

การประเมินการใช้เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตด้านการรักษา ด้วยยาในการบริหารทางเภสัชกรรมสำหรับผู้ป่วยนอก

อชิรญา บุตรดาน้อย, พรรณทิพา ศักดิ์ทอง

ภาควิชาเภสัชกรรมปฏิบัติ คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อเปรียบเทียบผลของการบริหารทางเภสัชกรรมในเรื่องคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยาระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้แบบสอบถาม Patient-Reported Outcome Measure of Pharmaceutical Therapy (PROMPT) เปรียบเทียบกับกลุ่มที่ไม่ใช้แบบสอบถาม PROMPT เป็นส่วนหนึ่งของการบริหารทางเภสัชกรรม **วิธีการ:** การศึกษาเป็นการทดลองแบบสุ่มชนิดปกปิดฝ่ายเดียวที่มีกลุ่มควบคุมในผู้ป่วยนอกจำนวน 315 คนที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลสมุทรปราการ ระหว่างเดือนสิงหาคม 2561 ถึง กุมภาพันธ์ 2562 การวิจัยแบ่งผู้ป่วยเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มมาตรฐาน (กลุ่มที่ไม่ใช้แบบสอบถาม PROMPT เป็นส่วนหนึ่งในการบริหารทางเภสัชกรรม) และกลุ่มศึกษา (กลุ่มที่ใช้แบบสอบถาม PROMPT เป็นส่วนหนึ่งในการบริหารทางเภสัชกรรม) ผู้วิจัยเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม PROMPT จำนวน 2 ครั้ง คือ ก่อนการแทรกแซงและหลังการแทรกแซงเมื่อผู้ป่วยมาพบแพทย์ในครั้งถัดไป **ผลการวิจัย:** ในช่วงหลังได้รับการบริหารทางเภสัชกรรม กลุ่มศึกษามีคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมของการใช้ยาที่มากกว่ากลุ่มมาตรฐานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ค่าเฉลี่ย 82.1 ± 16.7 และ 78.6 ± 16.2 ตามลำดับ) **สรุป:** การให้บริหารทางเภสัชกรรมโดยใช้แบบสอบถาม PROMPT สามารถช่วยให้คุณภาพชีวิตด้านการใช้ยาในมิติคุณภาพชีวิตโดยรวมของการใช้ยาของผู้ป่วยดีขึ้นได้

คำสำคัญ: เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตด้านการรักษาด้วยยา การบริหารทางเภสัชกรรม คุณภาพชีวิตด้านการใช้ยา

รับต้นฉบับ: 2 ก.ย. 2563, ได้รับบทความฉบับปรับปรุง: 21 มิ.ย. 2564, รับลงตีพิมพ์: 24 มิ.ย. 2564

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

Evaluation of the Use of Drug Therapy-Related Quality of Life Measure in Pharmaceutical Care for Outpatients

Achiraya Buddhanoy, Phantipa Sakthong

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

Abstract

Objective: To compare the effect of pharmaceutical care in terms of drug-related quality of life between patients with the use of the Patient-Reported Outcome Measure of Pharmaceutical Therapy (PROMPT) in the provision of pharmaceutical care and those without the use of the PROMPT. **Methods:** The study was a single-blind, randomized, controlled intervention study in 315 outpatients at Samutprakan hospital during August 2018 to February 2019. The study randomly allocated patients into standard group (with no use of the PROMPT in the provision of pharmaceutical care) and the intervention group (with the use of the PROMPT). The researchers collected data with the PROMPT twice i.e., before and after intervention during next patient visit. **Results:** After the provision of pharmaceutical care, Intervention group had a significantly higher score on overall quality of life, compared to standard group with mean of 82.1 ± 16.7 and 78.6 ± 16.2 , respectively. **Conclusions:** The use of PROMPT in pharmaceutical care increased drug-related quality of life in overall quality of life domain.

Keywords: Patient-Reported Outcome Measure of Pharmaceutical Therapy (PROMPT), pharmaceutical care, drug related quality of life

บทนำ

การประเมินผลลัพธ์ทางด้านสาธารณสุขมี 3 ด้าน คือ ผลลัพธ์ทางด้านคลินิก ด้านเศรษฐศาสตร์ และ ด้านความเป็นมนุษย์ (humanistic outcomes) (1, 2) ซึ่งสามารถวัดได้ทั้งจากการรายงานจากบุคลากรทางการแพทย์ และจากการรายงานด้วยตัวผู้ป่วยเอง (3) ผลลัพธ์ที่รายงานด้วยตัวผู้ป่วยเอง (patient-reported outcomes: PROs) ตามคำนิยามขององค์การอาหารและยาแห่งสหรัฐอเมริกา (4) หมายถึง “รายงานที่มาจากผู้ป่วยโดยตรงเกี่ยวกับสุขภาพและการรักษา” ปัจจุบันมีการใช้เครื่องมือประเมินผลลัพธ์ที่รายงานด้วยตัวผู้ป่วยเอง (patient-reported outcome measures: PROMs) อย่างกว้างขวางมากขึ้น ทั้งในงานวิจัย และในการปฏิบัติงานด้านคลินิก (3, 5) ซึ่ง PROMs สามารถใช้ประเมินผลลัพธ์ได้หลายอย่าง เช่น สภาวะสุขภาพ การรายงานอาการของโรค ความพึงพอใจในการดูแลรักษา คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ เป็นต้น (6, 7) นอกจากนี้คณะกรรมการอาหารและยาแห่งอเมริกายังกำหนดให้มีการนำ PROMs ไปใช้ในขั้นตอนการพัฒนายา โดยให้แสดงข้อมูลในเอกสารกำกับยาด้วย (4, 8) จึงแสดงให้เห็นว่าในปัจจุบัน PROMs มีความสำคัญอย่างมากในการใช้ดูแลผู้ป่วย เพื่อช่วยให้การดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

การประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเป็นการประเมินผลกระทบของโรคและการรักษาที่มีผลต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยจากมุมมองของตัวผู้ป่วยเอง การประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพนั้นทำเพื่อประเมินผลลัพธ์ของวิธีการรักษา หรือเพื่อใช้ติดตามดูแลผู้ป่วย โดยใช้เครื่องมือประเมินทั้งแบบทั่วไปและแบบเฉพาะโรค (9, 10) จากการศึกษาพบว่า การนำ PROMs มาใช้ในการดูแลผู้ป่วย ช่วยเพิ่มคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยในด้านต่าง ๆ ได้แก่ ช่วยเพิ่มการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ ช่วยในการติดตามผลการรักษา ช่วยค้นหาปัญหา เปลี่ยนแปลงแนวทางการรักษาผู้ป่วยของแพทย์ เพิ่มความพึงพอใจของผู้ป่วย และเพิ่มผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพ (11-17) แต่การศึกษาเหล่านี้เป็นการศึกษาผลของการใช้เครื่องมือประเมินอาการข้างเคียง อาการ หรือคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยทั่วไป

