

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

ชุมชนต้นแบบลดเค็ม ลดโรค เขตสุขภาพที่ 3 ปี 2562

Prototyping Community to Decrease Saltiness for Reducing Chronic Diseases in Health Region 3rd, 2019

ภาค ศัลยานูบาล

Pak Sanyanuban

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์

Office of Disease Prevention and Control 3,
Nakhon Sawan Province

Received: May 7, 2021 | Revised: April 5, 2022 | Accepted: April 5, 2022

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมโดยประยุกต์ใช้แนวทางการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยยึดชุมชนเป็นฐาน : ชุมชนลดเสี่ยง ลดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มีวัตถุประสงค์สองประการคือ เพื่อพัฒนาชุมชนต้นแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคเค็ม และเพื่อวัดประสิทธิผลรูปแบบชุมชนต้นแบบที่พัฒนาขึ้น การศึกษาแบบผสมวิธี แบ่งการศึกษาออกเป็นสองระยะ คือ ระยะที่ 1 พัฒนาชุมชนต้นแบบลดเค็มลดโรคเขตสุขภาพที่ 3 ระยะที่ 2 ดำเนินการตามมาตรการที่พัฒนาขึ้น จากนั้นดำเนินการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการสนทนากลุ่ม จากผู้ให้ข้อมูล จำนวน 10 คน สุ่มแบบเจาะจง และเก็บข้อมูลเชิงปริมาณด้วยแบบสำรวจพฤติกรรมบริโภคอาหารรสเค็ม จากผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง อสม. แม่บ้านและเยาวชน จำนวน 40 คน สุ่มตัวอย่างอย่างเป็นระบบ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา และข้อมูลเชิงปริมาณ ด้วยสถิติเชิงพรรณนาและวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยเปรียบเทียบก่อน-หลังพฤติกรรมบริโภคอาหารรสเค็ม ด้วยสถิติ paired samples t-test ผลการศึกษาพบว่า การพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ประกอบด้วย 5 มาตรการได้แก่ 1)ประชาสัมพันธ์ 2)ขอความร่วมมือผู้เกี่ยวข้องร่วมดำเนินการ 3)อบรมให้ความรู้ 4)จัดเวทีชุมชน 5)ติดตามประเมินผล และการประเมินพฤติกรรมพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมบริโภคอาหารรสเค็มลดลง มีแนวโน้มดีขึ้น และ ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมบริโภคหลังดำเนินการแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ดังนั้น เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในชุมชนควรส่งเสริม สนับสนุน ให้แกนนำชุมชนเป็นต้นแบบในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและ กระตุ้นประชาชนที่อยู่ในความดูแลมีพฤติกรรมบริโภคที่ถูกต้อง รวมทั้งควรขยายผลการศึกษาลักษณะนี้ไปยังพื้นที่อื่นที่มีปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังต่อไป

ติดต่อผู้พิมพ์: ภาค ศัลยานูบาล

อีเมล: pak_m@windowsslive.com

Abstract

This study was a Participatory Action Research that applied the prevention and control of chronic non-communicable diseases guidelines by taking the community-based learning: the Community Based Intervention for Non-Communicable Diseases. The two objectives were to

develop a prototyping community for changing the salty consumption behavior model and to evaluate the effectiveness of the model that was developed. The mixed-method design was divided into 2 phases; the first phase; was to develop a prototyping community for the salty consumption behavior model in the third regional Health, and the second phase; was to implement the salty consumption behavior model that was developed before. Then proceed to collect qualitative data by focus group discussion from 10 informants that were selected by purposive simple random sampling and quantitative data collection by using the survey of salty food consumption behavior from 40 people in the community, consisting of community leaders, relevant staff in the community, village health volunteers, housewives, and youth that were selected by systematic random sampling. Qualitative data were analyzed by content analysis, and quantitative data were analyzed with descriptive statistics. The comparative mean before and after the consumption behavior of salty food was analyzed by paired samples t-test statistics. The results of the study revealed that the development of the health behavior change model consisted of 5 measures; 1) Public relations, 2) Request for cooperation from related parties to participate in the operation, 3) Conduct training to educate, 4) Organize a community forum, and 5) Follow-up and evaluation. The behavioral assessment presented that most of the samples have reduced salty food consumption and the mean scores of salty consumption behavior after the operation were significantly different at the 0.001 level. Therefore, public health officials and relevant agencies in the community should promote and support the community leaders as role models in health behavior change and encourage people in their care to behave properly consumption. Furthermore, the results of this kind of study should be extended to other areas with chronic non-communicable disease problems.

Correspondence: Pak Sanyanuban

E-mail: pak_m@windowslive.com

คำสำคัญ

ชุมชนต้นแบบ

ชุมชนลดเสี่ยง ลดโรค

Keywords

Prototyping Community

Community Based Intervention for

Non-Communicable Diseases

บทนำ

องค์การอนามัยโลกกำหนดการลดเกลือโซเดียม เป็น 1 ใน 9 เป้าหมายระดับโลก เพื่อการควบคุมปัญหาโรคไม่ติดต่อ (NCDs) ภายใน พ.ศ.2568 ลดการบริโภคเกลือและโซเดียมลงร้อยละ 30 ภายใน พ.ศ. 2568 เพื่อเป็นมาตรการที่ทำให้เกิดความคุ้มค่าในการลดโรคเรื้อรังที่สำคัญ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคไตเรื้อรัง โรคหัวใจและหลอดเลือด และความรุนแรงของโรคเบาหวาน⁽¹⁾ ประเทศไทยรับเป้าหมายดังกล่าว โดยการกำหนดนโยบายการลดบริโภคเกลือและโซเดียม เพื่อลดโรคไม่ติดต่อ (NCDs) รวมทั้งจัดให้มี และขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การลดการบริโภคเกลือและโซเดียมในประเทศไทย

พ.ศ. 2559-2568 ที่เป็นรูปธรรม⁽²⁻⁴⁾ สาเหตุของการเกิดโรคความดันโลหิตสูง นอกจากเกิดจากความเครียดแล้ว การได้รับโซเดียมจากการบริโภคอาหาร ปริมาณมากเกินไป ก็เป็นอีกสาเหตุสำคัญที่มีผลทำให้เกิดการคั่งของของเหลวในเลือดจนทำให้เกิดแรงดันในเส้นเลือดสูงขึ้น⁽⁵⁾ ประเทศไทยมีแนวโน้มอัตราป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากผลการสำรวจสุขภาพประจำปี ครั้งที่ 4 ครั้งที่ 5 และครั้งที่ 6 ประจำปีพ.ศ.2552 2557 และ 2563 พบว่า ความชุกของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 21.4 เป็น 24.7 และ 25.4 ตามลำดับ สำหรับการเข้าถึงระบบบริการ กลุ่มที่ไม่ได้รับการวินิจฉัยว่า เป็นความดันโลหิตสูงเพิ่มจากร้อยละ 44.7 ในปี 2557 เป็น 48.8 ในปี 2563 สัดส่วนที่ได้รับการรักษาลดจากร้อยละ 49.2 เหลือ 47.6 และกลุ่มนี้ได้รับการรักษาและควบคุมได้ลดลงจากร้อยละ 29.7 เหลือ 22.6 ตามลำดับ⁽⁶⁻⁸⁾ สอดคล้องกับผลการสำรวจการบริโภคโซเดียมคลอไรด์ของประชากรไทย โดยกองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ปี 2550 ใน 4 ภูมิภาค คือภาคเหนือ ภาคกลาง (ยกเว้น กรุงเทพมหานคร) ภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคใต้จำนวน 2,733ครัวเรือน พบว่าประชากรไทยได้รับโซเดียมจากอาหารที่บริโภคสูงถึง 4,351.7 มิลลิกรัมต่อคนต่อวัน ผลิตภัณฑ์เครื่องปรุงรสที่ใช้ในครัวเรือนเป็นแหล่งของโซเดียมที่สำคัญ โดยใช้ปริมาณมาก 5 ลำดับแรก ได้แก่ น้ำปลา ซีอิ๊วขาว เกลือ กะปิ และซอสหอยนางรม ภาคเหนือและเขตชนบทได้รับโซเดียมคลอไรด์โดยเฉลี่ยมากที่สุด⁽⁹⁾

