

ความสัมพันธ์ระหว่างแบบจำลองการวางแผนส่งเสริมสุขภาพกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีโซเดียมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

นงรัตน์ โมพลอด พย.ม.¹,
สุวิชัย วิริยะศิริกุล พย.ม.^{1*},
บุญประจักษ์ จันทรวิน ส.ค.¹

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบจำลองการวางแผนส่งเสริมสุขภาพกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีโซเดียมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่างจำนวน 420 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามออนไลน์ ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีโซเดียม การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีโซเดียม การรับรู้ความสามารถของตนเองในพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีโซเดียม การเข้าถึงอาหารและผลิตภัณฑ์อาหารที่มีโซเดียมสูง แรงสนับสนุนทางสังคมในการบริโภคอาหารที่มีโซเดียมต่ำ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีโซเดียม ตรวจสอบเครื่องมือด้วยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน มีค่าความสอดคล้อง Item-Objective Congruence (IOC) index ระหว่าง 0.67-1.00 มีค่าแอลฟาของครอนบาช เท่ากับ 0.83, 0.77, 0.81, 0.78, 0.94, 0.89 และทั้งฉบับ 0.92 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสหสัมพันธ์ Spearman rank correlation coefficient

ผลการวิจัย: พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมอยู่ในระดับสูง และการรับรู้ความสามารถของตนเอง อยู่ในระดับสูง (Mean = 3.74, S.D.= 0.51; Mean = 3.70, S.D.=0.52) ตามลำดับ ส่วนการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 2.62, S.D.= 0.61) ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การเข้าถึงอาหารและผลิตภัณฑ์อาหารที่มีโซเดียม อยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 2.85, S.D.= 0.75) ปัจจัยเสริม ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม ในการบริโภคอาหารที่มีโซเดียมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 2.97, S.D.= 0.81) และพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีโซเดียม อยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 3.11, S.D.= 0.65) พบว่า การเข้าถึงอาหารและผลิตภัณฑ์ และการรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์ในทางบวกอยู่ในระดับปานกลาง ($r = 0.571$ และ 0.459) ตามลำดับ ส่วนแรงสนับสนุนทางสังคม การรับรู้อุปสรรค และการรับรู้ประโยชน์มีความสัมพันธ์ในทางบวก อยู่ในระดับต่ำ ($r = 0.325, 0.299$ และ 0.210) ตามลำดับ จากผลการวิจัยหน่วยบริการสาธารณสุขควรนำแบบจำลองการวางแผนส่งเสริมสุขภาพไปพัฒนาเป็นโปรแกรมเกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่มีโซเดียมให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และโรคเรื้อรังอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคอาหาร

คำสำคัญ: แบบจำลองการวางแผนส่งเสริมสุขภาพ พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีโซเดียม โรคความดันโลหิตสูง

¹วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

*Corresponding author email: suwichaya@bcnnakhon.ac.th

วันที่รับ (received) 11 ส.ค. 2567 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 28 ต.ค. 2567 วันที่ตอบรับ (accepted) 13 ธ.ค. 2567

The Relationship Between a Health Promotion Planning Model and Sodium Consumption Behaviors among Hypertensive Patients

Nongrat Moplod M.N.S.¹,

Suwichaya Wiriyasirikul M.N.S.^{1*},

Boonprajuk Junwin Dr.P.H.¹

Abstract

This cross-sectional survey study aimed to examine the relationship between a health promotion planning model and sodium consumption behavior among patients with hypertension. A sample of 420 participants was calculated for the study and data were collected through an online questionnaire having a Cronbach's alpha reliability coefficient of 0.81 and an item-objective congruence (IOC) index exceeding 0.67. Descriptive statistics and Spearman's rank correlation coefficients were used for data analysis.

Results: The findings indicated the mean scores for perceived benefits (Mean = 3.74, S.D. = 0.51) and self-efficacy (Mean = 3.70, S.D. = 0.52) regarding sodium reduction behaviors were at the high level. Perceived barriers to engaging in these behaviors were moderate (Mean = 2.62, S.D. = 0.61), while enabling factors, such as access to sodium-rich foods and products, were also moderate (Mean = 2.85, S.D. = 0.75). Supportive factors, including social support for sodium consumption reduction, were moderate as well (Mean = 2.97, S.D. = 0.81). Sodium consumption behavior among participants was at a moderate level (Mean = 3.11, S.D. = 0.65). A positive moderate correlation was found between access to sodium-containing foods and self-efficacy ($r = 0.571$ and 0.459 , respectively). Furthermore, positive but low correlations were identified for social support, perceived barriers, and perceived benefits ($r = 0.325$, 0.299 , and 0.210 , respectively), as well. Based on these findings, healthcare service units should consider adopting the health promotion planning model to develop programs that target sodium consumption behaviors in patients with hypertension, as well as in other chronic diseases associated with dietary behaviors.

Keywords: health promotion planning model, food consumption behavior, foods containing sodium, high blood pressure

¹Boromarajonani College of Nursing Nakhon Si Thammarat, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

