ประสิทธิผลของโปรแกรม “ครัวทุ่งมน ลดเค็ม ลดเสี่ยง” โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในการควบคุมความดันโลหิตของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุ่งมน อำเภอเมือง จังหวัดนครพนม

Effectiveness of the “Thung Mon Kitchen, Reduce Salt, Reduce Risk” Program through Community Participation in Controlling Blood Pressure among the Pre-hypertension Group at Thung Mon Health Promoting Hospital, Mueang District, Nakhon Phanom Province

จีระนันท์ เสริฐศรี*
Jeeranan Sertsee
Corresponding author: E-mail: tongmon13979@gmail.com
(Received: March 4, 2026; Revised: March 11, 2026; Accepted: April 11, 2026)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อเปรียบเทียบระดับความดันโลหิต แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการบริโภคโซเดียมของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม และเปรียบเทียบผลลัพธ์ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

รูปแบบการวิจัย : การศึกษาวิจัยกึ่งทดลอง ชนิดสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง

วัสดุและวิธีวิจัย : กลุ่มตัวอย่างคือประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไปที่มีภาวะเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 142 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 71 คน และกลุ่มควบคุม 71 คน ได้มาจากการสุ่มแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือวิจัยประกอบด้วยโปรแกรม “ครัวทุ่งมน ลดเค็ม ลดเสี่ยง” ระยะเวลา 8 สัปดาห์, เครื่องวัดความดันโลหิตดิจิทัล, แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพและแบบสอบถามพฤติกรรม สถิติที่ใช้ ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา การทดสอบค่าทีสำหรับกลุ่มตัวอย่างที่ไม่เป็นอิสระต่อกันและการทดสอบค่าทีสำหรับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นอิสระต่อกัน

ผลการวิจัย : ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซีสโตลิก (SBP) และไดแอสโตลิก (DBP) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) และมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) นอกจากนี้ คะแนนแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการบริโภคโซเดียมดีขึ้นกว่าก่อนทดลองและดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$)

สรุปและข้อเสนอแนะ : โปรแกรมที่บูรณาการการมีส่วนร่วมของชุมชนมีความสามารถในการดัดแปลงพฤติกรรมและลดระดับความดันโลหิตได้อย่างเป็นรูปธรรม มีข้อเสนอแนะให้นำรูปแบบ “ครัวสาธิต” ไปขยายผลเป็นมาตรฐานการบริการเชิงรุกในสถานพยาบาลต่อไป

คำสำคัญ : กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง; พฤติกรรมการบริโภคโซเดียม; การมีส่วนร่วมของชุมชน

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุ่งมน

Abstract

Purposes : To compare the blood pressure levels, Health Belief Model scores, and sodium consumption behaviors among the pre-hypertension group before and after participating in the program, and to compare the outcomes between the experimental and control groups.

Study design : A quasi-experimental research with a two-group pretest-posttest design.

Materials and Methods : The sample consisted of 142 individuals aged 35 years and older with pre-hypertension. They were divided into an experimental group (n=71) and a control group (n=71), selected through multi-stage sampling. The research instruments included the 8-week "Thung Mon Kitchen, Reduce Salt, Reduce Risk" program, a digital blood pressure monitor, a health belief questionnaire, and a behavioral questionnaire. The statistics used for data analysis included descriptive statistics, dependent samples t-test (paired samples t-test), and independent samples t-test.

Main findings : After the experiment, the experimental group showed a statistically significant decrease in mean systolic blood pressure (SBP) and diastolic blood pressure (DBP) ($p<.001$), and their mean blood pressure was significantly lower than that of the control group ($p<.001$). Furthermore, the Health Belief Model scores and sodium consumption behaviors significantly improved compared to the pre-experiment phase and were significantly better than those of the control group ($p<.001$).

Conclusion and recommendations : The program is highly effective in tangibly modifying behaviors and reducing blood pressure levels. It is recommended to expand the "Demonstration Kitchen" model as a proactive standard of care in healthcare settings.

Keyword : Pre-hypertension group; Sodium consumption behavior; Community participation

* Registered Nurse, Professional Level, Thung Mon Sub-District Health Promoting Hospital.

บทนำ

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases: NCDs) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญและเป็นความท้าทายระดับโลกในศตวรรษที่ 21 โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคความดันโลหิตสูง (Hypertension) ซึ่งได้รับการขนานนามว่าเป็น “ฆาตกรเงียบ” เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่มักไม่มีอาการแสดงในระยะเริ่มต้น แต่ภาวะความดันโลหิตที่สูงขึ้นอย่างต่อเนื่องจะส่งผลทำลายหลอดเลือดและอวัยวะสำคัญภายในร่างกาย นำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง เช่น โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด และโรคไตเรื้อรัง องค์การอนามัยโลก (WHO)[1] ประมาณการว่ามีประชากรวัยผู้ใหญ่ทั่วโลกมากกว่า 1.28 พันล้านคน ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง สำหรับประเทศไทย สถานการณ์ของโรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มรุนแรงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ข้อมูลจากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย พบความชุกของโรคความดันโลหิตสูงในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปสูงถึง 25.4%[2] ปัจจัยเสี่ยงหลักที่มีอิทธิพลสูงสุดที่กระตุ้นให้เกิดโรคคือ “พฤติกรรมการบริโภคโซเดียม” ที่ล้นเกิน โดยพบว่าคนไทยบริโภคโซเดียมเฉลี่ยถึง 3,636 มิลลิกรัมต่อวัน ซึ่งสูงกว่ามาตรฐานที่องค์การอนามัยโลกแนะนำคือไม่ควรเกิน 2,000 มิลลิกรัมต่อวัน ถึงเกือบสองเท่า[3]

