

ผลของการใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยาต่อการสื่อสาร ระหว่างเภสัชกรกับผู้ป่วยและความพึงพอใจของผู้ป่วย

ปิยพร ใจเชื้อ¹, พรรณทิพา ศักดิ์ทอง²

¹นิสิตเภสัชศาสตร์มหาบัณฑิต ภาควิชาเภสัชกรรมปฏิบัติ คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

²ภาควิชาเภสัชกรรมปฏิบัติ คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อเปรียบเทียบการสื่อสารเรื่องคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยาในผู้ป่วยที่ได้รับการบริหารทางเภสัชกรรมตามมาตรฐานปกติของโรงพยาบาล กับผู้ป่วยที่ได้รับการบริหารทางเภสัชกรรมร่วมกับการใช้แบบสอบถาม Patient-Reported Outcome Measure of Pharmaceutical Therapy Quality of life (PROMPT-QoL) และเปรียบเทียบความพึงพอใจของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มต่อการใช้แบบสอบถาม PROMPT-QoL **วิธีการ:** การวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มที่มีกลุ่มควบคุมครั้งนี้ทำในผู้ป่วยนอกโรคเรื้อรัง 286 คน ที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ระหว่างเดือนตุลาคม 2562 ถึงเดือนพฤษภาคม 2563 การศึกษาแบ่งผู้ป่วยออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มควบคุมและกลุ่มศึกษา แบบสอบถาม PROMPT-QoL เป็นเครื่องมือที่ใช้ประเมินคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยา และเป็นเครื่องมือช่วยในการบริหารทางเภสัชกรรม มีจำนวน 43 ข้อ แบ่งเป็น 9 มิติ ผู้วิจัยเก็บข้อมูลครั้งที่ 1 โดยการบันทึกเสียงการสื่อสารเรื่องคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยาระหว่างการให้การบริหารทางเภสัชกรรม และนำมาประเมินเป็นคะแนนการสื่อสารฯ สำหรับความพึงพอใจต่อการใช้แบบสอบถาม PROMPT-QoL ประเมินโดยคำถาม 4 ข้อ ซึ่งผู้วิจัยเก็บข้อมูลนี้เมื่อผู้ป่วยกลับมาพบแพทย์ในนัดถัดไป **ผลการวิจัย:** ผู้ป่วยกลุ่มศึกษามีคะแนนการสื่อสารคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยามากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งคะแนนรวมและคะแนนในมิติที่ 2-9 ($P < 0.001$) กลุ่มศึกษามีความพึงพอใจด้านประโยชน์ในการดูแลการใช้ยามากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P = 0.024$) **สรุป:** แบบสอบถาม PROMPT-QoL จัดเป็นแบบประเมินผลลัพธ์ที่รายงานโดยผู้ป่วยที่ดีในการกระตุ้นให้บุคลากรทางการแพทย์มีการสื่อสารทางด้านคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยากับผู้ป่วยมากขึ้น และยังเพิ่มความพึงพอใจให้แก่ผู้ป่วยในการใช้เพื่อดูแลการใช้ยา

คำสำคัญ: PROMPT-QoL คุณภาพชีวิตด้านการใช้ยา การบริหารทางเภสัชกรรม การสื่อสาร ความพึงพอใจ

รับต้นฉบับ: 21 มิ.ย. 2562, ได้รับบทความฉบับปรับปรุง: 17 ส.ค. 2563, รับลงตีพิมพ์: 26 ส.ค. 2563

ผู้ประสานงานบทความ: พรรณทิพา ศักดิ์ทอง ภาควิชาเภสัชกรรมปฏิบัติ คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 254 ถนนพญาไท แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330 E-mail: Phantipa.s@pharm.chula.ac.th

Effect of the Use of the PROMPT-QoL on Pharmacist-Patient Communication and Patient Satisfaction

Piyaporn Jaisue¹, Phantipa Sakthong²

¹Master Student in Department of Pharmacy Practice, Faculty of Pharmaceutical Sciences, Chulalongkorn University

²Department of Pharmacy Practice, Faculty of Pharmaceutical Sciences, Chulalongkorn University

Abstract

Objective: To compare pharmacist-patient communication about medicine therapy-related quality of life between patients receiving standard pharmaceutical care (PC) and those with PC the use of the Patient-Reported Outcome Measure of Pharmaceutical Therapy Quality of life (PROMPT-QoL), and to compare patient satisfaction towards the use of the PROMPT-QoL between these two groups. **Method:** This randomized controlled trial was conducted in 286 outpatients with chronic diseases in Suratthani Hospital during October 2019 to May 2020. Subjects were randomly allocated into the control group and the study group. The PROMPT-QoL questionnaire was a 43 item-instrument with nine domains for measuring medicine therapy-related quality of life and facilitating the provision of pharmaceutical care. The researchers collected the first round of data by recording the communication about medicine therapy-related quality of life during the provision of pharmaceutical care. The data were summarized into communication score. Patient satisfaction with the PROMPT-QoL was measured by a 4 item measure at the following visit to the hospital. **Results:** The study group had a significantly higher score on communication about medicine therapy-related quality of life in the second to ninth domains and overall score ($P < 0.001$). Satisfaction with the use of the PROMPT-QoL for pharmaceutical care was higher in the study group ($P = 0.024$). **Conclusion:** The PROMPT-QoL was an adequate measure for patient reported outcome for facilitating communication with patients about medicine therapy-related quality of life. Moreover, it increases the patients' satisfaction in the use for medication management.

Keywords: PROMPT-QoL, medicine therapy-related quality of life, pharmaceutical care, communication, satisfaction

บทนำ

แบบประเมินผลลัพธ์ที่รายงานโดยผู้ป่วย (patient-reported outcomes: PRO) ตามคำนิยามขององค์การอาหารและยาแห่งสหรัฐอเมริกา (1) หมายถึง “รายงานที่มาจากผู้ป่วยโดยตรงเกี่ยวกับสุขภาพและการรักษา” ปัจจุบันมีการใช้แบบประเมิน PRO อย่างกว้างขวางมากขึ้นทั้งในงานวิจัยและในทางปฏิบัติ (2, 3) เช่น นำไปใช้ในการประเมินเปรียบเทียบประสิทธิผลของการวิจัย ใช้เป็นเครื่องมือในการติดตามความปลอดภัยและใช้ประเมินผลลัพธ์ทางด้านเศรษฐศาสตร์ (4, 5) อีกทั้งคณะกรรมการอาหารและยาแห่งสหรัฐอเมริกา (1) ยังกำหนดให้มีการนำแบบประเมิน PRO ไปใช้ในขั้นตอนการพัฒนาด้วย ซึ่งแบบประเมิน PRO เป็นเครื่องมือที่รายงานผลลัพธ์ทางสุขภาพผ่านมุมมองของผู้ป่วยโดยตรง ไม่ผ่านการตีความจากแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์ จึงทำให้ทราบข้อมูลที่แท้จริงจากผู้ป่วย (6) ทั้งนี้ PRO ควรเป็นเครื่องมือที่มีคุณภาพ มีการทดสอบความเที่ยงและความตรง (7) Greenhalgh และคณะ (8) ได้กล่าวถึงประโยชน์ของการใช้ PRO เช่น เป็นการให้ข้อมูลภาวะสุขภาพของผู้ป่วยแก่บุคลากรทางการแพทย์ เพิ่มการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อติดตามผลของการรักษา เป็นการค้นหาปัญหาที่แอบซ่อนอยู่ เพิ่มความพึงพอใจให้แก่ผู้ป่วย เป็นต้น

การบริหารทางเภสัชกรรม (pharmaceutical care: PC) เป็นหนึ่งบริการทางสาธารณสุขที่มีการนำ PRO มาใช้ในการให้บริการด้วยเช่นกัน (9) จากการศึกษาที่ผ่านมา PC ส่งผลดีแก่ผู้ป่วยทั้งในด้านผลลัพธ์ทางคลินิกและทางเศรษฐศาสตร์ (10, 11) หนึ่งในกระบวนการที่สำคัญสำหรับ PC คือ การสื่อสารระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วย ก่อให้เกิดการใช้ยาอย่างเหมาะสม และเกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีต่อผู้ป่วย แต่กลับมีการศึกษาส่วนหนึ่ง (11, 12) พบว่า PC ไม่ได้ช่วยให้ผลลัพธ์ด้านคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยดีขึ้น Mohammed และคณะ (13) ได้ทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและวิเคราะห์ห่อภิมาณ (systematic review and meta-analysis) พบว่า 2 ใน 3 ของการศึกษาที่นำมาวิเคราะห์ใช้เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพแบบทั่วไปและแบบเฉพาะโรค ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากเครื่องมือที่นำมาใช้ประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพมีความไวระดับน้อยถึงระดับปานกลาง Mohammed และคณะ จึงได้สรุปว่า ควรมีการพัฒนาเครื่องมือที่นำมา

วัดผลของ PC ที่มีความจำเพาะ เพื่อให้สามารถประเมินผลกระทบของ PC ที่มีต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยตรง

สำหรับประเทศไทย พรรณทิพา ศักดิ์ทอง และคณะ (14) ได้พัฒนาเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยา หรือ Patient-Reported Outcome Measure of Pharmaceutical Therapy Quality of life (PROMPT-QoL) ซึ่งพัฒนาจากแนวความคิดของ PC ที่มีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ประสานเข้ากับและแนวความคิดของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ เพื่อใช้ประเมินปัญหาการใช้ยาจากมุมมองของผู้ป่วยโดยตรง PROMPT-QoL จัดเป็น PRO เช่นกัน PROMPT-QoL ได้ผ่านการทดสอบคุณสมบัติการวัดทางจิตวิทยาแล้ว พบว่า สามารถใช้งานได้จริง มีความเที่ยงและความตรงอยู่ในเกณฑ์ที่ดี (15) อีกทั้งการศึกษาก่อนหน้านี้ได้นำ PROMPT-QoL ไปใช้เป็นเครื่องมือในให้ PC อีกด้วย (16) แต่ยังไม่ได้มีการศึกษาถึงประโยชน์ของ PROMPT-QoL ในแง่อื่น ๆ (17) การศึกษานี้จึงสนใจศึกษาผลของการนำ PROMPT-QoL ไปใช้ในให้ PC ในด้านการสื่อสารเรื่องคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยา (medication related quality of life: MRQoL) ระหว่างผู้ป่วยและเภสัชกร การศึกษาก่อนหน้านี้มักเป็นการศึกษาผลการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและแพทย์เป็นส่วนใหญ่ (18-20) นอกจากนี้ การศึกษานี้ยังสนใจศึกษาผลความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการใช้แบบสอบถาม PROMPT-QoL ในการให้ PC อีกด้วย

วิธีการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มชนิดที่มีกลุ่มควบคุมแบบปกปิดทางเดียว ซึ่งผ่านการอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ลำดับที่ 34/2562 จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานีซึ่งเป็นสถานที่วิจัย โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานีเป็นโรงพยาบาลศูนย์ (ตติยภูมิ) ขนาด 800 เตียง ซึ่งสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

ตัวอย่าง

ตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยนอกโรคเรื้อรัง 344 คน ที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ระหว่างเดือนตุลาคม 2562 ถึงเดือนพฤษภาคม 2563 เกณฑ์การคัดอาสาสมัครเข้าร่วมการวิจัย คือ เป็นผู้ป่วยนอกโรคเรื้อรัง มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป สามารถสื่อสารได้ด้วยภาษาไทย ยินดีเข้าร่วมการวิจัย และเข้าเกณฑ์อย่างน้อย 1 ข้อ ดังต่อไปนี้ 1) ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาจากแพทย์มากกว่า 1

ท่าน เนื่องจากมีโอกาสในการสั่งใช้ยาซ้ำซ้อนกัน 2) ผู้ป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลงยาที่ใช้รักษา ได้แก่ การเปลี่ยนชนิดของยาที่ใช้รักษา การเปลี่ยนความแรงของยาที่ใช้รักษา การเปลี่ยนวิธีการใช้ยา หรือมีการลดหรือเพิ่มจำนวนรายการยา 3) ผู้ป่วยที่ได้รับยาตั้งแต่ 5 รายการขึ้นไป 4) ผู้ป่วยที่เป็นโรคเรื้อรังอย่างน้อย 1 โรค 5) ผู้ป่วยที่มีผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการผิดปกติอันเนื่องมาจากการใช้ยา 6) ผู้ป่วยที่ไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยา 7) ผู้ป่วยที่เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา 8) ผู้ป่วยที่ได้รับยาที่มีดัชนีการรักษาแคบ ได้แก่ carbamazepine, digoxin, lithium, phenytoin, phenobarbital, sodium valproate, theophylline และ warfarin และ 9) ผู้ป่วยที่ต้องการรับคำปรึกษาจากเภสัชกร

เกณฑ์การคัดอาสาสมัครออกจากการวิจัย คือ 1) ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางด้านความคิดและความเข้าใจ โดยพิจารณาจากบันทึกในเวชระเบียนและการประเมินจากผู้วิจัย 2) ผู้ป่วยที่แพทย์ส่งต่อไปรักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลอื่น 3) ผู้ป่วยไม่สามารถทำแบบสอบถามจนเสร็จสมบูรณ์ได้ และ 4) ผู้ป่วยที่ขอถอนตัวระหว่างเข้าร่วมวิจัย หรือผู้ป่วยเสียชีวิตระหว่างการวิจัย

ผู้วิจัยคัดกรองผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การวิจัยจากเวชระเบียน และสอบถามความสมัครใจของผู้ป่วยเพื่อเข้าร่วมการวิจัยในระหว่างที่ผู้ป่วยรอพบแพทย์ ณ บริเวณคลินิกพิเศษในแผนกผู้ป่วยนอก จากนั้นผู้วิจัยสุ่มแยกตัวอย่างผู้ป่วยโดยใช้รหัสที่กำหนดก่อนหน้าทำการสุ่มแบบ block of 4 randomization ไว้แล้ว การวิจัยแบ่งผู้ป่วยเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มควบคุม (กลุ่มที่ได้รับ PC ตามมาตรฐานปกติของโรงพยาบาล) และกลุ่มศึกษา (กลุ่มที่ได้รับ PC ร่วมกับการใช้แบบสอบถาม PROMPT-QoL)

เนื่องจากยังไม่มีการศึกษาถึงผลของการสื่อสารจากการใช้แบบประเมิน MRQoL ในการให้ PC มาก่อน แต่มีเฉพาะการศึกษาที่ใกล้เคียงของ Detmar และคณะ (20) ที่พบว่า เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ สามารถเพิ่มการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและแพทย์ได้ โดยมีขนาดอิทธิพล (effect size) อยู่ที่ 0.38 ซึ่งถือเป็นขนาดอิทธิพลที่น้อยถึงปานกลางตามระดับที่ Cohen กำหนด (21) ที่ 0.35 การศึกษากำหนดระดับนัยสำคัญ (α) ที่ 0.05 ค่าอำนาจการทดสอบ (power, 1- β) 0.90 จากการคำนวณด้วยสูตร
$$N_{\text{Per group}} = \frac{2(Z_{1-\alpha/2} + Z_{1-\beta})^2}{(MCD/\sigma)^2}$$
 โดยที่ (MCD / σ)² เป็นขนาดอิทธิพลหรือ Cohen's d = 0.35 ได้ขนาดตัวอย่าง

ประมาณ 140 คนต่อกลุ่ม การศึกษาเพิ่มจำนวนตัวอย่างอีกร้อยละ 18 เพื่อป้องกันไม่ให้อย่างน้อยเกินไปเมื่อมีตัวอย่างถอนตัวออกจากการศึกษา ดังนั้น การศึกษานี้มีจำนวนผู้ป่วยที่เข้าร่วมการศึกษาที่เหมาะสมประมาณ 344 คน หรือกลุ่มละ 172 คน

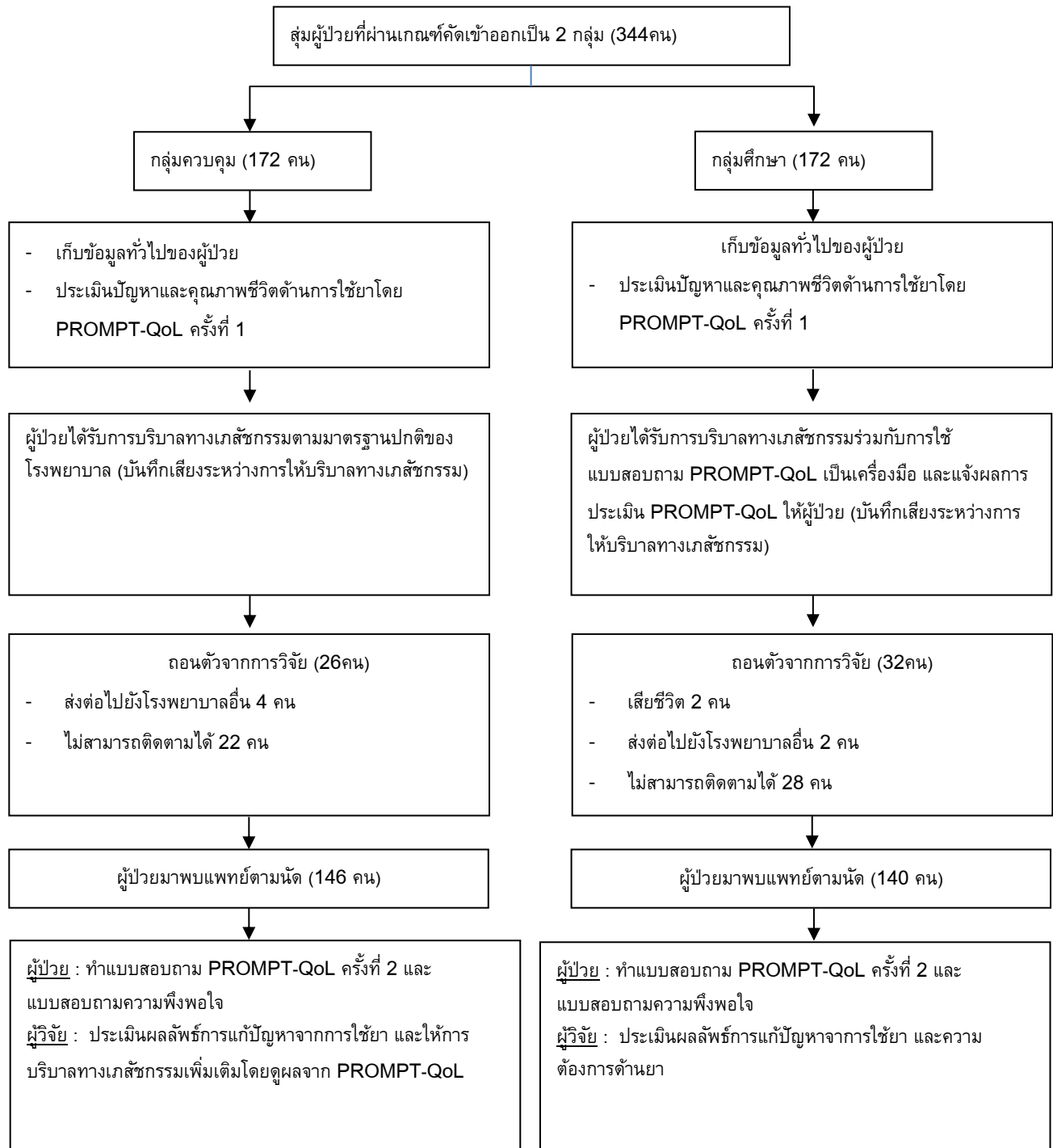
การดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้มีการศึกษานำร่องกับผู้ป่วย 20 คน เพื่อสำรวจปัญหาและอุปสรรคก่อนเริ่มการวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัยแสดงอยู่ในรูปที่ 1 การประเมินครั้งที่ 1 ผู้วิจัยขออนุญาตเก็บข้อมูลของผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่ม ก่อนที่ผู้ป่วยจะเข้าพบแพทย์ คือ ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลปัญหาจากการใช้ยา คุณภาพชีวิตด้านการใช้ยา ความร่วมมือในการใช้ยา โดยให้ผู้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง กรณีที่ผู้ป่วยไม่สะดวกในการอ่านแบบสอบถามเอง เช่น ผู้ป่วยสูงอายุที่สายตาอายุ ผู้วิจัยเป็นผู้อ่านแบบสอบถามให้ฟัง พร้อมทั้งให้ผู้ผู้ป่วยดูข้อมูลประกอบทางไอแพด (iPad) ร่วมด้วย

