

การเกาะติดการรักษาและผลทางเวชกรรมในผู้ป่วย ความดันโลหิตสูงรักษาที่โรงพยาบาลนางรอง

สุรภี ปิ่นอำพล*

บทคัดย่อ

ภูมิหลังและเหตุผล ในการใช้ยารักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรัง การเกาะติดการรักษา หรือการเกาะติดยาของผู้ป่วย เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลการรักษา. ผู้ป่วยที่มีเกาะติดการรักษาดำ คือ ใช้จ่ายไม่สม่ำเสมอ ไม่ครบตามแพทย์สั่ง จะก่อผลร้ายต่อผู้ป่วย. การควบคุมรักษาอย่างเคร่งครัดจะทำให้ภาวะเกาะติดการรักษาดีขึ้นในระยะยาว โดยเฉพาะในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง, ผู้ให้การรักษาจำเป็นต้องแจ้งผู้ป่วยและหรือญาติให้ทราบข้อมูลรายละเอียดของยาที่จะใช้ ให้คำแนะนำเกี่ยวกับความสำคัญของการเกาะติดยา, และที่สำคัญต้องได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวผู้ป่วยด้วย.

วัตถุประสงค์ เพื่อประเมินการเกาะติดยาและผลทางเวชกรรมในกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูง และกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูงร่วมกับเบาหวาน ที่รักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลนางรอง.

ระเบียบวิธีวิจัย เป็นการศึกษาย้อนหลังผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในช่วงเดือนมิถุนายน ๒๕๕๕ - มิถุนายน ๒๕๕๐ โดยคัดเลือกจากเวชระเบียนผู้ป่วยที่มีอายุเกิน ๑๘ ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง, จำแนกเป็นกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีแรงดันเลือด >๑๔๐/๙๐ มม.ปรอท และกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูงร่วมกับเบาหวาน มีแรงดันเลือด >๑๓๐/๘๐ มม.ปรอท; ทุกรายได้รับการรักษาด้วยยาต้านแรงดันเลือดสูง. กรณีผู้ป่วยที่ไม่ได้นำมาศึกษา ได้แก่ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ทราบสาเหตุ หรือมีแรงดันเลือด >๒๐๐/๑๒๐ มม.ปรอท, หรือเป็นโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงจนไม่สามารถควบคุมได้, หรือมีโรคเรื้อรังร้ายแรง เช่น มะเร็งระยะสุดท้าย, ไตล้มเหลว, โรคตับร้ายแรง, หัวใจล้มเหลว, โรคหลอดเลือดสมอง หรือโรคหัวใจขาดเลือดที่ควบคุมไม่ได้.

ผลการศึกษา ผู้ป่วยที่นำมาศึกษา ๕๔ คน, ๓๐ คนเป็นโรคความดันโลหิตสูงซึ่งมีแรงดันเลือดโดยเฉลี่ยสูงกว่าผู้ป่วยกลุ่มโรคความดันโลหิตสูงร่วมกับเบาหวานจำนวน ๒๔ คน. อายุเฉลี่ยของกลุ่มแรก ๖๐.๕๖±๘.๙๗ และกลุ่มหลัง ๕๗.๗๕±๗.๘๗ ปี. ทั้ง ๒ กลุ่มมีผู้สูบบุหรี่ และดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ไม่แตกต่างกัน. ปัจจัยหลักที่ทำให้ผู้ป่วยเกาะติดการรักษาดำเกิดจากความซับซ้อนของการรักษา (ร้อยละ ๖๖.๖๖ และ ๗๕), ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้การรักษาและผู้ป่วยอยู่ในเกณฑ์ต่ำ (ร้อยละ ๖๖.๖๖ และ ๗๕); ปัจจัยที่การเกาะติดการรักษาส่งขึ้นทำให้การรักษาดีขึ้น ได้แก่ การทราบถึงคุณค่าของยา (ร้อยละ ๙๓.๓๓ และ ๙๖.๖๖) และการได้รับการดูแลสนับสนุนจากครอบครัว (ร้อยละ ๙๓.๓๓ และ ๙๖.๖๖). กรณีปัจเจกบุคคลที่พบอุปสรรคของการเกาะติดยาคือการกินยาผิดเวลา (ร้อยละ ๓๖.๖๖ และ ๓๗.๕๐) และกินยาเกินขนาดเพื่อชดเชยมือที่ลืมกิน (ร้อยละ ๒๐.๐๐ และ ๒๐.๘๓) แต่ไม่แตกต่างกันระหว่าง ๒ กลุ่ม.

