

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังด้านการบริโภคอาหารรสเค็ม โดยใช้ชุมชนเป็นฐานในพื้นที่ภาคเหนือตอนบน ปี พ.ศ. 2563

อำนาจ เมืองแก้ว ส.ม.(สาธารณสุขศาสตร์) อัสระพวงค์ เพล็ดเพลิน วท.บ.(สาธารณสุขศาสตร์)
จิตรรัตน์ ปองทอง วท.ม.(ระบาดวิทยา) เกษศิริพันธ์ พุทรวงศ์ พย.บ.

บทคัดย่อ

ความเป็นมา : โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญระดับโลกและระดับประเทศ ซึ่งนับวันจะทวีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น ซึ่งสาเหตุสำคัญหนึ่งคือ พฤติกรรมการบริโภคที่ไม่เหมาะสม ทำให้ได้รับสารอาหารบางอย่างมากเกินไปเกินความต้องการของร่างกาย โดยเฉพาะเกลือโซเดียม จากการสำรวจการบริโภคเกลือโซเดียมในประเทศไทย พบว่าคนไทยได้รับโซเดียมจากการรับประทานอาหารมากถึง 4,351.69 มิลลิกรัมต่อวัน เกินกว่าที่องค์การอนามัยโลกกำหนด ซึ่งการบริโภคเกลือโซเดียมมากเกินไปเกินความต้องการมีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

วัตถุประสงค์ : เพื่อเปรียบเทียบความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมด้านการบริโภคอาหารรสเค็ม ก่อนและหลังดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน ในพื้นที่ภาคเหนือตอนบน

วิธีการศึกษา : เป็นการศึกษาวิจัยเชิงประจักษ์ โดยมีการสำรวจระดับความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมในการบริโภคอาหารรสเค็ม ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ก่อนและหลังดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตาม 8 ขั้นตอน โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้ศึกษาพัฒนาขึ้นจาก การทบทวนวรรณกรรม ระยะเวลาการศึกษา ระหว่างมีนาคม – ธันวาคม 2563 พื้นที่ศึกษา ชุมชนที่สมัครใจเข้าร่วมจังหวัดละ 1 ชุมชน ในเขตพื้นที่ภาคเหนือตอนบน รวมทั้งสิ้น 8 ชุมชน เก็บข้อมูลก่อนและหลังดำเนินการ เพื่อเปรียบเทียบผลการดำเนินงาน จำนวนชุมชนละ 60 ตัวอย่าง รวมทั้งสิ้น 480 ตัวอย่าง วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงวิเคราะห์เปรียบเทียบโดยใช้สถิติ paired samples t-test

ผลการศึกษา : จากการดำเนินงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังด้านการบริโภคอาหารรสเค็ม โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน พบว่า หลังดำเนินการกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มมากกว่าก่อนดำเนินการในทุกๆด้าน โดยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในด้านความรู้ และด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหารรสเค็ม (7.25 ± 1.94 v.s. 8.01 ± 1.32 , $p < 0.001$ และ 2.22 ± 0.19 vs 2.26 ± 0.21 , $p < 0.001$ ตามลำดับ) ในขณะที่คะแนนเฉลี่ยด้านทักษะ ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (3.44 ± 0.38 vs 3.48 ± 0.46 , $p = 0.110$)

สรุปและข้อเสนอแนะ : การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน สามารถสร้างการเปลี่ยนแปลงความรู้และพฤติกรรมได้ อย่างไรก็ตามการเสริมสร้างทัศนคติในการลดการบริโภคเค็ม ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเพื่อหาแนวทางในการปรับเปลี่ยนเพื่อเสริมสร้างทัศนคติให้แก่กลุ่มเป้าหมายและเกิดพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ต่อไป

คำสำคัญ : โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พฤติกรรมเสี่ยง การบริโภคอาหารรสเค็ม ชุมชนเป็นฐาน

*สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่

Corresponding Author: Aumnat Muangkae E-mail: aumnat.dpc01@gmail.com

Received: 22 September 2022

Revised: 10 April 2023

Accepted: 18 April 2023

BEHAVIOR MODIFICATION AT RISK OF CHRONIC NON-COMMUNICABLE DISEASES IN RELATION TO CONSUMPTION OF SALTY FOOD USING THE COMMUNITY AS THE BASE IN THE UPPER NORTHERN REGION 2020

Aumnat Muangkae M.P.H.(Public Health) Isaraphong Perdporn B.Sc.(Public Health)
Jitrat Pongtong M.Sc.(Epidemiology) Khetsirin Putthawong B.N.S.

ABSTRACT

BACKGROUND: Non-communicable diseases (NCD) are important global and national health problem, causing an increased NCD burden more and more. One important cause is an inappropriate consumption behavior, resulting in excessive intake of certain nutrients beyond the body's requirements, particularly sodium. A survey of sodium consumption in Thailand found that Thais consume up to 4,351.69 milligrams of sodium per day, exceeding the recommended limit set by the World Health Organization. Excessive sodium consumption is associated with the incidence of chronic non-communicable diseases.

OBJECTIVE: To compare knowledge, attitudes, and behaviors related to salty food consumption before and after implementing behavior change interventions for non-communicable disease risk using the community as a base in the upper northern region.

METHODS: This is a pre- post-intervention research study, with a survey conducted to assess levels of knowledge, attitudes, and behaviors related to salty food consumption among individuals at risk for non-communicable diseases before and after implementing behavior change interventions using an 8-step community-based approach. Data was collected through a developed questionnaire based on literature review, conducted between March to December 2020. The study was conducted in 1 community in each of the 8 provinces in the upper northern region, with a total of 480 samples (60 samples per community) collected before and after the intervention. Data analysis included frequency, mean, standard deviation, and paired samples t-test for comparison using statistical analysis.

RESULTS: The result of community-based participation of health behavior change was found that, after the intervention, the average scores of the sample group increased in all aspects compared to before the intervention, with statistically significant differences in knowledge and behavior related to salty food consumption (7.25 ± 1.94 vs 8.01 ± 1.32 , $p < 0.001$ and 2.22 ± 0.19 vs 2.26 ± 0.21 , $p < 0.001$, respectively), while the average scores of attitude did not differ significantly statistically (3.44 ± 0.38 vs 3.48 ± 0.46 , $p = 0.110$).

