

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการบริโภคอาหารโซเดียมต่ำโดยใช้แรงสนับสนุนทางสังคมต่อความรู้
พฤติกรรมการบริโภคโซเดียม และระดับความดันโลหิต ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในระดับที่ควบคุมไม่ได้

วรรณพร บุญเปล่ง, ประด.*

ดาริน โพธิ์แก้ว, พย.ม.**

ชรินทร์ ศิริทวี, พย.ม.***

Received: June 29, 2025

Revised: November 27, 2025

Accepted: December 8, 2025

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียว วัดก่อนและหลังการทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการบริโภคอาหารโซเดียมต่ำโดยใช้แรงสนับสนุนทางสังคมต่อความรู้ พฤติกรรมการบริโภคโซเดียม และระดับความดันโลหิต ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในระดับที่ควบคุมไม่ได้ กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 25 คน เครื่องมือวิจัย แบ่งออกเป็น 1) เครื่องมือทดลอง ได้แก่ โปรแกรมส่งเสริมการบริโภคอาหารโซเดียมต่ำโดยใช้แรงสนับสนุนทางสังคม 2) เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการบริโภคโซเดียม แบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคโซเดียม และการประเมินระดับความดันโลหิต ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาแบบสอบถามความรู้ได้ค่า IOC ของแต่ละข้อมีค่ามากกว่า 0.50 แบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคโซเดียม ได้ค่า CVI 0.80 หาค่าความเชื่อมั่น ได้ค่า 0.87 และ 0.70 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา Wilcoxon signed rank test และ paired t-test

ผลวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลอง คะแนนเฉลี่ยความรู้ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.01$) พฤติกรรมการบริโภคโซเดียมส่วนใหญ่อยู่ในระดับพอใช้ร้อยละ 68 และหลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้มีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ค่าความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว $t = -4.43$, $p < 0.01$; ค่าความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว $t = -2.15$, $p = 0.04$) สรุปได้ว่า โปรแกรมส่งเสริมการบริโภคอาหารโซเดียมต่ำที่ใช้การสนับสนุนทางสังคมมีประสิทธิภาพในการเพิ่มความรู้เกี่ยวกับการบริโภคโซเดียมต่ำและการควบคุมระดับความดันโลหิตในกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้

คำสำคัญ: ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ โปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหารโซเดียมต่ำ แรงสนับสนุนทางสังคม

* อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุนทร คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

** อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุนทร คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก; ผู้ให้การติดต่อหลัก:

E-mail: darin1@bcnsurin.ac.th

*** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนอกเมือง อำเภอเมืองสุรินทร์ จังหวัดสุรินทร์

The Effect of a Low-Sodium Dietary Promotion Program Using Social Support on Knowledge, Sodium Intake Behaviors, and Blood Pressure Levels among Patients with Uncontrolled Hypertension

Wannaporn Boonpleng, Ph.D.*

Darin Phokaew, M.N.S.**

Charinrat Sirithawee, M.N.S.***

Abstract

This one-group pre- and post-experimental study aimed to investigate the effects of a low-sodium dietary promotion program using social support on knowledge, sodium consumption behavior, and blood pressure levels in patients with uncontrolled hypertension. The sample consisted of 25 participants selected through purposive sampling. The research instruments were divided into 1) experimental instruments, including the low-sodium dietary promotion program using social support, and 2) data collection instruments, including a knowledge questionnaire about sodium consumption, a sodium consumption behavior questionnaire, and blood pressure level assessment. The content validity of the knowledge questionnaire was evaluated, and all items demonstrated IOC values greater than 0.50, and the CVI for the sodium consumption behavior questionnaire was 0.80. The reliability values were 0.87 and 0.70, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics, the Wilcoxon signed-rank test, and the paired t-test.

The research findings indicate that after the intervention, the average knowledge scores of hypertensive patients significantly increased compared to before the program ($p = 0.01$). Most sodium consumption behaviors were at a moderate level (68%), and after participating in the program, it was found that hypertensive patients with uncontrolled blood pressure had significantly lower average blood pressure values than before the program (systolic blood pressure $t = -4.43$, $p < 0.01$; diastolic blood pressure $t = -2.15$, $p = 0.04$). In conclusion, the low-sodium food consumption promotion program using social support is effective in increasing knowledge about low-sodium consumption and controlling blood pressure levels in uncontrolled hypertensive patients.

Keywords: Uncontrolled hypertension patients, Low-sodium food consumption program, Social support

* Lecturer, Boromarajonani College of Nursing, Surin, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

** Lecturer, Boromarajonani College of Nursing, Surin, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute;

Corresponding Author E-mail: darin1@bcnsurin.ac.th

*** Registered nurse, professional level, Nok Mueang subdistrict Health Promoting Hospital, Nok Mueang subdistrict, Mueang Surin district, Surin Province, Thailand

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประเทศไทย ปี 2565 มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 6.8 ล้านคน เพิ่มขึ้นจากปี 2564 จำนวน 2 แสนคน ส่วนในปี 2566 ประเทศไทยมีผู้ป่วยจากโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ จำนวน 507,104 คน (กรมควบคุมโรค, 2566) ในส่วนของจังหวัดสุรินทร์ปัญหาโรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาทางสุขภาพที่สำคัญโดยพบว่าในปี 2563 พบผู้ป่วย ร้อยละ 11.61 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 13.56 ในปี 2566 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์, 2567)

โรคความดันโลหิตสูงเป็นภาวะทางสุขภาพที่เกิดจากหลายปัจจัย ทั้งปัจจัยที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ เช่น อายุที่เพิ่มขึ้น พันธุกรรม และเพศ รวมถึงปัจจัยที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ เช่น ภาวะอ้วน การดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ การขาดการออกกำลังกาย การมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ การได้รับโพแทสเซียมไม่เพียงพอ การบริโภคไม่ถูกส่วน บริโภคผักผลไม้ไม่พอ และการบริโภคโซเดียมสูง (Centers for Disease Control and Prevention [CDC], 2024) ซึ่งการรับประทานอาหารเค็มเป็นปัจจัยที่สำคัญปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลให้เกิดความดันโลหิตสูง จากรายงานขององค์การอนามัยโลกพบว่า การบริโภคโซเดียมที่มากเกินไปจะทำให้ความดันโลหิตเพิ่มขึ้น โดยในปี 2562 พบผู้เสียชีวิตจากสาเหตุของโรคหลอดเลือดหัวใจที่เกิดขึ้นเกือบ 2 ล้านคน เนื่องมาจากการบริโภคโซเดียมเกินกว่าระดับที่เหมาะสม (World Health Organization [WHO], 2023) สำหรับคนไทยพบว่าการบริโภคโซเดียม 3,636 มก.ต่อวัน สูงกว่า WHO กำหนดไม่ควรเกิน 1 ช้อนชา หรือ 2,000 มก.ต่อวัน ถึงเกือบ 2 เท่า (Chailimpamontree et. al., 2021) ซึ่งส่งผลเสียต่อสุขภาพนำไปสู่ความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของการเกิดโรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง และยังทำให้เกิดโรคไต การบริโภคโซเดียมในปริมาณมาก (5 กรัม/วัน) มีผลต่อการเกิดความดันโลหิตสูงโดยระดับความดันตัวบน (Systolic BP) จะเพิ่มขึ้น 2.86 มิลลิเมตรปรอท (mmHg) ต่อการบริโภคโซเดียมเพิ่ม 1 กรัม (กรมควบคุมโรค, กองโรคไม่ติดต่อ, 2566) ดังนั้นการลดการรับประทานอาหารที่มีโซเดียมสูงจึงมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งในการควบคุมระดับความดันโลหิต

การศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้บุคคลสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหาร โดยเฉพาะการลดการบริโภคโซเดียมซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงหลักของโรคความดันโลหิตสูง (วรารัตน์ ทิพย์รัตน์ และคณะ 2557) จากแนวคิดของเฮาส์ (House, 1985 อ้างถึงใน เอกภพ จันทรสุคนธ์ และปัทมา สุพรรณกุล, 2563) การสนับสนุนทางสังคม คือ การให้การสนับสนุนในด้านข้อมูล ข่าวสาร วัสดุสิ่งของ หรือแม้กระทั่งด้านจิตใจ แก่ผู้ป่วย ซึ่งผู้ให้การสนับสนุนจะเป็นบุคคลต่าง ๆ เช่น บุคคลในครอบครัว เพื่อนบ้าน ผู้นำชุมชน เพื่อนร่วมงาน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เป็นต้น โดยมีจุดประสงค์เพื่อให้ผู้รับการสนับสนุนปฏิบัติหรือแสดงออกทางพฤติกรรมในแนวทางที่ถูกต้อง โดยเฮาส์ได้แบ่งแรงสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 4 ประเภท ดังนี้ (1) การสนับสนุนทางอารมณ์ คือ การให้ความพอใจการยอมรับนับถือ การแสดงถึงความห่วงใย (2) การสนับสนุนด้านการให้การประเมินผล คือ การให้ข้อมูลป้อนกลับ การเห็นพ้องหรือให้รับรองผลการปฏิบัติ หรือการบอกให้ทราบผลถึงผลดี ที่ผู้รับได้ปฏิบัติพฤติกรรมนั้น (3) การให้การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร เป็นการให้คำแนะนำ การตักเตือน การให้คำปรึกษา และการให้ข่าวสารรูปแบบต่าง ๆ และ (4) การให้การสนับสนุนทางด้านสิ่งของ เป็นการช่วยเหลือด้านแรงงาน เงิน เวลา เป็นต้น (House, 1985 อ้างถึงใน เอกภพ จันทรสุคนธ์ และปัทมา สุพรรณกุล, 2563) จากการศึกษาของดวงดาว ปิงสุแสน (2557) พบว่าผู้ที่มีความดันโลหิตสูงที่เข้าร่วมโปรแกรมที่มีการสนับสนุนทางสังคมมีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความสามารถ และความคาดหวังต่อผลลัพธ์ในการปฏิบัติตัว พฤติกรรมการปฏิบัติตัว และแรงสนับสนุนทางสังคม เพิ่มขึ้นดีกว่าก่อนการทดลอง และดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การมารับบริการทางสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ณ หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในพื้นที่ จังหวัดสุรินทร์นั้น ถึงแม้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้เข้ารับการรักษาแต่ยังพบว่ามีผู้ที่ไม่สามารถควบคุมระดับ ความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้และให้ข้อมูลว่ายังมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารรสเค็ม จึงจำเป็นต้อง มีการส่งเสริมพฤติกรรมการลดการรับประทานอาหารที่มีโซเดียมสูงเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต ซึ่งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรือ อสม. เป็นผู้ที่ทำงานอย่างใกล้ชิดกับประชาชนในพื้นที่และ เจ้าหน้าที่ในหน่วยบริการสุขภาพ มีบทบาทในการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมไม่ให้เกิดโรคในพื้นที่ ส่งเสริม สุขภาพและแก้ปัญหาสุขภาพที่สำคัญทั้งโรคเรื้อรังและโรคอุบัติการณ์ใหม่ จุดแข็งของอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน ในการเข้าถึงชุมชนได้ง่าย ซึ่งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมักเป็นคนในชุมชนเอง ทำให้เข้าถึงผู้ป่วยได้ง่ายและมีความสัมพันธ์ใกล้ชิด ทำให้สามารถให้การสนับสนุน คำแนะนำและติดตาม ประเมินผลได้อย่างมีประสิทธิภาพ (ชนิดา เตชะปัน, 2561) จากศึกษาของเกษศิรินทร์ พุทธวงศ์ และคณะ (2565) พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพในการถ่ายทอดความรู้ให้แก่ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง กลุ่มที่ได้รับการถ่ายทอดความรู้โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีคะแนน เฉลี่ยความรู้การบริโภคโซเดียมภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้ารับโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มที่ ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคโซเดียม ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้ารับโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ การศึกษาครั้งนี้จึงมีการประยุกต์ใช้แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมโดยมีการพัฒนาศักยภาพ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดกับประชาชนมีส่วนร่วมเป็นแรงสนับสนุนในการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาผล ของโปรแกรมส่งเสริมการบริโภคอาหารโซเดียมต่ำโดยใช้แรงสนับสนุนทางสังคมต่อความรู้ พฤติกรรม และ ระดับความดันโลหิต ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในระดับที่ควบคุมไม่ได้ให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลตนเองที่สอดคล้องกับบริบทของชุมชน และสามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในระดับที่ดีขึ้นได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรู้ และระดับความดันโลหิตของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ก่อนและ หลังเข้ารับโปรแกรม
2. ศึกษาระดับพฤติกรรมการบริโภคโซเดียมของผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ในระหว่าง การเข้าร่วมโปรแกรม
3. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ และค่าความดันโลหิตเฉลี่ยผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ ควบคุมไม่ได้ก่อนและหลังเข้ารับโปรแกรม

