

เอกสารอ้างอิง

1. American Diabetes Association. 2010. Diabetese Basics. [online] Available form: http://www.diabetes.org/diabetes-basics/?utm_source=WWW&utm_medium=GlobalNavDB&utm_campaign=CON (1 March 2011).
2. World Health Organization. 2010. Diabetese [online] available from: http://www.who.int/topics/diabetes_mellitus/en/ (10 February 2011)
3. วิชัย เอกพลากร, บรรณาธิการ. รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2 นนทบุรี: เดอะกราฟิโก ซิสเต็มส์ จำกัด; 2553.
4. สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข พ.ศ.2551. กรุงเทพมหานคร: องค์การทหารผ่านศึก; 2552.
5. American Diabetes Association. 2010. Living with Diabetes [online] Available form: <http://www.diabetes.org/living-with-diabetes/complications/> (1 March 2011).
6. Hoehns JD. Antihyperlipidemia. In: Edmunds MW, Mayhew MS, editors. Pharmacology for the primary care provider. USA: Mosby. 2010; 414-27.
7. วีระศักดิ์ ศรีนันทกร. การวินิจฉัย การแบ่งชนิด และการคัดกรองเบาหวาน. ใน: วีระศักดิ์ ศรีนันทกร, ชัยชาญ ดีโรจนวงศ์, ทองคำ สุนทรเทพวรากุล, สถิตย์ นิรมิตรมหาปัญญา, บรรณาธิการ. โรคเบาหวาน: กรุงเทพมหานคร: กรุงเทพเวชสาร; 2553. 1-7.
8. Aekplakorn W, Abbott-Klafter J, Premgamone A, et al. Prevalence and management of diabetes and associated risk factors by regions of Thailand: Third National Health Examination Survey 2004. Diabetes Care 2007; 30:2007-12.
9. Shepherd J., Cobbe SM, Ford CG, et al. Prevention of coronary heart disease with pravastatin in men with hypercholesterolemia: West of Scotland Coronary Prevention Study Group. N Engl J Med 1995; 333: 1301-7.
10. Sack FM, Pfeffer MA. Moye LA, et al. The effect of pravastatin on coronary events after myocardial infarction in patients with average cholesterol levels. N Engl J Med 1996; 335: 1001-9.

11. Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults. Executive Summary of the Third Report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III). JAMA 2001; 285: 2486-97.
12. Nitiyanant W., Sritara P., Deerochanawong C., et al. Lipid treatment assessment project II in Thailand (LTAP-II Thailand). J Med Assoc Thai 2008; 91 (6): 836-45.
13. Straka RJ, Taheri R, Cooper SL, et al. Assessment of hypercholesterolemia control in a managed care organization. Pharmacotherapy 2001; 21(7): 818-827.
14. กฤตยา ชื่นงูเหลือม. การใช้ยาและผลการรักษาทางคลินิกของผู้ป่วยนอกที่เป็นโรคเบาหวานในโรงพยาบาล 5 แห่งปี 2545-2546. วิทยานิพนธ์เภสัชศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล 2549.
15. เพชรรัตน์ พงษ์เจริญสุข, อรรถกษณ์ พัฒนาประทีป. ประเมินการใช้อาก่อนและหลังการเบิกจ่ายตรงของสวัสดิการข้าราชการในโรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์ในกรุงเทพมหานคร. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2552.
16. ยุพิน เตรียมธีรนนท์, ปิณรสี ขอนพุดชา, อุษา ฉายเกตุแก้ว. การประเมินความคุ้มค่าทางการแพทย์ของการใช้ยากุ่ม HMG-CoA reductase inhibitor (statin) เพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดชนิดปฐมภูมิ. กรุงเทพฯ. กราฟิโก ซิสเต็มส์; 2551:9-11.
17. อุษณีย์ กิตติวงศ์สุนทร, วิทยา กุลสมบูรณ์. ประสิทธิภาพของยาอะทอร์วาสแตติน, โรซิวาสแตติน และซิมวาสแตตินในผู้ป่วยที่มีประวัติโรคหัวใจขาดเลือดและผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงเทียบเท่าโรคหัวใจขาดเลือดในเวชปฏิบัติทั่วไป. วารสารเภสัชกรรมโรงพยาบาล 2552; 19(2):93-101.
18. Fairman K. Evaluation medication adherence: which measure is right for your program?. J Managed care pharmacy 2000; 6(6): 499-506.
19. Osterberg L, Blaschke T. Adherence to medicine. N Engl J Med 2005; 353: 487-97.
20. Lau HS, Beuning KS, Porsius A. Validation of pharmacy records in drug exposure assessment 1997. J Clin Epidemiol; 50(5): 619-25.
21. Peterson AM, Nau DP, Cramer JA, et al. A checklist for medication compliance and persistence studies using retrospective database. Value in Health. 2007; 10(1): 3-12.

