

## นิพนธ์ต้นฉบับ

## Original article

# การพัฒนารูปแบบการควบคุมระดับความดันโลหิต ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยการมีส่วนร่วม ของชุมชน อำเภอเปือยน้อย จังหวัดขอนแก่น

เรียมใจ พลเวียง พ.บ.\*

มิ่งขวัญ ภูหงษ์ทอง ปร.ด.\*\*

\* โรงพยาบาลเปือยน้อย จังหวัดขอนแก่น

\*\* สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

วันรับ:	7 มี.ค. 2565
วันแก้ไข:	7 เม.ย. 2565
วันตอบรับ:	18 เม.ย. 2565

**บทคัดย่อ** การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการควบคุมระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอเปือยน้อย จังหวัดขอนแก่น กระบวนการวิจัยแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ (1) วิเคราะห์สถานการณ์ (2) ระยะปฏิบัติการ (3) ระยะประเมินผล กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ 47 คน บุคลากรสาธารณสุข ผู้ดูแล ญาติเครือข่าย และแกนนำชุมชน 28 คน เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Paired t-test, 95%CI, p-value และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 63.83 อายุเฉลี่ย 54.62 ปี (SD=5.68) ระยะเวลาที่ เป็นโรคความดันโลหิตสูงเฉลี่ย 6.59 ปี (SD=5.72) สถานภาพสมรส ร้อยละ 76.60 ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 74.47 ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 61.70 ผลลัพธ์การพัฒนารูปแบบการควบคุมระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน คือ (1) มีรูปแบบการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน ส่งเสริมหลักการควบคุมความดันโลหิตตามแนวทางเวชศาสตร์ป้องกัน เวชศาสตร์วิถีชีวิต เวชศาสตร์ครอบครัว และการมีส่วนร่วมของชุมชน (2) เกิดภาคีเครือข่าย คณะกรรมการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงระดับอำเภอเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (3) ผู้ป่วยได้รับการพัฒนาความรู้และทักษะในการดูแลตนเองโรคความดันโลหิตสูง การได้รับบริการสุขภาพจากบุคลากรทางการแพทย์ที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตความเป็นอยู่ของผู้ป่วย ค่าเฉลี่ยก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบ พบว่า ค่า systolic blood pressure ค่า diastolic blood pressure ระดับความเครียดปานกลาง และระดับความเครียดสูง ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) ระดับค่าคะแนนเฉลี่ย ความรู้ พฤติกรรมการป้องกันความดันโลหิตสูง เพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ )

**คำสำคัญ:** ความดันโลหิตสูง; เวชศาสตร์ป้องกัน; รูปแบบการควบคุมระดับความดันโลหิต; การมีส่วนร่วมของชุมชน

## บทนำ

โรคความดันโลหิตสูง นับเป็นหนึ่งในปัญหาสาธารณสุขสำคัญที่กำลังคุกคามทั่วโลก จากการรายงานสถิติขององค์การอนามัยโลก ในปี 2563 พบว่า กลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นสาเหตุการตายอันดับ 1 ของคนทั่วโลก มีผู้เสียชีวิตจากกลุ่มโรคนี้ประมาณ 17.9 ล้านคน<sup>(1)</sup> สถานการณ์ประเทศไทย โรคความดันโลหิตสูง มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 21.4 ในปี พ.ศ. 2552 เป็นร้อยละ 24.7 ในปี พ.ศ. 2557<sup>(2)</sup> ปัญหาหลักของการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงในประเทศไทย คือ การที่ผู้ที่เป็นโรคไม่ได้ตระหนักว่าเป็นโรคแม้จะตระหนักก็ยังไม่เชื่อถือและไม่ได้อัดตามรับการรักษาอย่างต่อเนื่อง<sup>(3)</sup>

สถานการณ์โรคความดันโลหิตสูง อำเภอเปือยน้อย 3 ปีย้อนหลัง ปี 2562-2564 พบว่า อัตราป่วย คิดเป็น 9,142.04, 9,475.72 และ 10,519.45 ต่อแสนประชากร และอัตราการเสียชีวิต คิดเป็น 101.7 คนต่อแสนประชากร ซึ่งสูงกว่าอัตราป่วยและอัตราเสียชีวิตในระดับประเทศ สถานการณ์โรคไม่ติดต่อจากฐานข้อมูล Health Data Center (HDC) พบว่า อัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ปี พ.ศ. 2559-2562 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นโดยในโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มจากร้อยละ 13.9 ในปี พ.ศ. 2559 เป็นร้อยละ 16.4 ในปี พ.ศ. 2562 คิดเป็นอัตราเพิ่มร้อยละ 18.0 โรคหลอดเลือดสมองรวม 27,884 คน (คิดเป็น 42.6 คนต่อประชากรหนึ่งแสนราย)<sup>(4)</sup> จากสถานการณ์ดังกล่าว หากผู้ป่วยสามารถควบคุมโรคความดันโลหิตสูงให้ได้ผลดีขึ้นจะช่วยป้องกันภาวะโรคแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูง ลดอัตราการเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือดลงได้ ความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่ควรควบคุมระดับความดันโลหิตตามเกณฑ์ แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2562 ให้น้อยกว่า 140/90 mmHg<sup>(5)</sup> กรอบการทำงานสำหรับบริการสุขภาพที่เน้นประชาชนเป็นศูนย์กลาง องค์การอนามัยโลกแนะนำให้ดูแลความต่อเนื่องในการดูแลสุขภาพเบื้องต้นเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการจัดการกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

เช่น โรคเบาหวานหรือความดันโลหิตสูง<sup>(5)</sup> จากผลการดำเนินงานที่ผ่านมา โรงพยาบาลเปือยน้อย พบว่า เดิมแนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลเปือยน้อย มุ่งเน้นเพียงการดูแลรักษาตัวผู้ป่วย คือ ดูแลแต่ตัวโรค (Disease) โดยยึดผู้ให้รักษาเป็นศูนย์กลาง แต่หลักการรักษาผู้ป่วยโดยเฉพาะผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (chronic disease) ควรยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (patient-centered care) ประยุกต์เวชศาสตร์ป้องกันโดยการส่งเสริมสุขภาพ โดยผสมผสานหลาย ๆ กลวิธี<sup>(6-10)</sup> การพัฒนาองค์ความรู้และทักษะในการให้บริการเพื่อปรับพฤติกรรมสุขภาพเพื่อรักษาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยใช้ข้อมูลทางวิชาการ (evidence-based) ประกอบการให้คำแนะนำในการรักษาที่ยึดบริบทการใช้ชีวิตของผู้รับบริการเป็นที่ตั้งและคำแนะนำและการให้บริการสุขภาพจากบุคลากรทางการแพทย์ที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตความเป็นอยู่ของผู้รับบริการ หรือการรักษาแบบเวชศาสตร์วิถีชีวิต เน้นการให้ความสำคัญต่อการปรับพฤติกรรมสุขภาพอย่างเป็นระบบ ส่งผลต่อการควบคุมระดับความดันโลหิต<sup>(3,11-14)</sup> เพื่อให้สอดคล้องกับทิศทางแผนยุทธศาสตร์สุขภาพวิถีชีวิตไทย พ.ศ. 2554-2563 ซึ่งเป็นแผนยุทธศาสตร์ระดับชาติ ที่กำหนดให้โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังสำคัญที่ต้องเร่งดำเนินการแก้ไขปัญหา โดยสร้างการมีส่วนร่วมในระดับครอบครัวชุมชน และภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนดำเนินการอย่างบูรณาการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตลดภาวะแทรกซ้อนความพิการ ลดการตาย ผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน<sup>(15)</sup>

ดังนั้น เพื่อทำความเข้าใจกับความหลากหลายของผู้ป่วยในแต่ละบริบททางสังคม ผู้วิจัยจึงเล็งเห็นความสำคัญของปัญหา เพื่อให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง สามารถควบคุมระดับความดันโลหิต ลดภาวะแทรกซ้อน มีคุณภาพชีวิตที่ดี จึงได้ทำการวิจัยพัฒนาแนวทางการควบคุมระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง อำเภอเปือยน้อย จังหวัดขอนแก่น โดยใช้แนวคิดและหลักแพทย์เวชศาสตร์ป้องกันและเวชศาสตร์ครอบครัวเวชศาสตร์วิถีชีวิต และชุมชนชนมีส่วนร่วม ในการควบคุม

ระดับความดันโลหิตผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เหมาะสมกับบริบทได้ชัดเจนขึ้น

### วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้ใช้กระบวนการของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research) โดยใช้แนวคิดและหลักแพทย-เวชศาสตร์ป้องกันและเวชศาสตร์ครอบครัว เวชศาสตร์วิถีชีวิต และชุมชนมีส่วนร่วม ทำการศึกษาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตสูงไม่ได้ โดยแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

- ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ ด้วยวิธีการศึกษาเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ

- ระยะที่ 2 ปฏิบัติการโดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ<sup>(16)</sup> มีขั้นตอนการวิจัย 4 ขั้นตอน ได้แก่ (1) การวางแผนโดยใช้กระบวนการ Appreciation - Influence - Control (AIC) (2) การปฏิบัติการดำเนินงานแบบมีส่วนร่วมชุมชนและแนวคิดเวชศาสตร์ชุมชน<sup>(12)</sup> (3) การสังเกตผลการปฏิบัติ และ (4) การสะท้อนผล

- ระยะที่ 3 ประเมินผลการพัฒนารูปแบบ

พื้นที่ทำการศึกษาคือ ตำบลเป็อยน้อย อำเภอเป็อยน้อย จังหวัดขอนแก่น โดยมีการคัดเลือกผู้เข้าร่วมศึกษาตามเกณฑ์ ประกอบด้วย

1) ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตสูงไม่ได้ ตำบลเป็อยน้อย อำเภอเป็อยน้อย จังหวัดขอนแก่น จำนวน 47 คน โดยคัดเลือกตามเกณฑ์ (inclusion criteria) ดังนี้ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง อายุระหว่าง 35-60 ปี ขึ้นทะเบียนคลินิกความดันโลหิตสูงอย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป ระยะเวลา 6 เดือนที่ผ่านมาควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ (ระดับความดันโลหิตสูงกว่า 140/90 mmHg) ไม่เป็นผู้ป่วยติดเตียง เกณฑ์ไม่รับเข้าโครงการ (exclusion criteria) คือ ผู้ป่วยย้ายที่อยู่อาศัย ไม่สามารถติดตามการรักษาได้ เป็นผู้พิการหรือบกพร่องทางการได้ยิน ผิดปกติด้านการสื่อสาร

2) ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ได้แก่ กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภาคีเครือข่าย เครือข่ายชุมชน ได้แก่ ผู้นำชุมชน จำนวน 2 คน สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล จำนวน 2 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 10 คน ตัวแทนครอบครัว จำนวน 6 คน องค์การภาครัฐ ได้แก่ เจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 2 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข หมอครอบครัว จำนวน 6 คน

ระยะเวลาใช้เวลาในการศึกษา ตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ. 2564 - มีนาคม พ.ศ. 2565

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย (1) เครื่องมือที่ใช้ในกระบวนการ ได้แก่ กระบวนการ AIC และกระบวนการมีส่วนร่วมตามแนวคิดเวชศาสตร์ชุมชน (2) เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล เชิงปริมาณ ได้แก่ แบบสอบถาม และแบบประเมินความพึงพอใจโดยผู้วิจัยพัฒนามาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน และนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างอื่นที่มีลักษณะและบริบทพื้นที่ใกล้เคียงกัน จำนวน 30 คน เพื่อหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (reliability) โดยใช้ Cronbach's alpha coefficient ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.79 ข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ สัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม แบบสังเกตการประชุมเชิงปฏิบัติการ

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ สถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และสถิติเชิงอนุมาน ใช้สถิติ paired t-test ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 และ 95% confidence interval การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis)

การพิทักษ์สิทธิ์ผู้เข้าร่วมศึกษา การศึกษานี้ผู้วิจัยได้คำนึงถึงหลักจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์โดยได้ผ่านการรับรองการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น COA 002/2565 KEC

## ผลการศึกษา

### ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์

โรงพยาบาลเป็อยน้อย เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง รับผิดชอบประชากรรวม 20,692 คน สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า 15,043 คน พื้นที่รับผิดชอบจำนวน 4 ตำบล 32 หมู่บ้าน ศูนย์สุขภาพชุมชน 1 แห่ง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 3 แห่ง กลุ่มโรคของผู้ป่วยนอก 3 อันดับแรก ปี 2564 ได้แก่ (1) โรคความดันโลหิตสูง (2) ไข้หวัด (3) โรคกระเพาะอาหาร การวิเคราะห์สถานการณ์ แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

1) กลุ่มผู้ป่วยที่เข้าร่วมการศึกษา จำนวนทั้งสิ้น 47 คน หมู่ 2 และ 3 ตำบลเป็อยน้อย อำเภอเป็อยน้อย จังหวัดขอนแก่น เป็นเพศชาย ร้อยละ 36.17 และเพศหญิงร้อยละ 63.83 ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 51-60 ปี ร้อยละ 74.47 อายุเฉลี่ย 54.62 ปี สถานภาพสมรส ร้อยละ 76.60 ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 74.47 ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 61.70 และส่วนมากมีรายได้น้อยกว่า 10,000 บาท ร้อยละ 95.74 เฉลี่ย 4,874.20 บาท จากการศึกษาข้อมูลด้านสุขภาพของผู้เข้าร่วมการศึกษา พบว่า ระยะเวลาในการเป็นโรคความดันโลหิตสูง เฉลี่ยที่ 6.59 ปี ระดับความดันโลหิต systolic blood pressure เฉลี่ย 151.31 mmHg และระดับความดัน diastolic blood pressure เฉลี่ย 90.68 mmHg เมื่อเจ็บป่วยจะใช้บริการที่โรงพยาบาลเป็อยน้อย ร้อยละ 81.7 เข้าใช้บริการสุขภาพ 2 เดือน/ครั้ง และร้อยละ 40.0 ระยะทางจากบ้านถึงสถานบริการสุขภาพที่ใช้ประจำ ประมาณ 2-10 กิโลเมตร ระยะเวลารอคอยเข้ารับบริการ 2 ชั่วโมง ผลการศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพ จากการให้ข้อมูลของผู้ป่วยพบว่า ไม่ตระหนักในความรุนแรงของโรค ยังรับประทานอาหารที่มีรสเค็ม สุกบูหรี และดื่มสุรา ยังมีพฤติกรรมเสี่ยง ถึงแม้จะญาติหรือสมาชิกในครัวเรือนอยากให้เลิกสูบบุหรี

2) บุคลากรสาธารณสุข ที่ผ่านมาโรงพยาบาลให้บริการเป็นศูนย์กลาง โดยการดูแลผู้ป่วยแบบเชิงรับ ขาดการดูแลแบบสหสาขา ให้คำแนะนำปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

