

บทที่ 4

ผลการศึกษาและการอภิปรายผล

ผลการศึกษาแบ่งได้เป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ผลการศึกษาเชิงพรรณนา

- 1.1 ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง
- 1.2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับยา และ ปัจจัยอื่นๆ
- 1.3 ความเชื่อด้านสุขภาพ
- 1.4 ความร่วมมือในการรักษา
- 1.5 ผลลัพธ์ทางคลินิก

ส่วนที่ 2 ผลการศึกษากการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์

- 2.1 ความสัมพันธ์ระหว่างความร่วมมือในการรักษากับปัจจัยต่างๆและผลลัพธ์ทาง คลินิก
- 2.2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆและผลลัพธ์ทางคลินิก

ส่วนที่ 1 ผลการศึกษาเชิงพรรณนา

1.1 ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยโดย ยืนยันความถูกต้องและสอบถามเพิ่มเติมจากการสัมภาษณ์ ข้อมูลที่ได้จากเวชระเบียนผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ สิทธิการรักษา ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ ได้แก่ สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ประวัติการสูบบุหรี่ และประวัติโรคหลอดเลือดหัวใจของคนในครอบครัว ซึ่ง แม้ว่าสถานภาพการสมรสและอาชีพนั้นมีปรากฏในเวชระเบียนผู้ป่วย แต่เนื่องจากข้อมูลดังกล่าว ไม่เป็นปัจจุบันจึงมีความจำเป็นต้องสัมภาษณ์ร่วมด้วย

จากผลการศึกษา (ตารางที่ 4.1) ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับยาคุมสแตตินและเข้ามาติดตามการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสุรินทร์ จำนวน 180 ราย พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 71.7) มีอายุระหว่าง 60 - 91 ปี (อายุเฉลี่ย 68.5 ปี) ช่วงอายุที่พบมากที่สุดคืออยู่ในช่วง 60-65 ปี (ร้อยละ 40.0)

สิทธิการรักษาส่วนใหญ่เป็นสิทธิบัตรทองผู้สูงอายุ (ร้อยละ 62.8) ซึ่งอยู่ในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ตามระเบียบปฏิบัติการจ่ายยาในโรงพยาบาลสุรินทร์ ในสิทธิการรักษาผู้ป่วยจะได้รับการยกเว้นค่ายาในบัญชียาหลักแห่งชาติและยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ บางรายการ รองลงมาคือสิทธิสวัสดิการข้าราชการ (ร้อยละ 35.6) ในกลุ่มนี้มีสองลักษณะคือเบิกได้โดยใช้สิทธิสวัสดิการของตนเองหรือใช้สิทธิสวัสดิการของบุตร โดยมีทั้งชำระเงินแล้วนำไปเสร็จไปเบิกกับหน่วยราชการต้นสังกัดหรือกรณีที่ผู้ป่วยเข้าร่วมโครงการโรคเรื้อรังแล้วจะได้รับการยกเว้นค่ายาทั้งหมดทั้งในและนอกบัญชียาหลักแห่งชาติ

สถานภาพสมรสส่วนใหญ่เป็นสถานภาพคู่ (ร้อยละ 83.3) รองลงมาคือหม้าย (ร้อยละ 15.6) มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 65) โดยจบชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 ในระบบการศึกษาภาคบังคับแบบเดิมสามารถอ่านออก เขียนได้ ด้านการประกอบอาชีพพบว่าประกอบอาชีพเกษตรกรรมมากที่สุด (ร้อยละ 42.8) รองลงมาคือไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 41.1) มีรายได้ต่อเดือนอยู่ระหว่าง 1- 2,000 บาท (ร้อยละ 41.7) รองลงมาคือไม่มีรายได้ (ร้อยละ 37.8) จากการสอบถามเพิ่มเติมพบว่าแหล่งรายได้ส่วนใหญ่ได้มาจากบุตรหลาน กลุ่มที่ไม่มีรายได้นั้นโดยทั่วไปอาศัยอยู่กับครอบครัวของลูกหลานทำให้ไม่มีความจำเป็นที่จะต้องมียาได้เพื่อการดูแลตนเอง

ผลการสัมภาษณ์ประวัติการสูบบุหรี่ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ (ร้อยละ 95) ทั้งนี้อาจเป็นผลสืบเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ซึ่งโดยทั่วไปด้วยค่านิยมของชาวอีสาน ผู้หญิงที่สูบบุหรี่จะไม่เป็นที่ยอมรับในสังคม ผู้หญิงอีสานจึงสูบบุหรี่น้อยกว่าผู้ชาย ส่วนประวัติโรคหลอดเลือดหัวใจของคนในครอบครัว พบว่าไม่มีหรือไม่ทราบประวัติมากที่สุด (ร้อยละ 95.6) มีเพียงส่วนน้อยที่พบว่ามีประวัติของโรคหลอดเลือดหัวใจ (ร้อยละ 4.4) ซึ่งอาจเป็นผลมาจากการแพทย์ในอดีตที่ประชาชนยังไม่เข้าถึงบริการสุขภาพทำให้ไม่ทราบโรคประจำตัว และสาเหตุการตายที่แน่นอน

ลักษณะพื้นฐานด้านเพศ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน ประวัติการสูบบุหรี่และประวัติโรคหลอดเลือดหัวใจของคนในครอบครัวมีความสอดคล้องกับผลการศึกษาของ วสันต์ ศรีสุรินทร์ (2544) ที่ศึกษาภาวะไขมันผิดปกติในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และณัฐธิดา วรางกูร

(2550) ที่ศึกษาเปรียบเทียบความเหมาะสมในการใช้ยากลุ่มสเตตินในผู้ป่วยนอก โดยทั้งสองการศึกษาได้ศึกษา ในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลสุรินทร์ เช่นเดียวกัน

ตารางที่ 4.1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลพื้นฐาน

ข้อมูลพื้นฐาน	จำนวน (ร้อยละ)ของกลุ่มตัวอย่าง (N = 180)
เพศ	
ชาย	51 (28.3)
หญิง	129 (71.7)
อายุ	
60-65 ปี	72 (40.0)
66-70 ปี	49 (27.2)
71-75 ปี	31 (17.2)
76-80 ปี	19 (10.6)
80 ปีขึ้นไป	9 (5.0)
สิทธิการรักษา	
บัตรทอง (สูงอายุ)	113 (62.8)
สวัสดิการข้าราชการ	64 (35.6)
ผู้พิการ	2 (1.1)
ประกันสังคม	1 (0.6)
สถานภาพสมรส	
โสด	2 (1.1)
คู่	150 (83.3)
หม้าย	28 (15.6)
ระดับการศึกษา	
ไม่ได้รับการศึกษา	31 (17.2)
ประถมศึกษา	117 (65.0)
เทียบเท่ามัธยมศึกษาตอนต้น	9 (5.0)
เทียบเท่ามัธยมศึกษาตอนปลาย	20 (11.1)
อนุปริญญาหรือปริญญาตรี	3 (1.7)

ตารางที่ 4.1 (ต่อ) ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลพื้นฐาน

ข้อมูลพื้นฐาน	จำนวน (ร้อยละ)ของกลุ่มตัวอย่าง (N = 180)
อาชีพ	
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	74 (41.1)
เกษตรกร	77 (42.8)
ข้าราชการบำนาญ	25 (13.9)
ค้าขาย	4 (2.2)
รายได้ต่อเดือน	
ไม่มีรายได้	68 (37.8)
1-2,000 บาท	75 (41.7)
2,001-5,000 บาท	12 (6.7)
5,001-10,000 บาท	9 (5.0)
10,001-15,000 บาท	8 (4.4)
15,001-20,000 บาท	5 (2.8)
มากกว่า 20,000 บาท	3 (1.6)
ประวัติการสูบบุหรี่	
ไม่สูบบุหรี่	171 (95.0)
สูบบุหรี่	3 (1.7)
เคยสูบบุหรี่ในอดีต	6 (3.3)
ประวัติโรคหัวใจและหลอดเลือดของภรรยา	
ไม่มี/ไม่ทราบ	172 (95.6)
มี	8 (4.4)

1.2 ผลการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับยา และ ปัจจัยอื่นๆ

1.2.1 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับตัวผู้ป่วย (ตารางที่ 4.2) ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่ใช้ยาแอสเตตินส่วนใหญ่พบมีโรคร่วมอื่นนอกจากไขมันในเลือดสูงอยู่ด้วย มีเพียง 5 ราย (ร้อยละ 2.8) เท่านั้นที่เป็นไขมันในเลือดสูงเพียงอย่างเดียว โดยพบจำนวนชนิดของโรคร่วมมากที่สุดคือ 4 ชนิด จำนวนชนิดที่พบความถี่มากที่สุดคือ 2 ชนิด (ร้อยละ 47.8) รองลงมาคือ 1 ชนิด (ร้อยละ 42.2) และ 3

ชนิด (ร้อยละ 6.1) ตามลำดับ ข้อมูลในแง่ชนิดของโรคร่วมพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีเบาหวานเป็นโรคร่วมมากที่สุด (ร้อยละ 75.6) รองลงมาคือโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 52.2) และโรคหัวใจ (ร้อยละ 10) นอกจากนี้มีโรคอื่นๆที่พบร่วม เช่น เก๊าท์ หอบหืด ไต เป็นต้น ประเภทของโรคร่วมเหล่านี้มีความสัมพันธ์กับระดับความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดและเป้าหมายของการควบคุมค่า LDL-C ซึ่งเป็นตัวชี้วัดหลักของผลลัพธ์ทางคลินิกในการศึกษานี้

1.2.2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องยาของผู้ป่วย (ตารางที่ 4.3) การใช้ยาที่ต่อเนื่องกันเป็นเวลานานส่วนใหญ่เป็นยาที่ใช้กับโรคประจำตัวที่เป็นอยู่ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับจำนวนชนิดและประเภทของโรคร่วมดังได้กล่าวมาแล้ว ข้อมูลเกี่ยวกับการบริหารยาเป็นสิ่งที่บ่งบอกถึงภาระที่ผู้ป่วยต้องความรับผิดชอบในแต่ละวัน ซึ่งอาจมีผลต่อความร่วมมือในการรักษาและส่งผลกระทบต่อผลการรักษาในที่สุด

จำนวนขนานยาที่ใช้ในแต่ละวัน หมายถึงจำนวนขนานยาที่ผู้ป่วยต้องรับประทานเป็นประจำไม่นับรวมยาที่ได้รับเป็นครั้งคราว เช่น ยาแก้ปวดเมื่อย ยาแก้ไข้หวัด พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการใช้ยาตั้งแต่ 1-13 ขนานต่อวัน ค่าเฉลี่ย 4.7 ขนานต่อวัน จำนวนขนานที่มีความถี่มากที่สุดคือ 3 ขนานต่อวัน (ร้อยละ 25.0) รองลงมาคือ 4 ขนานต่อวัน (ร้อยละ 22.8) และ 5 ขนานต่อวัน (ร้อยละ 17.2) ตามลำดับ

ความถี่ของการบริหารยาต่อวัน หมายถึง จำนวนครั้งที่ผู้ป่วยรับประทานยาทั้งหมดในหนึ่งวัน ผู้ป่วยอาจมีความถี่ในการรับประทานได้ตั้งแต่ 1-3 ครั้งในแต่ละมื้อ คือ ก่อนอาหาร พร้อมอาหาร และหลังอาหาร ความถี่ของการบริหารยาต่อวันจึงสามารถบอกถึงความยุ่งยากในการบริหารยาได้ดีกว่าจำนวนมื้อที่ต้องรับประทานยาต่อวัน ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความถี่ของการบริหารยาต่อวันตั้งแต่ 1-9 ครั้ง ค่าเฉลี่ย 3.7 ครั้ง จำนวนความถี่ที่มีความถี่มากที่สุดคือ 4 ครั้งต่อวัน (ร้อยละ 27.8) รองลงมาคือ 3 ครั้งต่อวัน (ร้อยละ 26.1) และ 2 ครั้งต่อวัน (ร้อยละ 18.3) ตามลำดับ โดยผู้ป่วยที่มีความถี่ในการบริหารยาต่อวันตั้งแต่ 5 ครั้งขึ้นไปส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยเบาหวาน เนื่องจากยาเบาหวานนั้นมีทั้งแบบที่ให้ก่อนอาหาร พร้อมอาหาร และหลังอาหาร