กรอบแนวคิดการวิจัย

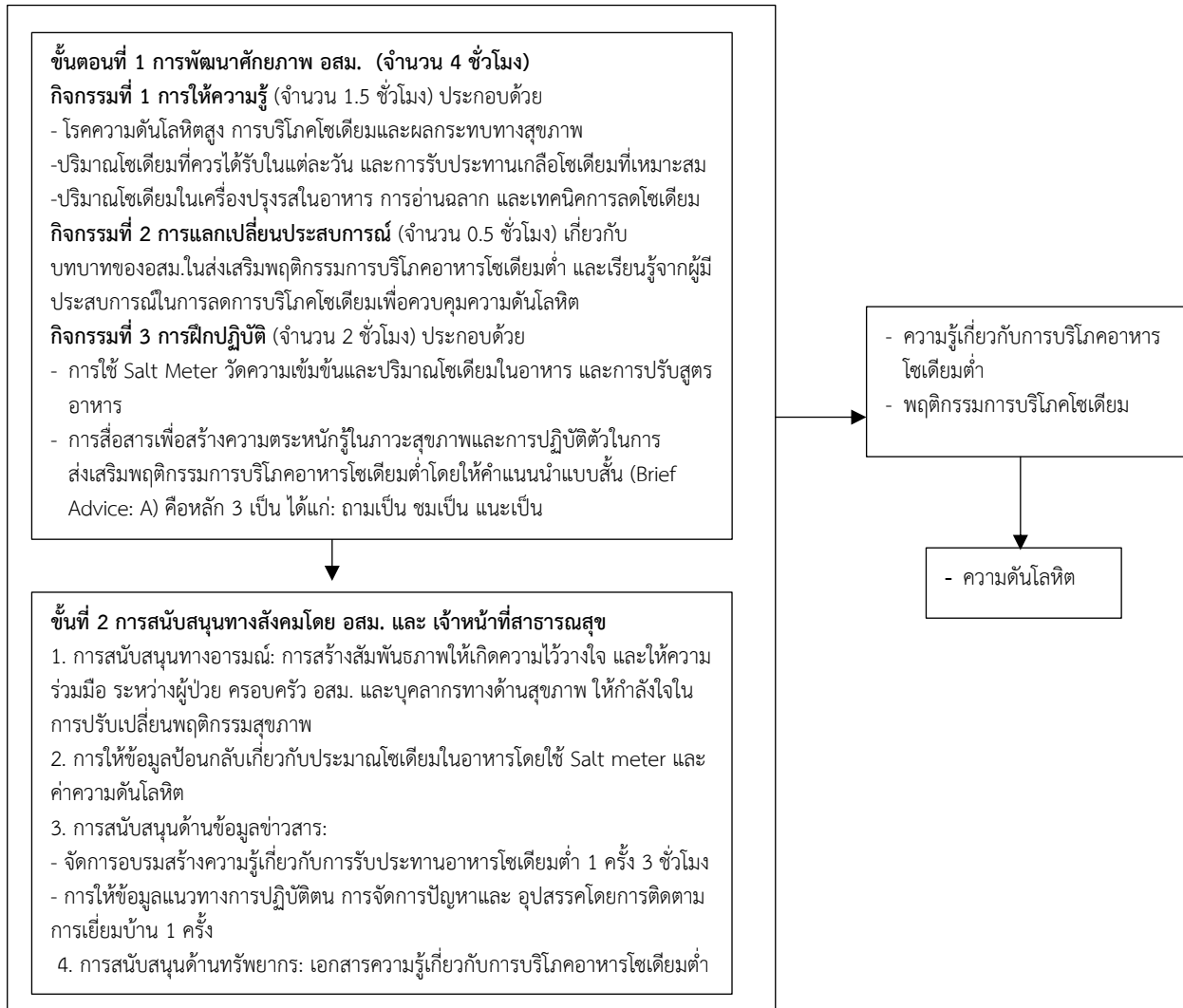
การศึกษานี้มุ่งศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการบริโภคอาหารโซเดียมต่ำโดยใช้แรงสนับสนุนทาง สังคมต่อความรู้ พฤติกรรมการบริโภคโซเดียม และระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุม ไม่ได้ โดยอิงกรอบแนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคมของเฮาส์ (House, 1985)

ภาพ 1

กรอบแนวคิดของการวิจัย

ตัวแปรต้น

ตัวแปรตาม



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นงานวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi experimental research) แบบกลุ่มเดียวแบบวัดผลก่อนและหลังการทดลอง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในเขตตำบลนอกเมือง จำนวน 1,240 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในเขตตำบลนอกเมือง โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) จากผู้ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือก (inclusion criteria)

1. อายุ 35 ปีขึ้นไป

2. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์โดยอนุญาตให้มีโรคร่วมที่อยู่ในภาวะคงที่

3. มีความดันโลหิตตัวบนสูง ≥ 140 mmHg และ/หรือ ตัวล่าง ≥ 90 mmHg ติดต่อกัน 2 ครั้งสุดท้าย (ระยะห่าง 1 เดือน)

4. ได้รับการรักษาด้วยยาลดความดันโลหิตตั้งแต่ 1 ชนิดขึ้นไป

5. รับประทานยาลดความดันโลหิตตามปกติทุกวันก่อนมารับบริการ ณ คลินิกโรคเรื้อรังในสถานบริการสุขภาพในเขตอำเภอเมือง

เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria)

