การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังด้านการบริโภคอาหารรสเค็ม โดยใช้ชุมชนเป็นฐานในพื้นที่ภาคเหนือตอนบน ปี พ.ศ. 2563

อำนาจ เมืองแก้ว

อิสระพงศ์ เพลิดเพลิน

จิตรรัตน์ ปองทอง

เกษศิรินทร์ พุทธวงศ์

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 จังหวัดเชียงใหม่

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

https://shorturl-ddc.moph.go.th/mcW6O

กิตติกรรมประกาศ

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังด้านการบริโภคอาหารรสเค็ม โดยใช้ชุมชนเป็นฐานในพื้นที่ภาคเหนือตอนบน ประสบความสำเร็จด้วยดีได้ด้วยความอนุเคราะห์ช่วยเหลือเป็นอย่างดีจากนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ได้แก่ จังหวัดเชียงใหม่ ลำพูน ลำปาง แพร่ น่าน พะเยา และแม่ฮ่องสอน ที่สนับสนุนพื้นที่การดำเนินงาน รวมถึงผู้รับผิดชอบงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และแกนนำชุมชน ในการร่วมดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังด้านการบริโภคอาหารรสเค็ม โดยใช้ชุมชนเป็นฐานในพื้นที่ภาคเหนือตอนบน ขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้ ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 จังหวัดเชียงใหม่ และคณะเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทุกๆ ท่าน ที่ให้ข้อเสนอแนะในการดำเนินงาน

คณะผู้ศึกษา

บทคัดย่อ

การศึกษาการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังด้านการบริโภคอาหารรสเค็ม โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน ในพื้นที่ภาคเหนือตอนบน ปี พ.ศ. 2563 เป็นการศึกษากึ่งทดลอง (Quasi-experimental study) แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังทดลอง (One-Group Pretest-Posttest Design) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารรสเค็ม ที่มีต่อการดำเนินงานลดปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และเปรียบเทียบระดับความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารรสเค็มของประชาชนที่มีต่อการดำเนินงานลดปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน ในเขตพื้นที่ภาคเหนือตอนบน รวมทั้งสิ้น 8 ชุมชน ที่สมัครใจเข้าร่วมจังหวัดละ 1 ชุมชน เก็บข้อมูลจาก ผู้ที่อาศัยอยู่ในชุมชนที่สมัครใจเข้าร่วม อายุ 18 ปีขึ้นไป แบบเจาะจง ชุมชนละ 60 คน รวมทั้งสิ้น 480 คน วัดผลก่อนและหลังดำเนินการ ระยะเวลาในการศึกษาระหว่างเดือน มีนาคม - ธันวาคม 2563 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและสถิติ Paired Samples t-test

ผลการศึกษาพบว่า ด้านความรู้การบริโภคอาหารรสเค็ม กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้การบริโภคอาหารรสเค็ม ก่อนและหลังดำเนินการ เท่ากับ 7.25 (S.D.=1.98) และ 8.01 (S.D.=1.32) ตามลำดับ โดยมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้การบริโภคอาหารรสเค็มหลังดำเนินการสูงกว่าก่อนดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) ส่วนค่าเฉลี่ยคะแนนด้านทัศนคติการบริโภคอาหารรสเค็ม และด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหารรสเค็มหลังดำเนินการ ไม่แตกต่างจากก่อนดำเนินการ

ดังนั้นจากการดำเนินงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังด้านการบริโภคอาหารรสเค็ม โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน ทำให้ทั้ง 8 ชุมชน มีระดับความรู้อยู่ในระดับสูงและเพิ่มขึ้น ซึ่งไม่สามารถทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านทัศนคติและพฤติกรรมได้ ดังนั้นควรเพิ่มระยะเวลาในการดำเนินงาน และมาตรการหรือกิจกรรมที่จะกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง และควรทำควบคู่ไปกับการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีเพื่อลดการบริโภคเกลือและโซเดียมต่อไป

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ก
บทคัดย่อ	ข
สารบัญ	ค
สารบัญตาราง	จ
บทที่ 1 บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญ	1
วัตถุประสงค์	4
ขอบเขตการศึกษา	4
นิยามศัพท์เฉพาะ	4
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	4
บทที่ 2 ทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	
โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (non – communicable diseases หรือกลุ่มโรค NCDs)	5
ความสำคัญของเกลือและโซเดียมต่อร่างกาย	6
สถานการณ์การบริโภคเกลือและโซเดียม	8
แนวคิดเกี่ยวกับความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรม	14
การดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยยึดชุมชนเป็นฐาน	18
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	19
กรอบแนวคิด	22
บทที่ 3 วิธีดำเนินการศึกษา	
รูปแบบการศึกษา	23
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	23
ขั้นตอนการศึกษา	24
เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา	24
การวิเคราะห์ข้อมูล	26
บทที่ 4 ผลการศึกษา	
ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	27
ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารรสเค็ม ที่เกี่ยวข้องกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	29
ส่วนที่ 3 ทัศนคติเกี่ยวกับการบริโภคอาหารรสเค็ม ที่เกี่ยวข้องกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	31
ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการป้องกันตนเองด้านการบริโภคอาหารรสเค็ม ต่อการลดโอกาสเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	34
ส่วนที่ 5 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมด้านการบริโภคอาหารรสเค็ม ก่อนดำเนินการและหลังดำเนินการ	35

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 5 สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	
สรุปผลการศึกษา	37
อภิปรายผล	37
ข้อเสนอแนะ	39
บรรณานุกรม	40
ภาคผนวก	44

สารบัญตาราง

		หน้า
ตารางที่ 1	จำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	27
ตารางที่ 2	จำนวนและร้อยละ ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารรสเค็ม ที่เกี่ยวข้องกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ก่อนและหลังดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน จำแนกรายข้อคำถาม	30
ตารางที่ 3	ระดับความรู้ด้านการบริโภคอาหารรสเค็ม ก่อนและหลังดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน	31
ตารางที่ 4	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทัศนคติด้านการบริโภคอาหารรสเค็ม ก่อนและหลังดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน จำแนกรายข้อคำถาม	32
ตารางที่ 5	ระดับทัศนคติด้านการบริโภคอาหารรสเค็ม ก่อนและหลังดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน	33
ตารางที่ 6	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน พฤติกรรมด้านการบริโภคอาหารรสเค็มต่อการลดโอกาสเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ก่อนและหลังดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน จำแนกรายข้อคำถาม	34
ตารางที่ 7	ระดับพฤติกรรมด้านการบริโภคอาหารรสเค็ม ก่อนและหลังดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน	35
ตารางที่ 8	คะแนนเฉลี่ยความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรม ก่อนและหลังดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังด้านการบริโภคอาหารรสเค็ม โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน	36

บทที่ 1
บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญ

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (non – communicable diseases หรือกลุ่มโรค NCDs) ถูกยกระดับเป็นวาระที่สำคัญระดับโลกและของประเทศไทยที่นับวันจะทวีความรุนแรงมากขึ้นเนื่องจากเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรรวมทั้งส่งผลกระทบต่อสังคมและเศรษฐกิจ โรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สำคัญ ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และยังมีโรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง เป็นภัยเงียบที่ส่งผลต่อสุขภาพทำให้เกิดการเจ็บป่วย ความพิการ การสูญเสียสุขภาวะ คุณภาพชีวิต และตายก่อนวัยอันควรจำนวนมาก กลุ่มโรคเหล่านี้กำลังเป็นปัญหาทางสาธารณสุขและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทั้งยังเป็นสาเหตุการป่วยและการตายที่สำคัญ การเกิดโรคมีสาเหตุจากปัจจัยเสี่ยงร่วมหนึ่งปัจจัยหรือมากกว่า เป็นผลจากการดำเนินชีวิตที่ไม่ถูกต้อง องค์การอนามัยโลกให้ความสำคัญในการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งมีปัจจัยเสี่ยงทางพฤติกรรมร่วมที่สำคัญ 4 ปัจจัยด้วยกัน ได้แก่ 1) การบริโภคยาสูบ 2) การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 3) การบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม 4) การมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ ปัจจัยด้านสรีรวิทยา 4 ปัจจัย ได้แก่ 1) ไขมันในเลือดสูง 2) ความดันโลหิตสูง 3) ระดับน้ำตาลในเลือดสูง และ 4) ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน นอกจากนี้ความเครียดเรื้อรังเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญอีกหนึ่งปัจจัย กลุ่มโรคไม่ติดต่อเป็นปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่งของโลกทั้งในมิติของจำนวนการเสียชีวิตและภาระโรคโดยรวม จากการรายงานข้อมูลขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2011) พบประชากรทั่วโลกเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จาก 38 ล้านคน (คิดเป็นร้อยละ 68 ของสาเหตุการเสียชีวิตทั้งหมดของประชากรโลก) ในปีพ.ศ. 2555 เป็น 41 ล้านคน (คิดเป็นร้อยละ 71 ของสาเหตุการเสียชีวิตทั้งหมดของประชากรโลก) ในปีพ.ศ. 2559 โดยกลุ่มโรค NCDs ที่พบการเสียชีวิตมากที่สุด ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด (17.9 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 44) รองลงมา คือ โรคมะเร็ง (9.0 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 22) โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง (3.8 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 9) และโรคเบาหวาน (1.6 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 4) ซึ่งในแต่ละปีพบผู้เสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในกลุ่มอายุ 30-69 ปี หรือเรียกว่า “การเสียชีวิตก่อนวัยอันควร” มากถึง 15 ล้านคน โดยร้อยละ 85 เกิดขึ้นในกลุ่มประเทศที่มีรายได้ต่ำ และกลุ่มประเทศที่มีรายได้ปานกลาง โดยปัญหาดังกล่าวก่อให้เกิดความสูญเสียปีสุขภาวะและส่งผลกระทบต่อการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมอย่างรุนแรง (สำนักโรคไม่ติดต่อ, 2563)

สำหรับสถานการณ์ในประเทศไทยนั้น โรคไม่ติดต่อเรื้อรังยังคงเป็นปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่งของประเทศทั้งในมิติของจำนวนการเสียชีวิต และภาระโรคโดยรวม ซึ่งเป็นไปในทิศทางเดียวกันกับสถานการณ์ระดับโลก โดยพบว่า 8 ใน 10 อันดับแรกของสาเหตุการตายของประชากรไทยเกิดจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยโรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่ง รองลงมาเป็นโรคหลอดเลือดสมอง (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน, 2562) ซึ่งอัตราการพบผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังรายใหม่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากรายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557 พบการป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพิ่มขึ้นหนึ่งในสามของประชาชนไทยที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ป่วยเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สำคัญ โดยความชุกโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นจาก 6.9 ในปี พ.ศ. 2552 เป็นร้อยละ 8.9 คิดเป็นจำนวนประมาณ 4.8 ล้านคน ที่พบมากที่สุดในประเทศไทย คือเบาหวานชนิดที่ 2 และส่วนใหญ่มักพบในช่วงวัยกลางคนจนถึงผู้สูงอายุ เพศหญิงมากกว่าเพศชาย และพบมากที่สุดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และพบน้อยที่สุดในภาคใต้ ซึ่งโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงมีปัจจัยเสี่ยงหลัก

ทำให้เกิดโรคมาจากกรรมพันธุ์ และพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ การรับประทานอาหารที่มีเกลือโซดียมสูง อาหารหวานเกิน มันเกิน การมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ การบริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ และนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย คือ น้ำหนักเกิน อ้วน ไขมันในเลือดผิดปกติ และน้ำตาลในเลือดสูงในช่วง 5 ปี ที่ผ่านมา เฉลี่ยเพิ่มขึ้นปีละประมาณ 300,000 คน ความชุกของความดันโลหิตสูงเพิ่มชึ้นจาก ร้อยละ 21.4 ในปี พ.ศ. 2552 เป็นร้อยละ 24.7 ในปี พ.ศ. 2557 คิดเป็นจำนวนประมาณ 13 ล้านคน ในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา เฉลี่ยเพิ่มขึ้นปีละ ประมาณ 600,000 คน ในจำนวนนี้เป็นผู้ที่ไม่รู้ตัวว่าเป็น โรคเบาหวานและหรือความดันโลหิตสูงถึงร้อยละ 40.0 (วิชัย เอกพลากร, 2557)

จากข้อมูลการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงและการบาดเจ็บของสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค ปี พ.ศ. 2558 ในส่วนของการบริโภคเกลือ พบว่าคนไทยส่วนใหญ่ยังมีความเข้าใจผิดว่า สิ่งที่ให้ความเค็มหรือเกลือโซเดียมมีอยู่ในเกลือหรือน้ำปลาเท่านั้น ซึ่งในปัจจุบันได้มีเครื่องปรุงรส เช่น ซีอิ๊ว ซอส/ผงปรุงรส ผงชูรส รวมไปถึงอาหารกึ่งสำเร็จรูปต่าง ๆ เช่น บะหมี่ - โจ๊ก กึ่งสำเร็จรูป ปลากระป๋อง ขนมกรุบกรอบ ล้วนมีสารให้ความเค็ม (เกลือโซเดียม) เป็นส่วนประกอบ โดยล่าสุดพบคนไทยบริโภคเกลือโซเดียม เฉลี่ย 4,351.7 มิลลิกรัมต่อวัน หรือกว่า 2 ช้อนชา ซึ่งเกินกว่าที่องค์การอนามัยโลกกำหนด คือ 2,000 มิลลิกรัม หรือ 1 ช้อนชาต่อวัน โดยการบริโภคอาหารที่มีรสเค็มอย่างต่อเนื่อง เป็นปัจจัยเสี่ยงอันดับที่ 2 ที่ทำให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูง นำไปสู่โรคไม่ติดต่อรื้อรัง เช่น โรคไตเรื้อรัง โรคหัวใจ โรคเบาหวาน ที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น (กมลทิพย์ วิจิตรสุนทรกุล, 2558) ซึ่งสอดคล้องกับการที่องค์การอนามัยโลกได้กำหนดให้การลดเกลือโซเดียม เป็น 1 ใน 9 เป้าหมายระดับโลกในการควบคุมปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ภายใน ปี พ.ศ.2568 โดยกำหนดให้ลดการบริโภคเกลือและโซเดียมลงร้อยละ 30 ภายใน ปี พ.ศ. 2568 (WHO, 2013) ซึ่งประเทศไทยโดยการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 6 ใน ปี พ.ศ.2557 ได้ทำการรับรองทั้ง 9 เป้าหมายดังกล่าวให้เป็นเป้าหมายในการดำเนินงานของประเทศไทย (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2557) ซึ่งถือเป็นความท้าทายของสังคมไทยในการจัดการปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อย่างยิ่งและเพื่อให้เกิดการลดภาระโรคจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยการลดการบริโภคเกลือและโซเดียมในปริมาณสูงในประชากรไทยอย่างเป็นรูปธรรม จึงได้มีมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 8 พ.ศ.2558 เรื่องนโยบายการลดบริโภคเกลือและโซเดียมเพื่อลดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) จัดให้มีและขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การลดการบริโภคเกลือและโซเดียมในประเทศไทย พ.ศ. 2559 – 2568 ที่เป็นรูปธรรมต่อไป (สำนักโรคไม่ติดต่อ, 2559)

จากการวิเคราะห์กลไกและกระบวนการจัดการลดการบริโภคเกลือและโซเดียมในประเทศไทย พบข้อจำกัดและความท้าทายในหลายประเด็น ตั้งแต่การขาดกลไกการยกระดับการแก้ปัญหาการลดบริโภคเกลือและโซเดียม ไม่มียุทธศาสตร์การดำเนินงานที่ชัดเจน ขาดความเป็นเจ้าของและการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายภาคส่วนต่าง ๆ ในการจัดการปัญหา รวมถึงกลไกการประสานงาน และการบูรณาการผู้เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะในภาคส่วนของชุมชน ซึ่งเป็นสิ่งแวดล้อมสำคัญที่ส่งผลต่อรูปแบบวิถีชีวิตของบุคคล โดยเฉพาะการบริโภค โดยมีผลการศึกษาที่แสดงให้เห็นว่ารูปแบบการบริโภคของบุคคลในชุมชนสอดคล้องเป็นไปตามค่านิยมของชุมชนนั้น ๆ จึงนำไปสู่การดำเนินงาน “โครงการชุมชนลดเค็ม ลดโรคต้นแบบ” เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของมาตรการสำคัญ ที่สนับสนุนให้ชุมชน สามารถแก้ไขปัญหาการบริโภคเกลือและโซเดียมในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังให้ได้ผลและเกิดความยั่งยืนได้จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือของประชาชนเป็นรากฐาน และการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนที่เน้นชุมชนเป็นจุดศูนย์กลาง การสร้างความเข้มแข็งให้กับชุมชนด้วยการส่งเสริมและสนับสนุนให้เกิดการดูแลสุขภาพในชุมชน เพื่อลด

ปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ทั้งในด้านปัจจัยทางสังคม ปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อม และพฤติกรรมเสี่ยงในชุมชน โดยการระดมทรัพยากรและภูมิปัญญาท้องถิ่น ผ่านกระบวนการร่วมคิดร่วมทำในชุมชนอย่างเป็นระบบ ให้ทันต่อสถานการณ์ เหมาะสมกับบริบทของชุมชน ตลอดจนสร้างความมุ่งมั่นร่วมกันของบุคลากรสาธารณสุขทุกระดับ รวมทั้งการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ท้องถิ่น ภาครัฐ และภาคเอกชนต่าง ๆ จึงจะสร้างความยั่งยืนและลดการเกิดโรค ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในระยะยาวได้ เพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยใช้กระบวนการชุมชนเป็นฐาน (Community Based Programs) (สำนักโรคไม่ติดต่อ, 2561) ด้วยการผลักดันให้ชุมชนดำเนินงานร่วมกับภาคีเครือข่ายอื่น ๆ ในชุมชนมุ่งหวังให้ชุมชนเกิดความเข้มแข็ง ประชาชนมีความรู้ ความเข้าใจเกิดความตระหนัก สามารถดูแลสุขภาพและจัดการกับตนเอง ครอบครัวและชุมชนได้อย่างเหมาะสมกับสภาพปัญหา วิถีชีวิต และบริบทของชุมชน เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ส่งผลให้ลดอัตราการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดี

สถานการณ์โรคความดันโลหิตสูงของเขตสุขภาพที่ 1 ความชุกผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ภาพรวมเขตสุขภาพที่ 1 ปี 2562 เท่ากับ ร้อยละ 21.69 โดยจังหวัดที่สามารถค้นหาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้ดี ได้แก่ จังหวัดแพร่ ร้อยละ 26.59 รองลงมา จังหวัดลำปาง ร้อยละ 23.02 และจังหวัดลำพูน ร้อยละ 22.55 ตามลำดับ ซึ่งมีอัตราความซุกโรคความดันโลหิตสูงมากว่าค่าเฉลี่ยภาพรวมของเขตสุขภาพที่ 1 แต่ทุกจังหวัดยังมีความชุกน้อยกว่าผลการสำรวจความชุกโรคความดันโลหิตสูงระดับประเทศ ครั้งที่ 5 ของภาคเหนือ(วิชัย เอกพลากร, 2557) จากข้อมูลในเวชปฏิบัติของสมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทยปี 2558 (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2558) ได้ระบุข้อมูลด้านประสิทธิผลของการจำกัดการบริโภคโซเดียม ในอาหารน้อยกว่า 2,300 มิลลิกรัมต่อวัน ว่าสามารถช่วยลดค่า Systolic Blood Pressure (SBP) ลง 2 - 8 มิลลิเมตรปรอท และจากองค์การอนามัยโลกที่แนะนำให้ประชาชนบริโภคเกลือและโซเดียมน้อยกว่า 2,000 มิลลิกรัมต่อวัน ซึ่งถือว่าเป็นมาตรการหนึ่งที่สามารถช่วยลดอุบัติการณ์ของโรคความดันโลหิตสูง ช่วยชะลอ ความชุกของโรคความดันโลหิตสูง และช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูงต่อไปได้ แต่ด้วยข้อจำกัดในหลายด้าน เช่น การไม่มีข้อมูลพื้นฐานสำหรับประเมินความรุนแรงของปัจจัยเสี่ยงด้านการบริโภคเกลือ และโซเดียม และขาดข้อมูลสำหรับการจัดทำแผนปฏิบัติการเพื่อลดอัตราการบริโภคเกลือและโซเดียมให้บรรลุเป้าหมาย ตามแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี

ดังนั้นในปี 2563 กรมควบคุมโรค ได้มอบหมายให้สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1, 2 และ 3 ดำเนินการจัดทำแผนลดโรค และภัยสุขภาพเขตภาคเหนือ ตามแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี สู่การปฏิบัติ เพื่อเสริมสร้างให้คนไทยมีสุขภาวะที่ดี โดยเป็นการสนับสนุน ผลักดันการดำเนินงานเพื่อแก้ไขปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในพื้นที่เขตภาคเหนือ จึงได้มีการจัดทำโครงการพัฒนาชุมชนลดเค็มลดโรค เพื่อให้ประชาชนภาคเหนือมีสุขภาพที่ดี (แผนภาค) เกิดการขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันแก้ไขปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง รวมทั้งพัฒนาเครือข่าย ขยายผลการดำเนินงาน วางแผนแก้ไขปัญหาในพื้นที่โดยมุ่งเน้นให้เกิดการดำเนินงานผ่านกลไกการควบคุมป้องกันโรคในพื้นที่อย่างยั่งยืน โดยสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่ ได้ดำเนินการในพื้นที่ 8 จังหวัดภาคเหนือตอนบน และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล นำข้อมูลมาวิเคราะห์ในภาพรวม เพื่อให้ทราบถึงข้อมูลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังด้านการบริโภคอาหารรสเค็ม และใช้เป็นข้อมูลประกอบการดำเนินการวางแผน และแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์

1.เพื่อศึกษาระดับความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารรสเค็ม ที่มีต่อการดำเนินงานลดปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน

2.เพื่อเปรียบเทียบระดับความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารรสเค็มของประชาชนที่มีต่อการดำเนินงานลดปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน

ขอบเขตการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชากร อายุ 18 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในชุมชนที่สมัครใจเข้าร่วมดำเนินการ ในช่วงเวลาที่ศึกษา จากพื้นที่ 8 จังหวัดภาคเหนือตอนบน ได้แก่ เชียงใหม่ เชียงราย ลำพูน ลำปาง พะเยา แพร่ น่านและแม่ฮ่องสอน จังหวัดละ 1 ชุมชน รวมทั้งสิ้น 8 ชุมชน ได้แก่ 1.) ชุมชนบ้านไร่หลวง หมู่ 3 ตำบลทุ่งรวงทอง อำเภอแม่วาง 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 ตำบลสบบง อำเภอภูซาง จังหวัดพะเยา 7.) ชุมชนบ้านทรายมูล หมู่ 2 ตำบลจันจว้า อำเภอแม่จัน จังหวัดเชียงราย และ 8.) ชุมชนบ้านห้วยโป่ง หมู่ 1 ตำบลห้วยโป่ง อำเภอเมืองแม่ฮ่องสอน จังหวัดแม่ฮ่องสอน

นิยามศัพท์เฉพาะ

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง หมายถึง กลุ่มของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขที่มีผลต่อการป่วย พิการ และตายก่อนวัยอันควร การพัฒนาการก่อโรคได้รับอิทธิพลจากปัจจัยเสี่ยงร่วมหนึ่งปัจจัยหรือมากกว่า ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน กลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด

พฤติกรรมเสี่ยง หมายถึง การประกอบอาหารทานเองหรือรับประทานอาหารที่มีเกลือและโซเดียมสูง อาหารหวานเกิน มันเกิน การมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ การบริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ และการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย เช่น น้ำหนักเกิน อ้วน ไขมันในเลือดผิดปกติ และน้ำตาลในเลือดสูง

การบริโภคอาหารรสเค็ม หมายถึง การบริโภคอาหารที่มีเกลือและโซเดียมเกิน 2,000 มิลลิกรัมต่อวัน หรือเท่ากับเกลือ 1 ช้อนชา

ชุมชนเป็นฐาน หมายถึง หมู่บ้านหรือชุมชน ที่มีการดำเนินการเพื่อจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังตามแนวทางการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (CBI NCDs) ในประเด็นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังด้านการบริโภคอาหารรสเค็ม ระยะเวลาในการศึกษาระหว่างเดือน มีนาคม - ธันวาคม 2563

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ผลการศึกษา จะสามารถนำไปพัฒนาและเป็นประโยชน์ในการออกแบบกิจกรรมสร้างความตระหนักถึงผลกระทบต่อสุขภาพ และการจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการลดการบริโภคเกลือและโซเดียมเพื่อให้เกิดความร่วมมือในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (CBI NCDs) ในพื้นที่ต่อไป

บทที่ 2
ทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษานี้ ผู้ศึกษาได้ทบทวนแนวคิด ทฤษฎีและเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยมีเนื้อหาดังต่อไปนี้

1. โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (non – communicable diseases หรือกลุ่มโรค NCDs) ประกอบด้วย ความหมาย สาเหตุของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

2. ความสำคัญของเกลือและโซเดียมต่อร่างกาย ประกอบด้วย ปัญหาสุขภาพจากการบริโภคเกลือและโซเดียมเกิน ผลกระทบต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจากการได้รับโซเดียมในปริมาณที่สูงเกินความต้องการและภาระโรคจากปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นจากการบริโภคเกลือโซเดียมในปริมาณที่สูงเกินความต้องการของประเทศไทย

3. สถานการณ์การบริโภคเกลือและโซเดียม ประกอบด้วย สถานการณ์การบริโภคเกลือและโซเดียมในระดับโลก สถานการณ์การบริโภคเกลือและโซเดียมในประเทศไทย และการดำเนินงานมาตรการลดการบริโภคเกลือและโซเดียมประเทศไทย

4. แนวคิดเกี่ยวกับความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรม ประกอบด้วย ความรู้ (knowledge) ทัศนคติ (Attitude) พฤติกรรม (Behavior) แรงจูงใจ (Motivation) ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพ (Health Belief Model)

5. การดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยยึดชุมชนเป็นฐาน

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

7. กรอบแนวคิด

1. โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (non – communicable diseases หรือกลุ่มโรค NCDs)

ความหมาย

หมายถึง กลุ่มโรคที่ไม่ได้มีสาเหตุจากการติดเชื้อไม่ได้ติดต่อทางการสัมผัสคลุกคลี หรือผ่านตัวนำโรค (พาหะ) ส่วนหนึ่งจากพันธุ์กรรม และพฤติกรรมการใช้ชีวิตที่ไม่เหมาะสม และเป็นโรคที่มีระยะเวลาการดำเนินโรคช้า ปัจจุบันกลุ่มโรค NCDs มีอัตราผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตสูงสุด 6 โรค ได้แก่ โรคเบาหวาน (Diabetes Mellitus) โรคหลอดเลือดสมอง และหัวใจ (Cardiovascular Disease) โรคถุงลมโป่งพอง (Emphysema) โรคมะเร็ง (Cancer) โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension) และโรคอ้วนลงพุง (Abdominal Obesity) ตามลำดับ (สำนักโรคไม่ติดต่อ, 2560)

นันทกร ทองแตง (2562) โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง หรือเรียกชื่อภาษาอังกฤษสั้น ๆ ว่า โรค NCDs เป็นโรคที่ไม่ได้เกิดขึ้นจากการติดเชื้อโรคและไม่ได้ติดต่อจากคนสู่คน โดยการสัมผัสหรือการหายใจ แต่เป็นโรคที่เกิดจากการใช้ชีวิตประจำวันที่ไม่เหมาะสมของคน กลุ่มโรค NCDs นี้ประกอบด้วย โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง โรคอ้วน ลงพุง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคถุงลมโป่งพอง และโรคมะเร็ง เป็นต้น

ปิยะสกล สกลสัตยาทร (2560) กล่าวว่า กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) นับเป็นวิกฤตที่ต้องแก้ไขอย่างเร่งด่วนทั้งระดับนานาชาติและระดับประเทศ ในแต่ละปีมีจำนวนประชากรมากถึง 16 ล้านคนทั่วโลกที่ต้องเสียชีวิตก่อนวัยอันควร จากโรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคมะเร็ง และโรคเบาหวาน ซึ่งร้อยละ 80 มาจากประชากรในประเทศที่มีรายได้น้อยถึงปานกลาง อย่างประเทศในภูมิภาคเอเชียใต้

และตะวันออก จึงเป็นที่มาของการกำหนดเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนของสหประชาชาติเพื่อลดอัตราการเสียชีวิตให้ได้ 1 ใน 3 ภายใน ปี พ.ศ. 2573 ซึ่งการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ต้องอาศัยการทำงานร่วมกันในทุกระดับ ตั้งแต่ระดับนโยบายไปจนถึงระดับประชาชน รวมถึงการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ทั้งในและนอกภาคสาธารณสุข โดยเน้นมาตรการที่คุ้มทุนและมีประสิทธิผลหรือที่เรียกว่า "Best Buys" รวมถึงการมีกลไกสนับสนุนให้เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืน ได้แก่ ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าและกลไกทางการเงินรูปแบบใหม่ เพื่อสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ โดยความท้าทายที่สำคัญในภูมิภาคนี้ คือการขาดศักยภาพในการนำมาตรการ Best Buys มาปรับใช้อย่างเหมาะสมและสอดคล้องในประเทศ มาตรการ Best Buys ที่เหมาะสมต่อบริบทเฉพาะของแต่ละประเทศ รวมถึงแนวทางการพัฒนาศักยภาพที่จำเป็นต่อการดำเนินมาตรการเหล่านั้นอย่างยั่งยืน ทั้งนี้มาตรการเหล่านี้จะเกิดขึ้นได้ต้องอาศัยการทำงานร่วมกันใน 3 ระดับ คือ 1.ระดับนโยบาย นำโดยกระทรวงสาธารณสุขและองค์กรสุขภาพ ต้องเป็นผู้นำในการบูรณาการนโยบายสาธารณะให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน 2.ระบบสุขภาพ โดยยกระดับการให้บริการของระบบสาธารณสุขมูลฐาน ลดความเหลื่อมล้ำในระบบบริการสุขภาพและการมีระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ยั่งยืน และ 3.ระดับสังคม โดยการสร้างเสริมศักยภาพของชุมชนและสังคมอย่างจริงจัง เพื่อสร้างความตระหนักรู้และการให้ความรู้และทักษะด้านสุขภาวะแก่ประชาชน

สาเหตุของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

สาเหตุที่สำคัญของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) คือ 3 อ. 2 ส. ได้แก่ อ. อร่อยเกิน อ. อยู่สบายเกิน อ. เอาแต่ใจเกิน และ ส. สูบบุหรี่ ส. สุรา เป็นประจำ เช่น อ้วนลงพุง น้ำหนักตัวเกินค่ามาตรฐาน สูบบุหรี่หรือดมควันบุหรี่เป็นประจำ ดื่มสุราแอลกอฮอล์เป็นประจำ เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอยู่แล้ว โดยเฉพาะควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นอยู่ไม่ดี มีประวัติคนในครอบครัวเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง หรือเคยขยาย/ใส่ขดหลอด/ผ่าตัดหลอดเลือดหัวใจ ทำบอลลูน/บายพาส หรือตายเฉียบพลันโดยไม่รู้สาเหตุตอนอายุน้อย โดยเพศชายที่มีอายุไม่เกิน 55 ปี และเพศหญิงที่มีอายุไม่เกิน 65 ปี (สำนักโรคไม่ติดต่อ, 2560)

2. ความสำคัญของเกลือและโซเดียมต่อร่างกาย

เกลือ เป็นแร่ธาตุส่วนใหญ่ประกอบด้วยโซเดียมคลอไรด์ (sodium chloride) หรือที่เรียกกันทั่วไปว่า เกลือแกง ประกอบไปด้วยโซเดียมไอออน (Na+) ร้อยละ 40 และคลอไรด์ไอออน (Cl-) ร้อยละ 60 โดยน้ำหนัก ซึ่งเกลือ 1 กรัม จะประกอบด้วยโซเดียม 0.4 กรัม โดยแร่ธาตุทั้ง 2 ชนิด มีความสำคัญต่อร่างกายโดยเฉพาะโซเดียมนั้นเป็นแร่ธาตุที่มีความสำคัญต่อร่างกาย ทำหน้าที่ควบคุมสมดุลของเกลือแร่ การกระจายตัวของน้ำ ในส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย ควบคุมสมดุลของกรดด่าง การเต้นของหัวใจและชีพจร มีผลต่อความดันโลหิต การทำงานของเส้นประสาทและกล้ามเนื้อโดยที่ร่างกายไม่สามารถสร้างเองได้มีความจำเป็นต้องได้รับจากอาหารที่มีโซเดียมเป็นส่วนประกอบอยู่

โดยปกติร่างกายจะได้รับโซเดียมผ่านทางการบริโภคเป็นหลัก โดยเฉพาะเกลือแกงหรือโซเดียมคลอไรด์ (NaCl) ซึ่งปกติใช้ในการปรุงอาหารให้มีรสชาติเค็ม และเป็นส่วนประกอบหลักของเครื่องปรุงที่ให้รสเค็ม เช่น น้ำปลา เกลือ ซีอิ๊ว กะปิ ซอสหอยนางรม นอกจากนี้ยังพบ โซเดียม (Na+) ที่อยู่ในรูปสารประกอบอื่น ๆ ที่อาจไม่มีรสชาติเค็มได้อีกด้วย ได้แก่ โซเดียมตามธรรมชาติของอาหาร โซเดียมจากกระบวนการผลิตในอุตสาหกรรมอาหาร และโซเดียมที่อยู่ในรูปแบบอื่น ๆ เช่น ผงชูรส (โมโนโซเดียมกลูตาเมท) หรือผงฟู (โซเดียมไบคาร์บอเนต) เป็นต้น

ซึ่งความต้องการโซเดียมของร่างกายมนุษย์ขึ้นกับความต้องการของการใช้พลังงานที่แตกต่างกันตามเพศ และกลุ่มอายุต่าง ๆ โดยหญิงตั้งครรภ์มีความต้องการโซเดียมเพิ่มขึ้นประมาณวันละ 50 – 200 มิลลิกรัม เนื่องจากมีการเพิ่มขึ้นของของเหลวภายนอกเซลล์ ความต้องการของทารกในครรภ์และปริมาณน้ำในถุงน้ำคร่ำ หรือหญิงให้นมบุตรมีความต้องการโซเดียมเพิ่มขึ้นตามปริมาตรของน้ำนมที่มีการสร้างขึ้น โดยเฉลี่ยต้องการโซเดียมเพิ่มขึ้นวันละ 125 – 350 มิลลิกรัม (ธิดารัตน์ อภิญญา, 2556) ซึ่งปริมาณโซเดียมดังกล่าว ได้จากการรับประทานอาหารปกติก็เพียงพอแล้ว ปัจจุบันองค์การอนามัยโลกให้คำแนะนำปริมาณโซเดียมจากการบริโภคเท่ากับ 2,000 มิลลิกรัมต่อวัน (WHO, 2007) เป็นระดับที่เหมาะสมและปลอดภัยสำหรับบุคคลทั่วไป แต่หากมีการบริโภคโซเดียมในปริมาณมากเกินไปเป็นระยะยาวนานจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพได้

ปัญหาสุขภาพจากการบริโภคเกลือและโซเดียมเกิน

การได้รับโซเดียมในปริมาณที่สูงเกินความต้องการอย่างต่อเนื่อง ส่งผลต่อการเพิ่มขึ้นของระดับความดันโลหิตซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคไต โรคความดันโลหิตสูง และเพิ่มความรุนแรงของโรคเบาหวาน จากข้อมูลสถานการณ์โดยองค์การอนามัยโลก พบว่า โรคไม่ติดต่อเรื้องรัง (NCDs) เหล่านี้เป็นสาเหตุการเสียชีวิตหลักของทุกประเทศทั่วโลก ถึงร้อยละ 68 ของอัตราการเสียชีวิตทั้งหมด (WHO, 2011) มากกว่าการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บ โรคติดเชื้อ ภาวะทุพโภชนาการ และการเสียชีวิตของมารดาและเด็กรวมกัน และที่น่ากังวลเป็นอย่างยิ่ง คือเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร (ก่อนอายุ 70 ปี) และมีแนวโน้มว่าเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยคาดการณ์ว่าการเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ของประชากรโลกจะเพิ่มขึ้นจาก 38 ล้านคนในปี พ.ศ. 2555 เป็น 41 ล้านคนในปี พ.ศ. 2559 ซึ่งการเสียชีวิตของประชากรไทยจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ในปี พ.ศ. 2557 พบว่าอยู่ในสัดส่วนที่สูงกว่าทั่วโลก คือร้อยละ 73 ของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร (สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ, 2557)

ผลกระทบต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จากการได้รับโซเดียมในปริมาณที่สูงเกินความต้องการ

1. โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension: HT)

การศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างการบริโภคเกลือโซเดียมกับการเกิดโรคความดันโลหิตสูง พบว่าการที่ได้รับเกลือโซเดียมมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงระหว่างปริมาณเกลือที่ได้รับและความชุกของโรคความดันโลหิตสูง (Dahl LK, 1960) ซึ่งจะนำไปสู่โรคอื่น ๆ ที่เป็นภาวะแทรกซ้อนได้ โดยศูนย์ควบคุมโรคของสหรัฐอเมริกาได้แนะนำปริมาณเกลือโซเดียมที่บริโภคได้โดยไม่ทำให้เกิดอันตรายต่อผู้รับประทาน คือโซเดียม 2 กรัมต่อวัน หรือเท่ากับเกลือ 5 กรัมต่อวัน (CDC, 2012) ในทางปฏิบัติปริมาณข้างต้นจะเทียบเท่ากับเกลือแกง 1 ช้อนชา หรือเทียบเท่าน้ำปลา 3 – 4 ช้อนชาต่อวัน นอกจากนี้ผลการสำรวจที่เกี่ยวกับปริมาณการได้รับเกลือโซเดียมแสดงให้เห็นว่า ประชากรทั่วโลกได้รับปริมาณเกลือโซเดียมสูงกว่าที่องค์การอนามัยโลกแนะนำมากกว่า 2 เท่า

2. โรคหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular diseases: CVD)

การได้รับโซเดียมในปริมาณที่สูงเกินความต้องการเป็นสาเหตุหลักที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ (coronary heart disease) โรคอัมพฤกษ์ อัมพาต (strokes) ถึงร้อยละ 49 และร้อยละ 62 ของการเกิดโรคทั้งหมด จากการศึกษาของ Mozaffarian *et al.,* (2010) พบว่าการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่เกิดขึ้นในปี ค.ศ. 2010 จำนวน 1,650,000 ราย มีสาเหตุมาจากการบริโภคโซเดียมเกินกว่าที่องค์การอนามัยโลกกำหนด คือ 2 กรัมต่อวัน หรือเกลือ 5 กรัมต่อวัน ซึ่งการลดปริมาณโซเดียม

ในผู้ใหญ่ให้ได้รับโซเดียมน้อยกว่า 2 กรัมต่อวัน มีผลต่อการลดระดับความดันโลหิตและมีโอกาสต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดได้

3. โรคไตวายเรื้อรัง (Chronic kidney disease: CKD)

การที่ร่างกายได้รับโซเดียมในปริมาณที่สูงทำให้เกิดผลกระทบโดยตรงต่อไต ซึ่งไตเป็นอวัยวะหลักที่ทำหน้าที่กำจัดโซเดียมในร่างกาย โดยทำให้ไตเสื่อมสภาพเร็วขึ้นจากการทำงานหนักและโปรตีนรั่วในปัสสาวะ ซึ่งความเสื่อมนั้นจะคงอยู่ตลอดไปแม้จะมีการลดปริมาณโซเดียมลงในภายหลัง นอกจากนี้ภาวะความดันโลหิตสูงก็เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่สำคัญที่ทำให้ไตเสื่อมลงด้วย ซึ่งล้วนแต่มีสาเหตุจากการได้รับเกลือและโซเดียมปริมาณสูงเกินไป ดังนั้นการลดความดันโลหิตและโปรตีนในปัสสาวะจะป้องกันการสูญเสียการทำงานของไตลงได้ (Vogt *et al.,* 2008) และภาวะแทรกซ้อน เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด (Aburto *et al.,* 2013)

4. โรคเบาหวาน (Diabetes Mellitus: DM)

จากการศึกษาของ Fotherby and Potter (1993) พบว่าในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่มีความบกพร่องของการทำงานของอินซูลินในร่างกายนั้น การลดปริมาณการบริโภคเกลือโซเดียมลง จะมีผลต่อการเพิ่มระดับการทำงานของอินซูลินดีขึ้น ซึ่งจะส่งผลให้ควบคุมโรคเบาหวานได้ดียิ่งขึ้นด้วย

ภาระโรคจากปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นจากการบริโภคเกลือโซเดียมในปริมาณที่สูงเกินความต้องการของประเทศไทย

ประเทศไทยจำนวนผู้ป่วยจากกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว การเพิ่มขึ้นของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ส่งผลกระทบทางเศรษฐกิจอย่างมาก เนื่องจากเป็นสาเหตุของการสูญเสียผลิตภาพ (productivity) หลายประเภท ทั้งการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร การขาดงาน การขาดประสิทธิภาพขณะทำงาน เกิดความพิการ การสูญเสียโอกาสในการถูกจ้างงานเนื่องจากการเจ็บป่วย และยังรวมไปถึงภาระค่าใช้จ่ายสำหรับการรักษาพยาบาลอีกด้วย ความสูญเสียทางเศรษฐกิจจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สูงถึง 198,512 ล้านบาทในปี พ.ศ. 2552 จำแนกเป็นจากโรคหัวใจและหลอดเลือด 78,976 ล้านบาท จากโรคเบาหวาน 24,489 ล้านบาท รวมมูลค่าความสูญเสียทั้งหมดคิดเป็นร้อยละ 2.2 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมประชาชาติ (GDP) (สำนักวิจัยนโยบายสร้างเสริมสุขภาพ, 2557)

3. สถานการณ์การบริโภคเกลือและโซเดียม

สถานการณ์การบริโภคเกลือและโซเดียมในระดับโลก

ประชากรทั่วโลกมีการบริโภคเกลือและโซเดียมในปริมาณมาก ประมาณการค่าเฉลี่ยการบริโภคของประชากรมากถึง 8 – 10 กรัมต่อวัน ซึ่งมากเป็นสองเท่าของคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก (ปริมาณโซเดียมที่บริโภคเพียงพอต่อวัน องค์การอนามัยโลกกำหนดไว้ไม่เกิน 2,000 มิลลิกรัมต่อวัน) จากหลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุนการบริโภคเกลือและโซเดียมปริมาณสูงมีความสัมพันธ์กับการเพิ่มระดับความดันโลหิต ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่นำไปสู่โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง และโรคไต เป็นต้น ประมาณการทั่วโลกพบระดับความดันโลหิตสูงส่งผลกระทบประชากรถึงร้อยละ 40 และเป็นผลให้เสียชีวิต 7.5 ล้านคนต่อปี หรือประมาณร้อยละ 12.8 ของการเสียชีวิตทั่วโลก (Brown *et al.,* 2009) และจากการประเมินการบริโภคเกลือและโซเดียมด้วยการเก็บปัสสาวะ 24 ชั่วโมง ซึ่งเป็นวิธีมาตรฐานที่องค์การอนามัยโลกแนะนำ พบว่า ประเทศสหรัฐอเมริกา ปี 1998 มีการบริโภคโซเดียม 4,202 มิลลิกรัมต่อวันในเพศชาย และ 3,272 มิลลิกรัมต่อวันในเพศหญิง

ประเทศสหราชอาณาจักร ปี 2006 อยู่ที่ 3,818 มิลลิกรัมในเพศชาย และ 3,013 มิลลิกรัมในเพศหญิง ประเทศแอฟริกาใต้ ปี 2006 อยู่ที่ 3,112 มิลลิกรัมในเพศชาย และ 3,393 มิลลิกรัมในเพศหญิง (Elliott & Brown, 2006)