ชนิดของยาสเตติน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการใช้ยาสเตติน 3 ชนิด คือ ซิมวาสเตติน ใช้มากที่สุด (ร้อยละ 82.2) รองลงมาคือ อะทอร์วาสเตติน (ร้อยละ 13.3) และ โรซูวาสเตติน (ร้อยละ 4.4) ตามลำดับ ขนาดยาที่พบใช้มากที่สุดคือ ครึ่งเม็ดต่อวัน ได้แก่ ซิมวาสเตติน 10 มก.ต่อวัน อะทอร์วาสเตติน 10 มก.ต่อวัน และ โรซูวาสเตติน 5 มก.ต่อวัน ซึ่งเหตุผลที่มีผู้ป่วยใช้ยาซิมวาสเตตินในการรักษาภาวะไขมันในเลือดสูงเป็นจำนวนมากที่สุดนั้นน่าจะเกี่ยวข้องกับสิทธิของการรักษาของผู้ป่วย โดยยาซิมวาสเตตินเป็นยาในบัญชียาหลักแห่งชาติและผลิตในประเทศ มี

ราคาถูก ใช้ได้กับทุกสิทธิการรักษา ในขณะที่ยาอะทอร์วาสแตตินเป็นยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ เช่นเดียวกันแต่มีราคาแพงกว่าประมาณ 30 เท่า และโรซิวาสแตตินเป็นยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ ดังนั้นจึงพบข้อจำกัดในการเข้าถึงยาของผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (สิทธิบัตรทองผู้สูงอายุและสิทธิผู้พิการ)

รูปแบบของการใช้ยาสแตตินในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการใช้ยาสแตตินในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดแบบปฐมภูมิ(ร้อยละ 92.2) คือมีการใช้ยาเพื่อป้องกันมิให้เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในกรณีที่ยังไม่เคยเกิดมากกว่า การป้องกันเพื่อมิให้เกิดซ้ำ มีความเกี่ยวเนื่องกับการประเมินปัจจัยที่เป็นความเสี่ยง ซึ่งผู้ป่วยทุกรายในการศึกษานี้เป็นผู้สูงอายุถือเป็นปัจจัยเสี่ยงอย่างหนึ่ง ดังนั้นเมื่อมีโรคร่วมโดยเฉพาะการพบโรคร่วมคือโรคเบาหวานเป็นส่วนใหญ่เพิ่มเข้ามาจึงทำให้มีโอกาสใช้ยาสแตตินเพื่อป้องกันการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดแบบปฐมภูมิมากกว่าการใช้ป้องกันแบบทุติยภูมิ

ระยะเวลาที่ใช้ยาสแตติน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการใช้ยาสแตตินตั้งแต่น้อยกว่า 6 เดือนถึงมากกว่า 5 ปี ช่วงระยะเวลาที่มีความถี่มากที่สุดคือ มากกว่า 6 เดือนถึง 1 ปี (ร้อยละ 42.2) รองลงมาคือ 1 ปีขึ้นไปถึง 2 ปี (ร้อยละ 32.2) และ 4 ปีขึ้นไปถึง 5 ปี (ร้อยละ 7.2) ตามลำดับ โดยการแบ่งช่วงเวลาในช่วงแรกนั้นจะมีความกว้างของอันตรภาคชั้นไม่เท่ากับช่วงหลังเนื่องจากต้องการแยกผู้ป่วยที่มีระยะเวลาใช้น้อยกว่า 6 เดือนและมากกว่า 6 เดือนให้ชัดเจน เพราะการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผู้ป่วยที่ใช้ยาสแตตินจะมีความต่อเนื่องในการรักษาลดลงตั้งแต่ 6 เดือนแรกของการรักษา (Joshua, 2002) ผลการศึกษาพบว่าความถี่ช่วงระยะเวลา 6 เดือนถึง 1 ปีมีมากที่สุดนั้น อาจเป็นผลมาจากประมาณ 7 เดือนก่อนเก็บข้อมูลมีการตรวจทางห้องปฏิบัติการแบบครบชุด (ประกอบด้วย ระดับน้ำตาลในเลือด การทำงานของไต การทำงานของตับ และไขมันในเลือด)ให้แก่ผู้ป่วยเบาหวาน ทำให้มีผู้ป่วยที่ต้องใช้ยาสแตตินเพิ่มขึ้น

1.2.3 ปัจจัยอื่นๆ ในแง่ปัจจัยอื่นๆที่ทำการศึกษาคือความสะดวกในการเดินทาง (ตารางที่ 4.4) ส่วนใหญ่มีความสะดวกในระดับปานกลาง คือเดินทางโดยรถโดยสารประจำทางและสามารถเดินทางมาเองได้ (ร้อยละ 66.1) มีเพียงบางส่วนที่สะดวกมากคือเดินทางโดยรถส่วนตัว (ร้อยละ 27.8) และส่วนน้อยต้องมีบุตรหลานมาส่ง เนื่องจากมีข้อจำกัดของร่างกาย เช่น เดินลำบาก เป็นอัมพฤกษ์ หรือสายตาไม่ดี เป็นต้น (ร้อยละ 6.1)

ตารางที่ 4.2 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย	จำนวน (คน) ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง
โรคร่วม	
1.1 จำนวนชนิดของโรคร่วม	
ไม่มีโรคร่วม	5 (2.8)
1 ชนิด	76 (42.2)
2 ชนิด	86 (47.8)
3 ชนิด	11 (6.1)
4 ชนิด	2 (1.1)
1.2 ประเภท	
เบาหวาน	136 (75.6)
ความดันโลหิตสูง	94 (52.2)
หัวใจ	18 (10.0)
เก๊าท์	9 (5.0)
หอบหืด	9 (5.0)
ไต	7 (3.9)
อื่นๆ	
อัมพาตครึ่งซีก	7 (3.9)
ไทรอยด์	3 (1.7)
ต้อหิน	1 (0.6)
แผลในกระเพาะอาหาร	1 (0.6)
ถุงลมโป่งพอง	1 (0.6)
วิตกกังวล/เครียด	1 (0.6)

ตารางที่ 4.3 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับยา

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับยา	จำนวน (ร้อยละ)ของกลุ่มตัวอย่าง
จำนวนขนานยาที่ใช้ในแต่ละวัน	
1 ขนาน	2 (1.1)
2 ขนาน	7 (3.9)
3 ขนาน	45 (25.0)
4 ขนาน	41 (22.8)
5 ขนาน	31 (17.2)
6 ขนาน	27 (15)
มากกว่า 6 ขนาน	27 (15)
ความถี่ของการบริหารยาต่อวัน	
1 ครั้ง	8 (4.4)
2 ครั้ง	33 (18.3)
3 ครั้ง	47 (26.1)
4 ครั้ง	50 (27.8)
5 ครั้ง	21 (11.7)
6 ครั้ง	11 (6.1)
มากกว่า 6 ครั้ง	10 (5.6)
ชนิดของยาสแตติน	
ซิมวาสแตติน	148 (82.2)
อะทอร์วาสแตติน	24 (13.4)
โรซูวาสแตติน	8 (4.4)
รูปแบบของการใช้ยาสแตตินในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด	
แบบปฐมภูมิ	166 (92.2)
แบบทุติยภูมิ	14 (7.8)

ตารางที่ 4.3 (ต่อ) ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับยา

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับยา	จำนวน (ร้อยละ)ของกลุ่มตัวอย่าง
ระยะเวลาที่ใช้ยาเสพติด	
1-6 เดือน	7 (3.9)
มากกว่า 6 เดือนถึง 1 ปี	76 (42.2)
มากกว่า 1 ปีถึง 2 ปี	58 (32.2)
มากกว่า 2 ปีถึง 3 ปี	10 (5.6)
มากกว่า 3 ปีถึง 4 ปี	9 (5.0)
มากกว่า 4 ปีถึง 5 ปี	13 (7.2)
มากกว่า 5 ปี	6 (3.3)

ตารางที่ 4.4 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัยอื่นๆ

ปัจจัยอื่นๆ	จำนวน (ร้อยละ)ของกลุ่มตัวอย่าง
ความสะดวกในการเดินทางมาโรงพยาบาล	
น้อย	11 (6.1)
ปานกลาง	119 (66.1)
มาก	50 (27.8)

1.3 ความเชื่อด้านสุขภาพ

จากการสัมภาษณ์เกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพ 4 ด้าน นำคะแนนที่ได้แต่ละด้านมาหาค่าเฉลี่ย จากคะแนนเต็ม 5 พบว่ามีค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 3.74-4.41 ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ การรับรู้อุปสรรคของการใช้ยากลุ่มสเตติน (ค่าเฉลี่ย = 4.41) ด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือการรับรู้ประโยชน์ของการใช้ยากลุ่มสเตติน (ค่าเฉลี่ย = 3.74) คะแนนความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมมีค่าเฉลี่ย 3.95 อยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างดี ดังรายละเอียดแสดงในตารางที่ 4.5

ตารางที่ 4.5 ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด พิสัย ค่าเฉลี่ย ค่ากลาง ของคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพ

ความเชื่อด้านสุขภาพ	ค่าสูงสุด	ค่าต่ำสุด	พิสัย	ค่าเฉลี่ย	ค่ามัธยฐาน
1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคไขมันในเลือดสูง	5.00	2.25	2.75	3.80	3.75
2. การรับรู้ความรุนแรงของโรคไขมันในเลือดสูง	5.00	1.67	3.33	3.87	4.00
3. การรับรู้ประโยชน์ของการใช้ยา กลุ่มสแตติน	5.00	2.00	3.00	3.74	3.50
4. การรับรู้อุปสรรคของการใช้ยา กลุ่มสแตติน	5.00	2.50	2.50	4.41	4.25
ความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวม	5.00	3.06	1.94	3.95	3.81

1.3.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคไขมันในเลือดสูง คะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคไขมันในเลือดสูง เมื่อพิจารณาแยกรายข้อ (ตารางที่ 4.6) พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ในเรื่องของโอกาสเกิดโรคเส้นเลือดสมองตีบตันมากที่สุดคือมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.86 คะแนนเฉลี่ยแต่ละข้อไม่มีความแตกต่างกันมากนักคือมีค่าตั้งแต่ 3.76-3.86 แสดงว่าส่วนใหญ่มีการรับรู้แต่อยู่ในเกณฑ์ที่ยังไม่ดีมาก จะเห็นว่าผู้ป่วยบางรายที่ไม่เห็นด้วยกับโอกาสเกิดโรคเส้นเลือดสมองตีบตันและโอกาสเกิดโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต ซึ่งควรได้รับการแก้ไขเพื่อเพิ่มความตระหนักให้ผู้ป่วยต่อไป

1.3.2 การรับรู้ความรุนแรงของโรคไขมันในเลือดสูง คะแนนการรับรู้ความรุนแรงของโรคไขมันในเลือดสูง พิจารณารายข้อ (ตารางที่ 4.6) พบว่าผู้ป่วยมีการรับรู้ความรุนแรงทั้ง 3 ข้อในระดับคะแนนเฉลี่ยที่ใกล้เคียงกันมาก จากการสัมภาษณ์ส่วนใหญ่ทราบจากประสบการณ์ที่เกิดกับคนรอบข้างและการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในวันที่แพทย์นัดมาติดตามการรักษา แต่อย่างไรก็ตามมีผู้ป่วยบางรายที่ไม่เห็นด้วยกับข้อความถามโรคไขมันในเลือดสูงมีความรุนแรงมากจนทำให้เสียชีวิตกะทันหันได้และอาจจะทำให้มีความพิการของอวัยวะเช่น แขนขาเป็นอัมพาตได้

1.3.3 การรับรู้ประโยชน์ของการใช้ยากลุ่มสเตติน คะแนนการรับรู้ประโยชน์ของการใช้ยา กลุ่มสเตติน เมื่อเปรียบเทียบกับ การรับรู้ด้านอื่นๆ (ตารางที่ 4.6) พบว่าเป็นด้านที่ผู้ป่วยมีความเข้าใจไม่ถูกต้องมากที่สุด เนื่องจากมีผู้ป่วยตอบไม่เห็นด้วยมากที่สุดทั้ง 4 ข้อย่อยและมีจำนวนมากกว่าการรับรู้ด้านอื่นๆ แสดงถึงกระบวนการให้คำปรึกษาด้านยาที่อาจเน้นที่การรับประทายมากกว่าการให้ข้อมูลประโยชน์จากการใช้ยา ซึ่งอาจส่งผลต่อการรับรู้คุณค่าของการปฏิบัติตามคำสั่งแพทย์อย่างเคร่งครัด

