

Development of community participation model to reduce sodium consumption in Kahad Subdistrict, Noen Sanga District, Chaiyaphum Province

Mayuree Ittikun¹

¹Kahad Subdistrict Health Promoting Hospital, Noen Sanga District, Chaiyaphum

Abstract

Introduction: High sodium consumption is a major factor causing chronic diseases, and solutions should begin at the individual, household, and community levels, requiring cooperation from all sectors.

Objectives: 1) To study the factors influencing the behavior of reducing sodium consumption and 2) to develop a community participation model to reduce sodium consumption in Kahad Subdistrict, Noen Sanga District, Chaiyaphum Province.

Methodology: This participatory action research study was conducted between August 2023 and December 2024. It consisted of 2 research phases: Phase 1 studied factors influencing sodium reduction behavior. The sample group was 208 people aged 35 and over. A multistage sampling method was used to collect data using a general information questionnaire, a knowledge test, a health belief questionnaire, a social support questionnaire, and a sodium reduction behavior questionnaire. Data were analyzed using stepwise multiple regression statistics. Phase 2 focused on developing a community participation model to reduce sodium consumption through 4 steps: (1) Planning, to develop the model by brainstorming meetings with 20 key informants, analyzed the data by Thematic analysis; (2) Action; (3) Observation; and (4) Reflection. The sample was 60 people aged 35 years and over. Data were collected using questionnaires. The statistics used were descriptive statistics, Paired sample t-test, and Independent t-test.

Results: The results showed that: 1) Perception of disease severity ($\beta=0.335$) Social support from health workers ($\beta=0.258$) Self-Awareness ($\beta=0.355$) Perception of the benefits of disease prevention and treatment ($\beta=-0.195$) and social support from the family ($\beta=0.159$) with the five variables being able to predict the behavior of reducing sodium consumption by 48.7%. 2) Community participation models to reduce sodium consumption in Kahad Sub-district, Noen Sanga District, Chaiyaphum Province include (1) Self-efficacy (2) Awareness (3) Family and team support, and (4) Evaluation diet control and other. After the trial of this model, it was found that the experimental group had an average knowledge of reducing sodium consumption, Health Beliefs about reducing sodium consumption, social support to promote behavior to reduce sodium consumption, and the behavior of reducing sodium consumption was higher than before the experiment and statistically significantly higher than that of the control group at the level of .05.

Implications: The developed model can be adopted by relevant agencies to promote sustainable sodium reduction behaviors across communities.

Keywords: Sodium consumption, Social support, Health Belief Model, Participation

Corresponding author: Mayuree Ittikun **E-mail:** ittikun.mayuree@gmail.com

Received: 12 August 2025 **Revised:** 21 August 2025 **Accepted:** 27 August 2025

การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อลดการบริโภคโซเดียม ในตำบลกะหาด อำเภอนินสาง จังหวัดชัยภูมิ

มะยุรี อธิกุล¹

¹โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตำบลกะหาด อำเภอนินสาง, จังหวัดชัยภูมิ

บทคัดย่อ

บทนำ: การบริโภคโซเดียมสูงเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดโรคเรื้อรังซึ่งการแก้ปัญหาควรเริ่มตั้งแต่ระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน และต้องอาศัยความร่วมมือทุกภาคส่วน

วัตถุประสงค์การวิจัย: 1) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมลดการบริโภคโซเดียม และ 2) เพื่อพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อลดการบริโภคโซเดียม ในตำบลกะหาด อำเภอนินสาง จังหวัดชัยภูมิ

ระเบียบวิธีวิจัย: การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ศึกษาระหว่างเดือนสิงหาคม 2566 ถึงธันวาคม 2567 มีขั้นตอนการวิจัย 2 ขั้นตอน คือขั้นตอนที่ 1 การศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมลดการบริโภคโซเดียมกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป จำนวน 208 คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบทดสอบความรู้ แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถามพฤติกรรมลดการบริโภคโซเดียม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน และขั้นตอนที่ 2 การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อลดการบริโภคโซเดียม ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม 4 ขั้นตอน คือ (1) ขั้นการวางแผน เพื่อพัฒนารูปแบบโดยการประชุมระดมสมอง ผู้ให้ข้อมูลหลัก จำนวน 20 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เชิงประเด็น (2) ขั้นการปฏิบัติ (3) ขั้นการสังเกต และ (4) ขั้นการสะท้อนผลการปฏิบัติ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป จำนวน 60 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติอ้างอิง ได้แก่ Paired sample t-test, Independent t-test

ผลการวิจัย: พบว่า 1) การรับรู้ความรุนแรงของโรค ($\beta=0.335$) แรงสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ($\beta=0.258$) การรับรู้ความสามารถตนเอง ($\beta=0.355$) การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันและรักษาโรค ($\beta=-0.195$) และแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ($\beta=0.159$) โดยตัวแปรทั้ง 5 สามารถร่วมพยากรณ์พฤติกรรมลดการบริโภคโซเดียม ได้ร้อยละ 48.7 2) รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อลดการบริโภคโซเดียมในตำบลกะหาด อำเภอนินสาง จังหวัดชัยภูมิ ได้แก่โมเดล SAFE ประกอบด้วย (1) Self-efficacy ส่งเสริมการรับรู้ความสามารถตนเอง (2) Awareness ส่งเสริมความตระหนักในการบริโภคโซเดียม (3) Family and team support การส่งเสริมแรงสนับสนุนจากครอบครัวและบุคลากรทางสาธารณสุข และ (4) Evaluation diet control and other การประเมินพฤติกรรมลดการบริโภคอาหารลดโซเดียมและอื่น ๆ หลังการทดลองใช้รูปแบบฯ พบว่ากลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการลดบริโภคโซเดียม ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการลดบริโภคโซเดียม แรงสนับสนุนทางสังคมในการส่งเสริมพฤติกรรมลดการบริโภคโซเดียม พฤติกรรมลดการบริโภคโซเดียมสูงกว่าก่อนทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ข้อเสนอแนะ: หน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปใช้ในการส่งเสริมพฤติกรรมลดการบริโภคโซเดียมให้กับประชาชนในพื้นที่ต่าง ๆ เพื่อให้สามารถปฏิบัติพฤติกรรมได้อย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ: การบริโภคโซเดียม, แรงสนับสนุนทางสังคม, แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ, การมีส่วนร่วม

บทนำ

องค์การอนามัยโลกได้กำหนดให้การลดเกลือโซเดียมเป็น 1 ใน 9 เป้าหมายระดับโลกในการควบคุมปัญหาโรคไม่ติดต่อ (NCDs) ภายใน พ.ศ. 2568 โดยได้กำหนดให้ลดการบริโภคโซเดียมลงร้อยละ 30 ภายใน พ.ศ. 2568 (ประทุม เมืองเป้ และวุฒิชัย จริยา, 2566) การบริโภคโซเดียมเกินเป็นการเพิ่มความเสี่ยงของการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งองค์การอนามัยโลกคาดว่าผู้ที่มีอายุ 30-79 ปี จำนวน 1.28 พันล้านคนทั่วโลกเป็นโรคความดันโลหิตสูง โดยประมาณร้อยละ 46 ไม่ทราบว่าตนเองเป็นโรคความดันโลหิตสูง ประมาณร้อยละ 79 ของผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมโรคได้ และโรคความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรทั่วโลก (World Health Organization: WHO, 2023) และเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่อันตรายตามมา เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง และโรคไตเรื้อรัง เป็นต้น (ณัฐวิวรรณ พันธมุง, 2562; ชลธิชา บุญศิริ และนงนุช วงศ์สว่าง, 2565)

สถานการณ์การบริโภคโซเดียมในประเทศไทยในปี พ.ศ. 2562 - 2563 ด้วยวิธีการประเมินปีสภาวะ 24 ชั่วโมงในผู้ที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไปจำนวน 2,388 รายพบว่าการบริโภคโซเดียมเกิน 2,000 มิลลิกรัมต่อวัน ร้อยละ 67 ซึ่งเกินกว่าปริมาณที่องค์การอนามัยโลกกำหนด (กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2567) สำหรับรายงานสถิติผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของประเทศไทย ปี พ.ศ. 2565-2567 พบว่า มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 15.11, 15.67 และ 16.39 ตามลำดับ (ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2567) โดยพบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีอัตราการตายเพิ่มขึ้นจาก 25.37 ต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ. 2560 เป็น 32.96 ต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ. 2564 (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2567) จากสถานการณ์ดังกล่าว มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 8 พ.ศ. 2558 ได้รับรองนโยบายการลดบริโภคเกลือและโซเดียมเพื่อลดโรคไม่ติดต่อ (NCDs) และมอบหมายให้กรมควบคุมโรคร่วมมือกับภาคีเครือข่ายจัดทำและขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ลดการบริโภคเกลือและโซเดียมในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2559-2568 ประกอบด้วยยุทธศาสตร์ 5 ด้าน ได้แก่ การสร้างพัฒนาและขยายภาคีเครือข่ายความร่วมมือ การเพิ่มความรู้ความตระหนักและเสริมทักษะให้ประชาชน ผู้ผลิตผู้ประกอบการและบุคลากรวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง การปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมเพื่อให้เกิดผลิตภัณฑ์ที่มีโซเดียมต่ำ การเพิ่มทางเลือกและช่องทางการเข้าถึงอาหารที่มีโซเดียมต่ำ การพัฒนางานวิจัยและองค์ความรู้และการนำสู่ปฏิบัติ และการพัฒนาระบบเฝ้าระวัง ติดตามและประเมินผล โดยมีเป้าหมายลดการบริโภคโซเดียมลง ร้อยละ 30 ภายในปี พ.ศ. 2568 (กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2566)

