

บทที่ 5

อภิปรายและสรุปผลการศึกษา

อภิปรายผลการศึกษา

การศึกษานี้แสดงถึงผลของการใช้ภาชนะบรรจุยาแต่ละหน่วยการใช้ต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูง การศึกษานี้เป็นการศึกษารูปแบบการวิจัยเชิงทดลองแบบกลุ่มเดียวและวัดผลก่อนและหลัง (One-Group Pretest-Posttest Design) ในผู้ป่วยที่มารับการรักษาที่คลินิกพิเศษ โรคระบบหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลนครพิงค์ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลศูนย์ขนาด 531 เตียง ให้บริการแก่ผู้ป่วยในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลรวมถึงผู้ป่วยที่ถูกส่งมารับการรักษาต่อจากโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดเชียงใหม่และจากจังหวัดใกล้เคียง เกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยเข้าสู่วิจัย คือ ผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูง อายุตั้งแต่ 50 ปี ขึ้นไป ถึงแม้ว่าเกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุขจะกำหนดให้ผู้สูงอายุหมายถึง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป ทั้งนี้เนื่องจากการสำรวจในกลุ่มตัวอย่างอายุ 50 ปี ขึ้นไป พบมีอัตราการเป็นโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 13.2 (จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ, 2538) และผู้ป่วยในการศึกษานี้จะต้องสามารถกลับมาติดตามผลการรักษาได้ทุกครั้ง รวม 3 ครั้ง และต้องสามารถสื่อสารด้วยภาษาที่เข้าใจกัน ดังนั้นในการศึกษานี้จึงได้ผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติเป็นไปตามเกณฑ์ จำนวน 45 ราย ที่มารับการตรวจรักษาที่คลินิกพิเศษ โรคระบบหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลนครพิงค์ ระหว่างวันที่ 1- 31 ตุลาคม 2548 ลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 71.1 เป็นเพศหญิง และน่าจะเป็นตัวแทนของกลุ่มประชากรได้ เนื่องจากข้อมูลจากการสำรวจสุขภาพประชากรอายุตั้งแต่ 50 ปี ขึ้นไป พ.ศ. 2538 พบว่าผู้สูงอายุจะเป็นหญิงมากกว่าชาย (จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ, 2538) การศึกษานี้ผู้ป่วยมีอายุเฉลี่ย 62.8 ปี (อายุต่ำสุดคือ 50 ปี และ สูงสุดคือ 80 ปี) และส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 50-60 ปี มีจำนวน 20 ราย (ร้อยละ 44.4) ถึงแม้การศึกษานี้จะมีสัดส่วนของผู้ป่วยเพศหญิงมากกว่าเพศชายและอายุต่ำสุดของผู้ป่วยกับอายุสูงสุดของผู้ป่วยจะแตกต่างกันถึง 30 ปี แต่ปัจจัยด้านเพศ และอายุ ไม่น่าจะเป็นปัจจัยโดยตรงต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยตามที่ Lentile และคณะ (2004) รวบรวมจากงานวิจัยต่างๆและรายงานไว้

การศึกษานี้ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีโรคที่เป็นร่วม ซึ่งมีถึง 37 ราย (ร้อยละ 82.2) โดยเป็นโรคเรื้อรังทั้งสิ้นซึ่งผู้ป่วยต้องใช้ในการรักษาไปตลอด โรคร่วมที่ผู้ป่วยเป็นมากอันดับหนึ่ง คือ โรคไขมันในเลือดสูง มีถึง 22 ราย (ร้อยละ 48.9 ของจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด) รองลงมา คือ โรคเบาหวาน

มี 18 ราย (ร้อยละ 40.0 ของจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด) สำหรับในต่างประเทศ กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาเป็นผู้ป่วยที่มีโรคที่เป็นร่วมโดยเป็นโรคเรื้อรังเช่นเดียวกัน (Gabriel *et al.*, 1977)

สำหรับระยะเวลาในการเป็นโรค การศึกษานี้ผู้ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงมาเฉลี่ยนาน 6.7 ปี (ระยะเวลาสั้นสุดคือ 1 ปี มี 1 ราย และระยะเวลานานสุดคือ 30 ปี มี 1 ราย) ส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูง 1-10 ปี มีจำนวน 41 ราย (ร้อยละ 91.1)

