การพัฒนารูปแบบการลดการบริโภคเค็มในกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง

Development of a Reduced Salty Intake Model in the High Blood Pressure Suspected Cases

*สม นาสอ้าน ปร.ด. (สิ่งแวดล้อมศึกษา)**
*ทิพาพร ราชาไกร กศ.ม.(การวัดผลการศึกษา)**
*สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์**

*Som Nasa-arn Ph.D. (Environtment Education)**
*Thipaporn Rachagrai M.Ed.(Educational Measurement)**
**Kalasin Provincial Health Office*

Received: December 27, 2020
Accepted: December 27, 2020

บทคัดย่อ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคไตเรื้อรัง ซึ่งกลุ่มสงสัยป่วยมีความเสี่ยงสูงต่อการพัฒนาเป็นโรคความดันโลหิตสูง การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ประยุกต์แนวคิดของ Kemmis และ McTaggart เพื่อพัฒนารูปแบบการลดการบริโภคเค็มในกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่างมี 2 กลุ่ม คือ 1) ผู้ร่วมพัฒนารูปแบบซึ่งเป็นทีมพี่เลี้ยงในชุมชน 2) กลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงใน 18 ชุมชน จำนวน 50 คนต่อชุมชน รวม 900 คน ทดลองใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น ดำเนินการระหว่างตุลาคม 2561–กันยายน 2562 ระยะที่ 1 เตรียมการก่อนการวิจัย การสนทนากลุ่ม วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา ระยะที่ 2 ดำเนินการ ได้แก่ วางแผน ปฏิบัติ สังเกตการณ์ และสะท้อนผลลัพธ์ ด้วยกระบวนการ 6 เครือข่าย (ญาติ ผู้ประกอบการร้านค้า อสม. ผู้นำชุมชน ท้องถิ่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุข) 6 ขั้นตอน 1) การจัดตั้งคณะทำงาน 2) ประเมินและวิเคราะห์ชุมชน 3) จัดทำแผนชุมชนลดเค็ม 4) ติดตามกลุ่มสงสัยป่วย เน้นการเยี่ยมบ้านเสริมพลัง และสุ่มวัดระดับความเค็มในอาหาร 5) ระบบการเฝ้าระวังในชุมชน และ 6) การควบคุมและติดตาม ระยะที่ 3 สรุปและประเมินผลลัพธ์ เก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถาม การตรวจร่างกาย และวัดระดับความเค็มในอาหาร วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา นำเสนอค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติอนุมานเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้และปริมาณโซเดียม ก่อนและหลังดำเนินการด้วย Paired t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบการลดการบริโภคเค็มในกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 6 เครือข่าย 6 ขั้นตอน ในกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง อายุเฉลี่ย 56.29 ปี (SD 11.05 ปี) หลังทดลองใช้รูปแบบ คะแนนความรู้เพิ่มขึ้นร้อยละ 87.11 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean difference 3.35; 95%CI 3.18-3.52, p-value<0.001) ปริมาณโซเดียมในอาหารก่อนดำเนินการมีค่าเฉลี่ย 413.42 มิลลิกรัม (SD 125.42) หลังดำเนินการมีค่าเฉลี่ย 303.82 มิลลิกรัม (SD 116.98) โดยค่าเฉลี่ยปริมาณโซเดียมในอาหารลดลง ร้อยละ 70.11 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean difference 109.60; 95%CI 101.90-117.29, p-value<0.001) จะเห็นว่า รูปแบบการลดการบริโภคเค็มในกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่พัฒนาขึ้นนี้ เป็นรูปแบบที่เหมาะสมกับบริบทในพื้นที่ ช่วยเพิ่มประสิทธิผลในการลดการบริโภคเค็ม เพื่อป้องกันหรือชะลอการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงได้ และมีรูปแบบการทำงานไร้รอยต่อและทิศทางเดียวกัน

คำสำคัญ: ลดเค็ม การบริโภคเค็ม สงสัยป่วย โรคความดันโลหิตสูง

Abstract

High blood pressure is a risk factor for leading to cardiovascular disease, chronic kidney disease. The suspected group is at high risk of developing hypertension. This study is action research based on the concept of Kemmis and McTaggart, develop a pattern for reducing salty consumption among suspected patients with hypertension. There were 2 groups of samples. 1) Co-developer of the model, which is a mentor team in the community 2) A group of suspected patients with high blood pressure in 18 communities, 50 people per community, totaling 900 people. Developed between October 2018 - September 2019, included: phase 1 preparation before research Group chat Analyze the problem situation, phase 2 is to plan, perform, observe and reflect on results, through the process of 6 networks (relatives, merchants, volunteers, community leaders, local health workers) and 6 steps 1) Establishing a working group 2) Evaluating and analyzing the community 3) Preparing a salt reduction community plan 4) Follow up on the suspected group, emphasize home visits to empower and randomly measure salinity levels in food; 5) Surveillance system in the community and 6) Control and monitoring. Phase 3 Summary and evaluation collect information from questionnaires, physical examination and measure the level of salinity in food. Data were analyzed by descriptive statistics, presented with frequency, percentage, mean and standard deviation, compared knowledge, sodium level before and after by Paired t-test, set the level of statistical significance at 0.05. The results showed that the reduction of salty consumption among the suspected hypertensive patients, that has been model developed, consisting of 6 networks, 6 phases. After operation the group of suspected hypertensive patients, mean age 56.29 years (SD 11.05 years), had a statistically significant increase in knowledge score of 87.11% (Mean difference 3.35; 95%CI 3.18-3.52, p-value<0.001). The amount of sodium in the diet has decreased, before the mean was 413.42 mg (SD 125.42), and after was 303.82 mg (SD 116.98), sodium level decreased by 70.11% which was statistically significant (Mean difference 109.60; 95%CI 101.90-117.29, p-value<0.001). This model of reduction in salty consumption among suspected hypertensive patients has been developed and suitable for the community, improves the effectiveness of reducing the consumption of salty. To prevent or delay the occurrence of high blood pressure and have a seamless working style in the same goal.

