hill.
10. Cheng, Y., et al., *Economic, Clinical, and Humanistic Outcomes (ECHO) of pharmaceutical care services for minority patients: a literature review*. Research in Social & Administrative Pharmacy : RSAP, 2013. **9**: p. 311-329.
11. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), *Chapter 6. Outcome definition and measurement. Developing a protocol for observational comparative effectiveness research: a user's guide*. 2013. p. 71-92.
12. ฐานิณี ออบอุ้น, จินตหรา โกพล บั้ม ภูสาศิสต์ สุภิญญา ถิรศิลาเวทย์ ชูติมาภรณ์ ไชยสงค์ ภาณุมาศ ภูมาศ และคณะ, การติดตามอาการไม่พึงประสงค์และการให้คำแนะนำในผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัด ณ โรงพยาบาลมหาสารคาม. The 4th Annual Northeast Pharmacy Research Conference of 2012 “Pharmacy Profession in Harmony”, 2012: p. 135-143.
13. ปัทมาวดี ช้างเพชร และ ผกามาศ ไมตรีมิตร, การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของเภสัชกรในการบริบาลทางเภสัช

กรรมผู้ป่วยมะเร็ง โรงพยาบาลเจ้าคุณพิบูลย์พนมทวน. Veridian E-Journal, Science and Technology Silpakorn Univerity, 2015. **2**: p. 50-75.

14. Moukafih, B., et al., *Impact of clinical pharmacy services in a hematology/oncology ward in Morocco*. J Oncol Pharm Pract, 2021. **27**(2): p. 305-311.
15. de Gregori, J., et al., *Clinical and economic impact of pharmacist interventions in an ambulatory hematology-oncology department*. J Oncol Pharm Pract, 2020. **26**(5): p. 1172-1179.
16. Kucuk, E., et al., *Drug-related problems with targeted/immunotherapies at an oncology outpatient clinic*. J Oncol Pharm Pract, 2020. **26**(3): p. 595-602.
17. Bosnak, A.S., et al., *The role of the pharmacist in the multidisciplinary approach to the prevention and resolution of drug-related problems in cancer chemotherapy*. J Oncol Pharm Pract, 2019. **25**(6): p. 1312-1320.
18. Umar, R.M., S. Apikoglu-Rabus, and P.F. Yumuk, *Significance of a clinical pharmacist-led comprehensive medication management program for hospitalized oncology patients*. Int J Clin Pharm, 2020. **42**(2): p. 652-661.
19. Colombo, L.R.P., et al., *The effects of pharmacist interventions on adult outpatients with cancer: A systematic review*. J Clin Pharm Ther, 2017. **42**(4): p. 414-424.
20. Gatwood, J., et al., *Impact of clinical pharmacists in outpatient oncology practices: A review*. Am J Health Syst Pharm, 2017. **74**(19): p. 1549-1557.
21. Ribed, A., et al., *Pharmaceutical care program for onco-hematologic outpatients: safety, efficiency and patient satisfaction*. Int J Clin Pharm, 2016. **38**(2): p. 280-8.
22. Delpeuch A, Leveque D, Gourieux B, Herbrecht R, *Impact of clinical pharmacy services in a hematology/oncology inpatient setting*. anticancer research, 2015. **35**: p. 457-60.
23. Vantard, N., et al., *EPICC study: evaluation of pharmaceutical intervention in cancer care*. J Clin Pharm Ther, 2015. **40**(2): p. 196-203.
24. Aguiar, K.D.S., et al., *Patient safety and the value of pharmaceutical intervention in a cancer hospital*. Einstein (Sao Paulo), 2018. **16**(1): p. eAO4122.
25. Wang, Y., H. Wu, and F. Xu, *Impact of Clinical Pharmacy Services on KAP and QOL in Cancer Patients: A Single-Center Experience*. Biomed Res Int, 2015. **2015**: p. 502431.
26. สมพร สักดิ์ชื่นบุตร, ผลของการให้ความรู้และคำปรึกษาโดยเภสัชกรคลินิกแก่ผู้ป่วยนอกโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด



- , in เกษศาสดตรมหาบัญญัติ. 2545, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
27. พรณทิพา ศักดิ์ทอง, การพัฒนาเครื่องมือการบริบาลด้านยา คุณภาพชีวิตด้านการใช้ยา. Vol. 1. 2561, กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
  28. Cella DF, et al., *The Functional Assessment of Cancer Therapy scale: development and validation of the general measure*. Journal of Clinical Oncology 1993. **11**: p. 570-579.
  29. Cipolle RJ, Strand LM, and Morley PC, *Pharmaceutical care practice: the clinician's guide*. Vol. 2. 2004, New York: McGraw-Hill.
  30. กระทรวงสาธารณสุข. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา, คู่มือการติดตามอาการอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา. 2537, โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย: กรุงเทพมหานคร.
  31. แม้นมนา จิระจรัส, และ วรชัย รัตนธรร, *Quality of life measurement in cancer patients*, in คำราการ รักษาโรคมะเร็ง, วรชัย รัตนธรร, Editor. 2542: กรุงเทพมหานคร: คณะแพทยศาสตร์ รามาธิบดี. p. 374-398.
  32. เข็นจิต พรหมบุญ, อาหารก่อเกิดมะเร็งและอาหารป้องกันมะเร็ง in เกษศากรกับผู้ป่วยโรคมะเร็ง, รัชณี เมฆมณี, Editor. 2540: กรุงเทพมหานคร: คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. p. 31-52.
  33. นรินทร์ วรวิทย์, *Oncology for internists*, in การดูแลรักษาผู้ป่วยในที่เป็นปัญหา, โครงการคำราจุพา อาชรสาศตร, วิทยา ศรีมาดา, Editor. 2538: กรุงเทพมหานคร. p. 252-276.
  34. สุมิตรา ทองประเสริฐ, หลักการรักษารโคมะเร็ง, in การรักษาเมเร็งด้วยยาเคมีบำบัด. 2536, ธนบรรณการพิมพ์: เชียงใหม่.
  35. McLaughlin, *Principles of chemotherapy*, in *A large clinical manual practical oncology*, Cameron, Editor. 1994, Prentice-Hall Internation New Jersey. p. 13.
  36. โสภิต ก่อพูนศิลป์, คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหญิงมะเร็งเต้านมช่วงของการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดสูตร *Fluorouracil*, *Doxorubicin* และ *Cyclophosphamide (FAC)*, in เกษศาสดตร. 2558, มหาวิทยาลัยศิลปากร: กรุงเทพมหานคร.
  37. Leydon G, *Cancer patients' information needs and information seeking behavior: in depth interview study*. British Medical Journal 2000. **320**: p. 909-913.
  38. Musci E and Dodd M, *Predicting self-care with patients and family member's affective states and family functioning*. Oncology Nursing Forum, 1990. **17**: p. 394-400.
  39. Holms S and Dickerson J, *The quality of life: design and evaluation of a self-assessment instrument for use with cancer patients*. International Journal of Nursing Studies, 1987. **42**: p. 15-24.
  40. Byrne M, *Cancer chemotherapy and quality of life*. British Medical Journal, 1992. **304**: p. 1523-1524.

41. Ratanatharathorn V, *Quality of life, functional assessment of cancer therapy-general*. Journal Medical Association of Thailand 2001. **24**: p. 1-11.
42. Murawski MM and Bentley JP, *Pharmaceutical therapy-related quality of life Conceptual development*. Journal of Social and Administrative Pharmacy, 2001. **18**: p. 2-14.
43. Sakthong P, et al., *Psychometric properties of the Patient-Reported Outcomes Measure of Pharmaceutical Therapy for Quality of Life (PROMPT-QoL)*. Value in Health Regional Issues 2017. **12c**: p. 41-49.
44. American Pharmacist A and National Association of Chain Drug Stores F, *Medication therapy management in pharmacy practice: core elements of an TMT service model (version 2.0)*. Journal of the American Pharmacist Association : JAPhA, 2008. **48**: p. 341-353.
45. Vall E and Lash S, *Counseling the oncology patient*. Drug International and Clinical Pharmacy 1984. **18**: p. 743-744.
46. ทศพร แสงทองอินทชัย, ผลของการบริหารทางเภสัชกรรมต่อคุณภาพชีวิตด้านการบำบัดด้วยยาในผู้ป่วยนอก, in เกษัช ศาสตร์. 2559, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย: กรุงเทพมหานคร.
47. สัญกรณ์ วงศ์ร้าย, ขวัญจิต ด่านวิไล, ชีรพล ทิพย์พยอม, ผลของการบริหารทางเภสัชกรรมต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม:การทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม. วารสารเภสัชกรรมไทย, 2019. **11**(4): p. 828-39.
48. Tezcan, S., et al., *Role of clinical oncology pharmacist in determination of pharmaceutical care needs in patients with colorectal cancer*. Eur J Hosp Pharm, 2018. **25**(e1): p. e17-e20.
49. Thoma, J., R. Zelko, and B. Hanko, *The need for community pharmacists in oncology outpatient care: a systematic review*. Int J Clin Pharm, 2016. **38**(4): p. 855-62.
50. เบญจมาศ กุชะนี และ พิชัยณนา มณีพันธุ์, ผลการบริหารเภสัชกรรมในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด ณ โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น. วารสารไทยเภสัชศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ, 2554. **6**: p. 25-31.
51. Cohen, J., *Quantitative methods in psychology; a power primer*. Psychol Bull 1992. **112**: p. 155-9.
52. Renberg T, Lindblad AK, Tully MP, *Testing the validity of a translated pharmaceutical therapy-related quality of life instrument, using qualitative 'think aloud' methodology*. J Clin Pharm Ther, 2008. **33**: p. 279-87.