ในการศึกษานี้ ผู้ป่วยสามารถจัดยารับประทานเองได้ 36 ราย (ร้อยละ 80.0) สามารถอ่านหนังสือได้ 34 ราย (ร้อยละ 75.5) มองเห็นชัดเจน 32 ราย (ร้อยละ 71.1) สามารถจัดยารับประทานเองได้ 36 ราย (ร้อยละ 80.0) สามารถอ่านหนังสือได้และเห็นชัดเจน จำนวน 29 ราย (ร้อยละ 64.4) สามารถอ่านหนังสือได้แต่เห็นไม่ชัดเจน จำนวน 5 ราย (ร้อยละ 11.1) ไม่สามารถอ่านหนังสือได้และมีผู้อื่นจัดยาให้ จำนวน 9 ราย (ร้อยละ 20.0) และเป็นผู้ป่วยที่ไม่สามารถอ่านหนังสือได้แต่จัดยาได้เอง จำนวน 2 ราย (ร้อยละ 4.4) ถึงแม้ในการศึกษานี้จะไม่ได้ประเมินผู้ป่วยและแสดงเป็นค่าคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยเช่นการศึกษาในต่างประเทศ (Murray *et al.*, 1993; Ware *et al.*, 1991) แต่ก็สามารถแสดงถึงความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆในชีวิตประจำวันของผู้ป่วยได้คร่าวๆเช่นกัน การที่ผู้ป่วยสามารถอ่านหนังสือได้ มองเห็นชัดเจน ทำให้รับรู้และเข้าใจรายละเอียดของยาที่ระบุไว้บนภาชนะบรรจุได้ถูกต้อง และการที่ผู้ป่วยที่สามารถหยิบยารับประทานเองได้ ไม่มีปัญหาความเสื่อมของอวัยวะต่างๆ เช่นการเคลื่อนไหวของแขน ขา ล้วนแต่เป็นปัจจัยเสริมให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยา ในทางตรงข้าม การอ่านหนังสือไม่ได้ การไม่สามารถจัดยาเองได้ การมีปัญหารื่องความจำ หลงลืม มีปัญหาการเสื่อมของอวัยวะต่างๆ ล้วนมีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้สูงอายุทั้งสิ้น ซึ่งได้ระบุไว้ในแนวทางการใช้ยาที่ดีสำหรับผู้ป่วย (Canadian Public Health Association, 2002) ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ป่วยที่สามารถอ่านหนังสือได้แต่เห็นไม่ชัดเจน และผู้ป่วยที่ไม่สามารถอ่านหนังสือได้แต่จัดยาได้เอง (ใช้วิธีการจำ) เกศษกรจะใช้ใช้สีแสดงสัญลักษณ์แทนแต่ละวันใน 1 สัปดาห์ และใช้รูปคนยืนนอนลุกจากเตียงเป็นสัญลักษณ์แทนเวลาเช้า รูปพระอาทิตย์เต็มดวงเป็นสัญลักษณ์แทนเวลากลางวัน รูปพระอาทิตย์ตกดินเป็นสัญลักษณ์แทนเวลาเย็น และรูปคนนอนบนเตียงมีรูปพระจันทร์และดวงดาว แทนสัญลักษณ์เวลาก่อนนอนตอนกลางคืน ซึ่งจะช่วยอำนวยความสะดวกให้กับผู้ป่วยในการหยิบยาขณะที่ผู้ป่วยเริ่มใช้ภาชนะบรรจุยาแต่ละหน่วยการใช้แล้ว

ในการศึกษานี้ผู้ป่วยได้รับยาเฉลี่ย 4.9 รายการ (จำนวนสูงสุด 8 รายการ และต่ำสุด 2 รายการ) ส่วนใหญ่ได้รับยาจำนวน 2-4 รายการ มีจำนวน 20 ราย (ร้อยละ 44.4) ผู้ป่วยรับประทานยาเฉลี่ยวันละ 3.4 ครั้ง (จำนวนสูงสุดคือ 6 ครั้ง/วัน และต่ำสุดคือ 1 ครั้ง/วัน) ปริมาณยาเฉลี่ยที่รับประทานต่อวัน คือ 6.5 เม็ด (สูงสุด คือ 13.5 เม็ด/วัน และ ต่ำสุด คือ 1 เม็ด/วัน; ผู้ป่วยได้รับยา 2 รายการ รับประทานยารายการละ ครั้งเม็ด รวมรับประทานยา 1 เม็ดต่อวัน) เนื่องจากในการศึกษานี้

ผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยของปริมาณยาที่ต้องรับประทานต่อวัน คือ 6.5 เม็ด ดังนั้นจึงแบ่งผู้ป่วยออกเป็น 2 กลุ่ม โดยใช้เกณฑ์ค่าเฉลี่ยของปริมาณยาที่ต้องรับประทานต่อวัน คือ ผู้ป่วยกลุ่มที่รับประทานยา 1-7 เม็ด/วัน และกลุ่มที่รับประทานยามากกว่า 7 เม็ด/วัน พบว่าส่วนใหญ่รับประทานยาจำนวน 1-7 เม็ด/วัน มีจำนวน 29 ราย (ร้อยละ 64.4) สำหรับการศึกษาในต่างประเทศได้ศึกษาข้อมูลพื้นฐานดังกล่าวเช่นเดียวกัน แต่ไม่ได้ศึกษาถึงจำนวนครั้งที่ผู้ป่วยต้องรับประทานยาต่อวัน (Gabriel *et al.*, 1977; Ware *et al.*, 1991) การศึกษาบางการศึกษาในต่างประเทศ ทำการศึกษาในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาเฉลี่ยจำนวน 3.6 - 4.6 รายการ ปริมาณยาเฉลี่ยที่ผู้ป่วยต้องรับประทานต่อวัน คือ 7.7 - 8.0 เม็ด (Gabriel *et al.*, 1977; Ware *et al.*, 1991) ซึ่งความถี่ของการรับประทานยาต่อวัน และปริมาณยาที่ต้องรับประทานต่อวัน มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย (Lentile *et al.*, 2004)

สำหรับการศึกษาครั้งนี้ การที่ค่าความร่วมมือพื้นฐานในการรับประทานยาของผู้ป่วยเมื่อพิจารณาตามลักษณะประชากร มีค่าไม่แตกต่างกัน ไม่ว่าจะเป็นพิจารณาจากปัจจัยใดก็ตามทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้ป่วยในการศึกษานี้มีจำนวน 45 ราย เมื่อแบ่งผู้ป่วยตามลักษณะประชากรต่างๆแล้วจึงทำให้มีจำนวนผู้ป่วยในแต่ละกลุ่มน้อย ดังนั้นเมื่อใช้สถิติทดสอบจึงมีกำลังไม่พอที่จะทำให้เห็นความแตกต่างของค่าความร่วมมือในการรับประทานยาพื้นฐานของผู้ป่วยในแต่ละลักษณะประชากร