*Corresponding author email: suwichaya@bcnnakhon.ac.th

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญระดับโลกและระดับประเทศ จากข้อมูลของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา อัตราป่วยรายใหม่ของโรคความดันโลหิตสูงต่อแสนประชากรเปรียบเทียบกับย้อนหลัง 5 ปี คือ 945.86, 929.56, 1,072.41, 1,112.66 และ 1,270.04 ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง หลักฐานทางวิชาการในปัจจุบันนี้ยืนยันว่า การที่มนุษย์บริโภคอาหารที่มีโซเดียมมากเกินไปเกินความต้องการ มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคแทรกซ้อนตามมา¹ ทั้งนี้ องค์การอนามัยโลกและมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 8 พ.ศ. 2558 ได้รับรองนโยบายการลดบริโภคเกลือและโซเดียมเพื่อลดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) นำไปสู่ความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายที่สำคัญในการจัดทำยุทธศาสตร์การลดการบริโภคเกลือและโซเดียมในประเทศไทย พ.ศ. 2559 - 2568 ประกอบด้วยยุทธศาสตร์ 5 ด้าน (Stakeholder Net-work, Awareness, Legislation and Environmental Reform, Technology and Innovation, Surveillance, Monitoring and Evaluation: SALTS) มีเป้าประสงค์ คือ “ประชาชนบริโภคเกลือและโซเดียมลดลงร้อยละ 30 ภายในปี พ.ศ. 2568”² ซึ่งหากประชาชนมีการบริโภคโซเดียมมากเกินไปจะส่งผลให้ร่างกายเกิดภาวะความดันโลหิตสูง เมื่อรับประทานอาหารที่มีโซเดียมจะทำให้เกิดการดูดกลับของน้ำภายในกระแสเลือดเพิ่มสูงขึ้น เกิดความดันโลหิตสูงของหลอดเลือดส่วนปลาย เกิดการเปลี่ยนโครงสร้างและหน้าที่การทำงานของผนังหลอดเลือด ส่งผลให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูง หากไม่ได้รับการรักษาความดันโลหิตสูงที่ถูกต้องจะทำให้เกิดโรคแทรกซ้อนตามมา เช่น โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง และโรคไตเรื้อรังนำไปสู่ภาวะไตวาย ซึ่งส่วนใหญ่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจะนำไปสู่โรคไตเรื้อรังภายใน 10 ปี หากไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้เหมาะสมคนไทยป่วยเป็นโรคไตวายเรื้อรังสูงถึง 7,600,000 คน เสียชีวิตด้วยภาวะหัวใจวายจากโรคหัวใจและหลอดเลือดประมาณ 40,000 คนต่อปี หรือ 108 คนต่อวัน เป็นโรคอัมพฤกษ์อัมพาตกว่า 500,000 คน

จากการสำรวจการบริโภคอาหารที่มีโซเดียมของประชาชนไทยในปี พ.ศ. 2562 พบว่า ในหนึ่งวันคนไทยมีการบริโภคโซเดียม เฉลี่ย 3,636 มิลลิกรัม หรือเท่ากับเกลือถึง 1.8 ช้อนชา ซึ่งองค์การอนามัยโลกแนะนำให้รับประทานโซเดียมไม่เกิน 2,000 มิลลิกรัมหรือไม่เกิน 1 ช้อนชา แต่ประชาชนไทยรับประทานเกินกว่าปริมาณที่กำหนดถึง 1.5 - 2 เท่า และจากสถานการณ์ยังไม่มีแนวโน้มที่จะลดลง³ พบค่าเฉลี่ยของการบริโภคอาหารที่มีโซเดียมสูงที่สุดในภาคใต้ (4,107.8 มิลลิกรัม/วัน) รองลงมาคือ ภาคกลาง (3,759.7 มิลลิกรัม/วัน) ภาคเหนือ (3,562.7 มิลลิกรัม/วัน) กรุงเทพมหานคร (3,495.9 มิลลิกรัม/วัน) และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (3,315.8 มิลลิกรัม/วัน) สำหรับแหล่งของการได้รับโซเดียมจากการบริโภคอาหาร จากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562 - 2563 พบว่า ร้อยละ 71 ได้รับโซเดียมจากการรับประทานอาหารที่อาหารนอกบ้าน รองลงมาคือ อาหารตามธรรมชาติ เช่น เนื้อสัตว์ นม ไข่ ที่มีโซเดียมแฝง ร้อยละ 18 และการปรุงรสเค็มเพิ่มบนโต๊ะอาหารร้อยละ 11²

แนวคิดของ Green & Kreuter⁴ ได้กล่าวถึงแบบจำลองการวางแผนส่งเสริมสุขภาพ (PRECEDE-PROCEED Model) ซึ่งเชื่อว่าพฤติกรรมของบุคคลสามารถเกิดขึ้นได้จากหลายปัจจัย สามารถนำกรอบแนวคิดมาเพื่อวินิจฉัย และประเมินผลหลังจัดโครงการ กิจกรรมได้ มีทั้งหมด 5 ระยะ ดังนั้นผู้วิจัยจึงนำแบบจำลองในระยะที่ 4 ได้แก่ 1) ปัจจัยนำ (Predisposing factors) เป็นปัจจัยที่เป็นพื้นฐานของการเกิดพฤติกรรมของบุคคล และก่อให้เกิดแรงจูงใจในการแสดงพฤติกรรมของบุคคล 2) ปัจจัยเสริมหรือปัจจัยสนับสนุน (Reinforcing factors) เป็นปัจจัยที่แสดงให้เห็นว่าพฤติกรรมสุขภาพนั้นได้รับการสนับสนุนเป็นผลสะท้อนที่บุคคลจะได้รับจากการแสดงพฤติกรรมนั้น ซึ่งอาจช่วยสนับสนุนหรือเป็นแรงกระตุ้นในการแสดงพฤติกรรมทางสุขภาพ 3) ปัจจัยเอื้อ (Enabling factors) เป็นปัจจัยที่อาศัยอิทธิพลจากสิ่งแวดล้อมให้เกิดพฤติกรรมโดยตรง อาจเป็นปัจจัยสนับสนุนหรือยับยั้งให้เกิดหรือไม่ให้เกิดพฤติกรรมของบุคคล ฉะนั้น ผู้วิจัยเชื่อว่า

