เอกสารอ้างอิง

1. Palmer, B., "Patient education and drug therapy," Pharm.J., 222, 562-566, 1979.

2. วิมล อนันต์สกุลวัฒน์, "การวิเคราะห์ค่าใช้จ่ายด้านยาสำหรับการสงเคราะห์ประชาชนผู้มีรายได้น้อย ศึกษากรณี : แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลศิริราช," สารนิพนธ์ตามหลักสูตรรัฐศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาบริหารรัฐกิจ คณะรัฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2531.

3. อภิชาติ วิชญาณรัตน์, ลิลลี่ ลือเสียงดัง, ศิริพร บิติมานะอารี, สาธิต วรรณแสง, มิตรา อินทุประภา และ สุนทร ตัณฑนันท์, "แผลที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวาน," สารศิริราช, ปีที่ 31(6), 338-396, 2522.

4. อัคนีย์ สิงหลกะ, "การใช้ยาไม่ตามสั่งของผู้ป่วยนอก," วิทยานิพนธ์เภสัชศาสตรมหาบัณฑิต, ภาควิชาเภสัชกรรม คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2524

5. พวงพยอม การกิญโญ, "การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคเบาหวาน," วิทยานิพนธ์สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2526.

6. ยุรี ชื่นสมจิตต์, "ศึกษาการใช้ยาลดระดับน้ำตาลชนิดรับประทานในผู้ป่วยเบาหวานคนไทย," วิทยานิพนธ์เภสัชศาสตรมหาบัณฑิต, ภาควิชาเภสัชกรรม คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2528.

7. ปองทิพย์ โพธิวาระ, "ภาวะควบคุมโรคและปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการควบคุมโรคของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดพึ่งอินสุลินในโรงพยาบาลรามาธิบดี," วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, ภาควิชาพยาบาลศึกษสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรง-พยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล, 2530.

8. สาธิต วรรณแสง, "Epidemiology of diabetes mellitus in Thailand, "Diabetes in Practice (วรรณี นิธิยานันท์, อภิชาติ วิชญาณรัตน์, สาธิต วรรณแสง บรรณาธิการ), 8 - 16, มหานครออฟเซทเพรส, กรุงเทพฯ, พิมพ์ครั้งที่ 1, 2530.

9. นิรัมนี สัจเดว์, "ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยเบาหวาน : ศึกษาที่โรงพยาบาลศิริราช," วิทยานิพนธ์สังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต, คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2523.

10. Bryson, S.M. and Lawson, D.H., "Non-Compliance," Clinical Pharmacy and Hospital Drug Management (Lawson, D.H., Richards, R.M.E.),pp. 133-155, Chapman and Hall Ltd., London, 1982.

11. Smith, D.L., "Patient Education and Counseling," The Practice of Pharmacy, (Donald, C.M.), pp. 45-69, Harvey Whitney Books, Cincinnati, 1981.

12. Covington, T.R., "Patient Education and Compliance,"Handbook of Institutional Pharmacy Practice, (Brown, T.R. and Smith M.C.), pp. 601-604, Williams-Wilkins, Baltimore, 2 nd Ed., 1986.

13. Schneider, P. and Cable, G., "Compliance Clinic : An Opportunity for an Expanded Practice Role for Pharmacists," Am. J. Hosp. Pharm., 35, 288-295, 1978.

14. Evans, L. and Spelman, M., "The Problem of Non-compliance with Drug Therapy," Drugs, 25, 63-76, 1983.

15. Smith, S.E. and Stead, K.C., "Non-compliance or Mis-prescribing?," Lancet, 11, 397, 1974.

16. Lundin, D.V., Eros, P.A., Melloh, J. and Sands, J.E.,"Education of Independent Elderly in the Responsible Use of Prescription Medications," Drug Intell.Clin.Pharm., 14, 335-342, 1980.

17. Wandless, I. and David, J.W., "Can Drug Compliance in the Elderly be Improved?," Brit.Med.J., 1, 359-361, 1877.

18. Fedder, D.O., "Drug Use in the Elderly : Issues of Noncompliance," Drug Intell.Clin.Pharm., 18,158-162, 1984.

19. Smith, D.L., "Patient Compliance with Medication Regimens," Drug Intell.Clin.Pharm., 10, 386-393, 1976.

20. Boyd, J.R., Covinton, T.R., Stanaszek, W.F. and Coussons, R.T., "Drug defaulting part I : Determinants of Compliance," Am.J.Hosp.Pharm. 31, 362-367, 1974.

21. Roth, H.P., Caron, H.S. and Hsi, B.P., "Measuring Intake of a Prescribed Medication : A Bottle Count and a Tracer Technique Compared," Clin.Pharmaco.Ther., 11(2), 228-237, 1970.

22. Nelson, A.A., Gold, B.H., Hutchinson, R.A. and Benezra, E., "Drug Default among Schizophrenic Patients," Am.J.Hosp. Pharm., 32, 1237-1242, 1975.

23. Francis, V., Korsch, B.M. and Morris, M.J., "Gaps in Doctor-patient Communication-Patients' Response to Medical Advice," N.Engl.J.Med., 280(10), 535-540, 1969.

24. Boyd, J.R., Covington, T.R., Stanaszek, W.F. and Coussons, R.T., "Drug Defaulting Part II : Analysis of Noncompliance Patterns," Am.J.Hosp.Pharm., 31, 485-491, 1974.

25. Inui, T.S., Carter, W.B. and Pecoraro, R.E., "Screening for Noncompliance Among Patients With Hypertension : Is Self-Report the Best Available Measure?," Med.Care, 19 (10) 1061-1064, 1981.

26. Powell, M.F., Burkhart, V.P. and Lamy, P.P., "Diabetic Patient Compliance as a Function of Patient Counseling," Drug Intell.Clin.Pharm., 13, 506-511, 1979.

27. Sharpe, T.R. and Mikeal, R.L., "Patient Compliance with Antibiotic Regimens," Am.J.Hosp.Pharm.,31, 479-484, 1974.

28. Blackwell, B., "Drug Therapy-Patient Compliance," N.Engl.J.Med., 289(5), 249-252, 1973.

29. Abernethy, J.D., "The Problem of Non-Compliance in Long-Term Antihypertensive Therapy." Drugs, 11(suppl. 1), 86-90, 1976.

30. David, M.S., "Physiologic, Psychological and Demographic Factors in Patient Compliance with Doctors'orders," Med.Care, 6(2), 115-122, 1968.

31. Warren, J., Taylor, B., Bumm, R.J., and Hodges, M., "Drug Compliance in the Elderly After Discharge form Hospital," Pharm.J., 13, 472-473, 1985.

32. Schwartz, D., Wang, M., Zeitz, L. and Goss, M.E.W., "Medication Errors Made by Elderly-chronically Ill Patients," Am.J. Publ.Health, 52(12), 2018-2029, 1962.

33. Stewart, R.B. and Cluff, L.E., "A Review of Medication Errors and Compliance in Ambulant Patients," Clin.Pharmaco. Ther. 13(4), 463-468, 1972.

34. Hurd, P.D. and Butkovich, S.L., "Compliance Problems and The Older Patient : Assessing Functional Limitations," Drug Intell.Clin.Pharm., 20, 228-231, 1986.

35. Hurd, P.D. and Blevins J., "Aging and the Color of Pills," N.Engl.J.Med., 19, 202, 1984.

36. Nelson, E.C., Stason, W.B., Neutra, R.R., Solomon, H.S. and McArdle, P.J., "Impact of Patient Perceptions on Compliance with Treatment for Hypertension," Med.Care, 16(11), 893-906, 1978.

37. Mattar, M.E., Markello, J. and Yaffe, S.J., "Pharmaceutic Factors Affecting Pediatric Compliance," Pediatrics, 55 (1), 101-108, 1975.

38. Malahy, B., "The Effect of Instruction and Labeling on the Number of Medication Errors Made by Patients at Home," Am.J.Hosp.Pharm., 23, 283-292, 1966.

39. Bloomgarden , Z.T., Karmally, W., Metzger, M.J., Brothers, M., Nechemias, C., Bookman, J., Faierman, D., Ginsberg-Fellner, F., Rayfield, E. and Brown, W.V., "Randomized, Controlled Trial of Diabetic Patient Education : Improved Knowledge Without Improved

Metabolic Status," Diabetes Care, 10(3), 263-272, 1987.

40. Anderson, R.J. and Kirk, L.M., "Methods of Improving Patient Compliance in Chronic Disease States," Arch.Intern.Med. 142, 1673-1675, 1982.

41. Becker, M.H. and Maiman, L.A., "Sociobehavioral Determinants of Compliance with Health and Medical Care Recommendations", Med.Care, 13(1), 10-24, 1975.

42. Eraker, S.A., Kirscht, J.P. and Becker, M.H., "Understanding and Improving Patient Compliance," Ann.Intern.Med., 100, 258-268, 1984.

43. Bryan, C.K., "Commentary-Patient Information VS. Patient Education," Drug Intell.Clin.Pharm.,10, 314-317, 1976.

44. Lane, M.F., Barbarite, R.V., Bergner, L., and Harris, D., "Child-Resistant Medicine Containers : Experience in the Home," Am.J.Publ.Health, 61(9), 1861-1868, 1971.

45. Linkewich, J.A., Catalano, R.B. and Flack, H.L., "The effect of Packaging and Instruction on Outpatient Compliance with Medication Regimens," Drug Intell.Clin.Pharm., 8, 10-15, 1974.

