

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

ปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าแร่ สกลนคร

วิลาสินี ธนากรจักร พ.บ., อว.เวชศาสตร์ครอบครัว, วว.อายุรศาสตร์*

บทคัดย่อ

กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เป็นปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่งของโลก เป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิต และเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ความร่วมมือในการใช้ยาที่เหมาะสมจึงมีความสำคัญในการลดความรุนแรงและลดภาวะแทรกซ้อนของโรค การวิจัยนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าแร่ สกลนคร โดยเป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive study) แบบภาคตัดขวาง (cross-sectional study) ในกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างน้อย 1 โรค ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไขมันในเลือดสูง และโรคไตเสื่อมเรื้อรังระยะที่ 3 จำนวน 295 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและแบบประเมินความร่วมมือในการใช้ยาระหว่างเดือน มิถุนายน-สิงหาคม พ.ศ. 2566 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการใช้ยาด้วยสถิติถดถอยลอจิสติกส์ทวิ (Binary logistic regression)

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 59.35 ± 8.50 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คือ ร้อยละ 69.8 มีความร่วมมือในการใช้ยาสม่ำเสมอร้อยละ 60.7 ปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาสม่ำเสมออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ปัจจัยการมีอาชีพ (Adjusted OR = 0.574, 95%CI 0.342–0.965, p-value = 0.036) ปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาที่น้อยลง คือ การมีอาชีพมีงานทำ ดังนั้นการเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังควรคำนึงถึงลักษณะการประกอบอาชีพ เพื่อให้คำแนะนำและรักษาด้วยยาที่เหมาะสมและสอดคล้องกับผู้ป่วยแต่ละราย

คำสำคัญ: โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ปัจจัย ความร่วมมือในการใช้ยา

* นายแพทย์ชำนาญการ กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลสกลนคร

รับบทความ: 11 กันยายน 2566 แก้ไขบทความ: 21 พฤศจิกายน 2566 รับผิดชอบบทความ: 7 ธันวาคม 2566

Factor Associated with Medication Adherence in Patients with Non-Communicable Diseases in Tha Rae Subdistrict Health Promotion Hospital, Sakon Nakhon

Wilasinee Thanakornjuk*

M.D., Dip. Thai Board of Family Medicine,

Thai Board of Internal Medicine*

Abstract

Non-communicable diseases are the global health problems and the most common cause of death and complications. Therefore, the appropriate medication adherence in patient is important to reduce the severity and complications. The purpose of this descriptive cross-sectional study was to identify the factors associated with medical adherence in outpatients with Non-Communicable Diseases in Tha Rae subdistrict health promotion hospital, Sakon Nakhon. The samples were selected from 295 participants with non-communicable diseases at least one of the followings, hypertension, diabetes, dyslipidemia and chronic kidney disease stage 3. Data were collected using the questionnaires for demographic data and assessed medication adherence from June to August, 2023. Data analysis was conducted by descriptive and binary logistic regression statistics.

The study revealed that the mean age of samples was 59.35 ± 8.50 years. Most of them were female (69.8%). The good medical adherence rate was 60.7%. The occupation factor was significantly associated with medication adherence in patients with non-communicable diseases (AOR = 0.574, 95%CI 0.342–0.965, p-value = 0.036). Therefore, the occupation of patient with non-communicable disease should be taken into account to improve the medical adherence. The drug usage advice should be tailored to each patient for correct and appropriate self-care behaviors.

Keywords: Non-Communicable Diseases, Factor associated with Medication Adherence

* Medical Doctor (Professional Level), Social Medicine Group, Sakon Nakhon Hospital

Received: September 11, 2023 / Revised: November 21, 2023 / Accepted: December 7, 2023

บทนำ

โรคไม่ติดต่อเรื้อรังหรือเรียกย่อว่า NCDs¹ คือ โรคที่ไม่ใช่โรคติดต่อ ไม่ได้เกิดจากเชื้อโรคจึงติดต่อไม่ได้ด้วยการสัมผัสคลุกคลีหรือติดต่อผ่านตัวนำโรค (Vector) หรือผ่านทางสารคัดหลั่งต่าง ๆ ซึ่งโรคไม่ติดต้อมีปัจจัยเสี่ยงมาจากพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมต่าง ๆ เช่น การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ รับประทานอาหารหวาน มัน เค็ม และขาดการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอ ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา ได้แก่ ไขมันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง น้ำตาลในเลือดสูง ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน ซึ่งทำให้เป็นโรคไม่ติดต่อในที่สุด และเป็นโรคเรื้อรังจะค่อย ๆ มีอาการและอาการรุนแรงขึ้นทีละน้อยเมื่อไม่ได้รับการดูแลรักษา ซึ่งโรคกลุ่มนี้ประกอบด้วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคถุงลมโป่งพอง โรคอ้วนลงพุง และโรคมะเร็ง

กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังหรือ Non Communicable Diseases (NCDs) เป็นปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่งของโลกทั้งในมิติของจำนวนการเสียชีวิตและภาระโรคโดยรวมจากรายงานข้อมูลองค์การอนามัยโรค (WHO) พบประชากรทั่วโลกเสียชีวิตจากโรค NCDs มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก 38 ล้านคนในปี พ.ศ. 2555 เพิ่มขึ้นเป็น 41 ล้านคนในปี พ.ศ. 2559² รวมถึงในประเทศไทยยังเป็นปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่งทั้งในมิติการเสียชีวิตและภาระโรคโดยรวมซึ่งเป็นไปในทิศทางเดียวกันกับสถานการณ์ระดับโลกและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยมีคนไทยป่วยเป็นโรค NCDs ถึง 14 ล้านคน เสียชีวิตปีละกว่า 300,000 คน และคาดว่าจะมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นในทุก ๆ ปี^{2,3,4} จากข้อมูลของโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2561 พบว่า โรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีอัตราการเสียชีวิต 3 อันดับแรก ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง รองลงมา คือ โรคหัวใจขาดเลือด และโรคเบาหวาน คิดเป็นอัตราการตายเท่ากับ 47.15, 31.78 และ 21.87 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ^{5,6}

จากปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่องระยะยาว และส่วนใหญ่ได้รับการรักษาด้วยยาหลายชนิด (polypharmacy) ดังนั้น พฤติกรรมการใช้ยาที่เหมาะสมจึงมีความสำคัญ เพราะส่งผลต่อประสิทธิภาพการรักษา ช่วยลดความรุนแรงของโรค ลดอัตราการเสียชีวิต อีกทั้งยังเป็นการลดค่าใช้จ่ายในการ

รักษาพยาบาล ปัญหาการใช้ยาในผู้ป่วยกลุ่มนี้ที่พบบ่อยคือการลืมรับประทานยา รับประทานยาผิดเวลา เก็บรักษายาไม่เหมาะสม ไม่ตั้งใจใช้ยา หยุดยาเอง มียาเหลือใช้ เก็บยารวมกันไว้กับคุ้มนมและชาคนคอยเตือน⁷ มีการศึกษาในประเทศไทยเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยาในผู้สูงอายุพบว่า ผู้สูงอายุมีปัญหาการใช้ยาไม่เป็นไปตามคำสั่งแพทย์โดยร้อยละ 14.7 ลืมรับประทานยาและขาดความรู้ในการใช้ยา¹¹ หลายการศึกษาพบว่า ความร่วมมือในการใช้ยามีผลต่อการควบคุมโรคเรื้อรังให้ได้เป้าหมายทั้งระดับความดันโลหิต ระดับไขมันในเลือด ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด และการเสื่อมของไต⁸

ความร่วมมือในการใช้ยา (medical adherence) คือ พฤติกรรมของผู้ป่วยในการใช้ยาที่สอดคล้องกับคำแนะนำจากผู้ให้บริการทางการแพทย์และผู้ป่วยเห็นด้วยกับแผนการรักษา โดยมีการใช้ยาอย่างถูกต้องและมีความต่อเนื่องต้องมีอัตราความร่วมมืออย่างน้อยร้อยละ 80 ขึ้นไป⁹ หากผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง จะช่วยควบคุมโรคในระยะยาว ป้องกัน และลดความเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรค โดยสามารถลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือดสมองได้ถึง¹⁰ ร้อยละ 30 รวมถึงลดการเกิดภาวะทุพพลภาพและลดอัตราการเสียชีวิตลงได้¹¹

มีการศึกษาในต่างประเทศของ Wong MCS และคณะ¹² ทำการศึกษาความร่วมมือในการใช้ยาในผู้ป่วยที่มีโรคความดันโลหิตสูงพบว่า ผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือในการใช้ยาสูงสามารถลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนในโรคหลอดเลือดสมองและโรคหัวใจขาดเลือดได้อย่างมีนัยสำคัญ ในการศึกษาไม่ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาที่ทำให้ลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน เป็นการศึกษาในระดับความร่วมมือในการใช้ยาเพียงอย่างเดียว นอกจากนี้มีการศึกษาของ Dhar L และคณะ⁸ ทำการศึกษาแบบ systemic review ถึงปัจจัยที่มีผลต่อการกินยารักษาความดันในประเทศกำลังพัฒนา โดยรวบรวมงานวิจัย 42 งานวิจัย ใน 19 ประเทศที่กำลังพัฒนา พบว่า ปัจจัยที่มีผลคือ สถานภาพทางการเงิน การศึกษา ความเชื่อต่อโรคและการรักษา เช่น ผลข้างเคียงของยา ราคา ยา การใช้สมุนไพร การไม่มีอาการของโรคจนทำให้ไม่มาติดตามการรักษา ตลอดจนการไม่พอใจในการบริการจากผู้ให้บริการ

