

## คุณภาพชีวิตด้านการใช้ยาในผู้ป่วยโรคเพมฟิกัสและผู้ป่วยโรคบูลล์สเพมฟิกอยด์ ณ สถาบันโรคผิวหนัง

อริสรา เหลืองสุขฤกษ์<sup>1</sup>, ปิ่นนรี ชัดดีพัฒนาพงษ์<sup>2</sup>, พรรณทิพา ศักดิ์ทอง<sup>3</sup>

<sup>1</sup>นิสิตบัณฑิตศึกษา หลักสูตรเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารทางเภสัชกรรม

คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

<sup>2</sup>สถาบันโรคผิวหนัง กรุงเทพมหานคร

<sup>3</sup>ภาควิชาเภสัชกรรมปฏิบัติ คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

### บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์:** เพื่อประเมินคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยาและศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยาในผู้ป่วยโรคเพมฟิกัสและผู้ป่วยโรคบูลล์สเพมฟิกอยด์ของสถาบันโรคผิวหนัง **วิธีการ:** การวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวางครั้งนี้ทำในผู้ป่วยของสถาบันโรคผิวหนัง จำนวน 178 ราย อายุ 18 ถึง 90 ปี ระหว่างวันที่ 22 มกราคม ถึง 16 พฤษภาคม 2568 การศึกษาเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม PROMPT (Patient-reported Outcomes Measure of Pharmaceutical Therapy) การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์ถดถอยเชิงเส้นพหุคูณ **ผลการวิจัย:** คะแนนคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยาโดยรวมของผู้ป่วยเท่ากับ  $75.50 \pm 12.78$  จาก 100 คะแนนเต็ม มิติที่มีคะแนนสูงสุดคือ ผลกระทบจากอาการข้างเคียงของยา ( $91.43 \pm 20.42$  จาก 100 คะแนน) ขณะที่มิติผลกระทบด้านจิตใจของการใช้ยามีคะแนนต่ำที่สุด ( $69.49 \pm 25.48$  จาก 100 คะแนน) การวิเคราะห์ถดถอยเชิงเส้นพหุคูณพบว่า เพศชายมีคะแนนในมิติความสะดวกในการใช้ยาสูงกว่าเพศหญิง ผู้สูงอายุมีคะแนนในมิติการได้รับข้อมูลยาและโรคและความพึงพอใจต่อผลของการใช้ยาต่ำกว่าผู้ที่มีอายุน้อยกว่า ผู้ป่วยที่มีการศึกษาต่ำกว่ามีคะแนนในมิติการเข้าถึงยาต่ำกว่าผู้ป่วยที่มีการศึกษาสูงกว่า ผู้ป่วยที่โรคสงบมีคะแนนในมิติความพึงพอใจต่อผลของการใช้ยา การเข้าถึงยา และคุณภาพชีวิตโดยรวมสูงกว่าผู้ป่วยที่โรคกำเริบ นอกจากนี้ผู้ป่วยที่ได้รับยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ชนิดออกฤทธิ์ทั่วร่างกายมีคะแนนในมิติผลกระทบจากอาการข้างเคียงของยาสูงกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ชนิดออกฤทธิ์ทั่วร่างกายหรือยากดภูมิคุ้มกัน **สรุป:** ปัจจัยเพศ อายุ ระดับการศึกษาสูงสุด สภาวะโรคปัจจุบัน และรูปแบบชนิดยาที่ได้รับเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยา ผลการศึกษานี้สามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนการดูแลด้านยาที่เหมาะสมและมุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางต่อไป

**คำสำคัญ:** เพมฟิกัส บูลล์สเพมฟิกอยด์ คุณภาพชีวิตด้านการใช้ยา

รับต้นฉบับ: 31 ส.ค. 2568, ได้รับบทความฉบับปรับปรุง: 6 ต.ค. 2568, รับลงตีพิมพ์: 10 ต.ค. 2568

ผู้ประสานงานบทความ: พรรณทิพา ศักดิ์ทอง ภาควิชาเภสัชกรรมปฏิบัติ คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

E-mail: phantipa.s@pharm.chula.ac.th

## Medication-Related Quality of Life in Patients with Pemphigus and Bullous Pemphigoid at the Institute of Dermatology

Arisara Luangsukrer<sup>1</sup>, Pinnaree Kattipathanapong<sup>2</sup>, Phantipa Sakthong<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Graduate Student in Master of Science in Pharmaceutical Care,  
Faculty of Pharmaceutical Sciences, Chulalongkorn University

<sup>2</sup>Institute of Dermatology, Bangkok

<sup>3</sup>Department of Pharmacy Practice, Faculty of Pharmaceutical Sciences, Chulalongkorn University

### Abstract

**Objective:** To assess medication-related quality of life and identify associated factors among patients with pemphigus and bullous pemphigoid at the Institute of Dermatology. **Methods:** An analytical cross-sectional study was conducted among 178 patients aged 18–90 years at the Institute of Dermatology between January 22 and May 16, 2025. Data were collected using the Patient-reported Outcomes Measure of Pharmaceutical Therapy (PROMPT) questionnaire and analyzed with descriptive statistics and multiple linear regression. **Results:** The overall medication-related quality of life score of the patients was  $75.50 \pm 12.78$  out of 100. The highest-scoring domain was “Impacts of Medicines Use and Side-effects” ( $91.43 \pm 20.42$  out of 100), while the lowest was “Psychological Impacts of Medication Use” ( $69.49 \pm 25.48$  out of 100). Multiple linear regression showed that male had higher scores in the “Convenience” domain than females. Older patients had lower scores in the “Medicine and Disease Information” and “Medicine Effectiveness” domains than younger patients. Patients with lower education levels had lower scores in the “Availability and Accessibility” domain than those with higher education. Patients in remission had higher scores in the “Medicine Effectiveness,” “Availability and Accessibility,” and “Overall Quality of Life” domains compared with those with active disease. In addition, patients receiving systemic corticosteroids had higher scores in the “Impacts of Medicines Use and Side-effects” domain than those not receiving systemic corticosteroids or immunosuppressants. **Conclusion:** Sex, age, education level, current disease status and medication regimens were significant factors associated with medication-related quality of life. These findings may serve as a basis for planning appropriate drug therapy and patient-centered care.

**Keywords:** pemphigus, bullous pemphigoid, medication-related quality of life

## บทนำ

โรคเพมฟิกัส (pemphigus) และโรคบูลลัสเพมฟิกอยด์ (bullous pemphigoid) อยู่ในกลุ่มโรคตุ่มน้ำพองใสจากภูมิคุ้มกันตนเอง (autoimmune bullous diseases) ที่เกิดจากความผิดปกติของการเกาะตัวกันของเซลล์ผิวหนังซึ่งมีสาเหตุจากภูมิคุ้มกันต้านต่อเซลล์ผิวหนังของตนเอง (1) สำหรับประเทศไทยมีรายงานความชุกของโรคในช่วง 5 ปีที่ผ่านมาอยู่ที่ประมาณ 30 รายต่อประชากรหนึ่งแสนราย (2)

แนวทางการรักษาโรคเพมฟิกัสและโรคบูลลัสเพมฟิกอยด์ของ European Academy of Dermatology and Venereology ได้แก่ การใช้ยากอร์ติโคสเตียรอยด์ ยากดภูมิคุ้มกัน หรือยาชีววัตถุ เช่น ยาริทูซิแมบ (rituximab) (3, 4) แม้ว่ายาเหล่านี้จะสามารถควบคุมอาการของโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ แต่อาจทำให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาและส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย โดยมีรายงานว่ากลุ่มโรคตุ่มน้ำพองใสเป็นหนึ่งในโรคผิวหนังที่การรักษาส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมากที่สุดเมื่อเทียบกับโรคผิวหนังอื่น ๆ (5) งานวิจัยก่อนหน้านี้ยังพบว่า ชนิดของยาที่ใช้รักษาอาจมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยากอร์ติโคสเตียรอยด์เพียงอย่างเดียวมีคุณภาพชีวิตที่แย่กว่าผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยากอร์ติโคสเตียรอยด์ร่วมกับยากดภูมิคุ้มกัน (6) ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาริทูซิแมบร่วมกับยากอร์ติโคสเตียรอยด์มีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยากอร์ติโคสเตียรอยด์เพียงอย่างเดียว (7) ในบริบทของประเทศไทย เนื่องจากข้อจำกัดด้านค่าใช้จ่ายของยาชีววัตถุ (8) จึงทำให้การรักษาหลักยังคงเป็นการใช้ยากอร์ติโคสเตียรอยด์หรือการใช้ร่วมกับยากดภูมิคุ้มกัน (9)

คุณภาพชีวิตด้านการใช้ยา หมายถึง มุมมองหรือความคิดของผู้ป่วยที่มีต่อการรักษาด้วยยาหรือการใช้ยามีผลกระทบต่อชีวิตของผู้ป่วย แบบสอบถาม PROMPT (Patient-reported Outcomes Measure of Pharmaceutical Therapy) ได้รับการพัฒนาขึ้นเพื่อประเมินคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยาที่ครอบคลุมหลายมิติ และมีคุณสมบัติการวัดทางจิตวิทยาที่ดี (10) มีการนำไปใช้ศึกษาคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยาในผู้ป่วยโรคต่าง ๆ เช่น โรคลมชัก (11) โรคซึมเศร้า (12) และโรคเรื้อรังอื่น ๆ (13) แต่ยังไม่มีการศึกษาในผู้ป่วยโรคเพมฟิกัสและผู้ป่วยโรคบูลลัสเพมฟิกอยด์ในประเทศไทย

นอกจากนี้งานวิจัยก่อนหน้านี้รายงานว่า คุณภาพชีวิตด้านการใช้ยาได้รับอิทธิพลจากทั้งปัจจัยด้านประชากรศาสตร์และปัจจัยทางคลินิก โดยพบว่าผู้ป่วยเพศหญิงมักมีคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยาที่ต่ำกว่าเพศชายในมิติผลกระทบทางด้านจิตใจ (11-12) ขณะที่ผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่ามีคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยาที่ต่ำกว่าผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่าในหลายมิติ เช่น ความสะดวกในการใช้ยา (11-12) ผลกระทบของการใช้ยาและอาการข้างเคียง (12) ผลกระทบทางด้านจิตใจ (12) ขณะที่ในบางมิติ เช่น การได้รับข้อมูลยาที่ใช้และโรคที่เป็น (13) และความพึงพอใจต่อผลของการใช้ยา (11) กลับพบว่า ผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่ามีคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยาที่ต่ำกว่า สำหรับปัจจัยทางคลินิกพบว่าผู้ป่วยที่สามารถควบคุมโรคได้ดีย่อมมีคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยาที่ดีกว่าผู้ป่วยที่ควบคุมโรคไม่ได้ (11-13) ขณะที่ผู้ป่วยที่ใช้ยาหลายชนิดต่อวันหรือมีอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยามักมีคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยาที่ต่ำกว่าอย่างมีนัยสำคัญ (12-13)

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยาของผู้ป่วยโรคเพมฟิกัสและผู้ป่วยโรคบูลลัสเพมฟิกอยด์ รวมถึงศึกษาปัจจัยด้านประชากรศาสตร์และปัจจัยทางคลินิกที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยา ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษาสูงสุด สภาวะโรคปัจจุบัน ระยะเวลาที่เป็นโรค จำนวนชนิดยาที่ใช้ต่อวัน รูปแบบชนิดยาที่ได้รับ ประวัติการได้รับยาริทูซิแมบ และการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยารักษาโรคเพมฟิกัสหรือโรคบูลลัสเพมฟิกอยด์ เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการรักษาและการให้คำแนะนำด้านยา ตลอดจนป้องกันปัญหาที่อาจเกิดจากการใช้ยาของผู้ป่วย

## วิธีการวิจัย

การวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวางนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เลขที่ใบรับรอง 242/67 วันที่รับรอง 14 พฤศจิกายน 2567 และคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน สถาบันโรคผิวหนัง เลขที่ใบรับรอง 007/2024 วันที่รับรอง 3 มกราคม 2568

### กลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยโรคเพมฟิกัสและผู้ป่วยโรคบูลลัสเพมฟิกอยด์ที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกหรือผู้ป่วยใน

สถาบันโรคผิวหนัง ระหว่างวันที่ 22 มกราคม พ.ศ. 2568 ถึงวันที่ 16 พฤษภาคม พ.ศ. 2568 ซึ่งมีอายุ 18 ถึง 90 ปี เข้าใจภาษาไทย และยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีโรคผิวหนังอื่นร่วมด้วย มีภาวะวิกฤต หรือไม่สามารถตอบแบบสอบถามจนแล้วเสร็จ