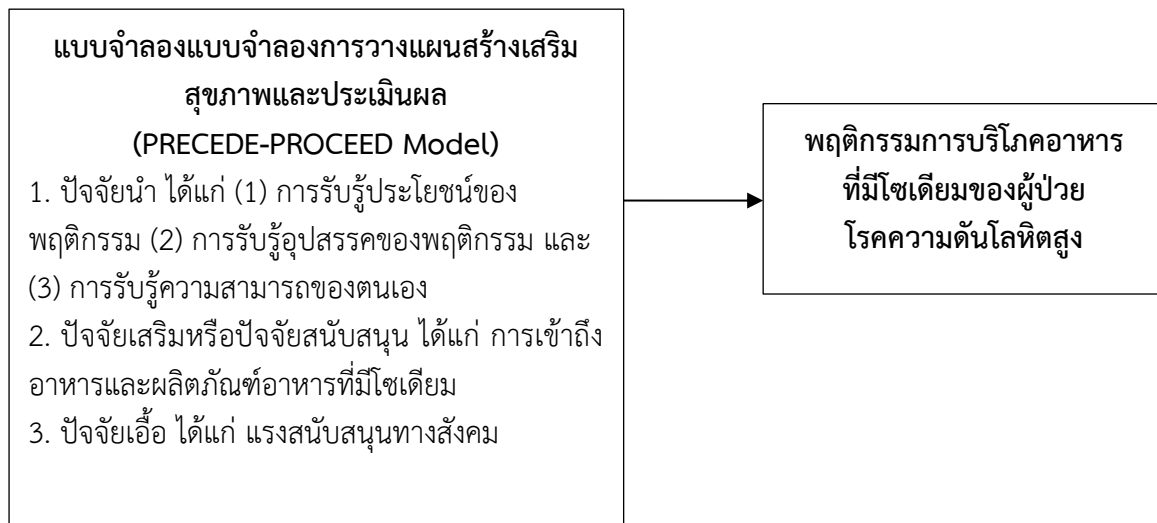
ปัจจัยนำ ได้แก่ การรับรู้เกี่ยวกับการบริโภค ประกอบด้วย การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรม การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรม และการรับรู้ความสามารถของตนเองในพฤติกรรม ปัจจัยเสริมหรือปัจจัยสนับสนุน ได้แก่ การเข้าถึงอาหารและผลิตภัณฑ์อาหารที่มีโซเดียม และปัจจัยเอื้อ ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม เป็นสาเหตุหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับการบริโภคอาหารที่มีโซเดียมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีการนำแบบจำลองการวางแผนส่งเสริมสุขภาพ (PRECEDE-PROCEED Model) มาใช้ศึกษาพฤติกรรมบริโภคอาหารที่มีโซเดียมในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น การศึกษาของประทุม เมืองเป้ และคณะ⁵ ที่พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคม การรับรู้อุปสรรค และจริยญา คมเสีย⁶ พบว่า การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ประโยชน์ การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมบริโภคเกลือและโซเดียม สำหรับการศึกษาของพัชนี ธีระกุลพทุธี⁷ พบว่าความสามารถในการเข้าถึงแหล่งอาหารบริการหรือแหล่งอาหารมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมบริโภคเกลือและโซเดียม ดังนั้น หากต้องการให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้นั้นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงควรต้องมีพฤติกรรมการดูแลตนเอง โดยเฉพาะพฤติกรรมบริโภคอาหารที่มีโซเดียมที่เหมาะสม การนำแนวคิดแบบจำลองการวางแผนส่งเสริมสุขภาพ (PRECEDE-PROCEED Model) มาศึกษาความสัมพันธ์กับพฤติกรรมบริโภคอาหารที่มีโซเดียม จึงมีความเหมาะสม และสามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมสุขภาพเพื่อให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมบริโภคอาหารที่มีโซเดียมที่เหมาะสม และผลการศึกษาที่ได้สามารถนำไปเป็นสร้างโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบจำลองการวางแผนส่งเสริมสุขภาพกับพฤติกรรมบริโภคอาหารที่มีโซเดียมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดนครศรีธรรมราช

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแนวคิดของ Green & Kreuter⁴ ซึ่งได้นำแบบจำลองการวางแผนส่งเสริมสุขภาพและประเมินผล (PRECEDE-PROCEED Model) ได้แก่ 1) ปัจจัยนำ (Predisposing factors) ได้แก่ การรับรู้เกี่ยวกับการบริโภค ประกอบด้วย การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรม การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรม และการรับรู้ความสามารถของตนเอง 2) ปัจจัยเสริมหรือปัจจัยสนับสนุน (Reinforcing factors) ได้แก่ การเข้าถึงอาหารและผลิตภัณฑ์อาหารที่มีโซเดียม และ 3) ปัจจัยเอื้อ (Enabling factors) ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม มาศึกษาความสัมพันธ์กับพฤติกรรมบริโภคอาหารที่มีโซเดียมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดนครศรีธรรมราช ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross Sectional Survey Research) เก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 27 มิถุนายน – 25 กรกฎาคม 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่อาศัยอยู่ในจังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 193,734 คน (ข้อมูลจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช ณ วันที่ 3 เมษายน 2567)⁸

กลุ่มตัวอย่าง กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจากตารางสำเร็จรูป Taro Yamane⁹ กำหนดความเชื่อมั่นที่ 95% กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 400 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล ผู้วิจัยจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 5 ได้กลุ่มตัวอย่าง 20 ตัวอย่าง รวมทั้งหมด 420 คน และเพื่อให้เป็นตัวแทนของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ครอบคลุมพื้นที่ทั้งจังหวัดนครศรีธรรมราช จึงทำการสุ่มอย่างง่ายแบบหลายขั้นตอน (Multi-Stage random sampling) ด้วยการจับฉลาก จำนวน 6 อำเภอ จากทั้งหมด 23 อำเภอคือ นบพิตำ, หัวไทร, บางขัน, ฉวาง, เมือง และร่อนพิบูลย์ จากนั้นคำนวณสัดส่วนตามจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของอำเภอที่สุ่มได้ร้อยละ ดังนี้ 5.5, 11.3, 6.8, 12.9, 49.2 และ 14.3 ตามลำดับ

การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-Stage random sampling)

