



บทที่ 2

การติดตามการใช้ยาเคมีบำบัดในผู้ป่วยโรคมะเร็ง

1. การดำเนินงานเภสัชกรรมคลินิกและการติดตามผลการใช้ยา

1.1 ความสำคัญของการดำเนินงานเภสัชกรรมคลินิก

จากการที่แนวคิดของการพัฒนางานเภสัชกรรมเป็นการเปลี่ยนแปลงแนวทางการทำงานของเภสัชกรที่เคยปฏิบัติเกี่ยวข้องกับผลิตภัณฑ์ยา (product oriented) ซึ่งได้แก่การมีหน้าที่เกี่ยวกับการคัดเลือก การจัดซื้อ การควบคุมและเก็บรักษา หรือการจ่ายยาให้กับผู้ป่วย โดยการปฏิบัติงานของเภสัชกรจะจำกัดอยู่เฉพาะภายในแผนกเภสัชกรรมเท่านั้นทำให้มีการติดต่อประสานงานกับบุคลากรการแพทย์อื่น ๆ น้อยมาก จากลักษณะการปฏิบัติงานดังกล่าวทำให้เกิดปัญหาเกี่ยวกับยาต่าง ๆ ได้แก่ การเกิดความคลาดเคลื่อนในการใช้ยา (medication errors) เพิ่มขึ้นมาก การเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา การเกิดอันตรกิริยาต่อกันระหว่างยาที่ใช้ การเกิดโรคที่มีสาเหตุจากการใช้ยา (drug-induced diseases) และมีการสั่งยาที่ไม่เหมาะสม (Smith, 1988 ; Sturek, 1990 ; Greene and Powell, 1991) จากปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นจึงทำให้เกิดแนวคิดใหม่ของการพัฒนางานเภสัชกรรม โดยเภสัชกรได้เริ่มมีการปรับเปลี่ยนบทบาทการทำงาน และให้ความสนใจเกี่ยวกับการใช้ยาในผู้ป่วย (patient oriented) มากขึ้น เป็นผลให้เกิดการดำเนินงานเภสัชกรรมในลักษณะต่าง ๆ เช่น (Brodie, Mcghan and Lindon, 1991 ; Lee and Rey, 1993)

1. การให้คำแนะนำและตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสมของการสั่งใช้ยา
2. การติดตามประเมินผลการใช้ยาในผู้ป่วย
3. การให้ข้อมูล และคำปรึกษาทางด้านเภสัชจลนศาสตร์
4. การค้นหา และรายงานการแพ้ยา และอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา
5. การให้คำแนะนำเรื่องการใช้ยาแก่ผู้ป่วย
6. การตอบคำถามและให้ข้อมูลทางด้านยา
7. การเข้าร่วมในทีมการรักษาพยาบาล ร่วมกับแพทย์ และพยาบาลบนหอผู้ป่วย
8. การเตรียมสารผสมที่ให้ทางหลอดเลือดดำ
9. การทำวิจัยเกี่ยวกับการใช้ยาในผู้ป่วย

อย่างไรก็ตามแนวคิดของการพัฒนางานเหล่านี้ ก็ยังไม่สามารถตอบสนองหรือสร้างความสัมพันธ์ในการดูแลผู้ป่วยในเรื่องการใช้ยาโดยตรง เพราะการดำเนินงานจะเป็นการเน้นเฉพาะการให้บริการเพียงส่วนใดส่วนหนึ่ง เป็นผลให้มีการดูแลผู้ป่วยเฉพาะกลุ่ม หรือดูแลเพียงบางส่วนของกระบวนการใช้ยาเท่านั้น เภสัชกรไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้ทุกคน หรือทุก ๆ ขั้นตอนของการ

ใช้ยาของผู้ป่วย (Hepler, 1985) จากข้อบกพร่องและปัญหาที่เกิดขึ้นทำให้ Hepler และ Strand (1990) ได้เสนอแนวคิดของการพัฒนางานเภสัชกรรม เพื่อให้เภสัชกรเข้าไปมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับการใช้ยาโดยตรง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้เกิดความปลอดภัยและทำให้การใช้ยาในการรักษาโรคของผู้ป่วยบรรลุผลสำเร็จตามวัตถุประสงค์ของการรักษา โดยได้กำหนดพันธกิจของงานเภสัชกรรม ก็คือการดูแลผู้ป่วยในเรื่องที่เกี่ยวกับการใช้ยา หรือการบริบาลผู้ใช้ยา (pharmaceutical care) โดยให้คำนิยามไว้ดังนี้ (Hepler and Strand, 1990)

การบริบาลผู้ใช้ยาหมายถึง ความรับผิดชอบของเภสัชกรที่มีต่อการรักษาด้วยยาของผู้ป่วย เพื่อให้ได้ผลการรักษาที่ถูกต้อง แน่นนอนและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ผลการรักษาดังกล่าวหมายถึงสิ่งต่อไปนี้ คือ

1. การที่ผู้ป่วยหายจากโรคที่เป็นอยู่
2. การกำจัดอาการหรือการทำให้อาการของโรคที่เป็นอยู่บรรเทาลง
3. การชะลอหรือยับยั้งกระบวนการเกิดโรคให้ดำเนินไปสู่ระยะที่รุนแรงเกิดขึ้นช้าลง
4. การป้องกันโรคหรือป้องกันอาการที่เกิดจากโรค

การบริบาลผู้ใช้ยาเป็นกระบวนการที่เภสัชกรจะต้องมีการติดต่อประสานงานกับบุคลากรในวิชาชีพอื่นๆ และผู้ป่วย เพื่อให้การใช้ยาเกิดประโยชน์สูงสุดกับผู้ป่วย โดยหน้าที่หลักของเภสัชกรได้แก่

1. การค้นหาปัญหาที่เกิดจากการใช้ยา
2. การแก้ไขปัญหาที่เกิดจากการใช้ยา
3. การป้องกันปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้นจากการใช้ยา

ทั้งนี้เนื่องมาจากในปัจจุบันได้มีการพัฒนาเทคโนโลยีใหม่ๆ ในการรักษาโรค และมีการพัฒนาผลิตภัณฑ์ยาใหม่ออกสู่ท้องตลาดเป็นจำนวนมาก ทำให้การรักษาผู้ป่วยด้วยยา มีความซับซ้อนมากขึ้น โอกาสที่จะเกิดปัญหาจากการใช้ยาจึงมีเพิ่มขึ้น (Smith, 1988 ; Greene and Powell, 1991) ซึ่งปัญหาจากการใช้ยาที่สำคัญประการหนึ่งได้แก่ การเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ซึ่งจะพบอุบัติการณ์การเกิดมากขึ้น ในผู้ป่วยที่ได้รับยาหลายชนิดร่วมกัน ผู้ป่วยสูงอายุหรือผู้ป่วยที่เป็นโรคเรื้อรังที่มีความผิดปกติของตับและไตร่วมด้วย (Tamai และคณะ, 1989) ซึ่งพบว่าผู้ป่วยบางคนเกิดปัญหาจากยาที่รุนแรงจนถึงขั้นต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล หรือเสียชีวิตจากการใช้ยา โดยปัญหาจากยาที่เป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ได้แก่ การเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา โดยจากการศึกษาในช่วงปี ค.ศ. 1969-1984 พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เนื่องจากอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ถึงร้อยละ 2 ถึง 9 (Phillips and Care-Lopez, 1990) นอกจากนี้ปัญหาจากยาอาจจะเกิดจาก การเกิดอันตรกิริยาระหว่างยา การเกิดพิษจากยาเนื่องจากการใช้ยาเกินขนาด หรือการเกิดการลุกลามของโรคเนื่องจาก

