

บทความวิจัยต้นฉบับ :
ความสัมพันธ์ของภาวะซึมเศร้าต่อการควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง
ที่มารับบริการของศูนย์แพทย์ชุมชน เมืองห้วยทะเล
Association of Depression with Uncontrolled Blood Pressure among Hypertension
Patients Receiving Services at Huatalae health center

วรพล วงษ์ประพันธ์
Worapol Wongpraphan
โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา
Maharat Nakhonratchasima Hospital
เบอร์โทรศัพท์ 08-7242-1286; E-mail : taone141@hotmail.com
วันที่รับ 7 ม.ค. 2569; วันที่แก้ไข 17 มี.ค. 2569; วันที่ตอบรับ 24 มี.ค. 2569

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (*cross – sectional analysis study*) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับการควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง มีกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการบริการของศูนย์แพทย์ชุมชน เมืองห้วยทะเล ซึ่งได้มาโดยการเลือกแบบเจาะจงและสมัครใจเข้าร่วมโครงการ เป็นจำนวน 140 คน ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 1 กันยายน ถึง 30 พฤศจิกายน 2568 รวมเป็นระยะเวลา 3 เดือน เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยเป็นแบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย และพฤติกรรมสุขภาพ รวมถึงระดับความดันโลหิต และแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า 2Q, 9Q วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของตัวแปรด้วยสถิติ *binary logistic regression* ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$)

ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับการควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) โดยผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะซึมเศร้า มีความเสี่ยงที่จะควบคุมความดันโลหิตไม่ได้มากกว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า เป็น 3 เท่า (95% CI: 1.48 – 7.59) นอกจากนั้นยัง พบว่า อายุของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตมีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) ข้อเสนอแนะจากงานวิจัยคือ ในการจัดบริการคลินิกโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการในปฐมภูมิ หากพบว่าผู้ป่วยมีระดับความดันโลหิตที่ไม่สามารถควบคุมได้ตามเกณฑ์มาตรฐาน ควรจัดให้มีการประเมินคัดกรองภาวะซึมเศร้าร่วมด้วย
คำสำคัญ: ภาวะซึมเศร้า; ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง; การควบคุมความดันโลหิตไม่ได้; ศูนย์แพทย์ชุมชนเมืองห้วยทะเล

Abstract

This research was a cross-sectional analysis, aimed to study the association between depression and uncontrolled blood pressure among hypertension patients., sample size consisted of 140 hypertensive patients receiving care at Huatalae health center, selected through a purposive sampling and voluntary participation. Data were collected between September 1 and November 30, 2025, over a period of three months. Research instruments included a general patient data, health behavior, blood pressure measurements, and the 2Q, 9Q depression screening tools Quantitative data were analyzed using descriptive statistics, including frequency, percentage, mean and analyzed for association of variables by binary logistic regression model with level of significantly at $P < 0.05$

Depression was significantly associated with uncontrolled blood pressure ($P < 0.05$). Hypertensive patients with depression had a 3-fold higher risk of uncontrolled blood pressure compared with those without depression (95% CI: 1.48–7.59). In addition, age of hypertensive patients was significantly associated with uncontrolled blood pressure ($P < 0.05$). Recommendations: In primary care hypertension clinics, if patients are found to have uncontrolled blood pressure levels according to standard criteria, a screening assessment for depression should be arranged.

Keywords : Depression; Hypertensive Patients; Uncontrolled Blood Pressure; Huatalae Health Center

บทนำ

ในปัจจุบันมีผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพิ่มสูงขึ้นหนึ่งในโรคที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นอันดับต้น ๆ คือโรคความดันโลหิตสูง จากฐานข้อมูลสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข พบว่าในปี 2567 ประเทศไทยมีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ คิดเป็นอัตรา 1,362 ต่อแสนประชากร เพิ่มขึ้นจากปี 2566 ซึ่งคิดเป็นอัตรา 1,247 ต่อแสนประชากร^[1] สถานการณ์โรคความดันโลหิตสูงในจังหวัดนครราชสีมา ในพื้นที่เขตอำเภอเมืองปีงบประมาณ 2567 เท่ากับอัตรา 1,459 ต่อแสนประชากร สำหรับศูนย์แพทย์ชุมชนเมืองห้วยทะเล พบผู้ป่วยรายใหม่ของโรคความดันโลหิตสูงอยู่ที่ร้อยละ 17.84 ของประชากร และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี โดยมีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพียงร้อยละ 19.98 เท่านั้นที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี^[2] ซึ่งหากไม่รักษา หรือควบคุมได้ไม่ดี จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคแทรกซ้อนต่าง ๆ เช่น เส้นเลือดในสมองตีบ เส้นเลือดสมองแตก โรคหัวใจขาดเลือด โรคไตวาย หลอดเลือดแดงใหญ่โป่งพอง เป็นต้น ก่อให้เกิดความพิการทางกาย ส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิต ทำให้คุณภาพชีวิตที่ย่ำแย่ลง^[3] นอกจากนี้ในปี 2565 ที่ผ่านมา ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลก (World Health Organization)^[4] พบว่า มีเพียง 1 ใน 5 เท่านั้นที่ความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ควบคุมดี

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ควบคุมได้ (อายุ 35-65 ปี ระดับความดันโลหิต $\geq 130/80$ มิลลิเมตรปรอท และอายุ ≥ 65 ปีขึ้นไป ระดับความดันโลหิต $\geq 140/90$)^[5] จากรายงานการศึกษาวิจัยพบว่า มีปัจจัยที่สัมพันธ์ได้แก่ เพศ ค่านิยมร่างกาย

