

ลักษณะของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการขาดนัดของผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการในโรงพยาบาลบ้านตาก จังหวัดตาก

Characteristics of patients with hypertension and factors associated with missed appointments among hypertensive patients receiving services at Ban Tak Hospital, Tak Province

พวงพยอม หมี่โชติ¹, มงคล สุริเมือง^{2*}

Puangpayom Meechot¹, Mongkol Surimuang^{2*}

โรงพยาบาลบ้านตาก จังหวัดตาก¹

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก^{2*}

Ban Tak Hospital, Tak Province¹

Boromarajonani College of Nursing Buddhachinaraj, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute^{2*}

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding) e-mail: surimongkol@gmail.com

(Received: May 19, 2025; Revised: July 07, 2025; Accepted: October 20, 2025)

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงพรรณนาแบบย้อนหลัง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ขาดนัด และวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการขาดนัดในโรงพยาบาลบ้านตาก จังหวัดตาก เก็บข้อมูลจากผู้ป่วย 780 คน ระหว่างเดือนตุลาคม 2566 - กันยายน 2567 ด้วยเครื่องมือที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมผ่านการตรวจสอบคุณภาพได้ค่าความเที่ยงและค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 1.00 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการขาดนัดด้วยสถิติถดถอยโลจิสติก

ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยขาดนัดส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 54.6 ค่ามัธยฐานอายุ 60 ปี ปัจจัยที่มีนัยสำคัญทางสถิติและสัมพันธ์กับการขาดนัด ได้แก่ ผู้ที่ไม่ได้รับการศึกษา ($aOR = 10.01$, $p-value = 0.004$) ผู้ป่วยที่อาศัยในตำบลแม่สลิ (aOR = 2.70, $p-value = 0.008$) ผู้ที่มีระยะเวลาป่วยมากกว่า 5 ปี ($aOR = 6.68$, $p-value < 0.001$) มีโรคร่วมเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ($aOR = 4.58$, $p-value = 0.026$) สูบบุหรี่ ($aOR = 2.96$, $p-value = 0.016$) และดื่มแอลกอฮอล์ ($aOR = 2.32$, $p-value = 0.041$) ส่วนปัจจัยที่ช่วยลดโอกาสการขาดนัด ได้แก่ อายุมากขึ้นทุก 1 ปี โอกาสขาดนัดลดลง 0.97 เท่า ($aOR = 0.97$, $p-value = 0.033$) การศึกษาระดับปริญญา ($aOR = 0.13$, $p-value = 0.002$) มีโรคไขมันในหลอดเลือดสูง ($aOR = 0.08$, $p-value = 0.048$) และได้รับการรักษาด้วยยา Atenolol ($aOR = 0.14$, $p-value = 0.003$)

การศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่าปัจจัยด้านประชากรศาสตร์ สุขภาพ และพฤติกรรมมีส่วนสำคัญต่อการขาดนัดของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ข้อเสนอแนะ ควรมีการพัฒนาระบบนัดหมายที่ยืดหยุ่น การให้ความรู้เกี่ยวกับผลกระทบของพฤติกรรมเสี่ยง และการสนับสนุนด้านสังคมและเศรษฐกิจเพื่อลดอัตราการขาดนัด

คำสำคัญ: ความดันโลหิตสูง, การขาดนัด, ปัจจัยเสี่ยง, การควบคุมความดันโลหิต

Abstract

This retrospective descriptive study aimed to examine the characteristics of hypertensive patients who missed their appointments and to analyze the factors associated with missed appointments at Ban Tak Hospital, Tak Province. Data were collected from 780 patients between October 2023 and September 2024 using a research instrument developed by the researcher based on a literature review. The instrument's content validity and reliability were both confirmed with coefficients of 1.00. Data were analyzed using descriptive statistics and logistic regression to identify factors associated with missed appointments.

The results showed that most patients who missed their appointments were male (54.6%), with a median age of 60 years. Significant factors associated with missed appointments included having no formal education (aOR = 10.01, *p-value* = 0.004), residing in Mae Salit Subdistrict (aOR = 2.70, *p-value* = 0.008), having a disease duration of more than five years (aOR = 6.68, *p-value* < 0.001), having a comorbidity of stroke (aOR = 4.58, *p-value* = 0.026), smoking (aOR = 2.96, *p-value* = 0.016), and alcohol consumption (aOR = 2.32, *p-value* = 0.041). Factors that reduced the likelihood of missed appointments included older age (each additional year decreased the odds by 0.97; aOR = 0.97, *p-value* = 0.033), having a university-level education (aOR = 0.13, *p-value* = 0.002), having hyperlipidemia (aOR = 0.08, *p-value* = 0.048), and being treated with Atenolol (aOR = 0.14, *p-value* = 0.003).

This study highlights that demographic, health-related, and behavioral factors play crucial roles in missed appointments among hypertensive patients. It is recommended that flexible appointment systems, education on the consequences of risky behaviors, and strengthened social and economic support be implemented to reduce missed appointment rates.

Keywords: hypertension, missed appointments, risk factors, blood pressure control

บทนำ

ความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่เพิ่มโอกาสในการเกิดโรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคไต และส่งผลให้มีผู้เสียชีวิตจากโรคหัวใจและโรคหลอดเลือดสมองมากกว่า ร้อยละ 75 ทั่วโลก (Mills et al., 2020). จากประชากรโลกประมาณ 7.7 พันล้านคน ในปี 2020 มีผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงประมาณ 1.4 พันล้านคน ซึ่งในจำนวนผู้ที่มีความดันโลหิตสูงนั้น มีเพียงประมาณร้อยละ 14 หรือประมาณ 1 ใน 7 คน เท่านั้นที่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้สำเร็จ (World Health Organization, 2022) ในประเทศไทย พบอัตราการตายจากโรคความดันโลหิตสูงยังคงเพิ่มสูงขึ้นจากปี พ.ศ. 2560 จาก 13.07 ต่อแสนเป็น 14.48 ต่อแสนประชากรในปี พ.ศ. 2564 โดยเป็นโรคหัวใจขาดเลือดและโรคหลอดเลือดสมองที่ 33.54 และ 55.53 ต่อแสนประชากร ในปีงบประมาณ 2565 อัตราป่วยรายใหม่ของโรคความดันโลหิตสูงคือ 1160.44 ต่อแสนประชากร และเพิ่มขึ้นไปเป็น 1243.07 ต่อแสนประชากรในปีงบประมาณ 2566 (Department of Disease Control, 2023) ผลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย ครั้งที่ 6 ปี พ.ศ. 2563 โดย สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข พบว่าร้อยละของผู้ที่เป็น ความดันโลหิตสูงที่ได้รับการรักษาและควบคุมได้ มีสัดส่วนลดลงจากปีที่สำรวจครั้งที่ 5 เมื่อปี พ.ศ. 2557 จากร้อยละ 29.7 ในปี พ.ศ. 2557 เป็นร้อยละ 22.6 ในปี พ.ศ. 2563 สวนทางกับผู้ที่เป้นความดันโลหิตสูงที่ได้รับการรักษาและควบคุมไม่ได้ พบว่าร้อยละของผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงที่ได้รับการรักษาและควบคุมไม่ได้ ตามเกณฑ์ (< 140/90 มิลลิเมตรปรอท) ในการสำรวจครั้งที่ 5 เมื่อปี พ.ศ. 2557 คือ ร้อยละ 19.5 เพิ่มเป็นร้อยละ 25 ในการสำรวจครั้งที่ 6 เมื่อปี พ.ศ. 2563 (Department of Disease Control, 2020)