แต่ไม่ได้กำหนดชัดเจน ไม่ได้ซักถามผู้ดูแลผู้ป่วย (care giver) ไม่มีการติดตามดูแลไปถึงชุมชน แพทย์มีเวลาพูดคุยกับผู้ป่วยน้อย พุดคุยเป็นระยะเวลาสั้นๆ ตรวจผู้ป่วยที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอก หากพบว่าความดันโลหิตสูงมากกว่า 140/90 mmHg ก็จะไปปรับเพิ่มยาลดความดันให้ผู้ป่วยกินมากขึ้น หรือเพิ่มชนิดยาเข้าไปให้กับผู้ป่วย โดยไม่ได้ซักถามสอบถามถึงสาเหตุ สมรรถนะผู้ดูแล ผู้ให้บริการ อาสาสมัครสาธารณสุขไม่ได้เยี่ยมบ้าน ขาดการดูแลต่อเนื่อง

3) ภาศึเครือข่าย การมีส่วนร่วมของชุมชนและครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยน้อยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอไม่ได้มีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยและไม่มีส่วนร่วม

### ระยะที่ 2 ชั้นปฏิบัติการ

เป็นระบบการพัฒนาารูปแบบการควบคุมระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

มีการดำเนินการดังต่อไปนี้ (1) การสร้างทีมวิจัยในพื้นที่ ประกอบด้วย แพทย์คลินิกหมอครอบครัว พยาบาล โภชนากร นักกายภาพบำบัด แพทย์แผนไทย บุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้ดูแลผู้ป่วย (2) การจัดประชุมร่วมกัน ใช้กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (AIC) การดำเนินงานแบบมีส่วนร่วมชุมชนแนวคิดเวชศาสตร์ชุมชน ในการดำเนินการวิจัยในครั้งนี้ มีการดำเนินการ 3 วงรอบ ผลการดำเนินงานแต่ละวงรอบมีรายละเอียด ดังนี้

วงรอบที่ 1 การจัดกิจกรรมเพื่อพัฒนาารูปแบบประกอบด้วย

1) การจัดกิจกรรมสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจในกลุ่มผู้ป่วยกระตุ้นความพร้อมและสร้างความตั้งใจในการดูแลตนเอง และจัดอบรมเชิงปฏิบัติการ จำนวน 2 วัน เพื่อสร้างการรับรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ผลประโยชน์และค่าใช้จ่าย การสร้างแรงจูงใจ

2) กิจกรรมให้ความรู้ ผู้ดูแล ครอบครัวของผู้ป่วย ความดันโลหิตสูง ให้มีส่วนร่วมสนับสนุนและเป็นกำลังใจ

ให้กับผู้ป่วยในการพยายามไปถึงเป้าหมายในการควบคุมความดันโลหิต

3) ฝึกรอบรม ปฏิบัติตัวตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต การฝึกทำสมาธิ SKT จัดการกับความเครียด รักษาศีล 5 ฝึกออกกำลังกายที่เหมาะสมกับวิถีชีวิต (สติปัญญา) โยคะ การนอนหลับอย่างมีคุณภาพ สร้างและรักษาความสัมพันธ์กับครอบครัว และลด ละเลิก บุหรี่ สุรา สารเสพติด หลังจากนั้นทำการคืนข้อมูลให้ผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน

วงรอบที่ 2 ปัญหาที่พบจากการดำเนินการในวงรอบที่ 1 คือ

1) การควบคุมความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โดยให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ พบว่ายังไม่ประสบผลสำเร็จ เพราะขาดแรงสนับสนุนจากครอบครัว และสังคม เช่น ผู้ป่วยตั้งใจลด ละเลิกการรับประทานอาหารรสเค็ม แต่ผู้ดูแลในครอบครัวเป็นผู้ประกอบอาหารให้ทาน หรือผู้ดูแลยังต้องไปซื้ออาหารจากตลาดร้านค้า

2) การเลิกบุหรี่ยังไม่เห็นถึงพิษภัยของบุหรี่ อยากริเล็กแต่รอให้ป่วยมาก ๆ ค่อยจะเลิกครอบครัวไม่รู้วิธีสนับสนุนหรือช่วยเหลือผู้ป่วย

การพัฒนาในวงรอบที่ 2 ประกอบด้วย

1) การจัดกิจกรรมหลักการกินเพื่อควบคุมความดันโลหิตสูง (dietary approaches to stop hypertension) ปรับกระบวนการทัศนในการรักษาเป็นการรักษาเชิงรุก

2) โครงการดูแลสุขภาพเชิงรุกโดยร่วมกับสหสาขาวิชาชีพและภาคีเครือข่าย

3) โครงการควบคุมความดันโลหิตสูงโดยชุมชนมีส่วนร่วม ส่งเสริมการปลูกผักปลอดภัยแก่กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชนหมู่บ้าน ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ลดหวาน มัน เค็ม ลดผงชูรส โดยได้รับประทานผักสดปลอดภัยโดยศูนย์ผู้นำจิตอาสาพัฒนาชุมชนจัดกิจกรรมเรียนรู้ ครูพาทำ

4) โรงพยาบาลเป็อยน้อย จัดทำข้อตกลงร่วมกับเกษตรกรในพื้นที่ผู้ปลูกผักปลอดสารพิษ และนำมา

