

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมมารตามนัตของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางเพรียง อำเภอบางบ่อ จังหวัดสมุทรปราการ

สมพงษ์ สิทธิพิทุธา

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางเพรียง

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบางบ่อ จังหวัดสมุทรปราการ

DOI: 10.14456/jrpsi.2026.11

Received: February 27, 2025 | Revised: May 22, 2026 | Accepted: May 26, 2026

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับปัจจัยด้านบุคคล ระบบบริการสุขภาพ ครอบครัวและสังคม สิ่งแวดล้อม พฤติกรรมมารตามนัต และปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมมารตามนัตของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางเพรียง อำเภอบางบ่อ จังหวัดสมุทรปราการ การวิจัยเป็นแบบเชิงสำรวจ ภาคตัดขวาง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำนวน 283 คน สุ่มแบบชั้นภูมิ เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามครอบคลุมด้านบุคคล ระบบบริการสุขภาพ ครอบครัวและสังคม สิ่งแวดล้อม และพฤติกรรมมารตามนัต แบบสอบถามมีความตรงเชิงเนื้อหา (IOC) เท่ากับ 1.00 และค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นรายด้านเท่ากับ 0.79, 0.73, 0.85, 0.87 และ 0.80 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และการถดถอยพหุคูณแบบ Enter พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 61 ปี เป็นเพศหญิง มีอายุมากกว่า 60 ปี มีสถานภาพสมรส การศึกษาระดับประถม ประกอบอาชีพค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัวหรือรับจ้างทั่วไป มีรายได้เฉลี่ย ต่อเดือน 5,000-14,999 บาท และอาศัยอยู่ห่างจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 1-4 กม. ส่วนใหญ่เป็น โรคความดันโลหิตสูงมานาน 4-6 ปี และมีการเลื่อนนัดเป็นครั้งคราว ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมารตามนัต อยู่ในระดับมากที่สุดทุกด้าน ได้แก่ ด้านสิ่งแวดล้อม (Mean = 4.84, S.D. = 0.33) ด้านครอบครัวและสังคม (Mean = 4.77, S.D. = 0.34) ด้านระบบบริการสุขภาพ (Mean = 4.66, S.D. = 0.34) และด้านบุคคล (Mean = 4.56, S.D. = 0.34) พฤติกรรมมารตามนัตอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.57, S.D. = 0.30) ปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพมีอิทธิพลเชิงบวกต่อพฤติกรรมมารตามนัตมากที่สุด ($\beta = 0.57$, P-value < .001) ปัจจัยด้านครอบครัวและสังคมมีอิทธิพลเชิงลบ อย่างมีนัยสำคัญ ($\beta = -0.24$, P-value < .001) ส่วนปัจจัย ด้านสิ่งแวดล้อม ($\beta = 0.17$, P-value < .05) และด้านบุคคล ($\beta = 0.10$, P-value < .05) มีอิทธิพลเชิงบวก ในระดับน้อยกว่า โดยตัวแปรทั้งหมดสามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมมารตามนัตได้ ร้อยละ 41 ($R^2 = 0.41$, $F = 48.28$, P-value < .001) แสดงให้เห็นว่า ควรพัฒนาระบบบริการสุขภาพ โดยเฉพาะ ระบบนัดหมายและการติดตามผู้ป่วยเชิงรุก ควบคู่กับการส่งเสริมบทบาทของครอบครัวและเครือข่ายสังคม ให้สนับสนุนการมารตามนัตอย่างเหมาะสม เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในระยะยาว

ติดต่อผู้พิมพ์: สมพงษ์ สิทธิพิทุธา

อีเมล: sompong251125@gmail.com

คำสำคัญ: โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง, พฤติกรรมมารตามนัต, ปัจจัยทำนาย

Factors Affecting Appointment Adherence Behavior among Patients with Chronic Non-Communicable Diseases at Bang Phriang Subdistrict Health Promoting Hospital, Bang Bo District, Samut Prakan Province

Sompong Sitthiputtha

*Bang Phriang Subdistrict Health Promoting Hospital
Bang Bo District Health Office, Samut Prakan Province*

Abstract

This study aims to examine the levels of personal, health service system, family and social, environmental factors, appointment adherence behavior, and Factors Affecting Appointment Adherence Behavior among Patients with Chronic Non-Communicable Diseases at Bang Phriang Subdistrict Health Promoting Hospital, Bang Bo District, Samut Prakan Province. A cross-sectional survey design was employed. The sample consisted of 283 patients with chronic non-communicable diseases selected by stratified sampling. Data were collected using a questionnaire covering personal factors, health service system, family and social factors, environmental factors, and appointment adherence behavior. The questionnaire demonstrated content validity with an index of item-objective congruence (IOC) of 1.00, and reliability coefficients for each subscale of 0.79, 0.73, 0.85, 0.87, and 0.80, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics, Pearson's correlation, and multiple regression analysis with the Enter method. The results showed that the participants had a mean age of 61 years, were predominantly female, older than 60 years, married, had primary education, worked in trading/own business or as general laborers, had an average monthly income of 5,000-14,999 Baht, and lived 1-4 kilometers from the health promoting hospital. Most had hypertension for 4-6 years and occasionally postponed their appointments. The related factors were all at the highest level, including environmental factors (Mean = 4.84, S.D. = 0.33), family and social factors (Mean = 4.77, S.D. = 0.34), health service system factors (Mean = 4.66, S.D. = 0.34), and personal factors (Mean = 4.56, S.D. = 0.34). Appointment adherence behavior was also at the highest level (Mean = 4.57, S.D. = 0.30). Health service system factors had the strongest positive influence on appointment adherence behavior ($\beta = 0.57$, P-value < .001). Family and social factors had a significantly negative influence ($\beta = -0.24$, P-value < .001), while environmental factors ($\beta = 0.17$, P-value < .05) and personal factors ($\beta = 0.10$, P-value < .05) had weaker positive influences. All variables together explained 41% of the variance in appointment adherence behavior ($R^2 = 0.41$, $F = 48.28$, P-value < .001). These findings indicate that the health service system, particularly appointment scheduling and proactive patient follow-up, should be strengthened alongside promoting the roles of families and social networks in appropriately supporting appointment adherence, in order to enhance the long-term care of patients with chronic non-communicable diseases.