1.3.4 การรับรู้อุปสรรคของการใช้ยา กลุ่มสเตติน คำถามการรับรู้ด้านนี้เป็นคำถามในทางลบจึงมีการแปลผลค่าคะแนนตรงข้ามกับข้ออื่น กล่าวคือคะแนนสูงแสดงว่ามีการรับรู้มากและมีอุปสรรคน้อย คะแนนต่ำแสดงว่ามีการรับรู้ น้อยและมีอุปสรรคมาก ข้อมูลแยกรายข้อ (ตารางที่ 4.6) พบว่าเป็นการรับรู้ด้านที่ผู้ป่วยตอบว่าไม่แน่ใจน้อยที่สุด อาจเป็นผลมาจากคำถามที่มีใช่เป็นไปในเชิงของความเข้าใจในข้อมูลโรคแต่ถามในความเป็นจริงที่เป็นอยู่ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มาพบแพทย์ตามนัดทุกครั้งเนื่องจากรู้สึกว่าเป็นหน้าที่ที่จะต้องปฏิบัติตาม หรือบางรายอยากพบแพทย์คนเดิม การมาผิคนจะทำให้เกิดความไม่ต่อเนื่องด้านบุคลากรทางการแพทย์ ผู้ป่วย 2 รายมาพบแพทย์ตามนัดไม่ได้เนื่องจากติดภาระที่บ้านในวันนัด เช่น มีงานบุญ งานแต่ง ซึ่งเป็นประเพณีชาวบ้าน ข้อที่เป็นอุปสรรคมากที่สุดที่มีผู้ป่วยเห็นด้วยจำนวนมากที่สุดคือการรับประทายทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเป็นภาระต้องรับประทายทุกวัน สร้างความยุ่งยากในชีวิตประจำวัน

จากคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพทั้ง 4 ด้าน พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยง ความรุนแรงของโรคไขมันในเลือดสูงและประโยชน์ของการใช้ยา กลุ่มสเตตินมีการรับรู้แต่ยังไม่อยู่ในเกณฑ์ที่ดี คือมีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 3.68-3.88 คะแนน ส่วนการรับรู้อุปสรรคของการใช้ยา กลุ่มสเตติน พบว่ามีการรับรู้ในระดับที่ดีกว่าด้านอื่นๆ คือมีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 3.91-4.64 คะแนน โดยภาพรวมข้อคำถามที่เกี่ยวกับความรู้ ความเข้าใจในโรคและการใช้ยามีผู้ป่วยที่ตอบว่าไม่แน่ใจซึ่งหมายถึงไม่มีการรับรู้เรื่องดังกล่าวประมาณร้อยละ 40-50 ข้อมูลนี้สะท้อนให้เห็นถึงความเข้าใจและความตระหนักเกี่ยวกับโรคไขมันในเลือดสูง นำไปสู่การปรับปรุงกระบวนการปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องโดยทีมสหสาขาวิชาชีพควรช่วยกันเพิ่มการรับรู้ด้านโอกาสเสี่ยง และความรุนแรงของโรคโดยเฉพาะโรคที่เป็นความเสี่ยงโดยตรง ในขณะที่เภสัชกรซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านยาควรเน้นสร้างกิจกรรมการให้คำปรึกษาเพิ่มการรับรู้ประโยชน์ของการใช้ยา สเตติน เพื่อสร้างความตระหนักในการใช้ยามากขึ้น

ตารางที่ 4.6 คะแนนเฉลี่ยของความเชื่อด้านสุขภาพจำแนกตามรายละเอียดแต่ละด้านของการรับรู้

ความเชื่อด้านสุขภาพ	จำนวนผู้ป่วย (ร้อยละ)					คะแนนเฉลี่ย
	เห็นด้วยที่สุด	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยที่สุด	
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคไขมันในเลือดสูง						
1. เกิดเป็นคราบไขมันเกาะที่เส้นเลือด ทำให้เส้นเลือดขาดความยืดหยุ่นและเปราะแตกได้	44 (24.4)	48 (26.7)	88 (48.9)	0	0	3.76
2. มีโอกาสเกิดโรคหัวใจขาดเลือด เส้นเลือดหัวใจตีบตันได้	46 (25.6)	47 (26.1)	87 (48.3)	0	0	3.77
3. มีโอกาสเกิดโรคอัมพฤกษ์ อัมพาตได้	45 (25.0)	58 (32.2)	74 (41.1)	3 (1.7)	0	3.81
4. มีโอกาสเกิดโรคเส้นเลือดสมองตีบตันได้	64 (35.6)	31 (17.2)	83 (46.1)	0	2 (1.1)	3.86
การรับรู้ความรุนแรงของโรคไขมันในเลือดสูง						
1. มีความรุนแรงมากจนทำให้เสียชีวิตกะทันหันได้	54 (30.0)	53 (29.4)	72 (40.0)	0	1 (0.6)	3.88
2. อาจจะทำให้ท่านมีความพิการของอวัยวะเช่น แขนขาเป็นอัมพาตได้	39 (21.6)	81 (45.0)	59 (32.8)	0	1 (0.6)	3.87
3. ทำให้ผู้ที่เป็นโรคหัวใจอยู่ก่อนแล้วเป็นรุนแรงมากขึ้นจนเสียชีวิตได้	55 (30.6)	44 (24.4)	81 (45.0)	0	0	3.86

ตารางที่ 4.6 (ต่อ) คะแนนเฉลี่ยของความเชื่อด้านสุขภาพจำแนกตามรายละเอียดแต่ละด้านของการรับรู้

ความเชื่อด้านสุขภาพ	จำนวนผู้ป่วย (ร้อยละ)					คะแนนเฉลี่ย
	เห็นด้วยที่สุด	เห็นด้วย	ไม่เห็นใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยที่สุด	
การรับรู้ประโยชน์ของการใช้ยา กลุ่มสแตติน						
1. ช่วยในการป้องกันการเกิดอัมพฤกษ์ อัมพาตได้	42 (23.3)	42 (23.3)	95 (52.8)	0	1 (0.6)	3.69
2. ช่วยในการป้องกันการเกิดเส้นเลือดหัวใจตีบตัน	45 (25.0)	52 (28.9)	80 (44.4)	1 (0.6)	2 (1.1)	3.76
3. ช่วยในการป้องกันการเกิดเส้นเลือดสมองตีบตัน	43 (23.8)	44 (24.4)	89 (49.4)	0	4 (2.2)	3.68
4. ป้องกันไม่ให้คนที่มีโรคหัวใจอยู่แล้วเป็นรุนแรงมากขึ้น	58 (32.2)	40 (22.2)	80 (44.4)	1 (0.6)	1 (0.6)	3.85
การรับรู้อุปสรรคของการใช้ยา กลุ่มสแตติน						
1. การรับประทานยาทำให้รู้สึกเป็นภาระ	5 (2.8)	25 (13.9)	11 (6.1)	79 (43.9)	60 (33.3)	3.91
2. มาพบแพทย์ตามนัดทุกครั้งไม่ได้	0	2 (1.1)	5 (2.8)	49 (27.2)	124 (68.9)	4.64
3. ไม่รู้ว่าจะรับประทานยาไปเพื่ออะไร	0	0	6 (3.3)	83 (46.1)	91 (50.6)	4.47
4. ไม่เชื่อว่ายาจะมีประโยชน์จริง	0	0	4 (2.2)	64 (35.6)	112 (62.2)	4.60

1.4 ผลการศึกษาความร่วมมือในการรักษา

ผลการศึกษาความร่วมมือในการรักษา แสดงผลการวัด 3 ด้าน แสดงในตารางที่ 4.7 ด้านความร่วมมือในการรักษาประเมินด้วยสัดส่วนของวันที่มีมารับประทาน แสดงผลเป็นค่าร้อยละ ส่วนความร่วมมือในการรักษาด้านการใช้จ่ายเตดินและความร่วมมือในการรักษาด้านพฤติกรรมควบคุมอาหารและการปฏิบัติแสดงผลเป็นค่าคะแนน

ตารางที่ 4.7 พิสัย คะแนนเฉลี่ย ค่ากลาง ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด ของความร่วมมือในการรักษา

ความร่วมมือในการรักษา	การคิด คะแนน	พิสัย	คะแนน เฉลี่ย	ค่ามัธยฐาน	ค่าสูงสุด	ค่าต่ำสุด
1. สัดส่วนของวันที่มีมารับประทาน	ร้อยละ	8.00	99.96	100.00	100.00	92.00
2. การใช้จ่ายเตดิน	1-5	0.80	4.90	5.00	5.00	4.20
3. พฤติกรรมการควบคุมอาหารและการปฏิบัติตัว	1-5	1.78	4.65	4.67	5.00	3.22

1.4.1 ความร่วมมือในการรักษาประเมินด้วยสัดส่วนของวันที่มีมารับประทาน

(Proportion of Day Covered ; PDC) จากการเก็บข้อมูลการมารับยาตามนัดพบว่าผู้ป่วยร้อยละ 99.96 มีค่า PDC เท่ากับ 100 กล่าวคือผู้ป่วย 179 คน มีค่า PDC = 100 มีเพียง 1 รายที่มีค่า PDC = 92 ค่า PDC ที่สูงมากนั้น อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวที่ต้องรับการรักษาเป็นประจำอย่างต่อเนื่องและมีวินัยที่แน่นอน โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีโรคเบาหวานร่วมด้วยซึ่งเป็นกลุ่มใหญ่ในการศึกษา แผนกผู้ป่วยนอกจะจัดเป็นคลินิกพิเศษมีอายุรแพทย์ออกตรวจทุกวัน จันทร์ พุธ ศุกร์ ผู้ป่วยได้รับการดูแลเฉพาะด้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ประกอบด้วย แพทย์ เภสัชกร พยาบาล โภชนากร พยาบาลประจำคลินิกพิเศษเป็นผู้กำหนดวันนัด ถ้าวันนัดครั้งต่อไปตรงกับวันหยุดนักขัตฤกษ์ จะนัดเลื่อนเข้ามา ดังนั้นค่า PDC ของผู้ป่วยส่วนใหญ่จึงมีค่าเท่ากับ 100

เมื่อพิจารณาวิธีการวัดความร่วมมือในการรักษา โดยใช้วิธีเก็บข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียนผู้ป่วยในการศึกษานี้เป็นวิธีที่ยังไม่มีความเหมาะสมมากนัก เนื่องจากไม่สามารถระบุได้อย่างชัดเจนว่ามีพฤติกรรมตามที่คาดไว้หรือไม่ วันที่ผู้ป่วยไม่มีมารับประทานจากประวัติที่พบ

ในเวชระเบียนในความเป็นจริงแล้วผู้ป่วยอาจจะมิได้รับการได้รับยาจากแหล่งอื่น เช่น ซื้อมารับประทานเอง (Joshua et al, 2002) หรือในทางกลับกันผู้ป่วยที่คาดว่าจะมีมารับประทานครบทุกวันไม่ได้หมายความว่ามีการได้รับยาตามคำแนะนำหรืออาจมีการรับประทานยาที่ไม่ถูกต้อง ซึ่งบางครั้งมีผลต่อประสิทธิภาพของยา เช่น รับประทานยาซิมวาสแตตินในตอนเช้าทำให้ยาไม่สามารถออกฤทธิ์ครอบคลุมในช่วงที่ร่างกายมีการสังเคราะห์โคเลสเตอรอลในช่วงกลางคืนได้

ในทางทฤษฎีจึงแนะนำให้มีการวัดความร่วมมือในการรักษาหลายวิธีร่วมกัน เพื่อยืนยันความถูกต้องของข้อมูล เช่นร่วมกับวิธีการนับเม็ดยาที่เหลือของผู้ป่วย และให้ผู้ป่วยประเมินตนเองในแบบประเมินทุกวัน เป็นต้น แต่จากการศึกษานี้มีข้อจำกัดในการใช้วิธีนับเม็ดยาและการประเมินด้วยตนเองดังกล่าว เนื่องจากเป็นการเก็บข้อมูลแบบย้อนหลังและผู้สูงอายุมีอุปสรรคด้านสายตา มีปัญหาทางการอ่านและส่วนใหญ่ไม่เข้าใจการทำแบบประเมิน วิธีที่มีความเหมาะสมในการใช้ร่วมกันจึงเป็นการสัมภาษณ์ผู้ป่วยเพื่อลดปัญหาที่ผู้ป่วยต้องอ่านแบบสอบถามเอง อย่างไรก็ตามวิธีนี้ยังไม่ทำให้ข้อมูลสมบูรณ์นักเนื่องจากการสัมภาษณ์ในวันที่ไม่ตรงกับ การบันทึกผลการตรวจวัดระดับไขมัน LDL-C อาจมีผลให้ปัจจัยบางอย่างเช่น การรับรู้ ความเชื่อ หรือข้อมูลความร่วมมือในการใช้ยาสแตตินและพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเปลี่ยนแปลงไป

