

## ปัจจัยที่มีผลต่อการขาดนัดของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ได้รับการวินิจฉัยจากการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงในชุมชน ในจังหวัดนครพนม

(Factors Influencing non-compliance visiting to treatment hypertensive patients form  
community screening and diagnostic in Nakhon Phanom province)

(Received: January 10,2024 ; Revised: January 29,2024 ; Accepted: February 3,2024)

ขวัญชัย ประเสริฐยิ่ง<sup>1</sup> และธงชัย อามาศยบัณฑิต<sup>2</sup>  
Khaunchai Prasertying<sup>1</sup> and Thongchai Armartpundit<sup>2</sup>

### บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการขาดนัดของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ได้รับการวินิจฉัยจากการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงในชุมชนในจังหวัดนครพนม ประชากรได้แก่ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ได้รับการวินิจฉัยจากการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงในชุมชนกลุ่มศึกษาได้แก่ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่มาตามนัดหมาย ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบได้แก่ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมาตามนัดจับคู่โดยใช้สถานที่ ขนาดตัวอย่าง 112 คน ต่อกลุ่ม รวม 224 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม มีความตรงตั้งแต่ 0.71 ขึ้นไป ความเที่ยง 0.8-0.9 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาจำนวนและร้อยละค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ ความสัมพันธ์เบื้องต้นด้วยวิธีวิเคราะห์ถดถอยตัวแปรเชิงพหุแบบ Conditional logistic regression พร้อมประมาณค่าช่วงเชื่อมั่นร้อยละ 95 ที่ระดับนัยสำคัญที่ 0.05

ผลการวิจัย กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 54.0 และ 70.0 ตามลำดับข้อมูลกระจายใน 11 อำเภอของจังหวัดนครพนม อายุระหว่าง 51-60 ปีมากที่สุด ผลการวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุแบบ Conditional logistic regression พบว่า การลืมนัดหรือไปทำธุระที่สำคัญกว่าเสี่ยงต่อการขาดนัด 488.0 เท่าของผู้เลือกที่จะมาตามนัดเมื่อถึงวันนัด รองลงมาได้แก่ การนัดวันนัดตรงกับนัดหมายอื่นหรือวันที่มีงานสำคัญมีความเสี่ยงต่อการขาดนัด 30.6 เท่าของผู้ที่นัดตรงกับวันว่าง ตัวแปรทั้งหมดสามารถทำนายขาดการรักษาตามนัดหมายในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจากการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงในชุมชนในจังหวัดนครพนมได้ร้อยละ 79.6 ไม่มีข้อมูลเพียงพอในการอธิบายความสัมพันธ์ของตัวแปรอื่นๆ กับขาดการรักษาตามนัดในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจากการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงในชุมชนในจังหวัดนครพนม

**คำสำคัญ:** การขาดนัด, ความดันโลหิตสูง

### ABSTRACT

This study was survey research aimed to study factors affecting non-compliance visiting of patients with hypertension diagnosed at the community risk group screening in Nakhon Phanom Province. The population was hypertension patients diagnosed by screening at risk groups in the study group were hypertensive patients who did not come to the appointment. The comparison group was hypertensive patients came to match up with same location. Sample size was 112 people per group also total 224 people. Data were collected by using questionnaires. The accuracy was from 0.71 up, the reliability 0.8-0.9. The data were analyzed by descriptive statistics, number, and percentage, mean and Standard Deviation. The preliminary correlation was analyzed by using Conditional logistic regression analysis with estimation of 95% confidence interval or odd ratio at significance level at 0.05.

Results, most of the samples were female about 54.0% and 70.0%, respectively. The results of the Conditional logistic regression found that forgetting to make an appointment or doing important errands was 488.0 times more likely to miss an appointment than those who chose to attend. when the next day followed by Making an appointment that meets another appointment or a date with an important event has 30.6 times the risk of missing an appointment than those who meet on a free day. All variables were able to predict the absence of scheduled treatment in

<sup>1</sup> นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ หน่วยบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลนครพนม

<sup>2</sup> อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม

hypertensive patients from community risk group screening in Nakhon Phanom Province by accounting for 79.6 percent and other variables. There is insufficient data from other variables to describe the lack of visiting treatment in hypertensive patients from community-risk screening.

**Keywords:** non-compliance visiting, hypertension

## บทนำ

โรคความดันโลหิตสูง เป็นภาวะที่เกิดแรงต้านทานเพิ่มขึ้นในระบบไหลเวียนเลือด โดยเฉพาะหลอดเลือด จึงทำให้เกิดแรงดันเพิ่มขึ้นในระบบไหลเวียนเลือด ส่งผลต่อการเพิ่มขึ้นของความอ้วนโลหิต โดยในแต่ละครั้งที่หัวใจเต้นจะสูบฉีดเลือดออกสู่หลอดเลือดแดงและผ่านเข้าสู่หลอดเลือดดำในจุดเชื่อมหลอดเลือดฝอยที่อวัยวะปลายทาง เมื่อมีแรงต้านในหลอดเลือดแดงความดันจะสูงขึ้นและต้านการสูบฉีดของหัวใจความดันเลือดในหลอดเลือดแดงจะเพิ่มสูงขึ้นและสร้างแรงต้านต่อการสูบฉีดเลือดของหัวใจ<sup>1</sup> เมื่อไม่สามารถควบคุมและลดความดันโลหิตลงได้จะเกิดความเสี่ยงต่อการเสื่อมของหลอดเลือดและการทำงานของหัวใจ โดยทั่วไปจะถือเกณฑ์ว่าผู้ที่มีความดันโลหิตค่าบนซึ่งเกิดขึ้นขณะหัวใจห้องล่างซ้ายบีบตัว (Systolic blood pressure: SBP) มีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 140 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไปและค่าความดันขณะหัวใจห้องล่างซ้ายคลายตัว (Diastolic blood pressure: DBP) มีค่าเท่ากับหรือมากกว่า 90 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป องค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่าทั่วโลกมีผู้ป่วยความดันโลหิตสูงสะสมถึง 1.28 พันล้านคน และอยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกาถึง 70 ล้านคน ส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 30-79 ปี สัดส่วนถึง 2 ใน 3 อยู่ในประเทศด้อยและกำลังพัฒนา<sup>2</sup> โรคความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุการตายก่อนวัยอันสมควรของประชากรทั่วโลกกว่าปีละ 9.4 ล้านคน ซึ่งเป็นผลมาจากการขาดการควบคุมความดันโลหิตที่เหมาะสมในระยะยาวโดยปัญหาในการติดตามให้การรักษาและการรับประทานยาควบคุมความดันโลหิตหรือกิจกรรมควบคุมความดันโลหิตให้ควบคุมได้ต่อเนื่องในระยะยาวนั้นมีความสำคัญในการลดภาวะแทรกซ้อนในระบบหัวใจและหลอดเลือด แต่จากรายงานทั่วโลกกลับยังคงมีปัญหามากเนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่จะอยู่ในกลุ่มสูงอายุซึ่งมีมากเกินร้อยละ 50 ของผู้ป่วย

ทั้งหมดจึงมักมีความยากลำบากในการติดตามและรักษาต่อเนื่องเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการควบคุมความดันโลหิต<sup>3</sup> โรคความดันโลหิตสูงก่อให้เกิดแรงดันสูงขึ้นในหลอดเลือดแดง เกิดการอักเสบและเกิดการตอบสนองการอักเสบในหลอดเลือดแดงตั้งแต่หลอดเลือดขนาดเล็ก จนถึงหลอดเลือดขนาดใหญ่ทั่วร่างกาย และจะก่อความเสื่อมแก่อวัยวะหลักๆ ของร่างกายได้แก่ หลอดเลือดแดงในหน่วยไต (Glomerulus) หลอดเลือดในอวัยวะส่วนปลาย หลอดเลือดหัวใจ หลอดเลือดสมอง หลอดเลือดในตา เป็นต้นก่อให้เกิดโรคแทรกซ้อนจากความเสื่อมของหลอดเลือดแดงเหล่านั้น ทำให้เลือดแดงเข้าไปเลี้ยงไม่เพียงพอและเกิดพยาธิสภาพขึ้นในอวัยวะดังกล่าว เช่น ตาเสื่อม ไตเสื่อม หลอดเลือดสมองแตก หลอดเลือดหัวใจตีบตัน เป็นต้น<sup>5</sup> โดยผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและขาดการควบคุมที่เหมาะสมจะมีความเสี่ยงต่ออาการกล้ามเนื้อหัวใจตายสองเท่า เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองสี่เท่าสำหรับประเทศไทยมีแนวโน้มอุบัติการณ์ผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น โดยอัตราการป่วยรายใหม่ต่อประชากร 100,000 คน ระหว่าง พ.ศ. 2558-2560 เพิ่มขึ้นจาก 916.89/100,000 ประชากรเป็นเป็น 1,353.01 ต่อ 100,000 ประชากร โดยสิ้นปี พ.ศ.2563 ประเทศไทยมีผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วย จำนวน 6,550,540 คนหรือคิดเป็นร้อยละ 9.28 ของประชากรทั้งหมด ยิ่งกว่านั้นจำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเหล่านี้สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดีเพียง 2,208,046 คน (คิดเป็นร้อยละ 33.71) เท่านั้น<sup>7</sup> จากสถานการณ์ดังกล่าวบ่งชี้ว่าอัตราการควบคุมความดันโลหิตได้ดีอยู่ในระดับต่ำจากรายงานการทบทวนวรรณกรรมบ่งชี้ว่าผู้ที่ควบคุมความดันได้ดีระยะยาวจะลดภาวะแทรกซ้อนได้ดีกว่าผู้ที่ควบคุมความดันได้ไม่ดีอย่างมีนัยสำคัญ<sup>8</sup> ยิ่งกว่านั้นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เข้ารับบริการใน

