โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนโดยครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในประเทศไทย: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ

ขวัญตา เพชรมณีโชติ[1] สุกัญญา สุรังษี[1*]

บทคัดย่อ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญของประเทศไทย ผู้ป่วยจำนวนมากยังควบคุมระดับความดันโลหิตได้ไม่ดี การดูแลในชุมชนที่มีครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเข้ามามีส่วนร่วมจึงมีความสำคัญ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับลักษณะและผลลัพธ์ของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนของประเทศไทยที่มีครอบครัวและ/หรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นองค์ประกอบสำคัญ โดยใช้การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบตามแนวทาง JBI สืบค้นจาก PubMed, CINAHL, Scopus, ThaiJO, TCI ฐานข้อมูลวิทยานิพนธ์ในประเทศไทย และรายการเอกสารอ้างอิงที่เกี่ยวข้อง ในช่วงปี พ.ศ. 2558-2568 พบเอกสาร 286 รายการ และมีงานวิจัยเข้าเกณฑ์ 9 เรื่อง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการสังเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา

ผลการศึกษา พบว่า งานวิจัยส่วนใหญ่เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง โปรแกรมส่วนใหญ่มุ่งเน้นการให้ความรู้ด้านสุขภาพ การส่งเสริมการจัดการตนเอง การติดตามเยี่ยมบ้าน และการสนับสนุนจากครอบครัวหรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ระยะเวลาดำเนินโปรแกรมส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 8-12 สัปดาห์ ผลลัพธ์ส่วนใหญ่พบว่าระดับความดันโลหิตลดลงหรือควบคุมได้ดีขึ้น และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยดีขึ้น

โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนที่มีครอบครัวและ/หรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นองค์ประกอบสำคัญมีศักยภาพในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพและการควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วย

คำสำคัญ: โรคความดันโลหิตสูง, การดูแลในชุมชน, ครอบครัว, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน, การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ

[1]วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

*ผู้ประพันธ์บรรณกิจ e-mail: sukanya@bnc.ac.th

Received: 9 March 2026 Revised: 15 April 2026 Accepted: 22 April 2026

Community-Based Care Programs for Patients with Hypertension Involving Family Members and Village Health Volunteers in Thailand: A Systematic Review

Kwanta Petmaneechot[1] Sukanya Surangsee[1*]

Abstract

Hypertension is a major public health problem in Thailand, and many patients remain unable to achieve adequate blood pressure control. Community-based care involving family members and village health volunteers is therefore important. This study aimed to synthesize empirical evidence on the characteristics and outcomes of community-based care programs for patients with hypertension in Thailand that involved family members and/or village health volunteers as key components. A systematic review was conducted following the Joanna Briggs Institute (JBI) guidelines. Studies published between 2015 and 2025 were identified through searches of PubMed, CINAHL, Scopus, ThaiJO, TCI, Thai thesis databases, and reference lists of relevant articles. A total of 286 records were identified, and 9 studies met the inclusion criteria. Data were synthesized narratively. Data were analyzed using narrative synthesis.

Most included studies used quasi-experimental designs. The programs mainly focused on health education, self-management support, home visits, and support from family members and/or village health volunteers. Program duration was generally 8–12 weeks. Most studies reported reductions in blood pressure or improved blood pressure control, together with improvements in patients' health behaviors.

Community-based care programs for patients with hypertension in Thailand that involve family members and/or village health volunteers as key components show potential for improving health behaviors and blood pressure control.

Keywords: Hypertension, Community-based care, Family members, Village health volunteers, Systematic review

[1]Boromarajonani College of Nursing, Chonburi, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

*Corresponding author e-mail: sukanya@bnc.ac.th

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นหนึ่งในโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สำคัญและเป็นปัญหาสาธารณสุขระดับโลก โดยองค์การอนามัยโลกรายงานว่า ประชากรอายุ 30-79 ปี ทั่วโลกประมาณ 1.4 พันล้านคนเป็นโรคความดันโลหิตสูง หรือคิดเป็นร้อยละ 33 ของประชากรในช่วงอายุดังกล่าว[1] โรคนี้เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของโรคหัวใจและหลอดเลือดซึ่งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้นของโลก สำหรับประเทศไทย โรคความดันโลหิตสูงยังคงเป็นปัญหาสุขภาพสำคัญและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุและวัยทำงาน[2,3] อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยจำนวนมากยังไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ตามเกณฑ์ที่แนะนำ โดยผลสำรวจสุขภาพประชาชนไทยครั้งที่ 7 พบว่า ร้อยละ 48 ของผู้ป่วยยังไม่ได้รับการวินิจฉัย หรือได้รับการรักษาแต่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ และมีเพียงร้อยละ 27 ที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ตามเกณฑ์มาตรฐาน[4] สถานการณ์ดังกล่าวก่อให้เกิดภาระโรค ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ และผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ครอบครัว และระบบสุขภาพโดยรวม