สรุป การเกาะติดการรักษาดำพบได้บ่อย ก่อให้เกิดผลร้ายในการรักษาโรค เพิ่มอัตราตาย และเพิ่มภาระค่ารักษาพยาบาล. การทำให้เกาะติดการรักษาดำขึ้นต้องเน้นให้ผู้ป่วยตระหนักคุณค่าของยา, ทำสูตรยาให้กินง่ายขึ้น, ปรับพฤติกรรมการกินยา และปลุกการสนับสนุนดูแลจากครอบครัวผู้ป่วย.

คำสำคัญ: การเกาะติดการรักษา, การเกาะติดยา, โรคความดันโลหิตสูง

*โรงพยาบาลนางรอง, จังหวัดบุรีรัมย์

Abstract Adherence to Treatment and Clinical Outcomes in Hypertensive Patients Attending Nangrong Hospital Surapee Pinumphol*

*Nangrong Hospital, Buri Ram Province

Background & rationale Poor adherence to medication is a common problem in handling patients with chronic disease. Induction of patient adherence to a long-term regimen requires impressive information about the regimen being given and the importance for the patient of following strictly the treatment, together with the full support of their families.

Objectives To evaluate the adherence to medication and clinical outcomes in hypertensive patients with or without diabetes mellitus.

Methodology A retrospective study of hypertensive patients was conducted by reviewing outpatient medical records from June 2006 to June 2007 at Nangrong Hospital. Two groups of subjects included men and women aged over 18 years old: the group of primary hypertensive patients had blood pressure above 140/90mmHg and the group of hypertensive patients with diabetes mellitus had blood pressure above 130/80 mmHg. Patients with other causes of hypertension, or blood pressure over 200/120 mmHg, or who had serious complicating illnesses, such as terminal stage of cancer, chronic renal failure, chronic liver disease, congestive heart failure, stroke, and uncontrolled angina, were not included.

Results Among the total of 54 patients, the hypertensive patient group (n=30) had higher blood pressure than the group with hypertension and diabetes (n=24). The average ages of patients in the hypertensive group and the group with hypertension and diabetes group were 60.56±8.97 years and 57.75±7.87 years, respectively. The risk factors, i.e., cigarette smoking and alcohol consumption, showed no difference in the two groups. The study disclosed that the major factors for poor adherence were the complexity of treatment (66.66%, 83.33%) and a poor provider-patient relationship (66.66%, 75%); the major factors for improving adherence were emphasized value of the regimen (93.33%, 95.83%) and family support (93.33%, 96.66%). Impediments to successful adherence to medication in individual cases, namely taking drugs at the wrong time (36.66%, 37.50%) and taking extra doses to make up for missed doses (20.00%, 20.83%), showed no difference in the two groups.

Conclusions Poor adherence to a medication regimen is common, contributing to substantial worsening of disease, death, and increased health-care costs. Improving adherence requires emphasizing to the patients the value of the regimen, making the regimen simple, medication-taking behavior and family support.