Corresponding Author: Sompong Sitthiputtha **E-mail:** sompong251125@gmail.com

Keywords: Non-Communicable Diseases, appointment-keeping behavior, predictive factors

บทนำ

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases: NCDs) เป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญในระดับโลก โดยองค์การอนามัยโลกระบุว่า NCDs เป็นสาเหตุการเสียชีวิตประมาณ 41 ล้านคนต่อปี คิดเป็นร้อยละ 74 ของการเสียชีวิตทั้งหมดทั่วโลก⁽¹⁾ สำหรับประเทศไทยรายงานสถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังของกระทรวงสาธารณสุข และการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย (Thai National Health Examination Survey: NHES VI) พบว่า ภาวะความดันโลหิตสูงและเบาหวานยังคงมีความชุกสูงและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยมีผู้ป่วยความดันโลหิตสูงประมาณ 14 ล้านคน และประชากรวัยผู้ใหญ่ประมาณ 1 ใน 4 มีภาวะดังกล่าว⁽²⁻³⁾ รวมทั้งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในกลุ่มวัยหนุ่มสาว ซึ่งสะท้อนถึงความท้าทายของระบบสุขภาพในการควบคุมโรคในระยะยาว⁽⁴⁾ การดูแลผู้ป่วย NCDs จำเป็นต้องอาศัยความต่อเนื่องของการดูแล (continuity of care) โดยพฤติกรรมการมาตามนัด (appointment adherence หรือ appointment-keeping behavior) เป็นตัวชี้วัดสำคัญของความร่วมมือในการรักษา หลักฐานเชิงประจักษ์ชี้ว่า การขาดนัดมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์ เช่น การควบคุมโรคไม่ได้ การนอนโรงพยาบาล และการเสียชีวิตที่เพิ่มขึ้น รวมทั้งเพิ่มภาระต้นทุนต่อระบบสุขภาพ⁽⁵⁻⁷⁾ อย่างไรก็ตามงานวิจัยที่ผ่านมาส่วนใหญ่เน้นการอธิบายเหตุผลของการขาดนัด เช่น การลืม ภาระงาน และปัญหาการเดินทาง มากกว่าการวิเคราะห์เชิงโครงสร้างของพฤติกรรม⁽⁸⁾

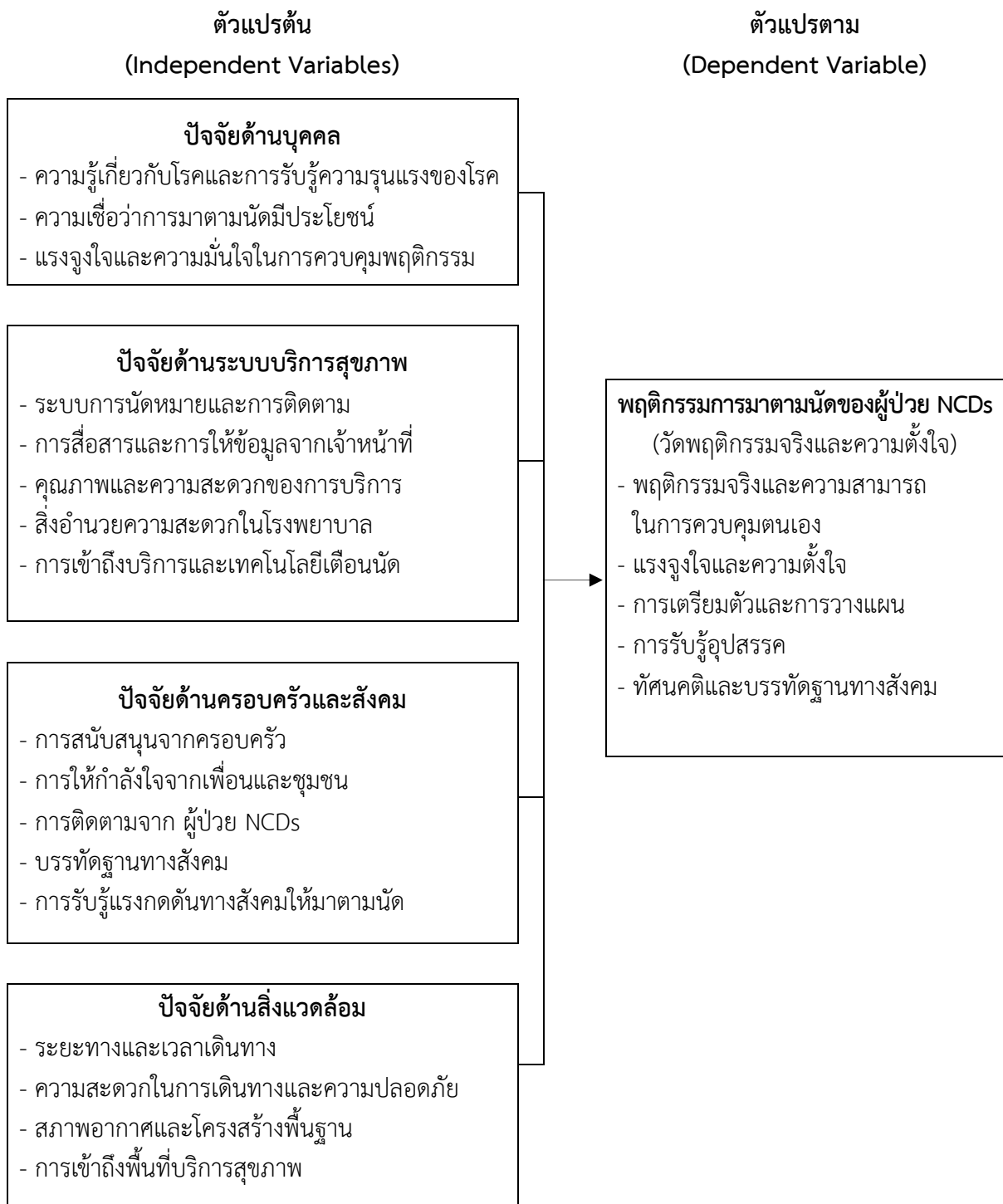
จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการมาตามนัดสามารถจำแนกได้หลายมิติ ได้แก่ ปัจจัยด้านบุคคล เช่น ความรู้ การรับรู้ความเสี่ยง ความเชื่อ และทัศนคติ⁽⁹⁻¹⁰⁾ ปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพ เช่น ระบบนัดหมาย การเข้าถึงบริการ และคุณภาพการดูแล⁽¹¹⁻¹²⁾ ปัจจัยด้านครอบครัวและสังคม เช่น การสนับสนุนทางสังคม^(8,13) และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม เช่น ระยะทางและความสะดวกในการเดินทาง^(5,14) ในการศึกษาี้กรอบแนวคิดเชิงทฤษฎีของตัวแปรต้นและตัวแปรตามประยุกต์จาก Health Belief Model (HBM) และ Theory of Planned Behavior (TPB) โดยปัจจัยด้านบุคคลแสดงถึงองค์ประกอบของ HBM เช่น การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความรุนแรง ประโยชน์ อุปสรรค และการรับรู้ความสามารถตนเอง ตลอดจนสอดคล้องกับทัศนคติต่อพฤติกรรมและการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมใน TPB ขณะที่ปัจจัยด้านครอบครัวและสังคมแสดงถึงบรรทัดฐานเชิงอัตวิสัยใน TPB และทำหน้าที่เป็นปัจจัยปรับเปลี่ยนและตัวกระตุ้นให้เกิดการกระทำตาม HBM ส่วนปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพและสิ่งแวดล้อมทำหน้าที่เป็นอุปสรรคและสิ่งเอื้ออำนวยภายนอก รวมถึงตัวกระตุ้นให้เกิดการกระทำ และเกี่ยวข้องกับการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมใน TPB ตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมการมาตามนัด ทำหน้าที่เป็นผลลัพธ์ของโครงสร้างตามทั้งสองทฤษฎี ซึ่งช่วยให้สามารถอธิบายพฤติกรรมการมาตามนัดของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้อย่างครอบคลุมทั้งด้านบุคคล ครอบครัวและสังคม ระบบบริการสุขภาพ และบริบทสิ่งแวดล้อม⁽⁹⁻¹⁰⁾ อย่างไรก็ตามการประยุกต์ใช้ทฤษฎีดังกล่าวในบริบทพฤติกรรมการมาตามนัดของผู้ป่วย NCDs ยังมีจำกัด และมักไม่ได้บูรณาการร่วมกับปัจจัยเชิงระบบบริการสุขภาพและบริบทแวดล้อม