1. โรคเนื้องอกต่อมหมวกไต

2. โรคไตระยะสุดท้าย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือในการทดลอง คือ โปรแกรมส่งเสริมการบริโภคอาหารโซเดียมต่ำโดยใช้แรงสนับสนุนทางสังคมซึ่งคณะผู้วิจัยพัฒนามาจากกรอบแนวคิดการแรงสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมรูปแบบของโปรแกรมประกอบด้วย 2 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 การพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ประกอบด้วยกิจกรรมการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การบริโภคโซเดียมและผลกระทบทางสุขภาพ ปริมาณโซเดียมที่ควรได้รับในแต่ละวัน และการรับประทานเกลือโซเดียมที่เหมาะสม ปริมาณโซเดียมในเครื่องปรุงรสในอาหาร การอ่านฉลาก และเทคนิคการลดโซเดียม การแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมพฤติกรรมบริโภคอาหารโซเดียมต่ำ และเรียนรู้จากผู้มีประสบการณ์ในการลดการบริโภคโซเดียมเพื่อควบคุมความดันโลหิตและ กิจกรรมการฝึกปฏิบัติ ได้แก่ การใช้ Salt Meter วัดความเข้มข้นและปริมาณโซเดียมในอาหาร และการปรับสูตรอาหาร การสื่อสารเพื่อสร้างความตระหนักรู้ในภาวะสุขภาพและการปฏิบัติตัว ได้แก่ การสื่อสารด้วยคำพูดเชิงบวก การกระตุ้นอารมณ์ด้านบวกและด้านลบ การฝึกถามคำถาม ระยะเวลาทั้งสิ้น 4 ชั่วโมง ขั้นตอนที่ 2 การสนับสนุนทางสังคมโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ได้แก่ การสนับสนุนทางอารมณ์: การสร้างสัมพันธภาพให้เกิดความไว้วางใจ และให้ความร่วมมือระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และบุคลากรทางด้านสุขภาพ ให้กำลังใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การให้ข้อมูลป้อนกลับเกี่ยวกับปริมาณโซเดียมในอาหารโดยใช้ Salt Meter และค่าความดันโลหิต การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร และการสนับสนุนด้านทรัพยากร ได้แก่ เอกสารความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารโซเดียมต่ำ นวัตกรรมโมเดลวงล้อความเค็ม และติดตามความดันโลหิตในระยะเวลา 4 สัปดาห์

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลวิจัย ในการศึกษาในครั้งนี้ใช้แบบสอบถามความรู้ และแบบสอบถามพฤติกรรมบริโภคโซเดียม พัฒนาโดยเกษศิริพันธ์ พุทธวงศ์ (2565) มีการขออนุญาตใช้แบบสอบถามจากผู้พัฒนาเครื่องมือ

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส ลักษณะครอบครัว ระยะเวลาที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ยาที่ใช้ ระดับความดันโลหิต โรคร่วมอื่น ๆ พฤติกรรมการออกกำลังกาย ประเพณี และความถี่ของการออกกำลังกาย จำนวน 13 ข้อ

2.2 แบบสอบถามความรู้การบริโภคโซเดียม จำนวน 10 ข้อ เป็นคำถามถูกผิด โดยถามข้อมูลเกี่ยวกับปริมาณโซเดียมในอาหารที่ควรได้รับในแต่ละวัน การรับประทานโซเดียมที่เหมาะสม การลดปริมาณเครื่องปรุงรสในอาหารและการเลือกซื้ออาหารสำเร็จรูปหรือแปรรูป (เกษศิริพันธ์ พุทธวงศ์, 2565) โดยเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

8-10 คะแนน หมายถึง มีความรู้สูง

6-7 คะแนน หมายถึง มีความรู้ปานกลาง

0-5 คะแนน หมายถึง มีความรู้ต่ำ

2.3 แบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคโซเดียมเป็นแบบประเมินพฤติกรรม จำนวน 10 ข้อ สอบถามเกี่ยวกับการลดการบริโภคโซเดียมในเรื่องการปฏิบัติวัดดวงเครื่องปรุงรส การเลือกซื้ออาหารสำเร็จรูปหรือแปรรูป และการเติมเครื่องปรุงระหว่างมื้ออาหาร (เกษศิริพันธ์ พุทธวงศ์, 2565) แบบการประมาณค่า (rating scale) แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ไม่เคยปฏิบัติเลย หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติเลย ปฏิบัติบางครั้ง หมายถึง ปฏิบัติ 3-5 ครั้งใน 1 สัปดาห์ และปฏิบัติบ่อยครั้ง หมายถึง ปฏิบัติมากกว่า 5 ครั้งใน 1 สัปดาห์ โดยให้คะแนนทางบวก 1-3 คะแนน และทางลบ 3-1 ตามลำดับ ค่าคะแนนแบ่งเป็น 3 ระดับได้แก่

24-30 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมดี

18-23 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมพอใช้

1-17 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมต้องปรับปรุง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

1. ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ดังนี้

1.1. โปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหารโซเดียมต่ำโดยประยุกต์ใช้แรงสนับสนุนทางสังคม พัฒนาโดยประยุกต์จากแนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย การพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ประกอบด้วยกิจกรรมการให้ความรู้ การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การฝึกปฏิบัติ และการสนับสนุนทางสังคมโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ได้แก่ การสนับสนุนทางอารมณ์ การสนับสนุนด้านการประเมินค่า การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร และการสนับสนุนด้านทรัพยากร โปรแกรมได้รับการประเมินความเหมาะสมของเนื้อหา เครื่องมือ และกิจกรรมโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน โดยประเมินความสอดคล้องระหว่างวัตถุประสงค์ เนื้อหา และกิจกรรมของโปรแกรม ผลการประเมินพบว่าค่าดัชนีความสอดคล้องของเนื้อหา (Index of Item-Objective Congruence: IOC) ขององค์ประกอบต่าง ๆ มีค่ามากกว่า 0.50 ซึ่งอยู่ในระดับที่ยอมรับได้

1.2. แบบสอบถามความรู้การบริโภคโซเดียม ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) มีค่าความสอดคล้องอยู่ในระดับยอมรับได้ (Index of Item-Objective Congruence: IOC) ค่า IOC ของแต่ละข้อ มากกว่า 0.50

1.3. แบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคโซเดียมมีดัชนีความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ 0.80 (เกษศิริพันธ์ พุทธวงศ์, 2565)

2. ทดสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (reliability) ดังนี้ แบบสอบถามความรู้การบริโภคโซเดียม ทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณลักษณะคล้ายคลึงกัน จำนวน 30 คน ใช้สูตร KR-20 ซึ่งได้ค่าเท่ากับ 0.87 ส่วนแบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคโซเดียม โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha Coefficient) ได้ค่า 0.70