เกณฑ์คัดเข้าของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้ 1) เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ ทั้งรายเก่าและรายใหม่ มีอายุมากกว่า 18 ปี 2) เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่มีโรคแทรกซ้อน เช่น โรคหลอดเลือดในสมอง โรคหัวใจ และโรคไตวายเรื้อรัง เป็นต้น 3) สามารถใช้เครื่องมือสื่อสารได้ 4) สามารถใช้แบบสอบถามออนไลน์ได้ 5) สามารถอ่านและสื่อสารภาษาไทยได้ และ 6) อาศัยอยู่ในจังหวัดนครศรีธรรมราชไม่ต่ำกว่า 1 ปี

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

บทความวิจัยนี้เป็นวัตถุประสงค์หนึ่งของวิจัยเรื่อง “ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีโซเดียมของประชาชน จังหวัดนครศรีธรรมราช” โครงการวิจัยได้ผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ นครศรีธรรมราช เอกสารรับรองเลขที่ Exc-07/2567 รับรองตั้งแต่วันที่ 24 มิถุนายน 2567 สิ้นสุดการรับรองวันที่ 23 มิถุนายน 2568 ข้อมูลทั้งหมด

ผู้วิจัยนำไปวิเคราะห์ในการศึกษาเท่านั้น และข้อมูลถูกเก็บเป็นความลับโดยไม่มีผลกระทบหรือเกิดความเสียหายใด ๆ กับกลุ่มตัวอย่างหรือผู้ที่เกี่ยวข้อง

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยจากงานวิจัยเรื่อง “ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการบริโภคเกลือและโซเดียมของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง อำเภอหนองไผ่ จังหวัดเพชรบูรณ์”⁵ ประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล จำนวน 7 ข้อ เป็นคำถามปลายปิดและปลายเปิด ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ การศึกษา และการประกอบอาหารในครัวเรือน

ส่วนที่ 2 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยนำ ดังนี้

2.1 การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีโซเดียม จำนวน 12 ข้อ เป็นคำถามเชิงบวก 10 ข้อ คำถามเชิงลบ 2 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ มีเกณฑ์ ดังนี้ เห็นด้วยอย่างยิ่ง (5 คะแนน) เห็นด้วย (4 คะแนน) ไม่แน่ใจ (3 คะแนน) ไม่เห็นด้วย (2 คะแนน) และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1 คะแนน) สำหรับคำถามเชิงลบผู้วิจัยจะทำการปรับคะแนน

2.2 การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีโซเดียม จำนวน 7 ข้อ เป็นคำถามเชิงลบ 7 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ มีเกณฑ์ ดังนี้ เห็นด้วยอย่างยิ่ง (5 คะแนน) เห็นด้วย (4 คะแนน) ไม่แน่ใจ (3 คะแนน) ไม่เห็นด้วย (2 คะแนน) และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1 คะแนน) สำหรับคำถามเชิงลบผู้วิจัยจะทำการปรับคะแนน

2.3 การรับรู้ความสามารถของตนเองในพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีโซเดียม จำนวน 8 ข้อ เป็นคำถามเชิงบวก 8 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ มีเกณฑ์ ดังนี้ เห็นด้วยอย่างยิ่ง (5 คะแนน) เห็นด้วย (4 คะแนน) ไม่แน่ใจ (3 คะแนน) ไม่เห็นด้วย (2 คะแนน) และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1 คะแนน)

การแปลผล จากคะแนนเฉลี่ยเป็นรายข้อ และภาพรวม ตามแนวคิดการแบ่งช่วงของ Best¹⁰ ดังนี้ การรับรู้ระดับต่ำ (คะแนนเฉลี่ย 1 – 2.33), การรับรู้ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.66) และการรับรู้ระดับสูง (คะแนนเฉลี่ย 3.67 – 5.00)

ส่วนที่ 3 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยเอื้อหรือปัจจัยสนับสนุน ได้แก่ การเข้าถึงอาหารและผลิตภัณฑ์อาหารที่มีโซเดียม มีข้อคำถามทั้งหมด จำนวน 6 ข้อ เป็นคำถามเชิงบวก 6 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ดังนี้ มากที่สุด (5 คะแนน) มาก (4 คะแนน) ไม่แน่ใจ (3 คะแนน) น้อย (2 คะแนน) และน้อยที่สุด (1 คะแนน) สำหรับคำถามเชิงลบผู้วิจัยจะทำการกลับคะแนน

การแปลผล จากคะแนนเฉลี่ยเป็นรายข้อ และภาพรวม ตามแนวคิดการแบ่งช่วงของ Best¹⁰ ดังนี้ การรับรู้ระดับต่ำ (คะแนนเฉลี่ย 1 – 2.33), การรับรู้ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.66) และการรับรู้ระดับสูง (คะแนนเฉลี่ย 3.67 – 5.00)

ส่วนที่ 4 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยเสริม ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคมในการบริโภคอาหารที่มีโซเดียม มีข้อคำถามทั้งหมด จำนวน 8 ข้อ เป็นคำถามเชิงบวก 8 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ดังนี้ มากที่สุด (5 คะแนน) มาก (4 คะแนน) ไม่แน่ใจ (3 คะแนน) น้อย (2 คะแนน) และน้อยที่สุด (1 คะแนน) สำหรับคำถามเชิงลบผู้วิจัยจะทำการกลับคะแนน

การแปลผล จากคะแนนเฉลี่ยเป็นรายข้อ และภาพรวม ตามแนวคิดการแบ่งช่วงของ Best¹⁰ ดังนี้

การรับรู้ระดับต่ำ (คะแนนเฉลี่ย 1 – 2.33) การรับรู้ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.66) และการรับรู้ระดับสูง (คะแนนเฉลี่ย 3.67 – 5.00)