Keywords: Salty reduction, the group of suspected patients with high blood pressure, Salty consumption, Hypertension

บทนำ

ความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดซึ่งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่งของประชากร 17.70 ล้านคนหรือประมาณ ร้อยละ 31.00 ของสาเหตุการเสียชีวิตทั่วโลก องค์การอนามัยโลก (World Health Organization; WHO) ประกาศต่อสู้กับโรคไม่ติดต่อผ่าน 9 เป้าหมายระดับโลก ในการควบคุมปัญหาโรคไม่ติดต่อ (Non-communicable Diseases; NCDs) ภายใน พ.ศ. 2568[1] ซึ่ง 1 ใน 9 ต้องลดความชุกของการมีภาวะความดันโลหิตสูง (Raised Blood Pressure) ลงร้อยละ 25.00 ของแต่ละประเทศ[1,2] โดยสถานการณ์ประเทศไทย ปี พ.ศ. 2556 พบอัตราตายโรคความดันโลหิตสูงต่อประชากรแสนคน เท่ากับ 7.99 เพิ่มเป็น 13.07 ใน ปี พ.ศ. 2560 เขตสุขภาพที่ 7 เท่ากับ 8.50 เพิ่มขึ้นเป็น 9.14 ต่อประชากรแสนคน โดยจังหวัดกาฬสินธุ์มีอัตราตายในช่วงเวลาเดียวกันแนวโน้มเป็นไปในทิศทางเดียวกับประเทศ และเขต เท่ากับ 5.08 เพิ่ม

เป็น 7.01 ต่อประชากรแสนคน[2] การเข้ารับการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในสถานบริการสาธารณสุขก็มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทั้งในระดับประเทศ ซึ่งเพิ่มจาก 1,433.61 ในปี พ.ศ. 2556 เป็น 1,894.46 ต่อประชากรแสนคน ใน ปี พ.ศ. 2558 เขตสุขภาพที่ 7 เพิ่มจาก 1,310.56 เป็น 1,979.75 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ และจังหวัดกาฬสินธุ์ เพิ่มจาก 1,365.39 เป็น 1,830.11 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ[3] โดยอัตราเพิ่มสูงถึงร้อยละ 34.04

การเปลี่ยนแปลงทางด้านเศรษฐกิจและสังคม ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี ส่งผลกระทบทั้งทางตรงและทางอ้อมทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางวัฒนธรรมต่าง ๆ การใช้ชีวิตความเป็นอยู่ รวมถึงวัฒนธรรมการบริโภคอาหาร ซึ่งมีอาหารที่หลากหลาย และเข้าถึงได้ง่าย บริบทดังกล่าวมีผลให้คนไทยมีวิถีชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป โดยเฉพาะการบริโภคอาหารที่ไม่ได้สัดส่วน หวานเกิน มันเกิน และเค็มเกิน เป็นสาเหตุสำคัญต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อ การบริโภคเกลือและโซเดียมมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงกับอุบัติการณ์โรคความดันโลหิตสูงและการเสียชีวิตด้วยโรคระบบหลอดเลือดและหัวใจ และพบว่าประเทศต่าง ๆ เกือบทั่วโลก มีค่าเฉลี่ยการบริโภคเกลือ 8-10 กรัมต่อวัน มากกว่าข้อแนะนำของ WHO ที่กำหนดให้บริโภคไม่ควรเกิน 5 กรัมต่อวัน[4] ซึ่ง WHO ได้กำหนดให้การลดเกลือโซเดียมเป็น 1 ใน 9 เป้าหมายระดับโลกในการควบคุมปัญหาโรค NCDs ภายใน พ.ศ. 2568 โดยกำหนดให้ลดการบริโภคเกลือและโซเดียมลง ร้อยละ 30.00 ภายใน พ.ศ.2568[1]

นโยบายกระทรวงสาธารณสุข เน้นการสร้างสุขภาพนำซ่อม เพื่อแก้ปัญหาโรคไม่ติดต่อ โดยโรคความดันโลหิตสูงให้มีการคัดกรองในผู้ที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป เพื่อเป็นข้อมูลในการเฝ้าระวังป้องกัน ควบคุมโรคไม่ติดต่อ มีการจำแนกกลุ่มปกติ เสี่ยง สงสัยป่วย และป่วยให้ได้รับการรักษาที่รวดเร็วเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ซึ่งปีงบประมาณ 2561 จังหวัดกาฬสินธุ์ คัดกรองโรคความดันโลหิตสูงในผู้ที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไปได้ร้อยละ 95.64 พบกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงร้อยละ 1.83 หรือคิดเป็น 7,558 คน โดยได้รับการติดตามวัดความดันโลหิตที่บ้าน (Home Blood Pressure Monitoring: HBPM) ร้อยละ 37.18 (2,810 คน) ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ ร้อยละ 7.47 คิดเป็น 210 คน[5] จะเห็นว่าในกลุ่มที่ได้รับการติดตามวัดความดันที่บ้านติดต่อกัน 7 วัน เป็นมาตรการหนึ่งในการสร้างความตระหนักรู้จากการทราบค่าความดันโลหิต และติดตามการเปลี่ยนแปลงค่าความดันโลหิตเมื่อมีกิจกรรม ความเครียดที่แตกต่างในแต่ละช่วงเวลา แต่ก็ยังมีกลุ่มสงสัยป่วยเกือบ 8 ใน 100 คน ที่พัฒนาไปเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ จำเป็นต้องเพิ่มมาตรการเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มนี้ จากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่มีมาตรการที่มุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยเฉพาะเรื่องการลดการบริโภคเกลือหรือเค็ม ผู้วิจัยจึงมุ่งเน้นที่จะพัฒนาแนวทางหรือ รูปแบบในการลดการบริโภคเค็มในกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง ด้วยมาตรการ Salt Reduction Program ในชุมชน เพื่อให้ได้รูปแบบที่เหมาะสมตามบริบทพื้นที่ ได้ข้อมูลเชิงประจักษ์จากการทดลองใช้รูปแบบในการขยายผลต่อยอดในพื้นที่ต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนารูปแบบการลดการบริโภคเค็มในกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ขอบเขตการศึกษา

การพัฒนารูปแบบการลดการบริโภคเค็มในกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในจังหวัดกาฬสินธุ์ ทั้ง 18 อำเภอ ๆ ละ 1 ชุมชน โดยศึกษาในกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 50 คนต่อชุมชน ดำเนินการระหว่าง เดือนตุลาคม 2561-กันยายน 2562

คำจำกัดความ

กลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง ประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการคัดกรองความดันโลหิต และมีค่าความดันโลหิตตัวบน (Systolic Blood

Pressure; SBP) ในช่วง 140-179 mmHg และ/หรือค่าระดับความดันโลหิตตัวล่าง (Diastolic Blood Pressure; DBP) ในช่วง 90-109 mmHg และยังไม่ได้รับการวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในปีงบประมาณ 2562

วิธีการศึกษา

รูปแบบการศึกษา

การวิจัยในครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) ได้ประยุกต์แนวคิดของเคมมิสและแม็ก แท็กการ์ท (Kemmis and McTaggart)[6]

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ บุคลากรสหวิชาชีพระดับอำเภอ และทีมพี่เลี้ยงในชุมชนเพื่อร่วมพัฒนารูปแบบ ดังนี้