ความไม่ร่วมมือของผู้ป่วยในการใช้ยา (Mckenney and Harrison, 1976) ได้มีการศึกษาวิจัยมากมายเพื่อหาอุบัติเหตุการเกิดปัญหาจากยาที่เป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งผลการศึกษาส่งผลใหญ่สรุปได้ว่าประมาณ ร้อยละ 5 ของผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลมีสาเหตุมาจากอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (Einarson, 1993) ซึ่งปัญหาที่เกิดจากการใช้ยามีหลายลักษณะ สามารถเกิดขึ้นได้ทั้งจาก แพทย์ พยาบาล เภสัชกร หรือผู้ป่วย และมีโอกาสเกิดขึ้นได้ในทุกขั้นตอนของกระบวนการรักษาผู้ป่วยด้วยยา โดยได้มีผู้จัดแบ่งหมวดหมู่ของปัญหาที่เกิดขึ้นจากการใช้ยาไว้แตกต่างกันไป แต่ที่มีผู้นำมาใช้มากและแพร่หลายคือ การจัดกลุ่มปัญหาที่เกิดจากยาของ Strand (1990) โดย Strand ได้ให้คำนิยามของปัญหาที่เกิดจากยาดังนี้

1.2 ปัญหาที่เกี่ยวกับยา (Drug related problems) หมายถึงผลหรือเหตุการณ์อันไม่พึงประสงค์ใดๆ ที่ผู้ป่วยต้องประสบจากการใช้ยา หรือการที่ผู้ป่วยไม่ได้ใช้ยาในกรณีที่จะได้รับยา และผลหรือเหตุการณ์อันไม่พึงประสงค์เหล่านี้ มีสาเหตุมาจากยาหรือมีส่วนสัมพันธ์ ซึ่งสงสัยว่าเกิดจากยา (Strand และคณะ, 1990) โดยจัดแบ่งปัญหาที่เกี่ยวกับยาออกเป็นหมวดหมู่ดังต่อไปนี้

1. ผู้ป่วยไม่ได้รับยาที่สมควรจะได้รับ (untreated indication) ในกรณีนี้หมายถึง ผู้ป่วยมีอาการหรือภาวะที่สมควรจะได้รับการรักษาหรือบำบัดด้วยยา แต่แพทย์ไม่ได้สั่งยานั้นให้แก่ผู้ป่วย

2. การเลือกยาที่ไม่เหมาะสม (improper drug selection) ซึ่งได้แก่

- 2.1 การเลือกยาที่ไม่มีประสิทธิภาพในการรักษา
- 2.2 การสั่งจ่ายยาที่ผู้ป่วยแพ้ให้แก่ผู้ป่วย
- 2.3 การเลือกยาที่มีประสิทธิภาพต่ำไม่ได้ผลในการรักษา
- 2.4 การใช้ยาในผู้ป่วยที่มีภาวะห้ามใช้ยานั้น
- 2.5 การเลือกยาที่มีประสิทธิภาพแต่ไม่ประหยัด
- 2.6 การเลือกยาที่มีประสิทธิภาพแต่ไม่ปลอดภัยสำหรับผู้ป่วย
- 2.7 การที่ซื้อตัวยา
- 2.8 การให้ยาแก่ผู้ป่วยโดยไม่จำเป็น

3. การเลือกยาเหมาะสมแล้ว แต่ขนาดยาหรือระดับยาดำเกินไป (too little of correct drug) ซึ่งได้แก่

- 3.1 การให้ยาแก่ผู้ป่วยด้วยขนาดที่น้อยเกินไป (too low dose)
- 3.2 การให้ยาด้วยช่วงเวลาที่ยาวเกินไปในแต่ละครั้งของการให้ยา
- 3.3 การให้ยาผิดวิถีทางของการให้ยา
- 3.4 การให้ยาในรูปแบบ (dosage form) ที่ผิด หรือผู้ป่วยมีวิธีการใช้ยาที่ไม่เหมาะสมกับรูปแบบยานั้นๆ

3.5 การจ่ายยาที่เสื่อมสภาพหรือหมดอายุให้แก่ผู้ป่วย

4. การเลือกจ่ายยาเหมาะสมแล้ว แต่ขนาดหรือระดับยาสูงเกินไป (too much of correct drug) ซึ่งได้แก่

4.1 การให้ยาแก่ผู้ป่วยด้วยขนาดยาสูงเกินไป

4.2 การบริหารยาให้แก่ผู้ป่วยด้วยอัตราที่เร็วเกินไป

4.3 การให้ยาดูด้วยช่วงห่างระหว่างการให้ยาสั้นเกินไป

4.4 การให้ยาที่ผิดวิถีทางให้ยา และมีผลทำให้ผู้ป่วยได้รับยาในขนาดที่สูงเกินไป

5. การไม่ได้รับยาที่แพทย์สั่ง (failure to receive prescribed drug) หรือผู้ป่วยได้รับยาไม่ครบ ปัญหาจากยาในลักษณะนี้เกิดขึ้นในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ได้รับยาที่ควรได้รับ ทั้งๆที่แพทย์ได้สั่งจ่ายยาที่ถูกต้องให้แก่ผู้ป่วยแล้ว โดยสาเหตุของปัญหาอาจเกิดขึ้นจาก

5.1 การที่พยาบาลลืมให้ยาแก่ผู้ป่วย หรือเกิดความผิดพลาดขึ้นแล้วทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับยา

5.2 เกิดจากการไม่ใช้ยาตามสั่งของผู้ป่วย (non-compliance) ได้แก่ การใช้ยามากหรือน้อยกว่าที่กำหนด การใช้ยาในเวลาที่ไม่เหมาะสม การใช้ยาผิดวิธีหรือผิดเทคนิค การใช้ยามิควัดถูกระสงค์หรือผิดประเภท การใช้ยาเสื่อมคุณภาพหรือหมดอายุ การใช้ยาอื่นนอกเหนือจากที่แพทย์สั่ง ซึ่งผลที่ตามมานั้น นอกจากจะทำให้อาการของโรคไม่ทุเลาหรือไม่สามารถควบคุมโรคได้แล้ว ยังอาจเป็นสาเหตุให้แพทย์ไม่สามารถประเมินผลการรักษาได้อย่างถูกต้อง และในบางกรณีอาจทำให้แพทย์ตัดสินใจเพิ่มยาให้กับผู้ป่วย จนอาจเป็นอันตรายได้ มีรายงานการวิจัย พบว่า อัตราการใช้ยาตามสั่งของผู้ป่วย โดยมากจะอยู่ระหว่างร้อยละ 25 ถึง 59 (Blackwell, 1972 ; Stewart and Cluff, 1972) สำหรับในประเทศไทย มีรายงานการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการใช้ยาตามสั่งของผู้ป่วยอยู่มาก โดยผลการวิจัยที่ได้ก็พบอัตราการใช้ยาตามสั่งในอัตราที่ใกล้เคียงกับรายงานผลการวิจัยจากต่างประเทศ เช่น อภิชาติ วิษณุวรรณ์ และคณะ (2522) ได้ศึกษาในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลศิริราช ในช่วงปี พ.ศ. 2515-2519 ที่มาด้วยการมีแผลที่เท้า จำนวน 110 คน พบว่าร้อยละ 24.5 ของผู้ป่วยเหล่านั้นมีการใช้ยาไม่สม่ำเสมอ อัศนีย์ สิงหละ (2524) รายงานการศึกษาผู้ป่วยนอกทั่วไปโดยวิธีการสัมภาษณ์ พบอัตราผู้ป่วยที่ไม่สามารถจ่ายยาตามสั่ง ร้อยละ 40 สุวรรณิ เจริญพิชิตนันท์ (2532) ได้ศึกษาถึงความไม่สามารถจ่ายยาตามสั่งของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในโรงพยาบาลเลิดสิน ซึ่งก็พบว่าร้อยละ 75.5 ของผู้ป่วยไม่สามารถจ่ายยาตามสั่ง ซึ่งสาเหตุของการที่ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยาอาจเกิดจาก

ก. ผู้ป่วยไม่เข้าใจหรือไม่เห็นความสำคัญของการใช้ยาหรือผู้ป่วยไม่เข้าใจถึงวิธีการใช้ยา ดังนั้นปัจจัยที่ต้องนำมาพิจารณาและมีความสำคัญยิ่งต่อการให้ความร่วมมือ