ในปัจจุบันพรณทิพา ศักดิ์ทองและคณะ (18) พัฒนาเครื่องมือประเมินผลลัพธ์ด้านการรักษาโดยการใช้จ่าย

หรือ Patient-Reported Outcome Measure of Pharmaceutical Therapy: Quality of life (PROMPT-QoL) ขึ้น ซึ่งเครื่องมือมีการสอบถามผู้ป่วยเกี่ยวกับทัศนคติ ประสิทธิภาพการใช้ยา ความกังวล และความคาดหวังของผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการให้บริการทางเภสัชกรรมโดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (patient-centered pharmaceutical care) เครื่องมือนี้จึงช่วยในการค้นหาความต้องการด้านยาและปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วยได้ เครื่องมือนี้ยังนำไปใช้วัดผลลัพธ์ของการให้บริการทางเภสัชกรรมได้อีกด้วย จากการศึกษาของทศพร แสงทองอโณทัย และพรณทิพา ศักดิ์ทอง (19) พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการบริบาลทางเภสัชกรรมมีคะแนนคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยาบางมิติดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการบริการตามมาตรฐานปกติ

นอกจากนี้พรณทิพา ศักดิ์ทองและคณะ (20) ยังได้พัฒนาแบบสอบถาม PROMPT-QoL ฉบับย่อหรือ PROMPT เพื่อเป็นเครื่องมือสำหรับค้นหาความต้องการด้านการใช้ยาของผู้ป่วย และเป็นเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยา เนื่องจากเป็นแบบสอบถามที่ใช้ระยะเวลาในการทำไม่นาน จึงทำให้สามารถนำไปใช้ได้จริงในทางปฏิบัติ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาผลของการใช้แบบสอบถาม PROMPT ในการบริบาลทางเภสัชกรรมในด้านคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยา

วิธีการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการทดลองแบบสุ่มที่มีกลุ่มควบคุมในผู้ป่วยนอกจำนวน 315 คนที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลสมุทรปราการระหว่างเดือนสิงหาคม 2561 ถึง กุมภาพันธ์ 2562 การวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสมุทรปราการ

ตัวอย่าง

เกณฑ์การคัดอาสาสมัครเข้าร่วมการวิจัย คือ เป็นผู้ป่วยนอกที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป และเข้าเกณฑ์อย่างน้อย 1 ข้อต่อไปนี้ 1) ผู้ป่วยได้รับการรักษาจากแพทย์มากกว่า 1 ท่าน เนื่องจากมีโอกาสในการส่งยาซ้ำซ้อนกัน 2) ผู้ป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลงยาที่ใช้รักษา ได้แก่ เปลี่ยนชนิดของยา เปลี่ยนความแรงของยา เปลี่ยนวิธีการใช้ยา มีการลดหรือเพิ่มจำนวนรายการยา 3) ผู้ป่วยที่ได้รับยาตั้งแต่ 5 รายการขึ้นไป 4) ผู้ป่วยที่เป็นโรคเรื้อรังอย่างน้อย 1 โรค

5) ผู้ป่วยที่มีผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการผิดปกติซึ่งอาจเกิดจากการใช้ยา 6) ผู้ป่วยที่ไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยา โดยพิจารณาจากการนับเม็ดยาที่เหลือก่อนผู้ป่วยเข้าพบแพทย์ (ในกรณีที่ผู้ป่วยนำยาเดิมมาด้วย) 7) ผู้ป่วยที่เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา 8) ผู้ป่วยที่ได้รับยาที่มีดัชนีการรักษาแคบ ได้แก่ carbamazepine, digoxin, lithium, phenytoin, phenobarbital, sodium valproate, theophylline และ warfarin และ 9) ผู้ป่วยที่ต้องการรับคำปรึกษาจากเภสัชกร

เกณฑ์การคัดอาสาสมัครออกจากการวิจัยคือ 1) ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางด้านความเข้าใจและความคิด 2) ผู้ป่วยที่ไม่สามารถทำแบบสอบถามจนเสร็จสมบูรณ์ได้ และ 3) ผู้ป่วยที่ขอย้ายโรงพยาบาล เกณฑ์การยุติการวิจัยคือ เมื่อผู้ป่วยขอถอนตัวจากการวิจัยระหว่างเข้าร่วมการวิจัย และผู้ป่วยที่เสียชีวิตระหว่างการวิจัย

ผู้วิจัยแบ่งกลุ่มผู้ป่วยที่ผ่านเกณฑ์การคัดเข้าร่วมการวิจัยเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ใช้ PROMPT ในการให้บริบาลทางเภสัชกรรม (กลุ่มศึกษา) และกลุ่มที่ไม่ใช้ PROMPT ในการให้บริบาลทางเภสัชกรรม (กลุ่มมาตรฐาน) ด้วยวิธี block randomization โดยแบ่งผู้ป่วยเป็นกลุ่มย่อย (block) ให้แต่ละกลุ่มมีจำนวน 4 คน ขนาดสัดส่วนคือ 1:1 ผู้วิจัยสุ่มตัวเลขจากตารางเลขสุ่มเพื่อกำหนดลำดับของ block

การคำนวณขนาดตัวอย่างใช้โปรแกรม G*Power (21) เนื่องจากยังไม่มีการศึกษาถึงผลของการใช้ PROMPT ในการให้บริบาลทางเภสัชกรรมมาก่อน ผู้วิจัยจึงกำหนดระดับนัยสำคัญ (α) ที่ 0.05 ค่าอำนาจการทดสอบ (power, $1-\beta$) ที่ 0.90 และขนาดอิทธิพล (effect size) ขนาดน้อยถึงปานกลาง คือ 0.35 สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างอิงจากสูตรสำหรับ independent t-test การคำนวณได้ขนาดตัวอย่าง คือ 282 คน เมื่อกำหนดให้อัตราการถอนตัวจากการวิจัยเท่ากับร้อยละ 5.1 ตามสถิติการมาพบแพทย์ตามนัดของผู้ป่วยโรงพยาบาลสมุทรปราการ จะได้ขนาดตัวอย่างทั้งหมด 297 คน ดังนั้นจึงกำหนดขนาดตัวอย่างเป็นกลุ่มละ 150 คน รวมทั้งหมดเท่ากับ 300 คน

คำจำกัดความในการวิจัย

คุณภาพชีวิตด้านการรักษาด้วยยาหรือคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยา หมายถึง ผลกระทบที่เกิดจากการรักษาด้วยยาต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (health related quality of life: HRQoL) ของผู้ป่วยที่ไม่เป็นไปตามทฤษฎีที่ผู้ป่วย