Key words: adherence to medication, clinical outcomes, hypertension

ภูมิหลังและเหตุผล

โรคความดันโลหิตสูงเป็นภาวะอันตรายต่อคุณภาพชีวิต และทำให้เสียชีวิตและก่อความพิการถาวรได้. ในการรักษา และควบคุมแรงดันเลือดอาจต้องใช้ยาและหรือปรับเปลี่ยน พฤติกรรมการดำเนินชีวิตควบคุมปัจจัยเสี่ยง. ในการใช้ยา จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องได้รับยาอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง นั่นคือการเกาะติดการรักษา หรือการเกาะติดยา (patient adherence) ซึ่งผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เพื่อความเข้าใจ ความยอมรับ

และพร้อมปฏิบัติตาม, พร้อมทั้งต้องส่งเสริมให้ผู้ป่วยและญาติมีทัศนคติที่ดี เข้าใจถูกต้องต่อการรักษา, ตลอดจนความสำคัญที่ต้องควบคุมให้ได้ระดับแรงดันเลือดถึงเป้าหมาย. การเกิดภาวะเกาะติดการรักษาต่ำ ทำให้โรคทรุดลง เพิ่มอัตราตาย หรือเกิดผลแทรกซ้อนอันตราย.

ผู้วิจัยทำการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เพื่อประเมินภาวะการเกาะติด การรักษาและผลทางเวชกรรมต่อผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่รับการรักษาที่โรงพยาบาลนางรอง.



ระเบียบวิธีศึกษา

เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาลย้อนหลังในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงร่วมกับเบาหวาน ที่รับการรักษาในช่วงเดือนมิถุนายน ๒๕๔๙ - มิถุนายน ๒๕๕๐ ที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลนางรอง โดยทำการศึกษาข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย.

คัดเลือกผู้ป่วยได้ ๕๔ รายที่มีอายุมากกว่า ๑๘ ปี เป็นโรคความดันโลหิตสูง (แรงดันเลือด > ๑๔๐/๙๐ มม.ปรอท) หรือเป็นโรคความดันโลหิตสูงร่วมกับเบาหวาน (แรงดันเลือด > ๑๓๐/๘๐ มม.ปรอท) และได้รับการรักษาด้วยยาต้านแรงดันเลือด(สูง). การศึกษาไม่รวมผู้ป่วยรายที่ทราบสาเหตุ, มีแรงดันเลือดเกิน ๒๐๐/๑๒๐ มม.ปรอท, เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรง, หรือมีโรคร้ายแรงร่วม เช่น มะเร็งระยะสุดท้าย, ภาวะไตล้มเหลว, โรคตับแข็ง, ภาวะหัวใจล้มเหลว, โรคหลอดเลือดสมอง, หรือกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดที่ควบคุมไม่ได้.

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติแบบพรรณนาเชิงปริมาณต่อเนื่อง นำเสนอเป็นค่าเฉลี่ย \pm ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานและวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพเป็นค่าความถี่และร้อยละ, และเปรียบเทียบข้อมูลระหว่างผู้ป่วย ๒ กลุ่ม.

ผลการศึกษาร่วมวิจารณ์

จากข้อมูลย้อนหลังของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ๓๐ ราย และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงร่วมกับเบาหวาน ๒๔ รายที่รักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลนางรอง ในช่วงเดือน มิถุนายน ๒๕๔๙ - มิถุนายน ๒๕๕๐ พบว่า

ในผู้ป่วยกลุ่มที่ ๑ มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ๓๐ คน เป็นชาย ๑๒ คน หญิง ๑๘ คน คิดเป็นร้อยละ ๔๐ และ ๖๐ ตามลำดับ, อายุ ๖๐.๕๖ \pm ๘.๙๗ ปี, มีดัชนีมวลกาย ๒๒.๓๕ \pm ๒.๙๒ กก./ตร.ม., แรงดันเลือดซิสโตลิก ๑๕๑.๖๖ \pm ๑๒.๐๖ มม.ปรอท และไดแอสโตลิก ๙๙.๖๓ \pm ๗.๖๗ มม.ปรอท, ระดับไขมันสูงเล็กน้อย, สุกนุหรือร้อยละ ๑๖.๖๖ และมีดัชนีมวลกายที่มีแอลกอฮอล์ร้อยละ ๒๖.๖๖, มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

โดยการออกกำลังกายร้อยละ ๕๐ (ตารางที่ ๑).