สำหรับในการศึกษานี้ค่าความร่วมมือในการรับประทานยาพื้นฐานต่ำสุดอยู่ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีผู้อื่นจัดยาให้ ซึ่งมีค่าเฉลี่ยเป็นร้อยละ 75.4 เมื่อเปรียบเทียบกับค่าความร่วมมือพื้นฐานในการรับประทานยาของการศึกษาบางการศึกษาที่ทำในต่างประเทศ ซึ่งมีค่าเฉลี่ยร้อยละ 65.8 - 66.0 (Gabriel *et al.*, 1977; Ware *et al.*, 1991) การที่ค่าเฉลี่ยความร่วมมือในการรับประทานยาพื้นฐานในการศึกษานี้มีค่าสูงกว่าการศึกษาที่ทำในต่างประเทศ อาจเป็นเพราะในการศึกษานี้ผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยในการเป็นโรคความดันโลหิตสูงมานาน 6.7 ปี ก่อนหน้าที่ผู้ป่วยจะถูกคัดกรองเข้าสู่การศึกษา ผู้ป่วยมีโอกาสดูแลรับคำแนะนำเรื่องการใช้ยาและความสำคัญในการใช้ยารักษาโรคจากบุคลากรการแพทย์มาก่อน จึงมีส่วนทำให้ค่าเฉลี่ยความร่วมมือพื้นฐานในการรับประทานยาของผู้ป่วยในการศึกษานี้มีค่าสูงกว่าการศึกษาบางการศึกษาในต่างประเทศ

ในการศึกษานี้ รูปแบบการประเมินความร่วมมือในการรับประทานยามี 2 วิธี คือ ประเมินโดยวิธีการนับเม็ดยา และอีกวิธีคือ การประเมินจากตารางบันทึกการรับประทานยาของผู้ป่วย ที่ต้องใช้วิธีประเมินทั้งสองวิธีร่วมกันเนื่องจากไม่มีวิธีการไหนเพียงวิธีการเดียวที่จะใช้ประเมินความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องและแม่นยำ แต่ละวิธีมีข้อเด่นและข้อด้อยแตกต่างกันไป ข้อดีคือทั้งสองวิธีมีความสะดวกในการปฏิบัติ แต่การประเมินโดยวิธีนับเม็ดยามีข้อด้อยคือ ผลการประเมินอาจมีค่าสูงกว่าความเป็นจริงเพราะผู้ป่วยอาจนำเม็ดยาที่เหลือทิ้ง

ไปก่อนที่จะกลับมาได้รับการรักษาใหม่อีกครั้ง และการประเมินด้วยวิธีการนี้ไม่สามารถทราบได้ว่าผู้ป่วยรับประทานยาผิดเวลาหรือไม่ และไม่สามารถใช้ได้กับยาที่ต้องใช้เมื่อมีอาการ ส่วนการประเมินด้วยวิธีตรวจสอบจากตารางบันทึกการรับประทานยา (self - report) ข้อเสียคือผลการประเมินอาจมีค่าสูงกว่าความเป็นจริงเพราะผู้ป่วยสามารถที่จะทำเครื่องหมายบนตารางเมื่อไหร่ก็ได้ โดยที่ไม่ได้รับประทานยาตามนั้นจริง แต่วิธีการประเมินจากตารางบันทึกการรับประทานยามีข้อดีคือ สามารถใช้ตรวจสอบกับยาทุกประเภทที่ผู้ป่วยใช้ ซึ่งในการศึกษานี้ค่าความร่วมมือในการรับประทานยาเมื่อประเมินจากตารางบันทึกการรับประทานยามีแนวโน้มสูงกว่าจากการประเมินโดยวิธีการนับเม็ดยา ซึ่งอาจเป็นไปได้ว่าผู้ป่วยทำเครื่องหมายบนตารางแต่ไม่ได้รับประทานยานั้นจริง หรือผู้ป่วยรับประทานยานั้นจริงแต่ไม่ได้ทำเครื่องหมายลงบนตาราง และย้อนกลับมาทำเครื่องหมายบนตารางภายหลัง ซึ่งอาจทำให้ไม่สามารถจำมือที่รับประทานยาไปแล้วได้ จึงมีโอกาที่จะทำเครื่องหมายบนตารางการรับประทานยาเกินจริง สำหรับในการศึกษานี้ ผู้ป่วยที่ไม่สามารถอ่านหนังสือได้ เกศขจรจะใช้สีแสดงสัญลักษณ์แทนแต่ละวันใน 1 สัปดาห์ และใช้รูปคนตื่นนอนลุกจากเตียงเป็นสัญลักษณ์แทนเวลาเช้า รูปพระอาทิตย์เต็มดวงเป็นสัญลักษณ์แทนเวลากลางวัน รูปพระอาทิตย์ตกดินเป็นสัญลักษณ์แทนเวลาเย็น และรูปคนนอนบนเตียงมีรูปพระจันทร์และดวงดาว แทนสัญลักษณ์เวลาก่อนนอนตอนกลางคืน ซึ่งจะช่วยแก้ปัญหาการไม่สามารถทำเครื่องหมายลงในตารางบันทึกการรับประทานยาในแต่ละเวลาที่ผู้ป่วยต้องรับประทานยา

จากผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยมีความร่วมมือในการรับประทานยาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทั้ง 3 เดือน ภายหลังใช้ภาชนะบรรจุยาแต่ละหน่วยการใช้เมื่อเทียบกับการใช้ภาชนะบรรจุยาแบบดั้งเดิม จากการตรวจสอบความร่วมมือในการรับประทานยาทั้ง 2 วิธี คือ ประเมินโดยวิธีการนับเม็ดยา และประเมินโดยตรวจสอบจากตารางบันทึกการรับประทานยา ($p < 0.001$) ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะภาชนะบรรจุยาแต่ละหน่วยการใช้ช่วยให้ผู้ป่วยมีความสะดวกในการบริหารยา การศึกษานี้ถึงแม้ว่าความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยเมื่อเปรียบเทียบระหว่างเดือนที่ติดตามผู้ป่วยครั้งที่ 1, 2 และ 3 จะไม่ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญก็ตาม แต่ค่าเฉลี่ยความร่วมมือในการรับประทานยายังคงสูงกว่าค่าเฉลี่ยพื้นฐานตลอดการศึกษา แสดงให้เห็นว่าภาชนะบรรจุยาแต่ละหน่วยการใช้สามารถช่วยรักษาระดับความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยไว้ได้ ผลจากการศึกษานี้มีผลการวิจัยเป็นไปในแนวทางเดียวกับการศึกษาของ Ware และคณะ (1991) ที่ศึกษาผลการใช้ภาชนะบรรจุยาแบบ calendar packaging ต่ออัตราความสำเร็จในการบริหารยาด้วยตัวเองภายหลังผู้ป่วยได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลแล้ว และติดตามผู้ป่วยเป็นระยะเวลา 3 เดือน ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ใช้ calendar packaging มีอัตราความสำเร็จในการบริหารยาด้วยตัวเองดีกว่าตลอดการศึกษา

การที่ค่าความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยหลังจากการใช้ภชนะบรรจยาแต่ละหน่วยการใช้ในเดือนที่ติดตามผู้ป่วยครั้งที่ 1, 2 และ 3 ไม่ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ อาจเป็นเพราะผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ว่าในแต่ละครั้งที่มาติดตามผลการรักษาจะมีการประเมินความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยจึงทำให้ผู้ป่วยเกิดการตื่นตัวในการรับประทานยาตลอดระยะเวลาที่ดำเนินการศึกษานี้ และจากการที่ค่าความร่วมมือพื้นฐานในการรับประทานยาของผู้ป่วยมีค่าค่อนข้างสูงอยู่แล้ว (ค่าความร่วมมือพื้นฐานในการรับประทานยาค่ำสุดอยู่ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีผู้อื่นจัดยาให้ ซึ่งมีค่าเฉลี่ยเป็นร้อยละ 75.4) การใช้ภชนะบรรจยาแต่ละหน่วยการใช้อาจทำให้ผู้ป่วยมีความสะดวกในการบริหารยามากขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถรักษาระดับความร่วมมือในการรับประทานยาได้ จึงทำให้ค่าเฉลี่ยความร่วมมือในการรับประทานยาหลังจากใช้ภชนะบรรจยาแต่ละหน่วยการใช้เดือนที่ 1, 2 และ 3 มีค่าไม่แตกต่างกัน ซึ่งเป็นผลดี เพราะแสดงว่าภชนะบรรจยาแต่ละหน่วยการใช้ ที่ใช้ในการศึกษานี้ทำให้ค่าความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยดีขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนใช้ภชนะบรรจยาแต่ละหน่วยการใช้ และยังช่วยให้ผู้ป่วยสามารถรักษาระดับความร่วมมือในการรับประทานยาไว้ได้ตลอดเวลาอย่างน้อยที่ทำการติดตามผู้ป่วย 3 เดือน ที่ทำการศึกษา

เมื่อพิจารณาถึงผลของการใช้ภชนะบรรจยาแต่ละหน่วยการใช้ต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยที่จำแนกเป็นกลุ่มย่อยตามลักษณะประชากร ได้แก่ เพศ อายุ ระยะเวลาที่ผู้ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง โรคที่ผู้ป่วยเป็นร่วม ความสามารถในการจัดยาของผู้ป่วย ความสามารถในการอ่าน ความสามารถในการมองเห็น จำนวนรายการยาที่ผู้ป่วยได้รับ ความถี่ในการรับประทานยาของผู้ป่วยต่อวัน และปริมาณยาที่ผู้ป่วยต้องรับประทานต่อวัน พบว่าหลังจากที่ผู้ป่วยใช้ภชนะบรรจยาแต่ละหน่วยการใช้ ค่าความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยเมื่อติดตามผู้ป่วยในเดือนที่ 1, 2 และ 3 มีค่าสูงกว่าค่าความร่วมมือพื้นฐานในการรับประทานยาของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญ แสดงว่าภชนะบรรจยาแต่ละหน่วยการใช้ช่วยให้ผู้ป่วยมีความสะดวกในการบริหารยา และเป็นเครื่องมือช่วยเตือนไม่ให้ผู้ป่วยลืมรับประทานยาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

เมื่อพิจารณาปัจจัยด้านอายุต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย ในการศึกษาผู้ป่วยถูกแบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มแรกผู้ป่วยมีอายุระหว่าง 50-60 ปี กลุ่มที่สองผู้ป่วยมีอายุระหว่าง 61-70 ปี และกลุ่มที่สามผู้ป่วยมีอายุระหว่าง 71-80 ปี จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยกลุ่มที่สองซึ่งมีอายุระหว่าง 61-70 ปี มีแนวโน้มของความร่วมมือในการรับประทานยาสูงกว่าผู้ป่วยอีก 2 กลุ่ม ตลอดระยะเวลาที่ทำการติดตามผู้ป่วย ที่เป็นเช่นนี้อาจเป็นเพราะผู้ป่วยกลุ่มอายุ 50-60 ปี ให้สัมภาษณ์ว่ายังคงมีกิจกรรมประจำวันต่างๆที่ต้องทำในแต่ละวันอยู่ ทำให้การตระหนักถึงความสำคัญในการรับประทานยาน้อยกว่าความใส่ใจในกิจวัตรหรือกิจกรรมต่างๆที่ทำในแต่ละวัน ซึ่งอาจส่งผลให้ผู้ป่วยมีค่าความร่วมมือในการรับประทานยาค่ำกว่าผู้ป่วยกลุ่มอายุ 61-70 ปี ที่กิจวัตรหรือกิจกรรมต่างๆที่ต้องทำใน