สอดคล้องกับการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2552 โดยสำนักงานสำรวจสุขภาพประชากรไทย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข พบว่า ค่ามัธยฐานของการบริโภคโซเดียมอยู่ที่ 3,264 มิลลิกรัมต่อวัน ทุกกลุ่มอายุมีการบริโภคโซเดียมมากกว่าปริมาณที่แนะนำ อายุที่เพิ่มมากขึ้นมีการบริโภคโซเดียมมากขึ้น กลุ่มอายุมากกว่า 70 ปี บริโภคโซเดียมมากกว่าปริมาณความต้องการสูงถึง 3.0-3.6 เท่า และเพศหญิงมีการบริโภคโซเดียมสูงกว่าเพศชาย⁽¹⁰⁾ อาจกล่าวได้ว่า คนไทยได้รับโซเดียมจากการบริโภคอาหารสูงเป็นสองเท่า ของปริมาณโซเดียมที่ควรบริโภคในแต่ละวัน ตามเกณฑ์ ไม่ควรเกิน 1 ช้อนชา 2,400 มิลลิกรัมต่อวัน⁽¹¹⁾ การศึกษาที่ผ่านมาสนับสนุนผลกระทบที่เกิดจากการบริโภคโซเดียมปริมาณมากต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน การศึกษาการบริโภคโซเดียมทั่วโลกและการเสียชีวิตจากหัวใจและหลอดเลือด โดยการรวบรวมผลการสำรวจการบริโภคโซเดียมจากอาหารและการขับปัสสาวะ จากการสังเคราะห์บทความ 107 บทความ ใน 66 ประเทศ จำแนกตามอายุ เพศ และ ประเทศ ผลของโซเดียมต่อความดันโลหิต จำแนกตามอายุ เชื้อชาติ และ ภาวะความดันโลหิตสูง ผลการศึกษาพบว่า ในปีค.ศ.2010 ช่วงของการบริโภคโซเดียมต่อวันอยู่ระหว่าง 2.18 ถึง 5.51 กรัม เฉลี่ยประมาณ 3,950 กรัมต่อวัน การเสียชีวิตจากหัวใจและหลอดเลือด ประมาณ 1.69 ล้านคนต่อปีมีสาเหตุมาจากการบริโภคโซเดียม เป็นเพศชายประมาณ 61.9% และเพศหญิง 38.1% และจากการคาดประมาณการเสียชีวิต 1.65 ล้านคน ด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด มีสาเหตุจากการบริโภคโซเดียมมากกว่าระดับอ้างอิงคือ 2,000 มิลลิกรัมต่อวัน⁽¹²⁾ สอดคล้องกับการศึกษาผลของการลดเกลือเล็กน้อยระยะยาวต่อความดันโลหิต: การทบทวนอย่างเป็นระบบของ Cochrane และการวิเคราะห์ห่อถักด้วยการทดลองแบบสุ่ม เพื่อเป็นการทดสอบผลของการลดเกลือเล็กน้อยในระยะยาวต่อความดันโลหิต ผลการศึกษสนับสนุนการลดเกลือจะมีผลต่อการลดความดันโลหิต และ การเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ความสัมพันธ์แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญของ การลดลงของโซเดียมในปัสสาวะใน 24 ชั่วโมง และระดับ systolic pressure ที่ลดลง

ชี้ให้เห็นชัดเจนว่าการลดลงของโซเดียมมีผลต่อการลดลงของระดับ systolic pressure⁽¹³⁾ และการศึกษาผลของการบริโภคโซเดียมที่ลดลงต่อสุขภาพ: การทบทวนอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์อภิมาน ผลการศึกษานี้สนับสนุนการบริโภคโซเดียมที่ลดลง ช่วยลดความดันโลหิต ไม่ส่งกระทบผลต่อการทำงานของไต นอกจากนี้การลดลงของโซเดียมมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับการลดภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด⁽¹⁴⁾ อาจกล่าวได้ว่า การบริโภคเกลือลดลงตามเป้าหมายตามเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก มีผลต่อการลดลงของภาวะความดันโลหิต และโอกาสในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค จึงได้นำแนวทางการดำเนินงาน ขององค์การอนามัยโลกที่เสนอให้ดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยแนวคิดชุมชนเป็นฐาน (Community Based Intervention for NCDs Controlling : CBI NCDs) ชุมชนลดเสี่ยงลดโรค เป็นกลยุทธ์หลักที่สำคัญในการดำเนินงาน⁽¹⁵⁾ ตามมาตรการของชุมชน ในการลดการบริโภคเกลือและโซเดียมที่สอดคล้องกับบริบท ความนิยมหรือรูปแบบการบริโภคของบุคคลในแต่ละชุมชน ร่วมกับการมีส่วนร่วมของชุมชนในการลดปัจจัยเสี่ยง หรือพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ ประกอบกับการมีภาคีเครือข่ายในท้องถิ่นหน่วยงานสาธารณสุข ในระดับตำบล อำเภอ และจังหวัด ที่เข้มแข็งให้การสนับสนุน เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพ ประสิทธิผล และคุ้มค่าต่อการลงทุน เพื่อช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายในการให้การรักษายาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจต้องนอนโรงพยาบาลเฉลี่ยวันละ 1,185 รายต่อวัน กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดประมาณ 470 รายต่อวัน เสียชีวิตชั่วโมงละ 2 คน อัตราตายจากโรคหัวใจและหลอดเลือด ความดันโลหิตสูง และหลอดเลือดสมอง ประมาณปีละ 37,000 ราย⁽¹⁶⁾

เมื่อพิจารณาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตสุขภาพที่ 3 จากข้อมูลรายงานมาตรฐานด้านสุขภาพการป่วย ของศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร ปีงบประมาณ 2559 -2561 พบว่า ปีงบประมาณ 2561 จำแนกรายเขตสุขภาพ เขตสุขภาพที่ 3 มีอัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงที่สุด อัตราป่วยเท่ากับ 17,415.51 ต่อประชากรแสนคน รองลงมาคือ เขตฯ 1 อัตราป่วย 17,230.03 ต่อประชากรแสนคน และเขตฯ 2 อัตราป่วย 17,140.62 ต่อประชากรแสนคน เมื่อจำแนกรายจังหวัดของเขตสุขภาพที่ 3 พบว่า จังหวัดที่มีอัตราป่วยสูงสุดคือ พิจิตร อัตราป่วยเท่ากับ 19,372.36 ต่อประชากรแสนคน รองลงมาคือ นครสวรรค์ อัตราป่วยเท่ากับ 19,250.14 ต่อประชากรแสนคน ชัยนาท อัตราป่วยเท่ากับ 18,929.82 ต่อประชากรแสนคน กำแพงเพชร อัตราป่วย 14,635.71 ต่อประชากรแสนคน และอุทัยธานี อัตราป่วย 14,579.04 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ และจังหวัดที่มีอัตราป่วยตายสูงสุดด้วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตสุขภาพที่ 3 คือ พิจิตร อัตราป่วยตายร้อยละ 2.03 รองลงมาคือ ชัยนาท อัตราป่วยตายร้อยละ 1.95 นครสวรรค์ อัตราป่วยตายร้อยละ 1.80 อุทัยธานี อัตราป่วยตายร้อยละ 1.77 และกำแพงเพชร อัตราป่วยตายร้อยละ 1.60 ตามลำดับ⁽¹⁷⁾