ปัจจัยที่ทำให้เกิดการเกาะติดการรักษาต่ำที่พบมากที่สุด คือ ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้การรักษากับผู้ป่วยต่ำร้อยละ ๖๖.๖, ความซับซ้อนของการรักษาร้อยละ ๖๖.๖๖ และที่พบน้อยที่สุดคือการขาดความเชื่อในการรักษาร้อยละ ๑๐ (ตารางที่ ๒).

ปัจจัยที่ทำให้การเกาะติดการรักษาดีขึ้น ในแง่ของผู้ป่วย ได้แก่ การให้คำแนะนำที่เข้าใจง่ายและชัดเจนร้อยละ ๑๐๐, รองลงมาได้แก่การเน้นถึงคุณค่าของยาที่รักษาร้อยละ ๙๓.๓๓, และการได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวร้อยละ ๙๓.๓๓ (ตารางที่ ๓).

ด้านพฤติกรรมกรรมการกินยาในแต่ละบุคคล มีปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะเกาะติดยาต่ำ ได้แก่การกินยาผิดเวลาร้อยละ ๓๖.๖๖, รองลงมาคือการเพิ่มขนาดยาเองกรณีที่มีลมพิษร้อยละ ๒๐ และน้อยที่สุดคือการมารับยาซ้ำร้อยละ ๑๐ (ตารางที่ ๔). ด้านสิทธิ์การรักษา พบสิทธิ์ผู้ป่วยสูงอายุ >๖๐ ปี มากที่สุด ร้อยละ ๔๖.๖๖ (ตารางที่ ๕).

ในผู้ป่วยกลุ่มที่ ๒ คือผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงร่วมกับเบาหวาน จำนวน ๒๔ คน เป็นชาย ๑๐ คน (ร้อยละ ๔๑.๖๖) และหญิง ๑๔ คน (ร้อยละ ๕๘.๓๓) อายุ ๕๗.๗๕ \pm ๗.๙๗ ปี, ดัชนีมวลกาย ๒๔.๖๒ \pm ๒.๑๐ กก./ตร.ม., แรงดันเลือดซิสโตลิก ๑๔๘.๖๖ \pm ๗.๙๗ มม.ปรอท แรงดันเลือดไดแอสโตลิก ๙๕.๕๕ \pm ๗.๑๕ มม.ปรอท, ระดับไขมันไตรกลีเซอไรด์ มากกว่ากลุ่มที่ ๑ เล็กน้อย, สุกนุหรือร้อยละ ๑๖.๖๖, ดัชนีมวลกายที่มีแอลกอฮอล์ร้อยละ ๑๒.๕๐, มีการออกกำลังกายร้อยละ ๖๖.๖๖ ซึ่งใกล้เคียงกับผู้ป่วยกลุ่มที่ ๑, และมีปัจจัยที่ทำให้เกิดการเกาะติดการรักษาต่ำที่สุด คือ ความซับซ้อนของการรักษาร้อยละ ๙๓.๓๓ โดยพบการใช้ยามากชนิดกว่าในกลุ่มที่ ๑, รองลงมา คือ ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้การรักษาและผู้ป่วยต่ำร้อยละ ๗๕, และที่พบน้อยที่สุดคือการขาดความเชื่อมั่นในการรักษาร้อยละ ๑๒.๕๐. ปัจจัยที่ทำให้การเกาะติดการรักษาดีขึ้น ในแง่ของผู้ป่วย พบว่าต้องการการเน้นถึงคุณค่าของยาที่รักษา และการได้รับกำลังใจร้อยละ ๙๕.๘๓, รองลงมา คือ ความต้องการคำแนะนำที่ชัดเจนและเข้าใจง่าย และการ