อุบัติการณ์ของโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นในอำเภอบ้านตาก โดยในปี พ.ศ. 2563-2566 พบผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ 1523.77, 1388.98, 1487.02 และ 2057.23 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ และยังพบว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้คิดเป็นร้อยละ 52.52, 57.47, 56.26 และ 58.28 ตามลำดับ (Ministry of Public Health, 2024) จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ตามเกณฑ์พบจำนวนน้อยกว่าร้อยละ 60 ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์เป้าหมายที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้

โรคความดันโลหิตสูงเป็นภาวะที่แรงดันของเลือดในหลอดเลือดแดงสูงกว่าระดับปกติอย่างต่อเนื่อง โดยทั่วไปจะวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงเมื่อค่าความดันโลหิตอยู่ที่ 140/90 มิลลิเมตรปรอท หรือสูงกว่าในการวัดอย่างน้อย 2 ครั้งในเวลาต่างกัน (McCarthy et al., 2025; Vidal-Petiot, 2022) ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักไม่รู้ตัวว่าเป็นโรค เพราะมักจะไม่มีอาการชัดเจนในระยะแรก อาการที่อาจพบในโรคนี้ ได้แก่ ปวดศีรษะ มึนงง เวียนศีรษะ หน้ามืด ใจสั่น เหนื่อยง่ายเมื่อออกกำลังกาย ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมักมีปัจจัยเสี่ยงร่วม เช่น อายุที่มากขึ้น พันธุกรรม น้ำหนักเกินหรือภาวะอ้วน การรับประทานอาหารเค็มจัด ขาดการออกกำลังกาย ดื่มแอลกอฮอล์ และสูบบุหรี่ ในผลกระทบระยะยาวหากไม่ได้รับการรักษา อาจนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อน เช่น โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง ไตวาย และจอประสาทตาเสื่อม (McCarthy et al., 2025)

การขาดนัดเพื่อรักษาต่อเนื่องเป็นปัญหาที่พบบ่อยในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ซึ่งอาจนำไปสู่ผลกระทบที่รุนแรง เช่น การไม่ได้รับยา การรับประทานยาไม่ถูกต้อง และการพลาดคำแนะนำจากผู้ให้บริการด้านสุขภาพ การขาดนัดหมายของผู้ป่วยยังอาจนำไปสู่ช่องว่างในการดูแล ส่งผลให้ความดันโลหิตไม่สามารถควบคุมได้และเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน (Appel et al., 2019) ผู้ป่วยที่พลาดการนัดหมายมีความเสี่ยงสูงที่จะมีความดันโลหิตที่ไม่สามารถควบคุมได้และมีภาวะแทรกซ้อนเพิ่มขึ้น จากการศึกษาหลายฉบับพบว่าปัจจัยหลายประการที่เกี่ยวข้องกับการขาดนัดของผู้ป่วย ได้แก่ 1) การรับรู้เกี่ยวกับโรคและอาการ ผู้ป่วยที่ไม่รู้ถึงอาการผิดปกติหรือไม่เข้าใจถึงความรุนแรงของโรค มักมีแนวโน้มที่จะขาดนัดเนื่องจากไม่เห็นความจำเป็นในการติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง (Das et al., 2021) 2) ระยะทางและการเข้าถึงบริการสุขภาพ 3) ปัจจัยทางสังคมและเศรษฐกิจ สถานะทางเศรษฐกิจที่ยากจน การขาดการสนับสนุนจากครอบครัว หรือภาระหน้าที่ในครอบครัวทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถมาพบแพทย์ได้ตามนัด 4) ความรู้และทัศนคติด้านสุขภาพ และ 5) ประสิทธิภาพไม่ดีจากการรักษา ผู้ป่วยที่เคยมีประสบการณ์จากผลข้างเคียงจากยา หรือการสื่อสารที่ไม่ดีระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ทำให้เกิดความไม่พึงพอใจและนำไปสู่การขาดนัด (เชม พามิตินนท์ และคณะ, 2564; นฤมล สบายสุข และ ลำพรณ แสนบั้ง, 2566; นลินี หนูห่วง, 2566)