จากข้อมูลและสถานการณ์โรคความดันโลหิตสูงข้างต้น ทำให้ผู้วิจัยสนใจจะนำแนวคิดการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยแนวคิดชุมชนเป็นฐาน ในการแก้ปัญหาลดการบริโภคเค็ม เพื่อลดโรคความดันโลหิตสูง ในพื้นที่จังหวัดพิจิตร จากข้อมูลที่ผ่านมา พบว่า จังหวัดพิจิตรมีปัญหาโรคความดันโลหิตสูงเป็นลำดับต้นๆ ของเขตสุขภาพที่ 3 อย่างไรก็ตาม งานวิจัยที่นำมาสู่การกำหนดนโยบายในการแก้ปัญหาในลักษณะนี้ มีจำนวนน้อย และหากไม่เร่งรัดดำเนินการศึกษารูปแบบในการแก้ปัญหา จะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน เพิ่มมากขึ้นอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ในอนาคต ประกอบกับสถานการณ์โรคความดันโลหิตสูง แนวคิดทฤษฎีทบทวนวรรณกรรม และ

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องทำให้ผู้วิจัยมีคำถามวิจัยครั้งนี้ว่า รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคเค็มที่พัฒนาขึ้น โดยนำชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่จะมีลักษณะเป็นอย่างไร และรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดังกล่าวจะมีประสิทธิผลมากน้อยเพียงใด จึงสนใจที่จะศึกษา “ชุมชนต้นแบบลดเค็ม ลดโรค เขตสุขภาพที่ 3 ปี 2562” โดยเลือกพื้นที่ตำบลวังตะกู อำเภอบางมูลนาก จังหวัดพิจิตร เนื่องจากเป็นพื้นที่ที่เครือข่ายที่เกี่ยวข้องในพื้นที่มีความเข้มแข็ง มีความเห็นที่จะแก้ไขปัญหาหารือกัน คาดหวังว่าจะเกิดประโยชน์กับกลุ่มเสี่ยงหรือผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถปรับเปลี่ยนการบริโภคเค็มให้อยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน(ไม่เกิน 2,000 มิลลิกรัมต่อวัน) และได้รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคเค็ม โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน เป็นแนวทางให้ชุมชนอื่นๆ ที่มีปัญหาการบริโภคเค็ม คล้ายคลึงกัน นำไปประยุกต์ใช้ในการแก้ปัญหาต่อไป

วัสดุและวิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยและพัฒนา ด้วยกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR) โดยประยุกต์ใช้แนวทางการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยยึดชุมชนเป็นฐาน : ชุมชนลดเสี่ยง ลดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (CBI NCDs) มีวัตถุประสงค์สำคัญสองประการคือ ประการแรกเพื่อพัฒนาชุมชนต้นแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคเค็ม และประการที่สองเพื่อวัดประสิทธิผลของรูปแบบ ที่พัฒนาขึ้น การศึกษานี้แบ่งเป็น 2 ระยะ ระยะแรกเป็นการพัฒนาชุมชนต้นแบบลดเค็ม ลดโรค เขตสุขภาพที่ 3 ปี 2562 ดำเนินการ 7 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผลการทบทวนทำให้ได้แนวทางการพัฒนาชุมชนต้นแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคเค็ม ที่เน้นการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้อง ในชุมชน

ขั้นตอนที่ 2 การคัดเลือกพื้นที่ในการดำเนินการด้วยวิธีการสุ่มแบบเจาะจง โดยเลือกชุมชนหมู่ 9 ตำบลวังตะกู อำเภอบางมูลนาก จังหวัดพิจิตร ตามหลักเกณฑ์ ลงพื้นที่การประสานกับผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข แกนนำสุขภาพ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของดำเนินการจัดกิจกรรมในชุมชน และเพื่อศึกษาสภาพความเป็นจริงของชุมชน สังเกตวิถีชีวิตประจำวันของกลุ่มต่างๆ สร้างความสัมพันธ์อย่างไม่เป็นทางการโดยการพูดคุย ให้เกิดความไว้วางใจ

ขั้นตอนที่ 3 ประชุมหารือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังตะกู องค์การบริหารส่วนตำบลวังตะกู แกนนำชุมชน และ อาสาสมัครสาธารณสุข ชี้แจงวัตถุประสงค์และแนวทางการดำเนินงาน ชุมชนลดเค็ม ลดโรค

ขั้นตอนที่ 4 จัดสนทนากลุ่มวิเคราะห์ปัญหาของชุมชนในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ ปัจจัยเสี่ยงและอัตราป่วย(ข้อมูลทางระบาดวิทยา) ข้อมูลทางสังคม สิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจ วัฒนธรรม ประเพณีและทรัพยากรในท้องถิ่น วิเคราะห์สถานการณ์ สำรวจปัญหาอุปสรรคเกี่ยวกับพฤติกรรมบริโภคอาหารที่มีโซเดียมสูง โดยใช้เทคนิคการจัดกิจกรรมในรูปแบบ การประชุมอย่างมี

ส่วนร่วม เพื่อบริหารจัดการแนวทางในการให้ชุมชนลดการบริโภคเค็ม ทั้งในครัวเรือน วัด และโรงเรียน โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข แกนนำชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุข เพื่อใช้เป็นข้อมูลนำเข้าในเวทีชุมชน

ขั้นตอนที่ 5 จัดเวทีชุมชน นำเสนอผลการวิเคราะห์ปัญหาและข้อมูลของชุมชน ให้แก่ แกนนำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข แม่บ้านผู้ประกอบการอาหารในครัวเรือน ครู นักเรียน ร้านขายอาหารในหมู่บ้าน ให้รับรู้สถานการณ์ปัญหาโรคและปัจจัยเสี่ยง ร่วมกันจัดลำดับความสำคัญของปัญหา วางแผนแก้ไขปัญหาดังกล่าว จัดทำมาตรการชุมชน ประกอบด้วย 5 มาตรการดังนี้คือ

มาตรการที่ 1 ประชาสัมพันธ์ ก่อนดำเนินการประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนในชุมชนรับทราบผ่านช่องทางต่างๆ ในชุมชน ได้แก่ หอกระจายข่าวในชุมชนทุกวัน ประชาสัมพันธ์ตามเทศกาลต่างๆ ในหมู่บ้าน ในวัด ช่วงเวลาที่มีงานประเพณี/งานทำบุญต่างๆ และประชาสัมพันธ์ในโรงเรียน

มาตรการที่ 2 ระดมความร่วมมือจากผู้เกี่ยวข้องในชุมชน ได้แก่ เจ้าของร้านค้าในชุมชน ผู้ประกอบการอาหารในโรงเรียน แม่บ้าน ผู้นำชุมชน ครู นักเรียน

มาตรการที่ 3 อบรมเชิงปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพชุมชนในการดำเนินงานชุมชนลดเค็ม ลดโรคต้นแบบเขตสุขภาพที่ 3 ให้ความรู้เรื่องการบริโภคอาหารลดเค็มให้แก่ผู้จำหน่ายอาหาร แม่บ้าน หรือ ผู้ประกอบการอาหารในครัวเรือน ผู้นำชุมชน ครู นักเรียน

มาตรการที่ 4 เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในชุมชน และจัดมหกรรมอาหารเพื่อสุขภาพ สร้างความตระหนักโดยการใช้เครื่องมือวัดระดับความเค็ม (Salt Meter)

มาตรการที่ 5 ติดตามและประเมินผล โดยเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลร่วม กับแกนนำชุมชน

ขั้นตอนที่ 6 จัดอบรมเชิงปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพชุมชนในการดำเนินงานชุมชนลดเค็ม ลดโรคต้นแบบเขตสุขภาพที่ 3

ขั้นตอนที่ 7 ดำเนินการตามมาตรการชุมชน

ระยะที่ 2 วัดประสิทธิผลรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ภายหลังจากดำเนินการ 3 เดือน ดำเนินการตามลำดับขั้นตอน 3 ขั้นตอนดังนี้คือ ขั้นตอนที่ 1 ประสานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ ขั้นตอนที่ 2 ดำเนินการสุ่มกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด และขั้นตอนที่ 3 ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล ก่อน และ หลังดำเนินการตามมาตรการชุมชน 3 เดือน

ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา คือ ประชาชนที่อาศัยในพื้นที่หมู่ 9 ตำบลวังตะกู อำเภอบางมูลนาก จังหวัดพิจิตร ปี 2561 จำนวนทั้งสิ้น 707 คน แบ่งเป็น ชาย 328 คน และ หญิง 379 คน⁽¹⁸⁾

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษา คือ การศึกษาเชิงคุณภาพได้แก่ ประธานชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) กลุ่มแม่บ้าน และกลุ่มเยาวชน รวมทั้งสิ้นจำนวน 10 คน และการศึกษาเชิงปริมาณ ตัวแทนประชาชนครัวเรือนละ 1 คน หมู่ 9 ตำบลวังตะกู อำเภอบางมูลนาก จังหวัดพิจิตร ครัวเรือนละ 1 คน รวมทั้งสิ้น จำนวน 40 คน

การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลโดยวิธีการเจาะจง(Purposive Sampling) ประกอบด้วยประธานชุมชน กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) กลุ่มแม่บ้าน และกลุ่มเยาวชน รวมทั้งหมด 10 คน เก็บข้อมูลโดยการสนทนากลุ่ม(Focus group discussion) ด้วยแนว

คำถามแบบมีโครงสร้างเกี่ยวกับมาตรการที่เหมาะสมเพื่อปรับพฤติกรรมการบริโภคอาหารรสเค็ม
วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มอย่างมีระบบ (Systematic sampling) ครั้วเรือนละ 1 คน จำนวน 40 คน เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม โดยประยุกต์ใช้แบบประเมินพฤติกรรมระดับความเค็มของ กองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 15 ข้อ⁽¹⁹⁾ หาค่าความเที่ยงของแบบประเมินพฤติกรรมด้วยการนำไปทดลองใช้กับประชาชน ในตำบลเนินปอ อำเภอสามง่ามจังหวัดพิจิตร จำนวน 30 คน ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.80 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนาด้วยการหาค่าร้อยละ ความถี่ และวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารรสเค็มก่อน และหลัง ดำเนินการด้วยสถิติ paired samples t-test

ผลการศึกษา

นำเสนอตามวัตถุประสงค์ดังนี้

1) ข้อมูลทั่วไป พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 57.5 อายุระหว่าง 15-40 ปี ร้อยละ 50.0 อายุเฉลี่ย 40.28 ปี อายุต่ำสุด 16 ปี อายุสูงสุด 63 ปี ส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 52.5 ประกอบอาชีพหลักเป็นเกษตรกร (ทำนา ทำไร่ ทำสวน) ร้อยละ 57.5 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 77.5 รายละเอียดนำเสนอตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลทั่วไป (n=40)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	17	42.5
หญิง	23	57.5
อายุ (ปี)		
15-40	20	50.0
41-60	18	45.0
61 ปีขึ้นไป	2	5.0
อายุเฉลี่ย 40.28 ปี อายุต่ำสุด 16 ปี อายุสูงสุด 63 ปี		
การศึกษา		
ประถมศึกษา	21	52.5
มัธยมศึกษาตอนต้น	11	27.5
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	5	12.5
อนุปริญญา/ปวส.	2	5.0
ปริญญาตรี	1	2.5
โรคประจำตัว		
ไม่มี	31	77.5
มี	9	22.5

2) การศึกษาการพัฒนาต้นแบบลดเค็มลดโรคของชุมชน จากการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการสนทนากลุ่ม พบว่า ผู้ให้ข้อมูลหลัก มีความคิดเห็น ว่า มาตรการที่เหมาะสมสำหรับชุมชนสอดคล้องกัน ได้แก่ 1) ดำเนินการประชาสัมพันธ์ก่อนดำเนินการ เพื่อให้ประชาชนในชุมชนรับทราบ ผ่านช่องทางต่างๆ ในชุมชน อาทิเช่น ประชาสัมพันธ์ผ่านทางหอกระจายข่าวทุกวัน หรือช่วงเวลาที่มียานประเพณี/งานทำบุญต่างๆที่วัด และการแจ้งข่าวสารหน้าเสาธงที่โรงเรียน 2) ขอความร่วมมือผู้เกี่ยวข้อง ได้แก่ ผู้ประกอบอาหาร แม่บ้าน ที่ร่วมดำเนินการปรับสูตรอาหารลดปริมาณเกลือ เครื่องปรุง 3) อบรมให้ความรู้เรื่องการบริโภคอาหารลดเค็ม โรคความดันโลหิตสูงและโรคไตเรื้อรัง ให้แก่ อสม. ผู้นำอาหาร ครู นักเรียน แม่บ้าน 4) จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในชุมชนประเด็นการจัดมหกรรมอาหารเพื่อสุขภาพ แข่งขันการทำอาหารรสจืด ชื่นชมบุคคลต้นแบบและสร้างความตระหนักโดยการใช้เครื่องมือวัดระดับความเค็ม (Salt Meter อย่างน้อยปีละ 1-2 ครั้ง) 5) ติดตามและประเมินผลพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารรสเค็มในครัวเรือน โดยเจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลร่วมกับแกนนำชุมชน อสม.อย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง รายละเอียดเสนอตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงผลการสนทนากลุ่มจำแนกตามประเด็นการสนทนา และผลการสนทนากลุ่มการพัฒนาต้นแบบลดเค็ม ลดโรค ของชุมชน

การสนทนากลุ่ม	
ประเด็น	ผลการสนทนา
1. การประชาสัมพันธ์	-รูปแบบการประชาสัมพันธ์ “ต้องให้รู้กันทุกคน ทั้งหมู่บ้าน ตั้งแต่ก่อนจะดำเนินการ” -ช่องทางการประชาสัมพันธ์ “ผ่านหอกระจายข่าวในหมู่บ้านทุกวัน” “เวลา มีงานบุญที่วัด เทศกาลงานทำบุญ” “ที่โรงเรียนเมื่อมีงาน หรือ ตอนเช้าหน้าเสาธงก่อนเข้าชั้นเรียน ก็ได้” -ผู้ส่งสาร “ผู้ใหญ่ ผู้ช่วย ประธาน อสม. กลุ่มแม่บ้าน มาให้ความรู้ เสียงตามสายในหมู่บ้าน” -เนื้อหาการประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ “ให้ความรู้เรื่องลดเค็ม อาหารรสเค็ม ผ่านเสียงตามสายในหมู่บ้าน ทุกวัน” “โทษการกินเกลือที่มีผลกับสุขภาพ” “ป่วยเป็นความดัน” , “ความดันโลหิตสูง โรคไตเรื้อรังคืออะไร” -กลุ่มเป้าหมาย “แม่ค้าในหมู่บ้าน แม่บ้าน แม่ครัว ครู นักเรียน”
2. การขอความร่วมมือผู้เกี่ยวข้อง	-กลุ่มเป้าหมาย “คนเกี่ยวข้อง แม่บ้าน แม่ค้าทำอาหารขายในโรงเรียน แม่ครัวที่วัด ” -ประเด็นที่ขอความร่วมมือ “ ต้องการให้ลดการใช้เกลือ เครื่องปรุง ให้น้อยลง ปรับสูตรอาหารใหม่” -วิธีการ “ ให้อสม. แกนนำ ช่วย แนะนำ บอกต่อคนที่อยู่ในชุมชน ในละแวกบ้าน แม่บ้าน แม่ค้าขายอาหาร วิธีปรับเปลี่ยนการประกอบอาหาร ลดเค็ม” “แม่ครัว แม่ค้า ต้องชิมอาหารก่อนปรุง ลดการใช้น้ำปลา เครื่องปรุง

ตารางที่ 2 แสดงผลการสนทนากลุ่มจำแนกตามประเด็นการสนทนา และผลการสนทนากลุ่มการพัฒนาต้นแบบลดเค็ม ลดโรค ของชุมชน (ต่อ)