Behavior modification at risk of chronic non-communicable diseases in relation to
consumption of salty food using the community as the base in the upper northern region 2020

CONCLUSIONS AND RECOMMENDATIONS: Community-Based participation of the health behavior change program can promote changes in knowledge and behavior. However, to strengthen attitudes towards reducing salt consumption, further studies should be conducted to find strategies for promoting favorable health attitudes among the target group and fostering desired health behaviors in the future.

KEYWORDS: non-communicable diseases, risk behavior, consumption of salty food,
community based Intervention

* Office of Disease Prevention and Control, Region 1 Chiang Mai

Corresponding Author: Aumnat Muangkae E-mail: aumnat.dpc01@gmail.com
Received: 22 September 2022 Revised: 10 April 2023 Accepted: 18 April 2023

ความเป็นมา

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (non-communicable diseases หรือ กลุ่มโรค NCDs) ถูกยกระดับเป็นวาระที่สำคัญระดับโลกและของประเทศไทยที่นับวันจะทวีความรุนแรงมากขึ้นเนื่องจากเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรรวมทั้งส่งผลกระทบต่อสังคมและเศรษฐกิจ โรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สำคัญได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และยังมีโรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง ที่เป็นภัยเงียบส่งผลกระทบต่อสุขภาพทำให้เกิดการเจ็บป่วย ความพิการ การสูญเสียสุขภาพ คุณภาพชีวิต และตายก่อนวัยอันควร จำนวนมาก โดยมีปัจจัยเสี่ยงทางพฤติกรรมร่วมที่สำคัญ 4 ปัจจัยด้วยกัน ได้แก่ 1) การบริโภคยาสูบ 2) การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 3) การบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม 4) การมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ ปัจจัยด้านสรีรวิทยา 4 ปัจจัย ได้แก่ 1) ไขมันในเลือดสูง 2) ความดันโลหิตสูง 3) ระดับน้ำตาลในเลือดสูง 4) ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน นอกจากนี้ความเครียดเรื้อรังเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญอีกหนึ่งปัจจัย¹

จากข้อมูลการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงและการบาดเจ็บของสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค ปี พ.ศ. 2558 ในส่วนของการบริโภคเกลือ พบว่าคนไทยส่วนใหญ่ยังมีความเข้าใจผิดว่า สิ่งที่ทำให้ความเค็มหรือเกลือโซเดียมมีอยู่ในเกลือ หรือน้ำปลาเท่านั้น ซึ่งในปัจจุบันได้มีเครื่องปรุงรส รวมไปถึงอาหารกึ่งสำเร็จรูปต่าง ๆ ล้วนมีสารให้ความเค็ม (เกลือโซเดียม) เป็นส่วนประกอบ โดยล่าสุดพบคนไทยบริโภคเกลือโซเดียม เฉลี่ย 4,351.69 มิลลิกรัมต่อวัน หรือกว่า 2 ช้อนชา ซึ่งเกินกว่าที่องค์การอนามัยโลกกำหนด คือ 2,000 มิลลิกรัม หรือ 1 ช้อนชาต่อวัน โดยการบริโภคอาหารที่มีรสเค็มอย่างต่อเนื่องเป็นปัจจัยเสี่ยง อันดับ 2 ที่ทำให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูง นำไปสู่โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น โรคไตเรื้อรัง โรคหัวใจ โรคเบาหวาน ที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น² ซึ่งสอดคล้องกับการที่องค์การอนามัยโลกได้กำหนดให้การลดเกลือโซเดียม เป็น 1 ใน 9

เป้าหมายระดับโลกในการควบคุมปัญหาโรคไม่ติดต่อ (NCDs) ภายใน พ.ศ.2568 โดยกำหนดให้ลดการบริโภคเกลือและโซเดียมลงร้อยละ 30 ภายใน พ.ศ. 2568³ ซึ่งประเทศไทยโดยการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 6 ใน พ.ศ.2557 ได้ทำการรับรองทั้ง 9 เป้าหมายดังกล่าวให้เป็นเป้าหมายในการดำเนินงานของประเทศไทย⁴ ซึ่งถือเป็นความท้าทายของสังคมไทยในการจัดการปัญหา NCDs อย่างยิ่งและเพื่อให้เกิดการลดภาระโรคจากโรค NCDs โดยการลดการบริโภคเกลือและโซเดียมในปริมาณสูงในประชากรไทยอย่างจริงจังจึงได้มีมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 8 พ.ศ.2558 เรื่องนโยบายการลดบริโภคเกลือและโซเดียมเพื่อลดโรคไม่ติดต่อ (NCDs) จัดให้มีและขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การลดการบริโภคเกลือและโซเดียมในประเทศไทย พ.ศ. 2559-2568 ที่เป็นรูปธรรมต่อไป⁵

ชุมชนจะสามารถป้องกันและชะลอการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้ ประชาชนจะต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง ร้อยละ 80.00 ขึ้นไป ดังนั้นเพื่อให้สอดคล้องกับการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ จึงมุ่งเน้นที่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงด้านการบริโภคเกลือและโซเดียม การดำเนินงานดังกล่าวจะเกิดประสิทธิผลและมีความยั่งยืน ต้องอาศัยพลังของประชาชนเป็นรากฐาน การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนที่เน้นชุมชนเป็นจุดศูนย์กลางการสร้างความเข้มแข็งให้กับชุมชนด้วยการส่งเสริมและสนับสนุนให้เกิดการดูแลสุขภาพในชุมชนเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง รวมทั้งในด้านปัจจัยทางสังคม ปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อม และพฤติกรรมเสี่ยงในชุมชน โดยการระดมทรัพยากรและภูมิปัญญาท้องถิ่นผ่านกระบวนการร่วมคิดร่วมทำในชุมชนอย่างเป็นระบบ ตลอดจนสร้างความมุ่งมั่นร่วมกันของบุคลากรสาธารณสุขทุกระดับ รวมทั้งการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ท้องถิ่น ภาครัฐ และภาคเอกชนต่าง ๆ จึงจะสร้างความยั่งยืนและลดการเกิดโรค ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในระยะยาวได้ ซึ่งกระบวนการเหล่านี้ คือ การใช้ชุมชนเป็นฐาน (Community Based Intervention; CBI)⁶

วัตถุประสงค์

เพื่อเปรียบเทียบ ความรู้ ทักษะ และ พฤติกรรมในการบริโภคอาหารรสเค็ม ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในพื้นที่ภาคเหนือตอนบน ก่อนและหลังดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษารูปแบบการวิจัยประเมินผล (evaluation research) ดำเนินการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้น จากการทบทวนเอกสารวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยดัดแปลงและปรับเปลี่ยนเนื้อหาตามความเหมาะสมจากแบบสอบถามการประเมินความรู้ ทักษะ และ พฤติกรรมสุขภาพด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรังภาคเหนือตอนบนก่อนและหลังดำเนินการ ระยะเวลาในการศึกษา ระหว่างมีนาคม - ธันวาคม 2563