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
**CHULALONGKORN UNIVERSITY**

**ภาคผนวก ก**  
**แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยและข้อมูลการใช้ยา**

วันที่.....เลขที่.....เพศ.....HN.....AN.....

อายุ.....วันที่ admit.....อาชีพ.....ที่อยู่.....

ระดับการศึกษาสูงสุด.....สิทธิการรักษา.....First Dx.....

Dx/staging.....☐ chemotherapy ☐ radiation ☐ surgery

CC.....

PMH.....

FH & SH.....

Self medication.....

Allergy.....

Drug therapy (Date.....BW.....kg Ht.....cm BSA.....)

Dose/regimen	Schedule	Start-stop date	Note

Home medication.....

## ภาคผนวก ข

## แบบบันทึกผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

LAB	Normal LAB	นัดครั้งที่ 0 วันที่.....	นัดครั้งที่ 1 วันที่.....	นัดครั้งที่ 2 วันที่.....
BMI (kg/m <sup>2</sup> )	< 23			
BT (°C)	< 37.0			
BP (mmHg)	< 140/90			
Scr (mg/dL)	0.5-1.5			
CrCL (ml/min)	> 90			
BUN (mg/dL)	7-22			
Albumin (g/dL)	3.5-5.0			
ALT (U/L)	3-36			
AST (U/L)	0-35			
ALP (U/L)	35-100			
TB (mg/dL)	< 1.5			
DB (mg/dL)	< 0.4			
WBC (10 <sup>3</sup> /uL)	4.5-10			
NE (%)	40-70			
LY (%)	20-50			
MO (%)	2-6			
EO (%)	0-6			
BA (%)	0-1			
RBC (10 <sup>6</sup> /uL)	4.2-5.5			
HGB (g/dL)	12-16			
HCT (%)	37-47			
PLT (10 <sup>3</sup> /uL)	140-400			
อื่น ๆ .....				

**ภาคผนวก ค**  
**แบบบันทึกข้อมูลปัญหาการใช้ยา**

Date	DRPs	Assessment	Care plan

- DRPs    1. Unnecessary drug therapy      2. Needs additional drug therapy
3. ineffective drug                      4. Dosage too low
5. adverse drug reaction              6. Dosage too high
7. nonadherence or noncompliance

## ภาคผนวก ง

แบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยา Patient-reported Outcomes Measure of Pharmaceutical Therapy for Quality of Life (PROMPT-QoL)

### แบบสอบถามคุณภาพชีวิตการใช้ยา PROMPT-QoL

#### คำแนะนำก่อนการตอบแบบสอบถามคุณภาพชีวิตการใช้ยา PROMPT-QoL

ข้อความหรือคำถามดังต่อไปนี้ จะถามคุณเกี่ยวกับทัศนคติและประสบการณ์การใช้ยาเพื่อรักษาโรคของคุณ กรณีที่คุณมียาที่ใช้เป็นประจำมากกว่า 1 รายการ ให้คุณตอบโดยนึกถึงยาหรือกลุ่มยาที่มีผลกระทบต่อคุณอย่างมากที่สุด

ในแต่ละข้อคำถาม ขอให้คุณเลือกคำตอบที่ตรงกับความคิดและความรู้สึกของคุณ ณ ปัจจุบันมากที่สุด โดยการทำเครื่องหมาย X ลงในช่องที่คุณต้องการเลือกเพียงคำตอบเดียว คำตอบของคุณไม่มีถูกหรือผิด และไม่มีผลต่อการได้รับการรักษาตามปกติของคุณ

.....  
เวลาเริ่มต้นการทำแบบสอบถาม.....น.

#### คำถาม

#### 1. ทัศนคติทั่วไปเกี่ยวกับการใช้ยา

คุณต้องการใช้ “วิธีการรักษาแบบใด” ในการรักษาอาการเจ็บป่วยหรือโรคที่คุณกำลังเป็นอยู่

- ☐ ก. ยาแผนปัจจุบัน เช่น ยาที่ได้รับจากโรงพยาบาล/คลินิก หรือร้านขายยา
- ☐ ข. สมุนไพร อาหารเสริม นวด ฟังเข็ม ทำสมาธิ ออกกำลังกาย เช่น ไท้เก๊ก ชี่กง โยคะ วู๊ตั้นแอโรบิก เป็นต้น
- ☐ ค. ข้อ ก และ ข ร่วมกัน
- ☐ ง. วิธีการรักษาแบบอื่นที่นอกเหนือจากที่กล่าวมาข้างต้น โปรดระบุ

.....

## 2. การได้รับข้อมูลยาและโรคจากหมอ เภสัชกร หรือพยาบาล

คำถาม	คำตอบให้เลือก				
2. หมอ เภสัชกร หรือพยาบาลได้อธิบาย “ชื่อยา” ที่คุณใช้อยู่หรือไม่ (ชื่อยา หมายถึง ชื่อตัวยาภาษาอังกฤษ หรือชื่อทางการค้า)	ไม่เลย  (1)	เล็กน้อย  (2)	ปานกลาง  (3)	มาก  (4)	มากที่สุด  (5)
3. หมอ เภสัชกร หรือพยาบาลได้อธิบาย “จำนวนมิลลิกรัมของยา” ที่คุณใช้อยู่หรือไม่ ยกตัวอย่างเช่น ขนาด 5 มิลลิกรัม	ไม่เลย  (1)	เล็กน้อย  (2)	ปานกลาง  (3)	มาก  (4)	มากที่สุด  (5)
4. หมอ เภสัชกร หรือพยาบาลได้อธิบาย ว่ายาที่คุณใช้อยู่ “ใช้เพื่อรักษาโรคอะไร หรือบรรเทาอาการใด” หรือไม่	ไม่เลย  (1)	เล็กน้อย  (2)	ปานกลาง  (3)	มาก  (4)	มากที่สุด  (5)
5. หมอ เภสัชกร หรือพยาบาลได้อธิบาย “วิธีการใช้ยา” หรือไม่ เช่น จำนวนหรือ ปริมาณยาที่ใช้ต่อครั้ง ความถี่ในการใช้ ยา ก่อนหรือหลังอาหาร ระยะเวลาที่ต้อง ใช้ยา รวมถึงวิธีการเก็บรักษา	ไม่เลย  (1)	เล็กน้อย  (2)	ปานกลาง  (3)	มาก  (4)	มากที่สุด  (5)



คำถาม	คำตอบให้เลือก				
6. หมอ เกษักร หรือพยาบาลได้อธิบาย “เหตุผลที่คุณต้องใช้ยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ” หรือไม่ เช่น เพื่อควบคุมโรค/อาการที่เป็น ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน หรือป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรค	ไม่เลย          (1)	เล็กน้อย          (2)	ปานกลาง          (3)	มาก          (4)	มากที่สุด          (5)
7. หมอ เกษักร หรือพยาบาลได้อธิบาย หรือไม่ว่า “คุณจะต้องทำอะไรเมื่อคุณลืมใช้ยา” เช่น ใช้ทันทีที่นึกได้ หรือ ข้ามมื้อนั้นไป	ไม่เลย          (1)	เล็กน้อย          (2)	ปานกลาง          (3)	มาก          (4)	มากที่สุด          (5)
8. หมอ เกษักร หรือพยาบาลได้อธิบาย “อาการข้างเคียง หรืออาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นจากยาที่คุณใช้อยู่ รวมถึงสิ่งที่คุณต้องทำเมื่อได้รับอาการข้างเคียงดังกล่าว” หรือไม่	ไม่เลย          (1)	เล็กน้อย          (2)	ปานกลาง          (3)	มาก          (4)	มากที่สุด          (5)
9. หมอ เกษักร หรือพยาบาลได้อธิบาย “สาเหตุ และการป้องกันโรค” หรือไม่	ไม่เลย          (1)	เล็กน้อย          (2)	ปานกลาง          (3)	มาก          (4)	มากที่สุด          (5)
10. หมอ เกษักร หรือพยาบาลได้อธิบาย “อาการ ความรุนแรง และวิธีการรักษาโรค” หรือไม่	ไม่เลย          (1)	เล็กน้อย          (2)	ปานกลาง          (3)	มาก          (4)	มากที่สุด          (5)