สาเหตุหลักของภาวะความดันโลหิตสูงในบริบทของสังคมไทย โดยเฉพาะในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีความซับซ้อนและผูกพันกับอัตลักษณ์ทางวัฒนธรรมการบริโภคอาหารอย่างแยกไม่ออก วิถีชีวิตดั้งเดิมของชาวอีสานนิยมรับประทานอาหารที่มีรสจัดและพึ่งพาการถนอมอาหารเพื่อให้เก็บไว้รับประทานได้นาน เครื่องปรุงรสหลักที่แทบทุกครัวเรือนขาดไม่ได้คือ “ปลาร้า” หรือ “ปลาแดก” ตลอดจนการบริโภคอาหารหมักดองผงชูรส และวัฒนธรรมการจิ้มข้าวเหนียวกับน้ำแกงหรือน้ำส้มตำ พฤติกรรมความเคยชินเหล่านี้ทำให้เกิดสภาวะ “โซเดียมแฝง” และ “โซเดียมซ้ำซ้อน” ในมื้ออาหารแต่ละวันอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ เมื่อพิจารณาข้อมูลระดับพื้นที่ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุ่งมน อำเภอเมือง จังหวัดนครพนม พบว่ากำลังเผชิญกับวิกฤตสุขภาพดังกล่าวเช่นเดียวกัน โดยอัตราการพบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นในทุกๆ ปี ที่สำคัญคือพบประชากรกลุ่มเสี่ยง (Pre-hypertension) ที่มีระดับความดันโลหิตอยู่ระหว่าง 120-139 / 80-89 มิลลิเมตรปรอท เพิ่มจำนวนมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งหากกลุ่มเสี่ยงเหล่านี้ไม่ได้รับการจัดการพฤติกรรมอย่างทันท่วงที จะพัฒนากลายเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรังเต็มขั้นในอนาคตอันใกล้

แม้ที่ผ่านมาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุ่งมนจะมีการดำเนินงานควบคุมโรคอย่างต่อเนื่อง แต่จากการวิเคราะห์สถานการณ์พบว่า รูปแบบการให้บริการในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs Clinic) ส่วนใหญ่มักเป็นเพียงการให้สุขศึกษาแบบสื่อสารทางเดียว (One-way communication) ที่มุ่งเน้นการให้ความรู้เชิงทฤษฎีเกี่ยวกับอันตรายของโซเดียมและการอ่านฉลากโภชนาการ แต่ไม่ได้เข้าไปจัดการกับ “สิ่งแวดล้อมด้านอาหารในระดับครัวเรือน รวมถึงไม่ได้ให้ทักษะเชิงปฏิบัติในการดัดแปลงอาหารที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตดั้งเดิมของชาวบ้าน ส่งผลให้กลุ่มเสี่ยงไม่สามารถเอาชนะความยึดติดในรสชาติอาหารดั้งเดิมได้ การรับรู้ว่า “อาหารลดเค็มคืออาหารที่ไม่อร่อย” จึงกลายเป็นอุปสรรคสำคัญที่ทำให้ความพยายามในการลดโซเดียมในระดับชุมชนล้มเหลว ช่องว่างสำคัญที่ทำให้การควบคุมระดับความดันโลหิตในพื้นที่ภาคอีสานไม่ได้ผลลัพธ์เท่าที่ควร คือความเชื่อที่ฝังรากลึกว่าอาหารลดเค็มคืออาหารที่ไม่อร่อย คำแนะนำทางการแพทย์ส่วนใหญ่มักเป็นการปฏิเสธวัฒนธรรมอาหารท้องถิ่น ทำให้ขาดการศึกษารูปแบบการดัดแปลงเครื่องปรุงพื้นบ้านอย่างเป็นรูปธรรม งานวิจัยนี้จึงมุ่งอุดช่องว่างดังกล่าวด้วยการสร้างนวัตกรรมครัวต้นแบบที่เน้นการใช้สมุนไพรชูรสแทนความเค็ม”

ด้วยเหตุนี้ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ฝังรากลึกจึงไม่สามารถทำได้ด้วยการให้ความรู้เพียงผิวเผิน ผู้วิจัยจึงมีแนวคิดในการนำทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model: HBM) ของ Rosenstock[4] มาประยุกต์ใช้เพื่อปรับโครงสร้างความคิดของกลุ่มเสี่ยงให้เกิดการรับรู้โอกาสเสี่ยง ความรุนแรง ประโยชน์ และ