สถานพยาบาลจะเพิ่มความตระหนักตื่นตัวต่อโรค สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดี ลดภาวะแทรกซ้อนและผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายในระบบสุขภาพได้ดีกว่าผู้ที่ป่วยแต่ไม่เข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลหรือพบแพทย์<sup>9</sup> ดังนั้นการเข้ารับการรักษาพบแพทย์นอกจากจะได้รับยาควบคุมความดันโลหิตและยังสามารถสร้างความตระหนักตื่นตัวเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้สอดคล้องและเหมาะสมกับการควบคุมโรคในระยะยาวได้ดี แต่จากสถานการณ์ที่ผ่านมาผู้ป่วยความดันโลหิตสูง กรมควบคุมโรคได้เฝ้าระวังเชิงรุกโดยตรวจคัดกรองผู้ป่วยความดันโลหิตสูงสำหรับประชากรเป้าหมายอายุ 35 ปี ขึ้นไปในชุมชนจำนวน 17.5 ล้านคน (คิดเป็นร้อยละ 89.7 ของประชากรเป้าหมาย) พบว่ามีผู้อยู่ในกลุ่มความดันโลหิตสูง 802,987 คน คิดเป็นร้อยละ 3.8 และได้ส่งต่อกลุ่มดังกล่าวเข้ารับการรักษาและบริการสุขภาพต่อเนื่องในระบบบริการแต่พบเสียชีวิตที่มีผู้ที่อยู่ในกลุ่มดังกล่าวเข้ารับบริการต่อเนื่องเพียง 554,647 คนหรือร้อยละ 69.1 เท่านั้นที่มีจำนวนกว่าร้อยละ 30 ที่ขาดการเข้ารับบริการ<sup>10</sup> ซึ่งกลุ่มนี้จะมีความเสี่ยงต่อการควบคุมความดันโลหิตสูงที่มีประสิทธิภาพในระยะยาวและอาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ภาวะแทรกซ้อนและผลกระทบต่อการจัดบริการในระบบบริการระยะยาว ยิ่งกว่านั้นการเข้ารับบริการอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจะส่งเสริมและเพิ่มคุณภาพชีวิตผู้ป่วยให้สูงขึ้น<sup>11</sup>

จากการทบทวนวรรณกรรมปัจจัยที่เป็นสาเหตุของการไม่เข้ารับการรักษาในสถานบริการรวมทั้งการเข้ารับการรักษาไม่ต่อเนื่องในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง พอสรุปได้ดังต่อไปนี้ 1) ผลการศึกษาในประเทศแถบทวีปแอฟริกาพบว่า ประชาชนที่ได้รับการตรวจคัดกรองว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงมักจะขาดการรักษาในกลุ่มที่มีความรู้ มีความตระหนักต่อภาวะแทรกซ้อนต่ำ แต่ทัศนคติต่อประสิทธิภาพของการใช้สมุนไพรในการรักษาสูงกว่าการเข้ารับการรักษาในสถานบริการสุขภาพแผนปัจจุบัน<sup>12</sup> สอดคล้องกับการศึกษาในกรีซที่พบข้อมูลสอดคล้องว่าผู้ป่วยมีความเชื่อเกี่ยวกับโรคและทัศนคติที่ต่ำต่อการไปใช้บริการทำให้เป็น

อุปสรรคต่อการไปใช้บริการ<sup>13</sup> สอดคล้องกับการศึกษาในเซบู ประเทศฟิลิปปินส์ที่พบว่าผู้ป่วยที่ขาดยาส่วนใหญ่จะมีทัศนคติ การรับรู้บรรทัดฐานกลุ่ม การรับรู้การกำกับพฤติกรรมตนเองและปัจจัยเสริมอื่นๆ ในระดับต่ำดังนั้นการออกแบบโปรแกรมเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมารักษาเพิ่มขึ้นผ่านการเปลี่ยนแปลงและยกระดับตัวแปรเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยรักษาต่อเนื่องเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ<sup>14</sup> นอกจากนั้นการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมทำให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในประเทศไนจีเรียไปรับบริการต่อเนื่องมากยิ่งขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ<sup>15</sup> สอดคล้องกับการศึกษาในศูนย์การแพทย์ในโดริงโก ประเทศเม็กซิโก<sup>16</sup> สอดคล้องกับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในประเทศจีนจะรักษาต่อเนื่องมากขึ้นเมื่อได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมอย่างต่อเนื่อง<sup>17</sup> นอกจากนั้นปัจจัยเสริมได้แก่รายได้ ระยะทางที่ไกลเมื่อไปใช้สถานบริการทางการแพทย์ อายุที่มากขึ้นและจำนวนและการกระจายของระบบบริการสุขภาพในพื้นที่และมีระบบประกันสุขภาพเป็นปัจจัยให้ประชาชนในชนบทของประเทศจีนไปใช้บริการสุขภาพมากยิ่งขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ<sup>18</sup> ดังนั้นถ้าผู้ปฏิบัติงานทราบสาเหตุของการไม่มารักษาต่อเนื่องจะสามารถนำไปออกแบบกิจกรรมให้เหมาะสมและมีประสิทธิภาพในการส่งเสริมป้องกันภาวะแทรกซ้อนและเพิ่มคุณภาพในระยะยาวให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

จังหวัดนครพนม มีรายงานผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วย จำนวน 56,438 คน มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดี จำนวน 26,370 คน (คิดเป็นร้อยละ 46.49) ซึ่งข้อมูลจากแฟ้ม ChronicFU<sup>7</sup> มีผู้รับบริการในหน่วยบริการจำนวน 50,812 คน (คิดเป็นร้อยละ 89.58) และมีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดี จำนวน 11,875 คน (คิดเป็นร้อยละ 23.37)<sup>19</sup> จากข้อมูลจะเห็นว่าอัตราการควบคุมความดันโลหิตได้ดีในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในจังหวัดนครพนมยังอยู่ในอัตราต่ำ นอกจากนั้นกระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายตรวจคัดกรองเชิงรุกกลุ่มเสี่ยงอายุ 35 ปี ขึ้นไปในชุมชนเพื่อให้สามารถตรวจพบผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและโรคเรื้อรังอื่นๆ

เพื่อแนะนำและนำเข้าสู่ระบบบริการเพื่อทำการรักษา และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดำเนินชีวิตในระยะยาว โดยมีเป้าหมายลดภาวะแทรกซ้อนในระยะยาว จากการดำเนินการที่ผ่านมาในปีงบประมาณ 2564 มีประชากรกลุ่มเสี่ยงในจังหวัดนครพนมทั้งหมด 395,626 คน ผลการคัดกรองพบว่าประชาชนที่อยู่ในข่ายวินิจฉัยเป็นความดันโลหิตสูงจำนวน 56,438 คน คิดเป็นร้อยละ 14.2 หรือคิดเป็นอัตราความชุก 1.4 ต่อ 100,000 ประชากร ในจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการคัดกรองและพบว่าเป็นความดันโลหิตสูงและแนะนำให้เข้ารับการรักษาระยะยาวและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในสถานบริการผลการติดตามพบว่ามีผู้เข้ารับบริการเพียง 34,295 คน คิดเป็นร้อยละ 60.7 เท่านั้นยังมีผู้ที่ได้รับการคัดกรองและเป็นความดันโลหิตสูงกว่าร้อยละ 39.9 ที่ไม่เข้ารับบริการซึ่งอาจทำให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพจากภาวะแทรกซ้อนและไม่ได้รับการเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและติดตามอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและปัญหาต่อระบบบริการได้ในอนาคต<sup>20</sup> อย่างไรก็ตาม ผู้วิจัยในฐานะที่เป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการส่งเสริมและพัฒนา กลุ่มเป้าหมายเข้ารับบริการมากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ อย่างไรก็ตามยังขาดข้อมูลเชิงสาเหตุว่าเพราะเหตุใดกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ได้รับการคัดกรองและอยู่ในข่ายเป็นโรคความดันโลหิตสูงดังกล่าวจึงไม่มาเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหรือสถานบริการ สาธารณสุขตามนัด ซึ่งจะเกิดปัญหาสุขภาพในระยะยาวได้และถ้าทราบปัจจัยที่เป็นสาเหตุดังกล่าวแล้วจะทำให้สามารถหาสาเหตุไปออกแบบแผนงาน โครงการและ กิจกรรมเพื่อส่งเสริมสนับสนุนและกระตุ้นให้ผู้ป่วย ความดันโลหิตสูงดังกล่าวเข้ารับบริการในสถาน บริการเพื่อรับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ฤทธิ ทันทเวลา รวมทั้งสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อให้มี ประสิทธิภาพต่อการควบคุมโรคในระยะซึ่งจะลด ผลกระทบจากภาวะแทรกซ้อน การสูญเสียชีวิต การ สูญเสียโอกาส และลดภาระระบบบริการสุขภาพ ใน ระยะยาวได้ในอนาคต

## วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการขาดนัดของ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ได้รับการวินิจฉัยจากการคัด กรองกลุ่มเสี่ยงในชุมชนในจังหวัดนครพนม

## วิธีการศึกษา

การวิจัยเชิงวิเคราะห์ด้วยการเก็บข้อมูลแบบ จับคู่ย้อนหลัง(A retrospective study: A matched case control)

## ประชากรศึกษา

ประชากรได้แก่ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ได้รับการ วินิจฉัยจากการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงในชุมชนใน จังหวัดนครพนม ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มศึกษา (Case) ได้แก่ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ได้รับการ วินิจฉัยจากการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงในชุมชนในจังหวัด นครพนมและไม่ได้มาเข้ารับการรักษาในสถานบริการตาม นัดหมาย ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบ (Control) ได้แก่ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ได้รับการวินิจฉัยจากการคัด กรองกลุ่มเสี่ยงในชุมชนในจังหวัดนครพนมและมารับ การรักษาในสถานบริการตามนัดหมาย ขนาดตัวอย่าง ขนาดตัวอย่างคำนวณเพื่อการวิเคราะห์อิทธิพลของ ตัวแปรอิสระที่ศึกษาและทำนายตัวแปรตาม (Dependent variable) ที่มีระดับการวัดแบบ Dichotomous variable) รวมทั้งมีวิธีออกแบบวิจัย แบบ Matched Case -control study ขนาดตัวอย่าง คำนวณเพื่อการวิเคราะห์ถดถอยแบบ Conditional logistic regression โดยมีสูตรในการคำนวณดังนี้<sup>21-22</sup>

$$m = \frac{[z_{\alpha/2} + z_{\beta} \sqrt{p(1-p)}]^2}{(p - \frac{1}{2})^2}$$

m= จำนวนขนาดตัวอย่างต่อกลุ่ม,  $\alpha=0.05$

$P_1$ = อัตราการขาดนัดและมีตัวแปรต้นหลัก ( $X=0$ )

$P_2$ = อัตราการมารับบริการตามนัดและมีตัวแปรต้นที่ สนใจ ( $X=1$ )

$$P = \frac{\psi}{1+\psi}$$

$\psi$  = Odd Ratio หรือ OR

$Z_{1-\alpha}$  = ค่ามาตรฐานจากตารางการแจกแจงปกติ

มาตรฐานที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ( $\alpha=0.05$ ) มีค่าเท่ากับ 1.645

$Z_{1-\beta}$  = ค่ามาตรฐานจากตารางการแจกแจงปกติ  
มาตรฐาน เมื่อกำหนดระดับ

$B = 0.05$  มีค่าเท่ากับ 0.842

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างขนาดตัวอย่างสำหรับ  
โมเดลการทำนายการขาดนัดในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง  
ที่ได้รับการวินิจฉัยจากการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงใน  
ชุมชนในจังหวัดนครพนม ทั้งนี้ยังไม่มีรายงาน  
การศึกษาในประเทศไทย ผู้วิจัยจึงใช้ข้อค้นพบใน  
ประเทศอินเดียที่พบว่า มีผู้ป่วยความดันโลหิตสูงขาด  
นัดร้อยละ 20 ( $P=0.20$ ) โดยปัจจัยด้านทัศนคติเชิงลบ  
ต่อการรักษาความดันโลหิตทำให้เสี่ยงต่อการขาดนัด  
2.3 เท่า ( $[OR] = 1.67, 95\% CI: 1.1-5.7$ )<sup>23</sup> ผู้วิจัยใช้  
พารามิเตอร์ดังกล่าวคำนวณขนาดตัวอย่างใน  
โปรแกรม Stata version 10 se ด้วยคำสั่ง  
sampsi\_mcc, p0 (0.20) alt (2.3) s(n) power (0.8)  
ได้ขนาดตัวอย่างกลุ่มละ 130 คน เพิ่มขนาดตัวอย่าง  
อีกร้อยละ 10 เพื่อป้องกันการสูญหาย ดังนั้นได้ขนาด  
ตัวอย่าง 150 ต่อกลุ่ม เก็บข้อมูลในโรงพยาบาล  
ส่งเสริมสุขภาพตำบล 24 แห่งใน 12 อำเภอโดยเก็บ  
แบบจับคู่ โดยผู้ช่วยนักวิจัยจะสัมภาษณ์ผู้ป่วยที่ขาด  
นัดเป็น cases และผู้ที่มาตามนัดเป็น Control เก็บ  
สะสมไปเรื่อยๆ ตามสัดส่วนผู้รับบริการในแต่ละเดือน  
จนกว่าจะได้ตัวอย่างครบตามจำนวน (Consecution  
collective sampling) โดยมีเกณฑ์ในการจับคู่ดังนี้  
โดยมีเกณฑ์ในการจับคู่ได้แก่ เพศเดียวกัน อายุมาก  
หรือน้อยต่างกันไม่เกิน 5 ปี อาศัยในตำบลเดียวกัน  
โดยให้อัตราส่วนระหว่างกลุ่มศึกษาต่อกลุ่มควบคุม  
เท่ากับ 1: 1 ขนาดตัวอย่างที่คำนวณขนาดตัวอย่างได้  
จำนวน 112 คน ต่อกลุ่ม และผู้วิจัยได้เพิ่มร้อยละ 10  
เพื่อชดเชยอัตราสูญหายที่อาจเกิดขึ้น และสามารถ  
รวบรวมข้อมูลได้จำนวน 112 คู่ รวม 224 ราย ซึ่ง  
เพียงพอที่จะทำการวิเคราะห์สถิติเพื่อตอบ  
วัตถุประสงค์การวิจัยในครั้งนี้

### เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือในการวิจัยเป็นแบบสอบถามชนิด  
ถามตอบด้วยตนเองประกอบด้วย 10 ส่วนดังนี้

1) ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคล ครอบคลุม  
ปัจจัยด้านประชากร เศรษฐกิจและสังคมครอบคลุม  
เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส สถานะ  
ทางการเงิน การมีรถยนต์ส่วนตัว การอยู่ในพื้นที่เขต  
เมือง การมีรถยนต์ส่วนตัว โรคประจำตัว รวมทั้งหมด  
11 ข้อ

2) ส่วนที่ 2 การประเมินทัศนคติต่อการมารับ  
บริการตามนัดหมาย ผู้วิจัยพัฒนาประเด็นคำถามจาก  
การศึกษาประเด็นด้านทัศนคติต่อการขาดนัดในผู้ป่วย  
ความดันโลหิตสูงจากการศึกษาของ Ashookhani  
และคณะ<sup>24</sup> และนำมาใช้เป็นแนวทางเพื่อสัมภาษณ์  
เชิงลึกผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ได้รับการวินิจฉัยจาก  
การคัดกรองกลุ่มเสี่ยงในชุมชนในจังหวัดนครพนมทั้ง  
ผู้ที่ขาดนัดและมารับบริการตามนัดจำนวน 12 คน  
และพัฒนาข้อคำถามและการวัดให้สอดคล้องกับแนว  
ทางการประเมินทัศนคติของ Ajzen<sup>25</sup> รวมข้อคำถาม  
ทั้งหมด 13 ข้อมีเกณฑ์ในการให้คะแนนดังนี้ ประเด็น  
คำถามเชิงบวกให้คะแนนเป็นอันดับตั้งแต่เห็นด้วย  
มากที่สุด (5 คะแนน) เห็นด้วยมาก (4 คะแนน) เห็น  
ด้วยปานกลาง (3 คะแนน) เห็นด้วยน้อย (2 คะแนน)  
เห็นด้วยน้อยที่สุด (1 คะแนน)

3) ส่วนที่ 3 การประเมินการรับรู้บรรทัดฐาน  
กลุ่มต่อการไปรับบริการตามนัดของผู้ป่วยความดัน  
โลหิตสูงที่ได้รับการวินิจฉัยจากการคัดกรองในชุมชน  
ผู้วิจัยพัฒนาประเด็นคำถามจากการศึกษาประเด็น  
ด้านการรับรู้บรรทัดฐานกลุ่มต่อการขาดนัดในผู้ป่วย  
ความดันโลหิตสูงจากการศึกษาเชิงคุณภาพของ  
Ashookhani และคณะ<sup>24</sup> และนำมาใช้เป็นแนวทาง  
เพื่อสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ได้รับ  
การวินิจฉัยจากการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงในชุมชนใน  
จังหวัดนครพนมทั้งผู้ที่ขาดนัดและมารับบริการตาม  
นัดจำนวน 12 คน นำไปพัฒนาข้อคำถามและการวัด  
ให้สอดคล้องกับแนวทางการประเมินการรับรู้บรรทัด  
ฐานกลุ่มของ Ajzen<sup>25</sup> รวมข้อคำถามทั้งหมด 13 ข้อ  
ครอบคลุมทั้งคำถามประเด็นทางบวกและทางลบมี  
เกณฑ์ในการให้คะแนนดังนี้ รวมข้อคำถามทั้งหมด 13  
ข้อมีเกณฑ์ในการให้คะแนนดังนี้ ประเด็นคำถามเชิง  
บวกให้คะแนนเป็นอันดับตั้งแต่เห็นด้วยมากที่สุด (5