ตารางที่ ๑ ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยที่ศึกษา

ข้อมูล	กลุ่มที่ ๑ จำนวน ๓๐ คน	กลุ่มที่ ๒ จำนวน ๒๔ คน
เพศ		
ชาย	๑๒ (๔๐.๐๐)	๑๐ (๔๑.๖๖)
หญิง	๑๘ (๖๐.๐๐)	๑๔ (๕๘.๓๓)
อายุ (ปี)	๖๐.๕๖ ± ๘.๕๗	๕๗.๗๕ ± ๗.๘๗
ดัชนีมวลกาย (กก./ตร.ม.)	๒๒.๓๕ ± ๒.๕๒	๒๔.๖๒ ± ๒.๑๐
แรงดันเลือด		
ซิสโตลิก	๑๕๑.๖๖ ± ๑๒.๐๖	๑๔๘.๖๖ ± ๗.๕๗
ไดแอสโตลิก	๘๕.๖๓ ± ๗.๖๗	๘๕.๕๕ ± ๗.๑๕
เคมีเลือด		
BUN	๑๗.๑๕ ± ๒.๒๒	๑๗.๕๐ ± ๑.๘๑
Cr	๑.๒๕ ± ๐.๓๑	๑.๒๘ ± ๐.๓๘
Chol	๒๓๐.๘๓ ± ๕๗.๑๐	๒๒๔.๔๕ ± ๓๗.๔๖
TG	๑๕๔.๕๐ ± ๕๑.๕๖	๒๔๓.๐๐ ± ๕๒.๒๑
HDL	๓๔.๒๕ ± ๗.๐๖	๓๒.๒๐ ± ๘.๑๗
LDL	๕๕.๕๐ ± ๑๖.๕๕	๑๑๓.๑๒ ± ๑๘.๒๗
พฤติกรรม		
สูบบุหรี่	๕ (๑๖.๖๖)	๔ (๑๖.๖๖)
ดื่มแอลกอฮอล์	๘ (๒๖.๖๖)	๖ (๒๕.๐๐)
การออกกำลังกาย	๑๕ (๕๐.๐๐)	๑๖ (๖๖.๖๖)

หมายเหตุ: ตัวเลขในวงเล็บเป็นค่าร้อยละ

สนับสนุนจากครอบครัวร้อยละ ๔๑.๖๖, และในแง่พฤติกรรม การกินยาของแต่ละบุคคล พบกินยาผิดเวลาร้อยละ ๓๗.๕๐, รองลงมาคือกินยาขนาดไม่ถูกต้องร้อยละ ๒๕, และในเรื่อง สิทธิการรักษา พบสิทธิผู้ป่วยอายุ >๖๐ ปี มากที่สุดร้อยละ ๔๔.

จากผลในตารางที่ ๑ พบว่า ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีแรงดัน เลือดสูงเป็นหญิงมากกว่าชาย คิดเป็นร้อยละ ๖๐ และ ๔๐ ตามลำดับ โดยมีอายุเฉลี่ย ๖๐.๕๖ ± ๘.๕๗ ปี, ดัชนีมวลกาย ๒๒.๓๕ ± ๒.๕๒ กก./ตร.ม. และแรงดันเลือดเฉลี่ย ๑๕๑.๖๖ ± ๑๒.๐๖/๘๕.๖๓ ± ๗.๖๗ มม.ปรอท, มีโคเลสเตอรอลสูงเล็กน้อย ๒๓๐.๘๓ ± ๕๗.๑๐ มก./ดล., พบพฤติกรรมการสูบบุหรี่

ร้อยละ ๑๖.๖๖, ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ร้อยละ ๒๖.๖๖ และการออกกำลังกายร้อยละ ๕๐. ในกลุ่มความดันโลหิตสูง ร่วมกับเบาหวานพบหญิงมากกว่าชายเช่นกัน (ร้อยละ ๕๘.๓๓ : ๔๑.๖๖), มีอายุเฉลี่ย ๕๗.๗๕ ± ๗.๘๗ ปี, ดัชนีมวลกาย ๒๔.๖๒ ± ๒.๑๐ กก./ตร.ม, แรงดันเลือดซิสโตลิก ๑๔๘.๖๖ ± ๗.๕๗ และไดแอสโตลิก ๘๕.๕๕ ± ๗.๑๕ มม.ปรอท, โคเลสเตอรอลสูงเล็กน้อย ๒๒๔.๔๕ ± ๓๗.๔๖ มก./ดล. แต่มีไตร- กลีเซอไรด์สูงกว่ากลุ่มแรกเล็กน้อย ๒๔๓.๐๐ ± ๕๒.๒๑ มก./ดล., และพบพฤติกรรมการสูบบุหรี่ร้อยละ ๑๖.๖๖, ดื่ม เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ร้อยละ ๒๕, มีการออกกำลังกายสูง