ความร่วมมือในการใช้ยา^[6] อายุ^[7] ภาวะโรคร่วม^[8] ระดับการศึกษา การกินเค็ม^[9] การสูบบุหรี่ การออกกำลังกาย^[10] และการดื่มแอลกอฮอล์^[11] นอกจากนี้การศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลศิริราช ในปี 2554^[12] มีผู้ป่วยเรื้อรังที่ศึกษาทั้งหมด 3,412 คน พบว่า เป็นโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด จำนวน 2,024 คน (ร้อยละ 59.32) และจากการคัดกรอง 9 คำถาม (9Q) พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มนี้ที่มีภาวะซึมเศร้าปานกลางและรุนแรงรวมกันเป็นร้อยละ 28.6 นอกจากนี้การศึกษาของกุลธิดา ดวงเนตร^[13] พบว่า มีความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงถึงร้อยละ 25

รวมถึงมีการศึกษาในประเทศไทยเรื่องความสัมพันธ์ของภาวะซึมเศร้าต่อระดับความดันโลหิต ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงไม่ทราบสาเหตุ ในโรงพยาบาลเจ้าคุณไพฑูริย์ พนมทวน^[14] พบว่า ระดับความดันโลหิตมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ งานวิจัยดังกล่าวมีการเก็บข้อมูลทั่วไป แต่ไม่ได้มีการเก็บข้อมูลปัจจัยกวนอื่น ๆ และไม่ได้นำปัจจัยเหล่านั้นมาวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ทางสถิติ

จากการทบทวนทฤษฎีและวรรณกรรมจากต่างประเทศ เรื่องความสัมพันธ์ของภาวะซึมเศร้าต่อการควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ พบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับความดันโลหิตทำให้ความดันโลหิตเพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ Amaike และคณะ^[15] พบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับการเพิ่มความเสี่ยงในการควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในทาง

ตะวันออกใต้ของไนจีเรีย นอกจากนี้ การศึกษาในหน่วยบริการปฐมภูมิทางตอนตะวันตกเฉียงเหนือที่ด้อยพัฒนาของจีน ให้ผลการศึกษาที่สอดคล้องกัน^[16] และยังพบว่า ผู้ป่วยที่ซึมเศร้ามีความเสี่ยงในการควบคุมความดันโลหิตไม่ได้^[17]

อย่างไรก็ตามพบว่างานวิจัยในประเทศไทยยังไม่มีการศึกษาในส่วนของความสัมพันธ์ของภาวะซึมเศร้าต่อการควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงอย่างแพร่หลาย และงานวิจัยบางฉบับให้ผลการศึกษาไม่เหมือนกัน โดยในการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ของมินตราและคณะ^[18] พบว่า โรคไม่ติดต่อเรื้อรังประกอบด้วย โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิต โรคไขมันในเส้นเลือดผิดปกติ โรคไตเรื้อรัง ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ และการศึกษาของกุลธิดา ดวงเนตร^[13] พบว่า การมีโรคประจำตัวความดันโลหิตสูง ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ซึ่งทั้งสองการศึกษานี้ให้ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ของภาวะซึมเศร้าต่อระดับความดันโลหิต ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงไม่ทราบสาเหตุ ในโรงพยาบาลเจ้าคุณไพฑูริย์ พนมทวน ที่กล่าวไปแล้วข้างต้น

จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าว เป็นการศึกษารอคความดันโลหิตสูงในภาพรวมซึ่งมิได้วิเคราะห์แบ่งความสัมพันธ์กับการควบคุมความดันโลหิตสูง ความไม่สอดคล้องกันของข้อมูล รวมทั้งยังไม่เคยมีงานวิจัยที่หาความสัมพันธ์นี้มาก่อน ซึ่งผู้วิจัยเล็งเห็นความสำคัญถึงปัญหาของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่อาจส่งผลให้เกิดปัญหาการควบคุม

ความดันโลหิตไม่ได้เพิ่มสูงขึ้นตามมา ซึ่งเป็นผลกระทบโดยตรงต่อภาวะสุขภาพ และการเกิดภาวะแทรกซ้อน รวมถึงคุณภาพชีวิตที่ลดลงของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผู้วิจัย จึงสนใจศึกษาถึงความสัมพันธ์ของภาวะซึมเศร้า และระดับความดันโลหิตในหน่วยบริการปฐมภูมิชุมชนเขตเมืองห้วยทะเล จังหวัดนครราชสีมา เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้ ไปใช้ในการพัฒนาระบบบริการการป้องกันและรักษาภาวะซึมเศร้าควบคู่ไปกับการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้นทั้งกายและใจอย่างยั่งยืน

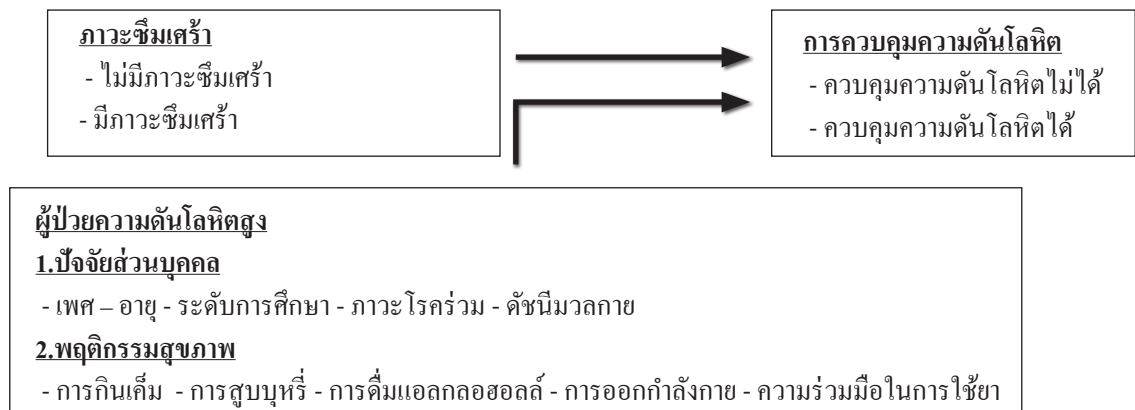
วัตถุประสงค์การทำวิจัย

เพื่อศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับการควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