### 3. ความพึงพอใจต่อประสิทธิผลของการใช้ยา

คำถาม	คำตอบให้เลือก				
11. คุณมีความพึงพอใจต่อผลการใช้ยาที่มีต่อการ “ลดอาการของโรค” ที่คุณเป็นมากน้อยแค่ไหน	ไม่พอใจ เลย (1)	พอใจ เล็กน้อย (2)	พอใจ ปานกลาง (3)	พอใจ มาก (4)	พอใจ มากที่สุด (5)
12. คุณมีความพึงพอใจต่อผลของการใช้ยาที่ทำให้คุณ “หายจากโรค” ที่คุณเป็นมากน้อยแค่ไหน (หมายถึง ไม่ต้องใช้ยาอีกต่อไป)	ไม่พอใจ เลย (1)	พอใจ เล็กน้อย (2)	พอใจ ปานกลาง (3)	พอใจ มาก (4)	พอใจ มากที่สุด (5)
13. คุณมีความพึงพอใจต่อ “ความรวดเร็วของยาในการลดอาการของโรค” ที่คุณเป็นมากน้อยแค่ไหน	ไม่พอใจ เลย (1)	พอใจ เล็กน้อย (2)	พอใจ ปานกลาง (3)	พอใจ มาก (4)	พอใจ มากที่สุด (5)

### 4. การได้รับผลกระทบจากการใช้ยาและอาการข้างเคียงจากยา

คำถาม	คำตอบให้เลือก				
14. คุณกำลังได้รับผลกระทบจากการใช้ยาหรืออาการข้างเคียงของยา ซึ่งมีผลต่อ “การเดิน การเคลื่อนไหว การออกแรง การปวดตามอวัยวะต่าง ๆ หรือการไม่สบายตัว” หรือไม่	ได้รับ ผลกระทบ มากที่สุด (1)	ได้รับ ผลกระทบ มาก (2)	ได้รับ ผลกระทบ ปานกลาง (3)	ได้รับ ผลกระทบ เล็กน้อย (4)	ไม่ได้รับ ผลกระทบ หรือไม่มี อาการนี้ (5)

คำถาม	คำตอบให้เลือก				
15. คุณกำลังได้รับผลกระทบจากการ ใช้ยาหรืออาการข้างเคียงของยา ซึ่งมี ผลต่อ “การนอน ยกตัวอย่างเช่น ทำ ให้ง่วงนอนระหว่างวัน ทำให้นอน หลับยาก ทำให้ตื่นขึ้นระหว่างนอน หลับตอนกลางคืน หรือทำให้ฝันร้าย” หรือไม่	ได้รับ ผลกระทบ มากที่สุด  (1)	ได้รับ ผลกระทบ มาก  (2)	ได้รับ ผลกระทบ ปานกลาง  (3)	ได้รับ ผลกระทบ เล็กน้อย  (4)	ไม่ได้รับ ผลกระทบ หรือไม่มี อาการนี้  (5)
16. คุณกำลังได้รับผลกระทบจากการ ใช้ยาหรืออาการข้างเคียงของยา ซึ่งมี ผลต่อ “ความจำ หรือการใช้ความคิด” หรือไม่	ได้รับ ผลกระทบ มากที่สุด  (1)	ได้รับ ผลกระทบ มาก  (2)	ได้รับ ผลกระทบ ปานกลาง  (3)	ได้รับ ผลกระทบ เล็กน้อย  (4)	ไม่ได้รับ ผลกระทบ หรือไม่มี อาการนี้  (5)
17. คุณกำลังได้รับผลกระทบจากการ ใช้ยาหรืออาการข้างเคียงของยา ซึ่งมี ผลต่อ “รูปร่าง หน้าตา ผิวพรรณของ คุณ” หรือไม่	ได้รับ ผลกระทบ มากที่สุด  (1)	ได้รับ ผลกระทบ มาก  (2)	ได้รับ ผลกระทบ ปานกลาง  (3)	ได้รับ ผลกระทบ เล็กน้อย  (4)	ไม่ได้รับ ผลกระทบ หรือไม่มี อาการนี้  (5)

คำถาม	คำตอบให้เลือก				
18. คุณกำลังได้รับผลกระทบจากการ ใช้ยาหรืออาการข้างเคียงของยา ซึ่งมี ผลต่อ “การรับประทานอาหาร การย่อย อาหาร และการขับถ่าย (การปัสสาวะ และการอุจจาระ)” หรือไม่	ได้รับ ผลกระทบ มากที่สุด  (1)	ได้รับ ผลกระทบ มาก  (2)	ได้รับ ผลกระทบ ปานกลาง  (3)	ได้รับ ผลกระทบ เล็กน้อย  (4)	ไม่ได้รับ ผลกระทบ หรือไม่มี อาการนี้  (5)
19. คุณกำลังได้รับผลกระทบจากการ ใช้ยาหรืออาการข้างเคียงของยา ซึ่งมี ผลต่อ “การมองเห็น การได้ยิน หรือ การพูด” หรือไม่	ได้รับ ผลกระทบ มากที่สุด  (1)	ได้รับ ผลกระทบ มาก  (2)	ได้รับ ผลกระทบ ปานกลาง  (3)	ได้รับ ผลกระทบ เล็กน้อย  (4)	ไม่ได้รับ ผลกระทบ หรือไม่มี อาการนี้  (5)
20. คุณกำลังได้รับผลกระทบจากการ ใช้ยาหรืออาการข้างเคียงของยา ซึ่งมี ผลต่อ “การมีเพศสัมพันธ์ หรือความ ต้องการทางเพศ” หรือไม่	ได้รับ ผลกระทบ มากที่สุด  (1)	ได้รับ ผลกระทบ มาก  (2)	ได้รับ ผลกระทบ ปานกลาง  (3)	ได้รับ ผลกระทบ เล็กน้อย  (4)	ไม่ได้รับ ผลกระทบ หรือไม่มี อาการนี้  (5)

คำถาม	คำตอบให้เลือก				
21. คุณกำลังได้รับผลกระทบจากการใช้ยาหรืออาการข้างเคียงของยา ซึ่งมีผลต่อ “การทำงานหาเลี้ยงชีพ การเรียนการทำงานบ้าน การทำงานอดิเรก การพบปะเพื่อนฝูงหรือญาติ” หรือไม่	ได้รับผลกระทบมากที่สุด (1)	ได้รับผลกระทบมาก (2)	ได้รับผลกระทบปานกลาง (3)	ได้รับผลกระทบเล็กน้อย (4)	ไม่ได้รับผลกระทบหรือไม่มีอาการนี้ (5)

### 5. ผลทางด้านจิตใจของการใช้ยา

คำถาม	คำตอบให้เลือก				
22. คุณรู้สึกกังวลหรือกลัว “อาการข้างเคียงของยา” ที่ใช้อยู่ เช่น การแพ้ยา การทำลายตับ ไต หรืออวัยวะอื่น ๆ หรือไม่	รู้สึกมากที่สุด (1)	รู้สึกมาก (2)	รู้สึกปานกลาง (3)	รู้สึกเล็กน้อย (4)	ไม่รู้สึกเลย (5)
23. คุณรู้สึกเบื่อหรืออึดอัดที่ต้อง “ใช้ยาทุกวันอย่างเคร่งครัดสม่ำเสมอ” หรือไม่	รู้สึกมากที่สุด (1)	รู้สึกมาก (2)	รู้สึกปานกลาง (3)	รู้สึกเล็กน้อย (4)	ไม่รู้สึกเลย (5)
24. คุณรู้สึกกังวลหรือกลัวว่าจะต้อง “การดื้อยาหรือกลัวว่ายาที่ใช้อยู่จะไม่ได้ผล” หรือไม่	รู้สึกมากที่สุด (1)	รู้สึกมาก (2)	รู้สึกปานกลาง (3)	รู้สึกเล็กน้อย (4)	ไม่รู้สึกเลย (5)

คำถาม	คำตอบให้เลือก				
25. คุณรู้สึกกังวลหรือกลัวว่า จะต้อง “ใช้จ่ายเป็นเวลานานหรือตลอดชีวิต” หรือไม่	รู้สึกมากที่สุด (1)	รู้สึกมาก (2)	รู้สึกปานกลาง (3)	รู้สึกเล็กน้อย (4)	ไม่รู้สึกเลย (5)
26. คุณรู้สึกกังวลหรือกลัว “การปรับเปลี่ยนชนิดยา ความแรง หรือวิธีการใช้ยา” หรือไม่	รู้สึกมากที่สุด (1)	รู้สึกมาก (2)	รู้สึกปานกลาง (3)	รู้สึกเล็กน้อย (4)	ไม่รู้สึกเลย (5)
27. คุณรู้สึกกังวลหรือกลัว “การใช้ยาเป็นจำนวนมากต่อมือ” หรือไม่	รู้สึกมากที่สุด (1)	รู้สึกมาก (2)	รู้สึกปานกลาง (3)	รู้สึกเล็กน้อย (4)	ไม่รู้สึกเลย (5)
28. คุณรู้สึกกังวลหรือกลัวเมื่อ “ต้องใช้จ่ายต่อหน้าผู้อื่น” หรือไม่	รู้สึกมากที่สุด (1)	รู้สึกมาก (2)	รู้สึกปานกลาง (3)	รู้สึกเล็กน้อย (4)	ไม่รู้สึกเลย (5)
29. คุณรู้สึกกังวลหรือกลัวว่ายาที่คุณใช้อยู่จะ “มีปัญหาหายาก” หรือไม่ (ยาตีกัน หมายถึง การใช้ยาร่วมกันมากกว่า 1 ตัว อาจเสริมฤทธิ์หรือต้านฤทธิ์กัน)	รู้สึกมากที่สุด (1)	รู้สึกมาก (2)	รู้สึกปานกลาง (3)	รู้สึกเล็กน้อย (4)	ไม่รู้สึกเลย (5)
30. การใช้ยาทำให้คุณคิดว่า “ตนเองเป็นคนมีสุขภาพไม่ดีเหมือนคนอื่นที่อยู่ในวัยเดียวกัน” หรือไม่	คิดมากที่สุด (1)	คิดมาก (2)	คิดปานกลาง (3)	คิดเล็กน้อย (4)	ไม่คิดเลย (5)