แต่ละวันลดลง จึงมีเวลามากขึ้นที่จะใส่ใจและตระหนักถึงความสำคัญในการใช้ยามากขึ้นกว่าผู้ป่วยกลุ่มอายุอื่น ส่วนการที่ผู้ป่วยกลุ่มอายุ 71-80 ปี มีแนวโน้มของการให้ความร่วมมือในการรับประทานยาต่ำกว่าผู้ป่วยกลุ่มอายุ 61-70 ปี อาจเนื่องมาจากการที่ผู้ป่วยกลุ่มนี้ถึงแม้จะไม่ค่อยมีกิจกรรมที่ต้องทำในแต่ละวันมากนัก และดูเหมือนมีเวลาที่จะใส่ใจด้านสุขภาพมากกว่าผู้ป่วยกลุ่มอายุอื่น แต่ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีปัจจัยอื่นที่มีผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยนอกเหนือไปจากความสามารถในการจำที่ลดลงแล้ว ยังมีปัญหาเรื่องสภาพการทำงานของอวัยวะต่างๆ ที่เสื่อมลง เช่น เคลื่อนไหวไม่สะดวก สายตาเห็นไม่ชัด จนอาจต้องให้ผู้อื่นช่วยจัดยาให้ และในการศึกษานี้ กลุ่มผู้ป่วยที่อายุ 71-80 ปี มีจำนวน 10 ราย มีผู้ป่วย จำนวน 6 ราย ที่ไม่สามารถจัดยาเองได้ ต้องให้ผู้อื่นจัดยาให้ แต่ความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกลุ่มนี้มีแนวโน้มต่ำกว่าค่าความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกลุ่มอายุ 61-70 ปี แสดงว่านอกเหนือไปจากความสามารถในการจำที่ลดลง สภาพการทำงานของอวัยวะต่างๆ ของผู้ป่วยที่เสื่อมลงแล้ว ผู้ที่มีหน้าที่จัดยาให้ยังมีปัญหาการไม่ให้ความร่วมมือในการรับประทานยาด้วย ผลการศึกษานี้เป็นไปในแนวทางเดียวกันกับการศึกษาของ Morrell และคณะ (1997) ที่ทำการศึกษาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง รายงานว่าผู้ป่วยกลุ่มที่เป็นผู้ป่วยสูงอายุมาก (อายุมากกว่า 75 ปี) และกลุ่มผู้ป่วยอายุปานกลาง (อายุระหว่าง 55-64 ปี) เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาเรื่องการไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยามาก ในขณะที่กลุ่มผู้ป่วยสูงอายุระดับต้น (อายุระหว่าง 65-74 ปี) มีความร่วมมือในการใช้ยาสูงกว่าผู้ป่วยในสองกลุ่มแรก

การศึกษานี้ เมื่อพิจารณาปัจจัยเรื่องจำนวนรายการยาที่ได้รับ ความถี่ของการรับประทานยาต่อวัน และปริมาณยาที่ต้องรับประทานต่อวัน พบว่าภายหลังจากใช้ภานะบรรจยาแต่ละหน่วยการใช้ ค่าความร่วมมือในการรับประทานยาเมื่อติดตามผู้ป่วยเดือนที่ 1, 2 และ 3 แตกต่างจากค่าพื้นฐานอย่างมีนัยสำคัญ ผู้ป่วยที่ได้รายการยาจำนวน 7-8 รายการ จะมีแนวโน้มของความร่วมมือในการรับประทานยาสูงกว่าผู้ป่วยในกลุ่มที่ได้รับยาจำนวน 2-4 รายการ และ 5-6 รายการ เมื่อพิจารณาปัจจัยด้านความถี่ (จำนวนครั้ง) ของการรับประทานยาต่อวัน พบว่าผู้ป่วยกลุ่มที่รับประทานยา 3-4 ครั้ง ต่อวัน และ 5-6 ครั้ง ต่อวัน มีแนวโน้มของความร่วมมือในการรับประทานยาสูงกว่าผู้ป่วยกลุ่มที่รับประทานยาจำนวน 1-2 ครั้ง ต่อวัน และปัจจัยทางด้านปริมาณยาที่ต้องรับประทานต่อวัน ก็ให้ผลการศึกษาที่เป็นไปในแนวทางเดียวกันคือ ผู้ป่วยกลุ่มที่ต้องรับประทานยาจำนวนมากกว่า 7 เม็ด ต่อวัน มีแนวโน้มของค่าความร่วมมือในการรับประทานยาสูงกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ต้องรับประทานยาจำนวน 1-7 เม็ด ต่อวัน ซึ่งผลการศึกษาครั้งนี้ไม่ได้เป็นไปในแนวทางเดียวกับที่ Lentile และคณะ (2004) รายงานไว้ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะ การที่ผู้ป่วยได้รับยาจำนวนหลายรายการ การรับประทานยาหลายครั้งต่อวัน และการรับประทานยาปริมาณมากต่อ วัน

แสดงให้เห็นถึงภาวะความรุนแรงของการเจ็บป่วย และส่งผลให้ผู้ป่วยมีความตระหนักถึงสภาวะโรคที่ผู้ป่วยเป็นเพิ่มขึ้นได้ร่วมกับการใช้ภษณะบรรจยาแต่ละหน่วยการใช้ ทำให้ผู้ป่วยมีความสะดวกในการบริหารยา คือไม่ต้องหยิบยาที่ละรายการตามเวลาที่ต้องรับประทานยาในแต่ละครั้ง จากภษณะบรรจยาแบบดั้งเดิม จึงเป็นปัจจัยที่ช่วยส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วย