คะแนน) เห็นด้วยมาก (4 คะแนน) เห็นด้วยปานกลาง (3 คะแนน) เห็นด้วยน้อย (2 คะแนน) เห็นด้วยน้อยที่สุด (1 คะแนน)

4) ส่วนที่ 4 การประเมินการรับรู้การกำกับพฤติกรรมตนเองต่อการมารับบริการตามนัดของผู้ป่วย ความดันโลหิตสูงที่ได้รับการวินิจฉัยจากการคัดกรองในชุมชน ผู้วิจัยพัฒนาประเด็นคำถามจากการศึกษาประเด็นด้านการรับรู้การกำกับพฤติกรรมตนเองต่อการขาดในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจากการศึกษาเชิงคุณภาพของ Ashookhani และคณะ<sup>24</sup> และนำมาใช้เป็นแนวทางเพื่อสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ได้รับการวินิจฉัยจากการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงในชุมชนในจังหวัดนครพนมทั้งผู้ที่ขาดนัดและมารับบริการตามนัดจำนวน 12 คน นำไปพัฒนาข้อคำถามและการวัดให้สอดคล้องกับแนวทางการประเมินการรับรู้การกำกับพฤติกรรมตนเองของ Ajzen<sup>25</sup> รวมข้อคำถามทั้งหมด 9 ข้อ ประเด็นคำถามเชิงบวกให้คะแนนเป็นอันดับตั้งแต่เป็นไปได้มากที่สุด (5 คะแนน) เป็นไปได้มาก (4 คะแนน) เป็นไปได้ปานกลาง (3 คะแนน) เป็นไปได้น้อย (2 คะแนน) เป็นไปได้น้อยที่สุด (1 คะแนน)

ส่วนที่ 5 การประเมินแรงสนับสนุนทางสังคมทางลบต่อการมารับบริการตามนัดของผู้ป่วย ความดันโลหิตสูงที่ได้รับการวินิจฉัยจากการคัดกรองในชุมชน ผู้วิจัยพัฒนาประเด็นคำถามจากข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่พบจากการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงในชุมชนทั้งผู้ที่มาตามนัดและไม่มาตามนัดในขั้นตอนการวิจัยระยะที่ 1 และนำมาปรับปรุงประเด็นและข้อคำถามให้สอดคล้องกับแนวทางการประเมินการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม<sup>(26)</sup> รวมข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ มีเกณฑ์ในการให้คะแนนดังนี้ ได้รับมากที่สุด (5 คะแนน) ได้รับมาก (4 คะแนน) ได้รับปานกลาง (3 คะแนน) ได้รับน้อย (2 คะแนน) ได้รับน้อยที่สุด (1 คะแนน)

6) ส่วนที่ 6 การประเมินการรับรู้ปัญหาอุปสรรคของการไม่มารับบริการตามนัดของผู้ป่วย ความดันโลหิตสูงที่ได้รับการวินิจฉัยจากการคัดกรองในชุมชน ผู้วิจัยนำแนวทางการรับรู้อุปสรรคต่อการ

ปฏิบัติพฤติกรรมของ Pender และคณะ<sup>27</sup> และนำมาสัมภาษณ์ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดนครพนมที่ขาดนัดจำนวน 12 คนพบว่า อุปสรรคที่ทำให้ขาดนัดครอบคลุม ระยะทาง ความสะดวกในการเดินทาง การไปรักษาที่อื่น เช่น คลินิก การใช้จ่ายสมุนไพรและการรักษาและเปลี่ยนวิถีชีวิตด้วยตัวเอง ผู้วิจัยพัฒนาประเด็นคำถามครอบคลุมข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกข้างต้นปรับปรุงให้สอดคล้องกับแนวทางการประเมินการรับรู้อุปสรรคของ Pender และคณะ โดยใช้วิธีประเมินแบบ Rating scale มีข้อคำถามทั้งหมด 12 ข้อ มีเกณฑ์ในการให้คะแนนดังนี้ เห็นด้วยมากที่สุด (5 คะแนน) เห็นด้วยมาก (4 คะแนน) เห็นด้วยปานกลาง (3 คะแนน) เห็นด้วยน้อย (2 คะแนน) ไม่เห็นด้วย (1 คะแนน)

7) ส่วนที่ 7 การประเมินความเชื่อมั่นในการใช้บริการสถานบริการที่ได้รับนัดหมาย ผู้วิจัยพัฒนาประเด็นคำถามจากข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้รับบริการจำนวน 12 คน และนำมาปรับปรุงให้สอดคล้องกับแนวทางการประเมินการรับรู้สมรรถนะตนเองของ Bandura<sup>28</sup> รวมข้อคำถามทั้งหมด 9 ข้อ มีเกณฑ์ในการให้คะแนนดังนี้ ง่ายมากที่สุด (5 คะแนน) ง่ายมาก (4 คะแนน) ง่ายปานกลาง (3 คะแนน) ยากมาก (2 คะแนน) ยากที่สุด (1 คะแนน)

8) ส่วนที่ 8 การไม่ได้รับการกระตุ้นจากเจ้าหน้าที่ อาสาสมัครสาธารณสุขหรือผู้นำชุมชนให้ไปรับบริการ ผู้วิจัยพัฒนาข้อคำถามจากแนวทางการประเมินการกระตุ้นเตือนของ Rosenstock และคณะ<sup>29</sup> และนำมาปรับเข้ากับประเด็นการกระตุ้นเตือนจากการศึกษาของ Joho<sup>30</sup> ที่ศึกษาประเด็นการกระตุ้นเตือนที่สนับสนุนให้ผู้ป่วยมารับยาตามนัดในแท่นชาเนีย นำมาสร้างข้อคำถามให้สอดคล้องกับข้อมูลการได้รับการกระตุ้นเตือนตามข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยสัมภาษณ์ความดันโลหิตสูงที่มาตามนัด 12 คนได้ข้อคำถาม 5 ข้อ มีระดับการให้คะแนนตามอันดับดังนี้ ได้รับการกระตุ้นเตือนมากที่สุด (5 คะแนน) ได้รับการกระตุ้นเตือนมาก (4 คะแนน) ได้รับการกระตุ้นเตือนปานกลาง (3 คะแนน)

ได้รับการกระตุ้นเตือนน้อย (2 คะแนน) ไม่เคยได้รับการกระตุ้นเตือน (1 คะแนน)

9) ส่วนที่ 9 ประสิทธิภาพทางลบจากการใช้บริการในสถานบริการสุขภาพที่ได้รับการนัดหมาย ผู้วิจัยพัฒนาประเด็นคำถามตามแนวทางการประเมินความไว้วางใจและความพึงพอใจในการไปตรวจตามนัดของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในประเทศจีน<sup>31</sup> และนำมาสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ใช้บริการระบบบริการที่รับการนัดหมายและไม่มาจำนวน 12 คนเพื่อสร้างและปรับปรุงข้อคำถามได้ทั้งหมด 9 ข้อ แต่ละข้อมีระดับการประเมินแบบ Rating scale มีเกณฑ์ในการให้คะแนนดังนี้ ไว้วางใจมากที่สุด (5 คะแนน) ไว้วางใจมาก (4 คะแนน) ไว้วางใจปานกลาง (3 คะแนน) ไว้วางใจน้อย (2 คะแนน) ไม่ไว้วางใจเลย (1 คะแนน)

10) ส่วนที่ 10 การประเมินการมาใช้บริการในสถานบริการตามนัด = 0, ไม่มาใช้บริการตามนัด = 1

เครื่องมือวิจัยนี้ได้รับการประเมินคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านเวชปฏิบัติครอบครัว จำนวน 1 ท่าน ด้านพฤติกรรมสุขภาพ 1 ท่านและระเบียบวิธีวิจัยและการใช้สถิติ 1 ท่านมีค่าความตรง (Index of congruence: IOC.) ทุกส่วนอยู่ระหว่าง 0.71-0.85 ส่วนการประเมินความเที่ยงในแบบวัดทางจิตวิทยาโดยการทดสอบแบบสอบถามกับกลุ่มตัวอย่างต่างพื้นที่จำนวน 30 คน และใช้วิธีวิเคราะห์สัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบาค (Cronbach' alpha coefficient:  $\alpha$ ) มีค่าอยู่ระหว่าง 0.8-0.9

### การวิเคราะห์ผลการศึกษา

การวิจัยนี้วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาจำนวนและร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานทั้งในกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุม ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกับการใช้บริการทางการแพทย์ด้วย simple Conditional logistic regression โดยประมาณขนาดความสัมพันธ์เป็น Crude Odd Ratio พร้อมประมาณค่าช่วงเชื่อมั่นร้อยละ 95 และตัวแปรที่พบความสัมพันธ์จะถูกนำเข้าสู่สมการการวิเคราะห์ตัวแปรเชิงพหุแบบ multiple Conditional logistic regression นำเสนอขนาดความสัมพันธ์เป็น