กลุ่มควบคุม : ผู้ป่วยจะได้รับ PC ตามมาตรฐาน ดังนี้ 1) ผู้วิจัยเก็บข้อมูลทั่วไปของผู้เข้าร่วมการวิจัยจากการสัมภาษณ์ 2) ผู้วิจัยค้นหาปัญหาจากการใช้ยา (drug related problems: DRPs) ของผู้ป่วยโดยใช้แบบบันทึกข้อมูลการให้ PC ของโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี เป็นเครื่องมือในการเก็บข้อมูลร่วมกับการสัมภาษณ์ผู้ป่วย ข้อมูลจากเวชระเบียน ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ และใบสั่งยาของผู้ป่วย 3) ผู้วิจัยแก้ไข DRPs ที่เกิดขึ้นแล้ว และป้องกัน DRPs ที่อาจจะเกิดขึ้นในอนาคต หากพบ DRPs ที่ต้องส่งต่อถึงแพทย์ ผู้วิจัยบันทึกข้อมูลเพื่อปรึกษาแพทย์ 4) ผู้ป่วยทำแบบสอบถาม PROMPT-QoL ครั้งที่ 1 เพื่อประเมิน MRQoL 5) ผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องยาและโรคกับผู้ป่วย ตามมาตรฐานการบริบาลเภสัชกรรมของโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ซึ่งระหว่างการให้ PC ผู้วิจัยบันทึกเสียงเพื่อจะนำมาประเมินการสื่อสารเรื่อง MRQoL 6) ผู้วิจัยกำหนดเป้าหมายในการรักษาตามแนวทางเวชปฏิบัติของโรคแต่ละโรค และนัดติดตามประเมินผล 7) ผู้ป่วยพบแพทย์เพื่อรับการตรวจรักษา 8) เมื่อผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามนัดในครั้งถัดไป ผู้วิจัยประเมิน MRQoL โดย PROMPT-QoL เป็นครั้งที่ 2 และทำแบบประเมินความพึงพอใจต่อแบบสอบถาม PROMPT-QoL 9) ผู้วิจัยรายงานคะแนน MRQoL ให้ผู้ป่วยทราบ พร้อมทั้งค้นหาความต้องการด้านยาและ DRPs จากมุมมองของผู้ป่วย จากแบบสอบถาม PROMPT-QoL เหมือนกับผู้ป่วยกลุ่มศึกษาครั้งที่ 1

กลุ่มศึกษา : ผู้ป่วยจะได้รับ PC ร่วมกับการใช้ PROMPT-QoL ดังนี้ 1) ผู้วิจัยเก็บข้อมูลทั่วไปของผู้เข้าร่วมการวิจัยจากการสัมภาษณ์ 2) ผู้ป่วยทำแบบสอบถาม PROMPT-QoL ครั้งที่ 1 จากนั้นผู้วิจัยค้นหาความต้องการด้านยาและค้นหา DRPs จากมุมมองของผู้ป่วยโดยใช้ผลจากการตอบ PROMPT-QoL มาวิเคราะห์ หากผู้ป่วยมีผลคะแนนน้อยในมิติใด ผู้วิจัยจะพูดคุย สอบถามถึงปัญหาและสาเหตุ เพื่อจะได้แก้ปัญหาให้ผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องและ

ตรงประเด็น ร่วมกับการใช้แบบบันทึกข้อมูลการให้ PC ของโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี การสัมภาษณ์ผู้ป่วย ข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ และใบสั่งยา 3) ผู้วิจัยแก้ไข DRPs ที่เกิดขึ้นแล้ว และป้องกัน DRPs ที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต หากพบ DRPs ที่ต้องส่งต่อถึงแพทย์ ผู้วิจัยจะบันทึกข้อมูลเพื่อปรึกษาแพทย์ 4) ผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องยาและโรคแก่ผู้ป่วย โดยการนำ PROMPT-QoL มาเป็นเครื่องมือประกอบการให้ความรู้เรื่องยาและโรคกับ



รูปที่ 1. ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ผู้ป่วยร่วมด้วย ดังนี้ ผู้วิจัยนำยาที่ผู้ป่วยได้รับมาอธิบาย ข้อมูลเรื่องยาและโรค จากนั้นสอบถามความพึงพอใจต่อ ประสิทธิภาพของยา การได้รับผลกระทบต่อการใช้ยาและ อาการข้างเคียงจากยาในระบบต่าง ๆ ผลทางด้านจิตใจ ความสะดวกในการใช้ยา การมียาให้ใช้/การเข้าถึงยา คุณภาพชีวิตโดยรวมจากยา และสอบถามถึงความสัมพันธ์ ทางด้านการรักษาด้วย แบบสอบถาม PROMPT-QoL เป็น เสมือนเครื่องมือตรวจสอบความครบถ้วนของการให้ข้อมูล โดยระหว่างการให้ PC ผู้วิจัยบันทึกเสียงเพื่อจะนำมา ประเมินการสื่อสารเรื่อง MRQoL 5) ผู้วิจัยกำหนดเป้าหมาย ในการรักษาร่วมกันกับผู้ป่วย พร้อมทั้งคำแนะนำในการ ปฏิบัติตัว และนัดติดตามประเมินผล 6) ผู้วิจัยรายงาน คะแนน MRQoL แก่ผู้ป่วย 7) ผู้ป่วยพบแพทย์เพื่อรับการ ตรวจรักษา 8) เมื่อผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามนัดในครั้งถัดไป ผู้วิจัยประเมิน MRQoL โดย PROMPT-QoL เป็นครั้งที่ 2 และ ประเมินความพึงพอใจต่อแบบสอบถาม PROMPT-QoL

เครื่องมือ

แบบสอบถาม PROMPT-QoL มีคำถามจำนวน 43 ข้อ ประกอบไปด้วย 9 มิติ (14) ได้แก่ มิติที่ 1 ทศนคติ ทั่วไปเกี่ยวกับการใช้ยา จำนวน 1 ข้อ (ข้อ 1) มิติที่ 2 การ ได้รับข้อมูลยาและโรคจากแพทย์ เภสัชกร หรือพยาบาล จำนวน 9 ข้อ (ข้อ 2-10) มิติที่ 3 ความพึงพอใจต่อ ประสิทธิภาพของการใช้ยา จำนวน 3 ข้อ (ข้อ 11-13) มิติที่ 4 การได้รับผลกระทบจากการใช้ยาและอาการข้างเคียงของ ยา จำนวน 8 ข้อ (ข้อ 14-21) มิติที่ 5 ผลทางด้านจิตใจของ การใช้ยา จำนวน 9 ข้อ (ข้อ 22-30) มิติที่ 6 ความสะดวกใน การใช้ยา จำนวน 3 ข้อ (ข้อ 31-33) มิติที่ 7 การมียาให้ใช้/ การเข้าถึงการใช้ยา จำนวน 4 ข้อ (ข้อ 34-37) มิติที่ 8 ความสัมพันธ์ทางด้านการรักษาที่มีต่อแพทย์ เภสัชกร หรือ พยาบาล จำนวน 3 ข้อ (ข้อ 38-40) และมิติที่ 9 คุณภาพ ชีวิตโดยรวมของการใช้ยา จำนวน 3 ข้อ (ข้อ 41-43)

มิติที่ 1 ทศนคติทั่วไปเกี่ยวกับการใช้ยา เป็น คำถามให้ผู้ป่วยเลือกวิธีการรักษาโรคที่ผู้ป่วยต้องการใช้ ซึ่ง มีตัวเลือกตอบ ดังนี้ ยาแผนปัจจุบัน การแพทย์ทางเลือก ทั้งสองวิธี หรืออื่น ๆ สำหรับคำถามในมิติที่ 2-9 มีตัวเลือก ตอบแบบมาตราวัดลิเคิร์ต 5 ระดับ ไม่เลย เล็กน้อย ปาน กลาง มาก และมากที่สุด คำถามแต่ละข้อยกเว้นในมิติที่ 1 มีคะแนน 1-5 คะแนน คะแนนรวมของแบบสอบถาม PROMPT-QoL ทั้ง 42 ข้อ (ไม่รวมมิติที่ 1) มีคะแนนอยู่ ระหว่าง 42-210 คะแนน สำหรับการแปลผล คะแนนสูง

แปลว่า มีคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยาที่ดี สำหรับคะแนนใน มิติที่ 2-9 ถูกแปลงให้มีคะแนนตั้งแต่ 0-100 คะแนน จาก สูตร (ผลรวมคะแนนแต่ละข้อในมิติ - จำนวนข้อคำถามใน มิติ) $\times 100$ หาดด้วย (ผลรวมคะแนนที่มากที่สุดของมิติ - ผลรวมคะแนนที่น้อยที่สุดของมิติ) แบบสอบถาม PROMPT-QoL มีค่าความเที่ยงของการทดสอบซ้ำที่วัดโดย intraclass correlation coefficients (ICCs) อยู่ในช่วง 0.67-0.83 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่ดีถึงดีมาก ทุกมิติของ PROMPT-QoL มีค่า Cronbach's alpha อยู่ระหว่าง 0.77-0.89 ยกเว้น มิติการมียาให้ใช้/ การเข้าถึงการใช้ยา มีค่า Cronbach's alpha 0.58 โดยค่าที่ยอมรับได้ควรมีค่าเกิน 0.7 อย่างไรก็ตาม 0.58 ก็ถือว่าอยู่ในระดับปานกลางไม่ได้ต่ำมาก การ วิเคราะห์ item level of content validity index (I-CVI) มีค่า อยู่ระหว่าง 0.87-1.00 และ scale level of content validity index (S-CVI) มีค่าอยู่ระหว่าง 0.91-1.00 ซึ่งถือว่าอยู่ใน เกณฑ์ดี (15)

แบบบันทึกคะแนนการสื่อสารเกี่ยวกับคุณภาพ ชีวิตระหว่างผู้ป่วยและเภสัชกร ประกอบไปด้วย 43 ข้อ แต่ ละข้อนับเป็น 1 คะแนน คะแนนรวม 43 คะแนน แบบวัดมี เนื้อหาสอดคล้องกับแบบสอบถาม PROMPT-QoL จำนวน 43 ข้อ ผู้วิจัยบันทึกการสื่อสารดังกล่าวเป็นคะแนนก็ต่อเมื่อ ผู้วิจัยหรือผู้ป่วยมีการกล่าวถึงคำสำคัญของ MRQoL ในแต่ ละข้อ การสื่อสารนั้นนับรวมทั้งการสื่อสารทางเดียวที่เภสัชกร เป็นผู้ให้ความรู้แก่ผู้ป่วย และการสื่อสารแบบสองทางที่ ผู้ป่วยเป็นผู้สอบถามข้อมูลเรื่องยาและโรคกับเภสัชกร คำ สำคัญของ MRQoL ในแต่ละมิติแสดงในภาคผนวก ตัวอย่าง การนับคะแนนแสดงดังตารางที่ 1 การกล่าวคำสำคัญตั้งแต่ 1 ครั้ง ผู้วิจัยจะนับเป็นคะแนนในหัวข้อดังกล่าว 1 คะแนน การประเมินคะแนนทำโดยผู้วิจัย ซึ่งประเมินคะแนนจาก เทปบันทึกเสียง และมีการแปลงเทปบันทึกเสียงออกมาเป็น ข้อความร่วมด้วย ผู้วิจัยทวนสอบคะแนนซ้ำกับข้อความ ดังกล่าวเพื่อความถูกต้องของข้อมูล จากตารางที่ 1 ผลการ ประเมินคะแนนในมิติที่ 1 เท่ากับ 1 คะแนน และคะแนนใน มิติที่ 2 เท่ากับ 9 คะแนน

แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการ ใช้ แบบสอบถาม PROMPT-QoL สร้างโดยผู้วิจัยและคณะ ประกอบด้วยคำถาม 4 ข้อ ซึ่งสอบถามความพึงพอใจในด้าน ประโยชน์ในการดูแลด้านการใช้ยา ด้านความคุ้มค่ากับเวลาใน การตอบแบบสอบถาม ด้านการกลับไปใส่ใจดูแลการใช้ยา และ ด้านความต้องการในการนำแบบสอบถามนี้มาใช้ในการดูแลด้าน

ตารางที่ 1. ตัวอย่างการนับคะแนนจากการสอบถามและให้ข้อมูลเรื่องยาและโรคกับผู้ป่วย

เนื้อหาที่นำมาประเมินคะแนน	ตัวอย่างการสอบถามและการให้ข้อมูลเรื่องยาและโรค	การสื่อสาร	
		มี	ไม่มี
มิติที่ 1 ทศนคติทั่วไปเกี่ยวกับการใช้ยา (1 คะแนน)			
ทศนคติการใช้ยา การรักษาโรค	ผู้ป่วยมีการใช้สมุนไพร หรืออาหารเสริม หรือใช้ผลิตภัณฑ์การแพทย์ทางเลือกโดยอยู่บ้างในขณะนี้	✓	
มิติที่ 2 การได้รับข้อมูลยาและโรคจากแพทย์ เภสัชกร หรือพยาบาล (9 คะแนน)			
ชื่อยา	อีนาลาพริล (enalapril)	✓	
ความแรงของยา	ขนาด 5 มิลลิกรัม	✓	
ข้อบ่งใช้ของยา	ยาลดความดันโลหิต	✓	
วิธีการใช้ยา	รับประทาน 1 เม็ด เข้า - เย็น	✓	
เหตุผลการใช้ยาอย่างสม่ำเสมอ	เป็นยาควบคุมความดันโลหิต ไม่ควรหยุดยาเอง ควรใช้ยาต่อเนื่องสม่ำเสมอ	✓	
วิธีการปฏิบัติตัวเมื่อลืมกินยา	หากลืมทานยาให้ทานทันทีที่นึกได้ หากใกล้ถึงเวลาทานยามือถือไป ให้ทานยามือถือไปโดยไม่ต้องเพิ่มขนาดยา	✓	
อาการข้างเคียงหรืออาการผิดปกติจากยาที่ได้รับ พร้อมทั้งวิธีการแก้ไข	อาจพบอาการไอแห้ง ๆ หากเกิดอาการให้ผู้ป่วยกลับมาแจ้งให้เภสัชกรและแพทย์ทราบ	✓	
สาเหตุ และการป้องกันโรค	โรคความดันโลหิตสูงเกิดได้โดยทราบสาเหตุ และไม่ทราบสาเหตุ โดยผู้ป่วยควรเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง เช่น อาหารเค็ม	✓	
อาการ ความรุนแรง และวิธีการรักษาโรค	ซึ่งหากความดันโลหิตสูงมาก ๆ จะมีความเสี่ยงจะทำให้เส้นเลือดตีบหรือแตกได้	✓	

การใช้ยา ตัวเลือกตอบมีดังนี้ ข้อที่ 1 มีตัวเลือกตอบแบบมาตรวัดลิเคิร์ต 5 ระดับ สำหรับข้อที่ 2-4 มีตัวเลือกตอบแบบมาตรวัดลิเคิร์ต 3 ระดับ รายละเอียดคำถามและตัวเลือกตอบแสดงอยู่ในตารางที่ 4

แบบสอบถามพฤติกรรมการใช้ยา Medication Taking Behavior (MTB) ซึ่งพัฒนาโดย พรณทิพา คักดิ์ทอง และคณะ (33) มีข้อคำถามทั้งหมด 7 ข้อ คำถามข้อที่ 1-6 ใช้มาตรวัดลิเคิร์ต 4 ระดับ แต่ละข้อมี 1-4 คะแนน (คะแนนมาก หมายถึง ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยาดี) คะแนนรวมทั้งแบบสอบถามคือ 24 คะแนน คำถามข้อที่ 7 เป็น MTB-VAS มีคะแนน 0-100% (100% หมายถึง ผู้ป่วยไม่เคยหยุดหรือลืมใช้ยาตามเวลาที่แพทย์สั่ง และ 0% คือ ผู้ป่วยหยุดหรือลืมใช้ยาทุกวันและไม่ตรงตามเวลาเลย)

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม SPSS version 22 (SPSS Co., Ltd, Bangkok Thailand) การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยใช้สถิติเชิงพรรณนา ดังนี้ ข้อมูลเชิงคุณภาพ เช่น เพศ สิทธิการรักษา ใช้ความถี่และ

ร้อยละ ส่วนข้อมูลต่อเนื่องที่มีการกระจายตัวปกติใช้ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับข้อมูลที่มีการกระจายตัวไม่ปกติใช้ค่ามัธยฐานและพิสัยควอไทล์ การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการสื่อสารเรื่อง MRQoL ระหว่างกลุ่ม ใช้สถิติ Independent t-test เปรียบเทียบร้อยละของความพึงพอใจต่อการใช้แบบสอบถาม PROMPT-QoL ใช้สถิติ Pearson Chi-square หรือ Fisher's Exact Test การวิจัยนี้กำหนดระดับความมีนัยสำคัญทางสถิติไว้ที่น้อยกว่า 0.05

ผลการวิจัย

ผู้ป่วยเข้าร่วมการวิจัยจำนวน 344 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 172 คนและกลุ่มศึกษา 172 คน กลุ่มควบคุมมีผู้ป่วยถอนตัวออกจากการวิจัย 26 คน สำหรับกลุ่มศึกษา ผู้ป่วยถอนตัวออกจากการวิจัย 32 คน การวิจัยนี้จึงมีผู้ป่วยที่เข้าร่วมการวิจัยจนเสร็จสิ้นทั้งหมด 286 คน เป็นกลุ่มควบคุม 146 คน และกลุ่มศึกษา 140 คน

ข้อมูลทั่วไป

จากข้อมูลของผู้ป่วยที่แสดงดังตารางที่ 2 พบว่าผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มมีข้อมูลทั่วไปส่วนใหญ่ไม่แตกต่างกัน โดยผู้ป่วยเป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง กลุ่มควบคุมเป็นเพศชายร้อยละ 58.9 และกลุ่มศึกษาเป็นเพศชายร้อยละ 52.1 กลุ่มควบคุมมีอายุค่าเฉลี่ย 51.14 ± 12.05 ปี ซึ่งไม่แตกต่างจากกลุ่มศึกษาที่มีอายุค่าเฉลี่ย 50.59 ± 12.62 ปี การวิจัยนี้พบว่า ผู้ป่วยมีดัชนีมวลกายตั้งแต่ 25 กก./ม² ถึงร้อยละ 48 และร้อยละ 43.6 ในกลุ่มควบคุมและกลุ่มศึกษา ตามลำดับ ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวจัดเป็นโรคอ้วน ผู้ป่วยส่วนใหญ่ทั้งสองกลุ่มใช้สิทธิการรักษาประกันสุขภาพถ้วนหน้า สำหรับ

ด้านการศึกษาผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาสูงสุดอยู่ในช่วงประถมศึกษา ประกอบอาชีพเกษตรกร และมีรายได้อยู่ในช่วง 10,001-20,000 บาท

ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มไม่มีประวัติการเกิดอาการไม่พึงประสงค์มากกว่าร้อยละ 80 และผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มมีการจัดเตรียมยาและหยิบใช้ยาเองมากกว่าร้อยละ 90 จำนวนรายการยาที่ใช้ต่อวันมีค่ามัธยฐานในกลุ่มควบคุม คือ 6 (3.75 – 8.25) รายการต่อวัน และในกลุ่มศึกษา คือ 5 (4-8) รายการต่อวัน ระยะเวลาในการเริ่มใช้ยาโรคเรื้อรังมีค่ามัธยฐานที่ 6 (1.6-11) ปี และ 4 (1-11.5) ปี ในกลุ่มควบคุมและกลุ่มศึกษา ตามลำดับ สำหรับจำนวนโรคประจำตัวต่อผู้ป่วย

ตารางที่ 2. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มควบคุม (N = 146)	กลุ่มศึกษา (N = 140)	P
เพศ, จำนวน (ร้อยละ)			0.250 ¹
ชาย	86 (58.9)	73 (52.1)	
หญิง	60 (41.1)	67 (47.9)	
อายุ (ปี), ค่าเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	51.14 ± 12.05	50.59 ± 12.62	0.373 ²
ค่าต่ำสุด – ค่าสูงสุด	22 - 89	21 - 80	
ดัชนีมวลกาย (กก./ม ²), มัธยฐาน (พิสัยควอไทล์)	24.72 (21.77 - 27.96)	24.51 (21.34 - 28.10)	0.699 ³
น้อยกว่า 18.50	4 (2.7)	8 (5.7)	
18.50 – 22.99	47 (32.2)	45 (32.1)	
23.00 – 24.99	25 (17.1)	26 (18.6)	
25.00 – 29.99	49 (33.6)	39 (27.9)	
มากกว่า 30.00	21 (14.4)	22 (15.7)	
สิทธิการรักษาพยาบาล, จำนวน (ร้อยละ)			0.407 ¹
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	27 (18.5)	22 (15.7)	
ประกันสังคม	36 (24.7)	43 (30.7)	
ประกันสุขภาพถ้วนหน้า	79 (54.1)	67 (47.9)	
ชำระเงินเอง	2 (1.4)	2 (1.4)	
ผู้มีรายได้น้อย	2 (1.4)	6 (4.3)	
ระดับการศึกษาสูงสุด, จำนวน (ร้อยละ)			0.235 ¹
ไม่ได้ศึกษา	2 (1.4)	0 (0)	
ประถมศึกษา	54 (37)	53 (38.4)	
มัธยมศึกษาตอนต้น	24 (16.4)	15 (10.9)	
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ ปวช.	29 (19.9)	25 (18.1)	
อนุปริญญา/ ปวส.	9 (6.2)	6 (4.3)	
ปริญญาตรี	20 (13.7)	33 (23.6)	
สูงกว่าปริญญาตรี	8 (5.5)	8 (5.8)	