ปัจจัยด้านจำนวนรายการยาที่ผู้ป่วยได้รับ ความถี่ของการรับประทานยาต่อวัน และปริมาณยาทั้งหมดที่ต้องรับประทานต่อวัน ปัจจัยทั้ง 3 มีผลต่อความซับซ้อนของรูปแบบการบริหารยาของผู้ป่วย ซึ่งจากการศึกษาในครั้งนี้พบว่าการใช้ภษณะบรรจยาแต่ละหน่วยการใช้มีผลทำให้ค่าความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยต่างจากค่าความร่วมมือในการรับประทานยาพื้นฐานของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญ ตลอดระยะเวลาที่ติดตามผู้ป่วยจำนวน 3 ครั้ง ดังนั้นภษณะบรรจยาแต่ละหน่วยการใช้จึงสามารถใช้ได้ผลดีกับผู้ป่วยที่มีปัญหาความร่วมมือในการรับประทานยาที่มีสาเหตุจากความซับซ้อนของรูปแบบในการบริหารยา และจากการศึกษายังพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับยาที่มีรูปแบบการบริหารยาที่ซับซ้อนน้อย (ได้รับยาจำนวน 2-4 รายการ และมีความถี่ในการรับประทานยา 1-2 ครั้งต่อวัน) มีค่าความร่วมมือในการรับประทานยาสูงกว่าค่าความร่วมมือในการรับประทานยาพื้นฐานของผู้ป่วย ตั้งแต่เริ่มใช้ภษณะบรรจยาแต่ละหน่วยการใช้ในเดือนแรก แสดงว่าการใช้ภษณะบรรจยาแต่ละหน่วยการใช้ช่วยทำให้ผู้ป่วยที่มีรูปแบบการบริหารยาที่ไม่ซับซ้อน มีความสะดวกในการบริหารยาดูแลเช่นกัน และยังเป็นเครื่องมือช่วยเตือนความจำให้ผู้ป่วยรับประทานยาตามเวลาที่แพทย์สั่ง

ผลของภษณะบรรจยาแต่ละหน่วยการใช้ต่อความดันโลหิตของผู้ป่วย จากการศึกษาพบว่า ค่าความดันโลหิตช่วงหัวใจบีบของผู้ป่วยภายหลังการใช้ภษณะบรรจยาแต่ละหน่วยการใช้ มีค่าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบกับการใช้ภษณะบรรจยาแบบดั้งเดิม ($p < 0.001$) แม้ว่าการที่ความดันโลหิตของผู้ป่วยลดลงน่าจะเป็นผลมาจากค่าความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้น ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่ ร้อยละ 86.7 ไม่ได้มีการเปลี่ยนแปลงรูปแบบยาที่ใช้ในการรักษาโรคความดันโลหิต แต่ก็มีผู้ป่วยจำนวน 6 ราย ที่มีการเปลี่ยนแปลงรูปแบบยาที่ใช้ในการรักษา ดังนั้นการเปลี่ยนแปลงของค่าความดันโลหิตส่วนหนึ่ง อาจเป็นผลจากการเปลี่ยนแปลงรูปแบบยาที่ใช้ ในการลดความดันโลหิต ส่วนค่าความดันโลหิตช่วงหัวใจคลายของผู้ป่วยนั้นถึงแม้จะมีค่าไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ($p = 0.185$) แต่ก็มีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตช่วงหัวใจคลายต่ำกว่าค่าความดันโลหิตช่วงหัวใจคลายพื้นฐานของผู้ป่วย ทุกเดือนตลอดระยะเวลาที่ติดตามผู้ป่วยจำนวน 3 ครั้ง การที่ก่อนและหลังใช้ภษณะบรรจยาแต่ละหน่วยการใช้ ค่าความดันโลหิตช่วงหัวใจคลายของผู้ป่วยไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ เพราะยังมีปัจจัยอื่นที่อาจส่งผลต่อค่าความดันโลหิตของผู้ป่วยด้วย เช่น ชนิดของยาที่ผู้ป่วยได้รับ รวมถึงวิธีการควบคุมความดัน

โลหิตของผู้ป่วยโดยไม่ใช้ยา เช่น การควบคุมอาหาร และ การออกกำลังกาย ตลอดจนภาวะอารมณ์ของผู้ป่วยล้วนแต่มีต่อความดันโลหิตของผู้ป่วยได้เช่นกัน ซึ่งไม่ได้ทำการศึกษาในการศึกษานี้