ในการรักษา และการใช้ยาตามสั่ง ก็คือ ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค และยา ของผู้ป่วย รวมถึงทัศนคติ ความคาดหวังต่อผลการรักษาของผู้ป่วย (Mckenny, 1981 ; Hussar, 1990)

ข. ผู้ป่วยได้รับยาหลายชนิดมากเกินไป เมื่อจำนวนขนานยาเพิ่มขึ้น การไม่ใช้ยาตามสั่งก็เพิ่มขึ้น (Stewart, 1972)

ค. ผู้ป่วยเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องใช้ยาติดต่อกันนาน ๆ หรือต้องใช้ยาลดชีวิต ทำให้เกิดความรู้สึกท้อแท้ มีผลให้การใช้ยาตามสั่งลดลง (Eraker, Kirscht and Becker, 1984)

ง. อาการข้างเคียง หรืออาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา การวิจัยส่วนใหญ่พบว่าถ้าเกิดผลข้างเคียงหรืออาการไม่พึงประสงค์ของยา ทำให้อัตราการใช้ยาตามสั่งลดลง

จ. ยาที่มีรูปแบบ รส กลิ่นไม่ดี ทำให้ผู้ป่วยไม่ยอมรับประทานยานั้น โดยเฉพาะผู้ป่วยเด็ก

ฉ. ฐานะทางเศรษฐกิจ และสังคมของผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยที่มีฐานะยากจนมักไม่สามารถใช้ยาตามสั่งมากกว่าผู้ป่วยกลุ่มอื่น และมักจะไม่ไปพบแพทย์ตามนัด (Evans and Spelman, 1983)

6. ปัญหาการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (adverse drug reactions) ซึ่งมีผลต่อสุขภาพ และการดำรงชีพ ตลอดจนมีผลกระทบต่อการใช้ยาตามแผนการรักษาของผู้ป่วย

7. ปัญหาการเกิดอันตรกิริยาระหว่างยา (drug interactions) ซึ่งได้แก่การเกิดอันตรกิริยาระหว่างยากับยา ยากับอาหาร หรือการรบกวนผลตรวจทางห้องปฏิบัติการของยา

8. การใช้ยาไม่ตรงข้อบ่งใช้ หรือยังไม่มีข้อมูลยืนยันถึงข้อบ่งใช้นั้น ปัญหาจากยาในลักษณะนี้อาจเกิดขึ้นจากการนำฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาของยาไปใช้ในทางที่ผิดที่ไม่ตรงกับวัตถุประสงค์หรือข้อบ่งใช้ของยา หรือการใช้ยาที่ยังไม่มีข้อบ่งใช้ที่เป็นที่ยอมรับ

ซึ่งปัญหาที่เกิดจากการใช้ยานั้นมีหลายลักษณะมาก บางชนิดมีความรุนแรง และมีนัยสำคัญมาก ดังนั้นเภสัชกรซึ่งเป็นผู้ที่มีบทบาทหน้าที่ในการดูแลติดตามการใช้ยาของผู้ป่วย จึงมีหน้าที่ที่สำคัญประการหนึ่งคือ การค้นหาปัญหาที่เกี่ยวกับยา โดยจะต้องระบุ (identify) ว่าอาการหรือภาวะใดเป็นปัญหาที่อาจจะเกิดจากยา หรือเป็นปัญหาที่เกิดขึ้นแล้ว และจะต้องทำการแก้ไขหรือป้องกัน โดยจะต้องให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับยาที่ใช้อยู่ เพื่อให้เกิดความร่วมมือในการรักษา และทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (Strand และคณะ, 1990; ASHP, 1993; Lee and Ray, 1993) ดังนั้นเภสัชกรที่ปฏิบัติหน้าที่ดังกล่าวจะต้องมีความรู้และทักษะในการปฏิบัติงานตลอดจนมีความรู้เกี่ยว

กับการใช้ยาในทางคลินิกเป็นอย่างดี (Fink และคณะ, 1982; Hepler and Strand, 1990) รวมทั้งจะต้องมีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี ทั้งต่อผู้ป่วย และบุคลากรที่เกี่ยวข้อง

ซึ่งในส่วนของ การป้องกันหรือแก้ไขปัญหาที่อาจเกิดขึ้นนั้น สามารถดำเนินการได้ โดยการติดต่อประสานงานกับผู้ที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ตัดสินใจในการแก้ไขหรือป้องกันปัญหาต่อไป โดยวิธีการติดต่อและประสานงาน ซึ่งสามารถทำได้หลายวิธี ได้แก่

1. การแจ้งด้วยวาจาแก่ผู้ที่เกี่ยวข้องโดยตรง วิธีนี้เป็นวิธีที่รวดเร็ว และสามารถอภิปรายปัญหาที่พบร่วมกันได้ ซึ่งจะช่วยให้การดำเนินการแก้ไขและป้องกันปัญหาคำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพ
2. การเขียนบันทึกลงในชาร์ทของผู้ป่วย เป็นวิธีที่สะดวกต่อการทำงาน แต่มีข้อเสียคือ ผู้ที่เกี่ยวข้องอาจจะไม่ทราบ ถ้าไม่ได้อ่านบันทึกดังกล่าว
3. การใช้วิธีติดต่อทางโทรศัพท์ ซึ่งเป็นวิธีหนึ่งที่สะดวก และรวดเร็ว

1.3 บทบาทของเภสัชกรในการดำเนินงานเภสัชกรรมคลินิก

ได้มีการศึกษาบทบาทของเภสัชกรในการปฏิบัติงานเภสัชกรรม เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์สูงสุดจากการรักษาด้วยยา ซึ่งกิจกรรมเหล่านั้นได้แก่ การให้คำแนะนำในการเริ่มใช้ยา หรือการหยุดใช้ยาของผู้ป่วย การปรับเปลี่ยนขนาดยาที่ใช้ การแนะนำทางเลือกใหม่ในการรักษา การค้นหาและป้องกัน หรือแก้ไขปัญหที่เกิดจากยา การให้คำแนะนำการใช้ยาที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วย และกิจกรรมอื่น ๆ โดยจากรายงานของ Borgsdorf, Miano and Knapp (1994) ที่ได้ดำเนินงานติดตามค้นหาปัญหาจากยารวมทั้งดำเนินงานป้องกัน และแก้ไขปัญหามาจากการใช้ยาในแผนกผู้ป่วยนอก ของโรงพยาบาลแห่งหนึ่งซึ่งจากการศึกษาพบปัญหาจากการใช้ยาในผู้ป่วยถึงร้อยละ 64.9 โดยร้อยละ 34.7 เป็นปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาอย่างไม่เหมาะสม และร้อยละ 24.3 เป็นปัญหาที่ผู้ป่วยใช้ยาที่ควรจะหยุดใช้แล้ว นอกจากนั้นยังสามารถค้นหาและป้องกัน หรือแก้ไขอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดจากการใช้ยาได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Phillips และ Carr-Lopes ; 1990)

โดยกิจกรรมหลักที่เภสัชกรปฏิบัติได้แก่ การแนะนำการเลือกใช้ยา และการปรับเปลี่ยนขนาดยาที่ใช้ (Hatoum และคณะ, 1988) ซึ่งผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Davies, Spaven and Chamber (1992) ที่ได้ศึกษาวิจัยถึงบทบาทของเภสัชกรในแผนกผู้ป่วยนอกโรคมะเร็ง โดยกิจกรรมที่เภสัชกรปฏิบัติได้แก่ การให้ข้อมูลเกี่ยวกับยา การให้คำปรึกษาเรื่องยาแก่ผู้ป่วย และการค้นหาและแก้ไขปัญหที่เกิดจากการใช้ยา ซึ่งผลการศึกษาพบว่ากิจกรรมหลักที่เภสัชกรปฏิบัติได้แก่ ร้อยละ 20.7 เป็นการให้ข้อเสนอแนะในการเลือกใช้ยา และการปรับเปลี่ยนขนาดยา ร้อยละ 19.5 เป็นการแก้ไขคำสั่งใช้ยาที่ไม่สมบูรณ์ของแพทย์ นอกจากนี้ยังพบว่า การดำเนินงานลักษณะดังกล่าว สามารถลดปัญหาที่เกิดจากยาในลักษณะอื่น ๆ ได้อีกเช่น การลดการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา การลดปัญหาความคลาดเคลื่อนในการใช้ยา (Mcghan, Rowland and Bootman, 1978 ; Angaran และคณะ, 1988) ส่วนผลกระทบทางเศรษฐศาสตร์จากการปฏิบัติงาน