22. Chow M. 2006. Measuring prescription adherence for pharmaceutical prescription refills Available from: http://repository.upnn.edu/wharton_research_scholars/35 (15 November 2010).
23. Sikka R, Xia F, Aubert RE. Estimating medication persistency using administrative claims data. *Am J managed care* 2005; 11(7): 440-457.
24. Cramer JA, Roy A, Burrell A, et al. Medication compliance and persistence: terminology and definitions. *Value in Health* 2008; 11(1): 44-47.
25. Hess LM, Raebel MA, Conner DA, et al. Measurement of adherence in pharmacy administrative databases: a proposal for standard definitions and preferred measures. *Ann Pharmacother* 2006; 40: 1280-88.
26. Mazzaglia G, Ambrosioni E, Alacqua M, et al. Adherence to antihypertensive medications and cardiovascular morbidity among newly diagnosed hypertensive patients. *Circulation* 2009; 120:1598-1605.
27. Weidle PJ, Wamai N, Solberg P, et al. Adherence to antiretroviral therapy in a home-based AIDS care programme in rural Uganda. *Lancet* 2006; 368(9547): 1587-94.
28. Infectious Disease Society of America. 2010 Real-Time Antiretroviral medication refill monitoring to identify nonadherent individuals for a pharmacy-based adherence Intervention [online] Available from: <http://idsa.confex.com/idsa/2010/webprogram/Paper4337.html> (14 January 2010).
29. Paris ES, Mohn LA, Lawrence DB, et al. Adherence to statin therapy and LDL cholesterol goal attainment by patients with diabetes and dyslipidemia. *Diabetese Care* 2005; 28(3):595-99.
30. Pladevall M, Williams LK, Potts LA, et al. Clinical outcomes and adherence to medications measured by claims data in patient with diabetes. *Diabetes Care* 2004; 27(12): 2800-5.
31. Carmel M. Medication Non-Adherence in the Elderly: How Big is the Problem? *Drugs Aging*. 2004; 21(2):796.
32. Jackevicius CA, Mamdani M, Tu JV. Adherence with statin therapy in elderly patient with and without acute coronary syndrome. *JAMA* 2002; 288(4): 462-7.
33. Benner JS, Pollack MF, Smith TW, et al. Long-term persistence in use of statin in elderly patients. *JAMA* 2002; 288(4): 445-6.

34. Lau DT, Nau DP. Oral antihyperglycemic medication nonadherence and subsequent hospitalization among individuals with type 2 diabetes. *Diabetes Care* 2004; 27: 2149-53.
35. American Heart Month. 2008. Effect of medication non adherence in diabetes mellitus [online] available from: <http://www.hcplive.com/publications/cardiology-review-online/2007/april2007/April-2007-Ho> (10 February 2011)
36. จุฬารัตน์ ลิ้มวัฒนานนท์. สุปต ลิ้มวัฒนานนท์. อารีวรรณ เชี่ยวชาญวัฒนา. การวิเคราะห์และพยากรณ์ค่าใช้จ่ายด้านยาผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปในระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ และหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. 2552
37. InterASIA Collaborative Group. Cardiovascular risk factor levels in urban and rural Thailand – The International Collaborative Study of Cardiovascular Disease in Asia (InterASIA). *Eur J Cardiovasc Pre Rehabil* 2003; 10: 249-57.
38. กฤษณา ศาสตราวหา. Dyslipidemic Management in the elderly. ใน: วรณวรพงศ์ วงศ์เจริญ, อรินทยา พรหมินธิกุล และ อภิชาติ สุคนธสรทรัพย์, บรรณาธิการ. *The Current Visions in Cardiology: เชียงใหม่; ทรिक ชิงค์: 2554: 405-12.*
39. Grundy SM, Cleeman JI, Merz CN, et al. Implications of recent clinical trials for the National Cholesterol Education Program Adult Treatment Panel III guidelines. *Circulation* 2004;110:227-39.
40. Cholesterol Treatment Collaborators. Efficacy and safety of cholesterol-lowering treatment: prospective meta-analysis of data from 90,056 participants in 14 randomized trials of statin. *Lancet* 2005; 366(9494): 1267-78.
41. Lacy CF, Armstrong LL, Goldman MP, Lance LL. *Drug information handbook*. 20th edition. USA: Lexi-Comp; 2012: 2000.
42. American Heart Association. 2011. Diabetes mellitus [online] available from: <http://www.americanheart.org/presenter.jhtml?identifier=4546> (10 february 2011)
43. American Diabetes Association. Diagnosis and classification of diabetes mellitus. *Diabetes Care* 2011; 34(s1): 562-69.