การศึกษานี้เป็นการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงซึ่ง JNC 7 ได้รายงานว่าความเสี่ยงต่อการเกิดโรคระบบหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องและสัมพันธ์โดยตรงกับตัวเลขของความดันโลหิตที่เพิ่มขึ้น ค่าความดันโลหิตช่วงหัวใจบีบมีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคทางระบบหัวใจและหลอดเลือดที่ชัดเจนกว่าความดันโลหิตช่วงหัวใจคลาย และแนะนำให้ใช้ความดันโลหิตช่วงหัวใจบีบเป็นเป้าหมายในการรักษา เพราะเมื่อความดันโลหิตช่วงหัวใจบีบลดลงได้ถึงเป้าหมาย ค่าความดันโลหิตช่วงหัวใจคลายก็จะอยู่ในช่วงเป้าหมายด้วยเช่นกัน ในการศึกษานี้มีจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 45 ราย ซึ่งมีจำนวน 19 ราย ที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานหรือโรคไตวายเรื้อรังร่วมด้วย ผู้ป่วยกลุ่มนี้ค่าความดันโลหิตเป้าหมายตาม JNC 7 คือต่ำกว่า 130 / 80 มิลลิเมตรปรอท จากการศึกษาครั้งนี้ก่อนใช้ภาชนะบรรจุยาแต่ละหน่วยการใช้ มีผู้ป่วยควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ที่ค่าเป้าหมายได้ 3 ราย (ร้อยละ 15.8) ภายหลังจากใช้ภาชนะบรรจุยาแต่ละหน่วยการใช้และติดตามผู้ป่วยเป็นเวลา 3 เดือน พบว่า จำนวนผู้ป่วยที่ยังคงรักษาระดับความดันโลหิตให้อยู่ที่ค่าเป้าหมายได้ คือ ต่ำกว่า 130 / 80 มิลลิเมตรปรอท มีจำนวนผู้ป่วยไม่ลดลง ส่วนในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทั่วไปที่ไม่เป็นโรคเบาหวานหรือโรคไตวายเรื้อรังร่วมด้วย JNC 7 ระบุค่าความดันโลหิตเป้าหมาย คือ ต่ำกว่า 140 / 90 มิลลิเมตรปรอท ซึ่งจากการศึกษานี้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีจำนวน 26 ราย ก่อนใช้ภาชนะบรรจุยาแต่ละหน่วยการใช้ มีผู้ป่วยที่ควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ที่ค่าเป้าหมายได้ มีจำนวน 8 ราย (ร้อยละ 30.8) ภายหลังจากใช้ภาชนะบรรจุยาแต่ละหน่วยการใช้และติดตามผู้ป่วย 3 เดือน พบว่าจำนวนผู้ป่วยที่ควบคุมค่าความดันโลหิตได้ตามเป้าหมายมีจำนวนมากกว่าก่อนใช้ภาชนะบรรจุยาแต่ละหน่วยการใช้ทุกเดือน แสดงว่าการใช้ภาชนะบรรจุยาแต่ละหน่วยการใช้ ช่วยให้ผู้ป่วยจำนวนดังกล่าวทั้งสองกลุ่ม รักษาระดับความดันโลหิตให้อยู่ในค่าเป้าหมายได้

สำหรับสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถรับประทานยาได้ตามแพทย์สั่งนั้น ก่อนการใช้ภาชนะบรรจุยาแต่ละหน่วยการใช้ ผู้ป่วยทั้ง 45 ราย ได้ระบุสาเหตุจำนวนทั้งสิ้น 97 ครั้ง แต่เมื่อผู้ป่วยใช้ภาชนะบรรจุยาแต่ละหน่วยการใช้พบว่าการระบุสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถรับประทานยาได้ตามแพทย์สั่งมีจำนวนลดลงเหลือ 87 ครั้ง โดยสาเหตุที่ลดลง 3 อันดับแรกเป็นดังนี้ อันดับที่ 1 ลดปัญหาที่เกิดจากการที่ผู้ป่วยได้รับจำนวนยาหลายรายการ อันดับที่สองคือลดปัญหาที่เกิดจากการที่ผู้ป่วยมีความสับสนเนื่องจากต้องรับประทานยาหลายเวลาต่อวัน และอันดับที่สามคือลดปัญหาที่เกิดจากเวลาในการรับประทานยาไม่สัมพันธ์กับชีวิตประจำวัน การที่ภาชนะบรรจุยาแต่ละหน่วยการใช้ช่วยลดปัญหาที่เกิดจากการที่ผู้ป่วยได้รับยาจำนวนหลายรายการและปัญหาความสับสนเนื่องจากต้องรับประทานยาจำนวนหลายครั้งต่อวัน ได้นั้นเป็นเพราะหลักการ

ของภาชนะบรรจุยาแต่ละหน่วยการใช้ที่บรรจุรายการยาและปริมาณยาทั้งหมดที่ผู้ป่วยต้องรับประทานในแต่ละเวลารวมไว้ในภาชนะบรรจุเดียวกัน ซึ่งอนุมาณได้เหมือนกับการที่ผู้ป่วยรับประทานยา 1 เม็ด ในแต่ละเวลาที่ต้องใช้ยา จึงทำให้ลดความซับซ้อนของการบริหารยาของผู้ป่วย ส่วนการที่ภาชนะบรรจุยาแต่ละหน่วยการใช้ลดปัญหาที่เกิดจากเวลาในการรับประทานยาไม่สัมพันธ์กับชีวิตประจำวันได้นั้น เป็นเพราะภาชนะบรรจุยาแต่ละหน่วยการใช้นอกจากจะช่วยให้ผู้ที่มีความสะดวกในการบริหารยาแล้วยังช่วยเป็นเครื่องมือเตือนให้ผู้ป่วยรับประทานยาเมื่อถึงเวลาตามที่แพทย์สั่งเนื่องจากมีขนาดใหญ่กว่าภาชนะบรรจุยาแบบดั้งเดิม ส่วนสาเหตุอื่นๆที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถรับประทานยาได้ตามแพทย์สั่งและภาชนะบรรจุยาแต่ละหน่วยการใช้ไม่มีผลทำให้ปัญหาเหล่านี้ลดลงต่างไปจากการที่ผู้ป่วยรับประทานยาซึ่งบรรจุในภาชนะบรรจุยาแบบดั้งเดิมคือ ปัญหาในเรื่องภาชนะบรรจุยามีขนาดไม่เหมาะสมในการพกพา ปัญหาการลืม ปัญหาความยากลำบากในการเดินทางมาโรงพยาบาล ปัญหาความยากลำบากในการเคลื่อนไหวแขน ขา และปัญหาสายตาไม่ดีเห็นไม่ชัด โดยเฉพาะปัญหาการลืมซึ่งเป็นปัญหาที่ผู้ป่วยระบุมากเป็นอันดับหนึ่ง ทั้งก่อนและหลังจากใช้ภาชนะบรรจุยาแต่ละหน่วยการใช้ อาจเป็นเพราะอายุที่มากขึ้นส่งผลทำให้ความสามารถในการจำมีแนวโน้มลดลง การนำภาชนะบรรจุยาวางไว้ในบริเวณที่ผู้ป่วยเห็นชัด เช่น ใกล้โต๊ะรับประทานอาหาร หรือใกล้ตู้เย็น น่าจะช่วยลดปัญหาการลืมได้ สำหรับภาชนะบรรจุยาแต่ละหน่วยการใช้ในการศึกษานี้ได้บรรจุลงในแฟ้มพลาสติกขนาดกว้าง 9 นิ้ว ยาว 12 นิ้ว ซึ่งมีขนาดค่อนข้างใหญ่จึงทำให้ไม่สะดวกต่อการพกพา ส่วนปัญหาที่เกิดจากความยากลำบากในการหยิบยาจากภาชนะบรรจุยาแต่ละหน่วยการใช้นั้นเกิดจากการที่ผู้ป่วยต้องรับประทานยาก่อนและหลังอาหารที่เวลาเดียวกัน ซึ่งการบรรจุยาจะบรรจุแยกของกันแต่ได้จัดวางซ้อนกันไว้ในตำแหน่งเดียวกันตามมื้ออาหารของผู้ป่วยจึงส่งผลให้ผู้ที่มีความลำบากในการหยิบยา

