

Received: 09/05/68 Revised: 15/05/68 Accepted: 19/05/68

**ประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้การลดเค็มในอาหารต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารรสเค็ม
ในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ตำบลท่าบุญมี อำเภอเกาะจันทร์ จังหวัดชลบุรี**

**Effectiveness of a program for enhancing perception of dietary salt reduction on
salt- reduction dietary behavior among prehypertension risk group in**

Tha Bun Mi Sub-District, Ko Chan District, Chonburi Province

กุลธิดา ภูวงศ์ษา*, กนกนิกา มุลตรีภักดี*, กฤติยากร นิมนุช*, รพีพรรณ วรรณทวี*, ชวลิต พิริกิตติวรกุล**, อรอนงค์ พุทธิพร**,
วัลลภ ใจดี*, พचना เฮงบริบูรณ์พงศ์ ใจดี^a

* สาขาวิชาการสาธารณสุขชุมชน คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

** โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าบุญมี อำเภอเกาะจันทร์ จังหวัดชลบุรี

^a ผู้รับผิดชอบหลัก (e-mail: patchana@buu.ac.th)

Kulthida Phuwongsa*, Kanoknipa Mooltripakdee*, Krittiyakorn Nimnuch*, Rapeephan Wannatavee*,
Chawalit Phirakitworakul**, Onanong Puttiporn**, Wanlop Jaidee*, Patchana Hengboriboonpong Jaidee^a

* Department of community public health, Faculty of public health, Burapha university, Thailand

** Tha Bun Mi sub-district health promoting hospital, Ko chan district, Chonburi, Thailand

^a Corresponding Author: (e-mail: patchana@buu.ac.th)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลอง 2 กลุ่มวัดผลก่อนและหลังทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้การลดเค็มในอาหารซึ่ง
ประยุกต์แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่มีต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารรสเค็ม กลุ่มตัวอย่าง คือ กลุ่มเสี่ยงโรคความดัน
โลหิตสูงในพื้นที่ตำบลท่าบุญมี อำเภอเกาะจันทร์ จังหวัดชลบุรี เป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 38 คน กลุ่มทดลองได้รับ
โปรแกรมฯ 8 สัปดาห์ ได้แก่ กิจกรรมรู้ตัวเลข รู้เสี่ยง เลี่ยงความดันโลหิตสูง กิจกรรมรู้เท่าทันความรุนแรง กิจกรรมวงล้อพิชิตเค็ม
กิจกรรมบอกเล่าก้าวผ่านอุปสรรค ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับบริการจากสถานบริการสุขภาพตามปกติ สถิติที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ ร้อยละ
ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติ pair t-test และ independent t-test ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังจากทดลอง กลุ่มทดลอง
มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้การลดเค็มในอาหาร พฤติกรรมการบริโภคอาหารรสเค็มเพิ่มมากขึ้นกว่าก่อนการทดลองและมากกว่า
กลุ่มควบคุม โดยระดับความดันโลหิตซิสโตลิกลดลงกว่าก่อนการทดลองและลดลงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value
< 0.01) สรุปว่า โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้การลดเค็มในอาหารเป็นโปรแกรมที่มีประสิทธิผล เพราะทำให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้เกี่ยวกับแนว
ทางการลดเค็ม พฤติกรรมการบริโภคอาหารรสเค็มดีขึ้น และระดับความดันโลหิตลดลง สามารถเป็นแนวทางในการพัฒนาโปรแกรม
สำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่อไป

คำสำคัญ: โรคความดันโลหิตสูง; การบริโภคอาหารรสเค็ม; โซเดียม; แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ; พฤติกรรมการบริโภคอาหารรส
เค็ม; การรับรู้การลดเค็ม

Abstract

This quasi-experimental study with two groups of pretest-posttest design aimed to examine the effectiveness of a program for enhancing perception of dietary salt reduction, which was developed based on the health belief model, on salt-reduction dietary behavior. The sample consisted of 76 individuals at risk of hypertension in Tha Bun Mi Sub-District, Ko Chan District, Chonburi Province, who were randomly assigned to either an experimental group or a control group, with 38 participants in each. The experimental group received the 8-week intervention program comprising the following four activities: “Know your numbers, know your risk, avoid hypertension activity”, “Awareness of severity”, “Salt reduction wheel game”, and “sharing to overcome barriers”. The control group received routine care from health service providers. Data were analyzed using descriptive statistics as percentages, means, and standard deviations and inferential statistics including paired t-test and independent t-tests. The results indicated that after the intervention, the experimental group had significantly higher mean scores in dietary salt reduction perception and salt-reduction dietary behaviors compared to both their pre-intervention scores and the control group. Moreover, the systolic blood pressure of the experimental group statistically significant decreased from baseline and was lower than the control group (p -value < 0.01). In conclusion, the program for enhancing perception of dietary salt reduction was effective in promoting sodium reduction perception, improving salt-reduction behaviors, and lowering systolic blood pressure. This program could serve as a model for developing interventions targeting individuals with chronic health conditions.

Keywords: Hypertension; Dietary salt reduction; Sodium; Health Belief Model; Salt- reduction dietary behavior; Salt reduction perception

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension) เป็นปัญหาสุขภาพที่พบได้บ่อยและอาจนำไปสู่โรคต่าง ๆ ที่รุนแรงหากไม่ได้รับการรักษาอย่างเหมาะสม เช่น โรคหัวใจขาดเลือด โรคไตวาย และหลอดเลือดแดงใหญ่โป่งพอง องค์การอนามัยโลกกำหนดว่า บุคคลที่มีระดับความดันโลหิตมากกว่า 140/90 มม.ปรอท ถือว่าเป็นภาวะความดันโลหิตสูง สถิติทั่วโลกพบว่ามีผู้ป่วยโรคนี้มากถึง 1 พันล้านคน และคาดว่าภายในปี 2568 จะเพิ่มขึ้นเป็น 1.56 พันล้านคน ส่งผลให้การเสียชีวิตจากโรคนี้จะสูงถึง 7.5 ล้านคน¹ ในประเทศไทยพบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากการสำรวจสุขภาพประชากรไทยพบว่ามีประชากรอายุ 18 ปีขึ้นไปถึง 13 ล้านคนที่ป่วยเป็นโรคนี้ และในจำนวนนี้มีมากถึง 7 ล้านคนไม่ทราบว่าตนเองเป็นโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งการไม่ได้รับการรักษาอาจทำให้ความรุนแรงของโรคเพิ่มขึ้นอย่างมาก² สถานการณ์นี้สอดคล้องกับสถานการณ์ในพื้นที่ตำบลท่าบุญมี ที่พบว่า ประชาชนในพื้นที่มีกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง สะท้อนได้จากการที่กองทุนหลักประกันสุขภาพ อบต. ท่าบุญมี ได้จัดโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดความเสี่ยง ลดความดันโลหิตสูงอย่างต่อเนื่องมาตั้งแต่ พ.ศ. 2560 จนถึงปัจจุบัน³