(1) กลุ่มผู้ร่วมวิจัย คือ ร่วมพัฒนารูปแบบซึ่งเป็นทีมพี่เลี้ยงในชุมชน ประกอบด้วย ญาติกลุ่มผู้สงสัยป่วยที่เป็นบุคคลหลักในการประกอบอาหารของครอบครัว ผู้ประกอบการร้านค้า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้นำชุมชน ท้องถิ่น และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

(2) กลุ่มตัวอย่างที่ทดลองใช้รูปแบบการลดการบริโภคเค็มในกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง ได้จากการสุ่มตัวอย่างชุมชนอย่างง่ายอำเภอละ 1 ชุมชน (18 อำเภอ) จากนั้นสุ่มอย่างง่ายกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง ชุมชนละ 50 คน รวมทั้งหมด 900 คน เป็นขนาดตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ซึ่งยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย และไม่อยู่ในเกณฑ์คัดออก

วิธีการดำเนินงาน

ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัยตั้งแต่ เดือนตุลาคม 2561-กันยายน 2562 ขั้นตอนการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานตามแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart[6] ประกอบด้วย 1) การวางแผนเพื่อไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น (Planning; P) 2) ลงมือปฏิบัติการตามแผน (Action; A) 3) สังเกตการณ์ (Observation; O) และ 4) สะท้อนกลับ (Reflection: R) และเปรียบเทียบผลลัพธ์การทดลองใช้รูปแบบการลดการบริโภคเค็ม โดยมีกิจกรรมต่าง ๆ ตั้งแต่การวิเคราะห์สถานการณ์ กระบวนการพัฒนารูปแบบการลดการบริโภคเค็มในกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง การนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้ และสรุปผลการดำเนินการพัฒนา โดยแบ่งการวิจัยเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะเตรียมการก่อนการวิจัย (ตุลาคม-พฤศจิกายน 2561 ระยะเวลา 8 สัปดาห์)

1) ศึกษาข้อมูลจากฐานข้อมูลการคัดกรองประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป ที่เป็นกลุ่มสงสัยป่วย จังหวัดกาฬสินธุ์ ทั้ง 18 อำเภอ เพื่อเป็นข้อมูลนำเข้าในการดำเนินการวิจัย

2) การปรึกษาหารือ และชี้แจงกระบวนการวิจัยแก่เจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานโรคไม่ติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ Nurse Case Manager โรงพยาบาลชุมชน และ Care Manager จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่เป็นพื้นที่เป้าหมายทราบ

3) ประสานกลุ่มตัวอย่าง (กลุ่มที่ 1) ที่เป็นภาคีเครือข่ายในชุมชน เพื่อเตรียมความพร้อมเข้าสู่กระบวนการวิจัย

4) จัดเตรียมวัสดุอุปกรณ์ เครื่องวัดความดันโลหิต เครื่องตรวจวัดความเค็ม รวมถึงเอกสารที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

5) ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี เอกสาร แนวปฏิบัติ งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนารูปแบบ ความต้องการในการพัฒนารูปแบบลดการบริโภคเค็มในกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง จากมุมมองของสหวิชาชีพ กลุ่มสงสัยป่วย ทบทวนรูปแบบหรือแนวปฏิบัติในการลดการบริโภคเค็มที่ใช้เป็นแนวทางดำเนินงาน

ระยะที่ 2 การปฏิบัติการวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบบริการใหม่ โดยแบ่งได้เป็น 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Planning; P) เป็นการสังเคราะห์ข้อมูลจากการศึกษาบริบทและประเมินสถานการณ์ ในระยะที่ 1 ใช้ระยะเวลาดำเนินการเดือนธันวาคม 2561 ระยะเวลา 4 สัปดาห์ โดยมีกิจกรรมดังนี้ จัดสนทนากลุ่มในกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง เพื่อสอบถามปัญหา และความต้องการในการพัฒนารูปแบบการลดการบริโภคเค็ม วิเคราะห์ข้อมูล และนำเข้าสู่

กระบวนการวางแผนการพัฒนา ได้แก่ จัดทำหลักสูตรการให้คำแนะนำ ปรึกษาเรื่องการบริโภคอาหาร และการประกอบอาหารที่มีโซเดียม พัฒนาเครื่องมือในการวิจัย ได้แก่ แบบประเมินความรู้/ แบบสำรวจพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการประกอบอาหารที่มีโซเดียม และการพัฒนาศักยภาพสหวิชาชีพในเครือข่ายบริการสุขภาพทีมพี่เลี้ยงระดับอำเภอในการพัฒนารูปแบบการลดการบริโภคเค็ม

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติการ (Action) ใช้เวลาดำเนินการตลอดขั้นตอนนี้ระยะเวลา 16 สัปดาห์ ในช่วงเดือน มกราคม – เมษายน 2562 เป็นการจัดกิจกรรมปฏิบัติตามแผนปฏิบัติการที่ได้จากขั้นตอนที่ 1 ได้แก่ การพัฒนาศักยภาพทีมพี่เลี้ยงในชุมชนเรื่องการบริโภคอาหาร และการประกอบอาหารที่มีโซเดียม การใช้เครื่องมือใน การกำหนดแนวทางการดำเนินงาน การสร้างกระแสในชุมชนโดยจัดกิจกรรมการรณรงค์ (Kick off) และประกาศนโยบาย สร้างเสริมสุขภาพ “รักษ์ไต อร่อยได้ ไม่ต้องเค็ม” การดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการลดเค็มของชุมชน

ขั้นตอนที่ 3 การสังเกตการณ์ (Observing; O) ใช้เวลาดำเนินการตลอดขั้นตอนนี้ระยะเวลา 12 สัปดาห์ ในช่วงเดือนพฤษภาคม-กรกฎาคม 2562 เป็นขั้นตอนการนำรูปแบบการลดการบริโภคเค็มในกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่พัฒนาขึ้นไปสู่การปฏิบัติจริง (Implementation) โดยทดลองใช้กับกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง 900 คน รวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถาม ตรวจร่างกาย และวัดระดับความเค็มในอาหารโดยผู้วิจัยติดตามให้คำแนะนำแก่ทีมพี่เลี้ยงอำเภอและพี่เลี้ยงในชุมชน สังเกตพฤติกรรมการเข้าร่วมกิจกรรมตามแผนปฏิบัติการ และบันทึกข้อมูลการวิจัยตามแบบบันทึกที่พัฒนาขึ้น วัดผลลัพธ์ ใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น สรุปผลการดำเนินการ

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflecting) เป็นการสะท้อนผลในการพัฒนารูปแบบ ใช้เวลาดำเนินการตลอดขั้นตอนนี้ระยะเวลา 4 สัปดาห์ เดือนสิงหาคม 2562 จัดทำรูปแบบ และเสนอผลการดำเนินงานตามรูปแบบการลดการบริโภคเค็มในกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง กับทีมสหวิชาชีพในเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอ

ระยะที่ 3 การสรุปและประเมินผลลัพธ์ (กันยายน 2562)

สรุปผลและประเมินผลลัพธ์ ได้แก่ ประเมินความรู้ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร และการประกอบอาหารที่มีโซเดียมในกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง ระยะเวลา 1 เดือน และ 3 เดือน หลังดำเนินการ การส่งต่อกลุ่มสงสัยป่วยที่มีระดับความดันโลหิต SBP ในช่วง 140-179 mmHg และ/หรือ DBP ในช่วง 90-109 mmHg หลังดำเนินการ เพื่อรับการวินิจฉัยผู้ป่วยรายใหม่ และเข้าระบบการรักษาตามแนวเวชปฏิบัติ

เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล

1. แบบประเมินความรู้ในการลดการบริโภคเกลือ และโซเดียม จำนวน 12 ข้อ รวม 12 คะแนน ซึ่งได้ทดลองใช้ในกลุ่มตัวอย่างในชุมชนใกล้เคียง หาค่าความเที่ยงด้วย Kuder-Richardson 20[7] ได้ค่าเท่ากับ 0.84 จำแนกได้ 3 ระดับ[8] ดังนี้

≥ 9.6	ระดับสูง
7.2-9.5	ระดับปานกลาง
<7.2	ระดับต่ำ

2. เครื่องตรวจวัดระดับความเค็มในอาหาร (Salt meter) รุ่น EN-900 Dretec Co., Ltd.Japan จำแนกระดับความเค็ม 3 Scale ดังนี้

- เค็มน้อย (สีน้ำเงิน) = 0.3, 0.5
- เค็มปานกลาง (สีเขียว) = 0.7, 0.9
- เค็มมาก (สีแดง) = 1.1, 1.3, 1.5

การวัดปริมาณโซเดียมในอาหารที่ปรุงเองต่อปริมาณอาหาร 100 กรัม โดยแปลงค่าจากระดับความเค็มเป็นปริมาณโซเดียม (Na) ดังนี้ ปริมาตรอาหารที่เป็นน้ำ (กรัม) x ระดับความเค็ม (%)/100 = ปริมาณเกลือ (NaCl) หน่วยเป็นกรัม จากนั้นคำนวณหาค่าปริมาณโซเดียม คิดเป็น 40% ของเกลือ

3. เครื่องตรวจวัดความดันโลหิตแบบ Digital ที่มีการสอบเทียบตามมาตรฐาน วัดความดันที่บ้านในกลุ่มสงสัยป่วย (HBPM)

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. บรรยายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ด้วยสถิติพรรณนา ข้อมูลแจงนับนำเสนอค่าความถี่ ร้อยละ สถิติเชิงอนุมานในการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้ และระดับความเค็มในอาหาร ด้วยสถิติ Paired t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ เป็นการนำข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่ม ทำการแยกข้อมูลออกเป็นหมวดหมู่ และพิจารณาถึงความพอเพียงและความสมบูรณ์ของข้อมูล และนำข้อมูลที่ได้มาสร้างเป็นข้อสรุปเป็นการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis)

ผลการศึกษา

การนำเสนอผลการวิจัยจะแบ่งเป็น 2 ส่วน คือผลการพัฒนารูปแบบ และผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบ โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ผลการพัฒนารูปแบบ

ระยะที่ 1 ผลการศึกษาข้อมูล ปัญหา และความต้องการในการพัฒนารูปแบบ จากการวิเคราะห์ฐานข้อมูล Health Data Center จังหวัดกาฬสินธุ์ และการสำรวจความต้องการจากกลุ่มมุมมองของทีมสหวิชาชีพ กลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยการสนทนากลุ่ม เพื่อทบทวนรูปแบบหรือแนวปฏิบัติในการลดการบริโภคเค็มที่ใช้เป็นแนวทางดำเนินงาน จากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า มีการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง ในประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป ในปี 2559-2561 ร้อยละ 91.51, 95.05 และ 95.64 ตามลำดับ ผู้ป่วยรายใหม่ 1,305.86, 1,283.66 และ 1,218.96 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ ในปีงบประมาณ 2561 พบกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 1.83 ได้ติดตาม HBPM ติดต่อกัน 7 วัน ร้อยละ 37.18 เป็นผู้ป่วยรายใหม่ถึงร้อยละ 7.47 ซึ่งยังมีประชากรบางกลุ่มที่ยังเข้าไม่ถึงบริการ และไม่รับรู้การจัดการตนเองว่าต้องปฏิบัติตัวอย่างไร ในส่วนของความชุกของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงก็มีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี จากปี 2559-2561 เท่ากับ 6,519.19, 7,071.83 และ7,642.76 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ ซึ่งโรคความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคไตเรื้อรัง จากการวิเคราะห์ข้อมูล ปี 2561 พบว่า อัตราผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และโรคไตเรื้อรัง มีโรคร่วมเป็นความดันโลหิตสูง มากถึงร้อยละ 66.96 และ 34.71 ตามลำดับ ข้อมูลการมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลในจังหวัดกาฬสินธุ์ ในปี 2559-2561 พบว่า โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาและภัยคุกคามสุขภาพเป็นลำดับที่ 3 จำนวน 199,513, 299,526, และ 230,467 ครั้ง และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร ใน 5 อันดับแรก ซึ่งแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี จากปี 2556-2561 ที่ 2.74, 5.08, 8.11, 5.04, 3.76 และ 7.10 ต่อประชากรแสนคน และจากการการสำรวจความต้องการจากกลุ่มมุมมองของทีมสหวิชาชีพ กลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า กลุ่มสงสัยป่วยมีความต้องการให้บุคลากรให้ข้อมูลภาวะสุขภาพของตนเองทุกครั้ง และให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันไม่ให้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงได้บ่อยครั้ง และอย่างต่อเนื่อง

สรุปได้ว่า โรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และโรคไตเรื้อรัง ทำให้สูญเสียปีสุขภาวะ ค่าใช้จ่ายและการจัดบริการด้านสาธารณสุข โดยกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูงเป็นกลุ่มที่มีระดับความดันโลหิต SBP ในช่วง 140-179 mmHg และ/หรือ DBP ในช่วง 90-109 mmHg แต่ยังไม่ได้รับการวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยและเข้าระบบการรักษาตามแนวเวชปฏิบัติ ถือเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงมากต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูง และยังไม่มีรูป

แบบ หรือแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรค โดยเฉพาะการลดการบริโภคเค็ม

ระยะที่ 2 การปฏิบัติการวิจัย ผลการศึกษาดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Planning; P)

