



บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูงในชุมชน

กนกกาญจน์ กิมประสิทธิ์*

บทคัดย่อ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพประชาชนอย่างกว้างขวาง และเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร การจัดการโรคในระดับชุมชนจึงต้องอาศัยทั้งการรักษาทางการแพทย์ การปรับพฤติกรรมสุขภาพ และกลไกสนับสนุนจากชุมชน โดยมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นกำลังสำคัญในการดูแลผู้ป่วยร่วมกับทีมสุขภาพผ่าน การเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่องตามขอบเขตและบทบาทของอสม. ประกอบด้วย 1) การคัดกรอง และค้นหาผู้ป่วยรายใหม่เพื่อส่งต่อเข้าสู่ระบบสุขภาพ 2) การติดตาม และประเมินภาวะสุขภาพร่วมกับพยาบาลเพื่อให้เกิดการดูแลอย่างต่อเนื่อง 3) การส่งเสริมความรู้และพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การใช้อาหารอย่างสม่ำเสมอ การปรับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และการออกกำลังกาย และ 4) การดูแลแบบองค์รวม ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ผ่านการให้กำลังใจและการสร้างเครือข่ายช่วยเหลือในชุมชน อสม. จึงมีบทบาทสำคัญในการเสริมประสิทธิภาพของการควบคุมโรค ลดภาวะแทรกซ้อน แบ่งเบาภาระบุคลากรสุขภาพ และยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและประชาชนในชุมชนอย่างยั่งยืน

คำสำคัญ: อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน การเยี่ยมบ้าน ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

* อาจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย

* Corresponding author; email: kanokkan.kimprasit@crc.ac.th



The role of Village Health Volunteers in Home Visiting with Hypertensive patients in the community

Kanokkan Kimprasit*

Abstract

Hypertension is a chronic non-communicable disease that has a widespread impact on public health. It is a leading cause of premature death. Community-level disease management therefore requires a combination of medical treatment, health behavior modification, and community support mechanisms. Village Health Volunteers (VHVs) play a key role in patient care, working alongside the health team through continuous home visits. Their roles include 1) screening and identifying new patients for referral into the health system 2) monitoring and assessing health status with nurses to ensure continuity of care 3) promoting health knowledge and behaviors, such as medication adherence, dietary adjustments, and exercise 4) holistic care, encompassing physical, mental, and social aspects, through encouragement and the creation of support networks in the community. VHVs play a crucial role in enhancing disease control, reducing complications, alleviating the burden on health personnel, and sustainably improving the quality of life for patients and community members.

Keywords: Village Health Volunteers, Home Visiting, Hypertensive patients

* Lecturer, Faculty of Nursing, Chiang Rai College

* Corresponding author; email: kanokkan.kimprasit@crc.ac.th

Received 19 June 2025; Revised 30 September 2025; Accepted 17 December 2025



บทนำ

โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension) เป็นหนึ่งในโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases: NCDs) ที่สำคัญต่อสุขภาพของประชาชนทั้งในระดับโลกและประเทศไทย อีกทั้งยังเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร ปัจจุบันมีประชากรทั่วโลกอายุ 30-79 ปี ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงประมาณ 1,280 ล้านคนทั่วโลก โดยมีเพียงร้อยละ 21 เท่านั้นที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้¹ ในประเทศไทยพบผู้เสียชีวิตด้วยความดันโลหิตสูงไม่ทราบสาเหตุ ในปี 2565-2667 จำนวน 8,861, 8,056 และ 8,614 คนตามลำดับ² และพบอัตราผู้ป่วยรายใหม่ของโรคความดันโลหิตสูงในปีงบประมาณ 2565-2567 คือ 1,165.79, 1,247.34 และ 1,363.03 ต่อแสนประชากรตามลำดับ³ และจากการประมาณการจำนวนปีสุขภาพที่สูญเสียจากการตายก่อนวัยอันควร (Years of Life Lost due to Premature Death: YLLs) พ.ศ. 2562 พบว่าเพศชายมี YLLs ประมาณ 9.1 ล้านปี เพศหญิงประมาณ 5.4 ล้านปี โดยเมื่อจำแนกตามสาเหตุหลักของการสูญเสียพบสาเหตุจากโรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นสาเหตุอันดับหนึ่งในเพศชาย และอันดับสองในเพศหญิง เช่นเดียวกับข้อมูลปีสุขภาพที่สูญเสียจากการตายก่อนวัยอันควรและความบกพร่องทางสุขภาพ (Disability-Adjusted Life Years: DALYs) พบว่าเพศชายมีการสูญเสียมากกว่าเพศหญิงคิดเป็น 1.5 เท่า โดยเพศชายและหญิงมีการสูญเสียประมาณ 11.1, 7.4 ล้าน DALYs ตามลำดับ⁴