## 6. ความสะดวกในการใช้ยา

คำถาม	คำตอบให้เลือก				
31. ยาที่คุณใช้อยู่มี “รูปแบบยาที่เหมาะสม” หรือไม่ เช่น มีขนาดเม็ดใหญ่เกินไป ต้องหักแบ่งเม็ดยา มีกลิ่นเหม็นหรือรสชาติที่ไม่ดี	ไม่เหมาะสมเลย (1)	เหมาะสมเล็กน้อย (2)	เหมาะสมปานกลาง (3)	เหมาะสมมาก (4)	เหมาะสมมากที่สุด (5)
32. ยาที่คุณใช้อยู่มี “วิธีการใช้ที่สะดวก” หรือไม่ เช่น วิธีการใช้ยุ่งยาก ต้องใช้ยาก่อนอาหาร 30 นาที วิธีการใช้แตกต่างกันในแต่ละมือ หรือไม่เข้ากับการดำเนินชีวิตของคุณ	ไม่สะดวกเลย (1)	สะดวกเล็กน้อย (2)	สะดวกปานกลาง (3)	สะดวกมาก (4)	สะดวกมากที่สุด (5)
33. ยาที่คุณใช้อยู่มี “ความสะดวกในการพกพา” หรือไม่ เมื่อต้องนำยาติดตัวไปใช้ระหว่างเดินทาง หรือทำงานนอกบ้าน	ไม่สะดวกเลย (1)	สะดวกเล็กน้อย (2)	สะดวกปานกลาง (3)	สะดวกมาก (4)	สะดวกมากที่สุด (5)

## 7. การมียาให้ใช้/การเข้าถึงการใช้ยา

คำถาม	คำตอบให้เลือก				
34. คุณมีปัญหา “โรงพยาบาลหรือร้านขายยาไม่มียาที่คุณต้องใช้ เพราะยาหมดหรือขาด หรือจ่ายยาไม่พอล่วงวันนัด หรือไม่มียาในบัญชียาของสถานบริการ” หรือไม่	มีปัญหา มากที่สุด (1)	มีปัญหา มาก (2)	มีปัญหา ปานกลาง (3)	มีปัญหา เล็กน้อย (4)	ไม่มี ปัญหาเลย (5)
35. คุณมีปัญหาเกี่ยวกับ “ค่ายา ค่าเดินทาง” หรือไม่	มีปัญหา มากที่สุด (1)	มีปัญหา มาก (2)	มีปัญหา ปานกลาง (3)	มีปัญหา เล็กน้อย (4)	ไม่มี ปัญหาเลย (5)
36. คุณมีความพึงพอใจต่อ “ขั้นตอนและระยะเวลาที่มารอรับบริการจากโรงพยาบาล” หรือไม่ (ตั้งแต่ ยื่นบัตรนัด ตรวจสอบสิทธิ์ คัดกรอง เข้าพบหมอ จนถึงการรักษา)	ไม่ พึงพอใจ เลย (1)	พึงพอใจ เล็กน้อย (2)	พึงพอใจ ปานกลาง (3)	พึงพอใจ มาก (4)	พึงพอใจ มากที่สุด (5)
37. คุณมีปัญหาเกี่ยวกับ “การเดินทางมารับยา” หรือไม่ เช่น การคมนาคม ที่จอดรถ หรือการช่วยเหลือตนเองเวลาเดินทาง	มีปัญหา มากที่สุด (1)	มีปัญหา มาก (2)	มีปัญหา ปานกลาง (3)	มีปัญหา เล็กน้อย (4)	ไม่มี ปัญหาเลย (5)



### 8. ความสัมพันธ์ทางการรักษาที่มีต่อหมอ เภสัชกร หรือพยาบาล

คำถาม	คำตอบให้เลือก				
38. คุณมี “ความเชื่อมั่นต่อหมอ” ในการตัดสินใจเลือกใช้ยาเพื่อรักษาโรคของคุณหรือไม่	ไม่เชื่อมั่นเลย  (1)	เชื่อมั่นเล็กน้อย  (2)	เชื่อมั่นปานกลาง  (3)	เชื่อมั่นมาก  (4)	เชื่อมั่นมากที่สุด  (5)
39. หมอ เภสัชกร หรือพยาบาล “มีท่าทีที่เป็นมิตร ยิ้มแย้ม และเปิดโอกาสให้คุณได้ซักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับที่คุณใช้” หรือไม่	ไม่เลย  (1)	เล็กน้อย  (2)	ปานกลาง  (3)	มาก  (4)	มากที่สุด  (5)
40. คุณได้รับการ “แก้ไขปัญหามาจากหมอ เภสัชกร หรือพยาบาล เมื่อคุณมีปัญหาหรือความวิตกกังวลเกี่ยวกับการใช้ยา” หรือไม่	ไม่ได้รับเลย  (1)	ได้รับเล็กน้อย  (2)	ได้รับปานกลาง  (3)	ได้รับมาก  (4)	ได้รับมากที่สุด  (5)

### 9. คุณภาพชีวิตโดยรวมของการใช้ยา

คำถาม	คำตอบให้เลือก				
41. หลังจาก <b>บวกลบข้อดีข้อเสีย</b> ของการใช้ยาแล้วคุณมี “ <b>ความพึงพอใจ</b> ” กับยาที่คุณใช้อยู่หรือไม่	ไม่ พึงพอใจ เลย (1)	พึงพอใจ เล็กน้อย (2)	พึงพอใจ ปานกลาง (3)	พึงพอใจ มาก (4)	พึงพอใจ มากที่สุด (5)
42. หลังจาก <b>บวกลบข้อดีข้อเสีย</b> ของการใช้ยาแล้วคุณมี “ <b>ความสุข</b> ” กับยาที่คุณใช้อยู่หรือไม่	ไม่มี ความสุข เลย (1)	มีความสุข เล็กน้อย (2)	มีความสุข ปานกลาง (3)	มีความสุข มาก (4)	มีความสุข มากที่สุด (5)
43. <b>โดยรวมแล้ว</b> “ <b>ยาที่คุณใช้อยู่ทำให้การดำเนินชีวิต หรือการใช้ชีวิตของคุณ</b> ” เป็นอย่างไร	ไม่ดีขึ้น เลย (1)	ดีขึ้น เล็กน้อย (2)	ดีขึ้น ปานกลาง (3)	ดีขึ้น มาก (4)	ดีขึ้น มากที่สุด (5)

เวลาสิ้นสุดการทำแบบสอบถาม.....น.

ขอบคุณสำหรับการสละเวลาในการทำแบบสอบถาม

**ภาคผนวก จ**

Functional Assessment of Cancer Therapy - General (FACT - G)



ข้อความต่างๆ ด้านล่างนี้คือสิ่งที่ผู้ป่วยโรคเดียวกับท่านกล่าวว่ามีค่าสำคัญ ขอให้ท่านพิจารณาว่าข้อความแต่ละข้อตรงกับสถานการณ์ของท่านในช่วง **7 วันที่ผ่านมาหรือไม่** อย่างไร จากนั้น วงกลมหรือทำเครื่องหมายที่ตัวเลขเพียงตัวเดียวต่อหนึ่งบรรทัด เพื่อระบุคำตอบของท่าน

### ความผาสุกด้านร่างกาย

ไม่เลย เล็กน้อย ปานกลาง ค่อนข้างมาก มากที่สุด

GP 1	ข้าพเจ้ารู้สึกหมดเรี่ยวแรง .....	0	1	2	3	4
GP 2	ข้าพเจ้ามีอาการคลื่นไส้ .....	0	1	2	3	4
GP 3	เนื่องจากสภาพร่างกายที่เป็นอยู่ขณะนี้ ทำให้ข้าพเจ้ามีปัญหาในการดูแลรับภาระต่างๆ ในครอบครัว .....	0	1	2	3	4
GP 4	ข้าพเจ้ามีอาการปวด .....	0	1	2	3	4
GP 5	ข้าพเจ้ารำคาญต่อผลข้างเคียงที่เกิดจากการรักษา .....	0	1	2	3	4
GP 6	ข้าพเจ้ารู้สึกไม่สบาย .....	0	1	2	3	4
GP 7	ข้าพเจ้าจำเป็นต้องใช้เวลาส่วนใหญ่นอนอยู่บนเตียง .....	0	1	2	3	4