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสนทนากลุ่มในกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 12 คน ส่วนใหญ่ประกอบอาหารรับประทานเอง บางส่วนซื้ออาหารปรุงสำเร็จ (อาหารถุง) มารับประทานเป็นบางครั้ง ซึ่งการประกอบอาหารรับประทานเอง ส่วนใหญ่เป็นอาหารพื้นบ้าน เช่น ป่นปลา ส้มตำ ต้มปลา ลวกผัก แจ่วปลาแดก โดยที่ทุกมื้อจะมีแจ่วปลาแดกเสมอ ในกรณีที่สมาชิกในครอบครัวเป็นผู้ประกอบอาหาร เช่น ภรรยา สามี บุตรเป็นผู้ประกอบอาหาร มีกลุ่มตัวอย่างบางส่วนที่ยังต้องเติมน้ำปลาเพิ่ม เนื่องจากเห็นว่าอาหารรสชาติจืด รายการอาหารที่ซื้อรับประทาน เช่น ผัดเผ็ด ต้มยำ ในกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ซื้ออาหารปรุงสำเร็จมารับประทานให้ข้อคิดเห็นว่า *"อาหารปรุงสำเร็จมักปรุงเค็ม"* จึงทำอาหารรับประทานเอง กลุ่มตัวอย่างหลายคนระบุถึงเมนูที่ชื่นชอบ เช่น *ชอบทานส้มตำเผ็ด ๆเค็ม ๆ ชอบกินเค็มเลยทำส้มตำเอง* ชอบเนื้อติดมันเน้นหวาน ชอบเมนูผัด ๆทอด ๆ ส่วนพฤติกรรมการรับประทานอาหารในปัจจุบันส่วนใหญ่ยังคงรับประทานอาหารที่มีรสเค็มอยู่ แต่ได้พยายามลดความเค็มลงมาจากเดิมเนื่องจากทราบว่าเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง อีกทั้งยังพบว่ามีบางส่วนที่รับประทานอาหารไม่ตรงเวลา งดอาหารมื้อเช้า หรือรับประทานกาแฟ โอวัลติน แบบทรีอินวัน และขนมปังแทนการรับประทานข้าว จะเห็นได้ว่ากลุ่มสงสัยป่วยส่วนใหญ่ปรุงอาหารรับประทานเอง มีการเติมเครื่องปรุงหากคนอื่นประกอบอาหารให้ ซึ่งมีพฤติกรรมการบริโภคที่ไม่แตกต่างจากประชาชนกลุ่มอื่น ๆ ในชุมชน และบางส่วนซื้ออาหารปรุงสำเร็จในชุมชน โดยยังไม่มีรูปแบบในการลดการบริโภคเค็มในกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูงและผู้ประกอบการร้านอาหารในชุมชน เพื่อการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน ทีมผู้วิจัยได้ร่วมกันวิเคราะห์ข้อมูล และนำเข้าสู่กระบวนการวางแผนการพัฒนา ได้แก่ จัดทำหลักสูตรการให้คำแนะนำ ปรึกษาเรื่องการบริโภคอาหาร และการประกอบอาหารที่มีโซเดียม พัฒนาเครื่องมือในการวิจัย ได้แก่ แบบประเมินความรู้/ แบบสำรวจพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการประกอบอาหารที่มีโซเดียม แก่กลุ่มสงสัยป่วยและผู้ประกอบการร้านอาหาร จากนั้นพัฒนาศักยภาพสหวิชาชีพในเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอเพื่อเป็นทีมพี่เลี้ยงอำเภอให้กับชุมชน จัดทำเป็นแผนการประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนารูปแบบการลดการบริโภคเค็ม

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติการ (Action)

ทีมพี่เลี้ยงอำเภอนำแผนสู่การปฏิบัติ สรุปดังนี้

(1) การจัดตั้งคณะทำงาน 6 เครือข่าย ประกอบด้วย ญาติ ผู้ประกอบการร้านอาหารในชุมชน อสม. ท้องถิ่นและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จากนั้นอบรมให้ความรู้ในการให้คำแนะนำ ปรึกษาเรื่องการบริโภคอาหาร และการประกอบอาหารที่มีโซเดียม การใช้เครื่องมือในการวิจัยแก่ทีมพี่เลี้ยงชุมชน

(2) ประเมินและวิเคราะห์ชุมชน สถานการณ์ ปัจจัยเสี่ยง ปัจจัยกำหนด สิ่งแวดล้อมในชุมชนที่เอื้อต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภค

(3) จัดทำแผนชุมชนลดเค็ม ประกอบด้วย

3.1 ร่วมสร้างกระแสในชุมชนโดย จัดกิจกรรมการรณรงค์ (Kick off) และประกาศนโยบาย สร้างเสริมสุขภาพ "รักษ์ไต อร่อยได้ไม่ต้องเค็ม" ระดับอำเภอ ใน 18 อำเภอ

3.2 ตรวจร่างกาย วัดความดันโลหิต ประเมินความรู้ก่อนดำเนินการ และพฤติกรรมการประกอบอาหาร และตรวจวัดความเค็มในอาหาร เดือนที่ 0 1 และ 3 ในกลุ่มสงสัยป่วยและผู้ประกอบการร้านค้าในชุมชน

3.3 ให้สุขศึกษา คำแนะนำ ปรึกษาการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเกี่ยวกับการอ่านฉลากโภชนาการเครื่องปรุง อาหารที่มีเกลือและโซเดียมสูง ผลและโทษจากการบริโภคอาหารที่มีเกลือและโซเดียมสูง

(4) ติดตามกลุ่มสงสัยป่วย เน้นการเยี่ยมบ้านเสริมพลัง และสุ่มวัดระดับความเค็มในอาหาร มีการติดตามสุ่มวัดระดับความดันโลหิตที่บ้าน และพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การประกอบอาหารในกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง และผู้ประกอบการร้านค้าในชุมชน

(5) ระบบการเฝ้าระวังในชุมชน

(6) การควบคุมและติดตาม

6.1 เครือข่าย และชุมชนร่วมเปิดเวทีทำประชาคม หามาตรการ นโยบาย การสื่อสารเพื่อสร้างความเข้าใจ ความตระหนัก โดยชุมชนมีส่วนร่วม

6.2 ติดตามผลการดำเนินงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคเค็มที่เชื่อมโยงเครือข่ายจากรพช. และ รพ.สต. สู่การดูแลต่อเนื่องในชุมชน

ขั้นตอนที่ 3 การสังเกตการณ์ (Observing; O)