พฤติกรรมบริโภคอาหารที่มีโซเดียมสูงเป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน ส่งผลกระทบต่อการพัฒนาทางด้านเศรษฐกิจและสังคมของประเทศไทย เป็นสาเหตุสำคัญในการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร (ชลธิชา บุญศิริ และคณะ, 2560) กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ได้ขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ลดการบริโภคเกลือและโซเดียมในประเทศไทยตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ โดยเล็งเห็นความสำคัญในการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์การเพิ่มความรู้ความตระหนักและเสริมทักษะให้ประชาชน โดยการส่งเสริมให้มีการสร้างความตระหนัก การให้ความรู้ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงในการบริโภคอาหาร เพื่อป้องกันการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร (ชลธิชา บุญศิริ และนงนุช วงศ์สว่าง, 2565) จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Believe Model: HBM) ของ Rosenstock et al. (1988) ที่ได้อธิบายไว้ว่าถ้าบุคคลรับรู้ว่าตนเองมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคและโรคนั้นมีความรุนแรง รับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติมากกว่ารับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมโดยการเพิ่มการรับรู้ความสามารถแห่งตนเพื่อลดการรับรู้อุปสรรค จะส่งผลต่อการมีพฤติกรรมมากยิ่งขึ้น (วันวิสา เวชประสิทธิ์ และธีรดา จงกลรัตนารณ, 2565) นอกจากนี้แรงสนับสนุนทางสังคม (Social support) เป็นปัจจัยชักนำที่สำคัญในการกระตุ้นให้ปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้ดียิ่งขึ้นเพื่อลดการบริโภคโซเดียม ซึ่งที่ผ่านมาพบว่าการให้ความรู้อย่างเข้มข้นเพื่อสร้างความเข้าใจในเรื่องของอันตรายจากการบริโภคโซเดียมในปริมาณสูง เป็นวิธีที่นำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์ที่ดี (ชลธิชา บุญศิริ และคณะ, 2560)

การแก้ปัญหาการบริโภคโซเดียมควรอาศัยความร่วมมือทุกภาคส่วน จำเป็นต้องจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเข้าถึงแหล่งอาหารลดเค็ม ด้านสาธารณสุขควรต้องมีการสนับสนุนความรู้เพื่อให้ชุมชนเกิดความตระหนักในการลดการบริโภคโซเดียม (ธัญญาภรณ์ เรื่องสุวรรณ และพงศ์เทพ สุธีรัฐ, 2567) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการนำยุทธศาสตร์ลดการบริโภคโซเดียมไปสู่การปฏิบัติระดับท้องถิ่น แต่อาจยังมีข้อจำกัดเนื่องจากสถานการณ์ปัจจุบันพบว่าทางเลือกซื้ออาหารแบบสำเร็จมีมากขึ้น การดำเนินชีวิตแบบเร่งรีบ เช่น อาหารกึ่งสำเร็จรูป อาหารจานด่วน จึงอาจละเลยการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมทำให้ได้รับปริมาณโซเดียมเพิ่มมากขึ้นโดยไม่รู้ตัว (ชลธิชา บุญศิริ และนงนุช วงศ์สว่าง, 2565) และยังพบว่าการบริโภคเกลือโซเดียมในผู้ป่วยโรคเรื้อรังสัมพันธ์กับวิถีการบริโภคอาหารของครอบครัวและชุมชน การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดการบริโภคอาหารโซเดียมจึงเป็นงานที่ยากและท้าทาย

อำเภอเนินสง่า จังหวัดชัยภูมิ จากรายงาน 3 ปี ย้อนหลัง พ.ศ. 2565-2567 พบร้อยละการป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 19.17 ในปี พ.ศ. 2565 เป็น ร้อยละ 20.34 ในปี พ.ศ. 2567 (ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2567) และจากอัตราการเพิ่มของโรคเรื้อรังที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ซึ่งส่วนใหญ่เกิดจากพฤติกรรมบริโภคโซเดียมและการดำเนินโครงการเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมลดการบริโภคโซเดียมเกิดขึ้นทุกปี แต่การดำเนินงานยังขาดความต่อเนื่อง ขาดการบูรณาการกับผู้เกี่ยวข้องโดยเฉพาะในภาคส่วนของชุมชน (ณัฐฉิธรณ พันธ์มั่ง และคณะ, 2563) ทำให้ประชาชนขาดความตระหนักในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดการบริโภคโซเดียม และการที่จะควบคุมการบริโภคโซเดียมจึงต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของของชุมชน โดยการให้สมาชิกของครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลและสร้างความมั่นใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (นวพร วุฒิธรรม และคณะ, 2562) ดังนั้นเพื่อให้ประชาชนและชุมชนได้มีส่วนร่วมตระหนักและรับรู้ถึงอันตรายจากการบริโภคโซเดียมร่วมกัน ผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อลดการบริโภคโซเดียมในตำบลกะฮาด อำเภอเนินสง่า จังหวัดชัยภูมิ ด้วยวิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory action research) โดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและแนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคม เพื่อส่งเสริมให้เกิดความตระหนักในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดการบริโภคโซเดียมแก่ประชาชนในพื้นที่ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมลดการบริโภคโซเดียม ในตำบลกะฮาด อำเภอเนินสง่า จังหวัดชัยภูมิ
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อลดการบริโภคโซเดียม ในตำบลกะฮาด อำเภอเนินสง่า จังหวัดชัยภูมิ

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) เพื่อพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อลดการบริโภคโซเดียม ในตำบลกะฮาด อำเภอเนินสง่า จังหวัดชัยภูมิ กำหนดวิธีการวิจัยเป็น 2 ระยะดังนี้

1. ระยะที่ 1 ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมลดการบริโภคโซเดียม ในตำบลกะฮาด อำเภอเนินสง่า จังหวัดชัยภูมิ

1.1 รูปแบบ เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study)

1.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1) ประชากร ได้แก่ ผู้ที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิง ในตำบลกะฮาด อำเภอเนินสง่า จังหวัดชัยภูมิ จำนวน 3,354 คน (ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2566)

2) กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิง ในตำบลกะหาด อำเภอนีนสง่า จังหวัดชัยภูมิ จำนวน 208 คน

3) การคำนวณขนาดตัวอย่าง การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างใช้สูตรการประมาณค่าเฉลี่ยในกรณีที่ทราบประชากร (Estimating a finite population mean) ของ Wayne (1995) โดยกำหนดประชากรทั้งหมดเท่ากับ 3,354 คน ใช้ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (σ) เท่ากับ 0.36 อ้างอิงจากงานวิจัยเรื่องปัจจัยทำนายพฤติกรรมกรรมการบริโภคเกลือและโซเดียมของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง อำเภอนองไผ่ จังหวัดเพชรบูรณ์ (ประทุม เมืองเป้, 2565) กำหนดค่าความคลาดเคลื่อน (d) เท่ากับ 0.05 และระดับนัยสำคัญที่ 0.05 จากการคำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 189 คน ทั้งนี้เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล จึงได้เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 รวมเป็นจำนวนทั้งสิ้น 208 คน

4) การสุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multistage random sampling) ตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนด โดยเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) คือ (1) เป็นประชากรทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุ 35 ปีขึ้นไป ที่มีสัญชาติไทยอาศัยอยู่ในเขตพื้นที่ตำบลกะหาด อำเภอนีนสง่า จังหวัดชัยภูมิ ตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป (2) เข้าร่วมโครงการได้จนสิ้นสุดโครงการ (3) สามารถอ่านออกเขียนได้หรือมีญาติช่วยและติดต่อทางโทรศัพท์ได้ และ (4) สมารถเข้าร่วมโครงการ ส่วนเกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือ (1) ขอลถอนตัวหรือยุติการเข้าร่วมการศึกษา และ (2) เจ็บป่วยรุนแรงจนไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้

1.3 เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 5 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามคุณลักษณะส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา ศาสนา สถานภาพ อาชีพหลัก รายได้ต่อเดือน สิทธิการรักษาพยาบาล และโรคประจำตัว จำนวน 9 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบเลือกตอบและเติมคำ

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการลดบริโภคโซเดียม จำนวน 15 ข้อ เป็นแบบให้เลือกตอบ ใช่ หรือ ไม่ใช่ กำหนดคะแนนตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน การแปลผลโดยใช้เกณฑ์ร้อยละของคะแนนรวม (Bloom, 1964) แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้ คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป (12-15 คะแนน) หมายถึง ความรู้ระดับสูง คะแนนร้อยละ 60-79 (9-11 คะแนน) หมายถึง ความรู้ระดับปานกลาง และ คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60 (0-8 คะแนน) หมายถึง ความรู้ระดับต่ำ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการลดบริโภคโซเดียม ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ตามแนวคิดแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพของ Rosenstock et al. (1988) จำนวน 24 ข้อ ประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันและรักษาโรค การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติเพื่อป้องกันและรักษาโรค การรับรู้ความสามารถตนเอง และปัจจัยกระตุ้นสิ่งชักนำให้เกิดพฤติกรรมเสี่ยง โดยใช้มาตรประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยมากที่สุด เห็นด้วยมาก เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยน้อย และเห็นด้วยน้อยที่สุด ให้คะแนน 5, 4, 3, 2, 1 ตามลำดับ แปลผลโดยพิจารณาจากคะแนนเฉลี่ย (Best, 1977) แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 3.68-5.00 หมายถึง ความเชื่อด้านสุขภาพระดับสูง คะแนนเฉลี่ย 2.34-3.67 หมายถึง ความเชื่อด้านสุขภาพระดับปานกลาง และ คะแนนเฉลี่ย 1.0-2.33 หมายถึง ความเชื่อด้านสุขภาพระดับต่ำ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมในการส่งเสริมพฤติกรรมลดบริโภคโซเดียม ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้น จำนวน 16 ข้อ ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว แรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนบ้าน แรงสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และแรงสนับสนุนทางสังคมจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยใช้มาตรประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยมากที่สุด เห็นด้วยมาก เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยน้อย และเห็นด้วยน้อยที่สุด ให้คะแนน 5, 4, 3, 2, 1 ตามลำดับ แปลผลโดยพิจารณาจากคะแนนเฉลี่ย (Best, 1977) แบ่งเป็น 3 ระดับดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 3.68-5.00 หมายถึง

แรงสนับสนุนทางสังคมระดับสูง คะแนนเฉลี่ย 2.34-3.67 หมายถึง แรงสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลาง และ คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.33 หมายถึง แรงสนับสนุนทางสังคมระดับต่ำ

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามพฤติกรรมลดการบริโภคโซเดียม จำนวน 15 ข้อ ที่พัฒนาขึ้น โดยใช้มาตรประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยมากที่สุด เห็นด้วยมาก เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยน้อย และเห็นด้วยน้อยที่สุด ให้คะแนน 5, 4, 3, 2, 1 ตามลำดับ แผลผลโดยพิจารณาจากคะแนนเฉลี่ย (Best, 1977) แบ่งเป็น 3 ระดับดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 3.68-5.00 หมายถึง พฤติกรรมลดการบริโภคโซเดียมระดับสูง คะแนนเฉลี่ย 2.34-3.67 หมายถึง พฤติกรรมลดการบริโภคโซเดียมระดับปานกลาง และ คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.33 หมายถึง พฤติกรรมลดการบริโภคโซเดียมระดับต่ำ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลอนามัยชุมชน จำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ จำนวน 1 ท่าน และนักวิชาการสาธารณสุข จำนวน 1 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) รายข้ออยู่ระหว่าง 0.67-1.00 และตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือด้วยการนำเครื่องมือไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มประชากรที่คล้ายคลึงกันในพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ จำนวน 30 คน แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารโซเดียม ได้ค่า KR-20 เท่ากับ 0.81 ส่วนแบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการลดบริโภคโซเดียม แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมในการส่งเสริมพฤติกรรมลดการบริโภคโซเดียม และแบบสอบถามพฤติกรรมลดการบริโภคโซเดียม มีค่า Cronbach's Alpha Coefficients เท่ากับ 0.83, 0.78 และ 0.84 ตามลำดับ

1.4 การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2566 ถึงเดือนธันวาคม 2566 ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองที่บ้านของอาสาสมัครซึ่งมีความเป็นส่วนตัว โดยอธิบายขั้นตอนและรายละเอียดการตอบแบบสอบถาม ใช้ระยะเวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 30 นาที จากนั้นตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ของข้อมูลให้ครบถ้วน ข้อมูลที่ไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ผู้วิจัยจะตัดออกและไม่นำมาวิเคราะห์ข้อมูล

1.5 การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) และวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมลดการบริโภคอาหารโซเดียม โดยใช้สถิติถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis) โดยตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้น พบว่า 1) ตัวแปรทำนายและตัวแปรตาม มีการแจกแจงปกติ (Normal distribution) 2) ตัวแปรทำนายทุกตัวและตัวแปรตาม มีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง 3) ตัวแปรทำนายทุกตัวไม่มีความสัมพันธ์กันสูง (Multicollinearity) และ 4) ค่าความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนของตัวแปรทำนายมีค่าคงที่ (Homoscedasticity) และ 5) ค่าความคลาดเคลื่อนมีความเป็นอิสระจากกัน

2. ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อลดการบริโภคโซเดียม ในตำบลกะหาด อำเภอเนินสง่า จังหวัดชัยภูมิ

2.1 รูปแบบการวิจัย การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) ตามแนวคิดของ Kemmis & McTaggart (1988) มีวงจรการปฏิบัติ 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ขั้นตอนที่ 1 ขั้นการวางแผน (Planning) 2) ขั้นตอนที่ 2 ขั้นการปฏิบัติ (Action) 3) ขั้นตอนที่ 3 ขั้นการสังเกต (Observing) และ 4) ขั้นตอนที่ 4 ขั้นการสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflecting) โดยนำผลการวิจัยในระยะที่ 1 พัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อลดการบริโภคโซเดียมโดยมีรายละเอียดดังนี้

2.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ที่ใช้ในการศึกษาในระยะที่ 2 แบ่งได้ดังนี้

1) กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key-informant) ในขั้นตอนที่ 1 ขั้นการวางแผน (Planning) โดยคัดเลือกจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง (Stake holder) รวมจำนวน 20 คน ใช้วิธีเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ตามคุณสมบัติดังนี้ (1) กลุ่มผู้รับบริการ จำนวน 10 คน คือ ผู้ที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป ซึ่งเป็นประชากรกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอเนินสง่า จังหวัดชัยภูมิ และ (2) กลุ่มผู้ให้บริการ จำนวน 10 คน ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน 1 คน พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 1 คน เจ้าหน้าที่องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 2 คน ผู้นำชุมชน จำนวน 3 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 3 คน

2) กลุ่มตัวอย่าง ในขั้นตอนที่ 2 ขั้นการปฏิบัติ (Action) ขั้นตอนที่ 3 ขั้นการสังเกต (Observing) และขั้นตอนที่ 4 ขั้นการสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflecting) ได้แก่ ผู้ที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิงที่อาศัยในตำบลกะหาด อำเภอเนินสง่า จังหวัดชัยภูมิ จำนวน 60 คน คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (Power analysis) โดยใช้โปรแกรม G*power โดยกำหนดใช้สถิติ Independent t-test กำหนดค่าอำนาจทดสอบ (Power) เท่ากับ 0.80 กำหนดระดับนัยสำคัญ เท่ากับ 0.05 กำหนดขนาดอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ 0.80 (นิพัทธ์พนธ์ สนิทเหลือ และคณะ, 2562) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 26 คน เพื่อป้องกันข้อมูลสูญหาย จึงปรับขนาดตัวอย่างในการศึกษา ร้อยละ 15 ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) ตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนด ได้แก่ เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) คือ (1) ผู้ที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิงอาศัยอยู่ในเขตพื้นที่ตำบลกะหาด อำเภอเนินสง่า จังหวัดชัยภูมิ ตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป (2) สามารถเข้าร่วมโครงการได้ (3) อ่านออกเขียนได้หรือมีญาติช่วย และ (4) ติดต่อทางโทรศัพท์ได้ เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือ (1) ไม่สมัครใจเข้าร่วมโครงการ และ (2) เจ็บป่วยรุนแรงจนไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้

2.3 เครื่องมือการวิจัย

1) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1.1) เครื่องมือที่ใช้ในการประชุมระดมสมอง สำหรับขั้นตอนที่ 1 ขั้นการวางแผน (Planning) ประกอบด้วยแนวคำถามตามประเด็นการสนทนาที่กำหนดขึ้นดังนี้ สถานการณ์พฤติกรรมกรรมการบริโภคโซเดียม ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภคโซเดียม การดำเนินงานเกี่ยวกับการส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการบริโภคโซเดียม รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อลดการบริโภคโซเดียมที่คาดหวัง บุคคลหรือหน่วยงานใดที่ควรมีส่วนเกี่ยวข้องและให้การช่วยเหลือ และข้อเสนอแนะในการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อลดการบริโภคโซเดียม โดยมีอุปกรณ์บันทึกเสียง อุปกรณ์เครื่องเขียน กระดาษฟลิปชาร์ต (Flip chart) และสมุดจดบันทึกในการประชุมระดมสมอง

