

Work-Related and Other Factors Associated with Medication Adherence among Working-Age Patients with Hypertension without Complications at a Tertiary Hospital in Bangkok

Palita Rachmanee, M.D.*

Pornchai Sithisarankul, M.D., M.P.H., Dr.P.H.**

Abstract

Objective: To investigate work-related and other factors associated with medication adherence and to examine the level of adherence among working-age patients with hypertension without complications at a Tertiary Hospital in Bangkok.

Methods: This cross-sectional analytic study sampled 402 uncomplicated hypertensive patients at a Bangkok tertiary hospital from May to June 2025 using systematic sampling. Questionnaires assessed personal, medication-related, and work-related factors, including the Medication Adherence Questionnaire-20, which yielded a Cronbach's alpha coefficient of 0.657. Statistical analysis used multiple logistic regression to report Adjusted Odds Ratios (aOR) and 95% Confidence Intervals (CI).

Results: The medication adherence rate was 89.80%. Multivariate analysis identified four key factors significantly and inversely associated with adherence: a longer hypertension duration of 6 - 10 years (aOR = 0.04, 95% CI 0.00 - 0.39), smoking (aOR = 0.08, 95% CI 0.01 - 0.69), salt-reduction food selection (aOR = 0.001, 95% CI 0.00 - 0.31), and irregular workday meal times (aOR = 0.08, 95% CI 0.01 - 0.46). These key findings indicate that prolonged illness, smoking, dietary behaviors, and irregular routines negatively influence adherence levels among working-age patients.

Conclusion: This study recommends developing tailored programs focusing on proactive counseling and integrated smoking cessation efforts. Healthcare providers should prioritize education on hidden sodium and implement flexible medication schedules for patients with irregular daily routines. Such management plans are vital for improving medication adherence and enhancing health outcomes. However, the results regarding food selection methods and disease duration should be interpreted with caution due to the wide confidence intervals, which likely resulted from small sample sizes in these subgroups.

Keywords: working-age patients; work related factors; medical adherence; hypertension

*Department of Preventive and Social Medicine, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University

Received: September 30, 2025; Revised: January 20, 2026; Accepted: March 11, 2026

ปัจจัยด้านการทำงานและปัจจัยอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการใช้ยา
ในผู้ป่วยวัยทำงาน โรคความดันโลหิตสูงที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน
ณ โรงพยาบาลตติยภูมิ แห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร

ปาไลตา ราชมณี, พ.บ.*

พรชัย สิริศิริณกุล, พ.บ., ส.ม., ส.ด.**

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาปัจจัยด้านการทำงานและปัจจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการใช้ยาและระดับความร่วมมือในการใช้ยาในผู้ป่วยวัยทำงานที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ณ โรงพยาบาลตติยภูมิ แห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร

วิธีการศึกษา: การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์ภาคตัดขวาง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ณ โรงพยาบาลตติยภูมิ แห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร จำนวน 402 คน คัดเลือกโดยวิธีสุ่มตัวอย่างอย่างเป็นระบบ เก็บข้อมูลในช่วงเดือน พฤษภาคม ถึง มิถุนายน พ.ศ. 2568 ผู้วิจัยเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามประกอบด้วย ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล, ปัจจัยด้านการใช้ยา, ปัจจัยด้านการทำงานและความร่วมมือในการใช้ยา ซึ่งได้จากแบบประเมิน Medication Adherence Questionnaire-20 ซึ่งแบบประเมินนี้มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.657 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมาน ประกอบด้วย การวิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบสองตัวแปรและการวิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบหลายตัวแปร ด้วยสถิติการถดถอยโลจิสติกเชิงพหุ รายงานด้วยค่าอัตราส่วนแอดัมต่ออย่างหยาบ (Crude Odds Ratio) อัตราส่วนแอดัมต่อที่ควบคุมอิทธิพลของตัวแปรอื่นแล้ว (Adjusted Odds Ratio) และช่วงความเชื่อมั่น

ผลการศึกษา: ผู้ป่วยวัยทำงานโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนในกลุ่มตัวอย่างมีความร่วมมือในการใช้ยาในระดับเพียงพอ ร้อยละ 89.80 เมื่อควบคุมปัจจัยอื่นที่มีอิทธิพลแล้ว พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ในทิศทางตรงข้ามกับความร่วมมือในการใช้ยามีดังนี้ 1) ระยะเวลาในการป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง (6 - 10 ปี) (aOR = 0.04, 95% CI 0.00 - 0.39); 2) การสูบบุหรี่ (aOR = 0.08, 95% CI 0.01 - 0.69); 3) วิธีการลดการบริโภคเกลือ โดยการเลือกซื้ออาหาร (aOR = 0.001, 95% CI 0.00 - 0.31); และ 4) เวลาในการรับประทานอาหารเช้าไม่สม่ำเสมอในวันทำงาน (aOR = 0.08, 95% CI 0.01 - 0.46) ปัจจัยเหล่านี้มีความสัมพันธ์ทางสถิติที่มีนัยสำคัญ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าระยะเวลาในการป่วยที่ยาวนาน การสูบบุหรี่ วิธีการลดการบริโภคเกลือ โดยการเลือกซื้ออาหารและเวลาในการรับประทานอาหารเช้าไม่สม่ำเสมอล้วนมีความสัมพันธ์ในทิศทางตรงข้ามกับความร่วมมือในการใช้ยา

สรุป: การดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงควรมีโปรแกรมหรือระบบที่ออกแบบเฉพาะสำหรับผู้ป่วยที่มีระยะเวลาป่วยนานซึ่งโปรแกรมเหล่านี้ควรแตกต่างจากโปรแกรมสำหรับผู้ป่วยใหม่ โดยมีการนัดหมายติดตามผลอย่างสม่ำเสมอและการแก้ไขปัญหาความร่วมมือในการใช้ยา นอกจากนี้ ผู้ให้บริการสุขภาพควรให้ความสำคัญกับการสนับสนุนการเลิกบุหรี่และเน้นย้ำถึงผลกระทบจากการสูบบุหรี่ต่อการควบคุมความดันโลหิต รวมถึงการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับปริมาณโซเดียมที่แฝงในอาหารแปรรูปและวิธีการอ่านฉลากโภชนาการอย่างถูกต้อง สำหรับผู้ป่วยที่มีเวลาในการรับประทานอาหารไม่สม่ำเสมอ โดยเฉพาะในกลุ่มวัยทำงาน ควรจัดเตรียมแผนการใช้ยาที่ยืดหยุ่นและคำแนะนำในการจัดการกับกิจวัตรประจำวันเพื่อเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาและผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ดีขึ้น อย่างไรก็ตาม การตีความผลลัพธ์ในด้านวิธีการเลือกซื้ออาหารและระยะเวลาการเจ็บป่วยควรทำด้วยความระมัดระวัง เนื่องจากช่วงความเชื่อมั่นทางสถิติที่กว้างซึ่งอาจเกิดจากจำนวนกลุ่มตัวอย่างย่อยมีจำนวนน้อย