สมมติฐานการวิจัย

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับการควบคุมความดันโลหิตไม่ได้

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ศึกษาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มารับบริการของศูนย์แพทย์ชุมชนเมืองห้วยทะเล อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา

ขอบเขตด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่เข้ารับบริการตามแนวทางการให้บริการผู้ป่วย ศูนย์แพทย์ชุมชนเมืองห้วยทะเล ในศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองห้วยทะเล โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา ส่วนกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ กลุ่มที่ 1 ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า จำนวน 70 คน และกลุ่มที่ 2 ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะซึมเศร้า จำนวน 70 คน รวมเป็น จำนวนทั้งหมด 140 คน

ขอบเขตด้านพื้นที่ศึกษา

ศูนย์แพทย์ชุมชนห้วยทะเล โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา อ.เมือง จ.นครราชสีมา

ขอบเขตด้านระยะเวลา

ช่วงเวลาที่ทำการศึกษาระหว่างวันที่ 1 กันยายน พ.ศ. 2568 ถึง 30 พฤศจิกายน พ.ศ. 2568 รวมระยะเวลา 3 เดือน

ระเบียบวิธีวิจัย

1. รูปแบบการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (cross-sectional study) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของภาวะซึมเศร้าต่อการควบคุมความดันไม่ได้ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

2.1 ประชากรที่ใช้ในการศึกษา

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นครั้งนี้คือผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่เข้ารับการรักษาในศูนย์แพทย์ชุมชนห้วยทะเล โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา อำเภอเมืองนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา

2.2 กลุ่มตัวอย่างที่นำมาศึกษา

กลุ่มตัวอย่างที่นำมาศึกษาค้นครั้งนี้คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่เข้ารับการรักษาในศูนย์แพทย์ชุมชนห้วยทะเล ตามเกณฑ์คัดเลือกเข้า (inclusion criteria) และเกณฑ์คัดออก (exclusion criteria)

2.2.1 เกณฑ์คัดเลือกเข้า ได้แก่ (1) ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป (2) ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนการรักษาไม่น้อยกว่า 6 เดือน (3) ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ใช้ยาความดันตั้งแต่ 1 ตัวขึ้นไป

2.2.2 เกณฑ์คัดออก ได้แก่ (1) มีประวัติโรคทางจิตเวชอื่น ๆ ยกเว้นโรคซึมเศร้า (2) ผู้ป่วยติดเตียงหรือรักษาแบบประคับประคองในระยะสุดท้าย (3) มีประวัติเจ็บป่วยจนต้องนอนโรงพยาบาลในช่วงที่ทำการ ศึกษา (4) ผู้ป่วยที่กำลังตั้งครรภ์ (5) ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการรักษาด้วยยา (6) ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้โดยไม่ต้องใช้ยา (7) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น Hypertension in the young และ Secondary hypertension

2.3 ขนาดกลุ่มประชากรตัวอย่างคำนวณจากสูตรการประมาณค่าสัดส่วนประชากร 2 กลุ่ม^[19]

ซึ่งจะได้ค่า $n=69.87$ ประมาณกลุ่มตัวอย่างได้เป็นกลุ่มที่ 1 (ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า) จำนวน 70 คน และกลุ่มที่ 2 (ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะซึมเศร้า) จำนวน 70 คน รวมเป็น จำนวนทั้งหมด 140 คน ผู้วิจัยเลือกใช้การสุ่มตัวอย่างโดยวิธีเลือกแบบ purposive sampling เนื่องจากมีข้อจำกัดด้านเวลาและการเข้าถึงผู้ป่วยที่มาใช้บริการในศูนย์แพทย์ฯ กำหนดผู้ป่วยตาม Inclusion criteria ตั้งลำดับที่ 1 ถึง 70 ทั้งกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้าและกลุ่มที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า หากกลุ่มใดเก็บข้อมูลครบตามโควตาที่กำหนดแล้ว จะทำการหยุดการเก็บข้อมูลกลุ่มนั้นและดำเนินการเก็บข้อมูลต่อในกลุ่มที่ยังไม่ครบจำนวนตามโควตา

3. เครื่องมือและการหาคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามเก็บข้อมูลโดยวิธีสัมภาษณ์ เก็บข้อมูล ดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ประกอบด้วย เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง ภาวะโรคร่วม ระดับการศึกษา

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลด้านพฤติกรรมสุขภาพ ประกอบด้วย การกินเค็ม การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ การเคลื่อนไหวร่างกาย ความร่วมมือในการใช้ยา

ส่วนที่ 3 แบบบันทึกข้อมูลความดันโลหิต ประกอบด้วย ระดับความดันโลหิตตัวบน (systolic blood pressure) ระดับความดันโลหิตตัวล่าง (diastolic blood pressure) โดยกำหนดผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้อยู่ที่ อายุ 35-65 ปี ระดับความดันโลหิต $\geq 130/80$ มิลลิเมตรปรอท และอายุ 65 ปีขึ้นไป ระดับความดันโลหิต $\geq 140/90$

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามข้อมูลด้านภาวะ

ซึมเศร้า ประกอบด้วย การประเมิน 2Q และ การประเมิน 9Q

การหาคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ผู้วิจัยสร้างขึ้น เป็นบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย และพฤติกรรม สุขภาพ ได้ให้ผู้เชี่ยวชาญทำการประเมินหา คุณภาพเครื่องมือแล้ว ได้ค่า IOC (ค่า Index of Item-Objective Congruence) เท่ากับ 0.86 และ 0.91 ตามลำดับ สำหรับความร่วมมือในการใช้ยา ใช้แบบวัดความร่วมมือในการใช้ยาสำหรับชาว ไทย (Medication Adherence Scale for Thais; MAST)^[20- 21] ส่วนการคัดกรองภาวะซึมเศร้า ใช้ 2Q, 9Q ซึ่งเป็นเครื่องมือของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