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีโซเดียม จำนวน 12 ข้อ เป็นคำถามเชิงบวก 1 ข้อ คำถามเชิงลบ 11 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ดังนี้ ปฏิบัติทุกครั้งประจำ (5 คะแนน) ปฏิบัติบ่อยครั้ง (4 คะแนน) ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง (3 คะแนน) ไม่ค่อยปฏิบัติ (2 คะแนน) และไม่ปฏิบัติเลย (1 คะแนน) สำหรับคำถามเชิงลบผู้วิจัยจะทำการกลับคะแนน

การแปลผล จากคะแนนเฉลี่ยเป็นรายข้อ และภาพรวม ตามแนวคิดการแบ่งช่วงของ Best¹⁰ ดังนี้ การรับรู้ระดับต่ำ (คะแนนเฉลี่ย 1 – 2.33), การรับรู้ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.66) และการรับรู้ระดับสูง (คะแนนเฉลี่ย 3.67 – 5.00)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา และความเหมาะสมเชิงภาษา จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ นักโภชนาการ 2 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญด้านพฤติกรรมและสถิติ 1 ท่าน จากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขเพื่อความสมบูรณ์กำหนดให้คะแนนผลการพิจารณา โดยค่าดัชนีความสอดคล้องของวัตถุประสงค์ ระหว่าง 0.67-1.00 ภายหลังจากที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและความเหมาะสมเชิงภาษาแล้ว ผู้วิจัยนำไปตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) โดยไปทดลองใช้ (Try Out) กับกลุ่มตัวอย่างชนิดความสอดคล้องภายใน (Internal Consistency Reliability) กับผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะความดันโลหิตสูง จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 30 คน และนำไปคำนวณค่าความเชื่อมั่น โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficient) ดังนี้ การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีโซเดียม เท่ากับ 0.83 การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีโซเดียม เท่ากับ 0.77, การรับรู้ความสามารถของตนเองในพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีโซเดียม เท่ากับ 0.81 การเข้าถึงอาหารและผลิตภัณฑ์อาหารที่มีโซเดียม เท่ากับ 0.78 แรงสนับสนุนทางสังคมในการบริโภคอาหารที่มีโซเดียม เท่ากับ 0.94 พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีโซเดียม เท่ากับ 0.89 และทั้งหมด 0.92

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการสร้างแบบสอบถามออนไลน์ (Google form) และเก็บข้อมูลแบบ Online survey โดยผู้วิจัยส่งเอกสารเพื่อขอเก็บข้อมูลวิจัยไปยังสาธารณสุขอำเภอและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอทุ่งสง โดยมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขภายในพื้นที่เป็นผู้ช่วยนักวิจัย ได้มีการชี้แจงและอบรมเพื่อใช้แบบสอบถามในการเก็บข้อมูล และดำเนินการส่งต่อโดยใช้ Application line ไปยังกลุ่มตัวอย่าง ทั้งนี้ ภายหลังจากส่งแบบสอบถามออนไลน์ ผู้ตอบแบบสอบถามมีสิทธิ์ที่จะยินยอมหรือตอบปฏิเสธในหน้าแรกของแบบสอบถามออนไลน์ (Google form) ผู้วิจัยดำเนินการตรวจสอบจำนวนผู้ตอบแบบสอบถาม และความสมบูรณ์ของแบบสอบถามของแต่ละอำเภอในทุก ๆ วัน เมื่อได้ข้อมูลครบของทุกพื้นที่ จึงยุติการรับแบบสอบถามและแสดงความขอบคุณไปยังสาธารณสุขอำเภอและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขโดยใช้ Application line เช่นเดิม

การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลมาวิเคราะห์และประมวลผล โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปคอมพิวเตอร์ SPSS version 26 สถิติที่ใช้ ได้แก่

1. สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด ใช้อธิบายข้อมูลปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อหรือปัจจัยสนับสนุน ปัจจัยเสริม และพฤติกรรมในการบริโภคอาหารที่มีโซเดียม

2. สถิติเชิงอ้างอิง ได้แก่ สถิตีสหสัมพันธ์ Spearman rank correlation coefficient เนื่องจากการทดสอบการกระจายของข้อมูลพฤติกรรมในการบริโภคอาหารที่มีโซเดียม โดยใช้สถิติ Kolmogorov-Smirnov test พบว่า ข้อมูลมีการแจกแจงไม่ปกติ

วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างแบบจำลองการวางแผนส่งเสริมสุขภาพกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีโซเดียมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง¹¹ ดังนี้ ความสัมพันธ์สูงมาก ($r = 0.80 - 1.00$), ความสัมพันธ์กันสูง ($r = 0.60 - 0.79$) ความสัมพันธ์ปานกลาง ($r = 0.40 - 0.59$) ความสัมพันธ์ต่ำ ($r = 0.20 - 0.39$) และ ความสัมพันธ์ต่ำมาก ($r = 0.01 - 0.19$)

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้คำนวณกลุ่มตัวอย่างได้ 420 คน เก็บแบบสอบถามที่สมบูรณ์ ถูกต้อง และครบถ้วน ได้จำนวน 416 คน คิดเป็นร้อยละ 99.05 มีผลการวิจัย ดังนี้

1. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 68.03 มีอายุระหว่าง 45-59 ปี ร้อยละ 78.61 (อายุเฉลี่ย 50.08 ปี (S.D. = 6.55) อายุต่ำสุด 27 ปี สูงสุด 59 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 71.39 ประกอบอาชีพเกษตรกรรมมากที่สุด 46.63 ส่วนใหญ่มีรายได้ไม่พอใช้จ่ายและมีหนี้สิน ร้อยละ 51.20 จบชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. มากที่สุด ร้อยละ 29.57 ประกอบอาชีพรับประทานเองบ้างมี ร้อยละ 56.49