การศึกษานี้มีข้อจำกัดคือ เป็นการศึกษาแบบกลุ่มเดียวและวัดผลก่อนหลัง (One Group Pretest Posttest Design) จึงไม่มีกลุ่มเปรียบเทียบและไม่มีการสุ่มตัวอย่าง ทำให้ไม่สามารถตรวจความตรงภายในได้ เพราะการที่ผู้ป่วยมาพบเภสัชกรทุกเดือนที่มาติดตามผลการรักษา อาจทำให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการรับประทานยาดีขึ้น

ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาเรื่องภาชนะบรรจุยาแต่ละหน่วยการใช้ต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยในอนาคตคือ การศึกษาเรื่องความคงตัวของยาในภาชนะบรรจุยาแต่ละหน่วยการใช้ เนื่องจากปัจจุบันยังไม่มีการศึกษาใดที่ศึกษาเกี่ยวกับประเด็นนี้ การปรับปรุงรูปแบบภาชนะและขนาดให้มีความสะดวกในการพกพามากขึ้น ระยะเวลาที่ใช้ในการบรรจุยาลงในภาชนะบรรจุยาแต่ละหน่วยการใช้เนื่องจากการศึกษานี้ระยะเวลาที่ใช้ในการบรรจุยาใช้เวลาไม่ต่ำกว่า 30 นาทีต่อการจัดยาให้ผู้ป่วย 1 ราย ซึ่งหากมีผู้ป่วยมารับบริการจำนวนหลายรายในเวลา

ใกล้เคียงกัน อาจทำให้เกษตรกรไม่สามารถให้บริการแก่ผู้ป่วยได้ทัน สำหรับในประเทศไทยยังไม่มี
เครื่องบรรจยาแต่ละหน่วยการใช้แบบอัตโนมัติ วิธีการหนึ่งที่แก้ปัญหาคือผู้ป่วยต้องรอเกษตรกร
จัดยาให้อยู่ในรูปภาชนะบรรจยาแต่ละหน่วยการใช้ อาจทำโดยเกษตรกรสอนผู้ป่วยหรือผู้ดูแลให้
สามารถจัดเตรียมภาชนะบรรจยาแต่ละหน่วยการใช้ที่บ้านได้เอง ส่วนค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการใช้
ภาชนะบรรจยารูปแบบนี้ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบกับเชิงเศรษฐศาสตร์ด้วย

สรุปผลของการศึกษา

ผลของการศึกษานี้พบว่าภาชนะบรรจยาแต่ละหน่วยการใช้มีผลทำให้ความร่วมมือใน
การรับประทานยาของผู้ป่วยดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ตลอดระยะเวลาที่ทำการติดตามผู้ป่วยเป็นเวลา 3
เดือนเมื่อเทียบกับค่าความร่วมมือพื้นฐานในการรับประทานยาของผู้ป่วย ทั้งจากการประเมินความ
ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโดยวิธีการนับเม็ดยาและการประเมินจากตารางบันทึกการ
รับประทานยา นอกจากนี้ยังส่งผลให้ผู้ป่วยมีค่าความดันโลหิตช่วงหัวใจบีบลดลงอย่างมีนัยสำคัญ
ทั้ง 3 เดือน ส่วนความดันโลหิตช่วงหัวใจคลายนั้นมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญแต่มี
แนวโน้มลดลงทั้ง 3 เดือน เมื่อเปรียบเทียบกับค่าความดันโลหิตช่วงหัวใจคลายที่เป็นค่าพื้นฐาน
ของผู้ป่วย และยังช่วยลดสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถใช้ยาได้ตามแพทย์สั่งลงได้ โดยเฉพาะ
ปัญหาที่เกิดจากความสับสนเนื่องจากผู้ป่วยได้รับยาจำนวนหลายรายการและความสับสนที่ต้อง
รับประทานยาหลายเวลาต่อวัน แต่ข้อจำกัดของการใช้ภาชนะบรรจยาแต่ละหน่วยการใช้ คือ
ภาชนะมีขนาดใหญ่ทำให้ไม่สะดวกต่อการพกพาและต้องใช้เวลาในการบรรจยานาน

สรุปโดยรวมแล้วการใช้ภาชนะบรรจยาแต่ละหน่วยการใช้เป็นอีกวิธีการหนึ่ง ที่สามารถ
ใช้ร่วมกับวิธีการอื่น เพื่อช่วยเพิ่มความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยสูงอายุโรคความดัน
โลหิตสูงได้