จำหน่ายในโรงพยาบาล

5) โครงการปรับปรุงระบบบริการภายในโรงพยาบาล จัดมุมสุขภาพสุขใจ ปรับภูมิทัศน์ที่สวยงามและเครื่องเต็ม-สุขภาพในระหว่างที่นั้รอรับบริการ

6) ภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนในชุมชนในการสร้างชุมชนให้ควบคุมความดันโลหิตสูง ได้แก่ เกษตรอำเภอ พัฒนาการอำเภอ สนับสนุนเมล็ดพันธุ์ผัก ให้ปลูกผักกินเอง โดยเครือข่ายได้แสดงความคิดเห็นว่า การปลูกผักกินเอง กินผักสด ทำให้ลดการเค็ม ลดการเติมเครื่องปรุง ทำให้ดีต่อสุขภาพ

7) พัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุข ติดตามเยี่ยมบ้านและบันทึกความดันโลหิต บัตรสบายดีความดันลงบันทึกความดันโลหิตทุก 1 สัปดาห์ เป็นบัตรประจำตัวผู้ป่วย ปักหมุดบ้านผู้ป่วยความดันโลหิตสูงโดยใช้แผนที่อำเภอเป็อยน้อย เพื่อง่ายต่อการติดตามเยี่ยมบ้าน

8) พบแพทย์ที่คลินิกหมอครอบครัวอย่างต่อเนื่องทุก 1 เดือน โดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางในการตัดสินใจ ทางเลือกในการใช้ยา หรือเพิ่ม/ลดขนาดยา โดยแพทย์เป็นผู้ให้คำแนะนำ

9) ผู้นำชุมชนอำนวยความสะดวกการเยี่ยมบ้าน สนับสนุน และมีเครือข่ายแสดงความคิดเห็นว่าการมีชุมชนเข้มแข็งต้องสร้างผู้นำที่เข้มแข็ง มีน้ำใจ มีส่วนร่วมกับชุมชน และชาวบ้านร่วมคิดร่วมทำ อบรมให้ความรู้ นักเรียนในโรงเรียน เรื่องพิษภัยของบุหรี่ การควบคุมความดันโลหิตสูง อาหาร อารมณ์ การออกกำลังกาย การลด ละเลิก บุหรี่ สุรา ยาเสพติดในชุมชน นักเรียนช่วยพูดคุยให้ผู้ปกครอง เปลี่ยนใจอยากเลิกบุหรี่ ผู้ปกครองแสดงความคิดเห็นว่า ช่วงแรกจะมีอาการปวดศีรษะ และหงุดหงิด อยากริสูบบุหรี่มาก จึงตั้งมั่นและแน่วแน่ โดยให้คิดถึงลูกและคนในครอบครัว

10) บทบาทของวัด โดยท่านเจ้าคณะอำเภอสอนวิธีการรักษาศีล 5 และการจัดการความเครียด

วงรอบที่ 3 ปัญหาที่พบจากการดำเนินการในวงรอบที่ 2 คือ การเสริมพลังให้กับกลุ่มผู้ป่วย การสนับสนุนการทำงานของอาสาสมัคร หรือผู้ดูแลผู้ป่วยในพื้นที่ ยังไม่

เพียงพอต่อการดำเนินงานที่ต่อเนื่อง

การพัฒนาในวงรอบที่ 3 ประกอบด้วย จัดเวทีการคืนข้อมูลให้กับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอเป็ยน้อย เพื่อให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียได้ทราบสถานการณ์และการสร้างการมีส่วนร่วม และการจัดตั้งคณะกรรมการควบคุมโรคความดันโลหิตระดับอำเภอเพื่อกำกับติดตามการดำเนินงานให้ยั่งยืน

### ระยะที่ 3 การประเมินผล

1. ผลการศึกษาสามารถสรุปรูปแบบการควบคุมระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอำเภอเป็ยน้อย ได้ดังนี้

1.1 คัดกรองผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มากกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท

1.2 พบแพทย์ดูแลให้คำปรึกษาแนะนำตามแนวทางเวชศาสตร์วิถีชีวิต การสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจ การตั้งเป้าหมายให้บรรลุความสำเร็จ ที่เหมาะสมกับบริบทของผู้รับบริการแต่ละราย

1.3 พบทีมสหสาขาวิชาชีพ โภชนากร พยาบาล นักกายภาพบำบัด แพทย์แผนไทย

1.4 การวางแผนแบบชุมชนมีส่วนร่วม AIC โดยวิทยากรที่มีความรู้ความสามารถในการเข้าใจถึงชุมชนดำเนินตามกิจกรรม แต่งตั้งคณะกรรมการควบคุมความดันโลหิต กลุ่มแกนนำเฉพาะกิจลดความดันโลหิตผ่านกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) โดยนายอำเภอเป็นประธาน พัฒนาการอำเภอผู้นำชุมชน อสม.