4. ขั้นตอนการดำเนินงานวิจัย

4.1 เตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถาม เก็บข้อมูลโดยวิธีสัมภาษณ์ เก็บ ข้อมูลทั้ง 4 ส่วน ซึ่งประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไปของ ผู้ป่วย ข้อมูลด้านพฤติกรรมสุขภาพ ข้อมูลความ ดันโลหิต ข้อมูลด้านภาวะซึมเศร้า

4.2 เสนอโครงการวิจัยเพื่อรับการพิจารณา จากกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาล มหาราชนครราชสีมา

4.3 ภายหลังจากการผ่านการตรวจสอบจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรง พยาบาลมหาราชนครราชสีมาแล้ว ผู้วิจัยติดต่อขอ ความร่วมมือในการดำเนินงานวิจัยกับหัวหน้าศูนย์ แพทย์ชุมชนเมืองห้วยทะเล ชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดการดำเนินการ การเก็บข้อมูล การพิทักษ์ สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัย

4.4 ประชุมชี้แจงผู้ช่วยนักวิจัย ทีมพยาบาล และเจ้าหน้าที่ของศูนย์แพทย์ชุมชนเมืองห้วยทะเล เพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับแบบสอบถาม แบบ วัด แบบประเมิน 2Q และ 9Q รวมทั้งทบทวน

ขั้นตอนการวัดความดันโลหิตที่สถานพยาบาล อย่างถูกต้องตามแนวทางรักษาโรคความดันโลหิต สูง ในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2567 โดยสมาคม ความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย

4.5 ผู้วิจัยเก็บรวบรวม ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า โดยการคัดกรองด้วยแบบประเมินภาวะซึมเศร้า ของกรมสุขภาพจิต (2Q9Q) และปัจจัยส่วนบุคคล

4.6 นำข้อมูล ผู้ป่วยที่ผ่าน inclusion & ex- clusion criteria แบ่งกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิต สูงออกเป็น กลุ่มที่ควบคุมได้ และกลุ่มที่ควบคุม ไม่ได้ นำข้อมูลค่าระดับความดันโลหิตตรวจสอบ ความถูกต้อง เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติต่อไป

5. การรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ผู้วิจัยได้ขอรับรองจริยธรรมการวิจัยที่ เกี่ยวข้องกับมนุษย์ จากคณะกรรมการพิจารณา จริยธรรมการวิจัย ในมนุษย์โรงพยาบาลมหาราช นครราชสีมา และได้รับรองจากคณะกรรมการฯ เมื่อวันที่ 21 สิงหาคม 2568 ใบรับรองเลขที่ 108/2025 เลขที่โครงการวิจัย 68095 จึงได้เริ่มดำเนินการ เก็บข้อมูลต่อไป การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วม ศึกษาวิจัยผู้วิจัยจะดำเนินการอย่างเคร่งครัดใน การขอคำยินยอมจากอาสาสมัครผู้เข้าร่วมวิจัยโดย เคารพสิทธิความเป็นส่วนตัว ปกปิดข้อมูลความ ลับโดยให้สิทธิใน การปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย พร้อมทั้งลงลายมือในแบบสมัครใจเข้าร่วม โครงการ รวมถึงผู้วิจัยมีมาตรการในการป้องกัน โดยมีการจัดห้องให้เป็นส่วนตัว มีการให้คำ ปรึกษา (counselling) กับผู้ป่วยเพื่อผ่อนคลายและ ลดความกังวล โดยหากมีญาติมาด้วย ให้ญาติเข้า มามีส่วนร่วมในการรับรู้และตัดสินใจเข้าร่วม โครงการวิจัยและเฝ้าระวังความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น

ผลการศึกษา

ผลการศึกษาพบว่าจากกลุ่มตัวอย่าง 140 คน

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 64.30) มีอายุเฉลี่ย 63 ปี โดยกลุ่มที่มีอายุมากที่สุดคือกลุ่มอายุ 35-64 ปี (ร้อยละ 55.70) ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวอื่นร่วมด้วยนอกจากโรคความดันโลหิต (ร้อยละ 85.70) ได้แก่ โรคเบาหวาน (ร้อยละ 34.60) โรคไขมันในโลหิตสูง (ร้อยละ 42.20) และโรคร่วมอื่นๆ (ร้อยละ 23.20) สำหรับดัชนีมวลกายพบว่า ส่วนใหญ่มีดัชนีมวลกายเกินกว่าปกติ BMI ≥ 25 กิโลกรัม/เมตร² (ร้อยละ 75.00) และจบการศึกษาชั้นประถมศึกษาหรือต่ำกว่า (ร้อยละ 58.60) ส่วนใหญ่รับประทานอาหารที่มีความเค็ม รับประทานโซเดียมเกินวันละ 2 กรัม (ร้อยละ 68.60) และไม่สูบบุหรี่ (ร้อยละ 87.90) ส่วนใหญ่ดื่มแอลกอฮอล์ (ร้อยละ 66.40) ไม่ออกกำลังกายหรือไม่เคลื่อนไหวร่างกายต่อเนื่องมากกว่า 30 นาที ไม่น้อยกว่า 5 วันใน 1 สัปดาห์

(ร้อยละ 67.90) และส่วนใหญ่มีความร่วมมือในการใช้ยา โดยใช้แบบวัดความร่วมมือในการใช้ยาสำหรับชาวไทย (ร้อยละ 95.70)

ผลการประเมินภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง มีภาวะซึมเศร้า และ ไม่มีภาวะซึมเศร้า โดยพบว่า มีกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้าและไม่มีภาวะซึมเศร้าเท่ากัน (ร้อยละ 50.00)

ผลการวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการควบคุมความดันโลหิตไม่ได้พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ คือ อายุ ($\chi^2 = 0.177$) การออกกำลังกาย ($\chi^2 = 4.366$) และภาวะซึมเศร้า ($\chi^2 = 5.717$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) ดังรายละเอียดในตาราง 1 2 และ 3

ตาราง 1 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคลต่อการควบคุมความดันโลหิต (n = 140)

การควบคุมความดันโลหิต			
ปัจจัยส่วนบุคคล	ควบคุมได้ จำนวน (ร้อยละ)	ควบคุมไม่ได้ จำนวน (ร้อยละ)	ทั้งหมด
เพศ			
ชาย	23 (46.00)	27 (54.00)	
หญิง	37 (41.10)	53 (58.90)	
		$\chi^2 = 0.314$	$P = 0.597$
อายุ			
35 - 64 ปี	21 (26.90)	57 (73.10)	
65 - 79 ปี	29 (58.00)	21 (42.00)	
มากกว่า 80 ปี	10 (83.30)	2 (16.70)	
		$\chi^2 = 20.796$	$P = 0.001^*$
ภาวะโรคร่วม			
ไม่มีภาวะโรคร่วม	7 (35.00)	13 (65.00)	
มีภาวะโรคร่วม	53 (44.20)	67 (55.80)	
		$\chi^2 = 0.588$	$P = 0.476$

ตาราง 1 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคลต่อการควบคุมความดันโลหิต (n = 140) (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	การควบคุมความดันโลหิต		ทั้งหมด
	ควบคุมได้ จำนวน (ร้อยละ)	ควบคุมไม่ได้ จำนวน (ร้อยละ)	
ดัชนีมวลกาย (หน่วย กิโลกรัม/เมตร ²)			
ผอม (BMI <18.5)	0	0	
สมส่วน (BMI 18.5-24.9)	18 (51.40)	17 (48.60)	
น้ำหนักเกิน (BMI ≥ 25)	42 (40.00)	63 (60.00)	
		$\chi^2 = 1.400$	$P = 0.245$
ระดับการศึกษา			
ประถมศึกษาหรือน้อยกว่า	41 (50.00)	41 (50.00)	
มัธยมศึกษา/ปวช./ปวส./ปวท.	16 (35.60)	29 (64.40)	
ปริญญาตรีขึ้นไป	3 (23.10)	10 (57.10)	
		$\chi^2 = 4.626$	$P^F = 0.094$
หมายเหตุ	^F = สถิติฟิชเชอร์ (Fisher's Exact Test), * = p value < 0.05		

ตาราง 2 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยพฤติกรรมสุขภาพต่อการควบคุมความดันโลหิต (n = 140)

ปัจจัยพฤติกรรมสุขภาพ	การควบคุมความดันโลหิต		ทั้งหมด
	ควบคุมได้ จำนวน (ร้อยละ)	ควบคุมไม่ได้ จำนวน (ร้อยละ)	
การกินเค็ม			
ไม่กินเค็ม	40 (41.70)	56 (58.30)	
กินเค็ม	20 (45.50)	24 (54.50)	
		$\chi^2 = 0.177$	$P = 0.715$
การสูบบุหรี่			
ไม่สูบบุหรี่	54 (43.90)	69 (56.10)	
สูบบุหรี่	6 (35.30)	11 (64.70)	
		$\chi^2 = 0.452$	$P = 0.606$
การดื่มแอลกอฮอล์			
ไม่ดื่มแอลกอฮอล์	40 (43.00)	53 (57.00)	
ดื่มแอลกอฮอล์	20 (42.60)	27 (57.40)	
		$\chi^2 = 0.003$	$P = 1.000$

ตาราง 2 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยพฤติกรรมสุขภาพต่อการควบคุมความดันโลหิต (n = 140) (ต่อ)

ปัจจัยพฤติกรรมสุขภาพ	การควบคุมความดันโลหิต		ทั้งหมด
	ควบคุมได้ จำนวน (ร้อยละ)	ควบคุมไม่ได้ จำนวน (ร้อยละ)	
การออกกำลังกาย			
ไม่ออกกำลังกาย	35 (36.80)	60 (63.20)	
ออกกำลังกาย	25 (55.60)	20 (44.40)	
		$\chi^2 = 4.366$	$P = 0.045^*$
ความร่วมมือในการใช้ยา			
ไม่มีความร่วมมือในการใช้ยา	2 (33.30)	4 (66.70)	
มีความร่วมมือในการใช้ยา	58 (43.30)	76 (56.70)	
		$\chi^2 = 0.700$	$P^F = 0.484$

หมายเหตุ F = สถิติฟิชเชอร์ (Fisher's Exact Test), * = p value < 0.05

ตาราง 3 ผลการวิเคราะห์ภาวะซึมเศร้าต่อการควบคุมความดันโลหิต (n = 140)

ภาวะซึมเศร้า ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง	การควบคุมความดันโลหิต		ทั้งหมด
	ควบคุมได้ จำนวน (ร้อยละ)	ควบคุมไม่ได้ จำนวน (ร้อยละ)	
ไม่มีภาวะซึมเศร้า	37 (52.90)	33 (47.10)	
มีภาวะซึมเศร้า	23 (32.90)	47 (67.10)	
		$\chi^2 = 5.717$	$P = 0.026^*$

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรด้วยสถิติ binary logistic regression พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับการควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) โดยผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีอายุ 35 - 64 ปี มีความเสี่ยงที่จะควบคุมความดันโลหิตไม่ได้มากกว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีอายุ 65 - 79 ปี เป็น 5 เท่า (95% CI; 2.18 - 11.33) แต่กลับพบว่าผู้ป่วยความ

ดันโลหิตสูงที่มีอายุมากกว่า 80 ปี มีโอกาสที่จะควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ลดลง ร้อยละ 80 ส่วนการออกกำลังกายไม่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ($P > 0.05$)

และความสัมพันธ์ของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงกับการควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ โดยการควบคุมตัวแปรอายุ การออกกำลังกาย พบว่าภาวะซึมเศร้าสัมพันธ์กับ