ตารางที่ ๒ ปัจจัยที่ทำให้เกาะติดการรักษาต่ำ

ปัจจัย	กลุ่มที่ ๑	กลุ่มที่ ๒
	จำนวน ๓๐ คน	จำนวน ๒๔ คน
ปัญหาทางจิตเวช	๕ (๑๖.๖๖)	๖ (๒๕.๐๐)
การติดตามไม่เพียงพอ	๑๒ (๔๐.๐๐)	๕ (๒๐.๘๓)
ขาดความเชื่อในผลดีของการรักษา	๓ (๑๐.๐๐)	๓ (๑๒.๕๐)
ขาดความเข้าใจในโรคที่เป็นอยู่	๑๐ (๓๓.๓๓)	๘ (๓๓.๓๓)
ความสัมพันธ์ระหว่างผู้รักษาและผู้ป่วยต่ำ	๒๐ (๖๖.๖๖)	๑๘ (๗๕.๐๐)
การผัดผ่อน	๑๕ (๕๐.๐๐)	๘ (๓๓.๓๓)
ความซับซ้อนของการรักษา	๒๐ (๖๖.๖๖)	๒๐ (๘๓.๓๓)
ค่าใช้จ่ายในการรักษา	๖ (๒๐.๐๐)	๕ (๒๐.๘๓)
ผลข้างเคียงของยา	๗ (๒๓.๓๓)	๖ (๒๕.๐๐)

หมายเหตุ: ตัวเลขในวงเล็บเป็นค่าร้อยละ

ตารางที่ ๓ ปัจจัยที่ทำให้ภาวะเกาะติดการรักษาดีขึ้น

ปัจจัย	กลุ่มที่ ๑	กลุ่มที่ ๒
	จำนวน ๓๐ คน	จำนวน ๒๔ คน
การเน้นถึงคุณค่าของการรักษา	๒๘ (๙๓.๓๓)	๒๓ (๙๕.๘๓)
คำแนะนำที่ง่ายและชัดเจน	๓๐ (๑๐๐)	๒๒ (๙๑.๖๖)
การให้กำลังใจ	๒๖ (๘๖.๖๖)	๒๓ (๙๕.๘๓)
การสนับสนุนจากครอบครัว	๒๘ (๙๓.๓๓)	๒๒ (๙๑.๖๖)
การรับฟังผู้ป่วย	๒๕ (๘๓.๓๓)	๒๐ (๘๓.๓๓)

หมายเหตุ: ตัวเลขในวงเล็บเป็นค่าร้อยละ

กว่ากลุ่มแรกร้อยละ ๖๖.๖๖.

จากผลในตารางที่ ๒ แสดงว่าสาเหตุที่ทำให้เกิดการเกาะติดการรักษาต่ำในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงพบความสัมพันธ์ระหว่างผู้รักษากับผู้ป่วยต่ำร้อยละ ๖๖.๖๖ ซึ่งใกล้เคียงกันกับปัญหาความซับซ้อนของการรักษาร้อยละ ๖๖.๖๖ และพบผู้ป่วยผัดผ่อนร้อยละ ๕๐, แต่พบการขาดความเชื่อในการรักษาในน้อยที่สุดคือเพียงร้อยละ ๑๐. ส่วนในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงร่วมกับเบาหวาน มีปัญหาความซับซ้อน

ซ้อนของการรักษาร้อยละ ๘๓.๓๓, รองลงมาคือความสัมพันธ์ระหว่างผู้รักษากับผู้ป่วยต่ำร้อยละ ๗๕ แต่ที่พบน้อยที่สุดคือการขาดความเชื่อมั่นในการรักษาร้อยละ ๓๓.๓๓.