จากการบริโภคโซเดียมของประชากรทั่วโลกมีความแตกต่างกันและประชากรส่วนใหญ่บริโภคโซเดียมมากกว่าคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก และมีแนวโน้มการบริโภคโซเดียมเพิ่มขึ้น โดยเมื่ออายุเพิ่มขึ้น ความแตกต่างด้านความเจริญและการพัฒนาประเทศทำให้แหล่งอาหารที่มีโซเดียมในประเทศที่กำลังพัฒนาและประเทศพัฒนาแล้วมีความแตกต่างกัน คือประเทศแถบทวีปยุโรปและทวีปอเมริกาเหนือ แหล่งอาหารโซเดียม พบร้อยละ 75 ได้จากอาหารแปรรูปที่มีการเติมโซเดียมระหว่างกระบวนการผลิตในโรงงานอุตสาหกรรมอาหาร อาหารแปรรูปหรืออาหารกึ่งสาเร็จรูป จึงเป็นเป้าหมายความสำเร็จในการลดการบริโภคโซเดียม ซึ่งส่งผลให้หลายประเทศพัฒนาได้มีการกำหนดเพดานของปริมาณโซเดียมในอาหารแปรรูปชนิดต่าง ๆ และมีการลดปริมาณโซเดียมในการผลิตอาหารแปรรูป ส่วนประเทศแถบเอเชียหรือประเทศกำลังพัฒนา พบร้อยละ 71 มีการเติมเกลือหรือเครื่องปรุงรสขณะทำอาหารรับประทานเองที่บ้านหรือร้านอาหาร อย่างไรก็ตามประเทศกำลังพัฒนาควรคำนึงถึงการบริโภคอาหารแปรรูปหรืออาหารกึ่งสาเร็จรูปจากอุตสาหกรรมอาหารซึ่งจะมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นคล้ายคลึงกับประเทศที่พัฒนาแล้ว (Brown *et al.,* 2009)

สถานการณ์การบริโภคเกลือและโซเดียมในประเทศไทย

การศึกษาวิจัยและสำรวจปริมาณโซเดียมในระดับประชากรของประเทศไทยนั้น ไม่ได้มีการวางแผนหรือดำเนินการในเรื่องนี้อย่างจริงจังเหมือนในต่างประเทศ แต่เนื่องจากแนวโน้มของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะโรคความดันโลหิตสูงที่เป็นปัจจัยเสี่ยงหลักสำคัญของโรคหัวใจและหลอดเลือด การประเมินการได้รับโซเดียมนั้นได้มีการดำเนินการและจัดทำข้อมูลอยู่บ้างโดยกรมอนามัย ซึ่งเป็นหน่วยงานหลักของกระทรวงสาธารณสุข ที่มีหน้าที่ในการดำเนินงานสำรวจภาวะโภชนาการของประเทศ โดยการสำรวจภาวะอาหารและโภชนาการของประเทศไทยโดยกรมอนามัยนั้นพบว่าคนไทยส่วนใหญ่ร้อยละ 98 บริโภคเครื่องปรุงรสทุกวันโดยเครื่องปรุงรสที่นิยมมากที่สุด คือ น้ำปลา รองลงมาคือ กะปิ และเกลือ ตามลำดับ ทั้งนี้การบริโภคเครื่องปรุงรสได้เพิ่มขึ้นจากวันละ 7 กรัมต่อคนต่อวัน ในปี พ.ศ. 2503 (ครั้งที่ 1) เป็น 20.5 กรัมต่อคนต่อวัน ในปี พ.ศ. 2538 (ครั้งที่ 4) สำหรับครั้งที่ 5 ในปี พ.ศ. 2546 นั้น ปริมาณการใช้เครื่องปรุงรสที่สำรวจ พบว่ามีการบริโภคเพียง 4.1 กรัมต่อคนต่อวัน (สำนักโภชนาการ กรมอนามัย, 2549) ซึ่งจากข้อมูลรายงานที่มีปริมาณการใช้เครื่องปรุงรสที่ลดต่ำลงนี้น่าจะเป็นผลมาจากวิธีการสำรวจอาหารที่เปลี่ยนไปจากครั้งก่อนหน้าที่ผ่านมา อย่างไรก็ตามปริมาณการใช้เครื่องปรุงรสที่มีรายงานดังกล่าวนั้น ไม่สามารถคำนวณหาปริมาณโซเดียมที่มีการบริโภคได้ เนื่องจากไม่มีรายละเอียดมากพอของเครื่องปรุงรสที่กล่าวถึง โดยเฉพาะอย่างยิ่งน้ำปลาและเกลือ ซึ่งเป็นแหล่งของโซเดียมหลักในอาหารที่คนไทยส่วนใหญ่นิยมบริโภค ไม่ได้มีการคำนวณเป็นปริมาณโซเดียมที่เหมาะสมที่ร่างกายต้องการต่อคนต่อวัน

โดยในปี พ.ศ. 2550 ได้มีการเริ่มในการสำรวจการบริโภคโซเดียมคลอไรด์ของประชากรไทย ดำเนินการโดยกองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ร่วมมือกับคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล พบว่า ปริมาณการบริโภคโซเดียมคลอไรด์ของประชากรไทยที่สำรวจในปี พ.ศ. 2550 ประชากรไทยได้รับโซเดียมคลอไรด์โดยเฉลี่ย 10.9±2.6 กรัม โดยมาจากเครื่องปรุงรสต่าง ๆ 8.0±2.6 กรัม คิดเป็นร้อยละ 80.3 ของโซเดียมคลอไรด์ทั้งหมดที่ได้รับ และเมื่อคำนวณเทียบกลับเป็นปริมาณของโซเดียม (ร้อยละ 40 ของปริมาณโซเดียมคลอไรด์) พบว่า ประชากรไทยได้รับโซเดียมจากอาหารที่บริโภค

สูงถึง 4,351.7 มิลลิกรัมต่อคนต่อวัน (กองโภชนาการ กรมอนามัย, 2552) และจากการทำวิจัยทางคลินิกในมนุษย์ พบว่าในการเตรียมอาหารให้คนบริโภคทั่วไปโดยเป็นเมนูหมุนเวียน 2 สัปดาห์ ประกอบด้วยอาหารที่คนไทยรับประทานเป็นประจำทั้งเมนูอาหารสำรับและอาหารจานเดียว พบว่าโซเดียมส่วนใหญ่ในอาหารที่รับประทานมาจากเครื่องปรุงรสที่มีการใช้ระหว่างการทำครัวหรือการประกอบอาหาร ร้อยละ 71 มาจากอาหารตามธรรมชาติ ร้อยละ 18 และผู้บริโภคเติมเพิ่มที่โต๊ะขณะรับประทานอาหาร ร้อยละ 11 (วันทนีย์ เกรียงสินยศ, 2555) ซึ่งมีข้อสังเกตว่า ค่าปริมาณโซเดียมที่ได้นี้น่าจะมีค่าที่ต่ำกว่าปริมาณโซเดียมที่บริโภคจริง เนื่องจากเป็นปริมาณโซเดียมที่ได้จากเครื่องปรุงรสและแหล่งอาหารที่มีโซเดียมคลอไรด์สูงเท่านั้น โดยสัดส่วนดังกล่าวไม่สามารถแบ่งได้ว่าเป็นโซเดียมที่ได้จากอาหารแปรรูปเป็นสัดส่วนเท่าใด รวมทั้งยังไม่ได้รวมโซเดียมที่ได้จากของว่างและขนมคบเคี้ยวต่าง ๆ ที่มีการบริโภคหรือจากผงชูรส (โมโนโซเดียมกลูตาเมท) ที่นิยมใช้อย่างแพร่หลายอีกด้วย ลือชัย ศรีเงินยวงและคณะ (2550) ได้มีการศึกษาวิจัยเชิงปริมาณ เรื่อง สถานการณ์การบริโภคเกลือโซเดียมในประชากรไทย เพื่อศึกษาสถานการณ์การบริโภคและแบบแผนความเชื่อเกี่ยวกับการบริโภคโซเดียม และความเชื่อที่เกี่ยวกับความสัมพันธ์ของการบริโภคโซเดียมกับภาวะสุขภาพและการเกิดโรคความดันโลหิตสูงในประชากรไทย อายุระหว่าง 15 – 59 ปี ในพื้นที่ 4 จังหวัด ได้แก่จังหวัดเชียงใหม่ จังหวัดนครปฐม จังหวัดนครราชสีมา และจังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวน 2,227 ตัวอย่าง ด้วยเครื่องมือและวิธีการต่าง ๆ คือ

- การสำรวจพฤติกรรมการบริโภคโซเดียม
- การเก็บปัสสาวะ 24 ชั่วโมง เพื่อหาปริมาณโซเดียมที่ได้จากการขับทิ้งทางปัสสาวะ และเป็นการศึกษาวิจัยเดียวที่มีการเก็บข้อมูลจากปัสสาวะร่วมด้วย พบว่า

1. กลุ่มตัวอย่างมีความถี่ของการบริโภคอาหารที่มีปริมาณโซเดียมสูงมากกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์
2. ในเรื่องความรู้ความเข้าใจนั้น พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 25 ระบุว่ารู้จัก “โซเดียม” และสามารถระบุประเภทอาหารที่พบโซเดียมได้ คือ อาหารและเครื่องปรุงรสที่มีรสเค็ม ผงปรุงรสและอาหารสำเร็จรูป แต่มีส่วนน้อยเท่านั้นที่ระบุได้ว่า มีตามธรรมชาติของอาหารด้วย
3. ค่ามัธยฐานของปริมาณโซเดียมในปัสสาวะ 24 ชั่วโมง เท่ากับ 2,955.5 มิลลิกรัมต่อวัน โดยพบว่าร้อยละ 87.5 ของกลุ่มตัวอย่างมีค่าสูงกว่า 2,300 มิลลิกรัมต่อวัน
4. กลุ่มตัวอย่างอายุ 36 – 45 ปี มีปริมาณการขับออกของโซเดียม คือ 149.0 มิลลิโมลต่อวัน สูงกว่ากลุ่มตัวอย่างวัยอื่น ๆ ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าเป็นกลุ่มอายุที่มีการบริโภคโซเดียมสูงกว่าช่วงอายุอื่น
5. เพศชายมีปริมาณการขับออกของโซเดียม คือ 131.0 สูงกว่าเพศหญิง คือ 128.5 มิลลิโมลต่อวันเล็กน้อย โดยกลุ่มพ่อบ้านแม่บ้านมีปริมาณโซเดียมขับออกในปัสสาวะมากกว่ากลุ่มอื่น ๆ 155.0 มิลลิโมลต่อวัน
6. กลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในเขตเทศบาลมีการขับโซเดียม 128.0 มิลลิโมลต่อวัน สูงกว่าผู้ที่อยู่นอกเขตเทศบาลที่มีการขับโซเดียม 130.0 มิลลิโมลต่อวัน

จากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 4 ในปี พ.ศ. 2551 – 2552 ที่ดำเนินการโดยสำนักงานสำรวจสุขภาพประชากรไทย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (วิชัย เอกพลากร, 2554) ได้รายงานผลการสำรวจการบริโภคอาหารของประชาชนไทย ออกมาเป็นครั้งแรกในปี พ.ศ. 2554 โดยได้สัมภาษณ์เกี่ยวกับความถี่ในการบริโภคอาหาร (frequency of food consumption) ในกลุ่มตัวอย่าง อายุ 2 – 14 ปี จำนวน 8,462 คน และอายุ 15 ปีขึ้นไป จำนวน 20,470 คน สัมภาษณ์เกี่ยวกับ

อาหารบริโภคทบทวนความจำย้อนหลังใน 24 ชั่วโมง จากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 2,969 คน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อทราบแบบแผนการบริโภคอาหารประเภทต่าง ๆ และประเมินปริมาณของการได้รับพลังงานและสารอาหารของกลุ่มตัวอย่างประชากรไทยในการสำรวจครั้งนี้ ได้มีการประเมินปริมาณการบริโภคโซเดียมด้วย โดยใช้วิธีการซักประวัติการบริโภคอาหารย้อนหลังใน 24 ชั่วโมง พบว่ามีการบริโภคโซเดียมสูงกว่าปริมาณที่แนะนำกล่าว คือได้รับโซเดียมมากกว่า 2,400 มิลลิกรัมต่อวัน โดยค่ามัธยฐานของการบริโภคโซเดียมอยู่ที่ 3,264 มิลลิกรัมต่อวัน โดยที่ผู้ใหญ่มีค่ามัธยฐานการบริโภคอยู่ระหว่าง 2,961.9 – 3,633.8 มิลลิกรัมต่อวัน

การดำเนินงานมาตรการลดการบริโภคเกลือและโซเดียมประเทศไทย

สืบเนื่องจากปัญหาการบริโภคเกลือและโซเดียมในประเทศไทย กรมควบคุมโรค ได้ดำเนินการจัดทำแผนยุทธศาสตร์การลดการบริโภคเกลือและโซเดียมในประเทศไทย (พ.ศ. 2559 - 2568) (สำนักโรคไม่ติดต่อ, 2559) โดยกำหนดยุทธศาสตร์ แผนปฏิบัติการและแนวทางในการดำเนินงานเพื่อตอบสนองต่อนโยบายลดการบริโภคเกลือและโซเดียมเพื่อลดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 8 พ.ศ. 2558 โดยมี

<u>วิสัยทัศน์</u>: ประชาชนมีสุขภาพดีจากการบริโภคเกลือและโซเดียมลดลง

<u>เป้าประสงค์</u>: ประชาชนบริโภคเกลือและโซเดียมลดลงร้อยละ 30 ภายในปี พ.ศ. 2568

<u>พันธกิจ</u>:

1. สร้างและขยายภาคีเครือข่ายความร่วมมือลดการบริโภคเกลือและโซเดียม
2. ส่งเสริมให้ความรู้และสร้างวัฒนธรรมการบริโภคอาหารเกลือและโซเดียมต่ำ
3. เพิ่มช่องทางในการเข้าถึงอาหารและผลิตภัณฑ์ที่มีเกลือและโซเดียมต่ำ
4. ผลักดันภาคอุตสาหกรรมอาหารและร้านอาหารให้ผลิตอาหารลดปริมาณโซเดียม
5. ส่งเสริมและสนับสนุนการวิจัย/นวัตกรรมเพื่อลดการบริโภคโซเดียมรวมทั้งกระบวนการติดตามด้วยตนเอง

โดยได้กำหนดยุทธศาสตร์การลดการบริโภคเกลือและโซเดียมในประเทศไทย พ.ศ. 2559 – 2568 ซึ่งประกอบด้วย 5 ด้านหรือเรียกว่า “SALTS” ดังนี้

ด้านที่ 1 S: Stakeholder การสร้าง พัฒนา และขยายภาคีเครือข่ายความร่วมมือ

<u>เป้าหมาย</u> การได้รับความร่วมมือจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการกำหนดแผนปฏิบัติการและการดำเนินงาน

<u>มาตรการสำคัญ</u>

1. สร้างกลไกการดำเนินงานและจัดทำแผนปฏิบัติการเพื่อควบคุมการบริโภคเกลือและโซเดียมในระดับต่าง ๆ
2. ขยายเครือข่ายและส่งเสริมความร่วมมือในการลดการบริโภคเกลือและโซเดียม
3. สร้างกลไกการดำเนินงานเฝ้าระวังและควบคุมการบริโภคทุกระดับ
4. จัดทำแผนปฏิบัติการพัฒนาและขยายเครือข่ายในการลดการบริโภคเกลือและโซเดียม

ด้านที่ 2 A: Awareness การเพิ่มความรู้ ความตระหนัก และเสริมทักษะให้ประชาชน ชุมชน ผู้ผลิต/ผู้ประกอบการบุคลากรวิชาชีพที่เกี่ยวข้องและผู้กำหนดนโยบาย

<u>เป้าหมาย</u>

1. ประชาชนมีความรู้ ความสามารถในการเลือกบริโภคอาหารที่ปริมาณเกลือและโซเดียม ไม่ส่งผลเสียต่อสุขภาพ
2. ประชาชนมีค่านิยมและวัฒนาธรรมในการบริโภคอาหารที่ปริมาณเกลือและโซเดียมต่ำ
3. ผู้ผลิตและผู้ประกอบการมีความรู้ ความตระหนักถึงผลเสียของอาหารที่ปริมาณเกลือและโซเดียมสูงเพื่อนำไปสู่การปรับสูตรและ/หรือกระบวนการผลิต

มาตรการสำคัญ

1. สร้างความตระหนักรู้ในประชาชนทุกลุ่มวัย และผู้ประกอบการทุกระดับอย่างต่อเนื่องโดยเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารความรู้ในรูปแบบที่ประชาชนเข้าถึงและนำไปใช้ปฏิบัติได้
2. ส่งเสริมการให้ความรู้เกี่ยวกับการลดการบริโภคเกลือและโซเดียมในสถานศึกษาทุกระดับโดยการปรับปรุงหลักสูตรหรือบูรณาการการเรียนการสอนเกี่ยวกับการลดการบริโภคเกลือและโซเดียม
3. รณรงค์สื่อสารเชิงนโยบายทั้งภาครัฐและภาคเอกชน/อุตสาหกรรม

ด้านที่ 3 L: Legislation and environmental reform การปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมเพื่อให้เกิดการผลิต ปรับปรุง เปลี่ยนแปลง และเกิดผลิตภัณฑ์ที่มีโซเดียมต่ำ รวมทั้งเพิ่มทางเลือกและช่องทางการเข้าถึงอาหารที่มีปริมาณโซเดียมต่ำ

เป้าหมาย

1. มีกฎระเบียบการให้ข้อมูลปริมาณโซเดียมในอาหารแก่ผู้บริโภค
2. มีผลิตภัณฑ์อาหารที่มีโซเดียมต่ำเป็นทางเลือกให้ประชาชนและกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ
3. สร้างบรรทัดฐานของอาหารท้องถิ่นมีโซเดียมลดลง

มาตรการสำคัญ

1. ทบทวนและปรับปรุง พัฒนา เพื่อกำหนดมาตรฐานปริมาณเกลือและโซเดียมในอาหารที่มีความเสี่ยงประเภทต่าง ๆ และส่งเสริมสนับสนุนให้มีการออกกฎระเบียบ ข้อบังคับ เพื่อควบคุมปริมาณโซเดียมในผลิตภัณฑ์อาหาร
2. ขยายการบังคับใช้ฉลากและสัญญาลักษณ์โภชนาการในกลุ่มผลิตภัณฑ์อาหารที่มีเกลือและโซเดียม
3. พัฒนาและเผยแพร่สูตรอาหารที่มีการปรับลดปริมาณโซเดียมสำหรับทุกช่วงวัย
4. ส่งเสริมและสนับสนุนการออกระเบียบของท้องถิ่นในการควบคุมกระบวนการผลิตอาหารสำเร็จรูปเพื่อให้มีอาหารที่มีเกลือและโซเดียมต่ำ
5. ควบคุมกำกับระดับเกลือและโซเดียมในผลิตภัณฑ์อาหารที่มีเกลือและโซเดียมสูง
6. กำหนดมาตรการการส่งเสริมผลิตภัณฑ์อาหารที่มีเกลือและโซเดียมต่ำ

ด้านที่ 4 T: Technology and innovation การพัฒนางานวิจัยและองค์ความรู้ และการนำสู่การปฏิบัติ

เป้าหมาย มีงานวิจัยเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานลดการบริโภคเกลือและโซเดียม

มาตรการสำคัญ

1. สร้างและพัฒนาเครื่องมือเพื่อการติดตามและประเมินปริมาณโซเดียมในอาหาร และอื่น ๆ

2. ส่งเสริมและสนับสนุนการวิจัยและพัฒนานวัตกรรมในการใช้สารทดแทนเกลือหรือสารเสริมรสชาติเค็ม
3. วิจัยและพัฒนากฎหมายเพื่อส่งเสริมผลิตภัณฑ์อาหารลดเกลือและโซเดียม

ด้านที่ 5 S: Surveillance monitoring and evaluation การพัฒนาระบบเฝ้าระวัง ติดตามและประเมินผล เน้นกระบวนการผลผลิตและผลลัพธ์

เป้าหมาย มีระบบเฝ้าระวัง ติดตามและประเมินผลการดำเนินงานเพื่อลดการบริโภคเกลือและโซเดียม

มาตรการสำคัญ

1. เฝ้าระวังปริมาณเกลือและโซเดียมในผลิตภัณฑ์อาหารประเภทต่าง ๆ
2. เฝ้าระวังพฤติกรรมการบริโภคเกลือและโซเดียมในประชาชน
3. เฝ้าระวังสถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังซึ่งเป็นผลกระทบจากการบริโภคเกลือและโซเดียมของประชาชน
4. เฝ้าระวังปัจจัยแวดล้อมที่ส่งผลต่อการบริโภคเกลือและโซเดียมในประชาชน
5. กำกับและประเมินผล

ภายใต้ยุทธศาสตร์ลดการบริโภคเกลือและโซเดียมในประเทศไทย พ.ศ. 2559 – 2568 ดำเนินการขับเคลื่อนโดยคณะกรรมการนโยบายลดการบริโภคเกลือและโซเดียมเพื่อลดโรคไม่ติดต่อระดับชาติ โดยมีกรมควบคุมโรค เป็นเลขานุการคณะกรรมการฯ และมีอนุคณะกรรมการยุทธศาสตร์ฯ ทั้ง 5 ด้าน มีการดำเนินงานมาตั้งแต่ พ.ศ. 2560 ดังนี้

1. ปรับลดปริมาณโซเดียมที่รับประทานได้ต่อวันจาก 2,400 มิลลิกรัม เป็น 2,000 มิลลิกรัม ในบัญชีสารอาหารที่แนะนำให้บริโภคประจำวันสำหรับคนไทยที่มีอายุ 6 ปีขึ้นไป (Thai RDI)

2. ขยายการบังคับ ฉลากโภชนาการแบบ GDA กลุ่มผลิตภัณฑ์อาหารที่มีเกลือเป็นส่วนประกอบจาก 5 กลุ่มอาหารเป็น 13 กลุ่มอาหาร และแสดงข้อความเตือน “บริโภคแต่น้อย และออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ” ในกลุ่มอาหารขบเคี้ยว กลุ่มช็อกโกแลต และกลุ่มผลิตภัณฑ์ขนมอบ

3. สนับสนุนมาตรการสมัครใจผู้ประกอบการใช้สัญลักษณ์โภชนาการ “ทางเลือกสุขภาพ หรือ Healthier Logo”

4. สนับสนุนมาตรการสมัครใจ ลดปริมาณโซเดียมในผลิตภัณฑ์อาหารมื้อหลัก เครื่องปรุงรส อาหารสาเร็จรูป และขนมขบเคี้ยว

5. ผลักดันการสร้างเสริมสุขภาพ การปรับพฤติกรรมการบริโภค “อาหารสุขภาพ หรือ Healthy Food” สำหรับประชาชนพื้นที่นำร่องต่าง ๆ เช่น โรงเรียน, โรงพยาบาลเค็มน้อยอร่อย 3 ดี และชุมชนลดเค็ม