การควบคุมความโลหิตไม่ได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) โดยผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะซึมเศร้ามีความเสี่ยงที่จะควบคุมความดันโลหิตไม่ได้มากกว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่มี

ภาวะซึมเศร้า เป็น 3 เท่า (95% CI; 1.48 – 7.59) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ผู้วิจัยตั้งไว้ ดังรายละเอียดในตาราง 4

ตาราง 4 ผลการทดสอบสมมติฐานการวิจัย โดยใช้สถิติวิเคราะห์ Binary logistic regression กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($n = 140$)

ตัวแปร	ควบคุมได้	ควบคุมไม่ได้	OR	95%CI	P-value
อายุ					
35 - 64 ปี	21	57	5	2.18 – 11.33	0.001**
65 - 79 ปี ^{ref}	29	21			
ตั้งแต่ 80 ปี ขึ้นไป	10	2	0.2	0.04 – 1.20	
การออกกำลังกาย					
ไม่ออกกำลังกาย	35	60			0.059
ออกกำลังกาย	25	20	2.0	0.97 – 4.91	
ภาวะซึมเศร้า					
ไม่มีภาวะซึมเศร้า	37	33			0.004*
มีภาวะซึมเศร้า	23	47	3.0	1.48 - 7.59	

หมายเหตุ * = p value < 0.05, ** = p value < 0.01

อภิปรายผล

จากสมมติฐานที่ตั้งไว้ว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับการควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ผลการทดสอบสมมติฐานทางสถิติพบว่า ภาวะซึมเศร้าสัมพันธ์กับการควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) โดยผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะซึมเศร้า มีความเสี่ยงที่จะควบคุมความดันโลหิตไม่ได้มากกว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า เป็น 3 เท่า (95% CI; 1.48 – 7.59) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ผู้วิจัยตั้งไว้ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Amaiike^[15]

พบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับการเพิ่มความเสี่ยงในการควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในทางตะวันออกใต้ของไนจีเรีย และพบว่าเทียบเคียงได้กับผลการศึกษาของคุณ Lin^[16] ซึ่งเป็นการศึกษาในหน่วยบริการปฐมภูมิทาง ตอนตะวันตกเฉียงเหนือที่ด้อยพัฒนาของจีน นอกจากนี้ยังพบว่าสอดคล้องกับการศึกษาของคุณ Alberto^[17] ที่ได้พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ซึมเศร้ามีความเสี่ยงในการควบคุมความดันโลหิตไม่ได้

ทั้งนี้อธิบายได้ว่า เนื่องจากโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่สัมพันธ์กับการหนาตัวของ

ผนังหลอดเลือดแดงเล็ก ที่เรียกว่า arteriole ทำให้เมื่อหนาตัวขึ้น รูของหลอดเลือดแดงดังกล่าวเล็กลงจึงส่งผลให้ความดันซึ่งเกิดจากการส่งเลือดผ่านรูที่ตีบแคบนั้นเพิ่มขึ้นตาม การที่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้นจะเพิ่มความเสี่ยงในการควบคุมความดันโลหิตไม่ได้เหตุผลเพราะเมื่อเกิดภาวะซึมเศร้าหรือโรคซึมเศร้า จะทำให้ระบบประสาทอัตโนมัติซิมพาเทติกทำงานมากขึ้น จนส่งผลให้เกิดการหดตัวของหลอดเลือดที่มากขึ้น^[22] และเมื่อภาวะนี้คงอยู่เป็นเวลานาน ร่างกายจะปลดปล่อยฮอร์โมนความเครียดได้แก่ออดรีนาลิน และคอร์ติซอลออกมาในกระแสเลือด ซึ่งฮอร์โมนเหล่านี้จะส่งผลต่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของร่างกายเช่น หัวใจเต้นเร็วขึ้น หลอดเลือดหดตัวมากขึ้น จนเป็นผลทำให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้นได้เช่นกัน^[23] นอกจากนี้ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า มักจะมีแรงจูงใจต่ำ ความจำ และความสามารถทางปัญญาในการจัดการพฤติกรรม (executive function) ลดลง อาจส่งผลให้กินยาไม่สม่ำเสมอ^[24] และยังพบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทางสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เช่น การรับประทานอาหาร การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ เป็นต้น^[25] ซึ่งอาจเป็นผลทำให้ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ตามเป้าหมาย

อีกทั้งพบว่าการรับประทานยาลดความดันโลหิตในกลุ่มกั้นเบต้า เช่น atenolol, metoprolol อย่างเป็นประจำ จะทำให้เกิดการรบกวนการหลั่งของสารสื่อประสาท และทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ง่าย โดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เป็นผู้สูงอายุ^[26]

นอกจากนี้ผลจากการวิจัย ยังพบว่าตัวแปร

อื่นที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้คืออายุ โดยผลการวิจัยครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีอายุ 35 - 64 ปี มีความเสี่ยงที่จะควบคุมความดันโลหิตไม่ได้มากกว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีอายุ 65 - 79 ปี เป็น 5 เท่า (95% CI; 2.18 - 11.33) แต่กลับพบว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีอายุมากกว่า 80 ปี มีโอกาสที่จะควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ลดลง ร้อยละ 80 สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Bekele^[7] ที่พบว่าผู้ป่วยความดันโลหิตที่อยู่ในวัยกลางคนนั้นมีความสัมพันธ์กับการควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ แต่อย่างไรก็ตามพบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตที่สูงอายุก็มีความสัมพันธ์กับการควบคุมความดันโลหิตไม่ได้เช่นกัน