ควรได้รับหลังจากได้รับการรักษาแล้ว เนื่องจากผู้ป่วยได้รับผลกระทบจากการใช้ยา ทำให้ HRQoL น้อยกว่าที่ควรเป็นตามทฤษฎี ความแตกต่างนี้เกิดจากผลกระทบของยาที่มีต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งสามารถประเมินความแตกต่างที่เกิดขึ้นได้โดยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยาหรือ PRMOPT-QoL โดยประเมินความต้องการด้านยา ทศนคติทั่วไปในการใช้ยา ผลกระทบและอาการข้างเคียงที่เกิดจากการใช้ยา การมียาให้ใช้และการเข้าถึงยา ความสัมพันธ์ทางด้านการรักษาต่อบุคลากรทางการแพทย์ และคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยาโดยรวม (18)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือในการวิจัยประกอบด้วยแบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย (ได้แก่ เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย ประวัติการแพ้ยา ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพ สิทธิการรักษา ประวัติโรคประจำตัวของตนเองและคนในครอบครัว การใช้ยาและสมุนไพรอื่น ๆ การดื่มชา/กาแฟ/แอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ การออกกำลังกาย) แบบบันทึกผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ แบบบันทึกข้อมูลปัญหาจากการใช้ยา แบบสอบถามคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยา PROMPT โดยพรรณทิพา ศักดิ์ทองและคณะ ซึ่งผ่านการทดสอบคุณสมบัติทางจิตวิทยา ได้แก่ ความเที่ยงซึ่งมีค่า Cronbach's alpha เท่ากับ 0.79 (20)

แบบสอบถาม PROMPT มีคำถาม 16 ข้อที่แบ่งเป็น 8 มิติตามแบบสอบถาม PROMPT-QoL ได้แก่ มิติที่ 1 การได้รับข้อมูลยาและโรคจากแพทย์ เภสัชกร หรือพยาบาล จำนวน 5 ข้อ (ข้อ 1-5) มิติที่ 2 ความพึงพอใจต่อผลของการรักษา จำนวน 2 ข้อ (ข้อ 6-7) มิติที่ 3 ผลกระทบและอาการข้างเคียงจากยา จำนวน 1 ข้อ (ข้อ 8) มิติที่ 4 ผลทางด้านจิตใจของการใช้ยา จำนวน 4 ข้อ (ข้อ 9-12) มิติที่ 5 ความสะดวกในการใช้ยา จำนวน 1 ข้อ (ข้อ 13) มิติที่ 6 การมียาให้ใช้/การเข้าถึงการใช้ยา จำนวน 1 ข้อ (ข้อ 14) มิติที่ 7 ความสัมพันธ์ทางด้านการรักษา จำนวน 1 ข้อ (ข้อ 15) และมิติที่ 8 คุณภาพชีวิตโดยรวมของการใช้ยา จำนวน 1 ข้อ (ข้อ 16)

แบบสอบถามเป็นแบบเลือกตอบทั้งหมด 5 ข้อ มีคะแนนตั้งแต่ 1-5 คะแนน ซึ่งคะแนนรวมแต่ละมิติและคะแนนรวมทั้งแบบสอบถาม อยู่ระหว่าง 0-100 คะแนน คะแนนที่มากจะหมายถึงผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยาที่ดี โดยใช้วิธีการคิดคะแนนดังนี้ คะแนนรวมทั้งแบบสอบถาม

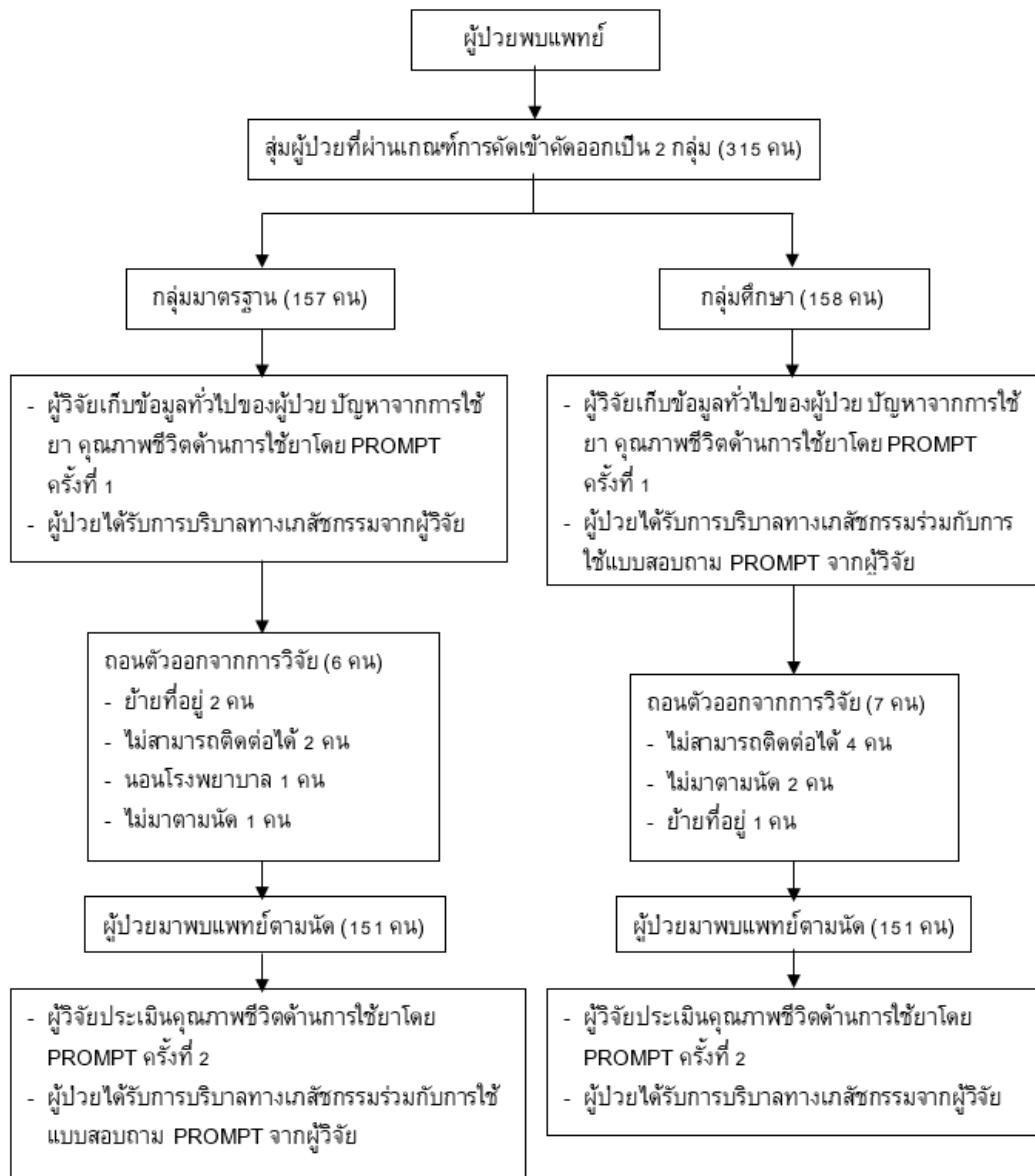
ถาม = (ผลรวมคะแนนที่ผู้ป่วยได้ทั้งหมด - 16) / (80 - 16)
ส่วนคะแนนในแต่ละมิติ = 100 x (ผลรวมคะแนนที่ผู้ป่วยได้
ในมิตินั้น - คะแนนน้อยที่สุดที่เป็นไปได้ในมิตินั้น) /
(ผลรวมคะแนนที่มากที่สุดได้ในมิตินั้น - คะแนนน้อยที่สุดที่
เป็นไปได้ในมิตินั้น)