44. สมาคมเบาหวานแห่งประเทศไทย, สมาคมต่อมไร้ท่อ, กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2554. กรุงเทพมหานคร: ศรีเมืองการพิมพ์; 2554. 1-10, 67-70.
45. Courten M. Classification of diabetes. In: Edmunds MW, Mayhew MS, editors. Pharmacology for the primary care provider. USA: Mosby. 2010; 9-28.
46. Collin R, Armitage J, Parish S, et al. MRC/BHF Heart Protection Study of cholesterol Lowering with simvastatin in 20,536 high-risk individuals: a randomized placebo-controlled trail. Lancet 2002; 360:7-22
47. Scandinavian Simvastatin Survival Study Group. Randomized trial of cholesterol lowering in 4444 patients with coronary heart disease: the Scandinavian Simvastatin Survival Study (4S). Lancet 1994; 344: 1383-9.
48. MASS Investigators. Effect of simvastatin on coronary atheroma: the multicenter antheroma study (MASS). Lancet 1994; 344: 633-8.
49. Colhoun HM, Betteridge DJ, et al. Primary prevention of cardiovascular disease with atorvastatin in type 2 diabetes in the Collaborative Atrovastatin Diabetes Study (CARDS): multicenter randomized placebo-controlled trial. Lancet 2004; 346: 685-696.
50. World Health Organization. 2003. Adherence to Long-Term Therapies: Evidence for Action [online] Available from: http://www.kfshrc.edu.sa/annals/articles/24_3/book%20review.pdf (14 January 2011).
51. Ye X. 2009. Package “medAdherence” [online] Available from: <http://cran.r-project.org/web/packages/medAdherence/medAdherence.pdf> (14 November 2010).
52. Lau HS, Beuning KS, Porsius A. Validation of pharmacy records in drug exposure assessment 1997. J Clin Epidemiol; 50(5): 619-25.
53. Goldman JD, Cantrell RA, Mulenga LB, et al. Simple Adherence Assessments to Predict Virologic Failure among HIV-Infected Adults with Discordant Immunologic and Clinical Responses to Antiretroviral Therapy. AIDS Res Hum Retroviruses 2008; 24(8): 1031-35.