46. Cowderoy, M. and Coker, N., "Improving Patient Compliance (1)," Pharm.J., 25, 95-96, 1987.

47. Blackwell, B., "Treatment Adherence," Brit.J.Psychiat., 129, 513-531, 1976.

48. Nies, A.S., "Adverse Reactions and Interactions Limiting the Use of Antihypertensive Drugs," Am.J.Med., 58, 495-503, 1975.

49. Hulka, B.S., Cassel, J.C., Kupper, L.L. and Burdette, J.A., "Communication, Compliance and Concordance between Physicians and Patients with Prescribed Medications," Am.J.Publ.Health, 66(9), 847-853, 1976.

50. Weintraub, M., Au, W.Y.W. and Lasagna, L., "Compliance as Determinant of Serum Digoxin Concentration," JAMA, 224 (4), 481-485, 1973.

51. Mazzullo, J.M., Lasagna, L. and Griner, P.F., "Variations in Interpretation of Prescription Instructions-The Need for Improved Prescribing Habits," JAMA, 228(8), 929-913, 1974.

52. Gillum, R.F. and Barsky, A.J., "Diagnosis and Management of Patient Noncompliance," JAMA 228(12), 1563-1567, 1974.

53. Peck, C.L. and King, N.J., "Increasing Patient Compliance With Prescriptions," JAMA, 248(21), 2874-2877, 1982.

54. ลลิตา ธีระสิริ, "เวลาที่ผู้ป่วยเสียไปเพื่อรับบริการจากโรงพยาบาล",คลินิก, 1(7), 57-58, 1985.

55. Ascione, F.J., James, M., Austin, S.J. and Shimp, L.A., "Seniors and Pharmacists-Improving the Dialogue," Am. Pharm. NS 20(5), 30-32, 1980.

56. Charney, E., Bynum, R., Eldredge, D., Frank, D., MacWhinney, J. B., McNabb, N., Scheiner, A., Sumpter, E.A. and Iker, H., "How Well Do Patients Take Orla Penicillin? A Collaborative Study in Private Practice," Pediatrics, 40(2), 188-195, 1967.

57. Watkins, J.D., Roberts, D.E., Williams T.F., Martin, D.A. and Coyle, V., "Observation of Medication Errors Made by Diabetic Patients in the Home," Diabetes, 16(12), 882-885, 1967.

58. Mazzuca, S.A., Moorman, N.H., Wheeler, M.L., Norton, J.A., Fineberg, N.S., Vinicor, F., Cohen, S.J. and Clark, C. M., "The Diabetes Education Study : A Controlled Trial of the Effects of Diabetes Patient Education," Diabetes Care, 9(1), 1-10, 1986.

59. Pullar, T., Birtwell, A.J., Wiles, P.G., Hay, A. and Feely, M. P., "Use of a Pharmacologic Indicator to Compare Compliance with Tablets Prescribed to be Taken Once, Twice, or Three Times Daily," Clin.Pharmaco.Ther., 44 (5) 540-545, 1988.

60. Mark, A.L., Joseph, R.R., "Sustained-Release Drug Delivery Systems," Remington's Pharmaceutical Sciences (Alfonso R. Gennaro), 17, 1644-1661, Mack Publishing Company, Pennsylvania, 1985.

61. Umesh, V.B., "Drug Delivery Systems of the 90's-Innovations in Controlled Release," Am.Pharm., NS 27(2), 39-48, 1987.

62. Janice, L.B., "New Delivery Systems," Am. Druggist, 11, 82-90, 1986.

63. Joseph, K., Robert, L., "Magnetically Modulated Drug Delivery Systems," Pharm.Inter., 7, 60-63, 1986.

64. Gayle, A.B., "Modern Drug Delivery Systems for Contraceptions," Pharm.Inter, 6, 69-74, 1985.

65. Mar, J.O., "Liposomes," Scientific Am., March, 90-99, 1987.

66. Julliano, R.L., Berestein, G.L., "New Lives for Old Drugs : Liposomal Drug Delivery Systems Reduce the Toxicity but not the Potency of Certain Chemotherapeutic Agents," Pharm.Inter., 8, 164-167, 1985.

67. Levy, R.A., Smith, D.L., "Keeping the Elderly Patient at Home : Through Improved Pharmaceutical Technology," Am.Pharm., NS 28(1), 41-44, 1988.

68. Linn, M.W., Linn, B.S. and Stein, S.R., "Satisfaction With Ambulatory Care and Compliance in Older Patients," Med. Care, 20(6), 606-614, 1982.

69. Cole, P. and Emmanuel, "Drug Consultation : Its significance to the Discharged Hospital Patient and Its Relevance as a Role for the Pharmacist," Am.J.Hosp.Phar., 28, 954-960, 1971.

70. Baker, D.M., "A Study Contrasting Different Modalities of Medication Discharge Counseling," Hosp.Pharm., 19,545-551, 1984.

71. Kelly, B.G. and West, A.L., "A Study of the Provision of Additional Printed Information by Pharmacists," Pharm. J., 5, 399-400, 1980.

72. Romankiewiez, J.A., Gotz, V. and Carlin, H.S., "Development of Patient Medication Instruction Cards," Am.J.Hosp.Pgarm., 33, 928-931, 1976.

73. Hiadik, W.B. and White, S.J., "Evaluation of Written Reinforcements Used in Counseling Cardiovascular Patients," Am.J.Hosp.Pharm., 33, 1277-1280, 1976.

74. Hermann, F., "The Outpatient Prescription Label as a Source of Medication Errors," Am.J.Hosp.Pharm., 30, 155-159, 1973.

75. Woroniecki, C.L., Mckercher, P.L., Flagler, D.G., Berchou, R., and Cook, J.A., "Effect of Pharmacist Counseling on Drug Information Recall," Am.J.Hosp.Pharm., 39, 1907-1910, 1982.

76. Perkins, L.D. and McCormack, A.J., "Medication Discharge Consultation Program in a Small Community Hospital," Am.J.Hosp.Pharm., 38, 530-533, 1981.

77. Pelletier, R.D., "Self-medication Promotes Patient Independence in Rehabilitative Setting," Hosp.Pharm., 18, 86-96, 1983.

78. Crichton, E.F., Smith, D.L. and Demanuele, F., "Patient Recall of Medication Information," Drug Intell.Clin.Pharm., 12, 591-599, 1978.

79. Roberts, R.J., Robinson, J.D., Doering, P.L., Dallman, J.J. and Steeves, R.A., "A Comparison of Various Types of Patient Instruction in the Proper Administration of Metered Inhalers," Drug Intell.Clin.Pharm., 16, 53-59, 1982.

80. Miller, M.B. and Conrad, W.F., "Pharmacist Involvement in an Education Program for Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease," Am.J.Hosp.Pharm., 32, 909-911, 1975.

81. Nelson, W.J., Edwards, S.A., Roberts, A.W. and Keller, R.J., "Comprehensive Self - medication Program for Epileptic Patients,"Am.J.Hosp.Pharm., 35, 798-801, 1978.

82. Scalley, R.D., Fiegen, K. and Kearney, E., "Inter disciplinary Diabetic Team in a Community Hospital," Am.J.Hosp.Pharm. 34, 1245-1248, 1977.

83. Witte, K., Gurwich, E.L., Anzalone, R. and Campagna, M.A., "Audit of an Oral Anticoagulant Teaching Program," Am. J.Hosp.Pharm., 37, 89-91, 1980.

84. Soflin, D., Young, W.W. and Clayton, B., "Development and Evaluation of an Individualized Patient Education Program About Digoxin," Am.J.Hosp.Pharm., 34, 367-371, 1977.

85. Haggerty, J.A., Barardi, R.R., Young, W.W. and Kimberlin, C., "Evaluation of Four Approaches to Teaching Patients About Digoxin," Am.J.Hosp.Pharm., 35, 1207-1212, 1978.

86. Burkie, W., Lucarotti, R.L., "Videotaped Patient Medication Instruction Program Using Closed Circuit Television," Am.J.Hosp.Pharm., 41, 105-107, 1984.

87. McDonald, D.E. and Hurlow, G.D., "A pharmacy - Coordinated Closed-circuit Television Patient Education Series," Am.J.Hosp.Pharm., 28, 701-703, 1971.

88. Young, W.W., "Patient Education Through Patient Counseling by Pharmacists : A Survival Technique," Can.J.Hosp.Pharm., 34(4), 110-112, 1981.

89. Olsen, K.M. and DuBe', J.E., "Evaluation of Two Methods of Patient Education," Am.J.Hosp.Pharm., 42, 622-624, 1985.

90. Cowderoy, M. and Coker, N., "Improving Patient Compliance (2)," Pharm.J., 1, 129-131, 1987.

91. Rehder, T.L., McCoy, L.K., Blackwell, B., Whitehead, W. and Robinson, A., "Improving Medication Compliance by Counseling and Special Prescription Container," Am.J. Hosp.Pharm., 37, 379-385, 1980.

92. Liberman, P., "A Guide To Help Patients Keep Track of Their Drugs," Am.J.Hosp.Pharm., 29, 507-509, 1972.

93. Arkwright, T.W., "Patient Compliance," Drug Intell.Clin.Pharm., 10, 115, 1976.

94. Pack, F.E., "How Our 3" x 5" Card Helps Patients to Take the Correct Dose at the Proper Time," Pharm.Times, May, 73-74, 1984.

95. Gabriel, M., Gagnon, J.P. and Bryan, C.K., "Improved Patient Compliance through Use of a Daily Drug Reminder Chart," Am.J.Publ.Health, 67(10), 968-969, 1977.

96. McKenney, J.M., "Methods of Modifying Compliance Behavior in Hypertensive Patients," Drug Intell.Clin.Pharm., 15, 8-14, 1981.