ประเทศไทยมีโครงสร้างพื้นฐานด้านระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิที่เข้มแข็งและครอบคลุม ผ่านกลไกของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งมีบทบาทเชิงรุกในการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) อย่างไรก็ตาม แม้จะมีระบบการดูแลที่เข้าถึงระดับชุมชน แต่การควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยในภาพรวมยังคงเป็นความท้าทาย โดยพบว่าผู้ป่วยจำนวนมากยังไม่สามารถบรรลุเป้าหมายตามเกณฑ์การรักษาได้[4,6,7] สะท้อนว่าการดูแลทางคลินิกเพียงอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอ เนื่องจากการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงต้องอาศัยการดูแลอย่างต่อเนื่องในชีวิตประจำวัน ทั้งการรับประทานยา การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลใกล้ชิด[9,10]

ในบริบทของประเทศไทย การดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนมีลักษณะเด่นที่ตั้งอยู่บนฐานของการมีส่วนร่วมของครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน[11-13] ครอบครัวมีบทบาทในการสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยในชีวิตประจำวัน เช่น การเตือนรับประทานยา การจัดอาหารที่เหมาะสม การส่งเสริมกิจกรรมทางกาย และการสร้างแรงจูงใจในการดูแลตนเอง[9,14-16] ขณะที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีบทบาทในการให้ความรู้ ติดตามเยี่ยมบ้าน เฝ้าระวังปัญหาสุขภาพ และเชื่อมโยงผู้ป่วยกับบริการสุขภาพ[17-18] บทบาทร่วมของครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจึงเป็นกลไกสำคัญในการเสริมสร้างความต่อเนื่องของการดูแลผู้ป่วยในชุมชน

ที่ผ่านมา มีงานวิจัยในประเทศไทยจำนวนหนึ่งที่พัฒนาและประเมินผลโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน โดยมีครอบครัวและ/หรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นองค์ประกอบสำคัญ[2,13] โปรแกรมเหล่านี้มีความหลากหลายในด้านองค์ประกอบ ระยะเวลาดำเนินการ ผู้มีส่วนร่วม และผลลัพธ์ที่ประเมิน[16,19,20] อย่างไรก็ตาม หลักฐานยังคงกระจัดกระจาย และยังไม่พบการสังเคราะห์อย่างเป็นระบบที่มุ่งอธิบายทั้งลักษณะของโปรแกรม องค์ประกอบการแทรกแซง และผลลัพธ์ของโปรแกรมดังกล่าวในบริบทประเทศไทยโดยเฉพาะ[21,22] ดังนั้น การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบครั้งนี้จึงมีความจำเป็น

เพื่อสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับลักษณะและผลลัพธ์ของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนที่มีครอบครัวและ/หรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นองค์ประกอบสำคัญ อันจะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลชุมชน การวางแผนบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ และการออกแบบโปรแกรมการดูแลที่เหมาะสมกับบริบทของประเทศไทยต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับ

1. ลักษณะและองค์ประกอบของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนของประเทศไทยที่มีครอบครัวและ/หรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นองค์ประกอบสำคัญ และ
2. ผลลัพธ์ของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนโดยครอบครัวและ/หรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อระดับความดันโลหิตและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic review) เพื่อสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนของประเทศไทยที่มีครอบครัวและ/หรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นองค์ประกอบสำคัญ โดยครอบคลุมงานวิจัยภาษาไทยและภาษาอังกฤษที่เผยแพร่ในช่วงปี พ.ศ. 2558-2568 (ค.ศ. 2015-2025) ทั้งงานวิจัยที่ตีพิมพ์และเอกสารวิชาการฉบับเต็มที่สามารถเข้าถึงได้ การทบทวนดำเนินการตามแนวทางของ Joanna Briggs Institute (JBI)[23]

เกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ 1) เป็นงานวิจัยต้นฉบับที่ดำเนินการในประเทศไทย 2) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่อาศัยอยู่ในชุมชน 3) การแทรกแซงเป็นโปรแกรมการดูแลในชุมชนที่มีครอบครัวและ/หรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นองค์ประกอบสำคัญ 4) รายงานผลลัพธ์อย่างน้อย 1 ด้าน ได้แก่ ระดับความดันโลหิต พฤติกรรมสุขภาพ ความร่วมมือในการรักษา การมาติดตามรักษา หรือคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ และ 5) เป็นงานวิจัยภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษที่ตีพิมพ์หรือเผยแพร่ฉบับเต็มในช่วงเวลาที่กำหนด เกณฑ์คัดออก ได้แก่ งานวิจัยเชิงสำรวจหรือเชิงพรรณนาที่ไม่ได้ประเมินผลของโปรแกรม งานวิจัยที่ไม่ได้ศึกษาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน โปรแกรมที่ไม่มีองค์ประกอบของครอบครัวหรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน งานวิจัยที่ไม่รายงานผลลัพธ์ตามเกณฑ์ และบทความที่ไม่สามารถเข้าถึงฉบับเต็มได้

การกำหนดขอบเขตของการทบทวนใช้กรอบ PICO framework โดยกำหนด Population เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่อาศัยอยู่ในชุมชน Intervention เป็นโปรแกรมการดูแลในชุมชนที่มีครอบครัวและ/หรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นองค์ประกอบสำคัญ Comparison เป็นการดูแลตามปกติหรือการเปรียบเทียบก่อนและหลังได้รับโปรแกรม และ Outcome ได้แก่ ระดับความดันโลหิต พฤติกรรมสุขภาพ ความร่วมมือในการรักษา การมาติดตามรักษา และคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ

การสืบค้นงานวิจัยดำเนินการจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ได้แก่ PubMed, CINAHL, Scopus, ThaiJO และ TCI รวมทั้งฐานข้อมูลวิทยานิพนธ์ในประเทศไทย และการสืบค้นเพิ่มเติมจากรายการเอกสารอ้างอิงของบทความที่เกี่ยวข้อง โดยใช้คำค้นทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษตามกรอบ PICO และเชื่อมคำค้นด้วยตัวดำเนินการทางตรรกะ ได้แก่ AND และ OR

เครื่องมือที่ใช้ในการทบทวนประกอบด้วย 1) แบบคัดกรองงานวิจัยตามเกณฑ์การคัดเลือก 2) แบบประเมินคุณภาพงานวิจัยสำหรับงานวิจัยเชิงทดลองและกึ่งทดลองตามแนวทางของ JBI23 และ 3) แบบบันทึกการสกัดข้อมูล ซึ่งครอบคลุมข้อมูลทั่วไปของการศึกษา องค์ประกอบของโปรแกรม ระยะเวลาดำเนินการ ผู้มีส่วนร่วมสำคัญ รูปแบบการติดตาม และผลลัพธ์ของโปรแกรม

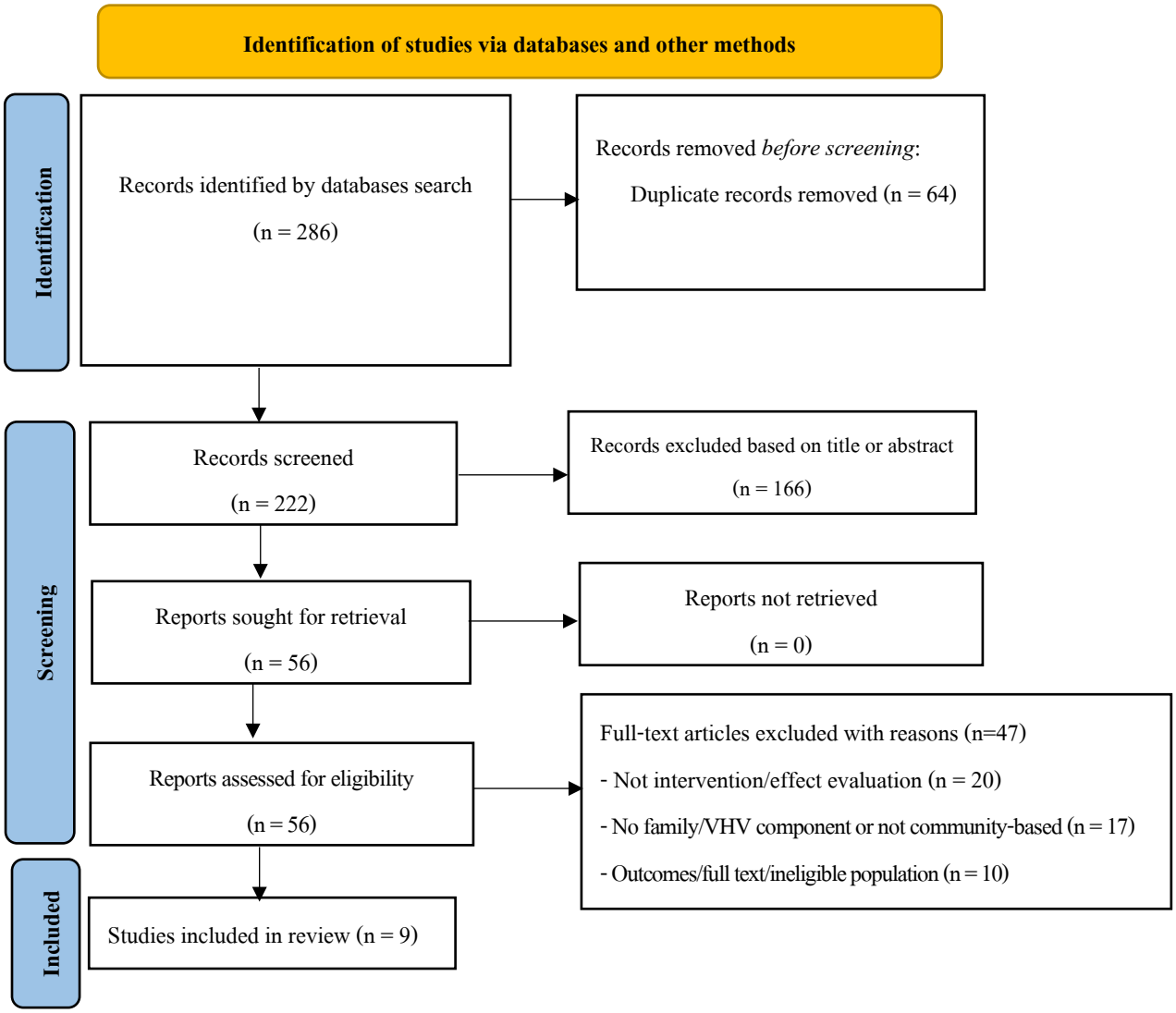
การคัดกรองงานวิจัย การประเมินคุณภาพ และการสกัดข้อมูลดำเนินการโดยผู้ทบทวน 2 คน อย่างอิสระต่อกัน หากพบความเห็นไม่ตรงกัน จะอภิปรายร่วมกันจนได้ข้อสรุป ข้อมูลที่ได้ถูกวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสังเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา (Narrative synthesis) เพื่อสรุปลักษณะของโปรแกรม องค์ประกอบของโปรแกรม และผลลัพธ์ของโปรแกรมการดูแลในบริบทของประเทศไทย