คำสำคัญ : ผู้ป่วยวัยทำงาน; ปัจจัยด้านการทำงาน; ความร่วมมือในการใช้ยา; โรคความดันโลหิตสูง

*ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ได้รับต้นฉบับ: 30 กันยายน 2568; แก้ไขบทความ: 20 มกราคม 2569; รับลงตีพิมพ์: 11 มีนาคม 2569

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุหลักที่ทำให้ประชากรทั่วโลกเสียชีวิตก่อนวัยอันควร และมักถูกเรียกว่า “ฆาตกรเงียบ” เนื่องจากไม่มีอาการเตือนล่วงหน้า หากไม่ได้รับการรักษาอาจนำไปสู่โรคภัยร้ายแรง เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจและโรคหลอดเลือดสมอง ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลกปี 2023 พบว่า ความดันโลหิตสูงทำให้เกิดการเสียชีวิตถึง 9.4 ล้านรายต่อปี และมีผู้ป่วยเกือบพันล้านคนทั่วโลก โดยเฉพาะในประเทศกำลังพัฒนา คาดการณ์ว่าความชุกของภาวะนี้จะเพิ่มจากร้อยละ 26 ในปี 2000 เป็นร้อยละ 29 ภายในปี 2025⁽¹⁾

ในประเทศไทย ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีจำนวนประมาณ 13 ล้านคน แต่มีเพียง 44% ที่ทราบว่าตนเป็นโรคความดันโลหิตสูง⁽²⁾ ทำให้การรักษาไม่ถูกต้องและส่งผลต่อค่าใช้จ่าย การรักษาพยาบาลสูง กลุ่มผู้ป่วยวัยทำงานมักมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เช่น การรับประทานอาหารที่มีโซเดียมสูง การดื่มแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่ ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงทำให้โรคนี้เพิ่มขึ้น การทำงานที่มีความกดดันสูงและข้อจำกัดด้านเวลาอาจส่งผลกระทบต่อความร่วมมือในการใช้ยา เช่น การลืมกินยา ขาดเวลาในการเข้ารับคำปรึกษาทางการแพทย์ หรือไม่สามารถตรวจสอบสุขภาพของตนเองได้⁽³⁾

ความร่วมมือในการใช้ยาเป็นสิ่งสำคัญในการควบคุมโรคและลดภาวะแทรกซ้อน การขาดความร่วมมืออาจนำไปสู่การเพิ่มขึ้นของภาวะแทรกซ้อนและค่าใช้จ่ายการรักษา ผู้ที่มีความร่วมมือในการใช้ยาจะสามารถควบคุมโรค

ได้ดีขึ้น ลดความจำเป็นในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและลดการลางานจากปัญหาสุขภาพ นอกจากนี้ยังช่วยให้สุขภาพจิตดีขึ้นและเพิ่มความมั่นใจในศักยภาพในการทำงาน⁽⁴⁻⁵⁾

การวิจัยในกลุ่มผู้ป่วยวัยทำงานยังคงมีจำกัดในประเทศไทย โดยเฉพาะการศึกษาปัจจัยด้านการงานที่เกี่ยวข้อง เช่น ระยะเวลาการทำงาน การทำงานเป็นกะและความสม่ำเสมอของเวลาการรับประทานอาหารในวันทำงาน รวมถึงการงดหรือข้ามมื้ออาหารในวันทำงานเนื่องจากภาระงานที่รับแรง ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อความร่วมมือในการใช้ยา ผู้วิจัยจึงมุ่งศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยจากการทำงานและปัจจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการใช้ยาในกลุ่มวัยทำงาน เพื่อค้นหาปัจจัยที่อาจส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมการใช้ยาและเพื่อตอบสนองต่อข้อจำกัดเฉพาะของผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งจะช่วยให้การออกแบบโปรแกรมการรักษามีประสิทธิภาพมากขึ้นและเพิ่มโอกาสในการควบคุมโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ⁽⁶⁻⁷⁾

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาปัจจัยด้านการงาน ปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านยาที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาในผู้ป่วยวัยทำงานที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ณ โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร
2. เพื่อศึกษาระดับความร่วมมือในการใช้ยาในผู้ป่วยวัยทำงานที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ณ โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์ภาคตัดขวาง ณ ช่วงเวลาใดช่วงเวลาหนึ่ง โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วยวัยทำงานที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ณ โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร ในช่วงเดือน พฤษภาคม ถึง มิถุนายน พ.ศ. 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในงานวิจัยนี้คือ ผู้ป่วยวัยทำงานที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ซึ่งเข้ารับการตรวจรักษาที่ห้องตรวจประกันสังคม และห้องตรวจอายุรกรรมในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการเลือกด้วยวิธีการสุ่มแบบเป็นระบบ (Systematic sampling) โดยเลือกผู้ป่วยจากลำดับเวลาการลงทะเบียนและใช้รหัส ICD10 I10 (Essential primary hypertension) เป็นหลักในการคัดเลือกผู้ป่วยโดยที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ (เช่น I11, I12, I13, I61-I69)