2. แบบจำลองการวางแผนส่งเสริมสุขภาพและพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีโซเดียม พบว่า ปัจจัยนำ ได้แก่ ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีโซเดียม อยู่ในระดับสูง (Mean = 3.74, S.D. = 0.51) รองลงมาคือ การรับรู้ความสามารถของตนเองในพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีโซเดียม อยู่ในระดับสูง (Mean = 3.70, S.D. = 0.52) ส่วนการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีโซเดียมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 2.62, S.D. = 0.61) ปัจจัยเอื้อหรือปัจจัยสนับสนุน ได้แก่ การเข้าถึงอาหารและผลิตภัณฑ์อาหารที่มีโซเดียม อยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 2.85, S.D. = 0.75) ปัจจัยเสริม ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคมในการบริโภคอาหารที่มีโซเดียมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 2.97, S.D. = 0.81) และพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีโซเดียม อยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 3.11, S.D. = 0.65) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับแบบจำลองการวางแผนส่งเสริมสุขภาพและพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีโซเดียมปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อหรือปัจจัยสนับสนุน ปัจจัยเสริม และพฤติกรรมการบริโภค (n=416)

ปัจจัย	Mean	S.D.	ระดับ
ปัจจัยนำ			
การรับรู้ประโยชน์	3.74	0.51	สูง
การรับรู้อุปสรรค	2.62	0.61	ปานกลาง
การรับรู้ความสามารถของตนเอง	3.70	0.52	สูง
ปัจจัยเอื้อหรือปัจจัยสนับสนุน			
การเข้าถึงอาหารและผลิตภัณฑ์	2.85	0.75	ปานกลาง
ปัจจัยเสริม			
แรงสนับสนุนทางสังคม	2.97	0.81	ปานกลาง
พฤติกรรมการบริโภค	3.11	0.65	ปานกลาง

3. ความสัมพันธ์ระหว่างแบบจำลองการวางแผนส่งเสริมสุขภาพกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีโซเดียมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่า การเข้าถึงอาหารและผลิตภัณฑ์ และการรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีโซเดียมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับปานกลาง ($r = 0.571$ และ 0.459) ส่วนแรงสนับสนุนทางสังคม การรับรู้อุปสรรค และการรับรู้ประโยชน์มีความสัมพันธ์ในทางบวกกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีโซเดียมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับต่ำ ($r = 0.325$, 0.299 และ 0.210) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างแบบจำลองการวางแผนส่งเสริมสุขภาพกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีโซเดียมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ($n=416$)

ปัจจัย	พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีโซเดียมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง	p-value
การรับรู้ประโยชน์	0.210*	< 0.001
การรับรู้อุปสรรค	0.299*	< 0.001
การรับรู้ความสามารถของตนเอง	0.459*	< 0.001
การเข้าถึงอาหารและผลิตภัณฑ์	0.571*	< 0.001
แรงสนับสนุนทางสังคม	0.325*	< 0.001

* ค่าสหสัมพันธ์ของ Spearman's rank correlation test

การอภิปรายผล

ปัจจัยนำ ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้ความสามารถของตนเอง อยู่ในระดับสูง แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีการรับรู้ประโยชน์ของการบริโภคอาหารที่มีโซเดียมและมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการบริโภคอาหารที่มีโซเดียม ซึ่งผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 45-59 ปี จัดอยู่ในกลุ่มวัยทำงานตอนปลาย และประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม อาจจะเป็นบุคคลหลักในการเลี้ยงดูครอบครัว ฉะนั้น จึงมีความตระหนักในการบริโภคอาหารที่มีโซเดียม เพราะหากบริโภคอาหารที่มีโซเดียมจำนวนมาก อาจจะทำให้ตนเองมีอาการแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งอาจจะทำให้มีอาการที่รุนแรงขึ้น ส่งผลต่อการประกอบอาชีพ และอาจจะทำให้ขาดได้ อีกประเด็นหนึ่ง ในการไปรับยาที่โรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือคลินิก ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจะได้รับแนะนำจากเจ้าหน้าที่ พยาบาล หรือแพทย์เกี่ยวกับอาหารที่ควรบริโภค และเหมาะสมกับโรคความดันโลหิตสูง จึงทำให้มีการรับรู้ประโยชน์อยู่ในระดับสูง ส่งผลให้รับรู้ความสามารถของตนเองอยู่ในระดับสูงด้วย สอดคล้องกับประทุม เมืองเป้ และคณะ⁵ ที่พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองอยู่ในระดับสูง แต่ไม่สอดคล้องในประเด็นการรับรู้ประโยชน์ที่การศึกษานี้พบว่าอยู่ในระดับปานกลาง

ส่วนการรับรู้อุปสรรคอยู่ในระดับปานกลาง จากการตอบแบบสอบถามพบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคืออาหารที่ใช้เครื่องปรุงรสสูตรลดโซเดียม รสชาติของอาหารมักจะไม่คมและไม่มีการปรับแบบโลหะ แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีการใช้เครื่องปรุงรสสูตรลดโซเดียม ซึ่งอาจจะเกิดจากการรับรู้ที่ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงจะต้องลดอาหารที่มีโซเดียมลงเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดจากการรับประทานอาหารที่มีโซเดียมสูง¹² ในขณะที่ข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ จะไม่รู้ว่าบริโภคอาหารในปริมาณเท่าใด¹³ และยังมีความคิดเห็นว่าอาหารบางอย่างมีปริมาณโซเดียมสูงแต่ไม่มีรสเค็ม จึงทำให้ยากต่อการบริโภค แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงยังมีความรู้ที่ไม่เพียงพอต่อการเลือกอาหารและปริมาณอาหารที่มีโซเดียมที่ควรบริโภค ประเด็นนี้อาจจะทำให้บริโภคอาหารที่เกินต่อความต้องการของร่างกาย ส่งผลให้การรับรู้อุปสรรค

อยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับประทุม เมืองเป้ และคณะ⁵ ที่พบว่า การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมลดการบริโภคเกลือและโซเดียมอยู่ในระดับปานกลาง