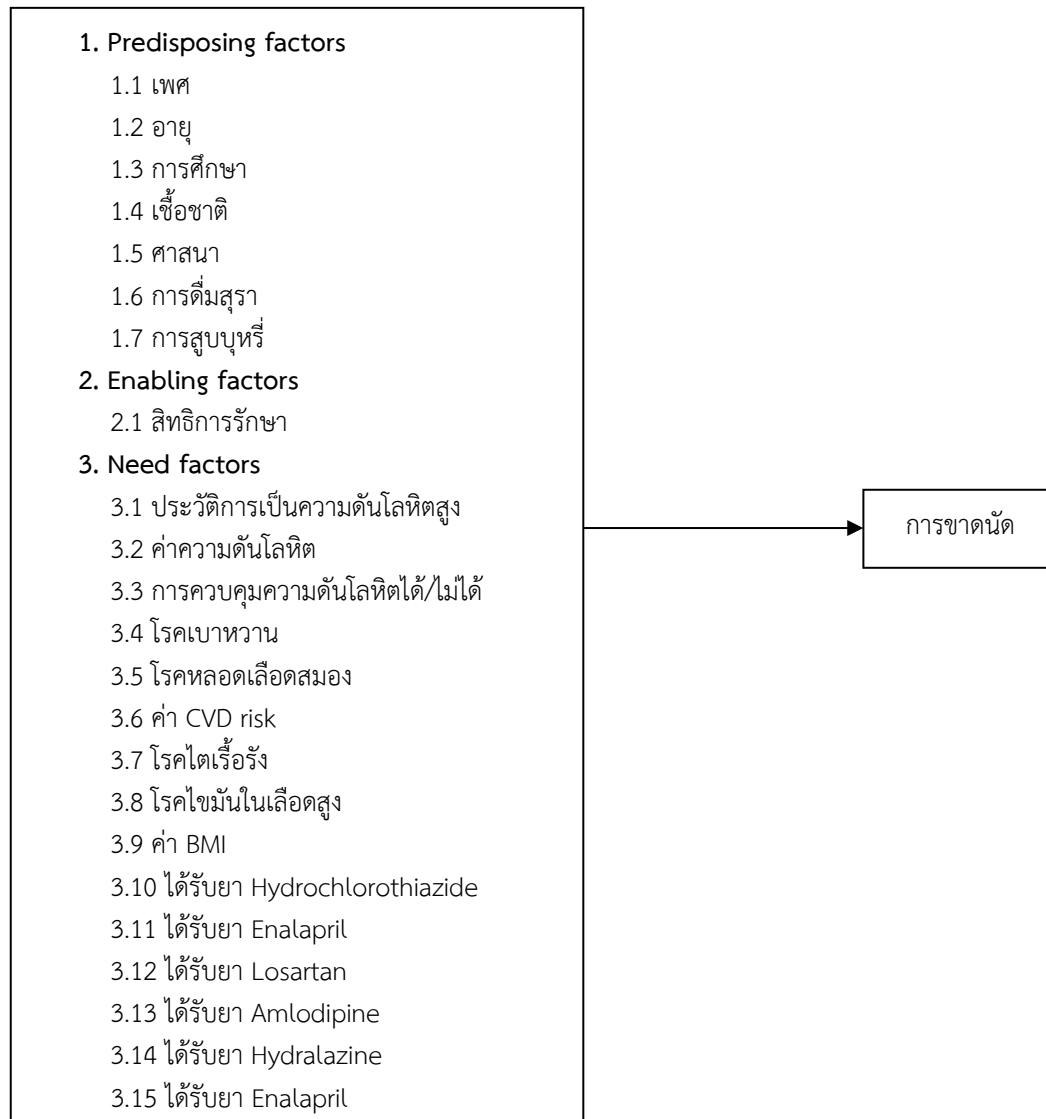
โรงพยาบาลบ้านตากยังไม่มีการศึกษาอย่างเป็นรูปธรรมเกี่ยวกับปัจจัยการขาดนัดของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการในโรงพยาบาลบ้านตาก จังหวัดตาก ซึ่งจะเป็นข้อมูลนำเข้าที่สำคัญในการนำมาพัฒนางานบริการผู้ป่วยนอก (OPD) ในการปรับปรุงการดูแลและการจัดการผู้ป่วยได้ ซึ่งจะช่วยลดหรือชะลอภาวะแทรกซ้อน ลดความพิการ และป้องกันการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร ผลของการศึกษานี้จะช่วยให้หน่วยบริการทางสุขภาพพัฒนากลยุทธ์เพื่อปรับปรุงการปฏิบัติตามการนัดหมายและการดูแลผู้ป่วยได้

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ขาดนัดในโรงพยาบาลบ้านตาก จังหวัดตาก
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการขาดนัดของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลบ้านตาก จังหวัดตาก

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดของ Anderson's behavioral model พฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพการมาตามนัดขึ้นอยู่กับ 3 ปัจจัยหลัก ได้แก่ 1) Predisposing factors เช่น อายุ เพศ การศึกษา 2) Enabling factors เช่น สิทธิการรักษา และ 3) Need factors เช่น ลักษณะทางคลินิก การได้รับการรักษาด้วยยา (Andersen & Newman, 1973) ผู้วิจัยจึงได้กำหนดกรอบแนวคิดในการวิจัยดังภาพที่ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงพรรณนา เก็บข้อมูลย้อนหลัง ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มาใช้บริการในโรงพยาบาลบ้านตาก จังหวัดตาก ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2566 ถึง 30 กันยายน 2567 จำนวน 780 ราย โดยแบ่งเป็นผู้ป่วยขาดนัด จำนวน 425 ราย และผู้ป่วยที่ไม่เคยขาดนัด จำนวน 355 ราย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ที่ศึกษาคือผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลบ้านตาก จำนวน 8,219 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลบ้านตาก จังหวัดตาก ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2566 ถึง 30 กันยายน 2567 คัดเลือกแบบเจาะจง โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า-คัดออกดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า

1. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงอายุอยู่ในช่วงอายุ 15 ปีขึ้นไป ในปีงบประมาณ 2567 ของโรงพยาบาลบ้านตาก ระหว่าง เดือน ตุลาคม 2566 ถึงกันยายน 2567
 2. ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงปฐมภูมิโดยแพทย์ และมีค่า Systolic BP อยู่ในช่วง 140-179 มิลลิเมตรปรอท และ Diastolic BP อยู่ในช่วง 90-109 มิลลิเมตรปรอท อย่างน้อย 2 ครั้งของการมารับบริการที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลบ้านตาก
 3. ผู้ป่วยเป็นผู้ป่วยที่ขาดนัดตั้งแต่ 1 ครั้งเป็นต้นไป
- เกณฑ์การคัดออก

1. เวชระเบียนมีข้อมูลไม่ครอบคลุมข้อมูลที่ต้องการ

การคำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยอ้างอิงจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก ระหว่างปี 2565-2567 เฉลี่ย 8,219 คนต่อปี ใช้สูตร Yamane (Yamane, 1973) กำหนดค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ เท่ากับ 0.05 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมอย่างน้อย 384 คน เนื่องจากมีผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ขาดนัดในช่วงเวลาดังกล่าว จำนวน 425 คน จึงนำข้อมูลทั้งหมดมาใช้ในการศึกษา โดยมีผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ขาดนัดในช่วงเวลาดังกล่าว จำนวน 355 คน รวมกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้จำนวน 780 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบบบันทึกข้อมูลจากผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย

1. Predisposing factors ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา เชื้อชาติ ศาสนา การดื่มสุรา การสูบบุหรี่
2. Enabling factors ได้แก่ สิทธิการรักษา
3. Need factors ได้แก่ ประวัติการเป็นความดันโลหิตสูง ค่าความดันโลหิต การควบคุมความดันโลหิตได้/ไม่ได้ โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดสมอง ค่า CVD risk โรคไตเรื้อรัง โรคไขมันในเลือดสูง ค่า BMI ได้รับยา Hydrochlorothiazide Enalapril Losartan Amlodipine Hydralazine และ Atenolol

การควบคุมคุณภาพเครื่องมือ เครื่องมือผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบไปด้วย แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก 1 ท่าน และหัวหน้าพยาบาล 1 ท่าน จากนั้นนำแบบบันทึกข้อมูลมาแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ และนำมาหาค่าความสอดคล้องของวัตถุประสงค์ (Index of item-objective congruence: IOC) ได้เท่ากับ 1.00 ผู้วิจัยนำแบบบันทึกข้อมูลทดลองบันทึกกับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันจำนวน 10 ราย ได้ค่า interrater ระหว่างผู้วิจัยกับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ได้ค่าเท่ากับ 1.00

การเก็บรวบรวมข้อมูล หลังจากผ่านคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดตาก แล้ว ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัยดังนี้