54. Cotte F, Mercier F, Pouvourville. Relationship between Compliance and Persistence with Osteoporosis Medications and Fracture Risk in Primary Health Care in France: A Retrospective Case-Control Analysis. *Clin Ther* 2008; 30(12): 2410-22.
55. Bloom BS. Continuation of initial antihypertensive medication after 1 year of therapy. *Clin Ther* 1998; 20(4): 671-81.
56. Boccuzzi SJ, Sung JY, Wogen J. Utilization of Oral Hypoglycemic Agents in a Drug-Insured U.S. Population. *Diabetes Care* 2001; 24:1411-15.
57. Yu AP, Yu YF, Nicol MB. Estimating the Effect of Medication Adherence on Health Outcomes among Patients with Type 2 Diabetes-An Application of Marginal Structural Models. *Value in Health* 2010; 13(8): 1038-45.
58. Simpson RJ, Mendys P. The effect of adherence and persistence on clinical outcomes in patients treated with statins: a systemic review. *Journal of clinical lipidology* 2010; 4(6): 462-71.
59. Campione JR, Sleath B, Biddle AK, et al. The Influence of Physicians' Guideline Compliance on Patients' Statin Adherence: A Retrospective Cohort Study. *Am J Geriatric Pharmacotherapy* 2005; 3(4): 1543-46.
60. Schultz JS, O'Donnell JC, McDonough KL, et al. Determinants of compliance with statin therapy and low-density lipoprotein cholesterol goal attainment in a managed care population. *Am J Managed Care*. 2005; 11(5):306-12.
61. Wu J. 2010. Statin Medication Adherence and Associated Outcomes in Type 2 Diabetes Medicaid Enrollees with Comorbid Hyperlipidemia. [online] Available from: <http://gradworks.umi.com/34/25/3425438.html> (14 January 2010).
62. Huser MA, Evans TS, Berger V. Medication adherence trend with statin. *Advance in Therapy* 2005; 22(2): 163-71.
63. Ellis JJ, Erickson SR, Stevenson JG. et al. Suboptimal statin adherence and discontinuation in primary and secondary prevention populations. Should we target patients with the most to gain? , *J Gen Intern Med* 2004; 19:638-45.
64. Balkrishnan R. Predictors of medication adherence in the elderly. *Clin Ther* 1998; 20(4): 764-1.
65. Delamater AM. Improving patient adherence. *Clin Diabetes* 2006; 24(2). 71-7.

66. Joshua SB, Robert JG, Helel M, et al. Long-term Persistence in Use of statin therapy in elderly patients. JAMA. 2002; 288:455-461.
67. Gibson TB, Mark TL, Axelsen K, et al. Effect of cost sharing on adherence impact of statin copayments on adherence and medical care utilization and expenditures. Am J Manage Care 2006; 12:SP11-9.
68. Schectman JM, Nadkarni MM, Voss JD. The association between diabetes metabolic control and drug adherence in an indigent population. Diabetes Care 2002; 25(6):1015-21.
69. รัชก สัทธิโชติวงศ์. ความร่วมมือในการรักษาและผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับยาแอสเตติน แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสุรินทร์. วิทยานิพนธ์เภสัชศาสตรมหาบัณฑิต (เภสัชกรรมคลินิก) 2550.
70. ณชร ชัยญาคุณาพฤกษ์, ปิยะรัตน์ นิมพิทักษ์พงศ์, ปิยะเมธ คิลกชรสกุล. การประเมินการใช้ยา ก่อนและหลังการเบิกจ่ายตรงของสวัสดิการข้าราชการในโรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์ในจังหวัดพิษณุโลก. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2552.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ข

ตารางแสดงระดับไขมัน LDL คอเลสเตอรอลขณะเริ่มต้นก่อนได้รับยาซิมวาสแตตินและระดับ LDL คอเลสเตอรอลที่เปลี่ยนแปลง (n = 91)

ขนาดยา (mg)	จำนวน , (คน)	ระดับ LDL คอเลสเตอรอลเริ่มต้น (มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร)			ระดับ LDL คอเลสเตอรอลที่ เปลี่ยนแปลง (มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร)		
		ค่าต่ำสุด	ค่าสูงสุด	ค่าเฉลี่ย (mean±SD)	ค่าต่ำสุด	ค่าสูงสุด	ค่าเฉลี่ย (mean±SD)
10	28 (30.8)	108	225	145.21±30.7	17	131	59.14±29.9
20	44 (48.4)	100	267	145.31±35.0	-21	176	58.98±35.7
40	19 (20.9)	102	254	185.05±41.4	20	141	84.68±40.4

ภาคผนวก ค

การวิเคราะห์ความถดถอยโลจิสติกเมื่อควบคุมปัจจัยต่าง ๆ (เพิ่มปัจจัยควบคุม คือ ระดับไขมัน LDL คอลเลสเตอรอลเริ่มต้นของกลุ่มตัวอย่าง)