97. Darr, M.S., Self, T.H., Ryan, M.R., Venderbush, R.E. and Boswell, R.L., "Content and Retention Evaluation of an Audiovisual Patient - Education Program on Bronchodilators," Am.J.Hops.Pharm., 38, 672-675, 1981.

98. ปราณี เหมวิมล, "การศึกษาความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยาผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลเลิดสิน", วิทยานิพนธ์เภสัชศาสตรมหาบัณฑิต, ภาควิชาเภสัชกรรม คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2530.

99. สาธิต วรรณแสง, "Goal of Therapy and Monitoring of Diabetic Control," Diabetes in Practice (วรรณี นิธิยานันท์, อภิชาติ วิชญาณรัตน์ และ สาธิต วรรณแสง บรรณาธิการ) , 25-37, มหานครออฟเซทเพรส, พิมพ์ครั้งที่ 1, 2530.

100. คณะทำงานแห่งชาติเรื่องการควบคุมโรคเบาหวาน, "ผลกระทบทางเศรษฐกิจและสังคมของโรคเบาหวาน," โรคเบาหวานในประเทศไทย, กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, พิมพ์ครั้งที่ 1, 2531.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก.

ตัวอย่างแบบสัมภาษณ์ ที่ใช้เป็นเครื่องมือสืบหาความไม่สามารถใช้ยาตามสั่ง วิธีที่ 1

แบบสัมภาษณ์

วันที่ _____ HN _____ สถานที่สัมภาษณ์ _____

FBS _____ mg % ชื่อผู้ป่วย _____ ID [ ] [ ] [ ]

ลักษณะประชากร

1. เพศ (1) ชาย (2) หญิง
2. อายุ _____ ปี (อายุย่าง)
3. ศาสนา (1) พุทธ (2) อิสลาม (3) คริส (4) อื่น ๆ

เรื่องเกี่ยวกับยาที่ใช้

14. ยาที่ใช้อยู่ปัจจุบันมียาฉีดหรือไม่ (1) มี (2) ไม่มี
15. ฉีดเองหรือไม่ (1) ฉีดเอง (2) ไม่ ____ฉีดให้
16. ครั้งละ _____ UNITS
17. ถ้าฉีดเองให้แสดงวิธีบรรจุยาลงในหลอดฉีด
    (1) ขนาดยาถูกต้อง
    (2) ขนาดยาผิด
    (3) อื่น ๆ
18. ได้รับยาที่เป็นยากินกี่ชนิด _____ ชนิด (ทั้งหมด)
    จากบัตรตรวจโรค ยาที่ใช้อยู่มีดังนี้ : ถามว่าแต่ละชนิดใช้อย่างไร
    1. _____ : ชนิดที่ 1 ชื่อลักษณะยา _____
    _____ : ใช้ครั้งละ _____ เม็ด
    2. _____ : วันละ _____ ครั้ง
    _____ : ก่อน อาหาร เช้า-กลางวัน-เย็น-ก่อนนอน
    3. _____ : หลัง อาหาร

4. _____ | _____
_____ | ชนิดที่ 2 ชื่อหรือลักษณะยา _____
5. _____ | ใช้ครั้งละ _____ เม็ด
_____ | วันละ _____ ครั้ง
6. _____ | ก่อน อาหาร เช้า-กลางวัน-เย็น-ก่อนนอน
_____ | หลัง อาหาร
7. _____ |

|
|
|

23. ถ้าลืมกินยาแล้วทำอย่างไร

(1) ไม่เคยลืม (2) รีบกินเมื่อนึกได้
(3) เว้นมื้อนั้นไปเลย (4) กินเป็น 2 เท่าในมื้อต่อไป
(5) อื่น ๆ

24. มื้อไหนลืมบ่อยที่สุด (1) เช้า (2) กลางวัน (3) เย็น (4) ก่อนนอน

25. เพราะอะไรพอจะบอกได้ไหม

(1) ออกนอกบ้านไม่ได้นำยาไปด้วย
(2) ไม่ได้กินอาหารมื้อนั้นทำให้ไม่ได้กินยา
(3) ทำงานยุ่ง
(4) อื่น ๆ

|
|
|

36. เมื่อได้รับยาใหม่ ยาเก่าที่เหลือทำอย่างไร

(1) ถ้าเหมือนกันจะรวมกัน
(2) กินยาเก่าจนหมดก่อน แล้วเริ่มยาใหม่
(3) ทิ้งยาเก่าไป
(4) อื่น ๆ

|
|
|

42. เคยได้รับคำแนะนำในการใช้ยาเป็นฉลากเล็ก ๆ สอดมาในซองยาหรือไม่

(1) เคย (2) ไม่เคย (3) อื่น ๆ

43. เคยอ่านหรือไม่ (1) เคย (2) ไม่เคย (3) อื่น ๆ

<u>การกินอาหาร</u>

1. กินวันละ _____ มื้อ เช้า สาย กลางวัน บ่าย เย็น ก่อนนอน
2. กินตรงเวลาหรือไม่ (1) ตรง (2) ไม่ค่อยตรงเวลา (3) อื่น ๆ

<u>การออกกำลังกาย</u>

1. ท่านออกกำลังกายบ้างหรือไม่ (1) ออก (2) ไม่ออก
2. ออกกำลังกายโดยวิธีอะไร _____
3. ออกกำลังกายครั้งละกี่นาที _____ นาที
4. ออกกำลังกายบ่อยแค่ไหน

(1) ทุกวัน (2) อาทิตย์ละครั้ง

(3) อาทิตย์ละ 2-3 ครั้ง (4) เดือนละครั้ง

(5) อื่น ๆ

ภาคผนวก ข.

ตัวอย่างแบบสอบถามเพื่อจัดลำดับความสำคัญทางคลินิกของความไม่สามารถใช้ยาตามสั่ง

แบบสอบถามนี้มีคำตอบให้เลือก 4 ข้อหลังคำถามแต่ละข้อ โดย

เลข 1 หมายถึง การใช้ยาผิดจากที่สั่งดังกล่าวจะไม่มีผลทางคลินิก

เลข 2 " การใช้ยาผิดจากที่สั่งดังกล่าวอาจจะมีความสำคัญทางคลินิก

เลข 3 " การใช้ยาผิดจากที่สั่งดังกล่าวมีความสำคัญทางคลินิก และจะมีผลต่อการรักษา

เลข 4 " การใช้ยาผิดจากที่สั่งดังกล่าวมีผลทางคลินิก และอาจก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยได้ เช่น เกิด Hypoglycemia,

แพทย์สาขา _____ หน่วย _____

กรุณาวงกลมรอบหมายเลขที่ท่านคิดว่ามีลักษณะดังที่ได้อธิบายไว้ในหน้า 1.

การใช้ยาผิดเวลา

Chlorpropamide, Glibenclamide, Glipizide, Gliclazide

1. สั่ง ก่อนอาหาร ผู้ป่วยกินหลังอาหาร 1) 1 2 3 4

Chlorpropamide (Diabinese)

2. สั่ง เช้า ผู้ป่วยกินตอนเย็น 2) 1 2 3 4

3. สั่ง 2 เม็ดก่อนอาหารเช้า ผู้ป่วยกิน 1 เม็ด เช้า-กลางวัน 3) 1 2 3 4

4. สั่ง 2 เม็ดก่อนอาหารเช้า ผู้ป่วยกิน 1 เม็ด เช้า-เย็น 4) 1 2 3 4

5. สั่ง 2 เม็ดก่อนอาหารเช้า ผู้ป่วยกิน 1 เม็ด วันละ 3 ครั้ง 5) 1 2 3 4

6. สั่ง 2 เม็ดก่อนอาหารเช้า ผู้ป่วยกิน 2 เม็ด วันละ 2 ครั้ง 6) 1 2 3 4

7. สั่ง 2 เม็ดก่อนอาหารเช้า ผู้ป่วยกิน 2 เม็ด วันละ 3 ครั้ง 7) 1 2 3 4

8. สั่ง 1 เม็ด เช้า-เย็น ผู้ป่วยกิน 1 เม็ด เช้า 8) 1 2 3 4

Glibenclamide (Daonil, Euglucon)

9. สั่ง ครึ่งเม็ดเช้า กินครึ่งเม็ด เช้า-เย็น 9) 1 2 3 4

10. สั่ง 1 เม็ด เช้า-เย็นผู้ป่วยกิน 1 เม็ด เช้า 10) 1 2 3 4

<u>การใช้ยาผิดขนาดที่สั่ง</u>

Chlorpropamide (Diabinese)

28. สั่ง ครึ่งเม็ด ผู้ป่วยกิน 1 เม็ด 28) 1 2 3 4

29. สั่ง 2เม็ด ผู้ป่วยกิน 1 เม็ด 29) 1 2 3 4

30. สั่ง 2เม็ดเช้า ผู้ป่วยกินครึ่งเม็ดเช้า-เย็น 30) 1 2 3 4

Glibenclamide (Daonil, Euglucon)

31. สั่ง 1เม็ดครึ่งเช้า ผู้ป่วยกิน 1 เม็ดเช้า, ครึ่งเม็ดก่อนนอน 31) 1 2 3 4

32. สั่ง 1เม็ดครึ่ง ผู้ป่วยกิน 2 เม็ด 32) 1 2 3 4

<u>การใช้ยาอื่นนอกเหนือจากที่แพทย์สั่ง</u>

44. ใช้สมุนไพรร่วมกับยาที่แพทย์สั่ง เช่น หญ้าหนวดแมว เหงือกปลาหมอ น้ำมะระดิบ กระเทียมสด ฟ้าทะลายโจร เป็นต้น 44) 1 2 3 4

45. ใช้ยาแผนโบราณร่วมกับยาที่แพทย์สั่ง เป็นยาลูกกลอน ผู้ป่วยไม่สามารถระบุชื่อยา 45) 1 2 3 4

46) ใช้ยาจีน ยาหม้อ โดยหยุดยาที่แพทย์สั่งขณะใช้ยานั้น 46) 1 2 3 4

<u>ยาอื่นใช้ร่วมด้วย</u>

Methyldopa (Aldomet)

49. สั่ง 1เม็ดวันละ 4ครั้ง กินวันละ 3 ครั้ง 49) 1 2 3 4

50. สั่ง 2เม็ดวันละ 4ครั้ง กิน 2เม็ดวันละ 3 ครั้ง 50) 1 2 3 4

Propranolol (Inderal)

51. สั่ง 1เม็ดเช้า-เย็น กิน 1เม็ด เย็น 51) 1 2 3 4

Isotriraupin

52. สั่ง 1เม็ดเช้า กิน 2 เม็ด เช้า 52) 1 2 3 4

ภาคผนวก ค.