1.2) แบบสอบถามที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล สำหรับขั้นตอนที่ 2 ขั้นการปฏิบัติ (Action) ขั้นตอนที่ 3 ขั้นการสังเกต (Observing) ซึ่งเป็นเครื่องมือเดียวกับการวิจัยระยะที่ 1

2) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อลดการบริโภคโซเดียม ในตำบลกะหาด อำเภอเนินสง่า จังหวัดชัยภูมิ ที่ได้พัฒนาขึ้น ตามโมเดล SAFE ซึ่งประกอบด้วย (1) Self-efficacy (ส่งเสริมการรับรู้ความสามารถตนเอง) (2) Awareness (ส่งเสริมความตระหนักในการบริโภคโซเดียม) (3) Family and team support (ส่งเสริมแรงสนับสนุนจากครอบครัวและบุคลากรทางสาธารณสุข) และ (4) Evaluation diet control and other (ประเมินพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารลดโซเดียมและอื่น ๆ) ระยะเวลาในการทดลองตามรูปแบบ 12 สัปดาห์ ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน โดยผู้วิจัยดำเนินการปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

2.4 การเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ตามขั้นตอนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของ Kemmis & McTaggart (1988) มีวงจรการปฏิบัติ 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ขั้นการวางแผน (Planning) 2) ขั้นการปฏิบัติ (Action) 3) ขั้นการสังเกต (Observing) และ 4) ขั้นการสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflecting) ดังนี้

1) ขั้นการวางแผน (Planning) โดยใช้ข้อมูลจากการวิจัยในระยะที่ 1 ได้แก่ พฤติกรรมลดการบริโภคโซเดียม และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคโซเดียม ประกอบการประชุมเพื่อระดมความคิด (Brainstorming) ร่วมกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง (Stake holder) ใช้เวลา 1-2 ชั่วโมง ระหว่างเดือนมกราคมถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2567 โดยมีขั้นตอนการสำรวจปัญหา (Exploring the problem) ขั้นตอนการสร้างความคิด (Generating Ideas) ร่วมกันนำเสนอข้อมูลแนวคิดต่าง ๆ และจัดกลุ่มแนวคิด (Idea grouping) และพัฒนารูปแบบ (Developing the solution) โดยนำแนวคิดที่คัดเลือกมาพัฒนาเป็นรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อลดการบริโภคโซเดียม ตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลโดยใช้การตรวจสอบข้อมูลสามเส้า เป็นการตรวจสอบความถูกต้องความน่าเชื่อถือของข้อมูลที่มาจากหลายแหล่งได้แก่ กลุ่มผู้รับบริการ และกลุ่มผู้ให้บริการ จากนั้นนำรูปแบบไปประเมินความเป็นไปได้และความเหมาะสมของรูปแบบฯ โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน และผู้วิจัยดำเนินการปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ หลังจากนั้นนำรูปแบบที่ได้ไปดำเนินการในขั้นตอนถัดไป

2) ขั้นการปฏิบัติ (Action) เป็นขั้นตอนการปฏิบัติตามรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อลดการบริโภคโซเดียมตามโมเดล SAFE ที่ได้พัฒนาขึ้น โดยเป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ชนิดสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง ระยะเวลา 12 สัปดาห์ ระหว่างเดือนมีนาคมถึงเดือนมิถุนายน 2567 ผู้วิจัยเตรียมผู้ช่วยวิจัยโดยการประชุมวางแผนให้ข้อมูลเกี่ยวกับการวิจัยประสานงานกับบุคลากรและอาสาสมัครที่เกี่ยวข้องเพื่อช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการเก็บข้อมูลก่อนการทดลอง (Pre-test) ทำกิจกรรมตามรูปแบบฯ ในกลุ่มทดลอง ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามแนวทางปกติจนเสร็จสิ้นกระบวนการ หลังจากทำกิจกรรมตามรูปแบบฯ เสร็จสิ้นผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลหลังการทดลอง (Post-test) ด้วยแบบสอบถามเดิมอีกครั้ง

3) ขั้นการสังเกต (Observing) ดำเนินการโดยผู้วิจัย และรวบรวมข้อมูลโดยการสังเกต การบันทึกข้อมูลจากแบบสอบถามภายหลังการเข้าร่วมกิจกรรม ระยะเวลา 12 สัปดาห์

4) ขั้นการสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflecting) รวบรวมข้อมูลโดยการถอดบทเรียน สะท้อนผลและทบทวนผลการดำเนินงานตามรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อลดการบริโภคโซเดียม ในตำบลกะหาด อำเภอนินสาง จังหวัดชัยภูมิ สรุปปัญหาและอุปสรรคและข้อเสนอแนะในการแก้ไขปัญหา เพื่อการวางแผนปฏิบัติการในรอบต่อไป

2.5 การวิเคราะห์ข้อมูล

1) ข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เชิงประเด็น (Thematic analysis)

2) ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

2.1) วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) ได้แก่ ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Average) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)

2.2) เปรียบเทียบความแตกต่างคุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ Independent t-test, Chi-square test และ Fisher's exact test

2.3) เปรียบเทียบประสิทธิผลของรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อลดการบริโภคโซเดียมภายในกลุ่มทดลองและภายในกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติวิเคราะห์ Paired sample t-test และเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติวิเคราะห์ Independent t-test

2.6 การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ เมื่อวันที่ 12 ตุลาคม พ.ศ. 2566 เลขที่ 02/2567 ผู้วิจัยทำการชี้แจงรายละเอียดต่าง ๆ ของการวิจัยแก่ผู้ร่วมวิจัยและขออนุญาตเก็บข้อมูลการวิจัย โดยผู้ร่วมวิจัยสามารถเข้าร่วมหรือปฏิเสธได้อย่างอิสระเมื่อเสร็จสิ้นและเผยแพร่แล้วจะทำลายข้อมูลภายในเวลา 1 ปี

ผลการวิจัย

1. ระยะที่ 1 การศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมลดการบริโภคโซเดียม ในตำบลกะฮาด อำเภอเนินสง่า จังหวัดชัยภูมิ

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 70.67 มีอายุระหว่าง 51-60 ปี ร้อยละ 33.17 ($M=52.45 \pm 9.19$ ปี) มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 66.82 จบมัธยมศึกษา ร้อยละ 86.06 มีอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 66.83 มีรายได้ต่อเดือนไม่เกิน 5,000 บาท ร้อยละ 83.17 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 73.08 และมีโรคประจำตัว ร้อยละ 26.92 โรคประจำตัวที่พบมากที่สุด ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 15.38 และโรคเบาหวาน ร้อยละ 11.54

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมลดการบริโภคโซเดียม ในตำบลกะฮาด อำเภอเนินสง่า จังหวัดชัยภูมิ ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของโรค ($\beta=0.335$, $p\text{-value}<.001$) แรงสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ($\beta=0.258$, $p\text{-value}<.001$) การรับรู้ความสามารถตนเอง ($\beta=0.355$, $p\text{-value}<.001$) การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันและรักษาโรค ($\beta=-0.195$, $p\text{-value}=.002$) และแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ($\beta=0.159$, $p\text{-value}=.012$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยตัวแปรทั้ง 5 สามารถร่วมพยากรณ์พฤติกรรมลดการบริโภคโซเดียม ได้ร้อยละ 48.7 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมลดการบริโภคโซเดียม ด้วยวิธี Stepwise multiple linear regression analysis ($n=208$)

ตัวแปรพยากรณ์	B	SE	β	t	p-value
Constant	0.720	0.207	-	3.485**	.001
การรับรู้ความรุนแรงของโรค	0.190	0.031	0.335	6.123**	<.001
แรงสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	0.257	0.064	0.258	4.031**	<.001
การรับรู้ความสามารถตนเอง	0.201	0.036	0.355	5.626**	<.001
การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันและรักษาโรค	-0.099	0.031	-0.192	-3.152**	.002
แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว	0.169	0.067	0.159	2.524*	.012
$R=0.698$, $R^2=0.487$, $SEE=0.266$, $F=38.324$ ($p\text{-value}<.001$)					

* $p\text{-value}<.05$, ** $p\text{-value}<.01$

2. ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อลดการบริโภคโซเดียม ในตำบลกะฮาด อำเภอเนินสง่า จังหวัดชัยภูมิ