1.4.2 ความร่วมมือในการรักษาด้านการใช้ยาสแตติน จากผลการศึกษาพบว่าความร่วมมือในการรักษาในด้านนี้มีค่าคะแนนที่สูงมากคือมีค่าเฉลี่ย 4.90 คะแนน อาจเป็นผลสืบเนื่องมาจากผู้ป่วยเกือบทุกรายมารับยาตรงตามวันนัด ผู้ป่วยมียาเหลือทุกเดือน แต่ละเดือนมีจำนวนวันไม่เท่ากัน แต่การสั่งยาในโรงพยาบาลสุรินทร์นั้น แพทย์จะคิดปริมาณวันต่อเดือนเป็น 30 วัน เสมอ เช่น 1 เดือนเท่ากับ 30 วัน ถ้าจ่ายยา 2 เดือนจะคิดเป็นปริมาณยาให้ได้ 60 วัน ประกอบกับถ้าวันนัดตรงกับวันหยุดจะมีการนัดแบบเลื่อนเข้ามาใกล้ขึ้น ดังนั้นผู้ป่วยจึงมียาสแตตินเพียงพอและมียาเหลือทุกเดือน ส่วนการลิ้มรับประทานยาสแตตินนั้นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ลิ้มรับประทานยาจากการสอบถามเพิ่มเติมพบว่ารับประทานยาเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตประจำวัน ผู้ป่วยจดจำชื่อและวิธีรับประทานจนเกิดความเคยชิน

เหตุผลที่ทำให้คะแนนด้านนี้มีค่าสูงอีกประการหนึ่งคือ ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเบาหวาน ในคลินิกเบาหวาน เกสเซอร์จากงานบริการผู้ป่วยนอกจะมาให้ความรู้และตอบคำถามเรื่องการใช้ยาแก่ผู้ป่วยทุกครั้ง มีการทำโปสเตอร์ยาเบาหวานชนิดรับประทานพร้อมตัวอย่างเม็ดยา อธิบายกลไกการออกฤทธิ์ของยาเบาหวานในกลุ่มต่างๆและยาอื่นๆที่มีโอกาสใช้ร่วมกันเช่น ยาลดความดันโลหิตสูง ยาลดไขมันในเลือด เป็นต้น เพื่อให้ผู้ป่วยมีความตระหนักถึงความสำคัญของการรับประทานยาต่อเนื่องและให้ความร่วมมือในการใช้ยา

อย่างไรก็ตามแม้ว่าจะเน้นส่วนใหญ่อยู่ในระดับที่ต่ำมาก แต่เมื่อพิจารณาจากตารางที่ 4.8 จะเห็นว่าในข้อคำถามการไม่ได้รับประทานยายังมีผู้ป่วยที่ตอบว่าเป็นประจำ 2 ราย จากการสัมภาษณ์เพิ่มเติมพบว่ามีปัญหาการเข้าใจผิดว่าเป็นยาที่ไม่ต้องรับประทานประจำ ผู้ป่วยที่ตอบว่าบ่อยครั้งจำนวน 3 รายนั้นมีปัญหาลืมรับประทานยาบ่อยๆ และผู้ป่วยที่ตอบว่าบางครั้งเนื่องจากการเดินทางไปต่างจังหวัดแล้วไม่ได้นำยาประจำติดตัวไปด้วย และในข้อคำถามเรื่องการไม่ได้รับประทานยาเนื่องจากยาไม่พอ พบว่ามีผู้ป่วย 24 รายที่ตอบว่าปฏิบัติตามทุกครั้ง และทุกรายมีสาเหตุอย่างเดียวกัน คือ เข้าใจผิดว่ารับประทานวันละ 2 เวลาเนื่องจากผู้ป่วยมีรายการอื่นที่ต้องรับประทานในช่วงเวลาดังกล่าว ทำให้ยาสดชื่นไม่เพียงพอในวันนัดครั้งต่อไป นอกจากนี้ยังพบการลดหรือเพิ่มขนาดยาเองโดยปฏิบัติตามทุกครั้งในผู้ป่วย 4 ราย และหยุดรับประทานยาเองเมื่อรู้สึกสบายดีโดยปฏิบัติตามทุกครั้งในผู้ป่วย 3 ราย แสดงให้เห็นว่าการเสริมสร้างความเข้าใจและความตระหนักต่อการใช้ยาของเภสัชกรที่ให้คำปรึกษายังไม่ได้ผลเต็มที่ ส่วนผู้ป่วยที่มีปัญหาการลืมรับประทานยาบ่อยๆ นั้นควรได้รับคำแนะนำเพิ่มเติมเกี่ยวกับอุปกรณ์หรือวิธีการช่วยเตือนเมื่อถึงเวลาที่ต้องรับประทานยา

1.4.3 ความร่วมมือในการรักษาด้านพฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหารและการปฏิบัติ พบว่าคะแนนพฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหารและการปฏิบัติตัวในระดับสูงมาก มีค่าเฉลี่ย 4.65 คะแนน เมื่อพิจารณาผลคะแนนรายข้อ (ตารางที่ 4.9) พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ รองลงมาคือการไม่รับประทานเนยหรืออาหารที่มีเนยเป็นส่วนประกอบ ยังพบข้อมูลที่น่าสนใจคือมีผู้ป่วย 1 รายรับประทานเนื้อสัตว์ติดมันเป็นประจำและ 2 รายที่รับประทานอาหารทะเลบ่อยครั้งด้วยความชอบส่วนตัวแม้จะทราบดีว่าไม่เป็นผลดีต่อร่างกาย ส่วนผู้ป่วยที่ใช้น้ำมันปาล์มประกอบอาหารเป็นประจำ 1 รายและบ่อยครั้ง 1 รายนั้นเนื่องจากไม่ทราบว่าน้ำมันปาล์มแม้จะเป็นน้ำมันพืชแต่จัดเป็นไขมันอิ่มตัว นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วย 1 รายที่สูบบุหรี่เป็นประจำและ 1 รายที่ปฏิบัติบ่อยครั้ง ผู้ป่วยไม่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้แม้ว่าจะพยายามเลิกที่คลินิกอดบุหรี่ของโรงพยาบาลแล้ว และพฤติกรรมที่ยังเป็นปัญหามากกว่าข้ออื่นๆ คือเรื่องความเครียด มีผู้ป่วย 4 รายที่ตอบว่ามีความเครียดเป็นประจำส่วนใหญ่เป็นความกังวลใจเกี่ยวกับสมาชิกในครอบครัว เช่น สามี บุตร ผู้ป่วย 20 รายตอบว่าบ่อยครั้งซึ่งเกิดจากปัญหาด้านเศรษฐกิจ ค่าใช้จ่ายในครอบครัว ผู้ป่วย 23 รายตอบว่าบางครั้ง เป็นความเครียดเรื่องทั่วไปเป็นครั้งคราว การแก้ไขปัญหาคือความเครียดในผู้ป่วยเหล่านี้ต้องแก้ไขปัจจัยภายนอกอื่นๆควบคู่กันไป ซึ่งเป็นไปได้ยากในทางปฏิบัติ โดยเฉพาะการสร้าง ความเข้าใจกับบุคคลในครอบครัวให้เข้าใจผู้ป่วยและอาจมีผลต่อโรคที่เป็นอยู่ แต่มี

ข้อสังเกตที่สำคัญว่าไม่มีผู้ป่วยรายใดที่มีความกังวลเกี่ยวกับโรค การรักษา และค่าใช้จ่ายในการรักษา

ตารางที่ 4.8 ความร่วมมือในการใช้ยาในกลุ่มสแตตินแยกเป็นรายข้อ

ความร่วมมือในการใช้ยา กลุ่มสแตติน	จำนวนผู้ป่วย (ร้อยละ)					คะแนนเฉลี่ย
	ปฏิบัติ ประจำ	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง	ปฏิบัติ บางครั้ง	ปฏิบัติ นานๆครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ	
1.ไม่ได้รับประทานยา	2 (1.1)	3 (1.7)	6 (3.3)	29 (16.1)	140 (77.8)	4.68
2.แบ่งยาให้ผู้อื่นใช้	0	0	0	0	180 (100)	5.00
3.ลดหรือเพิ่มขนาดยาเอง	0	0	0	4 (2.2)	176 (97.8)	4.98
4.เมื่อรู้สึกร่างกายไม่ดี จะหยุด การรับประทานยา	0	0	0	3 (1.7)	177 (98.3)	4.98
5.ไม่ได้รับประทานยา เนื่องจากยาไม่พอ	0	0	0	24 (13.3)	156 (86.7)	4.87

หมายเหตุ อธิบายความหมายของคะแนนและตัวเลือก

- 1 คะแนน = ปฏิบัติประจำ หมายถึง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมนั้นประมาณ 5-7 วันใน 1 สัปดาห์
- 2 คะแนน = ปฏิบัติบ่อยครั้ง หมายถึง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมนั้นประมาณ 3-4 วันใน 1 สัปดาห์
- 3 คะแนน = ปฏิบัติบางครั้ง หมายถึง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมนั้นประมาณ 1-2 วันใน 1 สัปดาห์
- 4 คะแนน = ปฏิบัตินานๆครั้ง หมายถึง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมนั้นประมาณ 1-3 ครั้งใน 1 เดือน
- 5 คะแนน = ไม่เคยปฏิบัติ หมายถึง ผู้ป่วยไม่เคยมีพฤติกรรมนั้นเลยในรอบ 1 เดือน

ตารางที่ 4.9 ความร่วมมือในการรักษาด้านพฤติกรรมควบคุมอาหารและการปฏิบัติตัวแยกเป็นรายข้อ

พฤติกรรมควบคุมอาหารและการปฏิบัติตัว	จำนวนผู้ป่วย (ร้อยละ)					คะแนนเฉลี่ย
	ปฏิบัติประจำ	ปฏิบัติบ่อยครั้ง	ปฏิบัติบางครั้ง	ปฏิบัตินานๆครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติ	
1.รับประทานเนื้อสัตว์ติดมันเช่น หมูสามชั้น ข้าวขาหมู ข้าวมันไก่ ข้าวหมูกรอบ	1 (0.6)	0	7 (3.9)	68 (37.8)	104 (57.8)	4.52
2.รับประทานเนยหรืออาหารที่มีเนยเป็นส่วนประกอบ เช่น ขนมปังเนยสด	0	0	1 (0.6)	7 (3.9)	172 (95.6)	4.95
3.ใช้น้ำมันหมู หรือน้ำมันปาล์ม หรือน้ำมันมะพร้าวประกอบอาหาร	1 (0.6)	1 (0.6)	0	28 (15.6)	150 (83.3)	4.81
4.รับประทานอาหารที่มีส่วนประกอบของกะทิเช่น ของหวานใส่กะทิ ไอศกรีมกะทิ แกงกะทิ	0	0	10 (5.6)	99 (55.0)	71 (39.4)	4.34
5.รับประทานอาหารทะเล เช่น กุ้ง ปลาหมึก หอยนางรม	0	2 (1.1)	3 (1.7)	57 (31.7)	118 (65.6)	4.62
6.ออกกำลังกายหรือเดินเล่น ทำสวน ทำงานบ้าน ครั้งละ 30 นาที ขึ้นไป*	110 (61.1)	59 (32.8)	8 (4.4)	2 (1.1)	1 (0.6)	4.53
7.ท่านดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เช่น สุรา เบียร์	0	0	0	5 (2.8)	175 (97.2)	4.97
8.ท่านสูบบุหรี่	1 (0.6)	1 (0.6)	0	1 (0.6)	177 (98.3)	4.96
9.ท่านมีความเครียด	4 (2.2)	20 (11.1)	23 (12.8)	30 (16.7)	103 (57.2)	4.16

* มีข้อคำถามเป็นเชิงบวก ค่าคะแนนจะมีความหมายตรงข้ามกับข้ออื่น

1.5 ผลลัพธ์ทางคลินิก

1.5.1 จำนวนและสัดส่วนผู้ป่วยจำแนกตามระดับความเสี่ยงและค่า LDL-C ที่ได้ตามเป้าหมาย (ตารางที่ 4.10) พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงสูงมาก (ร้อยละ 75.6) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคที่เป็นปัจจัยเสี่ยงสูงคือ เบาหวาน ทำให้เป้าหมายในการควบคุมค่า LDL-C ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงไม่เกิน 100 มก./ดล. ผู้ป่วยในกลุ่มนี้เพียงร้อยละ 38.2 เท่านั้นที่มีค่า LDL-C ได้ตามเป้าหมาย