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา ได้แก่ ประชาชนที่อาศัยในชุมชน 8 จังหวัด ในเขตภาคเหนือตอนบน ในช่วงเวลาที่ศึกษาที่สมัครใจเข้าร่วม จังหวัดละ 1 ชุมชน รวมทั้งสิ้น 8 ชุมชน ประกอบด้วย 1.) ชุมชนบ้านไร่หลวง หมู่ 3 ตำบลทุ่งรวงทอง อำเภอแม่ว่าง จังหวัดเชียงใหม่ 2.) ชุมชนบ้านห้วยไซ หมู่ 13 ตำบลห้วยหยาบ อำเภอบ้านธิ จังหวัดลำพูน 3.) ชุมชนบ้านทุ่งคาใต้ หมู่ 10 ตำบลแม่สุก อำเภอแจ้ห่ม จังหวัดลำปาง 4.) ชุมชนบ้านท่าขวัญ หมู่ 3 ตำบลท่าข้าม อำเภอเมืองแพร่ จังหวัดแพร่ 5.) ชุมชนบ้านทุ่งกวาง หมู่ 1 ตำบลแงง อำเภอปัว จังหวัดน่าน 6.) ชุมชนบ้านฮ่องลึก หมู่ 4 ตำบลสบง อำเภอภูซาง จังหวัดพะเยา 7.) ชุมชนบ้านทรายมูล หมู่ 2 ตำบลจันจว้า อำเภอแม่จัน จังหวัดเชียงราย และ 8.) ชุมชนบ้านห้วยโป่ง หมู่ 1 ตำบลห้วยโป่ง อำเภอเมืองแม่ฮ่องสอน จังหวัดแม่ฮ่องสอน

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างคำนวณจากโปรแกรมสำเร็จรูปโดยกำหนดค่าอำนาจการทดสอบ (Power analysis) ที่ระดับร้อยละ 80 กำหนดค่าความผิดพลาดที่ยอมรับได้ไม่เกินร้อยละ 5 จะได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

460 คน และได้มีการเพิ่มกลุ่มตัวอย่างเพื่อทดแทนกลุ่มตัวอย่างที่อาจจะสูญหายไป หรือกลุ่มตัวอย่างที่อาจไม่มาตามนัดอีกร้อยละ 5 ทำให้ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 480 คน ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาจึงเป็นชุมชนละ 60 คน

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria)

1. อาศัยอยู่ในชุมชนที่สมัครใจเข้าร่วม มาแล้วไม่ต่ำกว่า 1 ปี
2. อายุ 18 ปีขึ้นไป สัญชาติไทย
3. สามารถสื่อความหมายได้อย่างเข้าใจ และอ่านออกเขียนได้
4. ให้ความร่วมมือและยินยอมในการตอบคำถามโดยสมัครใจ

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. มีอาการเจ็บป่วยรุนแรง กะทันหันต้องได้เข้ารับการรักษาโดยเร่งด่วน ไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้
2. ปฏิเสธหรือถอนตัวจากการศึกษา

นิยามศัพท์

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง หมายถึง กลุ่มของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขที่มีผลต่อการป่วย พิการ และตายก่อนวัยอันควร การพัฒนาการก่อโรคได้รับอิทธิพลจากปัจจัยเสี่ยงร่วมหนึ่งปัจจัย หรือ มากกว่า ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน กลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด

พฤติกรรมเสี่ยง หมายถึง การปฏิบัติตนที่อาจส่งผลหรือก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพ ประกอบด้วย การบริโภคอาหารหวาน มัน เค็มมากเกินไป การมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ การบริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และการสูบบุหรี่

การบริโภคอาหารรสเค็ม หมายถึง การบริโภคอาหารที่มีเกลือและโซเดียมเกิน 2,000 มิลลิกรัมต่อวัน หรือมากกว่าเกลือ 1 ช้อนชา

ชุมชนเป็นฐาน หมายถึง หมู่บ้านหรือชุมชน ที่มีการดำเนินการเพื่อจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ตามแนวทางการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (CBI)

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

แบบสอบถามที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้น จากการทบทวนเอกสารวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยดัดแปลงและปรับเปลี่ยนเนื้อหาตามความเหมาะสมจากแบบสอบถามการประเมินความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมสุขภาพด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรังภาคเหนือ ประกอบด้วย 4 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพหลัก ความเพียงพอของรายได้ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา และโรคประจำตัว

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารรสเค็ม ที่เกี่ยวข้องกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำนวน 9 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นปรนัย มี 2 คำตอบ คือ ใช่ และไม่ใช่ โดยตอบถูก ให้ 1 คะแนน ตอบผิด ให้ 0 คะแนน และใช้ทฤษฎีการแบ่งระดับของ Bloom⁷ ในการแบ่งระดับความรู้ เป็นระดับความรู้สูง ระดับความรู้ปานกลาง และระดับความรู้ต่ำ ดังนี้

- 7 – 9 คะแนน หมายถึง มีความรู้ระดับสูง
- 4 – 6 คะแนน หมายถึง มีความรู้ระดับปานกลาง
- 1 – 3 คะแนน หมายถึง มีความรู้ระดับต่ำ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับการบริโภคอาหารรสเค็ม ที่เกี่ยวข้องกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำนวน 13 ข้อ ลักษณะข้อคำถามโดยจะวัดทั้งทางบวกและทางลบ ผู้ตอบแบบสอบถามสามารถเลือกคำตอบได้เพียงคำตอบเดียว จะแบ่งระดับของทัศนคติออกเป็น 3 ระดับ เกณฑ์คะแนนเป็นแบบประมาณค่า (rating scale) โดยใช้เกณฑ์ของเบสต์ Best⁸ ดังนี้

- คะแนนเฉลี่ย 4.50 – 5.00 หมายถึง มีทัศนคติในระดับดีมากที่สุด
- คะแนนเฉลี่ย 3.50 – 4.49 หมายถึง มีทัศนคติในระดับดีมาก
- คะแนนเฉลี่ย 2.50 – 3.49 หมายถึง มีทัศนคติในระดับดี
- คะแนนเฉลี่ย 1.50 – 2.49 หมายถึง มีทัศนคติในระดับน้อย
- คะแนนเฉลี่ย 0.50 – 1.49 หมายถึง มีทัศนคติในระดับน้อยที่สุด