นำรูปแบบการลดการบริโภคเค็มในกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่พัฒนาขึ้นไปสู่การปฏิบัติจริง (Implementation) โดยทดลองใช้กับกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง 900 คน รวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถาม ตรวจร่างกาย และวัดระดับความเค็มในอาหาร โดยผู้วิจัยได้ติดตามให้คำแนะนำแก่ทีมพี่เลี้ยงในชุมชนในการส่งเสริมป้องกันโรคไม่ติดต่อในโรงพยาบาลชุมชน รพ.สต. อสม. ญาติ ท้องถิ่นและกลุ่มตัวอย่าง สังเกตพฤติกรรมการเข้าร่วมกิจกรรมตามแผนปฏิบัติการ และจดบันทึกการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานตามกิจกรรมที่กำหนดในแผนปฏิบัติการ วัดผลลัพธ์ การใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น สรุปผลการดำเนินการ

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผลการปฏิบัติ

การเสนอรูปแบบและผลการดำเนินงานตามรูปแบบการลดการบริโภคเค็มในกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง กับทีมสหวิชาชีพในเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอ โดยนำเสนอในวาระการประชุมคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขอำเภอ นำข้อสรุป และข้อเสนอแนะที่เป็นจุดอ่อนที่ต้องปรับปรุงแก้ไขและจุดแข็งที่ต้องเสริมพลังพัฒนาอย่างต่อเนื่องมากำหนดทิศทางร่วมกันและเป็นแนวทางในการดำเนินงานในวงรอบต่อไป

ระยะที่ 3 การสรุปและประเมินผลลัพธ์

ภายหลังสิ้นสุดการนำรูปแบบการไปใช้ในเดือนกันยายน 2562 ประเมินผลลัพธ์รูปแบบการลดการบริโภคเค็มในกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูงตามแนวทางที่กำหนดไว้ ซึ่งประเมินความรู้ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร และการประกอบอาหารที่มีโซเดียมในกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง ระยะเวลา 1 เดือน และ 3 เดือน หลังดำเนินการ

2. ผลลัพธ์

กลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง จำนวน 900 คน อายุเฉลี่ย 56.29 ปี (SD=11.05) ค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ย 24.54 กิโลกรัมต่อตารางเมตร (SD=4.12) เส้นรอบเอวเฉลี่ย 84.84 เซนติเมตร (SD=9.91)

2.1 ความรู้ในการลดการบริโภคเกลือและโซเดียม กลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง

มีระดับความรู้ก่อนดำเนินการในระดับต่ำร้อยละ 73.00 รองลงมาคือปานกลางและสูง เท่ากับ ร้อยละ 21.78 และ 5.22 ตามลำดับ หลังได้รับคำปรึกษา รับบริการให้ความรู้การบริโภคเกลือ มีความรู้ระดับสูงร้อยละ 53.00 รองลงมาคือปานกลางและต่ำ เท่ากับ ร้อยละ 27.67 และ 19.33 ตามลำดับ โดยมีค่าเฉลี่ยความรู้ในการลดการบริโภคเกลือและโซเดียมเพิ่มขึ้น ร้อยละ 87.11 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean difference 3.35; 95%CI 3.18–3.52, p–value<0.001) ค่าคะแนนความรู้ก่อนดำเนินการเฉลี่ย 6.09 คะแนน (SD=2.19) หลังดำเนินการเฉลี่ย 9.44 คะแนน (SD=2.26) รายละเอียดดังตารางที่ 1

2.2 ระดับความเค็มในอาหาร โดยใช้เครื่องวัดความเค็มในอาหาร

การวัดปริมาณโซเดียมในอาหารที่ปรุงเองต่อปริมาณอาหาร 100 กรัม ของกลุ่มสงสัยป่วย ก่อนดำเนินการมีค่าเฉลี่ย 413.42 มิลลิกรัม (SD=125.42) หลังได้รับคำปรึกษา รับบริการให้ความรู้การบริโภคเกลือและโซเดียมมีค่าเฉลี่ย 303.82 มิลลิกรัม (SD=116.98) ค่าเฉลี่ยปริมาณโซเดียมในอาหารหลังดำเนินการลดลง ร้อยละ 70.11 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean difference 109.60; 95%CI 101.90–117.29, p–value<0.001) รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้ในการลดการบริโภคเกลือและโซเดียม ก่อน หลังการดำเนินการ

การดำเนินการ	Mean	SD	Mean difference	95%CI	p-value
ก่อนดำเนินการ	6.09	2.19	3.35	3.18-3.52	<0.001
หลังดำเนินการ	9.44	2.26			

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยปริมาณโซเดียมในอาหารที่ปรุงเองต่อ 100 กรัม กลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงก่อนหลังดำเนินการ

การดำเนินการ	Mean	SD	Mean difference	95%CI	p-value
ก่อนดำเนินการ	413.42	116.98	109.60	101.90-117.29	<0.001
หลังดำเนินการ	303.82	125.42			

อภิปรายผล

การพัฒนารูปแบบการลดการบริโภคเค็มในกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 6 เครือข่าย (ญาติ ผู้ประกอบการร้านค้า อสม. ผู้นำชุมชน ท้องถิ่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุข) 6 ขั้นตอน 1) การจัดตั้งคณะทำงาน 2) ประเมินและวิเคราะห์ชุมชน 3) จัดทำแผนชุมชนลดเค็ม 4) ติดตามกลุ่มสงสัยป่วย เน้นการเยี่ยมบ้านเสริมพลัง และสุ่มวัดระดับความเค็มในอาหาร ใช้ Salt meter เป็นเครื่องมือสะท้อนข้อมูลปริมาณโซเดียมในอาหาร(Biofeedback) 5) ระบบการเฝ้าระวังในชุมชน และ 6) การควบคุมและติดตาม เป็นรูปแบบที่ช่วยเพิ่มประสิทธิผลในการเพิ่มความรู้ และลดการบริโภคเค็มในการสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงในการป้องกันหรือชะลอการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงได้ สอดคล้องกับการศึกษาของณัฐวรรณ พันธ์มุง[9] ที่นำชุดมาตรการลดบริโภคเค็ม (Intervention program) สำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคไตเรื้อรัง ในพื้นที่ 3 ตำบล มีการให้ความรู้รายกลุ่มเพื่อการลดหวาน มัน เค็มอย่างเข้มข้น (Intensive Group Education) การปรับสูตรอาหาร (Reformulation) เพื่อลดการบริโภคเกลือและโซเดียม และการใช้ Salt meter เพื่อเป็นเครื่องมือสะท้อนข้อมูลปริมาณโซเดียมในอาหาร (Biofeedback)