กลุ่มตัวอย่างถูกสุ่มเลือกโดยเริ่มจากผู้ป่วยรายแรกที่ลงทะเบียนและกำหนดช่วงห่างทุก ๆ 3 ลำดับ (ตัวอย่างที่ 1, 4, 7, 10, ...) การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างใช้สูตร Sample size for finite population โดยใช้สัดส่วนความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจากการศึกษาของประกาศิต ภัคดี⁽⁸⁾ (0.526) และเพิ่มขนาดตัวอย่างเพื่อป้องกันความผิดพลาดจากข้อมูลที่ไม่สมบูรณ์ โดยคำนึงถึง non-response rate 10% จึงได้ขนาดตัวอย่างใหม่เป็น 402 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการเก็บข้อมูลโดยการตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ประกอบด้วย 4 ส่วน ส่วนที่ 1: ปัจจัยด้านบุคคล ประกอบด้วยคำถาม 15 ข้อ ส่วนที่ 2: ปัจจัยด้านการใช้จ่าย ประกอบด้วยคำถาม 6 ข้อ ส่วนที่ 3: ปัจจัยด้านการทำงาน ประกอบด้วยคำถาม 6 ข้อ ส่วนที่ 4: แบบสอบถามความร่วมมือในการใช้จ่าย⁽⁹⁾ มีข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคล ปัจจัยด้านการใช้จ่าย ปัจจัยด้านการทำงาน นำเสนอโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่ามัธยฐาน และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ 2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบสองตัวแปร (Bivariate analysis) ระหว่างตัวแปรต้นและความร่วมมือในการใช้จ่าย โดยใช้สถิติ Fisher's exact test, Chi-square และ Binary logistic regression โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบพหุตัวแปร (Multivariable analysis) จากนั้นวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงเส้นแบบพหุ (Multicollinearity) แล้วคัดตัวแปรที่มีค่า Tolerance < 0.1 และ Variance inflation factor > 10 ออกจากการวิเคราะห์ แล้วนำตัวแปรต้นที่เหลือเข้าสมการ Multiple logistic regression วิเคราะห์แบบ Backward stepwise selection โดยกำจัดตัวแปรต้นที่มีค่า p-value > 0.1 ออกทีละตัวแปร ผลการศึกษาของตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ต่อความร่วมมือในการใช้จ่าย สรุปเป็น

Adjusted Odds Ratio และ 95% Confidence Interval

การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัย

การศึกษาวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรม จากคณะกรรมการจริยธรรมในคน คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ก่อนเริ่มทำการวิจัย (เลขที่ใบรับรอง 0462/2025) วันที่รับรอง 10 เมษายน 2568

ผลการศึกษา

1. ปัจจัยด้านบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง: กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 216 คน (ร้อยละ 53.73) และมีอายุอยู่ในช่วง 45-59 ปี จำนวน 320 คน (ร้อยละ 79.60) โดยมี ค่ามัธยฐานของอายุเท่ากับ 52 ปี (IQR = 11) ในด้านสถานภาพ

สมรสพบว่าผู้มีคู่สมรสมากที่สุด จำนวน 323 คน (ร้อยละ 80.35) กลุ่มตัวอย่างมีระดับการศึกษาปริญญาตรีหรือสูงกว่ามากที่สุด จำนวน 111 คน (ร้อยละ 27.61) ระยะเวลาในการป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 1-5 ปี จำนวน 208 คน (ร้อยละ 51.74) โดยมีค่ามัธยฐานของระยะเวลาป่วยเท่ากับ 5 ปี (IQR = 7) ด้านพฤติกรรมสุขภาพ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยสูบบุหรี่ จำนวน 291 คน (ร้อยละ 72.39) และไม่เคยดื่มสุรา จำนวน 253 คน (ร้อยละ 62.94) จำนวนผู้ที่ออกกำลังกายน้อยกว่า 150 นาทีต่อสัปดาห์มีมากที่สุด จำนวน 292 คน (ร้อยละ 72.64) และพฤติกรรมการลดการบริโภคเกลือ พบว่าผู้ที่ลดการบริโภคเกลือมีจำนวน 312 คน (ร้อยละ 77.61) โดยส่วนใหญ่ใช้วิธีเติมน้ำเกลือและน้ำปลา จำนวน 209 คน (ร้อยละ 65.52) (ตาราง 1)

ตาราง 1 ปัจจัยด้านบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (n=402)

ปัจจัยด้านบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	186	46.27
หญิง	216	53.73
อายุ Median (IQR)	52 (11)	
18-29 ปี	3	0.75
30-44 ปี	79	19.65
45-59 ปี	320	79.60
สถานภาพ		
โสด	64	15.92
คู่	323	80.35
หม้าย/หย่า/แยก	15	3.73

ตาราง 1 ปัจจัยด้านบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (n=402) (ต่อ)

ปัจจัยด้านบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้รับการศึกษา	5	1.24
ประถมศึกษา	105	26.12
มัธยมศึกษา	96	23.88
อนุปริญญา/ ปวช./ ปวส.	85	21.14
ปริญญาตรี หรือสูงกว่า	111	27.61
ระยะเวลาในการป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง Median (IQR)	5 (7)	
1-5 ปี	208	51.74
6-10 ปี	109	27.11
11-15 ปี	42	10.45
16 ปีขึ้นไป	43	10.70
การสูบบุหรี่		
ไม่เคยสูบบุหรี่	291	72.39
เคยสูบแต่เลิกแล้ว	63	15.67
ปัจจุบันสูบบุหรี่	48	11.94
การดื่มสุรา		
ไม่เคยดื่ม	253	62.94
เคยดื่มแต่เลิกแล้ว	29	7.21
ดื่มบ้างนาน ๆ ครั้ง	103	25.62
ดื่มเป็นประจำ	17	4.23
การออกกำลังกาย		
< 150 นาที/สัปดาห์	292	72.64
> = 150 นาที/สัปดาห์	110	27.36
การลดการบริโภคเกลือ		
ไม่ลด	90	22.39
ลดลง	312	77.61
วิธีการลดการบริโภคเกลือ (n=312)		
เลิกเติมเกลือและน้ำปลา	209	65.52
เลือกซื้ออาหาร	17	5.33
เลิกเติมเกลือและเลือกซื้ออาหาร	93	29.15

2. ปัจจัยด้านการใช้จ่าย: กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้จ่าย 2 รายการ จำนวน 131 คน (ร้อยละ 32.59) จำนวนมือที่รับประทานยาก่อนอาหาร พบว่ามีผู้ที่รับประทานยาวันละ 1 มื้อมากที่สุด จำนวน 236 คน (ร้อยละ 78.15) สำหรับจำนวนมือที่รับประทานยาหลังอาหาร ส่วนใหญ่รับประทานวันละ 1 มื้อ จำนวน 145 คน (ร้อยละ 45.89) ด้านประวัติการแพ้ยาและผลข้างเคียงพบว่าส่วนใหญ่ไม่เคยมีประวัติแพ้ยาจำนวน 356 คน (ร้อยละ 88.56) ในการรับประทานยา พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีผู้ดูแลในการรับประทานยาจำนวน 380 คน (ร้อยละ 94.53)