การสนทนากลุ่ม	
ประเด็น	ผลการสนทนา
2.การขอความร่วมมือผู้เกี่ยวข้อง	รส ร้านค้า ครั้วเรือน วัด และ โรงเรียน” “ครูห้ามไม่ให้มีการขายขนมกรุบกรอบในโรงเรียน” “ครู สอนเด็กเลือกซื้ออาหาร ขนม ที่มีประโยชน์ต่อร่างกาย ลดอาหาร ขนม ที่มีโทษ เน้นที่มีรสชาดเค็ม” “พ่อแม่ ปู่ย่า ตายาย ก็บอกลูก บอกหลาน กินขนมกรุบกรอบลดลง กินอาหารไม่เติมน้ำปลา เครื่องปรุง หรือ ลดเค็ม” “คนกินต้องชิมก่อนปรุงเติมเครื่องปรุง ลดเกลือ ลดเครื่องปรุง ไม่กินเค็ม” “นำกิจกรรม 3 อ 3 ส มาใช้ สอนให้ซื้อเครื่องปรุงให้น้อยลง”
3.การให้ความรู้เรื่องการบริโภคอาหารลดเค็ม โรคความดันโลหิตสูงและโรคไตเรื้อรัง	-กลุ่มเป้าหมายอบรม “แม่ค้า พ่อค้า ที่ปรุงอาหารขายใน วัด โรงเรียน หมู่บ้านแม่บ้าน พ่อบ้าน ครู นักเรียน คนประกอบอาหาร คนขายอาหาร” -เนื้อหาความรู้ “ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงและโรคไตเรื้อรัง” “การกินอาหารเค็ม การกินเกลือมีผลต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงและผลต่อสุขภาพ” -วิธีการติดตาม “หลังอบรม อสม.ให้ความรู้ หรือ บอกต่อคนที่อยู่ในละแวกบ้าน แม่บ้าน คนปรุงอาหาร บ่อยๆ ให้เปลี่ยนการกินเค็ม ลดลง” “อาจให้มีครอบครัวตัวอย่างในการปรุงอาหาร กินอาหารที่มีประโยชน์ ลดเครื่องปรุง ลดเค็ม ลดเกลือ” “หรือให้ความรู้ ผ่านเสียงตามสายในวัด โรงเรียน และ หมู่บ้าน”
4.จัดกิจกรรมสนับสนุน เช่นเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และจัดมหกรรมอาหารเพื่อสุขภาพ	-จัดกิจกรรม “ ต้องมีการจัดกิจกรรมต่อเนื่อง อาจเป็น เวทีเชิญครอบครัวที่เป็นตัวอย่างที่ดี มาเล่าให้ฟัง ว่า ทำอย่างไร แลกเปลี่ยนครอบครัวที่ทำไม่ได้” “ให้คนที่ปฏิบัติได้ดี ทำเป็นประจำ มาเล่าให้ คนที่ชอบเติมน้ำปลา หรือ ทำอาหารก็ใส่เครื่องปรุงอาหารหลายๆ อย่าง เข้าใจว่าไม่จำเป็น อาหารก็อร่อยเหมือนกัน” “ถ้าเราเครื่องวัดระดับความเค็ม มาวัดปริมาณเกลือ มาวัดให้เห็น และ เกิดความตระหนักว่าทุกวันนี้กินเกลือมากเกินไป หรือเปล่า” “จะให้ดีนะ ต้องกิจกรรมสนุกสนานด้วย ให้ครอบครัวมาแข่งกัน ปรุงอาหารมีประโยชน์ ลดการใส่ เกลือ เครื่องปรุง กินแล้วไม่ป่วยเป็นโรคความดัน” “แล้วเราก็จัดกันทุกๆ ปี หรือ ปีละ สองครั้ง จะได้กระตุ้นทุกครอบครัว ปรุงอาหารสุขภาพ ทำทุกๆ ปี ก็จะได้ดีนะ” “จัดประกวดเมนูอาหารลดเค็ม ลดเกลือ” “จัดขึ้นชมคนต้นแบบสุขภาพดี เคยชอบกินเค็ม เปลี่ยนมากินอาหารที่ใส่เกลือ เครื่องปรุงลดลง”

ตารางที่ 2 แสดงผลการสนทนากลุ่มจำแนกตามประเด็นการสนทนา และผลการสนทนากลุ่มการพัฒนาต้นแบบลดเค็ม ลดโรค ของชุมชน (ต่อ)

การสนทนากลุ่ม	
ประเด็น	ผลการสนทนา
5.การติดตามและประเมินผล	-ผู้ดำเนินการ “คนที่จะคอยติดตามน่าจะเป็นหมออนามัย(โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล) แก่นำชุมชน ผู้ใหญ่ ผู้ช่วย อสม. ติดตามชาวบ้าน ในชุมชน ว่า การปรับเปลี่ยนการปรุงอาหาร ลดเกลือ ลดเครื่องปรุง น้ำปลา ผงชูรส น้ำมันหอย รสดี ฯลฯ และ การกินอาหารที่ลดเกลือลง หรือยังเอาเดือนละครั้งก็ได้” “ถ้าในโรงเรียนก็ให้ครูตามประเมิน แม่ค้า พ่อค้า ร้านขายอาหารในโรงเรียน ประเภทอาหาร ขนม ที่นำมาขายในโรงเรียน และ นักเรียนกินขนมกรุบกรอบ ลดลงไหม” “ถ้ายังขายอาหารที่มีเกลือ ขนมกรุบกรอบ นักเรียนก็ยังซื้อมากินเหมือนเดิม ก็ต้องให้ความรู้ทั้งพ่อค้า แม่ค้า นักเรียน เน้นโทษที่จะเกิดต่อสุขภาพ ถ้ากินเป็นประจำทุกวัน โรคความดัน โรคไต ก็มีโอกาสป่วยได้”

3) การประเมินพฤติกรรมกรบริโภคอาหารรสเค็มและการใช้เครื่องปรุงรสในครัวเรือน เปรียบเทียบก่อนดำเนินการและหลังดำเนินการ

3.1) ระดับพฤติกรรมกรบริโภคอาหารรสเค็มและการใช้เครื่องปรุงรสในครัวเรือน พิจารณาจากข้อคำถาม 15 ข้อ ใน 4 ประเด็น คือ พฤติกรรมชอบบริโภคอาหารรสเค็ม จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ 1) คุณเป็นที่ชอบอาหารที่มีรสเค็มเป็น “รสเค็ม” 2) คุณกินน้ำจิ้มในอาหารจำพวก ลูกชิ้น ข้าวมันไก่ สุกี้ หมูกระทะโดยไม่คิดถึง ปริมาณการกินในแต่ละครั้งเลย 3) ทุกครั้งที่คุณกินผลไม้สด คุณต้องจิ้มพริกเกลือหรือน้ำปลาหวาน และ 4) คุณกินอาหารจำพวก ขนมกรุบกรอบปรุงรส มันฝรั่งทอดกรอบ ปลาเส้นสำหรับปรุงรส ค่อนข้างบ่อย (3-4 ครั้ง/สัปดาห์)

พฤติกรรมชอบเติมเครื่องปรุง รสชาติเค็ม จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ 1) เวลาที่กินอาหารตามร้าน เช่น ก๋วยเตี๋ยว อาหารจานเดียว ข้าวราดแกง คุณมัก เติมเครื่องปรุงรสเค็มเพิ่ม 2) เวลาที่กินอาหารที่ต้องปรุง เช่น ก๋วยเตี๋ยว บะหมี่ ผัดซีอิ๊ว คุณมักปรุงก่อนค่อย ชิมเสมอ 3) อาหารที่คุณทำเองคุณมักเติมเครื่องปรุง จำพวก ซุปก้อน ผงปรุงรส ผงชูรส 4) มีหลายคนบ่นว่า อาหารที่คุณทำ หรือที่คุณปรุงเอง มีรสเค็ม 5) บนโต๊ะอาหารคุณมักมีเครื่องปรุงรสเค็ม เช่น เกลือ น้ำปลา ซอส ซีอิ๊ว วาไร้ เสมอ และ 6) เวลาที่คุณกินอาหารถึงสำเร็จรูปคุณมักเติมเครื่องปรุงจนหมดของ