ของเภสัชกรนั้นได้มีการศึกษาถึงผลกระทบทางด้านค่าใช้จ่ายจากการที่เภสัชกรปฏิบัติงานเภสัชกรรมคลินิกดังกล่าว ซึ่งผลการศึกษาวิจัยโดยรวมสรุปได้ว่า การปฏิบัติงานของเภสัชกรสามารถลดค่าใช้จ่ายในทางเภสัชกรรม และลดค่ารักษาพยาบาลของผู้ป่วยได้และพบว่ายังสามารถลดระยะเวลาที่ผู้ป่วยต้องนอนพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Haig and Kiser, 1991 ; Torok and Brown, 1992 ; Levy, 1993) และที่สำคัญยังช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (Lobas, Lepinski and Abramowitz, 1992) ซึ่งจะเห็นได้ว่าการเข้าร่วมในทีมรักษาพยาบาลของเภสัชกรมีผลต่อการสั่งการรักษาของแพทย์ในแง่การเลือกจ่ายยา การปรับเปลี่ยนขนาดยา การสั่งตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เหมาะสมและการช่วยค้นหา และป้องกันหรือแก้ไขปัญหาที่เกิดจากการจ่ายยา นอกจากนี้เภสัชกรควรจะต้องมีหน้าที่ความรับผิดชอบในการติดตามผลการจ่ายยาในผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจ่ายยาได้อย่างมีประสิทธิภาพและเกิดประสิทธิผลสูงสุด (Zellmer, 1993) โดยเภสัชกรเป็นบุคลากรทางการแพทย์คนสุดท้ายที่พบผู้ป่วยก่อนที่ผู้ป่วยจะนำยากลับไปใช้ด้วยตนเองที่บ้าน ดังนั้นเภสัชกรจึงเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการให้คำแนะนำ และสร้างความเข้าใจในการจ่ายยาให้เกิดกับผู้ป่วย Miller (1983) ได้ชี้แจงถึงบทบาทหนึ่งของเภสัชกรว่า จะต้องทำหน้าที่ในการให้คำแนะนำการใชยาลดจนให้ความรู้แก่ผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจ่ายยาได้อย่างถูกต้อง ทั้งยังเป็นการสร้างภาพพจน์ที่ดีของเภสัชกรต่อผู้ป่วยอีกด้วย

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า งานเภสัชกรรมคลินิกในประเทศสหรัฐอเมริกาเริ่มมีการบุกเบิก และพัฒนามาเป็นลำดับตั้งแต่ปี ค.ศ. 1960 และเริ่มมีการขยายงานบริการเภสัชกรรมคลินิกเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วตั้งแต่ปี ค.ศ. 1982 เป็นต้นมา (Angaran และคณะ, 1988) สำหรับในประเทศไทย การปฏิบัติหน้าที่ของเภสัชกร ส่วนใหญ่ยังคงมุ่งเน้นเฉพาะงานที่เกี่ยวข้องกับผลิตภัณฑ์ยา และการจ่ายยาให้แก่ผู้ป่วย แต่อย่างไรก็ตามมีหลายโรงพยาบาลที่เริ่มให้ความสำคัญและพัฒนามาบทบาททางวิชาชีพเภสัชกร โดยการเข้าไปมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโดยตรงมากขึ้น ซึ่งรูปแบบการศึกษาส่วนใหญ่เป็นโครงการทดลองการบริการเภสัชกรรมคลินิกหลายกิจกรรม ได้แก่ การจัดตั้ง โครงการติดตามผลการจ่ายากลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือดของปรมิินทร์ วีระอนันต์วัฒน์ (2534) ซึ่งโครงการดังกล่าวสามารถตรวจหาอาการไม่พึงประสงค์จากการจ่ายยา และสามารถแก้ไขปัญหาในการจ่ายยาของผู้ป่วยได้อย่างถูกวิธี นอกจากนี้ยังมีการจัดตั้งโครงการอื่น ๆ อีกเช่น โครงการติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการจ่ายยาด้านจุลชีพของเทียมจันทร์ ลีพึงธรรม (2535) ซึ่งพบว่าเภสัชกรสามารถติดตามและแก้ไขปัญหาที่เกิดจากอาการไม่พึงประสงค์จากการจ่ายยาได้อย่างมีประสิทธิภาพและเป็นที่ยอมรับ และการจัดตั้งโครงการประกันคุณภาพการจ่ายาลดระดับน้ำตาลในผู้ป่วยนอกโรคเบาหวานที่โรงพยาบาลนครนายกของ อุษา สโมสร (2536) พบว่าสามารถค้นพบและแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในขั้นตอนต่าง ๆ ของกระบวนการจ่ายยาของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม โดยสามารถแก้ไขปัญหาการไม่จ่ายตามสั่ง ลดการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการจ่ายยาและแก้ไขความคลาดเคลื่อนในการสั่งยา และการจ่ายยาได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จะเห็นได้ว่าในกระบวนการใช้ยาของผู้ป่วยเภสัชกรจะอยู่ตรงกลางระหว่างผู้ป่วยกับผู้ส่งจ่ายยา ประกอบกับเภสัชกรเป็นผู้ที่มีความรู้เรื่องยาเป็นอย่างดี ดังนั้นจึงเป็นบุคคลที่เหมาะสมที่สุดที่จะติดตามดูแลเพื่อมิให้เกิดความคลาดเคลื่อนและปัญหาในแต่ละขั้นตอนของการใช้ยา ซึ่งแนวทางในการดูแลผู้ป่วยในเรื่องที่เกี่ยวกับการใช้ยาดังกล่าวควรปฏิบัติดังนี้คือ (Rupp, 1991 ; ASHP, 1993)

1. มีส่วนร่วมในการติดตามผลการใช้ยา โดยมีการประเมินความเหมาะสมในการใช้ยา ความเข้าใจของการสั่งยา ตรวจสอบอันตรกิริยาต่อกันของยา การประเมินอาการและผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ การประเมินผลการใช้ยาในผู้ป่วย เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพ ความปลอดภัยและความสมเหตุสมผลในการใช้ยา
2. เภสัชกรควรมีความรู้ที่ทันสมัยเพื่อให้สามารถให้คำแนะนำในการเลือกใช้ยาที่เหมาะสมได้
3. ก่อนการจ่ายยาให้ผู้ป่วย เภสัชกรควรทบทวนคำสั่งแพทย์ และยาที่จัดเสร็จ เพื่อให้เกิดความถูกต้อง แม่นยำ ทั้งชนิดของยา การเขียนฉลากยา การบรรจุยาในภาชนะที่เหมาะสม ปริมาณยา ขนาดยา และคำแนะนำการใช้ยา
4. ควรจัดทำบันทึกประวัติการใช้ยาของผู้ป่วยทุกคน ที่มารับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งบันทึกนี้ควรมีข้อมูลประวัติการใช้ยา การวินิจฉัย การแพ้ยา อันตรกิริยาระหว่างยา ที่รุนแรง อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการและอื่น ๆ
5. เมื่อจ่ายยาให้แก่ผู้ป่วย เภสัชกรควรให้คำแนะนำปรึกษาปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยาแก่ผู้ป่วย และทดสอบว่าผู้ป่วยเข้าใจในคำแนะนำนั้นๆดีหรือไม่ ซึ่งคำแนะนำควรจะประกอบไปด้วยสิ่งต่าง ๆ ดังต่อไปนี้คือ (ASHP, 1984; Covington, 1986)
 - ชื่อยา (ชื่อการค้า ชื่อสามัญ)
 - ประโยชน์และฤทธิ์ของยาที่ต้องการ
 - วิธีการใช้ยา ขนาดยา และระยะเวลาในการรักษา
 - คำแนะนำพิเศษในการใช้ยา
 - ข้อควรระวังต่าง ๆ ที่ผู้ใช้ยาต้องคอยสังเกตในระหว่างการใช้ยา
 - อาการข้างเคียงที่อาจพบบ่อย ตลอดจนการป้องกันและปฏิบัติเมื่อเกิดอาการข้างเคียง หรือวิธีปฏิบัติเพื่อหลีกเลี่ยง ป้องกัน และแก้ไขอาการดังกล่าว
 - เทคนิคในการติดตามผลการใช้ยาโดยผู้ป่วยเอง
 - การเก็บรักษายาที่ถูกต้อง
 - อันตรกิริยาระหว่างยากับยา ยากับอาหารหรือข้อห้ามของการใช้ยา
 - วิธีปฏิบัติเมื่อลืมใช้ยา