### ความผาสุกด้านสังคม/ ครอบครัว

ไม่เลย เล็กน้อย ปานกลาง ค่อนข้างมาก มากที่สุด

GS 1	ข้าพเจ้ารู้สึกใกล้ชิดสนิทสนมกับเพื่อนๆ .....	0	1	2	3	4
GS 2	ข้าพเจ้าได้รับกำลังใจจากครอบครัว .....	0	1	2	3	4
GS 3	ข้าพเจ้าได้รับการดูแลช่วยเหลือจากเพื่อนๆ .....	0	1	2	3	4
GS 4	คนในครอบครัวยอมรับการเจ็บป่วยของข้าพเจ้า .....	0	1	2	3	4
GS 5	ข้าพเจ้าพอใจกับการสื่อสารภายในครอบครัว เช่น การพูดคุย การแสดงความเห็นอกเห็นใจ เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของข้าพเจ้า .....	0	1	2	3	4
GS 6	ข้าพเจ้ารู้สึกใกล้ชิดกับคู่ครอง (หรือคนสำคัญที่คอยให้กำลังใจ) .....	0	1	2	3	4
Q1	ไม่ว่าในปัจจุบันท่านจะมีเพศสัมพันธ์มากน้อยเพียงใดก็ตาม กรุณาตอบคำถามต่อไปนี้ หากท่านไม่ต้องการตอบคำถามในส่วนนี้ กรุณาทำเครื่องหมาย X ลงในช่องนี้ <input type="checkbox"/> แล้วข้ามไปทำข้อต่อไป					
GS 7	ข้าพเจ้าพึงพอใจกับชีวิตทางเพศของตนเอง (ไม่ว่าขณะนี้จะมีเพศสัมพันธ์หรือไม่ก็ตาม) .....	0	1	2	3	4

ขอให้ท่านพิจารณาว่าข้อความแต่ละข้อตรงกับสถานการณ์ของท่านในช่วง **7** วันที่ผ่านมาหรือไม่ อย่างไร จากนั้น วงกลมหรือทำเครื่องหมายที่ตัวเลขเพียงตัวเดียวต่อหนึ่งบรรทัด เพื่อระบุคำตอบของท่าน

### ความผาสุกด้านอารมณ์ จิตใจ

ไม่เลย เล็กน้อย ปานกลาง ค่อนข้างมาก มากที่สุด

GE 1	ข้าพเจ้ารู้สึกเศร้าใจ .....	0	1	2	3	4
GE 2	ข้าพเจ้ารู้สึกพอใจกับวิธีที่ข้าพเจ้าปรับตัวกับการเจ็บป่วยของตนเอง .....	0	1	2	3	4
GE 3	ข้าพเจ้ารู้สึกหมดหวังในการต่อสู้กับการเจ็บป่วย.....	0	1	2	3	4
GE 4	ข้าพเจ้ารู้สึกกระวนกระวายใจ.....	0	1	2	3	4
GE 5	ข้าพเจ้ากังวลเกี่ยวกับความตาย .....	0	1	2	3	4
GE 6	ข้าพเจ้ากังวลว่าอาการจะแย่ลง .....	0	1	2	3	4

### ความผาสุกด้านการปฏิบัติกิจกรรม

ไม่เลย เล็กน้อย ปานกลาง ค่อนข้างมาก มากที่สุด

GF 1	ข้าพเจ้าสามารถทำงานทั่วไปได้ (รวมถึงงานบ้าน).....	0	1	2	3	4
GF 2	ข้าพเจ้าพึงพอใจในผลสำเร็จของงาน (รวมถึงงานบ้าน) ..	0	1	2	3	4
GF 3	ข้าพเจ้ายังมีชีวิตที่สนุกสนานได้ .....	0	1	2	3	4
GF 4	ข้าพเจ้ายอมรับการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ได้ .....	0	1	2	3	4
GF 5	ข้าพเจ้านอนหลับสนิทดี .....	0	1	2	3	4
GF 6	ข้าพเจ้ายังคงสนุกสนานเหมือนเดิมกับสิ่งที่เคยทำเพื่อความสำเร็จ .....	0	1	2	3	4
GF 7	ข้าพเจ้าพึงพอใจกับคุณภาพชีวิตของตนเองในขณะนี้ .....	0	1	2	3	4

ภาคผนวก จ

## FUNCTIONAL ASSESSMENT OF CHRONIC ILLNESS THERAPY (FACIT) LICENSING AGREEMENT

*The Functional Assessment of Chronic Illness Therapy system of Quality of Life questionnaires and all related subscales, translations, and adaptations ("FACIT System") are owned and copyrighted by David Cella, Ph.D. The ownership and copyright of the FACIT System - resides strictly with Dr. Cella. Dr. Cella has granted FACIT.org (Licensor) the right to license usage of the FACIT System to other parties. Licensor represents and warrants that it has the right to grant the License contemplated by this agreement. The terms of this license will grant permission Licensor provides to **Porntip Soipitak** ("Investigator") the licensing agreement outlined below.*

This letter serves notice that **Porntip Soipitak** ("Investigator") is granted license to use the **Thai** version of the **FACT-G** in one not for profit study:

This current license is only extended to Investigator's research project subject to the following terms:

- 1) (Investigator) agrees to provide Licensor with copies of any publications which come about as the result of collecting data with any FACIT questionnaire.
- 2) Due to the ongoing nature of cross-cultural linguistic research, Licensor reserves the right to make adaptations or revisions to wording in the FACIT, and/or related translations as necessary. If such changes occur, Investigator will have the option of using either previous or updated versions according to its own research objectives.
- 3) (Investigator) and associated vendors may not change the wording or phrasing of any FACIT document without previous permission from Licensor. If any changes are made to the wording or phrasing of any FACIT item without permission, the document cannot be considered the FACIT, and subsequent analyses and/or comparisons to other FACIT data will not be considered appropriate. Permission to use the name "FACIT" will not be granted for any unauthorized translations of the FACIT items. Any analyses or publications of unauthorized changes or translated versions may not use the FACIT name. Any unauthorized translation will be considered a violation of copyright protection.
- 4) In all publications and on every page of the FACIT used in data collection, Licensor requires the copyright information be listed precisely as it is listed on the questionnaire itself.
- 5) This license is not extended to electronic data capture by third party vendors. Electronic versions by third party vendors of the FACIT questionnaires are considered derivative works and are not covered under this license. Permission for use of an electronic version of the FACIT must be covered under separate agreement between the electronic data capture vendor and FACIT.org
- 6) In no cases may any FACIT questionnaire be placed on the internet without password protection. To do so is considered a violation of copyright.

- 7) Licensor reserves the right to withdraw this license if Investigator engages in scientific or copyright misuse of the FACIT system of questionnaires.
- 8) There are no fees associated with this license.
- 9) This license is effective upon date issued by FACIT.org and expires at the completion of Investigator's project.
- 10) Investigator agrees to provide FACIT.org with a copy of any publication which results from this study.

Issued on May 19, 2020 by:

Shannon C Romo  
Licensing and Financial Administrator  
FACIT.org  
151 Bay Cove Drive  
Ponte Vedra, FL 32082-4161 USA  
[www.FACIT.org](http://www.FACIT.org)



## ภาคผนวก ข

## แบบสอบถามพฤติกรรมการใช้ยา Medication Taking Behavior (MTB)

โปรดตอบคำถามต่อไปนี้ โดยทำเครื่องหมาย x ทับตัวเลขในช่องคำตอบให้เลือกที่เหมาะสมและ  
เป็นจริงตรงกับตัวท่านมากที่สุด

คำถาม	คำตอบให้เลือก			
1. ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านเคย <u>ลืมใช้ยา</u> หรือไม่ อย่างไร	เคยลืม ตั้งแต่ 5 ครั้ง ขึ้นไป (1)	เคยลืม 3-4 ครั้ง (2)	เคยลืม 1-2 ครั้ง (3)	ไม่เคย ลืมเลย (4)
2. ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านเคยใช้ยา <u>ไม่ตรงเวลา</u> หรือไม่ตรงมือ ตามที่ <u>แพทย์สั่ง</u> หรือไม่ อย่างไร	เคยใช้ยา ไม่ตรงเวลา /ไม่ตรงมือ ตั้งแต่ 5 ครั้ง ขึ้นไป (1)	เคยใช้ยา ไม่ตรงเวลา /ไม่ตรงมือ 3-4 ครั้ง (2)	เคยใช้ยา ไม่ตรงเวลา /ไม่ตรงมือ 1-2 ครั้ง (3)	ใช้ยา ตรงเวลา /ตรงมือ ทุกครั้ง (4)
3. ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านเคย <u>หยุดใช้ยาเอง</u> โดยที่ไม่ได้ปรึกษา <u>แพทย์</u> เนื่องจาก <u>ได้รับอาการข้างเคียงจากการใช้ยา</u> หรือ <u>กังวล/กลัวว่าจะได้รับอาการข้างเคียงจากยา</u> หรือ <u>แพ้ยา</u> หรือไม่ อย่างไร	เคย หยุดยา ตั้งแต่ 5 ครั้ง ขึ้นไป (1)	เคย หยุดยา 3-4 ครั้ง (2)	เคย หยุดยา 1-2 ครั้ง (3)	ไม่เคย หยุดยาลเลย (4)
4. ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านเคย <u>หยุดใช้ยาเอง</u> โดยที่ไม่ได้ปรึกษา <u>แพทย์</u> เพราะ <u>คิดว่าตนเองหายจากโรคที่เป็นแล้ว</u> หรือ <u>ไม่มีอาการแล้ว</u> หรือไม่ อย่างไร	เคย หยุดยา ตั้งแต่ 5 ครั้ง ขึ้นไป (1)	เคย หยุดยา 3-4 ครั้ง (2)	เคย หยุดยา 1-2 ครั้ง (3)	ไม่เคย หยุดยาลเลย (4)