จากผลในตารางที่ ๓ ปัจจัยที่ทำให้การเกาะติดการรักษาดีขึ้นในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้แก่ความต้องการคำแนะนำที่ง่ายและชัดเจนร้อยละ ๑๐๐, รองลงมาคือการเน้นถึงคุณค่าของยาและการรักษาร้อยละ ๙๓.๓๓ ซึ่งเท่ากันกับความต้องการรับการดูแลสนับสนุนจากครอบครัวร้อยละ

ตารางที่ ๔ พฤติกรรมการกินยาของแต่ละบุคคลที่มีผลทำให้การเกาะติดการรักษาต่ำ

พฤติกรรมการกินยา	กลุ่มที่ ๑	กลุ่มที่ ๒
	จำนวน ๓๐ คน	จำนวน ๒๔ คน
กินยาผิดเวลา	๑๑ (๓๖.๖๖)	๕ (๓๓.๕๐)
กินยาไม่ตรงขนาด	๕ (๑๖.๖๖)	๖ (๒๕.๐๐)
มารับยาช้า	๓ (๑๐.๐๐)	๒ (๘.๓๓)
การหยุดกินยาหลายวัน (วันหยุด)	๕ (๑๖.๖๖)	๒ (๘.๓๓)
การเพิ่มขนาดยาในกรณีที่มีมือยา	๖ (๒๐.๐๐)	๕ (๒๐.๘๓)

หมายเหตุ: ตัวเลขในวงเล็บเป็นค่าร้อยละ

ตารางที่ ๕ สิทธิการรักษาของผู้ป่วย

สิทธิการรักษา	กลุ่มที่ ๑	กลุ่มที่ ๒
	จำนวน ๓๐ คน	จำนวน ๒๔ คน
ชำระเงินเอง	๐	๐
เบิกได้	๕ (๑๖.๖๖)	๖ (๒๕.๐๐)
หลักสุขภาพถ้วนหน้า ๓๐ บาท + ฟรี	๑๑ (๓๖.๖๖)	๘ (๒๖.๖๖)
ผู้สูงอายุ >๖๐ปี	๔ (๑๓.๓๓)	๑๐ (๔๑.๖๖)

หมายเหตุ: ตัวเลขในวงเล็บเป็นค่าร้อยละ

๔๓.๓๓ และต้องการให้รับฟังผู้ป่วยร้อยละ ๘๓.๓๓. สำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงร่วมกับเบาหวานต้องการเน้นถึงคุณค่าของการรักษาร้อยละ ๕๕.๘๘ ซึ่งเท่ากับความต้องการกำลังใจร้อยละ ๕๕.๘๓ และน้อยที่สุดคือการรับฟังผู้ป่วยร้อยละ ๘๓.๓๓.

จากผลในตารางที่ ๔ พฤติกรรมการกินยาของแต่ละบุคคลที่ทำให้เกิดการเกาะติดการรักษาต่ำในผู้ป่วยกลุ่มความดันโลหิตสูงได้แก่การกินยาผิดเวลาบ่อยที่สุดร้อยละ ๓๖.๖๖, และเพิ่มขนาดยาในกรณีที่มีมือยาร้อยละ ๒๐, และพบน้อยที่สุดคือการมารับยาช้าร้อยละ ๑๐. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงร่วมกับเบาหวานมีพฤติกรรมการกินยาผิดเวลาบ่อยที่สุดร้อยละ ๓๖.๖๖ ซึ่งใกล้เคียงกับกลุ่มแรก, รองลงมา

คือกินยาไม่ถูกขนาดร้อยละ ๒๕ และที่น้อยที่สุดคือการมารับยาช้าร้อยละ ๘.๓๓.