3. ปัจจัยด้านการทำงาน: ระยะเวลาในการทำงานของกลุ่มตัวอย่างโดยส่วนใหญ่มีระยะเวลาทำงานตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป จำนวน 141 คน (ร้อยละ 35.07) ค่ามัธยฐาน 17 ปี (IQR = 17) จำนวนชั่วโมงในการทำงานต่อวัน โดยส่วนใหญ่ทำงานวันละ 1-8 ชั่วโมง จำนวน 278 คน (ร้อยละ 69.15) ค่ามัธยฐานอยู่ที่ 8 ชั่วโมง (IQR = 2) จำนวนวันทำงานต่อสัปดาห์โดยส่วนใหญ่ทำงาน 5-6 วันต่อสัปดาห์ จำนวน 301 คน (ร้อยละ 74.88) ค่ามัธยฐานอยู่ที่ 6 วัน (IQR = 1) การทำงานเป็นกะ พบว่าส่วนใหญ่ไม่ได้ทำงานเป็นกะ จำนวน 343 คน (ร้อยละ 85.32) สำหรับผู้ที่ทำงานเป็นกะ จำนวน 59 คน มีกลุ่มตัวอย่าง 1 คน ไม่ได้ตอบคำถามเรื่องจำนวนการทำงานเป็นกะต่อเดือน ทำให้คำถามนี้มีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 58 คน พบว่า ส่วนใหญ่ทำงาน 2 กะต่อเดือน จำนวน 28 คน (ร้อยละ 48.28) จำนวนวันลาหยุดในแต่ละเดือนมีค่ามัธยฐานอยู่ที่ 1 วัน (IQR = 1) โดยส่วนใหญ่ลาหยุดเดือนละ 1 วัน จำนวน 222 คน (ร้อยละ 55.22) ความสม่ำเสมอของเวลาในการรับประทานอาหารในวันทำงาน พบว่า ส่วนใหญ่

เวลาในการรับประทานอาหารไม่สม่ำเสมอจำนวน 202 คน (ร้อยละ 50.25) ด้านพฤติกรรมการข้ามมืออาหารในวันทำงาน พบว่า ส่วนใหญ่ไม่ข้ามมืออาหารในวันทำงาน จำนวน 216 คน (ร้อยละ 53.73)

4. ข้อมูลความร่วมมือในการใช้จ่าย

4.1 ความร่วมมือในการใช้จ่าย:

จากการประเมินความร่วมมือในการใช้จ่ายของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีความร่วมมือในการใช้จ่ายในระดับเพียงพอจำนวน 361 คน (ร้อยละ 89.80) และมีความร่วมมือในการใช้จ่ายไม่เพียงพอจำนวน 41 คน (ร้อยละ 10.20)

4.2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความ

ร่วมมือในการใช้จ่าย: เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบสองตัวแปร (Bivariate analysis) ระหว่างตัวแปรต้นและความร่วมมือในการใช้จ่าย พบว่าระยะเวลาในการป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง, กลุ่มที่เคยสูบบุหรี่, กลุ่มที่ดื่มสุรานาน ๆ ครั้ง, กลุ่มที่ออกกำลังกาย ≥ 150 นาที/สัปดาห์, กลุ่มที่มีพฤติกรรมลดการบริโภคเกลือ, กลุ่มที่ใช้วิธีเลือกซื้ออาหารเพียงอย่างเดียวเป็นวิธีการลดการบริโภคเกลือ (ตาราง 2), จำนวนมือที่รับประทานยาก่อนอาหารและหลังอาหาร, ประวัติการแพ้ยา/เกิดผลข้างเคียง (ตาราง 3), ระยะเวลาในการทำงาน (ชั่วโมง/วัน), การทำงานเป็นกะ, จำนวนกะการทำงานต่อเดือน, จำนวนวันลาหยุดในแต่ละเดือน, ความสม่ำเสมอของเวลาในการรับประทานอาหารในวันทำงาน และการข้ามมืออาหารในวันทำงาน มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้จ่ายเพียงพอ (ตาราง 4) เมื่อนำปัจจัยดังกล่าวมาวิเคราะห์โดยใช้การวิเคราะห์ Multiple logistic regression พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้จ่ายเพียงพออย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติ ได้แก่ ผู้ที่มีระยะเวลาในการป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง 6-10 ปี มีความสัมพันธ์ในทิศทางตรงข้ามกับความร่วมมือในการใช้ยาเพียงพออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Adjusted OR 0.04, 95% CI 0.00 - 0.39) เมื่อเทียบกับผู้ที่มีระยะเวลาในการป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง 1-5 ปี ผู้ที่ปัจจุบันสูบบุหรี่ มีความสัมพันธ์ในทิศทางตรงข้ามกับความร่วมมือในการใช้ยาเพียงพออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Adjusted OR 0.08, 95% CI 0.01 - 0.69) เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่เคยสูบบุหรี่ ผู้ที่มีวิธีการลดการบริโภคเกลือ โดยการเลือกซื้อ

อาหาร มีความสัมพันธ์ในทิศทางตรงข้ามกับความร่วมมือในการใช้ยาเพียงพออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Adjusted OR 0.001, 95 % CI 0.00 - 0.31) เมื่อเทียบกับผู้ที่มีวิธีการลดการบริโภคเกลือ โดยการเลิกเติมเกลือและผู้ที่ใช้เวลาในการรับประทานอาหารในวันทำงานไม่สม่ำเสมอ มีความสัมพันธ์ในทิศทางตรงข้ามกับความร่วมมือในการใช้ยาเพียงพออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Adjusted OR 0.08, 95% CI 0.01 - 0.46) เมื่อเทียบกับผู้ที่มีเวลาในการรับประทานอาหารในวันทำงานสม่ำเสมอ (ตาราง 5)

ตาราง 2 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความร่วมมือในการใช้ยา (n=402)