การป้องกันโรคความดันโลหิตสูงนี้จึงถือว่าเป็นภารกิจสำคัญในงานสาธารณสุข โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีความเสี่ยง (Prehypertension) ซึ่งสามารถลดโอกาสการเกิดโรคได้หากมีการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตให้เหมาะสม เช่น ลดการบริโภคโซเดียมที่สูงเกินไป การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การออกกำลังกาย และการจัดการกับความเครียด การบริโภคโซเดียมสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญในการเกิดโรคความดันโลหิตสูง และจากการสำรวจพบว่า คนไทยบริโภคโซเดียมเฉลี่ยมากกว่าเกณฑ์ที่แนะนำจากองค์การอนามัยโลก⁴⁻⁵

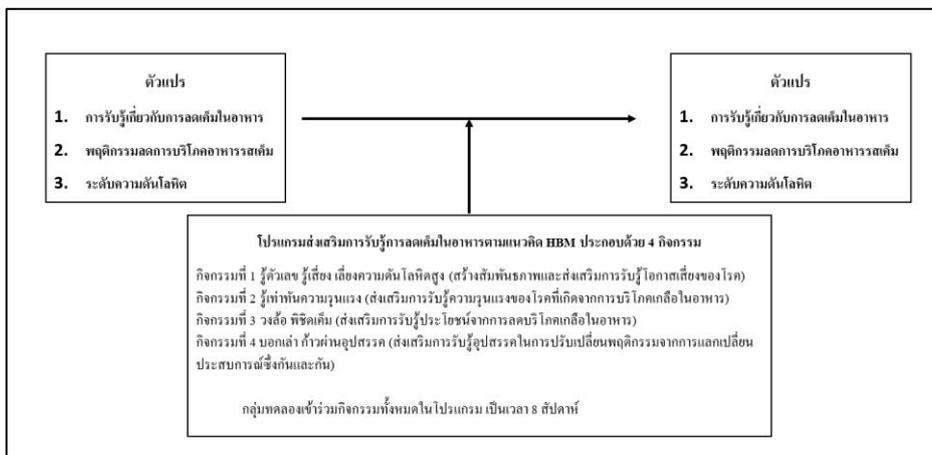
ทั้งนี้กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดเป้าประสงค์ให้ประชาชนบริโภคเกลือและโซเดียมลดลงร้อยละ 30 ภายในปี พ.ศ. 2568 โดยใช้วิธีการเฝ้าระวังและลดการบริโภคเกลือและโซเดียมให้ครอบคลุมทุกพื้นที่⁵

วิธีการสำคัญในการลดการบริโภคเกลือและโซเดียมในอาหารของประชาชนในชุมชน คือ การปรับปรุงความรู้ และความเชื่อ ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการบริโภคอาหารเค็ม⁶⁻⁸ เพื่อทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและวิถีชีวิตที่อาจเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค ความดันโลหิตสูง อีกทั้งหากดำเนินการได้สำเร็จวิธีการนี้ไม่เพียงแต่ช่วยลดความดันโลหิต แต่ยังสามารถลดความเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด การมีพฤติกรรมที่เหมาะสมในการรับประทานอาหารและการดูแลสุขภาพสามารถทำให้เกิดการป้องกันโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพ การใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)⁹ สามารถช่วยเพิ่มความตระหนักและความเข้าใจในกลุ่มเสี่ยงได้ เนื่องจากผลการศึกษาของ Chan et al. (2023) พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคเกลือไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคเกลือ และประชาชนร้อยละ 97 ไม่เคยวัดปริมาณเกลือในอาหาร⁸ ดังนั้นการศึกษาในครั้งนี้คณะผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้การลดเค็มโดยประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เพื่อให้ผู้เข้าร่วมมีความรู้ควบคู่กับการปฏิบัติ นำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภค และส่งผลต่อระดับความดันโลหิตที่ลดลง หากมีการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตเพื่อลดระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติจะช่วยป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ลดการสูญเสียจากภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงและโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอื่น ๆ¹⁰ จากข้อมูลเหล่านี้ จึงเห็นได้ว่า การป้องกันและลดความเสี่ยงจากโรคความดันโลหิตสูงสามารถทำได้จากการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในด้านต่าง ๆ เช่น การปรับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ประชาชนสามารถลดความเสี่ยงจากโรคนี้อย่างยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบระดับการรับรู้การบริโภคอาหารลดเค็ม พฤติกรรมการบริโภคอาหารลดเค็ม และระดับของความดันโลหิตของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลองโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้การลดเค็มซึ่งประยุกต์แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

กรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบสองกลุ่ม ได้แก่ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม วัดก่อนและหลังการทดลอง (Two group pre-test and post-test design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาในครั้งนี้ คือ ผู้ที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป ซึ่งอาศัยอยู่และมีชื่อตามทะเบียนบ้านในพื้นที่หมู่ที่ 5 บ้านสามแยก ตำบลท่าบุญมี อำเภอเกาะจันทร์ จังหวัดชลบุรี ได้รับการคัดกรองภาวะเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง ดังนี้