ปัจจัยเอื้อหรือปัจจัยสนับสนุน ได้แก่ การเข้าถึงอาหารและผลิตภัณฑ์ อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งจากผลการวิจัยพบว่า การหาซื้ออาหารและผลิตภัณฑ์จากร้านค้าในชุมชนได้ มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด และผลิตภัณฑ์ลดโซเดียมเป็นอาหารที่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงยังไม่เป็นที่นิยม มีค่าเฉลี่ยน้อยรองลงมา แสดงให้เห็นว่าอาหารและผลิตภัณฑ์ลดโซเดียมยังไม่นิยมนำมาจำหน่ายในชุมชน ซึ่งเป็นไปได้ว่า เมื่อผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงยังไม่นิยมซื้อไปปรุงอาหารแทนผลิตภัณฑ์ที่มีโซเดียม อาจจะทำให้จำหน่ายยาก¹⁴ จึงทำให้การเข้าถึงอาหารและผลิตภัณฑ์อยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับประทุม เมืองเป้ และคณะ⁵ ที่พบว่า การเข้าถึงอาหารและผลิตภัณฑ์อยู่ในระดับปานกลาง

ปัจจัยเสริม ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง อาจจะเป็นเพราะว่า บุคคลในครอบครัว เพื่อนบ้าน หรือชุมชนมีการสนับสนุนให้มีการลดการบริโภคอาหารที่มีโซเดียมยังน้อย ซึ่งอาจจะเนื่องมาจากการบริโภคอาหารเป็นค่านิยม หรือทัศนคติแต่ละบุคคล อาจเกิดจากการยอมรับหรือไม่ยอมรับในสิ่งเหล่านั้น ส่วนหนึ่งเกิดจากตัวบุคคลเองหรือภายในครอบครัว หรืออาจจะเป็นเพราะเพื่อนบ้าน หรือชุมชนยังไม่ให้ความสำคัญ ซึ่งผลจากการวิจัยพบว่า ชุมชนมีนโยบายในการจัดร้านค้าจำหน่ายผลิตภัณฑ์หรืออาหารที่ลดโซเดียม มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด แสดงให้เห็นว่า ชุมชนยังเป็นแรงสนับสนุนที่ไม่เพียงพอที่จะให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีโซเดียมที่เหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Rakhshani, et al.¹⁵ ที่พบว่าหากไม่ได้รับการเสริมแรง หรือการให้ความรู้ จะทำให้พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีโซเดียมยังคงเดิมตามวิถีชีวิตของบุคคลภายในชุมชนและครอบครัว แต่หากชุมชน ผู้ป่วยหรือบุคคลภายในครอบครัวได้รับความรู้ที่เพียงพอจะทำให้พฤติกรรมการบริโภคโซเดียมลดลง เช่นเดียวกับประทุม เมืองเป้ และคณะ⁵ ที่พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง

พฤติกรรมบริโภคอาหารที่มีโซเดียม อยู่ในระดับปานกลาง โดยข้อที่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ไม่กินอาหารจำพวกขนมกรุบกรอบ มันฝรั่งทอดกรอบ ปลาเส้นสำหรับปรุงรส และมีการอ่านฉลากโภชนาการก่อนเลือกซื้ออาหารสำเร็จรูป อาจจะเป็นเพราะว่า ผู้ที่ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่อยู่ในวัยทำงาน ซึ่งโดยพฤติกรรมจะไม่ชอบบริโภคอาหารจำพวกขนมกรุบกรอบ มันฝรั่งทอดกรอบ ปลาเส้นสำหรับปรุงรส เพราะทราบว่าไม่เหมาะกับวัยของตนเอง แต่ทั้งนี้ยังมีพฤติกรรมว่า เมื่อประกอบอาหารเองจะเติมเครื่องปรุงรสจำพวกซุ้บก่อน ผงปรุงรส ผงชูรส ซึ่งอาจจะเป็นเพราะผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมที่ชอบรับประทานอาหารเค็ม ทำให้อาหารที่ปรุงมีรสชาติอร่อย แต่ไม่ได้ตระหนักว่าเป็นการปรุงอาหารที่มีโซเดียมมากกว่าคนที่ไม่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง¹⁵ แตกต่างกับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตอำเภอด่านขุนทด จังหวัดนครราชสีมา ที่มีพฤติกรรมบริโภคอาหารอยู่ในระดับดี¹⁶

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมบริโภคอาหารที่มีโซเดียมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดนครราชสีมา พบว่า ทุกปัจจัยของแบบจำลองการวางแผนส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมบริโภคอาหารที่มีโซเดียมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยการเข้าถึงอาหารและผลิตภัณฑ์ และการรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์ในทางบวกอยู่ในระดับปานกลาง ($r = 0.571$ และ 0.459) แสดงให้เห็นว่า เมื่อผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีการเข้าถึงอาหารและผลิตภัณฑ์ที่จำหน่ายอยู่ในชุมชน ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถที่จะพิจารณาในการบริโภคอาหารที่มีโซเดียมได้ ว่าเหมาะสมกับตนเองหรือไม่ ซึ่งคาดว่าเมื่อผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับอาหารที่ควรบริโภคจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเมื่อไปพบแพทย์ตามนัด หรือจากสื่อต่าง ๆ รวมไปถึงเพื่อนบ้าน ส่วนแรงสนับสนุนทางสังคม การรับรู้อุปสรรค และการรับรู้ประโยชน์