6. สนับสนุนการพัฒนาเครื่องตรวจปริมาณโซเดียมในอาหาร (Salt Meter) ของประเทศไทย ทำการวิจัยโดยคณะวิศวกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

7. สนับสนุนการวิจัยและการดำเนินงานปรับสูตรอาหาร (food reformulation) ให้ลดหวาน มัน เค็ม ในอาหารหลักของคนไทย ได้แก่ เมนูชูสุขภาพ เมนูลดเค็ม เครื่องดื่มหวานน้อยสั่งได้

8. จัดทำแนวทางการจัดทำเนื้อหาการเรียนรู้สำหรับนักเรียนให้สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน กระทรวงศึกษาธิการ

9. ทบทวนมาตรการทางภาษีเกลือหรือกฎหมายที่เกี่ยวข้อง เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการปรับลดปริมาณโซเดียมในผลิตภัณฑ์อาหาร

10. ขับเคลื่อนการดำเนินงานเฝ้าระวังและลดการบริโภคเกลือและโซเดียมระดับจังหวัด พ.ศ. 2565 ด้วยการจัดทำข้อมูลเฝ้าระวัง, แผนปฏิบัติการลดการบริโภคโซเดียมด้วยมาตรการสร้างความตระหนัก, การปรับลดปริมาณโซเดียมในอาหารและการจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการลดการบริโภคโซเดียม ใน 12 จังหวัด

4. แนวคิดเกี่ยวกับความรู้ ทัศนคติ พฤติกรรม แรงจูงใจ

ความรู้ (knowledge)

เป็นการรับรู้เบื้องต้น ซึ่งบุคคลส่วนมากจะได้รับผ่านประสบการณ์ใดปรากฏการณ์หนึ่ง โดยการเรียนรู้จากการตอบสนองสิ่งเร้า แล้วจัดระบบเป็นโครงสร้างของความรู้ที่ผสมผสานระหว่างความจำกับสภาพจิต ด้วยเหตุนี้ ความรู้จึงเป็นความจำที่เลือกสรร ซึ่งสอดคล้องกับสภาพจิตใจของตนเอง ความรู้จึงเป็นกระบวนการภายใน

Bloom (1971) ได้ให้ความหมายของความรู้ไว้ว่า ความรู้เป็นสิ่งที่เกี่ยวข้องกับการระลึกถึงเฉพาะเรื่อง หรือเรื่องทั่ว ๆ ไป กระบวนการ หรือสถานการณ์ต่าง ๆ ความรู้จึงเป็นความจำที่เลือกสรรให้สอดคล้องกับสภาพจิตใจของตน โดยเน้นความจำ ประสบการณ์ และการระลึกเหตุการณ์ โดยได้แยกระดับความรู้ไว้ 6 ระดับ ดังนี้

1. ระดับที่ระลึกได้ (Recall) เป็นระดับความสามารถในการดึงข้อมูลออกมาจากความจำได้ โดยเป็นความรู้จากการรับรู้ประสบการณ์ต่าง ๆ ที่เคยพบเจอผ่านมา

2. ระดับที่รวบรวมสาระสำคัญได้ (Comprehension) เป็นระดับที่สามารถทำบางสิ่งบางอย่างได้มากกว่าการจำเนื้อหาที่ได้รับ สามารถเขียนข้อความด้วยถ้อยคำของตนเอง แสดงให้เห็นได้ด้วยภาพ ให้ความหมายแปลความ และเปรียบเทียบความคิดอื่น ๆ หรือคาดคะเนผลที่เกิดขึ้นต่อไปได้

3. ระดับการนำไปใช้ (Application) เป็นความสามารถในการนำความรู้ ความเข้าใจหรือความคิดรวบยอด ในเรื่องใด ๆ ที่มีอยู่เดิม ไปแก้ไขปัญหาที่แปลกใหม่ของเรื่องนั้น โดยการใช้ความรู้ต่าง ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งวิธีการกับความคิดรวบยอดมาผสมผสานกับความสามารถในการแปลความหมาย การสรุปหรือการขยายความสิ่งนั้น

4. ระดับของการวิเคราะห์ (Analysis) เป็นระดับที่สามารถให้ความคิดในรูปของการนำความคิดมาแยกส่วน เป็นประเภท หรือการนำข้อมูลมาประกอบกันเพื่อปฏิบัติของตนเอง

5. ระดับของการสังเคราะห์ (Synthesis) คือ การนำข้อมูล และแนวความคิดมาประกอบกันแล้วนำไปสู่การสร้างสรรค์สิ่งใหม่ที่ต่างจากเดิม

6. ระดับของการประเมินผล (Evaluation) คือ ความสามารถในการใช้ข้อมูลเพื่อตั้งเกณฑ์การรวบรวมผล และวัดข้อมูลตามมาตรฐาน เพื่อให้ตั้งข้อตัดสินถึงระดับของประสิทธิผลของกิจกรรมแต่ละอย่าง

The Lexicon Webster Dictionary (1997) ได้ให้ความหมายของความรู้ หมายถึง ความรู้เกี่ยวกับข้อเท็จจริง กฎเกณฑ์ และกฎโครงสร้างที่เกิดจากการศึกษา หรือการค้นหา หรือเป็นความรู้ที่เกี่ยวข้องกับสถานที่ บุคคล สิ่งของ ซึ่งได้จากการสังเกต ประสบการณ์ การรายงาน การรับรู้ เหล่านี้ต้องชัดเจนและอาศัยเวลา

พรรณี สวนเพลง (2552) สรุปว่า ความรู้ คือสิ่งที่สั่งสมมาจากการศึกษาเล่าเรียน การค้นคว้าจากประสบการณ์ และทักษะที่สามารถสื่อสารและแบ่งปันกันได้ และการนำเอาความรู้ไปใช้ประโยชน์ในการสรุป การตัดสินใจและการคาดการณ์ข้างหน้ารวมถึงการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ

ความรู้ เป็นระดับความรู้เบื้องต้น ซึ่งเป็นพื้นฐานขององค์ประกอบของความรู้ หากไม่มีความรู้ซึ่งเป็นพื้นฐาน ความเข้าใจก็จะไม่เกิดขึ้น ในทำนองเดียวกัน ถ้าหากไม่มีความเข้าใจ การนำไปใช้ก็ไม่เกิดผลในการให้ความรู้ในด้านสุขภาพ เป็นการให้ความรู้เพื่อให้เกิดทัศนคติและพฤติกรรม ดังนั้นจึงจำเป็นต้องค้นคว้าหาความรู้ จากข้อมูลข่าวสารเพื่อสร้างความรู้ ความเข้าใจให้แก่ตนเอง ซึ่งจะมีผลโดยตรงต่อทัศนคติและพฤติกรรม

ทัศนคติ (Attitude)

ทัศนคติเป็นองค์ประกอบที่สำคัญซึ่งเป็นตัวกลางระหว่างการนำความรู้ และเกิดทัศนคติต่อสิ่งนั้น ๆ คนนั้นๆ หรือเหตุการณ์นั้น ๆ จึงจำเป็นที่จะต้องเข้าใจถึงความหมายของทัศนคติ และกระบวนการที่ใช้ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เพราะทัศนคติเป็นสิ่งที่ใช้เชื่อมโยงระหว่าง ความรู้และพฤติกรรม

สุรพงษ์ โสธนะเสถียร (2533) ได้กล่าวถึงทัศนคติว่า เป็นดัชนีชี้วัดว่า บุคคลนั้นคิดและรู้สึกอย่างไรกับคนรอบข้าง วัตถุสิ่งของ สิ่งแวดล้อม ตลอดจน สถานการณ์ต่าง ๆ โดยทัศนคตินั้นมีรากฐานมาจากความเชื่อที่ส่งผลถึงพฤติกรรมในอนาคตได้ ทัศนคติจึงเป็นเพียงความพร้อมที่จะตอบสนองต่อสิ่งเร้า และเป็นมิติของการประเมินเพื่อแสดงว่าชอบหรือไม่ชอบ ต่อประเด็นหนึ่ง ๆ ซึ่งถือเป็นการสื่อสารภายในบุคคล ที่เป็นผลกระทบมาจากการรับสารอันจะมีผลต่อพฤติกรรมต่อไป

ศักดิ์ไทย สุรกิจบวร (2545) ได้กล่าวถึงทัศนคติว่า เป็นสภาวะทางจิตที่เกี่ยวกับ ความรู้สึก ความคิด และความปรารถนาต่าง ๆ เกิดจากการรับรู้ และความสำนึก เป็นสภาวะที่บุคคลได้รับรู้มาก่อน เมื่อมีสิ่งเร้ามากระตุ้นจึงเกิดความตระหนักขึ้น

องค์ประกอบของทัศนคติ อธิบายได้ด้วยองค์ประกอบ 3 องค์ประกอบ ดังนี้ (Schermerhorn *et al*., 2002)

1. องค์ประกอบด้านความรู้ ความเข้าใจ (Cognitive Component) คือ ทัศนคติที่จะสะท้อนให้เห็นถึงความเชื่อ ความคิดเห็น ความรู้ และข้อมูลที่บุคคลคนหนึ่งมี ซึ่งความเชื่อจะแสดงให้เห็นถึงความคิดของคน หรือสิ่งของและข้อสรุปที่บุคคลได้มีต่อบุคคลหรือสิ่งของนั้น ๆ

2. องค์ประกอบด้านอารมณ์ ความรู้สึก (Affective Component) คือ ความรู้สึกเฉพาะอย่างซึ่งเกี่ยวข้องกับผลกระทบส่วนบุคคล ซึ่งได้จากสิ่งเร้าหรือสิ่งที่เกิดก่อนทำให้เกิดทัศนคตินั้น ๆ

3. องค์ประกอบด้านพฤติกรรม (Behavioral Component) คือ ความตั้งใจที่จะประพฤติในทางใดทางหนึ่ง โดยมีรากฐานมาจากความรู้สึกเฉพาะเจาะจงของบุคคล หรือทัศนคติของบุคคล

การเปลี่ยนทัศนคติ สามารถจำแนกออกได้เป็น 2 ทิศทาง คือ

1. การเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางเดียวกัน หมายถึง ทัศนคติของบุคคลที่เป็นไปในทางบวก ก็จะเพิ่มมากขึ้นในทางบวกด้วย และทัศนคติที่เป็นไปในทางลบ ก็จะเพิ่มมากขึ้นไปในทางลบด้วยเช่นกัน

2. การเปลี่ยนแปลงไปคนละทาง หมายถึง การเปลี่ยนแปลงทัศนคติเดิมของบุคคลที่เป็นไปในทางบวก ก็จะลดลงไปในทางลบ และถ้าเป็นไปในทางลบ ก็จะกลับเป็นไปในทางบวกเช่นกัน

ทัศนคติ เกี่ยวเนื่องอยู่ระหว่างความรู้สึก และความเชื่อ หรือการรับรู้ของบุคคลกับแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมโต้ตอบไปในทางใดทางหนึ่งต่อเป้าหมายของทัศนคตินั้น จึงเป็นเรื่องของจิตใจ ความรู้สึกนึกคิด ท่าทีการแสดงออก และความโน้มเอียงของบุคคลที่มีต่อข่าวสารที่ได้รับ และการเปิดรับข่าวสารต่าง ๆ ซึ่งเป็นไปได้ทั้งเชิงบวกและเชิงลบ และทัศนคติยังมีผลต่อการแสดงพฤติกรรมออกมาอีกด้วย

ซึ่งเป็นไปได้ว่าทัศนคติประกอบด้วยความคิดที่มีผลต่ออารมณ์และความรู้สึกนั้น ๆ จะแสดงออกมาทางพฤติกรรม

พฤติกรรม (Behavior)

เป็นสิ่งที่ถูกกระทำหรือถูกแสดงออกจากสิ่งมีชีวิตในทุก ๆ รูปแบบ เพื่อตอบสนองต่อสิ่งเร้าหรือสถานการณ์ต่าง ๆ จนส่งผลให้เกิดการกระทำในสิ่งนั้น ๆ ซึ่งบางครั้งอาจเรียกได้อีกอย่างหนึ่งว่า การยอมรับการปฏิบัติ หรือการมีส่วนร่วมของบุคคลในกิจกรรมต่าง ๆ หรือสิ่งของต่าง ๆ อาจเป็นการเคลื่อนไหวที่สังเกตได้หรือวัดได้ เช่น การคิด การพูด การนั่ง การเดิน การกิน

พิษนุ อภิสมาจารโยธิน (2549) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรม หมายถึง การปฏิบัติ หรือการกระทำกิจกรรมใด ๆ ของปัจเจกบุคคลนั้น ทั้งที่สามารถสังเกตได้และไม่สามารถสังเกตได้ การกระทำดังกล่าวสามารถแสดงออกมาใน 2 ลักษณะ คือ การกระทำหรือพฤติกรรมภายในและภายนอก โดยที่พฤติกรรมภายในตัวบุคคลอื่นนั้นเราไม่สามารถสังเกตเห็นได้โดยตรง จึงต้องใช้เครื่องมือเข้าช่วยในการวัดหรือประเมินพฤติกรรม ส่วนพฤติกรรมภายนอกเป็นพฤติกรรมที่ผู้อื่นสามารถสังเกตเห็นได้

การที่บุคคลมีพฤติกรรมที่แตกต่างกัน เนื่องมาจากการที่มีความรู้และทัศนคติที่แตกต่างกัน ความแตกต่างกันในการแปลความหมายของสารที่ตนเองได้รับ ไม่ว่าจะรับมาจากข้อมูล สิ่งแวดล้อม หรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในส่วนที่แตกต่างกัน จึงก่อให้เกิดประสบการณ์ที่แตกต่างกัน โดยอาจเกิดกระบวนการการเรียนรู้ หรือการตอบสนองต่อสิ่งของ เหตุการณ์ หรือสถาณการณ์ แตกต่างกันออกไป ซึ่งในบางครั้งสื่อหรือการโฆษณาและความพยายามของการสื่อสารสังคมในปัจจุบัน พยายามทำให้บุคคลมีพฤติกรรมเพื่อส่วนรวม หรือผู้อื่น ซึ่งเป็นผลที่เกิดขึ้นจากการปลูกจิตสำนึก โดยทั่วไปการโน้มน้าวพฤติกรรมการสื่อสารหรือโฆษณา สามารถเกิดขึ้นได้ในทุกระดับ ซึ่งการโน้มน้าวพฤติกรรมของการสื่อสารหรือโฆษณาผ่านสื่อ โดยวิธีการดังนี้

1. การปลุกเร้าอารมณ์ (Emotion Arousal) เพื่อให้เกิดการตื่นเต้นและเร้าใจในการติดตาม หรือมีอารมณ์ร่วมด้วย

2. ความเห็นอกเห็นใจ (Empathy) เป็นการแสดงความอ่อนโยนเสียสละ และความกรุณาปราณี ซึ่งอาจจะโน้มน้าวให้ผู้อื่นยอมรับได้

3. การสร้างแบบอย่างขึ้นในใจ (Internalized Norms) เป็นการสร้างมาตรฐานอย่างหนึ่งขึ้นเพื่อมาตรฐานนั้น และเป็นตัวอย่างแก่ผู้รับสารที่ต้องปฏิบัติต่อไป

4. การให้รางวัล (Reward) เช่น การลดแลกแจกแถมในการโฆษณาสินค้า เพื่อเป็นการจูงใจให้ซื้อสินค้า ซึ่งผลของการโน้มน้าวด้วยวิธีการดังกล่าวนั้น สามารถก่อให้เกิดพฤติกรรมขั้นพื้นฐานได้ 2 รูปแบบ คือการกระตุ้นพฤติกรรมใหม่ หรือมีพฤติกรรมต่อเนื่อง และหยุดยั้งพฤติกรรมเก่า ทั้งกระตุ้นและหยุดยั้ง เป็นพฤติกรรมขั้นพื้นฐานที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมอื่น ๆ ตามมา

จากแนวคิดข้างต้น สรุปได้ว่า ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรม จะมีลักษณะเป็นไปในเชิงเส้นตรง นั่นคือการให้ความรู้แก่ผู้ส่งสาร จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทัศนคติตามที่ผู้ส่งสารต้องการ และส่งผลไปยังการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในที่สุด แต่บางครั้ง ก็อาจมีช่องว่างระหว่างความรู้ ทัศนคติและพฤติกรรม นั้นคือความรู้เปลี่ยนแปลง แต่ทัศนคติไม่เปลี่ยน หรือผู้ส่งสารมีการเปลี่ยนทัศนคติ แต่ไม่เปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งสามารถเกิดขึ้นได้เช่นกัน

แรงจูงใจ (Motivation)

เป็นปัจจัยที่สำคัญประการหนึ่งที่ผลักดัน กระตุ้นดึงดูดให้บุคคลสำเร็จบรรลุเป้าหมายที่วางไว้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ เป็นผลจากการได้รับการตอบสนองต่อความต้องการของแต่ละบุคคล โดย Herbert

(1972) ได้กล่าวว่า แรงจูงใจนั้นเกิดจากผลต่างระหว่างความต้องการหรือแรงบันดาลใจ ความปรารถนา ความอยากได้ (Aspiration) กับความสำเร็จหรือผลสัมฤทธิ์ (Achievement) หรือ Motivation = Aspiration - Achievement

Walter (1978) ได้ให้ความหมายแรงจูงใจ หมายถึง บางสิ่งบางอย่างที่อยู่ภายในตัวบุคคลที่มีผลทำให้บุคคลต้องกระทำหรือเคลื่อนไหวหรือมีพฤติกรรมในลักษณะที่มีเป้าหมายกล่าวอีกนัยหนึ่งคือแรงจูงใจเป็นเหตุผลของการกระทำ

Loundon & Bitta (1988) ได้ให้ความหมายแรงจูงใจ หมายถึง สภาวะที่อยู่ภายในตัวที่เป็นพลังทำให้ร่างกายมีการเคลื่อนไหวไปในทิศทางที่มีเป้าหมายที่ได้เลือกไว้แล้ว ซึ่งมักจะเป็นเป้าหมายที่มีอยู่บนภาวะสิ่งแวดล้อม

ปฐมวงค์ สีหาเสนา (2557) ได้ให้ความหมายแรงจูงใจ หมายถึงความรู้สึกของบุคลากรที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งอันเกิดจากพื้นฐานของการรับรู้ค่านิยมและประสบการณ์ที่แต่ละบุคลากรได้รับและจะเกิดขึ้นก็ต่อเมื่อสิ่งนั้นสามารถตอบสนองความต้องการให้แก่บุคลากรนั้นได้

ประเภทของแรงจูงใจ แบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ

1. แรงจูงใจทางด้านร่างกาย เป็นความต้องการทางด้านร่างกายเกี่ยวกับ อาหาร น้ำ การพักผ่อน การได้รับความคุ้มครอง ความปลอดภัย การได้รับความเพลิดเพลิน การลดความเคร่งเครียด

2. แรงจูงใจทางด้านสังคม เป็นความต้องการที่มีผลมาจากด้านชีววิทยาของมนุษย์ในความต้องการอยู่ร่วมกันกับครอบครัว เพื่อนฝูงในโรงเรียน เพื่อนร่วมงาน เป็นความต้องการส่วนบุคคลที่ได้รับอิทธิพลมาจากสิ่งแวดล้อม และวัฒนธรรม ซึ่งบางวัฒนธรรมหรือบางสังคมจะมีอิทธิพลที่เข้มแข็งและเหนียวแน่น

จากความหมายดังกล่าวจะเห็นได้ว่าแรงจูงใจ คือแรงผลักดัน แรงกระตุ้น ที่เกิดจากความต้องการที่จะได้รับการตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้น ซึ่งก่อให้เกิดพฤติกรรม

ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพ (Health Belief Model)

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) คือ วิถีแบบแผนที่พัฒนาขึ้นมาจากทฤษฎีทางด้านจิตวิทยาสังคมของ Kurt Lewin โดย Rosenstock (Rosenstock *et al.,* 1974) ซึ่งแบบแผนนี้ทำขึ้นมาเพื่อใช้อธิบายถึงการตัดสินใจของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมทางด้านสุขภาพ ซึ่งได้ถูกนำมาใช้ครั้งแรกในการทำนายและใช้อธิบายพฤติกรรมการป้องกันโรค (preventive health behavior) ต่อมาในภายหลังเบคเกอร์ (Becker, 1974) ได้ทำการปรับปรุงและเปลี่ยนแปลงแบบแผนนี้ ซึ่งต่อมาพฤติกรรมทางด้านสุขภาพเป็นที่สนใจอย่างมากและได้รับการศึกษาเพิ่มเติมกันอย่างมากในช่วงตอนต้นของ ปี ค.ศ. 1950 – 1960 ซึ่งนับเป็นช่วงเริ่มแรกของการพัฒนาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เนื่องจากในช่วงเวลานั้น การจัดให้บริการด้านสาธารณสุขที่เน้นกิจกรรมด้านการป้องกันโรคไม่ได้เป็นที่สนใจหรือได้รับความสนใจจากประชาชน ทำให้ในยุคนั้นได้ประสบปัญหาด้านสุขภาพ นั่นคือประชาชนมารับบริการการป้องกันโรคน้อยลง (อาภาพร เผ่าวัฒนา และคณะ, 2554) ซึ่งแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมีรายละเอียดดังนี้

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (Perceived susceptibility) เป็นความเชื่อของแต่ละบุคคลจะส่งผลโดยตรงต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำทางด้านสุขภาพทั้งในสภาวะปกติและสภาวะที่เจ็บป่วย โดยแต่ละบุคคลนั้นมีความชื่อที่ในระดับที่แตกต่างกัน

2. การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived severity) เป็นการประเมินเกี่ยวกับการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค ปัญหาสุขภาพต่าง ๆ หรือผลกระทบจากการเกิดโรคต่าง ๆ ซึ่งอาจก่อให้เกิดความ

พิการหรืออาจถึงขั้นเสียชีวิตได้ การประเมินความรุนแรงของโรคนั้นเกิดขึ้นได้จากการกระตุ้นหรือการเร้าของบุคคลที่เกี่ยวกับการเจ็บป่วยนั้น ๆ ในระดับต่าง ๆ

3. การรับรู้ถึงประโยชน์ที่ได้รับจากการปฏิบัติตน (Perceived benefits) คือการที่บุคคลนั้นได้แสวงหาวิธีการปฏิบัติต่าง ๆ เพื่อให้หายจากโรคหรือการป้องกันไม่ให้ตนเกิดโรค โดยการปฏิบัตินั้นมักมีความเชื่อว่าเป็นการกระทำที่ดี มีประโยชน์

4. การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตน (Perceived barriers) เป็นการคาดการณ์ล่วงหน้าของแต่ละบุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพหรือพลานามัยของบุคคลนั้น ๆ ในทางลบ ไม่ว่าจะเป็นราคาหรือค่าใช้จ่าย ผลที่อาจเกิดขึ้นจากการปฏิบัติกิจกรรมบางอย่าง

5. สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ (Cues to Action) คือสิ่งชักนำเป็นเหตุหรือสิ่งที่อาจมากระตุ้นให้บุคคลเกิดพฤติกรรมที่ต้องการออกมา ซึ่งแบบแผนความเชื่อนั้นได้พิจารณาถึงสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติไว้ 2 ด้าน นั้นคือ สิ่งชักนำภายในหรือสิ่งกระตุ้นภายใน (Internal Cues) ซึ่งเป็นการรับรู้สภาวะร่างการของตนเอง เช่นอาการเจ็บป่วยหรืออาการของโรคต่าง ๆ และสิ่งชักนำภายนอกหรือสิ่งกระตุ้นภายนอก (External Cues) ซึ่งเป็นการส่งสารผ่านทางสื่อต่าง ๆ หรืออาจเป็นการเตือนจากบุคคลที่เคารพนับถือ

6. ปัจจัยร่วม (Modifying Factors) ซึ่งถือว่าเป็นปัจจัยที่ไม่มีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมสุขภาพ แต่เป็นปัจจัยพื้นฐานที่สามารถส่งผลกระทบไปยังการรับรู้และการปฏิบัติได้ ได้แก่ ปัจจัยด้านประชากรศาสตร์ ปัจจัยด้านสังคมจิตวิทยา เช่น กลุ่มเพื่อนหรือกลุ่มผู้มีอิทธิพลต่อบุคคลนั้น ๆ บุคลิกลักษณะของแต่ละบุคคล เป็นต้น และปัจจัยด้านโครงสร้างพื้นฐาน เช่น ความรู้ต่าง ๆ และประสบการณ์เกี่ยวกับโรคหรือการป้องกันโรค เป็นต้น

7. แรงจูงใจด้านสุขภาพ (Health Motivation) คือสภาพอารมณ์ที่อาจเกิดขึ้นจากการที่บุคคลนั้น ๆ ถูกกระตุ้นด้วยเรื่องเกี่ยวกับสุขภาพหรือพลานามัย ไม่ว่าจะเป็นค่านิยมทางด้านสุขภาพ ทัศนคติสุขภาพ เป็นต้น

5. การดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยยึดชุมชนเป็นฐาน

องค์การอนามัยโลกได้เสนอให้มีการดำเนินงานโดยยึดชุมชนเป็นฐาน (CBI) เป็นกลยุทธ์หลักอย่างหนึ่งในการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2513 และได้เสนอให้ใช้กลยุทธ์แบบจำลองการควบคุมและป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังแบบบูรณาการ (Integrated NCD Prevention and Control Model) ในต้นปี พ.ศ. 2523 และได้เสนอแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพในเวลาต่อมา (สำนักโรคไม่ติดต่อ, 2561)

แนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพ (Health Promotion) การควบคุมปัจจัยและวิถีชีวิตที่ส่งผลต่อสุขภาพเป็นกลยุทธ์หนึ่งในการป้องกัน รักษาและฟื้นฟูสภาพ ซึ่งต้องทำครอบคลุมสุขภาพทั้ง 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านจิตวิญญาณ ด้วยวิธีการที่ถูกต้องและเหมาะสมต่อสภาพร่างกายของแต่ละคน เช่น การโภชนาการและพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ การออกกำลังกาย การไม่สูบบุหรี่ การไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การเฝ้าระวังสุขภาพ โดยใช้กลยุทธ์การสร้างเสริมสุขภาพ (Health Promotion Strategies) เป็นกระบวนการเคลื่อนไหวทางสังคม โดยความร่วมมือของทุกภาคส่วนและความเข้มแข็งของชุมชน เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาวะที่ดีขึ้น ทั้งกลุ่มคนปกติ กลุ่มเสี่ยง กลุ่มที่เจ็บป่วย และกลุ่มที่พิการและมีภาวะแทรกซ้อน โดยมุ่งพัฒนาปัจจัยกำหนดด้านสุขภาพทุกด้านให้เอื้อต่อการพัฒนาสุขภาพของประชาชน ตามกฎบัตรออตตาวา (Ottawa Charter) ปี พ.ศ. 2529 ให้คำนิยาม

การสร้างเสริมสุขภาพ คือ กระบวนการที่ช่วยให้ผู้คนสามารถควบคุมและเพิ่มพูนสุขภาพให้กับตนได้ โดยใช้ 5 กลยุทธ์ ได้แก่

1. การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ
2. การสร้างสรรค์สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ
3. การเสริมสร้างการดำเนินการในชุมชนที่เข้มแข็ง
4. การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล
5. การปรับเปลี่ยนระบบบริการสุขภาพ

ในการดำเนินงานเพื่อลดปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชนตามกลยุทธ์ต่าง ๆ เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยกำหนดในชุมชน การจัดบริการที่จะเข้าถึงกลุ่มที่มีความเสี่ยง การขับเคลื่อนนโยบายของชุมชน การคัดกรอง การขับเคลื่อนเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ในชุมชน มุ่งเน้นลดปัจจัยเสี่ยงที่ปรับเปลี่ยนได้เป็นกุญแจสำคัญในการลดปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง แต่เนื่องจากพฤติกรรม มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา จึงจำเป็นที่ต้องส่งเสริมพฤติกรรมเชิงบวกในชุมชน ในขณะที่พฤติกรรมที่สัมพันธ์กับความเสี่ยงนั้นฝังรากอยู่ในชุมชนในมิติของสังคม วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อมทางกายภาพของชุมชนเอง ดังนั้นเพื่อให้การดำเนินงานประสบผลสำเร็จ จึงจำเป็นต้องมีการค้นหา ข้อเท็จจริงเพื่อแสดงให้เห็นถึงผลที่เกิดขึ้นจากมิติของการมองชุมชนเป็นเป้าหมาย โดยมีการบูรณาการการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน ควบคุมโรค การบำบัด และการฟื้นฟูสภาพ ทำงานร่วมกัน เพื่อการเปลี่ยนแปลงชุมชนให้มีพฤติกรรมสุขภาพด้านทางบวกในการลดเสี่ยง ลดโรค โดยแปลงจากสิ่งที่ยากเป็นสิ่งที่ง่าย เป็นภาษาของชุมชนเอง สามารถเข้าใจและปฏิบัติได้อย่างสอดคล้องกับชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับพระราชดำรัสของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว รัชกาลที่ 9 ที่ว่า “เข้าใจ เข้าถึง และพัฒนา”

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

เบญจามาศ คำดา (2552) ได้ศึกษาเรื่อง ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ ของครูโรงเรียนมัธยมศึกษาในจังหวัดนนทบุรี พบว่า ครูที่เป็นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุระหว่าง 51 – 60 ปี และไม่มีโรคประจำตัว โดยกลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับอาหารเพื่อสุขภาพในระดับความรู้สูง มีทัศนคติต่ออาหารเพื่อสุขภาพอยู่ในระดับมาก และมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพในระดับปานกลาง ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคลและปัจจัยด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ พบว่า เพศ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และทัศนคติ กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ พบว่า ทั้งความรู้ และทัศนคติมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

กฤติน ชุมแก้ว และชีพสุมน รังสยาธร (2557) ได้ศึกษาเรื่อง ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในจังหวัดสงขลา ผลการศึกษาพบว่า ด้านความรู้ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารอยู่ในระดับดี ร้อยละ 92.80 เคยได้รับความรู้ด้านอาหารและโภชนาการจากแหล่งต่าง ๆ ได้แก่ รายการโทรทัศน์ สาธารณสุขชุมชน ชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาล และเทศบาล โดยประเด็นที่ผู้สูงอายุตอบถูกมากที่สุด คือไม่กินอาหารเค็มจัด ร้อยละ 85.00 ด้านทัศนคติ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีทัศนคติต่อการบริโภคอาหารรสเค็มจัดอยู่ในระดับดี อันเนื่องมาจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารอยู่ในระดับดีทำให้มีทัศนคติต่อการบริโภคอาหารที่ดีด้วย ด้านพฤติกรรม ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับปานกลาง โดยอาจบริโภคตามความเคยชิน ตามความ

สะดวก หรือตามนิสัยการบริโภคของตนที่มีมา และอาจไม่ได้คำนึงถึงหลักโภชนาการมากนัก โดยความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร มีความสัมพันธ์ในเชิงบวกหรือในทิศทางเดียวกับพฤติกรรม กล่าวคือผู้สูงอายุที่มีความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารในระดับดีจะมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ดีด้วย เช่นเดียวกับทัศนคติต่อการบริโภคอาหารที่มีความสัมพันธ์ในเชิงบวกหรือในทิศทางเดียวกับพฤติกรรม กล่าวคือผู้สูงอายุที่มีทัศนคติที่ดีต่อการบริโภคอาหารจะมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ดีด้วย

ชลธิชา บุญศิริ และคณะ (2560) ได้ศึกษาเรื่อง การใช้โปรแกรมส่งเสริมการบริโภคอาหารลดโซเดียมต่อความรู้และปริมาณโซเดียมในปัสสาวะของนักศึกษาพยาบาล พบว่า ก่อนดำเนินการกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารลดโซเดียมอยู่ในระดับปานกลาง พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีโซเดียมประเมินจากค่าเฉลี่ยปริมาณโซเดียมที่บริโภค 3,497.40 มิลลิกรัมต่อวัน ซึ่งมากกว่าปริมาณที่แนะนำ และค่าเฉลี่ยปริมาณโซเดียมในปัสสาวะ 2,090.90 มิลลิกรัมต่อวัน อยู่ในระดับมาก ในระยะหลังดำเนินการกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารลดโซเดียม มากกว่าก่อนดำเนินการ ค่าเฉลี่ยปริมาณโซเดียมที่บริโภค 2.131.80 มิลลิกรัมต่อวัน และค่าเฉลี่ยปริมาณโซเดียมในปัสสาวะ 1,764.70 มิลลิกรัมต่อวัน ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อมรรัตน์ นธะสนธิ์ และคณะ (2560) ได้ทำการศึกษา ความรู้ทางโภชนาการ ทัศนคติเกี่ยวกับอาหาร พฤติกรรมการรับประทานอาหาร และภาวะโภชนาการในชุมชนกึ่งชนบทจังหวัดอุบลราชธานี พบว่า ตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ย ความรู้ทางโภชนาการ ทัศนคติเกี่ยวกับอาหาร และพฤติกรรมการรับประทานอาหารคิดเป็น ร้อยละ 59.16, 66.83, และ 62.77 ของคะแนนรวม ตามลำดับ โดยมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมในการรับประทานอาหารที่มีไขมันมากที่สุดเมื่อเปรียบเทียบ กับอาหารประเภทอื่น ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่าพฤติกรรมการรับประทานอาหารมีความสัมพันธ์ ทางลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับภาวะโภชนาการ (ดัชนีมวลกาย) ของประชาชน อายุมี ความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการรับประทานอาหาร ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวก กับความรู้ทางโภชนาการและรายได้ของครอบครัวต่อเดือน ผลการศึกษาสามารถนำมาใช้เป็น แนวทางในการพัฒนาโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการโดยการให้ความรู้ทางโภชนาการ และสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหารให้เหมาะสม

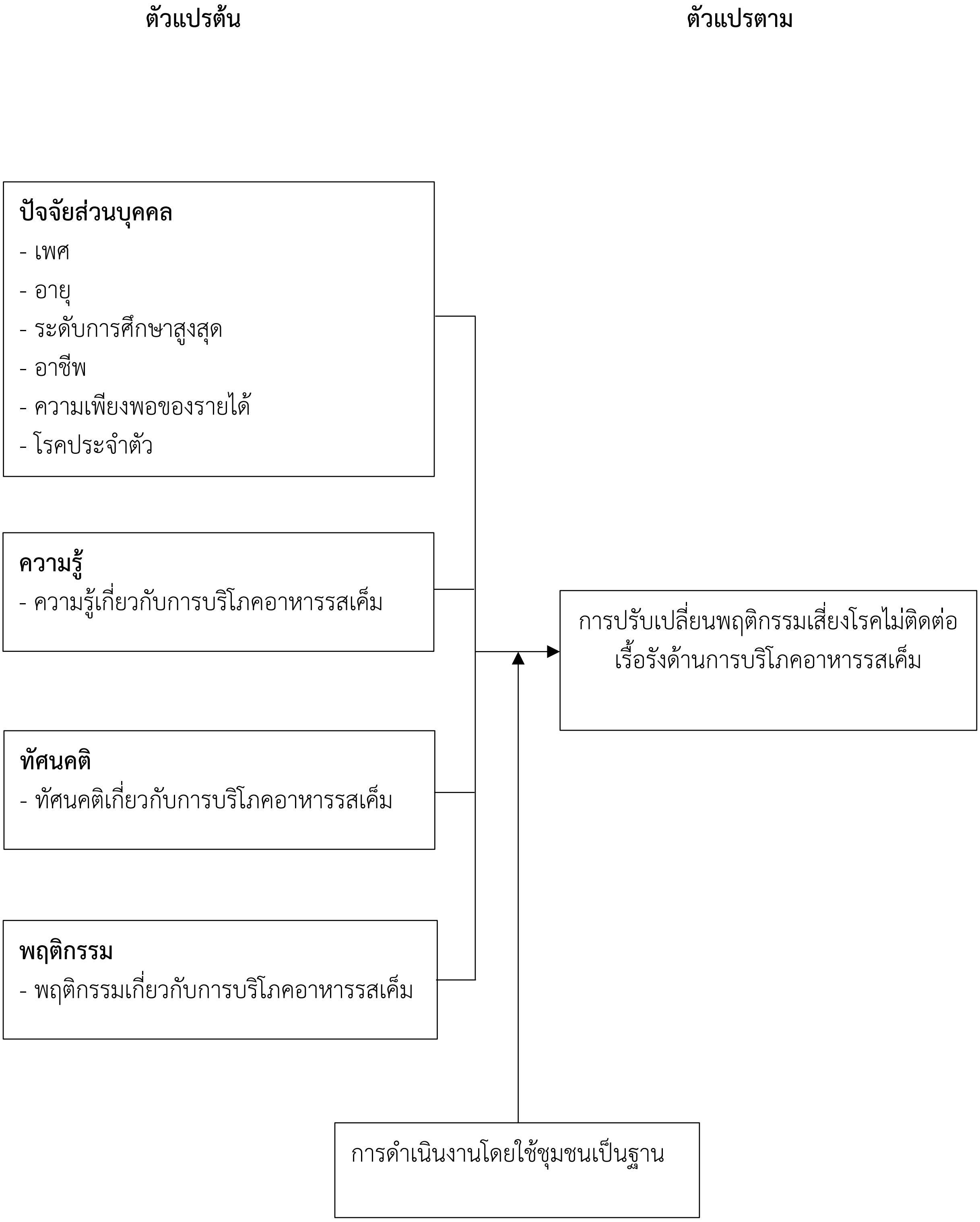
สุดคะนึง โรจนชีวาคม (2562) ได้ศึกษาเรื่อง ทัศนคติและพฤติกรรมการบริโภคอาหารของบุคลากรโรงพยาบาลสกลนคร พบว่าทัศนคติการบริโภคอาหารของบุคลากรโรงพยาบาลสกลนครโดยรวมอยู่ในระดับดี โดยมีทัศนคติดีมากที่สุดในเรื่องการรับประทานอาหารรสหวานจะทำให้อ้วนคิดเป็นร้อยละ43.50 รองลงมาคือการดื่มน้ำผลไม้มีประโยชน์ต่อสุขภาพ คิดเป็นร้อยละ 17.20 และจะรับประทานอาหารเวลารู้สึกหิวเท่านั้น คิดเป็นร้อยละ 11.30 ตามลำดับ โดยทัศนคติการบริโภคอาหารมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ไกรศร วงศ์ธิดา (2563) ได้ศึกษาเรื่อง การพัฒนาแนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการอ่านฉลากโภชนาการในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ชุมชนบ้านป่าเหียง ตำบลบ่อแฮ้ว อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง พบว่า ภายหลังจากพัฒนาแนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร โดยการสร้างแกนนำชุมชนที่เข้มแข็งร่วมกับการให้บริการเชิงรุกในชุมชน การสร้างสิ่งแวดล้อมในชุมชน เช่น การมีร้านค้า ร้านอาหารทางเลือกสุขภาพ การประชาสัมพันธ์และติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง พบว่า กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และพฤติกรรมการบริโภคอาหารหลังเข้าร่วมโครงการสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ณัฐธิวรรณ พันธ์มุง และคณะ (2563) ได้ทำการศึกษา การใช้ชุดมาตรการลดบริโภคเค็มในชุมชนต้นแบบ ในพื้นที่ตำบลกุมภวาปี อำเภอกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี กิจกรรมมีการดำเนินการ ได้แก่ การสร้างแกนนำชุมชน และให้แกนนำชุมชนดำเนินกิจกรรมในการดำเนินงานผ่านชุมชน เช่น การให้ความรู้กลุ่มเป้าหมาย การให้ข้อมูลคืนกลับรายบุคคลจากการเก็บข้อมูลระยะก่อนดำเนินงาน การรณรงค์ประชาสัมพันธ์ กิจกรรมดำเนินการเพิ่มเติม คือ การมีกิจกรรมการให้คำปรึกษารายบุคคลและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน พบว่า ระดับความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรม ในระยะหลังดำเนินการดีขึ้นกว่าก่อนดำเนินการ มีแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สม นาสะอ้าน และทิพาพร ราชาไกร (2563) ได้ทำการศึกษา การพัฒนารูปแบบการลดการบริโภคเค็มในกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่ารูปแบบการลดการบริโภคเค็มในกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่พัฒนาขึ้นด้วยกระบวนการ 6 เครือข่าย 6 ขั้นตอน ในกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง อายุเฉลี่ย 56.29 ปี หลังทดลองใช้รูปแบบ คะแนนความรู้เพิ่มขึ้นร้อยละ 87.11 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และปริมาณโซเดียมในอาหารหลังดำเนินการลดลง ก่อนดำเนินการ ค่าเฉลี่ย 413.42 มิลลิกรัม หลังดำเนินการมีค่าเฉลี่ย 303.82 มิลลิกรัม โดยค่าเฉลี่ยปริมาณโซเดียมในอาหารลดลง ร้อยละ 70.11 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

7. กรอบแนวคิด


ตัวแปรต้น
ตัวแปรตาม
ปัจจัยส่วนบุคคล
- เพศ
- อายุ
- ระดับการศึกษาสูงสุด
- อาชีพ
- ความเพียงพอของรายได้
- โรคประจำตัว
ความรู้
- ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารรสเค็ม
ทัศนคติ
- ทัศนคติเกี่ยวกับการบริโภคอาหารรสเค็ม
พฤติกรรม
- พฤติกรรมเกี่ยวกับการบริโภคอาหารรสเค็ม
การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังด้านการบริโภคอาหารรสเค็ม
การดำเนินงานโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน

บทที่ 3
วิธีดำเนินการศึกษา

รูปแบบการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษากึ่งทดลอง (Quasi-experimental study) แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังทดลอง (One-Group Pretest-Posttest Design) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารรสเค็ม ที่มีต่อการดำเนินงานลดปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน และเปรียบเทียบระดับความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารรสเค็มของประชาชนที่มีต่อการดำเนินงานลดปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน วัดผลก่อนและหลังดำเนินการ ระยะเวลาในการศึกษาระหว่างเดือน มีนาคม - ธันวาคม 2563

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ประชากร อายุ 18 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในชุมชนที่สมัครใจเข้าร่วมดำเนินการ จังหวัดละ 1 ชุมชน รวมทั้งสิ้น 8 ชุมชน ประกอบด้วย 1) ชุมชนบ้านไร่หลวง หมู่ 3 ตำบลทุ่งรวงทอง อำเภอแม่วาง 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 ตำบลสบบง อำเภอภูซาง จังหวัดพะเยา 7) ชุมชนบ้านทรายมูล หมู่ 2 ตำบลจันจว้า อำเภอแม่จัน จังหวัดเชียงราย และ 8) ชุมชนบ้านห้วยโป่ง หมู่ 1 ตำบลห้วยโป่ง อำเภอเมืองแม่ฮ่องสอน จังหวัดแม่ฮ่องสอน

การได้มาของกลุ่มตัวอย่าง

1. คัดเลือกชุมชน แบบเจาะจง 8 ชุมชน จาก 8 จังหวัดๆ ละ 1 ชุมชน
2. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง อายุ 18 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในชุมชน แบบเจาะจง โดยมีเกณฑ์คัดเลือกดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมในการศึกษา (Inclusion criteria)

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

เกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างออกจากการศึกษา (Exclusion criteria)

1. มีอาการเจ็บป่วยรุนแรง กะทันหันต้องได้เข้ารับการรักษาโดยเร่งด่วน ไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างคำนวนจากโปรแกรมสำเร็จรูปโดยกำหนดค่าอำนาจการทดสอบ (Power analysis) ที่ระดับ 80 % กำหนดค่าความผิดพลาดที่ยอมรับได้ไม่เกินร้อยละ 5 จะได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 460 คน และได้มีการเพิ่มกลุ่มตัวอย่างเพื่อทดแทนกลุ่มตัวอย่างที่อาจจะสูญหายไป หรือกลุ่มตัวอย่างที่อาจไม่มาตามนัดอีก 5% ทำให้ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 480 คน ดังนั้นจะได้จำนวนตัวอย่างชุมชนละ 60 คน

ขั้นตอนการดำเนินงาน ตามโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตาม 8 ขั้นตอน โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน

ขั้นตอนที่ 1 คณะผู้ศึกษาจัดอบรม เรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการลดการบริโภคอาหารรสเค็ม ให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและแกนนำชุมชน พร้อมกันทั้ง 8 ชุมชน ระหว่างวันที่ 16 – 17 ธันวาคม 2562 ณ โรงแรมท็อปแลนด์ อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก โดยมีผู้เข้าร่วมอบรมจำนวน 40 คน ประกอบด้วยผู้รับผิดชอบงานโรคไม่ติดต่อ ระดับจังหวัด/ระดับอำเภอ/ระดับตำบล และแกนนำในชุมชน

ขั้นตอนที่ 2 เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและแกนนำชุมชน ดำเนินการสำรวจชุมชนก่อนดำเนินการด้วยแบบสอบถามการประเมินความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมสุขภาพด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ที่ทางคณะผู้ศึกษาได้จัดทำขึ้น จำนวนชุมชนละ 60 คน รวมทั้งสิ้น 480 คน ในเดือน มีนาคม 2563

ขั้นตอนที่ 3 คณะผู้ศึกษาวิเคราะห์ผลจากแบบสอบถามก่อนดำเนินการและคืนข้อมูลกลับให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุข แกนนำชุมชน และสมาชิกในแต่ละชุมชนรับทราบ ผ่านการประชุมในระดับพื้นที่ในเดือน มีนาคม 2563

ขั้นตอนที่ 4 เจ้าหน้าที่สาธารณสุข แกนนำชุมชนและสมาชิกในชุมชนร่วมจัดทำแผนปฏิบัติการเสริมสร้างความรู้ ทัศนคติและพฤติกรรมของคนในชุมชน ผ่านเวทีประชาคม ในเดือน เมษายน 2563

ขั้นตอนที่ 5 เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและแกนนำชุมชนดำเนินการตามแผนปฏิบัติการเสริมสร้างความรู้ ทัศนคติ และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดการบริโภคอาหารรสเค็ม โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ สร้างความตระหนักเพื่อควบคุมปัจจัยเสี่ยงและการป้องกัน การปรับทัศนคติและพฤติกรรม การจัดสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการลดเสี่ยง ลดโรค การรณรงค์ สื่อสารให้ข้อมูลข่าวสารแก่ชุมชน ลงเยี่ยมบ้าน สำรวจครัวเรือน และเฝ้าระวังความเค็มในอาหาร ด้วยเครื่อง salt meter ระหว่างเดือน พฤษภาคม – พฤศจิกายน 2563

ขั้นตอนที่ 6 เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและแกนนำชุมชน ดำเนินการรณรงค์ ประชาสัมพันธ์ สื่อสารความเสี่ยงผ่านช่องทางต่าง ๆ ในชุมชน เช่น หอกระจ่ายข่าวหมู่บ้าน แผ่นพับ โปสเตอร์ในชุมชน/โรงพยาบาล/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ไลน์กลุ่ม ระหว่างเดือน พฤษภาคม – พฤศจิกายน 2563

ขั้นตอนที่ 7 เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและแกนนำชุมชน ลงเยี่ยมบ้าน สำรวจครัวเรือน และเฝ้าระวังความเค็มในอาหาร ด้วยเครื่อง salt meter ระหว่างเดือน พฤษภาคม – พฤศจิกายน 2563

ขั้นตอนที่ 8 เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและแกนนำชุมชนดำเนินการสำรวจชุมชนหลังดำเนินการด้วยแบบสอบถามการประเมินความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมสุขภาพด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ที่ทางคณะผู้ศึกษาได้จัดทำขึ้น จำนวนชุมชนละ 60 คน รวมทั้งสิ้น 480 คน ในกลุ่มตัวอย่างเดิม ในเดือน ธันวาคม 2563

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา มี 2 ประเภท ประกอบด้วย

1. โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการลดการบริโภคอาหารรสเค็ม โดยใช้ชุมชนเป็นฐานจากแนวคิดการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยยึดชุมชนเป็นฐาน (CBI NCDs) ประกอบด้วย 8 ขั้นตอน (สำนักโรคไม่ติดต่อ, 2561)

2. แบบสอบถามที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้น จากการทบทวนเอกสารวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยดัดแปลงและปรับเปลี่ยนเนื้อหาตามความเหมาะสมจาก แบบสอบถามการประเมินความรู้ ทัศนคติ 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 Bloom (1971) ในการแบ่งระดับความรู้ เป็นระดับความรู้สูง ระดับความรู้ปานกลาง และระดับความรู้ต่ำ

คะแนน 7 – 9 คะแนน	หมายถึง มีระดับความรู้สูง
คะแนน 4 – 6 คะแนน	หมายถึง มีระดับความรู้ปานกลาง
คะแนน 0 – 3 คะแนน	หมายถึง มีระดับความรู้ต่ำ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับการบริโภคอาหารรสเค็ม ที่เกี่ยวข้องกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำนวน 13 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบประมาณค่า (rating scale) โดยจะวัดทั้งทางบวกและทางลบ

	คะแนนข้อคำถามเชิงบวก	คะแนนข้อคำถามเชิงลบ
เห็นด้วยมากที่สุด	5	1
เห็นด้วยมาก	4	2
เห็นด้วยปานกลาง	3	3
เห็นด้วยน้อย	2	4
เห็นด้วยน้อยที่สุด	1	5

ผู้ตอบแบบสอบถามสามารถเลือกคำตอบได้เพียงคำตอบเดียว ใช้เกณฑ์ในการแบ่งกลุ่มคะแนนเป็นอันดับสเกล (Ordinal Scale) 5 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ของ Best (1977) ดังนี้

ค่าคะแนนเฉลี่ย	4.50 – 5.00	หมายถึง มีทัศนคติในระดับมากที่สุด
ค่าคะแนนเฉลี่ย	3.50 – 4.49	หมายถึง มีทัศนคติในระดับมาก
ค่าคะแนนเฉลี่ย	2.50 – 3.49	หมายถึง มีทัศนคติในระดับปานกลาง
ค่าคะแนนเฉลี่ย	1.50 – 2.49	หมายถึง มีทัศนคติในระดับน้อย
ค่าคะแนนเฉลี่ย	0.50 – 1.49	หมายถึง มีทัศนคติในระดับน้อยที่สุด

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการบริโภคอาหารรสเค็ม ต่อการลดโอกาสเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ลักษณะเป็นคำถามแบบประมาณค่า (rating scale) จำนวน 15 ข้อ แบ่งเป็น 3 ระดับ ผู้ตอบแบบสอบถามสามารถเลือกคำตอบได้เพียงคำตอบเดียว ใช้เกณฑ์ในการแบ่งกลุ่มคะแนนเป็นอันดับสเกล (Ordinal Scale) 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ของ Best (1981) ดังนี้

ค่าคะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.00	หมายถึง มีระดับพฤติกรรมที่ดี
ค่าคะแนนเฉลี่ย 1.68 – 2.33	หมายถึง มีระดับพฤติกรรมปานกลาง
ค่าคะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.67	หมายถึง มีระดับพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้อง

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

บริโภคอาหารรสเค็ม เท่ากับ 0.75 ด้านทัศนคติเกี่ยวกับการบริโภคอาหารรสเค็ม เท่ากับ 0.72 และด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหารรสเค็ม เท่ากับ 0.73

การวิเคราะห์ข้อมูล

ประมวลผลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงวิเคราะห์ ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล เพศ อายุ ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพหลัก ความเพียงพอของรายได้ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา และโรคประจำตัว ใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ

2. ข้อมูลระดับความรู้ ทัศนคติ พฤติกรรมการบริโภคอาหารรสเค็ม ที่เกี่ยวข้องกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ก่อนและหลังดำเนินการ โดยหาค่าความถี่ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทัศนคติ พฤติกรรมการบริโภคอาหารรสเค็ม ที่เกี่ยวข้องกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ก่อนและหลังดำเนินการ โดยใช้สถิติ Paired samples t-test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

บทที่ 4
ผลการศึกษา

การศึกษาการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังด้านการบริโภคอาหารรสเค็ม โดยใช้ชุมชนเป็นฐานในพื้นที่ภาคเหนือตอนบน ปี พ.ศ. 2563 เก็บรวบรวมข้อมูลและแสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ข้อมูลจากการเก็บแบบสอบถามจากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 480 คน และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์และแปรผล สามารถนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล โดยแบ่งผลการศึกษาออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารรสเค็ม ที่เกี่ยวข้องกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ส่วนที่ 3 ทัศนคติเกี่ยวกับการบริโภคอาหารรสเค็ม ที่เกี่ยวข้องกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมเกี่ยวกับการบริโภคอาหารรสเค็ม ที่เกี่ยวข้องกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ส่วนที่ 5 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมด้านการบริโภคอาหารรสเค็ม ก่อนดำเนินการและหลังดำเนินการ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการศึกษา เพศหญิง ร้อยละ 65.42 เพศชาย ร้อยละ 34.58 มีอายุอยู่ระหว่าง 51 – 60 ปีมากที่สุด ร้อยละ 41.25 รองลงมา อายุ 61 – 70 ปี และ 41 – 50 ปี ร้อยละ 27.29 และ 17.29 ตามลำดับ มากกว่าครึ่งสำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 59.17 ประกอบอาชีพเกษตรกรมากที่สุด ร้อยละ 64.17 ด้านเศรษฐกิจในครัวเรือน พบว่า มากกว่าครึ่งรายได้ไม่เพียงพอกับรายจ่าย ร้อยละ 51.88 รองลงมา รายได้เพียงพอกับรายจ่ายแต่ไม่เหลือเก็บ ร้อยละ 41.25 มีรายได้เพียงพอกับรายจ่ายและเหลือเก็บ เพียงร้อยละ 6.88 และไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 53.75 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 46.25 โรคประจำตัวที่พบมากที่สุด คือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 69.82 รองลงมา มีภาวะไขมันในเลือดสูง และโรคเบาหวาน ร้อยละ18.47 และ 18.02 ตามลำดับ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=480)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	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
อายุเฉลี่ย 57.58 ปี S.D.=9.33 สูงสุด 77 ปี ต่ำสุด 18 ปี		

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=480) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการศึกษาสูงสุด		
ไม่ได้เรียนหนังสือ แต่อ่านออกเขียนได้	20	4.17
ได้เรียนหนังสือ/ไม่จบประถมศึกษา แต่อ่านออกเขียนได้	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

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารรสเค็ม ที่เกี่ยวข้องกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารรสเค็ม ที่เกี่ยวข้องกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ก่อนดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน พบว่า กลุ่มตัวอย่างตอบถูกมากที่สุด ในประเด็น แหล่งอาหารที่มีโซเดียมสูง ได้แก่ เครื่องปรุงรส (น้ำปลา น้ำซีอิ๊ว เกลือ ซอสหอยนางรม ผงชูรส รสดี ซุปก้อน น้ำจิ้มสุกี้) และอาหารแปรรูปหรือถนอมอาหาร (ไส้กรอก ลูกชิ้น อาหารกระป๋อง ผักดอง กะปิ ผลไม้ดอง ปลาร้า เต้าเจี้ยว น้ำบูดู) ร้อยละ 86.88 รองลงมา คือฉลากอาหารที่ติดข้างภาชนะบรรจุ มีข้อมูลส่วนประกอบของอาหาร ปริมาณสารอาหารที่สำคัญ คือปริมาณโซเดียม น้ำตาล ไขมัน ฯลฯ ซึ่งเราควรศึกษาก่อนซื้อ ร้อยละ 86.25 และการเติมความหวานลงในอาหารช่วยทำให้กลบรสชาติความเค็ม และทำให้ช่วยลดปริมาณโซเดียมในอาหารลงได้ ร้อยละ 82.50 และมากกว่าครึ่งตอบถูกน้อยที่สุด ในประเด็น อาหารตามธรรมชาติล้วนมีโซเดียมอยู่ทั้งสิ้น ไม่ว่าจะเป็น ข้าวสวย ผลไม้ เนื้อสัตว์ ไม่จำเป็นต้องปรุงรสเพิ่ม ร้อยละ 51.25

หลังดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน พบว่า กลุ่มตัวอย่างตอบถูกมากที่สุด ในประเด็น ฉลากอาหารที่ติดข้างภาชนะบรรจุ มีข้อมูลส่วนประกอบของอาหาร, ปริมาณสารอาหารที่สำคัญ คือ ปริมาณโซเดียม น้ำตาล ไขมัน ฯลฯ ซึ่งเราควรศึกษาก่อน ร้อยละ 92.92 รองลงมา คือแหล่งอาหารที่มีโซเดียมสูง ได้แก่ เครื่องปรุงรส (น้ำปลา น้ำซีอิ๊ว เกลือ ซอสหอยนางรม ผงชูรส รสดี ซุปก้อน น้ำจิ้มสุกี้) และอาหารแปรรูปหรือถนอมอาหาร (ไส้กรอก ลูกชิ้น อาหารกระป๋อง ผักดอง กะปิ ผลไม้ดอง ปลาร้า เต้าเจี้ยว น้ำบูดู) ร้อยละ 91.25 และโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานเป็นสาเหตุสำคัญของโรคไตวาย ร้อยละ 85.83 สรุปได้ว่า หลังดำเนินการเกือบทุกประเด็นตอบถูกเพิ่มขึ้น ยกเว้น ประเด็นการเติมความหวานลงในอาหารช่วยทำให้กลบรสชาติความเค็ม ทำให้ช่วยลดปริมาณโซเดียมในอาหารลงได้ ที่มีผู้ตอบผิดเพิ่มขึ้นหลังดำเนินการ จากร้อยละ 17.50 เป็น ร้อยละ 22.29 ประเด็นที่กลุ่มตัวอย่างยังตอบผิดมากที่สุด คือ อาหารตามธรรมชาติล้วนมีโซเดียมอยู่ทั้งสิ้น ไม่ว่าจะเป็น ข้าวสวย ผลไม้ เนื้อสัตว์ ไม่จำเป็นต้องปรุงรสเพิ่ม ร้อยละ 39.38 รองลงมา คือการลดน้ำหนัก การกินผักอย่างเพียงพอ และออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอไม่ช่วยทำให้ระดับความดันโลหิตลดลง การลดน้ำหนัก การกินผักอย่างเพียงพอ และออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอไม่ช่วยทำให้ระดับความดันโลหิตลดลง ร้อยละ 28.54 ดังตารางที่ 2

ระดับความรู้ด้านการบริโภคอาหารรสเค็ม ก่อนดำเนินการมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ เท่ากับ 7.25 (S.D.=1.98) หลังดำเนินการมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ เท่ากับ 8.01 (S.D.=1.32) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่มีผู้ตอบถูกมากที่สุด 3 อันดับแรก คือ ฉลากอาหารที่ติดข้างภาชนะบรรจุ มีข้อมูลส่วนประกอบของอาหาร, ปริมาณสารอาหารที่สำคัญ คือ ปริมาณโซเดียม น้ำตาล ไขมัน ฯลฯ ซึ่งเราควรศึกษาก่อนซื้อ ตอบถูกร้อยละ 92.92 รองลงมา แหล่งอาหารที่มีโซเดียมสูง ได้แก่ เครื่องปรุงรส (น้ำปลา น้ำซีอิ๊ว เกลือ ซอสหอยนางรม ผงชูรส รสดี ซุปก้อน น้ำจิ้มสุกี้) และ อาหารแปรรูปหรือถนอมอาหาร (ไส้กรอก ลูกชิ้น อาหารกระป๋อง ผักดอง กะปิ ผลไม้ดอง ปลาร้า เต้าเจี้ยว น้ำบูดู) ตอบถูกร้อยละ 91.25 และโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน เป็นสาเหตุสำคัญของโรคไตวาย ตอบถูกร้อยละ 85.83 ตามลำดับ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละ ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารรสเค็ม ที่เกี่ยวข้องกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ก่อนและหลังดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (N=480) จำแนกรายข้อคำถาม

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 โรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยเฉพาะ โรคความดันโลหิตสูง โรคไต โรคหัวใจ และหลอดเลือดสมอง	320 (66.67)	160 (33.33)	399 (83.13)	81 (16.87)
3. แหล่งอาหารที่มีโซเดียมสูง ได้แก่ เครื่องปรุงรส (น้ำปลา น้ำซีอิ้ว เกลือ ซอสหอยนางรม ผงชูรส รสดี ซุปก้อน น้ำจิ้มสุกี้) และ อาหารแปรรูปหรือถนอมอาหาร (ไส้กรอก ลูกชิ้น อาหารกระป๋อง ผักดอง กะปิ ผลไม้ดอง ปลาร้า เต้าเจี้ยว น้ำบูดู)	417 (86.88)[1]	63 (13.12)	438 (91.25)[2]	42 (8.75)
4. อาหารตามธรรมชาติล้วนมีโซเดียมอยู่ทั้งสิ้น ไม่ว่าจะเป็น ข้าวสวย ผลไม้ เนื้อสัตว์ ไม่จำเป็นต้องปรุงรสเพิ่ม	246 (51.25)	234 (48.75)	291 (60.62)	189 (39.38)
5. ฉลากอาหารที่ติดข้างภาชนะบรรจุ มีข้อมูลส่วนประกอบของอาหาร, ปริมาณสารอาหารที่สำคัญ คือ ปริมาณโซเดียม น้ำตาล ไขมัน ฯลฯ ซึ่งเราควรศึกษาก่อนซื้อ	414 (86.25)[2]	66 (13.75)	446 (92.92)[1]	34 (7.08)
6. โรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวานเป็นสาเหตุสำคัญของโรคไตวาย	338 (70.42)	142 (29.58)	412 (85.83)[3]	68 (14.17)
7. การกินเค็มทำให้อัตราการกรองของเสียผ่านไตมากขึ้น ทำให้ไตแข็งแรงมากขึ้น	365 (76.04)	115 (23.96)	386 (80.42)	94 (19.58)
8. การเติมความหวานลงในอาหารช่วยทำให้กลบรสชาติความเค็ม และทำให้ช่วยลดปริมาณโซเดียมในอาหารลงได้	396 (82.50)[3]	84 (17.50)	373 (77.71)	107 (22.29)
9. การลดน้ำหนัก การกินผักอย่างเพียงพอ และออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอไม่ช่วยทำให้ระดับความดันโลหิตลดลง	361 (75.21)	119 (24.79)	343 (71.46)	137 (28.54)

หมายเหตุ 1,2,3 หมายถึง การตอบถูกมากที่สุด 3 อันดับแรก

ตารางที่ 3 ระดับความรู้ด้านการบริโภคอาหารรสเค็ม ก่อนและหลังดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (N=480)

การประเมินความรู้	ก่อนดำเนินการ		หลังดำเนินการ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ผู้ที่มีระดับความรู้สูง (7 – 9 คะแนน)	262	54.58	305	63.54
ผู้ที่มีระดับความรู้ปานกลาง (4 – 6 คะแนน)	155	32.29	165	34.38
ผู้ที่มีระดับความรู้ต่ำ (0 – 3 คะแนน)	63	13.13	10	2.08
ค่าเฉลี่ย (S.D.)	**7.25 (1.98)**		**8.01 (1.32)**	

ส่วนที่ 3 ทัศนคติเกี่ยวกับการบริโภคอาหารรสเค็ม ที่เกี่ยวข้องกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ทัศนคติด้านการบริโภคอาหารรสเค็มในภาพรวม พบว่าคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังดำเนินการไม่แตกต่างกัน โดยก่อนดำเนินการมีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 3.44 (S.D.=0.38) หลังดำเนินการมีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 3.48 (S.D.=0.46)

เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุดก่อนดำเนินการ 3 อันดับแรก คือ ท่านมีเป้าหมายการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อสุขภาพที่ดี คะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 4.04 รองลงมา ท่านเชื่อว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงควรรับประทานอาหาร รสจืด คะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 4.02 และ ท่านคิดว่าคนในครอบครัวมีส่วนช่วยส่งเสริมสนับสนุนให้ท่านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ คะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 3.96 ตามลำดับ

ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุดหลังดำเนินการ 3 อันดับแรก คือ ท่านมีเป้าหมายการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อสุขภาพที่ดี คะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 4.00 รองลงมา ท่านคิดว่าคนในครอบครัวมีส่วนช่วยส่งเสริมสนับสนุนให้ท่านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ คะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 3.99 และ ท่านมีแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ คะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 3.95 ตามลำดับ

สำหรับข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับน้อย คือ ท่านเชื่อว่าการดื่มน้ำตามหลังการรับประทานอาหารที่มีรสชาติเค็มจะช่วยขับโซเดียมออกจากร่างกายได้ ก่อนดำเนินการมีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 2.45 หลังดำเนินการมีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 2.34 ดังตารางที่ 4

ระดับทัศนคติด้านการบริโภคอาหารรสเค็ม พบว่า ก่อนดำเนินการมีทัศนคติในระดับปานกลาง ร้อยละ 68.54 รองลงมาเป็นระดับมาก ร้อยละ 18.54 และระดับน้อย ร้อยละ 11.25 ตามลำดับ หลังดำเนินการมีทัศนคติในระดับปานกลาง ร้อยละ 69.58 รองลงมาเป็นระดับมาก ร้อยละ 20.21 และระดับน้อย ร้อยละ 8.54 ตามลำดับ ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทัศนคติด้านการบริโภคอาหารรสเค็ม ก่อนและหลังดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (N=480) จำแนกรายข้อคำถาม

รายการ	**ก่อนดำเนินการ**		**หลังดำเนินการ**	
	Mean	S.D.	Mean	S.D.
1.ท่านเชื่อว่าผงปรุงรส ซุปก้อน ผงชูรส สามารถรับประทานได้ไม่มีผลต่อโรคความดันโลหิตสูง	3.31	1.36	3.65	1.28
2. ท่านเชื่อว่าการเติมน้ำปลาหรือซอส ทำให้ท่านรับประทานอาหารได้มากขึ้น	3.21	1.12	3.38	1.00
3. ท่านเชื่อว่าการดื่มน้ำตามหลังการรับประทานอาหารที่มีรสชาติเค็มจะช่วยขับโซเดียมออกจากร่างกายได้	2.45	1.15	2.34	1.15
4. ท่านคำนึงถึงรสชาติของอาหารมากกว่าปริมาณของเครื่องปรุงที่ใส่ลงไปในอาหาร	2.90	1.03	3.04	1.11
5. ท่านมักจะรู้สึกไม่ดีและไม่มีความสุข ที่ต้องควบคุมการรับประทานอาหารรสเค็ม	3.29	1.08	3.16	1.08
6. หากท่านต้องควบคุมหรือลดน้ำหนัก ท่านมักจะกังวลว่าจะไม่ได้กินอาหารที่ชอบ	3.29	1.15	3.16	1.03
7. ท่านเชื่อว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงควรรับประทานอาหาร รสจืด	4.02[2]	1.13	3.88	1.14
8. ท่านไม่จำเป็นต้องปรับเปลี่ยนการรับประทานอาหารรสเค็มเนื่องจากท่านรับประทานยาลดความดันโลหิตสูงอยู่แล้ว	3.77	1.31	3.93	1.22
9. ท่านคิดว่าตัวเองมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตวาย	2.70	1.21	2.94	1.24
10. ท่านมีเป้าหมายการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อสุขภาพที่ดี	4.04[1]	0.86	4.00[1]	0.83
11. ท่านมีแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ	3.90	0.90	3.95[3]	0.85
12. ท่านคิดว่าคนในครอบครัวมีส่วนช่วยส่งเสริมสนับสนุนให้ท่านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ	3.96[3]	0.85	3.99[2]	0.89
13. ท่านคิดว่าสิ่งแวดล้อมและชุมชน มีส่วนสนับสนุนให้คนในชุมชนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ	3.85	0.97	3.86	0.97
ภาพรวม	**3.44**	**0.38**	**3.48**	**0.46**