จากข้อมูลดังกล่าวถือเป็นการสะท้อนปัญหาสุขภาพประชากร ชี้ให้เห็นถึงแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้ป่วยรายใหม่ในแต่ละปี และมีความสัมพันธ์กับอัตราการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรและความชุกการเสียชีวิตที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพทั้งในระดับชาติและชุมชน จึงมีความจำเป็นในการเฝ้าระวัง ติดตาม และดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ โดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยที่ยังสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้ตามปกติ ซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในชุมชนมากกว่าการรักษาตัวในโรงพยาบาล อีกทั้งโรคความดันโลหิตสูงมักมีอาการไม่จำเพาะเจาะจง ดังนั้น การดำเนินงานเชิงรุกในชุมชนโดยการติดตามดูแลผู้ป่วยจึงมีความสำคัญต่อการป้องกันภาวะแทรกซ้อนและลดอัตราการเสียชีวิต วัตถุประสงค์ของบทความวิชาการนี้คือ เพื่อนำเสนอข้อมูลเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน และบทบาทการดำเนินงานเยี่ยมบ้านของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการติดตามดูแลผู้ป่วยร่วมกับพยาบาล

ความหมายและอาการของโรคความดันโลหิตสูง

โรคความดันโลหิตสูง คือ ภาวะที่ระดับความดันโลหิตซิสโตลิก (systolic blood pressure) มีค่าตั้งแต่ 140 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป และ/หรือ ความดันโลหิตไดแอสโตลิก (diastolic blood pressure) มีค่าตั้งแต่ 90 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป อ้างอิงจากผลการวัดความดันโลหิตที่สถานพยาบาลมากกว่า 1 ครั้ง⁵ โรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่ไม่แสดงอาการที่จำเพาะ หากผู้ป่วยมีภาวะความดัน



โลหิตสูงเป็นระยะเวลานานและไม่ได้รับการตรวจรักษา จะทำให้เกิดความรุนแรงของโรคมากขึ้น จนสามารถแสดงอาการต่าง ๆ ได้แก่ ปวดศีรษะ เวียนศีรษะ หน้ามืด ใจสั่น ตาพร่ามัว⁶ และอาจก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงในอนาคต

ภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง

ภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงที่สำคัญ ได้แก่ โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง หรือโรคไต⁶ เนื่องจากระดับของความดันโลหิตเป็นปัจจัยกระตุ้นให้เกิดหลอดเลือดสมองแตก เลือดออกในสมอง หลอดเลือดหัวใจตีบหรืออุดตัน รวมถึงเกิดภาวะหลอดเลือดแดงใหญ่ฉีกขาด โดยความเสี่ยงเหล่านี้เริ่มเพิ่มขึ้นตั้งแต่ระดับความดันซิสโตลิก สูงกว่า 115 มม.ปรอท และระดับความดันไดแอสโตลิก สูงกว่า 75 มม.ปรอท⁵ นอกจากนี้หากค่าความดันโลหิตยิ่งเพิ่มขึ้นทุก 20 มิลลิเมตรปรอท จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นสองเท่า³ ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตของประชาชนไทย⁵

ภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้ไม่เพียงเพิ่มอัตราการเสียชีวิตเท่านั้น เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยกลายเป็นผู้ป่วยติดเตียง โดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูงไม่สามารถควบคุมได้ การศึกษาหนึ่งในประเทศไทยพบว่า ความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงหลักที่พบในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง⁷ ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงมีความจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือระหว่างระบบบริการสุขภาพและชุมชน โดยเฉพาะบทบาทของพยาบาลชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเฝ้าระวัง ติดตาม และสนับสนุนการดูแลสุขภาพเชิงรุก เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนเพิ่มเติม ลดความพิการ และส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในชุมชน⁸

แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูง

โรคความดันโลหิตสูงไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ แต่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ที่ปลอดภัยได้ โดยแนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงทางคลินิกปัจจุบันมุ่งให้ระดับความดันโลหิตต่ำกว่า 140/90 มม.ปรอท และหากผู้ป่วยสามารถทนต่อการรักษาได้ดี แพทย์จึงจะพิจารณาปรับเป้าหมายให้ลดลงถึงระดับ 130/80 มม.ปรอท⁵ เพื่อช่วยลดความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนทางระบบหัวใจและหลอดเลือด รวมถึงลดอัตราการเสียชีวิต การดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงต้องการการดูแลรักษาที่ต่างกัน แบ่งออกดังนี้ 1) ความดันโลหิตสูงที่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน ต่ออวัยวะและระบบการทำงานของร่างกายโดยตรง (Hypertension urgencies and emergencies) เช่น ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรุนแรง ทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลว กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด หรือภาวะไตวายเฉียบพลัน 2) ความดันโลหิตสูง ร่วมกับภาวะความเจ็บป่วยปัจจุบันของผู้ป่วย เช่น มีภาวะติดเชื้อทางเดินระบบหายใจร่วมด้วย 3) ความดันโลหิตสูงร่วมกับโรคเรื้อรังอื่นๆ (NCD)



เช่น เบาหวาน ไตวายเรื้อรัง หรือ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง⁴ การดูแลความดันโลหิตสูงจึงจำแนกตามความจำเป็นในการลดค่าระดับความดันโลหิต หากต้องการลดระดับความดันโลหิตอย่างเร่งด่วนเพื่อลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน ผู้ป่วยจะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ส่วนกลุ่มผู้ป่วยที่สามารถให้บริการที่บ้านได้ คือกลุ่มผู้ป่วยที่สามารถค่อย ๆ ลดค่าระดับความดันโลหิตลงอย่างช้า ๆ เช่น ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลมาก่อนและได้กลับบ้าน (step down จากผู้ป่วยใน) หรือผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ ที่พบความดันโลหิตสูงมีแนวทางการรักษาความดันโลหิตให้ได้เป้าหมายตามกลุ่มโรคพื้นฐาน⁵

แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน

การรักษาระดับความดันโลหิตสูงให้ได้ตามเป้าหมายนั้น แพทย์จะพิจารณาให้ยาเพื่อความดันโลหิต แต่ในผู้ป่วยบางรายอาจมีภาวะความดันโลหิตสูงเมื่อมาตรวจที่สถานพยาบาล แต่เมื่ออยู่นอกสถานพยาบาลระดับความดันโลหิตปกติ หรือมีภาวะความดันโลหิตสูงจริงแต่การให้ยาอาจทำให้เกิดความดันต่ำที่บ้านโดยเฉพาะในกลุ่มสูงอายุ จึงควรมีการติดตามผู้ป่วย⁵ และไม่เพียงแค่ออกกำลังกาย ใช้น้ำลดระดับความดันโลหิตเท่านั้น ในแนวทางการรักษาผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจึงมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพร่วมด้วย ตลอดจนการติดตามความดันโลหิตอย่างต่อเนื่อง ผ่านการดูแลผู้ป่วยร่วมกันในเครือข่ายสุขภาพระดับปฐมภูมิ⁹ โดยแนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนนั้นประกอบด้วย

1) การรักษาโรคความดันโลหิตสูงด้วยยาการรักษาระดับของความดันโลหิตสูงด้วยยาอาจจะไม่เพียงพอ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมีผลต่อการช่วยเสริมฤทธิ์การลดความดันโลหิต และยังมีผลต่อการปรับลดยาได้ในอนาคต² ดังนั้น ไม่ว่าผู้ป่วยจะมีข้อบ่งชี้ในการใช้ยาหรือไม่ ผู้ป่วยควรใช้วิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมด้วย

2) การรักษาโรคความดันโลหิตสูงด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม² การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นแนวทางในการควบคุมและป้องกันโรคความดันโลหิตสูงได้ดี ไม่เพียงช่วยควบคุมโรคเท่านั้น แต่ยังลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือภาวะแทรกซ้อนต่างๆ จากแนวทางการปฏิบัติการรักษาโรคความดันโลหิตสูง⁵ ได้กำหนดรายละเอียดของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไว้ ดังนี้ 1) การควบคุมน้ำหนักและดัชนีมวลกาย ผู้ที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตควรควบคุมให้ ค่าดัชนีมวลกายอยู่ที่ 18.5-22.9 กก./ตร.ม. และควบคุมรอบเอว ผู้ชายไม่ให้มากกว่า 90 ซม. และผู้หญิงไม่ให้มากกว่า 80 ซม. 2) การปรับรูปแบบการรับประทานอาหารตามหลัก DASH (dietary approaches to stop hypertension) การรับประทานมังสวิรัตที่มันและไข การรับประทานอาหารแบบเมดิเตอร์เรเนียน ไม่รับประทานอาหารแปรรูป เพื่อให้การลดระดับความดันโลหิตมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น 3) การจำกัดเกลือและโซเดียม ผู้ป่วยควรควบคุมไม่ให้เกิดการบริโภคเกลือโซเดียมเกินวันละ 1.5 กรัม เพราะการบริโภคเกลือโซเดียม