คำถาม	คำตอบให้เลือก			
5. ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านเคยหยุดใช้ยาเอง โดยที่ไม่ได้ปรึกษาแพทย์ ด้วยเหตุผลอื่น ๆ ที่นอกเหนือจากข้อ 3 และ 4 หรือไม่อย่างไร	เคย หยุดยา ตั้งแต่ 5 ครั้ง ขึ้นไป (1)	เคย หยุดยา 3-4 ครั้ง (2)	เคย หยุดยา 1-2 ครั้ง (3)	ไม่เคย หยุดยาเลย (4)
6. ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านเคยเพิ่ม/ลดจำนวนยาหรือปริมาณยาหรือความถี่ในการใช้ยาโดยที่ไม่ได้ปรึกษาแพทย์ หรือไม่ อย่างไร	เคย เพิ่ม/ลด จำนวนยา หรือความถี่ ในการใช้ยา ตั้งแต่ 5 ครั้ง ขึ้นไป (1)	เคย เพิ่ม/ลด จำนวนยา หรือความถี่ ในการใช้ยา 3-4 ครั้ง (2)	เคย เพิ่ม/ลด จำนวนยา หรือความถี่ ในการใช้ยา 1-2 ครั้ง (3)	ไม่เคย เพิ่ม/ลด จำนวนยา หรือความถี่ ในการใช้ยา เลย (4)

7. โปรดให้คะแนนพฤติกรรมการใช้ยาของคุณ (คะแนนเต็ม 100%) = \_\_\_\_\_

(100% หมายถึง ไม่เคยหยุดยาหรือลืมใช้ยาเลย และใช้ยาตามเวลาที่แพทย์สั่ง และ

0% หมายถึง หยุดยาหรือลืมใช้ยาทุกวันและไม่ตรงตามเวลาเลย)

**ภาคผนวก ข**  
แบบบันทึกปรึกษาแพทย์เรื่องยา

เรียนแพทย์

ปัญหา

.....  
.....

☐ วิธีบริหารยา

☐ ความแรง/ขนาด ยา

☐ จำนวนยา

☐ ไม่มียาใน รพ./ยาออกจาก รพ./ขาดคลังชั่วคราว

☐ ยาไม่ครอบคลุมสิทธิของผู้ป่วย

☐ เกิด drug interaction ระหว่างยา

☐ อื่น ๆ .....

แนวทางแก้ไข.....

.....

คำตอบจากแพทย์.....

.....

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ขอบคุณค่ะ

เภสัชกร

ภาคผนวก ฅ  
สมุดบันทึกการใช้ยาสำหรับผู้ป่วย



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ข้อมูลประจำตัว

น้ำหนัก.....กก. ส่วนสูง.....ซม.

ประวัติการแพ้ยา

☐ ไม่แพ้ยา

☐ แพ้ยา.....

อาการแพ้.....

ประวัติการใช้สมุนไพร/อาหารเสริม

☐ ไม่ใช้

☐ ใช้

.....

.....

โรคประจำตัว

.....

.....

.....

ประวัติสูบบุหรี่

☐ ไม่สูบบุหรี่

☐ เลิกสูบบุหรี่มา.....ปี สูบนาน.....ปี

วันละ.....มวน/วัน

☐ สูบบุหรี่ สูบนาน.....ปี วันละ.....มวน/วัน

ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์

☐ ไม่ดื่ม

☐ เลิกดื่มมา.....ปี ดื่มนาน.....ปี

วันละ.....แก้ว/วัน ชนิดเครื่องดื่ม.....

☐ ดื่ม ดื่มนาน.....ปี วันละ.....แก้ว/วัน

ชนิดเครื่องดื่ม.....

ประวัติการออกกำลังกาย

☐ ไม่ได้ออกกำลังกาย

☐ ออกกำลังกาย.....วัน/สัปดาห์ วันละ.....นาที

ออกกำลังกายโดย.....

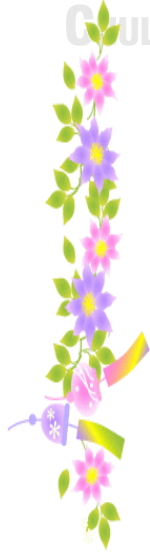
รายการยา/อาหารเสริม/ สมุนไพร (ชื่อและความแรง)	วิธีใช้	ข้อบ่งใช้	วัน/เดือน/ปี ที่รับยา		

### ภาคผนวก ญ

แผนปฏิบัติการให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค/ยา/ อาการไม่พึงประสงค์จากยาเคมีบำบัด และการดูแลตนเองของผู้ที่ได้รับยาเคมีบำบัด



“ท่านควรมีส่วนร่วมในการดูแลรักษาตนเอง เอาใจใส่เรื่องยา ไม่ปล่อยปละละเลย เพื่อประโยชน์ของตัวเอง”



เภสัชกรจะค้นหาปัญหาจากการใช้ยา และช่วยแก้ปัญหาให้แก่ผู้ป่วยแต่ละราย โดยอาศัย การจัดการด้านยา ซึ่งประกอบไปด้วยขั้นตอน ดังนี้

1. การพบพบการ用药ของผู้ป่วย
2. การบันทึกข้อมูลการใช้ยาของผู้ป่วยรายบุคคล
3. การวางแผนแก้ปัญหาที่เกิดจากยา
4. การแก้ปัญหาที่เกิดจากยาและการส่งต่อผู้ป่วย
5. การจัดทำเอกสารของผู้ป่วยและการนัดติดตามผล



“หากท่านมีข้อสงสัย หรือมีปัญหาจากการใช้ยา ควรขอคำปรึกษาจากเภสัชกร เพื่อช่วยหาทางแก้ไข หรือป้องกัน ปัญหาเหล่านั้น ซึ่งจะส่งผลให้การ用药ของท่านมีประสิทธิภาพและปลอดภัยมากยิ่งขึ้น”

### สิ่งสำคัญที่ต้องคำนึงถึง

ผู้ป่วยไม่ควรหยุดยา ดด หรือเพิ่มขนาดยาเอง ไม่ใช้ยาของผู้อื่นและไม่ควรให้ผู้อื่นใช้ยา หากใช้ยาแล้วเกิดอาการผิดปกติ ควรรีบมาปรึกษาแพทย์หรือเภสัชกรทันที

### ถ้าลืมทานยา

-กรณียาก่อนอาหาร ถ้ากินขึ้นได้หลังรับประทานอาหารไปแล้ว ควรรอประมาณ 2 ชั่วโมงหลังรับประทานอาหาร แต่ถ้ายาต้องรับประทานในมื้อถัดไปอยู่แล้ว ให้รับประทานก่อนอาหารมื้อถัดไปเลย ไม่ต้องรับประทานยาซ้ำ

-กรณียาหลังอาหาร สามารถรับประทานยาได้ทันทีที่นึกได้ แต่ถ้านึกได้ก็กลับมอดัดไป ให้รอรับประทานยาหลังอาหารในมื้อถัดไปแทน



มีปัญหาเรื่องยา  
ปรึกษาเภสัชกร



### หลักการใช้ยาอย่างถูกต้อง

“ถูกคน ถูกโรค ถูกขนาด  
ถูกวิธี และถูกทาง”

โดย กลุ่มงานเภสัชกรรม  
รพ. สมุทรปราการ

**โรคมะเร็ง** คือ โรคที่มีความผิดปกติของเซลล์ในอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกาย ก่อให้เกิดเป็นเซลล์มะเร็งที่มีการเจริญเติบโตโดยไม่อยู่ภายใต้การควบคุมที่เหมาะสม เกิดเป็นก้อนเนื้อมะเร็งที่เติบโตรบกวนการทำงานของเซลล์ปกติในอวัยวะนั้น นอกจากนี้ ยังสามารถลุกลามแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่นได้

**การรักษาด้วยยาเคมีบำบัด** จะมีแผนการรักษาตามระยะเวลาผู้ป่วยควรจะมีการรักษาตามแบบแผนที่กำหนดอย่างเคร่งครัด

**ยาเคมีบำบัด**ทำลายมะเร็งและร่างกายส่วนที่ปกติ ส่งผลให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์ต่าง ๆ แต่ร่างกายส่วนที่ปกติดังกล่าว สามารถกลับมาคืนสู่ปกติได้