หาทางก้าวข้ามอุปสรรคในการลดโซเดียม บูรณาการร่วมกับทฤษฎีกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน (Community Participation) ของ โคเฮน และอัพฮอฟฟ์[5] เพื่อปรับเปลี่ยนบทบาทของกลุ่มเสี่ยงจาก “ผู้รับบริการ” ให้กลายเป็น “ผู้ร่วมสร้างสรรค์สุขภาพ” จนเกิดเป็นนวัตกรรมโปรแกรม “ครัวทุ่งมน ลดเค็ม ลดเสี่ยง” ซึ่งมีจุดเด่นในการจัดตั้ง “ครัวสาธิต” ให้ชาวบ้านได้ลงมือปฏิบัติจริงในการใช้สมุนไพรพื้นบ้านชูรสชาติแทนความเค็ม และมีการใช้อุปกรณ์เชิงสัญลักษณ์คือ “ชุดช้อนตวง” ประจำครัวเรือนควบคู่กับการให้แกนนำลงติดตามเยี่ยมบ้าน ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความมุ่งหวังที่จะศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมดังกล่าวว่าจะสามารถเปลี่ยนผ่านความรู้สู่การปฏิบัติจริงได้หรือไม่ เพื่อนำผลลัพธ์เชิงประจักษ์ที่ได้ไปพัฒนารูปแบบการให้บริการสุขภาพเชิงรุกที่เป็นเลิศ (Best Practice) ในการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังระดับปฐมภูมิต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความดันโลหิต แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการบริโภคโซเดียมของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม และเปรียบเทียบผลลัพธ์ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (Two-Group Pretest-Posttest Design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการคัดกรองและประเมินว่ามีภาวะเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง (Pre-hypertension) ซึ่งมีชื่อและอาศัยอยู่จริงในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุ่งมน อำเภอเมือง จังหวัดนครพนม โดยผู้วิจัยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*Power โดยใช้สถิติทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยสองกลุ่มอิสระต่อกัน (Independent Samples t-test) กำหนดพารามิเตอร์คือระดับนัยสำคัญทางสถิติ เท่ากับ .05, อำนาจการทดสอบ (Power =.80, ขนาดอิทธิพล (Effect size) = 0.50 และสัดส่วนการจัดเข้ากลุ่ม 1:1 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างน้อย 128 คน เพื่อป้องกันการสูญหายระหว่างการทดลอง (Dropout rate) ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดตัวอย่างอีกร้อยละ 10 รวมเป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 142 คน และเลือกตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage Sampling) จากนั้นจึงใช้การจับฉลากแบบไม่ทดแทนเข้ากลุ่ม (Random Assignment) แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มทดลอง จำนวน 71 คน ซึ่งเป็นกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรม “ครัวทุ่งมน ลดเค็ม ลดเสี่ยง” และกลุ่มควบคุม จำนวน 71 คน ซึ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับการดูแลและรับสุขศึกษาตามมาตรฐานปกติของสถานพยาบาล ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดได้ผ่านการคัดกรองตามเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria) อาทิ เป็นผู้ที่มีบทบาทหลักในการปรุงอาหารระดับครัวเรือน ไม่มีภาวะแทรกซ้อนของโรคที่รุนแรง และได้ลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจตลอดระยะเวลาการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบ่งออกเป็น 2 ประเภทหลัก ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง (Intervention Instrument) ได้แก่ โปรแกรม “ครัวทุ่งมน ลดเค็ม ลดเสี่ยง” ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ บูรณาการร่วมกับกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน ใช้ระยะเวลาดำเนินการทดลองทั้งสิ้น 8 สัปดาห์ ประกอบด้วยกิจกรรมหลัก 4 ระยะ ได้แก่

ระยะที่ 1 การจุดประกายความตระหนักรู้และคืนข้อมูลสุขภาพ: ผ่านการจัดเวทีประชาคมสภาสุขภาพเพื่อสร้างการรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรค

ระยะที่ 2 ปฏิบัติการ “ครัวต้นแบบทุ่งมน”: เป็นการจัดตั้งครัวสาธิต เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายได้ฝึกปฏิบัติจริงในการใช้สมุนไพรพื้นบ้านชูรสชาติแทนการพึ่งพาความเค็มจากเกลือหรือปลาร้า เพื่อลดการรับรู้อุปสรรค

ระยะที่ 3 การปรับสิ่งแวดล้อมและติดตาม

เสริมพลัง: มีการแจก “ชุดอุปกรณ์ชูสุขภาพ” (ช้อนตวง) ประจำครัวเรือนเพื่อเป็นสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ พร้อมทั้งให้แกนนำ อสม. ลงเยี่ยมบ้าน (Home Visit) เพื่อติดตามพฤติกรรมหน้าเตาและให้คำปรึกษาอย่างต่อเนื่อง

ระยะที่ 4 เวทีชื่นชมและประเมินผลลัพธ์สุขภาพ: จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้และมอบป้ายเชิดชูเกียรติแก่ครอบครัวต้นแบบ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล (Data Collection Instruments) ประกอบด้วย

2.1 เครื่องมือประเมินผลลัพธ์ทางคลินิก ใช้เครื่องวัดความดันโลหิตแบบดิจิทัล (Digital Sphygmomanometer) ที่ผ่านการสอบเทียบมาตรฐาน (Calibration) จากหน่วยงานที่ได้รับการรับรอง เพื่อวัดระดับความดันโลหิตซีสโตลิก (SBP) และไดแอสโตลิก (DBP)