ผลการวิจัย

การสืบค้นวรรณกรรมเกี่ยวกับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนของประเทศไทยที่มีครอบครัวและ/หรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นองค์ประกอบสำคัญ ดำเนินการจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ได้แก่ PubMed, CINAHL, Scopus, ThaiJO และ TCI รวมทั้งฐานข้อมูลวิทยานิพนธ์ในประเทศไทย และการสืบค้นเพิ่มเติมจากรายการเอกสารอ้างอิงของบทความที่เกี่ยวข้อง

ผลการสืบค้นเบื้องต้นพบงานวิจัยจำนวน 286 เรื่อง หลังลบรายการซ้ำ 64 เรื่อง คงเหลืองานวิจัยสำหรับการคัดกรองชื่อเรื่องและบทคัดย่อ 222 เรื่อง จากนั้นคัดออก 166 เรื่อง เนื่องจากไม่ตรงตามเกณฑ์การคัดเลือก เช่น ไม่ใช่การศึกษาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน ไม่ได้ประเมินผลของโปรแกรมการดูแล หรือไม่มีองค์ประกอบของครอบครัวหรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จึงเหลืองานวิจัยที่ผ่านการคัดกรองจำนวน 56 เรื่อง

เมื่อประเมินบทความฉบับเต็มจำนวน 56 เรื่อง ตามเกณฑ์คัดเข้าและคัดออก พบว่ามีงานวิจัยที่ไม่เข้าเกณฑ์ 47 เรื่อง เนื่องจากไม่ได้เป็นการศึกษาเพื่อประเมินผลของโปรแกรมการดูแล ไม่มีองค์ประกอบของครอบครัวและ/หรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ไม่ได้ดำเนินการในบริบทชุมชน หรือมีผลลัพธ์และกลุ่มประชากรไม่ตรงตามเกณฑ์ รวมทั้งไม่สามารถเข้าถึงฉบับเต็มได้ ส่งผลให้มีงานวิจัยที่เข้าเกณฑ์และนำมาวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูลจำนวน 9 เรื่อง ดังแสดงในภาพที่ 1 และตารางที่ 1



ภาพที่ 1 แผนภาพแสดงขั้นตอนการคัดเลือกงานวิจัยตามแนวทาง PRISMA 2020[24]

ตารางที่ 1 ลักษณะของงานวิจัย โปรแกรมการดูแล ระยะเวลาดำเนินโปรแกรม และผลลัพธ์สำคัญของงานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์ (n = 9)

ผู้วิจัย (ปี)	การออกแบบ	กลุ่มตัวอย่าง	ผู้มีส่วนร่วมสำคัญ	โปรแกรมการดูแล	ระยะเวลา	ผลลัพธ์สำคัญ
1. คอรีเย๊าะ เลาะปนสา และคณะ (2567)[25]	กึ่งทดลอง	ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ 56 คน	ครอบครัวและอสม.	โปรแกรมการจัดการตนเองร่วมกับครอบครัวและอสม. ประกอบด้วย การให้ความรู้ การตั้งเป้าหมายสุขภาพ การติดตามเยี่ยมบ้าน และการสนับสนุนทางสังคม	12 สัปดาห์	- ระดับความดันโลหิตลดลง - พฤติกรรมสุขภาพด้านอาหาร การออกกำลังกาย และการรับประทานยาดีขึ้น