<u>ตัวอย่างแบบสัมภาษณ์สำหรับวัดผลหลังจากให้คำแนะนำด้วยวิธีต่างกัน</u>

แบบสัมภาษณ์สำหรับวัดผล

วันที่ .....ชื่อ.....HN.....

1) วิธีใช้ยาแต่ละตัว รวมทั้งยาฉีด รู้จักชื่อยาหรือไม่ ใช้รักษาอะไร

วิธีใช้ยาจากบัตรตรวจโรคหรือใบสั่งยา	วิธีที่ผู้ป่วยใช้จริง
1.1.....	1.1.....
.....	.....
1.2.....	1.2.....
.....	.....
1.3.....	1.3.....
.....	.....
1.4.....	1.4.....
.....	.....
1.5.....	1.5.....
.....	.....

<u>คำถามสำหรับผู้ที่ได้รับแจกเอกสาร</u>

7. เอกสารที่ได้รับไปอ่านหรือยัง 1. อ่านแล้ว 2. ยังไม่อ่าน 3. อื่น.....
8. ถ้าอ่านแล้ว อ่านแล้วจบหรือยัง 1.ยังไม่จบ 2. จบแล้ว 3. อื่น ๆ.....
9. เคยได้รับหนังสือหรือเอกสารแบบเดียวกันนี้มาก่อนหรือไม่
   1. เคย 2. ไม่เคย 3. อื่น ๆ .....
10. คิดว่าเอกสารที่ให้ไปมีประโยชน์หรือไม่ 1. มี 2. มีบ้าง 3. ไม่มี
11. ควรมีแจกหรือไม่ 1. ควรมี 2. ไม่ควรมี 3. แล้วแต่ผู้ป่วยต้องการ
12. อ่านแล้วเข้าใจดีหรือไม่ 1. เข้าใจ 2. ไม่เข้าใจบ้าง 3. ไม่เข้าใจมาก
13. ได้ทำตามที่หนังสือสอนไว้หรือไม่ 1. ทำ 2. ไม่ได้ทำ 3. ทำไม่ได้

<u>คำถามสำหรับกลุ่มที่ได้รับการสอน</u>

14. การสอนแบบครั้งที่แล้ว เคยมีใครสอนมาก่อนหรือไม่ 1. เคย 2. ไม่เคย 3. อื่น ๆ..

15. คิดว่าการสอนครั้งที่แล้ว ทำให้มีความรู้เพิ่มขึ้นหรือไม่

1. เพิ่มขึ้นมาก 2. เพิ่มขึ้นบ้าง 3. ไม่เพิ่มขึ้นเลยเพราะรู้อยู่แล้ว

16. จากที่สอนไปได้ทำตามหรือไม่ ด้านการใช้ยา 1. ทำ 2. ไม่ได้ทำ 3. อื่น ๆ.....

17. จากที่สอนไปได้ทำตามหรือไม่ ด้านอาหาร 1. ทำ 2. ไม่ได้ทำ 3. อื่น ๆ...

18. จากที่สอนไปได้ทำตามหรือไม่ ด้านการออกกำลังกาย 1. ทำ 2. ไม่ได้ทำ 3. อื่น ๆ..

19. คิดว่าการสอนแบบนี้ มีประโยชน์หรือไม่ 1. มี 2. มีบ้าง 3. ไม่มี 4. อื่น ๆ .....

20. คิดว่าควรมีการสอนแบบนี้ ขณะที่รอตรวจ หรือรอยาหรือไม่

1. ควร 2. ไม่ควร 3. อื่น ๆ.....

21. คิดว่าควรมีเอกสารหรือหนังสือประกอบด้วยหรือไม่ 1. ควรมี 2. ไม่จำเป็น

3. แล้วแต่ผู้ป่วย

ภาคผนวก ง.

<u>กรณีศึกษาผู้ป่วยบางรายในกลุ่มทดสอบ ข.</u>

<u>ผู้ป่วยรายที่ 7</u> หญิงไทยหม้าย อายุ 49 ปี อาชีพค้าขาย จบการศึกษาประถมปีที่ 4 ประวัติเป็นเบาหวานมา 6 ปี โรคแทรกซ้อนที่พบมีเชื้อราที่เล็บ คันตามตัว ชาตามปลายมือปลายเท้าและปวดบางครั้ง ค่าเฉลี่ย FBS ตลอดปี 2531 = 205 mg%

ประวัติการใช้ยา - ก.ค. 30 Glibenclamide 1 เม็ด เช้าก่อนอาหาร FBS 159 mg%

- ก.ค.31, FBS=275 mg% ยาที่ใช้ Glibenclamide 2x2ac, Metformin 1xกลางวัน และตลอด 1 ปี ที่ผ่านมาได้รับ Hydroxyzine 1xprn เวลาคัน
- ส.ค. 31 FBS 233 mg% แพทย์เปลี่ยนให้ใช้ Chlorpropamide 2xเช้าac, Metformin 1xกลางวัน-เย็น pc และเปลี่ยนยาแก้แพ้ แก้คันเป็น Chlorpheniramine และมี B1-6-12 1x2 pc, Motival 1x2 pc
- 9 ธ.ค. 31 FBS 208 mg% Chlorpropamide 2xเช้า ac และ Metformin 1x3 pc ผู้วิจัยให้คำแนะนำผู้ป่วยในวันเดียวกันนี้

ก่อนแนะนำผู้ป่วยผู้วิจัยถามถึงยาที่ผู้ป่วยใช้ เพื่อดูว่าผู้ป่วยทราบถึงข้อบ่งใช้หรือไม่ และใช้ยาอย่างไร พบว่าผู้ป่วยคิดว่ายาลดน้ำตาลในเลือดคือ Metformin ตัวเดียวและรับประทานถูกต้อง 1x3pc เมื่อถามถึง Chlorpropamide ผู้ป่วยบอกว่ายาแก้คันจะรับประทานเฉพาะเวลาคัน B1-6-12 เป็นยาแก้ชาจะกินเฉพาะเวลาชา

ผู้ทำการวิจัยจึงแนะนำว่า Chlorpropamide เป็นยาลดน้ำตาลในเลือดอีกตัวหนึ่ง ต้องรับประทานอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ พร้อมกับคำแนะนำเกี่ยวกับยาตัวอื่นที่ใช้ร่วมด้วยและแนะนำถึงโรคแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นถ้าไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับปกติ

ผู้ป่วยเล่าถึงปัญหาของตนว่า ชอบรับประทานอาหารรสจัด จึงอดที่จะมีรสหวานในอาหารไม่ได้ผู้วิจัยจึงแนะนำให้ผู้ป่วยใช้สารให้ความหวานแคลอรี่ต่ำ (Aspartame) ใส่ในอาหารที่ต้องการรสหวานแทน

อีก 1 เดือนต่อมา 6 มค.32 ผู้ป่วยกลับมาพบแพทย์ด้วย FBS 124 mg%

ปัญหาในผู้ป่วยรายนี้คือไม่ทราบข้อบ่งใช้ของยาแต่ละตัวอย่างแท้จริง ทำให้คิดเอาเองว่ายานี้น่าจะรักษาอาการนั้น และถ้าไม่ใช่ยาลดน้ำตาลในเลือดก็มักจะไม่ใช่สม่ำเสมอ อีกประการหนึ่งคือการไม่สามารถควบคุมอาหารหวาน และไม่ทราบว่ามีสิ่งที่สามารถให้ความหวานทดแทนน้ำตาลได้ เมื่อผู้ป่วยได้รับคำแนะนำผู้ป่วยก็สามารถปรับปรุงตัวเองปฏิบัติตามคำแนะนำได้ดี ค่า FBS จึงลงมาสู่ระดับปกติได้

ผู้ป่วยรายที่ 9 หญิงไทย คู่ อายุ 52 ปี เป็นแม่บ้าน จบการศึกษาประถมปีที่ 4 เป็นโรคเบาหวานมา 2 ปี โรคแทรกซ้อนที่พบ คันตามตัว ความดันโลหิตสูง ค่า FBS เฉลี่ยตลอดปี 2531=230 mg%