1) ระดับค่าความดันโลหิตซิสโตลิก (Systolic blood pressure) อยู่ในช่วง 130 – 139 มิลลิเมตรปรอท และมีค่าความดันโลหิตไดแอสโตลิก (Diastolic blood pressure) อยู่ในช่วง 85 – 89 มิลลิเมตรปรอท

2) ไม่เป็นโรคประจำตัว ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไต โรคหัวใจ และโรคไขมันอุดตันในเส้นเลือด

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ ผู้ที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ ยินยอมและสมัครใจในการเข้าร่วมวิจัย ใช้ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัยทั้งหมด 8 สัปดาห์ เก็บข้อมูลเดือนมกราคม - มีนาคม 2568

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการคำนวณขนาดตัวอย่างสำหรับเปรียบเทียบระหว่างสองกลุ่ม จากโปรแกรมคอมพิวเตอร์ G*Power Program โดยกำหนดค่าอิทธิพล Effect Size = 0.8 ใช้ในการคำนวณขนาดตัวอย่างด้วยสมการ Mean different between group ค่าอำนาจการทดสอบ Power $(1-\beta) = 0.90$ และระดับนัยสำคัญทางสถิติ $(\alpha) = 0.05$ และทดสอบทาง (Two tails) ซึ่งได้กลุ่มตัวอย่างละ 34 คน และเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 เพื่อสำรองไว้สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่อาจออกจากโครงการระหว่างการทดลอง จึงรวมเป็นขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 76 คน และคณะผู้วิจัยได้สุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโครงการโดยสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) ด้วยวิธีการจับสลากรายชื่อจากบัญชีผู้เข้ารับการคัดกรองโรคแบบไม่ใส่คืนจนได้ครบจำนวน จากนั้นจึงสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) ด้วยวิธีการจับสลากรายชื่อ เพื่อแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็นสองกลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง 38 คน และกลุ่มควบคุม 38 คน

กำหนดเกณฑ์คัดเข้าในการวิจัย คือ 1) บุคคลซึ่งสามารถอ่าน เขียน มีสติสัมปชัญญะครบถ้วนสมบูรณ์ และเข้าใจภาษาไทย 2) บุคคลที่ยินยอมและสมัครใจในการเข้าร่วมวิจัย และ 3) บุคคลสามารถเข้าร่วมครบทุกกิจกรรมในโปรแกรมฯ และเกณฑ์ในการคัดออก คือ 1) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบทุกขั้นตอนของการดำเนินการวิจัย และ 2) ย้ายออกจากพื้นที่ระหว่างการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและสาระสำคัญของพฤติกรรมกรบริโภคอาหารรสเค็ม ประกอบไปด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามของข้อมูลทั่วไป มีลักษณะคำถามเป็นคำถามปลายเปิดและปลายปิด จำนวน 10 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ค่าดัชนีมวลกาย สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพหลัก รายได้ ประวัติการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ประวัติการ สูบบุหรี่ และประวัติสมาชิกในครอบครัวเป็นโรคความดันโลหิตสูง

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับการลดเค็มในอาหาร เป็นคำถามปลายปิดชนิดประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ตั้งแต่เห็นด้วยมากที่สุดจนถึงน้อยที่สุด จำนวน 35 ข้อ ประกอบด้วยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ถึงประโยชน์ของการลดเค็มในอาหาร การรับรู้อุปสรรคจากการลดเค็มในอาหาร

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมลดการบริโภคอาหารรสเค็ม เป็นคำถามปลายปิดชนิดประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ตั้งแต่ปฏิบัติเป็นประจำจนถึงไม่เคยปฏิบัติเลย จำนวน 15 ข้อ ได้แก่ พฤติกรรมปรุงอาหาร พฤติกรรมเลือกชนิดของอาหารหรือผลิตภัณฑ์ที่มีส่วนประกอบของเกลือ และพฤติกรรมการตรวจสอบปริมาณของเกลือในอาหาร

2. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย เป็นโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้การลดเค็มในอาหาร ที่คณะผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อสุขภาพ (Health Belief Model) ประกอบด้วย 4 กิจกรรม ระยะเวลา 8 สัปดาห์ ร่วมกับแบบบันทึกระดับความดันโลหิตสำหรับกลุ่มผู้เข้าร่วมโปรแกรมฯ ขณะเข้าร่วมกิจกรรม ได้แก่

สัปดาห์ที่ 1 เริ่มจากกิจกรรมสร้างสัมพันธภาพ กิจกรรมตอบแบบสอบถาม การประเมินระดับความดันโลหิต และกิจกรรมที่ 1 “รู้ตัวเลข รู้เสี่ยง เลี่ยงความดันโลหิตสูง” เป็นกิจกรรมที่มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างสัมพันธภาพระหว่างคณะนักวิจัยและกลุ่มผู้เข้าร่วมโปรแกรมฯ และภายในกลุ่มผู้เข้าร่วมโปรแกรมฯ รวมถึงการส่งเสริมการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคความดันโลหิตสูง โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง อธิบายสาเหตุของการเกิดโรค ลักษณะอาการ ภาวะแทรกซ้อนของโรค ตลอดจนการแนะนำและสาธิตวิธีการวัดความดันโลหิตสูงที่ถูกต้อง เพื่อให้กลุ่มผู้เข้าร่วมโครงการฯ สามารถวัดและประเมินค่าระดับความดันโลหิตของตนเองได้ กำหนดระยะเวลาจัดกิจกรรมประมาณ 3 ชั่วโมง หลังจากนั้นจึงเว้นระยะเป็นเวลา 1 สัปดาห์ (สัปดาห์ที่ 2) ก่อนที่จะเริ่มกิจกรรมต่อไป