เกินนั้น มีผลต่อระดับความดันโลหิตที่มากขึ้นได้ 4) การออกกำลังกาย การเพิ่มกิจกรรมทางกาย อย่างน้อย 5 วันต่อสัปดาห์ และควรเลือกระดับกิจกรรมให้เหมาะสมกับสุขภาพของตนเอง 5) การลด เลิก แอลกอฮอล์และบุหรี่ สำหรับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ไม่ควรเกิน 1 และ 2 ดื่มมาตรฐานตามเพศหญิง และชายตามลำดับ 6) จัดการความเครียดและเลี่ยงสิ่งแวดล้อมทางเสียงหรืออากาศที่อาจสามารถเพิ่มระดับความดันโลหิตได้

3) การติดตามวัดความดันโลหิตที่บ้าน¹¹ การสังเกตระดับความดันโลหิตของตนเองที่บ้านร่วมด้วยอีกสามารถทำให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองและจัดการตนเองได้โดยการติดตามวัดความดันโลหิตที่บ้าน (home blood pressure monitoring, HBPM) หรือการวัดความดันโลหิตด้วยตนเอง (self monitoring blood pressure, SMBP) เป็นสิ่งช่วยให้เกิดการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง¹² นอกจากนั้นกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการปรับลดยา หรือกลุ่มเสี่ยงเฝ้าระวังโรคความดันโลหิตสูงที่แพทย์แนะนำให้ติดตามระดับความดันโลหิตเป็นกลุ่มที่จำเป็นต้องได้รับการติดตามที่บ้าน การเฝ้าติดตามระดับความดันโลหิตอย่างสม่ำเสมอเป็นปัจจัยสำคัญในการประเมินประสิทธิภาพการควบคุมโรคของผู้ป่วย การวัดความดันโลหิตที่บ้านจึงมีบทบาทสำคัญในการรักษา เพราะทำให้เพิ่มประสิทธิภาพของการรักษาด้วยยา และทำให้เห็นการเปลี่ยนแปลงของระดับความดันโลหิต⁶ แต่การวัดความดันโลหิตที่บ้านอาจมีข้อจำกัดในเรื่องของเครื่องมือที่ใช้ อาจจำเป็นต้องมีการตรวจสอบความเที่ยงตรง⁶ การวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้านยังมีความจำเป็นที่ต้องได้รับการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่¹¹ ในการกระตุ้นเตือน หรือให้คำแนะนำจนกว่าผู้ป่วยจะสามารถปฏิบัติได้เอง⁶ ในระบบสุขภาพจึงได้ให้การเยี่ยมบ้านเข้ามามีส่วนในการช่วยติดตามภาวะความดันโลหิตของผู้ป่วยในชุมชน

บทบาท ขอบเขตหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นผู้ที่มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของชุมชน¹² ถือเป็นกลไกสำคัญในระบบสุขภาพระดับปฐมภูมิของประเทศไทย อสม. เป็นหนึ่งในทีมภาคีเครือข่ายในการดูแลสุขภาพผู้ป่วย บทบาท หน้าที่และความรับผิดชอบของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ปี 2554 คือ 1) ปฏิบัติตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข 2) เผยแพร่ประชาสัมพันธ์ หรือจัดการรณรงค์ และให้ความรู้ทางด้านสาธารณสุขมูลฐาน 3) ให้บริการสาธารณสุขแก่ประชาชนตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุข หรือบทบัญญัติของกฎหมายอื่นๆ 4) จัดกิจกรรมเฝ้าระวังและป้องกันปัญหาสาธารณสุขที่สอดคล้องกับสภาวะสุขภาพของท้องถิ่น 5) เป็นแกนนำในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางสุขภาพและพัฒนาคุณภาพชีวิตของชุมชนโดยการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน และประสานแผนการสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและแหล่งอื่นๆ 6) ให้ความรู้ด้านการเข้าถึงสิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพ การเข้าถึงบริการสาธารณสุขของประชาชน และการมีส่วนร่วมในการเสนอความเห็นของชุมชน