1.5 ติดตามเยี่ยมบ้านโดยทีม 3 หมอ ได้แก่ หมอคนที่ 1 คือ อาสาสมัครสาธารณสุข วัดความดันโลหิต และจดบันทึกความดันโลหิตทุก 1 สัปดาห์ หมอคนที่ 2 คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ติดตามเยี่ยมเพื่อยืนยันความผิดปกติ คัดกรองกลุ่มเสี่ยงและค้นหาสาเหตุ หมอคนที่ 3 คือ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ดูแลรักษากรณีส่งต่อกลุ่มเสี่ยง หรือกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้

1.6 สะท้อนผลการควบคุมความดันโลหิตในเวทีการ

ประชุม พชอ. ยกประเด็นการควบคุมความดันโลหิตเป็นวาระเร่งด่วนในการแก้ไขปัญหา การกำหนดนโยบายสาธารณะ ได้แก่ การจัดเวทีประชาคม รับฟังความคิดเห็น สร้างการยอมรับในการทำข้อตกลง หรือมาตรการของตำบลและหมู่บ้าน และนำมาตรการการควบคุมความดันโลหิตมาสู่การปฏิบัติในพื้นที่

2. การบริหารจัดการทรัพยากรในระดับท้องถิ่น ให้เกิดประโยชน์สูงสุดในการป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูง

3. ยกระดับการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในการสื่อสารความเสี่ยงและการประชาสัมพันธ์ การนำมาตรการไปสู่การให้ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ ดำเนินชีวิตตามแนวทางเวชศาสตร์วิถีชีวิต

4. การสนับสนุนให้ พัฒนาการอำเภอ มีบทบาทที่โดดเด่นขึ้น ใช้ประโยชน์จากศูนย์ผู้นำจิตอาสาพัฒนาชุมชน ทำให้เรื่องของการดูแลสุขภาพไม่ใช่เรื่องของสาธารณสุขเพียงอย่างเดียวแต่เป็นเรื่องของทุกคนทุกหน่วยงาน ทำให้การปลูกผักกินเองเป็นเรื่องง่ายและได้รับการสนับสนุนเมล็ดพันธุ์ผักและดูแลเรื่องความต่อเนื่องในชุมชน นายกเทศมนตรี ให้การสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินโครงการต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมระดับความดันโลหิตในชุมชน

5. ผลลัพธ์เชิงคุณภาพ พบว่า ผู้ป่วยสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ เนื่องจากการตั้งมั่นจิตใจแน่วแน่ โดยนึกถึงความสุข ความภาคภูมิใจ ของคนในครอบครัว ลูก ภรรยา ประหยัดเงินค่าใช้จ่ายของครอบครัว และผู้ป่วยบางราย ภรรยาเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข หากเลิกบุหรี่ได้จะได้เป็นตัวอย่างให้กับคนอื่น ๆ ในหมู่บ้าน

6. ผู้ป่วยได้รับการพัฒนาความรู้และทักษะในการดูแลตนเอง พบว่า เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยก่อนและหลังการพัฒนาารูปแบบ พบว่า ค่า systolic blood pressure ค่า diastolic blood pressure ระดับความเครียดปานกลาง และระดับความเครียดสูง ลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) และค่าคะแนนเฉลี่ย ความรู้ และพฤติกรรมการป้องกันความดันโลหิตสูง เพิ่มขึ้นหลังการพัฒนาารูป-

แบบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) ดังตารางที่ 1

7. การประเมินความพึงพอใจ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข หมอครอบครัว สหสาขาวิชาชีพ เครือข่ายที่มีส่วนร่วม ในการใช้รูปแบบการควบคุมระดับความดันโลหิตผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูง อำเภอเป็ญน้อย จังหวัดขอนแก่น พบว่า ร้อยละ 92.0 มีความพึงพอใจระดับมากที่สุด

### วิจารณ์

ผลพัฒนารูปแบบการควบคุมระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยการใช้กระบวนการ AIC ตามแนวคิดเวชศาสตร์ชุมชน สามารถสร้างการมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน และนักวิจัย ส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของสมสมัย รัตนกรัทกุล และคณะ<sup>(17)</sup> ได้ศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน บูรณาการกับแนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะโรคเรื้อรังเพื่อพัฒนา

รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงบนพื้นฐานการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน จังหวัดชลบุรี พบว่า กระบวนการวิจัยสามารถทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีขึ้นและสร้างเครือข่ายเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วย แสดงให้เห็นงานบริการที่ต้องดำเนินการให้เกิดความเชื่อมโยงกัน ทั้งแบบทำโดยหน่วยบริการ และผ่านระบบการจัดการแผนการดูแลตามความต้องการของผู้ป่วย การตัดสินใจด้วยอยู่บนพื้นฐานคำแนะนำโดยแพทย์ และหมอครอบครัว งานที่ต้องทำร่วมกัน เช่น การติดตามดูแลเยี่ยมบ้าน โดยสหสาขาวิชาชีพ อาสาสมัคร-สาธารณสุข การเสริมสร้างพลังโดยผู้นำชุมชน สมาชิกในครอบครัว การเปลี่ยนแปลงรูปแบบการใช้ชีวิต แสดงให้เห็นว่าความดันโลหิตลดลง<sup>(18)</sup> การดูแลต่อเนื่อง ที่ต้องประสานการดูแลช่วยเหลือให้ครอบคลุมทุกมิติ<sup>(19)</sup> เป็นต้น สอดคล้องกับงานวิจัยของสุพรรณษา ยาใจ และคณะ<sup>(20)</sup> ที่ได้ดูแลติดตามผู้ป่วยโดยแพทย์คนเดียว และให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการปรับยา แสดงความคิดเห็น

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการควบคุมระดับความดันโลหิต ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง (n=47)

ตัวแปร	ก่อน		หลัง		$\bar{d}$	SD <sub>d</sub>	95%CI of $\mu_d$	p-value
	mean	SD	mean	SD				
น้ำหนัก(กก.)	64.8	13.1	64.7	12.9	0.04	2.4	-0.67, 0.76	0.89
ดัชนีมวลกาย	26.1	4.0	26.0	4.07	0.06	0.9	-0.19, 0.32	0.62
Systolic blood pressure (mmHg)	151.3	13.2	129.6	8.6	21.6	15.5	17.10, 26.25	<0.001*
Diastolic blood pressure (mmHg)	90.6	7.8	77.2	7.3	13.4	11.2	10.12, 16.72	<0.001*
คะแนนความรู้	10.1	3.1	14.1	1.2	4.08	3.3	3.09, 5.07	<0.001*
คะแนนพฤติกรรมระดับความเครียด	31.8	20.2	19.0	20.2	27.6	15.4	23.10, 32.17	<0.001*
- ปานกลาง	4.6	3.2	2.6	2.2	-2.0	2.2	-2.66, -1.33	<0.001*
- สูง	0.5	1.0	0.2	0.5	-0.3	0.6	-0.51, -0.16	<0.001*

\* ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ต้องการใช้ยา และจัดบันทึกความดันโลหิตด้วยตนเอง ร่วมมือในการปรับพฤติกรรมสามารถควบคุมความดันโลหิตและลดค่ายาได้ ดังนั้นรูปแบบใหม่ควรมีการสนับสนุนส่งเสริมให้มีการนำหลักการควบคุมความดันโลหิตตามแนวทางเวชศาสตร์ป้องกัน เวชศาสตร์วิถีชีวิต เวชศาสตร์ครอบครัว ประยุกต์ผสมผสานอย่างลงตัว ตามบริบทของผู้ป่วยแต่ละราย และให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมและการดูแลผู้ป่วย ให้เกิดการเสริมพลังอำนาจให้แก่ผู้ป่วยครอบครัวและชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพและดูแลตนเองโดยมีแพทย์และบุคลากรสุขภาพ เป็นผู้ให้การสนับสนุนส่งเสริมชุมชนให้ชุมชนเกิดความเป็นเจ้าของ ทำให้ประสบผลสำเร็จ เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืน

#### ข้อเสนอแนะ

1. เพิ่มทักษะและความรอบรู้ด้านสุขภาพ ผู้ป่วย ความดันโลหิตสูง ในการควบคุมระดับความดันโลหิต และการมองหาแรงบันดาลใจเพื่อที่จะไปถึงเป้าหมายในการควบคุมระดับความดันโลหิต
2. บุคลากรสาธารณสุข สหสาขาวิชาชีพ เน้นการประยุกต์ใช้เวชศาสตร์ป้องกัน เวชศาสตร์วิถีชีวิต และเวชศาสตร์ครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยใช้สนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจช่วยเหลือผู้ป่วยในการมองหาแรงบันดาลใจที่จะควบคุมระดับความดันโลหิต เปิดโอกาสให้ชุมชนและครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย
3. ควรบูรณาการความร่วมมือทุกภาคส่วนในท้องถิ่น เน้นรูปแบบของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ เพื่อให้เกิดการทำงานอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน
4. เชิงนโยบาย เวชศาสตร์ป้องกันและเวชศาสตร์วิถีชีวิตเป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่สำคัญ ควรนำลงสู่การปฏิบัติอย่างชัดเจน กระทรวงสาธารณสุข ส่งเสริมการอบรมเผยแพร่

แนวคิดเวชศาสตร์ป้องกันและเวชศาสตร์วิถีชีวิต ให้บุคลากรทุกระดับของกระทรวงสาธารณสุข

#### เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Continuity and coordination of care: a practice brief to support implementation of the WHO Framework on integrated people-centred health services [Internet]. 2018 [cited 2021 May 9]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/274628>.
2. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานสถานการณ์โรค NCDs เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง พ.ศ. 2562. กรุงเทพมหานคร: อักษรกราฟฟิก-แอนดตี้ไซน์; 2563.
3. สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2562. เชียงใหม่: ทริคอิงค์; 2562.
4. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานผลการศึกษาโครงการทบทวนสถานการณ์และผลการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในประเทศไทย พ.ศ. 2560-2562 [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [สืบค้นเมื่อ 18 ต.ค. 2564]. แหล่งข้อมูล: <http://www.thaincd.com/2016/media-detail.php?id=13870&tid=30&tid=&gid=1-015-005.2562>.
5. World Health Organization. Continuity and coordination of care: a practice brief to support implementation of the WHO framework on integrated people-centred health services [Internet]. 2018 [cited 2021 May 16]. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274628/9789241514033-eng.pdf?ua=1>
6. American Academy of Family Physicians. Continuity of care, definition of [Internet]. 2021 [cited 2021 May 19]. Available from: <https://www.aafp.org/about/policies/all/continuity-of-care-definition.html>.
7. Starfield B. Primary care and health. A cross-national comparison. JAMA 1991;266(16):2268-71.