นั้น

1.4 ขั้นตอนในการดำเนินงานติดตามผลการรักษาด้วยยา

ในการติดตามผลการใช้ยาในผู้ป่วย เกสซ์กรควรเลือกกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดปัญหาจากยาเป็นกลุ่มเป้าหมายในการติดตาม ซึ่งได้แก่ ผู้ป่วยเด็ก ผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังหลายโรคร่วมกัน ผู้ป่วยมะเร็ง ผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคตับ โรคไต โรคปอด หรือผู้ป่วยที่ได้รับยาที่มีดัชนีการรักษาแคบ (narrow therapeutic index) หรือผู้ป่วยที่ได้รับยาที่มีพิษสูง (Brown, 1990) และข้อมูลที่สำคัญของผู้ป่วยควรบันทึกไว้ในแบบบันทึกประวัติการใช้ยาของผู้ป่วย (patient medication profile) ซึ่งจะมีประโยชน์ในการรวบรวมข้อมูลที่ได้จากผู้ป่วยและใช้บันทึกกิจกรรมต่าง ๆ ที่เกสซ์กรปฏิบัติ เช่น การค้นพบปัญหาและการแก้ไขหรือป้องกันปัญหาจากการใช้ยา เป็นต้น (Britton and Lurvey, 1991; Smith, 1992)

ขั้นตอนในการติดตามผลการใช้ยาในผู้ป่วย (Brown, 1990 ; Isetts, 1992)

ขั้นตอนที่ 1 ทำการค้นหาสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาล เกสซ์กรจะต้องทำการทบทวนปัญหาที่เป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยอาศัยข้อมูลที่ได้จากบันทึกการตรวจและวินิจฉัยโรคของแพทย์ และต้องทำการค้นหาปัญหาที่เกี่ยวข้องกับยาของผู้ป่วยที่ไม่ได้บันทึกไว้ในประวัติผู้ป่วย หรือปัญหาที่ยังไม่ได้รับการวินิจฉัยหรือรักษาจากแพทย์

ขั้นตอนที่ 2 ทำการทบทวนประวัติผู้ป่วย และประวัติการใช้ยา เกสซ์กรจะต้องทำการรวบรวมและสัมภาษณ์ผู้ป่วยเพิ่มเติมเกี่ยวกับปัญหาการใช้ยาทั้งในอดีตและปัจจุบัน รวมทั้งประวัติความเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัว ซึ่งจะช่วยให้ทราบถึงสาเหตุ หรือที่มาของปัญหาต่าง ๆ ของผู้ป่วย เช่น การติดยาเสพติด การสูบบุหรี่ การดื่มเหล้า และพฤติกรรมการกินที่อาจเป็นสาเหตุทำให้เกิดการกำเริบของโรค

ขั้นตอนที่ 3 ทำการประเมินผลตรวจทางห้องปฏิบัติการของผู้ป่วย ซึ่งผลการตรวจเลือด ปัสสาวะและผลตรวจทางห้องปฏิบัติการอื่น ๆ ของผู้ป่วยจะช่วยให้เกสซ์กรทราบสภาพการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโดยตรง และทำให้ทราบถึงความรุนแรงของโรค ประสิทธิภาพของการรักษา พิษของยาที่เกิดขึ้นกับอวัยวะระบบต่าง ๆ ของร่างกาย

ขั้นตอนที่ 4 ทำการรวบรวมข้อมูลการรักษาต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยได้รับ เกสซ์กรจะต้องทำการตรวจสอบยาที่ผู้ป่วยได้รับในแต่ละวันขณะอยู่ในโรงพยาบาลรวมทั้งยาที่ผู้ป่วยใช้ก่อนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ว่าผู้ป่วยได้รับยาถูกต้องและเหมาะสมทั้งชนิดของยา รูปแบบยา ความแรง ขนาดของยา ความถี่ของการใช้ยาหรือไม่

ขั้นตอนที่ 5 นำตัวชี้วัดที่เฉพาะเจาะจงกับโรคและยาที่ผู้ป่วยได้รับมาประเมิน การเกิด ปัญหาจากยา และประเมินผลการรักษาของผู้ป่วย ซึ่งตัวชี้วัดนี้จะช่วยให้เภสัชกรสามารถประเมินผล การตอบสนองทางคลินิกที่ดีขึ้นหรือเลวลงจากการใช้ยา รวมทั้งจะช่วยบ่งชี้ถึงปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดจาก การใช้ยาของผู้ป่วย

ขั้นตอนที่ 6 ทำการรวบรวมและเรียบเรียงปัญหาต่าง ๆ ของผู้ป่วย โดยเภสัชกรจะต้อง นำปัญหาต่าง ๆ ของผู้ป่วยมาเรียบเรียงเพื่อหาสาเหตุ และแนวทางในการป้องกันหรือแก้ไขต่อไป

ขั้นตอนที่ 7 ทำการเปรียบเทียบการวินิจฉัยของแพทย์กับยาต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยได้รับ เภสัชกร จะต้องทำการประเมินปัญหาของผู้ป่วยที่รวบรวมได้ในขั้นตอนที่ 6 ว่าแต่ละปัญหาได้รับการแก้ไขและ รักษาจากแพทย์แล้วหรือไม่ มียาชนิดใดที่ไม่จำเป็นต้องใช้ในผู้ป่วย หรือมีปัญหาใดที่ยังไม่ได้รับการ แก้ไข เพื่อที่เภสัชกรจะได้ทำการประสานงานกับแพทย์เพื่อแก้ไขต่อไป

ขั้นตอนที่ 8 ทำการประเมินผลการใช้ยาและบันทึกข้อมูลการเกิดปัญหาและการแก้ไข ปัญหาต่าง ๆ ลงในแบบบันทึกประวัติการใช้ยา

ขั้นตอนที่ 9 หลังจากทำการวิเคราะห์และประเมินปัญหาของผู้ป่วยแล้ว เภสัชกรจะต้อง ทำการติดต่อประสานงานกับบุคลากรที่เกี่ยวข้อง เพื่อทำการป้องกัน และแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยต่อไป โดยจะต้องติดตามผลการติดต่อประสานงานอย่างใกล้ชิด เพื่อให้ปัญหาต่าง ๆ ของผู้ป่วยได้รับการ แก้ไข และเพื่อให้เกิดการใช้ยาอย่างเหมาะสม และเกิดประโยชน์สูงสุดกับผู้ป่วย ดังนั้นเภสัชกรที่มี หน้าที่ในการดูแลและติดตามผลการใช้ยาในผู้ป่วย จะต้องมีความสามารถดังต่อไปนี้