2.2 แบบสอบถามเพื่อการวิจัย ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนที่ 2 แบบสอบถามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการบริโภคโซเดียม ประกอบด้วย 4 ด้าน (การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความรุนแรง ประโยชน์ และอุปสรรค) มีลักษณะเป็นมาตรวัดประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ และ ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการใช้เครื่องปรุงรสโซเดียมสูงในครัวเรือน ประกอบด้วย 3 ด้าน (ด้านการเลือกซื้อ ด้านการปรุงประกอบและด้านนิสัยการรับประทาน) มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับเช่นเดียวกัน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

1. การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยนำแบบสอบถามฉบับร่างเสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน (หัวหน้ากลุ่มงานโรคไม่ติดต่อและผู้รับผิดชอบงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม, สาธารณสุขอำเภอเมืองนครพนม) เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง ความครอบคลุม และความเหมาะสมของภาษา จากนั้นนำผลการประเมินมาหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (IOC) โดยคัดเลือกเฉพาะข้อคำถามที่มีค่าความสอดคล้องตั้งแต่ 0.67-1.00

2. การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาไปทดลองใช้ (Try-out) กับกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่ตำบลอาจสามารถ อำเภอเมืองนครพนม ซึ่งมีลักษณะประชากรใกล้เคียงกับกลุ่มศึกษาและมีโอกาสพบเจอกันน้อย จำนวน 30 ชุด จากนั้นนำมาคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นด้วยสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach’s Alpha Coefficient) พบว่า แบบสอบถามมีค่าความเชื่อมั่นรวมเท่ากับ 0.84 โดยมีค่าความเชื่อมั่นรายด้านอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ (0.81 - 0.92)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยเริ่มจากการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างด้วยการชี้แจงรายละเอียดและลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอม (Informed Consent) จากนั้นเข้าสู่ระยะก่อนการทดลอง (Pre-test) โดยทำการประเมินข้อมูลพื้นฐานผ่านการวัดระดับความดันโลหิตและให้กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม ตอบแบบสอบถามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการบริโภคโซเดียม ต่อมาในระยะดำเนินการทดลอง กลุ่มทดลองได้เข้าร่วมโปรแกรม “ครัวทุ่งมน ลดเค็ม ลดเสี่ยง” เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ ในขณะที่กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลและรับสุขศึกษาตามมาตรฐานปกติจากคลินิกโรคเรื้อรัง (NCDs Clinic) เมื่อครบกำหนดระยะเวลาดังกล่าว ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระยะหลังการทดลอง (Post-test) โดยทำการวัดระดับความดันโลหิตและให้กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มประเมินซ้ำด้วยแบบสอบถามชุดเดิมอีกครั้ง จากนั้นจึงนำข้อมูลที่ได้ทั้งหมดมารวบรวมตรวจสอบความสมบูรณ์ ความถูกต้อง และนำไปวิเคราะห์ผลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

2. สถิติเชิงอนุมาน ใช้สำหรับทดสอบสมมติฐานการวิจัย โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นทางสถิติ (Assumption Testing) ก่อนการวิเคราะห์ข้อมูล โดยทำการทดสอบการแจกแจงแบบปกติ (Normality Test) ด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov Test และทดสอบความเท่ากันของความแปรปรวนของประชากร (Homogeneity of Variances) ด้วยสถิติ Levene's Test เมื่อพบว่าข้อมูลเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้น จึงดำเนินการทดสอบสมมติฐานด้วยสถิติทดสอบค่าทีสำหรับกลุ่มตัวอย่างที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน (Paired Samples t-test) ใช้เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิต ความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรม ภายในกลุ่มเดียวกัน (ก่อนและหลังการทดลอง) และทดสอบค่าทีสำหรับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นอิสระต่อกัน (Independent Samples t-test) ใช้เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิต ความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม เลขอนุมัติ REC 099/68 เมื่อวันที่ 20 สิงหาคม 2568 โดยผู้วิจัยจะให้ความเคารพในสิทธิส่วนบุคคล โดยจะไม่เปิดเผยข้อมูลที่บ่งบอกตัวตนของกลุ่มตัวอย่างโดยเด็ดขาดไม่ว่าโดยตรงหรือโดยอ้อม โดยการตอบแบบสอบถามและการเก็บข้อมูลระดับบุคคลจะเก็บไว้เป็นความลับ จะรายงานเป็นภาพรวมและใช้ในการวิจัยเท่านั้น

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 142 คน (แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 71 คน และกลุ่มควบคุม 71 คน) พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง โดยกลุ่มทดลองมี 57.75% และกลุ่มควบคุมมี 54.93% มีอายุเฉลี่ยอยู่ในช่วง 51-52 ปี (กลุ่มทดลอง 52.41 ± 6.32 ปี; กลุ่มควบคุม 51.85 ± 7.14 ปี) ส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับไม่ได้เรียนหนังสือหรือประถมศึกษา (กลุ่มทดลอง 63.38%; กลุ่มควบคุม 67.61%) ประกอบอาชีพเกษตรกรเป็นหลัก (กลุ่มทดลอง 53.52%; กลุ่มควบคุม 57.75%) และมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่ำกว่า 5,000 บาท (กลุ่มทดลอง 49.30%; กลุ่มควบคุม 53.52%) นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างเกินกว่าครึ่งมีประวัติบุคคลในครอบครัวป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง (กลุ่มทดลอง 63.38%; กลุ่มควบคุม 59.15%) และรับบทบาทเป็นผู้ประกอบอาหารรับประทานเองในครัวเรือนเป็นหลัก (กลุ่มทดลอง 81.69%; กลุ่มควบคุม 83.10%)