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาและอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิ์ เอกสารเลขที่ผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยนำเสนอโครงการวิจัยเข้ารับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิ์ หนังสืออนุมัติเลขที่ P-EC 11-08-67 วันที่รับรอง 23 สิงหาคม 2567 และในขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยได้แนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเข้าร่วมวิจัย และเก็บรวบรวมข้อมูล สิทธิในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ สิทธิในการยุติการวิจัยได้ทันที

โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง การเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นความลับและการเสนอผลการวิจัยในภาพรวมที่ไม่เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดี ผู้วิจัยจะให้อ่านเอกสารการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังได้รับอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุนทร ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ตามขั้นตอนต่อไปนี้

1. ขออนุญาตผู้อำนวยการหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในเขตตำบลนอกเมืองที่เป็นกลุ่มเป้าหมาย

2. ชี้แจงโครงการให้กลุ่มเป้าหมายทราบถึงวัตถุประสงค์การวิจัย สิทธิของอาสาสมัครวิจัย ขอความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรและเก็บข้อมูลการวิจัย

3. จัดกิจกรรมส่งเสริมการบริโภคอาหารโซเดียมต่ำโดยใช้แรงสนับสนุนทางสังคม 2 ขั้นตอนในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ โดยมีรายละเอียดการดำเนินการดังต่อไปนี้

3.1 กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเข้าร่วมกิจกรรม ดังนี้

3.1.1 เข้าร่วมกิจกรรมการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน รวมทั้งสิ้น 4 ชั่วโมง กิจกรรมประกอบด้วย กิจกรรมที่ 1 การให้ความรู้ (จำนวน 1.5 ชั่วโมง) กิจกรรมที่ 2 การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ (จำนวน 0.5 ชั่วโมง) และกิจกรรมที่ 3 การฝึกปฏิบัติ (จำนวน 2 ชั่วโมง)

3.1.2 เข้าร่วมกิจกรรมการสนับสนุนทางสังคมโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยร่วมกิจกรรมการสนับสนุนทางสังคม โดยเป็นผู้คอยให้กำลังใจและสนับสนุนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพแก่ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงร่วมกับการดำเนินการต่าง ๆ ได้แก่ การให้วัดปริมาณโซเดียมในอาหารโดยใช้เครื่องวัดระดับโซเดียมในอาหารและวัดระดับความดันโลหิตพร้อมทั้งให้ข้อมูลป้อนกลับเกี่ยวกับระดับความดันโลหิตและปริมาณโซเดียมในอาหาร 1 ครั้ง

3.2 กลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรม ดังนี้

3.2.1 ก่อนเริ่มกิจกรรม ผู้เข้าร่วมจะได้รับการประเมินพื้นฐาน (pre-test) ประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคโซเดียม และระดับความดันโลหิต

3.2.2 เข้าร่วมกิจกรรมการสนับสนุนทางสังคมโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยจะได้รับการสนับสนุนทางอารมณ์ในการให้กำลังใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ จากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในขณะเข้าร่วมกิจกรรมอื่น ๆ โดยจะได้รับการประเมินปริมาณโซเดียมในอาหาร การประเมินความดันโลหิต และจะได้ข้อมูลป้อนกลับเกี่ยวกับปริมาณโซเดียมในอาหาร และค่าความดันโลหิต ในสัปดาห์ที่ 2 ไม่เกิน 20 นาที จำนวน 1 ครั้ง

3.2.3 ได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร โดยเข้าร่วมการอบรมสร้างความรู้เกี่ยวกับการรับประทานอาหารโซเดียมต่ำ ในสัปดาห์ที่ 2 จำนวน 1 ครั้ง ระยะเวลา 3 ชั่วโมง และประเมินพฤติกรรมการบริโภคโซเดียม

3.2.4 ได้รับข้อมูลแนวทางการปฏิบัติตน การจัดการปัญหาและอุปสรรค โดยการติดตามการเยี่ยมบ้าน 1 ครั้ง เมื่อสิ้นสุดโปรแกรมจะทำการประเมินความรู้หลังการทดลอง (post-test) และได้รับการประเมินความดันโลหิตสูงในระยะเวลาสิ้นสุด 4 สัปดาห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ความรู้ พฤติกรรมการบริโภคโซเดียม และความดันโลหิต ใช้สถิติเชิงพรรณนา ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ของกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรม เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายแบบโค้งไม่ปกติ จึงวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Wilcoxon signed rank test
3. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความดันโลหิตของกลุ่มทดลองก่อนและหลังใช้ paired t-test

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ จากกลุ่มตัวอย่าง 30 คน มีผู้เข้าร่วมกิจกรรมครบถ้วน ได้รับการประเมินความดันโลหิต และตอบแบบสอบถามสมบุรณ์ จำนวน 25 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 76 โดยมีช่วงอายุ มากกว่า 61 ปี ร้อยละ 56 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ จบประถมศึกษา ร้อยละ 72 ส่วนใหญ่สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 52 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 32 ลักษณะของครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยว ร้อยละ 68 เป็นโรคความดันโลหิตสูงอย่างเดียว ร้อยละ 68 มีโรคร่วมคือโรคเบาหวาน ร้อยละ 32 ระยะเวลาในการเป็นโรคความดันโลหิตสูงระยะเวลา 1-10 ปี ร้อยละ 68 ผู้เข้าร่วมทุกคน (ร้อยละ 100) ใช้อาลดความดันโลหิตอย่างน้อย 2 ชนิด ผู้เข้าร่วมส่วนใหญ่ร้อยละ 76 มีพฤติกรรมออกกำลังกาย ประเทเดินเร็ว และความถี่อย่างน้อย 3-5 ครั้ง ต่อสัปดาห์

ส่วนที่ 2 ระดับความรู้ ระดับความดันโลหิตของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ก่อนและหลังเข้ารับโปรแกรม และระดับพฤติกรรมระหว่างเข้าร่วมโปรแกรม

การประเมินความรู้ ความดันโลหิต และพฤติกรรมของผู้กลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการบริโภคอาหารโซเดียมต่ำโดยใช้แรงสนับสนุนมีผู้ร่วมกิจกรรมและตอบแบบสอบถามสมบุรณ์ จำนวน 25 คน ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมส่วนใหญ่มีความรู้ระดับต่ำและปานกลางอย่างละเท่ากันคือร้อยละ 32 หลังเข้าร่วมโปรแกรมส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับสูงร้อยละ 60 ค่าความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อยู่ระหว่าง 140 -159 mmHg ร้อยละ 56 หลังเข้าร่วม น้อยกว่า 140 mmHg ร้อยละ 76 ความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม น้อยกว่า 90 mmHg ร้อยละ 76 และหลังเข้าร่วมโปรแกรม น้อยกว่า 90 mmHg ร้อยละ 100 พฤติกรรมลดการบริโภคโซเดียมในระดับพอใช้ ร้อยละ 68 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1