ทำการศึกษาความถดถอยโลจิสติกแบบ Univariable logistic regression ที่ละปัจจัยที่มีผลต่อการควบคุมระดับไขมัน LDL คอลเลสเตอรอลให้อยู่ในเป้าหมาย และนำปัจจัยที่มีค่า p-value มากกว่า 0.2 และปัจจัยที่มีการทบทวนวรรณกรรมแล้วว่ามีผลต่อการควบคุมระดับไขมันมาวิเคราะห์แบบ Multivariable logistic regression

จากการหา Univariable logistic regression ปัจจัยที่นำมาปรับตัวแปรในการทำ Multivariable Logistic Regression ที่มีค่า p-value น้อยกว่า 0.2 ได้แก่ ขนาดยา (มิลลิกรัม) ที่ได้รับต่อวัน สิทธิการรักษา ระดับไขมัน LDL คอลเลสเตอรอลขณะเริ่มต้นใช้ยา รวมทั้งเพศและอายุที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม

ผลการวิเคราะห์ความถดถอยโลจิสติกแบบ Univariable Logistic Regression ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับระดับไขมัน LDL คอลเลสเตอรอลตามเกณฑ์เป้าหมาย (n=91)

ปัจจัย	จำนวนผู้ป่วย (ร้อยละ)		Crude Odd ratio (95% CI)	p-value
	LDL อยู่ในเกณฑ์เป้าหมาย (น้อยกว่า 100 mg/dl)	LDL สูงกว่าเกณฑ์เป้าหมาย (มากกว่าหรือเท่ากับ 100 mg/dl)		
ความร่วมมือในการใช้ยาจากการหาอัตราการครอบครองยา				
น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80	8 (47.1)	9 (52.9)	1	
มากกว่าร้อยละ 80	58 (78.4)	16 (21.6)	4.08 (1.36 – 12.27)	0.012

ผลการวิเคราะห์ความถดถอยโลจิสติกแบบ Univariable Logistic Regression ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ
กับระดับไขมัน LDL คอลเลสเตอรอลตามเกณฑ์เป้าหมาย (n = 91) (ต่อ)

ปัจจัย	จำนวนผู้ป่วย		Crude Odd ratio (95% CI)	p-value
	LDL อยู่ใน เกณฑ์เป้าหมาย (น้อยกว่า 100 mg/dl)	LDL สูงกว่า เกณฑ์เป้าหมาย (มากกว่าหรือ เท่ากับ 100 mg/dl)		
ความร่วมมือในการใช้ยาจากการ ครอบครอง ณ จุดที่กำหนด น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80	9 (50.0)	9 (50.0)	1	
มากกว่าร้อยละ 80	57 (78.1)	16 (21.9)	3.56 (1.21 – 10.47)	0.021
ความร่วมมือในการใช้ยาจากการ หาช่องว่างระหว่างการมารับยา น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80	10 (45.5)	12 (54.5)	1	
มากกว่าร้อยละ 80	56 (81.2)	13 (18.8)	5.17 (1.83 – 14.53)	0.002
อายุ น้อยกว่า 50 ปี	22 (73.3)	8 (26.7)	1	
อายุ 50 – 59 ปี	27 (71.1)	11 (28.9)	0.89 (0.31 – 2.60)	0.835
อายุ 60 ปีขึ้นไป	17 (73.9)	6 (26.1)	1.03 (0.30 – 3.54)	0.962
เพศ ชาย	24 (80.0)	6 (20.0)	1	
หญิง	42 (68.9)	19 (31.1)	0.55 (0.19 – 1.57)	0.266
สิทธิการรักษา ประกันสังคม	45 (71.4)	18 (28.6)	1	
บัตรทอง	19 (81.6)	4 (18.4)	1.90 (0.57 – 6.36)	0.298
อื่นๆ	2 (40.0)	3 (60.0)	0.27 (0.04 – 1.73)	0.166

ผลการวิเคราะห์ความถดถอยโลจิสติกแบบ Univariable Logistic Regression ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ
กับระดับไขมัน LDL คอลเลสเตอรอลตามเกณฑ์เป้าหมาย (n = 91) (ต่อ)

ปัจจัย	จำนวนผู้ป่วย		Crude Odd ratio (95% CI)	p-value
	LDL อยู่ใน เกณฑ์เป้าหมาย (น้อยกว่า 100 mg/dl)	LDL สูงกว่าเกณฑ์ เป้าหมาย (มากกว่า หรือเท่ากับ 100 mg/dl)		
ขนาดยาลดไขมันซิมวาสแตติน (มิลลิกรัม) ที่ใช้ต่อวัน				
10 มิลลิกรัม	22 (78.6)	6 (21.4)	1	
20 มิลลิกรัม	34 (77.3)	10 (22.7)	0.93 (0.30 – 2.91)	0.897
40 มิลลิกรัม	10 (52.6)	9 (47.4)	0.30 (2.92 – 1.09)	0.066
ระดับไขมัน LDL คอลเลสเตอรอล ขณะเริ่มต้นใช้ยา				
น้อยกว่า 150 mg/dl	7 (14.9)	40 (85.1)	1	
150-200 mg/dl	10 (34.5)	19 (65.5)	0.33(0.11 – 1.00)	0.52
มากกว่า 200 md/dl	8 (53.3)	7 (46.7)	0.15 (0.04–0.56)	0.04
จำนวนโรคที่ได้รับการวินิจฉัย				
1 โรค	4 (6.25)	3 (37.5)	1	
2 โรค	40 (75.5)	13 (24.5)	1.85 (0.39 – 8.8)	0.442
3 โรค	16 (80.0)	4 (20.0)	2.40 (0.40 – 14.56)	0.341
4 โรค	11 (50.0)	4 (50.0)	0.60 (0.08 – 4.40)	0.615
5 โรค ขึ้นไป	4 (50.0)	1 (50.0)	0.60 (0.03 – 13.58)	0.748
จำนวนครั้งที่เข้ารับการตรวจ ติดตามการรักษา(ครั้ง)				
1 – 5 ครั้ง	5 (100.0)	0 (0.0)	1	
6 – 10 ครั้ง	38 (64.4)	21 (35.6)	0.00 (0.00 – 0.00)	0.999
มากกว่า 10 ครั้ง	23 (85.1)	4 (14.8)	0.00 (0.00 – 0.00)	0.999
จำนวนขนานยาที่ได้รับเฉลี่ย				
น้อยกว่า 5 ชนิด	17 (77.3)	5 (22.7)	1	
5 – 8 ชนิด	42 (71.2)	17 (28.8)	0.73 (0.23 – 2.28)	0.585
มากกว่า 8 ชนิด	10 (70.0)	3 (30.0)	0.69 (0.13 – 3.68)	0.661

**ผลการวิเคราะห์ความถดถอยโลจิสติกแบบ Multivariable Logistic Regression ของความสัมพันธ์
ระหว่างความร่วมมือในการใช้ยาจากการอัตรการครอบครองยาที่ระดับไขมัน LDL คลอ
เลสเตอรอล**

ปัจจัย	Adjusted Odds ratio (95% CI)	p-value
ความร่วมมือในการใช้ยาจากการ หาอัตราการครอบครองยา น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 มากกว่าร้อยละ 80	1 10.86 (2.21 – 53.40)	0.003
อายุ อายุน้อยกว่า 50 ปี อายุ 50 – 59 ปี อายุ 60 ปีขึ้นไป	1 2.48 (0.50 – 1.23) 0.17 (0.24 – 1.22)	0.088 0.078
เพศ ชาย หญิง	1 0.15 (0.28 – 0.82)	0.029
ขนาดยาลดไขมันซิมวาสแตติน (มิลลิกรัม) ที่ใช้ต่อวัน 10 มิลลิกรัม 20 มิลลิกรัม 40 มิลลิกรัม	1 0.80 (0.20 – 3.27) 0.51 (0.10 – 2.68)	0.758 0.426
สิทธิการรักษา ประกันสังคม บัตรทอง อื่นๆ	1 7.62 (10.38 – 41.75) 0.51 (0.10 – 2.68)	0.019 0.127
ระดับไขมัน LDL คลอ เลสเตอรอลขณะเริ่มต้นใช้ยา น้อยกว่า 150 mg/dl 150-200 mg/dl มากกว่า 200 md/dl	1 0.22 (0.06 – 0.87) 0.90 (0.14 – 0.60)	0.031 0.012

**ผลการวิเคราะห์ความถดถอยโลจิสติกแบบ Multivariable Logistic Regression ของความสัมพันธ์
ระหว่างความร่วมมือในการใช้ยาจากการการครอบครองยา ณ จุดที่กำหนดกับระดับไขมัน LDL
คลอเลสเตอรอล**

ปัจจัย	Adjusted Odds ratio (95% CI)	p-value
ความร่วมมือในการใช้ยาจากการหา การครอบครองยา ณ จุดที่กำหนด น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 มากกว่าร้อยละ 80	1 6.28 (1.56 – 25.33)	0.010
อายุ		
อายุน้อยกว่า 50 ปี	1	
อายุ 50 – 59 ปี	0.27 (0.06 – 1.27)	0.098
อายุ 60 ปีขึ้นไป	0.25 (0.04 – 1.59)	0.143
เพศ		
ชาย	1	
หญิง	0.21 (0.04 – 1.04)	0.055
ขนาดยาลดไขมันซิมวาสแตติน (มิลลิกรัม) ที่ใช้ต่อวัน		
10 มิลลิกรัม	1	
20 มิลลิกรัม	1.05 (0.27 – 4.04)	0.944
40 มิลลิกรัม	0.65 (0.13 – 3.27)	0.605
สิทธิการรักษา		
ประกันสังคม	1	
บัตรทอง	5.02 (1.05 – 23.99)	0.043
อื่นๆ	0.16 (0.16 – 1.83)	0.139
ระดับไขมัน LDL คลอเลสเตอรอล ขณะเริ่มต้นใช้ยา		
น้อยกว่า 150 mg/dl	1	
150-200 mg/dl	0.25 (0.07 – 0.94)	0.040
มากกว่า 200 md/dl	0.08 (0.01 – 0.52)	0.008

ผลการวิเคราะห์ความถดถอยโลจิสติกแบบ Multivariable Logistic Regression ของความสัมพันธ์
ระหว่างความร่วมมือในการใช้ยาจากการหาช่องว่างระหว่างการมารับยา กับไขมัน LDL คอลลอสเทอรอล

ปัจจัย	Adjusted Odds ratio (95% CI)	p-value
ความร่วมมือในการใช้ยาจากการ หาช่องว่างระหว่างการมารับยา น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 มากกว่าร้อยละ 80	1 8.12 (2.10 – 31.37)	0.002
อายุ อายุน้อยกว่า 50 ปี อายุ 50 – 59 ปี อายุ 60 ปีขึ้นไป	1 0.35 (0.08 – 1.60) 0.33 (0.56 – 2.00)	0.176 0.230
เพศ ชาย หญิง	1 0.19 (0.04 – 0.92)	0.040
ขนาดยาลดไขมันซิมวาสแตติน (มิลลิกรัม) ที่ใช้ต่อวัน 10 มิลลิกรัม 20 มิลลิกรัม 40 มิลลิกรัม	1 1.29 (0.32 – 5.22) 0.63 (0.12 – 3.22)	0.717 0.581
สิทธิการรักษา ประกันสังคม บัตรทอง ภิกษุ	1 6.44 (1.18 – 35.13) 0.63 (0.12 – 2.21)	0.031 0.172
ระดับไขมัน LDL คอลลอสเทอรอลขณะเริ่มต้นใช้ยา น้อยกว่า 150 mg/dl 150-200 mg/dl มากกว่า 200 md/dl	1 0.26 (0.07 – 1.02) 0.13 (0.02 – 0.85)	0.054 0.034



ประวัติผู้เขียน

ชื่อ - สกุล

นางสาวธนิษฐพร สายทอง

วัน เดือน ปี เกิด

12 พฤษภาคม 2524

วุฒิการศึกษา

พ.ศ. 2541

สำเร็จการศึกษามัธยมศึกษาตอนปลาย

โรงเรียนปิ่นสรวงยแผลวิทยาลัย

พ.ศ. 2546

สำเร็จการศึกษาปริญญาเกสัชศาสตรบัณฑิต

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ประวัติการทำงาน

พ.ศ. 2547 - ปัจจุบัน

เภสัชกร สังกัดงานบริการจ่ายยา ฝ่ายเภสัชกรรม

โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