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย

1.1 การจัดบริการคลินิกโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการในปฐมภูมิ หากพบว่าผู้ป่วยมีระดับความดันโลหิตที่ไม่สามารถควบคุมได้ตามเกณฑ์มาตรฐาน ควรจัดให้มีการประเมินคัดกรองภาวะซึมเศร้าด้วยแบบทดสอบ 2Q, 9Q หากพบว่าภาวะซึมเศร้าควรได้รับการตรวจและวินิจฉัยโดยแพทย์ เพื่อดำเนินการรักษาบำบัดภาวะซึมเศร้าหรือโรคซึมเศร้าควบคู่กับโรคความดันโลหิตสูงไปด้วย อันจะส่งผลให้การควบคุมความดันโลหิตสามารถควบคุมได้ตามเกณฑ์มาตรฐาน

1.2 กลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีอายุ 35 - 64 ปี ซึ่งเป็นกลุ่มวัยแรงงาน มีความเครียดในด้านการทำงาน ด้านครอบครัว ด้านเศรษฐกิจและรายได้ จึงเป็นกลุ่มที่จะต้องมีการเฝ้าระวังรวมถึงประเมินหาปัจจัยอื่นที่จะส่งผล

ให้เกิดการควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ เช่น ป้างัย ความเครียด ป้างัยภาวะซึมเศร้า เป็นต้น โดยจัดให้กลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงนี้ ได้รับการคัดกรองภาวะซึมเศร้าและภาวะความเครียด อีกทั้งให้เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง

1.3 แนะนำให้มีการจัดโครงการชุมชนสร้างเสริมสุขภาพเพื่อลดระดับความดันโลหิตสูงโดยมุ่งเน้นที่ผู้ป่วยความดันโลหิตในกลุ่มอายุ 35 – 64 ปี โดยมุ่งเน้นเป็นกิจกรรมเชิงรุกในชุมชน

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยครั้งถัดไป

2.1 ขยายพื้นที่และกลุ่มประชากรการศึกษาให้ครอบคลุมมากขึ้น

2.2 ศึกษาปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าหรือโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นปัจจัยร่วมที่ทำให้เกิดการควบคุมความดันโลหิตไม่ได้

2.3 ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับการควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้เพิ่มเติม รวมถึงศึกษาปัจจัยที่มีผลกับความเครียด

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ อาจารย์ นพ.อภิรักษ์ โภคนาดิ และอาจารย์ นพ.อันอัม สมานประธาน ที่ให้คำปรึกษาและแนะนำให้งานวิจัย รวมถึงขอขอบคุณ ดร.วิระพล วงษ์ประพันธ์ ผู้ทรงคุณวุฒิ ที่ตรวจสอบให้คำแนะนำและทำให้งานวิจัยครั้งนี้สำเร็จสมบูรณ์ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

- [1] กระทรวงสาธารณสุข. รายงานตามตัวชี้วัดในระดับNCD ClinicPlus. [ออนไลน์]. (2566). [เข้าถึงเมื่อ วันที่ 8 กรกฎาคม 2568]. เข้าถึงได้จาก : <https://hdc.moph.go.th/center/public/standard-reportDetail/29eec762c9591d1f8092da14c7462361>
- [2] กระทรวงสาธารณสุข. รายงานตามตัวชี้วัดในระดับ NCD ClinicPlus. [ออนไลน์]. (2566). [เข้าถึงเมื่อ วันที่ 8 กรกฎาคม 2568]. เข้าถึงได้จาก : <https://hdc.moph.go.th/nma/public/standard-report-detail/29eec762c9591d1f8092da14c7462361>
- [3] สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. แนวทางรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป. [ออนไลน์]. (2562). [เข้าถึงเมื่อวันที่ 25 สิงหาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.thaihypertension.org/files/HT%20guideline%202019.with%20watermark.pdf>
- [4] องค์การอนามัยโลก. ครั้งแรกที่องค์การอนามัยโลกนำเสนอรายงานผลกระทบทบอันร้ายแรงจากโรคความดันโลหิตสูงและวิธีหยุดยั้งโรคนี. [ออนไลน์]. (2566). [เข้าถึงเมื่อ วันที่ 25 สิงหาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก : <https://www.who.int/thailand/th/news/detail/19-09-2566-first-who-report-details-devastating-impact-of-hypertension-and-ways-to-stop-it>
- [5] สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. แนวทางรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป. [ออนไลน์]. (2567). [เข้า