ในบริบทพื้นที่กึ่งอุตสาหกรรม เช่น จังหวัดสมุทรปราการ ซึ่งมีแรงงานเคลื่อนย้ายสูงและข้อจำกัดด้านเวลาพบว่า การรักษาต่อเนื่องและการควบคุมโรคยังอยู่ในระดับต่ำ สะท้อนข้อจำกัดของระบบบริการในการตอบสนองต่อบริบทเฉพาะพื้นที่⁽¹⁵⁾ จากการวิเคราะห์สามารถระบุช่องว่างองค์ความรู้ได้ 3 ประการ ได้แก่ (1) การขาดการบูรณาการกรอบแนวคิดเชิงพฤติกรรมร่วมกับปัจจัยเชิงระบบ และสิ่งแวดล้อมในระดับพหุปัจจัย (2) การขาดหลักฐานเชิงประจักษ์ในบริบทพื้นที่กึ่งอุตสาหกรรม และ (3) การขาดแบบจำลองเชิงทำนายหรือโครงสร้างที่อธิบายเส้นทางอิทธิพลของพฤติกรรม ดังนั้นการศึกษานี้จึงมุ่งพัฒนาแบบจำลองเชิงแนวคิดเพื่ออธิบายปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการมาตามนัดของผู้ป่วย NCDs ในบริบทดังกล่าว เพื่อนำไปสู่การพัฒนามาตรการที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาระดับปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพ ปัจจัยด้านครอบครัวและสังคม และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางเพรียง อำเภอบางบ่อ จังหวัดสมุทรปราการ
2. เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมการมาตามนัดของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางเพรียง อำเภอบางบ่อ จังหวัดสมุทรปราการ
3. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการมาตามนัดของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางเพรียง อำเภอบางบ่อ จังหวัดสมุทรปราการ

กรอบแนวคิดในการวิจัย



วัสดุและวิธีการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยทำนายแบบตัดขวาง โดยเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 19 กุมภาพันธ์ 2568 ถึง 31 มีนาคม 2569

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้เข้ารับการรักษาหวัดเดือน มกราคม 2568-31 มีนาคม 2569 ได้ข้อมูลจากทะเบียนผู้ป่วยที่เป็นเบาหวานและความดันโลหิตสูง พื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางเพรียง อำเภอบางบ่อ จังหวัดสมุทรปราการ จากระบบข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (HDC) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ เขตสุขภาพที่ 6 จำนวน 1,068 คน

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ในการวิจัยนี้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยอาศัยการวิเคราะห์พลังทางสถิติ (power analysis) ด้วยโปรแกรม G*Power 3.1⁽¹⁶⁾ สำหรับการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ โดยกำหนดขนาดอิทธิพลระดับปานกลาง (effect size $f^2 = 0.15$)⁽¹⁷⁾ ระดับนัยสำคัญทางสถิติ $\alpha = 0.05$ อำนาจจำแนก (power) = 0.80 และจำนวนตัวแปรอิสระ 4 ตัวแปร ผลการคำนวณพบว่า ต้องมีกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 85 คน เพื่อให้การวิเคราะห์มีความเชื่อมั่นเพียงพอ ทั้งนี้เพื่อรองรับการสูญเสียตัวอย่าง และการตอบแบบสอบถามไม่สมบูรณ์ได้เพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างจากค่าที่คำนวณได้ และกำหนดให้มีขนาดกลุ่มตัวอย่างรวมจำนวน 283 คน ซึ่งมากกว่าขนาดต่ำสุดที่โปรแกรมคำนวณได้ และสอดคล้องกับแนวทางเชิงประจักษ์ที่แนะนำให้ขนาดกลุ่มตัวอย่างไม่น้อยกว่า 20 เท่าของจำนวนตัวแปรต้นสำหรับการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ⁽¹⁸⁻¹⁹⁾

เกณฑ์การคัดเข้าศึกษา คือ 1) สมัครใจเข้าร่วมโครงการศึกษา 2) ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์แผนปัจจุบันเป็นเบาหวานหรือความดันโลหิตสูงมาแล้วอย่างน้อย 6 เดือน 3) สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทยได้ดี 4) อายุ 18 ปีขึ้นไป

เกณฑ์การคัดออกศึกษา คือ 1) ผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลันหรืออาการไม่คงที่ในขณะเก็บข้อมูล เช่น มีไข้สูง อ่อนเพลียมาก เวียนศีรษะ หนามืด เป็นลม หายใจลำบาก เจ็บหน้าอก ความดันโลหิตสูงหรือต่ำผิดปกติ หรือมีภาวะที่แพทย์หรือผู้วิจัยพิจารณาแล้วว่าไม่เหมาะสมต่อการตอบแบบสอบถาม 2) ขอยุติการตอบแบบสอบถามระหว่างดำเนินการ

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ ได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (stratified random sampling) โดยกำหนดหมู่บ้านในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางเพรียงเป็นชั้นภูมิ (strata) จากนั้นคำนวณสัดส่วนตามสูตร $n_i = N_i/N \times n$ จำนวนผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในแต่ละหมู่บ้าน (N_i) เทียบกับจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด ($N = 1,068$) และคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วน (proportionate allocation) ให้ได้จำนวนรวม 283 คน หมู่ที่ 3 ซึ่งมีผู้ป่วยจำนวน 243 คน ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 64 คน หมู่ที่ 4 มีผู้ป่วยจำนวน 301 คน ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 80 คน หมู่ที่ 5 มีผู้ป่วยจำนวน 230 คน ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 61 คน และหมู่ที่ 6 มีผู้ป่วยจำนวน 294 คน ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 78 คน รวมทั้งสิ้น จำนวน 283 คน ทั้งนี้ ในแต่ละชั้นภูมิได้ดำเนินการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (simple random sampling) เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างตามจำนวนที่กำหนดในแต่ละหมู่บ้าน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ใช้เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาสร้างขึ้น จากการทบทวนงานวิจัย เอกสารที่เกี่ยวข้อง ซึ่งครอบคลุมเนื้อหาและวัตถุประสงค์ของการวิจัย โดยพัฒนาขึ้นตามกระบวนการสร้างเครื่องมือวิจัย⁽²⁰⁾ ซึ่งแบ่งแบบสอบถามเป็น 3 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับส่วนบุคคล คำถามเป็นแบบเลือกตอบ และเติมข้อความให้สมบูรณ์ ประกอบด้วยข้อความเกี่ยวกับ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพหลัก รายได้เฉลี่ยต่อเดือน