ในกลุ่มเสี่ยงปานกลาง เป้าหมายในการควบคุมค่า LDL-C อยู่ในช่วงไม่เกิน 130 มก./ดล. มีโรคที่เป็นความเสี่ยงคือ โรคความดันโลหิตสูง จำนวน 29 ราย (ร้อยละ 16.1) มี 17 ราย (ร้อยละ 58.6) ที่มีค่า LDL-C ได้ตามเป้าหมาย

กลุ่มเสี่ยงต่ำ เป้าหมายในการควบคุมค่า LDL-C อยู่ในช่วงไม่เกิน 160 มก./ดล. มีจำนวน 15 ราย เนื่องจากการศึกษานี้ศึกษาในผู้ป่วยสูงอายุ ดังนั้นผู้ป่วยทุกรายจึงมีปัจจัยเสี่ยงอย่างน้อยหนึ่งปัจจัยคืออายุ โดยทุกราย (ร้อยละ 100) มีค่า LDL-C ได้ตามเป้าหมาย

จะเห็นว่าสัดส่วนของผู้ป่วยที่มีค่า LDL-C ได้ตามเป้าหมาย มีแนวโน้มลดน้อยลงตามความเสี่ยงที่เพิ่มขึ้น สอดคล้องกับผลการศึกษาของ สุรกิจ นาทีสุวรรณ และคณะ (2547) ซึ่งศึกษาคุณภาพการรักษาผู้ป่วยโรคไขมันในเลือดผิดปกติ พบว่าอัตราการบรรลุเป้าหมายเป็นร้อยละ 63.0, 45.0 และ 24.8 ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่ำ ปานกลางและสูง ตามลำดับ และสอดคล้องกับคำแนะนำให้มีการป้องกันความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นแก่ผู้ป่วย (Waters et al 2004) เช่น ป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ถ้าผู้ป่วยสูงอายุมีโรคความดันโลหิตสูงจะทำให้ค่า LDL-C เป้าหมายเปลี่ยนจากไม่เกิน 160 มก./ดล. เป็นไม่เกิน 130 มก./ดล. หรือถ้าผู้ป่วยมีโรคเบาหวานเป็นปัจจัยเสี่ยงที่เพิ่มขึ้นทำให้ค่า LDL-C เป้าหมายเปลี่ยนจากไม่เกิน 130 มก./ดล. เป็นไม่เกิน 100 มก./ดล. ทำให้การดูแลของแพทย์มีความซับซ้อนมากขึ้นตามลำดับ

ตารางที่ 4.10 จำนวนผู้ป่วยจำแนกตามระดับความเสี่ยงและค่า LDL-C ที่ได้ตามเป้าหมาย

กลุ่มความเสี่ยง	LDL-C เป้าหมาย (มก./ดล.)	จำนวน (คน)	ผู้ป่วยที่มีค่า LDL-C ได้ตามเป้าหมาย	
			จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. กลุ่มเสี่ยงสูง (มีโรคหัวใจโคโรนารีหรือมีปัจจัยเสี่ยงเทียบเท่า)	< 100	136	52	38.2
2. กลุ่มเสี่ยงปานกลาง (มีปัจจัยเสี่ยงตั้งแต่ 2 ชนิดขึ้นไป)	<130	29	17	58.6
3. กลุ่มเสี่ยงต่ำ (มีปัจจัยเสี่ยงหนึ่งชนิด*)	<160	15	15	100.0
รวม		180	84	47

หมายเหตุ * ผู้ป่วยทุกรายเป็นผู้สูงอายุ จึงมีปัจจัยเสี่ยงด้านอายุเป็นปัจจัยเสี่ยงอย่างน้อยหนึ่งชนิด

1.5.2 จำนวนและสัดส่วนผู้ป่วยที่มีค่า LDL-C ตามเป้าหมายจำแนกตามจำนวนชนิดและประเภทของโรคร่วม (ตารางที่ 4.11) การเป็นโรคเบาหวานเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจทำให้เป้าหมายของ LDL-C มีค่าต่ำ (เป็นกลุ่มเสี่ยงสูง) ดังนั้นร้อยละของการบรรลุ LDL-C เป้าหมายก็จะแตกต่างกันไปจากกลุ่มที่มีจำนวนปัจจัยเสี่ยงเท่ากันแต่ไม่เป็นเบาหวานคือร้อยละ 41.4 ในกลุ่มแรกและร้อยละ 31.3 ในกลุ่มที่สอง เมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่ไม่มีเบาหวานร่วมด้วยมีสัดส่วนของผู้ป่วยควบคุมค่า LDL-C ให้ได้ตามเป้าหมายเป็นร้อยละ 87.0 และร้อยละ 57.9 ในกลุ่มแรกและกลุ่มที่สองตามลำดับ

ตารางที่ 4.11 จำนวนผู้ป่วยที่มีค่า LDL-C ตามเป้าหมายแบ่งตามจำนวนชนิดและประเภทของโรคร่วม

ปัจจัย	จำนวน (คน)	สัดส่วนผู้ป่วยที่มี LDL-C ตามเป้าหมาย (ร้อยละ)	
		มีโรคร่วมไม่เกินหนึ่งชนิด	มีโรคร่วม 2 ชนิดขึ้นไป
เป็นเบาหวาน	138	24/58 (41.4)	25/80 (31.3)
ไม่เป็นเบาหวาน	42	20/23 (87.0)	11/19 (57.9)

1.5.3 จำนวนและสัดส่วนผู้ป่วยที่มีค่า LDL-C ตามเป้าหมายจำแนกตามชนิดของยาสแตตินและค่า LDL-C เป้าหมาย (ตารางที่ 4.12) พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับยาซิมวาสแตติน (ร้อยละ 82.2) ยาสแตตินทั้งสามชนิดมีสัดส่วนของผู้ป่วยที่มีค่า LDL-C ได้ตามเป้าหมายน้อยลงตามระดับความเสี่ยงที่เพิ่มขึ้น กล่าวคือ ร้อยละ 38.2, 58.6 และ 100.0 ในกลุ่มเสี่ยงสูง ปานกลางและต่ำตามลำดับ และในแง่ของประสิทธิภาพของยาพบว่าในกลุ่มเสี่ยงสูงยาโรซิวาสแตตินมีสัดส่วนของผู้ป่วยที่มีค่า LDL-C ได้ตามเป้าหมายมากที่สุด ในขณะที่กลุ่มเสี่ยงปานกลางและต่ำยาอะทอร์วาสแตตินมีสัดส่วนของผู้ป่วยที่มีค่า LDL-C ได้ตามเป้าหมายมากที่สุด โดยการศึกษาในอเมริกา (Smith and McBurney, 2003) และประเทศในแถบเอเชีย (Wu et al, 2002) มีสรุปผลตรงกันคือโรซิวาสแตตินมีประสิทธิภาพมากกว่ายาอะทอร์วาสแตติน และยาอะทอร์วาสแตตินมีประสิทธิภาพมากกว่ายาซิมวาสแตติน ตามลำดับ

ตารางที่ 4.12 จำนวนและสัดส่วนผู้ป่วยจำแนกตามชนิดของยาสแตตินและค่า LDL-C เป้าหมาย

ยาสแตติน	จำนวนผู้ป่วยที่ใช้ยา (ร้อยละ)	สัดส่วนของผู้ป่วยที่มีค่า LDL-C ตามเป้าหมายในแต่ละกลุ่ม (ร้อยละ)		
		<100 มก./ดล.	<130 มก./ดล.	<160 มก./ดล.
ซิมวาสแตติน	148 (82.2)	43/121 (35.5)	10/19 (52.6)	8/8 (100.0)
อะทอร์วาสแตติน	24 (13.3)	6/10 (54.6)	5/7 (71.4)	7/7 (100.0)
โรซิวาสแตติน	8 (4.5)	3/5 (60.0)	2/3 (66.7)	0 (0.0)
รวม	180 (100.0)	52/136 (38.2)	17/29 (58.6)	15/15 (100.0)

1.5.4 จำนวนและสัดส่วนผู้ป่วยที่มีค่า LDL-C ตามเป้าหมายจำแนกตามชนิดและขนาดยาของยาสแตติน (ตารางที่ 4.13) จากการศึกษานี้พบว่าส่วนใหญ่ผู้ป่วยที่ใช้ยาซิมวาสแตตินขนาดยา 10 มิลลิกรัมต่อวัน มีสัดส่วนจำนวนผู้ป่วยที่มีค่า LDL-C ได้ตามเป้าหมายเพียงร้อยละ 41.4 ผู้ป่วยที่ใช้ยาอะทอร์วาสแตตินในขนาดยา 20 มิลลิกรัมต่อวันมีสัดส่วนจำนวนผู้ป่วยที่มีค่า LDL-C ได้ตามเป้าหมายมากที่สุด คือ ร้อยละ 75.0 ส่วนยาโรซิวาสแตตินในขนาดยา 10 มิลลิกรัม ต่อวัน มีผู้ป่วยที่มีค่า LDL-C ได้ตามเป้าหมายร้อยละ 62.5 ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลการศึกษาว่า

ยาซิมวาสแตตินจะช่วยลด LDL-C ได้น้อยกว่ากับยาอะทอร์วาสแตติน และยาโรซิวาสแตตินในขนาดรักษา (Jones et al, 2003) จากผลการศึกษาที่มีแนวโน้มว่ายาอะทอร์วาสแตตินจะมีประสิทธิภาพมากกว่าซิมวาสแตตินและโรซิวาสแตติน แต่มีข้อควรพิจารณาเพิ่มเติม ได้แก่

1) ยาซิมวาสแตตินเป็นยาที่ผลิตเองภายในประเทศ (Local made) ในขณะที่ยาอะทอร์วาสแตตินและยาโรซิวาสแตตินเป็นยาต้นแบบ (Original) ซึ่งไม่มีการยืนยันประสิทธิผล (Effectiveness) เปรียบเทียบกับยาซิมวาสแตตินต้นแบบ (Original) ที่ชัดเจน ในการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างนี้จึงยังไม่อาจกล่าวได้ว่ายาซิมวาสแตตินมีประสิทธิผลน้อยที่สุดเมื่อเทียบกับยาซิมวาสแตตินอีกสองชนิดดังกล่าว

2) การปรับขนาดยาของแพทย์ผู้รักษา ผู้ป่วยยังไม่ได้รับการปรับขนาดยาให้เหมาะสมตามเกณฑ์ เนื่องจากยังไม่มีแผนการดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้ที่ชัดเจน

3) การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการยังไม่ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด (อย่างน้อย 2 ครั้งต่อปี) ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการปรับขนาดยาให้เหมาะสมเท่าที่ควร

4) ความไม่ต่อเนื่องด้านแพทย์ผู้รักษาและขาดแนวทางการมาตรฐานในดูแลผู้ป่วยที่ชัดเจน แต่ละครั้งที่มารับบริการ ผู้ป่วยไม่ได้พบแพทย์คนเดิม โดยเฉพาะคลินิกเฉพาะโรคซึ่งมีการผลัดเปลี่ยนหมุนเวียนแพทย์ทุกเดือน ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการวางแผนการรักษาอย่างเป็นระบบ เช่น ผู้ป่วยบางรายขาดยาต่อเนื่องเป็นปี เมื่อตรวจทางห้องปฏิบัติการประจำปีพบว่า LDL-C สูงเกินกำหนด จึงเริ่มให้ยาอีกครั้ง อาจมีสาเหตุจากแพทย์คนเดิมลามือไม่ชัดเจนหรือการลอกคำสั่งเดิมไม่ครบ ทำให้แพทย์คนใหม่ไม่ได้สั่งยาต่อเนื่องให้ผู้ป่วยในครั้งใหม่และครั้งต่อไป เนื่องจากแพทย์ไม่มีเวลามากพอในการทบทวนประวัติเดิมโดยละเอียด

ปัจจัยที่สำคัญอีกประการหนึ่งที่ควรพิจารณาควบคู่กับผลลัพธ์ทางคลินิกคือ สิทธิการรักษาของผู้ป่วย จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับยาอะทอร์วาสแตตินและโรซิวาสแตตินคือกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้สิทธิสวัสดิการข้าราชการและประกันสังคมเท่านั้น โดยผู้ป่วยสิทธิการรักษาดังกล่าวมีอัตราการบรรลุเป้าหมาย LDL-C มากที่สุด ซึ่งจำนวนผู้ป่วยที่บรรลุเป้าหมายนี้มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญในผู้ป่วยที่มีสิทธิต่างกัน