การศึกษาครั้งนี้ กลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง มีระดับความรู้ก่อนดำเนินการในระดับต่ำร้อยละ 73.00 สอดคล้องกับการศึกษาของพรทิพย์ นิ่มขุนทด[10] ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 65.30 มีการรับรู้ข่าวสารเกี่ยวกับผลกระทบจากการรับประทานอาหารที่มีโซเดียมสูงค่อนข้างน้อย โดยการศึกษานี้มีค่าความรู้ต่ำกว่าการศึกษาของชลธิชา บุญศิริ[11] ที่ได้ศึกษาความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่มีโซเดียมอยู่ในระดับปานกลาง ที่พบว่า หลังการให้ความรู้อย่างเข้มข้น ในโปรแกรมส่งเสริมการบริโภคอาหารลดโซเดียม กลุ่มตัวอย่างมีความรู้มากกว่าก่อนเข้าร่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.001) แต่อย่างไรก็ตาม หลังการดำเนินการค่าระดับความรู้ก็เพิ่มขึ้นเช่นกัน จะเห็นว่ากระบวนการให้คำแนะนำ ปรึกษา แลกเปลี่ยนเทคนิคการลดการบริโภคอาหารที่มีเกลือและโซเดียมสามารถเพิ่มความรู้กลุ่มตัวอย่างได้ โดยหลังการดำเนินการ มีค่าเฉลี่ยความรู้ในการลดการบริโภคเกลือและโซเดียมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้น จึงควรจะเพิ่มการรับรู้ สร้างความตระหนัก และเพิ่มช่องทางในการสื่อสารข้อมูลให้มากขึ้นทั้งจากบุคลากรทางการแพทย์ อสม. ผู้นำชุมชน ท้องถิ่น ผู้ประกอบการร้านค้าในชุมชน

กลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง มีระดับความเค็มในอาหารหลังดำเนินการลดลง ร้อยละ 57.22 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของชลธิชา บุญศิริ[11] พบว่า พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีโซเดียมประเมินจากค่าเฉลี่ยปริมาณโซเดียมที่บริโภค 3,497.4 + 720.2 มิลลิกรัมต่อวัน ซึ่งมากกว่าปริมาณที่แนะนำ และค่าเฉลี่ยปริมาณ โซเดียมในปัสสาวะ 2,090.9+703.7 มิลลิกรัมต่อวัน อยู่ในระดับมาก ในระยะหลังการทดลองค่าเฉลี่ยการบริโภคอาหารลดโซเดียมมีคะแนนเพิ่มขึ้น ค่าเฉลี่ยปริมาณโซเดียมในปัสสาวะ 1,764.7+605.2 มิลลิกรัมต่อวัน ซึ่งน้อยกว่าระยะก่อนทดลอง (2,775.2+ 1087.9 มิลลิกรัมต่อวัน และระยะเริ่มต้นศึกษา (p-value <0.001) ค่าเฉลี่ยปริมาณโซเดียมที่บริโภค 2,131.8+ 519.5 มิลลิกรัมต่อวัน ซึ่งน้อยกว่าระยะเริ่มต้นศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) จากการศึกษาครั้งนี้ ปริมาณโซเดียมในอาหารที่ปรุงเองต่อปริมาณอาหาร 100 กรัม กลุ่มสงสัยป่วยก่อนดำเนินการเฉลี่ย 413.42 มิลลิกรัม (SD=125.42) ซึ่งน้อยกว่าการศึกษาของสายหยุด มูลเพ็ชร์[12] ได้ศึกษาการสำรวจปริมาณโซเดียมที่ขับออกมาทางปัสสาวะและปัจจัยที่มีผลต่อการกินเค็มในกลุ่มผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเป็นความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลตำบลดอนแก้ว อำเภอแม่ริม จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ปริมาณโซเดียมในอาหารที่ปรุงเองต่อปริมาณอาหาร 100 กรัมของประชาชนมีค่าเฉลี่ย 482.81 มิลลิกรัม (SD=165.56) การปรุงอาหารในกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีการปรุงอาหารที่มีโซเดียมสูงสุด (Mean=503.55, SD=173.99) รองมาคือกลุ่มเสี่ยงต่อความดันโลหิตสูง (Mean=486.53 , SD=158.39) และกลุ่มความดันปกติ (Mean=476.76, SD =166.39) ตามลำดับ

ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกาญจนา มณีทัพ[13] ได้ศึกษา 1) พฤติกรรมการบริโภคเกลือและภาวะสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง 3 กลุ่ม 1.1) กลุ่ม ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ลดการบริโภคเกลือได้เหมาะสม สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้และไม่มีภาวะแทรกซ้อน ร้อยละ 80.0 1.2) ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่พยายามลดการบริโภคเกลือแต่ยังบริโภคเกลือ ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ร้อยละ 8.57 ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ร้อยละ 25.78 1.3) ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ยังไม่ลดการบริโภคเกลือและมีการบริโภคเกลือเกิน ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ร้อยละ 13.04

ซึ่งการลดการบริโภคเค็มถือเป็นหนึ่งในวิธีการรักษาโรคความดันโลหิตสูงโดยไม่ใช้ยา ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงไม่ควรบริโภคเกลือเกิน 5 กรัม/วัน หรือเทียบเท่ากับ 1 ช้อนชา หรือคิดเป็นโซเดียมไม่เกิน 2,000 มิลลิกรัมต่อวัน วิธีการนี้ช่วยลดความดันโลหิตค่าบนหรือความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวได้ประมาณ 2-8 มิลลิเมตรปรอท[14]

จะเห็นว่า ในการพัฒนารูปแบบครั้งนี้ ได้มีการประยุกต์ใช้ Salt meter เป็นเครื่องมือที่แสดงให้เห็นปริมาณโซเดียมที่มีในอาหาร เพื่อเป็นข้อมูลสะท้อนกลับ (Biofeedback) ที่สามารถสร้างความตระหนักและนำไปสู่ผลลัพธ์สุขภาพที่ดีได้ ดังเช่นการศึกษาของณัฐวรรณ พันธ์มุง[9] พบว่า ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตตัวบน และค่าเฉลี่ยโซเดียมในปัสสาวะ 24 ชั่วโมง ระยะก่อนและหลังแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และการศึกษาของ Irwan[15] ที่แสดงให้เห็นว่าการใช้ Salt meter เป็นเครื่องมือสนับสนุนการตัดสินใจเพื่อการดูแลตนเองทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ทัศนคติการปฏิบัติเพื่อดูแลตนเอง และความสามารถในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติแต่อาจจะยังไม่สามารถทำให้ปริมาณเกลือในอาหารลดลงได้