- ถึงเมื่อวันที่ 25 สิงหาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://thaihypertension.org/wp-content/uploads/2025/07/Guideline2024.pdf>
- [6] กิรติ กิจธีระวุฒิวงษ์ สมภาส สงวนวงศ์ วิจิตร อรณิต สงวนวงศ์วิจิตร และคณะ. ปัจจัยที่มีผลต่อการควบคุมความดันโลหิตของผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองพระ อำเภอวังทอง จังหวัดพิษณุโลก. Bcnsurin. [ออนไลน์]. (2562). [เข้าถึงเมื่อวันที่ 25 สิงหาคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: [https:// he01. tci-thaijo.org/index.php/ bcnsurin/article/ view/197976](https://he01.tci-thaijo.org/index.php/bcnsurin/article/view/197976)
- [7] Tesfaye B, Haile D, Lake B, Belachew T, Tesfaye T, Abera H. Uncontrolled hypertension and associated factors among adult hypertensive patients on follow-up at Jimma University Teaching and Specialized Hospital: cross-sectional study. Res Rep ClinCardiol.[online].(2017).[cited2026Jan19]. Available from: [https://www.dovepress. com/ uncontrolled-hypertension-and-associated-factors-among-adult-hypertens-peer-reviewed-fulltext-article-RRCC](https://www.dovepress.com/uncontrolled-hypertension-and-associated-factors-among-adult-hypertens-peer-reviewed-fulltext-article-RRCC)
- [8] Tapela N, Collister J, Clifton L, Turnbull I, Rahimi K, Hunter DJ. Prevalence and determinants of hypertension control among almost 100 000 treated adults in the UK. Open Heart. [online]. (2021). Available from:[http://dx.doi.org/10.1136/ openhrt-2020-001461](http://dx.doi.org/10.1136/openhrt-2020-001461)
- [9] วนิดา วุฒิกิจจารัตน์ ภักดีวีร์ นาคะวิโร และ ชาติรี โบสิทธิพิเชษฐ์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. [ออนไลน์]. (2564). [เข้าถึงเมื่อวันที่ 9 กุมภาพันธ์ 2568]. เข้าถึงได้จาก: [https://he01.tci-thaijo.org/ index.php/JPMAT/article/view/247253](https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JPMAT/article/view/247253)
- [10] Gao Z, Chen S, Huang X, Ye J, Liu J, Huang Z, et al. Risk Prediction Model for Uncontrolled Hypertension in Chinese Community. Frontiers in Cardiovascular Medicine. [online]. (2022). [cited 2025 Feb 9]. Available from: [https:// pmc.ncbi. nlm. nih. gov/articles/PMC8818737/](https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8818737/)
- [11] Kapoor M, Dhar M, Mirza A, Saxena V, Pathania M. Factors responsible for Uncontrolled Hypertension in the Adults over 50 years of age: A pilot study from Northern India. Indian Heart J 2021; 73(5):644–6.
- [12] สุรัชย์ คำภักดี ความชุกของ โรคซึมเศร้า ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง. วารสาร การแพทย์ โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์ 2018; 27(2) : 107–12.
- [13] กุลธิดาดวงเนตร.ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในหน่วยงานบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระเกียรติ. วารสารการแพทย์ โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์ 2021; 36(1): 13–24.
- [14] พรชนกนันทะเสนีย์และชวนชมชนานิชศักดิ์. ความสัมพันธ์ของภาวะซึมเศร้าต่อระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

- ชนิดไม่ทราบสาเหตุในโรงพยาบาลเจ้าคุณ
ไพฑูลย์ พนมทวน. วารสารวิจัยราชภัฏ
พระนคร สาขาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี
2019; 14(1) : 91-104.
- [15] Amaike C, Salami OF, Bamidele OT, Ojo AM,
Otaigbe I, Abiodun O, et al. Association
of depression and anxiety with uncontrolled
hypertension: A cross-sectional study in
Southwest Nigeria. *Indian Journal of
Psychiatry* 2024; 66(2):157–64.
- [16] Wang L, Li N, Heizhati M, Li M, Yang Z,
Wang Z, et al. Association of Depression
with Uncontrolled Hypertension in Primary
Care Setting: A Cross-Sectional Study
in Less-Developed Northwest China. Ong KL,
editor. *International Journal of Hypertension*
2021. [online]. (2021). [cited 2024 Sep 21].
Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33854797/>
- [17] Rubio-Guerra AF, Rodriguez-Lopez L,
Vargas-Ayala G, Huerta-Ramirez S, Serna
DC, Lozano-Nuevo JJ. Depression
increases the risk for uncontrolled hypertension.
Experimental and Clinical Cardiology.
[online]. (2013). [cited 2022 Sep 7]. Available
from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24294029/>
- [18] มินตรา สารรักษ์ ญญา จันทร์ทรง และ
สรพรรณ ชูตระกูลกิจ. ปัจจัยที่มีความ
สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยด้วย
โรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เข้ารับบริการใน
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพธิ์
อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี.
[ออนไลน์]. (2016). [เข้าถึงเมื่อ วันที่ 25
สิงหาคม 2568]. เข้าถึงได้จาก:
https://www.ubu.ac.th/web/files_up/00008f2022090117360648.pdf
- [19] อรุณ จิรวัฒน์กุล. สถิติทางวิทยาศาสตร์
สุขภาพเพื่อการวิจัย. กรุงเทพฯ: วิทยพัฒน์,
2558
- [20] กมลชนก จงวิไลเกษม และสงวน ลือเกียรติบัณฑิต.
การพัฒนาแบบวัดความร่วมมือในการใช้ยา
สำหรับคนไทย. *วารสารเภสัชกรรมไทย*
2564; 13(1): 17-30.
- [21] อมรพรรณ ศุภจรรย์ สงวน ลือเกียรติบัณฑิต
และวรรณชแสงเจริญ. ความตรงและความเที่ยง
ของแบบวัดความร่วมมือในการใช้ยาสำหรับ
ชาวไทย: การทดสอบในผู้ป่วยโรคเบาหวาน.
วารสารเภสัชกรรมไทย 2561; 10(2): 607-19.
- [22] Ivanušić-Pejić J, Degmečić D.
Hypertension in Association With Anxiety
and Depression – A Narrative Review.
Southeastern European medical journal
2022;6(1):31–43.
- [23] Anderson NB. Levels of Analysis in Health
Science: A Framework for Integrating
Sociobehavioral and Biomedical Research.
*Annals of the New York Academy of
Sciences*. [online]. (1998). [cited 2019 May
22]. Available from: <https://nyaspubs.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1749-6632.1998.tb09595.x>
- [24] อารณ ศรีชัย ทิยาวพร พู่เฟื่อง และพิมพ์มาดา
พชรปกรณ์ศิลป์. ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับ

- ความสม่ำเสมอของการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า. [ออนไลน์]. (2564). [เข้าถึงเมื่อวันที่ 18 มีนาคม 2569]. เข้าถึงได้จาก : <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/RHPC9Journal/article/view/252151>
- [25] Guillem Navarra-Ventura, Coronado-Simsic V, Pau Riera-Serra, Castro A, García-Toro M, Roca M, et al. Associations between unhealthy lifestyle and depression: cross-sectional results from the Spanish National Health Survey. Spanish Journal of Psychiatry and Mental Health; 2023.
- [26] อรทัย แก้วมหากาฬและดารารัตน์ อยู่เจริญ. ภาวะซึมเศร้า: ปัญหาสุขภาพจิตที่สำคัญในผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสงขลา. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ 2019; 6(3): 237-45.