การดำเนินการวิจัย

ขั้นตอนการวิจัยแสดงดังรูปที่ 1 ผู้วิจัยพบผู้ป่วย
ครั้งที่ 1 หลังจากผู้ป่วยพบแพทย์ เพื่อเก็บข้อมูลของผู้ป่วย
ทั้ง 2 กลุ่ม ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลปัญหาจากการใช้ยา
และคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยา ผู้ป่วยกลุ่มมาตรฐานได้รับการ
การบริบาลทางเภสัชกรรมจากผู้วิจัย โดยผู้ป่วยได้รับการ
ค้นหาปัญหาจากการใช้ยาจากใบสั่งยาของผู้ป่วย พร้อมทั้ง
แก้ไขปัญหาจากการใช้ยาที่เกิดขึ้นแล้ว และป้องกันปัญหา

จากการใช้ยาที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต โดยมีการกำหนด
เป้าหมาย ร่วมกันวางแผนการแก้ไขและป้องกันร่วมกับ
ผู้ป่วย พร้อมทั้งคำแนะนำในการปฏิบัติตัว และนัดติดตาม
เพื่อประเมินผลเมื่อผู้ป่วยมาพบแพทย์ในครั้งถัดไป
(ระยะเวลาประมาณ 1-3 เดือน ขึ้นอยู่กับวันแพทย์นัด)

ส่วนผู้ป่วยกลุ่มศึกษาได้รับการบริบาลทางเภสัช
กรรมร่วมกับการใช้แบบสอบถาม PROMPT โดยผู้วิจัย
รายงานคะแนนคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยาให้ผู้ป่วยทราบ
ค้นหาความต้องการด้านยาและปัญหาจากการใช้ยาจาก
มุมมองของผู้ป่วยจากแบบสอบถาม PROMPT และใบสั่งยา
ของผู้ป่วย พร้อมทั้งแก้ไขปัญหาจากการใช้ยาที่เกิดขึ้นแล้ว
และป้องกันปัญหาจากการใช้ยาที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต โดย



รูปที่ 1. ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

มีการกำหนดเป้าหมาย ร่วมกันวางแผนการแก้ไขและ
ป้องกันร่วมกับผู้ป่วย พร้อมทั้งคำแนะนำในการปฏิบัติตัว
และนัดติดตามเพื่อประเมินผลเมื่อผู้ป่วยมาพบแพทย์ใน
ครั้งถัดไป (ระยะเวลา 1-3 เดือน ขึ้นอยู่กับวันแพทย์นัด)

ผู้วิจัยพบผู้ป่วยครั้งที่ 2 เมื่อผู้ป่วยมาพบแพทย์ใน
ครั้งถัดไป ผู้วิจัยประเมินคะแนนคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยา
ติดตามผลการแก้ไขปัญหามาจากการใช้ยา สำหรับผู้ป่วยใน
กลุ่มมาตรฐาน ผู้วิจัยรายงานคะแนนคุณภาพชีวิตด้านการ
ใช้ยาให้ผู้ป่วยทราบ พร้อมทั้งค้นหาความต้องการด้านยา
และปัญหาจากการใช้ยาจากมุมมองของผู้ป่วยจาก
แบบสอบถาม PROMPT เหมือนกับผู้ป่วยกลุ่มศึกษา

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม SPSS
version 22 (SPSS Co., Ltd, Bangkok Thailand) ข้อมูล
ทั่วไปของผู้ป่วย ระดับการศึกษา สิทธิการรักษา ประวัติแพ้
ยา การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ แสดงโดยสถิติ
เชิงพรรณนาในรูปของร้อยละ อายุ จำนวนยาที่ใช้ แสดงผล
โดยสถิติเชิงพรรณนาในรูปของค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบน

มาตรฐานในข้อมูลที่มีการแจกแจงแบบปกติ หรือในรูป
ค่ามัธยฐานในข้อมูลที่มีการแจกแจงไม่ปกติ การ
เปรียบเทียบคะแนนคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยาที่
เปลี่ยนแปลงไปในผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มใช้สถิติ repeated
measure ANOVA ซึ่งมีการควบคุมตัวแปรอายุ เนื่องจาก
เป็นปัจจัยที่มีความแตกต่างกันระหว่างผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่ม

ผลการวิจัย

ผู้ป่วยเข้าร่วมการวิจัยทั้งหมด 315 ราย แบ่งเป็น
กลุ่มศึกษา 158 รายและกลุ่มมาตรฐาน 157 ราย กลุ่มศึกษา
มีผู้ป่วยถอนตัวออกจากการวิจัย 7 ราย ส่วนกลุ่มมาตรฐาน
มีผู้ป่วยถอนตัวออกจากการวิจัย 6 ราย การวิจัยนี้จึงมีผู้ป่วย
ที่ร่วมการวิจัยจนเสร็จสิ้นทั้งหมด 302 ราย แบ่งเป็นกลุ่ม
ศึกษาและกลุ่มมาตรฐาน กลุ่มละ 151 ราย

ข้อมูลทั่วไป

จากตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่ม
ไม่แตกต่างกัน ยกเว้นอายุเฉลี่ยที่มีความแตกต่างกันอย่างมี

ตารางที่ 1. ข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	จำนวนราย (ร้อยละ) หรือ ค่าเฉลี่ย±SD		P
	กลุ่มมาตรฐาน (N=151)	กลุ่มศึกษา (N=151)	
เพศ ^a			0.639
ชาย	63 (41.7)	59 (39.1)	
หญิง	88 (58.3)	92 (60.9)	
อายุ (ปี) ^b			0.045*
เฉลี่ย	60.5±12.4	57.8±10.6	
ค่าต่ำสุด-ค่าสูงสุด	22-87	28-83	
20-40	9 (6.0)	9 (6.0)	
41-60	68 (45.0)	85 (56.3)	
61-80	68 (45.0)	56 (37.1)	
มากกว่า 80	6 (4.0)	1 (0.6)	
ระดับการศึกษาสูงสุด ^a			0.831
ไม่ได้ศึกษา	11 (7.3)	8 (5.3)	
ประถมศึกษา	106 (70.2)	103 (68.2)	
มัธยมศึกษาตอนต้น	12 (7.9)	16 (10.6)	
มัธยมศึกษาตอนปลาย	12 (7.9)	13 (8.6)	
ปริญญาตรี	10 (6.6)	10 (6.6)	
สูงกว่าปริญญาตรี	-	1 (0.7)	

ตารางที่ 2. ข้อมูลทั่วไป (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวนราย (ร้อยละ) หรือ ค่าเฉลี่ย±SD		P
	กลุ่มมาตรฐาน (N=151)	กลุ่มศึกษา (N=151)	
อาชีพ ^a			0.609
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	2 (1.3)	2 (1.3)	
พนักงานบริษัทเอกชน	2 (1.3)	6 (4.0)	
ค้าขาย/เจ้าของกิจการ	25 (16.6)	27 (17.9)	
รับจ้าง/ลูกจ้าง	28 (18.5)	24 (15.9)	
เกษตรกร	2 (1.3)	-	
เกษียณอายุ	15 (9.9)	16 (10.6)	
ไม่ประกอบอาชีพ	77 (51.0)	76 (50.3)	
สิทธิการรักษาพยาบาล ^a			0.262
บัตรทอง	138 (91.4)	140 (92.7)	
ประกันสังคม	3 (2.0)	6 (4.0)	
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	10 (6.6)	5 (3.3)	
ดัชนีมวลกาย (กก./ม. ²) ^b			0.596
เฉลี่ย	26.1±6.1	26.4±5.6	
น้อยกว่า 18.50	7 (4.6)	5 (3.3)	
18.50-22.99	45 (29.8)	38 (25.2)	
23.00-24.99	21 (13.9)	30 (19.9)	
25.00-29.99	47 (31.1)	41 (27.2)	
มากกว่า 30.00	31 (20.5)	37 (24.5)	
การเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยา ^a			0.536
ไม่มีประวัติ	124 (82.1)	128 (84.8)	
มีประวัติ	27 (17.9)	23 (15.2)	
การสูบบุหรี่ ^a			0.866
ไม่เคยสูบบุหรี่	112 (74.2)	112 (74.2)	
ยังสูบบุหรี่อยู่	8 (5.3)	10 (6.6)	
เคยสูบบุหรี่แล้ว	31 (20.5)	29 (19.2)	
การดื่มแอลกอฮอล์ ^a			0.873
ไม่เคยดื่ม	115 (76.2)	116 (76.8)	
ยังดื่มอยู่	9 (6.0)	7 (4.6)	
เคยดื่มแต่เลิกแล้ว	27 (17.9)	28 (18.5)	
การดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน ^a			0.004*
ไม่ดื่ม	107 (70.9)	83 (55.0)	
ดื่มเป็นประจำ	44 (29.1)	68 (45.0)	
การออกกำลังกาย ^a			0.311
ไม่ออกกำลังกาย	111 (73.5)	103 (68.2)	
ออกกำลังกาย	40 (26.5)	48 (31.8)	

ตารางที่ 3. ข้อมูลทั่วไป (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวนราย (ร้อยละ) หรือ ค่าเฉลี่ย±SD		P
	กลุ่มมาตรฐาน (N=151)	กลุ่มศึกษา (N=151)	
การใช้ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร/สมุนไพร ^a			0.065
ไม่ได้ใช้	136 (90.1)	125 (82.8)	
ใช้	15 (9.9)	26 (17.2)	
การใช้ยาที่บ้าน ^a			1.000
จัดเตรียมยาเอง	150 (99.3)	150 (99.3)	
มีผู้เตรียมยาให้	1 (0.7)	1 (0.7)	
จำนวนรายการยาที่ใช้ต่อวัน ^b (รายการ)	6.9±2.7	6.6±2.5	0.272
จำนวนโรคประจำตัวต่อผู้ป่วย 1 ราย ^b (โรค)	3.2±1.1	3.0±1.0	0.29
กลุ่มโรคประจำตัว ^a			
โรคหัวใจและหลอดเลือด	142 (94)	142 (94)	1.000
โรคต่อมไทรอยด์	110 (72.8)	119 (78.8)	0.226
โรคกระดูกและข้อ	9 (6.0)	7 (4.6)	0.607
โรคระบบทางเดินอาหาร	3 (2.0)	3 (2.0)	1.000
โรคระบบทางเดินหายใจ	19 (12.6)	11 (7.3)	0.124
โรคไต	42 (27.8)	44 (29.1)	0.799
โรคติดเชื้อ	3 (2.0)	1 (0.7)	0.314
โรคระบบประสาทและสมอง	2 (1.3)	1 (0.7)	0.562
โรคระบบทางเดินปัสสาวะ	1 (0.7)	1 (0.7)	1.000
แบบสอบถาม PROMPT ^b			
การได้รับข้อมูลยาและโรค	63.1±22.5	61.8±24.1	0.605
ความพึงพอใจต่อผลของการรักษา	71.6±24.4	70.6±22.8	0.715
ผลกระทบและอาการข้างเคียงจากยา	90.7±21.3	87.3±23.8	0.182
ผลทางด้านจิตใจของการใช้ยา	73.6±24.5	68.7±25.7	0.086
ความสะดวกในการใช้ยา	76.4±28.9	76.8±25.2	0.916
การมีรายได้/การเข้าถึงยา	83.8±27.7	83.4±27.8	0.918
ความสัมพันธ์ทางด้านการรักษา	80.0±27.5	81.6±25.3	0.587
คุณภาพชีวิตโดยรวมของการใช้ยา	67.2±21.1	66.4±22.2	0.740
คะแนนรวมทั้งแบบสอบถาม	72.0±13.7	70.0±14.8	0.233

a: Chi-square test, b: independent t-test, *: P<0.05

นัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) โดยกลุ่มมาตรฐานมีอายุเฉลี่ย 60.5±12.4 ปี และกลุ่มศึกษามีอายุเฉลี่ย 57.8±10.6 ปี สำหรับพฤติกรรมด้านสุขภาพของผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มก็ไม่แตกต่างกัน ยกเว้นการดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีนที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) ดังตารางที่ 1

ผลการประเมินด้วย PROMPT

การประเมินคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยาด้วย PROMPT ครั้งที่ 1 พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มมาตรฐานและกลุ่มศึกษาใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามเฉลี่ย 6.0±0.8 และ 6.1±1.1 นาที ตามลำดับ ส่วนการตอบแบบสอบถามครั้งที่ 2 ใช้เวลา 5.7±0.8 นาที และ 5.8±1.0 นาที ตามลำดับ

การวิเคราะห์ด้วย repeated measure ANOVA โดยควบคุมตัวแปรอายุ พบปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลุ่ม (กลุ่มมาตรฐานหรือกลุ่มศึกษา) และช่วงเวลา (ก่อนหรือหลังการให้บริบาลทางเภสัชกรรม) ที่มีนัยสำคัญทางสถิติในเรื่องผลทางด้านจิตใจของการใช้ยา คุณภาพชีวิตโดยรวมของการใช้ยา และคะแนนรวมทั้งแบบสอบถาม PROMPT-QoL (ตารางที่ 2) การเปรียบเทียบคะแนน PROMPT-QoL ในช่วงก่อนการให้บริบาลทางเภสัชกรรมของกลุ่มมาตรฐาน