แสดงจำนวนและร้อยละของความรู้ ระดับความดันโลหิตและพฤติกรรมการบริโภคโซเดียมของกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการบริโภคอาหารโซเดียมต่ำโดยใช้แรงสนับสนุน

ตัวแปร	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม จำนวน (ร้อยละ)	หลังเข้าร่วมโปรแกรม จำนวน (ร้อยละ)
ความรู้		
ระดับต่ำ	8 (32.0)	1 (4.0)
ระดับปานกลาง	8 (32.0)	9 (36.0)
ระดับสูง	9 (36.0)	15 (60.0)
ระดับความดันโลหิต		
แรงดันเลือดในขณะหัวใจบีบตัว (mmHg)		
< 140 mmHg	6 (24.0)	19 (76.0)
140 -159 mmHg	14 (56.0)	6 (24.0)
160- 179 mmHg	3 (12.0)	
≥ 180 mmHg	2 (8.0)	
แรงดันเลือดในขณะหัวใจคลายตัว (mmHg)		
< 90 mmHg	19 (76.0)	25 (100.0)
90-109 mmHg	6 (24.0)	
	ระหว่างดำเนินโปรแกรม	
	จำนวน (ร้อยละ)	
ระดับพฤติกรรม		
ระดับต้องปรับปรุง	2 (8.00)	
ระดับพอใช้	17 (68.00)	
ระดับดี	6 (24.00)	

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการบริโภคอาหารโซเดียมต่ำโดยใช้แรงสนับสนุนทางสังคม

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ที่ได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนความเชื่อด้านการบริโภคอาหารลดโซเดียม พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.01$) โดยคะแนนเฉลี่ยก่อนการทดลองอยู่ที่ 6.60 ($SD = 1.41$) ซึ่งมีคะแนนต่ำสุดที่ 5 คะแนน คะแนนสูงสุดที่ 9 คะแนน และค่า mean rank ของการทดสอบก่อนโปรแกรมเท่ากับ 6.50 และคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองเป็น 7.44 ($SD = 1.16$) ซึ่งมีคะแนนต่ำสุดที่ 5 คะแนน คะแนนสูงสุดที่ 9 คะแนน และค่า mean rank ของการทดสอบหลังโปรแกรมเป็น 11.62 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2

แสดงค่าเฉลี่ยคะแนนก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการบริโภคอาหารโซเดียมต่ำโดยใช้แรงสนับสนุน

	การประเมินคะแนน รวม 10 คะแนน	Mean	Std.	Mean Rank	Asymp.Sig (2-tailed)
กลุ่มผู้ป่วยความดัน โลหิตสูงที่ควบคุม ไม่ได้	ก่อน (Pre-test)	6.60	1.41	6.50	0.01
	*Min 5, Max 9				
	หลัง (Post-test)	7.44	1.16	11.62	
	*Min 5, Max 9				

ส่วนที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความดันโลหิต ก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการบริโภคอาหารโซเดียมต่ำโดยใช้แรงสนับสนุนทางสังคม

การเปรียบเทียบระดับความดันโลหิตระหว่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมพบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้มีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ค่าความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว ก่อนการทดลอง $M = 142.12$, $SD = 16.48$; หลังการทดลอง $M = 128.64$, $SD = 15.90$; $t = -4.43$, $p < 0.01$; ค่าความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว ก่อนการทดลอง $M = 79.96$, $SD = 12.01$; หลังการทดลอง $M = 72.84$, $SD = 9.37$; $t = -2.15$, $p = 0.04$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความดันโลหิตของของกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการบริโภคอาหารโซเดียมต่ำโดยใช้แรงสนับสนุนโปรแกรมลดเค็ม

ระดับความดันโลหิต	ก่อนร่วมโปรแกรม Mean (SD)	หลังร่วมโปรแกรม Mean (SD)	t	p-value
แรงดันเลือดในขณะหัวใจบีบตัว (systolic, mmHg)	142.12 (16.48)	128.64 (15.90)	-4.43	<0.01
แรงดันเลือดในขณะหัวใจคลายตัว (diastolic, mmHg)	79.96 (12.01)	72.84 (9.37)	-2.15	0.04

อภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้ พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้การบริโภคโซเดียมของกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งบ่งชี้ว่า โปรแกรมนี้มีผลช่วยเพิ่มความรู้ ที่ช่วยสนับสนุนพฤติกรรมการบริโภคอาหารโซเดียมต่ำของกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ สามารถอธิบายได้ว่า ผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ เมื่อเข้าร่วมโปรแกรมได้รับการแลกเปลี่ยนข้อมูลการสนับสนุนทางสังคมโดยเฉพาะในรูปแบบของสนับสนุนทางด้านข้อมูล ทำให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้รับข้อมูลที่เกี่ยวข้องจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทำให้เกิดความรู้ ด้านการบริโภคอาหารลดโซเดียม การสนับสนุนทางสังคมถูกนำมาประยุกต์ใช้ในโปรแกรมนี้โดยการสนับสนุนจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เช่น การสนับสนุนทางอารมณ์ การให้กำลังใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การสร้างสัมพันธภาพและความไว้วางใจระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และบุคลากรทางด้านสุขภาพ นอกจากนี้ยังมีการให้ข้อมูลย้อนกลับโดยใช้ Salt Meter และค่าความดันโลหิต รวมถึงการให้ข้อมูลข่าวสารและการสนับสนุนด้านทรัพยากร เช่น เอกสารความรู้เกี่ยวกับการบริโภคโซเดียมต่ำและนวัตกรรมโมเดลวงล้อความเค็ม การสนับสนุนเหล่านี้มีบทบาทในการสร้างแรงจูงใจและให้ความรู้ ซึ่งช่วยให้ผู้เข้าร่วมสามารถนำไปปฏิบัติในสถานการณ์จริงในชีวิตประจำวันได้ ซึ่งผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของเกษศิรินทร์ พุทธวงศ์ และคณะ (2565) พบว่าการที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้เข้าร่วมโปรแกรมเพื่อพัฒนาศักยภาพและถ่ายทอดความรู้สามารถเพิ่มคะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมการบริโภคโซเดียมได้สูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.05$) และสอดคล้องกับงานวิจัยของดลรัตน์ รุจิพัฒนากร (2556) ที่ได้ศึกษาการบริโภคโซเดียมของผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูง พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมต่อการลดการบริโภคอาหารที่มีโซเดียมต่ำ ผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงรับรู้ว่ามีสมาชิกในครอบครัวเป็นแหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคมด้านการประเมินผลและการสนับสนุนด้านวัสดุสิ่งของ เจ้าหน้าที่สุขภาพเป็นแหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร มีความสัมพันธ์กับปริมาณโซเดียมที่บริโภคต่อวันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