พฤติกรรมชอบบริโภคผลิตภัณฑ์อาหารปรุงแต่งที่มีรสเค็ม จำนวน 2 ข้อ ได้แก่ 1) คุณกินกลุ่มผลิตภัณฑ์อาหารที่มาจากเนื้อและปลาที่มีความเค็ม เช่น แหนม ไส้กรอก แฮม ปลาเค็ม ค่อยข้างบ่อย (3-4 ครั้ง/สัปดาห์) และ 2) คุณกินอาหารประเภทอาหารสำเร็จรูป และอาหารกระป๋อง เช่น บะหมี่กึ่งสำเร็จรูป โจ๊กกึ่งสำเร็จรูป ปลากระป๋อง ค่อนข้างบ่อย (3-4 ครั้ง/สัปดาห์)

พฤติกรรมชอบละเอียดไม่สนใจอ่านฉลาก หาความรู้ จำนวน 2 ข้อ ได้แก่ 1) คุณยังอ่านฉลากโภชนาการไม่เป็น หรือไม่เคยอ่านฉลากโภชนาการก่อนเลือกซื้อเลย และ 2) คุณไม่เคยมีความรู้เกี่ยวกับอาหารที่มีเกลือ หรือโซเดียมสูงเลย

ระดับพฤติกรรมเกี่ยวกับการบริโภคอาหารรสเค็มและการใช้เครื่องปรุงรสในครัวเรือน ก่อนดำเนินการมาตรการชุมชน จำแนกรายข้อคำถาม พบว่า พฤติกรรมเกี่ยวกับการบริโภคอาหารรสเค็มและการใช้เครื่องปรุงรสในครัวเรือนที่ถูกต้อง มากกว่า ร้อยละ 50.0 เพียง 1 ข้อ คือ กินอาหารจำพวก ชนมกรูบกรอบปรุงรส มันฝรั่งทอดกรอบ ปลาเส้น สำหรับปรุงรส ค่อนข้างบ่อย (3-4 ครั้ง/สัปดาห์) ร้อยละ 67.5

ระดับพฤติกรรมเกี่ยวกับการบริโภคอาหารรสเค็มและการใช้เครื่องปรุงรสในครัวเรือน หลังดำเนินการมาตรการชุมชน จำแนกรายข้อคำถาม พบว่า พฤติกรรมเกี่ยวกับการบริโภคอาหารรสเค็มและการใช้เครื่องปรุงรสในครัวเรือนที่ถูกต้อง มากกว่า ร้อยละ 50.0 ทุกข้อ แตกต่างจากก่อนดำเนินการ ระหว่างร้อยละ 7.5-55.0 เรียงตามลำดับดังนี้ 1) คุณไม่เคยมีความรู้เกี่ยวกับอาหารที่มีเกลือ หรือโซเดียมสูงเลยร้อยละ 87.5 2) คุณกินน้ำจิ้มในอาหารจำพวก ลูกชิ้น ข้าวมันไก่ สุกี้ หมูกระทะโดยไม่คิดถึง ปริมาณการกินในแต่ละครั้งเลย ร้อยละ 80.0 3) บนโต๊ะอาหารคุณมักมีเครื่องปรุงรสเค็ม เช่น เกลือ น้ำปลา ซอส ซีอิ๊ว วางไว้ เสมอร้อยละ 75.0 4) คุณกินอาหารจำพวก ชนมกรูบกรอบปรุงรส มันฝรั่งทอดกรอบ ปลาเส้น สำหรับปรุงรส ค่อนข้างบ่อย (3-4 ครั้ง/สัปดาห์) ร้อยละ 75.0 5) เวลาที่คุณกินอาหารถึงสำเร็จรูป คุณมักเติมเครื่องปรุงจนหมดซองร้อยละ 72.5 6) ทุกครั้งที่คุณกินผลไม้สด คุณต้องจิ้มพริกเกลือ หรือน้ำปลาหวานร้อยละ 72.0 7) มีหลายคนบ่นว่า อาหารที่คุณทำ หรือที่คุณปรุงเอง มีรสเค็ม ร้อยละ 67.5 8) เวลาที่กินอาหารที่ต้องปรุง เช่น ก๋วยเตี๋ยว บะหมี่ ผัดซีอิ๊ว คุณมักปรุงก่อนค่อย ชิมเสมอ ร้อยละ 64.0 9) คุณยังอ่านฉลากโภชนาการไม่เป็นหรือไม่เคยอ่านฉลากโภชนาการก่อนเลือกซื้อเลย ร้อยละ 62.5 10) อาหารที่คุณทำเองคุณมักเติมเครื่องปรุง จำพวก ซุปก้อน ผงปรุงรส ผงชูรส ร้อยละ 62.5 11) คุณกินกลุ่มผลิตภัณฑ์อาหารที่มาจากเนื้อและปลาที่มีความเค็ม เช่น แหนม ไส้กรอก แฮม ปลาเค็ม ค่อนข้างบ่อย (3-4 ครั้ง/สัปดาห์) ร้อยละ 62.5 12) คุณกินอาหารประเภทอาหารสำเร็จรูป และอาหารกระป๋อง เช่น บะหมี่กึ่งสำเร็จรูป โจ๊กกึ่งสำเร็จรูป ปลากระป๋อง ค่อนข้างบ่อย (3-4 ครั้ง/สัปดาห์) ร้อยละ 57.5 13) เวลาที่กินอาหารตามร้าน เช่น ก๋วยเตี๋ยว อาหารจานเดียว ข้าวราดแกง คุณมักเติมเครื่องปรุงรสเค็มเพิ่ม ร้อยละ 55.0 14) คุณเป็นผู้ที่ชอบอาหารที่มีรสเค็ม ร้อยละ 52.5 และ 15) คุณกินอาหารนอกบ้าน หรือซื้อกลับมากินที่บ้านเป็นประจำ (2-3 มื้อ/วัน) ร้อยละ 52.5 ตามลำดับ รายละเอียดนำเสนอตามตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ร้อยละกลุ่มตัวอย่างพฤติกรรมการบริโภคอาหารรสเค็มและการใช้เครื่องปรุงรสในครัวเรือน จำแนกตามก่อนและหลังดำเนินการ 3 เดือน

พฤติกรรมการบริโภคอาหารรสเค็ม	ก่อนดำเนินการ ร้อยละ (n=40)	หลังดำเนินการ ร้อยละ (n=40)	ร้อยละที่เพิ่มขึ้น ร้อยละ (n=40)
1.คุณไม่เคยมีความรู้เกี่ยวกับอาหารที่มีเกลือหรือโซเดียมสูงเลย	32.5	87.5	55.0
2.คุณกินน้ำจิ้มในอาหารจำพวก ลูกชิ้น ข้าวมันไก่ สุกี้ หมูกระทะโดยไม่คิดถึงปริมาณการกินในแต่ละครั้งเลย	37.5	80.0	42.5
3.บนโต๊ะอาหารคุณมักมีเครื่องปรุงรสเค็ม เช่น เกลือ น้ำปลา ซอส ซีอิ๊ว วางไว้ เสมอ	22.5	75.0	52.5
4.คุณกินอาหารจำพวก ขนมกรุบกรอบ ปรุงรส มันฝรั่งทอดกรอบ ปลาเส้น สำหรับปรุงรส ค่อนข้างบ่อย (3-4 ครั้ง/สัปดาห์)	67.5	75.0	7.5
5.เวลาที่กินอาหารถึงสำเร็จรูป คุณมักเติมเครื่องปรุงจนหมดซอง	17.5	72.5	55.0
6.ทุกครั้งที่กินผลไม้สด คุณต้องจิ้มพริกเกลือ หรือน้ำปลาหวาน	35.0	72.0	37.0
7.มีหลายคนบอกว่า อาหารที่คุณทำ หรือที่คุณปรุงเอง มีรสเค็ม	35.0	67.5	37.5
8.เวลาที่กินอาหารที่ต้องปรุง เช่น ก๋วยเตี๋ยว บะหมี่ ผัดซีอิ๊ว คุณมักปรุงก่อนค่อย ชิมเสมอ	27.5	64.0	36.5
9.คุณยังอ่านฉลากโภชนาการไม่ เป็นหรือไม่เคยอ่านฉลากโภชนาการก่อนเลือกซื้อเลย	22.5	62.5	40.0
10.อาหารที่คุณทำเองคุณมักเติมเครื่องปรุง จำพวก ซุปก้อน ผงปรุงรส ผงชูรส	40.0	62.5	22.5
11.คุณกินกลุ่มผลิตภัณฑ์อาหารที่มาจากเนื้อและปลาที่มีความเค็ม เช่น แหนม ไส้กรอก แฮม ปลาเค็ม ค่อยข้างบ่อย (3-4 ครั้ง/สัปดาห์)	42.5	62.5	20.0