และกลุ่มศึกษาพบว่า ไม่มีความแตกต่างกันในทุกมิติ (ตารางที่ 1) ดังนั้น การศึกษานี้จึงเปรียบเทียบคะแนนในช่วงหลังการให้บริบาลทางเภสัชกรรมระหว่างกลุ่มมาตรฐานและกลุ่มศึกษาเฉพาะในสามด้านที่พบว่า ปฏิสัมพันธ์มีนัยสำคัญ พบว่าพบค่า $P=0.767$, 0.039 และ 0.163 ตามลำดับ ซึ่งบ่งชี้ว่า คุณภาพชีวิตโดยรวมของการใช้ยาของกลุ่มศึกษามีค่ามากกว่ากลุ่มมาตรฐานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 4. ค่าเฉลี่ย ($\pm$ SD) ของคะแนนคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยาของกลุ่มมาตรฐานและกลุ่มศึกษา

แบบสอบถาม PROMPT	กลุ่มมาตรฐาน (N=151)		กลุ่มศึกษา (N=151)		P ^a
	ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	
การได้รับข้อมูลยาและโรค	63.1 $\pm$ 22.5	84.3 $\pm$ 14.9	61.8 $\pm$ 24.1	86.5 $\pm$ 14.4	0.055
- ข้อบ่งใช้	4.0 $\pm$ 1.0	4.6 $\pm$ 0.6	3.9 $\pm$ 1.0	4.6 $\pm$ 0.6	0.286
- วิธีการใช้ยา	4.0 $\pm$ 0.9	4.5 $\pm$ 0.6	4.0 $\pm$ 0.9	4.5 $\pm$ 0.6	0.958
- การลืมนับประทานยา	2.9 $\pm$ 1.5	4.3 $\pm$ 0.8	2.8 $\pm$ 1.5	4.4 $\pm$ 0.7	0.049*
- อาการข้างเคียงของยา	3.2 $\pm$ 1.3	4.3 $\pm$ 0.8	3.2 $\pm$ 1.4	4.4 $\pm$ 0.7	0.108
- โรคและการรักษา	3.6 $\pm$ 1.2	4.3 $\pm$ 0.7	3.6 $\pm$ 1.3	4.4 $\pm$ 0.7	0.221
ความพึงพอใจต่อผลของการรักษา	71.6 $\pm$ 24.4	81.9 $\pm$ 15.0	70.6 $\pm$ 22.8	83.8 $\pm$ 15.8	0.214
- การลดอาการของโรค	3.9 $\pm$ 1.0	4.3 $\pm$ 0.6	3.9 $\pm$ 1.0	4.4 $\pm$ 0.6	0.324
- การหายจากโรค	3.8 $\pm$ 1.0	4.2 $\pm$ 0.7	3.8 $\pm$ 1.0	4.3 $\pm$ 0.7	0.228
ผลกระทบและอาการข้างเคียงจากยา	90.7 $\pm$ 21.3	96.7 $\pm$ 10.3	87.3 $\pm$ 23.8	96.9 $\pm$ 12.0	0.185
ผลทางด้านจิตใจของการใช้ยา	73.6 $\pm$ 24.5	82.9 $\pm$ 20.1	68.7 $\pm$ 25.7	83.3 $\pm$ 18.8	0.014*
- กังวลหรือกลัวอาการข้างเคียง	4.2 $\pm$ 1.1	4.4 $\pm$ 0.9	3.8 $\pm$ 1.4	4.5 $\pm$ 0.8	0.001**
- เบื่อหรืออึดอัดที่ต้องใช้ยา	4.0 $\pm$ 1.3	4.3 $\pm$ 1.0	3.8 $\pm$ 1.3	4.3 $\pm$ 1.0	0.254
- กังวลเรื่องระยะเวลาการใช้ยา	3.6 $\pm$ 1.5	4.2 $\pm$ 1.1	3.6 $\pm$ 1.4	4.3 $\pm$ 1.0	0.381
- กังวลเรื่องยาติดกัน	3.9 $\pm$ 1.3	4.3 $\pm$ 1.0	3.9 $\pm$ 1.3	4.4 $\pm$ 0.9	0.316
ความสะดวกในการใช้ยา	76.4 $\pm$ 28.9	82.9 $\pm$ 23.0	76.8 $\pm$ 25.2	84.3 $\pm$ 19.5	0.653
การมียาให้ใช้การเข้าถึงการใช้ยา/	83.8 $\pm$ 27.7	89.6 $\pm$ 20.5	83.4 $\pm$ 27.8	89.2 $\pm$ 21.1	0.871
ความสัมพันธ์ทางด้านการรักษา	80.0 $\pm$ 27.5	94.5 $\pm$ 10.8	81.6 $\pm$ 25.3	94.2 $\pm$ 11.0	0.481
คุณภาพชีวิตโดยรวมของการใช้ยา	67.2 $\pm$ 21.1	78.6 $\pm$ 16.2	66.4 $\pm$ 22.2	82.1 $\pm$ 16.7	0.039*
คะแนนรวมทั้งแบบสอบถาม	72.0 $\pm$ 13.7	85.0 $\pm$ 9.6	70.0 $\pm$ 14.8	86.2 $\pm$ 10.3	0.003**

a: repeated measure ANOVA โดยควบคุมตัวแปรอายุ ค่า P ที่แสดงเป็นนัยสำคัญทางสถิติของปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลุ่ม (กลุ่มมาตรฐานหรือกลุ่มศึกษา) และช่วงเวลา (ก่อนหรือหลังการให้บริบาลทางเภสัชกรรม)

*: $P < 0.05$, **: $P < 0.01$

การอภิปรายผล

การศึกษานี้เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยาที่เป็นผลของการให้การบริบาลทางเภสัชกรรมระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้แบบสอบถาม PROMPT กับกลุ่มที่ไม่ใช้การศึกษาพบปฏิสัมพันธ์ที่มีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างกลุ่ม (กลุ่มที่ใช้หรือไม่ใช้ PROMPT) และช่วงเวลา (ก่อนหรือหลังการให้บริบาลทางเภสัชกรรม) สำหรับคะแนนในมิติผลทางด้านจิตใจของการใช้ยา คุณภาพชีวิตโดยรวมของการใช้ยา และคะแนนเฉลี่ยรวมทั้งแบบสอบถาม แต่เมื่อเปรียบเทียบคะแนนทั้งสามด้านในช่วงหลังได้รับการบริบาลทางเภสัชกรรมระหว่างกลุ่มมาตรฐานและกลุ่มศึกษาพบว่ากลุ่มศึกษามีคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมของการใช้ยาเพียงด้านเดียวที่มากกว่ากลุ่มมาตรฐานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$)