2. ผลการเปรียบเทียบระดับความดันโลหิตของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง พบรายละเอียด ดังนี้

2.1 ผลการเปรียบเทียบภายในกลุ่ม (ระยะก่อนและหลังการทดลอง) ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม "ครัวทุ่งมน ลดเค็ม ลดเสี่ยง" เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซีสโตลิก (SBP) ลดลงจาก 132.45 ± 5.12 มิลลิเมตรปรอท เป็น 124.50 ± 4.25 มิลลิเมตรปรอท และมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตไดแอสโตลิก (DBP) ลดลงจาก 84.60 ± 4.30 มิลลิเมตรปรอท เป็น 78.30 ± 3.50 มิลลิเมตรปรอท ซึ่งเป็นการลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ในขณะที่กลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการดูแลตามปกติ มีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตทั้ง SBP และ DBP ไม่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับก่อนการทดลอง ($p = .264$ และ $p = .398$ ตามลำดับ)

2.2 ผลการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม (กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม) ในระยะก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตทั้ง SBP และ DBP ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .513$ และ $p = .439$ ตามลำดับ) แต่ภายหลังการทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตทั้งซีสโตลิก (SBP) และไดแอสโตลิก (DBP) ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบระดับความดันโลหิต ภายในกลุ่ม (ก่อนและหลังการทดลอง) และระหว่างกลุ่ม (กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม) (n=142

ความดันโลหิต		n	Mean ± SD.	95%CI	p
Systolic BP (mmHg)					
กลุ่มทดลอง	ก่อนทดลอง	71	132.45 ± 5.12	6.69 ถึง 9.21	< .001
	หลังทดลอง	71	124.50 ± 4.25		
กลุ่มควบคุม	ก่อนทดลอง	71	131.90 ± 4.88	-0.53 ถึง 1.93	.264
	หลังทดลอง	71	131.20 ± 5.10		
ระหว่างกลุ่ม	ก่อนทดลอง			-2.62 ถึง 1.52	.513
	หลังทดลอง			-8.25 ถึง -5.15	<.001
Diastolic BP (mmHg)					
กลุ่มทดลอง	ก่อนทดลอง	71	84.60 ± 4.30	5.18 ถึง 7.42	.001
	หลังทดลอง	71	78.30 ± 3.50		
กลุ่มควบคุม	ก่อนทดลอง	71	85.15 ± 4.15	-0.47 ถึง 1.17	.398
	หลังทดลอง	71	84.80 ± 4.15		
ระหว่างกลุ่ม	ก่อนทดลอง			-1.41 ถึง 0.31	.439
	หลังทดลอง			-7.77 ถึง -5.23	<.001

3. ผลการเปรียบเทียบคะแนนแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model: HBM)เกี่ยวกับการบริโภคโซเดียมของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง พบรายละเอียดดังนี้

3.1 การเปรียบเทียบภายในกลุ่ม (ระยะก่อนและหลังการทดลอง) ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมเป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ในภาพรวม เพิ่มสูงขึ้นจาก 2.92 ± 0.45 คะแนน เป็น 4.38 ± 0.35 คะแนน ซึ่งเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .001) และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่าคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรคล้วนเพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นเดียวกัน (p < .001 ทุกด้าน) ในขณะที่กลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการดูแลตามปกติ มีคะแนนเฉลี่ยทั้งในภาพรวมไม่เปลี่ยนแปลงไปจากก่อนการทดลอง (p =.331)

3.2 การเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม (กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม) ในระยะก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพทั้งภาพรวมไม่แตกต่างกัน (p = .611) แต่ภายหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในภาพรวมและทุกรายด้าน สูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .001) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบคะแนนแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (ภาพรวมและรายด้าน) ภายในกลุ่มและระหว่างกลุ่ม (n=142)

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ		n	Mean ± SD.	95%CI	p
1. ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยง					
กลุ่มทดลอง	ก่อนทดลอง	71	2.85 ± 0.52	1.38 ถึง 1.82	<.001
	หลังทดลอง	71	4.45 ± 0.40		
กลุ่มควบคุม	ก่อนทดลอง	71	2.80 ± 0.55	-0.12 ถึง 0.24	.518
	หลังทดลอง	71	2.86 ± 0.52		
ระหว่างกลุ่ม	ก่อนทดลอง			-0.13 ถึง 0.23	.579
	หลังทดลอง			1.44 ถึง 1.74	<.001
2. ด้านการรับรู้ความรุนแรง					
กลุ่มทดลอง	ก่อนทดลอง	71	3.10 ± 0.60	1.22 ถึง 1.62	<.001
	หลังทดลอง	71	4.52 ± 0.45		
กลุ่มควบคุม	ก่อนทดลอง	71	3.15 ± 0.58	-0.14 ถึง 0.24	.605
	หลังทดลอง	71	3.20 ± 0.62		
ระหว่างกลุ่ม	ก่อนทดลอง			-0.25 ถึง 0.15	.614
	หลังทดลอง			1.14 ถึง 1.50	<.001
3. ด้านการรับรู้ประโยชน์					
กลุ่มทดลอง	ก่อนทดลอง	71	3.05 ± 0.55	1.36 ถึง 1.74	<.001
	หลังทดลอง	71	4.60 ± 0.38		
กลุ่มควบคุม	ก่อนทดลอง	71	2.98 ± 0.60	-0.15 ถึง 0.23	.683
	หลังทดลอง	71	3.02 ± 0.55		
ระหว่างกลุ่ม	ก่อนทดลอง			-0.12 ถึง 0.26	.470
	หลังทดลอง			1.42 ถึง 1.74	<.001
4. ด้านการรับรู้อุปสรรค					
กลุ่มทดลอง	ก่อนทดลอง	71	2.68 ± 0.65	1.03 ถึง 1.51	<.001
	หลังทดลอง	71	3.95 ± 0.55		
กลุ่มควบคุม	ก่อนทดลอง	71	2.60 ± 0.62	-0.09 ถึง 0.33	.254
	หลังทดลอง	71	2.72 ± 0.68		
ระหว่างกลุ่ม	ก่อนทดลอง			-0.13 ถึง 0.29	.454
	หลังทดลอง			1.03 ถึง 1.43	<.001

ตารางที่ 2 (ต่อ)

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ		n	Mean ± SD.	95%CI	p
ภาพรวมความเชื่อด้านสุขภาพ					
กลุ่มทดลอง	ก่อนทดลอง	71	2.92 ± 0.45	1.27 ถึง 1.65	<.001
	หลังทดลอง	71	4.38 ± 0.35		
กลุ่มควบคุม	ก่อนทดลอง	71	2.88 ± 0.48	-0.07 ถึง 0.21	.331
	หลังทดลอง	71	2.95 ± 0.50		
ระหว่างกลุ่ม	ก่อนทดลอง			-0.11 ถึง 0.19	.611
	หลังทดลอง			1.29 ถึง 1.57	<.001

4. ผลการเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการบริโภคโซเดียม พบรายละเอียดดังนี้

4.1 การเปรียบเทียบภายในกลุ่ม (ระยะก่อนและหลังการทดลอง) ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมเป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคโซเดียม ในภาพรวม เพิ่มสูงขึ้นจาก 2.40 ± 0.68 คะแนน (ระดับพอใช้) เป็น 4.37 ± 0.51 คะแนน (ระดับดีมาก) ซึ่งเพิ่มขึ้นและมีการปฏิบัติพฤติกรรมเชิงบวกดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่าคะแนนด้านการเลือกซื้ออาหาร ด้านการปรุงประกอบอาหาร และด้านนิสัยการรับประทาน ล้วนเพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นเดียวกัน ($p < 0.001$ ทุกด้าน) ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมทั้งในภาพรวมไม่เปลี่ยนแปลงไปจากก่อนการทดลอง ($p=.267$)

4.2 การเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม (กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม) ในระยะก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคโซเดียมทั้งภาพรวมและรายด้านไม่แตกต่างกัน ($p=.857$) แต่ภายหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคโซเดียมในภาพรวมและทุกรายด้าน สูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการบริโภคโซเดียม (ภาพรวมและรายด้าน) ภายในกลุ่มและระหว่างกลุ่ม (n=142)

พฤติกรรมการบริโภคโซเดียม		n	Mean ± SD.	95%CI	p
1. ด้านการเลือกซื้ออาหารและวัตถุดิบ					
กลุ่มทดลอง	ก่อนทดลอง	71	2.36 ± 0.66	1.64 ถึง 2.04	<.001
	หลังทดลอง	71	4.20 ± 0.53		
กลุ่มควบคุม	ก่อนทดลอง	71	2.40 ± 0.62	-0.05 ถึง 0.13	.398
	หลังทดลอง	71	2.44 ± 0.62		
ระหว่างกลุ่ม	ก่อนทดลอง			-0.25 ถึง 0.17	.712
	หลังทดลอง			1.57 ถึง 1.95	<.001

ตารางที่ 3 (ต่อ)