ตารางที่ 2. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มควบคุม (N = 146)	กลุ่มศึกษา (N = 140)	P
อาชีพ, จำนวน (ร้อยละ)			0.578 ¹
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	21 (14.4)	29 (20.7)	
ค้าขาย /ธุรกิจส่วนตัว	25 (17.1)	29 (20.7)	
เกษตรกร	37 (25.3)	31 (22.1)	
รับจ้าง	10 (6.8)	9 (6.4)	
ข้าราชการ/พนักงานของรัฐ/ รัฐวิสาหกิจ	23 (15.8)	21 (15.0)	
พนักงานบริษัท	20 (13.7)	11 (7.9)	
แม่บ้าน	10 (6.8)	10 (7.1)	
รายได้เฉลี่ยสูงสุดต่อเดือน, จำนวน (ร้อยละ)			0.578 ¹
ไม่มีรายได้	25 (17.1)	35 (25.0)	
น้อยกว่า 5,000 บาท	6 (4.1)	7 (5.0)	
5,001 – 10,000 บาท	25 (17.1)	15 (10.7)	
10,001 – 20,000 บาท	45 (30.8)	44 (31.4)	
20,001 – 30,000 บาท	20 (13.7)	17 (12.1)	
30,000 – 40,000 บาท	14 (9.6)	11 (7.9)	
มากกว่า 40,000 บาท	11 (7.5)	11 (7.9)	
ประวัติการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยา, จำนวน (ร้อยละ)			0.748 ¹
ไม่มีประวัติ	121 (82.9)	118 (84.3)	
มีประวัติ	25 (17.1)	22 (15.7)	
การใช้ยาที่บ้าน, จำนวน (ร้อยละ)			0.476 ¹
จัดเตรียมและหยิบใช้ยาเอง	137 (93.8)	134 (95.7)	
มีผู้เตรียมและจัดยาให้	9 (6.2)	6 (4.3)	
การสูบบุหรี่, จำนวน (ร้อยละ)			0.858 ¹
ไม่เคยสูบ	99 (67.8)	96 (68.6)	
ยังคงสูบบุหรี่	24 (16.4)	20 (14.3)	
เคยสูบแต่ปัจจุบันเลิกสูบแล้ว	23 (15.8)	24 (17.1)	
การดื่มแอลกอฮอล์, จำนวน (ร้อยละ)			0.880 ¹
ไม่เคยดื่ม	105 (71.9)	104 (74.3)	
ยังคงดื่มอยู่	17 (11.6)	14 (10.0)	
เคยดื่มแต่ปัจจุบันเลิกดื่มแล้ว	24 (16.4)	22 (15.7)	
การดื่มเครื่องดื่มคาเฟอีน, จำนวน (ร้อยละ)			0.520 ¹
ไม่ดื่ม	53 (36.3)	56 (40.0)	
ดื่มเป็นประจำ	93 (63.7)	84 (60.0)	
การใช้ผลิตภัณฑ์อาหารเสริม/สมุนไพร, จำนวน (ร้อยละ)			0.864 ¹
ไม่ได้ใช้	104 (71.7)	101 (72.1)	
ใช้	42 (28.8)	39 (27.9)	

ตารางที่ 2. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มควบคุม (N = 146)	กลุ่มศึกษา (N = 140)	P
การออกกำลังกาย, จำนวน (ร้อยละ)			0.920 ¹
ไม่ออกกำลังกาย	69 (47.3)	67 (47.9)	
ออกกำลังกาย	77 (52.7)	73 (52.2)	
จำนวนรายการยาที่ใช้ต่อวัน (รายการ)	6 (3.75 – 8.25)	5 (4-8)	0.423 ³
มัยฐาน (พิลลี่ยควอไทล์)			
ระยะเวลาที่เริ่มใช้ยาโรคเรื้อรัง (ปี)	6 (1.6-11)	4 (1-11.5)	0.256 ³
มัยฐาน (พิลลี่ยควอไทล์)			
จำนวนโรคประจำตัวต่อผู้ป่วย 1 คน, มัยฐาน (พิลลี่ยควอไทล์)	3 (2-4)	3 (2-4)	0.558 ³
กลุ่มโรคประจำตัว, จำนวน (ร้อยละ)			
โรคหัวใจและหลอดเลือด	107 (73.3)	97 (69.3)	0.454 ¹
โรคต่อมไทรอยด์	38 (26.0)	38 (27.1)	0.831 ¹
โรคออร์โธพีดิกส์และข้ออักเสบรูมาตอยด์	14 (9.6)	17 (12.1)	0.487 ¹
โรคทางเดินอาหาร	20 (13.7)	14 (10.0)	0.334 ¹
โรคทางเดินปัสสาวะ	4 (2.7)	0 (0)	0.049 ¹
โรคกระดูก	5 (3.4)	8 (5.7)	0.353 ¹
โรคทางเดินหายใจ	23 (15.8)	24 (17.1)	0.751 ¹
โรคไต	18 (12.3)	21 (15.0)	0.511 ¹
โรคโลหิตวิทยา	11 (7.5)	6 (4.3)	0.245 ¹
โรคมะเร็ง	1 (0.7)	3 (2.1)	0.294 ¹
โรคติดเชื้อ (โรคไวรัสตับอักเสบบี, โรคไวรัสตับอักเสบบี, การติดเชื้อไวรัสเอชไอวี)	33 (22.6)	19 (13.6)	0.048 ¹
โรคอายุรกรรมประสาท	0 (0)	2 (1.4)	0.147 ¹
โรคอื่น ๆ ได้แก่ โรคผิวหนัง, โรคภูมิคุ้มกันทำลายตนเอง และโรคทางสูติรีเวช เป็นต้น	13 (8.9)	9 (6.4)	0.432 ¹

1: Pearson Chi-square 2: Independent t-test 3: Mann-Whitney U test

ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน คือ 3 โรค (2-4) ในส่วนของโรคประจำตัว ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน ยกเว้นโรคทางเดินปัสสาวะและโรคติดเชื้อ ซึ่งกลุ่มควบคุมมีโรคประจำตัวเป็นโรคทางเดินปัสสาวะร้อยละ 2.7 ส่วนกลุ่มศึกษาไม่มีโรคทางเดินปัสสาวะ ทำให้มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) และกลุ่มควบคุมมีโรคประจำตัวเป็นโรคติดเชื้อร้อยละ 22.6 สำหรับกลุ่มศึกษามีโรคประจำตัวเป็นโรคติดเชื้อร้อยละ 13.6 ($P < 0.05$)

ผลการสื่อสารคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยา

จากตารางที่ 3 กลุ่มศึกษามีคะแนนการสื่อสารเกี่ยวกับ MRQoL ระหว่างผู้ป่วยกับเภสัชกรมากกว่ากลุ่ม

ควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (40.44 ± 1.68 และ 21.85 ± 3.35 คะแนน ตามลำดับ, $P < 0.001$) เมื่อพิจารณาในรายมิติของ MRQoL พบว่า ในมิติที่ 2-9 กลุ่มศึกษามีคะแนนการสื่อสาร ระหว่างผู้ป่วยกับเภสัชกรมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) เช่นกัน

ผลความพึงพอใจต่อการใช้ PROMPT-QoL

จากการใช้ PROMPT-QoL เป็นเครื่องมือในการประเมิน MRQoL และเป็นเครื่องมือในการให้ PC ในกลุ่มศึกษา ผลการประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อ PROMPT-QoL แสดงอยู่ในตารางที่ 4 จากคำถามข้อที่ 1 “แบบสอบถาม PROMPT-QoL มีประโยชน์ในการดูแลด้าน

ตารางที่ 3. คะแนนเฉลี่ย (± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) ของการสื่อสารเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยาของผู้ป่วยกับเภสัชกร

มิติของแบบสอบถาม PROMPT-QoL	กลุ่มควบคุม (N=146)	กลุ่มศึกษา (N=140)	P ¹
มิติที่ 1 ทศนคติทั่วไปเกี่ยวกับการใช้ยาและการรักษาโรค (1 คะแนน)	1	1	-
มิติที่ 2 การได้รับข้อมูลยาและโรค (9 คะแนน)	7.68 ±0.70	8.99 ±0.12	<0.001
มิติที่ 3 ความพึงพอใจต่อผลของการใช้ยา (3 คะแนน)	1.58 ±0.63	2.91 ±0.28	<0.001
มิติที่ 4 ผลกระทบและอาการข้างเคียงจากยา (8 คะแนน)	4.00 ±1.32	6.90 ±0.95	<0.001
มิติที่ 5 ผลทางด้านจิตใจของการใช้ยา (9 คะแนน)	2.75 ±1.06	8.41 ±0.86	<0.001
มิติที่ 6 ความสะดวกในการใช้ยา (3 คะแนน)	1.53 ±0.67	2.91 ±0.28	<0.001
มิติที่ 7 การมียาให้ใช้/การเข้าถึงการใช้ยา (4 คะแนน)	1.03 ±0.54	3.36 ±0.77	<0.001
มิติที่ 8 ความสัมพันธ์ทางด้านการรักษา (3 คะแนน)	0.76 ±0.87	2.96 ±0.20	<0.001
มิติที่ 9 คุณภาพชีวิตโดยรวมของการใช้ยา (3 คะแนน)	1.53 ±0.55	3.00 ±0.00	<0.001
คะแนนรวมทั้งแบบสอบถาม (43 คะแนน)	21.85 ±3.35	40.44 ±1.68	<0.001

1: Independent t-test

การใช้ยาของท่านหรือไม่” กลุ่มควบคุมเลือกตอบมีประโยชน์มากที่สุดร้อยละ 35.62 และมีประโยชน์มาร้อยละ 61.64 กลุ่มศึกษาเลือกตอบมีประโยชน์มากที่สุดร้อยละ 51.43 และมีประโยชน์มาร้อยละ 45.71 ซึ่งแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P = 0.024$) สำหรับคำถามเรื่อง PROMPT-QoL มีประโยชน์คุ้มค่ากับเวลาในการทำแบบสอบถามหรือไม่ (ข้อ 2) ทำให้ต้องกลับไปใส่ใจดูแลเรื่องการให้ยาเพิ่มขึ้นหรือไม่ (ข้อ 3) และความต้องการให้โรงพยาบาลนำแบบสอบถามนี้มาใช้ไหม ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มอย่างน้อยร้อยละ 90 มีความเห็นด้วย

การอภิปรายผล

ผู้ป่วยกลุ่มศึกษามีคะแนนการสื่อสารเรื่อง MRQoL โดยรวมมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) เมื่อพิจารณาในรายมิติของ MRQoL พบว่า ในมิติที่ 2-9 กลุ่มศึกษามีคะแนนการสื่อสารฯ มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) เช่นกัน อีกทั้งเมื่อพิจารณาความพึงพอใจต่อการใช้ PROMPT-QoL ในการให้ PC พบว่า กลุ่มศึกษาที่มีความพึงพอใจด้านประโยชน์ในการดูแลด้านการให้ยามากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P = 0.024$) สำหรับในด้านคุ้มค่ากับเวลาที่ใช้ในการทำแบบสอบถาม การกลับไปใส่ใจดูแลเรื่องยาเพิ่มขึ้น และการอยากให้โรงพยาบาลนำแบบสอบถามมาใช้ ผลความพึงพอใจไม่มีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่ม

แบบสอบถาม PROMPT-QoL เป็นเครื่องมือที่พัฒนาเพื่อใช้ประเมินความต้องการด้านยาและผลกระทบจากการใช้ยาที่มาจากมุมมองผู้ป่วย โดยผู้พัฒนาได้สร้างเครื่องมือจากแนวความคิดของ PC ที่มีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และแนวความคิดของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพประสานเข้าด้วยกัน โดยความต้องการด้านยาแบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่ 1) ความต้องการในเรื่องของข้อบ่งใช้ 2) ความต้องการในเรื่องของประสิทธิผล 3) ความต้องการในเรื่องของความปลอดภัย และ 4) ความต้องการในเรื่องของความสะดวกหรือความสะดวกในการใช้ยา PROMPT-QoL แบ่งเป็น 9 มิติ ซึ่งแต่ละมิติให้ข้อมูล MRQoL ในด้านต่าง ๆ ที่ช่วยเพิ่มการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับผู้ให้บริการบริบาล อีกทั้งการสื่อสารยังเป็นสิ่งกระตุ้นที่ทำให้ผู้ให้บริการบริบาลทราบถึง DRPs ของผู้ป่วยร่วมด้วย

มิติที่ 1 ทศนคติทั่วไปเกี่ยวกับการใช้ยาและการรักษาโรค เป็นการสอบถามทัศนคติและประสบการณ์การใช้ยาของผู้ป่วย หรือสอบถามทางเลือกอื่น ๆ นอกจากการใช้ยา ซึ่งทั้งสองกลุ่มมีคะแนนไม่แตกต่างกัน เนื่องจากการให้ PC โดยทั่วไป ผู้ให้บริการบริบาลควรสอบถามทัศนคติการใช้ยา เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานประกอบในการสืบหา DRPs ร่วมด้วย

มิติที่ 2 การได้รับข้อมูลยาและโรคจากแพทย์เภสัชกร หรือพยาบาล ประกอบไปด้วย 9 ข้อคำถาม กลุ่มศึกษามีคะแนนเฉลี่ยมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ

ตารางที่ 4. จำนวน (ร้อยละ) ของผู้ป่วยที่ตอบแบบสอบถามความพึงพอใจต่อ PROMPT-QoL

ความพึงพอใจต่อแบบสอบถาม PROMPT-QoL	กลุ่มควบคุม (N = 146)	กลุ่มศึกษา (N = 140)	P
ข้อ 1 PROMPT-QoL มีประโยชน์ในการดูแลด้านการใช้ยาของท่านหรือไม่			
มีประโยชน์มากที่สุด	52 (35.62)	72 (51.43)	0.024 ¹
มีประโยชน์มาก	90 (61.64)	64 (45.71)	
มีประโยชน์ปานกลาง	4 (2.74)	4 (2.86)	
มีประโยชน์น้อย	0	0	
ไม่มีประโยชน์	0	0	
ข้อ 2 ท่านคิดว่า PROMPT-QoL มีประโยชน์ในการดูแลด้านการใช้ยากับค่ากับเวลาที่ใช้ในการทำแบบสอบถาม			
คุ้มค่า	146 (100.00)	139 (99.29)	0.490 ²
เฉย ๆ	0	1 (0.71)	
ไม่คุ้มค่า	0	0	
ข้อที่ 3 การทำ PROMPT-QoL ทำให้ท่านมีความรู้สึกที่ต้องกลับไปใส่ใจดูแลเรื่องการใช้ยาเพิ่มขึ้น			
ใช่	133 (91.10)	125 (89.29)	0.376 ²
เฉย ๆ	13 (8.90)	15 (10.71)	
ไม่ใช่	0	0	
ข้อที่ 4 ท่านอยากให้โรงพยาบาลนำแบบสอบถามนี้มาใช้ในการดูแลด้านการใช้ยาของผู้ป่วยหรือไม่			
อยาก	145 (99.32)	135 (96.43)	0.220 ¹
เฉย ๆ	1 (0.68)	4 (2.86)	
ไม่อยาก	0	1 (0.71)	

1: Pearson Chi-square, 2: Fisher's Exact Test

ทางสถิติ ($P < 0.001$) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการใช้ PROMPT-QoL เป็นเครื่องมือในการให้ PC ทำให้ผู้วิจัยสามารถให้ข้อมูลได้อย่างครบถ้วน ไม่หลงลืมข้อมูลเรื่องยาและโรคที่สำคัญสำหรับผู้ป่วย เช่น การแนะนำแนวทางปฏิบัติตัวเมื่อผู้ป่วยลิ้มรับประทานยาที่มักพบเป็นปัญหาได้บ่อย และผู้ป่วยไม่ทราบแนวทางการแก้ไขปัญหา

มิติที่ 3 ความพึงพอใจต่อผลของการใช้ยา ประกอบด้วย 3 ข้อคำถาม กลุ่มศึกษามีคะแนนการสื่อสารในด้านนี้มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) ในการให้ PC โดยทั่วไป ผู้ให้การบริบาลอาจไม่ได้สอบถามความคิดเห็นของผู้ป่วยร่วมด้วย แต่อาจพิจารณาประสิทธิผลของการใช้ยาจากผลทางห้องปฏิบัติการเพียงอย่างเดียว แต่การให้ PC ที่มีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางควรสำรวจความเจ็บปวดทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมของผู้ป่วยร่วมด้วย ซึ่งคำถามในมิตินี้ช่วยให้ผู้ให้การบริบาล

ทราบถึงแนวความคิดและความพึงพอใจจากการใช้ยาผ่านมุมมองของผู้ป่วย หากผู้ป่วยไม่พึงพอใจต่อผลของการใช้ยา อาจนำไปสู่การค้นพบ DRPs เช่น การได้รับยาที่ไม่มีประสิทธิผล หรือได้รับยาในขนาดที่ต่ำเกินไป หรือผู้ป่วยควรได้รับการรักษาเพิ่มเติม เป็นต้น

มิติที่ 4 ผลกระทบและอาการข้างเคียงจากการใช้ยา ประกอบด้วย 8 ข้อคำถามที่สอบถามถึงอาการข้างเคียงจากการใช้ยาและผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยอย่างครอบคลุมทุกระบบ กลุ่มศึกษามีคะแนนการสื่อสารด้านนี้มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) เนื่องจากการให้ PC โดยทั่วไป ผู้ให้การบริบาลจะสอบถามอาการข้างเคียงที่พบได้บ่อยจากการใช้ยา หรือผู้ป่วยเป็นผู้แจ้งถึงผลกระทบจากการใช้ยาที่เกิดขึ้นแล้ว ผู้ให้การบริบาลอาจไม่ได้สอบถามถึงระบบอื่น ๆ ที่อาจได้รับผลกระทบจากการใช้ยาด้วยเช่นกัน แต่การใช้ PROMPT-QoL เป็นเครื่องมือในการบริบาลทำให้สามารถสำรวจผลกระทบจากการใช้ยา

อย่างครอบคลุมทุกระบบของร่างกาย และเป็นเสมือนสิ่งกระตุ้นเตือนให้ผู้ป่วยสังเกตตนเองว่าได้รับผลกระทบจากการใช้ยาในระบบอื่น ๆ อีกหรือไม่

มิติที่ 5 ผลทางด้านจิตใจของการใช้ยา ประกอบด้วย 9 ข้อคำถามที่สอบถามถึงความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่มีต่อการใช้ยา กลุ่มศึกษามีคะแนนการสื่อสารด้านนี้มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) ในการให้ PC โดยทั่วไปบุคลากรทางการแพทย์อาจไม่ได้สอบถามถึงความกังวลทางด้านจิตใจมากนัก แต่สุดท้ายมักจะพบเป็นปัญหาความร่วมมือในการใช้ยา ซึ่งบางครั้งมีสาเหตุจากความวิตกกังวลเรื่องยา การใช้ PROMPT-QoL ในการสอบถามในมิตินี้ทำให้ผู้ให้การบริหารลทราบถึงผลกระทบจากยาที่มีต่อจิตใจของผู้ป่วยได้ และสามารถช่วยแก้ไขความวิตกกังวล หรือความเข้าใจผิดเกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วยได้ ผู้ป่วยส่วนใหญ่อาจไม่กล้าแสดงถึงความกังวลนี้กับแพทย์ ดังนั้น คำถามในแบบสอบถามจึงเป็นสื่อกลางที่ช่วยให้การสื่อสารผลทางด้านจิตใจระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทางการแพทย์ดีขึ้นด้วย

มิติที่ 6 ความสะดวกในการใช้ยาประกอบด้วย 3 ข้อคำถาม กลุ่มศึกษามีคะแนนการสื่อสารด้านนี้มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) ในการให้ PC โดยทั่วไป บุคลากรทางการแพทย์อาจไม่ได้สอบถามถึงความสะดวกของการใช้ยา เนื่องจากบางครั้งยาดังกล่าวจำเป็นสำหรับผู้ป่วยและไม่มีทางเลือก แต่อย่างไรก็ตาม การใช้ PROMPT-QoL ในการสอบถามในมิตินี้ ทำให้บุคลากรทางการแพทย์ทราบถึงปัญหาดังกล่าวได้ แม้ว่าบางปัญหาอาจแก้ไขไม่ได้ แต่การให้คำอธิบายแก่ผู้ป่วยสามารถทำให้ผู้ป่วยเข้าใจในมุมมองของบุคลากรทางแพทย์ได้มากขึ้นเช่นกัน

มิติที่ 7 การมียาให้ใช้/การเข้าถึงการใช้ยา ประกอบด้วย 4 คำถาม กลุ่มศึกษามีคะแนนการสื่อสารด้านนี้มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) โดยทั่วไปบุคลากรทางการแพทย์อาจสอบถามถึงการมียาให้ใช้/การเข้าถึงการใช้ยาเพียงเล็กน้อย แต่อย่างไรก็ตามการใช้ PROMPT-QoL ในการสอบถามในมิตินี้ ทำให้บุคลากรทางการแพทย์ทราบถึงปัญหาของการเข้าถึงยาได้ เช่น ผู้ป่วยบางรายมีปัญหาเกี่ยวกับค่ายา ค่าเดินทาง หรือมีปัญหาเรื่องการเดินทางมารับยา เป็นต้น

มิติที่ 8 ความสัมพันธ์ทางด้านการรักษา ประกอบด้วย 3 ข้อคำถามที่สอบถามความสัมพันธ์ทางด้าน

การรักษาของแพทย์ เภสัชกร หรือพยาบาล กลุ่มศึกษามีคะแนนการสื่อสารด้านนี้มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) การให้ PC โดยทั่วไปอาจไม่ได้สอบถามถึงประเด็นเรื่องความสัมพันธ์เหล่านี้นัก แต่การบริหารที่ดีต้องอาศัยสิ่งที่เรียกว่าความสัมพันธ์ด้านการรักษา (therapeutic relationship) (22, 23) ซึ่งประกอบไปด้วยสิ่งต่าง ๆ เช่น ความไว้วางใจ การสร้างความมั่นใจในการดูแล ความรับผิดชอบต่อการรักษาผู้ป่วย การให้ความช่วยเหลือ เป็นต้น ความสัมพันธ์ทางด้านการรักษา นับว่าเป็นสิ่งที่จำเป็นและมีความสำคัญในการให้ PC

มิติที่ 9 คุณภาพชีวิตโดยรวมของการใช้ยา ประกอบด้วย 3 คำถามที่สอบถามถึงคุณภาพชีวิตโดยรวมหลังจากผู้ป่วยซั้ข้อดี-ข้อเสียของยาแล้ว กลุ่มศึกษามีคะแนนการสื่อสารด้านนี้มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) การใช้ PROMPT-QoL ในการสอบถามในมิตินี้ทำให้บุคลากรทางการแพทย์ทราบถึงคุณภาพชีวิตโดยรวม ความพึงพอใจ ความสุข และผลของการใช้ยาต่อการดำเนินชีวิต ทำให้เห็นมุมมองของผู้ป่วยต่อการใช้ยามากยิ่งขึ้น

ในการศึกษานี้ ผู้ป่วยในกลุ่มศึกษาบางรายได้คะแนนการสื่อสารไม่เต็ม 43 คะแนน เนื่องจากขณะที่ผู้วิจัยให้ PC แก่ผู้ป่วยนั้นใกล้เคียงลำดับการเข้าพบแพทย์เพื่อรับการตรวจรักษา จึงทำให้ผู้ป่วยรีบเร่งในการรับการบริการ ซึ่งทำให้ขาดการสื่อสาร MRQoL บางประเด็น แต่อย่างไรก็ตาม จะเห็นได้ว่าการใช้ PROMPT-QoL ในการให้ PC ทำให้ผู้วิจัยสื่อสารข้อมูลกับผู้ป่วยได้มากขึ้น ช่วยให้พูดคุยถึงประเด็นต่าง ๆ ด้านยาได้อย่างครบถ้วนมากยิ่งขึ้น สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ Yang และคณะ (18) ที่พบว่า การใช้เครื่องมือประเมิน PRO กระตุ้นให้บุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วยมีการสื่อสารเพิ่มขึ้น ซึ่งทำให้การสนทนาตรงประเด็นยิ่งขึ้น อีกทั้งทำให้ผู้ป่วยกล้าปรึกษาปัญหาสุขภาพกับบุคลากรทางการแพทย์เพิ่มขึ้น และสอดคล้องกับอีกหลายการศึกษา (19, 20, 24, 25) ที่แสดงให้เห็นว่า การใช้เครื่องมือประเมิน PRO ช่วยเพิ่มการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์เช่นกัน

นอกจากนี้ การศึกษาของ Greenhalgh และคณะ (26) ที่ทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเพื่อค้นหาว่า เครื่องมือประเมิน PRO ช่วยเพิ่มการสื่อสารระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วยได้อย่างไร ได้สรุปว่า 1. การใช้

เครื่องมือประเมิน PRO ช่วยกระตุ้นและสนับสนุนผู้ป่วยในการแจ้งข้อมูลทางสุขภาพแก่บุคลากรทางการแพทย์ โดยการใช้เครื่องมือประเมิน PRO ช่วยให้ผู้ป่วยหันกลับมาไตร่ตรองและพิจารณาว่า ตนเองได้รับผลกระทบอย่างไรบ้าง ซึ่งในส่วนนี้จะสัมพันธ์กับเนื้อหาของแบบสอบถามที่นำมาใช้ เช่น การนำเครื่องมือประเมิน PRO มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง โดยเนื้อหาในแบบสอบถามจะถามเกี่ยวกับอารมณ์และความรู้สึกของผู้ป่วยเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งผลจากการตอบแบบสอบถามทำให้แพทย์เข้าใจอารมณ์และความรู้สึกของผู้ป่วยได้มากยิ่งขึ้น และผู้ป่วยอาจมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการรักษาของตนเองร่วมกับแพทย์ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษานี้ เนื่องจากเมื่อผู้ป่วยได้ทำแบบสอบถาม PROMPT-QoL ผู้ป่วยจะมีการสอบถามข้อมูลเรื่องยา โรค และ MRQoL มากยิ่งขึ้น อีกทั้งสอบถามถึงเรื่อง DRPs ที่เกิดขึ้นกับตัวผู้ป่วยว่ามีความผิดปกติและมีความรุนแรงหรือไม่ 2. เครื่องมือประเมิน PRO ช่วยให้บุคลากรทางการแพทย์ตระหนักและทราบปัญหาของผู้ป่วยมากยิ่งขึ้น โดย PRO เป็นสิ่งที่กระตุ้นให้บุคลากรทางการแพทย์ค้นหาปัญหา พุดคุยถึงปัญหาที่ผู้ป่วยกำลังพบเจอ และช่วยแก้ไขปัญหานั้นแก่ผู้ป่วย ในการศึกษานี้ PROMPT-QoL เป็นเสมือนเครื่องมือกระตุ้นให้ผู้ให้การบริบาลค้นหา DRPs ของผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น เมื่อพบว่าผู้ป่วยมีผลคะแนน MRQoL ต่ำ อีกทั้งเพิ่มการพุดคุยถึงปัญหา และนำไปสู่การแก้ไข DRPs ให้แก่ผู้ป่วยอีกด้วย

กลุ่มศึกษามีความพึงพอใจต่อแบบสอบถาม PROMPT-QoL มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญในด้านการมีประโยชน์ในการดูแลด้านการใช้จ่าย ($P = 0.024$) สำหรับความคุ้มค่ากับเวลาที่ใช้ในการทำแบบสอบถาม การทำให้รู้สึกที่ต้องกลับไปใส่ใจดูแลเรื่องการใช้ยาเพิ่มขึ้น และการอยากให้องพยาบาลนำแบบสอบถามนี้มาใช้ในการดูแลด้านการใช้จ่ายของผู้ป่วยนั้น ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มมีความพึงพอใจไม่ต่างกัน โดยผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มมีความพึงพอใจในระดับสูงมากกว่าร้อยละ 80 ซึ่งเป็นผลจากการที่ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มพึงพอใจต่อการได้รับ PC อยู่ในระดับสูงแล้ว จึงอาจทำให้ไม่เห็นความพึงพอใจที่แตกต่างกันในข้อดังกล่าว การศึกษา Boyer และคณะ (27) พบว่า การนำเครื่องมือประเมิน PRO มาใช้ประเมินคุณภาพชีวิต และรายงานผลให้แพทย์ทราบ ทำให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจมากกว่าการประเมินคุณภาพชีวิต แต่ไม่มีการรายงานผลให้แพทย์ทราบ

แต่อย่างไรก็ตามการศึกษาของ Taenzer และคณะ (24) ไม่พบความแตกต่างในด้านความพึงพอใจของผู้ป่วยที่มีการทำแบบประเมินคุณภาพชีวิตที่มีการรายงานผลให้แพทย์ทราบ และกลุ่มที่ไม่ได้รายงานผลให้แพทย์ทราบ เนื่องจากผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มมีความพึงพอใจอยู่ในระดับสูงอยู่แล้ว

ประชากรจำนวนหนึ่งในการศึกษานี้เป็นผู้สูงอายุ และมีปัญหาด้านสายตา ทำให้ไม่สามารถทำแบบสอบถามได้ด้วยตนเอง ผู้วิจัยจึงใช้วิธีอ่านคำถามใน PROMPT-QoL พร้อมกับให้ดูแบบสอบถามประกอบในไอแพด (iPad) เนื่องจากสามารถขยายให้ตัวอักษรใหญ่ขึ้นได้ แต่ในกรณีที่ผู้ป่วยสามารถตอบคำถามได้เอง ผู้วิจัยจะให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามด้วยตนเองในกระดาษ จึงทำให้การศึกษานี้มีการเก็บข้อมูลทั้งสองวิธี แต่อย่างไรก็ตามมีการศึกษาก่อนหน้า (28, 29) ที่ได้เปรียบเทียบวิธีการทำแบบสอบถามด้วยตนเองและวิธีสัมภาษณ์ พบว่า วิธีการทั้งสองวิธีมีผลการศึกษาที่สอดคล้องกัน จึงสรุปผลว่า วิธีการตอบแบบสอบถามที่แตกต่างกันไม่ได้ส่งผลต่อผลลัพธ์ การศึกษาครั้งนี้จึงได้ไปอาจศึกษาผลของการใช้ PROMPT-QoL ในการช่วยเพิ่มการสื่อสารของผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ โดยแบ่งแยกผลการศึกษาเป็นการสอบถามข้อมูลด้านยา โรค และ MRQoL โดยผู้ป่วย และผลการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยโดยบุคลากรทางแพทย์ นอกจากนี้อาจแบ่งการประเมินผลการสื่อสารออกเป็นมาตรวัดลิเคิร์ต 3-5 ระดับ เพื่อให้สามารถประเมินได้ละเอียดมากยิ่งขึ้น PROMPT-QoL มีจำนวน 43 ข้อคำถาม ต้องใช้ระยะเวลาในการทำแบบสอบถามค่อนข้างนาน อาจทำให้ผู้ป่วยมีความเหนื่อยล้าหรือไม่ตั้งใจทำ และไม่ได้รับข้อมูลที่แท้จริงจากผู้ป่วย ในกรณีดังกล่าวอาจใช้แบบสอบถาม PROMPT-QoL ฉบับย่อ (30) ในการประเมินปัญหาเบื้องต้นก่อน เนื่องจากมีข้อคำถามที่น้อยกว่า ใช้งานได้ง่ายยิ่งขึ้น นอกจากนี้ควรมีการศึกษาค้นคว้าผลของการใช้ PROMPT-QoL ฉบับย่อที่มีต่อการให้ PC ในด้านต่าง ๆ ซึ่งอาจทำให้เห็นผลที่แตกต่างไปจากการศึกษานี้

สรุป

PROMPT-QoL เป็นแบบประเมิน PRO ที่ดีในการกระตุ้นให้บุคลากรทางการแพทย์มีการสื่อสารเรื่อง MRQoL กับผู้ป่วยมากขึ้น และยังเพิ่มความพึงพอใจให้แก่ผู้ป่วยในด้านประโยชน์ในการดูแลการใช้จ่าย

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณหัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรม เภสัชกร พยาบาลประจำคลินิกบริบาล และเจ้าหน้าที่ทุกท่านของโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ที่ช่วยอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล และผู้ป่วยทุกท่านที่ให้ความร่วมมือและให้ข้อมูลแก่ผู้วิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. US Department of Health Human Services Food and Drug Administration. Guidance for industry: Patient-reported outcome measures: use in medical product development to support labeling claims [online]. 2009 [cited June 7, 2019]. Available from: www.fda.gov/regulatory-information/search-fda-guidance-documents/patient-reported-outcome-measures-use-medical-product-development-support-labeling-claims.
2. Black N. Patient reported outcome measures could help transform healthcare. *BMJ*. 2013; 346: f167.
3. Dawson J, Doll H, Fitzpatrick R, Jenkinson C, Carr AJ. The routine use of patient reported outcome measures in healthcare settings. *BMJ* 2010; 340: c186.
4. Wu AW, Snyder C, Clancy CM, Steinwachs DM. Adding the patient perspective to comparative effectiveness research. *Health Aff (Millwood)* 2010; 29: 1863-71.
5. Ahmed S, Berzon RA, Revicki DA, Lenderking WR, Moynihan CM, Basch E, et al. the use of patient-reported outcomes (PRO) within comparative effectiveness research: implications for clinical practice and health care policy. *Med Care* 2012;50:1060-70.
6. Mayo NE. ISOQOL dictionary of quality of life and health outcomes measurement [online]. 2015 [cited July 4, 2019]. Available from: www.isoqol.org/dictionary/.
7. Reeve BB, Wyrwich KW, Wu AW, Velikova G, Terwee CB, Snyder CF, et al. ISOQOL recommends minimum standards for patient-reported outcome measures used in patient-centered outcomes and comparative effectiveness research. *Qual Life Res* 2013; 22: 1889-905.
8. Greenhalgh J, Long AF, Flynn R. The use of patient reported outcome measures in routine clinical practice: lack of impact or lack of theory? *Soc Sci Med* 2005; 60: 833-43.
9. Mohammed MA, Moles RJ, Chen TF. Impact of pharmaceutical care interventions on health-related quality-of-life outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Ann Pharmacother*. 2016; 50: 862-81.
10. Westerlund T, Marklund B. Assessment of the clinical and economic outcomes of pharmacy interventions in drug-related problems. *J Clin Pharm Ther* 2009; 34: 319-27.
11. Singhal PK, Raisch DW, GuPchup GV. The impact of pharmaceutical services in community and ambulatory care settings: evidence and recommendations for future research. *Ann Pharmacother* 1999; 33: 1336-55.
12. Cheng Y, Raisch DW, Borrego ME, Gupchup GV. Economic, clinical, and humanistic outcomes (ECHO) of pharmaceutical care services for minority patients: A literature review. *Res Social Adm Pharm* 2013; 9: 311-29.
13. Mohammed MA, Moles RJ, Chen TF. Pharmaceutical care and health related quality of life outcomes over the past 25 years: Have we measured dimensions that really matter? *Int J Clin Pharm*. 2018; 40: 3-14.
14. Sakthong P, Suksanga P, Sakulbumrungsil R, Winit-Watjana W. Development of patient-reported outcomes measure of pharmaceutical therapy for quality of life (PROMPT-QoL): a novel instrument for medication management. *Res Social Adm Pharm* 2015; 11: 315-38.
15. Sakthong P, Chinthammit C, Sukarnjanaset P, Somsa-ardjit N, Munpan W. Psychometric properties of the patient-reported outcomes measure of

- pharmaceutical therapy for quality of life (PROMPT-QoL). *Value Health Reg Issues* 2017; 12: 41-9.
16. Sangthongnotai T. Effect of pharmaceutical care on drug therapy-related quality of life in outpatients [dissertation]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2016.
17. Sakthong P, Sangthongnotai T. A randomized controlled trial of the impact of pharmacist-led patient-centered pharmaceutical care on patients' medicine therapy-related quality of life. *Res Social Adm Pharm* 2018; 14: 332-9.
18. Yang L, Manhas D, Howard A, Olson R. Patient-reported outcome use in oncology: a systematic review of the impact on patient-clinician communication. *Support Care Cancer* 2018; 26: 41-60.
19. Velikova G, Booth L, Smith AB, Brown PM, Lynch P, Brown JM, et al. Measuring quality of life in routine oncology practice improves communication and patient well-being: A randomized controlled trial. *J Clin Oncol* 2004; 22: 714-24.
20. Detmar SB, Muller MJ, Schornagel JH, Wever LD, Aaronson NK. Health-related quality-of-life assessments and patient-physician communication: a randomized controlled trial. *JAMA* 2002; 288: 3027-34.
21. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral science. 2nd ed. New Jersey: Laurence Erlbaum Associates; 1988.
22. Cipolle RJ, Strand LM, Morley PC. Pharmaceutical care practice: The patient-centered approach to medication management services. New York: McGraw-Hill; 2012.
23. Cipolle RJ, Strand LM, Morley PC. Pharmaceutical care practice: The clinician's guide. 2nd ed. New York: McGraw-Hill; 2004.
24. Taenzer P, Bultz BD, Carlson LE, Specia M, DeGagne T, Olson K, et al. Impact of computerized quality of life screening on physician behaviour and patient satisfaction in lung cancer outpatients. *Psychooncology* 2000; 9: 203-13.
25. Santana M-J, Feeny D, Johnson JA, McAlister FA, Kim D, Weinkauf J, et al. Assessing the use of health-related quality of life measures in the routine clinical care of lung-transplant patients. *Qual Life Res* 2010; 19: 371-9.
26. Greenhalgh J, Gooding K, Gibbons E, Dalkin S, Wright J, Valderas J, et al. How do patient reported outcome measures (PROMs) support clinician-patient communication and patient care? A realist synthesis. *J Patient Rep Outcomes* 2018; 2: 42. doi: 10.1186/s41687-018-0061-6.
27. Boyer L, Lancon C, Baumstarck K, Parola N, Berbis J, Auquier P. Evaluating the impact of a quality of life assessment with feedback to clinicians in patients with schizophrenia: randomised controlled trial. *BMJ* 2013; 202: 447-53.
28. Lozano F, Lobos JM, March JR, Carrasco E, Barros MB, González-Porras JR. Self-administered versus interview-based questionnaires among patients with intermittent claudication: Do they give different results? A cross-sectional study. *Sao Paulo Med J* 2016; 134: 63-9.
29. Tsakos G, Bernabé E, O'Brien K, Sheiham A, de Oliveira C. Comparison of the self-administered and interviewer-administered modes of the child-OIDP. *Health Qual Life Outcomes* 2008; 6: 40.
30. Sakthong p, Sonsa-ardjit N, Sukarnjanaset P, Munpan W, Sangthongnotai T. Development and psychometrics of a short-form pharmaceutical care-specific measure for quality of life. *Int J Clin Pharm* 2018; 40: 642-9.

ภาคผนวก

แบบบันทึกคะแนนการสื่อสารเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตระหว่างผู้ป่วยและเภสัชกร

เนื้อหาที่นำมาประเมินคะแนน	การสื่อสาร	
	มี	ไม่มี
มิติที่ 1 ทศนคติทั่วไปเกี่ยวกับการใช้ยา (1 คะแนน) • ทศนคติการใช้ยา การรักษาโรค		
มิติที่ 2 การได้รับข้อมูลยาและโรคจากแพทย์ เภสัชกร หรือพยาบาล (9 คะแนน) • ชื่อยา • ความแรงของยา • ข้อบ่งใช้ของยา • วิธีการใช้ยา • เหตุผลการใช้ยาอย่างสม่ำเสมอ • วิธีการปฏิบัติตัวเมื่อลืมกินยา • อาการข้างเคียงหรืออาการผิดปกติจากยาที่ได้รับ พร้อมทั้งวิธีการแก้ไข • สาเหตุ และการป้องกันโรค • อาการ ความรุนแรง และวิธีการรักษาโรค		
มิติที่ 3 ความพึงพอใจต่อประสิทธิผลของการใช้ยา (3 คะแนน) • ลดอาการของโรค • หายจากโรค • ความรวดเร็วของยาในการลดอาการของโรค		
มิติที่ 4 การได้รับผลกระทบจากการใช้ยาและอาการข้างเคียงของยา ในด้านต่าง ๆ ดังนี้ (8 คะแนน) • การเดิน การเคลื่อนไหว การออกแรง การปวด หรือการไม่สบายตัว • การนอน การง่วงนอน หรือการฝันร้าย • ความจำหรือการใช้ความคิด • รูปร่าง หน้าตา ผิวพรรณ • การรับรสอาหาร การย่อยอาหาร การขับถ่าย • การมองเห็น การได้ยิน การพูด • การมีเพศสัมพันธ์ หรือความต้องการทางเพศ • การทำงานหาเลี้ยงชีพ การเรียน การทำงานบ้าน งานอดิเรก การพบปะเพื่อนฝูงหรือญาติ		
มิติที่ 5 ผลทางด้านจิตใจของการใช้ยา (9 คะแนน) • กังวลหรือกลัวอาการข้างเคียงของยา • เบื่อหรืออึดอัดที่ต้องใช้ยาอย่างเคร่งครัดสม่ำเสมอ • กังวลหรือกลัวการดื้อยา ยาที่ใช้อยู่จะไม่ได้ผล • กังวลหรือกลัวว่าจะต้องใช้ยาเป็นระยะเวลานาน/ตลอดชีวิต • กังวลหรือกลัวการปรับเปลี่ยนชนิดยา ความแรงหรือวิธีการใช้ยา • กังวลหรือกลัวการใช้ยาเป็นจำนวนมากต่อมื้อ • กังวลหรือกลัวเมื่อต้องให้ยาต่อหน้าผู้อื่น • กังวลหรือกลัวว่ายาที่ใช้อยู่จะมีปัญหาหายาก • การใช้ยาทำให้คิดว่าตนเองเป็นคนสุขภาพไม่ดีเหมือนคนอื่นในวัยเดียวกัน		

เนื้อหาที่นำมาประเมินคะแนน	การสื่อสาร	
	มี	ไม่มี
มิติที่ 6 ความสะดวกในการใช้ยา (3 คะแนน)		
- รูปแบบยาที่เหมาะสม - วิธีการใช้ที่สะดวก - ความสะดวกในการพกพา		
มิติที่ 7 การมียาให้ใช้ /การเข้าถึงการใช้ยา (4 คะแนน)		
- ปัญหาเรื่องยาหมด ยาขาด จ่ายยาไม่พอสั่งนัด - ปัญหาเรื่องค่ายา ค่าเดินทาง - ความพึงพอใจต่อขั้นตอนและระยะเวลาที่มารอรับบริการจากโรงพยาบาล - ปัญหาเรื่องการเดินทางมารับยา		
มิติที่ 8 ความสัมพันธ์ทางด้านการรักษาที่มีต่อแพทย์ เภสัชกร หรือพยาบาล (3 คะแนน)		
- ความเชื่อมั่นต่อหมอ - ทำที่ที่เป็นมิตร ยิ้มแย้ม เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับยาที่ใช้ - การได้รับการแก้ไขปัญหา เมื่อคุณมีปัญหาหรือความวิตกกังวลเกี่ยวกับยา		
มิติที่ 9 คุณภาพชีวิตโดยรวมของการใช้ยา (3 คะแนน)		
- ความพึงพอใจในยาที่ใช้ - ความสุขในยาที่ใช้ - ผลของยาที่ใช้ต่อการดำเนินชีวิต/ การใช้ชีวิต		
คะแนนรวม (43 คะแนน)		