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการป้องกันตนเองด้านการบริโภคอาหารรสเค็ม ต่อการลดโอกาสเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ลักษณะเป็นคำถามแบบประมาณค่า (rating scale) จำนวน 15 ข้อ แบ่งเป็น 3 ระดับ ผู้ตอบแบบสอบถามสามารถเลือกคำตอบได้เพียงคำตอบเดียว ใช้เกณฑ์ในการแบ่งกลุ่มคะแนนเป็นอันดับสเกล (Ordinal Scale) 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ของ Best⁹ ดังนี้

- คะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.00 หมายถึง มีพฤติกรรมระดับที่ดี
- คะแนนเฉลี่ย 1.68 – 2.33 หมายถึง มีพฤติกรรมระดับปานกลาง
- คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.67 หมายถึง มีพฤติกรรมระดับที่ไม่ถูกต้อง

การพัฒนาคุณภาพเครื่องมือ ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และได้มีการทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability test) โดยการนำไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา ในพื้นที่อำเภอสันกำแพง จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 50 ราย และนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค โดยค่าความเที่ยงของแบบสอบถามรวมเท่ากับ 0.79

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินงานตามโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตาม 8 ขั้นตอน โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (ภาพที่ 1)

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

ประมวลผลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปทางสถิติ วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนาใช้สถิติวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล เพศ อายุ ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพหลัก ความเพียงพอของรายได้ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา และโรคประจำตัวใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ

2 ข้อมูลระดับความรู้ ทักษะ พฤติกรรมการบริโภคอาหารรสเค็ม ที่เกี่ยวข้องกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ก่อนและหลังดำเนินการ โดยหาค่าความถี่ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการเรียนรู้ ทักษะ พฤติกรรมการบริโภคอาหารรสเค็ม ที่เกี่ยวข้องกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ก่อนและหลังดำเนินการ โดยใช้สถิติ Paired Samples T-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

การพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัย ในมนุษย์

การศึกษาครั้งนี้เป็นการใช้ข้อมูลที่เป็นระบบงานที่มีอยู่แล้วตามปกติ เพื่อประเมินประสิทธิภาพของการทำงาน ซึ่งเป็นข้อมูลที่ไม่สามารถย้อนไประบุตัวบุคคลและไม่ใช่เป็นข้อมูลที่อ่อนไหวเกิดความเสียหายต่อผู้ให้ข้อมูล ทั้งนี้ การศึกษาวิจัย โดยขออนุญาตใช้ข้อมูลจากผู้อำนวยการสำนักงานควบคุมป้องกันโรคที่ 1 จังหวัดเชียงใหม่ เลขที่ สธ.0418.1/366 ลว. 1 กรกฎาคม 2565 ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามหลักจริยธรรม ภายใต้ปณิญาเฮลซิงกิของแพทยสมาคมโลก ค.ศ. 2013¹⁰



ภาพที่ 1 การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการศึกษา เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย เพศหญิง ร้อยละ 65.42 เพศชาย ร้อยละ 34.58 มีอายุอยู่ระหว่าง 51 - 60 ปี มากที่สุด ร้อยละ 41.25 รองลงมา อายุ 61 - 70 ปี และ 41 - 50 ปี ร้อยละ 27.29 และ 17.29 ตามลำดับ สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 59.17 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 64.17 ด้านเศรษฐกิจในครัวเรือน พบว่ารายได้ไม่เพียงพอกับรายจ่าย และไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 51.88, 53.75 ตามลำดับ โรคประจำตัว คือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 69.82 รองลงมา มีภาวะไขมันในเลือดสูงและโรคเบาหวาน ร้อยละ 18.47 และ 18.02 ตามลำดับ (ตารางที่ 1)

ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารรสเค็มที่เกี่ยวข้องกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พบว่า ก่อนดำเนินการลดพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน ชุมชนมีระดับความรู้ในระดับสูง ในขณะที่หลังดำเนินการก็มีระดับความรู้สูง โดยมีคะแนนเฉลี่ย 7.25 ± 1.98 และ 8.01 ± 1.32 ตามลำดับ โดยก่อนดำเนินการเรียงลำดับความรู้จากมากไปหาน้อยตามลำดับ ในประเด็นดังนี้ ข้อที่ 3, 5, 8, 7, 9, 6, 2, 1, 4 และหลังดำเนินการเรียงลำดับความรู้จากมากไปหาน้อย ตามลำดับในประเด็นดังนี้ ข้อที่ 5, 2, 6, 2, 1, 7, 8, 9, 4 ซึ่งหลังดำเนินการความรู้ในทุกประเด็นเพิ่มขึ้น ยกเว้น ข้อที่ 8 และ 9 (ตารางที่ 2)

ระดับความรู้ด้านการบริโภคอาหารรสเค็มภายหลังดำเนินการ มีระดับความรู้เพิ่มขึ้น จากก่อนดำเนินการ โดยมีความรู้ระดับสูงเพิ่มขึ้น จาก ร้อยละ 54.58 เป็น ร้อยละ 63.54 ความรู้ระดับปานกลางจากร้อยละ 32.29 เป็นร้อยละ 34.38 และมีความรู้ระดับต่ำลดลง จากร้อยละ 13.13 เหลือ ร้อยละ 2.08 (ตารางที่ 3)

เมื่อศึกษาทัศนคติด้านการบริโภคอาหารรสเค็ม ก่อนและหลังดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน พบว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่พบว่าหลังดำเนินการกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยด้านทัศนคติมากกว่าก่อนดำเนินการ (3.48 ± 0.46 และ 3.44 ± 0.38 ตามลำดับ) โดยจัดว่ามีระดับทัศนคติในระดับดี ประเด็นที่พบมีการเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ดีขึ้น และแตกต่างจากเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้แก่ข้อที่ 1, 2, 4, 7, และ 9 ตามลำดับ (ตารางที่ 4)

เมื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันตนเองด้านการบริโภคอาหารรสเค็ม ต่อการลดโอกาสเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ก่อนและหลังดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่า หลังดำเนินการกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมการมากกว่าก่อนดำเนินการ (2.26 ± 0.21 และ 2.22 ± 0.19 ตามลำดับ) โดยจัดว่ามีระดับพฤติกรรมในระดับปานกลาง ประเด็นที่พบมีการเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ดีขึ้น และแตกต่างจากเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้แก่ข้อที่ 8, 11, 12, 13, 14 และ 15 ตามลำดับ (ตารางที่ 5)