ตารางที่ 4.13 จำนวนและสัดส่วนผู้ป่วยที่มีค่า LDL-C ได้ตามเป้าหมายจำแนกตามชนิดและขนาดยาของยาสแตติน

ยาสแตติน	ขนาดยาต่อวัน (มิลลิกรัม)	จำนวนผู้ป่วยที่ใช้ยา (ร้อยละ)	สัดส่วนจำนวนผู้ป่วยที่มี ค่า LDL-C ตามเป้าหมาย (ร้อยละ)
ซิมวาสแตติน	10	145 (80.5)	60/145 (41.4)
	20	3 (1.7)	0/3 (0.0)
อะทอร์วาสแตติน	20	24 (13.3)	18/24 (75.0)
โรซูวาสแตติน	10	8 (4.5)	5/8 (62.5)

1.5.5 จำนวนและสัดส่วนผู้ป่วยที่มีค่า LDL-C ตามเป้าหมายจำแนกตามระยะเวลาที่ใช้ยาสแตติน (ตารางที่ 4.14) การแบ่งระดับของระยะเวลาที่ใช้ยาสแตตินของการศึกษานี้มีช่วงกว้างไม่เท่ากันคือในช่วงแรกจะใช้เกณฑ์ที่น้อยกว่า 6 เดือน หลังจากนั้นเป็นผู้ป่วยที่ใช้ยาสแตตินตั้งแต่ 6 เดือนถึง 1 ปี และเพิ่มครั้งละ 1 ปี จนกระทั่งถึง 5 ปีขึ้นไป เนื่องจากการศึกษาในต่างประเทศพบว่าผู้ป่วยมีความร่วมมือในการรักษาลดลงอย่างเห็นได้ชัดตั้งแต่ 6 เดือนแรกของการรักษา (Joshua et al, 2002) จึงแยกกลุ่มที่ใช้ยานานน้อยกว่า 6 เดือนและกลุ่มที่ใช้ยาสแตตินตั้งแต่ 6 เดือนถึง 1 ปีออกมาเปรียบเทียบให้เห็นชัดเจน และการเพิ่มความกว้างของอันตรภาคขึ้นเป็น 1 ปีในช่วงหลัง เพราะผู้ป่วยที่มีการใช้ยาในช่วงปีที่เท่ากันจะมีจำนวนครั้งของการตรวจทางห้องปฏิบัติการและจำนวนครั้งของการปรับยาที่ใกล้เคียงกัน คือส่วนใหญ่แพทย์จะส่งตรวจวัดระดับไขมันในเลือดปีละครั้ง จากผลจากการศึกษาพบว่าสัดส่วนจำนวนผู้ป่วยที่มีค่า LDL-C ได้ตามเป้าหมายมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นตามระยะเวลาของการใช้ยาสแตตินที่นานขึ้น

ตารางที่ 4.14 จำนวนและสัดส่วนผู้ป่วยที่มีค่า LDL-C ได้ตามเป้าหมายจำแนกตามระยะเวลาใช้ยาสแตติน

ระยะเวลาใช้ยาสแตติน	จำนวนผู้ป่วย (คน)	ผู้ป่วยที่มีค่า LDL-C ตามเป้าหมาย	
		จำนวน	ร้อยละ
1 – 6 เดือน	7	1	14.3
มากกว่า 6 เดือนถึง 1 ปี	76	32	42.1
มากกว่า 1 ปีถึง 2 ปี	58	30	51.7
มากกว่า 2 ปีถึง 3 ปี	10	5	50.0
มากกว่า 3 ปีถึง 4 ปี	9	6	66.7
มากกว่า 4 ปีถึง 5 ปี	13	8	61.5
มากกว่า 5 ปี	6	4	66.7

ส่วนที่ 2 ผลการศึกษาการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์

2.1 ความสัมพันธ์ระหว่างความร่วมมือในการรักษากับปัจจัยต่างๆและผลลัพธ์ทางคลินิก

2.1.1 ความสัมพันธ์ระหว่างความร่วมมือในการรักษาด้านการใช้ยากับปัจจัยต่างๆ และผลลัพธ์ทางคลินิก แบ่งเป็น

2.1.1.1 ความสัมพันธ์ระหว่างความร่วมมือในการรักษาประเมินด้วยสัดส่วน

ของวันที่มีyarับประทาน (PDC) กับปัจจัยต่างๆ และผลลัพธ์ทางคลินิก จากตารางที่ 4.15 คะแนนความร่วมมือในการรักษาประเมินด้วยค่าสัดส่วนของวันที่มีyarับประทาน (PDC) ผู้ป่วย 179 ราย มีค่า PDC เป็น 100 ซึ่งเป็นค่าสูงสุด มีเพียง 1 รายที่มีค่า PDC เท่ากับ 92 จะเห็นว่าข้อมูลไม่มีการกระจายตัว ทำให้ไม่สามารถไปหาความสัมพันธ์กับปัจจัยต่าง ๆ และผลลัพธ์ทางคลินิกได้

ตารางที่ 4.15 การกระจายค่าคะแนนความร่วมมือในการรักษาประเมินด้วยสัดส่วนของวันที่มี
ยารับประทาน (PDC)

สัดส่วนของวันที่มียา รับประทาน (PDC)	ความถี่	ร้อยละ
92	1	0.6
100	179	99.4
รวม	180	100.0

2.1.1.2 ความสัมพันธ์ระหว่างความร่วมมือในการใช้ยากลุ่มสแตตินกับปัจจัย ต่างๆ และผลลัพธ์ทางคลินิก

ตารางที่ 4.16 การกระจายค่าคะแนนความร่วมมือในการใช้ยากลุ่มสแตติน

ค่าคะแนนความร่วมมือใน การใช้ยากลุ่มสแตติน	ความถี่ (คน)	ร้อยละ
4.20	2	1.1
4.40	3	1.7
4.60	6	3.3
4.80	60	33.3
5.00	109	60.6
รวม	180	100.0

จากตารางที่ 4.16 คะแนนความร่วมมือในการใช้ยากลุ่มสแตติน คะแนนเต็ม 5 คะแนน พบว่าผู้ป่วยทั้งหมดมีคะแนนมากกว่า 4 คะแนน และมีความถี่สูงสุดที่ช่วง 4.80-5.00 คะแนน โดยมีผู้ป่วยในช่วงคะแนนดังกล่าว 169 ราย หรือคิดเป็นร้อยละ 93.9 ของผู้ป่วยทั้งหมด โดยมีค่ากลางของข้อมูล (Median) เท่ากับ 5.00 (ตารางที่ 4.7) ซึ่งค่ากลางที่มีค่าเท่ากับค่าสูงสุดนี้ ไม่อาจนำมาเป็นเกณฑ์ในการจัดแบ่งกลุ่มเพื่อจำแนกผู้ป่วย ดังนั้นจึงไม่สามารถหาความสัมพันธ์กับปัจจัยต่างๆและผลลัพธ์ทางคลินิกได้

2.1.2 ความสัมพันธ์ระหว่างความร่วมมือในการรักษาด้านพฤติกรรมควบคุมอาหารและการปฏิบัติตัวกับปัจจัยต่างๆ และผลลัพธ์ทางคลินิก

ตารางที่ 4.17 การกระจายค่าคะแนนความร่วมมือในการรักษาด้านพฤติกรรมควบคุมอาหารและการปฏิบัติตัว

ค่าคะแนนความร่วมมือในการรักษาด้านพฤติกรรมควบคุมอาหารและการปฏิบัติตัว	ความถี่ (คน)	ร้อยละ
3.22	1	0.6
3.33	1	0.6
3.67	1	0.6
4.00	2	1.1
4.11	2	1.1
4.22	8	4.4
4.33	7	3.9
4.44	27	15.0
4.56	25	13.8
4.67	20	11.1
4.78	33	18.3
4.89	32	17.8
5.00	21	11.7
รวม	180	100.0

จากตารางที่ 4.17 พบว่าคะแนนความร่วมมือในการรักษาด้านพฤติกรรมควบคุมอาหารและการปฏิบัติตัวส่วนใหญ่อยู่ในช่วงคะแนน 4.44-5.00 มีค่ากลางของข้อมูลเท่ากับ 4.67 คะแนน จากคะแนนเต็ม 5.00 คะแนน แม้ว่าค่ากลางดังกล่าวจะนำไปแยกกลุ่มผู้ป่วยได้ แต่จัดว่าใกล้เคียงกับคะแนนเต็มมาก กล่าวคือมีการกระจายตัวเพียงเล็กน้อยเมื่อนำไปวิเคราะห์หาความสัมพันธ์กับปัจจัยพื้นฐานปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับยา ปัจจัยอื่นๆ

ปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพและผลลัพธ์ทางคลินิก พบว่าความสัมพันธ์ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ
 ดังแสดงในตารางที่ 4.18-4.21

ตารางที่ 4.18 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานกับคะแนนความร่วมมือในการ
 การรักษาด้านพฤติกรรมควบคุมอาหารและการปฏิบัติตัวจำแนกด้วยค่ากลาง
 (Median)

ปัจจัย	คะแนนพฤติกรรมควบคุมอาหาร และการปฏิบัติตัว (ค่ากลาง = 4.67)		P-value*
	จำนวนคนที่มี คะแนนน้อยกว่า ค่ากลาง (ร้อยละ)	จำนวนคนที่มี คะแนนมากกว่า ค่ากลาง (ร้อยละ)	
เพศ			
ชาย	26 (51.0)	25 (49.0)	0.096
หญิง	48 (37.2)	81 (62.8)	
อายุ			
60-65 ปี	30 (41.7)	42 (58.3)	0.956
66-70 ปี	19 (38.8)	30 (61.2)	
71-75 ปี	13 (41.9)	18 (58.1)	
76-80 ปี	9 (47.4)	10 (52.6)	
80 ปีขึ้นไป	3 (33.3)	6 (66.7)	
สิทธิการรักษา			
สิทธิฟรี (สูงอายุ, ผู้พิการ)	42 (36.2)	74 (63.8)	0.083
สวัสดิการข้าราชการและ ประกันสังคม	32 (50.0)	32 (50.0)	
อาชีพ			
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	28 (37.8)	46 (62.2)	0.259
เกษตรกรรมและอื่นๆ	32 (39.5)	49 (60.5)	
ข้าราชการบำนาญ	14 (56.0)	11 (44.0)	

* two-tailed Chi-square test

ตารางที่ 4.18 (ต่อ) ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานกับคะแนนความร่วมมือ
ในการรักษาด้านพฤติกรรมควบคุมอาหารและการปฏิบัติตัวจำแนกด้วย
ค่ากลาง (Median)

ปัจจัย	คะแนนพฤติกรรมควบคุมอาหารและ การปฏิบัติตัว (ค่ากลาง = 4.67)		P-value*
	จำนวนคนที่มี คะแนนน้อยกว่าค่า กลาง (ร้อยละ)	จำนวนคนที่มี คะแนนมากกว่าค่า กลาง (ร้อยละ)	
รายได้ต่อเดือน			
ไม่มีรายได้	25 (36.8)	43 (63.2)	0.230
1-2,000 บาท	31 (41.3)	44 (58.7)	
2,001-5,000 บาท	3 (25.0)	9 (75.0)	
5,001-10,000 บาท	5 (55.6)	4 (44.4)	
มากกว่า 10,000 บาท	10 (62.5)	6 (37.5)	
ประวัติการสูบบุหรี่			
ไม่สูบบุหรี่	68 (40.0)	103 (60.0)	0.164
สูบบุหรี่หรือเคยสูบบุหรี่ในอดีต	6 (66.7)	3 (33.3)	
ประวัติโรคหัวใจและหลอดเลือดของคนที่ครอบครัว			
ไม่มี/ไม่ทราบ	68 (39.5)	104 (60.5)	0.066
มี	6 (75.0)	2 (25.0)	

* two-tailed Chi-square test

ตารางที่ 4.19 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับยาและปัจจัยอื่นๆกับคะแนนความร่วมมือในการรักษาด้านพฤติกรรมควบคุมอาหารและการปฏิบัติตัวจำแนกด้วยค่ากลาง (Median)