Adjusted Odd Ratio พร้อมประมาณค่าช่วงเชื่อมั่นร้อยละ 95 ที่ระดับนัยสำคัญที่ 0.05 ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือน เมษายน-กรกฎาคม 2565

### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการวิจัยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม เลขที่ 124/2565 เมื่อวันที่ 12 กรกฎาคม 2565 ผู้วิจัยทำหนังสือประสานงานและเข้าพบสาธารณสุขอำเภอที่ได้รับการคุ้มครองขอความร่วมมือและอธิบายขั้นตอนการวิจัย หลังจากนั้น ผู้ช่วยนักวิจัยที่ผ่านการอบรมเข้าพบผู้นำชุมชนและเชิญชวนกลุ่มตัวอย่างในชุมชนร่วมเป็นอาสาสมัครและนัดหมายเก็บข้อมูล ขึ้นเก็บรวบรวมข้อมูลเริ่มจากนักวิจัยและผู้ช่วยนักวิจัยแนะนำตัวเองกับกลุ่มตัวอย่าง แจ้งวัตถุประสงค์ ประโยชน์ของการวิจัย ขั้นตอนและวิธีเก็บรวบรวมข้อมูล กลุ่มตัวอย่างสามารถสมัครใจหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยได้โดยไม่มีผลกระทบต่อสิทธิหรือการรับบริการสาธารณสุขใดๆ กลุ่มตัวอย่างที่สมัครใจจะได้ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยและตอบแบบสอบถาม ข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างจะเป็นความลับและนำเสนอภาพรวมที่เป็นประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้นและข้อมูลจะถูกทำลายข้อมูลภายหลังจากผลการวิจัยได้เผยแพร่และตีพิมพ์เรียบร้อยแล้ว

### ผลการศึกษา

ผลการวิจัยการได้รับข้อมูลตอบกลับ 225 ฉบับคิดเป็นร้อยละ 100 แบ่งเป็นกลุ่มศึกษา 112 คน และกลุ่มควบคุม 113 คน โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 54.0 และ 70.0 ตามลำดับ ข้อมูลกระจายใน 11 อำเภอของจังหวัดนครพนม อายุระหว่าง 51-60 ปีมากที่สุดทั้งในกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมคิดเป็นร้อยละ 36.6 และ 38.9 ตามลำดับ สถานภาพสมรสส่วนใหญ่แต่งงานร้อยละ 67.0 และ 71.7 การศึกษาส่วนใหญ่ร้อยละ 57.1 ในกลุ่มศึกษา และร้อยละ 57.5 ในกลุ่มควบคุมมีระดับการศึกษา ระดับชั้นประถมศึกษา ประกอบอาชีพในภาคเกษตรกรรม มีจำนวนสมาชิกในครัวเรือนระหว่าง 4-6

คนมากที่สุดร้อยละ 66.1 และ 57.5 รายได้ครัวเรือนน้อยกว่า 20,000 บาทต่อเดือนเป็นส่วนใหญ่ อยู่อาศัยอยู่ในพื้นที่ใกล้องค์การบริหารส่วนตำบลมากที่สุดร้อยละ 50.9 และ 62.8 ตามลำดับ มีระยะทางจากสถานที่อยู่อาศัยถึงโรงพยาบาลหรือสถานบริการสาธารณสุข 1-5 กิโลเมตรมากที่สุดร้อยละ 44.6 และ 55.8 ตามลำดับ มีโรคประจำตัวเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด การมาตามนัดหมายพบว่าตรงกับการนัดหมายอื่นหรือมีงานสำคัญเข้ามาแทรก หรือลืมทำให้ไม่ได้ไปรับบริการตามนัดหมายร้อยละ 57.1 และร้อยละ 7.0 ตามลำดับ และให้ข้อมูลว่าการนัดหมายตรงกับวันว่างร้อยละ 42.9 และ 93.8 ตามลำดับ ส่วนการปฏิบัติเมื่อถึงวันนัดหมาย กลุ่มศึกษาส่วนใหญ่ร้อยละ 97.3 ให้ข้อมูลว่าลืมนัดหรือไปทำธุระอื่นที่แทรกเข้ามาและมีความสำคัญมากกว่าการไปรักษาตามนัด และพบเพียงร้อยละ 28.3 ในกลุ่มควบคุม ส่วนการตัดสินใจไปตามนัดในกลุ่มศึกษาพบเพียงร้อยละ 2.7 แต่พบในกลุ่มควบคุมร้อยละ 71.7 ตามลำดับ ส่วนปัจจัยทางจิตวิทยาพบว่าทัศนคติทางบวกต่อการขาดการรักษาตามนัดหมายของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจากการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงในชุมชนในจังหวัดนครพนมพบว่ากลุ่มศึกษาอยู่ในระดับปานกลาง การรับรู้บรรทัดฐานกลุ่มทางบวกต่อการไม่ไปรับการรักษาตามนัดหมาย อยู่ในระดับปานกลาง การรับรู้ความเชื่อมั่นต่อการไม่ไปตรวจตามนัดหมายอยู่ในระดับปานกลาง การรับรู้

ความเชื่อมั่นต่อการขาดการรักษาตามนัดหมายในกลุ่มตัวอย่างมีระดับปานกลาง การรับรู้การสนับสนุนจากสมาชิกให้ไปรับบริการตามนัดของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจากการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงในชุมชนในจังหวัดนครพนมพบว่าในกลุ่มศึกษาอยู่ในระดับปานกลาง แรงสนับสนุนทางสังคมต่อการขาดการรักษาตามนัดหมาย ในกลุ่มศึกษาพบว่ามีความเครียดในระดับปานกลาง ความไม่พึงพอใจต่อสถานบริการที่นัดหมายพบว่าการนัดหมายที่เป็นกลุ่มศึกษามีความเครียดระดับปานกลาง พบว่ามีปัจจัยที่พบความสัมพันธ์จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงตัวแปรเดียวจำนวน 11 ได้แก่ การลืมนัดหรือไปทำธุระอื่นที่สำคัญกว่าการขาดการรักษาตามนัดหมายเสี่ยงต่อการขาดนัด วันเวลาที่ได้รับการนัดหมายตรงกับนัดหมายอื่นหรือวันที่มีงานสำคัญ การศึกษาระดับปริญญาตรี เพศหญิง สถานที่อยู่ในเขตเทศบาล ทัศนคติทางบวกต่อการไม่มารับบริการตามนัด การรับรู้บรรทัดฐานกลุ่มทางบวกต่อการขาดนัด การรับรู้ความเชื่อมั่นในการไปตรวจตามนัดทางลบ แรงสนับสนุนทางสังคมทางลบต่อการไม่มารับบริการตามนัดและ ความไม่พึงพอใจต่อสถานบริการตามนัดหมาย นอกนั้นไม่มีข้อมูลเพียงพอที่จะอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรศึกษาเหล่านั้นกับขาดการรักษาตามนัดหมายในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจากการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงในชุมชนในจังหวัดนครพนม

**ตารางที่ 1** ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการขาดการรักษาตามนัดหมายในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจากการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงในชุมชนในจังหวัดนครพนม ( $n_1=112$ ,  $n_2=113$ )

| ปัจจัยที่มีผลต่อการไม่มารับการรักษาตามนัด                                    | กลุ่มศึกษา<br>( $n_1=112$ ) | กลุ่มควบคุม<br>( $n_2=113$ ) | Crude OR | Adjusted OR | 95%CI of Adjusted OR |
|------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|------------------------------|----------|-------------|----------------------|
| วันเวลาที่ได้รับการนัดหมายตรงกับนัดหมายอื่นหรือวันที่มีงานสำคัญตรงกับวันว่าง | 64                          | 7                            | 25.4*    | 30.6*       | 5.5-168.0            |
| สิ่งที่ปฏิบัติเมื่อถึงวันนัด ลืมนัดหรือไปทำธุระที่สำคัญกว่ารับมาตามนัด       | 48                          | 106                          | 1        | 1           |                      |
|                                                                              | 109                         | 7                            | 415.8*   | 488.0*      | 32.5-7315.2          |
|                                                                              | 3                           | 106                          | 1        | 1           |                      |

Constants=-27.72, Pseudo $R^2$ =0.796, Chi-square=216.7, p-value<0.01\*

จากตารางที่ 1 แสดงผลการวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุแบบ Conditional logistic regression พบว่า

การลืมนัดหรือไปทำธุระที่สำคัญกว่าเสี่ยงต่อการขาดนัด 488.0 เท่าของผู้เลือกที่จะมาตามนัดเมื่อถึงวันนัด