ระยะทางจากบ้านถึงสถานที่รักษา โรคประจำตัว ระยะเวลาที่ทราบการเป็นโรค และสถานการณ์มาตามนัดรวมจำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเพื่อวัดความคิดเห็นของผู้ป่วย NCDs เกี่ยวกับปัจจัยด้านบุคคล จำนวน 6 ข้อ ปัจจัยด้านระบบบริการด้านสุขภาพ จำนวน 6 ข้อ ปัจจัยด้านครอบครัวและสังคม จำนวน 6 ข้อ และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม จำนวน 6 ข้อ รวม จำนวน 24 ข้อ ตามแบบมาตรวัดแบบลิเคิร์ต (Likert scale) ระดับการวัดเป็นช่วงสเกล (Interval Scale) โดยกำหนดค่าคะแนนเป็น 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย เห็นด้วยปานกลาง ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้ค่าคะแนน 5,4,3,2 และ 1 ตามลำดับ การแปลผลใช้ตามเกณฑ์ที่กำหนด⁽²¹⁾ ดังนี้ 1) ค่าคะแนนเฉลี่ย 4.50-5.00 หมายถึง มีปัจจัยในการมาตามนัดในระดับมากที่สุด 2) ค่าคะแนนเฉลี่ย 3.50-4.49 มีปัจจัยในการมาตามนัดในระดับมาก 3) ค่าคะแนนเฉลี่ย 2.50-3.49 มีปัจจัยในการมาตามนัด ในระดับปานกลาง 4) ค่าคะแนนเฉลี่ย 1.50-2.49 มีปัจจัยในการมาตามนัดในระดับน้อย 5) ค่าคะแนนเฉลี่ย 1.00 -1.49 มีปัจจัยในการมาตามนัดในระดับน้อยที่สุด

ส่วนที่ 3 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมมาตามนัดของผู้ป่วย NCDs โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางเพรียง อำเภอบางบ่อ จังหวัดสมุทรปราการ เพื่อวัดความคิดเห็นของผู้ป่วย NCDs เกี่ยวกับพฤติกรรมมาตามนัด ตามแบบมาตรวัดแบบลิเคิร์ต (Likert scale) ระดับการวัดเป็นช่วงสเกล (Interval Scale) โดยกำหนดค่าคะแนนเป็น 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย เห็นด้วยปานกลาง ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้ค่าคะแนน 5,4,3,2 และ 1 ตามลำดับ รวม จำนวน 10 ข้อ ให้ค่าคะแนน 5,4,3,2 และ 1 ตามลำดับ การแปลผลใช้ตามเกณฑ์ที่กำหนด⁽²¹⁾ ดังนี้ 1) ค่าคะแนนเฉลี่ย 4.50-5.00 หมายถึง มีพฤติกรรมมาตามนัดในระดับมากที่สุด 2) ค่าคะแนนเฉลี่ย 3.50-4.49 มีพฤติกรรมมาตามนัดในระดับมาก 3) ค่าคะแนนเฉลี่ย 2.50-3.49 มีพฤติกรรมมาตามนัดในระดับปานกลาง 4) ค่าคะแนนเฉลี่ย 1.50-2.49 มีพฤติกรรมมาตามนัดในระดับน้อย 5) ค่าคะแนนเฉลี่ย 1.00-1.49 มีพฤติกรรมมาตามนัดในระดับน้อยที่สุด

การเก็บรวบรวมข้อมูล

กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบเกี่ยวกับโครงการวิจัย วัตถุประสงค์การวิจัยขั้นตอนการเก็บข้อมูลและรายละเอียดต่างๆ ตามคำชี้แจง และในการเข้าร่วมการวิจัยนี้ได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างและลงนามเป็นลายลักษณ์อักษร ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 19 กุมภาพันธ์ 2568 ถึง วันที่ 31 มีนาคม 2569 ด้วยแบบสอบถามตามขั้นตอนต่อไปนี้ 1) จัดเตรียมเครื่องมือ ได้แก่ แบบสอบถามความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลสำหรับกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมวิจัย และใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ตามจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 2) ทำหนังสือจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอบางบ่อถึงกลุ่มตัวอย่าง ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางเพรียง อำเภอบางบ่อ จังหวัดสมุทรปราการ เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล 3) ดำเนินการส่งแบบสอบถามให้เจ้าหน้าที่รับผิดชอบงานควบคุมและป้องกันโรคติดต่อเรื้อรัง เพื่อดำเนินการจัดส่งและเก็บรวบรวมแบบสอบถามจากกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่ได้ให้ข้อมูลเรียบร้อยแล้ว โดยบรรจุใส่ซองและปิดผนึกเพื่อส่งกลับคืนให้เจ้าหน้าที่รับผิดชอบงานควบคุมป้องกันโรคติดต่อเรื้อรังและส่งให้ผู้วิจัย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ของแบบสอบถามโดยหาดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of Item-Objective Congruence : IOC) ด้วยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ จำนวน 3 ท่าน ซึ่งแบบสอบถามด้านบุคคล ด้านระบบบริการสุขภาพ ด้านครอบครัวและสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม และพฤติกรรมมาตามนัด ความตรงเชิงเนื้อหารายด้านได้ค่า IOC เท่ากับ 1 และ มีความเชื่อมั่นรายด้าน เท่ากับ 0.79, 0.73, 0.85, 0.87 และ 0.80 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพ ปัจจัยครอบครัวและสังคมและปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วย NCDs วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. พฤติกรรมการมาตามนัดของผู้ป่วย NCDs วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพ ปัจจัยครอบครัวและสังคม และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วย NCDs กับพฤติกรรมการมาตามนัดของผู้ป่วย NCDs ด้วยสถิติเชิงอนุมาน Pearson's Correlation กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

4. วิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการมาตามนัดของผู้ป่วย NCDs ด้วยสถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistic) โดยการใช้สถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบใส่ตัวแปรพร้อมกัน (Multiple Regression Analysis with Enter Method) กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 จากการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นพบว่าค่า Durbin-Watson เท่ากับ 1.59 และค่า r ระหว่างตัวแปรอิสระ มีค่าไม่เกิน 0.80 ซึ่งเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้น

จริยธรรม

การศึกษาครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ เลขที่ COA No.30/2569 เมื่อวันที่ 19 กุมภาพันธ์ 2569 วันหมดอายุ 19 กุมภาพันธ์ 2570

ผลการศึกษา

1. กลุ่มตัวอย่าง ทั้งหมดจำนวน 283 คน พบว่า มีอายุเฉลี่ย 61 ปี ส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 54.77 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 66.08 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 81.62 มีระดับการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 66.43 ส่วนใหญ่มีอาชีพค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว และรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 63.25 และมีรายได้ต่อเดือน 5,000-14,999 บาท ร้อยละ 62.55 อยู่ห่างจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 1-4 กิโลเมตร ร้อยละ 93.64 เป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 50.53 และทราบการป่วยเป็นโรค NCDs 4-6 ปี ร้อยละ 50.53 มีการเลื่อนนัดเป็นครั้งคราว ร้อยละ 86.22

2. ปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพ ปัจจัยด้านครอบครัวและสังคม และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วย NCDs

2.1 ปัจจัยด้านบุคคลพบว่า โดยส่วนใหญ่ของผู้ป่วย NCDs เห็นว่ามีปัจจัยด้านบุคคลเกี่ยวกับความรู้ ทักษะ และแรงจูงใจในการมาตามนัด อยู่ในระดับมากที่สุด (Mean=4.56, S.D.=0.34) โดยมีความคิดเห็นที่เป็นไปในทางเดียวกันอยู่ในระดับมากที่สุด ในเรื่องการจัดใจและพยายามดูแลสุขภาพของตนเองอย่างสม่ำเสมอ (Mean=4.71, S.D.=0.49) รองลงมา เรื่องการเชื่อว่าการมาพบแพทย์ตามนัดช่วยให้ควบคุมอาการของโรคได้ดีขึ้น และเรื่องการให้ความสำคัญกับการปฏิบัติตามแผนการรักษาที่แพทย์แนะนำในชีวิตประจำวัน (Mean=4.68, S.D.=0.47)

2.2 ปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพพบว่า โดยส่วนใหญ่ของผู้ป่วย NCDs เห็นว่ามีระบบบริการสุขภาพเกี่ยวกับการมีระบบนัดหมาย คุณภาพบริการ และการติดตามผู้ป่วยโรค NCDs อยู่ในระดับมากที่สุด (Mean=4.65, S.D.=0.34) โดยมีความคิดเห็นที่เป็นไปในทางเดียวกันอยู่ในระดับมากที่สุด ในเรื่องเจ้าหน้าที่แจ้งข้อมูล วันนัดหมายให้ท่านอย่างครบถ้วนและชัดเจน (Mean=4.71, S.D.=0.46) รองลงมา คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เปิดให้บริการตามเวลาที่ยึดถือเป็นมาตรฐานอย่างสม่ำเสมอ และเจ้าหน้าที่ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาอย่างชัดเจนทำให้ท่านเข้าใจขั้นตอนการรักษามากขึ้น (Mean=4.70, S.D.=0.46)

2.3 ปัจจัยด้านครอบครัวและสังคมพบว่า โดยส่วนใหญ่ของผู้ป่วย NCDs เห็นว่า ปัจจัยจากครอบครัวและสังคม ได้แก่ การสนับสนุนจากครอบครัว อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและชุมชนให้มาตามนัด

อยู่ในระดับมากที่สุด (Mean=4.77, S.D.=0.37) โดยมีความคิดเห็นที่เป็นไปในทางเดียวกันอยู่ในระดับมากที่สุดในเรื่องการได้รับการสนับสนุนจากเพื่อนหรือคนใกล้ชิดในการดูแลสุขภาพและการมาตามนัด (Mean=4.84, S.D.=0.37) รองลงมา คือ ความรู้สึกรู้ว่าครอบครัวให้ความสำคัญกับสุขภาพของท่าน (Mean=4.83, S.D.=0.38) และในชุมชนของท่านมีกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Mean=4.81, S.D.=0.43)

2.4 ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมพบว่า โดยส่วนใหญ่ของผู้ป่วย NCDs เห็นว่ามีปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม เช่น ระยะทาง การเดินทาง สภาพอากาศ เป็นต้น อยู่ในระดับมากที่สุด (Mean=4.84, S.D.=0.33) โดยมีความคิดเห็นที่เป็นไปในทางเดียวกันอยู่ในระดับมากที่สุดในเรื่องโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตั้งอยู่ในพื้นที่ปลอดภัยและเข้าถึงง่าย (Mean=4.92, S.D.=0.28) รองลงมา เรื่องการจราจรและเส้นทางมายังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไม่แออัด (Mean=4.88, S.D.=0.40) และเรื่องการมีวิธีการเดินทางมายังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่สะดวก (Mean=4.86, S.D.=0.35)

3. พฤติกรรมการมาตามนัดของผู้ป่วย NCDs

จากการศึกษาพบว่า โดยส่วนใหญ่ของผู้ป่วย NCDs มีความเห็นเกี่ยวกับพฤติกรรมการมาตามนัด ได้แก่ การมาตามนัดตรงเวลา การแจ้งเลื่อนเมื่อไม่สามารถมาได้ การเตรียมตัวก่อนมาตามนัด และการตั้งใจมาตามนัดในอนาคต อยู่ในระดับมากที่สุด (Mean=4.57, S.D.=0.30) โดยมีความคิดเห็นที่เป็นไปในทางเดียวกันอยู่ในระดับมากที่สุดในเรื่องการเห็นว่า การมาตามนัดเป็นส่วนสำคัญของการรักษาอย่างต่อเนื่อง (Mean=4.96, S.D.=0.19) รองลงมาเรื่องการหลีกเลี่ยงการขาดนัดเพราะเห็นว่า มีผลต่อการรักษา (Mean=4.74, S.D.=0.44) และเรื่องการเตรียมเอกสารและยาที่จำเป็นก่อนมาพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง (Mean=4.64, S.D.=0.53)

4. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการมาตามนัดของผู้ป่วย NCDs

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพ ปัจจัยด้านครอบครัวและสังคม และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วย NCDs กับพฤติกรรมการมาตามนัดของผู้ป่วย NCDs พบว่า ปัจจัยด้านบุคคล ($r=0.28$, $P\text{-value} < 0.01$) ปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพ ($r=0.62$, $P\text{-value} < 0.01$) ปัจจัยด้านครอบครัวและสังคม ($r=0.25$, $P\text{-value} < 0.01$) และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ($r=0.29$, $P\text{-value} < 0.01$) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการมาตามนัดของผู้ป่วย NCDs อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระด้วยกันเองพบว่า มีความสัมพันธ์กันระหว่าง 0.12 ถึง 0.74 ซึ่งไม่มีคู่ใดมีค่าสูงเกิน 0.80 แสดงว่าตัวแปรอิสระทั้งหมดไม่มีปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกันเองสูงเกินไป (Multicollinearity) และสามารถนำไปวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณในขั้นตอนถัดไปได้ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพปัจจัยด้านครอบครัวและสังคม และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ของผู้ป่วย NCDs กับพฤติกรรมการมาตามนัดของผู้ป่วย NCDs (n=283)

ตัวแปรที่ศึกษา	Y	X ₁	X ₂	X ₃	X ₄
พฤติกรรมการมาตามนัดของผู้ป่วย NCDs (Y)	1.00				
ปัจจัยด้านบุคคล (X ₁)	0.28**	1.00			
ปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพ (X ₂)	0.62**	0.35**	1.00		
ปัจจัยด้านครอบครัวและสังคม (X ₃)	0.25**	0.30**	0.55**	1.00	
ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (X ₄)	0.29**	0.12*	0.47**	0.74**	1.00

