



การประชุมเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ครั้งที่ 9
The 9th STOU National Research Conference

ผลของรูปแบบการให้คำปรึกษาผู้ป่วยเพื่อความร่วมมือในการใช้ยาลดความดันโลหิต
Effects of Patient Counseling Model for the Adherence of Antihypertensive Drugs

ภัทรธรรพร วงษ์เส (Pattanaporn Wongse)¹ พรทิพย์ กิระพงษ์ (Porntip Geerapong)²

พาณี สิตกะลิน (Panee Sitakalin)³

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบหนึ่งกลุ่มวัดสองครั้งก่อนและหลังนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) ศึกษาข้อมูลส่วนบุคคลและการรักษาในผู้ป่วยที่ใช้ยาลดความดันโลหิต (2) เปรียบเทียบปัญหาความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยที่ใช้ยาลดความดันโลหิต (3) ประเมินผลการให้คำปรึกษาผู้ป่วยเกี่ยวกับความร่วมมือในการใช้ยาลดความดันโลหิตและการควบคุมระดับความดันโลหิต ประชากรคือผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการรักษาในคลินิกผู้ป่วยนอก ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลนครอุดรธานี ระหว่างเดือนตุลาคม 2561 – ธันวาคม 2561 จำนวน 112 คน ทั้งที่มีปัญหาและไม่มีปัญหาความร่วมมือในการใช้ยารักษาความดันโลหิตสูง กลุ่มศึกษาประกอบด้วยผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 70 คนที่มีปัญหาความร่วมมือในการใช้ยา โดยได้รับคัดเลือกตามเกณฑ์คัดเข้าและได้รับการประเมินปัญหาตามแบบประเมินความร่วมมือในการใช้ยา และการแก้ปัญหาตามแนวทางการให้คำปรึกษาผู้ป่วยเพื่อความร่วมมือในการใช้ยาตามลักษณะปัญหาของผู้ป่วยแต่ละบุคคล สถิติที่ใช้วิเคราะห์ คือ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ การทดสอบแมกนีสาร์ ผลการศึกษาพบว่า (1) ผู้ป่วยที่มีปัญหาความร่วมมือในการใช้ยา ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุมากกว่า 61 ปี มีประวัติในการสมรส สามารถเบิกค่ารักษาพยาบาลตามสิทธิ การศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี ไม่ได้ทำงาน มีรายได้ไม่น้อยกว่า 10,000 บาท ร้อยละ 54.3 มีค่าดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์มาตรฐาน ($BMI \geq 25 \text{ kg/m}^2$) ร้อยละ 54.29 มีภาวะอ้วนลงพุง ร้อยละ 7.1 เป็นผู้สูบบุหรี่ และร้อยละ 24.3 เป็นผู้ดื่มสุรา ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเป็นโรคความดันโลหิตสูงในระยะแรก และได้รับยาลดความดันโลหิตทั้งหมด 1-2 ชนิด ร้อยละ 68.6 และร้อยละ 64.7 (2) จำนวนปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยา ลดความดันโลหิตของผู้ป่วยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยสามารถสืบค้นปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาได้ทั้งหมด 190 ปัญหา หลังการทดลองปัญหาลดลงเหลือ 6 ปัญหา และ (3) อัตราความร่วมมือในการใช้ยาในระดับดีเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากร้อยละ 70 เป็น ร้อยละ 97 และจำนวนผู้ป่วยที่มีระดับความดันโลหิตที่สามารถควบคุมได้มีจำนวนเพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากร้อยละ 25.7 เป็นร้อยละ 78.6

คำสำคัญ รูปแบบ การให้คำปรึกษาผู้ป่วย ความร่วมมือในการใช้ยา ความดันโลหิต

¹ นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช pattanapornrx12@gmail.com

² รองศาสตราจารย์ ประจำสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช Porntip.Gee@stou.ac.th

³ รองศาสตราจารย์ ดร. ประจำสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช panee_ps33@yahoo.com



การประชุมเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ครั้งที่ 9

The 9th STOU National Research Conference

Abstract

The purposes of this quasi-experiment, one group pretest and posttest design, were: (1) To study personal information and anti-hypertensive drugs prescribed for hypertensive patients (2) To compare the number of issues on anti-hypertensive drugs non-adherence, and (3) To evaluate outcomes of the patient counseling model in terms of improving anti-hypertensive drug adherence and controlling blood pressure. Population were 112 hypertensive patients with and without adherence on anti-hypertensive drugs, registered at hypertensive clinic of Udonthani Municipal Public Health Service Center in October-December, 2018. A studied group included 70 hypertensive patients with problem situations of drug adherence, identified and managed by The Drug Adherence Work-up (DRAW) tool and the DRAW guides. Percentage, mean and McNemar test were used to analyze data collected. The result showed that (1) most patients with non-adherence problems were female, age with more than 61, used to or being married, having health care benefits, completing undergraduate school, unemployed persons, monthly income being less than 10,000 baht. Data showed patients with overweight ($BMI \geq 25 \text{ kg/m}^2$), obesity, smoking and drinking behavior were 54.3%, 54.29%, 7.1% and 24.3%, respectively. Moreover, 68.6% were diagnosed as primary hypertension and 64.7% received 1-2 kinds of hypertensive drug. (2) the number of issues of non-adherence on anti-hypertensive drugs were significantly different between before and after experiment – that is, 190 and 6 of non-adherence problems were found during before and after experiment, and (3) The patient's rate of medication adherence was significantly increased from 70% to 97%. The amounts of patients who achieved in controlling blood pressure were significantly increased from 25.7% to 78.6%.