1. ขออนุญาตเก็บข้อมูลกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านตาก จังหวัดตาก เมื่อได้รับอนุญาตแล้วจึงขออนุญาตเก็บข้อมูลกับหัวหน้างานเวชระเบียน เพื่อขอใช้ฐานข้อมูลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจากงานสารสนเทศทางแพทย์ในช่วงวันที่ 1 ตุลาคม 2566 ถึง 30 กันยายน 2567
2. ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองโดยตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของข้อมูลที่ต้องการ
3. ผู้วิจัยบันทึกข้อมูลลงในแบบบันทึกข้อมูลจากผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย เพศ อายุ การศึกษา เชื้อชาติ ศาสนา การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ สิทธิการรักษา ประวัติการเป็นความดันโลหิตสูง ค่าความดันโลหิต การควบคุม

ความดันโลหิตได้/ไม่ได้ โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดสมอง ค่า CVD risk โรคไตเรื้อรัง โรคไขมันในเลือดสูง ค่า BMI ได้รับยา Hydrochlorothiazide Enalapril Losartan Amlodipine Hydralazine และ Atenolol

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลพื้นฐานทั่วไป นำเสนอโดยใช้ค่าสถิติเชิงพรรณนา ข้อมูลเชิงกลุ่ม (categorical data) นำเสนอเป็นจำนวน ร้อยละ ข้อมูลต่อเนื่อง (continuous data) ที่มีการแจกแจงแบบปกตินำเสนอโดยใช้ค่าเฉลี่ย (mean) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) และวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการขาดนัดของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงด้วย univariate logistic regression analysis และ multiple logistic regression analysis ช่วงความเชื่อมั่นที่ 95% (95% confidence interval) และ p-value ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ถือว่ามีนัยสำคัญทางสถิติ

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาและได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตาก หนังสือรับรองเลขที่ TAKREC No.030/2567 ลงวันที่ 4 ตุลาคม 2567 ทำการวิเคราะห์ข้อมูลในภาพรวมและตีพิมพ์เฉพาะในงานทางวิชาการเท่านั้นข้อมูลของงานวิจัยจะถูกเก็บเป็นความลับไม่ระบุชื่อ

ผลการวิจัย

ตาราง 1 การเปรียบเทียบลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ขาดนัดกับมาตามนัดในโรงพยาบาลบ้านตาก จังหวัดตาก (n=780)

ลักษณะทั่วไป	ผู้ป่วยขาดนัด (n=425)		ผู้ป่วยมาตามนัด (n=355)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ					$< 0.001^a$
ชาย	232	54.6	114	32.1	
หญิง	193	45.4	241	67.9	
อายุ (ปี) Median [IQR] Min, Max	60 [52, 69]	27, 80	66 [58, 73]	29, 84	$< 0.001^a$
สถานะภาพสมรส					0.159^a
อยู่คนเดียว	16	3.8	21	5.9	
มีคู่สมรส/คู่ครอง	409	96.2	334	94.1	
ระดับการศึกษา					$< 0.001^a$
ไม่ได้ศึกษา	20	4.7	5	1.4	
ประถมศึกษา	170	40.0	174	49.0	
มัธยมศึกษา	136	32.0	117	33.0	
อนุปริญญา	71	16.7	21	5.9	
ปริญญา	28	6.6	38	10.7	
สิทธิการรักษา					0.744^b
บัตรทอง	397	93.4	332	93.5	
ประกันสังคม	6	1.4	3	0.8	
เบิกได้/รัฐวิสาหกิจ	22	5.2	20	5.6	
ตำบล					$< 0.001^a$
ตากออก	120	28.2	165	46.5	
แม่สลิต	76	17.9	42	11.8	
ตากตก	35	8.2	33	9.3	

ลักษณะทั่วไป	ผู้ป่วยขาดนัด (n=425)		ผู้ป่วยมาตามนัด (n=355)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
สมอโคน	31	7.3	20	5.6	
เกาะตะเกา	69	16.2	47	13.2	
ทุ่งกระเซาะ	49	11.5	13	3.7	
ท้องฟ้า	45	10.6	35	9.9	

a=Chi-square test, b=Fisher's Exact Test

ตาราง 1 จากการเปรียบเทียบลักษณะทั่วไประหว่างผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ขาดนัดและผู้ป่วยที่มาตามนัด พบว่า เพศมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) โดยกลุ่มผู้ป่วยที่ขาดนัดส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 54.6) อายุของกลุ่มผู้ป่วยที่ขาดนัดมีค่ามัธยฐาน (IQR) น้อยกว่ากลุ่มที่มาตามนัดอย่างมีนัยสำคัญ ($p\text{-value} < 0.001$) ระดับการศึกษา และตำบลที่อยู่อาศัย มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ($p\text{-value} < 0.001$) เมื่อพิจารณาตาม พบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ($p\text{-value} < 0.001$) ส่วนสถานภาพสมรสและสิทธิการรักษาไม่แตกต่างกันระหว่าง 2 กลุ่ม ($p\text{-value} = 0.159$ และ $p\text{-value} = 0.744$ ตามลำดับ)

ตาราง 2 เปรียบเทียบลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ขาดนัดกับมาตามนัดในโรงพยาบาลบ้านตาก จังหวัดตาก (n=780)

ลักษณะทางคลินิก	ผู้ป่วยขาดนัด (n=425)		ผู้ป่วยมาตามนัด (n=355)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ประวัติการรับเข้ารักษาโรคความดันโลหิตสูง (ปี)					$<0.001^a$
≤ 5	239	56.2	282	79.4	
> 5	186	43.8	73	20.6	
ดัชนีมวลกาย					$<0.001^a$
< 18.5	49	11.5	23	6.5	
18.5-24.99	222	52.2	163	45.9	
≥ 25	108	25.4	135	38.0	
≥ 30	46	10.8	34	9.6	
โรคร่วม					$<0.001^a$
มีโรคความดันโลหิตสูงเพียงอย่างเดียว	154	36.2	24	6.8	
มีโรคร่วม	271	63.8	331	93.2	
ชนิดของโรคร่วม* (n=602)					
โรคเบาหวาน	8	3.0	5	1.5	0.226^a
โรคหลอดเลือดสมอง	37	13.7	6	1.8	$<0.001^a$
โรคไขมันในหลอดเลือดสูง	256	94.5	330	99.7	$<0.001^a$
โรคไตเรื้อรัง					0.747^b
ระยะ 1- 2	248	91.5	302	91.2	
ระยะที่ 3	20	7.4	27	8.2	
ระยะที่ 4	3	1.1	2	0.6	
CVD risk					0.664^a
0-20 %	188	69.4	235	71.0	
≥ 20 %	83	30.6	96	29.0	