เกี่ยวกับนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพ 7) ศึกษา พัฒนาตนเอง และเข้าร่วมประชุม ตลอดจนปฏิบัติงานตามที่หน่วยงานอื่นร้องขอ 8) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจะต้องดำเนินการตามมาตรฐานสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 9) ประสานการดำเนินงานสาธารณสุขในชุมชนและปฏิบัติงานร่วมกับเจ้าหน้าที่ของหน่วยงานของรัฐและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รวมถึงองค์กรพัฒนาชุมชนอื่นๆ ในท้องถิ่น¹²

ขอบเขตหน้าที่ของ อสม. สามารถที่จะตรวจวัดความดันโลหิต ประเมินการรับประทาน อาหารของผู้ป่วย ตรวจสอบการรับประทานยาให้ตรงตามที่แพทย์สั่ง ติดตามการออกกำลังกาย ภาวะ เครียด และส่งต่อข้อมูลเชื่อมต่อกันระหว่าง ผู้ป่วยและสถานบริการ เป็นต้น¹³ สามารถติดตามดูแล ให้ ความรู้ ฝึกทักษะ ให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยกลุ่มที่ 1 ได้ คือ กลุ่มผู้ป่วยที่เริ่มเจ็บป่วยระยะแรก จากการ เป็นโรคเรื้อรัง มีการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตเล็กน้อย ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อน ช่วยเหลือตัวเองได้ แต่ขาด ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม¹³

ปัจจุบันประเทศไทยมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) กว่า 1.09 ล้านคนทั่ว ประเทศ ทำหน้าที่ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และเชื่อมโยงประชาชนกับระบบบริการสาธารณสุข อย่างใกล้ชิด¹⁴ โดยเฉพาะในการเยี่ยมบ้าน จำนวนอสม. ที่มากทำให้สามารถเข้าถึงผู้ป่วยในชุมชนได้ อย่างทั่วถึงและต่อเนื่อง อสม. มีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและผู้ป่วยติด เติงให้เข้าถึงข้อมูลสุขภาพ บริการที่จำเป็น และลดภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ รวมถึงเป็นตัวกลางที่ ช่วยขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในระดับชุมชนอย่างยั่งยืน¹⁵

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในชุมชน

การเยี่ยมบ้านถือเป็นกลยุทธ์ที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในชุมชน มีเป้าหมาย เพื่อเสริมสร้างความสามารถของผู้ป่วยในการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง ลดความเสี่ยงจาก ภาวะแทรกซ้อน¹⁶ โดยอาศัยแนวคิดการพยาบาลแบบองค์รวม (Holistic Nursing) โดยมีการ ดำเนินการวางแผนร่วมกับทีมสุขภาพตั้งแต่อ่อนผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เพื่อเชื่อมโยง บริการดูแลจากโรงพยาบาลสู่ระบบสุขภาพในชุมชนและบ้านอย่างต่อเนื่อง (Continuity of Care) โดยมีพยาบาล องค์กรใดก็ตาม การปฏิบัติการเยี่ยมบ้านโดยพยาบาลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) มักมีข้อจำกัดด้านภาระงาน ทำให้การติดตามผู้ป่วยที่ไม่มีอาการหรือไม่มีภาวะแทรกซ้อนไม่ ครอบคลุมทุกพื้นที่ ดังนั้น การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จึงเป็น กลไกที่สำคัญในการสนับสนุนและเสริมสร้างประสิทธิภาพของระบบสุขภาพชุมชน¹⁶ บทบาทของอสม. ในการเยี่ยมบ้านสามารถจำแนกได้เป็น 4 ด้านหลัก ได้แก่

1) การคัดกรองและติดตามระดับความดันโลหิต¹³ อสม.สามารถตรวจวัดและติดตามค่าความ ดันโลหิตในชุมชน และหากพบความผิดปกติสามารถประสานข้อมูลไปยังพยาบาลชุมชนเพื่อประเมิน