ประวัติการใช้ยา
- มค.30 FBS 181 mg%, BP130/80 ยาที่ใช้ Glibenclamide 2x2ac Metformin 1xกลางวัน-เย็น, Methyldopa 250 mg 1x4 pc Prazosin 1 mg 1x2 pc, Hydrochlorothiazide 1xเช้าpc
- ก.พ.31 FBS 260 mg% BP 200/130 ยาที่ใช้ chlorpropamide 2xเช้า ac, Metformin 2x2 pc Methyldopa (250 mg)1x4pc, Prazosin(1mg) 1x3pc, Hydrochlorothiazide 1xเช้า pc
- ผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามนัดตลอดไม่ขาดยา พย.31 FBS 224 mg% BP 150/90 ผู้วิจัยติดต่อขอแนะนำเรื่องการใช้ยาและโรคเบาหวานให้ ผู้ป่วยไม่ยินยอม อ้างว่ามีธุระไว้คราวหน้า ยาที่ได้รับ Chlorpropamide 2xเช้า ac, Metformin 2x2pc, Methyldopa(250 mg) 2x4pc, Prazosin 1 mg 1x3pc,Hydrochlorothiazide 1xเช้า
- ธค. 31 FBS 324 mg% BP200/120 ปวดเมื่อยตามข้อ แพทย์ถามว่าขาดยาหรือไม่ ผู้ป่วยบอกว่าไม่ขาด แพทย์สั่งยา Chlorpropamide 2xเช้า ac, Metformin 2x2pc, Hydrochlorothiazide 1xเช้า pc, Atenolol 100 mg 1xเช้า, Prazosin 1mg 1x3pc ผู้ทำวิจัยขอแนะนำเรื่องยาและโรคอีก ผู้ป่วยยินยอม

เมื่อซักประวัติวิธีการใช้ยา ผู้ป่วยใช้ดังนี้ Chlorpropamide 2xเช้าac Metformin 2xเช้าpc, Methyldopa 2x3pc, Prozosin 1x3pc, Hydrochlorothiazide 1xเช้า และเมื่อถามถึงเหตุผลที่ทำให้ FBS ครั้งนี้สูงผิดปกติ ผู้ป่วยทวงสัญญาจากผู้วิจัยว่า แล้วอย่าไปฟ้องหมอนะ แล้วจึงเล่าว่าเพื่อนบ้านแนะนำให้ไปเอายาหม้อจากพระข้างบ้านมากินว่าจะรักษาเบาหวานให้หายได้ ผู้ป่วยเชื่อจึงไปขอยามาใช้โดยมิข้อแม้ว่าขณะที่ใช้ยาของท่านต้องงดยาอื่นหมด ผู้ป่วยจึงงดยาที่แพทย์สั่ง แล้วใช้ยาหม้อเป็นเวลาประมาณ 10 วัน น้ำหนักลดลงจาก 71 กก. เหลือ 67 ก.ก. เพลียมาก ปวดเมื่อยตามตัวจึงมาพบแพทย์

ผู้วิจัยจึงแนะนำให้กลับมาใช้ยาที่แพทย์สั่งให้ และหยุดยาหม้อเสีย และแนะนำว่ายาแต่ละตัวใช้รักษาอาการใด เหตุผลที่ต้องใช้ยาอย่างต่อเนื่อง และขนาดที่ถูกต้องตามที่แพทย์สั่ง ปัญหาอีกข้อหนึ่งของผู้ป่วยนี้คือ ชอบรับประทานข้าวกับน้ำพริก และต้องรับประทานข้าวครั้งละอย่างน้อย 2 จาน ผู้วิจัยจึงแนะนำให้ลดข้าวลง แล้วให้รับประทานผักสดหรือผักจิ้มอื่นๆให้มากแทนข้าวและแนะนำให้ผู้ป่วยออกกำลังกายบ้าง เมื่ออาการทั่วไปดีขึ้น พร้อมกับให้ตัวอย่าง แถบตรวจปัสสาวะเพื่อตรวจดูระดับน้ำตาลที่ถูกขับออกมาทางปัสสาวะ เพื่อควบคุมอาหารที่รับประทาน ผู้ป่วยก็รับคำว่าจะปฏิบัติตาม อีก 1 เดือนต่อมาผู้ป่วยกลับมาด้วย FBS = 127 mg% BP 130/80 ไม่มีอาการปวดเมื่อย น้ำหนักเพิ่มขึ้น 1 กก.

ตัวอย่างของผู้ป่วยรายนี้ อาจพบได้ในผู้ป่วยเบาหวานโดยทั่วไปเพราะโรคเบาหวานเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ เมื่อมีผู้มาแนะนำว่ามีโอกาสหายได้ด้วยยาอื่น ผู้ป่วยจะเชื่อได้โดยง่ายและมีผู้ป่วยอีกถึงร้อยละ 10 ที่เชื่อว่า ยากลางบ้าน หรือยาสมุนไพรบางชนิดรักษาโรคเบาหวานได้ดีกว่ายาแผนปัจจุบัน(5) จึงมักมีผู้ป่วยหยุดใช้ยาที่แพทย์สั่งแล้วหันไปใช้ยากลางบ้าน, ยาแผนโบราณ และกลับมาด้วยโรคแทรกซ้อนที่รุนแรง ในเรื่องยาสมุนไพร หรือยากลางบ้านผู้วิจัยมิได้มีความคิดต่อต้านมิให้ผู้ป่วยใช้ แต่น่าจะมีการวิจัยที่น่าเชื่อถือว่ายานั้นสามารถลดระดับน้ำตาลได้จริงหรือไม่ แล้วเผยแพร่อย่างเป็นทางการ และมีการแนะนำให้ผู้ป่วยทราบถึงการที่ใช้ยากลางบ้านตามคำบอกที่ไม่เคยมีการทดลองค้นคว้าว่าอาจก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยได้

<u>ผู้ป่วยรายที่ 15</u> หญิงไทยคู่ อายุ 49 ปี แม่บ้าน จบการศึกษามัธยมศึกษาปีที่ 6 เป็นเบาหวานมา 3 ปี โรคแทรกซ้อนเป็นผื่นที่สะโพก แผลที่เท้า (Cellulitis foot) ทั้งเท้าซ้ายและขวา จนต้องเข้าอยู่ในโรงพยาบาล 1 ครั้ง ค่า FBS เฉลี่ยตลอดปี 2531 = 256 mg% ผู้ป่วยรายนี้เป็นเบาหวานชนิดพึ่งอินสุลิน

ประวัติการใช้ยา-ผู้ป่วยใช้ NPH(80U) ฉีดขนาด 55-65 unit วันละ 1 ครั้ง ผู้ป่วยไม่ได้ฉีดเอง มาฉีดที่โรงพยาบาล ผู้ป่วยเคยได้รับ Glibenclamide 1xเช้าac ร่วมกับยาฉีด NPH ตั้งแต่เดือนสิงหาคม 2531 ผู้ป่วยมาพบแพทย์แล้วขาดการติดต่อจนกระทั่งธันวาคม 2531 ผู้ป่วยมาพบแพทย์ด้วย FBS 320 mg%

เดือนมกราคม 32 FBS 284 mg% BP 160/80 ผู้ทำวิจัยได้ซักประวัติผู้ป่วยว่าขาดการติดต่อเพราะเหตุใด ผู้ป่วยบอกว่าไปช่วยสามีทำการค้าอยู่ต่างจังหวัด จึงไม่ได้มาฉีดยา กินแต่ยาเม็ด (Glibenclamide) วันละ 1เม็ด แล้วน้ำหนักตัวลดลงมากจากเดือนสิงหาคม 2531 น้ำหนัก 67 ก.ก. เดือนมกราคม 32 น้ำหนักเหลือ 54 ก.ก. มีอาการท้องเสียบ่อยเหนื่อย นอนไม่หลับ ปวดหัว แพทย์ทดลองให้ยารับประทาน Glibenclamide 2xเช้า ac และ B1-6-12 1x2 pc, Diazepam 5 mg 1xhs prn แล้วให้กลับมาพบแพทย์อีก 2 สัปดาห์ถัดไป)

และในวันเดียวกันผู้วิจัยได้แนะนำการใช้ยา การควบคุมอาหาร การตรวจปัสสาวะด้วยตัวเอง ผู้ป่วยยินดีมาก เพราะต้องการทราบวิธีตรวจปัสสาวะด้วยตนเอง แต่ไม่เคยมีผู้แนะนำให้ผู้ป่วยรายนี้กลับมาอีก 2 สัปดาห์ถัดมา FBS = 196 mg% น้ำหนักขึ้น 4 ก.ก. แพทย์ให้ใช้ยารับประทานต่อได้ แต่เพิ่มขนาดเป็น Glibenclamide 2 เม็ด เช้า และ 1เม็ด เย็น ac

ตัวอย่างของผู้ป่วยรายนี้คือผู้ป่วยต้องใช้ยาฉีดอินสุลินเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด แต่ผู้ป่วยไม่สามารถฉีดได้ด้วยตนเอง ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยต้องเดินทางไปต่างจังหวัดผู้ป่วยจึงขาดยา ปัญหานี้ก็เป็นปัญหาสำคัญประการหนึ่ง ควรมีการแนะนำให้ผู้ป่วยฉีดยาด้วยตนเอง และผู้ป่วยรายนี้ก็มีการศึกษาถึงระดับมัธยมศึกษาน่าจะสอนให้เรียนรู้ได้ มีผู้ป่วยหลายรายที่เบื่อหน่ายที่จะต้องมาโรงพยาบาลทุกวันเพื่อฉีดอินสุลินในตอนเช้า ทำให้มีการขาดยาไปบ้าง มีผลให้ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ซึ่งอาจเป็นสาเหตุของโรคแทรกซ้อนตามมา (99)

อีกประการหนึ่งคือควรมีการสอนให้ผู้ป่วยสามารถตรวจระดับน้ำตาลในปัสสาวะด้วยตนเอง เพื่อที่จะให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมตนเองด้านอาหารได้