ลักษณะทางคลินิก	ผู้ป่วยขาดนัด (n=425)		ผู้ป่วยมาตามนัด (n=355)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
มีประวัติสูบบุหรี่					$<0.001^a$
ไม่สูบบุหรี่	318	74.8	340	95.8	
สูบบุหรี่	107	25.2	15	4.2	
มีประวัติดื่มแอลกอฮอล์					$<0.001^a$
ไม่ดื่มแอลกอฮอล์	284	66.8	329	92.7	
ดื่มแอลกอฮอล์	141	33.2	26	7.3	
การรักษาโรคความดันโลหิตสูง					0.068^a
ปรับพฤติกรรม	10	2.4	10	2.8	
รักษาด้วยการรับประทานยา	415	97.6	345	97.2	
ยาที่รับประทาน* (n=760)					
Hydrochlorothiazide	8	1.9	2	0.6	0.104^a
Enalapril	229	55.2	174	50.4	0.192^a
Losartan	65	15.7	107	31.0	$<0.001^a$
Amlodipine	270	65.1	182	52.8	$<0.001^a$
Hydralazine	16	3.9	7	2.0	0.143^a
Atenolol	23	5.5	37	10.7	0.008^a

*นับซ้ำตามจำนวนของผู้ป่วย, a=Chi-square test, b=Fisher's Exact Test

ตารางที่ 2 จากการเปรียบเทียบลักษณะทางคลินิกของกลุ่มตัวอย่างที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ขาดนัดมีส่วนการเข้ารับการรักษารักษาโรคความดันโลหิตสูงเกิน 5 ปี ดัชนีมวลกายกลุ่มตัวอย่างที่ขาดนัดพบมากในเกณฑ์ปกติ โรคร่วมกลุ่มตัวอย่างที่ขาดนัดมีส่วนการเป็นโรคความดันโลหิตสูงเพียงอย่างเดียวสูงกว่า (ร้อยละ 36.2) โดยโรคร่วมที่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ คือ โรคหลอดเลือดสมอง และโรคไขมันในหลอดเลือดสูง ด้านพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มตัวอย่างที่ขาดนัดมีประวัติสูบบุหรี่ (ร้อยละ 25.2) และดื่มแอลกอฮอล์ (ร้อยละ 33.2) มากกว่ากลุ่มที่มาตามนัด รูปแบบการรักษา ไม่พบความแตกต่างระหว่างกลุ่ม ($p\text{-value} = 0.068$) โดยเกือบทั้งหมดรักษาด้วยการรับประทานยา แต่เมื่อจำแนกตามชนิดของยาพบความแตกต่างบางรายการ ได้แก่ กลุ่มที่มาตามนัดมีการใช้ Losartan มากกว่า (ร้อยละ 31.0 เทียบกับร้อยละ 15.7, $p\text{-value} < 0.001$) ในขณะที่กลุ่มขาดนัดมีการใช้ Amlodipine มากกว่า (ร้อยละ 65.1% เทียบกับร้อยละ 52.8, $p\text{-value} < 0.001$) และการใช้ Atenolol พบมากกว่าในกลุ่มที่มาตามนัด (ร้อยละ 10.7 เทียบกับร้อยละ 5.5, $p\text{-value} = 0.008$)

ตาราง 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการขาดนัดของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลบ้านตาก จังหวัดตาก

ปัจจัย	cOR	95%CI	p-value	aOR	95%CI	p-value
เพศ						
หญิง	Ref.					
ชาย	2.54	1.89-3.40	<0.001	1.25	0.74-2.11	0.392
อายุ (ปี)	0.95	0.94-0.97	<0.001	0.97	0.96-0.99	0.033
ระดับการศึกษา						
ประถมศึกษา	Ref.					
ไม่ได้ศึกษา	4.09	1.50-11.15	0.006	10.01	2.13-47.05	0.004
มัธยมศึกษา	1.18	0.85-1.64	0.295	0.70	0.37-1.32	0.275
อนุปริญญา	3.46	2.03-5.88	<0.001	1.11	0.39-3.13	0.838
ปริญญา	0.75	0.44-1.28	0.299	0.13	0.03-0.46	0.002
ตำบล						
ตากออก	Ref.					
แม่สลิติ	2.48	1.59-3.87	<0.001	2.70	1.29-5.63	0.008
ตากตก	1.45	0.85-2.47	0.163	0.72	0.29-1.78	0.479
สมอโคน	2.13	1.15-3.91	0.015	1.73	0.64-4.67	0.276
เกาะตะเภา	2.01	1.30-3.13	0.002	1.12	0.54-2.31	0.741
ทุ่งกระเซาะ	5.18	2.69-9.97	<0.001	2.32	0.88-6.12	0.089
ท้องฟ้า	1.76	1.07-2.91	0.026	1.08	0.43-2.68	0.865
ประวัติการรักษา						
น้อยกว่า 5 ปี	Ref.					
มากกว่า 5 ปี	3.00	2.18-4.14	<0.001	6.68	3.80-11.74	<0.001
ดัชนีมวลกาย						
<18.5	Ref.					
18.5-24.99	0.63	0.37-1.09	0.101	1.73	0.67-4.46	0.254
≥25	0.37	0.21-0.65	0.001	0.922	0.33-2.53	0.875
≥30	0.63	0.32-1.23	0.181	1.51	0.42-5.31	0.520
การมีโรคร่วม						
ไม่มี	Ref.					
มี	0.12	0.08-0.20	<0.001	1.66	0.13-19.84	0.686
ประวัติโรคหลอดเลือดสมอง						
ไม่มี	Ref.					
มี	5.54	2.31-13.30	<0.001	4.58	1.20-17.50	0.026
ประวัติโรคไขมันในหลอดเลือด						
ไม่มี	Ref.					
มี	0.11	0.07-0.18	<0.001	0.08	0.00-0.97	0.048

ปัจจัย	cOR	95%CI	p-value	aOR	95%CI	p-value
ประวัติการสูบบุหรี่						
ไม่สูบ	Ref.					
สูบ	7.62	4.34-13.37	<0.001	2.96	1.22-7.17	0.016
ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์						
ไม่ดื่ม	Ref.					
ดื่ม	6.28	4.01-9.82	<0.001	2.32	1.03-5.21	0.041
การได้รับยา Losartan						
ไม่ได้รับ	Ref.					
ได้รับ	0.41	0.29-0.59	<0.001	0.85	0.45-1.59	0.627
การได้รับยา Amlodipine						
ไม่ได้รับ	Ref.					
ได้รับ	1.65	1.24-2.20	0.001	1.41	0.84-2.34	0.184
การได้รับยา Atenolol						
ไม่ได้รับ						
ได้รับ	0.49	0.28-0.84	0.010	0.14	0.04-0.53	0.003