Keywords: Model, Patient counseling, Adherence on medication, Blood pressure



การประชุมเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ครั้งที่ 9

The 9th STOU National Research Conference

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาสำคัญด้านสาธารณสุขทั่วโลกและเป็นหนึ่งในสาเหตุที่ทำให้ประชากรทั่วโลกเสียชีวิตก่อนวัยอันควร ซึ่งเป็นปัญหาที่กำลังรุนแรงมากขึ้น จากข้อมูลองค์การอนามัยโลก พบว่า โรคความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุการตายของพลเมืองสูงถึง 7.5 ล้านคนหรือร้อยละ 12.8 ของสาเหตุการตายทั้งหมด และมีการคาดการณ์ว่าจะมีความชุกของโรคความดันโลหิตสูงทั่วโลกเพิ่มขึ้นเป็น 1.56 พันล้านคนในปี พ.ศ. 2568 (WHO,2013) สำหรับสถานการณ์ความดันโลหิตสูงในประเทศไทยในปี 2556-2560 พบว่าอัตราการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงต่อประชากร 100,000 คน เพิ่มขึ้นจาก 12,342.14 เป็น 14,926.47 (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข,2559) และในปี 2558-2560 มีอัตราผู้ป่วยรายใหม่ของโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นจากจำนวน 540,013 คน เป็นจำนวน 813,485 คน (ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข,2561)

ในทางเวชปฏิบัติพบว่าร้อยละ 95 ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจะเป็นความดันโลหิตสูงที่ไม่ทราบสาเหตุ (Primary hypertension) ซึ่งจำเป็นต้องมีการรักษาอย่างต่อเนื่องไปตลอดชีวิต (นิภา จรุงเวรสม, 2540) การรับประทานยาลดความดันโลหิตอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องจึงเป็นสิ่งสำคัญและเป็นผลดีกับผู้ป่วย เพราะจะทำให้สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ชะลอการดำเนินของโรค และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ได้ แต่จากงานวิจัยศึกษาปัจจัยการทำนายการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่องในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุพบว่าส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 61 เนื่องจากการรับรู้สมรรถนะตนเอง การรับรู้อุปสรรคในการรับประทานยา การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการรับประทานยา และการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 63.30, 66.40, 69.50 และ 69.50 ตามลำดับ (วิภาภรณ์ วัชรตระกูลและคณะ,2560) แสดงให้เห็นว่าปัญหาจากการใช้ยา ปัญหาความร่วมมือในการใช้ยานี้เกี่ยวข้องกับความรู้ ทักษะคิดเกี่ยวกับเรื่องโรคและยา และการยอมรับของผู้ป่วย ปัจจัยดังกล่าวจะส่งผลให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญที่จะต้องรับประทานยาอย่างต่อเนื่องและให้ความร่วมมือในการใช้ยาตามแผนการรักษามากขึ้น

ในทางปฏิบัติเมื่อผู้ป่วยที่ขาดความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้ยาและการปฏิบัติตน เกิดอาการผิดปกติขึ้นหลังจากการใช้ยาผู้ป่วยจะมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อการใช้ยา ส่งผลให้เกิดความไม่ร่วมมือในการใช้ยา จึงนำไปสู่การใช้ยาที่ไม่ถูกต้องและเกิดปัญหาความล้มเหลวของการรักษาตามมา ผู้ป่วยเกิดโรคแทรกซ้อนต่างๆ โดยเฉพาะระบบหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตของผู้ป่วย รวมถึงการเกิดโรคแทรกซ้อนเกี่ยวกับระบบไต สมอ และตา เป็นต้น เกสซกรจึงมีหน้าที่ในการค้นหาปัญหาจากการใช้ยา ป้องกัน และแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้น รวมถึงการให้คำปรึกษาเรื่องยาเพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจและการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง วิธีการให้คำปรึกษา (Patient Counseling) จึงเป็นวิธีการหนึ่งที่ยิมนนำมาใช้ในการแก้ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย ซึ่งหมายถึง การให้ทางเลือกกับผู้ป่วยในการตัดสินใจแก้ไขปัญหของตนเอง โดยไม่ใช่เป็นการบังคับหรือลักษณะชี้แนะ แต่เป็นลักษณะของการให้แนวทางโดยผู้ป่วยจะเป็นผู้ตัดสินใจเลือกเอง (WHO, 1989) ในสถานการณ์ปัจจุบันผู้ป่วยในโรงพยาบาลมีจำนวนมาก และบุคลากรที่ให้คำปรึกษาเรื่องยาหรือเภสัชกรค่อนข้างมีจำกัด ทำให้มีเวลาในการให้คำปรึกษาด้านยาเพื่อค้นหาปัญหาและแก้ไขปัญหามาจากการใช้ยาของผู้ป่วยไม่เพียงพอ อีกทั้งการให้คำปรึกษาด้านยาเพื่อหาค้นหาปัญหาความร่วมมือในการใช้ยาและสิ่งบอกเหตุที่บ่งชี้ว่าผู้ป่วยจะไม่ติดตามการรักษาและรับประทานยาต่อเนื่องของผู้ป่วยไม่มีรูปแบบที่ชัดเจนและไม่ครอบคลุมในทุกประเด็นคำถาม ดังนั้นการมีเครื่องมือที่ช่วยให้เกิดความสะดวกรวดเร็วในการให้คำปรึกษาผู้ป่วยเพื่อให้ทันเวลากับจำนวนผู้ป่วย จะทำให้การทำงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพดีขึ้น



การประชุมเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ครั้งที่ 9

The 9th STOU National Research Conference

Drug Adherence Work-up (DRAW) tool เป็นแบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับความร่วมมือในการใช้ยาที่ใช้ให้คำปรึกษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ซึ่ง William R. Doucette และคณะ (2012) ได้ทำการคิดค้น ศึกษาและพัฒนา ตลอดจนนำไปใช้ทดสอบเพื่อเป็นแนวทางให้เภสัชกรให้คำปรึกษากับผู้ป่วย เพื่อค้นหาปัญหาความร่วมมือในการใช้ยาและสิ่งบอกเหตุที่บ่งชี้ว่าผู้ป่วยจะไม่ติดตามการรักษาและรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ซึ่ง DRAW tool จะช่วยทำให้การให้คำปรึกษาเรื่องการรับประทานยาต่อผู้ป่วยได้ง่ายขึ้น ใช้เวลาในการให้คำปรึกษาน้อยลงและกระชับมากขึ้น ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในการบริหารจัดการยาเพื่อการบำบัด (Medication therapy management: MTM) เนื่องจากมีการจัดลำดับของคำถามเรื่องการใช้ยาของผู้ป่วยได้ดี และทำให้พบปัญหาความร่วมมือในการใช้ยามากกว่าการให้คำปรึกษาแบบปกติ รวมทั้งยังมีแนวทางการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยที่ชัดเจน เมื่อพบปัญหาการใช้ยาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย จึงทำให้ง่ายต่อการแก้ไขปัญหาดังกล่าว

สำหรับการศึกษาวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของรูปแบบการให้คำปรึกษาผู้ป่วยเพื่อความร่วมมือในการใช้ยาลดความดันโลหิต หรือ DRAW tool โดยทำการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เพื่อเป็นแนวทางในการนำมาใช้ในการให้คำปรึกษาเพื่อความร่วมมือในการใช้ยากับผู้ป่วยต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาข้อมูลส่วนบุคคลและการรักษาในผู้ป่วยที่ใช้ยาลดความดันโลหิต
2. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบจำนวนปัญหาความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยที่ใช้ยาลดความดันโลหิตก่อนและหลังการศึกษา
3. เพื่อประเมินผลการให้คำปรึกษาผู้ป่วยเกี่ยวกับความร่วมมือในการใช้ยาลดความดันโลหิตและการควบคุมระดับความดันโลหิต

กรอบแนวคิด

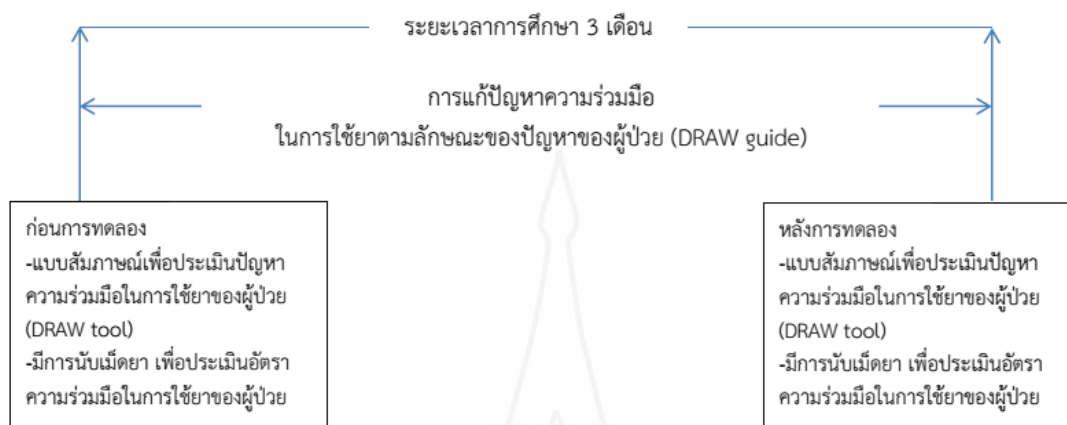
ตัวแปรที่ศึกษา ได้แก่ จำนวนผู้ป่วยที่มีอัตราความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยในระดับดี (ร้อยละ 80-100) และจำนวนผู้ป่วยที่มีระดับความดันโลหิตที่สามารถควบคุมได้

รูปแบบการให้คำปรึกษา ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ แบบสัมภาษณ์เพื่อประเมินปัญหาความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยรายบุคคล (DRAW tool) และเมื่อพบปัญหาจะทำการแก้ปัญหาความร่วมมือในการใช้ยาตามลักษณะปัญหาของผู้ป่วย (DRAW guide) ได้แก่ การให้เครื่องเตือนการรับประทานยา ให้ความรู้ ให้คำปรึกษา กลยุทธ์ลดราคา ยา พิจารณาความจำเป็นของผู้ป่วย



การประชุมเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ครั้งที่ 9

The 9th STOU National Research Conference



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิด

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental design) ที่ใช้การทดลองหนึ่งกลุ่มทำการวัดผลจำนวนสองครั้ง คือ วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (The One Group Pretest-Posttest Design) ประชากรในการศึกษา คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการรักษาในคลินิกผู้ป่วยนอกโรคความดันโลหิตสูงของศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลนครอุดรธานี ในเดือนตุลาคม 2561 ซึ่งมีจำนวนประชากรทั้งหมด 112 คนที่มาพบแพทย์ในเดือนนั้น คัดเลือกตามเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) ได้แก่ อายุ 18 ปีขึ้นไป ตามแนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2562 เป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงปฐมภูมิหรือชนิดที่ไม่ทราบสาเหตุ (Primary hypertension) โดยไม่มีโรคแทรกซ้อนอื่นๆ และได้รับการรักษาด้วยยาลดความดันโลหิตอย่างน้อย 1 ตัว นานติดต่อกันอย่างน้อย 3 เดือนนับถึงวันเก็บข้อมูล เป็นผู้ที่ไม่มีปัญหาด้านการสื่อสาร เช่น ปัญหาด้านการได้ยิน ปัญหาการพูด เป็นต้น เป็นผู้บริหารยาเองและอยู่ในภาวะที่ช่วยเหลือตนเองได้ ไม่ได้รับการช่วยเหลือการบริหารยาจากบุคลากรทางการแพทย์หรือคนในครอบครัว ผู้ป่วยสมัครใจเข้าร่วมการวิจัยโดยการลงนาม เกณฑ์คัดออกจากการศึกษา (Exclusion criteria) ได้แก่ ผู้เข้าร่วมวิจัยปฏิเสธหรือขอถอนตัวจากการศึกษาและเป็นผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคแทรกซ้อนอื่นๆ ในระหว่างเก็บข้อมูล กลุ่มตัวอย่าง คือกลุ่มที่มีปัญหาความร่วมมือในการใช้ยาที่ได้จากการประเมินปัญหาความร่วมมือในการใช้ยาโดยใช้ DRAW tool เป็นรายบุคคล ซึ่งมีจำนวนทั้งหมด 70 คน เมื่อประเมินปัญหารายบุคคลเสร็จ จากนั้นจะทำการแก้ไขปัญหาความร่วมมือของผู้ป่วยตามลักษณะปัญหาของผู้ป่วยโดยใช้ DRAW guide และประเมินปัญหาความร่วมมืออีกครั้งในอีก 3 เดือนข้างหน้า พร้อมกับประเมินอัตราความร่วมมือในการใช้ยาโดยการนับเม็ดยาที่เหลือจากผู้ป่วย และวัดระดับความดันโลหิตในวันที่แพทย์นัดก่อนและหลังการทดลอง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และการทดสอบสัดส่วนของจำนวนปัญหาความร่วมมือในการใช้ยา จำนวนผู้ป่วยที่มีอัตราความร่วมมือในการใช้ยาในระดับดี (ร้อยละ 80-100) และจำนวนผู้ป่วยที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้โดยใช้สถิติทดสอบแมกนีมาร์



การประชุมเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ครั้งที่ 9

The 9th STOU National Research Conference

การแปลผล

ตัวแปรวิเคราะห์ผลลัพธ์จากการใช้รูปแบบการให้คำปรึกษาผู้ป่วยเพื่อความร่วมมือในการใช้ยาลดความดันโลหิต มีดังนี้

1. อัตราความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย ประเมินจากการนับเม็ดยาที่เหลือจากผู้ป่วย เพื่อนำมาคำนวณสัดส่วนระหว่างปริมาณยาที่ผู้ป่วยรับประทานต่อปริมาณยาตามคำสั่งใช้ยาของแพทย์ แบ่งเป็น 2 ประเภท ได้แก่ กินยาถูกต้องตามแพทย์สั่ง (อัตราความร่วมมือ ร้อยละ 80-100) และ กินไม่ถูกต้องตามแพทย์สั่ง ได้แก่ น้อยกว่าที่แพทย์สั่ง (อัตราความร่วมมือ < 80%) และมากกว่าที่แพทย์สั่ง (อัตราความร่วมมือ > 100%)

2. ระดับความดันโลหิต แบ่งเป็น 2 ประเภท ได้แก่ ระดับความดันโลหิตที่ควบคุมได้ (คือระดับความดันโลหิตซิสโตลิก < 140 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือ ความดันโลหิตไดแอสโตลิก < 90 มิลลิเมตรปรอท) และ ระดับความดันโลหิตที่ควบคุมไม่ได้ (คือระดับความดันโลหิตซิสโตลิก > 140 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือ ความดันโลหิตไดแอสโตลิก > 90 มิลลิเมตรปรอท) (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2562)

3. ดัชนีมวลกาย คำนวณจาก น้ำหนักตัว (กิโลกรัม)/ส่วนสูง (เมตร)² ใช้เกณฑ์มาตรฐานจากแนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป ฉบับปรับปรุง 2558

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยส่งโครงการวิจัยให้นายกเทศมนตรี ผู้อำนวยการกองการแพทย์ เทศบาลนครอุดรธานีและคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของ สถาบันวิจัยและพัฒนามหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี เลขที่ ศธ.0543.7/578 หลังได้รับการอนุมัติผู้วิจัยประสานงานกับพยาบาลและเจ้าหน้าที่ในการดำเนินการวิจัย มีแนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย ประโยชน์ที่จะได้รับการวิจัย และอธิบายสิทธิของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อผู้ป่วยยินยอมเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยเชิญชวนให้ผู้ป่วยแสดงเจตนาโดยลงนามในแบบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยที่มีปัญหาความร่วมมือในการใช้ยา พบว่า เพศหญิงมากกว่าเพศชาย ร้อยละ 52.9 และ 47.1 ตามลำดับ ส่วนมากมีอายุมากกว่า 61 ปี ร้อยละ 62.9 อายุเฉลี่ย 60.41 ปี สถานภาพสมรส (คู่) ร้อยละ 60.0 ส่วนใหญ่มีสิทธิในการรักษาโดยสามารถเบิกได้ตามสิทธิ (ไม่ได้ชำระเงิน) ร้อยละ 88.6 มีระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 61.4 ไม่ได้ทำงาน ร้อยละ 41.4 และเป็นผู้มีรายได้น้อยกว่า 10,000 บาท ร้อยละ 41.4 ดังแสดงในตารางที่ 1 และข้อมูลส่วนบุคคลด้านความเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง ส่วนใหญ่มีดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์มาตรฐาน BMI $\geq 25 \text{ kg/m}^2$ ร้อยละ 54.3 มีภาวะอ้วนลงพุงร้อยละ 54.29 แต่ยังมีบางรายที่ยังสูบบุหรี่ ร้อยละ 7.1 และดื่มสุรา ร้อยละ 24.3 ดังแสดงในตารางที่ 2



การประชุมเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ครั้งที่ 9
The 9th STOU National Research Conference

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลด้านลักษณะทางประชากรของผู้ป่วยที่คัดเข้าศึกษา (n=70)

ลักษณะทางประชากร	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	33	47.1%
หญิง	37	52.9%
อายุ		
< 30 ปี	2	2.9%
31 - 40 ปี	3	4.3%
41 - 50 ปี	10	14.3%
51 - 60 ปี	11	15.7%
> 61 ปี	44	62.9%
$\bar{X}$ 60.41 , S.D., 12.30 , Min 26 , Max 82		
สถานภาพสมรส		
โสด	13	18.6
คู่	42	60.0
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	15	21.4
สิทธิการรักษา		
เบิกได้ตามสิทธิ(ไม่ได้ชำระเงิน)	62	88.6
เบิกไม่ได้ตามสิทธิ(ชำระเงิน)	8	11.4%
อาชีพ		
ไม่ได้ทำงาน (รวมแม่บ้าน, ผู้ที่เกษียณอายุแล้วไม่ได้ทำงาน)	29	41.4
เกษตรกร	1	1.4
ค้าขาย	20	28.6
รับจ้าง	7	10.0
ข้าราชการ รัฐวิสาหกิจ	9	12.9
อื่นๆ	4	5.7
รายได้ต่อเดือน		
<10,000 บาท	29	41.4
10,001 – 20,000 บาท	16	22.9
20,001 – 30,000 บาท	9	12.9
30,001 – 40,000 บาท	10	14.3
≥40,001 บาท	6	8.6
$\bar{X}$ 18,281.43 , S.D. 17,231.90 , Min 0 , Max 70,000		



การประชุมเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ครั้งที่ 9
The 9th STOU National Research Conference

ตารางที่ 2 ข้อมูลส่วนบุคคลด้านความเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยที่คัดเข้าศึกษา (n = 70 คน)

ความเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง	จำนวน	ร้อยละ
<u>น้ำหนักปัจจุบัน</u>		
<60 kg.	25	35.7
61-80 kg.	28	40.0
>81 kg.	17	24.3
$\bar{X}$ 69.30 , S.D. 15.51 , Min 41 , Max 125		
<u>ส่วนสูง</u>		
<160 cm.	35	50
161-180 cm.	34	48.6
181-200 cm.	1	1.4
$\bar{X}$ 162.43 S.D. 8.29 Min 145 Max 185		
<u>ดัชนีมวลกาย(BMI)*</u>		
< 25 kg/m ²	32	45.7
≥ 25 kg/m ²	38	54.3
<u>ภาวะอ้วนลงพุง**</u>		
<u>เพศชาย</u>		
• มีภาวะอ้วนลงพุง	21	30
• ไม่มีภาวะอ้วนลงพุง	12	17.14
<u>เพศหญิง</u>		
• มีภาวะอ้วนลงพุง	17	24.29
• ไม่มีภาวะอ้วนลงพุง	20	28.57
<u>สูบบุหรี่</u>		
ไม่สูบ	65	92.9
สูบ	5	7.1
<u>ดื่มสุรา</u>		
ไม่ดื่ม	53	75.7
ดื่ม	17	24.3

*คำนวณจากน้ำหนักตัว(กิโลกรัม)/ส่วนสูง(เมตร)² ใช้เกณฑ์มาตรฐานจากแนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป ฉบับปรับปรุง 2558

**วัดจากใช้สายวัดวัดรอบเอวที่จุดกึ่งกลางระหว่างตำแหน่งกระดูกเชิงกรานและชายโครงซี่สุดท้าย วัดในช่วงหายใจออก โดยให้สายวัดแนบกับลำตัว ใช้เกณฑ์มาตรฐานจากแนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป ฉบับปรับปรุง 2558



การประชุมเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ครั้งที่ 9

The 9th STOU National Research Conference

ข้อมูลด้านการรักษาของผู้ป่วยที่มีปัญหาความร่วมมือในการใช้ยาลดความดันโลหิต พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงน้อยกว่า 5 ปี ร้อยละ 68.6 ได้รับยาลดความดันโลหิตทั้งหมด 1-2 ชนิด ร้อยละ 64.7 ระดับความดันโลหิตตัวบน (Systolic blood pressure) ซึ่งเป็นค่าความดันโลหิตขณะที่หัวใจบีบตัว ส่วนใหญ่มากกว่า 140 mmHg ซึ่งเป็นระดับความดันที่ไม่สามารถควบคุมได้ ร้อยละ 70 ระดับความดันโลหิตตัวล่าง (Diastolic blood pressure) ซึ่งเป็นค่าความดันโลหิตขณะที่หัวใจคลายตัว ส่วนใหญ่น้อยกว่า 90 mmHg ซึ่งเป็นระดับความดันที่สามารถควบคุมได้ ร้อยละ 67.1 และผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระดับความดันโลหิตที่ควบคุมไม่ได้ ร้อยละ 74.3 ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับการป่วยและการรักษาโดยการให้ยาลดความดันโลหิต (n = 70 คน)