8. สายพิน หัตถิรัตน์. คู่มือหมอครอบครัว ฉบับสมบูรณ์. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: หมอชาวบ้าน; 2551.
9. Rakel RE. Essential family medicine fundamentals and case studies. 3<sup>rd</sup> ed. Pennsylvania: Saunders Elsevier; 2006.
10. Mc-Daniel SH, Campbell TL, Hepworth J, Lorenz A. Family oriented primary care. 2<sup>nd</sup> ed. New York: Springer; 2005.
11. Rippe JM. Lifestyle medicine. 3<sup>rd</sup> ed: Boca Raton: Taylor & Francis; 2019.
12. พรเทพ ศิริวนารังสรรค์. การประยุกต์ใช้เวชศาสตร์ป้องกันในระบบสุขภาพทุกระดับ. การอบรมหลักสูตรพัฒนาศักยภาพแพทย์ด้านเวชศาสตร์ป้องกัน ครั้งที่ 1 ปีงบประมาณ 2562; 12 พฤศจิกายน 2561; สถาบันบาราศนราดูล, นนทบุรี.
13. Park K. Park's textbook of preventive and social medicine. 26<sup>th</sup> ed. Jabalpur: Banarsidas Bhanot; 2021.
14. Boulton ML, Wallace RB. Maxcy-rosenau-last public health and preventive medicine. 16<sup>th</sup> ed. New York: McGraw Hill; 2021.
15. สำนักงานยุทธศาสตร์สุขภาพวิถีชีวิตไทย กระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์สุขภาพวิถีชีวิตไทย พ.ศ. 2554-2563. กรุงเทพมหานคร: สำนักพระพุทธศาสนาแห่งชาติ; 2555.
16. Kemmis S, McTaggart R. The action research planner. 3<sup>rd</sup> ed. Victoria: Deakin University Press; 1988.
17. สมสมัย รัตนกรีกกุล, ชรัญญากร วิริยะ, พรเพ็ญ ภัทรการ. การพัฒนารูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง บนพื้นฐานการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ในเขตเทศบาลเมืองบ้านบึง จังหวัดชลบุรี. วารสารการพยาบาลและการศึกษา. 2558;8(3):52-65.
18. Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, Cushman WC, Green LA, Izzo JL Jr, et al. The Seventh report of the joint national committee on prevention, detection, evaluation, and treatment of high Blood pressure: the JNC 7 report. JAMA 2003;289(19):2560-72.
19. Fisher M, Sloane P, Edwards L, Gamble G. Continuity of care and hypertension control in a university-based practice. Ethn Dis 2007;17(4):693-8.
20. สุพรรณษา ยาใจ, ดวงนภา ปราบโรค. การควบคุมระดับความดันโลหิตโดยให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและให้การดูแลต่อเนื่องในบริการปฐมภูมิ. เชียงรายเวชสาร 2562;11(2):25-33.

**Abstract: Development of a Blood Pressure Control Model in Hypertensive Patients through Community Participation in Pueai Noi District, Khon Kaen Province**

**Riamjai Polwiang, M.D.\*; Mingkhuan Phuhongtong, Ph.D.\*\***

*\* Pueai Noi Hospital, Khon Kaen Provinc; \*\* Khon Kaen Provincial Health Office, Thailand*

*Journal of Health Science 2022;31(Suppl 1):S26-S35.*

This study is an action research. The research objective was to develop a model of blood pressure control in hypertensive patients through community participation in Pueai Noi District, Khon Kaen Province. The research procedure was divided into 3 phases: (1) situation analysis phase, (2) action phase, and (3) evaluation phase. The representative samples consisted of 47 patients with uncontrolled hypertension, health personnel, caregivers, stakeholders and 28 community leaders. While the research benefited from quantitative and qualitative data, the data were analyzed by using content analysis and descriptive statistics, including percentage, mean, standard deviation and Paired t-test, 95% CI, and p-value. The results showed that the majority of patients were 63.38% female, and the average age is 54.62 years (SD=5.68), 76.60% of the samples are married, 74.47% graduated at the primary level of education, and 61.70% are employees. The duration of hypertension among the patients had a mean of 6.59 years (SD=5.72). The outcomes of the development of a model for blood pressure control in hypertensive patients by community participation were as follows: (1) availability of a hypertensive control system in the community that facilitated blood pressure control principles according to preventive medicine, lifestyle medicine, family medicine and participation of the community; (2) establishment of network partners; the committee of hypertension controls at district level to improve the quality of life of patients, and (3) the patients gained knowledge and skills on self-care for hypertension. The results also demonstrated that receiving health services from medical personnel in accordance with the patient's lifestyle had some positive influence; the average before and after the model development showed that the systolic blood pressure, diastolic blood pressure, moderate stress level, and high stress level decreased with statistical significance ( $p < 0.001$ ); and the mean score level of knowledge and antihypertensive behaviors had increased with statistical significance ( $p < 0.001$ ).

**Keywords: high blood pressure; preventive medicine; blood pressure control model; community participation**