2.1 ขั้นตอนที่ 1 ขั้นการวางแผน (Planning) โดยใช้ข้อมูลการวิจัยในระยะที่ 1 ได้แก่ พฤติกรรมการบริโภคโซเดียมและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคโซเดียม ซึ่งประยุกต์ใช้แนวคิดแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคม ในการร่างรูปแบบการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมลดการบริโภคโซเดียม ซึ่งได้รูปแบบ ตามโมเดล “SAFE” ดังนี้

1) Self-efficacy ส่งเสริมการรับรู้ความสามารถตนเอง เป็นกิจกรรมที่ 1 ดำเนินกิจกรรม 3 ชั่วโมง เป็นกิจกรรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถตนเองที่เหมาะสมซึ่งจะทำให้ตัดสินใจทำพฤติกรรมตามที่ได้คาดหวังไว้ด้วยความพยายามมากกว่า มีกิจกรรมดังนี้ (1) การให้ความรู้และส่งเสริมประสบการณ์ที่ประสบผลสำเร็จ (2) การสังเกตตัวแบบ (3) การพูดชักจูงใจ และ (4) การสนับสนุนทางสรีระและอารมณ์

2) Awareness ส่งเสริมความตระหนักในการบริโภคโซเดียม เป็นกิจกรรมที่ 2 ดำเนินกิจกรรม 3 ชั่วโมง โดยการส่งเสริมการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้รุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และปัจจัยชักนำให้เกิดพฤติกรรมที่เหมาะสมตามแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ

3) Family and team support ส่งเสริมแรงสนับสนุนจากครอบครัวและบุคลากรทางสาธารณสุข เป็นกิจกรรมที่ 3 ระยะเวลาดำเนินกิจกรรม 3-6 ชั่วโมง โดยมีกิจกรรมส่งเสริมศักยภาพครอบครัว เพื่อสนับสนุนการปรับพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่าง การเอาใจใส่ ช่วยเหลือดูแลให้กำลังใจเพิ่มความมั่นใจในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง การจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม สนับสนุนค่าใช้จ่ายและอื่น ๆ ในการปรับพฤติกรรม และการส่งเสริมให้ได้รับแรงสนับสนุนจากบุคลากรสาธารณสุขในการติดตามเยี่ยมและให้คำแนะนำการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง

4) Evaluation diet control and other ประเมินพฤติกรรมลดการบริโภคโซเดียมเป็นกิจกรรมครั้งที่ 4 การติดตามเยี่ยมบ้านทุก 2 สัปดาห์ ครั้งละ 1-2 ชั่วโมง เพื่อประเมินผลพฤติกรรมลดการบริโภคโซเดียมเพื่อสะท้อนกลับให้ผู้ป่วยทราบถึงผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นส่งเสริมพฤติกรรมที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่อง

2.2 ขั้นตอนที่ 2 ขั้นการปฏิบัติ (Action) และขั้นตอนที่ 3 ขั้นการสังเกต (Observing) ผู้วิจัยนำรูปแบบที่ได้พัฒนาขึ้นไปปฏิบัติ และการติดตามสังเกตและบันทึกผลลัพธ์ของรูปแบบ ผลการวิจัยพบว่า

1) การเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนทดลอง พบว่ากลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 73.33 มีอายุเฉลี่ย 53.23 ± 9.05 ปี นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 100.00 สถานภาพสมรส ร้อยละ 76.67 จบมัธยมศึกษา ร้อยละ 96.67 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 70.00 รายได้เฉลี่ย $6,716.67 \pm 5,198.94$ บาทต่อเดือน สิทธิการรักษาหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ร้อยละ 93.33 และไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 80.00 ส่วนกลุ่มควบคุม พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 53.33 อายุเฉลี่ย 50.70 ± 9.59 ปี นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 100.00 สถานภาพสมรส ร้อยละ 70.00 จบมัธยมศึกษา ร้อยละ 90.00 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 63.33 รายได้เฉลี่ย $6,124.67 \pm 3,784.45$ บาทต่อเดือน สิทธิการรักษาหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ร้อยละ 90.00 และไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 70.00 เมื่อเปรียบเทียบลักษณะทางประชากรระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Fisher's exact test และ Independent t-test พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการลดบริโภคโซเดียม ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการลดบริโภคโซเดียมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนการทดลอง พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลอง (n=30) และกลุ่มควบคุม (n=30) ระยะก่อนการทดลอง โดยใช้สถิติ Independent t-test

ตัวแปรที่ศึกษา	กลุ่มทดลอง M (SD)	กลุ่มควบคุม M (SD)	M Diff.	95% CI	t	p-value
ความรู้เกี่ยวกับการลดบริโภคโซเดียม	8.56 (1.52)	8.83 (1.73)	-0.27	-1.13-0.60	-0.619	.538
ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการลดบริโภคโซเดียม	3.68 (0.36)	3.67 (0.44)	0.01	-0.20-0.22	0.109	.914
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค	3.61 (0.59)	3.54 (0.68)	0.07	-0.26-0.40	0.406	.686
การรับรู้ความรุนแรงของโรค	3.94 (0.38)	3.87 (0.63)	0.08	-0.19-0.34	0.563	.575
การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันและรักษาโรค	3.63 (0.58)	3.50 (0.42)	0.13	-0.14-0.39	0.957	.343
การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติเพื่อป้องกันและรักษาโรค	3.38 (0.79)	3.58 (0.75)	-0.19	-0.59-0.20	-0.968	.337
การรับรู้ความสามารถตนเอง	3.75 (0.53)	3.78 (0.78)	-0.02	-0.37-0.32	-0.145	.885
ปัจจัยกระตุ้นสิ่งชักนำให้เกิดพฤติกรรมเสี่ยง	3.78 (0.60)	3.77 (0.87)	0.02	-0.37-0.40	0.086	.932

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ตัวแปรที่ศึกษา	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	M Diff.	95% CI	t	p-value
	M (SD)	M (SD)				
แรงสนับสนุนทางสังคมในการส่งเสริมพฤติกรรมลดการบริโภคโซเดียม	3.20 (0.16)	3.23 (0.18)	-0.04	-0.13-0.05	-0.859	.394
แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว	3.22 (0.23)	3.30 (0.31)	-0.08	-0.23-0.06	-1.173	.246
แรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนบ้าน	3.23 (0.24)	3.23 (0.24)	0.01	-0.11-0.13	0.136	.893
แรงสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	3.19 (0.27)	3.24 (0.32)	-0.05	-0.20-0.10	-0.650	.518
แรงสนับสนุนทางสังคมจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	3.14 (0.23)	3.17 (0.32)	-0.02	-0.17-0.12	-0.343	.733
พฤติกรรมลดการบริโภคโซเดียม	3.18 (0.13)	3.14 (0.34)	0.04	-0.09-0.17	0.624	.535

M Diff.=Mean Difference, 95% CI=95% Confidence Interval

2) การเปรียบเทียบภายในกลุ่มทดลองและภายในกลุ่มควบคุม พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการลดบริโภคโซเดียม คะแนนเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการลดบริโภคโซเดียม คะแนนเฉลี่ยแรงสนับสนุนทางสังคมในการส่งเสริมพฤติกรรมลดการบริโภคโซเดียม และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมลดการบริโภคโซเดียม สูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<.001$)

ส่วนกลุ่มควบคุมพบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการลดบริโภคโซเดียมสูง คะแนนเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการลดบริโภคโซเดียม คะแนนเฉลี่ยแรงสนับสนุนทางสังคมในการส่งเสริมพฤติกรรมลดการบริโภคโซเดียม และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมลดการบริโภคโซเดียม ก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบภายในกลุ่มทดลอง ($n=30$) และภายในกลุ่มควบคุม ($n=30$) โดยใช้สถิติ Paired sample t-test

ตัวแปรที่ศึกษา	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง	M Diff.	95% CI	t	p-value
	M (SD)	M (SD)				
กลุ่มทดลอง						
ความรู้เกี่ยวกับการลดบริโภคโซเดียม	8.56 (1.52)	12.26 (1.87)	3.70	2.88-4.52	9.280	<.001
ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการลดบริโภคโซเดียม	3.68 (0.36)	4.23 (0.27)	0.55	0.39-0.70	7.246	<.001
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค	3.61 (0.59)	4.28 (0.47)	0.67	0.43-0.91	5.696	<.001
การรับรู้ความรุนแรงของโรค	3.94 (0.38)	4.24 (0.41)	0.30	0.13-0.47	3.674	.001
การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันและรักษาโรค	3.63 (0.58)	4.03 (0.55)	0.41	0.08-0.73	2.579	.015
การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติเพื่อป้องกันและรักษาโรค	3.38 (0.79)	4.38 (0.54)	1.00	0.61-1.39	5.287	<.001
การรับรู้ความสามารถตนเอง	3.75 (0.53)	4.29 (0.47)	0.54	0.32-0.76	4.988	<.001
ปัจจัยกระตุ้นสิ่งชักนำให้เกิดพฤติกรรมเสี่ยง	3.78 (0.60)	4.14 (0.48)	0.35	0.09-0.61	2.816	<.001
แรงสนับสนุนทางสังคมในการส่งเสริมพฤติกรรมลดการบริโภคโซเดียม	3.20 (0.16)	3.78 (0.23)	0.58	0.47-0.69	10.869	<.001
กลุ่มควบคุม						
แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว	3.22 (0.23)	3.78 (0.38)	0.56	0.38-0.74	6.299	<.001
แรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนบ้าน	3.23 (0.24)	3.70 (0.46)	0.47	0.28-0.66	4.996	<.001
แรงสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	3.19 (0.27)	3.93 (0.37)	0.73	0.55-0.92	8.254	<.001
แรงสนับสนุนทางสังคมจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	3.14 (0.23)	3.72 (0.36)	0.58	0.40-0.75	6.707	<.001
พฤติกรรมลดการบริโภคโซเดียม	3.18 (0.13)	4.04 (0.30)	0.86	0.74-0.99	14.428	<.001