สัปดาห์ที่ 3 เริ่มจากกิจกรรมสร้างสัมพันธภาพ และกิจกรรมที่ 2 “รู้เท่าทันความรุนแรง” เป็นกิจกรรมที่มีวัตถุประสงค์เพื่อสนับสนุนให้กลุ่มผู้เข้าร่วมโปรแกรมฯ รับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการบริโภคอาหารรสเค็ม โดยการนำคลิปวิดีโอเรื่อง “ทราบแล้วเปลี่ยน – info ร่างกายเค็มเกิน” และ “อาหารรสเค็มมีผลอย่างไรต่อสุขภาพ” ที่เผยแพร่ในสื่อโซเชียลมีเดียของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพและมหาวิทยาลัยมหิดล (Mahidol Channel) มาใช้เป็นสื่อกลางในการให้ข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพที่เกี่ยวกับผลเสียและอันตรายที่เกิดจากการรับประทานอาหารที่มีปริมาณโซเดียมมากเกินไป กำหนดระยะเวลาจัดกิจกรรมประมาณ 3 ชั่วโมง หลังจากนั้นจึงเว้นระยะเป็นเวลา 1 สัปดาห์ (สัปดาห์ที่ 4) ก่อนที่จะเริ่มกิจกรรมต่อไป

สัปดาห์ที่ 5 เริ่มจากกิจกรรมสร้างสัมพันธภาพ และกิจกรรมที่ 3 “วงล้อพิชิตเค็ม” เป็นกิจกรรมที่มีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมให้กลุ่มผู้เข้าร่วมโปรแกรมฯ รับรู้ประโยชน์จากการลดการบริโภคอาหารที่มีรสเค็ม โดยมีการให้ความรู้เกี่ยวกับผลดีในการปฏิบัติตามคำแนะนำในการบริโภคอาหารรสเค็ม โดยการนำคลิปวิดีโอเรื่อง “ลดเค็มร่างกายเปลี่ยนแปลงอย่างไร?” ที่เผยแพร่ในสื่อโซเชียลมีเดียของมหาวิทยาลัยมหิดล (Mahidol Channel) มาใช้ร่วมกับสื่อกระดาษ “วงล้อพิชิตเค็ม” ที่คณะผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อแนะนำอาหารสุขภาพที่ควรรับประทานในแต่ละมื้อ กำหนดระยะเวลาจัดกิจกรรมประมาณ 3 ชั่วโมง หลังจากนั้นจึงเว้นระยะเป็นเวลา 2 สัปดาห์ (สัปดาห์ที่ 6 และ 7) ก่อนที่จะเริ่มกิจกรรมต่อไป

สัปดาห์ที่ 8 เริ่มจากกิจกรรมสร้างสัมพันธภาพ และกิจกรรมที่ 4 “บอกเล่า ก้าวผ่านอุปสรรค” เป็นกิจกรรมที่มีวัตถุประสงค์เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการรับรู้อุปสรรคที่แตกต่างกันของกลุ่มผู้เข้าร่วมโปรแกรมฯ โดยใช้กิจกรรมสนทนากลุ่มเพื่อให้กลุ่มเป้าหมายแลกเปลี่ยนสิ่งที่ตนเองคิดว่าเป็นอุปสรรคในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง และร่วมกันวางแผนเพื่อกำจัดอุปสรรคเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปสู่พฤติกรรมลดการบริโภคอาหารรสเค็มผ่านการเขียนลงในสมุดบันทึกเพื่อนำไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวัน ร่วมกับกิจกรรมตอบแบบสอบถามและประเมินระดับความดันโลหิต

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ทั้งหมดได้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพด้านความเที่ยง (Validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิด้านการศึกษา ด้านการสาธารณสุขชุมชน และด้านการให้บริการในระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่าตรงกันความสอดคล้อง (index of item objective congruence) อยู่ระหว่าง 0.66-1.00 ทุกข้อ จากนั้นนำเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับการลดเค็มในอาหาร (ส่วนที่ 2) และแบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหารรสเค็ม (ส่วนที่ 3) ไปตรวจสอบคุณภาพด้านความเชื่อถือได้ (Reliability) โดยการทดสอบความเชื่อมั่น (Try out) กับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงที่อยู่ภายใต้การคัดกรองโรคในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเกาะโพธิ์ อำเภอกะฉัง จันทบุรี จำนวน 30 คน โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach’s alpha coefficient method)¹¹ ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.77 และ 0.93 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

กลุ่มควบคุม ดำเนินการตรวจสอบสถานะสุขภาพและประเมินการรับรู้เกี่ยวกับการลดเค็มในอาหาร พฤติกรรมการบริโภคอาหารรสเค็ม ระดับความดันโลหิต จำนวน 2 ครั้ง

กลุ่มทดลอง ดำเนินการ 4 กิจกรรม เป็นเวลา 8 สัปดาห์ มีการเก็บรวบรวมข้อมูลตามเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลและการประเมินระดับความดันโลหิตในสัปดาห์ที่ 1 และ 8 ตามโปรแกรมที่กำหนดไว้

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้เกี่ยวกับการลดเค็มในอาหาร พฤติกรรมการบริโภคอาหารรสเค็ม ระดับความดันโลหิต ภายในกลุ่มด้วยสถิติ paired t-test และระหว่างกลุ่มด้วย independent t-test

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี เลขที่ CBO Rec 67- 081 ระหว่างวันที่ 28 ตุลาคม พ.ศ. 2567 ถึงวันที่ 27 ตุลาคม พ.ศ. 2568 คณะผู้วิจัยปฏิบัติตามมาตรฐานจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์อย่างเคร่งครัด เพื่อเป็นการปกป้องสิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยได้อธิบายแนวทางการเข้าร่วมวิจัย เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมด้วยความสมัครใจ มีการสรุปผลในภาพรวม และไม่มีการระบุชื่อ-นามสกุลของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามข้อมูลทั่วไป พบว่ากลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นผู้หญิง ร้อยละ 71.1 อายุอยู่ระหว่าง 40-49 ปี และ 50-59 ปี (ร้อยละ 34.2) สถานภาพสมรส (ร้อยละ 60.5) ร้อยละ 42.1 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา เป็นเกษตรกร (ร้อยละ 31.6) มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 5,001-10,000 บาท (ร้อยละ 50.0) และไม่มีประวัติดื่มแอลกอฮอล์ (ร้อยละ 68.4) ไม่สูบบุหรี่ (ร้อยละ 78.9) และ ร้อยละ 60.5 ไม่มีประวัติว่าสมาชิกในครอบครัวเป็นโรคความดันโลหิตสูง รวมถึงส่วนใหญ่มีน้ำหนักสมส่วน (BMI ปกติ) ร้อยละ 52.6