**อาการข้างเคียง**ที่อาจเป็นอันตรายถึงชีวิตและต้องได้รับการรักษาอย่างเร่งด่วน ได้แก่

- อาการของการติดเชื้อ (มีไข้สูงกว่า 38.5 องศาเซลเซียส เป็นเวลานานกว่า 1 ชั่วโมง หนาวสั่น ไอแบบมีเสมหะ)
- การมีเลือดออกแบบผิดปกติ
- เชื้อบูซง่วงปากอักเสบ
- คลื่นไส้ อาเจียนอย่างรุนแรง
- ท้องเสียอย่างรุนแรง

#### การปฏิบัติตัวก่อนได้รับยาเคมีบำบัด

- พักผ่อน ให้เพียงพอ นอนหลับอย่างน้อยวันละ 6-8 ชั่วโมง
- ทำจิตใจให้สดชื่นแจ่มใส ไม่ทอดถอนใจต่อการรักษา
- รับประทานอาหารให้ครบทุกหมู่เพื่อเตรียมพร้อมร่างกายให้แข็งแรง

- ออกกำลังกายให้เหมาะสมกับสภาพร่างกาย ไม่หักโหม เช่น เดินช้า ๆ เล่นโยคะ เป็นต้น
- งดสูบบุหรี่และดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทุกชนิด

#### การปฏิบัติตัวขณะได้รับยาเคมีบำบัด

- หากรู้สึกมีไข้ ไม่สบาย ให้แจ้งแพทย์ทราบก่อนให้ยาเคมีบำบัด
- ระวังไม่ให้ตำแหน่งที่แทงเข็มฉีดยาเปียกชื้น
- ระวังไม่ให้สำน้ำเกลือหักพับ ओหรือดึงรั้ง
- เมื่อมีอาการผิดปกติระหว่างให้ยา เช่น แน่นหน้าอก หายใจไม่ออก ปวดแสบบริเวณที่แทงเข็มให้รีบแจ้งแพทย์หรือพยาบาลทันที
- ควรดื่มน้ำวันละอย่างน้อย 8-10 แก้ว ในวันที่ได้รับยาเคมีบำบัดและหลังให้ยาเคมีบำบัด 1 วัน เพื่อลดความเสี่ยงต่อไต



#### การปฏิบัติตัวเมื่อเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาเคมีบำบัด

- บำบัด เช่น
  - หากเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียนมากตอนเช้าให้พยายามรับประทานอาหารแห้ง เช่น ข้าวสวย ขนมนึ่ง และหลีกเลี่ยงอาหารที่มีรสจัดหรือมีกลิ่นฉุน
  - หลังจากที่ได้รับประทานอาหารแล้ว ไม่ควรรีบนอน ควรนั่งพักอย่างน้อย 2 ชั่วโมง
  - เมื่อมีอาการท้องเดินหลังจากได้รับยาเคมีบำบัด ควรดื่มน้ำเกลือแร่ เพื่อทดแทนส่วนที่เสียไปจากอาการท้องเดิน รับประทานอาหารที่มีโปรตีนสูง เช่น กล้วย ฝรั่ง หรือมะม่วงสุก เป็นต้น





## ภาคผนวก ก

### หนังสือรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสมุทรปราการ



#### หนังสือรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสมุทรปราการ

การวิจัยนี้และเอกสารประกอบของการวิจัยตามรายการแสดงด้านล่าง ได้รับการพิจารณาจาก คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสมุทรปราการแล้ว มีความเห็นว่าการวิจัยที่จะดำเนินการมีความสอดคล้องกับหลักจริยธรรมสากล ตลอดจนกฎหมายข้อบังคับและข้อกำหนดภายในประเทศ จึงเห็นสมควรให้ดำเนินการวิจัยตามข้อเสนอการวิจัยนี้ได้

ชื่อการวิจัย (ไทย) : การประเมินคุณภาพชีวิตด้านการบำบัดด้วยยาและด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคมะเร็ง ที่ได้รับการบริหารทางเภสัชกรรมเมื่อเทียบกับการบริหารตามปกติ

ชื่อการวิจัย (อังกฤษ) : Assessment of drug-therapy and health-related quality of life in Cancer patients receiving Pharmaceutical care versus usual care.

ผู้วิจัย : นางสาวกรณทิพย์ สร้อยพิทักษ์

หน่วยงานที่สังกัด : กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลสมุทรปราการ

ลงนาม.....

(นายประภากร จ่านงประสาทร)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์  
โรงพยาบาลสมุทรปราการ

ลงนาม.....

(นางกัลยา ติระวัฒนานนท์)

ประธานคณะกรรมการพัฒนางานวิจัย  
โรงพยาบาลสมุทรปราการ

หมายเลขรับรอง : Tq05663

วันที่รับรอง : 23 พฤศจิกายน 2563

วันที่รับรองหมดอายุ : 22 พฤศจิกายน 2564

## ภาคผนวก ก

โรงพยาบาลสมุทรปราการ	เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการ (Information sheet for research participant)
----------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------

ชื่อโครงการวิจัย : การประเมินคุณภาพชีวิตด้านการบำบัดด้วยยาและด้านสุขภาพในผู้ป่วย

โรคมะเร็งที่ได้รับการบริหารทางเภสัชกรรมเมื่อเทียบกับการบริหารตามปกติ

ผู้สนับสนุนการวิจัย : สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว)

### ผู้วิจัยหลัก

ชื่อ นางสาวกรณทิพย์ สร้อยพิทักษ์

ที่อยู่ 71 โรงพยาบาลสมุทรปราการ ต.ปากน้ำ อ.เมือง จ.สมุทรปราการ 10270

เบอร์โทรศัพท์ 02-02-7018132

### ผู้ร่วมวิจัยคนที่ 1

ชื่อ

ที่อยู่

เบอร์โทรศัพท์

### แพทย์ผู้ร่วมในโครงการวิจัย

ชื่อ

ที่อยู่

เบอร์โทรศัพท์

เรียน ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทุกท่าน

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เนื่องจากท่านเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยดังกล่าว ขอให้ท่านอ่านเอกสารฉบับนี้อย่างถี่ถ้วน เพื่อให้ท่านได้ทราบถึงเหตุผลและรายละเอียดของการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ หากท่านมีข้อสงสัยใด ๆ เพิ่มเติม

โรงพยาบาลสมุทรปราการ	เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการ (Information sheet for research participant)
----------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------

กรุณาซักถามจากผู้ทำวิจัย หรือแพทย์ผู้ร่วมทำวิจัยซึ่งจะเป็นผู้สามารถตอบคำถามและให้ความกระจ่างแก่ท่านได้

ท่านสามารถขอคำแนะนำในการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้จากครอบครัว เพื่อน หรือแพทย์ประจำตัวของท่านได้ ท่านมีเวลาอย่างเพียงพอในการตัดสินใจโดยอิสระ ถ้าท่านตัดสินใจแล้วว่าจะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ขอให้ท่านลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมของโครงการวิจัยนี้

### เหตุผลความเป็นมา

การให้บริบาลทางเภสัชกรรมเป็นหน้าที่ความรับผิดชอบของเภสัชกรโดยตรงที่มีต่อการรักษาของผู้ป่วย เพื่อให้ได้ผลการรักษาที่ถูกต้องตามต้องการ ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดพบปัญหาจากการใช้ยาและปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดปัญหาจากการใช้ยาได้หลายประการ อันส่งผลกระทบต่อการรักษาให้ไม่ประสบผลสำเร็จ รวมทั้งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วย ดังนั้นเภสัชกรจึงควรมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโดยให้การบริบาลทางเภสัชกรรมและควรประเมินผลของการปฏิบัติงานอย่างสม่ำเสมอ เพื่อนำไปสู่การพัฒนาและขยายงานต่อไป

### วัตถุประสงค์ของการศึกษา

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ ประเมินผลของการให้บริบาลทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดที่โรงพยาบาลสมุทรปราการ จำนวนผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย คือ ประมาณ 252 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มศึกษา (ได้รับการบริบาลทางเภสัชกรรม) ประมาณ 126 คน และกลุ่มควบคุม (ได้รับการบริการตามระบบปกติ) ประมาณ 126 คน

### วิธีการที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

หลังจากท่านได้ให้ความยินยอมที่จะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ คณะผู้วิจัยจะให้ความรู้เกี่ยวกับโรค/ยา/อาการไม่พึงประสงค์จากยาเคมีบำบัด และการดูแลตนเองของผู้ที่ได้รับยาเคมีบำบัด จะค้นหาปัญหาจากการใช้ยา และช่วยแก้ปัญหาให้แก่ผู้ป่วยแต่ละราย โดยอาศัยการจัดการด้านยา และให้ท่านทำแบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็ง และแบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยา ในข้อคำถามดังต่อไปนี้

โรงพยาบาลสมุทรปราการ	เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการ (Information sheet for research participant)
----------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------