1. จะต้องสามารถค้นหาและประเมินปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาของ ผู้ป่วยแต่ละราย ตลอดจนต้องสามารถค้นหา และประเมินปัญหาที่มีความสัมพันธ์กับสภาวะโรค และ การใช้ยาของผู้ป่วย

2. จะต้องสามารถระบุตัวชี้วัด เพื่อติดตามผลการใช้ยาแต่ละชนิดได้

3. สามารถให้คำแนะนำในการเลือกใช้หรือไม่ใช้ยาตลอดจนจะต้อง สามารถเสนอแนะแนวทางเลือกใหม่ ในกรณีที่ไม่สามารถใช้ยาที่เลือกเป็นยาชนิดแรก (drug of choice) ได้

4. สามารถให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาแก่ผู้ป่วยและบุคลากรที่เกี่ยวข้อง

ได้

1.5 การประเมินผลการดำเนินงาน

หลังจากที่ได้ดำเนินงานติดตามผลการใช้จ่ายในผู้ป่วยแล้ว เกสซ์กรควรทำการประเมินคุณภาพของการให้บริการโดยอาจใช้แนวทางของ Donabedian (1980) ซึ่งได้แบ่งประเภทของการประเมินคุณภาพของการดำเนินงานออกเป็น

1. การประเมินโครงสร้าง (Structure) เป็นการประเมินด้านการจัดองค์กร สิ่งอำนวยความสะดวก และทรัพยากรอันได้แก่ ทรัพยากรด้านวัตถุ กำลังคน การเงิน ที่จำเป็นสำหรับการจัดให้บริการดูแลสุขภาพ การบริหารจัดการกับทรัพยากรดังกล่าว การมีหรือไม่มีส่วนประกอบของโครงสร้างต่างๆใช้เป็นพื้นฐานของการประเมินผล โดยการตั้งสมมุติฐานว่า การมีโครงสร้างที่ดีจะก่อให้เกิดคุณภาพที่ดีในการให้บริการ ซึ่งอาจจะสรุปได้ว่าการออกแบบโครงสร้างของโรงพยาบาลที่ดี ถือเป็นปัจจัยสำคัญอันหนึ่งที่จะช่วยให้เกิดคุณภาพในการรักษาพยาบาล และส่งเสริมสนับสนุนการดูแลผู้ป่วย
2. การประเมินกิจกรรมในกระบวนการให้บริการ (Process activities) เป็นการประเมินกิจกรรมที่เกิดขึ้นระหว่างผู้ให้บริการ อันได้แก่ แพทย์ เกสซ์กร พยาบาล ฯลฯ กับผู้ป่วย หรือผู้ดูแลผู้ป่วย การวัดหรือการประเมินจะรวมถึงวิธีการดำเนินงาน หรือขั้นตอนที่ปฏิบัติในการให้บริการดูแลสุขภาพ การประเมินจากขั้นตอนต่างๆเหล่านี้เป็นการวัดคุณภาพในแต่ละขั้นตอน และเป็นการประเมินคุณภาพที่ตรงที่สุด โดยอาศัยสมมุติฐานที่ว่ากระบวนการให้บริการที่ดีจะนำไปสู่ผลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยในทางที่ดี
3. การประเมินผลลัพธ์ที่ได้ (Outcome) เป็นการประเมินงานที่ออกมาขั้นสุดท้ายถ้าเป็นการให้บริการด้านสุขภาพของโรงพยาบาล ผลที่ได้จะวัดได้ในรูปต่างๆ เช่น การที่คนไข้หายป่วย การใช้จ่ายอย่างมีประสิทธิภาพและคุ้มค่า (cost-effectiveness) ความพึงพอใจของผู้ป่วย ความพึงพอใจของแพทย์ พยาบาล หรือการที่ผู้ป่วยได้รับความรู้เพิ่มขึ้น เป็นต้น

วิธีการประเมินผลการปฏิบัติงานของเกสซ์กรคลินิก (Schumock และคณะ, 1990)

Joint-Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) ได้เสนอแนะให้มีการปรับปรุงวิธีการประเมินผลการปฏิบัติงานของเกสซ์กรคลินิก โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ

1. ช่วยเหลือและสนับสนุนเกสซ์กรในการปรับปรุงการปฏิบัติงานให้ได้ผลงานเป็นที่น่าพอใจ
2. เพื่อแนะนำเกสซ์กรให้มีการบันทึกรวบรวมผลการปฏิบัติงาน
3. เพื่อกระตุ้นให้เกสซ์กรมีความกระตือรือร้นในการปฏิบัติงาน และก่อให้เกิดความร่วมมือและประสานงานกันภายในแผนกและระหว่างแผนก
4. เพื่อเป็นการช่วยค้นหางานที่จะต้องปรับปรุง ให้ได้ผลงานเป็นที่น่าพอใจ และเป็นการค้นหาวิธีการที่จะนำมาใช้ปรับปรุงงานให้ดีขึ้น

5. เพื่อสนับสนุนให้เภสัชกรเกิดการพัฒนาดตนเอง ให้มีความรู้และความชำนาญในการปฏิบัติงานมากขึ้น

วิธีการประเมินผลการปฏิบัติงานของเภสัชกรสามารถทำได้ 3 วิธี คือ

1. การประเมินผลการปฏิบัติงานด้วยตนเอง (Self-appraisal) มีประโยชน์หลายอย่าง เป็นการสะท้อนให้เภสัชกรทุกคน ทบทวนบทบาท และวัตถุประสงค์ในการปฏิบัติงาน ช่วยให้มีการประเมินเป้าหมายในการทำงาน ซึ่งผลที่ตามมาคือ ทำให้เภสัชกรมีความสนใจที่จะค้นหาปัญหาในการทำงาน และหาวิธีในการแก้ไขปัญหา เพื่อให้ได้ผลงานเป็นที่น่าพอใจ

2. การประเมินผลการปฏิบัติงานโดยผู้ร่วมงาน (Peer evaluation) เป็นวิธีการที่ดีในการประเมินผล เนื่องจากการแสดงความคิดเห็นของบุคลากรหลายๆ อาชีพที่ทำงานร่วมกับเภสัชกรโดยตรง ทำให้การประเมินผลมีความเป็นกลางไม่อคติ จึงทำให้ผลการประเมินมีความน่าเชื่อถือมากขึ้น

3. การประเมินผลการปฏิบัติงานโดยหัวหน้า (Supervisory evaluation) ซึ่งการได้รับการประเมินผลการปฏิบัติงานจากผู้ที่เป็นหัวหน้าโดยตรงมีความสำคัญมาก เพราะจะทำให้เภสัชกรสามารถแลกเปลี่ยนทัศนคติ และแสดงความคิดเห็นกับผู้บังคับบัญชาได้โดยตรง

2. การติดตามการใช้ยาเคมีบำบัดในผู้ป่วยโรคมะเร็ง

2.1 ความสำคัญของโรคมะเร็ง

โรคมะเร็งนับได้ว่าเป็นโรคที่บุคลากรทางการแพทย์ ควรจะให้ความสนใจเป็นพิเศษโรคหนึ่ง เพราะเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นกันอย่างแพร่หลายมากขึ้น และเป็นโรคที่เป็นสาเหตุการตายของประชากรที่สำคัญโรคหนึ่ง เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่มาพบแพทย์ เมื่อมีการลุกลามของโรคไปยังอวัยวะอื่น ๆ มากแล้ว ทำให้การรักษาโรคไม่ได้ผลเท่าที่ควร และปัญหาอีกประการหนึ่งคือ ผู้ป่วยที่เคยเป็นมะเร็งและได้รับการรักษาในครั้งแรกมาแล้ว และมีการกลับมาของโรคใหม่ ซึ่งส่วนใหญ่ก็เป็นมะเร็งในระยะลุกลามมากแล้ว ในที่สุดจึงต้องเสียชีวิตไป ทั้งๆที่ได้รับการรักษาขั้นต้นมาอย่างดีแล้ว (ไพโรจน์ สินลารัตน์, 2536) จากการที่การรักษาโรคมะเร็งมักต้องใช้เวลาในการรักษานาน และสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายมาก ทำให้คนส่วนใหญ่มีเจตคติที่ไม่ดีต่อโรคนี้ เช่น มีความเชื่อว่า การเป็นมะเร็งหมายถึง ความเจ็บปวด ความสูญเสีย ความพิการ น่ารังเกียจ ความพลัดพราก และเป็นภาระต่อผู้อื่น ดังนั้น โรคมะเร็งจึงก่อให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจ และทำลายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอย่างมาก (ธีระ รามสูต, 2531)