พฤติกรรมการบริโภคโซเดียม		n	Mean ± SD.	95%CI	p
2. ด้านการปรุงประกอบอาหาร					
กลุ่มทดลอง	ก่อนทดลอง	71	2.48 ± 0.68	1.81 ถึง 2.20	<.001
	หลังทดลอง	71	4.48 ± 0.50		
กลุ่มควบคุม	ก่อนทดลอง	71	2.47 ± 0.65	-0.07 ถึง 0.19	.361
	หลังทดลอง	71	2.53 ± 0.67		
ระหว่างกลุ่ม	ก่อนทดลอง			-0.21 ถึง 0.23	.928
	หลังทดลอง			1.75 ถึง 2.15	<.001
3. ด้านนิสัยการรับประทาน					
กลุ่มทดลอง	ก่อนทดลอง		2.37 ± 0.70	1.88 ถึง 2.27	<.001
	หลังทดลอง		4.44 ± 0.50		
กลุ่มควบคุม	ก่อนทดลอง		2.40 ± 0.65	-0.06 ถึง 0.20	.298
	หลังทดลอง		2.47 ± 0.66		
ระหว่างกลุ่ม	ก่อนทดลอง			-0.26 ถึง 0.20	.795
	หลังทดลอง			1.78 ถึง 2.16	<.001
ภาพรวมพฤติกรรมการบริโภคโซเดียม					
กลุ่มทดลอง	ก่อนทดลอง	71	2.40 ± 0.68	1.80 ถึง 2.14	<.001
	หลังทดลอง	71	4.37 ± 0.51		
กลุ่มควบคุม	ก่อนทดลอง	71	2.42 ± 0.63	-0.05 ถึง 0.17	.267
	หลังทดลอง	71	2.48 ± 0.65		
ระหว่างกลุ่ม	ก่อนทดลอง			-0.24 ถึง 0.20	.857
	หลังทดลอง			1.70 ถึง 2.08	<.001

วิจารณ์

จากการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรม “ครัวทุ่งมน ลดเค็ม ลดเสี่ยง” สามารถนำผลการศึกษามาอภิปรายโดยเชื่อมโยงกับแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องได้ดังนี้

1. ผลลัพธ์ทางคลินิกพบว่า กลุ่มทดลองมีระดับความดันโลหิตซีสโตลิก (SBP) และไดแอสโตลิก (DBP) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .001$) และต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ปรากฏการณ์นี้อธิบายได้ด้วยกลไกทางสรีรวิทยา เมื่อพฤติกรรมการบริโภคโซเดียมลดลง การคั่งของน้ำในหลอดเลือดและปริมาตรเลือดจึงลดลง ส่งผลให้แรงดันโลหิตลดลงตามธรรมชาติ สอดคล้องกับ กาญจนาภรณ์ ไกรนรา[6] และ ยุภาพร ทรงศรี และคณะ[7] ที่ยืนยันว่าการลดการใช้เครื่องปรุงโซเดียมอย่างค่อยเป็นค่อยไปส่งผลให้ความดันโลหิตลดลงอย่างชัดเจน ในทางตรงกันข้ามกลุ่มควบคุมที่รับบริการสุขศึกษาแบบสื่อสารทางเดียว

(One-way communication) ขาดการเข้าไปจัดการสิ่งแวดล้อมในครัวเรือน จึงไม่สามารถเอาชนะความเคยชินดั้งเดิมได้ ส่งผลให้ความดันโลหิตไม่เปลี่ยนแปลง

2. ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) อธิบายได้ด้วย ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)[4] ที่ชี้ว่าพฤติกรรมจะเปลี่ยนเมื่อบุคคลตระหนักถึงภัยคุกคาม โปรแกรมนี้เริ่มต้นด้วยการคืนข้อมูลสุขภาพเพื่อสร้าง การรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรง สอดคล้องกับ สุปราณี เมืองโคตร และสำราญ พูลทอง[8] ที่พบว่าการนำเสนอสถิติพื้นที่จริงช่วยยกระดับการรับรู้ภัยคุกคามให้เป็นรูปธรรม นอกจากนี้ การจัด “ครัวสาธิต” ให้ทดลองใช้สมุนไพรพื้นบ้านแทนความเค็ม ช่วยทำลาย การรับรู้อุปสรรค และเพิ่มความมั่นใจ (Self-Efficacy) ว่าอาหารลดโซเดียมก็อร่อยได้ สอดคล้องกับ ชดชนก พริ้งเพราะ[9] ที่ระบุว่าการสอนดึงรสชาติจากสมุนไพรสามารถเปลี่ยนความเชื่อเรื่องรสชาติของกลุ่มเป้าหมายได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3. ผลด้านพฤติกรรมการบริโภคโซเดียม กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการบริโภคโซเดียมดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .001$) ผลลัพธ์นี้เกิดจากการประยุกต์ใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชน (Community Participation) ของ โคเฮน และอัพฮอฟฟ์[5] ที่เปลี่ยนกลุ่มเสี่ยงจากผู้รับบริการเป็นผู้ร่วมปฏิบัติการ ผ่านกลไกให้ อสม. ลงเยี่ยมบ้าน (Home Visit) เพื่อติดตามพฤติกรรมหน้าเตา สอดคล้องกับ วรรณพร บุญเปล่ง และคณะ[10] ที่พบว่าการใช้ทุนทางสังคมช่วยยกระดับพฤติกรรมได้อย่างยั่งยืน นอกจากนี้ การแจก “ชุดช้อนตวง” ยังทำหน้าที่เป็นสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ (Cues to Action) ที่สะกิดเตือนให้เลิกกะปริมาณด้วยสายตา ซึ่งสอดคล้องกับกฤติยา พิพัฒน์ผล[11] ที่ยืนยันว่าอุปกรณ์เชิงสัญลักษณ์ช่วยกระตุ้นการเปลี่ยนพฤติกรรมเชิงบวกในครัวเรือนได้จริง