ปัจจัย	คะแนนพฤติกรรมควบคุมอาหารและการปฏิบัติตัว (ค่ากลาง = 4.67)		P-value*
	จำนวนคนที่มีคะแนนน้อยกว่าค่ากลาง (ร้อยละ)	จำนวนคนที่มีคะแนนมากกว่าค่ากลาง (ร้อยละ)	
จำนวนชนิดของโรคร่วม			
ไม่เกิน 1 ชนิด	28 (34.6)	53 (65.4)	0.128
2 ชนิด ขึ้นไป	46 (46.5)	53 (53.5)	
ประเภทของโรคร่วม			
เบาหวาน			0.431
เป็น	53 (39.3)	82 (60.7)	
ไม่เป็น	21 (47.7)	23 (52.3)	
ความดันโลหิตสูง			0.130
เป็น	44 (46.8)	50 (53.2)	
ไม่เป็น	30 (34.9)	56 (65.1)	
หัวใจ			1.000
เป็น	7 (38.9)	11 (61.1)	
ไม่เป็น	67 (41.4)	95 (58.6)	
จำนวนขนานยาที่ใช้ในแต่ละวัน			
≤3 ขนาน	24 (44.4)	30 (55.6)	0.685
4 ขนาน	15 (36.6)	26 (63.4)	
5 ขนาน	10 (32.3)	21 (67.7)	
6 ขนาน	13 (48.2)	14 (51.8)	
≥ 7 ขนาน	12 (44.4)	15 (55.6)	

* two-tailed Chi-square test

ตารางที่ 4.19 (ต่อ) ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับยา และ ปัจจัยอื่นๆกับคะแนนความร่วมมือในการรักษาตามพฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหารและการปฏิบัติตัวจำแนกด้วยค่ากลาง (Median)

ปัจจัย	คะแนนพฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหารและการปฏิบัติตัว (ค่ากลาง = 4.67)		P-value*
	จำนวนคนที่มีคะแนนน้อยกว่าค่ากลาง (ร้อยละ)	จำนวนคนที่มีคะแนนมากกว่าค่ากลาง (ร้อยละ)	
ความถี่ของการบริหารยาต่อวัน			
≤ 2 ครั้ง	17 (41.5)	24 (58.5)	0.507
3 ครั้ง	19 (40.4)	28 (59.6)	
4 ครั้ง	17 (34.0)	33 (66.0)	
5 ครั้ง	9 (42.9)	12 (57.1)	
≥ 6 ครั้ง	12 (57.1)	9 (42.9)	
ชนิดของยาสแตติน			
ซิมวาสแตติน	59 (39.9)	89 (60.1)	0.267
อะทอร์วาสแตติน	13 (54.2)	11 (45.8)	
โรซูวาสแตติน	2 (25.0)	6 (75.0)	
รูปแบบการใช้ยา			
ป้องกันแบบปฐมภูมิ	69 (41.6)	97 (58.4)	0.782
ป้องกันแบบทุติยภูมิ	5 (35.7)	9 (64.3)	
ระยะเวลาที่ใช้ยา			
น้อยกว่า 1 ปี	34 (41.0)	49 (59.0)	0.153
1-2 ปี	19 (32.8)	39 (67.2)	
2 ปีขึ้นไป	20 (52.6)	18 (47.4)	

* two-tailed Chi-square test

ตารางที่ 4.20 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพกับคะแนนความ
ร่วมมือในการรักษาตามพฤติกรรมควบคุมอาหารและการปฏิบัติตัวจำแนกด้วย
ค่ากลาง (Median)

คะแนนความเชื่อด้านสุขภาพแบ่งตาม ค่ากลาง (Median)	คะแนนพฤติกรรมควบคุมอาหาร และการปฏิบัติตัว (ค่ากลาง = 4.67)		P-value*
	จำนวนคนที่มี คะแนนน้อยกว่า ค่ากลาง (ร้อยละ)	จำนวนคนที่มี คะแนนมากกว่า ค่ากลาง(ร้อยละ)	
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคไขมันใน เลือดสูง คะแนนน้อยกว่า 3.75 คะแนน 3.75-5.00	33 (39.8) 41 (42.3)	50 (60.2) 56 (57.7)	0.763
การรับรู้ความรุนแรงของโรคไขมันใน เลือดสูง คะแนนน้อยกว่า 4.00 คะแนน 4.00-5.00	37 (45.7) 37 (37.4)	44 (54.3) 62 (62.6)	0.288
การรับรู้ประโยชน์ของการใช้ยากลุ่ม สเตติน คะแนนน้อยกว่า 3.50 คะแนน 3.50-5.00	25 (34.7) 49 (45.4)	47 (65.3) 59 (54.6)	0.167
การรับรู้ประโยชน์ของการใช้ยากลุ่ม สเตติน คะแนนน้อยกว่า 4.25 คะแนน 4.25-5.00	17 (37.0) 57 (42.5)	29 (63.0) 77 (57.5)	0.603
ความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวม คะแนนน้อยกว่า 3.81 คะแนน 3.81-5.00	35 (39.8) 39 (42.4)	53 (60.2) 53 (57.6)	0.763

* two-tailed Chi-square test

ตารางที่ 4.21 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความร่วมมือในการรักษาด้านพฤติกรรม
การควบคุมอาหารและการปฏิบัติตัวกับผลลัพธ์ทางคลินิก

ปัจจัย	จำนวนผู้ป่วย (ร้อยละ)		P-value*
	LDL-C ได้ตามเป้าหมาย	LDL-C ไม่ได้ตาม เป้าหมาย	
ความร่วมมือในการ รักษาด้านพฤติกรรม ควบคุมอาหารและการ ปฏิบัติตัว (แบ่งตามค่ากลาง)			
คะแนนน้อยกว่า 4.67	38 (51.4)	36 (48.6)	0.362
คะแนน 4.67-5.00	46 (43.4)	60 (56.6)	

* two-tailed Chi-square test

ผลการวิเคราะห์ไม่พบความสัมพันธ์ของตัวแปรและข้อมูลดังกล่าวนี้ เป็นผลมาจากข้อจำกัดของข้อมูลความร่วมมือในการรักษาที่มีค่าเกาะกลุ่มอยู่ในระดับสูงทั้งสามด้านแม้ว่าจะใช้วิธีวัดที่ต่างกัน ซึ่งมีความแตกต่างจากผลการศึกษาในต่างประเทศที่มีการกระจายตัวของระดับความร่วมมือในการรักษาอย่างชัดเจน ดังนั้นจึงเป็นที่ยืนยันว่าการนำข้อสรุปจากผลการศึกษาในต่างประเทศมาใช้ในการศึกษาในประเทศไทยนั้นต้องคำนึงถึงปัจจัยอื่นๆที่อาจมีผลด้วย

2.2 ผลการศึกษาการวิเคราะห์ปัจจัยต่างๆที่มีผลต่อผลลัพธ์ทางคลินิก

2.2.1 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานกับการบรรลุ LDL-C เป้าหมาย

จากการวิเคราะห์โดยนำปัจจัยพื้นฐานมาวิเคราะห์ทีละปัจจัย พบว่าปัจจัยพื้นฐานที่มีผลทำให้จำนวนผู้ป่วยที่บรรลุ LDL-C เป้าหมายมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติคือ เพศชายมีอัตราการบรรลุ LDL-C เป้าหมายเป็น 2 เท่าของเพศหญิงและสิทธิการรักษาสวัสดิการข้าราชการและประกันสังคมมีอัตราการบรรลุ LDL-C เป้าหมายเป็น 2 เท่าของสิทธิการรักษาฟรี ดังแสดงในตารางที่ 4.22

ปัจจัยพื้นฐานที่มีจำนวนผู้ป่วยที่บรรลุ LDL-C เป้าหมายไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติคือ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน ประวัติการสูบบุหรี่ และประวัติโรคหลอดเลือดหัวใจของคนในครอบครัว

เกี่ยวกับปัจจัยด้านเพศนั้น จากข้อมูลการทำ meta-analysis ของ Vreecer และคณะ (1999) พบว่า LDL-C ที่ลดลงจากการใช้ยาสเตตินไม่มีความแตกต่างกันในเพศและวัย ต่อมาในปี ค.ศ. 2007 Dale และคณะ ได้ทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับอิทธิพลของเพศต่อประสิทธิภาพของยาสเตติน ผลการศึกษาไม่แตกต่างกันเช่นกัน แต่มีแนวโน้มว่ายาสเตตินมีผลลดอัตราตายและโรคหลอดเลือดสมอง (stroke) ในเพศหญิงน้อยกว่าเพศชาย โดยยังไม่มีคำอธิบายที่ชัดเจนถึงสาเหตุของความแตกต่างนี้ เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาที่พบว่าอาจมีผลจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงและเป็นเบาหวาน ดังนั้นอาจมีผลจากโรคที่เป็นอยู่ จัดอยู่ในกลุ่มที่เทียบเท่าการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดทำให้การบรรลุเป้าหมาย LDL-C น้อยกว่าเพศชาย

ในด้านสิทธิการรักษา พบว่าผู้ป่วยที่ใช้สิทธิสวัสดิการข้าราชการและประกันสังคมมีอัตราการบรรลุ LDL-C เป้าหมายเป็น 2 เท่าของผู้ป่วยที่ใช้สิทธิผู้สูงอายุและผู้พิการ มีข้อมูลที่ยืนยันถึงผลกระทบดังกล่าวอย่างชัดเจน คือการศึกษาของ ณัฐฐิตา วรางกูร (2550) ซึ่งศึกษาในผู้ป่วยเบาหวานที่ใช้ยาสเตตินในโรงพยาบาลสุรินทร์เช่นกัน พบว่าสิทธิการรักษาพยาบาลที่แตกต่างกันส่งผลกระทบต่อคุณภาพของการจัดบริการสุขภาพด้านความเหมาะสมของการสั่งใช้ยาสเตตินในด้านการติดตามระหว่างการใช้ยาและผลการรักษา คืออัตราการบรรลุ LDL-C เป้าหมายในผู้ป่วยนอกโรคเบาหวาน แสดงให้เห็นว่าสิทธิการรักษานั้นนอกจากจะมีผลต่อการเลือกใช้ยาสเตตินซึ่งมีผลต่อประสิทธิภาพของยาที่เลือกใช้แล้วยังมีผลต่อการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อติดตามผลการรักษาอีกด้วย

พฤติกรรมการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการของการศึกษานี้สอดคล้องกับผลการศึกษาดังกล่าว อาจอธิบายได้ว่าในสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านั้นมีการกำหนดงบประมาณมาให้ เป็นค่าเหมาจ่ายรายหัวในแต่ละโรค ซึ่งไม่มีความคุ้มค่าในทางปฏิบัติจึงมีการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการระดับไขมันในเลือดเพียงไม่เกิน 2 ครั้งต่อปี ขณะที่สิทธิสวัสดิการข้าราชการมีการจ่ายงบประมาณที่ใช้ในผู้ป่วยแต่ละครั้งตามจริง ทำให้มีความถี่ในการปรับยาให้บรรลุเป้าหมายมากกว่าสิทธิการรักษาอื่น ความถี่ของการส่งตรวจดังกล่าวสัมพันธ์กับความถี่ของการปรับเปลี่ยนขนาดยาเพื่อให้การรักษาบรรลุเป้าหมาย เป็นการเพิ่มรายจ่ายในด้านของผู้ให้บริการในการดูแลผู้ป่วย

ตารางที่ 4.22 ผลการวิเคราะห์ Univariate ระหว่างปัจจัยพื้นฐานกับการบรรลุ LDL-C เป้าหมาย

ปัจจัย	จำนวนผู้ป่วย (ร้อยละ)		Crude Odds ratio (95% CI)	p-value
	LDL-C ได้ตาม เป้าหมาย	LDL-C ไม่ได้ ตามเป้าหมาย		
เพศ				
หญิง	54 (41.9)	75 (58.1)	1	
ชาย	31 (60.8)	20 (39.2)	1.78 (1.12-2.64)	0.012*
อายุ				
60-65 ปี	25 (34.7)	47 (65.3)	1	
66-70 ปี	28 (57.1)	21 (42.9)	0.48 (0.17-1.31)	0.270
71-75 ปี	16 (51.6)	15 (48.4)	1.06 (0.38-2.99)	0.907
75 ปีขึ้นไป	16 (57.1)	12 (42.9)	0.09 (0.31-2.57)	0.842
สิทธิการรักษา				
สิทธิฟรี (สูงอายุ, ผู้พิการ)	47 (40.5)	69 (59.5)	1	
สวัสดิการข้าราชการและ ประกันสังคม	38 (59.4)	26 (40.6)	2.01 (1.07-3.72)	0.027*
อาชีพ				
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	38 (51.4)	36 (48.6)	1	
เกษตรกรและอื่นๆ	32 (39.5)	49 (60.5)	1.11 (0.34-3.67)	0.862
ข้าราชการบำนาญ	15 (60.0)	10 (40.0)	0.70 (0.22-2.19)	0.538

* มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

ตารางที่ 4.22 (ต่อ) ผลการวิเคราะห์ Univariate ระหว่างปัจจัยพื้นฐานกับการบรรลุ LDL-C เป้าหมาย

ปัจจัย	จำนวนผู้ป่วย (ร้อยละ)		Crude Odds ratio (95% CI)	p-value
	LDL-C ได้ตาม เป้าหมาย	LDL-C ไม่ได้ตาม เป้าหมาย		
ประวัติการสูบบุหรี่				
ไม่สูบบุหรี่	81 (47.4)	90 (52.6)	0.91 (0.24-3.51)	0.891
สูบบุหรี่หรือเคยสูบบุหรี่ในอดีต	4 (44.4)	5 (55.6)	1	
ประวัติโรคหัวใจและหลอดเลือดของคนในครอบครัว				
ไม่มี/ไม่ทราบ	82 (47.7)	90 (52.3)	1.14 (0.24-5.36)	0.872
มี	3 (37.5)	5 (62.5)	1	

2.2.2 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับยาและ ปัจจัยอื่น ๆ กับการบรรลุ LDL-C เป้าหมาย

ผลการวิเคราะห์พบว่าความสัมพันธ์ที่มีนัยสำคัญทางสถิติคือ ผู้ป่วยที่ไม่เป็นโรคเบาหวานมีอัตราการบรรลุ LDL-C เป้าหมายเป็น 4 เท่าของผู้ป่วยที่ไม่เป็นโรคเบาหวาน การใช้ยาอะทอร์วาสแตตินมีอัตราการบรรลุ LDL-C เป้าหมายเป็น 3 เท่าของการใช้ยาซิมวาสแตติน และการใช้ยามากกว่า 1 ปี ทำให้ผู้ป่วยบรรลุ LDL-C เป้าหมายประมาณ 2 เท่าของระยะเวลาการใช้ยาไม่เกิน 1 ปี ดังแสดงในตารางที่ 4.23

ในด้านชนิดของยาสแตตินผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่ายาอะทอร์วาสแตตินมีประสิทธิภาพมากกว่าซิมวาสแตตินและโรซิวาสแตตินซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Jones และคณะ (2003) และการศึกษาของ Shepherd และคณะ (2003) ที่พบว่าในขนาดยาที่เท่ากัน การใช้ยาโรซิวาสแตตินทำให้ผู้ป่วยบรรลุ LDL-C เป้าหมาย ตามเกณฑ์ของ Adult Treatment Panel III มากกว่าการใช้ยาอะทอร์วาสแตติน โดยทั้งสองการศึกษายืนยันประสิทธิภาพของยาโรซิวาสแตตินมีผู้ป่วยบรรลุ LDL-C เป้าหมายได้มากกว่าร้อยละ 80 ผลที่แตกต่างกันนี้อาจเกิดจากขนาดตัวอย่างในการศึกษานี้มีจำนวนน้อยกว่าคือ 24 คนและ 8 คน ในกลุ่มที่ใช้ยาอะทอร์วาสแตติน

และโรคหลอดเลือดตามลำดับ สืบเนื่องจากปัญหาการไม่เข้าถึงยาทั้งสองชนิดในผู้ป่วยสิทธิฟรีในโรงพยาบาล ซึ่งทำให้จำนวนไม่เพียงพอต่อการสรุปผลดังกล่าว

ผลของระยะเวลาที่ใช้ยาสแตตินต่อมีอัตราการบรรลุ LDL-C เป้าหมายพบว่าผู้ป่วยที่ใช้ยานานเกิน 1 ปี คือในกลุ่มที่ใช้ยา 1-2 ปี และ 2 ปีขึ้นไปนั้นมีอัตราการบรรลุ LDL-C เป้าหมายประมาณ 2 เท่าของการใช้นานน้อยกว่าหรือเท่ากับ 1 ปี ซึ่งโดยทั่วไปยาสแตตินมีผลลด LDL-C ตั้งแต่หลังการใช้ติดต่อกันประมาณ 6 สัปดาห์ เช่นในการศึกษาของ Jones และคณะ (2003) ดังนั้นเหตุผลที่ระยะเวลานานเกิน 1 ปีมีอัตราการบรรลุ LDL-C เป้าหมายมากขึ้นนั้นอาจเกิดเนื่องจากผู้ป่วยได้รับการตรวจติดตามผลทางห้องปฏิบัติการมากขึ้น ทำให้ปรับขนาดยาให้เหมาะสมได้มากกว่าและ ผู้ป่วยมีโอกาสนพบทีมสหสาขาวิชาชีพและได้รับการกระตุ้นให้เห็นความสำคัญของการปรับพฤติกรรมด้านอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยา ได้มากกว่าผู้ป่วยที่มีระยะเวลาใช้นานไม่เกิน 1 ปี

ตารางที่ 4.23 ผลการวิเคราะห์ Univariate ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับยา และ ปัจจัยอื่นๆกับการบรรลุ LDL-C เป้าหมาย

ปัจจัย	จำนวนผู้ป่วย (ร้อยละ)		Crude Odds ratio (95% CI)	p-value
	LDL-C ได้ตาม เป้าหมาย	LDL-C ไม่ได้ตาม เป้าหมาย		
จำนวนชนิดของโรคร่วม				
ไม่เกิน 1 ชนิด	45 (55.6)	36 (44.4)	1	0.064
2 ชนิด ขึ้นไป	40 (40.4)	59 (59.6)	0.57 (0.32-1.03)	
ประเภทของโรคร่วม				
เบาหวาน				<0.001*
ไม่เป็น	34 (77.3)	10 (22.7)	4.01 (1.02-9.01)	
เป็น	51 (37.5)	85 (62.5)	1	
ความดันโลหิตสูง				0.248
ไม่เป็น	44 (51.2)	42 (48.8)	2.45 (0.25-4.27)	
เป็น	41 (43.6)	53 (56.4)	1	
หัวใจ				0.081
ไม่เป็น	73 (45.1)	89 (54.9)	2.50 (0.89-6.99)	
เป็น	12 (66.7)	6 (33.3)	1	

* มีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.05)

ตารางที่ 4.23 (ต่อ) ผลการวิเคราะห์ Univariate ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับยา และ ปัจจัยอื่น ๆ กับการบรรลุ LDL-C เป้าหมาย

ปัจจัย	จำนวนผู้ป่วย(ร้อยละ)		Crude Odds ratio (95% CI)	p-value
	LDL-C ได้ตาม เป้าหมาย	LDL-C ไม่ได้ตาม เป้าหมาย		
จำนวนขนานยาที่ใช้ในแต่ละวัน				
≤3 ขนาน	25 (46.3)	29 (53.7)	1	
4 ขนาน	20 (48.8)	21 (51.2)	1.19 (0.53-2.69)	0.675
5 ขนาน	12 (38.7)	19 (61.3)	0.79 (0.32-1.94)	0.607
6 ขนาน	14 (51.9)	13 (48.1)	1.35 (0.53-3.40)	0.529
≥ 7 ขนาน	14 (51.9)	13 (48.1)	1.35 (0.53-3.40)	0.529
ความถี่ของการบริหารยาต่อวัน				
≤2 ครั้ง	22 (53.7)	19 (46.3)	1	
3 ครั้ง	22 (46.8)	25 (53.2)	0.84 (0.36-1.94)	0.680
4 ครั้ง	24 (48.0)	26 (52.0)	0.88 (0.39-2.01)	0.760
5 ครั้ง	6 (28.6)	15 (71.4)	0.38 (0.12-1.18)	0.094
≥ 6 ครั้ง	11 (52.4)	10 (47.6)	1.05 (0.37-3.00)	0.931
ชนิดของยาสแตติน				
ซิมวาสแตติน	63 (42.6)	85 (57.4)	1	
อะทอร์วาสแตติน	17 (70.8)	7 (29.2)	3.37 (1.32-8.61)	0.011*
โรซูวาสแตติน	5 (62.5)	3 (37.5)	2.31 (0.53-10.04)	0.263
รูปแบบการใช้ยา				
ป้องกันแบบปฐมภูมิ	77 (46.4)	89 (53.6)	1	
ป้องกันแบบทุติยภูมิ	8 (57.1)	6 (42.9)	1.58 (0.53-4.75)	0.416
ระยะเวลาที่ใช้ยา				
น้อยกว่า 1 ปี	30 (36.1)	53 (63.9)	1	
1-2 ปี	33 (56.9)	25 (43.1)	2.17 (1.10-4.31)	0.026*
2 ปีขึ้นไป	22 (57.9)	16 (42.1)	2.43 (1.11-5.32)	0.027*

* มีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.05)

2.2.3 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพกับการบรรลุ

LDL-C เป้าหมาย

จากตารางที่ 4.24 พบว่าการรับรู้อุปสรรคของการใช้ยากกลุ่มสเตตินมีผลต่อการบรรลุ LDL-C เป้าหมายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือคะแนนการรับรู้ที่เพิ่มขึ้นมีผลทำให้การบรรลุเป้าหมายมากขึ้น ส่วนความเชื่อด้านสุขภาพในด้านอื่นๆพบว่าไม่มีผลต่อการบรรลุ LDL-C เป้าหมาย

ตารางที่ 4.24 ผลการวิเคราะห์ Univariate ระหว่างปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพกับการบรรลุ LDL-C เป้าหมาย

ปัจจัย	Crude Odds ratio (95% CI)	p-value
1. การรับรู้ความเสี่ยงของโรคไขมันในเลือดสูง	1.00 (0.98-1.02)	0.812
2. การรับรู้ความรุนแรงของโรคไขมันในเลือดสูง	1.01 (0.99-1.03)	0.307
3. การรับรู้ประโยชน์ของการใช้ยากกลุ่มสเตติน	1.00 (0.98-1.02)	0.916
4. การรับรู้อุปสรรคของการใช้ยากกลุ่มสเตติน	1.05 (1.01-1.08)	0.014*

* มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

หลังจากที่ทราบค่า P-value ของตัวแปรแต่ละตัวจากการทำ Univariate แล้ว นำปัจจัยที่มีค่า P-value น้อยกว่า 0.25 ไปเข้าสมการเพื่อทำการวิเคราะห์แบบ Multivariate โดยปัจจัยที่มีคุณสมบัติได้ตามเกณฑ์ดังกล่าวได้แก่ เพศ สิทธิการรักษา การเป็นเบาหวาน ชนิดของยา สเตติน ระยะเวลาที่ใช้ยาสเตติน และการรับรู้อุปสรรคของการใช้ยากกลุ่มสเตติน พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการบรรลุ LDL-C เป้าหมายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหลังจากปรับตัวแปรอื่นแล้ว คือ เพศชาย การไม่เป็นโรคเบาหวานและระยะเวลาการใช้ยาสเตติน 1 ปีขึ้นไป ถึง 2 ปี ดังแสดงผลในตารางที่ 4.25

ตารางที่ 4.25 ผลการวิเคราะห์ Multivariate ระหว่างปัจจัยต่างๆกับ การบรรลุ LDL-C เป้าหมาย

ปัจจัย	Adjusted Odds ratio (95% CI)	p-value
1. เพศชาย	1.04 (1.01-1.09)	0.049*
2. สิทธิการรักษาสวัสดิการข้าราชการและ ประกันสังคม	4.26 (0.45-7.57)	0.699
3. ไม่เป็นเบาหวาน	3.00 (1.44-5.58)	0.001*
4. ยาสเตตินที่ใช้		
ซิมวาสแตติน	2.05 (0.50-8.32)	0.317
อะทอร์วาสแตตินและโรซูวาสแตติน	2.51 (0.34-18.89)	0.370
5. ระยะเวลาการใช้ยาสเตติน1 ปีขึ้นไป ถึง 2 ปี	2.45 (1.06-5.68)	0.037*
6. การรับรู้อุปสรรคของการใช้ยากลุ่มสเตติน	1.03 (0.99-1.06)	0.147

* มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) , $R^2 = 0.21$

หมายเหตุ ปัจจัยที่เป็นฐานได้แก่ เพศหญิง สิทธิการรักษาฟรี (สูงอายุและผู้พิการ) เป็นเบาหวาน
ใช้ยาซิมวาสแตติน ระยะเวลาการใช้ยาสเตตินน้อยกว่า 1 ปี