ผู้วิจัย (ปี)	การออกแบบ	กลุ่มตัวอย่าง	ผู้มีส่วนร่วมสำคัญ	โปรแกรมการดูแล	ระยะเวลา	ผลลัพธ์สำคัญ
2. เกษศิรินทร์ พุทธวงศ์ (2565)[26]	กึ่งทดลอง	ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ 54 คน	อสม.	โปรแกรมพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขในการให้คำแนะนำด้านโภชนาการและการลดการบริโภคโซเดียม พร้อมติดตามผู้ป่วยในชุมชน	8 สัปดาห์	- ปริมาณการบริโภคโซเดียมลดลง - ระดับความดันโลหิตลดลง
3. สมฤดี อรุณจิตร และคณะ (2564)[27]	การวิจัยเชิงปฏิบัติการ	ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง 20 คน, อสม. 20 คน	อสม.	โปรแกรมพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขตามโมเดล 3As ได้แก่ Awareness, Advice และ Assistance เพื่อสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยในชุมชน	12 สัปดาห์	- ระดับความดันโลหิตลดลง - พฤติกรรมการดูแลสุขภาพดีขึ้น
4. Visanuyothin et al. (2018)[28]	กึ่งทดลอง	ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ 128 คน	อสม.และทีมสหสาขาวิชาชีพ	โปรแกรมวัดความดันโลหิตที่บ้านร่วมกับการติดตามโดยอาสาสมัครสาธารณสุขและทีมสหสาขาวิชาชีพ	12 สัปดาห์	- ระดับความดันโลหิตลดลง - การควบคุมความดันโลหิตดีขึ้น
5. Woodham et al. (2020)[29]	กึ่งทดลอง	ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง สูงอายุที่มีความดันโลหิตควบคุมไม่ได้ 200 คน	ทีมสหสาขาวิชาชีพและครอบครัว	โปรแกรมการให้ความรู้เกี่ยวกับการรับประทานยาต้านความดันโลหิตอย่างสม่ำเสมอ การใช้กล่องยาอิเล็กทรอนิกส์เตือนความจำ และการนับจำนวนยาและการวัดความดันโลหิตทุกเดือน	12 สัปดาห์	- การควบคุมความดันโลหิตดีขึ้น
6. ฉลอง แสงคำ (2567)[30]	กึ่งทดลอง	ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง 86 คน	อสม.	โปรแกรมให้ความรู้แก่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเกี่ยวกับอาหาร การจัดการน้ำหนักตัวเอง การลดบริโภคเกลือ การออกกำลังกาย การเลิกหรือลดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การงดสูบบุหรี่ 3อ. 2ส. ภาวะแทรกซ้อนและวิธีป้องกัน และเยี่ยมบ้านสัปดาห์ละ 1 ครั้ง	12 สัปดาห์	- ระดับความดันโลหิตลดลง - พฤติกรรมการดูแลสุขภาพดีขึ้น

ผู้วิจัย (ปี)	การออกแบบ	กลุ่มตัวอย่าง	ผู้มีส่วนร่วมสำคัญ	โปรแกรมการดูแล	ระยะเวลา	ผลลัพธ์สำคัญ
7. ชัยยา นรเดชานันท์ และคณะ (2563)[31]	กึ่งทดลอง	ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง 60 คน	ครอบครัว	โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวจัดกิจกรรมครอบคลุมพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การป้องกันโรคและความรับผิดชอบต่อสุขภาพ การมีสุขภาพจิตที่ดี และการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม	8 สัปดาห์	- พฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะทั้ง 5 ด้านดีขึ้น - ระดับความดันโลหิตลดลง
8. ปฏิพงศ์ นาคนวล และคณะ (2564)[32]	กึ่งทดลอง	- ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง 29 คน - อสม. 27 คน	อสม.	กิจกรรมการลงปฏิบัติหน้าที่ของอสม.ในชุมชนและการติดตามนัดหมายของ อสม. ทุก ๆ 10วัน	4 สัปดาห์	- พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการจัดการความเครียด, การออกกำลังกาย และการรับประทานยา ดีขึ้น - ระดับความดันโลหิตลดลง
9. รัตนา ธรรมทาทอง (2565)[33]	กึ่งทดลอง	- ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง 45 คน - อสม. 34 คน	อสม.	โปรแกรมการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ร่วมกับการวัดความดันโลหิตที่บ้านโดยอสม.	12 สัปดาห์	- พฤติกรรมสุขภาพดีขึ้น - ระดับความดันโลหิตลดลง

ผลการสังเคราะห์งานวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า งานวิจัยที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกและนำมาวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูลมีจำนวน 9 เรื่อง ส่วนใหญ่เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง จำนวน 8 เรื่อง และการวิจัยเชิงปฏิบัติการ จำนวน 1 เรื่อง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่อาศัยอยู่ในชุมชนหรือผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง โดยมีขนาดกลุ่มตัวอย่างตั้งแต่ 20 ถึง 200 คน ทั้งนี้ผู้มีส่วนร่วมสำคัญในการดำเนินโปรแกรมประกอบด้วยครอบครัว อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และในบางการศึกษามีทีมสหสาขาวิชาชีพเข้ามามีส่วนร่วมด้วยในการติดตามและสนับสนุนการดูแลผู้ป่วย[25-32]

เมื่อพิจารณาลักษณะของโปรแกรมการดูแล พบว่า โปรแกรมที่นำมาศึกษามีความหลากหลาย แต่สามารถสรุปองค์ประกอบสำคัญร่วมกันได้ ได้แก่ โปรแกรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว โปรแกรมพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โปรแกรมติดตาม

เยี่ยมบ้านและให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ โปรแกรมวัดความดันโลหิตที่บ้านร่วมกับการติดตามต่อเนื่อง และโปรแกรมที่บูรณาการการดูแลร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ กิจกรรมหลักของโปรแกรมส่วนใหญ่ประกอบด้วยการให้ความรู้ด้านสุขภาพ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การตั้งเป้าหมายสุขภาพ การติดตามเยี่ยมบ้าน การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวหรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และการติดตามระดับความดันโลหิตอย่างต่อเนื่อง[25-32]