ผู้ป่วยรายที่ 21 ชายจีน คู่ อายุ 52 ปี อาชีพรับจ้าง อ่านภาษาไทยไม่ออก เป็นเบาหวานมา 10 ปี โรคแทรกซ้อน ไม่มี ผู้ป่วยสูบบุหรี่

ประวัติการใช้ยา - พย.30 FBS 263mg% ใช้ยา Chlorpropamide 2xเช้า ac
Metformin 1 x กลางวัน - เย็น pc
- มค.31 ค่า FBS 263mg% ได้ยา Chlorpropamide 2xเช้า ac
Metformin 1 x 3 pc
- ได้ยาเดิมมาตลอด FBS เฉลี่ยของปี 2531 177mg%
- ให้คำแนะนำ เมื่อ 9 พย. 31 FBS 150mg%

วิธีการใช้ยาก่อนได้รับคำแนะนำจากผู้วิจัย ผู้ป่วยใช้ chlorpropamide 2xเช้า ac Matana 2xเย็นpc และผู้ป่วยบอกว่าใช้แบบนี้มาเป็นปีแล้ว ผู้ทำวิจัยได้แนะนำการใช้ยาที่ถูกต้องให้ ผู้ป่วยบอกว่าไม่รู้ว่าหมอสั่งให้กิน 1 x 3 pc เพราะอ่านหน้าซองไม่ออกเลยกินตามเดิมมาตลอด และยังบอกให้ผู้วิจัยฟังว่า "ถึงว่าชิยาเม็ดสีขาว (Metformin)ที่บ้านยังเหลืออยู่ตั้งมากแต่ยาเม็ดฟ้า (chlorpropamide) หมดพอดีทุกเดือน" ผู้วิจัยจึงแนะนำให้ผู้ป่วยดูหน้าซองว่าถึงแม้จะอ่านภาษาไทยไม่ออกก็ดูได้เพราะช่องแรกคือให้รับประทานกี่เม็ด ช่องถัดมาคือวันละกี่ครั้ง และเมื่อรับยาใหม่ไปทุกครั้งต้องอ่านหน้าซองใหม่ทุกครั้ง เพราะแพทย์อาจเปลี่ยนขนาดยาให้ก็ได้ ถ้าอ่านไม่ได้จริงๆให้ถามจากเจ้าหน้าที่ห้องยาก่อนกลับบ้าน หรือให้ญาติที่บ้านที่อ่านภาษาไทยได้อ่านให้ฟัง ในเดือนต่อมาที่ผู้ป่วยกลับมาพบแพทย์ FBS = 150mg% การใช้ยาถูกต้องตามสั่ง

ในผู้ป่วยรายนี้ก็สะท้อนให้เห็นปัญหาที่สำคัญอย่างหนึ่งคือ การอ่านหนังสือไม่ได้และการใช้ยาตามความจำเดิม ซึ่งกลุ่มผู้ป่วยที่ทำการวิจัยพบอ่านหนังสือไทยไม่ได้ถึงร้อยละ 29 และใช้ยาตามที่จำได้โดยไม่อ่านหน้าซองร้อยละ 78 ซึ่งถึงแม้จะมีการรณรงค์ให้มีการอ่านออกเขียนได้แต่ผู้ป่วยที่เป็นคนจีน คนอินเดีย หรือชาติอื่นที่เข้ามาอยู่ในประเทศไทยรวมทั้งคนสูงอายุ (เกิน 60 ปี) ก็มิใช่กลุ่มเป้าหมายในการรณรงค์ให้รู้หนังสือ ดังนั้นถึงแม้แพทย์ผู้ตรวจจะบอกให้ผู้ป่วยทราบว่าค่า FBS สูง ให้เพิ่มยา แต่ผู้ป่วยอาจไม่ทราบว่าจะให้เพิ่มตัวใด หรือจำที่แพทย์สั่งไม่ได้ และไม่ดูหน้าซองกลับใช้ตามเดิมที่เคยใช้ อาจเป็นผลให้การควบคุมน้ำตาลไม่ได้ และแพทย์ก็เข้าใจผิดคิดว่า ให้ขนาดยาเต็มที่แล้ว FBS ยังไม่ลด อาจต้องพิจารณาใช้ยาฉีดอินสุลินแทน ทั้งที่สาเหตุจริงๆคือผู้ป่วยไม่ใช้ยาตามสั่ง

ยังมีตัวอย่างผู้ป่วยในกลุ่มควบคุม เป็นผู้ป่วยรายที่ 2 ของกลุ่มควบคุม แพทย์สั่งยา Chlorpropamide 2xเช้า ac , Mettormin 2x2pc มา 6 เดือนแล้วแต่ผู้ป่วยยังใช้ Chlorpropamide 2xเช้า ac และ Metformin 1x2pc ทั้งที่ผู้ป่วยรายนี้ก็จบการศึกษาถึงชั้นมัธยมต้น แต่กลับไม่อ่านฉลากยาเลย ทำให้ค่า FBS สูงขึ้นเรื่อยๆ ในวันที่ศึกษาครั้งแรก พ.ย. 31 FBS 258 mg% วัดผลครั้งที่ 2 FBS=320mg% หลังจากวัดผลแล้วผู้ทำวิจัย

จึงต้องรีบแนะนำผู้ป่วยให้ทราบว่าใช้ยาผิดอยู่ และให้ผู้ป่วยแจ้งให้แพทย์ทราบว่าใช้ขนาดของยาผิดอยู่ มิฉะนั้นจะต้องถูกพิจารณาให้ฉีดอินสุลิน หลังจากแนะนำในเดือนถัดมา FBS ลดลง = 183mg% โดยไม่ต้องปรับขนาดของยาอีก

ผู้ป่วยรายที่ 31 หญิงไทยหม้าย อายุ 63 ปี อาชีพขายผลไม้ จบการศึกษาประถมปีที่ 3 อ่านหนังสือไม่ค่อยได้ โรคแทรกซ้อนที่พบ คือทางเดินปัสสาวะอักเสบ
ค่า FBS เฉลี่ยปี 2531 = 217 mg%

ประวัติการใช้ยา - แพทย์สั่ง Chlorpropamide 2 x เช้า ac, Metformin 2x2pc
- B 1-6-12 1x2 pc มาตั้งแต่ปลายปี 2530
- FBS ขึ้นๆ ลงๆ ในปี 2531 มีค่าพิสัย 120 - 352 mg%
- ให้คำแนะนำเมื่อ มค.2532

การใช้ยาในวันที่ให้คำแนะนำของผู้ป่วยรายนี้พบว่ายาทุกตัวที่ได้รับผู้ป่วยจะกิน 2 เม็ด เช้า-เย็น หลังอาหารทุกอย่าง ผู้วิจัยจึงถามผู้ป่วยว่าแล้วยาไม่หมดก่อนนัดหรือ ผู้ป่วยตอบว่าบางอย่างก็หมดก่อน บางอย่างก็มีเหลือ และผู้วิจัยถามอีกว่าแล้วเคยใจสั่นจะเป็นลมบ้างหรือไม่ผู้ป่วยตอบว่าแรกๆก็เป็นพอปลายๆเดือนก็ไม่เป็น (คือช่วงที่Chlorpropamide หมด) และผู้วิจัยถามว่าเมื่อยาบางตัวหมด ทำไมไม่มาหาหมอ ผู้ป่วยตอบว่าก็หมอเขากะให้อย่างนี้ทุกเดือน มีอีกตัวที่พอกินจนถึงวันนัด เมื่อผู้วิจัยแนะนำวิธีใช้ยาและขนาดของยาที่ถูกต้องให้ผู้ป่วยแล้ว ผู้ป่วยก็ชำตัวเองและบอกว่าไม่เคยอ่านหน้าซอง อยู่คนเดียวไม่มีลูกหลานช่วยดูให้ ผู้ทำวิจัยจึงเน้นให้ผู้ป่วยใช้ยาตามแพทย์สั่งเพื่อคุมระดับน้ำตาลให้สม่ำเสมอ

ผู้วิจัยได้แนะนำวิธีคุมอาหารให้กับผู้ป่วย และแนะนำถึงผลไม้ที่ผู้ป่วยเบาหวานควรและไม่ควรรับประทาน (เพราะผู้ป่วยรายนี้ขายผลไม้จึงเน้นพิเศษ) และขนาดที่เหมาะสม พบว่าผู้ป่วยชอบใจมากกล่าวว่า เมื่อก่อนไม่รู้ว่าคุมอาหารทำอย่างไร หมอสั่งให้กินข้าวน้อยๆ กินกับเยอะๆตนก็ทำตาม แต่ตนกินผลไม้มากด้วยโดยเฉพาะลิ้นจี่ชอบเป็นพิเศษ และนึกว่ามันเปรี้ยวๆ ไม่คิดว่าจะมีน้ำตาลมากผู้ป่วยรายนี้ ค่า FBS วันที่สอน = 204 mg% แพทย์นัดอีก 1 เดือนแต่ผู้ป่วยหายไป 2 เดือน กลับมา FBS = 201 mg% โดยผู้ป่วยบอกว่าไม่ขาดยา และใช้ยาถูกต้องตามที่แนะนำให้ไป จึงคิดว่าผู้ป่วยรายนี้ต้องมีปัญหาไม่สามารถใช้ยาตามสั่งอื่นอีกที่ผู้วิจัยยังไม่สามารถสืบพบได้

ผู้ป่วยรายที่ 10 ผู้ป่วยหญิงไทยคู่ อายุ 65 ปี ไม่ได้ทำงาน เป็นเบาหวานมา 10 ปี จบการศึกษาประถมปีที่ 4 อ่านหนังสือได้ โรคแทรกซ้อนเคยเป็นแผล (Cellulitis) ค่าเฉลี่ยของ FBS = 201 mg%