ปัจจัยส่วนบุคคล	ความร่วมมือในการใช้ยา				p-value
	ไม่เพียงพอ (n=41)		เพียงพอ (n=361)		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ระยะเวลาในการป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง					0.037 ^{b*}
1-5 ปี	14	34.15	194	53.74	
6-10 ปี	18	43.90	91	25.21	
11-15 ปี	3	7.32	39	10.80	
16 ปีขึ้นไป	6	14.63	37	10.25	
การสูบบุหรี่					<0.001 ^{a*}
ไม่เคยสูบบุหรี่	18	43.90	273	75.62	
เคยสูบแต่เลิกแล้ว	12	29.27	51	14.13	
ปัจจุบันสูบบุหรี่	11	26.83	37	10.25	
การดื่มสุรา					0.003 ^{b*}
ไม่เคยดื่ม	16	39.02	237	65.65	
เคยดื่มแต่เลิกแล้ว	3	7.32	26	7.20	
ดื่มบ้างนาน ๆ ครั้ง	20	48.78	83	22.99	
ดื่มเป็นประจำ	2	4.88	15	4.16	
การออกกำลังกาย					0.006 ^{b*}
< 150 นาที/สัปดาห์	37	90.24	255	70.64	
> = 150 นาที/สัปดาห์	4	9.76	106	29.36	

ตาราง 2 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความร่วมมือในการใช้ยา (n=402) (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	ความร่วมมือในการใช้ยา				p-value
	ไม่เพียงพอ (n=41)		เพียงพอ (n=361)		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
การลดการบริโภคเกลือ					0.007 ^{a*}
ไม่ลด	16	39.02	74	20.50	
ลดลง	25	60.98	287	79.50	
วิธีการลดการบริโภคเกลือ (n=312)					<0.001 ^{a*}
เลิกดื่มเกลือและน้ำปลา	19	65.52	190	65.52	
เลิกซื้ออาหาร	6	20.69	11	3.79	
เลิกดื่มเกลือและเลิกซื้ออาหาร	4	13.79	89	30.69	

a วิเคราะห์ด้วยสถิติ Chi-square

b วิเคราะห์ด้วยสถิติ Fisher's exact test

* มีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05)

ตาราง 3 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการใช้ยากับความร่วมมือในการใช้ยา (n=402)

ปัจจัยด้านการใช้ยา	ความร่วมมือในการใช้ยา				p-value
	ไม่เพียงพอ (n=41)		เพียงพอ (n=361)		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
จำนวนมือที่รับประทานยาก่อนอาหาร					0.007 ^{b*}
1 มือ	18	60.00	218	80.15	
2 มือ	10	33.33	52	19.12	
3 มือ	2	6.67	2	0.74	
จำนวนมือที่รับประทานยาหลังอาหาร					0.016 ^{a*}
1 มือ	12	33.33	133	47.50	
2 มือ	12	33.33	106	37.86	
3 มือ	12	33.33	41	14.64	
ประวัติการแพ้ยา/เกิดผลข้างเคียง					0.026 ^{a*}
ไม่เคย	32	78.05	324	89.75	
เคย	9	21.95	37	10.25	

a วิเคราะห์ด้วยสถิติ Chi-square

b วิเคราะห์ด้วยสถิติ Fisher's exact test

* มีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05)

ตาราง 4 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการทำงานกับความร่วมมือในการใช้ยา (n=402)

ปัจจัยด้านการทำงาน	ความร่วมมือในการใช้ยา				p-value
	ไม่เพียงพอ (n=41)		เพียงพอ (n=361)		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ระยะเวลาในการทำงาน (ชั่วโมง/วัน)					0.003 ^{a*}
1-8 ชั่วโมง	20	48.78	258	71.47	
9-16 ชั่วโมง	21	51.22	103	28.53	
การทำงานเป็นกะ					0.001 ^{a*}
ไม่มี	28	68.29	315	87.26	
มี	13	31.71	46	12.74	
จำนวนกะการทำงานต่อเดือน (n=58)					0.026 ^{b*}
1 กะ	2	15.38	3	6.67	
2 กะ	2	15.38	26	57.78	
3 กะ	9	69.23	16	35.56	
จำนวนวันลาหยุดเฉลี่ยในแต่ละเดือน					0.006 ^{a*}
0 – 1 วัน	14	34.15	211	58.45	
2 - 3 วัน	23	56.10	137	37.95	
4 – 5 วัน	4	9.76	13	3.60	
ความสม่ำเสมอของเวลาในการ รับประทานอาหารในวันทำงาน					<0.001 ^{a*}
สม่ำเสมอ	9	21.95	191	52.91	
ไม่สม่ำเสมอ	32	78.05	170	47.09	
การข้ามมื้ออาหารในวันทำงาน					0.001 ^{a*}
ไม่มี	12	29.27	204	56.51	
มี	29	70.73	157	43.49	

a วิเคราะห์ด้วยสถิติ Chi-square

b วิเคราะห์ด้วยสถิติ Fisher's exact test

* มีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05)

ตาราง 5 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับความร่วมมือในการใช้ยา ในผู้ป่วยวัยทำงาน โรคความดันโลหิตสูงที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ณ โรงพยาบาลตติยภูมิ แห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร ด้วย Multiple

ปัจจัย	Crude OR (95% CI)	Adjusted OR**(95% CI)	p-value
ระยะเวลาในการป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง			
1-5 ปี	Ref.	Ref.	
6-10 ปี	0.36 (0.17 - 0.77)	0.04 (0.00 - 0.39)	0.006*
11-15 ปี	0.94 (0.26 - 3.42)	0.094 (0.01 - 1.16)	0.066
16 ปีขึ้นไป	0.45 (0.16 - 1.23)	0.06 (0.00 - 1.01)	0.051
การสูบบุหรี่			
ไม่เคยสูบบุหรี่	Ref.	Ref.	
เคยสูบแต่เลิกแล้ว	0.28 (0.13 - 0.62)	0.15 (0.02 - 1.08)	0.06
ปัจจุบันสูบบุหรี่	0.22 (0.10 - 0.51)	0.08 (0.01 - 0.69)	0.02*
วิธีการลดการบริโภคเกลือ			
เลิกเค็มเกลือ	Ref.	Ref.	
เลือกซื้ออาหาร	0.18 (0.06 - 0.55)	0.001 (0.00 - 0.31)	0.02*
เลิกเค็มเกลือและเลือกซื้ออาหาร	2.23 (0.74 - 6.73)	3.03 (0.42 - 21.6)	0.27
ความสม่ำเสมอของเวลาในการรับประทานอาหารในวันทำงาน			
สม่ำเสมอ	Ref.	Ref.	
ไม่สม่ำเสมอ	0.25 (0.12 - 0.54)	0.04 (0.01 - 0.37)	0.004*

*มีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05)

**โดยควบคุมอิทธิพลของตัวแปรอื่น ประกอบด้วย ระยะเวลาในการป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การออกกำลังกาย การลดการบริโภคเกลือ วิธีการลดการบริโภคจำนวนมื้อที่รับประทานยาก่อนอาหาร จำนวนมื้อที่รับประทานยาหลังอาหาร ประวัติการแพทย์/เกิดผลข้างเคียง ระยะเวลาในการทำงาน (ชั่วโมง/วัน) จำนวนการทำงานต่อเดือน จำนวนวันละหยุดเฉลี่ยในแต่ละเดือน ความสม่ำเสมอของเวลาในการรับประทานอาหารในวันทำงาน การข้ามมื้ออาหารในวันทำงาน

วิจารณ์

1. ระดับความร่วมมือในการใช้ยา:

ผู้ป่วยวัยทำงานโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร มีความร่วมมือในการใช้ยาในระดับเพียงพอ จำนวน 361 คน (ร้อยละ 89.80) ซึ่งเป็นจำนวนที่ใกล้เคียงกับการศึกษาของพุทธชาติ ฉันทภัทรากร⁽¹⁰⁾ ซึ่งได้ทำการศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยนอกโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลบางสะพาน จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ โดยในการศึกษาดังกล่าวพบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 73.51 มีระดับความร่วมมือในการใช้ยาเพียงพออย่างไรก็ตาม พบว่าระดับความร่วมมือในการใช้ยาในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable diseases) นั้นมีแนวโน้มที่จะต่ำกว่าระดับความร่วมมือในการใช้ยาในผู้ป่วยโรคอื่น ๆ ดังเช่นการศึกษาของ จิตตวดี เจริญทอง และคณะ⁽¹¹⁾ ซึ่งศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวและพบว่าผู้ป่วยร้อยละ 96.4 มีระดับความร่วมมือในการใช้ยาเพียงพอ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวานหรือโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งต้องรับประทานยาต่อเนื่องในระยะยาว อาจทำให้เกิดความเหนื่อยล้าจากการรักษา (treatment fatigue) และลดความร่วมมือในการใช้ยา⁽¹²⁾ ในขณะที่โรคที่มีภาวะแทรกซ้อนหรืออาการรุนแรง เช่น โรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต หรือโรคหัวใจที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว มักกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือมากขึ้น เนื่องจากตระหนักถึงผลกระทบของการไม่ใช้ยา⁽¹³⁾

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยา

ระยะเวลาในการป่วยเป็นโรคความ

ดันโลหิตสูง เมื่อควบคุมอิทธิพลของตัวแปรอื่น ๆ แล้วผู้ที่มีระยะเวลาในการป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง 6-10 ปี มีความสัมพันธ์ในทิศทางตรงข้ามกับความร่วมมือในการใช้ยาที่เพียงพอเมื่อเทียบกับผู้ที่ป่วย 1-5 ปี ซึ่งอาจสัมพันธ์กับความเหนื่อยล้าจากการรักษา⁽¹²⁾ ทำให้ความตระหนักในการใช้ยาลดลงตามระยะเวลาที่ป่วยขาดแรงกระตุ้น (reinforcement) ต่อการรับประทานยาสม่ำเสมอ⁽¹⁴⁾ นอกจากนี้ ระยะเวลาการป่วยที่นานขึ้นสัมพันธ์กับโอกาสเกิดโรคร่วมค่าใช้จ่ายสะสมและปัญหาการเข้าถึงบริการ ซึ่งล้วนส่งผลต่อความร่วมมือในการใช้ยา⁽¹⁵⁾ ผู้วิจัยตั้งข้อสังเกตต่อค่าอัตราส่วนแอดัมที่ปรับค่าแล้วที่ต่ำมาก (Adjusted OR 0.001) และมีค่าช่วงความเชื่อมั่นที่กว้าง (95% CI 0.00 - 0.39) ในกลุ่มนี้ว่าอาจได้รับอิทธิพลจากปัญหาข้อมูลเบาบาง (Sparse data bias) หรือจำนวนตัวอย่างในกลุ่มย่อยมีน้อย (Small cell problem) ในการวิเคราะห์พหุตัวแปร ส่งผลให้ค่าประมาณการมีความไม่เสถียร (Statistical instability) การตีความผลลัพธ์จึงควรพิจารณาด้วยความระมัดระวังแม้ว่าผลการศึกษาจะไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในกลุ่มอื่น ๆ แต่ยังคงสังเกตได้ว่าเมื่อระยะเวลาป่วยเพิ่มขึ้นจะมีแนวโน้มที่ความร่วมมือในการใช้ยาลดลง ผู้วิจัยจึงเชื่อว่าหากสามารถหากลุ่มตัวอย่างเพิ่มเติมได้ มีโอกาสที่ระยะเวลาในการป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงทุกกลุ่มจะมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การสูบบุหรี่ เมื่อควบคุมอิทธิพลของตัวแปรอื่น ๆ แล้วผู้ที่ปัจจุบันสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์ไปในทิศทางตรงข้ามกันกับการมีส่วนร่วมในการใช้ยาที่เพียงพอเมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่เคยสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาอื่น ๆ ซึ่งอธิบายว่า การสูบบุหรี่มักเป็นส่วนหนึ่งของพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมโดยรวม ซึ่งรวมถึงการละเลยการปฏิบัติตามคำแนะนำทางการแพทย์อื่น ๆ เช่น การควบคุมอาหาร การออกกำลังกายหรือการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ผู้ที่สูบบุหรี่มักมีความตระหนักรู้ด้านสุขภาพน้อยกว่าเมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่สูบบุหรี่⁽¹⁶⁾ งานวิจัยหลายชิ้นชี้ให้เห็นว่า ผู้สูบบุหรี่มักมีส่วนร่วมในการรักษาต่ำกว่าในหลายโรค ไม่จำกัดเฉพาะโรคความดันโลหิตสูง⁽¹⁷⁾ และยังมีการศึกษาในกลุ่มพนักงานองค์กรขนาดใหญ่แห่งหนึ่งที่ชี้ให้เห็นว่าผู้สูบบุหรี่มีอัตราการปฏิบัติตามการดูแลรักษาที่แนะนำต่ำกว่าผู้ไม่สูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญ⁽⁵⁾