และวางแผนการดูแลร่วมกันได้อย่างทันท่วงที ไม่เพียงเท่านั้น การเยี่ยมบ้านโดยอสม. มีผลต่อระดับความดันโลหิตของผู้ป่วย จากการศึกษ พบว่าการบูรณาการติดตามวัดความดันโลหิตที่บ้านโดยอสม. มีประสิทธิภาพต่อระดับความดันโลหิตและดัชนีมวลกาย และทำให้เพิ่มความรู้ในการจัดการตนเองในกลุ่มผู้ป่วยที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ไม่ดี¹⁷ อีกทั้งการเยี่ยมบ้านช่วยให้สามารถติดตามระดับความดันโลหิตและอาการของผู้ป่วยได้อย่างสม่ำเสมอ¹⁸ เนื่องจาก อสม. มีการให้คำแนะนำด้านโภชนาการ การออกกำลังกาย และการใช้ยาตามแผนรักษา ซึ่งช่วยเพิ่มความรู้และความตระหนักในการดูแลตนเองของผู้ป่วย¹⁹ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและเกิดความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำทางการแพทย์¹⁵ อสม. มีความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูง เนื่องจากเป็นกลไกที่ช่วยเสริมสร้างการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องและครอบคลุมในระดับชุมชน²⁰

2) การให้ความรู้และส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ อสม.ได้รับการอบรมเพื่อถ่ายทอดความรู้และคำแนะนำด้านสุขภาพแก่ผู้ป่วย²³ เช่น การใช้ยาตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง การปรับพฤติกรรม การบริโภคอาหาร และการส่งเสริมการออกกำลังกายที่เหมาะสม จากการศึกษาพบว่าการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงแก่ อสม. พร้อมทั้งการเสริมทักษะการวัดความดันโลหิตและการติดตามผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ มีผลทำให้กลุ่มเสี่ยงสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้ลดลงได้¹⁷ นอกจากนี้ การติดตามเยี่ยมผู้ป่วยผ่านโทรศัพท์ควบคู่กับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน²⁴ โดย อสม. ยังช่วยเพิ่มคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย และลดค่าเฉลี่ยความดันโลหิตไดแอสโตลิกอีกด้วย⁵

3) การเป็นสื่อกลางระหว่างชุมชนและบุคลากรทางการแพทย์ อสม.ทำหน้าที่ถ่ายทอดข้อมูลด้านสุขภาพจากชุมชนไปยังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และนำคำแนะนำหรือนโยบายจากหน่วยบริการสุขภาพกลับสู่ผู้ป่วยและครอบครัวในชุมชน เพื่อสร้างความเชื่อมโยงของระบบบริการอย่างต่อเนื่อง อสม. มีสมรรถนะ¹⁶ สามารถรวบรวมข้อมูลสุขภาพและรายงานปัญหาสุขภาพในพื้นที่ ซึ่งเป็นสิ่งสนับสนุนให้หน่วยบริการสุขภาพสามารถวางแผนและตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพในชุมชนได้อย่างเหมาะสม¹⁵

4) การสนับสนุนทางจิตสังคม อสม. ในฐานะบุคคลที่อยู่ในพื้นที่เดียวกับผู้ป่วย สามารถให้การสนับสนุนด้านจิตใจและสังคม เช่น การให้กำลังใจและการสร้างเครือข่ายความช่วยเหลือในชุมชน ซึ่งเป็นการส่งเสริมการดูแลแบบองค์รวมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ¹³ จึงเห็นได้ว่าการดำเนินงานดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในชุมชนโดย อสม. นั้นมีผลต่อระดับความดันโลหิต ทำให้ระดับความดันโลหิตลดลง ซึ่งอาจมีผลทำให้อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนก็ลดลงได้อีกด้วย การดำเนินงานในชุมชน จึงต้องมี อสม. ที่คอยติดตามและดูแลสุขภาพประชาชนร่วมกับทีมเจ้าหน้าที่ รพ.สต.¹⁶ เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยครอบคลุมมากยิ่งขึ้น²⁵

การดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในชุมชนต้องอาศัยการทำงานอย่างต่อเนื่อง ซึ่งพยาบาลเพียงลำพังอาจไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่ การมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเข้ามาช่วยติดตาม ให้



คำแนะนำ และเชื่อมโยงข้อมูลกับทีมสุขภาพ จึงทำให้การดูแลมีความต่อเนื่อง ครอบคลุม และช่วยลดภาวะแทรกซ้อนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สรุป

โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาสุขภาพที่ต้องการการจัดการอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง โดยเฉพาะในระดับชุมชนซึ่งมีผู้ป่วยจำนวนมากที่ยังสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้ตามปกติ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จึงทำหน้าที่เป็นกลไกสำคัญในการเชื่อมโยงผู้ป่วย ครอบครัว และระบบบริการสุขภาพ การทำงานของอสม.นั้น สามารถสะท้อนผ่าน บทบาทต่าง ๆ ได้แก่ การคัดกรองผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ที่มีความเสี่ยงได้รับการตรวจวินิจฉัยและเข้าสู่ระบบบริการตั้งแต่ระยะเริ่มต้น การติดตามและการประเมินภาวะสุขภาพอย่างต่อเนื่องร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในชุมชน ซึ่งช่วยให้การดูแลมีความต่อเนื่องและลดความเสี่ยงจากภาวะแทรกซ้อน การส่งเสริมความรู้ และพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อสร้างความเข้าใจและสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง และการดูแลแบบองค์รวมที่ครอบคลุมทั้งมิติทางกาย จิตใจ และสังคม ผ่านการให้กำลังใจ การสื่อสารอย่างใกล้ชิด และการสร้างเครือข่ายการช่วยเหลือในท้องถิ่น จากบทบาทดังกล่าว อสม. ไม่เพียงแต่ช่วยเสริมพลังให้ผู้ป่วยสามารถจัดการโรคด้วยตนเอง แต่ยังแบ่งเบาภาระงานของบุคลากรสุขภาพ และเพิ่มศักยภาพของระบบสุขภาพปฐมภูมิในระยะยาว การทำงานร่วมกันระหว่างอสม. พยาบาล และทีมสุขภาพ จึงเป็นหัวใจสำคัญในการยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในชุมชนอย่างครอบคลุมและยั่งยืน

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Hypertension \[Internet]. Geneva: World Health Organization; 2023 Mar 16 \[cited 2025 Jun 1]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>
2. HEALTH DATA CENTER. Top 10 causes of death. HEALTH DATA CENTER \[cited 2025 Aug 18]. Available from:[\[https://hdc.moph.go.th/center/public/standard-report-detail/8881445af732eb166fa2470ba5046956\]](https://hdc.moph.go.th/center/public/standard-report-detail/8881445af732eb166fa2470ba5046956)
3. HEALTH DATA CENTER. New cases of hypertension per hundred thousand population in the fiscal year. HEALTH DATA CENTER \[cited 2025 Aug 18]. Available from:[\[https://hdc.moph.go.th/center/public/standard-report-detail/29eec762c9591d1f8092da14c7462361\]](https://hdc.moph.go.th/center/public/standard-report-detail/29eec762c9591d1f8092da14c7462361)



4. Burden of Disease Research Program Thailand. Disability-Adjusted Life Years: DALYs. \[cited 2025 Sep 20]. Available from: [<https://www.thaihealth.or.th/wp-content/uploads/2023/05/การสูญเสียปีสุขภาวะ-Disability-Adjusted-Life-Years-DALYs.pdf>]
5. Thai Hypertension Society. Thai guidelines on the treatment of hypertension 2024 \[Internet]. Bangkok: Thai Hypertension Society; 2024 \[cited 2025 Jun 1]. Available from:[<http://www.thaihypertension.org/files/Guideline2024.pdf>]
6. Supasukonwat T. Hypertensive patients' blood pressure at health station: Original article. J Community Public Health \[Internet]. 2025 \[cited 2025 Jun 1];163–171. Available from: [<https://he02.tcithaijo.org/index.php/ajcph/article/view/273191/187117>]
7. Sirimongkol P, Thongchai S, Chaisri P, et al. Prevalence of hypertension in stroke patients: a cross-sectional study in Thailand. BMC Neurol. 2021;21:452. Available from: <https://bmcneurol.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12883-021-02353-y>
8. Jitpanya P, Somchai W. Risk factors for bedridden status in hypertensive stroke patients in community settings. J Health Res. 2019;33(4):345–356. Available from: <https://www.emerald.com/insight/content/doi/10.1108/jhr-07-2019-0172/full/html>
9. Department of Medical Services, Ministry of Public Health. Guidelines and standards for home ward care. Bangkok: Department of Medical Services; 2022.
10. Wiyathus D, Siripakmanont T, Synlapakitkosol U. Development of a home blood pressure monitoring-based self-management model in patients with hypertension and uncontrolled blood pressure. J Thailand Nurs Midwifery Council \[Internet]. 2023 Oct–Dec\[cited 2025 Jun 1];38(4):387–399. Available from: [<https://he02.tci-thaijo.org/index.php/TJONC/article/view/265506/181782>]
11. Thamtathong R. Effect of a Telephone Follow-up Program Combined with Home Blood Pressure Monitoring by Village Health Volunteers on Health Behaviors and Blood Pressure Levels in Hypertensive Patients in Wanron Niwat Subdistrict, Wanron Niwat District, Sakon Nakhon Province. J Environ Community Health. 2022 Sep–Dec;7(3):88–99. Available from: [<https://he03.tci-thaijo.org/index.php/ech/article/view/751/547>]



12. Ministry of Public Health. Announcement in the Royal Gazette regarding Village Health Volunteers 2011 [Internet]. 2011 Mar 20 [cited 2025 Aug 15]. Available from:
https://hss.moph.go.th/HssDepartment/file_reference/20210505164400907.pdf
13. Department of Medical Services Support, Ministry of Public Health. Village Health Volunteer Manual "Smart Village Health Volunteer and Village Health Volunteer Family Doctor" Fiscal Year 2022. Bangkok: Department of Medical Services; 2022.
14. Phiboon S, Suksatan W, Poosuwan K. The role of village health volunteers in hypertension control in rural Thailand. *Int J Nurs Sci*. 2019 Sep;6(3):301–7. doi: 10.1016/j.ijnss.2019.05.004.
15. Ministry of Public Health. Community-based health surveillance and disease control. Bangkok: Department of Disease Control; 2021.
16. Buppatate S, Itthisukphokin S. Developing guidelines for home visiting of intermediate care patients with the participation of families and community network. *J Acad Nurs Health Sci* [Internet]. 2024 Sep–Dec [cited 2025 Jun 1];4(3):119–130. Available from: [<https://he04.tci-thaijo.org/index.php/AJNHS/article/view/2457/1550>]
17. Visanuyothin S, Plianbangchang S, Somrongthong R. An integrated program with home blood-pressure monitoring and village health volunteers for treating poorly controlled hypertension at the primary care level in an urban community of Thailand. *Integr Blood Press Control*. 2018;11:25–35. doi: 10.2147/IBPC.S160548.
18. Yates T, Biddle SJH, Davies M, Khunti K. The role of community health workers in hypertension management: a systematic review. *Am J Prev Med*. 2020 Mar;58(3):437–46. doi: 10.1016/j.amepre.2019.09.011.
19. Jairoun AA, Al-Hemyari SS, Hassan N, Jairoun MA. Community health worker interventions for hypertension control: a systematic review. *J Clin Hypertens*. 2021 Apr;23(4):695–704. doi: 10.1111/jch.14161.
20. Ministry of Public Health. Guidelines for community health volunteer activities in hypertension management. Bangkok: Ministry of Public Health; 2016.



21. Phoungdokmai J. Effectiveness of the blood pressure control program for patients with hypertension at Phayaman Sub-District Health Promoting Hospital, Pichai District, Uttaradit Province. J Sci Technol Northern \[Internet]. 2025 Jan–Mar \[cited 2025 Jun 1];6(1):58–73. Available from: [<https://he03.tci-thaijo.org/index.php/scintc/article/view/4100/2993>]
22. Phimphan P, Samranjit S. The competency to performance of village health volunteers (VHV) in Samut Prakan Province. Prim Health Care J \[Internet]. 2025 Jan–Apr \[cited 2025 Jun 1];39(1):15–26. Available from: [<https://he05.tci-thaijo.org/index.php/Hss6/article/view/5576/5127>]
23. Hasaro G. The study of the performance of proactive village health volunteers. J Health Promot Environ Health Res \[Internet]. 2025 Jan–Mar \[cited 2025 Jun 8];3(1):43–53. Available from: [<https://he04.tci-thaijo.org/index.php/hpc8Journal/article/view/2759/1830>]
24. Kontharakul K, Nitikonkosol K. Effectiveness of a home blood pressure monitoring program in patients with uncontrolled hypertension at the primary outpatient clinic, Phrae Hospital. PMJ Clin Sci \[Internet]. 2024 Jul–Dec \[cited 2025 Jun 2];32(2):8–19. Available from: [<https://thaidj.org/index.php/jpph/article/view/15646/12781>]
25. Kwanta Petmaneechote, Pongpumma L, Arunkeeree A, Taowalanon P. Effectiveness of participatory learning program on knowledge and practice of village health volunteers for taking care of hypertension patients. Nurs J Ministry Public Health. 2021;31(3):28–41.