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารรสเค็ม ก่อนดำเนินการและหลังดำเนินการ พบว่าคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ และด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหารรสเค็ม เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (8.01 ± 1.32 vs 7.25 ± 1.98 , $p < 0.001$ และ 2.26 ± 0.21 vs 2.22 ± 0.19 , $p < 0.001$ ตามลำดับ) ในขณะที่คะแนนเฉลี่ยด้านทัศนคติเกี่ยวกับการบริโภคอาหารรสเค็ม หลังดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยใช้ชุมชนเป็นฐานเพิ่มขึ้นเล็กน้อย แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 6)

ตารางที่ 1

คุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่ได้ดำเนินการศึกษาการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังด้านการบริโภคอาหารรสเค็มโดยใช้ชุมชนเป็นฐานในพื้นที่ภาคเหนือตอนบน

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (n=480)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	166	34.58
หญิง	314	65.42
อายุ (ปี)		
18 – 40 ปี	15	3.13
41 – 50 ปี	83	17.29
51 – 60 ปี	198	41.25
61 – 70 ปี	131	27.29
70 ปีขึ้นไป	53	11.04
ระดับการศึกษาสูงสุด		
ไม่ได้เรียนหนังสือแต่อ่านเขียนไม่ได้	20	4.17
ได้เรียนหนังสือแต่ไม่จบประถมศึกษา	25	5.21
ประถมศึกษา	284	59.17
มัธยมศึกษา	64	13.33
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	63	13.13
อนุปริญญา/ปวส.	9	1.88
ปริญญาตรีและสูงกว่าปริญญาตรี	15	3.13
อาชีพหลัก		
เกษตรกร (ทำไร่ ทำสวน ทำนา)	308	64.17
แม่บ้าน	50	10.42
รับจ้าง	47	9.79
ค้าขาย	41	8.54
ว่างงาน	29	6.04
รับราชการ	5	1.04
ความเพียงพอของรายได้ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา		
รายได้ไม่เพียงพอกับรายจ่าย	249	51.88
รายได้เพียงพอกับรายจ่ายแต่ไม่เหลือเก็บ	198	41.25
รายได้เพียงพอกับรายจ่ายและเหลือเก็บ	33	6.88
โรคประจำตัว		
ไม่มีโรคประจำตัว	258	53.75
มีโรคประจำตัว	222	46.25
โรคความดันโลหิตสูง	155	69.82
ไขมันในเลือดสูง	41	18.47
โรคเบาหวาน	40	18.02
โรคหลอดเลือดสมอง	5	2.25
โรคหัวใจ	4	1.80
โรคไตเรื้อรัง	2	0.90

ตารางที่ 2 ความรู้ด้านการบริโภคอาหารรสเค็ม ก่อนและหลังดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (N=480)

คำถาม	ก่อนดำเนินการ		หลังดำเนินการ	
	ตอบถูก จำนวน (ร้อยละ)	ตอบผิด จำนวน(ร้อยละ)	ตอบถูก จำนวน(ร้อยละ)	ตอบผิด จำนวน(ร้อยละ)
1. เกลือมีโซเดียมเป็นส่วนประกอบ ร่างกายต้องการเพียง 2,000 มิลลิกรัมต่อวัน หรือเท่ากับเกลือ 1 ช้อนชาเท่านั้น	285 (59.37)	195 (40.63)	388 (80.83)	92 (19.17)
2. คนไทยบริโภคโซเดียมสูงเกินกว่าที่ร่างกายต้องการถึง 2 เท่าต่อวัน ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิด โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยเฉพาะโรคความดันโลหิตสูง โรคไต โรคหัวใจ และหลอดเลือดสมอง	320 (66.67)	160 (33.33)	399 (83.13)	81 (16.87)
3. แหล่งอาหารที่มีโซเดียมสูง ได้แก่ เครื่องปรุงรส (น้ำปลา น้ำซอว์ เกลือ ซอสหอยนางรม ผงชูรส รสดี ซุปก้อน น้ำจิ้มสุกี้) และ อาหารแปรรูป หรือ ถนอมอาหาร (ไส้กรอก ลูกชิ้น อาหารกระป๋อง ผักดอง กะปิ ผลไม้ดอง ปลาร้า เต้าเจี้ยว น้ำบูดู)	417 (86.88)	63 (13.12)	438 (91.25)	42 (8.75)
4. อาหารตามธรรมชาติล้วนมีโซเดียมอยู่ทั้งสิ้น ไม่ว่าจะเป็น ข้าวสวย ผลไม้ เนื้อสัตว์ ไม่จำเป็นต้องปรุงรสเพิ่ม	246 (51.25)	234 (48.75)	291 (60.62)	189 (39.38)
5. ผลจากอาหารที่ติดข้างภาชนะบรรจุ มีข้อมูลส่วนประกอบของอาหาร, ปริมาณสารอาหารที่สำคัญ คือ ปริมาณโซเดียม น้ำตาล ไขมัน ฯลฯ ซึ่งเราควรศึกษาก่อนซื้อ	414 (86.25)	66 (13.75)	446 (92.92)	34 (7.08)
6. โรคความดันโลหิตสูง เป็นสาเหตุสำคัญของโรคไตวาย	338 (70.42)	142 (29.58)	412 (85.83)	68 (14.17)
7. การกินเค็มทำให้อัตราการกรองของเสียผ่านไต มากขึ้น ทำให้ไตแข็งแรงมากขึ้น	365 (76.04)	115 (23.96)	386 (80.42)	94 (19.58)
8. การเพิ่มความหวานลงในอาหารช่วยให้กลบรสชาติความเค็ม ทำให้ช่วยลดปริมาณโซเดียมในอาหารลงได้	396 (82.50)	84 (17.50)	373 (77.71)	107 (22.29)
9. การลดน้ำหนัก การกินผักอย่างเพียงพอ และออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ไม่ช่วยทำให้ระดับความดันโลหิตลดลง	361 (75.21)	119 (24.79)	343 (71.46)	137 (28.54)
ค่าเฉลี่ยของการตอบคำถามที่ถูกต้อง (Mean±SD) (คะแนนเต็มทั้งหมด 9 คะแนน)	7.25±1.98		8.01±1.32	

ตารางที่ 3 ระดับความรู้ด้านการบริโภคอาหารรสเค็ม ก่อนและหลังดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (N=480)