การได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งทำให้มีผลกระทบต่อสภาพจิตใจและอารมณ์ของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก ซึ่งมีรายงานการศึกษาวิจัยพบว่า ลักษณะที่สำคัญประการหนึ่งในผู้ป่วยที่โรคแพร่กระจายไปอย่างรวดเร็ว คือ ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมีอารมณ์เศร้า เก็บกด สิ้นหวังและสูญเสีย

กำลังใจที่จะต่อสู้กับโรค ซึ่งตรงกันข้ามกับลักษณะของผู้ป่วยที่โรคสงบ ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมีพลังที่จะต่อสู้กับโรค และมีความเชื่อว่าตนสามารถเอาชนะโรคได้ มีความตั้งใจอย่างแรงกล้าที่จะมีชีวิตอยู่ต่อไป

2.2 ปัญหาและภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคมะเร็ง

ปัจจุบันจะพบปัญหาภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยมะเร็งเพิ่มมากขึ้น ทั้งนี้เพราะผู้ป่วยมะเร็งมีชีวิตยืนยาวมากกว่าเดิม อันเป็นผลสืบเนื่องมาจากความก้าวหน้าของวิธีการรักษา ดังนั้นโอกาสที่จะเกิดผลแทรกซ้อนจากโรคมะเร็ง หรือจากผลการรักษาจึงพบได้บ่อยและเกิดขึ้นได้แทบทุกระบบของร่างกาย กล่าวคือ (สุมิตรา ทองประเสริฐ, 2537 ; พรศรี คิตชอบ และคณะ, 2536 ; Finley, 1991)

- การเกิดโรคติดเชื้อในผู้ป่วยมะเร็ง (infections considerations in cancer) ผู้ป่วยมะเร็งมีความเสี่ยงที่จะเกิดโรคติดเชื้อได้มากกว่าผู้ป่วยทั่วไป ซึ่งความเสี่ยงที่เพิ่มขึ้นนี้ อาจเกี่ยวข้องกับโรคมะเร็งโดยตรง จากผลข้างเคียงของการรักษา หรือจากการที่ผู้ป่วยต้องอยู่ในโรงพยาบาลเป็นเวลานาน ๆ โดยโรคติดเชื้อที่พบส่วนใหญ่ ได้แก่ การติดเชื้อแบคทีเรีย เชื้อรา เชื้อไวรัส เชื้อปรสิต ซึ่งส่วนใหญ่สามารถป้องกันได้ และเมื่อเกิดโรคติดเชื้อแล้วสามารถจะรักษาได้

- อาการปวดในผู้ป่วยมะเร็ง (cancer pain) อาการปวดเป็นปัญหาที่ผู้ป่วยมะเร็งกลัวมาก ซึ่งอาการปวดในผู้ป่วยจะพบมากขึ้นตามระยะของโรค กล่าวคือมะเร็งในระยะแพร่กระจายจะมีอาการปวดมากกว่าระยะเริ่มแรก นอกจากนี้อาการปวดยังขึ้นอยู่กับชนิดของโรคมะเร็ง โดยสาเหตุของการปวด อาจเกิดจากการกระจายของมะเร็งไปที่อวัยวะอื่น ๆ เช่น กระจายไปที่กระดูก กระดูกไขสันหลัง เส้นประสาทต่าง ๆ และสมอง ส่วนอีกสาเหตุหนึ่งเป็นอาการปวดที่เกิดจากการรักษามะเร็ง เช่น อาการปวดที่เกิดหลังผ่าตัด อาการปวดหลังจากรักษาด้วยยาเคมีบำบัด อาการปวดจากการฉายแสง

- ปัญหาทุพโภชนาการในผู้ป่วยมะเร็ง (malnutrition) ผู้ป่วยมะเร็งเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาทุพโภชนาการมากที่สุด เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยกลุ่มอื่น ซึ่งภาวะทุพโภชนาการนี้เป็นสาเหตุการตายอย่างหนึ่งของผู้ป่วยมะเร็ง โดยผู้ป่วยที่มีอาการผอมแห้ง จะมีการพยากรณ์ของโรคที่เลวกว่าผู้ป่วยมะเร็งทั่วไป

- การเกิดภาวะฉุกเฉินในโรคมะเร็ง (oncologic emergencies) หมายถึง การเกิดภาวะรีบด่วน ซึ่งต้องการการรักษาทันทีไม่เช่นนั้นจะมีผลทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ เช่น

1. ภาวะการมีน้ำในช่องปอด (pleural effusion) ซึ่งเกิดจากการกระจายของเซลล์มะเร็งไปที่เยื่อหุ้มปอด ทำให้ปริมาตรของปอดในการหายใจแต่ละครั้งลดลง ผู้ป่วยจะหายใจหอบเหนื่อย และมีการติดเชื้อตามมาได้
2. การอุดตันทางเดินหายใจ (airway obstruction) เนื่องจากการอุดตันของก้อนมะเร็ง
3. การที่มะเร็งกระจายไปที่สมอง (brain metastases) จะทำให้ผู้ป่วยมีการเพิ่มของความดันในสมอง หรือเกิดภาวะเลือดออกในสมอง ผลที่ตามมาคือ ทำให้สมองเสื่อมสภาพ ผู้ป่วยเป็นอัมพาตหรือเสียชีวิตได้
4. การกระจายของเซลล์มะเร็งมาที่เยื่อหุ้มสมอง (carcinomatous meningitis) ซึ่งพบได้บ่อยมากขึ้น เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่มีชีวิตยืนยาวกว่าเดิม จากการตรวจศพพบว่า ร้อยละ 4 ของผู้ป่วยที่เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็ง มีเซลล์มะเร็งกระจายมาที่บริเวณเยื่อหุ้มสมอง
5. การกดประสาทไขสันหลัง (spinal cord compression) ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยมีอาการอัมพาตของขาทั้งสองข้างอย่างรวดเร็ว
6. การกระจายของมะเร็งไปที่กระดูก (bone metastases) ซึ่งจะทำให้เกิดการหักของกระดูก และเกิดการทำลายเนื้อกระดูกของผู้ป่วย
7. การอุดตันของทางเดินปัสสาวะ (obstructive uropathy) เกิดจากการลุกลามของก้อนมะเร็งเข้าสู่ท่อไต ทำให้เกิดการติดเชื้อ เกิดนิ่วในทางเดินปัสสาวะ อาจเกิดน้ำคั่งในไต ทำให้เกิดการทำลายไตอย่างถาวร ตามด้วยไตวาย และเสียชีวิตได้
8. การอุดตันของทางเดินอาหาร (gastrointestinal obstruction) พบได้บ่อยจากมะเร็งของระบบทางเดินอาหาร มะเร็งในช่องท้อง และช่องเชิงกราน ทำให้เกิดการสูญเสียน้ำ เกิดภาวะเป็นด่างในร่างกาย มีการคั่งของน้ำและเกลือแร่ในลำไส้ อาจทำให้ลำไส้แตกจากความดันในลำไส้ที่สูงขึ้น
9. การกระจายของมะเร็งไปสู่หัวใจและเยื่อหุ้มหัวใจ ทำให้เกิดหัวใจวายเฉียบพลัน (pericardial effusion neoplastic cardiactamponade) เนื่องจากมีการเพิ่มปริมาณของน้ำในช่องเยื่อหุ้มหัวใจ
10. การกดเส้นเลือดดำใหญ่ (superior vena caval syndrome) ทำให้การไหลกลับของเลือดดำจากส่วนศีรษะ คอ และทรวงอกส่วนบนถูกปิดกั้น เลือดไม่สามารถไหลเข้าสู่เส้นเลือดดำใหญ่ได้ตามปกติ