- ด้านความผาสุกทางด้านร่างกาย (Physical well-being)
- ด้านความผาสุกทางด้านสังคม/ครอบครัว (Social/family well-being)
- ด้านความผาสุกทางด้านอารมณ์ (Emotional well-being)
- ด้านความผาสุกทางด้านการปฏิบัติกิจกรรม (Functional well-being)
- ทักษะคิดทั่วไปเกี่ยวกับการใช้ยา
- การได้รับข้อมูลยาและโรคจากหมอ เกษัชกร หรือพยาบาล
- ความพึงพอใจต่อประสิทธิผลของการใช้ยา
- การได้รับผลข้างเคียงจากยาที่ใช้
- ผลกระทบจากการข้างเคียงของยา
- ผลกระทบด้านจิตใจของการใช้ยา
- ความสะดวกในการใช้ยา การมียาให้ใช้/การเข้าถึงยา
- คุณภาพชีวิตโดยรวมของการใช้ยา

และหลังจากนั้นผู้วิจัยจะนำข้อมูลที่ได้มาประเมินผลของการให้บริบาลทางเภสัชกรรม และปรับปรุงกิจกรรมการให้บริบาลทางเภสัชกรรมเพื่อให้เกิดประสิทธิผลต่อการรักษาและเกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วยต่อไป

การเก็บข้อมูลทั้งหมดในระหว่างการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ดำเนินการเก็บข้อมูลทั้งหมด 2 ครั้ง ระยะห่างของการเก็บข้อมูลในแต่ละครั้งประมาณ 3-4 สัปดาห์ (ขึ้นอยู่กับรอบของยาเคมีบำบัดที่ท่านได้รับ) การเก็บข้อมูลในแต่ละครั้งใช้ระยะเวลาประมาณ 20-30 นาที และข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยจะถูกทำลาย หลังจากงานวิจัยได้รับการตีพิมพ์แล้ว

โรงพยาบาลสมุทรปราการ	เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการ (Information sheet for research participant)
----------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------

### ความเสี่ยงที่อาจได้รับ

เนื่องจากการวิจัยนี้เป็นการประเมินผลของการให้บริบาลทางเภสัชกรรมและตอบแบบสอบถาม จึงมีความเสี่ยงบ้าง เช่น ท่านอาจไม่สบายใจในการตอบแบบสอบถาม หรืออาจเสียเวลาบ้างในการตอบคำถาม ซึ่งท่านมีสิทธิ์ที่จะไม่ตอบคำถามใด ๆ ที่ท่านไม่ต้องการตอบ

### ประโยชน์ที่อาจได้รับ

ประโยชน์ที่ท่านจะได้รับโดยตรงจากการเข้าร่วมการวิจัยนี้คือ การได้รับความรู้เกี่ยวกับโรค/ยา/อาการไม่พึงประสงค์จากยาเคมีบำบัด และการดูแลตนเองของผู้ที่ได้รับยาเคมีบำบัดจากการให้ความรู้โดยเภสัชกร และจะมีประโยชน์ต่อผู้ป่วยโดยรวมทุกคนในการที่จะทำให้งานบุคลากรทางการแพทย์ทราบถึงปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วย และจะนำไปสู่การแก้ไขปัญหาค่าใช้จ่ายที่ถูกต้อง เพื่อลดความเจ็บป่วยและความสูญเสียของผู้ป่วย อันจะนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

### ค่าตอบแทนสำหรับผู้เข้าร่วมวิจัย

ท่านจะไม่ได้รับเงินค่าตอบแทนจากการเข้าร่วมในการวิจัย แต่ท่านจะได้รับของที่ระลึกเพื่อชดเชยในการสูญเสียเวลาหรือความไม่สะดวกสบายในการพบคณะผู้วิจัย มูลค่าประมาณ 20-50 บาท

### เงินชดเชยสำหรับการบาดเจ็บหรืออันตรายที่อาจเกิดขึ้น

กรณีที่ผู้เข้าร่วมการวิจัยได้รับผลกระทบทางด้านอารมณ์หรือจิตใจอันเป็นผลมาจากการตอบแบบสอบถาม จนต้องได้รับการบำบัดรักษา คณะผู้วิจัยจะได้นำส่งโรงพยาบาลเพื่อการบำบัดรักษาและรับผิดชอบค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น รวมทั้งค่าเสียเวลาของท่านตามอัตราค่าแรงขั้นต่ำ 300 บาทต่อวัน

### สิทธิในการถอนตัวออกจากการศึกษาวิจัย

ท่านมีสิทธิ์ในการถอนตัวออกจากการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น โดยท่านสามารถส่งจดหมายไปให้ผู้วิจัยตามชื่อและที่อยู่ดังนี้ นางสาวภรณ์ทิพย์ สร้อยพิทักษ์ ที่อยู่ 71 โรงพยาบาลสมุทรปราการ ต.ปากน้ำ อ.เมือง จ.สมุทรปราการ 10270

โรงพยาบาลสมุทรปราการ	เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการ (Information sheet for research participant)
----------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------

### การรักษาความลับของข้อมูลการศึกษาวิจัย

ข้อมูลที่สามารถนำไปสู่การเปิดเผยตัวท่าน จะได้รับการปกปิดและจะไม่เปิดเผยแก่สาธารณชน ในกรณีที่ผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์ ชื่อและที่อยู่ของท่านจะต้องได้รับการปกปิดอยู่เสมอ โดยจะใช้เฉพาะรหัสประจำโครงการวิจัยของท่าน และผู้ที่มีสิทธิ์เข้าถึงข้อมูลการวิจัยคือคณะผู้วิจัยและผู้สนับสนุนทุนเท่านั้นเพื่อการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล

### การสอบถามข้อสงสัย

ชื่อผู้วิจัยที่สามารถติดต่อได้ คือ นางสาวกรรณิพย์ สร้อยพิทักษ์ โรงพยาบาลสมุทรปราการ เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อได้สะดวก 087-2042426 และหากผู้วิจัยไม่ปฏิบัติตามที่ชี้แจงในเอกสารข้อมูลคำอธิบาย ท่านสามารถร้องเรียนมาได้ที่คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลสมุทรปราการ เลขที่ 71 ต.ปากน้ำ อ.เมือง จ.สมุทรปราการ 10270 โทร 02-02-7018132 ในเวลาราชการ



## ภาคผนวก ฐ

หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ทำที่ โรงพยาบาลสมุทรปราการ

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เลขที่ ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ข้าพเจ้า ซึ่งได้ลงนามทำหนังสือนี้ ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย การประเมินคุณภาพชีวิตด้านการบำบัดด้วยยาและด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับ  
บริหารทางเภสัชกรรมเมื่อเทียบกับการบริหารตามปกติ

ชื่อผู้วิจัย นางสาวกรณทิพย์ สร้อยพิทักษ์

ที่อยู่ติดต่อ 71 โรงพยาบาลสมุทรปราการ ต.ปากน้ำ อ.เมือง จ.สมุทรปราการ 10270 โทร 02-7018132

ข้าพเจ้า ได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียดขั้นตอน  
ต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ความเสี่ยง/อันตราย และประโยชน์ซึ่งจะเกิดขึ้นจากการวิจัย  
เรื่องนี้ โดยได้อ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด และได้รับคำอธิบายจากผู้วิจัย  
จนเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว

ข้าพเจ้าจึงสมัครใจเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย โดย  
ข้าพเจ้ายินยอม ตอบแบบสอบถามวัดคุณภาพชีวิตทั่วไปของผู้ป่วยมะเร็ง และแบบสอบถามวัดคุณภาพ  
ชีวิตด้านการใช้ยา และเข้ารับการบริหารทางเภสัชกรรมเป็นเวลา 1 เดือน จำนวน 2 ครั้ง เมื่อเสร็จสิ้นการ  
วิจัยแล้วข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยจะถูกทำลาย

ข้าพเจ้ามีสิทธิถอนตัวออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล ซึ่ง  
การถอนตัวออกจากการวิจัยนั้น จะไม่มีผลกระทบในทางใดๆ ต่อข้าพเจ้าทั้งสิ้น เป็นต้นว่า ไม่มีผลกระทบ  
ต่อการดูแลรักษา ผลต่อการศึกษา เป็นต้น

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติต่อข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วม  
การวิจัย และข้อมูลใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะเก็บรักษาเป็นความลับ โดยจะนำเสนอข้อมูลการ  
วิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในการรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัวข้าพเจ้า

หากข้าพเจ้าไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้า  
สามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลสมุทรปราการ เลขที่ 71  
ถ.จ๊กกะพาก ต.ปากน้ำ อ.เมือง จ.สมุทรปราการ 10270 โทรศัพท์ 02-7018132

ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารชี้แจง  
ผู้เข้าร่วมการวิจัย และสำเนานหนังสือแสดงความยินยอมไว้แล้ว

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้วิจัยหลัก

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY



## ประวัติผู้เขียน

ชื่อ-สกุล

ภรณ์ทิพย์ สร้อยพิทักษ์

วัน เดือน ปี เกิด

6 กรกฎาคม 2531

สถานที่เกิด

อุตรดิตถ์

วุฒิการศึกษา

ปริญญาตรี คณะเกษตรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่อยู่ปัจจุบัน

555/194 หมู่บ้านเลอเนกตร้า หมู่ 5 ถ.ศรีนครินทร์ ต.บางเมือง อ.เมือง จ.

สมุทรปราการ 10270



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY