นิพนธ์ต้นฉบับ

คุณภาพชีวิตด้านการใช้ยาในผู้ป่วยนอกโรคซึมเศร้าชาวไทย

วันรับ : 10 กุมภาพันธ์ 2564
วันแก้ไข : 2 สิงหาคม 2564
วันตอบรับ : 3 สิงหาคม 2564

พรรณทิพา ศักดิ์ทอง, ปร.ด.[1]
รวิกานต์ ระลึกฤาเดช, วท.ม.[2]
คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย[1]
โรงพยาบาลอุทัยธานี[2]

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อประเมินคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยาและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

วิธีการ : ผู้ป่วยนอกโรคซึมเศร้าที่โรงพยาบาลศรีธัญญา จำนวน 138 คน คัดเลือกแบบเจาะจง ระหว่างเดือนเมษายน พ.ศ. 2561 ถึงมีนาคม พ.ศ. 2562 ประเมินคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยาด้วยเครื่องมือ Patient-Reported Outcomes Measure of Pharmaceutical Therapy (PROMPT) 16 ข้อ 8 มิติ ได้แก่ การได้รับข้อมูลยาและโรค ความพึงพอใจต่อประสิทธิผลของยา ผลกระทบของการใช้ยาและอาการข้างเคียง ผลกระทบทางจิตใจของการใช้ยา ความสะดวกของการใช้ยา การมียาให้ใช้และการเข้าถึงการใช้ยา ความสัมพันธ์ทางการรักษา และคุณภาพชีวิตการใช้ยาโดยรวม วิเคราะห์ถดถอยเชิงเส้นแบบพหุตัวแปรเพื่อหาปัจจัยที่ทำนายคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยา

ผล : ค่าเฉลี่ยคะแนนมิติของคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยาอยู่ระหว่าง 58 - 80 คะแนน (ระดับปานกลางถึงดีเลิศ) มิติที่ได้คะแนนต่ำสุดคือ การได้รับข้อมูลยาและโรค และมิติที่คะแนนสูงสุดคือ การมียาให้ใช้และการเข้าถึงการใช้ยา ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตการใช้ยาที่ไม่ดีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุน้อย เพศหญิง ระดับการศึกษาต่ำ มีภาระทางการเงิน ใช้ยาจำนวนหลายชนิด มีอาการข้างเคียงจากยา และมีการควบคุมโรคที่ไม่ดี

สรุป : บุคลากรทางการแพทย์ควรให้ข้อมูลยาและโรคแก่ผู้ป่วย และให้ความสำคัญกับปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยา เช่น ภาระทางการเงิน จำนวนยาที่ใช้ต่อวัน อาการข้างเคียงจากยา และการควบคุมโรคของผู้ป่วย ซึ่งอาจส่งผลต่อความร่วมมือในการรักษา

คำสำคัญ : คุณภาพชีวิต ยารักษาโรคซึมเศร้า โรคซึมเศร้า

ติดต่อผู้นิพนธ์ : พรรณทิพา ศักดิ์ทอง; e-mail: psakthong@gmail.com

Original article

Pharmaceutical therapy-related quality of life in Thai depressive outpatients

Received : 10 February 2021
Revised : 2 August 2021
Accepted : 3 August 2021

Phantipa Sakthong, Ph.D.[1]
Rawikarn Ralukruedej, M.S.[2]
Faculty of pharmaceutical sciences, Chulalongkorn university[1]
Uthai Thani hospital[2]

Abstract

Objective: To evaluate pharmaceutical therapy-related quality of life (QOL) in depressive outpatients and to assess its relationships with patients' demographic and clinical characteristics.

Methods: One hundred and thirty-eight outpatients with depression were purposively selected at Srithanya hospital between April 2018 and March 2019. Pharmaceutical therapy-related QOL was assessed using the patient-reported outcomes measure of pharmaceutical therapy (PROMPT). The PROMPT consists of 16 items and eight domains: medicine and disease information, satisfaction of medicine effectiveness, impacts of medicines and side effects, psychological impacts of medication use, convenience, availability and accessibility, therapeutic relationships with healthcare providers, and overall QOL. Multivariate linear regressions were used to assess the relationships between eight PROMPT domain scores and patient's demographic and clinical characteristics.

Results: Mean scores of eight PROMPT domains ranged between 58 and 80 (moderate-to-excellent level). The domains with the lowest score were medication and disease information while the highest scores were availability/accessibility, respectively. Young age, female, lower education, having financial burden, more type of medications, having side effects of medication, and perceived poor disease control were significantly correlated with lower PROMPT domain scores.

Conclusion: Healthcare providers should provide adequate drug and disease information to patients and pay more attention to correlates of pharmaceutical therapy-related QOL, including financial burden, the number of medications per day, side effects of medication and perceived level of disease control which can be affected to drug compliance.

Keywords: antidepressant, depression, quality of life, QOL

Corresponding author: Phantipa Sakthong; e-mail: psakthong@gmail.com

ความรู้เดิม : ความต้องการทางด้านยาและคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในประเทศไทยยังมีจำกัด ซึ่งปัจจัยเหล่านี้นำไปสู่ปัญหาความไม่ร่วมมือในการกินยาได้

ความรู้ใหม่ : คุณภาพชีวิตด้านการใช้ยาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในมิติส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางถึงดี ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตการใช้ยารักษาโรคซึมเศร้า ได้แก่ เช่น อายุ เพศ ระดับการศึกษา ภาระทางการเงิน จำนวนยาที่ใช้ต่อวัน อาการข้างเคียงจากยา และระดับการควบคุมโรคซึมเศร้าของผู้ป่วย

ประโยชน์ที่จะนำไปใช้ : บุคลากรทางการแพทย์ตระหนักถึงความสำคัญของการให้ข้อมูลยาและการรักษาโรคแก่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และปัจจัยที่มีผลต่อการมีคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยาที่ไม่ดี

บทนำ

โรคซึมเศร้าเป็นโรคที่พบได้บ่อย มีประชากรทั่วโลกกว่า 300 ล้านคนที่กำลังประสบกับปัญหานี้ และเกือบครึ่งอาศัยอยู่ในภาคพื้นเอเชียและแปซิฟิก[1] ในประเทศไทยโรคซึมเศร้ามีความชุกประมาณร้อยละ 0.6 ซึ่งสูงที่สุดในกลุ่มโรคความผิดปกติทางอารมณ์[2] ยารักษาโรคซึมเศร้า เช่น ยากลุ่ม selective serotonin reuptake inhibitors ได้แก่ sertraline, paroxetine, citalopram, fluvoxamine และยากลุ่ม tricyclic antidepressants ได้แก่ amitriptyline และ imipramine จัดเป็นยาที่มีประสิทธิผลดีและใช้กันอย่างแพร่หลาย[3] ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าบางส่วนยังขาดความรู้เรื่องยา อาการข้างเคียง วิตกกังวลถึงอาการข้างเคียงและการพึ่งพิงยา มีความคาดหวังเกี่ยวกับผลการใช้ยา และไม่ทราบวิธีปฏิบัติตัวเมื่อลืมกินยา ซึ่งสิ่งเหล่านี้สามารถนำไปสู่ปัญหาความไม่ร่วมมือในการกินยาได้[4-7] นอกจากนี้ ยากลุ่มดังกล่าวยังมีผลข้างเคียงด้านเพศที่ส่งผลกระทบเชิงลบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้[8] ดังนั้น การประเมินความต้องการทางด้านยาและคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยาในผู้ที่กำลังใช้ยารักษาโรคซึมเศร้าจึงมีความสำคัญและจำเป็น

เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยา หรือ patient-reported outcomes measure of pharmaceutical therapy (PROMPT)[9] เป็นเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นเพื่อประเมินคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยาฉบับย่อ จากเครื่องมือ patient-reported outcomes measure of pharmaceutical therapy for quality of life (PROMPT-QoL)[10] โดยเครื่องมือ PROMPT และ PROMPT-QoL สร้างขึ้นโดยอิงทฤษฎีการบริบาลด้านยาที่มีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เพื่อใช้ในการประเมินความต้องการทางด้านยาและผลลัพธ์ทางด้านคุณภาพชีวิตของการรักษาด้วยยาของผู้ป่วย[11] จากการทดสอบเครื่องมือในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังพบว่า เครื่องมือ PROMPT มีคุณสมบัติการวัดทางด้านจิตวิทยาในระดับที่ดี มีความเที่ยง ความตรง และความไวต่อการเปลี่ยนแปลงทางด้านการใช้ยาในระดับที่ยอมรับได้[9] การศึกษาในผู้ป่วยโรคเรื้อรังจำนวน 14 กลุ่มโรค รวมถึงกลุ่มโรคความผิดปกติทางอารมณ์ เช่น โรคซึมเศร้า ประเมินด้วยเครื่องมือ PROMPT-QoL พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยา ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา ภาระทางการเงิน ระยะเวลาการเป็นโรค จำนวนชนิดยาที่ใช้ อาการข้างเคียงจากยา และการรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับการควบคุมโรค[12] อย่างไรก็ตามยังไม่เคยมีการศึกษาในประเด็นดังกล่าวในกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าโดยเฉพาะ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่กำลังใช้ยารักษาโรคซึมเศร้า และหาความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยากับตัวแปรด้านคุณลักษณะทางประชากรและด้านคลินิก เพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์ได้เพิ่มความตระหนักในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่มีความต้องการด้านยาหรือคุณภาพชีวิตการใช้ยาที่ไม่ดี

วิธีการ

การศึกษาแบบภาคตัดขวางในผู้ป่วยนอกโรคซึมเศร้าที่โรงพยาบาลศรีธัญญา จำนวน 138 คน คัดเลือกแบบเจาะจงระหว่างเดือนเมษายน พ.ศ. 2561 ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2562 เกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป กำลังใช้ยารักษา

รักษาโรคซึมเศร้า เข้าใจภาษาไทย และมีอาการของโรคที่สงบ เกณฑ์คัดออก ได้แก่ ผู้ป่วยไม่เต็มใจเข้าร่วมในงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ เครื่องมือ PROMPT ฉบับภาษาไทย[9] ประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 16 ข้อ โดยแบ่งเป็น 8 มิติ ดังนี้ 1) การได้รับข้อมูลยาและโรค 5 ข้อ, 2) ความพึงพอใจต่อประสิทธิผลของยา 2 ข้อ, 3) ผลกระทบของอาการข้างเคียงจากการใช้ยา 1 ข้อ, 4) ผลกระทบทางด้านจิตใจของการใช้ยา 4 ข้อ, 5) ความสะดวกของการใช้ยา 1 ข้อ, 6) การมียาให้ใช้และการเข้าถึงการใช้ยา 1 ข้อ, 7) ความสัมพันธ์ทางด้านการรักษา 1 ข้อ และ 8) คุณภาพชีวิตการใช้ยาโดยรวม 1 ข้อ โดยแต่ละข้อคำถามมีตัวเลือกตอบเป็นแบบลิเคิร์ต 5 ระดับ (คะแนน 1 - 5) เรียงลำดับจาก ไม่เลย ไปจนถึงอย่างมาก คะแนนที่สูงกว่าหมายถึงคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยาที่ดีกว่า วิธีการคำนวณคะแนนแต่ละมิติของเครื่องมือ PROMPT มีคะแนนอยู่ระหว่าง 0 - 100 เป็นไปตามสูตร ดังนี้ 100 x (คะแนนที่วัดได้ของมิตินั้น – คะแนนขั้นต่ำสุดของมิตินั้น) / (คะแนนเต็มของมิตินั้น – คะแนนขั้นต่ำสุดของมิตินั้น) ยกตัวอย่างเช่น ถ้าผู้ป่วยให้คะแนนความพึงพอใจต่อประสิทธิผลของยา ซึ่งมิตินี้มีข้อคำถามจำนวน 2 ข้อ ให้ 4 คะแนนทั้งสองข้อ (จากคะแนนเต็ม 5 คะแนน) จะได้คะแนนมิติ = 100 x (4 x 2 – 1 x 2) / (5 x 2 – 1 x 2) = 75 คะแนน และการแปลผลคะแนนมิติเป็นดังต่อไปนี้ 0 - 25, 26 - 50, 51 - 75 และ 76 - 100 หมายถึง คุณภาพชีวิตการใช้ยาต่ำถึงพอใช้ พอใช้ถึงปานกลาง ปานกลางถึงดี และดีถึงดีเลิศ ตามลำดับ เครื่องมือ PROMPT มีค่าแอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.80 แสดงถึงความเที่ยงแบบความสอดคล้องภายในระดับดี[13] ข้อคำถามทั้ง 16 ข้อมีดัชนีความตรงทางเนื้อหาอยู่ในเกณฑ์ที่ดี (มีค่าอยู่ระหว่าง 0.87 - 1.00)[10] และมีความตรงเชิงโครงสร้างอยู่ในระดับดีเช่นเดียวกัน โดยคะแนนมิติต่าง ๆ และคะแนนรวมของเครื่องมือ PROMPT มีความสัมพันธ์กับคะแนนมิติต่าง ๆ และคะแนนรวมของเครื่องมือ PROMPT-QoL ด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียรสันระหว่าง 0.66 - 0.97[9]

เก็บข้อมูลโดยให้ผู้ป่วยทำแบบสอบถามด้วยตนเอง หรือในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถทำแบบสอบถามได้ด้วยตนเอง ผู้วิจัยอ่านแบบสอบถามให้ฟังโดยไม่มีการอธิบายความหมายของข้อคำถามใด ๆ สำหรับข้อมูลตัวแปรทางด้านประชากรและทางด้านคลินิกของผู้ป่วยได้จากการสัมภาษณ์และบันทึกทางการแพทย์

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และหาความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยากับตัวแปรทางด้านคุณลักษณะของผู้ป่วยด้วยการวิเคราะห์ถดถอยเชิงเส้นแบบพหุตัวแปร (multivariate linear regression) ตัวแปรตาม ได้แก่ คะแนนมิติทั้ง 8 มิติของเครื่องมือ PROMPT ตัวแปรต้น ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา ภาระทางการเงิน (รายได้เพียงพอต่อค่าใช้จ่ายหรือไม่) ระยะเวลาของการเป็นโรคซึมเศร้า จำนวนชนิดยาที่ใช้ การเกิดอาการข้างเคียงจากยา และระดับการควบคุมโรคซึมเศร้า สมมติฐานของการวิเคราะห์ถดถอยเชิงเส้นแบบพหุตัวแปรได้รับการตรวจสอบและเป็นไปตามเงื่อนไขการใช้ ทั้งการกระจายแบบโค้งปกติ (normality) ความสัมพันธ์เชิงเส้น (linear relationship) ความแปรปรวนไม่ผันแปร (homoscedasticity) และความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระ (multicollinearity)[14] กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับน้อยกว่า .05 วิเคราะห์ข้อมูลทั้งหมดโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ

การศึกษานี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของโรงพยาบาลศรีธัญญา (เลขที่ใบรับรอง COA.STY002/2561)

ผล

จากตัวอย่างที่ได้รับการติดต่อให้เข้าร่วมการศึกษาจำนวน 191 คน มีตัวอย่างผ่านเกณฑ์การเข้าร่วมวิจัยทั้งหมด 153 คน ในจำนวนนี้มี 15 คน ตอบแบบสอบถามไม่สมบูรณ์ ได้กลุ่มตัวอย่างที่นำมาศึกษาทั้งสิ้น 138 คน ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลเกี่ยวกับยารักษาโรคซึมเศร้า แสดงดังตารางที่ 1

ผลการประเมินคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยา (PROMPT) พบข้อคำถามที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำกว่า 3.5 คะแนน (ต่ำกว่าระดับปานกลางถึงดี) ได้แก่ *“ต้องทำอย่างไรเมื่อลืมรับประทานยา”* (2.5 คะแนน), *“อาการข้างเคียงและการจัดการ”* (3.0 คะแนน), *“อาการ ความรุนแรง และการรักษา”*

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย (n = 138)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (ร้อยละ)
อายุ (ปี)	
19 - 30	52 (37.7)
31 - 40	35 (25.4)
41 - 50	28 (20.3)
51 - 60	17 (12.3)
61 - 67	6 (4.3)
เพศ	
ชาย	53 (38.4)
หญิง	85 (61.6)
ระดับการศึกษา	
ประถมศึกษา	12 (8.7)
มัธยมศึกษา	43 (31.2)
อนุปริญญาตรี	15 (10.9)
ปริญญาตรี	59 (42.8)
ปริญญาโทและเอก	9 (6.5)
ภาระทางการเงิน	
รายได้ไม่เพียงพอต่อค่าใช้จ่าย	37 (26.8)
รายได้เพียงพอต่อค่าใช้จ่าย	101 (73.2)
ระยะเวลาของการเป็นโรคซึมเศร้า (ปี)	
ค่าเฉลี่ย ± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	3.21 ± 4.99
ค่าต่ำสุด – ค่าสูงสุด	0.02 – 30.00
ชนิดของยาที่ใช้ต่อวัน (ชนิด)	
ค่าเฉลี่ย ± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	2.99 ± 1.40
ค่าต่ำสุด – ค่าสูงสุด	1.00 – 8.00
มีอาการข้างเคียงจากการใช้ยารักษาโรคซึมเศร้า	
มี	53 (42.0)
ไม่มี	80 (58.0)
การรับรู้ของผู้ป่วยที่มีต่อการควบคุมโรคซึมเศร้า	
ไม่ดี	4 (2.9)
พอใช้	8 (5.8)
ปานกลาง	53 (38.4)
ดี	52 (37.7)
ดีมาก	21 (15.2)

(3.3 คะแนน) และ *"การพึ่งพิงการใช้ยา"* (3.3 คะแนน) ส่วนคะแนนในแต่ละมิติ พบว่ามิติการมียาให้ใช้และการเข้าถึงการใช้ยามีคะแนนสูงสุด เท่ากับ 79.7 คะแนน (ระดับดีถึงดีเลิศ) ในขณะที่มิติที่ได้คะแนนต่ำสุด ได้แก่ การได้รับข้อมูลยาและโรค เท่ากับ 58.4 คะแนน (ระดับปานกลางถึงดี) ส่วนอีก 6 มิติที่เหลือที่มีคะแนนอยู่ระหว่าง 65.2 - 76.3 คะแนน (ปานกลางถึงดีเลิศ) แสดงดังตารางที่ 2

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนมิติทั้ง 8 มิติของเครื่องมือ PROMPT กับตัวแปรคุณลักษณะของผู้ป่วยโดยใช้สมการถดถอยเชิงเส้นแบบพหุตัวแปร พบว่า มีค่า Adjusted R^2 อยู่ระหว่าง 0.040 (มิติการได้รับข้อมูลยาและโรค) ถึง 0.342 (ผลกระทบของการใช้ยาและอาการข้างเคียง) ซึ่งหมายถึงตัวแปรคุณลักษณะของผู้ป่วยอธิบายความผันแปรในคะแนนมิติทั้ง 8 มิติของเครื่องมือ PROMPT ได้ประมาณร้อยละ 4 ถึง 34 โดยทุกมิติมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < .05) และแต่ละมิติมีความสัมพันธ์กับปัจจัยต่าง ๆ ดังต่อไปนี้ (รายละเอียดแสดงดังตารางที่ 3)

ตารางที่ 2 คะแนนข้อคำถามและคะแนนมิติของเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยา (PROMPT)

ข้อคำถาม	ค่าเฉลี่ย ± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	มัธยฐาน	พิสัยระหว่างควอไทล์
การได้รับข้อมูลยาและโรค	**58.4 ± 22.6**	**60.0**	**43.8 - 75.0**
ข้อบ่งใช้	3.8 ± 1.0	4.0	3.0 - 5.0
วิธีการใช้ยา	4.0 ± 0.9	4.0	4.0 - 5.0
ต้องทำอย่างไรเมื่อลืมรับประทานยา	2.5 ± 1.5	2.0	1.0 - 4.0
อาการข้างเคียงและการจัดการ	3.0 ± 1.4	3.0	2.0 - 4.0
อาการ ความรุนแรง และการรักษา	3.3 ± 1.3	3.0	3.0 - 4.0
ความพึงพอใจต่อประสิทธิผลของยา	**73.5 ± 19.5**	**75.0**	**62.5 - 87.5**
การลดอาการ	4.0 ± 0.8	4.0	3.7 - 5.0
การหายจากโรค	3.9 ± 0.9	4.0	3.0 - 5.0
ผลกระทบของการใช้ยาและอาการข้างเคียง	**72.6 ± 28.0**	**75.0**	**50.0 - 100.0**
การทำกิจวัตรประจำวันและการเข้าสังคมกับผู้อื่น	3.9 ± 1.1	4.0	3.0 - 5.0
ผลกระทบทางด้านจิตใจของการใช้ยา	**65.2 ± 24.0**	**68.8**	**43.8 - 87.5**
อาการข้างเคียงของยา	3.7 ± 1.3	4.0	3.0 - 5.0
รู้สึกเบื่อหน่อยกับการรับประทานยาทุกวัน	3.6 ± 1.3	4.0	3.0 - 5.0
การพึ่งพิงการใช้ยา	3.3 ± 1.3	3.0	2.0 - 5.0
อันตรกิริยาระหว่างยา	3.8 ± 1.2	4.0	3.0 - 5.0
ความสะดวกของการใช้ยา	**76.3 ± 22.7**	**75.0**	**75.0 - 100.0**
ความยุ่งยากซับซ้อนของวิธีการใช้ยา	4.1 ± 0.9	4.0	4.0 - 5.0
การมียาให้ใช้และการเข้าถึงการใช้ยา	**79.7 ± 26.9**	**100.0**	**50.0 - 100.0**
ค่าใช้จ่ายด้านยาและการเดินทาง	4.2 ± 1.1	5.0	3.0 - 5.0
ความสัมพันธ์ทางด้านการรักษา	**74.4 ± 23.9**	**75.0**	**50.0 - 100.0**
บุคลากรทางการแพทย์มีท่าทีเป็นมิตรและเต็มใจในการตอบคำถามด้านยา	4.0 ± 1.0	4.0	3.0 - 5.0
คุณภาพชีวิตการใช้ยาโดยรวม	**71.6 ± 20.8**	**75.0**	**50.0 - 75.0**
ยาทำให้การดำเนินชีวิตของท่านดีขึ้น	3.9 ± 0.8	4.0	3.0 - 4.0

หมายเหตุ : คะแนนแต่ละมิติมีช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 0 - 100 และคะแนนแต่ละข้อคำถามมีคะแนนอยู่ระหว่าง 0 - 5

มิติการได้รับข้อมูลยาและโรค คนที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่ามีคะแนนมิติการได้รับข้อมูลยาและโรคน้อยกว่ากลุ่มที่มีการศึกษาสูงกว่า ($p < .05$) ด้วยสมการทำนายคะแนน = 0.217 x ระยะเวลาการศึกษา

มิติความพึงพอใจต่อประสิทธิผลของยา คนที่มีอาการข้างเคียงจากยา ($p < .05$) และมีการควบคุมโรคที่ไม่ดี ($p < .01$) มีคะแนนคุณภาพชีวิตในมิตินี้น้อยกว่ากลุ่มที่ไม่มีอาการข้างเคียงจากยา และมีการควบคุมโรคที่ดีกว่า ด้วยสมการทำนายคะแนน = (- 0.192 x การเกิดอาการข้างเคียงจากยา) + (0.274 x การรับรู้ด้านการควบคุมโรคของผู้ป่วย)

มิติผลกระทบของการใช้ยาและอาการข้างเคียง คนที่มีอายุน้อยกว่า ($p < .01$) จำนวนชนิดยามากกว่าต่อวัน ($p < .05$) และมีอาการข้างเคียงจากการใช้ยารักษาโรคซึมเศร้า ($p < .01$) มีคะแนนคุณภาพชีวิตในมิตินี้น้อยกว่าคนที่มีอายุมากกว่า จำนวนชนิดยาต่อวันน้อยกว่า และไม่มีอาการข้างเคียงจากการใช้ยารักษาโรคซึมเศร้า ตามลำดับ ด้วยสมการทำนายคะแนน = (0.230 x อายุ) + (- 0.141 x จำนวนชนิดยาที่ใช้ต่อวัน) + (- 0.483 x การเกิดอาการข้างเคียงจากยา)

มิติผลกระทบทางด้านจิตใจของการใช้ยา คนที่มีอายุน้อยกว่า ($p < .01$) เพศหญิง ($p < .05$) จำนวนชนิดยาต่อวันมากกว่า ($p < .05$) และมีอาการข้างเคียงจากการใช้ยารักษาโรคซึมเศร้า ($p < .01$) มีคะแนนคุณภาพชีวิตในมิตินี้น้อยกว่าคนที่มีอายุมากกว่า เพศชาย จำนวนชนิดยาต่อวันน้อยกว่า และไม่มีอาการข้างเคียงจากการใช้ยารักษาโรคซึมเศร้า ตามลำดับ ด้วยสมการทำนายคะแนน = (0.297 x อายุ) + (- 0.198 x เพศ) + (0.159 x จำนวนชนิดยาที่ใช้ต่อวัน) + (- 0.246 x การเกิดอาการข้างเคียงจากยา)

มิติความสะดวกของการใช้ยา คนที่มีอายุน้อยกว่ามีคะแนนคุณภาพชีวิตในมิตินี้น้อยกว่าคนที่มีอายุมากกว่า ($p < .01$) ด้วยสมการทำนายคะแนน = 0.279 x อายุ

มิติการมียาให้ใช้และการเข้าถึงการใช้ยา คนที่มีอายุน้อยกว่า ($p < .01$) ระดับการศึกษาต่ำกว่า ($p < .01$) และมีรายได้ไม่เพียงพอต่อค่าใช้จ่าย ($p < .01$) มีคะแนนคุณภาพชีวิตในมิตินี้น้อยกว่าคนที่มีอายุมากกว่า ระดับการศึกษาสูงกว่า และมีรายได้เพียงพอต่อค่าใช้จ่าย ตามลำดับ ด้วยสมการทำนายคะแนน = (0.339 x อายุ) + (0.296 x ระยะเวลาการศึกษา) + (- 0.286 x ภาระทางการเงิน)

มิติความสัมพันธ์ทางด้านการรักษา คนที่มีการควบคุมโรคที่ไม่ดีมีคะแนนคุณภาพชีวิตในมิตินี้น้อยกว่าคนที่มีการควบคุมโรคที่ดี ($p < .01$) ด้วยสมการทำนายคะแนน = 0.236 x การรับรู้ด้านการควบคุมโรคของผู้ป่วย

มิติคุณภาพชีวิตการใช้ยาโดยรวม คนที่มีอายุน้อยกว่า ($p < .01$) มีอาการข้างเคียงจากการใช้ยารักษาโรคซึมเศร้า ($p < .05$) และมีการควบคุมโรคที่ไม่ดี ($p < .01$) มีคะแนนคุณภาพชีวิตในมิตินี้น้อยกว่าคนที่มีอายุมากกว่า ไม่มีอาการข้างเคียงจากการใช้ยารักษาโรคซึมเศร้า และมีการควบคุมโรคที่ดี ตามลำดับ ด้วยสมการทำนายคะแนน = (0.268 x อายุ) + (- 0.154 x การเกิดอาการข้างเคียงจากยา) + (0.306 x การรับรู้ด้านการควบคุมโรคของผู้ป่วย)

วิจารณ์

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแรกที่ประเมินคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยารักษาโรคซึมเศร้าด้วยเครื่องมือที่มีความเฉพาะต่อการประเมินคุณภาพชีวิตการใช้ยาโดยตรง (PROMPT) และหาปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยา พบว่ามิติการได้รับข้อมูลยาและโรคมีคะแนนมิติต่ำที่สุดจัดอยู่ในระดับปานกลางถึงดี โดยข้อคำถามที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด ได้แก่ *“ต้องทำอย่างไรเมื่อลืมรับประทานยา”*, *“อาการข้างเคียงและการจัดการ”*, *“อาการ ความรุนแรง และการรักษา”* และ *“การพึ่งพิงการใช้ยา”* สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้าที่พบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าไม่ได้รับข้อมูลที่เพียงพอเกี่ยวกับอาการข้างเคียงของการใช้ยา[5] และการลืมรับประทานยาและอาการข้างเคียงของยารักษาโรคซึมเศร้าเป็นเหตุผลที่พบมากที่สุดของการไม่ใช้ยาตามแพทย์สั่งของผู้ป่วย[4] นอกจากนี้ การพึ่งพิงการใช้ยาเป็นหนึ่งในประเด็นที่ผู้ป่วยกังวลเกี่ยวกับการใช้ยารักษาซึมเศร้า[6] ดังนั้นการให้ความรู้เกี่ยวกับยา อาการข้างเคียงจากยาและการแก้ไข การปฏิบัติตัวเมื่อลืมรับประทานยา รวมทั้งการให้ความใส่ใจต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่มีต่อ

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์ถดถอยเชิงเส้นแบบพหุตัวแปรของคะแนนมิติของเครื่องมือ PROMPT

คุณลักษณะของผู้ป่วย	มิติที่ 1	มิติที่ 2	มิติที่ 3	มิติที่ 4	มิติที่ 5	มิติที่ 6	มิติที่ 7	มิติที่ 8
อายุ (ปี)	- .048	.126	.230**	.297**	.279**	.339**	.023	.268**
เพศ (0 = เพศชาย; 1 = เพศหญิง)	.055	.110	.036	- .198*	.080	.118	.106	.033
ระยะเวลาการศึกษา (ปี)	.217*	- .125	- .084	- .005	.043	.296**	- .057	- .097
ภาระทางการเงิน (0 = ไม่มี; 1 = มี)	- .023	.074	- .029	- .016	.048	- .286**	- .121	- .042
ระยะเวลาการเป็นโรคซึมเศร้า (ปี)	.138	.054	.037	.055	- .096	- .052	- .139	.012
จำนวนชนิดยาที่ใช้ยาต่อวัน (ชนิด)	- .034	.051	- .141*	- .159*	- .098	- .045	.006	.032
การเกิดอาการข้างเคียงจากยา (0 = ไม่มี; 1 = มี)	.001	- .192*	- .483**	- .246**	.043	.072	- .044	- .154*
การควบคุมโรคซึมเศร้า (1 = ไม่ดี, 2 พอใช้, 3 = ปานกลาง, 4 = ดี, 5 = ดีมาก)	.118	.274**	.064	.055	.077	- .037	.236**	.306**
Adjusted R^2	.040	.116	.342	.219	.071	.213	.049	.233
p-value	.011	< .001	< .001	< .001	.001	< .001	.006	< .001

หมายเหตุ : ตัวเลขในตารางแสดงค่าสัมประสิทธิ์ของสมการถดถอยเชิงเส้นแบบพหุตัวแปร (standardized regression coefficients)
มิติที่ 1 คือ การได้รับข้อมูลยาและโรค, มิติที่ 2 คือ ความพึงพอใจต่อประสิทธิผลของยา, มิติที่ 3 คือ ผลกระทบของการใช้ยาและอาการข้างเคียง, มิติที่ 4 คือ ผลกระทบทางด้านจิตใจของการใช้ยา, มิติที่ 5 คือ ความสะดวกของการใช้ยา, มิติที่ 6 คือ การมียาให้ใช้และการเข้าถึงการใช้ยา, มิติที่ 7 คือ ความสัมพันธ์ทางด้านการรักษา, และ มิติที่ 8 คือ คุณภาพชีวิตการใช้ยาโดยรวม
* p < .05; ** p < .01

การที่ต้องพึ่งพิงการใช้ยาไปเป็นเวลานานจึงเป็นสิ่งที่บุคลากรทางการแพทย์ควรให้ความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

คนที่อายุน้อยกว่ามีคะแนนคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยารักษาโรคซึมเศร้าถึง 5 มิติที่ต่ำกว่าคนที่มีอายุมากกว่า ได้แก่ มิติผลกระทบของการใช้ยาและอาการข้างเคียง มิติผลกระทบทางด้านจิตใจของการใช้ยา มิติความสะดวกของการใช้ยา มิติการมียาให้ใช้และการเข้าถึงการใช้ยา และคุณภาพชีวิตการใช้ยาโดยรวม สอดคล้องกับงานวิจัยก่อนหน้าที่ศึกษาในผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่าง ๆ[12] ด้วยเครื่องมือ PROMPT-QoL เหตุผลอาจมาจากคนที่มีอายุน้อยกว่ามีโอกาสพบอาการข้างเคียงจากยารักษาซึมเศร้ามากกว่า ทำให้มีความวิตกกังวลในการใช้ยามากกว่า รวมทั้งอาจทำให้มีค่าใช้จ่ายทางยาที่เพิ่มขึ้น นอกจากนี้เพศหญิงยังได้รับผลกระทบทางด้านจิตใจของการใช้ยามากกว่าเพศชาย เหตุผลอาจมาจากความแตกต่างด้านสรีระ ฮอร์โมน และการตอบสนองด้านอารมณ์ระหว่างเพศชายและเพศหญิง

ผู้ป่วยที่มีการศึกษาสูงได้รับข้อมูลยาที่ดีกว่าและมีการเข้าถึงการใช้ยาที่ดีกว่าผู้ป่วยที่มีการศึกษาต่ำกว่า เหตุผลอาจเนื่องมาจากคนที่มีการศึกษาที่ดีกว่ามักสอบถามข้อมูลยาและโรคจากบุคลากรทางการแพทย์เมื่อไม่ได้รับข้อมูลหรือไม่เข้าใจเกี่ยวกับโรคและการใช้ยา นอกจากนี้ ระดับการศึกษาสูงมักสัมพันธ์กับรายได้สูง อาจทำให้ข้อจำกัดด้านค่าใช้จ่ายด้านยาและการเดินทางน้อยกว่า เข้าถึงการรักษาได้ง่ายกว่าคนที่มีภาระทางการเงิน หรือมีรายได้ไม่พอกับรายจ่าย

ผู้ป่วยที่ใช้ยาหลายชนิดมากกว่ามีโอกาสที่ได้รับผลกระทบจากการใช้ยาและอาการข้างเคียงมากกว่าผู้ป่วยที่จำนวนชนิดยาน้อยกว่า สอดคล้องกับงานวิจัยก่อนหน้าที่ศึกษาในผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่าง ๆ[12] นอกจากนี้ผู้ป่วยที่มีอาการข้างเคียงจากการใช้ยามีคะแนนใน 4 มิติของเครื่องมือ PROMPT ต่ำกว่าคนที่ไม่มีอาการข้างเคียง 4 ได้แก่ มิติความพึงพอใจต่อประสิทธิผลของยา มิติผลกระทบของการใช้ยาและอาการข้างเคียง มิติผลกระทบทางด้านจิตใจของการใช้ยา และมิติคุณภาพชีวิตการใช้ยาโดยรวม คล้ายกับการศึกษาก่อนหน้าที่ว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีอาการข้างเคียงจากการใช้ยามีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพต่ำกว่า[15]

ผู้ป่วยที่มีการควบคุมโรคที่ดีกว่ามีความพึงพอใจต่อประสิทธิผลของการใช้ยามากกว่า มีความสัมพันธ์ทางด้านการรักษาที่ดีกว่า และมีคุณภาพชีวิตการใช้ยาโดยรวมที่ดีกว่ากลุ่มที่มีการควบคุมโรคไม่ดี สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้าที่ศึกษาในผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่าง ๆ[12] และมีเพียงระยะเวลาของการเป็นโรคที่ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับคะแนนทั้ง 8 มิติของเครื่องมือ PROMPT

ผลการศึกษานี้ทำให้ทราบถึงความต้องการทางด้านข้อมูลยา คุณภาพชีวิตการใช้ยา และปัญหาการใช้ยาจากมุมมองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า รวมทั้งปัจจัยด้านคลินิกที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยารักษาโรคซึมเศร้า ได้แก่ จำนวนชนิดยาที่ใช้ต่อวัน อาการข้างเคียงจากยา และระดับการควบคุมโรคซึมเศร้า เพื่อเป็นข้อมูลในการพัฒนาระบบการให้บริการผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในโรงพยาบาล และปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา และภาระทางการเงิน เพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์ตระหนักถึงกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการมีคุณภาพชีวิตการใช้ยาที่ไม่ดี ข้อจำกัดของการศึกษาคือ 1) เป็นการศึกษาในโรงพยาบาลเฉพาะทาง ซึ่งอาจมีลักษณะของผู้มารับบริการและการให้บริการแตกต่างจากโรงพยาบาลอื่น ๆ 2) ใช้วิธีการคัดเลือกแบบเจาะจง ซึ่งอาจมีอคติในการเลือกกลุ่มตัวอย่าง 3) มีขนาดตัวอย่างไม่มาก อาจไม่เพียงพอในการพบความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตการใช้ยาในแต่ละมิติกับบางตัวแปรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และ 4) การศึกษานี้ไม่ได้ควบคุมตัวแปรอื่น ๆ ที่อาจมีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยารักษาโรคซึมเศร้า เช่น การมีโรคร่วมและการใช้ยารักษาโรคร่วมอื่น ๆ

สรุป

คุณภาพชีวิตด้านการใช้ยาจากเครื่องมือ patient-reported outcomes measure of pharmaceutical therapy (PROMPT) พบว่าภาพรวมอยู่ในระดับปานกลางถึงดี โดยปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยาต่ำ ได้แก่ ผู้ป่วยอายุน้อย เพศหญิง ระดับการศึกษาต่ำ มีภาระทางการเงิน ใช้ยาหลายชนิดมากกว่า มีอาการข้างเคียงจากยารักษาโรคซึมเศร้า และมีการควบคุมโรคไม่ดี ดังนั้น บุคลากรทางการแพทย์ควรเน้นการให้ข้อมูลด้านการใช้ยาและการรักษาโรคแก่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และตระหนักถึงปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยทางคลินิกที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตการใช้ยาที่ไม่ดีของผู้ป่วย

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณโรงพยาบาลศรีธัญญาที่เป็นสถานที่เก็บข้อมูลวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Depression and other common mental disorders: global health estimates. Geneva; 2017.
2. พันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์, นพพร ตันติรังสี, วรวรรณ จุฑา, อธิบ ตันอารีย์, ปทานนท์ ขวัญสนิท, สาวิตรี อัษณางค์กรชัย, และคณะ. ความชุกของโรคจิตเวชและปัญหาสุขภาพจิต : การสำรวจระบาดวิทยาสุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติ ปี พ.ศ. 2556 [Prevalence of mental disorders and mental health problems: results from Thai national mental health survey 2013]. นนทบุรี: สำนักบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต; 2559.
3. Teter CJ, Kando JC, Wells BG. Major depressive disorder. In: Dipiro JT, Talbert RL, Yee GC, Matzke GR, Wells BG, et al, editors. Pharmacotherapy: a pathophysiologic approach. 8th ed. New York: McGraw-Hill; 2011. p. 1173-239.

4. Fortney JC, Pyne JM, Edlund MJ, Stecker T, Mittal D, Robinson DE, et al. Reasons for antidepressant nonadherence among veterans treated in primary care clinics. J Clin Psychiatry. 2011;72(6):827-34. doi:10.4088/JCP.09m05528blu.
5. Zolnoori M, Fung KW, Fontelo P, Kharrazi H, Faiola A, Wu YSS, et al. Identifying the underlying factors associated with patients' attitudes toward antidepressants: qualitative and quantitative analysis of patient drug reviews. JMIR Ment Health. 2018;5(4):e10726. doi:10.2196/10726.
6. Eveleigh R, Speckens A, van Weel C, Voshaar RO, Lucassen P. Patients' attitudes to discontinuing not-indicated long-term antidepressant use: barriers and facilitators. Ther Adv Psychopharmacol. 2019;9:1-9. doi:10.1177/2045125319872344.
7. Maund E, Dewar-Haggart R, Williams S, Bowers H, Geraghty AWA, Leydon G, et al. Barriers and facilitators to discontinuing antidepressant use: A systematic review and thematic synthesis. J Affect Disord. 2019;245:38–62. doi:10.1016/j.jad.2018.10.107.
8. Montejo AL, Montejo L, Navarro-Cremades F. Sexual side-effects of antidepressant and antipsychotic drugs. Curr Opin Psychiatry. 2015;28(6):418–23. doi:10.1097/YCO.0000000000000198.
9. 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(3):642-9. doi:10.1007/s11096-018-0638-4.
10. 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 Soc Admin Pharm. 2015;11(3):315-38. doi:10.1016/j.sapharm.2014.10.002.
11. Cipolle RJ, Strand LM, Morley PC. Pharmaceutical care practice: the clinician's guide. 2nd ed. New York: McGraw-Hill; 2004.
12. Sakthong P, Chinthammit C, Sukarnjanaset P, Sonsa-ardjit N, Munpan W. Psychometric properties of the patient-reported outcomes measure of pharmaceutical therapy for quality of life (PR.OMPT-QoL). Value Health Reg Issues. 2017;12:41-9. doi:10.1016/j.vhri.2017.02.003.
13. Nunnally JC, editors. Psychometric Theory. 2nd ed. New York: McGraw-Hill; 1978.
14. Neter J, Kutner MH, Nachtsheim CJ, Wasserman W. Applied Linear Statistical Models. 4th ed. New York: McGrow-Hill; 1996.
15. Yen CF, Chen CC, Lee Y, Tang TC, Ko CH, Yen JY. Association between quality of life and self-stigma, insight, and adverse effects of medication in patients with depressive disorders. Depress Anxiety. 2009;26(11):1033–9. doi:10.1002/da.20413.