ข้อมูลดังกล่าวคล้ายคลึงกับข้อมูลทั่วไปของกลุ่มควบคุม ที่พบว่า ส่วนใหญ่เป็นผู้หญิง ร้อยละ 81.6 อายุอยู่ระหว่าง 50-59 ปี (ร้อยละ 42.0) สถานภาพสมรส (ร้อยละ 60.5) ร้อยละ 52.6 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา มีอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 31.6 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาท (ร้อยละ 55.3) และไม่มีประวัติดื่มแอลกอฮอล์ (ร้อยละ 68.4) ไม่สูบบุหรี่ (ร้อยละ 71.6) และ ร้อยละ 60.5 ไม่มีประวัติว่าสมาชิกในครอบครัวเป็นโรคความดันโลหิตสูง รวมถึงกลุ่มควบคุมร้อยละ 50.0 มีน้ำหนักสมส่วน (BMI ปกติ)

การรับรู้เกี่ยวกับการลดเค็มในอาหาร

เมื่อเปรียบเทียบการรับรู้เกี่ยวกับการลดเค็มในอาหารในกลุ่มทดลอง พบว่า หลังเข้ารับโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคที่เกิดจากการบริโภคอาหารรสเค็ม ($t = 19.25, p\text{-value} < 0.001$) การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากบริโภคอาหารรสเค็ม ($t = 26.91, p\text{-value} < 0.001$) การรับรู้ถึงประโยชน์ของการลดการบริโภคอาหารเค็ม ($t = 27.67, p\text{-value} < 0.001$) และการรับรู้อุปสรรคจากการลดการบริโภค ($t = 16.12, p\text{-value} < 0.001$) สูงกว่าก่อนเข้ารับโปรแกรมฯ โดยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่กลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบการรับรู้เกี่ยวกับการลดเค็มในอาหารของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังเข้ารับโปรแกรมฯ

การรับรู้เกี่ยวกับการลดเค็มในอาหาร	ก่อนเข้ารับโปรแกรม		หลังเข้ารับโปรแกรม		t	p-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
1.การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคที่เกิดจากการบริโภคอาหารรสเค็ม (possible range 2-10)						
กลุ่มทดลอง	3.26	0.92	7.55	1.10	19.25	<0.001
กลุ่มควบคุม	3.66	1.04	3.79	1.16	0.52	0.60
2.การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการบริโภคอาหารรสเค็ม (possible range 4-20)						
กลุ่มทดลอง	7.05	1.01	15.37	1.40	26.91	<0.001
กลุ่มควบคุม	6.47	1.22	7.47	2.29	2.34	0.02
3.การรับรู้ถึงประโยชน์ของการลดการบริโภคอาหารเค็ม (possible range 3-15)						
กลุ่มทดลอง	5.26	0.89	11.66	1.21	27.67	<0.001
กลุ่มควบคุม	4.79	0.93	5.32	1.69	1.60	0.11
4.การรับรู้อุปสรรคจากการลดการบริโภคอาหารรสเค็ม (possible range 3-15)						
กลุ่มทดลอง	4.79	0.87	10.76	1.86	16.12	<0.001
กลุ่มควบคุม	5.18	0.95	5.03	1.56	0.50	0.61

การเปรียบเทียบผลของการรับรู้เกี่ยวกับการลดเค็มในอาหารระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ก่อนเข้ารับโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีการรับรู้ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่หลังเข้ารับโปรแกรมฯ พบว่า กลุ่มทดลอง มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคที่เกิดจากการบริโภคอาหารรสเค็ม ($t = 14.42, p\text{-value} < 0.001$) การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการบริโภคอาหารรสเค็ม ($t = 18.07, p\text{-value} < 0.001$) การรับรู้ถึงประโยชน์ของการลดการบริโภคอาหารเค็ม ($t = 18.76, p\text{-value} < 0.001$) และการรับรู้อุปสรรคจากการลดการบริโภค ($t = 14.51, p\text{-value} < 0.001$) สูงกว่าก่อนเข้ารับโปรแกรมฯ โดยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบการรับรู้เกี่ยวกับการลดเค็มในอาหารระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

การรับรู้เกี่ยวกับการลดเค็มในอาหาร	ก่อนเข้ารับโปรแกรม		t	p-value	หลังเข้ารับโปรแกรม		t	p-value
	Mean	S.D.			Mean	S.D.		
1.การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคที่เกิดจากการกินอาหารรสเค็ม (possible range 2-10)								
กลุ่มทดลอง	3.26	0.92	-1.75	0.085	7.55	1.11	14.42	<0.001
กลุ่มควบคุม	3.66	1.05			3.79	1.17		
2.การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการกินอาหารรสเค็ม (possible range 4-20)								
กลุ่มทดลอง	7.05	1.01	2.25	0.028	15.37	1.40	18.07	<0.001
กลุ่มควบคุม	6.47	1.22			7.47	2.30		
3.การรับรู้ถึงประโยชน์ของการลดกินอาหารเค็ม (possible range 3-15)								
กลุ่มทดลอง	5.26	0.89	2.26	0.027	11.66	1.21	18.76	<0.001
กลุ่มควบคุม	4.79	0.93			5.32	1.69		

การรับรู้เกี่ยวกับการลดเค็มใน อาหาร	ก่อนเข้ารับ โปรแกรม		t	p-value	หลังเข้ารับ โปรแกรม		t	p-value
	Mean	S.D.			Mean	S.D.		
4.การรับรู้อุปสรรคจากการลดการกินอาหารรสเค็ม (possible range 3-15)								
กลุ่มทดลอง	4.79	0.87	-1.88	0.064	10.76	1.87	14.51	<0.001
กลุ่มควบคุม	5.18	0.95			5.03	1.57		