การศึกษานี้เป็นการนำเครื่องมือรายงานผลลัพธ์จากตัวผู้ป่วยมาใช้ร่วมกับการบริบาลเภสัชกรรม ซึ่งยังไม่เคยมีการศึกษาในลักษณะนี้มาก่อน การศึกษาก่อนหน้าในลักษณะนี้เป็นการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งเป็นส่วนใหญ่ เพราะเป็นโรคที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเป็นอย่างมาก และแบบประเมินที่ใช้ก็มีทั้งแบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพแบบทั่วไปและแบบเฉพาะโรค การศึกษาของ Detmar และคณะ (14) ในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการบำบัด แบ่งผู้ป่วยเป็น 2 กลุ่มคือกลุ่มควบคุมและกลุ่มศึกษา กลุ่มศึกษาทำแบบประเมิน EORTC QLQ-C30 (The European Organization for Research and Treatment of Cancer-Core Quality of Life Questionnaire version 3.0) ซึ่งถามเกี่ยวกับภาวะสุขภาพที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยมะเร็ง และมีการรายงานผลของแบบสอบถามให้แพทย์และผู้ป่วยทราบก่อนที่ผู้ป่วยจะเข้าพบแพทย์ การศึกษายังประเมินผลคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยใช้แบบประเมิน SF-36 (Short Form Health Survey-36) การศึกษานี้ไม่พบความแตกต่างของคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพระหว่างผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่ม การศึกษานี้มีข้อจำกัดคือแพทย์คนเดียวสามารถรักษาผู้ป่วยได้ทั้ง 2 กลุ่ม ทำให้ผลการศึกษาอาจเอนเอียงได้

การศึกษาของ Santana และคณะ (23) ในผู้ป่วยปลูกถ่ายปอด แบ่งผู้ป่วยเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มควบคุมและกลุ่มศึกษา ก่อนที่ผู้ป่วยเข้าพบแพทย์ ผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มทำแบบประเมิน Health Utilities Index Mark 2 (HUI2) และ Mark 3 (HUI3) แต่ในผู้ป่วยกลุ่มศึกษาจะมีการรายงานผล

ให้แพทย์ทราบ ส่วนกลุ่มควบคุมจะไม่มีกรรายงานผลให้แพทย์ทราบ การศึกษายังประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโดยใช้แบบสอบถาม EQ-5D ซึ่งพบว่าคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มไม่แตกต่างกัน

การศึกษาของ Velikova และคณะ (24) ในผู้ป่วยมะเร็ง แบ่งผู้ป่วยเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มศึกษา กลุ่มควบคุมพิเศษ และกลุ่มควบคุม ก่อนพบแพทย์ ผู้ป่วยกลุ่มศึกษาทำแบบสอบถาม EORTC QLQ-C30 และรายงานผลให้แพทย์ทราบ กลุ่มควบคุมพิเศษทำแบบสอบถาม EORTC QLQ-C30 แต่ไม่มีการรายงานผลให้แพทย์ทราบ และกลุ่มควบคุมจะไม่มีการทำแบบสอบถามก่อนพบแพทย์ ผู้วิจัยประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยใช้แบบประเมิน FACT-G (Functional Assessment of Cancer Therapy-General questionnaire) ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมพิเศษมีคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P = 0.006$ และ $P = 0.01$ ตามลำดับ) แต่ไม่พบความแตกต่างของคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพระหว่างกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมพิเศษ

เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาก่อนหน้านี้พบว่า การศึกษานี้แตกต่างจากการศึกษาก่อนหน้า (14, 22, 23) ที่มีการประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเปรียบเทียบกันระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่มีการทำแบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพแล้วมีการรายงานผลการประเมินให้แพทย์ทราบกับกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่มีการรายงานผลให้แพทย์ทราบ พบว่าคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มไม่แตกต่างกัน โดยแบบประเมินคุณภาพชีวิตที่ใช้ในทั้ง 3 การศึกษาเป็นแบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพแบบทั่วไปและแบบเฉพาะโรค แต่ในการศึกษานี้จะใช้แบบสอบถาม PROMPT ที่สอบถามเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยาโดยตรง เนื่องจากกลุ่มผู้ป่วยในการศึกษานี้เป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยยา และเปลี่ยนจากการให้คำปรึกษาโดยแพทย์ เป็นการบริบาลทางเภสัชกรรมโดยเภสัชกรแทน การศึกษานี้มีข้อจำกัดที่คล้ายกับการวิจัยของ Detmar คือ การวิจัยนี้ทำโดยเภสัชกรเพียงคนเดียวซึ่งอาจทำให้ผลการศึกษาถูกเอนเอียงได้

การนำแบบสอบถาม PROMPT มาใช้ในการบริบาลเภสัชกรรม ช่วยให้ผู้ป่วยให้บริบาลสามารถตั้งข้อสังเกตและค้นหาคำถามการใช้ยาจากการตอบแบบสอบถามของผู้ป่วยได้ จากการศึกษาค้นพบว่า ผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มได้รับข้อมูล

เรื่องยาและโรคน้อยมาก แต่ผู้ป่วยทั้ง 2 ได้รับการบริบาลทางเภสัชกรรมทั้ง 2 กลุ่ม ทำให้คะแนนที่เพิ่มขึ้นไม่แตกต่างกัน ส่วนในมิติความพึงพอใจต่อผลของการรักษาพบว่า ข้อคำถามนี้สามารถช่วยให้เห็นปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วยได้ เช่น ผู้ป่วยที่มีความพึงพอใจน้อย อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยต้องการยาเพิ่มเติมในการรักษาอาการของผู้ป่วย มิติผลกระทบและอาการข้างเคียงจากยามีค่าสูงเนื่องจากผู้ป่วยในการศึกษานี้ไม่ค่อยเกิดอาการข้างเคียงจากการใช้ยา

สำหรับมิติผลทางด้านจิตใจของการใช้ยา พบว่า ทั้งกลุ่มศึกษาและกลุ่มมาตรฐานมีคะแนนคุณภาพชีวิตการใช้ยาในมิติที่ดีขึ้น คำถามในหัวข้อนี้เกี่ยวข้องกับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วย เช่น กลัวอาการข้างเคียงจากยา ซึ่งเมื่อมีการนำแบบสอบถามมาใช้จะทำให้เภสัชกรค้นพบปัญหาในข้อนี้ของผู้ป่วยได้มากขึ้น ส่วนมิติความสะดวกในการใช้ยาพบว่าผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มมีคะแนนค่อนข้างสูง บางรายอาจมีปัญหาในเรื่องของการใช้ยาฉีดที่ไม่ค่อยสะดวก แต่เมื่ออธิบายถึงความจำเป็นในการใช้ยาและเมื่อใช้ยาไปจนผู้ป่วยเกิดความเคยชิน จึงทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าการสะดวกมากขึ้น

มิติการมีรายได้/การเข้าถึงยาตามเกี่ยวกับปัญหาเรื่องค่ายาหรือค่าเดินทาง ผู้ป่วยส่วนใหญ่ในการศึกษานี้ไม่มีปัญหาเรื่องค่ายาเนื่องจากเป็นผู้ป่วยสิทธิบัตรทองที่ไม่ต้องชำระค่ายา หรือชำระเพียง 30 บาท แต่อาจมีบางรายที่มีปัญหาในเรื่องของค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาโรงพยาบาล ส่วนในมิติความสัมพันธ์ทางด้านการรักษาพบว่า ผู้ป่วยมีคะแนนในด้านนี้ค่อนข้างดีอยู่แล้ว ส่วนในมิติคุณภาพชีวิตโดยรวมของการใช้ยา กลุ่มศึกษามีคะแนนคุณภาพชีวิตการใช้ยาในด้านนี้ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม ($p < 0.05$)