การประเมินความรู้	ก่อนดำเนินการ		หลังดำเนินการ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ผู้ที่มีระดับความรู้สูง (ค่าคะแนน 7 – 9 คะแนน)	262	54.58	305	63.54
ผู้ที่มีระดับความรู้ปานกลาง (ค่าคะแนน 4 – 6 คะแนน)	155	32.29	165	34.38
ผู้ที่มีระดับความรู้ต่ำ(ค่าคะแนน 1 – 3 คะแนน)	63	13.13	10	2.08

ตารางที่ 4 ทศนคติด้านการบริโภคอาหารรสเค็ม ก่อนและหลังดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (N=480)

รายการ	ก่อนดำเนินการ			หลังดำเนินการ			p-value
	Mean	±S.D.	แปลผล	Mean	±S.D.	แปลผล	
1. ท่านเชื่อว่าผงปรุงรส ชุปก้อน ผงชูรส สามารถรับประทานได้ไม่มีผลกระทบต่อโรคความดันโลหิตสูง	3.31	±1.36	ดี	3.65	±1.28	ดีมาก	0.001*
2. ท่านเชื่อว่าการเติมน้ำปลาหรือซอส ทำให้ท่านรับประทานอาหารได้มากขึ้น	3.21	±1.12	ดี	3.38	±1.00	ดี	0.011*
3. ท่านเชื่อว่าการดื่มน้ำตามหลังการรับประทานอาหารที่มีรสชาติเค็ม จะช่วยขับโซเดียมออกจากร่างกายได้	2.45	±1.15	น้อย	2.34	±1.15	น้อย	0.137
4. ท่านคำนึงถึงรสชาติของอาหารมากกว่าปริมาณของเครื่องปรุงที่ใส่ลงไปให้อาหาร	2.90	±1.03	ดี	3.04	±1.11	ดี	0.042*
5. ท่านมักจะรู้สึกไม่ดีและไม่มีความสุข ที่ต้องควบคุมการรับประทานอาหารรสเค็ม	3.29	±1.08	ดี	3.16	±1.08	ดี	0.069
6. หากท่านต้องควบคุมหรือลดน้ำหนัก ท่านมักจะกังวลว่าจะไม่ได้กินอาหารที่ชอบ	3.29	±1.15	ดี	3.16	±1.03	ดี	0.066
7. ท่านเชื่อว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงควรรับประทานอาหาร รสจืด	4.02	±1.13	ดีมาก	3.88	±1.14	ดีมาก	0.037*
8. ท่านไม่จำเป็นต้องปรับเปลี่ยนการรับประทานอาหารรสเค็มเนื่องจากท่านรับประทานยาลดความดันโลหิตสูงอยู่แล้ว	3.77	±1.31	ดีมาก	3.93	±1.22	ดีมาก	0.055
9. ท่านคิดว่าตัวเองมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตวาย	2.70	±1.21	ดี	2.94	±1.24	ดี	0.003*
10. ท่านมีเป้าหมายการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อสุขภาพที่ดี	4.04	±0.86	ดีมาก	4.00	±0.83	ดีมาก	0.509
11. ท่านมีแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ	3.90	±0.90	ดีมาก	3.95	±0.85	ดีมาก	0.429
12. ท่านคิดว่าคนในครอบครัวมีส่วนช่วยส่งเสริมสนับสนุนให้ท่านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ	3.96	±0.85	ดีมาก	3.99	±0.89	ดีมาก	0.687
13. ท่านคิดว่าสิ่งแวดล้อมและชุมชน มีส่วนสนับสนุนให้คนในชุมชนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ	3.85	±0.97	ดีมาก	3.86	±0.97	ดีมาก	0.894
ภาพรวม	3.44	±0.38	ดี	3.48	±0.46	ดี	0.110

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาสรุปได้ว่า การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังด้านการบริโภคอาหารรสเค็ม โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ และพฤติกรรมด้านการบริโภคอาหารรสเค็มเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนดำเนินการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ และด้านพฤติกรรม ก่อนและหลังการปรับเปลี่ยน

พฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังด้านการบริโภคอาหารรสเค็ม โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (7.25 ± 1.94 vs 8.01 ± 1.32 , $p < 0.001$ และ 2.22 ± 0.19 vs 2.26 ± 0.21 , $p < 0.001$ ตามลำดับ) ในขณะที่คะแนนเฉลี่ยด้านทัศนคติเกี่ยวกับการบริโภคอาหารรสเค็ม หลังดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยใช้ชุมชนเป็นฐานเพิ่มขึ้นเล็กน้อย แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 5 พฤติกรรมการป้องกันตนเองด้านการบริโภคอาหารรสเค็ม ต่อการลดโอกาสเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ก่อนและหลังดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (N=480)