พฤติกรรมลดการบริโภคอาหารรสเค็ม

การเปรียบเทียบพฤติกรรมลดการบริโภคอาหารรสเค็มในกลุ่มทดลอง พบว่า หลังเข้ารับโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมลดการบริโภคอาหารรสเค็มดีขึ้นกว่าก่อนเข้ารับโปรแกรมฯ ($t = 13.86, p\text{-value} < 0.001$) โดยกลุ่มควบคุมมีพฤติกรรมลดการบริโภคอาหารรสเค็มลดลงกว่าเดิม ($t = -3.86, p\text{-value} = 0.008$) ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 3

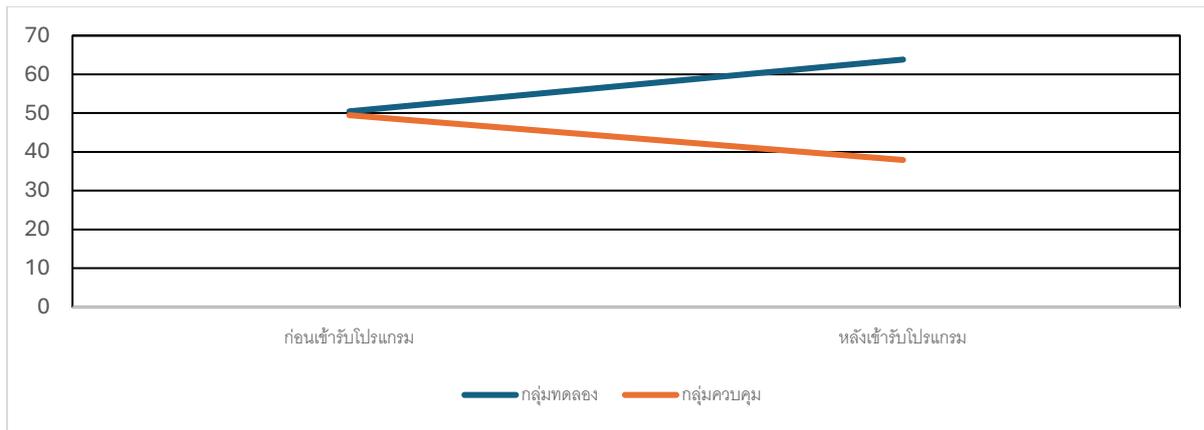
ตารางที่ 3 เปรียบเทียบพฤติกรรมลดการบริโภคอาหารรสเค็มก่อนและหลังเข้ารับโปรแกรมของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

พฤติกรรมลดการบริโภคอาหารรสเค็ม	ก่อนเข้ารับโปรแกรม		หลังเข้ารับโปรแกรม		t	p-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
กลุ่มทดลอง	50.47	5.67	63.82	3.14	13.86	<0.001
กลุ่มควบคุม	49.47	7.42	37.92	15.62	-3.08	0.008

เมื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมลดการบริโภคอาหารรสเค็มระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระย่ก่อนและหลังเข้ารับโปรแกรมฯ พบว่า ก่อนเข้ารับโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีพฤติกรรมลดการบริโภคอาหารรสเค็มไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 0.41, p\text{-value} = 0.682$) และพบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ พฤติกรรมลดการบริโภคอาหารรสเค็มเฉลี่ยของกลุ่มทดลอง (Mean = 63.82 ± 3.14) และกลุ่มควบคุม (Mean = 37.92 ± 15.62) ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 6.29, p\text{-value} < 0.001$) ดังตารางที่ 4 และภาพที่ 2

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบพฤติกรรมลดการบริโภคอาหารรสเค็มระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

พฤติกรรมลดการบริโภคอาหารรสเค็ม	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t	p-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
ก่อนเข้ารับโปรแกรม	50.47	5.67	49.47	7.42	0.41	0.682
หลังเข้ารับโปรแกรม	63.82	3.14	37.92	15.62	6.29	<0.001



ภาพที่ 2 พฤติกรรมลดการบริโภคอาหารรสเค็มระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ

ระดับความดันโลหิต

เมื่อพิจารณากระดับความดันโลหิต โดยจำแนกเป็นความดันโลหิตตัวบนหรือซิสโตลิก (Systolic Blood Pressure: SBP) และความดันโลหิตตัวล่างหรือไดแอสโตลิก (Diastolic Blood Pressure: DBP) พบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีค่าความดันซิสโตลิกเฉลี่ยลดลงจาก 118.18 (S.D. = 11.22) เป็น 113.79 (S.D. = 8.70) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 3.17, p = 0.003$) ส่วนกลุ่มควบคุมมีการเปลี่ยนแปลงเพิ่มขึ้นเล็กน้อยจาก 135.50 (S.D. = 11.17) เป็น 137.34 (S.D. = 9.75) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 4.32, p < 0.001$) อย่างไรก็ตามพบว่า ค่าความดันโลหิตตัวล่าง (Diastolic Blood Pressure: DBP) ของทั้งกลุ่มทดลอง ($t = 1.96, p\text{-value} = 0.058$) และกลุ่มควบคุม ($t = 2.01, p\text{-value} = 0.052$) ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบระดับความดันโลหิตของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังเข้ารับโปรแกรม

ระดับความดันโลหิต	ก่อนเข้ารับโปรแกรม		หลังเข้ารับโปรแกรม		t	p-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
Systolic blood pressure (SBP)						
กลุ่มทดลอง	118.18	11.22	113.79	8.70	3.17	0.003
กลุ่มควบคุม	135.50	11.17	137.34	9.75	4.32	<0.001
Diastolic blood pressure (DBP)						
กลุ่มทดลอง	76.47	10.20	71.49	9.45	1.96	0.058
กลุ่มควบคุม	82.24	7.95	83.42	5.99	2.01	0.052

อภิปรายผล

การรับรู้เกี่ยวกับการลดเค็มในอาหาร

เมื่อสิ้นสุดการเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้การลดเค็มในอาหาร พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนการรับรู้เกี่ยวกับการลดเค็มในอาหารทั้งด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยง ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการลดเค็มในอาหาร และด้านการรับรู้อุปสรรคเพิ่มขึ้นทุกด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ทั้งนี้เพราะการสร้างการรับรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงให้กับกลุ่มผู้เข้าร่วมโปรแกรมฯ ช่วยกระตุ้นให้เกิดการรับรู้ว่าตนเองมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงได้ โดยกิจกรรมในโปรแกรมฯ นำแนวทาง