การคำนวณขนาดตัวอย่างใช้สูตรสำหรับประมาณค่าเฉลี่ยและแผนภูมิชีวิตด้านการใช้ยาโดยรวมของประชากรกลุ่มเดียว (14) ภายใต้ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 โดยใช้ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานจากการทบทวนวรรณกรรมเท่ากับ 20.8 (12) และกำหนดค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้คิดเป็นร้อยละ 5 ผลการคำนวณได้ขนาดตัวอย่างจำนวน 130 ราย สำหรับการคำนวณขนาดตัวอย่างในการวิเคราะห์ถดถอยเชิงเส้นพหุคูณใช้เกณฑ์ของ Hair และคณะ (15) ซึ่งแนะนำให้มีส่วนร่วมวิจัยอย่างน้อย 15–20 รายต่อหนึ่งตัวแปรอิสระ และเกณฑ์ของ Harris (16) ซึ่งแนะนำให้มีส่วนร่วมวิจัยอย่างน้อย 10 รายต่อหนึ่งตัวแปรอิสระ งานวิจัยนี้มีตัวแปรอิสระจำนวน 14 ตัวแปร จึงต้องการผู้เข้าร่วมวิจัย 140–280 ราย ทั้งนี้งานวิจัยได้เก็บข้อมูลจริงจำนวน 178 ราย โดยคัดเลือกผู้ป่วยทุกรายที่ผ่านเกณฑ์คัดเข้าและยินดีเข้าร่วมงานวิจัย

### เครื่องมือที่ใช้

แบบสอบถาม PROMPT ประกอบด้วยคำถาม 16 ข้อ 8 มิติ ได้แก่ มิติการได้รับข้อมูลยาและโรคจากบุคลากรทางการแพทย์ (5 ข้อคำถาม) มิติความพึงพอใจต่อผลของการใช้ยา (2 ข้อคำถาม) มิติผลกระทบจากอาการข้างเคียงของยา (1 ข้อคำถาม) มิติผลกระทบด้านจิตใจของการใช้ยา (4 ข้อคำถาม) มิติความสะดวกในการใช้ยา (1 ข้อคำถาม) มิติการมียาให้ใช้/การเข้าถึงยา (1 ข้อคำถาม) มิติความสัมพันธ์ด้านการรักษา (1 ข้อคำถาม) และมิติคุณภาพชีวิตโดยรวมของการใช้ยา (1 ข้อคำถาม) ตัวเลือกในแต่ละข้อเป็นแบบมาตรวัดลิเคิร์ต 1–5 คะแนน โดยคะแนนหมายถึง คุณภาพชีวิตที่ดี แต่ละมิติมีคะแนนระหว่าง 0–100 คะแนน โดยคำนวณจาก  $100 \times [(คะแนนที่ประเมินได้ - คะแนนต่ำสุดของมิติ) / (คะแนนสูงสุดของมิติ - คะแนนต่ำสุดของมิติ)]$  แบบสอบถามดังกล่าวผ่านการทดสอบคุณสมบัติการวัดทางจิตวิทยา พบว่ามีความเที่ยงจากการทดสอบซ้ำ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ภายในชั้นอยู่ในระดับปานกลางถึงดีเลิศ มีค่าแอลฟาของครอนบาคเกิน 0.7 มีความตรงตามเกณฑ์สัมพัทธ์ และมีความไวต่อการเปลี่ยนแปลง (10)

### การเก็บข้อมูล

งานวิจัยนี้เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ตามแบบสอบถาม ใช้เวลาประมาณ 10 นาที โดยผู้วิจัยเป็นผู้สัมภาษณ์เพียงคนเดียวตลอดทั้งการศึกษา ข้อมูลที่เก็บประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ 1) ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย เช่น เพศ อายุ ระดับการศึกษาสูงสุด 2) ข้อมูลทางคลินิก เช่น ชนิดของโรค สภาวะโรคปัจจุบัน ระยะเวลาที่เป็นโรค จำนวนชนิดยาที่ใช้ต่อวัน รูปแบบชนิดยาที่ได้รับ ประวัติการได้รับยารักษาไม่พึงประสงค์จากการใช้ยารักษาโรคเพมฟิกัสหรือโรคบูลล์สเพมฟิกอยด์ โดยข้อมูลทางคลินิกตรวจสอบจากเวชระเบียนของผู้ป่วยร่วมด้วย และ 3) ข้อมูลคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยาโดยใช้แบบสอบถาม PROMPT

### การวิเคราะห์ข้อมูล

การนำเสนอข้อมูลทั่วไปของผู้เข้าร่วมวิจัยและคะแนนคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยาโดยรวมและรายมิติใช้สถิติเชิงพรรณนา การวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคะแนนคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยาใช้การวิเคราะห์ถดถอยเชิงเส้นพหุคูณ (multiple linear regression) โดยนำตัวแปรอิสระทุกตัวที่ศึกษาเข้าร่วมในโมเดลด้วยวิธี enter ทั้งนี้ก่อนการวิเคราะห์ได้ตรวจสอบสมมติฐานเบื้องต้นและพบว่าเป็นไปตามเงื่อนไข ได้แก่ การแจกแจงแบบปกติของค่าคลาดเคลื่อน (normality of residuals) ความเป็นเชิงเส้นและความแปรปรวนคงที่ของค่าคลาดเคลื่อน (linearity and homoscedasticity) และความเป็นอิสระของค่าคลาดเคลื่อน (independence of errors) ซึ่งตรวจสอบด้วยสถิติ Durbin-Watson พบว่ามีค่าอยู่ในช่วง 1.5–2.5 นอกจากนี้ไม่พบปัญหาความสัมพันธ์กันของตัวแปรอิสระ (multicollinearity) โดยตรวจสอบจากค่าดัชนีความแปรปรวนร่วม (variance inflation factor: VIF) พบว่ามีค่าน้อยกว่า 10 (15) และกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่  $P < 0.05$

### ผลการวิจัย

#### ข้อมูลทั่วไปของผู้เข้าร่วมวิจัย

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไปของผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งหมด 178 ราย ประกอบด้วยผู้ป่วยโรคเพมฟิกัส 128 ราย (ร้อยละ 71.9) และโรคบูลล์สเพมฟิกอยด์ 50 ราย (ร้อยละ 28.1) โดยเป็นเพศชาย 74 ราย (ร้อยละ 41.6) และเพศหญิง 104 ราย (ร้อยละ 58.4) มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ  $57.23 \pm 16.20$  ปี ด้านระดับการศึกษาสูงสุด พบว่า ร้อยละ 27.5 มี

**ตารางที่ 1.** ข้อมูลทั่วไปของผู้เข้าร่วมวิจัย (n=178)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ร้อยละ)
<b>เพศ</b>	
ชาย	74 (41.6)
หญิง	104 (58.4)
<b>อายุ (ปี)</b>	
ค่าเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	57.23 $\pm$ 16.20
ค่ามัธยฐาน (พิสัยควอไทล์)	58 (47-71)
ค่าต่ำสุด - ค่าสูงสุด	19-86
<b>ระดับการศึกษาสูงสุด</b>	
ไม่ได้ศึกษา	2 (1.1)
ประถมศึกษา	47 (26.4)
มัธยมศึกษาตอนต้น	15 (8.4)
มัธยมศึกษาตอนปลายหรือ ปวช.	41 (23.0)
อนุปริญญาหรือ ปวส.	13 (7.3)
ปริญญาตรี	49 (27.5)
สูงกว่าปริญญาตรี	11 (6.2)
<b>ชนิดของโรคเพมฟิกัสและโรคบูลลัสเพมฟิกอยด์</b>	
โรคเพมฟิกัสวัลการิส (pemphigus vulgaris)	81 (45.5)
โรคเพมฟิกัสโฟลิเอเซียส (pemphigus foliaceus)	43 (24.2)
โรคเพมฟิกัสเวเจแทนส์ (pemphigus vegetans)	2 (1.1)
โรคพารานีโอพลาสติกเพมฟิกัส (paraneoplastic pemphigus)	1 (0.6)
โรคเพมฟิกัสอีริเทมาโทซัส (pemphigus erythematosus)	1 (0.6)
โรคบูลลัสเพมฟิกอยด์ (bullous pemphigoid)	50 (28.1)
<b>สภาวะโรคปัจจุบัน</b>	
สงบ (remission)	87 (48.9)
กำเริบ (active)	91 (51.1)
<b>ระยะเวลาที่เป็นโรค (ปี)</b>	
ค่าเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	3.45 $\pm$ 3.92
ค่ามัธยฐาน (พิสัยควอไทล์)	2.04 (0.56-5.31)
ค่าต่ำสุด - ค่าสูงสุด	0-26.25
<b>จำนวนชนิดยารักษาโรคเพมฟิกัสหรือโรคบูลลัสเพมฟิกอยด์ที่ใช้ต่อวัน</b>	
ค่าเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	7.07 $\pm$ 3.25
ค่ามัธยฐาน (พิสัยควอไทล์)	7 (5-9)
ค่าต่ำสุด - ค่าสูงสุด	1-22
<b>รูปแบบชนิดยารักษาโรคเพมฟิกัสหรือโรคบูลลัสเพมฟิกอยด์ที่ได้รับ</b>	
ยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ชนิดออกฤทธิ์ทั่วร่างกาย	35 (19.7)
ยากดภูมิคุ้มกัน	14 (7.9)
ยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ชนิดออกฤทธิ์ทั่วร่างกายร่วมกับยากดภูมิคุ้มกัน	79 (44.4)
ยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ชนิดออกฤทธิ์ทั่วร่างกายร่วมกับยาดีออกซีไซคลินและ/หรือกรดนิโคตินิก	23 (12.9)
ไม่ได้รับยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ชนิดออกฤทธิ์ทั่วร่างกายหรือยากดภูมิคุ้มกัน	27 (15.2)

**ตารางที่ 1.** ข้อมูลทั่วไปของผู้เข้าร่วมวิจัย (n=178) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ร้อยละ)
ประวัติการได้รับยาวิทูชิแมบ	
ไม่เคย	152 (85.4)
เคย	26 (14.6)
อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยารักษาโรคเพมฟิกัสหรือโรคบูลล์สเพมฟิกอยด์	
ไม่มี	122 (68.5)
มี	56 (31.5)

การศึกษาตั้งแต่ระดับปริญญาตรีขึ้นไป และร้อยละ 26.4 มีการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า ระยะเวลาเป็นโรคเฉลี่ยเท่ากับ  $3.45 \pm 3.92$  ปี ผู้ป่วยร้อยละ 51.1 มีโรคอยู่ในสภาวะกำเริบ ได้รับการรักษาด้วยยาเฉลี่ย  $7.07 \pm 3.25$  ชนิด รูปแบบการรักษาที่พบมากที่สุด ได้แก่ ยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ชนิดออกฤทธิ์ทั่วร่างกายร่วมกับยากดภูมิคุ้มกัน (ร้อยละ 44.4) และไม่เคยได้รับยาวิทูชิแมบ (ร้อยละ 85.4) ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่พบอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยารักษาโรคเพมฟิกัสหรือโรคบูลล์สเพมฟิกอยด์ (ร้อยละ 68.5) รายละเอียดดังตารางที่ 1

**คุณภาพชีวิตด้านการใช้ยา**

ผลการประเมินคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยาในผู้ป่วยโรคเพมฟิกัสและผู้ป่วยโรคบูลล์สเพมฟิกอยด์ พบว่ามีคะแนนรวมเฉลี่ย  $75.50 \pm 12.78$  คะแนน จากคะแนนเต็ม 100 คะแนน เมื่อพิจารณาแยกรายมิติ พบว่ามีมิติที่มีคะแนนสูงที่สุดคือ มิติผลกระทบจากอาการข้างเคียงของยา ( $91.43 \pm 20.42$  คะแนน จากคะแนนเต็ม 100 คะแนน) ในขณะที่มิติที่มีคะแนนต่ำที่สุดคือ มิติผลกระทบทางด้านจิตใจของการใช้ยา ( $69.49 \pm 25.48$  คะแนน จากคะแนนเต็ม 100 คะแนน) นอกจากนี้ยังพบว่าข้อคำถามที่มีคะแนนต่ำที่สุดจากข้อคำถามทั้งหมดคือ “ทำอะไรเมื่อลืมใช้ยา” ซึ่งอยู่ในมิติการได้รับข้อมูลยาและโรคจากบุคลากรทางการแพทย์

เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มโรคพบว่า ผู้ป่วยโรคเพมฟิกัสมีคะแนนในมิติการได้รับข้อมูลยาและโรคจากบุคลากรทางการแพทย์สูงกว่าผู้ป่วยโรคบูลล์สเพมฟิกอยด์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $77.23 \pm 19.31$  คะแนน เทียบกับ  $67.60 \pm 21.55$  คะแนน;  $P = 0.004$ ) โดยมี effect size อยู่ในระดับปานกลาง (Cohen's  $d = 0.48$ ) ซึ่งสะท้อนถึงความแตกต่างที่อาจมีนัยสำคัญในทางคลินิก ในขณะที่ผู้ป่วยโรคบูลล์สเพมฟิกอยด์มีคะแนนในมิติผลกระทบจากอาการ

ข้างเคียงของยาสูงกว่าผู้ป่วยโรคเพมฟิกัสอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $97.00 \pm 10.88$  คะแนน เทียบกับ  $89.26 \pm 22.77$  คะแนน;  $P = 0.003$ ) โดยมี effect size อยู่ในระดับปานกลางเช่นเดียวกัน (Cohen's  $d = -0.38$ ) อย่างไรก็ตามไม่พบความแตกต่างของคะแนนรวมระหว่างสองกลุ่มโรคดังแสดงในตารางที่ 2

**ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต**

จากผลการวิเคราะห์ถดถอยเชิงเส้นพหุคูณ (ตารางที่ 3) พบปัจจัยที่สัมพันธ์กับคะแนนคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติดังนี้ 1) เพศ โดยผู้ป่วยเพศชายมีคะแนนคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยาในมิติความสะดวกในการใช้ยาสูงกว่าผู้ป่วยเพศหญิง ( $\beta = 0.160$ ;  $P = 0.049$ ) 2) อายุ โดยอายุที่มากขึ้นสัมพันธ์กับคะแนนคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยาที่ลดลงในมิติการได้รับข้อมูลยาและโรคจากบุคลากรทางการแพทย์ ( $\beta = -0.256$ ;  $P = 0.008$ ) และมิติความพึงพอใจต่อผลของการใช้ยา ( $\beta = -0.256$ ;  $P = 0.009$ ) 3) ระดับการศึกษาสูงสุด โดยผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาประถมศึกษาหรือต่ำกว่ามีคะแนนคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยาต่ำกว่าผู้ป่วยที่มีการศึกษาตั้งแต่ระดับปริญญาตรีขึ้นไปในมิติการมียาให้ใช้/การเข้าถึงยา ( $\beta = -0.301$ ;  $P = 0.002$ ) 4) สภาวะโรคปัจจุบัน โดยผู้ป่วยที่โรครอยู่ในสภาวะสงบมีคะแนนคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยาสูงกว่าผู้ป่วยที่โรครอยู่ในสภาวะกำเริบในหลายมิติ ได้แก่ มิติความพึงพอใจต่อผลของการใช้ยา ( $\beta = 0.248$ ;  $P = 0.001$ ) มิติการมียาให้ใช้/การเข้าถึงยา ( $\beta = 0.182$ ;  $P = 0.036$ ) และมิติคุณภาพชีวิตโดยรวมของการใช้ยา ( $\beta = 0.280$ ;  $P = 0.001$ ) และ 5) รูปแบบชนิดยาที่ได้รับ โดยผู้ป่วยที่ได้รับยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ชนิดออกฤทธิ์ทั่วร่างกายมีคะแนนคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยาสูงกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับยาคอร์ติ

**ตารางที่ 2.** คะแนนคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยาโดยรวมและแยกตามกลุ่มโรค (n=178)

มิติ	คะแนนรวม <sup>1</sup> (ค่าเฉลี่ย ± SD)	ค่าต่ำสุด – ค่าสูงสุด	โรคเพมฟิกัส (n=128) (ค่าเฉลี่ย ± SD)	โรคบูลลัสเพมฟิกอยด์ (n=50) (ค่าเฉลี่ย ± SD)	ผลต่างของค่าเฉลี่ย (ช่วงความเชื่อมั่น 95%)	Effect size (Cohen's d)	P
มิติที่ 1 การได้รับข้อมูลยาและโรคจากบุคลากรทางการแพทย์	74.52 ± 20.37	15.00–100.00	77.23 ± 19.31	67.60 ± 21.55	9.63 (3.06 ถึง 16.20)	0.48	0.004*
มิติที่ 2 ความพึงพอใจต่อผลของการใช้ยา	76.19 ± 21.16	0–100.00	75.20 ± 22.13	78.75 ± 18.43	-3.55 (-10.52 ถึง 3.41)	-0.17	0.315
มิติที่ 3 ผลกระทบจากอาการข้างเคียงของยา	91.43 ± 20.42	0–100.00	89.26 ± 22.77	97.00 ± 10.88	-7.74 (-12.74 ถึง -2.74)	-0.38	0.003*
มิติที่ 4 ผลกระทบด้านจิตใจของการใช้ยา	69.49 ± 25.48	0–100.00	67.38 ± 25.79	74.88 ± 24.11	-7.49 (-15.83 ถึง 0.84)	-0.30	0.078
มิติที่ 5 ความสะดวกในการใช้ยา	72.75 ± 20.29	25.00–100.00	72.46 ± 20.05	73.50 ± 21.07	-1.04 (-7.73 ถึง 5.66)	-0.05	0.760
มิติที่ 6 การมีయాให้ใช้/การเข้าถึงยา	78.79 ± 31.16	0–100.00	77.73 ± 32.34	81.50 ± 28.04	-3.77 (-14.03 ถึง 6.50)	-0.12	0.470
มิติที่ 7 ความสัมพันธ์ด้านการรักษา	90.59 ± 16.57	25.00–100.00	90.63 ± 16.89	90.50 ± 15.88	0.13 (-5.34 ถึง 5.59)	0.01	0.964
มิติที่ 8 คุณภาพชีวิตโดยรวมของการใช้ยา	71.49 ± 21.87	0–100.00	69.53 ± 22.17	76.50 ± 20.46	-6.97 (-14.11 ถึง 0.18)	-0.32	0.056
คะแนนรวม	75.50 ± 12.78	32.81–100.00	75.35 ± 12.89	75.88 ± 12.63	-0.52 (-4.74 ถึง 3.70)	-0.04	0.808

1: คะแนนรวมถูกแปลงให้อยู่ในช่วง 0–100 ด้วยสูตร  $100 \times [(คะแนนรวมที่ได้ - 16) / (80 - 16)]$  โดย 16 และ 80 คือ คะแนนรวมต่ำสุดและสูงสุดของแบบสอบถามตามลำดับ

2: effect size คำนวณโดยใช้ Cohen's d = (ค่าเฉลี่ยของกลุ่มที่ 1 - ค่าเฉลี่ยของกลุ่มที่ 2) /  $SD_{pooled}$  โดย  $SD_{pooled} = \sqrt{\frac{(n_1-1)SD_1^2 + (n_2-1)SD_2^2}{n_1+n_2-2}}$

การแปลผลค่า Cohen's d: ค่า d ประมาณ 0.20 = ขนาดเล็ก, d ประมาณ 0.50 = ขนาดปานกลาง และ d ประมาณ 0.80 = ขนาดใหญ่

3: การวิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนระหว่างกลุ่มโรคใช้สถิติ independent t-test, \*ค่าที่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $P < 0.05$

โคสเตียรอยด์ชนิดออกฤทธิ์ทั่วร่างกายหรือยากดภูมิคุ้มกันในมิติผลกระทบจากอาการข้างเคียงของยา ( $\beta = 0.274$ ;  $P = 0.041$ )

### การอภิปรายผล

คุณภาพชีวิตด้านการใช้ยาของผู้ป่วยโรคเพมฟิกัสและผู้ป่วยโรคบูลลัสเพมฟิกอยด์ในมิติผลกระทบจากอาการข้างเคียงของยามีคะแนนสูงที่สุด สอดคล้องกับผล

การศึกษาของ Munpan และคณะ (13) ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่ร้อยละ 68.5 ไม่เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา หรือไม่ได้รับรู้ถึงผลกระทบที่ชัดเจน โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ ซึ่งอาจมองว่าอาการข้างเคียงบางอย่าง เช่น น้ำหนักเพิ่ม ไม่ได้รบกวนกิจวัตรหรือบทบาทในชีวิตประจำวันมากนักเมื่อเทียบกับผู้ป่วยวัยทำงาน ในทางตรงกันข้าม มิติที่มีคะแนนต่ำที่สุดคือ มิติผลกระทบด้านจิตใจของการใช้ยา ซึ่งสะท้อนถึงความวิตกกังวลของผู้ป่วยต่อการใช้ยาในระยะยาวและผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น เช่น ผลต่อ