สรุปผลการวิจัย

การพัฒนารูปแบบการลดการบริโภคเกลือในกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีการดำเนินงาน เป็น 3 ระยะ โดยระยะที่ 1 เตรียมการก่อนการวิจัย การสนทนากลุ่ม วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา ระยะที่ 2 ดำเนินการ ได้แก่ วางแผน ปฏิบัติ สังเกตการณ์ และสะท้อนผลลัพธ์ด้วยกระบวนการ 6 เครือข่าย (ญาติ ผู้ประกอบการร้านค้า อสม. ผู้นำชุมชน ท้องถิ่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุข) 6 ขั้นตอน 1) การจัดตั้งคณะทำงาน 2) ประเมินและวิเคราะห์ชุมชน 3) จัดทำแผนชุมชนลดเค็ม 4) ติดตามกลุ่มสงสัยป่วย เน้นการเยี่ยมบ้านเสริมพลัง และสุ่มวัดระดับความ

เค็มในอาหาร 5) ระบบการเฝ้าระวังในชุมชน และ 6) การควบคุมและติดตาม ระยะที่ 3 สรุปและประเมินผลลัพธ์ เก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถาม การตรวจร่างกาย และวัดระดับความเค็มในอาหาร ผลลัพธ์การดำเนินการในกลุ่มสงสัยป่วย 900 คน พบว่า หลังดำเนินการ มีความรู้เพิ่มขึ้นโดยระดับสูงร้อยละ 53.00 รองลงมาคือปานกลางและต่ำ เท่ากับ ร้อยละ 27.67 และ 19.33 ตามลำดับ ค่าเฉลี่ยความรู้ในการลดการบริโภคเกลือและโซเดียมเพิ่มขึ้น ร้อยละ 87.11 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean difference 3.35; 95%CI 3.18-3.52, p-value<0.001) ค่าคะแนนความรู้ก่อนดำเนินการเฉลี่ย 6.09 คะแนน (SD=2.19) หลังดำเนินการเฉลี่ย 9.44 คะแนน (SD=2.26) ระดับความเค็มในอาหาร โดยใช้เครื่องวัดความเค็มในอาหารที่ปรุงเองต่อปริมาณอาหาร 100 กรัม ก่อนดำเนินการมีค่าเฉลี่ย 413.42 มิลลิกรัม (SD=125.42) หลังได้รับคำปรึกษา รับบริการให้ความรู้การบริโภคเกลือและโซเดียมมีค่าเฉลี่ย 303.82 มิลลิกรัม (SD=116.98) ค่าเฉลี่ยปริมาณโซเดียมในอาหารหลังดำเนินการลดลง ร้อยละ 70.11 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean difference 109.60; 95%CI 101.90-117.29, p-value<0.001)

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

รูปแบบการลดการบริโภคเค็มในกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่พัฒนาขึ้นนี้ ได้ดำเนินการร่วมกันใน 6 เครือข่าย ซึ่งได้ร่วมกันคิด วิเคราะห์พัฒนารูปแบบภายใต้บริบทแล้วได้ 6 ขั้นตอนการดำเนินงาน ซึ่งได้กำหนดแนวทาง บทบาทการดำเนินอย่างชัดเจน เหมาะกับการนำไปใช้ในส่งเสริมป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มสงสัยป่วยในชุมชน และควรส่งเสริมให้มีการอบรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ ตำบล อย่างต่อเนื่อง

2. ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย

1. ควรจะเพิ่มการรับรู้ สร้างความตระหนักและเพิ่มช่องทางในการสื่อสารข้อมูลให้มากขึ้นทั้งจากบุคลากรทางการแพทย์ อสม. ผู้นำชุมชน

2. ควรส่งเสริมให้ชุมชนมีความพยายามในการลดการบริโภคเกลือเกิน โดยการปรับเปลี่ยนรายการอาหารและการปรุงรส รวมทั้งปรับพฤติกรรมการรับประทานอาหาร

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ ผู้รับผิดชอบงานโรคไม่ติดต่อระดับจังหวัด อำเภอ ตำบล อสม. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กลุ่มสงสัยป่วย ที่ให้ความร่วมมือในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ลุล่วงไปด้วยดี และท้ายที่สุดขอขอบคุณสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 7 ขอนแก่น ที่ให้การสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินการครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Blobal Action Plan for Prevention and Control of Noncommunaicable Diseases 2013-2020. Geneva: World Health Organization; 2013.
2. กรมควบคุมโรค. สถานการณ์การดำเนินงานด้านการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ (NCDs). นนทบุรี. 2561.
3. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. ข้อมูลโรคไม่ติดต่อ [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 16 กันยายน 2562]. เข้าถึงได้จาก: www.thaincd.com/2016/mission/documents- detail.php?id=13486&tid=32&gid=l-020
4. ยุทธศาสตร์การลดการบริโภคเกลือและโซเดียมในประเทศไทย พ.ศ. 2559-2568. กระทรวงสาธารณสุข; 2559.
5. Health Data Center. ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขาโรคไม่ติดต่อ (NCD DM, HT, CVD). https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/page.php7cat_id=b2b59e64c4e6c92d4blecl6a599d882b เข้าถึงเมื่อ 16 พฤศจิกายน 2561.

6. Kemmis S, McTaggart R. The Action Research Planner. Australia: Deakin University Press; 1988.
7. Kuder G, Richardson M. The theory of estimation of test reliability. Psychometrika;1937.
8. Bloom BS. Taxonomy of Educational Objectives The Classification of Educational Goals. New York: David Mckay Company; 1972.
9. ณัฐธิวรรณ พันธ์มุง, ขนิษฐา ศรีสวัสดิ์, ประภัสรา บุญทวี.การวิจัยทดลอง การใช้ชุดมาตรการลดบริโภคเค็มในชุมชนต้นแบบ. วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ 2563;16(3):39-48.
10. พรทิพย์ นิ่มขุนทด. ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการรับประทานอาหารเค็มกับโรคความดันโลหิตสูงและโรคหลอดเลือดหัวใจ: มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี; 2559.
11. ชลธิชา บุญศิริ. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการบริโภคอาหารลดโซเดียมต่อความรู้และปริมาณโซเดียมในการปัสสาวะของนักศึกษาพยาบาล. วารสารสภาการพยาบาล 2560.32(3):119-34; 2560.
13. กาญจนา มณีทัพ, สมจิต แดนสีแก้ว. สถานการณ์การบริโภคเกลือของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ตำบลทางขวาง อำเภอแวงน้อย จังหวัดขอนแก่น. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2560. 35(4): 139-49.
14. สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. ลดเค็มพิชิตภัยเงียบ [อินเทอร์เน็ต]. 2560. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 16 กันยายน 2562]. เข้าถึงได้จาก:http://www.thaihypertension.org/files/237_1.LowSalt.pdf.
15. Irwan MA, Kato M, Kitaoka K, Ueno E, Tsujiguchi H, Shogenji M. Development of the salt reduction and efficacy-maintenance program in Indonesia. Nursing and Health Sciences 2016. 18:519–32.