** $P\text{-value} < 0.01$, * $P\text{-value} < 0.05$

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการมาตามนัดของผู้ป่วย NCDs พบว่า ปัจจัยที่ผ่านเกณฑ์ทดสอบตามข้อตกลงเบื้องต้นก่อนการนำมาวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบปกติ คือ ปัจจัยด้านบุคคล (X₁), ปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพ (X₂) ปัจจัยด้านครอบครัวและสังคม (X₃) และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (X₄) สามารถ

ร่วมทำนายพฤติกรรมมารตามนัตของผู้ป่วย NCDs ได้ร้อยละ 41.00 ($R^2=0.41$, $F=48.28$, $P\text{-value} < 0.01$) โดยที่ปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพ (X_2) เป็นปัจจัยที่มีผลในการทำนายมากที่สุด ($\beta = 0.57$, $P\text{-value} < 0.01$) รองลงมา คือ ปัจจัยด้านครอบครัวและสังคม (X_3) ($\beta = -0.24$, $P\text{-value} < 0.01$), ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (X_4) ($\beta = 0.17$, $P\text{-value} < 0.05$) และปัจจัยที่มีผลทางบวกลำดับสุดท้าย คือ ปัจจัยด้านบุคคล (X_1) ($\beta = 0.10$, $P\text{-value} < 0.05$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยพหุคูณของปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมมารตามนัตของผู้ป่วยโรค NCDs ของผู้ป่วย NCDs ($n=283$)

ตัวแปรที่ศึกษา	B	Beta	t	P-value
Constant	1.81		6.66	<.001**
ปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพ (X_2)	0.57	0.64	11.14	<.001**
ปัจจัยด้านครอบครัวและสังคม (X_3)	-0.24	-0.27	-3.60	<.001**
ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (X_4)	0.17	0.18	2.50	0.013*
ปัจจัยด้านบุคคล (X_1)	0.10	0.11	2.18	0.030*

$R=0.640$, $R^2 = 0.410$, $\text{Adj. } R^2 = 0.401$, $\text{SEE} = 0.235$, $F = 48.276$ ($P\text{-value} < 0.001$)

** $P\text{-value} < 0.01$, * $P\text{-value} < 0.05$

วิจารณ์

ผลการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า ปัจจัยด้านบุคคล ด้านระบบบริการสุขภาพ ด้านครอบครัวและสังคม และด้านสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) อยู่ในระดับมากที่สุดทุกด้าน ซึ่งอธิบายได้ว่าพฤติกรรมมารตามนัตเป็นผลลัพธ์ของปัจจัยหลายมิติที่สัมพันธ์กัน ดังนี้

1) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมมารตามนัต ได้แก่ ปัจจัยด้านบุคคล อยู่ในระดับมากที่สุดโดยเฉพาะความตั้งใจดูแลสุขภาพ ความเชื่อว่าการมารตามนัตช่วยควบคุมโรค และการให้ความสำคัญกับแผนการรักษา สอดคล้องกับกรอบ Health Belief Model ในองค์ประกอบการรับรู้ประโยชน์ (Perceived Benefits) และการรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived Severity) ที่ชี้ว่าการรับรู้ประโยชน์และความรุนแรงของโรคมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ และ Theory of Planned Behavior ในองค์ประกอบทัศนคติต่อพฤติกรรม (Attitude toward the Behavior) และความตั้งใจเชิงพฤติกรรม (Behavioral Intention) ที่อธิบายบทบาทของทัศนคติและความตั้งใจต่อการแสดงพฤติกรรม⁽⁹⁻¹⁰⁾ หลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุนว่าความรู้ ความเชื่อ และแรงจูงใจสัมพันธ์กับการไม่ขาดนัดในผู้ป่วยเรื้อรัง⁽²²⁾ ปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพ อยู่ในระดับมากที่สุด โดยเฉพาะความชัดเจนของวันนัด การสื่อสารที่เข้าใจง่าย และการบริหารเวลาที่เหมาะสม สอดคล้องกับหลักฐานว่าระบบนัดหมายที่มีประสิทธิภาพ และการแจ้งเตือนล่วงหน้าช่วยลดการขาดนัดได้อย่างมีนัยสำคัญ^(12,23) และความพึงพอใจต่อการบริการสัมพันธ์กับการกลับมาใช้บริการอย่างต่อเนื่อง⁽²⁴⁾ ปัจจัยด้านครอบครัวและสังคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมมารตามนัตในทิศทางเชิงลบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งอาจแสดงว่าการสนับสนุนจากครอบครัวและสังคมในบางลักษณะไม่ได้เอื้อต่อการมารตามนัตอย่างสม่ำเสมอ เช่น ผู้ป่วยอาจเกิดการพึ่งพาผู้อื่นมากเกินไปส่งผลให้ขาดความรับผิดชอบในการจัดการสุขภาพของตนเอง หรือในบางกรณี ครอบครัวอาจมีข้อจำกัดด้านเวลา ภาระงาน หรือทรัพยากร ทำให้การสนับสนุนไม่ต่อเนื่อง นอกจากนี้การสนับสนุนทางสังคมที่ไม่เหมาะสม เช่น การให้ข้อมูลที่คลาดเคลื่อน หรือการลดทอนความสำคัญของการมารตามนัต อาจส่งผลเชิงลบต่อพฤติกรรมของผู้ป่วยได้ ผลการศึกษานี้ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยก่อนหน้านี้ที่รายงานว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความร่วมมือในการรักษา⁽¹³⁾ ทั้งนี้อาจเกิดจากความแตกต่างของบริบทพื้นที่ ในงานวิจัยครั้งนี้ซึ่งเป็นพื้นที่กึ่งอุตสาหกรรมตลอดจนลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง หรือรูปแบบและคุณภาพของการสนับสนุนจากครอบครัวและสังคมที่แตกต่างกัน

ดังนั้นหน่วยบริการสุขภาพควรส่งเสริมบทบาทของครอบครัวและเครือข่ายสังคมในลักษณะที่เหมาะสม โดยมุ่งเน้นการเสริมสร้างความรับผิดชอบของผู้ป่วยควบคู่กับการสนับสนุนที่มีคุณภาพ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและความต่อเนื่องของพฤติกรรมตามมาตามนัยอย่างยั่งยืน แนวทางดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดเรื่อง subjective norms ในทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Theory of Planned Behavior: TPB) ในองค์ประกอบ “บรรทัดฐานเชิงอัตวิสัย” (subjective norms) ซึ่งอธิบายว่า ความคาดหวังและแรงสนับสนุนจากบุคคลสำคัญ เช่น ครอบครัว และเพื่อน มีอิทธิพลต่อความตั้งใจและพฤติกรรมของบุคคลโดยตรง ทั้งในด้านการส่งเสริมและการบันทึกพฤติกรรมตามมาตามนัยของผู้ป่วย⁽¹⁰⁾ ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมโดยเฉพาะความสะดวกในการเข้าถึงสถานบริการและระบบคมนาคมที่เอื้อต่อการเดินทาง มีบทบาทสำคัญต่อการใช้บริการอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับหลักฐานที่ระบุว่า ระยะทางและข้อจำกัดด้านการขนส่งเป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพ⁽¹⁴⁾ และสอดคล้องกับกรอบแนวคิดขององค์การอนามัยโลกที่เน้นความสำคัญของการจัดบริการที่มีประสิทธิภาพและการเข้าถึงบริการ (accessibility และ service delivery) ในฐานะองค์ประกอบหลักของระบบสุขภาพที่เข้มแข็ง⁽²⁵⁾