ระยะเวลาในการดำเนินโปรแกรมส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 8–12 สัปดาห์ โดยมีบางการศึกษาดำเนินโปรแกรมในระยะเวลา 4 สัปดาห์ ผลลัพธ์ของโปรแกรมส่วนใหญ่พบว่า ผู้ป่วยมีระดับความดันโลหิตลดลงและมีการควบคุมความดันโลหิตดีขึ้น นอกจากนี้ ยังพบผลลัพธ์เชิงบวกด้านพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ การควบคุมอาหาร การลดการบริโภคโซเดียม การออกกำลังกาย การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ การจัดการตนเองในการควบคุมโรค และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวมที่ดีขึ้น บางการศึกษายังรายงานว่าผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับโรคเพิ่มขึ้น และได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ช่วยส่งเสริมความต่อเนื่องของการดูแล[25-32]

ผลการสังเคราะห์ดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่า โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนของประเทศไทยที่มีครอบครัวและ/หรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นองค์ประกอบสำคัญมีศักยภาพในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพและสนับสนุนการควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยได้ อย่างไรก็ตาม ลักษณะของโปรแกรม ผู้มีส่วนร่วมสำคัญ และตัวชี้วัดผลลัพธ์ยังมีความแตกต่างกันในแต่ละการศึกษา

อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับ ลักษณะและผลลัพธ์ของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนของประเทศไทยที่มีครอบครัวและ/หรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นองค์ประกอบสำคัญ จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ พบงานวิจัยที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกจำนวน 9 เรื่อง ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง และมุ่งเน้นการดำเนินโปรแกรมในบริบทของชุมชน โดยมีครอบครัว อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และในบางการศึกษามีทีมสหสาขาวิชาชีพเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย[25-32] ข้อค้นพบดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าการพัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในบริบทประเทศไทยยังคงอาศัยกลไกการดูแลในระดับครอบครัวและชุมชนเป็นฐานสำคัญ

ผลการสังเคราะห์แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการดูแลที่นำมาศึกษามีองค์ประกอบสำคัญร่วมกันหลายประการ ได้แก่ การให้ความรู้ด้านสุขภาพ การส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วย การติดตามเยี่ยมบ้าน การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว การติดตามโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และในบางกรณีมีการบูรณาการความร่วมมือกับทีมสหสาขาวิชาชีพ องค์ประกอบเหล่านี้สอดคล้องกับแนวคิดการดูแลโรคเรื้อรังในระดับปฐมภูมิที่เน้นความต่อเนื่องของการดูแล การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและ

ครอบครัว และการสนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในบริบทชีวิตประจำวันของผู้ป่วย กล่าวอีกนัยหนึ่ง โปรแกรมการดูแลที่มีประสิทธิภาพในชุมชนไม่ได้มุ่งเฉพาะการให้ความรู้เพียงอย่างเดียว แต่ยังต้องเชื่อมโยงการติดตาม การเสริมแรง และการสนับสนุนทางสังคมเข้าด้วยกัน

ในด้านผลลัพธ์ของโปรแกรม พบว่าการศึกษาส่วนใหญ่รายงานผลไปในทิศทางเดียวกัน คือ ผู้ป่วยมีระดับความดันโลหิตลดลง หรือสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีขึ้นหลังเข้าร่วมโปรแกรม นอกจากนี้ ยังพบการเปลี่ยนแปลงเชิงบวกด้านพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การควบคุมอาหาร การลดการบริโภคโซเดียม การออกกำลังกาย การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ และการจัดการตนเองในการควบคุมโรค[25-32] ผลลัพธ์ดังกล่าวสนับสนุนว่า การดูแลในบริบทชุมชนที่มีผู้มีส่วนร่วมใกล้ชิดกับผู้ป่วยสามารถช่วยเพิ่มความต่อเนื่องของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพและสนับสนุนการควบคุมโรคได้ดีกว่าการดูแลทางคลินิกเพียงอย่างเดียว

บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นประเด็นสำคัญที่พบอย่างสม่ำเสมอในงานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์ เนื่องจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นบุคคลที่ใกล้ชิดกับประชาชนในพื้นที่ สามารถติดตามเยี่ยมบ้าน ให้คำแนะนำด้านสุขภาพ และเชื่อมโยงผู้ป่วยกับบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิได้อย่างต่อเนื่อง การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจึงช่วยลดช่องว่างระหว่างคำแนะนำจากบุคลากรสาธารณสุขกับการปฏิบัติจริงของผู้ป่วยในชีวิตประจำวัน ทั้งยังช่วยเสริมแรงจูงใจและการติดตามพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่องในบริบทชุมชน

ในขณะเดียวกัน บทบาทของครอบครัวก็มีความสำคัญไม่ยิ่งหย่อนไปกว่ากัน โดยเฉพาะในบริบทของสังคมไทยที่ครอบครัวมีบทบาทในการดูแลสุขภาพของสมาชิกในครัวเรือนอย่างใกล้ชิด การสนับสนุนจากครอบครัว เช่น การช่วยติดตามการรับประทานยา การเตรียมอาหารที่เหมาะสม และการส่งเสริมให้ผู้ป่วยออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ มีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและคงไว้ซึ่งการดูแลตนเองได้ต่อเนื่อง[25-30] ข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับแนวคิดการดูแลโรคเรื้อรังที่มองว่าการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยสำคัญต่อความสำเร็จของการจัดการตนเองและความร่วมมือในการรักษา