รายการ	ก่อนดำเนินการ			หลังดำเนินการ			p-value
	Mean	±S.D.	แปลผล	Mean	±S.D.	แปลผล	
1. ทานประกอบอาหารทานเอง หรือทานอาหารที่บ้านปรุงเอง	2.78	±0.45	ดี	2.83	±0.38	ดี	0.057
2. ครอบครัวของท่าน ประกอบอาหาร โดยใช้เครื่องปรุงไม่เกิน 1 – 2 ชนิดเท่านั้น ต่อการปรุงอาหาร 1 อย่าง (ผงชูรส ผงปรุงรส น้ำปลา ซอสถั่วเหลือง ซอสน้ำมันหอย เกลือ)	2.40	±0.53	ดี	2.42	±0.57	ดี	0.619
3. ท่านควบคุมปริมาณเครื่องปรุงในการประกอบอาหารเพื่อควบคุมความเค็ม	2.24	±0.71	ปานกลาง	2.23	±0.69	ปานกลาง	0.853
4. ท่านทานอาหารหรือผัก/ผลไม้แปรรูป (เช่น ลูกชิ้น หมูยอกุนเชียง ไส้กรอก ปลากระป๋อง ไข่เค็ม ปลาเค็ม ผักดอง ผลไม้ดอง)	2.05	±0.46	ปานกลาง	2.04	±0.49	ปานกลาง	0.705
5. ท่านทานอาหารประเภทที่มีน้ำซุปรหรือน้ำแกง (เช่น น้ำซุปรก๋วยเตี๋ยว น้ำแกงทุกประเภทน้ำส้มตำ น้ำผัดผัก น้ำยา)	1.99	±0.48	ปานกลาง	2.02	±0.51	ปานกลาง	0.330
6. ท่านทานเนื้อสัตว์ที่มีไขมันสูง กะทิและอาหารทอด เช่น หนังไก่ เครื่องในสัตว์ หอย ปลาหมึก ขาหมูติดมัน หมูสามชั้นและอื่น ๆ	2.05	±0.50	ปานกลาง	2.04	±0.52	ปานกลาง	0.653
7. ท่านดื่มเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลสูง เช่น น้ำอัดลม เครื่องดื่มชูกำลัง น้ำผลไม้สำเร็จรูป น้ำหวาน ชาเย็น กาแฟเย็น ชาเขียว	2.23	±0.55	ปานกลาง	2.18	±0.54	ปานกลาง	0.102
8. ท่านทานอาหารแต่ละมื้อไม่ได้เติมน้ำปลา/ซีอิ๊ว/ซอสลงไปในอาหารอีก	2.11	±0.69	ปานกลาง	1.90	±0.68	ปานกลาง	0.001*
9. บนโต๊ะอาหารท่านจะมีถ้วยหรือน้ำปลา วางไว้เสมอ	2.52	±0.64	ดี	2.44	±0.67	ดี	0.064
10. ท่านทานอาหารนอกบ้าน เช่น อาหารตามสั่ง แกงถุง ก๋วยเตี๋ยว	2.25	±0.49	ปานกลาง	2.21	±0.46	ปานกลาง	0.199
11. ท่านทานอาหารนอกบ้าน ท่านจะบอกแม่ค้า ไม่ให้ใส่ผงชูรส ผงปรุงรส	1.61	±0.63	ไม่ถูกต้อง	1.85	±0.74	ปานกลาง	0.001*
12. ท่านอ่านฉลากโภชนาการเพื่อดูชนิดและปริมาณสารอาหารก่อนซื้อ	2.35	±0.62	ดี	2.54	±0.55	ดี	0.001*
13. ท่านออกกำลังกายหรือมีการเคลื่อนไหวร่างกาย เช่น เดิน วิ่ง ปั่นจักรยาน ทำงานบ้าน ทำสวน ทำไร่ จนรู้สึกเหนื่อย สะสมอย่างน้อยวันละ 30 นาที หรือ 5 วัน/ต่อสัปดาห์	2.52	±0.59	ดี	2.40	±0.59	ดี	0.003*
14. ท่านกินสมุนไพร เช่น ปอกะบิด หญ้าหนวดแมว แห้ว มะขามแขก ขมิ้น แก้วขี้เหล็ก เห็ดหลินจือ รากชะเอม	2.46	±0.64	ดี	2.34	±0.60	ดี	0.002*
15. ท่านติดตามซังน้ำหนัก หรือวัดความดันโลหิต หรือวัดรอบเอว ตนเอง	1.70	±0.65	ปานกลาง	2.39	±0.57	ดี	0.001*
ภาพรวม	2.22	±0.19	ปานกลาง	2.26	±0.21	ปานกลาง	0.001*

เมื่อเปรียบเทียบผลการศึกษางานวิจัยนี้กับงานวิจัยอื่นจากการศึกษานี้พบว่า การดำเนินงานที่มีกิจกรรมมุ่งเน้นการให้ความรู้ และสอนทักษะการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง ทั้งในเรื่อง การลดเค็ม มีการใช้สื่อกระตุ้นเตือน การรณรงค์ประชาสัมพันธ์ การลงพื้นที่เยี่ยมบ้านโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขร่วมกับแกนนำชุมชน และการติดตามผลเป็นระยะ จะทำให้ผู้เข้าร่วมโครงการเกิดการเรียนรู้และกระตุ้นให้เกิดการ

ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องการพัฒนาแนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหารและการอ่านฉลากโภชนาการในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ชุมชนบ้านป่าเหียง ตำบลบ่อแฮ้ว อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง ภายหลังจากพัฒนาแนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหาร โดยการสร้างแกนนำชุมชนที่เข้มแข็งร่วมกับการให้บริการเชิงรุกในชุมชน การสร้างสิ่งแวดล้อมในชุมชน เช่น

การมีร้านค้า ร้านอาหารทางเลือกสุขภาพ การประชาสัมพันธ์และติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง พบว่า กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหารมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารหลังเข้าร่วมโครงการสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹¹ แต่ด้านทัศนคติ พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์ต่อการบริโภคอาหารรสเค็ม ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาเรื่อง การใช้ชุดมาตรการลดบริโภคเค็มในชุมชนต้นแบบ ในพื้นที่ตำบลกุ่มกาวปี อำเภอกุมกาวปี จังหวัดอุดรธานี พบว่า ระดับความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรม ในระยะหลังดำเนินการและก่อนดำเนินการแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้รูปแบบกิจกรรมมีการดำเนินการที่สอดคล้องกัน

ได้แก่ การสร้างแกนนำชุมชน และให้แกนนำชุมชน ดำเนินกิจกรรมในการดำเนินงานผ่านชุมชน เช่น การให้ความรู้กลุ่มเป้าหมาย การให้ข้อมูลคืนกลับรายบุคคลจากการเก็บข้อมูลระยะก่อนดำเนินการรณรงค์ประชาสัมพันธ์ แต่รูปแบบที่ได้ดำเนินการเพิ่มเติม คือ การมีกิจกรรมการให้คำปรึกษารายบุคคลและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน¹² จึงเป็นข้อสังเกตในด้านทัศนคติ ในการศึกษาครั้งนี้ยังไม่เกิดการเปลี่ยนแปลง อาจเกิดจากรูปแบบที่ดำเนินการเป็นการดำเนินการกิจกรรมกลุ่ม โดยยังขาดกิจกรรมในรูปแบบของการให้คำปรึกษารายบุคคลที่จะช่วยสนับสนุนให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านทัศนคติไปในทิศทางที่ดีขึ้น¹³

ตารางที่ 6 คะแนนเฉลี่ยความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรม ก่อนและหลังดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังด้านการบริโภคอาหารรสเค็ม โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน

รายละเอียด	mean	±S.D.	t	p-value*
ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารรสเค็ม				
ก่อนดำเนินการ	7.25	±1.94	3.90	<0.001
หลังดำเนินการ	8.01	±1.32		
ทัศนคติเกี่ยวกับการบริโภคอาหารรสเค็ม				
ก่อนดำเนินการ	3.44	±0.38	1.60	0.110
หลังดำเนินการ	3.48	±0.46		
พฤติกรรมการบริโภคอาหารรสเค็ม				
ก่อนดำเนินการ	2.22	±0.19	2.95	<0.001
หลังดำเนินการ	2.26	±0.21		