cOR = crude odds ratio, aOR=Adjust odds ratio, 95%CI= 95% confidence interval

ตาราง 3 แสดงปัจจัยที่สัมพันธ์กับการขาดนัดของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลบ้านตาก จังหวัดตาก โดยการวิเคราะห์แบบ Logistic regression analysis พบว่า ในการวิเคราะห์เชิงเดี่ยว เพศชายมีแนวโน้มขาดนัดมากกว่าเพศหญิง (cOR = 2.54, p-value < 0.001) แต่หลังปรับตัวแปรร่วมในการวิเคราะห์ ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญ (aOR = 1.25, p-value = 0.392) ผู้ที่ไม่ได้รับการศึกษามีโอกาสขาดนัดสูงกว่ากลุ่มที่จบประถมศึกษาอย่างมีนัยสำคัญ (aOR = 10.01, p-value = 0.004) และผู้ป่วยที่อาศัยในตำบลแม่สลิดมีโอกาสดูแลสุขภาพสูงกว่าผู้ที่อาศัยในตำบลตากออก (aOR = 2.70, p-value = 0.008) ผู้ที่มีระยะเวลาป่วยมากกว่า 5 ปี มีโอกาสขาดนัดมากกว่าผู้ที่ป่วยไม่ถึง 5 ปี (aOR = 6.68, p-value < 0.001) รวมถึงผู้ป่วยที่มีโรคร่วมเป็นโรคหลอดเลือดสมอง (aOR = 4.58, p-value = 0.026) ผู้ที่สูบบุหรี่ (aOR = 2.96, p-value = 0.016) และผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์ (aOR = 2.32, p-value = 0.041) มีโอกาสขาดนัดสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญเช่นกัน ในขณะที่ปัจจัยที่ช่วยลดโอกาสการขาดนัด ได้แก่ อายุที่เพิ่มขึ้นทุก 1 ปี (aOR = 0.97, p-value = 0.033) การศึกษาระดับปริญญา (aOR = 0.13, p-value = 0.002) การมีโรคไข้มันในหลอดเลือดสูง (aOR = 0.08, p-value = 0.048) และการได้รับการรักษาด้วยยา Atenolol (aOR = 0.14, p-value = 0.003)

อภิปรายผล

1. ศึกษาลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ขาดนัดในโรงพยาบาลบ้านตาก จังหวัดตาก

การศึกษาลักษณะของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงขาดนัด ที่มารับบริการในโรงพยาบาลบ้านตาก จังหวัดตาก พบกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 54.6 งานวิจัยที่ผ่านมาชี้ให้เห็นว่า ผู้หญิงมักให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพและเข้ารับการตรวจรักษามากกว่าเพศชาย ซึ่งอาจเป็นผลมาจากปัจจัยทางพฤติกรรมและวัฒนธรรม (Tanglai et al., 2025) ที่รายงานว่าผู้ชายมีแนวโน้มไม่ปฏิบัติตามนัดหมายและการรักษาสูงกว่าผู้หญิง อาจเนื่องมาจากบทบาททางสังคมและหน้าที่การทำงานของเพศชายที่มักมีภาระงานนอกบ้านมาก ทำให้ไม่สะดวกมารับบริการตามเวลานัด นอกจากนี้มีการศึกษาที่ชี้ให้เห็นว่าผู้ชายมีทัศนคติด้านสุขภาพแบบไม่อยากถูกมองว่าอ่อนแอ จึงมีแนวโน้มละเลยการติดตามรักษาโรคเรื้อรังมากกว่าผู้หญิง (Santosa et al., 2020) การศึกษานี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่

ชาตินี้ มีค่าอายุเฉลี่ย 60 ปี สอดคล้องกับแนวโน้มของโรคความดันโลหิตสูงที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ งานวิจัยก่อนหน้านี้พบว่า อายุที่เพิ่มขึ้นมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อเนื่อง ความเสี่ยงสูงและการมีโรคร่วมมากขึ้น ในขณะเดียวกันอายุที่มากขึ้นกลายเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดอุปสรรคในการมารับบริการตามนัด ส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกเหนื่อย มีภาระในการมาโรงพยาบาลมากขึ้นร่วมกับ ปัญหาทางร่างกาย เช่น ข้อเข่าเสื่อม การมองเห็นหรือการได้ยินลดลง อาการเจ็บปวดเคลื่อนไหวที่บกพร่อง หรือไม่มีผู้พาเดินทาง ทำให้การมาถึงโรงพยาบาลหรือคลินิกตามนัดเป็นเรื่องยุ่งยาก (Mansouri et al., 2023) ประชากรส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีสถานะสมรส/มีคู่ครอง ร้อยละ 96.2 ในขณะที่กลุ่มอยู่คนเดียวมีสัดส่วนน้อย มีความแตกต่างจากงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่า ผู้ที่มีคู่สมรสมีแนวโน้มปฏิบัติตามแผนการรักษามากกว่า เนื่องจากได้รับแรงสนับสนุนจากคู่สมรส (Ghaderi Nasab et al., 2024) อย่างไรก็ตาม ผู้ที่อยู่คนเดียวอาจมีความเสี่ยงสูงขึ้นในการขาดนัดและมีปัญหาด้านสุขภาพจิต เช่น ภาวะซึมเศร้า ซึ่งอาจส่งผลต่อพฤติกรรมและการดูแลสุขภาพของตนเอง (นันทศักดิ์ ชนะพันธ์, 2563)

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 40.0 ในขณะที่ผู้ที่ไม่ได้รับการศึกษาเลยมีสัดส่วนน้อย ร้อยละ 4.7 การศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่าระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพและการปฏิบัติตามแผนการรักษา โดยผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำอาจมีความเข้าใจด้านสุขภาพ (health literacy) จำกัด ส่งผลต่อการรับรู้ความสำคัญของการรักษาต่อเนื่อง (Apfel & Tsouros, 2013) สิทธิการรักษาของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) คิดเป็นร้อยละ 93.4 ซึ่งสอดคล้องกับโครงสร้างระบบสาธารณสุขของประเทศไทยที่ประชากรส่วนใหญ่พึ่งพาระบบนี้ (Tangcharoensathien et al., 2018) การที่กลุ่มตัวอย่างเข้าถึงการรักษาผ่านบัตรทองแสดงให้เห็นถึงความครอบคลุมของระบบประกันสุขภาพในระดับประชากร อย่างไรก็ตาม การวิจัยในอดีตอธิบายว่าแม้จะมีหลักประกันสุขภาพ แต่อุปสรรคด้านภูมิศาสตร์และภาระค่าใช้จ่ายทางอ้อมยังคงเป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยบางรายขาดนัด (Ghislandi et al., 2015)