2.3 แนวทางในการรักษาโรคมะเร็ง (สมิตรา ทองประเสริฐ, 2536 ; นรินทร์ วรวุฒิ, 2538)

การรักษาโรคมะเร็งในปัจจุบันทำได้ 4 วิธีคือ

2.3.1 การผ่าตัด (surgery) ใช้เพื่อวินิจฉัยโรคและรักษาโรค โดยการผ่าตัดจะเข้ามาเกี่ยวข้องในการรักษาโรคมะเร็งเกือบทุกชนิด โดยอาจใช้การผ่าตัดเป็นวิธีหลักร่วมกับการรักษาแบบอื่น

2.3.2 รังสีรักษา (radiation therapy) เป็นการรักษาซึ่งใช้ได้ผลดีในกรณีที่มีมะเร็งอยู่เฉพาะที่ ยังไม่แพร่กระจาย โดยมะเร็งบางชนิดจะตอบสนองดีต่อการรักษาด้วยรังสีรักษา เช่น มะเร็งปากมดลูก มะเร็งหลังโพรงจมูก แต่ข้อควรระวังของการรักษาด้วยรังสีคือ ผลเสียจากรังสีต่ออวัยวะสำคัญข้างเคียง เช่น ตับ ไต ลำไส้ ประสาทไขสันหลัง เป็นต้น

2.3.3 เคมีบำบัด (chemotherapy) เป็นวิธีการรักษาซึ่งนำมาใช้ในกรณีที่มีมะเร็งอยู่ในระยะแพร่กระจาย การรักษาด้วยยาเคมีบำบัดมีข้อควรระวัง และผลข้างเคียงหลายประการ รวมทั้งต้องมีการดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดในระหว่างที่ได้รับยาเคมีบำบัด นอกจากนี้จะใช้รักษามะเร็งในระยะแพร่กระจายแล้ว เคมีบำบัดยังใช้เป็นการรักษาเสริม ร่วมกับการผ่าตัด และอาจใช้เป็นยานำ (neoadjuvant chemotherapy) ก่อนการผ่าตัดหรือการฉายรังสี

2.3.4 การรักษาโดยใช้สารชีวภาพหรือการกระตุ้นภูมิคุ้มกัน (immunotherapy or biologic therapy) การรักษาโรคมะเร็งในปัจจุบัน เริ่มมีการนำเอาสารชีวภาพมาใช้ในการรักษามะเร็งมากขึ้น เช่น การใช้สารที่มีคุณสมบัติกระตุ้นเม็ดเลือดขาว (granulocyte colony stimulating factor) ร่วมกับการใช้ยาเคมีบำบัด เพื่อลดผลข้างเคียงของยาเคมีบำบัด และหวังผลในแง่สามารถเพิ่มขนาดยาเคมีบำบัดให้สูงขึ้นเพื่อให้เซลล์มะเร็งถูกทำลายมากขึ้น นอกจากนี้ยังมีการนำอินเทอร์เฟอรอน (interferon) อินเทอร์ลิวคินส์ (interleukins) หรือ โมโนโคลนอล แอนติบอดีส์ (monoclonal antibodies) มาใช้ในการรักษาผู้ป่วยมากขึ้น

2.4 ปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาเคมีบำบัดในการรักษาโรคมะเร็ง (สมิตรา ทองประเสริฐ, 2536 ; Finley, 1991)

ยาเคมีบำบัดหรือยาด้านมะเร็งนั้น ถูกนำมาใช้ในการรักษาผู้ป่วยตั้งแต่ปี ค.ศ. 1940 เป็นต้นมา วิวัฒนาการเกี่ยวกับการค้นพบยาเคมีบำบัดชนิดใหม่ ความรู้เกี่ยวกับวิธีการใช้ยาเภสัชวิทยาของยาแต่ละตัว ผลข้างเคียงของยาเคมีบำบัด ตลอดจนผลการรักษามะเร็งแต่ละชนิดได้มีการปรับปรุง แก้ไข และพัฒนามาเป็นลำดับ จนทำให้ปัจจุบัน เคมีบำบัดได้เข้ามามีบทบาทมากขึ้นเรื่อย ๆ ในการรักษาโรคมะเร็ง จนมะเร็งบางชนิดสามารถรักษาให้หายขาดได้ จึงนับว่าเคมีบำบัดมีประโยชน์มาก โดยเฉพาะถ้าใช้ให้ถูกต้องและเหมาะสม แต่เนื่องจากยาเคมีบำบัด เป็นยาที่มีข้อแตกต่างจากยาทั่ว ๆ ไป คือ ยากลุ่มนี้มีพิษ หรือผลข้างเคียงสูงมากโดยขนาดของยาที่ใช้เพื่อให้ได้ผลการรักษา (therapeutic dose) กับขนาดของยาที่ก่อผลเสีย (toxic dose) นั้นใกล้เคียงกันมาก ทำให้ยานอกจากจะทำลายเซลล์มะเร็งแล้ว ยังทำลายเนื้อเยื่อปกติของผู้ป่วยด้วย และนอกจากนี้ยาเคมี

บ้ำบัตย้งอาจก่อให้เกดอันตรรายต้อบุคลลกรทงการแพทยที่ปฏิบัติงนเกยวข้งกับการใช้ยาเคมี บ้ำบัตย้งกัด้วย โดยการใช้ยาเคมีบ้ำบัต ทำให้เกดปัญหาในด้นต้ง ๑ ได้ด้งต้อไปน้ค้อ

1. ผลข้งเคยงของยาเคมีบ้ำบัต การใช้ยาเคมีบ้ำบัตม้กจะถูกจ้กัตโดยผล ข้งเคยงของยา โดยเฉพาะย้งย้ง ผลในกรกตการทำงานของไขกระดูก ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยเกดการ ดดเช้อได้ง้งย้งน้ นอกจกน้ การเกดอาการคล้ันไส้อเจยงน ก็ม้กจะพบเสมอในผู้ป่วยที่ด้รับยาเคมี บ้ำบัต ซึ่งถ้ารุนแรงม้กก็จะเป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยปฏิเสทการร้กษาต้อไปได้

2. ยาเคมีบ้ำบัตกัอันตรรายต้อเนื้อเยื่อ ยาเคมีบ้ำบัตที่ใช้จ้ดเข้าเส้นเลือด บงชนดสามารถทำอันตรรายกัเนื้อเยื่อได้ ถ้หากเกดการร้วข้มของยาออกนอกเส้นเลือด

3. การต้อยาของเซลล์มะเร้ง การใช้ยาเคมีบ้ำบัตในการร้กษาโรคมะเร้ง ม้ข้อ จ้กัตที่ส้กัค้ญค้อ การต้อยาของเซลล์ ซึ่งจะทำให้การใช้ยชนดน้ ๑ ไม่ได้ผลในการร้กษา

4. การเกดอันตรกรยาระหว้งยาเคมีบ้ำบัต กัยาอ้นซึ่งผู้ป่วยด้รับอยู่ ซึ่ง อาจมีผลทำให้เกดพิษจกการใช้ยาเคมีบ้ำบัตได้ม้กกว้เมื่อผู้ป่วยด้รับยาในขนาดปกติ

5. อันตรรายของยาเคมีบ้ำบัต ต้อบุคลลกรทงการแพทย โดยยาเคมีบ้ำบัตมี คุณสมบัต้เป็นสารก่อมะเร้ง (carcinogenicity) ทำให้เกดการกลายพันธุ์ (mutagenicity) และทำให้เกด ความผิดปกติของทารกในครรรก (teratogenicity) เมื่อบุคลลกรเหล่าน้สัมผัสหรือสูดไอระเหยของยา เคมีบ้ำบัตเข้าสู่ร่างกาย