วิธีการลดการบริโภคเกลือ เมื่อควบคุมอิทธิพลของตัวแปรอื่น ๆ แล้ว ผู้ที่มีวิธีการลดการบริโภคเกลือ โดยการเลือกซื้ออาหารมีความสัมพันธ์ไปในทิศทางตรงข้ามกันกับการมีส่วนร่วมในการใช้ยาที่เพียงพอ เมื่อเทียบกับผู้ที่มีวิธีการลดการบริโภคเกลือโดยการเลิกเติมเกลือน้อยกว่ามีนัยสำคัญทางสถิติ อาจสะท้อนถึงความแตกต่างของระดับความตระหนักรู้และวินัยในการจัดการโรค ผู้ที่เลิกเติมเกลืออาจมีความเข้าใจลึกซึ้งเกี่ยวกับแหล่งที่มาของโซเดียมและมีวินัยสูงในการควบคุมพฤติกรรมตนเอง สะท้อนถึงความมุ่งมั่นในการรักษาโรคและการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง⁽³⁾ ใน

ทางกลับกัน การลดการบริโภคเกลือโดยการเลือกซื้ออาหารโดยทั่วไปมีความซับซ้อนมากกว่าและมักเกี่ยวข้องกับปัจจัยภายนอก เช่น ความชอบของครอบครัว ราคา ความสะดวก ซึ่งอาจเป็นวิธีการที่ควบคุมปริมาณโซเดียมได้ยากกว่า และอาจไม่ได้สะท้อนถึงพฤติกรรมจัดการตนเองที่เคร่งครัด⁽¹⁸⁾ อย่างไรก็ตามจากกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 402 คน มีกลุ่มตัวอย่างที่เลือกวิธีการลดการบริโภคเกลือด้วยวิธีเลือกซื้ออาหารเพียง 17 คน ทำให้ผลที่แสดงว่าการเลือกซื้ออาหาร มีความสัมพันธ์ไปในทิศทางตรงข้ามกันกับการมีส่วนร่วมในการใช้ยาที่เพียงพอ เมื่อเทียบกับผู้ที่มีวิธีการลดการบริโภคเกลือโดยการเลิกเติมเกลือ อาจมีนัยสำคัญทางสถิติโดยบังเอิญได้และสังเกตได้ว่าค่าอัตราส่วนแอดัมต่อที่ปรับค่าแล้วมีค่าต่ำมาก (Adjusted OR 0.001) และมีค่าช่วงความเชื่อมั่นที่กว้าง (95% CI 0.00 - 0.31) ลักษณะดังกล่าวบ่งชี้ถึงปัญหาข้อมูลเบาบางในตารางไขว้ (Sparse data bias) หรือปัญหาจำนวนตัวอย่างในเซลล์น้อย (Small cell count problem) เนื่องจากมีกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มย่อยนี้เพียง 17 ราย

ความสม่ำเสมอของเวลาในการรับประทานอาหารในวันทำงาน ผู้ที่มีเวลาในการรับประทานอาหารไม่สม่ำเสมอ มีความสัมพันธ์ในทิศทางตรงข้ามกับความมีส่วนร่วมในการใช้ยาที่เพียงพอเมื่อเทียบกับผู้ที่มีเวลารับประทานอาหารสม่ำเสมอการทำงานเป็นกะหรือชั่วโมงการทำงานที่ไม่ยืดหยุ่นอาจเป็นอุปสรรคต่อการจัดสรรเวลารับประทานยา ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่าความร่วมมือในการใช้ยาในกลุ่มนี้ลดลง^(6,15) นอกจากนี้การรับประทานอาหารไม่สม่ำเสมอ

อาจสะท้อนถึงพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ดีอื่น ๆ เช่น การนอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอและการละเลย การควบคุมปริมาณโซเดียม ซึ่งส่งผลกระทบต่อ ความสามารถในการปฏิบัติตามคำแนะนำทาง การแพทย์^(7,14)

สรุป

ผู้ป่วยวัยทำงานโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่มีการแทรกซ้อน ณ โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งนี้ มีความร่วมมือในการใช้ยาเพียงพอ ร้อยละ 89.80 โดยระยะเวลาในการป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง การสูบบุหรี่ในปัจจุบัน วิธีการลดการบริโภคเกลือ โดยการซื้ออาหารและความสม่ำเสมอของเวลาในการรับประทานอาหารในวันทำงานมีความสัมพันธ์ ในทิศทางตรงข้ามกับความร่วมมือในการใช้ยาเพียงพอ อย่างไรก็ตาม การตีความผลลัพธ์ในด้านวิธีการเลือกซื้ออาหารและระยะเวลาการเจ็บป่วยควร ทำด้วยความระมัดระวัง เนื่องจากช่วงความเชื่อมั่นทางสถิติที่กว้างซึ่งอาจเกิดจากจำนวนกลุ่มตัวอย่าง ย่อยมีจำนวนน้อย

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการจัดทำโปรแกรมหรือระบบ ที่เน้นการติดตามผู้ป่วยที่มีระยะเวลาในการป่วย ยาวนานโดยเฉพาะ โดยใช้แนวทางที่แตกต่างจาก การดูแลผู้ป่วยใหม่ โปรแกรมนี้อาจรวมถึงการ นัดหมายเพื่อติดตามผลอย่างสม่ำเสมอ การให้คำปรึกษาเชิงรุกเพื่อสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคและความสำคัญของการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง ตลอดจนการสอบถามถึงปัญหาและอุปสรรคที่ผู้ป่วยประสบในการใช้ยาอย่างตรงไปตรงมาเพื่อ

เพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาระยะยาว

2. บุคลากรทางการแพทย์ควรสอบถาม ประวัติการสูบบุหรี่และให้คำปรึกษาเพื่อการ เลิกบุหรี่ควบคู่ไปกับการให้ความรู้เรื่องยาและ โรค โดยควรเน้นย้ำถึงความเชื่อมโยงที่ชัดเจน ระหว่างการสูบบุหรี่กับการควบคุมความดันโลหิต ที่ไม่ได้ผล เพื่อเพิ่มแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่ของ ผู้ป่วยนายจ้างและผู้กำหนดนโยบายด้านสุขภาพ ของสถานประกอบการสามารถนำข้อมูลนี้ไปใช้ ในการวางแผนการดูแลและจัดทำโครงการเพื่อ ดูแลสุขภาพของพนักงาน เนื่องจากการลดการสูบบุหรี่ในที่ทำงาน ไม่เพียงลดความเสี่ยงในการเกิด โรคเรื้อรัง แต่ยังช่วยลดค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการ ไม่ปฏิบัติตามการรักษาด้วย

3. บุคลากรทางการแพทย์ควรเน้นการ ประเมินและให้คำปรึกษาเชิงลึกเกี่ยวกับตาราง ชีวิตประจำวันของผู้ป่วย โดยเฉพาะกลุ่มวัยทำงาน ที่มีเวลาการรับประทานอาหารไม่สม่ำเสมอ ควรมีการวางแผนการใช้ยาที่ยืดหยุ่นและเป็นรูป ธรรม เช่น อธิบายว่าหากไม่สามารถทานยาในเวลา ดังกล่าวได้ หรือลืมทานยา ควรทำอย่างไรต่อไป ซึ่งรวมถึงการจัดการกับปัจจัยด้านพฤติกรรมใน ชีวิตประจำวันที่อาจส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพ หรือความสม่ำเสมอของการรักษาด้วย

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณทุนอุดหนุนการศึกษา สำหรับนิสิตระดับปริญญาโทบัณฑิต จากหน่วยงาน บัณฑิตศึกษา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย ขอขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ดร.ภญ.ชื่นจิตร กองแก้ว สถาบันวิจัยระบบ

สาธารณสุข ที่อนุญาตให้ใช้แบบวัดความร่วมมือ มีสำหรับงานวิจัยครั้งนี้และขอขอบพระคุณ
ในการใช้ยาหลายมิติสำหรับผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อ ผู้ป่วยวัยทำงานโรคความดันโลหิตสูงทุกท่านที่ให้
เรื่อร้างภายใต้บริบทประเทศไทย เป็นหนึ่งในเครื่อง ความร่วมมือเข้าร่วมการศึกษาวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. First WHO report details devastating impact of hypertension and ways to stop it [Internet]. 2023 [cited 2024 Nov 10]. Available from: <https://shorturl.asia/4A9ra>
2. Hfocus เจาะลึกระบบสุขภาพ. คนไทย 13 ล้านคนเป็นโรคความดันโลหิตสูง เกือบครึ่งไม่รู้ตัวว่าป่วย [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 10 พ.ย. 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://shorturl.asia/kSfFr>
3. He FJ, Li J, Macgregor GA. Effect of longer-term modest salt reduction on blood pressure. Cochrane Database Syst Rev 2013(3).
4. นवलพรรณ ระโหฐาน, ขวัญเรือน อวิชา, ทิพย์ศน์ ชินตาปัญญากุล. อิทธิพลของความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยาต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. วารสารสุขภาพและการพยาบาล มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี 2567;3(2):63-78.
5. Sherman BW, Lynch WD. The association of smoking with medical treatment adherence in the workforce of a large employer. Patient Prefer Adherence 2014;8:477-86.
6. Saha SK, Adhikary A, Jha A, Mehta VK. Using Food Timing as an Intervention to Improve Medication Compliance. Int J Reliab Qual E Healthcare 2021;10(3):16-31.
7. Ramón-Arbués E, Granada-López J-M, Martínez-Abadía B, Echániz-Serrano E, Antón-Solanas I, Jerue BA. The Association between Diet and Sleep Quality among Spanish University Students. Nutrients 2022;14(16):3291.
8. ประกาศิต ภักดี. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยนอกโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน 2566;8(3): 928-35.
9. Health Systems Research Institute (HSRI). Research and Development of Medication Adherence Questionnaire for Thai Patients with Non-Communicable Diseases [Internet]. 2023 [cited 2025 Jan 13]. Available from: <https://shorturl.asia/XbYsl>
10. พุทธชาติ ฉันทภักทรางกูร. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยนอกโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลบางสะพาน จังหวัดประจวบคีรีขันธ์. เกสัซกรรมคลินิก 2566;29(1):13-24.

11. จิตตวดี เจริญทอง, จิราภรณ์ เตชะอุดมเดช, กาญจนา ฐานะ, ทรรตลักษณ์ ทองหงส์, จุฬาลักษณ์ เอกสุวรรณ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว. พยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ 2565;49(3):149–61.
12. Tolley A, Grewal K, Weiler A, Papameletiou AM, Hassan R, Basu S. Factors influencing adherence to non-communicable disease medication in India: secondary analysis of cross-sectional data from WHO-SAGE2. *Front Pharmacol* 2023;14:1183818.
13. Kvarnström K, Westerholm A, Airaksinen M, Liira H. Factors Contributing to Medication Adherence in Patients with a Chronic Condition: A Scoping Review of Qualitative Research. *Pharmaceutics* 2021;13(7):1100.
14. Kengne AP, Brière JB, Zhu L, Li J, Bhatia MK, Atanasov P, et al. Impact of poor medication adherence on clinical outcomes and health resource utilization in patients with hypertension and/or dyslipidemia: systematic review. *Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res* 2024;24(1):143-54.
15. Ferreira PD Jr, Simoes JA Sr, Velho DC Sr. Adherence to antihypertensive therapy and its determinants: a systematic review. *Cureus* 2024;16(5).
16. Janz NK, Becker MH. The health belief model: a decade later. *Health Educ Q* 1984;11(1):1-47.
17. ศิราณี ปัญญามานะรุ่ง. การศึกษาความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน ณ คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อำเภอชาติตระการ จังหวัดพิษณุโลก [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 10 พ.ย. 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://shorturl.asia/ANkIX>
18. Lee YW, Tseng CN. Review the factors associated with dietary sodium adherence in patients with heart failure from selected research-based literatures. *BMC Nutr* 2022;8(1):41.