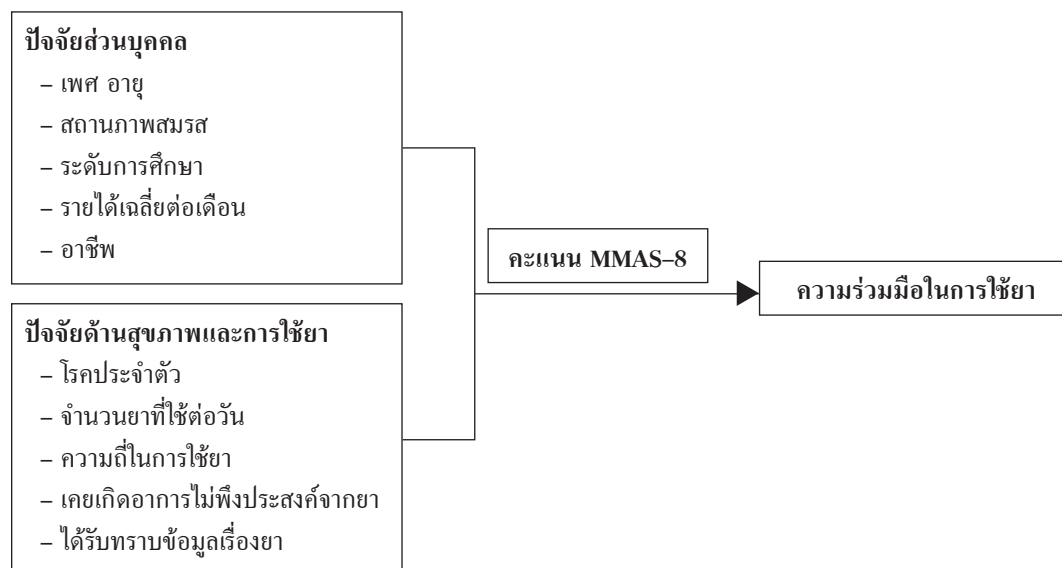
ในประเทศไทยก็มีการศึกษาในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง แต่ทำการศึกษาในผู้สูงอายุ โดยมีการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้สูงอายุในโรคเรื้อรังที่โรงพยาบาลดงหลวง โดย กมลรัตน์ และคณะ¹³ ที่โรงพยาบาลตำรวจในผู้ป่วยข้าราชการตำรวจเกษียณที่ป่วยโรคเรื้อรัง โดย สุพรรณษา¹⁴ พบว่า ผู้สูงอายุมีความร่วมมือในการใช้ยาปานกลาง และปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือ ได้แก่ สถานภาพสมรส โรคประจำตัว ระยะเวลาการใช้ยา ความถี่ในการใช้ยา ในขณะที่ผลของการศึกษาในผู้ป่วยข้าราชการตำรวจเกษียณปัจจัยที่มีผล ได้แก่ รายได้ที่ไม่พอเพียง ความรู้ด้านสุขภาพ และการอธิบายการใช้ยาจากบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งมีความแตกต่างกัน จากพื้นที่ที่ศึกษาและประชากรที่แตกต่างกัน ซึ่งมีผลในเรื่องด้านเชื้อชาติ ความเชื่อด้านศาสนา มาเกี่ยวข้อง การเข้าถึงสถานบริการที่มากขึ้น สถานภาพทางการเงิน หรืออาจจะมียาใหม่ๆ ที่เพิ่มขึ้นตามสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป ทั้งด้านเศรษฐกิจ ความทันสมัย

ด้านดิจิทัล ตลอดจนสภาพสังคม ที่อาจมีผลต่อการกินยา และการศึกษาความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยที่มีโรคเรื้อรังส่วนมากเป็นการศึกษาเฉพาะในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง การศึกษาในผู้ป่วยโรคเรื้อรังหลายโรคยังมีน้อยโดยเฉพาะในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จึงทำให้ผู้วิจัยต้องการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวกับการใช้ยาในโรคไม่ติดต่อเรื้อรังว่าผลที่ได้ยังเหมือนเดิม หรือแตกต่างออกไป เพื่อนำไปปรับในการรักษาให้ดีขึ้นต่อไป ดังนั้น การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินระดับความร่วมมือในการใช้ยาในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระดับความร่วมมือในการใช้ยา เพื่อนำผลการศึกษาไปใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังให้เหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าแร่ สกลนคร

กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัยเป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive study) แบบภาคตัดขวาง (cross-sectional study) ระยะเวลาในการเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 1 มิถุนายน ถึง 15 สิงหาคม พ.ศ. 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ที่มารับการบริการรักษาที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าแร่

จังหวัดสกลนคร จำนวน 295 คน โดยที่ทุกคนได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างน้อย 1 โรค ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง¹⁵ โรคเบาหวาน¹⁶ โรคไขมันในเลือดสูง¹⁷ โรคไตเสื่อมเรื้อรังระยะที่ 3¹⁸ และมีการติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง และได้รับการรักษาด้วยยารับประทานอย่างน้อย 1 ชนิด

เกณฑ์การเข้าร่วมวิจัย คือ เป็นประชากรโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อายุมากกว่า 18 ปี และยินยอมเข้าร่วม

โครงการ

เกณฑ์การคัดออก คือ ผู้ป่วยที่มีปัญหาทางด้านสมองที่ไม่สามารถสื่อสารได้และไม่สามารถใช้ยาได้ด้วยตนเอง ผู้ป่วยที่มีปัญหาทางด้านการได้ยินที่ไม่สามารถสื่อสารได้หรือผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านสายตาไม่สามารถใช้ยาได้ด้วยตนเอง โรคจิตเภท โรคซึมเศร้าที่ควบคุมไม่ได้ และโรคพิษสุราเรื้อรัง

การศึกษานี้เก็บข้อมูลในประชากรทั้งหมด จำนวน 295 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามเกี่ยวกับลักษณะประชากร ซึ่งแบ่งออกเป็น ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สิทธิการรักษา การดื่มแอลกอฮอล์ สูบบุหรี่ และข้อมูลทางคลินิก เช่น โรคประจำตัวจำนวนชนิดยาที่ใช้ต่อวัน อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา และการได้รับข้อมูลเรื่องยา

2. แบบประเมินความร่วมมือในการรับประทานยา (Morisky Medication Adherence Scale 8-item) เป็นแบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นโดย Morisky DE และคณะ¹⁹ ได้แปลเป็นฉบับภาษาไทยโดยปิ่นทอง ผึ้งดอกไม้²⁰ มีค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's alpha ecoefficiency) เท่ากับ 0.83 การวิเคราะห์ค่าความไวเท่ากับ 0.93 และความจำเพาะเท่ากับ 0.53 โดย แบบสอบถามประกอบด้วยคำถาม 8 ข้อ 7 ข้อแรกเป็นคำถามปลายปิด ให้ตอบ “ใช่” (คะแนน = 1) หรือ “ไม่ใช่” (คะแนน = 0) ส่วนข้อที่ 8 เป็นคำถามปลายเปิดที่มีลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ มีคะแนนอยู่ในช่วง 0-1 แปลผลโดยการนำคะแนนที่ได้จากคำถามทั้ง 8 ข้อ มารวมกัน โดยคะแนนรวมน้อยกว่า 6 หมายถึง ความร่วมมือในการรับประทานยาน้อย คะแนน 6 ถึงน้อยกว่า 8 หมายถึง ปานกลาง และคะแนน 8 หมายถึง ความร่วมมือในการรับประทานยาสูง