หมายเหตุ 1,2,3 หมายถึง มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด 3 อันดับแรก

ตารางที่ 5 ระดับทัศนคติด้านการบริโภคอาหารรสเค็ม ก่อนและหลังดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (N=480)

การประเมินทัศนคติ	ก่อนดำเนินการ		หลังดำเนินการ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ผู้ที่มีทัศนคติในระดับมากที่สุด (ค่าคะแนนเฉลี่ย 4.50 – 5.00 คะแนน)	3	0.63	7	1.46
ผู้ที่มีทัศนคติในระดับมาก (ค่าคะแนนเฉลี่ย 3.50 – 4.49 คะแนน)	89	18.54	97	20.21
ผู้ที่มีทัศนคติในระดับปานกลาง (ค่าคะแนนเฉลี่ย 2.50 – 3.49 คะแนน)	329	68.54	334	69.58
ผู้ที่มีทัศนคติในระดับน้อย (ค่าคะแนนเฉลี่ย 1.50 – 2.49 คะแนน)	54	11.25	41	8.54
ผู้ที่มีทัศนคติในระดับน้อยที่สุด (ค่าคะแนนเฉลี่ย 0.50 – 1.49 คะแนน)	5	1.04	1	0.21

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการด้านบริโภคอาหารรสเค็ม ต่อการลดโอกาสเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

พฤติกรรมด้านการบริโภคอาหารรสเค็มในภาพรวม พบว่าคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังดำเนินการไม่แตกต่างกัน โดยก่อนดำเนินการมีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 2.22 (S.D.=0.19) หลังดำเนินการมีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 2.26 (S.D.=0.21)

เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุดก่อนดำเนินการ 3 อันดับแรก คือ ท่านประกอบอาหารทานเอง หรือทานอาหารที่บ้านปรุงเอง คะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 2.78 รองลงมา บนโต๊ะอาหารท่านจะมีถ้วยพริกน้ำปลา วางไว้เสมอและท่านออกกำลังกายหรือมีการเคลื่อนไหวร่างกาย เช่น เดิน, วิ่ง, ปั่นจักรยาน, ทำงานบ้าน, ทำสวน, ทำไร่ จนรู้สึกเหนื่อย สะสมอย่างน้อยวันละ 30 นาที หรือ 5 วัน/ต่อสัปดาห์ คะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 2.52 และ ท่านกินสมุนไพร เช่น ปอกะบิด, หญ้าหนวดแมว, แห้ม, มะรุมแคปซูล, เถาวัลย์เปรียง, เห็ดหลินจือ, รางจืด คะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 2.46 ตามลำดับ

ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุดหลังดำเนินการ 3 อันดับแรก คือ ท่านประกอบอาหารทานเอง หรือทานอาหารที่บ้านปรุงเอง คะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 2.83 รองลงมา ท่านอ่านฉลากโภชนาการเพื่อดูชนิดและปริมาณสารอาหารก่อนซื้อ คะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 2.54 และ บนโต๊ะอาหารท่านจะมีถ้วยพริกน้ำปลา วางไว้เสมอ คะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 2.44 ตามลำดับ

สำหรับข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยเปลี่ยนแปลงในระดับที่ดีขึ้น คือ ท่านทานอาหารนอกบ้าน ท่านจะบอกแม่ค้า ไม่ให้ใส่ผงชูรส, ผงปรุงรส ก่อนดำเนินการมีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 1.61 หลังดำเนินการมีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 1.85 ดังตารางที่ 6

ระดับพฤติกรรมด้านการบริโภคอาหารรสเค็ม พบว่า ก่อนดำเนินการมีพฤติกรรมในระดับปานกลาง ร้อยละ 88.54 รองลงมาเป็นระดับที่ไม่ถูกต้อง ร้อยละ 7.29 และระดับที่ดี ร้อยละ 4.17 ตามลำดับ หลังดำเนินการมีพฤติกรรมในระดับปานกลาง ร้อยละ 79.38 รองลงมาเป็นระดับที่ดี ร้อยละ 18.33 และระดับที่ไม่ถูกต้อง ร้อยละ 2.29 ตามลำดับ ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน พฤติกรรมด้านการบริโภคอาหารรสเค็ม ต่อการลดโอกาสเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ก่อนและหลังดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (N=480) จำแนกรายข้อคำถาม

รายการ	**ก่อนดำเนินการ**		**หลังดำเนินการ**	
	Mean	S.D.	Mean	S.D.
1. ท่านประกอบอาหารทานเอง หรือทานอาหารที่บ้านปรุงเอง	2.78[1]	0.45	2.83[1]	0.38
2. ครอบครัวของท่าน ประกอบอาหาร โดยใช้เครื่องปรุงไม่เกิน 1 – 2 ชนิดเท่านั้น ต่อการปรุงอาหาร 1 อย่าง (ผงชูรส, ผงปรุงรส, น้ำปลา. ซอสถั่วเหลือง, ซอสน้ำมันหอย, เกลือ)	2.40	0.53	2.42	0.57
3. ท่านตวงปริมาณเครื่องปรุงในการประกอบอาหารเพื่อควบคุมความเค็ม	2.24	0.71	2.23	0.69
4. ท่านทานอาหารหรือผัก/ผลไม้แปรรูป (เช่น ลูกชิ้น หมูยอ กุนเชียง ไส้กรอก ปลาร้า ไข่เค็มปลาเค็ม ผักดอง ผลไม้ดอง)	2.05	0.46	2.04	0.49
5. ท่านทานอาหารประเภทที่มีน้ำซุป หรือน้ำแกง (เช่น น้ำซุปก๋วยเตี๋ยว น้ำแกงทุกประเภทน้ำส้มตำ น้ำผัดผัก น้ำยา)	1.99	0.48	2.02	0.51
6. ท่านทานเนื้อสัตว์ที่มีไขมันสูง กะทิและอาหารทอด เช่น หนังไก่ เครื่องในสัตว์ หอย ปลาหมึก ขาหมูติดมัน หมูสามชั้นและอื่น ๆ	2.05	0.50	2.04	0.52
7. ท่านดื่มเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลสูง เช่น น้ำอัดลม เครื่องดื่มชูกำลัง น้ำผลไม้สำเร็จรูป น้ำหวาน ชาเย็น กาแฟเย็น ชาเขียว	2.23	0.55	2.18	0.54
8. ท่านทานอาหารแต่ละมื้อไม่ได้เติมน้ำปลา/ซีอิ้ว/ซอสลงไปในอาหารอีก	2.11	0.69	1.90	0.68
9. บนโต๊ะอาหารท่านจะมีถ้วยพริกน้ำปลา วางไว้เสมอ	2.52[2]	0.64	2.44[3]	0.67
10. ท่านทานอาหารนอกบ้าน เช่น อาหารตามสั่ง, แกงถุง ก๋วยเตี๋ยว	2.25	0.49	2.21	0.46
11. ท่านทานอาหารนอกบ้าน ท่านจะบอกแม่ค้า ไม่ให้ใส่ผงชูรส, ผงปรุงรส	1.61	0.63	1.85	0.74
12. ท่านอ่านฉลากโภชนาการเพื่อดูชนิดและปริมาณสารอาหารก่อนซื้อ	2.35	0.62	2.54[2]	0.55

ตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน พฤติกรรมด้านการบริโภคอาหารรสเค็ม ต่อการลดโอกาสเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ก่อนและหลังดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (N=480) (ต่อ) จำแนกรายข้อคำถาม

รายการ	ก่อนดำเนินการ		หลังดำเนินการ	
	Mean	S.D.	Mean	S.D.
13. ท่านออกกำลังกายหรือมีการเคลื่อนไหวร่างกาย เช่น เดิน วิ่ง ปั่นจักรยาน ทำงานบ้าน ทำสวน ทำไร่ จนรู้สึกเหนื่อย สะสมอย่างน้อยวันละ 30 นาที หรือ 5 วัน/ต่อสัปดาห์	2.52[2]	0.59	2.40	0.59
14. ท่านกินสมุนไพร เช่น ปอกะบิด หญ้าหนวดแมว แห้มมะรุมแคปซูล เถาวัลย์เปรียง เห็ดหลินจือ รางจืด	2.46[3]	0.64	2.34	0.60
15. ท่านติดตามชั่งน้ำหนัก หรือวัดความดันโลหิต หรือวัดรอบเอว ตนเอง	1.70	0.65	2.39	0.57
ภาพรวม	**2.22**	**0.19**	**2.26**	**0.21**

หมายเหตุ 1,2,3 หมายถึง มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด 3 อันดับแรก

ตารางที่ 7 ระดับพฤติกรรมด้านการบริโภคอาหารรสเค็ม ก่อนและหลังดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (N=480)

การประเมินพฤติกรรม	ก่อนดำเนินการ		หลังดำเนินการ	
	จำนวน	**ร้อยละ**	**จำนวน**	**ร้อยละ**
ผู้ที่มีระดับพฤติกรรมที่ดี (ค่าคะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.00 คะแนน)	20	4.17	88	18.33
ผู้ที่มีระดับพฤติกรรมปานกลาง (ค่าคะแนนเฉลี่ย 1.68 – 2.33 คะแนน)	425	88.54	381	79.38
ผู้ที่มีระดับพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้อง (ค่าคะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.67 คะแนน)	35	7.29	11	2.29

ส่วนที่ 5 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมด้านการบริโภคอาหารรสเค็ม ก่อนดำเนินการและหลังดำเนินการ

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนด้านความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารรสเค็ม ก่อนและหลังดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน พบว่า ด้านความรู้การบริโภคอาหารรสเค็ม ก่อนและหลังดำเนินการ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้ในระดับสูง มีคะแนนเฉลี่ยภาพรวม 7.25 (S.D.=1.98) และ 8.01 (S.D.=1.32) ตามลำดับ โดยค่าเฉลี่ยคะแนนด้านความรู้หลังดำเนินการสูงกว่าก่อนดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$)

ด้านทัศนคติการบริโภคอาหารรสเค็ม พบว่า หลังดำเนินการ กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนไม่แตกต่างจากก่อนดำเนินการ โดยมีคะแนนเฉลี่ยภาพรวม 3.48 (S.D.=0.46) และ 3.43 (S.D.=0.38) ตามลำดับ

ด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหารรสเค็ม พบว่า หลังดำเนินการ กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนไม่แตกต่างจากก่อนดำเนินการ โดยมีคะแนนเฉลี่ยภาพรวม 2.26 (S.D.=0.21) และ 2.22 (S.D.=0.19) ตามลำดับ ดังตารางที่ 8

ตารางที่ 8 คะแนนเฉลี่ยความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรม ก่อนและหลังดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังด้านการบริโภคอาหารรสเค็ม โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน

รายละเอียด	mean	S.D.	t	*p*-value
ด้านความรู้				
ก่อนดำเนินการ	7.25	1.98	-3.90	<0.001*
หลังดำเนินการ	8.01	1.32		
ด้านทัศนคติ				
ก่อนดำเนินการ	3.43	0.38	1.60	0.110
หลังดำเนินการ	3.48	0.46		
ด้านพฤติกรรม				
ก่อนดำเนินการ	2.22	0.19	-2.95	0.100
หลังดำเนินการ	2.26	0.21		

* *p*-value < 0.05

บทที่ 5
สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

สรุปผลการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษากึ่งทดลอง (Quasi-experimental study) แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังทดลอง (One-Group Pretest-Posttest Design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารรสเค็ม ที่มีต่อการดำเนินงานลดปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน และเปรียบเทียบระดับความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารรสเค็มของประชาชนที่มีต่อการดำเนินงานลดปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน วัดผลก่อนและหลังดำเนินการ ระยะเวลาในการศึกษาระหว่างเดือน มีนาคม - ธันวาคม 2563 เลือกตัวอย่างแบบเจาะจง อายุ 18 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในชุมชน 8 ชุมชน จำนวน 480 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามการประเมินความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมสุขภาพด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรังภาคเหนือ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Paired sample t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สรุปผลการศึกษาได้ดังนี้

กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการศึกษา เป็นเพศหญิง ร้อยละ 65.42 มีอายุอยู่ระหว่าง 51 – 60 ปีมากที่สุด ร้อยละ 41.25 สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 59.17 ประกอบอาชีพเกษตรกรมากที่สุด ร้อยละ 64.17 ด้านเศรษฐกิจในครัวเรือน พบว่า รายได้ไม่เพียงพอกับรายจ่าย ร้อยละ 51.88 และไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 53.75 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 46.25 โรคประจำตัวที่พบมากที่สุด คือโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 69.82

ด้านความรู้การบริโภคอาหารรสเค็ม ก่อนและหลังดำเนินการ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้ในระดับสูง มีคะแนนเฉลี่ยภาพรวม 7.25 (S.D.=1.98) และ 8.01 (S.D.=1.32) ตามลำดับ โดยค่าเฉลี่ยคะแนนด้านความรู้หลังดำเนินการสูงกว่าก่อนดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.001)

ด้านทัศนคติการบริโภคอาหารรสเค็ม พบว่า หลังดำเนินการ กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนไม่แตกต่างจากก่อนดำเนินการ โดยมีคะแนนเฉลี่ยภาพรวม 3.48 (S.D.=0.46) และ 3.43 (S.D.=0.38) ตามลำดับ

ด้านพติกรรมการบริโภคอาหารรสเค็ม พบว่า หลังดำเนินการ กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนไม่แตกต่างจากก่อนดำเนินการ โดยมีคะแนนเฉลี่ยภาพรวม 2.26 (S.D.=0.21) และ 2.22 (S.D.=0.19) ตามลำดับ

อภิปรายผล

จากการศึกษา พบว่า ด้านความรู้การบริโภคอาหารรสเค็ม ก่อนดำเนินการและหลังดำเนินการอยู่ในระดับสูง โดยสอดคล้องกับการศึกษาของ เบญจมาศ คำดา (2553) พบว่า ครูโรงเรียนมัธยมศึกษา มีความรู้เกี่ยวกับอาหารเพื่อสุขภาพในระดับสูง และกฤติน ชุมแก้วและชีพสุมน รังสยาธร (2557) ได้ศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุ พบว่า ส่วนใหญ่มีความรู้ต่อการบริโภคอาหารอยู่ในระดับดี คือ ไม่กินอาหารเค็มจัด ทั้งนี้อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างและประเด็นในการศึกษามีความแตกต่างกัน ซึ่งเน้นไปในกลุ่มผู้สูงอายุ โดยยึดหลักโภชนบัญญัติ 9 ประการ ซึ่งเป็นรูปแบบการบริโภคอาหารที่จะนำไปใช้ประโยชน์ได้สูงสุดกับสุขภาพของร่างกายและถูกต้องตามหลักโภชนาการ และผลการศึกษาด้านความรู้ครั้งนี้ สอดคล้องกับการศึกษาที่มีกิจกรรมดำเนินการ และมีความรู้หลังดำเนินการเพิ่มขึ้นจากก่อนดำเนินการของ ไกรศร วงศ์ธิดา (2563) ภายหลังจากพัฒนาแนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร พบว่า กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ การบริโภคอาหารหลังเข้าร่วมโครงการสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ และสอดคล้องกับการศึกษาของ ณัฐธิวรรณ พันธ์มุงและคณะ (2563) ในการใช้ชุดมาตรการลดบริโภคเค็มใน

ชุมชนต้นแบบ กิจกรรมมีการดำเนินการ คือการสร้างแกนนำชุมชน และให้แกนนำชุมชนดำเนินกิจกรรมในการดำเนินงานผ่านชุมชน เช่น การให้ความรู้กลุ่มเป้าหมาย การให้ข้อมูลคืนกลับรายบุคคลจากการเก็บข้อมูลระยะก่อนดำเนินงาน การรณรงค์ประชาสัมพันธ์ กิจกรรมดำเนินการเพิ่มเติม คือ การมีกิจกรรมการให้คำปรึกษารายบุคคลและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน พบว่า ระดับความรู้ ในระยะหลังดำเนินการมากขึ้นกว่าก่อนดำเนินการ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาในครั้งนี้ ที่พบว่า คะแนนเฉลี่ยด้านความรู้การบริโภคอาหารรสเค็มหลังดำเนินการสูงกว่าก่อนดำเนินการ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะมีการดำเนินการให้ความรู้กับกลุ่มเป้าหมาย มีการคืนข้อมูลรายบุคคลก่อนดำเนินการกลับไปยังชุมชน เพื่อจัดทำแผนงานโครงการ รวมถึงมีการรณรงค์ประชาสัมพันธ์ผ่านช่องทางต่าง ๆ

ด้านทัศนคติการบริโภคอาหารรสเค็ม จากผลการศึกษา พบว่า ทัศนคติการบริโภคอาหารรสเค็มอยู่ในระดับปานกลาง ไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกันกับการศึกษาของ กฤติน ชุมแก้วและชีพสุมน รังสยาธร (2557) ที่พบว่า ทัศนคติผู้สูงอายุไม่กินอาหารเค็มอยู่ในระดับดี และเบญจมาศ คำดา (2553) พบว่า ทัศนคติครูโรงเรียนมัธยมศึกษาต่ออาหารเพื่อสุขภาพอยู่ในระดับมาก และการศึกษาของณัฐธิวรรณ พันธ์มุงและคณะ (2563) พบว่า ระดับทัศนคติหลังดำเนินการดีขึ้นมากกว่าก่อนดำเนินการ ทั้งนี้มีรูปแบบกิจกรมการดำเนินงานที่สอดคล้องกันกับการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ การสร้างแกนนำชุมชนและให้แกนนำชุมชนดำเนินกิจกรรมในการดำเนินงานผ่านชุมชน จึงเป็นข้อสังเกตจากการศึกษาครั้งนี้ ในด้านทัศนคติที่ยังไม่เกิดการเปลี่ยนแปลง อาจเกิดจากกิจกรรมที่ดำเนินการเป็นลักษณะกิจกรรมกลุ่มยังขาดกิจกรรมการให้คำปรึกษารายบุคคลและมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน ที่จะช่วยสนับสนุนให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านทัศนคติไปในทิศทางที่ดีขึ้น

ด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหารรสเค็ม จากผลการศึกษา พบว่าในด้านพฤติกรรมที่ยังไม่เกิดการเปลี่ยนแปลง โดยมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารรสเค็มอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งก่อนและหลังดำเนินการ ทั้งนี้อาจเกิดจากปัจจัยส่วนบุคคลทั้งภายในภายนอก เช่น ความเกียจคร้าน ไม่มีเวลา สถานภาพทางเศรษฐกิจ ความขาดแคลนสิ่งเอื้ออำนวยในการปฏิบัติพฤติกรรม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ กฤติน ชุมแก้วและชีพสุมน รังสยาธร (2557) ที่พบว่าผู้สูงอายุมากกว่าครึ่งมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับปานกลาง อาจเป็นเพราะผู้สูงอายุบริโภคอาหารเป็นชีวิตประจำวันอยู่แล้ว โดยอาจบริโภคอาหารตามความเคยชิน ตามความสะดวกรวดเร็ว และสอดคล้องกับ ไกรศร วงศ์ธิดา (2563) ที่ศึกษาการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารหลังเข้าร่วมโครงการสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ ในระดับปานกลาง และเป็นไปในทิศทางเดียวกันกับการศึกษาของ ณัฐธิวรรณ พันธ์มุงและคณะ (2563) ได้ทำการศึกษาชุมชนต้นแบบ โดยใช้ชุดมาตรการลดบริโภคเค็ม ซึ่งประกอบด้วยการให้ความรู้รายกลุ่มเพื่อการลดหวาน มัน เค็ม อย่างเข้มข้น (Intensive Group Education) การปรับสูตรอาหาร (Reformulation) เพื่อลดการบริโภคเกลือและโซเดียม และการใช้ Salt meter พบว่า พฤติกรรมในระยะหลังดำเนินการดีขึ้นกว่าก่อนดำเนินการไม่แตกต่างกัน

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังด้านการลดอาหารรสเค็ม โดยใช้ชุมชนเป็นฐานในพื้นที่ภาคเหนือตอนบน สะท้อนให้เห็นถึงรูปแบบการดำเนินงานการส่งเสริมสุขภาพของหน่วยงานด้านสาธารณสุขในพื้นที่โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน และแนวคิดที่ให้คนในชุมชนดูแลสุขภาพคนในชุมชนด้วยกันเอง เช่น การบริโภคอาหารที่ปลอดภัย การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด เป็นต้น โดยมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นพี่เลี้ยงคอยสนับสนุนร่วมกับทีมแกนนำ ดำเนินการในชุมชนด้วยกิจกรรมที่หลากหลาย ทั้งการให้ความรู้ การสอนทักษะที่ถูกต้องเหมาะสม การสร้างนโยบายสาธารณะ การรณรงค์สื่อสารประชาสัมพันธ์ เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม สร้างความยั่งยืน ลดการเกิดโรค และลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในระยะยาวได้

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

ข้อเสนอแนะ

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังด้านการบริโภคอาหารรสเค็ม โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน มุ่งหวังให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมลดการบริโภคอาหารที่มีเกลือและโซเดียมสูง จากผลการศึกษาควรมีการเพิ่มระยะเวลาในการดำเนินงานและมาตรการหรือกิจกรรมที่จะกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้น ทั้งด้านความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง เช่น พัฒนาศักยภาพ ให้ อสม. เป็นแกนนำสุขภาพในการให้คำแนะนำเรื่องการบริโภคเกลือและโซเดียม รวมถึงการวัดความเค็มในอาหารที่บริโภคในชีวิตประจำวัน ด้วยเครื่องวัดความเค็ม Salt Meter ทำให้ประชาชนเข้าถึงและมีพฤติกรรมการบริโภคเกลือและโซเดียมที่ดี โดยทำควบคู่ไปกับการสร้างเสริมสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น เพื่อลดการบริโภคเกลือและโซเดียม เช่น การมีผลิตภัณฑ์หรือสินค้าที่สนับสนุนการลดเค็ม การกำหนดมาตรการชุมชนให้มีร้านอาหารสุขภาพลดเค็มในชุมชน หรือการมีป้ายแจ้งลูกค้าว่าทางร้านจำหน่ายอาหารปรุงสุกลดเกลือโซเดียมหรือไม่ใส่ผงชูรส เป็นต้น ทั้งนี้ต้องเกิดจากการขับเคลื่อนสร้างความร่วมมือของชุมชนและหน่วยงานภาครัฐและเอกชน ให้ร่วมสนับสนุนไปด้วยกัน

บรรณานุกรม

กมลทิพย์ วิจิตรสุนทรกุล. (2558). *การสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ พ.ศ. 2558 ระดับ เขตสุขภาพ*. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. สืบค้นจาก http://www.thaincd.com/document/file/info/brfss/3brfss2015_0verall and sex.pdf

กฤติน ชุมแก้ว และ ชีพสุมน รังสยาธร. (2557). *ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ ในจังหวัดสงขลา*. วารสารเกษตรศาสตร์ (สังคม), 35(1), 16-29. สืบค้นจาก https://so03.tci-thaijo.org/index.php/husoskru/article/view/251454

กองโภชนาการ กรมอนามัย. (2552). *รายงานการสำรวจปริมาณการบริโภคโซเดียมคลอไรด์ของประชากรไทย.* นนทบุรี: กรมอนามัย.

กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2562). *สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2562*. สืบค้นจาก http://bps.moph.go.th/new_bps/node/232

ไกรศร วงศ์ธิดา. (2563). *การพัฒนาแนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการอ่านฉลากโภชนาการในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ชุมชนบ้านป่าเหียง ตำบลบ่อแฮ้ว อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง.* วารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ, 7(1), 55-75. สืบค้นจาก https://he01.tci-thaijo.org/index.php/johss/article/view/240346/165277

ชลธิชา บุญศิริ, นพวรรณ เปียซื่อ, พรรณวดี พุธวัฒนะ, และ สุรศักดิ์ กันตชูเวสศิริ. (2560). *ผลโปรแกรมส่งเสริมการบริโภคอาหารลดโซเดียมต่อความรู้และปริมาณโซเดียมในปัสสาวะของนักศึกษาพยาบาล.* วารสารสภาการพยาบาล. 32(3), 104-119. สืบค้นจาก https://he02.tci-thaijo.org/index.php/TJONC/article/view/102479/82670

ณัฐธิวรรณ พันธ์มุง, ขนิษฐา ศรีสวัสดิ์, และ ประภัสรา บุญทวี. (2563). *การวิจัยทดลอง การใช้ชุดมาตรการลดบริโภคเค็มในชุมชนต้นแบบ ในพื้นที่ตำบลกุมภวาปี อำเภอกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี*. วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 16(3), 39-48. สืบค้นจาก https://thaidj.org/index.php/JDHSS/article/view/9501

ธิดารัตน์ อภิญญา. (2556). *รายงานผลการทบทวนรูปแบบการดำเนินงานป้องกันการเกิดโรคไม่ติดต่อในวิถีชีวิตด้วยการลดการบริโภคเกลือ*. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงค์เคราะห์ทหารผ่านศึก.

นันทกร ทองแตง. (2562). *โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (โรคNCDs)*. สืบค้นจาก https://www.si.mahidol.ac.th/sidoctor/e-pl/admin/article_files/1371_1.pdf

เบญจมาศ คำดา. (2552). *ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ ของครูโรงเรียนมัธยมศึกษาในจังหวัดนนทบุรี*. วิทยานิพนธ์คหกรรมศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลพระนคร.

ปิยะสกล สกลสัตยาทร. (วันที่ 9-11 ต.ค. 2560). กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังหรือNCDs. *ประชุมระดับภูมิภาคเอเชียใต้และตะวันออก เพื่อการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อภายใต้บริบทของการพัฒนาอย่างยั่งยืน (WHO-SEAR Regional Forum to Accelerate NCDs Prevention and Control in the Context of SDGs)*. โรงแรมสามพราน ริเวอร์ไซด์ จ.นครปฐม. สืบค้นจาก https://www.hfocus.org/content/2017/10/14687

พรรณี สวนเพลง. (2552). *เทคโนโลยีสารสนเทศ และนวัตกรรมสาหรับการจัดการความรู้*. กรุงเทพ: ซีเอ็ดยูเคชั่น.

พิษนุ อภิสมาจารโยธิน. (2549). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงของนักศึกษาระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยในจังหวัดนครปฐม* (ปริญญานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยศิลปากร, กรุงเทพฯ.

ลือชัย ศรีเงินยวง, ธนิตา วงษ์จินดา, และฐนิดา อภิชนะกุลชัย. (2550). *สถานการณ์การบริโภคเกลือโซเดียมในประชากรไทย: การศึกษาเชิงปริมาณ*. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. สืบค้นจาก http://thaincd.com/document/file/download/paper-manual/download1no167.pdf

วันทนีย์ เกรียงสินยศ. (2555). *ลดโซเดียม ยืดชีวิต*. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงค์เคราะห์ทหารผ่านศึก. สืบค้นจาก https://pubhtml5.com/cdkx/nxeb/basic/

วิชัย เอกพลากร. (2554). *รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2554*. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

วิชัย เอกพลากร. (2557). *รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557*. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

ศักดิ์ไทย สุรกิจบวร. (2545). *จิตวิทยาสังคม : ทฤษฎีและปฏิบัติการ*. กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น.

สม นาสะอ้าน และทิพาพร ราชาไกร. (2563). *การพัฒนารูปแบบการลดการบริโภคเค็มในกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง*. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น, 27(3), 99-110. สืบค้นจาก https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jdpc7kk/article/view/246720

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2557). *มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 6 พ.ศ. 2556*. นนทบุรี: พิมพ์สิริพัฒนา. สืบค้นจาก http://www.sem100library.in.th/medias/b10583.pdf

สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. (2557) *รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2557*. นนทบุรี: บริษัท เดอะ กราฟิโก ซิสเต็มส์ จำกัด. สืบค้นจาก http://bodthai.net/

สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2549) *รายงานการสำรวจภาวะอาหารและโภชนาการของประเทศไทย ครั้งที่ 1-5*. สืบค้นจาก https://nutrition2.anamai.moph.go.th/th/academic

สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. (2559). *ยุทธศาสตร์ลดการบริโภคเกลือและโซเดียมในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2559-2568*. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงค์เคราะห์ทหารผ่านศึก.

สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. (2560). *แผนยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อระดับชาติ 5 ปี (พ.ศ. 2560-2564)*. กรุงเทพฯ: อิโมชั่น อาร์ต.

สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. (2560). *รูปแบบการบริการป้องกันควบคุมโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง สำหรับสนับสนุนการดำเนินงาน NCD Clinic Plus*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. (2561). *คู่มือการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยยึดชุมชนเป็นฐาน : ชุมชนลดเสี่ยง ลดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (CBI NCDs)*. กรุงเทพฯ: อิโมชั่น อาร์ต.

สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. (2563). *รายงานสถานการณ์โรค NCDs เบาหวาน ความดันโลหิตสูงและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง พ.ศ. 2562*. นนทบุรี: อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์.

สำนักวิจัยนโยบายสร้างเสริมสุขภาพ. (2557). *รายงานสถานการณ์โรค NCDs วิกฤตสุขภาพ วิกฤตสังคม.* สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. สืบค้นจาก https://www.sem100library.in.th/medias/12258.pdf

สุดคะนึง โรจนชีวาคม. (2562). *ทัศนคติและพฤติกรรมการบริโภคอาหารของบุคลากรโรงพยาบาลสกลนคร.* วารสารการพยาบาล สุขภาพและการศึกษา, 2(3), 32-42. สืบค้นจาก https://he02.tci-thaijo.org/index.php/NHEJ/article/view/231334/162165

สุรพงษ์ โสธนะเสถียร. (2533). *การสื่อสารกับสังคม.* กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อมรรัตน์ นธะสนธิ์, นพวรรณ เปียซื่อ, และไพลิน พิณทอง. (2560). *ความรู้ทางโภชนาการ ทัศนคติเกี่ยวกับอาหาร พฤติกรรมการรับประทานอาหาร และภาวะโภชนาการในชุมชนกึ่งชนบทจังหวัดอุบลราชธานี.* วารสารรามาธิบดีพยาบาลสาร, 23(3), 344-357. สืบค้นจาก https://repository.li.mahidol.ac.th/handle/123456789/47946

Aburto, NJ., Ziolkovska, A., Hooper, L., Elliott, P., Cappuccio, FP., Meerpohl, JJ. (2013) *Effect of lower sodium intake on health*: systematic review and meta-analyses. BMJ, 346(f1326), 1-20. Retrieved from https://www.bmj.com/content/bmj/346/bmj.f1326.full.pdf

Best, J.W. (1977). *Research in Education (3 rd ed.).* New Jersy: Pretice Hall Inc.

Best, J.W. (1981). *Research in Education (4 th ed.).* New Jersy: Pretice Hall Inc.

Bloom, B.S. (1971). *Handbook on Formative and Summative Evaluation of Student Learning*. New York: Mc Graw-Hill Book Company.

Brown, IJ., Tzoulaki, I., Candeias, V., & Elliott, P. (2009). *Salt intakes around the world: implications for public health*. International Journal of Epidemiology, 38(3), 791-813. Retrieved from https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19351697/

Centers for Disease Control and Prevention (2012). *Sodium reduction toolkit: aglobal opportunity to reduce population-level sodium intake*. Retrieved from http://www.cdc.gov/salt/sodium_toolkit.htm

Dahl LK. (1960). *Possible role of salt intake in the development of essential hypertension*. In: Cottier P, Bock D, editors. Essential hypertension - an International Symposium. Berlin: Springer-Verlag; 1960.

Elliott, P., & Brown, I. (2006, October 5-7). *Sodium intake around the world. Background document prepared for the forum and technical meeting on reducing salt intake in populations* [Forum]. Paris. Retrieved from https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43738/9789241595935_eng.pdf

Fotherby, MD., & Potter, JF. (1993). *Effects of moderate sodium restriction on clinic and twenty-four-hour ambulatory blood pressure in elderly hypertensive subjects*. Journal of Hypertens, 11(6), 657-663. Retrieved from https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8397245/

Mozaffarian, D., Fahimi, S., Singh, GM., Micha, R., Khatibzadeh, S., Engell, RE., Lim, S., Danaei, G., Ezzati, M., Powles, J. (2014). *Global sodium consumption and death*

from cardiovascular causes. The New England Journal of Medicine, 371(7), 624-634. Retrieved from https://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMoa1304127?articleTools=true

Schermerhorn, JR., Hunt, JG., & Osborn, RN. (2002). *Organizational behavior (7 th ed)*. New York: John Wiley and Sons.

The Lexicon Webster dictionary. (1997). *The English Language Institude of America*. New York: McGraw-Hill book.

Vogt, L., Waanders, F., Boomsma, F., Zeeuw, DD., Navis, G. (2008) *Effects of dietary sodium and hydrochlorothiazide on the antiproteinuric efficacy of losartan*. Journal of the American Society of Nephrology, 19(5), 999-1007. Retrieved from https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18272844/

World Health Organization. (2007). *Reducing salt intake in populations: report of a WHO forum and technical meeting*. WHO forum on reducing salt in populations; 2006 Oct 5-7; Paris, France. Geneva: World Health Organization. Retrieved from https://apps.who.int/iris/handle/10665/43653

World Health Organization. (2011). *Global status report on noncommunicable diseases 2010*. Geneva: World Health Organization. Retrieved from https://apps.who.int/iris/handle/10665/44579

World Health Organization. (2013). *Global Action Plan for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases2013-2020*. Geneva: World Health Organization. Retrieved from https://www.who.int/publications/i/item/9789241506236

ภาคผนวก

แบบสอบถาม

การประเมินความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมสุขภาพด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรังภาคเหนือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง ☐ ที่ตรงกับคำตอบของท่าน

1. ชุมชนที่ท่านอาศัยอยู่ปัจจุบัน

ชื่อชุมชน...........................หมู่ที่.........ตำบล...................อำเภอ.....................จังหวัด.................

2. เพศ

☐ 1. ชาย

☐ 2. หญิง

☐ 3. เพศทางเลือก

3. ปัจจุบันท่านอายุ....................................ปี (อายุเต็มปี)

4. ระดับการศึกษาสูงสุด

☐ 1. ไม่ได้เรียนหนังสือ แต่อ่านออกเขียนได้

☐ 2. ได้เรียนหนังสือ/ไม่จบประถมศึกษา แต่อ่านออกเขียนได้

☐ 3. ประถมศึกษา

☐ 4. มัธยมศึกษาตอนต้น

☐ 5. มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.

☐ 6. อนุปริญญา/ปวส.

☐ 7. ปริญญาตรีขึ้นไป

5. อาชีพหลักของท่าน

☐ 1. แม่บ้าน

☐ 2. เกษตรกร (ทำไร่ ทำสวน ทำนา)

☐ 3. ค้าขาย

☐ 4. รับราชการ

☐ 5. รับจ้าง

☐ 6. อื่นๆ (โปรดระบุ)..............

6. ความเพียงพอของรายได้ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา

☐ 1. รายได้ไม่เพียงพอกับรายจ่าย

☐ 2. รายได้เพียงพอกับรายจ่าย แต่ไม่เหลือเก็บ

☐ 3. รายได้เพียงพอกับรายจ่าย และเหลือเก็บ

7. ท่านมีโรคประจำตัว หรือไม่

☐ 1. ไม่มี

☐ 2. มี (เลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

☐ 1. โรคเบาหวาน

☐ 2. โรคความดันโลหิตสูง

☐ 3. ไขมันในเลือดสูง

☐ 4. โรคหลอดเลือดสมอง

☐ 5. โรคหัวใจ

☐ 6. โรคไตเรื้อรัง

☐ 7. อื่นๆ (โปรดระบุ)...............

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารรสเค็ม ที่เกี่ยวข้องกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

<u>คำชี้แจง</u> โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่าง ที่ท่านคิดว่าถูกต้องที่สุดเพียงข้อเดียวในแต่ละข้อคำถาม และทำให้ครบทุกข้อ

ข้อคำถาม	**ใช่**	**ไม่ใช่**
1. เกลือ มีโซเดียมเป็นส่วนประกอบ ร่างกายต้องการเพียง 2,000 มิลลิกรัมต่อวัน หรือเท่ากับเกลือ 1 ช้อนชา เท่านั้น		
2. คนไทยบริโภคโซเดียมสูงเกินกว่าที่ร่างกายต้องการถึง 2 เท่าต่อวัน ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิด โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยเฉพาะ โรคความดันโลหิตสูง โรคไต โรคหัวใจและหลอดเลือดสมอง		
3. แหล่งอาหารที่มีโซเดียมสูง ได้แก่ เครื่องปรุงรส (น้ำปลา น้ำซีอิ๊ว เกลือ ซอสหอยนางรม ผงชูรส รสดี ซุปก้อน น้ำจิ้มสุกี้) และ อาหารแปรรูปหรือถนอมอาหาร (ไส้กรอก ลูกชิ้น อาหารกระป๋อง ผักดอง กะปิผลไม้ดอง ปลาร้า เต้าเจี้ยว น้ำบูดู)		
4. อาหารตามธรรมชาติล้วนมีโซเดียมอยู่ทั้งสิ้น ไม่ว่าจะเป็น ข้าวสวย ผลไม้ เนื้อสัตว์ ไม่จำเป็นต้องปรุงรสเพิ่ม		
5. ฉลากอาหารที่ติดข้างภาชนะบรรจุ มีข้อมูลส่วนประกอบของอาหาร, ปริมาณสารอาหารที่สำคัญ คือ ปริมาณโซเดียม น้ำตาล ไขมัน ฯลฯ ซึ่งเราควรศึกษาก่อนซื้อ		
6. โรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน เป็นสาเหตุสำคัญของโรคไตวาย		
7. การกินเค็มทำให้อัตราการกรองของเสียผ่านไต มากขึ้น ทำให้ไตแข็งแรงมากขึ้น		
8. การเติมความหวานลงในอาหารช่วยทำให้กลบรสชาติความเค็ม และทำให้ช่วยลดปริมาณโซเดียมในอาหารลงได้		
9. การลดน้ำหนัก การกินผักอย่างเพียงพอ และออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ไม่ช่วยทำให้ระดับความดันโลหิตลดลง		

ส่วนที่ 3 ทัศนคติเกี่ยวกับการบริโภคอาหารรสเค็ม ที่เกี่ยวข้องกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่าง ที่ตรงกับระดับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด เพียงข้อเดียวในแต่ละข้อคำถามและทำให้ครบทุกข้อ

ข้อคำถาม	**ความคิดเห็น**				
	เห็นด้วยมากที่สุด	**เห็นด้วยมาก**	**เห็นด้วยปานกลาง**	**เห็นด้วยน้อย**	**เห็นด้วยน้อยที่สุด**
1. ท่านเชื่อว่าการรับประทานผงปรุงรส ซุปก้อน ผงชูรส มีผลต่อโรคความดันโลหิตสูง					
2. ท่านเชื่อว่าการเติมน้ำปลาหรือซอส ไม่มีผลต่อการรับประทานอาหารได้มากขึ้น					
3. ท่านเชื่อว่าการดื่มน้ำตามหลังการรับประทานอาหารที่มีรสชาติเค็ม จะช่วยขับโซเดียมออกจากร่างกายได้					
4. ท่านคำนึงถึงรสชาติของอาหารมากกว่าปริมาณของเครื่องปรุงที่ใส่ลงไปในอาหาร					
5. ท่านจะรู้สึกไม่ดีและไม่มีความสุข ที่ต้องควบคุมการรับประทานอาหารรสเค็ม					
6. หากท่านต้องควบคุมหรือลดน้ำหนัก ท่านมักจะกังวลว่าจะไม่ได้กินอาหารที่ชอบ					
7. ท่านเชื่อว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงควรรับประทานอาหาร รสจืด					
8. ท่านไม่จำเป็นต้องปรับเปลี่ยนการรับประทานอาหารรสเค็มเนื่องจากท่านรับประทานยาลดความดันโลหิตสูงอยู่แล้ว					
9. ท่านคิดว่าตัวเองมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตวาย					
10. ท่านมีเป้าหมายการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อสุขภาพที่ดี					
11. ท่านมีแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ					
12. ท่านคิดว่าคนในครอบครัวมีส่วนช่วยส่งเสริมสนับสนุนให้ท่านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ					
13. ท่านคิดว่าสิ่งแวดล้อมและชุมชน มีส่วนสนับสนุนให้คนในชุมชนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ					

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมเกี่ยวกับการบริโภคอาหารรสเค็ม ที่เกี่ยวข้องกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่าง ที่ตรงกับพฤติกรรมของท่านมากที่สุดเพียงข้อเดียว ในแต่ละข้อคำถามและทำให้ครบทุกข้อ โดยคำตอบมี 3 ตัวเลือก คือ

ปฏิบัติเป็นประจำ: ท่านปฏิบัติกิจกรรมในเรื่องนั้นเป็นประจำ (สัปดาห์ละ 5 วัน หรือมากกว่านั้น)

ปฏิบัติเป็นบางครั้ง: ท่านปฏิบัติกิจกรรมในเรื่องนั้นเป็นบางครั้งหรือบางวัน (สัปดาห์ละ 2 – 4 วัน)

ไม่ปฏิบัติเลย: ท่านไม่ปฏิบัติกิจกรรมในเรื่องนั้น หรือปฏิบัติน้อย (สัปดาห์ละ 1 วัน หรือไม่ปฏิบัติเลย)

ข้อคำถาม	การปฏิบัติตน		
	ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	ไม่ปฏิบัติเลย
1. ท่านประกอบอาหารทานเอง หรือทานอาหารที่บ้านปรุงเอง			
2. ครอบครัวของท่าน ประกอบอาหาร โดยใช้เครื่องปรุง ไม่เกิน 1 – 2 ชนิดเท่านั้น ต่อการปรุงอาหาร 1 อย่าง (ผงชูรส น้ำปลา ผงปรุงรส ซอสถั่วเหลือง ซอสน้ำมันหอย เกลือ)			
3. ท่านตวงปริมาณเครื่องปรุงในการประกอบอาหารเพื่อควบคุมความเค็ม			
4. ท่านทานอาหารหรือผัก/ผลไม้แปรรูป เช่น ลูกชิ้น กุนเชียง หมูยอ ไส้กรอก ปลาร้า ไข่เค็มปลาเค็ม ผักดอง ผลไม้ดอง			
5. ท่านทานอาหารประเภทที่มีน้ำซุป หรือน้ำแกง เช่น น้ำซุปก๋วยเตี๋ยว น้ำแกงทุกประเภทน้ำส้มตำ น้ำผัดผัก น้ำยา			
6. ท่านทานเนื้อสัตว์ที่มีไขมันสูง กะทิและอาหารทอด เช่น หนังไก่ทอด เครื่องในสัตว์ อาหารทะเล ขาหมูติดมัน หมูสามชั้น			
7. ท่านดื่มเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลสูง เช่น น้ำอัดลม เครื่องดื่มชูกำลัง น้ำผลไม้สำเร็จรูป น้ำหวาน ชาเย็น กาแฟเย็น ชาเขียว			
8. ท่านทานอาหารแต่ละมื้อไม่ได้เติม น้ำปลา/ซีอิ้ว/ซอส ลงไปในอาหารอีก			
9. บนโต๊ะอาหารท่านจะมีถ้วยพริกน้ำปลา วางไว้เสมอ			
10. ท่านทานอาหารนอกบ้าน เช่น อาหารตามสั่ง ก๋วยเตี๋ยว แกงถุง			
11. ท่านทานอาหารนอกบ้าน ท่านจะบอกแม่ค้า ไม่ให้ใส่ผงชูรส, ผงปรุงรส			
12. ท่านอ่านฉลากโภชนาการเพื่อดูชนิดและปริมาณสารอาหารก่อนซื้อ			
13. ท่านออกกำลังกายหรือมีการเคลื่อนไหวร่างกาย เช่น เดิน วิ่ง ปั่นจักรยาน ทำงานบ้าน ทำสวน ทำไร่ จนรู้สึกเหนื่อย สะสมอย่างน้อยวันละ 30 นาที หรือ 5 วันต่อสัปดาห์			