*Paired t-test

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังด้านการลดอาหารรสเค็ม โดยใช้ชุมชนเป็นฐานในพื้นที่ภาคเหนือตอนบน สะท้อนให้เห็นถึงรูปแบบการดำเนินงานการส่งเสริมสุขภาพของหน่วยงานด้านสาธารณสุขในพื้นที่โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน เป็นแนวคิดที่ให้คนในชุมชนดูแลสุขภาพคนในชุมชนด้วยกันเอง และมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นพี่เลี้ยงคอยสนับสนุนร่วมกับทีมแกนนำ ดำเนินการในชุมชนด้วยกิจกรรมที่หลากหลาย ทั้งการให้ความรู้ การสอนทักษะที่ถูกต้องเหมาะสม การสร้างนโยบายสาธารณะ การรณรงค์สื่อสารประชาสัมพันธ์ เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง

พฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม สร้างความยั่งยืน ลดการเกิดโรค และลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในระยะยาวได้

การศึกษาครั้งนี้ทำให้ได้ข้อมูลที่จะนำไปใช้ในการวางแผนการเสริมสร้างความรู้ ทัศนคติ และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดการบริโภคอาหารรสเค็มโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน เพื่อเป็นแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีส่วนร่วม และมีการนำไปปรับใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของชุมชนอื่นๆ ผ่านเครือข่ายพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ (พชพ.) และคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.)

ข้อจำกัด

การประเมินผลการสำรวจการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม ของชุมชนด้วยแบบสอบถาม ก่อนและหลังดำเนินการ เป็นการประเมินผลระยะยาวหลังจากเสร็จสิ้นขั้นตอนการศึกษา ไม่มีการประเมินผลการสำรวจระยะสั้น ดังนั้นในการศึกษาครั้งต่อไปควรเพิ่มการประเมินผลระยะสั้น เพื่อประเมินผลตามแผนปฏิบัติการการเสริมสร้างความรู้ ทักษะ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดการบริโภคอาหารรสเค็มให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น และช่วงที่ทำการศึกษายู่ในช่วงการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ทำให้การดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการบางช่วงดำเนินการได้ไม่เต็มรูปแบบ ซึ่งอาจจะทำให้ค่าการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม เสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังด้านการบริโภคอาหารรสเค็ม น้อยกว่าที่ควรจะเป็น

ข้อเสนอแนะ

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน สามารถสร้างการเปลี่ยนแปลงความรู้ และพฤติกรรมได้ แต่ควรเพิ่มเติมการชี้นำสุขภาพ ทั้งการให้คำปรึกษารายบุคคล (counseling) หรือการใช้ทฤษฎี เช่น Motivation, Self-Efficacy, Awareness และ Empowerment ร่วมด้วยเพื่อให้กลุ่มเป้าหมายมีความมุ่งมั่นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และควรสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพ เช่น การมีผลิตภัณฑ์หรือสินค้าที่สนับสนุนการลดเค็ม เช่น เครื่องปรุงรส สูตรลดโซเดียมลงจากสูตรปกติจำหน่ายในชุมชน หรือการมีป้ายแจ้งลูกค้าว่าทางร้านจำหน่ายอาหารปรุงสุกลดเกลือโซเดียมหรือไม่ใส่ผงชูรส ทั้งนี้ต้องเกิดจากการขับเคลื่อนสร้างความร่วมมือของชุมชนและหน่วยงานภาครัฐและเอกชน ให้ร่วมสนับสนุนไปด้วยกัน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดทุกแห่งในเขตภาคเหนือตอนบน ได้แก่ จังหวัดเชียงใหม่ ลำพูน ลำปาง แพร่ น่าน พะเยา เชียงราย และแม่ฮ่องสอน ที่สนับสนุนให้ผู้รับผิดชอบงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและผู้เกี่ยวข้อง ร่วมสนับสนุนกิจกรรม และร่วมติดตามผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง ขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

REFERENCES

1. Strategy and Plans Group Bureau of Non-Communicable Diseases. Department of Disease Control. 5-Year national NCD prevention and control strategic plan (2017 - 2021). Bangkok: Emotion Art; 2017.
2. Vijitsoonthornkul K. Behavioral risk factor surveillance system 2015 [internet]. Nonthaburi: Division of Non-Communicable Diseases; 2015 [cited 2022 Jul 6]. Available from: <http://www.thaincd.com/2016/media-detail.php?id=10520&tid=&gid=1-015-005>.
3. Global action plan for the prevention and control of non-communicable diseases 2013–2020. Geneva: World Health Organization; 2013.
4. National Health Assembly Resolution 2013. 6th ed. Nonthaburi: National Health Commission Office; 2014.
5. National Health Assembly Resolution 2015. 8th ed. Nonthaburi: National Health Commission Office; 2016.

6. Bureau of Non-communicable Diseases Department of Disease Control. Community-based NCD prevention and control action guide: reducing the risk of community-based NCDs (NCDs) for healthcare workers responsible for chronic NCDs. Bangkok: Emotion Art; 2018.
7. Bloom BS, Hastings JT, Madaus GF, Baldwin TS. Handbook on formative and summative evaluation of student learning. New York: McGraw-Hill; 1971.
8. Best JW. Research in education. 3rd ed. New Jersey: Prentice Hall; 1977.
9. Best JW. Research in education. 4th ed. New Jersey: Prentice Hall; 1981.
10. Chokevivat V. Declaration of Helsinki 2013 [Internet]. Bangkok: Health Systems Research Institute; 2021 [August 17; cited 2022 November 10]. Available from: <http://www.ihrp.or.th/book/detail/210>.
11. Wongthida K. The development of health behavioral change of food consumption and nutrition labels reading among chronic disease patients in Ban Pa Hiang community, Bo Haeo district sub-district, Mueang district, Lampang province. Journal of Health Sciences Scholarship. 2020;7(1):55-75.
12. Panmung N, Srisawat K, Bunthawi P. The experimental study of using the low salt intervention program in communities. Department of Health Service Support Journal. 2020;16(3):39-48.
13. Jundai A, Puwapanich P. The effects of motivational counseling for attitude change on knowledge and attitude toward smoking among drug addicts at Paktho hospital, Changwat Ratchaburi. Thai Journal of Nursing. 2018;67(1):40-5.