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ โดยวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation, S.D.) วิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาใช้สถิติเชิงวิเคราะห์ ได้แก่ วิเคราะห์ความสัมพันธ์ทีละตัวแปร (Univariate analysis) ด้วยสถิติ Chi-square test หรือ Fisher's exact test แล้วนำปัจจัยที่มีค่า p-value ≤ 0.050 มาวิเคราะห์หาความสัมพันธ์โดยใช้สถิติถดถอยลอจิสติกส์ทวิ (Binary logistic regression) และนำเสนอค่า Adjusted Odd ratio (AOR), 95% confidence intervals (95% CI)

ข้อพิจารณาทางด้านจริยธรรม

การศึกษานี้ได้รับความเห็นชอบให้ดำเนินการวิจัยโดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสกลนคร รหัสโครงการ SKHREC No. 013/2566 ลงวันที่ 1 มิถุนายน พ.ศ. 2566 ซึ่งก่อนเริ่มเก็บข้อมูล ผู้เข้าร่วมวิจัยทุกคนได้ลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจ ข้อมูลของผู้เข้าร่วมวิจัยถูกเก็บเป็นความลับและนำเสนอผลในภาพรวมของการวิจัยเท่านั้น

ผลการศึกษาวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของประชากร

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 295 คน มีค่าเฉลี่ยอายุเท่ากับ 59.3 ปี (S.D. 8.50) ส่วนใหญ่เป็น คือ เพศหญิง จำนวน 206 คน (ร้อยละ 69.8) สถานภาพแต่งงาน จำนวน 234 (ร้อยละ 79.3) ระดับการศึกษา พบว่า ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาเป็นประถมศึกษา จำนวน 249 คน (ร้อยละ 84.4) รายได้ส่วนบุคคล พบว่า ส่วนใหญ่มีรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาท จำนวน 192 คน (ร้อยละ 65.1) ส่วนใหญ่มิงานทำ จำนวน 198 คน (ร้อยละ 67.1) สิทธิการรักษาพยาบาล ส่วนใหญ่เป็นสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า จำนวน 279 คน (ร้อยละ 94.6) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานประชากร ด้านสุขภาพและการใช้ยาของกลุ่มตัวอย่าง (n = 295)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี), Mean (S.D.)	59.35 (8.50)	
น้อยกว่า 60 ปี	139	47.1
60-70 ปี	135	45.8
ตั้งแต่ 71 ปี ขึ้นไป	21	7.1
เพศ		
ชาย	89	30.2
หญิง	206	69.8
สถานภาพ		
แต่งงาน	234	79.3
โสด/หม้าย/หย่า/แยก	61	20.7
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	249	84.4
มัธยมศึกษาขึ้นไป	46	15.6
รายได้ส่วนบุคคล		
น้อยกว่า 5,000 บาท	192	65.1
5,001-9,999 บาท	61	20.7
มากกว่า 10,000 บาท	42	14.2
อาชีพ		
ทำงาน	198	67.1
ว่างงาน	97	32.9
สูบบุหรี่	22	7.5
ดื่มแอลกอฮอล์	41	13.9
สิทธิการรักษา		
ประกันสุขภาพถ้วนหน้า	279	94.6
ข้าราชการ	5	1.7
ประกันสังคม	11	3.7
จำนวนชนิดของยาที่ใช้รักษาโรค		
น้อยกว่า 5	217	73.6
มากกว่าหรือเท่ากับ 5	78	26.4

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานประชากร ด้านสุขภาพและการใช้ยาของกลุ่มตัวอย่าง (n = 295) (ต่อ)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
โรคประจำตัว		
เบาหวาน	180	61.0
ความดันโลหิตสูง	282	95.6
ไขมันในเลือดสูง	200	67.8
โรคไตเสื่อม	53	18.0
มีมากกว่า 2 โรคขึ้นไป	256	86.8
ผลข้างเคียงของยา		
มี	14	4.7
การใช้ยาทางเลือก		
ใช้	14	4.7
ความรู้เกี่ยวกับโรคและการใช้ยา		
มี	294	99.7
จำนวนชนิดของยาที่ใช้มีผลต่อการกินยา		
มี	1	0.3
MMAS-8 (S.D.)	7.16 (1.19)	

2. ข้อมูลด้านสุขภาพและการใช้ยา

พฤติกรรมการสูบบุหรี่และดื่มแอลกอฮอล์ พบว่า ส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่และไม่ดื่มแอลกอฮอล์ โดยพบว่ามี สูบบุหรี่ จำนวน 22 คน (ร้อยละ 7.5) และดื่มแอลกอฮอล์ 41 คน (ร้อยละ 13.9)

โรคประจำตัวที่พบบ่อย คือ โรคความดันโลหิตสูง จำนวน 282 คน (ร้อยละ 95.6) รองลงมาคือ โรคไขมันในเลือดสูง จำนวน 200 คน (ร้อยละ 67.8) โรคเบาหวาน จำนวน 180 คน (ร้อยละ 61.0) และโรคไตเสื่อมเรื้อรัง จำนวน 53 คน (ร้อยละ 18.0) ตามลำดับ นอกจากนี้พบมี โรคประจำตัวมากกว่า 2 โรคขึ้นไป จำนวน 256 คน (ร้อยละ 86.8) การใช้ยารักษาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังส่วนใหญ่มีการใช้ยาน้อยกว่า 5 ชนิด จำนวน 217 คน (ร้อยละ 73.6) มีส่วนน้อยเคยเกิดผลข้างเคียงจากการใช้ยาและมีการใช้ยาทางเลือก จำนวน 14 คน (ร้อยละ 4.74) ผู้เข้าร่วมวิจัยส่วนใหญ่