ประวัติการใช้ยา - แพทย์สั่ง Chlorpropamide 2xเช้าac, Metformin 1x3pc
- B 1-6-12 1x2pc ตั้งแต่ต้นปี 2531

ในการสัมภาษณ์เพื่อสืบหาว่าผู้ป่วยเป็นกลุ่มไม่สามารถใช้ยาตามสั่งหรือไม่นั้นพบว่าผู้ป่วยใช้ Metformin 1x2pc และพบในบัตรตรวจโรคผู้ป่วย แพทย์บันทึกไว้เช่นเดียวกันว่าผู้ป่วยใช้ Metformin 1x2pc ในวันที่ให้คำแนะนำ พย.31 FBS = 142 mg% และการใช้ยาของผู้ป่วยก็ถูกต้องคือ Chlorpropamide 2xเช้าac Metformin 1x3 pc, B 1-6-12 1x2pc เป็นเพราะแพทย์ผู้ตรวจพบว่าผู้ป่วยใช้ยาผิดจึงแก้ไขโดยแนะนำผู้ป่วยแล้วทำให้ใช้ยาถูกต้อง แต่ผู้ป่วยรายนี้ยังมีปัญหาอีกประการหนึ่งคือ ผู้ป่วยมักลืมใช้ยา บางครั้งจำไม่ได้ว่าใช้ไปหรือยัง ผู้วิจัยจึงได้ให้ภาชนะบรรจุยาซึ่งเป็นกล่องพลาสติกใส 3 ช่อง โดยมีสติกเกอร์ติดไว้ว่า เช้า-กลางวัน-เย็น ตามช่องทั้ง 3 ช่องเพื่อให้ใส่ยาสำหรับมื้อเช้า มื้อกลางวัน และมื้อเย็น โดยกล่องเป็นพลาสติกใส สามารถมองเห็นยาเม็ดในกล่องได้ดังนั้นเมื่อจัดยาไว้ในตอนเช้าผู้ป่วยจะทราบว่า มื้อกลางวัน มื้อเย็น ใช้ยาไปหรือยังโดยดูจากเม็ดยาที่เหลือในกล่อง และผู้วิจัยแนะนำให้ผู้ป่วยจัดยาลงกล่องทุกเช้าเพื่อที่จะได้ไม่ลืมใช้ยา

หลังจากให้คำแนะนำไป แล้วผู้ป่วยกลับมาพบแพทย์อีกครั้ง ค่า FBS = 186 mg% ผู้วิจัยถามถึงกล่องใส่ยาที่ให้ไปผู้ป่วยตอบว่าไม่ได้ใช้แต่เอาไปตั้งไว้หน้าห้องน้ำ พอเข้าห้องน้ำเห็นกล่องยาก็จำได้ไม่ลืมใช้ยา ที่ FBS ขึ้นอาจเป็นเพราะลูกชายส่งขนมมาจากต่างประเทศจึงรับประทานมากไปหน่อย

ผู้ป่วยเบาหวานที่เป็นมานานๆ คุมระดับน้ำตาลได้ดี แต่พอถึงเทศกาลพิเศษหรือฤดูผลไม้พิเศษ เช่น ปีใหม่ ตรุษจีน หน้ามะม่วง หน้าทุเรียนผู้ป่วยก็อดไม่ได้ที่จะรับประทาน ดังตัวอย่างผู้ป่วยรายที่ 14 และรายที่ 28 ในกลุ่มทดสอบ ข. เป็นผู้ป่วยจีน การวัดผลครั้งที่ 2 หลังจากให้คำแนะนำอยู่ช่วงหลังตรุษจีนพอดี ปรากฏว่า FBS ขึ้นทั้ง 2 ราย ทั้งที่ผู้ป่วยสามารถใช้ยาตามที่สั่งได้ถูกต้อง

ภาคผนวก จ

เอกสารที่แจกให้กับผู้ป่วยในกลุ่มทดสอบ มี 2 ประเภทคือ

1. เอกสารที่ผลิตโดยบริษัทยา
2. เอกสารที่ผู้วิจัยทำขึ้นเอง

เอกสารที่ผลิตโดยบริษัทยามี

1. หนังสือเรื่อง "มีชีวิตกับโรคเบาหวาน" เขียนโดย น.พ. สาธิต วรรณแสง จัดทำโดย บริษัทเฮิกซ์ไทย จำกัด เป็นหนังสือขนาด 4 x 7 นิ้ว 45 หน้า
2. เอกสารแผ่นพับเรื่อง "ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงและเลือดมีภาวะเป็นกรดมากเกินไป" และ "ภาวะน้ำตาลในเลือดน้อยเกินไป" เป็นต้น จัดทำโดย บริษัทอิสท์เอเชียติก (ประเทศไทย) จำกัด

เอกสารที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้น (มีตัวอย่างในหน้าถัดไป) มี

1. เอกสาร แนะนำการใช้ยากลุ่ม ซัลโฟนิวยูเรีย (1 หน้า)
2. เอกสาร แนะนำการควบคุมอาหารในผู้ป่วยเบาหวาน (2 หน้า)
3. เอกสารเรื่อง โรคเบาหวานกับภาวะไขมันในเลือดสูง สำหรับผู้ป่วยกลุ่มทดสอบที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง (3 หน้า)
4. เอกสารเรื่อง ข้อปฏิบัติสำหรับผู้ป่วยที่มีความดันเลือดสูง สำหรับผู้ป่วยกลุ่มทดสอบที่มีภาวะความดันเลือดสูงร่วมด้วย (2 หน้า)

ยานี้มีชื่อตัวยาว่า "ไกล์เบนคลาไมด์" (glibenclamide) เป็นยารักษาเบาหวาน (ยาเม็ดเล็ก ๆ สีขาว รี ๆ)

ข้อแนะนำในการใช้ยานี้

๑. ควรกินยานี้ก่อนอาหารครึ่งชั่วโมง และพยายามให้เป็นเวลาเดียวกันในแต่ละวัน

๒. ถ้าลืมกินยาให้รีบกินทันทีที่นึกได้ แต่ถ้าใกล้เวลาของมื้อต่อไปแล้วก็ให้งดมื้อที่ลืมไปกินมื้อต่อไป แต่ห้ามเพิ่มยาเป็น ๒ เท่าในมื้อต่อไป

๓. ควรกินยานี้ตามแพทย์สั่งอย่างเคร่งครัด

๔. ไม่ควรดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เช่น เหล้า เบียร์ ยาดอง เพราะจะทำให้เกิด ปวดท้อง คลื่นไส้อาเจียน ปวดหัว ตัวแดง และเป็นลมได้

๕. ขณะที่ใช้ยานี้ ถ้ามีอาการวิงเวียน หน้ามืด อ่อนเพลีย หิวผิดปกติ หาวนอน เหงื่อออกมาก ใจสั่น ตาพร่า มือไม้ไม่มีแรง แสดงว่าเกิดน้ำตาลในเลือดลดต่ำกว่าปกติ ให้กินของหวาน ๆ ซึ่งอาจเป็นน้ำหวานหรือท๊อฟฟี่ (ซึ่งควรมีติดตัวไว้)

๖. ไม่ควรใช้ยานี้ร่วมกับยาอื่นที่แพทย์ไม่ได้สั่งรวมทั้งยาแผนโบราณ เพราะอาจทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดมากขึ้นหรือลดลงผิดปกติได้

๗. ถ้าเกิดอาการผิดปกติใด ๆ ขณะที่ใช้ยานี้อยู่ ควรแจ้งให้แพทย์ทราบทุกครั้ง

การควบคุมอาหารในผู้ป่วย เบาหวาน

การควบคุมอาหาร	ผู้ป่วย เบาหวานชนิดจำเป็นต้องใช้ยาฉีดอินซูลิน	ผู้ป่วย เบาหวานชนิดไม่จำเป็นต้องฉีดยาแต่ใช้ยากิน เพื่อลดน้ำตาลในเลือด
๑. มื้ออาหาร	อาจแบ่งเป็น ๔-๕ มื้อ เพราะผู้ป่วยมักมีระดับน้ำตาลในเลือดเปลี่ยนแปลงสูงต่ำได้รวดเร็ว และเกิดภาวะเป็นกรดในเลือดได้ง่าย	กิน ๓ มื้อ ตามปกติ เพราะระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยไม่เปลี่ยนแปลงรวดเร็ว
๒. ปริมาณอาหารในแต่ละมื้อ	ปริมาณอาหาร มื้อเช้า-กลางวัน-เย็น ควรใกล้เคียงกัน สำหรับอาหารว่างอีก ๑-๒ มื้อ ควรมีปริมาณน้อยกว่ามื้อหลัก	ปริมาณอาหารแต่ละมื้อควรใกล้เคียงกัน
๓. กินอาหารให้ตรงเวลา	ผู้ป่วยซึ่งต้องฉีดยา หากเวลาอาหารคลาดเคลื่อนไปมาก ระดับน้ำตาลในเลือดจะต่ำลงจนผู้ป่วยเป็นลมหมดสติได้	อันตรายในการกินอาหารไม่ตรงเวลาจะน้อยกว่าพวกใช้ยาฉีด แต่ก็ไม่ควรกินอาหารผิดเวลามากเกินไป
๔. การเพิ่มอาหารเมื่อออกกำลังกายหรือใช้แรงงานมาก	การออกกำลังกายจะทำให้ร่างกายใช้น้ำตาลได้ดีขึ้น จะทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลงอย่างรวดเร็ว จึงจำเป็นต้องเพิ่มอาหารในช่วงใช้แรงงานมาก	ไม่จำเป็นต้องเพิ่มอาหาร ถ้าได้อาหารเพียงพอกับแรงงานที่ใช้ทั้งวัน