จากการศึกษาพบว่า ร้อยละ 56.2 ของผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยและรักษาภายใน 5 ปี และร้อยละ 43.8 มีประวัติการรักษามากกว่า 5 ปี แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยจำนวนมากเพิ่งได้รับการวินิจฉัย ซึ่งอาจส่งผลต่อความสามารถในการควบคุมโรคและการตระหนักถึงความสำคัญในการมาพบแพทย์อย่างต่อเนื่อง ซึ่งตรงกันข้ามกับผู้ที่ได้รับการรักษานานมักมีการตอบสนองต่อยาและการปรับพฤติกรรมที่ดีขึ้น (Kario et al., 2024) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในช่วง 18.5-24.99 ร้อยละ 52.2 ซึ่งถือว่าเป็นค่าปกติ อย่างไรก็ตาม ร้อยละ 10.8 ของผู้ป่วยมีภาวะน้ำหนักเกินหรืออ้วน ($BMI > 25$) ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของโรคความดันโลหิตสูงและภาวะแทรกซ้อน (Leggio et al., 2017) ร้อยละ 25.2 ของผู้ป่วยยังคงสูบบุหรี่ และร้อยละ 33.2 มีประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งเป็นปัจจัยที่ส่งผลเสียต่อการควบคุมความดันโลหิตและเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน (Jareebi, 2024) ยาที่ใช้มากที่สุด คือ Amlodipine ร้อยละ 65.1 รองลงมา คือ Enalapril ร้อยละ 55.2 และ Losartan ร้อยละ 15.7 ซึ่งเป็นการได้รับการแนะนำในแนวทางการรักษาความดันโลหิตสูง (Carey et al., 2018)

2. ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการขาดนัดของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลบ้านตาก จังหวัดตาก

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการขาดนัดของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มาใช้บริการในโรงพยาบาลบ้านตาก จังหวัดตาก ได้แก่ เพศชาย แม้ว่าการวิเคราะห์เบื้องต้นพบว่าเพศชายมีแนวโน้มขาดนัดมากกว่า ($cOR = 2.54$, $p-value < 0.001$) แต่เมื่อนำตัวแปรอื่นมาปรับร่วมแล้วไม่พบความสัมพันธ์ที่มีนัยสำคัญ ($aOR = 1.25$, $p-value = 0.392$) แสดงว่าความแตกต่างของอัตราการขาดนัดระหว่างเพศอาจได้รับอิทธิพลจากปัจจัยอื่น ๆ สัมพันธ์กับหลายงานวิจัยที่ผ่านมาที่พบว่า ผู้หญิงมีพฤติกรรมและวัฒนธรรมให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพและเข้ารับการตรวจรักษามากกว่าเพศชาย (Tanglai et al., 2025) ผู้ที่ไม่ได้รับการศึกษามีความเสี่ยงขาดนัดสูงกว่ากลุ่มที่จบประถมศึกษา ($aOR = 10.01$, $p-value = 0.004$) ขณะที่ผู้ที่มีการศึกษาสูงกว่ามีแนวโน้มมาตามนัดมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดด้าน Health Literacy ที่ระบุว่าคนที่มีการศึกษาสูงมักเข้าใจถึงความสำคัญของการดูแลสุขภาพมากกว่า (Apfel & Tsouros, 2013) ผู้ที่อาศัยอยู่ในตำบลแม่สลิคมีโอกาสดูแลสุขภาพสูงกว่าเมื่อเทียบกับตำบลตากออก ($aOR = 2.70$, $p-value = 0.008$) ซึ่งเกิดจากข้อจำกัดด้านการเดินทางและระยะทางที่ไกลจากโรงพยาบาล ผู้ที่ได้รับการรักษานานกว่า 5 ปี มีโอกาสดูแลสุขภาพสูงกว่าผู้ที่รับการรักษาน้อยกว่า ($aOR = 6.68$, $p-value < 0.001$) อาจเป็นเพราะ

ความคุ้นเคยกับโรคหรือความรู้สึกว่าสามารถจัดการอาการเองได้ จึงลดความสำคัญของการมาติดตามอาการ (Nonkhuntod & Yu, 2018) ผู้ที่มีโรคหลอดเลือดสมองร่วมมีแนวโน้มขาดนัดสูง ($aOR = 4.58$, $p\text{-value} = 0.026$) เกิดจากข้อจำกัดทางกายภาพในการเดินทาง ผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงกลับมีแนวโน้มมาตามนัดมากกว่า ($aOR = 0.08$, $p\text{-value} = 0.048$) เป็นผลมาจากการได้รับคำแนะนำจากแพทย์และพยาบาลถึงความจำเป็นของการติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง (Smith et al., 2022; Wang & Lee, 2023) ผู้ที่มีประวัติสูบบุหรี่ ($aOR = 2.96$, $p\text{-value} = 0.016$) และดื่มแอลกอฮอล์ ($aOR = 2.32$, $p\text{-value} = 0.041$) มีแนวโน้มขาดนัดมากกว่า ซึ่งอาจเป็นเพราะพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ดีและการขาดแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพ (Kavanagh & Graham, 2019)

การนำผลการวิจัยไปใช้

การให้ความรู้เฉพาะกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ควรพัฒนาโปรแกรมการให้ความรู้ที่เหมาะสมกับผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาต่ำ เพื่อเน้นย้ำถึงความสำคัญของการมาตรวจติดตามอย่างสม่ำเสมอ ร่วมกับการดำเนินงานในระดับชุมชนโดย จัดโครงการรณรงค์ในพื้นที่ที่มีความเสี่ยงสูง เพื่อลดอัตราการขาดนัดและส่งเสริมการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ ควรมีการแจ้งเตือนการนัดหมายเฉพาะบุคคลโดยใช้ระบบแจ้งเตือนผ่าน SMS หรือโทรศัพท์ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยที่อายุน้อยและผู้ที่ยังไม่ได้แต่งงาน เพื่อเพิ่มอัตราการมาตรวจตามนัด ร่วมกับการปรับปรุงการเข้าถึงบริการเพิ่มทางเลือกในการเดินทางหรือพัฒนาระบบแพทย์ทางไกล (Telemedicine) สำหรับผู้ป่วยที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ห่างไกล เพื่อให้สามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์ได้ง่ายขึ้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมเกี่ยวกับปัจจัยด้านพฤติกรรมและเศรษฐกิจสังคมที่ส่งผลต่อการขาดนัด เพื่อพัฒนาแนวทางการแก้ไขที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- เชม ฟามิตินนท์, พัฒน์ศรี ศรีสุวรรณ, กุลเชษฐ์ เกษะโกมล, และ สุภัชมา เก่งพานิช. (2564). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมมารับประทานยารักษาโรคความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยสูงอายุ. *วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว*, 4(3), 59-68.
<https://so03.tci-thaijo.org/index.php/PCFM/article/view/254570>
- นฤมล สบายสุข และ ลำพรณ แสนบั้ง. (2566). การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงผิวดำ. *วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ*, 8(2), 465-477.
<https://so06.tci-thaijo.org/index.php/hej/article/view/265788>
- นลินี หนูห่วง. (2566). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. *วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ*, 8(4), 264-274. <https://so06.tci-thaijo.org/index.php/hej/article/view/268805>
- นันทกัศ ชนะพันธ์. (2563). ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า : บทบาทพยาบาลในการดูแลเพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วย. *วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*, 32(1), 76-88.
<https://he01.tci-thaijo.org/index.php/CUNS/article/view/249631>
- Andersen, R., & Newman, J. F. (1973). Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. *The Milbank Memorial Fund Quarterly. Health and Society*, 95-124. <https://doi.org/10.2307/3349613>
- Apfel, F., & Tsouros, A. D. (2013). Health literacy: The solid facts. *Copenhagen: World Health Organization*, 15(1), 3-26. <https://www.who.int/europe/publications/i/item/9789289000154>