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ตัวแปรที่ศึกษา	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง	M Diff.	95% CI	t	p-value
	M (SD)	M (SD)				
กลุ่มควบคุม						
ความรู้เกี่ยวกับการลดบริโภคโซเดียม	8.83 (1.73)	8.53 (1.50)	-0.30	-1.27-0.67	-0.635	.531
ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการลดบริโภคโซเดียม	3.67 (0.44)	3.63 (0.33)	-0.04	-0.23-0.14	-0.490	.628
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค	3.54 (0.68)	3.51 (0.62)	-0.03	-0.37-0.30	-0.203	.841
การรับรู้ความรุนแรงของโรค	3.87 (0.63)	3.73 (0.63)	-0.13	-0.47-0.20	-0.818	.420
การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันและรักษาโรค	3.50 (0.42)	3.41 (0.65)	-0.09	-0.38-0.20	-0.648	.522
การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติเพื่อป้องกันและรักษาโรค	3.58 (0.75)	3.53 (0.47)	-0.04	-0.35-0.26	-0.279	.782
การรับรู้ความสามารถตนเอง	3.78 (0.78)	3.73 (0.58)	-0.05	-0.41-0.31	-0.285	.778
ปัจจัยกระตุ้นสิ่งชักนำให้เกิดพฤติกรรมเสี่ยง	3.77 (0.87)	3.85 (0.43)	0.08	-0.27-0.43	0.489	.629
แรงสนับสนุนทางสังคมในการส่งเสริมพฤติกรรม	3.23 (0.18)	3.18 (0.32)	-0.06	-0.18-0.06	-0.999	.326
ลดการบริโภคโซเดียม						
แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว	3.30 (0.31)	3.23 (0.48)	-0.07	-0.30-0.15	-0.695	.493
แรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนบ้าน	3.23 (0.24)	3.09 (0.35)	-0.13	-0.30-0.03	-1.682	.103
แรงสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	3.24 (0.32)	3.20 (0.51)	-0.04	-0.27-0.18	-0.381	.706
แรงสนับสนุนทางสังคมจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	3.17 (0.32)	3.18 (0.20)	0.02	-0.10-0.13	0.304	.763
พฤติกรรมลดการบริโภคโซเดียม	3.14 (0.34)	3.07 (0.21)	-0.07	-0.22-0.08	-0.976	.337

*p-value<.05, **p-value<.01, M Diff.=Mean Difference, 95% CI=95% Confidence Interval

3) การเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะหลังการทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการลดบริโภคโซเดียม คะแนนเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการลดบริโภคโซเดียม คะแนนเฉลี่ยแรงสนับสนุนทางสังคมในการส่งเสริมพฤติกรรมลดการบริโภคโซเดียม และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมลดการบริโภคโซเดียม สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<.001) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลอง (n=30) และกลุ่มควบคุม (n=30) ระยะหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Independent t-test

ตัวแปรที่ศึกษา	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	M Diff.	95% CI	t	p-value
	M (SD)	M (SD)				
ความรู้เกี่ยวกับการลดบริโภคโซเดียม	12.26 (1.87)	8.53 (1.50)	3.73	2.80-4.66	8.045	<.001
ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการลดบริโภคโซเดียม	4.23 (0.27)	3.63 (0.33)	0.77	0.48-1.05	5.409	<.001
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค	4.28 (0.47)	3.51 (0.62)	0.51	0.24-0.78	3.728	<.001
การรับรู้ความรุนแรงของโรค	4.24 (0.41)	3.73 (0.63)	0.63	0.31-0.94	4.020	<.001
การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันและรักษาโรค	4.03 (0.55)	3.41 (0.65)	0.85	0.59-1.11	6.515	<.001
การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติเพื่อป้องกันและรักษาโรค	4.38 (0.54)	3.53 (0.47)	0.57	0.29-0.84	4.139	<.001
การรับรู้ความสามารถตนเอง	4.29 (0.47)	3.73 (0.58)	0.29	0.06-0.53	2.493	.016
ปัจจัยกระตุ้นสิ่งชักนำให้เกิดพฤติกรรมเสี่ยง	4.14 (0.48)	3.85 (0.43)	0.60	0.45-0.75	7.770	<.001
แรงสนับสนุนทางสังคมในการส่งเสริมพฤติกรรม	3.78 (0.23)	3.18 (0.32)	0.55	0.33-0.77	4.957	<.001
ลดการบริโภคโซเดียม						
แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว	3.78 (0.38)	3.23 (0.48)	0.61	0.40-0.82	5.788	<.001
แรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนบ้าน	3.70 (0.46)	3.09 (0.35)	0.73	0.49-0.96	6.287	<.001
แรงสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	3.93 (0.37)	3.20 (0.51)	0.53	0.38-0.69	6.893	<.001
แรงสนับสนุนทางสังคมจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	3.72 (0.36)	3.18 (0.20)	0.60	0.46-0.75	8.405	<.001
พฤติกรรมลดการบริโภคอาหารโซเดียม	4.04 (0.30)	3.07 (0.21)	0.98	0.84-1.11	14.558	<.001

*p-value<.05, **p-value<.01, M Diff.=Mean Difference, 95% CI=95% Confidence Interval

2.3 ขั้นตอนที่ 4 ขั้นการสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflecting) ในระยะนี้มีการจัดประชุมถอดบทเรียนผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง (Stake holder) เพื่อคืนข้อมูล สรุปและสะท้อนผลการดำเนินงานตามรูปแบบที่ได้พัฒนาขึ้น ได้ข้อสรุปดังนี้

1) การวางแผนการดำเนินงานโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนตามกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมทำให้มีเป้าหมายการดำเนินงานร่วมกันที่ชัดเจนและเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

2) ควรมีการดำเนินงานแบบบูรณาการร่วมกับผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในรูปแบบของคณะทำงานชุดเล็กที่เน้นผู้ปฏิบัติจริงและมีการมอบหมายหน้าที่อย่างชัดเจน เช่น คณะทำงานชุมชนหรือแกนนำสุขภาพที่มีบทบาทในการติดตามต่อเนื่องโดยผู้วิจัย ผู้ช่วยวิจัย หรือวิทยากรกระบวนการควรได้รับการพัฒนาความรู้ด้านการส่งเสริมพฤติกรรมลดการบริโภคโซเดียม

3) ทำความเข้าใจแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ และแนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคมที่เหมาะสมเพื่อให้สามารถปฏิบัติตามรูปแบบฯ ที่กำหนดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4) มีการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสมมากยิ่งขึ้น เช่น การติดตามผลลัพธ์หรือการส่งเสริมความรู้หรือพฤติกรรมต่าง ๆ โดยใช้ไลน์แอปพลิเคชัน (Line application) หรือระบบเทเลเมดิซีน (Telemedicine) แต่ควรมีการศึกษาความเหมาะสมและความพร้อมของผู้ใช้งานในพื้นที่เพื่อไม่ให้เกิดอุปสรรคในการใช้งานจริง

5) ควรมีการติดตามระยะสั้นและระยะยาวเพื่อประเมินผลลัพธ์ของรูปแบบฯ โดยเฉพาะด้านพฤติกรรมเพื่อคงไว้ซึ่งพฤติกรรมลดการบริโภคโซเดียม และนำผลลัพธ์ที่ได้มาปรับปรุงพัฒนารูปแบบฯ ให้สอดคล้องกับบริบทของชุมชนใหม่ เช่น สังคมวัฒนธรรม องค์กรปกครองท้องถิ่นในการวิจัยวงรอบถัดไปและขยายผลรูปแบบฯ ไปสู่กลุ่มเป้าหมายขนาดใหญ่ต่อไป