อาหารที่ผู้ป่วย เบาหวานควรงดเว้น

๑. น้ำตาลทุกชนิด เช่น น้ำตาลทราย น้ำตาลกรวด น้ำตาลอ้อย น้ำตาลปึก น้ำตาลผลไม้ รวมทั้งน้ำผึ้ง

๒. น้ำหวานต่าง ๆ ได้แก่ น้ำหวานเข้มข้น น้ำผลไม้เข้มข้น น้ำผลไม้ผสมน้ำตาล น้ำอัดลม โอเลี้ยง นมหวานทุกรส

๓. อาหารที่มีน้ำตาลมาก เช่น แยม เยลลี่ นมข้นหวาน ท๊อฟฟี่ ช้อคโกแลต ลูกกวาด ผลไม้กวน ผลไม้แช่อิ่ม ผลไม้เชื่อม เช่น มันเชื่อม, กล้วยเชื่อม

๔. ขนมหวานต่าง ๆ เช่น ทองหยิบ ทองหยอด ฝอยทอง ขนมหม้อแกง สังขยา ข้าวเหนียวแก้ว สัมปะนี อลัว เค็กมีหน้า กาละแม

๕. ผลไม้แห้งชนิดหวาน เช่น กล้วยตาก อินทผลัม ลูกเกด ลูกพลับแห้ง ลิ้นจี่แห้ง ลำไยแห้ง ฯลฯ ผลไม้หวานจัด เช่น ทุเรียน ขนุน น้อยหน่า ละมุด องุ่น ลำไย อ้อย

๖. ผลไม้บรรจุกระป๋อง บรรจุขวด เช่น ลิ้นจี่ เงาะ ลำไย

๗. ขนมปังหวานต่าง ๆ ขนมปังไส้ครีม คุกกี้ พายต่าง ๆ

๘. เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เช่น เหล้า เบียร์ ไวน์ ยาดอง

๙. อาหารที่มีไขมันมาก เช่น มันหมู มันไก่ มันวัว หมูสามชั้น ขาหมู อาหารทอดน้ำมัน (ควรกินอาหารต้ม, นึ่งย่างแทน)

๑๐. สำหรับผู้ป่วย เบาหวานที่อ้วน นอกจากจะงดในสิ่งต่าง ๆ ที่กล่าวแล้วให้ลดอาหารลงครึ่งหนึ่งของที่เคยรับประทาน แล้วกินผักใบเขียวแทนโดยไม่จำกัดจำนวน

โรคเบาหวานกับภาวะไขมันในเลือดสูง

ผู้ป่วยโรคเบาหวานมักมีภาวะไขมันในเลือดสูง โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการควบคุมรักษาที่ถูกต้อง และภาวะไขมันในเลือดสูงนี้จะเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคหัวใจขาดเลือด หลอดเลือดตีบแข็ง ไขมันในเลือดที่สำคัญและจะกล่าวในที่นี้ 2 ตัว คือ ไตรกลีเซอไรด์ (Triglyceride) และ โคเลสเตอรอล (Cholesterol) สาเหตุที่ทำให้ไขมันในเลือดทั้ง 2 ตัวนี้สูง คือ การกินอาหารที่มีไขมันมาก (เกินร้อยละ 35 ของพลังงานที่ได้รับ) ผู้กินน้ำตาลซูโครส (น้ำตาลทราย)มาก และผู้ที่ดื่มเหล้ามาก มักมีระดับไตรกลีเซอไรด์สูง

สำหรับผู้ที่มีโคเลสเตอรอลสูง มักพบว่ากินไขมันมากและเป็นไขมันชนิดอิ่มตัว รวมทั้งอาหารที่มีโคเลสเตอรอลสูง จึงควรหลีกเลี่ยงไขมันชนิดอิ่มตัว เช่น ไขมันจากสัตว์ ไขมันจากมะพร้าว ปาล์ม และงดอาหารที่มีระดับโคเลสเตอรอลสูง

หน้าถัดไปจะแสดงปริมาณของโคเลสเตอรอลในอาหาร 100 กรัม ซึ่งผู้ป่วยที่มีระดับไขมันในเลือดสูง ควรเลือกกินอาหารที่มีโคเลสเตอรอลต่ำ

ปริมาณโคเลสเตอรอลในอาหารต่าง ๆ 100 กรัม

ชนิดอาหาร	ปริมาณโคเลสเต่อรอล มิลลิกรัม
ไข่นกกระทา	3,640
สมองหมู	3,100
สมองวัว	2,400
ไข่แดง (ไก่)	1,480-2,000
ไข่แดง (เป็ด)	1,120
ไข่ทั้งฟอง (ไก่)	450-504
ตับหมู	420
ไตหมู	380
ตับวัว	370
ปลาหมึกเล็ก	348
หอยนางรม	230-470
เบคอน	215
ปลาทูน่า	186
หอยกาบ	180
ปู	164
กุ้ง	154
กุนเชียง	150
กระเพาะหมู, ไส้หมู	150
หัวใจวัว	145

(ต่อ)

ชนิดอาหาร	ปริมาณโคเลสเตอรอล มิลลิกรัม
เนยแข็ง	140
เนื้อลูกวัว	140
เนื้อหมูติดมัน	126
ปลาจาระเม็ด	120
มันหมู	110
เนย	110-250
เนื้อวัวติดมัน	106
หมูแฮม	100
ปลาล้นหมา	87
เนื้อเป็ด	70-90
หอยแมลงภู่	70
ปลาดุก	60
หมูเนื้อแดง	60
หอยแกรง	59
ไอสครีม	40
นานม	24

จาก The Dow Chemical Company

ข้อปฏิบัติสำหรับผู้ป่วยที่มีความดันเลือดสูง

ส่วนใหญ่ของผู้ป่วยที่มีความดันเลือดสูง จะเป็นพวกที่ไม่ทราบสาเหตุ เมื่อเป็นแล้วมักไม่หายขาด จะต้องรักษาตลอดไป ถึงแม้จะไม่มีอาการเลยก็ตาม เพราะถ้าทิ้งไว้ไม่รักษา หรือรักษาไม่ถูกต้อง อาจเกิดโรคแทรกซ้อน เช่น หลอดเลือดในสมองแตก โรคหัวใจ โรคไต ดังนั้นผู้ป่วยความดันเลือดสูงควรปฏิบัติตัวดังนี้

๑. ลดอาหารเค็มทุกชนิด ไม่ว่าเป็นอาหารหนักหรือขนมขบเคี้ยวที่ใส่เกลือ ของดองเค็มทั้งหลาย เลิกนิสัยเติมน้ำปลาลงในอาหารขณะรับประทาน

๒. งดบุหรี่ ดื่มสุรา หรือเครื่องดื่มที่มีอัลกอฮอล์ทุกชนิด

๓. ลดความอ้วนลง โดยกินแต่ผักเป็นสำคัญ ลดอาหารมัน ๆ ทุกชนิด รวมทั้งของทอด อาหารพวกแป้ง เช่น ข้าว ก๋วยเตี๋ยว วุ้นเส้น เผือก มัน กล้วย เป็นต้น เพราะพบว่าเมื่อน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น ความดันเลือดจะสูงขึ้นตาม

๔. ออกกำลังกายเป็นประจำ เช่น การเดิน การวิ่ง การเล่นกีฬา การทำงานออกกำลังแบบที่ไม่จำเจหรือเคร่งเครียด แต่ไม่ควรออกกำลังกายแบบที่ต้องกลั้นหายใจแล้วออกแรงมาก เช่น ยกน้ำหนัก ชักกะเย่อ

๕. หลีกเลี่ยงจากสิ่งที่ทำให้หงุดหงิด โมโห ตื่นเต้น หรือเครียด และพยายามสวดมนต์ภาวนาตามศาสนาแห่งตน เพื่อให้จิตใจสงบ เยือกเย็น และไม่ทุกข์ร้อนจนเกินควร

๖. ในสตรีที่ใช้ยาคุมกำเนิดแล้วความดันเลือดขึ้น ควรจะหยุดยาคุมกำเนิดแล้วเปลี่ยนวิธีคุมไปใช้แบบอื่นแทน หรือทำหมัน

๗. ในผู้ป่วยความดันเลือดสูง ต้องรับประทานยาตามที่แพทย์สั่งอย่างสม่ำเสมอ อย่าลืมรับประทานยาหรือหยุดยาเอง เพราะอาจจะทำให้ความดันสูงขึ้นโดยทันที เกิดอันตรายได้

๘. ผู้ป่วยที่ใช้ยาลดความดันอยู่ เกิดเกิดอาการต่อไปนี้ให้รีบไปพบแพทย์โดยทันที : อาการปวดหัวมาก ตามัว บวม หอบเหนื่อย อ่อนเพลียมาก หน้ามืดบ่อย ๆ

๙. ควรไปพบแพทย์ตามนัดเพื่อตรวจวัดความดันเลือด และรับยาอย่างสม่ำเสมอ

หอสมุดกลาง สถาบันวิทยบริการ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ประวัติการศึกษา

ชื่อ นางสาวสุวรรณี เจริญพิชิตนันท์

การศึกษา มัธยมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนศึกษานารี

เภสัชศาสตรบัณฑิต พ.ศ. 2524 คณะเภสัชศาสตร์ มหิดล

ตำแหน่ง เภสัชกรฝ่ายเภสัชกรรม โรงพยาบาลเลิดสิน กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข