



Effects of a Capacity Building Program for Village Health Volunteers on Knowledge and Sodium Consumption Behaviors Among Persons with Uncontrolled Hypertension*

ผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
ต่อความรู้และพฤติกรรมการบริโภคโซเดียมในผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้*

เกษศิริรินทร์	พทวงศ์**	Khetsirin	Puttawong**
ศิวัพร	อิงวัฒนา***	Sivaporn	Aungwattana***
วิลาวัลย์	เดือนราษฎร์***	Wilawan	Tuanrat***

Abstract

Sodium consumption behavior in people with hypertension is an important factor in controlling blood pressure levels. This quasi-experimental research investigated the effects of a capacity building program for village health volunteers on knowledge and behaviors related to sodium consumption among persons with uncontrolled hypertension. The sample consisted of persons with uncontrolled hypertension, consisting of one group which received knowledge from the village health volunteers who participated in the capacity building program and one group which received standard nursing care. Purposive sampling was used with 54 persons who were divided equally into the two groups (27 persons per group). The instruments utilized in the study included the capacity building program for village health volunteers based on the competency concept (McClelland, 1993), a lesson plan for village health volunteers, a book on eating less salt to control blood pressure, a successful model for village health volunteers, and a salt meter. The data collecting instruments consisted of two questionnaires: one on knowledge related to sodium consumption and one on sodium consumption behavior. The instruments were validated for quality and validity (IOC = .80, CVI = .80 respectively), and reliability (.87, .78 respectively) was acceptable. The data was then analyzed using Wilcoxon and the Mann Whitney U test.

The results showed that after the program, the group which received knowledge from the village health volunteers who participated in capacity development had significantly higher average scores for sodium consumption knowledge than before participating in the program, and more than those of the group which received standard nursing care ($p < .001$, $p < .001$ respectively). In addition, the mean score of sodium consumption behaviors for the group which received knowledge from the village health volunteers was significantly higher than before participating in the program and more than that of the group which received nursing care ($p < .001$, $p < .001$ respectively).

The results of this research point to the effect of the village health volunteers capacity development program and the use of the mentoring process to transfer knowledge. The group of people with uncontrolled hypertension had the knowledge and the ability to effectively modify sodium consumption behavior.

Keywords: Sodium consumption; A capacity building program; Village health volunteers; Uncontrolled hypertension

* Master's thesis, Master of Nursing Science Program in Community Nurse Practitioner, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

** Corresponding Author, Graduate Student of Nursing Science Program in Community Nurse Practitioner, Faculty of Nursing, Chiang Mai University; e-mail: ketsirin6662@gmail.com

*** Associate Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

Received 8 April 2022; Revised 4 July 2022; Accepted 11 July 2022



บทคัดย่อ

พฤติกรรมการบริโภคโซเดียมในผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง เป็นปัจจัยสำคัญในการควบคุมระดับความดันโลหิต การวิจัยกึ่งทดลองนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อความรู้และพฤติกรรมการบริโภคโซเดียมในผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ เป็นกลุ่มที่ได้รับการถ่ายทอดความรู้จากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่เข้าร่วมการพัฒนาศักยภาพ และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 54 ราย โดยแบ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับการถ่ายทอดความรู้จากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่เข้าร่วมการพัฒนาศักยภาพ 27 ราย และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ 27 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการ ได้แก่ โปรแกรมการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน ที่ผู้วิจัยพัฒนามาจากแนวคิดเกี่ยวกับสมรรถนะ (McClelland, 1993) แผนการจัดกิจกรรมการถ่ายทอดความรู้ หนังสือกินคัมม่อนลงสำนึกจิตโรคความดัน และเครื่องวัดปริมาณความเค็มในอาหาร ส่วนเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้การบริโภคโซเดียม และแบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคโซเดียม ซึ่งได้รับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยมีค่าความตรงตามเนื้อหา $IOC = .80$ และ $CVI = .80$ ตามลำดับ และค่าความเชื่อมั่นได้เท่ากับ $.87$ และ $.78$ ตามลำดับ ซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับได้ นำข้อมูลมาวิเคราะห์โดยใช้สถิติ Wilcoxon และ Mann Whitney U test

ผลวิจัยพบว่า กลุ่มที่ได้รับการถ่ายทอดความรู้โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีคะแนนเฉลี่ยความรู้การบริโภคโซเดียมภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้ารับโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$, $p < .001$ ตามลำดับ) และมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคโซเดียม ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้ารับโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$, $p < .001$ ตามลำดับ)

ผลการวิจัยครั้งนี้ชี้ให้เห็นถึงผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และการใช้กระบวนการพี่เลี้ยงในการถ่ายทอดความรู้ ทำให้กลุ่มผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ เกิดความรู้และมีพฤติกรรมการบริโภคโซเดียมที่เหมาะสมได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: การบริโภคโซเดียม โปรแกรมการพัฒนาศักยภาพ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
ผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

** ผู้เขียนหลัก นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ e-mail: ketsirin6662@gmail.com

*** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคความดันโลหิตสูงถือเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประชากรทั่วโลก หากไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้นั้น จะส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ หัวใจ สมอง ตา ไตและหลอดเลือดส่วนปลาย (Chosungnoen, 2017) จากข้อมูลองค์การอนามัยโลก พบว่าประชากรทั่วโลกมีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 1.3 พันล้านคน ซึ่งมีเพียง 1 ใน 5 คนที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ (World Health Organization, 2021) และจากข้อมูลกระทรวงสาธารณสุข พบว่าประชากรไทยมีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงถึง 6.3 ล้านคน ซึ่งไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ถึงร้อยละ 54.56 (Ministry of Public Health, 2021) และมีการศึกษาที่พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเกิดภาวะแทรกซ้อน ร้อยละ 4.6 โดยเป็นโรคไต โรคหัวใจ และอัมพฤกษ์ ร้อยละ 3.6, 0.5 และ 0.5 ตามลำดับ (Jewpraditkul, 2020) ถือเป็นปัญหาที่สำคัญของการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในประเทศไทย ซึ่งในการรักษาโรคความดันโลหิตหรือการควบคุมระดับความดันโลหิตนั้น มี 2 วิธี คือ การให้ยาลดความดันโลหิต และการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิต พบว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิตในระยะยาว เป็นพื้นฐานการควบคุมความดันโลหิตสำหรับผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ได้แก่ การลดน้ำหนัก การปรับรูปแบบการบริโภคอาหาร กิจกรรมทางกาย การจำกัดปริมาณแอลกอฮอล์ และการจำกัดปริมาณโซเดียมในอาหาร (Thai Hypertension Society, 2019) โดยกระทรวงสาธารณสุขได้เล็งเห็นความสำคัญของปัญหาโรคความดันโลหิตสูงรวมไปถึงโรคไม่ติดต่อไม่เรื้อรังอื่นๆ จึงเข้าร่วมมาตรการ NCDs 9 global targets ที่เป็นเป้าหมายระดับโลกจากการประชุมสมัชชาอนามัยโลก ครั้งที่ 66 ที่มัตซึมาตสึ 9 เป้าหมายเพื่อแก้ไขปัญหาระดับโลก ซึ่งการลดบริโภคเกลือและโซเดียมเป็น 1 ใน 9 เป้าหมายที่ต้องได้รับการแก้ไขปัญห (Suksaad, Ngamaroon, & Surivawongpisan, n.d.)

ในผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงนั้น มีพฤติกรรมการบริโภคเกลือและโซเดียมแบ่งเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ลดการบริโภคเกลือได้เหมาะสมร้อยละ 27.5 ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่พยายามลดการบริโภคเกลือแต่ยังบริโภคเกลือเกินละ 43.7 และผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ยังไม่ลดการบริโภคเกลือและมีการบริโภคเกลือเกินร้อยละ 28.7 ซึ่งพบว่าในกลุ่มที่สามารถลดการบริโภคเกลือได้เหมาะสมสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีกว่าผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ยังไม่ลดการบริโภคเกลือและมีการบริโภคเกลือเกิน (Maneetup, & Danseekaew, 2017) และสถานการณ์การบริโภคเกลือโซเดียมในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังนั้นยังพบที่มีความเชื่อมโยงกับวิถีการบริโภคอาหารของครอบครัวและชุมชน โดยการคงรสชาติความอร่อยแบบที่เคยรับประทาน และการใช้เครื่องปรุงรสหลากหลายชนิดในอาหารที่ปรุงแต่ละประเภท เป็นสิ่งที่ผู้ป่วยรวมทั้งคนในชุมชนปฏิบัติกันทั่วไป (Ruaysundneon et al., 2018) ในการที่จะเข้าถึงวิถีชุมชนได้นั้น บุคลากรทางการแพทย์ของภาครัฐไม่สามารถเข้าถึงได้อย่างครอบคลุม จึงต้องมีการร่วมมือกับภาคประชาชนโดยเฉพาะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งถือได้ว่าเป็นกำลังสำคัญของภาคประชาชนเนื่องจากเป็นคนที่อยู่ในชุมชน สามารถรับรู้ เข้าถึงและเข้าใจชุมชนได้เป็นอย่างดี จึงได้รับความเชื่อถือจากคนในพื้นที่ (Keyong, 2018) และยังเป็นแหล่งการรับรู้ข้อมูลที่คนในชุมชนเข้าถึงได้มากที่สุด (Wamakhan, Wongpirom, & Punyakhomchanchaphun, 2020) นอกจากนี้ยังมีการศึกษาที่พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ผ่านการพัฒนาศักยภาพ สามารถปฏิบัติงานได้มีประสิทธิภาพ แต่การพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขที่เกี่ยวกับการบริโภคโซเดียมโดยตรงนั้นยังไม่พบ พบการศึกษาการพัฒนาศักยภาพในเรื่องอื่น ๆ ที่มีผลต่อความรู้และการนำไปปฏิบัติ ได้แก่ การศึกษาแนวทางการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงพบว่าภายหลังการดำเนินวิจัยอสม. มีความรู้และความเชื่อมั่นในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองมากขึ้น มีแนวทางในการเยี่ยมครอบครัวกลุ่มเสี่ยง และกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองได้รับประโยชน์จาก อสม. โดยมีข้อมูลการดูแลตนเองที่ถูกต้องสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้จริง (Jarupisitpaiboon, Premasawat, Pesungneon,



Rungneoy, & Dankul, 2020) และการศึกษาโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวและอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน ต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและความดันโลหิตของกลุ่มเสี่ยงความดันสูงซึ่งมีการให้ความรู้ ฝึกการออกกำลังกายโดยใช้รำไม้มะขาม การรับประทานอาหารและการจัดการความเครียด พบว่า หลังจากกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากกว่าและมีระดับความดันโลหิตน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติ (Songwattanayut, Wattanakorn, Klinhom, & Rattanapak, 2016)

ดังนั้นพฤติกรรมการลดบริโภคเกลือและโซเดียมของประชาชน จึงอาจต้องอาศัยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านให้มีความรู้ ความเข้าใจของการบริโภคเกลือและโซเดียมอย่างถ่องแท้ เพื่อนำไปสู่การถ่ายทอดความรู้ให้กับประชาชนที่รับผิดชอบได้อย่างถูกต้องตามสมรรถนะที่ต้องสามารถเป็นผู้นำงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคได้ แต่ยังพบว่าอาสาสมัครประจำหมู่บ้านมีความรู้ด้านควบคุมโรคความดันโลหิตสูงน้อย (Wicheyun, 2015) และการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขอยู่ในระดับพอใช้ โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติงาน ได้แก่ การได้รับการนิเทศ การฝึกอบรม และการมีส่วนร่วมของชุมชน ซึ่งชี้ให้เห็นว่าควรจะมีการพัฒนาศักยภาพ พื้นฟูด้านความรู้อย่างต่อเนื่องเพื่อให้เกิดความชำนาญในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (Supavanuch, Warae, & Wanitchanon, 2020) ดังนั้นจึงควรมีการพัฒนาศักยภาพให้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในด้านการควบคุมความดันโลหิตสูงในเรื่องการบริโภคโซเดียม

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้แนวคิดการเพิ่มศักยภาพของ เดวิด ซี เม็กเคลเลน (McClelland, 1973) เนื่องจากมีองค์ประกอบ 5 ส่วน ที่ครอบคลุมทั้งด้านความรู้ ทักษะ รวมไปถึงสิ่งที่อยู่ในตัวบุคคลได้แก่ บทบาททางสังคม การสร้างภาพพจน์หรือมโนทัศน์เกี่ยวกับตัวเอง และการสร้างแรงจูงใจ ซึ่งการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการศึกษานี้ เป็นกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่ผ่านการอบรมตามหลักสูตรการฝึกอบรมมาตรฐานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่คณะกรรมการกลางกำหนด บทบาทหน้าที่ภาพพจน์รวมและแรงจูงใจจึงเป็นสิ่งที่อาสาสมัครได้พัฒนามาตามหลักสูตร ดังนั้นในการศึกษานี้ได้จึงนำกระบวนการมาประยุกต์ใช้ในโปรแกรม ที่เน้นการพัฒนาความรู้และทักษะ โดยจัดกิจกรรมการให้ความรู้ในด้านปริมาณโซเดียมในอาหารที่ควรได้รับในแต่ละวัน การรับประทานเกลือโซเดียมที่เหมาะสม การลดปริมาณเครื่องปรุงรสในอาหาร และการเลือกซื้อหาอาหารสำเร็จรูป/แปรรูป มีการเพิ่มทักษะพฤติกรรมการบริโภคเกลือและโซเดียม ได้แก่ การปฏิบัติวัดตวงเครื่องปรุงรส การเลือกซื้ออาหารสำเร็จรูป/แปรรูป และการปฏิบัติการเติมเครื่องปรุงระหว่างมื้ออาหาร ดังนั้นตามที่เดวิด ซี เม็กเคลเลน (McClelland, 1973) ได้ให้ความหมายและองค์ประกอบศักยภาพ (competency) ไว้ว่า ศักยภาพ คือ บุคลิกลักษณะที่ซ่อนอยู่ภายในปัจเจกบุคคล ซึ่งสามารถผลักดันให้ปัจเจกบุคคลนั้นสร้างผลการปฏิบัติงานที่ดีหรือตามเกณฑ์ที่กำหนดในงานที่ตนรับผิดชอบ ในด้านของความรู้ (knowledge) ทักษะ (skills) และพฤติกรรมที่พึงประสงค์ (attributes) ที่เกี่ยวข้องกัน ดังนั้นเมื่ออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้รับการพัฒนาศักยภาพตามกระบวนการแล้ว จะส่งผลให้เกิดความรู้และพฤติกรรมการบริโภคโซเดียมที่เหมาะสม และสามารถนำไปถ่ายทอดให้กลุ่มตัวอย่างได้โดยมีกระบวนการของการเป็นพี่เลี้ยง และทำตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุข อย่างมีประสิทธิภาพ

ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดการพัฒนาศักยภาพของ เดวิด ซี เม็กเคลเลน (McClelland, 1973) โดยการเพิ่มสมรรถนะ ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ความรู้ 2) ทักษะ 3) บทบาททางสังคม 4) การสร้างภาพพจน์หรือมโนทัศน์เกี่ยวกับตัวเอง และ 5) แรงผลักดันเบื้องต้น ในการส่งผลให้เกิดความรู้การบริโภคโซเดียม เพื่อนำไปสู่การที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจะได้นำการพัฒนาศักยภาพดังกล่าวไปถ่ายทอดข้อมูลด้านการบริโภคโซเดียมในชุมชน ผ่านการทำตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มาใช้ในกิจกรรมการถ่ายทอดความรู้ การเป็นพี่เลี้ยง และส่งผลให้ผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ในชุมชนมี ความรู้และพฤติกรรมการบริโภคโซเดียมที่เหมาะสม ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคได้ต่อไป



วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมการบริโภคโซเดียมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมการบริโภคโซเดียมของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ก่อนและหลังเข้ารับโปรแกรม

สมมติการวิจัย

1. กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมการบริโภคโซเดียมมากกว่ากลุ่มควบคุม
2. หลังได้รับโปรแกรมผู้ที่เป็โรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ มีคะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมการบริโภคโซเดียมมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การบริโภคเกลือและโซเดียมเป็นปัจจัยสำคัญของพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ก่อโรคไม่ติดต่อ อีกทั้งในการทำงานชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นผู้ที่มีความสำคัญในการเป็นแกนนำในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางสุขภาพและพัฒนาคุณภาพชีวิตของชุมชน การศึกษาครั้งนี้ใช้แนวคิดของ เดวิด ซี เม็กเคลเลน (McClelland, 1973) มาใช้ในการพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยการเพิ่มสมรรถนะ ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ความรู้ 2) ทักษะ 3) บทบาททางสังคม 4) การสร้างภาพพจน์หรือมโนทัศน์เกี่ยวกับตัวเอง และ 5) แรงดันเบื้องต้น ในการส่งผลให้เกิดความรู้การบริโภคเกลือและโซเดียม ในเรื่อง 1) ปริมาณโซเดียมในอาหารที่ควรได้รับในแต่ละวัน 2) การรับประทานเกลือโซเดียมที่เหมาะสม 3) การลดปริมาณเครื่องปรุงรสในอาหาร 4) การเลือกซื้ออาหารสำเร็จรูป/แปรรูป และการปฏิบัติกรบริโภคเกลือและโซเดียม ในเรื่อง 1) การปฏิบัติวัดตวงเครื่องปรุงรส 2) การเลือกซื้ออาหารสำเร็จรูป/แปรรูป และ 3) การเติมเครื่องปรุงระหว่างมืออาหาร นำไปสู่การที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจะได้นำการพัฒนาศักยภาพดังกล่าวการไปถ่ายทอดข้อมูลด้านการบริโภคเกลือและโซเดียมในชุมชน เพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตในผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง โดยผ่านกระบวนการระบบพี่เลี้ยง 4 ขั้นตอน (Phukaolaun, 2014) ที่ประกอบด้วย 1) การวางแผน 2) การสร้างสัมพันธภาพและการทำข้อตกลง 3) การพัฒนาผู้เรียนและการรักษาความสัมพันธ์อันดี และ 4) การสิ้นสุดความสัมพันธ์ โดยใช้ระยะเวลา 8 สัปดาห์

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi experimental research) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ต่อความรู้และพฤติกรรมการบริโภคโซเดียม ในผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ในจังหวัดเชียงใหม่

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ อาศัยอยู่ในอำเภอสาร์ภี ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในอำเภอสาร์ภี จังหวัดเชียงใหม่ ผู้วิจัยได้กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีอำนาจในการทดสอบ (power analysis) โดยกำหนดค่าอำนาจการทดสอบที่ 0.90 กำหนดความเชื่อมั่นที่ 0.05 และค่าขนาดอิทธิพลของตัวแปรที่ศึกษา (effect size) เท่ากับ 0.90 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 24 คน และ



เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน ร้อยละ 15 ได้กลุ่มตัวอย่างละ 27 คน รวมจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 54 คน โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมตามเกณฑ์ดังนี้ 1) ยินดีเข้าร่วมตลอดการวิจัย 2) ไม่มีปัญหาด้านการอ่าน เขียน และการสื่อสาร 3) ได้รับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงอย่างน้อย 1 ปี ได้รับการรักษาปกติที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และมีระดับความดันโลหิตสูงมากกว่า 140/90 mmHg ในครั้งสุดท้ายของปีงบประมาณ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย

1. โปรแกรมการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นกิจกรรมการพัฒนาความสามารถอาสาสมัครสาธารณสุขให้มีความรู้และพฤติกรรมการบริโภคโซเดียม ซึ่งผู้วิจัยได้ใช้แนวคิดของ เดวิด ซี แม็กเคลแลนด์ (McClelland, 1973) ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ได้แก่ ความรู้ ทักษะ บทบาททางสังคม การสร้างภาพพจน์หรือทัศนคติเกี่ยวกับตัวเอง และแรงผลักดัน

2. คู่มือแนวทางการลดบริโภคโซเดียม โดยใช้หนังสือของกรมอนามัย “กินเค็มน้อยลงสักนิด พิชิตโรคความดัน” (Sereesuchart, BoonChu, & Junbailek, 2018)

3. สื่อ และอุปกรณ์ที่ใช้ในโปรแกรม

4. เครื่องมือวัดปริมาณความเค็ม (Salt meter)

5. ตัวแบบอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขที่ปฏิบัติหน้าที่ในอำเภอสารภี และเคยได้รับรางวัลอาสาสมัครสาธารณสุขดีเด่นระดับ (ภาค/ประเทศ)

6. แผนการดำเนินกิจกรรมการถ่ายทอดความรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุข

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

2. แบบสอบถามความรู้การบริโภคโซเดียม ประกอบด้วยคำถาม 10 ข้อ ซึ่งผู้วิจัยพัฒนามาจากการทบทวนวรรณกรรมลักษณะข้อคำถามเป็นแบบถูก-ผิด หาค่าความสอดคล้อง (Index of Item-Objective Congruence: IOC) เท่ากับ .81 และหาค่าความเชื่อมั่นโดยวิธี Kuder Richardson สูตร KR-20 ได้ค่าเท่ากับ .87

3. แบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคโซเดียม ประกอบด้วยข้อคำถามทางบวกและทางลบจำนวน 10 ข้อ ซึ่งผู้วิจัยพัฒนามาจากการทบทวนวรรณกรรมลักษณะข้อคำถามเป็นแบบการประมาณค่า (Rating Scale) แบ่งเป็น 3 ระดับตั้งแต่ไม่ปฏิบัติเลยถึงปฏิบัติบ่อยครั้ง เป็นคะแนน 1-3 ตามลำดับ หาค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ .80 และหาค่าความเชื่อมั่นโดยหาค่า Pearson product moment correlation coefficient ซึ่งได้ค่าเท่ากับ .78

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยทำหนังสือขอรับพิจารณารับรองจริยธรรมเสนอต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เลขที่โครงการ: 2564-075 รหัสโครงการ: 2564-EXP047 หลังจากผ่านการอนุมัติแล้ว ผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนดำเนินการวิจัย รวมทั้งชี้แจงรายละเอียดถึงมาตรการความปลอดภัยภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ให้กลุ่มตัวอย่างทราบอย่างละเอียด และเปิดโอกาสให้ซักถามได้อย่างเต็มที่ เมื่อกลุ่มตัวอย่างตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย จึงให้ลงนามในใบยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร โดยข้อมูลทั้งหมดถูกจัดเก็บเป็นความลับและใช้รหัสแทนการใช้ชื่อในการบันทึก



การนำเสนอข้อมูลนำเสนอเป็นภาพรวมและวิเคราะห์ข้อมูลสำหรับใช้ในการวิจัยเท่านั้น ไม่สามารถสืบค้นถึงตัวบุคคลได้ ในกรณีไม่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยจะไม่มีผลใด ๆ ต่อกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

โปรแกรมการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มี 5 องค์ประกอบ ตามแนวคิดของ เดวิด ซี แม็กเคลลัน (McClelland, 1973) ซึ่งเป็น 2 ขั้นตอน ในระยะเวลา 8 สัปดาห์ ดังนี้

1. ขั้นตอนที่ 1 การพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน เป็นการพัฒนาส่วนหนึ่งของโปรแกรมที่เป็นเครื่องมือในการวิจัย ในสัปดาห์ที่ 1-3

สัปดาห์ที่ 1 (2 ชั่วโมง) นัดอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมาที่ รพสต. ทำแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและแบบสอบถามความรู้และพฤติกรรมการบริโภคโซเดียม จัดกิจกรรมทบทวนบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน รับรู้บริบทและความรู้เบื้องต้นของตนเองเกี่ยวกับการบริโภคโซเดียม เพื่อกระตุ้นให้เกิดองค์ประกอบที่อยู่ภายในจิตใจ 3 องค์ประกอบได้แก่ บทบาททางสังคม การสร้างภาพพจน์หรือโน้ตทัศน์เกี่ยวกับตัวเองและการสร้างแรงจูงใจเพื่อให้เกิดแรงผลักดันเชิงบวก โดยได้ให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับบทบาทด้านการบริโภคโซเดียมที่ผ่านมา ให้ตัวแบบอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่เคยได้รับรางวัลในสาขา NCDs มาแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และให้ทำความเข้าใจตนเองในการบริโภคโซเดียมโดยการเขียนภายใต้หัวข้อ “ตัวฉันกับการกินเค็ม” ซึ่งอาสาสมัครสาธารณสุขมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นได้เป็นอย่างดี

สัปดาห์ที่ 2 (1.5 ชั่วโมง) ผู้วิจัยจัดกิจกรรมการให้ความรู้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเกี่ยวกับการบริโภคโซเดียม เพื่อให้เกิดองค์ประกอบในด้านความรู้ โดยใช้สื่อและอุปกรณ์ได้แก่ สไลด์นำเสนอความรู้เรื่อง การบริโภคโซเดียม ซึ่งเนื้อหาประกอบไปด้วย 1) ปริมาณโซเดียมในอาหารที่ควรได้รับในแต่ละวัน 2) การรับประทานเกลือโซเดียมที่เหมาะสม 3) การลดปริมาณเครื่องปรุงรสในอาหาร 4) การเลือกซื้ออาหารสำเร็จรูป/แปรรูป รูป และพฤติกรรมการบริโภคโซเดียม ในเรื่อง 1) การปฏิบัติวัดดวงเครื่องปรุงรส 2) การเลือกซื้ออาหารสำเร็จรูป/แปรรูป และ 3) การเติมเครื่องปรุงระหว่างมื้ออาหาร นอกจากนี้ยังใช้แฟ้มความรู้เป็นสื่อในการเรียนรู้ เพื่อเป็นเครื่องมือให้อาสาสมัครประจำหมู่บ้านได้นำไปถ่ายทอดให้กับกลุ่มตัวอย่าง

สัปดาห์ที่ 3 (3 ชั่วโมง) ผู้วิจัยจัดกิจกรรมการฝึกปฏิบัติการลดการบริโภคโซเดียมแก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อให้เกิดองค์ประกอบในด้านทักษะ โดยการปรับสูตรอาหารและฝึกปฏิบัติวัดปริมาณโซเดียมโดยใช้เครื่อง Salt meter โดยปรับสูตรเมนูอาหารในชุมชนให้ลดปริมาณโซเดียมลงโดยศึกษาจากคู่มือแนวทางการลดบริโภคโซเดียม โดยใช้หนังสือของกรมอนามัย “กินเค็มน้อยลงสักนิด พิชิตโรคความดัน” และฝึกการใช้เครื่อง Salt meter วัดปริมาณโซเดียมในอาหาร รวมไปถึงการรับประทานอาหารเมื่อพบว่าปริมาณโซเดียมเกิน

2. ขั้นตอนที่ 2 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านถ่ายทอดความรู้ให้กับกลุ่มตัวอย่างในสัปดาห์ที่ 4-8
กลุ่มทดลอง

สัปดาห์ที่ 4 (2 ชั่วโมง) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้ให้กลุ่มทดลองทำแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสอบถามความรู้และพฤติกรรมการบริโภคโซเดียม (pre-test) และได้ถ่ายทอดความรู้เรื่องการลดการบริโภคโซเดียมแก่กลุ่มทดลองโดยใช้แฟ้มความรู้เป็นสื่อการเรียนรู้

สัปดาห์ที่ 5-8 (30 นาที) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านติดตามที่บ้านกลุ่มทดลอง โดยมีกิจกรรมทบทวนความรู้เกี่ยวกับการลดการบริโภคโซเดียมโดยใช้แฟ้มความรู้ และอินโฟกราฟิกที่ผู้วิจัยได้ส่งผ่านทาง Line open chat ติดตามพฤติกรรมการบริโภคโซเดียมและมีการวัดปริมาณโซเดียมโดยใช้เครื่อง Salt meter ทุกครั้ง โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านใช้การทำงานผ่านกระบวนการระบบพี่เลี้ยง พัฒนาผู้เรียนและการรักษาความสัมพันธ์อันดี จนการสิ้นสุด โดยที่ผู้วิจัยติดตามผ่านทาง Line open chat และมีการทำแบบสอบถามความรู้และพฤติกรรมการบริโภคโซเดียม (post-test) ในสัปดาห์ที่ 8



กลุ่มควบคุม

สัปดาห์ที่ 4 (1 ชั่วโมง) ผู้วิจัยพบกลุ่มควบคุมตามที่นัดหมาย ขอความร่วมมือในการวิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย และประโยชน์ที่จะได้รับ และผู้วิจัยให้กลุ่มควบคุมทำแบบสอบถามด้านความรู้เรื่องการบริโภคโซเดียม และแบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคโซเดียม (pretest)

สัปดาห์ที่ 5-7 กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ตามแนวทางของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

สัปดาห์ที่ 8 (30 นาที) ผู้วิจัยพบกลุ่มควบคุมตามที่นัดหมาย เพื่อทำแบบสอบถามด้านความรู้เรื่องการบริโภคโซเดียมและแบบสอบถามด้านพฤติกรรมการบริโภคโซเดียม (posttest)

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ใช้สถิติเชิงพรรณนา ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายแบบโค้งไม่ปกติจึงวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Mann Whitney U test

3. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคโซเดียม ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายแบบโค้งไม่ปกติ จึงวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Mann Whitney U test

4. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ของกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรม เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายแบบโค้งไม่ปกติ จึงวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Wilcoxon Rank sum test

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษารั้งนี้ คือ ผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ จำนวน 54 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 27 ราย มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลป่าบาง และกลุ่มควบคุม 27 ราย มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลยางเนิ้ง อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่ เป็นเพศหญิง 36 ราย (ร้อยละ 66.67) เพศชาย 18 ราย (ร้อยละ 33.33) มีอายุ 35 ปีขึ้นไป โดยอายุเฉลี่ยเท่ากับ 62.28 ปี ($SD = 4.55$)

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามวัตถุประสงค์ดังนี้

1. คะแนนเฉลี่ยความรู้การบริโภคโซเดียมของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้การบริโภคโซเดียมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
($n = 54$)

คะแนนเฉลี่ยความรู้การบริโภคโซเดียม	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		P-value
	ค่าเฉลี่ย	SD	ค่าเฉลี่ย	SD	
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	5.40	1.00	5.10	0.80	.235
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	9.04	0.71	5.25	0.86	.001



2. คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคโซเดียมของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคโซเดียมของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
(n = 54)

คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภค โซเดียม	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		P-value
	ค่าเฉลี่ย	SD	ค่าเฉลี่ย	SD	
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	18.25	1.63	18.21	1.37	0.880
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	25.04	1.43	18.37	1.57	0.001

3. คะแนนเฉลี่ยความรู้ และพฤติกรรมการบริโภคโซเดียมของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ และพฤติกรรมการบริโภคโซเดียมของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ก่อนและหลังเข้ารับโปรแกรม (n = 27)

ตัวแปรที่ศึกษา	ก่อนเข้ารับ โปรแกรม		หลังเข้ารับ โปรแกรม		P-value
	ค่าเฉลี่ย	SD	ค่าเฉลี่ย	SD	
คะแนนเฉลี่ยความรู้	5.25	0.86	9.04	0.71	0.001
คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม	18.25	1.63	25.04	1.43	0.001

การอภิปรายผล

ผู้วิจัยอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์และสมมติฐานการวิจัยได้ ดังนี้

1. ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้การบริโภคโซเดียมของกลุ่มทดลองภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สูงกว่าก่อนเข้ารับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