ตารางที่ 3 ร้อยละกลุ่มตัวอย่างพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารรสเค็มและการใช้เครื่องปรุงรสในครัวเรือน
จำแนกตามก่อนหลังดำเนินการ 3 เดือน (ต่อ)

พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารรสเค็ม	ก่อนดำเนินการ ร้อยละ (n=40)	หลังดำเนินการ ร้อยละ (n=40)	ร้อยละที่เพิ่มขึ้น ร้อยละ (n=40)
12.คุณกินอาหารประเภทอาหาร กึ่งสำเร็จรูป และอาหารกระป๋อง เช่น บะหมี่กึ่งสำเร็จรูป โจ๊กกึ่งสำเร็จ รูป ปลากระป๋อง ค่อนข้างบ่อย (3-4 ครั้ง/สัปดาห์)	45.0	57.5	12.5
13.เวลาที่กินอาหารตามร้าน เช่น ก๋วยเตี๋ยว อาหารจานเดียว ข้าวราดแกง คุณมัก เติมเครื่อง ปรุงรสเค็มเพิ่ม	30.0	55.0	25.0
14.คุณเป็นผู้ที่ชอบอาหารที่มี รสนำเป็น “รสเค็ม”	40.0	52.5	12.5
15. .คุณกินอาหารนอกบ้าน หรือซื้อกลับมากินที่บ้านเป็นประจำ (2-3 มื้อ/วัน)	42.5	52.5	10.0

3.2)พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารรสเค็มและการใช้เครื่องปรุงรสในครัวเรือน ก่อนดำเนินการ
คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม 4.03 คะแนน ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 1.51. หลังดำเนินการตาม
มาตรการชุมชน 3 เดือน คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมเพิ่มเป็น 9.63 คะแนน ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
เท่ากับ 1.92

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบผลต่างเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารรสเค็มและการใช้เครื่องปรุงรสใน
ครัวเรือน ระยะก่อนดำเนินการ และหลังดำเนินการ 3 เดือน

พฤติกรรมการ บริโภคอาหารรส เค็ม	ค่าเฉลี่ย	ส่วน เบี่ยงเบน มาตรฐาน	ค่าเฉลี่ยของ ความต่าง	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐานของ ความต่าง	t	P-value
ก่อนการดำเนินงาน	4.03	1.510	5.6	2.479	-14.289	0.000
หลังการดำเนินงาน	9.63	1.917				

*** p< 0.001

วิจารณ์

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR) เพื่อพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดการบริโภคเค็ม โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในการแก้ไขปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ที่เกิดจากการบริโภคอาหารที่มีรสเค็มมากกว่าที่ร่างกายต้องการ ผลจากการศึกษาด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมผู้เกี่ยวข้องในชุมชนสามารถกำหนดมาตรการชุมชนจำนวน 5 มาตรการ ประกอบด้วย 1) การประชาสัมพันธ์ก่อนดำเนินการ เพื่อให้ประชาชนในชุมชนรับทราบ ผ่านช่องทางต่างๆในชุมชน อาทิเช่นประชาสัมพันธ์ผ่านทางหอกระจายข่าวในชุมชนทุกวัน ช่วงเวลาที่มีงานประเพณี/งานทำบุญต่างๆในวัด และแจ้งข่าวสารหน้าเสาธงในโรงเรียน 2) ขอความร่วมมือผู้เกี่ยวข้อง ได้แก่ ร้านค้า แม่บ้าน ที่ร่วมดำเนินการปรับสูตรอาหาร 3) อบรมให้ความรู้เรื่องการบริโภคอาหารลดเค็ม โรคความดันโลหิตสูงและโรคไตเรื้อรังให้แก่ผู้จำหน่ายอาหารในหมู่บ้าน แม่บ้าน อสม. ครู นักเรียน 4) จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในชุมชนประเด็นการจัดมหกรรมอาหารเพื่อสุขภาพ แข่งขันการทำอาหารรสจืด ชื่นชมบุคคลต้นแบบ และสร้างความตระหนักโดยการใช้เครื่องมือวัดระดับความเค็ม (Salt Meter) 5) ติดตามและประเมินผลพฤติกรรมลดการบริโภคอาหารรสเค็มในครัวเรือน โดยเจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ร่วมกับแกนนำชุมชนหรือ อสม. ทำให้เกิดชุมชนต้นแบบลดเค็ม ลดโรค เขตสุขภาพที่ 3 และพบว่าทั้ง 5 มาตรการสามารถเปลี่ยนแปลงคะแนนพฤติกรรมเฉลี่ยระยะก่อนดำเนินการและหลังดำเนินการ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 พฤติกรรมที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างโดดเด่น ได้แก่ 1) การเติมเครื่องปรุงจนหมดซองเมื่อกินอาหารถึงสำเร็จรูป 2) การอ่านฉลากโภชนาการก่อนเลือกซื้อ และ 3) การวางเครื่องปรุงที่มีรสเค็มบนโต๊ะอาหาร ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เพื่อแก้ไขปัญหาพฤติกรรมลดการบริโภคอาหารที่มีเกลือโซเดียมสูงของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมลดการบริโภคอาหารที่ใช้เครื่องปรุงหลากหลายประเภท ลดลงร้อยละ 41.7⁽²⁰⁾ และการวิจัยทดลองการใช้ชุดมาตรการลดบริโภคเค็มในชุมชนต้นแบบ พบว่าค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่มีเกลือและโซเดียมสูง ระยะก่อนการศึกษาและระยะหลังแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05⁽²¹⁾ รวมทั้งสอดคล้องกับการศึกษาพัฒนารูปแบบการลดการบริโภคเค็มในกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่ากลุ่มตัวอย่างคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นร้อยละ 87.1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.001⁽²²⁾ อย่างไรก็ตามสำหรับพฤติกรรมลดการบริโภคอาหารรสเค็มที่ยังต้องมีการปรับปรุงแก้ไขได้แก่ 1) ความชอบอาหารที่มีรสเค็ม 2) การกินอาหารนอกบ้านหรือซื้อกลับมากินเองที่บ้านเป็นประจำ และ 3) การกินอาหารจำพวกขนมกรุบกรอบปรุงรสมันฝรั่งทอดกรอบ ปลาเส้น สาหร่ายปรุงรส ค่อนข้างบ่อย ตามลำดับ ดังนั้นอาจกล่าวโดยสรุปได้ว่ามาตรการดำเนินการ 5 มาตรการที่นำไปทดลองในชุมชน สามารถเพิ่มพฤติกรรมลดเค็มในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นพื้นที่ศึกษาครั้งนี้ได้ และสามารถเป็นตัวอย่างต้นแบบในการขยายผลลักษณะการดำเนินงานไปสู่พื้นที่ ที่มีบริบท