- Appel, H., Ai, A., & Tingir, S. (2019). Missed appointments by hypertension patients in transitional care: Race and insurance correlates. *Journal of Public Health Issues and Practices*, 3, 157. <https://doi.org/10.33790/jphip1100157>
- Carey, R. M., Whelton, P. K., & 2017 ACC/AHA Hypertension Guideline Writing Committee (2018). Prevention, detection, evaluation, and management of high blood pressure in adults: Synopsis of the 2017 American College of Cardiology/American Heart Association Hypertension Guideline. *Annals of Internal Medicine*, 168(5), 351–358. <https://doi.org/10.7326/M17-3203>
- Das, B., Neupane, D., Singh Gill, S., & Bir Singh, G. (2021). Factors affecting non-adherence to medical appointments among patients with hypertension at public health facilities in Punjab, India. *Journal of Clinical Hypertension*, 23(4), 713–719. <https://doi.org/10.1111/jch.14142>
- Department of Disease Control, M. o. P. H. (2020). *NCD system V.1.2: Results of the 6th National Health Examination Survey of Thailand in 2024*. Retrieved Aug 12 from <http://ncd.ddc.moph.go.th/system/#/healthexam-list>
- Department of Disease Control, M. o. P. H. (2023). *Number and mortality rate from 5 non-communicable diseases (2017–2021)*. Retrieved Aug 12 from https://www.ddc.moph.go.th/dncd/forecast_detail.php?publish=13744
- Ghaderi Nasab, Z., Sharifi, H., & Mangolian Shahrabaki, P. (2024). Facilitators of medication adherence in patients with hypertension: A qualitative study. *Frontiers in Public Health*, 12, 1372698. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1372698>
- Ghislandi, S., Manachotphong, W., & Perego, V. M. (2015). The impact of Universal Health Coverage on health care consumption and risky behaviours: Evidence from Thailand. *Health Economics, Policy and Law*, 10(3), 251–266. <https://doi.org/10.1017/S1744133114000334>
- Jareebi, M. A. (2024). The association between smoking behavior and the risk of hypertension: Review of the observational and genetic evidence. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 17, 3265–3281. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S470589>
- Kario, K., Hoshida, S., & Mogi, M. (2024). Hypertension treatment up-date on world hypertension day 2024: Current status and future prospects in Asia. *Hypertension Research*, 47(7), 1763–1765. <https://doi.org/10.1038/s41440-024-01744-1>
- Kavanagh, S. A., & Graham, M. (2019). How gender inequity impacts on men's health. An exploration of theoretical pathways. *International Journal of Men's Social and Community Health*, 2(1), e11–e21. <https://doi.org/10.22374/ijmsch.v2i1.5>
- Leggio, M., Lombardi, M., Caldarone, E., Severi, P., D'emidio, S., Armeni, M., Bravi, V., Bendini, M. G., & Mazza, A. (2017). The relationship between obesity and hypertension: An updated comprehensive overview on vicious twins. *Hypertension Research*, 40(12), 947–963. <https://doi.org/10.1038/hr.2017.75>
- Mansouri, A., Khosravi, A., Mehrabani-Zeinabad, K., Kopec, J. A., Adawi, K. I. I., Lui, M., Abdul Rahim, H. F., Anwar, W., Fadhil, I., Sulaiman, K., Bazargani, N., Saade, G., Farhan, H. A., AlMahmeed, W., Bokhari, S. S., Hassen, N., Alandejani, A., Shirani, S., Abidin, A., Manla, Y., ... Sarrafzadegan, N. (2023). Trends in the burden and determinants of hypertensive heart disease in the

- Eastern Mediterranean region, 1990-2019: An analysis of the Global Burden of Disease Study 2019. *EClinicalMedicine*, 60, 102034. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2023.102034>
- McCarthy, C. P., Bruno, R. M., Rahimi, K., Touyz, R. M., & McEvoy, J. W. (2025). What is new and different in the 2024 European society of cardiology guidelines for the management of elevated blood pressure and hypertension? *Hypertension*, 82(3), 432-444. <https://doi.org/10.1161/HYPERTENSIONAHA.124.24173>
- Mills, K. T., Stefanescu, A., & He, J. (2020). The global epidemiology of hypertension. *Nature Reviews. Nephrology*, 16(4), 223-237. <https://doi.org/10.1038/s41581-019-0244-2>
- Ministry of Public Health. (2024). *Health Data Center*. Retrieved Feb 24 from <https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index.php>
- Nonkhuntod, R., & Yu, S. (2018). Lessons from Thailand: Universal healthcare achievements and challenges. *International Journal of Social Economics*, 45(2), 387-401. <https://doi.org/10.1108/IJSE-03-2017-0107>
- Santosa, A., Zhang, Y., Weinehall, L., Zhao, G., Wang, N., Zhao, Q., Wang, W., & Ng, N. (2020). Gender differences and determinants of prevalence, awareness, treatment and control of hypertension among adults in China and Sweden. *BMC Public Health*, 20(1), 1763. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09862-4>
- Smith, J., Brown, K., & Taylor, M. (2022). Barriers to healthcare access among stroke survivors: A systematic review. *Journal of Stroke Care*, 15(3), 210-218. <https://doi.org/10.1016/j.jsc.2022.03.004>
- Tangcharoensathien, V., Witthayapipopsakul, W., Panichkriangkrai, W., Patcharanarumol, W., & Mills, A. (2018). Health systems development in Thailand: A solid platform for successful implementation of universal health coverage. *The Lancet*, 391(10126), 1205-1223. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30198-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30198-3)
- Tanglai, W., Jeamjitvibool, T., Chen, P., Lockwood, M. B., & Cajita, M. (2025). Gender and sex-based differences in hypertension risk factors among non-Hispanic Asians adults in the United States. *The Journal of Cardiovascular Nursing*, 40(3), 280-289. <https://doi.org/10.1097/JCN.0000000000001147>
- Vidal-Petiot, E. (2022). Thresholds for hypertension definition, treatment initiation, and treatment targets: recent guidelines at a glance. *Circulation*, 146(11), 805-807. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.121.055177>
- Wang, H., & Lee, C. (2023). Adherence to follow-up appointments in patients with hyperlipidemia: Role of provider counseling. *BMC Health Services Research*, 23(1), 112. <https://doi.org/10.1186/s12913-023-09567-4>
- World Health Organization. (2022). *High Blood Pressure – Measure Accurately, Control It and Live Longer*. <https://www.who.int/srilanka/news/detail/16-05-2022-high-blood-pressure---measure-accurately--control-it-and-live-longer>
- Yamane, T. (1973). *Statistics: An Introductory Analysis*. Harper and Row.