มีความสัมพันธ์ในทางบวกอยู่ในระดับต่ำทั้งนี้อาจจะเกิดจากความสนใจและรับรู้ในเรื่องการบริโภคอาหารที่มีโซเดียมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายที่เกิดจากโรค ซึ่งอาจจะส่งผลต่อการดำเนินชีวิต จึงมีความจำเป็นที่จะต้องมีการพัฒนาสุขภาพที่เหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Green & Kreuter⁴ ที่ได้กล่าวไว้ว่า พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของบุคคลมีสาเหตุมาจากหลายปัจจัย (Multiple factors) โดยมีองค์ประกอบพฤติกรรมของบุคคลว่า เกิดจากปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมสุขภาพทั้งที่เป็นปัจจัยภายในและภายนอกของตัวบุคคล ซึ่งสามารถแบ่งเป็น 3 องค์ประกอบ คือ ปัจจัยนำ (Predisposing factors) ปัจจัยเสริม (Reinforcing factors) และปัจจัยเอื้อ (Enabling factors) โดยทั้งสามปัจจัยจะมีความแตกต่างกันในการส่งผลกระทบต่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม แต่ทั้งสามเป็นปัจจัยจำเป็นต้องใช้ร่วมกันเพื่อก่อให้เกิดการสร้างแรงจูงใจการสนับสนุนให้เกิดความยั่งยืนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการบริโภคอาหารที่มีโซเดียมที่เหมาะสม ซึ่งอัมภกร หาญณรงค์ และคณะ¹² ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม คือ การรับรู้อุปสรรค ส่วนการรับรู้ประโยชน์ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตอำเภอด่านขุนทด จังหวัดนครราชสีมา ส่วนประทุม เมืองเป้ และคณะ⁵ พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้อุปสรรค มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัย พบว่า แบบจำลองการวางแผนส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีโซเดียมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทุกปัจจัย ฉะนั้น หน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุข ควรมีการพัฒนาโปรแกรมเพื่อปรับพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีโซเดียมให้สอดคล้องกับโรคความดันโลหิตสูงและโรคเรื้อรังอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคอาหาร โดยให้องค์กรที่มีส่วนเกี่ยวข้องและใกล้ชิดผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการเสริมแรงในการรับรู้ความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและเสริมแรงสนับสนุนทางสังคมในกลุ่มผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรทำการวิจัยเชิงปฏิบัติ โดยนำแบบจำลองการวางแผนส่งเสริมสุขภาพ ร่วมกับชุมชนและปรับเปลี่ยน เพื่อให้ได้โปรแกรมที่สอดคล้องกับบริบทการวิจัยในแต่ละพื้นที่ หรือทำวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการรับรู้พฤติกรรมและแรงสนับสนุนทางสังคมที่ส่งต่อการลดภาวะความดันโลหิตสูง

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค. ยุทธศาสตร์ลดการบริโภคเกลือและโซเดียมในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2559-2568. กรุงเทพมหานคร; องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2559.
2. กองโรคไม่ติดต่อ. แนวทางการดำเนินงานลดการบริโภคเกลือและโซเดียมระดับจังหวัด. นนทบุรี; กระทรวงสาธารณสุข; 2566.
3. Chailimpamontree W, Kantachuesiri S, Aekplakorn W, Lappichetpaiboon R, Sripaiboonkij Thokanit N, Vathesatogkit P, et al. Estimated dietary sodium intake in Thailand: A nationwide population survey with 24-hour urine collections. J Clin Hypertens (Greenwich) 2021;23:744–54. doi: 10.1111/jch.14147.

4. Green L, & Kreuter M. Health program planning: An educational and ecological approach. 4th ed. New York: McGraw Hill; 2005.
5. ประทุม เมืองเป้, วุฒิชัย จริยา. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการบริโภคเกลือและโซเดียมของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง อำเภอหนองไผ่ จังหวัดเพชรบูรณ์. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2565;32:19–30.
6. จริญญา คมเสียบ. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ประโยชน์ การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้สมรรถนะแห่งตน กับพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2556.
7. พัทธนี ถิระกุลพทุธิ์. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมของครัวเรือน ในตำบลบางหมาก อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง [วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. ตรัง: วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง; 2559.
8. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช. ระบบรายงานส่งข้อมูล 43 แฟ้ม [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 8 ส.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://nrt.hdc.moph.go.th/hdc/reports>
9. ธาณินทร์ ศิลป์จารุ. การวิจัยและวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วย SPSS และ AMOS. พิมพ์ครั้งที่ 17. กรุงเทพฯ: บิสซิเนสอาร์แอนด์ดี; 2560
10. Best JW, Research in Education. 3rd ed. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall; 1977.
11. Bartz AE. Basic Statistical Concepts. 4th ed. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall; 1999.
12. Ukoha-Kalu BO, Isah A, Biambo AA, Samaila A, Abubakar MM, Kalu UA, & et al. Effectiveness of educational interventions on hypertensive patients' self-management behaviours: An umbrella review protocol. BMJ Open 2023;13: e073682. doi: 10.1136/bmjopen-2023-073682.
13. Zhang Q, Shen Y, Yu M, Yang Z, Huang Z, Ding J, et al. Associations between estimation of salt intake and salt-restriction spoons and hypertension status in patients with poorly controlled hypertension: A community-based study from Huzhou City, Eastern China. Nutr J 2024;23:9. doi: 10.1186/s12937-024-00912-w.
14. Heindl B, Howard G, Clarkson S, Kamin Mukaz D, Lackland D, Muntner P, et al. Urban-rural differences in hypertension prevalence, blood pressure control, and systolic blood pressure levels. J Hum Hypertens 2023;37:1112–8. doi: 10.1038/s41371-023-00842-w.
15. Gupta DK, Lewis CE, Varady KA, Su YR, Madhur MS, Lackland DT, et al. Effect of dietary sodium on blood pressure: A crossover trial. JAMA 2023;330:2258–66. doi: 10.1001/jama.2023.23651.
16. อัมภากร หาญณรงค์, ชนัญชิดาคุชฎี ทูลศิริ, สมสมัย รัตนกริฑากุล. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. วารสารคณะพยาบาล มหาวิทยาลัยบูรพา 2560;25:52-65.