2) ระดับพฤติกรรมตามมาตามนัยของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) พบว่า มีระดับพฤติกรรมตามมาตามนัยในระดับมากที่สุด แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ให้ความสำคัญกับการติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง โดยตระหนักว่า การทำตามนัดเป็นกลไกสำคัญในการควบคุมโรค ป้องกันภาวะแทรกซ้อน และลดความรุนแรงของโรคในระยะยาว ผู้ป่วยจำนวนมากมีการวางแผนล่วงหน้าเพื่อไม่ให้พลาดนัด เช่น การจัดเตรียมเอกสารทางการแพทย์ การเตรียมยา หรือการจัดสรรเวลาในการเดินทางมายังสถานบริการ ซึ่งแสดงถึงความรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเองอย่างชัดเจน พฤติกรรมดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดเรื่องความร่วมมือในการรักษา (treatment adherence) ที่ระบุว่าการปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์อย่างสม่ำเสมอ ทั้งการทำตามนัดและการรับประทานยา มีความสัมพันธ์โดยตรงกับผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะโรคความดันโลหิตสูง⁽²⁶⁾ ในเชิงทฤษฎี ผลการศึกษานี้สามารถอธิบายได้ด้วยกรอบแนวคิด Health Belief Model ซึ่งเสนอว่าเมื่อบุคคลรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคและประโยชน์ของการรักษา จะมีแนวโน้มปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง⁽⁹⁾

3) ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมตามมาตามนัย ผลการศึกษพบว่า ปัจจัยทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ปัจจัยด้านบุคคล ระบบบริการสุขภาพ ครอบครัวและสังคม และสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วย NCDs สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมตามมาตามนัยได้ร้อยละ 41 โดยมีปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพเป็นตัวทำนายที่สำคัญที่สุด รองลงมา คือ ปัจจัยด้านครอบครัวและสังคม สิ่งแวดล้อม และปัจจัยด้านบุคคล สอดคล้องกับแนวคิดขององค์การอนามัยโลกที่ชี้ให้เห็นความสำคัญของระบบบริการสุขภาพที่เข้มแข็งและการจัดระบบบริการที่ตอบสนองต่อความต้องการผู้ป่วยในการเพิ่มประสิทธิภาพของการดูแล⁽¹¹⁾ รวมทั้งสอดคล้องกับหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ระบุว่าระบบนัดหมายที่มีประสิทธิภาพ การเตือนนัด และการจัดบริการที่เอื้อต่อการเข้าถึง สามารถลดการขาดนัดและเพิ่มความต่อเนื่องของการรักษาได้อย่างมีนัยสำคัญ^(5,12,24) ขณะเดียวกัน บทบาทของครอบครัวและเครือข่ายสังคม รวมทั้งสิ่งแวดล้อมด้านการเดินทางและการเข้าถึงสถานบริการ ถูกยืนยันซ้ำจากงานวิจัยก่อนหน้านี้ว่ามีความสำคัญต่อการมารับบริการและความร่วมมือในการรักษา^(8,13-14,23) ผลการศึกษานี้จึงตอกย้ำว่าการส่งเสริมพฤติกรรมตามมาตามนัยของผู้ป่วย NCDs ในระดับปฐมภูมิจำเป็นต้องดำเนินการแบบบูรณาการ ทั้งด้านการพัฒนาระบบบริการ เพิ่มคุณภาพและความพึงพอใจของผู้รับบริการ⁽²⁵⁾ เสริมสร้างการสนับสนุนทางสังคมที่เหมาะสม และลดอุปสรรคด้านสิ่งแวดล้อมควบคู่กับการเสริมสร้างศักยภาพส่วนบุคคลของผู้ป่วย เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการดูแลและลดภาระโรคในระยะยาว^(2,6)

สรุป

ผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่า พฤติกรรมตามมาตามนัยของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังไม่ได้เกิดจากปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งเพียงลำพัง แต่เป็นผลจากการบูรณาการของปัจจัยหลายมิติ ทั้งด้านบุคคล ระบบบริการสุขภาพ ครอบครัวและสังคม รวมถึงสิ่งแวดล้อม โดยเฉพาะระบบบริการสุขภาพซึ่งมีบทบาทสำคัญในการกำหนดความต่อเนื่องของการเข้ารับบริการ แสดงให้เห็นว่าการจัดบริการที่มีประสิทธิภาพ เข้าถึงง่าย และมีการสื่อสาร

ที่ชัดเจน สามารถเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ได้อย่างเป็นรูปธรรม นอกจากนี้การสนับสนุนจากครอบครัวและสังคม รวมถึงบริบทแวดล้อมที่เอื้อต่อการเข้าถึงบริการล้วนเป็นกลไกสำคัญที่ช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตามแผนการรักษาได้อย่างต่อเนื่อง ขณะที่ปัจจัยด้านบุคคล เช่น ความเชื่อ แรงจูงใจ และความตั้งใจ ยังคงเป็นพื้นฐานสำคัญของการตัดสินใจเชิงพฤติกรรม

ดังนั้นการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วย NCDs ในระดับปฐมภูมิ ควรมุ่งเน้นแนวทางเชิงระบบที่ครอบคลุมทั้งการยกระดับคุณภาพบริการ การเสริมสร้างการมีส่วนร่วมของครอบครัว และชุมชน และการจัดการสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการเข้าถึงบริการ ควบคู่กับการส่งเสริมศักยภาพผู้ป่วย เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการรักษาและนำไปสู่ผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ยั่งยืนในระยะยาว

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. พัฒนาระบบนัดหมายและการสื่อสารให้มีประสิทธิภาพ โดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางเพรียง ควรจัดให้มีระบบแจ้งเตือนนัดล่วงหน้าอย่างน้อย 2 ครั้ง (ก่อนนัด 3 วัน และ 1 วัน) ผ่านโทรศัพท์ หรือข้อความพร้อมระบบยืนยันนัด และบันทึกข้อมูลในทะเบียนนัดอย่างเป็นระบบ ควบคู่กับการพัฒนาทักษะการสื่อสารของบุคลากร เช่น การสื่อสารแบบเข้าใจง่ายและการตรวจสอบความเข้าใจของผู้ป่วย (teach-back) เพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญของการมาตามนัด โดยตั้งเป้าหมายให้ผู้ป่วยได้รับการแจ้งเตือนไม่น้อยกว่าร้อยละ 90 และลดอัตราการขาดนัดลงอย่างน้อยร้อยละ 20 ภายใน 6 เดือน

2. เสริมสร้างการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน โดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางเพรียง ควรจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ร่วมกับครอบครัว และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอย่างน้อยไตรมาสละ 1 ครั้ง พร้อมจัดทำทะเบียนผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงขาดนัดและมอบหมายให้สาธารณสุขประจำหมู่บ้านและครอบครัว มีบทบาทในการติดตามและเตือนนัดอย่างต่อเนื่อง โดยตั้งเป้าหมายให้ผู้ป่วยอย่างน้อยร้อยละ 70 มีผู้ดูแลร่วมติดตาม และลดอัตราการขาดนัดในกลุ่มนี้ลงไม่น้อยกว่าร้อยละ 25