อย่างไรก็ตาม แม้ว่าผลการสังเคราะห์จะชี้ให้เห็นแนวโน้มเชิงบวกของโปรแกรมการดูแลในชุมชน แต่ยังมีข้อจำกัดของหลักฐานที่ควรพิจารณา งานวิจัยส่วนใหญ่เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง มีขนาดกลุ่มตัวอย่างค่อนข้างหลากหลาย และระยะเวลาติดตามผลส่วนใหญ่อยู่ในช่วงสั้น คือประมาณ 4-12 สัปดาห์ ทำให้ความเข้มแข็งของหลักฐานยังอยู่ในระดับปานกลาง และยังไม่สามารถสรุปความยั่งยืนของผลลัพธ์ในระยะยาวได้อย่างชัดเจน นอกจากนี้ ลักษณะของโปรแกรม ผู้มีส่วนร่วมสำคัญ และตัวชี้วัดผลลัพธ์ยังมีความแตกต่างกันในแต่ละการศึกษา จึงทำให้การเปรียบเทียบผลโดยตรงระหว่างงานวิจัยทำได้จำกัด

โดยสรุป ผลการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนของประเทศไทยที่มีครอบครัวและ/หรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นองค์ประกอบสำคัญ มีศักยภาพในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพและสนับสนุนการควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วย

ได้ข้อค้นพบดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของการบูรณาการการดูแลในระดับผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน และระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการจัดการโรคความดันโลหิตสูงในบริบทของประเทศไทย

การนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการสังเคราะห์ครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่า โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนที่มีครอบครัวและ/หรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นองค์ประกอบสำคัญ สามารถส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพและสนับสนุนการควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยได้ ดังนั้น พยาบาลชุมชนและบุคลากรสาธารณสุขสามารถนำองค์ประกอบสำคัญของโปรแกรม ได้แก่ การให้ความรู้ด้านสุขภาพ การส่งเสริมการจัดการตนเอง การติดตามเยี่ยมบ้าน และการสนับสนุนจากครอบครัวหรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ไปประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่

ในระดับระบบบริการสุขภาพ หน่วยบริการปฐมภูมิสามารถใช้ข้อค้นพบนี้ เป็นข้อมูลสนับสนุนในการพัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนที่เน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัว อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และทีมสุขภาพ เพื่อเพิ่มความต่อเนื่องของการดูแลและประสิทธิภาพในการควบคุมโรค นอกจากนี้ ควรส่งเสริมศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและครอบครัวให้มีความรู้และทักษะที่เหมาะสมต่อการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องในชีวิตประจำวัน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาที่ใช้การออกแบบการวิจัยที่มีความเข้มแข็งมากขึ้น เช่น การวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม และมีการติดตามผลในระยะยาว เพื่อประเมินความยั่งยืนของผลลัพธ์ของโปรแกรมทั้งด้านการควบคุมระดับความดันโลหิตและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย นอกจากนี้ ควรพัฒนาและประเมินโปรแกรมการดูแลที่กำหนดองค์ประกอบของโปรแกรมให้ชัดเจน โดยเฉพาะบทบาทของครอบครัว อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และทีมสุขภาพ รวมทั้งควรประเมินผลลัพธ์ในมิติที่ครอบคลุมมากขึ้น เช่น คุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ความร่วมมือในการรักษา และความพึงพอใจต่อบริการ

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Hypertension [Internet]. Geneva: WHO; 2023 [cited 2025 Dec 10]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension
2. กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. รายงานประจำปี 2565 กองโรคไม่ติดต่อ. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2565.
3. พัสมณฑ์ คุ้มทวีพร, เสาวลักษณ์ จิรธรรมคุณ. การจัดการสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่อาศัยอยู่ในชุมชนเมือง กรุงเทพมหานคร. วารสารพยาบาลทหารบก. 2559;17(2):154-162.