การสื่อสารที่หลากหลายทั้งการสื่อสารแบบทางเดียว เช่น คลิปวิดีโอ และการสื่อสารแบบสองทาง คือ การบรรยาย การอภิปรายกลุ่มมีส่วนช่วยให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมฯ รับรู้และเข้าใจเกี่ยวกับแนวทางการเลือกบริโภคอาหาร รับประทานถึงผลกระทบของพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมที่สามารถส่งผลทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูงและโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอื่น ๆ ที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ ทั้งนี้จากการศึกษาเกี่ยวกับการสื่อสารรณรงค์ลดบริโภคเค็ม นั้นพบว่า ถึงแม้ว่าเป็นบุคคลวัยเกษียณแต่สื่อออนไลน์ เช่น เฟซบุ๊ก และยูทูป ถือเป็นสื่อสำคัญที่มีแนวโน้มจะทำให้กลุ่มตัวอย่างเปิดรับและสามารถโน้มน้าวใจในระดับสูงเพื่อนำไปปรับใช้ในวิถีชีวิตประจำวันได้ นอกจากนี้กิจกรรมในโปรแกรมฯ มีส่วนร่วมสำคัญในการเสริมสร้างแรงจูงใจให้เกิดการรับรู้และความตระหนักรู้ผ่านข้อมูลเชิงประจักษ์ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาโปรแกรมปรับเปลี่ยนความเชื่อด้านสุขภาพเป็นเวลา 14 สัปดาห์กับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง¹² ที่พบว่าโปรแกรมที่ประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแนวคิดการจัดการคุณภาพช่วยสนับสนุนให้กลุ่มผู้เข้าร่วมนั้นมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง และการรับรู้โอกาสเสี่ยง ความรุนแรง ประโยชน์และอุปสรรค ในระดับที่เพิ่มมากขึ้นกว่าก่อนเข้ารับโปรแกรมฯ และมากกว่ากลุ่มควบคุม

พฤติกรรมลดการบริโภคอาหารรสเค็ม

เมื่อพิจารณาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้การลดเค็มในอาหารที่มีต่อพฤติกรรมลดการบริโภคอาหารรสเค็ม พบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ พฤติกรรมลดการบริโภคอาหารรสเค็มเฉลี่ยของกลุ่มทดลอง (Mean = 63.82±3.14) และกลุ่มควบคุม (Mean = 37.92±15.62) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 6.29, p\text{-value} < 0.001$) เนื่องมาจากกิจกรรมในโปรแกรมฯ กระตุ้นความตระหนักรู้ บรรยายและสอบถามย้อนกลับเกี่ยวกับแนวทางการเลือกชนิดหรือประเภทของอาหาร รวมถึงมีการสาธิตวิธีการวัดและประเมินความดันโลหิต ทำให้กลุ่มผู้เข้าร่วมโปรแกรมฯ รับรู้ถึงระดับความเค็มในการบริโภคอาหาร ทำให้ทราบถึงแนวทางการปรุงอาหารเพื่อรับประทาน แนวทางการเลือกชนิดของอาหารเพื่อสุขภาพ และการวัดและตรวจสอบปริมาณของเกลือในอาหาร ซึ่งเป็นส่วนสำคัญที่เสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจ และความมั่นใจในการปฏิบัติในชีวิตประจำวันได้ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา ซึ่งพบว่าโปรแกรมหรือกิจกรรมต่าง ๆ เช่น โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ¹⁰ โปรแกรมปรับเปลี่ยนความเชื่อด้านสุขภาพ¹² โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร¹³ กิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม¹⁴ ส่งผลทำให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีเพิ่มขึ้น เช่น พฤติกรรมรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเอง อย่างไรก็ตามผลการศึกษาในครั้งนี้ พบว่ากลุ่มควบคุมมีพฤติกรรมลดการบริโภคอาหารรสเค็มในระดับลดลง อธิบายได้ว่า กลุ่มควบคุมอาจไม่ได้สืบค้นข้อมูลด้านสุขภาพหรือไม่สามารถเข้าถึงสื่อสุขภาพจึงมีแนวโน้มที่จะเลือกรับประทานอาหารตามวิถีชีวิตประจำวัน สอดคล้องกับการศึกษาวัฒนธรรมความเชื่อของชาวจีน⁸ ที่ให้ความสำคัญกับประสบการณ์และรสชาติของอาหารมากกว่าความรู้ด้านอาหารเพื่อสุขภาพ ดังนั้นกิจกรรมหรือโปรแกรมจึงเป็นสิ่งแทรกแซง (Intervention) ที่จะกระตุ้นเตือนให้บุคคลสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพจนนำไปสู่วิถีชีวิตประจำวันที่ส่งผลต่อสุขภาพที่ดีได้เพิ่มมากขึ้น

การเปลี่ยนแปลงระดับความดันโลหิต

เมื่อกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ด้านสุขภาพที่ดี มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ก็ย่อมส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงของระดับ ความดันโลหิต โปรแกรมฯ นี้มีระยะเวลาดำเนินกิจกรรมจำนวน 8 สัปดาห์ ซึ่งเป็นไปตามทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลง (Stage of change theory)¹⁵ ที่มุ่งเน้นกระบวนการต่อเนื่องเริ่มจากขั้นที่ไม่สนใจ จนนำไปสู่ขั้นลงมือปฏิบัติเพื่อปรับเปลี่ยนแก้ไขพฤติกรรมใหม่ จึงส่งผลทำให้เมื่อกลุ่มตัวอย่างแสดงพฤติกรรมลดการบริโภคอาหารรสเค็ม และค่าเฉลี่ยของความดันโลหิตส่วนบน (SBP) ลดลงกว่าก่อนทดลอง เนื่องจากการลดปริมาณเกลือโซเดียมในอาหารนั้นทำให้ปริมาณโซเดียมในร่างกายลดลง ส่งผลต่อระดับความดันโลหิตส่วนบนลดลงได้ เพราะโซเดียมมีคุณสมบัติคูดน้ำในเลือดส่งผลต่อการเพิ่มปริมาณเลือดที่กระทบกับแรงดันต่อผนังหลอดเลือดเพิ่มขึ้น โดยพบว่าหากปรับสูตรอาหารให้มีปริมาณเกลือและโซเดียมลดลง สามารถทำให้ระดับความดันโลหิตส่วนบนลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹⁶ แต่อย่างไรก็ตามไม่พบว่ามีค่าเฉลี่ยของความดันโลหิตส่วนล่าง (DBP) แตกต่างระหว่างก่อนและหลังทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาใน

จังหวัดอำนาจเจริญ¹⁷ ที่มีการจัดรูปแบบการจัดการชุมชนโลโซ “เตียม” ต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและค่าความดันโลหิตของกลุ่มเสี่ยงแล้วพบว่า ความดันโลหิตส่วนบนลดลงได้ดีขึ้นแต่ไม่พบความแตกต่างของระดับความดันโลหิตส่วนล่างเช่นเดียวกัน

ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้

1. จากผลการศึกษาพบว่า โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้การลดเค็มในอาหารมีผลต่อการรับรู้เกี่ยวกับการลดเค็มในอาหาร พฤติกรรมลดการบริโภคอาหารรสเค็มและระดับความดันโลหิตส่วนบนมีการเปลี่ยนแปลงในระดับที่ดีขึ้น จึงควรนำไปประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาโปรแกรมสำหรับผู้บริโภคไม่ติดต่อเรื่องอื่น ๆ ที่เป็นปัญหาสาธารณสุขต่อไป

2. ในการศึกษาครั้งนี้สนใจศึกษาเฉพาะกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง และติดตามผลเมื่อสิ้นสุดการเข้าร่วมโปรแกรมฯ เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์เท่านั้น ดังนั้นในการศึกษาครั้งต่อไปควรมีแนวทางการติดตามประเมินผลภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ เพื่อเป็นการกระตุ้นเตือนและติดตามประเมินผลในระยะยาวเพื่อทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างยั่งยืนต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่กรุณาตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าบุญมี ที่ให้ความอนุเคราะห์และสนับสนุนการติดต่อประสานงานในพื้นที่ ขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี จนทำให้การศึกษาครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. กรมควบคุมโรค แนะนำประชาชนใส่ใจสุขภาพ วัตถุประสงค์อย่างสม่ำเสมอ ป้องกันโรคความดันโลหิตสูง. [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 26 ธ.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=25290&deptcode=brc&news_views=388
2. วิชัย เอกพลากร, หทัยชนก พรอคเจริญ, วรารัตน์ เสถียรนพเก้า. การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563. กรุงเทพมหานคร: คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล; 2564.
3. องค์การบริหารส่วนตำบลท่าบุญมี. โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดเค็ม ลดโรคความดันโลหิตสูง ประจำปีงบประมาณ 2560. [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 26 ธ.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://taboonmee.go.th/>
4. World Health Organization. WHO global report on sodium intake reduction. Geneva: World Health Organization; 2023.
5. กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. แนวทางการดำเนินงานลดการบริโภคเกลือและโซเดียมระดับจังหวัด. นนทบุรี: กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. 2566.
6. Suwanna K, Sittibun W, Kaewdam J, Innupaph L. Knowledge, health belief and behavior of salt consumption among people in Nakhon Sri Thammarat Province. Journal of Health Science, Thaksin University. 2020;2(1):53-61.
7. Wechprasith W, Chongkolrattanaporn T. Health belief model of the retirees and reducing sodium intake campaign. Journal of Public Relations and Advertising. 2022;15(1):53-71.

8. Chan A, Wai-Chi Chan S, Kinsman L. Using the health belief model to understand the factors influencing the perceptions of people of Chinese ancestry about reducing salt consumption for hypertension prevention: A cross-sectional study. *PloS one*. 2023;18(8):e0289867.
9. Rosenstock IM, Strecher VJ, Becker MH. Social learning theory and the health belief model. *Health Educ Q*. 1988;15(2):175-83.
10. Tawong K, Srisawat M. Effect of health behavior modification program among risk groups of hypertension in Bannayang health promoting hospital Nayang subdistrict Sopprap district Lampang province. *Journal of Health Sciences Scholarship*. 2021;8(2):103-19.
11. พงศ์เทพ จิระโร. วิจัยทางสุขภาพ. ชลบุรี: บัณฑิตเอกสาร; 2564.
12. Phunsuwan N, Glangkarn S, Tewthong K. Effectiveness of change management health beliefs and health behaviors self risk essential hypertension disease at Kokmamaung subdistrict, Pakham district, Buriram province. *Thaksin J*. 2015;18(2):70-8.
13. Thrunghong R, Lemsawasdikul W, Photisubsuk C. The effects of an eating behaviors development program on knowledge, health beliefs, eating behaviors, and blood pressure among people at risk of hypertension in rural Nakhon Si Thammarat province. *Journal of Nursing and Education*. 2023;16(2):69-85.
14. Songsri Y, Songsri C, Promsala J. The dietary behavior modification for reducing salt and sodium among the risk of hypertension, Udon Thani province. *Journal of Environmental and Community Health*. 2024;9(4):307-17.
15. Horneffer-Ginter K. Stage of change and possible selves: 2 tools for promoting college health. *Journal of American College Health*. 2008;56(4):351-8.
16. Panmung N, Srisawat K, Bunthawi P. The experimental study of using the low salt intervention program in communities. *Department of Health Service Support Journal*. 2020;16(3):39-48.
17. Kalamat C, Dueramae B, Tadacin F, Darunikorn K, Prasomrul P, Sodsri P, et al. Effect of the low sodium community management model on food consumption behavior of risk groups and hypertension patients at Jikdo village, Huataphan district, Amnatcharoen province. *Research and Development Health System Journal*. 2024;17(3):115-28.