3. สนับสนุนการเข้าถึงบริการอย่างยั่งยืน โดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางเพรียง ควรประสานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อสนับสนุนการเดินทางของผู้สูงอายุหรือกลุ่มเสี่ยง เช่น การจัดบริการรับ-ส่ง หรือสนับสนุนค่าพาหนะ รวมทั้งจัดระบบติดตามเชิงรุกสำหรับผู้ป่วยที่ขาดนัด โดยดำเนินการติดตามภายใน 48 ชั่วโมง ผ่านการโทรศัพท์หรือเยี่ยมบ้าน และจัดกลุ่มผู้ป่วยตามระดับความเสี่ยงเพื่อกำหนดความถี่ในการติดตาม โดยตั้งเป้าหมายให้ผู้ป่วยขาดนัดได้รับการติดตามไม่น้อยกว่าร้อยละ 95 และกลับเข้าสู่ระบบการรักษาไม่น้อยกว่า ร้อยละ 80

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

การวิจัยครั้งต่อไปควรดำเนินการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อประเมินประสิทธิผลของมาตรการ เช่น ระบบแจ้งเตือนนัดและการติดตามเชิงรุก โดยเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ได้รับมาตรการกับกลุ่มที่ได้รับการตามปกติและติดตามผลอย่างน้อย 6-12 เดือน โดยใช้ตัวชี้วัดหลัก ได้แก่ อัตราการขาดนัด ความต่อเนื่องในการรักษาและตัวชี้วัดทางคลินิก เช่น ระดับความดันโลหิตหรือระดับน้ำตาลในเลือด นอกจากนี้ควรขยายการศึกษาไปยังหลายพื้นที่เพื่อเปรียบเทียบบริบท และเพิ่มความสามารถในการอ้างอิงผล รวมทั้งดำเนินการวิจัยเชิงคุณภาพ เช่น การสัมภาษณ์เชิงลึกหรือสนทนากลุ่ม เพื่อทำความเข้าใจอุปสรรคในการมาตามนัด และควรมีการศึกษาด้านต้นทุน-ประสิทธิผลของมาตรการดังกล่าว เพื่อสนับสนุนการตัดสินใจเชิงนโยบายและการขยายผลในระดับที่กว้างขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด สาธารณสุขอำเภอ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในอำเภอบางบ่อ ที่ให้ความอนุเคราะห์อำนวยความสะดวกระหว่างการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย ขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่ตำบลบางเปรี้ยว อำเภอบางบ่อ จังหวัดสมุทรปราการ และผู้ป่วยทุกคนที่สละเวลาตอบแบบสอบถาม

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Noncommunicable diseases [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2023 [cited 2026 Apr 27]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
2. Ministry of Public Health. Thailand NCDs situation report 2024. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2024.
3. Aekplakorn W, editor. Thai National Health Examination Survey VI 2019 [Internet]. Nonthaburi: Health Systems Research Institute; 2021 [cited 2026 Apr 27]. Available from: <https://online.fliphtml5.com/bcbgj/znee/>
4. Zhou B, Bentham J, Di Cesare M, Bixby H, Danaei G, Cowan MJ, et al. Worldwide trends in hypertension prevalence and progress in treatment and control from 1990 to 2019: a pooled analysis of 1,201 population-representative studies with 104 million participants. *Lancet*. 2021;398(10304):957-80.
5. Neal RD, Hussain-Gambles M, Allgar VL, Lawlor DA, Dempsey O. Reasons for and consequences of missed appointments in general practice in the UK: questionnaire survey and prospective review of medical records. *Br J Gen Pract*. 2005;55(521):108-13.
6. Dantas LF, Fleck JL, Cyrino Oliveira FL, Hamacher S. No-shows in appointment scheduling— a systematic literature review. *BMC Health Serv Res*. 2018;18(1):1-10.
7. Kaplan-Lewis E, Percac-Lima S. No-show to primary care appointments: why patients do not come. *J Prim Care Community Health*. 2013;4(4):251-5.
8. Lacy NL, Paulman A, Reuter MD, Lovejoy B. Why we don't come: patient perceptions on no-shows. *J Gen Intern Med*. 2004;19(11):1163-8.
9. Rosenstock IM. Historical origins of the health belief model. *Health Educ Monogr*. 1974;2(4): 328-35.
10. Ajzen I. The theory of planned behavior. *Organ Behav Hum Decis Process*. 1991;50(2):179-211.
11. World Health Organization. Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes. Geneva: World Health Organization; 2007.
12. Guy R, Hocking J, Wand H, Stott S, Ali H, Kaldor J, et al. How effective are short message service reminders at increasing clinic attendance? A meta-analysis and systematic review. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;CD001161.
13. DiMatteo MR. Social support and patient adherence to medical treatment: a meta- analysis. *Health Psychol*. 2004;23(2):207-18.
14. Syed ST, Gerber BS, Sharp LK. Traveling towards disease: transportation barriers to health care access. *J Community Health*. 2013;38(5):976-93.

15. Samut Prakan Provincial Public Health Office. Samut Prakan health situation report 2025. Samut Prakan: SPPHO; 2025.
16. Faul F, Erdfelder E, Buchner A, Lang A-G. Statistical power analyses using G*Power 3.1: tests for correlation and regression analyses. *Behav Res Methods*. 2009;41(4):1149-60.
17. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2nd ed. Hillsdale (NJ): Lawrence Erlbaum Associates; 1988.
18. Tabachnick BG, Fidell LS. Using multivariate statistics. 6th ed. Boston (MA): Pearson; 2013.
19. Lakens D. Sample size justification. *Collabra Psychol* [Internet]. 2022 [cited 2026 May22]; 8(1):33267. Available from: <https://www.collabra.org/article/10.1525/collabra.33267>
20. Srisaard B. Introduction to research. 9th ed. Bangkok: Suwiriyaarn; 2017.
21. Kitpreedaburisuth B. Techniques for developing research data collection tools. 5th ed. Bangkok: Chulalongkorn University Press; 2006.
22. Phuthangna P. Factors associated with adherence to scheduled annual health check-up appointments among clients at Health Center Region 10, Ubon Ratchathani. *Health Center Region 10 Journal*. 2021;9(2):59-72.
23. Gupta D, Denton B. Appointment scheduling in health care: challenges and opportunities. *IIE Trans*. 2008;40(9):800-19.
24. Batbaatar E, Dorjdagva J, Luvsannyam A, Savino MM, Amenta P. Determinants of patient satisfaction: a systematic review. *Perspect Public Health*. 2017;137(2):89-101.
25. World Health Organization. Monitoring the building blocks of health systems: a handbook of indicators and their measurement strategies. Geneva: WHO; 2010.
26. Burnier M. Drug adherence in hypertension. *Hypertension*. 2021;77(4):1103-10.