จากผลการวิจัยสามารถอธิบายได้ว่า เนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับการถ่ายทอดความรู้จากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ผ่านการพัฒนาศักยภาพเรื่องความรู้และการบริโภคโซเดียม ในขั้นตอนการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในขั้นตอนที่ 1 โดยผู้วิจัยให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ผ่านการพัฒนาศักยภาพดังกล่าว ได้ใช้ความรู้และทักษะเกี่ยวกับการบริโภคโซเดียมที่ได้รับการพัฒนาจากผู้วิจัย โดยแบ่งเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 1 คน ต่อกลุ่มทดลองในเขตรับผิดชอบตนเอง 3-4 คน ซึ่งในสอดคล้องกับขั้นตอนของการเป็นพี่เลี้ยง 4 ขั้นตอน (Phukaolaun, 2014) ที่ประกอบด้วย 1) การวางแผน 2) การสร้างสัมพันธภาพและการทำข้อตกลง 3) การพัฒนาผู้เรียนและการรักษาความสัมพันธ์อันดี และ 4) การสิ้นสุดความสัมพันธ์ ซึ่งทำให้ได้คู่พี่เลี้ยงที่เหมาะสมจากการวางแผนร่วมกับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เกิดสัมพันธภาพอันดีเนื่องจากพี่เลี้ยงเป็นคนในชุมชนเดียวกันและเป็นผู้ที่อยู่ในความรับผิดชอบเดิมของอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน ทำให้เกิดความไว้วางใจในการทำกิจกรรมต่าง ๆ และมีความเชื่อถือในสิ่งที่ได้รับการถ่ายทอด



โดยการพัฒนาผู้เรียนนั้นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้ทำตามแผนการถ่ายทอดความรู้ที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้น และถ่ายทอดความรู้โดยใช้สื่อที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพจากผู้วิจัยได้แก่แฟ้มความรู้ ที่มีเนื้อหาตรงตามสไลด์ที่ผู้วิจัยใช้ให้ความรู้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน การใช้ Infographic จากผู้วิจัยที่ส่งให้ในไลน์กลุ่ม Open Chat และการใช้ Salt meter ในการวัดปริมาณความเค็มในอาหาร นอกจากนี้ยังได้รับการติดตามที่บ้านเป็นระยะเวลา 3 สัปดาห์ ซึ่งกระบวนการเหล่านี้ทำให้ผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ได้รับความรู้จากบุคคลซึ่งเป็นผู้ที่ไว้ใจ และเป็นคนในชุมชนที่เข้าใจถึงบริบท ส่งผลให้เกิดการเรียนรู้อย่างเต็มที่ และได้รับแนวทางการปฏิบัติได้ตามวิถีชีวิตความเป็นอยู่ไม่ต่างจากเดิม ดังนั้นกลุ่มทดลองจึงมีความรู้ และพฤติกรรมการบริโภคโซเดียมได้ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ จันทิมา ฤกษ์เลื่อนฤทธิ์ และ รักชนก ศขไกร (Ruerkluenrit, & Kodchakrai, 2014) ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขต่อความรู้เรื่องโรคและความพึงพอใจต่อการบริการที่ได้รับของผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ในชุมชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร ซึ่งกลุ่มตัวอย่างได้รับการดูแลตามปกติร่วมกับการดูแลจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพ พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เกี่ยวกับเบาหวานหลังการทดลองของกลุ่มตัวอย่างสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคโซเดียมของกลุ่มทดลอง ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสูงกว่าก่อนเข้ารับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

จากผลการวิจัยสามารถอธิบายได้ว่า เนื่องจากผลของการได้รับการถ่ายทอดความรู้และการปฏิบัติจากอาสาสมัครสาธารณสุขที่ผ่านการพัฒนาศักยภาพทักษะด้านการปฏิบัติในการบริโภคโซเดียม โดยให้ความรู้กับกลุ่มทดลองในการบริโภคโซเดียมในสัปดาห์ที่ 4 และการติดตามพฤติกรรมปฏิบัติบริโภคโซเดียมในสัปดาห์ที่ 5, 6, 7, 8 นั้น ในกิจกรรมการติดตามจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีการทบทวนความรู้เรื่องการบริโภคโซเดียม และมีการวัดปริมาณโซเดียมในอาหารด้วยเครื่องมือ Salt Meter ทุกครั้ง ซึ่งทำให้กลุ่มทดลองได้เห็นผลของการปฏิบัติได้อย่างชัดเจนจากเครื่องมือดังกล่าว จากการติดตามของผู้วิจัยในไลน์กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านพบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่ ให้ความสำคัญกับการวัดปริมาณโซเดียมในอาหารเพิ่มขึ้น มีความคาดหวังว่าปริมาณโซเดียมที่วัดได้จะไม่เกินค่ามาตรฐานที่กำหนด ผลการวัดปริมาณโซเดียมในอาหารจากการติดตาม 4 ครั้งของอาสาสมัครสาธารณสุขพบว่า มีค่าเฉลี่ย 1.30, 1.32, 1.12 และ 1.09 ตามลำดับ ซึ่งแม้ว่าค่าปริมาณโซเดียมในอาหารจะไม่ได้ลดลงอยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน แต่พบว่ามีความแนวโน้มที่ลดลง ซึ่งแสดงถึงการปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง ซึ่งเป็นผลมาจากการที่ได้พี่เลี้ยง ที่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่คุ้นเคย เป็นบุคคลในชุมชนที่เข้าใจวิถีชีวิตความเป็นอยู่เดิม ทำให้การให้ความรู้ และการติดตามในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้น อยู่ในพื้นฐานของการใช้ชีวิตประจำวัน การรับข้อมูลและการปรับเปลี่ยนต่าง ๆ จึงไม่ต่างจากเดิม ทำให้ผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้มีความรู้เพิ่มขึ้น และสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคโซเดียมได้ตามบริบทของตนเองได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของ ปาณิสรา ส่งวัฒนายุทธ, กมลพรรณ วัฒนาก, ขวัญดา กลิ่นหอม, และ พชรนันท์ รัตนภาค (Songwatthanayuth, Watthanakorn, Klinhom, & Ratanapat, 2016) ได้ศึกษาโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวและอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน ต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและความดันโลหิตของกลุ่มเสี่ยงความดันสูงซึ่งมีการให้ความรู้ ฝึกทักษะการดูแลสุขภาพด้านต่าง ๆ พบว่า หลังจาก



กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากกว่าและมีระดับความดันโลหิตต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติ

สรุป ผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ต่อความรู้และพฤติกรรมการบริโภคโซเดียมในผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีความรู้ ทักษะในการถ่ายทอดความรู้มากขึ้น และจากการถ่ายทอดความรู้จากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยใช้ระบบพี่เลี้ยง ทำให้ผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ได้รับความรู้จากคนในชุมชนที่มีวิถีชีวิตเดียวกัน และสามารถนำความรู้ไปปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคโซเดียมได้ตามบริบทของตนเอง ซึ่งนำไปสู่การปฏิบัติการใช้บริโภคโซเดียมได้อย่างถูกต้อง และสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตต่อไป

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สามารถนำโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน ไปใช้ในผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง โดยสามารถพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน ให้มีความรู้ ทักษะนำไปถ่ายทอดความรู้ให้กับกลุ่มเป้าหมาย โดยผ่านกระบวนการเป็นพี่เลี้ยง ที่สามารถเข้าถึงชุมชน และเข้าใจบริบทของชุมชนได้เป็นอย่างดี ซึ่งจะทำให้การนำความรู้ไปถ่ายทอดให้กลุ่มเป้าหมายนั้นมีประสิทธิภาพ และนำไปสู่พฤติกรรมการบริโภคโซเดียมได้อย่างเหมาะสมกับโรค

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน
2. ควรศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน โดยการวัดผลลัพธ์ที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

References

- Chosungnoen, N. (2017). Health promotion to improve health behavior in people who working age which aim to prevent hypertension. *Primary Health Care Division Journal*, 12(1), 9-16. (in Thai)
- Jarupisitpaiboon, C., Premmasawat, N., Pesungnoen, A., Rungnoei N., & Dankul, P. (2021). Guidelines for potential development of village health volunteers to prevent stroke in a risk group. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health*, 30(3), 74-89. (in Thai)
- Jewpraditkul, S. (2020). Self-care behaviors and blood pressure controlling ability of essential hypertension patients, Muang Potawas primary care unit. *Journal of Health Research and Innovation*, 3(1), 15-30. (in Thai)
- Keyong, E. (2018). The performance of village health volunteers in the midst of change. *Journal of Health Systems Research*, 11(1), 118-126. (in Thai)



- Maneetup, K., & Danseekaew, S. (2017). Situation of salt intake among people with hypertension in Thangkhuang Subdistrict, Waengnoi District, Khon Kaen Province. *Journal of Nursing and Health Care*, 35(4), 140-149. (in Thai)
- McClelland, D. C. (1973). Testing for competence rather than for Intelligence. *American Psychologist*, 28(1), 1-14.
- Phukaolaun, S. (2014). *Mentoring system for working on human capital management enhancement projects*. Bangkok: Mdicp Holding. (in Thai)
- Ruaysundneon, S., Sansom, D., Methakarnjanasuk, N., Danseekaew, S., Chaiyapum, N., Khuntamul, R., & Dumnok, K. (2018). High sodium consumption situation and perception relevant to high sodium consumption associated with chronic kidney disease among people with chronic non-communicable disease. *Journal of Nursing and Health Care*, 36(3), 242-250. (in Thai)
- Ruerkluenrit, J., & Kodchakrai, R. (2014). Effectiveness of health volunteer's competency development program on knowledge and satisfaction on services among persons with diabetes type 2 in a community of Bangkok Metropolis. *Thai Pharmaceutical and Health Science Journal*, 9(4), 157-163. (in Thai)
- Sereesuchart, W., BoonChu, W., & Junbailek, S. (2018). *Eat a little less salty to conquer hypertension*. Bangkok: Kaewjaojom Press Center. (in Thai)
- Songwatthanayuth, P., Watthanakorn, K., Klinhom, K., & Ratanapat, P. (2016). Effects of family and village health volunteer participation program on health promoting behaviors, and blood pressure in pre-hypertension adults. *Veridian E-Journal, Science and Technology Silpakorn University*, 3(3), 1-14. (in Thai)
- Suksaad, T., Gnamaroon, W., & Suriyawongpisan, W. (n.d.). *NCDs situation report "kick off to the goals"*. International Health Policy Program.
- Supavanuch, C., Warae, I., & Wanitchanon, K. (2020). *Factors relating work performance of village health volunteers in Narathiwat Province* [Research Report]. Narathiwat: Princess of Narathiwat University. (in Thai)
- Thai Hypertension Society. (2019). *Thai guidelines on the treatment of hypertension 2015*. Bangkok: Author. (in Thai)
- Wamakhan, P., Wongpirom, R., & Punyakhomchanthaphun, P. (2020). The perception of hypertension information, prevention disease behavior and image of department of disease control of people living in region 10th area. *The Office of Disease Prevention and Control 10th Journal*, 18(2), 19-33. (in Thai)
- Wicheyun, W. (2015). *Knowledge and attitudes on the surveillance, prevention and control of diabetes mellitus and hypertension among village health volunteers in Li District, Lamphun Province (Unpublished master's thesis)*. Chiang Mai University, Thailand. (in Thai)
- World Health Organization. (2021). *Data report*. Retrieved from <https://www.who.int>