**ตารางที่ 3.** ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคะแนนคุณภาพชีวิตด้านการใช้จ่ายจากการวิเคราะห์ถดถอยเชิงเส้นพหุคูณ (n=178)

ปัจจัย		มิติที่ 1	มิติที่ 2	มิติที่ 3	มิติที่ 4	มิติที่ 5	มิติที่ 6	มิติที่ 7	มิติที่ 8	คะแนนรวม
เพศ (กลุ่มอ้างอิง : หญิง)	$\beta$	-0.002	0.087	0.129	0.047	0.160	0.067	-0.117	0.049	0.075
	P	0.975	0.267	0.096	0.560	0.049*	0.392	0.147	0.530	0.357
อายุ	$\beta$	-0.256	-0.256	0.164	0.088	-0.021	0.036	-0.118	-0.188	-0.146
	P	0.008*	0.009*	0.087	0.371	0.836	0.714	0.237	0.052	0.146
ระดับการศึกษาสูงสุด (กลุ่มอ้างอิง : ปริญญาตรีขึ้นไป)										
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	$\beta$	-0.008	-0.043	0.104	0.113	-0.024	-0.301	-0.169	0.008	-0.007
	P	0.928	0.646	0.262	0.236	0.804	0.002*	0.080	0.931	0.939
มัธยมศึกษาถึงอนุปริญญา	$\beta$	0.031	-0.041	-0.052	0.144	-0.049	-0.052	-0.005	-0.031	0.057
	P	0.724	0.645	0.556	0.115	0.592	0.564	0.959	0.728	0.537
สภาวะโรค (กลุ่มอ้างอิง : กำเริบ)	$\beta$	0.080	0.284	0.013	0.017	0.004	0.182	-0.001	0.280	0.166
	P	0.354	0.001*	0.882	0.844	0.963	0.036*	0.991	0.001*	0.064
ระยะเวลาที่เป็นโรค	$\beta$	0.086	-0.084	-0.077	-0.066	0.104	-0.011	-0.091	0.045	-0.009
	P	0.284	0.297	0.332	0.425	0.216	0.889	0.276	0.577	0.915
จำนวนชนิดยาที่ใช้ต่อวัน	$\beta$	0.092	0.001	-0.022	-0.017	-0.070	0.006	0.027	-0.040	0.028
	P	0.276	0.986	0.794	0.847	0.427	0.948	0.757	0.633	0.755
รูปแบบชนิดยาที่ได้รับ (กลุ่มอ้างอิง : รูปแบบที่ 5)										
รูปแบบที่ 1	$\beta$	0.125	0.215	0.274	-0.075	-0.093	-0.154	0.093	0.234	0.097
	P	0.354	0.113	0.041*	0.589	0.506	0.257	0.504	0.084	0.492
รูปแบบที่ 2	$\beta$	0.131	0.102	0.134	0.006	-0.071	-0.043	0.099	0.057	0.103
	P	0.230	0.352	0.218	0.956	0.533	0.694	0.382	0.603	0.364
รูปแบบที่ 3	$\beta$	0.184	0.138	0.209	-0.236	-0.102	-0.185	0.089	0.154	0.009
	P	0.259	0.399	0.196	0.159	0.547	0.260	0.599	0.345	0.958
รูปแบบที่ 4	$\beta$	-0.075	0.034	-0.038	-0.174	-0.034	-0.016	-0.057	0.057	-0.125
	P	0.458	0.739	0.703	0.096	0.745	0.874	0.587	0.576	0.236
ประวัติการได้รับยาวิทูซีแมบ (กลุ่มอ้างอิง : ไม่เคยได้รับ)	B	0.077	-0.052	0.117	-0.027	-0.150	-0.034	0.067	-0.005	0.010
	P	0.337	0.514	0.141	0.739	0.072	0.672	0.415	0.947	0.902

**ตารางที่ 3.** ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคะแนนคุณภาพชีวิตด้านการใช้จ่ายจากการวิเคราะห์ถดถอยเชิงเส้นพหุคูณ (n=178) (ต่อ)

ปัจจัย		มิติที่ 1	มิติที่ 2	มิติที่ 3	มิติที่ 4	มิติที่ 5	มิติที่ 6	มิติที่ 7	มิติที่ 8	คะแนนรวม
อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (กลุ่มอ้างอิง : พบ)	$\beta$	-0.044	-0.007	0.138	0.037	0.090	0.071	-0.075	0.047	0.028
ไม่พบ	P	0.566	0.932	0.073	0.637	0.262	0.364	0.350	0.547	0.732
กลุ่มโรค (กลุ่มอ้างอิง : โรคเพมฟิกัส)	$\beta$	0.156	0.224	0.248	0.028	-0.100	-0.173	0.210	0.280	0.173
โรคบุลลัสเพมฟิกอยด์	P	0.292	0.133	0.093	0.854	0.516	0.247	0.171	0.060	0.262
	R <sup>2</sup>	0.147	0.142	0.160	0.102	0.076	0.130	0.085	0.146	0.073

หมายเหตุ: 1)  $\beta$  คือ standardized coefficient, \*ค่าที่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ P < 0.05

2) มิติที่ 1 การได้รับข้อมูลยาและโรคจากบุคลากรทางการแพทย์ มิติที่ 2 ความพึงพอใจต่อผลของการใช้ยา มิติที่ 3 ผลกระทบจากอาการข้างเคียงของยา มิติที่ 4 ผลกระทบด้านจิตใจของการใช้ยา มิติที่ 5 ความสะดวกในการใช้ยา มิติที่ 6 การมียาให้ใช้/การเข้าถึงยา มิติที่ 7 ความสัมพันธ์ด้านการรักษา มิติที่ 8 คุณภาพชีวิตโดยรวมของการใช้ยา

3) รูปแบบชนิดยาที่ได้รับ: รูปแบบที่ 1 ยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ชนิดออกฤทธิ์ทั่วร่างกาย รูปแบบที่ 2 ยาคุมกำเนิดรูปแบบที่ 3 ยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ชนิดออกฤทธิ์ทั่วร่างกายร่วมกับยาคุมกำเนิด รูปแบบที่ 4 ยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ชนิดออกฤทธิ์ทั่วร่างกายร่วมกับยาดอกซีไซคลินและ/หรือกรดนิโคตินิก รูปแบบที่ 5 ไม่ได้รับยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ชนิดออกฤทธิ์ทั่วร่างกายหรือยาคุมกำเนิด

ดับหรือไต สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Sakthong และคณะ (11) ในผู้ป่วยโรคลมชัก นอกจากนี้ข้อคำถามที่มีคะแนนต่ำที่สุดคือ “ทำอะไรเมื่อลืมใช้ยา” ซึ่งสะท้อนปัญหาการขาดความรู้ในการใช้ยา และอาจนำไปสู่พฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่เหมาะสม เช่น การรับประทานยาเกินขนาดหรือหยุดยาเอง ทั้งนี้ยังสะท้อนถึงช่องว่างด้านการให้คำแนะนำเรื่องการใช้ยาของบุคลากรทางการแพทย์

ผลการวิเคราะห์ถดถอยเชิงเส้นพหุคูณแสดงให้เห็นว่า ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านการใช้จ่ายในมิติต่าง ๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษาสูงสุด สภาวะโรคปัจจุบัน และรูปแบบชนิดยาที่ได้รับ โดยผู้ป่วยเพศหญิงมีคุณภาพชีวิตด้านการใช้จ่ายในมิติความสะดวกในการใช้ยาที่ต่ำกว่าเพศชาย ซึ่งอาจสะท้อนถึงภาระจากบทบาทในครอบครัวที่อาจจำกัดเวลาสำหรับดูแลตนเอง ทำให้เกิดความไม่สะดวกในการใช้ยา โดยเฉพาะเมื่อจำเป็นต้องใช้ยาที่มีความถี่ในการใช้หลายครั้งต่อวัน (17) ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับหลักฐานก่อนหน้าซึ่งรายงานว่าผู้หญิงมีความร่วมมือในการใช้ยารักษาโรคผิวหนังอักเสบเรื้อรังและโรคสะเก็ดเงินต่ำกว่าผู้ชาย โดยมีการอธิบายว่า

ผู้หญิงอาจไม่ต้องการรูปแบบการรักษาที่มีความเข้มงวด (18) ประเด็นดังกล่าวสะท้อนถึงภาระจากการใช้ยาและความไม่สะดวกที่ผู้หญิงเผชิญมากกว่าผู้ชาย นอกจากนี้ลักษณะทางกายภาพของยาบางชนิด เช่น ความเหนียวเหนอะหรือติดเสื้อผ้า ยังอาจรบกวนการแต่งกายและภาพลักษณ์ ส่งผลให้ผู้หญิงรับรู้ถึงความไม่สะดวกในการใช้ยามากกว่าผู้ชาย สำหรับอายุพบว่า ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตด้านการใช้จ่ายในมิติการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับยาและโรคจากบุคลากรทางการแพทย์ที่ต่ำกว่า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้า (13) และแนวคิดด้านภาวะรู้เท่าทันด้านสุขภาพ (health literacy) ที่พบว่ามักลดลงตามอายุ (19) อีกทั้งการที่ญาติมารับยาแทนอาจส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ได้รับข้อมูลอย่างครบถ้วน ซึ่งการได้รับข้อมูลยาและโรคที่ไม่เพียงพอนี้ อาจเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุนำไปปฏิบัติผลของยาในการลดอาการหรือควบคุมโรคในระดับที่ต่ำกว่าผู้ที่มีอายุน้อยกว่า ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่า ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตด้านการใช้จ่ายในมิติความพึงพอใจต่อผลของการใช้ยาที่ต่ำกว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า ในด้านระดับการศึกษาสูงสุด พบว่า ผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่ามีคุณภาพชีวิตด้านการใช้จ่ายในมิติการมียาให้ใช้/การเข้าถึงยาที่ต่ำกว่า

ผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาสูงกว่า ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Sakthong และคณะ (12) ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ทั้งนี้อาจอธิบายได้จากข้อจำกัดด้านรายได้ซึ่งสัมพันธ์กับระดับการศึกษา (20) โดยผู้ป่วยที่มีการศึกษต่ำมักมีรายได้น้อย จึงอาจประสบกับอุปสรรคในการเข้าถึงยามากกว่า สำหรับสภาวะโรคปัจจุบัน พบว่าผู้ป่วยที่โรคสงบมีคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยาที่ดีกว่าผู้ป่วยที่โรคกำเริบ โดยเฉพาะในมิติความพึงพอใจต่อผลของการใช้ยาและมีคุณภาพชีวิตโดยรวมของการใช้ยา ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยก่อนหน้านี้ที่รายงานว่า การควบคุมโรคที่สัมพันธ์กับความพึงพอใจต่อผลของการใช้ยาและคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยาที่ดีขึ้น (11-13) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยที่โรคสงบมีคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยาในมิติการมียาให้ใช้/การเข้าถึงยาที่ดีกว่าผู้ป่วยที่โรคกำเริบ เนื่องจากเมื่อโรคสงบส่งผลให้ปริมาณและจำนวนยาที่ต้องใช้ลดลง รวมถึงผู้ป่วยที่โรคสงบมักได้รับการนัดหมายจากแพทย์ด้วยความถี่ที่น้อยลง ส่งผลให้ภาระค่าใช้จ่ายด้านยาและการเดินทางของผู้ป่วยลดลง สำหรับรูปแบบชนิดยาที่ได้รับ พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาออร์ติโคสเตียรอยด์ชนิดออกฤทธิ์ทั่วร่างกายมีคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยาในมิติผลกระทบจากอาการข้างเคียงของยาที่ดีกว่าหรือได้รับผลกระทบจากอาการข้างเคียงของยาน้อยกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับยาออร์ติโคสเตียรอยด์ชนิดออกฤทธิ์ทั่วร่างกายหรือยากดภูมิคุ้มกัน ทั้งนี้อาจเนื่องจากผู้ป่วยที่ไม่ได้รับยาเหล่านี้ส่วนใหญ่เคยได้รับยาดังกล่าวมาก่อนและยังคงรู้สึกถึงผลกระทบสะสมจากอาการข้างเคียงแม้จะหยุดใช้ยาไปแล้ว ขณะที่ผู้ป่วยที่ยังคงใช้ยาออร์ติโคสเตียรอยด์อาจสามารถปรับตัวหรือยอมรับผลข้างเคียงได้ดีกว่า หรือบางรายอาจยังไม่เกิดอาการข้างเคียงจากยา จึงประเมินผลกระทบในมิตินี้ต่ำกว่า

งานวิจัยนี้เน้นเป็นการศึกษาแรกในประเทศไทยที่ประเมินคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยาของผู้ป่วยโรคพืกัสและผู้ป่วยโรคบูลลัสเพมฟิกอยด์ ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความแตกต่างของประสบการณ์ในการใช้ยาในกลุ่มผู้ป่วยต่าง ๆ โดยผลที่ได้สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการดูแลด้านยาให้เหมาะสมกับผู้ป่วยมากยิ่งขึ้น เช่น การพัฒนากระบวนการให้คำปรึกษาด้านยา เพื่อลดความเสี่ยงจากการใช้ยาไม่เหมาะสม อย่างไรก็ตามข้อจำกัดของงานวิจัยนี้คือแม้การวิเคราะห์จะได้ปรับปัจจัยกวนหลักแล้ว แต่อาจยังคงมีปัจจัยอื่น ๆ ที่ไม่ได้เก็บข้อมูลหรือไม่ได้รวมในโมเดล เช่น ปัจจัยด้านเศรษฐกิจสังคมหรือจิตสังคม ซึ่งอาจมีผลต่อคุณภาพ

ชีวิตด้านการใช้ยาของผู้ป่วยได้ อีกทั้งรูปแบบการวิจัยแบบภาคตัดขวางและการเก็บข้อมูลจากโรงพยาบาลเพียงแห่งเดียวอาจจำกัดความสามารถในการสรุปเชิงสาเหตุและการนำไปใช้ในวงกว้าง ดังนั้นควรมีการศึกษาต่อยอดในอนาคตในลักษณะการวิจัยหลายศูนย์และการติดตามระยะยาว เพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลงของคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยาในช่วงต่าง ๆ ของโรค รวมทั้งผลของการปรับเปลี่ยนแนวทางการรักษาในระยะเวลาที่แตกต่างกัน ซึ่งจะช่วยเพิ่มความครอบคลุมของข้อมูลและสะท้อนความเป็นจริงในบริบทของผู้ป่วยมากยิ่งขึ้น

### สรุป

งานวิจัยนี้แสดงให้เห็นถึงคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยาของผู้ป่วยโรคพืกัสและผู้ป่วยโรคบูลลัสเพมฟิกอยด์ โดยพบว่ามิติด้านจิตใจของการใช้ยามีคะแนนต่ำที่สุด แม้จะไม่พบปัจจัยที่สัมพันธ์กับมิตินี้โดยตรง อย่างไรก็ตาม เพศ อายุ ระดับการศึกษาสูงสุด สภาวะโรคปัจจุบัน และรูปแบบชนิดยาที่ได้รับมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับมิติอื่น ๆ ของคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยา ซึ่งข้อมูลดังกล่าวสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาการดูแลด้านยาให้มีความเหมาะสมและสอดคล้องกับลักษณะเฉพาะของผู้ป่วยแต่ละรายมากยิ่งขึ้น

### กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้ป่วยโรคพืกัสและผู้ป่วยโรคบูลลัสเพมฟิกอยด์ทุกท่านที่เข้าร่วมในงานวิจัย รวมถึงบุคลากรทางการแพทย์ของสถาบันโรคผิวหนังที่ให้ความอนุเคราะห์และสนับสนุนการเก็บข้อมูลในครั้งนี้

### เอกสารอ้างอิง

1. Aunhachoke K, Bisalbutra P. Vesiculobullous diseases. In: Kullawanit P, Bisalbutra P, editors. *Dermatology 2020*. Bangkok: Holistic Publishing; 2012. p. 181–205.
2. Chaiyamahapark S, Warnnissorn P. Prevalence and pattern of diseases of the skin and subcutaneous tissue in a primary care area in Thailand. *Siriraj Med J*. 2021; 73: 357–62.

3. Joly P, Horvath B, Patsatsi A, Uzun S, Bech R, Beissert S, et al. Updated S2K guidelines on the management of pemphigus vulgaris and foliaceus initiated by the European Academy of Dermatology and Venereology (EADV). *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2020; 34: 1900–13.
4. Borradori L, Van Beek N, Feliciani C, Tedbirt B, Antiga E, Bergman R, et al. Updated S2 K guidelines for the management of bullous pemphigoid initiated by the European Academy of Dermatology and Venereology (EADV). *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2022; 36: 1689–704.
5. Balieva FN, Finlay AY, Kupfer J, Aragonés LT, Lien L, Gieler U, et al. The role of therapy in impairing quality of life in dermatological patients: a multinational study. *Acta Derm Venereol*. 2018; 98: 563–9.
6. Paradisi A, Sampogna F, Di Pietro C, Cianchini G, Didona B, Ferri R, et al. Quality-of-life assessment in patients with pemphigus using a minimum set of evaluation tools. *J Am Acad Dermatol*. 2009; 60: 261–9.
7. Joly P, Maho-Vaillant M, Prost-Squarcioni C, Hebert V, Houivet E, Calbo S, et al. First-line rituximab combined with short-term prednisone versus prednisone alone for the treatment of pemphigus (Ritux 3): a prospective, multicentre, parallel-group, open-label randomised trial. *Lancet*. 2017; 389: 2031–40.
8. Kanokrungrsee S, Anuntrangsee T, Tankunakorn J, Srisuwanwattana P, Suchonwanit P, Chanprapaph K. Rituximab therapy for treatment of pemphigus in Southeast Asians. *Drug Des Devel Ther*. 2021; 15: 1677–90.
9. Insan K, Tuekhruea K, Nettrakun N, Chuealek T, Tangprasert N, Sonpoklang P, et al. Clinical characteristics and survival of pemphigoid and pemphigus patients in a Thai population. *Siriraj Med J*. 2024; 76: 14–20.
10. 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.
11. Sakthong P, Suriyapakorn B. Medication-related quality of life in Thai epilepsy Patients. *J Epilepsy Res*. 2019; 9: 139–46.
12. Sakthong P, Ralukruedej R. Pharmaceutical therapy-related quality of life in Thai depressive outpatients. *Journal of Mental Health of Thailand*. 2021; 29: 239–48.
13. Munpan W, Sathon P. Quality of life in medication use in patients with chronic diseases at Phramongkutklao Hospital. *Royal Thai Army Medical Journal*. 2015; 68: 51–60.
14. Vanichbuncha K. *Statistics for research*. 14th ed. Bangkok: Samlada; 2023.
15. Hair JF, Black WC, Babin BJ, Anderson RE. *Multivariate Data Analysis*. 7th ed. New Jersey: Pearson Prentice Hall; 2010.
16. Harris RJ. *A primer of multivariate statistics*. 2nd ed. New York: Academic Press; 1985
17. Valia R G. Non-compliance in dermatologic diseases. *Indian J Dermatol Venereol Leprol* 2008; 74: 553–57
18. Lo A, Lovell KK, Greenzaid JD, Oscherwitz ME, Feldman SR. Adherence to treatment in dermatology: Literature review. *JEADV Clin Pract*. 2024; 3: 401–18.
19. Kobayashi LC, Wardle J, Wolf MS, von Wagner C. Aging and functional health literacy: a systematic review and meta-analysis. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2016; 71: 445–57.
20. Cutler DM, Lleras-Muney A. Understanding differences in health behaviors by education. *J Health Econ*. 2010; 29: 1–28.