(adjusted OR= 415.8; 95%CI=32.5-7315.2, p-value<0.01) รองลงมาได้แก่ การนัดวันนัดตรงกับนัดหมายอื่นหรือวันที่มีงานสำคัญเสี่ยงต่อการขาดนัด 30.6 เท่าของผู้ที่นัดตรงกับวันว่าง (adjusted OR= 415.8; 95%CI=5.5-168.0, p-value<0.01) โดยตัวแปรทั้งหมดสามารถทำนายขาดการรักษาตามนัดหมายในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจากการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงในชุมชนในจังหวัดนครพนมได้ร้อยละ 79.6 ( Constants=-27.72, PseudoR<sup>2</sup>=0.796, Chi-square=216.7, p-value<0.01 นอกนั้นตัวแปรอื่นๆ ไม่มีข้อมูลเพียงพอในการอธิบายขาดการรักษาตามนัดหมายในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจากการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงในชุมชนในจังหวัดนครพนม จากผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่ผลต่อขาดการรักษาตามนัดหมายในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจากการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงในชุมชนในจังหวัดนครพนม เรียงตามลำดับตามขนาดของผล จำนวน 2 ปัจจัยได้แก่ การลืมนัดหรือไปทำธุระที่สำคัญกว่าเสี่ยงต่อการขาดนัด และปัจจัยรองลงมาได้แก่ การนัดวันนัดตรงกับนัดหมายอื่นหรือวันที่มีงาน ส่วนตัวแปรอื่นนอกจากนี้ไม่มีข้อมูลเพียงพอจากการวิจัยนี้จะอธิบายผลของปัจจัยศึกษาต่อขาดการรักษาตามนัดหมายในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจากการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงในชุมชนในจังหวัดนครพนม

### อภิปรายผล

จากผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่ผลต่อการใช้บริการตามนัดของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่พบจากการคัดกรองในชุมชนในจังหวัดนครพนมพบว่ามี 2 ปัจจัยที่ส่งผลต่อการการไม่ไปรักษาตามนัดผู้ป่วยมีข้อวิจารณ์ทั้ง 2 ปัจจัยดังนี้ ปัจจัยที่ 1 การลืมนัดหรือไปทำธุระที่สำคัญกว่าเสี่ยงต่อการขาดนัด การลืมนัดเป็นสาเหตุหนึ่งของการขาดนัดสอดคล้องกับการศึกษาในผู้ป่วยเรื้อรังหลายประเภทที่ต้องการการรักษาต่อเนื่อง สาเหตุนี้สอดคล้องกับการวิจัยหลายประเด็น เช่น ในผู้ป่วยจิตเวชในจังหวัดฉะเชิงเทรา<sup>32</sup>รวมทั้งในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเอง<sup>33</sup> การขาดนัดหรือไม่มารับการรักษาตามนัดเป็นปรากฏการณ์ปกติในการรับ

บริการของผู้ป่วยทั่วไป ซึ่งมักจะพบปรากฏการณ์เกี่ยวกับไม่มารับรักษาครั้งแรกตามนัดหลังการตรวจคัดกรองโรคหรือการมารับยาต่อเนื่องไปจนถึงการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ปัญหาเหล่านี้ส่งผลต่อประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการรักษา<sup>34</sup> โดยปัจจัยส่วนใหญ่ที่ส่งผลต่อการไม่มารับการรักษาตามนัดหรือต่อเนื่องเกิดมาจากปัจจัยด้านตัวผู้ป่วยในการมองโรคหรือความเจ็บป่วยที่ตัวเองเป็นอยู่ว่ามีความสำคัญต่อตนเอง ครอบครัวและสังคมมากแค่ไหน ถ้ามีความเข้าใจโรคและสนใจดูแลตัวเองดีก็จะส่งผลต่อการเกิดแรงจูงใจภายในที่จะใส่ใจและฟังคำแนะนำหรือเกิดความตั้งใจที่จะเข้ารับบริการตามนัดหมายหรือรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง<sup>35-36</sup> นอกจากนั้นปัจจัยภายนอกตัวบุคคลได้แก่ ปัจจัยบรรทัดฐานระดับครอบครัว กลุ่มหรือสังคม รวมทั้งแรงสนับสนุนทางสังคมและผู้ที่ให้บริการล้วนเป็นปัจจัยภายนอกที่สนับสนุนให้ผู้ป่วยมารับบริการมากขึ้นได้ โดยเฉพาะปัจจัยภายนอกเกี่ยวกับความเข้าใจ ความสำคัญและรายละเอียดการบริการและขาดการสื่อสารเพื่อสร้างความเข้าใจที่ตรงกันและมีความสอดคล้องกับความพร้อมที่จะมารับบริการของผู้รับบริการ โดยเฉพาะการเรียนรู้ปัญหาสุขภาพของตัวผู้ป่วยเองจนเกิดความเชื่อและทัศนคติต่อการดูแลตนเองเข้มข้น ลึกซึ้ง ต่อเนื่องจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความใส่ใจและตั้งใจที่จะมารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งให้ความสำคัญต่อการมารับบริการก่อนการดำเนินชีวิตหรือธุระอย่างอื่น<sup>37</sup> ถ้ากระบวนการบริการที่ไม่สามารถสร้างการเรียนรู้และเกิดการเปลี่ยนแปลงปัจจัยด้านจิตวิทยาเช่น ความเชื่อหรือทัศนคติ รวมทั้งกระบวนการกลุ่มที่สร้างบรรทัดฐานกลุ่มหรือความมั่นใจในการปฏิบัติและควบคุมตนเองให้ปฏิบัติสม่ำเสมอแล้วการกระทำพฤติกรรมนั้นด้วยความเต็มใจหรือตั้งใจก็จะไม่เกิดขึ้น เมื่อศึกษาขนาดของผลกระทบของปัจจัยทางจิตวิทยา ภายใต้การอธิบายตามทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนและส่วนเพิ่มเติมเช่น แรงสนับสนุนทางสังคมและความพึงพอใจต่อการบริการพบว่า ไม่มีข้อมูลเพียงพอที่จะอธิบายพฤติกรรมขาดขาดนัดของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่

พบจากการคัดกรองโรคในชุมชน นั้นแสดงถึงกระบวนการเรียนรู้ที่จะเกิดการเปลี่ยนแปลงทางจิตวิทยาด้านพฤติกรรมที่ควบคุมด้วยจิตใจ (Volitional control) ทางบวกหรือทางลบต่อการมารับบริการยังไม่เข้มข้นและแรงพอจึงทำให้ผู้ป่วยใช้วงจรการตัดสินใจแบบไม่ตั้งใจ (Unvolitional control) ในการตัดสินใจปฏิบัติพฤติกรรมซึ่งเห็นได้จากข้อค้นพบนี้ที่ผู้ป่วยเห็นความสำคัญกับการไปทำกิจกรรมอื่นหรือการไม่ใส่ใจจนเกิดการลืมนัดและเห็นเหตุของการขาดนัด ข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Watson และคณะที่ระบุว่า ทศนคติดูเหมือนจะไม่มีผลต่อพฤติกรรมการขับขีที่เหมาะสมในวัยรุ่นและเป็นสาเหตุการเกิดอุบัติเหตุทางถนนเนื่องจากกระบวนการเรียนรู้ทางสมองในการขับขีที่เหมาะสมยังเกิดขึ้นน้อยทำให้ปฏิบัติพฤติกรรมเสี่ยงและขับขีที่ไม่เหมาะสมขึ้น<sup>38</sup> สอดคล้องกับแนวคิดของ Triandis ที่เชื่อว่าพฤติกรรมมนุษย์ทั้งหมดไม่สามารถอธิบายได้ด้วยความคิดหรือปัจจัยทางจิตวิทยาเพียงอย่างเดียว แต่บางครั้งพฤติกรรมก็ถูกอิทธิพลของพฤติกรรมเดิม หรือนิสัย ความเคยชินหรือพฤติกรรมอื่นที่ไม่สำคัญมาเบี่ยงเบนความตั้งใจในการปฏิบัติ การควบคุมและมีอิทธิพลต่อการเบี่ยงเบนการตัดสินใจภายใต้ถูกต้องหรือเหมาะสมของสถานการณ์ที่จะปฏิบัติพฤติกรรมนั้น<sup>39</sup> ดังจะพบว่าทัศนคติต่อการไปรับบริการตามนัดไม่แรงเพียงพอจึงถูกละเลยทำให้ลืมนัดหรือไปทำกิจกรรมอื่นแทนการมารับบริการตามนัด เนื่องจากโดยทั่วไปแล้วประชาชนจะสนใจเรื่องการดำเนินชีวิตประจำวันด้านเศรษฐกิจ ปากท้องการทำมาหากินมากกว่าความสนใจที่จะดูแลสุขภาพ ดังนั้นถ้าการสร้างกระบวนการเรียนรู้ไม่ลึกซึ้งและเปลี่ยนแปลงทัศนคติต่อการรักษาเพื่อป้องกันความเสี่ยงตนเองอย่างแท้จริงแล้วปัญหาการขาดการรักษาและโรคแทรกซ้อนที่เป็นผลกระทบจากการขาดการรักษาและรักษาไม่ต่อเนื่องก็จะยังคงดำเนินต่อไปในระบบบริการสุขภาพและการสาธารณสุข ปัจจัยที่ 2 การนัดวันนัดตรงกับนัดหมายอื่นหรือวันที่มีงาน การนัดหมายไม่ตรงกับวันว่างหรือวันที่มีธุระของผู้ป่วยเป็นอีกปัจจัยหนึ่งจากการวิจัยนี้ที่ส่งผลต่อการขาดการ

รักษาตามนัดของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ได้จากการคัดกรองในชุมชนในจังหวัดนครพนมสอดคล้องกับการศึกษาจากหลายหน่วยงานวิจัยที่พบว่าการนัดหมายหรือการสื่อสารที่ไม่เข้าใจตรงกันระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการเป็นสาเหตุของการไม่มารับการรักษาตามนัดหมายรวมทั้งการขาดการรับประทานยาหรือรักษาต่อเนื่อง<sup>40-41</sup> เนื่องจากการสื่อสารระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการเป็นการส่งต่อข้อมูลเพื่อให้เข้าใจตรงกัน เกิดการเรียนรู้และร่วมมือในการรักษาซึ่งถ้าเกิดการสื่อสารสองทางและเข้าใจตรงกันผ่านกระบวนการย้อนกลับจะทำให้ผู้รับบริการเข้าใจและให้ความร่วมมือในการรักษามากขึ้น ผู้ให้บริการโดยเฉพาะแพทย์จะต้องสื่อสารด้วยหัวใจและศิลปะเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจและเกิดทัศนคติที่ดีและตรงตามความต้องการรวมทั้งจัดการปัญหาและอุปสรรคที่จะเกิดขึ้นในอนาคตร่วมกัน นอกจากจะสร้างความสัมพันธ์อันดีระหว่างผู้ป่วยกับผู้ให้บริการแล้วจะสร้างความร่วมมือในการรักษาต่อเนื่องระยะยาวในอนาคต ซึ่งส่งผลทางบวกอย่างต่อเนื่องในระบบบริการและการดูแลโรคเรื้อรัง<sup>42-43</sup> ดังจะพบในการวิจัยนี้ที่ปัจจัยด้านการนัดวันนัดตรงกับนัดหมายอื่นหรือวันที่ผู้ป่วยมีงาน ซึ่งอาจเป็นผลมาจากการขาดการสื่อสารกันและสอบถามความพร้อมของผู้รับบริการ จึงส่งผลต่อการนัดหมายในวันที่เขาไม่พร้อมหรือไม่ว่างก็จะส่งผลต่อการไม่มารับรักษาตามนัดหมายและกลายเป็นอุปสรรคสำคัญในการให้บริการและส่งผลกระทบระยะยาวต่อประสิทธิภาพในการรักษาโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะความดันโลหิตสูง โดยสรุปปัจจัยที่ส่งผลต่อการขาดการรักษาตามนัดหมายในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจากการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงในชุมชนในจังหวัดนครพนมได้แก่ การลืมนัดหรือไปทำธุระที่สำคัญกว่าทำให้เสี่ยงต่อการขาดนัด และปัจจัยรองลงมาได้แก่ การนัดวันนัดตรงกับนัดหมายอื่นหรือวันที่มีงาน ส่วนตัวแปรอื่นไม่มีข้อมูลเพียงพอจากการวิจัยนี้จะอธิบายผลของปัจจัยศึกษาต่อขาดการรักษาตามนัดหมายในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจากการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงในชุมชนในจังหวัดนครพนม

#### ข้อเสนอแนะ

1. ผู้ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาระบบการรักษา ป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงควรนำข้อค้นพบจากการวิจัยนี้ไปปรับปรุงระบบการนัดหมาย และเพิ่มสัดส่วนการมารักษาตามนัดหรือการรักษาต่อเนื่องในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ได้รับการวินิจฉัยจากการคัดกรองโรคในชุมชน โดยการพัฒนากระบวนการนัดที่กระตุ้นการนัดหมาย เช่น ระบบการกระตุ้นเตือนผ่านโทรศัพท์ การใช้สื่อออนไลน์หรือการใช้แอปพลิเคชัน ซึ่งอาจตกลงกับผู้ป่วยว่าจะกระตุ้นเตือนการนัดหมายในช่องทางใดจะสามารถเพิ่มสัดส่วนการมารักษาตามนัดได้ ซึ่งใช้สำหรับการควบคุมการขาดนัดในระบบบริการได้

2. ในระยะยาวควรมีระบบการพัฒนาการเรียนรู้ และให้ความสำคัญกับการมารับการรักษาตามนัดหรือการรักษาต่อเนื่องด้วยความตั้งใจของผู้ป่วยเอง โดยระบบจะต้องสามารถสร้างการเปลี่ยนแปลงปัจจัยทางจิตวิทยาที่กระตุ้นให้เกิดแรงจูงใจหรือความตั้งใจที่จะมารับบริการตามนัดหมายผ่านระบบการเรียนรู้ แลกเปลี่ยนที่ผู้รับบริการสามารถเข้าถึงและสะดวก รวมทั้งการสร้างกลุ่มเพื่อให้เกิดบรรทัดฐานกลุ่มในการมารับบริการตามนัดของผู้ป่วย ซึ่งนอกจากจะสร้างบรรทัดฐานกลุ่มแล้วยังสามารถแลกเปลี่ยนเรียนรู้ด้านความมั่นใจและความเชื่อมั่นในการมารับบริการตามนัด จะทำให้การส่งเสริมการมารับการรักษาตามนัด การรักษาต่อเนื่อง รวมทั้งการขาดยาได้รับการจัดการแลแก้ไขอย่างยั่งยืนในระยะยาว ซึ่งช่องทางการเรียนรู้และสร้างกลุ่มสมัยใหม่ เช่น การสร้างเครือข่ายหรือชุมชนผู้ป่วยในชุมชน หรือการสร้างกลุ่มผ่านสังคมออนไลน์ ก็เป็นทางเลือกที่ผู้ให้บริการควรพิจารณา ซึ่งผู้ให้บริการสามารถเข้าไปสร้างบทเรียนทางวิชาการผ่านรูปแบบวิดีโอและห้องเรียนในช่องทางเหล่านั้น รวมทั้งให้สมาชิกได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ สนับสนุน สาธิตและให้กำลังใจกัน รวมทั้งกระตุ้นเตือนกันในระบบดังกล่าว จะช่วยในการแก้ไขปัญหาในระยะยาวอย่างยั่งยืนได้

3. ควรพัฒนารูปแบบและระบบการสื่อสารนัดหมายผู้ป่วยให้มีความสอดคล้องตรงตามความต้องการของกันและกันระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ควร

มีการสอบถามวันว่างและให้สามารถเลือกวันนัดหมายได้จะทำให้ผู้รับบริการเข้าใจ ตรงตามความต้องการซึ่งเขาจะสามารถจัดการเวลาตนเองให้สะดวกและมีความพร้อมเข้ารับบริการมากกว่าการกำหนดจากผู้ให้บริการฝ่ายเดียว

4. ควรศึกษาปัจจัยเชิงสาเหตุของการขาดนัดให้มีขนาดพื้นที่ให้กว้างมากขึ้นเพื่อให้สามารถอ้างอิงเชิงนโยบายและเปลี่ยนแปลงเชิงระบบเพื่อลดปัญหาการขาดการรักษา การไม่มาตามนัดหรือการไม่รักษาต่อเนื่อง ซึ่งยังพบมีอัตราที่สูงในระบบบริการสุขภาพของไทยมาอย่างยาวนาน

5. การพัฒนาโครงการวิจัยเพื่อสร้างรูปแบบโปรแกรม แอปพลิเคชัน หรือช่องทางทางสังคมออนไลน์หรือสิ่งประดิษฐ์เพื่อการสื่อสารและสร้างการเรียนรู้เรื่องความดันโลหิตสูงเชิงระบบและมีระบบติดตามประเมินความก้าวหน้าการเปลี่ยนแปลงปัจจัยทางจิตวิทยาในประชาชนกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มผู้ป่วยอย่างเป็นระบบเพื่อยกระดับแรงจูงใจภายในให้ประชาชนเข้าใจ สนใจและมีทัศนคติ ความตั้งใจ บรรทัดฐานกลุ่ม ความเชื่อมั่นหรือแม้แต่การสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยเรื้อรังให้สนใจและมีพฤติกรรมมารับบริการที่พึงประสงค์อย่างยั่งยืนในอนาคต

6. ควรพัฒนาระบบการกระตุ้นเตือนการมาตามนัดหมายและทดสอบประสิทธิภาพ ประสิทธิภาพในรูปแบบใหม่ๆ หรือเกิดนวัตกรรมใหม่ๆ ในการส่งเสริมสนับสนุนให้ประชาชนไม่ลืมนัดหรือจัดการอุปสรรคที่จะขัดขวางการมารับการรักษาตามนัดหมาย

7. ควรพัฒนาระบบการสื่อสารสองทางและสร้างความเข้าใจและสัมพันธ์อันดีด้วยความจริงใจระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการในการร่วมตัดสินใจ กำหนดวันและสถานที่นัดหมายการรักษาตามนัด และติดตามประเมินประสิทธิภาพและประสิทธิผลในระยะยาวและนำมาใช้เป็นมาตรฐานการปฏิบัติในระบบบริการจะส่งเสริมการลดปัญหาการขาดนัด และการรักษาไม่ต่อเนื่องอย่างมีประสิทธิภาพ ประสิทธิภาพและเกิดความยั่งยืนในระบบบริการได้ในอนาคต