มีความรู้เกี่ยวกับโรคและการใช้ยา จำนวน 294 คน (ร้อยละ 99.7)

ความร่วมมือในการใช้ยา พบว่า ส่วนใหญ่ความร่วมมือในการใช้ยาอยู่ในระดับสูง จำนวน 179 คน (ร้อยละ 60.7) ระดับปานกลาง จำนวน 90 คน (ร้อยละ 30.5) และระดับต่ำ จำนวน 26 คน (ร้อยละ 8.8) ตามลำดับดัง ตารางที่ 2 และได้การจัดกลุ่มความร่วมมือในการใช้ยา โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มความร่วมมือสม่ำเสมอ โดยใช้คะแนนความร่วมมือระดับสูง (8 คะแนน) และกลุ่มความร่วมมือในการใช้ยาไม่สม่ำเสมอ โดยใช้คะแนนความร่วมมือระดับปานกลางและต่ำ (ต่ำกว่า 7 คะแนน) ซึ่งส่วนใหญ่มีความร่วมในการรับประทานยาสม่ำเสมอ จำนวน 179 คน (ร้อยละ 60.7) และความร่วมมือในการใช้ยาไม่สม่ำเสมอ จำนวน 116 คน (ร้อยละ 39.3) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ผลลัพธ์ความสม่ำเสมอในการใช้ยาของกลุ่มตัวอย่างตามแบบประเมิน MMAS-8 score (n = 295)

ระดับความร่วมมือในการใช้ยา	จำนวน	ร้อยละ
สม่ำเสมอ		
ระดับสูง (8)	179	60.7
ไม่สม่ำเสมอ		
ระดับปานกลาง (6-7)	90	30.5
ระดับต่ำ (< 6)	26	8.8
ความร่วมมือในการใช้ยา		
ไม่สม่ำเสมอ	116	39.3
สม่ำเสมอ	179	60.7

3. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาสม่ำเสมอในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ที่ละตัวแปร

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ที่ละตัวแปร (Univariate analysis) พบว่า มีกลุ่มตัวอย่างที่มีความร่วมมือในการใช้ยาอย่างสม่ำเสมอ จำนวน 179 คน และกลุ่มตัวอย่างที่มีความร่วมมือในการใช้ยาไม่สม่ำเสมอ จำนวน 116 คน จากลักษณะทางประชากรที่เข้าร่วมวิจัยพบว่า การมีอาชีพมีงานทำและการมีผลข้างเคียงของการใช้ยา เป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p value = 0.039 และ 0.050 ตามลำดับ) ตามตารางที่ 3

นอกจากนี้มีปัจจัยที่มีแนวโน้มมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยา แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ คือ การมีโรคความดันโลหิตสูง ส่วนปัจจัยอื่น ๆ ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพ ระดับการศึกษา รายได้ การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ จำนวนชนิดของยาที่ใช้รักษา การใช้ยาทางเลือก (อาหารเสริม สมุนไพร) และความรู้ เป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาสม่ำเสมอในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ที่ละตัวแปร (Univariate analysis)

ข้อมูล	ความร่วมมือในการใช้ยา สม่ำเสมอ (n = 179)	ความร่วมมือในการใช้ยา ไม่สม่ำเสมอ (n = 116)	p-value
อายุ (ปี)			
น้อยกว่า 60 ปี	83	56	0.319 ^a
60-70 ปี	80	55	
ตั้งแต่ 71 ปี ขึ้นไป	16	5	
เพศ			
ชาย	52	37	0.603 ^a
หญิง	127	79	
สถานภาพ			
แต่งงาน	141	93	0.772 ^a
โสด/หม้าย/หย่า/แยก	38	23	

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาสม่ำเสมอในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ที่ละตัวแปร (Univariate analysis) (ต่อ)

ข้อมูล	ความร่วมมือในการใช้ยา สม่ำเสมอ (n = 179)	ความร่วมมือในการใช้ยา ไม่สม่ำเสมอ (n = 116)	p-value
ระดับการศึกษา			
ประถมศึกษา	154	95	0.339 ^a
มัธยมศึกษาขึ้นไป	25	21	
รายได้ส่วนบุคคล			
น้อยกว่า 5,000 บาท	122	70	0.085 ^a
5,001–9,999 บาท	38	23	
มากกว่า 10,000 บาท	19	23	
อาชีพ			
ทำงาน	112	86	0.039 ^{a*}
ว่างงาน	67	30	
สูบบุหรี่	12	10	0.540 ^a
ดื่มแอลกอฮอล์	22	19	0.321 ^a
สิทธิ์การรักษา			
ประกันสุขภาพถ้วนหน้า	171	108	0.595 ^b
ข้าราชการ	2	3	
ประกันสังคม	6	5	
จำนวนชนิดของยาที่ใช้รักษาโรค			
น้อยกว่า 5	128	89	0.321 ^a
มากกว่าหรือเท่ากับ 5	51	27	
โรคประจำตัว			
เบาหวาน	111	69	0.664 ^a
ความดันโลหิตสูง	168	114	0.07 ^a
ไขมันในเลือดสูง	123	77	0.675 ^a
โรคไตเสื่อม	30	23	0.503 ^a
มีมากกว่า 2 โรคขึ้นไป	21	18	0.348 ^a
ผลข้างเคียงของยา			
มี	5	9	0.050 ^{a*}
การใช้ยาทางเลือก			
ใช้	9	5	0.777 ^a
ความรู้เกี่ยวกับโรคและการใช้ยา			
มี	179	115	0.213 ^a