ผู้วิจัยไม่สามารถควบคุมปัจจัยด้านการได้รับข้อมูลข่าวสารของผู้ป่วยได้ เนื่องจากผู้ป่วยบางรายอาจได้รับข้อมูลด้านยา หรือคำแนะนำต่าง ๆ มาจากสื่อหรือบุคคลอื่นที่ไม่ใช่เภสัชกรในงานวิจัยนี้ การวิจัยมีผู้วิจัยเพียงคนเดียวเป็นผู้ให้บริบาลทางเภสัชกรรมกับผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่ม ซึ่งอาจจะทำให้มีการปนเปื้อนข้อมูลของแบบสอบถาม PROMPT ได้ คือ อาจมีการพูดถึงแบบสอบถาม PROMPT กับผู้ป่วยกลุ่มมาตรฐานได้โดยที่ไม่รู้ตัว นอกจากนี้ระยะเวลาในการเก็บข้อมูลเพื่อประเมินผลระหว่างครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 ในผู้ป่วยแต่ละรายมีความแตกต่างกันตั้งแต่ 1-3 เดือน ซึ่งอาจจะมีผลทำให้เกิดอคติที่เกิดจากความทรงจำ

หรือ recall bias ได้ เพราะผู้ป่วยบางรายที่นัดระยะสั้น ๆ ประมาณ 1 เดือนอาจจะทำให้ผู้ป่วยยังจำข้อความของแบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัยได้

ข้อเสนอแนะ

การศึกษานี้ใช้แบบสอบถาม PROMPT มาใช้ในการบริบาลทางเภสัชกรรม ซึ่งเป็นแบบสอบถามที่ใช้ระยะเวลาในการตอบไม่นาน สามารถนำไปใช้งานได้จริง แต่เนื่องจากผู้ป่วยในการศึกษานี้ส่วนใหญ่ไม่ตอบแบบสอบถามเอง เนื่องจากบางรายแจ้งว่าอ่านไม่คล่อง หรือไม่ได้เอาแว่นตามา ผู้วิจัยจึงต้องอ่านแบบสอบถามให้ผู้ป่วยฟัง ดังนั้นถ้าหากมีการนำแบบสอบถาม PROMPT ไปใช้ในอนาคต อาจมีการพัฒนาเป็นการตอบในคอมพิวเตอร์โดยที่บันทึกข้อความไว้ เมื่อผู้ป่วยกดข้อความแต่ละข้อ คอมพิวเตอร์จะอ่านข้อความเพื่อความสะดวกและรวดเร็ว นอกจากนี้ ควรทำการศึกษาในผู้ป่วยเฉพาะโรคเพื่อป้องกันปัจจัยกวน เนื่องจากผู้ป่วยที่มีสภาวะโรคที่แตกต่างกัน การใช้ยาที่แตกต่างกัน ก็อาจจะมีผลทำให้มีคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยาที่แตกต่างกันด้วย นอกจากนี้อาจควบคุมระยะห่างระหว่างการประเมินผลครั้งที่ 1 และ 2 ให้เท่ากันในผู้ป่วยทุกราย เพื่อป้องกัน recall bias

สรุป

การให้บริบาลทางเภสัชกรรมโดยใช้แบบสอบถาม PROMPT สามารถช่วยให้คุณภาพชีวิตด้านการใช้ยาของผู้ป่วยดีขึ้นได้ในมิติคุณภาพชีวิตโดยรวมของการใช้ยา

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้ป่วยทุกท่านที่ให้ข้อมูลและให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ ขอขอบพระคุณหัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรม เภสัชกร เจ้าหน้าที่กลุ่มงานเภสัชกรรม และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลทุกท่านที่เกี่ยวข้อง ที่ช่วยอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล

เอกสารอ้างอิง

1. 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.

2. Kozma CM, Reeder CE, Schulz RM,. Economic, clinical, and humanistic outcomes: a planning model for pharmacoeconomic research. Clin Ther. 1993;15:1121-32.
3. Deshpande PR, Rajan S, Sudeepthi BL, Abdul Nazir CP. Patient-reported outcomes: A new era in clinical research. Perspect Clin Res. 2011; 2: 137-44.
4. US Department of Health and 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 Jan 20, 2018]. Available from: www.fda.gov/downloads/drugs/guidances/ucm193282.pdf.
5. Black N. Patient reported outcome measures could help transform healthcare. BMJ. 2013;346:f167.
6. Jones JB, Synder CF WA. Issues in the design of internet-based systems for collecting patient-reported outcomes. Qual Life Res. 2007;16:1407-17.
7. Fitzpatrick R, Davey C, Buxton MJ, Jones DR. Evaluating patient-based outcome measures for use in clinical trials. Health Technol Assess. 1998; 2: 1-74.
8. US Department of Health and Human Services Food and Drug Administration. Guidance for industry: patient-reported outcome measures: use in medical product development to support labeling claims: draft guidance. Health Qual Life Outcomes. 2006;4:79.
9. Guyatt GH, Feeny DH, Patrick DL. MEasuring health-related quality of life. Ann Intern Med. 1993; 118: 622-9.
10. Sakthong P. Health-related quality of life. Bangkok: Chulalongkorn University Press; 2011.
11. 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.
12. Marshall S, Haywood K, Fitzpatrick R. Impact of patient-reported outcome measures on routine practice: A structured review. J Eval Clin Pract. 2006; 12: 559-68.
13. 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. Psycho-Oncology. 2000;9:203-13.
14. Detmar SB, Muller MJ, Schornagel JH, Wever LDV, Aaronson NK. Health-related quality-of-life assessments and patient-physician communication: A randomized controlled trial. JAMA. 2002; 288: 3027-34.
15. Weaver A, Young AM, Rowntree J, Townsend N, Pearson S, Smith J, et al. Application of mobile phone technology for managing chemotherapy-associated side-effects. Ann Oncol. 2007;18:1887-92.
16. Berry DL, Blumenstein BA, Halpenny B, Wolpin S, Fann JR, Austin-Seymour M, et al. Enhancing patient-provider communication with the electronic self-report assessment for cancer: A randomized trial. J Clin Oncol. 2011;29:1029-35.
17. Chen J, Ou L, Hollis SJ. A systematic review of the impact of routine collection of patient reported outcome measures on patients, providers and health organisations in an oncologic setting. BMC Health Serv Res 2013;13:211-.
18. Sakthong P, Suksanga P, Sakulbumrungsil R, Winit-Watjana. 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.
19. Sakthong P, Sangthonganotai 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.
20. Sakthong P, Sonsa-ardjit N, Sukarnjanaset P, Munpan W, Sangthonganotai T. Development and

psychometrics of a short-form pharmaceutical care-specific measure for quality of life. *Int J Clin Pharm* 2018; 40 :642-9.

21. Faul F, Erdfelder E, Buchner A, Lang A-G. Statistical power analyses using G*Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. *Behav Res Methods*. 2009;41: 1149-60.
22. 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.

23. 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.