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้เกี่ยวข้อง ผู้ทรงคุณวุฒิ  
อาสาสมัครทุกท่านที่ร่วมให้ข้อมูลโดยการตอบ  
แบบสอบถาม ขอขอบคุณนักวิชาการสาธารณสุขระดับ  
อำเภอและองค์การปกครองท้องถิ่นในจังหวัดนครพนม

ทุกท่านที่สนับสนุนการเก็บรวบรวมข้อมูลงานวิจัย  
นี้เสร็จสิ้นลงได้ด้วยดี หวังเป็นอย่างยิ่งว่าผลการวิจัยนี้  
จะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาคุณภาพบริการผู้ป่วย  
ความดันโลหิตสูงให้มีคุณภาพยิ่งขึ้นในอนาคต

### เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Hypertension [Internet]. 2022 [cited 2022 Jan 12]. Available from: [https://www.who.int/health-topics/hypertension#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/hypertension#tab=tab_1)
2. World Health Organization. Cardiovascular diseases (CVDs) [Internet]. 2017 [cited 2565 Mar 22]. Available from: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))
3. Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, et al. The seventh report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure: the JNC 7 report. JAMA. 2003;289(19):2560–72.
4. Go, A.S., Bauman, M.A., Coleman K.M., et al. An effective approach to high blood pressure control: a science advisory from the American Heart Association, the American College of Cardiology, and the Centers for Disease Control and Prevention. Hypertension. 2014;63:878–85.
5. Fuster, V., Harrington, R.A., Narula, J. & Eapen, Z.J. The Heart. 14th ed. NY: McGraw-Hill; 2017.
6. อรรถเกียรติ กาญจนพิบูลวงศ์, ภาณุวัฒน์ คำวังสง่าและ สุธิดา แก้วทา. รายงานสถานการณ์โรค NCDs เบาหวาน ความดันโลหิตสูงและปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง พ.ศ.2562. นนทบุรี: อักษรกราฟฟิคแอนดี้ดีไซน์; 2563.
7. CHRONICFU. รายงานผู้ป่วยความดันโลหิต พ.ศ.2563 [Internet]. 2563. Available from: [https://spo.moph.go.th/audit50/images/43f\\_struct/CHRONICFU.pdf](https://spo.moph.go.th/audit50/images/43f_struct/CHRONICFU.pdf)
8. Booth III, J.N., Jieyang L., Zhang, L., Chen, L. & et al. Trends in Prehypertension and Hypertension Risk Factors in US Adults. Hypertension. 2017;70:275–84.
9. Maimaris, W., Paty, J., Perel, P., Legido-Quigley, H. & et al. The Influence of Health Systems on Hypertension Awareness, Treatment, and Control: A Systematic Literature Review. PLoS Med. 2013;10(7):e1001490.
10. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานประจำปี 2563. นนทบุรี: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนดี้ดีไซน์; 2563.
11. Uchmanowicz, B., Chudiak, A. & Mazur, G. The influence of quality of life on the level of adherence to therapeutic recommendations among elderly hypertensive patients. Patient Prefer Adherence. 2018;12:2593–603.
12. Chimberengwa, P.T. & Naidoo, M.N. Knowledge, attitudes and practices related to hypertension among residents of a disadvantaged rural community in southern Zimbabwe. Plos One. 2019;14(6):e0215500.
13. Klinis, S., Tsimtsiou, Z., Makaki, A.A., Galanakis, C., & et al. Patients' Beliefs and Attitudes Towards Hypertension and its Treatment: a Rural Practice Pilot Study. ROM J Intern Med. 2014;52:27–9.
14. Villarino, R.T., Arcay, C.A., Temblor, M.C., Vilarino, L. & et al. The Effects of Lifestyle Intervention Using the Modified Beliefs, Attitude, Subjective Norms, Enabling Factors Model in Hypertension Management: Quasi-Experimental Study. JMIR Cardio. 2021;5(2):e20297.
15. Osamor, P.E. Social support and management of hypertension in south-west Nigeria. Cardiovascular J Afr. 2015;26(1):29–33.
16. Marin-Reyes, F. & Rodriguez-Moran, M. Family support of treatment compliance in essential arterial hypertension. Salud Publica Mex. 2001;43:336–9.
17. Pan, J., Hu, B., Wu, L. & Li, Y. The Effect of Social Support on Treatment Adherence in Hypertension in China. Patient Prefer Adherence. 2021;15:1953–61.
18. Li, T. & Li, Y. Analysis on the willingness and influencing factors of choosing primary healthcare institutions among patients with chronic conditions in China: a cross-sectional study. BMC Open. 2022;12:E054783.

19. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข. รายละเอียด ตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565. รายละเอียด ตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 [Internet]. 2565 [cited 2022 Jan 12]. Available from: ตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข [https://phdb.moph.go.th > upload > web\\_news\\_filesPDF](https://phdb.moph.go.th/upload/web_news_filesPDF)
20. HDC. รายงานผลการตรวจคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน [Internet]. 2565 [cited 2022 Mar 22]. Available from: <http://hdc.ntwo.moph.go.th/hdc/main/index.php>
21. Dupont, W.D. Power calculations for matched case-control studies. *Biometrics*. 1998;52(44):1557–68.
22. Schlesselman, J. Case-control studies design, conduct, analysis. New York, NY: Oxford University Press; 1982.
23. Nwabuo, C.C., Dy, S.M., Weeks, K. & Young, H. Factors Associated with Appointment Non-Adherence among African-Americans with Severe, Poorly Controlled Hypertension. *Plos One*. 2014;9(8):e103090.
24. Ashoorkhani, M.A., Majdzadeh, R., Gholami, J., Eftekh, H. & Bozorgi, A. Understanding Non-Adherence to Treatment in Hypertension: A Qualitative Study. *UCBNM*. 2018;6(4):314–23.
25. Ajzen, I. The theory of planned behavior. *Organ Behav Hum Decis*. 1991;(50):179–211.
26. Pan, D., He, M., & Kong, F. Risk attitude, risk perception, and farmers' pesticide application behavior in China: A moderation and mediation model. *J Clean Prod*. 2020;276(124241).
27. Pender, N.J., Murdaugh, C.L. & Parsons, M.A. Health Promotion in Nursing Practice. 6th ed. New Jersey: Pearson; 2015.
28. Bandura, A. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychol Rev*. 1997;84(2):191–215.
29. Rosenstock, I.M., Strecher, V.J. & Becker, M.H.. Social Learning Theory and the Health Belief Model. *Heal Educ Behav*. 1998;15(2):175–83.
30. Joho, A.A. Using the Health Belief Model to Explain the Patient's Compliance to Anti-hypertensive Treatment in Three District Hospitals - Dar Es Salaam, Tanzania: A Cross Section Study. *East Afr Health Res J*. 2021;5(1):50–8.
31. Zhou, C., Chen, J., Tan, F., Lai, S. & et al. Relationship between self-care compliance, trust, and satisfaction among hypertensive patients in China. *Front Public Health*. 2022;10(1085047):1–9.
32. นันทิพย์ สงวนบุญญพงษ์และสายใจ พัวพันธ์. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการขาดนัดการรักษของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดฉะเชิงเทรา. *วารสารพยาบาลทหารบก*. 2560;18(1):229–36.
33. Najimi, A., Mostafavi, F., Sharifirad, G. & Golshiri, P. Barriers to medication adherence in patients with hypertension. *J Educ Health Promot*. 2018;7:24–31.
34. Jimmy, B. & Jose, J. Patient Medication Adherence: Measures in Daily Practice. *Oman Med J*. 2011;26(3):155–9.
35. Haynes RB, Devereaux PJ, Guyatt GH. Physicians' and patients' choices in evidence based practice. *BMJ*. 2002;324(7350):1350.
36. Haynes RB, McKibbon KA, Kanani R. Systematic review of randomised trials of interventions to assist patients to follow prescriptions for medications. *Lancet*. 1996;348(9024):383–6.
37. Leupkar, R.V. Patient adherence: A "risk factor" for cardiovascular disease: The Framington Study. *JAMA*. 1971;215:1617–25.
38. Watson, B., Tunnicliff, D., White, C., Schonfeld, C. & Wishart, D. Psychological and Social Factors Influencing Motorcycle Rider Intentions and Behavior. Canberra: Transport Safety Bureau of Research and Analysis Road Safety; 2007.
39. Triandis, H.C. values, attitudes, and interpersonal behavior. *Nebr Symp Motiv*. 1980;27:195–259.
40. Leupkar, R.V. Patient adherence: A "risk factor" for cardiovascular disease. *JAMA*. 1971;215:1617–25.
41. Tam DM, Heritage J, Paterniti DA, Hays RD, Kravitz RL, Wenger NS. Physician communication when prescribing new medications. *Arch Intern Med*. 2006;199(17):1855–62.
42. Ha, J.H. Doctor-Patient Communication: *Rev*. 2010;10(1):38–43.
43. Brédart A., Bouleuc C., Dolbeault S. Doctor-patient communication and satisfaction with care in oncology. *Curr Opin Oncol*. 2005;17(14):351–4.