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาสม่ำเสมอในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยการวิเคราะห์
ความสัมพันธ์ที่ตัวแปร (Univariate analysis) (ต่อ)

ข้อมูล	ความร่วมมือในการใช้ยา สม่ำเสมอ (n = 179)	ความร่วมมือในการใช้ยา ไม่สม่ำเสมอ (n = 116)	p-value
จำนวนชนิดของยาที่ใช้มีผลต่อการกินยา			
มี	0	1	0.213 ^a

* กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ p value ≤ 0.050 , a = Chi-square test, b = Fisher's exact test

4. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยา
สม่ำเสมอโดยใช้สถิติถดถอยลอจิสติกทวิ (Binary
logistic Regression)

จากผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความร่วมมือ
ในการใช้ยาสม่ำเสมอที่ตัวแปร (Univariate analysis)
ผู้วิจัยได้คัดเลือกปัจจัยคัดสรรที่มีนัยสำคัญทางสถิติหรือมี
แนวโน้มมีนัยสำคัญทางสถิติ (p- value น้อยกว่าหรือ

เท่ากับ 0.050) มาวิเคราะห์ด้วยสถิติถดถอยลอจิสติกทวิแล้ว
พบว่า การมีอาชีพมีงานทำ เป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับความ
ร่วมมือในการใช้ยาอย่างสม่ำเสมอมากกว่ากลุ่มที่ว่างงานอยู่
ร้อยละ 42.6 ในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญ
ทางสถิติ (Adjusted OR= 0.574, 95%CI 0.342–0.965,
p-value = 0.036) ดังแสดงตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการใช้ยาสม่ำเสมอโดยการวิเคราะห์ถดถอยลอจิสติกทวิ

ปัจจัย	Adjusted OR	95% CI	p-value
อาชีพ			
ทำงาน	0.574	0.342–0.965	0.036*
ว่างงาน	reference		
ผลข้างเคียงของยา			
มี	0.330	0.107–1.021	0.054
ไม่มี	reference		

* กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ p < 0.050

วิจารณ์และสรุป

จากข้อมูลทั่วไปของกลุ่มประชากรที่เข้าร่วมวิจัย
ทั้งหมด 295 คน โดยมีกลุ่มที่ให้ความร่วมมือในการใช้ยา
สม่ำเสมอ จำนวน 179 คน และกลุ่มที่ให้ความร่วมมือใน
การใช้ยาไม่สม่ำเสมอ จำนวน 116 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็น
เพศหญิง ร้อยละ 69.8 ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ
Gniwa R และคณะ²¹ ที่พบเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (ร้อย
ละ 70) ส่วนปัจจัยอื่น ๆ เช่น สูบบุหรี่ ดื่มแอลกอฮอล์ การ
ใช้ยาทางเลือก (สมุนไพร อาหารเสริม) พบน้อยทั้งกลุ่ม
ที่ความร่วมมือในการใช้ยาสม่ำเสมอและกลุ่มที่ความร่วมมือ
ในการใช้ยาไม่สม่ำเสมอ ที่เป็นเช่นนี้ผู้วิจัยมีความเห็นว่า
ผู้ป่วยได้เริ่มตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลตนเอง การ
ประชาสัมพันธ์สื่อต่าง ๆ ผลเสียของการสูบบุหรี่ การดื่ม

แอลกอฮอล์ หรือการใช้ยาทางเลือก อีกทั้งผู้เข้าร่วมวิจัยส่วนใหญ่
เป็นเพศหญิงที่มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่หรือดื่ม
แอลกอฮอล์น้อยกว่าเพศชาย

จากการวิเคราะห์ความร่วมมือในการใช้ยาของ
ประชากรที่เข้าร่วมวิจัย พบว่า ส่วนใหญ่มีระดับความ
ร่วมมือสูง (ร้อยละ 60.7) ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ
กมลรัตน์ และคณะ¹³ ที่พบเป็นระดับความร่วมมือที่ปาน
กลางเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 40.8) ขณะที่ความร่วมมือระดับ
สูงมี ร้อยละ 33.8 ที่เป็นเช่นนี้ผู้วิจัยมีความเห็นว่าเกิดจาก
กลุ่มเป้าหมายประชากรที่ศึกษามีความแตกต่างกัน การ
กำหนดค่านิยามความสม่ำเสมอในการใช้ยาโดยผู้วิจัย
โครงการ รวมถึงเครื่องมือวัดระดับความร่วมมือที่แตกต่างกัน
และในการศึกษาของผู้วิจัยส่วนใหญ่อายุน้อยกว่า 60 ปี

และจากการศึกษาของ กมลรัตน์ และคณะ¹³ ศึกษาในผู้สูงอายุที่มากกว่า 60 ปี นอกจากนี้ยังมีปัจจัยเรื่องอาชีพ การมีงานทำ และการมีผลข้างเคียงจากการใช้ยาที่แตกต่างกัน จึงทำให้ผลการศึกษาดังกล่าวแตกต่างกัน

จากการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังพบว่า การมีอาชีพมีงานทำ และการมีผลข้างเคียงจากการใช้ยาในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เป็นปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่เมื่อนำมาวิเคราะห์หาค่าถดถอยโลจิสติกพบว่า มีเพียงปัจจัยมีงานทำ (Adjusted OR = 0.574, 95%CI 0.342–0.965, p-value = 0.036) เป็นปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาสม่ำเสมอเล็กน้อยกว่ากลุ่มที่ว่างงานในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นเช่นนี้ ผู้วิจัยมีความเห็นว่าจากการศึกษานี้ ปัจจัยด้านการมีอาชีพมีงานทำนั้น อาจทำให้มีการหลงลืมในการรับประทานยาหรือรับประทานยาไม่ตรงเวลา เนื่องจากไม่มีเวลาหรือเร่งรีบไปทำงานซึ่งอาจมีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาที่ลดลง ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาที่ผ่านมา^{14,21} การมีอาชีพและรายได้ที่พอเพียงมีความสัมพันธ์ในการใช้ยาอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งอาจเป็นผลจากการมีงานทำแล้ว การที่มีรายได้ที่ดียังเสริมการมีโอกาสการเข้าถึงยา รูปแบบการใช้ยา การใช้ยาที่มีผลข้างเคียงน้อย ส่วนปัจจัยการมีผลข้างเคียงจากการใช้ยาได้สอดคล้องกับการศึกษาของ Gniwa R และคณะ²¹ แต่มีความแตกต่างกับงานวิจัยของ Dhar L และคณะ⁸ ที่ศึกษาแบบ systematic review ที่มีปัจจัยจากผลข้างเคียงของยา การใช้ยาทางเลือก ความรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษา ราคายา เป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาไม่สม่ำเสมอในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญ แต่อย่างไรก็ตามการศึกษานี้ศึกษาในประเทศแถบแอฟริกา (เช่น ไนจีเรีย เอธิโอเปีย) และเอเชีย (เช่น ปากีสถาน อินเดีย บังกลาเทศ) ซึ่งจากระดับการศึกษา ศาสนา วัฒนธรรม และสถานภาพทางเศรษฐกิจที่ต่างกัน จึงทำให้ได้ผลการศึกษาแตกต่างกับการศึกษาของผู้วิจัย

จากการศึกษานี้พบว่า มีเพียงการมีอาชีพมีงานทำในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาสม่ำเสมอเล็กน้อยในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เมื่อวิเคราะห์ด้วยสถิติถดถอยโลจิสติกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Adjusted OR = 0.574, 95%CI

0.342–0.965, p-value = 0.036) ซึ่งอธิบายได้ว่าการมีงานทำ อาจส่งผลให้ผู้เข้าร่วมวิจัยมีการหลงลืมในการใช้ยา การรับประทานผิดเวลา ทำให้ความร่วมมือในการใช้ยาลดลง แต่อย่างไรก็ตาม ไม่ควรละเลยปัจจัยด้านผลข้างเคียงของยา เนื่องจากมีโอกาสทำให้ผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาลดลงได้ ดังนั้น แพทย์ผู้รักษาควรเฝ้าระวังผลข้างเคียงจากการใช้ยาในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ทำให้ผู้ป่วยได้ตระหนักถึงความสำคัญของการรักษา มีการปรับการรักษาให้เหมาะสมและสอดคล้องกับอาชีพของผู้ป่วยแต่ละราย เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังให้ได้ตามเป้าหมาย

ข้อจำกัดในการศึกษา

การศึกษานี้ทำในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ คลินิก หมอครอบครัวที่มีขนาดเล็ก มีการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ศึกษาเฉพาะผู้ป่วยในพื้นที่ที่ดูแลและเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นเฉพาะโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคไตวายเรื้อรัง และโรคไขมันในเลือดเท่านั้น โดยเก็บข้อมูลทุกรายที่เข้าเกณฑ์การศึกษาวิจัยที่มาใช้บริการ โดยที่ไม่มีการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง ดังนั้นผลการศึกษาในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ที่มีความซับซ้อนของโรคมากกว่า การดูแลผู้ป่วยในลักษณะแตกต่างกัน ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและแพทย์ผู้รักษา และความแตกต่างจากการใช้ยา เช่น ยาเกิน ยาผิด เป็นต้น ผลที่ได้จึงอาจแตกต่างกัน ซึ่งอาจส่งผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาได้

เครื่องมือที่ศึกษาใช้ประเมินพฤติกรรมความสม่ำเสมอของความร่วมมือในการใช้ยาโดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ถือเป็นวิธีที่ง่ายในการเก็บรวบรวมข้อมูล แต่อาจมีโอกาที่ได้ข้อมูลไม่แม่นยำนักหากผู้ตอบแบบสอบถามให้การประเมินมากกว่าความเป็นจริง จึงควรมีวิธีอื่นร่วมด้วยในการประเมินความร่วมมือในการใช้ยา เช่น การนับจำนวนเม็ดยาที่เหลือ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

จากการศึกษานี้พบว่า ปัจจัยที่ทำให้ผู้เข้าร่วมการศึกษามีความร่วมมือในการใช้ยาที่น้อยลง คือ การมีอาชีพมีงานทำ จึงนำไปสู่การปรับการบริการผู้ป่วยโดยเพิ่มการสอบถามด้านอาชีพ ลักษณะของงาน เพื่อนำไปปรับในการใช้ยาให้เหมาะสมสอดคล้องกับผู้ป่วยแต่ละราย เพื่อเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาให้มากขึ้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงปริมาณ การศึกษาครั้งต่อไปควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพด้วยโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อให้ได้ข้อมูลที่จะศึกษาเพิ่มขึ้น

2. ควรศึกษาหาปัจจัยอื่น ๆ ที่มีผลต่อการควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ทั้งพฤติกรรมการกินอาหาร การออกกำลังกาย ในสถานการณ์ที่เปลี่ยนไปหลังสถานการณ์โควิด-19