จุดเด่นและข้อจำกัดของการวิจัยครั้งนี้

1. จุดเด่นคือความสอดคล้องกับวัฒนธรรมท้องถิ่น โดยโปรแกรมไม่ได้ห้ามบริโภคอาหารท้องถิ่น (เช่น ปลาร้า) อย่างสิ้นเชิง แต่เน้นใช้สมุนไพรชูรสแทน ทำให้กลุ่มเป้าหมายปฏิบัติได้จริงและชุมชนยอมรับ แต่เน้นการปฏิบัติจริงหน้าเตา, การจัด “ครัวสาธิต” และแจก “ช้อนตวง” เป็นการจัดการสิ่งแวดล้อมในครัวเรือน ซึ่งช่วยอุดช่องว่างระหว่างการมีความรู้กับการเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างเป็นรูปธรรม

2. ข้อจำกัดของการวิจัยคือ การประเมินพฤติกรรมการบริโภคโซเดียม โดยใช้รูปแบบของแบบสอบถามรายงานตนเอง ซึ่งอาจมีความคลาดเคลื่อนจากการตอบ แม้จะพบว่าระดับความดันโลหิตซึ่งเป็นผลลัพธ์ทางคลินิกจะลดลงจริง แต่ควรมีการใช้เครื่องมือวัดเชิงประจักษ์ เช่น การตรวจปริมาณโซเดียมในปัสสาวะ 24 ชั่วโมง (24-hour urine sodium) หรือการใช้เครื่องวัดความเค็ม (Salt Meter) เพื่อความแม่นยำเพิ่มขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. สถานพยาบาลระดับปฐมภูมิควรนำรูปแบบ “ครัวสาธิต” และการใช้ “ชุดช้อนตวง” ไปเป็นมาตรฐานการบริการเชิงรุกในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เพื่อสร้างทักษะการดัดแปลงอาหารสไตล์ท้องถิ่นแบบลดโซเดียมให้แก่กลุ่มเสี่ยงอย่างเป็นรูปธรรม

2. ควรสนับสนุนบทบาทของ อสม. ในการเป็น “บัดดี้สุขภาพ” ลงเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามพฤติกรรมการปรุงอาหารหน้าเตาและให้กำลังใจอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในระดับครัวเรือนได้อย่างยั่งยืน

3. การวิจัยครั้งต่อไปควรมีการติดตามผลในระยะยาว 6-12 เดือน และควรเพิ่มการใช้นวัตกรรมดิจิทัลหรือแอปพลิเคชันในการบันทึกปริมาณโซเดียมรายวัน เพื่อความแม่นยำในการประเมินพฤติกรรมและระดับความดันโลหิตในระยะยาว

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม และผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือและจริยธรรมการวิจัย ขอขอบคุณคณะเจ้าหน้าที่ รพ.สต.ทุ่งมน องค์การบริหาร

ส่วนตำบลคำเตย ผู้นำชุมชน และเครือข่าย อสม. ที่สนับสนุนการดำเนินงานในพื้นที่ ตลอดจนประชากรกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมโปรแกรมจนการศึกษานี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Hypertension [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2021 Aug 25 [cited 2026 Mar 25]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension
2. วิชัย เอกพลากร, หทัยชนก พรรคเจริญ, วราภรณ์ เสถียรนพเก้า. รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล; 2564.
3. กรมควบคุมโรค. แนวทางการดำเนินงานลดการบริโภคเกลือและโซเดียมระดับจังหวัด. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2566.
4. Rosenstock I M. Historical origins of the health belief model. Health Education Monographs. 1974;2(4):328-35.
5. Cohen J M, Uphoff N T. Rural development participation: Concepts and measures for project design, implementation and evaluation. Ithaca (NY): Rural Development Committee, Cornell University; 1980.
6. กาญจนาภรณ์ ไกรนรา. ผลของโปรแกรมกระตุ้นการรับรสต่อปริมาณการบริโภคโซเดียมและระดับความดันโลหิตของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง. วารสารโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ. 2565;7(3):83-94.
7. ยุภาพร ทรงศรี, ชลการ ทรงศรี, จตุฤทธิ์ พรมศาลา. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคเพื่อลดเกลือโซเดียมในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดอุดรธานี. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 2567;9(4):307-17.
8. สุปราณี เมืองโคตร, สำราญ พูลทอง. การพัฒนารูปแบบลดการบริโภคเค็มโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน กรณีศึกษา: บ้านร่วมใจ ตำบลปทุม อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี. 2566;21(1):1-15.
9. ชดชนก พริ้งเพราะ. การพัฒนารูปแบบการลดบริโภคเค็มในกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตำบลแคน อำเภอสนม จังหวัดสุรินทร์. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 2568;10(3):257-66.
10. วรรณพร บุญเปล่ง, ดาริณ โพธิ์แก้ว, ชรินรัตน์ ศิริทวี. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการบริโภคอาหารโซเดียมต่ำโดยใช้แรงสนับสนุนทางสังคมต่อความรู้ พฤติกรรมการบริโภคโซเดียม และระดับความดันโลหิต ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในระดับที่ควบคุมไม่ได้. ราชาวดีสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์. 2568; 15(2):137-51.
11. กฤติยา พิพัฒน์ผล. ผลของการใช้นวัตกรรมวงล้อพิชิตเค็มต่อระดับความรู้ ระดับความเค็มในอาหาร และระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. มหาราชนครศรีธรรมราชเวชสาร. 2567;7(2):55-67.