การป่วย/การรักษา	จำนวน	ร้อยละ
<u>วินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง</u>		
<5	48	68.6
6-10	18	25.7
>11	4	5.7
<u>ได้รับยาลดความดันโลหิตกี่ชนิด</u>		
1 -2 ชนิด	46	64.7
3 ชนิด	21	30
5 ชนิด	3	4.3
<u>ระดับความดันโลหิตวันที่พบแพทย์ตามนัด</u>		
<u>Systolic Pressure</u>		
<140 mmHg	21	30.0
≥140	50	70
$\bar{X}$ 146.6 S.D.12.2 Min 123 Max 184		
<u>Diastolic Pressure</u>		
<90 mmHg	47	67.1
≥90 mmHg	23	32.9
$\bar{X}$ 86.10 S.D. 8.10 Min 68 Max 104		
<u>ประเมินระดับความดัน</u>		
ระดับที่ควบคุมได้	18	25.7
ระดับที่ควบคุมไม่ได้	52	74.3



การประชุมเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ครั้งที่ 9

The 9th STOU National Research Conference

เมื่อเปรียบเทียบจำนวนปัญหาความร่วมมือในการใช้ยาที่สืบค้นด้วย DRAW tool ในผู้ป่วย 70 คน โดยผู้ป่วย 1 คน สามารถมีปัญหาความร่วมมือในการใช้ยาหลายปัญหา จึงสามารถสืบค้นปัญหาความร่วมมือในการใช้ยาได้ทั้งหมด 190 ปัญหา โดยแบ่งปัญหาออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่ ปัญหาความร่วมมือในการใช้ยา ประกอบด้วย 6 มิติ พบ 138 ปัญหา คิดเป็นร้อยละ 72.6 และสิ่งบอกรเหตุที่บ่งชี้ว่าผู้ป่วยจะไม่ติดตามการรักษาและรับประทานยาต่อเนื่อง ประกอบด้วย 4 มิติ พบ 52 ปัญหา คิดเป็นร้อยละ 27.4 หลังการทดลองโดยการให้คำปรึกษาด้วย DRAW guide แล้ว พบว่าจำนวนปัญหาความร่วมมือในการใช้ยาลดลงเป็น 6 ปัญหาคิดเป็นร้อยละ 3.2 ซึ่งมีมิติที่ไม่พบปัญหาหลังการทดลอง คือ การรับประทานยาผิดเวลา การหยุดใช้ยาก่อนแพทย์สั่ง การบอกรวิธีจัดการตนเองเมื่อเกิดอาการข้างเคียงของยาไม่เหมาะสม และสามารถลดจำนวนสิ่งบอกรเหตุที่บ่งชี้ว่าผู้ป่วยจะไม่ติดตามการรักษาและรับประทานยาต่อเนื่องโดยไม่พบปัญหาทั้ง 4 มิติ ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบสัดส่วนจำนวนปัญหาก่อนและหลังการทดลองพบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ดังแสดงในตารางที่ 4 ตารางที่ 4 เปรียบเทียบจำนวนปัญหาความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยที่ใช้ยาลดความดันโลหิตก่อนและหลังการทดลองจากกลุ่มตัวอย่าง 70 คน ซึ่ง 1 คนสามารถพบปัญหามากกว่า 1 ปัญหา ($n=190$ ปัญหา)

ปัญหา	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		P-value
	จำนวน (n=190)	ร้อยละ	จำนวน (n=190)	ร้อยละ	
1. ปัญหาความร่วมมือในการใช้ยา	138	72.6	6	3.2	<0.001*
• ใช้ยาผิดขนาดและ/หรือจำนวน	8	11.4	1	1.4	0.008*
• รับประทานยาไม่ตรงเวลา(ผิดเวลา)	31	44.3	0	0	<0.001*
• เคยปรับเพิ่มหรือลดขนาดยาเอง	14	20	1	1.4	0.004*
• ลืมใช้ยา	48	68.6	4	5.7	<0.001*
• หยุดใช้ยาก่อนแพทย์สั่ง	17	24.3	0	0	<0.001*
• บอกรวิธีจัดการตนเองเมื่อเกิดอาการข้างเคียงของยาไม่เหมาะสม	20	28.6	0	0	<0.001*
2. สิ่งบอกรเหตุที่บ่งชี้ว่าผู้ป่วยจะไม่ติดตามการรักษาและรับประทานยาต่อเนื่อง	52	27.4	0	0	<0.001*
• มีความรู้สึกว่ายามีจำนวนมากเกินไปหรือรับประทานยาหลายมือเกินไป	22	31.4	0	0	<0.001*
• รู้สึกว่ายาลดความดันโลหิตหรืออาการเจ็บป่วยไม่ได้	10	14.3	0	0	0.002*
• กังวลกับอาการข้างเคียงของยา	17	24.3	0	0	<0.001*
• ยาและค่ารักษา(สำหรับผู้ป่วยที่ชำระเงิน)รวมถึงค่าเดินทางมาโรงพยาบาลมากเกินไป	3	4.3	0	0	<0.001*

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < 0.05$ โดยใช้สถิติทดสอบแมกนิมาร์



การประชุมเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ครั้งที่ 9

The 9th STOU National Research Conference

การประเมินผลการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับความร่วมมือในการใช้ยาลดความดันโลหิต ซึ่งได้จากการนับเม็ดยาที่เหลือจากผู้ป่วย ก่อนการทดลองพบ ผู้ป่วยที่กินยาถูกต้องตามแพทย์สั่ง (อัตราความร่วมมือ 80-100%) มีจำนวน 49 คน คิดเป็นร้อยละ 70 หลังการทดลองพบว่า ผู้ป่วยที่กินยาถูกต้องตามแพทย์สั่ง มีจำนวนเพิ่มขึ้นเป็น 68 คนคิดเป็นร้อยละ 97.1 ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ดังแสดงในตารางที่ 5 ส่วนจำนวนผู้ป่วยที่มีระดับความดันโลหิตที่ควบคุมได้ก่อนการทดลองมีจำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 25.7 แต่หลังการทดลองพบว่า จำนวนผู้ป่วยที่มีระดับความดันโลหิตที่ควบคุมได้มีจำนวนเพิ่มขึ้นเป็น 55 คน คิดเป็นร้อยละ 78.6 ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วยที่สามารถควบคุมระดับความดันได้ก่อนและหลังการทดลอง พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 5 อัตราความร่วมมือของผู้ป่วยที่ใช้ยาลดความดันโลหิต

ความร่วมมือในการใช้ ยาลดความดันโลหิต	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		P-value
	จำนวน (n=70)	ร้อยละ	จำนวน (n=70)	ร้อยละ	
-กินยาถูกต้องตามแพทย์สั่ง (อัตราความร่วมมือ 80-100%)	49	70	68	97.1	<0.001*
-กินไม่ถูกต้องตามแพทย์สั่ง					
- น้อยกว่าที่แพทย์สั่ง (อัตราความร่วมมือ < 80%)	18	25.7	0	0	
- มากกว่าที่แพทย์สั่ง (อัตราความร่วมมือ > 100%)	3	4.3	2	2.9	

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < 0.05$ โดยใช้สถิติทดสอบแมกนิมาร์



การประชุมเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ครั้งที่ 9

The 9th STOU National Research Conference

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วยที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ก่อนและหลังการทดลอง

ระดับ	ก่อนการทดลอง				หลังการทดลอง				P-value	
ความดันโลหิต	จำนวน (n=70)	Systolic $\bar{X}$	S.D	Diastolic $\bar{X}$	S.D.	จำนวน (n=70)	Systolic $\bar{X}$	S.D.	Diastolic $\bar{X}$	S.D.
1.ควบคุมได้	18 (25.7%)	133.33	4.93	81.89	5.58	55 (78.6%)	133.56	5.55	80.49	6.88
2.ควบคุมไม่ได้	52 (74.3%)	151.17	10.43	87.54	8.36	15 (21.4%)	146.47	9.55	76.53	9.29

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < 0.05$ โดยใช้สถิติทดสอบแมกนีมาร์

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการศึกษาในงานวิจัยนี้สามารถนำรูปแบบการให้คำปรึกษาผู้ป่วยเพื่อความร่วมมือในการใช้ยาลดความดันโลหิต (DRAW tool) ไปใช้ในทางปฏิบัติได้ พบว่าสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Matthew J. Wistry, 2014 ที่พบว่า DRAW tool สามารถให้คำแนะนำที่เฉพาะบุคคลและสามารถแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยได้อย่างตรงประเด็น และสามารถสืบค้นปัญหาความร่วมมือในการใช้ยาได้มากกว่าเครื่องมือชนิดอื่น และสอดคล้องกับการศึกษาของ William R. Doucette, 2012 ที่พบว่าเภสัชกรผู้ให้คำปรึกษาส่วนใหญ่ให้ความเห็นว่า DRAW tool เป็นเครื่องมือที่ใช้ง่ายและจัดระเบียบได้ดี ซึ่งควรนำมาใช้ให้เป็นประโยชน์ในงานบริการทางคลินิก และสามารถสืบค้นปัญหาความร่วมมือในการใช้ยาได้จำนวนมากโดยพบว่า ผู้ป่วย ร้อยละ 77.3 มักมีมากกว่าหนึ่งสาเหตุในการไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยา และสาเหตุที่พบบ่อยในการไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา คือ เกิดอาการข้างเคียงของยา ร้อยละ 59.1 ลืมกินยา ร้อยละ 54.5 สำหรับในการศึกษานี้ปัญหาที่พบมากที่สุดคือ ลืมกินยา ร้อยละ 68.6 รองลงมาคือการใช้ยาผิดเวลา และสอดคล้องกับงานวิจัยในประเทศไทย ธัญลักษณ์ สิริเสถียร, 2545 เกี่ยวกับการให้คำปรึกษารายบุคคลที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาตามสั่งในผู้ป่วยโรคเบาหวาน พบว่าความร่วมมือในการใช้ยาตามสั่งของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.007$) และกลุ่มทดลองมีความร่วมมือในการใช้ยาตามสั่งเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.002$)

รูปแบบการให้คำปรึกษาผู้ป่วยเพื่อความร่วมมือในการใช้ยาลดความดันโลหิต (DRAW tool) ซึ่งประกอบไปด้วย 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนประเมินปัญหาและค้นหาสาเหตุของปัญหาความร่วมมือในการใช้ยาของแต่ละบุคคล เมื่อพบปัญหาจะทำการแก้ไขปัญหาโดยใช้คำแนะนำในส่วนของ DRAW guide ตามลักษณะปัญหาของผู้ป่วย การแก้ไขปัญหารายบุคคลนี้เป็นส่วนที่ทำให้อัตราความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้นจึงทำให้จำนวนผู้ป่วยที่กินยาถูกต้องตามคำสั่งแพทย์มีมากขึ้นเนื่องจากรูปแบบการให้คำปรึกษานี้เป็นการให้สุศึกษา (Health Education) แก่ผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยา ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎี KAP survey model (Knowledge-Attitude-Practice) กล่าวว่าการสื่อสารไม่เพียงส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทัศนคติเท่านั้น การสื่อสารอาจก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงใน 3 สิ่ง ได้แก่ (1) ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความรู้ความเข้าใจของผู้รับสาร (2) ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทัศนคติของผู้รับสาร (3) ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม



การประชุมเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ครั้งที่ 9

The 9th STOU National Research Conference

ของผู้รับสาร (Roger, 1987) เพื่อกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพด้านบวกและป้องกันการเกิดพฤติกรรมด้านลบ ดังนั้นผู้ป่วยที่ไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยา เกิดจากความไม่รู้ ไม่ได้ตระหนักถึงอันตรายต่อสุขภาพ DRAW tool จึงเป็นการให้ความรู้และการสร้างทัศนคติที่ดีทำให้บุคคลเกิดความเชื่อและพฤติกรรมที่ถูกต้องเกี่ยวกับการกินยา จึงทำให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการใช้ยามากขึ้น

รูปแบบการให้คำปรึกษาผู้ป่วยเพื่อความร่วมมือในการใช้ยาลดความดันโลหิต (DRAW tool) นี้เป็นรูปแบบให้คำปรึกษาที่มีความสะดวกต่อการใช้งาน เนื่องจากประกอบด้วยส่วนที่ประเมินปัญหาหรือสาเหตุของปัญหาความร่วมมือในการใช้ยาและสามารถแก้ไขปัญหานั้นได้ทันทีโดยใช้ในส่วนของ DRAW guide ซึ่งแบบประเมินความร่วมมือในการใช้ยารูปแบบเดิม ได้แก่ Morisky Medication Adherence Scale ชนิด 8 คำถาม และ Brief Medication Questionnaire (BMQ) เป็นเพียงแบบประเมินเพื่อวัดความร่วมมือในการใช้ยา แต่ไม่ได้มีส่วนของการแก้ไขปัญหาเหมือนกับ DRAW tool จากผลการศึกษาในวิจัยครั้งนี้ทำให้ทราบถึงผลลัพธ์ที่ดีของรูปแบบการให้คำปรึกษา ที่สามารถแก้ไขและป้องกันปัญหาการไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้ล่วงหน้า ลดจำนวนผู้ป่วยที่มีปัญหาความร่วมมือในการใช้ยาลง และเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยในระยะยาว ดังนั้นจึงควรนำ DRAW tool มาเป็นแนวทางในการให้คำปรึกษาเพื่อแก้ไขปัญหาความร่วมมือในการใช้ยา เพื่อเป็นการพัฒนางานบริหารเภสัชกรรมต่อไป

สำหรับข้อจำกัดของการนับเม็ดยาที่เหลือของผู้ป่วย เพื่อประเมินอัตราความร่วมมือในการใช้ยานี้คือ เป็นข้อมูลที่ง่ายต่อการบิดเบือนโดยผู้ป่วย (เช่น การซ่อนยา ทำยาหาย) การคำนวณอาจจะซับซ้อน ค่าที่ได้มีแนวโน้มที่จะสูงเกินความเป็นจริง

ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษานี้พบว่าการให้คำปรึกษาโดยใช้รูปแบบการให้คำปรึกษาเพื่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย (DRAW tool) รายบุคคลมีประสิทธิภาพ สามารถแก้ไขปัญหาความร่วมมือในการใช้ยา โดยเฉพาะโรคที่เกิดกับกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุ ได้แก่ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นโรคเรื้อรัง ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและยาที่ใช้อยู่ รวมทั้งการปฏิบัติตัวอย่างถูกต้อง เพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายลง เช่น โรคแทรกซ้อนทางไต หัวใจ สมองและตา เป็นต้น ดังนั้นการพัฒนางานบริหารเภสัชกรรมควรการประเมินความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย และมีการจัดคลินิกในการให้คำปรึกษาเพื่อความร่วมมือในการใช้ยาในหน่วยบริการ

เอกสารอ้างอิง

- ธัญลักษณ์ สติรสเสถียร. (2545). ประสิทธิภาพการให้คำปรึกษารายบุคคลที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาตามสั่งของผู้ป่วยโรคเบาหวานในโรงพยาบาลแก่งคอย. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, มหาวิทยาลัยศิลปากร
- นิภา จรูญเวสม์. (2540). หลักการรักษาโรคความดันโลหิตสูง. คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
- วิภาภรณ์ วังตระกูล. (2560). ปัจจัยทำนายการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่องในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ. วารสารพยาบาลทหารบก, 18(1), 131-139
- ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2561). กลุ่มรายงานมาตรฐานการป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ. สืบค้นจาก : https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index_pk.php
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2559). สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2558 .



การประชุมเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ครั้งที่ 9

The 9th STOU National Research Conference

กรุงเทพฯ: สามเจริญพาณิชย์ (กรุงเทพ).

สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. (2558). แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูง

ในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ.2558. (ฉบับปรับปรุง). กรุงเทพฯ

สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. (2562). แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูง

ในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ.2562. กรุงเทพฯ: ทรिकิ่ง

Doucette WR., Farris KB. et al. (2012). Development of the Drug Adherence Work-up (DRAW) tool.

Journal of American Pharmacists Association. e199-204

Roger E.M. and Storey J.D. (1987). Communication campaign. In C. Berger and S.H. Chaffee(Eds.),

Handbook of communication science. Newbury Park.

World Health Organization (WHO). (2013). A global brief on hypertension Silent killer,

global public health crisis. Retrieved from [http://www.who.int/cardiovascular_diseases/](http://www.who.int/cardiovascular_diseases/publications/global_brief_hypertension/en/)

[publications/global_brief_hypertension/en/](http://www.who.int/cardiovascular_diseases/publications/global_brief_hypertension/en/)

World Health Organization (WHO). (1989). Education for health : A manual on health education

in Primary health care.pp. 89-91