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ แพทย์หญิงปิยวรรณ คำศรีพล หัวหน้ากลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลสกลนครที่ได้ให้การสนับสนุน ตลอดจนทีมหมอครอบครัว โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าแร่ ที่อนุเคราะห์สถานที่ เครื่องมือ ตลอดจนบุคลากร ขอขอบพระคุณอุไรวรรณ ศรีดามา สำหรับคำปรึกษาด้านกระบวนการทางสถิติและวิเคราะห์ผลการวิจัย และขอขอบพระคุณผู้เข้าร่วมการศึกษาวิจัยทุกท่านที่ได้ให้ความอนุเคราะห์ในการตอบแบบสอบถามเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. กองส่งเสริมความรู้และสื่อสารสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (บุคลากรสาธารณสุข) [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 22 ตุลาคม 2562]. เข้าถึงได้จาก: https://www.multimedia.anamai.moph.go.th/associates/hp-ebook_14/
2. อรรถเกียรติ กาญจนพิบูลวงศ์, ภาณุวัฒน์ คำวังสง่า, สุธิดา แก้วทา. รายงานสถานการณ์โรค NCDs เบาหวาน ความดันโลหิตสูงและปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง. กรุงเทพฯ: อักษรกราฟฟิคแอนดส์ไชนส์; 2562
3. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข พ.ศ.2558 [อินเทอร์เน็ต]. 2558 [เข้าถึงเมื่อ 22 ตุลาคม 2562]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.spd.moph.go.th/wp-content/uploads/2022/11/Hstatistic58.pdf>
4. ระบบคลังข้อมูลสุขภาพ Health Data Center. การป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ 2561. [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 22 ตุลาคม 2562]. เข้าถึงได้จาก: https://www.hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat_id=6a1fdf282fd28180eed7d1cfe0155e11service.moph.go.th/hdc/main/indexpk.php
5. กองโรคไม่ติดต่อ. จำนวนและอัตราตายโรคไม่ติดต่อปี 2559–2561. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 22 ตุลาคม 2562]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.thaincd.com/2016/mission/documents-detail.php?id=13653&tid=32&gid=1-020>
6. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. จำนวนและอัตราผู้ป่วยใน ปี2559 – 2561 (ความดันโลหิตสูง, เบาหวาน, หลอดเลือดหัวใจ, หลอดเลือดสมอง, COPD) [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 22 ตุลาคม 2562]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.thaincd.com/2016/news/hot-news-detail.php?id=13683&gid=18>
7. Al-Qazaz HK, Sulaiman SA, Hassali MA, Shafie AA, Sundram S, Al-Nuri R, et al. Diabetes knowledge, medication adherence and glycemic control among patients with type2 diabetes. Int J Clin Pharm 2011;3(6):1028–35.
8. Dhar L, Dantas J, Ali M. A Systematic Review of Factors Influencing Medication Adherence to Hypertension Treatment in Developing Countries. Open J Epidemiol 2017;7(3):211–50.
9. World Health Organization (WHO). Adherence to long-term therapies –evidenceforaction 2003 [Internet]. 2003 [Cited 2023 Mar 24]. Available from: http://www.who.int/chronic_conditions/en/adherence_report.pdf
10. World Health Organization (WHO). Hypertension [Internet]. 2019 [Cited 2023 Mar 24]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>

11. Kim HJ, Yoon SJ, Oh IH, Lim JH, Kim Y. Medication adherence and the occurrence of complications in patients with newly diagnosed hypertension. *Korean Circulation Journal* 2016;46(3):384–393.
12. Wong MCS, Tam WWS, Cheung CSK, Wang HHX, Tong ELH, Sek ACH, et al. Drug adherence and the incidence of coronary heart disease– and stroke–specific mortality among 218,047 patients newly prescribed an antihypertensive medication: A five–year cohort study. *Int J Cardiol* 2013;168(2):928–933.
13. กมลรัตน์ บัญญัตินพรัตน์, ปณิดา ลิ้มปะพัฒน์. ปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังของโรงพยาบาลดงหลวง. ว. อายุรศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2562;5(2):40–9.
14. สุพรรณยา อุ่นสะอาด. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาของข้าราชการตำรวจเกษียณที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ณ คลินิกตรวจโรคเวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลตำรวจ. ว. ระบบบริการปฐมภูมิ และเวชศาสตร์ครอบครัว 2565;5(3):173–184.
15. สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูง ในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2562 [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 22 ตุลาคม 2562]. เข้าถึงได้จาก: http://www.thaihypertension.org/hypertensiondetail.php?n_id=442
16. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2560. พิมพ์ครั้งที่ 3. ปทุมธานี: รมเย็น มีเดีย; 2560.
17. ณาจารย์ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. แนวทางการดูแลรักษาความผิดปกติของระดับไขมันในเลือด ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย[อินเทอร์เน็ต]. 2545 [เข้าถึงเมื่อ 22 ตุลาคม 2562]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.medinfo2.psu.ac.th/commed/web/pdf/5/dyslipidemia.pdf>
18. สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. ข้อเสนอแนะเวชปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต พ.ศ. 2565 [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 24 ธันวาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: [CKD–guideline–2565–revised–edition.pdf \(nephrothai.org\)](#)
19. Morisky DE, Ang A, Krousel–Wood M, Ward HJ. Predictive Validity of a Medication Adherence Measure in an Outpatient Setting. *J Clin Hypertens* 2008;10(5):348–54.
20. ปิ่นทอง ผึ้งดอกไม้, วิษชุดา เจริญกิจการ, วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล, ศรีนรัตน์ ศรีประสงค์, และฉัตรกนก ทุมวิภาต. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูงที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อน. ว. มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ 2559;8(1):16–26.
21. Gniwa Omezzine R, Akkara A, Abdelkafi Koubaa A, Belguith Sriha A, Rdissi A, Amamou K. Predictors of Poor Adherence to Hypertension Treatment. *Tunis Med* 2019;97(4):564–71.