นอกจากนี้ผลการศึกษาพบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมค่าเฉลี่ยความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและคลายตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ลดลงจากก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ซึ่งการลดลงของระดับความดันโลหิตในครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าการลดปริมาณโซเดียมในอาหารช่วยลดทั้งความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและคลายตัวในผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง (Shamsi. et.al, 2021) ซึ่งการลดลงของ SBP เฉลี่ยมากกว่า 10 มิลลิเมตรปรอทถือว่าเป็นระดับที่มีความหมายทางคลินิก เพราะสามารถลดความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองและโรคหัวใจได้อย่างมีนัยสำคัญ (Ettehad et.al, 2016) ผลการวิจัยครั้งนี้ชี้ให้เห็นถึงบทบาทสำคัญของแรงสนับสนุนทางสังคม ในการปรับพฤติกรรมการบริโภคอาหารโซเดียมต่ำ โดยมีกลไกสำคัญที่อาจเกิดจากการมีผู้สนับสนุนคืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรือบุคลากรสาธารณสุข ที่ทำหน้าที่ให้ข้อมูล การติดตามพฤติกรรม การให้กำลังใจ และการสร้างบรรทัดฐานในการบริโภคอาหารที่มีปริมาณโซเดียมในระดับเหมาะสม การสนับสนุนลักษณะนี้ได้รับการอธิบายตามกรอบแนวคิดของ House (1981) ว่าส่งผลต่อการเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพทั้งในด้านความรู้สึกรับคุณค่าจากการได้รับการสนับสนุนทางอารมณ์ การได้รับข้อมูล และการได้รับความช่วยเหลือเชิงปฏิบัติ ซึ่งสอดคล้องกับผลของโปรแกรมที่ทำให้ความรู้เกี่ยวกับโซเดียมเพิ่มขึ้น และสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับที่ดีขึ้น การลดระดับความดันโลหิตที่พบยังสอดคล้องกับบทสรุปขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2025) พบว่า ผู้ใหญ่ที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป การลดปริมาณการบริโภคเกลือในระดับปานกลางต่อเนื่องอย่างน้อย 4 สัปดาห์ ส่งผลให้ความดันโลหิตตัวบนลดลง 4 มิลลิเมตรปรอท และความดันโลหิตตัวล่างลดลง 2 มิลลิเมตรปรอท และมีการลดลงที่ชัดเจนมากกว่าในผู้ที่มีความดันโลหิตสูง (ประมาณ 5/3 มิลลิเมตรปรอท) ทั้งนี้ผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูง อาจตอบสนองต่อการลดโซเดียมได้ดีสอดคล้องกับผลสรุปนี้ ผลสรุปการวิจัยสะท้อนว่าการใช้โปรแกรมส่งเสริมการบริโภคอาหารโซเดียมต่ำที่เชื่อมโยงกับแรงสนับสนุนทางสังคมสามารถเพิ่มความรู้ และควบคุมความดันโลหิตได้อย่างมีประสิทธิภาพในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ นอกจากนี้การให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นผู้ให้แรงสนับสนุนทางสังคมในการบริโภคอาหารโซเดียมต่ำยังเป็นการนำจุดแข็งของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่เข้าถึงชุมชนได้ง่าย เนื่องจากมักเป็นคนในชุมชนเอง ทำให้มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้ป่วยสามารถให้คำแนะนำและติดตามประเมินผลได้อย่างมีประสิทธิภาพ (ชนิดา เตชะปัน, 2561) ทั้งในด้านการส่งเสริมความรู้ และการสนับสนุนแบบใกล้ชิดจึงสามารถช่วยให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามการลดโซเดียมได้

การศึกษาในครั้งนี้พบว่า ถึงแม้ระดับความรู้ส่วนใหญ่จะอยู่ในระดับมาก และค่าเฉลี่ยความรู้ในระดับสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ แต่พฤติกรรมการบริโภคโซเดียมระหว่างการร่วมโปรแกรมส่วนใหญ่พฤติกรรมยังอยู่ในระดับพอใช้ ยังไม่ถึงดีมาก ซึ่งอาจสะท้อนปัจจัยบางอย่าง เช่น อุปสรรคด้านสิ่งแวดล้อม เช่น การจัดหาหรือจำหน่ายอาหารเค็มในครอบครัวหรือชุมชน ข้อจำกัดทางเศรษฐกิจของอาหารโซเดียมต่ำ นอกจากนี้ผลลัพธ์ที่วัดได้หลังโปรแกรมยังแสดงถึงการเปลี่ยนแปลงในระยะสั้นยังไม่ชัดเจนว่าผลเหล่านี้จะคงอยู่ในระยะยาว เนื่องจากการรักษาความดันโลหิตให้คงที่มักต้องมีพฤติกรรมระยะยาวและมีการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่อง

สรุปจากการศึกษาผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ พบว่าโปรแกรมส่งเสริมการบริโภคอาหารโซเดียมต่ำโดยใช้แรงสนับสนุนทางสังคมมีผลทำให้กลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ มีความรู้ในการบริโภคโซเดียมดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้รับการพัฒนาศักยภาพในด้านการให้ความรู้ การฝึกปฏิบัติในการใช้ Salt Meter วัดปริมาณโซเดียมในอาหาร การสื่อสารเพื่อสร้างความตระหนักรู้ และการสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว ทำให้สามารถถ่ายทอดความรู้และติดตามพฤติกรรม การบริโภคโซเดียมของกลุ่มผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความรู้ นำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรม การบริโภคอาหารโซเดียมต่ำและควบคุมความดันโลหิตได้ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. พยาบาลที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถนำโปรแกรมไปใช้ในการส่งเสริมความรู้ และพฤติกรรมลดการบริโภคโซเดียมในคลินิกชุมชนหรือหน่วยบริการสุขภาพเพื่อสนับสนุนการควบคุมความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โดยการให้ความรู้ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับพฤติกรรมการบริโภคโซเดียมได้ดียิ่งขึ้น

2. พยาบาลชุมชนในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิสามารถดำเนินโครงการเพื่อพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงได้ โดยการเพิ่มพูนความรู้ และทักษะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อให้สามารถถ่ายทอดข้อมูลไปยังกลุ่มเป้าหมายได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งจะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยบริโภคโซเดียมในปริมาณที่เหมาะสมกับสภาพร่างกายของตน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรเพิ่มการมีส่วนร่วมของครอบครัวหรือผู้ดูแลหลักในการศึกษาเกี่ยวกับการจัดการด้านโภชนาการ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแลรับผิดชอบเรื่องโภชนาการ

2. แนะนำให้ติดตามความรู้และพฤติกรรมการบริโภคโซเดียมของผู้ป่วยโดยการติดตามผลระยะยาว ($\geq 6-12$ เดือน) เพื่อประเมินความยั่งยืนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและความดันโลหิตอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดียิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- เกษศิริพันธ์ พุทธวงศ์, ศิวพร อึ้งวัฒนา, และวิลาวัลย์ เตือนราษฎร์. (2565). ผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อความรู้และพฤติกรรมการบริโภคโซเดียมในผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้. *พยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่*, 49(3), 256-257.
- กรมควบคุมโรค. (2566, 11 พฤษภาคม). *สคร.9 เตือนประชาชน เนื่องในวันความดันโลหิตสูงโลก “ควบคุมความดันโลหิต ยืดชีวิตให้ยืนยาว”*. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา. https://ddc.moph.go.th/odpc9/news.php?news=34026&deptcode=odpc9&news_view_s=7222
- กรมควบคุมโรค, กองโรคไม่ติดต่อ. (2566). *(ร่าง) แนวทางการดำเนินงานลดการบริโภคเกลือและโซเดียมระดับจังหวัด*. กรมควบคุมโรค. <https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1394120230302070611.pdf>
- ชนิดา เตชะปิ่น. (2561). *ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการดำเนินงานด้านสุขศึกษาชุมชน ในเทศบาลตำบลบงป่าไผ่ อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่*. [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ วิทยาศาสตรบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์]. มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่
- ดวงดาว ปิงสุแสน. (2557). การพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการกำกับตนเอง และแรงสนับสนุนทางสังคม. *วารสารการพยาบาล การสาธารณสุข และการศึกษา*, 15(3), 31-43.
- ดลรัตน์ รุจิวัฒนากร. (2556). *การบริโภคโซเดียมของผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูง* [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ วิทยาศาสตรบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์]. มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วรรัตน์ ทิพย์รัตน์, ปรีดา สารลักษณ์, จันทรเพ็ญ เลิศวันวัฒนา, และสดศรี ประทุม. (2557). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารเกลือต่ำและระดับความดันโลหิตในผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูง, *วารสารการพยาบาลโรคหัวใจ และทรวงอก*, 25(1), 70-84
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์. (2567). *ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงต่อจำนวนประชากรระบบบัญชีข้อมูล จังหวัดสุรินทร์*. https://surin.gdcatalog.go.th/dataset/dataset_81_08/resource/90477bab-79ae-4d2e-9074-e50d72d4928b
- เอกภพ จันทรสุคนธ์, และปัทมา สุพรรณกุล. (2563). แรงสนับสนุนทางสังคมกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซียฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี*, 14(2), 1-7.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2024, December 13). *High blood pressure risk factors*. U.S. Centers for Disease Control and Prevention. <https://www.cdc.gov/high-blood-pressure/risk-factors/index.html>
- Chailimpamontree, W., Kantachuvesiri, S., Aekplakorn, W., Lappichetpaiboon, R., Sripaiboonkij Thokanit, N., Vathesatogkit, P., Kunjang, A., Boonyagarn, N., Sukhonthachit, P., Chuaykarn, N., Sonkhammee, P., Khunsaard, P., Nuntapanich, P., Charoenbut, P., Thongchai, C., Uttarachai, A., Kwankhoom, W., Rattanakanahutanon, F., Ruangchai, K., Yanti, N., ... Garg, R. (2021). Estimated dietary sodium intake in Thailand: A nationwide
- ราชวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุนทรบุรี ปีที่ 15 ฉบับที่ 2 (กรกฎาคม - ธันวาคม 2568) หน้า 150

- population survey with 24-hour urine collections. *Journal of Clinical Hypertension (Greenwich, Conn.)*, 23(4), 744–754. <https://doi.org/10.1111/jch.14147>
- Ettehad, D., Emdin, C. A., Kiran, A., Anderson, S. G., Callender, T., Emberson, J., Chalmers, J., Rodgers, A., & Rahimi, K. (2016). Blood pressure lowering for prevention of cardiovascular disease and death: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet*, 387(10022), 957–967. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)01225-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01225-8)
- House, J. (1981). *Work stress and social support*. Addison-Wesley.
- Shamsi, S. A., Salehzadeh, M., Ghavami, H., Asl, R. G., & Khadem Vatani, K. (2021). Impact of lifestyle interventions on reducing dietary sodium intake and blood pressure in patients with hypertension: A randomized controlled trial. *Turk Kardiyol Dern Ars*, 49(2), 143-150. <https://doi.org/10.5543/tkda.2021.81669>
- World Health Organization. (2023, September 19). *Global report on hypertension: trace against a silent killer*. ReliefWeb. https://reliefweb.int/report/world/global-report-hypertension-race-against-silent-killer?gad_source=1&gclid=CjwKCAjwy8i0BhAkEiwAdFaeGCXudUEgQjdhrW7kW0WELPEXcjfSdatfvx88S8iL1J77lxbGx0fEjRoCS_QQAvD_BwE
- World Health Organization. (2025). *Effect of longer-term modest salt reduction on blood Pressure*. World Health Organization. https://www.who.int/tools/elena/review-summaries/sodium-cvd-adults--effect-of-longer-term-modest-salt-reduction-on-blood-pressure?utm_source=chatgpt.com