จากผลในตารางที่ ๕ แสดงว่าผู้ป่วยทั้ง ๒ กลุ่มได้รับการรักษาฟรี ไม่ต้องชำระเงินเอง, ผู้ป่วยบางส่วนเบิกค่ารักษาพยาบาลได้ร้อยละ ๑๖.๖๖ และ ๒๕, และพบสิทธิผู้สูงอายุ >๖๐ ปี มากที่สุดร้อยละ ๔๑.๖๖ และ ๔๑.๖๖ ในกลุ่มโรคความดันโลหิตสูงและโรคความดันโลหิตสูงร่วมกับเบาหวานตามลำดับ.

สรุป

ในด้านการรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน จะรักษาโดยใช้ยาหรือไม่ใช้ก็ตาม การเกาะติดการรักษาเป็นเรื่องสำคัญที่สุด. ในรายที่ใช้ยา รักษา การใช้ยาได้ถูก



ต้องและมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยต้องเข้าใจ ยอมรับ และพร้อมปฏิบัติตามเพื่อผลการรักษาที่ดีที่สุด ซึ่งขึ้นอยู่กับปัจจัยที่ทำให้การเกาะติดการรักษาสูง. ในการทำให้การเกาะติดการรักษาดีขึ้น บางครั้งจำเป็นต้องมีการแทรกแซง ดังที่พบจากการศึกษาของ Phayom และคณะ^(๑๐) ว่าการแทรกแซงเช่นการโทรศัพท์เตือนเมื่อมีการผัดนัด หรือมีจดหมายเตือนช่วยให้การเกาะติดการรักษาดีขึ้น และผลการควบคุมแรงดันเลือดดีขึ้นด้วยเช่นกัน. ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการทางจิต การเกาะติดการรักษาเป็นปัญหาซับซ้อนเพิ่มขึ้น.

เอกสารอ้างอิง

๑. Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, Cushman WC, Green LA, Izzo JL Jr, et al. The seventh report of the joint national committee on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure. JAMA 2003; 289:2560-72.
๒. Haynes RB, McDonald HP. Helping patients follow prescribed treatment. Clinical applications. JAMA 2002; 288:2880-3.
๓. Sackett DL, Snow JC. The magnitude of adherence and non-adherence. In: Haynes RB, Taylor DW, Sackett DL, editors. Adherence in health care. Baltimore, Md: Johns Hopkins Univ Press; 1979. p. 11-12.

๔. Haynes RB. Improving patient adherence: state of the art with special focus on medication taking for cardiovascular disorders. In: Burke LE, Okene IS, editors. Patient compliance in health care research: American Heart Association Monograph Series. Armonk, NY: Futura Publishing Co; 2001. p. 3-21.
๕. Osterberg L, Blaschke T. Adherence to Medication. New Engl J Med 2005; 353:487-97.
๖. Steiner JF, Earnest MA. The language of medical-taking. Ann Intern Med 2000; 132:926-30.
๗. Burnier M. Long-term compliance with antihypertensive therapy: another facet of chronotherapeutics in hypertension. Blood Press Monit 2000; 5(Suppl 1) :S31-S34.
๘. Haynes RB, McDonald H, Garg AX, Montague P. Interventions for helping patients to follow prescriptions for medications. Cochrane Database Syst Rev 2002; 2:CD 000011-CD000011.
๙. Horwitz RI, Horwitz SM. Adherence to treatment and health outcomes. Arch Intern Med 1993; 153:1863-8
๑๐. Phayom S, Robert ME, Jaratbhan S, Chai T. Pharmacist involvement in primary care improves hypertensive patient clinical outcomes. Ann Pharmacotherap 2004; 38:2023-8.

หมายเหตุ

ภาว-, ภาวะ น. ความมี, ความเป็น, ความปรากฏ, เช่น ภาวะน้ำท่วม, ภาวะเศรษฐกิจตกต่ำ, ภาวะฉุกเฉิน
(พจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. ๒๕๔๒. กรุงเทพฯ: นานมีบุ๊คส์พับลิเคชั่นส์; ๒๕๔๖. หน้า ๘๒๑.)