4. เริงฤดี ปธานวนิช, บรรณาธิการ. รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 7 พ.ศ. 2567–2568. กรุงเทพมหานคร: คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล; 2568.
5. เบญจมาภรณ์ ภิญโญพรพาณิชย์. รายงานการวิจัยการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขกับความท้าทาย ของระบบบริการปฐมภูมิ. กรุงเทพมหานคร: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2562.
6. Aekplakorn W, Sangthong R, Kessomboon P, Putwatana P, Inthawong R, Taneepanichskul S, et al. Changes in prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in Thai population, 2004-2009: Thai National Health Examination Survey III–IV. J Hypertens. 2012;30(9):1734-1742.
7. Hamrahian SM, Maarouf OH, Fülöp T. A critical review of medication adherence in hypertension: barriers and facilitators clinicians should consider. Patient Prefer Adherence. 2022;16:2749-2757.
8. สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติ ทั่วไป พ.ศ. 2567 [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย; 2567 [เข้าถึง เมื่อ 10 กุมภาพันธ์ 2569]. เข้าถึงได้จาก: https://thaihypertension.org/2024-guideline/
9. พรรณณิภา ต่อมดวงแก้ว, ปะราลี โอภาสนันท์, กาญจนา หินมะลิ. ปัจจัยที่มีผลต่อการควบคุมระดับ ความดันโลหิตในผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูง. วารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข. 2567;4(2):e268403.
10. พรพิมล เพชรกลั่น, ธันวดี รู้รอบ, พรรณนิภา ยางศรี, ธีรศักดิ์ พรหมพันใจ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของประชาชนในชุมชนหนาแน่นแออัด เขตเทศบาลเมือง จังหวัดสุรินทร์. วารสารวิชาการ สคร.9. 2568;31(3):49-65.
11. กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ. กรุงเทพมหานคร: กระทรวงสาธารณสุข; 2563.
12. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies. Health Promot Int. 2000;15(3):259-267.
13. World Health Organization. Primary health care systems: case study from Thailand. Geneva: WHO; 2017.
14. ขวัญตา เพชรมณีโชติ, ลักษณา พงษ์ภุมมา, อนิสา อรัญคีรี, พัชรี เตาวลานนท์. ผลของโปรแกรมการ เรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อความรู้และการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 2565;31(3):28-41.
15. Berkman LF, Glass T, Brissette I, Seeman TE. Social integration, social networks, social support, and health. Soc Sci Med. 2000;51(6):843-857.

16. DiMatteo MR. Social support and patient adherence to medical treatment: a meta-analysis. Health Psychol. 2004;23(2):207-218.
17. ปัณณทัต จันพานิช, เวธกา วงษ์มณี, น่ารัก จุดาบุตร. การเสริมสร้างความเข้มแข็งในชุมชน: บทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. วารสารพยาบาลทหารบก. 2566;24(3):23-30.
18. Kauffman KS, Myers DH. The changing role of village health volunteers in Northeast Thailand. J Community Health. 1997;22(4):279-291.
19. Burnier M, Egan BM. Adherence in hypertension: a review of prevalence, risk factors, impact, and management. Circ Res. 2019;124(7):1124-1140.
20. วิชัย เอกพลากร, หทัยชนก พรรคเจริญ, วราภรณ์ เสถียรนพเก้า. รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562–2563. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล; 2561.
21. Craig P, Dieppe P, Macintyre S, Michie S, Nazareth I, Petticrew M. Developing and evaluating complex interventions: the new Medical Research Council guidance. BMJ. 2008;337:a1655.
22. Higgins JPT, Thomas J, Chandler J, Cumpston M, Li T, Page MJ, et al. Cochrane handbook for systematic reviews of interventions. 2nd ed. Chichester: Wiley; 2022.
23. Tufanaru C, Munn Z, Aromataris E, Campbell J, Hopp L. JBI manual for evidence synthesis. Adelaide: JBI; 2020.
24. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. BMJ. 2021;372:n71.
25. คอรีเย๊าะ เลาะปนสา, ณัฏฐณิชา เจ๊ะเลาะ, กฤษณะ สุวรรณภูมิ. ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยมุสลิมโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้. วารสารสภาการพยาบาล. 2567;39(2):269-285.
26. เกษศิรินทร์ พุทธวงศ์, ศิวพร อึ้งวัฒนา, วิลาวัณย์ เตือนราษฎร์. ผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อความรู้และพฤติกรรมการบริโภคโซเดียมในผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้. พยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. 2565;49(3):246-257.
27. สมฤดี อรุณจิตร, รัถยานภิศ รัชตะวรรณ, วัลลภา ดิษสระ. การพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงโดยใช้ 3As Model. วารสารเทคโนโลยีภาคใต้. 2564;14(2):39-48.

28. 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 Thailand. Integr Blood Press Control. 2018;11:25-35.
29. Woodham NS, Taneepanichskul S, Somrongthong R, Kitsanapun A, Sompakdee B. Effectiveness of a multidisciplinary approach intervention to improve blood pressure control among elderly hypertensive patients in rural Thailand: a quasi-experimental study. J Multidiscip Healthc. 2020;13:571-580.
30. ฉลอง แสงคำ. ผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพ อสม. ด้านป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านตาเปียง ตำบลสำโรงปราสาท อำเภอปรางค์กู่ จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ. 2567;3(3):1-15.
31. ชัยยา นรเดชานันท์, เพชรีย์ กุณาละสิริ, ณัทกวี ศิริรัตน์. ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อการรับรู้ความสามารถของตน พฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะและระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ. 2563;14(2):138-151.
32. ปฏิพงศ์ นาคนวล, มุจลินท์ คำล้อม, หนึ่งฤทัย แสงสุข. ผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพ อสม. เชี่ยวชาญด้านป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและการควบคุมระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตำบลกุดปลาดุก อำเภอเมือง จังหวัดอำนาจเจริญ. วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน. 2564;30(3):17-26.
33. รัตนา ธรรมทาทอง. ผลของโปรแกรมการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ร่วมกับการวัดความดันโลหิตที่บ้านโดย อสม. ต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตำบลวานรนิวาส อำเภอวานรนิวาส จังหวัดสกลนคร. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 2565;7(3):88-99.