ที่ใกล้เคียงกันได้ ข้อเสนอแนะจากการศึกษา รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดการบริโภคเค็ม โดยใช้การมีส่วนร่วมของชุมชนนี้ได้นำมาดำเนินการร่วมกับเครือข่ายในพื้นที่ซึ่งได้ร่วมกัน วิเคราะห์พัฒนารูปแบบและกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อให้เข้ากับบริบทของชุมชน กำหนดแนวทางการดำเนินงานที่ชัดเจนและเหมาะสม ซึ่งควรส่งเสริมให้มีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องเพื่อให้เกิดความยั่งยืนในการลดการบริโภคเค็ม เพื่อเป็นการลดโรคเรื้อรังต่าง ๆ ในชุมชน รวมทั้งในพื้นที่ที่มีบริบทคล้ายคลึงกันก็สามารถนำผลการวิจัยไปพัฒนาให้เข้ากับบริบทพื้นที่ของตนเองได้และควรศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพเกี่ยวกับการบริโภคอาหารรสเค็มและการใช้เครื่องปรุงรสในครัวเรือน ใน กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มป่วยโรคความดันโลหิตสูง เนื่องจากสามารถทราบปัญหาเจาะลึกในกรณีที่ไม่สามารถลดพฤติกรรมบริโภคเกลือโซเดียมลงได้ เนื่องจาก พบว่าเป็นสาเหตุหลักที่ทำให้ความดันโลหิตสูงได้ดีขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณนายแพทย์ ดิเรก ขำแป้น ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์ ที่สนับสนุนการ ดำเนินงานชุมชนลดเค็ม ลดโรค ต้นแบบเขตสุขภาพที่ 3 ขอขอบคุณนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพิจิตร ที่อนุญาตให้ลงพื้นที่สร้างชุมชนต้นแบบ รวมทั้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอบางมูลนาก โรงพยาบาลบางมูลนาก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังตะกู องค์การบริหารส่วนตำบลวังตะกู ในการให้ความอนุเคราะห์ในการประสานงาน อำนวยความสะดวกต่าง ๆ ในพื้นที่ให้กับผู้วิจัย และขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่สละเวลาอันมีค่าในการเข้าร่วมการดำเนินการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Global Action Plan for the Prevention and Control of Non-communicable Diseases 2013–2020. Geneva: World Health Organization. 2013.
2. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 6 พ.ศ. 2556 . [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี : พิมพ์สิทธิ์พัฒนา, 2557 [เข้าถึงเมื่อ 9 ธันวาคม 2562]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.sem100library.in.th/medias/b10583.pdf>
3. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. รายงานวิจัยการสำรวจสถานการณ์การแสดงข้อมูลโภชนาการและปริมาณโซเดียมบนฉลากอาหารในผลิตภัณฑ์อาหารสำเร็จรูปที่พร้อมบริโภคทันที ปี 2555–2558.
4. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. เอกสารหลักประกอบการพิจารณามติสมัชชา สุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 8 พ.ศ. 2558. นโยบายการลดบริโภคเกลือและโซเดียมเพื่อลดโรคไม่ติดต่อ (NCDs). ระเบียบวาระที่ 2.4 สมัชชาสุขภาพ 8 / หลัก 4. 17 พฤศจิกายน 2558. [อินเทอร์เน็ต]. 2558. [เข้าถึงเมื่อ 9 ธันวาคม 2564]. เข้าถึงได้จาก: <https://3c5.com/Wowkt>.
5. Aburto NJ, Hanson S, Gutierrez H, Hooper L, Elliott P, Cappuccio FP. Effect of increased potassium intake on cardiovascular risk factors and disease:

systematic review and meta-analyses. BMJ. 2013 Apr 3;346:f1378.

doi:10.1136/bmj.f1378. PMID: 23558164; PMCID: PMC4816263.

6.วิชัย เอกพลากร, (บรรณาธิการ). รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562 – 2563. อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์: กรุงเทพมหานคร. คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดีมหาวิทยาลัยมหิดล. 2564

7.วิชัย เอกพลากร. (บรรณาธิการ). รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557. อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์: กรุงเทพมหานคร. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) 2559.

8.วิชัย เอกพลากร. (บรรณาธิการ). การสำรวจด้านโภชนาการ การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2552. นนทบุรี : สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย , 2553.

9.กองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข และองค์การยูนิเซฟ สำนักงานประเทศไทย รายงานการสำรวจปริมาณการบริโภคโซเดียมคลอไรด์ของประชากรไทย; 2552.

10. สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข รายงานการสำรวจการบริโภคอาหารของประชาชนไทย การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2552; มิถุนายน 2554.

11. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานผลการทบทวนรูปแบบการดำเนินงานป้องกันการเกิดโรคไม่ติดต่อในวิถีชีวิต ด้วยการลดการบริโภคเกลือ. กรุงเทพฯ: องค์การส่งเสริมสุขภาพอนามัย. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. 2556.

12. Mozaffarian D, Fahimi S, Singh GM, Micha R, Khatibzadeh S, Engell RE. et al. Global Sodium Consumption and Death from Cardiovascular Causes. N Engl J Med. 2014; 371:624-34.

13. He FJ, Li J, Macgregor GA. Effect of longer-term modest salt reduction on blood pressure. Cochrane Database Syst Rev. 2013 Apr 30;(4):CD004937.

14. Aburto NJ, Ziolkovska A, Hooper L, Elliott P, Cappuccio FP, Meerpohl JJ. Effect of lower sodium intake on health: systematic review and meta-analyses.

BMJ (Clinical research ed.), 2013; 46, f1326. <https://doi.org/10.1136/bmj.f1326>.

15. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. คู่มือการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยยึดชุมชนเป็นฐาน: ชุมชนลดเสี่ยงลดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (CBI NCDs) สำหรับบุคลากรสาธารณสุข ผู้รับผิดชอบโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ปี 2561. กรุงเทพฯ: บริษัทโหมضانอาร์ต จำกัด. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. 2561.

16. Standard report group in Ministry of Health. Critical NCD Illness Report [Internet]. 2019. [cited 2020 Dec 12]. Available from: <https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index.php>

17. กลุ่มพัฒนานวัตกรรมและวิจัย สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์. แผนงานวิจัยด้านการป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพ พ.ศ.2563 – 2565. งานวิจัยและวารสาร.

กลุ่มพัฒนานวัตกรรมและวิจัย สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์.2562.

18. MIS ศูนย์ข้อมูลสารสนเทศด้านสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร. จำนวนประชากรแยกตามอายุและเพศ ปี 2561 รายอำเภอ ตำบล หมู่บ้าน.บ้านวังขอนขง ม.09 ตำบลวังตะกู อำเภอบางมูลนาก จังหวัดพิจิตร. [อินเทอร์เน็ต]. 2561. [เข้าถึงเมื่อ 14 มกราคม 2565].

เข้าถึงได้จาก: <http://1ab.in/b1M5>

19.สำนักโภชนาการ กรมอนามัย.แบบประเมินพฤติกรรมที่ทำให้ระดับ ความเค็ม ของคุณเพิ่มขึ้น : ข้อมูลและสื่อให้ความรู้ในการดำเนินกิจกรรม ; 2559.

20. Sirikwan Pensuwan. Low salt... Health promoting development. academic database

Phatthalung Provincial Public Health Office; 2019 [cited 2019 Sep 22].

Available from: <https://bit.ly/3Gu0msb>

21. Nuttiwan Panmung, Khanitha Srisawat, Praphatsara Bunthawi. The experimental study of using the low salt intervention program in communities. Department of health Service Support Journal 2020;16:39-48.

22. Som Nasa-arn, Thipaporn Rachagrai. Development of a Reduced Salty Intake Model in the High Blood Pressure Suspected Cases. Journal of the Office of Disease Prevention and Control 7, Khon Kaen 2020;3:99-110.