อภิปรายผล

การศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมลดการบริโภคโซเดียม ในตำบลกะหาด อำเภอนินสาง จังหวัดชัยภูมิ พบว่าตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมลดการบริโภคโซเดียม มีจำนวน 5 ตัวแปร ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของโรค แรงสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การรับรู้ความสามารถตนเอง การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันและรักษาโรค และแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว โดยตัวแปรทั้ง 5 สามารถร่วมพยากรณ์พฤติกรรมลดการบริโภคโซเดียม ได้ร้อยละ 48.7 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริทิพย์ ศาสวัตขาลวงศ์ (2566) ที่ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมลดการบริโภคโซเดียมของประชาชน อำเภอนาทะโก จังหวัดนครสวรรค์ พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมลดการบริโภคโซเดียมที่เพิ่มขึ้นของประชาชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับการศึกษาของ ประทุม เมืองเป้ และวุฒิชัย จริยา (2566) ที่ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมลดการบริโภคเกลือและโซเดียมของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงอำเภอนองไผ่ จังหวัดเพชรบูรณ์ พบว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมลดการบริโภคเกลือและโซเดียม แรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมลดการบริโภคเกลือและโซเดียมเป็นปัจจัยที่ร่วมทำนายพฤติกรรมลดการบริโภคเกลือและโซเดียมของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ อัมภากร หาญณรงค์ และคณะ (2560) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการบริโภคอาหาร ไม่สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมลดการบริโภคอาหารได้ อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างยังไม่เคยป่วยหรือเจ็บป่วยแต่ยังไม่มีการที่รุนแรงทำให้การรับรู้ความรุนแรงของโรคหรือการรับรู้ประโยชน์ไม่สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมลดการบริโภคอาหารได้ นอกจากนี้ปัจจัยสนับสนุนที่ทำให้ลดการบริโภคโซเดียมได้เหมาะสม ได้แก่ การสนับสนุนจากครอบครัวให้ผู้ป่วยมีการลดการบริโภคโซเดียมเนื่องจากห่วงใยบุคคลในครอบครัวไม่อยากจะให้เกิดการสูญเสีย ดังนั้นการได้รับคำแนะนำหรือการเตือนจากเจ้าหน้าที่เกี่ยวกับอันตราย

จากการบริโภคโซเดียมเกิน จะช่วยในผู้ป่วยลดการบริโภคโซเดียมเป็นอย่างดีถ้าหากขาดการรับรู้เรื่องการบริโภคโซเดียมขาดการสนับสนุนจากครอบครัว และหากเชื่อว่ารับประทานโซเดียมทำให้แข็งแรงจะทำให้ไม่สามารถลดการบริโภคโซเดียมได้ (กาญจนา มณีทัฬ และสมจิต แดนสีแก้ว, 2560) ดังนั้นการสร้างความรู้ความตระหนักและส่งเสริมพฤติกรรมลดการบริโภคโซเดียม เช่น การหลีกเลี่ยงอาหารที่มีรสเค็มเป็นแนวทางสำคัญในการลดความเสี่ยงต่อโรคเรื้อรังที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคโซเดียมมากเกินไปได้นอกจากนี้ส่งเสริมพฤติกรรมที่ดีจะช่วยในการลดปริมาณการบริโภคโซเดียมได้อย่างยั่งยืน

การพัฒนาแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อลดการบริโภคโซเดียม ในตำบลกะหาด อำเภอนิสงส์ จังหวัดชัยภูมิ รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อลดการบริโภคโซเดียม ในตำบลกะหาด อำเภอนิสงส์ จังหวัดชัยภูมิ ได้แก่ โมเดล “SAFE” โดยมีองค์ประกอบ คือ (1) Self-efficacy ส่งเสริมการรับรู้ความสามารถตนเอง เป็นกิจกรรมการให้ความรู้และส่งเสริมประสบการณ์ที่ประสบผลสำเร็จ การสังเกตตัวแบบจากสื่อวีดิทัศน์หรือมีเดียต่าง ๆ (2) Awareness ส่งเสริมความตระหนักในการบริโภคอาหารโซเดียม ตามแนวคิดแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ (3) Family and team support ส่งเสริมแรงสนับสนุนจากครอบครัวและบุคลากรทางสาธารณสุข เพื่อสนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และ (4) Evaluation diet control and other ประเมินพฤติกรรมลดการบริโภคอาหารโซเดียมและอื่น ๆ โดยการติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อประเมินผลพฤติกรรมและสะท้อนกลับให้ผู้ป่วยทราบถึงผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น ภายหลังการทดลองปฏิบัติตามรูปแบบฯ พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการลดบริโภคโซเดียม คะแนนเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการลดบริโภคโซเดียม คะแนนเฉลี่ยแรงสนับสนุนทางสังคมในการส่งเสริมพฤติกรรมลดการบริโภคโซเดียม และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมลดการบริโภคโซเดียม สูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้ว่ารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อลดการบริโภคโซเดียม ตามโมเดล “SAFE” สามารถเพิ่มความรู้อ่านกระบวนการให้ข้อมูลที่ชัดเจนและเข้าใจง่าย ทำให้เกิดความรู้ความเข้าใจถึงข้อดีข้อเสีย และผลกระทบที่เกิดจากพฤติกรรมการบริโภคที่ไม่เหมาะสม พร้อมทั้งมีกิจกรรมที่ส่งเสริมการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้รุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และปัจจัยชักนำให้เกิดพฤติกรรมที่เหมาะสมตามแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ นอกจากนี้ยังมีการส่งเสริมให้เรียนรู้ประสบการณ์ที่ประสบผลสำเร็จจากสื่อวีดิทัศน์หรือมีเดียต่าง ๆ และการพูดกระตุ้นชักจูงให้รับรู้ความสามารถตนเองลดการรับรู้อุปสรรคต่าง ๆ ส่งผลให้เกิดความเชื่อและเกิดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงเพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพ (วันวิสา เวชประสิทธิ์ และธีรดา จงกลรัตน์นาภรณ์, 2565) นอกจากนี้การดำเนินตามโมเดล SAFE ที่ส่งเสริมการรับรู้ความสามารถตนเองและความตระหนักในการบริโภคอาหารโซเดียม รวมถึงการส่งเสริมแรงสนับสนุนจากครอบครัวและบุคลากรทางสาธารณสุขเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและมีการติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อประเมินผลพฤติกรรมการลดบริโภคโซเดียมและพฤติกรรมด้านอื่น ๆ ยังสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ของมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 8 พ.ศ. 2558 ยุทธศาสตร์ A (Awareness) การเพิ่มความรู้ความตระหนัก และเสริมทักษะให้ประชาชน ชุมชน ผู้ผลิตหรือผู้ประกอบการ บุคลากรวิชาชีพที่เกี่ยวข้องและผู้กำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์ L (Legislation and environment reform) การปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมเพื่อให้เกิดการผลิต ปรับปรุง เปลี่ยนแปลง และเกิดผลิตภัณฑ์ที่มีโซเดียมต่ำ รวมทั้งเพิ่มทางเลือกและช่องทางการเข้าถึงอาหารที่มีโซเดียมต่ำและยุทธศาสตร์ S (Surveillance, monitoring and evaluation) การพัฒนาระบบเฝ้าระวังติดตามและประเมินผล เน้นตลอดกระบวนการผลิตและผลลัพธ์ (กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2566) และสอดคล้องกับการศึกษาของ สุรางคนา แสงผล (2566) ที่ศึกษาการพัฒนาแบบการสร้างเสริมการรับรู้ต่อพฤติกรรมการบริโภคเกลือและโซเดียมสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง เขตสุขภาพที่ 9 พบว่าภายหลังการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการบริโภคเกลือและโซเดียม และพฤติกรรมการบริโภคเกลือและโซเดียมสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นก่อนการทดลองใช้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 สอดคล้องกับการศึกษาของ มารตี ศิริพัฒน์ (2567) ที่ศึกษาการพัฒนาแบบการสร้างความรู้ความตระหนักและพฤติกรรมการลดการบริโภคเกลือโซเดียมในประชาชนจังหวัด

นครพนม เมื่อนำรูปแบบและหลักสูตรอบรมไปใช้ในชุมชนพบว่าประชาชนมีความตระหนักรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค และความสามารถของตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของ ชลธิชา บุญศิริ และนนุช วงศ์สว่าง (2565) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการบริโภคอาหารลดโซเดียมต่อความรู้ พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีโซเดียม และปริมาณโซเดียมในปัสสาวะของประชาชน ตำบลคูบัว จังหวัดราชบุรี พบว่าหลังการทดลองประชาชนมีความรู้สูงกว่าก่อนการทดลองและมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีโซเดียมต่ำกว่าก่อนการทดลอง สอดคล้องกับการศึกษาของ วิเชียร สุวรรณามังกร (2566) ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมลดการบริโภคอาหารที่มีเกลือและโซเดียมในเจ้าหน้าที่กลุ่มเสี่ยงโรงพยาบาลศรีสังวาลย์ จังหวัดแม่ฮ่องสอน พบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการบริโภคเกลือและโซเดียมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะ

1. การนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 ด้านการบริการสุขภาพและการจัดหาอุปกรณ์การช่วยเหลือที่จำเป็นเพื่อช่วยในการประเมินระดับโซเดียมในร่างกาย ควรส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัว และช่วยเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมที่คอยกระตุ้นเตือน ให้กำลังใจ และให้คำปรึกษาแก่ประชาชนในชุมชน

1.2 ผลงานวิจัยพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรค แรงสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การรับรู้ความสามารถตนเอง การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกัน และแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ทำนายพฤติกรรมการบริโภคโซเดียม ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรผลการศึกษาดังกล่าวไปกำหนดนโยบายหรือกิจกรรมต่าง ๆ ควบคู่ไปกับการสร้างเสริมสิ่งแวดล้อมเพื่อลดการบริโภคโซเดียม เช่น การกำหนดมาตรการชุมชนให้มีร้านอาหารสุขภาพลดเค็มในชุมชน และนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปใช้ในชุมชนอื่น ๆ ที่คล้ายคลึงกันต่อไป

2. การวิจัยในครั้งต่อไป

2.1 ควรศึกษาการพัฒนาศักยภาพสมาชิกในครอบครัวเพื่อลดการบริโภคโซเดียม และควรดำเนินการวิจัยเชิงประเมินผลเพื่อติดตามผลการใช้รูปแบบการพัฒนาศักยภาพสมาชิกในครอบครัวต่อพฤติกรรมการบริโภคโซเดียมและนำผลมาปรับปรุงรูปแบบให้มีความเหมาะสมและสมบูรณ์มากขึ้น สามารถนำไปประยุกต์ใช้กับพื้นที่ที่มีบริบทใกล้เคียงได้ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการแก้ไขปัญหาในชุมชนต่อไป

2.2 ควรพัฒนารูปแบบในกลุ่มผู้ประกอบการร้านอาหาร ร้านอาหารต่าง ๆ รวมถึงแม่ครัวในโรงเรียน โรงพยาบาล ในประเด็นความรู้ด้านสุขภาพในการบริโภคโซเดียม เพื่อเสริมสร้างความตระหนักรู้และสามารถนำไปสู่การปฏิบัติได้จริง

เอกสารอ้างอิง

- กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2566). *แนวทางการดำเนินงานลดการบริโภคเกลือและโซเดียมระดับจังหวัด โครงการขับเคลื่อนการดำเนินงานเฝ้าระวังและลดการบริโภคเกลือและโซเดียมระดับจังหวัด ปี 2566*. <https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1394120230302031321.pdf>
- กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2567). *ANNUAL REPORT รายงานประจำปี 2567*. <https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1668120250117072316.pdf>
- กาญจนา มณีทัพบ และสมจิต แดนสีแก้ว. (2560). สถานการณ์การบริโภคเกลือของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ตำบลทางขวาง อำเภอบางน้อย จังหวัดขอนแก่น. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 35(4), 140-149.

- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2567). *จำนวนและอัตราตายด้วย 5 โรคไม่ติดต่อ ปี 2560-2564*.
<https://www.ddc.moph.go.th/dncd/news.php?news=39911>
- ชลธิชา บุญศิริ และนนช วงศ์สว่าง. (2565). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการบริโภคอาหารลดโซเดียมต่อความรู้ พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีโซเดียม และปริมาณโซเดียมในปัสสาวะของประชาชน ตำบลคูบัว จังหวัดราชบุรี. *วารสารพยาบาล*, 71(3), 10-17.
- ชลธิชา บุญศิริ, นพวรรณ เปียชื่อ, พรณวดี พุฒินะ และสุรศักดิ์ กันตชูเวสศิริ. (2560). ผลของโปรแกรม ส่งเสริมการบริโภคอาหารลดโซเดียมต่อความรู้ และปริมาณโซเดียมในปัสสาวะของนักศึกษาพยาบาล. *วารสารสภาการพยาบาล*, 32(3), 105-119.
- ณัฐฉิวรรณ พันธมุง. (2562). การจัดทำยุทธศาสตร์การลดบริโภคเกลือและโซเดียม โดยกระบวนการมีส่วนร่วม ของภาคีเครือข่าย. *วารสารวิชาการ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ*, 15(1), 3-11.
- ณัฐฉิวรรณ พันธมุง, ขนิษฐา ศรีสวัสดิ์ และประภัสรา บุญทวี. (2563). การวิจัยทดลองการใช้ชุดมาตรการลด บริโภคเค็มในชุมชนต้นแบบ. *วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ*, 16(3), 39-48.
- ธัญญาภรณ์ เรืองสุวรรณ และพงศ์เทพ สุธีรวิม. (2567). การแปลงยุทธศาสตร์ลดการบริโภคเกลือและโซเดียม ไปสู่การปฏิบัติระดับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กรณีศึกษาเทศบาล ตำบลปริก อำเภอสะเดา จังหวัด สงขลา. *วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น*, 31(3), 170-180.
- นวพร วุฒิชัยธรรม, รัตนา ช้อนทอง และชุตินา สมประดิษฐ์. (2562). ผลของการเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะ แห่งตนต่อการควบคุมระดับความดันโลหิตในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง. *วารสารพยาบาล ทหารบก*, 21(1), 309-318.
- นิพัทธ์พนธ์ สนิทเหลือ, วัชรพร สาตร์เพ็ชร และญาดา นภาอารักษ์. (2562). การคำนวณขนาดตัวอย่างด้วย โปรแกรมสำเร็จรูป G*POWER. *วารสารวิชาการ สถาบันเทคโนโลยีแห่งสุวรรณภูมิ*, 5(1), 496-507.
- ประทุม เมืองเป้. (2565). *ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการบริโภคเกลือและโซเดียมของกลุ่มเสี่ยงโรคความ ดันโลหิตสูง อำเภอหนองไผ่จังหวัดเพชรบูรณ์ [วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]*. มหาวิทยาลัยนเรศวร. <https://nuir.lib.nu.ac.th/dspace/bitstream/123456789/5177/3/63062098.pdf>
- ประทุม เมืองเป้ และวุฒิชัย จริยา. (2566). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการลดการบริโภคเกลือและโซเดียมของกลุ่ม เสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงอำเภอหนองไผ่ จังหวัดเพชรบูรณ์. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 32(1), 19-30.
- มาร์ตี ศรีพัฒน์. (2567). พัฒนารูปแบบการสร้างความรู้ความตระหนักและพฤติกรรมการบริโภคเกลือและโซเดียมใน ประชาชนจังหวัดนครพนม. *วารสารนวัตกรรมการศึกษาและการวิจัย*, 8(1), 407-422.
- ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2566). *ประชากรทะเบียนราษฎร์จำแนก รายอายุและเพศ*. <https://hdc.moph.go.th/center/public/standard-report-detail/f83d0cd8b830706dab4cd3cb09afa584>
- ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2567). *การป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ: อัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงต่อประชากร*. <https://hdc.moph.go.th/center/public/standard-report-detail/6b9af46d0cc1830d3bd34589c1081c68>
- วันวิสา เวชประสิทธิ์ และธีรดา จงกลรัตนภรณ์. (2565). แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในกลุ่มบุคคลวัย เกษียณและการสื่อสารรณรงค์ลดบริโภคเค็ม. *วารสารการประชาสัมพันธ์และการโฆษณา*, 15(1), 53-71.
- วิเชียร สุวรรณามังกร. (2566). ประสิทธิผลของโปรแกรมลดการบริโภคอาหารที่มีเกลือและโซเดียมในเจ้าหน้าที่ กลุ่มเสี่ยงโรงพยาบาลศรีสังวาลย์ จังหวัดแม่ฮ่องสอน. *วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น*, 30(3), 140-148.

- สุรางคณา แสงผล. (2566). การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมการรับรู้ต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภคเกลือและโซเดียม สำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง เขตสุขภาพที่ 9. *วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา*, 8(3), 635-647.
- ศิรินทิพย์ ศาสตราจารย์. (2566). ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการบริโภคโซเดียมของประชาชน อำเภอท่าตะโก จังหวัดนครสวรรค์ [ปริญญามหาบัณฑิต]. พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- อัมภากร หาญณรงค์, ชนัญชิดาคุณวุฒิ ทูลศิริ และสมสมัย รัตนกริฑากุล. (2560). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 25(3), 52-65.
- Best, J. W. (1977). *Research in education* (3rd ed.). Prentice-Hall.
- Bloom, B.S. (1964). *Taxonomy of Education Objectives, Handbook 1: Cognitive Domain*. New York : David Mekey.
- Kemmis, S. and McTaggart, R. (1988). *The Action Research Planer* (3rd ed.). Victoria: Deakin University.
- Rosenstock, I, Strecher J, & Becker H. (1988). Social leaning theory and the health belief model. *Health Education Quarterly*, 15(2), 175-183.
- Wayne, W. D. (1995). *Biostatistics: A foundation of analysis in the health sciences* (6th ed.). New York: John Wiley & Sons.
- World Health Organization. (2023). *Hypertension*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>